Volker Brinkmann (Hrsg.)

Case Management

Volker Brinkmann (Hrsg.)

Case Management

Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen

GABLER

Bibliografische Information Der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Prof. Dr. Volker Brinkmann ist Lehrbereichsvorsitzender für Ökonomie, Recht und Politik im Fachbereich Soziale Arbeit an der Fachhochschule Kiel. Seine Schwerpunkte liegen in den Bereichen Sozialwirtschaft, Sozialmanagement, Public Management/Administration, Qualitäts- und Kostenbewertung.

1. Auflage Oktober 2006

Alle Rechte vorbehalten
© Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler | GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden 2006

Lektorat: Susanne Kramer / Dr. Angelika Schulz

Der Gabler Verlag ist ein Unternehmen von Springer Science+Business Media.
www.gabler.de

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Umschlaggestaltung: Ulrike Weigel, www.CorporateDesignGroup.de
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Wilhelm & Adam, Heusenstamm
Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier
Printed in Germany

ISBN-10 3-8349-0285-3
ISBN-13 978-3-8349-0285-6

Vorwort

Case Management in sozialen Dienstleistungsorganisationen beschäftigt sich mit der Modifikation des Case Work der Sozialen Arbeit – dem Wandel von einem defizitorientierten Begriff der Einzelfallhilfe zu einem ressourcenorientierten Begriff des Case Managements. Es ist ein Paradigmenwechsel „von der Problemverstrickung zur Problemlösung der sozialen Dienstleistungsbereiche". Der Bedarf im Feld der Träger (Kommunen, Land und Bund), Non-Profit-Organisationen und privat erwerbswirtschaftlichen Betriebe Sozialer Arbeit wächst. Hiermit verknüpft ist u. a. die Erwartung einer organisatorisch ökonomisch begründeten Optimierung durch Case Management. Aus dem ehemals ausschließlich sozialrechtlich definierten Hilfeanspruch ist nun ein ökonomisch begründetes Arbeitsbündnis zwischen Klient und Professionellen entstanden. Case Management nutzt die Aktivierung des Klienten. Das Aktivierungspostulat ist konzeptioneller Hintergrund der aktuellen Modernisierungsversuche von klientenbezogener Dienstleistungsarbeit. Aus dem Bedürftigen wird der Kooperationspartner, aus dem Hilfesuchenden der ökonomisch relevante Kunde und aus dem Patienten und Klienten der selbstbewusste Bürger, der seine Ansprüche innerhalb eines Kooperationsverhältnisses mit dem professionellen Dienstleister gemeinsam und vertragsbezogen definiert. Soweit die optimistische Formulierung der Aufgabe des Case Managements.

Dieses Buch setzt sich in drei Teilen mit den organisatorischen Herausforderungen der Implementation des Case Managements auseinander. Im ersten Teil steht der Bereich des „Case Managements im System der sozialen Dienstleistungsorganisationen" mit Schwerpunkt auf der sozialökonomischen und systemtheoretischen Verortung und Beschreibung der Rahmenbedingungen des Falls im Feld / Netz der Sozialen Dienstleister (Brinkmann, Kleve / Haye / Hamper-Grosser / Müller, Schröer) im Mittelpunkt. Im zweiten Teil werden empirische Erfahrungen und Kritiken der Umsetzung des Fallmanagements im Rahmen des SGB II dargelegt (Schuh / Reis, Buestrich / Wohlfahrt, Gissel-Palkovich), während im Abschlusskapitel Erfahrungsberichte der Umsetzung dargestellt und im Hinblick auf ihre Leistungseffekte erörtert werden (Porz / Podeswik, Fass, Höcker).

Kiel, im September 2006 Volker Brinkmann

Inhaltsverzeichnis

Vorwort V

Der Fall im System der Sozialorganisationen 1

1 Sozialökonomische Funktionen und Systemfragen des Case Managements 3
Volker Brinkmann

1.1 Case Management, Neue Steuerung, Kontraktmanagement und die Entwicklung neuer Dienstleistungsmärkte 7
1.2 Der Zielbildungscharakter des Case Managements und seine organisatorisch ökonomische Relevanz 10
1.2.1 Case Management im Zielbildungsprozess individueller Hilfeleistung (consumer driven) 11
1.3 Case Management vor dem Hintergrund veränderter Finanzierungsmodelle im Sozialen Dienstleistungssektor (system driven) 12
1.3.1 Case Management und das Modell der monoistischen Finanzierung 12
1.3.2 Die Funktion des Case Managements am Beispiel des persönlichen Budgets 14
1.4 Case Management als Einstieg in Fallgruppen der Sozialen Arbeit?! 16
1.5 Schlusswort 17

2 Der Fall im System – die Organisation des Systemischen Case Managements 21
Heiko Kleve / Matthias Müller / Andreas Hampe-Grosser

2.1 Ausgangspunkte 21
2.2 Zentrale Bestimmungselemente von CM 22
2.3 Organisationstransformation durch Flexibilisierung und raumbezogene Steuerung 23
2.3.1 Flexibilisierung 24
2.3.2 Raumbezogene Steuerung 25
2.4 Organisationstransformationen in unterschiedlichen Arbeitsfeldern 26
2.4.1 CM bzw. Fallmanagement in der Arbeitslosenhilfe 26
2.4.2 CM im Gesundheitswesen 27
2.4.3 CM in der Kinder- und Jugendhilfe 29
2.4.4 CM in der Suchthilfe 30

2.5 Fall- und Netzwerkarbeit durch Systemisches Case Management 31
2.5.1 Kontextualisierung 32
2.5.2 Problem- und Ressourcenanalyse 32
2.5.3 Hypothesenbildung 33
2.5.4 Zielvereinbarungen 34
2.5.5 Handlungsplanung 35
2.5.6 Evaluation 35

3 Case Management in Lernenden Organisationen – eine Funktionsbestimmung aus organisationspädagogischer Sicht 39
Andreas Schröer

3.1 Einleitung 39
3.2 Begriffsbestimmung Case Management 40
3.3 Case Management aus organisationspädagogischer Perspektive 42
3.3.1 Was macht organisationales Lernen aus? – Basiskategorien der Organisationspädagogik 43
3.3.1.1 Lernen und Lernen unterstützen 44
3.3.1.2 Lernendes System 45
3.3.1.3 Lernunterstützungssystem 46
3.3.1.4 Lernhandeln 47
3.3.1.5 Lernunterstützungshandeln 49
3.3.2 Lernen und Lernunterstützung im Case Management 49
3.3.2.1 Lernhandeln im CM 50
3.3.2.2 Lernunterstützungshandeln im CM 51
3.3.2.3 Lernendes System im CM 53
3.3.2.4 Lernunterstützungssystem im CM 53
3.4 Fazit: Funktionen des Case Manangements für organisationales Lernen 54

Organisationsentwicklung Sozialer Dienste durch Case Management?! 59

4 Aktivierung in der Sozialhilfe – Eine Bestandsaufnahme ein Jahr nach Inkrafttreten des SGB XII 61
Martina Schu / Claus Reis

4.1 Einleitung 61
4.2 Die Tradition des BSHG und ihre Transformation ins SGB XII 62
4.3 Die Ausgangslage der Sozialämter im Jahr 2005 65
4.3.1 Projektauftrag und -vorgehensweise 66
4.3.2 Wesentliche Ergebnisse der „Situationsanalyse“ in zwei Kommunen 67
4.4 Perspektiven der Weiterentwicklung 69
4.5 Fazit 72

5 Case Management als Baustein der sozialinvestiven Reorganisation des Systems sozialer Dienste und Einrichtungen 77
Michael Buestrich / Norbert Wohlfahrt

5.1 Ausgangspunkt: die sozialstaatliche Kritik am bisherigen System sozialer Dienstleistungserstellung 77
5.2 Fallmanagement und Vernetzung: zur staatlich initiierten Organisationsentwicklung im sozialen Dienstleistungssektor 79
5.3 Zur Handlungslogik des Fallmanagements in einem durch staatliche Sparpolitik gekennzeichneten Versorgungssystem 83
5.4 Schlussbemerkung: die sozialpolitische Logik des Fallmanagements führt notwendigerweise zum organisationalen Change Management 85

6 Case Management – Chancen und Risiken für die Soziale Arbeit und Aspekte seiner Implementierung in soziale Organisationen 89
Ingrid Gissel-Palkovich

6.1 Case Management als Unterstützungskonzept für die sozialarbeiterische Praxis.. 92
6.1.1 Methodische Bewältigung von Fallkomplexität 92
6.1.2 Verbindung von Beratung *und* Management..... 93
6.1.3 Effektivitäts- und Effizienzorientierung..... 93
6.1.4 Verknüpfung der Einzelfallsteuerung mit der Systemsteuerung 93
6.1.5 Stärkung der Eigenverantwortung und Selbstorganisation der NutzerInnen 94
6.2 Kritische Erfolgsfaktoren für die Implementierung von Case Management in die Soziale Arbeit und soziale Organisationen 94
6.2.1 Case Management als Instrument sozialpolitischen Wandels 95
6.2.2 Zugang..... 96
6.2.3 Gewichtung als Beratungs- bzw. Fallsteuerungskonzept 97
6.2.4 Effizienzorientierung 99
6.2.5 Anforderungen an die Organisationen und Auswirkungen auf die Trägerstrukturen und -kultur 99
6.2.6 Theoretische Einbindung 100
6.3 Case Management und Organisationsentwicklung..... 102
6.3.1 Case Management als Organisationselement..... 103
6.3.2 Case Management als Instrument der Gestaltung prozessorientierter Arbeitsstrukturen und interner Vernetzung 105
6.3.3 Case Management und die Entwicklung einer angemessenen Organisationskultur..... 107
6.3.4 Case Management als Führungsaufgabe..... 108
6.3.5 Veränderte Kompetenzanforderungen..... 109
6.4 Fazit 111

Praxisbeispiele 117

7 Case Management in der Kinder- und Jugendmedizin – Qualitätsmanagement beim Aufbau und in der Begleitung von Nachsorgeeinrichtungen für schwer und chronisch kranke Kinder- und Jugendliche am Beispiel des Bunten Kreises Augsburg 119
Friedrich Porz / Andreas Podeswik

7.1 Das Nachsorgemodell Bunter Kreis 119
7.1.1 Case Management in der Nachsorge 120
7.1.2 Inhalte des Augsburger Modells 121
7.1.2.1 Pflegenachsorge 121
7.1.2.2 Psychosoziale Begleitung 122
7.2 Einführung des Qualitätsmanagements im Bunten Kreis 123
7.2.1 Ziele des Qualitätsmanagements 123
7.2.2 Ablauf des Qualitätsmanagements 124
7.2.3 Ergebnisse der Qualitätsentwicklung 124
7.2.3.1 Unternehmensphilosophie 124
7.2.3.2 Konzeptentwicklung 125
7.2.4 Prozessorientierter Ablauf der Nachsorge 126
7.2.4.1 Assessment 126
7.2.4.2 Hilfeplanung 126
7.2.4.3 Intervention 127
7.2.4.4 Evaluation 127
7.3 Qualitätshandbuch „Interdisziplinäre Nachsorge in der Pädiatrie“ (INIP) 127
7.3.1 Definition der sozialmedizinischen Nachsorge 128
7.3.2 Ziele der Nachsorge 129
7.3.3 Zielgruppe der Nachsorge 130
7.3.4 Nachsorge im Patientenpfad 130
7.3.5 Strukturqualität 131
7.4 Qualitätsverbund Bunter Kreis und Aufbau von Nachsorge in Deutschland 132
7.4.1 Ziele und Aufgaben des Qualitätsverbundes 132
7.4.2 Akkreditierung neuer Nachsorgeeinrichtungen 132
7.4.3 Consulting- und Case-Management-Ausbildung 133
7.5 Wissenschaftliche Begleitung 133
7.5.1 Sozioökonomische Studie zum Bunten Kreis 133
7.5.2 PRIMA-Studie 134
7.6 Ausblick 134

8 Systemsteuerung im Case Management – Dargestellt am Beispiel der beruflichen (Re-)Integration 137
Reinald Faß

8.1 Systemsteuerung – Versuch einer Begriffsbestimmung 137
8.2 Systemsteuerung auf der Mikroebene 139
8.3 Systemsteuerung auf der Makroebene 143
8.4 Systemsteuerung nach innen 148
8.4.1 Eigene Arbeitsweise 150
8.4.2 Zusammenarbeit im Case-Management-Team 152
8.4.3 Schnittstellen 154
8.5 Systemsteuerung nach außen 156
8.6 Zusammenfassung und Ausblick 157

9 Aspekte des Konzeptes Lernende Organisation im Rahmen einer betrieblichen Weiterbildung in Case Management 159
Annette Höcker

9.1 Zum Konzept Lernende Organisation 159
9.1.1 Lernende Organisation nach Argyris und Schön 160
9.2 Lernende Organisation nach Senge 161
9.2.1 Die fünf Disziplinen 161
9.2.2 Hemmende Faktoren beim Aufbau einer Lernenden Organisation 162
9.2.3 Fördernde Faktoren beim Aufbau einer Lernenden Organisation 162
9.3 Ansätze von Elementen der Lernenden Organisation in der betrieblichen Weiterbildung 163
9.3.1 Die betriebliche Weiterbildung in einem Berufsfortbildungswerk in Case Management 163
9.3.2 Entwicklung einer gemeinsamen Vision 164
9.3.3 Teamlernen 165
9.3.4 Phasen des Gruppenlernens 166
9.3.5 Interdisziplinarität 167
9.3.6 Multiplikation 168
9.3.7 Kollegiale Beratung 168
9.3.8 Teilhabe und Transparenz 169
9.4 Elemente von Komplementarität und Referenz 170
9.4.1 Partizipation 170
9.4.2 Empowerment 171
9.4.3 Ressourcenorientierung 172
9.5 Resümee 173

Der Fall im System der Sozialorganisationen

Volker Brinkmann

1 Sozialökonomische Funktionen und Systemfragen des Case Managements

Horst Opaschowski visualisiert den radikalsten Wertewandel seit 30 Jahren. Er sieht eine Ära der Verantwortung für Gemeinschaft, Umwelt und die nächste Generation in Deutschland entstehen, die den Gegensatz zwischen wirtschaftlicher Liberalisierung und Staatsbewahrung überwindet (vgl. auch Sinus Milieu Studie 2006 zitiert nach KulturSpiegel 7/2006). Der Rückzug des Staates ist demnach vorprogrammiert. In dieses Vakuum tritt das Bürgerengagement als Basis der modernen Civile Society.[1] Dies erfordert eine Umorientierung der bis tief in die bürgerliche Mitte vorgestoßenen Anbieter sozialer Dienstleistungen, insbesondere der Sozialen Arbeit. Die staatliche Programmversorgung für die gesellschaftliche Mitte und höheren Milieus wird zurückgefahren und das monetäre Versorgungsniveau insgesamt reduziert. Um die verbliebenen Anspruchgruppen / sozialen Dienstleistungsempfänger[2] wird ein verstärkter Wettbewerb insbesondere zwischen freigemeinnützigen und privaten Anbietern geführt. Einrichtungsintern und betriebwirtschaftlicher Logik folgend konzentrieren sich die Wohlfahrtverbände auf ihr Kerngeschäft und die Verbandsmitglieder sind nur noch ein Stakeholder unter anderen. Die Bindung wird zunehmend über professionelles Management der Ehrenamtlichen und themenbezogene Kampagnen erfolgen und der verbandspolitische Einfluss der Ehrenamtlichen würde sich demzufolge verringern (z. B. in der Aufwandsanalyse zu Mitgliederbindungsprogrammen).

Die bürgerliche Mitte wird sich selbst engagieren müssen oder Wahlleistungen privat erkaufen. Civil Society setzt auch auf die intensivere Beteiligung der Unternehmerschaft und neue Formen der Kapitalausstattung für soziale Zwecke. Gemeinwohlsteigerung durch Unternehmen gewinnt an Bedeutung und ist zugleich ein betriebliches Abschreibungsmodell. Dem ethischen „sur plus“ folgt der wirtschaftliche „sur plus“ durch gesellschaftlich und sozial erwünschtes Handeln. Ob hier Governance oder andere Modelle von Selbststeuerung / Selbstregierung anschlussfähig sind, bzw. ein Gegenprogramm zum „bürgerschaftlichen Mäzenatentum“ darstellen, ist eine hier nicht zu treffende, aber offene und (ge)wichtige Frage zum zukünftigen (Sozial)Staatstypus.

---

[1] Civil Society inspiriert durch die modernisierte und liberal erweiterte Gestalt des Kommunitarismus und als soziale Basis des digital-globalen Kapitalismus (vgl. Brinkmann 1998, 9 ff.).

[2] Grundlage sind sozialrechtlich begründete Ansprüche, die der Logik des Sozialgesetzbuches folgen und so über die darin enthaltenen Leistungsansprüche Versorgungsklassen im sozialpolitischen Verständnis erzeugen (vgl. M. G. Schmidt 1998, Becker u. a. 2001).

Zeitgleich wächst, bei Verknappung öffentlicher Mittel, der Akquisebedarf privaten Kapitals in Form von Stiftungen, Fundraising, Sponsoringmodellen und die Abhängigkeit von kreditfinanzierten Mitteln.

In diesem Zukunftsmodell des Staates brauchen seine „föderal verschlankten Organe" ein besseres Entscheidungsmanagement in Vergabe sozialer Dienstleistungen. Der Staat zieht sich auf die Funktion des Controlling, Qualitätssicherung, Steuerung durch Kontraktmanagement und Out Sourcing u. a. im Rahmen der Ausweitung des „Public Private Partner Ship" zurück. Die klassische Funktion des Verwaltungshandelns wird durch Public Management und Methoden der Organisationsoptimierung personenbezogener Dienstleistung ergänzt.

Diese Sozialpolitik unter wirtschaftsliberalen Vorzeichen wirkt damit zukünftig vorrangig in zwei Perspektiven. Sozialpolitik wird zum (Zwangs)Instrument der Arbeitsmarktpolitik. Der Vorrang der wirtschaftspolitischen Zielsteuerung erzeugt ein Programm der Marktintegration durch Wandel bzw. Adaption der sozialpolitischen Zielgrößen in marktkonforme Lösungsmuster: erstens auf Klientenebene (Dienstleistungserstellungsebene), zum Beispiel durch die Hartzgesetzgebung (SGB II), zweitens mit der Zielstellung des Ausbaus der Bildungspolitik als ökonomische Zielgröße der „Humankapitalbildung". Die bundesdeutsche Wettbewerbsfähigkeit soll nach innen wie nach außen gesteigert werden. Die Kurzformel lautet Wettbewerbsföderalismus im Inneren und globale Wettbewerbsfähigkeit nach außen (Butterwege, 2001). Auf der fallbezogenen Dienstleistungsebene bedeutet dies die Diversifizierung sozialer Angebote. Beispielsweise als Welfare Mix der Vorschulerziehung staatlicher Einrichtungen, unternehmensfinanzierte Betriebskindergärten und hochpreisige Privatbildungsangebote. Diese subjektfinanzierte Art des Welfare Mix steckt noch in den Kinderschuhen und kann zu einer weiteren Vertiefung der gesellschaftlichen Spaltung im Zugang zum Dienstleistungsgut Bildung beitragen. Auch der staatliche Leistungszusammenhang der Hartzgesetzgebung in der Zusammenarbeit der Arbeitsagenturen / Kommunen mit dem Kern der sozial deklassierten Menschen und derjenigen, die diese Form der Selbststeuerung / Wahlleistungen nicht bewältigen wollen oder können, benutzt zielgenauere Instrumente im Verfahren.

Die Sozialen Dienstleistungsorganisationen setzen deshalb auf Methoden und Instrumente, die abweichend von der bisherigen Form der bürokratischen Bearbeitung, ein erweitertes Spektrum der Zusammenarbeit und die Einbeziehung des Klienten in den Mittelpunkt des Prozesses der Dienstleistung stellen. Verkürzt könnte von der Reduzierung des bürokratisch sozialrechtlichen Vorgehens zu Gunsten einer fallbezogenen vertraglich geregelten Kooperation, mit dem Klienten als Kunden, gesprochen werden. Dies geschieht selbstverständlich auf der Grundlage des geltenden Sozialleistungsrechts. Als Methode und Verfahren auf der Handlungsebene ist Case Management eine individuell durch Klient und Case Manager erstellte Dienstleistung der Fallbearbeitung.

Case Management wird gegenwärtig als Projektionsfläche und Reformversprechen und als wirksames Reformmodell der Modernisierung sozialer Dienstleistungsorganisationen z. B. in der Modernisierung der Wiener Sozial- und Gesundheitszentren eingesetzt (vgl. Michael Monzer in der lesenswerten Zeitschrift: Case Management CM, Jahrgang 2005, Heft 2, S. 97). Case Management ist vor dem sozialökonomischen Hintergrund des heterogenen Mix der Produktionssphären / Produktionslogiken von Markt, Staat und vom intermediären Sektor (Dritter Sektor / Non Profit Organisationen) in diesem Beitrag im Wesentlichen auf seine Finanz- und Or-

ganisationsentwicklungsfunktion des „system driven“ des sozialen Netzwerkes und dessen Organisationsgestaltung zu thematisieren.[3] Hugo Mennemann kennzeichnet das Case Management als Verfahren für den Aufbau und die Pflege von sozialräumlich organisationsübergreifenden Netzen informeller und professioneller Natur (Mennemann in CM, Jahrgang 2005, Heft 1, 20)

Der außerordentliche Bedarf an der Methode Case Management muss aber auch vor dem Hintergrund des sozialpolitischen Programmwandels eingeordnet werden. Dies wird im Vergleich der Case-Management-Länderkontexte USA und Deutschland und in deren Dynamik der Gesundheitssysteme deutlich. Im Herkunftsland der sozialarbeitsbezogenen Methode des Case Managements bestimmt ein unvollständiges und unabgestimmtes Krankenversorgungssystem Wohlfahrtsniveau und Versorgungsgrade der Menschen. Es handelt sich um ein gemischtes System aus privater und öffentlicher Gesundheitsversorgung. Ein Teil ist über private Kranken-, insbesondere die betrieblich organisierten Krankenversicherungen abgesichert. Die öffentlichen Versorgungsprogramme Medicare und Medicaid und anderer Social-Security-Programme erreichen jeweils nur einen Versorgungsgrad von knapp über 46 % der Bevölkerung. Ca. 15 % der Bevölkerung sind nicht krankenversichert und auf weitere spezielle Bundes- und Landesprogramme angewiesen (vgl. Eurostatis 2006). Durch die gesetzliche Initiative der US-Regierung wurden die Medicaid-Programme weiter gekürzt, so dass im Zuge der Reformpolitik in den 80ern Modelle zur Optimierung der Behandlungskette „Managed-Care-Organisationen“,[4] Disease-Management-Programme und Care-Produkte“[5] entwickelt wurden (vgl. Ewers / Schaeffer, 2000, 38). So war und ist vor diesem Hintergrund sozialstaatlicher Deskription auch die Versorgung spezifischer Patientengruppen, wie die der chronisch erkrankten und behinderten Menschen, auf eine Vermittlungsinstanz im Gesundheitsversorgungssystem angewiesen. In den USA sind budgetierte, mit Marktmacht ausgestattete Case Manager diejenigen, die Effizienzlücken im fragmentierten Gesundheit- und Sozialsystem schließen sollen (vgl. Klug 2003, 145 ff.). In der Krankenhausorganisation führt die Überlappung von Konzepten der Fallführung

---

[3] Case Management als Organisationsentwicklung verstehe ich im Zusammendenken der Funktion des system driven, der fallbezogenen Optimierung des administriven Systems, als auch in der Optimierung der klientenbezogenen Funktion (consumer driven) im Verbund der sozialen Dienstleistungsorganisationen. Zum Begriff des Sozialraums und des Lebensweltparadigmas (vgl. Thiersch 1994). Zur Einführung trägerübergreifender Budgets den so genannten Sozialraumbudgets (siehe Alisch / Dangschat 1998, Hinte 1999, 1998).

[4] Managed Care wurde Anfang der 80er in der USA als Antwort auf Ressourcenverknappung und Wettbewerb wirtschafts- und sozialpolitische Zielgröße und als Antwort auf die Herausforderung der gesteigerten Informatikeinsatzes und Veränderung des Krankheitsspektrums eingeführt (vgl. Amelung / Schumacher 2004, 3). Managed Care im medizinischen System umschreibt als Versorgungsprinzip die wirtschaftliche Verteilung von Mitteln und Ressourcen medizinischer Leistungsmengen, die Bearbeitung durch Führungs-, Planungs-, Koordinations- und Legitimationsaufgaben gegenüber Patienten und Kostenträgern (Amelung 2004 in Anlehnung an Chafferky 1997, Fox 2001, Schwartz, Wismar 2003 und Kühn 1997).

[5] Anders als Case Management, das sich zumindest innerhalb von Managed-Care-Organisationen auf das multidisziplinäre Management von komplizierten Einzelfällen focussiert, konzentriert sich Disease Management auf die Gesundheitsversorgung und Pfadkontrolle / Prozesskostenkontrolle über den gesamten Verlauf von Krankheit auch über Leistungserbringergrenzen hinweg, etwa in Bezug auf Compliance oder als Pflegeüberleitungsmanagement der Patienten (Amelung / Schumacher, 2004, 180 und 193, 205).

im Konzept des Disease Managements und – in dessen Rahmen – des Case Managements zu unterschiedlichen Haltungen und Konsequenzen für die Patienten. Dies gilt auch für Case Management im Netzwerk der Integrierten Versorgung etwa durch verschiedene Krankenversicherer. Zur Zeit wird Case Management in Managed-Care-Organisationen und dessen neuester Variante, dem „Intensive-Case-Management" (ICM), verortet, welches besonders schwer- und chronisch kranke Menschen im standardisierten Vorsorgungssystem Krankenhaus identifiziert und individuelle Versorgungspläne für sie entwickelt. Dieses Programm wird in den USA von immer mehr Krankenhäusern eingesetzt. „Einige dieser Organisationen haben ihre Disease-Management-Programme eingeschränkt, um sich dem ICM zuzuwenden" (vgl. Claudia Pieper in der Ärztezeitung, Jahrgang 2004, Heft 12). Hier erfolgt Case Management gleichsam zwangsläufig mit einer kostenoptimierenden Begleitung der Patienten, die kundenfreundlich daher kommt, aber in erster Linie Rationalisierungsreserven der Heil- und Hilfsmittelversorgung aus Kostenträgersicht eruiert. Die Grenzen zwischen Disease Management mit u. a. auch gesundheitsfördernden Zielstellungen der Verhaltensänderung beim Patienten wird in den USA durch eine verkürzte ökonomische Variante des Intensive Case Management abgelöst. Der Einsatz des ICM-Methode, die sich über die erzielten Einsparungen selbst finanziert, zeigt ggfs. die Dominanz der ökonomischen Logik über die fachliche Logik. Deshalb gilt es nach wie vor, die sozialpolitischen Einordnungen sowie die Notwendigkeit der sozialpolitischen Korrektivfunktion in der sozialwirtschaftliche Maxime des Umbaus zu beachten. Die politische Vermittlungsfunktion in der Bewertung und Auswirkung für einzelne Anspruchgruppen ist weiterhin zwingend notwendig.

In Deutschland ist die sozialpolitische und sozialökonomische Funktion des Case Managements (CM) – im Gegensatz zu den USA – anders verortet. Hier soll das Arbeitsprinzip Case Management, so Erwartungshaltungen in der Sozial- und Gesundheitspolitik, die Effizienz und Effektivitätsnachteile eines nicht abgestimmten mehrgliedrigen und bürokratischen Sozial-Gesundheitssystems besser gestalten / zusammenführen, insbesondere aber die Klienten- und Patientenversorgung optimieren, z. B. durch die verbesserte Gestaltung personenbezogener Arbeitsabläufe und die ökonomische Nutzung der darin behaupteten Rationalisierungsreserven. Erhofft wird die Steigerung der Klientensouveränität und eine durch CM begleitete Form der verbesserten Selbststeuerung des Klienten / Patienten im Sozial- bzw. Gesundheitssystem. Im für Laien oftmals unüberschaubaren Sozial- und Gesundheitssystem soll Case Management nicht eingelöste Fachlichkeit wie „ambulant vor stationär" unterstützen bzw. erst ermöglichen, Haus- und Facharztaufteilung überwinden helfen und die Vermittlung in den ersten Arbeitsmarkt fördern. Insbesondere Menschen mit vielfältigen und multiplen Unterstützungsbedarfen sollen durch Case Management in der Aktivierung des Selbststeuerungspotenzials gefördert werden (Wendt, in Löcherbach 2003, 13 ff.).

Mikro- wie makroökonomisch betrachtet bremst ein berufsständig geprägtes und organisatorisch rechtlich ineffizientes Vertretungssystem beispielsweise durch das Institut der konkurrierenden Gesetzgebung. Dies führt in der Gestaltung Sozialer Dienstleistungen zur Sondersituation der Unikliniken bezüglich der Entgelte, zu höheren Budgetansätzen in der zahnärztlichen Versorgung oder zu schlecht kalkulierbaren, heterogenen Formen der Mischfinanzierung für Einrichtungen Sozialer Arbeit. Die hier beschriebene Ausgangssituation legt eine integrative und auch ökonomische relevante Form der Fallführung durch Case Management nahe. Zu-

gleich soll die Überforderung der Patienten und Klientengruppen im bürokratisch-rechtlichen Steuerungsrahmen durch Management der Fallführung effektiv werden.

Die Auseinandersetzung mit den organisatorischen und sozialökonomischen Rahmenbedingungen des Case Managements zeigt einen vielfältigen Entwicklungsstand und wirft zwangsläufig eine Reihe von Fragen auf. Welche organisatorisch ökonomischen Kompetenzen (Module) braucht denn ein Case Manager bzw. die Case ManagerIn. Welche organisatorisch ökonomischen Effekte werden durch Case Management (CM) erzeugt und wie schließt CM an die sich verändernden Finanzstrukturen des Kontraktmanagements in kommunalbürokratischen Verwaltungsstrukturen an? Wie wirkt die Steuerung über Zielvereinbarungen und Kennziffern auf CM? Welche organisatorisch ökonomischen Effekte erzeugt die großflächige Einführung des CM als Instrument Sozialer Arbeit (z. B. in den Modellversuchen der Einführung der persönlichen Budgets (SGB IV) oder in Bezug auf die Finanzierung durch Fallpauschalen). Entsteht innerhalb und / oder neben dem politisch gesteuerten Quasi-Markt der Organisationen und Betriebe ein einzelsubjektbezogener Quasimarkt der individuellen Dienstleistungserstellung?[6]

Dies ist eine Reflektion, die gegenwärtig und aufgrund der aktuellen empirischen Forschungssituation nur unvollständig, heuristisch nähernd beantwortet werden kann, aber nichtsdestotrotz von Bedeutung im Hinblick auf org. ökonomischen Effekte des Case Managements in Feldern der Sozialen Arbeit mit ihren jeweils eigenen und völlig unterschiedlichen Aufgabenstellungen und Entwicklungslogiken ist (vgl. auch Klie in Case Management Heft 2 / 2005, 57).

1.1 Case Management, Neue Steuerung, Kontraktmanagement und die Entwicklung neuer Dienstleistungsmärkte

Seit Beginn der 90er Jahre sind die Kommunalverwaltungen mit der Umsetzung der Neuen Steuerung befasst. Die Neue Steuerung ist ein betriebswirtschaftliches Modell des Wandels der In-Put-Steuerung zur Out-Put-Steuerung und der dezentralen Ressourcenverwaltung (Reis 1998, Brülle / Reis 2001, Flösser / Otto 1996, Trube 2001). Der Kern des Modells ist das Kontraktmanagement (Knorr / Scheppach, 1999). Über das Kontraktmanagement sind verbindlich Kosten und Leistungen der Dienstleistungen zu benennen und im Leistungs- und Entgeltvertrag sind die Aufwendungen für die kommunale Daseinfürsorge zu vereinbaren (Kröger 1999, 167, Knorr / Scheppach, 1999, 31). Ziel der Neuen Steuerung war bisher die Kostendämpfung. Die Formulierung Sozialer Arbeit als Paket von Einzelleistungen – im Format von Produkten, Produktbereichen und Produktgruppen – sollte Soziale Arbeit für die Prozesskostenrechnung

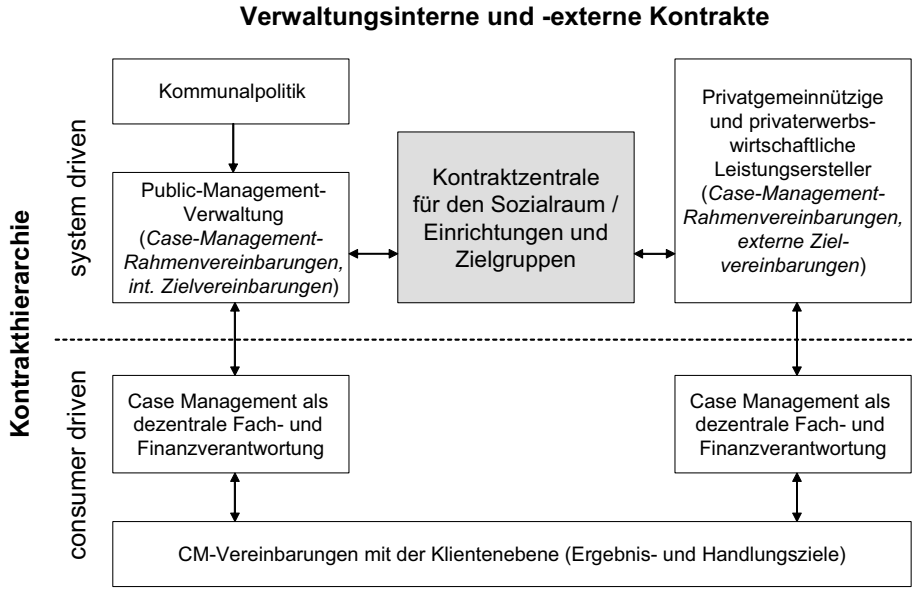
[6] Der Quasi-Markt wird auch als politische Steuerung des „Sozial- und Gesundheitsmarktes“ verstanden. Mit der Einführung der PVG, der Novellierung des KJHG § 78 und des BSHG in § 93 Mitte bis Ende der 90er wurde den Leistungserbringern die Leistungsbeschreibung in Inhalt, Art und Umfang sowie Qualität sozialer Leistungen abgefordert und als Voraussetzung für Entgelterstattung durch öffentliche Kostenträger verlangt. Wirtschaftspolitisches Ziel war und ist bis heute die Erzeugung von Träger / Einrichtungskonkurrenz durch staatlich gesteuerten Wettbewerb.

erschließen. Diese Ausrichtung hat sich für Soziale Arbeit nur in Ansätzen oder nicht bewährt, da planbare und messbare Arbeitsaufgaben als Merkmale der Aufgabenerfüllung nur für Standardfälle formalisiert werden konnte. Insbesondere beratungsintensive Dienstleistungen weisen eine hohe situative Komplexität und niedrige Planbarkeit im Hinblick auf häufig wechselnde Akteure mit (teil)offenen Lösungswegen auf. Diese Standardisierungsgrenze ist durch die Erstellung des Produktplans in der öffentlichen Verwaltung nicht überschritten worden (vgl. Knorr / Scheppach 1999, 12). Trotzdem hat die Neue Steuerung zur Gestaltung neuer politisch gesteuerter Märkte beigetragen. Neben der Effektivierung der Binnenorganisation ist insbesondere die Beziehungsgestaltung zu den externen Anbietern der freien Wohlfahrtpflege in Bewegung geraten. Leistungsverträge definieren die Leistungstatbestände punktgenau. Und nun wird durch die Einführung der Kennzahlensteuerung die wichtigste Neuerung im Rahmen der dezentralen Ressourcenverwaltung eingeführt (Maelicke 2006, 151). Zielvorgaben und Ergebnisziele müssen demnach zeitlich dimensioniert werden. Dies ist ohne Messung von Zielen nicht möglich. Deshalb wird aktuell die Forderung nach wirkungsorientierten Verträgen zum Zukunftsmodell (Puhl 2006, 186 und Schröder 2006, 173).

> *Die kontinuierliche Ausstattung der kommunalen Entscheidungsebenen mit relevanten Informationen auf der Grundlage der Steuerung über Indikatoren:*
> *Kennzahlensteuerung ist nicht neu. Sie beziehen sich im Bereich sozialer Dienstleistungen, etwa im SGB VIII auf Grunddaten und Daten zum Leistungsumfang, z. B. betreute Familien oder Plätze in Tagesgruppen. Zusätzlich beziehen sich diese Kennzahlen auf die Wirkung der ambulanten Erziehungshilfe. Dazu gehört die Zahl der Übergänge von ambulanter zu stationärer Hilfe, die durchschnittliche Wartezeit von der Entscheidung bis zum Hilfebeginn, die erfolgreiche Beendigung des ambulanten Erziehungshilfeangebots. All dies sind wirkungsorientierte Kennziffern. Diese werden durch Finanzkennzahlen, das heißt die Kosten je Fall und Hilfeform, versehen. Das führt dazu, dass in regelmäßigen Abständen – zum Beispiel in der Form von Quartalsberichten – absolute und relative Fallzahlen sowie qualitative harte und weiche Kennzahlen – zum Beispiel die Attraktivität eines Stadtteils ausgedrückt in der Zu- und Wegzugsquote – kombiniert werden. Diese Kennziffern sind die Voraussetzung einer Weiterentwicklung der Neuen Steuerung hin zur wirkungsorientierten Steuerung sozialer Dienstleistungen, insbesondere der Sozialarbeit (vgl. Bieker 2004, 117 ff.).*

Ein zweifellos gravierender Schritt im Hinblick auf Ergebnisorientierung und Ergebnisverantwortung der Leistungsersteller. Also die Frage: Sind soziale Dienstleistungen, wie Soziale Arbeit, über Wirkungsziele mit beabsichtigten Veränderungen der Klienten tatsächlich steuerbar. Im US-amerikanischen Kontext, im so genannten „Kansasmodell“, werden Entgeltzahlungen der Kostenträger an die Einhaltung von vorher vereinbarten Wirkungszielen mit dem Klienten gebunden. Dies ist somit eine Überprüfung der Wirksamkeit des Leistungsvertrages durch eine externe Instanz, ähnlich den Vermittlungsausschüssen (vgl. Bieker, 2004, 130). Insofern würde in Deutschland ggfs. das Kontraktmanagement in der Neuen Steuerung von der Überprüfung des Status Quo der Leistung auf die Überprüfung der Einhaltung versprochener Wirkungen der Dienstleistungen verändert. Case Management in Sozialen Dienstleistungsorganisationen würde von dem Prozess der fachlichen Zielbildung im Assessment, Monitoring und der Evaluation auch zum Prozess der nachhaltigen Leistungsverwirklichung unter Kostengesichtspunkten (Brinkmann, 2005, 55). Die Einordnung des CM in sozialpolitische / sozialökonomische Kon-

Abbildung 1: Case Management als Kontraktmanagementmodell am Beispiel der Kommunalverwaltung



trakthierarchie der Leistungsverträge und Zielvereinbarungen (Systemebene)[7], bspw. der Kommunalverwaltungen unter Einbezug budgetierter Case Manager, kann mit oder ohne nachhaltigen Wirkungsnachweis als sozialräumliche bzw. sozialpolitisch gesteuerte Netzwerkstruktur gestaltet werden (vgl. Brinkmann 2005, 56 und siehe hierzu Abbildung 1).

Durch die Erweiterung und Verschiebung der Finanzierverantwortung ist, wie schon in der Neuen Steuerung angelegt, das Prinzip der Fach- und Ressourcenverantwortung von der Systemebene auf die Klientenebene ausgeweitet worden. Erst dieser Schritt macht die Effektivitäts- und Effizienzsteigerung des personenbezogenen Managements in sozialen Dienstleistungsorganisationen möglich. Der Netzwerkausbau der Organisationen Sozialer Arbeit und die Erweiterung des Umbaus der Sozialorganisation in sozialräumliche und trägerübergreifende „Controllingorganisationen" würde eine „Case Managerialisierung" der Sozialen Arbeit betreiben. Eine

[7] Zielvereinbarungen sind Kontrakte. Sie werden in der Schweiz ergebnisorientierte Leistungsaufträge genannt. Es handelt sich in der Regel um zeitlich begrenzte Kontrakte, die die zu erbringenden Leistungen (out put) und die zu erbringenden Wirkung (out come) zwischen mindestens zwei Kontraktpartnern vereinbaren. Die Zielvereinbarungen werden zudem auf unterschiedlichen Hierarchieebenen abgeschlossen, und zwar um Ziel, Ausstattung und akteursbezogene Leistungsprofile (wer, womit, wann und wozu) detailgenau zu beschreiben. Vereinbarungen, die nicht mehr auf einem über Ordnungs- oder Unterordnungsverhältnis beruhen, werden, wenn auch nicht einheitlich, zum Kontraktmanagement.

mögliche Interpretationsfolie wäre: Der Anfang vom Einstieg in eine intermediäre „Managed Case Organisationen Sozialer Arbeit“ wäre geschaffen. Und, mehr noch als im Krankenhaussektor, würde hier massiv in eine flächendeckende sozialpolitische „betriebsübergreifende Managed Case Funktion“ investiert werden müssen.

1.2 Der Zielbildungscharakter des Case Managements und seine organisatorisch ökonomische Relevanz

Die Methode Case Management verstehe ich als eine personengebundene Dienstleistung im Sozialraum, die mit einem phasenbezogenen Aushandlungs- und Kontrollprozess der Einzelunterstützung im Netzwerk sozialer und gesundheitsbezogener Dienstleistungs- und Hilfeorganisationen wirkt. Case Management folgt dem Prinzip der vertragsgebundenen Konstruktion der Zielvereinbarungen auf der Klientenebene in einem phasenbezogenen Regelkreislauf und dem Modell kooperativen Leistungserbringung und Kontrolle durch Klient und professionellen Dienstleistungsanbieter.

Case Management als Konzept des Fallverstehens, in der Lesart Wolf Rainer Wendts, grenzt sich darüber hinaus und weitergehend sowohl vom therapeutischen als auch vom sozialpädagogischen Fallverstehen (nach Wendt eine Verbindung von objektiver Hermeneutik nach Övermann und psychosozialer Diagnostik im Muster der stellvertretenden Deutung) ab und CM wirkt demzufolge vorrangig als Vermittler von Sozialleistungen und individueller Lebenspraxis (CM 2/2005, 61). Nach Wendt muss der Case Manager nicht den ganzen Menschen hinterfragen oder gar verstehen, sondern er verweist kurz und bündig, „das Objekt der Vermittlung ist der Fall“(CM 2/2005, 61). Wendts Deskription ist vor dem Hintergrund seines „systemischen Verständnisses der Sozialen Arbeit“, genauer seiner Version eines „sozialökologischen Modells zum gelingendem Handeln / Alltag der Menschen“ zu interpretieren. Case Management unterstützt diesen Prozess letztlich ressourcentechnisch.

Zielbildung liegt damit in der Fähigkeit des Case Managers zur Kommunikation und in seiner Fähigkeit zur Aushandlung. Vor diesem Hintergrund wird CM daher gern mit unterschiedlichen Ökonomisierungsstrategien des „Gegenleistungsprinzips“ in Verbindung gebracht. Der ökonomische Kern der Beschreibung des CM-Phasenmodells ist die Durchführung und Kontrolle im Prozess der Leistungserstellung (Kettenmodell), welches auch in Zwangskontexten tauschbezogen ist (vgl. das Gegenleistungsverhältnis in Hartz IV).[8]

Grundsätzlich und historisch ist Case Management im Freiwilligkeitsprinzip verankert und im asymmetrischen Prozess der Zielbestimmung des individuellen Hilfebedarfs – auf der Grundlage der gemeinsamen Klärung des Unterstützungsbedarfs durch Case Manager und Klienten

[8] Zwangskontext vgl. u. a. auch die Ausführung von Rainer Göckler zu Eingliederungsvereinbarung CM Heft 2/2005, Heft 1/2006

im Rahmen der geltenden sozialrechtlichen Bestimmung.[9] Der Leistungsprozess folgt nun den Erstellungsmerkmalen von Zielvereinbarungen und fordert das jeweilige Organisationssystem in einem Zug als Prozess der horizontalen wie vertikalen Leistungsgestaltung und Bewertung. Diese optimierte horizontale Leistungserstellung (Klientenebene) mit den CM-Phasen „intake, assessment, planning, monitoring, evaluation und out going" als consumer driven führt nachhaltig zu einer Optimierung des vertikalen Netzes der sozialen Hilfeorganisationen, dem so genannten system driven (vgl. Reis in Löcherbach, 2003, 150).[10]

1.2.1 Case Management im Zielbildungsprozess individueller Hilfeleistung (consumer driven)

Die Zielbildung im Case Management auf der „consumer ebene" entspricht ursprünglich einem freiwilligen, offenen und individuellen Prozess der gemeinsame gestalteten Zielbildung über „was ist das Problem" im Assessment (vgl. Sylvia Staub Bernasconi 1999, Neufer, 2002, 18f.) und einer individuellen Vereinbarung von Rahmen-, Ergebnis-, Teil- und Handlungszielen und dessen Einhaltung bzw. Erfolg für den Verlauf des Hilfeverfahrens (planning) durch Netzwerkaktivierung und Kontrolle des prospektiv gemeinsam festgelegten Zielhorizonts. Der permanent vorhandene klientenbezogene Nachsteuerungsbedarf im Case Management ist zugleich Arbeitsprinzip und Reassessment. Eine Änderung der personenbezogenen Zielvereinbarungen führt erfahrungsgemäß zu hohen Transaktionskosten, da sie einzelfallbezogen und einzigartig sind und durch häufige, aber notwendige Nachsteuerung kostenträchtige Auswirkung (Systemebene) haben. Amelung weist im Rahmen der Managed-Care-Prozesse auf die transaktionskostenminimierende Finanzierung durch Fallpauschalen hin (Amelung 2004, Teil 1, 24).

Grundsätzlich gilt: keine Systemoptimierung (system driven) ohne Verbesserung in der Kooperation und Steigerung der Nachhaltigkeit auf der Seite der personenbezogenen Arbeitsbeziehungen (consumer driven). Die Qualität der gemeinsam formulierten Zielperspektiven und erst die gemeinsame Gestaltung der Zielprozesse führen zum nachhaltigen Wirkungserfolg (siehe Abbildung 2).

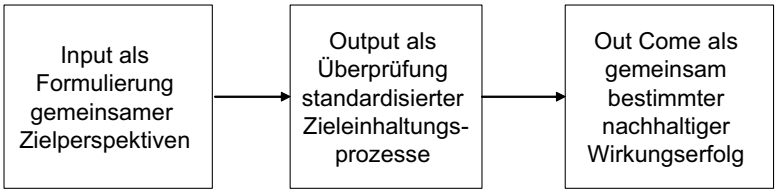
Der Tauschcharakter des Case Managements setzt, wie auch andere Formen der prospektiven Zielbindung, auf Zielvereinbarungen. CM unterscheidet sich u. a. durch die Erstellung eines individuellen Hilfeprofils gegenüber personenunabhängigen und einer standardisierten Fallange-

---

[9] Inspiriert durch Spieltheorie und Dienstleistungstheorie (vgl. Becker, Bruhn / Meffert, Bieger) ist die Fragestellung Asymmetrie und Informationssymmetrie sozialer Beziehungen zu einem Konzept der ökonomischen Handlungstheorie geworden. Dieses Konzept ist seit langem für jedwede pädagogische Zielstellung Ausgangspunkt von Einschätzung und Intervention der beteiligten Akteure (vgl. hierzu Ausführungen zur Wertschätzung bei Maria Montessori).

[10] In take verstanden als Zugang, Aufnahmekriterien und Reichweitenbestimmung des Dienstes, Assessment als gemeinsame Benennung dessen, „was das Problem ist"(Klient und Case Manager), Planning als Vereinbarung über Rahmen, Grob-, Teil- und Feinziele, Handlungs- und Ergebnisziele, Monitoring als Abbildung und Einhaltung und ggfs. Nachsteuerung der genannten Ziele, Evaluationsbewertung als Gesamtdokumentation, out going als Verweisung und Abschluss.

Abbildung 2: Zielbildungsebenen des Case Managements



botsbildung (z. B. Fallpauschalen). Ökonomische relevante Effekte zeitigt die individuelle Form jedoch auch im Hinblick auf die Zielgenauigkeit des Ressourcenverbrauchs und durch die zeitnahen Nachsteuerungsmöglichkeiten sowie in der Steuerung zusätzlicher, schnell verfügbarer, weiterer professioneller Dienste oder persönlicher Hilfesysteme. Des Weiteren ist die fortlaufende Korrektur des Arbeitsbündnisses für das Case Management typisch und zeigt sehr deutlich seine pädagogisch-demokratischen Wurzeln in der Kooperations- und Arbeitsbeziehung mit dem Klienten. Die fachliche Dimension und die Klientenformulierung bestimmen das Design der Hilfen und deren Dienstleistungsprofil. Der finanzielle Aufwand ist demgegenüber schwer einzuschätzen.

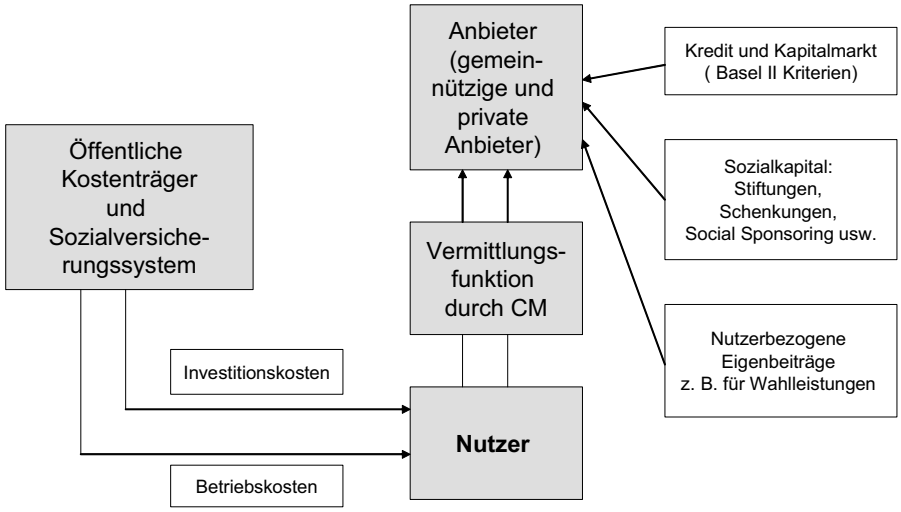
1.3 Case Management vor dem Hintergrund veränderter Finanzierungsmodelle im Sozialen Dienstleistungssektor (system driven)

1.3.1 Case Management und das Modell der monoistischen Finanzierung

Der Wandel der organisatorischen Rahmenbedingungen entspricht dem Wandel der Finanzierung sozialer Dienstleistungen. Rudolf Hammerschmidt spricht von der konstruktiven Zerstörung der bestehenden Angebots- und Entscheidungsstrukturen, „Innovation [ist] nicht die Fortschreibung der Vorhandenen“ (vgl. Hammerschmidt: 2006, 57). Die Konkurrenz der Anbieter wird zwar weiterhin staatlich gelenkt (Quasi-Markt), daneben entsteht aber ein privater Dienstleistungsmarkt (vgl. Hammerschmidt 2006, 57).

Die derzeit bestehende Finanzstruktur der öffentlichen Hand erstattet die Investionskosten über Zuschüsse. Die laufenden Kosten, die Betriebskosten, werden über den Klienten sozialrechtlich veranlasst und im indirekten Finanzierungsmodell verrechnet (Finanzierungsdreieck: Kostenträger, Leistungserbringer und Leitungsempfänger). Diese dualistische Finanzierung soll durch ein im Wesentlichen durch Kontraktmanagement gesteuertes „monoistischen Finanzierungsmodell“ ersetzt werden (vgl. Hammerschmidt, 2006, 50 und siehe Abbildung 3).

Abbildung 3: CM-Funktion im monoistischen Finanzierungsmodell (in Anlehnung an Rudolf Hammerschmidt, 2006, 51)



Die monoistische Finanzierung Sozialer Dienstleistungen fördert zwei Organisationsentwicklungsdimensionen. Erstens stellt sie leistungsrechtliche Vertragskonstruktionen in den Mittelpunkt. Zweitens wird durch die controllingoptimierte Preisgestaltung der Anbieterwettbewerb auf dem Quasi-Markt erheblich dynamisiert (Brinkmann 2005, 80) – Quasi-Markt, da die Preisbildung immer noch dem Angebotsmonopol und der Kontrolle des Staates unterliegt und das Abhängigkeitsverhältnis der Leistungsersteller, z. B. der Wohlfahrtsverbände, nicht durchbrochen ist und das Kostenrisiko auf den Leistungsersteller verlagert. Allerdings betont ein Teil der Wohlfahrtverbände, nach mittlerweile mehrjähriger Erprobung und Umstellung auf Leistungsverträge, durchaus Zufriedenheit mit dem Modell der Leistungsverträge. Im Gegensatz zur Subventionsfinanzierung, auch der Zuwendungsverträge, bestätigen einige Verbände die Chance der genaueren Leistungsbewertung und Kostenerstattung durch angemessene Leistungsentgelte. Das Risiko der Vertragslösungen wird als relativ gering eingeschätzt (bspw. AWO Schleswig Holstein).

Hammerschmidt beschreibt die Abkehr von der Zuwendungsfinanzierung, in dem der Zuwendungsgeber die Investitionskosten und der Kostenträger im Rahmen der indirekten Finanzierung, Betriebskosten zahlt.

> *Danach hat der Nutzer einen Rechtsanspruch gegenüber dem Kostenträger und nimmt die ihm zugedachten Leistungen entgegen. Dieses indirekte Finanzierungsmodell wird abgelöst durch eine Entwicklung zur monoistischen Finanzierung – anders ausgedrückt von der Objekt- zur Subjektförderung. Die Finanzierung von Investitionen über Einnahmen sowie die Risikobeherrschung des internen Leistungsprozesses ist, anders als bei der dualistischen*

Finanzierung im Rahmen des traditionellen sozialrechtlichen Dreiecksverhältnisses, zugunsten einer einnahmeorientierten Entwicklung und Gestaltung von Leistung gefordert. Kauf und Zahlung der Dienstleistungen erfolgen nutzerzentriert (vgl. Hammerschidt, 2006, 50 ff.).

Die Träger erhoffen darüber hinaus eine Ausweitung der privaten, nutzerseitig finanzierten Wahlleistungen und damit weiteren Öffnung vom Quasi-Markt zum Markt. In das monistische Finanzierungsmodell über den Nutzer passen die Quasi-Markt-Varianten wie persönliches Budget und Gutscheinmodelle, die dem Klienten als Kunden ermöglichen, sich den passenden Anbieter für Pflege, Bildung und Erziehung einzukaufen. Case Manager könnten unabhängige Informationen für den Klienten bieten, die nun Kundenberatungsfunktion nachfragen. Der Case Manager wird in diesem Bild, neben seiner sozialrechtlichen Beratungsfunktion, zum Kunden- / Verbraucherberater mit erheblichen und nicht überschaubaren ökonomischen Wirkungen für die Anbieter, aber auch mit nicht unerheblichen Folgen für den Klienten zum Beispiel in der Bewertung und Abwehr von Schwarzarbeit, auf die nicht wenige angewiesen sind (Persönliches Budget). Wie groß darf die Gestaltungsfreiheit der Klienten als Marktteilnehmer sein?

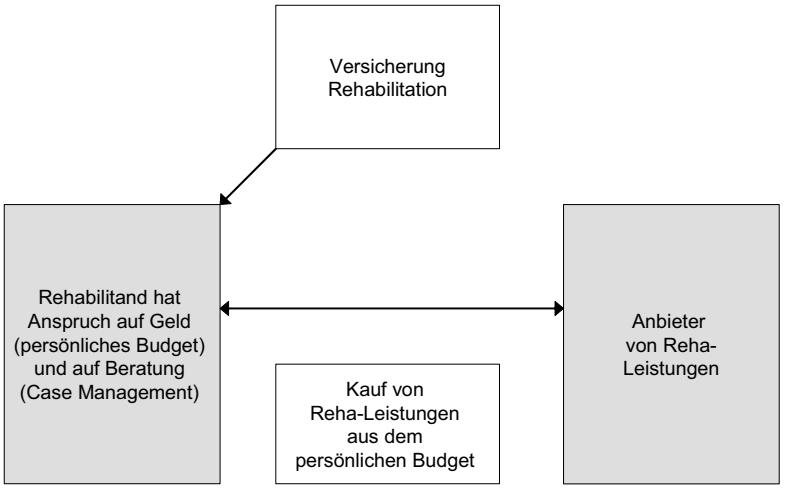
1.3.2 Die Funktion des Case Managements am Beispiel des persönlichen Budgets

Wie gehen die sozialwirtschaftlichen Anbieter und Dienstleistungsersteller zukünftig mit der unterschiedlichen Kaufkraft ihrer Klienten um (vgl. Hammerschmidt, 2006, 51)?

Dies ist gegenwärtig schon Teil der Realität, bspw. in der Altenpflege. Slogan „Sie können alles bekommen, wenn es denn gezahlt wird". Privat gezahlt wird. Der Einstieg in die Grundversorgung und hochpreisige Wahlangebote für Besserverdienende ist einrichtungsintern schon vollzogen. Der „normale Pflegepatient" ist auf die Standardangebote der „Pflegeindustrie" zurückverwiesen (vgl. u. a. Klie in Heft 32 der Zeitschrift „Pflege aktuell"; Jahrgang 2005, 584 ff.).

Zudem werden im § 17 SGB IX nach der Modellphase ab 2008 und in § 36 SGB XI persönliche Budgets geschaffen, mit denen die Hilfeempfänger für alle Teilhabeleistungen einen Geldbetrag oder Gutschein erhalten. Das Ziel ist, „in eigener Verantwortung ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen" (§ 17II SGB IX). Das Persönliche Budget ist rechtssystematisch und prinzipiell auch für alle anderen Leistungsgesetze geöffnet (§ 57 SBG XII; § 103 Satz 2 SGB III, §16 I Satz 2 SGB II). Das heißt der Klient / Patient als Auftraggeber bedient sich am Markt, und er hat die Möglichkeit des Preisvergleichs. Die Erbringung der Leistung ist nicht mehr an eine Einrichtung / Träger gebunden, sondern der Klient und Patient als Kunde kann Einrichtungen in seinem Sozialraum miteinander vergleichen. Die Herausforderung liegt in dem Beschaffen von Marktinformationen und dem oftmals fehlendem Marktüberblick der Klienten. Wer sind leistungsstarke Dienstleistungsanbieter und wie schafft der Case Manager Transparenz hierüber?

Abbildung 4: CM Funktion im Modell des Persönlichen Budgets



Die Vorherrschaft des Sachleistungsprinzip (Dreiecksverhältnis) wird durch das persönliche Budget (Geldleistungsprinzip) mit Unterstützung des Case Managers durchbrochen.

Die Notwendigkeit eines unabhängigen Case Managements kann am Beispiel der Forderung der Implementierung des CM in kommunalen Pflegeberatungsstellen nachvollzogen werden. Pflegeberatungsstellen sind unabhängig und können der intermediären Funktion des CM durch Vermittlung in Form einer unabhängigen Verbraucherberatung Rechnung tragen – beispielsweise durch CM-Beratung hinsichtlich des staatlich organisierten Leistungskatalogs und dessen Mitteleinsatz auch für informelle und niederschwellige Hilfen und Dienste bspw. in den Netzwerken der Selbsthilfe und des Bürgerengagements (z. B. Otto 1998; Hummel 2004). Die Erweiterung des monoistischen Finanzierungsmodells auf die Personenebene und die „prinzipielle Abkehr“ von der Mischfinanzierung aus unterschiedlichen Kostenträgertöpfen fordern den Klienten / Patienten als aufgeklärten Kunden heraus. Case Management korrespondiert dort bezüglich der Informationssymmetrien der Klienten auf dem Quasi Markt und auch des privaten Dienstleistungsmarktes, nach Absprache mit dem Klienten – Aushandlung, verstanden im Sinne von „Negotiation“, also im Hinblick auf die Inhalte des klientenbezogenen Vertrages und des „Bargaining“ in der Verhandlung über materielle Ausstattungsmerkmale des angebotenen Dienstleistungsverhältnisses. So stellt Nicole Wagner, Case-Managerin in der Modellregion Marburg-Biedenkopf, das Projekt Pflegebudget vor und berichtete von ihren Erfahrungen unter anderem anhand eines Praxisbeispiels, bei dem sie das Pflegearrangement vor und nach der Beratung skizzierte. Das Besondere bei diesem Projekt: Sie stellt heraus, dass die Unterstützung durch Case-Manager während der Modellphase für die Budgetnehmer kostenfrei ist. Dies weist richtigerweise auf den Schwachpunkt des Persönlichen Budgets, wie es gegenwärtig ausgestaltet ist, hin.

„Wer bezahlt die Unterstützung der Budgetnehmer, insbesondere nach dem Ende der Modellprojekte? Eine Möglichkeit, die Beratung und Begleitung der Budgetinteressenten und Budgetnehmer finanziell abzusichern, bestünde beispielsweise in ihrer Aufnahme in den Leistungskatalog des SGB IX. Weitere Diskussionspunkte waren die Qualifikation der Budgetassistenz, die Neutralität (des Case Managers in A. d. V.) der Beratung sowie Fragen der generellen Sicherung der Qualität beim Persönlichen Budget".
(Vgl. Nicole Wagner http://www.pflegebudget.de/pflegebudget_bueros/buero_marburg.htm)

1.4 Case Management als Einstieg in Fallgruppen der Sozialen Arbeit?!

Eine weitere Herausforderung des Case Management liegt in der Ausrichtung einer standardisierten Fallbearbeitung. Albrecht Brühl hat 2003 in 22 Kliniken deren soziale Dienste befragt, aus 2464 Fallbearbeitungen 8000 Referenzfälle analysiert und ein Klassifikationssystem von Fallgruppen der Sozialen Arbeit kreiert. Vor dem Hintergrund der Einführung der Diagnostik Related Groups[11] und deren Einführung versucht Albrecht Brühl im Hinblick auf Sozialarbeit im Krankenhaus (Soziale Dienste) eine kritische Überprüfung des Fallgruppenansatzes. Anwendung finden die Fallgruppen in der internen Leistungsverrechnung von Akutkrankenhäusern. Die Fallgruppen bilden die Grundlage, um mit der Unternehmensleitung organisationsintern Ziel- und Leistungsvereinbarung auf der Grundlage beschriebener Leistungen, vereinbarter Qualitätsstandards und kalkulierter Preise zu schließen. Die Fallkostenkalkulation der deutschen Krankenhausgesellschaft ist ein medizinbasiertes, pauschales Entgeltsystem und ein personenunabhängiges, multivariates Klassifikationssystem. Der Sozialen Arbeit fehlen demnach einheitliche Standards für die gesamte Fallbearbeitung, eine Kalkulation der notwendigen Ressourcen und die Grundlage für die Begründung verschieden intensiver Sozialarbeit. Drei Dimensionen der Fallgruppen für Soziale Arbeit hat Brühl herausgearbeitet:

1) Hauptgruppen sozialrechtlicher Anspruchsgrundlagen, die direkt umgesetzt werden können,

2) Komplexitätsindikatoren zur Trennung verschieden komplexer Fallbearbeitung,

3) Kontaktzahlen zur Unterscheidung unterschiedlich kontaktintensiver Fallbearbeitung

(vgl. Brühl: 2004, 229).

Dieser Ansatz ließe vermuten, dass er auch mit dem Case Management kompatibel ist. Zielstellung des Fallgruppenansatzes ist die Arbeitszeitvarianz, also die Deskription gleichwertiger Arbeit im Clusterverfahren und Reduktion der Varianzabweichung mit Blick auf Geld und Zeit. Fallorientierte Lebenslagenanalysen können – dann als die Voraussetzung für das Assessment, – im Case Management Eingang finden. Dies lehnt Brühl ab, da er CM ähnlich wie Supervision als individuelle Form der Fallbearbeitung sieht.

[11] Nach § 17 b KHG, DRG System gleich pauschalierende Vergütung von kurativen Leistungen im Krankenhaus.

Eine systematische Betrachtung aller Fälle in der Sozialen Arbeit, so die grundlegende Kritik von Albert Brühl, und ein hieraus folgender Vergleich der Fallbearbeitungen aller Klienten werden aber bewusst nicht angestrebt, denn diese entspricht nicht dem Erkenntnisinteresse Sozialer Arbeit. So bleibt bspw. Sylvia Staub Bernasconi, in Auslegung Brühls, beim Charakter einer deduktiv lediglich klärenden Austauschtheorie als Handlungstheorie, jedoch ohne eine direkte Verwertungsperspektiven, wie sie in Brühl's Modell, in der Anwendung einer Klassifikation personaler Störungen (PIE) zur Grundlage sozialarbeiterischer Interventionsmuster eingeführt werden soll (vgl. Brühl 2004, 50). Demgegenüber verweigert sich Soziale Arbeit und orientiert sich stattdessen, so Brühl, an Werten und Idealkonstruktionen. Soziale Arbeit trägt so methodisch zur Verdeckung ihrer Absichten bei und immunisiert sich gegenüber aller Kritik (vgl. Brühl, 2004, 32ff.). Letztlich legt Brühl damit eine Angleichung Sozialer Arbeit an das Steuerungsverhalten der DRGs, der Kategorisierung nicht von Krankheitsmustern, sondern Sozialmustern und dessen standardisierte Bearbeitung nahe.

1.5 Schlusswort

Case Management als intermediäre Instanz des system und consumer driven wird zum qualitativen Ausbau eines sozialen Dienstleistungsmarktes beitragen. Insbesondere quasimarktliche Instrumente im Feld monoistischer Finanzierungsmodelle bedürfen der CM-Moderation. Voraussetzung hierfür ist der sozialpolitische Wille des Ausbaus einrichtungsübergreifender Rahmenvereinbarungen und die Installation einer CM-Steuerungszentrale, die die Aufgabe hat, vertraglichen Lösungen der regionalen Versorgung Vorrang einzuräumen. Insbesondere der „verbraucherpolitischen" Vermittlungsfunktion wird zukünftig mehr Raum gegeben werden und in der Beantwortung der wirkungsrelevanten Vereinbarungen wird Case Management eine zentrale Rolle spielen.

Ergebnisoffenheit und der Verzicht auf prospektive Festlegung durch Fallgruppenkonstruktion im Konzept von Sylvia Staub Bernasconi ist für Ökonomen und Statistiker herausfordernd und im Sinne der Sozialen Arbeit gerechtfertigt. Sylvia Staub Bernasconi hat insbesondere in der letzten Dekade, im Diskurs um ihr Konzept der Sozialen Arbeit als Menschenrechtsprofession, gekämpft. Dieses Konzept ist durch ein rechtlich-politisches Primat, über die soziale Kostendebatte hinaus, determiniert. Der soziale Diskurs hat damit auch methodisch notwendig die Gestalt und den Inhalt eines Wertediskurses, auf den Soziale Arbeit nicht verzichten kann.

Soziale Arbeit verfügt über kein einheitliches und wissenschaftlich valides Methoden- und Evaluationsinstrument, das ähnlich des ICD-Katalogs bzw. DRG-Katalogs funktioniert. Brühls Versuch der kostenrelevanten Integration der Sozialen Dienste im Krankenhaus ist verständlich und hinsichtlich einer allgemeinen empirischen Grundlage für sozialarbeiterische Klassifikation in Fallgruppen beschränkt, aber zugleich ausbaufähig. Der Diskurs sollte im Kontext der Sozialarbeitswissenschaft weitergeführt werden. Der Charakter Sozialer Arbeit auch im ökonomischen Bild der Dienstleistungsarbeit ist auf Konstruktion und Dekonstruktion sozialer Tatbestände angewiesen, die auch für die Methode Case Management von erheblicher Relevanz sind.

Case Management arbeitet als Methode Sozialer Arbeit im Kontext des Assessment, etwa in der Einschätzung behinderter Menschen, durchaus mit einer Kombination aus standardisierter Test-Diagnostik incl. Fallgruppenzuordnung auf der Grundlage psychologischer und (sozial)medizinischer Eignungs- und Leistungstests. Und Case Management braucht darüber hinaus unbedingt notwendig den Teil der individualisierenden Zielvereinbarung, die durch und mit Klienten beschrieben und korrigiert wird. Insoweit ist und war Soziale Arbeit gerade wegen der Vielfalt im Methodenmix anschlussfähig, aber nie monokausal instruiert. CM kann im Rahmen des SGB IX standardisierte Fallgruppenbildung nutzen und ergänzt diese durch Instrumente der Erhebung wie der persönlichen Unterstützung durch Netzwerkkarten und Ökogramm. Case Management wird weiterhin den individuellen Zuschnitt der Absprache und Selbstverpflichtung gemeinsam mit dem Klienten entwickeln.

Ein Mix aus individueller Leistungsverabredung und standardisierter Fallgruppenbildung, wie im Assessment der Rehabilitation üblich, erhöht die Teilhabechancen der Menschen mit und ohne Behinderung und verhindert die einseitige Beschränkung auf vorgegebene und personenunabhängige Methoden-Standards, ohne auf sie zu verzichten.

Literatur

Alisch, Monika / Dangschat, Jens S. 1998: Armut und Soziale Integration, Opladen.

Amelung, Volker Eric / Schumacher, Harald 2004 (3. vollständig überarbeitete Auflage) Managed Care, Neue Wege im Gesundheitsmanagement, Wiesbaden.

