



Bachelorarbeit

Psychiatrisches Case Management

Merkmale von erfolgreichem psychiatrischem Case Management – eine qualitative Untersuchung mit acht Experten

Karin Helene Müller

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Referentin: Dr. phil. Agnes von Wyl

Uster, Juni 2010

Diese Arbeit wurde im Rahmen des Bachelorstudienganges am Departement P der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich.

Mein Dank gilt meiner Mutter Annegret Müller, die mit Freude viel Zeit meinen Kindern gewidmet hat und mir damit die Möglichkeit gab, diese Arbeit zu schreiben.

INHALT

1.	Einleitung	3
1.1	Ausgangslage und Absicht.....	4
1.2	Aufbau.....	4
1.3	Abgrenzung.....	5
I	THEORETISCHER TEIL	6
2.	Psychische Gesundheit und psychische Krankheit	6
2.1	Gesundheit und Krankheit in der Klinischen Psychologie.....	6
2.2	Psychische Krankheit.....	8
2.2.1	Chronifizierung von psychischer Krankheit.....	8
2.2.2	Heavy user.....	9
3.	Rehabilitation	10
3.1	Psychiatrische Rehabilitation.....	10
4.	Psychiatrische Versorgung	11
4.1	Integrierte Versorgung.....	11
4.2	Gemeindenaher Versorgung.....	12
5.	Case Management	12
5.1	Historische Entwicklung von Case Management.....	13
5.2	Case Management und Managed Care.....	15
5.3	Definition Case Management.....	16
5.4	Prozedere von Case Management.....	16
5.5	Case Management in der Psychiatrie.....	17
6.	Case Management Modelle	18
6.1	Klinisches Case Management.....	18
6.2	Strengths Modell.....	18
6.3	Assertive Community Treatment.....	19
6.4	Phasenmodell nach Netzwerk CM Schweiz.....	20
6.5	EPPIC-Modell.....	20
6.6	Effektivitätselemente nach Rapp.....	21
7.	Länderspezifische Situation im Bezug auf Case Management	23
7.1	Versorgungssituation in der Schweiz.....	23
7.2	Versorgungssituation in den Niederlanden.....	23
7.3	Versorgungssituation in Australien.....	24
7.4	Versorgungssituation in Neuseeland.....	24
8.	Der Case Manager: Funktion und Kompetenzen	24
9.	Beziehung zwischen Case Manager und Patient	26

II	EMPIRISCHER TEIL	28
10.	Forschungsgegenstand	28
10.1	Ausgangslage und Absicht	28
10.2	Fragestellungen	29
10.3	Stichprobe	
11.	Untersuchungsdesign	30
11.1	Datenerhebung	32
11.2	Datenaufbereitung	32
11.3	Qualitative, strukturierende Inhaltsanalyse	33
12.	Darstellung der Ergebnisse	34
12.1	Erfolgreiches Case Management	34
12.1.1	Allgemeine Merkmale	35
12.1.2	Prognostik	37
12.1.3	Patientenbezogene Merkmale	38
12.2	Case Manager	38
12.2.1	Persönlichkeitsvoraussetzungen und Kompetenzen	40
12.2.2	Ausbildung und berufliche Erfahrungen	42
12.2.3	Stellenwert Persönlichkeit Case Manager	43
12.3	Beziehung Case Manager – Patient	43
12.3.1	Definition	44
12.3.2	Merkmale	45
12.3.3	Schwierigkeiten	46
12.3.4	Stellenwert	47
12.4	Motivation	47
12.4.1	Motivation	48
12.5	Kontext Case Management	50
12.5.1	Infrastruktur Institution	50
12.5.2	Netzwerk	52
13.	Diskussion	53
13.1	Überblick	53
13.2	Interpretation der Ergebnisse	54
12.2.1	Erfolgreiches Case Management	54
12.2.2	Case Manager	56
12.2.3	Beziehung Case Manager – Patient	57
12.2.4	Motivation	58
12.2.5	Kontext Case Management	59
13.3	Zusammenfassende Erkenntnisse zu den Fragestellungen	61
13.4	Hypothesen und Konsequenzen für die Fachwelt	63
13.5	Kritische Betrachtung der Methode	65
13.6	Fazit und Ausblick	66
14.	Abstract	67
15.	Literatur	68
16.	Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	73
17.	Anhang	74

1. Einleitung

„Und schliesslich sucht der Mensch bei allen Widerfahrnissen eine weitgehende Teilhabe an gesellschaftlich relevanten Aktivitäten, die das Leben in Souveränität lebenswert macht.“ (Rüdiger Lorenz, 2004)

„We are all terminal cases. And we all are, so long as there is a breath of life in us, in some measure healthy.“ (Aaron Antonovsky, 1988)

In unserer modernen Gesellschaft leidet ein beträchtlicher Teil der Bevölkerung an einer psychischen Krankheit, viele davon sind chronisch erkrankt. Nach Becker, Hoffmann, Puschner und Weinmann (2008) herrscht weitestgehend Einigkeit darüber, dass diese Menschen eine respektvolle und hilfreiche Versorgung verdienen. Die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung war in den letzten Jahren in den meisten westlichen Industrieländern zum Teil unter dem allgemeinen Kostendruck der Gesundheitssysteme durch einen Trend der Schwerpunktverlagerung geprägt, es war und ist eine Bewegung weg von stationären Angeboten hin Richtung teilstationäre und ambulante Angebote zu verzeichnen. Gleichzeitig soll die Trennung zwischen den Gegensätzen stationär und ambulant aufgehoben und Übergänge fließend, möglichst ohne Reibungsverluste, gestaltet werden. Man spricht in diesem Zusammenhang von integrierter Versorgung. Deren Umsetzung unterscheidet sich international und regional, sowohl auf der Ebene der konkreten Hilfeleistung als auch im Bezug auf die Rahmenbedingungen, in welchen diese erbracht wird. Die Entwicklung und Verbreitung des Handlungskonzepts Case Management, ausgehend von den USA, seit den 1980er Jahren zunehmend auch in Europa, ist auf diesem Hintergrund zu verstehen. Case Management soll nach Wendt (2010) für Koordination und Kooperation im Versorgungsprozess, für Kontrolle von Kosten und Qualität der Hilfsangebote sorgen, es sei „eine sozial- und heilberufliche und ebenso sehr eine organisationsbezogene und wirtschaftlich gestaltete, die Prozesse des Zusammenwirkens optimierende Arbeitsweise“ (S. 6). Mittlerweile hat sich Case Management in den verschiedensten humandienstlichen Handlungsfeldern etabliert. Im psychiatrischen Case-Management-Kontext steht die soziale (Re-) Integration des Patienten im Vordergrund, der Case Manager unterstützt den Patienten in einer möglichst selbstständigen Lebensführung und koordiniert die dafür nötigen Hilfsdienste. Der Case Manager fungiert somit als Vermittler zwischen Dienstleistungssystem und Lebenswelt der Patienten, seine Funktion ist zweigeteilt. Einerseits verpflichtet er sich dem Patienten und dessen individuellen Bedürfnissen, andererseits soll seine Arbeit effizient und vor allem kostensparend sein. Die Etablierung einer hilfreichen, respekt- und wertvollen Versorgung ist abhängig von einer gesellschaftlichen

Bereitschaft, Geld hierfür zu investieren. Die Frage, wofür und wie viel Geld ausgegeben wird, hängt von politischen Entscheidungen ab.

1.1 Ausgangslage und Absicht

Die Einführung des Managed-Care-Modells hat Ende der 1990er Jahre in der Schweiz diverse Impulse für die Gesundheitsversorgung gesetzt. Durch eine sektor- und disziplinübergreifende, auf den Patienten abgestimmte Vernetzung und Kooperation von Dienstleistungen sollte eine Verbesserung von Qualität und Effizienz der Versorgung erreicht werden. Man spricht in diesem Zusammenhang von integrierter Versorgung (Kap. 4.1). In der Integrierten Psychiatrie Winterthur (IPW) wurde in den letzten Jahren ein tragendes Element der integrierten Versorgung in den Vordergrund gerückt, das Intensive Case Management¹ (ICM), das bei schwerwiegenden Fallkarrieren (Heavy Use, Kap. 2.2.2) Anwendung findet. Aktuell läuft an der IPW eine ICM-Studie, die in einem quantitativen und in einem qualitativen Teilprojekt organisiert ist. Die qualitative Teilstudie soll prospektiv untersuchen, inwiefern ICM, verglichen mit der Standardbehandlung, einerseits die Lebensqualität verbessert und andererseits die Zahl der Pflage tage, die Symptombelastung und die Versicherungsleistungen reduziert.

Die vorliegende empirische Arbeit hat zum Ziel, ergänzend zur qualitativen ICM-Evaluation der IPW, ausgewählte, internationale psychiatrische Praxisanwendungen von Case Management (CM) zu analysieren. Mittels acht qualitativer, halbstrukturierter Experteninterviews sollen Faktoren erfragt werden, welche erfolgreiches CM kennzeichnen, wobei der Fokus auf der Person und den Kompetenzen des Case Managers, der Beziehung zwischen Case Manager und Patient, der Handlungskomponente Motivation und dem Einfluss des psychiatrischen Kontexts liegen soll.

Aufgrund der Ergebnisse sollen Professionellen im Bereich psychiatrisches CM prozessrelevante Anregungen für die Praxis zur Verfügung gestellt werden. Weiter sollen Hypothesen generiert werden, welche von der CM-Forschung überprüft und allenfalls weiter verfolgt werden können.

1.2 Aufbau

Im ersten Teil dieser Bachelorarbeit wird die theoretische Grundlage für die empirische, qualitative Untersuchung gelegt: Im Kapitel 2 werden die Begriffe psychische Gesundheit und psychische Krankheit beleuchtet, das Thema Chronifizierung von

¹ Beim Intensiven Case Management sind die Fallzahlen pro Betreuungsperson und 100% Arbeitspensum verglichen mit „normalen“ Case-Management-Anwendungen tiefer angesetzt. In der Regel liegt der Betreuungsschlüssel nicht über 1:12.

psychischer Krankheit und der Begriff „Heavy User“ werden besprochen. Das Kapitel 3 befasst sich mit der Rehabilitation, ein spezieller Fokus liegt auf der psychiatrischen Rehabilitation. Die psychiatrische Versorgung, im Besonderen die integrierte Versorgung und die gemeindenahere Versorgung sind Teil des 4. Kapitels. Kapitel 5 widmet sich dem Case Management, es ist gegliedert in die Unterkapitel historische Entwicklung von CM, CM und Managed Care, Definition und Prozedere von CM und CM in der Psychiatrie. Die gängigsten CM-Modelle werden in Kapitel 6 vorgestellt, abschliessend wird auf die Effektivitätselemente nach Rapp eingegangen. Im Kapitel 7 folgt eine Darstellung der länderspezifischen Situation in Bezug auf CM, gegliedert nach der Versorgungssituation in der Schweiz, in den Niederlanden, in Australien und in Neuseeland. Die Funktion und die Kompetenzen des Case Managers sind Thema im 8. Kapitel. Das 9. Kapitel beleuchtet die Beziehung zwischen Case Manager und Patient.

In einem zweiten Teil wird der empirische Arbeitsprozess dargestellt. Das Untersuchungsdesign wird durch die Beschreibung der einzelnen Prozessschritte von Organisation, Datenerhebung und qualitativer Datenauswertung transparent gemacht (Kap. 11). Im 12. Kapitel folgt eine Zusammenfassung der erhobenen Ergebnisse, die, basierend auf der erläuterten Theorie, im Anschluss diskutiert und auf die Fragestellungen bezogen werden. Aus diesen Erkenntnissen werden Konsequenzen für die Fachwelt abgeleitet und Hypothesen formuliert. Den Abschluss bilden eine kritische Auseinandersetzung mit der gewählten Methode, ein Fazit und ein Ausblick (Kap. 13).

1.3 Abgrenzung

Im theoretischen Teil der vorliegenden Arbeit wird, obwohl die Faktoren ‚Beziehung‘ und ‚Motivation‘ als mögliche relevante Merkmale von erfolgreichem CM definiert wurden, nicht auf diese psychologischen Wirkfaktoren eingegangen. Dies daher, da sich CM als Handlungskonzept vordergründig nicht als therapeutische Intervention versteht. Im theoretischen Teil werden verschiedene CM-Anwendungsmodelle besprochen, im empirischen Teil aber sind die Ergebnisse auf einer methodenübergreifenden Ebene dargestellt und es wird kein Bezug zu methodenspezifischen Erfolgs-Parametern hergestellt. Aufgrund des Datenmaterials waren solche kaum auszumachen, für deren Generierung wären sowohl eine grössere Stichprobe und ein differenzierterer Fragenkatalog nötig gewesen. Sowohl in der Theorie als auch in der Auswertung finden keine Aussagen zu spezifischen Störungsbildern, respektive Patientengruppen Eingang. Die Auseinandersetzung mit einzelnen Diagnosen hätte den Rahmen dieser Arbeit gesprengt.

I THEORETISCHER TEIL

Die folgenden 9 Kapitel bilden die theoretische Grundlage dieser empirischen Arbeit. Die für die Thematik wesentlichen Begriffe und Modelle werden unter Einbezug des aktuellen Forschungsstandes erklärt. In der CM-Literatur wird sowohl von Patienten, Klienten oder auch Kunden gesprochen. Im Folgenden wird nur der Begriff der Patienten verwendet, auch wird, wenn von Patienten oder Case Managern die Rede ist, aus Gründen der besseren Lesbarkeit jeweils nur die männliche Form benutzt, der Leser oder die Leserin möge sich bitte die weibliche Form dazu denken.

2 Psychische Gesundheit und psychische Krankheit

Was genau „psychisch krank“ bedeutet, ist schwierig zu beantworten. Ein allgemein gültiger Begriff für psychische Krankheit existiert nicht. Nach Vollmoeller (2002; zit. nach Peter, 2002) müssen für die Beantwortung dieser Frage in einem ersten Schritt jeweils diejenigen Gesichtspunkte berücksichtigt werden, die Krankheit in einem übergeordneten Sinn von „Nichtkrankheit“ bzw. Gesundheit abgrenzen. Erst danach oder dadurch entstehe eine allgemeine Krankheitskategorie, die mit den medizinischen Begriffen der Diagnosen oder Störungen strukturiert werden könne.

2.1 Gesundheit und Krankheit in der Klinischen Psychologie

Die WHO und die EU-Gesundheitsministerien (2005; zit. nach Zurhorst, 2008, S. 7) benennen den grossen Stellenwert der psychischen Gesundheit unter dem Leitsatz „Keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit“. In der Psychologie wird heute im Bezug auf Gesundheit und Krankheit von einem biopsychosozialen Paradigma, von einem multifaktoriell bedingten Gesundheits- und Krankheitsgeschehen ausgegangen. Zurhorst (2008) vertritt die Auffassung, dass in der klinischen Psychologie dieses Paradigma weder einheitlich noch konsequent angewendet wird, so seien die Dimensionen „Bio“ und „Psycho“ erforscht und legitimiert, die „Sozial“-Dimension werde weitestgehend vernachlässigt. Er geht der Frage nach, wie in der klinischen Psychologie Gesundheit respektive Krankheit gemessen werden, und führt in Anlehnung an Karl Jaspers (1913; zit. nach Zurhorst, 2008) aus, der die Verwechslung zwischen Durchschnittswert und Idealwert in der Medizin thematisierte, dass auch in der heutigen akademischen Psychologie und deren psychiatrischem Krankheitsbegriff Wert- und Durchschnittsbegriff ständig verwechselt würden, sie reduziere, entgegen dem biopsychosozialen Paradigma, Gesundheit auf „Normalität“, Abweichung auf „Störung“ und Psychotherapie auf „Reparatur“. Nach Zurhorst bilden Gesundheit und Krankheit eine dialektische Einheit, von Geburt an existiere Krankheit in der Gesundheit und

Gesundheit in der Krankheit. Auf Grund dieser Überlegungen gilt es, wegzukommen von einem Entweder-oder-Denken im Bezug auf Krankheit und Gesundheit hin zu einem Sowohl-als-auch. Zudem müsste nach Zurhorst (2008) der Stellenwert der „Sozial“-Dimensionen des biopsychosozialen Paradigmas in der psychologisch-psychiatrischen Diskussion verstärkt thematisiert werden. Nach Becker et al. (2008) ist das Bindeglied zwischen sozialen Einflüssen und Gesundheit respektive Krankheit ein zentrales Thema in der heutigen Psychiatrie. Die Autoren sehen es als eine Herausforderung des 21. Jahrhunderts, die Erforschung des Zusammenhangs zwischen sozialer Ungleichheit und seelischer Gesundheit voranzutreiben. Sie benennen als Forschungsfeld mögliche Auswirkungen einer chronischen psychischen Erkrankung auf soziale Netzwerke. Auch nach Zurhorst (2008) könnten Zusammenhänge zwischen sozialer Ungleichheit und psychisch-somatischen Erkrankungen existieren. Er fragt sich, ob es neben der Somato- und der Psycho-Pathologie nicht auch eine Sozio-Pathologie gebe, und analog neben der körperlichen und psychischen auch eine soziale Gesundheit.

Im Umgang mit einem Krankheitsgeschehen ist vielfach ein Spannungsverhältnis zwischen subjektivem Befinden und objektivem Befund auszumachen, Sinn und Bedeutung von Krankheit spielen auf der subjektiven Ebene eine wesentliche Rolle. Lorenz (2004) spricht im Zusammenhang mit Gesundheit von der Wichtigkeit des individuellen Sinns eines Geschehens. Als Basisvoraussetzung für Professionelle, die sich mit gesundheitlichen Fragen beschäftigen, nennt er die Bereitschaft, in salutogenetischen² Dimensionen zu denken. Das heisst, der Professionelle muss sich fragen, welche Gegebenheiten einer Person trotz gesundheitlicher Belastungen zur Verfügung stehen, um gesund zu bleiben oder zu werden, welche Ressourcen für diesen Prozess mobilisierbar und nutzbar gemacht werden können und wie trotz der gegebenen Umstände ein Sinn für realisierbare und hoffnungsvolle Ziele gefunden werden kann. Auch Zurhorst (2008) hält zusammenfassend fest, dass, um dem biopsychosozialen Paradigma gerecht zu werden, und um von einer Gleichsetzung von Gesundheit mit statistischer Normalität wegzukommen, Fragen nach dem sozialen und subjektiven Wert und Sinn eines Geschehens in einen psychiatrischen Krankheitsbegriff integriert werden sollten.

² Das Gemeinsame aller Salutogenese-Konzepte lässt sich nach Lorenz (2004, S. 81) wie folgt zusammenfassen: Die Suche nach Antworten, die Aufschluss darüber geben, wie Menschen mit Stress umgehen, ohne dabei krank zu werden, die Suche nach gesundheitsförderlichen Variablen und übergreifenden Faktoren, die das Gesundheitsverhalten förderlich beeinflussen und die Frage nach dem Einfluss von Interaktionen zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und sozialer und kultureller Umgebung und deren Einfluss auf die Gesundheit in Stresssituationen.

2.2 Psychische Krankheit

In der Medizin gibt es wohl keinen wichtigeren Begriff als den der Krankheit, dieser ist abhängig von Normen und Werten einer Gesellschaft, diese setzt die allgemeinen Definitionskriterien für Krankheit fest, anhand derer dann im Einzelfall entschieden wird, was gesund und was krank ist. Wittchen und Hoyer (2006) sehen Diagnosen psychischer Störungen als zeitlich begrenzte Konstrukte, die auf dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Forschung und Erkenntnis in einem Konsensusverfahren von internationalen Experten für einen gewissen Zeitraum festgelegt werden. Die American Psychiatric Association (1989; zit. nach Wittchen et. al, 2006, S. 8) definiert die psychische Störung wie folgt: „Psychische Störungen sind ein klinisch bedeutsames Verhaltens- oder psychisches Syndrom oder Muster, das bei einer Person auftritt und das mit momentanen Leiden (z.B. ein schmerzhaftes Syndrom) oder einer Beeinträchtigung (z.B. Einschränkungen in einem oder mehreren wichtigen sozialen oder Leistungsbereichen) oder mit einem stark erhöhten Risiko zu sterben, Schmerz, Beeinträchtigung oder einen tief greifenden Verlust an Freiheit zu erleiden einhergeht. Das Syndrom oder Muster darf nicht nur eine verständliche und kulturell sanktionierte Reaktion auf ein Ereignis sein, wie z.B. eine normale Trauerreaktion bei Verlust eines geliebten Menschen. Unabhängig vom ursprünglichen Auslöser muss bei der Person eine verhaltensmässige, psychische oder biologische Funktionsstörung zu beobachten sein. Weder norm-abweichendes Verhalten (z.B. politischer, religiöser oder sexueller Art), noch Konflikte des Einzelnen mit der Gesellschaft sind psychische Störungen, solange die Abweichung oder der Konflikt kein Symptom einer oben beschriebenen Funktionsstörung bei der betroffenen Person darstellt.“ Eine schwere psychische Krankheit ist nach Kessler, Berglund, Zhao, Leaf, Kouzis & Bruce (1996; zit. nach Becker et al., 2008) dann zu diagnostizieren, wenn die diagnostischen Kriterien für eine bestimmte psychische Störung erfüllt sind und darüber hinaus schwerwiegende Beeinträchtigungen im sozialen Bereich sowie hinsichtlich der Berufstätigkeit und/oder der Schulleistungen vorliegen. Wobei die Tatsache, dass ein Mensch psychisch krank ist, nach Vollmoeller (2001) praktisch nie in der Gesamtfülle aller theoretisch möglichen Aspekte dargestellt werden kann, sondern nur mittels einer bestimmten Anzahl jeweils interessanter Merkmale. Erst alle sinnfüllenden Merkmale zusammen würden den vollen Begriffsinhalt ausmachen.

2.2.1 Chronifizierung psychischer Krankheit

Wenn eine akute psychische Erkrankung zu einem dauerhaften Zustand führt, respektive die Erkrankung nicht restlos ausheilt und Restsymptome über längere Zeit vorhanden sind, spricht man von Chronifizierung. Restsymptome können dabei spezifisch sein im

Sinne der Akutsymptomatik, oder sich unspezifisch zum Beispiel als Antriebslosigkeit, Interessenverlust oder Ängstlichkeit zeigen und gehen häufig mit einem sozialen Rückzug einher. Die Entstehung und der Verlauf chronischer Krankheiten werden nach Jensen, Turner, Romano und Karoly (1991) neben pathologisch-organischen Veränderungen von psychosozialen Einflüssen bestimmt. Ein inaktiver und zurückgezogener Lebensstil und negative krankheitsbezogene Kognitionen des Patienten würden das Auftreten und das Erleben der Beschwerden fördern. Laut Ewers (2000) ist in den westlichen Industrienationen eine dramatische Zunahme chronischer Erkrankung festzustellen.

2.2.2 Heavy User

Nach Frick und Frick (2008) sind mit „Heavy Usern“ (HU) Menschen gemeint, die sehr viele, sehr lange oder sehr intensive Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen. In der Literatur werden auch andere Bezeichnungen wie „High Utilizer“, „High Users“ oder „Patienten mit starker Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen“ verwendet, um nur einige Beispiele zu nennen. Es herrscht Uneinigkeit in der Verwendung der Begriffe und klare Definitionen fehlen. Im Folgenden wird nur der Begriff der HU weiter verwendet. Psychische Krankheiten zeigen häufig eine Tendenz zur Chronifizierung oder gehen mit einer Ko- oder Multimorbidität einher, was zu einer starken Nutzung von Hilfsleistungen führt und mit hohen Kosten verbunden ist. Unter dem herrschenden Kostendruck im Gesundheitssystem gerät diese Patientengruppe nach Junghan (2002) in den Brennpunkt des Interesses, ihre stationäre Behandlung verschlinge einen unverhältnismässig hohen Anteil der insgesamt für psychiatrische Behandlung aufgewendeten direkten Kosten. Es sind relativ wenige Patienten, die einen grossen Anteil der Gesundheitsleistungen beanspruchen, während viele Versicherte keine oder nur marginale Leistungen in Anspruch nehmen. Neuere Untersuchungen gehen davon aus, dass in einzelnen psychiatrischen Versorgungssystemen bis zu 80% aller für stationäre Akutbehandlung aufgewendeten Kosten von nur knapp 30% der insgesamt behandelten Patienten verursacht werden (Kent & Fogarty, 1995; zit. nach Peter, 2002).

