

Case Management – ein Konzept für die Altenhilfe?

Beratung von Senioren als Pflichtaufgabe

Elke Schmidt

Rechtliche Rahmenbedingungen

Am 1. Juni 1962 trat das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) in Kraft. Es enthielt unter anderem den § 75, der besondere Leistungen speziell für ältere Menschen berücksichtigte und die Überschrift „Altenhilfe“ trug. Als zum 1. 1. 2005 das BSHG in die Systematik der Sozialgesetzbücher eingeordnet wurde, was mit vielen Veränderungen und Verschlechterungen auch für ältere Bürger und Bürgerinnen einherging, blieb der § 75 BSHG bis auf einige Umformulierungen, die der besseren Lesbarkeit dienen sollten, inhaltlich weitgehend unverändert und ist seitdem als § 71 im SGB XII wiederzufinden.

Im Gesetzestext heißt es, sehr allgemein und offen im ersten Absatz formuliert, dass die Leistungen dieses Gesetzes dazu beitragen sollen, dass „Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, verhütet, überwunden oder gemildert werden und alte Menschen die Möglichkeit erhalten, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen.“

Neben dieser sehr allgemeinen Formulierung werden auch sechs konkrete Arbeitsaufträge der Altenhilfe genannt:

- Leistungen zu einer Betätigung und zum gesellschaftlichen Engagement, wenn sie vom alten Menschen gewünscht wird,
- Leistungen bei der Beschaffung und zur Erhaltung einer Wohnung, die den Bedürfnissen des alten Menschen entspricht,
- Beratung und Unterstützung in allen Fragen der Aufnahme in eine Einrichtung, die der Betreuung alter Menschen dient, insbesondere bei der Beschaffung eines geeigneten Heimplatzes,
- Beratung und Unterstützung in allen Fragen der Inanspruchnahme altersgerechter Dienste,
- Leistungen zum Besuch von Veranstaltungen oder Einrichtungen, die

der Geselligkeit, der Unterhaltung, der Bildung oder den kulturellen Bedürfnissen alter Menschen dienen,

- Leistungen, die alten Menschen die Verbindung mit nahestehenden Personen ermöglichen.

Die Informations- und Beratungsleistungen sind unabhängig von der Einkommens- und Vermögenslage zu leisten.

Hamburger Rahmenbedingungen

In Hamburg wurde dieser Gesetzauftrag in den 60er-Jahren neben den Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege auch von den 13 Altenfürsorgern in den Sozialdienststellen der Bezirksverwaltungen übernommen, die bereits vorher als Gemeindefürsorgerinnen in den Bezirken tätig waren.

Mittlerweile haben sich daraus eigene, mit Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen besetzte Abteilungen der Grundsicherungs- und Sozialämter entwickelt, die in den Bezirks- und Ortsämtern angesiedelt sind und nun Bezirkliche Seniorenberatung heißen (BeSeBe). Zurzeit gibt es in den sieben Bezirken 36 Seniorenberater und -beraterinnen, die sich auf 24 Dienststellen verteilen. Es handelt sich dabei um Voll- und Teilzeitarbeitsstellen, die in der letzten Zeit bei Neueinstellungen leider nicht mehr alle mit Sozialarbeitern/-pädagoginnen besetzt wurden. Dies ist wohl eine Folge der derzeitigen Stellenbesetzungspraxis. Offene Stellen in der Verwaltung werden nur an jetzige Behördenmitarbeiter oder Schwerbehinderte vergeben, um den Personalüberhang abzubauen. Externe Arbeitskräfte werden nur dann eingestellt, wenn ein Arbeitsplatz besondere Qualifikationen erfordert und diese Stelle nicht aus dem internen Mitarbeiterpool besetzt werden kann. Anscheinend werden die Anforderungen, die

an die in der BeSeBe Tätigen gestellt werden, nicht als so wesentlich angesehen, als dass man dafür zwingend eine sozialarbeiterische Qualifikation bräuchte. Hier scheint noch, oder wieder, das Vorurteil zu herrschen, dass Sozialarbeit keiner Ausbildung, sondern einfach eines gesunden Menschenverstandes bedarf! Aber wie wird genau festgelegt, was die konkreten Aufgaben der BeSeBe sind und wie sie zu erbringen sind?

In Hamburg steuert der Senat mithilfe so genannter Globalrichtlinien die Aufgabenerfüllung der Bezirksamter, ohne jedoch Einzelfragen zu regeln. Er gibt damit für das Verwaltungshandeln der Bezirksamter vor, welche politischen Ziele zu verfolgen sind und stellt eine gewisse Einheitlichkeit sicher. Die Bezirksamter müssen die Globalrichtlinien bei ihren Entscheidungen im Einzelfall beachten, wobei sie als „grundsätzlich ausfüllungsfähige und -bedürftige Vorgaben für die Umsetzung von politischen Zielen, Programmen und gesetzlichen Aufgaben unter Wahrung der Einheitlichkeit der Rechtsanwendung.“ definiert sind. (vgl.: <http://fhh.hamburg.de/stadt/Aktuell/bezirke/globalrichtlinien/start.html> Stand: 16. 7. 2006 und § 6 BezVG).