Bauer, Rudolph 2001: Personenbezogene Soziale Dienstleistungen, Wiesbaden.

Boeßenecker u. a. (Hrsg.) 2003: Qualitätskonzepte in der Sozialen Arbeit, Eine Orientierung für Ausbildung, Studium und Praxis, Weinheim, Weinheim, Basel, Berlin.

Bieker, Rudolf 2004: Neue Kommunalverwaltung, Eine Einführung für Sozial- und Sozialverwaltungsberufe, Weinheim und München.

Brandel / Stöbe, Blossey / Wohlfahrt 1999: Verwalten oder gestalten, Berlin.

Brinkmann, Volker 1998: Intermediäre Engagements als Herausforderung an die Sozialpolitik in Deutschland, Hamburg.

Brühl, Albert 2004: Fallgruppen der Sozialarbeit, Baden-Baden.

Case Management 2005: Jahrgang 1, Heft 2, Heidelberg.

Case Management 2006: Jahrgang 2, Heft 1, Heidelberg.

Eisenreich / Halfar / Moos 2005: Steuerung sozialer Betreibe und Unternehmen mit Kennzahlen, Baden-Baden.

Evers / Rauch / Stitz 2002: Von öffentlichen Einrichtungen zu sozialen Unternehmen, Hybride Organisationsformen im Bereich sozialer Dienstleistungen, Berlin.

Fischer, Regina 2000: Dienstleistungs-Controlling, Wiesbaden.

Howaldt / Kopp / Flocken 2001: Kooperationsverbünde und regionale Modernisierung, Theorie und Praxis der Netzwerkarbeit, Wiesbaden.

Hinte / Litges / Springer 1999: Soziale Dienste: Vom Fall zum Feld, Soziale Räume statt Verwaltungsbezirke, Berlin.

Hinte / Litges / Groppe 2003: Sozialräumliche Finanzierungsmodelle, Qualifizierte Jugendhilfe auch in Zeiten knapper Kassen, Berlin.

Klie, Thomas 2005: in: Pflege Aktuell, Heft 32, S. 584.

Klug, Wolfgang 2003: Mit Konzept planen und effektiv helfen, Ökosoziales Case Management in der Gefährdetenhilfe, Freiburg.

Knorr / Scheppach 1999: Kontraktmanagement, Rosenheim und Berlin.

Kolhoff, Ludger 2002: Finanzierung sozialer Dienste und Einrichtungen, Augsburg.

Löcherbach / Klug / Remmel, Fassbender / Wendt 2003: Case Management, Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit, München.

Maelicke, Bernd (Hrsg.) 2006: Finanzierung in der Sozialwirtschaft, Chancen und Risiken des Umbruchs, Baden-Baden.

Merchel, Joachim 2004 (2. Auflage): Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit, Weinheim und München.

Neufer, Manfred 2002: Case Management – Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien, Weinheim und München.

Reis, Claus 1998: Planung und Produktion Sozialer Dienstleistungen, Berlin.

Rosenkranz / Weber 2002: Freiwilligenarbeit, Einführung in das Management von Ehrenamtlichen in der Sozialen Arbeit, Weinheim und München.

Schellberg 2004: Betriebswirtschaftslehre für Sozialunternehmen, Augsburg 2004.

Simsa 2000: Management der Nonprofit Organisationen, Gesellschaftliche Herausforderungen und organisationale Antworten, Stuttgart.

Trube, Achim 2001: Organisation der örtlichen Sozialverwaltung und Neue Steuerung. Hand und Arbeitsbücher, Band 1, Frankfurt.

Wendt, Wolf Rainer 2003: Sozialwirtschaft – eine Systematik, Baden-Baden.

Wendt, Wolf Rainer 2002: Sozialwirtschaftslehre, Baden-Baden.

Autor

Prof. Dr. Volker Brinkmann vertritt das Fachgebiet Finanzierung, Planung, Organisation und Management sozialer Dienstleistungsorganisationen an der FH Kiel.

Heiko Kleve / Matthias Müller /
Andreas Hampe-Grosser

2 Der Fall im System – die Organisation des Systemischen Case Managements

2.1 Ausgangspunkte

Der deutsche Sozialstaat wandelt sich und mit ihm auch die Soziale Arbeit, ist sie doch eine Profession, die sozialstaatlich mitkonstituiert, die in staatlichen Programmen und rechtlichen Regelungen verankert ist. Die Transformation des deutschen Sozialstaates erscheint insbesondere als eine Folge der leeren öffentlichen Kassen. Und dies wiederum resultiert aus dem zumindest vorläufigen Ende der Arbeitsgesellschaft. Eine relativ stabil bleibende und hohe Zahl von Personen ist aus der Erwerbsarbeit exkludiert, was die staatlichen Steuereinnahmen verringert, aber die Summe für die sozialstaatlichen Transferleistungen erhöht. Dieser Prozess ist eingebettet in eine Globalisierung der Wirtschaft, die die Kapitalströme der Unternehmen dorthin zieht, wo die Arbeitskräfte konkurrenzlos günstig sind. Diese gesellschaftlichen Strukturdynamiken fallen – wie bereits erwähnt – insbesondere aufgrund des Symptoms auf, das vor allem die Politik zu spüren bekommt und an andere mit ihr verbundene Systeme weitergibt: aufgrund des verringerten Steueraufkommens, aufgrund der immer knapper werdenden bzw. leeren öffentlichen Kassen. Während die Politik auf der einen Seite mehr oder weniger erfolglos versucht, die gesellschaftliche, vor allem ökonomische Strukturdynamik umzusteuern, verlangt sie auf der anderen Seite Wirtschaftlichkeit von jenen Systemen, die sich bisher eher jenseits der Wirtschaft verorteten, z. B. von der Sozialen Arbeit.

Die Ökonomisierung der Sozialen Arbeit läuft seit einigen Jahren auf Hochtouren. Mit Ökonomisierung ist in diesem Zusammenhang insbesondere die Ausrichtung sozialarbeiterischer Prozesse auf Leitgrößen wie Effizienz und Effektivität gemeint. Effizienz bezieht sich auf die knapper werdenden finanziellen Mittel, bringt das Verhältnis von Aufwand (insbesondere an Personal, Zeit und Sachmittel) und Nutzen in den Blick, während Effektivität die Zielwirksamkeit, das Verhältnis von Zielen und Ergebnissen veranschaulicht. Die Ökonomisierung der Sozialen Arbeit verfolgt das Programm, mit weniger Aufwand einen gleich bleibenden oder gar höheren Nutzen, eine nachhaltigere Wirkung zu erreichen. Die spannende Frage ist an diesem Punkt, ob und wie ihr dies gelingen kann. Eine Antwort darauf, die insbesondere die Methodik, aber auch eine veränderte Organisation Sozialer Arbeit betrifft, lautet, *dass die Herausforderung der Ökonomisierung durch die Einführung des Case Managements, im Folgenden CM abgekürzt, gemeistert werden kann.*

Denn CM lässt sich verstehen als eine Balancierung der Ambivalenz von Ökonomisierung und Lebensweltorientierung (vgl. Kleve 2003a; 2003b). Nicht nur die Herausforderung der sozial-

arbeiterischen Ökonomisierung steht also im Zentrum dieses Ansatzes, sondern zugleich die Beibehaltung oder gar der Ausbau des zentralen sozialarbeiterischen Strukturmerkmals der letzten Jahrzehnte, der Lebensweltorientierung (siehe grundsätzlich dazu Thiersch 1992). CM versucht, beide – zunächst vielleicht gegensätzlich wirkenden – Perspektiven (siehe dazu auch Galuske 2002, 293ff.) konstruktiv zu verkoppeln; es lässt sich ein auf die eigensinnigen lebensweltlichen Erfahrungen der Klienten, auf die Kontingenzen des Alltags, dessen Ganzheitlichkeit und Zieloffenheit bei dem gleichzeitigen Versuch, klar vereinbarte Ziele in nachhaltige Ergebnisse zu transformieren, um Hilfen und deren Wirkungen zu koordinieren, zu begleiten, zu messen, auszuwerten und zu dokumentieren.

Im Folgenden soll gefragt werden, wie der Versuch gelingen kann, dass CM Lebensweltorientierung und Ökonomisierung in der Sozialen Arbeit konstruktiv verbindet. Dabei wird insbesondere auf das Konzept des *Systemischen Case Managements,* im Weiteren kurz *SCM* abgekürzt (siehe Kleve / Haye / Hampe-Grosser / Müller 2003), eingegangen. Bevor jedoch dieses Konzept hinsichtlich seiner Fall- und System- bzw. Organisations- und Netzwerkebene dargestellt wird (2.5), sollen zunächst einige zentrale Bestimmungsmerkmale des CM expliziert werden (2.2), um daran anschließend herauszuarbeiten, welche organisatorischen Voraussetzungen und Transformationen erforderlich sind, um CM so zu realisieren, wie die Theorie es für möglich hält (2.3). Denn es reicht nicht aus, CM zwar auf der Fallebene einzuführen, aber die Organisation(en) Sozialer Arbeit unverändert zu lassen. Vielmehr setzt die erfolgreiche Implementierung von CM voraus, dass sich zugleich die organisatorischen Strukturen und Finanzierungslogiken der Sozialen Arbeit wandeln und weiter entwickeln. Welche theoretischen Dimensionen diesbezüglich zu diskutieren sind, wird ausgeführt, um sodann exemplarisch Arbeitsfelder zu untersuchen, in denen bereits begonnen wurde, organisatorische Veränderungen zu realisieren (2.4).

2.2 Zentrale Bestimmungselemente von CM

CM ist eine Methode, die – wie die Soziale Arbeit generell – die „Hilfe zur Selbsthilfe“ anstrebt, die also versucht, die Klienten hinsichtlich ihrer eigenen Kräfte, Stärken und Ressourcen zu fördern und zu unterstützen, so dass sie ihre Belange (wieder) selbst und eigenverantwortlich regeln und gestalten können. Daher setzt dieser Ansatz bei der Analyse und Aktivierung von informellen, privaten Hilfemöglichkeiten in den Lebenswelten der Klienten (im Sinne von Subsidiarität und Empowerment) an und versucht diese Orientierung insbesondere durch vier zentrale Aktivitäten zu realisieren, und zwar durch 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. durch die Vermittlung, Verschränkung und Koordination von informellen (nicht-professionellen, privaten) und formellen (professionellen, öffentlichen) Hilfen.

Eine wesentliche Aufgabe des CM ist es, komplexe Hilfeverläufe ressourcenorientiert so zu gestalten, dass Passungen und Synergieeffekte zwischen unterschiedlichen Hilfen in einem Fall möglich sind. Damit soll freilich das Ziel optimaler Lösungen für die Probleme von Klienten verknüpft werden mit dem Bestreben der Kostensenkung. Die einleitend erwähnten Leitgrößen des CM werden in diesem Zusammenhang bereits deutlich, nämlich zum einen *Effektivität*, also die Gestaltung eines passenden Verhältnisses von Zielen und Ergebnissen (Zielwirksamkeit) und zum anderen *Effizienz*, also Wirtschaftlichkeit (Verhältnis von Aufwand und Nutzen).

Hinsichtlich der Effektivität versuchen CM-Prozesse, Hilfen so wirksam und nachhaltig wie möglich zu gestalten. Deshalb ist es wichtig zu sehen, dass jedes Helfen eine Gefahr in sich birgt, nämlich die Gefahr der Nicht-Hilfe, die Gefahr, dass Klienten durch die Hilfe nicht gestärkt und gefördert, nicht hinsichtlich ihrer Selbstaktivität und Selbstwirksamkeit gestützt werden, sondern dass sie eine Abhängigkeit vom Hilfesystem entwickeln. Reinhart Wolff (1990) bezeichnet eine solche nicht gewollte Nebenfolge von professioneller Hilfe als *zentrales Hilfeparadoxon* (vgl. ausführlich dazu Kleve 1999, 270ff.; 2000, 106ff.). Dieses Paradoxon soll mit CM ausgehebelt werden, und zwar durch die strikte Selbsthilfeorientierung, den sparsamen Einsatz von Personal und Zeit sowie durch die Koordination der unterschiedlichen fallbezogenen Hilfen.

Aber alle beschriebenen Bestimmungsmerkmale des CM hängen nicht nur von der Methode selbst ab, sondern immer auch von der organisatorischen Einbettung der CM-Prozesse. Genau dies soll im Folgenden anhand konkreter Vorschläge für die Transformation und Entwicklung sozialarbeiterischer Organisationen diskutiert werden.

2.3 Organisationstransformation durch Flexibilisierung und raumbezogene Steuerung

Wolfgang Budde und Frank Früchtel (2004, insb. 3ff.) unterscheiden vier Felder der Sozialraumorientierung, die unsers Erachtens auch dazu dienen können, die Dimensionen des CM zu differenzieren. Demnach lassen sich zwei methodische Ebenen und zwei organisatorische Ebenen unterscheiden. Die methodischen Ebenen beziehen sich insbesondere – *erstens* – auf eine *stärken- und ressourcenorientierte Fallarbeit* und – *zweitens* – auf eine *kontextuelle Erweiterung der Fallbetrachtung hin zu einem gemeinwesen- und netzwerkorientierten Blick* (vgl. dazu auch Hampe-Grosser / Kleve 2005). Diese beiden Methodenebenen werden wir im Kontext der Beschreibung der sechs Schritte des SCM noch ausführlicher darstellen (siehe 2.5). Hier sollen zunächst die beiden organisatorischen Ebenen im Zentrum stehen, zum einen die *Flexibilisierung der Organisationen Sozialer Arbeit* und zum anderen die *raumbezogene Steuerung als sozialarbeiterische Organisations- und Finanzierungsform*. Diese beiden Postulate der Organisationsentwicklung im Kontext von Sozialraumorientierung lassen sich nach unserem Dafürhalten ohne Einschränkungen auch auf die organisatorische Realisierung des CM beziehen.

2.3.1 Flexibilisierung

Eine Flexibilisierung der Organisationen Sozialer Arbeit ist eine Voraussetzung für gelingende CM-Prozesse, da nur so von den Interessen, Bedürfnissen und Problemen der Klienten, kurz: von ihren Lebenswelten ausgegangen werden kann und Hilfen möglich werden, die für die Klienten tatsächlich Lösungen in Aussicht stellen. Wie mit dieser These bereits deutlich wird, beziehen sich flexible Organisationen auf die differenzierten und sehr vielfältigen sozialen Problemlagen und individuellen Schwierigkeiten der Klienten. Eine zentrale Forderung lautet daher, dass Organisationen Sozialer Arbeit *nachfrage- statt angebotsorientiert* zu gestalten sind. Dies ist in der Praxis jedoch oft noch anders. In der Kinder- und Jugendhilfe konnten wir häufig beobachten, wie einzelne Paragraphen des SGB VIII im Rahmen der Hilfeplanung als rechtliche Hülsen benutzt wurden, in welche die Fälle sodann eingepresst werden mussten. „Ein bestimmtes Angebot erzieherischer Hilfen schafft seine ihm korrespondierende Nachfrage, und *nicht* umgekehrt", wie dies Roland Merten (2002, 12) treffend zusammenfasst.

Hinter dem Postulat der Nachfrageorientierung steht die Forderung, dass Organisationen sich mit dem Wandel individueller Bedarfslagen und sozialer Probleme ebenfalls verändern. Organisationen sollen demnach fallorientiert strukturiert werden: „Der ‚Fall' informiert die Organisation, welche Strukturen funktional sind, und es gilt *form follows function*" (Budde / Früchtel 2004, 10; Hervorhebung durch uns, d. A.). Um eine solche Flexibilität, Veränderungs- und Lernfähigkeit von Organisationen zu erreichen, müssen diese komplizierter bzw. komplexer werden, so dass sie „sich an jede Nachfrage anpassen können (lernende Organisation), anstatt die Klienten an sich anzupassen oder aussondern zu müssen" (ebd.).

Budde und Früchtel (ebd.) entwickeln ein Konzept der organisatorischen Flexibilisierung, das es ermöglicht, Hilfen als „elastische Maßanzüge" zu konstruieren. Damit solche Anzüge entstehen können, werden vier Organisationsstrategien vorgeschlagen:

1. die bereits erwähnte Nachfrageorientierung bzw. *form follows function*,
2. die Entwicklung von unterschiedlichsten Lösungen aus einer Hand, d. h. ausgehend und gestaltet in einer Organisation,
3. die Entwicklung von Lösungen vor Ort, in unmittelbarer Lebensweltnähe der Klienten und
4. die organisatorische Gestaltung von Hilfen als Lösungsplanung, die Organisationsentwicklung und -lernen impliziert.

Damit Organisationen in dieser Weise von den Fällen lernen und sich auf die Klienten beziehen sowie sich davon ausgehend permanent wandlungsfähig halten, benötigen sie – und dies mag paradox klingen – eine große Stabilität, vor deren Hintergrund erst ständiges Lernen und das Potenzial des permanenten Wandels möglich wird. Budde und Früchtel (ebd., 12) empfehlen, dass lernende Organisationen diese Stabilität erreichen können durch:

1. „eine Organisationsphilosophie, die Anschlüsse in der Lebenswelt sucht, anstatt sich in sich selbst zu erschöpfen und die Bereitschaft, die Organisationen entscheidend und unwiderruflich zu verändern",

2. „reflexive Teamkompetenzen, die den Wechsel von Perspektiven zum Routinegeschäft machen und so Mitarbeiter unterstützen, das Wissen immer wieder einzuklammern, das sie routiniert handeln lässt“,
3. „Führungskräfte, die ein solch plurales Sinn- und Wandlungssystem autorisieren [...] und Mitarbeiter unterstützen, die Verunsicherungen entstrukturierter Praxis auszuhalten“.

2.3.2 Raumbezogene Steuerung

Mit dem Konzept der raumbezogenen Steuerung wird ein Ansatz der Organisationsveränderung umschrieben, der von unterschiedlichen Aspekten wie der Regionalisierung der Organisation (Hilfen / Lösungen vor Ort), der kooperativen Steuerung in Sozialraumteams, der dezentralen Ressourcen- bzw. Finanzverantwortung, dem Controlling und – aus unserer Sicht vor allem – der Einführung von alternativen Finanzierungsformen wie der Sozialraumbudgets gekennzeichnet ist (vgl. Budde / Früchtel 2004, 13). Mit Steuerung wird hier zwar nicht nur die Steuerung durch das Medium Geld bezeichnet, sondern freilich beispielsweise auch die fall- und sozialraumbezogene Kooperation unterschiedlichster Träger. Aber Geld ist *die* Energie, die die wirtschaftliche Existenz von Organisationen sichert und die eine entscheidende Kontextbedingung ist für die Frage, wie Hilfen durchgeführt werden können. Daher soll hier insbesondere für die intelligente Nutzung dieses organisatorischen Steuerungsmediums plädiert werden.

Jedenfalls scheint die derzeitige Finanzierung von Organisationen (insbesondere von freien Trägern) in vielen sozialen Arbeitsfeldern wenig intelligent zu sein, führt sie doch dazu, dass zentrale Bestimmungsmerkmale des CM nicht greifen können. Die zur Zeit am häufigsten genutzten Finanzierungsprinzipien sind die so genannten Fachleistungsstunden- und Tagessätze. Demnach werden die Leistungen einzelfallbezogen finanziert in Abhängigkeit von der Zeit, die für eine bestimmte Hilfe aufgewendet wird. Dies führt zu der kurzen Formel: Je mehr Zeit in einen Einzelfall investiert wird, desto mehr Geld erhält eine Organisation. Und das Erhalten von Geld ist eine wirtschaftliche Hauptaufgabe jeder Organisation, die ihre Existenz sichern und vielleicht gar expandieren will – zumindest im autopoietisch organisierten Funktionssystem Wirtschaft (vgl. Luhmann 1988), an dem sich inzwischen auch jede sozialarbeiterische Organisation orientieren muss.

Diese strukturelle Logik führt jedoch nicht dazu, dass der methodische Versuch von CM gestützt wird, einzelfallbezogen mit weniger Zeit auszukommen, ja zu erreichen, dass Hilfen so kurz wie möglich sind – im Gegenteil: Organisationen, die in dieser Art finanziert werden, tendieren dazu, Fälle zeitlich auszudehnen, vor allem dann, wenn der „Nachschub“ von neuen Fällen stockt. Und dies ist in jüngster Zeit zumindest in der Jugendhilfe nicht selten. Da die öffentlichen Träger das Ziel haben, so wenige Fälle wie möglich an freie Träger zu delegieren. Denn die Delegation von Fällen kostet Geld, und das ist bekanntlich kaum vorhanden und soll gespart werden.

Für freie Träger, die im Sinne der Modelle Fachleistungsstunde oder Tagessatz finanziert werden, lohnt sich eine zeitsensible, eine kurze Hilfe eher nicht. Denn das Geld fließt dann, wenn Probleme bearbeitet werden. Daher lautet die Forderung des Konzeptes der raumbezogenen

Steuerung, *dass die Finanzierung der Organisationen entkoppelt werden soll von der Fallarbeit.* Eine alternative Bezugsgröße für die Finanzierung könnten Sozialräume sein, über die freie Träger Budgets erhalten, die ihnen eine Fall unabhängige Finanzierung über vereinbarte Zeiträume sichert. Das Ziel müsste jedenfalls sein, dass zeitsensible und nicht -verschwenderische Hilfen für Träger attraktiv sind. *Verdient werden sollte nicht mit dem Bearbeiten von Problemen, sondern mit der Gestaltung und Inszenierung von Lösungen.*

In der Geschichte der Professionen gibt es diesbezüglich durchaus Vorbilder, worauf Budde und Früchtel (2004, 15) hinweisen: „Im antiken China wurden Dorfärzte von allen gesunden Dorfbewohnen bezahlt. Wer krank wurde, zahlte nicht mehr. Der Arzt hatte ein verständlicherweise großes Interesse an schnellen und nachhaltigen Genesungsprozessen und die Gemeinde war daran interessiert, dass nicht all zu viele eingebildete Kranke fähige Ärzte in die Migration trieben." Das Interessante ist nun, dass Sozialraumbudgets das Potenzial haben, in einer ähnlichen Weise zu funktionieren: Sie beziehen sich „auf einen geographischen Raum [...] und [gelten] alle im Rechnungsjahr dort anfallenden Unterstützungsbedarfe pauschal ab[...]" (ebd.). Träger, die nach diesem Modell finanziert werden, haben ein Interesse daran, zum einen Fälle im Sozialraum zu verhindern, also sozialräumliche Prävention zu betreiben, und zum anderen die zu bearbeitenden Fälle so schnell und nachhaltig wie möglich wieder zu Nicht-Fällen zu machen. Denn hier bringt nicht die Fallarbeit das Geld, sondern im Gegenteil: Sie frisst Ressourcen. Attraktiv für Träger ist vielmehr, entweder Hilfen durch präventive Maßnahmen ganz zu verhindern oder kurze und nachhaltige, also langfristig greifende Lösungen mit den Klienten gemeinsam zu gestalten und zu realisieren.

2.4 Organisationstransformationen in unterschiedlichen Arbeitsfeldern

In einigen sozialen Arbeitsfeldern wurde bereits begonnen, Organisationen weiter zu entwickeln und zu verändern (vgl. Müller 2006). Daher soll dies im Folgenden knapp dargestellt und untersucht werden, ob diese organisatorischen Veränderungen die benannten Postulate der *Flexibilisierung* und der *raumbezogenen Steuerung* erfüllen können, ob andere Formen der Organisationsentwicklung praktiziert werden oder ob diese Ebene bei der CM-Implementierung noch gar nicht erreicht ist. Dies geschieht exemplarisch an den Arbeitsfeldern Arbeitslosenhilfe, Gesundheitssystem, Kinder- und Jugendhilfe sowie Suchthilfe.

2.4.1 CM bzw. Fallmanagement in der Arbeitslosenhilfe

Die so genannten Hartz-Reformen haben in umfassender Weise rechtliche und damit programmatische Veränderungen in der Arbeitslosenhilfe bewirkt. Mit den Hartz-Reformen wurde der Versuch unternommen, die Organisationen der Arbeitslosenhilfe zu flexibilisieren. Mit der Neubildung der JobCenter, dem Zusammenschluss der Arbeitsagentur mit den örtlichen Sozialhilfeträgern, ist ein schon seit längerem geforderter organisatorischer Schritt getan worden, der dazu beitragen soll, dass die Organisation der Arbeitsvermittlung bzw. das Organisieren der Hilfe fle-

xibler gestaltet werden kann (vgl. Göckler 2004, 6). Der Zusammenschluss von Arbeitsagentur und kommunalem Träger im JobCenter kann auch als *nachfrageorientierte* Umstrukturierung in der Arbeitslosenhilfe verstanden werden, weil nun das Know-how beider Träger dafür eingesetzt werden soll, die Menschen wieder in Arbeit zu bringen (vgl. ebd.). Zu den Menschen, die wieder am Arbeitsvermittlungsprozess beteiligt sind, gehören auch ehemalige Sozialhilfeempfänger, die jetzt über das Arbeitslosengeld II in den Zuständigkeitsbereich der Arbeitsagentur gewechselt sind.

In den JobCentern sollen die Fallmanager gemeinsam mit den Arbeitsuchenden *Lösungen aus einer Hand* erarbeiten, d. h., sie sind diejenigen, die im Vermittlungsprozess kontinuierlich präsent sind, und verschiedene soziale Dienstleistungen in die Vermittlung durch ein intensives Fallmanagement einbinden (vgl. Bohrke-Petrovic 2005, 3).

Lebensweltnähe oder Hilfeprozesse als Bestandteil organisatorischen Lernens spielen in der Diskussion um das CM in der Arbeitslosenhilfe keine nennenswerte Rolle. Während sich die Lebensweltferne aus einer stärkeren Orientierung an Inklusionskriterien erklären lässt, scheint ein Verständnis der lernenden Organisation aktuell noch von den erheblichen Umsetzungsschwierigkeiten bei der Etablierung des Fallmanagements in der Praxis blockiert zu sein.

Bezogen auf die Frage der *raumbezogenen Steuerung* sind die JobCenter durchaus als regionalisierte Zusammenschlüsse der Bundesagentur für Arbeit und der kommunalen Sozialhilfeträger zu verstehen, versuchen sie sich doch, auf kleinere räumliche Einheiten zu beziehen. In diesen kleineren raumbezogenen Einheiten soll in kooperativer Arbeitsweise zwischen Arbeitsagentur und Kommune eine bessere Beratung der Arbeitssuchenden, eine gezielte Gestaltung der Hilfelandschaft gewährleistet und somit die Inklusionschancen in das Wirtschaftssystem erhöht werden (vgl. ebd., 4). Darüber hinaus sind die Fallmanager im Vermittlungsprozess die persönlichen Ansprechpartner und Betreuer für die Arbeitsuchenden; sie haben die Fall- und Budgetverantwortung und sorgen für die Zielformulierungen im Vermittlungsprozess (vgl. ebd., 9). Damit wird versucht, eine stärker nutzerorientierte dezentrale Finanzierungsform in der Arbeitslosenhilfe zu etablieren.

2.4.2 CM im Gesundheitswesen

Bei detaillierter Betrachtung des CM im Gesundheitssystem fällt die sehr differenzierte und weite Entwicklung der Methode in den unterschiedlichsten Gesundheitsbereichen auf. Als exemplarisches Beispiel soll das CM in der stationären Medizin und Pflege dienen, das insbesondere mit der Einführung und endgültigen Etablierung (01.01.2008) der *Diagnosis Related Groups* (DRGs im Sinne § 17b KHG) für die hier entwickelte Perspektive interessant ist. Denn diese Implementierung wird den Klinikalltag in den nächsten Jahren stark prägen. Dies vor allem, weil die Frage der effizienten und effektiven Steuerung von medizinischen, Pflege- und Krankenhausprozessen mit der Einführung der DRGs nun eine wichtige, nicht zuletzt ökonomische Bedeutung hat.

Mit dem DRG-System stehen Krankenhäusern für die Behandlung ihrer Patienten *Fallpauschalen* zu, die sich auf der Grundlage von Patientenklassifikationssystemen im zur Verfügung ste-

henden Volumen unterscheiden. Gelingt es, für die Behandlung eines DRG-Patienten weniger Geld aufzuwenden als durch die Fallpauschale zur Verfügung steht, macht das Krankenhaus mit der Behandlung Gewinn. Gelingt es dagegen nicht, die Behandlung im Rahmen des durch die Fallpauschale zur Verfügung gestellten Geldes durchzuführen, macht das Krankenhaus Verlust. Dieses System ist in der Praxis sehr ausdifferenziert, aber in seiner Vergütungslogik generell so ausgerichtet wie beschrieben. Die Krankenhäuser sind damit aufgrund der veränderten ökonomischen Rahmenbedingungen dazu aufgefordert, ihre organisatorischen, medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Prozesse möglichst passgenau bezogen auf die optimale Versorgung der Krankheit des Patienten zu vernetzen und ihre organisatorischen Prozesse daran auszurichten.

Mit der veränderten Finanzierungsweise im klinischen Bereich ist auch die Vorstellung der *Flexibilisierung der Organisationen* verbunden. So ist nun eine stärker patientenbezogene, bedürfnisorientierte und damit *nachfrageorientierte* Arbeitsweise möglich. Die Case Manager haben den Behandlungsprozess im Krankenhaus in der Hand und gestalten ihn hauptverantwortlich; sie müssen dabei nicht nur die internen Prozesse des Krankenhauses für eine optimale Behandlung koordinieren, sondern auch über das Krankenhaus hinaus die Versorgung der Patienten organisieren und so für eine bestmögliche ambulante Versorgung bei verkürzten stationären Liegezeiten sorgen (vgl. Kellnhauser 2004, 397).

Die lebensweltnahe Organisation der Behandlung spielt dabei eine untergeordnete Rolle, weil die Koordinierungsarbeit sich eher auf die Einbindung von professionellen Fachdiensten zur Unterstützung der Gesundung konzentriert als auf die Nutzung und Einbindung lebensweltlicher Ressourcen.

Mit der patientenorientierten Behandlungsplanung ist zumindest theoretisch jener Fall, welcher den einzelnen DRG-Gruppen zugeordnet werden kann, als der Bezugspunkt für eine *lernende Organisation* zu verstehen. Denn wenn es gelingt, die Prozesse innerhalb einer Klinik so zu gestalten, dass die optimale Versorgung der DRG-Patienten und damit eine bessere Heilung gewährleistet sind, wird dies im DRG-System finanziell belohnt.

Die Neugestaltung der Klinikfinanzierung und die Verbreitung des CM haben auch Auswirkungen auf die *raumbezogene Steuerung*. Dabei hat die Regionalisierung der Organisationen oder gar der Sozialraum als Bezugspunkt der Klinik bzw. des CM eher keine besondere Bedeutung. Die räumliche Nähe der ambulanten medizinischen Dienstleistung am Wohnort des Patienten ist zwar nach dem Krankenhausaufenthalt wichtig, aber für den CM-Prozess kein zwingendes Ein- oder Ausschlusskriterium. Darüber hinaus müssen der Wohnort des Patienten und damit die ambulante Versorgung nicht in dem Sozialraum liegen, in dem sich das Krankenhaus befindet. In dem komplizierten Prozess des CM in der Klinik, in den zusätzlich Status- und Professionsfragen hineinspielen, ist eine *kooperative Steuerung* unerlässlich – freilich nicht als Sozialraumteam, sondern als multiprofessionelles Team, das sich, wie schon erwähnt, weniger am Sozialraum bzw. der Lebensweltnähe orientiert, sondern an funktionalen – medizinischen – Erfordernissen (vgl. ebd., 400).

2.4.3 CM in der Kinder- und Jugendhilfe

In den letzten Jahren ist die *Sozialraumorientierung* zu einem wichtigen Konzept in der Kinder- und Jugendhilfe geworden. Die Sozialraumorientierung setzt in ihrer Theorie konsequent *nachfrageorientiert* an, nämlich „am Willen und den Interessen der Wohnbevölkerung" (Hinte 2002, 92; Budde / Früchtel 2004). Sozialraumorientierung hat sich dem Prinzip der aktivierenden Arbeit und der Förderung von Selbsthilfe verschrieben. Das CM ist systematisch und von seinen Prämissen her direkt anschlussfähig an die Sozialraumorientierung und besonders geeignet für die Fallarbeit in sozialraumorientierten Rahmenkonzepten (vgl. Müller 2004), und als solches wird es auch am ehesten in der Kinder- und Jugendhilfe angewendet.

Die *Flexibilisierung der Organisationen* der Kinder- und Jugendhilfe und hier insbesondere der öffentlichen Träger kommt eher langsam in Gang. Dafür mag es vielfältige Gründe geben, ein wesentlicher ist sicherlich, dass gerade große Organisationen wie die Jugendämter sich nur sehr vorsichtig umstrukturieren und verändern. Deshalb kann in der Jugendhilfe bisher auch nur begrenzt von einem nachfrageorientierten *form follows function*-Verständnis gesprochen werden. Aufgrund seiner zentralen Stellung im KJHG (§ 79 SGB VIII) hat das Jugendamt als verantwortlicher öffentlicher Jugendhilfeträger die Hilfeplanung in der Hand. Dabei kann durch die Sozialraumorientierung eine verstärkte Hinwendung zum Sozialraum bzw. der Lebenswelt der Bürger beobachtet werden, z. B. durch die Verlagerung der Büros in die Sozialräume der Menschen oder eine stärkere Einbindung der Ressourcen der Klienten in die Hilfen.

Wegen der schon benannten eher niedrigen Veränderungsgeschwindigkeit von großen Organisationen stellt auch die Lösungsplanung nur in seltenen Fällen die Bezugspunkte für die Organisationsentwicklung und das Organisationslernen dar. Überhaupt ist die Frage des organisatorischen Lernens eher keine, die in den Organisationen der Kinder- und Jugendhilfe offensiv thematisiert wird. Eine Ausnahme stellen Projekte dar, die sich am Konzept der Flexiblen Erzieherischen Hilfen orientieren (vgl. Müller 2003).

Die Rahmenbedingungen für Kinder- und Jugendhilfe sind in den letzten Jahren in vielen Regionen stark verändert worden, so dass förderliche Bedingungen zur *raumbezogenen Steuerung* geschaffen wurden (z. B. Stiefel 2002). So sind die Organisationen der Kinder- und Jugendhilfe mittlerweile stärker regionalisiert, etwa durch neu gebildete Sozialraumteams oder auch durch die räumliche Präsenz im Sozialraum. In der stärker regionalisierten Struktur wird auch ein kooperatives Miteinander von freien und öffentlichen Trägern und darüber hinaus angestrebt und praktiziert. Jedenfalls lässt sich CM im Kontext von Sozialraumorientierung auf der Fallebene der Kinder- und Jugendhilfe verorten (siehe etwa Kleve / Haye / Hampe-Grosser / Müller 2003, 137ff.; Jager 2005), findet aber auch zunehmend als Organisations-, Kontext- und Netzwerkmanagement Beachtung (vgl. Hampe-Grosser / Kleve 2005; näheres dazu unter IV). Abzuwarten bleibt, inwiefern sich alternative Finanzierungsformen, insbesondere die Sozialraumbudgets durchsetzen werden, oder aber ob die rechtlichen Bedenken (siehe etwa Münder 2001) eine Einführung dieser innovativen Form der Organisationssteuerung verhindern.

2.4.4 CM in der Suchthilfe

In vielen Bereichen der Suchthilfe ist die Arbeit davon bestimmt, dass eine umfassende Hilfe für abhängige Menschen von verschiedenen und voneinander getrennten Versorgungssystemen erbracht wird (vgl. Schu 2001, 33.). Neben der Schwierigkeit der voneinander getrennten Versorgungssysteme werden viele Abhängige nur unzureichend erreicht bzw. können nur unzureichend versorgt werden. Vor diesem Hintergrund hat das Bundesministerium für Gesundheit in der Zeit von 1995 bis 2000 ein Modellprojekt zum CM in der Suchtkranken- und Drogenhilfe initiiert (vgl. Oliva / Görgen / Schlanstedt / Schu / Sommer 2001), das im Folgenden genauer betrachtet wird. Damit wird ein modellhaftes Idealbild beschrieben, das in der Suchthilfe-Praxis zwar in Teilbereichen umgesetzt wird, aber in der dargestellten Weise nicht als Standard in der Suchthilfe (miss)verstanden werden sollte.

In dem genannten Modellprojekt sind Elemente zu finden, die den Kriterien der *Flexibilisierung der Organisationen* entsprechen. Mit der Entscheidung, das CM als nachgehende Arbeit zu praktizieren, ist die Praxis *nachfrageorientiert* ausgerichtet. Dabei handelt es sich um eine Arbeitsweise, die im CM als „entpädagogisierte Beratungsarbeit“ (Meinhold 2001, 365) seltener praktiziert wird, aber am Bedarf der Nutzer orientiert ist und – auf diese bezogen – eine angemessene Arbeitsweise darstellt.

Wichtige Aufgabe der Case Manager ist es, für eine bessere Abstimmung im Gesamthilfeprozess zu sorgen – mithin die Lösungsplanung in der Hand zu behalten und gegebenenfalls zu koordinieren. Durch die Gestaltung der Hilfeprozesse als nachgehende Arbeit halten die Case Manager sich an den Orten auf und bieten dort Lösungen an, wo die Nutzer sind. Sie versuchen so, die Lösungen vor Ort und in unmittelbarer Lebensweltnähe der Nutzer zu entwickeln (vgl. Oliva / Görgen / Schlanstedt / Schu / Sommer 2001, III). Insgesamt hat durch die Ausrichtung der Arbeit an nachgehenden Prämissen die Lösungsplanung direkten Einfluss auf die Organisationsentwicklung und das Organisationslernen. Die als Prozess der Umorientierung der Suchthilfe von einer einrichtungbezogenen Hilfeerbringung zu einer personenzentrierten Hilfeerbringung beschrieben werden kann (vgl. ebd., IV).

Das Modellprojekt war bundesweit angelegt, und es gab auch Elemente einer *raumbezogene Steuerung*. Es wurden in jedem Bundesland zwei Modellregionen eingerichtet, und damit eine Regionalisierung der Organisationen vorgenommen (vgl. ebd., I). Die fallbezogene Koordination war förderlich für eine verbesserte, kooperative Steuerung in den Modellregionen und konnte so die Schnittstellenprobleme zwischen den beteiligten Versorgungssystemen minimieren (vgl. ebd., III).

Die schon genannte breite Versorgungsträgervielfalt und die sich daraus ergebende Ressortvielfalt in der Suchthilfe verhindert eine dezentrale Praxis der Ressourcen- und Finanzverantwortung. Denn jedes Versorgungssystem muss die Freigabe der zur Verfügung gestellten eigenen ökonomischen Ressourcen systemintern begründen und legitimieren. Die Etablierung alternativer Finanzierungsformen ist daher erheblich behindert oder sogar verhindert, weil kostenträgerübergreifende Lösungen gefunden werden müssten, die auch den Verfahrens- bzw. Systemnotwendigkeiten der einzelnen Geld gebenden Ressorts entsprechen (z. B. zwischen Krankenkasse, Berufsgenossenschaft, Arbeitsagentur). Von der Modellprojektfinanzierung abgesehen ist daher gegenwärtig keine alternative Finanzierungsform aktuell.

2.5 Fall- und Netzwerkarbeit durch Systemisches Case Management

Abschließend soll eine knappe Einführung in das *SCM* gegeben werden (vgl. Kleve / Haye / Hampe-Grosser / Müller 2003), das das klassische CM (siehe grundlegend Wendt 1997) mit Methoden und Verfahren aus dem breiten Feld der systemischen Beratung und Sozialarbeit (siehe aktuell Pfeiffer-Schaupp 2003; Hosemann / Geiling 2005) verknüpft. Ohne hier im Einzelnen darauf eingehen zu können (siehe ausführlich etwa Kleve 2003), soll lediglich angemerkt werden, dass das SCM von der systemischen Theorie und ihren Konzepten ausgeht, die mit Begriffen wie *Autopoiesis / Selbstreferenz*, *Komplexität* und *Kontingenz* benannt werden können. Daraus folgt eine grundsätzliche Skepsis gegenüber der Idee, psychische und soziale Prozesse zielgerichtet steuern und beeinflussen zu können. Wozu Beratung, Soziale Arbeit oder auch Therapie lediglich in der Lage sind, ist, *Rahmenbedingungen zu schaffen, innerhalb derer sich Personen und soziale Systeme selbst entwickeln können.* Solche Prozesse der Selbstentwicklung kann das CM konstruktiv stützen, koordinieren und begleiten. Aber eigentlich ist diese Auffassung nicht neu, sie radikalisiert systemtheoretisch begründet lediglich das, was seit den Anfängen der Sozialen Arbeit eine normative Erwartung an diese Profession ist: Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten.

SCM ist besonders aufgrund der großen methodischen Variationen für die Arbeit bei einer hohen Akteurs- bzw. Organisationsdichte hilfreich und geeignet. Wie die grundsätzliche Ausrichtung von CM bezieht sich SCM auf die Fall- *und* Struktur- bzw. Systemebene. In den Publikationen zum CM werden zumeist jedoch lediglich die Phasenschritte beschrieben; dies verführt oft dazu, auf der Fallebene zu verweilen. Demgegenüber benennen etwa Nora van Riet und Harry Wouters (2002) das *Linking* als einen zentralen Schritt für einen CM-Prozess und verkoppeln so die Fall- mit der Strukturebene.

Linking als eigenen Schritt im Phasenmodell des SCM aufzunehmen, ist jedoch entbehrlich. Bereits über den ersten Schritt im SCM, der *Kontextualisierung*, öffnet sich die Perspektive auf die bestehende Strukturebene. Im weiteren Verlauf des SCM erfolgt über die Ziel- und spätestens im Rahmen der Handlungsplanung die deutliche am Einzelfall orientierte (Neu-)Ausrichtung der Strukturebene.

Patricia und Salvador Minuchin sowie Jorge Colapinto (2000, 98) schlagen im Kontext der Arbeit mit Multiproblemfamilien im Rahmen der Jugendhilfe folgende, auf die Akteursdichte bezogene Handlungsmaxime vor: „Eine der hilfreichsten Interventionen zugunsten einer Familie kann darin bestehen, dass organisatorische Veränderungen veranlasst werden, damit Dienstleistungen koordinierter, familienfreundlicher und effizienter gestaltet werden können." An diesen Gedanken koppelt SCM an. Im SCM wird vom ersten Moment an rekursiv untersucht, inwiefern die zur Wahl stehenden Dienstleistungen koordiniert, klientenfreundlich und effizient gestaltet sind, wo Lücken oder Überfürsorge bestehen und welche Kooperationen hilfreich bzw. hinderlich sind.

SCM bezieht sich grundsätzlich auf die beiden zentralen Phasen des CM: auf die Falleinschätzung (*Assessment)* und die Hilfeplanung. Diese Phasen werden in systemischer Weise in sechs Punkte differenziert. Die Falleinschätzung wird aufgegliedert in *erstens* Kontextualisierung,

zweitens Problem- und Ressourcenanalyse sowie *drittens* Hypothesenbildung. Als Hilfeplanung dienen *viertens* die Zielvereinbarungen und *fünftens* die Handlungsplanung. Den Abschluss des SCM bildet der *sechste* Schritt, die Evaluation. Im Folgenden sollen einige wichtige Aspekte dieser einzelnen Schritte mit Blick auf die Struktur- und Netzwerkebene von CM-Prozessen knapp skizziert werden (siehe ausführlich noch einmal Kleve / Haye / Hampe-Grosser / Müller 2003).

2.5.1 Kontextualisierung

Während der Kontextualisierung geht es darum, zwei zentrale Kontexte des Falls zu explizieren: zum einen den lebensweltlichen Kontext der Klienten und zum anderen den Kontext der Organisationen, in denen die Klienten inkludiert sind. Als Kontext wird der Zusammenhang, der Rahmen verstanden, innerhalb dessen die Klienten sich verhalten. Die Betrachtung dieses Rahmens ist wichtig, um die Bedeutung der Verhaltensweisen der Klienten (inklusive ihrer Probleme und Symptome) angemessen einschätzen zu können. Die Kontextualisierung erfolgt insbesondere durch *dissoziierte* Verfahren wie Genogramme und Netzwerkkarten (Soziogramm, Öko Map, Fallanalyse-Schemata, soziales Atom, Figuren) und / oder durch *assoziierte* Methoden wie Familienskulptur/systemische Aufstellungsarbeiten. So ist es schnell möglich, alle relevanten Personen und Organisationen, die im Fall involviert sind, in den Blick zu bringen.

Des Weiteren kann bereits deutlich werden, mit welchen Personen oder Organisationen Kontakte zu knüpfen sind, wo also mögliche Vernetzungsaufgaben liegen. Gleichwohl lassen sich schon erste *Hypothesen* (vgl. 3. Schritt) erstellen, die in den Blick bringen, wieso die bestehenden Kooperationen möglicherweise noch nicht effektiv und effizient gestaltet sind. Schließlich wird in diesem Schritt die (mögliche) Vielfalt von Aufträgen und Rollen in einem CM-Prozess expliziert.

2.5.2 Problem- und Ressourcenanalyse

Während der Problem- und Ressourcenanalyse erfolgt die differenzierte Beschreibung der Probleme und die Entdeckung und Konstruktion von Ressourcen. Hierbei wird davon ausgegangen, dass soziale Probleme in der Regel beziehungsgeleitete Botschaften darstellen und einer hohen Relativität bzw. Beobachterabhängigkeit unterliegen. Ein Problem wird dadurch zu einem Problem, dass es von einem Beobachter (das kann auch ein soziales System sein) als Problem beschrieben wird. Es ist hier auch zu verstehen, ob und inwiefern Unterschiede in den Problembeschreibungen formuliert sind. Nicht jeder Klient hat ein Problem damit, arbeitslos, drogenabhängig, schulschwänzend, verwahrlost, gewalttätig u. ä. zu sein. Von großer Bedeutung wird somit in dieser Phase die Bewertung der Probleme durch die Beteiligten *und* ihrer relevanten Umwelten. Probleme können in eine Rangreihe gebracht werden, um hierdurch im Sinne einer Angabe der Prioritäten zu einer ersten ziel- und handlungsleitenden Idee zu kommen.

Ressourcen sind von gleichgroßer Wichtigkeit. In der Regel lassen sich nicht weniger Ressourcen als Probleme herausarbeiten. Die Arbeit an Ressourcen erfordert eine wertschätzende, respektvolle und positive Grundhaltung der Case Manager. Ressourcen lassen sich in unterschiedlichen Feldern feststellen: *persönliche, familiäre, sozialräumliche / öffentliche und ökonomische Ressourcen*.

Einen großen Nutzen für die Arbeit an Ressourcen bieten die sehr umfangreich beschriebenen hypnosystemischen (vgl. Schmidt, 2005) und lösungsorientierten (vgl. Bamberger, 1999) Ansätze und Methoden. Die Erfahrung zeigt, dass Klienten oftmals Ideen davon in sich tragen, wie sie ihre Probleme in einer fiktiv gedachten vollendeten Zukunft gelöst haben werden und hierfür Ressourcen, also Erfahrungen, aus der Vergangenheit nutzen könnten. Auch bei diesem 2. Schritt lassen sich sehr unterschiedliche dissoziierte (Problem- und Ressourcenkarten, Skalierungen, Wunderfrage usw.) und assoziierte (Time Line, Walking Scale, Meta Mirror, Resonanzmuster usw.) Methoden in der Beratung nutzen.

2.5.3 Hypothesenbildung

Im Unterschied zur Diagnostik soll der Begriff der Hypothese hier verstanden werden als eine Annahme, die nicht danach untersucht wird, ob sie richtig oder falsch ist, sondern danach, ob sie hilfreich ist. Hypothesenbildung ist von großer Bedeutung, denn hierüber wird in einem iterativen Prozess erarbeitet, welchen Sinn und welche Funktion problemstabilisierende also – inaktivierende – Muster haben. Diese Erfassung bezieht sich sowohl auf den Klienten als auch auf die Kooperation des Klienten mit dem bestehenden Netzwerk, der vorhandenen System- bzw. Strukturebene. Möglicherweise wird der Klient durch das bestehende Hilfenetzwerk in einer abhängigen und hilflosen Position gehalten, wodurch er im Kontext Klient – Netzwerk eine systemstabilisierende Rolle einnimmt.

Immer muss also auch danach gefragt werden, wer welchen Gewinn aus der gegenwärtigen (problematischen) Situation erzielt. Schließlich können auch Hypothesen gebildet werden, um eine fiktive Eskalation vorauszudenken, wohin also die problematische Situation führen könnte, wenn sich nichts verändert.

Hypothesenbildung ermahnt zur Genauigkeit, um im Übergang der Fallanalyse hin zur Ziel- und Handlungsplanung möglichst viele Eventualitäten, Hindernisse und Möglichkeiten bedacht zu haben. Methodisch ist es besonders hilfreich, wenn mehrere Sichtweisen zur problematischen Ausgangssituation eingeholt werden, um darüber die Möglichkeiten zu erweitern. Also auch zum Prozess selber können Hypothesen erforscht werden. Welche Probleme haben sich im Verlaufe des bisherigen Prozesses ergeben, und welche Chancen können für einen zukünftigen Prozess erschlossen werden? Besonders effektiv wird dieser Schritt durch die Organisation von Reflektionen im Sinne von *Reflecting Teams* (Andersen 1990).

2.5.4 Zielvereinbarungen

Im SCM ist es wichtig, zuerst Zielvereinbarungen und dann Handlungsschritte zu definieren. „Der Zielformulierungsprozess entwickelt sich vielfach von vagen Äußerungen zu klaren Definitionen“ (Pfister-Wiederkehr / Vögtli 2003, CD-Rom). Zielvereinbarungen sollten den Kontext (Freiwilligkeit / Zwang?) beachten, vom Klienten formuliert werden und diesem akzeptabel erscheinen sowie kleinschrittig und realistisch zu erreichen sein. In dieser Phase bedarf es einer besonderen Sensibilität, da sich oftmals Berater in ihre eigenen Ideen von Zielen und Lösungen „verlieben“ (vgl. Brandl- Nebehay / Russinger 1995).

Die Erarbeitung und Verhandlung von Zielen ist das Herzstück im SCM, der *Übergang von einer problemdeterminierten Vergangenheit hinüber in eine lösungsorientierte Zukunftsperspektive*. Im Kern wird die Frage verfolgt, wer was bis wann erreichen möchte.

Zu diesem Zeitpunkt wird das bestehende Hilfenetzwerk (Struktur) neu kalibriert. Bisherige Zielerreichungen werden bilanziert und abgeschlossen und damit Beteiligte aus dem Hilfenetz verabschiedet. Die zentrale Frage muss abgeprüft werden, ob Beteiligte heimlich und verdeckt Ziele und darüber später auch Handlungen zu beeinflussen suchen. Steht der Klient im Mittelpunkt, so richtet sich die Struktur ab diesem Schritt auf den Klienten aus und bereitet die Organisation für die Unterstützung des Klienten vor, so dass dieser die von ihm formulierten Ziele erreichen kann.

Zielvereinbarung ist Arbeit in und an Zeit und ist immer auf Zukunft ausgerichtet. Ziele sollten einen hohen Attraktivitätswert besitzen, um für den Klienten Motivation zu bieten, sich auf etwas (Ziel) hinzubewegen.

Im Übergang von der Zielvereinbarung (4. Schritt) und der Handlungsplanung (5. Schritt) erfolgt im SCM das oben genannte *Linking*, welches hier als eingearbeitetes Merkmal des besseren Verständnisses wegen noch einmal als Zwischenschritt herausgestellt wird. *Linking* bedeutet an dieser Stelle die bestehende Struktur entweder neu auszurichten oder das benötigte Netzwerk zu definieren und diesbezügliche Vereinbarungen einzuleiten. Der dialogische Organisationsprozess erfährt in dieser Phase seinen Höhepunkt. Entscheidend für das SCM ist es eine hohe Synergie und darüber eine bestmögliche Synchronisation zwischen den beteiligten Personen zu erreichen, um schlussendlich optimale Effektivität und Effizienz zu erzielen.

Die Steuerungsaufgaben auf der Strukturebene treten im SCM genau an dieser Stelle deutlich in den Vordergrund. Nach der Handlung des Klienten und der beteiligten Fachkräfte wird „abgerechnet“. Und dann, zum Ende hin zeigt sich, ob der Übergang von der Fall- auf die Strukturebene gelungen und für den Klienten hilfreich war.

2.5.5 Handlungsplanung

Auf der Grundlage genauer Zielvereinbarungen erfolgt im SCM als 5. Schritt die Handlungsplanung sowie weitergehend vereinbarte Handlungsschritte. Handlungsschritte stellen den Weg zur Erreichung des bzw. der Ziele dar. Die Handlungen beschreiben, *wie* die Ziele (das „Was“) erreicht werden sollen. Handlung ist als weiteres Element eines dialogischen und reflexiven Prozesses zu verstehen. In die Handlung treten all diejenigen auf, die im vorherigen Schritt eine Zielvereinbarung trafen. Handlungen sind in der Regel parallele Prozesse.

Um eine gute Steuerung der Handlung(en) ermöglichen zu können, sind regelmäßige Monitoring-Termine zu verabreden. Wichtig ist, dass die Steuerung des Prozesses in einer Hand liegt, also, um im Bild zu sprechen, „ein Steuermann“ klar definiert ist. Dies sollte im SCM der Case Manager sein. „Kapitän des Schiffes“ ist der Klient. Gelingende Handlung ist kooperatives Teamwork. Handlungsschritte sind zukunftsorientiert.

Handlungsschritte müssen überprüfbar, also messbar sein. Sie besitzen eine zeitliche Zuordnung. Wohlgeformte Ziele und kleinschrittige Handlungen stellen die Bausteine von Vereinbarungen dar. So lassen sich auch im SCM ganz unterschiedliche Arbeitsblätter zur Kontrakt- und Prozessgestaltung nutzen. Darüber hinaus kommen Methoden wie Milestone-Diagramm, PERT-Diagramm, Skalierungen zur Anwendung.

2.5.6 Evaluation

Leitgrößen im SCM stellen für die Evaluation der Fall- und Strukturarbeit Effektivität und Effizienz dar. Im Unterschied zum Monitoring werden über die Evaluation die genannten Merkmale in der Rückschau untersucht. Hierbei ist es notwendig, die Fall- und die Strukturebene zu untersuchen. Welchen Anteil hatte das zusammengestellte Netzwerk hinsichtlich der Zielerreichung? Inwiefern war das Netzwerk hinderlich? Sind Störungen aufgetreten, die sich auf den Fall ausgewirkt haben? Somit nimmt Evaluation auf alle vorherigen Schritte des SCM Bezug.

SCM hat einen *rhizomatischen*, zirkulären Ablauf der sechs Schritte. Im SCM wird vermieden, technokratisch oder formal den Fall abzuhandeln. Der Kontext, also die Strukturebene, steht von Anfang an im Zentrum der Betrachtung und wird im Verlaufe des SCM-Prozesses dahingehend verändert, dass für den Einzelfall bestenfalls ein maßgeschneidertes und optimales Ergebnis ermöglicht wird. Den Abschluss des SCM-Prozesses bildet hoffentlich die Erkenntnis, eine der hilfreichsten Interventionen zugunsten eines Klienten oder einer Familie veranlasst zu haben.

Literatur

Andersen, Tom 1990: Das Reflektierende Team. Dortmund: modernes lernen.

Bamberger, Günter 1999: Lösungsorientierte Beratung. Weinheim: Beltz.

Bohrke-Petrovic, Sieglinde 2005: PAPs, Profiling, Vermittlung, Fallmanagement, ... Fallsteuerung durch SGB II-Organisationsdschungel. Vortragsfolien der Tagung: Arbeitsmarktpolitik im Argen? Optionen der Steuerung von Hartz IV vom 24. bis 26. Oktober 2005. http://www.loccum.de/aktuell/arbeitsmarkt/bohrke2.pdf [20.01.2006].

Brandl-Nebehay, Andrea / Russinger, Ulrike 1995: Systemische Ansätze im Jugendamt. Pfade zwischen Beratung, Hilfe und Kontrolle. In: Zeitschrift für systemische Therapie, Heft 2, 90-104.

Budde, Wolfgang / Früchtel, Frank 2004: Sozialraumorientierte Soziale Arbeit – ein Modell zwischen Lebenswelt und Steuerung. Ms. Bamberg.

Daneke, Sigrid 2006: Stärker am Kundenwunsch orientiert. Projekterfahrungen mit dem Budgetansatz im In- und Ausland. Häusliche Pflege, Heft 1, 30-33.

Galuske, Michael 2002: Flexible Sozialpädagogik. Elemente einer Theorie Sozialer Arbeit in der modernen Arbeitsgesellschaft. Weinheim/München: Juventa.

Göckler, Rainer 2004: Argumente für ein beschäftigungsorientiertes Fallmanagement in den Arbeitsgemeinschaften. Nürnberg: Projekt SGB II, TP Markt & Integration. http://www.tacheles-sozialhilfe.de/aktuelles/2005/ argumente-fuer-ein-beschäftigungsorientiertes.pdf am 28.09.2005.

Hampe-Grosser, Andreas / Kleve, Heiko 2005: Systemisches Case Management als Kontext- und Netzwerkarbeit. Über die Grenzen der Jugendhilfe hinaus und wieder zurück, in: Unsere Jugend, Heft 4, 175-181.

Hinte, Wolfgang 2002: Fälle, Felder und Budgets. Zur Rezeption sozialraumorientierter Ansätze in der Jugendhilfe, in: Merten, Roland: Sozialraumorientierung: Zwischen fachlicher Innovation und rechtlicher Machbarkeit Weinheim / München: Juventa, 91-126.

Hosemann, Wilfried / Geiling, Wolfgang 2005: Einführung in die systemische Soziale Arbeit. Freiburg / Br.: Lambertus.

Kellnhauser, Edith 2004: Pflegerisches Case Management. Pflege Aktuell. Heft 8/9.

Klein, Ricarda 2004: Case Management im DRG-Zeitalter. Vortragsmanuskript. Deutscher Pflegekongress 2004, 159-166.

Kleve, Heiko 1999: Postmoderne Sozialarbeit. Ein systemtheoretisch-konstruktivistischer Beitrag zur Sozialarbeitswissenschaft. Aachen: Kersting.

Kleve, Heiko 2000: Die Sozialarbeit ohne Eigenschaften. Fragmente einer postmodernen Professions- und Wissenschaftstheorie Sozialer Arbeit. Freiburg / Br.: Lambertus.

Kleve, Heiko 2003: Sozialarbeitswissenschaft, Systemtheorie und Postmoderne. Grundlegungen und Anwendungen eines Theorie- und Methodenprogramms. Freiburg / Br.: Lambertus.

Kleve, Heiko 2003a: Case Management – Eine Methode zwischen Lebensweltorientierung und Ökonomisierung Sozialer Arbeit, in: Pittrich W. / Romesch W. / Sarrazin D. (Hrsg.): Kommunale Suchthilfe. Planung – Steuerung – Finanzierung, ausgewählte Beiträge aus Fachtagungen der Koordinationsstelle Sucht. Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 73-87.

Kleve, Heiko 2003b: Case Management in den ambulanten Erziehungshilfen als „Brücke" zwischen Lebensweltorientierung und Ökonomisierung, in: Hennig, A. u. a. (Hrsg.): Im Dickicht der Städte. Dokumentation des FICE-Kongress in Berlin. Frankfurt / M.: IGFH-Eigenverlag.

Kleve, Heiko / Haye, Britta / Hampe-Grosser, Andreas / Müller, Matthias 2003: Systemisches Case Management. Falleinschätzung und Hilfeplanung in der Sozialen Arbeit mit Einzelnen und Familien – methodische Anregungen. Aachen: Kersting; 2. Auflage in Planung, Heidelberg: Carl-Auer-Systeme (2006/07).

Luhmann, Niklas 1988: Die Wirtschaft der Gesellschaft. Frankfurt / M.: Suhrkamp

Meinhold, Marianne 2001: Einzelfallhilfe / Case-Management, in: Otto, Hans-Uwe / Thiersch, Hans (Hrsg.): Handbuch der Sozialarbeit/Sozialpädagogik. Neuwied/Kriftel: Luchterhand, 361-367.

Merten, R. (Hrsg.) 2002: Sozialraumorientierung. Zwischen fachlicher Innovation und rechtlicher Machbarkeit. Weinheim / München: Juventa.

Minuchin, Salvador / Minuchin, Patricia / Colapinto, Jorge 2000: Verstrickt im sozialen Netz. Neue Lösungswege für Multiproblem-Familien. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.

Müller, Matthias 2003: Flexible Erzieherische Hilfen – charakterisiert nach zwei Konstanten und sechs Prinzipien. Soziale Arbeit, Heft 8, 295-302.

Müller, Matthias 2004: Überlegungen zur Sozialraumorientierung und möglichen Konsequenzen für freie Träger, in: Sozialmagazin, Heft 3, 23-28.

Müller, Matthias 2006: Case Management in verschiedenen Arbeitsfeldern sozialer Dienstleistung. Ein kursorischer Überblick, in: Sozialmagazin, Heft 2, 10-17.

Münder, Johannes 2001: Sozialraumorientierung und das Kinder- und Jugendhilferecht. Rechtsgutachten im Auftrag von IGfH und SOS-Kinderdorf e.V., in: Sozialpädagogisches Institut im SOS-Kinderdorf e.V. (Hrsg.): Sozialraumorientierung auf dem Prüfstand. Dokumentation 1 der SPI-Schriftenreihe. München: Eigenverlag, 6-124.

Oliva, Hans / Görgen, Wilfried / Schlanstedt, Günter / Schu, Martina / Sommer, Lisa 2001. Case Management in der Suchtkranken- und Drogenhilfe. Ergebnisse des Kooperationsmodells nachgehende Sozialarbeit. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Modellbestandteil Case Management. Band 139 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden.

Pfeifer-Schaupp, Hans-Ulrich (Hrsg.) 2002: Systemische Praxis. Modelle – Konzepte – Perspektiven. Freiburg / Br.: Lambertus.

Pfister-Wiederkehr, Daniel / Vögtli, Käthi 2003: Werkzeugkiste des lösungs- und kompetenzorientierten Handelns. CD-ROM für OC und Mac. Luzern: interact Verlag.

Riet, Nora van / Wouters, Harry 2002: Case Management. Ein Lehr – und Arbeitsbuch über die Organisation und Koordination von Leistungen im Sozial – und Gesundheitswesen. Luzern: Interact Verlag.

Schmidt, Gunther 2005: Einführung in die hypnosystemische Therapie und Beratung. Heidelberg: Carl-Auer Systeme.

Schu, Martina 2001: Case Management und Hilfeplanung in der ambulanten Suchtkrankenhilfe. SUCHT AKTUELL Heft 1, 33.

Stiefel, Marie-Luise 2002: Reform der Erziehungshilfe in Stuttgart, in: Merten, Roland (Hrsg.): Sozialraumorientierung: Zwischen fachlicher Innovation und rechtlicher Machbarkeit. Weinheim/München: Juventa. 55-67.

Thiersch, Hans 1992: Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. Weinheim / München: Juventa.

Wendt, Wolf Rainer 1997: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Freiburg / Br.: Lambertus.

Wolff, Reinhart 1990: Von der Reaktion zur Prävention – zur konzeptuellen Weiterentwicklung des Kinderschutzes in Berlin, in: Rundbrief Senatsverwaltung für Frauen, Jugend und Familie 2/90: Perspektiven zum Kinderschutz in Berlin, 21-30

Autoren

Heiko Kleve (geb. 1969), Prof. Dr., Sozialarbeiter/Sozialpädagoge (Dipl. ASFH 1996), Soziologe (Dr. phil. FU Berlin 1998), Konflikt-Mediator (ASFH 2001), Systemischer Berater (GST / DGSF 2003), Case Manager/Case Management-Ausbilder (DGS / DBSH / DBfK 2004). Professor für soziologische und sozialpsychologische Grundlagen sowie Fachwissenschaft der Sozialen Arbeit an der FH Potsdam. FH Potsdam, Fachbereich Sozialwesen, Friedrich-Ebert-Str. 4, 14467 Potsdam, E-Mail: kleve@fh-potsdam.de

Matthias Müller (geb. 1968), Diplom Sozialarbeiter / Sozialpädagoge, Case Manager / Case Management-Ausbilder (DGS / DBSH / DBfK), Dialogischer Qualitätsentwickler (Kronberger Kreis). Gastdozent für Soziale Arbeit an der Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin mit den Schwerpunkten Handlungsmethoden, Theorie und Geschichte Sozialer Arbeit; z. Zt. Promotion zum Thema Kommunikation Sozialer Arbeit. Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin, Alice-Salomon-Platz 5, 12627 Berlin, E-Mail: muellerm@asfh-berlin.de

Andreas Hampe-Grosser (1964), Diplom-Sozialarbeiter / Sozialpädagoge, Familientherapeut / systemischer Berater (DGSF), Supervisor (SG), Case Manager / Case Management-Ausbilder (DGS / DBSH / DBfK), Sozialmanager-Assistent (Newstand). Studium an der Evangelischen Fachhochschule Berlin; arbeitet als Sozialarbeiter im Allgemeinen Sozialpädagogischen Dienst des Jugendamtes Mitte von Berlin. Lehrbeauftragter an der Alice-Salomon-Hochschule Berlin sowie Trainer im Fort- und Weiterbildungsbereich.

Andreas Schröer

3 Case Management in Lernenden Organisationen - eine Funktionsbestimmung aus organisationspädagogischer Sicht

3.1 Einleitung

Die Grundidee des Case Management ist es, in der sozialen Arbeit nicht das Verhältnis von einem Klienten und einem professionellen Helfer in den Vordergrund zu stellen, sondern das Netzwerk einer Vielzahl von Helfern, die mit einem Klienten zu tun haben. Diese Vielzahl von Akteuren, die mit der Lösung eines Problems des Klienten betraut sind, wird von einem Case Manager koordiniert. Die Arbeit an der Problemlösung für einen Klienten ist der Case. Case Management ist also eine koordinierte Intervention mehrerer Akteure zur Bearbeitung komplexer menschlicher Problemlagen. In einem systematischen, kooperativen Prozess werden auf den Bedarf des Klienten abgestimmte Dienstleistungen erbracht, um gemeinsam vereinbarte Ziele und Wirkungen effizient zu erreichen. Case Management stellt über professionelle und institutionelle Grenzen hinweg einen Versorgungszusammenhang her. Es respektiert die Autonomie der Klienten, dabei nutzt und schont es die Ressourcen im Klientel- sowie im Unterstützungssystem.

Aufgrund des systemtheoretischen Hintergrunds des Case-Management-Konzepts werden in der Fachöffentlichkeit Zweifel laut, ob die Behandlung der Probleme eines Klienten als Case, der gemanagt wird, tatsächlich den Bedürfnisse der Individuen gerecht wird. Vor allem aber steht die Befürchtung im Raum, dass es sich beim Case Management nur um ein weiteres Instrument handelt, dessen einziger Zweck es ist, die Kostenschraube weiter anzuziehen und die seit Jahren anhaltenden Sparmaßnahmen im Sozial- und Gesundheitswesen weiter voranzutreiben. Auch in internationalen Forschungsergebnissen ist der Wert des Case Managements durchaus umstritten. So formulieren Marshall et al. (2006): „There is no evidence that case management improves outcome on any other clinical or social variables. Present evidence suggests that case management increases health care costs, perhaps substantially, although this is not certain. In summary, therefore, case management is an intervention of questionable value, to the extent that it is doubtful whether it should be offered by community psychiatric services."

Vor dem Hintergrund dieser Skepsis untersucht der folgende Artikel Relevanz und Funktion des Case Managements für organisationale Veränderungsprozesse und fragt nach der strategischen Bedeutung von Case Management für die Zukunft des Dritten Sektors.

3.2 Begriffsbestimmung Case Management

Unter Case Management wird eine koordinierte Intervention mehrerer Akteure zur Bearbeitung komplexer menschlicher Problemlagen in einem systematischen, kooperativen Prozess verstanden.

Die Case Management Society of America definiert CM als einen „kooperativen Prozess, in dem Versorgungsangelegenheiten und Dienstleistungen erhoben, geplant, implementiert, koordiniert, überwacht und evaluiert werden, um so den individuellen Versorgungsbedarf eines Patienten mittels Kommunikation und verfügbaren Ressourcen abzudecken." Der Prozess der Bereitstellung und Durchführung sozialer und gesundheitlicher Dienstleistungen orientiert sich dabei maßgeblich am Bedarf des einzelnen Klienten. Der Case Manager erhebt diesen Bedarf im Gespräch mit dem Klienten und stellt auf dieser Basis einen Hilfeplan zusammen, der aus verschiedenen Dienstleistungen bestehen kann. Dabei soll ausdrücklich auch das bestehende Unterstützungsnetzwerk des Klienten mit einbezogen werden, um eine Leistungsdopplung durch professionelle Dienstleister auszuschließen und die bestehenden Lebensbewältigungsstrategien des Klienten zu stärken.

Der Prozess des CM ist in Arbeitsphasen untergliedert, die von der Herstellung der Erreichbarkeit der sozialen und gesundheitlichen Dienste bzw. des Case Managers selbst bis hin zur Evaluation und Entpflichtung der Dienstleister reichen:

1. Erreichbarkeit herstellen (outreach),
2. Assessment, Falleinschätzung, Bedarfsabklärung,
3. Zielvereinbarung, Hilfeplanung,
4. Durchführung, Koordination, Monitoring,
5. Evaluation,
6. Ergebnisbewertung, Entpflichtung/Beendigung der Zusammenarbeit.

