



# *Case- Management*

– Fachtagung –

26. Juni 1997  
Schloß Herten

Forum Sucht  
Band 17

ISSN 0942-2382

**GESUNDHEITSSABTEILUNG**



Landschaftsverband  
Westfalen-Lippe

Herausgeber:

Landschaftsverband Westfalen-Lippe  
Gesundheitsabteilung  
Dezernent: Landesrat Dr. Wolfgang Pittrich

Koordinationsstelle für Drogenfragen  
und Fortbildung  
Leiter: Wolfgang Rometsch  
Hörsterplatz 4  
48133 Münster

1. Auflage  
1. - 2.000

Münster 1997

## **Vorwort**

*Seit einigen Jahren hat sich der Terminus "Case-Management" in der sozialen Arbeit auch im deutschen Sprachraum etabliert. Erste Erfahrungen wurde damit in der Jugendhilfe gesammelt. Dieses Mitte der 70er Jahre in den USA entwickelte Konzept und in den Niederlanden seit den 80er zunehmend praktiziert wurde soll jetzt auch in der Arbeit mit Suchtkranken zu mehr Effektivität und Effizienz führen.*

*Doch was genau verbirgt sich hinter dem Begriff "Case-Management"? Wie sieht Case-Management in der Praxis der Suchtkrankenhilfe aus? Was bedeutet es für den beruflichen Alltag der dort Beschäftigten bzw. was kann es bedeuten?*

*Mit Antworten auf diese Fragen beschäftigte sich die am 26. Juni 1997 im Schloß Herten durchgeführte Fachtagung. Sie können sie in diesem Band 17 der Reihe Forum Sucht nachlesen. Nach einer theoretischen Einführung von Herrn Dr. Engler und Herrn Oliva stellten Herr Holz und Frau Wortmann ein Praxismodell aus Bochum vor. Einen interessanten Blick über den Nachbarzaun zeig-*

*te Frau Baller, die in den Niederlanden bereits über langjährige Erfahrung mit Case-Management für Kinder drogenabhängiger Eltern verfügt.*

*Wir freuen uns, die Vorträge mit dieser Dokumentation einer breiteren Fachöffentlichkeit zugänglich machen zu können.*

*Dr. Wolfgang Pittrich  
Landesrat*

# *Case-Management - Anspruch und Praxis in der Suchtkrankenhilfe*

**Dr. Udo Engler, Hans Oliva**

FOGS

Gesellschaft für Forschung und Beratung im  
Gesundheits- und Sozialbereich mbH  
Prälat-Otto-Müller Platz 2  
50670 Köln

Inhalt:

- I. Grundlagen und Ansprüche von Case-Management
- II. Kooperationsmodell: Nachgehende Sozialarbeit

# I. Grundlagen und Ansprüche von Case-Management

## 1. Vom Management zum Case-Management

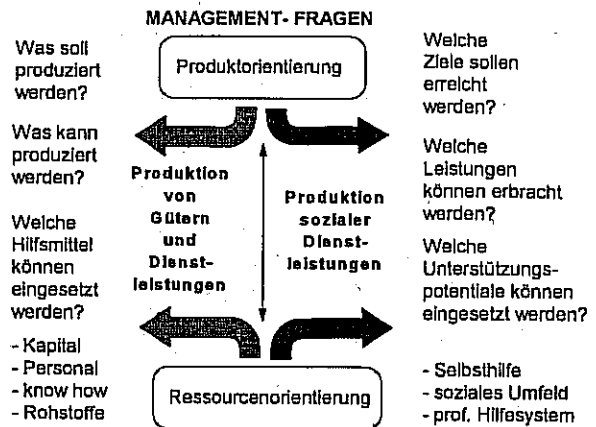
Management-Aufgaben stellen sich immer dann, wenn in komplexen Situationen/Organisationen Handeln rational organisiert werden soll. Dabei gilt es, unter Berücksichtigung vielfältiger Anforderungen, die Handlungen nach den Kriterien ihrer Effektivität und Effizienz auszuführen. Effektivität mißt sich am Grad der Zielerreichung (Zielwirksamkeit); Effizienz am Verhältnis von Aufwand und Nutzen.

Die Führung von Betrieben ist das ursprüngliche Feld von Management. Aber schon die Basisfragen im wirtschaftlichen Managementprozeß - Was wollen und können wir produzieren? (Produktorientierung) Welche Hilfsmittel stehen uns zur Verfügung? (Ressourcenorientierung) - können als Brücke zur Einzelfallhilfe im Sinne eines Case-Managements dienen.

Die Erbringung sozialer Dienstleistungen unter der Forderung einer einzelfallbezogenen Bedarfsorientierung ist eine äußerst komplexe Situation. Individuelle Problemsituationen, die die Selbsthilfepotentiale überfordern können, sind in der Regel Multi-problemsituationen. Die komplexe Problemlage des einzelnen wiederum ist nur unter Berücksichtigung des sozialen Umfelds zu verstehen. Dem individuellen Unterstützungsbedarf steht ein professionelles Hilfesystem gegenüber, das durch eine Vielzahl von Diensten und Einrichtungen gekennzeichnet ist. Die professionellen Einzelleistungen sind in der Regel nicht zu einer aufeinander bezogenen Gesamtleistung für den jeweiligen Fall zusammengefaßt. Die getrennten Leistungs- und Kostenträgerschaften und die zum Teil auch fachliche Uneinigkeit führen zu einem Nebeneinander der Einzelangebote.

Vor diesem Hintergrund lassen sich bei der rationalen Organisation von Unterstützungsmaßnahmen drei wesentliche Elemente festmachen, die eng miteinander verknüpft sind:

- die individuellen Stärken und Beeinträchtigungen des Klienten
- das soziale Bezugsfeld des Klienten
- das professionelle Hilfesystem.



Aus der oben genannten *Produktorientierung* wird im Feld der sozialen Dienstleistung die einrichtungs- bzw. dienstbezogene Leistungsdefinition (Was kann angeboten werden?), aber auch die fallbezogene Zieldefinition (Welches Ziel hat die Unterstützungsmaßnahme?) abgeleitet. Mit dem als zweites genannten Aspekt wird die Erreichung eines definierten Zielzustandes als Outcome des Hilfeprozesses angesehen und als Produkt definiert.

Die *Ressourcenorientierung* im Bereich sozialer Dienstleistungen fächert sich in drei Bereiche:

- die Selbsthilfepotentiale
- die Hilfepotentiale des direkten sozialen Umfeldes
- die Ressourcen des professionellen Hilfesystems.

Unter diesem Blickwinkel kann aus den Prinzipien des betrieblichen Managements ein fallbezogenes „Unterstützungsmanagement“ im Bereich sozialer Dienstleistungen entwickelt werden (vgl. WENDT 1995)<sup>1</sup>. Seit ca. 1980 wird Case Management in den USA und später auch in Großbritannien in verschiedenen Bereichen psychosozialer Versorgung praktiziert. Die im Vergleich zu Deutschland anderen sozialpolitischen Rahmenbedingungen haben die Anwendung dieses Konzepts in den USA und GB begünstigt. Gleichwohl führt der „Umbau“ der Hilfesysteme in Deutschland - trotz der Unterschiedlichkeit der Ausgangssituation in den USA und GB - unter den Bedingungen knapper finanzieller Ressourcen der öffentlichen Haushalte zur

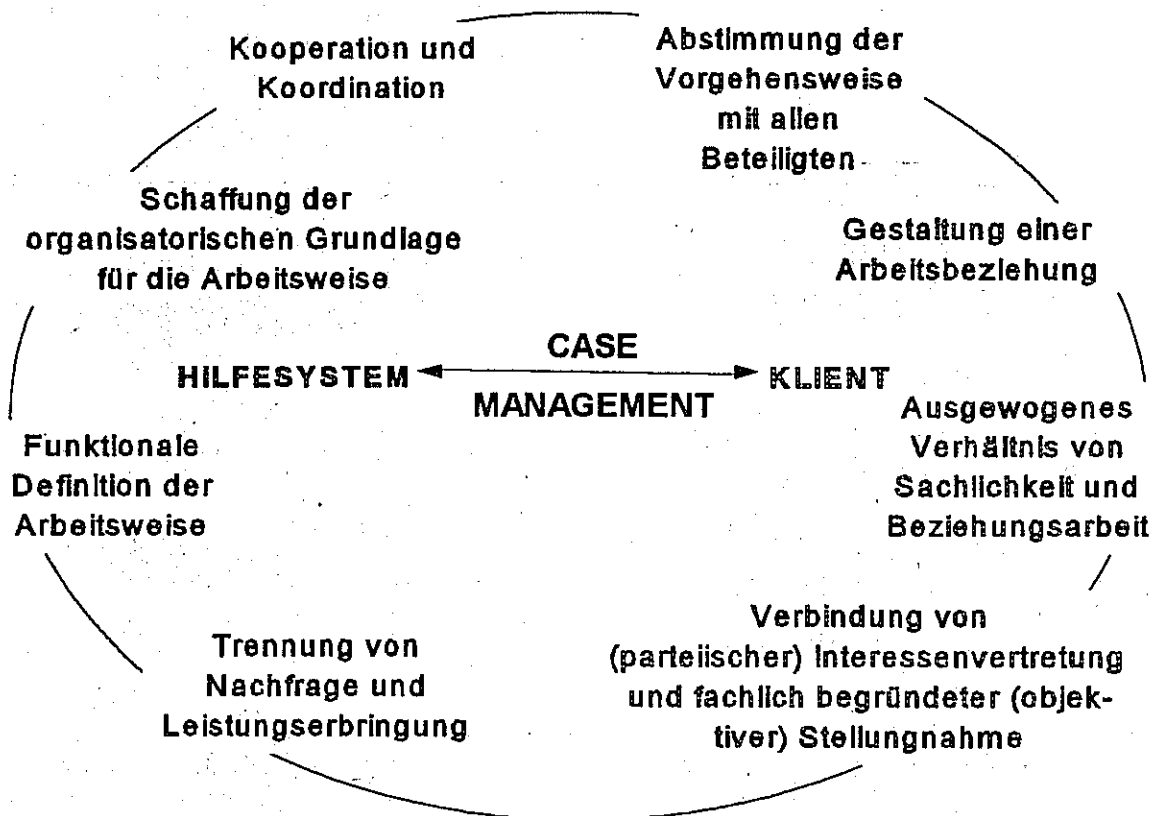
1 WENDT, W. R. (Hrsg.): Unterstützung fallweise. Case Management in der Sozialarbeit. 2. Aufl., Freiburg: Lambertus, 1995

zunehmenden Bedeutung des Case-Managements in vielen Bereichen der psychosozialen und medizinischen Versorgung. Hier steht auch die gesundheitspolitische Leitlinie, vorrangig ambulante Behandlungsalternativen gegenüber stationären Behandlungsformen zu entwickeln<sup>2</sup>, für die Notwendigkeit des Einsatzes von Case-Management bei der Koordination und Kooperation komplexer personenbezogener ambulanter Dienstleistungen (vgl. TOPHOVEN 1995)<sup>3</sup>. Mit der Anwendung der Methode wird die Erwartung verbunden, die Qualität der sozialen Dienstleistungen trotz der Sparzwänge weitgehend erhalten zu können. Diese Erwartung gründet sich u.a. auf die Annahme, daß an vielen Stellen der wenig aufeinander bezogenen Hilfesysteme Optimierungsmöglichkeiten durch die einzelfallbezogene Organisation des Unterstützungsprozesses im Sinne eines Case-Managements erschlossen werden können (z.B. durch Vermeidung von Doppelbetreuungen).

## 2. Aufgaben des Case-Managements

Die Zusammenführung und Koordination von individuellem Hilfebedarf (Nachfrage) und verfügbaren Hilfe-Ressourcen (Angebot) ist die grundlegende Aufgabenstellung des Case-Managements. Sie entspricht von der Herangehensweise mehr einer sachlichen Aufgabenerfüllung als einer Therapie-maßnahme. Trotzdem wird die Erfüllung dieser Aufgabe nur auf der Basis einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Case-Manager und Klient gelingen. Auf dieser Grundlage wird Case-Management in einem Spannungsfeld zwischen Sachlichkeit und Beziehungsarbeit erbracht, das denjenigen, die Case-Management-Aufgaben wahrnehmen, z.T. neue und anspruchsvolle Leistungen abverlangt.

Die zentralen Merkmale eines fallbezogenen „Unterstützungsmanagements“ sind in folgender Abbildung dargestellt:



2 Siehe: SGB V § 39 (Krankenhausbehandlung) und § 40 (Rehabilitation)

3 TOPHOVEN, Ch.: Case-Management - Ein Weg zu mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitssystem. Sozialer Fortschritt, 7, 1995, S.162-166

Case-Management sollte in einem Arbeitssetting stattfinden, das es ermöglicht:

- eine Abstimmung der Vorgehensweisen mit allen Beteiligten zu erreichen - das zielt auf größtmögliche Transparenz und Zurückstellung persönlicher Betroffenheit;
- eine Arbeitsbeziehung und nicht eine therapeutische Beziehung zum Klienten einzugehen,
- ein ausgewogenes Verhältnis aus Sachlichkeit und Beziehungsarbeit aufzubauen,
- sowohl anwaltlich (im Sinne einer Parteilichkeit für den Klienten) die Interessen des Klienten zu vertreten, als auch fachlich begründete Positionen zu beziehen, die ggf. entgegengesetzt zur Meinung des Klienten stehen und entsprechend begründet werden müssen.

Wesentliche Merkmale des Case-Managements hinsichtlich der Beziehung des Case-Managers zum professionellen Hilfesystem bestehen in folgenden Punkten:

- Kooperation und Koordination sind wesentliche Bestandteile von Case-Management. Die Ablauforganisation eines Unterstützungsprozesses inklusive der Zielfestlegungen, Ressourcennutzung, Kontrolle und Neubewertung der Situation gelingt nur in verbindlicher Zusammenarbeit mit allen Beteiligten.
- Die Schaffung der organisatorischen Voraussetzung zur Funktionserfüllung gehört z.T. zur Aufgabe von Case-Management.
- Case-Management ist nicht an eine Berufsgruppe oder eine Institution gebunden, sondern an eine Funktion (Funktionale Definition der Arbeitsweise).
- Der Case-Manager erbringt in weiten Bereichen nicht gleichzeitig die Hilfeleistung, die er zusammen mit seinem Klienten als notwendig herausgearbeitet hat (Trennung von Nachfrage und Leistungserbringung).

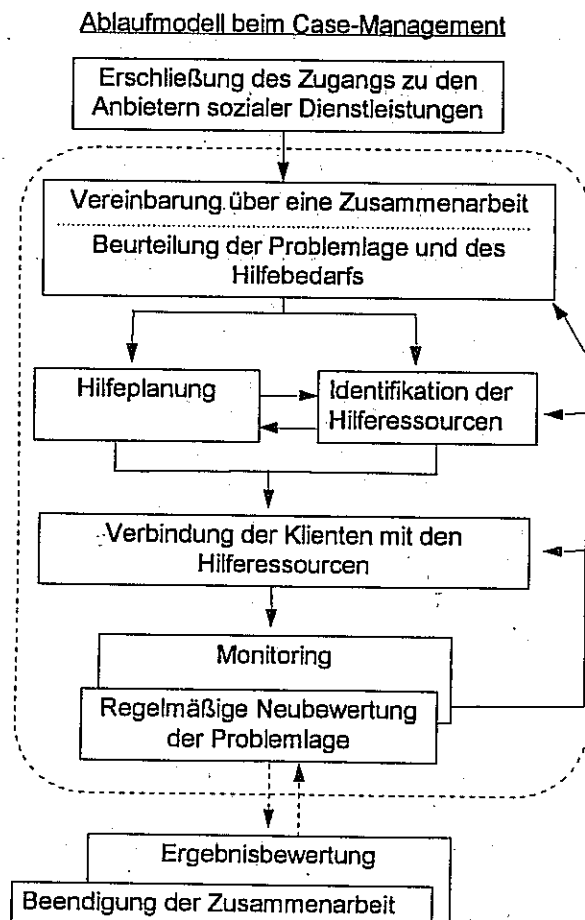
Die Unterstützung von Menschen bei der Bewältigung ihrer Problemsituationen, indem der systematische Rückgriff auf professionelle und nicht professionelle Hilferessourcen organisiert wird, ist Case-

Management. Im folgenden Zitat von WENDT (1997)<sup>4</sup> wird dies so formuliert:

„Case-Management ist keine Behandlungsmethode (nicht eine Therapieform neben anderen). Es bietet daher auch kein Rezept für Heilungen oder Lösungen. Es organisiert seinen Einsatz selber und kontrolliert die Bedingungen seiner Ausführung. Case-Management ist ein geregelter Prozeß.“

### 3. Ablauforganisation von Case-Management

Die Organisation eines Unterstützungsprozesses läuft idealtypisch als geregelter Prozeß ab. Die Prozeßstufen lassen sich in Anlehnung an WENDT (1997) und ROTHMAN (1994)<sup>5</sup> wie folgt darstellen:



4 WENDT, W. R.: Case Management als Methode in der Suchtkrankenhilfe. Unveröffentlichtes Manuskript, 1. Case Manager Konferenz im Rahmen des Modellprogramms „Kooperationsmodell - nachgehende Sozialarbeit“ des BMG, Hofgeismar, 1997

5 ROTHMAN, J. : Practice with Highly Vulnerable Clients: Case-Management and Community-Based Services. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ 1994

### 3.1 Zugangseröffnung der Dienstleistung für alle Bürger, die professionelle Unterstützung brauchen

Diese erste Stufe zielt auf das bekannte Problem, daß trotz einer Vielzahl von Hilfeangeboten, die hilfebedürftigen Menschen keinen rechtzeitigen (Prävention) und gezielten (effektiven) Zugang zu den Unterstützungsmöglichkeiten finden. Besonders problematisch ist das Phänomen, daß mit zunehmender Schwere der Beeinträchtigung die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten eher abnimmt. Es ist in diesem ersten Schritt zu klären, ob professionelle Hilfe gewünscht und sinnvoll ist. Außerdem darf die Schwelle zwischen dem Hilfeangebot und der Lebenswelt des Hilfesuchenden nicht zu groß sein. Auf der Grundlage der guten Kenntnis der angebotenen Dienstleistungen sollte im Sinne einer informierenden Beratung die Bereitschaft, professionelle Hilfe, (wenn sie angezeigt ist), in Anspruch zu nehmen, gefördert werden (sekundärpräventive Funktion). Um die Zugänglichkeit zu prüfen, sollten im Rahmen von Case-Management folgende Aspekte (vgl. MOXLEY 1989) berücksichtigt werden:

- Soziokulturelle Übereinstimmung zwischen Lebenswelt des Klienten und Platzierung des Hilfeangebots
- Psychologische Widerstände bzgl. der Hilfeinanspruchnahme
- Organisatorische Zugänglichkeit des Hilfeangebots (Öffnungszeiten, aufsuchende Arbeit, Verkehrsanbindung, Entfernung vom Wohnort etc.)
- Finanzielle Belastung durch die Hilfeinanspruchnahme.

Allgemein gilt es - über den Einzelfall hinaus - bei einer bedarfsbezogenen Herangehensweise zu prüfen, wie die Hilfeangebote sich den Hilfebedürftigen anpassen lassen. Im Gegensatz dazu kann eine vorrangig institutionsbezogene Sichtweise dazu führen, daß starre Einrichtungskonzepte eine Anpassung der Hilfeangebote auf komplexe Klientenbedürfnisse verhindern.