So genannte Konkretisierungen oder fachlichen Weisungen regeln wiederum die genauere Umsetzung der geltenden Globalrichtlinien, z.B. unter welchen Bedingungen mit welchem Geldbetrag „Essen auf Rädern“ monatlich bezuschusst werden kann (vgl.: <http://fhh.hamburg.de/stadt/Aktuell/behoerden/soziales-Familie/infoline/dienstvorschriften/start.html> Stand: 16. 7. 2006).

Seit dem 1. 1. 2005 gibt es die erste Globalrichtlinie zu § 71 SGB XII, weitere Konkretisierungen oder Dienst-anweisungen zu diesem Paragraphen existieren zurzeit nicht.



Die Hamburger Globalrichtlinie zu § 71 SGB XII

Nach der Globalrichtlinie richten sich die Leistungen in der Regel an 60-jährige und ältere Menschen, und werden in folgende drei Bereiche unterteilt:

- Beratung und Unterstützung,
- Geld- und Sachleistungen,
- Angebote durch die Seniorentreffs und andere Einrichtungen.

„Beratung und Unterstützung sollen den Schwerpunkt der Hilfen bilden. Damit werden die Selbsthilfebemühungen Älterer gestärkt oder es werden notwendige Schritte für den Hilfesuchenden übernommen.“

Die Hilfen richten sich nach dem Bedarf im Einzelfall und reichen über Information, Beratung, Hilfe bei der Beantragung von Sozialleistungen, Hilfeorganisation bis zum Casemanagement (gesteuerter Hilfeprozess mit den Kernelementen Bedarfsfeststellung, Hilfeplanung, Hilfeorganisation und Evaluation) (...) Beratung und Unterstützung in der Altenhilfe sind sozialpädagogische bzw. sozialarbeiterische Leistungen, die durch die Bezirkliche Seniorenberatung erbracht werden. Entsprechende qualitätssichernde Arbeitsweisen, insbesondere Bedarfsfeststellungen (Assessment), Hilfeplanung, Dokumentation, Fallbesprechungen, Möglichkeiten zur kollegialen Beratung, Casemanagement sind anzuwenden.

Die Dokumentation erfolgt in einem einheitlichen System (...)

Für wichtige Phasen der Hilfeleistung, z.B. Erstgespräche, Situationsanalyse, Hilfeplanung werden in einer Konkretisierung fachliche Standards beschrieben.“ (aus der Globalrichtlinie zu § 71 SGB XII).

Nähere Beschreibungen zu konkreten inhaltlichen Vorstellungen oder der Umsetzung des Case Managements finden sich an dieser Stelle nicht.

Im Rahmen eines Bundesmodellprojektes in der Zeit vom März 1998 – September 2000 gab es das Projekt „MoCCA“ – Modellprojekt regionales Case- und Care Management in

der Altenhilfe im Bezirk Wandsbek. Hier sollte Case Management in der BeSeBe exemplarisch für Hamburg erprobt werden. Wandsbek wurde ausgewählt, weil dort bereits ein ambulantes Versorgungsnetzwerk für ältere Menschen existierte. Dieses Projekt verlief allerdings nicht sehr erfolgreich. In dem Abschlussbericht werden vielerlei Probleme deutlich, auf die ich an späterer Stelle noch eingehen möchte.

Multidimensionales Anforderungsprofil

Nachdem die gesetzlichen Rahmenbedingungen und politischen Vorgaben in Hamburg soweit dargestellt sind, möchte ich nun die Arbeit in der BeSeBe beschreiben, wie sie tatsächlich geleistet wird.

Tätigkeiten der Seniorenberater

Im Rahmen einer AG zur Weiterentwicklung der Bezirklichen Seniorenberatung wurde 2002 in einer internen Befragung aller BeSeBe-Dienststellen (27) erhoben, wie hoch der jeweilige Anteil unterschiedlicher Arbeitsaufgaben am wöchentlichen Gesamtarbeitszeitvolumen ist.

Daraus ergaben sich drei deutliche Hauptaufgabenbereiche:

- Prüfung, Bewilligung, administrative Tätigkeiten (31%),
- Information und Beratung (25%),
- Organisation von Hilfen (25%),
- Kooperation und Vernetzung (6%),
- Altenhilfeinterner Informationsaustausch (4%),
- Zivildienstleistende (3%), (insgesamt gibt es 13 Dienststellen, die ZDL einsetzen),
- Öffentlichkeitsarbeit (3%),
- Sonstiges (2%),
- Ausbildung (1%).

Die interne Auswertung kommt auf vier Hauptbereiche, weil sie die Vernetzung und Kooperationen dazu zählt, was wohl wünschenswert

wäre aber meiner Meinung nach mit 6% deutlich nicht mehr zu den hauptsächlich geleisteten Tätigkeiten gezählt werden kann (vgl. Bericht zur Weiterentwicklung der bezirklichen Altenhilfe 2002, 8).

Prüfung, Bewilligung, administrative Tätigkeiten

Prüfung und Bewilligung beziehen sich hauptsächlich auf Anträge von „Hilfen zur Pflege“ (§ 61-66 SGB XII). Diese Hilfe wird gewährt, wenn im Rahmen von Pflegebedürftigkeit Kosten entstehen, die von der Pflegekasse nicht gedeckt sind und aus dem eigenen Einkommen oder Vermögen nicht geleistet werden können.

