

Case Management für chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängige

Ergebnisse eines Modellprojekts

Martina Schu

Das Bundesministerium für Gesundheit förderte von 1995 bis Ende 2000 im Rahmen des Kooperationsmodells nachgehende Sozialarbeit 31 Fachkräfte, die einen personenzentrierten ambulanten Hilfeansatz erproben und implementieren sollten, u.a. durch Organisation und Koordination des Gesamthilfeprozesses: Case Management. Ziel war die Verbesserung der Hilfen für chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängige von legalen und/oder illegalen Suchtmitteln (vgl. ausführlich Oliva u.a. 2001).

Die Case Manager sollten chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängige auffinden, Kontakt aufbauen, zu Veränderung motivieren und nach einer ausführlichen Informationssammlung gemeinsam mit den Klienten individuelle Ziele festlegen und eine umfassende Hilfeplanung durchführen. Hierbei sollten vorhandene Ressourcen berücksichtigt und zusätzlich notwendige Hilfen herangezogen werden. Case Management umfasst zwar die direkte Erbringung von Hilfeleistungen, der Fokus sollte jedoch darauf liegen, die Klienten durch den „Dschungel“ der Angebote zu lotsen, ihnen bedarfsgerechte Hilfen zu vermitteln und sie bei der Inanspruchnahme zu unterstützen. Die verschiedenen Maßnahmen sollten (fortlaufend) abgestimmt und koordiniert werden (vgl. z.B. Wendt 1997, Raiff, Shore 1997). Im Rahmen der ausführlichen Evaluation wurden mit Hilfe von Falldokumentationen die Entwicklung des Klienten nachvollziehbar dargestellt sowie Zielerreichung und Effektivität der Hilfeleistungen überprüft.

Zugang und Klientel

Die Vorbedingung für Helfen ist das Erreichen von Klienten. Dies gelang den Case Managern in großem Umfang: Insgesamt kontaktierten die 31 Fachkräfte in drei Jahren 3.068 Klienten, von denen 1.660 im Case Management betreut wurden. Dabei ist besonders hervorzuheben, dass durch den aufsuchenden und zugehenden Arbeitsansatz (zu Hause, in offenen Szenen und – vor allem – in Krankenhäusern) auch viele Klienten erreicht werden konnten, die – trotz langjähriger Suchtkarriere und vielfachen Problemlagen – noch nie suchtspezifische Hilfen genutzt hatten (gut ein Sechstel der Gesamtklientel).

Pro Mitarbeiter wurden in einem Jahr durchschnittlich etwa 17 Klienten betreut. Dabei zeigten sich Unterschiede zwischen den Suchthilfesystemen: Im Bereich der

Suchtkrankenhilfe (legaler Bereich) wurden pro Jahr und Case Manager im Mittel 20 Klienten betreut, in der Drogenhilfe lediglich 14 Klienten.

Die Evaluation belegte die hochgradige Belastung der Klienten: Sie waren zwischen 13 und 72 Jahren, im Mittel 38 Jahre alt und überwiegend langjährig abhängig (durchschnittlich 14 Jahre). Die Klienten hatten erhebliche Probleme im sozialen Umfeld (52% der Klienten lebten nicht allein, allerdings hatten 55% der Partner/Mitbewohner selbst Suchtprobleme). Auch die materielle Situation war schwierig (45% verfügten seit mindestens zwei Jahren über kein sicheres Einkommen, 81% waren arbeitslos - und das seit durchschnittlich 45 Monaten, 33% hatten längerfristig keine sichere Wohnsituation), zudem waren viele justitiell belastet (39% der Klienten wurden mindestens einmal verurteilt, überwiegend in Zusammenhang mit der Suchtproblematik). Der überwiegende Anteil der Klienten war sozial desintegriert, z.T. lebten sie in völlig verelendeten Verhältnissen (z.B. 25% der Klienten in einer verwahrlosten Wohnung). In Folge des Suchtmittelkonsums und ihrer Lebensumstände litten 84% der Klienten an (im Schnitt 3,5) schweren Erkrankungen, 62% hatten gleichzeitig somatische und psychische Beschwerden.

