

# Case Management in der Suchthilfe Umsetzung und Erfahrungen

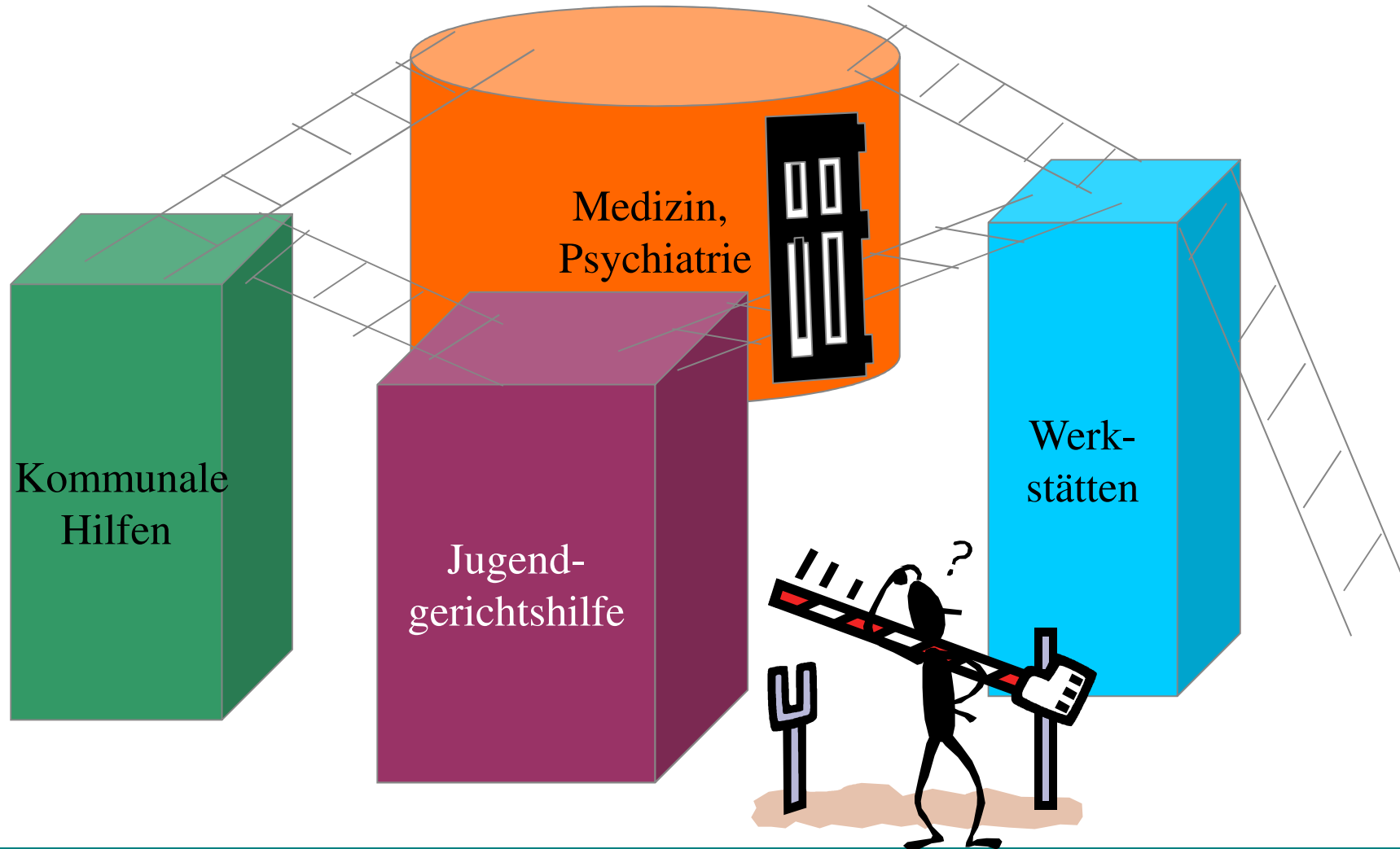
---

CaSu Fachtage 2011 in Augsburg  
23./24. November 2011

**FOGS** Martina Schu

# Grundlagen

# Warum Case Management?



## „Case“

... meint nicht den/die KlientIn!

sondern seine problematische Situation,  
die komplexe Problemlage!

# Definition CM

---

Case Management ist ein spezifisches Verfahren zur koordinierten Bearbeitung komplexer Fragestellungen.

In einem systematisch geführten, kooperativen Prozess wird eine auf den individuellen Bedarf abgestimmte Dienstleistung erbracht bzw. unterstützt, um gemeinsam vereinbarte Ziele und Wirkungen mit hoher Qualität effizient zu erreichen.

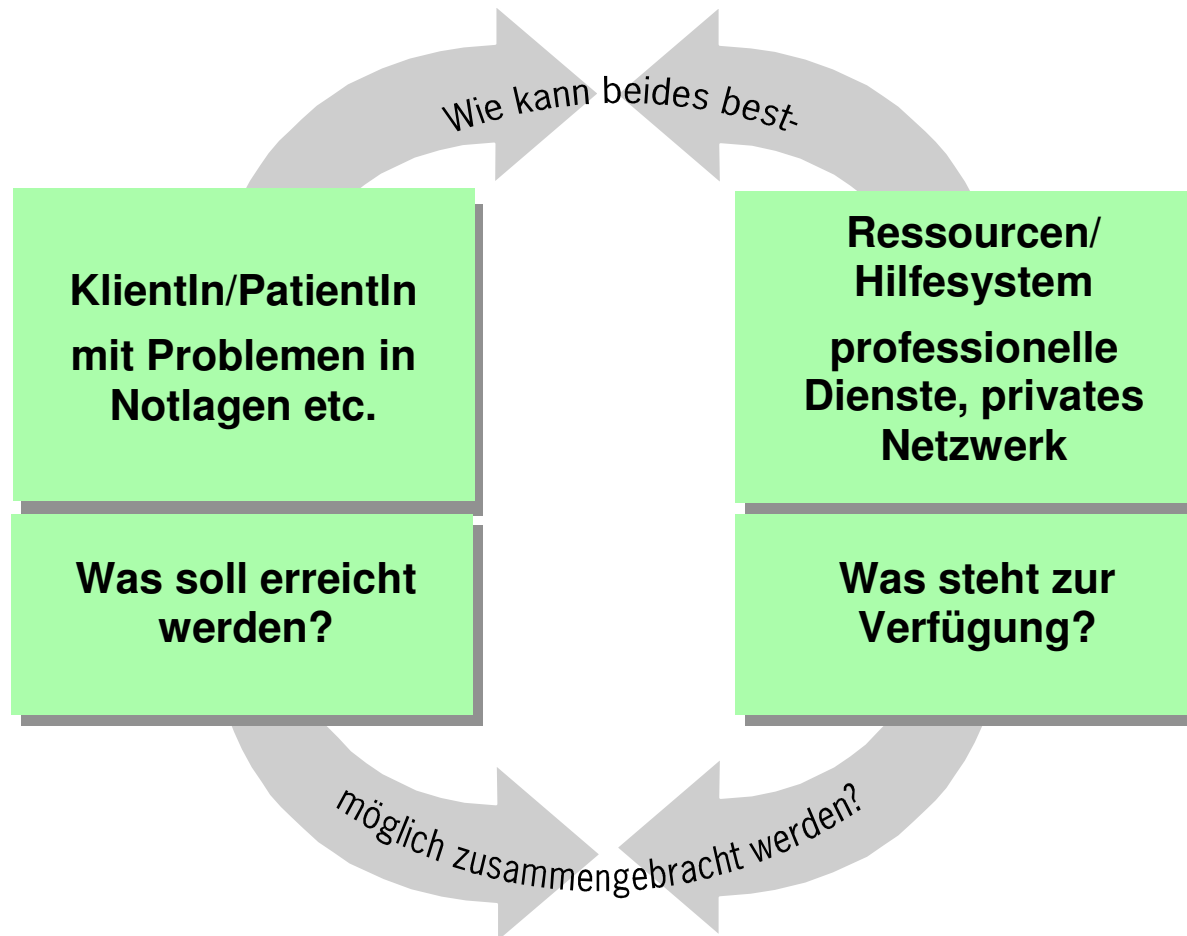
Case Management stellt einen Versorgungszusammenhang über professionelle und institutionelle Grenzen hinweg her.