### 3.2 Beurteilung der Problemlage und des Hilfebedarfs

Die Beurteilung der Problemlage geht deutlich über eine Diagnose im herkömmlichen Sinne hinaus. Da biographische, psychologische, soziale und medizinische Informationen zusammengetragen werden müssen, sollte die Einschätzung möglichst gemein-

sam mit dem Hilfesuchenden geschehen. Es ist auch immer darauf zu achten, daß die Stärken des Klienten in die Beurteilung des Hilfebedarfs einbezogen werden. Abgesehen von der erhöhten Zuverlässigkeit der Informationen bindet die gemeinsame Einschätzung den Betroffenen stärker an den Unterstützungsprozeß und weist bereits in diesem frühen Stadium des Prozesses auf die aktive Rolle des Hilfesuchenden hin. Die Einschätzung kann schrittweise erfolgen und muß kontinuierlich wiederholt werden. In diesem Zusammenhang ist die Dokumentation der bereits gesammelten Informationen und die daraus resultierenden Entscheidungen, sowie deren systematische Mitteilung an relevante Stellen, von größter Bedeutung (Informationsmanagement).

Aus der Problemeinschätzung und der Beurteilung des Unterstützungspotentials im Umfeld des Klienten folgt die Bedarfsschätzung. Auch hier ist eine gemeinsame, verständliche und nachvollziehbare Vorgehensweise von zentraler Bedeutung.

### 3.3 Gemeinsame Hilfeplanung, Zielfestlegung und Vereinbarung über das weitere Vorgehen

Die systematische Planung des Unterstützungsprozesses beinhaltet die Festlegung von Zielen, die Identifikation geeigneter Hilfeangebote, die Festlegung von Zuständigkeiten und Vereinbarungen über das konkrete Vorgehen. Der Hilfeplan ist kein Therapie- oder Betreuungsplan. Er bezieht sich nicht auf die Durchführungsschritte einzelner Maßnahmen. Diese Planung erfolgt in der Regel an der Stelle, an der die einzelne Dienstleistung erbracht wird.

Für eine gemeinsame Hilfeplanung ist eine systematische Dokumentation aller Schritte notwendig. Sowohl die Komplexität des Vorgehens bei der Hilfeplanung, als auch die weiteren Schritte der Ablauforganisation des Case-Managements verlangen ein geregeltes und transparentes Dokumentations- und Informationsverfahren.

Die Möglichkeit schriftlicher Vereinbarungen zwischen Klient, Case-Manager und Dienstleistungserbringer sollte, wenn möglich, genutzt werden.

### 3.4 Veranlassung der vereinbarten Maßnahmen und Überwachung der Durchführung

Die vereinbarten Maßnahmen und Vorgehensweisen müssen initiiert werden. Dazu muß eine Verbindung zwischen Hilfesuchenden und informellen (Familie, Partner, Umfeld etc.) und formellen (Einrichtungen, Dienste etc.) Hilferessourcen herge-



stellt werden, da häufig mehrere Anbieter am Unterstützungsprozeß beteiligt sind. Eine verbindliche Übernahme der festgelegten Aufgaben muß sichergestellt werden z.B. durch schriftliche Vereinbarungen oder Verträge. Die Einzelaufgaben müssen vom Case-Manager abgestimmt und überwacht werden (Monitoring). Dazu muß ein systematischer Informationsaustausch über den aktuellen Stand des Betreuungsprozesses stattfinden. Man kann davon ausgehen, daß zum optimalen Informationsmanagement eine computergestützte Dokumentation und Datenverarbeitung sinnvoll ist. Das Angebot geeigneter Software ist im Moment gering, wird sich jedoch mit zunehmender Nachfrage erfahrungsgemäß ausweiten.

Das sogenannte *Monitoring* im Case-Management sichert auf der einen Seite die Einhaltung der Vereinbarungen durch den Klienten, auf der anderen Seite kann durch die überwachende Begleitung der Klient unterstützt werden, wenn Einrichtungen oder Dienste ihren übernommenen Verpflichtungen dem Klienten gegenüber nicht nachkommen.

### 3.5 Regelmäßige Neubewertung der Situation und Bewertung der Zielerreichung

Im Rahmen des Unterstützungsprozesses muß die Situation des Klienten regelmäßig neu bewertet werden, um bei geänderten Rahmenbedingungen rechtzeitig eine Veränderung der Hilfeplanung vornehmen zu können (Systematische Fortschreibung des Hilfeplans). Da Case-Management ergebnisorientiert ist, kommt der Überprüfung der Ziele und Wirkungen der Maßnahmen eine wichtige Bedeutung zu.

Die Ergebnisevaluation muß auf die im Hilfeplan festgehaltenen Ziele und Maßnahmen zurückgreifen und ggf. auch die Ursachen ihres Scheiterns herausarbeiten.

Die Entscheidung über die Fortsetzung oder die Beendigung der Zusammenarbeit mit dem Klienten wird nicht unwesentlich von der Ergebnisevaluation bestimmt.

### Abschlußbemerkung

Soweit die konzeptionellen Grundlagen und Ansprüche von Case-Management. Im folgenden Beitrag wird von Herrn Oliva die noch nicht abgeschlossene modellhafte Erprobung einer Case-Management-Konzeption im Bereich der Suchtkran-

kenhilfe vorgestellt. Damit kommen wir zu einem praxisbezogenen Anwendungsmodell in der Suchtkrankenhilfe.

## II. Kooperationsmodell: Nachgehende Sozialarbeit

### 1. Ausgangslage des Modellprogramms

In Deutschland leben derzeit ca. 2,5 Mio. behandlungsbedürftige Alkoholranke, schätzungsweise bis zu 1,4 Mio. Menschen sind medikamentenabhängig und rd. 100.000 Menschen sind abhängig von illegalen Drogen. Davon kann eine unbekannte Zahl als mehrfachgeschädigte chronisch Suchtkranke bezeichnet werden.

Den Betroffenen steht ein Versorgungssystem gegenüber, das sich in drei relativ voneinander unabhängige Sektoren gliedert: Sektor 1 besteht aus der traditionellen Suchtkrankenhilfe, die (zumindest in Westdeutschland) wiederum in zwei getrennten Bereichen differenzierte Angebote der Beratung, Behandlung und Nachsorge für Alkohol- und Medikamentensüchtige bzw. für Drogenabhängige bereithält. Eine Vielzahl dieser Hilfen erfordert jedoch ein hohes Maß an Eigenmotivation, Krankheitseinsicht und Behandlungswilligkeit seitens der Betroffenen - und stellt damit z.T. eine (zu) hohe Hürde für die Gruppe der chronisch Abhängigen dar. Zu Sektor 2 gehören die Einrichtungen der psychosozialen-psychiatrischen Grundversorgung (Familienfürsorge, sozialpsychiatrische Dienste, psychiatrische Kliniken etc.), denen z.T. Pflichtversorgungsaufgaben zukommen. Und obgleich viele chronisch Suchtkranke zur Klientel der Einrichtungen und Dienste dieses Sektors gehören, sind diese für Suchterkrankungen nur bedingt qualifiziert. Zudem ist - insbesondere bei der Erbringung elementarer sozialer Hilfen - die Behandlung der Suchterkrankung oft sekundär. Im dritten Sektor, der medizinischen Grundversorgung, treten - aufgrund ihrer massiven körperlichen Schädigungen - zahlenmäßig wahrscheinlich die meisten chronisch Suchtkranken auf. Doch beschränken sich die Hilfen in ärztlichen Praxen und Allgemeinkrankenhäusern meist auf die Behandlung der Begleit- und Folgeerkrankungen. (vgl. hierzu im einzelnen den Vorschlag für ein Bund/Länder-Konzept zur Verbesserung der Drogen- und Suchthilfe, insbesondere für „chronisch abhängige“ Suchtkranke 1995, S. 1 ff.).

Vor diesem Hintergrund hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 1995 das „Kooperationsmodell nachgehende Sozialarbeit“ aufgelegt, in dessen Mittelpunkt die Verbesserung der Hilfen für chronisch Abhängige von legalen und/oder illegalen Suchtmitteln durch Vernetzung von Hilfen steht. Das Modellprogramm ordnet sich in das umfassende Bund/Länder-Konzept zur Verbesserung der Drogen- und Suchtkrankenhilfe, insbesondere für diesen Personenkreis, ein. Zum Konzept gehören außer dem Kooperationsmodell die Modellprogramme „Drogennotfallprophylaxe“, „Pflegefamilien - Therapie auf dem Bauernhof“ sowie die Förderung von Selbsthilfeaktivitäten.

Die Zielgruppe „chronisch Suchtkranke“ wird im Bund/Länder-Konzept übergreifend wie folgt umschrieben:

- langjährig abhängig
- polyvalentes Konsumverhalten (insbesondere illegaler Bereich)
- mit hoher Dosis und Intensität (im illegalen Bereich oft intravenös) Suchtmittel konsumierend
- gesundheitliche und psychische Probleme
- strafrechtliche Belastungen
- soziale Probleme (z.B. Arbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit, soziale Entwurzelung)
- oft mehrere (abgebrochene) Therapieversuche
- aktuelle Unfähigkeit bzw. Unwilligkeit zu einer abstinenten orientierten Therapie.

Die Zielsetzungen des Kooperationsmodells beziehen sich im wesentlichen auf die folgenden vier Punkte:

- Genauere *empirische Bestimmung* der Zielgruppe nach Merkmalen und Größenordnung
- *Qualifizierung* der Sektoren 2 (psychosoziale- psychiatrische Versorgung) und 3 (medizinische Versorgung) für die Grunderkrankung „Sucht“.
- Aufbau bzw. Weiterentwicklung von instituti- onsbezogener *regionaler Vernetzung* von Hilfen in verschiedenen Versorgungssektoren durch *Koordinatoren*
- Entwicklung und Implementierung eines klie- tenorientierten ambulanten Hilfeansatzes (nachgehende Sozialarbeit) durch *Case-Management*

Klientenseitig werden mit dem Modellpro- gramm vor allem mit Blick auf chronisch Sucht- kranke u.a. folgende Zielsetzungen verfolgt:

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

Im Unterschied zu vielen früheren Bundesmodell- programmen, mit denen neue Hilfeangebote ent- wickelt und das Versorgungssystem differenziert wurden, will das BMG bei der Umsetzung des Ko- operationsmodells „Nachgehende Sozialarbeit“ keine neuen Einrichtungen für chronisch Sucht- kranke implementieren und erproben. Vielmehr sol- len sowohl ein neuer ambulanter Hilfeansatz inner- halb bestehender Einrichtungen, als auch die bes- sere Koordination vorhandener Angebote, umge- setzt werden.

Abgeleitet aus den beschriebenen Zielvorstellun- gen des Modellprogramms kommen den Koordi- natoren und Case-Managern (vorläufig) u.a. folgen- de Aufgaben zu:

*Koordinatoren:*

- Institutionelle Bestandsaufnahme der Angebo- te und Dienste aller drei Sektoren in der Mo- dellregion und zielgruppenbezogene Bestand- saufnahme (in Kooperation mit dem Case- Ma- nager)
- Erhebung von Versorgungsdefiziten in der Mo- dellregion, so wie Ermittlung und Analyse von Kooperationsstrukturen und -defiziten
- Mitwirkung an der (Weiter-)Entwicklung und Vernetzung des regionalen Versorgungssy- stems
- Förderung der suchtspezifischen Qualifikation der Mitarbeiter in den Sektoren 2 und 3
- Zusammenarbeit und regelmäßiger Austausch mit dem Case-Manager (klientenbezogene Vernetzung von Hilfen)
- Öffentlichkeitsarbeit.

### Case-Manager:

- 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 beachten, notwendige Hilfen definieren
- Vermittlung von und Weiterleitung zu angezeigten 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 Kooperation mit dem Koordinator.

Im Rahmen des Modellprogramms wurden pro Bundesland je zwei Modellregionen geschaffen, wobei in sog. (Tandem-)Regionen je ein Case-Manager und ein Koordinator modellhaft (zusammen)arbeiten, während in den anderen Modellregionen jeweils nur ein Case-Manager tätig ist.

## 2. Vorgehensweise der wissenschaftlichen Begleitung

Die Begleitforschung war schon an der Modellentwicklung beteiligt und hat die Länder und Antragsteller hinsichtlich der Konzepterstellung von Modellprojekten beraten. Die Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitung gehen über die wissenschaftliche Begleitung i.e.S. hinaus: denn dabei ist ein mehrdimensionales Arbeitskonzept umzusetzen, das auf vier Ebenen gleichermaßen beratend-projektsteuernde, qualifizierend-entwickelnde, als auch analysierend-evaluierende Begleitaufgaben beinhaltet. Im einzelnen betrifft dies:

- die personelle Ebene, auf der die Qualifikation und die Tätigkeiten der Case-Manager und der Koordinatoren unter dem Blickwinkel der Ziele des Modellprogramms zu analysieren und zu unterstützen sind;
- die institutionelle Ebene, auf der die geförderten Projekte (und deren Träger) vor Ort zu dokumentieren, zu analysieren und zu beraten sind;

- die Zielgruppen-/Klientenebene, auf der die Zielgruppe genauer zu bestimmen und die Wirksamkeit des Ansatzes zu evaluieren ist;
- die regionale Ebene, auf der Versorgungsangebote und ggf. weiterer -bedarf, die Vernetzung der Hilfeangebote und die Auswirkungen der Koordinationstätigkeit zu dokumentieren, zu analysieren und zu unterstützen sind.

Im Modellverlauf sollen von der wissenschaftlichen Begleitung vor allem folgende Fragen beantwortet werden:

- Welche suchtspezifischen, gesundheitlichen und sozialen Merkmale weisen mehrfachgeschädigte chronisch Abhängige auf, und mit welchen Indikatoren läßt sich die Zielgruppe zuverlässig bestimmen?
- Wie viele Personen können/müssen in den Modellregionen zur Zielgruppe der mehrfachgeschädigten chronisch Abhängigen gezählt werden?
- Können durch Case-Management mehrfachgeschädigte chronisch Abhängige besser erreicht und tragfähige Beziehungen zur Klientel aufgebaut werden?
- Mit welchen Strategien kann die Zielgruppe zur Inanspruchnahme von ärztlichen, psychosozialen u.a. Hilfen sowie zur Veränderung ihrer suchtspezifischen Lebensform motiviert werden? In welcher Weise können dazu individuelle und umfeldbezogene Ressourcen der Klientel genutzt werden?
- Kann durch Case-Management die Hilfeerbringung verschiedener Einrichtungen und Dienste für mehrfachgeschädigte chronisch Abhängige effektiviert und der Arbeitsansatz (sowohl hinsichtlich einer Akzeptanz von seiten der Klientel, als auch seitens der Einrichtungen, Dienste, Behörden, die mit chronisch Suchtkranken befaßt sind) im regionalen Versorgungssystem etabliert werden?
- Durch welche Kooperationsvereinbarungen und -strukturen und in welchem Umfang können die lokalen bzw. regionalen Versorgungssysteme einrichtungs- und sektorenübergreifend verzahnt werden?
- In welchem Umfang können Suchtkranken- und Drogenhilfe in die Pflichtversorgung eingebunden werden?
- Welcher suchtspezifische Qualifikationsbedarf besteht in den Sektoren 2 und 3 und welche

Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sind zur Qualifikation der Mitarbeiter geeignet?

- Welche Anforderungs- und Aufgabenprofile ergeben sich für Case-Manager und Koordinatoren und welche institutionellen Voraussetzungen, Instrumente und Organisationsformen sind erforderlich?
- Lassen sich lokale bzw. regionale Voraussetzungen für erfolgreiche Vernetzung aufweisen?

Ausgehend von den Modellzielen und orientiert an den Aufgabenprofilen für Koordinatoren und Case-Manager wurden von FOGS im Jahr 1996 verschiedene Erhebungsinstrumente entwickelt und im Verlauf der letzten Monate in den Modellprojekten eingesetzt.

Mit Blick auf Case-Management sollten damit - wie die nachfolgende Abbildung zeigt - relevante Daten zur Zielgruppe des Modellprogramms (Klientendokumentation) erhoben, Hilfeprozesse (Hilfeplan) gesteuert und Aufgabenprofile der Mitarbeiter (Leistungs- und Tätigkeitsdokumentation) erfaßt werden.

### 3. Stand der Umsetzung des Kooperationsmodells

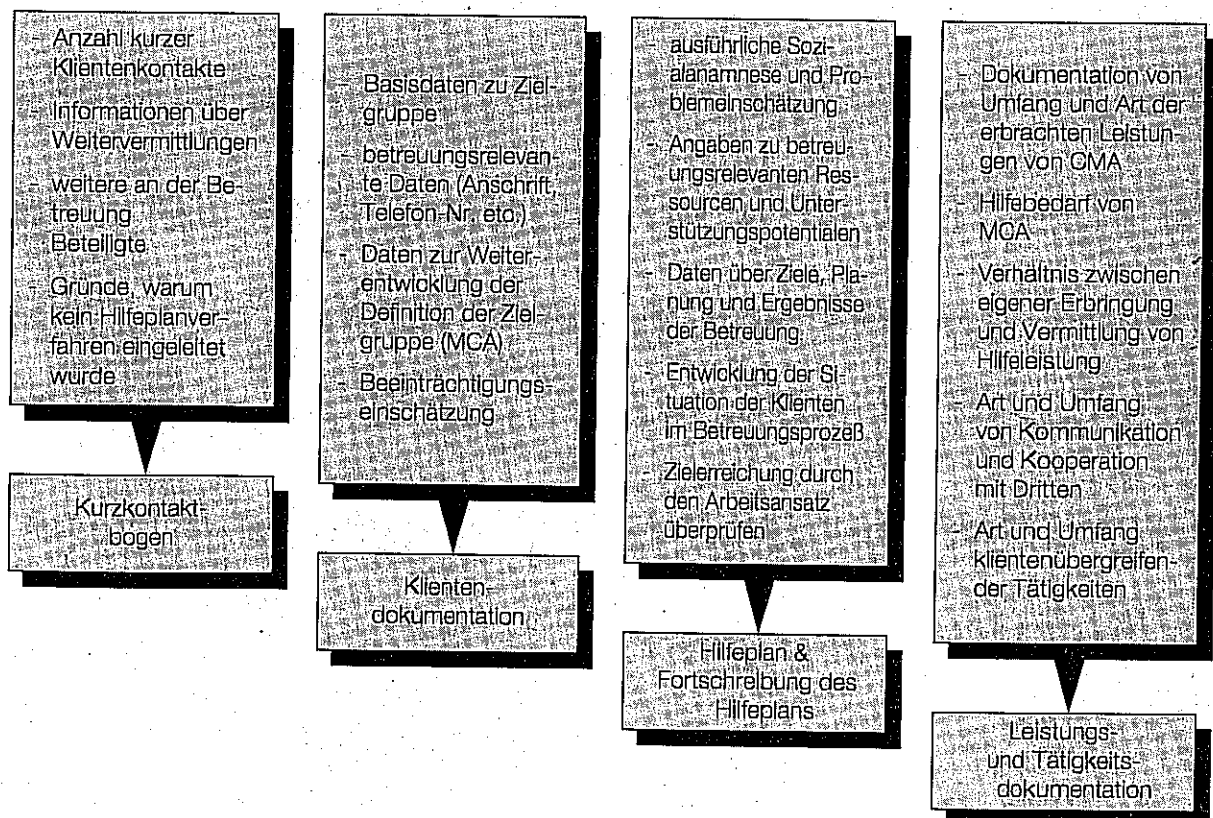
Aktuell werden insgesamt vom BMG 48 Modellstellen in 31 Modellregionen gefördert: 15 Stellen für die Koordination und 33 für das Case-Management.