Durch den aufsuchenden und nachgehenden Ansatz erreichten die Case Manager besonders viele Frauen (34%, unter den Drogenabhängigen sogar 42%) und konnten sie auch in Betreuung halten, darunter viele Frauen mit (kleinen) Kindern sowie eine justitiell ungewöhnlich hoch belastete Gruppe von Klientinnen. Fast jeder zweite Klient hatte Kinder und insgesamt 13 % der Klienten lebten mit ihren Kindern zusammen.

Drei Fünftel der Klienten waren von Alkohol, ein gutes Drittel von illegalen Suchtmitteln abhängig. Ein hoher Anteil der Opiatabhängigen war von mehreren Suchstoffen abhängig, darunter sehr häufig auch von Kokain. 52% der Drogenabhängigen wurden substituiert, zeigten jedoch i.d.R. einen erheblichen Beigebrauch. Die Analysen wiesen darauf hin, dass ein Kernproblem der chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigen im Nicht-Nutzen bzw. in der Erfolglosigkeit der Inanspruchnahme von suchtspezifischen, sozialen oder medizinischen Einrichtungen und Diensten lag. Eine Inanspruchnahme von Hilfen konnte zum einen klientenseitig begrenzt sein (personale Gründe), zum anderen konnten ihr auch strukturelle Gründe entgegenstehen (Ausbaugrad und Differenzierung des Hilfesystems, keine adäquate Gestaltung der Angebote hinsichtlich ihrer Arbeitsweise, Regeln etc.).

Durchführung

Bei der Durchführung von Case Management/nachgehender Sozialarbeit spannten die Case Manager insgesamt ein Spektrum von Leistungen auf, das je nach Hilfe- und Betreuungsbedarf von intensiven Begleitungen und beratend-therapeutischen Interventionen bis hin zu organisierend-koordinierenden Unterstützungen reichte. Die Modellmitarbeiter bezogen ihre z.T. sehr umfangreichen Hilfen eng auf die individuellen Bedarfe ihrer Klienten. Dabei wurde deutlich, dass sich Case Ma-

nagement für die Zielgruppe chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängiger nicht auf organisierend-vermittelnde Tätigkeiten beschränken konnte (die gleichwohl wichtig waren und ein Viertel der Arbeitszeit einnahmen), sondern auch eine eigenständige Beratung und Betreuung notwendig waren. Die Qualität der (Arbeits-)Beziehung zwischen Klient und Mitarbeiter war ein entscheidendes Moment für die Aufrechterhaltung des Kontakts sowie die Motivation der Klienten zu Veränderungen.

Modellerprobtes Case Management für die Zielgruppe umfasste verschiedene Zeiträume: Zum einen wurden für etwa ein Drittel der Klienten eher Clearing-orientierte, nur wenige Monate dauernde Prozesse festgestellt. Die Case Manager nahmen hier meist in krisenhaften Situationen ihre Arbeit auf und organisierten mit dem Klienten ein auf ihre Bedarfe zugeschnittenes Unterstützungsnetz (package of care). Oft wurden die Klienten an stationäre Einrichtungen überwiesen, in anderen Fällen genügte nach der Krisenintervention der Case Manager die Unterstützung durch andere Dienste. Die übrigen zwei Drittel der Klienten wurden längerfristig betreut, so dass die Case Manager andauernde Lösungsstrategien und Formen nachhaltiger Unterstützung entwickeln konnten (continuum of care, vgl. z.B. Ewers, Schaeffer 2000). Insgesamt streute die Betreuungszeit für die im Laufe von drei Jahren durchschnittlich 50 von einer Fachkraft betreuten Klienten erheblich bis zu einem Maximum von etwa 4,6 Jahren und lag im Durchschnitt bei etwa einem Jahr. Die Analyse der Leistungen verwies auf die thematische Vielfalt der Interventionen und den Zeitbedarf für Planungs-, Koordinations- und Controlling-Leistungen (fast ein Fünftel der Arbeitszeit). Für spezifische Subgruppen wurden Unterschiede in Leistungsumfang und -art festgestellt: So wurde für Frauen generell mehr Zeit aufgewendet als für Männer und sie wurden vergleichsweise intensiver zu Problemen in Beziehung, Familie und sozialem Umfeld beraten.