Wie man aus diesen Phasen der Einzelfallbetreuung sehen kann, bewegt sich Case Management auf der Systemebene zwischen Netzwerkarbeit, Angebotsentwicklung und Angebotssteuerung. Der Ansatz findet inzwischen in einer Vielzahl von Bereichen Anwendung, so z. B. im Gesundheitswesen, in der Arbeitsvermittlung, der Suchthilfe, der Altenhilfe, Jugendhilfe und Behindertenhilfe ebenso wie in der Bewährungshilfe (vgl. Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management).

„Man verstieße gegen die Autonomie einer Person und missachtete ihre Selbstsorge und mündige Mitwirkung, betrachtete man die Person als ‚Fall'. *Im Case Management wird der Prozess der Bewältigung bzw. der Weg zur Lösung einer Problematik ‚gemanagt'.* Was der Fall ist, lässt sich immer nur ad hoc feststellen und bleibt individuell. Gegenstand des Case Managements ist auf der Ebene des Einzelfalls dessen gemeinsame Bearbeitung, wobei sie verschiedene Maßnahmen der Unterstützung, der Erziehung und Schulung, der Begleitung und Vermittlung sowie individueller und gemeinsamer Selbsthilfe einschließen kann" (Wendt 2001).

Mit dieser Begriffsbestimmung knüpft Wendt an die Ursprünge des Case Managements in der Geschichte der Sozialarbeit an. Case Management geht zurück auf Ansätze des Case Work der Sozialarbeit im frühen 20. Jahrhundert, als Jane Addams oder Mary Richmond (1917) in ihrer Diagnose der sozialen Situation einer Person Wert darauf legten, die Person in ihrer Umwelt (person-in-environment) zu begreifen. Erst eine Untersuchung der Gesamtsituation der Person ermögliche es, so Richmond, ihre wirkliche Lebenslage und Lebensbewältigungsstrategien zu erfassen. Alice Salomon entwickelt das Verständnis der „Kunst zu helfen" als Grundlage der Theorie und Methode der Sozialen Arbeit auf der Basis von Richmonds Ansatz weiter. Nach Salomon besteht diese Kunst darin, „dass man einem Menschen hilft, sich in der gegebenen Umwelt einzuordnen, zu behaupten, zurecht zu finden oder dass man seine Umwelt so umgestaltet, verändert, beeinflusst, dass er sich darin bewähren, seine Kräfte entfalten kann" (1926, 59). Dieser Handlungsansatz stellt den Menschen in den Mittelpunkt und liefert ihn weniger der kontrollierenden Fürsorge aus. Diese Alltagsorientierung in der Betrachtung von Klienten wurde u. a. durch den Einfluss von Hans Thiersch (1992) zum leitenden Paradigma sozialpädagogischer Arbeit in der Bundesrepublik Deutschland.

Besonders in den Ausführungen von Thiersch und Salomon lässt sich jedoch das klar handlungstheoretische Fundament dieses „person-in-environment"-Ansatzes erkennen, geht es doch darum, die Umwelt des Klienten zugunsten seiner eigenen Handlungsfähigkeit umzugestalten. Ähnlich begründet wird der Fall-Begriff in der theoretischen Fundierung von Case Studies. Case Studies wurden maßgeblich von der Chicago School entworfen und später mit Hilfe der grounded theory weiterentwickelt. Fallstudien vermitteln Einsicht „into the acceptance of an experimental prototype to perceive the singularity of the object of study. This ensures the transformation from the local to the global for explanation. Hamel et al. (1993) characterized such singularity as a concentration of the global in the local" (Tellis 1997). Sowohl in explorativen als auch in deskriptiven Fallstudien wird erst im Verlaufe des Prozesses definiert, worin der Fall eigentlich besteht. Fallstudien setzen auf ein „holistic understanding of cultural systems of action (Feagin, Orum & Sjoberg 1990). Cultural systems of action refer to sets of interrelated activities engaged in by the actors in a social situation" (Tellis 1997).

Gerade hierin liegt freilich die entscheidende Differenz zum Case-Verständnis in der heutigen Case-Management-Debatte, die klar auf systemtheoretischen Überlegungen beruht und nicht Individuum und Kultur, sondern Prozesse, Kommunikationslogik und Organisation in den Mittelpunkt stellt. Case Management heute wird als organisierte Verknüpfung von Hilfesystem und Klientensystem verstanden (Löcherbach 2004). Dabei ist die gelingende Einzelfallhilfe auch auf gelingende Systemsteuerung angewiesen, die etwa durch kontinuierliche Fallverantwortung und -zuständigkeit, die Überwindung segmentierter Dienstleistungsstrukturen und die Kontraktförmigkeit der Zusammenarbeit zum Ausdruck kommt (ebd.). Dabei betont Löcherbach aber auch, dass sich Case Management gerade durch die Integration von Handlung (Steuerung im Einzelfall) und Organisation (einzelfall- und einrichtungsübergreifende Systemsteuerung) auszeichnet.

Unter einem Case wird im Rahmen des Case Management „systemisch" all das verstanden, was nötig ist, um einen Klienten zu betreuen bzw. das Problem eines Klienten zu lösen. CM analysiert das Klientensystem und identifiziert Elemente seiner Umwelt (z. B. das Gesundheitssystem, das System sozialer Arbeit), für die es anschlussfähig gemacht werden soll. Im sozialarbeiterischen Kontext kann dies besonders deutlich gemacht werden. Die Aufgabe des CM aus

systemtheoretischer Sicht ist es, auf die partielle Exklusion des Klienten aus bestimmten Systemen durch stellvertretende Inklusion oder Re-Inklusion zu reagieren (Baecker 1994, 102f.). Dabei bietet das CM die Gelegenheit die relevanten Systeme miteinander anschlussfähig zu halten. Zudem kann jederzeit von Hilfe auf Nicht-Hilfe umgestellt werden, falls eine Re-Inklusion des Klienten gelungen ist.

Die funktionale Differenzierung unterschiedlicher sozialer und gesundheitsbezogener Dienstleistungen und ihre selbstreferenzielle Geschlossenheit haben die Einsicht in die Notwendigkeit des CM geschärft, das zwischen unterschiedlichen Systemen Offenheit und Anschlussfähigkeit erzeugen soll. Das CM folgt der Systemtheorie auch insofern, als dass es nicht den Menschen in seiner Komplexität ins Zentrum stellt, sondern die Kommunikation zur Problemlösung innerhalb verschiedener Sozialsysteme. Das Problem eines Alkohol-Kranken zum Beispiel muss gegenüber einer Bank, dem Sozialamt, der Familie, dem Hausarzt in verschiedener, an das jeweilige System anschlussfähiger Art und Weise kommuniziert werden. Fuchs formuliert diese systemtheoretische Sicht auf die Soziale Arbeit als „Arbeit an sozialen Adressen und nicht: Arbeit an Leuten. Es dreht sich nicht um die Veränderung von Individuen. [...] Das System reorganisiert stattdessen Adressabilität“ (Fuchs 2000, 162).

Diese systemische Perspektive schließt nahtlos an den Ansatz lernender Organisationen an, der ebenfalls auf Systemtheorie aufbaut. Die komplexe Umwelt einer Organisation, die aus einer Vielzahl von unvorgesehenen Veränderungen und Anschlüssen an verschiedene Systeme besteht, erfordert von der Organisation, eine permanente Veränderungsbereitschaft. Die Lernfähigkeit einer Organisation (etwa durch die Anpassung ihrer Wissensbasis) stellt ihre Veränderungsbereitschaft sicher (vgl. Schreyögg 1999, 547). Lernen sichert damit den Bestand einer Organisation in einer komplexen Umwelt. Alles Gelernte wird zur Grundlage weiteren Lernens und das Lernen der Organisation wird elementarer Bestandteil des Systemalltags.

Trotz des gemeinsamen Theoriehintergrunds von Case Management und Lernenden Organisationen, ist es für die organisationspädagogische Analyse der Funktion des Case Management für Lernen und Lernunterstützung in Organisationen jedoch notwendig, auch den handlungs- und kulturtheoretischen Theoriegehalt des Fallbegriffs in Erinnerung zu rufen und so die systemtheoretische Perspektive zu ergänzen.

3.3 Case Management aus organisationspädagogischer Perspektive

Dass Case Management ein Element organisationalen Wandels ist, ja gar sein muss, zeigt sich schon daran, dass die Einführung von CM in der Literatur immer wieder als ein Paradigmenwechsel beschrieben wird. So formuliert etwa Ewers (2006) in Bezug auf CM in der Pflege, dass es um die Paradigmenwechsel von der Anbieter- zur Nutzerorientierung und von der Prozess- zur Ergebnisorientierung ginge. In diesem Zusammenhang ist auch die Rede davon, dass die edukativen Kompetenzen in der Pflege zunehmen und dass klinische, edukative und steuernde Aufgaben miteinander verbunden werden müssen. Paradigmenwechsel ziehen Veränderungsprozesse in Organisationen nach sich. CM führt also notwendigerweise zu organisationa-

lem Lernen. Die starke Betonung der edukativen Komponente im CM ist ein Argument für eine organisationspädagogischen Betrachtung dieser Lernprozesse.

Die Systematik der organisationspädagogischen Funktionsanalyse beruht auf vier Grundkategorien, die zunächst erläutert werden, um dann die Funktionen des Case Managements im Rahmen organisationaler Lernprozesse beschreiben zu können.

3.3.1 Was macht organisationales Lernen aus? - Basiskategorien der Organisationspädagogik

Göhlich (2001) hat auf der Basis einer ambitionierten allgemeinpädagogischen Institutionentheorie ein integriertes Verständnis von Lernprozessen in Organisationen ermöglicht. Dabei ist es Göhlichs systematisches Anliegen, die einseitigen Institutionentheorien aus handlungstheoretischer und systemtheoretischer Sicht zusammenzuführen und so zu einem komplexeren Bild institutioneller Praxis zu gelangen.

Als Spannungsfelder zwischen dem system- und dem handlungstheoretischen Ansatz werden Monokausalität versus Systemkausalität, körperliche Handlungsahnung versus unkörperliche Systemkommunikation, Linearität versus Zirkularität[1] und zuletzt Machtkritik versus Funktionsanalyse diagnostiziert. Dabei wird das Verhältnis von Handeln und System „als ein transformatives“ (ebd., 217) verstanden und Prozesse[2] aufgezeigt und die Überführung von „sozialsystemischem Prozessieren der Praxis einer Einrichtung in das Handeln der an der Praxis dieser Einrichtung beteiligten Akteure“ erläutert (ebd., 216). Indem verfestigtes sozialsystemisches Prozessieren als Ressource für das Handeln der Akteure verstanden wird, lässt es sich verflüssigen und dadurch wiederum in modifizierte Formen systemischen Prozessierens transformieren.

Eine weitere Konsequenz der theoretischen Integrationsleistung ist, dass sozialsystemische „Muster als (dem sozialen System, ggf. dem kollektiven Akteur) Identität gebende Selbstbeschreibungen institutioneller Praxis verstanden werden können“ (ebd., 218). Durch diesen

---

[1] Am folgenden Beispiel soll kurz der von Göhlich beschrittene Weg der Vermittlung geschildert werden: Konkretes Handeln, auch im institutionellen Kontext, hat eine Richtung, einen Anfang und ein Ende, systemisches Prozessieren dagegen nicht, es verläuft zirkulär. Handeln erlaubt und fördert die Linearität, da die zum Handeln gehörende Zuschreibung des Handlungsanfangs entzirkularisierend wirkt. Systemisches Prozessieren dagegen sichert durch seine Zirkularität Regeln, Struktur und Grenzen, über die das System sich selbst erhält und reproduziert. Göhlich veranschaulicht das Ineinandergreifen der beiden Prozesse am empirischen Beispiel einer Aufnahmesituation von Kindern in einem Heim. „Das Handeln des neuen Akteurs ist in einer solchen Situation von extremer Zurückhaltung gekennzeichnet. [...] Er greift auf den Habitus eines allgemeinen sozialen Orientierungsverhaltens zurück“ (Göhlich 2001, 200), da er das im Heim vorherrschende Interaktionssystem noch nicht kennt. „Zum anderen ist das systemische Prozessieren des betreffenden Interaktionssystems in einem solchen Kontext von extremer Ritualisierung gekennzeichnet. Das vor der Aufnahme des neuen Akteurs bestehende Interaktionssystem stabilisiert sich angesichts der Aufnahme mittels der selbstreferenziellen Überbetonung eines unterwerfenden Individuums“ (ebd. 201). Aus dem systemischen Prozessieren kann so eine Aufnahmesituation zu kollektivem Handeln werden, z. B. in der Durchführung eines Initiationsrituals.

[2] Vgl. dazu das Schaubild ‚Aspekte der Praxis von Institutionen‘ in: Göhlich 2001, 216.

Fokus entwickelt Göhlich eine Institutionentheorie, deren zentrale Ausrichtung auf die Mesoebene der institutionellen Praxis selbst zielt, ohne dass eine permanente Ausrichtung der Interpretation der institutionellen Prozesse auf die Makroebene der Gesellschaft oder die Mikroebene des Individuums nötig wird.

3.3.1.1 Lernen und Lernen unterstützen

Lernen versteht Göhlich einerseits als pädagogischen Begriff, der Anschlüsse an die Mesoebene der Institution eröffnet und nicht notwendigerweise an das Einzelindividuum gebunden bleibt (Göhlich 2001, 228); andererseits betont er, dass man getrost von einem linearen, behavioristischen oder lernzielorientierten Lernbegriff zugunsten der Betonung von Interdependenzen und Überschreitung der individuellen Grenzen Abstand nehmen kann: „Insofern lässt sich [...] sagen, dass und wie Lernen auf das betreffende soziale System, auf die (institutions-)spezifische Kultur bezogenes und beide mitgestaltendes Handeln verstanden werden kann“ (ebd., 229). So kann also auch mit Hilfe des Lernbegriffs die Nicht-Linearität, Ungewissheit und Relationalität pädagogischen Handelns ebenso thematisiert werden wie seine Abhängigkeit von den Lernbedingungen (wie dem sozialen System oder der jeweiligen pädagogischen Kultur).

Lernen findet freilich in unterschiedlichen Formen statt, nämlich ‚Leben-Lernen‘, ‚Wissen-Lernen‘ und ‚Können-Lernen‘ sowie als Bestandteil aller drei Lernformen das ‚Lernen-Lernen‘. Institutionelle Praxis kann all diese Lernformen unterstützen und stärken. Lernen bezieht Göhlich nun „auf beide Aspekte der Praxis pädagogischer Institutionen, also sowohl auf den des Handelns individueller oder kollektiver Akteure als auch auf den des systemischen Prozessierens sozialer Systeme bzw. des Meta-Systems“ (ebd., 231). Göhlich rekurriert damit zwar auf die Theorie der Lernenden Organisation (Argyris und Schön), geht aber durch die Binnendifferenzierung des Lernbegriffs durch die Bezugnahme auf qualitative und quantitative Veränderungen in Theorie (Wissen) und Praxis (Können), in Sein (Leben) und Werden (Lernen) über deren Unterscheidung von Lernebenen hinaus.

Um die Prozesse organisationalen Lernens[3] genauer zu fassen, führt Göhlich den Terminus ‚Lernunterstützung‘ ein. „Als Aspekte des Unterstützens von (Wissen-, Können-, Leben-, Lernen-) Lernen lassen sich Stabilisierung, Aufklärung und Anregung voneinander unterscheiden“ (ebd. 236). Der Aspekt der *Stabilisierung* betont die Notwendigkeit, vorhandenes Wissen, Können sowie existierende Lebens- und Lernweisen zuzulassen und so Lernprozesse überhaupt erst zu ermöglichen. Die Stabilisierung ist auch dort Voraussetzung für weitere Lernprozesse, wo das Vorhandene korrigiert werden soll. So kann Stabilisierung auch als eine Vorstufe des zweiten Aspekts der Lernunterstützung, nämlich der *Aufklärung*, dienen. „Es geht darum, Wissen, Können, Lebens- und Lernweisen in Frage zu stellen und so in einem engeren Sinne bewusst zu machen“ (ebd., 238). Das aufklärerische Lernenunterstützen bietet die Möglichkeit, aus Fehlern zu lernen; Fehler werden als Lernchance begrüßt. Der nunmehr dritte Aspekt der Lernunterstützung ist nach Göhlich das ‚Anregen‘, dem es darum geht, die Lernenden neugierig zu machen, Unbekanntes und Bekanntes zum Wahrnehmen und Experimentieren anzubieten. „Während

[3] Göhlichs systematisches Argument an dieser Stelle richtet sich allerdings auf die Beschreibung der Besonderheit pädagogischer Institutionen.

Abbildung 1: Aspekte der Praxis päd. Institutionen nach Göhlich (2001, 241)

		Aspekte des Pädagogischen	
		Lernen (Wissen-, Können-, Leben-, Lernen-)	*Lernen unterstützen* (stabilisieren, aufklären, anregen)
Aspekte der Praxis von Institutionen	*Handeln* (Akteurszuschreibung, sinnvolles Bewegen, Antizipation)	**Lernhandeln**	**Lernunterstützungs-handeln**
	System (Selbstreferenz, Grenze, Struktur)	**Lernendes System**	**Lernunterstützungs-system**

Lernunterstützung also in ihren Aspekten des Stabilisierens und des Aufklärens eher dem Alten [...] verpflichtet ist, nimmt sie in ihrem Aspekt des Anregens eine Wendung auf Neues, auf Alternativen, auf noch offene, mögliche Zukunft hin“ (ebd., 239).

Eine systematische Verknüpfung der bereits erarbeiteten Begriffe und theoretischen Perspektiven von System, Handeln, Lernen[4] und Lernunterstützung wird in Abbildung 1 geleistet, die die Praxis pädagogischer Institutionen anhand von vier Begriffen zu fassen sucht (ebd., 242).

Diese vier Aspekte der Praxis pädagogischer Institutionen sind selbstverständlich analytische Unterscheidungen, die in der institutionellen Alltagspraxis ineinander greifen und nicht sauber voneinander unterschieden werden können. Diese Aspekte werden nun für ein komplexes Verständnis organisationalen Lernens von Belang sein.

3.3.1.2 Lernendes System

Bei der Klärung der Praxis der institutionellen Mesoebene steht nicht das Lernen von Individuen, sondern vielmehr der als Lernen verstehbare Wandlungsprozess von Institutionen im Vordergrund. „Dass sowohl psychische und organismische als auch soziale Systeme lernfähig sind, ist die Grundlage der Praxis gerade pädagogischer Institutionen. [...] Als System sozialer Systeme (Interaktionssysteme, Teilkulturen) wandelt sich die Praxis einer Institution“ (Göhlich 2001, 242). Dieser Wandlungsprozess der Institution als System sozialer Systeme ist an Lernprozesse ihrer Teilsysteme und an Individuen im Sinne psychomotorischer Systeme gekoppelt. Individu-

[4] „Dabei wird der Lernbegriff vorrangig dazu eingesetzt, die [...] Vorwärtsbewegung der aktualen Muster, welche einerseits das soziale System, andererseits das individuelle Handeln ausmachen und sich in mimetischem Umgang mit dem (im Habitus erscheinenden) kulturellen Konsens fortpflanzen, zu bezeichnen“ (Göhlich 2001, 241).

elles Lernen interessiert hier also zunächst „als Bestandteil sozialsystemischen Prozessierens“ (ebd.).[5]

Aus der Auseinandersetzung mit Theorien der Organisationsentwicklung ergibt sich, dass eine Gleichsetzung von organisationalem Lernen und der Summe individueller Lernprozesse nicht möglich ist und dass Wandel in Organisationen kein Sonderfall, sondern die Regel ist. Gerade diese beiden Prämissen charakterisieren den Übergang von Theorien der Organisationsentwicklung zu Theorien lernender Organisationen. In der Organisationstheorie wird organisationales Lernen jedoch überwiegend als „Neustrukturierung der organisationalen Wissensbasis“ (Schreyögg 1999, 538f.) verstanden, wobei Wissen Fakten, Regeln, Verfügungs- und Orientierungswissen, explizites und implizites Wissen beinhaltet. Lediglich Nonakas (1994) Ansatz, der „als Grundlage der lernenden Einrichtung eine organisationale Wissensbasis annimmt, die sowohl implizites, das von der Organisationskultur und deren ritualisierten Prozeduren getragen wird, als auch explizites Wissen in Form von Dokumenten, Datenbänken, etc. umfasst“ (Göhlich 2001, 245), erweist sich als anschlussfähig an Göhlichs sehr viel weiter gefassten Lernbegriff (Wissen, Können, Leben, Lernen) und ermöglicht damit ein umfassenderes Verständnis organisationalen Lernens.[6] Systemtheoretisch betrachtet zeigt sich das Lernen sozialer Systeme an der Neudefinition ihrer Grenzen und Strukturen.

Besondere Bedeutung für das lernende System in pädagogischen Institutionen hat nun die Fokussierung auf Lern- und Lernunterstützungsprozesse:[7] „Fundamentaler Bestandteil der Praxis pädagogischer Einrichtungen ist also, dass diese vorrangig das – als sozial, kognitiv, körperlich etc., als Wissen-, Können- etc. näher bestimmte – Lernen der ihrem alltäglichen Prozessieren angeschlossenen Individuen (und zwar vorrangig der nicht-professionellen PraxisteilnehmerInnen) in den Fokus ihres systemischen Prozessierens und eben auch ihres dabei stattfindenden Lernens stellen“ (ebd., 248). Diese als systemisches Prozessieren beschriebenen Lern- und Lernunterstützungsprozesse weisen deutlich über die Räume, Zeiten und direkten Prozesse der jeweiligen Einrichtung hinaus und bieten in ihrer Rückwirkung auf das System erneut Lernanlässe.

3.3.1.3 Lernunterstützungssystem

Organisationen fokussieren in ihrem systemischen Prozessieren nicht nur das Lernen, sondern vor allem auch dessen Unterstützung. Sie richten sich „auf *unterstützende Anschlüsse* an lernende Systeme und individuelle oder kollektive Akteure [aus], denen Lernfähigkeit und -bedürftigkeit zugeschrieben wird. Verbinden wir dies nun mit der Unterscheidung von Wissen-,

---

[5] „Das setzt voraus, dass das individuelle Lernen nicht gänzlich innerlich bleibt, sondern sich irgendwie äußert. Dieses Sich-Äußern muss jedoch nicht bewusst geschehen. Zumeist bleibt es für die Beteiligten latent. Dann kann nur ein Beobachter [...] die latenten Äußerungen individuellen Lernens als Teil sozialsystemischen Prozessierens explizieren“ (Göhlich 2001, 243).

[6] Während Luhmann (1987, 390f.) selbstreferenzielle Generierung neuen Wissens als Prozess der emergenten Entstehung mittels Interpretation begreift, der in eine nichtintentionale Neustrukturierung des bereits Vorhandenen mündet, begreift Nonaka (1994, 18ff.) diesen Prozess als spiralförmiges Explizieren eines zuvor Impliziten (vgl. Göhlich 2001, 246).

[7] Fokussierung bedeutet selbstverständlich nicht den Ausschluss von oder die Auseinandersetzung mit administrativen, juristischen oder finanziellen Prozessen (vgl. Göhlich 2001, 248).

Können-, Leben- und Lernen-Lernen sowie der Dimension des Kognitiven, Sozialen, Emotionalen, Körperlichen etc. und betrachten so einzelne pädagogische Einrichtungen, so werden bestimmte Eigenarten derer Praxen deutlicher“ (Göhlich 2001, 249). Dabei setzt das jeweilige Lernunterstützungssystem auf entsprechende Methoden (Mitteilen, Zeigen, Vormachen, Fragen, Versuche ermöglichen etc.), die einerseits einem historischen Wandel unterliegen und andererseits abhängig von der jeweiligen Schwerpunktbildung in der Art des Lernens begründet sind, auf das die Einrichtung sich spezialisiert.

Gerade in dieser Komplexitätsreduktion des Lernunterstützungssystems, die sich in der Fokussierung auf bestimmte Lerndimensionen (z. B. Schule: Wissen-Lernen; Musikschule: Können-Lernen) und der damit einhergehenden Ausgrenzung anderer Lernprozesse zeigt, liegt eine wichtige Quelle für Störungen. Durch die Auswahl bestimmter, für die fokussierte Lerndimension adäquater Methoden, blendet „die so spezifizierte Lernunterstützung [...] alle anderen Aspekte und Dimensionen des Lernens aus, die ja im Lernprozess untrennbar verbunden sind“ (ebd., 251). Eine störungsärmere Arbeit ergibt sich durch das Bewusstsein um die Zirkularität und die notwendigen ‚Nebeneffekte‘ im jeweiligen Lernunterstützungssystem.[8] Als Problem von Lernunterstützungssystemen gilt ihre Tendenz, sich selbst als Systeme zu stabilisieren und dadurch „primär sich selbst (und erst sekundär lernende Individuen, etc.)“ (ebd., 252) zu unterstützen.

3.3.1.4 Lernhandeln

Im eher handlungstheoretisch fundierten Teil der „Theorie der Praxis pädagogischer Institutionen“ greift Göhlich die alte Unterscheidung von Vermittlung und Aneignung als zentrales Moment des Unterrichtsgeschehens auf und beschreibt sie als Lernhandeln, das dem nicht-professionellen Akteur (Schüler, Klient) zugeschrieben wird, und als Lernunterstützungshandeln, das vom professionellen Akteur (Lehrer, Case Manager) ausgeht. Als Lernhandeln lassen sich nun „Wissen-, Können-, Leben- und Lernen-Lernprozesse verstehen, die einem Akteur (u. U. von ihm selbst) zugeschrieben, als subjektiv sinnvolles Bewegen wahrgenommen und mit Anfang und Ende versehen werden bzw. sind“ (Göhlich 2001, 252). In Anlehnung an die sozialpädagogische Praxis verweist Göhlich auf die Möglichkeit des Rollenwechsels, so dass auch von nicht-professionellen Akteuren Lernunterstützungshandeln ausgehen kann.

[8] An dieser Stelle widerspricht Göhlich der systemtheoretischen Pointe der Ausdifferenzierung von Funktionssystemen. Das systemtheoretische Verständnis moderner Gesellschaftsentwicklung basiert ja gerade darauf, dass sich Funktionssysteme mit verschiedenen Funktionen herausgebildet haben, also u. a. in der Ausdifferenzierung verschiedener pädagogischer Systeme mit verschiedenen Funktionen besteht. Jedes dieser Systeme kann nur funktional störungsfrei operieren, wenn es die jeweils anderen Funktionen ausblendet. In der operationalen Schließung liegt auch die Quelle für die Beseitigung von Störungen. Die hier formulierte These der Produktion von Störungen durch funktionale Differenzierung verweist auf ein handlungstheoretisches Problem, das im systemtheoretisch formulierten begrifflichen Rahmen geklärt werden soll.

Interessant wird nun der Anschluss des Handelns an die Prozesse des sozialsystemischen Prozessierens einer Institution.[9] „Wie sich aus der Erörterung der System- und Handlungstheorien ergeben hat, emergiert Handeln aus sozialsystemischem Prozessieren. [...] Lernhandeln als spezifischer Akt der Praxis pädagogischer Institutionen schält sich aus deren Prozessieren als lernendes System heraus. [...] Als Lernhandeln bietet es den an der Praxis beteiligten sozialen Systemen gleichermaßen wie den an sie anschließenden [...] psychischen oder psychomotorischen Systemen individueller Akteure die Möglichkeit, das Prozessieren der Praxis zu intendieren,[10] zu reflektieren, seinen Sinn und seine Verantwortetheit zu bestimmen“ (ebd., 253). Der Lernende lernt also im sozialen Kontext lernender Interaktion mit anderen und im Kontext einer auf Lernen spezialisierten Institution, im Rahmen eines lernenden Systems. Wie genau die Kopplung zwischen individuellem Lernen und lernendem System zu verstehen ist, scheint problematisch zu bestimmen zu sein, wie bereits Göhlichs Wortwahl zeigt: das Handeln ‚emergiert‘ bzw. ‚schält sich aus dem Prozessieren heraus‘. Den allgemeinen Zusammenhang der Handlungsemergenz aus systemischem Prozessieren versteht Göhlich als „selbstreferentes Geschehen [, das] mittels Akteurszuschreibung interpunktiert [wird], Grenzen werden an Akteuren verortet, Grenz- und Strukturbildungen werden Akteuren zugeschrieben und so von ihnen verantwortet. Zugleich werden sozialsystemische Selbstreferenz, Grenz- und Strukturbildungen in sinnvolles Bewegen überführt und erscheinen antizipier- und damit potenziell reflektierbar“ (ebd., 253). Allerdings wäre in den jeweiligen Kontexten zu untersuchen, *worin* die Zuschreibung an *welchen* Akteur besteht und *wie* bzw. *von wem* sie vorgenommen wird, um den Zusammenhang zwischen individuellem Lernen und jeweiligem Lernunterstützungssystem genauer fassen zu können.

Ein institutioneller Rahmen bietet im Lernhandeln nicht nur Optionen, sondern ist auch der Ort sozialer Bedeutungszuweisung des Lernens. Im Gegensatz zu rein individuellen Lernprozessen eröffnet das Lernhandeln in Institutionen erst die Möglichkeit der Prüfung und Beurteilung des Lernens. Durch diesen Prozess werden die lernhandelnden Akteure einer spezifischen Institution zugeschrieben,[11] dadurch wird das Lernhandeln für die Lernunterstützungsprozesse leichter zugänglich. Dies bedeutet, dass erst durch die Zugehörigkeit des Lernenden zu einer (pädagogischen) Institution seine Lernleistung bewertbar wird und er dadurch eine institutionell abgesicherte Unterstützung beim Lernen erhält.

---

[9] „Wie sich aus der Erörterung der System- und Handlungstheorien ergeben hat, emergiert Handeln aus sozialsystemischem Prozessieren. Selbstreferenzielles Geschehen wird mittels Akteurszuschreibung interpunktiert, Grenzen werden an Akteuren verortet, Grenz- und Strukturbildungen werden Akteuren zugeschrieben und so von ihnen verantwortet. Zugleich werden sozialsystemische Selbstreferenz, Grenz- und Strukturbildungen in sinnvolles Bewegen überführt und erscheinen antizipier- und damit potenziell reflektierbar“ (Göhlich 2001, 253).

[10] Dabei scheint jedoch die Möglichkeit, dass der einzelne Lernhandelnde die Praxis der pädagogischen Institution intendiert, den selbstreferenziellen Charakter ihres systemischen Prozessierens zu konterkarieren.

[11] Ein Beispiel hierfür könnte sein: Wer in der vierten Klasse der Grundschule einen Notendurchschnitt von 3,0 hat, wird für die 5. Klasse der Realschule zugeordnet.

3.3.1.5 Lernunterstützungshandeln

Lernunterstützungshandeln entsteht durch Akteurszuschreibung[12] aus dem systemischen Prozessieren und hat zwei zentrale Richtungen: Zum einen kann es gezielt Lernprozesse unterstützen, zum anderen kann es die „Akteurszuschreibung des Lernhandelns wieder in das Prozessieren lernender Systeme (und zwar auch in das Prozessieren der an der Praxis der pädagogischen Einrichtung beteiligten sozialen Systeme) verflüssigen“ (Göhlich 2001, 254). Lernunterstützungshandeln kann in etwa synonym zum Begriff professionellen pädagogischen Handelns verwendet werden, allerdings betont das Lernunterstützungshandeln den Aspekt der Ableitung dieses Handelns aus der Praxis pädagogischer Institutionen im Gegensatz zur Ableitung aus der Interaktion zweier Akteure. Zudem erfordert die Betrachtung der institutionellen Praxis zuvorderst eine systemtheoretische Perspektive, die dann mit einer handlungstheoretischen verbunden wird. Erst diese beiden Prämissen lassen ‚professionelles pädagogisches Handeln‘ bzw. Lernunterstützungshandeln als Teil einer Praxis pädagogischer Institutionen verständlich werden. In seiner ausdifferenzierten Form umfasst Lernunterstützungshandeln dabei die folgenden Aspekte: Anregung von Lernen-Lernen, Wissen-Lernen, Können-Lernen und von Leben-Lernen; Aufklärung von Lernen-Lernen, Wissen-Lernen, Können-Lernen und von Leben-Lernen; Stabilisierung von Lernen-Lernen, Wissen-Lernen, Können-Lernen und von Leben-Lernen; dazu kommen die Aspekte: Selbstreferenz in Akteurszuschreibung überführen, Grenze und Grenzbildung an Akteuren verorten, Strukturen und Strukturbildung Akteuren zuschreiben, Selbstreferenz in sinnvolles Bewegen überführen, Grenze und Grenzbildung in sinnvolles Bewegen überführen, Struktur und Strukturbildung in sinnvolles Bewegen überführen, Selbstreferenz antizipieren (und ggf. reflektieren), Grenze und Grenzbildung antizipieren (und ggf. reflektieren), Struktur und Strukturbildung antizipieren (und ggf. reflektieren). Diese Auflistung betont also die drei Aspekte des Lernunterstützens (Stabilisieren, Aufklären, Anregen) und die Transformation systemischen Prozessierens in akteursgebundenes Handeln (ebd., 256).

Für den Fortgang der Argumentation ist insbesondere der Aspekt des lernenden Systems interessant, da hier organisationales Lernen thematisch wird. Dabei ist einerseits der auch in Bezug auf die Institution verwendete Lernbegriff (Wissen-, Können-, Leben-, Lernen-Lernen), andererseits ein Verständnis von individuellem Lernen als Anschlussaktivität systemischen Prozessierens von zentraler Bedeutung.

3.3.2 Lernen und Lernunterstützung im Case Management

Die organisationspädagogische Betrachtung richtet sich auf alle Aspekte des Case Managements, in denen Lernen und Lernunterstützung sowohl auf individueller als auch auf organisationaler Ebene vorkommt. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf den im CM selbst angelegten handlungs- und systemtheoretisch relevanten Funktionen für lernende Organisationen (lernende Systeme).

---

[12] Hierfür nennt Göhlich folgende Beispiele: „Schule: ‚Wenn Frau Maier, die Mathelehrerin, uns erklärt, wie man rechnet, versteht keiner was.‘ [...] Heim: ‚Der Otto, unser Erzieher, ist total dahinter her, dass wir lernen, mit unserem Geld umzugehen‘“ (Göhlich 2001, 254).

Wie bereits festgestellt betont CM im Vergleich zu traditionellen klientenzentrierten Ansätzen die organisationale Komponente der Arbeit und stärkt die systemische Perspektive gerade durch die Überwindung segmentierter Dienstleistungen. Diese Überwindung findet in zweierlei Hinsicht statt. Auf der Organisationsebene wird die Einzelfallausrichtung durch fallgruppenbezogene Kooperationen erweitert und bestehende Dienste werden durch Kooperationsverbünde und regionale Netzwerke miteinander verknüpft. Aber auch in der Arbeit am einzelnen Fall werden die Grenzen bestehender Dienste durch Absprachen, durch Helferkonferenzen oder Ausführungsteams überwunden (Löcherbach 2004).

Case Management verbindet zudem das lebensweltliche System des Klienten mit seinen Kommunikationsstrukturen, seinen Handlungsstrategien und Bewältigungsressourcen mit dem organisatorischen System der sozialen Dienste und Hilfseinrichtungen. Gerade diese Systemgrenze wird immer wieder thematisiert, wenn es um die mit dem CM verbundene Einführung von Controllingverfahren geht, da hier Verfahren der Effizienz und Effektivitätsmessung bei Dienstleistungen und Problemlösungsprozessen angewandt werden sollen, die unmittelbar abhängig von der sozialen Lebenswelt der Klienten sind. Entscheidend ist hier, dass diese Instrumente als eine Unterstützung der professionellen Praxis angesehen werden, ohne die notwendige Reflexion auf die Systemgrenze aufzugeben.

Die Vernetzung, Grenzüberwindung und die Betonung der organisatorischen und wirtschaftlichen Aspekte der Hilfe führen aber nicht allein zu einer stärkeren Rolle der systemischen Perspektive, sondern sie bieten auch Hinweise auf die Funktion des Case Managements für organisationale Lernprozesse. Diese Funktionen werden nun anhand der oben systematisch vorgestellten Aspekte des Lernhandelns, Lernunterstützungshandelns, des Lernenden Systems und Lernunterstützungssystems vorgestellt.

3.3.2.1 Lernhandeln im CM

Das professionelle Handeln im CM ist im Wesentlichen von den Aufgaben des Case Managers geprägt, die sehr stark auf die Kommunikation mit dem Klienten ausgerichtet sind, d. h. es wird der Bedarf erhoben, gemeinsam ein Hilfeplan erstellt, die verfügbaren Ressourcen erhoben und der Prozess evaluiert. Dabei übernimmt der Case Manager Funktionen, die in der Charakterisierung des Nurse Case Management mit Communicator, Problem Solver und Educator beschrieben werden (American Nurse Association). Case Management zielt mit anderen Worten auf ein Lernhandeln auf Seiten der Klienten, das durch den Case Manager unterstützt wird. Zugleich aber funktioniert CM nur dann, wenn auch bei den anderen Prozessbeteiligten Lernhandeln stattfindet.

So setzt etwa die Vernetzung einzelner professioneller und alltagsnaher Hilfen Lernen der Beteiligten und der beteiligten Organisationen voraus. Dies wird besonders anhand der Empfehlungen des Deutschen Vereins zu Qualitätsstandards für das Fallmanagement (2004) deutlich. Dort werden Ressourcen auf institutioneller und individueller Ebene benannt, die für erfolgreiches Management notwendig sind. Zentrale Punkte für das erforderliche Lernhandeln des Case Managers und der beteiligten Institutionen sind in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Empfehlungen des Deutschen Vereins zu Qualitätsstandards für das Fallmanagement (2004)

Aufgabe	Individuelle Ressourcen	Institutionelle Ressourcen
Herstellung eines Arbeitsbündnisses	Gesprächsführungskompetenz, Fähigkeit, persönliche Probleme und Bedarfslagen der Ratsuchenden zu erkennen und einzuordnen, Fähigkeit, eine tragfähige Beratungsbeziehung herzustellen.	Bereitstellung von Gelegenheiten systematischer Selbstreflexion (z. B. Supervision), Bereitstellung von Kriterien für die Entscheidung, wann Fallmanagement stattfinden soll.
Ressourcen- und Bedarfsanalyse	Fähigkeit, die persönlichen, sozialen, markt- und betrieblichen Bedingungen und Umstände in die Bewertung eines Falles einzubeziehen.	Entwicklung/Übernahme geeigneter Diagnoseinstrumente und Dokumentationssysteme unter Beachtung datenschutzrechtlicher Grundsätze.
Hilfeplanerstellung und Zielfestlegung	Fähigkeit zu realistischer Einschätzung von Bewältigungsressourcen.	Bereitstellung eines Dokumentationssystems, das geeignet ist, unterschiedliche Zielebenen festzuhalten.
Bedarfsgerechte Erbringung des Leistungsangebot	Kompetenz, Angebote miteinander zu verknüpfen und Controllinginstrumente nutzen können, Fähigkeit zu zielbezogenem, budgetorientiertem Arbeiten.	Einbindung der Leistungsanbieter in das Konzept (Aufbau eines Netzwerks), Festlegen von Schnittstellen, Klärung von Verantwortlichkeit.

Diese notwendigen Ressourcen sind in der Regel nicht sofort vorhanden, sondern müssen im Zuge der Einführung von Case Management durch Lernhandeln erworben werden, innerhalb der jeweiligen Einrichtungen müssen die organisationalen Voraussetzungen für erfolgreiches Arbeiten nach diesen Qualitätsstandards geschaffen werden. Case Management führt also unmittelbar zu Lernhandeln auf individueller und institutioneller Ebene. Nun könnte man argumentieren, dass jede Einführung einer neuen Managementtechnik oder Organisationsform Lernen nach sich zieht. Dies ist richtig, im Falle des Case Managements gilt dies allerdings insofern verstärkt, als die erforderlichen Ressourcen und Kompetenzen wieder wesentlich Lern- und Reflexionskompetenzen sind. Case Management erfordert also die stetige Lernfähigkeit der Individuen und der Institutionen, in denen es eingesetzt wird. Dies kann anhand des erforderlichen Lernunterstützungshandelns im Rahmen von CM-Abläufen weiter verdeutlicht werden.

3.3.2.2 Lernunterstützungshandeln im CM

Lernunterstützungshandeln betont die akteursbezogene Seite der Lernunterstützung. Diese Unterstützung kann in zweierlei Richtungen geschehen. So kann individuelles Lernen entweder direkt unterstützt werden oder es werden systemische Prozesse in akteursgebundenes Handeln transformiert.

Tabelle 2: Gliederung der Lernunterstützung nach CM

Handeln	Lernform	Case Management
Anregung von	Lernen-Lernen Wissen-Lernen Können-Llernen Leben-Lernen	Bedarfsanalyse, Motivation und Aktivierung, Mitwirkungsfähigkeit und Bereitschaft stärken, Erstellen eines Hilfeplans, Hilfe bei der Problemlösung.
Aufklärung von	Lernen-Lernen Wissen-Lernen Können-Lernen Leben-Lernen	Selbstenthüllung/differenziertes Denken (Löcherbach 2004), gemeinsame Analyse der bisherigen Lebenssituation.
Stabilisierung von	Lernen-Lernen Wissen-Lernen Können-Lernen Leben-Lernen	Vermittlung eines Beratung, Therapie oder Hilfeangebots, Betroffenenkompetenz und Selbsthilfefähigkeit stärken, Stärkung positiver Bewältigungsstrategien.

Die direkte Unterstützung des Lernhandelns beinhaltet die Anregung, Aufklärung und Stabilisierung von Lernenden. Im Rahmen von Case Management gliedert sich die Lernunterstützung demnach in die in Tabelle 2 aufgeführten Aspekte.

Die Handlungsstrategien des Fallmanagements, wie sie etwa in der Ottawa Charta (1987) grundgelegt sind, also befähigen und ermöglichen, vermitteln und vernetzen sowie Interessen vertreten können aus organisationspädagogischer Sicht als Strategien des Lernunterstützungshandelns verstanden werden. Auch der Rekurs einiger Autoren im CM auf Handlungsstrategien des Empowerment wie Motivation und Aktivierung, der Stärkung von Mitwirkungsfähigkeit, Bereitschaft, Betroffenenkompetenz und Selbsthilfefähigkeit sowie der Selbstenthüllung (Löcherbach 2004) verdeutlicht in welcher Weise Lernunterstützungshandeln einen zentralen Aspekt von Case Management darstellt.

Da jedoch der Klient bzw. die Lösung seines Problems im Zentrum der vernetzten Strategien der Problembewältigung steht, ist es eine dauerhafte Aufgabe des Case Managers, das aktuelle Lernhandeln des Klienten, seine eigenen Lebensbewältigungsstrategien für das systemische Prozessieren der einzelnen Dienste und Ressourcen anschlussfähig zu machen. Darin liegt ein weiterer systematischer Aspekt des Lernunterstützungshandelns. Ähnlich wie ein Organisationsentwicklung im Unternehmen dafür Sorgen muss, dass die Unternehmensstrukturen und -abläufe an die weiterentwickelten Fähigkeiten der Mitarbeiter angepasst werden, ist es die Aufgabe des Case Managers, im Rahmen des Monitoring die Hilfeplanung auf veränderte Handlungs- oder Bewältigungsstrategien des Klienten anzupassen.

3.3.2.3 Lernendes System im CM

Lernende Systeme zeichnen sich dadurch aus (s. o.), dass sie über Systemgrenzen hinausgehen, über Raum- und Zeitgrenzen der jeweiligen Organisation hinausweisen und zu einer Neudefinition von Grenzen und Strukturen der Einrichtung führen.

Case Management führt zu genau diesen Effekten in sozialen Einrichtungen indem die bisher überwiegend personenbezogene Interaktion der sozialen Arbeit bzw. der gesundheitlichen Dienstleistungen um eine systemische Komponente erweitert wird. Einzelne Dienste und lebensweltliche Ressourcen des Klienten werden zur Bearbeitung eines Falls verknüpft. Damit weist CM strukturell über die Grenzen der einzelnen Einrichtung, des einzelnen Dienstes ebenso hinaus, wie über die bisherigen professionellen Standards einzelner Hilfeberufe (Wißmann 2003). Durch die Verstetigung dieser Grenzüberschreitung initiiert CM lernende Systeme in dem Sinne, dass es neue Grenzen und Strukturen schafft.

Case Management setzt auf bestimmte Instrumente, die die dauerhafte Anpassung und Veränderung seiner Organisation sicherstellen. Hierzu zählt wesentlich ein Dokumentationssystem als organisationale Wissensbasis, das unterschiedliche Zielebenen (Klienten, Dienstleistungen, Träger) festhalten kann. Darüber hinaus steuern Bedarfsanalyse und Evaluation die Arbeit und tragen zu einer Verbesserung von Organisation, Abläufen und Angeboten bei.

Ein Teilaspekt des organisationalen Lernens durch CM ist das *Controlling*. Die Koordinationsfunktion des Case Managers ermöglicht eine klientenspezifische Kostenübersicht, über die einzelnen Leistungen, die zur Problemlösung vereinbart wurden. Dadurch wird die Kostentransparenz klientenbezogener sozialer Dienstleistungen erhöht. So berichten auch Stoop und Leber aus ihren Erfahrungen mit der Einführung von Case Management in der Schweiz, dass öffentliche Mittel dank Controlling zielgerichteter eingesetzt würden (2001). Die Koordination der Informationsströme ermöglicht mittelfristig zudem die Erarbeitung von Vergleichskennzahlen, die für die Planung von sozialen und Gesundheitseinrichtungen eine neue Basis für Soll-Ist-Berechnungen liefern.

3.3.2.4 Lernunterstützungssystem im CM

Case Management stabilisiert Lernprozesse der Klienten, sucht über gesundheitliche Konsequenzen bestimmter Handlungsmuster ebenso aufzuklären wie über notwendige Hilfe-Maßnahmen oder vorhandene Ressourcen zur Problemlösung und ist somit auch als Lernunterstützungssystem zu verstehen. Lernunterstützungssysteme beinhalten im Wesentlichen Methoden der Lernunterstützung, die jedoch jeweils einrichtungsspezifisch sind und einem historischem Wandel unterliegen. Die Lernunterstützungssysteme, die *institutionenübergreifend* im Rahmen von Case Management entstehen, sind: standardisierte Organisationsabläufe, wie sie etwa im Phasenmodell des CM deutlich werden, die Einführung und Entwicklung von Qualitätsstandards (vgl. Empfehlungen des Deutschen Vereins 2004; Brader et. al. 2004) und entsprechende Aus- und Weiterbildungsangebote.

Die *institutionenspezifische* Lernunterstützung ist wesentlich geprägt von der besonderen Raum- und Zeitstruktur der Fallarbeit, die Lernprozesse anregt und stabilisiert: Räumlich sind die Hilfeangebote möglichst nahe an der Lebenswelt der Klienten angesiedelt, um vorhandene

Bewältigungsressourcen einfach in die Problemlösungsstrategie einbeziehen zu können und um ein stabiles Lern- und Hilfsumfeld zu schaffen.

Auch die Zeitstruktur ist ein entscheidendes Element gelingenden Case Managements und zugleich ein Aspekt der Lernunterstützung. Die Erarbeitung eines Zeitplans für die Falllösung und die anschließende Orientierung der Arbeit an diesem ist ein entscheidender Teil der gemeinsamen Hilfeplanung von Case Managern und Klienten. Der Zeitplan dient auch der Herstellung einer verbindlichen, kontraktförmigen Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten. Er macht das Vorgehen für alle Beteiligten transparent und stabilisiert die angestrebten Lern- und Entwicklungsprozesse durch eine Gliederung in einzelne Schritte.

Die zentrale Unterstützungsleistung im CM ist jedoch die Ressourcenallokation und Ressourcenerschließung. Hierzu nutzen Klient und Case Manager unterschiedliche soziale Netzwerke: (1) die natürlichen Netzwerke (Familie, Freunde), (2) die sozialen oder künstlichen Netzwerke (formell und funktional ausgerichtete Organisationsgebilde wie Selbsthilfe und professionelle Systeme) und (3) das persönliche Netzwerk, das alle Beziehungen einer Person symbolisiert (Boskamp 1996). Die Funktion dieser Netze besteht in der Leistung „sozialer Unterstützung". Diese soziale Unterstützung soll zu Gewohnheiten und Bedürfnissen der Klientel passen, negative Handlungszirkel aufbrechen, positive Gewohnheiten unterstützen. Die soziale Unterstützung durch das Management sozialer Netzwerke ist aus organisationspädagogischer Sicht ein zentraler Baustein der Stabilisierung von Lernhandeln des Klienten, also Teil des Lernunterstützungssystems des Case Managements. Hilfe und Förderung knüpfen unmittelbar an die Lebenswelt des Klienten an und sollen durch die bessere Passung effizienter und effektiver sein.

3.4 Fazit: Funktionen des Case Manangements für organisationales Lernen

Case Management ist Schnittstellenarbeit. Es kann nur dann gelingen, wenn die Arbeit mit dem Klienten sinnvoll und tragfähig mit lebensweltlichen Ressourcen und professionellen sozialen und gesundheitlichen Dienstleistern verknüpft wird. Paradigmatisch für andere führende Fachvertreter folgert Wendt (2001): „Hat man [...] die personenbezogene Methode Case Management im Blick, ist zu bedenken, dass sie in Humandiensten nur dann erfolgreich eingesetzt werden kann, wenn sie mit einer *Organisationsentwicklung* verbunden ist, welche die Strukturen der humandienstlichen Versorgung auf die prozessualen Anforderungen des Case Managements abstimmt und ihm das Netzwerk zur Koordination und Kooperation der beteiligten Stellen und Fachkräfte schafft. Case Management ist hier ein Konzept der Systemsteuerung. Es wird herangezogen zur Optimierung der Leistungsstrukturen." Mit anderen Worten Case Management führt notwendigerweise zu organisationalem Lernen.

So beschreiben Klewe, Müller und Hampe-Grosser in diesem Band einige konkrete Organisationsveränderungen, die sich in den einzelnen Bereichen der sozialen Arbeit durch die Einführung von Case Management ergeben haben. Hierbei heben die Autoren insbesondere die Flexibilisierung der Organisation nach den Prinzipien der Nachfrageorientierung und lebensweltnahen Problemlösung hervor. Unter dem Stichwort raumbezogene Förderung wird u. a. auf die

Regionalisierung der Organisation, der kooperativen Steuerung in Sozialraumteams, der dezentralen Ressourcen- bzw. Finanzverantwortung, dem Controlling und der Einführung von alternativen Finanzierungsformen wie der Sozialraumbudgets hingewiesen.

Die Argumentation dieses Aufsatzes schlägt eine organisationspädagogische Betrachtung vor, die untersucht, an welchen Stellen Lernen und Lernunterstützung auf individueller und organisationaler Ebene durch Case Management angeregt wird. Die oben aufgeführten Funktionen sind hier abschließend in einer Übersicht in Abbildung 2 dargestellt.

Lernen und Lernunterstützung finden bei allen beteiligten Individuen und Institutionen statt. Klienten werden ebenso zum Lernhandeln angeregt wie Case Manager und Helfer, von allen Beteiligten ist Lernunterstützungshandeln nötig, wobei hier Case Manager und Helfer ihre professionelle Aufgabe haben. Aber auch auf der Ebene des Hilfesystems, des Gesundheitssystems, des Systems der sozialen Arbeit, findet Lernen statt. So müssen Organisationen sicherstellen, dass organisationales Lernen möglich ist, ohne dass CM nicht durchgeführt werden kann. Ebenso müssen für Klienten, soziale Netzwerke und professionelle Dienste Lernunterstützungssysteme geschaffen und gepflegt werden, um erfolgreich Probleme von Klienten durch CM lösen zu können.

Angesichts der Diskussion um neue Wege in der Finanzierung sozialer Arbeit, der neuen Verhältnisbestimmung von privaten Geldgebern und öffentlicher Hand bei gemeinwohlorientierten Aufgaben und der daraus resultierenden Diskussionen um soziale Investitionen wird eine andere Rolle des CM deutlich, die sich für die Zukunft gemeinwohlorientierter Arbeit als entscheidend erweisen kann.

Durch das Case Management wird es möglich, eine größere Transparenz in die Arbeitsabläufe sozialer Arbeit und Gesundheitsdienstleistungen zu bringen, idealerweise werden Dopplungen in der Fallbearbeitung vermieden und systematisch nicht-professionelle Hilfen in den Hilfeplan integriert. Controlling und Dokumentationssystem erlauben einen Überblick über eingesetzte Dienste, Dauer der Hilfsangebote und ermöglichen so vergleichende Analysen und Wirkungsbeschreibungen. Wenn auch die entsprechenden Effekte noch nicht für alle Einsatzgebiete des Case Management nachgewiesen sind, werden doch Voraussetzungen dafür geschaffen, gegenüber den Trägern und Geldgebern sozialer Dienste klare Mittelverwendungsberichte zu geben. Sollte sich die Finanzierung sozialer Arbeit weiter in Richtung auf eine Mischfinanzierung aus privaten und öffentlichen Mitteln entwickeln, wird auch die Diskussion über neue Finanzierungsstrukturen im gemeinwohlorientierten Sektor weitergehen wird die Frage im Raum stehen, wie Investoren angezogen werden können, die bereit sind in gemeinwohlorientierte Aufgaben zu investieren. In diesem Zusammenhang wird eine Darstellung des Social Return on Investment virulent, also eine Beschreibung der sozialen Wirkung, die mit Hilfe einer Investition (von Zeit, Geld oder Ressourcen) erreicht werden konnte. Die auf Case-Management-Systemen basierenden Daten können hierfür eine wichtige Grundlage bieten. Sie sind damit von strategischer Bedeutung für die Zukunft der gemeinwohlorientierter Arbeit.

Abbildung 2: Organisationspädagogische Betrachtung des Case Management

		Aspekte des Pädagogischen	
		Lernen (Wissen-, Können-, Leben-, Lernen-)	*Lernen unterstützen* (stabilisieren, aufklären, anregen)
Aspekte der Praxis von Institutionen	*Handeln* (Akteurs zuschreibung, sinnvolles Bewegen, Antizipation)	**Lernhandeln** Kommunikation, Gesprächsführungskompetenz erwerben, CM setzt Lernfähigkeit der beteiligten Individuen und Institutionen voraus, tragfähige Beratungsbeziehung herstellen.	**Lernunterstützungshandeln** Stabilisieren positiver Handlungsmuster, Einbindung anderer Hilfeanbieter, Aufklären durch Bereitstellen systematischer Selbstreflexionsmöglichkeiten, Aufklärung von Hilfeoptionen und Bewältigungsressourcen (durch Bedarfsanalyse), Anregen von Bewältigungsstrategien in Zusammenarbeit mit den jeweiligen anderen Diensten und laufendes Monitoring des Unterstützungsprozesses.
	System (Selbstreferenz, Grenze, Struktur)	**Lernendes System** CM führt zu Neuausrichtung der sozialen Dienste und Gesundheitsdienstleistungen, CM geht über die jeweiligen Systemgrenzen hinaus und schafft Anschlussoptionen in der Kommunikation, Verknüpfung von lebensweltlichen Ressourcen und professionellen Diensten (Klientensystem und System sozialer Arbeit), zentrale Elemente des lernenden Systems sind Bedarfsanalyse, Controlling und Evaluation, Dokumentationssystem (organisationales Wissensbasis), das unterschiedliche Zielebenen festhalten kann.	**Lernunterstützungssystem** Kriterien für Entscheidung, wann Fallmanagement stattfinden soll, Diagnoseinstrumente, Hilfeplanung, lebensweltnahe Raumstruktur des CM, kooperative Zeitplanung schafft transparentes und stabiles Lernumfeld, standardisierter Ablauf, Qualitätsstandards und Fortbildung sorgen für methodisches Instrumentarium der Lernunterstützung.

Literatur

Baecker, D. 1994: Soziale Hilfe als Funktionssystem der Gesellschaft. In: Zeitschrift für Soziologie. Jg. 23, Heft 2, 93-110.

Boskamp, P. 1996: Das Konzept des Sozialen Netzwerkes – Anwendungsmöglichkeiten im Kontext von Führen und Leiten in Organisationen. In Boskamp, P. / Knapp, R. (Hrsg.): Führung und Leitung in sozialen Organisationen. Neuwied, 161-198.

Brader, D. / Faßmann, H. / Lewerenz, J. / Steger, R. / Wübbeke, C. 2004: Qualitätsstandards für ein „Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB)“ – Ergebnisse einer Modellinitiative der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, 3/2004, Nürnberg.

Ewers, M. 2006: Case Management in der Pflege. Versuch einer Bestandsaufnahme. Vortrag auf der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management. Gelnhausen 30./ 31.1.2006.

Feagin, J. / Orum, A. / Sjoberg, G. (Hrsg.) 1991: A case for case study. Chapel Hill, NC.

Fuchs, P. 2000: Systemtheorie und Soziale Arbeit. In: Merten, R. (Hg.): Systemtheorie sozialer Arbeit. Neue Ansätze und veränderte Perspektiven. Opladen, 157-175.

Göhlich, M. 2001: System, Handeln, Lernen unterstützen. Eine Theorie der Praxis pädagogischer Institutionen. Weinheim.

Hamel, J. / Dufour, S. / Fortin, D. 1993: Case study methods. Newbury Park, CA.

Kleve, H. / Müller, M. / Hampe-Grosser, A. 2006: Der Fall im System – die Organisation im systemischen Case Management. In diesem Band.

Klug, W. 2005a: „Die neue US-Sozialpolitik – Vorbild für die Führung von konfessionellen Wohlfahrtsverbänden?“, in: Meier, U. / Sill, B. (Hrsg.): Zwischen Gewissen und Gewissen, Werteorientierte Personalführung und Organisationsentwicklung, Regensburg, 109-126.

Klug, W. 2005b: „Case Management und Motivationsprobleme bei Klienten“, in: Sozialmagazin, 30. Jg., 1/2005, 42-50.

Klug, W. 2006: „Fallmanagement“ – Eine Konstruktion des SGB II, Konsequenzen für die Wohlfahrtsverbände, in: Sozialmagazin, 31. Jg., 2/2006, 18-24.

Löcherbach, P. 1988: Altes und neues Case Management. Soziale Unterstützungsarbeit zwischen sozialer Hilfe und Dienstleistungsservice. In: Mrochen, S. / Berchtold, E. / Hesse, A. (Hsrg.): Standortbestimmung sozial-pädagagogischer und sozialarbeiterischer Methoden. Weinheim,104-122.

Löcherbach, P. 2004: Innovation in und durch Case Management. Vortrag auf Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit am 26/27.11.2004, Berlin.

Marshall M, Lockwood A, Gath D 1995: How effective is social services case management for people with long-term mental disorders? A randomised controlled trial. *Lancet* 1995; 345:409-12.

Marshall, M. 1996: Case management: A dubious practice. British Medical Journal, 312, 523-524.

Marshall, M. / Gray A. / Lockwood A. / Green R. 2006: Case management for people with severe mental disorders. In: *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2/2006.

Richmond, M.E. 1917: Social Diagnosis, New York (Russel Sage Foundation).

Schreyögg, G. 1999: Organisation. Grundlagen moderner Organisationsgestaltung. 3. Aufl. Wiesbaden.

Stoop, K. / Leber, L. 2001: Organisationsentwicklung und regionales Management ambulanter Suchthilfe. Erfahrungen mit Case Management in der Perspektive Solothurn. In: Suchttherapie 2/2001, 1-6.

Tellis, W. 1997: Introduction to Case Study. In: *The Qualitative Report*, Volume 3, Number 2, July, 1997.

Thiersch, H. 1992: Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. Weinheim.

Wendt, W.R. 2001: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Lambertus, 3. Auflage Freiburg.

Wißmann, P. 2003: Case Management. Konzept, Praxis und Qualifizierungsbedarf. In: Management im Gesundheitswesen (MIG). Halbjahresschrift für Angewandtes Management im Gesundheitswesen. Heft 9/2003, Berlin.

Autor

Dr. phil. Andreas Schröer, ist Leiter der Forschungsabteilung am Centrum für soziale Investition und Innovation (CSI) der Universität Heidelberg. Studium der Philosophie und Erziehungswissenschaften in Tübingen und Erlangen. Berufstätigkeit im Dritten Sektor, anschließend Wissenschaftlicher Mitarbeiter und Wiss. Assistent am Institut für Pädagogik der Universität Erlangen. Forschungstätigkeit an der Stanford University. Arbeitsschwerpunkte: Organisationspädagogik, Leadership, Begabungsförderung.

Organisationsentwicklung Sozialer Dienste durch Case Management?!

Martina Schu / Claus Reis

4 Aktivierung in der Sozialhilfe

Eine Bestandsaufnahme ein Jahr nach Inkrafttreten des SGB XII

4.1 Einleitung

Am 1. Januar 2005 trat das SGB II in Kraft. Mit diesem neuen Gesetz wurde die „Hilfe zum Lebensunterhalt“ für Erwerbsfähige, die vorher im BSHG geregelt war, mit der Arbeitslosenhilfe zu einer neuen Leistung, dem Arbeitslosengeld II (bzw. dem Sozialgeld für nicht-erwerbsfähige Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft), zusammengefasst. Gleichzeitig übertrug der Gesetzgeber einen großen Teil des Förderinstrumentariums des SGB III ins SGB II und machte es damit umfassend für (ehemalige) Sozialhilfeempfänger zugänglich.

Die kommunalen Sozialhilfeträger standen dabei organisatorisch vor der Aufgabe, entweder im Rahmen von Arbeitsgemeinschaften Teile des Leistungsprozesses des SGB II durchzuführen und hierzu Personal abzustellen oder als ein nach § 6a SGB II „zugelassener kommunaler Träger“ eine besondere Organisationseinheit aufzubauen, die alle Leistungen nach dem SGB II übernehmen konnte. Durch den großen öffentlichen und politischen Druck, der mit der Einführung von „Hartz IV“ verbunden war, wurden dabei meist die Prioritäten zunächst auf die Implementation der neuen Strukturen im Kontext des SGB II gelegt.

Demgegenüber trat in den Hintergrund des öffentlichen, aber häufig auch des fachpolitischen Interesses, dass parallel zum SGB II zum 1. Januar 2005 das SGB XII in Kraft getreten war, das zentrale Inhalte des BSHG „weitertransportierte“ und ebenfalls neue konzeptionelle und organisatorische Herausforderungen mit sich brachte.

Im vorliegenden Beitrag werden zunächst einige zentrale Inhalte des BSHG skizziert, die mit dem SGB XII nicht etwa aufgegeben, sondern im Gegenteil verstärkt wurden (Abschnitt 4.2). Hieraus resultieren Anforderungen an die Gestaltung der Hilfegewährung, auf die die Sozialämter kaum vorbereitet waren und die es in den nächsten Jahren zu bewältigen gilt.

Am Beispiel zweier Kommunen wird die konkrete Ausgangslage der Sozialämter im Jahr 2005 dargestellt (Abschnitt 4.3) und werden die Entwicklungslinien diskutiert, die es zu verfolgen gilt, wenn die gesetzlichen Ansprüche erfüllt werden sollen (Abschnitt 4.4).

4.2 Die Tradition des BSHG und ihre Transformation ins SGB XII

Spätestens Anfang der 80er Jahre des 20. Jahrhunderts wurde die Sozialhilfe – entgegen den ursprünglichen Vorstellungen, die der Gesetzgeber bei Verabschiedung des BSHG 1961 verfolgt hatte (vgl. Brülle & Reis, 2001; Krahmer, 2001) – zu einem „Massengeschäft", das die persönliche, individuelle Hilfe gegenüber standardisierten Leistungsangeboten in den Hintergrund drängte. Das Sozialamt drohte zu einer „Zahlstelle" zu degenerieren, die Hilfe zum Lebensunterhalt zu genau der „rentenähnlichen Dauerleistung", die das Bundesverwaltungsgericht als der Sozialhilfe fremd ansah (Rothkegel, 2000). Praktisch wurde die Hilfe zum Lebensunterhalt einerseits als teilstandardisierter Sozialtransfer in großen Fallzahlen geleistet, andererseits waren angesichts einer heterogenen Klientel zugleich immer komplexere persönliche Hilfen erforderlich, um die Kombinationen materieller und psychosozialer Notlagen zu bearbeiten, die mit Armut entstehen können (vgl. Leibfried & Leisering, 1995).

Die materiellen Notlagen, auf die die Kommunen reagieren mussten, konnten meist nicht administrativ „abgearbeitet" werden, vor allem dann nicht, wenn das Ziel des BSHG verfolgt wurde, HilfeempfängerInnen zur wirtschaftlichen Selbständigkeit zu verhelfen.[1]

Bereits die Gewährung materieller Hilfe zum Lebensunterhalt setzte häufig eine intensive Beschäftigung mit einem „Fall" voraus, in der Dienstleistungselemente mit Elementen der Leistungsprüfung kombiniert werden mussten, da eine ausschließlich materielle Hilfe zu kurz griff. Sozialhilfe stellte somit eine komplexe soziale Dienstleistung dar, in der Beratung mit Anspruchsprüfung und der Gewährung materieller Hilfe kombiniert wurde (vgl. Reis, 2001).

Seit Mitte der 90er Jahre versuchten immer mehr Sozialhilfeträger – in Fortführung von Erfahrungen, die seit Anfang der 80er Jahre mit der „Hilfe zur Arbeit" nach dem BSHG gemacht werden konnten (vgl. Evers u. a., 1998; Empter & Frick, 1999; Reis, 1992; Trube, 1997) – Elemente der persönlichen Hilfe zu stärken und den Dienstleistungscharakter der Sozialhilfe zu betonen. Im Rahmen einer Reihe kommunaler Projekte wurde vielerorts erprobt, über „Auswegberatung" oder „Hilfepläne" HilfeempfängerInnen den Weg aus der Sozialhilfe zu bahnen (Urban, 1995; Jacobs, 1996; Kuntz, 1999; Kuntz & Trube, 2000; Reis, 1997; Reis, 2001; Kolbe & Reis, 2005).

Die experimentierfreudigen Sozialhilfeträger griffen mit dieser Praxis die Intentionen des Gesetzgebers von 1961 wieder auf. Denn das BSHG hatte Sozialhilfe als eine komplexe, arbeitsteilig zu erbringende soziale Dienstleistung bestimmt, die aus persönlichen Hilfen, Geld- und Sachleistungen bestehen kann. Als komplexe Dienstleistung verstanden, konnte Sozialhilfe verschiedene Handlungsformen umfassen, die entweder aus einer Hand oder arbeitsteilig erbracht werden können:

---

[1] Dabei handelten die Sozialhilfeträger nicht uneigennützig, vielmehr konnten sie die Verselbstständigung zur Ausgabenreduktion nutzen, selbst wenn sie nur darin bestand, dass HilfeempfängerInnen Ansprüche in der Arbeitslosenversicherung erwarben und damit der Kostenträger für die Arbeitslosigkeit wechselte.

- Zahlung eines steuerfinanzierten Sozialtransfers (Prüfung des Anspruchs, Zahlbarmachung),
- Information,
- Beratung,
- Hilfeleistung (z. B. Vermittlung eines Arbeits- bzw. Maßnahmeplatzes oder einer Wohnung),
- Hilfeplanung und
- Fallmanagement (Planung und Koordination sozialstaatlicher Ressourcen im Einzelfall, um individuelle Ziele zu erreichen).

Die Grundprinzipien des SGB II, „Fördern" und „Fordern", stehen in diesem Kontext, was in den Vorarbeiten zum Gesetzentwurf an verschiedenen Stellen deutlich wurde.[2] Aber auch das SGB XII knüpft an die Gesetzestradition an und führt sie in spezifischer Weise fort, insbesondere in der Konstruktion der §§ 11 und 12 SGB XII.

Analog zum SGB II zog damit auch im Hinblick auf Hilfen für nicht-erwerbsfähige Hilfesuchende der Gestaltungsgrundsatz „Fördern und Fordern" ins SGB XII ein. Die Menschen sollen dabei unterstützt werden, ein Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht, auch wenn sie nicht unmittelbar in den Arbeitsmarkt integriert werden können.

In der Gesetzesbegründung verdeutlicht der Gesetzgeber seinen Standpunkt (vgl. BT-Dr.15/1514, 52), dass auch nach der Zusammenführung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe für Erwerbsfähige, für jene Menschen, für die gegenwärtig eine Erwerbstätigkeit nicht in Betracht kommt, Wege zu finden und zu unterstützen sind, die zu einem eigenverantwortlichen Leben möglichst außerhalb der Sozialhilfe führen (vgl. Böhmer, 2005). Dazu werden die Instrumente zur Förderung eines aktiven Lebens und zur Überwindung der Bedürftigkeit ausgebaut. Dieser verstärkten Eigenverantwortung der Leistungsberechtigten wird eine hohe Bedeutung eingeräumt. Darauf aufbauend werden insbesondere die Beratung und Unterstützung zielorientiert intensiviert, verlässliche und planvolle Handlungsmöglichkeiten der Träger der Sozialhilfe und der LeistungsempfängerInnen gestärkt sowie auf den Einzelfall bezogene Wege aus der Sozialhilfe geebnet. Entsprechend dem Grundsatz des „Forderns und Förderns" sollen die Leistungsberechtigten dabei eine größere Verantwortung übernehmen und – wenn sie diesem Postulat nicht folgen – auch Nachteile in Kauf nehmen müssen (vgl. BT-Dr.15/1514, 52).