Zu den Modellregionen:

Modellprojekte werden in sämtlichen Bundesländern gefördert. Unter regionalen Gesichtspunkten betrachtet, reicht das Spektrum von Großstädten wie Berlin und Hamburg bis zu sehr ländlichen Gebieten wie Demmin in Mecklenburg-Vorpommern oder Lörrach in Baden-Württemberg. Die geförderten Regionen weisen daher verschiedene Bevölkerungsdichten auf. Auch bezüglich der Einwohnerzahl unterscheiden sich die Gebiete: Allein die großstädtischen Modellregionen umfassen bis zu 500.000 Einwohner (Berlin).

Die Modellregionen wurden i.d.R. auf kommunale Einheiten zugeschnitten, entsprechen also überwiegend Landkreis- oder Stadt- bzw. Stadtteilgrenzen. In einigen Fällen überschreiten die Modell-

### Dokumentation von Case-Management im Kooperationsmodell "Nachgehende Sozialarbeit"



regionen jedoch auch die Grenzen kommunaler Gebietskörperschaften, reflektieren aber dabei gewachsene Strukturen (z.B. Region Germersheim-Speyer).

#### *Zum Modellbestandteil Koordination:*

Gemäß den Modellkriterien wurden die Koordinationsstellen überwiegend bei Kommunen angesiedelt. Dabei wurden die Stellen v.a. den Leitern der Gesundheitsämter bzw. den sozialpsychiatrischen Diensten zugeordnet, z.T. in Stabsstellenfunktion. In drei Standorten wurden die Koordinationsstellen an freie Träger angebunden. In Berlin ist die Stelle direkt der Landesdrogenbeauftragten zugeordnet; schließlich ist eine weitere Stelle beim Jugendamt angesiedelt.

Der überwiegende Anteil der Koordinatoren verfügt über einen Hochschulabschluß, v.a. im sozial- und geisteswissenschaftlichen Bereich; darüber hinaus hat eine Reihe von Mitarbeitern therapeutische bzw. suchtspezifische Zusatzqualifikationen oder solche im Verwaltungsbereich erworben.

#### *Zum Modellbestandteil Case-Management:*

Im Unterschied zu den Koordinatoren sind die Case-Manager überwiegend bei freien Trägern der Suchthilfe angesiedelt, wo sie - wie vom Modellprogramm intendiert - als zusätzliches Fachpersonal in bestehenden Einrichtungen tätig sind. 26 Case-Manager arbeiten in Suchtberatungsstellen oder niedrighschwelligten Einrichtungen, sechs in Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, i.d.R. in sozialpsychiatrischen Diensten der Gesundheitsämter und eine in einem Bezirkskrankenhaus.

Die Case-Manager sind i.d.R. ausgebildete Dipl. Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagogen (23 Mitarbeiter), drei haben Dipl.-Pädagogik studiert. Weitere Studienabschlüsse sind Dipl.-Soziologie, Dipl.-Politologie, Lehramt und Heilpädagogik. Insbesondere die Mitarbeiter aus den neuen Bundesländern haben vor diesen Ausbildungen andere Berufsqualifikationen erlangt (z.B. Krankenpflege, Erzieher, Ingenieur). Etwa die Hälfte der Case-Manager hat darüber hinaus Zusatzqualifikationen erworben bzw. erwirbt sie derzeit, vor allem im therapeutischen Bereich. Der Großteil der Case-Manager kann auf berufliche Erfahrungen in der Suchthilfe zurückgreifen (24). Damit konnte - gemäß den Vorgaben der Modellkriterien - überwiegend qualifiziertes und erfahrenes Personal eingestellt werden.

Auch die Berufsanfänger haben z.T. Praktikumserfahrungen in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe gesammelt.

Die Modellkonzeption sieht vor, daß die Koordinatoren grundsätzlich suchtkranken- bzw. drogenhilfeübergreifend arbeiten. Für die Case-Manager war offen gelassen, ob mehrfachgeschädigte chronisch Abhängige von Alkohol oder von illegalen Drogen betreut werden. Realisiert wurden verschiedene Varianten: elf Case-Manager konzentrieren ihre Arbeit auf von legalen Suchtmitteln chronisch Abhängige, zehn Modellprojekte richten sich an chronisch Abhängige von illegalen Drogen und zwölf Projekte arbeiten suchtmittelübergreifend. Sowohl in den alten wie in den neuen Bundesländern arbeitet jeweils ein frauenspezifisches Projekt (in Frankfurt/Main und Erfurt).

Die Aufgaben der modellgeförderten Case-Manager bestanden in einer ersten Phase der Modellerprobung darin, sich einen Überblick über das regionale Versorgungsangebot zu verschaffen und sich bei für ihre Arbeit wesentlichen Stellen, z.B. Kliniken und Beratungsstellen, vorzustellen. Darüber hinaus sollten die Case-Manager Kontakt zur Zielgruppe aufnehmen und sich einen eigenen Klientenstamm aufbauen.

#### *(Zwischen-)Ergebnisse des Modellprogramms:*

Nach nunmehr rd. einjähriger Tätigkeit der Koordinatoren und Case-Manager können folgende (Zwischen-)Ergebnisse des Modellprogramms hervorgehoben werden. Allerdings muß darauf hingewiesen werden, daß sich die Ergebnisse insbesondere aus Gesprächen mit Projektmitarbeitern und Tagungsauswertungen ergeben. Die ersten größeren empirischen Erhebungen zu den Arbeitsansätzen des Modellprogramms sind Mitte bzw. Ende diesen Jahres beendet und ausgewertet, so daß erst dann eine solide Basis für weitergehende Überlegungen besteht.

#### *Koordinatoren:*

- Der Kontaktaufbau zu relevanten Einrichtungen und Institutionen in den Regionen insbesondere der Versorgungssektoren 1 und 2 ist gelungen. Als etwas schwieriger gestaltet sich derzeit noch (vor allem in den alten Bundesländern) der Kontaktaufbau zu den niedergelassenen Ärzten.
- Die von den Koordinatoren initiierte und durchgeführte Bestandsaufnahme der Hilfeangebote

- und damit eine wesentliche Grundlage für ihre weitere Arbeit - ist weitgehend abgeschlossen, so daß die Modellmitarbeit inzwischen über eine relativ gute Kenntnis der Versorgungsstrukturen insbesondere mit Blick auf chronisch Suchtkranke in den Modellregionen verfügen.

- Schon jetzt steht fest, daß einige Kommunen die Ergebnisse der Bestandsaufnahme als Grundlage für eine weitergehende Suchthilfeplanung nutzen wollen.

#### *Case-Manager:*

- Die Case-Manager konnten sich und ihren spezifischen Arbeitsansatz in der Fachöffentlichkeit bekannt machen und in der Modellregion implementieren.
  - Bisher ist es den Case-Managern gelungen, kundenbezogene Kooperationsbeziehungen zu anderen Einrichtungen und Diensten aufzubauen; hilfreich war es dabei, wenn hierbei auf bestehende Kontakte der Grundeinrichtung (also z.B. der Beratungsstelle) zurückgegriffen werden konnte. Verbindliche Formen der Zusammenarbeit i.S. von Fall- bzw. Hilfeplankonferenzen konnten allerdings bisher nur in Einzelfällen realisiert werden.
- Auf der Grundlage von Projektbesuchen und der Auswertung verschiedener Unterlagen (Jahresberichte etc.) kann zum jetzigen Zeitpunkt konstatiert werden, daß die Zielgruppe des Modellprogramms von den Case-Managern erreicht wird.
  - Die Zugangswege zur Zielgruppe des Modellprogramms sind sehr vielfältig: z.T. werden die Klienten von niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern, niedrighschwelligten Einrichtungen (incl. streetwork) und Beratungsstellen vermittelt; z.T. werden die Klienten durch aufsuchende und nachgehende Arbeit der Case-Manager erreicht.
  - Nach Aussagen vieler Case-Manager ist der Beziehungsaufbau zur Klientel aufwendig und langwierig. Dies wird vor allem mit dem Schweregrad der Suchterkrankung und den damit einhergehenden Begleit- und Folgeproblemen in Zusammenhang gebracht.
  - Im letzten Halbjahr streut die Zahl der betreuten Klientel von ca. 10 bis 50 Personen.
  - Die Betreuungsleistung der Case-Manager variiert nach Intensität und Dauer (kurzfristige, mittelfristige und langfristige Betreuungen).

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.



# *Case-Management*

*als zentrales Instrument des Modellprojektes "ambulante Versorgung chronisch mehrfach geschädigter Abhängigkeitskranker"*

**Antonius Holz,  
Ulrike Wortmann**  
Bochum

## **Inhalt**

- I. Einleitende Bemerkung
- II. Die Konsequenzen der Zersplitterung des Hilfesystems für die Versorgung Abhängigkeitskranker an einem Fallbeispiel - Eine verlorengangene Patientin -
- III. Suchtkrankenhilfe unter neuen Bedingungen am Beispiel eines ganz normalen Falles
- IV. Integrierte Suchtkrankenhilfe - Case-Management und Vernetzung
- V. Schlußbemerkung



## I. Einleitende Bemerkung

*Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung der ambulanten Suchtkrankenhilfe war der Wunsch, ein ambulantes Hilfesystem aufzubauen, das über das traditionelle Klientel einer Suchtberatungsstelle hinaus die "Schwerstabhängigen" - die sogenannten chronisch mehrfachbeeinträchtigten Abhängigkeitskranken - erreicht. Eine solche Erweiterung der Zielgruppe einer Beratungsstelle verlangt selbstverständlich das Überdenken der bisherigen Angebotsstruktur. Die Unterschiedlichkeit der Probleme der Klienten und damit auch die Neuartigkeit der Aufgaben im Rahmen der Betreuung und Behandlung verlangt eine individuelle und personenzentrierte Hilfeplanung. Suchtberatungsstellen, die einen ganzheitlich orientierten Betreuungsansatz verwirklichen wollen, stehen damit vor der Aufgabe, liebgelebte Gewohnheiten zu überdenken und frei von Dogmen nach Hilfemöglichkeiten für Abhängigkeitskranke mit unterschiedlichen psychischen, somatischen, materiellen und sozialen Problemen zu suchen. Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen und auch Einrichtungsträger müssen sich also die Frage stellen:*

Dienen unsere institutionellen Strukturen, Regeln und Normen vorrangig der Hilfeerbringung für unsere Klienten oder sind Methoden und Angebote eher an den Interessen und Bedürfnissen der Mitarbeiter bzw. der Institutionen orientiert?

Eine Suchtkrankenhilfe mit einem ganzheitlich orientierten Ansatz braucht, wenn sie Abhängigkeitskranke mit unterschiedlichen Krankheitsbildern und in unterschiedlichen Stadien der Suchterkrankung erreichen will, in Überwindung des Abstinenzparadigmas, eine neue differenzierte Zielsystematik. Im Zentrum des Handelns einer umfassenderen Suchtkrankenhilfe steht das Ziel, durch den Einsatz verschiedener zieladäquater Maßnahmen eine Sicherung und - wenn möglich - Verbesserung von Lebensqualität für und mit dem einzelnen Menschen zu erreichen. (Abbildung 1)

Die in der Graphik dargestellten Zielsegmente dieses zentralen Zieles werden von uns als gleichrangig angesehen. Eine hierarchische Gliederung wird von uns nur insofern angenommen, daß bestimmte Segmente bei der Suche nach Wegen zur Steigerung von Lebensqualität nur bei der Erfüllung einiger Voraussetzungen relevant werden können. Dauerhafte Abstinenz setzt in den meisten Fällen ein bestimmtes Maß an sozialer Integration und materieller Absicherung voraus. Auf der anderen

Seite können längere Abstinenzphasen wichtige Elemente bei der Stabilisierung in den übrigen Feldern darstellen.

Die Ansprache zusätzlicher und durch das Versorgungsnetz gefallener Abhängigkeitskranker mit multiplen Problemen verlangt die Integration aufsuchender Arbeit in Form von Streetwork und Hausbesuchen in die Angebotsstruktur einer Beratungsstelle. Die Aufhebung der Komm-Struktur ist eine Voraussetzung für die Installierung eines niedrigschwelligen Hilfsangebotes. Die Übernahme der Versorgungsverpflichtung (nach dem Psych-KG) und damit die Ansprache von Abhängigkeitskranken in individuellen Not- und Krisensituation ist ein weiterer Schritt bei der Verwirklichung eines ganzheitlichen Betreuungs- und Behandlungsverständnisses.

Menschen mit einer Mehrfachbeeinträchtigung benötigen aber auch vielfältige, über Institutionsgrenzen hinausgehende, individuelle Hilfesysteme und damit ein Case-Management.

Der Begriff Case-Management löste bei uns - es wird vielen unter Ihnen auch so gehen - bei der ersten Begegnung ambivalente Gefühle aus. Die in diesem Ansatz intendierte fallbezogene Vernetzung und Kooperation unterschiedlicher Dienste und Einrichtungen wurde von Anfang an als positiv und wegweisend erlebt. Der Begriff Management löste aber auch eine Angst vor einem distanzierten, beziehungslosen und letztlich entpersonalisierten Vorgehen aus. Dies könnte letztlich wieder zur Schematisierung und Entindividualisierung von Hilfen führen. Im Rahmen eines personensorientierten und ganzheitlichen Ansatzes einer Suchtkrankenhilfe darf aber niemals der Betroffene aus dem Blickfeld geraten.

Deshalb soll ein Fallbeispiel die Arbeit erläutern. Dem Fallbeispiel haben wir die Überschrift "Die verlorengegangene Klientin" gegeben. Dieser Fall ist "Produkt" der Kooperation zwischen der örtlichen Drogenberatung und dem Kontakt- und Beratungszentrum der Suchtkrankenhilfe "Pavillon" in Bochum im Rahmen des gemeinsam getragenen Bundesmodells "Nachgehende Sozialarbeit".

## **II. Die Konsequenzen der Zersplitterung des Hilfesystems für die Versorgung Abhängigkeitskranker an einem Fallbeispiel**

- Eine verlorengegangene Patientin -

### **1. Darstellung des Falles<sup>1</sup>**

Ende letzten Jahres wurde der Case-Manager als Mitarbeiter des von Drogenberatung, Suchtberatung und Stadt gemeinsam getragenen Bundesmodells "Nachgehende Sozialarbeit" durch eine Mitarbeiterin der Drogenberatung angesprochen, ob er Kontakt zu einer ehemaligen Klientin aufnehmen könnte.

Die junge Frau sei ca. 10 Jahren heroinabhängig gewesen; zwischenzeitlich sei sie substituiert worden; seit 2 Jahren sei sie alkoholabhängig. Verschiedene Hilfsangebote der Drogenberatung seien erfolglos verlaufen und z. Z. gäbe es nur noch sehr sporadische Kontakte.

Es sei nach mehreren Psychatrieaufenthalten eine vorläufige Betreuung eingerichtet worden; die gesetzliche Betreuerin hätte aber seit Sommer 1996, als Frau A. ihre Wohnung verlor, keinen Kontakt mehr. Frau A.'s Aufenthalt sei unbekannt; sie würde abwechselnd bei irgendwelchen Bekannten schlafen, es ginge ihr vermutlich sehr schlecht und es sei wichtig, ihr neue Hilfeangebote zu machen. Die Anbindung an die Drogenberatung sei nicht mehr gegeben und aufgrund der Alkoholabhängigkeit auch schwierig.

Nach kurzer Rückspähe (wegen des Datenschutzes) mit der gesetzlichen Betreuerin informierte der Case-Manager verschiedene Streetworker und Beratungsstellen, daß er Frau A. gerne sprechen würde und etwas über ihren Aufenthalt erfahren wolle.

Ca. 6 Wochen später rief Frau A. an; sie hatte die Telefonnummer von der Frauenberatungsstelle der Wohnungslosenhilfe bekommen. Der Case-Manager verabredete sich sofort mit ihr und traf sie direkt danach in der Stadt. Frau A. sagte, mit der bisherigen Hilfe habe sie wenig anfangen können; es sei

ein Termin pro Woche gewesen, und wenn sie Hilfe nötig gehabt habe, sei gerade keine Zeit gewesen. Sie brauche keine Therapie, sondern eine Wohnung, um wieder Ruhe zu finden. Sie schilderte, daß sie in ihrer Situation immer wieder Streit mit den Menschen bekomme, bei denen sie übernachtet, und daß sie immer mehr Kleider und persönliches Eigentum verliere, weil es über verschiedene Wohnungen verteilt sei. Sie machte den Eindruck, daß sie ihre Lebenssituation nicht mehr überblickt, mit Ämtern nicht zurecht kommt, weil ihre Papiere verloren oder verstreut sind. Die Gefühle schwanken zwischen Verzweiflung, Hilflosigkeit und zielloser Aggression.

Gemeinsam wurde unmittelbar im Anschluß an dieses Gespräch der Versuch unternommen, aus einer früheren Wohnung zwei Taschen abzuholen. Der Case-Manager versprach, daß er die Sachen aufbewahren kann, bis eine neue Wohnung gefunden wird. Frau A. schätzte von Beginn an diese konkrete Hilfe; Drogen- und Alkoholkonsum waren zu diesem Zeitpunkt kein Thema.

In den folgenden Wochen meldete sich Frau A. nicht. Der Case-Manager hatte aber durch das Treffen Wege erfahren, ihr Nachrichten zukommen zu lassen und zu zeigen, daß er etwas tut.

In der nächsten Zeit konnte thematisiert werden, daß der Case-Manager nur unterstützen kann, wenn der Kontakt verlässlich wird. Nach verschiedenen Treffen mit Frau A. wurde der Kontakt allmählich zuverlässiger. Frau A. hatte über die Beratungsstelle bzw. den Anrufbeantworter jederzeit die Möglichkeit, Termine zu vereinbaren bzw. abzusa-gen. Der Case-Manager reagierte auf Kontaktnachfrage möglichst zeitnah.

Nach einem Monat stellte Frau A. mit Unterstützung des Case-Managers einen Antrag auf einen neuen Personalausweis, ein Postnachsendeantrag (über die Frauenberatungsstelle) und regelte finanzielle Angelegenheiten mit dem Arbeitsamt und dem Sozialamt. In dem Maße, in dem Frau A. das Gefühl bekam, selbst wieder handlungsfähiger zu werden und ihre Lebenssituation überschauen zu können, konnte sie vorsichtig über ihren Alkoholkonsum sprechen. Frau A. konnte sehr anschaulich und nachvollziehbar schildern, welche z. T. schlechten Erfahrungen sie mit Psychiatrie, Krankenhäusern und anderen Institutionen des Hilfesystems gemacht hat. Ihre Kritik führt immer wie-

<sup>1</sup> Dieser Fall wurde von TH. Schule als Casemanager erarbeitet.

der zu Gesprächen darüber, wie "richtige" Hilfe ihrer Meinung aussehen muß, welche Rechte sie hat und welche Spielregeln man besser einhält, auch wenn sie "bescheuert" sind.