Es respektiert die Autonomie der Klientinnen und Klienten, nutzt und schont die Ressourcen im Klient- sowie im Unterstützungssystem.

(Netzwerk Case Management Schweiz, 2006 nach CMSA, 2002)

- Klienten mit ernsthaften und potentiell langfristigen Beeinträchtigungen
  - „Behandlungsresistente“, „Drehtürpatienten“, „Intensivtäter“, „Kostspieligste“
  - Menschen mit mehreren Problemen und Bedarf nach Unterstützung von mehreren Stellen
  - Menschen mit besonderen Schwierigkeiten, Hilfe (effektiv) zu nutzen.
- ➔ komplexe Problemlagen, geringe Inanspruchnahmefähigkeiten

# Der „Kern“



(nach Wendt 1997)

# Proprium und Methode



CM auf der Systemebene

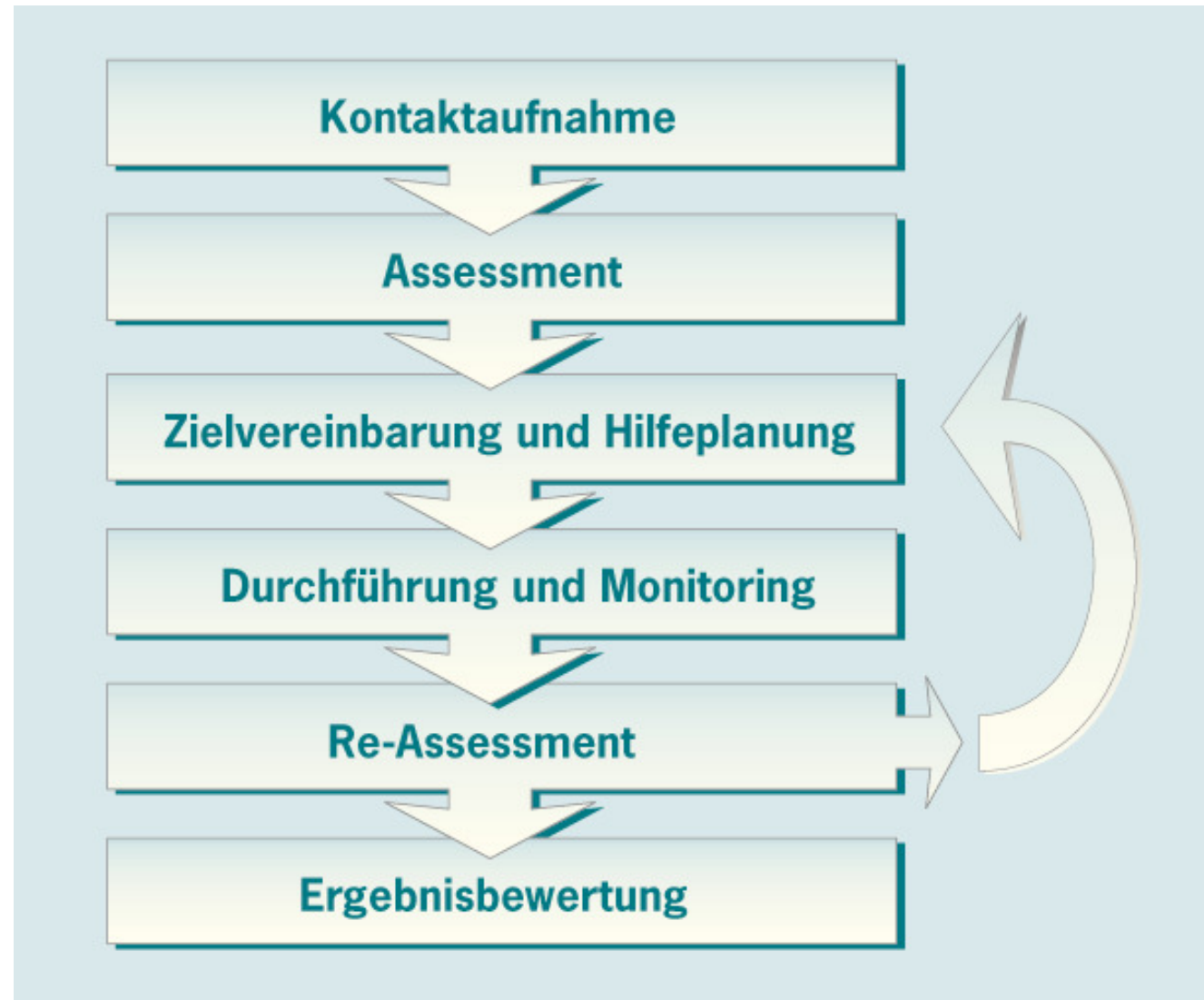
CM auf der Organisationsebene

CM auf der Fallebene

- Überbrückung **räumlicher** Dimensionen:  
Reaktion auf Desintegration, Fragmentierung und Zersplitterung  
→ Überwindung von Organisations- und Professionsgrenzen: „**package of care**“
- Überbrückung **zeitlicher** Dimensionen:  
Reaktion auf Diskontinuität und episodenhaftes Handeln  
→ langfristige Lösungsstrategien und Formen anhaltender Unterstützung: „**continuum of care**“

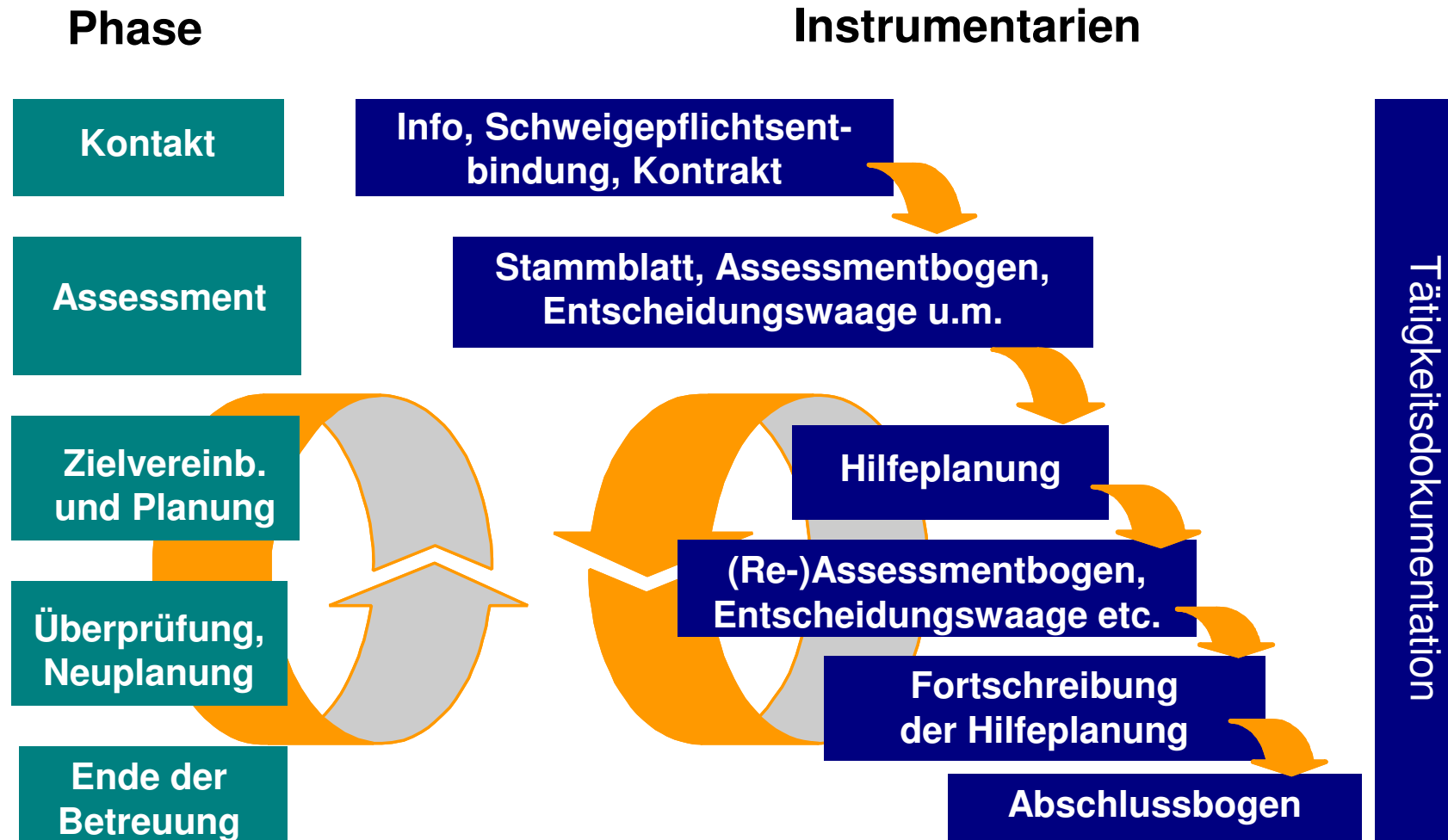
- will Zugangsbarrieren überwinden
- geht aktiv zu und bei Bedarf nach: **Kontaktverantwortung**
- ist ein kooperativer und interaktiver Prozess (kontraktgeleitet) zwischen den beteiligten Personen und Institutionen
- ist personenzentriert und ressourcenorientiert
- ist flexibel, konkret, umfassend, langfristig
- ist klar **strukturiert** und **zielorientiert**; plant, steuert und überprüft Gesamthilfeprozesse (Ausrichtung aller Beteiligten auf ein gemeinsames Ziel; **Prozessverantwortung**)
- macht notwendige Hilfen in einem Prozess von systematischer Bedarfsermittlung, Erschließung, Organisation/**Koordination** verfügbar
- übernimmt **anwaltliche** Funktionen