Die wichtigsten Dimensionen für HU sind nach Frick und Frick (2008, S. 44):

- a) Anzahl von Hospitalisierungen bzw. Rehospitalisierungen
- b) Verweildauer(n) im stationären Bereich
- c) Anzahl und Dichte von Kontakten mit dem ambulanten Hilfesystem
- d) Intensität / Quantität der durchgeführten Therapiemassnahmen
- e) Kosten pro Patient

Es gibt bisher keine Einigkeit darüber, welche psychiatrischen Patienten der Gruppe der HU zuzuordnen sind. Nach Junghan et al. (1999) könnte diese Tatsache ein Anhaltspunkt dafür sein, dass diese Patientengruppe eher durch ein multifaktoriell beeinflusstes Nutzungsverhalten von Versorgungseinrichtungen als durch spezifische, individuelle Patientenmerkmale charakterisiert wird. Auch für Frick und Frick (2008) sprechen viele Indizien dafür, dass die Inanspruchnahme ein quantitativkontinuierliches, oder allenfalls auch mehrdimensionales Merkmal darstellt. Daher müsse die aktuelle Forschung vor allem darum bemüht sein, ein Verständnis für die Motivlagen der betroffenen Patienten und vertiefteren Einblick in Versorgungsmechanismen zu gewinnen. Grundsätzlich stellt sich die Frage, inwiefern das HU-Phänomen mehr als ein Problem der Kostenträger zu sehen ist, als eines der betroffenen Patienten. Junghan (1999) bezieht die verhältnismässig hohe Inanspruchnahme auf eine nicht zufrieden stellende stationäre Akutbehandlung. Viele Autoren fordern alternative oder ergänzende Behandlungsmöglichkeiten für HU-Patienten. Frick und Frick (2008) sähen unter anderem CM als mögliche Abhilfe in der Problematik.

3 Rehabilitation

Der Gegenstandsbereich der Rehabilitation beschäftigt sich nach Lorenz (2004) mit verschiedensten gesundheitlichen Beeinträchtigungen und hat das Ziel, funktionale körperliche, somatische, kognitive, emotionale und soziale Fähigkeiten wiederherzustellen, dabei Folgeschäden zu verhindern und Bewältigungsressourcen zu stärken. Meist sind es chronisch erkrankte Patienten mit einer langen Geschichte im medizinischen Versorgungssystem, die dazu befähigt werden sollen, wieder einen möglichst autonomen Platz in der Gesellschaft einnehmen zu können. Die Bewältigung der Krankheit muss sich nach Lorenz (2004) auf noch vorhandene personale und soziale Ressourcen konzentrieren und salutogenetisch ausgerichtet sein. Die Erwartung und das Wissen um die eigene Kontrollierbarkeit der Krankheit und der Gesundheit hat in seinen Augen im rehabilitativen Prozess eine besondere Bedeutung.

3.1 Psychiatrische Rehabilitation

Die psychiatrische Rehabilitation ist auf Menschen ausgerichtet, die eine chronische psychische Erkrankung haben, welche zu einer Beeinträchtigung oder Behinderung relevanter Fähigkeiten und zu einer verminderten Teilnahme am Leben geführt hat. Besondere Bedeutung haben, beeinflusst von psychosozialen Theorien von Watts und Bennett (1983; zit. nach Rössler, 2004) die berufliche und soziale Integration der Patienten. Auf diesem Hintergrund basieren psychiatrische Rehabilitationsangebote auf der Annahme, dass das soziokulturelle Umfeld und die psychosozialen Ressourcen einer

Person den Verlauf und die Bewältigung einer psychischen Erkrankung beeinflussen. Born und Becker (2004; zit. nach Becker, 2004) sprechen dann von psychiatrisch-rehabilitativen Interventionen, wenn sie die Rollengestaltung und die Stärkung der Fähigkeiten und Fertigkeiten einer Person zum Ziel haben. Diese Interventionen zeichnen sich durch ihre Langzeitperspektive und ihren Alltagsbezug aus und positionieren sich zwischen Gesellschaft und psychiatrischem Versorgungssystem. Für deren praktische Anwendung hat somit die Kooperation verschiedener involvierter Institutionen, Hilfsdienste oder Personen eine zentrale Bedeutung.

4 Psychiatrische Versorgung

Nach Brenner, Rössler und Fromm (2003) war die Entwicklung der institutionellen psychiatrischen Versorgung in den neunziger Jahren des letzten Jahrhunderts geprägt von einer Schwerpunktverlagerung, die Behandlung und Betreuung sollte wenn möglich nicht mehr im stationären Rahmen stattfinden, sondern möglichst mit ambulanten und teilstationären Hilfsangeboten abgedeckt werden. Weiter gewannen Prinzipien wie Patienten- statt Institutionszentrierung, Ambulantisierung und integrierte Versorgung (Kap. 4.1) an Gewicht und Bedeutung. Diese Entwicklung ist auf dem Hintergrund der Deinstitutionalisierung³ (siehe auch Kap. 5.1) zu verstehen. In vielen westlichen Industrieländern wurden in dieser Zeit gemeindenahere Behandlungsstrukturen (Kap. 4.2) geschaffen und ausgebaut. Im deutschsprachigen Raum haben sich nach Brenner et al. (2003) vor allem Ansätze der teilstationären Behandlung in Tageskliniken oder der Behandlung und Betreuung in Ambulatorien entwickelt, im englischen Sprachraum eher Angebote, die sich am Klinischen Case Management⁴ (Kap. 6.2) oder am Assertive Community Treatment⁵ (Kap. 6.4) orientieren.

4.1 Integrierte Versorgung

Die klassische Behandlungskette Akutstation – Rehabilitation - ambulante Therapie kann nach Dammann (2007) vor allem bei der Patientengruppe der schwer und chronisch Kranken als gescheitert angesehen werden. Dies sei vor allem auf

³ Unter der Deinstitutionalisierung oder der Enthospitalisierung werden verschiedene Versorgungsreformen in der Psychiatrie zusammengefasst. Ab den 1950er Jahren wurde, ausgehend von den USA, später auch in Europa, die Zahl der stationären Plätze drastisch zu verringert. Es sollten alternative, humanere und effizientere Versorgungsstrukturen geschaffen werden.

⁴ Klinisches Case Management ist einerseits ein spezifisches CM-Modell und kann gleichzeitig als Oberbegriff für die CM-Anwendung im psychiatrischen Kontext verstanden werden. Der Fokus liegt auf der Reintegration des Patienten in sein soziales Umfeld.

⁵ Das Assertive Community Treatment ist ein spezifisch-psychiatrisches, teambasiertes CM-Modell das auf die Behandlung in der Gemeinde ausgerichtet ist.

Schnittstellenproblematiken zurückzuführen. Konzepte der integrierten Versorgung beinhalten eine bessere Vernetzung, Abstimmung und Kooperation von Dienstleistungen im Gesundheitssystem. Dadurch soll nach Wendt (2010) erreicht werden, dass sektor- und disziplinübergreifend wirtschaftlich gehandelt wird. Vor allem geht es um die Gewährleistung einer qualitativ hoch stehenden und individuellen Behandlung mittels einer Verkettung der Leistungserbringung und einer Entfragmentisierung des Behandlungsprozesses, um eine kontinuierliche Fallführung über Schnittstellen hinweg zu gewährleisten. Sowohl die Kontinuität als auch die Angemessenheit der Versorgung stehen nach Wendt (2010) im Zentrum der Überlegungen.

4.2 Gemeindenahe Versorgung

Auch die Entwicklung von gemeindenahen Versorgungssystemen ist auf dem Hintergrund der Deinstitutionalisierung zu verstehen. Durch die Bettenreduktion in den psychiatrischen Grosskrankenhäusern und die Entlassung vieler, teils schwer kranker Patienten in die Gemeinde war der Ausbau von alternativen Hilfsstrukturen wie betreutes Wohnen, geschützte Arbeitsmöglichkeiten, Tageskliniken oder beratende Fachstellen zwingend erforderlich. Mit der Zielsetzung, Langzeitpatienten wieder in ihr Lebensumfeld einzugliedern, konzentrierte sich die Gemeindepsychiatrie zunächst auf die Nachbetreuung und die Rehabilitation. In den letzten Jahren wurden vermehrt auch die Konzeption und Evaluation gemeindepsychiatrischer Ansätze zur Akutbehandlung und Krisenintervention vorangetrieben. Diese Entwicklung konzentriert sich vor allem auf die Akutbehandlung im häuslichen Umfeld der Patienten oder auf die Behandlung akuter Krankheitsepisoden in einer Tagesklinik. Da viele der gemeindenahen Versorgungsangebote heute jedoch weitestgehend spezialisiert sind oder eine bestimmte therapeutische Ausrichtung vertreten, finden bestimmte Patienten hier keinen Zugang und werden weiterhin in den psychiatrischen Kliniken versorgt. Nach Längle, Mayenberger und Günthner (2001) sind dies vor allem Langzeitpatienten, neu und schwer psychisch Erkrankte mit hohem Hilfebedarf und schwer Suchtkranke bzw. chronisch mehrfach geschädigte Alkoholabhängige.

5 Case Management

Nach Wendt (2010) wurde der moderne Ausdruck „Management“ erstmals während der Renaissance in Italien gebraucht. „Maneggiare“ meinte das Einreiten und Zügeln junger Pferde. Eine zweite Wurzel hat der Ausdruck im Französischen. „Ménager“ meint so viel wie: Einen Haushalt führen, haushalten, etwas mit Sorgfalt gebrauchen. Auf diesem

Hintergrund bedeutet Management in der heutigen Anwendung einerseits etwas im Griff haben und geschickt fertig bringen, andererseits wurde es zum Synonym für Betriebsführung. Im Kontext von Dienstleistungen am Menschen werden mit dem Vorgehen CM keine Menschen gemanagt, es geht vielmehr um das Management einer strukturierten Koordinations- und Interaktionsleistung.

5.1 Historische Entwicklung von Case Management

CM stammt aus den USA und wurde dort in den 20er Jahren des letzten Jahrhunderts im Rahmen der Sozialarbeit entwickelt. In den 1940er Jahren entstand das „Medical Case Management“ als Anwendung der Methodik im Bereich der klassischen Krankenversorgung. Ab diesem Zeitpunkt war in den USA eine Trennung der CM-Anwendungen im sozialarbeiterischen Kontext einerseits, und im medizinischen Sektor andererseits zu beobachten. Ab den 1950er Jahren fand erst in den USA, später auch in Europa, ein eigentlicher Paradigmenwechsel in der Psychiatrie statt. Auf dem Hintergrund einer wachsenden Bedeutung von Rehabilitation nach dem 2. Weltkrieg, der Entdeckung der Neuroleptika und sich mehrenden Bedenken über die Bedingungen in den psychiatrischen Krankenhäusern wurde der Ruf nach psychiatrischen Versorgungsreformen laut. Man spricht in diesem Zusammenhang von Deinstitutionalisierung. Nach Brenner et al. (2003) werden unter dem Begriff der Deinstitutionalisierung verschiedene psychiatrische Versorgungsreformen wie die rechtliche und soziale Gleichstellung von Kranken, die Senkung des Patientenschlüssels pro Pflegeperson, die Entwicklung von ambulanten Diensten, die Schliessung von psychiatrischen Grosskrankenhäusern, die Schaffung von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und die Etablierung von multiprofessionellen Teams zusammengefasst. Diese Reformen sind auf dem Hintergrund von Phänomenen wie Desintegration (fragmentierte Dienstleistungen), Diskontinuität (Versorgungsbrüche) und uneffizienten und unökonomischen Hilfsleistungen im Sozial- und Gesundheitswesen zu verstehen. Die Behandlung von körperlich und psychisch kranken Menschen sollte fortan möglichst nicht mehr im stationären Rahmen stattfinden, sondern ambulant geschehen. Das Versorgungs- und Hilfesystem sah sich grossen Herausforderungen gegenüber, einerseits sollten tragfähige ambulante Settings geschaffen werden, die adäquate soziale, medizinische und pflegerische Hilfe leisteten, andererseits musste der Forderung nach effektiven und ökonomischen Verfahrensweisen Rechnung getragen werden. Die damaligen CM-Methoden hatten auf diesem Hintergrund zweierlei Zielsetzungen, zum einen die Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität sozialer und gesundheitlicher Dienstleistungen, zum anderen die Zielgenauigkeit und die Effizienz vom Handeln. Anfang der 1980er Jahre wurde das CM in den USA in erster Linie von den Sozialdiensten in

Anspruch genommen. Die zunehmende Ökonomisierung⁶ im Gesundheitswesen führte jedoch zu einer Fokussierung auf Kosten und Qualität von Dienstleistungen. Die Nachfrage nach einem integrierten Versorgungssystem war gross, sowohl auf der Ebene der einzelnen Dienste und Einrichtungen als auch auf der Ebene der kontinuierlichen Versorgung. Ab Mitte der 1980er Jahre begann man in den amerikanischen Krankenhäusern einerseits mittels internem CM die Akutversorgung mit der nachfolgenden Pflege und Rehabilitation zu verbinden, andererseits wurde mit externem CM die Überleitungspflege und Nachversorgung angeschlossen. Die Idee von CM fasste seit den 1990er Jahren auch in europäischen Ländern Fuss. Die Gesundheitsreformen in Europa, das so genannte „New Public Management“ hat im Laufe der Jahre nach Ferlie, Ashburner, Fitzgerald und Pettigrew (1996; zit. nach Wendt, 2010) folgende Zielsetzungen formuliert:

1. Mehr Effizienz (Kontrolle der Finanzen, Leistungsnachweise, Orientierung auf die Konsumenten, Übergang der Verantwortung von der fachlichen auf die betriebliche Leitung)
2. Verschlankung und Dezentralisierung (Flexibilität im Bezug auf sich wechselnde Anforderungen, Verlagerung auf freie und gewerbliche Anbieter)
3. Leistungssteigerung (Dienste und Einrichtungen als „lernende“ Organisationen, interne und externe Ressourcen sollen stetig besser erschlossen werden)
4. Gesellschaftliche Verantwortung und Rechenschaftspflicht (wachsendes Qualitätsbewusstsein, Sicherung von Standards, vermehrt Öffentlichkeitsarbeit und ziviles Engagement)

In den USA wurde die Zahl derjenigen, die CM praktizieren, bereits in den 1990er Jahren auf über 100'000 geschätzt (Mullahy, 1995; zit. nach Wendt, 2010). Nach Applebaum (1996; zit. nach Wendt, 2010) ist der Zuwachs an Case Managern in den verschiedensten Settings hier als dramatisch zu bezeichnen. Mit der Explosion der Zahl an Case Managern geht eine Professionalisierung der Berufstätigkeit einher, die sich an Zertifizierungsverfahren für Case Manager und landesweiten Netzwerken von CM-Diensten weltweit ablesen lässt. In den USA ist hier vor allem die Case Management Society of America (CMSA) zu nennen, die 2009 an die 11'000 Mitglieder zählte und Standards für die Praxis und Fachzeitschriften publiziert. Im deutschsprachigen Raum existieren seit den 1990er Jahren die Deutsche Gesellschaft für Care und Case

⁶ Der wachsende Einfluss marktwirtschaftlicher und ökonomischer Denk- und Entscheidungsmuster auf das Sozial- und Gesundheitssystem und die in ihm agierenden Entscheidungsträger und Berufsgruppen (Ewers, 2000, S.33)

Management (DGCC), das Schweizer Netzwerk Case Management und die Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management (öGCC).

5.2 Case Management und Managed Care

In der neueren amerikanischen Literatur wird nach Ewers und Schaeffer (2000) CM oft in einem Atemzug mit Managed Care genannt, manchmal würden die beiden Begriffe sogar synonym verwendet. Auch in Deutschland sei dieses Phänomen zu beobachten. Im Sprachgebrauch der CMSA kommen beide Begriffe vor und es wird erlaubt, diese synonym zu verwenden. Nach Wendt (2010) handelt es sich bei Managed Care um die generelle Handhabung medizinischer, pflegerischer und sozialer Versorgungsprozesse in Diensten und Einrichtungen oder die Führung und Lenkung des Angebots an ihnen. Managed Care bezeichne Systeme, in denen die Finanzierung von Leistungen mit deren Effizienz verbunden werde, diese würden den Zugang von Nutzern zum Leistungsangebot sowohl sichern als auch regulieren. Auf dieser Ebene geht es um die übergeordnete Entwicklung von standardisierten Vorgehensweisen, um eine angemessene Versorgung im Einzelfall zu gewährleisten. Auch Challis (1990; zit. nach Wendt, 2010) hält Care Management für das „Management von Case Management“ und hält fest, dass Care Management mehr systembezogen ist und auf einer höheren Etage der Organisation tätig ist, als es das CM mit der Koordination und Organisation der Fürsorge für einzelne Klienten ist. In dem Sinn kann CM ein Bestandteil von Managed-Care-Konzepten sein. Beispiele aus der Praxis für Managed-Care-Modelle sind zum Beispiel die Einführung von Versicherungstarifen im Hausarztmodell oder die HMO's (Health Maintenance Organisations). Auf der Seite der Leistungserbringung bevorzugt Managed Care nach Frick und Frick (2008) eine intensive Vernetzung von unterschiedlichen Leistungserbringern, in der Psychiatrie zum Beispiel durch Modelle der genannten integrierten Versorgung.

Mittlerweile mehren sich nach Wendt (2010) die kritischen Stimmen in den USA in Bezug auf Managed Care, sowohl von Seiten der Ärzte als auch von Seiten der Sozialarbeit. Besonders Menschen mit einer psychischen Erkrankung würden im Rahmen von Managed Care nicht ausreichend versorgt, da oft aus Kostengründen auf eine ausführliche Anamnese und Diagnosestellung verzichtet werde und eine psychotherapeutische Behandlung nicht gewährt werde. Auch Ewers (2000) stellt sich die Frage, inwieweit CM-Methoden, die im Zuge der Managed-Care-Bewegung entstanden sind, einen notwendigen und patientenorientierten Service darstellen, oder ob sie eher als eine Intervention zur Behebung von Systemmängeln oder zur Kostenreduktion anzusehen sind.

5.3 Definition Case Management

Nach Wendt (2002; zit. nach Löcherbach, 2003) kann zwischen CM als methodischem Konzept auf der personalen Handlungsebene und CM als Organisations- und Systemkonzept in administrativer Funktion unterschieden werden. Auf der personalen Handlungsebene werden nach Wissmann (2002) Patienten auf der Basis einer spezifischen Methodik durch das Versorgungssystem begleitet und der Case Manager erschliesst und koordiniert in Abstimmung mit dem Patienten die für ihn relevanten Dienstleistungen. Neuffer (2009) betont, dass im CM auf der Fallebene vor allem das fallbezogene, personale Netzwerk mit berücksichtigt, aktiviert oder geknüpft werden muss. Ziel ist die schnittstellenübergreifende, kontinuierliche und individuelle Begleitung des Patienten durch den Case Manager, der über eine bestimmte Zeitspanne oder den gesamten Betreuungsverlauf hinweg die Verantwortung für die Koordination der Betreuung hat. Auf der Systemebene sorgt CM für eine Qualifizierung von Abläufen, eine Koordination und Steuerung von fallbezogenen Unterstützungsleistungen und für eine Transparenz der Strukturen. Hier kommt ein humandienstlicher Betrieb seinem Versorgungsauftrag in vielen einzelnen Fällen nach. Nach Wendt (2010) ist eine Abstimmung der Versorgung auf die prozessualen Anforderungen und eine Vernetzung beteiligter Stellen und Fachkräfte auf der Systemebene zentral. Es sei unzulässig, das Konzept CM auf die Fallebene zu reduzieren, er nennt CM eine Mehrebenenstrategie.

In der Praxis existieren verschiedene CM-Modelle (Kap. 6). Es ist nach Wendt (2010) nicht erforderlich, dass der Case Manager allein fungiert, es kann auch ein Team von Case Managern zum Einsatz kommen. Das Vorgehen ist ein Prozess, dessen Funktionen unterschiedlich zugeordnet werden können, auch dem Selbstmanagement des Patienten. Die CM-Betreuung ist nach Becker et al. (2008) ein auf längere Zeit angelegter Hilfsdienst, wobei die Intensität einer CM-Betreuung je nach Ausgangslage sehr unterschiedlich sein kann. Wendt (2010) sieht sie an der Schnittstelle zwischen der individuellen Lebensführung und Lebenswelt des Patienten, dem sozialen und gesundheitlichen Dienstleistungssystem und der Erbringung von Unterstützung, Behandlung und Pflege.

5.4 Procedere von Case Management

Im CM wird nach Wendt (2010) immer ein Zusammenhang von Handlungen herbeigeführt, gestaltet und gesteuert. Die einzelne Behandlung ist für sich gesehen kein Gegenstand von CM. So ist das Verfahren CM angebracht, wenn die Ausgangslage komplex ist, wenn Zeit und viele Ressourcen benötigt werden, wenn oder wenn mehrere Fachstellen involviert sind. Das methodische Vorgehen im CM besteht aus mehreren

Phasen, die unabhängig von der spezifischen methodischen Ausrichtung allgemein als Kernfunktionen gelten und einen organisierten Ablauf im Hilfeprozess darstellen.

Abbildung 10: Funktionaler Rahmen der Versorgung

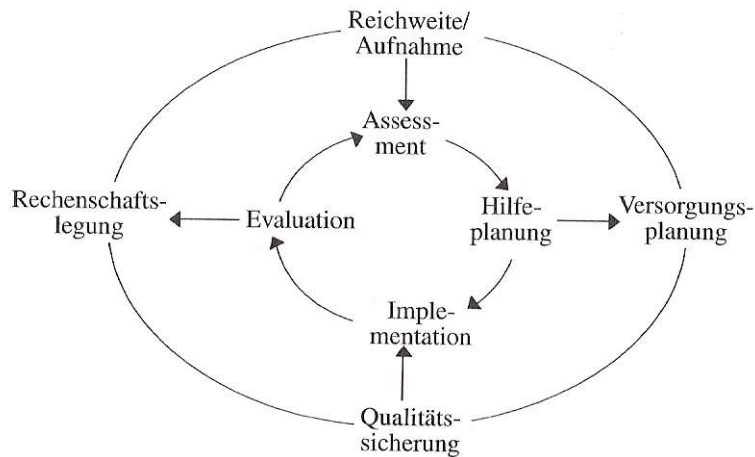


Abbildung 1: Funktionaler Rahmen der Versorgung nach Wendt (2010, S. 128)

Die einzelnen Funktionen Assessment, Hilfeplanung, Implementation und Evaluation sind im Kern dargestellt und bilden die Fallebene von CM ab. Für einen Dienst oder eine Einrichtung, also auf der Systemebene, beginnt das Verfahren CM jedoch bereits bevor eine individuelle Begleitung stattfindet. Der Dienst muss sich Nutzern vorstellen und für diese erreichbar sein, eine Einrichtung muss der Gesellschaft Rechenschaft über ihr Handeln ablegen. Der äussere Kreis mit den Funktionen Reichweite/Aufnahme, Versorgungsplanung, Qualitätssicherung und Rechenschaftslegung bildet die Makroebene. Makroebene und Mikroebene (individuelle Fallführung) beeinflussen sich wechselseitig.

5.5 Case Management in der Psychiatrie

In der Psychiatrie setzt der Case Manager die Therapie in Form einer Arbeitsbeziehung fort, indem er empathisch und verständnisvoll auf den Patienten eingeht und mit ihm Themen der Alltagsbewältigung bespricht. Clausen, Dresler und Eichenbrenner (1996; zit. nach Wendt, 2010) nennen die Arbeit des Case Managers mit psychisch kranken Menschen eine Alltagsbegleitung. Auch Weigand (1991; zit. nach Wendt, 2010) spricht von einer solchen Alltagsbegleitung, die für chronisch psychisch kranke Menschen mittels eines „Lebensbegleiters“ (Case Managers) Hilfen bereitstellt, die, je nach Ausgangslage, sporadisch oder umfassend und kontinuierlich angeboten werden. Der

Case Manager solle sich verbindlich und verantwortlich um eine möglichst vollständige Wahrnehmung des Patienten und dessen Lebenssituation bemühen und eine Kontinuität und Koordination der Begleitung sicherstellen. Diese Begleitung findet in alltäglichen Bereichen wie Wohnen, Einkaufen, Ernährung, Hygiene, Arbeit und soziale Kontakte statt.

6. Case Management Modelle

Im Folgenden werden einzelne, für diese Arbeit relevante CM-Modelle vorgestellt. Die Darstellung hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Das Phasenmodell vom Netzwerk CM Schweiz (Kap. 6.4) und das EPPIC-Modell (Kap. 6.5) werden in der allgemeinen CM-Literatur nicht explizit als Modelle benannt, sie sind jedoch im Bezug auf diese empirische Untersuchung von Bedeutung, da sie den befragten Experten zum Teil in der Praxis als Grundlage dienen.