Frau A. war trotz wiederholter Erkrankung nicht zu einem Arztbesuch zu bewegen; sie ließ sich aber Anfang Dezember auf einen Besuch beim medizinischen Projekt "Aufsuchende Gesundheitsfürsorge" ein und hielt von sich aus den Kontakt zur Ärztin des Projekts aufrecht. Frau A. fand sie sympathisch und konnte ihre (unkonventionellen) Ratschläge annehmen.

Zu dieser Zeit gab Frau A. erstmals eine Adresse an, bei der sie zu dieser Zeit zu erreichen war. Sie wohnte bei einem alten Mann, der krank und alkoholabhängig war, und dem sie beim Einkaufen und Kochen half, d. h. sie war nicht nur auf Hilfe angewiesen, sondern konnte mit ihren Fähigkeiten helfen.

Die Kontaktaufnahme von Frau A. und dem Case-Manager war nun wechselseitig möglich. Die (relativ gesehen) stabile Wohnungssituation ließ Frau A. zunehmend ausgeglichener werden, sie regelte erfolgreich immer mehr und konnte für sich zuverlässig planen. Zugleich wußte sie, daß sie sich bei Krisen Unterstützung holen konnte.

Zum Jahreswechsel hörte Frau A. auf zu trinken (und kaufte dem alten Mann auch keinen Alkohol mehr, weil es "ihr auf den Geist geht"). Sie konnte Geld ansparen für eine mögliche Wohnungskauti- on. Ein gemeinsamer Besuch beim Rechtspfleger des Amtsgerichtes ergab, daß z. Z. kein Verfahren gegen sie läuft, was ihr eine konstante und immer wieder präsente Angst nahm. Zur Zeit wird drin- gend, in Kooperation mit der Frauenberatung, der Wohnungslosenhilfe und der Betreuerin, nach einer eigenen Wohnung gesucht.

Mit Unterstützung eines flexiblen und gleichzeitig zielorientierten Hilfesystems sind die Aussichten von Frau A., weitere Schritte zur Verbesserung ihrer Lebenssituation zu machen, relativ gut. Sie hat sich hierfür erste gute Voraussetzungen geschaf- fen.

## 2. "Fallbetreuende" Institutionen

Frau A. hatte im Verlauf ihrer Suchtgeschichte Kon- takt zu vielen verschiedenen Einrichtungen mit un- terschiedlichen Aufträgen und entsprechend struk- turisierten Hilfsangeboten.

Die folgende Auflistung von wichtigen betreuenden und behandelnden Institutionen, zu denen inner- halb des letzten Jahres in irgendeiner Form ein Kontakt bestand, zeigt die Spannbreite der betei- ligten Institutionen:

- Allgemeinkrankenhaus (Aufnahme als hilflose Person)
- Frauen in Not / Wohnungslosenhilfe (Unter- kunft)
- Gesetzliche Betreuung (Auftrag des Gerichts)
- Drogenberatung (Kontakt über viele Jahre)
- Methadonambulanz (zeiweilige Substitution, abgelöst von Alkoholabhängigkeit)
- Bewährungshilfe (kleine Diebstähle)
- Psychiatrische Klinik (Suizidalität, selbstzerstö- rerische Tendenzen; Antragsteller für gesetzli- che Betreuung)
- Sozialamt (Leistungsträger)

Neu hinzugekommene Kontakte sind:

- "Aufsuchende Gesundheitsfürsorge" / Modell- projekt der Wohnungslosenhilfe
- Case-Manager / Kontakt- und Beratungszen- trum der Suchtkrankenhilfe

Besonders auffällig ist - aber sicherlich nicht unüb- lich -, daß alle diese Einrichtungen den Kontakt zu Suchtkranken z. T. völlig verloren haben oder nur äußerst sporadisch halten konnten. Die Zersplitte- rung des Angebotes, das institutions- und nicht personenorientierte Angebot von Hilfen, das Fehlen gesicherter Kommunikationsstrukturen zwischen den an der Betreuung "beteiligten" Einrichtungen und das durch ihr Krankheitsbild gewachsene Ge- spür der Klientin, im "Zuständigkeits- und Instituti- onswald" verloren gegangen zu sein.

Das Gefühl, hin und her geschoben zu werden, hat zu Abwehr und Rückzug der betroffenen Abhän- gigkeitskranken geführt; Rückzug und Isolation för- dert zusätzlich ihre Verelendung.

## 3. Wege der Kontaktherstellung und Hil- feentwicklung

Dies war die Situation, die der Case-Manager zu Beginn seiner Suche nach der Klientin vorfand. Bei einem Menschen, der aufgrund seines äußerst ge- ringen Selbstwertgefühls und der "entpersönlich- ten" Hilfeangebote jedes Vertrauen zu seinem (in-

stitutionellen) Umfeld verloren hat, ist die Herstellung einer verlässlichen und klaren Beziehung Voraussetzung für den Aufbau eines Hilfeangebotes. Der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses verlangt eine an der aktuellen Lebenssituation der Abhängigkeitskranken orientierte Akuthilfe, um die Basis für eine langfristige Betreuung mit entsprechenden, gemeinsam entwickelten und mit anderen Institutionen abgestimmten Zielen und Schritten zu ermöglichen.

Zusammengefaßt mußten zur Entwicklung eines personenzentrierten Hilfeangebotes in diesem Fall folgende Schritte gegangen werden:

1. Information an alle ehemaligen und aktuell betreuenden Institutionen / Personen über den Wunsch des Case-Managers nach Kontakt zur Betroffenen.
2. Unkonventionelle und direkte Kontaktaufnahme
3. Unmittelbare Akuthilfe
4. Abstimmung einer Hilfestruktur (Planung mit anderen wichtigen Institutionen / Personen und der betroffenen Abhängigkeitskranken)
5. Verbindliche Hilfeplanung (personenbezogen, flexibel, veränderbar, überprüfbar)

#### 4. Das Hilfeplaninstrumentarium

Die Integration von Case-Management als zentrales und verbindliches Element von institutionsübergreifender Organisation von Hilfe und Behandlung von Suchtkranken verlangt zwingend eine schriftliche und verbindliche Hilfeplanung.

In enger Kooperation zwischen der wissenschaftlichen Begleitung, der "Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH" (FOGS), Köln und dem Modellprojekt wurde ein Hilfeplaninstrumentarium entwickelt. Neben vielen eigenständigen Überlegungen bildete der "Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan für psychisch kranke Menschen", der von der Kommission zur Personalbemessung im komplementären Bereich entwickelt wurde, die zentrale Arbeitsgrundlage.

Die Entwicklung eines solchen Instrumentariums war unseres Erachtens durch die Aufgabe des Abstinenzparadigmas unerlässlich. Auf der Grundlage der oben kurz dargestellten Zielhierarchie müssen

konkrete, auf die individuelle Lebenssituation des jeweiligen suchtkranken Menschen abgestimmte - möglichst verbindliche und damit auch schriftliche - Planungen gemacht werden.

Dieser in mehreren Schritten im Rahmen eines kontinuierlichen Diskussions- und Erprobungsprozesses vom Modellprojekt unter wissenschaftlicher Begleitung erstellte Hilfeplan besteht aus vier Teilen, die die zentralen Elemente einer solchen Planung erfassen:

- Teil I: Mitwirkung an der Planung und Basisinformationen zum Klienten,
- Teil II: Einschätzung der Fähigkeiten und Beeinträchtigungen,
- Teil III: Betreuungsziele, Umsetzung, Fortschreibung,
- Teil IV: Vereinbarung zur Durchführung und Fortschreibung des Hilfeplans

Im Teil I werden zunächst die in der Betreuung involvierten Einrichtungen und Dienste erfaßt, um hierdurch die Voraussetzung für die Abstimmung eines Hilfeangebotes zu schaffen. Dabei wird es häufig so sein, daß gerade in der Anfangsphase des Kontaktes über die verschiedenen beteiligten Institutionen nur unvollständige Informationen vorhanden sind. Diese werden sich aber im Laufe des Betreuungsprozesses vervollständigen und ihren entsprechenden Niederschlag in der Hilfeplanung finden.

In diesem Teil werden ebenfalls Basisinformationen über den Klienten erhoben. Hierzu gehören Fragen zur Wohnsituation, zu seinem engeren, sozialen Beziehungssystem, zur Arbeits- bzw. Beschäftigungssituation, zu strafrechtlichen Belastungen, zum Suchtmittelkonsum und zur Vorbehandlung.

Der Hilfeplan soll eine möglichst differenzierte Erfassung der Beeinträchtigungen des Suchtkranken ermöglichen. Er soll eine Vergleichbarkeit ermöglichen, ohne in eine Schematisierung und damit Entpersönlichung abzugleiten. Er soll eine reine Defizitanalyse vermeiden und persönliche Fähigkeiten und Unterstützungsmöglichkeiten im eigenen Umfeld berücksichtigen.

In dieser ständig zu überprüfenden Einschätzung werden festgehalten:

- die Gefährdungen durch die Suchterkrankung, insbesondere die körperlichen und psychischen Folgeerscheinungen,

- die Beeinträchtigungen bzw. Fähigkeiten bei der Gestaltung persönlicher/sozialer Beziehungen,
- Beeinträchtigungen bzw. Fähigkeiten in den Nebenbereichen Wohnen, Arbeit und Ausbildung, Tagesgestaltung.

Es wird auch berücksichtigt, daß häufig Hilfemaßnahmen nicht möglich bzw. sinnvoll sind.

Auf der anderen Seite sollen aber auch die besonderen Unterstützungsmöglichkeiten im sozialen Umfeld festgehalten werden.

Der Hilfeplan soll eine an der konkreten persönlichen Situation orientierte, möglichst klare und verbindliche Festlegung von Zielen und Methoden bei der Betreuung und Behandlung benennen.

Hilfeplanung, Kooperation und ein fallbezogenes Management der Hilfen müssen zentrale Bestandteile der Arbeit eines Dienstes sein, der mit einer differenzierten Zielsetzung im Rahmen eines ganzheitlichen Arbeitsansatzes tätig sein will. Hilfeplanung muß Prozeßcharakter haben, flexibel, manchmal sogar sprunghaft und damit menschlich sein. Eine über Case-Management gesteuerte Suchtarbeit führt zu einem bewußten und abgestimmten Einsatz aller Ressourcen; sie nimmt aber auch eher Grenzen und Begrenzung wahr. Eine solche Suchtarbeit, die Institutionsgrenzen überwindet, verlangt Kommunikation auf den verschiedenen Ebenen als einem Element der Behandlungs- und Betreuungsqualität für den Suchtkranken.

Dies beinhaltet auch die Klärung des möglichen und real zu erbringenden Zeitaufwandes. Er soll auch beschreiben, aus welchen Gründen in bestimmten Bereichen eine Hilfe nicht oder noch nicht möglich ist.

Ziele und Vorgehensweisen sollen sich jeweils an den Beeinträchtigungen und Fähigkeiten des Klienten orientieren. Der Hilfeplan gibt deshalb bestimmte "Zielfelder" an.

Bei institutionsübergreifender und/oder institutionsinterner Arbeitsteilung müssen im Sinne des Case-Management-Ansatzes Zuständigkeiten festgehalten werden.

Die Planung darf nicht als endgültige Festschreibung verstanden werden. Sie muß ständig veränderbar und überprüfbar sein, um Entwicklungsprozesse und auch sprunghafte Veränderungen jeder-

zeit berücksichtigen zu können. Ein Hilfeplan darf nicht zum "Gebetbuch" werden, da statische Bilder eher einengen und damit kontraproduktiv wirken. Deswegen ist eine jederzeitige begründete Veränderung und Fortschreibung des Hilfeplans möglich, um ein flexibles und prozeßorientiertes Handeln zu sichern.

Im Teil IV wird festgelegt, wer als Case-Manager innerhalb oder auch außerhalb der eigenen Einrichtungen die wesentlichen koordinierenden Funktionen im Rahmen der Betreuung und Behandlung des Klienten wahrnimmt.

Durch diese Vereinbarung soll ein Höchstmaß an Verbindlichkeit der Zusammenarbeit bei der Betreuung zwischen den Beteiligten hergestellt werden.

### **III. Suchtkrankenhilfe unter neuen Bedingungen am Beispiel eines ganz normalen Falles**

Während der erste beschriebene Fall eher dazu diente, die bestehende Situation bei der Betreuung von Suchtkranken zu beleuchten und die ersten Schritte und Voraussetzungen für neue Formen vernetzter Arbeit zu verdeutlichen, wird es in dem folgenden Fall stärker darum gehen, die Auswirkungen einer veränderten Arbeit im Rahmen einer integrierten Suchtkrankenhilfe exemplarisch zu verdeutlichen.

#### **1. Darstellung des Falles**

Frau S. ist 41 Jahre alt. Sie ist verheiratet, lebt aber getrennt von ihrem Mann; ihr 15-jähriger Sohn ist beim Vater. Frau S. hat 2 Geschwister (einen Bruder und eine Schwester). Sie hat bis zu ihrer Ehe bei ihren Eltern gelebt; ihr Vater ist inzwischen verstorben. Zu ihrer Mutter besteht weiterhin Kontakt, der aber durch ihre Alkoholabhängigkeit sehr belastet ist.

Frau S. hat eine abgeschlossene Ausbildung. Sie ist in ihrem Beruf auf 610,00 DM Basis tätig.

Frau S. trinkt exzessiv seit ca. 10 Jahren. Sie hatte im Vorfeld keinerlei Kontakt zu einer ambulanten Suchtberatungsstelle. Sie ist über die Sozialarbei-

terin ihrer Krankenkasse in eine stationäre Langzeittherapie vermittelt worden.

Beschrieben wird im folgenden der Betreuungs- und Behandlungsverlauf in einer Phase von 3 - 4 Monaten.

#### *Erste Phase: Kennenlernen und loser Kontakt*

Frau S. hatte während sog. Heimattage bei ihrer stationären Suchttherapie Kontakt zur Suchtberatung des Diakonischen Werkes Bochum aufgenommen. In diesen Heimattagen hat sie auch zu einer Selbsthilfegruppe Kontakt hergestellt, die eng mit dem Beratungszentrum zusammenarbeitet. Frau S. teilte mit, daß sie am Ende ihrer Therapie erst zu ihrer Mutter ziehen würde.

In diesen ersten Gesprächen wurden ihre Zukunftspläne (Arbeitssuche, perspektivische Suche nach einer eigenen Wohnung; Regelung der finanziellen Angelegenheiten etc.) angesprochen.

Nach der planmäßigen Beendigung ihrer Therapie zog Frau S. zu ihrer Mutter. Sie wurde hier unmittelbar rückfällig. Sie nahm zu diesem Zeitpunkt mit Unterstützung eines anderen Klienten, der mit ihr in der gleichen Einrichtung Therapie gemacht hatte, erneut Kontakt zu unserer Beratungsstelle auf. In diesem Gespräch wurde deutlich, daß sie nicht zu ihrer Mutter zurück kann und will. In diesem Krisengespräch wurden zuerst die Unterbringungsmöglichkeiten für Frau S. überprüft. Da die Notunterkunft der Frauenberatungsstelle der Wohnungslosenhilfe besetzt war, wurde aufgrund eines Hinweises der Frauenberatungsstelle Kontakt mit einer Wohnungsbaugesellschaft aufgenommen, die noch freie Wohnungen hatte. Nach Sicherung der Kautions durch die Mutter hatte Frau S. bei diesem Vermieter eine Wohnung bekommen. Für den Zwischenzeitraum wurde über die im Vorfeld von Frau S. angesprochene Selbsthilfegruppe eine Unterbringungsmöglichkeit gefunden. Frau S. bekam mit Unterstützung der Beratungsstelle von ihrem ehemaligen Arbeitgeber die Zusicherung für einen drei Monatsvertrag in ihrer alten Arbeitsstelle.

Die Mitarbeiterin der Beratungsstelle nahm zusätzlich Kontakt zum Anwalt von Frau S. auf, um den Stand bei der Realisierung von Unterhaltszahlungen von ihrem Mann und den Stand ihrer Schuldenregulierung zu klären.

Hier wurden die entsprechenden weiteren Schritte in Absprache mit Frau S. veranlaßt.

#### *Zweite Phase: Krise und Krisenintervention*

Frau S. war nach ihrem ersten Rückfall einige Wochen trocken. In dieser Phase hielt sie sehr engen Kontakt zur Selbsthilfe und zum Beratungszentrum.

Mit Einzug in ihre neue Wohnung verlor sie aufgrund von Alkoholkonsum und anderer Integrationsprobleme ihre Arbeit. (Sie fühlte sich dem Druck der Arbeit nicht gewachsen.) Die Vorgesetzte fühlte sich von der Situation überfordert. Frau S. nahm mit Unterstützung der Mitarbeiterin des Beratungszentrums Kontakt zur Gleichstellungsstelle auf, bei der ein Projekt "Frau und Beruf" ggf. Möglichkeiten für eine weitergehende berufliche Reintegration bieten würde. Zusätzlich wurde ein Gespräch bei der Arbeitslosenberatung der Ev. Kirche initiiert.

Kurz danach wurde dem Kontakt- und Beratungszentrum durch ein Mitglied der beteiligten Selbsthilfegruppe zurückgemeldet, daß der Kontakt zur Frau S. abgebrochen sei. Diese Rückmeldung entsprach einer im Vorfeld vorgenommenen gemeinsamen Absprache von Selbsthilfe, Kontakt- und Beratungszentrum und Frau S. Von der Selbsthilfegruppe wurde ein massiver Rückfall von Frau S. vermutet.

Ein erster Versuch einer erneuten Kontaktaufnahme durch die Mitarbeiterin des Kontakt- und Beratungszentrums in der Wohnung scheiterte, da Frau S. die Tür nicht öffnete. Kurze Zeit darauf nahm das verantwortliche Mitglied der Selbsthilfe erneut Kontakt zum Beratungszentrum auf und berichtete, daß die Selbsthilfegruppe von der Mutter darüber informiert worden wäre, daß Frau S. als Notfall in ein Krankenhaus eingeliefert worden wäre, dieses aber nach wenigen Stunden in desolatem Zustand wieder verlassen und bei der Mutter zu Hause vor der Tür gestanden habe. Frau S. sei wahrscheinlich in ihrer Wohnung.

Nach einer kurzen Einschätzung der Situation nahm der Bereitschaftsdienst des Kontakt- und Beratungszentrums unmittelbar Kontakt zu Frau S. in ihrer Wohnung auf. Frau S. erklärte sich in diesem Gespräch bereit, freiwillig in ein Krankenhaus zu gehen. Sie wurde in das zuständige psychiatrische Krankenhaus gebracht. Mit dem zuständigen Arzt wurde vereinbart, daß die verantwortliche Mitarbeiterin des Kontakt- und Beratungszentrums Kontakt zur Klientin aufnehmen und halten wird. In Absprache mit der Klientin wurde festgelegt, daß beim Abbruch der Behandlung das Krankenhaus das Kontakt- und Beratungszentrum unmittelbar über den Sachverhalt informieren wird.

*Dritte Phase: Vertrauensaufbau durch verbindliche und verlässliche Kontaktabsprache*

In der Psychiatrischen Klinik lebte Frau S., auch nach Rückmeldung des Personals, sehr zurückgezogen. In ersten Gesprächen mit den Therapeuten auf der Station und auch mit der Mitarbeiterin des Kontakt- und Beratungszentrums wurden suizidale Tendenzen deutlich. Frau S. berichtete von verschiedenen Halluzinationen; gerade unter Alkoholeinfluß neigt sie zur Selbstzerstörung. Sie "schnip-pelt" mit Rasierklingen; Frau S. hat sehr wenig Selbstwertgefühl.