Deutliche Unterschiede konnten auch in Abhängigkeit vom Suchtmittel nachgewiesen werden: Drogenabhängige wurden umfänglicher unterstützt als Alkoholabhängige. Letztere wurden insgesamt häufiger aufsuchend betreut, vor allem in ihrem sozialen Umfeld, während Case Management für Drogenabhängige häufiger in den Einrichtungen der Case Manager oder in anderen Einrichtungen stattfand. Dabei ist jedoch zu betonen, dass Case Management grundsätzlich einen externen Arbeitsschwerpunkt setzte und insgesamt drei Fünftel der Betreuung bei den Klienten zu Hause, auf der Szene oder in anderen Einrichtungen stattfand.

Das Leistungsspektrum unterschied sich des Weiteren in Abhängigkeit davon, ob Klienten Kinder hatten oder nicht (Klienten mit Kindern wurden z.B. vergleichsweise mehr zu Hause aufgesucht und bei ihrer Betreuung wurde verstärkt mit Behörden kooperiert, erwartungsgemäß insbesondere mit Jugendämtern) und in Abhängigkeit vom Konsummuster. So mussten z.B. massiv polyvalent Konsumierende intensiver betreut werden, was aus vermehrten Kriseninterventionen und Fehlbesuchen sowie einem höheren Aufwand für Erschließung und Organisation weiterer Hilfen resultierte.

Bei den Betreuungen wurden andere professionelle Helfer, Dienste, Ämter (bei einem Viertel aller Leistungen) und private Bezugspersonen (bei zehn Prozent der

Leistungen) in den Hilfeprozess miteinbezogen (s.u.). Nur bei der Beteiligung der privaten Bezugspersonen wäre mehr Unterstützung/Einbindung wünschenswert gewesen. Schließlich erschlossen die Case Manager nicht nur andere Hilfen für ihre Klienten, sie unterstützen auch bei deren Inanspruchnahme und halfen den Fachkräften der anderen Angebote, adäquat mit dem Klienten umzugehen.

Festzustellen ist allerdings auch, dass dem Monitoring, also der laufenden Fallkontrolle, vor allem durch die Abgrenzung und Intransparenz vieler Einrichtungen enge Grenzen gesetzt waren.

Abschließend ist zu konstatieren, dass das Tätigkeits- und Leistungsspektrum der Case Manager qualitative Besonderheiten aufwies (u.a. planen, kontrollieren, organisieren, motivieren, moderieren, außerhalb der Einrichtung arbeiten etc.), die über die in bisherigen Ausbildungen und Studiengängen i.d.R. erworbenen Fähigkeiten und Kenntnisse hinausgehen.

Hilfe-Planung und -Steuerung

Ein besonderes Augenmerk soll der Hilfeplanung gelten: Hilfeplanung kann als das Kernprinzip von Case Management verstanden werden. Hilfeplanung strukturiert den gesamten Betreuungsprozess und ist die Basis für die Steuerung von Abstimmungsprozessen, das Monitoring (die laufende Fallkontrolle), die Überprüfung von Zielen und die (abschließende) Bewertung von Betreuungsverlauf und Zielerreichung. Gleichzeitig zielen Case Management und Hilfeplanung auf eine Veränderung von Sozialarbeit (hier in der Suchtkrankenhilfe), indem bisher ungeübte Arbeitsprinzipien wie z.B. die schriftliche Niederlegung von Planung und Hilfeabstimmung, eine umfassende Klientenbeteiligung und schließlich eine transparente Beschreibung des Betreuungsprozesses eingefordert werden.