6.1 Klinisches Case Management

Nach Wendt (2010) wurde das Klinische CM-Modell im Rahmen der psychiatrischen Sozialarbeit in den USA entwickelt, um bei psychischen Erkrankungen, Verhaltensstörungen und in psychosozialen Krisen und Konflikten Unterstützung anzubieten. Der Case Manager hat spezifische psychiatrische Fachkenntnisse, vor allem in den Bereichen Psychoedukation und sozialpsychiatrisches Kompetenz- und Fertigkeiten-training (Schleuning, Welschehold, Stockdreher, Jordan, Danner & Ackenheil, 2000). Es stehen therapeutische Massnahmen und Bemühungen um eine Integration des Patienten in sein soziales Umfeld im Vordergrund, die Patienten sollen an ein selbstständiges Leben herangeführt werden, respektive in der selbstständigen Lebensführung unterstützt werden. Nach Wendt (2010) findet eine Wechselbeziehung zwischen Psychotherapie und CM statt. Der Case Manager bietet die Betreuung und Behandlung der Patienten grösstenteils selbst an. Es existieren nach Burns und O'Brien (2004) verschiedene Typen dieses Modells: Unter anderem das Strengths Modell und das Assertive Community Treatment.

6.2 Strengths Modell

Das Strengths Modell wurde von Charles Rapp und Richard Goscha entwickelt, es betont die Stärken jeder Person und versucht, Möglichkeiten der Lebensführung auf Grund der individuellen Stärken zu erschliessen. Der Fokus liegt nach Burns et al. (2004) nicht auf der Krankheit, Betonung findet hier die Möglichkeit zum Wachstum, Wandel und zur Genesung. Die Interventionen sind auf die Wünsche der Patienten

ausgerichtet. Nach Rapp und Goscha (2006) ist das Ziel von CM im Strengths Modell, Patienten dabei zu helfen, wieder gesund zu werden, ihr Leben mit Hilfe von externen und persönlichen Ressourcen zu verändern, um ein möglichst zufriedenes, interdependentes Leben in der Gemeinschaft mit wichtigen Bezugspersonen und in der Gesellschaft zu ermöglichen. Alle Entscheidungen im Begleitungsprozess werden von Case Manager und Patient besprochen und gemeinsam gefällt. Als Ressourcen definieren Rapp und Goscha (2006) sowohl externe (soziale Beziehungen, Ressourcen in der Gemeinde) als auch interne (Hoffnung, individuelle Kompetenzen, Vertrauen, Wünsche).

Die Methode des Strengths Modells basiert auf sechs Prinzipien:

1. Menschen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen können lernen, wachsen und sich verändern.
2. Der Fokus liegt vielmehr auf den individuellen Stärken, nicht auf den Defiziten.
3. Die Gemeinde ist eine Oase von Ressourcen, nicht ein Hindernis.
4. Sämtliche Interventionen sind gestützt auf die eigenen Vorstellungen des Patienten.
5. Die Beziehung zwischen Case Manager und Patient ist von vorrangiger Bedeutung.
6. Die Patient - Case-Manager Kontakte finden in der Gemeinde statt, nicht in der Einrichtung.

(Rapp, 2006, S. 55-65, Übersetzung d. Verf.)

6.3 Assertive Community Treatment

Nach Burns et al. (2004) werden im Assertive Community Treatment (ACT) Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen so lange und so weit wie möglich innerhalb der Gemeinde betreut. ACT ist ein teambasierter Ansatz, der Patienten langfristig zu unterstützen versucht. Das Team ist multidisziplinär und besteht sowohl aus Krankenschwestern, Sozialarbeitern, Psychiatern, Psychologen Pflegefachleuten und Ergotherapeuten, deren Aufgaben bestehen unter anderem im Medikationsmanagement und in der Betreuung und Begleitung im praktischen Alltag. Die Teammitglieder arbeiten als klinische Bezugspersonen, bringen aber ihre berufsspezifischen Fähigkeiten in die Arbeit mit ein, was zu einer Breite an Fähigkeiten innerhalb des Teams führt. Das ACT-Team soll flexibel handeln können, so dass Krisen so schnell wie möglich und so zeitintensiv wie nötig behandelt werden können. Ein Zugang zu einer ärztlichen Betreuung muss jederzeit gewährleistet sein. Im ACT-Vorgehen wird ein Betreuungs-

plan unter Einbezug der individuellen Stärken und Ressourcen des Patienten erstellt. Wenn es die Situation erfordert, sehen sich Betreuungsperson und Patient täglich. Die Betreuung erfolgt nach Burns et al. (2004) so realitätsnah wie möglich, zum Beispiel beim Patienten zu Hause oder in dessen naher Umgebung und weniger in der Psychiatrie oder im Ambulatorium. Die Fallzahl ist mit maximal 10-15 Patienten pro Betreuungsperson und 100% Pensum tief. Die ACT-Methodik ist einer der best-untersuchten Betreuungsansätze. Nach Becker et al. (2008) ist das ACT-Modell in den USA weit verbreitet. Auch in Grossbritannien, Kanada und Australien wird ACT häufig angewandt, in Grossbritannien allerdings unter dem Namen Assertive Outreach (Wright, Burns, James, Billings, Johnson, Muijen, Priebe, Ryrie, Watts & White, 2003; zit. nach Becker et al., 2008).

6.4 Phasenmodell nach Netzwerk CM Schweiz

Das hier beschriebene Phasenmodell ist Teil von Standards, die das Netzwerk CM Schweiz im Jahr 2006 herausgegeben hat. Die Anwendung des Modells soll einerseits die Zielerreichung im CM-Prozess unterstützen und andererseits ein Instrument zur Sicherstellung von Qualitätsstandards darstellen. Die jeweiligen Phasen bauen aufeinander auf, sie können aber im individuellen Fall und der Situation angepasst auch anders gestaltet oder gleichzeitig angewandt werden. Der Prozessschritt 6 wird als die dauernde Aufgabe verstanden, CM-Interventionen laufend zu analysieren und zu bewerten. Als wichtige, dem Phasenmodell übergeordnete Punkte nennt das Netzwerk CM Schweiz die Wichtigkeit von Förderung und Weiterbildung der Case Manager und von institutionsinternen Interventionen und Supervisionen.

1	Clearing, Intake	Aufnahme abklären
2	Assessment	Situation und Bedarf abschätzen
3	Zielvereinbarung	Ziele entwickeln
4	Massnahmenplanung	Unterstützungsangebote / Massnahmen planen
5	Durchführung und Leistungssteuerung	Massnahmen durchführen und umsetzen
6	Evaluation	Ergebnisse erfassen und steuern

Tabelle 1: Prozessschritte im Überblick nach Netzwerk Case Management Schweiz (2006, S. 4)

6.5 EPPIC-Modell

EPPIC steht für Early Psychosis Prevention and Intervention Centre und ist nach Berger (2009) gegenwärtig das grösste spezialisierte Zentrum zur Früherkennung und

Behandlung von psychischen Störungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. EPPIC hat ein eigenes CM-Modell entwickelt. Das Ziel ist es, junge Erstpsychotiker durch ein integratives, dem Krankheitsverlauf angepasstes Therapieangebot zu behandeln und somit das Rückfallrisiko zu vermindern. Die Patienten werden sowohl in der akuten als auch in der subakuten und in der rehabilitativen Phase durch Case Manager betreut, diese sind die ersten Ansprechpersonen für den Patienten. Die Behandlungszeit durch den Case Manager ist auf 18 Monate definiert. Neben der CM-Begleitung werden den Patienten gruppentherapeutische und familientherapeutische Angebote zur Verfügung gestellt. Die Begleitung findet sowohl bei den Patienten zu Hause, im Ambulatorium oder an einem anderen Ort in der Gemeinde statt. Die medikamentöse Behandlung übernimmt ein Arzt. Die Case Manager sind Psychologen, Psychiatriepflegefachleute oder Sozialarbeiter. EPPIC verfügt über eine spezialisierte Akutstation. Neben dem eigentlichen Case-Manager-Team existiert ein mobiles Assessment- und Krisenteam und ein spezielles Outreach-Team, das sehr schwer und meist komorbid Erkrankte (Heavy User) begleitet.

6.6 Effektivitätselemente nach Rapp

Rapp (1998) hat versucht, die effektiven Elemente von CM bei Patienten mit schwerer und anhaltender psychischer Krankheit jenseits der besprochenen Modelle herauszufiltern. Für ihn unterliegen die CM-Programme einer bestimmten Methodik Limitierungen. Er sagt einerseits, dass es auf Grund von Faktoren wie Zielgruppe, institutionelle Voraussetzungen, Finanzierungssituation oder Einzugsgebiet schwierig oder unmöglich sei, die Methoden zu replizieren. So würden die Methoden nie „rein“ angewandt, sondern eher adaptiert. Zweitens bestünden die Methoden aus einem Paket von Elementen. Wenn nun die einzelnen Methoden getestet würden, würde nie klar, welches dieser Elemente für einen bestimmten Erfolg verantwortlich war. Rapp hält fest, dass die Wirkung von CM wohl eher in den einzelnen Komponenten oder in der Intervention selbst zu finden ist, als in ganzen Modellen. Um diese aktiven Komponenten zu finden, hat Rapp sich auf Studien zu ACT und dem Strengths Model konzentriert. Er hat folgende praktischen Richtlinien als Standard für jede CM-Anwendung formuliert:

Struktur

1. Teamstruktur für eine kreative Fallplanung und Problemlösung, für den Wissens- und Ressourcenaustausch und für die Unterstützung der Teammitglieder.
2. Die Teamleiter/Supervisoren sollten erfahrene, professionell geschulte Psychologen oder Psychiater sein.

3. Case Manager können Paraprofessionelle sein, sie brauchen aber den Austausch mit Professionellen. Pflegefachleute im Team scheinen speziell wichtig zu sein.
4. Der Betreuungsschlüssel pro Case Manager kann auf Grund von individuellen Patientenvoraussetzungen variieren, sollte aber nie höher als 1:20 sein. Der Durchschnitt sollte zwischen 1:12 und 1:15 liegen.
5. Es sollten Anstrengungen unternommen werden, die Kontinuität der Beziehung zwischen Case Manager und Patient zu verbessern.
6. Die Patienten brauchen rund um die Uhr und 7 Tage die Woche Zugang zu Krisen- und Notfalldiensten. Diese Dienste sollten für Professionelle (Case Manager), die mit dem Patienten vertraut sind, zugänglich sein.
7. Möglichkeiten zur Aus- und Weiterbildung und technische Unterstützung sollten dem Case Manager zur Verfügung gestellt werden.
8. Die Länge der CM-Betreuung sollte nicht festgelegt sein und als fortdauernd angenommen werden, die Intensität der Betreuung kann jederzeit variieren.

Service

1. Die Kontakte zwischen Case Manager und Patient sollten in-vivo stattfinden. Die Kontakte in der Institution oder im Büro sollten limitiert werden.
2. Die Häufigkeit der Kontakte variiert je nach Patient, jedoch sollte ein Durchschnitt von mindestens sechs Kontakten pro Patient und Monat eingehalten werden. Diese sollten mit telefonischen und zusätzlichen Kontakten ergänzt werden.
3. Die Case Manager sollten so viel Hilfe so direkt wie möglich selbst erbringen. Überweisungen zu traditionellen psychiatrischen Interventionen sollten vermieden werden.
4. Der Einbezug von Ressourcen in der Gemeinde (Vermieter, Arbeitgeber, Lehrer, Nachbarn, Kirchen, Freunde, Schule, etc.) sollten unterstützt und gefördert werden.
5. Case Manager sollten die volle Verantwortung für die Betreuung des Patienten haben (ausgenommen ist die Medikation). Selbst bei Klinikeinweisungen sollte der Case Manager die Verantwortung behalten.
6. Die Patienten haben gleichwertige oder mehr Entscheidungskompetenz als der Case Manager oder andere Professionelle im Bezug auf die Behandlung und die Lebensentscheidungen. Ausgenommen sind Entscheidungen über eine Einweisung.

(Rapp, 1998, S.377, Übersetzung d. Verf.)

7. Länderspezifische psychiatrische Versorgungssituation

In den folgenden Kapiteln wird nur auf die psychiatrische Versorgungssituation derjenigen Länder eingegangen, in denen die befragten Experten ihre jeweilige CM-Erfahrung gemacht haben.

7.1 Versorgungssituation in der Schweiz

Nach Rössler und Koch (2005; zit. nach Becker et al., 2008) ist die Schweizer Bettenziffer mit 1,1 pro 1000 Einwohner im internationalen Vergleich eher hoch. Die Zahl der niedergelassenen Psychiater (1:5000) ist in der Schweiz im Vergleich mit dem Ausland hoch. Eine landesweite Psychiatriereform und –evaluation existiert nach Becker et al. (2008) in der Schweiz nicht. Unterschiede bestehen zwischen den Kantonen sowohl hinsichtlich der Psychiatrieplanung als auch hinsichtlich der zur Verfügung stehenden Ressourcen. Generell sind nach Becker et al. (2008) in der Schweiz vor allem Mängel bei der Behandlung in Kriseninterventionszentren, Ambulatorien und Tageskliniken zu beobachten. Der psychiatriepolitische Grundsatz des Vorrangs ambulanter und teilstationärer vor stationärer Behandlung und Betreuung sei in weiten Bereichen mehr Lippenbekenntnis statt Realität und die Schweizer Versorgungslandschaft sei daher immer noch stark klinikorientiert. Nach Brenner et al. (2003) stagnierte die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in der Schweiz während des letzten Jahrzehnts, eine wissenschaftliche Fortentwicklung des institutionellen psychiatrischen Versorgungssystems sei dringend geboten. So hat sich in den letzten 10 Jahren die Zahl stationärer Behandlungen schweizweit etwa verdoppelt. Nach Brenner und Hoffmann (2004; zit. nach Becker et al., 2008) fehlt es in der Schweiz vor allem an Angeboten zur gemeindeintegrierten Akutbehandlung.

7.2 Versorgungssituation in den Niederlanden

In den Niederlanden stehen nach Schene und Faber (2001) den 750'000 Patienten im lokalen psychiatrisch-psychologischen Versorgungssystem 50'000 Professionelle gegenüber, was einem Schlüssel von 15:1 entspricht. In den letzten zehn Jahren wurden gegen 300 „Care Innovation“-Projekte lanciert, um den Graben zwischen stationären und ambulanten Versorgungsangeboten zu überbrücken und den Übergang zwischen stationären Angeboten und gemeindenaher Versorgung oder Sozialdiensten zu erleichtern. Schene und Faber nennen vor allem CM, Tageskliniken und begleitetes Wohnen als wichtigste praktisch realisierte Instrumente bei der Wiedereingliederung von schwer psychisch Kranken in die Gemeinde. Parallel zum Deinstitutionalisierungsprozess, der in den Niederlanden im Vergleich mit dem übrigen Europa eher langsam

passiert, wurden und werden vielfältige alternative Behandlungsangebote entwickelt. Zusammenfassend halten die Autoren fest, dass das niederländische Versorgungssystem von hoher Qualität ist. Durch Zusammenführung bestehender Dienstleister konnte die Trennung von stationären und ambulanten Angeboten aufgehoben werden.

7.3 Versorgungssituation in Neuseeland

Nach Becker et al. (2008) wurde in Neuseeland im Jahr 1997 eine National Mental Health Policy verabschiedet. Das Ziel war es, die Verfügbarkeit der Versorgungsangebote zu verbessern. Gefordert wurden ACT, Frühinterventionen, psychosoziale Hilfen und bedarfsgerechte und kulturell adäquate Dienste. In diesem Rahmen wurde eine Umstellung von institutioneller zu gemeindenaher Versorgung umgesetzt. Alle Dienste im Bereich psychisch-geistiger Gesundheit sind in Neuseeland verpflichtet, sich am Recovery-Modell⁷ zu orientieren.

7.4 Versorgungssituation in Australien

Auf dem Hintergrund der Deinstitutionalisierung stand die psychiatrische Versorgung in Australien seit den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts unter dem Einfluss oder dem Druck von Dezentralisierung, Ökonomisierung und Effizienzsteigerung. Nach Becker et al. (2008) wurden in der ersten National Mental Health Policy im Jahr 1992 die Integration der psychiatrischen Versorgung in die allgemeinen Gesundheitsdienste und die Zusammenführung von stationären Diensten und Gemeindediensten gefordert. Gemeindepsychiatrische Zentren in Australien fokussieren stark auf die Gruppe der schwer psychisch kranken Menschen. Die Hilfeleistung bringen spezialisierte, gemeindepsychiatrische Teams und psychiatrische Fachkrankenhäuser wurden weitestgehend geschlossen.

8 Der Case Manager: Funktion und Kompetenzen

Der Beruf des Case Managers stellt nach Wissmann (2002) hohe Anforderungen an den Ausübenden. Der Case Manager muss alle Phasen des CM-Prozesses konsequent und koordiniert anwenden und zwischen den verschiedenen Akteuren, Lebenswelten, Sozialisationshintergründen, Wertvorstellungen und Hierarchien vermitteln können. Weiter muss er fähig sein, eine vertrauensvolle Beziehung zum Patienten aufzubauen, die Rechte und Ansprüche des Klienten in Verhandlungen durchzusetzen, und

⁸ Recovery kann mit Wiedergesundung übersetzt werden. Das Recovery-Modell ist ein Konzept, das das Genesungspotential der Patienten unterstützt. Der schwer psychisch erkrankte Patient soll möglichst in seiner Ganzheit wahrgenommen und auf dem Weg zu einem selbstbestimmten und sinnerfüllten Leben begleitet werden.

Veränderungen auf der Ebene der Dienstleistungserbringung einzuleiten.

Löcherbach (2002) entwickelte folgendes Kompetenzprofil für Case Manager:

<p><u>Berufliches Selbstverständnis:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Positive Grundeinstellung gegenüber den verschiedenen Kunden (Klienten, Kooperationspartnern)- Klarheit über die Funktion als Case Manager- Ressourcenorientierung- Klientenorientierung als ethische Grundlage
<p><u>Sach- und Systemkompetenz:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Erklärungs- und Handlungswissen- Organisationswissen- Kenntnis der medizinischen und sozialen Infra- und Versorgungsstruktur- Kulturelles Wissen- Arbeitsspezifisches Wissen
<p><u>Methoden- und Verfahrenskompetenz:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Networking- Verfahrenskompetenz in Assessment, Serviceplanung, Linking, Monitoring und Coaching- Wissensmanagement- Evaluationskompetenz
<p><u>Soziale Kompetenz:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Kommunikationskompetenz- Kooperative Handlungskompetenz- Koordinationskompetenz- Kritik- und Konfliktfähigkeit- Fähigkeit zur multidisziplinären Zusammenarbeit
<p><u>Selbstkompetenz:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Selbstsicherheit und Selbstbewusstsein- Reflexionskompetenz

Tabelle 2: Kompetenzprofil für Case Manager nach Löcherbach (2002; zit. nach Wissmann, 2003, S. 12)

Für Wendt (2010) sind als Case Manager generalistisch orientierte Praktiker gefragt, die sich auf die umsichtige Begleitung, vielseitige Förderung und Unterstützung der Lebensführung von Menschen in Krisen, in Konflikten, bei Belastungen und bei Beeinträchtigungen verstehen und die dafür hinreichend ausgebildet sind. Das

Tätigkeitsgebiet des Case Managers ist in zwei Welten verankert, einerseits in derjenigen des Dienstleistungssystems und andererseits in der Lebenswelt des Patienten. Der Case Manager muss es verstehen, eine Brücke zwischen diesen Welten zu schlagen. Die CMSA (1995; zit. nach Wendt, 2010, S. 196) nennt folgende Rollendefinition für Case Manager: „Der Case Manager arbeitet auf einer individuellen Basis mit Klienten in der Einschätzung, Förderung, Planung und Fürsprache bei gesundheitlichem Bedarf zusammen. Ein erfolgreicher Ausgang lässt sich nicht ohne spezialisierte Fähigkeiten und Kenntnisse erreichen, die während des ganzen Prozesses Anwendung finden. Diese Fähigkeiten schliessen, ohne darauf begrenzt zu sein, den Aufbau einer positiven Beziehung, eine effektive schriftliche und mündliche Kommunikation, das Geschick, einen Wandel zu bewirken, die Durchführung einer kritischen Analyse, effektives Planen und Organisieren und die Förderung der Autonomie des Klienten oder der Familie mit ein. Es ist entscheidend für den Case Manager, dass er Kenntnis von Finanzierungsmöglichkeiten, Diensten, klinischen Standards und Effekten hat.“ Die spezielle Vermittlerposition des Case Managers kann ihn in ein ethisches Dilemma führen: Er soll auf der einen Seite seine Arbeit effizient und kostensparend erledigen, auf der anderen Seite ist er dem Patienten und dessen Bedürfnissen verpflichtet. Die CMSA hat 1995 (zit. nach Wendt, 2010) leitende ethische Prinzipien der CM-Praxis formuliert. Es sind dies Autonomie, Wohltätigkeit, Nichtschädigendsein, Gerechtigkeit und Wahrhaftigkeit. International besteht nach Wendt (2010) Einigkeit darüber, dass Case Manager auf der Grundlage einer abgeschlossenen humanberuflichen Hochschulbildung (Bachelor- oder Masterabschluss) tätig werden. Es sind dies vor allem Pflegefachkräfte, Sozialarbeiter, Psychologen oder Psychiater. Darüber hinaus ist eine hinreichende Berufspraxis und Weiterbildung nötig, deren Zertifizierung erfolgt nach den Vorgaben der Fachverbände.

9. Beziehung zwischen Case Manager und Patient

Nach Wendt (2010) ist bei Eintritt in ein CM nicht klar, in welcher Form sich die Kommunikation und die Beziehung zwischen Case Manager und Klient gestalten werden. Die Case Manager sollten jedoch klarstellen, dass sachlich, fair, vernünftig und möglichst zielwirksam vorgegangen werden soll. Da erst im Verlauf der Begleitung Art und Umfang der Behandlung ausgemacht werde, bleibe auch der Charakter der Beziehung offen. So sei es durchaus möglich, dass sich durch die gemeinsame Arbeit eine gute, emotional ausgeprägte persönliche Beziehung zwischen Case Manager und Klient entwickle, sie sei jedoch keine Vorbedingung für ein Erfolg versprechendes berufliches Handeln. Für Wendt (2010) legt die sachliche Orientierung im CM eine Arbeitsbeziehung nahe. Auch für Neuffer (2009) handelt es sich nicht um eine therapeutische Beziehung, sondern um eine arbeitsbezogene Beziehung. Er geht jedoch

davon aus, dass diese reflektierte arbeitsbezogene Beziehung zwischen Patient und Case Manager das Fundament für ein erfolgreiches CM darstellt und sieht die Beziehung als wesentliches Element im CM-Konzept. Patienten in multibelasteten Situationen bräuchten eine stabile, kontinuierliche, vertrauensvolle und tragfähige Beziehung zum Case Manager, um sich ihrer komplexen Situation zu stellen und diese zu verändern, wobei eine zusätzliche therapeutische Begleitung nötig sein könne. Er sieht die Gefahr der Instrumentalisierung vom Unterstützungsprozess, wenn der Beziehungsaspekt im CM-Geschehen als zweitrangig angesehen wird. Die CMSA (1995; zit. nach Wendt, 2010) beschreibt die Beziehung zwischen Case Manager und Patient relativ nüchtern als eine objektive Beziehung, die eigene oder besondere Interessen ausschliesst. Der Case Manager lasse die Beziehung der Zusammenarbeit wachsen, um die Fähigkeiten des Klienten zu maximieren.

II EMPIRISCHER TEIL

10. Forschungsgegenstand

10.1 Ausgangslage und Absicht

Die vorliegende Arbeit hat, wie in Kapitel 1.1 erläutert, zum Ziel, im Rahmen der prospektiv-qualitativen Evaluation des ICM-Projekts der IPW CM-Anwendungen in der Psychiatrie zu analysieren. Der empirischen Untersuchung liegen die theoretischen Erläuterungen und die zitierten Forschungsarbeiten der Kapitel 1 bis 9 zu Grunde, in der inhaltlichen Ausrichtung des theoretischen Blocks wurde versucht, der Breite des Themenfeldes Rechnung zu tragen.