Sie fühlt sich allein völlig überfordert. Frau S. hat in der Vergangenheit auch noch niemals alleine gelebt. Ihre Angst "mit dem Leben nicht fertig zu werden", macht sich in dieser Zeit u.a. daran fest, daß sie große Angst hat, ihre Wohnung wieder zu verlieren, kein Geld und keine Arbeit zu haben. In diesen Gesprächen während des Klinikaufenthaltes entsteht eine schrittweise Einsicht in die äußere und innere Isolation.

Parallel zu den Gesprächen mit Frau S. werden von der Mitarbeiterin Schritte zur Regelung ihres realen Lebens eingeleitet. Mit ihr gemeinsam regelt die Mitarbeiterin die Mietzahlung und andere Bankangelegenheiten; gleichzeitig werden die finanziellen Ansprüche aus ihrer letzten Arbeit realisiert.

Frau S. nimmt mit Unterstützung der Mitarbeiterin noch einmal Kontakt zu ihrem Anwalt auf, um ihre Unterhaltsforderung zu sichern. In allen diesen Angelegenheiten wäre Frau S. ohne Unterstützung der Mitarbeiterin zu diesem Zeitpunkt überfordert gewesen.

Vor ihrer Entlassung wurde ein gemeinsames Gespräch durchgeführt von der zuständigen Psychologin in der psychiatrischen Klinik, der Mitarbeiterin des Kontakt- und Beratungszentrums und Frau S. In diesem Gespräch wurden die nächsten zu realisierenden Schritte miteinander besprochen. Hierzu zählten der Aufbau eines sozialen Netzes, die Anbindung an einen Arzt und die weitere Regelung ihrer finanziellen Angelegenheiten.

Die Rückkehr in ihre Wohnung war zu diesem Zeitpunkt sehr angstbesetzt. Frau S. hat viel geweint. Nur für Momente war sie für die Regelung des Alltags zugänglich. Für die Zeit nach dem Klinikaufenthalt wurde deshalb ein engmaschiger Kontakt zur Mitarbeiterin des Kontakt- und Beratungszentrums vereinbart. Zusätzlich wurde mit Frau S. ver-

einbart, daß eine Mitarbeiterin sie bei der Entlassung zu ihrer Wohnung begleitet, da sie vor der Beendigung der Behandlung in der Klinik große Angst hat.

Mitglieder der Selbsthilfegruppe nahmen ebenfalls zu Frau S. während ihres Aufenthaltes in der Klinik Kontakt auf und führten Besuche durch. Auch mit der Selbsthilfe wurde von Frau S. ein regelmäßiger Kontakt vereinbart.

*Vierte Phase: Stützende Hilfe und Realitätsbegleitung*

Frau S. wurde am Ende des Klinikaufenthaltes vereinbarungsgemäß von der zuständigen Mitarbeiterin abgeholt. Beim Eintreffen in der Wohnung wurde dann mit Frau S. gemeinsam die Wohnung, die sich in einem desolaten Zustand befand, gesäubert und aufgeräumt, gemeinsam gegessen und danach wurden Unterlagen für das Sozialamt sortiert.

In dieser Phase intensivierte Frau S. auch wieder ihren Kontakt zur Selbsthilfe. Sie wurde gleichzeitig engmaschig (d.h. mit Hilfe "von Tag zu Tag") von der Mitarbeiterin des Kontakt- und Beratungszentrums unterstützt.

Frau S. nahm zu dieser Zeit die Regelung ihrer persönlichen und finanziellen Angelegenheiten immer selbständiger in die eigenen Hände (Regelung mit der Krankenkasse, Regelung mit ihrem Ehemann/Besorgen von Lohnsteuerkarte, Arbeitslosmeldung, Kontakt mit ihrem Anwalt).

Zur Linderung ihrer Gefühle des Alleinseins nahm sie immer stärker die Angebote von Selbsthilfe und anderen Institutionen wahr.

In dieser Phase hatte sie dann auch einen kurzen Rückfall, der mit Unterstützung der Selbsthilfe beendet werden konnte. Nach dem Rückfall wurde ein "Frühwarnsystem" und entsprechende Handlungsmöglichkeiten für Frau S. bei einem Rückfall vorbesprochen und vereinbart.

In dieser Zeit nahm sie ihre Gesprächstermine im Kontakt- und Beratungszentrum sehr regelmäßig wahr. Inhalte dieser Gespräche waren u.a. Rückfall und Rückfallgefahren, ihre persönliche Situation, ihre Suchtgeschichte und ihre Beziehung zur betreuenden Sozialarbeiterin.

Nach dieser eher ruhigen und trockenen Phase kam es zu einem weiteren Rückfall, nach diesem Rückfall entzieht sie alleine "kalt" zu Hause. Die

Selbsthilfegruppe stellt ihr ein Telefon zur Verfügung, damit sie sich in Notsituationen während des Entzugs unmittelbar an ein Mitglied der Selbsthilfegruppe wenden kann.

In den nächsten Gesprächen ist dieser Rückfall zentrales Thema. Es wird gemeinsam überprüft:

- was sind Gefahrenmomente?
- wann ist der Alkohol sehr nahe?
- was kann ich praktisch an die Stelle des Alkohols setzen? (Telefonieren, Briefverkehr, Kontakte zu einem Menschen)

In den folgenden Gesprächen wird deutlich, daß sie schrittweise eher in der Lage ist, Gefahrenmomente für einen Rückfall zu erkennen und entsprechende Umgangsformen zu entwickeln.

Ein Beispiel hierfür ist die Auseinandersetzung von Frau S., mit der ausstehenden Antwort auf eine Arbeitsplatzbewerbung. Frau S. war hier zu Beginn sehr euphorisch und innerlich nicht bereit, sich mit der Möglichkeit einer Absage zu beschäftigen.

Erst nach intensiverem Insistieren der Mitarbeiterin, auch diese Möglichkeit zu bedenken und zu besprechen, konnte sie sich schrittweise hierfür öffnen. Als Hilfsmechanismus wurde vereinbart, daß sie bei einer Absage unmittelbar telefonisch Kontakt zur Mitarbeiterin aufnimmt. Dies hat Frau S. bei der dann tatsächlich eintretenden Absage auch entsprechend umgesetzt.

Im folgenden Gespräch teilte sie mit, daß sie bewußt den Zeitpunkt wahrgenommen habe, an dem sie "eigentlich zur Bude laufen wollte", dann aber statt dessen lieber telefoniert hat.

## **2. Beteiligte Institutionen im Hilfe- und Betreuungssystem**

An diesem Fall wird deutlich, inwieweit sich im Rahmen eines umfassenden Betreuungs- und Behandlungskonzepts Aufgaben und Vorgehen einer ambulanten Suchtkrankenhilfe ändern und Aufgaben des Case-Managements ins Aufgabenspektrum integriert werden müssen.

Anhand dieses Falles wäre es sicherlich möglich, umfassend die Auswirkungen eines integrierten Konzeptes einer Suchtberatungsstelle darzustellen und zu diskutieren. Die Bedeutung der Aufhebung der Komm-Struktur, die Integration von Krisensi-

tuation und Akuthilfe (im Rahmen des PsychKG mit entsprechender Pflichtversorgung) und ein personen- und situationsorientierter Einsatz von Zeit sind hier als wesentliche Eckpunkte von Veränderung gegenüber traditionellem Vorgehen zu benennen.

Im Zusammenhang mit dem Schwerpunkt dieses Vortrags möchten wir uns allerdings auf Fragen der Kooperation, der Vernetzung und damit auch des Case-Managements konzentrieren.

Die folgende Grafik der an der Betreuung beteiligten Institutionen (Abb. 2) zeigt im Innenkreis die für diese Betreuung zentralen Institutionen bzw. Personen. Diese waren direkt an der Hilfeplanung mit festumrissenen Aufgaben beteiligt. Das Kontakt- und Beratungszentrum hat in Absprache mit den anderen Institutionen in diesem Behandlungs- und Betreuungsprozeß die Aufgaben des Case-Managements übernommen.

Im Außenkreis sind, wie Sie der Fallschilderung entnehmen konnten, die Institutionen dargestellt, die punktuell für die Realisierung eines ganzheitlichen Betreuungsansatzes Bedeutung haben. Hierzu gehören zeitweilig der Arbeitgeber, insbesondere auch die Frauenberatungsstelle der Wohnungslosenhilfe, das Arbeitsamt, das Sozialamt, der Anwalt und die Gleichstellungsstelle. Die Regelung des Kontaktes zu den Angehörigen (Mutter und Bruder) hatten und haben ebenfalls eine wichtige Bedeutung.

Auch hier existiert eine Aufgabenteilung. Während das Mitglied der Selbsthilfe primär für den Kontakt zu den Familienangehörigen zuständig ist, wird der Kontakt zu den anderen Personen und Organisationen aus dem äußeren Kreis primär über den Case-Manager abgestimmt und organisiert. In dieser Betreuung und Behandlung gibt es keine Organisationen und Personen (bis auf die Gleichstellungsstelle), die nicht auch ohne Case-Management Kontakt in irgendeiner Form zu Frau S. gehabt hätten.

Dieser Kontakt wäre aber völlig isoliert voneinander gelaufen und damit letztendlich für Frau S. wenig hilfreich gewesen. Durch Case-Management können diese oft "zuständigen" und angefragten Hilfen sinnvoll miteinander verknüpft werden. Die betreuende Mitarbeiter/Case-Managerin und auch die übrigen an der Betreuung beteiligten Institutionen sind sich sicher, daß ohne eine solche Fallkoordinatorin Frau S. in ihrer Rehabilitation gescheitert wäre. Dabei wissen wir natürlich alle, daß dieser Prozeß nicht beendet ist und natürlich auch in Zukunft scheitern kann.



## IV. Integrierte Suchtkrankenhilfe - Case-Management und Vernetzung

### 1. Innerer Aufbau einer integrierten Suchtkrankenhilfe am Beispiel des Modellprojekts

Wie schon an anderer Stelle dieses Beitrags angedeutet, benötigt eine integrierte Suchtkrankenhilfe neben dem Aufbau von vielfältigen Kooperationsbeziehungen eine Weiterentwicklung ihrer inneren Struktur. (Abb. 3)

Durch die Veränderung der Zielhierarchie und die Übernahme der Versorgungsverpflichtung für einen Stadtsektor mit 160.000 Einwohnern haben sich die Arbeitsweisen und Organisationsstrukturen des Kontakt- und Beratungszentrums grundlegend geändert und erweitert.

Im Mittelpunkt der Arbeit steht als integrierter Dienst das Sektorteam (bestehend aus Sozialarbeiterinnen, Ärztin, Krankenschwester und Ergo-Therapeuten). Dieses Sektorteam übernimmt die Pflichtaufgaben im Bereich legaler Drogen nach PsychKG des Landes NW. Es arbeitet als sozial-psychiatrischer Dienst aufsuchend, betreuend und nachgehend mit Bereitschaftsdienst und Hintergrunddienst.

In der Grafik sind darüber hinaus verschiedene Arbeitsfelder des Kontakt- und Beratungszentrums im Rahmen dieser Gesamtaufgabe als integrierter Dienst dargestellt.

Diese Aufgaben sind:

1. Kontinuierliche Suchtberatung mit eigenmotivierten Selbstmeldern aus dem gesamten Stadtgebiet
2. Aufsuchende Arbeit in einer großen Obdachlosensiedlung (originäres Streetwork ist aufgrund von Personalproblemen nur noch in sehr reduziertem Umfang in Kooperation mit der Wohnungslosenhilfe möglich)
3. Sucht- und Familienhilfe in Kooperation mit dem allgemeinen sozialen Dienst des Jugendamtes.

Hier wird mit abhängigen, teils kranken Eltern gearbeitet, um Heimunterbringung von Kindern zu verhindern oder Rückführung in ein stabiliertes Familiensystem zu ermöglichen. Für diesen Bereich ist für die Zukunft eine geson-

derte Finanzierung über das Jugendamt geplant.

4. Betreutes Wohnen als Eingliederungshilfe nach § 39 BSHG für chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke. Hier steht aufgrund finanzieller Probleme nur eine sehr geringe Platzzahl zur Verfügung.
5. Ein niedrighschwelliges Café innerhalb des Kontakt- und Beratungszentrums der Suchtkrankenhilfe. Dieses Café hat Kontaktstellenfunktion. Die Cafébesucher müssen nicht nüchtern sein, allerdings ist Alkoholkonsum innerhalb des Cafés nicht erlaubt.  
  
Dieses Arbeitsfeld wird ebenfalls von allen Mitarbeitern abgedeckt.
6. Innerhalb dieses niedrighschwelliges Cafés machen Selbsthilfegruppen Angebote.

Sie können schon der grafischen Darstellung entnehmen, daß dieses Modell von einer Vernetzung und Kooperation mit anderen lebt.

### 2. Case-Management und Vernetzung - ein Zwillingsspaar

Es ist schon an anderer Stelle dieses Beitrags darauf hingewiesen worden, daß der Aufbau verlässlicher Kooperationsbeziehungen ein schwieriger und zeitaufwendiger Prozeß ist. Die Zersplitterung der Versorgungssysteme richtet bei der Betreuung von Suchtkranken aber soviel Schaden an, daß sich dieser Aufwand lohnt.

Diese Zersplitterung möchten wir Ihnen anhand des von Herrn WIENBERG entworfenen Schemas zur "Struktur und Dynamik der Suchtkrankenversorgung" verdeutlichen (Abb. 4).

Diese Abbildung zeigt die Trennung zwischen der medizinischen Versorgung, der traditionellen Suchtkrankenhilfe und den übrigen psychosozialen therapeutischen Angeboten. Wir haben versucht, mit der folgenden Abbildung die Folgen dieser "Blockbildung" für die Suchtkranken noch einmal anschaulich darzustellen (Abb. 5).

Die vorgetragenen Fälle haben verdeutlicht, wie schnell jemand in den Schluchten dieses Hilfesystems verloren gehen kann.

Das Case-Management sorgt vielleicht noch nicht dafür, daß diese unterschiedlichen Blöcke wieder

näher aneinanderrücken, bei Beibehaltung der jeweiligen fachlichen Standards und Qualitäten. Es baut aber Brücken zwischen den verschiedenen Systemen, die für die Suchtkranken leichter zu be- gehen sind. (Abb. 6)

Bei dem Bau dieser Brücken hat das Kontakt- und Beratungszentrum in Nutzung seiner bisherigen Kontakte und Möglichkeiten eine "Doppelstrategie" entwickelt. Diese Doppelstrategie hat sich unseres Erachtens nach bewährt. Auf der einen Seite wurde offensiv die Zusammenarbeit mit verschiedenen Institutionen, die Hilfen für Suchtkranke bei medizinischen, psychiatrischen, psychosozialen und materiellen Fragen anbieten, fallbezogen gesucht und ausgebaut. Auf der anderen Seite wurden aufgrund erster Erfahrungen mit der Zusammenarbeit und nach Aufbau von Vertrauen in die konkrete Zusammen- arbeit, auf Trägerebene mit verschiedenen wichtigen Kooperationspartnern eine Vereinbar- ung, Weiterentwicklung und Etablierung einer gere- gelten Zusammenarbeit getroffen. Wichtig hierbei war die gemeinsame Verpflichtung auf eine schrift- liche Hilfeplanung mit einer verbindlichen Aufga- benfestschreibung.

Bei der Weiterentwicklung von Zusammenarbeit mit den für einen Case-Management wichtigen psychosozialen, psychiatrischen und medizini- schen Diensten und Einrichtungen hat sich dieses induktive Vorgehen bewährt, das von der konkre- ten Fallarbeit ausgeht.

## V. Schlußbemerkung

An den Schluß unserer Ausführungen möchten wir ein Zitat von Manfred Neuffer aus einem Artikel zum Case-Management setzen:

*"Case-Management in beratenden und therapeu- tischen Hilfen oder in einem Team integriert bzw. in einem großen Hilfezentrum, dürfte einen nutzbrin- genden Effekt haben. Das heißt, Case-Manage- ment nicht als eigenes Berufsfeld anzusiedeln, sondern als ein Arbeitsprinzip und eine Verpflich- tung zu ganzheitlicher Hilfe im Kontext eines be- stehenden Arbeitsprozesses. Dieses zu erarbei- tende Verständnis würde dann zwangsläufig zu gemeinsamen, trägerübergreifenden Initiativen führen, die die zersplitterte Landschaft sozialer Hil- fen wieder in sinnvolle Zusammenhänge zurück- führen könnte. Dabei ist beispielsweise an die*

*Neustrukturierung sozialer Dienste zu denken, an die Vorstellung von gemeindenaher Psychiatrie oder an eine Altenhilfe (in unserem Beispiel Sucht- hilfe), die den Menschen solange wie möglich und solange er will, in seiner gewachsenen Umwelt beläßt."* (MANFRED NEUFER, Case-Management - Alte Fürsorge im neuen Kleid? in: Soziale Arbeit 1/93, S. 15)

Case-Management, das sich nicht auf die reine Or- ganisation von Hilfen beschränkt, bewegt sich ständig aus Sicht des direkt in den Fall involvierten Case-Managers in einem Spannungsfeld von ho- her eigener Beteiligung bei der Fallarbeit und dem Delegieren und Verteilen von Aufgaben.

Case-Management ist nicht etwas völlig Neues. Es nimmt viele Elemente der Gemeinwesenarbeit auf und stellt somit auch eine Wiederentdeckung alter Werte der Sozialarbeit dar. Es verbindet sich aber gleichzeitig mit neuen Methoden der Organisation und des Sozialmanagements. Mit Hilfe des Case- Managements sollen die spezialisierten Hilfen, die sich in den letzten Jahren entwickelt haben, ohne einen Verlust an Fachlichkeit in einen ganzheitli- chen Behandlungs- und Betreuungsansatz wieder zusammengeführt werden.

## Literatur:

MANFRED NEUFER, Case-Management - Alte Fürsorge im neuen Kleid? In: Soziale Arbeit, 1/93

DR. CHRISTINA TOPHOVEN: Case-Management - Ein Weg zu mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitssystem.

In: Sozialer Fortschritt 7/95

W. RAINER WENDT: Das Unterstützungsmanage- ment als Muster in der methodischen Neuorientie- rung von Sozialarbeit.

In: Soziale Arbeit 2/92

GUNTER WIENBERG (Hrsg.) Die vergessene Mehrheit, Bonn 1992

ANTONIUS HOLZ: Naß oder trocken. Die Versor- gung chronisch mehrfachgeschädigter Abhängig- keitskranker.