Damit wird (analog zum SGB II) einerseits die eigenständige Verpflichtung der Leistungsberechtigten betont, ihre gesamte Kraft dafür einzusetzen, wieder unabhängig von der Sozialhilfe leben zu können, andererseits werden „aktivierende Hilfen" angeboten (vgl. BT-Dr. 14/7293, 3). Das genannte Ziel soll demzufolge durch die Bildung einer „Verantwortungsgemeinschaft" zwischen Leistungsberechtigten und Trägern der Sozialhilfe und durch die „Koproduktion" von Leistungen erreicht werden (vgl. BT-Dr. 15/1514, 55).

---

[2] So bezieht sich die Berechnung von Personalschlüsseln für die Eingliederungsleistungen, die die Kommission zur Reform der Kommunalfinanzen angestellt hat, u. a. auf die erwähnte Praxis von Sozialhilfeträgern.

So wie der Leistungsempfänger zur Mitwirkung verpflichtet wird und das Nicht-Mitwirken sanktioniert werden kann (§ 9), so werden ihm auf der anderen Seite auch neue Rechte eingeräumt: Diese Rechte ergeben sich vor allem aus den Vorschriften zu Beratung und Unterstützung (§ 11), die Einführung einer Leistungsabsprache und von Förderplänen (§ 12). Durch konkrete Hilfevereinbarungen und stärkere Pauschalierungen bei den laufenden Leistungen soll die Selbstverantwortung der Menschen gestärkt werden. Die Reform der Sozialhilfe soll dazu beitragen, „die aktivierenden Hilfen gegenüber passiven Leistungen in den Vordergrund einer modernen Sozialpolitik zu stellen“ (BT-Dr. 15/1514, 50).

Gerade die Einführung des „Förderplanes“ nach § 12 SGB XII erhöht den Grad der Verpflichtung des Sozialhilfeträgers und schafft für die Leistungsberechtigten eine höhere Verbindlichkeit, dass sie die zur Zielerreichung notwendige Unterstützung auch tatsächlich erhalten.

Somit ist mit Einführung des SGB II die Verpflichtung des Sozialhilfeträgers nicht geringer geworden, Sozialhilfe als „Dienstleistung“ zu verstehen und zu organisieren. Aus fachlicher Sicht muss es deshalb weiterhin darum gehen, die richtige Kombination materieller Hilfen und sozialer Arbeit in der örtlichen Sozialhilfepraxis zu bestimmen und ein entsprechendes Leistungsangebot als „komplexe Dienstleistung“ unter Berücksichtigung der örtlich gewachsenen Aufgabenteilung zwischen öffentlichen und freien Trägern zu organisieren (vgl. Bartelheimer, 2000).

Die Umstellung der Sozialämter vom BSHG auf das SGB XII wird somit die in der Vergangenheit entwickelten Anregungen aufgreifen und systematisieren müssen (vgl. insbesondere MWA, 2005).

Wollen die Sozialämter die skizzierte Problemlage bewältigen, so stehen sie vor einer vierfachen Aufgabe:

- Sie müssen die sozialpolitischen Ziele ihrer Arbeit in Abgrenzung zum SGB II klären und ein eigenes fachliches Profil als soziale Dienstleister entwickeln. Das bedeutet, dass nicht blind auf jeweils modische Slogans wie „aktivierende Hilfe“ oder „Verselbstständigung“ reagiert werden darf, sondern dass es (1) eines lokalen Diskurses darüber bedarf, welche konkreten Ziele für den Personenkreis des SGB XII gelten sollen, und dass (2) adäquate Strategien und (3) geeignete Instrumente abgeleitet werden müssen, die der Zielerreichung dienen sollen.
- Sie müssen Planungs- und Steuerungskompetenzen ausbauen, um Informationen über Problemlagen und Zielgruppen zu gewinnen und problemgerechte Angebote zu entwickeln. Hierzu bedarf es der Weiterentwicklung von Instrumenten, die bereits im Rahmen der „alten“ Sozialhilfe geschaffen wurden (Brülle, Reis & Reiss, 1998; Brenecke & Knaup, 2001).
- Sie müssen ein Dienstleistungsangebot entwickeln, das normativ an die Bestimmungen der §§ 11 und 12 SGB XII anknüpft und eine Hilfe für den Personenkreis darstellt, der sich eben nicht ohne weiteres selbst helfen kann.
- Schließlich müssen sie Strategien der „ökologischen Intervention“ entwickeln und diese durch Vernetzungen mit anderen kommunalen Politikfeldern wie Jugendhilfe, Stadt(teil)entwicklung, Wohnungspolitik und Wirtschaftspolitik durchsetzen, mit denen einzelfallunspezifisch die Ressourcen und Handlungsspielräume der Zielgruppen oder Zielräume kommunaler Sozialhilfe verbessert werden (Brülle, 1998).

4.3 Die Ausgangslage der Sozialämter im Jahr 2005

Seitens der Sozialhilfeträger erfordert diese Intensivierung des Dienstleistungsgedankens in der Sozialhilfe somit die (Weiter-)Entwicklung komplexer Hilfeleistungen und einen Ausbau der Planungs- und Steuerungskompetenz.

Viele Kommunen waren im Jahr 2005 hierauf nicht vorbereitet. Die Situation wurde dadurch erschwert, dass sie in den meisten Fällen das für die Erbringung komplexer Dienstleistungen qualifizierte Personal in den Bereich des SGB II verlagert hatten. Auch mangelte es an Erfahrungen mit der Gestaltung von Organisationsstrukturen, die für die Erbringung von personenbezogenen Dienstleistungen und der Koproduktion von Hilfen geeignet sind.

Der Gesetzgeber hat im SGB XII zwar den Rechtsanspruch auf Beratung und – falls erforderlich – Unterstützung niedergelegt, nicht aber die Anforderungen an Beratung, fachliche Standards für Leistungsabsprachen oder Förderpläne, zeitliche Fristen o.ä. definiert. Doch auch ohne präzise Vorgaben ist evident, dass insbesondere zur Umsetzung der persönlichen Hilfen, der ggf. umfassenden Beratungs- und Unterstützungsaufgaben sowie der Absprachen und Planungen von Hilfen (Koproduktion) Kenntnisse notwendig sind, die in den meisten Kommunen nicht regelhaft vorhanden sind.

Die Situation spitzt sich dort noch zu, wo die bestehenden Schnittstellen zwischen SGB XII und SGB II nicht systematisch erkannt und reguliert werden.

Die Gesetze regeln nicht in allen Fällen, ob Hilfesuchende Anspruch auf Unterstützung nach dem SGB XII, §§ 67 ff. oder nach dem SGB II, § 16,2 haben. So ist unklar, welcher Träger Unterstützungsleistungen für erwerbsfähige Wohnungslose erbringen muss, die über die Integration ins Erwerbsleben hinausgehen, gleichwohl mit dieser verknüpft sind (vgl. Arbeitslosenprojekt TuWas, 2006; Münder u. a., 2005). Die bisher vorliegenden Kommentierungen zum SGB II und SGB XII geben hierzu keine einheitlichen Antworten. Damit ergeben sich Abstimmungsnotwendigkeiten zwischen den Trägern des SGB II und des SGB XII, da die Angebote nach § 16, 2 SGB II dem Ziel des Gesetzes zufolge der Integration in den Arbeitsmarkt dienen sollen, das Hilfespektrum, auf das die §§ 67ff. SGB XII zielen, jedoch weit darüber hinausgeht. So kann es z. B. notwendig sein, Personen dabei zu unterstützen, Hilfe nach SGB II überhaupt in Anspruch nehmen zu können.

Ein weiteres Problem stellt sich im Hinblick auf die Personen, die zwar aktuell nicht erwerbsfähig im Sinne des § 8 SGB II, aber nicht dauerhaft erwerbsgemindert sind. Gelingt es dem Sozialhilfeträger, Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen, so kann er seine Ausgaben für Leistungen nach dem SGB XII reduzieren. Gleichzeitig ist zu erwarten, dass eine genauere Überprüfung der Erwerbsfähigkeit von Hilfesuchenden in etlichen Fällen zeigen wird, dass der SGB II-Träger nicht zuständig ist. In der Praxis droht hier zukünftig ein „Verschiebebahnhof“ bzw. die Unterversorgung von Personengruppen, die zwischen dem Leistungsbereich des SGB II und des SGB XII „pendeln“, wenn eine solche Fehlentwicklung nicht durch sozialpolitische Entscheidungen auf kommunaler Ebene verhindert wird.

4.3.1 Projektauftrag und -vorgehensweise

Das Institut für Stadt- und Regionalentwicklung der Fachhochschule Frankfurt hat vor diesem Hintergrund von einem Landesministerium den Auftrag zu einem Forschungsprojekt erhalten, das der Frage nachgehen sollte, wie das SGB XII konkret in den Kommunen umgesetzt wird, welche Schwierigkeiten beobachtet und welche Handlungsbedarfe identifiziert werden können.

Das Ziel des Projekts war es auch, unter Berücksichtigung der aus dem Handlungskontext der „alten" Sozialhilfe vorliegenden Erfahrungen, ein verallgemeinerbares Handlungskonzept für den Personenkreis der nach SGB XII Leistungsberechtigten zu entwickeln (ohne Berücksichtigung der EmpfängerInnen von Eingliederungshilfe für Behinderte und Leistungen nach §§ 41ff. SGB XII). Dieses Handlungskonzept sollte auf lokale Bedingungen zugeschnitten sein und zukünftig praktisch erprobt werden. Aus logistischen und finanziellen Gründen beschränkte sich die Untersuchung auf zwei kreisfreie Städte, darunter eine Stadt, die von der Möglichkeit des § 6a SGB II Gebrauch gemacht hat (Optionskommune) und eine Stadt, die nach § 44b SGB II mit der örtlichen Agentur für Arbeit eine Arbeitsgemeinschaft gebildet hat.

Gegenstand der Projektarbeit war eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung des SGB XII in den beiden ausgewählten Kommunen, insbesondere mit Blick auf die Aktivierungsstrategien und die Entwicklung konkreter Perspektiven, darunter die Einführung des Handlungskonzepts „Case Management"[3] in den Bereich des SGB XII und die erforderlichen Veränderungen der Organisationsstruktur. Mit dieser „Ist-Analyse" wurden der tatsächliche Handlungsbedarf eruiert und Anhaltspunkte für zukünftige praktische Umsetzungsstrategien gewonnen.

Das Projekt begann im Juli 2005 und endete im März 2006. Dabei wurden folgende Arbeitsschritte realisiert:

- eine rechtlich-konzeptionelle Würdigung der Vorschriften zur „Aktivierung" im SGB XII, um hierüber den rechtlichen Rahmen zu konkretisieren, in dem sich die Kommunen bewegen,
- die Bestandsaufnahme der Leistungserbringung (nach dem 3. und 8. Kapitel des SGB XII) in den Kommunen durch eine sekundäranalytische Sichtung vorhandenen Materials und die Durchführung von je zehn qualitativen Interviews mit Beschäftigten der Sozialämter und angrenzender Ämter, wie z. B. dem amtsärztlichen Dienst der Gesundheitsämter,
- teilnehmende Beobachtungen von Gesprächen mit HilfeempfängerInnen,
- Beratungsgespräche in den Kommunen zur Weiterentwicklung der Sozialhilfegewährung, insbesondere im Hinblick auf den Ausbau von Dienstleistungen und
- Workshops zur übergreifenden Diskussion zentraler Projektfragestellungen und zur Förderung des städteübergreifenden Austauschs.

[3] Zur Terminologie: Das arbeitsfeldübergreifende Handlungskonzept „Case Management" wird von uns – analog zum SGB II und wie dort einem fachlichen Begriffsgebrauch folgend – im Arbeitsfeld der Sozialhilfe (SGB XII) als „Fallmanagement" bezeichnet.

4.3.2 Wesentliche Ergebnisse der „Situationsanalyse“ in zwei Kommunen

Die Bestandsaufnahme zur Umsetzung des SGB XII („Situationsanalyse“) in den beiden Kommunen hat viele Ähnlichkeiten ergeben. Zunächst ist festzustellen, dass die Verwerfungen in den Kommunen nach Einführung des SGB XII stärker waren, als zunächst erwartet. Dies hat vor allem damit zu tun, dass die Kommunen zeitgleich mit der Einführung des SGB II und dem Aufbau neuer Strukturen zu dessen Umsetzung befasst waren. Die festgestellte Situation in den beiden Projektkommunen ist zum einen der Übergangssituation im ersten Jahr der Einführung von zwei neuen Leistungsgesetzen geschuldet und kann zum anderen als exemplarisch für alle Kommunen in Deutschland betrachtet werden.

In beiden untersuchten Städten gibt es etwa knapp 3.000 SGB XII-Fälle, darunter sind etwa zwei Drittel über 65-jährige Leistungsberechtigte. In den Kommunen zeigten sich Unterschiede darin, wie und nach welchen Kriterien Erwerbsfähigkeit festgestellt und Hilfebedürftige den beiden infrage kommenden Leistungsgesetzen zugeordnet werden. So hatte eine Kommune über 95 % der LeistungsbezieherInnen nach dem (ehemaligen) BSHG zu Jahresbeginn 2005 dem SGB II zugeteilt, während die andere Kommune auf der Basis eines differenzierten Verfahrens nur für 80 % der SozialhilfeempfängerInnen so entschied. Folglich wird vermutlich von den 95 % der ins SGB II Zugeteilten ein größerer Anteil in die Sozialhilfe „zurückfallen“, während in der anderen Kommune größere Chancen bestehen, „Aufstiege“ vom SGB XII zum SGB II zu erleben. Dies wird Auswirkungen auf die Sachbearbeitung haben, die in beiden Kommunen frühzeitig berücksichtigt werden müssen.

In beiden Städten wird die Umsetzung des SGB XII von den Implementations- und Organisationsaufgaben in Zusammenhang mit dem SGB II dominiert, was deutliche Folgen auf die Situation in der Sozialhilfe hat. Zum einen richtet sich sowohl die öffentliche Aufmerksamkeit als auch jene von Politik und Verwaltung vorrangig auf den Bereich des SGB II. Zum anderen wurden viele erfahrene Beschäftigte, insbesondere jene mit fallbezogenen Aufgaben, ins SGB II abgezogen.

In beiden untersuchten Kommunen baut die Abteilung für Sozialhilfe nach der Neuorganisation im Kontext des SGB II auf der ehemaligen Abteilung für „Grundsicherung“ (ehemaliges „Grundsicherungsgesetz“, jetzt SGB XII, 4. Kapitel: Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) auf. Hier arbeiten vor allem MitarbeiterInnen, die sich bewusst für diesen Bereich entschieden hatten und die nun z. T. der Konzentration auf GSiG-Fälle nachtrauern. Dass mit Jahresbeginn 2005 die „Kap. 3-Fälle“ (wieder) zu ihrem Aufgabenbereich kamen – und damit eine Negativselektion der Klientel der alten Sozialhilfe – erlebt ein Teil der Beschäftigten dementsprechend als Härte. Viele Beschäftigte fühlen sich in einer ähnlich marginalisierten Situation wie ihre Klientel: zuständig für „den Rest“.

In beiden Ämtern sind Aktivierungselemente in der Sozialhilfe in der Praxis überwiegend unbekannt und die gesetzlich vorgegebenen Instrumente sind nicht entwickelt. Es gibt weder Leistungsabsprachen noch Hilfeplanung oder Gesamtplanung, noch besteht eine Vorstellung, welche Zielgruppe(n) Bedarf nach aktivierenden Hilfen haben. Sozialhilfe ist in den Augen der meisten Befragten auf materielle Leistungsgewährung beschränkt. Ein Selbstverständnis für eine umfassendere Zuständigkeit, Bedarfserhebung etc. wäre erst noch zu entwickeln. Eine

Ausnahme stellen eher fachlich und zielgruppenspezifisch ausgerichtete Bereiche dar: Hier zeigten sich die Beschäftigten zufriedener und motivierter, aktivierende Aufgaben anzugehen.

Blickt man auf die interne Organisation, so zeigt sich, dass in beiden Kommunen das abteilungsinterne Besprechungswesen eher wenig entwickelt ist. Es werden weder Teambesprechungen noch Mitarbeiter- bzw. Jahresgespräche durchgeführt. Zudem sind Falldiskussionen und kollegiale Beratung selten. Supervision wird in beiden Kommunen nicht vorgehalten. Damit mangelt es an einem für die Erbringung von Dienstleistungen geeigneten Unterstützungssystem.

In beiden Kommunen findet kaum Personalentwicklung statt und keine (abteilungsbezogene) Steuerung von Fortbildung. Es mangelt weitgehend an der für die Zielgruppe(n) und die neuen Anforderungen des SGB XII notwendigen Fachlichkeit. Die Verwaltungskräfte sind Spezialisten für materielle Hilfe, haben aber kaum Kenntnisse von Zielgruppenproblemen, Gesprächsführung und Beratung. Mit Blick auf die gesetzlich angestrebten Aktivierungsstrategien muss es als großes Problem gewertet werden, dass die Beschäftigten derzeit kaum befähigt sind, den persönlichen Hilfebedarf der Klientel festzustellen. Auch verfügen sie, mit Ausnahme der zielgruppenspezifisch ausgerichteten Gruppen, kaum über Kenntnisse über Hilfeangebote in Stadt und Region.

Mit Blick auf die im Gesetz definierten Aufgaben der Beratung und der bedarfsbezogenen Unterstützung der Klientel muss es als problematisch eingeschätzt werden, dass das Setting in beiden Ämtern keine Vertraulichkeit von Beratungsgesprächen gewährleistet. Gespräche finden in der Regel bei offen stehenden Türen statt. Zudem wird die Situation in einer der betrachteten Kommunen dadurch erschwert, dass das Amt jeden Vormittag geöffnet ist. Dies ermöglicht den Hilfebedürftigen zwar, ohne Terminvereinbarung zu kommen. Andererseits sind dann keine ruhige Gesprächsatmosphäre und ein bestimmter Zeitrahmen zu gewährleisten. In dieser potenziell unruhigen Situation wird Klientenorientierung ebenso erschwert wie eine konzentrierte Aufgabenerledigung. Eine stärkere Steuerung von Beratungsterminen per Anmeldung erscheint demgegenüber deutlich angemessener.

In beiden Kommunen ist die Sozialhilfe z. T. desintegriert über verschiedene Abteilungen verteilt organisiert (z. B. Hilfen für Wohnungslose, für Drogenabhängige, für Frauen). Auch erfolgt die konkrete Fallbearbeitung z. T. fragmentiert über verschiedene Stellen im Amt (z. B. materielle Hilfen – Eingliederungshilfen; Kommunikation zwischen Sachbearbeitung SGB XII und SGB II oder Amtsarzt). Gleichzeitig fehlt es an stellenübergreifenden Absprachen und der entsprechenden Kommunikation. Abstimmung wird auch dadurch erschwert, dass eine entsprechende EDV-technische Unterstützung von Fallbearbeitung und Austausch nicht gegeben ist oder nicht genutzt wird.

Betrachtet man die Schnittstelle zum SGB II, zeigen sich diverse Friktionen. Z. T. unterscheiden sich die Kriterien bzgl. der Einstufung als erwerbsfähig bzw. -unfähig. In Fällen mit Ansprüchen nach beiden Leistungsgesetzen ist keine gemeinsame Bearbeitungsplattform vorhanden, sodass viele Daten doppelt erhoben und mehrere Akten geführt werden müssen. Z. T. werden Hilfebedürftige aus dem SGB II ausgegliedert, ohne dass dem SGB XII-Bereich (oder umgekehrt) genügend Zeit gegeben wird, den Fall zu bearbeiten. In der Folge bleiben die Hilfeberechtigten ggf. ein oder zwei Monate ohne Leistungen. Hier erweist sich eine Regelung als

hilfreich, die in einer untersuchten Kommune erarbeitet wurde: Die Ämter lassen sich gegenseitig sechs Wochen und damit ausreichend Zeit, den Fall zu übernehmen und zu bearbeiten. Im Übergangszeitraum gewährt die abgebende Stelle weiter Leistungen. In beiden Kommunen erwies sich zudem die Kommunikation mit den ärztlichen Diensten, ob des Gesundheitsamtes oder der ARGE, als verbesserungswürdig.

Hinsichtlich der Kooperation mit den freien Trägern ist ein sehr heterogenes Bild festzustellen. Die Kooperation ist insgesamt wenig entwickelt und nicht systematisiert: In Bereichen mit einer zielgruppenspezifischen Zuständigkeit, z. B. für Drogenabhängige, besteht z. T. eine enge Zusammenarbeit mit freien Trägern. Dies geht bis dahin, dass der freie Träger Hilfeplanungen oder Eingliederungsvereinbarungen vorbereitet. Demgegenüber sind jedoch in den Bereichen der allgemeinen Leistungsgewährung die Angebote und Träger kaum bekannt, die Hilfesuchenden erhalten kaum Hinweise auf weiterführende Beratungs- oder Hilfemöglichkeiten, Kooperation findet nicht statt. Eine der untersuchten Kommunen ist allerdings dabei, eine systematische Schnittstelle zu den Hilfen (u. a. der freien Träger) zu entwickeln. Dabei soll sowohl ein Angebotskatalog erstellt werden, der allen Beschäftigten zugänglich sein soll, als auch die Beauftragung freier Träger standardisiert werden. Perspektivisch sollen die Leistungen und die erzielten Effekte evaluiert werden.

In beiden Städten erfolgt die Zahlbarmachung der Sozialhilfe EDV-gestützt, doch fehlt der Einsatz eines EDV-Systems zur umfassenden Fallbearbeitung und -dokumentation sowie zum fallbezogenen Austausch über eine gemeinsame EDV-Plattform.

Insgesamt zeigt sich eine konzeptionelle Nachrangigkeit des SGB XII-Bereichs, die aus der politischen Priorisierung des SGB II und dem auf den Leistungsträgern lastenden massiven Druck resultiert, mit der Umsetzung rasch erfolgreich zu sein. Gleichzeitig muss jedoch ein damit einhergehender Rückschritt gegenüber dem im Rahmen des BSHG erreichten Stand der Leistungsgewährung festgestellt werden, und zwar sowohl im Hinblick auf die Leistungsprozesse wie auch des Einsatzes von Software und der Qualifikation der Beschäftigten.

4.4 Perspektiven der Weiterentwicklung

Im Rahmen der Bestandsaufnahme in den Kommunen wurden diverse Schwachstellen deutlich, sowohl im organisatorischen Bereich als auch bzgl. der Qualifikation und des Selbstverständnisses der Beschäftigten. Dabei zeigte sich auch, dass es bei der Umsetzung des SGB XII perspektivisch nicht nur um die Einführung von Fallmanagement-Ansätzen für bestimmte Zielgruppen gehen kann.[4] Vielmehr ist eine grundlegende Veränderung der Sozialhilfe-Leistungsprozesse in Richtung einer stärkeren Verbindung materieller und persönlicher Hilfen notwendig. Mit einer dementsprechend veränderten Sozialhilfegewährung werden notwendigerweise

[4] In beiden Kommunen wurde geschätzt, dass lediglich in etwa 10 % der SGB XII-Fälle Bedarf nach Fall- oder Case Management besteht.

andere organisatorische Rahmenbedingungen und damit Reorganisationsprozesse erforderlich sein.[5]

Dabei ist zu beachten, dass es für die meisten Hilfeberechtigten nicht um schnelle Aktivierung und nicht um einen Ausstieg aus dem Hilfebezug oder um Erwerbsfähigkeit gehen wird. Vielmehr wird es öfter und länger um Aktivierung innerhalb der Sozialhilfe gehen müssen.

Im Laufe der Projektarbeit wuchs an den beiden Standorten die Bereitschaft der Leitungsebene, organisationsintern Maßnahmen zu ergreifen, um die Leistungsprozesse in der Sozialhilfe weiterzuentwickeln. In beiden Ämtern wurden je spezifische interne Projekte angestoßen und eine Projektstruktur implementiert. Allerdings wird es hilfreich sein, diese Strategien konkret zu unterstützen, Austausch darüber zu fördern sowie generelle Lehren daraus für die Gestaltung der Leistungsprozesse nach dem SGB XII zu ziehen. Um Strukturen und Prozesse „vor Ort" zu stabilisieren und gleichzeitig den Wissens- und Erfahrungstransfer zu gewährleisten, wären zunächst folgende Aktivitäten sinnvoll:

- Zur Sicherung der notwendigen Handlungs- und Entscheidungskompetenzen sowie zur Anpassung der Organisationsstrukturen sind Prozesse der Organisationsentwicklung notwendig. Erfahrungsgemäß bewährt sich hierfür der Einsatz von Organisations- und Konzeptberatung. Deren Aufgabe besteht auch darin, die inhaltliche Ausgestaltung der Leistungsprozesse zu begleiten.
- Um die Prozesse zu optimieren und den gesetzlichen Vorgaben Genüge zu tun, sollten den Leistungsprozess unterstützende und strukturierende Instrumente entwickelt werden. Vorrangig geht es dabei um Instrumente für die Leistungsabsprache, den Förder- und den Gesamtplan.
- Um die Leistungsprozesse individuell passgenau zuzuschneiden, ist schließlich ein Verfahren der Bedarfsfeststellung notwendig. Dabei ist einem – nur in bestimmten Fällen erforderlichen – Fallmanagement ein „Screening" vorzulagern, in dem eine erste Problemeinschätzung erfolgt und Bedarfe erfasst werden.
- Für die Qualifizierung der Fachkräfte sowie für die kontinuierliche Qualitätssicherung sollten Maßnahmen der Personalentwicklung umgesetzt werden: Qualifizierungsangebote, aber auch moderierte Beteiligungs- und Reflexionsforen. In einem ersten Schritt gilt es, ein Curriculum zu erstellen, das vor allem die Zielsetzungen verfolgt, die Beratungskompetenz der SachbearbeiterInnen zu erhöhen und sie zu dem o. g. Screening zu befähigen.
- Zur Realisierung eines bedarfsgerechten Angebots kann meist auf in den Kommunen bestehende Hilfen zurückgegriffen werden, gleichzeitig sollten diese aber optimiert und fortentwickelt (Angebotssteuerung) sowie Abstimmungs- und Kooperationsprozesse entwickelt werden (Netzwerkorganisation).

---

[5] Zu den Reformbemühungen im Kontext der Einführung „neuer Steuerung" in die deutschen Sozialämter vgl. Trube, 1996; Strunk, 1999; Brülle & Reis, 1998/1999 sowie Brülle & Reis, 2001.

- Bestandteil dieses Steuerungs- und Koordinationssystems ist ein fallbezogenes Controlling, das auf die Leistungsprozesse im SGB XII zugeschnitten werden und EDV-gestützt erfolgen sollte. Hierbei sind auch die Schnittstellen zu den freien Trägern einzubeziehen.

Die Untersuchung zeigte, dass nur für einen (kleineren) Teil der Klientel Bedarf nach Fallmanagement besteht. Gleichwohl sollten – neben den genannten umfassenden Reorganisationsprozessen – die Voraussetzungen für professionelles Fallmanagement geschaffen und Ressourcen für dessen umfassende Unterstützung bereitgestellt werden. Dabei ist insbesondere zu beachten:

- Mit der Einführung des Fallmanagements muss der Entscheidungs- und Gestaltungsspielraum der involvierten Fachkräfte deutlich ausgedehnt werden. Die „Fallverantwortung" im Fallmanagement muss sich organisationsintern in entsprechenden Entscheidungskompetenzen niederschlagen.

- Der Autonomiegewinn muss flankiert und stabilisiert werden durch die Vermittlung einer den Aufgaben entsprechenden Qualifikation. Allerdings ist es notwendig, auch Personal zu qualifizieren, das zwar selbst nicht mit dem Konzept des Fallmanagements arbeitet, aber wichtige Unterstützungs- oder „Zuweisungs"funktionen innehat (z. B. Vorgesetzte, Fachkräfte in der Sachbearbeitung, Screening).

- Den Fachkräften müssen Partizipationsmöglichkeiten bei der konkreten Ausgestaltung von Planungsprozessen eingeräumt werden – von der Bildung von Qualitätszirkeln bis hin zur Einbeziehung in die oberste Steuerungsebene der einzelnen Projekte.

- Die hohe Handlungskompetenz im Fallmanagement muss abgestützt werden durch professionelle Formen fachlicher Unterstützung, z. B. Coaching, Supervision und kollegiale Fallberatung.

- Auch mit Blick auf diese spezifische Aufgabe zeigt sich, dass die Organisationsstrukturen der Ämter hierfür angepasst werden müssen. So ist es notwendig, klar die Aufnahmekriterien ins Fallmanagement zu bestimmen und die Schnittstelle „Zugang" eindeutig zu gestalten. Auch müssen die Erfolgskriterien für alle Akteure transparent sein. Die Vorgesetzten müssen in der Lage sein, den Prozess des Fallmanagements zu verstehen und müssen ihre Bewertungskriterien für die Einschätzung der Fachkräfte an den Zielen des Fallmanagements ausrichten.

- Und noch stärker als andere Leistungsangebote der Sozialhilfe benötigt ein effektives Fallmanagement funktionierende Angebotsnetze. Das bedeutet, dass qualitativ und quantitativ ausreichende Hilfeangebote existieren, Kenntnisse darüber vorhanden sein und geeignete Steuerungsformen (Kontraktmanagement) existieren müssen. Bestehen bestimmte Mängel, sollte Fallmanagement dazu beitragen, das Versorgungsangebot bedarfsbezogen weiterzuentwickeln und die entsprechenden Angebote aufzubauen.

- Um den Gesamtprozess des Fallmanagements zu steuern, ist – ebenso wie für eine elaborierte Sozialhilfegewährung, ein funktionierendes Controlling auf EDV-Basis unerlässlich.

Abgesehen von der konkreten Unterstützung der Neustrukturierung von Leistungsprozessen in den Kommunen wird es wichtig sein, den Leistungsprozess selbst grundlegend zu evaluieren, und zwar in zweierlei Hinsicht:

- Es gilt, die tatsächlichen Effekte der Einführung von Fallmanagement und der Neuorganisation von Leistungsprozessen zu untersuchen, d. h. festzustellen, ob und in welchem Umfang die selbst gesetzten Ziele einer Stabilisierung der Lebenssituation von Hilfesuchenden oder gar einer Wiederherstellung von Erwerbsfähigkeit erreicht werden konnten. Hierzu wäre ein geeignetes Evaluationsdesign zu entwickeln und zu realisieren.
- Ebenfalls über Methoden der Evaluation muss festgestellt werden, welches die letztlich ausschlaggebenden Erfolgs- oder Misserfolgsbedingungen waren, wenn die Ziele erreicht wurden – oder eben auch nicht. Ins Blickfeld geraten dabei vor allem die Strukturen der Organisation, die Qualifikation der Fachkräfte sowie die Strategien der Verwaltungsführung.

Eine solche Evaluation wäre wichtig, weil sie den Projektkommunen Argumentationshilfe geben kann, den begonnenen Prozess fortzusetzen oder zu modifizieren, und letztlich auch kommunale Mittel einzusetzen, um die neu geschaffenen Strukturen auch über die Laufzeit hinweg zu stabilisieren. Zudem könnte eine Evaluation dazu dienen, die Ergebnisse, die an den beiden Standorten erzielt wurden, auch anderen Kommunen zugänglich zu machen und damit zu einer Qualifizierung der Leistungsgewährung im Rahmen des SGB XII beizutragen.

4.5 Fazit

Die mit der Einführung des SGB II verbundene Reform der Arbeitsmarktpolitik ist erst ein erster Schritt in Richtung einer grundlegenden Revision des Sozialhilfesystems. Die mit diesem Schritt verbundenen Folgen für die Sozialhilfeträger und die gesetzlichen Vorschriften des SGB XII legen es nahe, auch die Leistungsprozesse der Sozialhilfegewährung zu überprüfen. Dies beinhaltet (1) eine Übertragung von Ansätzen des Fallmanagements aus dem Kontext des SGB II in den des SGB XII und (2) eine Neugestaltung der Organisationsstrukturen in den Sozialämtern, um die Verknüpfung von materieller Hilfe und Dienstleistung zu effektivieren.

Ansetzend an der eher bescheidenen Ausgangssituation im Jahr 2005 bestehen erhebliche Gestaltungsspielräume, aber auch -notwendigkeiten, die lokal unterschiedlich realisiert werden dürften. Umso wichtiger ist es, dass positive Ansätze gründlich evaluiert werden, um einen zur Zeit noch verhaltenen Fachdiskurs durch den Rekurs auf empirisches Material zu beleben.

Literatur

Arbeitslosenprojekt TuWas (Hrsg.) 2006: Leitfaden zum Arbeitslosengeld II. Der Rechtsratgeber zum SGB II. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.

Bartelheimer, P. 2000: Sozialhilfe als Dienstleistung – Versuch einer Übersicht. Unveröffentlichtes Manuskript.

Böhmer, A. 2005: Expertise zum rechtlichen Hintergrund der Aktivierung in der Sozialhilfe. Unveröffentlichtes Manuskript.

Brennecke, J. / Knaup, K. 2001: Soziale Strukturen und Verläufe der EmpfängerInnen von Hilfe zum Lebensunterhalt in Wiesbaden. In: Brülle, H. / Reis, C. (Hrsg.), Neue Steuerung in der Sozialhilfe. Sozialberichterstattung, Controlling, Benchmarking, Casemanagement. Neuwied: Luchterhand.

Brülle, H. 1998: Sozialplanung und Verwaltungssteuerung – Dienstleistungsproduktion in der kommunalen Sozialverwaltung. In: Reis, C. / Schulze-Böing, M. (Hrsg.): Planung und Produktion sozialer Dienstleistungen. Berlin: Edition Sigma, 83-104.

Brülle, H. / Reis, C. / Reiss, H.-C. 1998: Neue Steuerungsmodelle in der sozialen Arbeit – Ansätze zu einer adressaten- und mitarbeiterorientierten Reform der öffentlichen Sozialverwaltung. In: Reis, C. / Schulze-Böing, M. (Hrsg.), Planung und Produktion sozialer Dienstleistungen. Berlin: Edition Sigma, 55-79.

Brülle, H. / Reis, C. 1998/1999: Qualität in der Sozialen Arbeit. Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit. Doppelheft 29,4 / 30,1, 286-291.

Brülle, H. / Reis, C. (Hrsg.) 2001: Neue Steuerung in der Sozialhilfe. Sozialberichterstattung, Controlling, Benchmarking, Casemanagement. Neuwied: Luchterhand.

BT-Dr. – Bundestagsdrucksache 14/7293.

BT-Dr. – Bundestagsdrucksache 15/1514.

Empter, S. / Frick, F. (Hrsg.) 1999: Beschäftigungsorientierte Sozialpolitik in Kommunen. Strategien zur Integration von Sozialhilfeempfängern in das Erwerbsleben. Gütersloh: Bertelsmann.

Evers, A. / Schulze-Böing, M. / Weck, S. / Zühlke, W. 1998: Soziales Kapital mobilisieren. Gemeinwesenorientierung als Defizit und Chance lokaler Beschäftigungspolitik. Gutachten für die Enquete-Kommission „Zukunft der Erwerbsarbeit“ des Landtages von Nordrhein-Westfalen, unveröffentlichtes Manuskript.

Jacobs, H. 1996: Hilfe ist möglich. Hilfeplanung als neuer Ansatz der Hilfe zur Selbsthilfe in der Sozialhilfe. Blätter der Wohlfahrtspflege 6/1996, 164-166.

Kolbe, C. / Reis, C. 2005: Vom Case Management zum „Fallmanagement“. Zur Praxis des Case Managements in der Sozialhilfe und kommunalen Beschäftigungspolitik am Vorabend von Hartz IV. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.

Krahmer, U. 2001: Sozialrechtliche Funktionsbestimmung und Ziele des Bundessozialhilfegesetzes. In Brülle, H. / Reis, C. (Hrsg.), Neue Steuerung in der Sozialhilfe. Sozialberichterstattung, Controlling, Benchmarking, Casemanagement. Neuwied: Luchterhand.

Kuntz, R. 1999: Hilfeplanung im Sozialamt – ein wichtiges Instrument für die Erreichung von mehr Effektivität und Effizienz in der Sozialhilfe. Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (NDV), 79,3, 71-75.

Kuntz, R. / Trube, A. 2000: Kooperation, Vernetzung und Zielentwicklung bei der Hilfeplanung im Sozialamt. *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (NDV),* 80,6, 174-181.

Leibfried, S. / Leisering, L. 1995: *Zeit der Armut*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

MWA – Ministerium für Wirtschaft und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen 2005: *„Sozialagenturen" – Hilfe aus einer Hand. Endbericht des Pilotprojektes.* Düsseldorf: MWA.

Münder, J. u. a. (Hrsg.) 2005: *Sozialgesetzbuch XII. Sozialhilfe. Lehr- und Praxiskommentar.* Baden-Baden: Nomos.

Reis, C. 1992: Hilfe zur Arbeit – Organisationsformen und aktuelle Problemstellungen. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.), *Langzeitarbeitslosigkeit und lokale Beschäftigungsinitiativen.* Frankfurt am Main: Deutscher Verein, 59-76.

Reis, C. 1997: Hilfevereinbarungen in der Sozialhilfe. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 2, 87-113.

Reis, C. 2001: Steuerung der Hilfe zum Lebensunterhalt durch Hilfeplanung. In: Brülle, H. / Reis, C. (Hrsg.), *Neue Steuerung in der Sozialhilfe. Sozialberichterstattung, Controlling, Benchmarking, Casemanagement*. Neuwied: Luchterhand.

Rothkegel, R. 2000: *Die Strukturprinzipien des Sozialhilferechts. Bestand, Bedeutung und Bewertung*. Baden-Baden: Nomos.

Strunk, A. 1999: Das Sozialamt als lernende Verwaltung im Neuen Steuerungsmodell. *Nachrichten Dienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (NDV),* 9, 299-304.

Trube, A. 1997: *Zur Theorie und Empirie des Zweiten Arbeitsmarktes. Exemplarische Erörterungen und praktische Versuche zur sozio-ökonomischen Bewertung lokaler Beschäftigungsförderung.* Münster: Lit-Verlag.

Trube, A. 1996: Sozialhilfe und neue Steuerungsmodelle. Sturzgeburten der Krise oder Sozialbürokratie im epochalen Wandel. Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (NDV), 76,4, 122-127 und 76,5, 145-149.

Urban, M. 1995: Hilfeplan(ung) in der Sozialhilfe? Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (NDV), 75,4, 148-151.

Autoren

Martina Schu, Projektleiterin bei der FOGS GmbH in Köln, Arbeitsschwerpunkte wissenschaftliche Begleitung und Evaluation von Modellprojekten im Gesundheits- und Sozialbereich, Beratung sozialwirtschaftlicher Unternehmen, Beratung, Schulung und Evaluation von Case Management. FOGS GmbH, Prälat-Otto-Müller-Platz 2, 50670 Köln, E-Mail: schu@fogs-gmbh.de

Prof. Dr. Claus Reis lehrt an der Fachhochschule Frankfurt am Main im Fachbereich Soziale Arbeit und ist geschäftsführender Direktor des ISR-Instituts für Stadt- und Regionalentwicklung.

Michael Buestrich / Norbert Wohlfahrt

5 Case Management als Baustein der sozialinvestiven Reorganisation des Systems sozialer Dienste und Einrichtungen

5.1 Ausgangspunkt: die sozialstaatliche Kritik am bisherigen System sozialer Dienstleistungserstellung

Fasst man die Entwicklungen in den europäischen Wohlfahrtsstaaten ins Auge, dann lassen sich seit einigen Jahren Konturen eines neuen Leitbilds seiner „Modernisierung" erkennen. In Europa hat sich unter sozialdemokratischer Federführung eine „Politik des Dritten Weges" (Giddens 1997) zur Reform des Wohlfahrtsstaates entwickelt. In Staat und Gesellschaft werden zwecks Effizienzsteigerung auf der Makro-, der Meso- und der Mikroebene Markt- und Wettbewerbselemente eingebaut.

Der Um- und Rückbau des Sozialstaats findet dabei unter der Losung statt, dass in Zeiten der Globalisierung bzw. Europäisierung der Sozialstaat zwar auch weiterhin zur Sicherung des gesellschaftlichen Zusammenhalts gebraucht werde, seine Leistungstiefe und damit auch die Art und Weise sowie der Umfang seiner Finanzierung neu organisiert werden muss, um im weltweiten Wettbewerb mit anderen Wirtschaftsstandorten bestehen zu können.

Unter Globalisierungsbedingungen wird der Sozialstaat damit heute vornehmlich hinsichtlich seines Beitrages zur Steigerung nationaler Wettbewerbsfähigkeit beurteilt: Nur was der Förderung der Weltmarkttauglichkeit dient, erscheint noch (sozial) gerechtfertigt und alle aus Sicht der Weltmarktfähigkeit nicht produktiven Ausgaben sind folglich zu reduzieren. Damit steht die klassische Transfersozialpolitik insgesamt unter dem Verdacht „unproduktiver Kosten", weshalb der Sozialstaat „produktivistisch umgebaut" werde müsse (vgl. zur Programmatik dieses Umbaus und seiner Folgen für die soziale Arbeit Dahme / Wohlfahrt 2005).

Die auf dieser Analyse basierende neue Sozialpolitik der „Aktivierung" und der „Sozialinvestition" fördert zugleich unter dem Diktum einer verbesserten Nutzung der „Humanressourcen" die gegenüberstellende Betrachtung von produktiven und unproduktiven Teilen der Bevölkerung und führt dazu, dass die Gewährung sozialstaatlicher Leistungen primär unter dem Gesichtspunkt der internationalen Kostenkonkurrenz (Standort- und Lohnvergleich) betrachtet wird. Aktivierende und investive Sozialpolitik bemessen sich folglich am Kriterium dessen, inwiefern durch sie Nutzen- und d. h. Kostenvorteile in diesem Konkurrenzkampf realisiert wer-

den können. Im Zentrum steht immer weniger die über Sozialversicherungspflicht und sozialstaatliche Umverteilung organisierte Absicherung des ständigen und in Zeiten der Massenarbeitslosigkeit besonders ausgeprägten Arbeitnehmerrisikos, zeitweise oder dauerhaft ohne selbstständiges Erwerbseinkommen zu sein. Vielmehr wird der vermutete Erfolg der Förderung von persönlicher Erwerbsfähigkeit („employability") und Produktivität als individuellem Mittel der Bewährung in der Arbeitsmarktkonkurrenz zum Kriterium der Gewährung sozialstaatlicher Unterstützungsleistungen erhoben. Sozialpolitik zielt so auf die unbedingte Förderung von Erwerbstätigkeit und zugleich auf Vermeidung von Sozialleistungsbezug, d. h. auf Verringerung des Aufwandes für Sozialpolitik im traditionellen Sinne ab (Nullmeier 2004, 55f.).

Dieser Veränderung liegt eine Modifizierung der klassischen „Umverteilungspolitik" zugrunde, die allerdings auch in früheren Zeiten nie einen anderen als den wirtschaftsfreundlichen Zweck der Schaffung und des Unterhalts einer für den Standort tauglichen personalen Infrastruktur besaß. In diesem Rahmen kümmerte sich der Sozialstaat um die Brauchbarkeit seiner auf sozialversicherungspflichtige Erwerbstätigkeit angewiesenen Bürger, einschließlich der sozialpädagogischen Unterstützung, die denjenigen gewährt wurde, die wegen unterschiedlichster Gründe aus der Lohnarbeitsgesellschaft heraus gefallen waren oder herauszufallen drohten. Für alle galt, dass sie unabhängig von ihrem persönlichen Scheitern als zumindest potenziell nützliche Gesellschaftsmitglieder fungieren können sollten.

Diese sozialintegrative Sozialpolitik wird vom Standpunkt desselben Zwecks, der seiner Etablierung und seinem Ausbau Pate stand, aktuell für einen nicht mehr bezahlbaren Luxus und in der selbstkritischen ex-post-Betrachtung für einen fehlerhaften, also zu revidierenden Akt der (wirtschaftlichen) Verschwendung gehalten. Nicht weil sich der Maßstab geändert hätte, sondern deswegen, weil die Sicherung der Nützlichkeit der auf Erwerbsarbeit angewiesen Bevölkerungsteile die Streichung von Sozialleistungen auf Seiten derjenigen notwendig mit einschließt, die für eine Teilnahme am marktwirtschaftlichen Erwerbsleben von vorneherein nicht oder nicht mehr in Betracht kommen. Angesichts von Massen- und Dauerarbeitslosigkeit, also der faktisch erwiesenen (ökonomischen) Überflüssigkeit beträchtlicher Teile der Erwerbsbevölkerung erscheint die Aufrechterhaltung des bisherigen sozialstaatlichen Leistungsniveaus damit schlicht als kontraproduktive Fehlinvestition (Krölls 2000, 64f.).

Eine Folge der veränderten sozialstaatlichen Sichtweise ist der Tatbestand, dass sich neuerdings die Sozialpolitik für methodische Fragen der sozialen Arbeit in auffallender Weise zu interessieren beginnt und sich ihrer bemächtigt (Neumann 2003, 30). Werner Schönig spricht in diesem Zusammenhang von einem „grundlegenden Wandel im Verhältnis von Sozialpolitik und Sozialer Arbeit" und er warnt vor der Gefahr, dass in Folge dieses Diskurses die Professionellen der Sozialen Arbeit auf eine bestimmte Handlungslogik fixiert werden (Schönig 2004).

Ohne Zweifel rückt die aktuelle Sozialpolitik – nicht nur mit dem Thema des Case Management – die Soziale Arbeit wieder in den Mittelpunkt sozialpolitischer Überlegungen und verändert damit die Fachlichkeit der Profession, die in ihrem Handeln in hohem Maße auf sozialpolitische (sozialrechtliche) Vorschriften verwiesen ist bzw. von diesen bestimmt wird.

Eine Erklärung für diese Entwicklung lässt sich aus den zunehmend Akzeptanz findenden Konzepten eines aktivierenden und investiven Sozialstaats ableiten (Trube / Wohlfahrt 2001a und b), die das Ziel propagieren, den Wohlfahrtsstaat durch die Aktivierung von mehr Selbstver-

antwortung und Eigenvorsorge wie durch nachhaltige Sozialinvestitionen zu reformieren. Erklärtes Ziel der aktivierenden und sozialinvestiven Modernisierungsstrategien ist die stärkere Verzahnung der beiden zentralen wohlfahrtsstaatlichen Teilsysteme. Der „Sozialversicherungsstaat" (das System der Sozialtransfers) und das System der sozialen Dienste sollen enger aufeinander abgestimmt werden und zukünftig (noch) stärker integrativ operieren.

Diese Verzahnung hat Konsequenzen für beide sozialstaatlichen Hilfesysteme, die bislang relativ selbstständig nebeneinander existierten und unterschiedlichen Handlungslogiken folgten, die am Unterschied von einzelfallbezogener Bedarfsgerechtigkeit und bürokratisch-administrativer Regelhaftigkeit festgemacht wurden. Die sozialen Professionen sollen im neuen Sozialstaat nun ihren Beitrag dazu leisten, die Leistungs- und Hilfeempfänger zu einem sozialstaatlich korrekten – und das heißt zuallererst: ressourcenschonenden – Verhalten der Inanspruchnahme von Leistungen zu bewegen und sich darüber hinaus die primär beschäftigungspolitischen Ziele der Modernisierungsagenda zu eigen zu machen (Prinzip der „präventiven Inklusion" durch den Erhalt und den Ausbau der individuellen Beschäftigungsfähigkeit im Rahmen der Verpflichtung zur Arbeitsaufnahme, der Weiterbildung etc.).

Zugleich werden die organisatorischen Rahmenbedingungen der Dienstleistungserbringung einer grundlegenden Reform unterzogen. Fallmanagement und Vernetzung sozialer Dienste erweisen sich als parallele Wege, um die Effizienz der Organisationen des Sozialsektors zu erhöhen und überkommene Strukturen der Leistungserstellung im Non-Profit-Sektor durch neue Steuerungsformen und -techniken zu ersetzen. Die Fortschritte dieser Transformation der organisationalen Ordnung im Sozialsektor soll im Folgenden kurz nachgezeichnet werden.

5.2 Fallmanagement und Vernetzung: zur staatlich initiierten Organisationsentwicklung im sozialen Dienstleistungssektor

In Deutschland ist die Modernisierung der Organisation sozialer Dienste in erster Linie ein Ergebnis der in den 80er Jahren begonnenen Verwaltungsmodernisierung unter dem Leitbild des „New Public Management" (NPM). Das NPM schwächt die professionelle Selbststeuerung und professionelle Kontrolle, weil professionelle Autonomie als Schranke eines effektiven Kostenmanagements betrachtet und zugleich als Hindernis für organisatorische Transparenz und Verantwortlichkeit wahrgenommen wird („dilettantistischer Funktionalismus"). Blickt man auf den Verlauf und die Ergebnisse der Verwaltungs- und Organisationsmodernisierung in Deutschland, so lässt sich Folgendes resümieren:

Bei der Verwaltungsmodernisierung im Sinne des NPM geht es vor allem darum, die Dominanz des klassischen bürokratischen Steuerungsmodells (Max Weber) mit seiner hierarchischen Aufbaustruktur (Dienstwegprinzip und Einzelunterstellung) sowie den ihnen entsprechenden regel- und verfahrensorientierten Ablaufprozessen zu verändern, um es auf diese Weise „flexibler", innovativer" und vor allem „effizienzorientierter" zu gestalten. NPM ist kein geschlossenes Reformprojekt, lässt sich jedoch grob mit Maßnahmen wie der Deregulierung, Privatisierung, Auslagerung und Verselbstständigung von Verwaltungsaufgaben (Dezentralisierungsprozessen),

Geschäftsprozessoptimierung, der Einführung von Markt- und Wettbewerbselementen sowie der Kundenorientierung in das Organisationshandeln in Verbindung bringen (Kühn 1999 und Bieker 2004). Die Neujustierung des Organisationshandelns wie der Verwaltungsorganisation soll dabei durch die Einführung privatwirtschaftlicher Managementmethoden, marktorientierter Konzepte sowie betriebswirtschaftlicher Steuerungsinstrumente (Zielvereinbarungen und Ergebnissteuerung, Kostenrechnung, finanzwirtschaftliche Kosten-Nutzen-Analysen, Monitoring- und Evaluationstechniken) unterstützt und befördert werden sind (Blanke u. a. 2005).

In der Außenwirkung gegenüber den sozialen Dienstleistern ist dieser Prozess als „Ver-Betriebswirtschaftlichung" (Schmidt-Grunert 1996) sozialer Arbeit bzw. öffentlicher Dienstleistungsorganisationen beschriebenen worden, mit dem zugleich eine „neue, bisher unbekannte Unternehmenskultur" im öffentlichen Sektor etabliert wird. Die sich in Folge dieser Entwicklung herausbildenden neuen Dienstleistungsparadigmen basieren wesentlich auf Wirtschaftlichkeitsgeboten, auf marktförmigen Kundenbindungen, einer verstärkten Technisierung von Arbeitsroutinen (EDV-Routinen und erweiterte Dokumentationspflichten) und einem managerialistischen Konzept der Organisationsgestaltung und Organisationsführung.

Die Übertragung betriebswirtschaftlicher Verfahren auf einen Sektor, der wesentlich von den sozialstaatlichen Transfers abhängig ist, suggeriert, dass mit einer Steigerung der „Produktivität" der Leistungserbringung und effizienteren Prozessabläufen Überschüsse erzielt werden können, die einen weiteren Abbau der staatlichen Zuwendungen möglich machen. In den verschiedenen Sektoren des sozialen Dienstleistungssektors sind deshalb in den vergangenen Jahren sozialrechtliche und finanzierungstechnische Änderungen vorgenommen worden. Diese sehen zum einen eine Orientierung auf mehr Wettbewerb vor, um durch die Schaffung von Quasi-Märkten Effizienzsteigerungen herbeizuführen. Zum anderen wird durch Fusionen und Kooperationen auf die Entwicklung organisationaler Netzwerke hingearbeitet, die Ressourcen bündeln, Kosten einsparen und schließlich auch die organisatorischen Eigeninteressen bei der Leistungserbringung einschränken sollen. In Folge dessen denken Verbände über Kooperationen mit anderen nach und planen die Vernetzung mit Konkurrenten; soziale Dienstleistungsanbieter ordnen ihre Geschäftsbereiche neu, enthierarchisieren die Strukturen und entdecken Kooperation und Netzwerkbildung als organisatorische Gestaltungsstrategie (Dahme / Kühnlein / Wohlfahrt 2005).

Beide Maßnahmen – mehr Wettbewerb und der Zwang zur Kooperation – führen zu einer neuen Ordnungsstruktur im Sozialsektor (Ablösung des traditionellen, auf sozialstaatliche Partnerschaft ausgerichteten Subsidiaritätsprinzips), die es erforderlich macht, dass unter der Bedingung immer knapper werdender Ressourcen die Angebote des Versorgungssystems fallbezogen optimal genutzt werden (können). Die Aufwertung des Fallmanagements ist die sozialpolitische Konsequenz eines staatlich unterfinanzierten und auf Effizienz ausgerichteten Sozial- und Gesundheitssystems.

Im Folgenden soll kurz resümiert werden, wie sich diese Umstellung auf Wettbewerb und Kooperation in einzelnen Sektoren des sozialen Dienstleistungssektors ausgestaltet hat. Beispielhaft skizzieren wir dabei die Veränderungen im Gesundheitswesen und in der Arbeitsmarktpolitik.

Im *Gesundheitswesen* ist seit geraumer Zeit ein Wandel im Selbstverständnis und der Art staatlichen Handelns erkennbar. Im bestehenden Gesundheitssystem finden sich staatliche (z. B. kassenärztliche Bedarfsplanung und Krankenhausplanung), marktliche (z. B. Selbstbeteiligung und Freiberuflichkeit) und verhandlungsbezogene Steuerungsinstrumente. Vor dem Hintergrund steigender Ausgaben und der aus staatlicher Sicht vorrangigen Politik der Senkung der Lohnnebenkosten werden deshalb insbesondere die kaum vorhandene Integration der für die Leistungserstellung verantwortlichen Träger und Einrichtungen als Defizit hervorgehoben. Die Verbesserung der Effektivität und Effizienz im Gesundheitswesen ist ein dauerhaft an der Spitze der Agenda der politisch Verantwortlichen stehendes Thema, wobei die starke Spezialisierung und Ausdifferenzierung der Einrichtungen und Akteure im Gesundheitswesen immer wieder als Schwachstelle einer koordinierten und integrierten gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung hervorgehoben wird.

Mit gesetzlichen Anforderungen zur Umsetzung von externen und internen Qualitätssicherungsverfahren wurde Mitte der 90er-Jahre eine Welle der Vernetzung und Kooperation im Gesundheitswesen angestoßen. Diese äußert sich in Zusammenschlüssen der Leistungsanbieter zu sog. Praxisnetzen, die inzwischen als Vorstufe einer integrierten ortsnahen Versorgung in der Zusammenarbeit mit stationären Leistungserbringern angesehen werden. Die Optimierung von Behandlungsverläufen und die Entwicklung ganzheitlicher Ansätze zur Gesamtverbesserung der gesundheitlichen Versorgung einzelner Patienten begleiten den Versuch, Wirtschaftlichkeit und Versorgungsqualität durch Kooperation der Leistungserbringer zu erhöhen.

Zugleich werden durch staatliche Initiative Strukturen geschaffen, die in einem regional begrenzten Raum die für die gesundheitliche Versorgung zuständigen Akteure zusammenführen sollen und auf diese Art und Weise Planungen ebenso erleichtern sollen wie die Reduzierung von Leistungsdefiziten und die Abstimmung zwischen den für die Planung und Leistungserstellung Verantwortlichen. In der Gesundheitspolitik wird auf die Vernetzung von Anbietern hingewirkt, damit ablaufoptimierte Versorgungsketten entstehen. Es geht u. a. um die Integration ärztlicher und nichtärztlicher ambulanter Dienste, die Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten, die Kooperation von Krankenhäusern, Pflege- und Reha-Einrichtungen. Hiermit sollen Doppeluntersuchungen vermieden, Krankenhausaufenthalte überflüssig gemacht bzw. verkürzt und die Leistungen effektiver werden, damit die Kosten sinken.

Die Entwicklung eines fallbezogenen Managements zwischen den verschiedenen Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung einschließlich der außerhalb des Versorgungssystems aktivierbaren „Ressourcen“ (Familie, Selbsthilfe) wird damit zu einer Kernaufgabe der Anbieter im Gesundheitssystem.

Zu einer besonderen Herausforderung an die Organisationsentwicklung im sozialen Dienstleistungssektor führen in jüngster Zeit die mit der sog. Hartz-Gesetzgebung verbundenen Veränderungen in der *Beschäftigungsförderung* (ausführlich Buestrich / Wohlfahrt 2005). Im SGB II wird mit starkem Bezug zur Maxime des „Forderns und Förderns“ das aktivierende Fallmanagement konzeptionell neu fundiert. Gab es bislang in den Bestimmungen der Sozialgesetzbücher noch allgemeine, sozialethisch begründete Leitformeln, wie z. B. im § 1 Abs. 2 BSHG die „Führung eines Lebens ... das der Würde des Menschen entspricht“ oder im § 1 Abs. 2 Punkt 4 SGB III das Ziel „unterwertiger Beschäftigung entgegenzuwirken“, so werden nun Regelungen der Zumutbarkeit in den Vordergrund gerückt. In der Gesetzesbegründung zu § 10

SGB II, der die Zumutbarkeit regelt, heißt es ausdrücklich: „Die Anforderungen an den Erwerbsfähigen sind schärfer als diejenigen bei dem Versicherungssystem des Dritten Buches. Grundsätzlich ist dem Erwerbsfähigen jede Erwerbsarbeit zumutbar, weil er verpflichtet ist, die Belastung der Allgemeinheit durch seine Hilfebedürftigkeit zu minimieren. Grundsätzlich müssen die persönlichen Interessen zurückstehen“ (BT-Drs. 15/1516 vom 05.09.2003, 53).

Das Fallmanagement ist konsequent nach dem Grundsatz aktivierender Sozialstaatlichkeit konstruiert. Die Handlungsanleitungen des MWA-NRW für die Agenturen definieren Fallmanagement als „ein Handlungsprogramm im Geschäftssystem des Kundenzentrums und der ARGE“. Im Fallmanagement werden schwere persönliche und soziale Probleme bearbeitet, die einer Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt entgegenstehen. Ziel des Fallmanagements ist es die fallangemessene Unterstützung der sozialen und arbeitsmarktlichen Integration in Abstimmung mit den Kunden zu erarbeiten und zu organisieren; die Kunden zu notwendigen Eigenaktivitäten und -bemühungen in diesem Kontext zu befähigen (Fördern); entsprechende Eingliederungsvereinbarungen abzuschließen; Eigenaktivitäten einzufordern und die Eingliederungsschritte und -erfolge systematisch zu überwachen (Fordern)“ (MWA NRW 2004, 31). Der Förderung durch Eingliederungsleistungen und Anreize stehen Leistungskürzungen bei Ablehnung zumutbarer Erwerbstätigkeit gegenüber. Beides, d. h. eine möglichst schnelle Vermittlung von Arbeitslosen und die Identifizierung von Verweigerern, wird unter dem Begriff „Bestandsdynamisierung“ zusammengefasst. Otto / Ziegler resümieren vor diesem Hintergrund: „Zunächst finden sich inzwischen eine ganze Reihe neuentwickelter und wieder entdeckter Diagnose-, Profiling-, Assessment- und Interventionstechniken, deren Gemeinsamkeit vor allem darin zu liegen scheint, von den „wohlfahrtsexpertokratischen“ „Pathologisierung“ und „Entmündigung“ von Klienten im „Versorgungsmodell“ des keynesianischen Sozialstaates Abstand zu nehmen und stattdessen eine Art neuen Rechte- und Pflichtenkatalog „selbstverantwortlicher Kunden“ zu etablieren, der diesen notwendige Informationen und Hinweise gibt, um sie zu ermutigen, mit ihren nun als eigene, individuelle Risiken dechiffrierten Problemlagen „verantwortungsvoll“ – d. h. risikominimierend und kostenreduzierend – umzugehen“ (Otto / Ziegler 2004, 126).

Die in der Logik proaktiver Sozialer Arbeit stattfindende Interaktion zwischen Nutzer und Dienstleitungsanbieter ist dabei hochgradig asymmetrisch, da der Dienstleistungsanbieter (in einem sozialpolitischen Kontext) nicht nur die letzte Entscheidung darüber trifft, ob Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, sondern auch, in welchem Umfang dies geschieht. Im Fallmanagement kommt deshalb den Verfahren des Assessments und ihren fallbezogenen Bewertungen („Eignungsfeststellung“) eine besondere Rolle zu. Die für eine Bestimmung der Bedarfslage wesentliche Falldiagnostik stellt dabei nicht nur die entscheidende Variable für darauf bezogene Hilfemaßnahmen dar, sondern determiniert letztlich auch die sich daraus ergebende Kostenstruktur. Die Forderung nach Selbstdisziplinierung wird zum konstitutiven, weil aus fiskalischer Sicht erwünschtem Bestandteil eines fallbezogenen Managements, das nicht länger durch die Offenheit gegenüber unterschiedlichen Strategien der individuellen Lebensbewältigung gekennzeichnet ist und stattdessen die explizite Aufforderung enthält, den Klienten bei Nichtkooperation zu disziplinieren.

5.3 Zur Handlungslogik des Fallmanagements in einem durch staatliche Sparpolitik gekennzeichneten Versorgungssystem

Die staatliche Inszenierung einer quasi-marktlichen Ordnungsstruktur in verschiedenen Bereichen des sozialen Dienstleistungssektors führt zur Notwendigkeit der Organisationsentwicklung der in diesem Bereich tätigen Träger und Einrichtungen, die unabdingbar mit der Einführung von Fallmanagementsystemen verbunden ist.

Das Konzept des Fallmanagements beinhaltet eine doppelte Orientierung: zum einen an den Bedürfnissen des Klienten und zum anderen an den Strukturen des Versorgungssystems, wobei diese beiden Orientierungen im Idealfall zu Gunsten der Versorgungsnotwendigkeiten des Einzelfalls integriert werden sollten. Fallmanagement agiert damit entlang eines zeitlich definierbaren Versorgungsbedarfs kontinuierlich und koordiniert Hilfsangebote quer zu bestehenden Grenzen von Ämtern, Diensten und Einrichtungen. Von zentraler Bedeutung ist der Begriff der Versorgungskontinuität: orientiert an den Gegebenheiten des Einzelfalls werden geeignete Angebote ausgewählt, vermittelt und verbindlich gesteuert.

Fallmanagement umfasst damit alle Aktivitäten, durch die das Hilfesystem fallorientiert auf die Erfordernisse des Hilfeprozesses abgestimmt wird. Vertikal müssen zur Optimierung der Einzelfallhilfe potenziell mehrere Elemente (Beratung, Diagnostik, Hilfeplanung, Hilfe- oder Leistungssteuerung) kombiniert werden, um darüber eine Leistungskette zu realisieren. Horizontale Integration meint das Vorhandensein oder die Bereitstellung der jeweils benötigten Hilfen im Einzelfall. Diese kann nur realisiert werden, wenn über die Planung und Koordination eines auf die potenziellen Bedarfsfälle abgestimmten Angebots sichergestellt ist, dass auf geeignete Hilfen zeitnah zurückgegriffen werden kann, diese also auch tatsächlich und dauerhaft zur Verfügung stehen. Die Steuerung im Einzelfall wird also durch eine Angebotssteuerung ergänzt, die mehrere Strukturelemente integriert: Bedarfs- und Bestandsanalysen, Zielentwicklung sowie Planung, Koordination, Controlling und Evaluation (von Freyberg 2003, 105f.).

Dass es hierbei nicht lediglich um ein verbessertes Kostenmanagement sozialwirtschaftlicher Organisationen geht, sondern die Steuerung und Standardisierung der Berufsvollzüge in Angriff genommen wird, lässt sich wiederum mit einem Blick auf das in punkto Ökonomisierung schon weiter fortgeschrittene Gesundheitswesen verdeutlichen. Das dort angestrebte Ziel der Leistungssteuerung ist ein Gesamtsystem der zentral-dezentralen Steuerung der wichtigsten Leistungsparameter und damit der ärztlichen Entscheidungen über die Aufnahme, Behandlung, Verlegung oder Entlassung von Patienten. Ausgangspunkt der Leistungssteuerung ist die Budgetvereinbarung, und daraus wiederum vor allem die Vereinbarung über Belegung, Fallzahlen und Abteilungsbudgets (Fallpauschalensystem der DRG (Diagnosis Related Groups)). Um am Jahresende eine „Punktlandung“ zu erreichen, werden die angestrebten Leistungszahlen im Rahmen einer sogenannten Leistungsplanung auf die einzelnen Fachabteilungen heruntergebrochen. Die sich daraus ergebenden Leistungsmengen bilden für die Ärzte einen zunehmend wichtiger werdenden Handlungsrahmen.

Dass das Ziel der Kostenkontrolle für sich genommen für professionelles Handeln keinen vernünftigen Bezugspunkt darstellen kann, lässt sich mit Blick auf die Wirkungen, die die neue

Leistungssteuerung im Gesundheitswesen erzeugt, leicht erkennen: der Zwang zur Risikoselektion (z. B. durch die Auswahl von weniger risikobehafteten (komplikationsgefährdeten) Patienten bzw. eine von Kostengesichtspunkten dominierten, eher „konservativen" Behandlung), zur Reduzierung der Leistungsqualität unter Kosten-Erlös-Gesichtspunkten – die viel zitierte frühzeitige, „blutige" Entlassung – wird durch die Implementierung eines fallpauschalierten Abrechnungssystem herausgefordert und zum integralen Bestandteil, zur Basis der ärztlichen Berufspraxis (Buestrich / Finke / Latorre 2005).

Die Übertragung dieses Modells der Leistungssteuerung auf den Bereich der sozialen Arbeit ist mit der Reform der arbeitsmarktpolitischen Instrumente in Folge der Hartz-Gesetzgebung ein gutes Stück vorangekommen. Auch hier werden Instrumente der fallbezogenen Leistungskoordinierung und -steuerung (z. B. im Rahmen der sogenannten Eingliederungsvereinbarung nach § 15 SGB II) eingesetzt und mittels Profiling- und Assessmentverfahren Daten generiert und abgeglichen, die zu passgenauen Integrationsstrategien genutzt werden sollen.

Dabei erweist sich die Herstellung einer „integrierten Versorgung bei Nutzung formeller und informeller Ressourcen", die euphorisch als Ziel der Fallsteuerung angegeben wird, in hohem Maße abhängig von den politischen und administrativen Rahmenbedingungen, in die das Fallmanagement eingebunden ist. Die Datenerhebung im Rahmen der Controlling-, Benchmarking- und Evaluationsverfahren dient nicht mehr der Ermittlung der sozialpolitischen Wirksamkeit dieser oder jener Handlungslogiken, sondern misst die Effizienz der Verfahren, die im Sinne der Produktlogik als angemessen politisch-administrative Problembearbeitung definiert wurden.

Durch die Trennung der sozialpolitischen Ziele und Zwecksetzungen von den in der Alltagspraxis erzeugten Wirkungen sozialer Interventionen kann dann in der Wirkungsmessung durchaus auch anschaulich gemacht werden, welche selektiven Effekte soziale Interventionen auslösen. Dazu ist es nur notwendig, das ihnen zugrundeliegende Programm bzw. Gesetz als Teil eines erweiterten Hilfesystems zu begreifen, das eigentlich der sozialpolitischen Zielsetzung folgt, jedermann in den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren.

An diesem Beispiel lässt sich die Logik, die zur Aufwertung des Fallmanagement führt, deutlich nachvollziehen: Die sozialpolitischen Veränderungen auf der Makroebene ziehen Veränderungen auf der Mesoebene der Leistungsorganisation durch die sozialen Dienste nach sich und verändern deren Organisationslogik. Damit einher gehen auch auf der Mikroebene, auf der Ebene der konkreten Dienstleistungserbringung in der Klienteninteraktion gravierende Veränderungen, denn die Arbeit der Professionellen mit den Klienten wird spürbar normiert und einem neuen, dem sozialen Dienstleistungssektor bislang unbekannten Mikromanagement unterworfen, was letztlich zu einem Wandel der Interaktionslogik bzw. Professionslogik führen muss.

Die sozialen Berufe sollen dabei nicht nur wie bislang Klienten betreuen und sozial integrieren, sondern auch einen Beitrag zur Lösung der Funktionsprobleme der Transfer- und Finanzierungssysteme leisten, was nachhaltige Konsequenzen für die Ziele und Standards professionellen Handelns hat. Die damit einhergehende Ersetzung professioneller Selbststeuerung und einzelfallbezogener Expertise durch standardisierte Assessment- und Diagnosebögen, Praxismanuals, Risikotabellen, Ist-Soll-Vergleiche und Benchmarking-Verfahren zielt auf eine Standardisierung der Interventionsbasis und kann – wie das Beispiel der Arbeitsverwaltung zeigt –

auch bzw. gerade mit sozialarbeitsfremden (Verwaltungs-)Kräften durchgeführt werden, weil die von den Programmgestaltern geplante und intendierte Wirkungskette erfordert, dass zuallererst „personale Faktoren des Programmpersonals“ in den Programmsettings eleminiert werden (Ziegler 2005).