Im empirischen Block sollen Experten im Bereich psychiatrisches Case Management zu Wort kommen. Das Ziel war, den Fokus bei der Befragung der Interviewpartner im Prozessschritt der Datenerhebung möglichst offen zu halten, um die praktische Anwendung von psychiatrischem CM, analog zur Theorie, so breit wie möglich abbilden zu können, da davon ausgegangen wurde, dass sich Parameter von erfolgreichem CM eher anhand verschiedener, miteinander verwobener Aspekte zeigen, als in Form von spezifischen Merkmalen. Die Konzeption des Interviewleitfadens bildet diese Breite ab (Anhang A). Den einzelnen Befragten sollte mit einer Offenheit und Unvoreingenommenheit begegnet werden, um reichhaltige und individuelle Aussagen zur praktischen CM-Anwendung zu erhalten und um die Voraussetzung zu schaffen, den CM-Prozess in seiner Gesamtheit abbilden zu können.

10.2 Fragestellungen

In der vorliegenden Arbeit wird folgende *Hauptfragestellung* untersucht, die der empirischen, qualitativen Untersuchung zu Grunde liegt:

„Welche Merkmale kennzeichnen erfolgreiches Case Management an ausgewählten psychiatrischen Institutionen?“

Zur Untersuchung der Faktoren, die aus Sicht von Fachpersonen für erfolgreiches CM wichtig sind, wurden, wie in Kapitel 10.1 erläutert, viele verschiedene Teilaspekte erfragt, die im Bezug auf erfolgreiches psychiatrisches CM wichtig schienen. Im Arbeits-Prozess haben sich folgende zentralen *Unterfragen* herauskristallisiert:

„Was für Kompetenzen muss ein Case Manager mitbringen und welchen Stellenwert hat die Persönlichkeit des Case Managers auf den erfolgreichen Betreuungsverlauf?“

„Wie wird die Beziehung zwischen Case Manager und Patient definiert und welchen Stellenwert hat diese im Bezug auf den erfolgreichen Betreuungsverlauf?“

„Wie schafft man es im praktischen Alltag, Patienten für eine CM-Betreuung zu motivieren?“

„Welchen Einfluss haben der CM- Kontext, das heisst, die Infrastruktur der Institution und die Netzwerkarbeit im Bezug auf erfolgreiches CM?“

10.3 Stichprobe

Die Fragestellung bestimmt die enge Interessensgruppe von Experten im Bereich psychiatrisches CM mit Praxiserfahrung, wobei keine weiteren Kriterien zur Eingrenzung der Stichprobe definiert wurden. Die Stichprobenauswahl hat sich schwierig gestaltet, es gibt nicht viele Experten, die aktuell in der Schweiz mit psychiatrischem CM arbeiten. Die Suche wurde auf das angrenzende Europa und die USA ausgeweitet. Über Kontakte der IPW, Online-Recherchen und Vermittlung durch Dritte konnten neun Personen aus der Schweiz, den Niederlanden und den USA gefunden werden, die sich bereit erklärten, ein Interview durchzuführen, wobei ein Interview als Pre-Test verwendet wurde und keinen Eingang in die Auswertung fand. Die Fälle erfüllen die Kriterien einer möglichst breiten Variation. Diese zeigt sich anhand der Kriterien ‚Geschlecht‘, ‚Land‘, ‚Funktion‘ und ‚Methodik‘. Die Tabelle 3 zeigt die Stichprobe im Überblick:

Interview	Funktion	Geschlecht	Land	Methodik	Kontakt	Kontext
A	Oberarzt	m	Australien	EPPIC	telefonisch	retrospektiv
B	Teamleitung	w	Schweiz	Keine Angabe	telefonisch	retrospektiv
C	Case Managerin	w	Schweiz	Phasenmodell nach Netzwerk CM Schweiz	persönlich	aktuell
D	Stellvertretender Chefarzt	m	Schweiz	ACT	persönlich	aktuell
E	Bereichsleitung Koordinierte Intervention	w	Schweiz	Phasenmodell nach Netzwerk CM Schweiz	telefonisch	aktuell

	Case Managerin	w				
F	Klinikleitung	m	Niederlande	Strengths Model	telefonisch	aktuell
G	Clinical Coordinator	m	Neuseeland	Strengths Model	telefonisch	retrospektiv

Tabelle 3: *Darstellung der Stichprobe*

Befragt wurden acht Experten (n=8), vier Männer und vier Frauen, wobei ein Interview (E) mit zwei Frauen derselben Institution gleichzeitig geführt wurde. Es wurde auf eine Durchmischung hinsichtlich des Geschlechts, der Funktion und der Methodik geachtet. Fünf Interviews wurden telefonisch durchgeführt, zwei im persönlichen Kontakt. Fünf der Befragten erzählten über ihre aktuelle CM-Tätigkeit, in drei Fällen sprachen sie retrospektiv über zurückliegende Erfahrungen; diese werden und wurden in der Schweiz, den Niederlanden, Australien und Neuseeland gemacht.

11. Untersuchungsdesign

Zur Untersuchung der in Kapitel 10.2 vorgestellten Fragestellungen wurde eine qualitative Vorgehensweise gewählt, die sich nach Mayring (2002) durch allgemeine Grundsätze wie Subjektbezogenheit, Alltagsbezug, Deskription, Interpretation und Generalisierbarkeit auszeichnet. Der Gegenstand der vorliegenden Arbeit rechtfertigt insofern den qualitativen Ansatz, als dass anhand weniger, sich in wesentlichen Merkmalen unterscheidenden Einzelfällen (Subjektbezogenheit) im Kontext der praktischen CM-Anwendung (Alltagsbezug) und unter Herausarbeitung der jeweiligen Besonderheiten verallgemeinernde Aussagen (Generalisierbarkeit) gemacht werden sollen. Zudem spricht für die qualitative Vorgehensweise, dass Praxisanwendungen in psychiatrischem CM in der Schweiz und im angrenzenden Europa noch relativ jung und wenig verbreitet sind. Vielerorts wird CM in der Psychiatrie gerade implementiert, eine genügend grosse Stichprobenfindung hätte sich als schwierig erwiesen, und laufende Projekte hätten vermutlich in vielen Fällen noch über kein oder wenig Datenmaterial zum CM verfügt.

Im Arbeitsprozess wurde eine qualitative Vergleichsstudie als Konzeption festgelegt. Aufgrund von viel und sehr breitem Datenmaterial musste ein Filter geschaffen werden, um einzelne, für diese Arbeit relevante Ausschnitte beleuchten zu können. Bei vergleichenden Studien wird nach Flick (2008) nicht der Fall in seiner ganzen Komplexität und Ganzheit betrachtet, sondern eine Vielzahl von Fällen im Hinblick auf bestimmte Ausschnitte. So könnten spezifische Inhalte des Expertenwissens mehrerer Personen

einander gegenübergestellt werden. Die Frage nach den fallbezogenen Auswahlkriterien, die sich nach Flick (2008) in vergleichenden Studien stellt, wurde in Kapitel 10.3 bereits beantwortet. Grundlage der Auswertung bilden die gesamten Gespräche, wobei auf Fragen, die in direktem Zusammenhang mit den in der Fragestellung formulierten Dimensionen standen, besonders fokussiert wurde.

Die Datenerhebung erfolgte mittels halbstrukturierten Leitfadeninterviews (Kap. 11.1, Anhang A). Anschliessend wurde das Material durch wörtliche Transkription aufbereitet (Kap. 11.3) und mit Hilfe einer strukturierenden Inhaltsanalyse ausgewertet (11.4). In den folgenden Kapiteln werden die einzelnen Schritte im Forschungsprozess detailliert beschrieben.

Die Einschätzung der Ergebnisqualität wird nach Abschluss der Auswertung anhand von Gütekriterien vorgenommen. In der qualitativen Forschung geht es nach Steinke (2008) darum, ein System von Gütekriterien zu formulieren, das möglichst viele Aspekte der Bewertung qualitativer Forschung abdeckt, wobei diese Kriterien je nach Fragestellung, Gegenstand und verwendeter Methodik konkretisiert, modifiziert und allenfalls ergänzt werden sollten. Steinke (2008) stellt einen Katalog von Kernkriterien auf, an dem sich qualitative Forschung orientieren kann. Die folgende Tabelle stellt die für diese Arbeit modifizierten Kernkriterien dar und zeigt, wo diesen in der vorliegenden Arbeit Rechnung getragen wird:

Kernkriterien nach Steinke:	Berücksichtigt durch:
<u>Intersubjektive Nachvollziehbarkeit:</u> Detaillierte Dokumentation des Forschungsprozesses: Erhebungsmethoden und Erhebungskontext, Transkriptionsregeln, Daten, Auswertungsmethoden, Informationsquellen.	Kap. 10, 11
<u>Indikation des Forschungsprozesses:</u> qualitatives Vorgehen, Methodenwahl, Samplingstrategie, methodische Einzelentscheidungen im Kontext der Untersuchung, Bewertungskriterien.	Kap. 11, 10.3
<u>Empirische Verankerung:</u>	Kap. 12
<u>Limitation:</u>	Kap. 12, 13
<u>Kohärenz:</u> Kohärente Ergebnisse, Widersprüche bearbeiten respektive offen legen.	Kap. 12, 13
<u>Relevanz:</u> Relevanz der Fragestellung, Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse.	Kap. 13.3-13.6

Tabelle 4: *Modifizierte Kernkriterien nach Steinke (2008, S.323-331)*

11.1 Datenerhebung

Wie in Kapitel 10.3 bereits erläutert, wurden fünf Interviews telefonisch durchgeführt, zwei Interviews im persönlichen Kontakt, die jeweils in Räumlichkeiten der Institution stattfanden, wo die Experten aktuell angestellt sind. Nach Diekmann (2009) hat die methodische Forschung im Vergleich von persönlichen und telefonischen Interviews bezüglich der Datenqualität und der Ausschöpfungsquoten Vorurteile, das telefonische Vorgehen sei eine qualitativ minderwertige Methode, eindeutig widerlegt. Fünf der Befragten erzählten über ihre aktuelle CM-Tätigkeit, drei über zurückliegende CM-Erfahrungen. Die Interviews dauerten zwischen 60 und 90 Minuten und wurden digital aufgezeichnet.

Die Datenerhebung wurde mittels problemzentriertem, halbstrukturiertem Leitfadeninterview durchgeführt (Anhang A), wobei dessen Konzeption einerseits theoriegeleitet die CM-Literatur betreffend, andererseits aufgrund von Wissen um die psychologischen Wirkfaktoren Beziehung und Motivation, welche innerhalb der CM-Fachdiskussion nur wenig Beachtung finden, stattgefunden hat. Die daraus resultierenden Fragen bilden den Rahmen der Interviews und dienen zur Orientierung und Kontrolle. Im Befragungsprozess sollen Raum für spontane Fragen und eine flexible Handhabung des Ablaufs gewährleistet sein. Nach einem Pre-Test mit einer Expertin wurde der Leitfaden geringfügig gekürzt und verdichtet, im Wesentlichen aber belassen.

11.2 Datenaufbereitung

Die Interviews wurden mit einer Ausnahme vollständig wörtlich transkribiert, wobei allfällige grobe Satzbaufehler behoben wurden. Die auf Schweizerdeutsch geführten Interviews wurden ins Schriftdeutsche übersetzt. Die auf Englisch geführten Interviews wurden auf Englisch transkribiert und es wurden nur die für die Auswertung verwendeten Textpassagen ins Schriftdeutsche übersetzt. Da in einem Fall die Telefonverbindung in die USA durch wiederkehrende, kurze Unterbrüche gestört war, konnte dieses Interview nicht vollständig wörtlich transkribiert werden. Die Einbussen sind jedoch nicht so massiv, als dass das Material nicht hätte verwendet werden können – der Inhalt des Gesagten kann nachvollzogen werden. Nonverbale Äusserungen wurden keine notiert. Die Gespräche wurden anonymisiert und können bei der Verfasserin auf Anfrage eingesehen werden.

11.3

Qualitative, strukturierende Inhaltsanalyse

Die qualitative Inhaltsanalyse befasst sich mit der systematischen Erhebung und Auswertung von Texten (Diekmann, 2009). Für die vorliegende Arbeit wurde die Technik der qualitativen, strukturierenden Inhaltsanalyse gewählt, deren Zielsetzung es nach Mayring (2008) ist, bestimmte Themen, Inhalte, Aspekte aus dem Material herauszufiltern und zusammenzufassen. Die grundsätzliche Strukturierung in Kategoriensysteme wurde, analog zur Konzeption des Interviewleitfadens, basierend auf der CM-Fachliteratur und in Erweiterung durch die Parameter ‚Beziehung‘ und ‚Motivation‘ vorgenommen. Die zu extrahierenden Textstellen wurden vorab mittels Kodierregeln und Ankerbeispielen definiert. Im Prozess der Materialdurcharbeitung wurde das Kategoriensystem überprüft und induktiv am Material differenziert und erweitert. Die für die weitere Analyse ausgewählten Fundstellen wurden paraphrasiert und in Haupt- und Unterkategorien zusammengefasst. Die Tabelle 5 zeigt das Kategoriensystem im Überblick:

Hauptkategorie	Unterkategorie	Ergebnisse
(I) Erfolgreiches CM	Allgemeine Merkmale	Kap. 12.1.1
	Prognostik	Kap. 12.1.2
	Patientenbezogene Merkmale	Kap. 12.1.3
(II) Case Manager	Persönlichkeitsvoraussetzungen und Kompetenzen	Kap. 12.2.1
	Ausbildung und berufliche Erfahrungen	Kap. 12.2.2
	Stellenwert Persönlichkeit	Kap. 12.2.3
(III) Beziehung Case Manager - Patient	Definition	Kap. 12.3.1
	Merkmale	Kap. 12.3.2
	Stellenwert	Kap. 12.3.3
	Schwierigkeiten	Kap. 12.3.4
(IV) Motivation	Motivation	Kap. 12.4.1
(V) CM-Kontext	Infrastruktur Institution	Kap. 12.5.1
	Netzwerk	Kap. 12.5.2

Tabelle 5: *Kategoriensystem der strukturierenden Inhaltsanalyse mit Haupt- und Unterkategorien*

Im Analyseprozess wurde das Kategoriensystem zuerst auf die einzelnen Interviews angewandt, in einem zweiten Schritt wurden diese Ergebnisse auf Ebene der gesamten Materialmenge zusammengeführt.

12. Darstellung der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse aus der qualitativen Untersuchung kategorien-spezifisch und fallübergreifend zusammengefasst und miteinander verglichen. Die Ergebnisse werden, wie in Kapitel 1.3 erläutert, methodenunspezifisch dargestellt. Aufgrund des Datenmaterials waren Unterschiede hinsichtlich der in der Praxis angewandten CM-Methodik kaum auszumachen. Immer wieder werden einzelne, dem Material entnommene Zitate im Sinne einer Bereicherung oder Verdichtung angeführt. Im Kapitel 13 folgt die Interpretation der Ergebnisse.

12.1 Erfolgreiches Case Management (I)

Aus den Interviews lassen sich Aussagen subsumieren, die Merkmale von erfolgreichem CM bezeichnen. Die Hauptkategorie ist in die Unterkategorien ‚allgemeine Merkmale‘, ‚Prognostik‘ und ‚patientenbezogene Merkmale‘ gegliedert. Die Tabelle 6 zeigt die Hauptkategorie im Überblick:

Hauptkategorie ‚Erfolgreiches Case Management‘	
<ul style="list-style-type: none"> - Case Manager hat adäquate Supervision und Kontrolle - Kontinuität der Begleitung durch Infrastruktur - Abhängig von Persönlichkeit Case Manager - Netzwerk: Aufbau, Tragfähigkeit, Koordination - Erfolgreiches gegenseitiges Abgrenzen - Gleiche Vorstellungen von der Zusammenarbeit - Zielerreichung - Akzeptanz von Rückschlägen - Beteiligtes System bemerkt den Erfolg - Recovery (Wiedergesundung) erreichen - Ermutigung gelingt - Wünsche des Patienten sind berücksichtigt 	Allgemeine Merkmale

<p><u>Positiv prognostisch:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Schnelles Ansprechen auf Behandlung - Soziale Integrität - Schneller Aufbau einer guten Beziehung <p><u>Negativ prognostisch:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Doppeldiagnose - Komorbidität mit Substanzmissbrauch - Suizidversuch im letzten Monat vor Aufnahme - Lange unbehandelte Psychosen - Männliches Geschlecht - Trauma in der Geschichte - High-Expressed-Emotions in der Familie <p><u>Andere:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - weiss nicht, erforschen gerade - es gibt keine Prädiktoren 	Prognostik
<ul style="list-style-type: none"> - Kompetenzen, sich weiterzuentwickeln - Eigene Bedürfnisse kennen - Praktische Fertigkeiten - Gewisse Selbstständigkeit im Alltag - Zielerreichung aus Patientensicht - Für Patient ist die Behandlung ok - Stabilisierung - Verbesserung der Lebensqualität - Arbeitstätigkeit - Funktionsniveau eher hoch - Pflegen von Freizeitaktivitäten - Abmachungen einhalten 	Patientenbezogene Merkmale

Tabelle 6: Zusammenfassung Hauptkategorie ‚Erfolgreiches Case Management‘ mit Unterkategorien

12.1.1 Allgemeine Merkmale

Die Aussagen aus den Interviews zu dieser Unterkategorie sind eher heterogen und betreffen eine breite Faktorenpalette. Drei Interviewpartner sprechen von der Wichtigkeit des Netzwerks im Bezug auf erfolgreiches CM. Zwei Experten benennen dabei den Aufbau und die Tragfähigkeit des Netzwerks als wichtig, ein dritter Experte stellt die Koordination mit dem beteiligten Netzwerk als zentralen Faktor dar. Als zweites wichtiges Merkmal wurde in zwei Fällen die Zielerreichung genannt. In diesem Zusammenhang gab eine erste Expertin an, dass sich erfolgreiches CM daran festmachen lasse, ob Teilziele, oder mittel- und langfristige Ziele erreicht wurden, oder ob eine Annäherung an diese Ziele stattgefunden hat. Speziell die Erreichung langfristiger Ziele bedeutet nach Aussagen einer zweiten Expertin einen grossen Erfolg.

C: „...also wenn man nach drei Jahren bei einem Heavy User, nach drei Jahren ein grosses Ziel erreicht hat, das ist ein sehr erfolgreiches Case Management, also toll.“

Im Bezug auf die Zielerreichung ist es nach Aussagen der ersten Expertin wichtig, die individuelle Gewichtung des Erfolgs zu berücksichtigen, so würde für den einen Patienten schon ein kleines Schrittchen einen Erfolg darstellen, ein anderer Patient möchte grössere Schritte machen, und wenn das in der gegebenen Situation möglich sei, so sei das natürlich auch ein Erfolg. In jedem Fall sei die individuelle Bewertung des Erfolgs durch den Patienten ausschlaggebend im Bezug auf erfolgreiches CM. Eine Interviewpartnerin bezeichnet gleiche Vorstellungen über die Zusammenarbeit von Case Manager und Patient als Erfolg, diese seien auch Grundlage für eine mögliche Zielerreichung. Ein Experte betonte, dass in seinen Augen eine gelungene Ermutigung des Patienten der wichtigste Faktor für einen erfolgreichen Betreuungsverlauf darstellt.

G: „Wenn ein Case Manager erfolgreich sein will, dann muss er das immer im Kopf haben: Wie können Sie (die Patienten, Anm. Verf.) ihre Ziele erreichen? Und er muss helfen, diese in kleine Schritte herunter zu brechen. (...) Das, was der Case Manager macht, ist die Patienten zu ermutigen. (...) Wenn man die Leute (Patienten, Anm. d. Verf.) fragt, was ihnen am Meisten geholfen hat, dann sagen sie immer Ermutigung.“

Erfolgreiches Ermutigen sei in dem Zusammenhang abhängig davon, ob die individuellen Wünsche des Patienten berücksichtigt worden seien. Das Ziel von psychiatrischem CM sei es, Wiedergesundung (Recovery) zu erreichen, und wenn dies gelinge, könne man von erfolgreichem CM sprechen. Für einen weiteren Experten ist erfolgreiches CM dann gegeben, wenn bestimmte infrastrukturelle, institutionelle Voraussetzungen geschaffen sind, für ihn bedeute erfolgreiches CM, wenn der Case Manager die adäquate Supervision, Kontrolle und Infrastruktur habe, um einen schwer psychisch kranken Menschen im gesamten Krankheitsverlauf kontinuierlich zu begleiten. Ein Interviewpartner führt an, dass erfolgreiches CM sich an einem positiven Effekt auf die Lebensqualität des Patienten ablesen lasse. Als weitere Punkte wurden die Akzeptanz von Rückschlägen im CM-Prozess und das erfolgreiche gegenseitige Abgrenzen von Case Manager und Patient genannt.

E: „Und dann gibt es halt wieder einen Rückfall. Die Wege sind halt nicht gradlinig, das gehört halt auch zu einem erfolgreichen Case Management, dass man das akzeptiert.“

Eine Interviewpartnerin empfindet es als Erfolg, wenn das beteiligte Netzwerk eine Verbesserung bemerkt.

E: „Ja, wenn natürlich die Eltern von einem betroffenen Sohn oder auch das Sozialamt sagen kann, doch, wir sind entlastet, wir haben nicht mehr die gleichen Schwierigkeiten, wir geraten nicht mehr aneinander, und und und... Dann finde ich, ist das ein Erfolg.“

Auffallend bei den Aussagen dieser Kategorie war, dass drei Interviewpartner auf die Frage: „Was bedeutet für Sie erfolgreiches Case Management?“ ausschliesslich patientenbezogene Faktoren genannt haben (Kap. 11.1.3).

12.1.2 Prognostik

Als Prädiktoren für eine erfolgreiche CM-Betreuung benannten zwei Experten eine schnelle effektive Zusammenarbeit zwischen Case Manager und Patient, respektive ein schnelles Ansprechen auf die Behandlung. Zwei Interviewpartner betonten die Wichtigkeit der Beziehung zwischen Case Manager und Patient, wobei der Fokus im einen Fall sowohl auf der Schnelligkeit im Beziehungsaufbau als auch auf der Beziehungsqualität lag; so sei der schnelle Aufbau einer guten, vertrauensvollen Beziehung ein Hinweis auf einen erfolgreichen Betreuungsverlauf. Im umgekehrten Fall seien Schwierigkeiten im Beziehungsaufbau negativ prognostisch. Im anderen Fall wurde nur die Beziehungsqualität als prognostischer Faktor genannt, die im Bezug auf frühzeitige Hinweise einen viel grösseren Stellenwert einnehme als Kriterien wie Diagnose oder Länge der psychiatrischen Behandlung.

G: „Einer der besten Indikatoren ist die Beziehung, die der Klient mit dem Case Manager hat. Wenn diese warm, positiv, zweckmässig ist, dann ist dies wohl der grösste Prädiktor für Erfolg. Mehr als alles andere, mehr als Diagnose, Länge der psychiatrischen Behandlung oder irgendeiner dieser Faktoren.“

Drei Interviewpartner konnten keine frühzeitigen Hinweise benennen, eine Expertin sagte, sie wisse nicht, ob es Prädiktoren gebe, an ihrer Institution laufe aber aktuell ein Monitoring zu dieser Fragestellung, die anderen beiden Experten gehen nicht davon aus, dass Prädiktoren für erfolgreiche CM-Begleitungen existieren. In einem dieser Fälle wurden Faktoren wie Diagnosen, Needs oder interpersonelle Stile als mögliche Prädiktoren untersucht, es konnte jedoch kein Zusammenhang mit erfolgreichen Betreuungsverläufen hergestellt werden.

D: „Meiner Meinung nach nicht. Dazu habe ich mich zu oft getäuscht. Ich habe auch gedacht, dass man mit solchen Dingen wie Diagnosen, mit wie viele Needs, wie sind die

interpersonellen Stile..., es kommt einfach nichts raus. Und man kann umgekehrt bei schwierigen Verläufen am Anfang nicht sagen, ob es doch irgendwann geht.“

Ein Experte nannte die positiv-prognostische Wirkung der sozialen Integrität, negativ-prognostisch seien Doppeldiagnosen, Komorbidität mit Substanzmissbrauch, Trauma in der Geschichte, lange, unbehandelte Psychosen, männliches Geschlecht, Suizidversuch im letzten Monat vor Aufnahme ins CM und High-Expressed-Emotions in der Familie.