Im Modellprogramm zeigten sich deshalb auch genau an dieser Stelle Umsetzungsprobleme: Insgesamt wurden nur für etwa zwei Fünftel der Klienten Hilfeplanverfahren eingeleitet und für deutlich weniger Klienten regelmäßig weitergeführt. Die Case Manager selbst machten vor allem klientenseitige Gründe für die zögerliche Umsetzung von Hilfeplanung verantwortlich: zu große Beeinträchtigungen, geringe Verlässlichkeit, mangelnde Stabilität, kognitive Begrenzungen der Klienten etc. Die Evaluation zeigte jedoch auf, dass gerade für vergleichsweise schwerer belastete Klienten mit intensiverem Betreuungsbedarf, häufiger Hilfeplanverfahren initiiert wurden. Der Einsatz von Hilfeplanung hing mehr mit der Personal-Klienten-Relation als mit klientenseitigen Voraussetzungen zusammen: Case Manager mit weniger Klienten führten wesentlich häufiger Hilfeplanung durch. Doch war auch eine geringere Klientenzahl keine hinreichende Bedingung für den Einsatz von Hilfeplanung, vielmehr entpuppte sich die Einstellung der Mitarbeiter zu dem Verfahren als die entscheidende Größe.

Die Umsetzung der Planung, d.h. das Erreichen der angestrebten Ziele und damit die Verbesserung der Situation war u.a. von Klientenmerkmalen bzw. -einstellungen

abhängig. Als besonders wichtig haben sich dabei die Problemeinsicht und die Veränderungsmotivation der Klienten herausgestellt (vgl. Tab. 1):

Tab. 1: Zusammenhang von Veränderungsbereitschaft und Ergebnis der Betreuung, Angaben in Prozent

Gesamtsituation des Klienten war zu Ende der Betreuung...	Klient war veränderungsbereit			
	trifft voll zu (n = 187)	trifft eher zu (n = 358)	trifft eher nicht zu (n = 145)	trifft gar nicht zu (n = 53)
(sehr) verbessert	82,9	55,9	17,5	9,2
stabilisiert	8,2	27,2	23,7	9,2
unverändert	5,9	10,4	43,0	64,6
(sehr) verschlechtert	2,9	6,5	15,8	16,9
GESAMT	100,0	100,0	100,0	100,0

Cramers V = .358, p <.01

Die Tabelle zeigt deutlich, dass Klienten mit höherer Veränderungsbereitschaft deutlich öfter von Case Management profitieren und ihre Situation verbessern konnten. Eine ähnliche Bedeutung kommt dem Problembewusstsein zu: Auch hier fanden sich ähnliche Zusammenhänge von hohem Problembewusstsein und besseren Ergebnissen.

Daraus resultierte für die Case Manager die Aufgabe, an ggf. mangelndem Problembewusstsein und geringer Veränderungsbereitschaft anzusetzen, dies zu wecken, zu fördern und zu stabilisieren.

Hilfeplanung machte angesichts der vielfältigen Problemlagen der Klienten oft nur im Gesamtkontext von Hilfe Sinn. Und wenngleich durchaus nicht jeder Versuch der Kooperation mit anderen Einrichtungen und Diensten einfach bzw. erfolgreich war, so konnten andere Helfer im Rahmen der Hilfeplanung doch in hohem Maß einbezogen und Aufgaben delegiert werden. Andere Helfer übernahmen insgesamt etwa gleich viele Aufgaben wie die Case Manager. Angehörige fühlten sich hingegen eher selten für eine Aufgabe zuständig oder geeignet. Allerdings zeigten Analysen, dass die im Rahmen der Modellerprobung erarbeiteten Hilfeplanungen nur z.T. unterschrieben und damit bestätigt worden waren. So blieb der Grad an Verbindlichkeit der Planung offen.

