

# Case Management in der Suchtkranken- und Drogenhilfe

**Ergebnisse des Kooperationsmodells  
nachgehende Sozialarbeit -  
Modellbestandteil Case Management**

Berichtszeitraum: 1995 - 2000

**im Auftrag des  
Bundesministeriums für Gesundheit**

# FOGS

FOGS  
Gesellschaft für  
Forschung und Beratung  
im Gesundheits- und  
Sozialbereich mbH

Prälat-Otto-Müller-Platz 2  
50670 Köln  
Tel.: 02 21-97 31 01-0  
Fax: 02 21-97 31 01-11

e-mail: [kontakt@fogs-gmbh.de](mailto:kontakt@fogs-gmbh.de)  
[www.fogs-gmbh.de](http://www.fogs-gmbh.de)

Projektleitung:  
Hans Oliva

Projektmitarbeiter:  
Wilfried Görgen  
Günter Schlanstedt  
Martina Schu  
Lisa Sommer

Köln, im September 2001  
555/95

## KURZFASSUNG

Im Rahmen des vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Kooperationsmodells nachgehende Sozialarbeit wurde im Zeitraum von 1995 bis 2000 Case Management/nachgehende Sozialarbeit für die Zielgruppe der chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigen von legalen und illegalen Suchtmitteln (CMA) erprobt.

Das Modellprogramm zielte insbesondere darauf ab, die Versorgung dieser Gruppe von Abhängigen zu verbessern. Hierzu wurden Stellen für Case Manager geschaffen, die einen personenzentrierten ambulanten Hilfeansatz erproben und implementieren sollten, u.a. durch die Verbesserung der Abstimmung und damit der Effektivität des Gesamthilfeprozesses. Die Mitarbeiter sollten chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängige (besser) auffinden, Kontakt aufbauen und halten, sie 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 umfasste zwar (auch) direkte Erbringung von Hilfeleistungen, der Fokus sollte jedoch darauf liegen, die Klienten durch den „Dschungel“ der Angebote zu führen, ihnen bedarfsgerechte Hilfen zu vermitteln und sie bei deren Inanspruchnahme zu unterstützen. Die verschiedenen Maßnahmen sollten (fortlaufend) abgestimmt und koordiniert werden.

Die klientenbezogene Modellerprobung wurde in der Hälfte der Modellregionen um einen zweiten geförderten Ansatz ergänzt: Suchtkoordination. Dieser Modellbestandteil zielte auf den Aufbau bzw. die Verbesserung von regionaler Kooperation und Vernetzung aller an der Versorgung von Abhängigen beteiligten Leistungsanbieter.

Im Modellprogramm wurden pro Bundesland je zwei Modellregionen eingerichtet, wobei in sog. Tandem-Regionen je ein Case Manager und ein Koordinator arbeiteten, während in den sog. Solo-Regionen jeweils nur ein Case Manager tätig war. Insgesamt hat das BMG 46 befristete Vollzeitstellen (15 Koordinatoren und 31 Case Manager) gefördert. Die Case Manager arbeiteten überwiegend in Sucht- und Drogenberatungsstellen und in niedrigschwelligen Angeboten freigemeinnütziger Träger sowie seltener bei sozialpsychiatrischen Diensten von Kommunen.

Mit der wissenschaftlichen Begleitung hat das BMG die FOGS - Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH, Köln beauftragt. Folgende Einzelergebnisse des Modellprogramms können besonders hervorgehoben werden:

1. Die Case Manager haben ihre erste Aufgabe, die **Zielgruppe zu erreichen**, vor allem durch die direkte Ansprache der Klienten vor Ort erfolgreich umgesetzt. Insgesamt wurde in den drei Jahren des Erhebungszeitraums zu 3.068 Klienten Kontakt hergestellt, von denen 1.660 im Rahmen von Case Management intensiv betreut wurden. Besonders hervorzuheben ist das Erreichen von Klienten, die noch nie suchtspezifische Hilfen genutzt hatten (gut ein Sechstel der Gesamtklientel).
2. Drei Fünftel der **Klienten** waren Alkohol- und ein Gutes Drittel Drogenabhängige. Ein hoher Anteil der Opiatabhängigen war von mehreren Suchtstoffen, darunter häufig auch von Kokain, abhängig. Über die Hälfte der Drogenabhängigen wurde substituiert, meist mit erheblichem Beigebrauch. Die Analysen wiesen darauf hin, dass ein Kernproblem der chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigen in der Erfolglosigkeit der Inanspruchnahme bzw. im Fernbleiben von suchtspezifischen, sozialen oder medizinischen Einrichtungen und Diensten lag.

Die Klienten waren im Mittel 38 Jahre alt und überwiegend langjährig abhängig (durchschnittlich 14 Jahre) und hatten erhebliche Probleme im sozialen Umfeld. Auch die materielle Lage war schwierig (45 % verfügten seit mindestens zwei Jahren nicht über ein sicheres Einkommen, 33 % hatten längerfristig keine sichere Wohnsituation), zudem waren viele Klienten justitiell belastet (39 % verurteilt). Die meisten Klienten waren sozial desintegriert, z.T. lebten sie in völlig verelendeten Verhältnissen (z.B. 25 % der Klienten in einer verwahrlosten Wohnung). Außerdem litten 84 % der Klienten an (mehreren) Erkrankungen (im Schnitt 3,5), 62 % hatten gleichzeitig somatische *und* psychische Probleme.

3. Den Case Managern gelang es in hohem Maß, die **Klienten in Betreuung zu halten, darunter vergleichsweise viele Frauen** (34 % der Klienten waren Frauen, unter den Drogenabhängigen sogar 42 %), z.T. mit Kindern und z.T. mit ungewöhnlich hohen justitiellen Belastungen. Hierzu trug insbesondere die Übernahme der Kontaktverantwortung durch die Case Manager bei, der sie u.a. mit aufsuchender und nachgehender Arbeit nachkamen (drei Fünftel der Betreuungszeit wurde vor Ort, bei Klienten zu Hause, auf der Szene und in anderen Einrichtungen erbracht).
4. Im Rahmen von Case Management/nachgehender Sozialarbeit spannten die Case Manager für im Mittel 17 Klienten jährlich insgesamt ein **Spektrum von Leistungen** auf, das je nach Bedarf 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 Management für die Zielgruppe chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängiger nicht auf managende Tätigkeiten i.e.S. beschränken konnte, wenngleich diesen mit einem Viertel der Arbeitszeit ein hoher Stellenwert zukam. Vielmehr war eine eigenständige Beratung und Betreuung notwendig und die Qualität der (Arbeits-)Beziehung zwischen Klient und Mitarbeiter stellte ein entscheidendes Moment für die Aufrechterhaltung des Kontakts sowie die Motivation der Klienten zu Veränderungen dar.

Der **individuelle Zuschnitt** der Leistungen zeigte sich u.a. in unterschiedlichen Leistungsprofilen für Subgruppen: Frauen wurden generell länger und intensiver als Männer betreut und verstärkt zu Problemen bei Beziehung, Familie und sozialem Umfeld beraten. Des weiteren wurden Drogenabhängige zeitintensiver als Alkoholabhängige unterstützt. Letztere wurden insgesamt häufiger zu Hause betreut, während Case Management für Drogenabhängige häufiger in Einrichtungen stattfand. Weitere Unterschiede zeigten sich in Abhängigkeit von Konsummuster und Problemlagen der Klienten.

Die Erprobung zeigte verschiedene, **kurz- und längerfristige Varianten** von Case Management: Zum einen wurden für etwa ein Drittel der Klienten eher Clearingorientierte, nur wenige Monate dauernde Prozesse festgestellt. Die Case Manager nahmen hier meist in krisenhaften Situationen ihre Arbeit auf und organisierten mit dem Klienten ein bedarfsgerechtes Unterstützungsnetz. Die übrigen zwei Drittel der Klienten wurden länger, bis zu 4,6 Jahren betreut, im Durchschnitt etwa ein Jahr.

5. Die Umsetzung eines Kernelements von Case Management, die **Hilfeplanung**, brachte den größten Bedarf an professioneller Umorientierung mit sich. Und so erstaunte es nicht, dass nur für etwa zwei Fünftel der Klienten Hilfeplanverfahren eingeleitet und für deutlich weniger Klienten regelmäßig weitergeführt wurden. Hilfeplanverfahren wurden zwar häufiger für vergleichsweise schwerer belastete Klienten und bei einer günstigeren Personal-Klienten-Relation initiiert, doch war

das entscheidende Moment für den Einsatz des Verfahrens die Haltung bzw. die Motivation von Mitarbeitern und Trägern.

Bei der Hilfeplanung zeigten sich zudem Schwierigkeiten, angemessene Ziele zu formulieren sowie Fähigkeiten und Ressourcen der Klienten selbst und in ihrem Umfeld zu eruieren und im Hilfeprozess zu berücksichtigen. Es gelang den Case Managern zwar, weitere professionelle Helfer am Hilfeprozess zu beteiligen und Aufgaben an sie zu delegieren, doch konnte eine gemeinsam abgestimmte verbindliche Vereinbarung nur selten erzielt werden.

6. Die Betreuungen der Klienten wurden überwiegend **planmäßig und mit Erfolg beendet**: Die Gesamtsituation von fast der Hälfte der Klienten hatte sich (z.T. deutlich) verbessert, bei einem weiteren Fünftel konnte eine Stabilisierung erzielt werden. Die Suchtproblematik konnte bei gut drei Fünftel der Klienten behoben oder zumindest gebessert werden. Dabei zeigten sich bei längeren und planmäßig beendeten Betreuungen häufiger positive Entwicklungen.
7. 188 Klienten äußerten sich direkt zur Umsetzung von Case Management. Davon zeigte sich die ganz überwiegende Zahl mit diesem Arbeitsansatz (**sehr**) **zufrieden** und hob insbesondere die ganzheitliche Betreuung hervor. Ebenso wichtig war den Klienten die Unterstützung beim Umgang mit Behörden und anderen Stellen, das Organisieren von Hilfen und die Unterstützung bei der Inanspruchnahme. Des weiteren begrüßten sie die Ausführlichkeit der Assessments, die Flexibilität und die schnelle Reaktion der Case Manager sowie deren aufsuchendes und nachgehendes Vorgehen. In den Beurteilungen zeigte sich auch, dass die Klienten originären Merkmalen von Case Management, beispielsweise einer gemeinsamen Hilfeplanung, übersichtlichem Ordnen der Situation und Dokumentieren der Vorgehensweise positiv bewerteten.
8. Im Rahmen einer schriftlichen Befragung schätzten 454 Versorgungsbeteiligte in den Modellregionen detailliert verschiedene Aspekte von Case Management ein. Dabei wurde besonders **positiv aufgenommen**, dass Case Management sich speziell an die eher schlecht versorgte Gruppe der chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigen richtete und sie auch erfolgreich erreichte. Große Teile der Befragten äußerten Zufriedenheit mit der Verbesserung fallbezogener Koordination durch die Case Manager und der Förderung des Kooperationsgedankens unter den Versorgungsbeteiligten. Schließlich begrüßten diese die Auswirkungen von Case Management auf die Weiterentwicklung der Versorgung von chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigen. Generell war zu beobachten, dass die Zufriedenheit mit Case Management mit der Intensität der Zusammenarbeit wuchs.

Das Kooperationsmodell hat in den Modellregionen wesentlich dazu beigetragen, dass Suchthilfe ihre **Verantwortung für chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängige**, insbesondere von Alkohol, (mehr als bisher) annimmt. Defizite der Versorgung dieser Gruppe wurden aufgedeckt, Zugangsschwellen gesenkt und damit die Erreichbarkeit verbessert. In vielen Modellregionen konnten die Versorgungsstrukturen ausdifferenziert, Kooperation ausgebaut und Schnittstellenprobleme vermindert werden.

Unter Berücksichtigung spezifischer Bedarfe der Zielgruppe wurde eine **angemessene Form von Case Management/nachgehender Sozialarbeit entwickelt** und belegt, dass diese **Methode für chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängige geeignet** ist. Case Management leistete einen wichtigen Beitrag zur Betreuungskontinuität bei der Versorgung von CMA und half - fallbezogen - Übergänge und Abstimmung zwischen Einrichtungen und Versorgungssektoren besser zu gestalten. Mit der für den Ansatz cha-

rakteristischen Klientenorientierung steht Case Management/nachgehende Sozialarbeit im Kontext einer grundlegenden Umorientierung von Suchthilfe weg von einer einrichtungsbezogenen **hin zu einer personenzentrierten Hilfeerbringung**. Die Ergebnisorientierung von Case Management und der mit den Arbeitsschritten Planung - Kontrolle - Neuplanung beschriebene Kreislauf erfüllen zudem Anforderungen von Qualitätssicherung.

Die Implementation von Case Management/nachgehender Sozialarbeit ist mit bestimmten konzeptionellen, organisatorischen und qualifikatorischen Rahmenbedingungen verbunden. Beispielsweise erfordert die Umsetzung:

1. konzeptionelle Voraussetzungen, wie z.B. Niedrigschwelligkeit und Respekt für die Klientel, Klientenzentrierung, eine kontraktgeleitete Arbeitsbeziehung, Motivationsarbeit und Ressourcenorientierung, Übernahme der Kontaktverantwortung, aufsuchendes und nachgehendes Arbeiten
2. organisatorische Rahmenbedingungen, z.B. die Gewährleistung flexibler Arbeitsbedingungen und einer Verortung in einem Team, eine ausreichende sächliche Ausstattung (z.B. Handy) und prozessunterstützende Instrumentarien. Zudem erfordert Case Management/nachgehende Sozialarbeit für chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängige eine hohe Betreuungskapazität: Es ist von einem Stellenschlüssel von 1:12 bis 1:16 auszugehen. Hohe anfängliche Hilfebedarfe - bei tendenziell langfristigen Betreuungsprozessen - lassen zudem eine sukzessive Aufnahme von Klienten ratsam erscheinen
3. ein klientenzentriertes auf Versorgungskontinuität angelegtes Case Management für chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängige macht in weiten Teilen eine Umorientierung des üblichen beruflichen Selbstverständnisses in der Suchtkranken- und Drogenhilfe und spezielle fachliche, soziale und organisatorische Kompetenzen (z.B. Ziel- und Ressourcenorientierung - auch mit chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigen, Planung, Moderation und Steuerung des Hilfegeschehens im Netz) notwendig. Dies erfordert - neben der Motivation der Mitarbeiter - eine intensive Qualifizierung. Notwendig sind zudem konkrete Anleitung und methodenbezogenes Controlling durch Leitungskräfte und Träger. So kann die Implementation von Case Management zu Weiterentwicklung und Professionalisierung von **Sozialarbeit in der Suchthilfe** beitragen - jenseits der oftmals eher therapeutischen Orientierung
4. Case Management ist ein intensiv auf die Kooperation in der Region angewiesener Ansatz. Abstimmung, Koordination und Monitoring von Hilfeprozessen können nur gelingen, wenn sie nicht durch Abgrenzungstraditionen zwischen Einrichtungen und Trägern erschwert, sondern statt dessen durch eine kooperative Kultur in der Region unterstützt werden. Träger, die Case Management umsetzen wollen, sollten deshalb umfassende Öffentlichkeitsarbeit durchführen, das Leistungsprofil und die eigenen Vorgehensweisen transparent machen. Zudem sollten sie sich in der Region für den Aufbau verbindlicher **Kooperationsstrukturen** und die regionale Implementation **ergebnisorientierter Steuerungsinstrumente** engagieren.

## SUMMARY

Within the framework of the "Cooperation Pilot Project of Follow-up Social Work" funded by Germany's Federal Ministry for Health (BMG), a trial scheme of case management/follow-up social work was conducted between 1995 to 2000 to address the target group of Chronically Multi-Impaired Addicts (CMA).

The pilot scheme was geared primarily towards improving the provision of care for this group of addicts. Initially, this required the creation of a number of case-manager posts who were charged with trialing and implementing a client-orientated, outpatient approach to care, by, among other things, improving the coordination and consequently the efficiency of overall aid support. Staff were tasked with identifying chronically multi-impaired addicts, forging and maintaining contact with them in order to motivate these clients to institute change in their lives. After initial information-gathering interviews, individual goals were set together with the client and a fully comprehensive, personalised aid plan was then drawn up. In the process, consideration was given to the available resources, and, where required, additional support was enlisted. Although generally, case management entails the direct provision of support, the main focus, however, was directed at guiding the clients through the "jungle" of available care services on offer, arranging needs-driven aid and supporting them in their take-up of services. These various measures were then monitored and coordinated on an ongoing basis.

In half of the pilot regions, the trials of the client-focused pilot scheme were augmented by a second, funded approach: Addiction coordination. This pilot component was aimed at improving regional cooperation and networking among all service providers and agencies offering addict care and support

Within the pilot scheme, two different regions per Federal state (*Land*) were defined: so-called "tandem regions", in which one case manager and one coordinator worked in cooperation; and so-called "solo regions" to which one case manager was assigned. Altogether, the BMG sponsored 46 fixed-term, full-time posts (15 coordinators and 31 case managers). The majority of these positions were affiliated to addiction/drug-counselling and low-threshold services provided by charitable welfare organisations and agencies, and less frequently, to the local social/psychiatric services.

FOGS - Society for Research and Consultancy in the Health and Social Sector Cologne - was commissioned by the BMG to conduct the scientific research on the project.

The key findings of the pilot project can be outlined as follows:

1. The case managers successfully implemented their first task of **reaching the target group** of the pilot project, primary by approaching clients directly on the ground. Altogether contact to 3,068 clients was established throughout the three years of the survey, of whom 1,660 received intensive counselling and care within the Case Management project. Significantly, among those reached were clients who had never previously used addiction-specific support (roughly one sixth of clients).
2. Three-fifths of **clients** were dependent on alcohol, over one third of clients on illegal substances. A high proportion of opiate addicts were also dependent on more than one addictive substance, including frequently cocaine. 52% of drug addicts were undergoing "substitute treatment" and as a rule presented with co-abuse. Analysis indicated that a core problem among the chronically multi-impaired addicts lay in their failure to avail themselves of addiction-specific, social or medical facilities and services or in the complete absence of such provision.

The average age of clients was 38 years, who were generally longterm addicts (average 14 years), and beset by considerable social and financial problems (45% had been without a regular income for at least two years, 33% without a permanent residence over a longer period of time). In addition, many clients had been in conflict with the law (39% with previous convictions). The majority of clients suffered from social disintegration, often living in totally impoverished conditions (e.g. 25% of clients in dilapidated accommodation). Furthermore, 84% of clients had (multiple) illnesses (average 3.5), with 62% also presenting with both somatic *and* psychological problems.

3. The case managers on the pilot project succeeded to a large degree in **retaining clients under supervision, including a relatively high proportion of women** (34%; among drug addicts as high as 42%), some with children, others with unusually serious legal problems. This is attributable to the outreach/follow-up approach adopted by case managers who grasped the initiative in establishing contact (three-fifths of counselling activity took place on the ground, i.e. at the client's home on the street and in other facilities).
4. In conducting the case management/follow-up social work scheme, the case managers provided a **spectrum of services** for an average of 17 clients annually, which, depending on demand, ranged from intensive care measures and counselling/therapeutic intervention to organisational and coordinating support. The care-workers on the scheme tailored their - in part - highly exhaustive care closely to the individual needs of the client. At the same time, it became clear that case-managing the target group of chronically multi-impaired addicts could not be restricted to administrative activities (which accounted for one quarter of their work schedule). Instead, special counselling and supervision were necessary and the quality of the (working) relationship between the client and care-worker constituted a decisive factor in maintaining contact and motivating the client to institute change.

Differences in the individual profile of services delivered to the various client subgroups also manifest themselves: In general terms, supervision of women clients was longer and more intensive than that of men, and counselling for the former focused more intensively on problems concerning relationships, family and social environment. Furthermore, more time was spent counselling drug-addicts than alcoholics. Overall, the latter were supervised more frequently in outreach initiatives, whereas case management for drug-addicts took place more frequently in established facilities. Further observed differences were related to consumption patterns and problem situations of the clients.

The pilot trials also highlighted various, short and longterm variants of case management: For around one third of clients a more, "clearing-oriented" process lasting only a few months was observed. As a rule, case managers commenced activities in crisis situations and, together with the clients, they formulated a needs-driven support network. The remaining two-thirds of clients remained under supervision for a longer period, of up to 4.6 years; on average for around one year.

5. Greater problems surfaced in the implementation of the core element of case management, namely **aid planning**: Overall, aid planning procedures were instituted for only two fifths of the clients and continued regularly for substantially fewer clients. The reasons cited by case managers to explain the delayed implementation of aid planning (clients' excessive impairment, low reliability, inadequate stability, cognitive limitations etc.) could not be confirmed empiri-

cally. On the contrary: for multiproblem clients in particular, aid-planning procedures were initiated more frequently. Consequently, the application of aid planning depended primarily on the attitudes of the staff to the procedure.

Difficulties arose in defining appropriate objectives, identifying skills and resources of clients themselves and in their environment, and integrating them into the aid process. Although case managers were more successful in integrating additional professional aid workers into the aid process and delegating tasks to them, only rarely was a jointly coordinated agreement reached.

6. The majority of case-managed supervisions were **terminated successfully and on schedule**. The overall situation of almost half of the clients improved (in part substantially), and stabilisation was achieved among one fifth of clients. Among three-fifths of clients the addiction was cured or at least improved. Positive outcomes were observed in longer supervisions terminated through planned disengagement.
7. 188 clients expressed their views on the implementation of case management. The vast majority of respondents was (**very**) **satisfied** with case management, and emphasised particularly the benefits of holistic supervision. Equally important to clients was the support provided within the aid network: in dealing with authorities and other agencies, organising care, and assistance in making claims for welfare entitlements. In addition, the clients set great store by the comprehensive progress assessments, flexibility and rapid response of case managers. Furthermore, they also welcomed the strengths-based and outreach/follow-up approach adopted by case managers. The survey also revealed that clients accorded high significance to the key features of case management, namely joint aid planning, systematic situation appraisals and the documentation of procedures.
8. As part of the written survey, 454 professional care workers assessed in detail various aspects of case management. In the pilot regions, the success of case management to specifically address and reach the generally neglected group of chronically multi-impaired addicts was **welcomed**. A large majority of respondents expressed their satisfaction with the improvement of case-orientated coordination by case managers and the promotion of a cooperative spirit among all care-providers and agencies. A positive assessment was also given to the impact of case management on the further development of care for chronically multi-impaired addicts. Generally it was observed that satisfaction with case management grew with the intensity of cooperation.

Within the pilot regions, the cooperation scheme has been instrumental in ensuring that addiction aid has assumed **responsibility for chronically multi-impaired addicts**, particularly alcoholics (more than in the past). Deficits in the provision of support of this group were exposed, access thresholds lowered and thus reachability enhanced. In many pilot regions, support structures were expanded, the cooperation between the agencies and institutions improved and interface problems between agencies and facilities ameliorated.

In recognition of the specific requirements of the target group, **an appropriate form of case management/follow-up social work was developed**, which confirms the **suitability of this method for chronically multi-impaired addicts**. Case management performed an important contribution in ensuring a care continuum for CMAs and helped - on a case-orientated basis - to bridge transitions between institutions and agencies and enhance coordination between the facilities and care sectors. With its client-orientated

approach, case management/follow-up social work represents a fundamental reorientation of addiction aid, departing from institution-based to **client-driven care provision**. The results-driven focus of case management and the cycle of planning - control - re-planning also meets standard quality-assurance criteria.

The implementation of case management/follow-up social work requires that certain conceptual, organisational and skill-related framework conditions are already in place. For example, implementation necessitates:

1. Conceptual prerequisites, such as low access-threshold, respect for clients, client-focus, contract-based working relationship, motivational work and resource-orientation, contact initiative, outreach and follow-up work.
2. Organisational pre-requisites, e.g. the guarantee of flexible working conditions and support within one and the same team, sufficient material resources (e.g. mobile phone) and process-supporting instruments. In addition case management/follow-up social work for chronically multi-impaired addicts requires a high supervisory capacity. Recommended is a caseload equivalence of 1:12 to 1:16. The high initial requirements - with longterm supervisory processes - also indicate the advisability of a successive, staggered take-up of clients.
3. A client-focused case management for chronically multi-impaired addicts geared towards ensuring a care continuum necessitates to a large degree a fundamental reappraisal of the traditional and professional self-image in the addict and drug aid sector and the development of specialist, social and organisational skills (e.g. goal and resource-driven approach - also with chronically multi-impaired addicts - planning, moderating skills, management of support network). In addition to motivating staff, intensive specialist competences are required. Also indispensable are the management and method-based supervision and monitoring by senior management and care organisations. For example, the implementation of case management can contribute to the further development and professionalisation of **social work in addiction aid** - extending beyond the more frequent therapeutic orientation.
4. Case management is an intensive approach, reliant upon regional cooperation. The coordination and monitoring of aid processes can only succeed if the latter are not rendered more complicated by traditional demarcation disputes between the various agencies and institutions, but instead are supported by a regional culture of mutual cooperation. Sponsoring bodies and institutions keen to implement case management should therefore conduct an intensive PR/public education campaign to ensure that their spectrum of services and activities are transparent. In addition they should actively commit themselves in the region to the development of binding **cooperative structures** and to the regional implementation of **results-driven management instruments**.

## INHALTSVERZEICHNIS

KAPITEL		SEITE
1	AUSGANGSLAGE UND ZIELE DES MODELLPROGRAMMS	1
1.1	Probleme der Versorgung Suchtkranker	1
1.2	Ziele des Modellprogramms	3
1.2.1	Förderstruktur und -ablauf	5
1.2.2	Aufbau des Berichts	9
2	CASE MANAGEMENT	11
2.1	Grundlagen und Entwicklung	11
2.2	Aufgaben und Ablauf von Case Management	14
2.3	Organisatorische und personelle Anforderungen an Case Management	19
2.4	Case Management im Kooperationsmodell nachgehende Sozialarbeit	20
3	VORGEHEN DER WISSENSCHAFTLICHEN BEGLEITUNG, METHODIK	23
3.1	Beratung als Teil der Evaluation	23
3.2	Anlage der Evaluation	24
3.3	Ablauf und Zusammenhang der Erhebungen	25
4	CASE MANAGEMENT - DIE ERGEBNISSE	31
4.1	Rahmenbedingungen	31
4.1.1	Modellregionen	31
4.1.2	Träger und organisatorische Einbindung	33
4.1.3	Konzeptionelle Grundlagen	36
4.1.4	Sachliche und technische Ausstattung	37
4.1.5	Personalqualifikation	37
4.1.6	Personal-Klienten-Relation	39
4.2	Zugang	41
4.3	Assessment	43
4.3.1	Soziodemographische Daten	44
4.3.2	Suchtproblematik und suchtbezogene Behandlungserfahrung	50
4.3.3	Gesundheitliche Situation	56
4.3.4	Kontakte der Klienten zu anderen Stellen	59
4.4	Hilfeplanung	60
4.4.1	Zeitpunkt der Hilfeplanung	61
4.4.2	Klienten im Hilfeplanverfahren	61
4.4.3	Beteiligte an der Hilfeplanung	64
4.4.4	Ziele, Maßnahmen und Zuständigkeiten	67
4.4.5	Überprüfung und Verbindlichkeit	69
4.5	Durchführung	71
4.5.1	Betreuungsdauer	71
4.5.2	Leistungsspektrum	74
4.5.3	Ort der Leistungserbringung	76
4.5.4	Beteiligte an der Leistungserbringung	77

KAPITEL	SEITE	
4.5.5	Leistungsspektren für Subgruppen	79
4.5.5.1	Leistungsspektrum nach Geschlecht und Hauptsuchtmittel	80
4.5.5.2	Leistungsspektrum für Klienten ohne bzw. mit Kindern im eigenen Haushalt	82
4.5.5.3	Leistungsspektrum nach Konsummustern	83
4.5.5.4	Leistungsspektrum für substituierte und nicht substituierte Klienten	84
4.5.6	Bewertung der Methode durch die Case Manager	86
4.6	Abschluss der Betreuung	87
4.6.1	Art der Beendigung	89
4.6.2	Umfang und Intensität der Leistungen	90
4.6.3	Ergebnis der Betreuung	90
4.6.3.1	Betreuungsdauer und Entwicklung der Gesamtsituation	92
4.6.3.2	Entwicklung der Suchtproblematik	93
4.6.3.3	Entwicklung weiterer Problemfelder	95
4.6.3.4	Umsetzung von Betreuungszielen	96
4.6.3.5	Einzelergebnisse der Betreuung	98
4.6.4	Todesfälle	103
4.6.5	Leistungsspektrum/Inanspruchnahme	106
5	CASE MANAGEMENT AUS DER SICHT DER KLIENTEN	111
5.1	Stichprobe	111
5.2	Entwicklung der Situation	112
5.3	Bewertung der Vorgehensweisen	113
5.4	Vergleich von Case Management mit anderen ambulanten Hilfen	115
5.5	Gesamtzufriedenheit und weitere Anregungen	117
6	CASE MANAGEMENT AUS SICHT VON VERSORGUNGS- BETEILIGTEN IN DEN MODELLREGIONEN	119
6.1	Kooperationskontakte	120
6.2	Bewertung der Modellumsetzung	121
6.2.1	Weiterentwicklung der Versorgung von chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigen in den Modellregionen	122
6.2.2	Erreichung und Arbeiten mit CMA	124
6.2.3	Fallbezogene Kooperation	126
6.3	Zusammenfassung	127
7	ZUR DEFINITION VON „CHRONISCH MEHRFACHBEEIN- TRÄCHTIGT ABHÄNGIG“	129
7.1	Problemstellung	129
7.2	Beschreibung und Diskussion des Definitionsvorschlags CMA	130
7.3	Methodisches Vorgehen	136
7.3.1	Vergleich der Klassifizierung nach Definitionsvorschlag und nach Mitarbeiterereinschätzung	137
7.3.2	Diskriminanzanalysen	142
7.3.2.1	Diskriminanzanalysen mit der Punkterreichung in den vier Kriterienbereichen	143
7.3.2.2	Diskriminanzanalysen mit definitionsrelevanten Einzelitems	144

KAPITEL		SEITE
7.3.3	Reduktion definitionsrelevanter Variablen - Faktorenanalyse	146
7.3.3.1	Ergebnisse der Faktorenanalyse	148
7.3.4	Clusteranalyse	150
7.3.5	Zusammenfassung und Bewertung der Ergebnisse	155
8	ZUSAMMENFASSENDE BILANZ UND EMPFEHLUNGEN ZU CASE MANAGEMENT FÜR CHRONISCH MEHRFACHBE- EINTRÄCHTIGT ABHÄNGIGE	160
8.1	Zusammenfassende Bilanz	160
8.1.1	Regionale und organisatorische Rahmenbedingungen	160
8.1.2	Umsetzung von Case Management	162
8.2	Empfehlungen	164
8.2.1	Konzeptionelle Grundlagen	164
8.2.2	Regionale Rahmenbedingungen und Kooperation	164
8.2.3	Träger, Konzeption und organisatorische Einbindung	164
8.2.4	Ausstattungsstandards	164
8.2.5	Personal-Klienten-Relation	164
8.2.6	Personalqualifikation	164
8.2.7	Dokumentation und Qualitätssicherung	164
9	LITERATUR	164
	ANHANG	

## VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN

ABBILDUNG	SEITE
Abb. 1: Übersicht über die geförderten Projekte (Stand Dezember 2000)	6
Abb. 2: Die Verknüpfungsaufgabe	14
Abb. 3: Ablaufmodell Case Management	16
Abb. 4: Übersicht zu Phasen des Hilfeprozesses und der klientenbezogenen Erhebungen	26
Abb. 5: Beratung, Evaluation und Dokumentation im Modellprogramm	30
Abb. 6: Verteilung der Betreuungsdauern nach Monaten	73
Abb. 7: Entwicklung der Gesamtsituation aus Sicht der Case Manager	91
Abb. 8: Beurteilung der Gesamtsituation - nach kurzfristig und längerfristig betreuten Klienten	93
Abb. 9: Entwicklung der weiteren Problemfelder bis zum Ende der Betreuung	95
Abb. 10: Zielerreichung aus Sicht der Case Manager	97
Abb. 11: Problemeinsicht und Veränderungsbereitschaft der Klienten	98
Abb. 12: Generelle Zufriedenheit mit Case Management, Angaben in Prozent	122
Abb. 13: Zufriedenheit mit der Umsetzung der Aufgabe „Weiterentwicklung der Versorgung von CMA“ im Rahmen modellgeförderten Case Managements, Angaben in Prozent	124
Abb. 14: Gesamtzufriedenheit mit der Umsetzung der Aufgabe „Erreichen von und Arbeit mit CMA“ im Rahmen modellgeförderten Case Managements, Angaben in Prozent	125
Abb. 15: Gesamtzufriedenheit mit der Umsetzung der Aufgabe „vermittelndes und koordinierendes Arbeiten“ im Rahmen modellgeförderten Case Managements, Angaben in Prozent	127
Abb. 16: Definitionsvorschlag der AG zur Definition von „chronisch mehrfachbeeinträchtigt abhängig“	132
Abb. 17: Vergleich der Eingruppierung der Klienten nach Mitarbeiter- und Definitionseinstufung sowie Unterschiede in der Punkterreichung in den Kriterienbereichen	141

---

Abb. 18:	Relative Position der Clustergruppen im Raum der Faktoren	152
Abb. 19:	Kurzbeschreibung der Klienten der einzelnen Cluster-Gruppen	153

## VERZEICHNIS DER TABELLEN

TABELLE	SEITE
Tab. 1: Erwartungen der Träger an Case Management im Kooperationsmodell und deren Umsetzung	34
Tab. 2: Qualifikation der Case Manager	38
Tab. 3: Zugang der Klienten zum Case Manager	42
Tab. 4: Strafrechtliche Belastung nach Hauptsuchtmittel	47
Tab. 5: Strafrechtliche Belastung nach Hauptsuchtmittel und Geschlecht	48
Tab. 6: Aktuelle Beziehungssituation der Klienten mit Kindern im Haushalt nach Hauptsuchtmittel und Geschlecht differenziert	49
Tab. 7: Abhängigkeitssyndrom und Schädlicher Gebrauch der betreuten Klienten	51
Tab. 8: Drei-Cluster-Lösung - Abhängigkeiten von Suchtmitteln mit aktuellem Substanzkonsum	52
Tab. 9: Behandlungserfahrungen der Klienten nach Hauptsuchtmittel und Geschlecht	56
Tab. 10: Somatische Erkrankungen nach dem Hauptsuchtmittel der Klienten	58
Tab. 11: Beurteilung von Hilfeplanungsaspekten durch die Klienten	63
Tab. 12: Anzahl weiterer Beteiligter an der Hilfeplanung	65
Tab. 13: Ziele mit erster Priorität	68
Tab. 14: Dauer erbrachter Leistungen nach Dokumentationsbereichen inkl. Fahrzeit	74
Tab. 15: Dauer erbrachter Leistungen nach inhaltlichen Gesichtspunkten	75
Tab. 16: Ort der Leistungserbringung nach Nennungen (Anzahl einzelner Leistungen) und Dauer	76
Tab. 17: Beurteilung von Herangehensweisen der Case Manager durch die Klienten	77

TABELLE	SEITE
Tab. 18: Beteiligte an der Leistungserbringung nach Häufigkeit	78
Tab. 19: Beteiligte an der Leistungserbringung nach Häufigkeit	78
Tab. 20: Vergleich des Gesamtaufwands nach Hauptsuchtmittel und Geschlecht in Stunden	80
Tab. 21: Vergleich der Leistungen der Case Manager für Klienten mit und ohne Kinder	82
Tab. 22: Vergleich der Klienten mit und ohne Kinder unter Berücksichtigung der gemeinsamen Haushaltsführung	83
Tab. 23: Drei-Cluster-Lösung nach Konsummuster - Betreuungsdauer und Gesamtaufwand nach verschiedenen Aspekten	84
Tab. 24: Vergleich der substituierten und der nicht-substituierten Klienten im Modellprogramm	85
Tab. 25: Einschätzung der Bedeutung bestimmter Aspekte im Case Management-Prozess für den Betreuungsverlauf und -erfolg	86
Tab. 26: Art der Beendigung	89
Tab. 27: Durchschnittliche Anzahl Krankheiten und Störungen - nach planmäßig abgeschlossenen und vermittelten Fällen	90
Tab. 28: Leistungsumfang - nach Art der Beendigung	90
Tab. 29: Art der Beendigung und Beurteilung der Gesamtsituation	92
Tab. 30: Art der Beendigung in Verbindung mit der Beurteilung der Suchtproblematik	94
Tab. 31: Zusammenleben mit anderen Abhängigen - zu Beginn und Ende der Betreuung	98
Tab. 32: Wohnsituation zu Beginn und am Ende der Betreuung	99
Tab. 33: Erwerbssituation zu Beginn und am Ende der Betreuung	100
Tab. 34: Bewertung der Entwicklung der Einkommenssituation am Ende der Betreuung	101
Tab. 35: Anzahl der Krankenhausaufenthalte pro Jahr - vor Betreuungsaufnahme bzw. im Betreuungszeitraum	102
Tab. 36: Dauer der Krankenhausaufenthalte pro Jahr - vor Betreuungsaufnahme bzw. im Betreuungszeitraum	103

TABELLE	SEITE
Tab. 37: Durchschnittlich aufgewendete Zeit - nach Leistungsgruppen	107
Tab. 38: Durchschnittlich aufgewendete Zeit - nach Themenbereichen und Leistungsgruppen	108
Tab. 39: Ort der Leistungserbringung (Nennungen und Dauer) nach Leistungsgruppen	109
Tab. 40: Einzelergebnisse aus Sicht der Klienten	112
Tab. 41: Bewertung von Vorgehensweisen der Case Manager durch die Klienten	114
Tab. 42: Inanspruchnahme anderer ambulanter Angebote und Hilfen - nach Hauptsuchtmittel	116
Tab. 43: Vergleich von Case Management mit anderen ambulanten Hilfen	116
Tab. 44: Zufriedenheit der Befragten mit Case Management	117
Tab. 45: Klientenbezogene Zusammenarbeit - nach Kooperationsfeldern und Herkunft der Teilnehmer	120
Tab. 46: Übergreifende Zusammenarbeit - nach Kooperationsfeldern und Herkunft der Teilnehmer	121
Tab. 47: Zugehörigkeit der Klienten zur Gruppe der CMA nach Mitarbeiterereinschätzung und Definitionsvorschlag	138
Tab. 48: Punkterreichung in den Kriterienbereichen nach verschiedenen Klassifikationsverfahren	139
Tab. 49: Schrittweise Einbeziehung von Kriterienbereichen (Punkterreichung) in die Diskriminanzanalyse	143
Tab. 50: Schrittweise Einbeziehung von definitionsrelevanten Einzelitems in die Diskriminanzanalyse	145
Tab. 51: Varimaxrotierte Drei-Faktoren-Lösung der Definitionsvariablen 2001	149
Tab. 52: Faktormittelwerte und Standardabweichung der vier ermittelten Gruppen	151
Tab. 53: Durchschnittlicher Umfang und Art der Leistungen der Case Manager für vier Clustergruppen	154

## 1 AUSGANGSLAGE UND ZIELE DES MODELLPROGRAMMS

Seit 1995 hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) das Modellprogramm Kooperationsmodell nachgehende Sozialarbeit mit den Modellbestandteilen Case Management und Suchthilfekoordination gefördert. Während die Förderung des Modellbestandteils Koordination (vgl. OLIVA u.a. 1998, 1999, 2000) im Dezember 1999 auslief, wurde der Modellbestandteil Case Management bis Ende 2000 weitergeführt.

Der folgende abschließende Bericht der wissenschaftlichen Begleitung stellt die Ergebnisse der Evaluation für den Modellbestandteil Case Management dar (für den Abschlussbericht zum Modellbestandteil Koordination s. OLIVA u.a. 2001).

### 1.1 Probleme der Versorgung Suchtkranker

Suchtkranke und -gefährdete Personen können in Deutschland auf eine Vielzahl von Hilfeangeboten und ein überwiegend gut ausgebautes und spezialisiertes Versorgungssystem zurückgreifen. Gleichwohl weist die Gesamtversorgung von Suchtkranken, insbesondere von Alkohol- und Medikamentenabhängigen, erhebliche strukturelle Defizite auf. Hilfen für Alkoholabhängige werden in drei voneinander unabhängigen Sektoren - traditionelle Suchtkrankenhilfe (Sektor I), psychosoziale/psychiatrische Grundversorgung (Sektor II) und medizinische Basisversorgung (Sektor III) - erbracht und sind wenig miteinander verzahnt. Darüber hinaus besteht nach wie vor eine relativ starre Trennung zwischen dem ambulanten und dem stationären Versorgungssektor. Diese generellen Strukturdefizite sowie sektorspezifische Arbeitsweisen und -traditionen (z.B. in dem medizinischen Bereich und der Sozialarbeit) haben dazu beigetragen, dass suchtbetragene Betreuungs- und Behandlungskonzepte insbesondere bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen nur für einen verhältnismäßig kleinen Teil der betroffenen Personen zur Verfügung stehen. Der größere Teil dieser Personengruppe nimmt zwar medizinische und soziale Hilfen in Anspruch, wird allerdings hinsichtlich der suchtbetragenen Gefährdung und Abhängigkeit nicht qualifiziert beraten, betreut oder behandelt (vgl. WIENBERG 1992, 1995).

Die genannten strukturellen Defizite führen zu einer unzureichenden Erkennung von Suchtkrankheiten in der medizinischen Versorgung (vgl. JOHN u.a. 1996, KREMER u.a. 1998) und zum anderen dazu, dass chronisch Abhängige<sup>1</sup> mit multiplen Hilfebedarfen nicht angemessen versorgt werden. Vor allem für diesen Personenkreis ist das Versorgungssystem insgesamt zu kompliziert, hochschwierig, anspruchsvoll und voraussetzungsvoll. Die Betroffenen wissen nicht (mehr), wer, wann, wo und auf welcher Grundlage zuständig oder verantwortlich ist. In der Folge bleiben viele, insbesondere die bedürftigsten Alkoholabhängigen, ohne (ausreichende) sachgemäße Hilfe (vgl. u.a. WIENBERG 1992, 1995).

Um den Zugang insbesondere von *drogengefährdeten* und -abhängigen Personen zum Hilfesystem zu verbessern, wurden in den vergangenen Jahren niedrigschwellige Hilfen und neue (akzeptierende) Arbeitsansätze auf- und ausgebaut. Gleichwohl kann hinsichtlich der Gruppe sog. „Schwerstabhängiger“ auch hier davon ausgegangen werden, dass ein Teil der Betroffenen, ins-

---

<sup>1</sup> Der Begriff „chronisch abhängig“ wird hier als Arbeitsbegriff verwandt. Synonym werden die Begriffe „chronisch suchtkrank“ und bezogen auf Drogenabhängige „Schwerstabhängige“ verwendet. Im Rahmen des Modellprogramms wurde die Personengruppe als „chronisch mehrfachbeeinträchtigt abhängig - CMA“ beschrieben (vgl. ARBEITSGEMEINSCHAFT SUCHTKRANKENHILFE 1996).

besondere Frauen, auch durch niedrigschwellige Angebote nicht bzw. aktuell nicht mehr erreicht bzw. nicht adäquat versorgt wird (vgl. HARTMANN u.a. 1994).

In der Sucht- und Drogenhilfe hat sich deshalb in den letzten Jahren die Einsicht durchgesetzt, dass die Weiterentwicklung des Hilfesystems bzw. dessen Anpassung an veränderte Rahmenbedingungen nur gelingen kann, wenn zum einen die (politischen) Entscheidungsträger ihre planenden und steuernden Anstrengungen verstärken und zum anderen die konkrete Hilfeerbringung Zugänge besser gestaltet und fallbezogene Abstimmungs- und Steuerungsmöglichkeiten entwickelt (vgl. u.a. FREIE UND HANSESTADT HAMBURG 1996, MICHELS 1996, OLIVA u.a. 2001).

Doch können diese Strukturdefizite weder durch die Schaffung neuer Angebote und die Verbesserung der Zusammenarbeit einzelner Leistungserbringer noch durch sozialplanerische Aktivitäten allein behoben werden. Erforderlich ist darüber hinaus eine generelle Umorientierung von einer bisher vorherrschenden institutionsbezogenen hin zu einer personenbezogenen Hilfeerbringung (vgl. AKTION PSYCHISCH KRANKE 1997, KRUCKENBERG u.a. 1997, 1999). Insbesondere bei chronisch Abhängigen ist eine abgestimmte und am individuellen Bedarf (Hilfeplanung) orientierte Nutzung der sektorübergreifend zur Verfügung stehenden Ressourcen für eine effektive und nutzbringende Hilfeerbringung erforderlich.

Das BMG hat in der Vergangenheit wiederholt Impulse gegeben, die Versorgungsdefizite, die insbesondere für die Gruppe der chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigen bestehen, zu vermindern und vor allem den Zugang zu dieser Gruppe zu verbessern. Zu nennen sind hier z.B. das Modellprogramm „Ambulante Ganztagsbetreuung Drogenabhängiger“ (vgl. MÖLLER u.a. 1993), das „BOOSTER-Modellprogramm“ (vgl. HARTMANN u.a. 1994) für die sog. nicht erreichten verelendeten Drogenabhängigen oder „Ambulante Versorgung chronisch mehrfachgeschädigter Abhängiger in einem städtischen Versorgungssektor“ (vgl. ENGLER, SCHLANSTEDT 1998).

Die Fachdiskussion um diese Subgruppe von Abhängigen begann spätestens 1975 mit dem Bericht der Enquête zur Lage der Psychiatrie in Deutschland (ENQUÊTEKOMMISSION 1975). Die Verfasser wiesen auf eine „nicht unbeträchtliche Zahl von Alkoholkranken und Drogenabhängigen“ hin, die „auf längere Sicht behandlungsunwillig und nicht rehabilitationsfähig“ sind. Weiter hieß es: „Da es sich hierbei häufig um Patienten mit hochgradigen Verwahrlosungserscheinungen und erheblichen körperlichen oder psychischen Schäden handelt, ist eine Unterbringung dieser Kranken unter geschlossenen Bedingungen oft nicht zu vermeiden“.

In der Psychiatrieenquête wurde also vor allem auf die Behandlungsunfähigkeit und -unwilligkeit und die notwendig daraus folgende langfristige Unterbringung abgehoben. Die Expertenkommission von 1988 schätzte, dass 2 - 3 % der Bevölkerung behandlungsbedürftig abhängig und 0,5 % chronisch abhängig sind. Erstmals wurde hier vom Begriff der depravierten Abhängigen abgerückt, da er stigmatisierend wirke. Stattdessen „empfiehlt die Expertenkommission in Zukunft die Gruppe der chronisch Abhängigen in Anlehnung an die Gruppe der anderen chronisch psychisch Kranken zu definieren. (...) Wenn Missverständnisse zu erwarten sind, sollte von chronisch mehrfachgeschädigten Abhängigen (CMA) gesprochen werden.“ (EXPERTENKOMMISSION 1988)

In der Fachdiskussion entstanden weitere Bezeichnungen: Therapieresistente, harter Kern, Schwerstabhängige, Altfixer sowie chronisch Abhängige bzw. chronisch mehrfachbeeinträchtigt oder -geschädigt Abhängige. Seit Ende der 80er Jahre sind nun auch vermehrt Versuche zu

beobachten, sich dieser Gruppe definatorisch zu nähern<sup>2</sup>, allerdings liegt bisher kaum empirisch gesichertes Wissen zum Umfang und zur Merkmalsstruktur dieser Gruppe vor.

## 1.2 Ziele des Modellprogramms

Vor dem oben geschilderten Hintergrund hat das BMG 1995 das Kooperationsmodell nachgehende Sozialarbeit aufgelegt, in dessen Mittelpunkt die Verbesserung der Hilfen für von legalen und/oder illegalen Suchtmitteln chronisch Abhängige steht. Das Modellprogramm ordnete sich in das umfassende Bund/Länder-Konzept zur Verbesserung der Drogen- und Suchtkrankenhilfe insbesondere für den genannten Personenkreis ein. Zum Gesamtkonzept gehörten außer dem Kooperationsmodell die Modellprogramme „Drogennotfallprophylaxe/Nachgehende Sozialarbeit“ (vgl. ARNOLD, SCHMID, SIMMEDINGER u.a. 1999b), „Betreuung von Drogenabhängigen auf dem Bauernhof“ (vgl. KÜFNER u.a. 2000) sowie die Förderung einzelner Selbsthilfeaktivitäten (vgl. BMG 1995).

Konzeptionell ist das Modellprogramm insbesondere auf von legalen und illegalen Drogen bzw. polytoxikoman Abhängige ausgerichtet, die - wie die Modellkriterien ausführen - mit hoher Dosis und Intensität langjährig Suchtmittel konsumieren und polyvalente Konsummuster aufweisen. Diese Zielgruppe leidet häufig unter gravierenden somatischen und psychischen Problemen. Die als chronisch Abhängige zu charakterisierenden Personen sind - im Zusammenhang mit ihrer Suchterkrankung - überdurchschnittlich von Arbeits- und Wohnungslosigkeit, Armut und sozialer Entwurzelung betroffen sowie häufig (erheblich) strafrechtlich belastet. Oftmals haben sie mehrere Therapien abgebrochen und verfügen aktuell über keine (weitere) Motivation für eine abstinentorientierte Behandlung. Wie berichtet stand diese Gruppe der chronisch Abhängigen im Mittelpunkt vieler Modellprogramme des Bundes und von Angeboten in verschiedenen Versorgungssektoren. Aufgrund der unzureichenden begrifflichen Klarheit über die Zielgruppe und ihre Merkmale und Zahl wurde als eine übergreifende Zielsetzung des gesamten Bund/Länder-Konzepts, vor allem jedoch des Kooperationsmodells nachgehende Sozialarbeit, die genauere und empirisch abgesicherte Beschreibung der Zielgruppe nach Merkmalen und hinsichtlich ihrer Größenordnung definiert.

Die weiteren vorrangigen Zielsetzungen des Modellprogramms bestanden darin, für diesen Personenkreis:

- die Erreichbarkeit zu erhöhen
- den Kontakt über längere Zeit zu erhalten
- die Veränderungsbereitschaft zum Ausstieg aus der Sucht zu fördern
- erreichte Veränderungen zu festigen und durch zusätzliche Hilfen zu unterstützen, um sowohl ein von Suchtmitteln als auch vom Hilfesystem unabhängiges Leben zu erreichen (vgl. ebd., S. 7).

Diese klientenbezogenen Aufgaben sollten durch einrichtungsbezogene und strukturelle Maßnahmen ergänzt werden, um die Effektivität der Zusammenarbeit zwischen den drei o.g. Sektoren der Versorgung Suchtkranker zu erhöhen. Im Unterschied zu vielen anderen Modellprogrammen, mit denen neue Hilfeangebote entwickelt und das Suchtkrankenhilfesystem diffe-

---

<sup>2</sup> Vgl. z.B. SCHWOON 1992, WIENBERG 1992, 1995, DHS 1995, ARBEITSGEMEINSCHAFT SUCHTKRANKENHILFE 1996, MÜHLER, LEONHARDT 1996.

renziert wurden, sollten mit der Umsetzung des Kooperationsmodells nachgehende Sozialarbeit keine neuen Einrichtungen implementiert und erprobt werden. Vielmehr ging es darum, im Rahmen eines funktionalen Ansatzes sowohl neue ambulante Hilfeformen (Case Management) in vorhandenen Einrichtungen zu realisieren als auch die Koordination bestehender Angebote zu optimieren. Im Einzelnen wurden:

- ❑ Stellen für sog. *Koordinatoren* geschaffen, die auf institutioneller Ebene - bezogen auf eine definierte Modellregion - Hilfeangebote erfassen und eine kontinuierliche, verbindliche, lokale und regionale Vernetzung von Versorgungssektoren, der Träger und der Einrichtungen aufbauen bzw. weiterentwickeln sollten (vgl. OLIVA u.a. 2001)
- ❑ ein personenzentrierter ambulanter Hilfeansatz für chronisch Suchtkranke durch sog. *Case Manager/Lotsen* entwickelt und implementiert, der neben der Hilfeebringung vor allem auf Hilfevermittlung und einzelfallbezogene Hilfeplanung und -koordination zielte.

Abgeleitet aus den beschriebenen Zielsetzungen des Modellprogramms sollten im Rahmen von Case Management u.a. folgende Aufgaben umgesetzt werden:

- ❑ Kontaktaufnahme und Aufbau von tragfähigen Beziehungen zur Zielgruppe des Modellprogramms
- ❑ Förderung von Veränderungsbereitschaft und Annahme von Hilfen
- ❑ Hilfeplanung mit den Klienten, z.B. individuelle Ziele festlegen, Ressourcen feststellen, notwendige Hilfen definieren
- ❑ Vermittlung zu weiterführenden Hilfen, Unterstützung bei der Inanspruchnahme
- ❑ Falldokumentation, Kontrolle und Prüfung von Zielerreichung und Effektivität der Hilfeleistung
- ❑ klientenbezogene Kooperation mit Diensten und Einrichtungen
- ❑ Mitarbeit in lokalen/regionalen Gremien und Zusammenarbeit mit dem Koordinator.

### 1.2.1 Förderstruktur und -ablauf

Pro Bundesland wurden je zwei Modellregionen geschaffen, wobei in sog. Tandem-Regionen je ein Case Manager und ein Koordinator modellhaft (zusammen)arbeiteten, während in den anderen Modellregionen jeweils nur ein Case Manager tätig war (sog. Solo-Regionen). Insgesamt hat das BMG 46 befristete Vollzeitstellen (15 Koordinatoren<sup>3</sup> und 31 Case Manager) gefördert. In Hamburg und Thüringen wurde je ein Case Manager aus Landesmitteln finanziert. Mit der wissenschaftlichen Begleitung hat das BMG die FOGS - Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH - in Köln beauftragt.

Zur fachlichen Beratung und Steuerung des Modellprogramms wurde ein wissenschaftlicher Beirat konstituiert, zu dessen Mitgliedern neben den Vertretern des BMG und verschiedener Forschungsinstitute (IFT, ISS und FOGS) folgende Experten gehörten: Prof. Dr. John, Universität Greifswald; Herr Hüllinghorst, Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren; Prof. Dr.

---

<sup>3</sup> Das Land Sachsen-Anhalt war hinsichtlich dieses Modellteils nicht vertreten, da kein entsprechender Förderantrag vorlag.

Schmid, Universität Hannover; Prof. Dr. May, Knappschaftskrankenhaus Bergmannsheil Bochum.

In der folgenden Abb. 1 sind die geförderten Case Management-Modellprojekte und -Träger zusammengefasst.

Abb. 1: Übersicht über die geförderten Projekte (Stand Dezember 2000)

Bundesland	Tandem oder Solo-Region	Modelträger	Modellregion	Bemerkungen/Veränderungen im Modellverlauf	Perspektiven nach Auslaufen der Modellförderung
Baden-Württemberg	T	Stadt Heilbronn	Stadt und Landkreis Heilbronn	./.	wird weitergefördert (Mischfinanzierung Land und Kommune)
	S	Badischer Landesverband gegen die Suchtgefahren e.V. und AK Rauschmittel e.V.	Landkreis Lörrach	./.	wird weitergefördert (Mischfinanzierung Land und Kommune)
Bayern	T	Landratsamt Erlangen-Höchstädt, Gesundheitsamt: Klinik am Europakanal und Sprungbretter e.V.	Stadt und Landkreis Erlangen (Höchstädt), Stadt und Landkreis Fürth	./.	
	S	Bezirkskrankenhaus Regensburg	Stadt Regensburg	Personalwechsel zum 15.06.1998 und zum 01.09.2000	
Berlin	T	Fixpunkt e.V.	Bezirke Mitte, Tiergarten, Kreuzberg, Wedding, Friedrichshain	Modellregion zusammengefasst und neu zugeschnitten seit 06/1998; Personalwechsel zum 01.10.1999 und 01.01.2000	Arbeitsansatz wird berlinweit auf alle Drogenberatungsstellen ausgedehnt, entspr. Fortbildung wird vom Drogenreferat organisiert
	S	StadtRand gGmbH		./.	
Brandenburg	T	Caritasverband für Brandenburg e.V.	Landkreis Oberhavel	./.	
	S	Soziale Dienste e.V. Senftenberg	Landkreis Oberspreewald-Lausitz	Personalwechsel zum 01.06.1997 und zum 01.09.1998	wird weitergefördert
Bremen	T	AWO Kreisverband Bremerhaven e.V.	Stadt Bremerhaven	./.	
	S	Freie und Hansestadt Bremen	Stadt Bremen	./.	Case Management wird in allen sozialen Diensten geschult
Hamburg	T	jugend hilft jugend e.V.	Stadtteil Wilhelmsburg im Bezirk Harburg	Personalwechsel zum 01.04.2000	Case Management soll landesweit in die Drogenhilfe eingeführt werden
	S	freiraum hamburg e.V.	Schanzenviertel	./.	
	S	Drogenhilfe Eimsbüttel e.V.	Eidelstedt (landesgefördert)	Personalwechsel zum 01.01.1999, Beendigung des Projekts zum 31.12.1999	

Bundesland	Tandem oder Solo-Region	Modellträger	Modellregion	Bemerkungen/Veränderungen im Modellverlauf	Perspektiven nach Auslaufen der Modellförderung
Hessen	T	Drogenverein Nordhessen e.V.	Stadt Kassel	/.	
	S	CALLA, Verein zur Förderung der Lebensqualität von Frauen mit Suchtproblemen e.V.	Stadt Frankfurt a.M.	/.	
Mecklenburg-Vorpommern	T	Landkreis Demmin	Landkreis Demmin	/.	
	S	Landkreis Parchim	Landkreis Parchim	Personalwechsel zum 17.03.1997	Case Management wird als Regelpflichtangebotsangebot des Sozialpsychiatrischen Dienstes implementiert.
Niedersachsen	T	Stiftung Lukaswerk gGmbH	Stadt Salzgitter und Landkreis Wolfenbüttel	/.	
	S	Landkreis Hildesheim/Drogenhilfe Hildesheim e.V.	Landkreis Hildesheim	Trägerwechsel zum 01.07.1998	
Nordrhein-Westfalen	T	Stadt Bochum, Innere Mission-Diakonisches Werk Bochum e.V. und Krisenhilfe Bochum e.V.	Stadt Bochum	/.	Case Management wird von der Kommune weitergefördert
	S	Caritasverband Kleve e.V.	Landkreis Kleve	/.	
Rheinland-Pfalz	T	Therapiezentrum Ludwigsmühle gGmbH	Landkreise Germerheim, Südliche Weinstraße und Stadt Landau	Personalwechsel zum 01.06.1997 Verkleinerung der Modellregion seit 05/98	
	S	Die Tür, Suchtberatung Trier e.V.	Stadt Trier und Umgebung	Personalwechsel zum 01.03.1998	
Saarland	T	AIDS-Hilfe Saar e.V.	Stadtverband Saarbrücken	/.	
	S	Aktionsgemeinschaft Drogenberatung e.V.	Stadt Völklingen	Personalwechsel zum 01.07.1999	
Sachsen	T	Diakonisches Werk des Kirchenkreises Hoyerswerda e.V.	Stadt Hoyerswerda (K) bzw. LK Niederschlesische Oberlausitz (CM)	Personalwechsel zum 01.03.1999 Verlegung der Modellregion zum 01.01.1999, Beendigung des Projekts zum 31.03.2000	
	S	Diakonisches Werk im Kirchenbezirk Marienberg e.V.	Landkreis Mittleres Erzgebirge	Personalwechsel zum 01.03.1999	

Bundesland	Tandem oder Solo-Region	Modellträger	Modellregion	Bemerkungen/Veränderungen im Modellverlauf	Perspektiven nach Auslaufen der Modellförderung
Sachsen-Anhalt	S	Arbeiter-Samariter-Bund Ortsverband Halberstadt e.V.	Landkreis Halberstadt	./.	
Schleswig-Holstein	T	Hansestadt Lübeck	Stadt Lübeck	./.	
Thüringen	S	Kreis Pinneberg/Therapiehilfe e.V.	Landkreis Pinneberg	Trägerwechsel zum 01.01.2000	
	T	Sozialwerk Meiningen e.V.	Landkreis Schmalkalden-Meiningen	./.	
	S	StJ - Suchthilfe in Thüringen gGmbH	Stadt Erfurt	./.	
	S	Landesverband Arbeit und Soziales in Thüringen e.V.	Stadt Gera (landesgefördert)	Beendigung des Projekts zum 31.12.1999	

Wie aus der Übersicht hervorgeht, haben sich im Modellverlauf an zahlreichen Projektstandorten organisatorische und personelle Veränderungen ergeben, die sich grob wie folgt gruppieren lassen:

- In einigen Regionen stellte die *Größe* bzw. der *Zuschnitt der Modellregion* ein Problem dar. Aus diesem Grund wurden z.B. in der Pfalz und im nördlichen Sachsen die zunächst geltenden Modellregionen erheblich verkleinert. In Berlin wurde - im Zusammenhang mit der Bezirksreform - der Zuschnitt der Modellregion so modifiziert, dass er mit den neuen Bezirksgrenzen übereinstimmte. Hier wurden des Weiteren beide Case Manager zu einem Team zusammengefasst, sodass in diesem einen Fall eine *Team-Konstruktion* umgesetzt werden konnte.
- In zwei Fällen fand ein Träger- und in einem Fall ein Einrichtungswechsel statt, um den Anforderungen der Modellerprobung (z.B. flexible Gestaltung von Einsatzort und Arbeitszeit) besser entsprechen zu können. Die insgesamt geringe Beteiligung des öffentlichen Gesundheitsdienstes wurde dabei weiter reduziert, da die Trägerwechsel in beiden Fällen von einem Sozialpsychiatrischen Dienst zu einem freien Träger erfolgten. Da die neuen Träger die Modellmitarbeiter übernahmen, konnte zumindest diesbezüglich Kontinuität sichergestellt werden.
- Die beiden landesgeförderten Stellen in Hamburg und Thüringen liefen mit der Einstellung der Förderung seitens der dortigen Behörden Ende 1999 aus.

### 1.2.2 Aufbau des Berichts

Mit den drei Zwischenberichten (vgl. OLIVA u.a. 1998, 1999 und 2000) hat die wissenschaftliche Begleitung die wichtigsten Ergebnisse der ersten vier Modelljahre zusammengefasst und Zwischenbilanzen der Umsetzung der Modellziele vorgenommen. Im Abschlussbericht soll das gesamte Spektrum der Modellerfahrungen dargestellt und diskutiert werden.

Kapitel 2 gibt einen Überblick über theoretische Grundlagen und Systematik von Case Management sowie über neuere Aspekte der Fachdiskussion. Außerdem fasst es die spezifische Aufgabenstellung von Case Management/nachgehender Sozialarbeit im Kooperationsmodell zusammen.

Vor der Darstellung der Ergebnisse wird in Kapitel 3 auf den Evaluations- und Beratungsansatz sowie das gewählte Vorgehen der wissenschaftlichen Begleitung eingegangen. Außerdem wird die Gesamtanlage der empirischen Erhebungen, insbesondere das im Modellverlauf entwickelte integrierte Dokumentations- und Hilfeplaninstrumentarium, erläutert.

Kapitel 4 zeichnet - entlang der Funktionen von Case Management - die Ergebnisse der Umsetzung von Case Management im Kooperationsmodell nachgehende Sozialarbeit nach. Bei der Darstellung werden die empirischen Ergebnisse durch Einschätzungen, Erfahrungen verschiedener Beteiligter (Mitarbeiter, Projektträger, Klienten, externe Versorgungsbeteiligte in den Regionen) ergänzt und so eine zusammenfassende Wertung mit Blick auf die Formulierung von Standards ermöglicht.

Der erste Abschnitt (4.1) widmet sich den Rahmenbedingungen und strukturellen Voraussetzungen und beschreibt die Erfahrungen der Implementationsphase.

Im zweiten Abschnitt (4.2) wird die Zugangseröffnung untersucht, also wie es zu Betreuung kam.

Im dritten Abschnitt (4.3) richtet sich der Blick auf die zu Betreuungsbeginn von den Case Managern durchgeführten Assessments, was eine Beschreibung der Klienten und ihrer Problemlagen - differenziert z.B. nach Geschlecht, Suchtmittel und Schweregrad und im Vergleich mit anderen Gruppen von Abhängigen - ermöglicht.

Im Mittelpunkt von Abschnitt 4.4 steht die Analyse der Hilfeplanungen. Ausgehend von der Fachdiskussion, in der Hilfeplänen und einrichtungsübergreifenden Hilfekonferenzen ein besonderer Stellenwert bei der Umsetzung von Case Management zukommt, wird dargestellt, für welche Klienten Hilfeplanung durchgeführt wurde, wer dabei beteiligt war, welche Rahmen- und Detailziele sowie Zuständigkeiten vereinbart und welche Verabredungen zur weiteren Kontrolle getroffen wurden.

Abschnitt 4.5 setzt sich mit dem Handlungsspektrum und der Durchführung von Case Management auseinander. Hier wird vor allem auf die Leistungen zur Umsetzung der Planung, Umfang, Art und Weise der Unterstützung, die Nutzung externer Ressourcen sowie auf die laufende Fallkontrolle eingegangen.

Im sechsten Abschnitt (4.6) werden die Entwicklung der Klientel bzw. die Betreuungsergebnisse differenziert analysiert und im Zusammenhang mit den erbrachten Leistungen diskutiert.

Kapitel 5 widmet sich der Sicht der Klienten auf modellerprobtes Case Management.

Kapitel 6 ist der Außenperspektive gewidmet. Dargestellt wird, wie Institutionen und Einrichtungen, die in den Modellregionen an der Versorgung Abhängiger beteiligt sind, modellgefördertes Case Management erlebt und bewertet haben.

Kapitel 7 beschäftigt sich mit der Definition von „chronisch mehrfachbeeinträchtigt abhängig“. Hierbei werden zuerst der Stand der Diskussion und dann die vorläufige Definition der Arbeitsgruppe (vgl. ausführlich OLIVA u.a. 1998; ARBEITSGRUPPE CMA 1999) vorgestellt. Der Definitionsvorschlag wird dann anhand der erhobenen Klientendaten überprüft und einschätzungsrelevante Kriterien der Mitarbeiter identifiziert. Im letzten Abschnitt (7.3.5) dieses Kapitels werden die Ergebnisse insgesamt bewertet und weitergehende Überlegungen formuliert.

Abschließend werden im 8. Kapitel die Ergebnisse des Modellprogramms zusammengefasst und zu Standards für die Implementation von Case Management in der Versorgung Abhängiger, insbesondere chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängiger, verdichtet.

## 2 CASE MANAGEMENT

### 2.1 Theoretische Grundlagen und Entwicklung

Der Begriff „Case Management“ steht im Kern für eine Arbeitsweise, bei der psychosoziale Dienstleistungsangebote insbesondere für chronisch Kranke mit dem Ziel koordiniert werden, den Klienten den Zugang zu versorgungsrelevanten Leistungen zu ermöglichen (EWERS 1996). Dabei werden jedoch - je nach Autor - unterschiedliche konzeptionelle Vorstellungen bzw. Erwartungen an Case Management akzentuiert. Auf der einen Seite wird z.B. Case Management als personenbezogene Dienstleistung und Methode verstärkter Klientenorientierung betont: „Implicit at least in the idea of the individual case manager is that (s)he will operate as the client's advocate and defender, imaginatively, opportunistically and even combatively gathering together forms of help from all sorts of sources: public, private, voluntary and informal.“ (BALDOCK, EVERS 1991, S. 196). Auf der anderen Seite stehen Ansätze, die das System verändern und Versorgungsausgaben reduzieren wollen: „Ausgangspunkt vieler Managed Care Konzepte ist, dass die Versorgung auf der jeweils kostengünstigsten Ebene stattfinden sollte“ (TOPHOVEN 1997, S. 7) oder: „Care Management zielt auf die Veränderung der Versorgungsstrukturen im Sinne einer effizienteren Wohlfahrtsproduktion“ (EWERS 1996, S. 59).

Case Management wurde zuerst und vor allem in den USA entwickelt. Es geht auf sozialarbeiterische Ansätze Ende des 19. Jahrhunderts zurück, erfuhr jedoch erst seit den siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts (wieder) verstärkte Aufmerksamkeit. Die strukturellen Rahmenbedingungen des amerikanischen Versorgungssystems - NETTING spricht hier sogar von einem „nonsystem“ (1992, S. 16) - sind durch Uneinheitlichkeit, Dezentralisierung, das Fehlen großer Wohlfahrtsverbände etc. gekennzeichnet. In der Folge wuchsen Unübersichtlichkeit, Versorgungsprobleme und Zugangsbarrieren zu den Hilfen, gleichzeitig stiegen die Ausgaben. Mit dem Konzept des „Continuum of care“ (WEIL u.a. 1985) sollte die weitgehend unkoordinierte und desintegrierte Versorgung verbessert werden. Nach den massiven Kürzungen im Sozialbereich in den 80er Jahren wurde stärker nach Optimierungsmöglichkeiten beim Einsatz der knappen Mittel und vorhandenen Ressourcen gesucht. Hinzu kamen Forderungen nach Transparenz und Wirtschaftlichkeit(skontrollen). KAPLAN erklärt die Popularität von Case Management deshalb auch wie folgt: „Currently, case management is a popular concept because of its dual focus. On the one hand, case management enhances client functioning; on the other, it contains costs. Thus, case management offers considerable promise in the era of rapidly growing social and health care needs and costs“ (KAPLAN 1990, S. 63).

Case Management entwickelte sich anfangs vor allem im Bereich der außerstationären Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen, wurde dann auf die Bereiche Pflege, Alten- und Familienhilfen ausgeweitet und gilt inzwischen als generelle Methode für alle Felder sozialer Arbeit, als „core component of service delivery in every sector of human services“ (VOURLEKIS, GREENE 1992, S. xi). Wenngleich Sozialarbeitern dabei nach wie vor eine wesentliche Rolle zukommt, so bezieht sich Case Management dennoch nicht exklusiv auf diese Berufsgruppe, sondern gilt als potentiell von allen im Gesundheits- und Sozialbereich Beschäftigten anwendbare Methode.

Anfang der neunziger Jahre veröffentlichten die National Association of Social Workers und die Case Management Society of America Standards für Case Management (s. NASW 1992, CMSA 1995), die für alle Bereiche und Professionen im Gesundheits- und Sozialbereich gelten und einen Rahmen für Ziele und Vorgehensweisen bieten sollen.

Gleichwohl gilt auch weiterhin, dass es weder in den USA noch darüber hinaus ein einheitliches Verständnis des Begriffs Case Management gibt. Die verschiedenen Konzepte reichen von kurzfristigen Clearing- bzw. vermittlungsorientierten Modellen bis hin zu einer längerfristigen Rehabilitationsorientierung, wobei wichtige Differenzierungsmerkmale neben der Laufzeit der Programme auch die Fallzahl je Case Manager sind (vgl. SIEGAL u.a. 1998).

Die Entwicklung in Großbritannien ist für den Ansatz des Case Managements ebenfalls von Bedeutung, doch unter gänzlich anderen Voraussetzungen als in den USA: In der Nachkriegszeit wurde hier ein klar strukturiertes Sozial- und Gesundheitswesen entwickelt. Der über Steuern finanzierte National Health Service sichert allen Bürgern den Zugang zu sozialer und gesundheitlicher Versorgung. Im Bereich der außerstationären Versorgung gerade chronisch (mehrfachbeeinträchtigt) Kranker zeigten sich in den 80er Jahren in Großbritannien jedoch zunehmend Diskontinuität und Desintegration.

Um diesen Problemen zu begegnen, wurde nach einer breiten politischen Diskussion und einigen Modellversuchen 1990 der *National Health Service and Community Care Act* beschlossen. Damit wurden verbindliche Strukturen geschaffen, die zum einen marktwirtschaftliche Prinzipien, u.a. Privatisierung im Sozial- und Gesundheitswesen, vorsahen. Zum anderen wurde „analog zu der Funktion des Arztes, der als Gate-Keeper den Zugang zu medizinischen Leistungen steuert, (...) für die Probleme bei der sozialen, pflegerischen und psycho-sozialen Versorgung ebenfalls eine ‚One-door-for-those-in-Need‘-Lösungsstrategie verfolgt“ (EWERS 1995, S. 18).

Der programmatische Unterschied zu den USA drückt sich in der Verwendung des Begriffs Care Management oder managed Care aus (statt Case Management). Managed Care zielt mehr auf die System- als auf die Klientenebene. Es soll Aufgaben der *community care* bündeln, eine optimale Ressourcennutzung sicherstellen bzw. bei der Entwicklung geeigneterer Hilfen und Versorgungsstrukturen mitwirken und so perspektivisch strukturelle Defizite beheben. Care Managern stehen Budgets für ihre Klienten zur Verfügung, die sie eigenverantwortlich nutzen können.

Allerdings wird kritisch diskutiert, inwieweit die strukturbezogenen Aufgabenstellungen in Verbindung mit der Budgetverwaltung zu einer Reduzierung klientenbezogener Funktionen, insbesondere der anwaltlichen Vertretung einzelner Klienten, führen.

In Großbritannien wird der Zugang zum Hilfesystem über sog. Care Manager vermittelt, deren Funktion und Verortung im Unterschied zur Situation in den USA öffentlich definiert und klar geregelt wurde: Care Manager sind bei staatlichen Organisationen Angestellte, die mit Klienten gemeinsam beraten, welche Bedarfe bestehen, und ein individuelles „Hilfepaket“ zusammenstellen. Um Interessenkollisionen zu vermeiden, finden Bedarfsprüfung, Entscheidung über und Planung von Leistungen grundsätzlich getrennt von der Hilfeerbringung statt (*purchaser/provider split*, vgl. z.B. GRIMWOOD 1996, S. 292, WENDT 1997, S.18).

Fasst man die Kernpunkte der Case Management- bzw. Managed Care-Diskussion zusammen, so kristallisieren sich die beiden folgenden Punkte heraus:

- Case Management als komplexer Ansatz zur Erbringung von Dienstleistungen für Klienten mit vielfältigen Problemen. Der Prozess des Case Managements umfasst dabei die Arbeitsschritte Assessment mit der Identifikation von Unterstützungsbedarfen und Ressourcen des Klienten, Planung, Implementierung, Organisation und Koordination aller benötigten Hilfen sowie Kontrolle/Monitoring und Auswertung/Evaluation des Hilfeprozesses.

- Managed Care zur Optimierung der Versorgung durch Realisierung kostengünstiger Methoden und Entwicklung/Gewährleistung einer effektiven und (kosten)effizienten Versorgung(sstruktur) einschließlich ihrer Steuerung.

Wenngleich in den USA und Großbritannien andere sozialpolitische Rahmenbedingungen gelten, die die Entwicklung von Case Management sicherlich begünstigt haben, so führt doch auch in Deutschland z.B. der „Umbau“ der Hilfesysteme unter den Bedingungen knapper finanzieller Ressourcen der öffentlichen Haushalte zu einer zunehmenden Bedeutung von Case Management in vielen Bereichen der psychosozialen und medizinischen Versorgung. Auch hier entsteht u.a. durch die gesundheitspolitische Leitlinie „ambulant vor stationär“ verstärkt die Notwendigkeit der Koordination komplexer personenbezogener ambulanter Dienstleistungen. Mit Case Management wird die Erwartung verbunden, die Qualität sozialer Dienstleistungen trotz Sparzwängen weitgehend erhalten oder sogar verbessern zu können. Diese Hoffnung gründet sich auch auf die Annahme, dass an vielen Stellen der wenig aufeinander bezogenen Hilfesysteme Optimierungsmöglichkeiten durch die einzelfallbezogene Organisation des Unterstützungsprozesses im Sinne von Case Management erschlossen werden können (u.a. durch Vermeidung von Doppelbetreuungen - vgl. ENGLER, OLIVA 1997).

Case Management wird in Deutschland erst seit Ende der 80er Jahre rezipiert und verstärkt seit 1994/1995 diskutiert. Dabei kommt WENDTS Modell des Unterstützungsmanagements (WENDT 1995, 1997) wesentliche Bedeutung zu. Allerdings steht die Umsetzung in Deutschland immer noch am Anfang. Im Bereich der medizinischen Versorgung werden Modelle diskutiert und erprobt, die eher dem englischen Ansatz von Kostensteuerung folgen (Stichwort: Hausarzt als Case Manager). Zielgruppe der Modelle sind oft chronisch Kranke (vgl. TOPHOVEN 1997). In diesem Kontext stehen auch Entwicklungen im Bereich der Sozialhilfe: Im Rahmen neuer Steuerungsmodelle, unter Rezipierung mehr der Managed Care- als der Case Management-Erfahrungen, gehen Sozialhilfeträger seit einigen Jahren verstärkt dazu über, Fallmanagement auszubauen und die Wirksamkeit von Hilfen zu untersuchen (vgl. z.B. SEIBERT 1996). Dabei verändert sich das Selbstverständnis von Sozialhilfeträgern - hin zu einem „Fürsorgemakler (der ...) zum Garanten eines grundlegenden Assessments, einer individuellen und selbstbestimmten Hilfeplanung (... wird)“, und mit Modellprojekten wird versucht, hierzu Wege zu entwickeln (vgl. GITSCHMANN u.a. 1999, S. 16 f. oder BRINKMANN u.a. 1997, 1998).

Auch im Bereich der sozialen Arbeit in Deutschland erwächst - in Ergänzung zu den traditionellen Ansätzen von Einzelfallhilfe, Gruppen- und Gemeinwesenarbeit - zunehmend Interesse an Case Management, hier meist im Sinne optimierter Hilfe im Einzelfall und anwaltlicher Vertretung von Klienten. Gerade mit Blick auf die bei chronisch-rezidivierenden Erkrankungen üblichen Veränderungen im Hilfebedarf sollen Hilfen flexibel gestaltet und gleichwohl personelle Kontinuität sichergestellt werden. Dabei sollen Klienten alle notwendigen Dienstleistungen und Hilfen in einem Prozess von systematischer Bedarfsermittlung, Zielbestimmung, Maßnahmenplanung, Organisation/Koordination, Kontrolle und Evaluation verfügbar gemacht werden. Dazu wurden einige Modellprogramme durchgeführt (vgl. z.B. BOHM u.a. 1994; WISMANN 1994; REIBERG, SAUER, WISSERT 1997a, 1997b). Auch im Bereich der ambulanten psychiatrischen Versorgung wurde in den letzten Jahren unter Nutzung von Case Management-Prinzipien der sog. personenzentrierte Ansatz insbesondere für chronisch Kranke entwickelt und modellhaft erprobt (vgl. z.B. SCHLEUNING u.a. 2000). Ergebnisse dieser Diskussionen schlugen sich z.B. in den Empfehlungen zur Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung (AUTORENGRUPPE KRUCKENBERG

u.a. 1998) und in der Überarbeitung des SGB V (§ 37a, ambulante Soziotherapie) nieder.

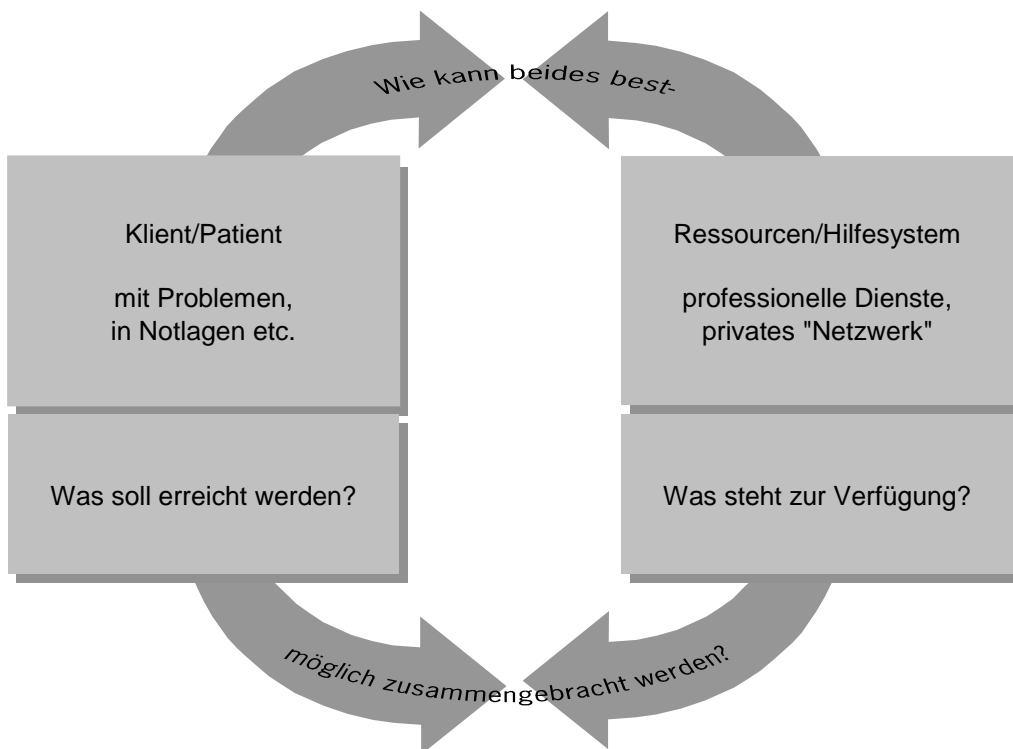
Hinsichtlich der Erprobung von Case Management für Abhängige kann nur auf ein Modellprojekt verwiesen werden: Von 1994 bis 1997 lief in Bochum ein Projekt zur Verbesserung der Versorgung chronisch mehrfachgeschädigter Abhängigkeitskranker, in dem im Kontext von suchtspezifischen und psychiatrisch-psychosozialen Angeboten (klientenzentrierte) verbindliche Kooperationsformen im Rahmen von Pflichtversorgungsstrukturen entwickelt wurden (ENGLER, SCHLANSTEDT 1998).