In: Verhaltensmedizin heute 5/95

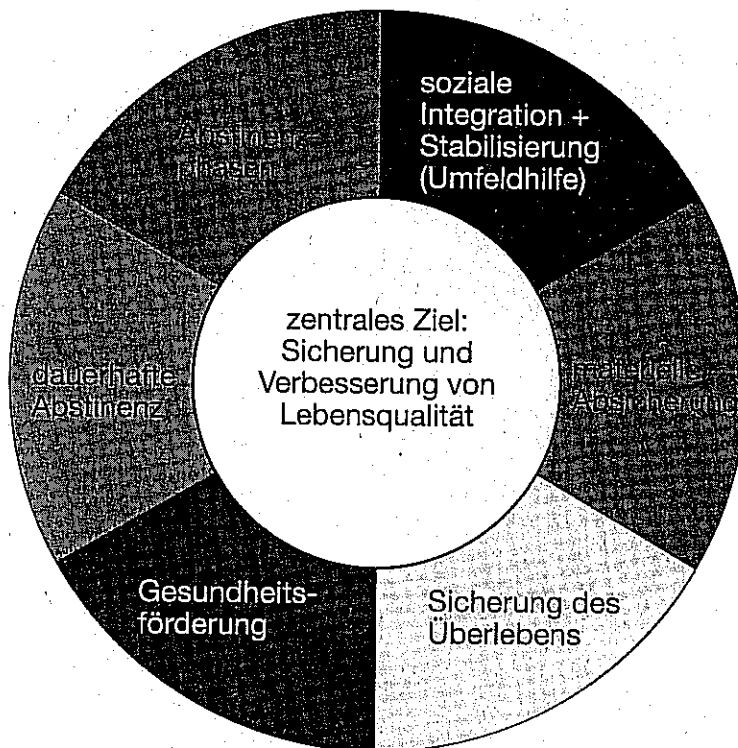


Abb. 1  
Zentrales Ziel und Zielsegmente in einer ganzheitlichen Suchtkranken-  
hilfe

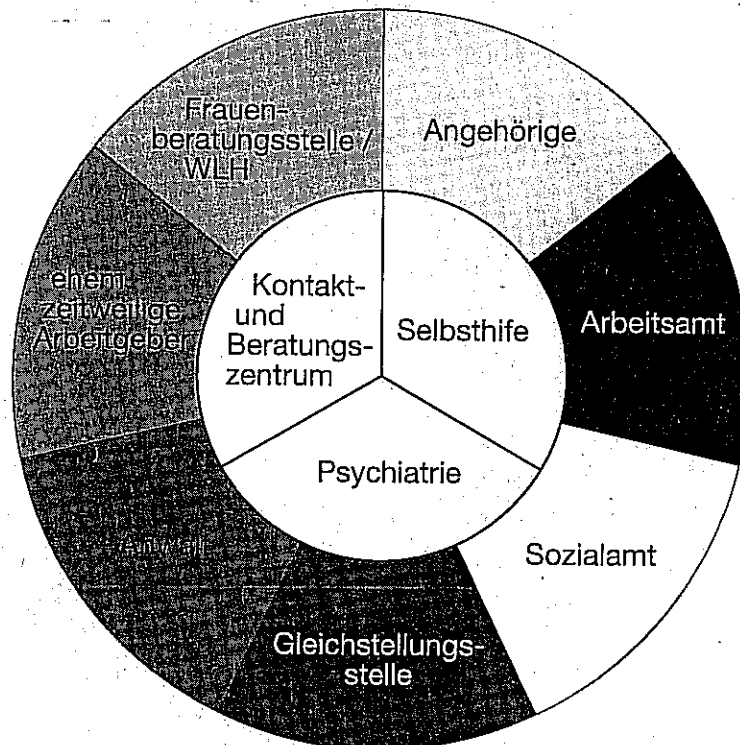


Abb. 2  
Beteiligte Institutionen

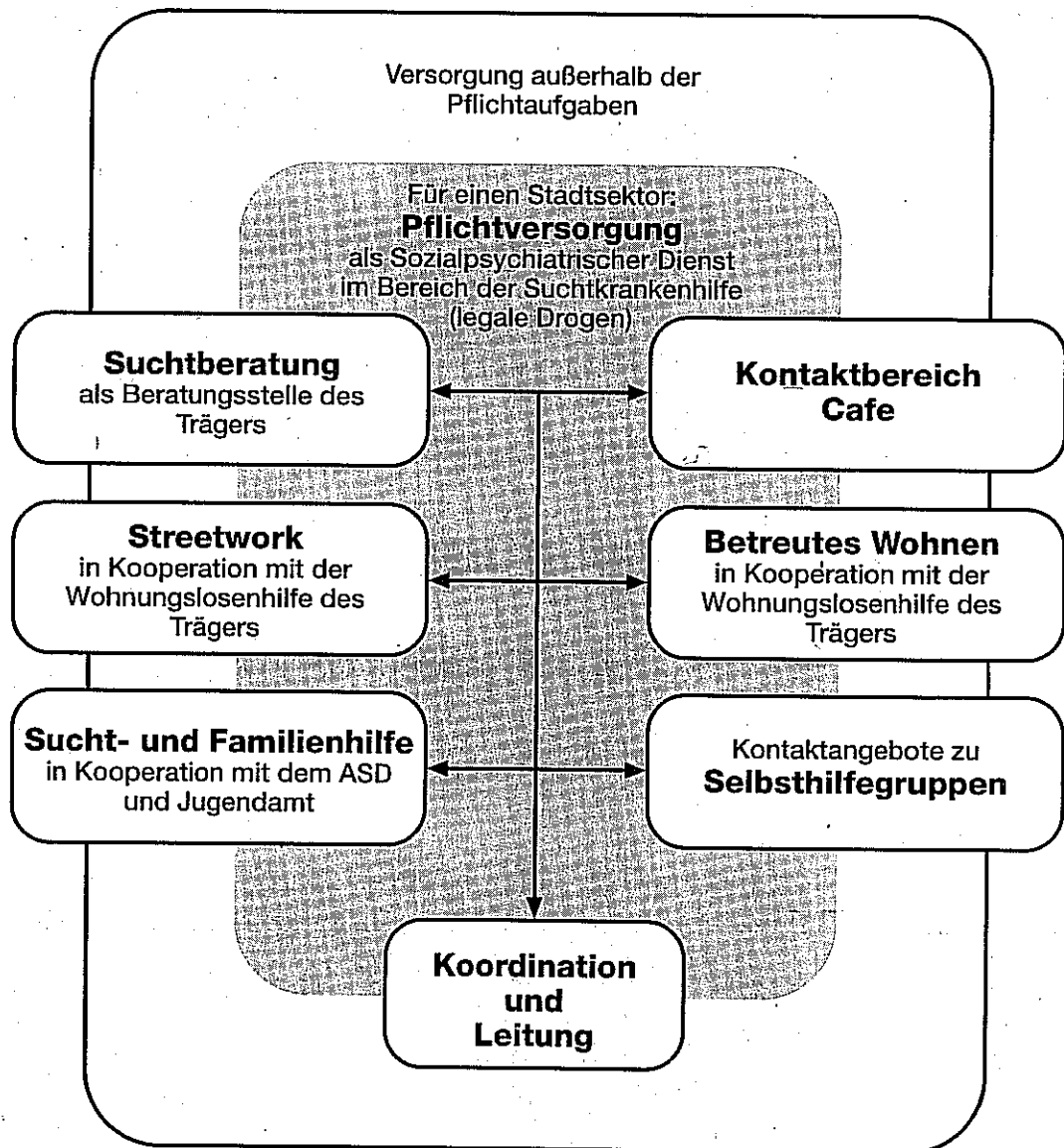


Abb. 3  
 Integrierte Suchtkrankenhilfe

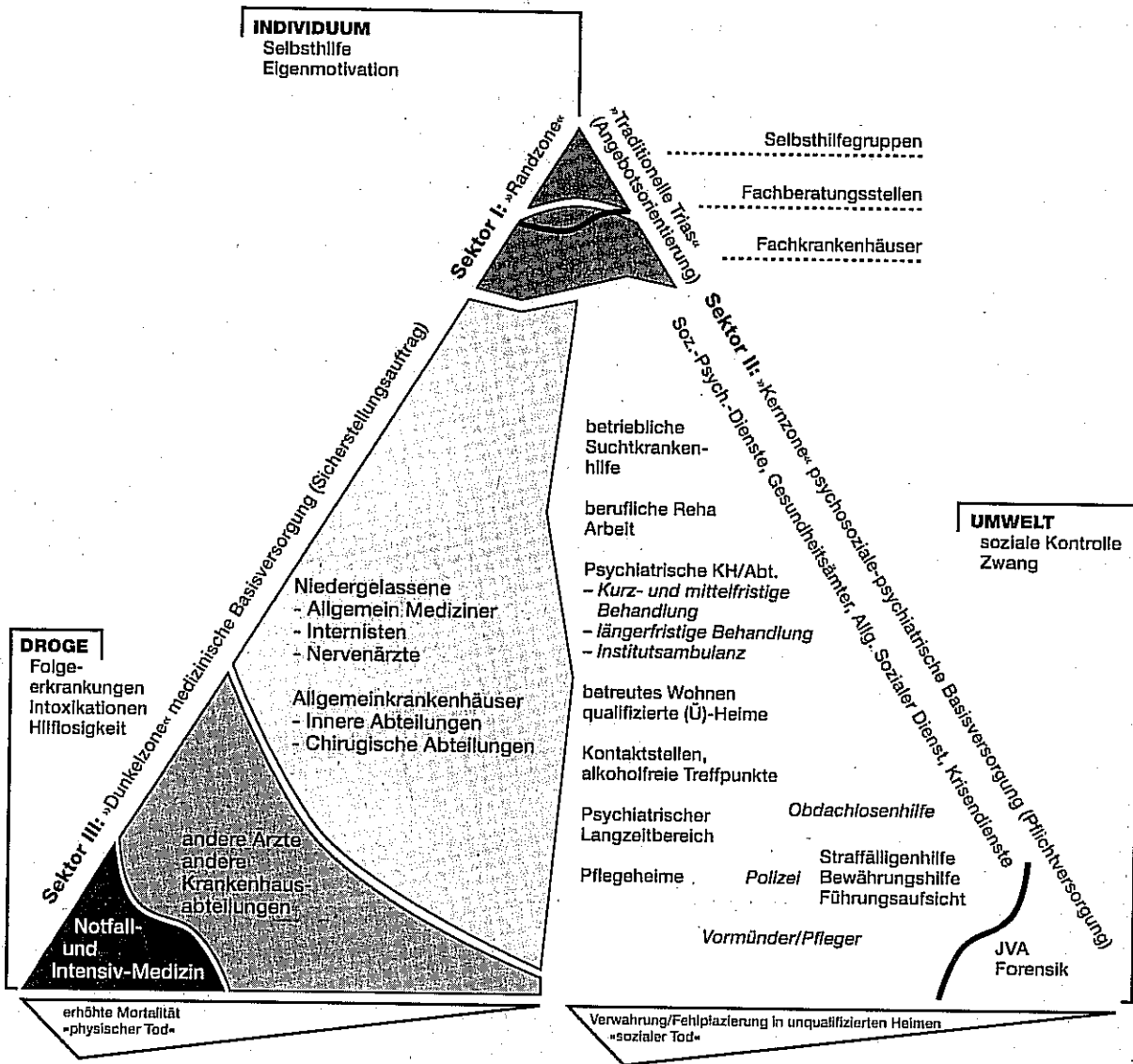
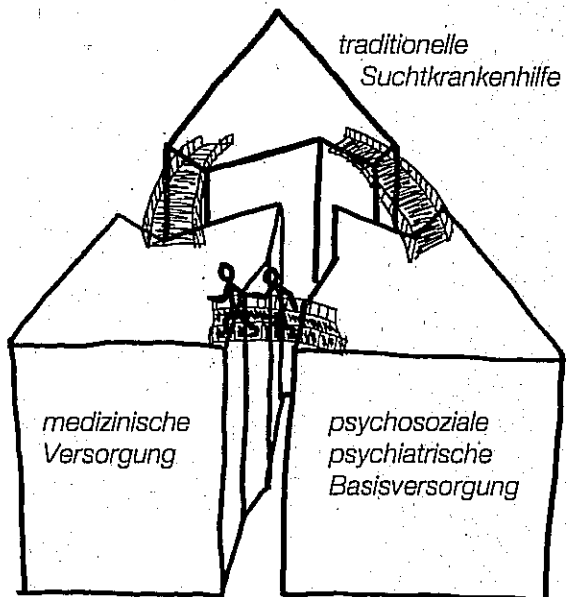
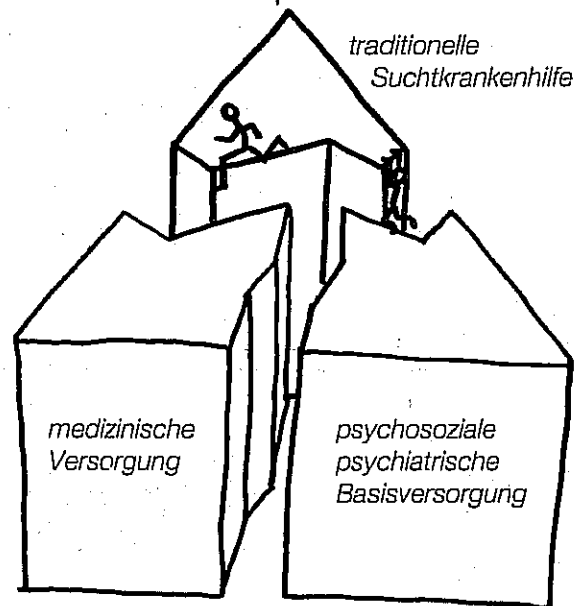
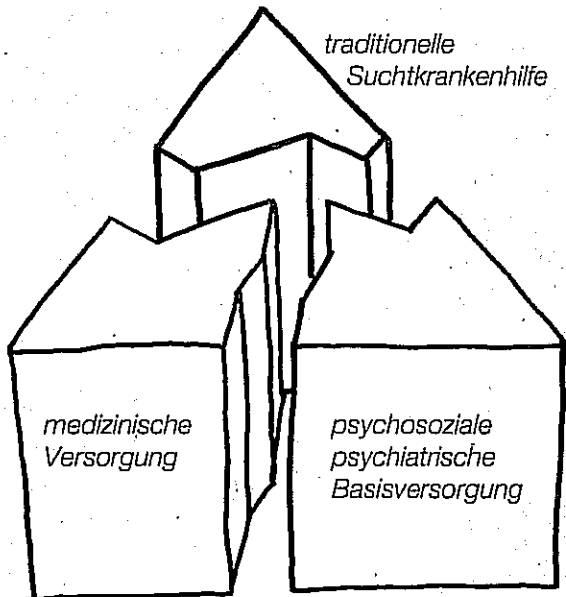


Abb. 4  
Struktur und Dynamik der Suchtkrankenversorgung

## Spaltung in der Suchtkrankenversorgung



Name: ..... Geburtsdatum/-ort: .....

Suchtmittel: .....

juristische Situation: .....

Nationalität/Aufenthaltsstatus: .....

Erstgespräch wann: ..... wo: .....

auf wessen Initiative/Anlaß: .....

Notizen zu Gesprächsinhalten (mit Daten; ggf. weiter auf der Rückseite): .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Weitere beteiligte Einrichtungen, Dienste, professionelle(r) Helfer o.ä.: .....

.....  
.....

Kontaktmöglichkeiten/-personen im sozialen Umfeld: .....

.....

- Entscheidung über weiteres Vorgehen
- Beginn des Hilfeplan-Prozesses
  - kein Hilfeplan, sondern: .....
  - (Rück-)Vermittlung an: .....
  - lockerer Kontakt
  - kein Kontakt mehr
  - verstorben
  - keine Kapazitäten mehr
  - sonstiges, und zwar: .....

Gesamtaufwand (in Min./Std.): ..... davon Fahrzeit (in Min./Std.): .....

Abschlußdatum: ..... Bearbeiter/in: .....

**Kooperationsmodell nachgehende Sozialarbeit  
Hilfeplanung, Teil I: Situations- und  
Problembeschreibung**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code-Nr. (vgl. EBIS)

1. **Erstgespräch** wo: ..... wann: .....
2. **Auf wessen Initiative?:** .....
3. **Beginn der Hilfeplanung:** ..... 4. **Anzahl bisheriger Kontakte:** .....
5. **Situations- und Problembeschreibung/Hilfebedarf (ggf. in Prioritätenordnung)**

aus Sicht der/des Klientin/Klienten: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

aus Sicht der/des Case Managerin/s: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code-Nr. (vgl. EBIS)

6. Ist die Klientin/der Klient am Prozeß der Hilfeplanung beteiligt?

- ja       ja, mit Einschränkungen       nein

Begründung/Erläuterung: .....

.....

.....

.....

.....

7. Sind die Angehörigen oder andere Bezugspersonen der Klientin/des Klienten an der Hilfeplanung beteiligt?

- ja       nein, und zwar weil:
- nicht gewünscht
- nicht bekannt

8. Ist der/die gesetzliche Betreuerin an der Hilfeplanung beteiligt?

- ja       nein       trifft nicht zu

9. Dienste bzw. Einrichtungen, die zum Zeitpunkt der Hilfeplanerstellung an der Behandlung bzw. Betreuung der Klientin/des Klienten beteiligt sind (z.B. Psychiatrisches Krankenhaus, Tagesklinik, niedergelassene/r Facharzt/Fachärztin, ambulante Therapieeinrichtung, Methadonambulanz, Wohnungslosenhilfe, Jugendhilfe, Sozialstationen)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

10. Weitere Bemerkungen zur Klientin/zum Klienten (hinsichtlich der Aufstellung des Hilfeplans, z.B. Kooperationsfähigkeit, Problembewußtsein des Klienten):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**KOOPERATIONSMODELL NACHGEHENDE SOZIALARBEIT**

**HILFEPLAN**

**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG**

**Ich bin damit einverstanden, daß meine Daten mit Hilfe von EBIS und dem Hilfeplan dokumentiert werden und im Rahmen des Modellprogramms in anonymisierter Form an ein sozialwissenschaftliches Institut zur Begleitforschung weitergeleitet werden.**

Ort/Datum

Unterschrift

**Kooperationsmodell nachgehende Sozialarbeit**  
**Teil II.b: Situation und Hilfeplanung -**  
**erste Einschätzung und Planung -**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

EBIS-Code

	Probleme, Beeinträchtigungen	Unterstützungspotentiale, Ressourcen
<b>Bereich Gesundheit</b>		
1) Körperlicher Zustand		
2) Psychischer Zustand		
3) Allgemeinzustand (z.B. Ernährung, äußere Erscheinung)		
<b>Bereich Sucht/Konsum</b>		
4) Konsumverhalten/-Intensität		
<b>Bereich persönliche und soziale Beziehungen</b>		
5) in Partnerschaft/Ehe		
6) in sonstigen familiären Beziehungen (z.B. Kinder, Eltern)		
7) im Umfeld (Freunde, Bekannte, Nachbarn, Kollegen)		
<b>Bereich Wohnen, Arbeit, Ausbildung, Freizeit, Inanspruchnahme von Hilfen</b>		
8) Wohnsituation		
9) Arbeits- bzw. Ausbildungssituation		
10) Verschuldung		
11) Gestaltung freier Zeit		
12) Inanspruchnahme medizinischer Hilfen		
13) Inanspruchnahme sozialer Dienstleistungen und Rechte		
<b>Bereich strafrechtliche Belastung</b>		
14) Umgang mit strafrechtlicher Belastung		
<b>Sonstiges, und zwar:</b>		
15)		
16)		
17)		

Datum:.....

Ziele	Vorgehen	Zuständigkeit
<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>
<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>

Nächste Zielüberprüfung geplant am: .....

FOGS

Dieser Hilfeplan wurde vereinbart zwischen:

- 1. Klient/in: .....  
(Name) (Unterschrift)
  
- 2. Case Manager/in: .....  
(Name) (Unterschrift)

Einrichtung: .....