12.1.3 Patientenbezogene Merkmale

Als patientenbezogene Merkmale, an denen sich der Erfolg einer CM-Betreuung feststellen lässt, wurde in zwei Fällen eine gewisse Selbstständigkeit im Alltag genannt. Hierbei spielen einerseits Faktoren eine Rolle, die sich unter dem Begriff praktische Fertigkeiten subsumieren lassen, zum Beispiel das Zahlen der eigenen Rechnungen, das Einhalten von Abmachungen oder das Einkaufen der notwendigsten Dinge. Auch die Arbeitstätigkeit, das Pflegen von Freizeitaktivitäten oder der Austausch mit dem sozialen Netz wurden in dem Zusammenhang als wichtig angesehen, um von erfolgreichem CM zu sprechen. Wiederum in zwei Interviews wurde betont, dass es in erster Linie darauf ankomme, dass der Patient das CM als erfolgreich beurteile und dass aus dessen Sicht die Behandlung gut gelaufen sei. Auf die Frage, was eine erfolgreiche Behandlung ausmacht, nennt ein Interviewpartner unter anderem die Zielerreichung aus Patientensicht:

D: „Selbstständigkeit. Ich würde es aber weniger weit fassen. Zufriedenstellende Behandlung ist, wenn ein Patient sagt, das ist ok für mich und ich habe die Ziele, die ich mir gesetzt habe, erreicht.“

Eine Verbesserung der Lebensqualität wurde von zwei Experten als Merkmal benannt. Eine Expertin sagt, erfolgreiches CM zeige sich daran, dass Patienten ihre Bedürfnisse kennen würden und die Kompetenzen hätten, sich weiterzuentwickeln. Auch einmal genannt wurden die Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus und eine allgemeine Stabilisierung als Indikatoren für erfolgreiches CM.

12.2 Case Manager (II)

Unter der Hauptkategorie ‚Case Manager‘ werden die Unterkategorien ‚Persönlichkeitsvoraussetzungen & Kompetenzen‘, ‚Ausbildung & berufliche Erfahrungen‘ und ‚Stellenwert Persönlichkeit Case Manager‘ zusammengefasst. Diese letzte Unterkategorie soll einen Hinweis liefern, welche Wichtigkeit die Interviewpartner der

Persönlichkeit des Case Managers im CM-Prozess zumessen. Tabelle 7 zeigt diese Kategorie im Überblick:

Hauptkategorie Case Manager	
<ul style="list-style-type: none"> - Motivation - Abgrenzungsfähigkeit - Empathie - Ausdauer - Bereitschaft, viel zu investieren - Fähigkeit zur Etablierung einer Beziehung - Strukturierungsfähigkeit - gewisse Unabhängigkeit - Verantwortung tragen können - Trennung Patientenziele und eigene Zielen - Viel Sozialkompetenz - Kommunikationsfähigkeit - Rücksicht auf Autonomie des Patienten - Kooperationsfähigkeit - Gelassenheit - Zuversicht - Fähigkeit der Fokussierung auf Ziele - Hoffnung geben können - Mit kleinen Schritten zufrieden sein können - Auf den Patienten eingehen können - Organisationsfähigkeit - Sehr viel Neugierde - Sehr viel Kreativität - Offenheit - Kritische Selbstreflexion - Planmässiges Vorgehen 	<p>Persönlichkeitsvoraussetzungen & Kompetenzen</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Erfahrung in der Psychiatrie - Erfahrung mit Krankheitsbildern - Erfahrungen im Sozialversicherungsrecht - professionelle Ausbildung - Sozialarbeiter mit CAS in CM und/oder Erfahrungen im CM - mögliche Hintergründe: Psychiatriepfleger, Sozialarbeiter, Ergotherapeut, Psychologe, Assistenzarzt - Kennen von Gesprächsmethodik 	<p>Ausbildung & berufliche Erfahrung</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Spielt eine zentrale Rolle (5x) - Ist ein Puzzleteil im Ganzen (2x) - keine Angaben (1x) 	<p>Stellenwert Persönlichkeit Case Manager</p>

Tabelle 7: Zusammenfassung Hauptkategorie ,Case Manager' mit Unterkategorien

12.2.1 Persönlichkeitsvoraussetzungen und Kompetenzen

Die am häufigsten genannten Voraussetzungen, die ein Case Manager mitbringen sollte, waren die Kommunikationsfähigkeit und die Fähigkeit, planmässig und strukturiert vorzugehen, diese Kompetenzen nannten drei Interviewpartner. An zweiter Stelle folgen Zweifach-Nennungen, hier wurde unter anderem angegeben, dass der Case Manager über Abgrenzungsfähigkeit und Ausdauer verfügen und Verantwortung tragen können sollte.

A: „Wenn sie (die Case Manager, Anm. d. Verf.) sich nicht abgrenzen, das kann dann sehr schwierig werden, weil sie gehen ja zu den Leuten nach Hause, da trifft man sie in ihrer Lebenswelt, da muss man schon klare Grenzen haben. Also müssen es Leute sein, die klar strukturiert sind, die wissen, was sie machen, die Verantwortung tragen können.“

Oft wurde direkt oder indirekt der Umstand benannt, dass der Case Manager in seiner Funktion viel Verantwortung trägt und relativ unabhängig Entscheidungen treffen können muss. Hier scheint es wichtig zu sein, dass ein gutes Mass von Autonomie gefunden wird. So werden als Case Manager keine Alleingänger benötigt, die alle Verantwortung an sich reissen; dennoch scheint eine unabhängige Entscheidungskompetenz in vielen Situationen im beruflichen Alltag wichtig zu sein. Auch muss der Case Manager bereit sein, eine erhebliche Belastung zu tragen, er muss Krisensituationen aushalten können und ist dafür verantwortlich, ob und wann ein Patient in die Klinik eingewiesen wird.

D: „Und es braucht schon die Bereitschaft, eine erhebliche persönliche Belastung zu tragen. Zum Beispiel, sie können nicht, jedes Mal wenn jemand sagt, ‚ich bring mich um‘ den gleich wieder in die Klinik schicken. Und in der Klinik machen sie die Tür zu und draussen besteht immer so eine Restunsicherheit.“

Um der Problematik einer Überinvolviertheit des Case Managers oder einer Überbetreuung vorzubeugen, benennen zwei Experten als wichtige Voraussetzung die Abgrenzungsfähigkeit.

E: „Und was auch noch wichtig ist, ist die Abgrenzung, (...) also dass man nicht so ein Helfersyndrom an den Tag legt, weil man das Gefühl hat, dass die Patienten gar nicht in der Lage sind, sondern wirklich schaut, was können sie selbst, wo sind die Ressourcen, die Selbstbestimmung berücksichtigt (...). Die Haltung ist ganz wichtig, dass man nicht eine Überbetreuung macht, dass man so viel macht, wie es braucht, aber nicht mehr.“

Weitere Zweifach-Nennungen waren Empathie, die Fähigkeit zur Etablierung einer Beziehung und die Fähigkeit zur Fokussierung auf Ziele. Ein Experte betont, in seinen Augen sei die Fähigkeit zum Aufbau einer Beziehung die wesentlichste Eigenschaft, über die ein Case Manager verfügen sollte. Ein Interviewpartner meint, dass der Beziehungsaufbau im Wesentlichen davon abhängt, ob der Case Manager fähig sei, sich auf den Patienten und dessen Welt einzulassen und diesen authentisch zu begleiten. Hier scheint ein Spannungsfeld zu existieren, der Case Manager soll sich auf den Patienten und dessen Wünsche und Bedürfnisse einlassen, mit dem Patienten eine intensive Beziehung aufbauen können, und gleichermassen muss er die Fähigkeit haben, sich abzugrenzen.

Als weiteres Spannungsfeld bezeichnet ein Experte, dass der Case Manager sich insofern in einer schwierigen Situation befinde, als dass er den Erfolg der Patienten nicht nur von seiner Person abhängig machen dürfe. Im CM-Prozess sei eine Frustrationstoleranz gefragt, der Case Manager müsse mit kleinen Schritten zufrieden sein können.

Im Bezug auf die Fokussierung auf Ziele nennt ein Experte die Schwierigkeit, nicht die eigenen Ziele mit denjenigen der Patienten zu verwechseln.

F: „Und nochmals, er (der Case Manager, Anm. d. Verf.) muss fähig sein, sich auf die Ziele des Patienten zu fokussieren, nicht auf seine eigenen, weil das ist für viele unserer Case Manager schwierig.“

Auch eine andere Expertin spricht diese Problematik im Zusammenhang mit den eigenen Zielen und der eigenen Motivation an:

C: „Es ist ganz schwierig in der Zusammenarbeit, nicht die eigenen Ziele und die eigene Motivation zu projizieren und den Patienten oder den Klienten mit dem zu umhüllen und ihm etwas aufzudrücken, was er gar nicht will.“

Eine klare Unterscheidung der Ziele sei wichtig, sie benennt in dem Zusammenhang eine weitere Schwierigkeit, oft sei es nötig, einen gewissen Druck auszuüben, damit der Patient die Grenzen spüre, und dennoch dürfe man nicht so viel Druck ausüben, dass der Patient nicht mehr das mache, was er eigentlich wolle. Hier sei ein ständiges Abschätzen der Situation nötig und ein Gespür dafür, was der andere brauche.

Ein Interviewpartner drückte aus, dass ein Case Manager über sehr viel Kreativität und Neugierde verfügen sollte, um seinen Job gut machen zu können. Ein anderer Experte betont, dass der Glaube an die Patienten und deren Wiedergesundung (Recovery) und das Geben von Hoffnung die wichtigsten Voraussetzungen sind.

Als weitere Kompetenzen und Persönlichkeitsvoraussetzungen des Case Managers wurden je einmal die Motivation, die Bereitschaft, viel zu investieren, viel Sozialkompetenz, die Rücksicht auf die Autonomie des Patienten, die Kooperationsfähigkeit, Gelassenheit, Zuversicht, Offenheit, Organisationsfähigkeit und die Fähigkeit zur kritischen Selbstreflexion bezeichnet.

12.2.2 Ausbildung & berufliche Erfahrungen

Fast alle der Befragten nennen eine professionelle Ausbildung oder Erfahrungen im psychiatrischen Kontext als Voraussetzung, um als Case Manager zu arbeiten. Drei der Experten betonen, dass sie eine professionelle, abgeschlossene Ausbildung als Grundlage ansehen. Ein Experte meint, als Case Manager kämen für ihn Menschen in Frage, die eine Ausbildung als Psychiatriepfleger, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, Psychologen oder Assistenzärzte haben. Neben der beruflichen Ausbildung beschreibt dieser Experte die Wichtigkeit der Erfahrung und Kompetenz im Krankheitsbild.

A: „Sie müssen sehr kompetent sein im Krankheitsbild. Das ist extrem wichtig, die Kompetenz. Das gibt dann auch die Sicherheit für den Patienten, ‚das ist einer, der versteht mich, der kommt draus‘.“

Eine Interviewpartnerin nennt als Voraussetzungen die Ausbildung zum Sozialarbeiter mit CAS in CM und/oder Erfahrungen im CM. Erfahrungen in der Psychiatrie sind in ihren Augen keine zwingende Voraussetzung, die könne man sich auch „on the job“ erarbeiten. Weiter sei das Kennen der Gesprächsmethodik eine Grundlage.

Zwei der Befragten nannten Erfahrungen in der Psychiatrie, im Ambulatorium und Erfahrung mit psychiatrischen Erkrankungen als erforderlich. Eine Expertin sagt, im praktischen Alltag wäre das Kennen des Sozialversicherungsrechts sehr wertvoll.

Zwei der Befragten nannten keine spezifisch beruflichen Voraussetzungen. Dies könnte daran liegen, dass diese beiden Interviews auf Englisch durchgeführt wurden, und der Begriff „skills“ als Übersetzung für Fertigkeiten oder Kompetenzen im Englischen den beruflichen Kontext nicht impliziert.

12.2.3 Stellenwert Persönlichkeit Case Manager

Fast alle Experten gehen davon aus, dass die Persönlichkeit des Case Managers eine zentrale Rolle spielt im CM-Prozess. Ein Experte meint, dass der Erfolg von CM zu drei Vierteln personenabhängig ist, und meint damit sowohl die Person des Case Managers als auch die Person des Patienten. Ein anderer Experte macht den Einfluss der Persönlichkeit des Case Managers möglicherweise an Persönlichkeitsstilen fest, die sich in der Kommunikation zwischen Case Manager und Patient zeigen würden. Vor allem die Attributionsstile und die Kontrollüberzeugungen der Case Manager scheinen in seinen Augen einen grossen Einfluss zu haben.

D: „Es gibt klare Präferenzen von Teams (Case-Manager-Teams, Anm. d. Verf.), wenn man sie fragt, für Patienten. Also die mögen mehr Patienten, die sie als kompetent einschätzen, die ihre Ratschläge befolgen, und wenn sie das nicht tun, wird's oft sehr schwierig, dann erleben die in qualitativen Untersuchungen die Patienten als zu anspruchlich, als gegen sich gerichtet, mit allen möglichen wüsten Attributen. Und deshalb denke ich, dass es einen erheblichen Anteil spielt, und dass auch da vor allen Dingen die Kontrollüberzeugungen der Betreuer mit reinkommt, ich kann diese ganzen Geschichten beeinflussen, oder ich kann dem eine Richtung geben, oder ich habe das Gefühl, ich kann das nicht tun.“

Für zwei Interviewpartnerinnen stellt die Persönlichkeit des Case Managers ein Puzzleteil im Ganzen dar. Somit messen sie diesem Faktor keine herausragende Rolle zu, sondern sehen deren Einfluss als einen Teil von vielen möglichen Faktoren.

E: „Es ist ein Puzzleteil im Ganzen, also die ganze Beziehungsgestaltung ist sicher ein Teil, aber auf der anderen Seite muss man wirklich sagen, gerade bei unserem Klientel, da geht natürlich rund herum noch viel anderes ab. Also die Krankheitsgeschichte, eine 20-jährige oder 30-jährige Krankheitsgeschichte, da muss man auch gesund bleiben und auf dem Boden bleiben, dass da nicht gerade beim ersten Mal alles nur rund läuft, das ist ja klar. (...) Ich denke, es ist ein Teil von vielen Teilen.“

Eine der Befragten äussert sich nicht zum Stellenwert der Persönlichkeit des Case Managers.

12.3 Beziehung Case Manager – Patient (III)

Die Unterkategorien ‚Definition‘, ‚Merkmale‘, ‚Stellenwert‘ und ‚Schwierigkeiten‘ bilden die Struktur der Hauptkategorie ‚Beziehung Case Manager – Patient‘. Die

Unterkategorie ‚Stellenwert‘ soll auch hier wieder einen Hinweis liefern, welchen Einfluss die Befragten der Beziehung zwischen Case Manager und Patient im CM-Prozess zumessen. Die Tabelle 8 zeigt die Kategorie im Überblick:

Hauptkategorie Beziehung Case Manager - Patient	
<ul style="list-style-type: none"> - professionelle, vertrauensvolle Beziehung - begleitende Beziehung - Geschäftsbeziehung - therapeutische Arbeitsbeziehung - freundschafts-ähnliche Beziehung 	Definition
<ul style="list-style-type: none"> - Intensiv - Strukturiert - klarer Auftrag - klarer Zeithorizont - begleitend - unterstützend - Freiheit und Individualität respektierend - Spielen von Distanz und Nähe - gleichwertig - professionelle Nähe - zielgerichtet - authentisch - warm - positiv 	Merkmale
<ul style="list-style-type: none"> - Risiko von Missbrauch - Risiko von Abhängigkeit - Risiko von zu viel Intensität - Schwierigkeit vom Abschluss - Schwierigkeit Grenze Nähe-Distanz 	Schwierigkeit
<ul style="list-style-type: none"> - sehr wichtig (5x) - wichtig (3x) 	Stellenwert

Tabelle 8: Zusammenfassung Hauptkategorie ‚Beziehung Case Manager – Patient‘ mit Unterkategorien

12.3.1 Definition

Fast alle der Befragten definieren die Beziehung zwischen Case Manager und Patient als professionelle Beziehung, drei dieser Experten, indem sie explizit das Wort professionell verwenden, ein Experte nennt die Beziehung eine therapeutische Arbeitsbeziehung, eine Expertin definiert sie als berufliche Geschäftsbeziehung.

C: „Was ich anbiete, ist eine Dienstleistung, er (der Patient, Anm. d. Verf.) ist mein Kunde. Es ist eine, das klingt jetzt blöd, eine Geschäftsbeziehung. Also eine berufliche Beziehung.“

Eine Interviewpartnerin umschreibt die Beziehung als begleitende Beziehung. Ein Experte nennt sie freundschaftlich oder Freundschafts-ähnlich.

Aus den Aussagen geht hervor, dass die Mehrheit der Befragten die Beziehung spezifisch als professionell, arbeits- und geschäftsbezogen definieren.

12.3.2 Merkmale

Bei den Merkmalsnennungen wird die Beziehung am häufigsten, von drei der Befragten, als intensiv oder sehr intensiv beschrieben. Auch dreimal fallen die Stichworte Nähe und Distanz. In dem Zusammenhang sagen zwei Experten aus, dass das Spielen von Nähe und Distanz in der Beziehung sehr wichtig sei. So sei es zentral, eine nahe, vertrauensvolle Beziehung aufzubauen, gleichzeitig müsse aber ein gewisser professioneller Rahmen eingehalten werden und der Case Manager müsse immer wieder die Möglichkeit haben, aus dem Beziehungs-System auszusteigen.

E: „Ich finde, eine gewisse Nähe-Distanz muss ja auch spielen. (...) Wenn die Frau (die Case Managerin, Anm. d. Verf.) zu einer Geburtstagsparty eingeladen würde, fände ich das auch nicht gut.“

C: „Klar, weil es hier um etwas sehr Persönliches geht, also es geht ja nicht um die Erkrankung bei uns, sondern um die persönlichen Ziele vom Klient, kommt man sich schon ein bisschen näher, man erfährt auch von den privaten Problemen, zum Teil sehr intime Sachen, man kommt sich näher, und trotzdem ist da eine Distanz, die muss auch sein.“

Einer der Interviewpartner bemerkt im Zusammenhang mit Nähe und Distanz, dass er den Begriff der professionellen Distanz verabscheue und dass in seiner Institution der Begriff der professionellen Nähe verwendet werde. So sei es legitim, dass der Case Manager sein Privatleben nutze, um mit dem Patienten in Kontakt zu kommen. Dies könne geschehen, indem er zum Beispiel dem Patienten eigene Ferienfotos zeige, oder seinen Hund mit auf Spaziergänge mit dem Patienten mitnehme. Der Einbezug von Privatem sei innerhalb einer professionellen Beziehung möglich.

F: „Man ist kein Freund, man ist kein Liebhaber, man ist ein Professioneller, aber man braucht soll solche Sachen (Einbezug vom Privatleben des Case Managers, Anm. d. Verf.) einbeziehen, um in Kontakt mit dem Patienten zu kommen.“

Ein Experte meint, dass die meisten Patienten in der Beziehung zum Case Manager eine Freundschaft suchen würden, was oft parallel gehe mit einem Mangel an sozialer Verbindung. Er findet es wichtig, dass der Case Manager mit den Patienten über die Art der Beziehung spricht und vermitteln kann, dass es sich um eine professionelle Beziehung handelt. Gleichzeitig äussert er auch eine Unsicherheit darüber, wie im CM-Setting mit der Beziehung umgegangen werden sollte.

D: „Also dass man mit dem Patienten bespricht, dass man versteht, dass sie das (eine Freundschaft, Anm. d. Verf.) wollen, aber sie immer wieder über das Wesen der Beziehung aufklärt. Aber ich bin nicht sicher, was richtig ist.“

Zwei der Befragten sagten aus, dass die Beziehung zielgerichtet sein soll respektive einen klaren Auftrag und Zeithorizont haben sollte.

Weitere Merkmale der Beziehung, die je einmal genannt wurden, sind unterstützend, authentisch, warm, gleichwertig und respektvoll.

12.3.3 Schwierigkeiten

Vier Experten benennen Risikofaktoren, die im Zusammenhang mit der Beziehung zwischen Case Manager und Patient bestehen. In gleichem Umfang, mit je zwei Nennungen, werden das Risiko der Abhängigkeit und des Missbrauchs und die Schwierigkeit des Abschlusses der CM-Begleitung genannt. Ein Experte sagt aus, dass es klare Grenzen gegenüber Missbrauch geben müsse. Um Übergriffe auf die Patienten oder Abhängigkeitsverhältnisse zu verhindern, seien der regelmässige Austausch und die Kooperation innerhalb des Behandlungsteams enorm wichtig.

D: „(...) Übergriffe entstehen meistens bei besonders engen, exklusiven, ausserhalb des Teams gelagerten Verhältnissen. Das ist so wichtig, es immer wieder ins Team zu bringen.“

Auch eine andere Expertin spricht diese Problematik an. Sie bezeichnet die Gefahr, dass sich die Beziehung zwischen Case Manager und Patient zu einer zu intensiven oder exklusiven Beziehung entwickeln kann. Aus einer solchen Konstellation könne sich sehr schnell ein Abhängigkeitsverhältnis entwickeln. Sie schreibt in dem Zusammenhang regelmässigen Supervisionen und Rapporten im Betreuungsteam eine prophylaktische Wirkung zu.

E: „Mit dem Risiko, dass es dann eine zu intensive Beziehung wird. Darum fand ich es auch immer wichtig, dass man all die Rapporte und Supervisionen hat, und dass wir auch immer wieder aktiv nachfragten, wo die Case Manager jetzt sind mit den Patienten. Das Risiko ist schon, dass es zu einer Abhängigkeit kommt.“

Die gleiche Gewichtung wie das Risiko der Abgrenzung und des Missbrauchs erfährt nach Aussagen der Experten die Schwierigkeit, die CM-Begleitung abzuschliessen. Eine Expertin macht die Schwierigkeit des Abschlusses daran fest, dass der Case Manager für den Patienten oftmals die einzige Person sei, zu der Vertrauen aufgebaut wurde.

B: „Darum ist es mit dem Beenden des Case Managements schwierig. Bei unserer Zielpopulation vom mobilen Team, wenn das Leute sind, die schon seit Jahren krank sind, und im ganzen Umfeld niemanden mehr haben, und wenn der Case Manager so ein wenig die einzige Person ist, zu der er Vertrauen hat, dann ist das schon schwierig.“

Es scheint wichtig zu sein, dass der Abschluss der Beziehung geplant und dosiert stattfindet und keinen Abbruch darstellt. Eine Interviewpartnerin sagte aus, dass die meisten Patienten relativ kompetent seien, und benennen könnten, in welchem Abstand sie noch Treffen mit dem Case Manager benötigten. So sei es am Besten, die Termine geplant „ausschleichen" zu lassen.

12.3.4 Stellenwert

Fünf der Befragten messen der Beziehung einen sehr wichtigen Stellenwert bei. In dem Zusammenhang nennt eine Expertin die Beziehung als eine „zentrale riesige Sache“, für eine weitere Expertin stellt die Beziehung die Grundlage der Zusammenarbeit dar und ein Experte bemerkt, dass für den Patienten die Beziehung zum Case Manager direkt nach derjenigen zur Familie und zu Freunden komme.

Drei der Befragten messen der Beziehung einen wichtigen Stellenwert bei. Für eine Interviewpartnerin stellt die Beziehungsgestaltung ein wichtiger Faktor dar, der im Zusammenspiel mit anderen wichtigen Faktoren zu sehen sei. Ein Experte führt aus, dass eine gute Beziehung am stärksten durch direkte Sachhilfe aufgebaut werden kann. In seinen Augen nimmt die Beziehung einen wichtigen Stellenwert ein, vor allem aber in der Initialphase misst er der konkreten, direkten Sachhilfe mehr Bedeutung zu.

12.4 Motivation (IV)

In dieser Hauptkategorie wird die Handlungskomponente ‚Motivation‘ dargestellt. Die Tabelle 9 zeigt die Hauptkategorie im Überblick:

Hauptkategorie Motivation	
<ul style="list-style-type: none"> - Konzentration auf individuelle Bedürfnisse, Wünsche, Ressourcen, Leidenschaften, Ziele - Eingehen auf individuelle Bedürfnisse, Wünsche, Ressourcen, Leidenschaften, Ziele - Arbeit mit individuellen Bedürfnissen, Wünschen, Ressourcen, Leidenschaften, Zielen - Konkrete Hilfen im Alltag - Konstanz - Beziehung - Zeit - Patientenziele berücksichtigen, nicht die eigenen - Visionen stärken - Hoffnungsvolle, positive Umgebung - Sicherheit vermitteln 	Motivation

Tabelle 9: Zusammenfassung Hauptkategorie ‚Motivation‘

12.4.1 Motivation

Diese Kategorie speist sich aus der Frage, wie man es im praktischen Alltag schafft, schwer psychisch kranke Menschen für eine CM-Begleitung zu motivieren. Fast alle der Befragten gaben an, dass Motivation entstehe, indem der Case Manager sich auf die individuellen Bedürfnisse, Ressourcen, Wünsche, Leidenschaften und Ziele des Patienten konzentrierte, sich auf diese einlasse, mit dem Patienten darüber spreche und mit ihm gemeinsam daran arbeite.