## 2.2 Aufgaben und Ablauf von Case Management

Case Management ist ein schillernder Begriff, unter dem z.T. deutlich voneinander abweichende Arbeitsansätze subsumiert werden. Sie unterscheiden sich häufig nur im Detail, oftmals werden andere Begrifflichkeiten verwendet etc. Doch ist allen Ansätzen gemeinsam, dass sie Case Management nicht im Sinne einer therapeutischen Methode verstehen, sondern als ein Handlungsschema, eine bestimmte Ablauforganisation, für die bestimmte Kernaufgaben/Arbeitsschritte benennbar sind. Diese sollen im Folgenden nach einigen grundsätzlichen Anmerkungen zur Methode ausgeführt werden.

Case Management kann zuerst und wesentlich als Verknüpfungsaufgabe interpretiert werden: Klienten mit ihren individuellen Hilfebedarfen (Nachfrageseite) und verfügbare Hilfe-Ressourcen (Angebotsseite) sollen systematisch unterstützt zusammen kommen. (vgl. z.B. WENDT 1997).

Abb. 2: Die Verknüpfungsaufgabe



Dabei sind aus Mitarbeitersicht vor allem zwei wichtige Rollenklärungen relevant: Zum einen müssen Klient und Case Manager miteinander einen Modus Vivendi aushandeln, wobei dieser sich in der Regel von anderen Helfer-Klient-Beziehungen durch die hohe Beteiligung/Verantwortung des Klienten im und für den Prozess sowie seine unbedingte Definitions- bzw. Auftragshoheit unterscheidet. Zum anderen muss sich ein Case Manager zur Übernahme von Koordinations- und Fallführungsfunktionen mit anderen Unterstützungsstellen und -systemen verständigen.

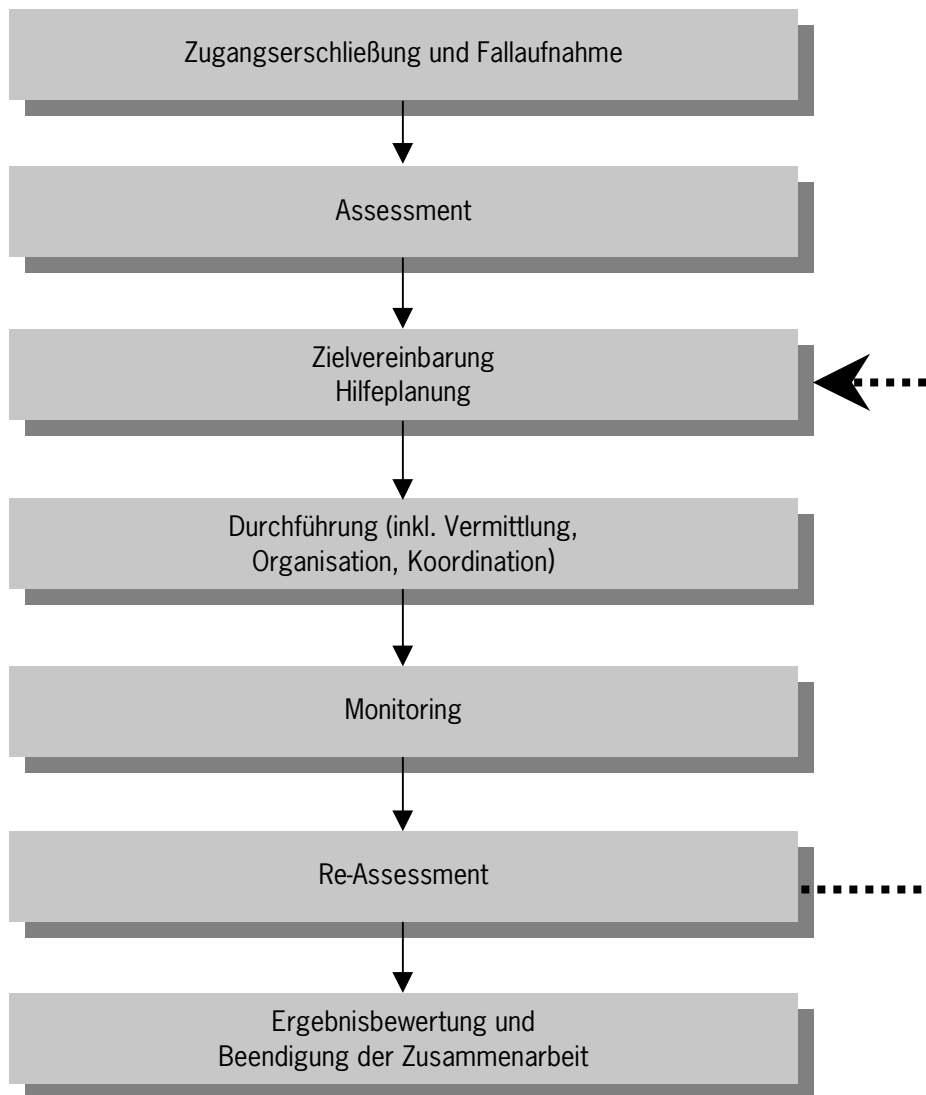
Die vielfältigen Konzepte haben keine einheitliche Meinung zum Umfang der direkten Hilfeebringung durch den Case Manager bzw. zum Verhältnis von eigener Hilfeebringung zu Vermittlungs-/Koordinationsleistungen. Gleichwohl besteht Einigkeit darüber, dass - im Unterschied zu klassischer Einzelfallhilfe - Case Manager die nötigen Hilfeleistungen weniger selbst erbringen als sie vielmehr organisieren sollen. Case Management sollte des weiteren in seiner Herangehensweise, anders als Suchtarbeit traditionellerweise, mehr den Charakter einer sachlichen Aufgabenerfüllung haben. Da gleichwohl eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Case Manager und Klient sowie hohe Arbeitsanteile im Setting des Klienten erforderlich sind, steht Case Management also in einem Spannungsfeld zwischen Sachlichkeit und Beziehungsarbeit, das denjenigen, die nach dieser Methode arbeiten (wollen), z.T. neue und anspruchsvolle Leistungen abverlangt.

Ein zentrales Prinzip von Case Management ist die Nutzerorientierung. Statt wie üblich vom Angebot aus zu denken, wird hier zum einen dem Dienst die Verantwortung dafür zugeordnet, seine Zielgruppe zu erreichen, also z.B. eine Komm-Struktur, ungünstige Öffnungszeiten etc. zugunsten von Geh-Struktur etc. aufzugeben, zumindest zu ergänzen. Zum anderen werden Art und Umfang der Hilfeebringung im Case Management nicht durch ein enges Einrichtungskonzept vorgegeben (Beratung, ambulante Therapie etc.), sondern durch den Bedarf des Klienten.

Die o.g. Verknüpfungsaufgabe erschöpft sich nicht im Ausfindigmachen von Klienten und in der klientenbezogenen Vermittlung von Hilfen, sondern erstreckt sich im Weiteren auch auf die Zusammenführung verschiedener an der Versorgung Beteiligter im Rahmen einer zentralen Steuerung.

Case Management läuft idealtypisch als geregelter Prozess ab. Unter Rückgriff auf verschiedene Ansätze (vgl. z.B. MOXLEY 1989, BALLEW, MINK 1995, WEIL 1995, RAIFF, SHORE 1997, WENDT 1997) lassen sich die Prozessstufen etwa wie folgt darstellen:

Abb. 3: Ablaufmodell Case Management



## 1. Schritt: Zugangerschließung und Fallaufnahme

Die rechtzeitige Unterstützung ist für den Erfolg gesundheitlicher oder sozialer Maßnahmen oft von entscheidender Bedeutung. Doch finden nicht alle hilfebedürftigen Menschen - trotz einer Vielzahl von Hilfeangeboten - Zugang zu den Unterstützungsmöglichkeiten. Besonders problematisch ist, dass mit zunehmender Schwere der Beeinträchtigung, also auch bei chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigen, die Inanspruchnahme von Hilfeangeboten abnimmt (vgl. WENDT 1997, S. 105, WIENBERG 1992).

Die traditionelle Suchtkrankenhilfe muss sich dabei fragen lassen, ob sie nicht aktiv Schwellen zwischen sich und der Lebenswelt der Abhängigen errichtet bzw. wie sie Erreichbarkeit, Bedarfs- und Nutzerorientierung steigern kann. An erster Stelle ist die Zugänglichkeit des Hilfeangebots selbst zu überprüfen: Wie sind die Öffnungszeiten gestaltet? Ermöglichen sie Besuche am Abend, am Wochenende? Wird aufsuchende Arbeit durchgeführt (genau dort, wo die „schwierigen“ Klienten sind)? Ist das Angebot dort bekannt, wo die Hilfe gebraucht wird? In jedem Fall gehört zu Case Management auch das aktive Bemühen, die (am meisten) Hilfebedürftigen zu erreichen.

Im Kontakt mit potentiellen Klienten muss dann geprüft werden, ob Case Management gebraucht wird oder eine andere Art der Hilfe, z.B. eine begrenzte Information oder Beratung. Es werden Anliegen des Hilfesuchenden eruiert, Rollen geklärt, über das Verfahren informiert und ggf. der Fall schließlich bewusst aufgenommen/begonnen. Nun kann der Hilfesuchende zum Klienten werden, von dem auch Mitarbeit verlangt wird.

## *2. Schritt: Assessment*

Die Beurteilung der Problemlage (Assessment) im Case Management geht deutlich über eine Anamnese im herkömmlichen Sinne hinaus. Angestrebt wird ein umfassendes Bild über biographische, psychologische, soziale und medizinische Aspekte. Zur ganzheitlichen Einschätzung der Situation gehören auch die Lebensgeschichte und der Lebensentwurf/die Perspektiven, die Außenwelt/der Sozialraum des Klienten und seine persönlichen Dispositionen/Innenwelt. Zur Beschreibung von individueller Lebensgeschichte und -lage des Klienten können auch Angehörige und ggf. andere professionelle Helfer, Ärzte, aber auch Aktenmaterial wichtige Beiträge leisten.

Eine entsprechende Bewertung geschieht grundsätzlich gemeinsam mit dem Klienten, betont bereits in diesem frühen Stadium seine aktive Rolle und erhöht die Bindung an den Unterstützungsprozess. Dabei ist es wichtig herauszufinden, wie der Klient seine Situation sieht und bewertet. Die Einschätzung erfasst über Probleme und Bedarfe hinaus auch Stärken und Ressourcen des Klienten bzw. in seinem Umfeld.

Die Einschätzung erfolgt schrittweise, über einen längeren Zeitraum und in mehreren Gesprächen. Sie muss kontinuierlich wiederholt werden (Re-Assessment). In der Praxis erweist es sich als günstig, die Einschätzung entlang einer vorbereiteten Struktur vorzunehmen, um „blinde Flecken“ zu minimieren. In dem Zusammenhang sind auch die Dokumentation der gesammelten Informationen und die daraus resultierenden Entscheidungen sowie deren systematische Mitteilung an relevante Stellen von größter Bedeutung.

Aus der Problemeinschätzung und der Beurteilung des Unterstützungspotentials im Umfeld des Klienten folgt die Bedarfsschätzung/-klärung. Der Bedarf ergibt sich dabei nicht nur aus vom Klienten angemeldeten Bedürfnissen, sondern auch aus der Einschätzung des Case Managers. Die Bedarfsklärung geschieht in einem Aushandlungsprozess zwischen Klient und Mitarbeiter.

## *3. und 4. Schritt: Zielvereinbarung, Hilfeplanung und Durchführung*

Nun sind für das weitere Vorgehen gemeinsame Ziele zu vereinbaren. Sie müssen realistisch sein und konkrete (später überprüfbare) Planungsgrundlagen liefern. Die systematische Planung des Unterstützungsprozesses beinhaltet die Identifizierung benötigter und geeigneter Hilfeangebote, die Festlegung von Zuständigkeiten und Vereinbarungen über das konkrete Vorgehen. Im Idealfall findet dazu eine Hilfeplankonferenz statt, an der neben Case Manager und Klient weitere Versorgungsbeteiligte teilnehmen.

Der Hilfeplan ist das Ergebnis ausgehandelter Übereinkünfte zwischen Case Manager und Klient sowie ggf. Angehörigen und weiteren beteiligten Einrichtungen. Er ist nicht mit konkreten Ausführungsplänen (z.B. Therapieplan, Erziehungsplan) zu verwechseln. Vielmehr stellt er eine Art „Gesamtplan“ dar, in dem nach Prioritäten geordnete Ziele, operationalisierbare Zwischenschritte, Aufgabenverteilung und Zeitpläne fixiert werden. Ein ähnlich intendierter Gesamtplan ist auch im BSHG (§ 46) vorgesehen, de facto

kommen die Sozialämter dieser Aufgabe jedoch (noch) wenig nach, fachliche Sozialarbeit und wirtschaftliche Sozialhilfe werden meist relativ unabhängig voneinander geleistet.

Sowohl die Komplexität des Vorgehens bei der Hilfeplanung als auch die weiteren Schritte in der Ablauforganisation von Case Management verlangen ein geregeltes und transparentes Dokumentations- und Informationsverfahren für alle Beteiligten. Damit diese ihren Aufgaben verbindlich nachkommen, sind schriftliche Vereinbarungen zwischen Klient, Case Manager und professionellen oder privaten Dritten hilfreich.

Schließlich initiiert der Case Manager die vereinbarten Maßnahmen, schafft Verbindungen zwischen Hilfesuchenden und informellen und formellen Hilferessourcen. Je nach Aufgabenprofil der Einrichtung bzw. der Stelle wird der Case Manager einen Teil der zu erbringenden Hilfe selbst übernehmen.

### *5. und 6. Schritt: Monitoring und Re-Assessment*

Wie schon festgestellt, ist der Case Manager meist nicht selbst oder nur zum Teil mit einer Leistungserbringung beschäftigt, doch ist es seine Aufgabe, die vereinbarte Versorgung zu überwachen. Erhält der Klient alle vereinbarten Hilfen, in der besprochenen Art und in angemessenem Umfang? Er hat aber auch zu beobachten, wie der Klient Vereinbarungen einhält.

Damit der Case Manager diese Funktion wahrnehmen und ein systematischer Informationsaustausch über den aktuellen Stand des Betreuungsprozesses stattfinden kann, müssen die einzelnen Hilfen gut dokumentiert werden. Hier besteht möglicherweise ein Problem darin, dass der Case Manager von den anderen Leistungsanbietern als Einmischung wahrgenommen wird. Tatsächlich wird er im Interesse des Klienten die Durchführung kontrollieren, ggf. umsteuern und notfalls die Interessen des Klienten wahren, für ihn fürsprechen (advocacy). Case Managern kommt hierbei generell die Aufgabe zu, ihren Klienten „anwaltlich“ zu vertreten, für ihn zu sprechen, Interventionen zu seinen Gunsten zu veranlassen etc. Das Monitoring sichert im Case Management sowohl die Einhaltung der Vereinbarungen durch den Klienten als auch eine Unterstützung des Klienten, wenn Einrichtungen oder Dienste ihren übernommenen Verpflichtungen nicht nachkommen. Schließlich kann die Richtigkeit der Vermittlungsentscheidung des Case Managers bewertet werden.

Dieser Arbeitsschritt berührt am deutlichsten und empfindlichsten das Verhältnis von Case Management zu anderen Diensten. Vielfältige Problemlagen (Konkurrenz um öffentliche Mittel, Angst vor dem Verlust organisatorischer Selbständigkeit, ideologische und Statuskonflikte, Rivalität zwischen Berufsgruppen etc.) können zu einer Beeinträchtigung der gemeinsamen Betreuung von Klienten führen. Zur Stützung der Zusammenarbeit wären verbindliche Kooperationsverträge sinnvoll, die derzeit jedoch eine Ausnahme sind (vgl. OLIVA u.a. 2001).

Im Verlauf des Unterstützungsprozesses muss die Situation des Klienten regelmäßig neu bewertet werden, um z.B. bei geänderten Rahmenbedingungen eine Anpassung von Zielen bzw. eine Veränderung von Hilfeplanung und weiterem Vorgehen vornehmen zu können. Diesem Re-Assessment kommt eine wesentliche qualitätssichernde Bedeutung zu, da hiermit (Zwischen-)Ergebnisse überprüft werden und ggf. Ziele und weiteres Vorgehen angepasst werden können.

### 7. Schritt: Ergebnisbewertung und Beendigung der Zusammenarbeit

Schließlich wird am Ende eine ausführliche Ergebnisevaluation durchgeführt, die auf Hilfeplan und Aktenführung sowie eine Erhebung von Nutzerzufriedenheit zurückgreift, Zielerreichung sowie Maßnahmen- und Mitteleinsatz, ggf. auch Ursachen von Misserfolgen, beurteilt.

Die Beendigung des Hilfeprozesses wird in der Regel gemeinsam von Case Manager und Klient beschlossen und bzgl. Zeitpunkt, Art und Weise des Abschlusses begründet. Es ist wichtig, den Prozess regelhaft abzuschließen, ggf. Anschlussbetreuungen zu organisieren etc. Denn auch wenn Case Management betont sachlich vorgeht, entsteht eine Beziehung zwischen Klient und Case Manager, die nicht einfach aufhört, sondern angemessen beendet werden sollte. Ggf. wird aus dem geplanten Abschluss allerdings ein (erneutes) Re-Assessment oder führt zur Vereinbarung einer anderen Form von (z.B. weniger intensiver) Nachsorgebetreuung.

### 2.3 Organisatorische und personelle Anforderungen an Case Management

Entsprechend der verschiedenen Ansätze sind auch die Aussagen zu strukturellen Rahmenbedingungen unterschiedlich. Sie reichen von Case Management als eigenständigem Dienst mit hoher Autonomie und eigenem Budget bis hin zu Case Management als speziellem Angebot/Bereich in einer (multifunktionalen) Einrichtung.

In den USA gibt es zwar viele freiberuflich tätige Case Manager, aber sowohl dort als auch in Großbritannien sind die Mitarbeiter selten einzeln tätig, sondern arbeiten in einem Case Management-Team bzw. in losen Zusammenschlüssen. Die Teamorganisation, im günstigen Fall mit einer interdisziplinären Zusammensetzung, wird in der Fachdiskussion am besten beurteilt: Untersuchungen deuten darauf hin, dass Teams für Krisen besser gerüstet sind, mehr Informationen über Ressourcen in der Region haben, sich vertreten und unterstützen können etc. Auch werden Teams von anderen Einrichtungen als qualifizierter und zuverlässiger beurteilt (vgl. z.B. WEIL 1995, RAIFF, SHORE 1997).

In Deutschland wird - im Unterschied zur oben beschriebenen Situation - derzeit kontrovers diskutiert, ob Case Management nur als ein möglicher Arbeitsansatz verstanden wird, der von bestehenden beratenden bzw. therapeutischen Teams als angemessene Methode für bestimmte Fälle anzuwenden ist (vgl. z.B. NEUFFER 1993), oder ob Case Management ein eigenständiges Berufsbild darstellt, das in selbständigen Organisationseinheiten auszubauen wäre.

Z.T. unabhängig davon sind verschiedene Modelle realisierbar:

- Generalisten-Modell (auf Koordination konzentrierte Aufgabe mit wenig beraterischen Anteilen, z.B. von Ämtern aus denkbar)
- Modell des primären Therapeuten (ein Mitarbeiter einer Beratungsstelle übernimmt über eine Therapie, Beratung, Betreuung eines Klienten hinaus auch die fallbezogene Erschließung, Organisation weiterer Hilfen sowie die Gesamtkoordination)
- Modell des interdisziplinären Teams (ein spezialisiertes Team betreut einen Klienten gemeinsam und verschiedene Mitarbeiter übernehmen Aufgaben und Verantwortung in ihrem spezifischen Feld, gemeinsame Koordination).

Hinsichtlich der beruflichen Qualifikationen sind derzeit nur begrenzt Aussagen möglich, da Case Management inzwischen den Rahmen von Sozialarbeit weit überschritten hat. Gleichwohl überwiegen Ausbildungen zum Sozialarbeiter, Diplompädagogen, Psychologen, Soziologen, Krankenpfleger. Generell ist zu beobachten, dass je anspruchsvoller die Programme sind, umso höhere Eingangsvoraussetzungen bzgl. der grundständigen Ausbildung, z.B. akademische Abschlüsse, gefordert werden.

In der Fachdiskussion wird des weiteren einer langjährigen Berufserfahrung im künftigen Einsatzfeld eine hohe Bedeutung zugemessen. Bei der Auswahl von Mitarbeitern gilt dies z.T. sogar als vorrangig gegenüber formalen Abschlüssen. Des weiteren sind zwischenmenschliche Kompetenzen wichtig (Kommunikationsfähigkeit, Empathie, Verlässlichkeit etc.), gute Kenntnisse des Versorgungssystems und Sozialrechts, Vertrautheit mit fachlichen Vorgehensweisen und Behandlungsmethoden sowie die Fähigkeit, eigenständig zu arbeiten.

## 2.4 Case Management im Kooperationsmodell nachgehende Sozialarbeit

Im Kooperationsmodell nachgehende Sozialarbeit wurde ein neuer personenzentrierter ambulanter Hilfeansatz erprobt: Case Management/nachgehende Sozialarbeit für die Zielgruppe des Modells: chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängige von legalen (Alkohol, Medikamente) und illegalen Suchtmitteln bzw. polytoxikoman Abhängige.

Im Rahmen dieses Modells wird erstmals in der Suchtkrankenhilfe der Arbeitsansatz Case Management - mit der besonderen Akzentsetzung auf nachgehender Arbeit - erprobt.

Die Modellkonzeption ließ offen, ob die Arbeit schwerpunktmäßig auf chronisch von Alkohol oder von illegalen Drogen Abhängige ausgerichtet wurde. Realisiert wurden schließlich verschiedene Varianten: Je ein knappes Drittel der Projekte konzentrierte seine Arbeit auf chronisch Abhängige im legalen Bereich (darunter die neun Projekte in den neuen Bundesländern) bzw. im illegalen Bereich (ausschließlich in den alten Bundesländern), ein gutes Drittel arbeitete suchtmittelübergreifend. Sowohl in den alten wie in den neuen Bundesländern arbeitete je ein Projekt frauenspezifisch (Frankfurt/Main und Erfurt).

Die Aufgaben der modellgeförderten Case Manager waren über die Verfahrensweise hinaus inhaltlich genauer gefasst worden: Sie sollten die Erreichbarkeit der Zielgruppe erhöhen, den Kontakt zu den Klienten über längere Zeit halten und ihre Veränderungsbereitschaft zum Ausstieg aus der Sucht fördern. Erreichte Veränderungen sollten gefestigt und durch weitere Hilfen unterstützt werden, damit die Klienten auf Dauer ein von Suchtmitteln und - schrittweise - auch von professioneller Hilfe unabhängiges Leben führen konnten (vgl. BMG 1995).

Die Aufgaben der Case Manager wurden im Frühjahr 1996 vom wissenschaftlichen Beirat (vgl. Kapitel 1) präzisiert. Demnach sollte Case Management im Kooperationsmodell ein personen- und situationsbezogenes Netzwerk der Unterstützung entwickeln, an dem der Klient, seine Umgebung und die sozialen Dienste beteiligt waren. Zu den Zielen gehörten dabei gleichermaßen die Verbesserung des Unterstützungsnetzwerks und die Stärkung der persönlichen Befähigung des Klienten, sich Hilfen zu erschließen und Ressourcen zu nutzen.

Die Aufgaben der Case Manager umfassten im Einzelnen:

- ❑ Erschließung des Arbeitsfelds, Vorstellung und Implementation von Stelle und Funktion im lokalen/regionalen Versorgungssystem (zu Beginn)
- ❑ aufsuchende und nachgehende Arbeit (z.B. in offenen Szenen/Treffs, in Justizvollzugsanstalten, bei niedrigschwelligen Einrichtungen, in Krankenhäusern und Arztpraxen, durch Hausbesuche), um Kontakte zur Klientel herzustellen und zu festigen sowie potentiell tragfähige und ggf. längerfristige Beziehungen aufzubauen
- ❑ Motivierung der Klientel zur Annahme von Hilfen, Fördern von Veränderungsbereitschaft (z.B. mit Hilfe des Motivational Interviewing), Information über Hilfemöglichkeiten
- ❑ Hilfeplanung mit dem Klienten: Erstellen eines umfassenden Situationsbildes zum Klienten unter Hinzuziehung vorhandener Daten und Informationen anderer Einrichtungen, individuelle Ziele definieren und eine Zielhierarchie unter Beachtung vorhandener Ressourcen festlegen, Bestimmung der benötigten Hilfen und mitwirkenden Einrichtungen/Dienste
- ❑ Vermittlung und Weiterleitung von Klienten an die angezeigten und adäquaten Hilfen, Unterstützung bei der Inanspruchnahme von Hilfen (Begleitung) mit dem Ziel, den Klienten zu einer selbständig(er)en Lebensführung zu befähigen
- ❑ in Abhängigkeit vom Aufgabenspektrum der Grundeinrichtung und den individuellen Bedarfen der Klientel Erbringung eigener Hilfen bzw. Unterstützungsleistungen, z.B.:
  - Beratung
  - Bewältigung von elementaren Alltagsproblemen wie Schulden, Unterhalt, Erwerbslosigkeit, Wohnung, Kinderbetreuung etc.
  - Tagesstrukturierung/Freizeitgestaltung
  - Wiedereingliederung ins Erwerbsleben durch geeignete Maßnahmen, Begleitung/Vermittlung zu entsprechenden Hilfeangeboten/Dienstleistungen, Beratung von Arbeitgebern
  - Krisenintervention
  - Rückfallprophylaxe, ggf. Rückfallbearbeitung
  - Nachsorge/Weiterbetreuung nach Entgiftung, Entwöhnung und Einleitung von Anschlussmaßnahmen
  - Aktivieren bzw. Stärken der Unterstützung(spotentiale) von Angehörigen/Bezugspersonen durch Kontakt zu und Beratung von Angehörigen
- ❑ laufende Falldokumentation, Kontrolle/Überprüfung von Zielerreichung und Effektivität von Hilfeleistungen
- ❑ klientenbezogene Kooperation mit Fachkräften aus Diensten und Einrichtungen der drei Versorgungssektoren, z.B. durch:
  - Informationstransfer
  - Abstimmung der Hilfeerbringung
  - Initiieren, Durchführen und Leiten von einrichtungsübergreifenden Fallkonferenzen

- ❑ Mitarbeit in entsprechenden lokalen/regionalen Gremien, Arbeitskreisen u.ä.
- ❑ in der Tandemregion: Kommunikation und Kooperation mit dem Koordinator, insbesondere bzgl. Informationen zu Versorgungsangeboten, Schnittstellen, Vernetzung und ggf. entsprechenden Defiziten. Berichte über Umfang und Charakteristik der Zielgruppe und ihren Hilfebedarf. Anregungen für die Weiterentwicklung des Hilfesystems und zu Fortbildungsbedarfen von Mitarbeitern aus dem Versorgungssystem etc.

Zusammengefasst: Die Mitarbeiter sollten chronisch mehrfachbeeinträchtigt Suchtkranke auffinden, Kontakt aufbauen, Veränderungsbereitschaft initiieren und nach einer ausführlichen Informationssammlung gemeinsam mit den Klienten individuelle Ziele festlegen und eine umfassende Hilfeplanung durchführen. Hierbei sollten vorhandene Ressourcen einbezogen und zusätzlich notwendige Hilfen herangezogen werden. Case Management konnte die direkte Erbringung von Hilfeleistungen umfassen, der Fokus sollte jedoch darauf liegen, den Klienten durch den „Dschungel“ der Hilfeangebote zu helfen, ihnen angezeigte Hilfen zu vermitteln und sie bei der Inanspruchnahme zu unterstützen. Die verschiedenen Hilfen sollten (fortlaufend) abgestimmt und koordiniert werden. Im Rahmen ausführlicher Falldokumentationen sollten schließlich die Entwicklung des Klienten nachvollziehbar dargestellt sowie Zielerreichung und Effektivität der Hilfeleistung überprüft werden.

Die Zielgruppe des Modells war u.a. dadurch charakterisiert, dass sie für suchtspezifische Hilfe nur schwer zu erreichen ist und sich oft nicht (mehr) selbständig um Hilfen bemüht. Chronische Abhängigkeit wird häufig davon begleitet, dass die Betroffenen scheu und misstrauisch sind. Sie haben im Laufe ihrer langjährigen Abhängigkeitskarriere meist vielfältige Hilfen kennen gelernt, sind jedoch nicht (mehr) in der Lage, die Kontakte zu den Einrichtungen bzw. Mitarbeitern selbständig zu halten, häufige Betreuungs- und Beziehungsabbrüche sind Realität. Aufgrund dessen sollten die Modellmitarbeiter aktiv die Verantwortung für Kontakt und Kontakthalten übernehmen, die Klienten dort (auf)suchen, wo sie sich aufhalten (Szene/Treffpunkte, Obdachloseneinrichtungen, ihren Wohnungen, aber auch: Langzeitheime, Kliniken usw.) und ihnen - immer wieder - eigeninitiativ nachgehen. Aus den vielfältigen Hilfebedarfen dieser Klientel ergab sich zwangsläufig ein sektorenübergreifender Arbeitsansatz, der neben aufsuchender Arbeit in anderen Einrichtungen/Institutionen auch das Entwickeln gezielter Kooperations- und Koordinationsformen mit diesen erforderte.

Mit Blick auf die o.g. Bedarfe der Zielgruppe und die diesbezüglich bisher unzureichende Gestaltung von ambulanter Suchtarbeit sollte deshalb Case Management mit besonderem Akzent auf der nachgehenden Sozialarbeit erprobt werden.

### 3 VORGEHEN DER WISSENSCHAFTLICHEN BEGLEITUNG, METHODIK

Die Case Manager hatten die Aufgabe, durch nachgehende Arbeit und Case Management den Zugang zu und die Versorgung von chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigen zu verbessern. Durch die Wahrnehmung koordinierend-steuernder Funktionen kamen sie mit einer Vielzahl unterschiedlicher Träger und Einrichtungen in Kontakt. Hinzu kamen unterschiedliche Kosten- und Leistungsträger sowie kommunale Ämter (Gesundheits-, Sozial-, Jugend- und Wohnungsamt), die für verschiedene Leistungsbereiche zuständig sind. Die Case Manager bewegten sich folglich, neben der Arbeit mit einer schwierigen, häufig ausgegrenzten Klientengruppe, in einem mehrdimensionalen, komplexen Interventionsfeld.

Außerdem wurde im Modellprogramm eine Arbeitsweise erprobt und entwickelt, die beispiellos war: Zwar ist Case Management in den USA und einigen europäischen Ländern weit verbreitet, doch bestehen dort andere Rahmenbedingungen (vgl. Abschnitt 2.1). In Deutschland hingegen war der Ansatz zu Modellbeginn noch wenig bekannt und im Suchtbereich bisher kaum eingesetzt worden. Zudem sah das Modellkonzept eine Kombination des eher organisierenden Ansatzes „Case Management“ mit deutlich beziehungsorientierterem nachgehenden Arbeiten vor, was den Modellmitarbeitern anfangs schwer vereinbar erschien. Dabei blieben die Vorgaben des Modellkonzepts jedoch relativ offen und ermöglichten innerhalb der gegebenen Rahmenbedingungen eine spezifische Entwicklung des Ansatzes für die Zielgruppe.

#### 3.1 Beratung als Teil der Evaluation

Vor diesem Hintergrund hat FOGS einen Evaluationsansatz gewählt, der neben dem methodisch kontrollierten Sammeln, Auswerten und Bewerten von Informationen und Daten auch die Beratung der Projektträger und -mitarbeiter bei der Umsetzung der Modellziele vorsah. Die Begleitforschung war also von Anfang an i.S. einer „projektformenden Einflussnahme“ (vgl. FRANK, SEIFERT 1998, S. 172) an Konkretisierung und Realisierung der Modellziele beteiligt. Dabei wurden u.a. folgende Aktivitäten umgesetzt:

- Die Modellträger wurden bereits in der Vorphase bei der Konzeptionierung der Modellprojekte durch FOGS beraten (vgl. OLIVA u.a. 1998)
- Mit Hilfe des wissenschaftlichen Beirats des Modellprogramms wurde ein Aufgabenprofil für die Case Manager entwickelt (vgl. Abschnitt 1.4)
- Es wurde ein integriertes Dokumentations- und Hilfeplaninstrument erstellt und im Modellverlauf mehrfach angepasst, das das Vorgehen der Case Manager unterstützte und strukturierte
- Regelmäßig fanden Besuche und Beratung der Projekte vor Ort statt
- Im Rahmen von regelmäßig durchgeführten Arbeitstagen (zwei- bis dreimal jährlich) wurden qualifizierende Maßnahmen zu zentralen Aspekten modellgeförderten Case Managements (z.B. zu Themen wie Erfahrungen mit Case Management in anderen Handlungsfeldern bzw. Ländern, Hilfeplanung in der Jugendhilfe, Komorbidität) durchgeführt
- Die wissenschaftliche Begleitung war gefordert, einen Beitrag zur Konzeptionierung von Case Management für chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängige zu leisten. Als Quellen dienten hierbei u.a. (theoretische) Beiträge aus Sozial(ar-

beits)forschung und -praxis (vgl. u.a. WENDT 1995 und 1997, EWERS 1996, BRINDIS/THEIDON 1997, RAIFF/SHORE 1997), Erfahrungen von FOGS bei der Evaluation von Hilfen für CMA (vgl. z.B. ENGLER/SCHLANSTEDT 1998) sowie die Diskussion praktischer Erfahrungen zwischen Modellmitarbeitern und wissenschaftlicher Begleitung.

### 3.2 Anlage der Evaluation

Die Anforderungen an die Dokumentation im Kooperationsmodell - Bestandteil Case Management/nachgehende Sozialarbeit ergeben sich im Wesentlichen aus (1) den Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitung und (2) den Spezifika des modellgeförderten Arbeitsansatzes. Es waren demnach mehrere Evaluationsinteressen zu verfolgen:

1. Dokumentation von Rahmenbedingungen, Klientel und Handlungsspektrum der Modellprojekte für die Zwecke der wissenschaftlichen Begleitung. Dabei sollte - soweit möglich - eine Vergleichbarkeit der Daten mit Ergebnissen anderer Dokumentationssysteme (EBIS) gegeben sein. Außerdem sollte die Datenerhebung zur näheren Bestimmung von „chronisch mehrfachbeeinträchtigt abhängig“ beitragen. Schließlich sollte die Erprobung vor Ort aus der Sicht von anderen Versorgungs-beteiligten i.S. einer externen Evaluation beurteilt werden. Bereiche und Fragestellungen für die Dokumentation waren:
  - Zur Klientel:  
Erreichen die Modellmitarbeiter die Zielgruppe des Modellkonzepts? Welche Merkmale weisen die Klienten hinsichtlich soziodemographischer und suchtspezifischer Daten auf? Wie kommen die Klienten und die Case Manager in Kontakt? Wer vermittelt Klienten an die Case Manager? Welche (suchtspezifischen) Hilfeerfahrungen haben die Klienten? In welchen weiteren Betreuungsbeziehungen befinden sie sich und welche Ressourcen sind vorhanden? Welche Hilfebedarfe kennzeichnen die Klientel? Welche Entwicklungen der Situation der Klientel sind im Betreuungsverlauf zu beobachten? etc.
  - Zum Handlungs- und Leistungsspektrum der Case Manager:  
Wie und wo erreichen die Modellmitarbeiter ihre Klienten? Welche Leistungen erbringen die Case Manager in welchem Umfang? Wie aufwendig ist Case Management für die Zielgruppe des Modellprogramms insgesamt? Wie viel Beratung/Betreuung müssen die Case Manager selbst erbringen und hinsichtlich welcher Fragen/Probleme? Gelingen Organisation und Vermittlung von Hilfen, wie viel Zeit kosten Kooperation und Koordination? Wer sind die Kooperationspartner? Wie werden fallbezogene Abstimmungsprozesse organisiert? Inwieweit werden Ressourcen der Klienten berücksichtigt, können z.B. Angehörige in die Betreuung einbezogen werden? Lassen sich klienten(gruppen)spezifische Handlungsspektren feststellen? In welchen Gremien arbeiten die Case Manager in welchem Umfang mit? etc.
  - Zur Definition der Zielgruppe:  
Welche Merkmale kennzeichnen die erreichte Zielgruppe hinsichtlich suchtspezifischer, soziodemographischer und -ökonomischer Situation sowie gesundheitlicher Verfassung? Lassen sich Indikatoren ermitteln, mit Hilfe derer die Gruppe der chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigen genauer bestimmt werden kann? Welche Kriterien werden dabei von den Modellmitarbeitern besonders akzentuiert? Welche Hilfebedarfe sind kennzeichnend für die Zielgruppe? Sollten Teilgruppen bzw. Schweregrade von Mehrfachbeeinträchtigungen differenziert werden? etc.

2. Implementation eines integrierten Hilfeplanverfahrens, das die Hilfeebringung im Sinne von Case Management strukturiert und unterstützt. Das Instrument sollte grundsätzlich prozessbegleitend sein und auch unabhängig von der Modellerprobung eine sinnvolle Unterstützung bei der Betreuung von Suchtkranken mit komplexen Problemlagen darstellen und Prozesstransparenz sicherstellen. Damit berührte die Instrumentenentwicklung Fragen von Qualitätssicherung in der Suchtkrankenhilfe und wollte zur Entwicklung von Standards - hier Case Management-Standards - beitragen<sup>4</sup>. Dem Hilfeplaninstrument kamen also dokumentierende *und* planende Funktionen zu.

### 3.3 Ablauf und Zusammenhang der Erhebungen

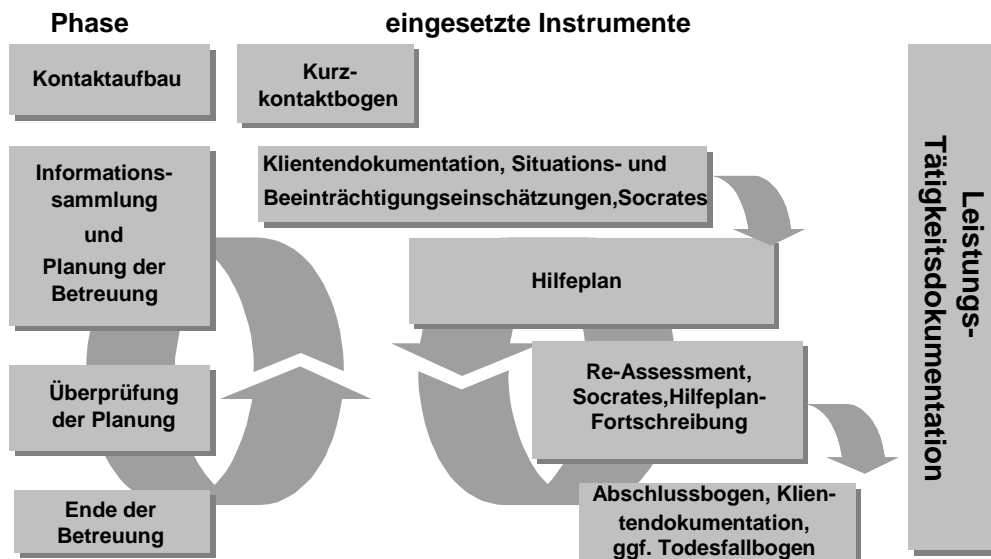
Im Verlauf des Modellprogramms wurden verschiedene Erhebungsinstrumente entwickelt. Um nach dem Start der Modellprojekte grundlegende Daten zu den Rahmenbedingungen modellgeförderten Case Managements/nachgehender Sozialarbeit (Strukturqualität) zu erheben, wurde eine Einrichtungsdokumentation entwickelt und während der ersten Besuche bei den Modellträgern und -mitarbeitern eingesetzt.

Kernelement der Evaluation des modellgeförderten Ansatzes war das fortlaufend eingesetzte integrierte Dokumentations- und Hilfeplanungsinstrumentarium, das allen o.g. Funktionen und Aufgaben nachkam und im Modellverlauf mehrfach den Anforderungen der Erprobung angepasst wurde. Die Abb. 4 gibt eine Übersicht zu Einsatz und Ineinandergreifen der Bestandteile des integrierten Dokumentations- und Hilfeplanungsinstrumentariums:

---

<sup>4</sup> Tatsächlich werden in vielen Modellregionen Teile oder das gesamte integrierte Dokumentations- und Planungsinstrumentarium weiter eingesetzt.

Abb. 4: Übersicht zu Phasen des Hilfeprozesses und der klientenbezogenen Erhebungen



Wie die Abbildung zeigt, umfasste das Instrumentarium zur Erfassung der Klientendaten mehrere Teil-Instrumente, die im Folgenden kurz charakterisiert werden sollen.

Mit dem Kurzkontaktbogen wurden alle vom Case Manager im Rahmen einmaliger oder weniger Kontakte erreichten Klienten erfasst. Von diesen wurden nur ausgewählte Daten erhoben wie z.B. Datum des Kontakts, Name, aktuelle Probleme, Zugangsweg, weitere Betreuungskontakte, Art der Beendigung (meist Verweis bzw. Vermittlung zu einer anderen Einrichtung) sowie Gesamtaufwand.

Hatten mehr als drei Kontakte zum Klienten stattgefunden, sollten die Case Manager mit der Dokumentation des Betreuungsprozesses beginnen. Im Rahmen des dann ablaufenden Assessments wurden ausführliche Daten erhoben und in der Klientendokumentation erfasst. Sie stützte sich auf den EBIS-A Bogen, der um spezifische Aspekte ergänzt wurde, z.B.

- ❑ eine genauere Erfassung von Suchtproblematik (Konsummuster, Trinkexzesse)
- ❑ körperliche Erkrankungen und psychische Störungen
- ❑ Missbrauchserfahrungen
- ❑ Inanspruchnahmeverhalten und -erfahrungen
- ❑ die längerfristig prägenden Lebenssituationen in den Bereichen:
  - Partnerbeziehung
  - Arbeit/Einkommen
  - suchtbezogene Kontakte
  - Wohnen.

Im Zuge der Modellimplementation wurde deutlich, dass die Veränderungsmotivation der Klienten eine wichtige Einflussgröße für die Betreuung darstellt, den Mitarbeitern aber geeignete Instrumente zur Messung fehlen. Daher hat die wissenschaftliche Begleitung den Case Managern ein bisher vor allem im angelsächsischen Sprachraum genutztes Instrument übersetzt und in zwei Fassungen (für den Alkohol- und Drogenkonsumenten) zur Verfügung gestellt (*SOCRATES*, Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, MILLER & TONIGAN 1996). In erster Linie sollte der Einsatz des Fragebogens die Arbeit mit den Klienten unterstützen und war deshalb fakultativ.

Das Assessment wurde durch standardisierte qualitative Bewertungen der Probleme bzw. der Beeinträchtigungen der Klienten in verschiedenen Lebensbereichen mittels *standardisierter Situations- und Beeinträchtigungseinschätzung* vorläufig abgeschlossen. Diese Einschätzungen bezogen sich auf fünf in sich nochmals untergliederte Bereiche:

- Sucht/Konsum
- Gesundheit
- Beziehungen
- materielle Situation
- Wohnen
- Arbeit/Ausbildung
- Inanspruchnahme von Hilfen
- Umgang mit der strafrechtlichen Belastung.

Die Einschätzungen wurden auf einer zehnstufigen, an den EuropASI angelehnten Skala vorgenommen und im Rahmen der Re-Assessments regelmäßig, etwa alle drei Monate wiederholt. Damit konnte ein genaues Profil der Entwicklung einzelner Klienten im Betreuungsverlauf gezeichnet werden. Diese Situations- und Beeinträchtigungseinschätzungen stellten darüber hinaus die Verzahnung zwischen dem Assessment und der darauf folgenden Hilfeplanung dar, bildeten zusammen mit den Basisinformationen der Klientendokumentation die Plattform für die Definition von Zielen und darauf ausgerichtete Maßnahmen.

Da Hilfeplanung den Case Management-Prozess strukturieren und den Rahmen für das Zusammenwirken verschiedener Instanzen bieten sollte, wurde die ausführliche Anamnese/Diagnose im *Bogen für die Hilfeplanung* um spezifische Aspekte ergänzt. Erfasst wurden z.B. die Beteiligung von Klient, Bezugspersonen sowie anderen Helfern und Instanzen. Hinzu kam eine umfassende Einschätzung der Situation des Klienten, seiner Hilfebedarfe und Ressourcen, Rahmen- und Teilziele für die gemeinsame Arbeit, Vereinbarungen zu Vorgehensweisen/Maßnahmen sowie zu Zuständigkeiten für die einzelnen Maßnahmen und zur Koordination der Hilfeerbringung.

Da eine erfolgversprechende Betreuung nur unter Beteiligung der Klienten erwartet werden kann, wurde auch in der Hilfeplanung vor allem die Sicht der Klienten dokumentiert und explizit zu allen Punkten erhoben.

Die im Verlauf (spätestens nach acht Kontakten bzw. zwei Monaten Betreuung) der ersten Planung des Betreuungsprozesses angelegte Hilfeplanung sollte im Rahmen der weiteren Betreuung regelmäßig überprüft (Monitoring) und aktualisiert werden. Dazu wurde festgelegt, dass die Hilfeplan-Fortschreibung in der Regel alle drei Monate statt-

finden sollte. Das Re-Assessment folgte dann nach einer Beurteilung des bisher Erreichten im Wesentlichen den o.g. Schritten von Assessment und Hilfeplanung.

Bei Beendigung der Betreuung schätzten die Case Manager den gesamten Prozess unter Qualitätssicherungsaspekten ein: Effektivität und Effizienz der Vorgehensweise, Passgenauigkeit der Maßnahmen etc. Welche Maßnahmen griffen und welche nicht? Stand der Aufwand im Verhältnis zum Erfolg? etc. Diese Abschlussbewertung wurde durch den Abschlussbogen - und ggf. den Todesfallbogen - unterstützt und darin dokumentiert.

Über die Dokumentation von Klientendaten hinaus war das Leistungsprofil der Modellmitarbeiter zu erfassen, um zum einen ein genaueres Bild von Case Management/aufsuchender Sozialarbeit für chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängige zu erhalten und zum anderen, um Zusammenhänge von Leistungen und Auswirkungen/Veränderungen bei den Klienten systematisch zu erfassen. Die wissenschaftliche Begleitung setzte mit Blick auf die Arbeit der Case Manager zwei verschiedene Instrumente ein: In der klientenbezogenen Leistungsdokumentation notierten die Case Manager minutengenau und fortlaufend drei Jahre lang alle Leistungen, die sie mit und für ihre Klienten erbrachten. Diente die Hilfeplanung der konkreten Fassung von Zielen und Planung von Maßnahmen, wurde in der Leistungsdokumentation festgehalten,

- „wann“ (Datum)
- „was“ (35 Leistungen nach Art und Inhalt)
- „mit wem“ (Erfassung aller Beteiligten)
- „wie“ (persönlich, telefonisch, schriftlich)
- „wo“ (Ort der Leistungserbringung) und in
- „welcher Zeit“ (Umfang in Minuten; zusätzlich Fahrzeit) geleistet wurde.

Um auch die nicht klientenbezogenen übergreifenden Tätigkeiten zu erfassen und ein umfassendes Bild des gesamten Handlungsspektrums der Case Manager zu erhalten, wurde ein die o.g. klientenbezogene Leistungsdokumentation ergänzendes Instrument entwickelt, das im Modellverlauf zu zwei Stichzeitpunkten für je vier Wochen eingesetzt wurde: In der übergreifenden Tätigkeitsdokumentation wurden vor allem übergreifende Aktivitäten wie z.B. Organisation, Arbeitsplanung, Verwaltung (z.B. Teamsitzungen, Dienstbesprechungen, Supervision), Kooperation (z.B. mit dem Koordinator, übergreifend mit einzelnen anderen Diensten und Einrichtungen), Öffentlichkeitsarbeit und Aufgaben im Rahmen der Finanzierung der Einrichtung, Teilnahme an Fort- und Weiterbildung, Tagungen u.ä. erfasst.

Zum Abschluss des Modellprogramms wurden zur abschließenden Einschätzung struktureller und umsetzungsbezogener Fragen teilstandardisierte Abschlussbogen für Case Manager und Projektträger eingesetzt. Sie fokussierten auf eine retrospektive Beurteilung der je konkreten Modellerprobung in Bezug auf die Erwartungen (Zielerreichung) sowie - und dies auch perspektivisch - auf die Anforderungen und Standards für eine regelhafte Implementation. Die Fragen reichten von den Rahmenbedingungen für Case Management/nachgehende Arbeit (Organisationsform, Sachausstattung etc.) über Personalschlüssel, Personalqualifikation und besondere Anforderungen an Fähigkeiten und Kenntnisse, die Beurteilung der Umsetzung allgemeiner (z.B. Erreichen von CMA, nachgehendes Arbeiten, Entwicklung fallbezogener Koordination und Kommunikation) und klientenbezogener Modellziele (Ressourcenaktivierung, Aufbau von Veränderungsmotivation, anwaltliche Unterstützung) bis hin zu Auswirkungen auf die jeweiligen Regionen (z.B. hinsichtlich der Versorgung von CMA, der fallbezogenen Kooperation).

Darüber hinaus wurde in allen Modellregionen - i.S. einer externen Evaluation - eine *Befragung der regionalen Versorgungsbeteiligten* durchgeführt. Im Herbst 2000 - kurz vor dem Ende des Modellprogramms - wurden in allen Modellregionen an der Versorgung von Suchtkranken beteiligte Stellen und Institutionen zu Wahrnehmung, Reichweite und Bewertung des modellgeförderten Case Managements befragt. Dabei griff die Befragung der Versorgungsbeteiligten Qualitätssicherungsaspekte auf, insbesondere durch die externe Einschätzung zu Prozess und Ergebnis modellgeförderten Case Managements/nachgehender Sozialarbeit.

Hinsichtlich der Prozess- und Ergebnisqualität gilt die direkte Befragung der Nutzer von Angeboten jedoch als das wichtigste Evaluationsinstrument. Weil überdies die Klientenorientierung ein zentrales Merkmal des erprobten Arbeitsansatzes ist, wurden die Klienten der Case Manager im Modellverlauf zweimal - anonym - hinsichtlich ihrer Eindrücke und Bewertungen befragt: Zum einen mit der *Befragung der Klienten während der Betreuung* (u.a. Vergleich von Case Management mit anderen ambulanten Angeboten, Bedeutung einzelner Vorgehensweisen, Zufriedenheit insgesamt und weitere Unterstützungsbedarfe) und zum anderen mit der *Befragung der Klienten nach Abschluss der Betreuung* (u.a. zu erreichten Veränderungen in den Bereichen Konsumverhalten, Gesundheit, Beziehungen, Wohnsituation, Bedeutung einzelner Vorgehensweisen, Zufriedenheit insgesamt).

Fast alle Instrumentarien wurden gemeinsam mit Modellbeteiligten entwickelt bzw. in Arbeitsgruppen mit Case Managern abgestimmt. Neben Fragen zum Erkenntnisinteresse wurde bei den Treffen der Arbeitsgruppen mit der wissenschaftlichen Begleitung auch die Praktikabilität der Instrumente diskutiert.

Zur Beantwortung der komplexen Fragestellungen (vgl. Kapitel 1), z.B. der Identifizierung von Hilfeempfängergruppen, von Zusammenhängen zwischen Klientenmerkmalen und Art der geleisteten Hilfen (Leistungsprofile) oder zwischen Merkmalen von Klienten und Hilfeumfang (Personalbedarf) wurden im Rahmen der Auswertungen alle klientenbezogenen Daten pro Klient miteinander verknüpft (Klientenmerkmale aus der Klientendokumentation, Hilfeplaninformationen, erbrachte Leistungen). Durch die Kombination der jährlich durchgeführten vierwöchigen Dokumentation übergreifender Leistungen mit den in diesen Zeiträumen dokumentierten klientenbezogenen Leistungen konnten die insgesamt erbrachten Leistungen und Aktivitäten (Gesamtleistungsspektrum) pro Case Manager gewonnen werden.

Die folgende Übersicht zeigt die Elemente Beratung der Projektmitarbeiter und Träger sowie der eingesetzten Dokumentations- und Evaluationsinstrumente im zeitlichen Überblick (vgl. Abb. 5):

Abb. 5: Beratung, Evaluation und Dokumentation im Modellprogramm

Klientenebene	1996	1997	1998	1999	2000
Kurzkontaktbogen	Pretest				
Klientendokumentation	Pretest	Dokumentation aller längerfristig betreuten Klienten			
Hilfeplanung und Fortschreibung	Pretest	Dokumentation ausgewählter längerf. betr. Klienten			
Dokumentation übergreifender Leistungen (vier Wochen)	Pretest				
direkte Klientenbefragung					
<b>Einrichtungsebene</b>					
Einrichtungsdokumentation regelmäßige Besuche	Ersbesuche		fortlaufende Projektbesuche		Abschlussbes.
Tagungen Case Manager-Tagungen					
zentrale Tagungen (mit den Koordinatoren)					
Trägertagungen					
Abschlussbefragung der Träger					
Abschlussbefragung der Case Manager					
Abschlussbefragung der Kollegen					
<b>Versorgungssystemebene</b>					
Befragung der Versorgungsbeteiligten					

## 4 CASE MANAGEMENT - DIE ERGEBNISSE

Im Kooperationsmodell wurden bundesweit insgesamt 31 Stellen vom BMG und bis Ende 1999 zwei weitere Stellen von den Bundesländern Hamburg und Thüringen gefördert. Die Case Manager haben zwischen Dezember 1995 und Dezember 1996 ihre Tätigkeit aufgenommen, wobei der Schwerpunkt der Stellenbesetzungen im dritten (14 Stellen) und vierten (zehn Stellen) Quartal 1996 lag.

### 4.1 Rahmenbedingungen

Die unterschiedliche Versorgungs- und Infrastruktur sowie Größe der Modellregionen stellten wichtige Rahmenbedingungen für die Arbeit der Case Manager dar. Für einen derart auf Vermittlung, Kooperation und Koordination basierenden Hilfeansatz ist z.B. ein Minimum an regionalen Voraussetzungen erforderlich: Sind zum einen keine oder zu wenig Einrichtungen vorhanden, die der Case Manager bei der Betreuung des Klienten „dazuschalten“ kann, verbleiben notwendigerweise (zu) viele Aufgaben bei ihm und statt Case Management wird - notgedrungen - Einzelfallhilfe geleistet: „However, if services are not available, case management will not be able to succeed“ (BRINDIS, PFEFFER, WOLFE 1995, S. 28). Zum anderen ist ein gut ausgebautes Versorgungsangebot noch keine Garantie für das Gelingen eines Unterstützungsnetzwerks. Für die (Mit)Betreuung von chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigen sind neben der grundsätzlichen Bereitschaft z.B. auch in den anderen Einrichtungen qualifizierte Mitarbeiter erforderlich.

#### 4.1.1 Modellregionen

Case Manager wurden in allen Bundesländern gefördert. Pro Bundesland arbeiteten in je einer Region ein Case Manager und ein Koordinator zusammen (sog. Tandem-Regionen), in einer zweiten Region waren Case Manager allein eingesetzt (sog. Solo-Regionen). Unter regionalen Gesichtspunkten betrachtet reichte das Spektrum von Großstädten wie Berlin und Hamburg bis zu ländlichen Gebieten wie Demmin in Mecklenburg-Vorpommern oder Lörrach in Baden-Württemberg.

Insgesamt wurden sieben Modellprojekte in vier Großstädten (alle in den alten Bundesländern) und in je 13 städtischen bzw. ländlichen Gebieten gefördert (vgl. Anhang, Tab. 1). Die Modellregionen unterschieden sich erheblich voneinander: Z.B. streuten die Einwohnerzahlen zwischen knapp 38.000 im Landkreis Parchim und ca. 660.000 in Frankfurt/Main, was ebenso unterschiedliche Zahlen von (potentiellen) Klienten zur Folge hatte. Die Flächenausdehnung schwankte zwischen jeweils gut 77 km<sup>2</sup> in Bremerhaven und Gera sowie 1.230 km<sup>2</sup> bzw. 783 km<sup>2</sup> in den Landkreisen Kleve bzw. Demmin.

Die Modellregionen orientierten sich meist an den Grenzen kommunaler Körperschaften. Dort, wo diese Grenzen überschritten wurden, einige Modellregionen umfassten mehrere kommunale Gebietskörperschaften, zeigten sich häufig Probleme: Insbesondere die Zusammenarbeit mit Ämtern in den Kommunen, in denen die Modellmitarbeiter nicht direkt angesiedelt waren, gestaltete sich schwierig, Zuständigkeiten waren nicht klar, Abgrenzung überwog.

Unabhängig davon ist zu konstatieren, dass einige Modellregionen zu groß bemessen waren. So war die in vielen Fällen erforderliche Kontaktfrequenz bei großen räumli-

chen Distanzen nur schwer zu realisieren, Kontakte zu anderen Einrichtungen und Diensten schwieriger etc.

Die regionalen Versorgungssysteme waren unterschiedlich ausgebaut. Vor allem in ländlichen Gebieten und in den neuen Bundesländern standen relativ eingeschränkte Versorgungsangebote zur Verfügung, vor allem stationäre oder niedrigschwellige Einrichtungen fehlten vielfach. In den neuen Bundesländern war die Situation eher von Aufbau als von Differenzierung gekennzeichnet, wobei die Angebote sich - entsprechend des Bedarfs - vor allem auf Alkoholabhängige bezogen. In den alten Bundesländern, vor allem in den Großstädten, war die Angebotsstruktur sehr ausdifferenziert. Allerdings war gerade in gut ausgestatteten Regionen eine deutliche Abgrenzung von Suchtkrankenhilfe und Drogenhilfe Tradition. Niedrigschwellige Hilfen waren nur in der Drogenhilfe weiter verbreitet (vgl. OLIVA u.a. 2001).

In der ersten Phase der Modellerprobung verschafften sich die Case Manager einen Überblick über das regionale Versorgungsangebot und stellten sich bei relevanten Stellen wie z.B. Kliniken und Beratungsstellen vor. Erwartungsgemäß brauchten berufsunerfahrene bzw. ortsfremde Case Manager dazu länger als ihre Kollegen, die mit den jeweiligen regionalen Rahmenbedingungen, den Versorgungsangeboten etc. schon vertraut waren.

Betrachtet man die strukturelle Seite von Kooperation, kommt Gremien und Arbeitskreisen eine herausgehobene Bedeutung zu. Deshalb nutzten die Case Manager die Mitarbeit in diesen Organisationen, anfangs um sich in und mit der Region vertraut zu machen und das Modellprogramm vorzustellen. Doch auch weiterhin arbeiteten fast alle Mitarbeiter regelmäßig oder sporadisch in durchschnittlich etwa vier Gremien mit. Dabei zeigten sich regionale Unterschiede: Aufgrund geringer ausgebauter Versorgungs- und institutioneller Kooperationsstrukturen beschränkte sich die Mitarbeit in den neuen Bundesländern auf weniger Gremien und Arbeitskreise (durchschnittlich 1,7) als in den alten Bundesländern (durchschnittlich 4,5).

Dennoch blieb das Modellprogramm - trotz Vorstellungsbefragungen und Gremienarbeit - einem Teil der Versorgungsbeteiligten unbekannt. Ein Ergebnis der Versorgungsbeteiligtenbefragung war, dass die Modellmitarbeiter z.T. nicht mit dem Kooperationsmodell bzw. mit Case Management in Verbindung gebracht wurden und dass Besonderheiten des Ansatzes und für andere Helfer relevante Aspekte, z.B. die Übernahme der Kontaktverantwortung, die gemeinsame Planung und Abstimmung von Hilfen, Aufbau und Pflege eines unterstützenden Netzes etc., nicht ausreichend bekannt waren.

In der konkreten Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen machten die Case Manager unterschiedliche Erfahrungen. Einflussfaktoren waren z.B. persönliche Beziehungen, Image der Grundeinrichtung, Auslastung der Einrichtungen, Trägerkonkurrenzen, regionale Traditionen und aktuelle Situation. Generell wurden das Modellprogramm und seine Zielsetzung jedoch mit Interesse aufgenommen. Insbesondere die ambulanten psychiatrischen Dienste begrüßten die Entlastung bzw. Unterstützung bei der Betreuung chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängiger.

Betrachtet man die Akzeptanz des Modellprogramms bei den Einrichtungen der Suchtkranken- und Drogenhilfe, so waren auch hier sowohl Akzeptanz als auch Ablehnung - meist aus Angst vor Konkurrenz bzw. Kontrolle - festzustellen. Von Konkurrenzangst und Misstrauen geprägte Reaktionen wurden vor allem in den Modellstandorten beobachtet, in denen öffentliche Mittel (erheblich) begrenzt waren bzw. gerade Kürzungen anstanden.

Am schwierigsten gestaltete sich der Kontakt zum Gesundheitswesen und zu Ämtern/Kostenträgern: Insbesondere niedergelassene Ärzte zeigten wenig Interesse für das Modellanliegen und generell für das Thema Sucht. Sie lehnten Angebote für mehr Zusammenarbeit mit dem Verweis auf ihr knappes Zeitbudget meist ab. Gesprächs-

bereiter und offener für Kooperationsüberlegungen waren vor allem Ärzte, die Bezüge zur Suchthematik hatten, die z.B. selbst Substitutionsbehandlungen durchführten. Im Kontakt mit Ämtern konnte die Unterschiedlichkeit der Interessen und die oft parteiliche Haltung der Case Manager bei der Unterstützung ihrer Klienten z.T. zu Konflikten führen. Zudem vermissten einige Case Manager ein „Mandat“, notwendige Hilfen und Zusammenarbeit auch tatsächlich veranlassen zu können.

Gleichwohl: Nach Ablauf der Modellerprobung äußerten sich die meisten Versorgungsbeteiligten sehr positiv über die Umsetzung modellgeförderten Case Managements in ihrer Region. Knapp zwei Drittel der Befragten waren (sehr) zufrieden. Insbesondere lobten die Versorgungsbeteiligten, dass durch die Arbeit des Case Managers die Erreichbarkeit von CMA verbessert wurde und dass nachgehendes Arbeiten in der Region implementiert wurde - oft mit Auswirkungen auf andere Einrichtungen. Fast vier Fünftel der Befragten waren (sehr) zufrieden mit der Umsetzung vermittelnd-koordinierender Aufgaben im Case Management und viele betonten den Beitrag von Case Management für die Weiterentwicklung der Versorgung von CMA. Die Case Manager wurden als zuverlässige Ansprechpartner erlebt, die den Informationstransfer sicherstellten sowie z.T. erstmals tatsächlich fallbezogene Koordination und Kooperation anstießen (vgl. Kapitel 6).

Auch wenn im Modellverlauf der Kontakt mit anderen Einrichtungen/Angeboten schließlich zunehmend besser wurde, blieb es meist bei bilateralem Informationsaustausch und Absprachen. Es erwies sich jedoch als schwieriger, einrichtungsübergreifend verbindlich Hilfe zu planen, Zuständigkeiten festzulegen und verbindliche Kooperationsstrukturen zu implementieren. Insbesondere die für die Betreuung von chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigen meist dringend erforderlichen medizinischen Hilfen waren nur schwer in eine Gesamtplanung einzubinden.

#### **4.1.2 Träger und organisatorische Einbindung**

Zwar standen mit den Modellvorgaben des Bund-Länder-Konzepts die Rahmenziele des Kooperationsmodells nachgehende Sozialarbeit fest, gleichwohl akzentuierten die Anträge der Modellprojekte je spezifische Aspekte. Eine Übersicht über die Erwartungen der Modellträger gibt Tab. 1:

Tab. 1: Erwartungen der Träger an Case Management im Kooperationsmodell und deren Umsetzung, Angaben in Prozent

	Erwartung bei ... % der Modellträger	Realisierungsgrad in %	
		voll und ganz erfüllt	eher erfüllt
niedrigschwellige(re)s Arbeiten (n = 21)	100	76	19
Durchführung von Hilfekonferenzen (n = 20)	95	11	47
Erprobung Hilfeplanung (n = 20)	90	22	61
Verbesserung klientenbezogener Zusammenarbeit in der Modellregion (n = 21)	86	39	39
Einführung von neuen Arbeitsmethoden (n = 22)	77	35	35
Einführung oder Verbesserung klientenbezogener Dokumentation (n = 19)	68	8	69
neue Zielgruppe gewinnen (n = 21)	67	43	50
Imagegewinn für Träger/Einrichtung (n = 22)	64	27	43
Entlastung des Einrichtungspersonals von CMA-Klienten (n = 22)	59	46	23

Die zweite Spalte der Tabelle belegt zum einen die Bedeutung des Auf- oder Ausbaus niedrigschwelliger Arbeit in den Einrichtungen, was insbesondere deshalb beachtlich ist, da etwa die Hälfte der Einrichtungen sich (auch) an Abhängige von Alkohol richtete und somit in einem Bereich arbeitete, in dem Niedrigschwelligkeit noch wenig umgesetzt wird.

Zum anderen zielten Erwartungen auf die neue Methodik und zentrale Aspekte von Case Management: Hilfeplanung und -konferenzen, Dokumentation.

Schließlich wollten einige Einrichtungen sich einer neuen Zielgruppe, den chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigen öffnen. Dabei präferierten manche Träger die gezielte Versorgung von CMA durch eine Fachkraft, damit die übrigen Kollegen sich wieder der Beratungsarbeit i.e.S. widmen können. In diesen Einrichtungen wurde eine fachliche Verknüpfung von Case Management und der Arbeit mit CMA mit der Grundeinrichtung nicht angestrebt.

Etwa zwei Drittel der Träger erhofften sich von der Teilnahme an dem Bundesmodellprogramm und damit dem Aufgreifen der Fachdiskussion zu Veränderungsbedarfen in der Sozialarbeit oder von Versorgungsdefiziten in der Region einen Imagegewinn, der auch häufig erzielt wurde.

Betrachtet man die beiden rechten Spalten der Tabelle, so zeigt sich, dass die Erwartungen der Modellträger in großem Umfang realisiert wurden. Insbesondere die Umsetzung niedrigschwelliger Arbeit und die Gewinnung neuer Zielgruppe wurden zu über 90 % (eher) erfüllt. Auch hinsichtlich der methodenbezogenen Aspekte wurde ein hoher Realisierungsgrad erreicht, allerdings hinsichtlich der Umsetzung von Hilfeplanung und -konferenzen sowie der klientenbezogenen Dokumentation etwas eingeschränkter. Angesichts dieser Übersicht erstaunt es nicht, dass 87 % der Träger und 88 % der Case Manager mit den Ergebnissen des Kooperationsmodells (sehr) zufrieden waren.

### *Anbindung/Verortung*

Die Case Manager waren überwiegend bei freien Trägern im Bereich der Suchtkrankenhilfe (24, später 26 von insgesamt 33 Projekten) angesiedelt. Ursprünglich arbeiteten acht, später - nach Trägerwechseln - nur noch sechs Case Manager im Rahmen kommunaler Dienste und vier Projekte waren bei Trägerverbänden, bestehend aus mehreren freien Trägern bzw. freien und kommunalen Trägern angebinden.

Die Ansiedlung bei Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes war häufig mit bürokratischen Hemmnissen verknüpft, es war z.B. schwieriger, die Arbeitszeit adäquat und flexibel zu gestalten. Die Mitarbeiter bei freien Trägern fühlten sich hingegen überwiegend gut ausgestattet, hatten viel Flexibilität und ausreichende Entscheidungs- und Handlungsspielräume.

Befragt nach der idealen Ansiedlung von Case Management votierten Mitarbeiter und Träger in der Abschlussbefragung dementsprechend auch weit überwiegend für eine Ansiedlung bei freien Trägern, in Sucht- bzw. Drogenberatungsstellen oder in niedrigschwelligen Projekten. Nur etwa ein Viertel votierte für eine öffentliche Trägerschaft. Anders äußerten sich hingegen die Versorgungsbeteiligten: Gut die Hälfte der Befragten kritisierte die Anbindung bei freien Trägern, weil sie keine Unabhängigkeit garantierte und Klienten z.B. aus Auslastungsgesichtspunkten im System des Trägers gehalten worden seien. Insbesondere wurde angemerkt, dass die Träger bestimmte Hilfeparadigma (suchtbegleitend vs. ausstiegsorientiert) favorisierten und Klienten häufig nur zu konzeptionell ähnlich ausgerichteten Einrichtungen vermittelten. Viele Versorgungsbeteiligte präferierten eine trägerübergreifende bzw. -neutrale Ansiedlung, am besten innerhalb der Kommunalverwaltung. U.a. könnte die größere Nähe zu Mittel- und Maßnahmenbewilligung dazu beitragen, geplante Hilfen mit mehr Durchsetzungskraft und Verbindlichkeit umsetzen zu können.

### *Organisationsform*

Die Case Manager wurden - wie vom Modellprogramm intendiert - als zusätzliches Fachpersonal in bestehenden Einrichtungen angestellt. So konnten die modellgeförderten Mitarbeiter an Bekanntheitsgrad und fachlicher Reputation der Einrichtung partizipieren. Außerdem sollte über die Förderung von je einer Fachkraft innerhalb bestehender Einrichtungen eine Umorientierung bzgl. der Zielgruppe und der eingesetzten Methoden gewährleistet werden. Die Case Manager waren weit überwiegend Mitglieder der Teams in der Grundeinrichtung, in drei Fällen hatten sie Leitungsfunktionen inne.

Generell muss konstatiert werden, dass die Modellerwartung, Case Management/nachgehende Sozialarbeit und die Zuständigkeit für chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängige in der gesamten Einrichtung implementieren zu können, sich nicht automatisch erfüllte. Mit der Realisierung der modellgemäßen Aufgaben ging häufig eine Art „Sonderrolle“ einher, was sich häufig so auswirkte, dass die Modellmitarbeiter nicht ausreichend Austausch, Unterstützung und kollegiale Beratung erhielten, ihre Fälle und Probleme z.B. nur selten Themen der Teamsitzungen waren. Ebenso wurden sie hinsichtlich der Umsetzung der Methode und z.B. dem Einsatz von Hilfeplanung (s.a. Abschnitt 4.4) meist nicht angeleitet. Dies wurde dadurch verschärft, dass nur etwa zwei Drittel der Case Manager - oft zusammen mit den Teamkollegen - regelmäßig (externe) Supervision erhielten. Mitarbeiter in den alten Bundesländern und im Drogenbereich konnten häufiger auf supervisorische Unterstützung zurückgreifen. Schwierig war des Weiteren, dass im Krankheits- oder Urlaubsfall meist keine Vertretung für die Case Manager organisiert wurde/werden konnte und die Klienten - problematischerweise - in dieser Zeit unbetreut und die Hilfeprozesse ungesteuert blieben.

Ein weiteres spezifisches Problemfeld trat im Modellverlauf zu Tage: In Einzelfällen kam es - insbesondere bei ersten - Hausbesuchen zu schwierigen Situationen, doch konnte nur ein Teil der Case Manager auf die - erforderliche - Unterstützung(smöglichkeit) durch Kollegen zurückgreifen.

#### 4.1.3 Konzeptionelle Grundlagen für Case Management im Rahmen des Modellprogramms

Im Rahmen der Modellerprobung wurden für Case Management mit chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigen über die in Abschnitt 2.1 geschilderten theoretischen Grundlagen hinaus weitere konzeptionelle Grundlagen deutlich: einfacher Zugang zu einem entsprechend der Motivationslage und der Mitwirkungsfähigkeit des Klienten adäquaten Hilfeangebot.

Gerade bei chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigen darf Eigenmotivation nicht vorausgesetzt, dürfen Fähigkeiten zu aktiver Mitwirkung oder gar Motivation zu Abstinenz nicht Bedingung für Hilfe sein.

Sie stellen vielmehr (Teil-)Ziele einer z.T. intensiven Motivations- und Betreuungsarbeit dar. Dies beschränkte auch Sanktionen als Reaktionen auf Ablehnung von Hilfen oder das Nicht-Erreichen von Zielen.

Zudem wurde im Modellverlauf deutlich, dass Case Management einen Spannungsbogen beschreiben und verschiedene Hilfetraditionen integrieren musste. Beispielsweise mussten Case Manager, damit helfende Beziehung überhaupt zu Stande kam, in angemessener Weise Zugang zu Hilfe ermöglichen.

Angemessener Zugang bedeutete, dass die Case Manager, z.T. ohne Anfrage eines Klienten und wiederholt, ihre Hilfe anboten und Klienten dazu vor Ort in deren Setting aufsuchten.

Hilfeleistung vor Ort blieb dauerhaft ein Kennzeichen von Case Management, das den Klienten sehr wichtig und das wesentlich für die Aufrechterhaltung des Kontakts war. Die Case Manager hatten, wenn erforderlich, schnell und ohne Termin Zeit für die Klienten (statt Termine zu vergeben und deren Einhaltung zu erwarten).

Außer dem flexiblen Umgang mit Komm- oder Gehstruktur und mit Terminen konnten beispielsweise auch unaufgeforderte Kontakte oder ein direktives Eingreifen erforderlich sein.

Die traditionelle Auffassung von Selbstverantwortung der Klienten wird im Case Management für CMA durch die (partielle/situative) Verantwortungsübernahme durch den Mitarbeiter ergänzt.

Dieser, vor allem in der Drogenhilfe wenig beachtete Aspekt wurde von zwei Dritteln der Klienten als wichtiger Bestandteil von Case Management hervorgehoben. Bei Case Management/nachgehender Arbeit übernahmen die Mitarbeiter die Verantwortung für Kontaktaufbau und -pflege - ein weiterer wesentlicher Unterschied zum traditionellen Verständnis von Suchtkranken- und Drogenhilfe und eine sehr hilfreiche Vorgehensweise in der (Beziehungs)Arbeit mit chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigen.

Ein weiterer zentraler Aspekt des Arbeitsansatzes ist der Perspektivwechsel von der üblichen Einrichtungszentrierung hin zu einer Klientenorientierung .

Ausgehend davon knüpft Case Management grundsätzlich an die Erwartungen der Klienten an. Art, Umfang und Inhalt der Hilfen sowie die Kontaktfrequenz wurden den

Bedarfen, Fähigkeiten und Entscheidungen der Betreuten angepasst. Die Einbeziehung des Klienten ist systematisch in jedem Arbeitsschritt verankert, insbesondere bei der Hilfeplanung. Im Modellprogramm gelang es zwar oft, Hilfen mit den Klienten abzusprechen, jedoch wurde nicht immer die strukturierte schriftliche Form genutzt und nur in wenigen Fällen die Mitwirkung der Klienten per Unterschrift dokumentiert (vgl. Abschnitt 4.4.5). Gleichwohl stellte gemeinsame und formalisierte Hilfeplanung insbesondere in chaotischen Fällen ein probates und generell von den Klienten geschätztes Mittel dar, Beteiligung und Compliance zu fördern und die Chancen für erfolgreiche Interventionen zu verbessern.

Im Rahmen von Case Management und Hilfeplanung i.e.S. bewährten sich am Klienten orientierte und angemessene Ziele, wobei Abstinenz ein eher entferntes Ziel darstellte, dem erst einmal Konsumveränderung und andere angemessenere (Teil-)Ziele vorgelagert waren. Handlungsleitend für die Mitarbeiter konnte dabei z.B. die auf SCHWOON (1992) zurückgehende und später von WIENBERG (1994) modifizierte „Hierarchie der Interventionsziele“ sein.

#### **4.1.4 Sachliche und technische Ausstattung**

Nicht alle Case Manager verfügten bei Modellbeginn über ein eigenes Büro. Nachdem Zwischenergebnisse der Evaluation auf die Bedeutung einer geschützten Gesprächsmöglichkeit für Klienten und Mitarbeiter hingewiesen hatten (vgl. z.B. OLIVA u.a. 1999, S. 94), erhielten zunehmend mehr Case Manager ein eigenes Büro oder konnten zumindest bei Bedarf separate Räume für Einzelgespräche nutzen.

In ähnlicher Weise war auch die notwendige technische Ausstattung der Case Manager (Anrufbeantworter, Handy, Fax etc.) zu Modellbeginn nicht immer gewährleistet, konnte im Verlauf der Erprobung jedoch verbessert werden.

Obgleich aufsuchende Arbeit, Hausbesuche etc. zum definierten Aufgabenspektrum der Case Manager gehörten, war kein Case Manager mit einem Dienstwagen ausgestattet und war die Nutzung von Pkw's der Einrichtung z.T. mit unpraktikablen Anmeldezeiten und -prozeduren verbunden. Um die notwendige Mobilität sicherzustellen blieben den Mitarbeitern oft nur der - z.T. nicht ausreichende - öffentliche Nahverkehr oder die Nutzung des Privatwagens.

#### **4.1.5 Personalqualifikation**

Aufgrund der Anforderungen, die sich aus der Realisierung des modellgeförderten Ansatzes und der Klientel ergeben, war seitens der Modellkriterien vorgegeben, die Stellen mit einschlägig ausgebildeten Kräften (meist Sozialarbeitern bzw. -pädagogen) mit mehrjähriger Berufserfahrung in der Suchtkranken- bzw. Drogenhilfe zu besetzen (vgl. BMG 1995). Wie die folgende Tab. 2 zeigt, gelang es den Trägern überwiegend, diesen Vorgaben nachzukommen:

Tab. 2: Qualifikation der Case Manager (n = 33)

Qualifikation	Case Manager	Zusatzqualifikation	Felderfahrung		
			langjährig	vorhanden	keine
Sozialarbeit/-pädagogik	24	9	9	7	8
Diplom-Pädagogik	4	2	2	1	1
Krankenschwester	2				2
Sonstiges	3	1	1		2

Etwa drei Viertel der Case Manager waren Dipl. Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagogen, vier hatten Dipl.-Pädagogik studiert. Weitere Studienabschlüsse waren z.B. Dipl.-Soziologie und Lehramt. In den neuen Bundesländern arbeiteten zwei Krankenschwestern, einige der dort beschäftigten Sozialarbeiter hatten zuvor andere Ausbildungen (z.B. Lehrer, Ingenieur). Ein Drittel der Case Manager verfügte über Zusatzqualifikationen, vor allem im therapeutischen Bereich. Drei Fünftel der Case Manager konnten auf berufliche Erfahrungen in der Suchtkrankenhilfe, davon zwölf sogar auf langjährige (über fünf Jahre), zurückgreifen. D.h. 40 % der Case Manager erfüllten nicht die ursprünglich formulierte Anforderung der (langjährigen) Berufserfahrung.

Die Mitarbeiter mussten sich häufig im sozialen Umfeld ihrer Klienten bewegen und ohne unterstützendes Einrichtungs-Setting oft schnell und ohne Rücksprache mit Kollegen reagieren bzw. intervenieren. Im Umgang mit der Klientel brauchten die Case Manager Geduld und Beharrungsvermögen, mussten eine angemessene Balance zwischen Nähe und Distanz halten und immer Veränderung im Blick behalten. Wie amerikanische Case Manager erlebten die Projektmitarbeiter dabei die Bedeutung und Konstruktivität einer ressourcenorientierten Perspektive, die den Klienten oft zum ersten Mal ein Gefühl für eigene Stärken und Handlungsfähigkeit (wieder-)gab (vgl. RAPP u.a. 1994, SIEGAL u.a. 1995). Allerdings waren Ressourcen meist nicht offensichtlich oder leicht zu erkennen. Und da außerdem in der Sozialarbeit generell defizit- und problemorientierte Sichtweisen dominieren, fiel einigen Case Managern die Orientierung auf Ressourcen schwer. Des Weiteren war es oft schwer, angemessene Ziele für die gemeinsame Arbeit zu finden, sodass wiederholt das Scheitern der Planung erlebt werden musste und Klienten und Mitarbeiter gleichermaßen enttäuscht wurden.

Aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung resultierten Belastungsgefühle jedoch nicht nur aus der Konzentration auf die spezifische Zielgruppe, sondern auch aus den oben genannten Arbeitsbedingungen vieler Case Manager (begrenzte Austauschmöglichkeiten, wenig Unterstützung etc.). Teaminterne Unterstützung, regelmäßige und ausführliche Fallbesprechungen sowie Supervision waren von großer Bedeutung und sollten als qualitätssichernde Maßnahmen grundsätzlich Standard sein (s.o.).

Nach ihren Erfahrungen im Modellprogramm wurden die Modellmitarbeiter und Träger zu wichtigen Anforderungen an Case Manager im Bereich der Betreuung chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängiger befragt. Demnach waren alle folgenden Fähigkeiten und Kenntnisse relevant, wobei die Befragten die verschiedenen Aspekte z.T. anders gewichteten. Die Träger ordneten die verschiedenen Aspekte in folgende Rangreihe (im Einzelnen s. Anhang, Tab. 2):

1. Fähigkeit zu eigenständigem Arbeiten
2. Fähigkeit, die notwendige Balance zwischen Nähe und Distanz zur Klientel zu wahren
3. Verbindlichkeit im Umgang mit den Klienten
4. Kommunikationskompetenz, Moderationsfähigkeiten
5. Bereitschaft, zeitlich und örtlich flexibel zu arbeiten

6. Geduld
7. akzeptierende Haltung, Respekt vor der Klientel
8. Fähigkeit zu systematischem und zielorientiertem Handeln (s.u.)
9. Kenntnisse zu Motivationsstrategien
10. Kenntnisse des regionalen Versorgungssystems
11. Bereitschaft, allein und auf sich gestellt zu arbeiten
12. Bereitschaft, in andauerndem und unmittelbarem Kontakt und im Setting der Klienten zu arbeiten
13. mehrjährige Berufserfahrung in der Suchtkrankenhilfe
14. Kenntnisse in sozialrechtlichen und ggf. strafrechtlichen Fragen
15. Organisationstalent
16. Fähigkeit zu schnellen Entscheidungen
17. Vorerfahrungen in der Arbeit mit der Zielgruppe.