5.4 Schlussbemerkung: die sozialpolitische Logik des Fallmanagements führt notwendigerweise zum organisationalen Change Management

In den Sozialen Diensten zeichnen sich im Rahmen der beschriebenen Entwicklung zwei Tendenzen ab: Zum einen werden auf Grund der fiskalischen Orientierung der neuen Sozialpolitik Projekte und Programme gekürzt oder ganz eingestellt, weil bzw. insofern sie ihren sozialpolitischen und ökonomischen „Mehrwert“ nicht entsprechend darstellen können. Reduzierungen der Sozialausgaben und Haushaltskonsolidierung gehen dabei nicht nur zu Lasten der Leistungsempfänger, sondern treffen auch die Leistungserbringer, die sich angesichts der angeblichen Bedeutung der veränderten Sozialpolitik fragen, warum ihr Engagement nicht als Investition verstanden wird und warum ihre Arbeit im Sozial-, Bildungs- und Erziehungsbereich (also dem eigentlichen Kernbereich investiver Sozialpolitik) offenbar immer weniger benötigt wird und dem Staat auch zunehmend weniger wert ist (zu den darüber induzierten gravierenden Veränderungen z. B. im Bereich (der Träger) der beruflichen Weiterbildung vgl. ausführlich Buestrich 2003).

Die zweite beobachtbare Tendenz betrifft den nicht zu übersehenden Umbau der verbleibenden sozialen Dienste und die Umprogrammierung der sozialen Profession auf „Beschäftigungsfähigkeit“. Auch die Soziale Arbeit soll ihren Beitrag zur „aktivierenden Wiedereingliederung“ von Arbeitslosen und Sozialhilfeempfängern leisten. Sozial Schwache und Marginalisierte (also diejenigen, die künftig in den Regelungsbereich des neuen SGB XII fallen) sollen sich – möglichst durch irgendeine Erwerbsarbeit – von sozialstaatlichen Transferzahlungen unabhängig machen, zumindest aber zu – dann auch unentgeltlichem – „gesellschaftlichem Engagement“ aktiviert werden. Sozialarbeiterische Interventionen haben sich in Folge des veränderten sozialpolitischen Leitbilds also nicht nur ökonomisch zu legitimieren (Bossong 2003), sie werden auch in zunehmendem Maße (z. B. im Rahmen von „workfare“) mit Gemeinwohlinteressen begründet. Hilfeempfänger werden in Folge dessen – im eigenen Interesse – zu bestimmten Verhaltensweisen „angehalten“, wodurch ganz im Sinne des Empowerment-Gedankens langfristig auch das Gemeinwohl befördert werde.

Für das methodische Handeln im Sozialsektor stellt sich unter den Bedingungen eines budgetierten und auf Wettbewerb ausgerichteten Organisationshandelns der „Fall“ in erster Linie als ein Problem sachgerechten Managements dar, bei dem strukturelle Ursachen von Problemen oder die subjektive „Sinnhaftigkeit“ der Lebensführung keine vorrangige Rolle mehr spielen, weil davon ausgegangen wird, dass Verhaltensweisen und Lebensstile zu einem nicht unerheblichen Teil Ursache von Problemlagen sind (diese Sichtweise wird mit dem Grundsatz des

„Forderns und Förderns“ auch sozialrechtlich festgeschrieben), die zudem leichter als die „Verhältnisse“ für Interventionsprogramme zugänglich sind.

Achim Trube weist darauf hin, dass sich aus dieser neuen Sozialstaatslogik heraus zwangsläufig die Notwendigkeit eines Change Managements ergibt: „Case Management in diesem Sinne ist dann durchaus ein Instrument des Change Managements, wobei allerdings der absehbare Wandel nicht – wie im Konzept ausgewiesen – auf der Einbindung der Menschen in das System oder die Schaffung von Vertrauenskapital bzw. Netzwerkentwicklungen fußt, sondern Exklusion und Marginalisierung, statt Integration erzeugt. Diese Entwicklung der Systematisierung und Semiprofessionalisierung Sozialer Arbeit im aktivierenden Case Management erinnert entfernt an den berühmten Zauberlehrling, der jene Geister, die er rief, d. h. hier die Methoden modernen Managements, nicht in der Lage ist, auch wieder einzufangen, weil die Regie des wohlfahrtsstaatlichen Change Managements in anderen Händen liegt.“ (Trube 2005, 51).

Die Organisationen des Sozial- und Gesundheitssektors unternehmen gegenwärtig enorme Anstrengungen, um sich an die veränderten sozialpolitischen Rahmenbedingungen anzupassen (Dahme / Kühnlein / Wohlfahrt 2005). Die Anwendung von Methoden des strategischen und fallbezogenen Managements soll ihnen dabei innerhalb zunehmend restriktiver finanzierter Versorgungssysteme Wettbewerbsvorteile gegenüber den Konkurrenten sichern. Die zunehmenden Selektivitäten einer „bedarfsbezogenen“ Versorgung müssen – so stellt sich für sie der Zwang zum Change Management dar – durch Strategien der Vernetzung, der Aktivierung und Effizienzsteigerung „kompensiert“ werden.

Die seit einigen Jahren zu beobachtenden Anstrengungen, den sozialen Dienstleistungssektor mittels Rückgriff auf das Wettbewerbsmodell neu zu organisieren, ist dabei (noch) nicht in allen Teilsektoren gleich weit fortgeschritten: Gesetzlich abgesicherte Privilegierungen z. B. der kirchlichen Dienstleistungserbringer, Korporatismus und der traditionelle Modus der Zuwendungsfinanzierung sind nicht überall und im gleichen Maße außer Kraft gesetzt.

Die sich in der allerorts zur beobachtenden Budgetierung ausdrückende Verknappung öffentlicher Mittel der Finanzierung sozialstaatlicher Dienstleistungen ist somit kein vorübergehendes Phänomen angesichts einer nur momentan prekären Haushaltslage. „Knappheit“ wird mittels Budgetierung sozialstaatlich als allgemeingültiger Tatbestand konstituiert und die komplementäre Effizienzsteigerung der sozialstaatlichen Versorgungssysteme ist folgerichtig dauerhaft notwendig zu ihrer Bewirtschaftung.

Alle Aspekte der neuen wettbewerblichen Rahmenordnung (Kundenorientierung, Qualitätssicherung, Konsumentensouveränität etc.) sind demnach nur relativ bestimmbar. Sie können nur in dem Maße umgesetzt und verwirklicht werden, wie öffentliche Finanzmittel zur Verfügung stehen. Da diese ab- und nicht zunehmen, bedarf es eines organisationalen Change Managements, das die Angebotsträger im Sozialsektor in die Lage versetzt, flexibel (und das heißt immer auch: fallbezogen) den Konsumenten bzw. Nachfrager durch die Klippen eines zunehmend selektiv organisierten Versorgungssystems zu schleusen.

Dass sich auf diesem Weg für die Betroffenen (wenn sie nicht über die entsprechende private Zahlungsfähigkeit verfügen) eine zunehmend unsichere und prekäre Versorgung mit gesundheitlichen und sozialen Diensten durchsetzt, stellt sich als das fachliche Problem eines qualitativ anspruchsvollen Fallmanagements dar. Ob das traditionelle Methodenarsenal der Sozialen

Arbeit hierbei ausreichende Hilfestellung bietet und damit die erwarteten Erfolge liefern kann, ist in Anbetracht der extern gesetzten, von der Profession nicht zu beeinflussenden Rahmenbedingungen zu bezweifeln. Es steht zu befürchten, dass soziale Dienstleistungsorganisationen im Rahmen des Change Managements nichts übrig bleibt, als sich diesen Bedingungen aus Gründen ihrer wirtschaftlichen Überlebensfähigkeit bedingungslos anzupassen.

Literatur

Bieker, R. 2004: Neue Kommunalverwaltung. Weinheim.

Blanke, B. u. a. (Hrsg.), 2005: Handbuch zur Verwaltungsreform (3. Auflage). Wiesbaden.

Buestrich, M. 2003: Marktbereinigung. Veränderungen im öffentlich finanzierten Weiterbildungssektor im Zuge der Umsetzung von Hartz I und II. In: Neue Praxis, Nr. 6, 558-569.

Buestrich, M. / Finke, F. / Latorre, F. 2005: Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung. Möglichkeiten präventiver Arbeitsförderung im Klinikbereich. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, Nr. 3-4, 31-42.

Buestrich, M. / Wohlfahrt, N. 2005: Casemanagement in der Beschäftigungsförderung? Zur sozialpolitischen Logik und Modernität einer Methode der Sozialen Arbeit. In: Neue Praxis, Nr. 4, 307-324.

Dahme, H.J. / Wohlfahrt, N. (Hrsg.) 2005: Aktivierende Soziale Arbeit; Theorie – Handlungsfelder – Praxis, Baltmannsweiler.

Dahme; H. J. / Kühnlein, G. / Wohlfahrt, N. 2005: Zwischen Wettbewerb und Subsidiarität. Wohlfahrtsverbände unterwegs in die Sozialwirtschaft. Berlin.

Freyberg, T. v. 2003: Fördern und Fordern (Teil 2: Hilfe zur Arbeit oder Arbeitszwang?). In Widersprüche, Nr. 89, 93-113.

Giddens, A. 1997: Jenseits von Links und Rechts. Die Zukunft radikaler Demokratie. Frankfurt / M.

Krölls, A. 2000: Die Ökonomisierung der Sozialarbeit. In: Lindenberg, M. (Hrsg.): Von der Sorge zur Härte. Bielefeld, 55-89.

Kühn, D. 1999: Die Reform der öffentlichen Verwaltung. Das Neue Steuerungsmodell in der kommunalen Sozialverwaltung. Köln.

MWA-NRW 2004: Ministerium für Wirtschaft und Arbeit, Kompendium Arbeitsmarktpolitik, Berlin.

Neumann, V. 2003: Raum ohne Rechte? Zur Rezeption von Sozialraumkonzeptionen durch die Sozialpolitik, in: Recht der sozialen Einrichtungen und Dienste, H. X, 30-46.

Nullmeier, F. 2004: Spannungs- und Konfliktlinien im Sozialstaat. In: Frech, S. u. a. (Hrsg.): Der Sozialstatt. Reform, Umbau, Abbau? Schwalbach, 43-58.

Otto, H.U. / Ziegler, H. 2004: Sozialraum und sozialer Ausschluss. In: neue praxis, H. 2, 117-135.

Schmidt-Grunert, M. 1996: Die „BWL-isierung“ als Hoffnungsträger der Sozialen Arbeit: eine unangemessene und unrealistische Einschätzung des „gesellschaftlichen Ansehens“ der Sozialen Arbeit. In: Sozialmagazin, Nr. 4, 30-43.

Schönig, W. 2004: Transformation des Sozialstaats – Herausforderungen an die Soziale Arbeit. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, H. 3, 4-10.

Trube, A. / Wohlfahrt, N. 2001a: „Der aktivierende Sozialstaat“. Sozialpolitik zwischen Individualisierung und einer neuen politischen Ökonomie der inneren Sicherheit. In: WSI-Mitteilungen, Nr. 1, 27-36.

Trube, A. / Wohlfahrt, N. 2001b: Der aktivierende Sozialstaat: Konzept und Konsequenzen einer veränderten Sozialpolitik. In: Nachrichtendienst des deutschen Vereins, Nr. 3, 82-86.

Trube, A. 2005: Case Management als Change Management? Zur ambivalenten Professionalisierung Sozialer Arbeit im aktivierenden Sozialstaat. In: Brinkmann, V. (Hrsg.) 2005: Change Management in der Sozialwirtschaft. Wiesbaden.

Ziegler, H. 2005: Evidenzbasierte Soziale Arbeit, Manuskript, Bielefeld.

Autoren

Prof. Dr. Michael Buestrich lehrt an der Evangelischen Fachhochschule Bochum, FB Soziale Arbeit, Verwaltung und Sozialmanagement.

Prof. Dr. Norbert Wohlfahrt lehrt an der Evangelischen Fachhochschule Bochum Sozialmanagement, Verwaltung und Organisation und ist dort Dekan des Fachbereichs Soziale Arbeit.

Ingrid Gissel-Palkovich

6 Case Management

Chancen und Risiken für die Soziale Arbeit und Aspekte seiner Implementierung in soziale Organisationen

Case Management wird als Methode[1] im Rahmen der Sozialen Arbeit in Deutschland seit Ende der 80er Jahre rezipiert (ausführlich Wendt 1995 und 2001; Löcherbach u. a. 2002; Neuffer 2002; van Riet / Wouters 2002). In jüngster Zeit hat es im Rahmen der Zusammenlegung der Arbeitslosenhilfe und der Sozialhilfe (Sozialgesetzbuch II) zunehmende Bedeutung und öffentliche Aufmerksamkeit erlangt. So führt der Gesetzgeber in seiner Begründung zum Sozialgesetzbuch II (SGB II) den Begriff des Fallmanagers ein (BT-Dr. 15/1516, 54) und orientierungsgebende Publikationen nehmen Bezug auf den Begriff und die Methode des „Case Managements". Beispielsweise definiert die Bertelsmann Stiftung (2002, 8): „Fallmanagement (hier gebraucht als deutsche Fassung des angelsächsischen Begriffs ‚case management') ist eine besondere Konzeption und Technik der Vermittlung sozialer Dienste und der Gestaltung sozialer Arbeit". Der Deutsche Verein (2004) führt aus: „Vor dem Hintergrund wissenschaftlich evaluierter Erfahrungen aus den USA, Großbritannien und der Bundesrepublik (u. a. Projekt des Landes NRW 1999) sind große Parallelen zwischen dem in der Gesetzesbegründung zum § 14 SGB II erwähnten ‚Fallmanagement' und dem Konzept des ‚Case Managements' festzustellen". Nach dem Ministerium für Wirtschaft und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (2003, 3f.) ist „Fallmanagement" als eine Spezifikation des Handlungskonzeptes Case Management für das Arbeitsfeld der Beschäftigungsförderung anzusehen.[2] Damit wird ein Handlungsansatz der bisher vorwiegend in der Sozialen Arbeit Anwendung fand, in das Feld der Beschäftigungsförderung eingeführt und gelangt in die öffentliche Diskussion.

Während Case Management in der Sozialen Arbeit bisher weitestgehend aus den eigenen Reihen heraus als Methode für die Fallbearbeitung (Mikroebene) bzw. als Systemsteuerungskonzept (Mesoebene) Interesse gefunden hat, wird seine Einführung in das Arbeitsfeld der Beschäftigungsförderung durch den Gesetzgeber nahegelegt. Case Management wird damit für einen bedeutenden arbeitsmarkt- und sozialpolitischen Bereich quasi als politischer Auftrag formuliert und als sozialpolitisches Steuerungsinstrument (Makroebene) implementiert. Diese Ent-

---

[1] Methoden werden als Handlungskonzepte definiert, die ein mehr oder weniger systematisches Arbeiten gewährleisten. „Methoden der Sozialen Arbeit" sind Bestandteil sozialarbeiterischer / sozialpädagogischer Konzepte. (Zum Methodenbegriff und Rahmenbedingungen methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit siehe Galuske / Müller 2001; Galuske 2002, 11ff.).

[2] In diesem Sinne wird nachfolgend von „Case Management" gesprochen, wenn seine konzeptionelle Entwicklung und Umsetzung in sozialen Organisationen im Mittelpunkt steht und von „Fallmanagement", wenn das Feld der Beschäftigungsförderung gemeint ist.

wicklung zeigt eine Tendenz, die sich ebenso in Bereichen der Sozialen Arbeit wiederfinden lässt. So schreibt das Zuwanderungsgesetz seit dem 1.1.2005 vor, dass die Migrantenerstberatung im Rahmen des Case-Management-Ansatzes zu erfolgen hat. Festzustellen ist somit ein Bedeutungszuwachs von Case Management und eine Tendenz seiner Implementierung als sozialpolitischen Auftrag, der auch vor den Feldern der Sozialen Arbeit nicht Halt macht.

Damit erhalten Fragen nach den Möglichkeiten und Auswirkungen von Case Management im Kontext Sozialer Arbeit, seiner theoretischen und methodischen Ausgestaltung sowie seiner Implementierung in soziale Organisationen[3] aktuelle Evidenz. Die Reflexion von Case Management steht jedoch vor dem Problem, dass es *das* Case-Management-Konzept nicht gibt, sondern es sich um einen relativ offenen Ansatz handelt, der in den verschiedensten Bereichen einsetzbar ist, den Anwendern vielfältige Ausgestaltungsmöglichkeiten gibt und mit unterschiedlicher Zielsetzung und Reichweite (z. B. als ein auf die Einzelfallarbeit begrenztes Methodenkonzept oder als sozialpolitisches Steuerungsinstrument) betrieben werden kann. Entsprechend sind in der Literatur als auch in der Praxis die verschiedensten Formen zu finden, die immer wieder zu Klärungsbedarf führen und kritisch zu reflektieren sind. So äußert sich die Heterogenität der Case-Management-Ansätze beispielsweise in einer unterschiedlichen Betonung konzeptioneller Leitlinien und handlungsleitender Prinzipien (z. B. Effizienz, Empowerment), in abweichenden Phasenmodellen und Phasenbezeichnungen,[4] bis hin zu differierenden Schwerpunktsetzungen in der Frage von Case Management als eher Beratungs- oder Steuerungsansatz. Hinzu kommt, dass in der deutschsprachigen Literatur zum Case Management die Praxis- und Anwendungsebene, d. h. die Ebene der Instrumente und Techniken, oftmals wenig ausgearbeitet bleibt und es damit an orientierenden Elementen für die Ausgestaltung der konkreten Handlungsebene fehlt (vgl. Willener / Woodtly im Vorwort zu Riet / Wouters). Auch scheint die Übernahme des Begriffes „Case Management" in den deutschen Kontext bzw. seine deutsche Übersetzung „Fallmanagement" mehr Unklarheiten als Eindeutigkeiten geschaffen zu haben, da für den Fallbegriff unterschiedliche Verständnisweisen anzutreffen sind[5] (vgl. Hansen 2005, 107; Wendt 2002, 14; hierzu auch Flick 2000, 179).

Ein Schritt zu einem einheitlichen, qualitätssichernden Profil von Case Management ist mit den von der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit (DGS) u. a. entwickelten „Standards und Richtlinien für die Weiterbildung: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen" (www.case-manager.de) erfolgt. Mit ihnen werden Zulassungsvoraussetzungen, Inhalt und Um-

---

[3] Unter dem Begriff „Soziale Organisationen" werden staatliche (z. B. Jugendämter, Sozial- und Jugendverwaltungen) und private (z. B. Wohlfahrtsverbände, Jugendverbände) Organisationen erfasst, die als Träger der Sozialen Arbeit institutionell in die Trägerstruktur Sozialer Arbeit eingebettet sind und an die entsprechende Funktionserwartungen bestehen.

[4] In der Literatur und Praxis finden sich die verschiedensten Phasenmodelle wieder (z. B. Neuffer 2001; Riet / Wouters 2002). Trotz teilweise verschiedener Bezeichnungen der einzelnen Phasen und unterschiedlicher Ausdifferenzierung sind die mit den einzelnen Phasen verbundenen Inhalte jedoch ähnlich.

[5] Während im traditionellen Fallverständnis der Sozialen Arbeit der Begriff sich eher auf einen einzelnen Menschen bezieht, der durch verschiedene Definitions- und Zuschreibungsleistungen zu einem „Fall" wird, gehen klärende Interpretationen des Fallverständnisses im Case Management davon aus, dass der Fallbegriff sich auf eine problematische Gesamtsituation bezieht (vgl. Wendt 2002, 14 und 2004, 48).

fang für die Weiterbildung zu Case ManagerInnen beschrieben und durch eine entsprechende Zertifizierung der weiterbildenden Institute und der WeiterbildnerInnen versucht zu gewährleisten. Beispielsweise verweisen die Standards auf die ethische Dimension von Case Management und binden diese an die berufsethischen Grundsätze der ausführenden Professionen. Sie betonen explizit, dass Case Management eine Nutzerorientierung beinhaltet, die der Sicherung der Klienten- bzw. Patientenperspektive dient und eine ausschließlich ökonomische Orientierung gegen die Grundsätze des Case Management verstößt. Des Weiteren beziehen sie sich auf Inhalte des Fallmanagements und des Systemmanagements und definieren somit Case Management als Fall- und Systemsteuerungskonzept. Auch wenn diese Standards lediglich einen groben Rahmen für Weiterbildungsprogramme zur Case Managerin / zum Case Manager skizzieren, professionsübergreifend ausgerichtet sind und erhebliche Ausgestaltungsmöglichkeiten zulassen, sind damit verbindliche Inhalte von Case Management definiert, die nicht nur dem Weiterbildungssektor, sondern auch der Praxis in ihren Ausgestaltungs- und Umsetzungsbestrebungen Orientierung geben können.

Obwohl Case Management im Trend liegt, hält sich die Praxis jenseits der sozialpolitisch definierten Felder mit seiner Implementierung nach wie vor eher zurück. So stößt es zwar in den verschiedensten Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens schon seit längerer Zeit und zunehmend auf theoretisches Interesse, doch bleiben die Umsetzungsbestrebungen oftmals auf Modellprojekte begrenzt (vgl. die Anwendungsbeispiele in Löcherbach u. a. 2002.), finden sich lediglich Versatzstücke des Ansatzes in der Praxis wieder oder wird von Case Management gesprochen, aber traditionelle Einzelfallhilfe geleistet. Die Gründe für die zurückhaltende Implementierung liegen möglicherweise in den damit verbundenen Anforderungen an die Organisationen und Akteure. So ist eine angemessene und erfolgversprechende Einführung von Case Management mit erheblichen internen und externen Veränderungen der Organisations- und Kooperationsstrukturen und -kulturen verbunden. Des Weiteren erfordert es von einigen sozialpädagogischen Leitungs- und Fachkräften eine Abkehr von einem eher beraterisch-therapeutischen Selbstverständnis hin zu einem Selbstverständnis, das Managementanteile integriert. Hinzu kommt, dass es im deutschsprachigen Raum in Bezug auf Case Management noch an ausreichender Wirkungsforschung fehlt. So scheint bisher nicht geklärt, ob die mit dem Ansatz verbundenen Grundannahmen, wie eine Effizienz- und Effektivitätssteigerung, Erhöhung der subjektiven Zufriedenheit der NutzerInnen, Abbau von Defiziten bei den Adressaten, Erhöhung der MitarbeiterInnenzufriedenheit in den beteiligten Institutionen, empirischen Bestand haben.

Festzustellen ist somit, dass ein in der Sozialen Arbeit bisher eher moderat eingeführter, immer noch unzureichend wissenschaftlich ausgearbeiteter und erforschter, in vielfältiger Weise auslegbarer Methodenansatz innerhalb der Sozialen Arbeit und ihren nahen Arbeitsfeldern zunehmend Bedeutung erlangt und darüber hinaus die methodische Grundlage für eine der bisher gravierendsten sozialpolitischen Umsteuerungen in der Bundesrepublik Deutschland bildet.

Vor diesem Hintergrund ist es mehr denn je notwendig, die Möglichkeiten und Grenzen von Case Management für die Felder und die Organisationen Sozialer Arbeit auszuloten. Nachfolgend sollen im ersten Schritt Aspekte aufgezeigt werden, die darauf hinweisen, dass Case Management der sozialarbeiterischen Praxis methodische Unterstützung bei der Bewältigung der an sie gestellten Anforderungen, insbesondere der Bewältigung des Spagates zwischen gestiegenen Anforderungen und abnehmenden bzw. stagnierenden Ressourcen, geben kann. Im zweiten Schritt werden Faktoren herausgearbeitet, die bei seiner Anwendung in der Sozialen Arbeit

kritisch zu reflektieren sind, skizziert, dass ein nicht unerheblicher Konturierungs- und Weiterentwicklungsbedarf des Ansatzes im Sinne einer sozialarbeiterischen / sozialpädagogischen Profilbildung besteht und anschließend der Blick auf die Implementierung von Case Management in soziale Organisationen und damit verbundenen Maßnahmen der Organisationsentwicklung gelegt.

6.1 Case Management als Unterstützungskonzept für die sozialarbeiterische Praxis

6.1.1 Methodische Bewältigung von Fallkomplexität

Sozialarbeiterisches Handeln auf der Basis von Case Management ist insbesondere für Menschen mit umfassendem Unterstützungsbedarf angemessen und notwendig. Als eine Zielgruppe von Case Management werden beispielsweise Familien angesehen, die aufgrund ihrer multifaktoriell schwierigen Lebenssituation komplexe Unterstützung benötigen (z. B. Schuldenregulierung, Hilfen zur Erziehung, Ehe- und / bzw. Suchtberatung). Ziel ist es, mit und für den Adressaten soziale Unterstützung in koordinierter Weise zugänglich zu machen, d. h. aufeinander abgestimmte formelle und informelle Unterstützungsleistungen zu organisieren, deren Zusammenarbeit zu koordinieren, ihre Durchführung zu begleiten, zu überprüfen und auszuwerten. Dies erfolgt u. a. durch eine systematisierte Bedarfserhebung und -analyse (Assessment), durch Ziel- und Kontraktvereinbarungen.

Aufgrund gesellschaftlicher Veränderungsprozesse (z. B. Verarmungsprozesse) ist damit zu rechnen, dass die Anzahl der Menschen mit erhöhtem Unterstützungsbedarf weiter zunimmt. Für die Praxis der Sozialen Arbeit und ihre Akteure bedeutetet diese Entwicklung, neben steigenden Fallzahlen, eine Erhöhung der Komplexität der Fallbearbeitung und steigende Anforderungen an die Steuerung der Unterstützungsleistung(en). Die Praxis benötigt daher zukünftig verstärkt Handlungskonzepte wie Case Management, da diese ihr Handeln bei der Beratung und Begleitung von Menschen mit erhöhtem Unterstützungsbedarf methodisch fundieren. So beziehen sich komplexe Problem- und Aufgabenstellungen in der Sozialen Arbeit auf vieldeutige, nicht sofort erfassbare Situationen (vgl. Gissel-Palkovich 2001, 55 ff.), die nicht alleine von der einzelnen Fachkraft, sondern nur durch die Hinzuziehung anderer Unterstützungsleister, oftmals auch aus anderen Professionen (vgl. Galuske 2001, 36f.), bewältigt werden können: Umfangreiche Situationsanalysen werden notwendig, die unterschiedlichsten Institutionen und Personen sind in die Fallarbeit einzubeziehen, Kooperationsvereinbarungen sind zu treffen, auf die Einhaltung der Absprachen ist hinzuwirken und dabei sind die knappen Ressourcen effektiv und effizient einzusetzen. Sozialarbeiterische Handlungsfähigkeit kennzeichnet sich in diesen Situationen, neben dem Aushalten von „Ungewissheit“, u. a. durch die Reduktion von Komplexität durch Prioritätensetzung im Dialog mit den NutzerInnen und durch eine angemessene systematisierte Vorgehensweise. Durch Verfahrenselemente, wie Bedarfserhebung und -analyse (Assessment), durch Prioritätensetzung über Zielvereinbarungen, mit Hilfe von vertraglich geregelten Kooperationen und Netzwerkarbeit, kann Case Management die sozialarbeiterische Praxis bei der Bewältigung komplexer Fallbearbeitungen methodisch unterstützen.

6.1.2 Verbindung von Beratung *und* Management

Case Management verknüpft in einzigartiger Weise die methodischen Elemente personenbezogener Unterstützung und Hilfe mit Elementen des fallbezogenen Managements. So verbinden sich in seiner Verfahrensweise Teile der klassischen sozialen Einzelhilfe (z. B. Beratung, Fall- / Situationsanalysen / Diagnose) *mit* verbindlich anzuwendenden Elementen der Planung, Steuerung und Kontrolle von Hilfeprozessen (z. B. Zielvereinbarungen, Kontrakte, Netzwerkmanagement), ebenso wie fortlaufende Dokumentation und Qualitätssicherung (z. B. NutzerInnenbefragungen) integrale Bestandteile des Ansatzes sind. Damit erfolgt eine Verknüpfung zwischen sozialarbeiterischen Handlungsprinzipien und -formen und managerialen Steuerungselementen, die der Anforderung nach einer transparenten und effizienten Gestaltung von Hilfeprozessen entgegenkommt, ohne dass dabei sozialarbeiterische Leit- und Handlungsprinzipien und methodische Vorgehensweisen vernachlässigt werden.

6.1.3 Effektivitäts- und Effizienzorientierung

Case Management zielt auf eine effektive und effiziente Gestaltung der Hilfeleistung(en), die über eine Systematisierung der Verfahrensweise, durch Steuerung und Überprüfung der Hilfeprozesse und durch die Verknüpfung der Fall- und Systemebene erreicht werden soll. Damit verspricht es methodische Unterstützung bei der Bewältigung des Spagates zwischen der Zunahme der Fallzahlen, der Erhöhung der Komplexität der sozialen Aufgaben- und Problemstellungen und den stagnierenden bzw. abnehmenden (materiellen) Ressourcen. So ist es kein Zufall, dass es seit Ende der 80er / Anfang der 90er Jahre in der Sozialen Arbeit in Deutschland Beachtung findet (z. B. Wendt 1991). Zu diesem Zeitpunkt begann – bei gleichzeitiger Zunahme der Komplexität des Einzelfalls aufgrund gesellschaftlicher Entwicklungen (z. B. Individualisierungsprozesse) – die verstärkte Hinterfragung der sozialen Dienstleistungen bezüglich ihrer Effizienz und Effektivität sowie die zunehmende Anforderung der Öffentlichkeit an die Träger der Sozialen Arbeit und deren Akteure, ihre Leistungen entsprechend zu erbringen. Da Case Management auf Effizienz- und Effektivitätssteigerungen zielt, war und ist es kompatibel mit den sich daraus ergebenden sozialarbeiterischen Aufgaben und sozialpolitischen Zielen.

6.1.4 Verknüpfung der Einzelfallsteuerung mit der Systemsteuerung

Case Management beinhaltet eine enge systematische Verknüpfung der Einzelfallsteuerung mit der Systemsteuerung, die zum Beispiel durch Bedarfs- und Bestandanalysen, durch Angebotsplanung und -steuerung erfolgt. Case Management als Fall- und Systemsteuerungskonzept ernst genommen, zielt auf die Abstimmung der Angebots- und Versorgungsstruktur mit der Steuerung des Prozesses der Aufgabenbewältigung im Einzelfall. Damit wird die einzelfallbezogene Ebene verlassen und fallübergreifend die Verbesserung der Qualität der sozialen Infrastruktur zum Gegenstand und Ziel des Case Managements. Diese Verknüpfung wurde gerade in jüngster Zeit verstärkt herausgearbeitet (vgl. Wendt 2002, 13ff.; insbesondere Löcherbach u. a. 2002).

Für die Rolle und Funktion der im Einzelfall verantwortlichen Fachkraft bedeutet dies, dass ihr Arbeitsauftrag die Mitwirkung an der fallübergreifenden Angebotsplanung und -steuerung einbezieht. Neben der Koordination und Steuerung der im Einzelfall beteiligten sozialen Dienste bzw. anderer Beteiligten, nimmt sie fall- und organisationsübergreifende Aufgabe wahr. Case ManagerInnen in diesem Sinne bewegen sich im sozialen Netzwerk der Region. Sie besuchen Einrichtungen, halten Kontakte zu den leistungserbringenden Akteuren, nehmen an Regionalkonferenzen teil und bringen ihre Kenntnisse und Erkenntnisse in die fallübergreifende Planung ein. Die damit verbundenen Zielvorstellungen liegen in der Verbesserung der Qualität der Unterstützungsleistung(en) durch eine bedarfsorientierte, passgenaue, vernetzende Gestaltung der einzelfallbezogenen Ebene, der Sicherstellung der Versorgung der Menschen mit sozialen Dienstleistungen durch eine angemessene Angebotsstruktur und letztendlich in einem effizienteren Mitteleinsatz.

6.1.5 Stärkung der Eigenverantwortung und Selbstorganisation der NutzerInnen

Case Management ist ein aktivierender Ansatz. Er setzt an den Ressourcen der NutzerInnen an und stärkt, im Sinne des Empowerments (vgl. Herriger 2002, Stark 1996), die Beteiligung und Mitverantwortung der Adressaten. Auf der Einzelfallebene bedeutet Empowerment im Kontext von Case Management, die Selbstbefähigung des Menschen zu stärken, in dem im Rahmen einer gemeinsamen Suche mit dem Nutzer / der Nutzerin seine / ihre, auch verschütteten, Ressourcen wahrgenommen, aktiviert und stabilisiert werden. Dies erfolgt durch ermutigende und stärkende Beratung, durch Information, durch Einsatz von motivierenden Methoden bzw. Techniken. Ein Schwerpunkt der Stärkung der Eigenverantwortung der Nutzer liegt in der Förderung der Motivation, notwendige Leistungsangebote anzunehmen und gegebenenfalls einzufordern. Damit reiht es sich ein in Strategien und Methoden aktivierender Sozialer Arbeit (vgl. Dahme / Wohlfahrt 2002, 13).

6.2 Kritische Erfolgsfaktoren für die Implementierung von Case Management in die Soziale Arbeit und soziale Organisationen

Nachfolgend werden einige Aspekte skizziert, die bei der Einführung und Ausgestaltung von Case Management für Felder der Sozialen Arbeit und seiner Implementierung in soziale Organisationen als kritische Erfolgsfaktoren angesehen werden können. Darunter werden Faktoren verstanden, die bedeutsam dafür sind, dass Case Management den (ethischen) Prinzipien, den fachlichen Zielen und professionellen Standards, den Rahmenbedingungen und Handlungsrahmen Sozialer Arbeit entsprechen kann (vgl. Fachgruppe Case Management der DGS 2005), dementsprechend reflektiert und in Entscheidungen einbezogen werden müssen.

Es werden Erfahrungen und Untersuchungen aus anderen Arbeitsfeldern, explizit der Beschäftigungsförderung, einbezogen, da davon ausgegangen wird, dass die in diesen Arbeitsfeldern gewonnenen Erkenntnisse für die Weiterentwicklung von Case Management im Rahmen der Soziale Arbeit von Interesse sind. Außerdem steht dieser Bereich exemplarisch für die Einführung von Case-/Fallmanagement als Instrument sozialstaatlichen Wandelns und es ist davon auszugehen, dass die dort gemachten Erfahrungen bereichsübergreifend Einfluss nehmen.

6.2.1 Case Management als Instrument sozialpolitischen Wandels

Hintergrund des sozialpolitischen Auftrags der Implementierung von Case-/Fallmanagement im Rahmen des SGB II sind sozialstaatliche Veränderungen, die schon seit längerem unter dem Stichwort des „aktivierenden Sozialstaates“ in der Diskussion (exemplarisch Dahme 2003) sind. Damit verbunden ist ein „dreifaches Reformprojekt“, das auf die Neugestaltung sozialer Leistungen, auf die Neugestaltung der Verwaltung und auf die Neugestaltung des Verhältnisses zwischen Staat und Bürger gerichtet ist (vgl. Trube 2003, 335).

Dieser Wandel ist gekennzeichnet durch eine stärkere Betonung der Eigenverantwortlichkeit des Bürgers für seine Existenzsicherung und Lebensbewältigung, der Begrenzung sozialstaatlicher Leistungen nur auf die wirklich Bedürftigen, die Einführung von Kontraktmanagement auf der einzelfallbezogenen Leistungsebene sowie die verstärkte Einführung einer Forderungs- und Förderungskultur sowie Sanktionsinstrumentarien in den Bereitstellungs- und Verteilungskontext sozialer Dienstleistungen.

Da Case Management an den Ressourcen der NutzerInnen ansetzt, deren Beteiligung und Mitverantwortung stärkt und eine Effizienz- und Effektivitätssteigerung von Hilfeprozessen verspricht, eignet es sich hervorragend als ein Instrument des oben skizzierten paradigmatischen Wandels des Sozialstaates. Durch inhärente Merkmale, wie die Erschließung, Aktivierung und Optimierung der Ressourcen des Einzelnen, fördert es die Selbstverantwortlichkeit des Individuums und kann damit den Rückzug des Staates aus seiner Verantwortung für die Existenzsicherung und Lebensbewältigung seiner Bürger forcieren. Durch das Bemühen um eine effiziente Gestaltung von Hilfeprozessen wird die Einführung und Verfestigung ökonomischer Rationalitäten in den Erbringungskontext sozialer Dienstleistungen unterstützt. Durch Planungs- und Kontraktorientierung betont es die Rechte und Pflichten der Beteiligten, bindet sie an vertragsähnliche Verhältnisse und trägt so zu einer veränderten Verhältnisbestimmung zwischen Bürger und Staat bei. Aufgrund seines beratungsorientierten Einzelfallbezugs ermöglicht es pädagogische Einflussnahme, über die individuelle Veränderungsprozesse im Sinne der sozialpolitischen Zielsetzungen initiiert, verfolgt, kontrolliert und sanktioniert werden können.

Mit Case Management können somit veränderte sozialpolitische Zielsetzungen, Haltungen und Handlungslogiken in die sozialen Organisationen eingeführt werden, die mit den Begriffen der „Aktivierung und Optimierung“, des „Forderns und Förderns“ stichwortartig zu erfassen sind. Angesichts der damit verbundenen sozialstaatlichen Innovationsbestrebungen, ergeben sich damit Veränderungsprozesse, die in ihrer Sinnhaftigkeit und Ambivalenz für die Soziale Arbeit und ihre Adressaten ausgelotet werden müssen.

Wird die Gewährung und Ausgestaltung von sozialen Leistungen sozialpolitisch zunehmend in ein Instrumentarium des „Forderns und Förderns“, „ Aktivierens und Optimierens“ eingebettet, so wird dies nicht ohne Auswirkungen auf die Zielsetzungen und Bearbeitungsstrategien von sozialen Organisationen bleiben – insbesondere, da die Anerkennung der sozialpolitischen Zielsetzungen und eine entsprechende Ausgestaltung ihrer Leistungen oftmals entscheidend für ihre Berücksichtigung als Leistungserbringer und somit für ihre Existenzsicherung ist.

Bei der Auseinandersetzung mit Case Management und seiner Bedeutung für soziale Organisationen und deren Entwicklung müssen daher damit verbundene Widersprüche zwischen originären fachlichen Prinzipien und Zielen Sozialer Arbeit und sozialpolitischen Anforderungen ausgelotet, reflektiert und in das Handeln und Entscheiden einbezogen werden. Diese Herausforderung stellt sich an die in Fach- und Leitungsfunktionen in den Organisationen tätigen SozialarbeiterInnen / SozialpädagogenInnen. Sie sind einerseits den fachlichen Prinzipien ihrer Profession verpflichtet und andererseits aufgefordert, die sozialpolitisch intendierten Ziele und Bearbeitungsstrategien ihrer Organisationen zu verfolgen. Ihr Umgang mit dem (möglicherweise) dadurch entstehenden Spannungsfeld ist maßgeblich, für die Gewährleistung von Professionalität und Fachlichkeit Sozialer Arbeit in Zeiten sozialpolitischen Wandels. Gelingt es ihnen beispielsweise, die bei der Umsetzung von Case Management vorhandenen Gestaltungsräume im Sinne der Herstellung einer ausgewogenen Balance zwischen fachlichen Zielen (z. B. durch die Einbindung des Ansatzes in sozialpädagogische Konzepte) und ökonomisch-technokratischen Zielsetzungen (kurze Prozessdauer, Überregulierung des Verfahrens) umzusetzen, leisten sie hierzu einen Beitrag.

6.2.2 Zugang

Obwohl Case Management insbesondere für die Arbeit mit Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf angemessen erscheint, wird die Frage, welche Personengruppen Case Management erreichen soll, in der Praxis unterschiedlich definiert. Dies machen einschlägige Veröffentlichungen aus dem Feld der arbeitsmarktintegrativen Hilfen und der Beschäftigungsförderung deutlich. Für die Bertelsmann-Stiftung ist es eine „(...) nicht zu entscheidende Definitionsfrage, ob Fallmanagement *als ein neuer Weg der persönlichen Vermittlung von Hilfen* (kursiv i. O.) grundsätzlich jedem Klienten zugute kommen sollte, oder ob man den Begriff des Fallmanagements reservieren möchte für die Unterstützung jener Personen, die eine Vielzahl verschiedener Dienste und Angebote benötigen und überdies in ihrer Fähigkeit zu eigenständigem Handeln erheblich eingeschränkt sind (...)“ (2002, 14). Das Ministerium für Wirtschaft und Arbeit spricht hier eine deutlichere Sprache: „Nicht jede Person braucht Fallmanagement, aber einige wenige brauchen besonders intensiv Fallmanagement“ (2003, 5). Die Umsetzungspraxis des Fallmanagements im Rahmen des SGB II zeigt, dass einige Träger den „persönlichen Ansprechpartner“ mit „ Fallmanager“ gleichsetzen, der – laut Gesetzestext – jedem Anspruchsberechtigten zugewiesen werden soll (§ 14 SGB II).

Allerdings hat die Entscheidung, wer Zugang zum Case Management bzw. Fallmanagement erhalten soll, erhebliche Auswirkungen auf seine Qualität. Das vorgenannte Ministerium weist auf Untersuchungen aus den USA hin. Diese zeigen, dass die mit einem Case Management ohne Zugangsdifferenzierung verbundenen quantitativen und qualitativen Anforderungen zu

einer Überforderung der Case ManagerInnen führen, deren Bewältigung die Ausblendung der Komplexität von Problemlagen sowie eine nicht oder unzureichende Bearbeitung der Problemlagen zur Folge haben kann und ein derart „unterkomplexes Case Management" massive Segregationsprozesse fördert. Die Konsequenz daraus ist, dass einige US-Staaten neben dem „allgemeinen Case Management, das der Tätigkeit eines persönlichen Ansprechpartners nach dem SGB II entsprechen dürfte, ein spezialisiertes Case Management (z. B. für Suchtkranke, Frauen mit häuslicher Gewalterfahrungen) etablierten und diese Aufgabe Non-Profit-Organisationen übertrugen (Ministerium für Wirtschaft und Arbeit 2003, 2ff.).

Die in den USA gemachten Erfahrungen lassen sich auf die bundesdeutsche Landschaft übertragen, beispielsweise wenn im Kontext der Beschäftigungsförderung die Ausgliederung der Betreuung, Begleitung und Vermittlung von Menschen mit multiplen Problemstellungen aus den öffentlichen Trägerschaften angedacht wird (vgl. Klein / Langnickel 2004, 209). Gerade dort, wo keine Differenzierung der Zugangsgruppen erfolgt, stellt sich für die Akteure das massive Problem, wie angesichts der – noch dazu oftmals weit über den Planungszahlen liegenden – hohen Fallzahlen, die komplexen Aufgaben des Fallmanagements bewältigt werden sollen. Um dieses Dilemma zu überwinden, sind sie vor Ort gezwungen, Veränderungen vorzunehmen, die zu einer Ausdünnung des ursprünglichen Konzeptes führen, beispielsweise in dem die Fachkräfte formell oder informell aufgefordert werden, die Kunden bevorzugt zu berücksichtigen, bei denen ein Vermittlungserfolg wahrscheinlicher ist.

Bei der konzeptionellen Ausgestaltung und Umsetzung von Case Management in der Sozialen Arbeit ist daher zu berücksichtigen, dass *qualifiziertes* Case Management einen eingeschränkten Adressatenkreis notwendig macht. Der Anspruch Case Management quasi als Allroundmethode der sozialen Einzelhilfe für einen großen und nicht differenzierten Personenkreis anzubieten, entpuppt sich als fachlich problematisch, da er sich gegen die Zielsetzung einer Integration des Individuums wenden und Segregation bewirken kann.

6.2.3 Gewichtung als Beratungs- bzw. Fallsteuerungskonzept

Case Management ist durch seine Verknüpfung von Beratungs- und (Fall-)Steuerungselementen für die Soziale Arbeit besonders interessant. In der Umsetzungspraxis besteht jedoch die Gefahr, dass diese Verbindung vernachlässigt wird. So zeigen Untersuchungen im Rahmen der arbeitsmarktintegrativen Hilfen, dass eine Verschränkung beider Anteile auf der Fallebene und über die Fallebene hinaus von den Anwendern tendenziell eher weniger verfolgt wird. Vorherrschend sind Ansätze, die als (eher) beratungs- bzw. (eher) steuerungsorientiert zu klassifizieren sind (vgl. Kolbe / Reis 2005) und die wie folgt beschrieben werden können:

- Im Mittelpunkt von beratungsorientierten Ansätzen stehen die Beratung des Adressaten und die Bedarfsermittlung (Diagnose / Assessment). Entsprechend liegt der Fokus von Qualifizierungsmaßnahmen für die Fachkräfte auf der Herausbildung von Beratungs- und Diagnosekompetenz, die über Inhalte wie Gesprächsführung, Rollenklärung, Diagnosemodelle etc. vermittelt werden soll. Charakteristisch für beratungsorientiertes Fallmanagement ist, dass manageriale Elemente wie Planung, Zielvereinbarungen, Leistungssteuerung, Netzwerk-

management, wenig konturiert sind. Des Weiteren ist festzustellen, dass die Fallmanagerin / der Fallmanager über wenig Steuerungsmittel (beispielsweise Entscheidungskompetenzen über materielle Hilfen) verfügt, die Planungsebene und operative Ebene voneinander getrennt bzw. über Leitungsfunktionen verzahnt sind und dass Schnittstellen- / Kontraktmanagement (Zugangsregeln) eher rudimentär ausgebildet ist.

- Steuerungsorientierte Ansätze legen den Schwerpunkt auf die Planungs-, Steuerungs- und Kontrollelemente des Fallmanagements, oftmals zu Lasten der Beratungsfunktion. Charakteristisch für diese Schwerpunktsetzung ist beispielsweise, dass das Eingliederungsmanagement gut durchstrukturiert ist, die Schnittstellen durch entsprechende Kontrakte erfasst sind, so dass die Fallmanager und Fallmanagerinnen auf eine Reihe von verbindlichen Leistungserbringern- und -bedingungen zurückgreifen können und sie über Steuerungsmittel (z. B. materielle Entscheidungskompetenz) verfügen. Demgegenüber tritt die Beratung im Sinne einer intensiven persönlichen Hilfe in den Hintergrund. Diese Ausrichtung birgt damit die Gefahr, dass Menschen die eine intensive Beratung und Unterstützung benötigen, benachteiligt werden (vgl. Kolbe / Reis 2005, 65ff.). Damit steht diese Umsetzungsvariante im Widerspruch zu dem Ziel, Menschen mit intensivem Beratungs- und Unterstützungsbedarf zu integrieren und kann in ihrer grundlegenden Ausrichtung als technokratische Optimierungsstrategie verstanden werden.

Die Reduktion des Ansatzes in eine eher beratungs- bzw. steuerungsorientierte Umsetzungsvariante vernachlässigt jeweils ein charakteristisches Merkmal und innovatives Element von Case Management. Wie bereits angesprochen, bezieht sich Case Management gerade auf eine Verknüpfung zwischen Beratung / Assessment *mit* Elementen der Planung, Koordinierung, Überprüfung, beispielsweise des Netzwerkmanagements (zur Bedeutung und möglichen Problemen vgl. Klein / Mennemann 2005). In der damit verbundenen Verknüpfung von (eher) sozialarbeiterischen / sozialpädagogischen mit managerialen / steuernden Elementen in der Fallbearbeitung und über die Einzelfallebene hinaus liegt die innovative Kraft des Ansatzes. Case Management auf ein mit Managementanteilen angereichertes Beratungskonzept reduziert vernachlässigt die systematische und konsequente Verknüpfung von personenbezogener Beratung mit managerialen Steuerungselementen, die maßgeblich dafür verantwortlich ist, dass es als ein Handlungskonzept angesehen werden kann, welches sozialarbeiterische Handlungsfähigkeit auch in Zeiten knapper Kassen und hoher Fallanforderungen verspricht. Case Management, umgesetzt als steuerungslastige Variante, muss in seinen Auswirkungen für die Adressaten der Sozialen Arbeit kritisch gesehen werden.

Die Untersuchungen zum „Fallmanagement“ verweisen darauf, dass die Verknüpfung von Beratung und Fallsteuerung bei der konzeptionellen und organisationellen Ausgestaltung und Umsetzung von Case Management in der Sozialen Arbeit besonders beachtet werden muss.

6.2.4 Effizienzorientierung

Ein Ziel von Case Management ist die effiziente Steuerung von Hilfeprozessen. Bei der Implementierung von effizienzorientierten Konzepten in die Soziale Arbeit muss die Gefahr gesehen werden, dass ökonomische Rationalitäten in Konkurrenz zu sozialarbeiterischen Leitprinzipien treten können und die Definitionsmacht erhalten. So erscheint es aufgrund des in der Praxis bestehenden Kostendrucks eher gewagt darauf zu vertrauen, dass sozialarbeiterische / sozialpädagogische Elemente im Wettbewerbsfall nicht ökonomischen Rationalitäten (z. B. schnelle Vermittlung und Abschluss des Prozesses) untergeordnet werden. Klug verweist auf Erfahrungen aus den USA, wonach Case Manager als „Money Maker" bezeichnet werden (vgl. Klug 2002, 49). Diese Gefahr ist dem Handlungsansatz, unabhängig seines jeweiligen Anwendungsfeldes, inhärent. So wichtig die „Ächtung" der Dominanz von ökonomischen Paradigmen gegenüber den Bedürfnisse der NutzerInnen ist, beispielsweise wie sie im Rahmen der Standards zur Weiterbildung Case Management erfolgt, so fragil ist diese Forderung. Bei der Auseinandersetzung mit Case Management sowohl für seine Anwendung in der Sozialen Arbeit als auch in anderen Feldern, wie in der Beschäftigungsförderung, ist daher einzubeziehen, dass es die potenzielle Gefahr beinhaltet, als sozialtechnologische, kostensparende Optimierungsstrategie funktionalisiert zu werden (vgl. Galuske 2001, 200).

6.2.5 Anforderungen an die Organisationen und Auswirkungen auf die Trägerstrukturen und -kultur

Die Verknüpfung von personenbezogener Hilfe und Steuerungselemente im Fall und über die Fallebene hinaus, wie sie im Rahmen eines Case-Management-Ansatzes möglich und wünschenswert ist, stellt an die Organisationen erhebliche Veränderungsanforderungen. Case Management als Fall- und Systemsteuerung zu verstehen und umzusetzen, bedeutet – organisationsintern – den operativen Akteuren größere Entscheidungsspielräume einzuräumen, was sicherlich nicht zwangsläufig mit den oftmals in den Organisationen bestehenden Strukturen und Kulturen deckungsgleich ist. Vielleicht ist dies ein Grund, weshalb das Ministerium für Wirtschaft und Arbeit feststellen muss: „ In der Etablierung des Case Management als Handlungskonzept wird dieser einzelfallübergreifende Bereich gern übergangen und die Beteiligten konzentrieren sich aus unterschiedlichen Gründen auf den unmittelbaren einzelfallbezogenen Prozess" (2003, 69).

Eine weitere Veränderungsanforderung mit erheblichen Folgen lässt sich – organisationsübergreifend – dahingehend konstatieren, dass im Rahmen des Case Managements sowohl auf der Trägerebene als auch auf der Fallebene eine enge Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Trägern und deren Akteure zu erfolgen hat. Die Erfahrungen zeigen, dass die Erfüllung dieser Anforderung sich aufgrund differierender aufbau- bzw. ablauforganisatorischer Strukturen und Trägerkulturen, beispielsweise zwischen frei-gemeinnützigen und öffentlichen Trägern, zwischen Arbeitsagentur und Sozialverwaltung (vgl. Mäder / Schmidt 2005) und auf eher funktionale Abgrenzung gerichtetes Denken und Handeln der Akteure sich nicht immer unproblematisch gestaltet (vgl. Klein / Langnickel 2004, 207f.).

Hinzu kommt, dass der Case Management durchführende Träger, eine Steuerungsfunktion und damit auch eine Kontrollaufgabe gegenüber den im Einzelfall involvierten Leistungserbringer innehat, die durch Kontraktmanagement zu regeln ist. Damit erhält der Case Manager / die Case Managerin im System der Kooperationspartner eine exponierte Bedeutung, die aufgrund seines Auftrages notwendig ist, jedoch insbesondere dann, wenn der für das Case Management zuständige Träger auch Kostenträger ist (vgl. Hansen 2005, 111), kritisch reflektiert werden muss. Die Vorstellung, dass der Case Manager / die Case Managerin außerhalb des Konkurrenzgeschehens der beteiligten Akteure steht und neutral beraten kann (vgl. Klein / Mennemann 2005), erscheint angesichts der derzeitigen Trägerstrukturen eher wenig aussichtsreich.

Durch die Etablierung von Case Management wird somit eine Differenzierung und Funktionsteilung innerhalb der Trägerlandschaft unterstützt. Es werden neue Formen der Zusammenarbeit der beteiligten Akteure und deren Organisationen gefördert, neue Rollen und Funktionen bilden sich heraus, die für die Organisationen und die handelnden Akteure Veränderungen mit sich bringen, die u. a. durch neue Steuerungsmodalitäten (Kontrakte) geregelt werden müssen. Die Einführung von Case Management beeinflusst damit nicht alleine die konkrete einzelfallbezogene Handlungsweise, sondern verändert die bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen des Erbringungskontextes.

Für den Kontext der Sozialen Arbeit und dessen Trägerstruktur bedeutet die Etablierung von Case Management, dass es langfristig als ein Instrument der Veränderung der korporatistischen Struktur und Kultur der Trägerlandschaft in der Bundesrepublik Deutschland angesehen werden kann, weil damit neue Formen der Zusammenarbeit der beteiligten Akteure und deren Organisationen gefördert werden. Inwieweit es im Zusammenwirken mit bereits eingeführten neuen Instrumenten der Angebots-, Verteilungs- und Finanzsteuerung (z. B. Ausschreibungen, Fachleistungsstunde, Sozialraumteams- und -budgets) die bestehenden Traditionen sprengt (vgl. Hansen 2005, 120) oder lediglich aufweicht, wird die Zukunft zeigen (vgl. hierzu Merchel 2003, 208 ff.).

Zu reflektieren ist somit, dass durch die Implementierung von Case Management in soziale Organisationen nicht nur ein die Einzelfallarbeit qualifizierendes Handlungskonzept, sondern – Fall- und Systemsteuerungskonzept ernstgenommen – ein Instrument des Wandels der bestehenden Trägerstrukturen eingeführt wird, das in seinen Auswirkungen auch kritisch zu sehen ist.

6.2.6 Theoretische Einbindung

Wie bereits zu Beginn festgestellt, ist Case Management ein Ansatz der vielfältige Möglichkeiten der Ausgestaltung (z. B. Leitlinien, Ziele, Schwerpunktsetzung) bietet. In seiner relativen Offenheit und Neutralität liegt seine arbeitsfeld- und professionsübergreifende Anschlussfähigkeit, wie sie aktuell für den Bereich der Beschäftigungsförderung vollzogen wird, jedoch auch seine Problematik als Handlungs- und Systemsteuerungskonzept für die Soziale Arbeit. So können Innovations- und Handlungsanforderungen, die von der Sozialen Arbeit und ihren Akteuren aufgenommen werden, nicht wertneutral sein. Sie sind gebunden an angemessene Inhalte und Zielsetzungen. Diese sind u. a. Lebenswelt- und NutzerInnenorientierung, Empowerment, Ver-

meidung und Verringerung von Benachteiligung und Exklusion, Förderung von Demokratisierung und Partizipation. Die Gestaltung der Institutionen und das Handeln der Akteure auf der Grundlage eines Case-Management-Konzeptes haben diesen zentralen Leitprinzipien zu folgen.

In der Handlungstheorie steht hierfür der Begriff eines „integrativen Methodenverständnisses". Dieses knüpft die methodische Vorgehens- und Verfahrensweise an sozialarbeiterische / sozialpädagogische Konzepte und an dementsprechende Ziele, Menschenbilder und Rahmenbedingungen und grenzt sich damit von einem engen, technokratischen Methodenverständnis ab, das sich lediglich auf die Systematik einer Vorgehensweise bezieht (vgl. Galuske 2001, 20ff.). Soll somit Case Management dem Anspruch Sozialer Arbeit genügen, muss es demnach in entsprechende Theoriekonzepte eingebunden sein. Die hierbei leitenden theoretischen Konzepte können insbesondere Konzepte des Empowerments, der Lebensweltorientierung, dienstleistungstheoretische Ansätze und systemtheoretische / systemische Modelle sein, die verbunden werden mit Netzwerkarbeit / -management, Beratungselementen, berufsethischen Grundsätzen (vgl. hierzu insbesondere die Ausarbeitung von Neuffer 2002). Diese bestimmen den theoretischen Rahmen, innerhalb dessen Case Management im Einklang mit den Zielen und Intentionen Sozialer Arbeit erfolgt und der hier nur exemplarisch angedeutet werden kann: So verlangt Lebensweltorientierung beispielsweise ein Handeln, das sich an der „Eigensinnigkeit" der Problemsicht der AdressatInnen im Lebensfeld orientiert und neben der Niedrigschwelligkeit der Angebote und Transparenz der Prozesse ein kooperatives, grenzüberschreitendes Zusammenspiel unterschiedlicher Personen, Angebote und Ressourcen (ausführlich hierzu Thiersch 2000, 529ff.) fördert. Case Management unter lebensweltorientierten Gesichtspunkten zu gestalten, heißt daher, neben der (möglichst) niedrigschwelligen Gestaltung des Angebotes, die Selbstdefinition und Sichtweise der AdressatInnen, deren Selbstdeutung und Wahrnehmung einzubeziehen, ebenso, wie lebensweltnahe Verfahren zu integrieren.

Die Einbindung von Case Management in sozialarbeiterische / sozialpädagogische Konzepte erscheint angesichts der zunehmenden sozialpolitischen Tendenz der Verknüpfung zwischen Beratung / Förderung und Sanktionen, wie sie beispielsweise aktuell im Rahmen der Beschäftigungsförderung verfolgt wird, evident. Gerade, da Case Management durch kontraktmanageriale, aber auch kontrollierende Anteile, Forderungs- und Kontrollfunktion erfüllen kann, erhält die Frage des Ausbalancierens der fragilen Balance zwischen Hilfe / Kontrolle und Fordern / Fördern eine große Bedeutung. Dies verweist umso mehr auf die Notwendigkeit der konzeptionellen Einbindung von Case Management in Konzepte wie Empowerment, Lebensweltorientierung und (berufs-)ethische Konzepte, da diese die professionellen Akteure auf eine wertschätzende und auf die Selbstbestimmung des Individuums zielende Haltung (Menschenbild) sowie auf entsprechende Handlungsweisen (Methoden und Techniken) verpflichten und damit die Entwicklung eines ausgewogenen Verhältnisses zwischen Hilfe und Kontrolle / Fordern und Fördern unterstützen.

Allerdings ist festzustellen, dass die Integration von „Case Management" in entsprechende theoretische Konzepte und damit seine sozialarbeiterisch / sozialpädagogische Konturierung im Sinne eines integrierten Methodenverständnisses bisher erst ansatzweise erfolgt ist. Dort, wo eine Verbindung zwischen der Verfahrensweise des Case Managements und theoretisch-konzeptionellen Bezüge hergestellt wird, stehen diese noch eher unverbunden nebeneinander, ohne dass immer ersichtlich wird, welche konkrete Relevanz das jeweilige theoretische Konzept für

die Interpretation der Situation, der methodischen Vorgehensweise und Gestaltung des Hilfeprozesses hat.

Folgt man diesen Ausführungen, so besteht Weiterentwicklungsbedarf von Case Management. Anderenfalls kann eine technokratische Verkürzung die Gefahr beinhalten, dass es statt die gesellschaftliche Integration und Netzwerkentwicklung der Menschen zu fördern, Exklusion und Marginalisierung erzeugt (vgl. Trube 2003). Als ein Beispiel hierfür stehen die zuvor angesprochenen Ansätze, die einseitig steuerungsbezogen ausgerichtet sind und die Gefahr der Ausgrenzung von Menschen mit intensivem Beratungs- und Unterstützungsbedarf beinhalten.

Die Ausführungen zeigen, dass Case Management für die Praxis der Sozialen Arbeit Möglichkeiten beinhaltet, den Spagat zwischen gestiegenen Anforderungen bei gleichzeitig stagnierenden bzw. abnehmenden Ressourcen methodisch zu bewältigen und damit Handlungsfähigkeit zu bewahren. Ebenso kann es jedoch auch für eine sozialpolitische Entwicklung stehen, die immer mehr Verantwortung dem Individuum aufbürdet und staatliche Unterstützung zurückschraubt. Damit ist ein Spannungsbogen beschrieben, an dessen einem Ende Case Management aus fachlicher Perspektive als Handlungsstrategie zur Bewältigung neuer Anforderungen begrüßt und an dessen anderem Ende Case Management als sozialpolitische Umsteuerungsstrategie und als technokratisch verkürzender Handlungs- und Steuerungsansatz für Soziale Arbeit problematisiert werden kann.

Eine Entscheidung für oder gegen Case Management erscheint angesichts der bestehenden sozialpolitischen Entwicklungen, aber auch angesichts des in der Praxis zunehmenden Bedarfes an Konzepten für die Bewältigung von Komplexität und Effizienzanforderungen, eher theoretisch. Umso bedeutsamer wird es sein, wie Case Management zukünftig konzeptionell und methodisch konturiert ist (beispielsweise, welche Theoriebezüge, Leitprinzipien und professionelle Haltungen damit verbunden sind), wie seine Umsetzung in der Praxis sich gestaltet und welche Veränderungen es für die jeweiligen Organisationen mit sich bringt bzw. ermöglicht.

6.3 Case Management und Organisationsentwicklung

Wenn Case Management nicht auf ein mit Planungselementen angereichertes Beratungskonzept für die Einzelfallarbeit begrenzt wird, stellt es die Organisationen und Akteure vor erhebliche Veränderungsanforderungen. Vielleicht sind die damit verbundenen Herausforderungen ein Grund, weshalb eine konsequente Einführung von Case Management in soziale Organisationen auf der Handlungs- und Organisationsebene bisher eher schleppend erfolgt (zu Problemen der Umsetzung siehe Remmel-Faßbender 2002, 75ff.).

Case Management konsequent eingeführt erfordert einen Wandel innerhalb der Organisationen sowie ihrer externen Vernetzungen. So wird mit seiner Implementierung vielerorts eine Veränderung der organisationsinternen und externen Strukturen und Kulturen, des Qualifikations-

profils der Akteure (Personalentwicklung), des Führungsstils,[6] sowie die Notwendigkeit des Aufbaus eines systematischen Controllingsystems, das Überprüfung gewährleistet, jedoch Gestaltungs- und Entscheidungsspielräume lässt, verbunden sein. Daher benötigt Case Management Organisationsentwicklung. Dieser Zusammenhang ergibt sich aus der Komplexität des Ansatzes als Fall- und Systemsteuerung, der aufgrund seiner Vielschichtigkeit nicht auf einen direkten Anwendungsbereich begrenzt werden kann, sondern weitere Organisationsbereiche einbezieht (beispielsweise zentrale Planungseinheiten, wie die Sozial- und Jugendhilfeplanung).

Organisationsentwicklung wird verstanden als ein strategisch angelegter Veränderungsprozess, der sich auf Organisationsstrukturen und -prozesse, auf die Organisationskultur,[7] Leitbilder und Konzepte sowie auf die Akteure bezieht und dem Konzept einer lernenden Organisation folgt. Dies bedeutet, dass kollektive, organisationale Lernprozesse mit einer bestimmten Regelmäßigkeit auf Dauer stattfinden und institutionell (durch Instrumente, Methoden, Gewohnheiten, Regeln, u. a.) verankert sind. Die erheblichen außerorganisationellen Vernetzungsanforderungen im Rahmen von Case Management, machen es notwendig, dass Organisationsentwicklung nicht an den Organisationsgrenzen endet, sondern organisationsübergreifende Strukturen und Prozesse einbezieht (z. B. über Kontraktmanagement). Case Management verändert daher nicht alleine die internen Organisationsstrukturen und Arbeitsformen, sondern ebenso die externen Strukturen und Formen der Zusammenarbeit sowie – wie bereits angesprochen – das Verhältnis zwischen den Trägern Sozialer Arbeit, ohne dass hierauf im Rahmen der folgenden Ausführungen weiter eingegangen werden kann.

Nachfolgend wird der Frage nachgegangen, welche Anforderungen die Implementierung von Case Management in soziale Organisationen an Organisationsentwicklung stellt. Da sich der bisher umfassendste und öffentlich wirksamste Implementierungsprozess von Case Managementansätzen im Zuständigkeitsbereich des Sozialgesetzbuch II findet, werden die aus diesem Bereich vorliegenden Erfahrungen und Erkenntnisse auch an dieser Stelle in die Ausführungen einbezogen.

6.3.1 Case Management als Organisationselement

Case Management ist ein komplexer und hochkooperativer und -kommunikativer Prozess. Das Gelingen dieses Prozesses ist abhängig von seiner organisatorischen Einbindung, der Entwicklung angemessener, organisationsinterner und -externer Vernetzungsstrukturen und von der vorherrschenden Organisationskultur.

---

[6] Hierunter wird ein in den verschiedensten Situationen sinnvoll strukturiertes und konstantes Verhaltensmuster verstanden, das wesentlich durch eine persönliche Grundeinstellung (Grundhaltung) gegenüber den Mitarbeitern geprägt ist (vgl. Maelicke 2003, 515).

[7] „Organisationskultur“ stellt den in einer Organisation entwickelten Kanon von Werten und Normen, Verhaltensorientierungen, Vorstellungen über die Umwelt, Zeichen und Symbole dar. Sie lässt sich als eine Art gemeinsam akzeptierte Interpretation der Realität verstehen, die das Geschehen in einer Organisation nachhaltig, aber unsichtbar und oftmals schwer zu erfassen, beeinflusst.

Im Rahmen der Implementierung von Case Management in die Organisation ist zu klären, ob Case Management als spezialisierte eigenständige Funktion und Tätigkeit oder als Teilaufgabe im Rahmen eines Aufgabenfeldes innerorganisatorisch eingebunden sein soll. Das „Für und Wider" der Spezialisierung oder Generalisierung von Aufgabenbereiche der Sozialen Arbeit wird immer wieder diskutiert (z. B. für den ASD Greese u. a. 1996, 75). Die Entscheidung wird je nach Arbeitsfeld und Organisation unterschiedlich ausfallen, birgt in der Regel Vor- und Nachteile und stellt daher eher einen Kompromiss dar.

Erfahrungen aus den arbeitsmarktintegrativen Hilfen sprechen dafür, dass Case Management als spezialisierte Tätigkeit etabliert werden sollte (vgl. Ministerium für Wirtschaft und Arbeit 2003, 69). Zu bedenken ist, dass es aufgrund seiner Komplexität und hohen Anforderungen an die Akteure nur begrenzt „nebenher oder zwischendurch" geleistet werden kann. Soll es in seiner Bandbreite der Fall- und Angebotssteuerung umgesetzt werden, also über einen Methodenansatz hinausreichen, so benötigt es „Spezialisten" mit spezifischen Kenntnissen und Rahmenbedingungen, deren Einbindung in die traditionellen Aufgabenfelder bzw. konventionelle Fallarbeit möglicherweise aus fachlichen, als auch aus ökonomischen Gründen nicht sinnvoll ist. Analog zu den bereits angesprochenen Erfahrungen mit einem Case Management ohne Zugangsdifferenzierung, kann nicht-spezialisiertes Case Management eine „Verwässerung" und „Verflachung" des Case Managements bewirken, da keine ausschließliche fachliche Ausrichtung der Akteure auf und Identifikation mit dieser Tätigkeit erfolgen kann.

Soll Case Management als Teilaufgabe innerhalb des Aufgabenfeldes einer sozialpädagogischen Fachkraft erfolgen (beispielsweise neben formloser Beratung gemäß § 16 SGB VIII im Arbeitsfeld des Allgemeinen Sozialen Dienstes), erfordern Maßnahmen der Entsubjektivierung der Entscheidung für oder gegen einen Case-Management-Prozess besondere Beachtung, beispielsweise die Definition von klaren Kriterien und verbindlichen Regeln der Zugangssteuerung ebenso wie deren Überwachung und Kontrolle.

Dies führt zu einer weiteren wesentlichen Fragestellung im Kontext von Organisationsentwicklung. Welche Entscheidungs- und Gestaltungsspielräume werden den Case Managern bzw. Case Managerinnen zugestanden? Auch diese Frage wird organisations- und arbeitsfeldspezifisch zu beantworten sein. Bezogen auf den Bereich der arbeitsmarktintegrativen Hilfen stellt Reis (2005, 16) fest, dass „(...) mit der Einführung des Case Managements der Entscheidungs- und Gestaltungsspielraum der Mitarbeiter deutlich ausgedehnt (wurde)". Dieser Entscheidungs- und Gestaltungsgewinn stößt jedoch oftmals auf strukturelle Widerstände. So können – und das nicht nur in öffentlichen Verwaltungen – mehr oder weniger tradierte, starre, hierarchisch aufgebaute Organisationsstrukturen dem Aufbau eines flexiblen und prozessorientierten Case Managements und den unumgänglichen Handlungs- und Entscheidungsspielräumen der Case ManagerInnen im Wege stehen. Ebenso können teilweise schwierig zu erfassende Faktoren, wie organisationskulturelle bzw. atmosphärische Aspekte, die notwendige Autonomie der Case ManagerInnen negativ beeinflussen.

Die Herstellung eines ausgewogenen und angemessenen Verhältnisses zwischen der notwendigen Autonomie der im Case Management tätigen Fachkräfte sowie der notwendigen Kontrolle seitens der Organisation und ihren Führungkräften stellt sicherlich eine große Herausforderung für die Organisationsentwicklung dar. Gerade an der Frage der Kontrollierbarkeit von Case Management wird überdeutlich, dass Case Management quer zu herkömmlichen Organisations-

strukturen und -kulturen liegen kann und mit seiner Einführung vielerorts alte, vertraute Organisationsformen, Einstellungen und Haltungen überwunden werden müssen. So widerspricht es beispielsweise dem Kern von Case Management, wenn seitens der Bundesagentur für Arbeit in erheblichem Umfang dirigistisch (z. B. über Dienstanweisungen) in die Arbeit vor Ort eingewirkt wird. Dadurch entstehen quasi Parallelstrukturen, die sich gegenseitig behindern und oftmals widersinnig sind.