- 3. Vertretung des/r Case Managers/in  
Name: .....  
Einrichtung/Dienst (bitte eintragen): .....

- 4. Wenn eine Hilfeplankonferenz stattgefunden hat, bitte die beteiligten Dienste/Einrichtungen/Personen nennen:  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....





Dieser Hilfeplan wurde vereinbart zwischen:

1. Klient/in: .....  
(Name) (Unterschrift)

2. Case Manager/in: .....  
(Name) (Unterschrift)

Einrichtung: .....

3. Vertretung des/r Case Managers/in

Name: .....

Einrichtung/Dienst (bitte eintragen): .....

4. Wenn eine Hilfeplankonferenz stattgefunden hat, bitte die beteiligten Dienste/Einrichtungen/Personen nennen:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



Datum:.....

Ziele	Vorgehen	Zuständigkeit

Nächste Zielüberprüfung geplant am: .....

FOGS

# *Praxis des Case-Managements in der Betreuung von Kindern drogenabhängiger Eltern*

## **Ankie Baller**

Koordinatorin KDO / GG&GD  
Nieuwe Achtergracht 100  
1018 WT Amsterdam

## **Inhalt**

- I. Vorgeschichte
- II. Zahlen
- III. Schlußbemerkung

## I. Vorgeschichte

1981 erscheint der Abschlußbericht der Arbeitsgruppe "Kinder von drogenabhängigen Eltern". Diese Arbeitsgruppe war auf Initiative des Krankenhausprojekts der Drogenabteilung des Gesundheitsamtes GG&GD und der Frauenklinik im damaligen Krankenhaus "Wilhelmina Gasthuis" ins Leben gerufen worden. Die Arbeitsgruppe stellt fest, daß durch den zunehmenden Drogenkonsum in den siebziger Jahren eine neue Risikogruppe entstanden ist. Diese Gruppe - Kinder von drogenabhängigen Eltern - wird erstmals als separate Gruppe mit spezifischen Problemen und einem eigenen Pflegebedarf definiert. Die Arbeitsgruppe schätzt, daß es sich in Amsterdam um "mindestens ein paar hundert Kinder" handelt.

Die Arbeitsgruppe weist auf zwei große Engpässe hin. Zum einen ist die Hilfe, die bis zu diesem Zeitpunkt geboten wird, fragmentarisch und ad hoc und die verschiedenen damit befaßten Disziplinen arbeiten kaum zusammen. Zum anderen stellt die Zusammenarbeit zwischen den freiwilligen und unfreiwilligen (justiziellen) Hilfesystemen ein Problem dar.

Kinder sollten solange wie möglich von den leiblichen Eltern erzogen werden. Daneben muß es aber möglich sein einzuschreiten, wenn Kinder gefährdet sind.

Anfangs ist die Arbeitsgruppe der Auffassung, daß man angesichts der Schwere der Problematik häufiger juristische Maßnahmen ergreifen müßte. Später wird dieser Standpunkt jedoch fallengelassen. Die Praxis hat nämlich gezeigt, daß drogenabhängige Eltern ihre Kinder längst nicht immer vernachlässigten - vielen der Kinder ging es gut. In diesen Fällen wäre eine juristische Maßnahme einzig und allein aufgrund der Abhängigkeit der Eltern nicht ausführbar und daher sinnlos.

Die Arbeitsgruppe zieht im Abschlußbericht den Schluß, daß Bedarf an einer Zentralstelle besteht, bei der alle Kinder von drogenabhängigen Eltern registriert werden und von der aus die Betreuung der Kinder koordiniert und damit verbessert wird.

Die Stadt Amsterdam übernimmt die Empfehlungen der Arbeitsgruppe und beauftragt den GG&GD, eine solche Stelle zu errichten. Das Büro Alleinerziehende Eltern (BAO) und GG&GD haben inzwischen Erfahrung mit der Betreuung von drogenabhängigen Eltern.

Im Oktober 1984 verfaßt das BAO einen "Plan zur Gründung eines Projektes für Kinder von drogenabhängigen Eltern", mit dem Ziele, Aufgaben und Arbeitsweise näher zu erläutern.

Im Januar 1985 beginnen drei Mitarbeiterinnen des BAO - zunächst noch informell - mit der Arbeit für das KDO.

Am 01. April 1986 schließlich wird das KDO formell als selbständige Organisation gegründet. Das KDO führt selbst keine Hilfsmaßnahmen durch, sondern koordiniert die bestehenden Hilfseinrichtungen. Darum wird das KDO organisatorisch nicht der Drogenabteilung angegliedert, sondern direkt dem Leiter der Abteilung Geistige Gesundheitsfürsorge (GGZ) des Gesundheitsamtes unterstellt.

### 1. Zielsetzung

Die Lebensweise von drogenabhängigen Eltern kann zu ernsthafter körperlicher und affektiver Verwahrlosung der Kinder führen:

Für Kinder besteht die Gefahr des "sittlichen und körperlichen Verfalls (...), wenn keine ausreichende basale Versorgung gewährleistet ist". Unter basaler Versorgung - später wird der Begriff Basisfürsorge eingeführt - versteht das KDO:

- das Vorhandensein der Grundausstattung, wie Gas, Wasser und Elektrizität, aber auch die notwendigen Baby-/Kindersachen in der Wohnung von Eltern und Kind;
- ausreichende tägliche Versorgung des Kindes. Dazu zählen Ernährung, Kleidung und Körperhygiene;
- medizinische Versorgung;
- die Anwesenheit von mindestens einem festen Betreuer;
- ein regelmäßiger Tag-/Nacht-Rhythmus bei Eltern und Kind;
- die Einhaltung von Terminen für die Kinder durch die Eltern, vor allem was die medizinischen Kontrollen bei den "Konsultationsbüros" des Gesundheitsamtes (den deutschen Mütterberatungsstellen vergleichbare, nach Altersstufen gegliederte sozialmedizinische Beratungsstellen) und den Krankenhäusern betrifft;
- ausreichende emotionale und affektive Zuwendung für das Kind.

Die Zielsetzung des KDO lautet: dafür sorgen, daß Kinder von drogenabhängigen Eltern die erforderliche Basisfürsorge erhalten. Dafür sind folgende Maßnahmen vorgesehen:

- Koordination der Hilfsmaßnahmen und Überwachung der Kontinuität dieser Hilfe;
- Signalisierung von Engpässen und Mängeln in der Hilfeleistung;
- Aufklärung und Beratung;
- Registrierung (und Epidemiologie).

Das KDO arbeitet zwar auf freiwilliger Basis, also nicht aufgrund von justiziellen Maßnahmen. Trotzdem lautet eine der Aufgaben: zu überprüfen, ob die registrierten Kinder die Basisfürsorge erhalten. Dabei geht das KDO davon aus, daß Eltern, auch wenn sie drogenabhängig sind, ihre Kinder soweit wie möglich selbst versorgen und erziehen müssen.

## 2. Arbeitsweise

Das KDO versucht, diese Ziele durch Koordination der Hilfsmaßnahmen und durch Kontrolle über den Verlauf der Betreuung zu erreichen. Am besten eignet sich dafür die Methode des Case-Managements als separate Funktion neben der ausführenden Sozialarbeit. Das KDO selbst leistet keine ausführende Sozialarbeit, weil dann die Gefahr der Parteilichkeit bei etwaigen Interessenkonflikten zwischen Eltern und Kindern besteht.

Case-Management bietet nicht nur die Möglichkeit, in Interessenkonflikten neutral zu bleiben, sondern auch eine unabhängige Position im Arbeitsfeld einzunehmen. Mit Case-Management kann bei komplexen Problemen maßgerechte Hilfe organisiert werden und lassen sich die Betreuungsprozesse aus der Entfernung kontrollieren und koordinieren.

Nach Anmeldung des Kindes durch das Krankenhaus oder eine andere Hilfeeinrichtung und nach Erfassung der Daten macht das KDO eine Bestandsaufnahme der Situation. Dabei wird untersucht, wer alles mit der Familie zu tun (gehabt) hat. Das gilt sowohl für reguläre Sozialarbeits- und Fürsorgeeinrichtungen, wie Hausarzt, Konsultationsbüro, Sozialarbeit und Drogenberatung, als auch für Angehörige, Nachbarn oder ehrenamtliche Betreuer, sofern diese regelmäßig bei der Fürsorge oder dem Auffang der Kinder eingeschaltet werden. Es kann auch vorkommen, daß (noch) niemand mit der Familie befaßt ist.

Danach wird der erste Kontakt zu der Familie hergestellt, wobei die Position und die Arbeitsweise des KDO erläutert wird. Ab diesem Zeitpunkt kontrolliert das KDO, ob das Kind die erforderliche Ba-

sisfürsorge erhält. Die Häufigkeit der Kontrollen hängt von der Dringlichkeit der Probleme der Kinder (und Eltern) und vom Alter der Kinder ab.

Gemeinsam mit den Eltern und allen beteiligten Helfern erstellt das KDO einen Behandlungsplan, der klare Vereinbarungen über die Basisfürsorge für das Kind umfaßt. Dabei werden Fristen vereinbart, in denen die Vereinbarungen ausgewertet und, wenn nötig, angepaßt werden. Das geschieht im Rahmen einer Case-Management-Besprechung, deren Vorsitz der Case-Manager hat. Alle Anwesenden - die Eltern zuerst - werden gebeten, die aktuelle Situation kurz zu schildern. Danach erfolgt eine Bestandsaufnahme der Probleme, und es wird besprochen, ob die Basisfürsorge für das Kind gewährleistet ist. Treten neue Probleme auf oder erweist sich die Hilfe als unzureichend, werden neue Hilfsmöglichkeiten besprochen. Abschließend werden alle Aktivitäten und Kontakte, die in der darauffolgenden Zeit von den Anwesenden erwartet werden, abgesprochen, z. B. Besuche des Konsultationsbüros mit dem Baby und die Termine bei dem zuständigen "Stadtteilposten" (einer Drogen-Poliklinik des Gesundheitsamtes) für die Methadonverabreichung.

Alle Vereinbarungen werden schriftlich festgehalten und allen Teilnehmern der Besprechung zugeschickt. Es hat sich gezeigt, daß dadurch die Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten, die sowohl während der Besprechung als auch im Zuge der anschließenden Aktivitäten regelmäßig Kontakt miteinander haben, stimuliert wird. Zudem können wahrgenommene Probleme unter verschiedenen Gesichtspunkten angepackt und gemeinsam Lösungen gesucht werden.

Gelingt es den Eltern nicht, die Basisfürsorge für das Kind zu gewährleisten, ist es Aufgabe des KDO, dafür zu sorgen, daß der "Raad voor de Kinderbescherming" (eine dem deutschen Jugendamt vergleichbare Einrichtung, die u. a. Gutachten im Auftrag des Jugend- und Familiengerichts erstellt) unterrichtet wird. Das KDO selbst erstattet dem Jugendamt prinzipiell keine Meldung. Dafür sind die beteiligten Hilfeeinrichtungen verantwortlich.

Das KDO verfügt lediglich über formelle, indirekte Informationen über die Basisfürsorge, da das Büro selbst keine ausführende Sozialarbeit macht. Wenn das Jugendamt die Situation eines Kindes sorgfältig untersuchen will, benötigt es darüber hinaus direkte inhaltliche Informationen von den beteiligten Helfern und Sozialarbeitern.

Das KDO schaltet das Jugendamt nur in Ausnahmefällen ein, wenn niemand Kontakt mit der Familie bekommen hat und dadurch kein Einblick in die Basisfürsorge gewonnen werden kann, oder in Krisensituationen.

### 3. Schlußfolgerung

Das KDO hat sich inzwischen deutlich im Feld profiliert.

Es wurde ein gut funktionierendes Netz von Einrichtungen geschaffen, in dem verschiedene Disziplinen zusammenarbeiten.

Die Case-Management-Methode als separate Funktion im Rahmen der Hilfeleistung hat sich als sinnvolle Ergänzung zu der Betreuung von drogenabhängigen Eltern und deren Kinder erwiesen.

Die Abstimmung der Hilfe wurde verbessert, neue Gruppen werden erreicht und für spezifische, häufig komplexe, Probleme kann maßgerechte Hilfe geboten werden.

Es läßt sich mit Recht behaupten, daß es gelungen ist, einen guten Überblick über die Gruppe der Kinder bis 5 Jahre zu erhalten (das zeigt sich u. a. dadurch, daß das KDO selbst nur noch in Ausnahmefällen Krisensituationen lösen muß).

## II. Zahlen

Anlage: Statistik I

### Anzahl der Familien mit Problemen in Bezug auf die Eltern

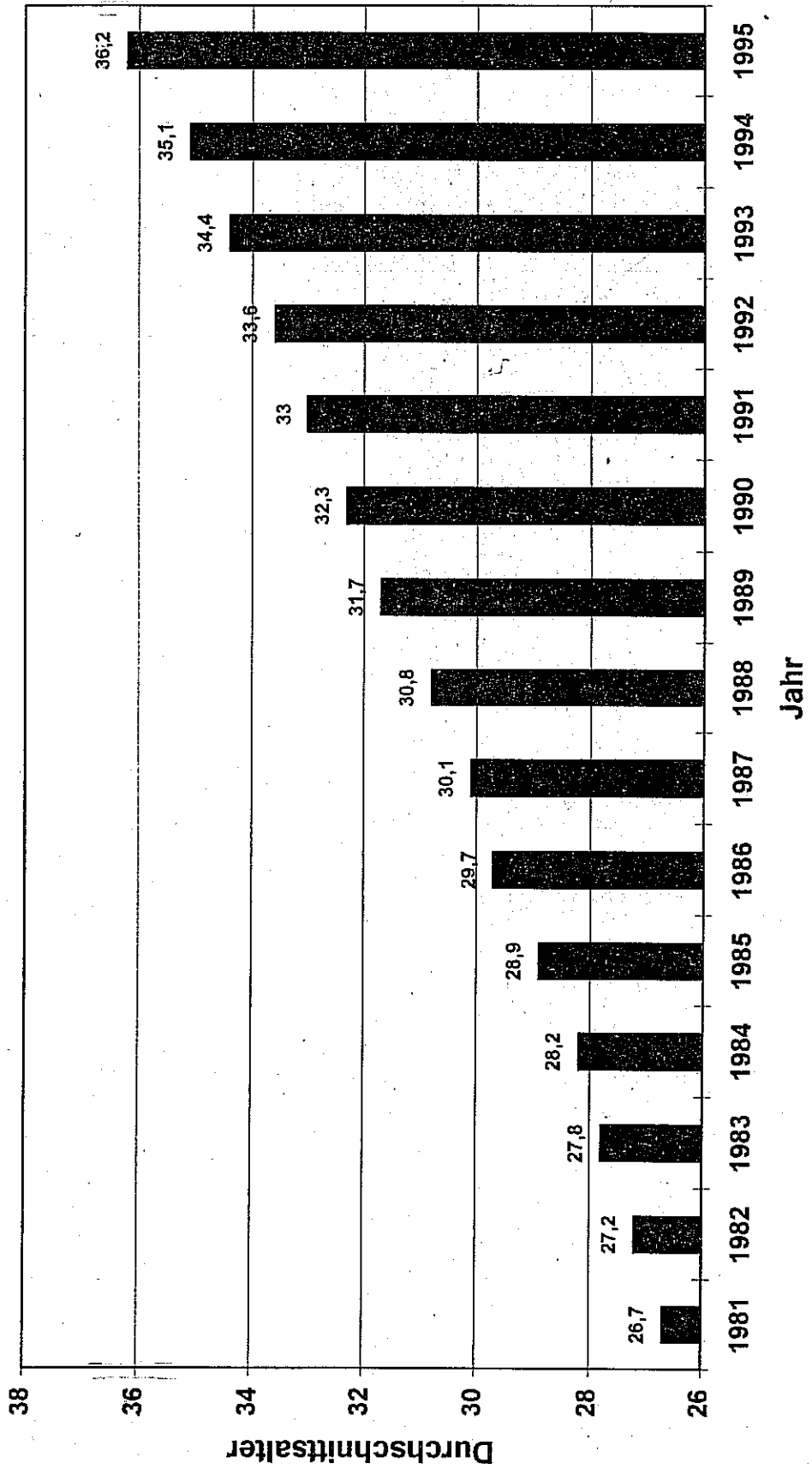
Problem	Gesamtzahl	% Anteil
Inhaftierung	138	30,3
Finanzielle Probleme	109	23,9
Psychologische Probleme	75	16,4
Kontaktverlust mit den Klienten	57	12,5
Prostitution	51	11,2
Drogendealing	42	9,2
Kein Kontakt mit dem Partner	40	8,8
Illegaler Aufenthalt	39	8,6
Gesundheitliche Probleme	31	6,8
HIV-Aids	15	3,3
Körperliche Gewalt	10	2,2
Wegzug eines Partners	6	1,3
Wegzug des Klienten	6	1,3

Anlage: Statistik II

### Anzahl der Familien mit Problemen in Bezug auf die Kinder

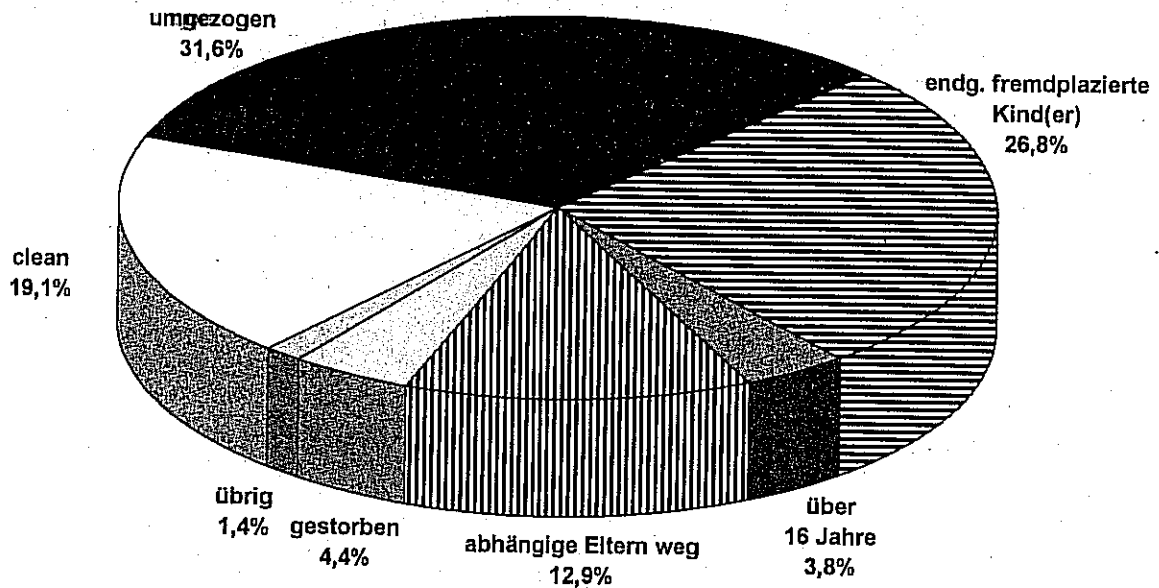
Problem	Gesamtzahl	% Anteil
Emotionale Vernachlässigung	96	20,6
Nicht-Vorstellen zu den medizinischen Kontrollen	88	18,9
Ungenügende tägliche Versorgung	82	17,6
Verhaltensprobleme	74	15,9
Kein Kontakt mit dem Kind	69	14,8
Schulschwänzen	69	14,8
Verzögerte Entwicklung	67	14,4
Gesundheitliche Probleme	53	11,4
Gestörter Tag-/Nachtrhythmus	21	4,5
Körperliche Mißhandlung	19	4,1
Kein Unterstützungssystem	19	4,1
Sexueller Mißbrauch	14	3,0
Kein dauerhafter Erziehungsberechtigter	6	1,3
Wegzug des Kindes	4	0,9