Außerdem wiesen die Träger auf die Notwendigkeit von medizinischen Kenntnissen, von Durchsetzungsvermögen gegenüber anderen Helfern, Stellen, Ämtern, von Kenntnissen bzgl. ressourcenorientiertem Arbeiten sowie von psychischer Stabilität und Lebenserfahrung hin.

Unter Beachtung der generell konstatierten Wichtigkeit aller genannten Aspekte, gewichteten die Case Manager jedoch einige Anforderungen anders als die Träger. So kam bei ihnen z.B. die akzeptierende Haltung an erster Stelle. Auch erschienen ihnen Organisationsgeschick (Rang 7) und Kenntnisse der regionalen Strukturen (Rang 8) deutlich wichtiger als den Trägern. Im Unterschied dazu bewerteten sie Kenntnisse zu Motivationsstrategien (Rang 16) und kommunikative Kompetenzen (Rang 10) vergleichsweise als weniger wichtig.

Die Modellerprobung zeigte, dass die Realisierung von Case Management/nachgehender Sozialarbeit erhebliche Anforderungen an Erreichbarkeit, Flexibilität und insbesondere Professionalität der Mitarbeiter stellte. Diese Anforderungen wurden mit den üblichen Ausbildungen/Studiengängen nicht hinreichend abgedeckt. Zudem fehlten den Mitarbeitern weitgehend die bei der Einführung der neuen Methode und der dazugehörigen Verfahren notwendige Unterstützung und Controlling durch Einrichtungsleiter und Träger.

#### **4.1.6 Personal-Klienten-Relation**

Neben Rahmenbedingungen wie Größe und Versorgungsdichte einer Region hat auch das Tätigkeitsspektrum Auswirkungen auf die Personal-Klienten-Relation. Hierzu ist hervorzuheben, dass Case Management/nachgehende Sozialarbeit sich - das zeigte die Modellerprobung - nicht auf die direkte Arbeit mit bzw. für Klienten beschränken konnte. Gerade durch die systembezogenen, Abstimmung organisierenden Anteile der Arbeit sind die Case Manager darauf angewiesen, Kontakte im Versorgungssystem zu knüpfen und zu pflegen, übergreifende Informationen mit Relevanz für die eigene Arbeit einzuholen und den Austausch mit anderen Versorgungsbeteiligten zu pflegen. Die Qualität von Kooperation hing nicht selten von der Qualität der persönlichen Beziehung zu anderen Kollegen ab. Dies schlägt sich im Tätigkeitsspektrum der Mitarbeiter nieder. Deshalb stellte die Mitarbeit in Gremien ebenso wie Öffentlichkeitsarbeit

eine wesentliche Anforderung an die Umsetzung von Case Management dar. Für derartige auf Kooperationspartner und Versorgungssystem zielende Tätigkeiten wendeten die Case Manager fast ein Zehntel ihrer Arbeitszeit auf (8,4 %), hinzu kam ein kleinerer Anteil für Fortbildung (4,2 %).

Daneben fanden Teamsitzungen statt, in denen z.B. die Arbeit in der Einrichtung organisiert wurde. Konzeptionen waren (weiter) zu entwickeln, Finanzierungen mussten gesichert werden. Supervision wurde genutzt und einrichtungsbezogene Dokumentation geleistet. Für diese internen Bedarfe der Einrichtung, die indirekt den Klienten zugute kamen, setzten die Modellmitarbeiter 19,2 % ihrer Arbeitszeit ein.

Im Modellprogramm entfiel auf derartige übergreifende Tätigkeiten insgesamt mehr als ein Drittel der Arbeitszeit (37,5 %), d.h. für direkt klientenbezogene Leistungen standen knapp zwei Drittel (62,5 %) der Arbeitszeit zur Verfügung (vgl. Anhang, Tab. 3).

Die Case Manager hatten im Erhebungszeitraum von drei Jahren insgesamt zu 3.068 Klienten Kontakt. Bei 1.408 Klienten blieb es bei kurzen, z.T. einmaligen Kontakten, diese Klienten konnten teilweise sofort an andere Einrichtungen vermittelt werden. Die übrigen 1.660 Klienten wurden im Rahmen von Case Management bis zu drei Jahre betreut.

Wenngleich die meisten Case Management-Prozesse mehrere Jahre andauerten und sehr umfassend angelegt waren, wurden dennoch bei einem Drittel der Klienten Betreuungen mit einer Dauer von nur bis zu vier Monaten beobachtet. Diese Prozesse hatten z.T. eher Clearing-Charakter und mündeten meist in eine Vermittlung in ein anderes, angemesseneres Setting.

Betrachtet man die Klientenzahl pro Case Manager, entfielen auf jeden Mitarbeiter pro Jahr rechnerisch 16 Kurzkontakte und 17 Betreuungen. Allerdings schwankten die Fallzahlen der Mitarbeiter erheblich. Die Streubreite reichte von acht bis 37 in einem Jahr im Case Management betreuten Klienten. Diese Unterschiede resultierten vor allem aus der suchtmittelspezifischen Ausrichtung sowie aus projektspezifischen Umsetzungen der Modellvorgaben.

Modellmitarbeiter im Drogenhilfereich betreuten im Schnitt 14 Klienten pro Jahr, ihre Kollegen aus der Suchtkrankenhilfe im Mittel 20 Alkoholabhängige.

Für zukünftige Personalplanung ist ein weiteres Ergebnis relevant: Es zeigte sich, dass im ersten Betreuungsmonat wesentlich mehr Zeit eingesetzt werden musste als in den Folgemonaten (vgl. 3. Zwischenbericht, S. 45 f.) und demzufolge eine sukzessive Aufnahme von Klienten ins Case Management günstig ist.

In der Abschlussbefragung zur Modellerprobung wurden alle Mitarbeiter und Träger gebeten, einzuschätzen, welcher Betreuungsschlüssel für Case Management für chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängige maximal möglich sei. Nach Ansicht der Modellmitarbeiter können etwa 16 Klienten gleichzeitig im Rahmen von Case Management betreut werden, die Träger sahen das ähnlich: Sie hielten durchschnittlich die parallele Betreuung von 19 Fällen für möglich. Befragt nach einer Personal-Klienten-Relation im Jahreszeitraum gaben die Case Manager an, etwa 30 Klienten betreuen zu können. Die Träger votierten in etwa in demselben Verhältnis und empfahlen im Mittel eine maximale Jahres-Klientenzahl von 38.

Aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung ist zu konstatieren, dass im Modellprogramm verschiedene Betreuungskonzeptionen verfolgt wurden und der Anteil originären Case Managements durchaus - in Abhängigkeit von Mitarbeiter, Einrichtung und Klient - unterschiedlich war. Ein Stellenschlüssel kann dennoch nur in Abhängigkeit von den regionalen Rahmenbedingungen, dem Konzept der Einrichtung und dem Verständnis von Case Management formuliert werden.

## 4.2 Zugang

In der Fachdiskussion werden die Kernschritte bzw. -funktionen von Case Management z.T. unterschiedlich beschrieben, insbesondere bezeichnen nicht alle Autoren die Zugangseröffnung als eigenständigen Schritt. Wenn er doch genannt wird, so lassen sich unterschiedliche Bezeichnungen finden: „der Einstieg“ (LOWY 1988), „die Verpflichtung“ (BALLEW, MINK 1995) oder „das Ausfindigmachen von Klienten“ (WEIL 1995). Dieser Schritt gilt für jene Klienten als erforderlich, die nicht aktiv nach dieser (oder anderen) Unterstützungen suchen (können; vgl. WEIL 1995). Hier kommt dem Case Manager die Verantwortung zu, „bestimmt und kreativ“ auf diese potentiellen Klienten zuzugehen (vgl. LEVINE, FLEMING 1984).

Ein wesentlicher Ausgangspunkt des Kooperationsmodells und anderer Case Management-Programme war jedoch die Feststellung, dass - trotz einer Vielzahl von Hilfeangeboten - hilfebedürftige Menschen nicht immer den Zugang zu den erforderlichen Unterstützungen finden (vgl. z.B. JOHN u.a., 1996, RUMPF u.a. 2000); dass sogar - entgegen der Bedürftigkeit - mit zunehmender Schwere der Beeinträchtigungen, die Inanspruchnahme von Hilfeangeboten abnimmt (vgl. WENDT 1997, WIENBERG 1992).

Für hochgradig und vielfältig belastete Menschen, darunter auch chronisch mehrfach-beeinträchtigt Abhängige, stellt sich die Situation also besonders problematisch dar, wobei sich vor allem die Komm-Struktur der meisten Hilfeangebote als Hemmnis erweist.

Der erste Arbeitsschritt bestand für die modellgeförderten Case Manager also darin, der skizzierten Situation entgegenzuwirken und durch Kontakte zu anderen Versorgungsinstanzen sowie durch aufsuchende Arbeit ihrerseits aktiv Klienten ausfindig zu machen und die Kontaktaufnahme zu erleichtern. Sie sollen „die Klienten da abholen, wo sie stehen“. Um Klienten ausfindig zu machen, haben die Case Manager sich zu Modellbeginn in größerem Umfang in ihren Regionen vorgestellt und Gespräche mit anderen Einrichtungen, insbesondere im Bereich psychosozialer und medizinischer Versorgung, geführt. Dies trug dazu bei, dass sie inzwischen ein fester Ansprechpartner in den Modellregionen geworden sind. Hinweise auf Klienten, denen sie ihre Hilfe anbieten könnten, bzw. Anfragen nach Unterstützung im Umgang mit hoch problembelasteten Klienten bekommen sie häufig von diesen Institutionen, z.B. aus dem akutmedizinischen Bereich oder niedrigrschwelligten Einrichtungen (s.u.).

Die Case Manager nahmen aber auch unmittelbar Kontakt zu potentiellen Klienten auf. Während der Hälfte ihrer Arbeitszeit (vgl. Anhang, Tab. 4) waren sie außerhalb der Grundeinrichtung im Einsatz: Um aktiv ihre Unterstützung anzubieten, suchten sie z.B. Szeneplätze oder Klienten zu Hause auf. Diese aktive Art, über Streetwork oder auf konkrete Hinweise auf potentielle Klienten zuzugehen, führte oft zu Erfolgen: Die Case Manager erreichten auf diesem Weg Klienten, die selbst nicht (mehr) von sich aus Hilfe gesucht hätten.

Allerdings resultierte nicht aus jedem Kontakt ein Case Management-Kontrakt, z.T. ging es zunächst um ein lockeres Kontakthalten, eine erste Abklärung der Situation, der Bedürfnisse und der Kontraktfähigkeit der Klienten.

Im Einzelnen wurden die folgenden Zugänge zum Case Management dokumentiert (vgl. Tab. 3).

Tab. 3: Zugang der Klienten zum Case Manager (n = 1.463<sup>5</sup>)

Zugang durch	Anzahl	in Prozent <sup>6</sup>
ohne Vermittlung	337	23,0
Angehörige, Freunde, Bekannte	185	12,6
sonstiges Krankenhaus	131	9,0
Gesundheitsamt, sozialer Dienst	113	7,7
Suchtberatungsstelle	111	7,6
Fachklinik	88	6,0
ärztliche Praxis	83	5,7
Streetwork, Notschlafstellen, Kontaktladen	79	5,4
Arbeits-, Sozial-, Jugendamt	79	5,4
Substitutionsambulanz, -arzt	55	3,8
sonstige Institution, Person(en)	40	2,7
Betreutes Wohnen, Nachsorgeeinrichtung	20	1,4
sonstige Fachberatungsstelle	19	1,3
Beratungsstelle der Wohnungslosenhilfe	14	1,0
Straßenverkehrsbehörde	14	1,0
JVA (inkl. Sozialdienst)	15	1,0
andere nichtmedizinische stationäre Einrichtung	13	0,9
Schule, Betrieb	12	0,8
Renten-, Krankenversicherung	12	0,8
Gesetzlicher Betreuer	10	0,7
Jugendgerichtshilfe, Bewährungsdienst	7	0,5
Schuldnerberatungsstelle	6	0,4
Wohlfahrtsstelle, Pfarramt, Bahnhofsmision	6	0,4
Beratungsstelle der Sträflingshilfe	4	0,3
Staatsanwaltschaft, Gericht	4	0,3
Selbsthilfe-, Abstinenzgruppe	3	0,2
Polizei, Zoll	3	0,2
GESAMT	1.463	100,0

Die Analyse der Zugangswege bestätigt, wie erfolgreich die zugehende Arbeitsweise und aktive Kontaktaufnahme der Case Manager war: der größte Anteil Klienten kam „ohne Vermittlung“ oder auf Hinweis von Angehörigen, Freunden oder Bekannten (zusammen 35,6 %) ins Case Management. Dabei steht der Terminus „ohne Vermittlung“ zum einen für ein direktes Ansprechen der Klienten auf der Szene, im Krankenhaus, zu Hause etc. durch die Case Manager (s.o.) und zum anderen für ein eigenaktives Nachfragen durch die Klienten selbst.

<sup>5</sup> Das n weicht in dieser und den meisten der folgenden Tabellen/Angaben von der Gesamtzahl der Klienten von 1.618 ab, da die Klientendokumentationen i.d.R. nicht ganz vollständig waren. Die Berechnungen fußen grundsätzlich auf dem gültigen n.

<sup>6</sup> Aufgrund von Rundungsfehlern kann es in den Tabellen vorkommen, dass die Addition der Prozentwerte von 100 abweicht.

Das Ergebnis spiegelt auch die Tätigkeit der Case Manager in Einrichtungen/Institutionen wie z.B. die Durchführung offener Sprechstunden oder das gezielte Kontaktieren potentiell Hilfebedürftiger. Wie z.B. aus den Untersuchungen von WIENBERG (1992) bekannt ist, haben Patienten mit Suchtproblemen Kontakt zum medizinischen System, ohne dort jedoch hinsichtlich ihres Suchtproblems adäquate Hilfe zu finden. Deshalb suchten die Case Manager den Kontakt zu den örtlichen Krankenhäusern und Gesundheitsämtern und waren dort häufig präsent. Diese Aktivität führte dazu, dass die Zugangswege (sonstiges) Krankenhaus mit 131 Klienten (9 %) und Gesundheitsamt/Sozialpsychiatrischer Dienst mit 113 Klienten (7,7 %) auf vorderen Rangplätzen stehen.

Im Unterschied dazu blieb den Case Managern der Bereich niedergelassener ärztlicher Praxen weiterhin eher verschlossen: nur 83 Klienten (5,7 %) kamen über ärztliche Praxen. Damit wurden die Klienten im Kooperationsmodell etwas seltener von niedergelassenen Ärzten vermittelt als z.B. die Klienten der ambulanten Suchtberatungsstellen, die in der EBIS-Statistik erfasst wurden (1999: 10,7 %). Gleichwohl:

Mit einem Anteil von insgesamt 22,4 % war der medizinische Bereich der wichtigste institutionelle Zugangsweg von Klienten ins Case Management.

An nächster Stelle unter den Zugangswegen standen Suchtberatungsstellen (111 Klienten, 7,6 %) und Fachkliniken/Fachabteilungen psychiatrischer Krankenhäuser (88 Klienten, 6,0 %). Aus diesen Kerneinrichtungen der Suchtkrankenhilfe wurden insgesamt also etwa ein Fünftel der Klienten an die Case Manager weitervermittelt, insbesondere jene, deren Bedarfe die Möglichkeiten der Einrichtungen überstiegen.

In fast gleich großen Anteilen wurden Klienten von Arbeits-, Sozial- oder Jugendämtern sowie über Streetwork, Notschlafstellen bzw. Kontaktläden ins Case Management vermittelt (je 5,4 %).

Insgesamt kann festgestellt werden, dass die Case Manager erfolgreich ihrem Auftrag, chronisch mehrfachbeeinträchtigt abhängige<sup>7</sup> Klienten ausfindig zu machen und Kontakt aufzubauen, nachgekommen sind.

Das bestätigen auch Ergebnisse der Versorgungsbeteiligtenbefragung. Die große Mehrzahl der Befragten (94,4 %, n = 389) gab an, dass die Case Manager chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängige (sehr) gut erreichten. Die Modellmitarbeiter hatten dabei zu immerhin etwa einem Fünftel ihrer Gesamtklientel Abhängige erreicht, die noch nie suchtspezifische Hilfen in Anspruch genommen hatten sowie Abhängige, die (erfolglos) verschiedene Hilfen kontaktiert oder durchlaufen hatten (s.u., Tab. 9).

Wichtig für das Erreichen dieser Klienten war vor allem die aktiv aufsuchende Arbeit in Einrichtungen oder direkt beim Klienten. Die Case Manager wurden dabei häufig zum „Retter in der Not“, denn Klienten wendeten sich häufig (erst) in Krisensituationen an die Case Manager bzw. nahmen dann Hilfe an.

### 4.3 Assessment

Nach dem Ausfindigmachen der Klienten, wird der Betreuungsprozess i.e.S. initialisiert. D.h. die Case Manager versuchen, sich durch ausführliche Assessments ein umfassendes Bild der Situation ihrer Klienten zu machen. Assessments sollten über Diagnosen,

<sup>7</sup> Im Bericht wird aus sprachlichen Gründen durchgehend von Abhängigen, Alkohol- bzw. Drogenabhängigen gesprochen, obgleich sich in den Gruppen auch geringe Anteile von Personen befinden, für die die Diagnose „schädlicher Gebrauch“ dokumentiert wurde (5,1 % der Alkohol- und 1,4 % der Drogenabhängigen).

wie sie z.B. im medizinischen Kontext gestellt werden, hinausgehen und bedürfen in der Regel mehrerer Gespräche. Im Rahmen von Assessments werden zum einen Daten zu Soziodemographie, Suchtkarriere und Behandlungserfahrung gesammelt, aber auch die Situation der Klienten hinsichtlich ihrer Ressourcen, ihrer Stärken und Schwächen sowie ihrer Fähigkeiten bzw. ihrer Motivation, sich am Hilfe- bzw. Veränderungsprozess zu beteiligen, eingeschätzt. Des Weiteren ermöglicht insbesondere das Aufsuchen der Klienten vor Ort eine Klärung, wie die familiäre bzw. soziale Situation beschaffen ist, ob private Personen (s.o.) im Hilfeprozess mitwirken können etc. Schließlich ist zu eruieren, welche weiteren Helfer beteiligt sind oder waren und zu welchen Befunden sie gekommen sind.

Das Kooperationsmodell setzt mit seinem Bestreben, Case Management für die Zielgruppe der chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigen zu erproben, internationale Erfahrungen um, wonach Case Management als die geeignete Hilfeform für eine Zielgruppe „mit ernsthaften, potentiell langfristigen Beeinträchtigungen, die voraussichtlich auf Langzeitunterstützung angewiesen sind“ angesehen wird. Die Klienten werden ähnlich wie die Modellzielgruppe „als ‚behandlungsresistent‘ oder als Opfer von ‚Drehtürsyndromen‘ beschrieben“ (vgl. RAIFF, SHORE 1997). Andere Autoren stellen das Vorhandensein mehrerer Probleme, Hilfebedarf von mehreren Helfern und die besondere Schwierigkeit, Hilfe (effektiv) zu nutzen, in den Mittelpunkt der Zielgruppenbeschreibung (vgl. z.B. BALLEW, MINK 1995).

Im Kooperationsmodell nutzen die Case Manager zur Dokumentation der Assessments die Klientendokumentation, die Beeinträchtigungseinschätzungen sowie die Situationsbeschreibung im Hilfeplan. Das erste Assessment fand meist nicht an einem Termin statt, sondern bedurfte mehrerer Kontakte zum Klienten, aber auch zu privaten Bezugspersonen oder anderen beteiligten Helfern. Insgesamt entfiel in der ersten Phase relativ viel Zeit auf die Klärung und Dokumentation der Situation. Im Folgenden werden die Klienten der Case Manager anhand relevanter Merkmale charakterisiert.

#### 4.3.1 Soziodemographische Daten

Datengrundlage der folgenden Auswertungen sind 1.618 zwischen Juni 1997 und Juni 2000 betreute Klienten.

##### *Geschlecht und Alter*

Etwa zwei Drittel der betreuten Klienten war männlich (65,9 %) und ein Drittel weiblich (34,1 %). Der vergleichsweise hohe Frauenanteil ist vor allem darauf zurückzuführen, dass in der Gruppe der Drogenabhängigen 41,7 % Frauen waren (vs. 26,5 % in der Gruppe der Alkoholabhängigen; vgl. Anhang, Tab. 5 und 6).

Das Durchschnittsalter der Klienten lag bei 38,3 Jahren; der jüngste Klient war 13, der älteste 72 Jahre alt. Die Drogenabhängigen waren im Schnitt 12 Jahre jünger (durchschnittlich 30,7 Jahre) als die Alkoholabhängigen (durchschnittlich 42,3 Jahren, F-Test  $p < .01$ ). Der Geschlechtervergleich zeigt weniger große Unterschiede: Die betreuten Männer waren mit fast vierzig Jahren (39,5) etwa vier Jahre älter als die Frauen (35,9 Jahre, F-Test  $p < .01$ ). In der Gruppe der Drogenabhängigen waren die Frauen mit 28,5 Jahren signifikant jünger als die Männer (32,3 Jahre), während sich bei den Alkoholabhängigen keine geschlechtsspezifischen Unterschiede zeigten.

### *Wohnsituation*

Der überwiegende Teil der Klienten bewohnte eine eigene Wohnung (66,2 %) bzw. lebte in einer anderen Wohnung<sup>8</sup> (11,4 %). Eine Wohnung zu haben, bedeutete jedoch nicht, dass hier kein Problem vorlag, denn bei einem Viertel (25 %) war diese Wohnung verwahrlost. Die Modellmitarbeiter berichteten von Wohnungen, in denen z.B. alle Fenster zertrümmert waren, Heizung, Strom und Wasser nicht mehr funktionierten oder der Boden mit Müll übersät war. Eine verwahrloste Wohnsituation trafen die Case Manager häufiger bei Alkohol- als bei Drogenabhängigen an (32,3 % vs. 21,2 %). 151 Klienten (9,4 %) waren in Notunterkünften untergebracht und 86 Menschen (5,4 %) waren wohnungslos. Hinzu kamen 36 Klienten (2,3 %), die in einem Heim oder einer Klinik/Anstalt und 29 Klienten (1,8 %), die in einer betreuten Wohnform lebten. 29 Klienten waren bei Betreuungsbeginn inhaftiert (1,8 %; vgl. Anhang, Tab. 7).

Die Wohnsituation war also für insgesamt 21,1 % der Klienten bei Betreuungsbeginn unsicher (= wohnungslos oder institutionell untergebracht). Dieser Zustand bestand in der Regel nicht nur aktuell, sondern bei 81,4 % dieser Klienten schon seit mindestens zwei Jahren. Die Mitarbeiter sollten grundsätzlich bei allen Klienten die längerfristig prägende Wohnsituation angeben. Sie schätzten bei etwa einem Drittel (32,9 %) die Wohnsituation als längerfristig (in den letzten zwei Jahren dauerhaft oder wiederholt) unsicher ein, darunter öfter bei drogenabhängigen (42,5 %) als bei alkoholabhängigen (27,0 %) Klienten. Außerdem muss auch die Situation der Klienten, die bei Betreuungsbeginn in einer eigenen oder anderen Wohnung lebten, als nur vorläufig sicher interpretiert werden, denn für etwa ein Viertel dieser Klienten (32,8 % der Klienten in anderer Wohnung, 17,0 % derer in eigener Wohnung) wurde die längerfristig kennzeichnende Wohnsituation von den Mitarbeitern ebenfalls als „unsicher“ bewertet (vgl. Anhang, Tab. 8).

### *Ausbildungs-/Erwerbssituation und Einkommen*

Erwartungsgemäß waren die Ausbildungs- und Erwerbssituation der Klienten problematisch: Fast zwei Fünftel der Klienten (38,9 %) hatten weder eine Berufsausbildung begonnen noch abgeschlossen, aktuell war der größte Teil der Klienten (81,1 %) arbeitslos oder arbeitssuchend, weitere 3,8 % waren längerfristig arbeitsunfähig - und das seit durchschnittlich fast vier Jahren (vgl. Anhang, Tab. 9).

Der Anteil arbeitslos *gemeldeter* Männer war etwas höher als der der Frauen (67,1 % vs. 57,7 %), gleichzeitig waren ähnlich viele Frauen und Männer arbeitssuchend gemeldet (15,9 % vs. 17,0 %). Die durchschnittliche Dauer der Arbeitslosigkeit (45 Monate vs. 47 Monate bei den Frauen) unterschied sich im Hinblick auf das Geschlecht nicht (vgl. Anhang, Tab. 10).

Nennenswerte Unterschiede zeigten sich jedoch bezogen auf das Hauptsuchtmittel: Alkoholabhängige waren signifikant länger arbeitslos als Drogenabhängige (49,8 Monate vs. 39,1 Monate<sup>9</sup>) - ein Effekt der mit dem höheren Alter der Alkoholabhängigen ( $\bar{X}$  42,3 vs. 30,7 Jahre bei den Drogenabhängigen) sowie mit dem großen Anteil Alkoholabhängiger aus Regionen mit hohen Arbeitslosenzahlen (z.B. in den neuen Bundesländern) zusammenhing.

Infolge von schlechtem Ausbildungsstand und (längerer) Arbeitslosigkeit gestaltete sich für die meisten Klienten die Einkommenssituation schwierig: Der größte Teil der Klienten war auf Sozialhilfe (478 Klienten, 30,3 %), Arbeitslosenhilfe (401 Klienten,

<sup>8</sup> Einige dieser Klienten dürften sich in einer relativ unsicheren Wohnlage befunden haben, da sie z.B. nur befristet geduldet wurden.

<sup>9</sup> T-Test,  $p < .01$

25,4 %) oder Arbeitslosengeld (126 Klienten, 8,0 %) angewiesen. Darüber hinaus bestritten 51 Klienten ihren Lebensunterhalt überwiegend aus Gelegenheitsjobs bzw. unregelmäßigen Einkünften (3,2 %), 44 Klienten (2,8 %) aus sonstigen Einkünften (wie z.B. Betteln), 34 Klientinnen durch Prostitution (2,2 %). Zusammengenommen waren damit mehr als zwei Drittel (71,9 %) der Klienten auf die sozialen Sicherungssysteme angewiesen bzw. befanden sich in einer materiell unsicheren Lage<sup>10</sup> (vgl. Anhang, Tab. 11).

Zwar erhielten Männer häufiger als Frauen Arbeitslosengeld (9,5 % vs. 5,1 %), Arbeitslosenhilfe (29,6 % vs. 16,6 %) und waren seltener auf Sozialhilfe angewiesen (27,8 % vs. 35,4 %), doch waren diese Unterschiede nicht signifikant. Drogenabhängige lebten jedoch signifikant häufiger in einer unsicheren Einkommenssituation als Alkoholabhängige (75,3 % der Drogen- vs. 60,9 % der Alkoholabhängigen<sup>11</sup>) (vgl. Anhang, Tab. 12 und Tab. 13).

Auch bezüglich der Einkommenssituation ist zu konstatieren, dass die Situation von fast der Hälfte der Klienten (45,3 %) nicht nur bei Betreuungsbeginn, sondern dauerhaft unsicher war. Dies traf auf vergleichsweise mehr Frauen (52,2 % vs. 41,7 % der Männer) und vor allem auf deutlich mehr Drogen- (56,6 %) als Alkoholabhängige zu (32,2 %) (vgl. Anhang, Tab. 14 bis 16).

### *Justitielle Situation*

Mindestens einmal rechtskräftig verurteilt waren etwas mehr als ein Drittel der Klienten (633 Klienten, 39,1 %), davon 464 im Zusammenhang mit ihrer Suchterkrankung, was einem Anteil von 73,3 % der Verurteilten entspricht. Etwa ein Viertel der Klienten war mindestens einmal inhaftiert (482 Klienten, 29,8 %) und 290 Klienten verbüßten aktuell eine Bewährungsstrafe (17,9 %), weitere 147 Klienten (9,1 %) standen unter Führungsaufsicht, hatten andere Auflagen gem. §§ 35, 36, 38 BTMG, § 37 Abs. 1 BtMG oder Auflagen der Straßenverkehrsbehörden zu erfüllen.

Es zeigten sich erwartungsgemäß Unterschiede zwischen der strafrechtlichen Belastung der Alkohol- und jener der Drogenabhängigen (vgl. Tab. 4).

---

<sup>10</sup> Als relativ unsichere Einkommenssituation wurden eingestuft: Arbeitslosengeld und -hilfe, Sozialhilfe, Gelegenheitsjobs/unregelmäßige Einkünfte, sonstige Einkünfte (z.B. Betteln) und Prostitution.

<sup>11</sup> Cramers V: .243,  $p < .01$ ; bei den nonparametrischen Tests wurde Cramers V als Koeffizient berechnet. Als praktisch bedeutsam wurden dabei Werte  $< .20$  angesehen. Das Signifikanzniveau wird jeweils gesondert ausgewiesen.

Tab. 4: Strafrechtliche Belastung nach Hauptsuchtmittel (n = 1.618)

	legale Suchtmittel (n = 999)		illegale Suchtmittel (n = 619)	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %
mind. eine Verurteilung, davon:	259	25,9 %	374	60,4 %
... zwei und mehr Verurteilungen	120 (46,3 % der Verurteilten)		233 (62,3 % der Verurteilten)	
... in Zusammenhang mit der Suchterkrankung	153 (59,1 % der Verurteilten)		311 (83,2 % der Verurteilten)	
durchschnittliche Anzahl der Verurteilungen	2,7		4,2*	
mind. einmal inhaftiert	193	19,3 %	289	46,7 %
durchschnittliche Anzahl der Inhaftierungen	2,2		3,1*	
bei Betreuungsbeginn in U- oder Strafhaft	21	2,1 %	32	5,2 %

\* p < ,01

Ein Viertel der Alkoholabhängigen (25,9 %) war mindestens einmal verurteilt, fast die Hälfte davon (120 Klienten, 46,3 %) mehr als einmal. Von den Drogenabhängigen war hingegen ein mehr als doppelt so großer Anteil (60,4 %) wenigstens einmal verurteilt, darunter fast zwei Drittel (233 = 62,3 %) mehrfach. Dabei standen bei den Drogenabhängigen die Verurteilungen öfter in Zusammenhang mit der Suchtproblematik als bei den Alkoholabhängigen (83,2 % vs. 59,1 %). Ähnliche Ergebnisse zeigten sich hinsichtlich der Inhaftierungsraten: Während von den Alkoholabhängigen nur knapp jeder Fünfte schon einmal inhaftiert war (die Hälfte davon allerdings mehrfach; 51,3 %), lag der Anteil der Inhaftierten bei den Drogenabhängigen mehr als doppelt so hoch (46,7 %, von denen 65,7 % schon mehrfach eingewiesen hatten). Die Anzahl der rechtskräftigen Verurteilungen betrug bei den Drogenabhängigen im Mittel 4,2, bei den Alkoholabhängigen 2,7. Die Anzahl der Inhaftierungen lag noch näher zusammen: Alkoholabhängige waren durchschnittlich 2,2-mal und Drogenabhängige 3,1-mal inhaftiert. Zu Betreuungsbeginn befand sich ein gut doppelt so großer Anteil Drogen- wie Alkoholabhängiger in Untersuchungs- oder Strafhaft.

Ogleich die Alkoholabhängigen sich hinsichtlich ihrer strafrechtlichen Situation weniger belastet als die Drogenabhängigen zeigten, ist die Anzahl von Verurteilungen und Haftstrafen dennoch bemerkenswert und höher als erwartet. Der Anteil von Klienten, bei denen Verurteilungen zu Haftstrafen führten, liegt sogar in beiden Gruppen mit je etwa drei Viertel vergleichbar hoch. Wenngleich anzunehmen ist, dass ein Teil der Haftstrafen Ersatzfreiheitsstrafen aufgrund von Geldmangel der Klienten waren, so könnte die Inhaftierungsrate aber auch ein Hinweis darauf sein, dass die Alkoholabhängigen nicht nur sogenannte Bagatelldelikte zu verantworten hatten. Dieser Befund weist auf einen in der (Fach-)Diskussion meist vernachlässigten Aspekt hin: Nicht nur Drogenabhängige sind justitiell belastet, sondern auch Alkoholabhängige begehen in nicht geringem Ausmaß Delikte.<sup>12</sup>

Differenziert man die justitielle Belastung der Alkohol- und Drogenabhängigen nach ihrem Geschlecht, ergibt sich folgendes Bild (vgl. Tab. 5):

<sup>12</sup> Die Anzahl der Inhaftierungen im Zusammenhang mit der Suchterkrankung unterscheidet sich zwischen Drogenabhängigen und Alkoholabhängigen nicht signifikant.

Tab. 5: Strafrechtliche Belastung nach Hauptsuchtmittel und Geschlecht, Angaben in Prozent

	legale Suchtmittel (n = 999)		illegale Suchtmittel (n = 619)	
	Männer (n = 716)	Frauen (n = 258)	Männer (n = 351)	Frauen (n = 251)
mind. eine Verurteilung	30,3 %	14,7 %	63,5 %	56,2 %
... davon in Zusammenhang mit der Suchterkrankung	60,8 %	47,4 %	86,5 %	77,3 %
mind. einmal inhaftiert	22,6 %	11,6 %	51,3 %	39,4 %
... davon in Zusammenhang mit der Suchterkrankung	14,8 %	13,3 %	33,3 %	38,4 %
bei Betreuungsbeginn in U- oder Straftaft	3,0 %	0,4 %	7,2 %	4,7 %
durchschnittliche Anzahl der bisherigen Verurteilungen	2,6 (n = 217)	3,4 (n = 38)	4,9 (n = 223)	3,4 (n = 141)
durchschnittliche Anzahl der bisherigen Inhaftierungen	2,2 (n = 162)	2,4 (n = 30)	3,5 (n = 180)	2,3 (n = 99)

Männer waren häufiger und umfangreicher strafrechtlich belastet. Sie waren zumindest bei den Alkoholabhängigen etwa doppelt so häufig wenigstens einmal verurteilt (bei den Drogenabhängigen war dieser Unterschied nur gering). Dabei standen sowohl die Verurteilungen als auch die Inhaftierungen der drogenabhängigen Männer und Frauen - erwartungsgemäß - erheblich häufiger im Zusammenhang mit ihrer Suchtproblematik. Auch wenn nur wenige Klienten zu Beginn der Betreuung in Untersuchungs- oder Straftaft einsaßen, war ihr Anteil doch erheblich größer als der der Klientinnen. Die durchschnittliche Anzahl von Verurteilungen lag für drogenabhängige Männer bei 4,9 und für die Frauen bei 3,4 - ein Wert, den alkoholabhängige Frauen erstaunlicherweise auch erreichten und damit die männlichen Alkoholabhängigen „übertrafen“. Ähnliche Ergebnisse konnten auch für die Anzahl der bisherigen Inhaftierungen beobachtet werden.

Das Ergebnis bestätigt großenteils das oben dargestellte Bild und verweist auf die hervorgehobene Bedeutung des suchtmittelspezifischen Kontextes. In Übereinstimmung mit anderen Untersuchungen (vgl. z.B. RAUTENBERG 1998; SCHMID, SIMMENDINGER, VOGT 1999) zeigen sich des weiteren weniger Frauen justitiell belastet als Männer. Allerdings bleibt unklar, worauf die **relativ hohe Belastung der justitiell auffälligen alkoholabhängigen Frauen** (öfter verurteilt und häufiger inhaftiert) zurückzuführen ist - möglicherweise wurde im Kooperationsmodell eine Gruppe devianter (alkoholabhängiger) Frauen erreicht, die primär und nicht erst in Folge des (Alkohol-)Konsums justitiell auffällig waren.

### *Partnerschaft, Familie*

Nur 12,2 % der Klienten waren verheiratet und lebten mit ihren Partnern zusammen, 3,2 % waren verwitwet, 26,8 % geschieden. Weitere 8,1 % lebten getrennt von ihren Partnern und die Übrigen waren ledig (49,8 %). Dieses Ergebnis wird durch die Ergebnisse zur Partnerbeziehung bei Betreuungsbeginn erhärtet: 57,7 % der Klienten waren alleinstehend, 12,1 % gaben an, zeitweilig Beziehungen zu haben, 30,3 % hatten feste Beziehungen. Dementsprechend lebte fast die Hälfte der Klienten allein (48,2 %) und das nicht erst seit kurzem: Über die Hälfte der Klienten (54,5 %) gaben an, seit mindestens zwei Jahren ohne feste Partnerbeziehung zu leben (vgl. Anhang, Tab. 17 bis 19).

Dass Klienten nicht allein lebten, war allerdings nicht automatisch als positiv oder als Ressource zu betrachten. **Mehr als die Hälfte der Lebenspartner/Mitbewohner hatten selbst Suchtprobleme** (51,0 %), woraus sich für den Case Manager meist (noch) komplexere Hilfebedarfe ergaben.

### *Klienten mit Kindern*

Die Daten weisen auf ein vielfach zu wenig beachtetes Problem hin: Kinder von Abhängigen.

Fast jeder zweite Klient im Kooperationsmodell hatte Kinder (779 Klienten, 48,1 %), und zwar im Durchschnitt zwei (durchschnittlich 1,8).

Bei insgesamt 212 Klienten lebten insgesamt 321 Kinder mit im Haushalt (13,1 % aller Klienten, etwa jedes vierte Kind). Da keine Altersangaben der Kinder erhoben wurden, kann keine genauere Aussage über die familiäre Situation getroffen werden. Jedoch kann das Alter der Eltern dazu Anhaltspunkte liefern. Ein Achtel der Väter (12,4 %), jedoch ein Viertel der Mütter (25,4 %) waren zwischen 20 und 30 Jahren alt und hatten also vermutlich jüngere Kinder. Über 45 (bis zu 68) Jahre waren ein Fünftel der Väter (20,2 %) und 8,8 % der Mütter, ihre Kinder waren vermutlich schon älter, Jugendliche oder (junge) Erwachsene. In jedem Fall müssen diese Werte angesichts der Abhängigkeitsdauer und Gesamtlebensumstände als alarmierend gewertet werden.

Dass Alkoholabhängige öfter Kinder hatten als Drogenabhängige (55, % vs. 36,5 %) und auch eine signifikant größere Zahl an Kindern (F-Test,  $p < .01$ ), stand in Zusammenhang mit dem vergleichsweise späteren Beginn der Abhängigkeitsproblematik und dem meist langsameren sozialen Desintegrationsprozess. Ebenso wenig überrascht, dass deutlich mehr Klientinnen als männliche Klienten mit ihren Kindern in einem Haushalt lebten (22,0 % vs. 9,1 %).

Betrachtet man zusätzlich noch die aktuelle Beziehungssituation der Klienten, ergibt sich das folgende Bild (vgl. Tab. 6):

Tab. 6: Aktuelle Beziehungssituation der Klienten mit Kindern im Haushalt nach Hauptsuchtmittel und Geschlecht differenziert, Angaben in Prozent

Partnerbeziehung	Klienten mit Kindern im Haushalt			
	legale Suchtmittel (n = 118)		illegale Suchtmittel (n = 78)	
	männlich (n = 71)	weiblich (n = 47)	männlich (n = 19)	weiblich (n = 59)
alleinstehend	8,5	34,0	10,5	37,3
zeitweilige Beziehung(en)	0,0	19,1	10,5	6,8
feste Beziehung(en)	91,5	46,8	78,9	55,9
GESAMT	100,0	100,0	100,0	100,0

Tab. 6 zeigt, dass die weiblichen Klienten mit Kindern im Haushalt zur Hälfte alleinstehend waren bzw. nur zeitweise eine Beziehung hatten. Die Männer hingegen lebten mit ihren Kinder meist in festen Beziehungen zusammen. Die besondere Kombination von Suchtproblematik, meist noch mehreren weiteren Problemen und der gleichzeitigen Anforderung, Kinder zu betreuen und zu erziehen, traf somit am häufigsten auf (meist alleinerziehende) Frauen zu.

Eine genauere Analyse der Daten zeigte, dass die Klienten, die mit ihren Kindern zusammenlebten (vgl. Anhang, Tab. 20), tendenziell (etwas) weniger beeinträchtigt waren als die übrigen Klienten.

Die besondere Problematik und die Gefahren für die Entwicklung und Erziehung der Kinder werden dadurch jedoch nicht entschärft: Die Klienten mit Kindern im eigenen Haushalt waren zwar seltener alleinstehend und hatten statt dessen öfter feste Beziehungen (aktuell und seit längerem). Aber ein gutes Drittel (34,9 %) ihrer Partner wiesen - wenn auch seltener als in den Vergleichsgruppen - eine eigene Abhängigkeitsproblematik auf. Außerdem konstatierten die Case Manager bei 58 % der Klienten mit Kindern im Haushalt eine Fokussierung auf suchtbezogene Kontakte und beobachteten signifikant häufiger vorliegende Probleme mit dem Partner bzw. der Partnerin.

Die Klienten mit Kindern im eigenen Haushalt waren tendenziell nicht so lange abhängig wie die übrigen Klienten. Damit hing vermutlich zusammen, dass ein Viertel (25,1 %) noch nie suchtbezogene Hilfen in Anspruch genommen und auch in geringeren Anteilen suchtmittelbedingte Folgerkrankungen hatte.

Die Klienten, die mit ihren Kindern zusammenlebten, taten dies weit überwiegend in einer eigenen oder anderen Wohnung (zusammen 95,9 %), die nur selten verwahrlost war (8,8 %). Auch ein Blick auf die Situation in den letzten zwei Jahren zeigt bei „nur“ 8,6 % der Klienten mit Kindern im Haushalt eine von einer unsicheren Wohnsituation geprägte Lage. Die Erwerbssituation war zwar besser als in den Vergleichsgruppen, aber auf eigene Einkünfte konnte nur ein Fünftel der Klienten zurückgreifen, während fast zwei Drittel auf soziale Sicherungssysteme angewiesen waren (vgl. zu allen Ergebnissen ausführlich Anhang, Tab. 20.)

Für die Case Manager war es in jedem Fall von Bedeutung, wenn sie im Haushalt ihrer Klienten auf Kinder trafen. Sie hatten hier für mehrere Personen ein Unterstützungsmanagement aufzubauen, mussten häufig ihre Rolle hinterfragen und neben dem Klienten auch Grundbedürfnisse des Kindes im Blick haben, eine Fremdunterbringung abwägen u.ä. Der Kreis der Kooperationspartner erweiterte sich: Jugendamt, Familienhelfer, Jugendhilfeinstitutionen kamen hinzu. Waren die Kinder schon älter, bestand hier möglicherweise eine eigene Suchtgefährdung oder Suchtproblematik, was tatsächlich in acht Fällen (immer bei über 40-jährigen Eltern) dokumentiert war.

### 4.3.2 Suchtproblematik und suchtbezogene Behandlungserfahrung

#### *Suchtproblematik*

Beim überwiegenden Teil der Klienten wurde ein Abhängigkeitssyndrom (96,5 %) und bei lediglich 3,5 % ein schädlicher Gebrauch des Hauptsuchtmittels dokumentiert. Etwa drei Fünftel der betreuten Klienten waren von Alkohol (59,5 %) und 1,6 % von Sedativa/Hypnotika abhängig. Für etwas mehr als ein Drittel der Klienten (38,7 %) wurde eine Abhängigkeit von illegalen Substanzen diagnostiziert. Als Hauptsuchtmittel wurden hier dokumentiert: bei 25,7 % Opiate, bei 2,0 % der Klienten Kokain und in 2,3 % der Fälle Cannabinoide. Für 8,7 % der Klienten wurde eine Polytoxikomanie festgehalten (Abhängigkeit von mehreren illegalen Drogen, Medikamenten und z.T. auch von Alkohol).

Die Klienten waren im Durchschnitt seit 13,5 Jahren von ihrem Hauptsuchtmittel abhängig, bei einer Streubreite von einem bis zu 47 Jahren und einem großen Anteil von gut zwei Fünftel, der über 15 Jahre abhängig war (vgl. auch Anhang, Tab. 21).

Betrachtet man das Konsummuster, zeigt sich, dass 54,0 % der Klienten *zu Beginn der Betreuung* ständig bzw. gegenwärtig das jeweilige Hauptsuchtmittel konsumierten. Hin-

zu kam ein episodischer Substanzkonsum bei 10,9 % der Klienten. 17,0 % der Klienten waren bei Betreuungsbeginn abstinent und 9,7 % lebten abstinent in einer beschützenden Umgebung. Dabei handelte es sich vorwiegend um Klienten, zu denen der Kontakt während einer (stationären) Entgiftungsbehandlung hergestellt wurde<sup>13</sup>. Ihre Abstinenz war weit überwiegend vorübergehend. Die meisten dieser Klienten waren nicht in der Lage, über den stationären Aufenthalt hinaus abstinent zu bleiben. 7,1 % der Klienten nahmen zu Beginn der Betreuung an einem Ersatzdrogenprogramm teil, 1,4 % wurden mit aversiven Medikamenten behandelt (vgl. Anhang, Tab. 22).

Im Rahmen der Klientendokumentation werden nicht nur die Hauptsuchtmittel erfasst, sondern auch jeder weitere abhängige oder schädliche Gebrauch von Suchtmitteln (aktuell und in der Vergangenheit). Vor allem die Drogen-, aber auch ein Teil der Alkoholabhängigen konsumierten häufig verschiedene psychotrope Substanzen gleichzeitig. Die Case Manager berichteten, dass das Konsummuster bedeutende Auswirkungen auf den Hilfebedarf, die motivationale Lage, die Veränderungsbereitschaft und damit auch auf die Ergebnisse der Betreuung hatte. Eine genauere Analyse des Konsumverhaltens zeigt Tab. 7:

Tab. 7: Abhängigkeitssyndrom und Schädlicher Gebrauch der betreuten Klienten (n = 1.618)

Suchtmittel	Abhängigkeitssyndrom (n = 1.455)		schädlicher Gebrauch (n = 390)	
	Anzahl	% aller Kl.	Anzahl	% aller Kl.
Alkohol	1.078	66,6	173	10,7
Heroin	481	29,7	14	0,9
Methadon	239	14,8	4	0,2
Codein	172	10,6	24	1,5
sonstige opiathaltige Mittel	54	3,3	9	0,6
Haschisch	209	12,9	174	10,8
Marihuana	110	6,8	99	6,1
Beruhigungsmittel	239	14,8	67	4,1
Schlafmittel	141	8,7	32	2,0
Kokain	323	19,9	77	4,8
Crack	15	0,9	8	0,5
andere Stimulantien	49	3,0	27	1,7
LSD	46	2,8	98	6,1
Mescaline	10	0,6	11	0,7
sonstige Halluzinogene	16	1,0	25	1,5
flüchtige Lösungsmittel	9	0,6	5	0,3
andere psychotrope Substanzen	97	6,0	8	0,5
GESAMT	3.288	203,2	855	52,8

Insgesamt waren die betreuten Klienten von durchschnittlich 2,0 Substanzen abhängig und jeder zweite Klient konsumierte eine weitere Substanz in schädlicher Weise. Ein Vergleich nach dem Hauptsuchtmittel ergab erwartungsgemäß ein deutlich unterschiedliches Bild bei den Alkohol- und den Drogenabhängigen: Alkoholabhängige waren im Durchschnitt von 1,2 Substanzen, also nur etwa jeder fünfte war von einer weiteren Substanz abhängig (meist Cannabis oder Medikamente). Drogenabhängige waren

<sup>13</sup> Außerdem arbeiteten zwei Mitarbeiterinnen in stationären Settings und hatten die Aufgabe, Klienten direkt im Anschluss an die stationäre Maßnahme zu unterstützen.

hingegen von durchschnittlich 3,4 Substanzen abhängig ( $p < .01$ ), darunter knapp die Hälfte von Kokain (48,7 %) bzw. von Beruhigungs- und Schlafmitteln (zusammen 47,4 %).

Um ein genaueres Bild des Konsummusters der Klienten zu erhalten, wurde eine Clusteranalyse durchgeführt. Lagen Abhängigkeiten bei aktuellem Konsum vor, wurden Gruppen mit vergleichbaren Konsumstilen ermittelt. Aus den Ergebnissen wurde eine drei Gruppen-Lösung ausgewählt<sup>14</sup>.

Tab. 8: *Drei-Cluster-Lösung - Abhängigkeiten von Suchtmitteln mit aktuellem Substanzkonsum, Angaben in Prozent (n = 1.173)*

Abhängigkeit bei derzeitigem Konsum	Alkoholabhängige (n = 789)	Drogenabhängige (n = 245)	Polytoxikomane (n = 139)
Alkohol	<b>98,2</b>	9,0	38,8
Heroin	1,8	<b>81,2</b>	<b>88,5</b>
Methadon	0,6	<b>47,3</b>	<b>61,9</b>
Codein	0,6	17,6	34,5
sonstige Opiate	0,4	0,8	3,6
Haschisch	2,5	23,7	<b>42,4</b>
Marihuana	0,6	7,8	22,3
Beruhigungsmittel	3,0	4,5	<b>92,8</b>
Schlafmittel	0,8	2,4	<b>61,9</b>
Kokain	1,1	<b>37,6</b>	<b>74,1</b>
Crack	0,0	0,8	4,3
andere Stimulantien	0,6	1,2	4,3
LSD	0,1	0,8	7,2
Mescaline	0,0	0,4	0,0
sonstige Halluzinogene	0,3	1,2	1,4
flüchtige Lösungsmittel	0,1	0,0	0,0
andere psychotrope Substanzen	2,3	10,2	28,8
GESAMT	113,0	246,5	566,8

Die Clusteranalyse ermittelte eine erste Gruppe von Klienten, die sich vorwiegend aus Alkoholabhängigen und einigen von anderen Suchtmitteln Abhängigen zusammensetzt, denen gemeinsam war, dass sie im Wesentlichen nur eine Abhängigkeit aufwiesen. Ein zweites Cluster bestand aus Drogenabhängigen mit einem eher moderaten Abhängigkeitsprofil von durchschnittlich 2,5 Abhängigkeiten. Die dritte Gruppe kann hingegen als polytoxikoman bezeichnet werden, mit abhängigem Konsum von im Mittel 5,7 Suchtmitteln.

Zur ausführlicheren Beschreibung der Cluster wurden weitere Merkmale der Klienten miteinander verglichen und auf signifikante Unterschiede geprüft (vgl. ausführlich Anhang, Tab. 23).

<sup>14</sup> ICD-10 Abhängigkeitssyndrom, Stelle 5:

<sup>2</sup> gegenwärtige Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm (z.B. Methadon) oder

<sup>3</sup> gegenwärtig abstinent, aber in Behandlung mit aversiven oder hemmenden Medikamenten

<sup>4</sup> gegenwärtiger Substanzgebrauch

<sup>5</sup> ständiger Substanzgebrauch

<sup>6</sup> episodischer Substanzgebrauch.

### *Cluster I: Alkoholabhängige*

Die überwiegend alkoholabhängigen Klienten (98,2 %) waren von durchschnittlich 1,1 Substanzen abhängig (also nur jeder zehnte Klient hatte eine weitere Abhängigkeit). Für zwei Fünftel der Klienten wurden mehr als einmal pro Woche Trinkexzesse (und damit signifikant häufiger als in den beiden anderen Gruppen,  $p < .01$ ) sowie für zwei Drittel ein ständiger Alkoholkonsum in den letzten zwölf Monaten ( $p < .01$ ) dokumentiert. Entsprechend der Verteilung im Modellprogramm war diese Gruppe die größte: Etwa zwei Drittel der Klienten wurden hier eingruppiert. Die Abhängigen waren signifikant häufiger männlich, signifikant älter als die beiden anderen Gruppen (42 Jahre) und am häufigsten verheiratet oder geschieden. Etwa ein Fünftel hatte nie vorher suchtbezogene Hilfen in Anspruch genommen.

### *Cluster II: Opiatabhängige mit zusätzlicher Kokain- bzw. Haschischabhängigkeit*

Cluster II umfasste etwa ein Fünftel der Klienten (20,9 %) und bestand überwiegend aus primär Opiatabhängigen, mit gegenwärtigem Heroin- oder Codein- bzw. - im Rahmen einer Substitutionsbehandlung - Methadonkonsum. Diese Klienten konsumierten im Durchschnitt noch 1,5 weitere Substanzen in abhängiger Weise. Dass auch in dieser, im Vergleich zu Cluster III eher moderat konsumierenden Gruppe der Anteil - auch - von Kokain Abhängiger bei 37,6 % lag, kann als Beleg für Berichte aus der Praxis gelten, dass Kokain ein massives und weitverbreitetes Problem im Drogenbereich darstellt. Die Abhängigen des Clusters II waren zu über drei Fünftel Männer und wurden von den Mitarbeitern nur in 60,6 % als CMA eingestuft. Außer im Bereich des Konsummusters unterschieden sich die übrigen Merkmale kaum von Cluster III.

### *Cluster III: Polytoxikomane*

Das dritte und kleinste Cluster (11,8 % der Klienten) umfasste polytoxikoman Drogenabhängige, die aktuell durchschnittlich 5,7 Substanzen in abhängiger Weise konsumierten. Neben Heroin (88,5 %) und den möglichen Substitutionsmitteln Methadon bzw. Codein (61,9 % bzw. 34,5 %) waren die Klienten vor allem von Beruhigungsmitteln (92,8 %), Kokain (74,1 %) und Schlafmitteln (61,9 %) abhängig. Drei Viertel der Klienten wurden überwiegend mit Methadon substituiert (75,6 %; siehe auch oben).

In Cluster III gab es einen überproportionalen Frauenanteil (52,9%). Dieses Ergebnis steht Befunden anderer Untersuchungen und Berichten aus der Praxis entgegen, wonach die intensiveren Konsummuster vor allem bei Männern anzutreffen sind (vgl. z.B. SCHMID u.a. 1999). Die Klienten dieses Clusters waren am häufigsten ledig (68,4 %) und hatten am meisten nur (noch) suchtbezogene Kontakte. Fast alle Klienten hatten Behandlungsvorerfahrungen, gleichwohl wurden fast vier Fünftel von den Mitarbeitern als CMA eingeschätzt (78,7 %).

*Zusammenfassend* kann festgehalten werden, dass sich anhand der konsumierten Suchtmittel drei Gruppen von Klienten mit unterschiedlichen Konsummustern ermitteln ließen: eine Alkohol-Gruppe und zwei Gruppen von Drogenabhängigen, davon eine mit etwa zwei bis drei Abhängigkeiten, meist von Opiaten, Kokain und Haschisch und eine zweite mit einem extrem polytoxikomanen Konsumverhalten. Die verschiedenen Konsummuster dürften Implikationen für die Betreuung der Klienten haben (vgl. Abschnitt 4.5.5.3).

*ICD-10-Einzelitemanalyse*

In der Fachdiskussion wird zur Abschätzung des Schweregrads einer Abhängigkeit u.a. die genaue ICD-Diagnostik herangezogen: Je mehr diagnostische Einzelitems auf einen Klienten zutreffen, als je schwerwiegender gilt die Abhängigkeit (vgl. z.B. WETTERLING u.a. 1998, EXPERTENGESPRÄCH CMA 1997). Deshalb wurden die Daten der Klienten im Kooperationsmodell auch gezielt daraufhin überprüft. Angesichts des gesamten Erscheinungsbildes der Klientel überrascht das Ergebnis nicht:

Im Kooperationsmodell trafen auf die meisten Klienten alle sechs Einzelitems zu.

Deshalb waren jedoch - aufgrund fehlender Varianz - statistische Analysen nicht mehr durchführbar bzw. sinnvoll, sodass eine Überprüfung der ICD-Items für eine Schweregradeinschätzung einer heterogeneren Stichprobe vorbehalten bleiben muss.

*Substituierte Klienten*

Wie bereits dargestellt, wurde ein Gutteil der im Modellprogramm betreuten Drogenabhängigen substituiert. Deshalb wurden die Daten dieser insgesamt 320 Klienten (51,7 % von 619 drogenabhängigen Klienten) einer genaueren Analyse unterzogen und insbesondere ein Vergleich mit den nicht substituierten Drogenabhängigen durchgeführt.

Die substituierten Klienten unterscheiden sich von den nicht-substituierten Klienten in einigen Merkmalen: So sind sie mit im Durchschnitt 1,5 Jahren Altersunterschied (32,1 vs. 30,5 Jahre) signifikant älter und auch länger abhängig. Allerdings streute das Alter zwischen 18 und 51 Jahren. Das jugendliche Alter einiger Klienten soll nicht über deren desolote Lebenssituation hinwegtäuschen: Beispielsweise starb eine junge Substituierte noch in ihrem 18. Lebensjahr, kurz nachdem der Case Manager Kontakt zu ihr aufgenommen hatte, an einer Überdosis Heroin.

Unter den Substituierten ist der Frauenanteil mit 46 % (vs. 37 % bei den nicht Substituierten) vergleichsweise hoch und höher als in Substitutionsstichproben generell (vgl. z.B. PROGNOSE 1993, ARNOLD u.a. 1995, RASCHKE, KALKE, VERTHEIN 1996). Fast alle substituierten Klienten haben schon früher suchtbezogene Hilfen in Anspruch genommen (95,9 % vs. 86,6 % der nicht Substituierten). Sie sind justitiell belasteter und signifikant häufiger krank als die Vergleichsgruppe, sowohl hinsichtlich somatischer wie psychischer Störungen, was sicher dazu beigetragen hat, dass die Case Manager sie öfter als chronisch mehrfachbeeinträchtigt abhängig eingeschätzt haben (67,9 % vs. 54,4 % der nicht substituierten Drogenabhängigen; vgl. Anhang, Tab. 24).

*Behandlungserfahrung*

Einige Untersuchungen (vgl. z.B. WIENBERG 1992; RUMPF u.a., 2000, lifetime-Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen bei Alkoholabhängigen: etwa 40 %, mehr als vereinzelt Kontakte nur bei 27 %) weisen auf eine begrenzte Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen bzw. einen geringen Erreichungsgrad, insbesondere von Alkoholabhängigen, hin. Das Kooperationsmodell zielte nicht zuletzt darauf, dieses Defizit abzubauen.

Die Case Manager erreichten mit etwa einem Sechstel (17,5 %) ihrer Gesamtklientel erfolgreich Abhängige, die - obgleich langjährig abhängig und mit vielen (Folge-) Problemen belastet - bisher **nie suchtbbezogene Hilfen genutzt hatten**.

Dabei war die Gruppe der Klienten ohne Behandlungserfahrungen bei den Alkoholabhängigen erheblich größer als bei den Drogenabhängigen (21,7 % vs. 9,7 %), was auf das besser ausgebaute und differenzierte Hilfesystem für Drogenabhängige zurückzuführen sein dürfte. Trotz der oben erwähnten Untersuchungen muss die Nicht-Inanspruchnahme von Hilfen angesichts der Abhängigkeitsdauer und der Problemlagen der Klienten im Kooperationsmodell erstaunen.

Genauere Analysen zeigten dabei keine Unterschiede hinsichtlich des Lebensalters, jedoch leichte Unterschiede hinsichtlich der Störungsdauer: Die Klienten mit suchtspezifischer Behandlungserfahrung waren im Mittel etwa zwei Jahre länger abhängig, was angesichts der insgesamt erheblichen Störungsdauer allerdings nicht überinterpretiert werden darf. Von den Klienten mit Hilfeerfahrungen waren fast zwei Drittel seit über 10 Jahren abhängig (67,6 %), während in der Gruppe ohne suchtspezifische Hilfeerfahrung nur gut die Hälfte so lange suchtkrank war (53,3 %).

Diese Befunde zu Hilfeerfahrungen korrespondieren mit unterschiedlichen Ausbaugraden der regionalen Hilfesysteme, zumal ein Großteil der Drogenabhängigen in Großstädten mit sehr differenzierter Angebotsstruktur betreut wurden (Hamburg, Bremen, Berlin, Frankfurt). Außerdem spiegelt sich in den Daten der geringere Versorgungsgrad in den neuen Bundesländern wider: Die Case Manager in den neuen Bundesländern dokumentierten für nur 75,3 % ihrer Klienten Vorerfahrungen mit suchtbbezogenen Hilfen, gegenüber 89,5 % der Klienten in den alten Bundesländern.

Betrachtet man die Klienten mit Behandlungserfahrung, so fällt auf, dass der stationären Entgiftungsbehandlung die größte Bedeutung zukam (insgesamt 73,7 % der Klienten). Immerhin zwei von fünf Klienten hatten des weiteren (mindestens) eine stationäre Entwöhnungsbehandlung (42,3 %) und 17,1 % eine ambulante Suchtbehandlung aufgenommen. Die meisten Klienten verfügten über Erfahrungen mit mehreren, im Durchschnitt 2,2 Behandlungsformen.

Ein differenzierteres Bild ergibt sich, wenn man die Ergebnisse nach dem Hauptsuchtmittel und dem Geschlecht der Klienten aufschlüsselt.

Tab. 9: Behandlungserfahrungen der Klienten nach Hauptsuchtmittel und Geschlecht  
(n = 1.576)

	Alkoholabhängige				Drogenabhängige			
	Männer (n = 716)		Frauen (n = 258)		Männer (n = 351)		Frauen (n = 251)	
	An- zahl	in %	An- zahl	in %	An- zahl	in %	An- zahl	in %
jemaals suchtbezogene Hilfen in Anspruch genommen	558	77,9	202	78,3	313	89,2	226	90,0
Entgiftungsbehandlungen	520	72,6	184	71,3	267	76,1	190	75,7
ambulante Suchtbehandlungen	104	14,5	42	16,3	65	18,5	59	23,5
stationäre Entwöhnungsbehandlungen	239	33,4	97	37,6	216	61,5	115	45,8
Substitutionsbehandlungen	17	2,4	10	3,9	158	45,0	122	48,6
suchtbezogene Selbsthilfegruppen	103	14,4	42	16,3	42	12,0	15	6,0
nicht-suchtbezogene Institutionen	26	3,6	30	11,6	49	14,0	44	17,5

Mit Blick auf das hauptsächlich konsumierte Suchtmittel zeigte sich nur im Bereich der Entgiftung ein vergleichbares Bild, ansonsten dominierten die Unterschiede: Drogenabhängige hatten insgesamt mehr suchtbezogene Hilfeeferfahrungen, sie waren signifikant häufiger in stationärer Entwöhnung (Cramers V = .241) und - erwartungsgemäß - deutlich häufiger substituiert (bei Alkoholabhängigen mit Substitutionserfahrung handelt es sich um früher opiatabhängige Klienten mit Umsteigeverhalten). Drogenabhängige hatten darüber hinaus auch signifikant (Cramers V = .232, p<.01) häufiger nicht-suchtbezogene Institutionen genutzt, während Alkoholabhängige zu relativ größeren Anteilen suchtbezogene Selbsthilfegruppen besucht hatten.

Die Hilfeeferfahrung der alkohol- und drogenabhängigen Frauen war in etwa gleich groß wie jene der Männer, wobei sie vergleichsweise öfter ambulante Hilfeformen (Therapie, Substitution sowie andere Hilfen) in Anspruch genommen hatten als die Männer.

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass es den Case Managern erfolgreich gelungen ist, auch bisher nicht erreichte Klienten erstmals in eine Betreuung aufzunehmen und ggf. vorhandene Versorgungsdefizite etwas auszugleichen (zum Betreuungsprofil für die substituierten Klienten s. Abschnitt 4.5.4.4).

### 4.3.3 Gesundheitliche Situation

Suchtmittelabhängige haben mit der Dauer ihrer Sucht zunehmend gesundheitliche Probleme, die nicht selten eher zu einer Behandlung führen als die Suchtproblematik selbst, sodass mehr Suchtkranke im medizinischen System behandelt werden als in der Suchtkrankenhilfe (s.o. - Behandlungserfahrung). Andere Abhängige hingegen vermeiden - trotz Beschwerden - Arztbesuche. Die Case Manager hatten dementsprechend die Aufgabe, Kontakt und Austausch zwischen beiden Systemen herzustellen, Klienten, bei denen sie Erkrankungen vermuteten, in ärztliche Praxen zu vermitteln sowie Abhängige, die aufgrund anderer Probleme z.B. im Krankenhaus waren, auf ihre Sucht anzusprechen und für eine Behandlung zu motivieren. In der Folge waren Abstimmungsprozesse zwischen beiden Versorgungssystemen herbeizuführen und zu koordinieren.

Doch in welchem Maß waren die Klienten der Case Manager krank? Im Rahmen des Assessments wurde überprüft, ob die Klienten krank waren und welche für Suchtkranke typische schweren Erkrankungen<sup>15</sup> vorlagen. Die Modellmitarbeiter hatten dabei zum einen zu erheben, welche Diagnosen ärztlicherseits schon gestellt waren - dazu befragten sie neben dem Klienten auch Kollegen in anderen mit dem Fall befassten Einrichtungen und die behandelnden Ärzte in Krankenhaus oder Praxis. Einige Modellmitarbeiter entwickelten Formblätter für den routinemäßigen Informationsaustausch mit Ärzten. Da ein Gutteil Klienten kaum Kontakt zu Ärzten hatte und Besuche in einer niedergelassenen Praxis vermied, sollten die Case Manager zum anderen auf Symptome noch unbehandelter Erkrankungen und Störungen achten. Im Verdachtsfall sollten die Klienten dazu motiviert bzw. dabei unterstützt werden, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Angesichts der bisher referierten Daten kann es nicht überraschen, dass für gut vier Fünftel der Klienten (1.365, 84,4 %) typische Erkrankungen dokumentiert wurden. Bei den meisten Klienten (1.109) waren Erkrankungen ärztlich diagnostiziert. Darüber hinaus vermuteten die Case Manager bei 256 weiteren Klienten eine oder mehrere schwere somatische Erkrankungen oder psychische Störungen.

Die 1.365 Klienten hatten insgesamt 3.097 ärztlich gestellte Diagnosen und weitere 1.629 Verdachtsdiagnosen der Case Manager, d.h. die Klienten hatten in der Regel mit mehreren gesundheitlichen Problemen zu kämpfen, im Schnitt mit 3,5. Dabei zeigte sich häufig ein Zusammentreffen von somatischen *und* psychischen Erkrankungen (61,7 % der Klienten). Der häufig vermutete schlechtere körperliche Zustand der Alkoholabhängigen konnte im Kooperationsmodell nicht so ohne weiteres verifiziert werden. Denn ärztlich diagnostiziert hatten Drogenabhängige im Durchschnitt 1,5 schwere somatische Erkrankungen, Alkoholabhängige „nur“ 1,2 ( $p < .01$ ). Im Unterschied dazu lag jedoch der Mittelwert der diagnostizierten psychischen Erkrankungen bei den Alkoholabhängigen mit 0,7 Erkrankungen pro Patient signifikant höher als bei den Drogenabhängigen (0,5 diagnostizierte Störungen pro Patient,  $p < .01$ ). Diese Ergebnisse bleiben auch unter Einbezug der Krankheitsvermutungen durch die Case Manager stabil. Allerdings erscheinen die Unterschiede trotz statistischer Signifikanz praktisch eher weniger relevant, insbesondere wenn man die Verteilung nach Erkrankungsart in den suchtmittelbezogenen Gruppen betrachtet. Tab. 10 zeigt die Verteilung über einige ausgewählte Krankheits- und Störungsbilder (die Übersicht über alle erfassten Erkrankungen und Störungen s. Anhang, Tab. 25 und 26).

---

<sup>15</sup> Die abzurufende Liste möglicher somatischer Erkrankungen und psychischer Störungen war in Zusammenarbeit mit Experten erstellt worden. Dafür möchten wir uns an dieser Stelle bei Dr. Dresch (Köln), Dr. Kalthoff (Bochum) und Dr. Kuhlmann (Bergisch-Gladbach) für ihre Mitarbeit bedanken. Hier wurden Erkrankungen aufgelistet, die als schwer gewertet wurden und häufig in Zusammenhang mit Suchterkrankungen auftreten. Die Klienten haben möglicherweise darüber hinaus weitere, auch schwerwiegende, gesundheitliche Probleme wie z.B. Krebserkrankungen.

Tab. 10: Somatische Erkrankungen nach dem Hauptsuchtmittel der Klienten (n = 1.618)

Erkrankung		legale Suchtmittel (n = 999)		illegale Suchtmittel (n = 619)		Gesamt (n = 1.618)	
		Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Leberzirrhose	ärztlich diagn.	151	15,1	18	2,9	169	10,4
	vermutet	40	4,0	9	1,5	49	3,0
Gruppen-Gesamtwert		191	19,1	27	4,4	218	13,5
Hepatitis BC	ärztlich diagn.	65	6,5	325	52,5	390	24,1
	vermutet	16	1,6	56	9,0	72	4,4
Gruppen-Gesamtwert		81	8,1	381	61,6	462	28,6
Polyneuropathie	ärztlich diagn.	166	16,6	14	2,3	180	11,1
	vermutet	74	7,4	1	0,2	75	4,6
Gruppen-Gesamtwert		240	24,0	15	2,4	255	15,8
HIV-Infektion/ AIDS	ärztlich diagn.	6	0,6	62	10,0	68	4,2
	vermutet	1	0,1	6	0,9	7	0,4
Gruppen-Gesamtwert		5	0,5	32	5,2	37	2,3
Korsakow-Syndrom	ärztlich diagn.	21	2,1	0	0,0	21	1,3
	vermutet	16	1,6	0	0,0	16	1,0
Gruppen-Gesamtwert		37	3,7	0	0,0	37	2,3
hirnorgan. Wesensveränderungen	ärztlich diagn.	123	12,3	13	2,1	136	8,4
	vermutet	99	9,9	6	1,0	105	6,5
Gruppen-Gesamtwert		222	22,2	19	3,1	241	14,9
Persönlichkeitsstörungen	ärztlich diagn.	163	16,3	72	11,6	235	14,5
	vermutet	225	22,5	125	20,2	350	21,6
Gruppen-Gesamtwert		388	38,8	197	31,8	585	36,2
Angststörungen	ärztlich diagn.	83	8,3	54	8,7	137	8,5
	vermutet	90	9,0	89	14,4	179	11,1
Gruppen-Gesamtwert		173	17,3	143	23,1	316	19,5
depressive Störungen	ärztlich diagn.	171	17,1	110	17,8	281	17,4
	vermutet	131	13,1	123	19,9	254	15,7
Gruppen-Gesamtwert		302	30,2	233	37,6	535	33,1

Die Tabelle unterstreicht, dass die meisten der im Modellprogramm betreuten Klienten schwere und mehrfache gesundheitliche Beeinträchtigungen aufwiesen, wie sie häufig in Zusammenhang mit (langjähriger) Abhängigkeit auftreten. Dabei zeigten sich - erwartungsgemäß - je nach Suchtmittel unterschiedliche Ausprägungen: z.B. kamen Leberzirrhose und Polyneuropathie bei Alkoholabhängigen deutlich häufiger vor als bei Drogenabhängigen, während sich das Bild bei Hepatitis und HIV bzw. AIDS umgekehrt darstellte. Vergleichbar oft traten in beiden Gruppen psychische Probleme, wie z.B. Angst- und depressive Störungen auf.

Für die Case Manager ergab sich dabei insbesondere aus Erkrankungsvermutungen ein Arbeitsauftrag: Für ärztliche Abklärung und ggf. für die notwendige Hilfe zu sorgen.

#### 4.3.4 Kontakte der Klienten zu anderen Stellen

Nachdem die Case Manager sich ein Bild von der Situation der Klienten und ihrem (ihren) privaten Umfeld(-Ressourcen) gemacht hatten, war abzuklären, zu welchen weiteren Stellen (Hilfeeinrichtungen, Ämter etc.) der Klient Kontakt hatte. Diese Institutionen stellten dann die ersten Anlaufpunkte für Kooperationsgespräche, Hilfeabstimmungen und ggf. gemeinsame Hilfeplanung dar.

Bei Betreuungsbeginn wurden bei 93,6 % der Klienten insgesamt 5.653 bestehende Kontakte festgehalten, im Durchschnitt wurden also fast vier (3,7) Stellen genannt. Rang 1 nahmen dabei Ämter ein: Für 986 Klienten (65,1 %) wurden Kontakte zu Arbeits-, Sozial- bzw. Jugendamt dokumentiert. Dann folgte der medizinische Bereich (mit Mehrfachnennungen): Über die Hälfte der Klienten (51,7 %) hatte Kontakt zu niedergelassenen Ärzten, 23,9 % zu Allgemeinkrankenhäusern und 14,1 % zum Gesundheitsamt. Angesichts der gesundheitlichen Beeinträchtigungen (s.o.) können diese Werte jedoch nicht als ausreichend betrachtet werden. 38,0 % der Klienten standen in Kontakt mit ihrer Kranken- oder Rentenversicherung.

Der Suchtkrankenhilfe kam eine geringe Bedeutung zu. Ihre Institutionen standen - mit deutlichem Abstand zu medizinischen Hilfen - an dritter Stelle: Zu Suchtberatungsstellen und Substitutionsambulanzen hatte etwa jeder sechste Klient Kontakt, jeder siebte nutzte niedrigschwellige Angebote oder hatte Kontakt zu stationären Therapieeinrichtungen.

Dies bestätigt die Ergebnisse früherer Untersuchungen, wonach die Angebote der Suchtkrankenhilfe gerade chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängige nicht genügend erreichen und wohl auch nicht immer bedarfsgerecht sind (vgl. WIENBERG 1992, JOHN u.a. 1996).

Wie nach den Daten zu justitieller Belastung nicht anders zu erwarten, wurden für viele Klienten darüber hinaus (z.T. mehrfache) Kontakte zu Institutionen der Strafverfolgung dokumentiert: 18,5 % der Klienten hatten mit der Staatsanwaltschaft zu tun, 11,3 % mit der Bewährungshilfe, mit Polizei/Zoll bzw. Straßenverkehrsbehörde waren 8,0 % bzw. 5,6 % „in Kontakt“. Durch die aktuell Inhaftierten ergaben sich schließlich für 3,5 % der Klienten gleichzeitige Kontakte zu JVA-Sozialdiensten.

In geringerer Ausprägung wurden des weiteren Kontakte zu Betrieben, anderen Beratungsstellen oder Hilfeangeboten (Schuldnerberatung, Wohnungshilfe, Selbsthilfegruppen etc.) dokumentiert und für lediglich 2,6 % der Klienten Kontakte zu Gesetzlichen Betreuern.

Dabei zeigten sich erwartungsgemäß Unterschiede zwischen Alkohol- und Drogenabhängigen, die zumindest teilweise auch auf den Ausbau der Versorgungssysteme zurückzuführen sein dürften: So wurden für Alkoholabhängige insgesamt zwar etwas weniger Kontakte festgehalten (im Durchschnitt 3,6), jedoch deutlich häufiger zu ärztlichen Praxen (59,6 % vs. 38,9 %) und zu Krankenhäusern (29,6 % vs. 14,8 %). Alkoholabhängige hatten auch deutlich mehr Kontakte zu Gesundheitsämtern/sozialen Diensten (18,5 % vs. 6,9 %) und erheblich häufiger Kontakte zu Renten- bzw. Krankenversicherungen (51,1 % vs. 17,0 %) als Drogenabhängige. Für Drogenabhängige wurden im Mittel vier weitere Kontakte dokumentiert, erwartungsgemäß häufiger zu niedrigschwelligem Angeboten (31,8 % vs. 6,2 %), zu Staatsanwaltschaft/Gericht (30,3 % vs. 11,1 %) und zu Jugendgerichtshilfe/Bewährungshilfe (21,0 % vs. 2,0 %; vgl. im Einzelnen Anhang, Tab. 27).

Die Case Manager waren also bei der überwiegenden Zahl der Klienten nicht die einzige beteiligte (Hilfe-)Instanz, vielmehr war - entsprechend der verschiedenen Problemlagen - eine Vielzahl verschiedener Stellen in Kontakt mit dem Klienten. Diese Stellen waren z.T. diejenigen, die den Case Manager hinzugezogen hatten, weil sie z.B. allein mit der Regelung aller anstehenden Probleme überfordert waren. In jedem Fall aber standen die Case Manager hier vor der Aufgabe, die verschiedenen, meist isoliert laufenden Prozesse zusammenzubringen und abzustimmen, Kollegen zu helfen und Klienten bei der Inanspruchnahme zu unterstützen.

#### 4.4 Hilfeplanung

In der Umsetzung von Case Management kommt der Hilfeplanung ein herausgehobener Stellenwert zu, denn sie stellt die Grundlage für die gemeinsame Arbeit, die Steuerung des Gesamthilfegeschehens, die laufende Fallkontrolle und die (abschließende) Bewertung des Betreuungsverlaufs dar.

Im Rahmen dieser Kernaufgabe von Case Management werden erforderliche und geeignete Hilfen identifiziert sowie Zuständigkeiten und Vereinbarungen über das konkrete Vorgehen festgelegt. Dies sollte gemeinsam mit Case Manager und Klient sowie weiteren privaten und professionellen Helfern abgestimmt werden, am besten im Rahmen einer Hilfeplankonferenz.

Der Hilfeplan ist damit das Ergebnis ausgehandelter Übereinkünfte zwischen Case Manager und Klient sowie ggf. weiteren Beteiligten und stellt eine Art „Gesamtplan“ dar, in dem nach Prioritäten geordnete Ziele, operationalisierbare Zwischenschritte, Aufgabenverteilung und Zeitpläne festgelegt werden.

Mit der Hilfeplanung rückt - verglichen mit traditioneller Sozialarbeit - eine andere/neue Hilfephilosophie in den Vordergrund der Arbeit: Im Rahmen von Case Management wird die Rolle des Klienten neu bestimmt. Er ist „Herr des Verfahrens“, gleichberechtigter Partner im gemeinsam strukturierten Hilfeprozess. Die Verfolgung z.B. von Zielen, die nicht wirklich diejenigen des Klienten sind, läuft unweigerlich ins Leere, eine von ihm miterstellte und -getragene Planung hat hingegen mehr Verbindlichkeit, fördert Compliance, Selbstverantwortung und Selbstwirksamkeit.

Eine weitere Neuerung liegt in der Fokussierung auf Planung: Während sich klassische Sozialarbeit z.T. in problem-reaktivem Handeln erschöpft, will Case Management die Richtung umkehren und zielgerichtet Hilfe planen sowie den Prozess (und damit auch die eigene Effektivität) laufend überprüfen.

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Kooperationsmodells wurde die Logik des Case Management-Prozesses in ein Dokumentationsinstrument übersetzt, dem mehrere Funktionen zukamen: Zum einen sollten die Teilschritte von Hilfeplanung so abgebildet werden, dass das Instrument die Modellmitarbeiter in der Durchführung unterstützen konnte; gleichzeitig sollte es ihnen einen systematischen Rahmen für die Planung bieten. Zum anderen waren die Belange der Evaluation sicherzustellen. In enger Zusammenarbeit mit den Case Managern entstand das **integrierte Hilfeplanungs- und Dokumentationsinstrumentarium**, mit dem die Case Manager Ergebnisse der Assessments beschreiben, die Absprachen zu Zielen, Maßnahmen und Zuständigkeiten und die Entwicklung im Verlauf dokumentieren sowie die klientenbezogenen Leistungen erfassen konnten (vgl. Abschnitt 3.3)

#### 4.4.1 Zeitpunkt der Hilfeplanung

Bei Betreuungsbeginn unterschieden sich die Situationen der Klienten erheblich. Einige Klienten wurden z.B. im Anschluss an stationäre Maßnahmen ins Case Management übernommen, waren also (momentan) abstinent und gesundheitlich zumindest nicht akut hilfebedürftig. Bei anderen Klienten begann die Betreuung hingegen in krisenhaften Phasen mit hohem Konsum, kritischer gesundheitlicher oder psychischer Verfassung, drohender Verhaftung o.ä. Die Case Manager hatten also z.T. mit Beginn der Betreuung - parallel zum Assessment - Hilfen zu leisten bzw. Maßnahmen zu erbringen oder zu vermitteln. In Abhängigkeit von der Situation und der akuten Verfassung der Klienten konnte es daher z.T. längere Zeit dauern, bis die Case Manager eine Hilfeplanung initiieren konnten.

Dementsprechend schwankten auch die Zeiträume zwischen Betreuungsbeginn und Hilfeplanung: In einigen Fällen konnten die Case Manager bereits am ersten Tag die Situation weitgehend klären und mit der Hilfeplanung beginnen. Bei 50 % der Klienten wurde die Hilfeplanung in den ersten vier Wochen bzw. nach vier Kontakten begonnen (0 - 38 Tage). Bei einem weiteren Viertel der Klienten begann die Planung spätestens ca. fünf Monate nach Betreuungsbeginn (39 - 153 Tage). Durchschnittlich lagen zwischen Beginn der Betreuung und erster Hilfeplanung 116 Tagen, also knapp vier Monate. In diesem Zeitraum hatten im Mittel acht Kontakte stattgefunden.