6.3.2 Case Management als Instrument der Gestaltung prozessorientierter Arbeitsstrukturen und interner Vernetzung

Case ManagerInnen haben es mit komplexen Problemstellungen zu tun und tragen eine hohe Fallverantwortung. Die Institutionalisierung von Gruppenstrukturen und die Einbindung der Case ManagerInnen in gruppenbezogene Arbeitsweisen ist ein wichtiger Faktor bei der Gewährleistung eines gelingenden Case Managements.

Es lassen sich zwei Typen gruppenbezogener Arbeitsorganisation unterscheiden:

- Gruppenarbeit als Form der Primärorganisation: Hierunter werden institutionalisierte Arbeitsgruppen, wie Teams,[8] verstanden, die dauerhaft eine Einheit bilden und ihre Aufgaben möglichst komplett und eigenverantwortlich durchführen, und
- Gruppenarbeit als Form der Sekundärorganisation: Dies bezieht sich auf Gruppen, die parallel zu der eigentlichen Primärorganisation verlaufen (z. B. kollegiale Beratungsgruppen, Projektgruppen).

Gruppenbezogene Arbeitsstrukturen und Arbeitsweisen, wie Teamarbeit, haben in den sozialen Organisationen eine lange Tradition. Sie beziehen sich beispielsweise auf die Arbeit mit den Adressaten (z. B. Gruppenarbeit im Jugendhaus, Elterngesprächsgruppen), auf Gruppenarbeit der Fachkräfte untereinander (Teams, Fallbesprechungen) oder auf interdisziplinäre Teamarbeit. Sie können auf Dauer angelegt oder auf einen bestimmten Zeitraum begrenzt sein. In den 70er Jahren waren sie als Bestandteil der Dezentralisierung Sozialer Dienste in der Diskussion. Bei den öffentlichen Trägern der Jugendhilfe sind sie durch die Anforderungen an das „Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte“ des Paragraphen 36 SGB VIII (Mitwirkung, Hilfeplan) ein wesentlicher Bestandteil sozialarbeiterischen Handelns und der Qualitätssicherung im Rahmen der Hilfen zur Erziehung. Des Weiteren hat die Verwaltungsreform und ihre Auswirkungen auf die frei-gemeinnützigen Trägern vielerorts zu Teamstrukturen geführt, in denen beispielsweise die verschiedensten Akteure aufgabenbezogen zusammenwirken (Matrixstruktur). Dabei beschränkt sich das Team nicht immer auf eine Berufsgruppe, sondern kann ebenso multiprofessionell zusammengesetzt sein (beispielsweise im Rahmen einer Jugend- und Sozialverwaltung

[8] Teams werden als eine institutionalisierte Arbeitsform definiert, deren Mitglieder unter Einsatz unterschiedlicher fachlicher und persönlicher Möglichkeiten und unter bewusster Beachtung bestimmter Regeln, regelmäßig und dauerhaft zusammenarbeiten (vgl. Deutscher Verein 1976).

durch Fachkräfte der wirtschaftlichen Jugend- und Sozialhilfe, des Allgemeinen Sozialen Dienstes, der Amtsvormundschaft).

Die Vorteile einer Teamstruktur gegenüber einer individualistischen Arbeitsorganisation liegen für das Case Management u. a. in einer effektiveren Bearbeitung komplexer Aufgaben- und Problemstellungen, in der Verkürzung von Abstimmungsprozessen und in der Nutzung der Kräfte und Möglichkeiten, die im Interaktionsprozess der Gruppe entstehen (Synergieeffekte). Funktionierende Teamarbeit trägt maßgeblich zur Qualität des Case Managements bei. Die Einbindung von Case Management in Teamstrukturen hat für die einzelne Fachkraft eine Entlastungsfunktion, da sie auf Austausch und Unterstützung „ihres" Teams zurückgreifen kann. Durch die engen Arbeitsbezüge und die interpersonale Zusammensetzung von Teams ergeben sich für die Case ManagerInnen vielfältige Möglichkeiten, auf die unterschiedlichen fachlichen und personalen Ressourcen ihrer Teamkollegen und -kolleginnen zurückgreifen zu können. Die Institutionalisierung von Teamstrukturen und anderen gruppenbezogenen Strukturen und Arbeitsweisen entspricht der Prozessualität und Komplexität von Case Management mit seinen Aufgaben- und Problemstellungen und ist Ausdruck einer prozessorientierten Organisation (vgl. Gissel-Palkovich 2002, 255ff.). Angesichts der sich verschärfenden Rahmenbedingungen (wie die Zunahme der Fallzahlen und Erhöhung der Fallkomplexität bei gleichzeitiger Verringerung bzw. Stagnation der Ressourcen) erhalten die mit gruppenbezogenen Arbeitsstrukturen und -weisen verbundenen Synergieeffekte und Entlastungsmöglichkeiten besondere Aktualität.

Teamarbeit ist unter anderem dadurch gekennzeichnet, dass sie in einen Regelkanon eingebunden ist. Im Rahmen von Organisationsentwicklung sind Regelungen, beispielsweise für den Abbruch eines Case-Management-Prozesses, die Übergabe an einen Kollegen oder einer Kollegin, für Fall- und Teambesprechungen, für die Informationsweitergabe an Dritte (z. B. Verschriftlichung und Verteilung von Team- und Fallprotokollen) zu entwickeln. Zu beachten ist dabei, dass Teams über ein hohes Maß an teaminternen Überprüfungs- und Kontrollprozessen, wie Absprachen und Abstimmungen innerhalb des Teams, und reflexive Verfahren, wie kollegiale Beratung, Teamsupervision, verfügen. Intervenieren und Kontrollieren von „Außen" ist daher nur begrenzt möglich und sinnvoll. Die notwendige „Kontrolle" und Gewährleistung erfolgt über die mit dem Team entwickelten und abgestimmten Teamregeln, sowie über die Vereinbarung von Zielen und Überprüfung der Zielerreichung.

So begrüßenswert die Vorteile von Teamarbeit für ein qualifiziertes Case Management sind, so wenig darf dabei verkannt werden, welche organisationellen, methodischen und personalen Anforderungen damit verbunden sind. Auch wenn das Arbeitsprinzip der Teamarbeit, schon seit langer Zeit ein wichtiger Bestandteil Sozialer Arbeit ist (vgl. z. B. Deutscher Verein 1976), kann nicht von vornherein davon ausgegangen werden, dass jedes Team konstruktiv zusammenarbeitet, zumal immer noch viele SozialarbeiterInnen, aber auch Angehörige anderer Berufsgruppen eher EinzelkämpferInnen sind.

Neben den bisher beschriebenen Herausforderungen kommt bei multiprofessionellen Teams hinzu, dass dort Fachkräfte mit unterschiedlichen Berufskulturen, Erklärungs- und Handlungsmodellen zusammentreffen und eng kooperieren müssen. So kann nicht vorausgesetzt werden, dass sozialarbeiterische Erklärungsmodelle und Handlungskonzepte den Verwaltungsfachkräften geläufig sind, sofort nachvollzogen und eingeordnet werden können (beispielsweise ist das für SozialarbeiterInnen gängige Reflexionsinstrument der Supervision ihren Verwaltungs-

kollegInnen oftmals eher unbekannt), ebenso wenig, wie den SozialarbeiterInnen spezifische verwaltungstechnische Zusammenhänge geläufig sein müssen. Für die jeweilige Profession entsteht hierbei ein erhöhter Erklärungs- und Begründungsbedarf einerseits gegenüber den professionsfremden Kollegen und Kolleginnen und dort – wo es sich um fachfremde Leitungen handelt – gegenüber den eigenen Vorgesetzten. Teambildung und Teamarbeit bedarf im Rahmen von Organisationsentwicklung besonderer Beachtung und ist, z. B. durch kontinuierliche Teamsupervision, unterstützend zu begleiten.

Neben der Entwicklung einer für Case Management angemessenen Primärstruktur ist ein weiteres wichtiges Element von Organisationsentwicklung der Auf- bzw. Ausbau einer adäquaten *Sekundärstruktur.* Diese bezieht sich beispielsweise auf Strukturen, die den Case ManagerInnen Reflexivität und die Kontrollierbarkeit ihres Handelns ermöglichen. Neben eher spontanen kollegialen Gesprächen und institutionalisierten Dienst- bzw. Teambesprechungen, müssen dies insbesondere kollegiale Beratungsstrukturen sein, die innerhalb der Primärorganisation aufzubauen und methodisch zu füllen sind. Kollegiale Beratung in diesem Sinne bezieht sich auf institutionalisierte, d. h. verbindliche, in ihrem Rahmen (Zeit, Ort, Teilnehmer) definierte Beratungsgruppen, die auf der Basis einer anerkannten methodischen Vorgehensweise, unter wechselnder Moderation durch die TeilnehmerInnen, sich bei Arbeitsproblemen beraten (Tietze 2003; Herwig-Lempp 2004). Die Etablierung und Ausgestaltung kollegialer Beratung sollte im Rahmen von Organisationsentwicklung berücksichtigt werden. Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass eine dauerhafte Etablierung kollegialer Beratung maßgeblich von der verbindlichen Integration in die Organisation und der Unterstützung durch die Leitungskräfte abhängig ist und möglicherweise zu Beginn der Etablierung eine externe Moderation benötigt (vgl. Hendriksen 2000). Leitungskräfte sollten sich in Bezug auf eine eigene Teilnahme an kollegialen Beratungsprozessen jedoch in Abstinenz üben. Ihre Aufgabe ist es, die notwendigen Rahmenbedingungen (Räume, Zeitressourcen, Qualifikation) zu gewährleisten und auf die Verbindlichkeit und konzeptionell-methodische Fundierung kollegialer Beratung zu achten.

6.3.3 Case Management und die Entwicklung einer angemessenen Organisationskultur

Gruppenbezogene Arbeitsweisen, wie kollegiale Beratung, Teamarbeit, aber auch andere Formen der Beteiligung und Vernetzung (z. B. die Zusammenarbeit mit anderen Organisationen im Rahmen des Kontraktmanagements) stellen an die Akteure hohe Anforderungen in Bezug auf die Kooperation und Kommunikation mit den jeweiligen Partnern: Zusammenwirken, Verständigen, Aushandeln, Abstimmen, Tolerieren, konstruktiv Kritisieren etc. sind angesagt.

Untersuchungen und Erfahrungen zeigen jedoch, dass die Zusammenarbeit von Personen und Institutionen in der Praxis eine große Herausforderung darstellt und somit besondere Aufmerksamkeit im Kontext der Implementierung von Case Management und im Rahmen von Organisationsentwicklung benötigt.

Es wird deutlich, dass die Gestaltung von kooperativen und kommunikativen Arbeitsbeziehungen, etwa das Zusammenwirken von Wirtschafts- und Fachabteilungen, Jugendamt und Sozialamt, Vorgesetzten und SozialarbeiterIn erhebliche Probleme aufwirft. So wird für die Kinder-

und Jugendhilfe ein oftmals recht bescheidenes Niveau an Kooperation und Vernetzung und ein „regelrechter Kooperationsdilettantismus“ festgestellt (BMFSFJ 1997 QS 10, 8). Die Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsvereinfachung (KGST) beschreibt die Schwierigkeit des Zusammenwirkens unterschiedlicher Verwaltungsbereiche und Ämter, die davon geprägt sei, „(...) dass sich diese auseinanderdividieren und ihre persönlichen Leistungen und Interessen in den Mittelpunkt stellen“ (1998/12, 7). Dass der Gestaltung der organisationsinternen Kommunikation – insbesondere im Verhältnis zwischen Führungskräften und MitarbeiterInnen – oftmals nur eine geringe Bedeutung in den sozialen Einrichtungen zugewiesen wird, beschreiben Behrendt / Reckert (1998) aus ihrer Praxis als Organisationsberater. Auch die Erfahrungen der vergangenen Jahre aus der Umsetzung des Paragraphen 36 SGB VIII zeigen, dass Kommunikations- und Kooperationsanforderungen von der Praxis nicht einfach zu bewältigen sind (vgl. Jansen / Schrapper 1994, 102 ff.).

Soll Case Management gelingen, erscheint es demnach erforderlich, nicht alleine die organisationsinternen und externen Kooperationsstrukturen, sondern auch die -kultur zu entwickeln. So wird der hohe Vernetzungsanspruch von Case Management kaum realisiert werden können, wenn die Organisationskultur von Misstrauen, Konkurrenz, Abgrenzung und Machtmissbrauch gegenüber den Organisationsmitgliedern und den Angehörigen anderer Institutionen geprägt ist.

Um eine förderliche Organisations- / Kooperationskultur ermöglichen zu können, sind Erfahrungsprozesse zu initiieren, die auf der personalen Haltungsebene, die Entwicklung von Toleranz, Offenheit, Glaubwürdigkeit und Vertrauen auch gegenüber anderen Professionen und Organisationen ermöglichen. Hierzu gehören Austauschbeziehungen mit anderen Abteilungen, Fachbereichen und Institutionen, kollegiale Beratungsgruppen und nicht zuletzt ein kooperativer und vertrauensvoller Führungsstil. Auf der Wissensebene bedarf es der Vermittlung von Kenntnissen über Kommunikationsmuster, die das Gelingen von Kommunikation und Kooperation wahrscheinlicher machen.

Des Weiteren kann hierbei die Entwicklung einer Fehler*kultur* von Bedeutung sein, die den Case ManagerInnen und ihren Teams Raum für Unsicherheiten und Zweifel, Zeit für die Suche nach geeigneten Lösungswegen und die Möglichkeit gibt, einmal definierte Lösungswege begründet zu verlassen. Im Rahmen dieses Verständnisses, werden Fehler nicht als Versagen oder Misslingen, sondern als Chance der Weiterentwicklung und damit des Wachstums angesehen.

6.3.4 Case Management als Führungsaufgabe

Ein wesentlicher Anteil bei der Implementierung und Qualifizierung von Case Management und seiner Einbindung in Organisationsentwicklung kommt den Führungskräften zu**.** Ihr Verhalten kann als einen wesentlichen Schlüssel für die Schaffung eines organisationsweiten Bewusstseins für Case Management angesehen werden. So wird die Umsetzung eines qualifizierten Case Managements nur möglich, wenn die Führungskräfte den Willen dazu haben und die zentrale Verantwortung dafür übernehmen.

Ihre Funktionen liegen im Wesentlichen in der

- Initiativfunktion, d. h. sie können Prozesse der Entwicklung und Einbindung von Case Management initiieren und deren Verbindlichkeit gewährleisten,
- Vorbildfunktion, d. h. sie vertreten und symbolisieren die Werte, die Inhalte, die fachliche Ausgestaltung von Case Management,
- Dienstleistungsfunktion, d. h. sie sind verantwortlich für die Bereitstellung geeigneter Ressourcen und unterstützen die Case ManagerInnen in ihrer Tätigkeit (vgl. hierzu Gissel-Palkovich 2002, 240 ff.).

Aufgrund der Komplexität und Vielschichtigkeit von Case Management und seiner damit verbundenen Ausdehnung über den eigentlichen Anwendungsbereich hinaus, muss die Implementierung von Case Management als eine organisationsweite Aufgabe angesehen werden. Case Management bedarf daher einer organisationsweit getragenen Entscheidung und Akzeptanz. Diese zu initiieren und zu unterstützen sowie die zentrale Verantwortung dafür zu übernehmen, ist Aufgabe der Organisationsleitung (beispielsweise der Geschäftsführung oder der Amtsleitung). Die damit verbundenen Anforderungen beziehen sich jedoch nicht alleine auf das „Top-Management“, sondern auf sämtliche Führungskräfte in der Organisation. Damit sind hohe Anforderungen an sie verbunden. Da Case Management Kooperation und Offenheit zwischen allen Beteiligten verlangt, müssen sie im Sinne ihrer Vorbildfunktion diese umsetzen. Die flexiblen Strukturen und die größeren Entscheidungs- und Gestaltungsspielräume die Case Management benötigt, erfordern von einigen Führungskräften eine Abkehr von traditionell hierarchisch geprägten Verhaltensweisen und Führungsstilen. Zwar haben sich in den letzten Jahren, auch im Rahmen von Organisationsentwicklung und Verwaltungsreform, zunehmend kooperative Führungsstile (vgl. Maelicke 2003, 515f.) in den Organisationen entwickelt und wurden, im Sinne von Lean Management, Verantwortlichkeiten an die ausführende Ebene delegiert und ihr Gestaltungsräume eröffnet, doch fällt es vielen Führungskräften immer noch schwer, Verantwortung und Kompetenzen abzugeben. Ohne dirigistische Zurückhaltung seitens der Führungskräfte und klaren Regelungen und Überprüfungssystemen, z. B. durch Zielvereinbarungen und Qualitätssicherung, wird sich der Anspruch eines effektiven und effizienten Case Managements nicht einlösen lassen. Allerdings scheint die Entwicklung der Implementierung eines innerorganisatorischen Kontraktmanagements noch am Anfang zu stehen und das nicht alleine in Deutschland (vgl. Reis 2005, 16). Für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement gilt, dass zwar vielerorts die frei-gemeinnützigen Träger erhebliche diesbezügliche Anstrengungen unternommen haben, der Ausbau von Qualitätsmanagement bei den öffentlichen Trägern jedoch eher noch am Anfang steht bzw. noch nicht einmal begonnen hat.

6.3.5 Veränderte Kompetenzanforderungen

Case Management stellt an die auf der fallbezogenen Handlungsebene tätigen Akteure erhebliche Anforderungen in Bezug auf die Entwicklung beraterischer, managerialer und vernetzender Kompetenzen. Das Kompetenzprofil „Case Manager“ (vgl. Löcherbach 2002, 218) beinhaltet wesentliche Elemente sozialarbeiterischer Handlungskompetenz. Professionelle Handlungskompetenz bezieht sich dabei nicht alleine auf das praktische Können, sondern auf eine Syn-

these aus theoretischem Wissen, praktischem Können und einer angemessenen beruflichen Haltung (vgl. Spiegel 2004).

Im Rahmen der Personalpolitik und Personalentwicklung kann daher berücksichtigt werden, dass SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen aufgrund ihrer Ausbildung bereits erhebliche Qualifikationsmerkmale eines Case Managers bzw. einer Case Managerin mitbringen. Sie haben in der Regel während ihres Studiums Kenntnisse in Gesprächsführung und Rechtsgrundlagen erworben, verfügen über pädagogisches, soziologisches, psychologisches und medizinisches Basiswissen, wissen über Lebenswelten und Lebenslagen der unterschiedlichsten Adressatengruppen (z. B. Jugendliche, Migranten und MigrantInnen, Familien).

Allerdings kann bei dieser Berufsgruppe eine Qualifizierung in Bezug auf die Entwicklung von Managementkompetenzen notwendig werden. Damit verbunden sind Anforderungen, die möglicherweise ein anderes Selbstverständnis der Akteure erforderlich machen. So folgen viele SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen einem eher beraterisch-therapeutischen Selbstverständnis, welches auf die helfende Beziehung, auf Beziehungsaufbau und -pflege gerichtet und nicht leicht mit „Management" in Verbindung zu bringen ist (vgl. Wendt 1995, 102; zur Beziehungsarbeit vgl. Klug 2004). Eine erhebliche Zahl verfügt über therapeutisch ausgerichtete Zusatzqualifikationen (z. B. in systemischer Familienberatung/-therapie) und steht managementorientierten Handlungsformen eher skeptisch gegenüber. Diese Skepsis ist mit der damit verbundenen möglichen Gefahr der Technokratisierung sozialarbeiterischer Handlungsvollzügen begründet. Gleichwohl erfordert die sozialarbeiterische Praxis die Einbeziehung von effizienz- und managementorientierten Elemente in sozialarbeiterisches Handeln. Andernfalls droht ihr die Gefahr – angesichts steigender Fallzahlen bzw. / und erhöhter Fallkomplexität bei gleichzeitiger Abnahme bzw. Stagnation der Ressourcen – zunehmend handlungsunfähiger zu werden. Reflexive Handlungskompetenz kann daher nicht bedeuten, Managementkonzepte vorschnell abzuwehren, sondern ihre Risiken und Möglichkeiten auszuloten und sie im Sinne einer ausgewogenen Balance zwischen einzelfallbezogener Hilfe und Steuerung einzubeziehen. Diese Diskussion innerhalb der Organisationen zuzulassen, kann ein förderliches Element der Organisationsentwicklung im Sinne einer lernenden Organisation sein.

Auch wenn das Kompetenzprofil „Case Manager" darauf hindeutet, ist bisher nicht geklärt, ob sozialarbeiterisch / sozialpädagogische Qualifikationen die Basis von Case Management darstellen, oder inwieweit die Qualifikationen anderer Berufsgruppen, wie Ärzte, Krankenschwestern, Pflegefachkräfte, ebenso als Basisqualifikationen gelten können (vgl. Löcherbach 2002, 225). Festzustellen ist, dass Case Management auch von nichtpädagogischen Kräften ausgeführt wird. Diese Entwicklung erfordert aus professionsspezifischer Perspektive der Sozialen Arbeit eine genauere Reflexion, die an dieser Stelle nicht geleistet werden kann, sondern es sollen lediglich damit verbundene Qualifizierungsaufgaben der sozialen Organisationen angesprochen sein. Für diese Gruppe gilt, dass hier oftmals erheblicher Qualifizierungsbedarf in Bezug auf Gesprächsführung, Konzepte der Lebenslagen und Lebenswelten der Adressaten, Netzwerkarbeit, gesetzliche Grundlagen und die Entwicklung interkultureller Kompetenz besteht und Case Management auch für diese Berufsgruppen mit einem Wandel ihres Selbstverständnisses verbunden sein kann. So waren beispielsweise eine erhebliche Anzahl der FallmanagerInnen der Job Center zuvor als SozialhilfesachbearbeiterIn oder in der Sachbearbeitung im Rahmen der Arbeitsverwaltung tätig. Durch die Einführung von Fallmanagement verändert sich ihre Arbeitsweise und der Umgang mit dem Klientel. Der notwendig werdende Einzelfallbezug

stellt sie vor die Herausforderung, die Spezifika und Probleme des Einzelfalls stärker als bisher in den Mittelpunkt ihres Handelns zu stellen. Damit verbunden ist eine veränderte Arbeitsweise und Problemperspektive. Während sich bisher das Handeln an der Logik von Verwaltungsverfahren, d. h. maßgeblich an formale Regeln und Prinzipien, orientierten konnte, muss sich nunmehr das Handeln zunehmend nach der Notwendigkeit des Einzelfalls ausrichten. Dies bedeutet, dass Handlungssicherheit gebende, vorab definierte und festgelegte Handlungs- und Verfahrensweisen verlassen werden müssen, damit flexibel auf den Einzelfall eingegangen werden kann. In diesem Sinne können Ziele definiert und verfolgt werden, die Mittel zur Zielerreichung bleiben aber den im Einzelfall handelnden Personen überlassen. Hinzukommen Anforderungen der Kooperations- und Netzwerkarbeit. Auch diese gehörten bislang nicht zwangsläufig zu dem Tätigkeitsprofil im Rahmen einer Sachbearbeitung (vgl. Ministerium für Wirtschaft und Arbeit 2003, 75ff.).

Case Management stellt daher einige Akteure vor die Herausforderung, sich einer veränderten Logik der Fallbearbeitung zu öffnen, die durch ihre geringere Formalisierbarkeit gekennzeichnet ist und ihnen einerseits mehr Spielräume für die Berücksichtigung des Einzelfalls, andererseits aber auch mehr Verantwortung überträgt. Das Einlassen auf den Einzelfall erfordert diagnostische Kompetenz und eine hohe Kommunikations- und Konfliktfähigkeit. Diese Fähigkeiten werden nicht zwangsläufig mitgebracht, sondern bilden sich oftmals erst im Laufe von Lernprozessen heraus. Im Rahmen von Organisationsentwicklung ist darüber hinaus zu berücksichtigen, dass möglicherweise MitarbeiterInnen durch Umstrukturierungen bzw. Stellenumschichtungen in dieses Arbeitsfeld gelangen, mit der Folge, dass die geforderten Haltungs- und Handlungsveränderungen nicht per se von ihnen begrüßt werden müssen.

Unabhängig der berufsspezifischen heterogenen oder homogenen Zusammensetzung der zu Qualifizierenden, liegt eine Chance der Organisationsentwicklung in der Einbindung von Qualifizierungsmaßnahmen in den Kontext organisationalen Lernens.

Personalentwicklung in diesem Sinne setzt an den Kommunikationsstrukturen an und verfolgt eine gemeinsame organisationale Wert- und Wissensbasis, auf deren Grundlage neue Problemlösungs- und Handlungsstrategien und -kompetenzen entwickelt werden können. Die Entwicklung von institutionalisierten, (gegebenenfalls) professionsübergreifenden Räumen des gemeinsamen Lernens (z. B. Teams, kollegiale Beratungsgruppen, Qualitätsgruppen / -zirkel, Supervisionsgruppen) ist dabei ein wesentlicher Faktor.

6.4 Fazit

Case Management kann die Praxis der Sozialen Arbeit bei der Bewältigung aktueller und zukünftiger Anforderungen methodisch unterstützen und somit ihre Handlungsfähigkeit erhalten. Im Rahmen seiner konzeptionellen Ausgestaltung und Implementierung sind jedoch verschiedene Aspekte (wie seine Bedeutung als Instrument des sozialstaatlichen Wandels, seine Gewichtung als Beratungs- / Fallsteuerungskonzept, die Gefahren einer einseitigen Effizienzorientierung, seine Anforderungen an die Organisationen und Träger Sozialer Arbeit) einzubeziehen und in ihrer Bedeutung und Auswirkung für die Soziale Arbeit und ihre Adressaten zu reflektie-

ren. Insbesondere besteht Bedarf im Hinblick auf seine theoretische und methodische Fundierung und Konturierung. Eine stärkere Verknüpfung mit theoretischen Konzepten Sozialer Arbeit ebenso wie seine stärkere Ausarbeitung auf der Methodenebene wird umso notwendiger, je mehr der Ansatz als sozialpolitisches Steuerungsinstrument implementiert wird.

Für die Organisationsentwicklung gilt, dass mit der Implementierung von Case Management ein organisationsweites Bewusstsein für Case Management geschaffen werden muss. Aufgrund seiner Komplexität als Fall- und Systemsteuerungskonzept bleiben damit verbundene Veränderungsanforderungen nicht auf seinen direkten Anwendungsbereich begrenzt, sondern beziehen andere Organisationsbereiche mit ein. So benötigt es eine angemessene Primär- und Sekundärorganisation, es benötigt Führungskräfte, die sich für Case Management verantwortlich fühlen, ebenso wie es organisationskulturelle Veränderungen notwendig macht und neue Kompetenzanforderungen an die tätigen Fachkräfte stellt.

Angesichts des in den letzten Jahren erheblichen Wandels in den sozialen Organisationen, z. B. durch die Verwaltungsreform und Organisationsumstrukturierungen sowie den damit gemachten Erfahrungen besteht bei vielen Fach- und Führungskräften jedoch eine nachvollziehbare Zurückhaltung und Ermüdung gegenüber neuen Veränderungen und Skepsis gegenüber den damit verbundenen Anforderungen und Verbesserungshypothesen. Im Rahmen von Organisationsentwicklung ist daher darauf zu achten, dass in vielen Organisationen mit der Einführung von Case Management das Rad nicht neu erfunden werden muss, sondern an Bestehendes (z. B. an vorhandene Teamstrukturen) und damit an die bereits von den Akteuren geleisteten Veränderungsprozesse angeknüpft werden kann. Case Management kann damit sowohl als Instrument der Initiierung des organisationellen Wandels, als auch als Instrument der Qualifizierung und Weiterentwicklung von bereits geleisteten Organisationsentwicklungsprozessen bedeutsam sein.

Literatur

Behrendt, Hans / Reckert, Werner 1998: Und dann auch noch lächeln. Berater berichten von ihren Erfahrungen in der Beratungspraxis mit sozialen Einrichtungen. In: Sozialmagazin, 23. Jg., Heft 6, 18-27.

Bertelsmann Stiftung / Hans-Böckler-Stiftung / KGST 2002: Lokale Beschäftigungsförderung – Aufgabe der Kommunen, Offenbach am Main.

Brülle, Heiner 2005: Umsetzung des SGB II: Das Optionsmodell – Integrierte kommunale Beschäftigungsförderung und Sozialpolitik. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit. Hartz IV – Umsetzung, Chancen und Risiken, 36. Jg. 1, 88-103.

Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (BMWA) 2004: Fallmanagement nach SGB II (derzeitiger Diskussionsstand), 10. Mai, Berlin.

Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (QS10) 1997: Qualitätssicherung durch Zusammenarbeit. In: QS – Materialien zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendhilfe, Bonn.

Bundestagsdrucksache 15/1516, Berlin.

Dahme, Heinz-Jürgen u. a. (Hrsg.) 2003: Soziale Arbeit für den aktivierenden Sozialstaat, Opladen.

Dahme, Heinz-Jürgen / Wohlfahrt, Norbert 2002: Aktivierender Staat: ein neues sozialpolitisches Leitbild und seine Konsequenz für die soziale Arbeit. In: Neue Praxis, 32. Jg. 1, 10-32.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.) 1976: Empfehlungen zur Teamarbeit in sozialen Diensten. In: Kleinere Schriften des Deutschen Vereins, Frankfurt am Main.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge 2004: Empfehlungen des Deutschen Vereins zu Qualitätsstandards für das Fallmanagement. In: Nachrichten des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (NDV), 84. Jg. Mai Nr. 5, 149-153.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.) 2002: Profil für einen Kommunalen Sozialdienst, Frankfurt am Main.

Fachgruppe Case Management der DGS (Hrsg.) 2005: Leitprinzipien. Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. In: Case Management, Heft 1, 44-55.

Flick, Uwe 2000: Konstruktion und Rekonstruktion. Methodologische Überlegungen zur Fallrekonstruktion. In: Kraimer, Klaus (Hrsg.): Die Fallrekonstruktion. Sinnverstehen in der sozialwissenschaftlichen Forschung, Frankfurt am Main, 179-200.

Galuske, Michael / Müller, C. Wolfgang 2001: Handlungsformen in der Sozialen Arbeit. Geschichte und Entwicklung. In: Otto, Hans-Uwe / Thiersch, Hans (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit / Sozialpädagogik, 2. völl. überarb. Aufl., Neuwied / Kriftel, 485-508.

Galuske, Michael 2001: Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung, 4. Aufl., Weinheim / München.

Geißler, K.A. / Hege, Marianne 1995: Konzepte sozialpädagogischen Handelns. Ein Leitfaden für soziale Berufe, Weinheim / München, 7. Auflage.

Gehrmann, Gerd / Müller, Klaus 1998: Praxis Sozialer Arbeit. Familie im Mittelpunkt, Regensburg.

Gissel-Palkovich, Ingrid 2002: Total Quality Management in der Jugendhilfe? Von der Qualitätssicherung zur umfassenden Qualitätsentwicklung in der Sozialen Arbeit, Münster / Hamburg / London.

Gissel-Palkovich, Ingrid 2004: Abenteuer ASD. Aktuelle Anforderungen und methodische Konsequenzen. In: Sozialmagazin, 29. Jg., Heft 9, 12-28.

Gissel-Palkovich, Ingrid 2006: Case Management – ein Handlungskonzept Sozialer Arbeit? In: Sozialmagazin, 31. Jg., Heft 2.

Greese, Dieter u. a. 1996: Allgemeiner Sozialer Dienst. Jenseits von Allmacht und Ohnmacht, Münster.

Hansen, Eckhard 2005: Das Case / Care Management. Anmerkungen zu einer importierten Methode. In: Neue Praxis, Heft 2, 107-125.

Hermsen, Thomas 2005: Case Management in der Kinder- und Jugendhilfe auf dem wissenschaftlichen Prüfstand. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, Heft 4, 46-47.

Hendriksen, Joreon 2000: Intervision. Kollegiale Beratung in Sozialer Arbeit und Schule, Weinheim / Basel.

Herriger, Norbert 2002: Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung, 2. überarb. Aufl., Stuttgart / Berlin / Köln.

Herwig-Lempp, Johannes 2004: Ressourcenorientierte Teamarbeit. Systemische Praxis der kollegialen Beratung, Göttingen.

Jansen, Bernd / Schrapper, Christian 1994: Zur Gruppendynamik des „Zusammenwirkens mehrerer Fachkräfte“: In: Institut für soziale Arbeit (Hrsg.): Hilfeplanung und Betroffenenbeteiligung, Münster, 102-112.

Kähler, Harro Dietrich 1999: Berufliche Beziehungen in der sozialen Arbeit. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, 30. Jg., Heft 3, 151-168.

Kessl, Fabian / Otto, Hans-Uwe 2003: Aktivierende Soziale Arbeit. Anmerkungen zur neosozialen Programmierung Sozialer Arbeit. In: Dahme, Heinz-Jürgen u. a. (Hrsg.) 2003: Soziale Arbeit für den aktivierenden Sozialstaat, Opladen, 57-73.

Kilb, Rainer 1999: Kooperation als neuer „Königsweg“ oder: ist Kooperation in der Konkurrenzsituation überhaupt möglich?. In: Sozialmagazin, 24. Jg., Heft 5, 44-48.

Klein, Martin / Langnickel, Hans 2004: Case Management in der Bundesagentur für Arbeit: Schnittstellenmanagement als erfolgskritischer Faktor. In: Nachrichten des Deutschen Vereins, 204-209.

Klein, Martin / Mennemann, Hugo 2005: Vernetzung muss sich lohnen – Case Management als Voraussetzung für Sozialreformen. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, Juli, 243-246.

Klug, Wolfgang 2002: Case Management im US-amerikanischen Kontext: Anmerkungen zur Bilanz und Folgerungen für die deutsche Sozialarbeit. In: Löcherbach u. a. (Hrsg.): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis, 37-62.

Klug, Wolfgang 2004: Case Management und Beziehungsarbeit. Einsichten aus einem Modell der Bewährungshilfe. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, Heft 2, 53-54.

Kolbe, Christian / Reis, Claus 2005: „Case Management in der Sozialhilfe und der kommunalen Beschäftigungsförderung“ Ein Probelauf für das Fallmanagement? In: ARCHIV für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit. Hartz IV - Umsetzung, Chancen und Risiken, 36. Jg., Heft 1, 62-75.

Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsvereinfachung (KGST) 1998: Kontraktmanagement zwischen öffentlichen und freien Trägern der Jugendhilfe, Bericht 12, Köln.

Löcherbach, Peter u. a. (Hrsg.) 2002: Case Management. Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis, Neuwied / Kriftel.

Löcherbach, Peter 2002: Qualifizierung im Case Management – Bedarf und Angebote. In: Löcherbach, Peter u. a. (Hrsg.): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis, Neuwied / Kriftel, 201-226.

Maaser, Wolfgang 2003: Normative Diskurse der neuen Wohlfahrtspolitik. In: Dahme, Heinz-Jürgen u. a.: Soziale Arbeit für den aktivierenden Staat, Opladen, 17-36.

Maelicke, Bernd 2003: Sozialmanagement. In: Arnold, Ulli / Maelicke, Bernd (Hrsg.): Lehrbuch der Sozialwirtschaft, Baden-Baden, 437-577.

Mäder, Susanne / Schmidt, Stefan 2005: Anforderungen an ein Joint Venture in der öffentlichen Verwaltung. Empirische Befunde zu „weichen" Erfolgsfaktoren der ARGE nach § 44 b SGB II. In: Nachrichten des Deutschen Vereins, Juni, 203-208.

Merchel, Joachim 2003: Trägerstrukturen in der Soziale Arbeit. Eine Einführung, Weinheim / München.

Neuffer, Manfred 2002: Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien, Weinheim / München.

Ministerium für Wirtschaft und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) 2003: Case Management. Theorie und Praxis, Düsseldorf.

Reis, Claus 2002: Case Management als zentrales Element einer dienstleistungsorientierten Sozialhilfe. In: Löcherbach, Peter u. a. (Hrsg.): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis, Neuwied / Kriftel, 167-183.

Reis, Claus / Brülle, Heiner 2004: Arbeitsorganisation im Job Center – Plädoyer für einen Perspektivwechsel in einer verfahrenen Debatte. In: Nachrichten des Deutschen Vereins, Mai, 159-167.

Reis, Claus 2005: Welche Wirkungen hat Fallmanagement? Einige Überlegungen zur Implementierung von Case Management. In: Case Management, Heft 1, 10-18.

Remmel-Faßbender, Ruth 2002: Case Management – eine Methode der Sozialen Arbeit: Erfahrungen und Perspektiven. In: Löcherbach, Peter u. a.(Hrsg.): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis, Neuwied / Kriftel, 63-80.

Riet van, Nora / Wouters, Harry 2002: Case Management. Ein Lehr- und Arbeitsbuch über die Organisation und Koordination von Leistungen im Sozial- und Gesundheitswesen, Luzern.

Spiegel von, Hiltrud 2004: Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit, München / Basel.

Stark**,** Wolfgang 1996: Empowerment. Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis, Freiburg im Breisgau.

Thiersch, Hans 2000: Lebensweltorientierung in der Sozialen Arbeit – als radikalisiertes Programm. In: Müller, Siegfried u. a. (Hrsg.) 2000: Soziale Arbeit. Gesellschaftliche Bedingungen und professionelle Perspektiven, Neuwied / Kriftel, 529-545.

Tietze, Kim-Oliver 2003: Kollegiale Beratung. Problemlösungen gemeinsam entwickeln, Reinbek bei Hamburg.

Trube, Achim 2003: Aktivierender Sozialstaat – Programmatik, Praxis und Probleme. In: Deutscher Verein (Hrsg.): Nachrichten des Deutschen Vereins, August, 334-341.

Trube, Achim 2005: „Besser irgendeine Arbeit als keine Arbeit?“ – Kritik einer qualitätsblinden Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik. In: WSI-Mitteilungen. Monatszeitschrift des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts in der Hans-Böckler-Stiftung, 186-191.

Wendt, Wolf Rainer (Hrsg.) 1991/1995: Unterstützung fallweise. Case Management in der Sozialarbeit, Freiburg im Breisgau.

Wendt, Wolf Rainer 2001: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung, Freiburg im Breisgau.

Wendt, Wolf Rainer 2002: Case Management: Stand und Positionen in der Bundesrepublik. In: Case Management. Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis, Neuwied / Kriftel.

Wendt, Wolf Rainer 2004: Case Management in Deutschland. Viel gelobt, noch zu wenig praktiziert. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, Heft 2, 43-49.

Autorin

Prof. Dr. Ingrid Gissel-Palkovich, geb. 1955 – ist Erziehungswissenschaftlerin und Diplom-Sozialarbeiterin, lehrt als Professorin für Soziale Arbeit an der Fachhochschule in Kiel, langjährige Berufserfahrung als Diplom-Sozialarbeiterin in Fach- und Leitungsfunktionen, zertifizierte Case Management-Ausbilderin (DGS, DBSH, DBfK).

Praxisbeispiele

Friedrich Porz / Andreas Podeswik

7 Case Management in der Kinder- und Jugendmedizin

Qualitätsmanagement beim Aufbau und in der Begleitung von Nachsorgeeinrichtungen für schwer und chronisch kranke Kinder- und Jugendliche am Beispiel des Bunten Kreises Augsburg

7.1 Das Nachsorgemodell Bunter Kreis

Eltern schwer oder chronisch kranker Kinder oder Eltern von Kindern, die einen schweren Unfall mit bleibenden Schäden erlitten haben, sind in der Regel unvorbereitet mit der Krankheit oder Behinderung ihres Kindes konfrontiert worden. Der Schock, ein behindertes oder krankes Kind zu haben, muss erst verarbeitet werden. Von den Eltern wird erwartet, dass sie sich den Anforderungen einer Krankenhausbehandlung anpassen und manchmal über eine sehr eingreifende Therapie entscheiden. Sie sollen langfristig eine Vielzahl von Betreuungselementen für ihr Kind selbständig übernehmen und brauchen dazu Information, Beratung und Anleitung. Auch ihr persönliches Umfeld verändert sich in Folge der Erkrankung des Kindes. Die gesunden Geschwister leiden oft im Schatten ihres kranken Geschwisters, denn sie erhalten weniger Aufmerksamkeit und weniger emotionale Zuwendung, weil die überforderten Eltern mit sich selbst beschäftigt sind, oder sie müssen zurückstehen, wenn die Eltern den Patienten besuchen. Die Erkrankung des Kindes führt zu einer Zerreißprobe für die gesamte Familie, längere Krankenhausaufenthalte verschlimmern die Situation. Ziel muss also eine möglichst frühe Entlassung des kranken Kindes sein.

Das Manko einer fehlenden Verbindung zwischen stationärer, rehabilitativer, häuslicher und ambulanter Versorgung wollten verantwortungsbewusste Mitarbeiter der Kinderklinik Augsburg nicht länger hinnehmen. Sie suchten Wege, die Kinder nach der klinischen Akutversorgung so schnell wie möglich ins gewohnte Umfeld zurückzubringen, ohne dabei ein medizinisches Risiko einzugehen.

1991 wurde beschlossen, die Idee einer familienorientierten Nachsorge konsequent weiterzuverfolgen. Kinderklinikpersonal, Klinikseelsorge und Eltern aus den Selbsthilfegruppen gründeten einen runden Tisch, aus dem 1992 die Arbeitsgemeinschaft „Förderkreis Kinderklinik Augsburg“ hervorging. Dessen Aufgabe war es, ein praxisfähiges Nachsorgekonzept für Familien mit chronisch, krebs- und schwerstkranken Kindern im Einzugsgebiet der Kinderklinik Augsburg zu entwickeln.

Um das Konzept in die Tat umzusetzen, gründeten 1994 Klinikmitarbeiter, Seelsorge und Elterninitiativen den „Verein zur Familiennachsorge – Bunter Kreis e.V.“.

Im gleichen Jahr wurde die erste Kinderkrankenschwester als Case Managerin eingestellt. Auf die erste Schwester folgten rasch weitere Mitarbeiter. Mittlerweile beschäftigt die Nachsorgeeinrichtung ca. 75 Fachkräfte aus den verschiedensten Berufsgruppen wie Kinderkrankenschwestern, Sozialpädagogen, Psychologen, Diätassistentinnen, Verwaltungsfachkräfte, Familientherapeuten, Kunst- und Musiktherapeuten und Seelsorger überwiegend in Teilzeit oder auf Honorarbasis (dies entspricht ca. 25 Vollzeitstellen). Pro Jahr können so ca. 400 Familien intensiver über längere Zeit begleitet und weitere ca. 1000 Familien beraten werden.

7.1.1 Case Management in der Nachsorge

Die Kluft zwischen stationärer und ambulanter Medizin mit den dadurch bedingten Informationsverlusten, Mängeln in der Ressourcennutzung und der fehlenden Versorgungskontinuität steht den Bedürfnissen chronisch Kranker diametral entgegen. Die zahlreichen Leistungsangebote im ambulanten Bereich sind zersplittert und häufig wie in der Akutversorgung auf einzelne Probleme ausgerichtet. Meist müssen die Eltern aus dem unübersichtlichen Gesundheitsmarkt selbst die jeweils für ihre Bedürfnisse passenden Angebote aussuchen, ohne die Indikationen, den Leistungsumfang und die Qualität beurteilen zu können. Gemeinsame Ziele, Absprachen und Zielvereinbarungen fehlen. Vorhandene Ressourcen und präventive Potentiale in der Familie und im sozialen Umfeld bleiben häufig ungenutzt.

Notwendig ist also eine Behandlungs- und Versorgungsstrategie, bei der der Patient und seine Familie im Vordergrund stehen, die an einem gemeinsamen Ziel ausgerichtet ist und in der die Systeme in einer interdisziplinären und partnerschaftlichen Kooperation ineinander greifen.

Hier setzt Case Management an als eine auf den jeweiligen Fall orientierte interdisziplinäre Koordination der Betreuung unabhängig von der fachlichen, hierarchischen oder institutionellen Zuordnung (Porz et al. 2005).

Übertragen auf die Nachsorge im Bunten Kreis haben wir Case Management definiert als

> „*Eine am Bedarf und an den Bedürfnissen der Familie orientierte Begleitung, Unterstützung und Vernetzung, die hilft mit der Erkrankung des Kindes und den veränderten Lebensbedingungen der Familie zurecht zu kommen*“.

Den Eltern wird möglichst früh schon während des Krankenhausaufenthalts ein Hauptansprechpartner als Case Manager zur Seite gestellt. In der Regel ist dies eine Kinderkrankenschwester, es kann aber je nach Fall auch ein Sozialpädagoge, ein Psychologe oder eine Diätassistentin sein.

Der Grundgedanke ist ein fallorientiertes Handeln. Im Gegensatz zum Disease Management oder Managed Care steht im Case Management-Ansatz der Einzelfall, die einzelne Familie und ihre Bedürfnislage im Mittelpunkt. Darüber hinaus geht es um die komplexe Versorgung durch verschiedene Disziplinen und Sektoren, was eine Koordination und Steuerung der Anbieter um den Fall herum notwendig macht.

Die Aufgabe des Case Managers ist die bestmögliche und umfassende Informationsvermittlung und die Vernetzung mit weiteren Betreuungspartnern der Familie. Er gewährleistet, dass in der entscheidenden Anfangsphase die richtigen Weichen gestellt werden und organisiert in Absprache mit den Eltern die verschiedenen Helfer, die gemeinsam einen schützenden und unterstützenden Kreis um die betroffene Familie bilden.

Case Management im Sinne des Augsburger Modells will nicht eine zusätzliche Leistung etablieren, sondern bestehende Leistungsangebote zum Wohle des Patienten und seiner Familie vermitteln und vernetzen.

7.1.2 Inhalte des Augsburger Modells

Die Nachsorge nach dem Augsburger Modell erfolgt durch ein interdisziplinäres Team, bestehend aus Kinderkrankenschwestern, Sozialpädagogen, Psychologen und Kinderärzten. Je nach Bedarf der Patientenfamilie ist eine Profession der Hauptansprechpartner, es können jedoch auch mehrer Berufsgruppen eine Familie begleiten (interdisziplinäres Case Management). Die Absprache findet in den regelmäßigen Teamsitzungen statt.

7.1.2.1 Pflegenachsorge

Zur Pflegenachsorge zählt die Vorbereitung der Entlassung und Vernetzung zur häuslichen Pflege sowie die Beratung und Anleitung der Eltern zu Hause. Sie wird von Fachkinderkrankenschwestern geleistet entsprechend der Erkrankung des Kindes, z. B. Schwestern der Kinderintensivstation, der Frühgeborenenstationen oder Onkologischen Station.

Als sehr effektiv und sinnvoll erwies sich die Tatsache, dass die im Bunten Kreis tätigen Kinderkrankenschwestern im Sinne einer Personalunion aus der Kinderklinik kommen. Ihr persönlicher Einsatz sowie das Wissen um offizielle Hierarchien und interne ungeschriebene Gesetze überwanden manche Vorbehalte gegen die neue Arbeit.

Die Schwestern werden zu Beginn ihrer Nachsorgetätigkeit für ihr neues Aufgabengebiet ausführlich geschult und weiterhin durch eine monatliche Supervision gestützt. Ihre Haupttätigkeit ist nicht mehr die Pflege, sondern die Beratung der Eltern, die auf eine Verbesserung der Bewältigungskompetenz, der Selbsthilfebereitschaft, der Selbststeuerungsfähigkeit und der Handlungstüchtigkeit ausgerichtet ist. Langfristiges Ziel der Pflegenachsorge ist die Wiedereingliederung des Patienten in sein familiäres Umfeld.

Die Nachsorgeschwester ermöglicht eine möglichst frühzeitige häusliche Pflege: Sie besucht die Eltern zu Hause und begutachtet die räumlichen Gegebenheiten, berät und gestaltet zusammen mit den Eltern und anderen Helfern das häusliche Umfeld so, dass der Patient zu Hause gepflegt werden kann. Dies kann von der Beschaffung von Medizingeräten bis hin zu einem Umbau reichen, wenn das Kind zum Beispiel eine häusliche Sauerstoff- oder Beatmungstherapie benötigt oder auf den Rollstuhl angewiesen ist.

Die Nachsorgeschwester schult Eltern und anderes Pflegepersonal im Umgang mit dem Patienten. Sie begleitet die Familie nach der Entlassung nach Hause und ist in der ersten Phase oft vor Ort. Sie bindet vorhandene Helfer mit ein und knüpft am Wohnort des Patienten ein Versorgungsnetz.

7.1.2.2 Psychosoziale Begleitung

Die psychosoziale Begleitung hilft Eltern und Geschwistern zunächst, sich mit der völlig veränderten Lebenssituation auseinander zu setzen, die mit der Krankheit oder Behinderung eingetreten ist. Oft stehen sozialrechtliche Fragen und organisatorische Probleme als unüberwindlicher Berg vor den betroffenen Familien.

Die psychosoziale Betreuung der Familien setzt bereits durch die Begleitung der Familien durch die Nachsorgeschwestern während der stationären Behandlung ein. Je nach Belastung der Familie oder bei besonderen Problemstellungen werden die Sozialpädagogen oder auch die Psychologinnen des Bunten Kreises mit einbezogen oder übernehmen selbst die Rolle des Case Managers.

Die Sozialpädagogen beraten, kontaktieren Fachstellen, helfen bei Anträgen, begleiten zu Behörden und vermitteln Experten. Dabei arbeiten sie mit psycho-sozialen Fachdiensten und Beratungsstellen zusammen, die die Familien weiterbetreuen.

In der ressourcen- und lösungsorientierten Begleitung wird zunächst versucht, die Auswirkung der Erkrankung auf die Familie zu erfassen, um sie dann akzeptieren und in die Familie integrieren zu können.

Aus dem Repertoire der möglichen Ressourcen werden die für die jeweilige Familie adäquaten Hilfen ausgewählt und koordiniert, so dass ein Netzwerk für die Familie entsteht. In der weiteren prozesshaften Begleitung wird auf Probleme in der Krankheitsbewältigung reagiert, werden Konfliktsituationen erkannt und entsprechende Hilfen als Krisenmanagement angeboten.

Die Sozialpädagogen beraten die Schwestern in der Nachsorge und sind häufig auch Moderator zwischen Klinikmitarbeitern, Nachsorgeschwestern und den Familien.

Die Psychologen im Bunten Kreis geben ebenfalls psychosoziale Hilfestellung in der Krisenbewältigung und unterstützen die Familien und die Case Manager bei Konflikten und Interaktionsproblemen innerhalb der Familie und im Netzwerk der betreuenden Institutionen. Sie bieten Beratung zur Krankheitsbewältigung in Einzelgesprächen und zunehmend im Rahmen von Patientenschulungsprogrammen.

Eine weitere vernetzende Tätigkeit sowohl der Sozialpädagogen wie der Psychologen ist die Beratung anderer Förder- und Hilfeeinrichtungen über unterstützende Angebote für chronisch kranke Kinder und deren Familien sowie Aufklärungsarbeit für Erzieherinnen, Lehrer oder Ausbilder im Sinne eines Kompetenz-Transfers.

Unterstützt wird die fallorientierte psychosoziale Nachsorgearbeit durch die überregionale Nachsorgeberatungsstelle für hochrisiko- und chronisch kranke Kinder. Die offene Beratungs-

stelle für betroffene Angehörige kann auf die gesammelte Kompetenz der Nachsorgemitarbeiter zurückgreifen.

Zudem fungiert das Nachsorgezentrum als Kontaktstelle für alle Selbsthilfegruppen, die hier Unterstützung finden durch Bildungs- und Schulungsangebote und Begleitung von Projekten.

7.2 Einführung des Qualitätsmanagements im Bunten Kreis

Drei verschiedene Überlegungen führten den Bunten Kreis zum Qualitätsmanagement. Erstens musste dem aus der Praxis entwickelten Augsburger Nachsorgemodell nach der Pionierphase der ersten Jahre eine Struktur gegeben werden mit einer nachvollziehbaren Beschreibung der Nachsorgeleistungen und Versorgungsabläufe. Zweitens forderten die Kostenträger eine Evaluation zum Nachweis der Effektivität und Effizienz der Leistungen des Bunten Kreises: Da der § 137 e SGB V festlegt, dass Kriterien für die wirtschaftliche Leistungserbringung der Krankenkassen und aller an der Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien erstellt werden sollen, ist ein leitliniengestütztes Vorgehen für die Finanzierung einer Einrichtung durch die Kostenträger unerlässlich. Schließlich wünschten auch die Mitarbeiter eine Reflexion ihrer bisherigen Arbeit und Möglichkeiten der Weiterentwicklung. So entstand das Konzept der „Augsburger Nachsorgeforschung“ mit den im Abschnitt 7.5 beschriebenen Forschungsprojekten sowie dem „Qualitätsmanagement im Bunten Kreis“.

7.2.1 Ziele des Qualitätsmanagements

Ziel des Qualitätsmanagements im Bunten Kreis ist, Nachsorge für schwer und chronisch kranke Kinder und ihre Familien zu sichern durch die:

- Entwicklung und Definition von Konzeptionen, Auswahl- und Ausführungsleitlinien, Versorgungsablaufplänen, Dokumentationen für die Familiennachsorge,
- Optimierung der Versorgung anhand der Leitlinien,
- Verbesserung der internen und externen Zusammenarbeit des Bunten Kreises und der Vernetzung aller Berufsgruppen,
- Weiterentwicklung der patientenorientierten Familiennachsorge unter Einbeziehung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse, vorhandener Ressourcen und der Wirtschaftlichkeit,
- Formulierung eines Qualitätsmanagement-Handbuchs zur Nachsorge,
- Entwicklung von Qualitätsstandards, nach denen auch andere Nachsorgeeinrichtungen arbeiten können.

7.2.2 Ablauf des Qualitätsmanagements

Für die Qualitätsmanagement-Entwicklung wurde eine Projektteam aus Vertretern des Bunten Kreises, der Klinik für Kinder- und Jugendliche des Klinikums Augsburg und des beta Instituts für sozialmedizinische Forschung und Entwicklung Augsburg gebildet, das von externen Fachleuten beraten wurde (Porz et al. 2003).

Alle Mitarbeiter des Bunten Kreises wurden in das Qualitätsmanagement miteinbezogen. Zunächst wurden die Strukturen der Nachsorgeeinrichtung definiert und beschrieben und schließlich nach Erarbeitung einer Unternehmensphilosophie wichtige Inhalte definiert wie die Ein- und Ausschlusskriterien für Patientenfamilien, die ganzheitliche interdisziplinäre Versorgung, die Vernetzung und das Case Management. In berufsgruppenspezifischen Qualitätszirkeln erfolgte die Bestandsaufnahme aller Leistungen der Nachsorge zur Erfassung der Strukturqualität. Darauf aufbauend entwickelten interdisziplinäre Qualitätszirkel Richtlinien und Standards für die Prozessqualität, welche die Grundlage für das Qualitätshandbuch bilden. Zur Lösung von Schnittstellenproblemen wurden aufgabenspezifische Qualitätszirkel gebildet, die ebenfalls prozessorientiert Vorschläge für die Kommunikation mit externen Einrichtungen erarbeiteten.

Als Patientengruppe zur Erarbeitung des Qualitätsmanagements wurden die Früh- und Risikogeborenen ausgewählt, da diese Patientengruppe in sich relativ homogen ist, einen großen Anteil an der Nachsorge mit einer relativ hohen Fallzahl besitzt sowie eine zunehmende Relevanz für das Gesundheitswesen hat. Da diese Patientengruppe auch die Zielgruppe der Nachsorgeforschung darstellt, musste für sie als erstes ein strukturiertes Ablauf- und Versorgungskonzept erstellt werden. Die Erkenntnisse aus diesen Qualitätszirkeln konnten für die anderen Patientengruppen entsprechend modifiziert übernommen werden.

Die geleistete Vorarbeit ermöglichte schließlich im Jahre 2004 die Zertifizierung der Bunte Kreis Nachsorge gGmbH nach DIN EN ISO 9001:2000.

7.2.3 Ergebnisse der Qualitätsentwicklung

7.2.3.1 Unternehmensphilosophie

Die Unternehmensphilosophie beschreibt die Patientengruppe, für die die Nachsorge erfolgen soll, und die Dimensionen der Nachsorge.

Das Betreuungsangebot des Bunten Kreises richtet sich an Früh- und Risikogeborene, Säuglinge und Kleinkinder mit Interaktionsstörungen, chronisch, krebs- und schwerstkranke Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit ihren Familien sowie an Angehörige verstorbener Kinder im Raum Augsburg und Schwaben.

Als Dimensionen der Nachsorge wurde erarbeitet:

- Die Nachsorge soll ganzheitlich, familienorientiert in einem interdisziplinären Team durchgeführt werden.
- Die Nachsorge soll vernetzend und integrierend mittels Case Management erfolgen.

- Die Interventionen sollen sich an den Ressourcen der Patientenfamilie orientieren und Hilfe zur Selbsthilfe leisten.
- Die Nachsorge richtet sich nach dem individuellen Bedarf einer Familie und wird im Verlauf dem veränderten Bedarf angepasst.
- Die Anwendung von Nachsorgemaßnahmen soll wissenschaftlich fundiert und ökonomisch sinnvoll sein.

Ziel der Nachsorge sollte die Sicherung und Verbesserung des medizinischen und funktionalen Behandlungserfolgs, der individuellen Lebensqualität und die Förderung einer ganzheitlichen Bewältigung der Lebenssituation sein.

7.2.3.2 Konzeptentwicklung

Im Rahmen der Konzeptentwicklung der Nachsorgeleitlinien wurde als Basis für die Nachsorgeleistungen ein multiaxiales und prozessorientiertes Vorgehen festgelegt. Um dem Anspruch einer ganzheitlichen Versorgung zu genügen, sollen sowohl bei der Diagnostik als auch bei den Interventionen fünf Achsen zur Klassifikation berücksichtigt werden:

1. Medizinisch-pflegerische Achse: Schweregrad, Verlauf und Prognose der Erkrankung.
2. Funktionale Achse: Grad der körperlichen und geistigen Behinderung sowie umschriebener Entwicklungsstörungen.
3. Soziale Achse: Unterstützung durch Familie, Freundes- und Bekanntenkreis als Ressource. Belastende psychosoziale Umstände wie Arbeitslosigkeit, Umzug, Verlust eines Elternteils u. ä.
4. Psychische Achse: Psychische Gesundheit oder psychiatrische Erkrankung als Ressourcen oder Belastungen. Fähigkeiten und Fertigkeiten, die Krankheit emotional und kognitiv zu bewältigen.
5. Spirituelle Achse: Der Glaube oder die Einbindung in eine religiöse Gemeinschaft als Ressourcen in der Krankheitsbewältigung.

Für die auf die Familie bezogenen Interventionen wurden gemeinsame Kategorien erarbeitet, die in den einzelnen Leitlinien berücksichtigt sind.

- Case Management auf der Patientenebene: Im Vordergrund steht die Vernetzung im Sozial- und Gesundheitswesen. Hierzu wird die Patientenfamilie im Sinne einer Lotsenfunktion begleitet. Ziel ist die bedürfnis- und bedarfsgerechte Zuführung zu den Sozial- und Gesundheitsdienstleistungen, die Stabilisierung und Vermeidung von Komplikationen, der Aufbau einer einrichtungsübergreifenden Hilfeplanung und die Sicherstellung des Informationsflusses.
- Informationsvermittlung: Ziel ist der Aufbau von angemessenem Wissen, damit die Betroffenen selbstständig notwendige Kompetenzen erwerben können.

- Schulung / Training: Ziel ist, mit Hilfe von Aufklärung und dem Training praktischer Fertigkeiten Handlungskompetenzen aufzubauen.
- Beratung: Ziel der sich am Bedarf der Familien orientierenden Beratung ist, Belastungen abzubauen und Problemlösungskompetenzen und spezifische Fähigkeiten in der Krankheits- und Lebensbewältigung aufzubauen. Nach der Problemanalyse werden gemeinsam Ziele im Sinne des Empowerments vereinbart und eine ressourcenorientierte Problemlösung eingeleitet. Im Vordergrund steht die „Hilfe zur Selbsthilfe", d. h. ein Problemlösungstraining, dass den Berater „überflüssig" machen soll.
- Begleitung: Ziel der ressourcenorientierten Begleitung ist, der Familie bei der emotionalen Bewältigung zu helfen und mittels einer guten Beziehung rechtzeitig notwendige Interventionen einleiten zu können oder stabilisierend auf das Familiensystem einzuwirken und die Selbstsicherheit der Familie zu stärken. Hierbei werden auch andere Personen aus dem sozialen Netz in die Rolle der emotionalen Begleiter mit aufgenommen.
- Therapie: Medizinische oder psychotherapeutische Interventionen gemäß den Richtlinien der einzelnen Fachgesellschaften mit dem Ziel der Heilung oder Rehabilitation von Störungen bzw. dem Aufbau von Bewältigungskompetenzen.

7.2.4 Prozessorientierter Ablauf der Nachsorge

Die Krankheitsbewältigung einer Patientenfamilie ist ein dynamischer Prozess, der sich am individuellen Krankheitsverlauf des Kindes und seiner Familie orientiert und oft nicht vorhersehbar ist. Nachsorge muss sich diesem Prozess anpassen und flexibel auf neue Anforderungen reagieren. Als Basis für die Leitlinienentwicklung wurde deshalb ein prozessorientiertes Behandlungsprogramm zu Grunde gelegt. Dies entspricht dem Case Management-Konzept mit den aufeinanderfolgenden Schritten Assessment, Intervention und Evaluation.

7.2.4.1 Assessment

Mittels einer gemeinsamen – von Schwestern, Sozialpädagogen oder Psychologen erstellten bzw. ergänzten – interdisziplinären Anamnese basierend auf den oben beschriebenen Achsen und der „Internationalen Klassifikation der Funktionen – ICF" (Schuntermann 2005) wird der Ist-Zustand des Kindes und der Familie erhoben: neben den Patienten- bzw. Familienstammdaten auch Daten zu den medizinischen, funktionalen, soziodemographischen, psychosozialen und psychischen Bedingungen entsprechend den beschriebenen Achsen.

7.2.4.2 Hilfeplanung

Grundlage für die Planung des Nachsorgebedarfs sind die Daten aus der interdisziplinären Anamnese. Aus diesen lässt sich ein an die ICF angelehntes multiaxiales Ressourcen- und Belastungsprofil (Disease-Staging) für die jeweilige Familie erstellen, aus dem sich ablesen lässt, in welchem Bereich ein Interventionsbedarf besteht: aus rein medizinischer Indikation, aus rein

psychosozialer Indikation oder aus beiden. Zusätzlich gibt es übergreifende Zielbereiche und praxisrelevante Feinziele für die einzelnen Bereiche, die die Grundlage der Evaluation bilden.

7.2.4.3 Intervention

Nachsorge läuft methodisch ab als Case Management, das als übergeordnetes „systemisches Case Management“ und als auf die einzelne Familie bezogene Interventionen abläuft: Vernetzung Schulung, Beratung, Begleitung und Therapie. Die jeweils nach der multiaxialen Diagnostik für die jeweilige Familie in Frage kommenden Interventionen sollen entsprechend den Leitlinien ausgewählt und umgesetzt werden.

Für die auf die Familie bezogenen Interventionen wurden gemeinsame Kategorien erarbeitet, die in den einzelnen Leitlinien berücksichtigt sind.

7.2.4.4 Evaluation

Durch regelmäßige Evaluationen anhand der Achsen des Disease-Stagings soll überprüft werden, ob die Zielbereiche und Feinziele erreicht wurden. Zwischenzeitlich eingetretene Veränderungen und neue Ergebnisse müssen erfasst, Informationen neu interpretiert und die Interventionen ständig den veränderten Bedingungen angepasst werden.

Festgelegte Evaluationszeitpunkte sind die wöchentlichen Teamsitzungen, die Entlassungsevaluation und die Abschlussevaluation vor Beendigung der Nachsorge. Daneben können im Betreuungsteam jederzeit akut die Maßnahmen den veränderten Bedingungen des Kindes oder der Familie angepasst werden.

Nach Beendigung der Nachsorge soll als „Klienten-Evaluation“ von den Eltern ein kurzer Fragebogen mit skalierten Items und Freitextfeld ausgefüllt werden. Dieser enthält Fragen zur Zufriedenheit mit der Nachsorgemaßnahme, der Zufriedenheit mit dem Personal und zu Angeboten und Ressourcen, die die Eltern sich gewünscht hätten.

7.3 Qualitätshandbuch „Interdisziplinäre Nachsorge in der Pädiatrie“ (INIP)

Mit der Ausbreitung der sozialmedizinischen Nachsorge in Deutschland entstand der Bedarf an einheitlichen Nachsorgeleitlinien und Vorgaben für die Qualitätssicherung. Ausgehend vom Augsburger Nachsorgemodell werden von Mitarbeitern des beta Instituts für sozialmedizinische Forschung und Entwicklung in Augsburg für das Qualitätshandbuch Grundlagen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festgeschrieben. Die Grundlagen bilden die Ergebnisse des Qualitätsmanagements des Bunten Kreises, die Erfahrungen aus anderen Nachsorgeinrichtungen, die in den § 43,2 und 132c SGB V festgelegten gesetzlichen Grundlagen zur Sozialmedizinischen Nachsorge und der Stand der Wissenschaft. Ferner enthält das Handbuch Weiterbildungs- und Beratungskonzepte zur Umsetzung der Nachsorge in neuen Einrichtungen.

7.3.1 Definition der sozialmedizinischen Nachsorge

Bei der Nachsorge nach dem Modell des Bunten Kreises handelt es sich um eine Versorgungsleistung, die bei krebs-, chronisch- oder schwerst erkrankten Kindern und Jugendlichen mit schwerer medizinisch-pflegerischen und / oder psychosozialen Belastung indiziert ist. Sie dient der Sicherstellung, Unterstützung oder Befähigung in der Krankheitsbewältigung und Selbstversorgungskompetenz, um den medizinischen Behandlungserfolg zu sichern und um eine Teilhabe am täglichen Leben zu fördern. Die Nachsorge wird als Komplexleistung erbracht und beinhaltet Koordinations- und Vernetzungsleistungen, Anleitung zur Krankheits- und Krisenbewältigung und zum Aufbau von Selbstversorgungskompetenz sowie zur Motivation verordnete Leistungen in Anspruch zu nehmen. Sie wird sektorenübergreifend unter Einbeziehung des sozialen Netzes der Betroffenen nach der Methode des Case Managements erbracht. (Qualitätsverbund Bunter Kreis 2004).

Sozialmedizinische Nachsorge ist ein strukturiertes, leitliniengesteuertes, evidenzbasiertes Angebot im Gesundheitswesen. Die Inhalte sind jeweils an die Bedarf-, Bedürfnis- und Ressourcenlage des Kindes bzw. der Familie adaptiert und werden im interdisziplinären Team erbracht.

Die Nachsorge berücksichtigt

- die Individualität des Patienten,
- den notwendigen Bedarf des Patienten und seiner Familie an fachlicher Unterstützung,
- das Bedürfnis des Patienten und seiner Familie an individueller Unterstützung,
- die Ressourcen des Patienten, seiner Familie und seines sozialen Umfeldes,
- die Lebensumwelt und Systembedingungen des Patienten (Familie, Kindergarten, Schule, Ausbildung bis Freizeit),
- das Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“,
- die Beziehung zwischen Nachsorgemitarbeiter, Patient und Bezugspersonen,
- den Handlungsansatz und die Methodik des Case Managements,
- ethische Grundsätze,
- die Notwendigkeit zur Effizienz (Wirtschaftlichkeit) und Effektivität (Wirksamkeit),
- wissenschaftliche Erkenntnisse,
- die gesetzlichen Grundlagen des SGB V zur Erbringung sozialmedizinischer Nachsorge (§ 43,2, § 132c),
- die Anforderungen von Fach- und Berufsverbänden an eine qualifizierte Leistungserbringung,
- Besonderheiten der lokalen / regionalen Bedarfsituation in der Spezifizierung ihres Leistungsangebotes vor Ort.

7.3.2 Ziele der Nachsorge

Die Ziele der Nachsorge nach dem Modell Bunter Kreis beziehen sich auf die Mikro-, Meso- und Makroebene.

Die Ziele für den Patienten und seine Bezugspersonen auf der *Mikroebene (Fallebene)* sind:

Die Sicherstellung und / oder Förderung

1. des medizinischen Behandlungserfolges,
2. der medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Versorgung in der Klinik und im häuslichen Umfeld,
3. einer Verkürzung oder Vermeidung von Krankenhausaufenthalten,
4. der Hilfe zur Selbsthilfe,
5. der Bewältigung der Krankheits- / Behinderungssituation,
6. der gesundheitsbezogenen Lebensqualität,
7. eines positiven Gesundheitsverhaltens,
8. der sozialen Integration,
9. der Partizipation im Alltag.

Die Ziele für das Familiensystem und die Einrichtungen auf der *Mesoebene (Systemebene)* sind:

Die Sicherstellung und / oder Förderung

1. der Funktionsfähigkeit des Familiensystems,
2. der Kommunikation innerhalb einer Behandlungseinrichtung und zwischen den Einrichtungen,
3. der Kommunikation zwischen Organisationen und Institutionen, die an einem Fall beteiligt sind,
4. von Netzwerken,
5. von Behandlungspfaden.