Die Planung und Abstimmung des Gesamthilfegeschehens geschieht idealiter mit allen an einem Fall Beteiligten (professionellen) Helfern im Rahmen von Hilfe-konferenzen. Dies konnte im Kooperationsmodell nur begrenzt umgesetzt werden. Der hohe zeitliche und organisatorische Aufwand schreckte ein Gutteil Case Ma-

nager ab – schneller und geübter erschienen (telefonische) bilaterale Absprachen. Die Case Manager vermissten zudem eine (formale) Kompetenz für die Einberufung einer Hilfekonferenz und für verbindliche Absprachen und deren Kontrolle, so dass sie Ablehnungen anderer Helfer nur hinnehmen konnten (und z.T. schon vorher antizipierten). Als ebenfalls hemmend wirkten sich die unzureichende Erfahrung mit dieser Vorgehensweise, Scheu vor Transparenz, mangelnde Routine in Moderations- und Steuerungsfunktionen, Abgrenzungstraditionen zwischen Einrichtungen und Trägern, Skepsis und Beharrungstendenzen etc. aus. Insgesamt wurde deutlich, dass die Steuerung und Abstimmung von Hilfeprozessen, systematisches Strukturieren und nachvollziehbares Dokumentieren noch ebenso wenig Standard waren wie die Übernahme moderierender und fallführender Funktionen sowie Routinen für verbindliche Zusammenarbeit. Dabei fehlte jedoch nicht nur den einzelnen Helfern die Bereitschaft oder Übung, Zusammenarbeit neu zu gestalten („bottom-up“). Ebenso mangelte es i.d.R. an strukturellen Entsprechungen auf Trägerebene, die Zusammenarbeit forderten und förderten („top-down“).

Doch dort, wo Case Manager (viele) Hilfeplanverfahren durchgeführt hatten, wurde das Verfahren und das dazu entwickelte integrierte Dokumentations- und Planungsinstrumentarium als sinnvoll und prozessunterstützend geschätzt, auch weil es die Realisierung von Klientenbeteiligung förderte. Hilfeplanung und -konferenzen trugen dazu bei, Assessments systematischer und lückenloser zu gestalten und ermöglichten eine regelmäßige und intensivere Reflexion. Die zielgerichtete Fallführung erleichterte die Arbeit, machte Erfolge für (alle beteiligten) Mitarbeiter und Klienten deutlicher wahrnehmbar und erlaubte, Leistungen für Außenstehende (besser) darzustellen. Insbesondere wenn Hilfeplanungsverfahren durch gemeinsame Hilfekonferenzen gestützt wurden, verzeichneten die Helfer mehr Verfahrensklarheit, erhöhte sich die Verbindlichkeit von Absprachen und wurde am Ende auch Zeit eingespart.

Ergebnis der Betreuung

Die Betreuungen wurden überwiegend in gegenseitiger Übereinkunft beendet, wobei ein Gutteil der Klienten zur Weiterbetreuung an andere Stellen vermittelt wurde. Betrachtet man sich die Entwicklung der Gesamtsituation bis zum Ende der Betreuung, zeigte sich ein – angesichts der Problemschwere – überraschend positives Bild (vgl. Abb. 1).

Die Gesamtsituation von fast der Hälfte der Klienten hatte sich (z.T. deutlich) verbessert, bei einem weiteren Fünftel konnte eine Stabilisierung erzielt werden. Zwischen dem Ergebnis sowie der Dauer der Betreuung wurden signifikante Zusammenhänge festgestellt (vgl. Abb. 2).

Die Abbildung verdeutlicht den Zusammenhang von Betreuungsdauer und (positiver) Entwicklung der Situation: Wurden die Klienten länger betreut, zeigten sie häufiger positive Entwicklungen. Zudem konnte ein Zusammenhang zwischen

Abb. 1: Entwicklung der Gesamtsituation aus Sicht der Case Manager (n = 750)