#### 4.4.2 Klienten im Hilfeplanverfahren

Wie weiter oben dargestellt, hatten die Case Manager im Erhebungszeitraum insgesamt 1.618 Klienten betreut. Hinsichtlich der Umsetzung von Hilfeplanung war nun zu untersuchen, ob diese meist schwer beeinträchtigten Klienten willens und in der Lage waren, an gemeinsamen Planungsprozessen mitzuwirken. Denn die Case Manager hatten im Verlauf des Modells wiederholt darauf hingewiesen, dass gerade mit besonders schwer beeinträchtigten Klienten oder mit Klienten in akuten Krisen keine gemeinsame Erarbeitung einer Hilfeplanung möglich sei. Für einen anderen Teil der Klienten sei zudem keine Hilfeplanung notwendig, da bei kurzen Betreuungszeiten nur ein geringer Klärungsbedarf bestünde („zu aufwendig“, „nicht nötig“).

Tatsächlich wurde nicht für alle, sondern nur für zwei Fünftel der Klienten (41,2 %) eine Hilfeplanung durchgeführt. Die Hilfepläne wurden dann in unterschiedlichem Ausmaß weitergeführt - bis hin zu 13 Fortschreibungen. Im Durchschnitt wurde ein Hilfeplan dreimal fortgeschrieben (eine Fortschreibung: 61,9 % der Fälle, zwei Fortschreibungen: 39,6 %, drei Fortschreibungen: 26,5 %). Um die o.g. Einschätzungen der Mitarbeiter zu überprüfen, wurden die Daten der Klienten, für die ein Hilfeplanverfahren begonnen wurde, mit jenen ohne Hilfeplanung verglichen.

Die Analyse soziodemographischer, sucht- und behandlungsbezogener Daten zeigte auf den ersten Blick keine nennenswerten Unterschiede zwischen Klienten mit und ohne Hilfeplanung. Um gleichwohl den beschriebenen Hinweisen der Mitarbeiter weiter nachzugehen, wurden festgestellte Abweichungen<sup>16</sup> auf ihre statistische Bedeutsamkeit hin überprüft. Es ergaben sich einige, wenn auch meist nicht signifikante, Unterschiede, die im Folgenden kurz beschrieben werden sollen:

---

<sup>16</sup> Prozentunterschiede wurden grundsätzlich ab einer Differenz von 10 %, teilweise auch bei geringeren Prozentunterschieden auf Signifikanz geprüft. Dazu wurde bei Kreuztabellen als Assoziationsmaß Cramers V verwendet, das ab einem Wert  $> .20$  als ausreichend aussagekräftig betrachtet wurde, sofern die Irrtumswahrscheinlichkeit  $p < .01$  war.

Hilfeplanklienten waren etwas häufiger alleinlebend als Nicht-Hilfeplanklienten (52,8 % vs. 44,9 %). Lebten Sie nicht allein, wohnten Hilfeplanklienten häufiger mit anderen Suchtkranken zusammen (57,3 % vs. 47,2 %). Ihr Einkommen bestritten Hilfeplanklienten etwas seltener aus Lohn und Gehalt (4,3 % vs. 9,5 %), ebenfalls seltener aus Rente/Pension (5,9 % vs. 9,9 %), dafür häufiger aus Sozialhilfe (35,4 % vs. 26,8 %). Insgesamt konnten sie auch längerfristig betrachtet seltener auf ein regelmäßiges Einkommen zurückgreifen (47,9 % vs. 59,5 %).

Mit Drogenabhängigen wurden etwas häufiger Hilfepläne angelegt als mit Alkoholabhängigen (43,8 % vs. 39,6 %). Vergleicht man die Konsumdauer, zeigten sich kaum Unterschiede: Hilfeplanklienten waren durchschnittlich ein knappes Jahr länger abhängig (14 vs. 13 Jahre), darunter auch zu etwas größeren Anteilen bereits seit mehr als 15 Jahren (44,5 % vs. 38,6 % in der Gruppe ohne Hilfeplan).

Die Modellmitarbeiter hatten darauf hingewiesen, dass Hilfe nur dann gemeinsam geplant werden könne wenn Klienten die notwendige Mitwirkungs- und Veränderungsbereitschaft mitbrächten. Die Analysen hierzu ergaben jedoch kein entsprechendes Ergebnis. Hilfeplanklienten und Nicht-Hilfeplanklienten waren in vergleichbarem Umfang problemeinsichtig und veränderungsbereit (vgl. Anhang, Tab. 28). Diese These der Mitarbeiter - wenngleich einleuchtend - war also nicht haltbar. Mangelnde Motivation steht einer Hilfeplanung nicht entgegen, nur werden die anzustrebenden Ziele (z.B. Aufbau von Motivation) andere sein als bei veränderungsbereiten Klienten.

Insgesamt lieferte die klientenbezogene Datenanalyse keine Hinweise für die Vorbehalte der Case Manager, dass klientenseitige Beeinträchtigungen bzw. krisenhafte Situationen einer Initiierung von Hilfeplanung entgegenstehen. Die wenigen Unterschiede zwischen den Klienten mit und ohne Hilfeplanverfahren wiesen, wenn überhaupt, eher auf eine stärkere Belastung der Hilfeplanklienten hin. Diese Ergebnisse wurden auch dadurch gestützt, dass Hilfeplanklienten länger (418 vs. 311 Tage Gesamtbetreuungsdauer,  $p < .01$ )<sup>17</sup> und intensiver als Nicht-Hilfeplanklienten (durchschnittlich 42,3 Stunden vs. 21,6 Stunden,  $p < .01$ ) betreut wurden.

Möglicherweise antizipierten die Case Manager schon früh den erhöhten Hilfebedarf und reagierten darauf mit einer verstärkten Strukturierung dieser (schwierigeren, längeren, umfassenderen) Betreuungsprozesse mittels Hilfeplanung. Dieses Ergebnis kann als Hinweis für die Bedeutung von systematischer Prozessplanung gelten.

Da der Einsatz von Hilfeplanung nicht i.e.S. von bestimmten Klientenmerkmalen abhing, wurden in einem weiteren Analyseschritt andere Aspekte geprüft und personale, regionale bzw. einrichtungsbezogene Rahmenbedingungen untersucht.

Hinsichtlich des Einsatzes von Hilfeplanung zeigten sich keine relevanten Unterschiede zwischen berufserfahreneren und jüngeren, männlichen und weiblichen Case Managern, jenen aus Einrichtungen der Suchtkranken- oder Drogenhilfe, der Größe der Kommune, dem Versorgungsgrad der Region sowie neuen oder alten Bundesländern.

Unterschiede konnten jedoch in Abhängigkeit von der Gesamtzahl der von einem Case Manager betreuten Klienten beobachtet werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Zahl der betreuten Klienten stark variierte. Die Case Manager betreuten im Verlauf des Modellprogramms zwischen 24 und 111, im Mittel je 51 Klienten. Dabei setzten sie in unterschiedlichem Ausmaß Hilfeplanung ein: Der Anteil der Klienten, mit denen Hilfepläne durchgeführt wurden, streute von 10,0 % bis zu 100 %.

<sup>17</sup> Mittelwertunterschiede zwischen Klientengruppen wurden mit der Prozedur einfaktorielle ANOVA überprüft. Prüfgröße stellt der F-Wert dar.

Case Manager mit sehr vielen Klienten nutzten das Hilfeplanverfahren deutlich seltener als Modellmitarbeiter, die eine geringere Zahl von Klienten betreuten<sup>18</sup>. Allerdings entpuppte sich die Formel „weniger Klienten/intensivere Betreuung = mehr Hilfeplanung“ als zu vordergründig, vielmehr erschien der Einsatz des Verfahrens an erster Stelle durch Mitarbeiter-Variablen bedingt.<sup>19</sup>

Zur Beurteilung der Hilfeplanung können und sollen vor allem die Erfahrungen jener Case Manager herangezogen werden, die das Verfahren relativ häufig eingesetzt hatten:

Das Hilfeplanverfahren wurde als sinnvoll und den Prozess unterstützend erlebt. Klientenbeteiligung wurde gefördert, Assessments systematischer und lückenloser durchgeführt und eine regelmäßige und intensivere Reflexion angeregt. Die mittels Hilfeplanung zielgerichtetere Fallführung erleichterte die Arbeit (u.a. durch eine höhere Verbindlichkeit von Absprachen), Erfolge wurden für Mitarbeiter und Klienten deutlicher wahrnehmbar und Leistungen nach außen besser darstellbar.

Die Klienten nahmen das Hilfeplanverfahren weit überwiegend positiv wahr (vgl. Tab. 11):

Tab. 11: Beurteilung von Hilfeplanungsaspekten durch die Klienten

sehr wichtig und eher wichtig war, dass ...	Anteil der Klienten
Dass er immer wieder mit mir überlegt hat, was als nächstes zu tun war, war ...	94,7
Dass wir alles zusammen geplant haben, war ...	94,6
Dass der Case Manager meine Situation im Hilfeplan übersichtlich aufgeschrieben hat, war ...	88,9
Dass der Case Manager immer wieder unsere gemeinsame Arbeit kontrollierte und den Hilfeplan weiterschrieb, war ...	87,4

Die Tabelle belegt die Zustimmung der Klienten zur Hilfeplanung. Sie fühlten sich durch das Aufschreiben wertgeschätzt und ernstgenommen. Diese Vorgehensweise erweckte bei Ihnen den Eindruck von Professionalität, insbesondere das *gemeinsame* Planen und die wiederholte Abstimmung von Maßnahmen, das Kontrollieren und Fortschreiben der Planung sowie das Vermitteln zusätzlicher Hilfen, ihre Information und Einbeziehung in die Planung. Sie begrüßten, dass die Fachkräfte - im positiven Sinne - „nach Plan“ arbeiteten (vgl. auch ausführlich Kapitel 5).

Wenngleich nicht alle Mitarbeiter sich im Verlauf der Modellerprobung dem neuen Verfahren der Hilfeplanung öffneten bzw. es regelhaft einsetzten, so bedauerten viele dieser Modellmitarbeiter dies in den abschließenden Fallbetrachtungen und gaben an, das Planungsverfahren aufgrund beruflicher Routine und eingefahrener Verhaltensweisen nicht öfter genutzt zu haben, zukünftig Hilfe jedoch früher, öfter und schriftlich zu planen. Außerdem wollten sie zukünftig möglichst Hilfekonferenzen initiieren sowie Absprachen genauer festhalten und kontrollieren.

<sup>18</sup> Die Case Manager, die hinsichtlich der Klientenzahl die Rangplätze 1 - 10 belegten, betreuten im Dokumentationszeitraum durchschnittlich 79 Klienten und legten für nur 30,2 % dieser Klienten Hilfepläne an. Vergleicht man damit die Werte der zehn Case Manager mit den geringsten Klientenzahlen (durchschnittlich 32 Klienten), zeigt sich, dass in 55,2 % der Fälle Hilfeplanverfahren eingeleitet wurden.

<sup>19</sup> So hatte z.B. ein Case Manager mit nur 32 Klienten in den drei Jahren lediglich in 28,1 % der Fälle einen Hilfeplan angelegt, während der Case Manager mit der höchsten Klientenzahl (111 Klienten) immerhin einen Anteil von 55,4 % erreichte. Weitere Belege ergaben sich aus Detail-Betrachtungen, z.B. von Case Manager A und B: Sie arbeiteten in derselben Großstadt, konnten somit auf dasselbe Versorgungssystem zurückgreifen und betreuten die gleiche Anzahl vergleichbar problembelasteter (drogenabhängiger) Klienten. Gleichwohl hatten sie im Rahmen ihrer Betreuungen in sehr unterschiedlichem Umfang Hilfeplanverfahren eingeleitet: Case Manager A führte in 29 % seiner Fälle, Mitarbeiter B hingegen in 70 % der Fälle Hilfeplanverfahren durch.

Die Ergebnisse legen *zusammenfassend* betrachtet nahe, dass zwar ein Zusammenhang zwischen Anzahl betreuer Klienten und Einsatz des durchaus aufwendigen Hilfeplanverfahrens besteht. Jedoch war die Nutzung des Hilfeplanverfahrens in erster Linie durch die Bereitschaft der Mitarbeiter, sich der neuen Methode zu öffnen sowie transparenter und professioneller zu agieren, bedingt. Dabei ist jedoch der Einfluss der Einrichtungsleiter und Träger nicht zu unterschätzen, ohne deren Unterstützung und Controlling ein derart anspruchsvolles Verfahren kaum zu implementieren ist.

#### 4.4.3 Beteiligte an der Hilfeplanung

Ein zentrales Moment von Case Management ist die Abstimmung von Hilfen zwischen verschiedenen an der Klientenversorgung beteiligten professionellen, aber auch privaten Helfern und den Klienten, deren aktiver Mitwirkung ein besonderer Stellenwert eingeräumt wird. Beispielsweise identifizieren RAIFF und SHORE (1997, S. 59) „Qualifizierte Pläne [als] nichts anderes als [den] Niederschlag ausgehandelter Übereinkünfte zwischen Case Managern, Klienten, Familienangehörigen und den übrigen Fachkräften“. Case Management für schwerbeeinträchtigte Klientengruppen steht jedoch immer im Spannungsfeld von Beteiligung der Klienten und einer ggf. fehlenden Fähigkeit dazu.

Anhand der vorliegenden 667 Hilfepläne wurde geprüft, inwieweit Klienten aktiv an der Planung beteiligt waren. Waren sie das nicht, weil sie nicht dazu in der Lage waren oder nicht wollten oder weil die Case Manager die Klienten nicht explizit an der Hilfeplanung beteiligt hatten, stellt die Hilfeplanung kein gemeinsam beratendes und abgestimmtes Verfahren dar, sondern hat eher den Charakter einer Arbeitsplanung für den professionellen Helfer.

In den analysierten Hilfeplänen zeigte sich, dass die Klienten zwar nicht immer, doch überwiegend an der Planung beteiligt waren: Nach Angaben der Case Manager waren fast zwei Drittel der Klienten gänzlich (64,6 %) und ein weiteres Viertel (27,3 %) mit Einschränkungen beteiligt (insgesamt 91,9 %). Ein Blick darauf, wie viele Klienten die Planungen unterschrieben und ihre Zustimmung damit verbindlich dargestellt hatten, muss hierzu allerdings Fragen aufwerfen (vgl. Abschnitt 4.4.5).

Nur weniger als jeder zwölfte Klient war nicht an der Hilfeplanung beteiligt (8,1 %). Die Case Manager begründeten dies meist mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, z.B. einem Korsakow-Syndrom oder mit konsumbedingten Schwierigkeiten wie z.B. „*Sprunghaftigkeit [des Klienten]*“ oder „*zur Zeit wieder stark unter Alkoholeinfluss, teilweise nicht ansprechbar*“. Einige Klienten konnten auch erst im Verlauf der Betreuung zur Mitarbeit motiviert werden, die Case Manager mussten sich hier anfangs allein ihr Vorgehen überlegen. Allerdings konnte bei 16,7 % der Klienten der Beteiligungsgrad im Verlauf der Betreuung gesteigert werden. Nur bei 3,9 % der Klienten war die Beteiligung im Verlauf rückläufig.

Es war weiter zu prüfen, ob und welche anderen professionellen Helfer an der Planung beteiligt waren. Dazu wurden in einem ersten Schritt die vermittelnden Instanzen betrachtet. Die Zugangswege unterschieden sich nicht wesentlich von der Gesamtklientel: D.h. gut ein Fünftel der Klienten war ohne Vermittlung zum Case Manager gelangt (137 Klienten, 22,6 %), 73 Klienten (12,0 %) kamen nach Hinweisen von Angehörigen, Freunden oder Bekannten. Aus dem System der Suchtkrankenhilfe kamen insgesamt 25,4 % der Klienten (Suchtberatung 8,2 %, Fachklinik 5,9 %, niedrigschwellige Angebote 5,4 %, Substitutionsambulanz 4,9 % und Betreutes Wohnen/Nachsorge 1,0 %). Der

medizinische Bereich vermittelte mit 21,9 % ein weiteres Fünftel der Klientel (Gesundheitsamt/Sozialpsychiatrischer Dienst 8,9 %, Allgemeinkrankenhaus 7,9 %, ärztliche Praxis 5,1 %).

Die Klienten hatten bei Aufnahme des Case Management-Prozesses im Durchschnitt Kontakt zu 3,5 anderen Stellen bzw. Einrichtungen. Doch waren nur bei gut zwei Drittel weitere Helfer an der Planung beteiligt (69,7 %), im Durchschnitt 1,5 weitere Personen bzw. Institutionen. Das Ergebnis weist auf die Schwierigkeiten hin, die Case Manager hatten, weitere bereits mit dem Fall befasste Personen oder Institutionen in eine gemeinsame Hilfeplanung einzubinden (vgl. Anhang, Tab. 29 und Tab. 30). In etwas weniger als einem Drittel der Fälle (30,1 %) planten Case Manager und Klient den Prozess allein.

Tab. 12: Anzahl weiterer Beteiligter an der Hilfeplanung (n = 667)

Anzahl der Beteiligten	Nennungen	in %
keiner	201	30,1
einer	173	25,9
zwei	137	20,5
drei	90	13,5
vier	49	7,3
fünf	10	1,5
sechs	7	1,0

Insgesamt waren in 466 Hilfeplanungen (69,9 % aller Pläne) nur 1.005 weitere Personen bzw. Institutionen beteiligt. Anders als bei den Zugangswegen der Gesamtklientel handelte es sich dabei an erster Stelle um ärztliche Praxen (bei 34,8 % der Klienten). Es folgten Angehörige und andere Bezugspersonen (26,9 %), Sozialämter (20,0 %), Krankenhäuser (19,1 %) sowie sonstige Institutionen/Personen (17,2 %). Lediglich in 29 von 64 Fällen mit gesetzlicher Betreuung waren die Betreuer auch an der Hilfeplanung beteiligt (45,3 %).

In der Abschlussbefragung, in der die Modellmitarbeiter die Betreuungsprozesse klientenbezogen reflektierten, wurde deutlich, dass die Case Manager die Zusammenarbeit generell weit überwiegend positiv bewerteten, wobei die Kooperation mit Suchtkranken- bzw. Drogenhilfe, komplementären Angeboten und den Sozialversicherungen am relativ besten beurteilt wurde. Außerdem gestaltete sich die insgesamt nur selten vorkommende Kooperation mit Personen im beruflichen Umfeld von Klienten weit überwiegend (sehr) gut. Erstaunlich war, dass die oft als problematisch geschilderte Zusammenarbeit mit dem medizinischen Sektor und mit gesetzlichen Betreuern rückblickend meist doch als (sehr) gut beurteilt wurde. Am vergleichsweise schwierigsten gestaltete sich der Kontakt zu Angehörigen und anderen Bezugspersonen, was sicherlich z.T. auf eine eigene Suchtproblematik oder die mangelnde Bereitschaft, den Klienten zu unterstützen, zurückzuführen war. Problematisch war offensichtlich auch die Zusammenarbeit mit Polizei/Justiz sowie einigen Arbeits- und Sozialämtern (vgl. ausführlich Anhang, Tab. 31). Allerdings ist hier darauf hinzuweisen, dass die Bewertungen der Zusammenarbeit durch die Kooperationspartner sich durchaus von der Einschätzung der Case Manager unterschieden (vgl. Kap. 6).

### *Hilfekonferenzen*

In der Fachdiskussion wird häufig auf die Bedeutung von *Hilfekonferenzen* zur Steuerung komplexer sozialer Dienstleistungen hingewiesen. Eine Modellannahme bestand

daher darin, dass auch Hilfen für mehrfachbeeinträchtigt Abhängige effektiver erbracht werden können, wenn Bezugspersonen des privaten Umfelds und professionelle Helfer ihre Vorgehensweise mittels Hilfekonferenzen abstimmen, Ziele und Maßnahmen vereinbaren. In diesem Sinne sollten Hilfekonferenzen immer dann durchgeführt werden, wenn außer dem Case Manager und dem Klienten noch zwei weitere (professionelle oder private) Helfer an der Gesamtbetreuung der Klienten beteiligt waren. Dies war bei gut zwei Fünftel (43,8 %) der Hilfeplanklienten der Fall.

Insgesamt wurden für 104 Klienten (= 6,2 % aller Fälle) 142 Hilfekonferenzen durchgeführt. Für 25 dieser Klienten fanden mehrere (bis zu vier) Hilfekonferenzen statt. Außer den Case Managern und den Klienten waren meist zwei weitere Personen bzw. Institutionen bei den Hilfekonferenzen vertreten. Am häufigsten engagierten sich (Jugend-)Ämter (28-mal), gefolgt von medizinischen Hilfen (20-mal) und Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe sowie gesetzliche Betreuer (je 16-mal). Nur siebenmal nahmen Angehörige an Hilfekonferenzen teil - obwohl sie in gut einem Viertel der Fälle an der Hilfeplanung beteiligt waren.

Ob Hilfekonferenzen anberaumt wurden oder nicht, stand nicht in Zusammenhang mit der Anzahl weiterer betreuender Stellen oder an der Hilfeplanung direkt beteiligter Personen oder Institutionen. Vielmehr kam hier erneut der „Mitarbeiter-Faktor“ zum Tragen. Von den 33 Case Managern hatten nicht alle, sondern nur 28 wenigstens in einem Fall eine Hilfekonferenz initiiert. Und nur knapp die Hälfte dieser Modellmitarbeiter (13) hatte in der Folge noch weitere Hilfekonferenzen durchgeführt.

Im Verlauf des Modellprogramms hat sich die Vorgabe an die Case Manager, bei möglichst vielen Klienten Hilfekonferenzen durchzuführen, also als schwierig erwiesen. Die Gründe für diesen Befund waren vielfältig: Auf der einen Seite berichteten die Case Manager, dass andere Hilfeinstanzen u.a. aufgrund des zeitlichen und organisatorischen Aufwands oftmals nicht bereit waren, an Hilfekonferenzen teilzunehmen. So beteiligten sich z.B. niedergelassene Ärzte und Rechtsanwälte nur sehr selten an diesen Konferenzen, u.a. da sie für diese Leistung keine Gebühren geltend machen können.

Auf der anderen Seite vermissten etwa zwei Drittel der Case Manager ein „Mandat“, um fallbezogen verbindliche Absprachen mit anderen Leistungsanbietern zu treffen und deren Einhaltung zu kontrollieren. Solange sie auf den guten Willen von Mitarbeitern anderer Einrichtungen und Dienste angewiesen seien, wären Hilfekonferenzen nicht standardmäßig umsetzbar, eine Zusammenarbeit würde häufig verweigert. Aus den genannten Gründen hat ein Teil der Case Manager erst gar nicht versucht, Hilfekonferenzen zu initiieren (s.o.), sondern traf Absprachen nur im Rahmen bilateraler Gespräche (häufig telefonisch) mit anderen Leistungsanbietern.

Doch stieß die Durchführung von Hilfekonferenzen nicht nur aufgrund der unzureichenden Kompetenzausstattung der Case Manager und der fehlenden Bereitschaft anderer Hilfeinstanzen auf Schwierigkeiten. Hemmend wirkten sich zudem - bei allen Beteiligten, auch bei den Case Managern - die unzureichende Erfahrung mit dieser Vorgehensweise, Scheu vor Transparenz, wenig Motivation sowie mangelnde Routine im Moderieren und Steuern von Gruppen aus. Darüber hinaus erschwerten Abgrenzungstraditionen zwischen Einrichtungen und Trägern, Skepsis und Beharrungstendenzen etc. die Umsetzung (vgl. OLIVA u.a. 2001). Auch hier wurden also Entwicklungsbedarfe deutlich, soll Hilfe zukünftig besser im gesamten System abgestimmt werden.

Die konkreten Erfahrungen mit Hilfekonferenzen waren in der Regel positiv: Die Klienten fühlten sich ernst(er) genommen und gestärkt, die Situation wurde in jeder Hinsicht deutlicher und die Beteiligten konnten ihren Wissensstand angleichen. Die Helfer lernten sich besser kennen, sodass folgende telefonische Absprachen einfacher wurden und schließlich wurden Vereinbarungen verbindlicher geregelt (und später besser eingehalten).

Stellvertretend für mehrere Case Manager soll hier aus einem Jahresbericht zitiert werden: *„Als besonders hilfreich muss auch der besondere Schwerpunkt der Kooperation und Koordination von Hilfen im Rahmen des Case Managements gesehen werden. So hat es sich besonders bewährt, die notwendigen Hilfen in Fallkonferenzen mit allen zuständigen Helfern (Beratern, Betreuern, Ärzten, Therapeuten) abzustimmen und ein gemeinsames weiteres Vorgehen zu verabreden. Diese verabredeten Hilfen in einem Hilfeplan zu dokumentieren, konsequent weiterhin nachzugehen und über einen zeitlichen Abstand immer wieder zu überprüfen, ist sehr effektiv“* (AWO Bremerhaven 1999).

Aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung kann diese Einschätzung nur bestätigt werden. Insgesamt zeigten die Erfahrungen, dass eine gemeinsame durch Hilfekonferenzen gestützte Hilfeplanung sich in vielen Kontexten bewährt hat, mehr Verfahrensklarheit brachte und damit langfristig auch Zeit sparte.

#### 4.4.4 Ziele, Maßnahmen und Zuständigkeiten

Zu einer strukturierten Hilfeplanung gehören vier wesentliche Schritte: Zielplanung, Prioritätenzuordnung, Definition von Maßnahmen bzw. Verfahren sowie Festlegung von Zeiten und Überprüfungsmodi (vgl. z.B. BALLEW, MINK 1995, S. 71). Im Hilfeplaninstrumentarium waren neben einer Rahmen- und einer bereichsbezogenen Detailplanung Prioritäten zu definieren, Maßnahmen zu bestimmen, diesen Zuständigkeiten zuzuordnen sowie Überprüfungszeiträume festzulegen.

##### *Zielplanung und Prioritätensetzung*

Das Konzept des Bundesmodells sah vor, dass die Case Manager an den Bedürfnissen der Klienten orientierte und im Hinblick auf ihre Realisierung angemessene Ziele formulieren sollten. Angesichts der Zielgruppe des Modells stellte Abstinenz dabei häufig ein entfernteres Ziel dar. Andere (Teil)Ziele konnten diesem vorgelagert und der aktuellen Situation der Klienten angemessener sein. Handlungsleitend sollte dabei die auf SCHWOON (1992) zurückgehende und später von WIENBERG (1994) modifizierte „Hierarchie der Interventionsziele“ sein (vgl. Abschnitt 4.1.3).

Für die folgende Betrachtung wurden die in den ersten Hilfeplanungen genannten Ziele inhaltsanalytisch ausgewertet und nach Themen bzw. Hierarchiestufen gruppiert, wobei die genannten Ziele sich nicht immer eindeutig den Stufen der o.g. Hierarchie zuordnen lassen. Fasst man die genannten Hauptziele zusammen, wurden folgende prioritären Ziele genannt:

Tab. 13: Ziele mit erster Priorität (n = 377)

	Anzahl	in %
Sicherung oder Verschaffung einer Wohnung, Unterkunft o.ä.	65	17,2
Vermittlung in Entgiftung	47	12,5
Vermittlung/Organisation/Unterstützung bzgl. medizinischer Hilfe	44	11,7
Vermittlung in Therapie	43	11,4
Einkommen/materielle Situation	28	7,4
Vermittlung in Nachsorge/Stabilisierung von Abstinenzphasen	23	6,1
Konsumreduzierung	21	5,6
Kontakthalten mit dem Klienten	21	5,6
Unterstützung bei Problemen in Beziehung/Familie/sozialem Umfeld	14	3,7
Koordination verschiedener Maßnahmen	13	3,4
Organisation bzw. Unterstützung bzgl. Substitution	12	3,2
Unterstützung bei Problemen mit der Justiz	11	2,9
Alltagspraktische Unterstützung	11	2,9
Hilfen bzgl. Arbeit(ssuche)	8	2,1
Sonstiges	16	4,2
GESAMT	377	100,0

Für die Interpretation der Ergebnisse muss beachtet werden, dass die Hilfeplanung in der Regel nicht gleich zu Betreuungsbeginn einsetzte, sodass z.B. ein Schlafplatz schon vermittelt, eine Aufnahme ins Krankenhaus wegen akuter Behandlungsbedürftigkeit o.a. zu diesem Zeitpunkt z.T. schon organisiert waren.

Die Übersicht zeigt, dass die Sicherung der Unterkunft für 17,2 % der Klienten von erstrangiger Bedeutung war. Dass die Vermittlung/Organisation/Unterstützung bzgl. medizinischer Hilfen bei 11,7 % der Planungen an erster Stelle stand, kann angesichts der Zielgruppe und ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht verwundern.

12,5 % der Klienten sollten als erstes in eine Entgiftungsbehandlung sowie etwa jeder neunte Klient (11,4 %) in eine stationäre Therapie vermittelt werden. Vermittlungen in Entwöhnungsbehandlungen standen vor allem für jene Klienten an, die im Anschluss an eine Entgiftung oder an einen anders begründeten Krankenhausaufenthalt in die Betreuung übernommen wurden. Dass darüber hinaus Konsumreduzierung nur bei (weiteren) 5,6 % der Klienten das Hauptziel der Betreuung war, ist mit Blick auf die multiplen Problemlagen der Klienten nachvollziehbar. Qualitative Auswertungen der Hilfepläne zeigten, dass es sich größtenteils um Ziele auf einer der unteren Hierarchieebenen handelte wie z.B. die Vermeidung von lebensgefährlichen Überdosierungen.

Die Betreuungsziele in den Bereichen Wohnen, Einkommen, Arbeit, justitielle Situation, aber auch die Ziele im Bereich Beziehung waren vor allem auf einer mittleren Ebene angesiedelt, d.h. betrafen die Verhinderung bzw. Verminderung sozialer Desintegration.

Ziele hinsichtlich Therapie und Nachsorge gehörten zu oberen Hierarchieebenen. Diese Klienten zeigten - oftmals direkt im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt - Einsicht in die Grunderkrankung und akzeptierten den eigenen Behandlungs- bzw. Hilfebedarf. Angesichts der Zielgruppe des Modellprogramms erstaunt es nicht, dass nur für eine kleine Gruppe Klienten (6,1 %) derartige Ziele prioritär verfolgt wurden.

Für ein knappes Zehntel der Klienten standen Kernaufgaben von Case Management wie z.B. „Koordination von Hilfen“ (3,4 %) und „Kontakthalten“ (5,6 %) im Vordergrund.

Hier wurde die Basis für eine professionelle Betreuung geschaffen: Klärung der Situation und Organisation der notwendigen Hilfen, aber auch der Aufbau einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung.

Unter methodischen Gesichtspunkten war zu konstatieren, dass die Case Manager im Modellverlauf wiederholt Schwierigkeiten hatten, Ziele zu definieren. Dies wurde bei der Analyse der Hilfepläne bestätigt: Offensichtlich bestanden vielfach Unklarheiten über den Konkretisierungsgrad von Zielen, den angemessenen Zeithorizont und darüber, wie Ziele von Maßnahmen abzugrenzen waren.

### *Maßnahmen und Zuständigkeiten*

Die Definition von Maßnahmen lehnte sich eng an die Ziele an und bezog sich im Wesentlichen auf deren konkrete Umsetzung: Genannt wurden z.B. „Arzt anrufen; Klient zu Arzt begleiten; Klient auf Entgiftungsstation anmelden; Termin bei Schuldnerberatung vermitteln; Konsum reduzieren und nur noch abends oder nicht allein trinken; in Krisen den Case Manager anrufen“ etc.

Für die Planung war neben dem „was“ auch wichtig, wer für die ausgewählte(n) Maßnahme(n) zuständig war. Jedoch wurden nur in drei von fünf Hilfeplänen (440 Pläne) für definierte Maßnahmen Zuständigkeiten benannt, in den 440 Plänen insgesamt 1.062-mal.

Bei der Festlegung der Zuständigkeiten waren an erster Stelle die Case Manager gefragt (350, 52,5 % aller Pläne, 79,5 % der Pläne mit benannten Zuständigkeiten), was bestätigt, dass sie sich meist nicht auf Vermittlungen und koordinative Tätigkeiten beschränken konnten, sondern selbst Leistungen übernehmen mussten. Die Klienten übernahmen nur in der Hälfte aller Planungen (320 Fällen = 48,0 % aller Hilfepläne bzw. 72,7 % der Pläne mit definierten Zuständigkeiten) selbst Aufgaben, was angesichts der angestrebten Klientenbeteiligung als problematisch zu werten ist.

Fast ebenso oft wie die Case Manager waren andere professionelle Helfer für Aufgaben zuständig (332, 49,8 % bzw. 75,5 %).

Im Rahmen einer systematischen Abstimmung von Hilfen gelang es also, Aufgaben zu delegieren und einen „Verbund von Helfern“ zu installieren. Demnach konnten die Case Manager hier erste Erfolge erzielen, auch wenn der hohe konzeptionelle Anspruch von gemeinsamer Hilfeplanung aller an der Versorgung eines Klienten Beteiligter auf schwierige Umsetzungsbedingungen traf.

Angehörige, die wie oben berichtet an ca. einem Viertel der Planungsprozesse beteiligt waren, übernahmen nur sehr begrenzt Aufgaben (in 60 Fällen, das entspricht 9,0 % aller Hilfeplanungsprozesse und 13,6 % derer mit Benennung von Zuständigkeiten). Die Case Manager wiesen erläuternd darauf hin, dass Angehörige häufig zunächst entlastet werden wollten und es begrüßten, wenn zunächst andere Hilfeinstanzen aktiv wurden. Zum Teil bemühten sich die Case Manager hier um die Stabilisierung familiärer Beziehungen, indem sie Angehörige unterstützten und ihnen ermöglichten, sich einmal zurückzunehmen.

#### **4.4.5 Überprüfung und Verbindlichkeit**

Der Case Management-Prozess wird wesentlich durch regelmäßige (Re)Assessments und Fortschreibungen der Hilfeplanung strukturiert. Im Kooperationsmodell war deshalb mit den Modellmitarbeitern vereinbart, etwa alle drei Monate die Situation des

Klienten, seine Entwicklung und die Wirkung der Maßnahmen zu überprüfen und die Ziel- und Hilfeplanung fortzuschreiben.

Um den Gedanken der Überprüfung von vornherein in die Hilfeplanung zu integrieren, sollte am Ende jeder Planung ein Termin für die Überprüfung und Fortschreibung vereinbart werden. Tatsächlich hielten die Case Manager nur in 297 der 667 Hilfepläne (44,5 %) Überprüfungstermine fest, die im Durchschnitt knappe drei Monate nach dem Planungstermin vorgesehen waren (durchschnittlich 88 Tage).

Schließlich sollten die gemeinsamen Vereinbarungen der Hilfeplanung per Unterschrift aller Beteiligten besiegelt und damit die Verbindlichkeit der Absprachen auch schriftlich dokumentiert werden. An dieser Stelle zeigte sich jedoch deutlich die mangelnde Routine der Case Manager und die fehlende Vertrautheit anderer Versorgungsbeteiligter mit diesem Verfahren: Nur ein Drittel der Pläne trug überhaupt eine Unterschrift - und dann meist nur die des Case Managers (19,9 % aller und 57,1 % der unterschriebenen Pläne), was jedoch nicht als Bestätigung gemeinsamer Absprachen interpretiert werden kann. Nur 14,7 % der Pläne waren auch von dem Klienten unterschrieben. Dieses Ergebnis kontrastiert mit den oben referierten Angaben der Case Manager zur Beteiligung der Klienten. Es wird stattdessen deutlich, dass der Betreuungsprozess - wenngleich wohl meist mit den Klienten erörtert - nur selten tatsächlich verbindlich mit ihnen vereinbart worden war. Möglicherweise dokumentierte der Hilfeplan in gut drei Viertel der Fälle also nur die Arbeitsplanung der Case Manager (vgl. S. 64).

Dass nur zwölf Hilfepläne (1,8 %) Unterschriften weiterer Beteiligter<sup>20</sup> trugen, belegte, dass die Absprachen mit Mitarbeitern anderer Hilfeinstanzen fast durchweg informeller Natur waren. Selbst die in den 142 durchgeführten Hilfekonferenzen erzielten Vereinbarungen wurden nicht schriftlich dokumentiert; weder als gemeinsam erstellter Hilfeplan noch als weniger strukturiertes Protokoll, sodass die Beteiligten später nicht auf eine Vereinbarung zurückkommen, sie überprüfen und fortschreiben konnten.

Die Case Manager erläuterten hierzu, dass sie sich oft nicht getrauten, Kollegen formell einzubinden, auch bestanden - durchaus auf allen Seiten - Ängste vor Transparenz, Verbindlichkeit und (möglicher) Kontrolle.

Die Steuerung und Abstimmung von Hilfeprozessen bedarf noch weiterer Übung und Gewöhnung bedarf. Strukturiertes Arbeiten und nachvollziehbares Dokumentieren sind ebenso wenig Standard wie die Übernahme moderierender und fallführender Funktionen sowie Routinen für verbindliche Zusammenarbeit. Dabei fehlt nicht nur den einzelnen Helfern die Motivation oder Übung, Zusammenarbeit neu und verbindlich zu gestalten. Auch auf Trägerebene mangelt es an strukturellen Entsprechungen, die Zusammenarbeit fordern und fördern.

*Betrachtet man die Umsetzung von Hilfeplanung im Gesamten, ist zu konstatieren, dass einige Case Manager das Hilfeplanverfahren recht umfassend und mit positiven Ergebnissen anwendeten und einige weitere Modellmitarbeiter bestimmte Aspekte von Hilfeplanung umsetzen konnten. Allerdings hatten die meisten Case Manager große Schwierigkeiten, die neuen Vorgehensweisen und Instrumente anzuwenden. Da Hilfeplanung - wie schon angesprochen - der Arbeitsschritt von Case Management ist, der das traditionelle Verständnis von Sozialarbeit in der Suchtkranken- und Drogenhilfe am intensivsten berührt und am meisten Innovation und Umorientierung verlangt, ist das nicht gänzlich erstaunlich und bestätigt vergleichbare Erfahrungen mit der Implementierung von Case Management/Hilfeplanung in anderen Feldern sozialer Arbeit*

<sup>20</sup> Unter den zwölf weiteren Beteiligten waren elf professionelle Helfer und nur eine beteiligte private Bezugsperson.

(vgl. z.B. BURMANN u.a. 2000). Dieses Ergebnis verweist einmal mehr auf den sehr hohen Bedarf an Qualifizierung, Motivierungsarbeit und Anleitung, soll hier die Durchführungs- bzw. Prozessqualität erhöht bzw. gesichert werden..

## 4.5 Durchführung

In der Fachdiskussion wird davon ausgegangen, dass „Case Management einzelne Hilfen oder Behandlungen nicht selbst (leistet)“, sondern „es führt sie zusammen, koordiniert sie (...). In der Regel wird er (der Case Manager, Anm. der Verf.) nicht direkt in die Leistungserbringung eingeschaltet sein“ (WENDT 1997, S. 124). Doch besteht in dieser Frage keine Eindeutigkeit. Andere Modelle sprechen z.B. von dem sog. „primären Therapeuten als Case Manager. [...] Insbesondere für Menschen mit begrenzten funktionellen Fähigkeiten dürfte die Möglichkeit, die Unterstützung von einer Person zu erhalten, gleich nützlich und angenehm sein“ (vgl. WEIL 1995, S. 104, s.a. BRINDIS, THEIDON 1997). Allerdings wird problematisiert, dass Mitarbeiter dazu neigen, beratend-therapeutische Aufgaben den Case Management-Aufgaben vorzuziehen, diese für zweitrangig zu halten u.ä., sodass es zur Umsetzung der eher Management-orientierten Aufgaben eines festen Rasters bedarf.

Im Rahmen der Durchführung befassten sich die modellgeförderten Case Manager - nach Einschätzung der Situation und Abwägung der Handlungsbedarfe - damit, Hilfe zu leisten, ganz gleich ob die Hilfeleistung mit oder ohne den Einsatz des Planungsinstrumentariums geplant war. Dabei zeigte sich schon bald, dass sie Case Management für die Zielgruppe chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängiger nicht auf organisierend-koordinierende Funktionen beschränken konnten (vgl. Abschnitt 4.2.3.3), sondern eine eigenständige und dauerhafte Unterstützung/Begleitung erforderlich war. Zum einen, um Beziehungskontinuität, die Motivation des Klienten etc. zu gewährleisten, zum anderen auch, um Defizite im Versorgungssystem auszugleichen. Möglicherweise hat auch ein auf die direkte Klientenbetreuung orientierter und geübter Arbeitsstil eine Rolle gespielt.

Was genau taten die Modellmitarbeitern nun mit (bzw. für) die Klienten? Zur Beantwortung dieser Frage hatte die wissenschaftliche Begleitung ein Instrument entwickelt, mit dessen Hilfe die Case Manager alle klientenbezogenen Leistungen festhielten (Erhebungszeitraum: Juni 1997 - Juni 2000). Dabei wurde pro Klient jede erbrachte Leistung notiert. Erfasst wurden Datum und Dauer der Leistung, ggf. Dauer der Fahrzeit; Form (z.B. Beratung, Vermittlung) und Inhalt der Leistung (z.B. zu Konsum, Wohnsituation, Problemen in der Partnerschaft), wer beteiligt war (z.B. Klient, Bezugspersonen, andere Helfer) sowie Art (persönlich, telefonisch, schriftlich) und Ort der Leistungserbringung (in der Einrichtung des Case Managers, beim Klienten, auf der Szene, in anderen Einrichtungen; vgl. Kapitel 3).

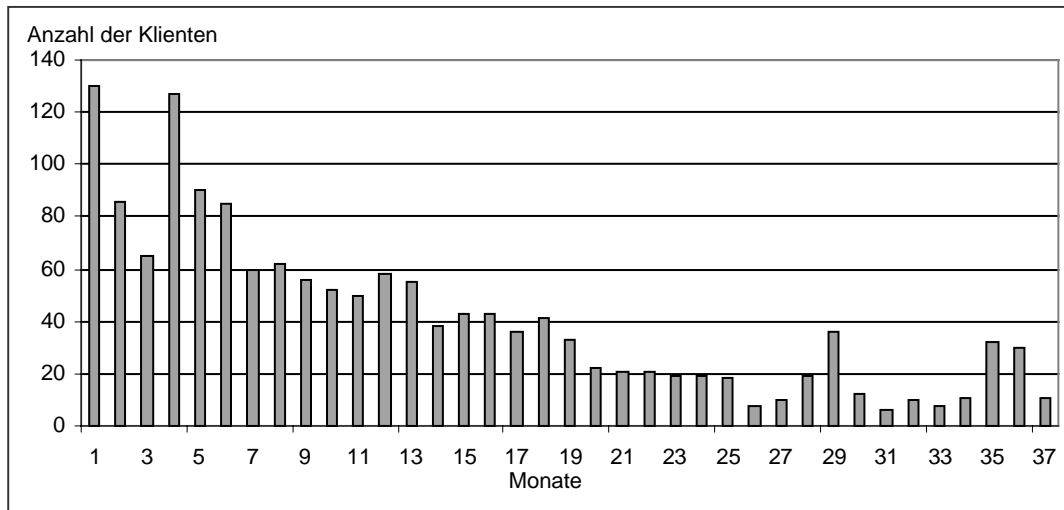
### 4.5.1 Betreuungsdauer

Die Betreuungszeit streute erheblich von einem Tag bis zu 1.690 Tagen<sup>21</sup>, im Durchschnitt wurden die Klienten etwa ein Jahr von den Case Managern betreut (durchschnittlich 355 Tage). Abb. 6 gibt eine Übersicht über die Verteilung der Betreuungsdauern (in Monaten).

---

<sup>21</sup> Der Erhebungszeitraum umfasste drei Jahre, da gleichwohl einzelne Klienten von Modellbeginn an betreut wurden, konnte die Gesamtbetreuungsdauer in einigen Fällen den Dokumentationszeitraum überschreiten und maximal etwa 4,6 Jahre ausmachen.

Abb. 6: Verteilung der Betreuungsdauern nach Monaten



Betrachtet man die Verteilung der Betreuungsdauern nach Monaten, ergibt sich eine Verteilung mit mehreren Spitzen: bei einem, vier, 29, 35 und 36 Monaten. Der Mittelwert liegt bei 12,2 Monaten und die Standardabweichung beträgt 9,8 Monate.

Aufgrund des Abschlusses des Modellprogramms (Dezember 2000) endete die Dokumentation im Juni 2000 und die Case Manager waren aufgefordert, spätestens zu diesem Zeitpunkt für alle Klienten Abschlussbogen auszufüllen und den letzten Stand festzuhalten - auch wenn die Betreuungen noch weiterliefen.

Für 15,7 % der Klienten, war die Betreuung zum Ende des Erhebungszeitpunkts tatsächlich noch nicht beendet (vgl. Abschnitt 4.6). Die durchschnittliche Betreuungsdauer unterschied sich dabei signifikant zwischen den „wirklich abgeschlossenen“ und den durch das Ende des Dokumentationszeitraums „künstlich abgeschlossenen“ Fällen: Während die tatsächlich abgeschlossenen Betreuungen im Durchschnitt 337 Tage andauerten, wurden die „künstlich“ abgeschlossenen Fälle bis zum Zeitpunkt des Dokumentationsendes seit durchschnittlich 507 Tagen (F-Test,  $p < .01$ ) betreut. Die zweite Gruppe umfasste zum einen dauerbetreute Klienten, für die - laut Auskunft der Case Manager - keine anderen ihrem Hilfebedarf angemessenen Hilfen bereitstanden. Zum anderen waren darin Klienten, zu denen die Case Manager eher lockeren Kontakt hielten, um eine zwischenzeitlich erreichte Abstinenz sichern zu helfen.

## 4.5.2 Leistungsspektrum

Im Folgenden werden die Leistungen der Case Manager, die sie in drei Erhebungsjahren dokumentierten, im Einzelnen beschrieben<sup>22</sup>.

In diesem Zeitraum wurden pro Klient zwischen einem und 307 Terminen, insgesamt 52.550 Termine dokumentiert<sup>23</sup> (pro Klient im Mittel 34 Termine). Dabei wurden insgesamt 118.370 einzelne Leistungen erbracht (im Mittel 2,3 Einzelleistungen pro Termin und durchschnittlich 76,5 Einzelleistungen pro Klient; vgl. Anhang, Tab. 32).

Eingangs sei darauf hingewiesen, dass die im Kooperationsmodell vorliegenden Daten zwar in kaum gekanntem Maß Einblick in Leistungsgestaltung und -umfang geben, dass gleichwohl daraus nur begrenzt auf Hilfebedarfe von Klienten bzw. die Bedeutung der bearbeiteten Themen/Problembereiche geschlossen werden kann, da nur die Leistungen der Case Manager, nicht aber Ausmaß und Art weiterer vom Klienten genutzter Hilfen erfasst werden konnten. Unter Beachtung dieses Vorbehalts ermöglichen die Analysen gleichwohl eine Beschreibung der Interventionen und Aussagen zum Stellenwert einzelner Maßnahmen/Vorgehensweisen im Vergleich zu anderen.

Der Gesamtbetreuungsaufwand lag pro Klient bei durchschnittlich 31,3 Stunden. Davon mussten im Durchschnitt 4,4 Stunden Fahrzeit<sup>24</sup> (14,1 % der insgesamt aufgewendeten Zeit) aufgewendet werden (vgl. Anhang, Tab. 33). Dies weist auf den großen Stellenwert aber auch den Preis für die nachgehende Arbeitsweise hin.

Tab. 14 zeigt, welche Leistungen durchgeführt wurden:

Tab. 14: Dauer erbrachter Leistungen nach Dokumentationsbereichen inkl. Fahrzeit  
(n = 1.548)

Dokumentationsbereich	Summe in Stunden	Anteil in %
Betreuung, Beratung	25.639	52,2
Erschließung, Organisation, Vermittlung von Hilfen	11.912	24,2
Planung, Kontrolle, Dokumentation	7.861	16,0
Fehlbesuche, Wartezeiten	2.027	4,1
Krisenintervention	1.068	2,2
gezielte Klientensuche	445	0,9
Hilfekonferenzen	199	0,4
GESAMT	49.151	100,0

Wie schon in den Zwischenberichten beschrieben entfiel auch bei der abschließenden Analyse der größte Teil der erbrachten Leistungen auf den Bereich Beratung und Betreuung (52,2 % des klientenbezogenen Leistungsumfangs). An zweiter Stelle folgten mit etwa einem Viertel die fallbezogene Erschließung, Organisation bzw. Vermittlung

<sup>22</sup> Insgesamt lagen für 1.548 Klienten Angaben vor.

<sup>23</sup> Die Case Manager notierten jede Leistung einzeln, dadurch kam es z.T. zur analytischen Aufspaltung eines Termins in mehrere Leistungen, bspw. wenn der Case Manager einen Klienten im Rahmen eines Gesprächs zu verschiedenen Themen beraten hatte. Die Angabe „Termin“ zielt also auf die Kontaktfrequenz, während Leistung die vergleichsweise kleinere Einheit darstellt.

<sup>24</sup> Erläuternd muss hinzugefügt werden, dass zur eindeutigen Erfassung der Leistungszeit keine Doppelangaben erlaubt waren. Die Case Manager waren angewiesen, nur solche Fahrzeiten als „Fahrzeit“ zu codieren, bei denen der Klient nicht dabei war. Führen sie hingegen mit dem Klienten von A nach B, fanden i.d.R. Gespräche statt, die entsprechend ihres Charakters und ihres Inhalts als Beratung/Betreuung/Begleitung erfasst werden sollten. Der tatsächliche Fahraufwand liegt dementsprechend noch höher.

von Hilfen (24,2 % + 0,4 % für Hilfekonferenzen). Der drittaufwendigste Block bestand aus Planung, Kontrolle und Dokumentation der Arbeit (16,0 %). Hinzu kamen noch kleinere Zeitanteile für Fehlbesuche bzw. Wartezeiten (4,1 %), Kriseninterventionen (2,2 %) und gezielte Klientensuche (0,9%).

Eine Analyse nach inhaltlichen Gesichtspunkten zeigt, zu welchen Fragen bzw. Problemen Leistungen erbracht wurden:

Tab. 15: Dauer erbrachter Leistungen nach inhaltlichen Gesichtspunkten (n = 1.548)

Inhalte der Leistungen	Dauer und zeitlicher Anteil	
	in Stunden	Anteil in %
Konsumveränderung	8.879	18,3
Planung, Dokumentation, Kontrolle	8.060	16,6
Kontakt CM - Klient	7.940	16,4
Gesundheit/Inanspruchnahme von Hilfen	6.699	13,8
Arbeit/materielle Situation	5.256	10,8
Soziale Beziehungen/soziales Leben	5.158	10,6
Wohnen	3.00	6,2
strafrechtliche Situation	1.327	2,7
sonstige Leistungen	2.172	4,5
GESAMT	48.491	100,0

Mit fast einem Fünftel der dokumentierten Zeit entfiel der größte Anteil auf Aktivitäten zur Konsumveränderung (18,3 %). Fast der gleiche Anteil an Zeit wurde der Herstellung bzw. Festigung des Kontakts und der Beziehung zwischen Case Manager und Klient gewidmet (16,4 %) sowie für die Planung, Dokumentation und Kontrolle der gemeinsamen Arbeit bzw. derjenigen anderer Hilfeerbringer aufgewendet (16,6 %). Infolge der z.T. schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen waren Klienten zu medizinischen Hilfen zu vermitteln und bei der Inanspruchnahme zu unterstützen (13,8 %). Fragen der Sicherung der materiellen Situation und die Beratung/Unterstützung bei sozialen Beziehungen waren im Leistungsumfang etwa vergleichbar vertreten (10,8 % vs. 10,6 %). Dass trotz der häufig schwierigen Wohnsituation der Klienten nur ein relativ geringer Zeitanteil (6,2 %) darauf entfiel, ist vermutlich damit zu erklären, dass auf diesen Bereich bezogene punktuelle Aktivitäten und z.T. Vermittlungen in der Regel ausreichten, wesentliche Veränderungen zu erzielen. Ähnlich verhält es sich mit der fallbezogenen Erschließung (4,5 %) und Vermittlung von Leistungen sowie mit Aktivitäten im Rahmen der strafrechtlichen Situation (2,7 %).

Angesichts der hochbelasteten Klientel erscheint es zuerst erstaunlich, dass der größte Zeitanteil auf Leistungen im Zusammenhang mit dem Konsum bzw. der Konsumreduzierung entfiel. Doch berichteten die Case Manager, dass sie angesichts der Konsumausmaße und -intensität ihre Bemühungen häufig hier ansetzten bzw. ansetzen mussten, da z.T. lebensbedrohliche Mengen konsumiert wurden und ohne Konsumreduzierung keine Kommunikation oder ein gemeinsames Bearbeiten von Problemlagen möglich war.

Dass an zweiter Stelle Planung und Dokumentation (16,6 %) standen, war einerseits wesentlich auf die ausführliche Dokumentation im Rahmen der Modellevaluation sowie auf das z.T. umfangreiche Berichts- und Antragswesen für Ämter und andere Leistungsträger zurückzuführen. Andererseits ist die Sicherstellung von Informationstransparenz, Nachvollziehbarkeit und Überprüfbarkeit methodenimmanent und mit vergleichsweise viel Dokumentationsaufwand verbunden. Erfahrungen in anderen Unter-

suchungen verweisen auf z.T. noch deutlich mehr Dokumentations- und Verwaltungsaufwand (vgl. z.B. BRINDIS, THEIDON 1997: 20 - 50 % der Arbeitszeit für „paperwork“).

Am drittaufwendigsten waren Leistungen, die im Zusammenhang mit der Kontaktherstellung und -pflege zwischen Case Manager und Klient erbracht wurden (16,4 %). Dazu gehörten auch Kriseneinsätze, die - angesichts der oft schlechten Erfahrungen der Klienten mit dem Hilfesystem und ihrer Beziehungsdefizite - wesentlich waren, um das Vertrauen von Klienten zu erwerben, die Beziehung zu festigen etc. Dieses Ergebnis bestätigt Hinweise der Case Manager auf die große Bedeutung einer persönlichen Beziehung zum Klienten.

Etwas weniger Zeit entfiel auf Hilfestellungen bei gesundheitlichen Problemen (13,8 %), die in der Regel Vermittlungen zu Ärzten oder in Krankenhäuser und die Begleitung und Unterstützung der Klienten bei der Inanspruchnahme medizinischer Hilfen umfassten. Die Unterstützung der Klienten in Fragen ihrer materiellen Situation und der Verbesserung bzw. Sicherung ihrer Wohnsituation nahmen 16,8 % (10,6 und 6,2 %) des Leistungsumfangs ein.

#### 4.5.3 Ort der Leistungserbringung

Eine Grundannahme des Modellprogramms bestand in der Überzeugung, die Zielgruppe sei entweder nicht ausreichend motiviert oder aber nicht in der Lage, selbständig Kontakt zum Hilfesystem aufzunehmen. Aus diesem Grund waren die Aufnahme und die Aufrechterhaltung des Kontakts u.a. mittels aufsuchender bzw. nachgehender Arbeit integraler Bestandteil des Arbeitsauftrags der Case Manager. Außerdem diente die Arbeit vor Ort auch einer umfassenderen Betrachtung der Lebensumstände des Klienten. Tab. 16 zeigt die Verteilung der Leistungen nach ihrem Ort im Überblick:

Tab. 16: Ort der Leistungserbringung nach Nennungen (Anzahl einzelner Leistungen) und Dauer (zeitlicher Aufwand für Leistungen; n = 1.548) - ohne Fahrzeiten

Ort der Leistungserbringung	Nennungen		Dauer	
	Anzahl	in %	in Stunden	in %
in der Einrichtung des Case Managers	75.454	67,6	22.113	59,5
außerhalb, und zwar in:	36.181	32,4	15.024	40,5
... dem sozialem Umfeld des Klienten	19.137	17,1	6.992	18,8
... der Szene, an suchtbezogenen Treffpunkten	2.157	1,9	758	2,0
... anderer Einrichtung	14.887	13,3	7.274	19,6
GESAMT	111.635	100,0	37.137	100,0

Zwei Drittel der Leistungen wurden in der Einrichtung des Case Managers erbracht, darunter offensichtlich auch viele eher kürzere Leistungen wie Telefonate, Aktennotizen u.ä., denn der Leistungsumfang in der Einrichtung nahm nur einen Anteil von 59,5 % ein. Dies bestätigt eine weitere Analyse zur Art der Tätigkeit (persönlich, telefonisch, schriftlich) - differenziert nach dem Ort der Leistungserbringung. In der Einrichtung des Case Managers wurden fast die Hälfte der Leistungen telefonisch (45,7 %) und etwa jede sechste Leistung (17,9 %) schriftlich erbracht, wohingegen die außerhalb der Einrichtung erbrachten Leistungen fast ausschließlich persönlich erbracht wurden (Cramers V = 0,364, p < .01; vgl. Anhang, Tab. 34).

Etwa jede dritte dokumentierte Aktivität, aber 40 % des Leistungsumfangs fanden außerhalb der Einrichtung des Case Managers statt. Durchschnittlich arbeiteten die Case

Manager zu einem guten Fünftel der Zeit im Umfeld des Klienten und fast ebenso lang in anderen Einrichtungen. Der Zeitbedarf war höher, weil hier z.B. längere Gespräche oder Begleitungen stattfanden, auch einige Fallkonferenzen, Therapieverbingerungen etc. Zieht man die - in der Tabelle nicht berücksichtigten - Fahrzeiten hinzu, so war der Zeitbedarf für außerhalb erbrachte Leistungen noch höher.

Die Ergebnisse bestätigten die Modellannahmen: Bei chronisch Abhängigen besteht ein hoher Bedarf an aufsuchender und nachgehender Arbeit. U.a. weil sie dies umsetzten, gelang es den Case Managern, chronisch Abhängige (erstmal) zu erreichen und den Kontakt zu ihnen zu halten.

Darin darf auch ein Unterschied zum Arbeitsstil „traditioneller“ Suchtkranken- und Drogenhilfe gesehen werden, die in der Regel ihre Leistungen in der Grundeinrichtung erbringen (vgl. z.B. RASCHKE, DEGKWITZ, KALKE 1999: 93 % in schleswig-holsteinischen Sucht- und Drogenberatungsstellen).

Die Case Manager betonten immer wieder die Bedeutung aufsuchender und nachgehender Arbeit für den Kontakterhalt. Und auch die Klienten beurteilten in der direkten Klientenbefragung diese Aspekte als sehr wichtig bzw. eher wichtig, wie Tab. 17 verdeutlicht (vgl. ausführlich Anhang, Tab. 35 und Kapitel 5):

Tab. 17: Beurteilung von Herangehensweisen der Case Manager durch die Klienten

sehr wichtig und eher wichtig war, dass ...	Anteil der Klienten
der Case Manager zu mir nach Hause gekommen ist	92,5
der Case Manager mich (manchmal) zu Einrichtungen, Ämtern, Ärzten etc. begleitet hat	91,5
der Case Manager auch mit meinen Angehörigen oder Freunden Kontakt gesucht hat	80,3
der Case Manager mich suchte und sich von sich aus um mich kümmerte, wenn ich z.B. Termine nicht eingehalten, eine Behandlung abgebrochen oder mich länger nicht mehr gemeldet hatte	93,0

#### 4.5.4 Beteiligte an der Leistungserbringung

Die verstärkte Einbindung des Klienten in den Betreuungsprozess ist ein Kernanliegen des Case Management-Konzepts, da dadurch Selbsthilfepotentiale aktiviert und ggf. besser genutzt werden können, die Compliance erhöht und der Klient langfristig Vertrauen in seine (weitgehend) selbständige Lebensführung gewinnen kann. Daneben soll die Hilfeerbringung durch die Einbindung von Bezugspersonen private Unterstützungs-Ressourcen nutzen und damit effektiver und normaler werden. Um das Ausmaß der Beteiligung Dritter im Hilfeprozess abschätzen zu können, haben die Case Manager in ihrer Leistungsdokumentation auch festgehalten, wer an der Erbringung einer Leistung beteiligt war.

Tab. 18: Beteiligte an der Leistungserbringung nach Häufigkeit (n = 1.548)

Leistungen des Case Managers	Anzahl der Leistungen	Anteil an allen Leistungen	Anteil am Leistungsumfang in %
mit Klient	63.214	60,4	71,4
ohne Klient	46.361	39,6	28,6
GESAMT	104.733	100,0	100,0

Zunächst wird deutlich, dass etwa drei Fünftel aller Leistungen unter Beteiligung des Klienten stattfanden. Wiederum entfiel hierauf ein vergleichsweise größerer Zeitanteil (71,4 %), was darauf hinweist, dass Leistungen mit dem Klienten in der Regel länger dauerten als Leistungen ohne den Klienten.

Eine differenziertere Analyse wird in der folgenden Tab. 19 vorgestellt. (Die Angaben beziehen sich auf Anzahl der dokumentierten Einzelleistungen, für die Nennungen zu den Beteiligten vorlagen).

Tab. 19: Beteiligte an der Leistungserbringung nach Häufigkeit (n = 1.548)

Beteiligte/Anwesende	Anzahl der Leistungen	Anteil an allen Leistungen (n = 104.733)	Anteil an Nennungen des Leistungsbereichs
ohne Beteiligung weiterer prof. Dritter, darin:	77.138	73,7	100,0
... mit Klient	50.455	48,2	65,4
... mit Klient und Person des sozialen Umfelds	7.079	6,8	9,2
... ohne Klient	17.144	16,4	22,2
... ohne Klient, aber mit Person des soz. Umfelds	2.460	2,3	3,2
mit professionellen Helfern (z.B. Hilfesystem, Leistungsträger), darin:	24.903	23,8	100,0
... mit Klient	4.447	4,2	17,9
... mit Klient und Person des sozialen Umfelds	638	0,6	2,6
... ohne Klient	19.392	18,5	77,9
... ohne Klient, aber mit Person des soz. Umfelds	426	0,4	1,7
andere professionelle Kontakte (z.B. Polizei, Vermieter), darin:	2.692	2,6	100,0
... mit Klient	522	0,5	19,4
... mit Klient und Person des sozialen Umfelds	73	0,1	2,7
... ohne Klient	2.035	1,9	75,6
... ohne Klient, aber mit Person des soz. Umfelds	62	0,1	2,3

Etwa drei Viertel (73,7 %) der Einzelleistungen erbrachten die Case Manager ohne weitere professionelle Personen. In etwas mehr als einem Viertel der Leistungen waren weitere Fachkräfte bzw. Einrichtungen (23,8 %) sowie zu 2,6 % andere professionelle Personen, die nicht direkt dem Hilfesystem zuzuordnen sind<sup>25</sup>, an der Leistungserbringung beteiligt. Waren keine anderen professionellen Helfer einbezogen, wurden die Leistungen meistens gemeinsam mit dem Klienten (65,4 %) oder (zusätzlich) in Anwesenheit einer Bezugsperson (9,2 %) erbracht.

<sup>25</sup> z.B. Polizei, Banken.

Hatten die Case Manager Kontakt zu anderen Helfern, so waren die Klienten nur in knapp einem Viertel dieser Leistungen dabei: Hierbei ging es häufig um (telefonischen) Informationsaustausch oder konkrete Absprachen.

In jedem Fall waren Angehörige und andere Bezugspersonen nur selten bei Leistungen involviert (10,3 %). Dabei handelte es sich meist um gemeinsame Gesprächstermine, meist bei Besuchen zu Hause.

Mit Blick auf die Intentionen von Case Management ist positiv hervorzuheben, dass die Leistungen meist zusammen mit dem Klienten gestaltet wurden bzw. in Anwesenheit des Klienten stattfanden.

Die Beteiligung weiterer professioneller Helfer und privater Unterstützer ist unter dem Vorbehalt unterschiedlicher Versorgungsstrukturen zu betrachten: Wo z.B. wie in den neuen Bundesländern ein eher weniger differenziertes Versorgungssystem bestand, konnte auch nur begrenzt kooperiert werden. Die Case Manager aus fast allen Regionen berichteten des weiteren von wenig Bereitschaft anderer Hilfeanbieter, Verantwortung für die Zielgruppe des Modellprogramms zu übernehmen, ihnen die Einrichtungen zu öffnen u.ä. Zudem bestanden Defizite bei der Gestaltung der Zusammenarbeit, d.h. es fehlte den Einrichtungen/Stellen an positiven Erfahrungen, wie Kooperation sinnvoll durchgeführt werden kann; wann, durch wen, welche Informationen ausgetauscht werden sollten; wie mit datenschutzrechtlichen Belangen umzugehen war etc. (vgl. auch Abschnitt 4.4.3).

Schließlich stellte sich auch die Situation im sozialen Umfeld der Klienten unterschiedlich dar. Zum Teil bestanden kaum noch soziale Strukturen, Kontakte zur Familie oder zu Freunden außerhalb suchtbezogener Peergroups. Daneben konnte es therapeutisch u.U. sinnvoll sein, Loslösungen zu unterstützen. Gleichwohl sollte die Einbeziehung des Umfelds/der Ressourcen im Umfeld weiter ausgebaut werden.

#### 4.5.5 Leistungsspektren für Subgruppen

Im Folgenden soll analysiert werden, ob sich das Leistungsspektrum der Modellmitarbeiter hinsichtlich sozialer Hypothesen bestimmter Klientengruppen unterscheidet. Dabei sind einige Überlegungen/Erwartungen zu prüfen:

- Es wird erwartet, dass sich die Leistungsspektren für *Alkohol- bzw. Drogenabhängige* unterscheiden: Z.B. wird für Drogenabhängige mit Blick auf die Illegalität und die höheren Kosten der Suchtmittel mit mehr Leistungen zum Themenbereich Straffälligkeit gerechnet. U.a. wegen der höheren justitiellen Belastung und der größeren Toxizität der Suchtmittel wird des weiteren von einem höheren Aufwand für Kriseninterventionen für diese Gruppe ausgegangen. Außerdem werden aufgrund des differenzierteren Versorgungssystems für Drogenabhängige für diese Gruppe zeitlich insgesamt weniger aufwendige Betreuungen sowie mehr Kooperation mit Einrichtungen der Drogenhilfe vermutet.
- Unterschiede werden auch hinsichtlich der Leistungsspektren für *Männer und Frauen* erwartet. Da Frauen, gerade in ländlichen Bereichen, häufig weniger mobil als Männer sind und Frauen zudem öffentliche Treffpunkte seltener aufsuchen, wird für sie von mehr nachgehender Arbeit (im sozialen Umfeld) ausgegangen.
- Für *Klienten, die mit Kindern zusammenlebten*, werden spezifische Leistungsausprägungen wie z.B. höhere Aufwände für Leistungen zum Themenbereich Kinder und mehr Kooperation mit dem Jugendamt sowie mehr aufsuchende Arbeit erwartet.

- In weiterer Differenzierung der erwarteten Unterschiede zwischen Drogen- und Alkoholabhängigen wird davon ausgegangen, dass die Leistungen auch entlang des *Konsummusters* (vgl. S. 52) differieren. Erwartet wird eine stetige Zunahme des Gesamtleistungsumfangs, der Anteile für Krisenintervention, aufsuchender Arbeit (hier insbesondere auf der Szene) und der Kooperation mit anderen Instanzen bei der Betreuung (1) von Alkoholabhängigen, (2) von Drogenabhängigen und (3) von Polytoxikomanen.
- Schließlich soll überprüft werden, ob sich das Leistungsspektrum für *substituierte Drogenabhängige* von dem für nicht substituierte Drogenabhängige unterscheidet. Hierzu wird vermutet, dass Substituierte insgesamt kürzer betreut werden, wobei während der Betreuung mehr mit anderen Instanzen (insbesondere aus Suchtkrankenhilfe und Medizin) zusammengearbeitet wird und sie öfter mit einer Vermittlung zu anderen Hilfen endet.

#### 4.5.5.1 Leistungsspektrum nach Geschlecht und Hauptsuchtmittel

Bereits in früheren Analysen (vgl. OLIVA u.a. 1999, 2000) wurden geschlechts- und suchtmittelspezifische Unterschiede im Leistungsspektrum der Case Manager festgestellt. Die Case Manager betreuten, insbesondere in der Gruppe der Drogenabhängigen, relativ viele Frauen (vgl. Abschnitt 4.2.2.1).

Bei der abschließenden Auswertung des Leistungsspektrums im gesamten Erhebungszeitraum konnten erneut höhere Leistungsaufwände für Frauen wie auch für Drogenabhängige festgestellt werden.

Drogenabhängige erhielten im Durchschnitt 34,3 h, während für Alkoholabhängige durchschnittlich 29,4 h aufgewendet wurden ( $p < .05$ ). Auf Frauen entfielen durchschnittlich 38,3 h, auf Männer durchschnittlich 28,0 h ( $p < .01$ ). Da die Ergebnisse z.T. durch den hohen Anteil von Frauen bei den Drogenabhängigen verzerrt werden, wurden differenzierte Analysen durchgeführt.

Tab. 20: Vergleich des Gesamtaufwands nach Hauptsuchtmittel und Geschlecht in Stunden ( $n = 1.510$ )

		legale Suchtmittel			illegale Suchtmittel		
		männlich (n = 688)	weiblich (n = 246)	Gesamt (n = 934)	männlich (n = 336)	weiblich (n = 240)	Gesamt (n = 576)
Dauer der Betreuung in Tagen	∅	351	418*	369	334	337	336
Leistungen insgesamt in Stunden	∅	26,0	39,2	29,5	32,0	37,4	34,2
Summe der Stunden pro Monat	∅	2,6	3,0	2,7	3,0	3,6*	3,2

\*  $p < .05$ .

Die univariate Varianzanalyse zeigte, dass Frauen signifikant mehr Betreuungszeit erhielten als Männer, und zwar sowohl in der Gruppe der Drogen- als auch in der Gruppe der Alkoholabhängigen. Die geschlechtsspezifischen Differenzen waren u.a. auf höhere Belastungen der Frauen in den Bereichen psychischer Zustand, Partnerschaft, sonstige familiäre Beziehungen und Beziehungen im sozialen Umfeld zurückzuführen. Männer waren hingegen stärker beeinträchtigt in den Bereichen Arbeits- bzw. Ausbildungssituation und der Gestaltung freier Zeit.

Hinzu kamen weitere Aspekte: Frauen nahmen Hilfen anders in Anspruch als Männer, suchten z.B. vermehrt und länger das Gespräch mit den Modellmitarbeitern. Schließlich resultierte der höhere Hilfebedarf von Frauen - den Berichten der Case Manager zufolge - nicht zuletzt aus den Schwierigkeiten, Bedarfen oder Einflüssen der mit den Frauen zusammenlebenden (meist selbst abhängigen) Männer. Sie machten den Betreuungsprozess häufig eher komplizierter und forderten teilweise selbst Unterstützung.

Eine Betrachtung der Betreuungsinhalte zeigte einige wenige Unterschiede. Entsprechend der Problemlagen ging es bei der Betreuung von Frauen häufiger (7,6 % vs. 4,6 % der Nennungen bei den Männern) und intensiver (8,0 % vs. 5,0 % der Zeit) um Probleme mit der aktuellen Beziehung, in der Familie oder im sozialen Umfeld. Auf insgesamt niedrigem Niveau gab es des weiteren Unterschiede bei der Erschließung/Vermittlung/Organisation fallbezogener Hilfen: Bei der Betreuung von Frauen war das Jugendamt ein fünfmal wichtigerer Ansprechpartner (1,1 % der Nennungen vs. 0,2 % bei den Männern - Frauen lebten wesentlich öfter [meist alleinerziehend] mit Kindern zusammen). Bei der Betreuung von Männern wurde hingegen - durchaus erwartungsgemäß - etwas häufiger mit Bezugspersonen kooperiert als bei Frauen (3,9 % vs. 2,5 % bei den Frauen; vgl. Anhang, Tab. 36 und 37).

Nach dem Hauptsuchtmittel (legal vs. illegal) betrachtet, zeigten sich etwas deutlichere Unterschiede im Leistungsspektrum: Bei der insgesamt zeitintensiveren Betreuung drogenabhängiger Klienten legten die Case Manager einen stärkeren Schwerpunkt auf Kontaktaufbau und -pflege (18,6 % vs. 14,8 %). Dabei wurden Drogenabhängige wesentlich häufiger und länger auf der Szene (auf-)gesucht. Auch spielte die Unterstützung bzgl. justitieller Probleme - erwartungsgemäß - bei den Drogenabhängigen eine größere Rolle (5,6 % vs. 2,0 %). Alkoholabhängige wurden hingegen etwas intensiver hinsichtlich arbeitsbezogener Fragen unterstützt (11,6 % vs. 9,8 % bei Drogenabhängigen). Außerdem wurde für die Beratung zu Problemen im sozialen Umfeld mehr Zeit aufgewandt (12,2 % vs. 8,6 %). Schließlich zeigten sich Unterschiede bei den beteiligten Hilfeinstanzen: Für Alkoholabhängige waren Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung und komplementäre Hilfen relativ wichtiger, während für Drogenabhängige mehr mit der Suchtkrankenhilfe und dem medizinischen Bereich (hier insbesondere hinsichtlich Substitutionsbehandlungen) kooperiert wurde (vgl. ausführlich Anhang, Tab. 38, 39 und 40).

Ein Vergleich der Art der Leistungserbringung (wie? wo? mit wem?) zeigte - anders als erwartet - keine (nennenswerten) Unterschiede zwischen Klienten und Klientinnen. Anders hingegen, wenn man nach dem Hauptsuchtmittel differenziert: Für Alkoholabhängige erbrachten die Case Manager ihre Leistungen relativ häufiger und länger persönlich (57,2 % der Nennungen und 74,6 % des zeitlichen Umfangs vs. 50,1 %/67,6 % für Drogenabhängige) und seltener telefonisch (30,9 % vs. 36,4 % der Nennungen).

Drogenabhängige wurden öfter und länger (74,2 % der Nennungen/57,8 % der Zeit vs. 62,9 %/46,6 % bei Alkoholabhängigen) in der Einrichtung der Case Manager betreut, während die Arbeit mit Alkoholabhängigen vergleichsweise mehr in ihrem sozialen Umfeld stattfand (23,8 % der Nennungen/31,2 % der Zeit vs. 7,7 %/12,1 % bei den Drogenabhängigen). Dementsprechend waren bei der Betreuung von Alkoholabhängigen auch häufiger Angehörige beteiligt (11,1 % der Nennungen und 12,6 % der Zeit vs. 9,1 %/11,2 % bei Drogenabhängigen). Diese Unterschiede waren auch darauf zurückzuführen, dass Alkoholabhängige öfter über eine Wohnung verfügten bzw. mit Partner oder Familie zusammenlebten. Durch den vergleichsweise hohen Ausbaugrad des Drogenhilfesystems konnten Drogenabhängige öfter und zeitintensiver in anderen Einrichtungen betreut werden als Alkoholabhängige (14,9 %/26,2 % vs. 12,2 %/21,0 %).

#### 4.5.5.2 Leistungsspektrum für Klienten ohne bzw. mit Kindern im eigenen Haushalt

Fast die Hälfte der Klienten hatte Kinder, darunter vor allem Frauen. Insbesondere dann, wenn Klienten mit ihren Kindern zusammenlebten (bei 13,1 % der Klienten lebten insgesamt 321 Kinder; vgl. S. 49), resultierten daraus - vermutlich - zumindest teilweise andere/zusätzliche Aufgaben für die Case Manager. Tab. 21 gibt eine Übersicht über den Leistungsumfang in den verschiedenen Klientengruppen, differenziert nach Klienten mit Kindern im eigenen Haushalt, Klienten mit Kindern, aber nicht im eigenen Haushalt und Klienten ohne Kinder.

Tab. 21: Vergleich der Leistungen der Case Manager für Klienten mit und ohne Kinder  
(n = 1.548)

		ohne Kinder (n = 798)	Kinder, aber nicht im eig. Haushalt (n = 556)	mit Kindern im eig. Haushalt (n = 194)
Dauer der Betreuung in Tagen*	∅	344	386	314
Leistungen insgesamt in Stunden	∅	30,3	34,2	26,6
Summe der Stunden pro Monat	∅	3,0	2,9	2,7

\* p < .05

Die Betreuung dauerte bei den Klienten länger, die keine Kinder hatten oder deren Kinder nicht mit ihnen in einem gemeinsamen Haushalt lebten. Die Klienten mit Kindern im eigenen Haushalt wurden außerdem weniger intensiv betreut. Die Ergebnisse erstaunen nicht, da Klienten, deren Kinder mit im Haushalt leben, relativ geordnete Verhältnisse aufweisen müssen - ansonsten würden die Kinder in Einrichtungen der Jugendhilfe untergebracht.

Die Verteilung der Leistungen war in den Gruppen fast gleich, allerdings unterschieden sich die behandelten Themen. Bei der Unterstützung von Klienten mit Kindern im eigenen Haushalt ging es vergleichsweise mehr um die sozialen Beziehungen und die Sicherung der materiellen Grundlagen. Hingegen waren die Bereiche Wohnen und strafrechtliche Situation von geringerer Bedeutung. Wohl aufgrund der insgesamt stabileren Situation der Klienten, die mit ihren Kindern zusammenlebten, wendeten die Case Manager auch relativ weniger Zeit für die Kontaktpflege auf (vgl. ausführlich Anhang, Tab. 41). Case Management bot den meist weniger mobilen Klienten mit Kindern die Möglichkeit der Betreuung zu Hause, die auch tatsächlich vergleichsweise oft genutzt wurde (vgl. Anhang, Tab. 42).

Bei der Betreuung der verschiedenen Klientengruppen kooperierten die Case Manager ähnlich aufwendig mit anderen Versorgungsbeteiligten. Wie die folgende Übersicht zeigt, unterschieden sich jedoch die Ansprechpartner (vgl. Tab. 22).

Tab. 22: Vergleich der Klienten mit und ohne Kinder unter Berücksichtigung der gemeinsamen Haushaltsführung (n = 1.548) - Anteil am Gesamtleistungsspektrum, Angaben in Prozent

	ohne Kinder (n = 798)		mit Kindern, aber nicht im eig. Haushalt (n = 556)		mit Kindern im eig. Haushalt (n = 194)	
	Nennungen	Umfang	Nennungen	Umfang	Nennungen	Umfang
Erschließung, Vermittlung, Organisation weiterer Hilfen, darin:	31,4	22,8	35,0	29,5	26,5	23,4
... Sektor I - III und komplementärer Bereich	16,8	11,8	18,1	15,5	11,4	9,5
... Ämter, Behörden	4,6	3,7	5,2	4,1	5,9	6,1
... Polizei, Justiz, Rechtsbeistände	2,2	1,6	2,6	1,9	1,2	1,1
... soziales und berufliches Umfeld	2,8	1,9	3,3	3,1	3,9	3,6
... (weitere) Kostenträger	1,8	1,1	2,4	2,0	1,5	1,2
... sonstige Personen, Institutionen	3,2	2,7	3,4	2,9	2,6	1,9

Es fällt auf, dass für Klienten mit Kindern im eigenen Haushalt deutlich weniger mit dem Leistungsanbieter im engeren Sinn (Sektor I - III und komplementärer Bereich) kooperiert wurde, hingegen vergleichsweise mehr mit Ämtern und Behörden, hier vor allem mit Jugendämtern. Erwartungsgemäß nahmen für Klienten mit Kindern im eigenen Haushalt Kooperationen mit Polizei, Justiz u.ä. den vergleichsweise geringsten Stellenwert ein.

Insgesamt unterschied sich die Betreuung von Klienten mit Kindern im eigenen Haushalt von den Klienten ohne Kinder (im Haushalt) vor allem durch die geringere Betreuungsdauer und -intensität (vgl. Tab. 21). Außerdem suchten die Case Manager sie öfter zu Hause auf und kooperierten mehr mit Ämtern und Behörden, insbesondere Jugendämtern.

#### 4.5.5.3 Leistungsspektrum nach Konsummustern

Wie oben geschildert, werden - in weiterer Differenzierung der Unterschiede zwischen Alkohol- und Drogenabhängigen - Leistungsunterschiede auch entlang des Konsummusters (vgl. S. 52) erwartet. Da die höhere Konsumintensität zumindest in Teilbereichen mit schwierigeren Lebenssituationen korrelierte, wird hinsichtlich des Leistungsspektrums eine stetige Zunahme des Gesamtumfangs sowie der Anteile für Krisenintervention, aufsuchender Arbeit (hier insbesondere auf der Szene) und der Kooperation mit anderen Instanzen bei der Betreuung (1) von Alkoholabhängigen, (2) von Drogenabhängigen und (3) von Polytoxikomanen vermutet. Deshalb wurden die erbrachten Leistungen für die drei Klientengruppen analysiert. Die erbrachten Leistungen konnten gut miteinander verglichen werden, da die durchschnittliche Dauer der Betreuung in den einzelnen Gruppen je bei etwa einem Jahr lag (s.u.).

Tab. 23: Drei-Cluster-Lösung nach Konsummuster - Betreuungsdauer und Gesamtaufwand nach verschiedenen Aspekten (n = 1.123)

	Alkoholabhängige (n = 753)	Drogenabhängige (n = 238)	Polytoxikomanen (n = 132)	ANOVA
Dauer der Betreuung in Tagen	372	377	352	n.s.
Leistungen insgesamt in Stunden	29,4	37,6	43,1	n.s.
Summe der Stunden pro Monat	2,7	3,1	3,5	p < .05*

\* Post-Hoc-Tests: alle Gruppen unterschieden sich signifikant voneinander.