Die Ziele für das Sozial- und Gesundheitswesen können auf der *Makroebene* sein:

Die Sicherstellung und/ oder Förderung

1. von Gesetzen zur Nachsorge,
2. von Rahmenvereinbarungen und Empfehlungen zur Nachsorge von Kostenträgern wie gesetzliche Krankenkassen,
3. der Öffentlichkeitsarbeit zu den Belangen von chronisch kranken / behinderten Kindern und Jugendlichen sowie ihren Familien.

7.3.3 Zielgruppe der Nachsorge

Die Nachsorge wird Früh- und Risikogeborenen, Kindern und Jugendlichen mit chronischen oder schweren Krankheiten und oder Behinderungen, ihren Bezugspersonen / Eltern und Familienmitgliedern angeboten. Im Regelfall bekommen Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Nachsorge, unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes können auch junge Erwachsene bis zum 27. Lebensjahr Nachsorge erhalten. Die Kinder und Jugendlichen müssen eine medizinische Diagnose oder neu entstandene Behinderung haben oder von Behinderung bedroht sein und durch Krankheit, Behinderung, Therapie oder Lebensumstände so belastet sein, dass Nachsorge Therapieerfolg, Behandlungsverlauf, Lebensqualität und Integration im Alltag sicherstellt oder fördert.

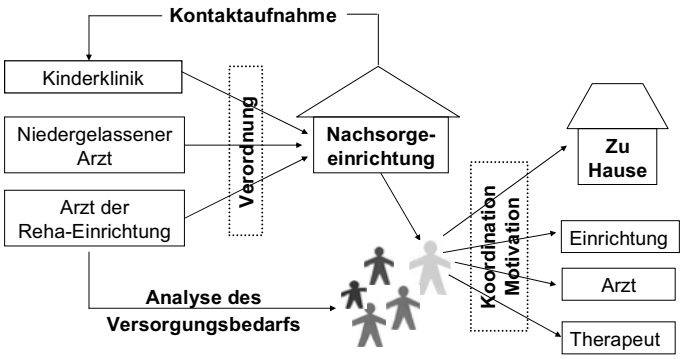
7.3.4 Nachsorge im Patientenpfad

Der Behandlungspfad des Patienten und seiner Familie führt in das Akutkrankenhaus, von dort über die Nachsorge in den ambulanten oder rehabilitativen Versorgungssektor. Nachsorge kann auch nach stationärer Rehabilitation den Übergang ins häusliche Feld begleiten.

Nach § 43,2 SGB V können für Kinder bis 12 Jahren in unmittelbarem Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung oder stationäre Rehabilitation sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen verordnet werden, wenn die Nachsorge wegen der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung notwendig ist, um stationäre Aufenthalte zu verkürzen oder eine anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern. Die Indikation ergibt sich aus einer Kombination von schweren Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeiten sowie der Notwendigkeit eingreifender, komplexer Interventionen oder dem Finalstadium einer Erkrankung. Grundlage der Indikationsstellung ist eine Einschätzung nach der WHO-Klassifikation ICF. Die Anforderungen an die Leistungserbringer sozialmedizinischer Nachsorge sind im § 132 c SGB V festgelegt.

Die Nachsorge wird entweder durch den behandelnden Arzt in der Kinderklinik, den niedergelassenen Arzt oder durch den Arzt in der stationären Rehabilitationseinrichtung eingeleitet (s. Abb. 1). Die Nachsorge kann schon während des stationären Aufenthaltes in der Kinder-

Abbildung 1: Sozialmedizinische Nachsorge im Versorgungsnetzwerk



klinik oder in der Rehabilitation mit der Kontaktaufnahme beginnen. Sie ist insbesondere in den Schnittstellen zwischen den Sektoren tätig und beginnt mit der Analyse des Versorgungsbedarfs. Anschließend ist sie insbesondere vernetzend, koordinierend, begleitend und entlastend tätig. Zusätzlich können Aufgaben der Patientenmotivation, der Aufklärung, Anleitung, Beratung oder Training übernommen werden.

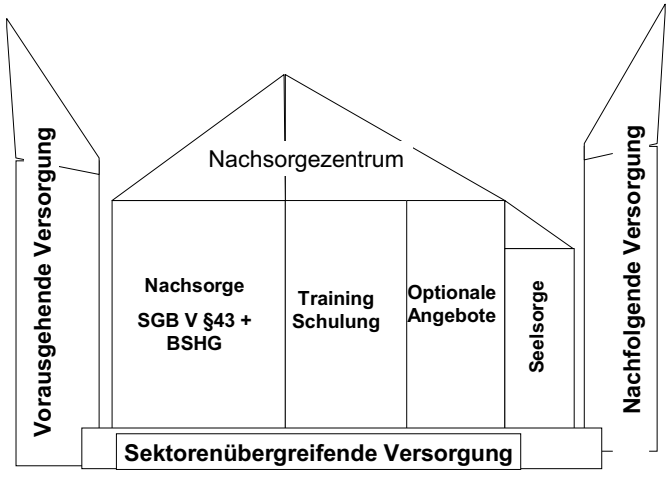
7.3.5 Strukturqualität

Eine Nachsorgeeinrichtung nach dem Augsburger Modell soll eine sektorenübergreifende Plattform bilden, um den Übergang von der stationären in die ambulante Betreuung zu sichern (s. Abb. 2). Das Hauptelement bildet die sozialmedizinische Nachsorge nach § 43,2 SGB V. Je nach Größe der Einrichtung und lokalen Gegebenheiten können Leistungen wie Patientenschulungen zu Diabetes, Asthma, Neurodermitis oder Adipositas angeboten werden. Das Nachsorgeangebot kann durch die sog. optionalen Leistungen wie Diätberatung, Monitorsprechstunde, eine Sprechstunde für Säuglinge und Kleinkinder mit Interaktionsstörungen ergänzt werden. Zusätzlich sind seelsorgerische Angebote wie die Trauerbegleitung notwendig.

Eine enge Kooperation mit einer Kinderklinik und weiteren Versorgungseinrichtungen ist ein wesentliches weiteres Kennzeichen einer Nachsorgeeinrichtung. Die Mobilität der Mitarbeiter für die aufsuchende Nachsorge ist sicher zu stellen.

In der Nachsorgeeinrichtung arbeitet ein interdisziplinäres Nachsorgeteam, bestehend aus mindestens je einem Vertreter aus den Berufsgruppen Kinderarzt / -ärztin, Kinderkrankenpfleger / -schwester, Sozialarbeiter / -pädagoge / Dipl.-Pädagoge/in und Psychologe / Kinder- und Ju-

Abbildung 2: Nachsorgeeinrichtung als sektorenübergreifende Plattform



gend-Psychotherapeut / Kinder- und Jugend-Psychiater/in. Die Kooperation mit einem / einer Seelsorger/in ist sicher zu stellen. Die Mitarbeiter sollen über berufspraktische Erfahrungen verfügen. Mindestens ein Teammitglied sollte eine zertifizierte Weiterbildung zum Case Manager erfolgreich abgeschlossen haben, die weiteren Teammitglieder über Grundkenntnisse im Case Management verfügen.

7.4 Qualitätsverbund Bunter Kreis und Aufbau von Nachsorge in Deutschland

Aus der Beratungsarbeit des beta Instituts entstanden inzwischen bundesweit 20 Einrichtungen, die Nachsorge nach dem Modell Bunter Kreis anbieten. Diese haben sich im Jahre 2002 zum „Qualitätsverbund Bunter Kreis“ zusammengeschlossen um das Niveau der Nachsorge zu sichern und sich auszutauschen.

7.4.1 Ziele und Aufgaben des Qualitätsverbundes

Der Qualitätsverbund setzte sich folgende Ziele:

- Sicherung des Qualitätsstandards,
- Weiterentwicklung der Nachsorge,
- Erfahrungsaustausch auf Leitungs- und Mitarbeiterebene,
- Fortbildung und Aufbau von Kompetenz auf der Leitungsebene,
- gemeinsames Auftreten gegenüber Politik und Kostenträgern,
- bundesweite Interessenvertretung der einzelnen Einrichtungen,
- bundesweite Öffentlichkeitsarbeit.

Neben der Formulierung einer Geschäftsordnung und der Bestimmung einer Sprechergruppe konnte 2004 der Aufbau eines Qualitätssicherungssystems zur Qualitätsprüfung der Nachsorgeeinrichtungen, die sich auf das Modell „Bunter Kreis“ berufen, etabliert werden. Eine wichtige Aufgabe ist die Umsetzung der Rahmenrichtlinien zur sozialmedizinischen Nachsorge nach § 43,2 SGB V und die gemeinsame Verhandlung mit den Krankenkassen zu Inhalt und Vergütung der Nachsorgeleistungen.

7.4.2 Akkreditierung neuer Nachsorgeeinrichtungen

Ein wichtiger Schritt zur flächendeckenden Finanzierung der Nachsorge war die Übergabe eines von Mitarbeitern des „Bunten Kreises“ und des beta Instituts erarbeiteten Gesetzentwurfs, der dazu führte, dass seit Oktober 2004 die sozialmedizinische Nachsorge im SGB V § 43,2 verankert ist. Mit diesem Gesetz ist nun einerseits erstmals sozialmedizinische Nachsorge über-

regional finanzierbar, dies jedoch mit großen Einschränkungen in den Leistungen gegenüber dem umfassenden Konzept des „Bunten Kreises“. So sind weiterhin alternative Finanzierungswege wie Spenden, Stiftungsgelder, Bußgelder der Staatsanwaltschaften oder weitere öffentliche Fördemittel notwendig, um den Eltern kranker Kinder ein angemessenes Angebot an Unterstützung bieten zu können. Im Juli 2005 verabschiedeten die Spitzenverbände der Krankenkassen die entsprechende Rahmenvereinbarung (www.vdak.de 2005).

Der Qualitätsverbund der „Bunten Kreise“ in Deutschland und die Gesellschaft für sozialmedizinische Nachsorge in der Pädiatrie haben inzwischen ein Meta-Nachsorgekonzept erarbeitet, das zum einen alle Vorgaben der Rahmenvereinbarungen und die Vorgaben ein „Bunter Kreis“ zu sein erfüllt Es dient als Qualitätssicherungsinstrument für alle nach dem Modell des Bunten Kreises arbeitenden Nachsorgeeinrichtungen, ist eine Hilfe beim Aufbau der Nachsorge und bildet die Basis für die Kassenverhandlungen. Anhand des für die jeweilige Einrichtung modifizierten Metakonzepts akkreditieren die Qualitätsbeauftragten des Qualitätsverbundes die Einrichtung, regelmäßige Audits sollen laufend die Qualität der Einrichtungen sichern.

7.4.3 Consulting- und Case-Management-Ausbildung

Das beta Institut in Augsburg veranstaltet unterstützt durch die betapharm Nachsorgestiftung mehrfach im Jahr zweitägige Consulting-Workshops zur Nachsorge, um Mitarbeitern aus im Aufbau befindlichen Einrichtungen die Grundlagen des Augsburger Nachsorgemodells und des Case Managements zu vermitteln. Je nach Bedarf werden weitere Seminare zur Finanzierung, Sozialmarketing, Organisations- und Projektentwicklung angeboten ergänzt durch individuelles Consulting vor Ort. Als anerkanntes Ausbildungsinstitut bietet das beta Institut eine seit dem Jahre 2003 nach den Richtlinien der Fachverbände anerkannte Weiterbildung zum zertifizierten Case Manager an mit verschiedenen fachlichen Schwerpunkten wie z. B. Case Management in der Pädiatrie.

7.5 Wissenschaftliche Begleitung

Um die Wirksamkeit des Augsburger Nachsorgemodells zu überprüfen und um Standards für den Aufbau von Nachsorgeeinrichtungen zu entwickeln, wurde die Augsburger Nachsorgeforschung ins Leben gerufen (Porz 2003). An der Patientengruppe der Frühgeborenen und schwer kranken Neugeborenen konnte in zwei prospektiven Studien exemplarisch gezeigt werden, dass Nachsorge nach unserem Konzept effektiv und kostensparend ist.

7.5.1 Soziökonomische Studie zum Bunten Kreis

In der soziökonomischen Studie wurden prospektiv als Fall-Kontroll-Studie Familien aus Augsburg mit Nachsorge mit Familien aus Nürnberg und Bonn verglichen, die keine Nachsorge erhalten hatten.

Die Studie konnte zeigen, dass sich sowohl die stationären Versorgungskosten durch die Verkürzung der Verweildauer als auch die Kosten für ambulante Leistungen durch Nachsorge senken lassen. Die Eltern mit Nachsorge fühlten sich besser informiert, die Zusammenarbeit mit den an der Versorgung beteiligten Institutionen war nach Einschätzung der Eltern ebenfalls besser. Nach der Entlassung ihres Kindes fühlten sich Eltern mit Nachsorge sicherer und kompetenter in der Versorgung und hatten weniger Ängste und Sorgen über die Entwicklung ihres Kindes (Wiedemann 2005).

7.5.2 PRIMA-Studie

Die PRIMA-Studie (prospektive randomisierte Implementierung des Modelprojekts Augsburg) sollte als Effektivitätsstudie die spezifischen Wirkkomponenten der Nachsorge erforschen. Dazu wurden an der Abteilung Neonatologie der Universitäts-Kinderklinik Bonn Familien per Zufallsverteilung in eine Gruppe mit Nachsorge bzw. eine Gruppe mit herkömmlicher Betreuung zugeordnet und mittels Interviews, Fragebögen und Videointeraktionsbeobachtungen über 18 Monate nachuntersucht.

Erste Ergebnisse zeigten gemäß unserer Hypothese bei Familien mit Nachsorge eine bessere emotionale Regulation des Kindes und eine erhöhte mütterliche Sensibilität sowie eine verbesserte Mutter-Kind-Interaktion Die Partnerschaft war im zeitlichen Verlauf weniger belastet als in der Kontrollgruppe. Die Kinder aus der Interventionsgruppe mussten seltener wieder stationär aufgenommen bzw. ambulant in der Klinik bzw. beim Kinderarzt vorgestellt werden (Publikation in Vorbereitung).

Nachsorge bei Familien mit zu früh geborenen oder kranken Neugeborenen ist also ein wichtiges Versorgungsangebot, das eine gute psychosoziale Begleitung und Beratung der Familien bereits während des Krankenhausaufenthalts und auch nach der Entlassung sicherstellt und zu einer intensiveren Zusammenarbeit zwischen der Klinik und ambulanten Einrichtungen führt.

7.6 Ausblick

Durch die in den beiden Studien belegten positiven psychosozialen und sozioökonomischen Auswirkungen einer familienorientierten Nachsorge wurde die Grundlage für eine bundesweite Verbreitung als Angebot der Regelversorgung gelegt. Die durch das Qualitätsmanagement des „Bunten Kreis“ und dem beta Institut für sozialmedizinische Forschung und Entwicklung in Augsburg erarbeiteten Praxisleitlinien können Grundlage für alle nach diesem Modell arbeitenden Einrichtungen sein. So ist zu hoffen, dass in den nächsten Jahren der Aufbau weiterer Nachsorgeeinrichtungen zu einer Verbesserung der Situation von Familien mit schwer und chronisch kranken Kindern beiträgt und ihnen hilft, den Alltag zu bewältigen.

Literatur

Porz, F. / Podeswik A. / Kanth E. / Kusch M. 2003: Qualitätsmanagement im Bunten Kreis nach dem Care-Service-Science-Konzept. In: Porz F. / Erhardt H. (Hrsg.): Case-Management in der Kinder- und Jugendmedizin. Neue Wege in der Nachsorge. Thieme. Stuttgart. 73-78.

Porz, F. 2003: Wissenschaftliche Begleitung von Case-Management in der Pädiatrie – die Augsburger Nachsorgeforschung. In: Porz F. / Erhardt H. (Hrsg.): Case-Management in der Kinder- und Jugendmedizin. Neue Wege in der Nachsorge. Thieme. Stuttgart. 73-78.

Porz, F. / Podeswik, A. / Erhardt, H. 2005. Case-Management in der Sozialpädiatrie. In: Löcherbach, P. / Klug, W. / Remmel-Faßbender, R. / Wendt W. R. (Hrsg.): Case Management. Fall und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit. 3. Auflage, Reinhardt. München. 88-108.

Schuntermann, M. F. 2005: Einführung in die ICF. Grundkurs - Übungen – offene Fragen. Ecomed. Landsberg.

Wiedemann, T. 2005: Wirtschaftlichkeit und Effektivität verbesserter ambulant-stationärer Verzahnung durch Case Management. Eine Fall-Kontroll-Studie zur Versorgung Früh- und Risikogeborener durch den Bunten Kreis. Peter Lang. Frankfurt am Main.

www.vdak.de/reha/nachsorge/rahmenvereinbarungen_stand-02-05-2005.pdf

Weitere Informationen

www.bunter-kreis.de

www.beta-institut.de

Autoren

Dr. Friedrich Porz, Kinderarzt, Neonatologe, Oberarzt der 2. Kinderklinik, Klinikum Augsburg. Mitbegründer und stellvertretender Geschäftsführer des „Bunten Kreises“. Leiter der Augsburger Nachsorgeforschung im beta Institut für sozialmedizinische Forschung und Entwicklung Augsburg. Präsident der Gesellschaft für sozialmedizinische Nachsorge in der Pädiatrie. Stenglinstraße 2, 86156 Augsburg, E-Mail: friedrich.porz@beta-institut.de

Andreas Podeswik, Dipl.Psychologe, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Projektleitung Pädiatrie im beta Institut für sozialmedizinische Forschung und Entwicklung Augsburg. Geschäftsführer des Qualitätsverbundes Bunter Kreis. Kobelweg 96, 86156 Augsburg, E-Mail: andreas.podeswik@beta-institut.de

Reinald Faß

8 Systemsteuerung im Case Management

Dargestellt am Beispiel der beruflichen (Re-)Integration

8.1 Systemsteuerung – Versuch einer Begriffsbestimmung

Systemsteuerung ist zwar durchgängig als ein wichtiges Element des Case Managements anerkannt. Umso erstaunlicher ist es, dass in der einschlägigen Literatur zum Case Management sehr wenig darüber zu finden ist, wie Systemsteuerung *in der Praxis* realisiert werden kann. Während es für die Fallsteuerung ein klares Ablaufmodell gibt, finden sich analoge Handlungsleitlinien für die Systemsteuerung nicht. Die Gründe für diesen Umstand zu eruieren, bleibt leider im Bereich purer Spekulationen: sei es, dass die Steuerung des Hilfesystems als so eingängig angesehen wird, dass sie keiner näheren Umschreibung bedarf oder dass gerade die Steuerung von Systemen als so komplex erwartet wird, dass eine Beschreibung dieser Komplexität nicht gerecht werden kann und daher unterbleibt.

Welche Gründe auch immer für die geringe Thematisierung der Systemebene verantwortlich sind – in diesem Artikel soll der Versuch unternommen werden, die praktische Realisierung der Systemsteuerung zu beschreiben. Ursprung dieser Abhandlung ist daher weniger die theoretische Beschäftigung mit dem Element „Systemsteuerung“ als vielmehr die Notwendigkeit, im Rahmen einer Case Manager Ausbildung den angehenden Case Managern für das Einsatzfeld der beruflichen (Re-) Integration (meist noch „Beschäftigungsförderung“ genannt) konkrete Hilfen anzubieten, wie sich Systemsteuerung in praktisches Handeln integrieren lässt.

Damit sind drei Einschränkungen der Gültigkeit der folgenden Abhandlungen aufgezeigt:

1. Systemsteuerung wird hier aus der Perspektive der beruflichen (Re-) Integration beschrieben,;
2. dieses Feld wird weiter eingegrenzt auf Dienstleister, die im Auftrag der SGB II-Träger (Arbeitsgemeinschaften bzw. Optionskommunen) Case Management durchführen und
3. Systemsteuerung wird aus den praktisch erfahrenen wie auch antizipierten Bedürfnissen der Praxis heraus dargestellt.

Andererseits ergibt sich dadurch aber auch der Vorteil, dass im Folgenden nicht nur darüber gesprochen wird, was Systemsteuerung denn ist, sondern auch darüber, wie Systemsteuerung in der Praxis umgesetzt werden kann.

Zunächst kann aufgrund der Abgrenzung von Fall- und Systemsteuerung die letztere als Steuerungsfunktionen außerhalb des Fall-Verhältnisses, also jenseits der rein klientenbezogenen Steuerungstätigkeiten im Rahmen des Case Managements gekennzeichnet werden. Um nicht auf eine rein negative Definition beschränkt zu bleiben (Systemsteuerung ist jede Steuerung, die keine Fallsteuerung ist), ist es sinnvoll, sich diese weitere Steuerungsaufgabe des Case Managements näher zu betrachten.

„Systemsteuerung bezieht sich auf die Nutzung, Heranziehung und Initiierung von Netzwerken. Es geht damit um ein effizientes und effektives Management der Versorgung im Gebiet der jeweiligen Zuständigkeiten und um die Optimierung des Versorgungssystems."[1]

Daraus lässt sich Folgendes ableiten: Systemsteuerung ist nicht nur die Schaffung neuer Dienstleistungen, neuer Angebote, neuer Strukturen im so genannten Versorgungssystem, sondern Systemsteuerung findet bereits durch die Inanspruchnahme von Leistungen des Systems statt.

Damit kann Systemsteuerung methodisch betrachtet zwei Ebenen zugeordnet werden: Der Mikroebene, auf der durch die Inanspruchnahme von Leistungen des Systems dieses gleichzeitig beeinflusst wird, und die Makroebene, auf der neue Leistungen initiiert oder auch nicht mehr benötigte beendet und neue Strukturen sowie neue Vernetzungen geschaffen werden.

Diese Aspekte der Systemsteuerung beziehen sich gemeinsam auf Steuerungsleistungen nach „außen", d. h. in das umgebende Netzwerk unterstützender Angebote wie auch in den Bereich der Kostenträger hinein. Nicht zu vernachlässigen ist aber auch die Steuerung nach „innen", d. h. in die Strukturen und Abläufe der eigenen (das Case Management durchführenden) Einrichtung und der eigenen Arbeitsabläufe. Auch der Case Manager, das Case-Management-Team und die Case Management betreibende Einrichtung sind unzweifelhaft Teile des Systems.[2] Allerdings werden Anpassungs- und Optimierungsbestrebungen dort im Regelfall dem Qualitätsmanagement zugeordnet. Da das Gesamtsystem der beruflichen (Re-) Integration aber Kostenträger, die Durchführenden des Case Managements wie auch die unterstützenden Dienste, Einrichtungen und Angebote umfassen, müsste eine sich als systemisch begreifende Systemsteuerung alle Ebenen umfassen. Die Frage, ob eine (externe) Dienstleistung für die berufliche (Re-) Integration geeignet ist, ist also aus dieser Sicht nicht von der Frage, ob die eigenen Abläufe und Strukturen die Eignung dieser Dienstleistung bedingen, zu trennen.

Halten wir daher als Versuch einer Definition fest:

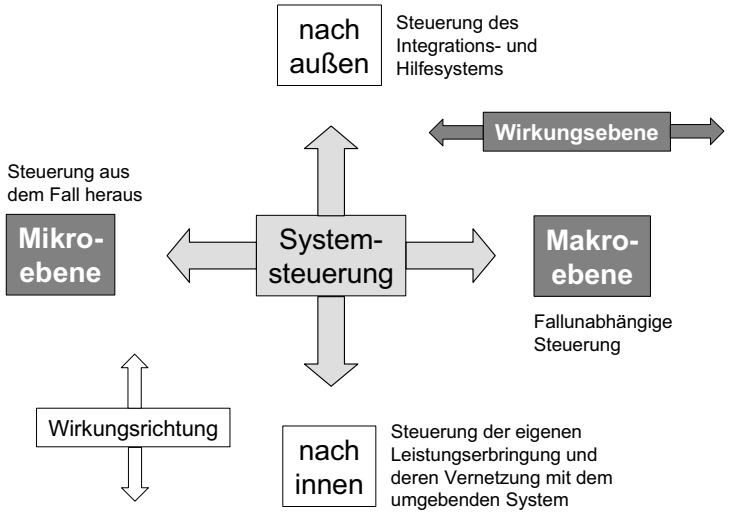
> *Systemsteuerung ist die Beeinflussung des für das Case Management relevanten Netzwerks. Sie findet auf einer Mikro- und einer Makroebene (Wirkungsebene) statt und wirkt nach innen in die eigenen Abläufe wie auch nach außen in das umgebende Netzwerk (Wirkungsrichtungen).*

---

1 Regiestelle Kompetenzagenturen, Offenbach www.kompetenzagenturen.de/themen/casemanagement.html.

2 Vgl. Wendt, Wolf Rainer: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. 3. Aufl. Freiburg 2001, 81.

Abbildung 1: Wirkungsebene und Wirkungsrichtung der Systemsteuerung



Ziel der Systemsteuerung ist die Optimierung des Integrations- und Hilfesystems in Hinblick auf eine verbesserte Effektivität und Effizienz.[3]

Systemsteuerung kann daher Elemente des Systems verändern, neue initiieren, unzweckmäßige abschaffen, sowie die Vernetzung der einzelnen Elemente miteinander und mit der Case Management betreibenden Stelle fördern. Wirkungsebene und Wirkungsrichtung der Systemsteuerung sind sich daher zusammengefasst in Abb. 1 dargestellt.

8.2 Systemsteuerung auf der Mikroebene

Von der Mikroebene soll im Folgenden dann gesprochen werden, wenn einzelne Hilfen klientenbezogen durch den Case Manager modifiziert werden. Die Mikroebene in der Systemsteuerung ist also die Wirkung von einzelnen Feinanpassungen von Hilfen im Laufe jeweils einzelner Fallführungen.

[3] Im Bereich der beruflichen (Re-) Integration ist zweckmäßiger von einem Integrations- und Hilfesystem zu sprechen. Der sonst übliche Begriff des Versorgungssystems wird daher von dem für die berufliche Integration besser passenden Begriff abgelöst. Hierbei bedeutet der Begriffsteil „Integrationssystem" diejenigen Maßnahmen, die der berufliche Erst- oder Wiedereingliederung direkt dienen – z. B. Qualifizierungen oder Arbeitserprobungen, während unter Hilfesystem flankierende Maßnahmen subsumiert sind, die die (Wieder-) Herstellung der Beschäftigungsfähigkeit im Fokus haben – z. B. Sucht- oder Schuldnerberatungsdienste.

Feinjustierungen in Wahrnehmung der Controlling-Funktion im laufenden Prozess wie z. B. die Forderung nach intensiverer sozialpädagogischer Begleitung eines Jugendlichen während einer Qualifizierungsmaßnahme wirken zunächst vor allem fallsteuernd. In dieser Weise sind sie auch intendiert. Ihr Fokus liegt klar in der Optimierung der Fallführung – konkreter in der Optimierung der Integrationsbemühungen.

Andererseits wirken solche Feinjustierungen auch in das Versorgungssystem hinein, d. h. die Unterstützungsangebote werden auch durch hier „Feinjustierungen" genannte Interventionen des Case Managers beeinflusst. Solche Interventionen werden in der Praxis oft darin bestehen, dass eine intensivere und individuellere Betreuung, eine noch passgenauere Qualifizierung oder eine umfangreichere Kommunikation (mit dem Case Manager) gefordert wird. Forderungen also, die für den Anbieter der Dienstleistung in letzter Konsequenz eine Mehrleistung bedeuten.

Aufgrund wirtschaftlicher Mechanismen wird die Neigung des Dienstleisters, diese Mehrleistung künftig generell zu erbringen, als eher gering einzuschätzen sein. Hierbei ist zunächst unerheblich, ob diese geforderte Leistung eine Mehrleistung im Sinne des Wortes ist, d. h. über den vereinbarten Leistungsumfang hinausgeht, oder ob diese Leistung eigentlich hätte erbracht werden müssen. Im letzteren Fall wird nur zu erwarten sein, dass Interventionen des Case Managers williger umgesetzt werden.

Ob eine solche Intervention bewirkt, dass sich auch künftig diese Leistungen verändern, ist jedoch fraglich oder zumindest nicht automatisch zu erwarten. Auch ist fraglich, ob fallbezogene Interventionen des Case Managers wirklich als *System*steuerung bezeichnet werden können. Um dies beurteilen zu können, muss sich zunächst kurz mit dem Begriff der Steuerung beschäftigt werden:

> *Der Begriff* Steuerung (englisch: *control*) *bezeichnet im Allgemeinen den Vorgang einer Veränderung, der nicht zufällig, sondern kontrolliert verläuft. Dahinter steht die Annahme einer willkürlichen Kraft, die das zu steuernde Objekt meist direkt bewegt oder kontrolliert.*[4]

Die eigentliche *fallbezogene* Intervention erfüllt mit Sicherheit die Anforderungen, die für Steuerungen auf der Basis der o. a. Definition gelten. Für die Systemsteuerung ist dies jedoch fraglich, da hier aufgrund des zunächst rein fallbezogenen Anlasses die auf das System bezogene Steuerungsabsicht fehlt oder zumindest nicht automatisch angenommen werden kann. Sieht man auf der anderen Seite jedoch Fall- und Systemebene als miteinander verknüpft, so kann durchaus begründet behauptet werden, dass jede Fallsteuerung zugleich immer auch eine Systemsteuerung ist. Diese Sichtweise der Wechselseitigkeit von Fall- und Systemsteuerung hat durchaus ihren Charme. Sie hat aber auch ihre Tücken: Bisher wurden Fall- und Systemsteuerung stets aus dem Blickwinkel des Case Managers gesehen, der klienten- und klientelbezogen Fall und System zur Optimierung seiner Integrationsarbeit rational steuert. Der Case Manager ist somit der „Steuerer" und Fall und System folgen seinen Steuerungen.[5] Eine Fallsteuerung wird aber in der Praxis auch oft nach den Möglichkeiten des Systems erfolgen.

---

4 Quelle: www.matheboard.de/lexikon/Steuerungstechnik/definition.htm.

5 Hierbei soll nicht der Eindruck erweckt werden, dass Fallsteuerung aus Sicht des Verfassers am Klienten vorbei oder über diesen hinweg erfolgt oder erfolgen soll. Diese eher holzschnittartige Darstellung dient lediglich der pointierten Herausarbeitung von Problemen, denen bei der Steuerung von Systemen aus der Praxis heraus begegnet werden kann.

Zunächst ein Beispiel aus einem ganz anderen Bereich, der EDV: Für die Verwaltung von Weiterbildungsmaßnahmen wird auf dem Softwaremarkt eine Vielzahl von Programmen angeboten. Sollen diese mit der Personalverwaltungssoftware zusammenarbeiten, werden diese Programme schon komplexer und vor allem teurer. Sie definieren durch ihre Programmstruktur eine bestimmte Weise, wie Weiterbildung organisiert werden soll. Die Nutzer dieser Software haben meist nur die Wahl, ihre Organisation der Software anzupassen, wenn sie äußerst kostspielige Umprogrammierungen vermeiden wollen. Fazit: Das (EDV-) System steuert die Organisation.

Zweites Beispiel: In den Einrichtungen der stationären beruflichen Rehabilitation wird eine Berufsfindung durchgeführt. Hierzu werden neben Testungen Arbeitserprobungen in verschiedenen Bereichen, die allesamt von der betreffenden Einrichtung angeboten werden, durchgeführt. Das Ergebnis ist bis auf Ausnahmen eine Empfehlung für einen oder mehrere in der Einrichtung angebotenen Ausbildungsberufe. Fazit: Das System (Einrichtung) steuert den Fall.

Die Nutzung vorhandener Angebote kann daher auch so gesehen werden, dass nicht der Fall (bzw. der Case Manager) das System steuert, sondern das System steuert den Fall. Die Fallführung hat sich aus dieser Sicht heraus also den Erfordernissen des Systems anzupassen. Auch wenn dies durchaus in einem krassen Widerspruch zum Prinzip des Case Managements steht, so ist eine Wirkung in dieser (umgekehrten) Weise durchaus auch Realität. Seine größte Verführung liegt vor allem darin, dass die Anpassung der Fallführung zunächst einfach ist. Viele Teilnahmen an Bildungsmaßnahmen vor allem im Bereich des SGB III folgen dieser Logik, die ja auch in vielen Fällen zum Ziel führt, aber auf jeden Fall keine Systemsteuerung darstellt.

Es ist daher festzuhalten, dass Fallsteuerung nicht automatisch auch eine Steuerung des Systems bewirkt. Von einer Steuerung in das System kann eigentlich nur dann gesprochen werden, wenn nach Abschluss des Falls „Spuren“ im System bleiben, d. h. das System, wenn auch nur in einem kleinen abgegrenzten Bereich, sich verändert hat. Aufgrund der aber zuvor schon skizzierten Verhaltensweisen von Einrichtungen im System besteht eine starke Tendenz, nach der Intervention bzw. nach dem betreffenden Fall wieder in den vorherigen Zustand zurückzukehren.

Folgt man der These, dass Systemsteuerung eine fallübergreifende Dauerhaftigkeit („Spuren“) erfordert, kann in solchen Fällen nicht von einer Systemsteuerung gesprochen werden. Nimmt man weiter an, dass Systemsteuerung nach der zuvor dargestellten Definition von Steuerung eine Steuerungsabsicht des Case Managers bezüglich des Systems bedingt, so steuert in der Fallführung der Case Manager eigentlich nur seinen fallbezogenen Integrations- und Hilfeprozess. Wirken Steuerungen in diesem Prozess in das System hinein, so ist die Steuerungsabsicht immer nur fallbezogen und nicht primär auf Systemveränderung intendiert.

Ist daher die Mikroebene der Systemsteuerung eigentlich keine Systemsteuerung?

Hier beginnt das Dilemma: Aufgrund fehlender fallübergreifender Dauerhaftigkeit wird das Versorgungs-, Integrations- und Hilfesystem in der hier dargestellten Interventionen nicht wirklich gesteuert. Andererseits geht in der Praxis die Optimierung von ganzen Versorgungssystemen nur zu einem meist kleinen Teil über die Schaffung neuer Angebote und neuer Strukturen. Ein erheblicher Teil des Optimierungspotenzials liegt in der Verbesserung bestehender Angebote und Strukturen. Hier müsste also Systemsteuerung in erster Linie ansetzen. Die Mikroebene

ist aus diesem Blickwinkel heraus gesehen also ein äußerst wichtiges Element der Systemsteuerung überhaupt.

Wie lässt sich dieses Dilemma nun auflösen?

Eigentlich ganz einfach: Es muss dafür gesorgt werden, dass Interventionen immer dann Spuren im System hinterlassen, wenn diese nicht nur eine ausschließlich fallbezogene Relevanz haben. Das heißt, immer dann, wenn der Gegenstand der Intervention eine Schwäche in einer Dienstleistung, einem Angebot, einer Vernetzung zur Ursache hat, die auch für andere Fälle eine abzubauende Schwäche oder sinnvolle Optimierung darstellen würde, müssen Strukturen implementiert werden, die sicherstellen, dass die betreffende Intervention auch fallübergreifend nachwirkt.

Wie können solche Strukturen nun in der Praxis aussehen?

- *Fallnachbesprechungen* nach Beendigung einer Hilfe, einer Dienstleistung: Hier kann neben fallbezogenen Punkten besprochen werden, welche Veränderungen in der Hilfe, der Zusammenarbeit mit dem Case Manager und / oder anderen Diensten im Netzwerk auch über den Fall hinaus sinnvoll oder sogar notwendig sind. Die erzielten Übereinkünfte sind entsprechend zu dokumentieren und das Case-Management-Team zu informieren. Soll die Hilfe über den Abschluss des Falles hinaus andauern (z. B. Suchtberatung), so sollte die Fallnachbesprechung kurz vor dem Fallabschluss stattfinden.
- *(Fallunabhängige) Hilfekonferenzen* unter Beteiligung des Case-Management-Teams, der betreffenden Hilfeeinrichtung (wenn es um Vernetzung geht, auch von weiteren beteiligten Einrichtungen) und des oder der Kostenträger: Diese aufwendigere Form wird immer dann ein sinnvolles Instrument sein, wenn eine zweckmäßige oder sogar erforderliche Veränderung von Hilfen mit einem Mehraufwand seitens der Einrichtung einher geht oder keine Einigung darüber erzielt werden kann, dass eine fallbezogene Veränderung der Hilfe auch generell für die Zukunft gelten soll. Kostenträger sind bei solchen Konferenzen immer dann zweckmäßiger Weise zu beteiligen, wenn es auch um Kostenerhöhungen geht oder durchaus auch zur Erhöhung des Drucks auf eine Einrichtung, Veränderungen durchzuführen.
- *Hilfebezogene Teambesprechungen* des Case-Management-Teams: Statt als Intervision Fälle zu bearbeiten, sollten auch in regelmäßigen Abständen im Team die Erfahrungen mit einzelnen Hilfen und einzelnen Einrichtungen ausgetauscht werden. Nur so können individuelle Erfahrungen aus der Fallführung mit denen anderer Kollegen abgeglichen werden. Schwachstellen in einzelnen Hilfen oder im Zusammenspiel von Hilfen können so wesentlich präziser erkannt werden. Der einzelne Case Manager muss bei erkannten Schwächen immer berücksichtigen, dass diese auch „unglücklichen“ Umständen, einem unzureichend qualifizierten oder motivierten Mitarbeiter oder sonstigen singulären Bedingungen zuzurechnen sein können und keine generelle Schwäche einer Hilfe oder einer Einrichtung daraus abgeleitet werden kann. Durch den Abgleich der Erfahrungen im Team wird aber meist sehr schnell klar, ob eine erkannte Schwäche wirklich nur dieses eine Mal aufgetreten ist oder Methode hat. Im letzteren Fall kann die Besprechung mit der betreffenden Einrichtung dann auch zielgerichteter vorbereitet und durchgeführt werden. Auch wäre zu prüfen, ob bei solchen Teambesprechungen nicht von Zeit zu Zeit Vertreter einzelner Einrichtungen eingeladen werden sollten.

- *Matrix-Organisation* des Case-Management-Teams: Jeder Case Manager könnte als Ansprechpartner (Koordinator) für eine oder mehrere bestimmte Hilfen / Dienstleistungen fungieren. Alle Informationen über diese Hilfe und die fallübergreifende Kommunikation mit dieser laufen dann bei einer Person zusammen. Auch kann so ein Abgleich erfolgen, ob eine erkannte und möglicherweise fallbezogen durch eine entsprechende Intervention überwundene Schwäche der berühmte Einzelfall war oder eine generelle Schwäche der betreffenden Hilfe darstellt. Dieser Case Manager könnte dann regelmäßig Hilfebesprechungen mit den jeweiligen Einrichtungen führen und dort über generelle Veränderungen in den betreffenden Hilfen oder in der Vernetzung verhandeln. Es ist aber präzise zu klären, in wie weit bei Einrichtung solcher Nebenfunktionen die einzelnen Case Manager noch Fallnachbesprechungen in Bezug auf generelle Hilfeveränderungen führen sollen. Zumindest sollten diese zwingend vorab mit dem „Hilfebeauftragten" abgesprochen werden.

Die Systemsteuerung auf der Mikroebene ist daher ein äußerst wichtiges Element der Systemsteuerung insgesamt, bedarf aber zwingend entsprechender Strukturen im Case Management selbst, um wirksam werden zu können. Diese Strukturen bewirken nicht nur die „Beabsichtlichkeit" der Steuerung und ihre auf das System gezielte Wirkungsrichtung (und ist daher dann auch erst Systemsteuerung im eigentlichen Sinne), sondern sind auch die einzige Möglichkeit, Veränderungen dauerhaft (nach-)wirken zu lassen.

8.3 Systemsteuerung auf der Makroebene

Im Gegensatz zur Mikroebene kann folgerichtiger Weise dann von der Makroebene gesprochen werden, wenn es um die Schaffung neuer Strukturen im Integrations- und Hilfesystem geht. Diese können sowohl neue Hilfen, Dienstleistungen, Angebote sein, wie auch neue Wege der Zusammenarbeit, der Vernetzung von Hilfen oder der Kommunikation und des Informationsaustauschs. Gerade im letzteren Fall ist natürlich der Übergang zwischen Mikro- und Makroebene fließend. Auch die Abschaffung von sich als unzweckmäßig gezeigten Hilfen ist eine Systemsteuerung auf dieser Ebene.

Hier ist die Wirkungsrichtung klar auf das Integrations- und Hilfesystem bezogen; die Frage, ob Interventionen dieser Art Systemsteuerung sind, stellt sich daher nicht.

Laut der zuvor dargestellten Definitionen von Systemsteuerung, ist diese bereits durch die Nutzung und Heranziehung von Netzwerken gegeben. Hier stellt sich die Frage, ob Systemsteuerung allein durch Marktmechanismen, d. h. dem Prinzip von Angebot und Nachfrage, bewirkt werden kann. Indem Leistungen des Systems intensiv genutzt werden, würde nach dieser Sichtweise aufgrund der starken Nachfrage eine Ausweitung der Angebote zu erwarten sein. Werden Leistungen nur gering oder gar nicht genutzt, werden sie verringert oder vom Markt genommen.

Dies würde aber erfordern, dass ausnahmslos alle Angebote im Netzwerk unter Marktgesichtspunkten erbracht werden. Dies ist aber nicht der Fall. Teile sind in öffentlicher Trägerschaft (z. B. der Allgemeine Soziale Dienst), viele weitere von caritativen Einrichtungen getragen und meist in Teilen von diesen auch subventioniert. Eine verstärkte Nachfrage wird daher bei sol-

chen Hilfen mit Sicherheit nicht automatisch eine Vermehrung der Angebote zur Folge haben. Gerade bei den Schuldnerberatungen hatte in der Praxis eine verstärkte Nachfrage lediglich längere Wartezeiten zur Folge. Das Angebot erweitert, verbessert sich nicht, sondern verschlechtert sich aus Nutzersicht aufgrund der langen Wartezeiten eher.

Von Systemsteuerung kann also durch bloße Nutzung von Systemleistungen nicht gesprochen werden. Nach der vom Verfasser entworfenen Definition würde in der am Beispiel der Schuldnerberatungen dargestellten Situation auch das Kriterium der Optimierung fehlen.

Lediglich bei betriebswirtschaftlich agierenden Netzwerkteilnehmern kann die Nutzung oder Nichtnutzung steuernde Wirkungen entfalten. Da sich aber heute jede Verwaltung und jede Einrichtung als betriebswirtschaftlich handelnd bezeichnet, muss für diese Netzwerkteilnehmer zusätzlich gelten, dass diese ihre Ausgaben ausschließlich aus ihren Einnahmen (aus Leistungserbringungen) bestreiten und nicht von Drittmitteln abhängig sind. Nur dann können diese in der Regel frei über ihre Angebotspolitik entscheiden.

Ein weiterer Gesichtspunkt muss aber auch Beachtung finden: In vielen Fällen werden gleiche oder ähnliche Leistungen von freien wie auch von öffentlichen oder gemeinnützigen Anbietern angeboten. Eine indirekte Systemsteuerung kann hier zu einer Verschiebung der Angebotsstruktur führen, die nicht in notwendiger Weise immer zum Nutzen des Systems (mehr Effizienz / mehr Effektivität) sein muss.

Von Systemsteuerung muss aber gefordert werden, dass diese mit Optimierungsabsicht der Integrations- und Hilfsangebote erfolgt. Aus diesem Grund kann durch die bloße Nutzung von Leistungen des Systems nicht schon eine Systemsteuerung angenommen werden.

Vom Case Management und vor allem vom Case-Management-Team ist daher zu fordern, dass sie sich ihrer Verantwortung der stetigen Verbesserung des Versorgungssystems in aktiver Weise zu stellen haben. Vor allem dann, wenn bestehende Angebote nicht mehr die zu fordernden Wirkungen erzielen, aufgrund mangelnder Kommunikation oder Kooperation einzelne Angebote nebeneinander her oder sogar gegeneinander wirken oder für eine erfolgreiche (Re-)Integration erforderliche Leistungen nicht verfügbar sind, ist ein aktives Eingreifen des Case Managements zwingend erforderlich.

Es wird hier daher vom Case Management und vom Case-Management-Team gesprochen, da diese Ebene der Systemsteuerung im Team koordiniert und vom gesamten Team (soweit im jeweiligen Projekt ein Team von mehreren Case Managern vorhanden ist) nach außen ins System getragen werden muss.

Wie kann nun die hier geforderte gezielte und koordinierte Systemsteuerung auf der Makroebene in der Praxis aussehen?

- Periodische *Besprechungen mit dem / den Kostenträgern*: Neben Rückmeldungen zu der Einschätzung der bisherigen Leistungen im Case Management im Sinne einer Evaluation der Kundenzufriedenheit sollte regelmäßig mit dem Auftraggeber das Unterstützungs- und Hilfeangebot besprochen werden. Themen dieser Besprechung können daher sein: Welche Hilfen werden über das verfügbare Angebot hinaus benötigt, welche sollten erweitert werden, welche können ggfs. entfallen? Wie und durch wen wird dies an die (potenziellen) An-

bieter von Hilfen kommuniziert? Sind ggfs. Ausschreibungen für neue Hilfeangebote erforderlich (und wer arbeitet bei der Erstellung der Leistungsbeschreibung hierzu zusammen)?

- *Fallunabhängige Hilfekonferenzen* mit Anbietern von Hilfen (s. die Ausführungen zur Mikroebene): Diese sollten entweder vom zuständigen „Hilfe-Koordinator" (ebd.) geführt oder bei Beteiligung des gesamten Case-Management-Teams von diesem moderiert werden. Geht es dabei um Details von Hilfeangeboten, ist eine Durchführung mit einem Anbieter alleine sinnvoll, geht es um neue Angebote oder um Anbieter übergreifende Themen oder Probleme, ist möglicher Weise eine Veranstaltung mit allen relevanten Anbietern gemeinsam zweckmäßig.

Die Instrumente auf Mikro- und Makroebene überschneiden sich also, was auch absolut verständlich ist, da es in beiden Fällen um die fallübergreifende Einflussnahme auf die Gestaltung von Hilfsangeboten geht. Lediglich ist bei der Makroebene eine engere Beteiligung des Auftraggebers erforderlich.

Wie schon in der Aufzählung angesprochen, ist bei der Schaffung neuer Hilfen mit zu prüfen, ob diese möglicherweise formelle Ausschreibungen nach der VOL erfordern. Dies ist mit davon abhängig, wer nach der grundsätzlichen Vereinbarung über das Case Management für die Beauftragung (und Vergütung) externer Dienstleistungen zuständig ist. Ist es die das Case Management durchführende Einrichtung (und ist diese nicht Teil des öffentlichen Dienstes), so kann dies ohne verwaltungsrechtliche Vorgaben erfolgen. Ist die Zuständigkeit hingegen bei einer Einrichtung des öffentlichen Dienstes, ist die Anwendung der VOL von der hierfür zuständigen Stelle zu prüfen.

Aber auch wenn die das Case Management durchführende Einrichtung selbst neue Dienstleistungen "einkaufen" darf (und nicht Teil des öffentlichen Dienstes ist), gebietet das Prinzip der Effizienz, dass auch in diesem Fall sorgsam zu prüfen ist, wie neue Hilfen unter Berücksichtigung eines möglichst optimalen Preis-Leistungs-Verhältnisses beschafft werden können. Hierzu bestehen mehrere Möglichkeiten:

- eine genaue Vorgabe, welche Ziele mit der Hilfe angestrebt werden und welche Wirkungen bei der Zielgruppe damit erreicht werden sollen,
- eine möglichst detaillierte Leistungsbeschreibung, in der die Hilfe so exakt wie möglich beschrieben ist,
- die Einholung mehrer Angebote zum Vergleich (von Preis und Leistung),
- die Recherche nach analogen Angeboten in anderen Regionen zum Vergleich,
- die Vereinbarung von Festpreisen statt periodischer Abrechnung (z. B. nach Stundensätzen), falls dies der Sache nach möglich ist.

Weiterhin sollte auch bedacht werden, wie die Leistungen des Versorgungssystems in geeigneter Weise kommuniziert werden können. Dies machen Anbieter vor allem dann, wenn diese wirtschaftlich tätig sind, schon aus eigenem Antrieb. Vergleicht man aber die Internetseiten, Faltblätter und Info-Broschüren, so ist die Darstellung doch sehr unterschiedlich. Aus der Perspektive der Klienten gibt es daher eher einen „Dschungel" von Leistungen, die schwer durchschaubar sind.

Daher sollte auch Einfluss auf die Gestaltung des Informationsmaterials genommen werden, um mit diesem Klienten über geplante Schritte im Rahmen des Integrations- und Hilfeplans informieren zu können. Auch kann so Vorsorge getragen werden, dass Klienten nicht durch „reißerische“ Infoblätter zu bestimmten Leistungen und / oder Anbietern „verführt“ werden. Leistungen und deren Rahmenbedingungen sollen daher übersichtlich, nachvollziehbar und vor allem in einer für die Zielgruppe verständlichen Sprache beschrieben werden. Bei unrealistische, unbelegbare oder überzogene Erfolgsdarstellungen in der Leistungsbeschreibung („… über 90 % unserer Kunden finden durch uns in kurzer Zeit ihren Traumjob …“) sollte das Case-Management-Team darauf drängen, dass diese aus den entsprechenden Broschüren und Infoblättern entfernt werden.

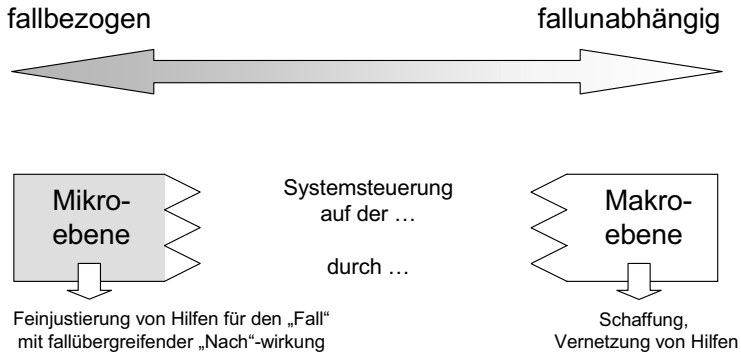
Die Seriosität des Case Managements hängt auch von der Seriosität der einzelnen Dienstleistungen und Hilfen innerhalb der Fallführung ab. Daher ist auch die Einflussnahme auf eine seriöse und verständliche Darstellung dieser Hilfen sehr wohl eine Aufgabe, der sich die Systemsteuerung zu stellen hat. Zusammengefasst ist die Systemsteuerung auf der Mikro- und Makroebene in Abb. 2 dargestellt.

Systemsteuerung als reine Leitungsaufgabe?

Systemsteuerung ist ein komplexer und ein aus der Case Management betreibenden Einrichtung herausgehender Prozess. Aktivitäten, die Bereiche außerhalb von Einrichtungen betreffen, liegen in der Regel in der Zuständigkeit der jeweiligen Leitungsebene. Daraus könnte gefolgt werden, dass systemsteuernde Aktivitäten vornehmlich eine Leitungsaufgabe sein müssten. Aus Sicht des Verfassers ist aber die Frage des „Wer verantwortet die Systemsteuerung?“ nicht derart einfach zu beantworten.

Wenn es richtig ist, dass Case Management, um wirklich Case Management zu sein, stets der Integration von Fall- und Systemebene bedarf, so kann eine rein organisatorische oder hierarchische Reduzierung der Systemaufgaben auf die Leitungsebene nicht stimmen. Case Manage-

Abbildung 2: Steuerung des Integrations- und Hilfessystems



ment würde in diesem Verständnis erst durch systembezogener Steuererungswahrnehmung auf der Leitungsebene über die rein fallbezogenen Steuerungsaufgaben der Ausführungsebene (den Case Managern) hinauswachsen und quasi durch Arbeitsteilung in der Gesamtsicht der Organisation zu einem wirklichen Case Management. In den vorherigen Ausführungen zu der Mikroebene haben wir aber die Bedeutung dieser Steuerungsebene für die Systemsteuerung insgesamt verdeutlicht. Die systemrelevanten Steuerungsimpulse auf der Mikroebene erwachsen jedoch ganz klar aus der Fallsteuerung, was unzweifelhaft ureigenste Aufgabe der Case Manager ist. Damit können nur die fallführenden Case Manager nicht nur die Experten für systemrelevante Steuerungserfordernisse sein, sondern müssen auch in der Verantwortung für fallübergreifende Aktivitäten belassen werden. Case Management als (fallbezogene) Systemnutzung kann daher nur wirksam unter Beinhaltung einer System(mit-)verantwortung verstanden werden. Die Mitverantwortung für das System ist daher ein notwendiger Bestandteil der Fallverantwortung.

Dies würde, absolut betrachtet, nicht nur implizieren, dass jeder Case Manager zugleich „Systemsteuerer“ ist, sondern umgekehrt betrachtet auch, dass Systemsteuerung ausschließlich durch die fallführenden Case Manager zu erfolgen hat. Leider greift aber auch diese Sichtweise in der Praxis zu kurz. Wie in den Ausführungen zur Makro- und Mikroebene aufgezeigt, ist eine Arbeitsweise, die mit „jeder macht alles“ skizziert werden könnte, schlichtwegs weder effektiv noch praktikabel. Dies zeigt schon allein die Frage, ob fallbezogene Systemveränderungen nur aufgrund der spezifischen Fallkonstellation heraus erforderlich waren oder ob diese generelle, d. h. fallübergreifende Bedeutung haben. Aus Fallsicht heraus ist dies in der Praxis oft nur unzureichend zu beantworten, zumal andere Case Manager auf der Basis der Fallkonstellationen durchaus mit der gleichen Hilfe des Systems ohne Veränderungen haben arbeiten können. Hier bedarf es der Abstimmung, ob Veränderungen = Systemsteuerungen erforderlich werden oder ob die auf den Fall begrenzte Steuerung ausreichend war.

Diese Fragen kann im Diskurs aller im Case Management eingebundenen Mitarbeiter beantwortet werden, so dass mit Recht stets vom „Case-Management-Team“ gesprochen wurde und auch gesprochen werden muss.

Das Case Management betreibende Team ist somit diejenige Organisationseinheit, die in der Gesamtheit die Systemsteuerungsaufgaben wahrnehmen muss. Systemsteuerung in diesem Verständnis ist daher zunächst vor allem eine Team- und weniger eine (reine) Leitungsaufgabe. Systemsteuerung wächst stets aus dem Fall heraus und muss daher auch von den Fallverantwortlichen mit übernommen werden. Nur sie können im Detail beurteilen, welcher Modifikation Hilfs- und Integrationsleistungen zur Steigerung von Effektivität und / oder Effizienz bedürfen und wie neue, bisher nicht verfügbare Leistungen konkret ausgestaltet sein müssen.

Eine zuvor schon beschriebene Arbeitsteilung in dieser wichtigen Komponente des Case Managements ist dringend anzuraten, um den einzelnen Case Manager in der Beurteilung zu unterstützen, ob seine fallbezogenen Steuerungen auch „systemrelevant“ (fallübergreifend) sind bzw. sein können. Ein ebenso wichtiger Punkt ist die möglichst breite Verteilung der aus den Systemsteuerungsaufgaben erwachsenden zusätzlichen (Arbeits-) Belastungen.

Die Leitungsebene kommt aus diesem Verständnis erst dann ins Spiel, wenn aus ganz pragmatischen Erwägungen heraus die Durchsetzung von Systemsteuerungserfordernissen durch sie

wahrscheinlicher erreichbar wird. Dies kann alleine dann schon zweckmäßig sein, wenn Gesprächspartner Wert auf die Einhaltung von Hierarchieebenen legen („Leiter verhandelt nur mit Leiter ...“). Aber auch in diesem Fall sollten stets die „Fachleute“ beteiligt werden, so dass die Verantwortung im Case-Management-Team verbleibt und dessen Fachexpertise stets bei Verhandlungen mit zum Tragen kommt. Damit kann sichergestellt werden, dass die Systemsteuerung aus der Gesamtheit der Fälle heraus entsteht und somit die Fälle das System steuern und nicht umgekehrt.

Die Leitungsebene hat daher aus dieser Sicht heraus eher eine unterstützende Funktion und ist nicht die eigentliche Trägerin der Systemsteuerung. Gleichwohl bleibt die Leitungsebene aber in der Gesamtverantwortung für das Case Management und damit auch für die Systemebene als einen wesentlichen Bestandteil des Leistungskanons.

8.4 Systemsteuerung nach innen

Die bisherigen Darstellungen der Systemsteuerung bezogen sich ausnahmslos nach „außen“, d. h. in das externe Versorgungssystem hinein. Mit extern ist damit hier nicht die organisatorische Einheit (das Unternehmen oder die Behörde) gemeint, sondern alle Hilfen, die außerhalb des eigentlichen Case-Management-Teams erbracht werden. Systemsteuerung ist aber nicht nur auf die Außenwelt der Integrations- und Hilfeleistungen beschränkt, sondern muss das gesamte System der Integrationsunterstützung erfassen. Die das Case Management durchführende Organisationseinheit, d. h. das Case-Management-Team und jeder einzelne Case Manager sind aber ebenfalls Bestandteile dieses Systems.

Die Optimierung der „internen“ Abläufe wird meist separat gesehen und dem internen Qualitätsmanagement zugeordnet. Hier können z. B. unter Optimierungsgesichtspunkten betrachtet werden:

- die Dokumentation der Fallführung und der eingesetzten Formulare bzw. „elektronische Fallführung“ durch entsprechende Software,
- die einzelnen Prozessschritte in der Fallführung,
- die Kommunikation im Team und mit Dritten,
- die Qualität des Assessments und der Integrations- und Hilfeplanung,
- usw. …

Diese Bereiche haben aber auch Wechselwirkungen nach „außen“, d. h. in der Zusammenarbeit mit Diensten und Auftraggebern und können daher nicht isoliert von der Außenwelt betrachtet und optimiert werden.

Das (interne) Qualitätsmanagement hat damit auch weiterhin seine Berechtigung. Nur sollte bei der Systemsteuerung nach außen über die Betrachtung der Hilfen, der Kommunikation und der Vernetzung externer Anbieter auch die Zusammenarbeit mit diesen betrachtet werden. Eigene

Abläufe müssen dann verändert werden, wenn dadurch die Wirkung von Hilfen verbessert werden kann.

Ein Beispiel in diesem Zusammenhang kann der Umfang der Information über den Klienten vor und während des Eintritts in externe Hilfen sein. Der Case Manager ist hier nicht nur „Abnehmer" von Informationen, sondern auch Lieferant. Im Sinne einer optimalen Vernetzung der einzelnen Dienste, von denen auch die Dienstleistung Case Management nicht auszuklammern ist, muss auch geklärt werden, welche Informationen der Dienst für eine optimale Funktion benötigt und wie der Klient auf den Übertritt in den Dienst oder auf die Nutzung des Dienstes durch den Case Manager vorbereitet werden muss. Gerade im letzteren Fall ist stets zu prüfen, ob es sinnvoller ist, dass der Case Manager diese „Einstimmung" übernimmt oder ob dies der Dienst selbst leisten muss oder sollte.

Ein weiteres zu steuerndes Feld ist der Bereich der „Eigenleistungen" des Case Managers, der in der beruflichen (Re-) Integration meist neben der eigentlichen Fallführung weitere Leistungen wie z. B.

- Assessment,
- Entwicklung neuer beruflicher Möglichkeiten,
- Krisenintervention,
- Empowerment und Motivationsförderung,
- Stellenakquise bzw. Akquiseunterstützung

übernimmt.

Auch hier gibt es Schnittstellen zwischen (internem) Qualitätsmanagement und (externer) Systemsteuerung. Diese sind einerseits wie schon beschrieben in der Zusammenarbeit mit externen Diensten anzusiedeln, haben aber noch eine andere Dimension:

Die Übernahme von Eigenleistungen ist zunächst eine prinzipielle Gestaltungsentscheidung des Case Managements. Grundsätzlich könnten aber zumindest einige dieser Leistungen auch von Dritten erbracht werden. Daher sollte durchaus auch überprüft werden, ob eine Verlagerung von Eigenleistungen an Dritte (Outsourcing) unter Kosten-Nutzen- wie auch Effektivitäts-Gesichtspunkten sinnvoll erscheint.

Die Eigenleistungen verbrauchen unstrittig Zeit. Zeit, die den Umfang der leistbaren Fallführungen natürlich einschränkt. Werden Leistungen an Dritte (externe Dienstleister) übertragen, bleibt mehr Zeit für die Fallführung übrig, die Zahl der betreuten Fälle könnte so erhöht werden.

Zur einer vollständigen Prüfung ist aber erforderlich, dass neben dem Vergleich der Kosten für die Verlagerung von Aufgaben an Dritte und deren Gegenüberstellung der kostenmäßigen Vorteile erhöhter Fallzahlen auch berücksichtigt wird, dass

- zusätzliche Zeit für die Koordination und die Übergabe des Klienten an weitere externe Dienste erforderlich und damit zu berücksichtigen ist,

- Informationsverluste und möglicher Weise Doppelarbeit auftreten kann, da der Case Manager den Klienten durch seine Arbeit mit ihm am besten einschätzen kann,
- externe Dienste aber auch durch Spezialisierung effektiver und effizienter arbeiten können und daher deren Know-how eine sinnvolle Ergänzung der eigenen Dienstleistung sein kann.

Im Extremfall kann auch bei besonders (zeit-) aufwendigen Fällen oder bei solchen, für deren Bearbeitung besondere Fachkenntnisse erforderlich sind, eine komplette Vergabe an einen Dienstleister sinnvoll sein. Der Case Manager ist in diesem Fall für diesen Dienstleister der Auftraggeber und greift insofern steuernd ein, als er zunächst die Bedingungen der Fallführung vereinbart (z. B. Betreuungszeitraum, Budget), anschließend den Fallverlauf überwacht und prüft, ob die Fallführung durch den Dritten im Rahmen der vereinbarten Zielsetzungen verläuft. Zwingend ist hier aber von dem beauftragten Dritten mindestens eine Qualifikation wie beim Case Manager selbst, ergänzt durch ein spezifisches, der zu betreuenden Zielgruppe angepasstes Fach-Know-how (z. B. Rehabilitation) zu fordern. Da Case Management im Wesentlichen durch die Professionalität des Case Managers bewirkt wird, sollte die fachliche Kompetenz des eingesetzten Personals einer konstanten Überwachung unterzogen werden.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch, dass bei einer Vergabe von Integrationsleistungen an Dritte die Gesamtverantwortung für den Integrationserfolg beim Case Manager bleibt. Der externe Dienst ist mit der Durchführung von Teilaufgaben betraut, für die er auch verantwortlich ist. Durch die Zuständigkeit des Case Managers für das Controlling ist aber dieser nach wie vor in der Verantwortung, ob die ausgelagerte Integrationsdienstleistung auch die erwarteten Resultate bringt. Ist dies nicht der Fall, muss fallsteuernd eingegriffen werden.

8.4.1 Eigene Arbeitsweise

Der wichtigste Teil der Steuerung nach „innen“ ist die eigene Arbeitsweise des Case Managers selbst. Sie muss daher auch von Zeit zu Zeit fallunabhängig reflektiert und evaluiert werden. Routinen z. B. in der Fallannahme oder im Assessment können sich einschleichen, die zwar gerade für den noch nicht so erfahrenen Case Manager hilfreich sein mögen, aber nicht zwingend das Optimum einer individualzentrierten Fallführung darstellen müssen.

Auch sind Rückmeldungen durch Klienten im Rahmen der Beendigung der Hilfen hilfreiche Informationen für die kritische Hinterfragung der eigenen Arbeitsweise vor allem dann, wenn von mehreren Klienten zu bestimmten Aspekten ähnliche Rückmeldungen kommen. Zur Klarstellung sei erwähnt, dass diese Rückmeldungen auch positiver Natur sein können und Hinweise geben, was beibehaltenswert sein kann.

Leitfragen für die Reflexion der eigenen Arbeitsweise können daher sein:

- Welche Arbeitsroutinen habe ich? Sind diese für jede Art von Fällen (jede Art von Klienten) hilfreich oder müssen diese in bestimmten Situationen modifiziert werden? Wo sind solche Modifikationen erforderlich und wie könnten / sollten die Modifikationen aussehen?
- Gelingt es mir, zu den Klienten schnell eine Beziehung aufzubauen? Mit welchen geht es besser – mit welchen schlechter? Woran liegt dies? Liegen diese Ursachen auch in meiner

Person und wenn ja, was kann ich an mir (meinen Einstellungen, meinen Vorurteilen, meinen Erwartungen) verändern ohne dabei die Zielsetzung des Case Managements zu vernachlässigen?

- In welchen Situationen reagiere ich inadäquat (hilflos, zu langsam, ...)? Woran liegt dies? Kann ich das abstellen / verbessern – wie könnte dies gehen?
- Welche Tätigkeiten liegen mir / mache ich gerne? Verwende ich zu viel Zeit für sie (aus diesem Grund)? Muss ich hier mein Engagement verringern?
- Welche Tätigkeiten liegen mir nicht / mache ich ungern? Woran liegt dies? Schiebe ich solche Tätigkeiten vor mir her bzw. mache sie nur mit „Sparflamme“? Wie kann ich mehr Sicherheit / mehr Kompetenz bei diesen Tätigkeiten erwerben? Wie kann ich mich motivieren (zwingen), diese Tätigkeiten zur erforderlichen Zeit und im erforderlichen Umfang durchzuführen?
- Wie ist mein Verhältnis von der Zeit mit Klienten zu den sonstigen Tätigkeiten? Ist dieses Verhältnis optimal? Wenn nein, woran liegt dies? Welche Möglichkeiten habe ich, mehr Zeit klientenbezogen einzusetzen? Mache ich Arbeiten doppelt?
- Wie ist die Dokumentation meiner Arbeit und vor allem der Fallführung? Sind alle Schritte nachvollziehbar? Entsprechen meine Rückmeldungen an den Auftraggeber dessen Erwartungen? Halte ich mich an den Datenschutz?
- Halte ich Termine und Vereinbarungen ein? Vergesse ich Dinge, die ich erledigen sollte? Müssen Klienten, Auftraggeber, Externe, Betriebe auf mich warten? Wie sieht mein Zeitmanagement aus? Wie kann ich es verbessern? Melde ich mich (auch beim Klienten) rechtzeitig, wenn eine Verspätung absehbar ist?
- Bin ich auf Kliententermine vorbereitet? Prüfe ich vorab die zu erledigenden Arbeiten von mir und meinem Klienten? Habe ich mir für jedes Gespräch (auch telefonisch) konkrete Ziele gesetzt, die ich mit dem Gespräch erreichen möchte? Bietet mein Büro für Gespräche eine entsprechende Atmosphäre (soweit ich dies beeinflussen kann – z. B. durch einen aufgeräumten Schreibtisch)?
- Wie einfach ist eine Übernahme meiner Fälle durch Kollegen möglich (z. B. im Krankheitsfall)? Sind alle (auch aktuelle) fallbezogenen Vorgänge in der Fallakte (Papier / EDV)? Kann sich an Hand der Fallunterlagen schnell ein zutreffendes Bild vom aktuellen Fallverlauf gemacht werden? Wie voll / wie übersichtlich ist meine Ablage? Sind alle Termine und Aufgaben für andere ersichtlich festgehalten?
- Welche Ziele gelten für meine Arbeit / wurden mir vorgegeben / habe ich mir selbst vorgenommen? Habe ich sie erreicht? Wo bestehen Defizite und was sind die Ursachen hierfür? Wie könnten diese abgebaut / überwunden werden?
- Welche Anforderungen stelle ich an meine Arbeit? Sind diese adäquat oder zu gering / zu hoch? Wenn ich an mich zu hohe Anforderungen stelle, wie kann ich zu realistischeren Anforderungen kommen?

- Welche Erfolge motivieren mich? Muss ich es lernen / akzeptieren, auch in kleinen Schritten einen Erfolg zu sehen?
- Bin ich mit meiner Arbeit zufrieden? Wo bin ich unzufrieden? Woran liegt dies? Wie kann ich mehr Zufriedenheit mit meiner Arbeit erreichen?

Diese Fragen lassen sich zunächst mittels Selbstreflexion zumindest zum Teil beantworten, benötigen aber auch zu einem anderen Teil den Austausch im Team. Gerade bei Fragen zu Einstellungen und zu dem „inneren Schweinehund" (z. B. Welche Tätigkeiten mache ich ungern / schiebe ich auf?) brauchen Menschen oft Unterstützung, um zu einer adäquaten Selbstwahrnehmung zu kommen. Diese Unterstützung kann das Team bieten. Hierzu sollte auch regelmäßig (z. B. einmal pro Quartal – in der Aufbauphase möglicherweise auch in kürzeren Abständen) eine Teamsitzung als Qualitätszirkel dienen und solche Themen besprechen.

Für neue Case Manager ist darüber hinaus eine Patenschaft mit einem erfahrenen Kollegen sinnvoll.

Die Leitungsebene hat im Bereich der Auseinandersetzung mit der eigenen Arbeitsweise die Aufgabe, diese einzufordern, zu unterstützen und erforderliche Veränderungen zu begleiten und nach außen zu vertreten.

8.4.2 Zusammenarbeit im Case-Management-Team

Neben der Unterstützung der einzelnen Case Manager bei der Reflexion der eigenen Arbeitsweisen und der anschließenden Maßnahmen zur Optimierung ist auch die Zusammenarbeit im Team ein wichtiger Gegenstand sowohl von Reflexion als auch von Optimierung.

Die Zusammenarbeit im Case-Management-Team alleine ist zwar von geringerer Bedeutung für die Systemsteuerung (nach außen), da das System doch wesentlich über einzelne Case Manager beeinflusst wird. Auch bereits zuvor vorgeschlagenen Koordinatoren, die die fallübergreifende Steuerung für bestimmte Hilfen / Einrichtungen oder Dienste für das gesamte Team steuern, handeln gegenüber den betreffenden Diensten zunächst als Person – allerdings mit einem Mandat des gesamten Teams.