In diesen Fällen kann beim Grundversicherungs- und Sozialamt ein Antrag auf die Kostenübernahme gestellt werden. Daraufhin wird die BeSeBe mit der Prüfung des Hilfebedarfs beauftragt. Diese findet dann meist gemeinsam mit einem bereits tätigen Pflegedienst und eventuell einem Angehörigen in der Wohnung des pflegebedürftigen Menschen statt. Dort werden dann die notwendigen und möglichen Hilfen besprochen und anschließend von den Sozialarbeitern bewilligt. Ändert sich der Hilfebedarf wird entweder nach Aktenlage entschieden, oder es erfolgt ein erneuter, gemeinsamer Hausbesuch.

Ein weiterer bedeutender Bereich der Bewilligungen sind „Hilfen zur Weiterführung des Haushaltes“ (§ 70 SGB XII). Das sind Leistungen für Menschen, die keinen Pflegebedarf, sondern einen Unterstützungsbedarf bei alltäglichen Verrichtungen haben, die der Haushaltsführung zuzuordnen sind, z.B. Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind. Ziel dieser Hilfe ist es, einen stationären Aufenthalt zu vermeiden.

Die Auswertungen des MoCCA-Projektes kommen zu dem Ergebnis, dass insgesamt 49% der Kontaktauf-

nahmen zur BeSeBe aufgrund von Leistungsbeantragungen stattfanden (vgl. MoCCA Abschlussbericht 2000, 32).

Information und Beratung

In diesem Bereich werden hauptsächlich ältere Menschen selbst, Angehörige oder Personen aus dem sozialen Umfeld beraten. Häufig kommt der Kontakt dabei im Laufe einer Beantragung von Leistungen im Rahmen der Sozialhilfe oder der Pflegeversicherung zustande, weil die ratsuchenden Personen z.B. von den Sachbearbeitern des Sozialamtes, von Pflegedienstmitarbeitern oder anderen professionellen Helfern zur BeSeBe vermittelt werden. Es kommen auch durchaus Kontakte aufgrund eines Polizeiberichtes oder Hausverwaltungen zustande.

Oft entstehen aus diesen Kontakten dann Tätigkeiten aus dem nun folgenden dritten Bereich:

Vermittlung und Organisation von Hilfen

In dem Bericht zur Weiterentwicklung der BeSeBe werden folgende Tätigkeiten dazu aufgeführt:

- Notwendige Auseinandersetzungen als „Anwalt“ der Hilfebedürftigen, z.B. mit anderen Behörden, Vermietern, Mitbewohnern,
- Krisenintervention (Verwahrlosung, Vermüllung, familiäre Konflikte, Probleme mit Pflegediensten),
- Anträge für andere Leistungen als BSHG (jetzt SGB XII) stellen (Wohngeld, Pflegeversicherung, Schwerbehindertengesetz, Rundfunk- und Fernsehgebühren, Schriftverkehr u.a.)
- Anregungen von Betreuungen nach dem Betreuungsgesetz,
- Vergabe von Spenden-, Haushalts-, und Sondermitteln,
- Aufbau und Betreuung von Angehörigengruppen.

„Diese Aufgaben werden für hilfs-

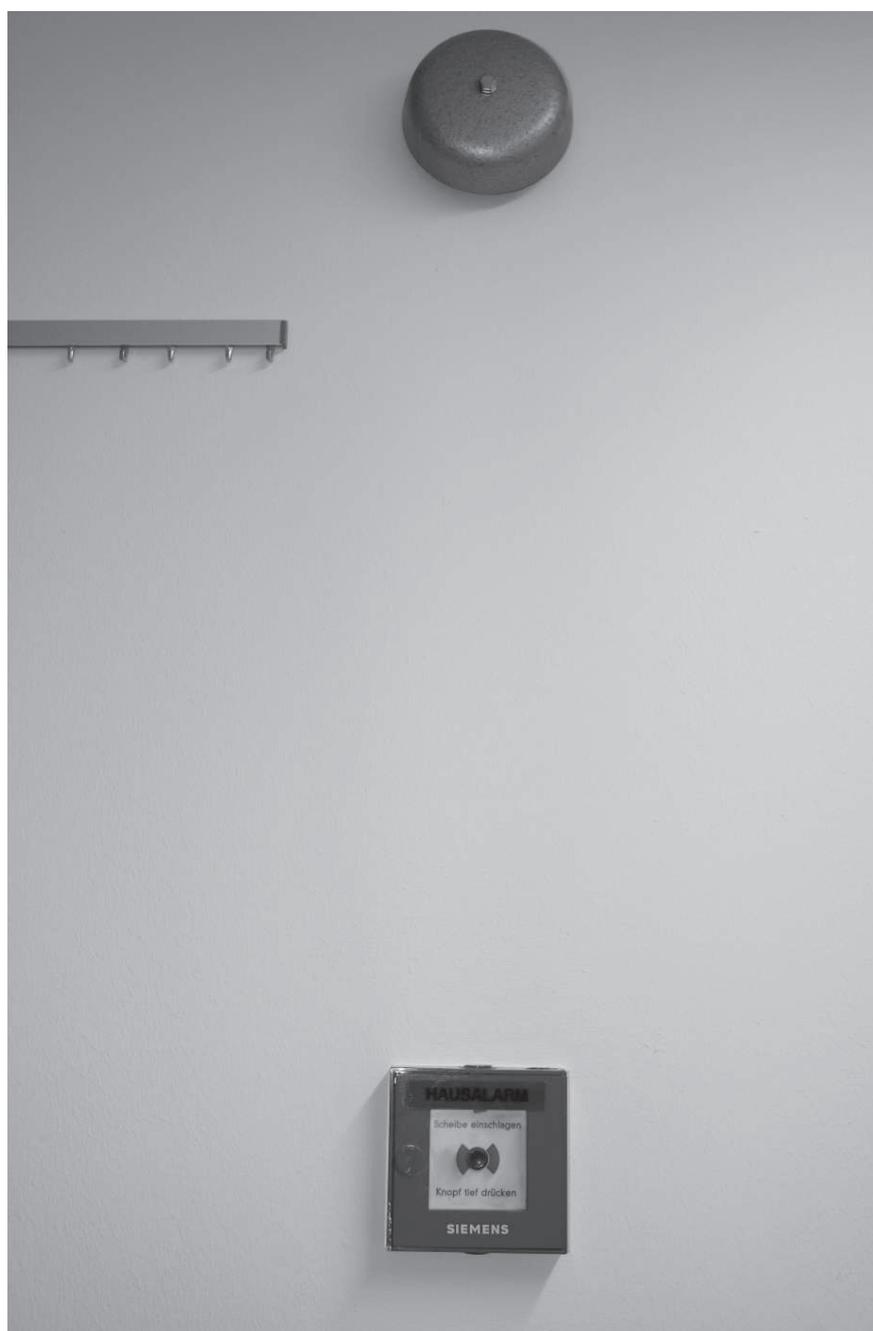
bedürftige Menschen übernommen, die diese Aufgaben nicht mehr selbst übernehmen können, keine anderen Vertrauenspersonen vorhanden sind und auch niemand aus dem Umfeld für diese Aufgaben gewonnen werden kann.“ (Vgl. Bericht zur Weiterentwicklung der Bezirklichen Altenhilfe 2002, 9).

Klientenstruktur der BeSeBe

Aus den oben beschriebenen Tätigkeitsfeldern lassen sich bestimmte Klientengruppen ableiten:

Die größte Gruppe stellen die Klienten dar, die im Rahmen einer Prüfung des Hilfe- oder Pflegebedarfes zwangsläufig in den Kontakt zur BeSeBe kommen, hier findet in den meisten Fällen eine Vermittlung über die ambulanten Pflegedienste statt, manchmal auch in Verbindung mit dem Krankenhaussozialdienst, der die BeSeBe hauptsächlich dann einschaltet, wenn die häusliche Pflege im Anschluss eines Krankenhausaufenthaltes noch nicht verlässlich geklärt werden konnte. Hier wird besonders deutlich, was auch in anderen Unterstützungssituationen deutlich wird und auch von der AG zur Weiterentwicklung der BeSeBe richtig erkannt wurde: „Ob die BeSeBe eingeschaltet wird oder nicht hängt – wenigstens zurzeit – in hohem Maß mit der Sozialhilfeberechtigung zusammen.“ (Bericht zur Weiterentwicklung der BeSeBe 2002, 21).

Beispiel: Wird ein Patient pflegebedürftig aus dem Krankenhaus in die eigene Häuslichkeit entlassen, bezahlt seine Pflegekosten selbst und ist auch schon ein Pflegedienst engagiert, so wird die BeSeBe mit diesem Patienten in aller Regel erst dann in Kontakt kommen, wenn die finanziellen Mittel verbraucht sind und ein Antrag auf Kostenübernahme beim Sozialamt notwendig wird. Die Qua-



lität des Unterstützungsarrangements ist bei diesen Personen daher sehr von den persönlichen Ressourcen, denen des persönlichen Umfeldes oder des Pflegedienstes abhängig. Eine frühzeitige Involvierung der BeSeBe mit einer ressourcenorientierten und netzwerkorientierten Arbeitsweise könnte hier, wie in Berlin die Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“ zeigen, einen großen Bei-

trag zu einem selbstständigen Leben der älteren Menschen in der eigenen Häuslichkeit leisten (für weitere Informationen siehe die Homepage: <http://www.koordinierungsstellen-rundumsalter.de>).

Eine weitere Klientengruppe der BeSeBe ist die, die aus eigenem Antrieb Kontakt aufnehmen. Dies sind meist Menschen, in deren Umfeld ein



älter Mensch mit Unterstützungsbedarf lebt und die gezielte Informationen benötigen oder einen Beratungsbedarf zu einem bestimmten Thema.

Eine andere Gruppe sind die Menschen, die sich in einer sehr schwierigen Lebenslage befinden und auf die die BeSeBe durch Dritte aufmerksam gemacht werden. Dabei handelt es sich oft um sehr schwierige und komplexe Problemkonstellationen, in denen eine schnelle Krisenintervention notwendig sein kann und/oder die Motivation zur Problembearbeitung erst noch geschaffen werden muss. Manchmal bestehen auch erhebliche Unterschiede in der Problembewertung zwischen dem älteren Menschen und den Seniorenberatern. Hier muss

dann genau abgewogen werden, zwischen Fremd- und Selbstgefährdung und dem Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen.

Eine weitere Klientengruppe der BeSeBe sind die ambulant betreuten, an Demenz erkrankte Menschen. Leben sie allein in ihrer Wohnung, treten im Laufe der Erkrankung oft eine Reihe von Schwierigkeiten auf. Hier ist eine laufende, bzw. immer wieder kehrende Betreuung durch die BeSeBe die Regel, allerdings ist auch hier oft die erste Kontaktaufnahme ein Antrag auf die Übernahme von Pflegekosten durch das Sozialamt, oder es treten Probleme mit Nachbarn oder der Polizei auf. Zum Teil wenden sich auch Angehörige

an die BeSeBe, die dann an entsprechende, spezialisierte Beratungseinrichtungen weitervermittelt werden.

Die Einteilung der Klienten in Gruppen soll verdeutlichen, wie die Hauptzugangswege zur BeSeBe verlaufen und was die Hauptanliegen der Klienten der BeSeBe sind, um ein Arbeits- und Aufgabenprofil zu erstellen.

Klienten der BeSeBe können oft nicht mehr über ihre Ressourcen eigenständig verfügen oder sind sich derer gar nicht bewusst. Ressourcen des informellen Netzwerkes sind zum Teil über die Jahre sehr geschrumpft und können nicht mehr eigenständig aktiviert werden. Soziale Arbeit in der BeSeBe müsste neben der Bera-

tungsarbeit Ressourcen aktivieren und dauerhaft stärken können. Eine Sonderstellung nimmt die gemeinsame Problemlösung mit kognitiv eingeschränkten Menschen, z.B. an Demenz Erkrankten ein.

Trotz des gesetzlichen, sehr umfangreichen Beratungs- und Unterstützungsauftrages wird die BeSeBe oft erst sehr spät in Hilfeprozesse involviert und ist sehr abhängig vom Sozialhilfebezug. Nicht weil andere Klienten grundsätzlich nicht beraten werden, sondern weil die aktive Kontaktaufnahme zur BeSeBe erst sehr spät erfolgt oder in Verbindung mit Anträgen im Grundsicherungs- und Sozialamt stehen. Für eine frühere Inanspruchnahme der BeSeBe wird aufseiten der Behörde und der BeSeBe auch aufgrund der Arbeitsbelastung nicht besonders viel getan. Die Stadt Hamburg weist in ihrem Internetangebot und im Seniorenportal zum Beispiel auf viele Beratungsangebote in Hamburg hin, aber auf die Seniorenberatung nur sehr versteckt, ohne inhaltliche Informationen und noch dazu mit einem falschen Link. In den gedruckten Broschüren sieht es nicht anders aus. Die BeSeBe ist so ein sehr hochschwelliges Beratungsangebot und es stellt sich die Frage, ob eine frühere Involvierung der BeSeBe überhaupt gewünscht ist. Offen bleibt auch, was eigentlich das Ziel der zuständigen Fachbehörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSFG) ist, wenn sie Case Management als Arbeitskonzept in der BeSeBe einführen möchte und welche Rahmenbedingungen und Strukturen es bedarf, wenn Case Management komplett implementiert werden soll.

Anforderungen bei kompletter Implementierung

Wichtig ist natürlich auf die Besonderheiten einer Einrichtung und des Arbeitsfeldes einzugehen, aber

davon abgesehen gibt es ganz allgemeine Bedingungen, die sich aus dem Kernkonzept Case Management ableiten lassen.

So werden an einen Case Manager und seine Fähigkeiten hohe Anforderungen gestellt, das ergibt sich schon aus den unterschiedlichen Ebenen seiner Arbeit. Daher halte ich die qualifizierte Ausbildung der zukünftigen Case Manager und -Managerinnen für einen der wichtigsten Grundsteine für die Umsetzung eines erfolgreichen Case Management-Konzeptes.

Qualifikation der Mitarbeiter

Die Bezeichnung Case Manager / Case Managerin ist nicht geschützt. Eine Kooperation zwischen der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit (DGS), des Deutschen Berufsverbandes für Soziale Arbeit (DBSH) und des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) hat Richtlinien zur Weiterbildung verabschiedet, die ich sehr sinnvoll finde und hier nur verkürzt nenne:

- **Berufliches Selbstverständnis:** Positive Grundeinstellung gegenüber den verschiedenen Klienten und Kooperationspartnern, Klientenorientierung als ethische Grundlage, Klarheit über die Funktion als CM, Ressourcenorientierung;
- **Sach- und Systemkompetenz:** Erklärungs- und Handlungswissen, arbeitsfeldspezifisches Wissen, Organisationswissen, Kenntnis der medizinischen und sozialen Infra- und Versorgungsstruktur, Kulturelles Wissen, Case Management Konzepte und Strategien;
- **Methoden- und Verfahrenskompetenz:** Networking, Verfahrenskompetenz in Assessment, Serviceplanung, Monitoring usw., Coaching, Evaluationskompetenz, Ressourcen erschließen und sichern können, Medienkompetenz, Präsentation, EDV-Kompetenz;

- **Soziale Kompetenz:** Kommunikationskompetenz, Kooperative Handlungskompetenz, Koordinationskompetenz, Kritik- und Konfliktfähigkeit, Fähigkeit zur multidisziplinären Zusammenarbeit, Initiierung und Moderierung multidisziplinärer und interinstitutioneller Zusammenarbeit;
- **Selbstkompetenz:** Selbstsicherheit und Selbstbewusstsein, Reflexionskompetenz, Selbstreflexion, Authentizität. (vgl. Löcherbach et al., 2003, 218).

„Praxiserfahrungen bestätigen die hohe Relevanz von Personalqualifikation und Professionalität im Case Management. Insbesondere werden Verhandlungsgeschick und Performance als wesentliche Kompetenzen genannt, die die Funktionsfähigkeit des Modells steuern. Es gibt zwar auch die Ansicht, dass für die Vermittlungs- und Beratungsaufgaben im Case Management vor allem gesunder Menschenverstand, Beharrlichkeit, Verständnis für das sozialökologische Umfeld und ein ausgeprägtes Organisationstalent genügen und daher die Person wichtiger als „der akademische Grad“ sei; allerdings wird darauf hingewiesen, dass höher qualifiziertes Personal besser auf ein autonomes Arbeiten und den Umgang mit komplexen Fragen, wie z. B. der Beschaffung knapper Ressourcen und Bereitstellung adäquater Unterstützung vorbereitet sei.“ (Löcherbach 2003, 201f.).

Auch in dem MoCCA-Abschlussbericht nimmt die Qualifikation der Case Manager/innen unter den Rahmenbedingungen einen hohen Stellenwert ein und fordert außerdem die Möglichkeit zur Teamarbeit und fallbezogenen Supervision ein. „Bei der Gewinnung von Case Managern muss geprüft werden, welche Fähigkeiten und Fertigkeiten die Bewerber bezüglich der geforderten Aufgaben mitbringen bzw. welche fehlenden

Fähigkeiten und Fertigkeiten mit welchen Maßnahmen der Personalentwicklung ausgeglichen werden können.“ Der Bericht schlägt weiterhin eine Zusammenführung der sozialarbeiterischen Dienstleistungen vor, die sich auf Klienten mit Einschränkungen der selbstständigen Lebensführung beziehen (vgl. MoCCA Abschlussbericht 2000, 55). Im Zuge der Verwaltungsreform wird auch immer wieder über die Errichtung von Dienstleistungszentren gesprochen, die dann mit Case Managern besetzt werden könnten, die intern entsprechend umfangreich fortgebildet wurden oder die mit extern ausgebildeten Case Managern besetzt werden müssten.

Fachliche Qualitätsstandards

Notwendige Folge einer solchen internen Qualifizierungsmaßnahme wäre die gemeinsame Entwicklung eines Leitbildes und fachlicher Standards auf Grundlage der berufsethischen Prinzipien des DBSH. Dies sollte meiner Meinung nach sowieso unabhängig von der Einführung des Case Managements entwickelt werden. Das setzt natürlich eine gemeinsame fachliche und ethische Auseinandersetzung aller Seniorenberater voraus. In dem Bericht zur Weiterentwicklung der BeSeBe wurde ein Rollenkonflikt einiger Sozialarbeiter genannt, der dann auftritt, wenn sie auf der einen Seite Sozialhilfeansprüche prüfen und bewilligen sollen und auf der anderen Seite als Anwalt des Klienten beraten und Hilfe vermitteln sollen. In dem Bericht wird daraufhin ausdrücklich gesagt, dass dieser Konflikt nur auftreten kann, wenn die sozialarbeiterische Fachkraft bzw. die Dienststelle die Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit der Hilfen über den fachlich begründeten und rechtlich definierten Bedarf stellt, was im BSHG so aber nicht angelegt sei (Bericht zur Weiterentwicklung ... 2002, 13). Es macht aber auch deut-

lich, wie notwendig berufsethische Grundlagen für die Soziale Arbeit in der BeSeBe sind und wie notwendig es ist, dass diese Arbeit von Sozialarbeitern/-pädagoginnen geleistet wird und nicht von Verwaltungskräften. Auch wenn es schwer scheint, ein Leitbild gemeinsam formulieren zu können, allein die Auseinandersetzung darüber führt zu einem vertieften Bewusstsein über das berufliche Handeln und ist in der Sozialen Arbeit dringend notwendig! Berufsethische Prinzipien dürfen in der sozialarbeiterischen Tätigkeit nicht fehlen (vgl. Neuffer 2002, 31-37 und DBSH 1997, 12ff.). Hier werden deutliche Mängel der strukturellen Rahmenbedingungen sichtbar. Denn der BeSeBe fehlt für solche Prozesse eine fachliche, sozialpädagogische Leitung, die auch zur kontinuierlichen fachlichen, sozialarbeiterischen Entwicklung und Auseinandersetzung der BeSeBe notwendig wäre.

Case und Care Management

Der Einsatz von Case Management, so unterschiedlich die Anwendungsfelder auch sein mögen, unterscheidet prinzipiell Fallsteuerung und Systemsteuerung und beide Ebenen sind notwendige Voraussetzungen eines erfolgreichen Case Managementkonzeptes.

Fallmanagement ist die konkrete Unterstützungsarbeit und antwortet auf die Frage, wie Case Manager/innen am besten (effektiv und effizient) einen hilfsbedürftigen Menschen begleiten und stützen können.

Systemmanagement bezieht sich auf die Nutzung, Heranziehung und Initiierung von Netzwerken und beantwortet die Frage, wie Case Manager am besten die Versorgung im Gebiet ihrer Zuständigkeit steuern und das System der Versorgung optimieren können (vgl. Löcherbach 2003, 203).

„Care Management meint die System- und Versorgungssteuerung, die fallübergreifend bedarfsgerechte Hilfen im Sozial- und Gesundheitsbereich koordiniert, organisiert und die strukturellen Voraussetzungen dafür im Gemeinwesen schafft.“ (Remmel-Faßbender 2003, 69). Die Case Managerin arbeitet in dieser Funktion nicht mit dem Einzelnen, sondern schafft Strukturen, die im Idealfall mehr Flexibilität in der Leistungserbringung und Qualitätsverbesserungen des Angebotes mit sich bringen. (Vgl. Remmel-Faßbender 2003, 69f.)

In der konkreten Praxis fließen beide Aspekte zusammen. So ist ein Systemmanagement einerseits notwendige Voraussetzung für das Fallmanagement, wenn es darum geht, vorhandene Ressourcen zu steuern. Andererseits sollten Anpassungen durch ein Systemmanagement aufgrund von Bedarfslagen erfolgen, die erst durch das Fallmanagement offenkundig werden (vgl. Löcherbach, 2003, 203). Im MoCCA-Abschlussbericht wird deutlich, dass über den Begriff des Care Managements große Verwirrung herrscht. Im Wesentlichen wird es als Vernetzung und Kooperation verstanden, was ja nicht grundsätzlich falsch ist, aber eben nicht die gesamte Dimension erfasst.

Die Notwendigkeit und Bedeutung von Kooperation und Vernetzung wird in dem Abschlussbericht betont und zugleich hat man als Leser das Gefühl, dass große Ratlosigkeit darüber herrscht, wie man gute, arbeitsfähige, produktive, professionelle Netzwerke schafft und weiterentwickeln kann. Eine große Hoffnung wird hier in die bezirklichen Pflegekonferenzen gesetzt. (vgl. MoCCA Abschlussbericht 2000, 45-49 und 57f.)

Hier schließt nahtlos ein weiterer Aspekt an: Die Notwendigkeit der Veränderung

„Die Implementierung von Case Management geschieht auf methodischer, institutioneller und regionaler Ebene.

Case Management auf der Systemebene setzt institutionelle und regionale, das lokale Versorgungsgefüge betreffende Möglichkeiten zur Veränderung voraus“ (aus den Leitprinzipien der DGS zum Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen). Care Management ist ein komplexer Arbeitsauftrag, der aber notwendigerweise zum Case Management dazu gehört und leider auch in der Globalrichtlinie keine Berücksichtigung findet.

Es gibt noch viele wichtige Anforderungen des Case Managements, wie z.B. die Dokumentation und die durchgängige Fallzuständigkeit, die ich aber an dieser Stelle nicht mehr bearbeiten möchte. Es gibt aber noch einen wichtigen Punkt in diesem Zusammenhang, nämlich die: Beteiligung der Klienten/Klientinnen

Die Kompetenzen der Klienten/innen müssen in der Arbeit mit ihnen berücksichtigt werden, denn die Ziele und Lösungswege müssen von den Klienten/innen akzeptiert und angestrebt werden, damit sie sich aktiv an dem Unterstützungsprozess beteiligen können (vgl. Neuffer 2002, 21-25). Menschen in schwierigen, manchmal ausweglos erscheinenden Lebenssituationen haben oft den Eindruck, selbst nichts mehr schaffen zu können. Hier ist es notwendig, Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein, den Glauben an sich und seine Stärken wieder aufzubauen. Der Kompetenzdialog nach Herriger kann hier hilfreich sein (Herriger 2002, 95-118).

Dieser Grundsatz ist aber schwer zu verfolgen, wenn Klienten/innen kognitiv eingeschränkt sind, hier muss der Mensch in den Unterstützungsprozess einbezogen werden, aber eine dauerhafte, aktive Beteiligung



kann in aller Regel nicht gefordert werden. Auch kann nicht von einem einmaligen, zeitlich, begrenzten Unterstützungsprozess ausgegangen werden.

Und als letzten Punkt, den Wichtigsten: Case Management muss gewollt sein! Case Management

bedeutet mehr als das Zusammenstellen eines individuellen Dienstleistungspaketes!

Eine konsequente Einführung bedeutet eine Entscheidung und Umsetzung für dieses Konzept auf drei Ebenen:

- Makroebene – die Politik, die Case Management in Auftrag gibt.

- Mesoebene – die Organisation/ Institution/Fachbehörde, die die notwendigen Strukturen bereitstellt
 - Mikroebene – Die methodische Umsetzung des Case Managements durch die BeSeBe
- (vgl. Wendt 2004, 43).

Hier stellt sich letztendlich die Frage ganz deutlich, was die Behörde überhaupt will!? Will sie eine komplette Implementierung oder nur Teile des Konzeptes in die Arbeit der BeSeBe aufnehmen? Letzteres würde den Arbeitsprozess sicherlich qualifizieren, man dürfte dann aber konsequenterweise nicht von einer Einführung des Case Managements sprechen. Und welche Ziele verfolgt die Behörde? Will sie eine bedarfsgerechte, qualifizierte Dienstleistung anbieten, mit der Kosten gespart werden können, oder will sie mit dem modernen Label Case Management Etikettenschwindel betreiben und eigentlich nur Kosten sparen?

Fazit

Die Notwendigkeit eines Case Managements in der Hamburger Altenhilfe ist gegeben, die angebotenen Dienstleistungen und gesetzlichen Leistungsansprüche sind vielfältig und entsprechend unübersichtlich.

Die Frage ist, ob die BeSeBe der richtige Ort dafür ist! Es ist wichtig zu wissen, mit welchen Mitteln, welche Ergebnisse erzielt werden. Und es ist auch richtig, verantwortungsbewussten Umgang mit den finanziellen Mitteln zu fordern. Und es ist auch richtig, dass sich die Ämter den Fragen nach Effektivität und Effizienz ihrer Arbeit stellen. „Eine Reduzierung des Case Management auf rein ökonomisch motivierte Zielstellungen, wie sie insbesondere in den Modellen der Sozialleistungsträger zum Tragen kommen, widerspricht dem Selbstverständnis

des Case Management jedoch fundamental“ (Wißmann 2003, 21). Das lässt mich skeptisch auf die Umsetzung in Hamburg blicken. Die Implementierung von Case Management erfordert enorme strukturelle Veränderungen, die ich der Hamburger Verwaltung in dieser Konsequenz zurzeit nicht zutraue. Ich kann dem MoCCA-Abschlussbericht bei folgender Forderung nur zustimmen: „Mit der Implementation sollte eine Person oder Institution beauftragt werden, die Erfahrung in Personal und Organisationsentwicklung hat und die neben Kenntnissen der Prozessbegleitung auch gegenstandsrelevantes Know-how vorzuweisen hat“. (MoCCA-Abschlussbericht 2000, 6)

Ich kann mir Case Management in einer Art Sozialem Dienstleistungszentrum gut vorstellen, was dann bedeutet, Case Manager einzustellen oder Mitarbeiter weiterzuqualifizieren, die dann nach klaren Auswahlkriterien Klienten von den Seniorenberatern vermittelt bekommen. Diese Dienstleistungszentren würden dann wahrscheinlich auch den Sozialpsychiatrischen Dienst und die Beratungsstelle für Körperbehinderte umfassen und eine multidisziplinäre Teamarbeit implizieren.

Es wird mehr ältere Menschen geben, die auch in Zukunft selbstständig und selbstbestimmt zu Hause leben wollen. Frühzeitige Unterstützungsangebote, präventive Informations- und Beratungsarbeit, Aufbau und Stärkung informeller und formeller Netze in Bezug aufeinander können viel dafür tun. Die BeSeBe könnte mehr sein, als zugespitzt formuliert: Pflegebegutachter, Feuerwehr und Weiterverweiser, dafür wäre allerdings ein Paradigmenwechsel notwendig!

Literatur

Faßbender, Ruth/Wendt, Wolf R. (Hrsg.): *Case Management. Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis.* Neuwied, 2. Auflage, S.201-231.

Freie und Hansestadt Hamburg (2000): *Modellprojekt regionales Case- und Caremanagement in der Altenhilfe (MoCCA).* Herausgegeben von der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

Herriger, Norbert (2002): *Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung.* Stuttgart/Berlin/Köln, 2. Auflage.

Löcherbach, Peter (2003): *Qualifizierung im Case Management-Bedarf und Angebot.* In: Löcherbach, Peter/ Klug, Wolfgang/ Remmel-Faßbender, Ruth/.

Löcherbach, Peter / Klug, Wolfgang/ Remmel-Faßbender, Ruth / Wendt, Wolf R. (Hrsg.): *Case Management. Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis.* Neuwied, 2. Aufl.

Neuffer, Manfred (2002): *Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familie.* Weinheim und München

Remmel-Faßbender, Ruth (2002): *Case Management – eine Methode der Sozialen Arbeit. Erfahrungen und Perspektiven.* In: Löcherbach, Peter/Klug, Wolfgang/Remmel-Faßbender, Ruth/Wendt; Wolf R. (Hrsg.), S. 63-80

Wendt, Wolf-Rainer (2004): *Case Management in Deutschland. Viel gelobt, noch zu wenig praktiziert,* in: *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 2/2004, S. 43-49

Wißmann, Peter (2003): *Case Management: Konzept, Praxis und Qualifizierungsbedarf,* in: *Management im Gesundheitswesen*, 9/2003. Berlin: Evangelische Fachhochschule Berlin, S. 14-27



Elke Schmidt