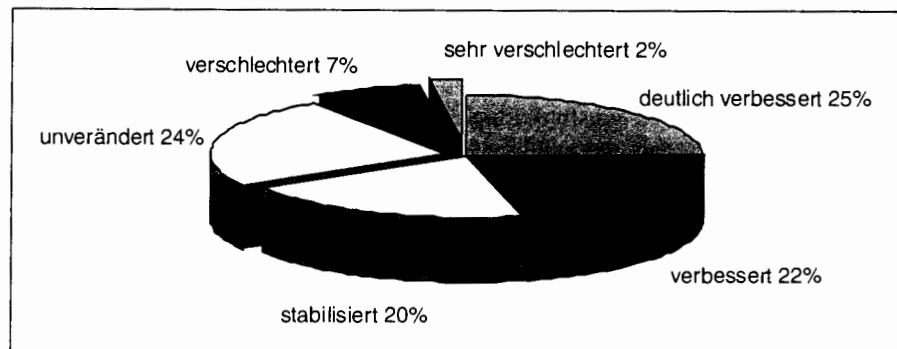
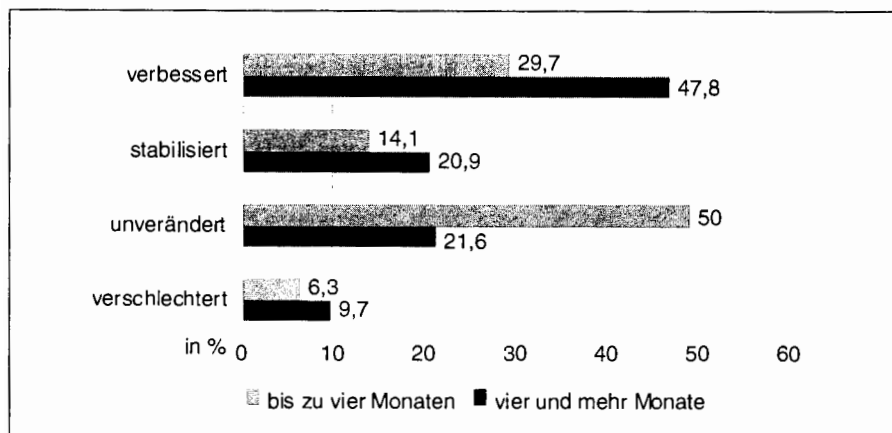


Abb. 2: Beurteilung der Gesamtsituation – nach kurzfristig und längerfristig betreuten Klienten (n = 725)

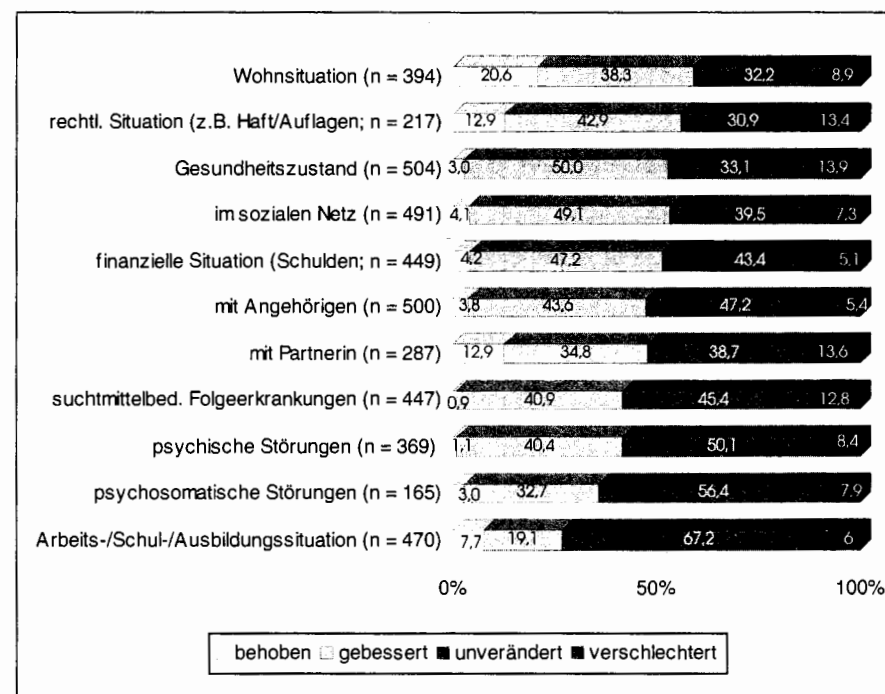


planmäßiger Beendigung der Betreuung und positiver Entwicklung nachgewiesen werden.

Die Zusammenhänge zeigten sich sowohl hinsichtlich der Gesamtsituation als auch mit Blick auf die Suchtproblematik (bei gut drei Fünftel der Klienten wurde die Suchtproblematik behoben oder zumindest gebessert).

Im Rahmen von Case Management wurden je nach individueller Situation verschiedene weitere Problemfelder bearbeitet. Auch hierzu wurden bis zum Zeitpunkt der Betreuungsbeendigung überwiegend Verbesserungen erzielt (vgl. Abb. 3):

Abb. 3: Entwicklung der weiteren Problemfelder bis zum Ende der Betreuung



Am häufigsten konnten Probleme bei der Wohnsituation erfolgreich bearbeitet werden, gefolgt von strafrechtlichen und gesundheitlichen Problemen. Bei etwa der Hälfte der Klienten gelang es zudem, im Rahmen von Case Management die ökonomische Situation zu verbessern bzw. zu stabilisieren. Dies bedeutete jedoch nur ausnahmsweise, dass Klienten eine Arbeit aufnehmen konnten. Angesichts der Arbeitsmarktlage für Problemgruppen kann es nicht überraschen, dass die Arbeitssituation sich am unzugänglichsten für Verbesserungen darstellte.

Die deutliche Besserung der gesundheitlichen Situation war insbesondere darauf zurückzuführen, dass es den Case Managern vielfach gelang, den Klienten adäquate medizinische Hilfen zu organisieren und ihre Compliance zu erhöhen, der Behandlung zu folgen. Hierzu soll beispielhaft auf ein Detailergebnis verwiesen werden. Die genauere Untersuchung der Entwicklung von stationären Krankenhausaufenthalten zeigte, dass zwar die Zahl der Aufenthalte etwa gleich blieb: durchschnittlich 1,8 Aufenthalte pro Klient/Jahr vor dem Case Management und 1,7 währenddessen. Doch waren die Krankenhausaufenthalte nun verstärkt auf vom Case Manager in die Wege geleitete notwendige medizinische Behandlungen zurückzu-

führen, die Anzahl von Notaufnahmen konnte im gleichen Zeitraum deutlich gesenkt werden. Erfreulicherweise ging diese Veränderung hin zu planvollen Behandlungen mit unterstützender Begleitung durch den Case Manager mit einer signifikanten Senkung der Verweildauer von durchschnittlich 29 Tagen im Jahr vor Aufnahme des Case Managements auf 16 Tage p.a. einher.

Sicht und Zufriedenheit der Klienten

Im Rahmen der Modellerprobung wurden die Klienten während und nach Abschluss der Betreuung um ihre Meinungen und Einschätzungen gebeten. An der abschließenden – anonym durchgeführten – Befragung zum Ergebnis und zur Zufriedenheit mit Case Management beteiligten sich 188 Klienten. Drei Viertel von ihnen stufen ihre Situation insgesamt als verbessert ein, wobei sich aus ihrer Sicht insbesondere ihr Konsumverhalten, ihre körperliche und seelische Verfassung und die Inanspruchnahme weiterer Hilfen positiv entwickelt hatten.

Fast alle Klienten (zusammen 96%) zeigten sich (sehr) zufrieden und hoben insbesondere die ganzheitliche Betreuung hervor. Ebenso wichtig war ihnen die Unterstützung im (Hilfe-)Netz: beim Umgang mit Behörden und anderen Stellen, das Organisieren von Hilfen und die Unterstützung bei der Inanspruchnahme. Des Weiteren bedeuteten ihnen die ausführlichen Assessments, die Flexibilität und die schnelle Reaktion der Case Manager viel. Ferner schätzten sie die Ressourcenorientierung der Case Manager und ihr aufsuchend-nachgehendes Arbeiten. In der Beurteilung zeigte sich auch, dass die Klienten originären Merkmalen von Case Management, beispielsweise einer gemeinsamen Hilfeplanung, übersichtlichem Ordnen der Situation und Dokumentieren der Vorgehensweise eine hohe Bedeutung beimäßen, dieses Vorgehen als hoch professionell wahrnahmen, sich dadurch in einer neuen Qualität ernst genommen fühlten.

Im Vergleich mit anderen Angeboten fiel insbesondere die Bevorzugung von Case Management vor niedrigschwelligen Einrichtungen auf, deren Angebote als zu beliebig, oberflächlich und zu wenig zielorientiert beurteilt wurden, was damit korrespondierte, dass einige Klienten sich seitens ihrer Case Manager (noch) mehr Bestimmtheit und Steuerung wünschten. An Sucht- und Drogenberatungsstellen wurden Kommstruktur und feste Zeitraster kritisiert sowie die verengte Konzentration auf das Suchtproblem.

Bilanz

Um diese Ergebnisse und Veränderungen zu erzielen bzw. zu initiieren, hatten die Case Manager ihre Klienten individuell und z.T. sehr aufwendig betreut. Analysen des Leistungsspektrums verdeutlichten, dass es im Kooperationsmodell „das“ Case Management und auch nicht „das beste“ Case Management gab. Vielmehr lag die

besondere Stärke des Ansatzes in der hoch individuellen und flexiblen und gleichermaßen personell-kontinuierlichen und verbindlichen Betreuung einer Klientel mit komplexen Problemlagen und un stetigen, oft krisenhaften Verläufen. Dazu gehörten insbesondere:

- eine adäquate Zugangsgestaltung und die Übernahme der Kontaktverantwortung. Im Umgang mit schwer beeinträchtigten Abhängigen muss eine neue Kultur der Verantwortung entwickelt werden, die im Spannungsbogen zum traditionellen Freiwilligkeitsparadigmas (und der Kommstruktur) individuell bedarfsbezogene Lösungen ermöglicht
- ein behutsamer Beziehungsaufbau gegenüber diesen Klienten, deren (Hilfe-) Biographie meist von Brüchen und zu hohen Ansprüchen geprägt ist
- eine schnelle und flexible Hilfeleistung. Case Management mit chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigen erfordert oft schnelles Reagieren, Einsatz vor Ort und unterschiedliche Formen der Unterstützung
- die Förderung der Wahrnehmung und Nutzung klienteneigener Fähigkeiten und Ressourcen und der Entwicklung von mehr Selbstvertrauen/Selbständigkeit. Dazu gehört zuerst einmal, dass auch die Helfer ihren Blickwinkel ändern und Ressourcen und Fähigkeiten der Klienten wahrzunehmen lernen
- die Erschließung von Hilfen und die Unterstützung bei bzw. Motivation zu der Inanspruchnahme bis hin zur Förderung einer selbständigeren Nutzung des Hilfesystems
- grundsätzlich das Ernstnehmen, Respektieren und Akzeptieren der Klienten.

Literatur

- Ewers, M., Schaeffer, D. (Hrsg.) 2000. Case Management in Theorie und Praxis. Bern.
- Oliva, H., Görge, W., Schlanstedt, G., Schu, M., Sommer, L. 2001. Case Management in der Suchtkranken- und Drogenhilfe. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Kooperationsmodell nachgehende Sozialarbeit – Modellbestandteil Case Management. Band 139 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden.
- Raiff, N.R., Shore, B.K. 1997. Fortschritte im Case Management. Freiburg im Breisgau.
- Wendt, W.R. (Hrsg.) 1995. Unterstützung fallweise. Case Management in der Sozialarbeit. 2. Auflage. Freiburg im Breisgau.

Die Zukunft der Suchtbehandlung – Trends und Prognosen

Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V.

Band 25 – ISBN 3-87581-218-2

Neuland, 2002, Geesthacht