Allerdings ist die Qualität ihrer Steuerung von dem „input" an Informationen abhängig, die sie von den einzelnen Case Managern erhalten. Diese müssen daher zeitnah, konkret und detailliert sein, um eine solide Basis für Veränderungsüberlegungen bilden zu können. Verspätet erhaltene Informationen können dabei genauso wertlos sein wie unkonkrete.

Andererseits müssen die Case Manager auch zu dem jeweiligen Koordinator das Vertrauen haben, dass er in ihrem Sinne Einfluss auf die jeweiligen Einrichtungen nimmt. Hierzu sollten in den schon angesprochenen fallunabhängigen Teamsitzungen die Koordinatoren auch über ihre aktuellen Gespräche mit den jeweiligen Einrichtungen berichten.

Die wesentlichen Elemente einer optimalen Zusammenarbeit im Team sind bereits an verschiedenen Stellen angerissen worden und sollen nachfolgend noch einmal zusammengefasst werden:

- *Vertrauensvolles Miteinander* im Case-Management-Team: Dies ist die Grundlage für die weiteren Möglichkeiten einer optimierten Zusammenarbeit. Strukturen nützen nur bedingt, wenn diese Grundlage fehlt. Hier sollte daher zuerst angesetzt werden.
- *Offene Kommunikation:* Durch regelmäßige Teamsitzungen und gegenseitige Informationen (Email, Notizen, ...) hat jeder Case Manager auch dann die für seine Arbeit (und Zusatzaufgaben) erforderlichen Informationen, wenn diese von Kollegen in Erfahrung gebracht wurden.
- *Feste Vertretungsregelungen:* Ideal arbeiten jeweils zwei Case Manager als „Partner" und informieren sich wechselweise über den aktuellen Stand ihrer Fälle. Eine Fallübernahme ist damit im Bedarfsfall unproblematisch und ohne Reibungsverluste möglich. Nur bei Abwesenheit beider Case Manager muss eine ad hoc-Regelung gesucht werden.
- *Strukturiertes Berichtswesen:* Jeder Case Manager hat die für die Fall- und Systemsteuerung notwendigen Informationen in gleicher Weise aufbereitet und gespeichert (ideal mittels EDV, notfalls auch mittels Papier). Im Bedarfsfall kann sich so schnell ein Bild von dem aktuellen Stand eines Falls gemacht werden.
- *Koordinierte Systemsteuerung:* Fallmanager werden als Koordinatoren für bestimmte Dienste / Einrichtungen / Dienstleistungen beauftragt und koordinieren die systemsteuernden Aktivitäten des Teams in ihrem Zuständigkeitsbereich.
- *Spezialisierung:* Da die Bandbreite möglicher Klienten sehr groß ist, empfiehlt es sich bei einem entsprechend großen Team, dass einzelne „Partner-Teams" (s. o. – jeweils zwei Case Manager) sich auf bestimmte Zielgruppen (z. B. Alleinerziehende, Migranten, Jugendliche, Rehabilitanden / schwerbehinderte Menschen) konzentrieren. Allerdings sollten bei entsprechendem Fallaufkommen auch weiterhin andere Fälle übernommen werden, um einerseits die Arbeitsbelastung aller Case Manager annähernd gleich zu verteilen und andererseits auch weiterhin über den „Tellerrand" der vorwiegend betreuten Klientengruppe blicken zu können. Durch die Spezialisierung können aber mittelfristig diese Zielgruppen adäquater betreut werden. Dies sollte mit der Zeit auch die erzielten Ergebnisse positiv beeinflussen.

Falls nicht bis jetzt schon ersichtlich, bedeutet dies, dass das Case Management auch durch die Durchführung in einem Team deutlich an Qualität gewinnt. Ein Case Manager als „Einzelkämpfer", wie es bei manchen Pilotprojekten der Fall war, ist mit allen fallübergreifenden Aufgaben schnell überfordert. Zudem fehlt ihm deutlich das Korrektiv des Teams und vor allem der Austausch mit Kollegen. Aufgrund fehlender Vertretungsmöglichkeiten bleibt die Fallbearbeitung im Abwesenheitsfall liegen. Bei planbaren Abwesenheiten ist dies zwar zum Teil noch koordinierbar, jedoch lassen sich gerade Konflikte nicht planen und erfordern eine schnelle Reaktion (z. B. im Praktikums- / Ausbildungsbetrieb). Bleibt diese aus, kann die gesamte Integrationsstrategie in Gefahr geraten. Abhilfe schafft daher nur ein Team, das solche Situationen auffangen kann. Schon allein aus diesem Grund sollten Case-Management-Projekte mindestens eine Größenordnung haben, dass zwei Case Manager (besser vier) erforderlich sind.

8.4.3 Schnittstellen

Der Umgang mit Informationen an Schnittstellen ist stets ein kritischer Faktor. Dies trifft für das Case Management daher in besonderem Maße zu, weil Case Management per se Schnittstellenmanagement ist. Im Team ist dies vor allem eine Frage der Systematisierung der Datenerhebung, -erfassung und -ablage. Weiterhin ist die Art des Datenaustausches (die gegenseitige Information) zwischen Case Managern (vor allem zwischen den Partnern), innerhalb des Case-Management-Teams und zwischen Case Manager und externen Stellen von Bedeutung. Letzteres sind die eigentlichen Schnittstellen.

Jede Schnittstelle birgt in sich die Gefahr von Informationsverlusten und von Missverständnissen; jeder, der schon einmal einen Kollegen vertreten hat, weiß dies. In der Fallführung können diese Informationsverluste und Missverständnisse leicht zu erheblichen Problemen bis hin zur Gefährdung des Integrationserfolges führen. Es ist daher notwendig, dass sich eine nach „innen“ gerichtete Systemsteuerung auch diesem Feld zuwendet. Auch die nach „außen“ gerichtete Systemsteuerung wird stets die Schnittstelle zum Case Manager (Informationsaustausch, Aufteilung von Aufgaben wie z. B. Information des Klienten, usw.) im Auge behalten.

Optimierung der Schnittstellen fängt aber bereits bei der Datenerhebung an. Nur systematisiert erhobene und ebenso systematisiert gespeicherte Daten lassen später einen systematisierten Datenaustausch zu. Hierbei ist mit „gespeichert“ nicht alleine die elektronische Form gemeint. Auch das Anlegen einer Klientenakte ist eine Form der Datenspeicherung. Ganz banale Fragen wie z. B.

- wie ist die Klientenakte aufgebaut,
- wo befinden sich die Klientenakten (nach Dienstschluss),
- wie aktuell sind die Unterlagen in den Klientenakten – gibt es „Nebenakten“ bzw. volle Ablagekörbe,
- gibt es eine Übersicht der aktuell betreuten Fälle – wie aussagekräftig / wie aktuell ist diese,

entscheiden alleine schon, ob im Vertretungsfall ein schneller Zugriff auf erforderliche Informationen möglich ist. Das Stichwort „Übersicht der aktuellen Fälle“ weist zudem darauf hin, dass es in einem (ungeplanten) Vertretungsfall die dringlichste Aufgabe ist, zunächst herauszufinden, wo es „brennt“. Es muss also als Erstes festgestellt werden, welche Fälle eine unmittelbare Aufmerksamkeit erfordern, welche Termine anstehen und wo kurzfristig gehandelt werden muss.

Neben einer systematischen Sammlung und Ablage der Informationen (Klientenakte und ihr elektronisches Pendant) ist es also auch wichtig, schnell die wichtigsten Informationen über die betreuten Klienten und aktuelle Termine zu erfahren. Eine Klientenübersicht sowie eine konsequente Terminplanung und Terminverfolgung über Microsoft-Outlook oder ein spezielles Fallmanagement-Programm ist daher unbedingt anzuraten. Ansonsten müssen zunächst alle aktuellen Klientenakten durchforstet werden – möglicher Weise dazu noch Ablagekörbchen, Pinwände (nach Notizzetteln) u. v. m. Dies kostet aber unverhältnismäßig viel Zeit und birgt zudem die Gefahr, dass wichtige Informationen übersehen werden.

Halten wir daher fest:

- die Ablage der Klientendaten sollte unbedingt in einer für alle Case Manager verbindlichen Weise erfolgen (gleicher Aktenaufbau),
- die Informationen sollten arbeitstäglich wieder in die Akten abgelegt werden, um diese à jour zu halten – Nebenakten sind zu vermeiden,
- alle Termine und Aufgaben sollten in MS-Outlook oder in einem speziellen Case-Management-Programm festgehalten werden, damit sie auch im Vertretungsfall für alle zugänglich sind,
- die Anlage eine Fallübersicht zur schnellen Information vertretender Kollegen ist anzuraten.

Ein weiteres Feld zur „Standardisierung" von Schnittstellen ist die Zusammenstellung des notwendigen Informationsflusses mit Externen. Auch wenn jeder Fall anders gelagert ist, so gibt es doch Informationen, die in jedem Fall von einem externen Dienst abgefordert oder an einen Externen weitergegeben werden müssen. Diese „Standards" sollten daher nach einiger Zeit des Case Managements im Team zusammengetragen und in Übersichten dargestellt werden. Die weitere Fallarbeit wird dadurch erleichtert, dass man zunächst anhand einer Checkliste „abhaken" kann, welche Informationen prinzipiell fließen müssen.

Auch wenn manche Leser den Vergleich von Klienten mit einer Autoinspektion als (moralisch) unpassend ansehen mögen, ist er von der Sache her doch gut geeignet, den Vorteil der Standardisierung des Informationsflusses darzustellen: Statt bei jeder Inspektion jedes Autotyps die einzelnen zu überprüfenden Elemente jedes Mal neu zusammenzustellen, gibt es Checklisten, die die Tätigkeiten detailliert aufführen. Im Gespräch mit dem Kunden dann wird lediglich festgestellt, ob es zusätzliche Dinge gibt, die darüber hinaus überprüft werden müssen.

Analog sollten die Checklisten für das Schnittstellenmanagement aufgebaut werden. Für jeden externen Dienst wie z. B.:

- Allgemeinärzte / Fachärzte,
- (ärztlicher) Psychotherapeut / Neurologen / Psychiater,
- (psychologischer) Psychotherapeut,
- Schuldnerberatung,
- Suchtberatung,
- Fachklinik (stationärer Entzug),
- Bildungsträger,
- Bewährungshelfer,
- Selbsthilfegruppe,
- Praktikums-, Ausbildungs-, Probebeschäftigungs-, (Arbeits-) Betrieb

könnte so dargestellt werden:

- über welche Informationen zum Klienten jeder jeweilige Dienst aufgrund seiner Fachlichkeit verfügt,
- welche Informationen von dem Dienst abverlangt werden sollten und
- welche Informationen der Dienst für eine möglichst reibungslose Aufnahme der Tätigkeit erhalten sollte.

Klientenspezifische Punkte könnten dann noch ergänzt werden.

Die Erstellung kostet zwar einige Arbeit, da erst die Informationen zusammengetragen werden müssen. Möglicherweise sind auch noch Fachleute zu befragen. Allerdings wird dann die laufende Zusammenarbeit deutlich einfacher und neue Case Manager erhalten so schnell ein Gerüst für ihre Zusammenarbeit mit externen Diensten.

8.5 Systemsteuerung nach außen

Die grundsätzlichen Wirkungsebenen (Mikro- und Makroebene) und Wirkungsrichtungen (nach innen und außen) wurden bereits dargestellt. Die Ausführungen zu der Mikro- und Makroebene haben sich hierbei fast ausnahmslos an der Wirkungsrichtung „außen“ orientiert. Wieso gibt es also ein weiteres Kapitel „Systemsteuerung nach außen“?

Vor allem dann, wenn das Case Management von einem Dienstleister durchgeführt wird und nicht in den Händen des Kostenträgers selbst liegt, wird das „außen“ in seiner Steuerungsmöglichkeit und ganz generell in der Art und Weise der Zusammenarbeit sehr unterschiedlich gestaltet sein. Ein vom Case Manager (selbst) beauftragter Bildungsträger, der z. B. ein Bewerbungstraining durchführt, wird tendenziell von sich aus eher kooperieren (vor allem dann, wenn der Case Manager oder das Team eine Vielzahl von Klienten in dessen Trainings entsendet) als z. B. ein niedergelassener Psychotherapeut.[6]

Vom Anspruch her, dass Case Management nur dann wirklich so genannt werden darf, wenn es Fall- und Systemsteuerung umfasst, ist eine dienstunabhängige Steuerungsfunktion des Case Managers zu erwarten. Dies ist aber nicht Realität, wie das obige Beispiel schon verdeutlicht. Es ist daher stets zu prüfen, welche faktischen Einflussnahmen das Case-Management-Team in Bezug auf jeden einzelnen Netzwerkpartner hat, und die Steuerungsaktivitäten sind pragmatisch den vorhandenen Möglichkeiten anzupassen. Dies klingt zwar auf den ersten Blick banal, die Praxis zeigt aber schnell, dass Wirkung und Umfang von Systemsteuerung „dienstabhängig“ ist. Ein Case Manager, der gegenüber einem (seinen Klienten) behandelnden Arzt Änderungen in der Therapie einfordert, wird diese „Dienstabhängigkeit“ meist sehr schnell spüren. Dabei soll hier nicht suggeriert werden, dass ein (i. d. R. nicht medizinisch ausgebildeter) Case

[6] Probleme von Case Managern z. B. bei der Koordination von medizinischen Leistungen sind auch in der einschlägigen Literatur beschrieben – vgl. hierzu z. B. Ewers, Michaela / Schaeffer, Doris: Case Management als Innovation im bundesdeutschen Sozial- und Gesundheitswesen. In: ders. (Hrsg.): Case Management. Bern 2000, 16; Fichtel, Elisabeth: Berliner Koordinierungsstellen für ambulante Rehabilitation: Erfahrungen von Klienten. In: (Ewers / Schaffer a. a. O.) 275 ff.

Manager sich prinzipiell anmaßen könnte, medizinische Therapien zu beurteilen. Wenn man sich aber eine Fallkonstellation vorstellt, bei der bei einer psychischen Indikation die Nebenwirkungen bestimmter Medikamente beispielsweise eine Arbeitserprobung, bei der mit Maschinen oder Fahrzeugen umgegangen werden muss, einschränken oder überhaupt nicht zulassen, während andere Medikamente diese Nebenwirkungen nicht haben. In diesem Fall sollte sehr wohl der zuständige Case Manager gemeinsam mit dem Arzt nach Möglichkeiten der Substituierung dieser eine Arbeitserprobung einschränkender Medikamente suchen. Unterstellt man dabei, dass diese Substituierung auch fallübergreifend möglich ist, so wird auch schnell aus der reinen Fallsteuerung eine systemrelevante Steuerungserfordernis. Die praktische Realisierung dieses Anspruchs wird aber, was unschwer zu erkennen ist, wesentlich diffiziler sein und vor allem „Fingerspitzengefühl" erfordern, als eine Steuerung eines als „Subunternehmer" auftretenden Dienstes, der allein im Auftrag des Case Managers tätig wird.

Systemsteuerung nach außen ist daher in der Praxis oft „die Kunst des Möglichen" und Bedarf in ihren Methoden der Differenzierung nach der „Steuerbarkeit" der entsprechenden Systempartner.

8.6 Zusammenfassung und Ausblick

Systemsteuerung in dem hier beschriebenen Verständnis ist keine Aufgabe, die sich quasi automatisch aus der reinen Fallsteuerung alleine her realisiert. Die Verantwortung für die Systemebene ist jedoch integraler Bestandteil der Fallverantwortung, da das System den Fällen zu dienen hat und nicht die Fälle die vorhandenen Ressourcen des Systems zu bedienen hat. Der einzelne Fallmanager ist jedoch auf sich allein gestellt mit der Systemsteuerung überfordert, so dass diese Aufgabe nur durch Arbeitsteilung und Vernetzung des Case-Management-Teams kompetent und wirksam bewältigt werden kann. Dies gilt nicht nur für die Makroebene der Schaffung und Vernetzung von Systemleistungen, sondern auch für die Mikroebene der fallübergreifenden Optimierung bestehender Systemleistungen.

Systemsteuerung darf sich nicht nur auf den Bereich des „Außens", d. h. der umgebenden Integrations- und Hilfesystems beschränken, sondern muss stets auch nach „Innen" wirken und seine eigene Arbeitsweise und ihre Vernetzung mit Leistungen des Systems in die Steuerungsprozesse mit einbeziehen.

Die Wirksamkeit der Systemsteuerung schließlich ist nicht nur von der „Steuerungskompetenz" der handelnden Case Manager bzw. des Case-Management-Teams abhängig, sondern auch von der Art des zu steuernden Dienstes und dessen „Steuerungsbereitschaft" (bzw. „Steuerungsresistenz"). Vor allem dann, wenn Case Management nicht durch den Kostenträger selbst, sondern durch einen beauftragten Dienstleister durchgeführt wird, sind dessen faktische Einflusschancen oft nur gering und bedürfen daher in der Praxis viel Fingerspitzengefühl und eine auf den jeweiligen Dienst bezogene Vorgehensweise.

Ganz lapidar kann davon ausgegangen werden, dass faktische Einflussnahme auf das Integrations- und Hilfesystem dann am größten ist, wenn durch das Case-Management-Team (bzw. die Case Management betreibende Einrichtung) auch finanzielle Entscheidungen mit verantwortet

werden. Dies ist keine Abkehr von dem Grundsatz, dass Systemsteuerung nie als dirigistischer Eingriff durch das Case Management „von oben“ in das System hinein verstanden werden darf, sondern stets die einzelnen Systemkomponenten als Experten in Teilbereichen des Integrationsprozessen angesehen und anerkannt werden müssen. Systemsteuerung ist daher vom Prinzip der das dialogische Ringen um die bestmögliche Versorgung der Klienten mit Integrations- und Hilfeleistungen.

Andererseits ist es aber eine Tatsache, dass es nach wie vor wirtschaftliche Interessen, Eifersüchteleien zwischen Systempartner und Beharrungsvermögen von Menschen wie auch Organisationen gibt, tradierte Pfade zu verlassen. Diese Hemmnisse muss eine wirksame Systemsteuerung ebenfalls überwinden, was in der Praxis nicht immer im Konsens möglich sein wird. Ein Case Management, das die Systemnutzung vor allem nur durch Empfehlungen beeinflussen kann, stößt hier schnell an seine (Steuerungs-) Grenzen.

Ein Ausweg wäre hier die Übernahme der Budgetverantwortung, so dass der Case Manager mit dem Integrations- und Hilfeplan nicht nur die einzelnen Leistungen beschreibt, sondern auch deren Kosten zusammenstellt. Mit der Genehmigung dieses Plans erhält der Case Manager auch das hierfür veranschlagte Budget, so dass die Vergütung von (kostenpflichtigen) Systemleistungen über die das Case Management betreibende Einrichtung erfolgt. Der Case Manager kann damit im Rahmen seines Budgets auch entscheiden, Mittel für die Ausweitung von Hilfen einzusetzen, wer er sich davon eine effektivere Integration verspricht. Auf der anderen Seite kann auch der Kontrakt mit einer Hilfe gekündigt werden, wenn diese nicht die ihr zugedachte Leistung erbringt und Steuerungsversuche ohne die erwartete Wirkung geblieben sind.

Ob sich diese Vorgehensweise langfristig durchsetzen wird, bleibt allerdings abzuwarten. Seitens der Kostenträger kann dies durchaus als Verlust eigener Steuerungskompetenzen angesehen werden. Andererseits wäre durchaus auch zu argumentieren, dass der Kostenträger mit der Ausstattung des Case Managements mit Budgets seine Steuerung auf den Gesamtprozess konzentriert und nicht mehr in Detailaufgaben (bei der Entscheidung über jede einzelne Hilfe) verzettelt.

Hier allein auf politische Grundsatzentscheidungen zu warten, wäre realitätsfern. Gerade im Bereich des SGB II werden in Deutschland sowohl von den ARGEN wie auch den Optionskommunen eine Vielzahl höchst unterschiedlicher Modelle erprobt, so dass eine Werbung für die oben skizzierte Vorgehensweise durchaus bei einigen Kostenträgern auf offene Ohren stoßen kann.

Autor

Dipl.-Pädagoge Univ. Reinald Faß (Jahrgang 1956) ist Case Manager (DGCC) und Case Manager Ausbilder. Er ist in einem großen Bildungsträger der Wirtschaft für die Personalentwicklung verantwortlich und leitet u. a. Ausbildungen zum Case Manager (DGCC) mit dem Fokus auf die berufliche (Re-)Integration. Fortbildungsakademie der Wirtschaft (FAW) GmbH, Kriftel. E-Mail: Reinald.fass@faw-personal.de.

Annette Höcker

9 Aspekte des Konzeptes Lernende Organisation im Rahmen einer betrieblichen Weiterbildung in Case Management

In Rückschau auf eine betriebliche Weiterbildung zum Thema Case Management in einer großen Einrichtung der beruflichen Rehabilitation sollen zwei Themenbereiche erörtert werden.

Zum einen wird der Frage nachgegangen, inwiefern das Konzept Lernende Organisation (vgl. Argyris / Schön / Senge) hilfreiche Ansatzpunkte für einen erfolgreichen Implementierungsprozess von Case Management bietet, wobei an dieser Stelle weniger Fragen der Steuerung im Zentrum stehen als vielmehr Aspekte von förderlicher und hemmender Organisationskultur beleuchtet und diskutiert werden.

Daran anschließend werden Elemente von Komplementarität betrachtet, die sowohl in den Annahmen und Prozessen von Case Management und als auch in denen des Konzeptes der Lernenden Organisation zu finden sind.

9.1 Zum Konzept Lernende Organisation

Es gibt eine auffallend große Zahl von Publikationen zum Thema Lernende Organisation und der Begriff wurde innerhalb kurzer Zeit recht bekannt. In seiner breiten Verwendung fehlt dem Begriff allerdings häufig die Trennschärfe und klare Kontur. Zudem wird das Konzept der Lernenden Organisation im sozialwissenschaftlichen und wirtschaftwissenschaftlichen Diskurs unterschiedlich rezipiert und diskutiert (vgl. Faulstich 1998, 163). Hier sollen Elemente des Konzeptes herausgefiltert werden, die für betriebliche Weiterbildungen in Case Management von Bedeutung sein könnten.

Grundsätzlicher Konsens ist, dass Lernende Organisation als ein Synonym für einen komplexen Vorgang von Aneignung, Entwicklung und Weiterentwicklung von organisationalen Vorgängen verstanden werden kann. Idealerweise wäre dann eine solche Lernende Organisation, die anpassungswillig und -fähig ist und sich in einem Prozess der ständigen Bewegung befindet.

Eine Lernende Organisation nutzt Ereignisse in ihrer Prozesshaftigkeit als positive Anregungen für Entwicklung, indem sie ihr Wissen und Handeln an die neuen Anforderungen anpasst. Im Zentrum stehen die Potenziale der Organisationsmitglieder. Selbstorganisation, Eigenverantwortung, Selbstständigkeit und Reflexionsfähigkeit sind Schlüsselbegriffe in diesem Prozess.

Mit der Gewichtung auf diese Komponenten unterscheidet sich das Konzept der Lernenden Organisation von dem klassischen der Organisationsentwicklung. Lernende Organisation erscheint als eine partizipative Variante von Organisationsentwicklung.

9.1.1 Lernende Organisation nach Argyris und Schön

Im Organisationskonzept von Argyris und Schön (vgl. Argyris / Schön 1978) wird gerade der Aspekt der Partizipation betont. Danach basieren alle in einer Organisation auftretenden Handlungen auf den subjektiven Handlungstheorien ihrer Organisationsmitglieder, wobei Handlungstheorie Werte, Normen und Vorstellungen meint, die innerhalb der organisationalen Routinen und Abläufe entstanden sind (vgl. Faulstich 1998). Diese Annahmen finden sich dann auch weiter bei Senge in verstärkter Form z. B. in der Vorstellung von einem Organisationsgedächtnis (vgl. Senge 1996).

Handlungstheorien als leitende Vorstellungen der Mitglieder einer Organisation können sich verändern. Argyris und Schön unterscheiden drei Lernstufen, an denen wesentliche Aspekte des Konzeptes der Lernenden Organisation deutlich werden:

Single loop learning meint ein singuläres Verbesserungslernen, wenn z. B. ein Problem auftritt oder sich die Anforderungen der Umwelt wandeln. Hier wird das Problem gelöst, ohne sich mit den dahinter stehenden Handlungstheorien auseinander zu setzen. Ein solcher Prozess findet notwendigerweise immerzu in Systemen statt und ist nicht kennzeichnend für eine Lernende Organisation.

Double loop learning meint die Reflexion und Bearbeitung der Normen, die den Handlungstheorien zugrunde liegen. So werden die Kompetenzen, das Wissen und die Fertigkeiten reflektiert und systematisiert und zusätzlich oder gleichzeitig die Zielsetzungen, Selbstverständnisse und Abläufe der Organisation hinterfragt. Hier findet sich ein zentrales Element der Lernenden Organisation, nämlich die Hinterfragung der Handlungstheorien. Dazu bedarf es der notwendigen Offenheit der Organisationskultur, die zu kritischer Betrachtung und partizipativen Aushandlungsprozessen ermutigt. Hier setzt Gruppenlernen als zentrale Lernform der Lernenden Organisation an.

Deutero Learning meint die Reflexion der Lernprozesse auf der Metaebene. Es geht hier es um das Lernenlernen, was die Gestaltung eines förderlichen Lernklimas als zentralen Aspekt einer Organisationskultur meint, die sich als Lernende Organisation versteht. Damit stellt sich Organisationslernen dar als eine fördernde Umgebung zur Entwicklung von Kompetenzen zur selbstständigen Erarbeitung von individuellen und kollektiven Arbeits- und Lernzielen. Die Lernfähigkeit einer Organisation ist somit abhängig von ihrer Fähigkeit zur Selbstreflexion. (vgl. Argyris / Schön 1978, 17 ff.)

9.2 Lernende Organisation nach Senge

9.2.1 Die fünf Disziplinen

Nach Senge zeichnen sich Lernende Organisationen idealtypisch durch folgende Merkmale aus (vgl. Senge 1996):

- Grundlegend ist die *Fähigkeit zu systemischem Denken* bei möglichst allen Organisationsmitgliedern. Das Denken in Systemen beinhaltet das Erkennen und Verstehen von Wechselwirkungen in Prozessen. Die Möglichkeit zu systemischem Denken erfordert organisationale Transparenz in Entscheidungen und Abläufen (vgl. Senge 1996, 102).
- *Entwickelte Persönlichkeiten (personal mastery)* haben die Potenziale, systemisch zu denken. In dem Sinne ist die Förderung der Persönlichkeitsentwicklung eine wesentliche Voraussetzung zur Nutzbarmachung der Ressourcen der Organisationsmitglieder. Personal mastery geht über Fachwissen und Schlüsselqualifikation hinaus und meint mehr als die in der Berufsrolle immanenten Fähigkeiten, sondern umfasst die im Menschen vorhandenen kreativen Potenzen (vgl. Senge 1996, 173).
- *Mentale Modelle* freilegen und überprüfen. Hier geht es um die Handlungstheorien, die in jeder Organisation häufig auch unbewusst existieren. Für die Lernende Organisation ist es wesentlich, dass diese mentalen Modelle, Annahmen, Bewertungen und Vorstellungen gemeinsam mit und von den Organisationsmitgliedern aufgedeckt und kritisch betrachtet werden (vgl. Senge 1996, 230).
- *Die gemeinsam geteilte Vision.* Aus persönlichen individuellen Visionen wird in einem gemeinsamen Findungsprozess eine gemeinsame Vision der Organisation entwickelt, die handlungsleitend ist. Visionen haben starke emotionale Anteile und damit besondere Sogkraft. Visionen basieren auf tiefsten intrinsischen Bedürfnissen und verfolgen nicht sekundäre operationalisierte Ziele (vgl. Senge 1996, 259).
- *Lernen im Team.* Team wird hier verstanden als eine Gruppe von Organisationsmitgliedern, die sich nicht nur mit einer linearen Problemlösungsstrategie beschäftigt, sondern dass dieses Team sowohl eine gemeinsame Vision entwickelt als auch mit einer systemischen Sichtweise des Problems dieses als Prozess von Wechselwirkungen bearbeitet (vgl. Senge 1996, 290).

Um eine Lernende Organisation aufzubauen, bedarf es idealtypisch dieser fünf Komponenten, die sich jeweils wechselseitig bedingen und unterstützen. Dabei ist hervorzuheben, dass in diesem Modell von Lernender Organisation das Schwergewicht auf die Potenziale der Organisationsmitglieder aller Hierarchieebenen gelegt wird. Hier gilt es einen Schatz an bislang ungenützten Ressourcen zu heben.

Ein besonderes Potenzial liegt nach Senge in der *kreativen Spannung* zwischen Ist-Zustand und Vision. Gerade an diesem Punkt wird die Ressourcenorientiertheit dieses Ansatzes deutlich, der davon ausgeht, dass gerade in dem unbefriedigenden Ist-Zustand die Ressource für die Erreichung von Zielen liegt. Dabei wird die nicht optimale Gegenwart als Verbündete in Hinsicht

auf die Vision angesehen. Kreative Spannung meint die Parallelität von Vision gepaart mit einem klaren Bild von der Gegenwart (vgl. Senge 1996, 184).

9.2.2 Hemmende Faktoren beim Aufbau einer Lernenden Organisation

Bei der Entwicklung von Lernender Organisation als Organisationskultur stellen manche Handlungstheorien der Organisationsmitglieder oder institutionelle Strukturen Hemmnisse dar. Senge beschreibt in sehr konkreten Bildern, von denen hier einige genannt werden sollen, da sie in ihrer Plastizität Organisationshandeln treffend spiegeln. Handlungstheorien und Glaubenssätzen wie folgende behindern Interdisziplinarität und prozesshaftes Systemdenken:

- *Ich bin meine Position – was die anderen (Personen, Abteilungen) tun, muss ich nicht wissen, geht mich nichts an.*
- *Der Feind da draußen*, das meint, andere Menschen oder Organisationen außerhalb oder andere Abteilungen innerhalb meiner Organisation stören meine Arbeitsweise.
- *Angriff ist die beste Verteidigung* statt eine Win-win-Situation herzustellen und in einem systemischen, kontraktbezogenen Miteinander, Kommunikation zu entwickeln, die die gegenseitigen Ressourcen nutzt (vgl. Senge 1996, 22 ff.).

Solche Glaubenssätze oder Handlungstheorien, die eher ein Einzelkämpfertum als Teamarbeit fördern, sind Resultat einer langen Geschichte von tayloristischem Zerstückeln von Arbeitsprozessen, Individualisierung von Verantwortung, Konkurrenz, Misstrauen, Defizitorientiertheit, mangelnder Transparenz über Arbeitsabläufe und Entscheidungswege und einer langen Tradition der Fixierung auf Ereignisse statt auf Prozesse.

9.2.3 Fördernde Faktoren beim Aufbau einer Lernenden Organisation

Folgende Strukturelemente schaffen dagegen positive Bedingungen für eine Lernende Organisation:

- Die Gestaltung der Organisationsstruktur und -kultur sowie deren Weiterentwicklung werden konzeptionell als „Wandel durch Lernen“ verstanden. Dazu müssen elementare Haltungen wie Transparenz, Empowerment und Partizipation grundsätzlich gewollt sein und aktiv praktiziert werden.
- Die Organisationskultur und -politik stellt Rahmenbedingungen zur Verfügung, dass am Erfolg als auch am Misserfolg gelernt werden kann, und zeigt eine Fehlertoleranz.
- Die Organisation ermuntert ihre Mitglieder zu Außenkontakten und verhindert Abschottung.

- Individuelles und kollektives Lernen wird verstanden als Motor von Veränderung und als Basis, gemeinsam geteilte Handlungsgrundlagen weiterzuentwickeln.
- Visionen und Zielsetzungen werden in einem gemeinsamen Findungsprozess entwickelt.
- Kooperations- und Konfliktlösungsfähigkeit werden gefördert, wechselseitiges Vertrauen der Organisationsmitglieder und Teamgeist werden befördert.
- Prozessorientierung und Selbstregulation in Gruppen wird aktiviert und unterstützt.
- Ein partizipativer Führungsstil wird praktiziert.
- Organisationsabläufe und -entscheidungen werden transparent gemacht, um so den Mitgliedern die Möglichkeit zu systemischem Denken und Handeln zu ermöglichen.

Eine lernförderliche Kultur wird gestärkt, wenn solche Lernformen entwickelt werden, die direkt an das Geschehen in der Organisation anschließen, also einen direkten Praxisbezug haben. Organisationales Lernen kann als ein sozialer Prozess verstanden werden, in dem das Gruppen- und Teamlernen in selbstorganisierten Strukturen besonders effektiv ist.

In Organisationen, in denen das kontinuierliche organisationale Lernen eher ungewohnt ist, bietet es sich an, solche Lernstrukturen zu schaffen, die Lernprozesse unabdingbar machen. Vor dem Hintergrund, dass Struktur Verhalten beeinflusst, entsteht eine Kultur zum Lernenlernen (vgl. Senge 1996, 171 ff).

9.3 Ansätze von Elementen der Lernenden Organisation in der betrieblichen Weiterbildung

9.3.1 Die betriebliche Weiterbildung in einem Berufsfortbildungswerk in Case Management

Die Qualifizierung in Case Management in Form einer Inhouse-Weiterbildung war ein Bestandteil von Organisationsentwicklung im Sinne einer internen Anpassungsleistung an den sich verändernden Markt und veränderte Situationen insbesondere in den Sozialgesetzbüchern. Ziel der Weiterbildung in Case Management war, die mittlere Führungsebene zu qualifizieren, die Fallführung in Haus zu optimieren und somit die Berufschancen der benachteiligten Jugendlichen verbessern. Innerhalb eines Zeitraumes von elf Monaten wurde vor Ort direkt in der Einrichtung die von der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management zertifizierte Weiterbildung durchgeführt. An der Weiterbildung nahmen disziplinübergreifend SozialpädagogInnen, ErzieherInnen und BerufspädagogInnen aus den verschiedensten Ausbildungs- und Wohnbereichen teil. Somit wurden MitarbeiterInnen der mittleren Führungsebene quer durch das gesamte Haus qualifiziert. Dadurch ergab sich schon während der Weiterbildung ein Multiplikationseffekt, indem informelles Lernen auf allen Ebenen sowohl horizontal als auch vertikal in unterschiedlicher Weise stattfand.

Die zertifizierte Weiterbildung Case Management in ihrer generalisierten Form wurde passgenau auf die Erfordernisse des Berufsbildungswerkes zugeschnitten. Das wurde realisiert, indem im didaktischen Konzept zusätzlich zu der Theorievermittlung zwischen den Modulen moderierte Praxisworkshops unter fachkundiger Leitung eingeführt und zudem noch durchgängig selbstorganisierte Arbeitsgruppen installiert wurden, die an pratikablen Umsetzungselementen von Case Management im Haus arbeiteten.

Damit stand die Frage nach dem Modus der Implementierung des Handlungsansatzes Case Management von Beginn der Weiterbildung an im Raum. Eine breite Diskussion war ausgelöst und ein bislang in der Praxis eher ungesteuerter Prozess der Partizipation begann. Es wurden und werden weiterhin Ziele überprüft, Arbeitsweisen und Arbeitswege kritisch hinterfragt, kreative Lösungen entwickelt, geprüft, wieder verworfen und weiterentwickelt. Der Prozess der Implementierung und passgenauen Übersetzung von Case Management war in Gang gesetzt.

Mit dieser Weiterbildung begab sich die Gesamtorganisation in eine Lernsituation, in der die Auseinandersetzung mit den Elementen Teamlernen, Selbstorganisation, Praxisbezug, gemeinsame Vision, Systemdenken zentrale Themen waren.

9.3.2 Entwicklung einer gemeinsamen Vision

Die Vision lautete, partnerschaftliche Arbeitsabläufe zu entwickeln, die auf gegenseitigem Wissen und Respekt basieren, die abteilungsübergreifend funktionieren, Reibungsverluste und Doppelbearbeitung minimieren und für alle verbindlich sind.

Operationalisiert wurde dieses Ziel durch das Erlernen von Case Management und einer entsprechend modifizierten Fallführung.

Im Prozess der Entwicklung einer gemeinsamen Vision wurde das deutlich, was Senge (s. o.) betont. Die Gruppe und ihre Mitglieder waren außerordentlich interessiert an einer gemeinsamen Zielfindung, die sie emotional ansprach, das heißt, die ihr Identifikationsbedürfnis mit der Organisation unterstützte. Begriffe wie Sinn, Beziehung, gutes Gewissen und gutes Gefühl fielen. Damit ist die intrinsische, endogene Bedeutung der Visionsentwicklung angesprochen, die über die Zweckrationalität des Anpassungslernens und über die Setzung sekundärer organisatorischer Ziele hinausgeht.

Gleichzeitig zeigten sich in diesem Prozess auch eine Reihe von Abwehrmechanismen, die darauf zielten, die bisherigen Handlungstheorien aufrechtzuerhalten. Hier handelte es sich um das Phänomen des organisationalen Gedächtnis, welches aufbaut auf Beschreibungen von Abläufen und Prozessen, Gewohnheiten, Symbolen, Traditionen, Mythen, Sozialarrangements sowie auf Normen und Werten (vgl. Faulstich 1998, 167).

Eine gemeinsame Vision und Zielsetzung impliziert neben der Freude auf und über ein gemeinsames Ziel und eine Sinngebung auch ein Abschiednehmen von liebgewordenen Vorstellungen, Abläufen und Legenden. „Menschen wehren sich nicht gegen Veränderungen, sie wehren sich dagegen, verändert zu werden“ (Senge 1996, 191).

Das Aushalten der kreativen Spannung und der Einsatz dieses Spannungsfeldes zur Zielerreichung fordern einen Umdenkungsprozess heraus.

Versteht das Konzept der Lernenden Organisation den Ist-Zustand als Verbündeten auf dem Weg zum Ziel, also als Ressource, die trotz ihrer augenscheinlichen Defizite nutzbar gemacht werden kann, so wird im herkömmlichen Verständnis der Ist-Zustand vor allem als defizitär verstanden. Solche Defizitorientiertheit verschließt den Blick auf ungewöhnliche Perspektiven und hemmt kreative Prozesse.

9.3.3 Teamlernen

In der betrieblichen Weiterbildung kam zusätzlich zum *Lernen in der Organisation* – als Inhouse-Weiterbildung, vor Ort in den Räumen der Organisation, mit MitarbeiterInnen, an einer konkreten, die Praxis betreffenden Thematik – und *für die Organisation* – als Modernisierungselement und Anpassungsprozess ausgerichtet auf die mittlere Führungsebene – das *Lernen mit der Organisation* – durch Teamlernen.

Das bedeutet, dass sich die Organisation mit der Initiierung von Veränderungsprozessen in der Handlungstheorie der Organisation und in konkreten Arbeitsabläufen auf allen Ebenen und Abteilungen in einen kommunikativen Lernprozess begab. Gerade dieser Prozess ist ein zentrales Element von Lernender Organisation. Jede/r Einzelne lernt im Kollektiv und das Kollektiv profitiert von den Lernerfahrungen und -ergebnissen der/s Einzelnen.

Die drei Lernniveaus nach Argyris wurden in der betrieblichen Weiterbildung in Case Management aktiv mit unterschiedlicher Gewichtung eingesetzt.

Faulstich konkretisiert und übersetzt die Stufen folgendermaßen:

Single loop-learning als ein *Anpassungslernen,* Double loop learning beinhaltet *Erschließungslernen*. Deutero Learning meint *Lernenlernen* (vgl. Faulstich 1998, 165).

Auf der Stufe des *Anpassungslernens* wurden die Instrumente der Fallführung im Ist-Soll-Vergleich entwickelt. Das fand in kontinuierlichen Arbeitsgruppen statt. Das Kontinuum der Gruppenmitglieder über einen Zeitraum von elf Monaten führte zu einer verantwortlichen Teamstruktur und ließ selbstorganisierte Lernschritte bis hin zur konkreten Konstruktion von Arbeitsinstrumenten wachsen.

Methodisch haben sich auf dieser Stufe Teamarbeit und kollegiale Beratung bewährt.

Im *Erschließungslernen* wurde sich mit dem Organisationsziel in Hinsicht auf veränderte Rahmenbedingungen gesetzlicher, finanzieller als auch soziokultureller Art beschäftigt. Die eigene pädagogische Grundhaltung wurde reflektiert in Hinsicht auf die Haltung zur Klientel. Empowerment, Ressourcenorientiertheit und Partizipation als Grundhaltungen von Case Management wurden beleuchtet und im Kontext der Organisation und ihrer Strukturen und Abläufe diskutiert. Fragen nach gelebter Kundenfreundlichkeit wurden gestellt und praxistaugliche Perspektiven entwickelt. Gerade an dieser Stelle wurde deutlich, dass das Lernen, die Lust und der Lernwille, nicht als eine von außen erforderte Notwendigkeit und Anpassung erlebt wurden,

sondern dass es sich bei den TeilnehmerInnen um einen intrinsischen Vorgang handelte. Der Wunsch zu lernen war nicht ausgelöst durch Krisen und Defizite, sondern aus dem Interesse, die Bindung und Sinngebung des alltäglichen beruflichen Tuns zu intensivieren. Auf dieser Stufe bewährten sich methodisch Szenario Gruppen, Rollenspiele und Zukunftswerkstätten.

Auf der Ebene des *Lernenlernens* ging es vor allem darum, die Ressourcen der Mitarbeiterschaft auf allen Ebenen und in allen Abteilungen und Bereichen zu ermitteln und zu nutzen. Kommunikation stand hier im Vordergrund. Bereichsübergreifende Teams, kollegiale Beratung, Multiplikation der Diskurse der Weiterbildung in die Gesamtorganisation und Einbeziehung der geschäftsführenden Ebene waren die methodischen Instrumente, mit denen das Lernen nicht mehr nur ein Gegenstand der TeilnehmerInnengruppe der Weiterbildung als ExpertInnen war, sondern die gesamte Organisation betraf.

So wurde aus Anpassungslernen Lernenlernen.

9.3.4 Phasen des Gruppenlernens

Die idealtypischen Phasen des praxisnahen Teamlernens, nämlich Erfahrungsaustausch, Beobachtung und Ist-Analyse, Strategieentwicklung und Experimentieren, modellhaftes Konstruieren ließen sich in der Weiterbildung besonders in den selbstorganisierten Lerngruppen wieder finden. Die Gruppen beschäftigten sich mit der praxisnahen Problembewältigung und der Entwicklung von Handlungsgrundlagen und gingen dabei explorativ, diskursiv und praktisch an die Problemlösung heran.

Zu Beginn der Gruppenarbeiten ging es vorrangig um Erfahrungsaustausch und gegenseitiges Kennenlernen der jeweiligen Arbeitsplätze, Arbeitsabläufe und Handlungstheorien. Der Austausch über individuelle gesammelte Erfahrungen animierte die einzelnen Gruppenmitglieder, Perspektivwechsel zu wagen und damit eine erweiterte Sichtweise zu erlangen.

Im zweiten Schritt war Beobachtung als zielgerichtete Wahrnehmung das Instrument, Ist-Zustände systematisch und für alle Gruppenmitglieder konsensfähig zu beschreiben und daraus neue Ideen, Zielkorrekturen und dahinführende Strategien zu erarbeiten.

Darauf folgte die Experimentierphase, in der die Gruppe gewissermaßen in Laborsituationen realitätsnahe Strategien, Methoden und Arbeitsweisen experimentell entwickelte und erprobte, ohne unter direkten Umsetzungszwang und Erfolgsdruck zu stehen.

Im letzten Schritt wurden die Gruppenergebnisse aus den Erfahrungen, reflektierten Beobachtungen und Experimenten zu konkreten handlungsleitenden Modellen zusammengefasst. In dieser Phase wurde aus dem Gruppenlernen ein aktives Gruppenhandeln, das direkt in der Organisation wirkte. Die Gruppe hatte sich Potenziale und Problemlösungsstrategien angeeignet, die nunmehr aus dem experimentellen Rahmen in die Handlungsebene der Organisation eingehen konnten.

9.3.5 Interdisziplinarität

In der Weiterbildung trafen Mitarbeiter aus unterschiedlichen Berufsgruppen aufeinander, die in Zukunft als Case Manager tätig werden sollten. Zu den Kompetenzen von Case Managern gehört unabdinglich die Kenntnis der Arbeitsabläufe der Organisation und ihrer Dienstleistungsangebote (vgl. Löcherbach 2003, 218 ff.).

Die abteilungs- und berufsübergreifende Zusammensetzung der Gruppe erforderte einen intensiven Austausch, um den gegenseitigen Stand des Wissens und die jeweils leitenden Handlungstheorien zu ermitteln. Gerade dieser Austausch beinhaltete die Chance zu interdisziplinären Lernen und zur Aktivierung der vielfältigen Ressourcen des Teamlernens.

Allerdings mussten, bevor diese Chancen aktiv genutzt werden konnten, Hemmnisse und Widerstände abgebaut werden. Berufsgruppen haben möglicherweise einen jeweils unterschiedlichen Berufsethos, divergierende Zielsetzungen und Vorstellungen darüber, wann Pädagogik gelungen ist (vgl. Bourdieu 1982, 277 ff.). Wenn eine Organisation über Jahrzehnte einen vertikalen Aufbau in eher autarken Abteilungen gelebt hat, in der wenig Kommunikation der Abteilungen miteinander praktiziert wurde, ist es anfangs ungewohnt, wenn mit der Einführung von Case Management geordnete horizontale, abteilungsübergreifende, die Kooperation der Abteilungen koordinierende Strukturen geschaffen werden. Gleichwohl war es eine unumgängliche Notwendigkeit, die Sprache der jeweils anderen Berufsgruppe zu verstehen bzw. ein Verständnis dafür zu entwickeln. „Aha-Effekte“ waren gerade in den ersten Modulen der Weiterbildung an der Tagesordnung.

Besonders bewährt hat sich, dass die selbstorganisierten Arbeitsgruppen, die den Praxistransfer mit Beginn über den gesamten Zeitraum der Weiterbildung zur Aufgabe hatten, disziplinübergreifend zusammengesetzt waren. Jede Arbeitsgruppe war mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus Ausbildung, Wohnbereich und Sozialpädagogik besetzt. So wurden über diese Arbeitsgruppen und dem darin stattfindenden Teamlernen bereits Netzwerke in der Organisation geschaffen.

Die Verständigung und Annäherung der Berufsgruppen war ein entscheidender Aspekt der gesamten Weiterbildung. Fremdheiten wurden abgebaut und das Zusammenwachsen, das gegenseitige Kennenlernen, die gegenseitige Akzeptanz und das Verstehen von bis dato fremden, scheinbar unsinnigen Vorstellungen und Handlungen wurde aufgebaut. Das gegenseitige Verstehen war Voraussetzung für die Entwicklung gemeinsamer Ziele und daraus sinnvoll erscheinender Ablaufstrukturen. Es bildeten sich Konturen einer neuen Form von professionellem Handeln, die nun von den beteiligten Berufsgruppen Stück für Stück realisiert wird (vgl. Reis 2005, 14). Aus den Rückmeldungen der Teilnehmer wurde deutlich, dass gerade dieser Effekt für sie ein wesentliches und positives Ergebnis der Weiterbildung war, aus dem sie für ihren Arbeitsalltag und Identifikation mit der Organisation besonders profitierten.

9.3.6 Multiplikation

Die Beteiligung der wesentlichen Berufsgruppen und Abteilungen der Organisation an der Weiterbildung brachte ebenfalls mit sich, dass die Essentials von Case Management in der Gesamtorganisation diskutiert wurden. Mit der Praxisnähe in der Weiterbildung, dem Prozess des Experimentierens und des Austausches über die Abteilungen und Arbeitsbereiche hinaus wurde eine breite Diskussion in der Gesamtorganisation in Gang gesetzt.

Die Gesamtorganisation war auf allen Ebenen mehr oder weniger beteiligt. Dieser Vorgang war nicht bewusst geplant und gesteuert, sondern ein Nebeneffekt, der sich aus der praxisnahen Arbeitsweise in der Weiterbildung ergab. Die TeilnehmerInnen der Weiterbildung rekrutierten sich aus der mittleren Führungsebene der drei Hauptbereiche und diskutierten während der Lernphasen mit ihren MitarbeiterInnen in den jeweiligen Arbeitszusammenhängen bisherige Arbeitsweisen und Zukunftsvisionen und Strategien. Diese Diskussionen waren eher informell und nicht in allen Bereichen gleich stark. Die Multiplikation des Expertenwissens der an der Weiterbildung teilnehmenden Organisationsmitglieder in die Arbeitsbereiche und Teams war somit ungeregelt. Es handelte sich eher um einen Schneeballeffekt, der die Organisation in Bewegung brachte. Bei Senge heißt es dazu „Wenn Teams lernen, werden sie zu einem Mikrokosmos für das Lernen in der gesamten Organisation“ (Senge 1996, 287). Die zielgerichtete Nutzung dieses eher beiläufigen Schneeballeffektes in Richtung einer gesteuerten planvollen Multiplikation birgt katalysatorische Effekte in Hinsicht Lernender Organisation. Hier stellt die sich Frage nach Steuerungselementen bei der Einführung von Case Management als zentraler Handlungsweise.

9.3.7 Kollegiale Beratung

Als Instrument zur Entwicklung der gegenseitigen Akzeptanz und Problemlösung hat sich die Methode der Kollegialen Beratung bewährt.

Kollegiale Beratung ist gerade für Lernende Organisationen ein besonders geeignetes setting. Zum einen, weil hier die Ressourcen aller Mitarbeiter gefragt sind, zum anderen weil auch hier die Selbstorganisation im Zentrum steht. Kollegiale Beratung ist ein Instrument, das auf Augenhöhe, Partizipation und Demokratie ausgerichtet ist und das in seiner Strukturiertheit lösungsorientierte Kommunikation ermöglicht.

In der Kollegialen Beratung tun sich KollegInnen ohne externe Leitung zusammen. Ein Gruppenmitglied schildert einen Fall oder ein Problem und die anderen Gruppenmitglieder beraten aus ihrem Erfahrungshintergrund und ihrer jeweiligen Kompetenz. Dieser Beratungsprozess ist in Phasen gegliedert, die ein Gruppenmitglied moderiert. Es handelt sich um ein systematisches und lösungsorientiertes Vorgehen, das die Ressourcen und Potenziale des Teams aktiv nutzt.

Kollegiale Beratung eignet sich besonders für Fallbesprechungen und ist im Case Management indiziert. In modifizierter Form kann Kollegiale Beratung auch zur Strukturierung und Zielorientierung von Arbeitsgruppenprozessen angewendet werden.

Während eines Kollegialen Beratungsprozesses bieten sich eine Reihe von Instrumenten an, die die Kreativität der Gruppenmitglieder stimulieren. So eignen sich Visualisierungen wie Kartenabfrage, mindmapping, dreidimensionale Darstellungen wie z. B. Skulpturen. Reframing und andere Ansätze lösungsorientierter Gesprächstechniken lassen sich ebenfalls gut nutzen.

Aus dieser Aufzählung der methodischen Werkzeuge wird deutlich, dass sich die Teams, die Kollegiale Beratung in ihrer Arbeit integrieren wollen, eben diese Techniken aneignen müssen. Das setzt Fortbildung und Anleitung voraus. Die ersten Male bei der Einführung von Kollegialer Beratung sollten deshalb fachlich begleitet werden.

Die Implementierung von Kollegialer Beratung führt zu einer Verbesserung der Besprechungskultur von Organisationen, zum einen in Hinblick auf Partizipation, zum anderen in Hinblick auf die Lösung konkreter organisationaler Probleme (vgl. Mutzeck / Schlee 1996).

9.3.8 Teilhabe und Transparenz

Gelebte Partizipation setzt voraus, dass die Strukturen der Organisation in ihren Arbeitsabläufen und Entscheidungswegen für die Organisationsmitglieder transparent sind. Auf dieser Grundlage ist die Entwicklung systemischen Denkens bei den Mitgliedern der Organisation möglich. Das Wissen um Abläufe, Arbeitsprozesse und gegenseitige Abhängigkeiten steigert die Verantwortung, Frustrationstoleranz und Identifikation mit der Organisation. Auch der Prozess der gemeinsamen Entwicklung einer gemeinsamen Vision erfordert Transparenz und die Möglichkeit zu Partizipation. Partizipation ermöglichen meint hier neben der Grundhaltung ein konkretes, aktives professionelles Handeln auf allen Organisationsebenen.

In Rahmen der Qualifikation von MitarbeiterInnen zu Case ManagerInnen mit der Absicht, dass diese Case Management aktiv in der Organisation als Handlungsweise einführen, waren Transparenz in Hinsicht auf das Wissen um Prozesse, Grenzen, gesetzliche Rahmenbedingungen, Netzwerke in- und außerhalb der Organisation u. v. m. notwendig.

Der Arbeitsbereich von Case ManagerInnen erfordert Initiative und Eigenverantwortlichkeit. Dazu sind nach Reis folgende Bedingungen erforderlich:

- Der Gestaltungs- und Entscheidungsspielraum der Case Manager muss organisationsintern in klar definierten Entscheidungskompetenzen beschrieben werden.
- Der Autonomiegewinn der Case Manager muss flankiert werden durch Weiterbildung in Bezug auf die Handlungskompetenzen, Gesprächsführung, Kollegiale Beratung, Moderation und ggf. Supervision.
- Eine konkrete Ausgestaltung der Partizipationsmöglichkeiten muss eingeräumt werden wie z.B. Qualitätszirkel, eine Verbindung zwischen den zukünftigen Case Managern und der obersten Steuerungsebene muss kontinuierlich als Arbeitseinheit gepflegt werden.
- Je interessierter die Leitungsebene an der Etablierung der neuen Strukturen, umso ertragreicher ist die Handlungsautonomie der Case Manager für die Gesamtorganisation. (vgl. Reis 2005, 17)

- Partizipation als Teil der Organisationskultur muss gewollt sein. Dazu müssen geeignete Strukturen geschaffen werden, die die Organisationsmitglieder zu aktiver Beteiligung im konkreten Organisationsalltag ermuntern und so Partizipation ermöglichen.

9.4 Elemente von Komplementarität und Referenz

Im Konzept Lernende Organisation finden sich idealtypisch komplementäre Elemente zum Konzept Case Management in Hinsicht auf die Grundlagen Partizipation, Empowerment und Ressourcenorientierung.

Case Management versteht sich als ein Handlungsansatz zur Steuerung von passgenauen Hilfen für die Klienten. Partizipation, Empowerment und Ressourcenorientierung sind die grundsätzliche Basis. Case Management beinhaltet eine strukturierte, nachprüfbare und lösungsorientierte Ablauforganisation im individuellen Hilfeprozess auf der Fallebene und für Aufbau, Pflege und Weiterentwicklung von vernetzten Angebotsstrukturen auf der Systemebene im Innern der Organisation als auch mit anderen externen Dienstleistern oder informellen Strukturen.

Somit erfordert Case-Management-Kompetenz Reflektionsvermögen über die Arbeitsabläufe, Strukturiertheit im Denken, Offenheit gegenüber der Klientel und deren Lebenswelten, Offenheit gegenüber den Netzwerkpartnern und damit ein hohes Maß an kommunikativer Kompetenz und Überblick (vgl. Löcherbach 2003, 218 ff).

9.4.1 Partizipation

Die Partizipation der Klientel bei der Erfassung des Hilfebedarfs und der Entwicklung des Hilfeplans, der Implementierung und der Überprüfung der Umsetzung und Wirksamkeit der Hilfen ist ein zentraler Bestandteil von Case Management. Klientenbeteiligung ist in sozialpädagogischen und pflegerischen Konzepten zwar weit verbreitet, bereitet jedoch in der Praxis Schwierigkeiten. Ein eher fürsorgliches, behütendes und paternalistisches Pädagogikverständnis muss revidiert werden. Partizipation beinhaltet ein Ich-Du Verhältnis im Sinne von Subjekt-Subjekt-Beziehung in der kommunikativen Grundhaltung, ohne die Asymmetrie des Machtverhältnisses zwischen Helfenden und Hilfesuchenden zu leugnen (vgl. Kupffer 1971, 36ff.). Diesem strukturellen Ungleichgewicht gilt es, durch Haltungen als auch geregelten Abläufen von Partizipation entgegenzuwirken.

Case Manager verstehen sich dabei weniger als Pädagogen und Experten für Lebensführung als vielmehr als Moderatoren und Lotsen im Dienste der Klientel bei der Gestaltung deren Lebensvorstellungen. Damit wäre die Klientel Experten ihrer jeweiligen Lebenssituation (vgl. Wendt 2005, 60). Das klingt verlockend und humanistisch, doch auch ein bisschen weltfremd, wenn man sich vergegenwärtigt, dass gerade im Bereich der Koordinierung von Hilfen für Menschen mit schweren Behinderungen, dieses Expertentum der Klientel für professionelle Helfer schwer antizipierbar ist.

Case Management liefert ein System von Partizipation in der Fallführung, in das notwendigerweise die KlientInnen einbezogen werden müssen. Dadurch konstituiert sich über diesen formalen Weg der Ablauforganisation Partizipation als Grundverständnis und übt sich Schritt für Schritt als selbstverständliches Prozedere ein. Ist die aktive Klientenbeteiligung fester Bestandteil der Fallführung, verändert sich die Wahrnehmung und aktuelle Lebenswelt von Helfenden und Klientel täglich (Maegli 2005, 95). Ein praktischer Wandel von Organisation, Mitarbeitern und Klienten setzt ein und ein Grundelement Lernender Organisation findet statt.

9.4.2 Empowerment

Empowerment bezeichnet im Sinne von Selbstbefähigung die Förderung der Klienten zu selbst bestimmten Handeln durch Ermutigung, Informationsvermittlung, Beratung und Unterstützung (vgl. Klug 2003, 44). Der Ansatz von Empowerment wirkt mit partizipativen Strategien aktiv gegen erlernte Hilf- und Mutlosigkeit und beabsichtigt die Rückgewinnung eines subjektiven Gefühls von Kontrolle über das eigene Leben.

Case Management legt ein besonderes Gewicht auf ein aktiv praktiziertes Kontraktmanagement. In diesem System des Aus- und Verhandelns einer gemeinsam akzeptierten Problemlösungsstrategie werden Klienten als Experten ihrer Selbst gesehen. In diesem Prozess begleiten Case Manager, stecken Grenzen ab, geben Alternativen zu bedenken, regen an, informieren und prüfen die Resultate gemeinsam mit der Klientel.

Kann man Partizipation nur als bloße Anwesenheit der Klienten an Sitzungen verstehen, so geht Empowerment paradigmatisch mit der Wahrnehmung der Klientel als Experten ihrer Selbst deutlich darüber hinaus. Es handelt sich um eine Wertschätzung, die mehr ist als reine Freundlichkeit und Kundenorientierung. Möglicherweise werden Case Manager mit ungewöhnlichen Lebensentwürfen, Problemdefinitionen und Problemlösungsstrategien der Klientel konfrontiert, die zu akzeptieren, ein hohes Maß an professioneller Sicherheit und Distanz erfordern.

In der Praxis neigen Fachkräfte mitunter dazu, das Potenzial an Selbsthilfe bei den Klienten und deren Netzwerken zu unterschätzen. Den Paradigmenwechsel zu Empowerment in die Realität zu transportieren und mit geeigneten Unterstützungsmaßnahmen zu flankieren, fällt ähnlich schwer wie auch die Anteile von Empowerment im Konzept der Lernenden Organisation zu praktizieren. Personal mastery und kreative Spannung basieren auf Empowerment. Eine Organisation, die personal mastery nicht nur duldet, sondern wünscht und ermöglicht, bietet ein komplementäres Referenzmodell zu praktiziertem Case Management. Ebenso erfordert Empowerment gegenüber der Klientel eine Organisationskultur, die möglicherweise eher ungewöhnliche Problemlösungsstrategien akzeptiert und den kreativen Spielraum im Rahmen des Kontraktmanagement ermöglicht.

9.4.3 Ressourcenorientierung

Ressourcenorientierung bezeichnet im Gegensatz zu Defizitorientierung die vorrangige Beachtung der Gesamtheit der vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten von Klienten und ihrer Lebenswelt mit dem Ziel, diese im Rahmen der Problemlösung zu nutzen und ggf. auszubauen (vgl. Wendt 2005 7). Im Case Management werden sowohl die personalen und sozialen Ressourcen der Klientel und ihrer jeweiligen Umfelder ebenso erwogen wie auch die Ressourcen, die die Versorgungssysteme mit einbringen.

Obwohl im sozialpädagogischen als auch im pflegerischen Kontext der Ressourcenansatz längst konzeptionell verankert ist, tut sich die Praxis schwer mit diesem Perspektivwechsel weg von der Frage „was fehlt?“ hin zur der Frage, „was haben wir schon?“. Das ist insofern nachvollziehbar, als Hilfesuchende Hilfe brauchen, die außerhalb ihrer selbst zu liegen scheint, also nicht mit all der Autonomie, Kontrolle und Macht ausgestattet sind, was die Gestaltung ihres Lebens bzw. der sozialen Teilhabe betrifft.

Es fallen also im Hilfeprozess zwischen ungleichen Partnern (vgl. Kupffer 1971) als erstes die Defizite ins Auge und es erfordert ein hohes Maß an Kreativität, Mut und Fähigkeit, „die Dinge gegen den Strich zu bürsten“, sie z. B. in einen anderen Kontext zu stellen (reframing), um als „normalgesunde/r Pädagoge/in“ gemeinsam mit einem Menschen mit schweren Behinderungen dessen Ressourcen aufzuspüren. Das gelingt nur jenseits standardisierter Vorstellungen und erfordert kreative Prozesse.

Die Reflektion grundsätzlicher Elemente von Case Management in ihren ethischen Implikationen ist umso erforderlicher, damit sich Case Management nicht auf ein methodisches Gerüst der Fallführung und Kontrolle reduziert.

So sind im Assessment, das einen Überblick über die Leistungsfähigkeit des Hilfesuchenden gibt, und ebenfalls in den Zielvereinbarungen Kontrollhaltepunkte eingebaut. Diese Kontrolle ist gewollt, als daran gemeinsam die Zielerreichung abgelesen wird. Wird Kontrolle aber lediglich als Dokumentationsmittel für Kostenträger genutzt, was sie durchaus auch sein soll und kann, sind die Elemente Ressourcenorientierung, Lotsenfunktion, Brokerfunktion, Empowerment und Partizipation gekappt und Case Management reduziert sich auf ein Gerüst strukturierter Prozesse und Methoden. Wenn das der Fall ist, wird lediglich Ablauforganisation effizienter und effektiver, während die Vision von Fördern und Fordern und Partnerschaftlichkeit ins Leere laufen. Im Sinne von Lernender Organisation ginge es dann lediglich um die Verfolgung von Sekundärzielen und um zeitlich begrenztes Verbesserungslernen.

Es ist umso erstaunlicher, dass Case Management, das sich durch ein besonders strukturiertes Instrumentarium mit festen Verfahren und Phasen auszeichnet, gerade diese Kreativität sowohl im Assessment wie auch in der Hilfeplanung fördert und fordert. Senge beschreibt, wie die Überzeugung der eigenen Wertlosigkeit individuell oder als Organisation kreative Spannung verhindert (vgl. Senge 1996, 184 ff.). Dieser Vorgang lässt sich gleichermaßen auf den Prozess der Entwicklung von gemeinsamen Problemlösungsstrategien im Case Management übertragen. So finden sich auch in Hinsicht auf Ressourcenorientierung Parallelen zu Elementen des Konzeptes Lernender Organisation, wenn z. B. das Teamlernen, personal mastery der Mitarbeiterschaft und Eigenverantwortlichkeit als zentrale Ressource und Potential für die Entwicklung der Organisation gesehen wird.

9.5 Resümee

Die Konzepte Case Management und Lernende Organisation ergänzen sich durch Referenzen, die sich positiv aufeinander beziehen und Wechselwirkungen ermöglichen. Sie erfordern und basieren auf systemischer Sichtweise, Partizipation, Emanzipation und commitment.

Ein wesentlich förderliches Moment für die Einführung von Case Management liegt in der Nutzung der kreativen Spannung im Veränderungsprozess. Gerade dieses Element des Modells Lernende Organisation baut auf die Ressourcen der Organisationsmitglieder und den Erfahrungsschatz der Organisation. Kreative Spannung aufzubauen, zu nutzen und auszuhalten erfordert ihrerseits eine Organisationskultur, die sich traut und zumutet,

- den Prozess der gemeinsamen Entwicklung einer Vision zu beschreiten,
- mentale Modelle freizulegen und zu überprüfen,
- organisationale Abläufe transparent zu machen,
- die Fähigkeit zu systemischem Denken zu entwickeln,
- personal mastery zu fördern.

Ansätze dieser Grundhaltungen fanden sich in organisationalen Umfeld der betrieblichen Weiterbildung und gaben Impulse für die Konkretion von Case Management und seiner organisationalen Implementierung.

Eine besondere Chance liegt in der bewussten und gezielten Steuerung der oben genannten Schneeballeffekte von betrieblichen Weiterbildungen im Rahmen von Organisationsentwicklung. Ausgehend von dem Mikrokosmos der Lerngruppe mit ihren praxisnahen Lerninhalten ist es idealerweise günstig, die dort bearbeiteten Themen und Prozesse zielgerichtet gesteuert in die gesamte Organisation weiterzuleiten. Die Lerngruppe hätte dann die Funktion einer Kernzelle, die ihre Diskurse, Erfahrungen und Anregungen in geordneter Form an die Gesamtorganisation weitergibt. Dazu müssen Strukturen entwickelt werden, die diesen produktiven Austausch ermöglichen und den Prozess steuernd begleiten. So wäre eine Verzahnung von Theorie und Praxis gewährleistet und die Ressourcen der Mitglieder der gesamten Organisation wären miteinbezogen.

Denkbar wäre in einem der ersten Schritte parallel zu und ausgehend von der Weiterbildung in Case Management die Einführung des Instruments Kollegiale Beratung als Methode der Wahl für Fallbesprechungen in allen Einheiten der Organisation. Kollegiale Beratung ist ein zentrales Instrument bei der Hilfeplanung in Rahmen von Case Management und kann in der Gesamtorganisation in der Fallarbeit genutzt werden, lange bevor Case Management systematisch implementiert ist. So begibt sich die Gesamtorganisation in einen Lern- und Veränderungsprozess, hier im Bereich der Gesprächskultur.

Gerade die Kommunikation auf Augenhöhe ist ein förderlicher Faktor. Auf der Basis des wechselseitigen Vertrauens kann eine partnerschaftliche Kultur entstehen, die den kreativen Austausch der Organisationsmitglieder unterstützt und aktive Beteiligung steigert. Der Austausch auf Augenhöhe muss strukturell verankert werden z.B. im Besprechungswesen, Qualitätszirkeln

und Steuerungsgruppen und zusätzlich flankiert werden durch qualifizierende Maßnahmen für die Mitarbeiterschaft. (vgl. Reis 2005, 16).

Eine betriebliche Weiterbildung in Case Management kann aktiv als Impuls genutzt werden für den Umbau zu einer lernenden Organisation, die das kreative Potenzial ihrer Mitarbeiterschaft nutzt und mit diesem Schatz nicht nur reaktiv auf die Anforderungen von Außen antwortet, sondern aktiv gestaltet. Gleichzeitig enthält das Konzept der Lernenden Organisation wertvolle Elemente, die bei der Einführung von Case Management in Rahmen von Organisationsentwicklung sozialer Institutionen von Bedeutung sein können.

Literatur

Argyris, C. / Schön, D. 1978: Organizational Learning, A Theorie of Action Perspective, Reading, MA.

Bourdieu, P. 1982: Die feinen Unterschiede, Frankfurt am Main.

Faulstich, P. 1998: Strategien betrieblicher Weiterbildung, Kompetenz und Organisation, München.

Klug, W. 2003: Case Management im US-amerikanischen Kontext: Anmerkungen zur Bilanz und Folgerungen für die deutsche Sozialarbeit, in : Löcherbach, P. u. a. 2003: Case Management, Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit, München.

Kupffer, H. 1971: Partner im Erziehungsfeld. Versuch einer kritischen Pädagogik, Wuppertal, Ratingen, Kastellaun .

Löcherbach, P. u. a. (Hrsg.) 2003: Case Management, Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit, München.

Mutzeck, W. / Schlee, J. (Hrsg) 1996: Kollegiale Supervision, Heidelberg.

Maegli, R. 2005: Case Management in der Sozialhilfe Basel, in: Case Management 2/2005, Heidelberg 93-97.

Reis, C. 2005: Welche Wirkungen hat Fallmanagement? in: Case Management 1/2005, Heidelberg, 10-18.

Senge, P. M. 1996: Die fünfte Disziplin, Stuttgart.

Wendt, R. R. 1997: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen, Freiburg i. B.

Wendt, R. R. 2005: Die generelle Rolle und Bedeutung von Case Management in Humandiensten, in: Case Management 1/2005, Heidelberg 4-9.

Autorin

Annette Höcker, Soziologin M.A. und Diplom Pädagogin, leitet des Qualifizierungszentrum für Führung und Management im Institut für berufliche Aus- und Fortbildung (IBAF) in Kiel. Das IBAF führt seit 1985 Weiterbildung in Case-Management durch und ist Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Care- und Case-Management. E-Mail: annette.hoecker@ibaf.de.