G: „(...) sich auf die Leute (Patienten, Anm. d. Verf.) einlassen, und herausfinden, wie deren Welt aussieht und sie in ihrer Welt begleiten. Und sie bei Aktivitäten begleiten, die sie machen möchten. Und sie durch Gespräche dabei zu unterstützen, herauszufinden, welche nächsten Schritte sie machen möchten oder eben nicht machen möchten.“

Mit drei Nennungen wird von den Befragten genannt, dass Motivation durch eine gute, vertrauensvolle Beziehung entsteht. Ein Experte sagt aus, dass die therapeutische Arbeitsbeziehung am stärksten durch direkte Ziele und Aufgaben auf möglichst konkreter Sachebene gestärkt wird. Er geht daher davon aus, dass Motivation entstehe, indem man dem Patienten hilft, auf konkreter Sachebene etwas zu verbessern. Auch eine andere Expertin äussert sich zu den konkreten Hilfeleistungen im Alltag und meint, diese Hilfen würden die Patienten motivieren, sich auf eine CM-Begleitung einzulassen.

B: „(...) und die Case Manager haben das, was der Patient nicht wollte, am Anfang wortwörtlich genommen. Also wenn der Patient sagte, er hätte zu wenig Geld, dann hat er (der Case Manager, Anm. d. Verf.) überlegt, ja warum könnte das sein, und ging dann vielleicht mal aufs Sozialamt und hat sehr konkret im alltäglichen Leben Sachen gemacht.“

In drei Fällen wurde geantwortet, dass der Faktor Zeit im Bezug auf die Motivation eine Rolle spiele, wobei ein Experte die Zeit als wichtigsten Faktor benannte. Besonders bei chronisch und schwer Erkrankten sei es sehr wichtig, dass der CM-Prozess nicht an eine Zeitlimitierung gebunden sei, dass man sich Zeit lassen könne.

Mit zwei Nennungen drückten die Interviewpartner aus, wie wichtig es im Bezug auf die Motivation sei, sich wirklich mit den Zielen der Patienten zu beschäftigen und nicht mit den eigenen Zielen. Ein Experte gibt an, dass die Ziele der Patienten sehr oft nicht deckungsgleich seien mit denen der Professionellen. Auch ein zweiter Interviewpartner greift dieses Stichwort auf indem er sagt, dass es, um mit motivierten Patienten arbeiten zu können, wichtig sei, herauszufinden, was die Patientenziele sind.

F: „Wir sagen oft, ein Patient ist nicht motiviert. Das wirkliche Problem aber ist, dass die Patienten nicht motiviert sind, die Ziele zu erreichen, die wir ihnen gesetzt haben. Es sind nicht die Ziele des Patienten. Also müssen wir herausfinden, was die Ziele im Leben der Patienten sind.“

Eine Expertin nennt das alltagsnahe und psychiatrieferne Setting als motivierend, indem es den Patienten die Angst vor der Psychiatrie nehme.

B: „(...) erstens, wenn man Hausbesuche macht, geht die Angst vor der Psychiatrie schon mal runter, das ist überhaupt nicht dasselbe, wie wenn man in einen Spital eingewiesen wird. Und auch weil es Krankenpfleger waren und Sozialassistenten, die den ersten Kontakt hatten, eben nicht Psychiater, da hatten die Leute weniger Angst, da waren die Leute mehr auf das Konkrete fokalisiert, nicht wie bei einer Einweisung, wo man mal anfängt, einen AMDP Status durchzuführen (...).“

Je einmal wurden der Einbezug von der Familie oder des Umfelds, die Konstanz, das Vermitteln von Sicherheit, das Stärken von Visionen und das Schaffen einer positiven, hoffnungsvollen Umgebung als Faktoren benannt, die Motivation schaffen würden.

12.5 Kontext Case Management (VI)

Die Hauptkategorie ‚Kontext Case Management‘ gliedert sich in die Unterkategorien ‚Infrastruktur Institution‘ und ‚Netzwerk‘. Die Tabelle 10 zeigt die Hauptkategorie im Überblick:

Hauptkategorie Kontext Case Management	
<ul style="list-style-type: none"> - Infrastruktur wie stationäre Plätze, Tagesklinik, Modulpaket, mobiles Team, Arbeitsinstrumente - Interne und externe Integration von CM - Gleichstellung der Case Manager - Klares Angebot - Verankerung auf Fall- und Systemebene - Intern Kooperationsvereinbarungen treffen - Gute, motivierte Case Manager - Genügend Geld - Lange Erfahrung mit CM - Psychiatrische Einrichtungen und gemeindenaher Einrichtungen innerhalb der Organisation - respektvoller, ermutigender, aufrichtiger Umgang des Managements mit den Case Managern - Management muss die Anliegen der Case Manager ernst nehmen - Die Organisation muss die Ressourcen der Case Manager schonen 	Infrastruktur Institution
<ul style="list-style-type: none"> - CM sollte integraler Bestandteil vom Versorgungssystem sein - Integration von CM in der Servicekultur - Beziehungen, Vernetzungen und Kooperationsvereinbarungen zu anderen Schnittstellen wichtig - Einfluss von politischen Entscheidungen - Zusammenarbeit mit privaten Netzwerken - Reichhaltigkeit des Netzwerks 	Netzwerk

Tabelle 10: Hauptkategorie ‚Kontext Case Management‘ mit Unterkategorien

12.5.1 Infrastruktur Institution

Drei der Experten bezeichnen es als wichtig, dass im Rahmen von CM stationäre Plätze oder eine stationäre Einheit zur Verfügung stehen müssen. Ein Experte betont dabei, dass diese Plätze möglichst niederschwellig benutzt werden können sollten. Ein weiterer Interviewpartner nennt die eigene Akutstation der Institution als Voraussetzung, dass CM gut gelingen kann, auch sei es in seinem Fall ein Vorteil, dass hier sowohl

psychiatrische als auch gemeindenaher Einrichtungen innerhalb der Organisation zur Verfügung stehen würden. Zwei der Befragten benennen die Verankerung von CM sowohl auf der Fall-, als auch auf der Systemebene als Bedingung für ein gut funktionierendes CM. Dazu sagt eine Expertin, dass alle drei Ebenen, die normative, die strategische und die operative Ebene ihre jeweiligen Aufgaben hätten und im CM-Prozess gefragt wären. Auf der strategischen Ebene seien es vor allem Kooperationsvereinbarungen, die getroffen werden müssten, auf der operativen Ebene brauche es vor allem geeignete Arbeitsinstrumente und gute, motivierte Case Manager. Die geeigneten Arbeitsinstrumente werden auch von einem anderen Experten im Zusammenhang mit der Wichtigkeit der Infrastruktur genannt, diese mache im CM-Prozess einen Viertel vom Erfolg aus. Mit Infrastruktur meint er einerseits die oben angesprochene stationäre Einheit, weiter bräuhete es eine Tagesklinik, von der Institution zur Verfügung gestellte Fahrzeuge, ein spezifisches CM-Modulpaket, ein mobiles Team und geeignete Arbeitsinstrumente, um gut gelingendes CM zu machen. Er sagt aus, dass die Umsetzung von CM in der Schweiz unter anderem daran scheitere, dass die Institutionen nicht bereit wären, genügend Infrastruktur zur Verfügung zu stellen.

A: „In der Schweiz ein Case-Management-System zu etablieren scheitert zum Beispiel schon daran, dass die Institutionen nicht bereit sind, Fahrzeuge zur Verfügung zu stellen, damit man die Leute zu Hause aufsuchen kann. So völlige Lappalien eigentlich.“

Auf die Bedeutsamkeit von internen Kooperationsvereinbarungen gehen insgesamt zwei der Befragten ein. Im ersten Fall bezeichnet die Expertin es als wichtig, dass institutionsintern das CM-Konzept gut abgesprochen und die Rollen klar definiert seien. Eine zweite Interviewpartnerin spricht davon, dass Kooperationsvereinbarungen helfen würden, Rollen zu klären, diese seien ein Muss im CM-Gesamtpaket.

In diesem Kontext kommen in einem Fall sowohl die interne als auch die externe Akzeptanz und Integration von CM zur Sprache. Für diese Expertin ist es wichtig, dass CM intern auf anderen Dienstleistungen stetig präsent ist, dass andere Mitarbeiter der Institution mitbekommen, was das CM-Team macht. Sie sagt aus, dass das Bild vom CM-Angebot an ihrer Institution nicht klar sei, sowohl intern als auch extern, und CM wegen der fehlenden Präsenz und Integration oft belächelt werde.

C: „Von vielen Leuten wird das (CM, Anm. d. Verf.) belächelt, intern wie extern. Am Meisten trifft es einem natürlich intern, weil man hier ja Unterstützung erwartet.“

Ein Experte gewichtete den Umgang des Managements mit den Case Managern stark. So sei ein aufrichtiger, respektvoller und ermutigender Umgang des Managements mit den Case Managern zentral. Die Anliegen der Case Manager müssten von Management aufgenommen und umgesetzt werden und deren Ressourcen nicht durch unnötige administrative Anforderungen belastet werden.

G: „Das Management (der Institution, Anm. d. Verf.) sollte sich den Case Managern gegenüber genauso verhalten, wie sich der Case Manager gegenüber den Klienten verhält. Es sollte sich authentisch, ermutigend, freundschaftlich, positiv und dankbar gegenüber den Case Managern verhalten.“

In einem anderen Fall wird deutlich, dass die Case Manager der Institution nicht zu den gleichen Bedingungen angestellt sind, obwohl dieselbe Funktion ausgeübt wird. Die Expertin sagt aus, dass eine Gleichstellung aller Case Manager in diesem Kontext sehr wichtig wäre.

C: „... und trotzdem sind wir (die Case Manager) intern nicht gleich gestellt. Und das macht mir Mühe, wenn man für die gleiche Arbeit, die gleiche Funktion nicht die gleichen Bedingungen hat. Es gibt dann immer wieder Diskussionen, wer in der Hierarchie höher steht. Das finde ich völlig komisch.“

Weiter wurden genügend Geld und eine lange Erfahrung mit CM je einmal angegeben.

12.5.2 Netzwerk

Alle der Interviewten sprechen von der zentralen Rolle der Netzwerkarbeit und messen diesem Teil der Arbeit einen wichtigen bis sehr wichtigen Stellenwert bei. Aus den Aussagen geht hervor, dass Beziehungen, Vernetzungen und Kooperationsvereinbarungen mit anderen Schnittstellen wie Sozialdiensten, Behörden und Ärzten, aber auch zu privaten Netzwerken, grundlegenden Einfluss auf einen gelingenden CM-Prozess haben. In den Augen eines Experten sollte CM ein integraler Bestandteil des psychiatrischen Versorgungssystems sein. Auch eine andere Expertin nimmt diesen Punkt indirekt auf, sie benennt den Einfluss politischer Entscheidungen auf die psychiatrische Versorgungslandschaft, hier würden die Voraussetzungen geschaffen, damit sich CM überhaupt etablieren und positionieren könne.

A: „... also das CM sollte ein integraler Bestandteil des Versorgungssystems sein. Und man kann sich überlegen, wie man das macht. Bei der Früherkennung würde es Sinn

machen, dort ein Segment herauszulösen. Das Problem ist die Fraktionierung. (...) Es muss einfach in der Servicekultur integriert sein.“

Ein anderer Interviewpartner bezieht sich auf die Möglichkeiten, die eine erfolgreiche Netzwerkarbeit bietet. So seien die Ressourcen des Netzwerks oder der Gemeinde, verglichen mit denjenigen der Psychiatrie, viel reichhaltiger und grösser. Für den Patienten sei es im CM-Prozess sehr wichtig, auf möglichst viele Ressourcen zurückgreifen zu können.

F: „Es (die Netzwerkarbeit, Anm. d. Verf.) ist ein sehr sehr wichtiger Teil der Arbeit. Weil wir sagen, im Strengths-Modell sagen wir, dass die Gemeinde eine Oase der Möglichkeiten ist, und all diese Ressourcen können den Patienten darin unterstützen, seine Ziele zu erreichen. Und unsere Psychiatrie ist nur ein kleiner Teil von all diesen Ressourcen in der Gemeinde. Also ist es sehr wichtig, diese Netzwerkarbeit zu machen.“

13. Diskussion

Im folgenden Kapitel sollen die oben dargestellten Ergebnisse unter Einbezug der Theorie und im Rahmen der formulierten Fragestellungen diskutiert werden. Der Fokus liegt auf der Hervorhebung und Verknüpfung von zentralen Aspekten, die sich im erfolgreichen CM-Prozess als wichtig herausgestellt haben. Im Kapitel 13 werden die zentralen Erkenntnisse im Bezug auf die Fragestellung zusammengefasst, praktische Konsequenzen für die Fachwelt abgeleitet und Hypothesen formuliert. Kritische Überlegungen zur gewählten Methodik, ein Fazit und ein Ausblick bilden den Abschluss dieser Arbeit.

13.1 Überblick

Diese empirische Bachelorarbeit wurde als Ergänzung zur laufenden qualitativen ICM-Evaluation an der IPW konzipiert mit der Zielsetzung, ausgewählte, psychiatrische Praxisanwendungen von CM zu analysieren. Die vorliegende Untersuchung wurde als qualitative Vergleichsstudie angelegt. Es wurden 8 Experten aus dem Bereich psychiatrisches CM, vier Frauen und vier Männer, mittels halbstrukturierten, problemzentrierten Interviews befragt, das daraus gewonnene Material wurde anschliessend mittels qualitativer, strukturierender Inhaltsanalyse ausgewertet. Hierbei sollten Merkmale von erfolgreichem psychiatrischem CM untersucht werden, der Fokus lag auf den Kompetenzen und dem Stellenwert der Persönlichkeit des Case Managers, den Merkmalen und dem Stellenwert der Beziehung zwischen Case Manager und

Patient, motivationalen Komponenten im CM-Prozess und dem Einfluss von Kontextfaktoren wie institutionelle Infrastruktur und Netzwerkarbeit.

13.2 Interpretation der Ergebnisse

13.2.1 Erfolgreiches Case Management

Die Aussagen zu allgemeinen Merkmalen von erfolgreichem CM betreffen eine breite Faktorenpalette und sind eher heterogen. Sie bilden die Faktoren ab, die auch als zentrale Punkte in den Fragestellungen definiert wurden. Es wird klar, dass für ein erfolgreiches CM-Geschehen verschiedene, miteinander interagierende Aspekte eine Rolle spielen. Von vorrangiger Bedeutung ist die Netzwerkarbeit, ohne Kooperation mit einem tragfähigen Netzwerk wäre erfolgreiches CM nicht denkbar. Dies erstaunt wenig, einerseits unter den Prämissen von integrierter und gemeindenaher Versorgung und denjenigen der psychiatrischen Rehabilitation, andererseits definiert sich CM als fallbezogene Koordination von verschiedenen Hilfsleistungen und positioniert sich zwischen Patient, Dienstleistungssystem und konkreter Hilfeerbringung. Sowohl die personelle als auch die institutionelle Netzwerkarbeit und -pflege ist eine Grundvoraussetzung für Erfolg. Ein weiterer wichtiger Parameter zur Messung von Erfolg ist die Erreichung von formulierten Zielen, die es dem Patienten ermöglichen soll, ein interdependentes Leben in der Gesellschaft zu führen. Basis der Zielerreichung sind gleiche Vorstellungen über die Zusammenarbeit von Case Manager und Patient, hier spielen Persönlichkeitsfaktoren und Beziehungsfaktoren eine Rolle, die in den Kapiteln 12.2.2 und 12.2.3 detailliert besprochen werden. Die Zielvereinbarung und die Zielumsetzung sind Teil aller erläuterten CM-Modelle. Es geht jedoch weniger um eine objektive Benennung von Zielerreichung, sondern vielmehr um deren individuelle Gewichtung und Sinnggebung durch den Patienten. Es ist wichtig, dass der Case Manager sich dies vergegenwärtigt, in der Kommunikation mit dem Patienten individuelle Wertigkeit und Wichtigkeit von geplanten Interventionsschritten herausfindet, und auf die Wünsche des Patienten eingeht. Mögliche Ziele im CM betreffen meistens die alltägliche, praktische Lebensführung. So lässt sich anhand der Expertenaussagen festhalten, dass Erfolg sich daran zeigt, ob alltägliche Verrichtungen gemacht werden können, Austausch mit einem sozialen Netz stattfindet, eine Arbeitstätigkeit aufgenommen werden konnte oder Freizeitaktivitäten gepflegt werden. Auch hier wiederum muss unterschieden werden zwischen diesen objektiven Erfolgsparametern und deren subjektiver Bewertung durch den Patienten. Wichtiger scheint im CM-Prozess die Sicht des Patienten und dessen Einschätzung vom Erfolg oder der Lebensqualität zu sein. Allgemein war festzustellen, dass der Erfolg einer CM-Begleitung eher im Zusammenhang mit patientenbezogenen Merkmalen verstanden wird, und weniger durch allgemeine Faktoren erklärt wird. Sowohl Zurhorst (2008) als

auch Lorenz (2004) thematisieren die Wichtigkeit vom individuellen Sinn eines (Krankheits-) Geschehens. So müssten nach Zurhorst der subjektive Wert und Sinn eines Geschehens in den psychiatrischen Krankheitsbegriff integriert werden, um dem biopsychosozialen Paradigma gerecht zu werden. Lorenz nennt das Denken in salutogenetischen Dimensionen eine Basisvoraussetzung für Professionelle, die sich mit gesundheitlichen Fragen beschäftigen; nur dadurch werde die Möglichkeit geschaffen, trotz der gegebenen Umstände einen Sinn für realisierbare und hoffnungsvolle Ziele zu finden. Ein erfolgreiches CM-Geschehen beinhaltet dann auch eine gelungene Ermutigung durch den Case Manager, die den Patienten dazu befähigt, selbstständiger und selbstkompetenter zu werden. Weiter zeichnet sich der Faktor Infrastruktur als Grundvoraussetzung für Erfolg ab. Auf Basis von adäquaten infrastrukturellen und institutionellen Gegebenheiten kann sich erfolgreiches CM entfalten. Diese Faktoren werden in Kap. 12.2.5 detailliert vorgestellt.

Prädiktoren für Erfolg finden sich, soweit sie benannt werden konnten, hauptsächlich in der Beziehung zwischen Case Manager und Patient. Eine schnell etablierte, gute, vertrauensvolle Beziehung lässt auf einen erfolgreichen Betreuungsverlauf schliessen, Schwierigkeiten im Beziehungsaufbau wirken negativ prognostisch. Die in der Theorie dargelegten Ausführungen zum Stellenwert und zur Qualität der Beziehung zwischen Case Manager und Patient sind in ihren Aussagen durch die jeweils zitierten Autoren sehr heterogen – so definieren manche die Beziehung eher nüchtern als objektive Arbeitsbeziehung und messen der Qualität keine vorrangige Bedeutung im CM-Geschehen bei. Für andere Autoren wiederum nimmt die Beziehung einen zentralen Stellenwert ein und sie betonen die Wichtigkeit der Beziehungsgestaltung im Prozess. Auf die Beziehungsfaktoren wird in Kapitel 12.2.3 vertieft eingegangen. Weiter könnte die soziale Integrität einen positiv prognostischen Faktor im CM-Geschehen darstellen. Als negativ-prognostisch lassen sich Komorbidität, vor allem mit Substanzmissbrauch, Trauma in der Geschichte oder High-Expressed-Emotions in der Familie identifizieren. Implizit kann daraus geschlossen werden, dass dem Beziehungsaufbau, der Beziehungsgestaltung und der Arbeit mit dem sozialen Netz im CM-Prozess von Anfang an besondere Beachtung gebührt, diese Faktoren sind für ein gelingendes CM zentral. Die Wichtigkeit der Arbeit mit dem sozialen Netz sprechen sowohl Zurhorst als auch Becker (2008) an, indem sie den individuellen Wert und Sinn von sozialen Einflüssen auf das Krankheitsgeschehen thematisieren und dem Einfluss von sozialen Parametern auf die psychische Gesundheit einen zentralen, bisher weitestgehend unerforschten Stellenwert beimessen. Abschliessend kann gesagt werden, dass in etwas mehr als einem Drittel der Fälle keine frühzeitigen Hinweise genannt werden konnten. In zwei Fällen wurde explizit davon ausgegangen, dass prognostische Faktoren im Bezug auf den Erfolg nicht existieren.

13.2.2 Case Manager

Aufgrund der dargestellten Ergebnisse kann gesagt werden, dass die Persönlichkeit des Case Managers eine wichtige Grösse im CM-Geschehen ist und dessen Erfolg zentral mitbestimmt. Personale Voraussetzungen des Case Managers sind wichtiger als berufliche Kompetenzen. So schätzen fast alle der Befragten den Stellenwert der Persönlichkeit des Case Managers im CM-Geschehen als hoch ein. Auch werden, im Hinblick auf das Kompetenzprofil von Löcherbach (2002), spezifische Methoden- und Verfahrenskompetenzen oder auch Sach- und Systemkompetenzen von den Experten weit weniger gewichtet als berufliches Selbstverständnis oder soziale und Selbst-Kompetenzen. Die breite Palette der genannten Faktoren bildet, analog zu Wissmann (2002), dennoch ab, dass die Funktion Case Manager sehr hohe und vielseitige Anforderungen an die Ausübenden stellt. Ein Case Manager muss in erster Linie kommunikative Fähigkeiten mitbringen und planmässig, strukturiert und organisiert vorgehen können. Weiter sollte er über Ausdauer verfügen, Verantwortung übernehmen und relativ unabhängig Entscheidungen treffen können. Er muss auch motiviert sein, viel zu investieren und eine erhebliche Belastung zu tragen. Genauso wichtig sind die Fähigkeit zur Etablierung einer Beziehung, die Abgrenzungsfähigkeit und die Fähigkeit zur Fokussierung auf Ziele. Hier zeigt sich ein mögliches Spannungsfeld, mit dem der Case Manager konfrontiert sein könnte: Einerseits soll er mit dem Patienten eine vertrauensvolle, intensive Beziehung eingehen und sich authentisch auf die Lebenswelt des Patienten einlassen können, andererseits muss er sich von der Beziehung immer wieder abgrenzen können. In Bezug auf die Fokussierung auf Ziele zeigt sich, dass die Unterscheidung zwischen eigenen Zielen und Patientenzielen eine Schwierigkeit darstellt. Der erfolgreiche CM-Prozess zeichnet sich dadurch aus, dass der Case Manager fähig ist, auf die Ziele des Patienten zu fokussieren, diese von seinen eigenen Zielen unterscheiden kann und die autonome Entscheidungskompetenz des Patienten respektiert. Auch braucht es eine gewisse Selbstreflexion oder Frustrationstoleranz, damit der Erfolg eines Patienten nicht nur von der eigenen Person abhängig gemacht wird, dennoch scheint es wichtig zu sein, dass der Case Manager in der Arbeit eine Selbstwirksamkeit erlebt und, im Sinne einer Kontrollüberzeugung davon ausgeht, dass er dem Prozess eine Richtung geben kann. Weiter scheint der Case Manager über viel Offenheit, Zuversicht, Neugierde und Kreativität verfügen zu müssen und sollte, analog zur besprochenen Ermutigung (Kap. 12.2.1), die Fähigkeit besitzen, an den Patienten und dessen Gesundheit zu glauben und ihm Hoffnung geben zu können.

Wie am Anfang des Kapitels erwähnt, scheint Einfluss der Persönlichkeit des Case Managers auf den CM-Prozess gross zu sein. Es könnte sein, dass sich dieser an Persönlichkeitsstilen festmachen lässt die sich in der Kommunikation zwischen Case Manager und Patient zeigen, so könnten nach Ansicht eines Experten Attributionsstile

und Kontrollüberzeugungen der Case Manager einen nachhaltigen Effekt auf den CM-Prozess haben. In zwei Fällen wurde der Stellenwert als mittel-hoch definiert, indem die Persönlichkeit des Case Managers als ein Teil von vielen Teilen beschrieben wurde.