**Durchschnittsalter der Abhängigen harter Drogen  
in Amsterdam**

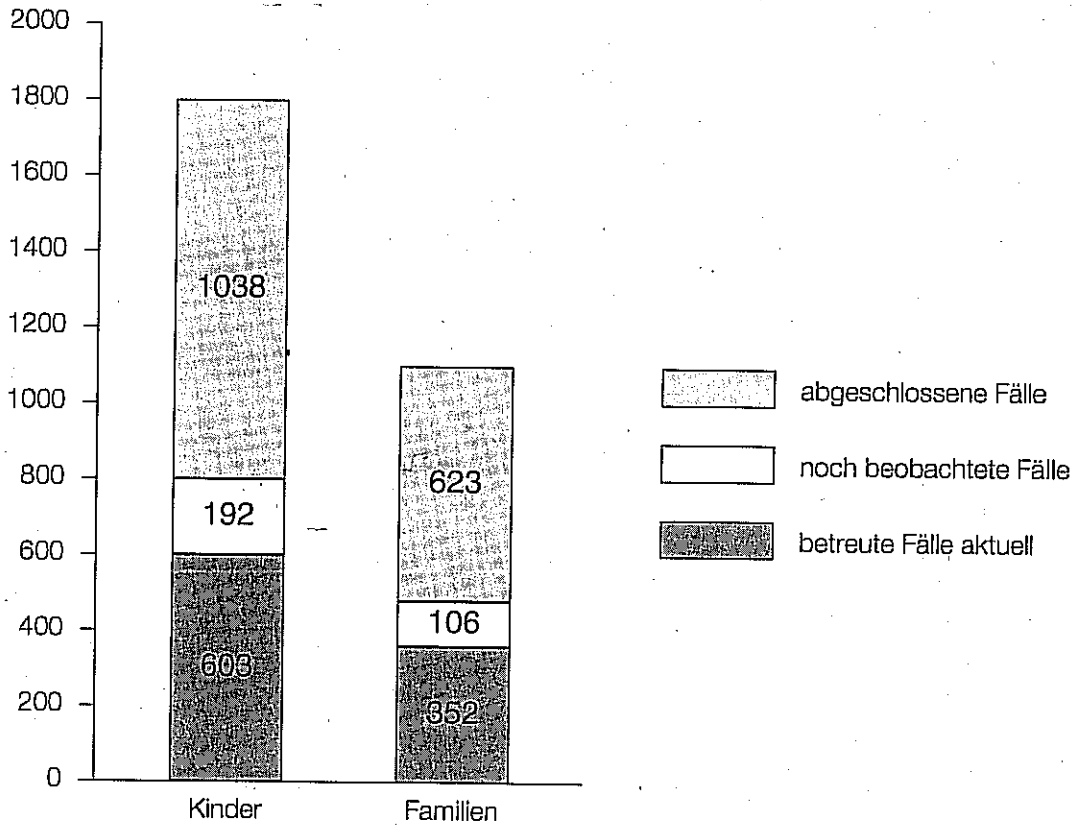


**503 Familien / Akten wurden bis 1994 abgeschlossen**

**Abschlußgründe**

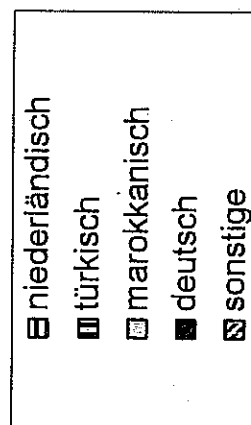
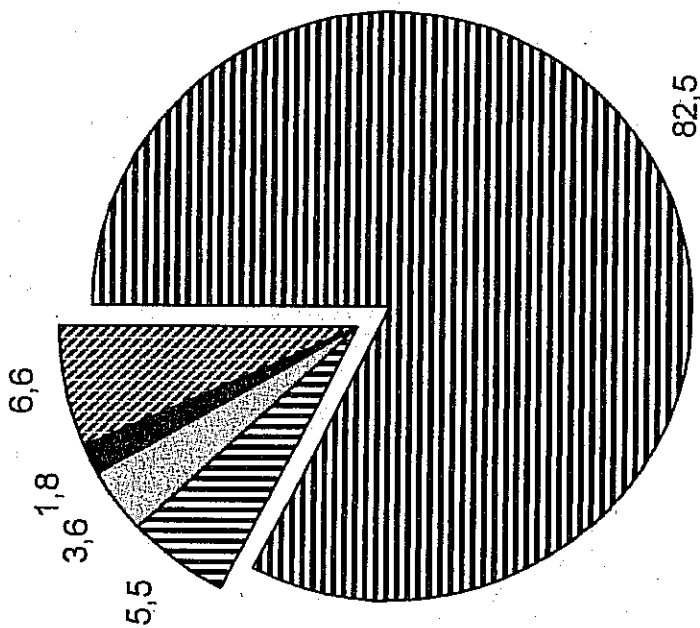


**Statistik 1984-1996**

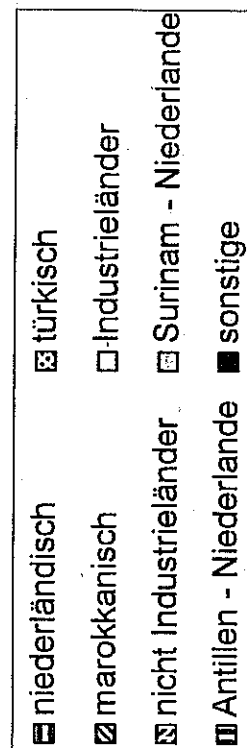
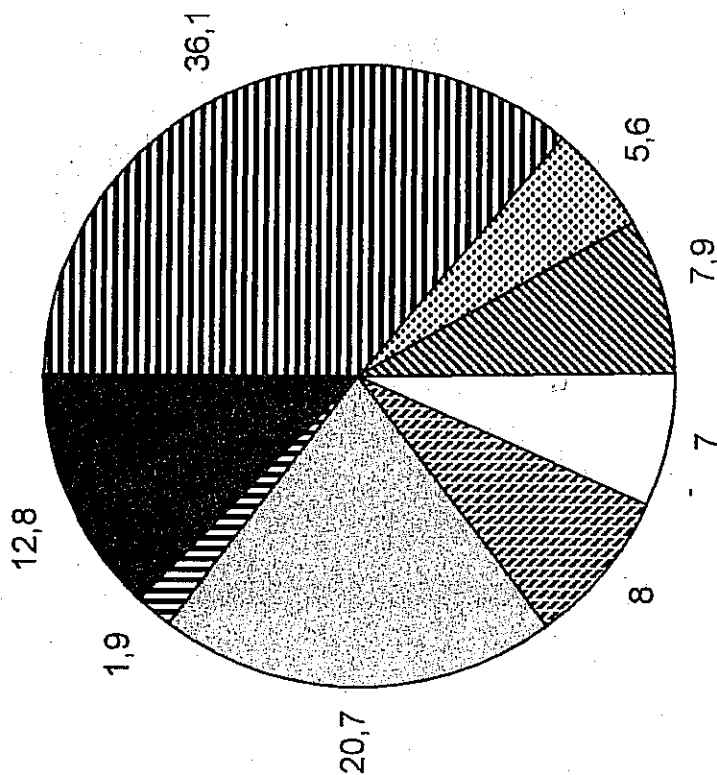


Hintergrund von Kindern 1996

Nationalität der Kinder  
(in %)



kulturelle Herkunft der Kinder  
(in %)





### III. Schlußbemerkung

Wie eingangs erwähnt, wurde um 1980 eine Reihe von strukturellen Problemen hinsichtlich der Situation von drogenabhängigen Eltern und deren Kinder sichtbar (Zerstückelung der Hilfe und Probleme bezüglich der Zusammenarbeit zwischen freiwilliger Hilfe und Zwangsmaßnahmen). Darüber hinaus gab es eine Reihe inhaltlicher Probleme:

Drogenabhängige Eltern wenden sich sowenig wie möglich an bestehende Hilfseinrichtungen, weil sie befürchten, daß ihnen das Kind weggenommen wird. Zudem hatte sich herausgestellt, daß die perinatale Sterblichkeit unter drogenabhängig geborenen Kindern relativ hoch war. Die meisten Kinder kamen zu Hause zur Welt, und das allgemeinmedizinische Wissen über die Behandlung von Entzugserscheinungen war dürftig. (Nach 1980 wurde Drogenabhängigkeit offiziell als medizinische Indikation für eine stationäre Entbindung anerkannt.) Die Hälfte der damals "bekannteren" Kinder wurde nach einem Jahr nicht mehr von den leiblichen Eltern versorgt. Es waren Situationen bekannt, in denen Kinder nach einigen Jahren dermaßen vernachlässigt waren, daß sie endgültig von den Eltern getrennt werden mußten. Es hat sich also deutlich gezeigt, daß Drogenabhängigkeit der Eltern eine Gefahr für die Kinder darstellte.

Ab Mitte der 70er Jahre war jedoch in Amsterdam die Methadonverabreichung an Drogenabhängige eingeführt worden. Unter den Abhängigen, die dort behandelt wurden, befanden sich auch einige Eltern. Über den Kontakt mit der Methadonverabreichung konnten diese Eltern medizinische und soziale Hilfe erhalten. Wenn Eltern neben Methadon auch frühzeitig betreut und unterstützt wurden, konnten sie mit ihren Kindern ein normales, legales und gesundes Leben führen. In vielen Fällen hat sich das als durchaus möglich erwiesen.

In der Arbeitsgruppe (1980) war eine Vielzahl Amsterdamer Organisationen vertreten, sowohl private Einrichtungen (Drogenberatung, Heime, Krankenhäuser) als auch staatliche Stellen (GG&GD, Jugendamt / Justiz).

Ausgangspunkt bei der Diskussion innerhalb der Arbeitsgruppe war in erster Linie, daß Mutterschaft unter Drogenabhängigen nicht wünschenswert war und daß drogenabhängige Eltern grundsätzlich keine guten Eltern sein konnten. Es wurden Möglichkeiten gesucht, dieses Problem zu "lösen" (Eltern bestrafen, Kinder wegnehmen).

Es zeigte sich aber immer häufiger, daß das "Problem drogenabhängige Eltern" nicht lösbar war, sondern vielmehr eine Tatsache, die man akzeptieren mußte. Die Zahl der Kinder von drogenabhängigen Eltern wuchs unterdessen schnell. Das bedeutete, daß viele Kinder inzwischen faktisch in einer gefährdeten Situation lebten. Der Schwerpunkt der Diskussion verlagerte sich von der Be- und Verurteilung der Eltern auf die Wahrung der Interessen der Kinder. Gemeinsam wurden Präventivmaßnahmen gesucht, um das Risiko für die Kinder zu verringern. Dabei stieß man, wie schon erwähnt, auf folgende Lösungen:

- einerseits eine gute Koordination und Überwachung der bestehenden Hilfsangebote, damit die Betreuung von Eltern und Kindern möglichst früh einsetzen kann. Dadurch erhalten die Eltern eine reelle Chance.
- andererseits auf diese Art Einblick in die Situation möglichst vieler Kinder zu erhalten und diese zu überwachen.

Mit anderen Worten: sowohl Hilfe als auch Kontrolle.

Um diese Ziele zu verwirklichen, muß es möglich sein, daß alle beteiligten Stellen eng zusammenarbeiten, und zwar ungeachtet der unterschiedlichen Organisationskulturen, der gegenseitigen Konkurrenz, der Regeln bezüglich des Schutzes der Privatsphäre von Klienten und der verschiedenen Kompetenzen.

Der gemeinsame Nenner für diese Zusammenarbeit lautete erneut: das Interesse des Kindes, formuliert in den Bedingungen für die Basisfürsorge. Das bedeutet, daß alle Einrichtungen sich bereit erklären, Informationen bezüglich der Basisfürsorge zu erteilen; selbst wenn dadurch die Privatsphäre der Eltern verletzt wird. Auf gemeinsamen Beschluß wurde die Koordinationsstelle (das spätere KDO) organisatorisch dem Gesundheitsamt angegliedert.

Dieser Entscheidung lagen zwei Überlegungen zugrunde:

1. Das Gesundheitsamt verfügte damals schon über ein Netzwerk: die Jugendgesundheitsfürsorge (für Babys, Kleinkinder und Schüler) für die gesamte Stadt, die ambulanten Erziehungsberatungsstellen (BAO) und die Drogenabteilung (Methadonverabreichung).
2. Das Gesundheitsamt ist eine Organisation, die auf freiwilliger Basis Dienstleistungen für die Öff-

fentlichkeit anbietet. Das Gesundheitsamt ist neutral und arbeitet unabhängig von anderen Behörden. Beispielsweise gibt es keine Meldepflicht gegenüber Polizei und Justiz.

Angesichts der guten Zusammenarbeit innerhalb des Netzwerks gelingt es dem KDO in vielen Fällen zu verhindern, daß Eltern und Kinder in das justizielle System geraten. Trotzdem verläuft die Zusammenarbeit mit Polizei und Justiz in Situationen, in denen ein Einschalten dieser notwendig ist (Abwesenheit der Eltern oder mangelnde Basisfürsorge), sowohl auf informellem als auch formellem Wege äußerst unkompliziert. Sobald es um die Interessen des Kindes geht, erweist sich dies als durchaus möglich.

### 1. Resultate

1980 hatte sich gezeigt, daß die Hälfte der damals offiziell erfaßten Kinder nach einem Jahr nicht mehr von den leiblichen Eltern versorgt wurden.

1993 lebten 70 % der beim KDO registrierten Kinder zu Hause bei den Eltern. In ca. 35 % dieser Fälle wurden justizielle Maßnahmen ergriffen. Das bedeutet, daß die Verantwortung für die Situation des Kindes nicht mehr beim KDO und der freiwilligen Sozialarbeit liegt, sondern bei dem vom Familiengericht eingesetzten Familienvormund. (Das KDO verfolgt die Entwicklungen passiv, d. h. fragt von Zeit zu Zeit nach, was weiter geschieht.)

Das Jugendamt (justizielle Gutachten) und die Familienvormundschaftsstellen (Ausführung justizieller Maßnahmen) haben zu den angemeldeten Kindern folgendes festgestellt:

- aus der Meldung wird klar ersichtlich, was im Rahmen der freiwilligen Sozialarbeit versucht worden ist;
- es kann schneller und klarer entschieden werden, welche Maßnahmen erforderlich sind;
- die Kinder, deren Situation schlecht ist (oder sich zu verschlechtern droht), werden im Vergleich zu früher viel eher angemeldet, weshalb nur selten eine akute Gefährdung eintritt;
- es ist seltener notwendig, Kinder (vorübergehend) in einem Heim oder bei Pflegeeltern unterzubringen;
- in einer Reihe von Fällen kann die justizielle Maßnahme nach einigen Jahren aufgehoben werden, weil es mit Eltern und Kindern gut geht.

### 2. Zusammenfassung

Für eine gute Betreuung von drogenabhängigen Eltern und deren Kindern sind folgende strukturelle Bedingungen notwendig:

- Akzeptierung der Tatsache, daß Drogenabhängige Kinder haben;
- Vorhandensein und Zugänglichkeit von Methadonverabreichung für Drogenabhängige;
- Vorhandensein / Schaffung von professioneller Hilfe;
- Bereitschaft zur Zusammenarbeit zwischen staatlichen und privaten Stellen;
- Bereitschaft, im Hinblick auf den Schutz der Privatsphäre die Interessen der Kinder gegenüber denen der Eltern überwiegen zu lassen.

**Aktivitäten des KDO**

- Koordination der Hilfeleistungen und Kontrolle bezüglich deren Kontinuität
- Benennen von Problempunkten und Mängeln im Hifesystem
- Aufklärung und Beratung
- Registration der Fälle

**Ziel:**

- Eltern und Kinder zusammenhalten (=Unterstützung der Eltern)
- Basisversorgung für das Kind (Blick auf das Kind = Kontrolle)

**Inhaltliche Problemfelder**

- süchtige Eltern machen wenig Gebrauch von bestehenden Hilfsangeboten
- perinatale Sterblichkeit: Hausgeburten mit wenig medizinischer Kenntnis von Entzugerscheinungen
- nach einem Jahr leben mehr als die Hälfte der Kinder nicht mehr bei ihren Eltern
- Verwahrlosung
- keine medizinische Kontrolle: Viele Kinder kamen nicht zum Jugendgesundheitsdienst
- keine Zusammenarbeit der Hilfseinrichtungen
  - medizinisch
  - Jugendhilfe
  - Drogenberatung
  - Justiz

**Grundversorgung/Basisfürsorge**

- Vorhandensein der Grundversorgungseinrichtungen: trockene Wohnung mit Heizung, Wasser, Licht, Babyausstattung etc.
- Ausreichende tägliche Versorgung: Kleidung, Nahrung, Körperpflege etc.
- Ausreichende medizinische Versorgung
- Anwesenheit von min. einer festen Bezugs- und Betreuungsperson für das Kind
- Regelmäßiger Tag- und Nachtrhythmus
- Die Eltern müssen die Absprachen bzgl. ihrer Kinder einhalten (z. B. medizinische Kontrolluntersuchungen)
- Ausreichende emotionale und affektive Zuwendung für das Kind
- Schulbesuch der Kinder

**Methode: Casemanagement**

- Anmeldung
- Registration
- Bestandsaufnahme der Situation
- Kontaktaufnahme mit der Familie: Die Arbeitsmethoden und deren Grundsätze werden der Familie erklärt
- Handlungsplan fixieren mit den Eltern und den Einrichtungen, die die Hilfe leisten
- Kontrolle der Grundversorgung

**Die Vorteile dieser Arbeitsmethode**

- Die Zusammenarbeit aller Beteiligten wird gefördert.
- Die Probleme werden multidisziplinär bearbeitet.
- Verantwortlichkeiten werden aufgeteilt.
- Geld und Zeit wird gespart.
- Gegenseitiges Kennenlernen wird gefördert.
- Es motiviert. Klienten erhalten individuelle Aufmerksamkeit.

**Probleme**

- hohe Erwartungen
- Schuldgefühle und Rückfallgefährdung
- andere soziale, medizinische oder psychische Probleme

Einem kleinen Teil der Eltern gelingt es manchmal nicht, eine ausreichende Grundversorgung umzusetzen - wegen exzessiven Drogengebrauchs oder bestehender oder hinzukommender psychiatrischer Probleme.

### **Erfahrungen**

- Bei Eltern, die ihr Kind während der Krankenhauszeit regelmäßig besuchen, und die sich während des ersten Lebensjahres an die getroffenen Absprachen halten, besteht eine gute Prognose.
- Unterstützung während der Schwangerschaft ist von großer Bedeutung.
- Die Kinder mit durchlebtem NAS (Neonatales-Abstinenz-Syndrom) sind in ihrem ersten Lebensjahr gesundheitlich anfällig, haben jedoch nach 1,5 Jahren einen vergleichbaren medizinischen Status wie Kindern aus Kontrollgruppen.