# Case Management - der Ablauf



# Transparenz und Evaluation

Dokumentations- und Qualitätssicherungs-Konzept



# Erfahrungen mit der Methode

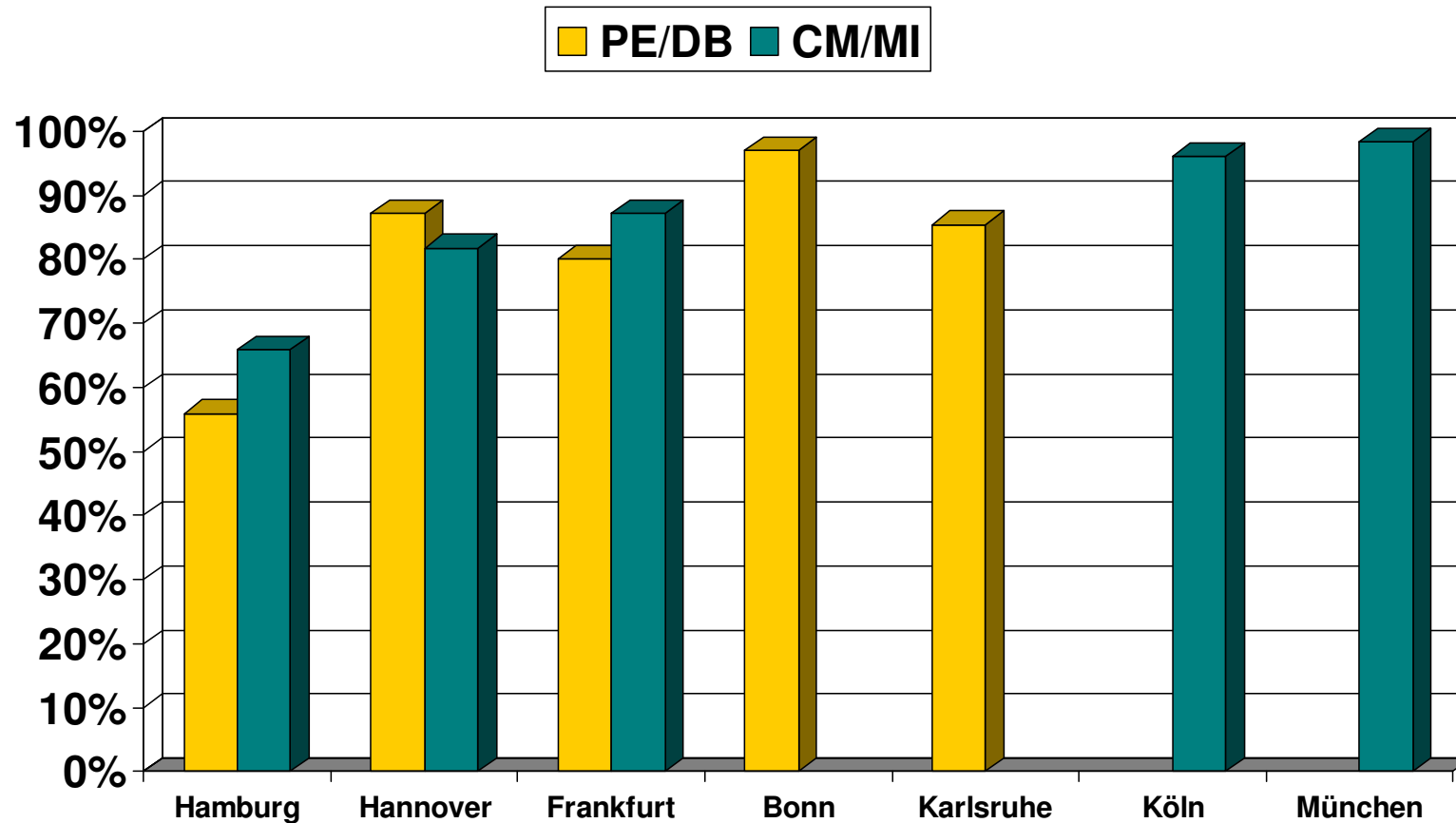
**erfolgreiche Erreichung** der Zielgruppen, in KOOP (N = 1.436) sehr viele *Frauen*, in allen Projekten auch *erstmalig von Suchthilfe* erreichte KlientInnen (22 % der Alkohol- und 10 % der Drogenabhängigen)

→ insbesondere durch aktiv zugehende und aufsuchende Arbeit (zu Hause, in Kliniken, anderen Einrichtungen)

um den Kontakt **zu halten**, war wichtig:

- nachgehen, Kontaktverantwortung übernehmen
- schnell und flexibel reagieren
- konkrete Unterstützung
- umfassende Herangehensweise
- Akzeptanz und Respekt

# Aufnahme PSB nach Zentren, t<sub>0</sub>, N = 1.015



(Heroinstudie)