Es kann gesagt werden, dass im erfolgreichen psychiatrischen CM-Geschehen Menschen mit einer abgeschlossenen, humanberuflichen Ausbildung als Case Manager eingesetzt werden sollten. Es kommen hier Berufe wie Psychiatriepflegefachleute, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, Psychologen oder Assistenzärzte in Frage. Dieses Ergebnis bestätigt zum Teil die zitierte Aussage von Wendt (2010) im theoretischen Teil, der internationale Einigkeit darin erkennt, dass Case Manager mit diesem beruflichen Hintergrund zum Einsatz kommen sollten. Zusätzlich sollten Case Manager nach Wendt über eine hinreichende Berufspraxis verfügen und regelmässige Weiterbildungen absolvieren. Dies deckt sich nur partiell oder gar nicht mit den Ergebnissen dieser Studie: Berufliche Praxis wie Erfahrungen in der Psychiatrie, respektive mit psychiatrischen Erkrankungen werden teilweise gefordert, praktische CM-Erfahrung oder eine Weiterbildung im CM werden kaum als Voraussetzungen definiert.

13.2.3 Beziehung Case Manager – Patient

Es kann gesagt werden, dass die Beziehung zwischen Case Manager und Patient eine zentrale Rolle im CM-Geschehen einnimmt. Sie kann als intensive bis sehr intensive professionelle, arbeits- oder geschäftsbezogene Beziehung definiert werden. Sie lässt sich als nahe, vertrauensvolle, authentische, zielgerichtete und verbindliche Beziehung bezeichnen und bildet die Grundlage eines erfolgreichen CM-Geschehens. Im praktischen CM-Prozess zeigt sich die Herausforderung der Regulation zwischen Nähe und Distanz und der Case Manager ist herausgefordert, seine Rolle gegenüber dem Patienten immer wieder klar zu formulieren. Viele der Patienten zeigen einen Mangel an sozialer Verbindung, wünschen sich intensive Freundschafts- oder Partnerschaftsbeziehungen und suchen in der Beziehung zum Case Manager, der zu einer wichtigen Vertrauensperson wird, danach. Natürlich ist klar, dass der Case Manager nicht Freund oder Liebhaber des Patienten werden soll, er kann ihn aber im Auf- oder Ausbau seines sozialen Netzes unterstützen. Es zeigt sich, dass in der Praxis unterschiedliche Meinungen oder Unsicherheiten darüber bestehen, inwiefern der Case Manager sein Privatleben nutzen soll oder darf, um einen authentischen Kontakt zum Patienten herzustellen. Der Case Manager kommt den Patienten im Rahmen seiner Tätigkeit oft sehr nah, besucht ihn in seiner Lebenswelt und bespricht mit ihm teilweise sehr intime Sachen. Viele der Patienten verspüren das Bedürfnis, dem Case Manager für die erhaltene Unterstützung etwas zurückzugeben, sie möchten ein empfundenes Ungleichgewicht ausloten und haben innerhalb des Settings einer professionellen Arbeitsbeziehung wenige Möglichkeiten, dies zu tun. Wenn sich der Case Manager

diesem Wunsch verschliesst, respektive nicht darauf eingeht, kann es sein, dass die Beziehung zum Patienten abbricht. So stellt sich die Frage, wann und warum sich ein Case Manager abgrenzen sollte, die Entscheidung, ob und wie viel Privates im Rahmen der professionellen Beziehung einbezogen wird, stellt eine Gratwanderung dar. In der Literatur wird sowohl der Stellenwert als auch die Qualität der Beziehung zwischen Case Manager und Patient sehr unterschiedlich diskutiert. Wendt (2010) geht zwar davon aus, dass die Beziehung einen emotional ausgeprägten Charakter entwickeln könne, er sieht in ihr jedoch keine zentrale Vorbedingung für Erfolg versprechendes berufliches Handeln. Die CMSA beschreibt die Beziehung als objektiv und gleichwohl eigene und besondere Interessen ausschliessend. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit kann gesagt werden, dass diese Aussagen widerlegt werden müssen. Die Beziehung stellt, wie bereits erwähnt, einen zentralen Faktor im erfolgreichen psychiatrischen CM-Geschehen dar, sie kennzeichnet sich durch eine emotionale Intensität und eine Verbindlichkeit, die den Einschluss von besonderen Interessen beinhaltet. Somit können die Ausführungen von Neuffer (2009), welcher die Beziehung als wesentliches Element im Konzept CM benennt, bekräftigt werden. Der emotional-intensive Charakter der Beziehung birgt Risiken, genannt werden Abhängigkeit und Missbrauch durch zu grosse Intensität oder Exklusivität der Beziehung und der zu abrupte Abschluss der CM-Begleitung. Als protektive Faktoren in Bezug auf Missbrauch und Abhängigkeit lassen sich der organisierte Austausch und die Kooperation im Team und regelmässig durchgeführte Supervisionen benennen. Der Abschluss einer CM-Begleitung muss gemeinsam sorgfältig geplant und klar kommuniziert werden. Ein Case Manager sollte sich dabei bewusst machen, welchen Stellenwert er im Leben des Patienten einnimmt und ihn aktiv in den Abschluss-Prozess mit einbeziehen, indem der Patient entscheiden kann, in welcher Frequenz er noch Treffen mit dem Case Manager benötigt.

13.2.4 Motivation

Auf der Suche nach Merkmalen von erfolgreichem CM muss auch die Frage gestellt werden, wie man es in der praktischen Arbeit schafft, Patienten für eine Begleitung und Unterstützung zu motivieren. Die Indikation CM stellt sich bei komplexem Hilfebedarf, die Zielgruppe ist mehrheitlich chronisch und schwer krank, viele Patienten haben Abbrüche oder Misserfolge in der psychiatrischen Versorgung erlebt. Diese Voraussetzungen prägen das Selbstvertrauen und die Bereitschaft der Patienten, sich auf eine CM-Begleitung oder eine Beziehung zum Case Manager einzulassen. Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen ganz klar, dass Motivation dann entsteht, wenn der Case Manager sich auf die individuellen Wünsche, Bedürfnisse und Ziele der Patienten einlässt, mit den Patienten darüber spricht und mit ihnen gemeinsam an deren Umsetzung arbeitet. Hier spielt der Faktor Zeit eine wichtige Rolle. Gerade bei

chronisch und schwer Kranken ist es im Bezug auf die Motivation wichtig, dass die CM-Begleitung nicht an eine Zeitlimitierung gebunden ist, respektive dass der Zeitrahmen nicht zu eng definiert wird. Dieses Ergebnis unterstreicht die Forschungsergebnisse von Rapp (1998), der davon ausgeht, dass die Länge einer CM-Betreuung nicht begrenzt sein sollte, wobei deren Intensität jederzeit variieren könne. Sowohl Hilfsleistungen auf möglichst konkreter Sachebene als auch eine vertrauensvolle Beziehung bereiten den Boden für die Auseinandersetzung mit und die Umsetzung von Wünschen und Zielen und somit auch für die Entstehung von Motivation. Wobei vor allem in der Initialphase der Betreuung die alltagsnahe Hilfe auf Sachebene den Beziehungsaufbau zu begünstigen scheint. Im Bezug auf die konkreten Ziele der Patienten ist es von grösster Wichtigkeit, dass der Case Manager fähig ist, zwischen den Patientenzielen und den eigenen Zielen zu unterscheiden, mehrfach hat sich gezeigt, dass diese Unterscheidung im praktischen Alltag Schwierigkeiten bereitet. Die Motivation hängt stark davon ab, wie nah im CM-Prozess an den Patientenzielen gearbeitet wird. Zwei weitere motivierende Komponenten im CM-Prozess sind konzeptionell verankert. Sowohl die Begegnung in der Lebenswelt der Patienten als auch die Tatsache, dass die Bezugspersonen mehrheitlich nicht Psychiater, sondern Sozialarbeiter und Pflegefachleute sind, bewirken, dass die Patienten im Geschehen weniger Angst oder Misstrauen verspüren und damit eher motiviert sind, sich auf CM einzulassen.

In der methodenübergreifenden CM-Fachliteratur wird die Handlungskomponente Motivation nicht speziell thematisiert. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit den einzelnen CM-Modellen würde eventuell motivationale Komponenten zu Tage fördern, dies hätte jedoch den Rahmen dieser Arbeit gesprengt.

13.2.5 Kontext Case Management

Gelingendes CM lässt sich auf der Basis von bestimmten infrastrukturellen Voraussetzungen und mittels aktiver Netzwerkarbeit, sowohl intern als auch extern, praktizieren. Ein zentraler Punkt, der übergeordnet zu den nachfolgend genannten Merkmalen verstanden werden kann, ist die Verankerung von CM sowohl auf der Fall- als auch auf der Systemebene. CM ist als Gesamtpaket konzipiert und muss, wie von Wendt (2010) gefordert, als Mehrebenenstrategie verstanden werden. Der Dienst oder die Einrichtung schafft durch ein Arrangement in seiner Umwelt erst die Möglichkeit, dass sich das Vorgehen im Einzelfall entfalten kann. So ist erfolgreiches CM-Geschehen davon abhängig, dass die jeweilige Institution oder Organisation durch die Bereitstellung der nötigen Infrastruktur, durch interne und externe Kooperationsvereinbarungen, und damit verbunden, einer klaren Definition und Kommunikation vom CM-Angebot nach innen und nach aussen, durch respektvollen und wertschätzenden Umgang mit den Case Managern, im Speziellen durch transparente und faire

Anstellungsbedingungen, und durch eine aktive Versorgungsplanung, möglicherweise auch durch Einwirkung auf politische Entscheide, die nötigen Voraussetzungen für gelingendes CM schafft. Diese Ergebnisse unterstreichen die Aussagen von Wendt (2010), der die Wichtigkeit von der Abstimmung der Versorgung auf die prozessualen Anforderungen und der Vernetzung beteiligter Stellen und Fachkräfte auf der Systemebene betont.

Das meistgenannte infrastrukturelle Merkmal ist die Verfügbarkeit von stationären Plätzen, welche in einer Akutsituation möglichst niederschwellig benutzt werden können sollten. Zur erforderlichen Infrastruktur gehören aber auch geeignete Arbeitsinstrumente, ein mobiles Team, von der Institution zur Verfügung gestellte Fahrzeuge und eine Tagesklinik. Ob und wie viele dieser Elemente in einer Einrichtung zur Verfügung gestellt werden können, ist abhängig von deren Liquidität, wobei Umfang und Zweckgebundenheit finanzieller Ressourcen auf politischer Ebene festgelegt werden. Die theoretischen Ausführungen zu den länderspezifischen Versorgungssituationen machen deutlich, dass das Schweizer Versorgungssystem im Vergleich mit denjenigen der Niederlanden, von Australien und von Neuseeland klare Mängel hinsichtlich des gemeindeintegrierten Akut- und Rehabilitationsangebots aufweist und relativ stark klinikorientiert ist. Um diesen Rückstand aufzuholen und eine Plattform für effizientes CM zu schaffen, müssten auf staatlich-normativer Ebene Voraussetzungen zu einem Ressourcentransfer ermöglicht und CM als integraler Bestandteil des psychiatrischen Versorgungssystems definiert werden. Eine konkrete Nennung von spezifisch institutionellen Voraussetzungen, die im Kontext von psychiatrischem CM gegeben sein sollten, war in der Fachliteratur nicht zu finden. Dieses Gebiet scheint bisher weitestgehend unerforscht zu sein.

Grundlage für effektive Netzwerkarbeit bilden sowohl interne als auch externe Kooperationsvereinbarungen. Diese helfen auf der Ebene der Institution Rollen und Zuständigkeiten zu definieren und zu klären, das CM-Angebot zu positionieren und schaffen dessen Akzeptanz, Präsenz und Integration. Die Einrichtung muss bewusst eine klare Etablierung von CM bewirken, um interne Reibungsverluste zu verhindern und um den Case Managern Raum und Sicherheit zu bieten, damit sie ihre Arbeit effektiv gestalten können. Wichtig ist ein wertschätzender, respektvoller Umgang des Managements eines Dienstes mit den Case Managern, dieser beinhaltet die Transparenz und die Fairness der Anstellungsbedingungen, und Bemühungen, die Anliegen der Case Manager aufzunehmen, umzusetzen und deren Arbeit nicht durch übermässige administrative Aufgaben zu belasten. So schafft man die Voraussetzung, motivierte Case Manager zu beschäftigen. Die Nutzung von Ressourcen in der Gemeinde oder eines externen Netzwerks spielt im CM-Geschehen eine zentrale Rolle, dieses Ergebnis wird durch die Theorie mehrfach gestützt (unter anderem durch die Prämissen der psychiatrischen Rehabilitation, der gemeindenahen Versorgung und der integrierten

Versorgung) und ist der Konzeption von CM, das sich als Handlungsstrategie zwischen Patient, Versorgungssystem und einzelnen Dienstleistern positioniert, inhärent. So lassen sich Beziehungen und Kooperationsvereinbarungen mit Schnittstellen wie Sozialdiensten, Behörden, Ärzten und privaten Netzwerken als sehr wichtige Parameter zur Messung von erfolgreichem CM verstehen. Auch auf der Ebene der Arbeit mit der Gemeinde oder mit einem externen Netzwerk schaffen erst politische Entscheide durch Zusprechung finanzieller Mittel einen fruchtbaren Boden zur effektiven Anwendung von CM.

13.3 Zusammenfassende Erkenntnisse zu den Fragestellungen

In der vorliegenden empirischen Arbeit wurde von folgenden Fragestellungen ausgegangen:

„Welche Merkmale kennzeichnen erfolgreiches Case Management an ausgewählten psychiatrischen Institutionen?“

„Was für Kompetenzen muss ein Case Manager mitbringen und welchen Stellenwert hat die Persönlichkeit des Case Managers auf den erfolgreichen Betreuungsverlauf?“

„Wie wird die Beziehung zwischen Case Manager und Patient definiert und welchen Stellenwert hat diese im Bezug auf den erfolgreichen Betreuungsverlauf?“

„Wie schafft man es im praktischen Alltag, Patienten für eine CM-Betreuung zu motivieren?“

„Welchen Einfluss haben der CM- Kontext, das heisst, die Infrastruktur der Institution und die Netzwerkarbeit im Bezug auf erfolgreiches CM?“

Erfolgreiches CM gestaltet sich in der Interaktion verschiedener Faktoren. Manifest wird es in erster Linie an einer individuellen Sinngebung oder Bewertung des Geschehens durch den Patienten und sekundär an spezifischen, objektiv messbaren Fertigkeiten, die erlernt wurden. Erfolgreiches CM ist dann gegeben, wenn der Patient einen Effekt bezüglich einer Verbesserung der Lebensqualität wahrnimmt und diesen als Erfolg definiert. Konkrete Ausformungen dieses Erfolges können Fähigkeiten oder Fertigkeiten wie die selbstständige Verrichtung alltäglicher Handlungen, ein regelmässiger Austausch mit einem sozialen Netz, die Arbeitstätigkeit, oder die Pflege

von Freizeitaktivitäten durch den Patienten sein. Die Netzwerkarbeit ist dem CM-Konzept inhärent, es stellt sich in der Praxis als weiteres Erfolgsmerkmal dar. Sowohl eine gelungene Kooperation mit dem professionellen, institutionellen Netz, als auch der Einbezug, die Stabilisierung und die Erweiterung vom sozialen Netz des Patienten kennzeichnen effizientes Handeln. Deutlich kann hervorgehoben werden, dass sowohl die erwähnte individuelle Wertigkeit und Sinngebung des Geschehens durch den Patienten, als auch der Einfluss von sozialen Parametern auf dessen Gesundung, und insofern auch auf den Erfolg einer CM-Begleitung, von grösster Relevanz sind. Weiter können bestimmte personale Eigenschaften und Kompetenzen des Case Managers und spezifische, die Beziehungsgestaltung zwischen Case Manager und Patient betreffende Merkmale als Effektivitätsfaktoren genannt werden. Der Stellenwert der Persönlichkeit des Case Managers im CM-Geschehen ist hoch, dessen personale Voraussetzungen bestimmen den Erfolg einer Begleitung in viel stärkerem Masse, als dass dies sach- und methodenspezifische Verfahrenskompetenzen tun. Besonders hervorzuheben sind die Fähigkeit zur Etablierung einer Beziehung, die Fähigkeit zur Fokussierung auf und die Unterscheidung von eigenen und patientenbezogenen Ziele(n) und die Fähigkeit zur Ermutigung. Ein Case Manager muss sowohl eine intensive, vertrauensvolle Beziehung mit dem Patienten leben, als sich auch immer wieder von dieser abgrenzen können. Eine hohe Relevanz für den Erfolg hat die Unterscheidungsfähigkeit zwischen eigenen und patientenbezogenen Zielen, die Arbeit mit den individuellen Zielen des Patienten schafft Beziehung und generiert Motivation. Weiter soll hier eine gelungene Ermutigung genannt werden, ein Case Manager sollte fähig sein, dem Patienten Hoffnung zu geben und an diesen zu glauben. Daneben können Fähigkeiten in der Kommunikation, im planmässigen, strukturierten und organisierten Vorgehen, im Tragen von Verantwortung, in der unabhängigen Entscheidungsfindung, Persönlichkeitsmerkmale wie Ausdauer, Selbstreflexion, Selbstwirksamkeitserleben und die Bereitschaft, viel zu investieren und eine erhebliche Belastung zu tragen als wichtige, den Erfolg von CM fördernde Kompetenzen benannt werden. Die Beziehung zwischen Case Manager und Patient kann als intensive bis sehr intensive professionelle Arbeitsbeziehung definiert werden, und deren Stellenwert muss im psychiatrischen CM-Prozess als zentral angesehen werden. Als beziehungspezifische Parameter zur Effektivitätsmessung zeigen sich deren Authentizität, Zielgerichtetheit, Verbindlichkeit und das ihr entgegengebrachte Vertrauen. Vor allem in der Initialphase können konkrete, alltagsbezogene Sachhilfen die Etablierung einer Beziehung stark fördern. Da sich im CM-Setting rasch eine grosse Intensität entwickeln kann, stellen sich Fragen um die Regulation von Nähe und Distanz und um die Entscheidung, wie viel Privates ein Case Manager in die Beziehung einbringen soll oder darf; diese werden unterschiedlich beantwortet und widerspiegeln eine Unsicherheit, die in Bezug auf die Beziehungsgestaltung im psychiatrischen CM-Kontext festgestellt werden konnte. Neben einer vertrauensvollen Beziehung sind vor

allem der Einbezug von und die Arbeit an individuellen Wünschen, Zielen und Bedürfnissen der Patienten Komponenten, die motivierend wirken und den Erfolg von CM begünstigen. Hier soll nochmals darauf hingewiesen werden, dass möglichst nah an den Zielen der Patienten gearbeitet werden und die Unterscheidung in eigene und Patientenziele vom Case Manager bewusst gemacht werden muss. Weiter begünstigt ein weit gefasster Zeitrahmen für die Begleitung die Motivation. Die konzeptionell bedingten Begegnungen in der Lebenswelt des Patienten mit Sozialarbeitern oder Pflegefachleuten, und nicht mit Psychiatern, wirken angstvermindernd und motivationsfördernd. Der Einfluss von institutionellen Faktoren und der Netzwerkarbeit auf das CM-Geschehen ist gross. Erfolgreiches CM gestaltet sich dann, wenn das Konzept sowohl auf der Fall- als auch auf der Systemebene verankert ist. Auf der Systemebene schafft eine Institution durch die Bereitstellung der nötigen Infrastruktur, durch interne und externe Netzwerkarbeit, durch eine klare Kommunikation und Positionierung vom CM-Angebot, durch eine aktive Versorgungsplanung und durch wertschätzenden Umgang mit den Case Managern die Basis für effektives Handeln auf der Fallebene. Infrastrukturelle Voraussetzungen für Erfolg sind die Verfügbarkeit von stationären Plätzen, geeignete Arbeitsinstrumente, verfügbare Fahrzeuge für die Case Manager oder ein mobiles Team, regelmässig durchgeführte Inter- und Supervisionen und eine Tagesklinik. Auf der Ebene der externen Netzwerkarbeit sind gute Beziehungen und Kooperationsvereinbarungen mit Schnittstellen wie Sozialdiensten, Behörden, Ärzten und privaten Netzwerken als wichtige Parameter zur Messung von erfolgreichem CM verstehen. Abschliessend kann gesagt werden, dass die effektive CM-Anwendung auch von politischen Entscheiden abhängt, so schaffen Voraussetzungen auf staatlich-normativer Ebene die Voraussetzung für die Finanzierung und Positionierung von CM in der Versorgungslandschaft.

13.4 Hypothesen und Konsequenzen für die Fachwelt

13.4.1 Hypothesen

Aufgrund der ausgeführten Ergebnisse der vorliegenden Arbeit lassen sich folgende Hypothesen ableiten:

1. Erfolgreiches psychiatrisches CM ist multifaktoriell bedingt.
2. Ein bedeutsamer Wirkfaktor für erfolgreiches psychiatrisches CM stellt die Beziehung zwischen Case Manager und Patient dar.
3. Erfolgreiches psychiatrisches CM gestaltet sich dann, wenn möglichst nah an den Zielen, Wünschen und Bedürfnissen der Patienten gearbeitet und die

individuelle Wertigkeit und Sinnhaftigkeit der Zielsetzungen berücksichtigt werden.

4. Der Einfluss von sozialen Parametern auf den Erfolg von psychiatrischem CM ist gross.
5. Um effektives psychiatrisches CM zu praktizieren, muss das CM-Konzept sowohl auf der Fall-, als auch auf der Systemebene verankert sein.
6. Im psychiatrischen CM-Geschehen lassen sich kaum methodenspezifische Parameter für Erfolg nachweisen.
7. Persönlichkeitsfaktoren des Case Managers haben einen weitaus stärkeren Einfluss auf die Effektivität von psychiatrischem CM als spezifische Sach-, Methodenkompetenzen.
8. Erfolgreiches CM kann nur praktiziert werden, wenn auf staatlich-normativer Ebene durch politische Entscheide die Voraussetzungen für die Finanzierung und Positionierung von CM geschaffen wurden.

13.4.2 Konsequenzen für die Fachwelt

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen deutlich, dass erfolgreiches psychiatrisches CM-Geschehen multifaktoriell bedingt ist. Im Rahmen dieser Arbeit kann gesagt werden, dass die Faktoren ‚Beziehung Case Manager - Patient‘, ‚Persönlichkeitsvoraussetzungen Case Manager‘, ‚Netzwerkarbeit‘, ‚Infrastruktur Institution‘ und ‚Patienten-Motivation‘ als Wirkfaktoren für erfolgreiches psychiatrisches CM definiert werden können. Der Erfolg einer CM-Begleitung hängt in erster Linie davon ab, ob der Case Manager es schafft, nah an den Zielen des Patienten zu arbeiten und diese von seinen eigenen Zielen zu unterscheiden. Er sollte sich darum bemühen, in jedem Fall die individuelle Wertigkeit und Sinnhaftigkeit von geplanten Interventions-schritten herauszufinden und einen engen Bezug zur Lebenswelt des Patienten herzustellen. Dem Patienten sollte dabei die Entscheidungskompetenz überlassen werden, woran gearbeitet werden soll. Hilfsleistungen auf der konkreten, alltäglichen Sachebene fördern die Patientenmotivation und begünstigen sowohl die Etablierung als auch die Gestaltung einer positiven Beziehung. Der psychiatrische CM-Prozess gestaltet sich dann auch auf der Basis einer vertrauensvollen, authentischen, zielgerichteten und verbindlichen Arbeitsbeziehung. In der Literatur werden deren Charakter und der Einfluss von Beziehungsfaktoren widersprüchlich und, verglichen mit dem evaluierten Stellenwert, viel zu wenig diskutiert. Im praktischen Alltag ist eine Auseinandersetzung

mit beziehungsspezifischen psychologischen Wirkfaktoren nötig. Der Professionelle sollte sich mit Fragen der Beziehungsgestaltung auseinandersetzen und sich bewusst machen, welchen Stellenwert er im Leben der Patienten einnimmt. Er sollte weiter für sich und seine Arbeit klären, wie er seine professionelle Rolle definieren und in der Regulation von Nähe und Distanz authentisch bleiben kann. Um Abhängigkeit und Missbrauch vorzubeugen, müssen regelmässige Inter- und Supervisionen und eine ausreichende Kontrolle des Case Managers gewährleistet sein. Viele der Patienten äussern den Wunsch nach mehr sozialer Verbindung, sie suchen intensive Freundschafts- oder Partnerschaftsbeziehungen, eine (Re-) Integration in einen beruflichen Kontext oder Anschluss an eine Gemeinschaft. Sowohl in der Theorie als auch aufgrund der Ergebnisse kann davon ausgegangen werden, dass soziale Faktoren einen signifikanten Einfluss auf den Erfolg von CM haben. Die personale, fallbezogene Netzwerkarbeit darf daher neben der professionellen, institutionellen Netzwerkarbeit nicht vernachlässigt werden. Diese Untersuchung zeigt auf, dass der Stellenwert der Persönlichkeit des Case Managers im CM-Geschehen hoch ist und dass dessen personale Voraussetzungen den Erfolg einer Begleitung in viel stärkerem Masse beeinflussen, als dies spezifische Sach- oder Methodenkompetenzen tun. Ein Arbeitgeber sollte bei der Suche nach Case Managern klar formulieren, welche Kompetenzen für diese Tätigkeit mitzubringen sind, bei der Auswahl neuer Mitarbeiter Persönlichkeitsvoraussetzungen mit berücksichtigen und den angestellten Case Managern die Möglichkeit bieten, in der Supervision oder in Weiterbildungen ihre Kompetenzen zu stärken. Weiter ist ein erfolgreicher CM-Prozess abhängig von adäquater Infrastruktur und einer funktionierenden Kooperation mit dem Netzwerk. Das CM-Angebot muss intern sowie extern klar kommuniziert und positioniert und durch Kooperationsvereinbarungen vernetzt werden. Neben der materiellen ist es in erster Linie die personelle Infrastruktur, das heisst, gute und motivierte Case Manager, die erfolgreiches CM generieren. Durch faire und transparente Anstellungsbedingungen, regelmässigen Austausch im Team und einen wertschätzenden Umgang mit den Angestellten schafft man eine motivierende Arbeitsumgebung.