Der Gesamtbetreuungszeitraum war - entgegen der Erwartung - in den drei Gruppen vergleichbar lang. Allerdings differierte die Betreuungsintensität:

Die Betreuungsintensität stieg von den Alkoholabhängigen über die Drogenabhängigen zu den Polytoxikomanen stetig an. Der Mehraufwand resultierte vor allem aus umfangreicheren Leistungen zur Krisenintervention, zur Erschließung, Organisation und Vermittlung von Hilfen und aus mehr Fehlbesuchen/Wartezeiten für die Polytoxikomanen.

Unter inhaltlichen Gesichtspunkten betrachtet fiel auf, dass die Case Manager vor allem für die Bearbeitung der Themen Gesundheit, Konsum und strafrechtliche Situation von den Alkoholabhängigen über die Drogenabhängigen zu den Polytoxikomanen zunehmend mehr Zeit einsetzen mussten. In ähnlicher Weise stieg der Aufwand für die Kontaktpflege zum Klienten und die Planung, Kontrolle, Dokumentation (vgl. Anhang, Tab. 43).

Entgegen der Hypothese wurden nicht die Polytoxikomanen, sondern die Alkoholabhängigen am meisten aufsuchend betreut (53,3 % des Leistungsumfangs), die Polytoxikomanen (47,2 %) jedoch mehr als die Drogenabhängigen (39,9 %). Die Daten bestätigten lediglich die Erwartung, dass Polytoxikomanen am intensivsten auf der Szene aufgesucht wurden und dass die Betreuung von Alkohol- über Drogenabhängige zu den Polytoxikomanen zunehmend mehr in anderen Einrichtungen stattfand (vgl. Anhang, Tab. 44).

#### 4.5.5.4 Leistungsspektrum für substituierte und nicht substituierte Klienten

Schließlich wurde überprüft, ob sich das *Leistungsspektrum für substituierte Drogenabhängige* von dem für nicht substituierte Drogenabhängige unterschied. Angenommen wurde, dass die Case Manager bezüglich substituiertes Klienten verstärkt eher ergänzend zu den Fachkräften für die psychosoziale Betreuung Substituierter (psB) arbeiteten und die Klienten bald wieder vor allem dort betreut wurden. Deshalb wurde davon ausgegangen, dass Substituierte insgesamt kürzer betreut wurden, dass während der Betreuung mehr mit anderen Instanzen (insbesondere psB, aus Suchtkrankenhilfe und Medizin) zusammengearbeitet wurde und dass die Betreuung öfter mit einer Vermittlung zu anderen Hilfen endete.

Tab. 24: Vergleich der substituierten und der nicht-substituierten Klienten im Modellprogramm (n = 539)

		nicht-substituierte Klienten (n = 239)	substituierte Klienten (n = 300)
Dauer der Betreuung in Tagen**	∅	302	391
Leistungen insgesamt in Stunden**	∅	30,2	39,9
Summe der Stunden pro Monat	∅	3,2	3,3

\*\* F-Test,  $p < .01$ .

Entgegen der Hypothese wurden substituierte Klienten durchschnittlich fast drei Monate länger betreut, als nicht substituierte Klienten - bei vergleichbarer Intensität. Die Betreuungsleistungen variierten nicht nennenswert zwischen der Gruppe der substituierten und jener der nicht-substituierten Klienten. Das deutet darauf hin, dass die Case Manager bei der Betreuung von Substituierten im Wesentlichen die Aufgaben der psychosozialen Betreuung (psB) übernahmen statt das Angebot der entsprechenden Fachkräfte punktuell zu ergänzen (vgl. ausführlich Anhang, Tab. 45). Tatsächlich endete die Betreuung Substituierter auch nicht öfter - wie erwartet worden war - mit einer Vermittlung zu einer anderen Einrichtung: Bei 33,2 % der Substituierten wurde die Betreuung planmäßig durch Vermittlung abgeschlossen (vs. 36,6 % bei den Nicht-Substituierten).

Gleichwohl bestätigte sich die Vermutung, dass bei der Betreuung Substituierter vergleichsweise mehr mit anderen professionellen Helfern zusammengearbeitet wurde (20,2 % vs. 17,2 % bei den nicht-substituierten Drogenabhängigen; vgl. Anhang, Tab. 46), darunter insbesondere mit Substitutionsambulanzen und niedergelassenen Ärzten.

Das Ergebnis legt den Schluss nahe, dass die vorhandenen Angebote der psychosozialen Begleitung Substituierter vor Ort für die im Modellprogramm erreichten Substituierten oft nicht ausreichend oder angemessen waren, insbesondere hinsichtlich der Erschließung und Organisation weiterer notwendiger Hilfen. Deshalb wurde die von den Case Managern kompensatorisch übernommene und nach ihrer Methode strukturierte psychosoziale Begleitung von den Klienten präferiert.

*Zusammenfassend* ist zu konstatieren, dass die Leistungen der Case Manager insgesamt ein Spektrum aufspannten, das je nach Bedarf von engen Begleitungen und beratend-therapeutischen Interventionen bis hin zu organisierend-koordinierenden Unterstützungen reichte. Dabei wurden professionelle Instanzen und private Bezugspersonen in den Hilfeprozess miteinbezogen, wenngleich gerade hinsichtlich der privaten Bezugspersonen mehr Beteiligung wünschenswert gewesen wäre.

Die Ergebnisse untermauerten die Bedeutung einer aufsuchenden und nachgehenden Arbeitsweise bei der Arbeit mit chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigen. Schließlich wurde deutlich, in welchem Ausmaß Case Manager nicht nur verschiedene Hilfen koordiniert, sondern auch ihren Klienten andere Hilfen erschlossen und sie bei der Inanspruchnahme unterstützt haben.

Unterschiede in Leistungsumfang, -spektrum und Art der Leistungserbringung ergaben sich am deutlichsten nach dem Hauptsuchtmittel und - hinsichtlich Gesamtumfang und der -intensität der Betreuung - auch nach dem Geschlecht. Weitere Unterschiede fanden sich auch je nach Konsummuster der Klienten, ihrer Teilnahme an einer Substitutionsbehandlung sowie danach, ob die Klienten mit Kindern zusammenlebten oder nicht.

#### 4.5.6 Bewertung der Methode durch die Case Manager

Mit Blick auf die oben dargestellte bedarfsbezogene und individuell unterschiedliche Gestaltung der Betreuung sollte die Bedeutung der einzelnen Vorgehensweisen im Rahmen von Case Management untersucht werden. Deshalb sollten die Case Manager verschiedene Aspekte hinsichtlich ihrer Relevanz für Verlauf und Ergebnis der Betreuungen beurteilen. Über alle Case Management-Prozesse hinweg betrachtet zeigte sich folgendes Ergebnis (vgl. Tab. 25):

Tab. 25: Einschätzung der Bedeutung bestimmter Aspekte im Case Management-Prozess für den Betreuungsverlauf und -erfolg, Angaben in Prozent

Aspekt:	Einschätzung			
	sehr wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	unwichtig
Flexibilität (n = 754)	69,2	21,9	7,2	1,7
Zeit für den Klienten (n = 756)	68,5	25,5	5,0	0,9
aufsuchende Arbeitsweise (n = 720)	65,0	20,3	10,1	4,6
nachgehende Arbeitsweise (n = 746)	63,5	24,0	9,0	3,5
Beziehung (n = 757)	60,1	30,0	8,7	1,2
Beteiligung anderer profess. Helfer (n = 746)	54,7	36,3	7,0	2,0
Klientenbeteiligung (n = 755)	50,7	39,5	8,3	1,5
gemeinsame Planung des Vorgehens (n = 754)	46,8	35,4	15,4	2,4
Ressourcenorientierung (n = 755)	44,9	41,5	12,5	1,2
Monitoring (n = 734)	41,4	36,0	20,8	1,8
ausführliches Assessment (n = 745)	40,4	38,8	18,7	2,1
Beteiligung privater Bezugspersonen (n = 725)	29,1	30,6	21,5	18,6
schriftliche Hilfeplanung (n = 723)	10,4	17,3	35,7	36,7

Die Case Manager bewerteten eine Vielzahl von Aspekten als (sehr) wichtig. Besonders betonten sie *Flexibilität* und *Zeit für den Klienten haben*. Zusammen mit den beiden nächstwichtigen Aspekten *aufsuchende und nachgehende Arbeit* wurden damit Rahmenbedingungen bzw. Vorgehensweisen hervorgehoben, die in der üblichen Suchtkranken- bzw. Drogenhilfe in der Regel deutlich weniger möglich oder gewollt sind als unter den Bedingungen modellgeförderten Case Managements.

Die Einschätzung der Case Manager bestätigte darüber hinaus die Bedeutung aufsuchender und nachgehender Arbeit für Erreichen, Halten und Betreuen der chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigen.

Deshalb verwundert es auch nicht, dass einige Case Manager sich gewünscht haben, Klienten (noch) mehr nachgehen zu können und - zumindest in kritischen Phasen - den Kontakt intensiver zu gestalten.

Die Wertungen der Case Manager wiesen des weiteren auf die große Bedeutung der Beteiligung anderer Helfer und den Aufbau eines Hilfenetzwerkes hin: 91 % der Modellmitarbeiter fanden diesen Aspekt (sehr) wichtig. Beteiligung allein reichte jedoch nicht, das Ergebnis für Monitoring verdeutlicht zudem, dass Kooperationen laufend gefördert und Aufgabenübernahmen überprüft werden mussten.

Vertiefter nach den Erfahrungen mit fallbezogener Zusammenarbeit befragt, urteilten die Case Manager überwiegend positiv. Insbesondere die Zusammenarbeit mit der medizinischen Versorgung wurde überraschend gut bewertet (vgl. ausführlich Anhang,

Tab. 47). Dieses Ergebnis widersprach vielen Berichten der Case Manager über Probleme bei der Kooperation und ließ vermuten, dass die Case Manager sich im Laufe der Zeit bei ihren Kooperationsbemühungen auf erfahrungsgemäß konstruktive Partner konzentrierten. Und gute Zusammenarbeit zahlte sich aus: Weitere Analysen belegten, dass die Qualität der Zusammenarbeit das Betreuungsergebnis beeinflusste: Wenn gut zusammengearbeitet wurde, fanden sich signifikant öfter positive Verläufe (Cramers  $V > .20$ ,  $p < .05$ ).

Im Rahmen der Weiterentwicklung von Case Management-Ansätzen in den USA wird „Strengths Based Case Management“ am meisten diskutiert und in Praxisevaluationen konnte die fördernde Wirkung eines strikt klienten- und ressourcenorientierten Vorgehens belegt werden (vgl. z.B. RAPP u.a. 1994, SIEGAL u.a. 1995). Auch die Case Manager im Kooperationsmodell werteten diese - die Philosophie von Case Management kennzeichnenden - Aspekte wie *Klientenbeteiligung, gemeinsame Planung und Ressourcenorientierung* hoch. Diese Haltung entwickelte sich jedoch z.T. erst im Modellverlauf, sodass einige Modellmitarbeiter rückblickend angaben, besser (noch) mehr Ressourcen einbezogen zu haben.

Die von Fall zu Fall unterschiedlichen Bedingungen spiegelten sich deutlich in der Bewertung der Angehörigenbeteiligung: Die Ergebnisse streuten sehr, für zwei Fünftel der Hilfeprozesse kam der Beteiligung von Angehörigen kaum oder keine Bedeutung zu.

Nach den Schwierigkeiten der Case Manager mit der schriftlichen Hilfeplanung (vgl. Abschnitt 4.2.3) erstaunt es nicht, dass ihr in den Abschlussbewertungen eine vergleichsweise „schlechte Note“ erteilt wurde: Die Hilfeplanung wurde nur in 27,7 % der Fälle als bedeutsamer Aspekt erachtet. Die negative Beurteilung wurde z.T. mit einer klientenseitigen Abneigung gegen „Schriftliches“ begründet, was sich aus der direkten Befragung der Klienten jedoch nicht belegen ließ (vgl. Kapitel 5). Allerdings bedauerten auch einige Case Manager (in 20,2 % der Fälle) rückblickend, nicht mehr Hilfepläne eingesetzt und Hilfekonferenzen durchgeführt zu haben und in 11,5 % der Fälle zudem, dass sie den Betreuungsprozess nicht stärker gesteuert hätten.

#### 4.6 Abschluss der Betreuung

Die Beendigung von Case Management-Prozessen gilt zwar als eigener Arbeitsschritt, nimmt in der Fachdiskussion jedoch selten breiteren Raum ein. Das hat vermutlich damit zu tun, dass Case Management sich häufig an sehr beeinträchtigte Langzeitklienten richtet, bei deren Betreuung Abschlüsse eher nachrangig sind, es vielmehr um die Aufrechterhaltung der gemeinsamen Arbeit geht. Allerdings zeigen die Erfahrungen in der Praxis - auch im Kooperationsmodell - dass allein aufgrund des Andrangs neuer Klienten, Möglichkeiten der Überweisung zu anderen Angeboten stärker bedacht werden müssen (vgl. RAIFF, SHORE 1997).

Wie aus therapeutischen Prozessen bekannt, liegt in der Ablösung des Klienten durchaus eine eigenständige Aufgabe. Ablösung sollte immer bewußt vorbereitet und vollzogen sein. Die strukturierte Arbeitsweise im Case Management hilft hierbei zum einen, wahrzunehmen, wann die Aufgaben abgearbeitet sind und Case Management nicht mehr notwendig ist. Zum anderen können systematisch Folgeschritte geplant und der Übergang vorbereitet werden.

Zur Beendigung des Case Management-Prozesses, insbesondere bei schwer beeinträchtigten Klienten, gehört es häufig, die Klienten bei anderen Angeboten anzubinden und den Übergang derart zu gestalten, dass der Klient sich in der neuen Betreuung zu rechtfinden kann. MCRAE u.a. schlagen z.B. vor, dass der Case Manager übergangsweise

den Kontakt zum Klienten aufrechterhalten kann, sodass dieser die Veränderung „als einen Wandel in der Rolle des Mitarbeiters und nicht als das Ende der therapeutischen Beziehung“ wahrnimmt (MCRAE u.a. 1990; ähnlich: STEINBERG, CARTER 1983). Grundsätzlich sollte den Klienten für Notfälle eine rasche Rückkehrmöglichkeit zugesichert werden (vgl. RAIFF, SHORE 1997).

Im Kooperationsmodell konnte ein klientenseitiger Wunsch nach Betreuungsbeendigung oder ein Abbruch darauf zurückzuführen sein, dass Klienten die Case Manager auf die Probe stellten, ihr Engagement und ihre Verlässlichkeit prüfen wollten. Häufig gelang es den Modellmitarbeitern dann jedoch, die Klienten zu motivieren, weiter zusammenzuarbeiten. In manchen Fällen konnte der Kontakt (erst) nach längerer Pause wieder aufgenommen werden. Es konnte aber auch sein, dass Mitarbeiter und Klient nicht miteinander zurechtkamen oder ein anderes Setting adäquater war. Schließlich beendeten die Case Manager Betreuungen, wenn keine Entwicklung (mehr) oder eine wenig konstruktive Fixierung auf den Mitarbeiter stattfand.

In Fällen mit Unterbrechungen der Betreuung<sup>26</sup> sollte, um die Personenzentrierung des Ansatzes auch in die Dokumentationssystematik zu übersetzen und im Unterschied zu anderen Erhebungssystematiken, die Betreuung der Klienten fortlaufend weiter dokumentiert werden. Ein „Fall“ blieb so immer eine konkrete Person, die auch durch „Wiederaufnahmen“ nicht zu mehreren Fällen wurde.

Planung, Transparenz und Kontrolle sind konstitutive Elemente des Case Management-Prozesses, in diesem Sinn war auch der Abschluss zu evaluieren. Zur Dokumentation des Betreuungsabschlusses wurden im Kooperationsmodell verschiedene Datenquellen gewählt: Quantitative Daten wurden mittels der auf EBIS-A aufbauenden Klientendokumentation zu Beginn und Ende der Betreuung erfasst. Da hierin jedoch nicht auf die Spezifika des Modellprogramms (Zielgruppe, Zielsetzungen, Arbeitsansatz) eingegangen wird, bearbeiteten die Modellmitarbeiter als qualitative Ergänzung fallbezogen strukturierte Abschlussbogen und bewerteten hierin neben der Entwicklung des Klienten auch Einsatz und Nutzen der eingesetzten Maßnahmen, die Erreichung von Zielen in einzelnen Problemfeldern sowie die Zusammenarbeit mit anderen privaten und professionellen Helfern. Außerdem sollten die Case Manager die Bedeutung verschiedener Vorgehensweisen und Funktionen von Case Management bei der Betreuung des Klienten einschätzen und aus dem Verlauf Folgerungen für zukünftige Optimierungsmöglichkeiten ziehen.

Die folgenden Darstellungen fokussieren auf die Abschlussdaten jener Klienten, für die der Stand sowohl in der Klientendokumentation als auch im Abschlussbogen dokumentiert wurde (n = 783). Zur Analyse des Leistungsspektrums wurden diese Daten mit jenen aus der klientenbezogenen Leistungsdokumentation verknüpft (aufgrund fehlender Daten war das nur für 757 Klienten möglich).

---

<sup>26</sup> Zu Unterbrechungen konnte es durch die o.g. „Probe-Abbrüche“ kommen oder durch längere Krankenhausaufenthalte, Haft- oder Therapiezeiten etc.

#### 4.6.1 Art der Beendigung

Die Case Manager machten für 658 Klienten Angaben zur Art der Betreuungsbeendigung, die in Tab. 26 dargestellt sind:

Tab. 26: Art der Beendigung (n = 658)

	Häufigkeit	Anteil in %
planmäßig durch Vermittlung	183	27,8
planmäßig durch Case Manager	73	11,1
Abbruch durch Case Manager	29	4,4
Abbruch durch Klient	113	17,2
Tod	37	5,6
Dokumentationsende	191	29,0
Sonstiges	32	4,9
GESAMT	658	100,0

In etwa zwei Fünftel der Fälle wurde die Betreuung planmäßig beendet (38,9 %) - meist wurden die Klienten an andere Hilfeinstanzen vermittelt. Aufgrund ihres Gesundheitszustandes wurden die meisten Klienten in stationäre Einrichtungen überwiesen (s.u.) oder aber - nach einer erfolgten Stabilisierung zu Suchtberatungsstellen oder Sozialpsychiatrischen Diensten (vgl. Anhang, Tab. 48).

17,2 % der Klienten brachen die Betreuung ab, und den Case Managern gelang es nicht, den Kontakt wiederherzustellen. In 4,4 % der Fälle beendeten die Case Manager die Betreuung. Die Gründe lagen entweder in aggressivem Verhalten und Gewaltandrohungen seitens der Klienten oder darin, dass die Klienten dauerhaft weder ausreichendes Problembewusstsein noch Veränderungsbereitschaft zeigten. Die Case Manager beendeten die Betreuungen jedoch meist nicht abrupt, sondern versuchten, die Klienten an andere Angebote zu überweisen (über zwei Drittel dieser Klienten wurden vor allem zu niedrigschwelligen Hilfen, Beratungsstellen, stationären Einrichtungen, gesetzlichen Betreuern, niedergelassenen Ärzten, Psychologen, Psychiatern vermittelt; vgl. Anhang, Tab. 48). 5,6 % der Klienten waren verstorben (58 Klienten, 3,6 % der Gesamtklientel; vgl. ausführlich Abschnitt 4.6.3).

Bei fast jedem dritten Klienten (29 %) wurde die Betreuung nicht wirklich beendet, jedoch aufgrund der Vorgaben zum Ende des Erhebungszeitpunkts ein Statusbericht abgegeben und der Fall „künstlich“ abgeschlossen (vgl. Abschnitt 4.2.4.1). In 4,9 % der Fälle lagen sonstige Gründe für Betreuungsbeendigungen vor, z.B. wenn Klienten eine längere Haftstrafe antraten oder in einer Klinik lagen.

Unterschieden sich die Klienten, die die Betreuung planmäßig beendeten, von den Abbrechern? Eine Analyse der Klientenmerkmale bei Betreuungsbeginn (soziodemographische und suchtbiographische Daten, Erkrankungen sowie Behandlungserfahrung) zeigte keine Differenzen zwischen den planmäßig beendeten oder vermittelten Klienten und jenen, deren Betreuung durch sie selbst oder durch den Case Manager abgebrochen wurde. Lediglich ein Subgruppenvergleich zwischen Selbstabbrechern bzw. von den Case Managern abgebrochenen Fällen ergab für ein Detail einen signifikanten Unterschied: Die Wohnungen von Selbstabbrechern waren deutlich öfter verwahrlost (64,7 % vs. 19,4 %).

Außerdem weist ein zweiter Subgruppenvergleich zwischen planmäßig und durch Vermittlung beendeten Fällen auf einige wenige signifikante Unterschiede bei der gesundheitlichen Situation hin:

Tab. 27: Durchschnittliche Anzahl Krankheiten und Störungen - nach planmäßig abgeschlossenen und vermittelten Fällen (n = 183)

	planmäßig beendet	planmäßig vermittelt	p
diagnostizierte somatische Erkrankungen	1,1	1,6	< .01
diagnostizierte und vermutete somatische Erkrankungen	1,3	2,3	< .01
diagnostizierte psychische Störungen	0,4	0,8	< .01
diagnostizierte und vermutete psychische Störungen	1,0	1,7	< .01

Die vermittelten Klienten waren somatisch und psychisch beeinträchtigt, sowohl hinsichtlich der Diagnosen, die ärztlicherseits gestellt wurden (im Mittel 1,6 vs. 1,1 somatische und 0,8 vs. 0,4 psychische Diagnosen) als auch, wenn man die von den Case Managern vermuteten Krankheiten bzw. Störungen hinzunimmt (durchschnittlich 2,3 vs. 1,3 somatische Krankheiten sowie 1,7 vs. 1,0 psychische Störungen). Der massive medizinisch-pflegerische Hilfebedarf dieser Klienten führte verstärkt zu Vermittlungen in Fachkliniken, Krankenhäuser (z.B. zur S4-Behandlung), Heime oder entsprechende betreute Wohnangebote.

#### 4.6.2 Umfang und Intensität der Leistungen

Vergleicht man die Leistungen der Case Manager nach Umfang und Intensität, zeigten sich unterschiedliche Ausprägungen für Klienten, deren Betreuung planmäßig beendet wurde und jene, deren Betreuung abgebrochen wurde (s.a. Abschnitt. 4.6.1):

Tab. 28: Leistungsumfang - nach Art der Beendigung (n = 376)

		planmäßig beendet (n = 247)	abgebrochen (n = 129)
Dauer der Betreuung in Monaten**	∅	17,1	13,1
durchschnittliche Zahl der Kontakttage**	∅	45,5	30,2
Gesamtaufwand für die Betreuung in h**	∅	44,2	27,2
Stunden pro Monat*	∅	2,9	2,4

\* p < .05, \*\* p < .01.

Die Unterschiede im Leistungsspektrum sind in jeder Hinsicht signifikant: Planmäßig beendete Betreuungen dauerten insgesamt länger (im Schnitt vier Monate länger als bei den abgebrochenen Fällen) und waren zeitaufwendiger (44,2 h vs. 27,2 h). Die längere Gesamtbetreuungsdauer beeinflusste wahrscheinlich die höheren Werte bei der Kontaktfrequenz und dem Gesamtaufwand, doch verdeutlicht ein Blick auf die durchschnittliche Stundenzahl pro Monat, dass die Betreuung bei den planmäßig beendeten Fällen auch intensiver war (im Mittel 2,9 vs. 2,4 Stunden pro Monat).

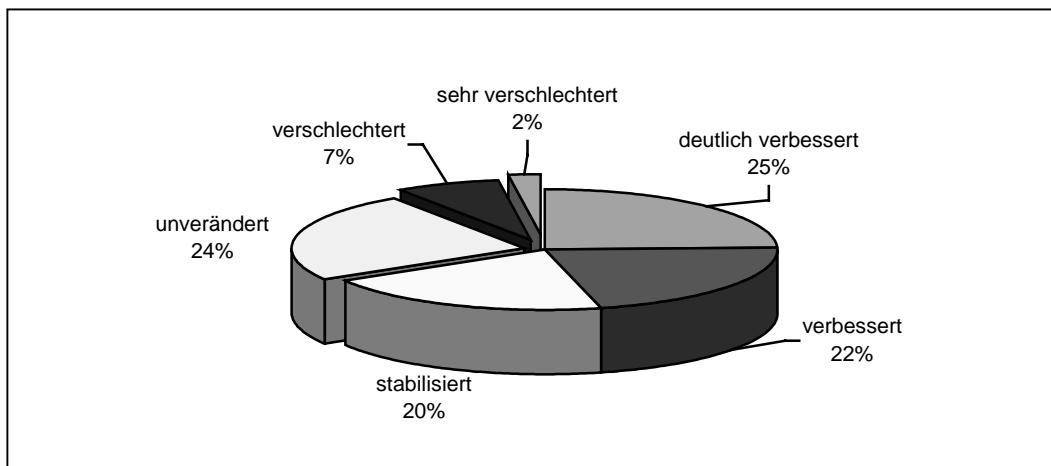
#### 4.6.3 Ergebnis der Betreuung

Das Betreuungsergebnis wurde hinsichtlich mehrerer Aspekte beurteilt: Zum einen sollten die Case Manager - zusammenfassend betrachtet - beurteilen, wie sich die Gesamtsituation des Klienten entwickelt hatte (Abschlussbogen). Zudem wurde speziell

die Suchtproblematik betrachtet und darüber hinaus eine Einschätzung zu weiteren Problemfeldern erfragt (Klientendokumentation). Schließlich bewerteten die Case Manager, in welchem Ausmaß die im Betreuungsprozess verfolgten Ziele realisiert werden konnten.

Ein Blick auf die Entwicklung der Gesamtsituation der Klienten zeigt Abb. 7:

Abb. 7: Entwicklung der Gesamtsituation aus Sicht der Case Manager (n = 750)



Die Gesamtsituation der Klienten hatte sich in 47 % der Fälle verbessert, darunter in mehr als der Hälfte *deutlich* verbessert. Lediglich bei 9 % der Klienten registrierten die Modellmitarbeiter zum Zeitpunkt des Betreuungsabschlusses insgesamt eine Verschlechterung.

Da angesichts der Zielgruppe des Modellprogramms die Nicht-Veränderung der Situation durchaus im positiven Sinne eine Stabilisierung, Nicht-Verschlechterung bedeuten konnte, wurde die ansonsten übliche Kategorie „unverändert“ in zwei eindeutige Items differenziert: Konnte Verschlechterung (z.B. ein Rückfall) verhindert werden, also die Situation - positiv konnotiert - stabilisiert werden, dokumentierten die Case Manager „stabilisiert“ (20 %). Stagnierte hingegen die Situation, konnte also - negativ konnotiert - keine Verbesserung erreicht werden, werteten die Modellmitarbeiter dies als „unverändert“ (24 %).

Zusammenfassend betrachtet hatte sich also die Situation für insgesamt zwei Drittel der Klienten (67 %) positiv entwickelt bzw. konnte stabilisiert werden.

Es konnten keine Zusammenhänge von Klientenmerkmalen und Entwicklung festgestellt werden. Mit einer Ausnahme: In der Gruppe der Klienten, deren Gesamtsituation am Ende schlechter war als zu Beginn der Betreuung, war eingangs eine deutlich höhere Anzahl von Verurteilungen festgehalten worden. Dies verweist auf die große Bedeutung einer strafrechtlichen Belastung für die Situation und Entwicklung der Klienten (vgl. Anhang, Tab. 49).

Ein Blick auf den Zusammenhang von Art der Beendigung und Entwicklung der Gesamtsituation zeigt Tab. 29:

Tab. 29: Art der Beendigung und Beurteilung der Gesamtsituation (n = 605), Angaben in Prozent

Beurteilung	planmäßig beendet (n = 72)	planmäßig vermittelt (n = 182)	Abbruch durch CM (n = 28)	Abbruch durch Klient (n = 104)	Dokumentationsende (n = 189)	Tod* (n = 30)
(sehr) verbessert**	62,5	65,9	14,3	26,0	42,9	10,0
stabilisiert**	18,1	15,9	32,1	15,4	23,3	23,3
unverändert**	13,9	14,3	42,9	51,9	24,9	20,0
(sehr) verschlechtert**	5,6	3,8	10,7	6,7	9,0	46,7
GESAMT	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

\* Waren Klienten verstorben, beurteilten die Case Manager den letzten bekannten Entwicklungsstand.

\*\* p < .01.

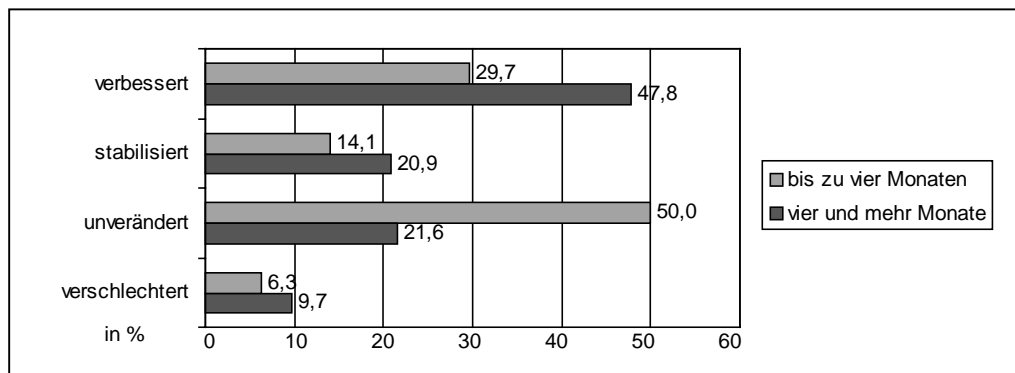
Die Tabelle verdeutlicht den signifikanten Zusammenhang von planmäßiger Beendigung/Vermittlung und einer verbesserten Gesamtsituation (65,9 % und 62,5 %). Das hohe Ausmaß einer verbesserten Situation bei den vermittelten Klienten erstaunt umso mehr, als weiter oben deutlich wurde, dass die gesundheitliche Belastung dieser Gruppe vergleichsweise hoch war. Die Case Manager konnten - in Zusammenarbeit mit anderen Helfern - deutliche Verbesserungen erreichen, z.T. durch eine Unterbringung in einer stationären Einrichtung, sodass die Klienten nicht mehr die umfassende und intensive Betreuung durch den Case Manager in Anspruch nehmen mussten. Hingegen stagnierte die Gesamtsituation im Falle eines Abbruchs durch Case Manager oder Klienten bei (fast) der Hälfte oder hatte sich sogar verschlechtert (10,7 % und 6,7 %).

#### 4.6.3.1 Betreuungsdauer und Entwicklung der Gesamtsituation

Die Betreuungen variierten erheblich nach Intensität und Dauer. Wie bereits in Abschnitt 4.2.4 beschrieben, streute die Betreuungsdauer (bezogen auf alle Klienten) zwischen einem Tag und 4,6 Jahren bei einem Durchschnitt von 355 Tagen. Bei der Stichprobe von Klienten, für die der Status beim Abschluss sowohl in der Klientendokumentation als auch im Abschlussbogen festgehalten wurde, war die durchschnittliche Betreuungszeit sogar noch länger: Bei einer maximalen Dauer von ebenfalls 4,6 Jahren lag der Durchschnitt bei 479 Tagen (n = 757).

In welcher Beziehung stand die Betreuungsdauer zur Entwicklung der Gesamtsituation? Nach eingehender Strukturanalyse der Merkmale der Klienten mit unterschiedlichen Betreuungsdauern wurden die Klienten in eine Gruppe mit einer Betreuungsdauer von bis zu drei Monaten und eine Gruppe mit vier und mehr Monaten Case Management aufgeteilt (die Gruppierung erfolgte anhand signifikanter Unterschiede der Merkmalsausprägungen: vgl. Anhang, Tab. 50 bis 53). Abb. 8 zeigt die Verteilung zum Ergebnis der Betreuung in Abhängigkeit von der Dauer der Betreuung:

Abb. 8: Beurteilung der Gesamtsituation - nach kurzfristig und längerfristig betreuten Klienten (n = 725)



Die Abbildung verdeutlicht, dass Klienten mit einer verbesserten Gesamtsituation öfter länger betreut (mindestens vier Monate) wurden. Der deutlichste Unterschied zeigte sich bei den Klienten mit unveränderter/stagnierender Gesamtsituation: Sie wurden mehr als doppelt so oft nur bis zu vier Monaten betreut (Cramers  $V = .200$ ,  $p < .01$ ).

Bei längerer Betreuung wurden also öfter bessere Ergebnisse erzielt. Dies korrespondierte damit, dass längere Betreuung auch öfter mit dem Erreichen gesetzter Ziele einherging.

Für einige Zielbereiche zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen dem Erreichen von (Teil-) Zielen und der Betreuungsdauer: So waren Klienten, für die Ziele im Bereich Gesundheit und soziale Beziehungen erfolgreich erreicht wurden signifikant länger betreut worden als Klienten bei denen die Ziele weniger oder gar nicht erreicht wurden ( $p < .05$ ). Ein ähnliches Bild zeigte sich hinsichtlich der Verbesserung des Inanspruchnahmeverhaltens: Klienten, bei denen die Mitarbeiter Ziele aus diesem Bereich als erreicht ansahen, waren im Durchschnitt signifikant länger betreut worden als die übrigen Klienten ( $p < .05$ ; vgl. auch S. 96).

Wenngleich die unterschiedlichen Settings von Therapie und Case Management keinen direkten Vergleich zulassen, soll doch an dieser Stelle doch kurz auf Ergebnisse einer von SONNTAG und KÜNZEL (2000) vorgelegten Untersuchung zum Zusammenhang von Therapiedauer und -effekt verwiesen werden, wonach längere *Therapiezeiten* bessere Ergebnisse präsentierten: „Je länger die Therapie dauert, desto wahrscheinlicher wird der Therapieerfolg“ (ebd., S. 158). Außerdem betonten die Autoren, dass schwerere Störungsausprägungen - wie sie beim Klientel des Kooperationsmodells durchgängig gegeben waren - vergleichsweise länger währende Behandlungen erforderten.

#### 4.6.3.2 Entwicklung der Suchtproblematik

Im Kontext von Suchtkrankenhilfe kann jedoch nicht nur die Gesamtsituation von Interesse sein, vielmehr ist auch die Entwicklung hinsichtlich des Kernproblems der Abhängigkeit zu betrachten. Die Klienten im Kooperationsmodell waren - wie dargestellt - schwer und chronisch abhängig.

Hinsichtlich der Entwicklung der Suchtproblematik zeigte sich, dass bei immerhin gut drei Fünftel aller Fälle diese Problematik zum Ende der Betreuung als behoben oder doch zumindest gebessert beurteilt (61,2 %) wurde. Dieses Ergebnis kann angesichts von Dauer und Schwere der Abhängigkeit sowie der (Vor-)Dringlichkeit anderer Problemlagen als sehr gut bewertet werden.

Für ein knappes Drittel der Klienten (29,2 %) wurde keine Veränderung dokumentiert. Da die Klientendokumentation bzw. der EBIS-A-Bogen hier nicht nach stabilisiert bzw. stagniert differenziert, konnte nicht genau festgestellt werden, was sich hinter „unverändert“ verbarg. In Gesprächen wiesen die Case Manager jedoch darauf hin, dass auch in diesem Aspekt der Wertung „unverändert“ zum Teil eine - positiv bewertete - Stabilisierung zu Grunde lag (s.o.). Bei jedem zehnten Klienten hatte sich die Suchtproblematik weiter verschlechtert.

Vertiefte Analysen belegten eine signifikante Übereinstimmung der Einschätzungen zur Gesamtsituation und zur Suchtproblematik, was darauf hindeutet, dass die Case Manager der Suchtthematik im Rahmen der Gesamtsituationsbeurteilung einen wichtigen Stellenwert einräumten. Deshalb wurde auch der Zusammenhang von Art der Beendigung und Entwicklung der Suchtproblematik untersucht. Dabei zeigte sich folgendes Bild (vgl. Tab. 30):

Tab. 30: Art der Beendigung in Verbindung mit der Beurteilung der Suchtproblematik (n = 609), Angaben in Prozent

Suchtproblematik	planmäßig beendet (n = 71)	planmäßig vermittelt (n = 182)	Abbruch durch CM (n = 29)	Abbruch durch Klient (n = 109)	Dokumentationsende (n = 191)	Tod* (n = 27)
behoben/abstinent	31,0	23,1	3,4	3,7	10,5	0,0
gebessert	47,9	57,1	34,5	36,7	45,5	22,2
unverändert	15,5	17,0	48,3	54,1	34,6	22,2
verschlechtert	5,6	2,7	13,8	5,5	9,4	55,6
GESAMT	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

\* Waren Klienten verstorben, beurteilten die Case Manager den letzten bekannten Entwicklungsstand.

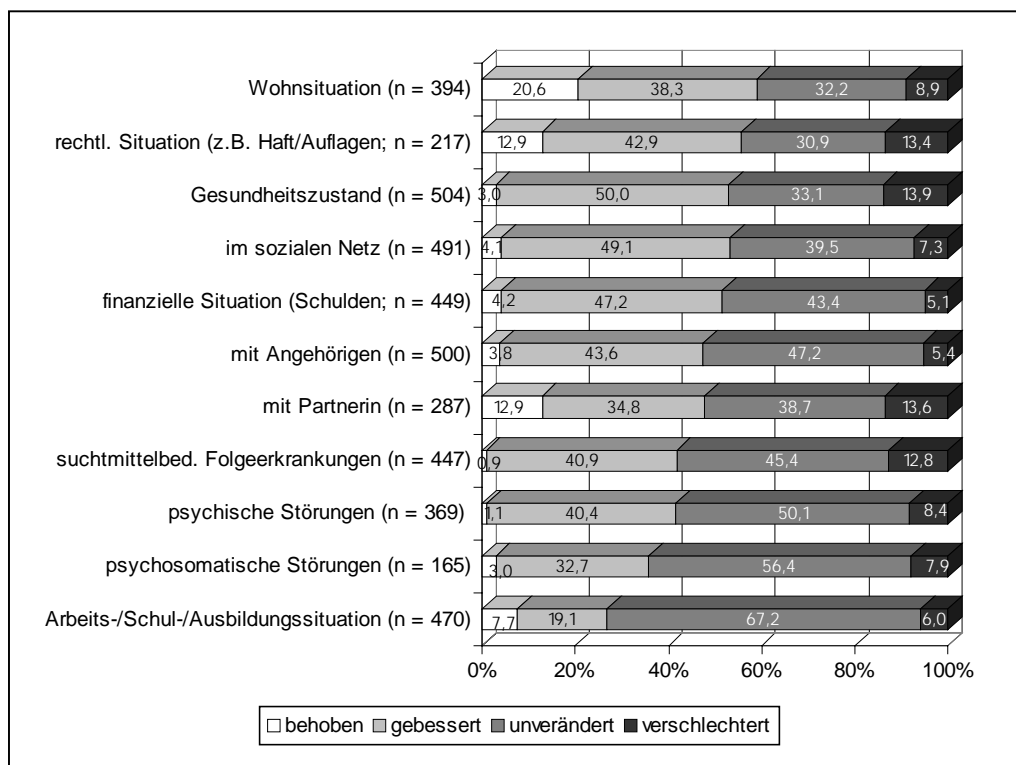
Erwartungsgemäß wurde die Suchtproblematik bei den planmäßig beendeten Fällen öfter als behoben bzw. gebessert eingestuft (78,9 % und 80,2 %). Auch in dem ambulanten und offenen Case Management-Setting bestätigten sich also aus der Therapieforschung bekannte Befunde eines besseren Erfolgs bei vollständigem Durchlaufen einer Maßnahme. Erstaunlicher war, dass auch bei den durch die Case Manager abgebrochenen Betreuungen die Anteile der gebesserten/behobenen Suchtproblematik bei 39,9 % lagen. Den Berichten der Case Manager entsprechend war die Suchtproblematik bei den Fällen, in denen sie selbst die Betreuung abbrachen, am häufigsten unverändert (oder sogar verschlechtert, insgesamt 62,1 %): Hier konnte „unverändert“ in der Regel mit „stagniert“ gleichgesetzt werden. Die Case Manager beendeten die Betreuung u.a., wenn Klienten dauerhaft keine Veränderungsbereitschaft hatten. Wenig erstaunlich war, dass ein klientenseitiger Abbruch überwiegend mit unveränderten oder verschlechterten Ergebnissen einherging (zusammen 59,6 %).

*Zusammengefasst* zeigte sich, dass das Ergebnis in engem Zusammenhang mit der Dauer der Betreuung und der Art des Betreuungsabschlusses steht: Bei abgebrochenen und bei kürzeren Betreuungen überwogen die Einschätzungen unverändert und verschlechtert, bei längerandauernden und bei planmäßig abgeschlossenen Betreuungen konnten sowohl die Suchtproblematik als auch die Gesamtsituation deutlich häufiger (sehr) verbessert werden.

#### 4.6.3.3 Entwicklung weiterer Problemfelder

Für die Klienten im Kooperationsmodell war es kennzeichnend, dass sie neben der Suchtproblematik eine Reihe weiterer, oft erheblicher Beeinträchtigungen hatten (vgl. Abschnitt 4.2.2). Case Management richtete sich grundsätzlich und umfassend an allen Problemlagen aus und bot vielfältige Unterstützungsangebote. Welche Veränderungen waren nun hinsichtlich anderer Problemfelder zum Zeitpunkt des Betreuungsabschlusses zu konstatieren?

Abb. 9: Entwicklung der weiteren Problemfelder bis zum Ende der Betreuung



Die Abbildung zeigt deutliche Unterschiede in den verschiedenen Bereichen. Nicht unerwartet konnten Probleme mit der Wohnsituation am erfolgreichsten bearbeitet werden (58,9 % behoben oder verbessert). Außerdem konnten die Case Manager oft dazu beitragen, strafrechtliche Problemsituationen zu mildern (51,9 %), den Gesundheitszustand zu verbessern (53,1 %) sowie Schwierigkeiten im sozialen Netz und mit Angehörigen zu verringern (49,7 % und 45,1 %). Am seltensten war eine Verbesserung der Arbeitssituation (25,8 %) zu erreichen - hier wurde am häufigsten *keine* Veränderung erzielt. Angesichts der bundesdeutschen Arbeitsmarktsituation für „Problemgruppen“ überraschte dieses Ergebnis nicht.

Trotz ihres Einsatzes konnten die Case Manager nicht verhindern, dass sich bei einigen Klienten Situationen verschlechterten. In allen Problemfeldern wurden Ver-

schlechterungen beobachtet: für 5,1 % bis 13,9 % der Klienten. Am häufigsten verschärfte sich die Situation im justitiellen Bereich. Dass Verschlechterungen des Gesundheitszustands und suchtmittelbedingter Folgeerkrankungen vergleichsweise häufig konstatiert wurden, war problemimmanent: Nicht nur dass die Klienten häufig progredient verlaufende oder sogar unheilbare Erkrankungen wie z.B. HIV/AIDS, Leberzirrhose, Korsakow-Syndrom u.ä. hatten, auch waren die entsprechenden Behandlungsregimes mit diesen Patienten kaum oder nur sehr begrenzt realisierbar.

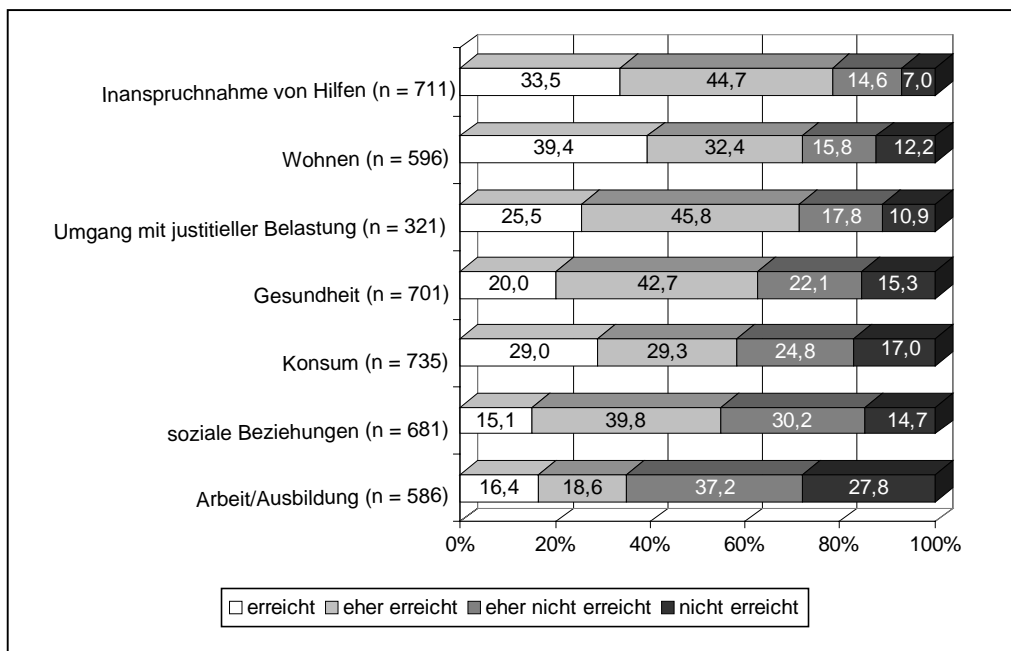
Ganz generell bestanden - über alle Klienten hinweg - zu Betreuungsbeginn festgestellte Probleme relativ häufig (zwischen 32,9 % und 68,2 %) auch noch am Ende der Betreuung fort. Dies muss jedoch nicht heißen, dass in der Zwischenzeit nichts geschehen ist und auch nicht, dass nicht einzelne „Erfolge“ erzielt wurden (s.o.: Entwicklung der Gesamtsituation und s.u.: Umsetzung von Betreuungszielen).

Die Modellmitarbeiter hatten ein weiteres Instrument zur Verfügung, Veränderungen der Beeinträchtigungen/Probleme ihrer Klienten einzuschätzen. In den regelmäßig zur Beobachtung des Verlaufs durchgeführten Situations- und Beeinträchtigungseinschätzungen über 14 Bereiche zeigten sich in allen Beeinträchtigungsfeldern signifikante Zusammenhänge zwischen der abschließenden Beurteilung der weiteren Problemfelder in der Klientendokumentation und in den standardisierten Beeinträchtigungseinschätzungen (überprüft mit Cramers V, vgl. Anhang, Tab. 54).

#### 4.6.3.4 Umsetzung von Betreuungszielen

Veränderungen der Situation der Klienten waren sicher nicht nur auf Case Management zurückzuführen. Doch ist anzunehmen, dass das Ergebnis nicht unerheblich dadurch beeinflusst wurde. Case Management basierte wesentlich auf der Vereinbarung und Umsetzung von Zielen und Maßnahmen. Um genauere Informationen zur Arbeit zu erhalten, wurde in den Abschlussbogen dokumentiert, in welchem Ausmaß und in welchen Problemfeldern vereinbarte Ziele erreicht wurden. Die Antwortalternativen reichten von „erreicht“, „eher erreicht“ über „eher nicht erreicht“ bis zu „nicht erreicht“:

Abb. 10: Zielerreichung aus Sicht der Case Manager



Die Abbildung verdeutlicht, dass die Ziele in unterschiedlichem Umfang realisiert werden konnten. So konnten z.B. die Ziele im Bereich Wohnen in zwei Fünftel der Fälle ohne Einschränkungen und in einem weiteren Drittel immer noch eher erreicht werden.

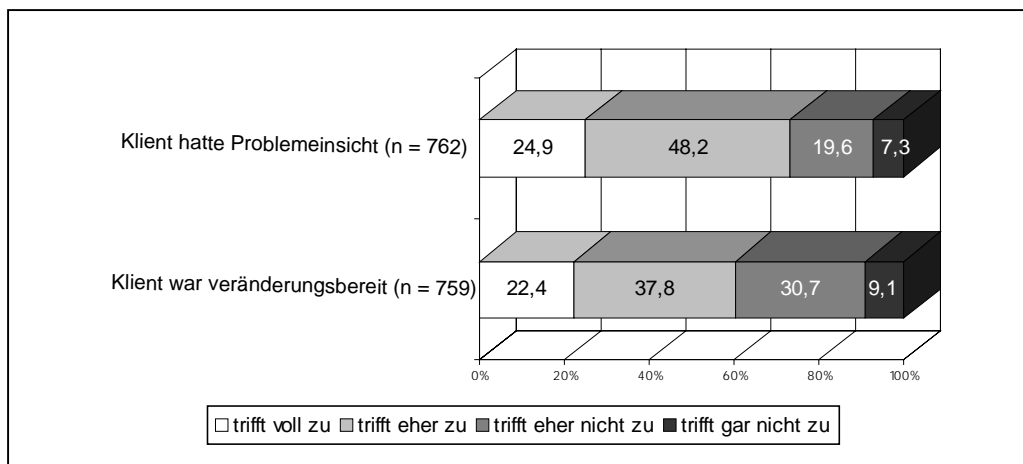
Als wichtiger Erfolg ist zu werten, dass die Ziele hinsichtlich der Inanspruchnahme von Hilfen in vier Fünftel der Fälle (eher) umgesetzt werden konnten, womit eine wichtige Voraussetzung zukünftiger Verbesserungen geschaffen werden konnte.

Im Bereich der justitiellen Belastungen konnte ebenfalls (eher) eine Entspannung der Situation erreicht werden.

In den Bereichen Konsum, Gesundheit und soziale Beziehungen konnten immerhin zwischen 54,9 % und 62,7 % der Ziele (eher) erreicht werden. Die Ergebnisse verdeutlichen jedoch auch, wie unzugänglich die Frage von Arbeit/Ausbildung ist: Hier konnten fast zwei Drittel der avisierten Ziele (eher) nicht erreicht werden (65 %).

Mit Blick auf die Umsetzung der Ziele und den Erfolg der gemeinsamen Arbeit wiesen die Case Manager immer wieder auf die Bedeutung von Problemeinsicht und Veränderungsbereitschaft der Klienten hin. Wenngleich diese Aspekte unstrittig wichtige Rahmenbedingungen einer erfolgreichen Betreuung/Behandlung sind, konnte dies doch angesichts der im Kooperationsmodell avisierten Zielgruppe nicht als gegeben angesehen werden.

Abb. 11: Problemeinsicht und Veränderungsbereitschaft der Klienten



Erstaunlicherweise war bei etwa drei Viertel der Klienten Problemeinsicht und bei über der Hälfte Veränderungsbewusstsein (eher) vorhanden. Dabei zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen einer gegebenen Problemeinsicht und der Verbesserung der Situation (Cramers  $V = .268$ ,  $p < .01$ ; vgl. Anhang, Tab. 55). Noch etwas ausgeprägter war der Zusammenhang zwischen Veränderungsbereitschaft und positiver Entwicklung der Situation (Cramers  $V = .358$ ,  $p < .01$ ; vgl. Anhang, Tab. 56).

#### 4.6.3.5 Einzelergebnisse der Betreuung

Anhand verschiedener Daten aus Klientendokumentation und Abschlussbogen können spezifische Veränderungen zwischen Beginn und Abschluss der Betreuung nachvollzogen werden. Im folgenden Abschnitt werden Angaben zur sozialen und materiellen Situation (Zusammenleben, Wohnen, Erwerbssituation, Einkommen) und zur Inanspruchnahme stationärer medizinischer Hilfen untersucht.

#### *Zusammenleben mit anderen Suchtkranken*

Das Zusammenleben mit anderen Suchtkranken kann einer positiven Entwicklung der Situation der Klienten entgegenstehen. Es ist darüber hinaus eine wichtige Information in Bezug auf die Einordnung der Klienten in die Gruppe der chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigen (vgl. S. 145). Im Hinblick auf das Ende der Betreuung war zunächst von Interesse, ob sich die Lebenssituation der Klienten zwischen Beginn und Ende der Betreuung gewandelt hatte. Dies traf nur auf 51 Klienten zu (16,3 %; vgl. Tab. 31).

Tab. 31: Zusammenleben mit anderen Abhängigen - zu Beginn und Ende der Betreuung (n = 312)

am Ende	zu Beginn			
	nein		ja	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %
nein	115	82,1	26	15,1
ja	25	17,9	146	84,9
GESAMT	140	100,0	172	100,0

In der überwiegenden Zahl der Fälle hatte sich zwischen Betreuungsbeginn und -ende nichts verändert. Von den 172 Klienten, die bei Betreuungsbeginn mit anderen Ab-

hängigen zusammenlebten, taten dies 15,1 % zum Abschlusszeitpunkt nicht mehr. Allerdings lebten auch 17,9 % der anfangs nicht mit anderen Abhängigen zusammenlebenden Klienten nun doch mit Suchtkranken zusammen. D.h. bei dieser Frage zeigte sich insgesamt betrachtet ein „Nullsaldo“.

*Wohnsituation*

Nach Einschätzung der Case Manager hatte sich eine zu Beginn problematische Wohnsituation bei 58,9 % der Klienten bei Betreuungsabschluss verbessert. Hinter dieser globalen Wertung konnten sich verschiedene Aspekte verbergen: Eher qualitative Aussagen wie z.B., dass ein Klient seine Wohnung jetzt „besser in Schuss“ hielt, die Gasrechnung bezahlt wurde und seither wieder geheizt werden konnte. Verbesserung konnte jedoch auch einen Wechsel von der Obdachlosigkeit in eine eigene Wohnung bedeuten. Die folgende Überprüfung enthält in diesem Sinne zwar keine qualitativen Aussagen, zeigt aber gleichwohl, welche Veränderungen registriert wurden.

Tab. 32: Wohnsituation zu Beginn und am Ende der Betreuung (n = 679), Angaben in Prozent

Wohnsituation am Ende der Betreuung	Wohnsituation zu Beginn							
	eigene, gemietete Wohg./Haus	andere Whg./Haus	Betreutes Wohnen	Heim, Anstalt, Klinik	Haftanstalt	Obdach/Notunterkunft	wohnungslos	sonstiges
eigene, gemietete Whg./Haus	80,5	42,2	22,2	21,4		33,9	47,4	50,0
andere Whg./Haus	2,0	33,3				8,1	5,3	
Betreutes Wohnen	4,5	2,2	55,6	50,0		8,1	7,9	
Heim/Anstalt/Klinik	8,7	12,2		28,6	14,3	8,1	5,3	16,7
Haftanstalt	2,7	1,1			71,4	3,2	5,3	
Obdach/Notunterkunft	0,4	4,4	22,2			33,9		
wohnungslos	0,9	3,3				4,8	26,3	16,7
sonstiges	0,2	1,1			14,3		2,6	16,7

Insgesamt konnte bei mehr als einem Drittel der Klienten (242 Klienten, 35,6 %) zwischen Beginn und Ende der Betreuung eine Änderung der Wohnsituation beobachtet werden. Eine Bewertung der Veränderungen ist z.T. nur in Verbindung mit anderen Variablen möglich. Deshalb sollen an dieser Stelle nur einige eher eindeutige Entwicklungen hervorgehoben werden.

Immerhin ein Drittel der Klienten aus Notunterkünften und fast die Hälfte der wohnungslosen Klienten konnten im Verlauf der Betreuung in eigenen Wohnungen untergebracht werden. Hinzu kommen 24,3 % Klienten, die eine Notunterkunft sowie 18,5 %, die die Wohnungslosigkeit mit der Unterbringung in anderen Wohnungen, Betreutem Wohnen oder einem Heimplatz tauschen konnten.

Für die Klienten, die bei Abschluss der Betreuung nicht mehr in ihrer eigenen Wohnung lebten, *konnte* dies eine Verschlechterung bedeuten. Es konnte jedoch auch sein, dass die Klienten aus ihrer verwahrlosten Wohnung in eine bessere (betreute) Wohnsituation vermittelt (13,2 %) werden konnten.

### Erwerbs- und Einkommenssituation

Die finanzielle Situation hatte sich bei 51,4 % der Klienten verbessert (s.o.). Eine Erwerbstätigkeit bzw. ein gesichertes Einkommen sind für eine selbständige(re) Lebensgestaltung von zentraler Bedeutung. Im Folgenden wurde deshalb geprüft, ob und welche Veränderungen zwischen Anfangs- und Abschlussstand zu verzeichnen waren. Für 131 Klienten (29,0 %) wurde eine Veränderung der Erwerbssituation dokumentiert, die Ausprägungen sind Tab. 33 zu entnehmen.

Tab. 33: Erwerbssituation zu Beginn und am Ende der Betreuung (n = 451), Angaben in Prozent

Erwerbssituation am Ende der Betreuung	Erwerbssituation zu Beginn der Betreuung					
	Vollzeitbeschäftigung	Teilzeitbeschäftigung	arbeitslos gemeldet	arbeitssuchend gemeldet	sonstiges	längerfr. arbeitsunfähig
Vollzeitbeschäftigung	66,7	0,0	9,0	9,1	0,0	0,0
Teilzeitbeschäftigung	0,0	60,0	2,9	0,0	0,0	0,0
arbeitslos gemeldet	20,8	0,0	74,0	14,3	16,7	33,3
arbeitssuchend gemeldet	4,2	20,0	4,8	66,2	16,7	0,0
sonstiges	4,2	20,0	6,4	6,5	55,6	6,7
längerfristig arbeitsunfähig	4,2	0,0	2,9	3,9	11,1	60,0

Die Richtung der Veränderung war unterschiedlich: Z.B. war positiv festzustellen, dass 11,9 % der anfangs arbeitslosen Klienten bei Abschluss wieder, meist sogar Vollzeit, beschäftigt waren. Auch von den arbeitssuchenden Klienten hatten 9,1 % eine Stelle gefunden. Allerdings wurden auch Verschlechterungen registriert: Nur zwei Drittel bzw. 60 % der Klienten mit Voll- bzw. Teilzeitstellen hatten diese am Ende immer noch, während ein Viertel bzw. ein Fünftel mittlerweile arbeitslos bzw. -suchend geworden war. Auch im Hinblick auf die Erwerbssituation war es also sowohl zu Verbesserungen wie zu Verschlechterungen gekommen.

Wie stellte sich daneben die Entwicklung der Einkommenssituation dar? Die Einkommenssituation der Klienten war zu Beginn und Abschluss der Betreuung differenziert erhoben worden. Um die Ergebnisse zum Abschluss des Case Managements beurteilen zu können, wurde für jeden Klienten geprüft, ob die Einkommenssituation bei Abschluss der Betreuung relativ unsicherer (verschlechtert) oder relativ sicherer (verbessert) war als zu Beginn. Bei der Bewertung wurden Einkünfte aus Lohn und Gehalt als die sicherste Form der Existenzgrundlage angesehen, gefolgt von Unterstützung durch die sozialen Sicherungssysteme (in dieser Reihenfolge: Krankengeld/Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe, Sozialhilfe) und schließlich am Ende der Skala Gelegenheitsjobs/Betteln und Prostitution. Hinsichtlich der Einkommenssituation waren die deutlichsten Veränderungen festzustellen, wie Tab. 34 - zusammengefasst - zeigt:

Tab. 34: Bewertung der Entwicklung der Einkommenssituation am Ende der Betreuung  
(n = 783)

	Häufigkeit	in %
sicherer/verbessert	94	12,0
unverändert	435	55,6
unsicherer/verschlechtert	43	5,5
nicht bewertbar*	211	26,9
GESAMT	783	100

\* Nicht bewertbar waren zum einen fehlende Angaben, aber auch Einkommen aus Vermögen, in Haft sowie Rente und Pensionen.

Bei 55,6 % der Klienten entsprach die Einkommenssituation am Ende jener zu Beginn, d.h. bei fast der Hälfte hatten sich Änderungen ergeben. Wenn auch bei 43 Klienten (5,5 %) festgestellt werden musste, dass ihre Einkommenssituation sich verschlechtert hatte, so war doch bei mehr als doppelt so vielen Klienten (12,0 %) die Einkommenssituation am Ende sicherer. Diese Veränderung resultierte zum einen aus dem Wechsel von Arbeitsförderungsbeihilfen, Arbeitslosengeld und Arbeitslosenhilfe zu Lohn oder Gehalt. Zum anderen konnten die Case Manager den Klienten zu Unterstützungsansprüchen verhelfen, sodass eine bessere Absicherung erreicht werden konnte. Zum Abschlusszeitpunkt bekamen sie z.B. Sozialhilfe, Arbeitslosengeld, Ausbildungsbeihilfe oder sogar Lohn (vgl. ausführlich Anhang, Tab. 57).

Nicht unerwartet zeigte ein Vergleich der Einkommenssituation und der Bewertung der Problematik im Bereich Arbeit/Ausbildung eine signifikante Übereinstimmung (Cramers V = .200,  $p < .01$ ).

Festzuhalten bleibt, dass es im Verlauf der Betreuung in der Hälfte der Fälle gelang, die ökonomische Situation zu stabilisieren, zu verbessern oder gar Probleme zu beheben (vgl. Abb. 9, S. 93).

### *Krankenhausbehandlungen*

Im Verlauf der Betreuung verbesserte sich der Gesundheitszustand von über der Hälfte der Klienten (53 %). Da es sich bei der betreuten Zielgruppe um insgesamt relativ schwer beeinträchtigte Klienten handelte, war deshalb die Frage nach Krankenhausbehandlungen naheliegend. Aus der Praxis wird immer wieder von Drehtüreffekten berichtet: Klienten mit einer schweren Suchtproblematik, oft in Kombination mit weiteren somatischen und psychischen Problemen, gelangen immer wieder in stationäre Behandlung, meist ohne die Behandlung vollständig zu durchlaufen.

Dies stellt einerseits die Behandelnden vor große Probleme, andererseits werden durch stationäre Behandlungen Kosten verursacht, die letztlich von der Solidargemeinschaft getragen werden müssen. Betrachtet man nun die Krankenhausbehandlungen der Klienten, liegt kein einfaches Bedingungsgefüge vor. So konnte z.B. eine größere Zahl von Behandlungen im Betreuungszeitraum durchaus eine Verbesserung für den Klienten bedeuten, weil seine Probleme zum ersten Mal systematisch und in Abstimmung mit ambulanten Stellen behandelt wurden. Eine größere Zahl von Behandlungen im Betreuungszeitraum konnten des weiteren einer krankheitsimmanenten verschärften gesundheitlichen Situation des Klienten entsprechen (s.o.). Wesentlich für die Arbeit der Case Manager war, dass Klienten zum einen so „kontrolliert“ konsumierten, dass Notfalleinlieferungen zurückgingen, dass vorhandene (beträchtliche) gesundheitliche

Probleme jedoch - planvoll - behandelt wurden. Dabei sollten stationäre Aufenthalte nur dann realisiert werden, wenn ambulante Behandlungsformen nicht ausreichten.

Im Rahmen der Abschlussevaluation wurden die Case Manager deshalb um mehrere Einschätzungen gebeten: Zum einen sollten Anzahl und Dauer von Krankenhausaufenthalten vor Betreuungsbeginn jenen im Betreuungszeitraum gegenübergestellt werden. Dabei waren geplante von ungeplanten Aufenthalten zu unterscheiden. Schließlich war einzuschätzen, ob durch Case Management stationäre Aufenthalte (Krankenhausaufenthalte ohne Entgiftungsmaßnahmen zur Therapievorbereitung) vermindert werden konnten. Die Hypothese war, dass durch die bessere Planung und Steuerung im Rahmen von Case Management ungeplante Krankenhausaufenthalte abnahmen.

Für 112 Klienten wurden Krankenhausaufenthalte vor und während der Betreuung dokumentiert (im Durchschnitt 1,8 Aufenthalte im Jahr vor Aufnahme des Case Managements und durchschnittlich 1,7 pro Jahr im Betreuungszeitraum. Eine Auskunft zur Aufenthaltsdauer erfolgte nur in 88 Fällen. Im Unterschied zur Anzahl stationärer Behandlungen unterschieden sich die Ergebnisse zur Dauer signifikant:

Die Krankenhausbehandlungszeiten konnten drastisch verkürzt werden: Dauerten die Behandlungen *vor* der Betreuung durch den Case Manager durchschnittlich 28,6 Tage pro Jahr, nahmen sie im Vergleichszeitraum *mit* Case Management nur noch gut die Hälfte der Zeit in Anspruch: im Mittel 15,6 Tage/Jahr ( $p < .01$ ).

Ähnliche, sogar noch stärkere Effekte auf stationäre Verweildauern zeigten sich auch in einem weiteren, jedoch psychiatrischen, Case Management-Erprobungsprojekt (vgl. SCHLEUNING u.a. 2000, S. 91). Die Krankenhausaufenthalte der Klienten konnten nur in 79 Fällen nach geplant und ungeplant unterschieden werden. In der folgenden Tabelle wurden die durchschnittlichen Behandlungshäufigkeiten und -dauern vor und während der Betreuung - getrennt nach geplant und ungeplant gegenübergestellt. Die Angaben wurden dabei entsprechend der Betrachtungszeiträume standardisiert (vgl. Tab. 35).

Tab. 35: Anzahl der Krankenhausaufenthalte pro Jahr - vor Betreuungsaufnahme bzw. im Betreuungszeitraum (n = 79)

	Anzahl im Durchschnitt	
	vor Betreuungsaufnahme	im Betreuungszeitraum
geplant (n = 31)	0,8	1,2
ungeplant (n = 48)	2,2	1,9

Wenngleich sich die Anzahl der stationären Krankenhausbehandlungen vor und während der Betreuung durch den Case Manager unterschied (leichte Zunahme geplanter Behandlungen, Abnahme von Notaufnahmen), waren diese Differenzen jedoch nicht signifikant.

Anders stellte sich hingegen das Ergebnis zum Umfang der Aufenthalte dar:

Tab. 36: Dauer der Krankenhausaufenthalte pro Jahr - vor Betreuungsaufnahme bzw. im Betreuungszeitraum (n = 79)

	Gesamtdauer in Tagen	
	vor Betreuungsaufnahme	im Betreuungszeitraum
davon geplant (n = 25)	15,5	15,9
davon ungeplant** (n = 48)	15,0	11,4

\*\* p < .01

Die geplanten Krankenhausaufenthalte, die im Rahmen von Case Management organisiert wurden, dauerten in etwa gleich lang wie vorher stattgefundene. Hingegen unterschied sich die Behandlungsdauer nach Notaufnahmen signifikant: Nach Aufnahme des Case Managements konnten diese ungeplanten Behandlungen im Mittel vier Tage früher beendet werden ( $p < .01$ ), entweder weil die Einlieferungsgründe an Dramatik verloren oder weil die Case Manager eine angemessene Anschlussbetreuung sicherstellten. Außerdem berichteten die Case Manager, dass sie in knapp der Hälfte der Fälle dazu beitragen konnten, (weitere) stationäre Behandlungen zu verkürzen oder sogar zu vermeiden (bei 43,6 % der Klienten).

*Zusammenfassend* kann konstatiert werden, dass im Case Management Krankenhausbehandlungen der Klienten in ein abgestimmtes Gesamthilfegeschehen integriert, Verweildauern fast halbiert und insbesondere die Dauer stationärer Notfallbehandlungen effektiv verkürzt werden konnten.

#### 4.6.4 Todesfälle

Bei insgesamt 58 der 1.618 von den Case Managern zwischen Mitte 1997 und Mitte 2000 betreuten Klienten (3,6 %) endete die Betreuung durch den Tod der Klienten. Todesfälle stellen eine extreme Variante des Betreuungsverlaufs dar und brachten für die Case Manager hohe Belastungen mit sich. Die meisten Case Manager mussten mit Todesfällen unter ihren Klienten umgehen, einige mehrfach - bis zu sechsmal.

Abhängigkeit kann schon an sich als eine „Krankheit zum Tode“ (KUHLMANN, mündlicher Vortrag Bonn November 1998) verstanden werden, u.a. ist die Suizidgefährdung von Abhängigen sehr hoch und oft gekoppelt mit (unerkannten - i.S. von nicht diagnostizierten) psychischen Störungen, viele leiden unter progressiv verlaufenden chronischen Erkrankungen. Da die Klienten im Kooperationsmodell extrem hoch belastet und multimorbid waren (vgl. Abschnitt 4.3), kann die - für ein ambulantes Setting vergleichsweise - hohe Todesrate nicht verwundern.

Um die Umstände der Todesfälle genauer zu untersuchen und dabei nach den Todesursachen, den (letzten) Lebensumständen zu fragen, wurde im Rahmen der Evaluation eine qualitative Befragung zu Todesfällen durchgeführt. Diese Bogen lagen für 50 Fälle vor (86,2 % der Todesfälle).

Die verstorbenen Klienten waren etwas öfter männlich (70 %) als in der Gesamtgruppe (65,9 %). Die Mortalität betraf dabei verhältnismäßig oft Drogenabhängige: Ihr Anteil an den verstorbenen Klienten lag bei 46 %, in der Gesamtklientengruppe hingegen nur bei 34,5 %. Außerdem waren die Verstorbenen bei Betreuungsbeginn mit durchschnittlich 40,5 Jahren zweieinhalb Jahre älter als die übrigen Klienten und im Mittel etwa 1,5 Jahre länger abhängig.

Die von den Case Managern erbrachten Leistungen in beiden Gruppen unterschieden sich nicht, weder in der Gesamtdauer der Betreuung (durchschnittlich 361 bzw. 356 Tage), noch im Gesamtumfang (durchschnittlich 31 Stunden in beiden Gruppen). Die Leistungserbringung differierte ebenfalls weder nach der Art (Beratung, Krisenintervention, Vermittlung etc.), noch nach der inhaltlichen Verteilung (Konsum, Beziehung, Wohnen etc.).

### *Todesursache*

Die Alkoholabhängigen (n = 27) sind weit überwiegend an suchtbedingten Folgeerkrankungen verstorben: Leberzirrhose, Nierenversagen, geplatzte Ösophagusvarizen (12 Klienten). In sechs Fällen wurde als Todesursache Alkoholintoxikation dokumentiert. Für mindestens 12 Klienten wurde - zusätzlich - ein sehr schlechter Gesundheitszustand festgehalten (völlige Entkräftung, massiver Gewichtsverlust, Dekubitus etc.). Drei alkoholabhängige Klienten verstarben an Krampfanfällen (z.T. mit tödlichen Stürzen) und je zwei an Herzinsuffizienz bzw. Krebs. Zwei alkoholabhängige und depressive Männer hatten sich das Leben genommen. Die meisten Todesfälle kamen nicht unerwartet, sondern waren die Folge schwerer Erkrankungen und eines allgemeinen körperlichen Abbaus ohne Hoffnung auf Genesung.

Die Drogenabhängigen (n = 23) starben hingegen überwiegend an einer Überdosis (18 Klienten, 78,3 %), wobei meist unklar blieb, ob die Überdosierung beabsichtigt war. In zwei Fällen waren die Case Manager sicher, dass die Klienten Suizid begangen hatten: Ein Klient hatte Abschiedsbriefe hinterlassen, der andere spritzte sich eine Überdosis nachdem die Diagnose Chorea Huntington gestellt wurde. Drei Klienten verstarben an AIDS, zwei Klienten verunglückten unter Drogeneinfluss. Für mindestens zehn Drogenabhängige wurde eine massive körperliche Verletzung dokumentiert.

### *Letzte Lebensumstände*

Sehr viele Klienten starben allein in ihren Wohnungen, ihre Leichen wurden meist von Nachbarn oder dem Hausmeister aufgefunden, in mindestens sechs Fällen erst mehrere Tage nach ihrem Tod. Die Klienten lebten verwahrlost, waren gesundheitlich stark verelendet, z.B. berichtete ein Case Manager über einen Klienten: *„Hüft-OP, offene Füße, in denen sich Maden eingenistet hatten, abgemagert“*. Ein anderer Klient: *„HIV-infiziert, Toxoplasmose, Lungenentzündung, völlige Entkräftung“*<sup>27</sup>.

Zwei Klientinnen lebten mit gewalttätigen Partnern zusammen und waren von diesen kurz vor ihrem Tod schwer misshandelt worden. Angesichts des vorher schon gegebenen körperlichen Abbaus trugen die Verletzungen (innere Blutungen) nicht unerheblich zum Tod der Frauen bei.

Für ein Viertel der Klienten (13) wurden psychiatrische Probleme beschrieben, die entweder nicht oder nicht erfolgreich behandelt worden waren. Von Klinikern wird häufig ein Zusammenhang von (nicht erkannten) psychischen Störungen und der Nicht-Inanspruchnahme von Hilfen vermutet. Und da Nicht-(erfolgreiche)-Inanspruchnahme ein wichtiger Chronifizierungsfaktor ist, kommt psychischen Störungen sicherlich große Bedeutung zu.

Für sechs Klienten wurden krisenhafte Ereignisse im Vorfeld des Todes beschrieben: Krebserkrankung der Mutter, Verlust des Partners, der Wohnung oder des Jobs. In weiteren 13 Fällen wurden psychische Krisen dokumentiert, häufig massive Depressionen

---

<sup>27</sup> Originaltexte aus den Todesfallbogen sind kursiv gesetzt.

oder (akute) Angstzustände (fast immer ohne entsprechende psychiatrische Behandlung).

Acht Drogenabhängige hatten vor ihrem Tod eine stationäre Einrichtung (Entgiftung, Entwöhnung) verlassen, einer war aus der Haft gekommen. Bei den Alkoholabhängigen wurde in mindestens zehn Fällen ein Rückfall nach Krankenhaus- oder Therapieaufenthalt berichtet. Diese Befunde entsprechen Ergebnissen früherer Untersuchungen, wonach nach Abstinenzphasen die Wahrscheinlichkeit für Todesfälle steigt (aufgrund verschiedener Aspekte wie z.B. einer verringerten Toleranz, der Unkenntnis der aktuellen Drogenqualität, psychischen Faktoren wie z.B. dem Gefühl, versagt zu haben; vgl. z.B. HECKMANN u.a. 1993). In Zusammenhang mit Entlassungen aus stationären Einrichtungen kritisierten die Case Manager, dass Entlassungen z.T. unvorhersehbar und ohne Abstimmung mit ambulanten Stellen sowie insbesondere disziplinarische Entlassungen nicht immer mit der nötigen Vorsicht vorgenommen wurden.

Fünf Klienten waren während der Wartezeit auf einen Entgiftungs- oder und das häufiger, einen Therapieplatz verstorben (alle aufgrund von Alkoholintoxikation bzw. Überdosis). Für eine Klientin wurde beschrieben, dass sie „vorher Drogen noch mal voll genießen wollte“. Ein weiterer Effekt ist denkbar: Für Abhängige ist die Wartezeit mit viel Unsicherheit und Angst verbunden, die sie möglicherweise mit den bekannten Suchtmitteln „bekämpfen“.

### *Verbesserungsvorschläge*

Abschließend beantworteten die Case Manager die Frage: „Gibt es Dinge, die besser hätten laufen können?“ In 18 der 50 Bogen (36 %) wurden hierzu Antworten gegeben, die ähnlich häufig Probleme auf Seiten anderer Angebote bzw. hinsichtlich der Zusammenarbeit thematisierten wie das eigene Vorgehen hinterfragten.

Mit Blick auf das Hilfesystem ging die vorrangige Kritik der Case Manager zum einen dahin, dass passende Hilfen fehlten, oft wurden hier z.B. (betreute) Wohnangebote ohne Abstinenzvoraussetzung, Dauerheime oder Einrichtungen mit Beschäftigungsangeboten bzw. Tagesstrukturierung genannt. In drei Fällen wurden (zu) lange Wartezeiten vor Entgiftung bzw. Entwöhnung bemängelt.

Einige Case Manager kritisierten die mangelnde Abstimmung zwischen den verschiedenen Helfern und konkret das Verhalten bestimmter an der Versorgung beteiligter Helfer, so z.B. im Falle des zwischen Psychiatrie und Fachklinik hin- und hergeschickten Klienten oder der unerwarteten und unabgestimmten Entlassung aus einer Fachklinik. Auch dieses Ergebnis bestätigt frühere Befunde, dass der Übergang von Institutionen ins „normale Leben“ durch eine bessere Vernetzung von Hilfen und eine kontinuierliche Begleitung erleichtert wird (vgl. z.B. HECKMANN u.a. 1993, ARNOLD, SCHMID, SIMMEDINGER 1999a).

Die Selbstkritik der Case Manager kann im Groben in vier Punkten zusammengefasst werden: Zum einen warfen die Case Manager sich in einigen Fällen vor, dass es ihnen nicht gelang, eine Beziehung herzustellen, zu den Klienten durchzudringen. Des Weiteren gaben mehrere Modellmitarbeiter an, sie hätten manchen Klienten mehr/schneller nachgehen, sie öfter aufsuchen und enger anbinden sollen.

In anderen Fällen zweifelten die Case Manager rückblickend an der Angemessenheit der verfolgten Ziele, z.B. wenn sie auf Abstinenz und Therapie orientiert hatten, wo - im Nachhinein betrachtet - betreutes Wohnen und Konsumreduzierung eher dem Klienten entsprochen hätten. Widerstand der Klienten wurde vielleicht vorschnell als mangelnde Einsicht oder Veränderungsmotivation abgetan. Fühlten Klienten sich in diesem Sinn nicht ernstgenommen, begegneten sie den fremden und aus ihrer Sicht

falschen Zielen mit Verweigerung und Trotz, dem Nicht-Antreten einer Maßnahme oder ihrem schnellen Abbruch.

In Einzelfällen fragten Case Manager sich, ob sie selbst nicht ausreichend Kontakt zu anderen Helfern gesucht und gepflegt oder diese beim Umgang mit dem Klienten nicht hinreichend unterstützt hatten.

*Zusammenfassend* kann konstatiert werden, dass alkoholabhängige Klienten überwiegend an Suchtfolgekrankheiten oder im Zusammenspiel von Sucht, anderen Erkrankungen und schlechtem Allgemeinzustand verstorben waren. Drogenabhängige starben hingegen in der Regel nach Überdosierungen. Klienten aus beiden Bereichen starben häufig kurze Zeit nach Verlassen eines stationären Settings bzw. während der Wartezeit auf eine Maßnahme. Der Übergang aus dem stationären Setting war nicht immer ausreichend vorbereitet, wobei insbesondere die Abstimmung von stationären und ambulanten Hilfen verbesserungsbedürftig erschien. Manchen Klienten hätte ein intensiveres Nachgehen oder ein - nicht vorhandenes - niedrigschwelliges Wohnangebot vielleicht - für dieses Mal - das Leben gerettet.

Da die verstorbenen Klienten sich weder nach ihren Merkmalen noch hinsichtlich der Leistungen der Case Manager von den übrigen Klienten unterschieden, demonstrierten die Todesfälle, wie schmal der Grat war, auf dem sich chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängige bewegen, sowie die Grenzen von und Anforderungen an (ambulantes) Case Management.

#### 4.6.5 Leistungsspektrum/Inanspruchnahme

Forschungsleitende Hypothese des Modellprojekts war die Annahme, dass Case Management/nachgehende Sozialarbeit eine Intervention darstellt, die zum einen chronisch mehrfachbeeinträchtigt abhängige Menschen angemessen(er) anspricht, sodass sie besser als bisher in Betreuung gehalten werden können. Zum anderen wurde erwartet, dass die Klienten, u.a. durch die adäquate Organisation des Gesamthilfegeschehens, effektiv(er) unterstützt werden können. Da für Case Management im Suchtbereich bislang fast keine Erfahrungen vorlagen, war die Modellerprobung im Sinne einer Exploration breit angelegt und zielte - in sehr unterschiedlichen Settings - auf von legalen und illegalen Suchtmitteln Abhängige (vgl. Abschnitt 4.1).

Am Ende des Modellprojekts wurden deshalb mit Hilfe einer Clusteranalyse vorliegende Klienten- und Leistungsdaten analysiert und geprüft, ob Case Management sich als vergleichsweise einheitliches Vorgehen darstellt oder ob im Rahmen der Modellerprobung verschiedene Leistungsprofile realisiert wurden (welche und für wen?). Ausgehend von den unterschiedlichen Problemlagen der Klienten wird angenommen, dass die erbrachten Leistungen sich unterscheiden und in engem Zusammenhang zu bestehenden Hilfebedarfen<sup>28</sup> der Klienten stehen.

In die Clusterung gingen die Summen der pro Klient erbrachten Leistungen - gruppiert nach inhaltlichen Gesichtspunkten - ein. Dies beinhaltete Leistungen in den Bereichen: Gesundheit, Konsum, soziale Beziehungen, Einkommens-/Arbeitssituation, strafrechtliche Belastung sowie Kontakt zwischen Case Manager und Klient. Nicht einbezogen wurden inhaltlich nicht zuordnenbare Leistungen (z.B. Planung und Doku-

---

<sup>28</sup> Da es sich bei den dokumentierten Leistungen jedoch nur um einen Ausschnitt aller für diese Klienten erbrachten Leistungen (also auch von anderen professionellen Helfern) handelt, kann diese Untersuchung weder Fragen zum generellen Hilfebedarf noch zur Definition von Hilfebedarfsgruppen (vgl. § 93 BSHG) beantworten.

mentation). Als interpretierbare Lösung wurde eine Drei-Cluster-Lösung ausgewählt, die in Tab. 37 dargestellt ist.

Tab. 37: Durchschnittlich aufgewendete Zeit - nach Leistungsgruppen (n = 1.544)

	Cluster			ANOVA
	I (n = 1.276)	II (n = 229)	III (n = 39)	
Dauer der Betreuung in Monaten*	9,8	21,8	31,3	p < .01, zw. allen Cl.
Minimum	1,0	4,0	12,0	
Maximum	37,0	37,0	37,0	
Leistungen insgesamt in Stunden	18,0	77,4	166,1	
Summe der Stunden pro Monat*	2,6	4,4	5,7	p < .01, zw. allen Cl.

\* Da heterogene Varianzen vorlagen, wurden Subgruppen-Vergleiche mit dem Tamhane-Verfahren durchgeführt. Die Mittelwerte waren zwischen allen Subgruppen signifikant (p < .01).

Die Einteilung zeigt deutlich unterschiedliche Gesamtbetreuungszeiten, Leistungsumfänge und -intensitäten. Die mit Abstand größte Klientengruppe (1.276 Klienten, 82,6 %) blieb im Durchschnitt knapp 10 Monate im Case Management, wenngleich die Schwankungsbreite erheblich war (1 - 37 Monate). Während dieser Zeit wurden sie im Mittel insgesamt 18 Stunden betreut. Die zweite Gruppe umfasst 229 Klienten (14,8 %), die im Schnitt mehr als doppelt so lang (durchschnittlich 21,8 Monate) und fast viermal so umfangreich (77,4 h) betreut wurden wie die Klienten in Cluster I.

Schließlich zeigte sich eine kleine Gruppe aus 39 Klienten (2,5 %), für die die Case Manager sehr langfristig und intensiv tätig waren: In fast drei Jahren durchschnittlicher Betreuungsdauer (mindestens ein Jahr bis zu maximal 4,6 Jahren) erbrachten sie im Mittel 166 Stunden (fast das Zehnfache des Leistungsumfanges für die Klienten in Cluster II).

Ein Blick auf die Leistungsstunden pro Monat zeigt, dass die Betreuung in den Clustern nicht nur insgesamt von Cluster I bis Cluster III zunahm, sondern auch stetig intensiver wurde.

In einer weiteren Analyse wurde geprüft, ob Case Management in den drei Gruppen unterschiedlich ausgestaltet war. Ein Blick auf die Gewichtung der verschiedenen Themen zeigt deutliche Unterschiede:

Tab. 38: Durchschnittlich aufgewendete Zeit - nach Themenbereichen und Leistungsgruppen  
(n = 1.544)

	Cluster			ANOVA
	I (I = 1.276)	II (n = 229)	III (n = 39)	
Gesundheit	2,6	12,0	26,1	p < .01, zw. allen Cl.
Konsum	3,9	13,6	29,8	p < .01, zw. allen Cl.
soziale Beziehungen	2,4	9,6	17,2	p < .01, zw. allen Cl.
Wohnen	2,1	5,0	9,2	p < .01, zw. allen Cl. außer II: III (n.s.)
Arbeit, materielle Situation	2,5	9,2	14,2	p < .01, zw. allen Cl. außer II: III (p < .05)
strafrechtliche Situation	1,6	2,6	8,6	p < .01, zw. allen Cl.
Kontakt CM - Klient	2,9	13,9	37,7	p < .01, zw. allen Cl.

Die durchschnittlichen Aufwände pro Klient variierten signifikant nach ihren Inhalten, wenngleich in allen Clustern die Kontaktpflege und die Bereiche Konsum und Gesundheit die relativ größten Zeitanteile auf sich zogen. Für Klienten aus Cluster I wandten die Case Manager im Durchschnitt knapp vier Stunden für die Veränderung des Konsumverhaltens auf, gefolgt von knapp drei Stunden für die Kontaktpflege zum Klienten. Für die Bereiche Gesundheit, Klärung materieller Fragen, der Wohnsituation und Unterstützung bei Problemen im sozialen Nahfeld wurde je ähnlich viel Zeit eingesetzt (zwischen 2,6 und 2,1 Stunden). Am wenigsten zeitaufwendig stellte sich der justitielle Bereich dar. Insgesamt lagen die durchschnittlichen Leistungen in diesem Cluster jedoch auf einem vergleichbar (niedrigen) Niveau.

In Cluster II kümmerten die Case Manager sich fast 14 Stunden um Aufbau und Gestaltung der Beziehung zum Klienten. Darüber hinaus waren mit etwa 14 bzw. 12 Stunden auch die Bereiche Konsumreduzierung und Gesundheit sehr intensiv bearbeitet worden. Je gut neun Stunden widmeten die Case Manager der Situation ihrer Klienten in Partnerschaft und Familie sowie bzgl. der materiellen Sicherung, das Thema Wohnen zog weitere fünf Stunden auf sich.

Auch in Cluster III nahm der Kontakt zum Klienten die meiste Zeit ein, gefolgt von Leistungen in den Bereichen Konsumverhalten und Gesundheit - allerdings mit z.T. mehr als dem zehnfachen Umfang wie in Cluster I. Die deutlich höheren Leistungsumfänge im Cluster III lassen sich teilweise aus der längeren Betreuungsdauer erklären, doch da die Betreuung auch signifikant intensiver als in den beiden anderen Gruppen war, muss davon ausgegangen werden, dass Klienten des Clusters III - in allen Bereichen - einen deutlich höheren Hilfebedarf hatten. Dabei können die Ergebnisse zu Cluster II und III als (erneuter) Hinweis auf die besondere Bedeutung, ja die Notwendigkeit einer guten Beziehung zwischen Klient und Case Manager gelten.

Betrachtet man die Verteilung der Leistungen nach dem Ort der Erbringung zeigten sich weitere Unterschiede:

Tab. 39: Ort der Leistungserbringung (Nennungen und Dauer) nach Leistungsgruppen  
(n = 1.544), Angaben in Prozent

Ort der Leistungserbringung	Cluster					
	I (n = 1.276)		II (n = 229)		III (n = 39)	
	Anzahl	Umfang	Anzahl	Umfang	Anzahl	Umfang
in der Einrichtung des Case Managers	70,7	57,3	64,9	47,8	60,8	40,0
außerhalb, davon in:	29,3	62,7	35,1	52,2	39,2	60,0
dem sozialen Umfeld des Klienten	14,9	19,8	20,0	26,5	18,7	25,5
der Szene, an suchtbezogenen Treffpunkten	1,9	2,2	1,7	2,1	3,2	3,7
anderer Einrichtung	12,5	20,7	13,4	23,5	17,4	30,8
GESAMT	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Die Tabelle zeigt deutlich, dass die Leistungen für die Klienten der Cluster I bis III mit abnehmender Tendenz in der Einrichtung des Case Managers stattfanden. Dabei gingen sowohl die Zahl der genannten Einzelleistungen wie auch der zeitliche Umfang zurück. Im gleichen Maß stieg der Anteil außerhalb erbrachter Leistungen an, wobei auffällt, dass die Klienten des Clusters III am relativ häufigsten und längsten in anderen Einrichtungen und auch - vergleichsweise - oft auf der Szene aufgesucht wurden, die Klienten des Clusters II hingegen überwiegend in ihrer häuslichen Umgebung.

Auch bei der Beteiligung der Klienten an der Leistungserbringung zeigten sich Unterschiede: Die Klienten des Clusters III hatten am häufigsten (63,5 % der Nennungen) und umfassendsten (76,3 % des Umfangs) am Hilfeprozess mitgewirkt, fast genauso oft waren Klienten des Clusters II beteiligt (63,1 % und 73,6 %). Immer noch hohe Werte, aber deutlich weniger als in den anderen beiden Gruppen, wurden für Klienten der Gruppe I registriert: Sie waren bei 57,3 % der Einzelleistungen beteiligt (68,3 % des Betreuungsumfangs). Das Ergebnis deutet darauf hin, dass die Case Manager für die Klienten des Clusters I etwas häufiger Hilfe „nur“ organisiert oder vermittelt hatten, während sie die Klienten in Cluster II und insbesondere in Cluster III vermutlich direkt bei der Inanspruchnahme unterstützten (durch gemeinsame Gespräche mit Klienten und anderen Helfern, Begleitungen zu Terminen u.ä.).

Die Ergebnisse lassen vermuten, dass die verschiedenen Leistungsausprägungen auf Unterschiede bei den Klienten zurückzuführen waren. Eine Überprüfung, welche Klienten in den drei Clustern zusammengefasst wurden sowie ob und wie sie sich voneinander unterschieden, erbrachte allerdings nur wenig signifikante Unterschiede.

In Cluster III waren deutlich mehr (polytoxikomane) Drogenabhängige (61,5 %), die oft substituiert wurden (81,0 %). Unter ihnen waren vergleichsweise viele Frauen (52,6 %), zum höheren Aufwand für Frauen s.a. S. 80, ihre Einkommens- und Wohnsituation war etwas öfter schwierig. Fast alle hatten schon früher suchtbezogene Hilfen in Anspruch genommen (vgl. Anhang, Tab. 58).

Hingegen waren die Klienten in Cluster I nur zu 29,9 % und in Cluster II zu 41,9 % weiblich. Je über die Hälfte war alkoholabhängig (61,4 % und 55,9 %).

Wenn auch der Vergleich der Klientenmerkmale kaum signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen ergab, so geben die beschriebenen Daten doch Hinweise auf einen Zusammenhang von Leistungsumfang und Beeinträchtigung. Dies wird verstärkt durch die Ergebnisse zur Verteilung der Anteile der von den Modellmitarbeitern als chro-

nisch mehrfachbeeinträchtigt abhängig eingeschätzten Klienten, die von Cluster I (62,1 %) über Cluster II (71,1 %) zu Cluster III (85,7 %) stetig anstiegen.

Die Klienten des dritten Clusters stammten signifikant öfter aus großstädtischen und städtischen Regionen (insgesamt zu 94,9 %) der alten Bundesländer. Klienten aus Cluster I kamen hingegen aus ländlichen, Klienten aus Cluster II relativ häufiger aus städtischen Gebieten. Dieses Ergebnis erstaunte, da eher erwartet wurde, dass Klienten aus ländlichen Gebieten aufgrund der dort weniger ausgebauten Versorgungssysteme intensiver durch die Case Manager hätten betreut werden sollen und die Case Manager dort auch weniger Aufgaben delegieren konnten. Dass die Case Manager einige Klienten trotz gut ausgebauter differenzierter regionaler Versorgungssysteme derart aufwendig (selbst) betreuen mussten, verweist auf mangelnde Passung bzw. Adäquanz der vorhandenen Angebote bzw. auf Inanspruchnahmeschwierigkeiten seitens der Klienten.

Zieht man die qualitativen Situations- und Beeinträchtigungseinschätzungen der Modellmitarbeiter hinzu, so zeigten sich bei den ersten Einschätzungen z.T. hohe Prozentunterschiede zwischen den Gruppen. Die Case Manager sahen insbesondere im Bereich Partnerschaft/Ehe Probleme sowie mit dem weiteren sozialen Umfeld und schließlich auch bei der Inanspruchnahme von medizinischen Hilfen sowie sozialen Diensten und Rechten bei erheblich größeren Anteilen der Klienten der Gruppe III (> 10 Prozentpunkte) extreme oder beträchtliche Probleme (vgl. Anhang, Tab. 59).

Im Laufe der Betreuung konnte das Engagement der Case Manager mit hohen Anteilen aufsuchender Arbeit und einer umfangreichen Beteiligung der Klienten schließlich dazu beitragen, dass sich die Situation bei den Klienten des Clusters III vergleichsweise oft positiv entwickelte. Insbesondere bei den gesundheitlichen Dimensionen, der Inanspruchnahme von (weiteren) Hilfen und den Beziehungen im sozialen Nahfeld konnten Verbesserungen festgestellt werden (vgl. Anhang, Tab. 60)<sup>29</sup>.

---

<sup>29</sup> Bei der Berechnung wurden nicht die absoluten Werte, sondern nur klientenbezogene Veränderungen (positive, negative und neutrale Entwicklungen) betrachtet. Da die Skala von 0 (kein bzw. leichtes Problem/keine bzw. leichte Beeinträchtigung) bis 9 (extremes Problem/extreme Beeinträchtigung) reichte, wurden Veränderungen von mindestens -2 Punkten als positiv, Veränderungen von mindestens + 2 Punkten als negativ gewertet, geringere Punktunterschiede wurden als „unverändert“ eingestuft.

## 5 CASE MANAGEMENT AUS DER SICHT DER KLIENTEN

Case Management zielt u.a. auf einen klientenzentrierten und individuellen Zuschnitt von Hilfeleistungen und auf eine partnerschaftliche Gestaltung des gemeinsamen Betreuungsprozesses. Es will darüber hinaus qualitative Beiträge zur Veränderung und Verbesserung sozialer Arbeit liefern (umfassende personen- statt einrichtungsorientierte Hilfeerbringung, aktives Nachgehen etc.).

Im Rahmen der derzeit intensiv geführten Diskussionen um Qualitätssicherung und -entwicklung in der sozialen Arbeit kommt den Dimensionen Prozess- und Ergebnisqualität eine hohe Bedeutung zu. Dabei gilt die direkte Befragung der Nutzer von Angeboten als wesentliches Evaluationsinstrument.

Um zum einen die Klientenorientierung des Arbeitsansatzes und zum anderen die Diskussionen zu Qualitätssicherung in der sozialen Arbeit aufzugreifen, waren die Klienten der Case Manager 1998 - während laufender Betreuungsprozesse - um eine Bewertung gebeten worden. Damals hatten die Klienten sich differenziert zu Case Management geäußert und sich insgesamt sehr zufrieden gezeigt. Für eine abschließende Betrachtung wurden die Klienten nach Beendigung der Betreuung erneut unmittelbar hinsichtlich ihrer Zufriedenheit mit Case Management im Kooperationsmodell sowie der Entwicklung ihrer Situation - generell und bezogen auf einzelne Dimensionen - befragt. Sie sollten außerdem angeben, welche Bedeutung sie zentralen Arbeitsschritten/Vorgehensweisen im Case Management beimaßen. Schließlich wurden ihre Anregungen für Verbesserungen der Case Management-Betreuung erfragt. Um eine Unabhängigkeit von den Betreuern sicherzustellen, wurden die Fragebogen zwar von den Case Managern verteilt, dann jedoch von den Klienten anonym ausgefüllt und direkt an FOGS eingesandt. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Abschlussbefragung - ergänzt um einige Aspekte der Befragung von 1998 - referiert.

### 5.1 Stichprobe

Über die Case Manager wurden insgesamt 280 Abschlussfragebogen ausgegeben. 188 Klienten sandten den Fragebogen - anonym und direkt an FOGS - zurück, womit die Rücklaufquote (67,1 %) als gut bewertet werden kann. Die Teilnehmer der Abschlussbefragung waren 67,7 % männlichen und 32,3 % weiblichen Geschlechts. 54,7 % der Teilnehmer kamen aus den alten und 45,3 % aus den neuen Bundesländern, 14,4 % der Befragten stammten aus Großstädten, 39,4 % aus städtischen und 46,1 % aus ländlichen Regionen.

Das Alter der Teilnehmer streute zwischen 17 und 73 Jahren und lag im Mittel bei 41 Jahren. Die teilnehmenden Frauen waren etwas jünger (38 Jahre) als die Männer (42 Jahre). Des weiteren bestanden Altersunterschiede zwischen Drogen- (34 Jahre) und Alkoholabhängigen (46 Jahre) sowie zwischen den Befragungsteilnehmern aus den neuen (45 Jahre) und den alten Bundesländern (38 Jahre).

Befragt nach ihrem Hauptsuchtmittel, gaben 53,8 % der Teilnehmer Alkohol und 46,2 % illegale Drogen an. Die Suchtprobleme bestanden seit durchschnittlich 17 Jahren, bei einer relativ ähnlichen Verteilung in den verschiedenen Regionen. Unterschiede waren lediglich zwischen Männern und Frauen zu beobachten: Die Frauen gaben mit durchschnittlich 14 Jahren eine kürzere Dauer ihrer Suchtprobleme als die Männer (18 Jahre) an.

Ein Vergleich der dargestellten Merkmale mit der Stichprobe von 1998 und der Gesamtgruppe legt nahe, dass die Teilnehmer der Klientenabschlussbefragung mit der Zwischenbefragung und der Gesamtgruppe von den Case Managern betreuter Klienten

im Wesentlichen vergleichbar waren. Gleichwohl muss offen bleiben, ob an der Befragung ein spezifischer Ausschnitt von Klienten teilgenommen hatte: z.B. weniger beeinträchtigte oder zufriedener Klienten.

## 5.2 Entwicklung der Situation

Nach Abschluss der Betreuung schätzten 155 Klienten ihre aktuelle Situation ein. Von diesen gaben 85,1 % an, dass ihre Situation sich jetzt insgesamt verbessert hat (12,3 % gaben „unverändert“ an, 2,6 % „verschlechtert“). Auch hinsichtlich der einzelnen Dimensionen wurden überwiegend positive Entwicklungen festgestellt, wie Tab. 40 im Überblick zeigt:

Tab. 40: Einzelergebnisse aus Sicht der Klienten, Angaben in Prozent

Dimensionen	insgesamt verbessert	unverändert	insgesamt schlechter
Trinkverhalten/Drogenkonsum (n = 170)	83,5	13,5	2,9
Körperliche Verfassung/Gesundheit (n = 173)	72,8	20,8	6,4
Seelische Verfassung (n = 180)	66,7	23,9	9,4
Kontakt zu/Nutzung sozialer Hilfen (n = 151)	66,2	28,5	5,3
Kontakt zu/Nutzung medizinischer Hilfen (n = 155)	65,2	31,0	3,9
Freizeitgestaltung (n = 161)	64,0	28,6	7,5
Beziehungen zu Nachbarn, Freunden, Kollegen u.ä. (n = 144)	54,9	38,2	6,9
Beziehungen zu Kindern, Eltern, Geschwistern oder anderen Familienmitgliedern (n = 159)	50,9	40,9	8,2
Wohnsituation (n = 159)	47,8	42,1	10,1
rechtliche Situation (n = 122)	44,3	45,9	9,8
Schulden (n = 127)	44,1	48,8	7,1
Beziehung zum Partner/zur Partnerin (n = 113)	36,3	48,7	15,0
Arbeits- und Ausbildungssituation (n = 129)	28,7	61,2	10,1

Erfreulicherweise hatte sich das Konsumverhalten bei den meisten Klienten positiv entwickelt, wobei je nach Klienten das Erreichen oder Sichern von Abstinenz oder eine Verringerung des Konsums gemeint sein konnte. Des Weiteren registrierten die Klienten vor allem Verbesserungen ihrer Gesundheit und ihrer seelischen Verfassung. Besonders hervorzuheben ist, dass sich etwa zwei Drittel der Klienten mittlerweile besser in der Lage sahen, medizinische und soziale Hilfen zu nutzen. Dass die Klienten sich nunmehr selbständig(er) im Hilfesystem bewegen und Angebote in Anspruch nehmen konnten, kann als ein wichtiger Erfolg von Case Management angesehen werden, da die Inanspruchnahme von Hilfen einen wesentlichen einer Chronifizierung entgegenwirkenden Faktor darstellt.

Am unzugänglichsten für Verbesserungen war die Arbeits- und Ausbildungssituation: Hier berichteten - erwartungsgemäß - nur relativ wenige Klienten von positiven Entwicklungen (28,7 %), hingegen 61,2 % von einem unveränderten Status und sogar 10,1 % von einer Verschlechterung. Das Ergebnis kann angesichts der schwierigen Lage auf dem Arbeitsmarkt einerseits und den multiplen Problemlagen der Klienten auf der anderen Seite nicht verwundern.

Offensichtlich stellte des weiteren die Partnerbeziehung ein Problem dar, dass nicht so einfach zu lösen war: Hier sahen fast die Hälfte der Klienten keine Fortschritte und bei 15 % verschlechterte sich die Situation.

### **5.3 Bewertung der Vorgehensweisen**

Die Klienten wurden ferner gefragt, welche Bedeutung sie Tätigkeiten bzw. Leistungen, die kennzeichnend für das modellgeförderte Case Management waren, zumaßen. Die Klienten sollten einschätzen, wie wichtig die aufgeführten 21 verschiedenen Leistungen/Vorgehensweisen bei der Erreichung der Ziele bzw. für die Verbesserung der Situation waren. Zudem konnten die Klienten die Liste durch Freitext ergänzen. Die nachstehende Tabelle zeigt das Ergebnis:

Tab. 41: Bewertung von Vorgehensweisen der Case Manager durch die Klienten, Angaben in Prozent (n = 188)

Dimen sion	Aussage	Einschätzung			
		sehr wichtig	eher wichtig	eher un- wichtig	sehr un- wichtig
Ganzheit- lichkeit (G)	Dass der Case Manager sich nicht nur um Suchtfragen kümmerte, war ...	81,4	15,3	2,8	0,6
Anwaltli- ches Han- deln (AH)	Dass der Case Manager mir geholfen hat, meine Rechte durchzusetzen (z.B. gegenüber Ämtern, der Versicherung oder in anderen Einrichtungen), war ...	80,7	16,6	1,4	1,4
Assess- ment (A)	Dass der Case Manager sich meine <u>gesamte</u> Situation ganz genau angeguckt hat, war ...	78,7	18,6	2,7	0,0
Flexibilität (F)	Dass ich den Case Manager auch zu ungewöhnlichen Zeiten anrufen oder treffen konnte, war ...	78,4	17,6	3,2	0,8
Flexibilität	Dass ich auch mal ohne vereinbarten Termin kommen konnte, war ...	74,4	22,4	1,9	1,3
Ressour- cenorien- tierung (R)	Dass der Case Manager nicht nur meine Probleme, sondern auch meine Fähigkeiten gesehen hat, war ...	73,7	22,2	4,2	0,0
Aufsuchen	Dass der Case Manager zu mir nach Hause gekommen ist, war ...	70,1	22,4	7,5	0,0
Nachge- hen	Dass der Case Manager mich suchte und sich von sich aus um mich kümmerte, wenn ich z.B. Termine nicht eingehalten, eine Behandlung abgebrochen oder mich länger nicht gemeldet hatte, war ...	71,9	21,1	7,0	0,0
Manage- ment	Dass der Case Manager mir andere Hilfen vermittelt hat, war ...	70,7	26,1	3,2	0,0
Klienten- zentrie- rung (K)	Dass der Case Manager nur tat, was wir besprochen hatten, war ...	69,2	24,5	5,0	1,3
anwaltli- ches Han- deln	Dass der Case Manager mich (manchmal) zu Einrichtungen, Ämtern, Ärzten etc. begleitet hat, war ...	68,6	22,9	7,6	0,8
Klienten- zentrie- rung/HP	Dass er immer wieder mit mir überlegt hat, was als nächstes zu tun war, war ...	66,7	28,0	4,8	0,6
Hilfepla- nung (HP)	Dass der Case Manager meine Situation im Hilfeplan übersichtlich aufgeschrieben hat, war ...	58,4	30,5	9,1	1,9
K/HP	Dass wir alles zusammen geplant haben, war ...	62,3	32,3	4,2	1,2
Ressour- cenorien- tierung/G	Dass der Case Manager auch mit meinen Angehörigen oder Freunden Kontakt gesucht hat, war ...	60,7	19,7	16,4	3,3
Monitoring	Dass der Case Manager überprüft hat, ob andere Helfer ihren Verpflichtungen nachkamen und mich gut versorgten, war ...	59,4	28,6	10,5	1,5
Monitoring	Dass der Case Manager ein Auge drauf hatte, dass ich meine Aufgaben, Termine etc. einhielt, war ...	55,1	38,5	3,8	2,6
Monito- ring/AH	Dass er andere Helfer über meine Situation und die Absprachen informiert hat, war ...	52,7	32,8	9,2	5,3
Monito- ring/HP	Dass der Case Manager immer wieder unsere gemeinsame Arbeit kontrollierte und den Hilfeplan weiterschrieb, war ...	50,3	37,1	7,9	4,6
Monitoring	Dass der Case Manager sich bei anderen Einrichtungen über meine Situation informierte, war ...	49,3	35,5	10,9	4,3
Manage- ment	Dass der Case Manager für bestimmte Aufgaben auch andere Helfer dazu gewinnen konnte, war ...	48,7	41,2	8,4	1,7

Durchaus erwartungsgemäß bescheinigten die Klienten fast allen Leistungen Wichtigkeit. Dabei entfielen die höchsten Werte darauf, dass der Case Manager sich nicht nur

mit Suchtfragen befasste, sondern dass die Klienten mit ihm viele Probleme besprechen konnten ([sehr] wichtig für 96,7 % der Befragten) sowie auf die anwaltliche Unterstützung gegenüber Ämtern, anderen Einrichtungen etc. (97,3 %). Zusätzlich fanden 96,8 % es (sehr) wichtig, dass der Case Manager ihnen weitere Hilfen vermittelte und 91,5 %, dass sie zu anderen Stellen begleitet wurden.

Des Weiteren betonten die Klienten - in Verbindung mit dem erstgenannten Punkt - die Bedeutung eines ausführlichen Assessments (97,3 % [sehr] wichtig) und der Flexibilität der Case Manager (den Case Manager ohne vorher vereinbarten Termin sprechen zu können, hielten 96,8 % der Klienten für wichtig, ungewöhnliche Arbeitszeiten waren 96,0 % [sehr] wichtig). Auf den nächsten Rangplätzen folgten Aspekte der Ressourcenorientierung und des aufsuchenden und nachgehenden Arbeitens.

Innerhalb der insgesamt hohen Zustimmungswerte fielen andere Aspekte etwas ab, wenngleich ihnen immer noch große Bedeutung zukam. So waren monitoringbezogene Ansätze einem vergleichsweise geringeren Anteil der Befragten wichtig, z.B. Absprachen mit anderen Helfern, ein Auge auf Termine haben, das Überprüfen anderer Hilfen. Schließlich hatten die Klienten eine ambivalente Einstellung zur Beteiligung von Angehörigen und anderen Bezugspersonen: Fast ein Fünftel der Klienten hielt deren Einbeziehen für (eher) unwichtig. Das war der - mit Abstand - höchste Wert für negative Einschätzungen.

Gefragt nach weiteren Anmerkungen, Kritik u.ä. zur Betreuung durch die Case Manager ergänzten 96 Teilnehmer ihre oben dargestellten Bewertungen. In 95 Fällen enthielten die weiteren Bemerkungen positive Aussagen und Dankesbekundungen. Hervorgehoben wurden das gute Vertrauensverhältnis und das Gefühl, verstanden zu werden. Positiv angemerkt wurde des Weiteren, dass die Case Manager viel Zeit hatten, Termine auch „außer der Reihe“ möglich und nicht automatisch nach 60 Minuten zu Ende waren. Geschätzt wurde, dass Case Manager schnell halfen, *„man schnell einen Termin bekam, nicht erst nach Wochen“*. Klienten fühlten sich *„ernster genommen als bei anderen Stellen“*. Die Klienten lobten des Weiteren die akzeptierende und an ihren persönlichen Bedarfen orientierte Vorgehensweise, z.B.: *„dass individuelle Lösungen gesucht werden“*, *„ich werde akzeptiert, wie ich bin“*, *„Case Manager gab mir Motivation und Unterstützung“* und: *„Die intensive Betreuung am Anfang fand ich sehr wichtig. Die langsame Loslösung vom Case Manager ist dann genau der richtige Weg, um selbständig und allein wieder auf die Beine zu kommen.“*<sup>30</sup>

#### 5.4 Vergleich von Case Management mit anderen ambulanten Hilfen

Im Rahmen der 1998 durchgeführten arbeitsbegleitenden Klientenbefragung richtete sich das Interesse auch auf die Wahrnehmung von Unterschieden zwischen Case Management/nachgehender Sozialarbeit und bisherigen Erfahrungen der Klienten mit anderen ambulanten Hilfeformen. Dazu wurde in einem ersten Schritt erfragt, welche anderen Hilfen die Klienten schon einmal in Anspruch genommen hatten (vgl. Tab. 42):

---

<sup>30</sup> Zitate aus den Freitextantworten der Befragten.

Tab. 42: Inanspruchnahme anderer ambulanter Angebote und Hilfen - nach Hauptsuchtmittel (Mehrfachnennungen möglich), Angaben in Prozent

	Drogenabh. (n = 70)	Alkoholabh. (n = 114)	Gesamt (n = 184)
Sucht- und Drogenberatungsstellen	90,0	46,5	61,3
niedrigschwellige Hilfen	72,9	20,2	39,2
Sozialpsychiatrische Dienste	25,7	32,5	29,4
weitere amb. Suchtkranken- bzw. Drogenhilfeangebote	50,0	15,8	28,4

Von den 1998 Befragten hatten 61,3 % schon andere Sucht- bzw. Drogenberatungsstellen, 39,2 % niedrigschwellige Einrichtungen, 29,4 % Sozialpsychiatrische Dienste der Gesundheitsämter und fast ebenso viele weitere ambulante Sucht- oder Drogenhilfeangebote (28,4 %) in Anspruch genommen.

Das Nutzungsverhalten der Befragten unterschied sich deutlich nach dem hauptsächlich konsumierten Suchtmittel und korrespondierte mit den unterschiedlich ausgebauten und differenzierten Versorgungsstrukturen für von legalen bzw. von illegalen Suchtmitteln Abhängige: Drogenabhängige hatten deutlich häufiger als Alkoholabhängige bereits (Drogen-)Beratungsstellen (90,0 % vs. 46,5 %), niedrigschwellige Einrichtungen (72,9 % vs. 20,2 %) und andere ambulante Angebote<sup>31</sup> (50,0 % vs. 15,8 %) in Anspruch genommen; Alkohol Kranke waren hingegen etwas häufiger von Sozialpsychiatrischen Diensten betreut worden (32,5 % vs. 25,7 % der Drogenabhängigen).

Im nächsten Schritt wurden die Klienten gefragt, ob sie Unterschiede zwischen der Betreuung durch den Case Manager und durch andere ambulante Hilfen sehen und wie sie im Vergleich dazu Case Management bewerten (die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten waren besser oder schlechter). Die Ergebnisse sind in Tab. 43 zusammengestellt:

Tab. 43: Vergleich von Case Management mit anderen ambulanten Hilfen, Angaben in Prozent

	Unterschied zu CM: ja	CM ist besser	CM ist schlechter
Sucht- und Drogenberatungsstellen (n = 115/n = 98)*	84,3	86,7	13,3
niedrigschwellige Hilfen (n = 76/n = 52)*	73,7	92,3	7,7
Sozialpsychiatrische Dienste (n = 54/n = 32)*	63,0	87,5	12,5
weitere amb. Suchtkranken- bzw. Drogenhilfeangebote (n = 50/n = 35)*	72,0	82,9	17,1

\* In den Klammern werden zuerst die Zeilen-n für Spalte 1, dann für die Spalten 2 und 3 angegeben.

Generell sahen die meisten Klienten Unterschiede zwischen der aktuellen Betreuung durch den Case Manager und durch andere ambulante Hilfen (vgl. Tab. 43, 1. Spalte). Dies variierte jedoch nach Art der anderen Angebote: 97 Klienten (84,3 %) bemerkten Unterschiede zur Betreuung/Behandlung in der *Sucht- bzw. Drogenberatungsstelle*, wovon 86,7 % Case Management für besser hielten. Die Klienten kritisierten an Beratungsstellen beispielsweise, dass dort „*nur geredet und nicht praktisch geholfen wurde*“, dass es eine Komm-Struktur und feste Zeitraster gäbe, dass die Berater die Klienten „*nur in Therapie vermitteln wollten*“ und „*Druck ausgeübt wurde*“. Die Klienten berichteten, dass in Beratungsstellen die Betreuung „*zu eng auf das Suchtproblem konzentriert*“ war, dass sie nicht ganzheitlich wahrgenommen wurden und dass Berater „*planlos und vergesslich*“ vorgegangen seien.

<sup>31</sup> Als „sonstige ambulante Angebote“ wurden u.a. genannt: psychiatrische Behandlung, Gesprächstherapie, Substitution, Blaues Kreuz, Anonyme Alkoholiker.

Im Vergleich mit *niedrigschwelligen Angeboten* wiesen 56 Klienten (73,7 %) auf Unterschiede hin. Dabei erstaunt, dass Case Management im Vergleich zu niedrigschwelligen Angeboten am häufigsten als besser (92,3 %) beurteilt wurde, da diese Angebote ebenfalls akzeptierend arbeiten und Suchtmittelfreiheit nicht in den Vordergrund der Arbeit stellen. Die Klienten vermissten u.a. (feste) Ansprechpartner: „*Meistens ist keiner zuständig*“, bemängelten Oberflächlichkeit: „*Man wird nur abgefertigt*“, „*Ist nur ein Aufenthaltsort*“, „*Das Problem Sucht wurde nicht aufgegriffen*“, „*Die sagen jedem dasselbe, aber sehen nicht, dass jeder anders ist*“. Bei der Betreuung durch Case Manager fühlten sich die Klienten ernst(er) genommen, schätzten die konkrete Unterstützung und die Bemühungen der Modellmitarbeiter, sie zu Veränderungen zu motivieren.

*Sozialpsychiatrische Dienste* wurden von insgesamt 34 Klienten (63,0 %) anders als Case Management erlebt. Trotz der hier ebenfalls praktizierten nachgehenden Betreuung, konnten Sozialpsychiatrische Dienste aus Klientensicht nicht mit Case Management „konkurrieren“: 87,5 % hielten Case Management für besser. Sozialpsychiatrische Dienste wurden als bürokratisch, z.B.: „*Die haben nur die Schreiben im Kopf*“, hektisch und unkonzentriert wahrgenommen: „*In jeder Sitzung mindestens drei Anrufe. Da verliere ich meine Gedanken*“, „*Fließbandabfertigung*“.

Schließlich nahmen 36 Klienten (72,0 %) bei *sonstigen ambulanten Sucht- bzw. Drogenhilfeangeboten* Unterschiede zu Case Management wahr, von denen 82,9 % Case Management im Vergleich besser bewerteten. Die Vergleiche der Befragten konzentrierten sich auf Hilfen durch Ärzte, z.B. im Rahmen von Substitutionsbehandlungen. Oft wurde die sehr begrenzte Zeit kritisiert, in einigen Fällen jedoch die medizinische Kompetenz (besseres Erkennen und Behandeln von Erkrankungen) positiv hervorgehoben.

### 5.5 Gesamtzufriedenheit und weitere Anregungen

Mit den o.g. Einschätzungen zur Qualität der Betreuung durch den Case Manager korrespondiert auch die Gesamtbeurteilung nach Abschluss der Betreuung (vgl. Tab. 44).

Tab. 44: Zufriedenheit der Befragten mit Case Management (n = 186)

Bewertung	Anzahl	Anteil in %
sehr zufrieden	138	74,2
zufrieden	40	21,5
eher zufrieden	4	2,2
eher unzufrieden	1	0,5
unzufrieden	1	0,5
sehr unzufrieden	2	1,1
GESAMT	186	100,0

186 Befragte gaben eine Gesamtbeurteilung ab. Drei Viertel waren mit der Betreuung durch den Case Manager sehr zufrieden (74,2 %), ein weiteres Fünftel zufrieden (21,5 %). Eher unzufrieden bzw. (sehr) unzufrieden waren nur vier Befragte.

Die Klienten wurden abschließend gefragt, ob und ggf. welche anderen Unterstützungen sie sich wünschten. Angeregt wurden zum einen Verbesserungen der Rahmenbedingungen von Case Management, z.B. der Kompetenzen der Case Manager: „*Dass es dem Case Manager durch die Ämter nicht so schwer gemacht wird und er mehr Handlungsfreiheit hat*“, aber auch der Ausstattung: „*Eigenes Zimmer für Gespräche*“.

*„Mehr Flexibilität“ und der Rolle im Netz: „Bessere Kommunikation mit anderen Helfern“ und „Enge Zusammenarbeit von Case Manager und Arzt“.*

Zum anderen wünschten sich einige Klienten weitere Unterstützungen und z.T. andere (gesellschaftliche) Rahmenbedingungen. Am häufigsten wurden Wünsche nach Arbeits- und Wohnmöglichkeiten sowie nach Hilfen bei Schulden geäußert.

Abschließend sollen mit einem Satz eines Klienten (stellvertretend für viele ähnliche Aussagen) die Passgenauigkeit des Kooperationsmodells und die Richtigkeit seiner Annahmen bestätigt werden: *„Ich weiß, dass mir Hilfestellen zur Verfügung stehen, aber dabei muss ich selbst am Ball bleiben. Falls ich nochmals rückfällig werde, dass mir dann jemand die Hand reicht, damit ich wieder aufstehen kann, diesen Wunsch hätte ich gern für die Zukunft.“*

## 6 CASE MANAGEMENT AUS SICHT VON VERSORGUNGSBETEILIGTEN IN DEN MODELLREGIONEN

Eine wesentliche Aufgabe im Kooperationsmodell bestand in der (Weiter-)Entwicklung und Verbesserung klientenbezogener Zusammenarbeit und Hilfskoordination in den Modellregionen. Dazu sollten die Case Manager den Arbeitsansatz im Hilfesystem und der (Fach-)Öffentlichkeit darstellen sowie die Gruppe der chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigen (wieder) ins Blickfeld der Versorgung rücken. Nachdem die Case Manager im Rahmen der Modellerprobung vielfach fallbezogen kooperiert hatten und viele Kontakte im Rahmen übergreifender Aufgaben knüpfen konnten, glaubten sie, Case Management gut bekannt gemacht zu haben. Auch sahen sie den Ansatz bei der überwiegenden Zahl der Versorgungsbeteiligten als in (eher) hohem Maß akzeptiert. Dabei erschien ihnen die Akzeptanz von Seiten der (ambulanten) Suchtkranken- bzw. Drogenhilfe und von komplementären Hilfen am höchsten, aber auch noch recht gut bei Ämtern und Behörden sowie bei gesetzlichen Betreuern. Hingegen sahen sie Akzeptanzprobleme vor allem bei Kranken- und Rentenversicherern, Justiz/Polizei sowie seitens des (ambulanten und stationären) medizinischen Bereichs (vgl. Anhang, Tab. 61).

Wie schätzten das die Versorgungsbeteiligten selbst ein? Zur Erfassung der Außenwahrnehmung von Case Management mit chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigen wurden im letzten Modelljahr in 29 Modellregionen<sup>32</sup> relevante Kooperationspartner der Case Manager aus allen Versorgungsbereichen um ihre Einschätzung zur Modellerprobung gebeten. Gefragt wurde nach der Wichtigkeit einzelner Aspekte sowie der Realisierung verschiedener Aufgaben. Die Befragung erfolgte in schriftlicher, teilstandardisierter Form. Insgesamt wurden 1.173 Fragebogen an von den Case Managern namentlich benannte Kooperationspartner (in der Regel Leiter von Einrichtungen sowie Mitarbeiter, mit denen die Case Manager Kontakt hatten) versandt.

Es wurden zwischen 14 und 94 Fragebogen, im Mittel je 40 Institutionen je Region angeschrieben. Der Rücklauf von 454 Fragebogen (39 %) kann als zufriedenstellend bewertet werden. Dabei streute die Rücklaufquote nach den verschiedenen Versorgungsbereichen: Am häufigsten hatten die Befragten des psychosozialen/psychiatrischen Bereichs geantwortet (47 %), gefolgt von der Suchtkrankenhilfe (41 %) und Ämtern, Leistungsträgern, Justiz und Polizei (37 %). Der - nicht unerwartet - geringste Rücklauf kam aus dem Bereich der medizinischen Versorgung (27 %). Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse sind also möglicherweise nicht repräsentativ für alle Versorgungsbeteiligten aus den Modellregionen, gleichwohl spiegeln sie die Rückmeldungen von an Fragen der Versorgung von Abhängigen und der Arbeit der Case Manager interessierten Fachleuten wider.

Für die Auswertung wurden die Antworten gruppenspezifisch zusammengefasst: Zum einen wurden die Teilnehmer vier arbeitsfeldbezogenen Gruppen zugeordnet: Suchtkranken- und Drogenhilfe, psychosoziale/psychiatrische Hilfen, medizinische Versorgung sowie Ämter, justitieller Bereich und [andere] Leistungsträger. Außerdem wurden Zusammenhänge von Intensität der Zusammenarbeit und Bewertung überprüft.

---

<sup>32</sup> Zwei Modellregionen (Regensburg und Hoyerswerda) konnten aufgrund einer frühen Beendigung der Modellerprobung nicht in die Befragung einbezogen werden.

## 6.1 Kooperationskontakte

Rund 86 % aller Befragten hatten innerhalb des Modellzeitraums (regelmäßig) Kontakt zum Case Manager. Dabei erfolgte die klientenbezogene Zusammenarbeit schwerpunktmäßig zu folgenden Aspekten (vgl. Tab. 45):

Tab. 45 Klientenbezogene Zusammenarbeit - nach Kooperationsfeldern und Herkunft der Teilnehmer, Angaben in Prozent nur für Antwort (sehr) häufig, Mehrfachnennung möglich (n = 454)

(sehr) häufig war ...	Suchtkranken- hilfe	psychosozi- ale/psychia- trische Vers.	medizini- sche Ver- sorgung	Leistungs- träger, Jus- tiz u.ä.	Gesamt
gemeinsame Besuche*	6,6	<b>17,4</b>	15,0	8,2	10,4
Vermittlung von Klienten*	29,7	26,5	<b>48,9</b>	22,8	29,1
Informationsaustausch	62,3	57,0	<b>66,7</b>	58,5	60,2
Absprechen einzelner Maßnahmen*	35,8	47,9	<b>61,4</b>	39,9	42,8
Absprachen über einzelne Klienten*	42,8	60,6	<b>61,4</b>	41,0	47,8
Übernahme von Klienten	25,0	26,5	<b>42,9</b>	12,8	22,6
Fallbesprechungen	27,3	41,5	<b>44,2</b>	26,4	31,7
gemeinsames Aufstellen von Hilfeplänen*	21,6	24,7	<b>37,8</b>	15,6	21,9

Höchster Gruppenwert jeweils fett markiert.

\* Signifikante Unterschiede zwischen dem medizinischen Bereich und der Suchtkrankenhilfe ( $p < .05$ ).

Über alle Arbeitsfelder der Befragten hinweg bestand Zusammenarbeit an erster Stelle im Austausch von Informationen: Drei von fünf Antwortern gaben an, (sehr) häufig Informationen mit dem Case Manager auszutauschen. Fast die Hälfte der Befragten berichtete über (sehr) häufige fallbezogene Absprachen und gut drei Fünftel klärten einzelne Maßnahmen ab.

Fast ein Drittel der Befragten hatte im Rahmen von Vermittlungen Kontakt zum Case Manager und ähnlich viele berichteten von häufigen gemeinsamen Fallbesprechungen. Immerhin ein Fünftel gab an, an Hilfeplanungen mitgearbeitet zu haben und jeder Zehnte führte mit dem Case Manager regelmäßig Klientenbesuche durch.

Betrachtet man die Ergebnisse nach der Herkunft der Befragten, so fällt auf, dass besonders viele Teilnehmer aus dem medizinischen Bereich über (intensive) Zusammenarbeit berichteten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass vor allem Ärzte befragt wurden, die an Suchtfragen interessiert und verstärkt mit abhängigen Patienten befasst waren, z.B. als substituierende Ärzte. Ähnlich intensiv arbeiteten Mitarbeiter aus dem Bereich psychosoziale/psychiatrische Versorgung mit den Case Managern zusammen, die überwiegende Zahl der Klientenbesuche fand gemeinsam mit Beschäftigten dieses Bereichs statt.

Die Mitarbeiter aus der Suchtkranken- und Drogenhilfe arbeiteten fallbezogen weniger intensiv mit dem Case Manager zusammen als jene aus dem medizinischen und dem psychosozialen/psychiatrischen Bereich. Am wenigsten ausgeprägt war - erwartungsgemäß - der Kontakt mit Behörden, Leistungsträgern sowie Polizei und Justiz.

Für den Bereich übergreifender Kooperationsmöglichkeiten wurden folgenden Ergebnisse ermittelt (vgl. Tab. 46):

Tab. 46 *Übergreifende Zusammenarbeit - nach Kooperationsfeldern und Herkunft der Teilnehmer, Angaben in Prozent nur für Antwort (sehr) häufig, Mehrfachnennung möglich (n = 454)*

(sehr) häufig war ...	Suchtkranken- hilfe	psychosoziale/psychiatri- sche Vers.	medizini- sche Ver- sorgung	Leistungs- träger, Jus- tiz u.ä.	Gesamt
Arbeitskreise und Gremien	40,9	<b>41,4</b>	35,7	26,7*	34,6
Fort- und Weiterbildungen	<b>11,6</b>	6,1	2,5	3,4	5,2
Planung und Durchführung von Veranstaltungen etc.	<b>7,8</b>	4,5	5,1	3,9	5,2
Einzelkontakte im Rahmen von Veranstaltungen	<b>25,0*</b>	12,6	11,9	14,9	17,2

Höchster Gruppenwert jeweils fett markiert.

\* Signifikante Unterschiede (Post-hoc-test,  $p < .05$ )

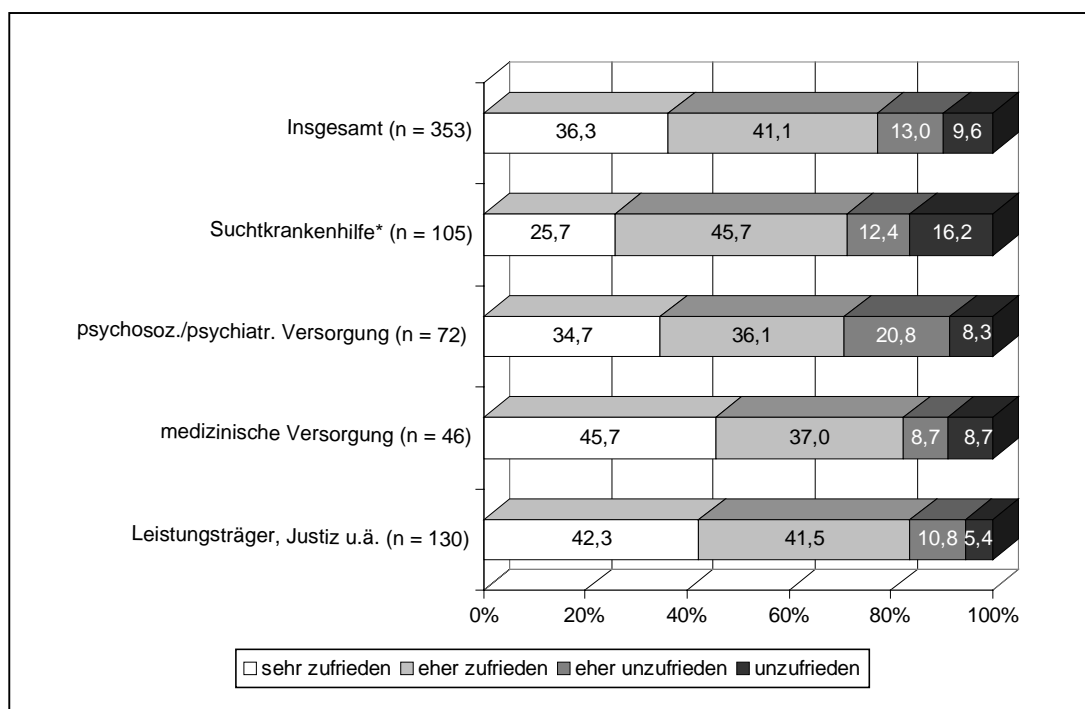
Insgesamt betrachtet erschien die übergreifende Zusammenarbeit vergleichsweise weniger intensiv, mit einer Ausnahme: die Kooperation in Gremien und Arbeitskreisen. Gut ein Drittel der Befragten, insbesondere aus der Suchtkrankenhilfe und der psychosozialen/psychiatrischen Versorgung, gab an, (sehr) häufig mit dem Case Manager in psychosoziale Arbeitsgemeinschaften (PSAG), regionalen Sucht-Arbeitskreisen u.ä. zusammenzuarbeiten (vgl. Abschnitt 4.1.1).

Anders als hinsichtlich der klientenbezogenen Kooperation, stellte die Suchtkrankenhilfe den Bereich mit den (relativ) intensivsten übergreifenden/institutionenbezogenen Kontakten dar. Das Ergebnis überrascht nicht, da Gremienarbeit, Fortbildungsbesuche und Tagungen in der Regel fachspezifisch ausgerichtet sind und sich deshalb naturgemäß Beschäftigten eines Versorgungsbereichs hier treffen.

## 6.2 Bewertung der Modellumsetzung

Die Versorgungsbeteiligten wurden sowohl nach der generellen Zufriedenheit mit Case Management gefragt, als auch nach der Beurteilung spezifischer Modellziele. Hinsichtlich der generellen Zufriedenheit mit der Umsetzung von Case Management in der Region fielen die Antworten überwiegend positiv aus, wie nachstehende Abbildung zeigt:

Abb. 12: Generelle Zufriedenheit mit Case Management, Angaben in Prozent



\* Ein Post-hoc-Test ergab signifikante Unterschiede zwischen den Befragten der Suchtkrankenhilfe und den Mitarbeitern aus den Bereichen medizinische Versorgung und sonstige Hilfen ( $p < .05$ ).

Von den Befragten, die eine Einschätzung ihrer Zufriedenheit abgaben (80 %) <sup>33</sup>, waren mehr als ein Drittel zufrieden und weitere 40 % eher zufrieden. (Eher) unzufrieden waren damit nicht ganz ein Viertel der Befragten.

Mitarbeiter aus dem medizinischen Sektor und von Behörden, Leistungsträgern etc. waren deutlich zufriedener als die Mitarbeiter der Suchtkrankenhilfe, was vermutlich mit der intensiveren klientenbezogenen Kooperation zusammenhing. Das etwas ambivalentere Antwortverhalten der Suchtkrankenhilfe liegt möglicherweise auch in bestimmten Rivalitäten, Abgrenzungen und anderen Hilfeverständnissen begründet.

Weitere Analysen zeigten einen signifikanten Zusammenhang von Intensität der Kooperation und Zufriedenheit: Mit der Häufigkeit der *fallbezogenen* Zusammenarbeit stieg die Zufriedenheit insgesamt und in allen Einzelaspekten (s.u.) an <sup>34</sup>. Wer also konkret erfahren konnte, wie Case Manager Klienten übernahmen und betreuten, Abstimmung strukturierten etc. und wer dadurch auch praktisch von Case Management profitierte, gab eher ein positives Urteil ab.

### 6.2.1 Weiterentwicklung der Versorgung von chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigen in den Modellregionen

Eine Aufgabe der Case Manager bestand darin, zur Weiterentwicklung der Versorgung von chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigen (CMA) in den Modellregionen beizutragen. Tatsächlich initiierten sie im Modellverlauf beispielsweise Arbeitskreise „AK CMA“, entwickelten neue Angebote oder trugen zu deren Konzeptionierung bei. Sie wirkten auf eine CMA-gerechtere konzeptionelle Umorientierung bestehender Einrich-

<sup>33</sup> 97 Befragte (20 %) gaben an, die Frage nicht beantworten zu können.

<sup>34</sup> Es wurden weder bei dieser, noch den folgenden Analysen Zusammenhänge zwischen übergreifender Kooperation und Zufriedenheit festgestellt.

tungen, z.B. durch Senkung von Zugangsschwellen oder die Einführung aufsuchender Arbeit, hin.

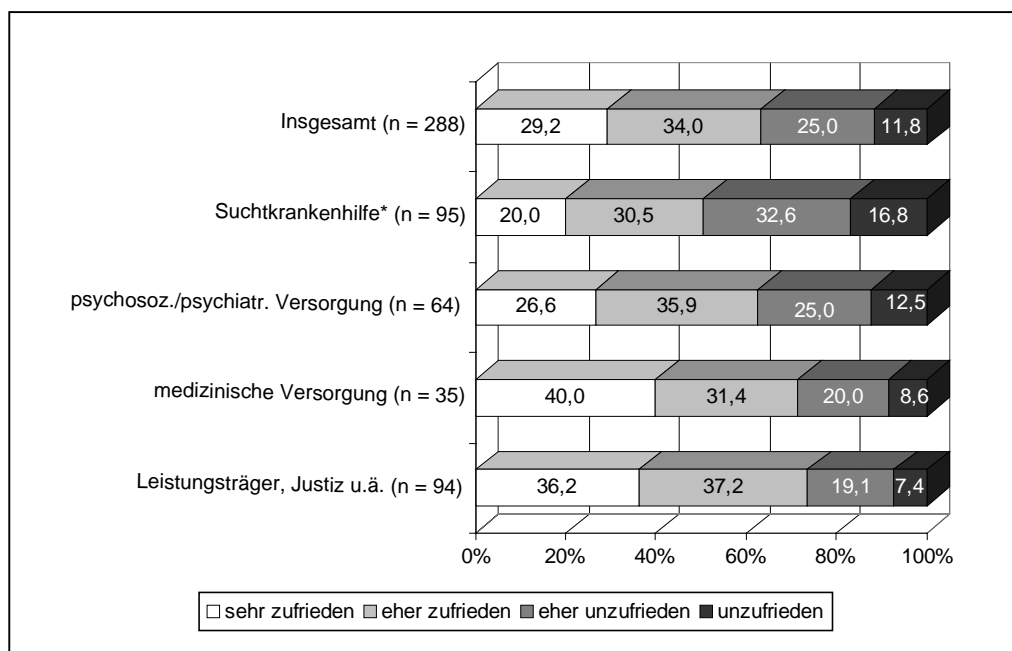
Um die Auswirkungen dieser Arbeit in den Regionen zu ermitteln, wurden die Versorgungsbeteiligten zunächst um ihre Einschätzung der Versorgungslage für CMA zu Beginn des Modellprogramms (1995/1996) gebeten. Dann sollten sie beschreiben, ob und welche Veränderungen sie im Modellverlauf wahrgenommen hatten und welchen Anteil der Case Manager daran hatte.

Zunächst ist festzustellen, dass gut ein Drittel (36,2 %) der Befragten sich nicht in der Lage sah, die Ausgangssituation in der Region zu Beginn des Modellprogramms einzuschätzen (u.a. weil die Teilnehmer erst seit kürzerer Zeit im Feld oder in der Region tätig waren). Drei Viertel der übrigen Befragten bewerteten die Versorgungssituation 1995/1996 als (eher) schlecht. 86,6 % hatten dann im Modellverlauf eine Veränderung, fast immer Verbesserungen (96 %), registriert. Den Anteil der Case Manager daran konnte wiederum etwa ein Drittel der Befragten nicht einschätzen. Die übrigen werteten die Bedeutung von Case Management für die Verbesserungen überwiegend als hoch (30,8 %) bzw. eher hoch (49,6 %). Mit diesem Ergebnis wurden jedoch die Einschätzungen der Projektträger unterschritten: Die Träger hatten zwar in ähnlichem Umfang Verbesserungen registriert, doch schätzen sie den Anteil der Case Manager (noch) öfter als hoch bzw. eher hoch ein (52,0 % und 44,0 %).

Den Versorgungsbeteiligten schien besonders effektiv, dass die Case Manager in Gremien mitarbeiteten (85,8 %), den fallbezogenen Austausch verbesserten (80,8 %), Versorgungslücken aufzeigten (75,0 %) und anderen Einrichtungen Impulse für deren Arbeit gaben (72,9 %) (vgl. ausführlich Anhang, Tab. 62).

Case Management wurde also mehrheitlich als wichtig und wirkungsvoll für die Weiterentwicklung einer zu Modellbeginn eher schlechten Versorgung von CMA eingeschätzt. Gleichwohl waren nicht alle Versorgungsbeteiligten zufrieden mit der Realisierung dieser Aufgabe, wie Abb. 13 zeigt.

Abb. 13: Zufriedenheit mit der Umsetzung der Aufgabe „Weiterentwicklung der Versorgung von CMA“ im Rahmen modellgeförderten Case Managements, Angaben in Prozent



\* Ein Post-hoc-Test ergab signifikante Unterschiede zwischen den Befragten der Suchtkrankenhilfe und den Mitarbeitern aus dem Bereich sonstige Hilfen ( $p < .05$ ).

Insgesamt waren fast zwei Drittel (63,3 %) der Versorgungsbeteiligten mit dem Einsatz der Case Manager für die Weiterentwicklung der Versorgung (eher) zufrieden. Die - relativ - große Unzufriedenheit bei den Befragten aus der Suchtkrankenhilfe hing möglicherweise mit in einigen Modellregionen von Mitarbeitern und Trägern erwarteten finanziellen Kürzungen für die Suchthilfe zusammen.

## 6.2.2 Erreichung und Arbeiten mit CMA

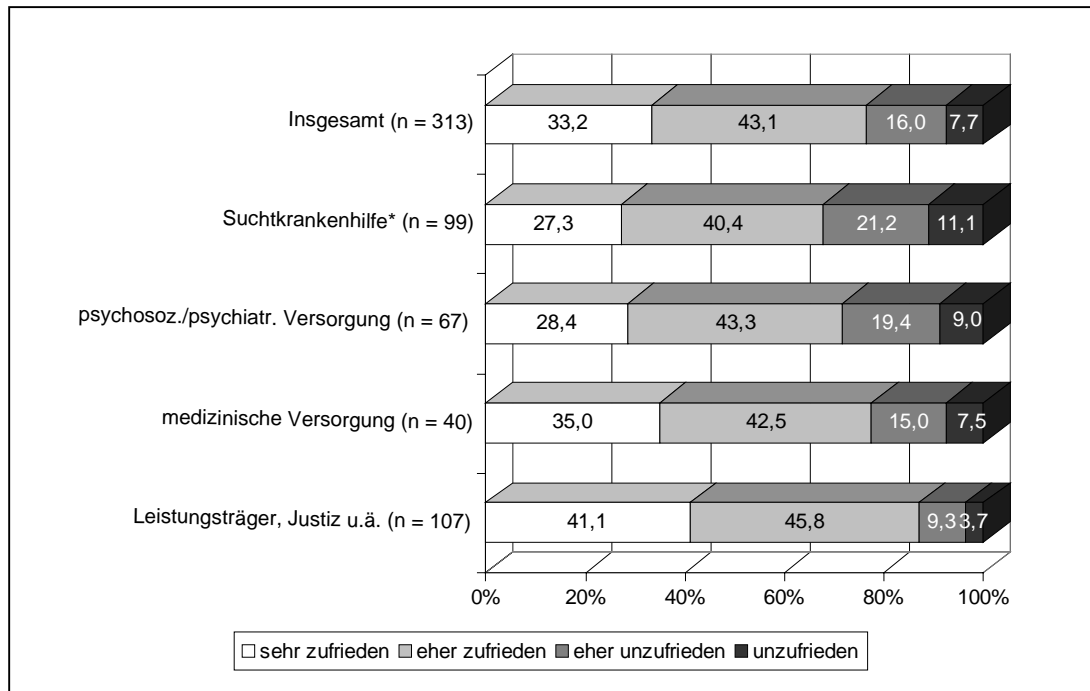
Die Versorgungsbeteiligten wurden sowohl übergreifend als auch detailliert nach der Umsetzung klientenbezogener Aufgaben im Rahmen der Erprobung von Case Management befragt.

Im Modellkonzept kam dem Erreichen von und Arbeiten mit CMA und insbesondere dem nachgehenden Ansatz zentrale Bedeutung zu, deshalb wurden die Realisierungen dieser Aufgaben extern beurteilt. Diesen Aspekt konnte fast ein Viertel der Befragten (23,1 %) nicht beantworten. Summarisch betrachtet waren rund drei Viertel aller, die eine Bewertung angaben, mit der Umsetzung nachgehender Arbeit (eher) zufrieden (75,4 %). Am positivsten urteilten Ämter und Leistungsträger (82,0 % waren [eher] zufrieden), gefolgt von dem medizinischen Bereich (80,6 % waren [eher] zufrieden), während die Suchtkrankenhilfe - erneut - vergleichsweise kritische Einschätzungen formulierte. Ein Drittel der Befragten aus der Suchtkrankenhilfe (33,7 %) war (eher) unzufrieden. In dieser Beurteilung spiegelt sich vermutlich die ambivalente Einstellung zu nachgehendem Arbeiten wider: Ein Gutteil der traditionellen Suchtkrankenhilfe lehnt nachgehendes Arbeiten nach wie vor mit Verweis auf von den Klienten zu fordernde Mindestmotivation ab.

Der nachgehende Ansatz trug dazu bei, Klienten zu erreichen und in Betreuung zu halten, sodass der überwiegende Anteil der Befragten sich insgesamt zufrieden mit

dem Erreichen von chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigen durch die Case Manager zeigten:

Abb. 14: Gesamtzufriedenheit mit der Umsetzung der Aufgabe „Erreichen von und Arbeit mit CMA“ im Rahmen modellgeförderten Case Managements, Angaben in Prozent



\* Ein Post-hoc-Test ergab signifikante Unterschiede zwischen den Befragten der Suchtkrankenhilfe und den Mitarbeitern aus dem Bereich sonstige Hilfen ( $p < .05$ ).

Besonders zufrieden mit der Erreichung und der Arbeit mit chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigen durch die Case Manager zeigten sich die Mitarbeiter von Ämtern und Leistungsträgern, gefolgt von Beschäftigten aus dem psychosozialen/psychiatrischen und dem medizinischen Bereich. Erwartungsgemäß bestätigten weitere Analysen, dass das Urteil der Befragten, die häufiger mit einem Case Manager zusammenarbeiteten deutlich positiver ausfiel, als jenes der Befragten mit wenig Kontakt zu einem Case Manager.

Wie wurde nun die Umsetzung der verschiedenen kundenbezogenen Einzelaufgaben bewertet? Die Versorgungsbeteiligten beurteilten für 24 vorgegebene Aufgaben, wie gut diese durch die Case Manager umgesetzt wurden und hatten Gelegenheit zu Ergänzungen und Anmerkungen.

Demnach war den Case Managern die Umsetzung der meisten Einzelaufgaben überwiegend (eher) gut gelungen. Als besonders erfolgreich bewerteten die Versorgungsbeteiligten das Erreichen von CMA (93,2 % positive Beurteilungen) und ihre flexible Unterstützung durch Beratung, Begleitung, Vermittlung zu verschiedenen Problemen (94,6 % [eher] gute Umsetzung). Ebenfalls hervorgehoben wurden die Umsetzung aufsuchender Arbeit/örtlicher Flexibilität (94,0 %/91,9 % [eher] gut), der Vermittlung weiterer Hilfen und der Unterstützung der Klienten bei deren Inanspruchnahme (je 94,2 % [eher] gut), u.a. durch das Begleiten von Klienten zu Ärzten, Behörden etc. (91,6 % [eher] gut). Mit je etwa 90 % positiven Bewertungen imponierten zudem Krisenintervention, lebenspraktische Unterstützung und Motivation der Klienten zu Veränderungen (vgl. Anhang, Tab. 63).

Es wurden jedoch keineswegs nur gute Beurteilungen ausgesprochen. Aus der Sicht der Versorgungsbeteiligten waren an erster Stelle Fall- bzw. Hilfe(plan)konferenzen nicht zufriedenstellend umgesetzt worden: 36,4 % der Versorgungsbeteiligten bewerte-

ten die Umsetzung als (eher) schlecht. Ähnlich viele Befragte vermissten Einsätze an Wochenenden oder am Abend, deshalb bewerteten 34,2 % die zeitliche Flexibilität als (eher) schlecht. Mit der Umsetzung anwaltlichen Handelns und der Unterstützung von Mitarbeitern anderer Einrichtungen im Umgang mit den chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigen waren je knapp ein Fünftel der Befragten unzufrieden (18,9 % bzw. 18,4 % [eher] schlechte Umsetzung).

Betrachtet man die Verteilung der Beurteilungen in den verschiedenen Arbeitsbereichen, so zeigte sich, dass die Befragten von Ämtern, Renten- und Krankenversicherern sowie Polizei/Justiz am zufriedensten waren (vgl. Abb. 14, Gesamtbewertung der Arbeit mit CMA), gefolgt von Befragten aus dem medizinischen Bereich und der Suchtkrankenhilfe.

An dieser Stelle seien diese Ergebnisse mit der Einschätzung der Case Manager verglichen, von welchen Mitarbeitern aus welchen Arbeitsfeldern Case Management akzeptiert wurde. Die Case Manager selbst sahen eine besondere Akzeptanz des Ansatzes ebenfalls bei ihren Kollegen aus der Suchtkrankenhilfe und Mitarbeitern von Ämtern und Behörden. Allerdings verwundern ihre eher kritische Einschätzung der Akzeptanz bei Mitarbeitern aus dem medizinischen Bereich und den Kranken- und Rentenversicherungen (vgl. Anhang, Tab. 61). Möglicherweise hatten die Case Manager bei ihrer Bewertung des medizinischen Bereichs auch die niedergelassenen oder stationär arbeitenden Ärzte im Blick, die sich - mangels Interesses - nicht an der Befragung zu Case Management beteiligten.

### 6.2.3 Fallbezogene Kooperation

Da der fallbezogenen Kooperation im Rahmen von Case Management eine herausragende Bedeutung zukam, war auch dieser Aspekt des modellgeförderten Ansatzes ausführlich extern zu bewerten. Ein gutes Drittel der Befragten (35,8 %) konnte nicht einschätzen, wie die fallbezogene Kooperation in den Jahren 1995/1996 beschaffen war. Die übrigen Teilnehmer beurteilten diese jedoch zu zwei Dritteln als (eher) schlecht. Im Modellverlauf nahmen dann mehr als 80 % der Befragten eine Veränderung wahr, fast immer eine Verbesserung (98,4 % [eher] verbessert). Ob und wie viel die Case Manager dazu beitrugen, konnten rund 35 % der Befragten nicht beantworten. Die Übrigen bewerteten den Anteil der Modellmitarbeiter an der Verbesserung der fallbezogenen Kooperation in der Region weit überwiegend als eher hoch (50,0 %) oder hoch (32,4 %) <sup>35</sup>.

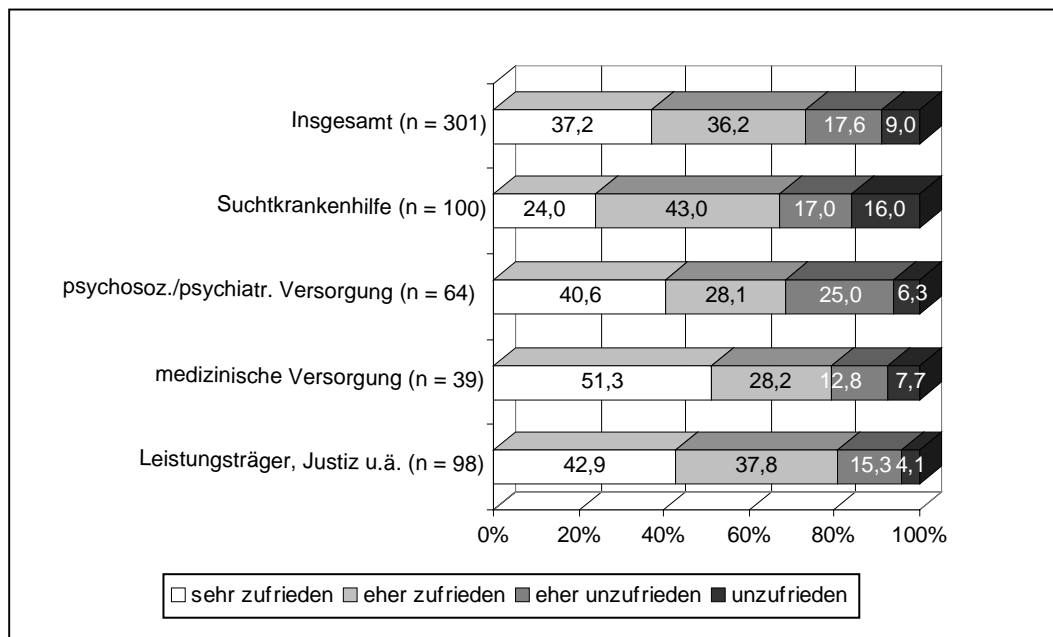
Dieses Ergebnis war sicher auch darauf zurückzuführen, dass fallbezogene Kooperation einen - gelungenen - Schwerpunkt der Klientenbetreuung darstellte: 94,2 % der Versorgungsbeteiligten hatten den Case Managern eine (eher) gute Umsetzung von Vermittlung weiterer Hilfen attestiert, 86,7 % werteten den fallbezogenen Informationsaustausch als (eher) gut und 86,4 die Koordination der verschiedenen Hilfen. Ein Blick auf die Bewertung der übergreifenden Aufgaben zeigte darüber hinaus, dass 81,1 % der Befragten die allgemeine Verbesserung fallbezogener Kooperation als (eher) gut umgesetzt sahen (vgl. Anhang, Tab. 62).

Befragt danach, wie zufrieden die Teilnehmer insgesamt mit der Realisierung von vermittelndem und koordinierendem Arbeiten waren, zeigte sich folgendes Bild (vgl. Abb. 15):

---

<sup>35</sup> Auch hier werteten die Träger die Bedeutung von Case Management höher: Insgesamt 95,8 % glaubten, dass die Case Manager daran (eher) hohen Anteil hatten.

Abb. 15: Gesamtzufriedenheit mit der Umsetzung der Aufgabe „vermittelndes und koordinierendes Arbeiten“ im Rahmen modellgeförderten Case Managements, Angaben in Prozent



\* Ein Post-hoc-Test ergab signifikante Unterschiede zwischen den Befragten der Suchtkrankenhilfe und den Mitarbeitern aus dem Bereich sonstige Hilfen ( $p < .05$ ).

Die Kooperationspartner waren weit überwiegend zufrieden mit der Realisierung vermittelnder und koordinierender Arbeit. Wiederum waren die Vertreter von Behörden, Leistungsträgern u.ä. sowie der medizinischen Versorgung am zufriedensten, während die Suchtkrankenhilfe am häufigsten Einschränkungen machte. Wie schon bei den anderen Fragestellungen, so zeigten weitere Analysen auch zu diesem Themenfeld, dass Befragte mit mehr Kontakt zu den Case Managern signifikant positiver urteilten ( $p < .01$ ).

### 6.3 Zusammenfassung

Der externe Blick von Versorgungsbeteiligten auf den Modellbestandteil Case Management fiel alles in allem betrachtet positiv aus, so stellen die (eher) Zufriedenen bei der Beurteilung der Umsetzung der Aufgaben den jeweils höchsten Anteil der Befragten. Diese konnten oft einen Nutzen aus der Kooperation ziehen: Ein Gutteil profitierte von den vom Case Manager initiierten häufigeren Kontakten der verschiedenen Helfer und der dadurch „verbesserten Kommunikation“, der „höheren Fachlichkeit“ und der insgesamt „leichteren Patientenführung“<sup>36</sup>. Schließlich unterstützte die - gemeinsame - Planung von Hilfen, die Abstimmung, die Klärung von Zuständigkeiten und des eigenen Stellenwerts im Kooperationsnetzwerk. Einige Befragte berichteten, dass die systematische und transparente Arbeitsweise des Case Managers den Anstoß zur Überarbeitung der eigenen Dokumentationsstandards bzw. Förderkonzepte gab.

Was war aus Sicht der Versorgungsbeteiligten der wichtigste Beitrag von Case Management für die Region? Am häufigsten wurde die Verbesserung der direkten Versorgung von CMA genannt, wobei z.T. auf die aufsuchende/nachgehende Arbeit, z.T. auf die ganzheitliche und individuell zugeschnittene Hilfe sowie auf das flexible bzw. un-

<sup>36</sup> Zitate aus den offenen Antworten zur Frage nach den Auswirkungen auf die eigene Arbeit bzw. der Arbeit der Einrichtung.

bürokratische Vorgehen und die Verbesserung der Fachlichkeit hingewiesen wurde. Vielen Befragten erschien die bessere Koordination von Hilfen, die Förderung des Kooperationsgedankens unter den Einrichtungen und Stellen als der wesentlichste Beitrag. Weitere Versorgungsbeteiligte schätzten die Lobbyarbeit der Case Manager für die Zielgruppe der chronisch mehrfachbeeinträchtigten Abhängigen am meisten, ihr Aufdecken von Versorgungslücken und ihr Engagement für den Erhalt oder den Aufbau spezifischer Einrichtungen.

Allerdings gab es auch einige kritische Anmerkungen. Allein 32 Befragte hatten angemerkt, erst durch den Fragebogen vom Modellprogramm erfahren zu haben bzw. nicht gewusst zu haben, dass der betreffende Mitarbeiter die Funktion eines Case Managers hatte. Oder sie vermissten mehr Informationen zu Ansatz, Zielsetzung und Inhalt von Case Management. Dieser Eindruck wurde durch den relativ hohen Anteil von Befragten gestützt, die bei den verschiedenen Fragen „kann ich nicht beantworten“ angaben. Angesichts der wesentlich auf das Hilfesystem gerichteten und koordinativen Ausrichtung von Case Management kann, bei aller positiven Außenwahrnehmung, also nicht von einer ausreichenden Transparenz hinsichtlich der Aufgaben und Funktion und in der Folge auch nicht von einer ausreichenden Verankerung des Arbeitsansatzes in den Modellregionen gesprochen werden.

Trotz der genannten Einschränkungen: Insgesamt gesehen wurde Case Management von den Befragten in den Modellregionen überwiegend positiv aufgenommen, dabei stieg die Zufriedenheit mit der Intensität der klientenbezogenen Zusammenarbeit. Viele Befragte wünschten den Erhalt von Case Management über die Modellphase hinaus. Dies nicht zuletzt, weil mehr als die Hälfte der Befragten über Auswirkungen auf ihre eigene Arbeit bzw. die Arbeit in der eigenen Einrichtung berichtete. Im Vordergrund stand hierbei, dass mehr Informationen für die Arbeit (über Klienten und das Hilfesystem) und ein verlässlicher Ansprechpartner zur Verfügung standen. Weitere Aussagen betrafen die insgesamt bessere Versorgung von CMA in der Region: entweder konnten nach konzeptionellen Veränderungen CMA nun auch in der eigenen Einrichtung betreut werden oder es gab nun mehr bzw. bessere Verweisungsmöglichkeiten.

## 7 ZUR DEFINITION VON „CHRONISCH MEHRFACHBEEINTRÄCHTIGT ABHÄNGIG“

### 7.1 Problemstellung

Im Rahmen des Kooperationsmodells nachgehende Sozialarbeit zielte die wissenschaftliche Begleitung - wie einleitend ausgeführt - sowohl auf die Evaluation von Case Management/nachgehender Sozialarbeit als auch auf die Erarbeitung eines Definitionsvorschlags für Abhängige, die als besonders schwer gestört und schwer therapierbar angesehen werden (vgl. BMG 1995).

Im ersten Abschnitt soll deshalb kurz auf Überlegungen zur Charakterisierung dieser spezifischen Subgruppe eingegangen und der im Rahmen des Bund/Länder-Konzepts zur Verbesserung der Drogen- und Suchthilfe für chronisch Abhängige<sup>37</sup> erarbeitete Definitionsvorschlag sowie kritische Stellungnahmen dazu vorgestellt werden. Im zweiten Abschnitt werden die Ergebnisse der empirischen Überprüfung des Definitionsvorschlags mit Daten des Modellprogramms und - daraus abgeleitet - Hinweise zu dessen Weiterentwicklung beschrieben.

In der Fachdiskussion tauchte die Gruppe der chronisch Abhängigen erstmals im Bericht der Enquête zur Lage der Psychiatrie in Deutschland auf. Die Verfasser wiesen auf eine „nicht unbeträchtliche Zahl von Alkoholkranken und Drogenabhängigen“ hin, die „auf längere Sicht behandlungsunwillig und nicht rehabilitationsfähig“ sind (BERICHT ÜBER DIE LAGE DER PSYCHIATRIE IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND 1975, S. 278). Diese Überlegungen aufgreifend erkannte die Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich innerhalb der Gesamtgruppe der Abhängigen einen so genannten harten Kern: „Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit führen im Verlauf von mehreren Jahren in der Regel zu einer Vielfalt körperlicher, psychischer und sozialer Folgen.“ Der Umfang dieser als „chronisch (mehrfachgeschädigt) abhängig“ bezeichneten Gruppe wurde auf 0,5 % der Bevölkerung geschätzt (vgl. EXPERTENKOMMISSION 1988 S. 494f.).

Seit Anfang der 90er Jahre haben sich die Anstrengungen von Wissenschaft und Praxis intensiviert, diesen Personenkreis genauer zu charakterisieren (vgl. u.a. SCHWOON 1992, DHS 1994, SLS 1995, ARBEITSGEMEINSCHAFT SUCHTKRANKENHILFE 1996, MÜHLER, LEONHARDT 1996). In den verschiedenen Beiträgen wurde außer der Beschreibung dieser Gruppe durch personenbezogene Merkmale auch der Einfluss struktureller Bedingungen des Hilfesystems hervorgehoben. So wies u.a. WIENBERG (1992) darauf hin, dass die Behandlungserfahrung auch immer von den Leistungsangeboten des Versorgungssystems (mit-)bestimmt wird, das einen Teil seiner Zielgruppen nicht oder nicht in adäquater Weise erreicht.

In den letzten zehn Jahren hat vor allem das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen der von ihm geförderten Modellvorhaben versucht, diese Gruppe von Abhängigen besser zu erreichen und in das Hilfesystem zu integrieren. Dabei änderte sich je nach Modellprogramm die Bezeichnung für diese Klientengruppe. Im Modellprojekt „Aufsuchende Sozialarbeit für langjährig Drogenabhängige“ wurde sie definiert als „jene Drogenabhängige, die eine lange Drogenkarriere hinter sich haben und einer Therapie meist schwer zugänglich sind, sowie solche Drogenabhängige, denen es trotz Behandlung nicht gelingt, sich sozial zu integrieren“ (ARNOLD, KORNDÖRFER 1993, S. 1). Auch das „Booster“-Modellprogramm, in dessen Rahmen niedrigschwellige Hilfen erprobt wurden, ging von einer vergleichbaren Charakterisierung dieser Abhängigengruppe aus; es zielte auf „langjährige Drogenabhängige mit vorwiegend polytoxikoma-

<sup>37</sup> vgl. hierzu im einzelnen Abschnitt 1.2 der Einleitung.

nen Konsummustern, verbunden mit gesundheitlicher und psychosozialer Verelendung, mehrfachen Therapieerfahrungen und ablehnender Haltung gegenüber bestehenden Angeboten“ (HARTMANN u.a. 1994, S. 31).

Das Bundesministerium für Gesundheit hat 1994 eine Expertenbefragung durchgeführt, in der über 100 Praktiker und Forscher zu „Schwerstabhängigkeit“, zur näheren Bestimmung des Begriffs sowie zum Hilfebedarf dieser Gruppe befragt wurden. Im Ergebnis streuten die Einschätzungen über Beschreibungskriterien und Ausmaß der Gruppe erheblich.

Zusammenfassend bleibt - bezogen auf die bisherige Diskussion - festzuhalten, dass in Wissenschaft und Praxis zwar Vorstellungen zur Beschreibung dieses Personenkreises bestehen, aber nur wenig gesichertes empirisches Wissen über den Umfang und die Merkmalsstruktur dieser Gruppe vorliegt. Zudem bestehen kaum Hinweise darauf, wie sich die Zugänge (Inzidenz), der Verbleib (Prävalenz) und die Abgänge aus dieser Subgruppe im Zeitablauf gestalten (vgl. ARBEITSGRUPPE CMA 1999, S. 7).

Vor diesem Hintergrund hat der wissenschaftliche Beirat des Bund/Länder-Konzepts eine Arbeitsgruppe - bestehend aus Mitarbeitern des Instituts für Therapieforschung aus München (IFT), des Instituts für Sozialarbeit und Sozialpädagogik aus Frankfurt am Main (ISS) und von FOGS - beauftragt, einen Definitionsvorschlag für diese Gruppe von Abhängigkeitskranken zu erarbeiten. 1996/1997 hat die Arbeitsgruppe (im Folgenden auch AG CMA) - unter Berücksichtigung vorliegender Erfahrungen und Ergebnisse früherer Modellprogramme - einen Definitionsvorschlag für „chronisch mehrfachbeeinträchtigt abhängig“ (CMA) entwickelt. Mit dieser Bezeichnung soll zum Ausdruck gebracht werden, dass einerseits eine lang andauernde („chronische“) Abhängigkeit vorliegen muss. Andererseits sollen die neben der Abhängigkeit bestehenden multiplen Probleme und Defizite („mehrfachbeeinträchtigt“) genauer definiert und berücksichtigt werden.

## 7.2 Beschreibung und Diskussion des Definitionsvorschlags CMA<sup>38</sup>

Der Vorschlag zur Definition von „chronisch mehrfachbeeinträchtigt abhängig“ zielt gleichermaßen auf Alkohol- und Opiatabhängige, wobei künftig Ausweitungen auf andere Gruppen von Abhängigen möglich sein sollen. Zur Definition wird eine dreistufige Systematik - mit einer Eingangsvoraussetzung (notwendige Bedingung), einer Erfassung von Merkmalen in vier Kriterienbereichen und einer Entscheidungsregel durch Festlegung einer Mindestpunktzahl in den Kriterienbereichen vorgeschlagen. Eingangsvoraussetzung soll die Abhängigkeitsdiagnose nach ICD-10 (F.1x.2) sein. Liegt diese vor, soll ein am ICD angelehntes Vorgehen angewandt werden. Dazu wurden vier Kriterienbereiche definiert:

- Konsumverhalten
- Behandlungserfahrungen
- Gesundheitliche/psychische Situation
- Soziale/materielle/rechtliche Situation.

Entscheidungsregel: Um als CMA diagnostiziert zu werden, muss in drei der vier definierten Kriterienbereiche, die z.T. suchtmittelspezifisch gefasst sind, ein Punkt erreicht werden. Zu den Kriterienbereichen und den Voraussetzungen der Punktvergabe siehe im Einzelnen die nachfolgende Abb. 16:

---

<sup>38</sup> Die nachfolgende Darstellung folgt im wesentlichen dem Beitrag „Definitionsvorschlag zur Operationalisierung von chronisch mehrfachbeeinträchtigten Abhängigen von psychotropen Substanzen“ (vgl. Sucht, 45, Heft 1 S. 8ff.), an dem FOGS-Mitarbeiter als Autoren beteiligt waren.

Abb. 16: Definitionsvorschlag der AG zur Definition von „chronisch mehrfachbeeinträchtigt abhängig“

Der Vorschlag bezieht sich auf Abhängige von Alkohol und Opiaten

1. Notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung ist eine Abhängigkeitsdiagnose nach ICD-10 (Abhängigkeitssyndrom, F 1x.2).
2. Zusätzlich müssen in drei von vier Kriterienbereichen jeweils ein Punkt erreicht werden:

Kriterienbereich 1 Konsumverhalten	Kriterienbereich 2 Behandlungserfahrung	Kriterienbereich 3 Gesundheitliche Situation	Kriterienbereich 4 Soziale und rechtliche Situation
<p>Ein Punkt wird erreicht wenn:</p> <p>Alkoholabhängige:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> regelmäßige Trinkexzesse (mindestens 1mal im Monat) in den letzten 12 Monaten *</li> <li><input type="checkbox"/> ständiger Alkoholkonsum (Spiegeltrinken) in den letzten 12 Monaten* (nach ICD-10 F10.22)</li> </ul> <p>Opiatabhängige:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> aktuell (in den letzten vier Wochen)* und rückblickend mind. 5 Jahre regelmäßiger Gebrauch illegaler Drogen</li> </ul>	<p>Ein Punkt wird erreicht, wenn:</p> <p>Alkoholabhängige:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Antritt von mindestens 5 stationären Entgiftungsbehandlungen bzw.</li> <li><input type="checkbox"/> Antritt von mindestens 2 stationären oder ambulanten (nach EVARS oder vergleichbar) Entwöhnungsbehandlungen</li> </ul> <p>Opiatabhängige:</p> <p>Antritt von mindestens 2 folgenden möglichen Behandlungsmaßnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> stationäre oder ambulante Entwöhnung (nach EVARS oder vergleichbar)</li> <li><input type="checkbox"/> ärztlich durchgeführte Substitutionsbehandlung</li> </ul>	<p>Ein Punkt wird erreicht, wenn eine der folgenden Erkrankungen bzw. Störungen in den letzten zwei Jahren vorlag oder aktuell vorliegt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> körperliche Erkrankungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>Leberzirrhose, Fettleber, chron. Hepatitis, Ösophagusvarizen, chron. Gastritis, chron. Pankreatitis, Tuberkulose, Kardiomyopathie, Endokarditis, Herzinsuffizienz, Nierenversagen, AIDS, Kleinhirntaxie, cerebrale Anfälle, Polyneuropathie, chron. Abszesse, chron. Hauterkrankungen, extrem schlechter Zahnstatus</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> psychische Störungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>Korsakow-Syndrom, hirnorganische Wesensveränderung, Demenz, Psychosen, Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen, depressive Syndrome</li> </ul> </li> </ul>	<p>Ein Punkt wird erreicht, wenn mindestens ein Punkt in den folgenden Lebensbereichen vorliegt (wesentliche Situation in den letzten zwei Jahren):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Lebensunterhalt (überwiegend): <ul style="list-style-type: none"> <li>Rente wg. Erwerbsunfähigkeit bzw. Sozialhilfe bzw.unregelmäßige Einkünfte/Prostitution/illegale Einkünfte</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Wohnen: <ul style="list-style-type: none"> <li>wohnungslos bzw.institutionelles Wohnen bzw. stark verwahrloste Wohnsituation</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Sozialer Nahbereich: <ul style="list-style-type: none"> <li>allein lebend und ohne feste Partnerbeziehung bzw. überwiegend suchtbezogene Kontakte</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Justitielle Belastung (bezogen auf die gesamte Lebenszeit): <ul style="list-style-type: none"> <li>mindestens 24 Monate in Haft (kumuliert) bzw. mehr als 5 Verurteilungen</li> </ul> </li> </ul>

\* Hier und für alle anderen Kriterienbereiche gilt: Werden Daten in einem Behandlungsprogramm erhoben, gilt der Aufnahmestatus

Die Einzelkriterien im Kriterienbereich *Konsumverhalten* sollen neben einer genaueren Beschreibung von Konsumumfang und -dauer auch sicherstellen, dass aktive Konsumenten identifiziert und Langzeitabstinente ausgeschlossen werden. Es sollen nur die Klienten berücksichtigt werden, die aktuell bzw. zu Beginn der Maßnahmen, in deren Rahmen Daten erhoben werden, Suchtmittel konsumieren. Kurzfristige Unterbrechungen des Konsums z.B. durch interkurrente Erkrankungen, können vernachlässigt werden. Die Mindestdauer für problematischen Konsum soll für Opiatabhängige fünf Jahre betragen. Da bei Alkoholabhängigen erwartet wurde, dass valide Angaben zur Konsumdauer kaum vorliegen, wurde hier versucht, das Trinkverhalten zu operationalisieren (Trinkexzesse, Spiegeltrinken).

Im Kriterienbereich *Behandlungserfahrung* geht es darum, zu erfassen, ob schon mehrfach frühere suchtbezogene Behandlungsversuche stattgefunden haben. Der Vorschlag differenziert auch in diesem Kriterienbereich - entsprechend den unterschiedlich ausgestatteten Versorgungssystemen - zwischen Alkohol- und Drogenabhängigen. Bei Alkoholabhängigen wird ein Punkt vergeben, wenn mindestens fünf Entgiftungen oder mindestens zwei Entwöhnungsbehandlungen (medizinische Rehabilitation) begonnen wurden. Für Opiatabhängige werden mindestens zwei Therapieversuche der medizinischen Rehabilitation gefordert. In jedem Fall gelten als Therapiemaßnahmen gleichermaßen stationäre wie ambulante Entwöhnungsbehandlungen, wobei ambulante Maßnahmen nach der Empfehlungsvereinbarung ambulante Rehabilitation Sucht (EVARS) oder vergleichbar strukturiert sein sollten. Außerdem gilt bei Opiatabhängigen auch die Teilnahme an einer ärztlich durchgeführten Substitutionsbehandlung als ambulante Rehabilitation. Die Behandlungserfahrungen können in verschiedenen Behandlungsformen anfallen (Kombinationsmöglichkeit) und gelten unabhängig von ihrem Abschluss.

Im Kriterienbereich *Gesundheit* sollen Krankheiten/Störungen anhand einer Liste von Krankheiten erfasst werden, die bei Abhängigen vermehrt auftreten. Dabei wird kein Nachweis eines Kausalzusammenhangs mit der Suchterkrankung (Folgeerkrankung) gefordert. Die suchtmittelübergreifend geltende Liste wurde in Zusammenarbeit mit im Suchtbereich erfahrenen Ärzten erarbeitet. Ein Punkt wird erreicht, wenn mindestens eine der genannten Erkrankungen/Störungen (ärztlich diagnostiziert) aktuell vorliegt oder in den letzten zwei Jahren vorgelegen hat.

Im vierten Kriterienbereich der *sozialen und rechtlichen Situation* werden verschiedene Aspekte/Einzelkriterien zusammengefasst und überwiegend auf bestimmte Zeitfenster bezogen betrachtet: Wohnsituation, Lebensunterhalt, soziales Umfeld und strafrechtliche Belastung. Um nicht kurzfristig problematische Situationen zu bewerten, soll in den drei Bereichen Wohnen, Einkommen und sozialer Nahbereich die wesentlich prägende Situation in den letzten zwei Jahren erfasst werden. Für die Punktvergabe reicht es aus, wenn in einem der vier Felder längerfristig schwerwiegende Beeinträchtigungen vorliegen: Wenn zum einen in den letzten zwei Jahren der Lebensunterhalt wesentlich durch Erwerbsunfähigkeitsrente, Sozialhilfe, unregelmäßige Einkünfte/Prostitution/illegale Einkünfte bestritten wurde *oder* die Wohnsituation in den letzten zwei Jahren durch Wohnungslosigkeit, institutionelles Wohnen bzw. deutliche Verwahrlosung gekennzeichnet war *oder* wenn der Klient seit mindestens zwei Jahren sozial isoliert lebte (alleinstehend, ohne feste Partnerschaft bzw. Kontakte nur im Suchtmilieu) *oder* - hier bezogen auf die gesamte Lebenszeit - mindestens 24 Monate Haft Erfahrung bzw. mehr als fünf Verurteilungen vorlagen. Das Vorliegen mehrerer Einzelkriterien führt nicht zu einer Erhöhung der Punktzahl.

Der Definitionsvorschlag wurde erstmals Ende November 1997 im Rahmen einer Expertentagung vorgestellt und schließlich 1999 (SUCHT, 1, 1999 - Schwerpunktthema

CMA) veröffentlicht. Im gleichen Heft erschienen drei Arbeiten, in denen der Definitionsvorschlag auf Praktikabilität, Reliabilität und Validität in verschiedenen Anwendungsbereichen überprüft wurde. In dem Beitrag von ARNOLD, SCHMID, SIMMEDINGER 1999a wird der Vorschlag auf Basis zweier Stichproben von Heroinabhängigen (die sich einerseits in Substitutionsbehandlung [N=336] und andererseits in stationärer Krankenbehandlung [N=1.304] befinden) unter besonderer Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede analysiert (vgl. ebd., S. 14 - 21). Die Arbeit von FLEISCHMANN und WODARZ vergleicht anhand eines für die psychiatrische Bezirksklinik Regensburg repräsentativen Patientenkollektivs die diagnostische Zuordnung der Patienten nach klinischem Expertenurteil mit der Einstufung gemäß Definitionsvorschlag. Hierzu wurden an zwei zufällig festgelegten Stichtagen im zweiten Halbjahr 1997 sämtliche, in der Suchtabteilung behandelten Patienten erfasst (N=159), falls sie die ICD-Kriterien einer Alkoholabhängigkeit erfüllten (vgl. ebd., S. 34 - 44). Im dritten von MÜLLER-MOHNSEN u.a. publizierten Beitrag wird eine Gruppe von Patienten einer Station für chronisch mehrfach geschädigte Alkoholabhängige mit den übrigen Patienten einer stationären psychiatrischen Entzugsbehandlung verglichen. Im Mittelpunkt der Analyse steht dabei die Frage, nach welchen Merkmalskriterien eine Zuweisung in die CMA-Spezialstation erfolgte (vgl. ebd., S. 45 - 54).

Nachfolgend sollen wichtige Ergebnisse der empirischen Überprüfung des Definitionsvorschlags, kritische Einwände hinsichtlich seiner Anwendbarkeit sowie Anregungen zur Weiterentwicklung zusammenfassend dargestellt werden.

Aus der EXPERTENTAGUNG sind vor allem folgende Anregungen hervorzuheben:

1. Die einzelnen Variablen des Vorschlags wurden weitgehend bestätigt.
2. Hinsichtlich des Kriterienbereichs Konsumverhalten sollte die Trennschärfe von Trinkverhalten und Konsumdauer überprüft und ggf. durch eine - noch zu bestimmende - eingengte ICD-Diagnostik ersetzt werden<sup>39</sup>.
3. Entgiftungsbehandlungen sollten im Kriterienbereich Behandlungserfahrung gleichermaßen für Alkohol- und Drogenabhängige einbezogen werden. Außerdem wurde die Berücksichtigung von Krankenhausaufenthalten aufgrund suchtbedingter Erkrankungen oder Ausfälle angeregt.
4. Bezüglich der gesundheitlichen Kriterien sollte der Schädigung weniger Gewicht beigemessen werden; vielmehr sollten sich daraus ergebende Funktionsbeeinträchtigungen berücksichtigt werden, wobei unklar blieb, welche dies im einzelnen sein sollten. Damit zusammenhängend sollte auch weniger auf das Vorliegen von Krankheiten/Störungen als vielmehr auf deren Behandlung(sbedürftigkeit) abgehoben werden. Außerdem sollte beim Vorhandensein einer geistigen Behinderung ein Punkt vergeben werden.
5. In den Kriterienbereich soziale/materielle/rechtliche Situation sollten ggf. eingerichtete Gesetzliche Betreuungen einbezogen werden.

Aus der von ARNOLD, SCHMID, SIMMEDINGER 1999a vorgelegten Datenanalyse geht hervor, dass der Definitionsvorschlag grundsätzlich anwendbar und praktikabel ist. In den beiden Stichproben befinden sich relativ hohe Anteile von Klienten mit einer CMA-Diagnose (64,3 % bzw. 42,9 %). Die empirische Überprüfung des Definitionsvorschlag zeigt, dass unter allen Kriterienbereichen die Behandlungserfahrung die geringste Häufigkeit aufweist. Relativ hohe Anteile finden sich hingegen in beiden Stichproben

---

<sup>39</sup> Analysen zu den ICD-10-Einzelkriterien erbrachten keine relevanten Ergebnisse, da in der vorliegenden Stichprobe keine Varianz vorlag.

für den Kriterienbereich soziale und rechtliche Situation. Hierbei konnte beobachtet werden, dass sich einzelne Variablen dieses Bereichs (feste Partnerbeziehungen, Inhaftierung) als nicht geschlechtsneutral herausstellten. Aus Sicht der Autoren ist deshalb die generelle Frage zu stellen, „ob zur Erfassung der spezifischen Lebenssituation abhängiger Frauen eine Erarbeitung geschlechtsspezifischer Kriterien notwendig ist. Dies würde bedeuten, dass in einer CMA-Definition unterschiedliche Kriterien für abhängige Männer und Frauen enthalten sein müssten.“ (ARNOLD, SCHMID, SIMMEDINGER 1999a, S. 21).

Die Untersuchung von FLEISCHMANN und WODARZ zeigt, dass mindestens 44 % der in der Suchtabteilung der Bezirksklinik Regensburg stationär behandelten alkoholabhängigen Patienten sowohl nach klinischem Expertenurteil (durch Ärzte bzw. Psychologen der Stationen) als auch nach Definitionsvorschlag als chronisch mehrfachbeeinträchtigt abhängig eingestuft werden. Hinsichtlich der Weiterentwicklung des Definitionsvorschlags ergeben sich aus der empirischen Überprüfung der Kriterienbereiche und Einzelvariablen folgende Konsequenzen: Der Kombination der „qualitativen“ Kriterienbereiche gesundheitliche Störungen, soziale und rechtliche Situation kommt sowohl für die Zuordnung nach klinischem Expertenurteil als auch nach Definitionsvorschlag der größte Stellenwert zu. Im Unterschied dazu spielen die „quantitativen“ Kriterien Konsumverhalten und Behandlungserfahrung, möglicherweise bedingt durch die derzeit erfassten Einzelkriterien, keine bedeutsame Rolle für die diagnostische Einstufung der Patienten als CMA. So kann für das Kriterium Konsumverhalten konstatiert werden, dass es nahezu auf alle (96 %) der Suchtpatienten eines psychiatrischen Landeskrankenhauses zutrifft. Konträr dazu verhält sich der Kriterienbereich Behandlungserfahrung: Nur 7 % der Patienten erreichen das Einzelkriterium „Antritt von mindestens zwei stationären oder ambulanten Entwöhnungsbehandlungen“ bzw. nur 28 % die im Definitionsvorschlag geforderten fünf stationären Entgiftungsbehandlungen. Hierauf Bezug nehmend weisen die Autoren darauf hin, dass gerade der Bereich Behandlungserfahrung stark von der regionalen Struktur des Versorgungssystems, d.h. dem zur Verfügung stehenden (stationären und ambulanten) Behandlungsangebot, beeinflusst werden kann. Insofern sollten die beiden Kriterienbereiche Konsumverhalten und Behandlungserfahrung noch einmal grundsätzlich überdacht werden (vgl. FLEISCHMANN und WODARZ 1999, S. 41 - 43).

Nach Ansicht von MÜLLER-MOHNSEN u.a. ist der Definitionsvorschlag in seiner jetzigen Ausgestaltung zumindest für die stationär behandlungsbedürftigen Patienten (S4-Patienten i.S. der PsychPV) revisionsbedürftig, da sich für diese Patientengruppe eine relativ geringe Bedeutung und Trennschärfe der Kriterienbereiche Konsumverhalten und Anzahl von Vorbehandlungen gezeigt hat (vgl. MÜLLER-MOHNSEN u.a. 1999, S. 53).

Daneben hat sich SCHWOON in einem Vortrag auf den Suchttherapietagen im Mai 1999 in Hamburg mit dem Definitionsvorschlag der AG CMA auseinandersetzt. Insgesamt kommt er in der Bewertung dieses Vorschlags (und anderer Vorschläge zur Klassifizierung von CMA, z.B. der Braunschweiger Merkmalsliste, vgl. HILGE, SCHULZ 1999) zu dem Ergebnis, dass sie sich nicht für die individuelle Therapieplanung eignen und auch keine Anhaltspunkte für die fachliche Ausgestaltung therapeutischer Angebote geben. Gleichwohl zeigen sie Wege für eine operationale Diagnostik auf, wobei eine Reihe kritischer Items (z.B. Anzahl der Vorbehandlungen, Stellenwert und Gewicht der im Definitionsvorschlag aufgeführten einzelnen körperlichen und psychischen Erkrankungen/Störungen) genauer überprüft und ergänzt werden müssten. Erst dann sind sie nach Auffassung von SCHWOON eingeschränkt geeignet für die diagnostische Spezifizierung und Prognosestellung. Allerdings sieht er die eigentliche Bedeutung der Definitionsversuche stärker in der Epidemiologie und Versorgungsforschung.

Einen alternativen Definitionsvorschlag haben MÜHLER und LEONHARDT aus Leipzig in ihren früheren Veröffentlichungen (1995, 1996 und 1998) vorgelegt. Für ihre Klassifizierung von CMA ziehen sie - im Unterschied zur AG - ausschließlich soziale Kriterien (Familie, Wohnen, Arbeit) heran. CMA-Patienten sind für MÜHLER und LEONHARDT dementsprechend vor allem (Alkohol-)Abhängige, deren soziale Ressourcen stark geschwächt sind. In einer neueren Publikation (gemeinsam mit BÖTTGER und HÄRTEL) haben sich die beiden Autoren dem Definitionsvorschlag der AG CMA deutlich angenähert, indem sie somatischen und psychischen Folgeerkrankungen - neben den sozialen Aspekten - eine wesentliche Bedeutung für die Operationalisierung von CMA zusprechen (vgl. BÖTTGER u.a. 1999, S. 6 ff.).

Im nächsten Abschnitt wird auf Basis der Daten des Kooperationsmodells nachgehende Sozialarbeit der Definitionsvorschlag der AG CMA empirisch überprüft, wobei - soweit dies möglich war - die o.g. Anregungen und kritische Einwände der Expertentagung sowie der Fachdiskussion in den Analysen berücksichtigt wurden.

### 7.3 Methodisches Vorgehen

Die empirische Überprüfung des im Kooperationsmodell angewandten und weiterentwickelten Definitionsvorschlags wurde schrittweise durchgeführt. Die Ergebnisse sollten den Aufbau der Definition reflektieren und Impulse für weitergehende Überlegungen liefern:

1. Im ersten Schritt wurde die subjektive Mitarbeiter einschätzung (s.u.) mit der Einordnung der Klienten nach dem Definitionsvorschlag kontrastiert sowie die Sensitivität und Spezifität des Definitionsvorschlags ermittelt. Dazu wurde ein deskriptiver Vergleich relativer Häufigkeiten der Merkmale nach den Zuordnungs-Varianten vorgenommen. Ferner wurde mit Diskriminanzanalysen ausgewertet, welche Einzelitems für die Mitarbeiter einschätzung bzw. die Einstufung der Klienten gemäß Definitionsvorschlag die größte Vorhersagekraft hatten. Dabei wurden auch geschlechts- und suchtmittelspezifische Effekte kontrolliert.
2. Der zweite Schritt befasst sich mit der Reduktion der Einzelitems des Definitionsvorschlags auf bestimmte das Konstrukt kennzeichnende Hintergrundvariablen. Als struktur-entdeckendes Verfahren wurden dazu mit den definitionsrelevanten Variablen Faktorenanalysen durchgeführt, zunächst mit den Daten aller Klienten, in den darauf folgenden Schritten auch für die Subgruppen Männer und Frauen sowie Alkohol- bzw. Drogenabhängige.
3. Im dritten Arbeitsschritt wurden - auf Basis der gewonnenen Faktorwerte - die Klientendaten mittels einer Clusteranalyse untersucht, um die dichotome Einteilung in CMA und Nicht-CMA kritisch zu hinterfragen. Die Hypothese lautete hier, dass verschiedene Gruppen von CMA gebildet werden können bzw. müssen (vgl. auch ARBEITSGRUPPE CMA 1999, S. 12). Auch in diesem Schritt wurden geschlechts- und suchtmittelspezifische Varianten berechnet.
4. Im letzten Arbeitsschritt wurden die Ergebnisse der empirischen Überprüfungen sowie die in der Fachliteratur und auf der Expertentagung geäußerten Einwände und Anmerkungen zum Definitionsvorschlag zusammengefasst und Empfehlungen für die weitere Verwendung und Operationalisierung der Definition formuliert.

Die Datenbasis für die folgenden Analysen bildeten alle Klienten, die die Case Manager zwischen Juni 1997 und Juni 2000 betreuten und für die auswertbare Angaben

vorlagen. Das Analyse-N belief sich somit auf 1.618 Personen. In Abschnitt 4.3 wurden diese Klienten bereits nach ihren soziodemographischen, sucht- und behandlungsspezifischen Merkmalen beschrieben. Für einige der nachfolgenden Berechnungen reduzierte sich die Zahl der einbezogenen Fälle, da zu einzelnen Items Werte fehlten.

### **7.3.1 Vergleich der Klassifizierung nach Definitionsvorschlag und nach Mitarbeiterereinschätzung**

Im ersten Schritt wurden die Ergebnisse von zwei unterschiedlichen Verfahren zur CMA-Einschätzung, nach Definitionsvorschlag und nach dem Urteil der Mitarbeiter, gegenübergestellt. Das integrierte Dokumentations- und Hilfeplaninstrumentarium enthielt alle Items, die zu einer Einschätzung des jeweiligen Klienten als CMA bzw. Nicht-CMA notwendig waren (s.o.).

Die Modellmitarbeiter sollten einschätzen, ob die einzelnen Klienten zur Gruppe der CMA zu zählen sind oder nicht. Dabei hatten sie auch die Möglichkeit, „unklar“ anzugeben. Die Bewertung sollte unabhängig vom Definitionsvorschlag erfolgen und den subjektiven Eindruck der Case Manager als erfahrene Mitarbeiter der Sucht- und Drogenhilfe wiedergeben. Ihre Entscheidung sollten die Case Manager auf der Grundlage eines differenzierten und umfassenden Gesamteindrucks jedes Klienten vornehmen. Daher wird die Einschätzung der Mitarbeiter als Expertenurteil betrachtet.

Im Folgenden wird zunächst die Mitarbeiterereinschätzung mit dem Ergebnis der Einstufung nach Definitionsvorschlags verglichen (vgl. Tab. 46). Damit soll festgestellt werden, in welchem Umfang die beiden Schätzverfahren zu übereinstimmenden oder divergierenden Ergebnissen kommen und auf welche Ursachen ggf. bestehende Abweichungen zurückgeführt werden können.

Tab. 47 Zugehörigkeit der Klienten zur Gruppe der CMA nach Mitarbeiter einschätzung und Definitionsvorschlag (n = 1.234)<sup>40</sup>

CMA im Sinne des Definitionsvorschlags	CMA nach Mitarbeiter einschätzung						Gesamt		
	ja (n = 949)			nein (n = 285)			Anzahl	Zeilen-ge-samt%	Tabel-len%
	Anzahl	Spal-ten%	Tabel-len%	Anzahl	Spal-ten %	Tabel-len%			
ja (n = 822)	738	<b>77,8</b>	59,8	84	29,5	6,8	822	100,0	66,6
nein (n = 412)	211	22,2	17,1	201	<b>70,5</b>	16,3	412	100,0	33,4
GESAMT	949	100,0	76,9	285	100,0	23,1	1.234	100,0	100,0

Wie die Tabelle zeigt, klassifizierten die Case Manager mit 949 Klienten etwas mehr Klienten als CMA als der Definitionsvorschlag (822 Klienten). Die Abweichungen resultieren vor allem daraus, dass die Mitarbeiter nur rund 50 % der von der Definition als Nicht-CMA erfassten Fälle in gleicher Weise einstufen, die andere Hälfte jedoch - im Unterschied zur Definition - als CMA bewerteten.

Ausgehend vom Expertenurteil der Case Manager lassen sich Sensitivität und Spezifität des Definitionsvorschlags errechnen (vgl. AMELANG, ZIELINSKI, 1997). Die Sensitivität, also die von der Definition richtig als CMA erkannten Klienten, beträgt 77,8 %. Die Spezifität (richtig als Nicht-CMA erkannte Fälle) liegt mit 70,5 % etwas niedriger.

Insgesamt werden von beiden Verfahren 59,8 % der Fälle (n = 738) als CMA eingeschätzt (im Folgenden richtig Positive genannt; vgl. dazu auch die Ergebnisse von FLEISCHMANN und WODARZ, bei denen 44 % der Klienten sowohl nach Definition als auch nach klinischem Expertenurteil als CMA eingestuft wurden). Bei 201 Klienten (16,3 %) führten beide Varianten zu einer negativen CMA-Wertung (richtig Negative). Die Übereinstimmungsquote liegt damit bei 76,1 %, die beiden Urteile korrelieren hochsignifikant miteinander ( $\chi^2 = .432$  p < .01). Beide Verfahren führten demnach nur in einem Viertel der Fälle zu unterschiedlichen Resultaten.

Ausgehend von der Mitarbeiter einschätzung teilt der Vergleich der Schätzverfahren die Klienten in vier Gruppen ein: richtig Negative, falsch Positive, falsch Negative und richtig Positive. Diese sollen hinsichtlich bestimmter definitionsrelevanter Merkmale verglichen werden, um Hinweise auf mögliche Gründe für die Abweichungen zu gewinnen. Zunächst wurden für die Gruppen die Anteile ermittelt, die einen Punkt in den vier Kriterienbereichen der Definition erzielten (vgl. Tab. 48).

<sup>40</sup> n = 1.234, das sind die Fälle, bei denen sowohl eine gültige Mitarbeiter einschätzung (ohne „unklare Fälle“) als auch gültige Angaben für die Definitionsvariablen vorlagen.

Tab. 48: Punkterreichung in den Kriterienbereichen nach verschiedenen Klassifikationsverfahren, Angaben in Prozent (n = 1.234)

Punkterreichung in den Kriterienbereichen der Definition	Einschätzung als CMA			
	richtig positiv (sowohl nach MA als auch nach Def. CMA) (n = 738)	falsch positiv (nicht nach MA jedoch nach Def. CMA) (n = 84)	richtig negativ (weder nach MA noch nach Def. CMA) (n = 201)	falsch negativ (nach MA nicht aber nach Def. CMA) (n = 211)
Konsum**	96,3	96,4	55,7	64,9
Behandlungserfahrung**	57,5	32,1	6,0	5,2
gesundheitliche Situation**	94,2	91,7	26,9	34,6
soziale und rechtliche Situation**	97,8	92,9	55,7	75,8

\*\* Gruppenvergleiche in Bezug auf signifikante Unterschiede, vgl. Abb. 17.

Erwartungsgemäß erreichten die von der Definition richtig als CMA eingestuftten Klienten in allen vier Kriterienbereichen am häufigsten einen Punkt, die richtig Negativen deutlich seltener.

Im Kriterienbereich *Konsum* erzielten vor allem die von der Definition als CMA eingestuftten Klienten einen Punkt (jeweils über 95 %). Für die nur von den Case Managern als CMA eingeschätzten Klienten waren dies lediglich etwa zwei Drittel.

Im Bereich *Behandlungserfahrung* erhielten deutlich mehr Klienten einen Punkt, die von der Definition als CMA gewertet wurden. Bei den falsch Positiven war das jeder dritte, bei den falsch Negativen dagegen nur jeder 20. Fall (6,0 %). Dies ist ein erster Hinweis, den Stellenwert der Behandlungserfahrung für die Klassifikation als CMA zu relativieren, umso mehr da sogar bei den durch beide Verfahren als CMA eingeschätzten Klienten nur etwas mehr als die Hälfte die gestellten Bedingungen erfüllten.

Die große Bedeutung des Kriterienbereichs *gesundheitliche Situation* im Definitionsvorschlag spiegelt sich in dem über 90 %-igen Anteil an Klienten, die hier einen Punkt erzielten (bereits eine ärztlich diagnostizierte somatische Erkrankung oder psychische Störung führt zu einem Punkt) wider. Demgegenüber erfüllte nur jeder dritte Klient, der ausschließlich von den Mitarbeitern als CMA eingeschätzt wurde, dieses Kriterium. Es ist davon auszugehen, dass die Mitarbeiter bei der Bewertung dieses Bereichs die genannten Erkrankungen und Störungen einerseits differenzierter betrachteten als die Definition z.B. einem schlechten Zahnstatus weniger Bedeutung beimaßen als einer Hepatitis und andererseits auch die Summe der Erkrankungen und Störungen in ihrem Urteil berücksichtigten. In eine ähnliche Richtung wurde auf der Expertentagung im November 1997 und in der Fachdiskussion argumentiert (z.B. Vortrag von SCHWOON bei den Suchttherapietagen in Hamburg im Mai 1999): Es wurde kritisiert, dass im Definitionsvorschlag sehr verschieden „schwere“ Erkrankungen gleichgewichtig zur Punkterreichung führen können. Außerdem sollte der Schädigung selbst weniger Gewicht beigemessen werden als den daraus resultierenden Funktionsbeeinträchtigungen (vgl. ARBEITSGRUPPE CMA 1999).

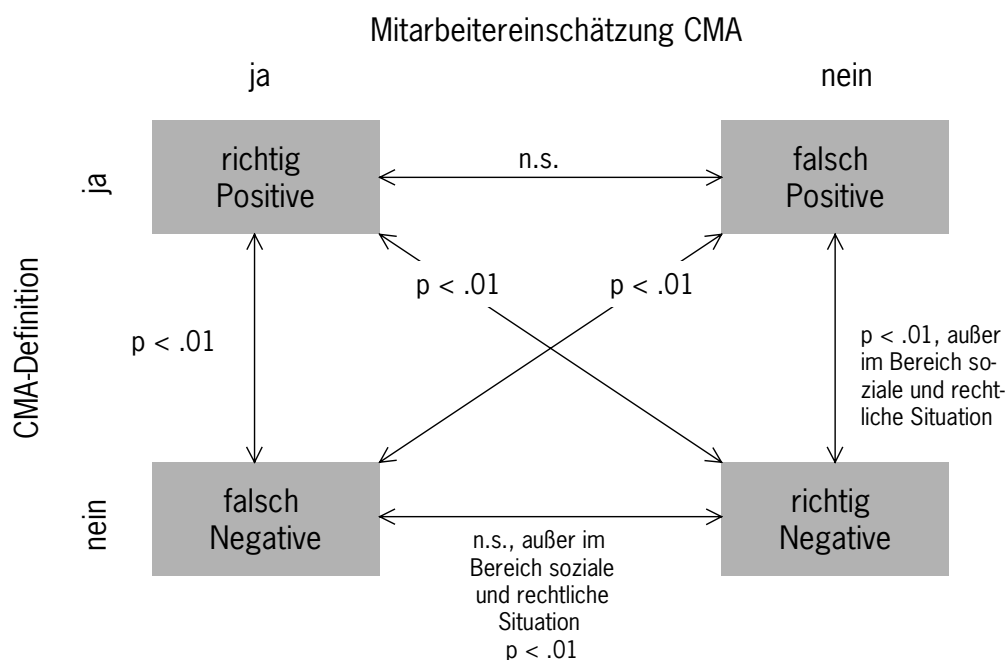
Für den Kriterienbereich *soziale und rechtliche Situation* konnten folgende Ergebnisse beobachtet werden: Über 90 % der Klienten, die nur nach der Definition als CMA eingestuft wurden und fast alle Klienten, die sowohl nach Definition als auch nach Einschätzung der Mitarbeiter als CMA galten, erfüllten die gestellten Bedingungen. Hingegen erzielten nur etwa drei Viertel der Klienten, die nur von den Mitarbeitern als CMA

## FOGS

eingeschätzt wurden, in diesem Bereich einen Punkt. Dies lässt sich möglicherweise auf eine unzureichend trennscharfe Fassung dieses Kriteriums im Definitionsvorschlag zurückführen oder aber erneut auf eine differenziertere Betrachtung der Mitarbeiter, die nur bestimmte Probleme in diesem Bereich oder erst eine Kumulation als „CMA-relevant“ erachteten.

Die Güte der Kriterienbereiche lässt sich anhand eines Vergleichs der Punkterreichung in den Gruppen der richtig bzw. falsch Positiven sowie der richtig bzw. falsch Negativen erkennen. Wäre die Punkterreichung auch für die Mitarbeiter relevant, sollten sich signifikante Unterschiede zwischen diesen Gruppen zeigen. In Abb. 17 sind alle Gruppenvergleiche dargestellt.

Abb. 17: Vergleich der Eingruppierung der Klienten nach Mitarbeiter- und Definitionseinstufung sowie Unterschiede in der Punkterreichung in den Kriterienbereichen



n.s.= nicht signifikant; als signifikant wurden Unterschiede gewertet, wenn Cramers V > .200 war und p < .05 bzw. p < .01.

Die Abbildung zeigt - ausgehend vom Expertenurteil der Mitarbeiter - die Eingruppierung der betreuten Klienten in CMA bzw. Nicht-CMA nach dem Definitionsvorschlag. Außerdem sind auf den Verbindungslinien die Ergebnisse der Vergleiche der Erreichung von Punkten in den vier Kriterienbereichen ausgewiesen (vgl. auch Tab. 48). Daraus wird ersichtlich, dass die Klienten der richtig bzw. falsch positiven Gruppen zu vergleichbaren Anteilen einen Punkt in allen Kriterienbereichen erreichten (keine signifikanten Unterschiede). Bei den richtig bzw. falsch negativ eingestuften Klienten gab es nur im Kriterienbereich soziale und rechtliche Situation signifikante Gruppenunterschiede. Dies deutet darauf hin, dass die Punkterreichung in allen Kriterienbereichen für die Mitarbeiterereinschätzung CMA keine große Rolle spielte.

Im Folgenden soll nun untersucht werden, welche Klientenmerkmale die Mitarbeiter in besonderem Maß bewegten, einen Klienten als CMA einzuschätzen. Dazu sollen vor allem die beiden strittigen Gruppen, also die falsch negativ und die falsch positiv eingestuften Klienten verglichen und hinsichtlich der Merkmale beschrieben werden, die zu signifikanten (und praktisch bedeutsamen) Unterschieden führten (vgl. ausführlich Anhang, Tab. 64).

Falsch Negative - also nur von den Mitarbeitern, nicht aber von der Definition als CMA erkannten Klienten, zeichnen sich im Vergleich zu den falsch Positiven (nur von der Definition, aber nicht von den Mitarbeitern als CMA eingestufte Klienten) durch folgende Merkmale aus<sup>41</sup>:

<sup>41</sup> Die statistische Überprüfung führte zu signifikanten Unterschieden.

- ❑ im Mittel vier Jahre älter ( $p < .05$ )
- ❑ zu einem deutlich höheren Anteil alkoholabhängig ( $p < .01$ )
- ❑ länger abhängig ( $p < .01$ )
- ❑ geringere Anzahl an Entwöhnungsbehandlungen ( $p < .01$ )
- ❑ seltener ärztliche Diagnosen zu somatischen Erkrankungen oder psychischen Störungen, zu geringeren Anteilen gleichzeitig nach ärztlicher Diagnose somatisch und psychisch erkrankt (die durchschnittliche Zahl der diagnostizierten und von den Mitarbeitern vermuteten Erkrankungen ist in beiden Gruppen etwa gleich groß;  $p$  jeweils  $< .01$ ).

Nach den Einschätzungen (vgl. Anhang, Tab. 65) der Mitarbeiter hatten sie:

- ❑ einen schlechteren körperlichen, psychischen und Allgemeinzustand ( $p < .01$ )
- ❑ ein kritischeres Konsumverhalten ( $p < .01$ )
- ❑ mehr Probleme im Bereich Freunde, Bekannte, weiteres soziales Umfeld ( $p < .01$ )
- ❑ eine schlechtere Wohnsituation ( $p < .01$ )
- ❑ eine schlechtere Ausbildung bzw. Arbeitssituation ( $p < .01$ )
- ❑ mehr Probleme bei der Freizeitgestaltung ( $p < .01$ ).

Insgesamt zeigt der Vergleich der falsch Negativen mit den falsch Positiven, dass die Mitarbeiter die als CMA eingestuften Klienten als somatisch und psychisch belasteter einschätzten und zudem einen schlechteren Allgemeinzustand wahrnahmen. Diese Einschätzung kontrastierte mit der vergleichsweise geringen Zahl *diagnostizierter* Erkrankungen und Störungen. Dies deutet darauf hin, dass es Klienten gibt, die somatische bzw. psychische Probleme haben, deswegen aber nicht behandelt werden bzw. keine Hilfen in Anspruch nehmen.

Außerdem weisen die nur von den Mitarbeitern als CMA eingestuften Klienten ein langjährigere, kritischeres Konsumverhalten auf als die nur vom Definitionsvorschlag als CMA eingestuften Klienten, und sie hatten mehr Probleme im sozialen und materiellen Bereich.

Die Case Manager wandten für die Betreuung der falsch positiven und der falsch negativen Klienten (signifikant) weniger Zeit auf als für die nach beiden Verfahren als CMA klassifizierten Klienten (vgl. Anhang, Tab. 66). Weitere Analysen zeigten keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden falsch eingestuften Gruppen.

### 7.3.2 Diskriminanzanalysen

In diesem Abschnitt soll der Frage nachgegangen werden, von welchen Angaben sich die Mitarbeiter - im Vergleich zum Definitionsvorschlag - bei ihrer Beurteilung eines Klienten als CMA leiten lassen. Dabei spielt der Erklärungswert einer Variable zur Vorhersage der Mitarbeiterereinschätzung eine zentrale Rolle.

Um die Qualität der Vorhersagekraft der Definitionskriterien und der definitionsrelevanten Items festzustellen, wurden zwei Varianten von Diskriminanzanalysen berechnet. In der ersten wurde versucht, die Einstufung eines Klienten auf Basis des Definitionsvorschlags vorherzusagen. In der zweiten Variante war die Mitarbeiterereinschätzung

als CMA und Nicht-CMA die abhängige Variable. In beiden Analysen wurden zunächst die Punkterreichung in den vier Kriterien (als dichotome Variable) als unabhängige Variablen einbezogen, dann alle Items, die zur Klassifizierung der Klienten nach dem Definitionsvorschlag notwendig sind.

Die schrittweise Diskriminanzanalyse bezieht dabei nur diejenigen unabhängigen Variablen ein, die signifikant zur Verbesserung der Diskriminanz zwischen den Ausprägungen der abhängigen Variablen beitragen. Im ersten Schritt wird folglich die Variable ausgewählt, die den größten „Vorhersagewert“ für die Einstufung in die Gruppe der CMA bzw. Nicht-CMA hat. Weitere unabhängige Variablen werden in den nachfolgenden Schritten nur berücksichtigt, wenn diese den Vorhersagewert<sup>42</sup> signifikant verbessern. Dementsprechend gibt der Schritt, in dem eine Variable in die Analyse aufgenommen wird, Auskunft über ihre Bedeutung zur Vorhersage der Gruppenzugehörigkeit eines Klienten.

### 7.3.2.1 Diskriminanzanalysen mit der Punkterreichung in den vier Kriterienbereichen

In der nachfolgenden Tabelle ist zunächst das Ergebnis für die Vorhersage anhand der Punkterreichung in den vier Kriterienbereichen dargestellt (vgl. Tab. 49).

Tab. 49: Schrittweise Einbeziehung von Kriterienbereichen (Punkterreichung) in die Diskriminanzanalyse

CMA nach Definitionsvorschlag* (n = 1.618)		Analyse schritt	CMA nach Mitarbeiterereinschätzung** (n = 1.234)	
Wilks-Lambda	Punkterreichung im Bereich		Punkterreichung im Bereich	Wilks-Lambda
0,586	Gesundheit	1	Gesundheit	0,890
0,451	Konsum	2	soziale und rechtliche Situation	0,807
0,341	Behandlungserfahrung	3	Behandlungserfahrung	0,775
0,270	soziale und rechtliche Situation	4	Konsum	0,755

\* 100,0 % der ursprünglich gruppierten Fälle wurden korrekt klassifiziert.

\*\* 81,3 % der ursprünglich gruppierten Fälle wurden korrekt klassifiziert (Die zum Gesamt N von 1.618 fehlenden Fälle wurden von den Case Manager in bezug auf die CMA-Einschätzung als unklar eingestuft).

Nach Definitionsvorschlag wurde die korrekte Einstufung in die Gruppe der CMA vor allem von einer Punkterreichung im Bereich Gesundheit (Schritt 1) beeinflusst, gefolgt von einem Punkt in den Bereichen Konsum (Schritt 2) und Behandlungserfahrung (Schritt 3). Der sozialen und rechtlichen Situation kommt im Unterschied dazu eine geringere Bedeutung für die Vorhersage zu. Mit diesem gestuften Verfahren konnten erwartungsgemäß alle Fälle korrekt in die Gruppe der CMA bzw. Nicht-CMA eingeordnet werden, da sie die Grundlage für die Ausprägung der Variable CMA nach Definitionsvorschlag darstellten.

Die Analyse des Stellenwerts der Definitionskriterien für die Klassifizierung der Klienten nach Mitarbeiterereinschätzung gibt erste Hinweise auf die Bereiche, die die Mitarbeiter möglicherweise stärker berücksichtigt haben. Demnach ist die Vorhersagekraft

<sup>42</sup> Als Gütemaß wird Wilks' Lambda verwendet, das sich als Quotient aus der nicht erklärten Streuung/Gesamtstreuung ergibt (vgl. BACKHAUS u.a. 1996, S. 118).

der gesundheitlichen Situation am höchsten, gefolgt von einer Punkterreichung im Bereich soziale und rechtliche Situation. Den Kriterienbereichen Behandlungserfahrung und Konsum kommt demgegenüber eine geringere Bedeutung zu. Immerhin konnte mit Kenntnis der Variablen des Definitionsvorschlags die Gruppenzugehörigkeit nach Mitarbeiter einschätzung in 81,3 % der Fälle richtig vorhergesagt werden.

Davon leicht abweichende Ergebnisse können festgestellt werden, wenn die Vorhersagekraft der Kriterienbereiche für bestimmte Subgruppen - alkohol- und drogenabhängige Männer und Frauen - untersucht werden (vgl. Anhang, Tab. 67), wobei die Unterschiede in der Varianzklärung z.T. sehr klein sind.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Case Manager bei der Einstufung alkoholabhängiger (im Unterschied zu drogenabhängigen) Frauen den Behandlungsvorerfahrungen nur wenig Bedeutung zumaßen, obwohl beide Gruppen in Bezug auf Art und Umfang vergleichbare Behandlungen in Anspruch nahmen (lediglich der Mittelwert der Zahl der Entgiftungsbehandlungen lag unter dem der alkoholabhängigen Männer [3,5 zu 4,8]). Konsumbezogene Aspekte spielten bei beiden Subgruppen eine untergeordnete Rolle. Offenbar konzentrierten sich die Case Manager bei der Klassifizierung weiblicher Klienten vor allem auf deren gesundheitliche, soziale und rechtliche Situation, nur bei den drogenabhängigen Frauen wurden auch Behandlungsaspekte berücksichtigt.

#### 7.3.2.2 Diskriminanzanalysen mit definitionsrelevanten Einzelitems

Um detailliertere Aussagen darüber zu erhalten, was die Mitarbeiter hauptsächlich dazu bewegte, einen Klienten als CMA zu beurteilen, wurden zunächst für die Gesamtgruppe, dann für die vier Subgruppen Diskriminanzanalysen mit den definitionsrelevanten Einzelitems<sup>43</sup> berechnet. Die Variablen für den Kriterienbereich Konsum wurden dabei in der jeweils für Alkohol- bzw. Drogenabhängige geltenden Form verwendet. Nachfolgend werden Einzelergebnisse dargestellt.

---

<sup>43</sup> Im Bereich gesundheitliche Situation wurden nur die dichotomisierten Summenvariablen, getrennt nach somatischen Erkrankungen und psychischen Störungen, aufgenommen.

Tab. 50: Schrittweise Einbeziehung von definitionsrelevanten Einzelitems in die Diskriminanzanalyse

CMA nach Definitionsvorschlag* (n = 1.618)		Analyse schritt	CMA nach Mitarbeitereinschätzung** (n = 1.234)	
Wilks-Lambda	Variablen		Variablen	Wilks-Lambda
0,702	mind. eine somatische Erkrankung	1	mind. 2 Jahre überwiegend suchtbezogene Kontakte	0,900
0,548	Punkterreichung im Bereich Konsum	2	mind. eine somatische Erkrankung	0,825
0,485	mind. 5 stationäre Entgiftungsbehandlungen bei Alkoholabhängigen	3	mind. 5 stationäre Entgiftungsbehandlungen bei Alkoholabhängigen	0,792
0,455	mind. 2 Jahre überwiegend suchtbezogene Kontakte	4	seit mind. 2 Jahren dauerhaft oder wiederholt wohnungslos	0,774
0,427	mind. eine psychische Störung	5	Punkterreichung im Bereich Konsum	0,759
0,417	mind. 2 stationäre Entwöhnungsbehandlungen bei Alkoholabhängigen	6	mind. eine psychische Störung	0,746
0,408	alleinstehend und seit mind. 2 Jahren ohne Partnerschaft	7	mind. 2 stationäre Entwöhnungsbehandlungen bei Alkoholabhängigen	0,735
0,402	seit mind. 2 Jahren unregelmäßige Einkünfte	8	seit mind. 2 Jahren unregelmäßige Einkünfte	0,729
0,397	mind. 2 ambulante Suchtbehandlungen bei Alkoholabhängigen	9	alleinstehend und seit mind. 2 Jahren ohne Partnerschaft	0,724
0,396	mind. 5 Verurteilungen	10	mind. 24 Monate inhaftiert	0,721

\* 90,9 % der ursprünglich gruppierten Fälle wurden korrekt klassifiziert.

\*\* 82,8 % der ursprünglich gruppierten Fälle wurden korrekt klassifiziert.

Bereits die Analyse der Gesamtgruppe ergibt ein genaueres Bild: Während zur Vorhersage der Ergebnisse des Definitionsvorschlags dem Item „mindestens eine ärztlich diagnostizierte somatische Erkrankung“ der größte Stellenwert zukommt, steht zur Prognose der Mitarbeitereinschätzung das Item „seit mindestens zwei Jahren überwiegend suchtbezogene Kontakte“ an erster Stelle. Das Konsumverhalten wird von den Mitarbeitern in seiner Bedeutung etwas geringer eingeschätzt (2 zu 5), ebenfalls das Item „alleinstehend“ (7 zu 9). Wenn Behandlungserfahrungen berücksichtigt werden, dann nur für die Gruppe der Alkoholabhängigen. Bei der Klassifizierung der Klienten durch die Mitarbeiter spielen vor allem zwei auf die soziale Situation der Klienten bezogene Items im Vergleich zur Definition eine größere Rolle:

- seit mindestens zwei Jahren überwiegend suchtbezogene Kontakte (Schritt eins vs. Schritt vier)
- seit mindestens zwei Jahren dauerhaft oder wiederholt unsichere Wohnsituation oder Wohnungslosigkeit (Schritt vier vs. nicht einbezogen).

Durch die in beiden Analysen jeweils einbezogenen zehn Variablen ließen sich in Bezug auf den Definitionsvorschlag 90,9 % und nach Mitarbeitereinschätzung 82,2 % der Klienten korrekt klassifizieren.

Außerdem wurde untersucht, ob der Vorhersagewert für die Mitarbeiter einschätzung für die vier o.g. Subgruppen von Klienten variierte. Die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen (vgl. ausführlicher Anhang, Tab. 68). Wichtig war für die Mitarbeiter in allen Gruppen

- die *gesundheitliche Situation* der Klienten (Schritt 1 – 3)
- das Item *seit mindestens zwei Jahren überwiegend suchtbezogene Kontakte* (außer in der Gruppe drogenabhängiger Frauen)
- die Zahl der somatischen Erkrankungen.

Nur für einzelne Gruppen waren folgende Items relevant:

- die Items zur *strafrechtlichen Belastung* (strafrechtliche Belastung spielt nur bei Drogenabhängigen [„mindestens fünf Verurteilungen“] und den alkoholabhängigen Frauen [„mind. 24 Monate in Haft“] eine Rolle)
- die Punkterreichung im Bereich *Konsum* hat für die Mitarbeiter nur bei den Alkoholabhängigen Bedeutung
- die Wohnsituation und die psychische Gesundheit werden nur für die Vorhersage von Alkoholabhängigen notwendig
- bei Alkoholikerinnen ist der Stellenwert psychischer Störungen größer als der somatischer Erkrankungen
- Behandlungserfahrung spielt bei alkoholabhängigen Frauen keine Rolle, in den anderen drei Gruppen wird jeweils ein behandlungsbezogenes Item einbezogen
- Konsumverhalten wird nur zur Vorhersage der beiden Männergruppen benötigt.

Insgesamt kann hinsichtlich der Subgruppenvergleiche festgestellt werden, dass die Case Manager für die CMA-Einstufung vor allem die gesundheitliche und soziale Situation ihrer Klienten sowie deren suchtbezogenes soziales Umfeld berücksichtigten.

### 7.3.3 Reduktion definitionsrelevanter Variablen - Faktorenanalyse

Faktorenanalysen dienen der Reduktion vielfältiger Informationen (Variablen) auf wesentliche charakteristische Dimensionen. Sie untersuchen die Art und Weise, wie eine Vielzahl von Variablen miteinander in Zusammenhang stehen, und können damit als ein struktur-entdeckendes Verfahren bezeichnet werden (vgl. BROSIUS 1998). Ziel ist es, herauszufinden, ob hinter den Einzelinformationen eine oder mehrere Variablen stehen, die als komplexes Konstrukt (z.B. Kriterienbereiche für die Eingrenzung der Zielgruppe) angesehen werden können.

Deshalb soll das vorliegende Datenmaterial mit Hilfe einer Hauptkomponentenanalyse<sup>44</sup> in inhaltlich zusammengehörige Bereiche gegliedert werden. Aufgrund theoretischer

---

<sup>44</sup> Die Hauptkomponentenanalyse nimmt an, dass die Varianz einer Variable vollständig erklärt werden kann. Ziel der Hauptkomponentenanalyse ist es, die Datenstruktur des Ausgangsdatensatzes durch möglichst wenige Faktoren zu reproduzieren (vgl. BACKHAUS u.a. 1996).

scher Vorüberlegungen und ausführlicher vorbereitender Datenanalysen<sup>45</sup> wurden in die Berechnungen Items aus folgenden Bereichen aufgenommen:

- Konsumverhalten
  - bei Alkoholabhängigen: in den letzten zwölf Monaten regelmäßige, d.h. mindestens einmal im Monat, Trinkexzesse oder Spiegeltrinken
  - bei Opiatabhängigen: aktuell, d.h. in den letzten vier Wochen und rückblickend mindestens fünf Jahre, regelmäßiger Gebrauch von Opiaten
- Behandlungserfahrung
  - Zahl der bisherigen stationären Entgiftungsbehandlungen
  - Zahl der bisherigen stationären Entwöhnungsbehandlungen
- gesundheitliche Situation
  - Zahl der ärztlich diagnostizierten somatischen Erkrankungen
  - Zahl der ärztlich diagnostizierten psychischen Störungen
- soziale und rechtliche Situation
  - Lebensunterhalt: seit mindestens zwei Jahren dauerhaft bzw. wiederholt unregelmäßige Einkünfte, Prostitution, Beschaffungskriminalität, Sozialhilfebezug oder Erwerbsunfähigkeit
  - sozialer Nahbereich: seit mindestens zwei Jahren überwiegend ohne feste Partnerbeziehung bzw. seit mindestens zwei Jahren überwiegend suchtbezogene Kontakte
  - Wohnen: seit mindestens zwei Jahren dauerhaft bzw. wiederholt wohnungslos, in institutionellen Wohnformen untergebracht bzw. sehr verwehrlose Wohnsituation (im Folgenden Wohnsituation genannt)
  - justitielle Belastung: Anzahl der Haftmonate (kumuliert) bzw. Zahl der Verurteilungen (bezogen auf die gesamte Lebenszeit).

Für die Einzelitems wurde (möglichst) das höchste Skalenniveau gewählt (z.B. gingen in die Analysen die Zahl der Erkrankungen, die tatsächliche Anzahl der Behandlungen und nicht die für die Definition verwendete dichotomisierte Form dieser Variablen ein). Da das Konstrukt chronisch mehrfachbeeinträchtigt abhängig unabhängig vom Hauptsuchtmittel Gültigkeit besitzen sollte, wurde die Faktorenanalyse zunächst für alle Klienten berechnet.<sup>46</sup>

Um möglichst viele Klienten in die Berechnungen einbeziehen zu können und so die Varianz in einigen Variablen zu erhöhen, wurden auch die Fälle hinzugenommen, die nach ICD-10 kein Abhängigkeitssyndrom aufwiesen (55 Personen, 3,4 %), obgleich das Vorliegen eines Abhängigkeitssyndroms im Definitionsvorschlag die Voraussetzung für

---

<sup>45</sup> Ausgeschlossen wurden z.B. Variablen, die keine Varianz aufwiesen (z.B. Abhängigkeitssyndrom oder Arbeitslosigkeit), da sie für die Faktorenanalyse ungeeignet waren. Außerdem wurden Variablen ausgeschlossen, die aufgrund einer großen Zahl fehlender Werte die Fallzahl für die Faktorenanalyse extrem reduzierten. Schließlich ist auf den Ausschluss von Variablen hinzuweisen, die Faktoren produzierten, die inhaltlich nicht interpretierbar waren.

<sup>46</sup> Um ein Maximum an Information auszuschöpfen, wurde der paarweise Ausschluss fehlender Fälle gewählt. Zur Überprüfung der Ergebnisse wurden auch Faktorenanalysen mit listenweisem Ausschluss von missing values berechnet, die aber keine Unterschiede in der Struktur und der Ladung der Hauptkomponenten lieferten.

eine Klassifizierung als CMA darstellt. Die Abhängigkeitsdiagnose selbst wurde nicht in die Analyse aufgenommen.

Im Kriterienbereich der Behandlungserfahrungen sind stationäre Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlungen in die Analyse eingegangen, während auf die Items „Substitutionsbehandlung“ und „ambulante Suchtbehandlung“ verzichtet wurde, da hier zu viele fehlende Angaben den Datenpool zu stark reduziert hätten. Im Bereich Konsum wurden jeweils die Variablen ausgewählt, die für Abhängigkeit von illegalen bzw. legalen Suchtmitteln im Sinne der Definition zu einer Punkterreichung führten.

### 7.3.3.1 Ergebnisse der Faktorenanalyse

Mit den definitionsrelevanten Items wurde eine Hauptkomponentenanalyse unter Anwendung des Kaiser-Kriteriums (Eigenwert  $> 1.0$ ) durchgeführt. Dabei sollte die Korrelation der Einzelitems mit ihrem zugrundeliegenden Faktor möglichst hoch und die Korrelationen zwischen den Faktoren möglichst gering sein.<sup>47</sup> Der Eigenwert eines Faktors gibt an, welchen Beitrag die Komponente zur Erklärung der Gesamtvarianz aller einbezogenen Variablen leistet. Die Anwendung des Kaiser-Kriteriums ergibt eine dreifaktorielle Lösung (vgl. Anhang, Tab. 70).

Gut die Hälfte der Gesamtvarianz (52,0 %) wird von den ersten drei ermittelten Komponenten erklärt, wobei der Beitrag der ersten Komponente bereits fast ein Viertel umfasst. Der Erklärungswert der Komponenten zwei und drei ist zwar deutlich geringer, beträgt jedoch immerhin noch 15,2 % bzw. 12,6 %.

Nach der Varimax-Rotation ergaben sich für die dreifaktorielle Lösung die in nachstehender Tabelle aufgeführten Ladungen der Einzelitems auf die drei Hauptkomponenten.

---

<sup>47</sup> Die Übersicht der Korrelationen zwischen den Einzelitems sind dem Anhang, Tab. 69 zu entnehmen.

Tab. 51: Varimaxrotierte Drei-Faktoren-Lösung der Definitionsvariablen 2001 (n = 1.120 - 1.618)<sup>48</sup>

Einzelvariablen	Faktorladungen*		
	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
Beitrag zur Erklärung der Gesamtvarianz	24,2 %	15,2 %	12,6 %
Punkterreichung im Bereich Konsum			0,474
Anzahl stationärer Entgiftungsbehandlungen		0,751	
Anzahl stationärer Entwöhnungsbehandlungen		0,820	
Anzahl (ärztlich diagnostizierter) somatischer Erkrankungen			0,725
Anzahl (ärztlich diagnostizierter) psychischer Störungen			0,756
Lebensunterhalt	0,736		
Wohnen	0,669		
überwiegend suchtbetogene Kontakte	0,628		
justitielle Belastung	0,544	0,366	

\* Faktorladungen unter 0,3 sind zur besseren Lesbarkeit nicht aufgeführt.

Auf die Komponente oder den *Faktor 1* laden vier Einzelitems, die sich auf die soziale bzw. materielle Situation und die strafrechtliche Belastung der Klienten beziehen.<sup>49</sup> Im Folgenden wird der Faktor 1 „*soziale Situation*“ genannt.

Der Faktor 2 wird vor allem durch die beiden Items gebildet, die Behandlungsvorerfahrungen der Klienten im Bereich stationär durchgeführter Entgiftungen und Entwöhnungen erfassen. Des weiteren lädt das Item justitielle Belastung positiv auf diesen Faktor. Daher soll dieser Faktor als „*Behandlungsmaßnahmen*“ bezeichnet werden.<sup>50</sup>

Der Faktor 3 wird von der Zahl der ärztlich diagnostizierten somatischen Erkrankungen und psychischen Störungen sowie einem kritischen Konsumverhalten der Klienten bestimmt.<sup>51</sup> Der Faktor heißt deshalb im Folgenden „*Gesundheit und Konsum*“.

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass die im Rahmen der Faktorenanalyse einbezogenen Einzelvariablen auf drei Komponenten zurückzuführen sind, die - mit verschiedenen Anteilen - einen Großteil der Gesamtvarianz der Daten erklären. Daran gemessen kann der Faktor „*soziale Situation*“ als der bedeutsamste angesehen werden. Alle drei Faktoren korrelieren signifikant mit der Mitarbeiterereinschätzung CMA (Faktor 1:  $r = .30$ ,  $p < .01$ ; Faktor 3  $r = .32$ ,  $p < .01$ ), jedoch Faktor 2 „*Behandlungsmaßnahme*“ in deutlich geringerem Umfang ( $r = .21$ ,  $p < .01$ ; vgl. Anhang, Tab. 71), was die geringe Bedeutung dieses Aspekts für die Mitarbeiter widerspiegelt.

<sup>48</sup> Bei Faktorenanalysen liegt es im Ermessen des Forschers, ab welcher Höhe Ladungen (bzw. Korrelationen) der Einzelitems auf die Hintergrundvariablen als bedeutsam angesehen werden. Da es sich im Rahmen dieses Projekts um explorative und strukturentdeckende Fragestellungen geht wurden Ladungen (= Korrelationen des Items mit dem Faktor) ab 0.300 als berichtenswert erachtet.

<sup>49</sup> Er korreliert signifikant mit dem vierten Bereich des Definitionsvorschlags „soziale Situation“ ( $r = .46$ ,  $p < .01$ ) sowie mit dem Kriterienbereich „Konsum“ ( $r = .26$ ,  $p < .01$ ). Die vollständige Korrelationsmatrix befindet sich im Anhang, Tab. 70.

<sup>50</sup> Diese Komponente korreliert erwartungsgemäß mit dem Kriterienbereich Behandlungserfahrung des Definitionsvorschlags ( $r = .65$ ,  $p < .01$ ).

<sup>51</sup> Korrelationen dieses Faktors sind signifikant mit Punkterreichungen im Bereich Konsum ( $r = .45$ ,  $p < .01$ ) und - wie zu erwarten noch deutlicher - mit dem Kriterienbereich gesundheitliche Beeinträchtigung ( $r = .54$ ,  $p < .01$ ).

Darüber hinaus wurden vertiefende Subgruppen-Analysen im Hinblick auf Geschlecht und Hauptsuchtmittel der Klienten durchgeführt. Wie für die Gesamtgruppe lieferten auch die nach *Geschlecht* differenzierten Faktorenanalysen drei Hauptkomponenten, die bei den Männern 52,5 % und bei den Frauen 53,8 % der Gesamtvarianz erklären. Faktor 1 beschreibt die „*soziale Situation*“, Faktor 2 die „*Behandlungsmaßnahmen*“ incl. Inhaftierungen und Faktor 3 „*Gesundheit und Konsum*“ der Klienten. Es zeigen sich allerdings geschlechtsspezifische Abweichungen bei der Ladung der Items zu Konsum und justitieller Belastung (vgl. Anhang, Tab. 72).

Aus den beobachteten Abweichungen lässt sich vermuten, dass bei den *Männern* das Konsumverhalten in engem Zusammenhang sowohl mit der sozialen Desintegration, als auch mit gesundheitlichen Problemen steht, während es bei den *Frauen* vor allem in Verbindung mit den gesundheitlichen Problemen zu sehen ist.

Auch die Analysen für *Alkohol- und Drogenabhängige* lieferten im Ergebnis jeweils drei Hauptkomponenten, mit Anteilen der erklärten Gesamtvarianz von jeweils 51,7 %. Die Reihenfolge, in der die Faktoren extrahiert werden, entspricht der Gesamtgruppe aller Klienten (vgl. Anhang, Tab. 73).

Bei den *Alkoholabhängigen* beschreibt Faktor 1 die „*soziale Situation*“ der Klienten, wobei hier - wahrscheinlich durch den hohen Anteil der Männer - auch das Konsumverhalten einbezogen wird. Faktor 2 wird wiederum zu einem Faktor „*Behandlungsmaßnahmen*“, auf den hier neben der Behandlungserfahrung auch die justitielle Situation lädt. Faktor 3 umschreibt - wie in der Gesamtgruppe - „*Gesundheit und Konsum*“.

Anders stellt sich die Situation bei den *Drogenabhängigen* dar: Zunächst fehlt bei der Hauptkomponente „*soziale Situation*“ die Korrelation mit dem Item justitielle Belastung. Der zweite Faktor bezieht nicht nur die Behandlungserfahrung und die rechtliche Situation mit ein, sondern - wenn auch in geringerem Umfang - das Konsumverhalten. Faktor 3 lässt sich bei den Drogenabhängigen dann wieder mit „*Gesundheit und Konsum*“ umschreiben, wobei aber auch die justitiellen Probleme der Klienten eine Rolle spielen. Diese Ergebnisse überraschen aufgrund der Illegalität des Suchtmittels und des deutlich ausgebauteren Versorgungssystems für Drogenabhängige nicht.

Bei der Bewertung der Unterschiede im Hinblick auf das Hauptsuchtmittel ist zu berücksichtigen, dass diese z.T. (z.B. was das Item Konsumverhalten angeht) auf geschlechtsspezifische Unterschiede zurückgeführt werden können. Gleichzeitig muss festgehalten werden, dass es leichte Unterschiede zwischen *Alkohol- und Drogenabhängigen* gibt, z.B. die Ladung des Items Konsumverhalten auf den Faktor „*Behandlungsmaßnahmen*“, wobei diese Korrelation gering ist ( $r = 0.319$ ). Ähnliches gilt für die Höhe der Ladung des Items justitielle Belastung auf den Faktor „*Gesundheit und Konsum*“ ( $r = 0.368$ ) sowie die Korrelation zwischen der Anzahl schwerer somatischer Erkrankungen und dem Faktor „*soziale Situation*“ bei Drogenabhängigen ( $r = 0.379$ ).<sup>52</sup>

### 7.3.4 Clusteranalyse

Ausgehend von den Faktorenanalysen soll in diesem Abschnitt der Frage nachgegangen werden, ob sich die dichotome Gruppenbildung der Klienten in CMA und Nicht-CMA - wie sie der Definitionsvorschlag vorsieht - in der im Modellprogramm betreuten

---

<sup>52</sup> Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich im Vergleich zu den übrigen Items um relativ geringe Korrelationen mit dem jeweiligen Faktor handelt (vgl. auch Fußnote 48).

Gruppe von Klienten empirisch nachweisen lässt. Dazu wurde mit den Daten von 861 Klienten, für die die drei oben beschriebenen Faktorwerte ermittelt wurden, Clusteranalysen durchgeführt<sup>53</sup>. Es wurden mehrere Lösungen berechnet und eine gut interpretierbare Aufteilung der Klienten in vier Gruppen ausgewählt. Auf diese Lösung beziehen sich die folgenden Beschreibungen.

Die Clusteranalyse teilt die Klienten in vier Gruppen, von denen die größte 472 Klienten, die kleinste 74 Personen umfasst. Sie haben klar unterscheidbare Mittelwerte auf den drei Faktoren, wie aus Tab. 52 hervorgeht.

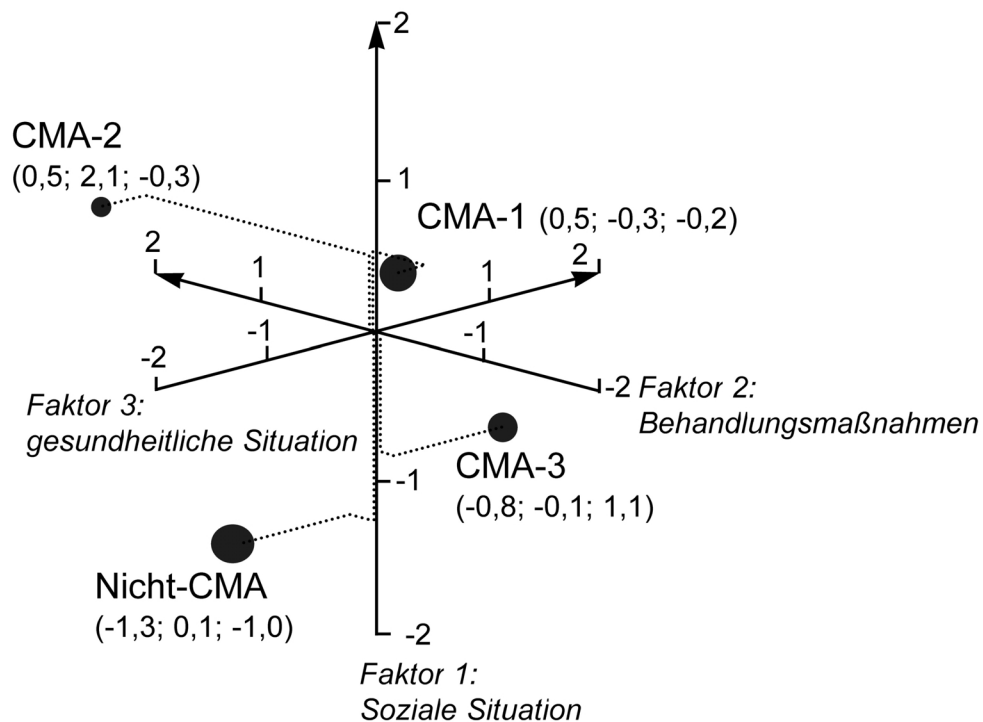
Tab. 52 Faktormittelwerte und Standardabweichung der vier ermittelten Gruppen (n = 861)

	Faktorwerte Soziale Situation		Faktorwerte Inanspruchnahme von Hilfen		Faktorwerte Gesundheit und Konsum		
	Ø	s	Ø	s	Ø	s	
1 Nicht-CMA (n = 104)	-1,28	0,44	0,12	0,69	-1,00	0,58	
2 jüngere sozial Desintegrierte Klienten (CMA-1) (n = 472)	0,54	0,70	-0,32	0,59	-0,22	0,71	
3 sozial desintegrierte Klienten mit Behandlungserfahrung (CMA-2) (n = 74)	0,50	0,76	2,05	0,99	-0,30	0,67	
4 ältere, kranke Klienten (CMA-3) (n = 211)	-0,76	0,74	-0,05	1,05	1,09	0,89	
GESAMT	Ø	0	1	0	1	0	1

*Gruppe 1* hat deutlich unterdurchschnittliche soziale und gesundheitliche Belastungen und nur durchschnittliche Behandlungserfahrung; sie wird daher als *Nicht-CMA* bezeichnet. *Gruppe 2* zeichnet sich durch eine problematische soziale Situation aus und hat durchschnittliche Werte in den beiden übrigen Faktoren und wird *jüngere sozial Desintegrierte* genannt. *Gruppe 3* hat eine Vielzahl von stationären Maßnahmen in Anspruch genommen, ist sozial hoch belastet, aber weniger schwer erkrankt. Diese kann als *sozial desintegriert und behandlungserfahren* charakterisiert werden. *Gruppe 4* fällt durch den höchsten Mittelwert im Bereich „*Gesundheit und Konsum*“ auf, ihre Behandlungserfahrung ist durchschnittlich, ihre soziale Situation ist im Vergleich mit den anderen Gruppen etwas besser, weshalb sie als *„ältere, kranke Klienten“* bezeichnet wird. Die folgende Abb. 18 stellt die Cluster in einem Raum dar, der durch die drei Faktoren aufgespannt wird:

<sup>53</sup> Diese wertet grundsätzlich zu Beginn jeden Fall (Klienten) als ein eigenes Cluster und fasst am Ende alle Fälle in einem Cluster zusammen. Als Methode wurde das Ward-Verfahren, als Distanzmaß die quadrierte euklidische Distanz gewählt.

Abb. 18: Relative Position der Clustergruppen im Raum der Faktoren (n = 861)



CMA-1: jüngere sozial desintegrierte Klienten  
 CMA-2: sozial desintegrierte Klienten mit Behandlungserfahrung  
 CMA-3: ältere, kranke Klienten

In der Abbildung wird der Beeinträchtigungsraum, den die drei extrahierten Faktoren „Soziale Situation“, „Behandlungsmaßnahmen“ sowie die „gesundheitlichen Situation“ aufspannen, dargestellt. Die Punkte zeigen die Gruppenmittelwerte der einzelnen Cluster und ihre relative Position zueinander: So befinden sich z.B. im linken unteren Quadranten die als Nicht-CMA bezeichneten Klienten. Klienten des Clusters CMA-1 haben relativ unterdurchschnittliche Werte auf den Faktoren „Behandlungsmaßnahmen“ und „Gesundheit und Konsum“, aber überdurchschnittliche Werte im Bereich soziale Situation. Sie finden sich im vorderen oberen Quadranten.

Zu berücksichtigen ist, dass die Werte für einzelne Klienten stark um diese Gruppenmittelwerte streuen, also die Übergänge zwischen den einzelnen Clustergruppen fließend sind. D.h. Klienten können bereits durch eine Veränderung in einem Beeinträchtigungsbereich in eine andere Gruppe gelangen.

Um die Cluster detaillierter zu beschreiben, wurden ausgewählte soziodemographische, soziale, sucht- und behandlungsspezifische, gesundheits- sowie leistungsbezogene Merkmale ermittelt und auf signifikante Unterschiede hin überprüft. Detailliertere Angaben können Anhang, Tabellen 74, 75, 76 und 77 entnommen werden. Abb. 19 beschreibt die jeweilige Gruppe hinsichtlich wesentlicher Merkmale.

Abb. 19: Kurzbeschreibung der Klienten der einzelnen Cluster-Gruppen

Nicht-CMA (n = 104)	CMA-1 jüngere sozial Desintegrierte (n = 472)	CMA-2 sozial Desintegrierte mit Behandlungserfahrung (n = 74)	CMA-3 ältere, kranke Klienten (n = 211)
<p>Im Vergleich am wenigsten beeinträchtigte Gruppe, ca. 75 % von legalen Suchtmitteln abhängig. Abhängigkeitsdauer im Durchschnitt 14 Jahre.</p> <p>Materiell und hinsichtlich ihrer Wohnsituation noch relativ gut abgesicherte Klienten, die gleichwohl bereits zu etwa einem Drittel (29 %) überwiegend suchtbezogene Kontakte hatten, bereits über einige Behandlungserfahrungen verfügten, strafrechtlich wenig belastet. Klienten dieser Gruppe waren im Vergleich zu den übrigen Gruppen noch relativ gesund, obschon z.B. bei bereits 12 % eine Hepatitis diagnostiziert wurde.</p>	<p>Jüngere sozial desintegrierte Klienten, ca. 60 % von legalen Suchtmitteln abhängig, Abhängigkeitsdauer im Durchschnitt 12,6 Jahre.</p> <p>Ihre materielle Situation war bereits sehr schlecht, gleiches galt für die Wohnsituation. Klienten dieser Gruppe waren vereinzelt gleichwohl oft verurteilt und inhaftiert. Sie verfügten über eine mit den anderen CMA-Gruppen vergleichbare Behandlungserfahrung und „nur“ durchschnittliche gesundheitliche Schädigungen (aber z.B. 34 % Hepatitis-Erkrankungen).</p>	<p>Etwas älter als Klienten der Gruppe CMA-1, viele Drogenabhängige (55 %) mit langen Suchtkarrieren (durchschnittlich 16 Jahre). Schlechte materielle und prekäre Wohnsituation. Außerdem die höchsten strafrechtlichen Belastungen. Klienten dieser Gruppe hatten umfassende Behandlungserfahrung, bei hohen Abbruchquoten. Gesundheitlich ging es diesen Klienten sehr schlecht (50 % Hepatitis); 30 % wiesen somatische Erkrankungen und psychische Störungen auf; fast 50 % hatten Suizidversuche unternommen.</p>	<p>Die durchschnittlich älteste Klientengruppe, 80 % von legalen Suchtmitteln abhängig, Abhängigkeitsdauer im Durchschnitt 14 Jahre.</p> <p>Seit mind. zwei Jahren überwiegend vor allem suchtbezogene Kontakte. Besser ausgebildet als Klienten aus Gruppe CMA-2, stabilere materielle und Wohnsituation als CMA-2-Klienten, strafrechtlich weniger belastet. Klienten verfügten über Behandlungserfahrung mit geringeren Abbruchquoten als CMA-2-Klienten; entscheidend war die schlechte gesundheitliche Verfassung: fast zwei Drittel hatten sowohl schwere somatische Erkrankungen (z.B. 27 % Leberzirrhose, 21 % Hepatitis) als auch psychische Störungen (39 % Persönlichkeitsstörungen).</p>

Die in Anspruch genommenen Leistungen stellen eine weitere wichtige Information zu den Clustern dar. Hier zeigen sich zwischen den vier Gruppen z.T. signifikante Unterschiede hinsichtlich Dauer der Betreuung, Umfang und Art der Leistungen (vgl. ausführlich: Anhang, Tab. 78).

Tab. 53: Durchschnittlicher Umfang und Art der Leistungen der Case Manager für vier Clustergruppen (n = 861); Mittelwerte in Stunden

	<b>NICHT-CMA (n = 104) I</b>	<b>CMA 1 (n = 472) II</b>	<b>CMA 2 (n = 74) III</b>	<b>CMA 3 (n = 211) IV</b>	<b>GESAMT (n = 861)</b>	<b>Signifikanz*</b>
Dauer der Betreuung in Tagen $\emptyset$	322	389	471	420	395	I: IV&III
Gesamtaufwand (incl. Fahrzeit) $\emptyset$	27	36	48	39	37	I&II:III
Summe pro Monat $\emptyset$	3	3	3	3	3	n.s.
<b>ausgewählte Einzelleistungsbereiche</b>	<b>in h</b>	<b>in h</b>	<b>in h</b>	<b>in h</b>	<b>in h</b>	
Betreuung und Beratung	16,6	18,4	24,5	20,8	19,3	I:III
Erschließung/Organisation/Vermittlung	6,0	9,2	12,1	9,5	9,2	I:III
Gesundheit	4,7	5,5	7,7	6,3	5,8	I:III
Wohnen	2,1	3,3	4,1	3,5	3,3	I:III
strafrechtliche Situation	1,0	2,2	3,6	2,5	2,3	I:III
Planung, Dokumentation, Kontrolle	4,1	6,1	7,2	6,9	6,2	I:IV&II&III

\* Analysen wurden mit der Prozedur einfaktorielle ANOVA und Post-hoc-Test durchgeführt.

Wie die Tabelle zeigt, wurden die Klienten der Gruppe CMA-2 am längsten (Tage) und intensivsten (Leistungsumfang) durch die Case Manager betreut. In vergleichbarem Ausmaß nahmen Klienten der Gruppe CMA-3 Leistungen in Anspruch. Hinsichtlich der monatlich erbrachten Leistungen konnten jedoch keine signifikanten Unterschiede beobachtet werden. Demgegenüber streute der durchschnittliche Umfang in einzelnen Leistungsbereichen, wobei die Unterschiede zwischen CMA-2 (bzw. CMA-3) und der als Nicht-CMA charakterisierten Gruppe am größten waren. Diese bezogen sich vor allem auf die Bereiche Beratung und Betreuung, Erschließung/Organisation/Vermittlung, Gesundheit, Wohnen sowie die strafrechtliche Belastung. Obwohl die festgestellten Unterschiede z.T. aus der längeren Betreuungszeit von Gruppe CMA-2 resultieren, können sie als Indikator für höhere Hilfebedarfe interpretiert werden.

### 7.3.5 Zusammenfassung und Bewertung der Ergebnisse

Nachfolgend sollen die Ergebnisse der empirischen Überprüfung des Definitionsvorschlags für chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängige zusammengefasst und bewertet werden, wobei in die Bewertung Ergebnisse der fachöffentlichen Diskussion einfließen sollen.

Für die Bewertung ist hervorzuheben, dass sie sich auf eine spezifische Klientengruppe bezieht, die im Rahmen der Erprobung eines *ambulant*en Hilfeansatzes betreut wurde. Dieser wurde in großstädtischen, städtischen und ländlichen Modellregionen umgesetzt, und zielte sowohl auf alkohol- als auch drogenabhängige Klienten.

#### *Vergleich zwischen Mitarbeiter einschätzung und Definition, Diskriminanzanalysen*

Die Modellmitarbeiter hatten mit 949 etwas mehr Klienten als chronisch mehrfachbeeinträchtigt abhängig eingestuft als der Definitionsvorschlag (822 Klienten), bei einer Übereinstimmungsquote von 76,1 %. Ausgehend vom Expertenurteil der Case Manager liegt die Sensitivität des Definitionsvorschlags (richtig als CMA klassifizierte Klienten) bei 77,8 % und die Spezifität (richtig als Nicht-CMA erkannte Fälle) bei 70,5 %.

Trotz dieser relativ guten Sensitivität und Spezifität zeigte eine vertiefte Analyse der Klientendaten (Gruppenvergleich der richtig bzw. falsch Positiven sowie der falsch bzw. richtig Negativen), dass die Kriterienbereiche des Definitionsvorschlags für die Mitarbeiter eine relativ geringe Rolle spielten. Eine Analyse der Klientenmerkmale der falsch Negativen - also der nur von den Modellmitarbeitern, nicht aber von der Definition als CMA erkannten Klienten - machte deutlich, dass es sich bei diesen häufiger um Alkoholabhängige mit einer längeren Abhängigkeitskarriere, einer geringeren Zahl von Entwöhnungsbehandlungen, bei gleichzeitig selteneren ärztlich diagnostizierten Erkrankungen bzw. psychischen Störungen handelte. Die Mitarbeiter hingegen schätzten diese Klienten gleichwohl als stärker gesundheitlich und psychisch beeinträchtigt ein und nahmen ein kritischeres Konsumverhalten wahr.

Im Rahmen der Diskriminanzanalysen wurde der Frage nachgegangen, von welchen Angaben die Modellmitarbeiter ihre Einstufung der Klienten als CMA - im Vergleich zum Definitionsvorschlag - abhängig machten. Als Ergebnis verschiedener Analyseschritte kann zusammenfassend festgehalten werden, dass die Vorhersagekraft der gesundheitlichen und sozialen Situation am höchsten ist. Im Unterschied dazu kommt den Kriterienbereichen Konsumverhalten und Behandlungserfahrung ein eher geringerer Stellenwert zu. Außerdem wurde die Vorhersagekraft der Kriterien für spezifische Subgruppen - alkohol- und drogenabhängige Frauen und Männer - untersucht. Daraus ergaben sich keine relevanten geschlechts- und suchtmittelspezifischen Unterschiede.

Die beschriebenen Befunde deuten darauf hin, dass der Definitionsvorschlag in seiner gegenwärtigen Form einerseits die Funktionsbeeinträchtigungen durch somatische Erkrankungen und psychische Störungen nur unzureichend sowie das Inanspruchnahmevermögen und -verhalten insbesondere von alkoholabhängigen Klienten nicht in ausreichendem Maß erfasst. Des Weiteren konnte festgestellt werden, dass Behandlungsvorerfahrungen nur bedingt Aussagen zur Schwere der Abhängigkeit bzw. der (Mehrfach-)Beeinträchtigung zulassen. Zu vergleichbaren Einschätzungen kommen auch FLEISCHMANN und WODARZ (1999, S. 41-43) bei der Überprüfung des Definitionsvorschlags für Patienten der Suchtabteilung der psychiatrischen Bezirksklinik Regensburg.

### *Faktorenanalysen*

In weitergehenden Analysen wurden, nach einer teilweisen Lösung vom vorliegenden Definitionsvorschlag, die im Modellprogramm gewonnenen Daten mit Hilfe von Faktorenanalysen (mit relevanten Items) im Hinblick auf Korrelationen von Merkmalen untersucht. Für die betreuten Klienten konnten drei Hintergrundkomponenten extrahiert werden, die etwas mehr als die Hälfte der Gesamtvarianz (52 %) erklären. Dabei erklärt die erste Komponente bereits fast ein Viertel, die zweite 15,2 % und die dritte 12,6 % der Varianz.

Den wichtigsten Faktor stellt die „*soziale Situation*“ dar, die mit den Einzelitems Lebensunterhalt, Wohnsituation, (seit mindestens zwei Jahren) überwiegend suchtbezogene Kontakte und schließlich der strafrechtlichen Belastung korreliert (Ladungen > .300). Der Faktor 2 „*Behandlungsmaßnahmen*“ wird vor allem durch die beiden Items gebildet, die Behandlungsvorerfahrungen der Klienten im Bereich stationär durchgeführter Entgiftungen und Entwöhnungen erfassen. In geringerem Ausmaß lädt auf diesen Faktor die justitielle Belastung. Faktor 3 „*Gesundheit und Konsum*“ setzt sich aus der Anzahl diagnostizierter schwerer somatischer Erkrankungen und psychischer Störungen sowie einem problematischen Konsumverhalten zusammen. Alle drei Faktoren korrelieren signifikant mit der Mitarbeiterereinschätzung, Faktor 2 jedoch in deutlich geringerem Umfang, was - wie oben bereits ausgeführt - den nachgeordneten Stellenwert dieses Aspekts für die Mitarbeiter unterstreicht. Weitergehende geschlechts- und suchtmittelspezifische Berechnungen ergaben keine relevanten Unterschiede zu den Faktorlösungen für die Gesamtgruppe.

Die Ergebnisse der Faktorenanalysen weisen darauf hin, dass die Entscheidungsheuristik des Definitionsvorschlags (ICD-10 und drei von vier Punkten in den Kriterienbereichen) empirisch nicht bestätigt werden kann. Vielmehr erscheint die Gewichtung einzelner Bereiche, wie z.B. der „*Behandlungserfahrung*“, willkürlich. Daneben lässt sich die Bedeutung der Eingangsvoraussetzung (Abhängigkeitssyndrom nach ICD-10) im Modellprogramm nicht überprüfen, da dieses Kriterium praktisch auf alle Klienten zutraf. Wichtiger erscheint in diesem Zusammenhang jedoch die Tatsache, dass das Konsumverhalten im Definitionsvorschlag in doppelter Weise gewertet wird: als Eingangskriterium und im Kriterienbereich 1. Dieses „doppelte“ Gewicht wird durch die Untersuchungsergebnisse nicht gestützt. Außerdem findet die Gleichgewichtung der Kriterienbereiche in den Faktorenanalysen ebenfalls keine Entsprechung, da der sozialen Situation ein erheblich größerer Stellenwert zukommt.

### *Clusteranalysen*

Auf Basis der Faktorenanalysen wurde eine weitere Grundannahme des Definitionsvorschlags, die dichotome Einteilung der Klienten in CMA und Nicht-CMA, empirisch überprüft. Aus den Clusteranalysen mit den Faktorwerten der Klienten geht hervor, dass eine dichotome Einstufung für die schwer beeinträchtigten Klienten des Modells zu kurz greift. Aufgrund der Berechnungen lassen sich vielmehr vier Gruppen unterscheiden.

- Die Gruppe der Nicht-CMA-Klienten (12,1 %), die im Vergleich zu den anderen Gruppen in allen Faktoren unterdurchschnittliche Beeinträchtigungen aufweisen
- Die größte CMA-Gruppe (54,8 %), die durch eine Vielzahl sozialer Problemfelder und (noch) relativ geringe gesundheitliche Belastungen gekennzeichnet ist

- Die zweite und kleinste CMA-Gruppe (8,6 %), bestehend aus jüngeren sozial desintegrierten Klienten, die über ausgeprägte Behandlungsvorerfahrungen verfügen und außerdem eine hohe justitielle Belastung aufweisen
- Die dritte CMA-Gruppe (24,5 %) entspricht schließlich mit ihrer Vielzahl somatischer Erkrankungen und psychischer Störungen sowie vielfältigen sozialen Problemlagen in etwa der Klientengruppe, die MÜLLER-MOHNSEN u.a. beschrieben haben und die häufig als S4-Patienten i.S. der PsychPV behandelt werden.

Da mit der Dauer der Suchterkrankung häufig die gesundheitlichen, sozialen etc. Beeinträchtigungen zunehmen, muss davon ausgegangen werden, dass die Übergänge zwischen den Gruppen fließend sind (vgl. auch Abb. 18).

### *Ausblick: Konsequenzen und Schlussfolgerungen*

Zusammengenommen führen die verschiedenen Analysen der im Rahmen eines ambulanten Settings erhobenen Klientendaten zu dem Schluss, dass trotz der positiven Ergebnisse im Hinblick auf Sensitivität und Spezifität<sup>54</sup> sowohl der Aufbau (Kriterienbereiche) als auch die Art der einbezogenen Items und schließlich die Entscheidungsheuristik (Abhängigkeitsdiagnose nach ICD-10 und Punkterreichung in drei von vier Kriteriumsbereichen) des Definitionsvorschlags in dieser Form nicht aufrechterhalten werden sollte.

Die Faktorenanalysen legen - bezogen auf die bisherigen Dimensionen des Definitionsvorschlags - nahe, dass für künftige Überlegungen von drei Bereichen ausgegangen werden sollte. Dabei stellt die soziale Situation den wichtigsten Bereich dar. Der Kriterienbereich *Behandlungserfahrung* des Definitionsversuchs sollte entfallen und durch eine (auch) qualitative Erfassung des Inanspruchnahmeverhaltens ersetzt werden; der Kriterienbereich *Konsumverhalten* sollte ebenfalls aufgelöst und dem Faktor *gesundheitliche Probleme und Konsumverhalten* zugeordnet werden.

Aufgrund von Ergebnissen der Faktorenanalysen können den drei Bereichen folgende Einzelitems zugeordnet werden:

#### 1. *Soziale Situation:*

- Lebensunterhalt
- Wohnen
- Suchtbezogenheit des sozialen Umfelds
- justitielle Belastung
- Inanspruchnahmeverhalten sozialer Rechte und Dienste

#### 2. *Inanspruchnahme von Hilfen:*

- quantitative Items zur Anzahl ambulanter bzw. stationärer Behandlungen (Entgiftung, Entwöhnung und Substitution)
- qualitative Erfassung von Inanspruchnahmeverhalten und -vermögen (umfassend)

---

<sup>54</sup> Allerdings ist bei der Bewertung zu fragen, welche der beiden Kenngrößen es zu optimieren gilt.

### 3. *Gesundheitliche Probleme und Konsumverhalten:*

- Anzahl und Art (Funktionsbeeinträchtigung) somatischer Erkrankungen und psychischer Störungen
- Konsumverhalten.

Die Ergebnisse des Modellprogramms legen zudem nahe, die einzelnen Faktoren zu gewichten, wobei in der untersuchten Stichprobe dem ersten Bereich *soziale Situation* das relativ größte Gewicht zugemessen wird.

Die Operationalisierung der Items kann noch nicht als abgeschlossen betrachtet werden. Die Mitarbeiter wiesen wiederholt auf die beschränkte Aussagekraft bestimmter Items hin. Diese Bewertung wurde durch die Expertentagung gestützt, bei der z.B. angemerkt wurde, dass die Operationalisierung der gesundheitliche Situation nicht allein entlang der diagnostizierten Erkrankungen erfolgen könne, sondern stärker auf die Erfassung von Funktionsbeeinträchtigungen zielen sollte. Vorgeschlagen wird deshalb, die Operationalisierung mit Hilfe einer Kombination aus Merkmalen der Klienten (z.B. die derzeitige Wohnsituation) und qualitativen, standardisierten und validierten Einschätzungen (z.B. von „verwahrlost“) vorzunehmen. Dies gilt für die Erfassung aller Items. Zu prüfen ist, inwieweit und in welcher Form eine Standardisierung, Validierung und schließlich eine Manualisierung einzelner Items und Bereiche stattfinden kann.

Für zukünftige Überlegungen ist weiterhin zu berücksichtigen, dass in der Stichprobe des Modells im Rahmen von Clusteranalysen nicht eine, sondern drei Gruppen von chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigen mit unterschiedlichen Hilfebedarfen berechnet wurden. Die Klienten der drei Gruppen wiesen unterschiedliche Beeinträchtigungen auf, aus denen sich verschiedene Unterstützungsbedarfe durch die Case Manager ergaben. Von Bedeutung ist schließlich, dass die oben vorgeschlagenen Bereiche einen Raum möglicher Beeinträchtigungen aufspannten, in dem sich die Klienten bewegen. Hilfebedarfe von Klienten können sich dynamisch entwickeln, woraus sich Anforderungen zum einen an das Versorgungssystem, zum anderen an die Mitarbeiter ergeben. Dies leitet über zum Ziel der Definition, die Klientengruppen im Hinblick auf ihre Hilfebedarfe genauer zu beschreiben und damit Aussagen zu Versorgungsbedarfen in bestimmten Regionen zu ermöglichen.

Die in der Stichprobe des Kooperationsmodells untersuchten Klientendaten geben Hinweise auf Betreuungsbedarfe. Die Klienten der einzelnen Cluster wiesen unterschiedliche Hilfebedarfe auf und hatten - entsprechend ihrer (Funktions-)Beeinträchtigungen und sozialen Situation - verschiedene Varianten von Case Management in Anspruch genommen. Aufgrund der komplexen Problemlagen der Klienten passte hier keine Hilfe „von der Stange“. An den vielfach eindimensionalen und hochschwelligsten Hilfen waren die Klienten entweder schon (häufiger) gescheitert oder hatten sie erst gar nicht in Anspruch genommen. Gerade der individuelle Zuschnitt der Unterstützung durch den Case Manager ermöglichte es, eine vertrauensvolle, professionelle Beziehung zum Klienten aufzubauen und dann ein auf die individuellen Hilfebedarfe, die Ressourcen und die Fähigkeiten der Klienten zugeschnittenes Gesamthilfepaket zu organisieren.

Für die regionale Versorgung von chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigen sollte berücksichtigt werden, dass neben differenzierten Angeboten (im Hinblick auf die unterschiedlichen Bedarfe der Klienten) auch die Übergänge zwischen einzelnen Hilfeangeboten (z.B. beim Wechsel von stationär nach ambulant) so flexibel wie möglich zu gestalten sind. Case Management kann dabei die Aufgabe der Gesamtplanung und Prozesssteuerung übernehmen und - wie im Modellprogramm eindrucksvoll gezeigt -

Klienten erfolgreich durch das Versorgungssystem leiten. Dazu sind zum einen ein regionaler Verbund von Hilfen sowie ein (Informations-)Austausch zwischen Trägern von Einrichtungen sowie Leistungs- und Kostenträgern förderlich. Am günstigsten wären zum anderen verbindliche Absprachen über die Zusammenarbeit von Einrichtungen und die fallbezogene Steuerung (vgl. OLIVA u.a. 2000).

## 8 ZUSAMMENFASSENDE BILANZ UND EMPFEHLUNGEN ZU CASE MANAGEMENT FÜR CHRONISCH MEHRFACHBEEINTRÄCHTIGT ABHÄNGIGE

### 8.1 Zusammenfassende Bilanz

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat 1995 das Kooperationsmodell nachgehende Sozialarbeit aufgelegt, in dessen Mittelpunkt die Verbesserung der Hilfen für von legalen und/oder illegalen Suchtmitteln chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängige stand.

Das Modellprogramm zielte insbesondere darauf ab, die Versorgung dieser Gruppe von Abhängigen zu verbessern. Hierzu wurden Stellen für Case Manager geschaffen, die einen personenzentrierten ambulanten Hilfeansatz erproben und implementieren sollten, u.a. durch die Verbesserung von Abstimmung und - damit verbunden - Effektivität des Gesamthilfeprozesses. Die Mitarbeiter 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. Vorhandene Ressourcen sollten berücksichtigt und zusätzlich notwendige Hilfen herangezogen werden. Case Management konnte die direkte Erbringung von Hilfeleistungen umfassen, der Fokus sollte jedoch darauf liegen, die Klienten durch den „Dschungel“ der Angebote zu führen, ihnen bedarfsgerechte Hilfen zu vermitteln und sie bei der Inanspruchnahme zu unterstützen. Die verschiedenen Maßnahmen sollten (fortlaufend) abgestimmt und koordiniert werden. Im Rahmen der ausführlichen Evaluation wurden mit Hilfe von Fall-dokumentationen die Entwicklung des Klienten nachvollziehbar dargestellt sowie Zielerreichung und Effektivität der Hilfeleistungen überprüft.

Aufgrund der unzureichenden begrifflichen Klarheit über die Zielgruppe und ihre Merkmale wurde als eine übergreifende Zielsetzung des Kooperationsmodells nachgehende Sozialarbeit zudem die genauere und empirisch abgesicherte Beschreibung der Gruppe der chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigen formuliert (vgl. dazu Kapitel 7).

Außerdem wurden Stellen für Koordinatoren geschaffen, die - bezogen auf eine definierte Modellregion - eine kontinuierliche, verbindliche, lokale und regionale Vernetzung von Versorgungssektoren, der Träger und der Einrichtungen aufbauen bzw. weiterentwickeln sollten (vgl. OLIVA u.a. 2001).

Im Rahmen des Modellprogramms wurden pro Bundesland je zwei Modellregionen eingerichtet, wobei in sog. Tandem-Regionen je ein Case Manager und ein Koordinator arbeiteten, während in den sog. Solo-Regionen jeweils nur ein Case Manager tätig war. Insgesamt hat das BMG 46 befristete Vollzeitstellen (15 Koordinatoren und 31 Case Manager) gefördert. Mit der wissenschaftlichen Begleitung hat das BMG die FOGS - Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH in Köln beauftragt.

#### 8.1.1 Regionale und organisatorische Rahmenbedingungen

Case Management für Abhängige wurde bundesweit in Ballungszentren, (Groß-)Städten und ländlichen Regionen realisiert. Die Modellregionen folgten in der Regel den Gren-

zen kommunaler Gebietskörperschaften. Wo sie davon abweichend (Teile) mehrere(r) Kommunen umfassten, zeigten sich häufig Zuständigkeitsprobleme. Die Größe der Regionen variierte nach Einwohnerzahl und Fläche stark. Außerdem waren die Modellregionen durch unterschiedliche Ausprägungen der Suchtproblematik sowie des Ausbaugrads der Hilfen für Abhängige charakterisiert.

In Regionen mit geringer entwickelten Versorgungsstrukturen mussten Case Manager - wegen fehlender Delegationsmöglichkeiten - mehr Versorgungsaufgaben selbst übernehmen. Hier engagierten sie sich zudem verstärkt für den Abbau von Versorgungsdefiziten und konnten z.T. sehr erfolgreich zur Erweiterung von Angeboten für chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängige beitragen.

### *Ansiedlung und Ausstattung der Stelle*

Die Case Manager arbeiteten überwiegend in Sucht- bzw. Drogenberatungsstellen freier Träger, aber auch in Sozialpsychiatrischen Diensten von Kommunen. Die Ansiedlung bei freien Trägern hat sich bewährt, u.a. war sie - im Unterschied zu der bei öffentlichen Trägern - nicht mit bürokratischen Hemmnissen verbunden. Zudem war die notwendige flexible Gestaltung von Arbeitszeit und Einsatzort gewährleistet. Gleichwohl konnte eine öffentliche Trägerschaft mit mehr Nähe zu Mittel- und Maßnahmenbewilligung geplante Hilfen z.T. effektiver umsetzen.

Die mit der Förderung von Stellen in bestehenden Einrichtungen beabsichtigte Initiierung einer breiteren fachlichen Umorientierung konnte in der Regel nicht erzielt werden. Die Case Manager blieben sowohl in der Ausrichtung auf die spezifische Zielgruppe chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängiger als auch in der Anwendung von Case Management/nachgehender Arbeit häufig in einer Solisten-Rolle. Trägerseitige Distanz zu dem modellgeförderten Ansatz brachte Schwierigkeiten mit sich, z.B. hinsichtlich der Vertretung der Case Manager im Urlaubs- oder Krankheitsfall sowie (nicht) ausreichender fachlicher Austausch- und Unterstützungsmöglichkeiten im Team bzw. in der Einrichtung.

Hinsichtlich der sächlichen Ausstattung war zu konstatieren, dass nicht alle Case Manager bei Modellbeginn über ein eigenes Büro und die notwendige Technik verfügten, im Modellverlauf jedoch zunehmend eine adäquate Ausstattung nutzen konnten (z.B. Anrufbeantworter, Diensthandy). Dienstfahrten mussten meist mit dem Privatwagen durchgeführt werden.

### *Qualifikation*

Nach den Vorgaben des Modellkonzepts sollten fachlich qualifizierte und berufs- und felderfahrene Mitarbeiter, in der Regel Sozialarbeiter/Sozialpädagogen, Case Management für chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängige erproben. Dieses ließ sich jedoch nicht immer umsetzen: Zwar waren fast alle Modellmitarbeiter einschlägig ausgebildet, doch verfügten nur drei Fünftel über Berufserfahrung und nur etwa der Hälfte der Modellmitarbeiter war die regionale Versorgungsstruktur zu Modellbeginn bekannt.

Mit Blick auf die spezifischen Anforderungen von Case Management für chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängige fehlten zum Teil fachliche Grundlagen/Kenntnisse, z.B. zu Motivationsstrategien und ressourcenorientiertem Arbeiten sowie zu sozialrechtlichen Fragen. Eine akzeptierende Haltung war ebenso wenig selbstverständlich

wie die Fähigkeit zu eigenverantwortlichem und systematischem Handeln sowie dessen schriftliche Dokumentation. Auch die erforderlichen kommunikativen Kompetenzen und insbesondere das Wissen über Organisation, Moderation und Steuerung von Abstimmungsprozessen standen nicht immer zur Verfügung. Zudem wurden Unsicherheiten nur selten durch die Unterstützung von Einrichtung und Träger ausgeglichen.

Dieses Ergebnis verweist zum einen auf Professionalitätsdefizite. Zukünftig sollten z.B. Motivationsarbeit, Ressourcenorientierung und Netzwerkarbeit insbesondere in den Studiengängen Sozialarbeit und Sozialpädagogik verstärkt berücksichtigt werden. Zudem sind sucht(hilfe)spezifische Inhalte wünschenswert.

Jedoch ist zum anderen auch nicht zu vergessen, dass es z.T. an entsprechenden Weiterbildungsangeboten mangelt bzw. an der Bereitschaft (und Verantwortung) von Einrichtungsleitungen und Trägern sowie von Mitarbeitern, auf neue Anforderungen mit entsprechenden Qualifizierungen zu reagieren.

### *Personal-Klienten-Relation*

Betrachtet man die Klientenzahlen der Modellmitarbeiter, ist zu berücksichtigen, dass über ein Drittel der Arbeitszeit der Modellmitarbeiter auf übergreifende Tätigkeiten entfiel, darunter einrichtungsbezogene Aufgaben (Arbeitsorganisation, Teambesprechung u.ä.). Hierzu gehörten auch die, für diesen so intensiv auf Unterstützung im Versorgungssystem angewiesenen Ansatz notwendigen, Aktivitäten zur Pflege und Gestaltung von Kooperation (z.B. Mitarbeit in Gremien und Arbeitskreisen).

Die übrigen knapp zwei Drittel der Arbeitszeit wurden für direkt klientenbezogene Leistungen aufgewendet. In dieser Zeit betreuten die Case Manager zwischen acht und 37 Klienten im Jahr, im Schnitt 17 Klienten. Dabei variierten die Fallzahlen erheblich, in Abhängigkeit zum einen von der suchtmittelspezifischen Ausrichtung der Einrichtung (Drogenhilfe-Modellmitarbeiter betreuten im Mittel 14, die Beschäftigten aus der Suchtkrankenhilfe durchschnittlich 20 Klienten pro Jahr) und zum anderen von projektspezifischen Varianten der Modellerprobung.

## **8.1.2 Umsetzung von Case Management**

### *Die Klientel*

Insgesamt wurde in den drei Jahren des Erhebungszeitraums zu 3.068 Klienten Kontakt aufgenommen, von denen 1.660 ins Case Management übernommen wurden. Besonders hervorzuheben ist, dass durch den aufsuchenden und zugehenden Arbeitsansatz in nennenswertem Umfang auch Klienten erreicht werden konnten, die noch nie suchtspezifische Hilfen genutzt hatten: gut ein Sechstel der Gesamtklientel.

Im Ergebnis belegten die Dokumentationen eine hochgradige Belastung der Klienten: Sie waren im Mittel 38 Jahre alt und überwiegend langjährig abhängig (durchschnittlich 14 Jahre). Die Klienten hatten erhebliche Probleme im sozialen Umfeld (52 % lebten nicht allein, allerdings hatten 55 % der Partner/Mitbewohner selbst Suchtprobleme). Auch die materielle Lage (45 % verfügten seit mindestens zwei Jahren über kein sicheres Einkommen, 33 % hatten längerfristig keine sichere Wohnsituation) war schwierig, 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). Außerdem litten 84 % der Klienten an (mehreren) Erkrankungen (im Schnitt 3,5), 62 % hatten gleichzeitig somatische *und* psychische Beschwerden.

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

Drei Fünftel der Klienten war von Alkohol, ein gutes Drittel von illegalen Suchtmitteln abhängig. Ein hoher Anteil der Opiatabhängigen war von mehreren Suchtstoffen, darunter häufig auch von Kokain, abhängig. 52 % der Drogenabhängigen wurden substituiert, zeigten jedoch oft einen erheblichen Beigebrauch. Die Analysen wiesen darauf hin, dass ein Kernproblem der chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigen in der Erfolglosigkeit der Inanspruchnahme bzw. im Fernbleiben von suchtspezifischen, sozialen oder medizinischen Einrichtungen und Diensten lag. Die Inanspruchnahme 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*

Die Case Manager hatten erfolgreich die **Zielgruppe des Modellprogramms erreicht**. Dabei war die direkte Ansprache der Klienten vor Ort (zu Hause, in Krankenhäusern etc.) die wichtigste Zugangsform. Bei den Vermittlungen durch andere Einrichtungen/Personen kam vor allem Angehörigen und weiteren Bezugspersonen eine große Bedeutung zu. Erst an dritter Stelle folgten Vermittlungen durch professionelle (Hilfe-)Instanzen, hier sind vor allem (Allgemein-)Krankenhäuser/Fachabteilungen der Psychiatrie, Gesundheitsämter/Sozialpsychiatrische Dienste und Angebote der Suchtkrankenhilfe (in dieser Reihenfolge) zu nennen.

Die Dauer von Case Management variierte stark: 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 bedarfsgerechtes Unterstützungsnetz. Oft wurden die Klienten an stationäre Einrichtungen überwiesen, in anderen Fällen genügte nach der Intervention der Case Manager die Unterstützung durch andere Dienste. Die übrigen **zwei Drittel der Klienten wurden längerfristig betreut**. Insgesamt streute die Betreuungszeit für die im Laufe von drei Jahren durchschnittlich 50 betreuten Klienten erheblich von einem Tag bis zu 4,6 Jahren und lag im Durchschnitt bei etwa einem Jahr.

Um sich ein umfassendes Bild der Gesamtsituation machen zu können, erhoben die Case Manager im Rahmen der Assessments soziodemographische, sucht- und behandlungsspezifische Daten zu ihren Klienten (s.o.). Dazu kooperierten sie mit Angehörigen oder anderen Bezugspersonen. Auch versuchten sie, von anderen Helfern, Ärzten etc. relevante Informationen zu erhalten, was jedoch z.T. auf Schwierigkeiten stieß.

Weniger gut gelang es, **Fähigkeiten und Ressourcen** der Klienten selbst und in ihrem Umfeld zu eruieren, auf ihre Relevanz für den Hilfeprozess zu überprüfen und ggf. einzubinden. Dafür war zwar einerseits eine „Konsumenten-Haltung“ bei Klienten und

Angehörigen verantwortlich, doch fehlte es andererseits auch bei den Mitarbeitern z.T. an der entsprechenden Übung und Fachlichkeit.

Bei der Durchführung von Case Management/nachgehender Sozialarbeit spannten die Case Manager insgesamt ein **Spektrum von Leistungen** auf, das je nach Bedarf 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 Management für die Zielgruppe chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängiger **nicht auf organisierend-vermittelnde Tätigkeiten beschränken** konnte (die gleichwohl ein Viertel der Arbeitszeit einnahmen), sondern vielmehr 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.

Die Analyse der Leistungen verwies auf die thematische **Vielfalt der Interventionen** und den Zeitbedarf für Planungs-, Koordinations- und Kontrollleistungen. Für spezifische Subgruppen wurden Unterschiede in Leistungsumfang und -art festgestellt: Für Frauen wurde 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 zeitintensiver 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 **drei Fünftel der Betreuung bei Klienten zu Hause, auf der Szene oder in anderen Einrichtungen** stattfanden.

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, insbesondere mit Jugendämtern. Das Leistungsspektrum variierte auch 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.

Die Betreuungen wurden **im Wesentlichen unter Beteiligung der Klienten** realisiert. Außerdem wurden professionelle Instanzen (bei einem Viertel aller Leistungen) und private Bezugspersonen (bei zehn Prozent der Leistungen) in den Hilfeprozess miteinbezogen, wenngleich gerade hinsichtlich der privaten Bezugspersonen mehr Beteiligung wünschenswert gewesen wäre. Schließlich hatten die Case Manager nicht nur andere Hilfen erschlossen, sondern auch ihre Klienten bei der Inanspruchnahme unterstützt. Allerdings waren dem Monitoring, also der laufenden Fallkontrolle, vor allem durch die Abgrenzung und Intransparenz vieler Einrichtungen enge Grenzen gesetzt.

Abschließend ist festzuhalten, dass das Tätigkeits- und Leistungsspektrum der Case Manager qualitative Besonderheiten aufwies (u.a. verbindlich planen, kontrollieren, organisieren, motivieren, moderieren, in fremden Settings arbeiten etc.), die über die in bisherigen Ausbildungen und Studiengängen in der Regel erworbenen Fähigkeiten und Kenntnisse hinausgehen (s.u.).

### *Hilfe-Planung und -Steuerung*

Stellt Assessment die Grundlage der Betreuung dar, so ist Hilfeplanung *das* Prinzip der Durchführung von Case Management. 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. Dabei bedingen Case Management und Hilfeplanung grundlegende Veränderungen von Sozialarbeit (hier: in der Suchtkrankenhilfe), indem bisher ungewohnte Arbeitsprinzipien wie z.B. die schriftliche Niederlegung von Planung und Hilfeabstimmung, umfassendes Controlling, Klienten- statt Einrichtungszentrierung und starke Klientenbeteiligung sowie schließlich eine transparente Beschreibung des Betreuungsprozesses eingefordert werden.

Im Modellprogramm zeigten sich deshalb auch genau an dieser Stelle große Umsetzungsprobleme: Insgesamt wurden **für etwa zwei Fünftel der Klienten Hilfeplanverfahren** eingeleitet und diese für deutlich weniger Klienten regelmäßig weitergeführt. Die Case Manager machten vor allem klientenseitige Gründe für die zögerliche Umsetzung von Hilfeplanung verantwortlich: zu große Beeinträchtigungen, geringe Verlässlichkeit, mangelnde Stabilität, kognitive Begrenzungen der Klienten etc. Doch wurden gerade für vergleichsweise schwerer belastete Klienten, die auch intensiver betreut wurden, häufiger Hilfeplanverfahren initiiert.

Wenngleich der Einsatz von Hilfeplanung mit der Zahl der von einem Case Manager betreuten Klienten zusammenhing (Case Manager mit weniger Klienten führten häufiger Hilfeplanung durch), entpuppte sich doch die **Einstellung der Mitarbeiter und der Träger zu dem Verfahren als entscheidende Größe**.

Die Inhaltsanalysen von Hilfeplänen wiesen eine Vielfalt von Zielstellungen auf, die sich meist auf Konsumveränderungen und ähnlich häufig auf die Sicherung materieller Grundlagen oder die Unterstützung bei gesundheitlichen Problemen bezogen. Ein wichtiger Aspekt war die Koordination und Abstimmung von Hilfen. Die Analysen verdeutlichten aber auch Schwierigkeiten bei der Identifikation, Abstimmung und Formulierung von (angemessenen und von Maßnahmen abgegrenzten) Zielen.

Bei der Vereinbarung von Aufgaben und Zuständigkeiten schien es den Case Managern trotz verschiedener Schwierigkeiten bei der Kooperation doch gelungen zu sein, **in hohem Maß andere Helfer einzubeziehen und Aufgaben zu delegieren** (in der Hälfte aller Pläne). Angehörige waren hingegen eher selten für eine Aufgabenübernahme zu motivieren oder geeignet. Allerdings zeigten Analysen, dass die Hilfeplanungen meist nicht unterschrieben waren und somit ihre Verbindlichkeit offen blieb.

Das Gesamthilfegeschehen sollte idealiter mit allen an einem Fall beteiligten (professionellen) Helfern im Rahmen von Hilfekonferenzen beraten und abgestimmt werden. Dies wurde im Kooperationsmodell jedoch nur wenig umgesetzt. Die Case Manager wiesen auf den hohen zeitlichen und organisatorischen Aufwand und die Ablehnung anderer Helfer sowie die Vorteile (telefonischer) bilateraler Absprachen hin. Zudem fehle ihnen die (formale) Kompetenz für die Einberufung einer Hilfekonferenz und für verbindliche Absprachen und deren Kontrolle.

Die Ergebnisse des Modellprogramms zeigten also zum einen, dass der Einsatz von Hilfeplanung durch ein Bündel verschiedener Faktoren erschwert wurde: Dabei wirkten sich z.B. Scheu vor Transparenz, mangelnde Routine in Moderations- und Steuerungsfunktionen, Abgrenzungstraditionen zwischen Einrichtungen und Trägern, Skepsis und Beharrungstendenzen sowie - generell - unzureichende Erfahrung mit prozessstützenden und -steuernden Instrumentarien aus. Insgesamt wurde deutlich, dass die

Abstimmung und Steuerung von Hilfeprozessen, systematisches Strukturieren und nachvollziehbares Dokumentieren noch ebenso wenig Standard waren wie die Einübung moderierender und fallführender Funktionen sowie Routinen für verbindliche Zusammenarbeit. Es fehlte jedoch nicht nur den einzelnen Helfern an Bereitschaft oder Übung, Zusammenarbeit neu zu gestalten. Ebenso mangelte es an strukturellen Entsprechungen auf Trägerebene, die Hilfeplanung, -steuerung und fallbezogene Kooperation fordern und fördern.

Zum anderen zeigte sich jedoch auch, dass **das Hilfeplanverfahren und darin die Hilfekonferenz, den idealen Rahmen für die Umsetzung personenzentrierter Hilfe** für chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängige darstellte. Mit dem im Modellprogramm entwickelten und auf den Arbeitsablauf zugeschnittenen integrierten Dokumentations- und Hilfeplanungsinstrumentarium konnten Hilfebedarfe operationalisiert, (messbare) Ziele formuliert und regelmäßig überprüft werden. Im Sinne der Mitarbeiterqualifikation stützte und strukturierte das Instrumentarium die Umsetzung von Case Management und Hilfeplanung und verhinderte das Vernachlässigen sonst leicht vergessener Aspekte.

Deshalb schätzten diejenigen Case Manager, die viele Hilfeplanverfahren durchgeführt hatten, das Verfahren und das dazu entwickelte integrierte Instrumentarium als sinnvoll und prozessunterstützend ein. Die Realisierung von Klientenbeteiligung wurde gefördert, Assessments systematischer und lückenloser gestaltet sowie eine regelmäßige und intensivere Reflexion unterstützt. Die zielgerichtete Fallführung erleichterte die Arbeit, machte Erfolge für Mitarbeiter und Klienten deutlicher wahrnehmbar und erlaubte es, Leistungen für Außenstehende (besser) darzustellen. Gelang es zudem, Hilfekonferenzen durchzuführen, wurden ebenfalls durchweg positive Erfahrungen gesammelt. Durch gemeinsame Hilfekonferenzen gestützte Hilfeplanung brachte Klienten und Helfern mehr Verfahrensklarheit, erhöhte die Verbindlichkeit von Absprachen und sparte am Ende auch Zeit.

Case Management und Hilfeplanung verändern die Routinen von Sozialarbeit in der Suchtkranken- und Drogenhilfe so deutlich, dass sie nicht „einfach so“ implementiert werden können, sondern dass hierzu **intensive Anleitung, Qualifizierung und Motivierung der Mitarbeiter sowie trägerinternes Controlling** notwendig sind.

### *Ergebnis der Betreuung*

Die Betreuungen wurden **überwiegend planmäßig und erfolgreich beendet**, wobei ein Gutteil der Klienten zuvor zur Weiterbetreuung an andere Stellen vermittelt wurde. 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 und der Planmäßigkeit der Beendigung wurden signifikante Zusammenhänge festgestellt: **Wurden die Klienten länger betreut und planmäßig „entlassen“, zeigten sie häufiger positive Entwicklungen.**

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 Modellprogramm wurden je nach individueller Situation verschiedene weitere Problemfelder bearbeitet. Auch hierzu wurden bis zum Zeitpunkt der Betreuungsbeendigung überwiegend Verbesserungen erzielt, am häufigsten konnten Probleme bei der Wohnsituation erfolgreich bearbeitet werden, gefolgt von strafrechtlichen und gesundheitlichen Problemen. Eine genauere Untersuchung der Entwicklung von stationären

Krankenhausaufenthalten ergab eine signifikante **Senkung der Verweildauer**, die insbesondere auf eine Verkürzung von ungeplanten (Not-)Aufnahmen zurückzuführen war.

Bei etwa der Hälfte der Klienten gelang es zudem, die **materielle Situation zu verbessern bzw. zu stabilisieren**. Dies bedeutete jedoch nur ausnahmsweise, dass die Arbeitssituation sich verbessert hatte und Klienten eine Arbeit aufnehmen konnten. Angesichts der Arbeitsmarktlage für Problemgruppen konnte das jedoch auch nicht erwartet werden.

Um diese Veränderungen zu initiieren bzw. dazu beizutragen, hatten die Case Manager ihre Klienten individuell und z.T. sehr aufwendig betreut. Analysen des Leistungsspektrums verdeutlichten, dass es im Kooperationsmodell weder „*das* Case Management“ noch „*das beste* Case Management“ gab. Vielmehr lag die besondere Stärke des Ansatzes in der **hoch individuellen und flexiblen Betreuung** einer Klientel mit komplexen Problemlagen und unstetigen, oft krisenhaften Verläufen. Dazu gehörten ein behutsamer Beziehungsaufbau, das Ernstnehmen der Klienten, die Übernahme der Kontaktverantwortung und gleichermaßen die Förderung der Wahrnehmung und Nutzung eigener Ressourcen und der Entwicklung größerer Selbständigkeit. Wesentlich war zudem die Erschließung von Hilfen für die Klienten und ihre Unterstützung bei bzw. Motivation zu der **Inanspruchnahme** bis hin zur Förderung einer selbständi-ge(re)n Nutzung des Hilfesystems.

### *Die Sicht der Klienten*

An der abschließenden Befragung von Klienten zum Ergebnis und zur Zufriedenheit mit Case Management beteiligten sich 188 Klienten. **Drei Viertel dieser Klienten stufen ihre Situation insgesamt als verbessert ein**, wobei sich aus ihrer Sicht insbesondere das Konsumverhalten, die körperliche und seelische Verfassung und die Inanspruchnahme weiterer Hilfen positiv entwickelt hatten.

Fast alle Klienten zeigten sich (sehr) zufrieden mit der Betreuung durch den Case Manager und hoben insbesondere die ganzheitliche Unterstützung hervor. Ebenso wichtig war ihnen die Hilfe im (Versorgungs-)Netz: beim Umgang mit Behörden und anderen Stellen, das Organisieren von Hilfen und die Unterstützung bei der Inanspruchnahme. Des Weiteren wiesen sie den ausführlichen Assessments, der Flexibilität und schnellen Reaktion der Case Manager sowie dem Aufsuchen und Nachgehen einen hohen Stellenwert für die Betreuung zu. Zudem bewerteten die Klienten originäre Merkmale von Case Management, beispielsweise eine gemeinsame Hilfeplanung, das übersichtliche Ordnen der Situation und das Dokumentieren der Vorgehensweise positiv.

Im Vergleich mit anderen Angeboten schätzten die Klienten **Case Management meist als professioneller** ein. Dies galt insbesondere gegenüber niedrigschwelligen Einrichtungen, deren Angebote im Vergleich als zu beliebig, oberflächlich und zuwenig zielorientiert beurteilt wurden. Damit korrespondierte, dass einige Klienten sich seitens ihrer Case Manager (noch) mehr Bestimmtheit und Steuerung wünschten. An Sucht- und Drogenberatungsstellen wurden die Begrenzung auf die Kommstruktur und die festen Zeitraster kritisiert sowie die verengte Konzentration auf das Suchtproblem.

### *Die Sicht der Versorgungsbeteiligten*

Case Management kann nur im Netz realisiert werden. Der Ansatz muss bekannt sein und die Unterstützung anderer an der Versorgung der Klienten beteiligter Stellen finden. Dass ein (kleinerer) Teil der befragten Versorgungsbeteiligten wenig über das Modellprojekt und die Aufgaben und Funktionen von Case Management informiert war, unterstrich einmal mehr die Notwendigkeit von umfassender Öffentlichkeitsarbeit, einer transparenten Gestaltung der Arbeit und einer intensiven Kommunikation mit allen relevanten Stellen in den Regionen.

454 Befragungsteilnehmer äußerten sich detailliert zu verschiedenen Umsetzungsaspekten der Modellerprobung und zu ihrer Zufriedenheit damit. Demnach wurde in den Regionen besonders positiv aufgenommen, dass modellgefördertes Case Management sich speziell an die eher schlecht versorgte Gruppe der chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigen wandte und sie auch erfolgreich erreichte. In diesem Zusammenhang wurde die **aufsuchende/nachgehende Arbeit, die ganzheitliche und individuell zugeschnittene Hilfe sowie das flexible bzw. unbürokratische Vorgehen und die Verbesserung der Fachlichkeit hervorgehoben.**

Ebenfalls etwa drei Viertel der Befragten äußerten Zufriedenheit mit der Verbesserung fallbezogener Koordination durch die Case Manager und der Förderung des Kooperationsgedankens unter allen an der Versorgung Suchtkranker Beteiligten. Schließlich begrüßten die Versorgungsbeteiligten die Auswirkungen von Case Management auf die Weiterentwicklung der Versorgung von chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigen: Das Aufdecken von Versorgungslücken, die Lobbyarbeit für die Zielgruppe sowie ihr Engagement zur Behebung von Defiziten.

Dass der externe Blick auf Case Management so günstig ausfiel, hing auch damit zusammen, dass das Modellprojekt positive Auswirkungen auf die Arbeit vieler Befragten hatte: Ein Gutteil gab an, von der verbesserten Kommunikation zwischen den Helfern zu profitieren, von der höheren Fachlichkeit und von der insgesamt leichteren Fallführung. Schließlich unterstützte die - gemeinsame - Planung von Hilfen die Klärung von Zuständigkeiten und des eigenen Stellenwerts im Kooperationsnetzwerk. Generell war zu beobachten, dass die Zufriedenheit mit Case Management mit der Intensität der Zusammenarbeit anstieg.

## **8.2 Empfehlungen**

Der Begriff und die Methode Case Management waren zu Modellbeginn in der deutschen Suchtkranken- und Drogenhilfe nicht (systematisch) eingeführt und damit war auch keine klare Funktion beschrieben. Zudem sind Case Management Ansätze durchaus unterschiedlich konzeptualisiert. Das Kooperationsmodell stand also vor der Aufgabe, Case Management mit der spezifischen Akzentsetzung nachgehender Sozialarbeit und der Ausrichtung auf die Zielgruppe chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängiger umzusetzen.

### **8.2.1 Konzeptionelle Grundlagen**

Generell wird mit Case Management die Erwartung verbunden, die Qualität sozialer Dienstleistungen trotz Sparzwängen weitgehend erhalten oder sogar verbessern zu

können. Diese Hoffnung gründet sich auf der Annahme, dass an vielen Stellen der wenig aufeinander bezogenen Hilfesysteme Optimierungsmöglichkeiten durch die einzelfallbezogene Organisation des Unterstützungsprozesses im Sinne von Case Management erschlossen werden. Der Prozess des Case Managements umfasst dabei die Arbeitsschritte Zugangseröffnung, Assessment mit der Identifikation von Unterstützungsbedarfen und Ressourcen des Klienten, Planung, Implementierung, Organisation und Koordination aller benötigten Hilfen sowie Kontrolle/Monitoring und Auswertung/Evaluation des Hilfeprozesses.

Aufgrund der Ergebnisse des Kooperationsmodells sind für Case Management für chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängige daneben folgende konzeptionellen Anforderungen zu formulieren:

- Niedrigschwelligkeit, Respekt für die Klientel und Akzeptanz ihres Lebensstils
- eine kontraktgeleitete Arbeitsbeziehung, Motivationsarbeit und Ressourcenorientierung
- Übernahme der Kontaktverantwortung, aufsuchendes und nachgehendes Arbeiten sowie ggf. direktives und eingreifendes Handeln
- personenzentrierte Hilfestaltung mit gemeinsam definierten Zielen zu unterschiedlichen Problemfeldern und auf verschiedenen Ebenen
- langfristige Perspektive und personelle Kontinuität
- zielorientierte Hilfeplanung und -gestaltung im Netz (abgestimmtes systematisches Vorgehen mit Verlaufscontrolling).

### 8.2.2 Regionale Rahmenbedingungen und Kooperation

Case Management ist ein intensiv auf die regionale Versorgungsstruktur bezogener Ansatz und darauf angewiesen, von den an der Versorgung Abhängiger beteiligten Stellen mitgetragen zu werden. Eine regionale Suchtkoordination mit einer gezielten (Weiter-)Entwicklung von institutioneller Kooperation und verbindlichen Kooperationsabsprachen kann die Umsetzung von Case Management effektiv unterstützen. Um gleichermaßen fallbezogene und institutionelle Vernetzungsaufgaben anzugehen, hat das BMG neben Case Management auch regionale Suchtkoordination gefördert (vgl. OLIVA u.a. 2001).

In beiden Bereichen der Modellerprobung zeigte sich, dass die fallbezogene Koordination von Hilfen und das Monitoring von gesamthaften Hilfeprozessen nicht ohne Abstimmung im Versorgungssystem umsetzbar sind. Wenn Träger ein Case Management-Angebot implementieren wollen, sollten sie dies deshalb frühzeitig mit den Leistungsträgern und -anbietern vor Ort abklären und deren Unterstützung suchen. Auch wenn nach den Erfahrungen der modellgeförderten Koordinatoren verbindliche Kooperationsabsprachen/-verträge nur selten vereinbart werden konnten, so kann ein solches Vorgehen doch die „Kooperationsatmosphäre“ wesentlich verbessern.

Bei der regionalen Implementierung von Case Management ist zu beachten ist, dass:

- die Regionen entlang kommunaler/bezirklicher Grenzen definiert sind
- die Regionengröße und die Case Management-Kapazität übereinstimmen

- ❑ Austauschforen über die regionalen Versorgungsangebote bestehen und strukturelle Optimierungsmöglichkeiten diskutiert und gefördert werden
- ❑ Case Manager Zugang zu diesen und anderen relevanten Gremien haben und dort mitarbeiten
- ❑ ausführlich und laufend Öffentlichkeitsarbeit durchgeführt und mit relevanten Stellen kommuniziert wird, um das Leistungsprofil deutlich zu machen
- ❑ Case Management in Abstimmung mit relevanten kommunalen Stellen (insbesondere Gesundheits- und Sozialamt) implementiert und ausgestaltet wird
- ❑ Case Manager sich mit anderen Versorgungsbeteiligten verbindlich über Zuständigkeiten und Aufgaben-Abstimmung verständigen, also eine Art „Mandat“ erhalten und am besten in Kooperationsverträgen fixieren.

Träger von Case Management-Angeboten sollten dazu beitragen, unterstützende Rahmenbedingungen, insbesondere eine gute institutionelle Kooperation, aufzubauen bzw. weiterzuentwickeln. Eine wichtige Voraussetzung für die Realisierung fallbezogener Abstimmungsprozesse ist eine etablierte Gremien- und Kooperationsstruktur in der Region. Am förderlichsten für die Arbeit wäre schließlich eine Realisierung von Fallverantwortung über die Grenzen sozialrechtlicher Zuständigkeiten und einzelner Trägeregionen hinaus.

### 8.2.3 Träger, Konzeption und organisatorische Einbindung

Generell war die Modellkonstruktion, Case Management/nachgehende Sozialarbeit als Spezialaufgabe für eine Fachkraft innerhalb einer ansonsten traditionell und damit deutlich anders arbeitenden Einrichtung zu etablieren, nicht problemlos. Als Reflex darauf überrascht es nicht, dass die meisten Case Manager und Träger zum Ende des Modellprogramms eigenständige und trägerübergreifende Case Management-Teams für die ideale(re) Organisationsform hielten. Gleichwohl ist ein flächendeckender Aufbau eigenständiger Case Management-Einrichtungen weder sozialpolitisch noch fachlich sinnvoll oder wünschenswert. Vielmehr ist perspektivisch zu fordern, dass ambulante Suchtkrankenhilfe sich *grundsätzlich* auch der Arbeit mit chronisch mehrfachbeeinträchtigten Klienten widmet, aufsuchend und nachgehend arbeitet und bedarfsbezogen Case Management einsetzt (vgl. z.B. ENGLER, SCHLANSTEDT 1998). Die Erfahrungen des Kooperationsmodells belegen die hervorragende Eignung von Case Management/nachgehender Sozialarbeit für die Betreuung von Klienten mit komplexen Problemlagen.

Da dies vielschichtige Implikationen für die Arbeit der Einrichtungen hat, sollte eine derartige Erweiterung des eigenen Angebots jedoch nur dann in Angriff genommen werden, wenn seitens des Teams bzw. des Trägers eine grundsätzliche Entscheidung für diese Methode bzw. für diese Zielgruppe gefallen ist. Case Management verändert das Profil von Suchtkranken- und Drogenhilfe und kann nicht umstandslos von jedem und per Anweisung geleistet werden. Vielmehr geht es mit bestimmten Anforderungen an Motivation und Qualifikation des Personals einher. Im Zuge der Weiterentwicklung von Suchthilfe sind zudem die Träger wesentlich gefordert, ihre Mitarbeiter entsprechend zu qualifizieren (z.B. Fortbildung, Supervision; s.u.), Leitung mehr als bisher wahrzunehmen und ein internes Controlling aufzubauen.

Die im Kooperationsmodell realisierte Integration von Case Management in bestehende Einrichtungen erscheint generell sinnvoll. Doch sollte beachtet werden, dass eine

Beauftragung nur eines Mitarbeiters mit Case Management fast zwangsläufig zu einer Vereinzelung und damit zu Qualitätseinbußen führt. Vorteilhafter ist es, die Methode Case Management in einem mehrköpfigen Team, am besten mit interdisziplinärer Zusammensetzung zu verankern. Generell ist auch aus Gründen der Mitarbeiterpflege ein gemischtes Spektrum von Klienten und Aufgaben auf Dauer einem einseitigen Aufgabenzuschnitt vorzuziehen. Nur so können - insbesondere mit Blick auf die Betreuung einer schwer belasteten Klientengruppe - Austausch- und Unterstützungsmöglichkeiten im Team genutzt und der Entstehung von Burn-out-Phänomenen vorgebeugt werden.

Da der Beziehungsarbeit bei der Betreuung dieser Zielgruppe ein wichtiger Stellenwert zukommt, sollte das Modell des primären Beraters als Case Manager favorisiert werden. Am sinnvollsten ist eine Kombination von direkter Unterstützung/Betreuung und Managen/Organisieren weiterer Hilfe bzw. des gesamten Hilfeschehens. D.h. für jeden Case Management-Klienten sollte ein „Bezugsmitarbeiter“ bestimmt und eine personell kontinuierliche Betreuung sichergestellt werden.

Ferner ist zu bedenken, dass sich aufsuchendes und nachgehendes Arbeiten bei Klienten zu Hause sowie in anderen Einrichtungen, Institutionen etc. im Kooperationsmodell als wesentliche Faktoren für erfolgreiches Erreichen und Halten der Zielgruppe herausgestellt hat. Hiermit sind jedoch erhebliche zeitliche Kapazitäten und Flexibilitätsanforderungen verbunden.

Case Management kann sowohl bei freien Trägern als auch durch öffentliche Träger umgesetzt werden. In jedem Fall ist eine Abstimmung im Hilfesystem und eine Art „Mandat“ für die Übernahme koordinierender und fallführender Funktionen anzustreben.

Hinsichtlich der organisatorischen Einbindung können folgende für die Umsetzung von Case Management/nachgehender Sozialarbeit relevante Anforderungen zusammengefasst werden:

- Grundsatzentscheidung zu Methode und Zielgruppe bei Träger und Einrichtung
- Erstellen einer Einrichtungskonzeption, die Case Management integriert, die Verbindung mit weiteren Angeboten ausführt
- Betreuung der Klienten in personeller Kontinuität
- Definition genauer Umsetzungsvorgaben (interne Aufgabenbeschreibung, Zielvereinbarung, Durchführungsstandards) für Case Management
- Gewährung bzw. Sicherstellung flexibler Arbeitsbedingungen (zeitlich und örtlich)
- Sicherstellung von Vertretung bei Krankheit und Urlaub
- Möglichkeit der Begleitung durch Kollegen, z.B. bei Erst-Hausbesuchen bei Klienten, Besuchen in unklaren Situationen, Ängsten beim Case Manager
- Unterstützung der Case Manager durch methodenbezogene Anleitung und Controlling, kollegiale Beratung/Fallgespräche sowie fall- und methodenzentrierte Supervision
- Förderung von Fortbildung, (externen) Austauschmöglichkeiten
- Bereitstellung unterstützender und arbeitssystematisierender Instrumente.

Angesichts der Problemlagen und krisenhaften Verläufe bei chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigen sollte grundsätzlich eine erhöhte Erreichbarkeit der Einrichtung

angestrebt werden. Z.B. könnte eine Abend- oder Wochenenderreichbarkeit durch die Kooperation verschiedener Angebote/Stellen organisiert werden.

## 8.2.4      **Ausstattungsstandards**

Für Case Management sind folgende Ausstattungsstandards zu empfehlen:

- Einzelbüro bzw. Beratungsraum, zumindest einfacher/kurzfristiger Zugang zu Beratungsräumen für Klientengespräche
- Büroausstattung mit (eigenem) PC und moderner Kommunikationstechnik
- telefonische Erreichbarkeit durch Diensthandy
- Dienstwagen, zumindest verbindliche Regelungen und versicherungsrechtliche Absicherung zur Privatwagennutzung
- flexible Gestaltung von Arbeitszeit und -ort.

## 8.2.5      **Personal-Klienten-Relation**

Bei Leistungsbeschreibungen von Sozialarbeit ist unstrittig, dass grundsätzlich ein Zeitanteil für übergreifende Tätigkeiten, z.B. einrichtungsinterne Aufgaben, Gremienarbeit, Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit, berücksichtigt werden muss. Dies gilt auch und gerade für Case Management, da der Ansatz sich konzeptionell als Netzwerkarbeit definiert und deshalb wesentlich auf die Unterstützung im Versorgungssystem angewiesen ist. Der für übergreifende Tätigkeiten benötigte Anteil wird in Abhängigkeit vom realisierten Case Management-Modell variieren.

Unter Berücksichtigung der Zielgruppe und je nach Hauptsuchtmittel, Geschlecht und anderen hilfebedarfsrelevanten Aspekten muss von einem intensiven Personalbedarf ausgegangen werden. Als Stellenschlüssel wird ein *Korridor von 1:12 bis 1:16* empfohlen. Mit der sich daraus ergebenden durchschnittlichen wöchentlichen Betreuungskapazität von gut 1,5 Stunden pro Klient wäre Case Management in etwa so ausgestattet wie aktuell ambulant Betreutes Wohnen (1 : ≤ 12).

Die Ergebnisse im Modellprogramm weisen zudem auf die eher längere Dauer von Case Management-Prozessen für chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängige hin sowie auf meist besonders hohe anfängliche Hilfebedarfe, sodass grundsätzlich auf eine sukzessive Aufnahme von Klienten geachtet werden sollte.

## 8.2.6      **Personalqualifikation**

Die Modellerprobung machte deutlich, dass für Case Management mit einer durch multiple Problemlagen gekennzeichneten Klientel bestimmte Fähigkeiten erforderlich sind. Dazu gehört der Umgang mit klientenseitigen Wünschen nach grenzenloser Zuwendung und Versorgung, aber auch mit Abgrenzung und Aggression - und das oft in der Umgebung der Klienten, ohne schützendes Einrichtungs-Setting (Nähe-Distanz-Balance). Im Umgang mit der Klientel brauchen Case Manager also Geduld und Beharrungsvermögen, müssen Grenzen wahren und immer Veränderungen im Blick behalten (Motivationsarbeit). Erforderlich ist darüber hinaus die Fähigkeit zu schnellen und eigenständigen Entscheidungen sowie Flexibilität. Für die genaue Situationsein-

schätzung sind umfassende diagnostische Kenntnisse und ein geschulter Blick für Ressourcen vonnöten.

Intensive Anleitung, methodenbezogenes Controlling, teaminterne Unterstützung, regelmäßige und ausführliche Fallreflexionen sowie Supervision sollten grundsätzlich Standard sein.

Betrachtet man die versorgungssystembezogenen Aufgaben, so zeigt sich, dass Case Management weitere - neue - Anforderungen an sozialarbeiterisches Handeln mit sich bringt: Case Manager müssen sich im Netzwerk der Helfer bewegen, transparent agieren und gegenseitige Offenheit fördern, Abstimmungsprozesse organisieren und moderieren, zur Beteiligung motivieren und Verbindlichkeit herstellen.

Zusammenfassend betrachtet können folgende Anforderungen an Case Manager im Bereich der Betreuung chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängiger formuliert werden:

- einschlägige Berufsausbildung (i.d.R. Sozialpädagogik/Sozialarbeit)
- mehrjährige Berufserfahrung in der Suchtkrankenhilfe
- Kenntnisse zu Motivationsstrategien
- Kenntnisse zu ressourcenorientiertem Arbeiten
- medizinische Grund- und suchtdiagnostische Kenntnisse
- Kommunikationskompetenz, Moderationsfähigkeiten
- Kenntnisse des regionalen Versorgungssystems
- Kenntnisse in sozialrechtlichen und ggf. strafrechtlichen Fragen
- akzeptierende Haltung, Respekt vor der Klientel
- Fähigkeit, die notwendige Balance zwischen Nähe und Distanz zur Klientel zu wahren
- Organisationstalent
- Geduld, Beharrlichkeit, Verbindlichkeit
- Fähigkeit zu systematischem und zielorientiertem Handeln (s.u.)
- Fähigkeit zu eigenständigem Arbeiten und zu schnellen Entscheidungen
- Bereitschaft, zeitlich und örtlich flexibel sowie in andauerndem und unmittelbarem Kontakt und im Setting der Klienten zu arbeiten.

Case Management und insbesondere Hilfeplanung im Netz treffen auf ein berufliches Selbstverständnis der Suchtkrankenhilfe, das vielfach von anderen Traditionen geprägt ist. Demgegenüber sind nun ein neues Rollenverständnis und die Einübung oft ungewohnter Arbeitsprinzipien notwendig, wie z.B. eine strikte Personen- statt Einrichtungszentrierung und umfassende Klientenbeteiligung, Ressourcenorientierung - auch bei chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigen - zielorientierte Planung mit schriftlicher Niederlegung, transparente Beschreibung des Betreuungsprozesses, Abstimmung von Hilfen im Netz und Moderation von Steuerungsprozessen.

Da (berufliche) Rollen nicht leicht zu verändern sind und die notwendigen Fähigkeiten nicht ohne weiteres erlernt werden können, sollten die Kernfunktionen von Case Management intensiv geschult und zumindest anfangs laufend supervidiert werden. Gerade während der Implementation sollten Einrichtungsleitungen ihre Mitarbeiter intensiv

anleiten und ein methodenbezogenes Controlling durchführen. Hilfreich sind zudem Durchführungsstandards, genaue Aufgabenbeschreibungen und Leitfäden sowie ein auf den Ansatz abgestimmtes prozessunterstützendes Instrumentarium (s.u.).

## 8.2.7 Dokumentation und Qualitätssicherung

Das zentrale Ziel des Kooperationsmodells war die Verbesserung der Qualität der Versorgung von chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigen, u.a. durch Koordinierung des Gesamthilfegeschehens und Ressourceneinbindung.

Case Management - wie moderne Suchthilfe überhaupt - ist nicht ohne Qualitätssicherung denkbar. Die Arbeitsschritte von Case Management, insbesondere die Hilfeplanung stellen einen idealen Rahmen dafür dar: Hilfebedarf wird operationalisiert, messbare Ziele werden formuliert und regelmäßig überprüft. Der Betreuungsprozess sowie das Gesamthilfegeschehen unterliegen also einer laufenden Prüfung und Optimierung.

Im Kooperationsmodell wurde ein auf den Arbeitsablauf und die Zielgruppe zugeschnittenes integriertes Dokumentations- und Hilfeplanungsinstrumentarium entwickelt, dem zudem prozessunterstützende Funktionen zukamen. Im Sinne von Qualitätssicherung und Mitarbeiterqualifizierung stützt und strukturiert Hilfeplanung die Umsetzung von Case Management. Sie fördert Klientenbeteiligung und verhindert das Vernachlässigen bestimmter Aspekte. Insgesamt unterstützt Hilfeplanung die Umsetzung von klienten- statt von einrichtungszentriertem Arbeiten.

Zusammengefasst können folgende Anforderungen formuliert werden:

- Integration von Dokumentations- und Planungsinstrumenten
- Sammlung aller notwendigen Klientendaten
- individuelle Betreuungsplanung
- Prozessunterstützung
- transparente Verlaufsdokumentation zur interner Steuerung, zur Reflexion konzeptioneller Vorgaben etc. (interne Qualitätssicherung)
- Erfassung der Zufriedenheit der Klienten
- Dokumentation von (Zwischen-)Ergebnissen
- Bereitstellen von Grundlagen für Fallsteuerung und Monitoring, u.a. durch Dokumentation von Betreuungs- und Zuständigkeitsvereinbarungen
- Leistungsnachweis, z.B. für Jahresberichte, für Kosten- und Leistungsträger (externe Qualitätssicherung, vgl. § 93 BSHG).

## 9 LITERATUR

- AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.) 1997  
 Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, in: Psychosoziale Arbeitshilfen Bd. 11, Bonn.
- AMELANG, M., ZIELINSKI, W. 1997  
 Psychologische Diagnostik und Intervention, 2. Auflage, Heidelberg.
- ARBEITSGEMEINSCHAFT SUCHTKRANKENHILFE (Hg.) 1996  
 Arbeitsgemeinschaft Suchtkrankenhilfe in den Diakonischen Werken der ev. Kirche von Westfalen und der Lippischen Landeskirche, Rahmenkonzept „Verantwortung für mehrfachbeeinträchtigte abhängige Menschen“, Münster.
- ARBEITSGRUPPE CMA 1999  
 Definitionsvorschlag zur Operationalisierung von chronisch mehrfachbeeinträchtigten Abhängigen von psychotropen Substanzen, in: SUCHT 45 (1), S. 6 - 13.
- ARNOLD, T., KORNDÖRFER, G. 1993  
 Modellprogramm Aufsuchende Sozialarbeit für langjährig Drogenabhängige. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung. Band 15 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden.
- ARNOLD, T., FELDMEIERS-THON, J., FRIETSCH, R., SIMMEDINGER, R. 1995  
 Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger in Rheinland-Pfalz, Endbericht. Im Auftrag des Ministeriums für Kultur, Jugend, Familie und Frauen, Frankfurt.
- ARNOLD, T., SCHMID, M., SIMMEDINGER, R. 1999a  
 Der CMA-Definitionsvorschlag in seiner Anwendung auf zwei Stichproben von Heroinabhängigen - erste empirische Ergebnisse, in: SUCHT 1/1999, S. 14 - 21.
- ARNOLD, T., SCHMID, M., SIMMEDINGER, R. 1999b  
 Suchthilfe im Krankenhaus. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Bundesmodellprogramms „Drogennotfallprophylaxe/Nachgehende Sozialarbeit“, Band 120 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden.
- AUTORENGRUPPE KRUCKENBERG (KRUCKENBERG, P., KUNZE, H., BRILL, K.E., CROME, A., GROMANN, P., HÖLZKE, R., KRÜGER, U., STAHLKOPF, D.) 1998  
 Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Band 1, Bericht zum Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit „Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung“. Band 116 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden.
- BALDOCK, J., EVERS, A. 1991  
 Concluding Remarks on the Significance of the Innovations Reviewed - Their Implications for Social Change, in: KRAAN, J.R. et al (Hg.), Care for the Elderly, Frankfurt/Main, S. 186 - 202.

- BALLEW, J.R., MINK, G. 1995  
Was ist Case Management?, in: WENDT, W.R. (Hg.), Unterstützung fallweise - Case Management in der Sozialarbeit, Freiburg.
- BLANKEN, PL. u.a. 1994  
European Addiction Severity Index. EuropASI. COST A6. A Guide to training and administring EuropASI Interviews. European Cooperation in the field of scientific and technical research.
- BMG (BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT) 1995  
Vorschlag für ein Bund/Länder-Konzept zur Verbesserung der Drogen- und Suchthilfe insbesondere für "chronisch abhängige" Suchtkranke, unveröffentlichtes Manuskript, September 1995, Bonn.
- BMG (BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT) 1999  
Bekanntmachung des BMG für die Erstellung eines Studiendesigns für ein wissenschaftliches Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger, Bundesanzeiger Nr. 183 vom 29.09.1999, Bonn.
- BOHM, S., SCHMIDT, D., SCHRÄDER, W.F. 1994  
Betreuungsdienst für chronisch Kranke im Land Brandenburg, IGES-Papier 94-85, Berlin.
- BÖTTGER, G., HÄRTEL, F., LEOHNHARDT, H.-J., MÜHLER, K. 1999  
Zur sozialen Struktur von Populationen chronisch mehrfachgeschädigter Abhängigkeitskranker im Regierungsbezirk Leipzig, Arbeitspapier 1 der Gesellschaft gegen Alkohol- und Drogengefahren GAD e.V.
- BRINDIS, C. D., THEIDON, K. S. 1997  
The Role of Case Management in the Substance Abuse Treatment Services für Women and Their Children, in: Journal of Psychoactive Drugs, Vol. 29 (1), S. 79 - 84.
- BRINDIS, C., PFEFFER, R., WOLFE, A. 1995  
A Case Management Program for Chemically Dependent Clients with multiple Needs, in: Journal of Case Management, Vol. 4 (1), S. 22 - 28.
- BRINKMANN, S., HASSENZAHL, G., KRONENBERGER, G., MOSCHNER, W., SCHAA, G. 1997  
Qualitätskonzept für die Einzelfallhilfe, Bericht über die Pilotierung 1.2.1997 - 31.7.1997, hg. vom Landeswohlfahrtsverband Hessen, Kassel.
- BRINKMANN, S., HASSENZAHL, G., KRONENBERGER, G. 1998  
Qualitätskonzept für die Einzelfallhilfe, Abschlussbericht über die Pilotierung, hg. vom Landeswohlfahrtsverband Hessen, Kassel.
- BROSIUS, F. 1998  
SPSS 8, Professionelle Statistik unter Windows, Bonn.
- BURMANN, N., SELLIN, C., TRUBE, A. 2000  
Ausstiegsberatung für Sozialhilfeempfänger. Konzepte, Instrumente und Ergebnisse eines vergleichenden Modells, Texte und Materialien des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge Bd. 16, Frankfurt.

- CMSA (CASE MANAGEMENT SOCIETY OF AMERICA) 1995  
The Standards of Practice for Case Management, Little Rock, USA.
- DHS (DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN) 1994  
Informationen zur Suchtkrankenhilfe 1/1994.
- DHS (DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN) 1995  
Vorschläge für neue und zusätzliche Modellmaßnahmen zur Verbesserung der Drogenhilfe, Manuskript, Hamm.
- ENGLER, U., OLIVA, H. 1997  
Case Management - Anspruch und Praxis in der Suchtkrankenhilfe, in: LANDSCHAFTSVERBAND WESTFALEN-LIPPE (Hg.), Case Management - Dokumentation der Fachtagung am 26.06.1997, Forum Sucht, Band 17, Münster.
- ENGLER, U., OLIVA, H., SCHLANSTEDT, G. 1998  
Abschlussbericht der Projektgruppe „Weiterentwicklung von Hilfen für Alkoholranke und Menschen mit Alkoholproblemen“, Band 106 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden.
- ENGLER, U., SCHLANSTEDT, G. 1998  
„Ambulante Versorgung chronisch mehrfachgeschädigter Abhängigkeitskranker in einem städtischen Versorgungssektor“ in: ENGLER, U., OLIVA, H., SCHLANSTEDT, G., Abschlussbericht der Projektgruppe „Weiterentwicklung von Hilfen für Alkoholranke und Menschen mit Alkoholproblemen“, Band 106 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden.
- ENQUETEKOMMISSION 1975  
Bericht über die Lage der Psychiatrie in Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung, Drucksache 7/4200 des Deutschen Bundestages, Bonn.
- EWERS, M. 1995  
Case Management Bibliographie mit einem einführenden Text, Nr. P95-205 der Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin.
- EWERS, M. 1996  
Case Management: Angloamerikanische Konzepte und ihre Anwendbarkeit im Rahmen der bundesdeutschen Krankenversorgung, Nr. P96-208 der Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin.
- EXPERTENGESPRÄCH CMA 1997  
Unveröffentlichtes Protokoll der Klausurtagung im November 1997 in Köln, FOGS.
- EXPERTENKOMMISSION 1988  
Empfehlung der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung, Bonn.

- FLEISCHMANN, H., WODARZ, N. 1999  
 Chronisch mehrfachbeeinträchtigte Alkoholabhängige, in: SUCHT (45) 1, S. 34 - 44.
- FRANK, K., SEIFERT, B. 1998  
 Evaluation von Modellprogrammen, in: HEINER, M. (Hg.), Experimentelle Evaluation. Ansätze zur Entwicklung lernender Organisationen, S. 167 - 192.
- FRANKE, A. 1993  
 Drogennotfälle und Drogentodesfälle in Dortmund. Untersuchung im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Dortmund.
- FREIE UND HANSESTADT HAMBURG 1996  
 Ambulante Sucht- und Drogenarbeit in Hamburg. Modernisierung als Prozess - eine Dokumentation, Hamburg.
- GITSCHMANN, P., OFFERMANN, M., TUMUSCHAT-BRUHN, A 1999  
 Gesamtplanung nach § 46 BSHG im Kontext behindertenpolitischer Innovation und Verwaltungsmodernisierung; in: Nachrichtendienst des deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, 11/1999, S. 362 - 367.
- GÖRGEN, W., HARTMANN, R., MÖLLER, I., OLIVA, H. 1996  
 Modellprogramm Kompakttherapie im Verbund der Drogenhilfe, Band 81 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden.
- GRIMWOOD, C. 1996  
 Die „neue“ Sozialpolitik in Großbritannien, in: neue praxis 4/96, S. 291 - 300.
- GRUNOW, D. 1990  
 Die Erprobung wohnortnaher Rheumaversorgung als Gegenstand der Interventionsforschung und -theorie, in: SIGRIST, J. (Hg.), Wohnortnahe Versorgung Rheumakranker, Stuttgart, S. 15 - 50.
- HARTMANN, R., MÖLLER, I., SCHMID, R., SCHU, M. 1994  
 Modellprogramm Verstärkung in der Drogenarbeit - „Booster-Programm“, Abschlussbericht, Band 35 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden.
- HECKMANN, W. u.a. 1993  
 Drogennot- und -todesfälle. Eine differentielle Untersuchung der Prävalenz und Ätiologie der Drogenmortalität: Drogentodesfälle in Berlin, Bremen und Hamburg, Drogennotfälle in Bremen und Hamburg, Band 28 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden.
- HILGE, T., SCHULZ, W. 1999  
 Entwicklung eines Messinstrumentes zur Erfassung chronisch mehrfach geschädigter Alkoholabhängiger: Die Braunschweiger Merkmalsliste (BML), in: SUCHT (45) 1, S. 55 - 69.
- HOLZ, A., LEUNE, J. 1999  
 Versorgung Suchtkranker in Deutschland, in: DHS (Hg.) 1999, Jahrbuch Sucht 2000, S. 139 - 160, Geesthacht.

- HÜLLINGHORST, R. 1999  
Welche Hilfen für Suchtkranke werden gebraucht? Wirksame Hilfen für Suchtkranke entwickeln - gestalten - steuern, in: Welche Hilfen für Suchtkranke werden gebraucht? Berichtsband zur Fachtagung der Niederländischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren vom 28.09.1999, Hannover.
- JOHN, U. u.a. 1996  
Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und Abhängigkeit in der allgemeinmedizinischen Versorgung, Band 71 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden.
- KAPLAN, K. 1990  
Recent Trends in Case Management, in: Encyclopedia of Social Work, National Association of Social Workers (NASW), S. 60 - 77, Washington.
- KREMER, G. u.a. 1998  
Erkennung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen in der medizinischen Basisversorgung und Vernetzung mit dem Versorgungssystem für Abhängigkeitskranke, in: ENGLER, U., OLIVA, H., SCHLANSTEDT, G. 1998, a.a.O., S. 8 - 52.
- KRUCKENBERG, P. 1997  
Die Steuerung von Leistungsentwicklung und Finanzierung auf regionaler und Landesebene, in: KRUCKENBERG, P., KUNZE, H., AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.), Personenbezogene Hilfen in der Psychiatrischen Versorgung, Tagungsberichte, Bd. 24, Köln, S. 91 - 102.
- KRUCKENBERG, P. et al. 1999  
Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Bd. 1 Bericht zum Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit „Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung“, Band 116 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden.
- KÜFNER, H., KÜMLER, P., VOGT, M., TRUNKÒ, S. 2000  
Modellprogramm Betreuung von Drogenabhängigen auf dem Bauernhof, Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung, Band 130 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden.
- LANGE, E. 1983  
Zur Entwicklung und Methodik der Evaluationsforschung in der Bundesrepublik Deutschland, In: Zeitschrift für Soziologie 3, S. 253 - 270.
- LEOHNHARDT, H.-J., MÜHLER, K. 1999  
CMA - Zur Definition und Therapie, Arbeitspapier 3 der Gesellschaft gegen Alkohol- und Drogengefahren GAD e.V.
- LEOHNHARDT, H.-J., MÜHLER, K., KRAUSE-DÖRING, R., SCHMIDT, K. 1999  
Demographische Merkmale von CMA-Populationen, Arbeitspapier 2 der Gesellschaft gegen Alkohol- und Drogengefahren GAD e.V.

- LOWY, L. 1988  
Case Management in der Sozialarbeit, in: Brennpunkte sozialer Arbeit: Soziale Einzelhilfe, Frankfurt/M. , S. 31 - 39.
- MCGHAN, P.; GRIFFITH, J.; MCLELLAN, A.T. 1986  
Composite scores from the Addiction Severity Index: Manual and computer software. Pennsylvania, PA: Veterans Administration Press.
- MCLELLAN, A.T. u.a. 1992  
The fifth edition of the addiction severity index. Journal of Substance Abuse Treatment, 9, S. 199 - 213.
- MCRAE, J., HIGGINS, M., LYCAN, C., SHERMAN, W. 1990  
What happens to patients after five years of intensive case management stops? In: Hospital and Community Psychiatry 41, S. 175 - 179.
- MICHELS, I.I. 1996  
Wie verändert der Wandel des Sozialstaats das Drogenhilfesystem, in: AKZEPT e.V. (Hg.), Drogen Visionen, Berlin, S. 233 ff.
- MILLER, W.R., TONIGAN, J.S. 1996  
Assessing drinkers motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES), in: Psychology of Addictive Behaviors, 10, S. 81 - 89.
- MÖLLER, I., OLIVA, H., SCHMID, R. 1993  
Modellprogramm Ambulante Ganztagsbetreuung Drogenabhängiger, Band 14 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden.
- MOXLEY, D. 1989  
The Practice of Case Management, Newbury Park.
- MÜHLER, K., LEONHARDT, H.-J. 1995  
Die Struktur einer städtischen Population von chronisch mehrfachgeschädigten Abhängigkeitskranken. das Beispiel Leipzig, Beitrag zur Fachtagung der Sächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren, Leipzig.
- MÜHLER, K., LEONHARDT, H.-J. 1996  
Die alltägliche Bewältigung des Lebens, Beobachtungen aus der Praxis, in: SuchtReport 5/96, S. 29 - 36.
- MÜHLER, K., LEONHARDT, H.-J. 1998  
Der Weg ist das Ziel, in: SuchtReport 3/98, S. 29 - 36.
- MÜLLER-MOHNSEN, M. 1999  
Effizienz der Behandlung chronisch mehrfach geschädigter/beeinträchtigter Abhängigkeitskranker. Zwischenbericht der S4-Forschungsgruppe des Suchtausschusses der BDK, vorgetragen bei der Jahrestagung des Suchtausschusses am 25./26.11.1999 in Neunkirchen, unveröffentlicht.

- MÜLLER-MOHNSSEN, M., HOFFMANN, M., ROTHENBACHER, H. 1999  
Chronisch mehrfach geschädigt Abhängigkeitskranke (CMA) in der stationären psychiatrischen Behandlung - diagnostische, soziale und Verlaufsmerkmale, in SUCHT (45) 1, S. 45 - 54.
- NASW (NATIONAL ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS) 1992  
Standards for Social Work Case Management, Washington, USA.
- NETTING, F.E. 1992  
Case Management: Service or Symptom?, in: Social Work, 37, S. 160 - 164.
- NEUFFER, M. 1993  
Case Management - Alte Fürsorge in neuem Kleid?, in: Soziale Arbeit 1/93, S. 10 - 15.
- OLIVA, H., GÖRGEN, W., SCHLANSTEDT, G., SCHU, M., SOMMER, L. 1998  
Kooperationsmodell nachgehende Sozialarbeit. Zwischenbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Köln.
- OLIVA, H., GÖRGEN, W., SCHLANSTEDT, G., SCHU, M., SOMMER, L. 1999  
Kooperationsmodell nachgehende Sozialarbeit. 2. Zwischenbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Köln.
- OLIVA, H., GÖRGEN, W., SCHLANSTEDT, G., SCHU, M., SOMMER, L. 2000  
Kooperationsmodell nachgehende Sozialarbeit. 3. Zwischenbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Köln.
- OLIVA, H., GÖRGEN, W., SCHLANSTEDT, G., SCHU, M., SOMMER, L. 2001  
Vernetzung, Planung und Steuerung der Hilfen für Suchtkranke - Zur Arbeit regionaler Suchthilfekordinatoren. Ergebnisse des Kooperationsmodells nachgehende Sozialarbeit. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Modellbestandteil Koordination. Band 135 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden.
- PROGNOS 1993  
Methadonerprobungsverfahren im Saarland, Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung, herausgegeben durch das Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales des Saarlandes, Saarbrücken.
- RAIFF, N.R., SHORE, B.K. 1997  
Fortschritte im Case Management, Freiburg.
- RAPP, R.C., KELLIHER, C.W., FISHER, J.H., HALL, F.J. 1994  
Strengths-Based Case Management, in: Journal of Case Management, Vol. 3 (4), S. 139 - 144.
- RASCHKE, P., KALKE, J., VERTHEIN, U. 1996  
Substitution in Hamburg - Methadonbehandlung Opiatabhängiger von 1990 - 1995. Im Auftrag der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, der Ärztekammer und des „Fachverbands Ambulante Therapie“ (FAT), Hamburg.

- RASCHKE, P., DEGKWITZ, P., KALKE, J. 1999  
 Computergestützte Arbeit in der ambulanten Suchtkrankenhilfe: Ergebnisse der Basis- und Leistungsdokumentation für das Jahr 1998. Entwurf des Zwischenberichts für das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein, Hamburg.
- RAUTENBERG, M. 1998  
 Zusammenhänge zwischen Devianzbereitschaft, kriminellem Verhalten und Drogenmissbrauch. Eine Expertise der Kriminologischen Zentralstelle e.V., Wiesbaden, Band 103 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden.
- REIBERG, U., SAUER, P., WISSERT, M. 1997a  
 Case Management auf dem Prüfstand (Teil 1), in: Forum Sozialstation Nr. 85 4/97, S. 36-41.
- REIBERG, U., SAUER, P., WISSERT, M. 1997b  
 Case Management auf dem Prüfstand (Teil 2), in: Forum Sozialstation Nr. 86 6/97, S. 44-46.
- RUMPF, H.-J., MEYER, C., HAPKE, U., BISCHOF, G., JOHN, U. 2000  
 Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen von Alkoholabhängigen und -mißbrauchern: Ergebnisse der TACOS-Bevölkerungsstudie, in SUCHT 1/2000, S. 9 - 17.
- SCHLEUNING, G., WELSCHHOLD, M., STOCKDREHER, P., JORDAN, A., DANNER, R., ACKENHEIL, M. 2000  
 Modellprojekt Psychiatrisches Case Management. Sektorbezogene Untersuchung einer Gruppe von psychisch schwer und chronisch Kranken unter den Bedingungen einer koordinierten Betreuung und Behandlung im außerstationären Bereich. Modellverbund Psychiatrie - Ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung des Bundesministeriums für Gesundheit. Band 133 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden.
- SCHMID, M., SIMMEDINGER, R., VOGT, I. 1999  
 Ambulante Suchthilfe in Hamburg, Statusbericht 1998 zur Hamburger Basisdatendokumentation im ambulanten Suchthilfesystem, Frankfurt.
- SCHWOON, D.R. 1992  
 Motivation - ein kritischer Begriff in der Behandlung Suchtkranker, in: WIENBERG, G. (Hg.) Die vergessene Mehrheit: Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen, Bonn.
- SEIBERT, W. 1996  
 Individuelles Fallmanagement in der Sozialhilfe - ein Versuch der Hilfe zur Selbsthilfe, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, 5/96.
- SIEGAL, H.A., RAPP, R.C., KELLIHER, C.W., FISHER, J.H., WAGNER, J.H., COLE, P.A. 1995  
 The Strengths Perspective of Case Management: A Promising Inpatient Substance Abuse Treatment Enhancement, in: Journal of Psychoactive Drugs, Vol. 27 (1), S. 67 - 72.

- SIEGAL, H. A. u.a. 1998  
Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 27, Substance Abuse and Mental Health Services Administration - Center for Substance Abuse Treatment, Rockville, DHHS Publication No (SMA) 98-3222.
- SLS (SÄCHSISCHE LANDESSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN) 1994  
Zur Versorgung chronisch mehrfachgeschädigter Abhängigkeitskranker im Freistaat Sachsen. Dokumentation zur Fachtagung, Dresden.
- SONNTAG, D., KÜNZEL J. 2000  
Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg? SUCHT, 46, Sonderheft 2, 12, 2000.
- STEINBERG, R.M., CARTER, G.W. 1983  
Case Management and the Elderly: A Handbook for Planning and Administering Programs. Lexington.
- TOPHOVEN, CH. 1997  
Managed Care - Made in Germany?, Vortrag auf der 2. zentralen Arbeitstagung im Modellprogramm, Manuskript, Bonn.
- VOURLEKIS, B.S., GREENE, R.R. (Hg.) 1992  
Social Work Case Management, New York.
- WEIL M., KARLS, J.M. AND ASSOCIATES (Hg.) 1985  
Case Management in Human Service Practice, San Francisco.
- WEIL, M. 1995  
Schlüsselkomponenten einer effizienten und effektiven Dienstleitung, in: Wendt, W.R. (Hg.), Unterstützung fallweise - Case Management in der Sozialarbeit, Freiburg.
- WENDT, W.R. (Hg.) 1995  
Unterstützung fallweise: Case Management in der Sozialarbeit, Freiburg.
- WENDT, W.R. 1997  
Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung, Freiburg.
- WETTERLING, T., DRIESSEN, M., VELTRUP, C., JOHN, U., DILLING, H. 1998  
Häufigkeit der ICD-10 Kriterien bei Alkoholkranken, in: Sucht 6/1998, S. 443.
- WIENBERG, G. (Hg.) 1992  
Die vergessene Mehrheit - Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen, Bonn.
- WIENBERG, G. 1994  
Die vergessene Mehrheit - Struktur und Dynamik der Versorgung Abhängigkeitskranker in der Bundesrepublik, in: AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.), Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung - regionale Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen, Tagungsberichte Band 21, Köln.

WIENBERG, G. 1995

Das Alkoholproblem in der medizinischen Primärversorgung, in: MANN, K.,  
BUCHKREMER, G. (Hg.), Suchtforschung und Suchttherapie in Deutschland,  
SUCHT Sonderheft, S. 13 - 18.

WISMANN, P. 1994

Erfolgreiche Rehabilitation älterer Menschen, in: Sozialarbeit 12/94, S. 419 -  
421.