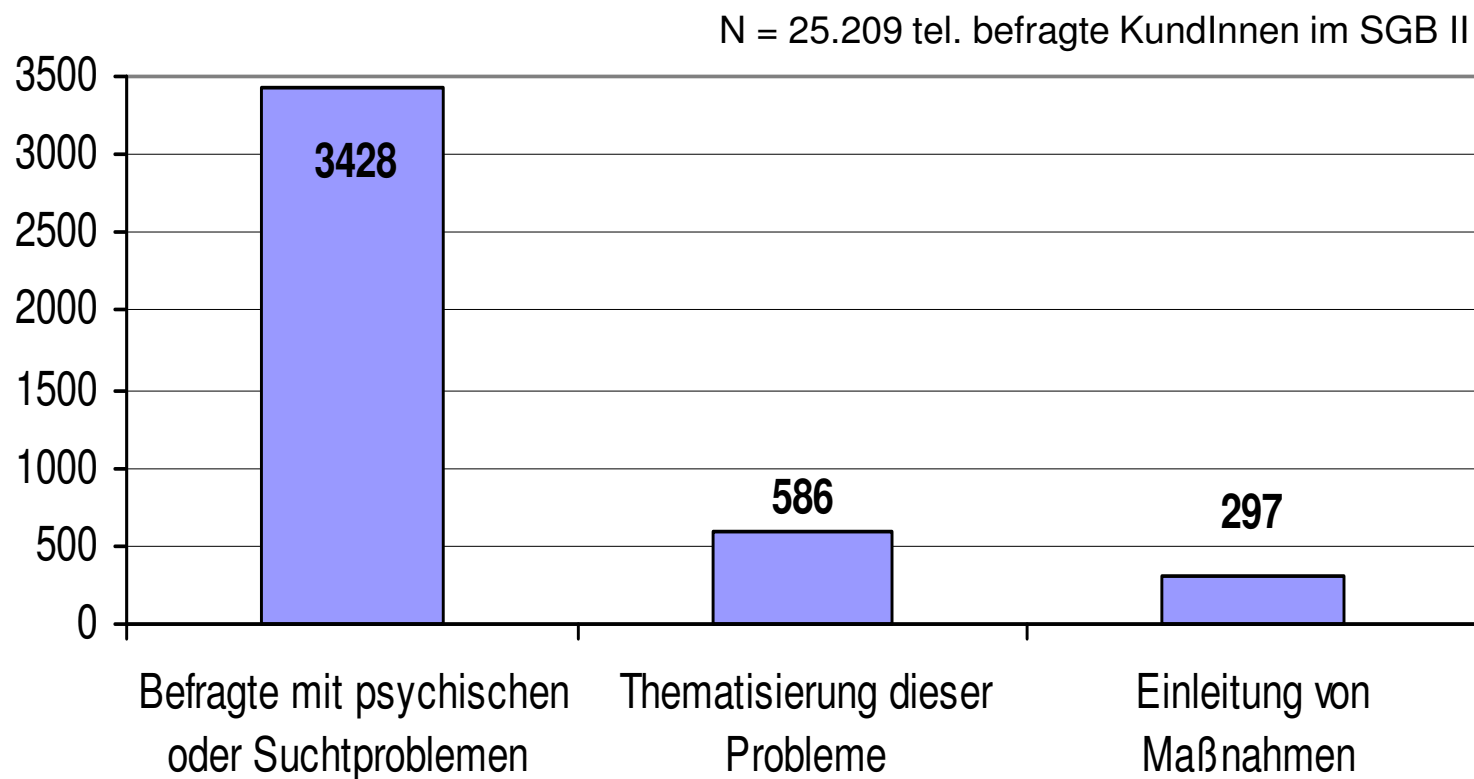
## Beginn:

- nur selten „idealer“ CM-Ablauf: Prozessbeginn meist in Krisen
- zu Beginn i.d.R. hoher zeitlicher Aufwand
- hilfreich: Erläuterung zur Arbeitsweise und schriftliche Info für die KlientInnen

## Assessment:

- gute Erfassung von Basisdaten und gute qualitative Einschätzung der Situation
- hilfreich: standardisiertes Instrument
- schwierig: Daten von anderen Stellen zu erfragen/zu bekommen, KlientInnensicht zu eruieren, Ressourcen wahrzunehmen
- braucht Zeit: KOOP 8 - 19h, easyContact: Ø 63 Tage/30h

# Sucht SGB II: Thematisierung und Vermittlung



ZEW, IAQ & TNS Emnid (2007), erster Bericht zum Untersuchungsfeld 3, Juni 2007, S. 167 [eigene Auswahl und Berechnung].

## Die Benennung von Zielen ist ein Kernstück von CM und Voraussetzung für Planung, Strukturierung und Überprüfung, aber:

- Ziele waren schwierig zu definieren
- Ziele standen oft nicht in erkennbarem Zusammenhang mit dem Assessment
- Grob- und Teilziele oft nicht unterschieden
- „richtige“ Zieldefinition ist selten (= bedeutsam für die KlientInnen, konkret, realistisch, verhaltensbezogen, positiv formuliert, messbar, zeitlich zu terminieren ... )
- HP waren selten „im Netz“ erstellt und selten unterschrieben

**Die systematische Vorgehensweise, insb. die Planung von Hilfen ist zentraler Teil der Methode CM.**

- Wie wurden die Arbeitsschritte umgesetzt?
- Wie oft wurde die Hilfe tatsächlich geplant?
- Hinweise auf umsetzungsrelevante Aspekte?

# Inanspruchnahme/Umfang

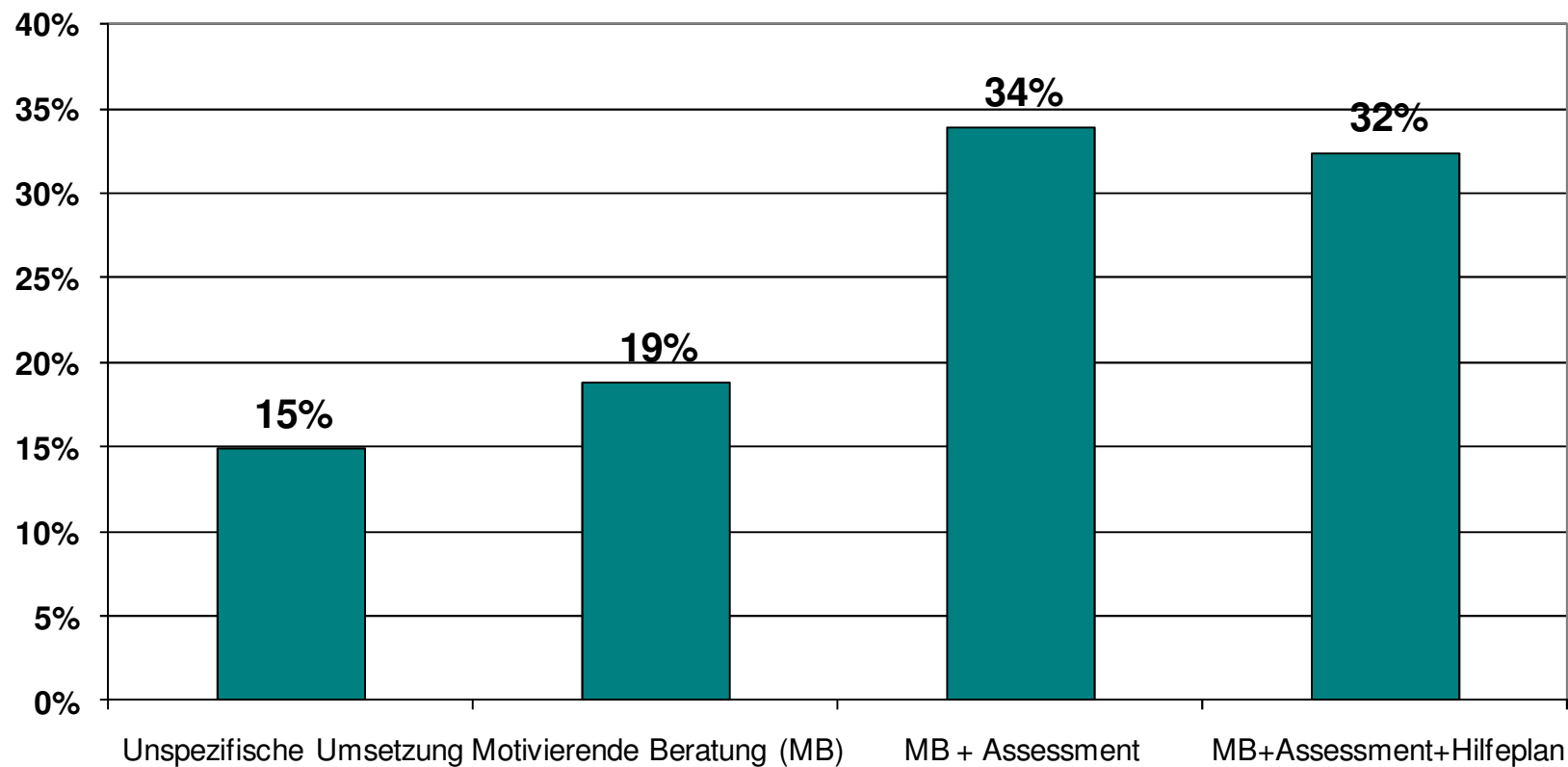
Leistungsspektrum: bis zu 262 Leistungen CM/MI für 1 Klient. in bis zu 119 Stunden und 162 Einzelleistungen/Jahr bei PE/DB in bis zu 90 Std. Deutliche Unterschiede nach Zentren.

	PE/DB			CM/MI		
	Heroin n=227	Methadon n=167	Gesamt n=394	Heroin n=220	Methadon n=184	Gesamt n=404
Anzahl aller Leistungen	26,2	23,7	25,2*	37,9	33,0	35,6*
Zeitaufwand insgesamt (Std.)	16,5**	15,4	16,0*	22,8**	17,6	20,4*
Anzahl persönlicher Kontakte	24,0**	20,8	22,6	25,7**	22,1	24,1
Zeitaufwand für persönliche Kontakte (Std.)	15,6**	14,6	15,2	18,9**	14,2	16,8

In CM/MI: deutlich mehr Einbezug privater oder professioneller Dritter (26 % vs. 14 %) und deutlich mehr Arbeit außerhalb des Studienzentrums (17 % vs. 8 %).

(Heroinstudie)

# CM/MI: Methodenumsetzung, n = 404



(Heroinstudie)

# CM – Hilfeplanung (KOOB, Heroinstudie)

- Umsetzung ist **unabhängig von Klientenmerkmalen** und caseload
- Hilfeplanklientel wurde länger und intensiver betreut
- Heroinstudie:
  - Hilfeplanung wurde je nach Zentrum sehr unterschiedlich umgesetzt: Schwankungen zwischen 28 % und 46 %, mitarbeiterbezogen lag die Spanne zwischen 0 - 80 %
  - Case Manager mit mehr Berufserfahrung (Ø 7 Jahre) arbeiteten methodentreuer und nutzten Hilfeplanung öfter
  - Geschlecht: *CMinnen* betreuen mehr Klienten (Ø 17 vs. 13 bei Männern) und arbeiten methodentreuer (z.B. Frauen: 9 % unspezifische Umsetzung vs. 32 % bei Männern)

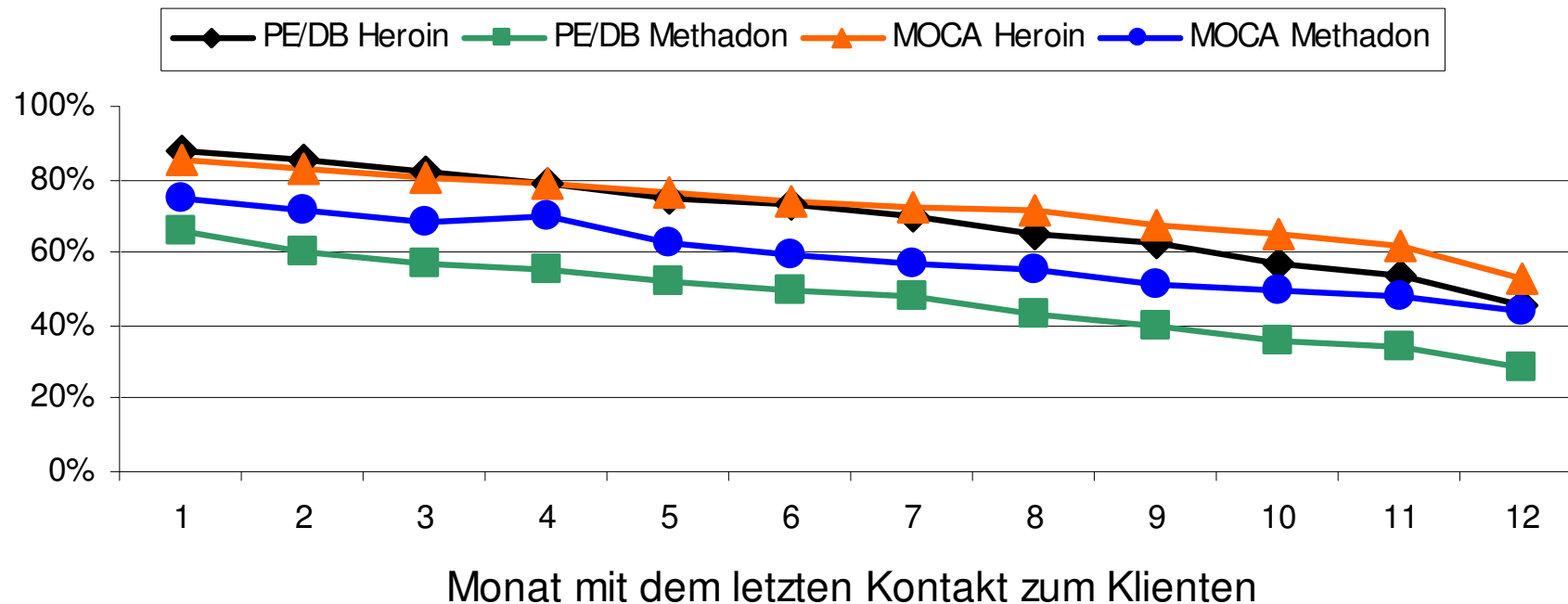
➔ wichtigste Faktoren: **Haltung** von MitarbeiterInnen und Leitung

(KOOB, Heroinstudie etc.)

# Effekte



# Haltequote PSB (N = 1.015)

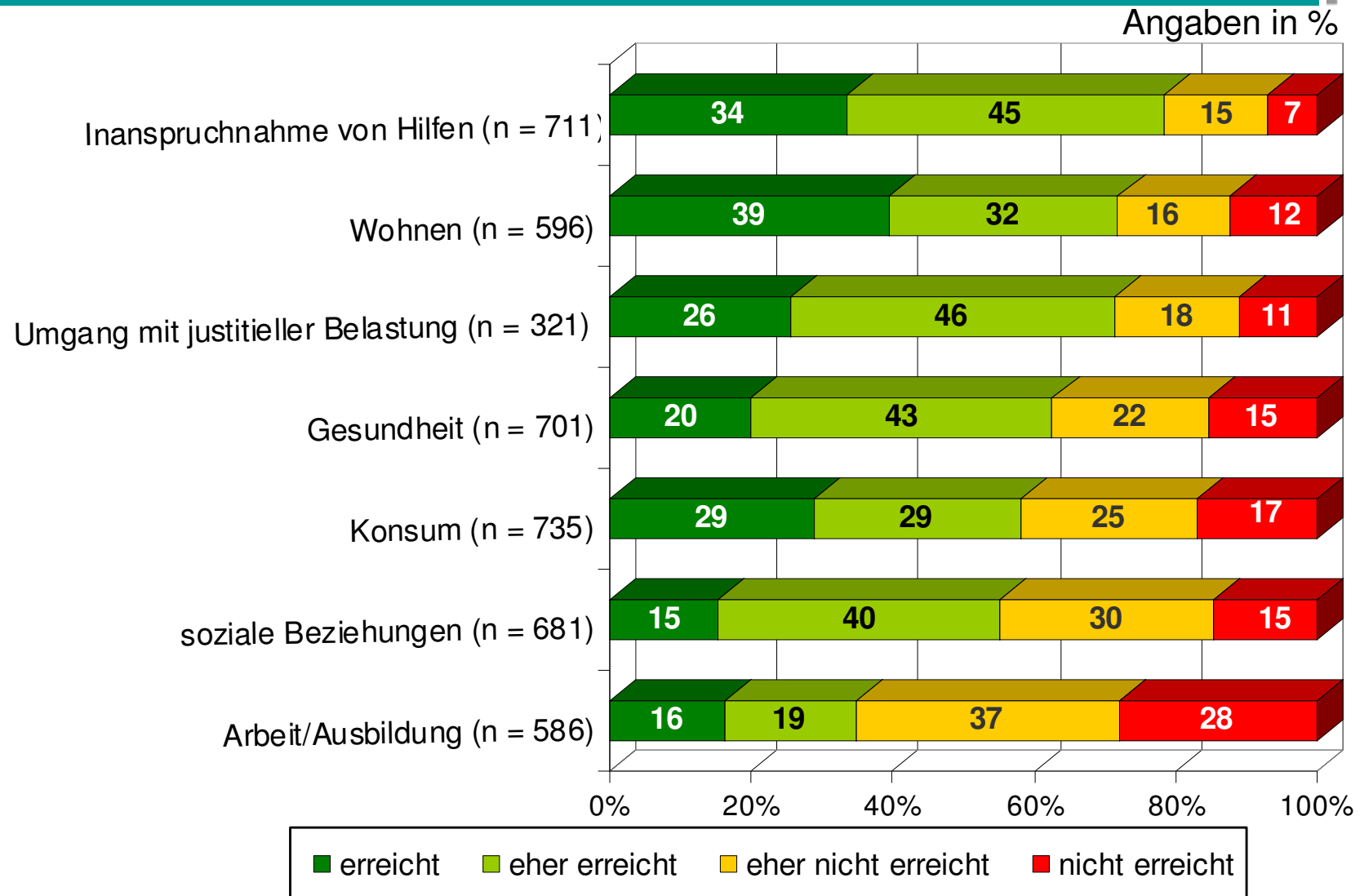


Heroin: gleiches Ergebnis

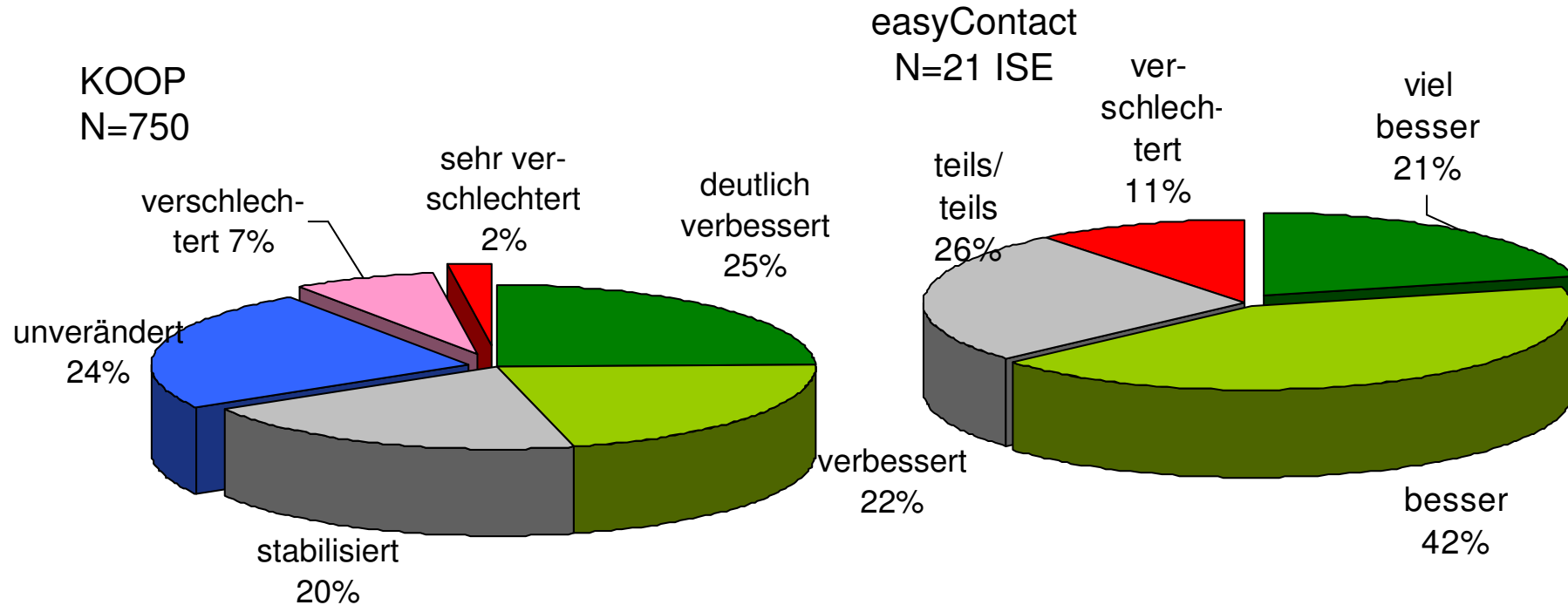
Methadon: sign. stärkere Nutzung von CM/MI

(Heroinstudie)

# Zielerreichung



# Entwicklung der Gesamtsituation



KOOP: signifikanter Zusammenhang von planmäßigen Beendigungen und Verbesserung bzw. Stabilisierung der Situation

signifikanter Zusammenhang von Betreuungsdauer und positiver Entwicklung

Suchtproblematik behoben: 15 %, gebessert: 45 %

signifikanter Zusammenhang zu Betreuungsdauer und Art des Abschlusses

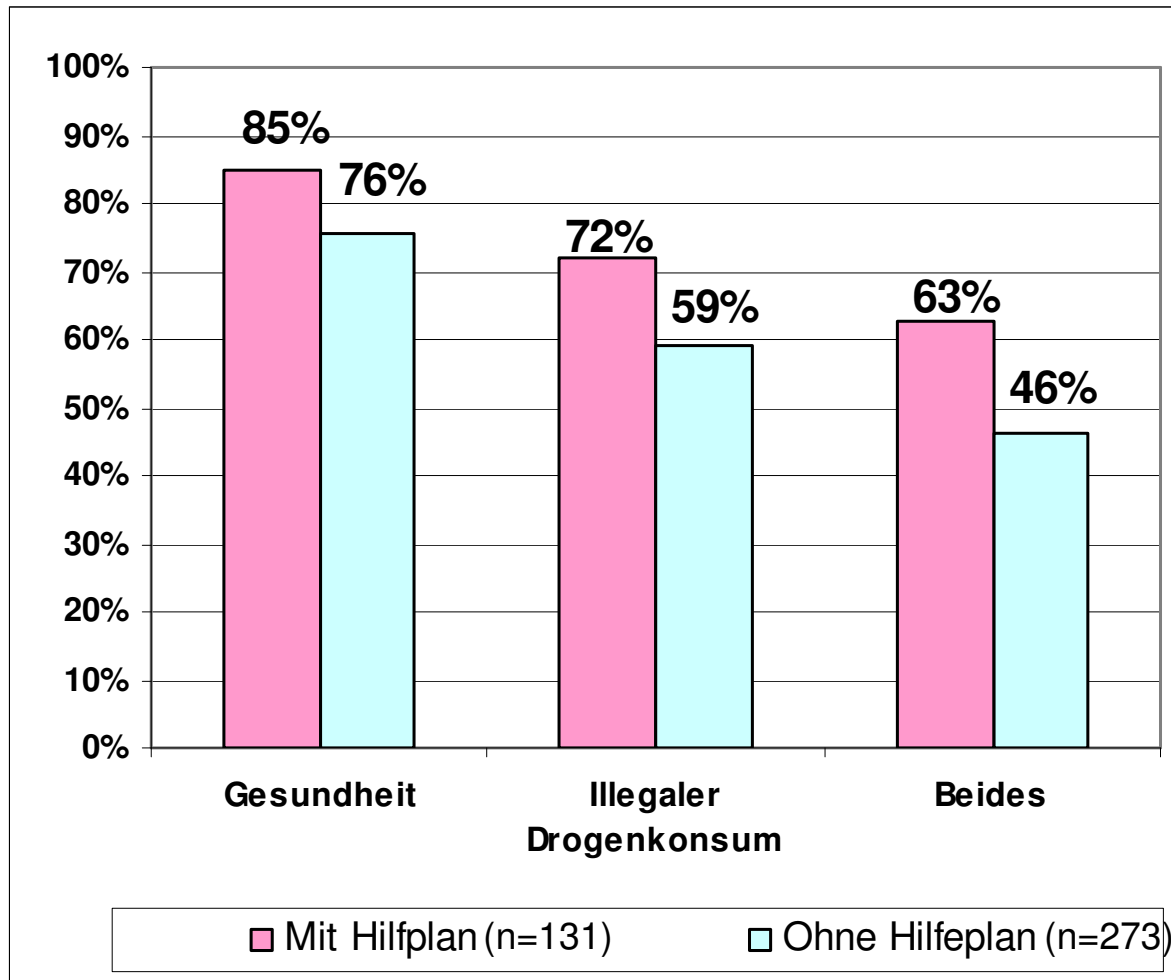
## KOOP:

- Vor CM: Ø 1,8 Aufenthalte im Jahr für Ø 28,6 Tage
- Während CM: Ø 1,7 Aufenthalte pro Jahr, für Ø 15,6 Tage ( $p < .01$ )
- Rückgang Notfallaufnahmen (Anzahl und Dauer), Anstieg geplanter Krankenhausaufenthalte (Anzahl)

## AOK-Projekt Bonn:

- Ziel war: 10 % Kosteneinsparung
- Erreichte Kosteneinsparung: 15 %
- Rückgang der Krankenhausaufenthalte um 17 % und der Krankenhaustage um 6 %

# Heroinstudie: HP und Zielerreichung, $t_{12}$



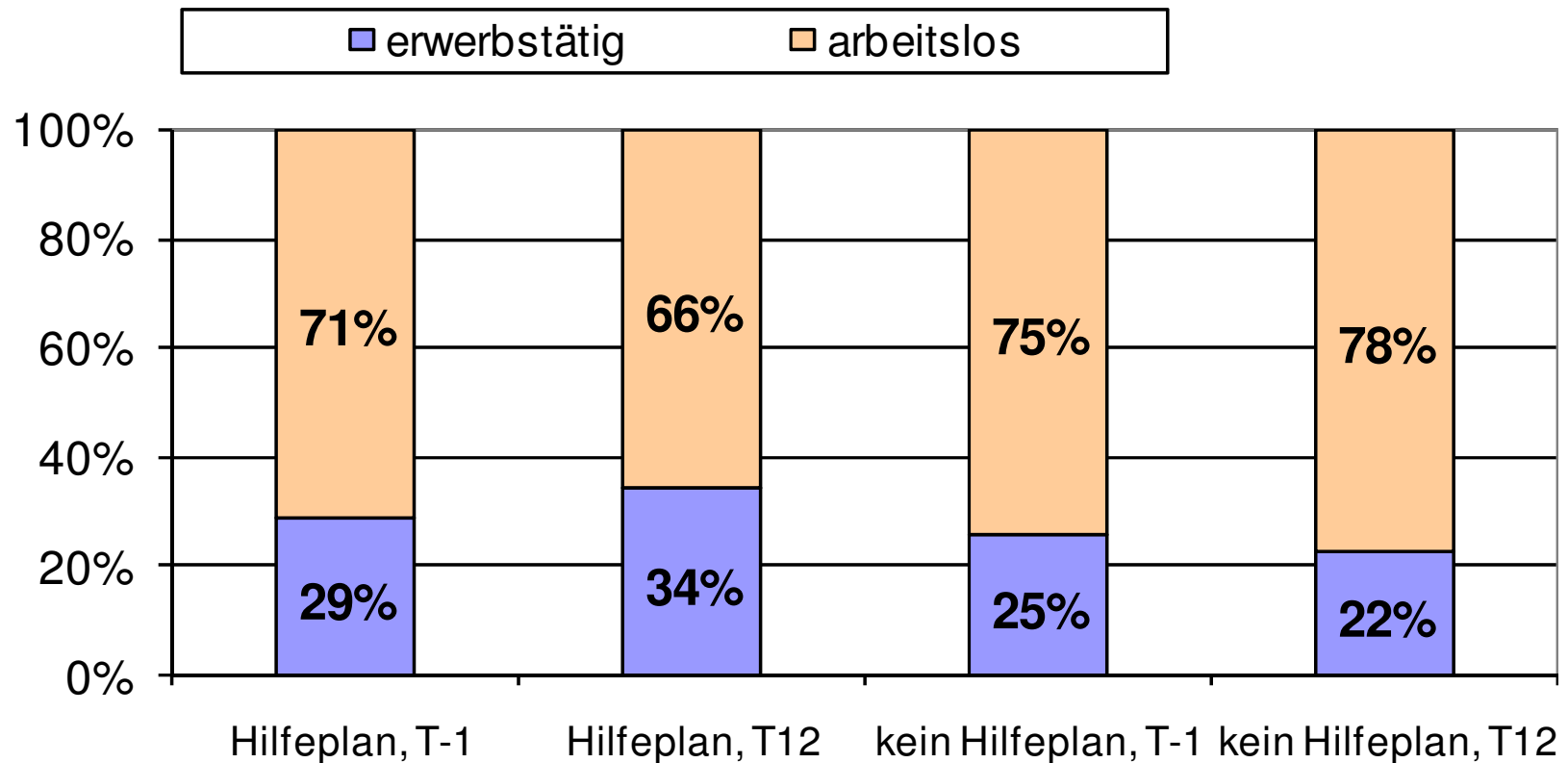
Signifikante Unterschiede:

Gesundheit:  
 $p=0.038$ , OR 1.81

Illegaler Drogenkonsum:  
 $p=0.015$ , OR 1.77

Beide Zielkriterien erreicht:  
 $p=0.002$ , OR 1.95

# Heroinstudie: HP und Erwerbstätigkeit, t<sub>12</sub>



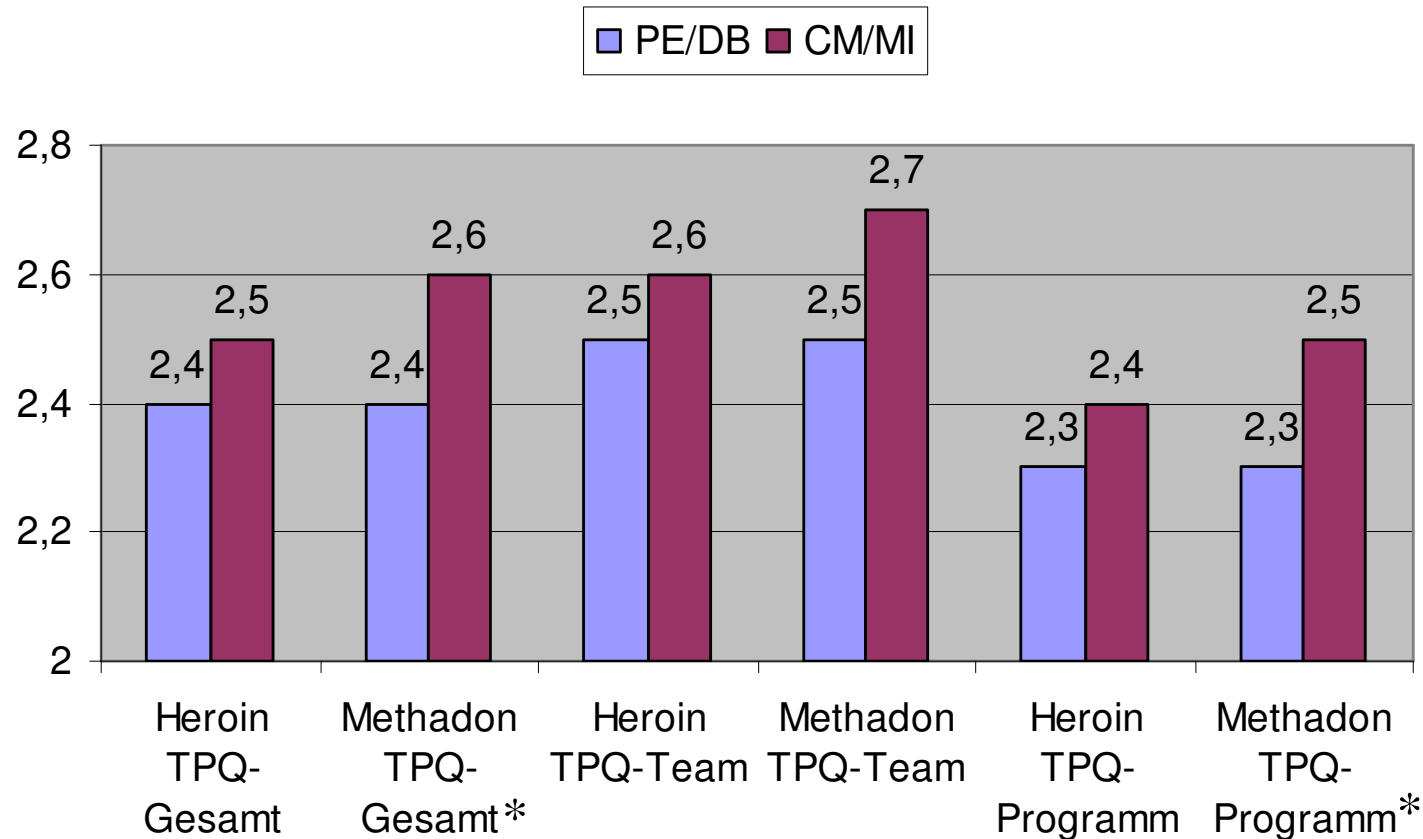
signifikanter Anstieg Erwerbstätigkeit mit HP von 29 % auf 34 %  
ohne Hilfeplan Abfall von 25 % auf 22 %

- von 188 Befragten beurteilten 155 ihre Situation nach dem CM:  
insg. verbessert: 85 %    unverändert: 12 %    verschlechtert: 3 %
- am besten beurteilten sie ihre Fortschritte bzgl. Konsumverhalten,  
körperliche, seelische Verfassung und Inanspruchnahmeverhalten  
und am wenigsten: Arbeits-/Ausbildungssituation

Zufriedenheit mit CM (n = 186):	Anzahl	Anteil in %
sehr zufrieden	138	74,2
zufrieden	40	21,5
eher zufrieden	4	2,2
eher unzufrieden	1	0,5
unzufrieden	1	0,5
sehr unzufrieden	2	1,1

“Durchschnittsnote”: 1,3

# Klientenzufriedenheit Heroinstudie



Zufriedenheit korreliert mit Haltequote, Betreuungsdauer und - in CM - mit Anzahl der Leistungen (aller Lstg., nicht nur der direkt persönlichen.)



Case Management hilft nicht nur selbst, sondern zieht - wo möglich - andere Dienste und Stellen sowie Bezugspersonen hinzu und organisiert das gesamte Geschehen.

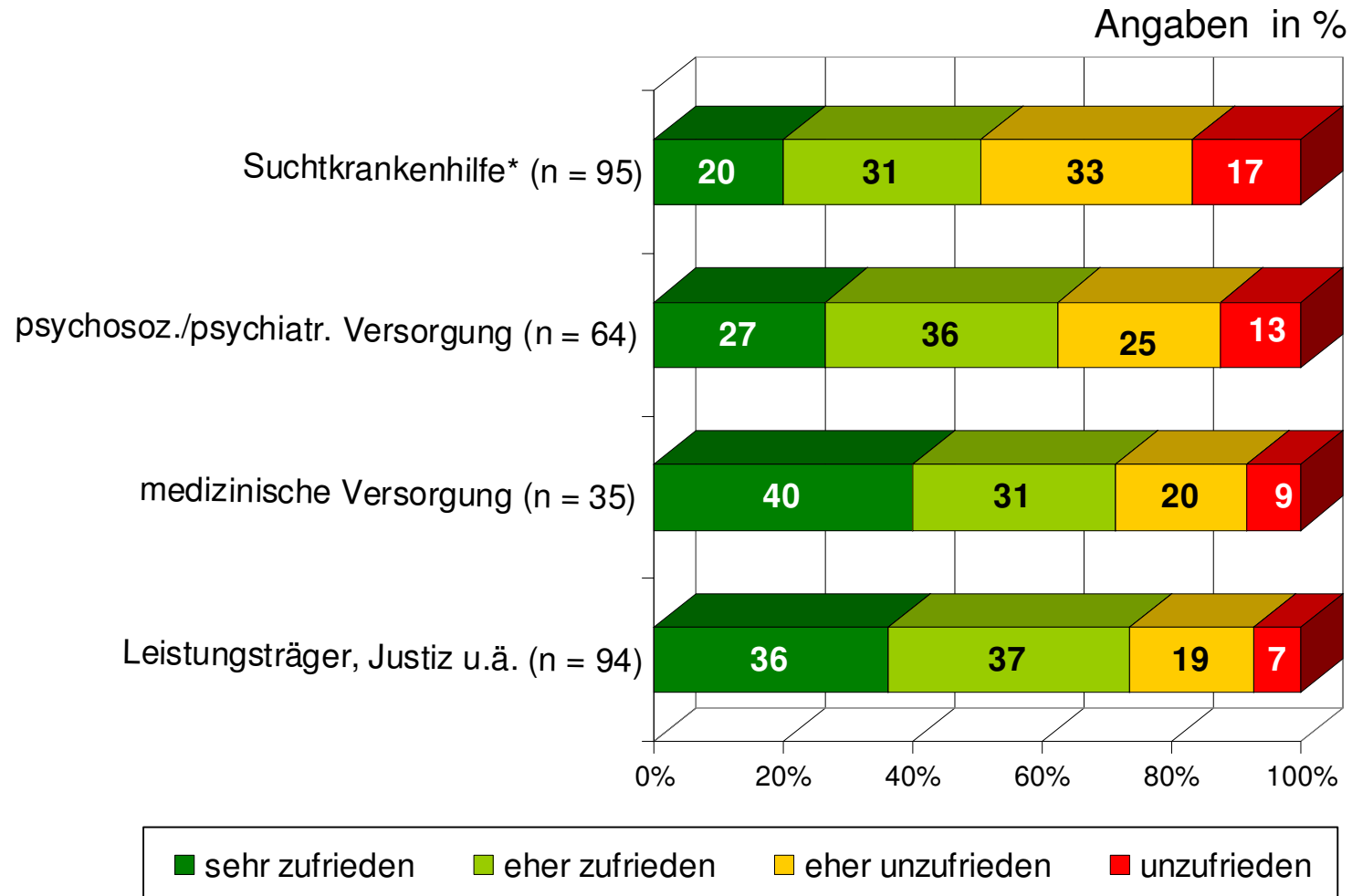
Wie sehen andere Stellen Case Management bzgl. der Erreichung und des in-Kontakt-Haltens von KlientInnen? ... des Informationsflusses? ... der Einhaltung von Absprachen? ... des Beitrags zur Weiterentwicklung der Versorgung in der Region?

Befragte :

- Sucht- und Drogenhilfe
- psychosoziale/psychiatrische Versorgung
- medizinische Versorgung
- Kosten- und Leistungsträger

(KOOP)

# Zufriedenheit Versorgungsbeteiligte: KOOP



(KOOP)

# Zufriedenheit Beschäftigte

---

- Arbeitserleichterung durch Systematisierung
- mehr Wahrnehmung des Geleisteten
- mehr Nähe und mehr Distanz (bessere Balance)
- anderer Blick auf die Klientel
- mehr Klientenzufriedenheit

# Zusammenfassung

- CM ist in der Suchthilfe umsetzbar
- CM rührt u.a. an Professionsverständnis und persönliche Scheu, deshalb nötig: viel Engagement und Sorgfalt bei der Implementierung
- CM erreicht bestimmte Zielgruppen besser als andere Methoden und hält sie besser in Betreuung
- Zugang und Assessment werden im Wesentlichen gut umgesetzt und gewährleisten KlientInnen “dort abzuholen, wo sie stehen”
- Kontrakte und Zielklärungen sowie Hilfeplanung sind schwierig, aber besonders **sie wirken!**
- Prozessverantwortung erfordert besondere Aufmerksamkeit
- Strukturierte Interventionen sind erfolgreicher als unstrukturierte und permanente Kriseninterventionen
- Nur vollständiges CM erzielt bessere Effekte

# Wichtig für gute Umsetzung und Effekte

---

- Bewusste Entscheidung und **Wille** der Träger → strukturierte Implementierung, Anleitung und Controlling (Top-down-Einführung)
- Organisatorische **Rahmenbedingungen** (Kompetenzen, Qualifizierung (auch in Gesprächsführung, Motivierung), Team/kollegiale Beratung, caseload, Standards, Manuale, unterstützende Instrumente ...)
- Konzeptionelle Voraussetzungen und **Haltung** (Kontrakt-, Ressourcen- und Zielorientierung, **Respekt** ...)
- Übernahme der **Prozessverantwortung** (Methodenumsetzung, Fallsteuerung, **Zielvereinbarung und Hilfeplanung** ... ), Arbeiten auf der Höhe des fachlichen Wissens!
- **Kontaktverantwortung** (ggf. aktiv zugehen und nachgehen), Reflexion, ggf. Neudefinition sozialarbeiterischer Aufgaben und Pflichten
- Dokumentation und (Selbst-)Evaluation
- Bereitschaft zu Kooperation und Transparenz, (Förderung von) Netzwerkstrukturen, Ergänzungen auf der Systemebene

# mehr zu Case Management:

---

FOGS

[www.dgcc.de](http://www.dgcc.de)

[www.cmsa.org](http://www.cmsa.org)

[www.naswdc.org](http://www.naswdc.org)

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

Martina Schu

**FOGS** GmbH

Prälat-Otto-Müller-Platz 2, 50670 Köln

Tel.: 0049/221/973101-22, Fax: 0049/221/973101-11

[schu@fogs-gmbh.de](mailto:schu@fogs-gmbh.de), [www.fogs-gmbh.de](http://www.fogs-gmbh.de)