13.5 Kritische Betrachtung der Methode

Die gewählte qualitative Vorgehensweise hat sich für die Untersuchung der Fragestellungen bewährt, die Methodik war dem Untersuchungsgegenstand angemessen. Den Äusserungen der Experten konnte genügend Raum gegeben, subjektive Sichtweisen und alltägliche Handlungsweisen konnten abgebildet werden. Die befragten Experten erfüllten die Kriterien einer breiten Variation hinsichtlich der Faktoren ‚Funktion‘, ‚Land‘ und ‚Methodik‘, was dem explorativen Charakter dieser Studie gerecht wurde.

Die vorliegende Untersuchung ist einigen Limitationen unterworfen. Bei der Befragung von acht Experten handelt es sich um eine sehr kleine Stichprobe, die Generalisierbarkeit der Ergebnisse dieser Studie ist einschränkt. Um die theoretische Generalisierbarkeit zu erhöhen, wäre eine der Einsatz verschiedener Methoden (Triangulation) zur Untersuchung des Phänomens an wenigen Fällen aussagekräftiger gewesen. Um die Effektivität von CM breiter abzubilden, hätten zusätzlich quantitative Methoden beigezogen werden können. Dies wäre jedoch einerseits aufgrund der zur Verfügung stehenden Ressourcen, andererseits aufgrund von Problemen der Stichprobenfindung (siehe Kap. 11) nicht machbar gewesen. Die patientenbezogene Evaluierung von Effektivitätsfaktoren wurde in dieser Untersuchung ausgeklammert, diese hätten die Wirklichkeit der Patienten abgebildet und eine vollständigere Darstellung von Erfolg im CM-Kontext ermöglicht. Ausserdem konnten keine methodenspezifische Parameter für erfolgreiches Handeln nachgewiesen werden, um solche zu erforschen, wäre eine grössere Stichprobe und ein differenzierterer Fagenkatalog nötig gewesen. Die Einschätzung der Ergebnisqualität der vorliegenden Untersuchung könnte durch kommunikative Validierung stattfinden, indem die Ergebnisse den Befragten vorgelegt und durch diese bezüglich der Gültigkeit der Ergebnisse bewertet würden. Auch dies hätte den Rahmen dieser Arbeit gesprengt.

13.6 Fazit und Ausblick

Der Erfolg von psychiatrischem CM hängt von verschiedenen, miteinander interagierender Faktoren ab und manifestiert sich primär an der individuellen Sinngebung des Geschehens durch den Patienten, an einer gewissen Selbstständigkeit in der Lebensführung und an einer Anbindung an ein professionelles und privates Netzwerk. Als den Erfolg einer CM-Begleitung bedingende Faktoren konnten eine vertrauensvolle, authentische Beziehung zwischen Case Manager und Patient, direkte Sachhilfe, die Arbeit nah an den Patientenzielen, personale Kompetenzen des Case Managers, die institutionell-professionelle und die fallbezogen-personale Netzwerkarbeit und eine adäquate Infrastruktur definiert werden.

Um den Erfolg einer CM-Begleitung breiter und vertiefter zu untersuchen, würde sich eine Kombination von qualitativen und quantitativen Vorgehensweisen anbieten. So liessen sich Effektivitätsparameter anhand von qualitativen Fallanalysen unter Einbezug von Experten- und Patientensicht durch eine quantitative Erhebung von Faktoren wie ‚Patientenzufriedenheit‘, ‚Alltagsbewältigung‘, ‚soziale Kontakte‘, ‚Kontakte mit einem professionellen Netz‘ und ‚Zielumsetzung‘ ergänzen. Die qualitative Vorgehensweise sollte sich unter anderem, neben der Fokussierung auf die in der vorliegenden Arbeit dargelegten Merkmale von erfolgreichem CM, an den Wirksamkeitsfaktoren in der Psychotherapie orientieren.

14. Abstract

Diese empirische Arbeit untersucht Merkmale von erfolgreichen psychiatrischen Case Management (CM) Anwendungen. Berücksichtigt werden die Faktoren ‚Beziehung Case Manager – Patient‘, ‚Persönlichkeit und Kompetenzen des Case Managers‘, ‚Patientenmotivation‘, ‚Infrastruktur Institution‘ und ‚Netzwerkarbeit‘. Die theoretische Grundlage bilden Modelle der psychischen Gesundheit und Krankheit, Prämissen der psychiatrischen Rehabilitation und Versorgung und Fachliteratur zur CM-Entwicklung, -Anwendung, -Beziehungsgestaltung und zu der Funktion und den Kompetenzen des Case Managers. Es wurden acht halbstrukturierte Leitfadeninterviews mit Experten aus der Schweiz, den Niederlanden und den USA geführt, die anhand einer strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet wurden. Es zeigt sich, dass der Erfolg von CM multifaktoriell bedingt ist, er manifestiert sich primär an der individuellen Sinngebung des Geschehens durch den Patienten, an einer gewissen Selbstständigkeit in der Lebensführung und an einer Anbindung an ein professionelles und privates Netz. Als den Erfolg einer CM-Begleitung bedingende Faktoren konnten eine vertrauensvolle, authentische Beziehung zwischen Case Manager und Patient, direkte Sachhilfe, die Arbeit nah an den Patientenzielen, personale Kompetenzen des Case Managers, die institutionell-professionelle und die fallbezogen-personale Netzwerkarbeit und eine adäquate Infrastruktur definiert werden. Im erfolgreichen psychiatrischen CM-Prozess kann der Stellenwert der Beziehung zwischen Case Manager und Patient und der Stellenwert der Persönlichkeit vom Case Manager aufgrund dieser Untersuchung als hoch bis sehr hoch definiert werden.

15. Literaturverzeichnis

American Psychiatric Association (1989). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.

Antonovsky, A. (1988). *Unraveling the Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well* (3rd ed.). San Francisco: Jossey-Bass.

Applebaum, R. (1996). The Case Management Paradox. *Journal of Case Management*, 5, 90.

Becker, T., Hoffmann, H., Puschner, B. & Weinmann, S. (2008). *Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.

Berger, G. (2009). Früherkennung und nachhaltige Behandlung beginnender psychotischer Störungen. *Ars Medici Dossier*, IX, 23-27.

Born, A. & Becker, T. (2004). Psychiatrische Rehabilitation im internationalen Vergleich und Forschungsentwicklung. In W. Rössler (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation*. (S. 889-904). Berlin: Springer.

Brenner, H.D., Rössler, W., Fromm, U. (2003). Die moderne evidenzbasierte psychiatrische Versorgung: Welchen Weg nimmt die institutionelle Schweizer Psychiatrie? *Schweizerische Ärztezeitung*, 84, 1777-1786.

Brenner, H. D. & Hoffmann, H. (2004). Den Schweizern sind die Betten teuer! *Psychiatrische Praxis*, 31, 166-168.

Burns, T. & O'Brien, A. (2004). Assertive Case-Management und Case Management in der Rehabilitation. In W. Rössler (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation* (S. 670-680). Berlin: Springer.

Challis, D. (1990). *Case Management in Social and Health Care: The Gateshead Community Care Scheme*. Canterbury: University of Kent, PSSRU.

Clausen, J., Dresler, K. D. & Eichenbrenner, I. (1996). *Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Psychiatrie*. Freiburg i. Br.: Lambertus.

Dammann, G. (2007). Für eine „Neue Sozialpsychiatrie“: Aktuelle Brennpunkte und Entwicklungslinien der psychiatrischen Versorgung im Spannungsfeld von integrativen und gesundheitsökonomischen Perspektiven. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 75, 593-606.

Diekmann, A. (2009). *Empirische Sozialpsychologie* (20. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Ewers, M. & Schaeffer, D. (Hrsg.) (2000). *Case Management in Theorie und Praxis*. Bern: Huber.

Ewers, M. (2000). Case Management im Schatten von Managed Care: Sozial- und gesundheitspolitische Grundlagen. In M. Ewers & D. Schaeffer (Hrsg.), *Case Management in Theorie und Praxis* (S. 29-52). Bern: Huber.

Ferlie, E., Ashburner, L., Fitzgerald, L. & Pettigrew, A. (1996). *The New Public Management in Action*. Oxford: Oxford University Press.

Flick, U. (2008). Design und Prozess qualitativer Forschung. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung – Ein Handbuch* (6. durchges. und überarb. Aufl.) (S. 252-264). Hamburg: Rowohlt.

Frick, U. & Frick, F. (2008). *Basisdaten stationärer psychiatrischer Behandlungen: Vertiefungsstudie „Heavy User“*. Forschungsprotokoll 5. Neuchatel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Jaspers, K. (1913). *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer.

Jensen, M. P., Turner, J.A., Romano, J. M. & Karoly, P. (1991). Coping with Chronic Pain: A Critical Review of the Literature. *Pain*, 47, 249-283.

Junghan, U. M., Tschacher, W., Pfammatter, M. & Brenner, H. D. (1999). Die ungleiche Inanspruchnahme stationärer psychiatrischer Akutversorgung: Ein zentraler Aspekt für die gemeindepsychiatrische Versorgungsplanung (eingereicht zur Publikation).

Junghan, U. M. (2002). „Heavy Users“: Probleme bei der Identifikation von Patienten mit überdurchschnittlicher Inanspruchnahme stationärer Akutversorgung. In K. Peter (Hrsg.), *Fortschritte in Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 161-175). Wien: Springer.

- Kent, S. & Fogarty, M. (1995). A review of studies of “Heavy Users” of psychiatric services. *Psychiatric Services*, 46, 1247-1253.
- Kessler, R.C., Berglund, P.A., Zaho, S., Leaf, P.J., Kouzis, A.C. & Bruce, M.L. (1996). The 12-month prevalence and correlates of serious mental illness (SMI). In M. A. Sonnenschein (Hrsg.), *Mental Health, United States*. Washington, D.C.: U.S. Dept. of Health and Human Services.
- Längle, G., Mayenberger, M. & Günthner, A. (2001). Gemeindenahe Rehabilitation für schwer psychisch Kranke? *Rehabilitation*, 40, 21–27.
- Löcherbach, P. (2002). Qualifizierung im Case Management – Bedarf und Angebote. In P. Löcherbach, W. Klug, R. Rimmel-Fassbender & W. R. Wendt (Hrsg.), *Case Management – Fall und Systemsteuerung in Theorie und Praxis*. Neuwied: Luchterhand.
- Löcherbach, P. (2003). Einsatz der Methode Case Management in Deutschland: Übersicht zur Praxis im Sozial- und Gesundheitswesen. In H. Erhard & F. Porz (Hrsg.), *Neue Wege in der Nachsorge und Palliativversorgung* (S. 20-33). Augsburg: betaInstitutsverlag.
- Lorenz, R. (2004). *Salutogenese. Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler*. München: Reinhardt.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse* (10. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Mullahy, C.M. (1995). *The Case Manager's Handbook*. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers.
- Netzwerk Case Management Schweiz. (2006). *Definition und Standards Case Management* [On-line]. Available: <http://www.netzwerk-cm.ch/index.php?id=92>
- Neuffer, M. (2009). *Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien* (4. überarb. Aufl.). Weinheim: Juventa.

- Peter, K. (Hrsg.) (2002). *Fortschritte in Psychiatrie und Psychotherapie – Interdisziplinäre und Integrative Aspekte*. Wien: Springer.
- Rapp, C.A. (1998). The active Ingredients of Effective Case Management: A Research Synthesis. *Community Mental Health Journal*, 34, 363-380.
- Rapp, C.A. & Goscha, R.J. (2006). *The Strength Model – Case Management with People with Psychiatric Disabilities*. New York: Oxford University Press.
- Rössler, W. (Hrsg.) (2004). *Psychiatrische Rehabilitation*. Berlin: Springer.
- Rössler, W. & Koch, U. (2005). Psychiatrie Luxemburg – Planungsstudie 2005: Bestandenserhebung und Empfehlungen. Universität Zürich, unveröffentlichtes Manuskript.
- Schene, A. H. & Faber, M. E. (2001). Mental health care reform in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 74-81.
- Schleuning, G., Welschehold, M., Stockdreher, P., Jordan, A., Danner, R. & Ackenheil, M. (2000). *Modellprojekt Psychiatrisches Casemanagement*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, 133. Baden-Baden: Nomos.
- Steinke, I. (2008). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung – Ein Handbuch* (6. durchges. und überarb. Aufl.) (S. 252-264). Hamburg: Rowohlt.
- Vollmoeller, W. (2001). *Was heisst psychisch krank?* (2. überarb. u. erw. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Vollmoeller, W. (2002). Was heisst „psychisch krank“?. In K. Peter (Hrsg.), *Fortschritte in Psychiatrie und Psychotherapie*. Wien: Springer.
- Watts, F. N. & Bennett, D. H. (1983). *Theory and practice of psychiatric rehabilitation*. Chichester: John Wiley.
- Weigand, H. (1991). Alltagsbegleitung. In T. Bock & H. Weigand, *Handwerksbuch Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Wendt, W. R. (2002). Case Management – Stand und Positionen in der Bundesrepublik. In P. Löcherbach, W. Klug, R. Remmel-Fassbender & W. R. Wendt (Hrsg.), *Case Management – Fall und Systemsteuerung in Theorie und Praxis*. Neuwied: Luchterhand.

Wendt, W. R. (2010). *Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen* (5. Aufl.). Freiburg i.Br.: Lambertus.

WHO/EU (2005). *Europäische Kommission* [On-line]. Available: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German.

Wissmann, P. (2002). Case Management: Konzept, Praxis und Qualifizierungsbedarf. *Management im Gesundheitswesen*, 8, 1-15.

Wittchen, H.U. & Hoyer, J. (Hrsg.) (2006). *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.

Wright, C., Burns, T., James, P., Billings, J., Johnson, S., Muijen, M., Priebe, S., Ryrie, I., Watts, J. & White, I. (2003). Assertive outreach teams in London. Models of operation. *The British Journal of Psychiatry*, 183, 132-138.

Zurhorst, G. & Gottschalk-Mazouz, N. (2008). *Krankheit und Gesundheit*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

16. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: *Funktionaler Rahmen der Versorgung nach Wendt (2010, S. 128)*

Tabelle 1: *Prozessschritte im Überblick nach Netzwerk CM Schweiz (2006, S. 4)*

Tabelle 2: *Kompetenzprofil für Case Manager nach Löcherbach (2002; zit. nach Wissmann, 2003, S. 12)*

Tabelle 3: *Darstellung der Stichprobe*

Tabelle 4: *Modifizierte Kernkriterien nach Steinke (2008, S.323-331)*

Tabelle 5: *Kategoriensystem der strukturierenden Inhaltsanalyse mit Haupt- und Unterkategorien*

Tabelle 6: *Zusammenfassung Hauptkategorie ‚Erfolgreiches Case Management‘ mit Unterkategorien*

Tabelle 7: *Zusammenfassung Hauptkategorie ‚Case Manager‘ mit Unterkategorien*

Tabelle 8: *Zusammenfassung Hauptkategorie ‚Beziehung Case Manager – Patient‘ mit Unterkategorien*

Tabelle 9: *Zusammenfassung Hauptkategorie ‚Motivation‘*

Tabelle 10: *Hauptkategorie ‚Kontext Case Management‘ mit Unterkategorien*

17. Anhang

A Problemzentrierter, halbstrukturierter Interviewleitfaden

Vorstellen der Interviewerin und der BC-Arbeit (Rahmenbedingungen, Fragestellung, Hypothesen, Zeitrahmen).

Einstieg:

„Sie arbeiten an der psychiatrischen Institution XY derzeit mit klinischem Case Management. Können Sie mir darüber erzählen, seit wann und in welchem Rahmen Sie CM anwenden?“

“You actually work with clinical case management in a psychiatric institution. Could you tell me, where you work, since when you work with cm and in which context cm-support takes place?”

Vertiefungsfragen:

- *„Was ist Ihre Funktion im Rahmen des CM-Projekts?“*
- *„What is your role in the cm-project?“*

Methodische Ausrichtung:

„Nach welcher Methodik gehen Sie beim Case Management vor?“

„Which method do you adopt in cm?“

Vertiefungsfragen:

- *„Was ist Ihr theoretischer Background?“*
- *„What is your theoretical background?“*

- *„Warum haben Sie sich für genau diese Methodik entschieden, resp. wo sehen Sie den Vorteil der gewählten Vorgehensweise?“*
- *„Why did you choose exactly this method and where do you see the advantages of it?“*

- „Werden zusätzlich zur CM-Betreuung weitere Methoden angewandt, resp. Angebote zur Verfügung gestellt?“
- „Additional to the cm-support, do other offers of therapeutic services exist?“
- Wenn ja: „Warum genau diese und was für Erfahrungen haben Sie damit gemacht?“
- „If so, why did you choose these and what experiences did you make with them?“

Setting Case Management:

„Wie gestaltet sich die formale Zusammenarbeit von Case Manager und Patient?“

„How does the formal collaboration between case manager and patient take place?“

Vertiefungsfragen:

- „Wie kommt der Kontakt zwischen Case Manager und Patient zustande?“ (Evtl. nachfragen: Welcher Zeitpunkt ist günstig? Während Klinikaufenthalt oder in einer stabilen Phase ausserhalb? Wie erreicht man chronisch kranke Menschen, die sich einer Behandlung weitgehend entziehen?)
- „How do the case manager and patient get in contact?“ (In your eyes, which moment is best to establish a first contact? During hospitalisation or better in a stable phase? How do you reach chronically ill people who are not motivated to agree to a treatment?“
- „Beruht die Zusammenarbeit mit dem Case Manager auf Freiwilligkeit?“
- “Is the collaboration with the case manager voluntary?“
- „Wie hoch ist der Betreuungsschlüssel des einzelnen Case Managers auf 100%?“
- „How many patients does one case manager take care of?“ (full time)
- Wie ist die Erreichbarkeit des Case Managers aussehen? (24Std./ Rahmenbedingungen)
- „What is the reachability of the case manager? Is he or she available 24 hours a day? Or only during normal office hours?“
- „In welcher Frequenz sehen sich Case Manager und Patient?“

- „How often do case manager and patient see each other?“
- „Wo finden die Treffen statt und wie lange dauern diese normalerweise?“
- „Where do the meetings take place and how long do they normally last?“
- „Wie lange werden die Patienten normalerweise vom Case Manager betreut?“
- „How long the patients usually will be supervised by the cm?“
- Welche Kriterien sind ausschlaggebend bzw. zeigen an, dass der Abschluss der Zusammenarbeit ansteht?
- „Are there criterias which show that the collaboration soon will be terminated?“
- „Auf was für ein Helfernetz kann der Case Manager zurückgreifen?“
- „What kind of support does the case manager gets?“

Auswahl- resp. Ausschlusskriterien Patienten:

„Bei welcher Patientengruppe wird CM angewandt und nach welchen Kriterien werden die Patienten für eine CM-Betreuung ausgewählt?“

„On which group of patients do you administer case management and on which criterias the patients are chosen for the cm-support?“

Vertiefungsfragen:

- „Warum wenden Sie CM genau bei dieser Patientengruppe an?“
- „Why exactly did you choose this group of patients?“
- „Warum haben Sie sich für diese Auswahl- resp. Ausschlusskriterien entschieden und was sind Ihre Erfahrungen damit?“
- „What are your experiences with the selected criterias?“

Falls heavy user:

- „Wie definieren sie heavy user?“
- „What is your definition of heavy user?“

Kriterien Patienten:

„Was glauben Sie, welche Patienten sprechen besonders gut auf die CM-Betreuung an?“

„What do you think, which patients respond best to a cm-support?“

Vertiefungsfragen:

- *„Gibt es frühzeitige Hinweise auf erfolgreiche resp. nicht erfolgreiche Betreuungsverläufe?“*
- *„Are there early hints that the cm-support is going to be effective?“*
- *Lassen sich die Patienten, deren Betreuungsverlauf gut/positiv verlaufen ist, irgendwie beschreiben/charakterisieren?*
- *„Could you characterize or describe patients with an effective cm-support?“*

Kriterien Case Manager:

„Wer übernimmt in Ihrer Institution die Funktion des Case Managers und welche Kompetenzen muss dieser in Ihren Augen mitbringen?“

„In your institution what kind of person takes the role of the case manager? Which skills should a case manager have?“

Vertiefungsfragen:

- *„Was glauben Sie, welche Rolle spielt die Person des Case Managers bei erfolgreichen resp. nicht erfolgreichen Betreuungsverläufen?“*
- *„What do you think, how important is the person or the personality of the case manager on the outcome of the cm-process?“*
- *„Wie würden Sie die Beziehung zwischen Patienten und Case Manager definieren?“*
- *„How would you define the relationship between patient and case manager?“*
- *„Welche Aufgaben übernimmt der Case Manager, welche nicht?“*
- *„What duties has the case manager, which doesn't he or she have?“*

Kriterien Case Management:

„Was bedeutet für sie erfolgreiches Case Management? Welche Merkmale machen dieses aus?“

„What is an effective case management?“

Vertiefungsfragen:

- *„Wie schaffen Sie es, innerhalb der CM-Betreuung Vertrauen aufzubauen, Stabilisation zu erreichen, Handlungsräume zu erweitern?“*
- *„How do you build confidence, how do you reach stabilisation within the cm-support?“*
- *„Wie wichtig ist die Kontaktphase im CM – Prozess? Es gibt unterschiedlich lange Vorlaufphasen (ohne Zeit- und Erfolgsdruck), die für den Vertrauensaufbau und die Bereitschaft des Klienten für eine Zusammenarbeit zentral sind. Teilen Sie diese Ansicht? Wie kann man sie fördern? Kann man sie verkürzen?“*
- *„How important is the contact phase in the cm-process? Do you think it needs a restricted time period?“*
- *„Haben Sie ein Assessmentinstrument?“*
- *„Do you use an assessment instrument?“*

Psychiatrischer Kontext:

„In welchem Kontext findet die CM-Betreuung statt?“

„In which context does the cm-support take place?“

Vertiefungsfragen:

- *„Welche institutionellen Voraussetzungen begünstigen in Ihren Augen erfolgreiches Case Management?“*
- *„Which institutional conditions help to apply effective cm?“*
- *„Wie gut sind die verschiedenen beteiligten Institutionen miteinander vernetzt und welchen Stellenwert hat diese Vernetzung für die CM-Betreuung?“*
- *„How do the different involved institutions network? What is the significance of this networking?“*

Organisation:

- *„Fallkonferenzen sind für Patienten und Fachpersonen eine Herausforderungen. Welche Bedingen müssen erfüllt sein, dass sie gelingt und effektiv ist?“*
- *„Discussions on the case can be a challenge. How do you reach effective discussions?“*

Finanzierung:

- *Wie wird das Case Management finanziert?*
- *„How is the case management project financed?“*

Zusätzliche Inputs:

„Gibt es etwas, was bisher nicht zur Sprache kam, in Ihren Augen jedoch im Zusammenhang mit psychiatrischem Case Management wichtig wäre?“

„Is there something important in the cm-context we didn't talk about?“

Abschluss:

Danken für das Interview. Angebot eines Exemplars der BC-Arbeit nach Abschluss.

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: