

Anwendungsbeispiele von Case Management in Österreich

Nikita Felder
Stefanie Gebesmair
Kathrin Gräble
Brigitte Grünsteidl
Claus-Clemens Lichtenthäler
Hannah-Christina Nebosis
Maria Katharina Weinberger

Masterthese

Eingereicht zur Erlangung des Grades
Master of Arts in Social Sciences
an der Fachhochschule St. Pölten

Im April 2018

ErstbegutachterIn: DSAⁱⁿ Mag^a. Karin Goger, MSc, MSc
ZweitbegutachterIn: FH-Prof. Dr. Tom Schmid

Abstract

Nikita Felder
Stefanie Gebesmair
Kathrin Gräble
Brigitte Grünsteidl
Claus-Clemens Lichtenthäler
Hannah-Christina Nebosis
Maria Katharina Weinberger

Anwendungsbeispiele von Case Management in Österreich

Masterthese, eingereicht an der Fachhochschule St.Pölten im April 2018

Case Management ist ein Verfahren, das in zahlreichen Handlungsfeldern Sozialer Arbeit Anwendung findet. Dennoch sind wissenschaftliche Auseinandersetzungen mit dem Forschungsfeld rar. Die vorliegende Masterarbeit widmet sich der Untersuchung von Anwendungsbeispielen von Case Management in Österreich und gibt damit einen Einblick in die Vielfalt der Umsetzung eines theoretischen Konzeptes.

Im ersten Teil der Arbeit werden unter Zuhilfenahme von Fachliteratur zunächst theoretische Grundlagen von Case Management entlang der Ebenen, der Funktionen sowie der Prinzipien von Case Management dargestellt und ein idealtypischer Ablauf des Prozesses beschrieben. Anschließend rückt die Implementierung von Case Management in den Fokus, und das Konzept der ‚lernenden Organisation‘ sowie die Qualifizierung von Case Manager*innen werden behandelt. Daran schließt im zweiten Teil eine Darstellung des qualitativen Forschungsprozesses und der zur Anwendung gekommenen qualitativen Methoden an.

Das Kernstück der Arbeit bilden die drei folgenden Kapitel, in denen die Ergebnisse zu unterschiedlichen Forschungsfeldern präsentiert werden. Als erstes legen Nikita Felder, Stefanie Gebesmair, Kathrin Gräble und Hannah-Christina Nebosis ihre Erkenntnisse zu der Umsetzung von Social Work Case Management-Prinzipien in zwei Anwendungsbeispielen dar. Dabei handelt es sich zum einen um ‚das regionale Kompetenzzentrum im integrierten Versorgungssystem Alkohol.Leben können.‘, eine Beratungsstelle für Menschen mit einer Alkoholkrankung sowie die Abteilung ‚Startbegleitung für Asylberechtigte und subsidiär Schutzberechtigte‘ von Interface Wien, eine Beratungsstelle für geflüchtete Menschen. Die Ergebnisse heben die markanten Unterschiede in der Konzeption des jeweiligen Case Management hervor und machen deutlich, dass die Umsetzung der Prinzipien damit in enger Verbindung steht.

Claus-Clemens Lichtenthäler und Maria Weinberger setzen sich in ihrer Arbeit mit dem Case Management in der Betrieblichen Wiedereingliederung auseinander. Sie gehen dabei spezifischen Phasen des Case Management-Ablaufs anhand der Anwendungsbeispiele der Österreichischen Bundesbahnen, der Magistrate Linz und Graz sowie dem Med Campus III des Kepler Universitätsklinikums Linz nach. Zunächst beschäftigen sie sich damit, wie und unter welchen Bedingungen die Klärungsphase und Fallfindung im Prozess der Betrieblichen Wiedereingliederung stattfinden und gehen

dann auf die Zielformulierung und die Maßnahmenplanung sowie deren Umsetzung in der Betrieblichen Wiedereingliederung auf Fall- und Systemebene ein. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Art und Weise der Implementierung des CM Konzeptes wesentliche Auswirkungen auf die unterschiedlichen Phasen der Fallbearbeitung hat und dass eine fallbezogene sowie fallübergreifende Beziehungsarbeit mit allen involvierten Akteur*innen die Basis für eine gelingende Wiedereingliederung betroffener Mitarbeiter*innen darstellt.

Die Arbeit von Brigitte Grünsteidl widmet sich abschließend der Case Management-Praxis von Einrichtungen im österreichischen Gesundheitswesen in den unterschiedlichen Bundesländern. Dabei liegt ihr Fokus auf der Systemebene des Case Managements des ‚Netzwerkes Gehirn Oberösterreich‘, des Projektes ‚Age-friendly Region‘ der ‚Chance B-Gruppe‘ in der Steiermark sowie des ‚Betreuungs- und Pflegenetzes‘ Vorarlberg. Ihre Ergebnisse zeigen trotz unterschiedlicher gesetzlicher Rahmenbedingungen im österreichischen Gesundheitswesen Gemeinsamkeiten in den Hilfelandschaften und auf organisationaler Ebene auf. Gleichzeitig verweist ihre Auseinandersetzung aber auch hier auf Unterschiede in der Umsetzung der jeweiligen Case Management-Konzeptionen, welche vor allem im Zusammenhang mit der Netzwerkarbeit und handelnden Akteur*innen auf der Systemebene gesehen werden.

Examples of applied Case Management in Austria

Master thesis, submitted to FH St. Pölten, April 2018

Case Management is a method that is being applied in countless fields of social work practice. Nevertheless, scientific analyses of this research field are few and far between. The present master thesis examines examples of applied Case Management in Austria and thereby aims to provide insight into the diverse approaches to implementing this theoretical concept.

The first part of the thesis will outline the theoretical background of Case Management according to the scientific literature, describing the different dimensions, roles and principles of the field as well as the six stages of Case Management. Subsequently, the focus will shift to the implementation of Case Management, and the concept of ‘learning organizations’ as well as qualifications of Case Managers will be discussed. The second part will give an account of the qualitative research process and the qualitative methods that were applied.

The three subsequent chapters constitute the core of the thesis, where the results from different research fields will be discussed. First, Nikita Felder, Stefanie Gebesmair, Kathrin Gräble and Hannah-Christina Nebosis will present their findings on the implementation of Social Work Case Management principles in two example organizations. These are ‘das regionale Kompetenzzentrum’, an information centre for people struggling with alcohol abuse, and the ‚Startbegleitung für Asylberechtigte und subsidiär Schutzberechtigte‘, a department of the information centre ‘Interface Vienna’ for officially recognised refugees. The results highlight the striking differences between the organizations’ respective conceptions of Case Management and demonstrate the close link between these conceptions and the implementation of Case Management principles.

In their work, Claus-Clemens Lichtenthäler and Maria Weinberger investigate the use of Case Management in vocational reintegration. They examine specific phases of the Case Management process as implemented at the ‘Österreichische Bundesbahnen’ (the Austrian National Railways), the magistrates of Linz and Graz and the Med Campus III

of the 'Kepler Universitätsklinikum Linz' (the Kepler university hospital Linz). After examining the implementation of 'Outreaching, Case Finding and Intaking' in the process of vocational reintegration, they will address the principles of 'serviceplanning and linking' and their respective application in vocational reintegration at the level of individual cases as well as at system level. The results show that the respective approach to implementing the CM concept has an essential influence on the different phases of Case Management, and that case-oriented as well as cross-case/inter-case relationship building with all actors involved in the process constitutes the base for a successful reintegration of affected employees.

To conclude, the work of Brigitte Grünsteidl discusses the Case Management practice of Austrian health care facilities in different Austrian provinces. It focuses on system level Case Management in the context of the organization 'Netzwerk Gehirn Oberösterreich', the project 'Age-friendly Region' organised by the 'Chance B-Gruppe' in Styria and the 'Betreuungs- und Pflegenetz' in Vorarlberg. The results reveal similarities between help landscapes and organizations of different provinces despite the varying legal framework. At the same time, they also indicate differences in the implementation of the respective Case Management conceptions, mainly in connection with network building and acting players on the system level.

Danksagung

Das zweijährige Forschungsprojekt, das in der vorliegenden Masterarbeit seinen Abschluss findet, ist ohne die Hilfestellungen zahlreicher Personen in dieser Form nicht vorstellbar. An dieser Stelle möchten wir uns deshalb bei all jenen bedanken, die uns während dieser Zeit inspiriert, unterstützt und motiviert haben.

Zuallererst gebührt unser Dank allen Organisationen, die uns Einsicht in das Forschungsfeld gewährt haben und allen Interviewpartner*innen, welche unsere Forschung mit ihren offenen Erzählungen erst ermöglicht haben. All jenen Personen, die uns Zugang zum Forschungsfeld verschafft haben, möchten wir an dieser Stelle ebenfalls unsere Dankbarkeit ausdrücken.

Erwähnen möchten wir in diesem Zusammenhang auch jene Personen aus unserem privaten Umfeld, die uns durch ihre Geduld, ihr Interesse und ihre Hilfsbereitschaft auf dem Weg durch das Studium begleitet und unterstützt haben.

Ebenso gilt unser Dank jeder*m Einzelne*n aus unserer Forschungsgruppe. Trotz sieben unterschiedlicher Meinungen haben wir es geschafft, die vorliegende Masterarbeit gemeinsam zu erstellen.

Hervorheben wollen wir auch die Unterstützung von Frau FH-Prof. Mag. Dr. Sylvia Supper, die Teile der Gruppe mit ihrem umfassenden Wissen zu qualitativen Methoden der Sozialforschung versorgt hat.

Abschließend gilt unser Dank der FH St. Pölten und unseren wissenschaftlichen Betreuer*innen DSAⁱⁿ Mag.^a Karin Goger, MSc, MSc und René Grabner, MA, die uns zwei Jahre lang mit ihrem Fachwissen begleitet und mit hilfreichen Anregungen bei der Erstellung dieser Arbeit zur Seite gestanden sind.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	10
1.1	Forschungsstand zu Case Management in Österreich und Relevanz.....	11
1.2	Forschungsfragen und Forschungsprozess.....	15
1.3	Struktur der Masterarbeit.....	17
2	Case Management	19
2.1	Die Ebenen im Case Management	21
2.1.1	Die Fall- oder Mikroebene	21
2.1.2	Die Care Ebene oder Systemebene	22
2.2	Regelkreis	26
2.2.1	Klärungsphase (Outreach, Case Finding, Intake).....	27
2.2.2	Falleinschätzung (Assessment)	30
2.2.3	Zielformulierung und Hilfeplanung (Serviceplanung).....	31
2.2.4	Umsetzung des Hilfeplans (Linking).....	33
2.2.5	Überprüfung des Hilfeplans (Monitoring)	36
2.2.6	Auswertung (Evaluation)	37
2.3	Funktionen von Case Management	38
2.3.1	Advocacy – die anwaltschaftliche Funktion.....	38
2.3.2	Broker – die vermittelnde Funktion	39
2.3.3	Gate Keeper – die selektierende Funktion.....	39
2.3.4	Die Social Support Funktion.....	40
2.4	Prinzipien des Social Work Case Management.....	41
2.4.1	Empowerment-Konzept.....	42
2.4.2	Nutzer*innenorientierung.....	47
2.4.3	Kooperative Aushandlungsprozesse.....	48
2.4.4	Qualität der Leistung	50
2.4.5	Zusammenfassung.....	51
2.5	Implementierung.....	52
2.6	Lernende Organisation.....	57
2.7	Case Management Qualifikation in Österreich.....	58
3	Methodenteil	62
3.1	Qualitative Sozialforschung.....	64
3.2	Erhebungsmethoden	65
3.2.1	Leitfadengestütztes Interview.....	65
3.2.2	Gruppeninterview	67
3.2.3	Teilnehmende Beobachtung	69
3.3	Auswertungsmethoden.....	70
3.3.1	Feinstrukturanalyse	71
3.3.2	Systemanalyse	72
3.3.3	Themenanalyse.....	73
4	Case Management in zwei Wiener Organisationen	75
4.1	Einleitung.....	75
4.1.1	Aufbau der Arbeit	76

4.2	Methodisches Vorgehen.....	77
4.2.1	Orientierungsphase	78
4.2.2	Erhebungsphase	78
4.2.3	Auswertungsphase.....	81
4.2.4	Exkurs: Kritische Reflexion unseres Forschungsprozesses	83
4.3	Das regionale Kompetenzzentrum (rKomZ) im integrierten Versorgungssystem... 84	
4.3.1	Netzwerkpartner des rKomZ	87
4.3.2	Finanzierung des rKomZ.....	91
4.3.3	Gründung des rKomZ und die Implementierung von Case Management in die Wiener Suchthilfe	93
4.3.4	Beratungsprozess des rKomZ.....	98
4.3.5	Funktionen des Case Managements im integrierten Versorgungssystem	111
4.3.6	Case Management-Prinzipien im Beratungsprozess des rKomZ	114
4.4	Die ‚Startbegleitung für Asylberechtigte und subsidiär Schutzberechtigte‘ (SfA) .	147
4.4.1	Organisationsbeschreibung der SfA	147
4.4.2	Gründung der SfA und die Implementierung von Case Management.....	159
4.4.3	Case Management in der SfA	160
4.4.4	Case Management-Prinzipien im Beratungs- und Betreuungsprozess	168
4.5	Resümee	198
4.5.1	Erkenntnisse zum Forschungsfeld ‚rKomZ‘.....	198
4.5.2	Erkenntnisse zum Forschungsfeld ‚SfA‘	200
4.5.3	Vergleich der beiden Forschungsfelder ‚rKomZ‘ und ‚SfA‘	201
4.5.4	Unvorhergesehene Schwierigkeiten	202
4.5.5	Offene Fragen	202
5	Case Management in der Betrieblichen Wiedereingliederung	204
5.1	Theoretische Grundlagen.....	205
5.1.1	Betriebliche Soziale Arbeit	206
5.1.2	Begriffsklärungen Betriebliches Case Management	207
5.1.3	Unterschiedliche organisationale Modelle des Betrieblichen Case Managements.....	209
5.2	Forschungsstand und Forschungsfragen.....	210
5.3	Forschungsdesign und Feldzugang	212
5.4	Die Betriebliche Wiedereingliederung in den untersuchten Organisationen.....	215
5.4.1	Beschreibung der Österreichischen Bundesbahnen.....	215
5.4.2	Beschreibung des Magistrats Linz	220
5.4.3	Beschreibung Med Campus III des Kepler Universitätsklinikums Linz	224
5.4.4	Beschreibung des Magistrats Graz.....	227
5.5	Die Klärungsphase in der Betrieblichen Wiedereingliederung.....	231
5.5.1	Die Klärungsphase im Case Management und die Betriebliche Wiedereingliederung als Prävention	232
5.5.2	Organisationale Überlegungen, Ziele und Kriterien der Betrieblichen Wiedereingliederung	235
5.5.3	Outreach/Outreaching/Access auf Systemebene und bei der Implementierung.....	240
5.5.4	Outreach/Outreaching/Access im Regelbetrieb	244
5.5.5	Case Finding	250
5.5.6	Intake/Intaking/Access	254
5.5.7	Zusammenfassung.....	258

5.5.8	Resümee	262
5.6	Maßnahmenplanung und –umsetzung in der Betrieblichen Wiedereingliederung	264
5.6.1	Partizipation der Klient*innen	265
5.6.2	Einbindung der Führungskraft	275
5.6.3	Einbindung der Kolleg*innen	281
5.6.4	Verlinkung und Kooperation mit weiteren Akteur*innen	286
5.6.5	Dokumentation und Hilfeplan	303
5.6.6	Maßnahmen auf Systemebene	307
5.6.7	Resümee	314
5.7	Fazit Betriebliche Wiedereingliederung	317
6	Case Management auf der Systemebene im österreichischen Gesundheitswesen	320
6.1	Einleitung	320
6.1.1	Problemstellung und Forschungsfrage	321
6.1.2	Relevanz und Zielsetzung	324
6.2	Theoretische Grundlagen	326
6.2.1	Case Management auf der Systemebene	326
6.2.2	Das Gesundheitswesen in Österreich	330
6.3	Methodenkapitel	333
6.3.1	Entwicklung der Forschungsfrage	334
6.3.2	Sampling und Feldzugang	335
6.3.3	Datenerhebung und -auswertung im Zuge der Interviews	339
6.4	Ergebnisse	340
6.4.1	Netzwerkarbeit von Case-Management-Einrichtungen im österreichischen Gesundheitswesen	340
6.4.2	Die Tätigkeiten der Case-Management-Einrichtungen auf der Systemebene	341
6.4.3	Aufbau und Struktur der Netzwerke zwischen den Organisationen	343
6.4.4	Systemsteuerung im Rahmen der Netzwerkarbeit	351
6.4.5	Einflussnehmende Faktoren auf die Netzwerkarbeit im Sinn von CM	356
6.4.6	Qualifizierung der Case Manager*innen	364
6.4.7	(Elektronische) Datenverarbeitung	365
6.5	Resümee	367
6.5.1	Ausblick und Empfehlung	370
7	Gemeinsames Fazit	372
8	Literatur	376
9	Quellenverzeichnis	394
9.1	Interviews	394
9.2	Beobachtungsprotokolle	396
9.3	E-Mails	397
9.4	Sonstige Quellen	398
10	Abkürzungsverzeichnis	404
11	Abbildungsverzeichnis	406

12	Tabellenverzeichnis	407
13	Anhang.....	408
13.1	Rechercheergebnis zu Hochschulschriften zu Case Management	408
13.2	Auszug des Fragenkatalogs zu Case Management	411
14	Eidesstattliche Erklärungen	413
14.1	Nikita Felder	413
14.2	Stefanie Gebesmair.....	414
14.3	Kathrin Gräble	415
14.4	Brigitte Grünsteidl.....	416
14.5	Hannah-Christina Nebosis	417
14.6	Claus-Clemens Lichtenthäler	418
14.7	Maria Katharina Weinberger	419

1 Einleitung

Nikita Felder, Stefanie Gebesmair, Kathrin Gräble, Brigitte Grünsteidl, Hannah-Christina Nebosis, Claus-Clemens Lichtenthäler, Maria Katharina Weinberger

Die vorliegende Arbeit entstand im Zuge des Forschungsprojekts „Anwendungsbeispiele von Case Management in Österreich“ des Masterstudiengangs der FH St. Pölten. Dieses Projekt erstreckte sich über den Zeitraum Herbst 2016 bis Sommer 2018 und wurde von DSAⁱⁿ Mag^a. Karin Goger, MSc, MSc und René Grabner, MA geleitet.

Da sich in Österreich trotz der Vielzahl an Feldern, in denen Case Management (CM) zur Anwendung kommt, lediglich eine überschaubare Zahl an wissenschaftlichen Werken zu dieser Anwendungspraxis finden lässt, verfolgt das Forschungsprojekt und damit auch die vorliegende Arbeit das Ziel, einen Beitrag zur wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der CM-Praxis zu leisten.

Bevor im nächsten Unterkapitel näher auf den aktuellen Forschungsstand zu CM in Österreich eingegangen wird, wird an dieser Stelle die in der vorliegenden Forschungsarbeit verwendete Abgrenzung von CM erläutert, da in der Literatur weder eine einheitliche Definition noch ein einheitliches Verständnis existieren. Aufgrund der unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen der Autor*innen in ihren Werken, nehmen sie dementsprechend detaillierte Begriffsbestimmungen vor.

Die Österreichische Gesellschaft für Care- und Case Management (ÖGCC) zieht für ihre „Definition“ von CM die Definitionen dreier deutscher Sozialarbeitswissenschaftler heran:

„1. [...] Case Management ist eine auf den Einzelfall ausgerichtete diskrete, d.h. von unterschiedlichen Personen in diversen Settings anwendbare Methode zur Realisierung von Patientenorientierung und Patientenpartizipation sowie Ergebnisorientierung in komplexen und hochgradig arbeitsteiligen Sozial- und Gesundheitssystemen ([Ewers 2005: *d. Verf.*]8)

2. [...] Case Management stellt ein interprofessionelles Arbeiten in Netzwerken dar, zur optimalen Gestaltung der Versorgung für den Einzelfall. Case Manager sollen und müssen über Kompetenzen verfügen, die gestellten Aufgaben erfüllen zu können, und sind daher theorie- und praxisnahe auszubilden. Der CM Prozess umfasst nicht nur die Steuerung von Fallsituationen, sondern auch von Systemen. ([Löcherbach 2006: *d. Verf.*]309)

3. Während Case Management darauf ausgerichtet ist, für den Einzelfall eine optimale Versorgung zu gewährleisten, zielt Care Management auf die reibungslose, integrierte Ablauforganisation von Versorgungsleistungen durch den Aufbau und die Etablierung von fallübergreifenden, regionalen, organisationsinternen und – übergreifenden Netzwerken, auf die im Einzelfall zurückgegriffen werden kann. (vgl. Wendt 2006 [o.S. *d. Verf.*]“ (ÖGCC Grundlagenpapier 2016:1)

Darüber hinaus versteht die ÖGCC CM als Handlungsansatz:

„der sich vor allem dadurch auszeichnet, dass entlang einer Betreuungsepisode eines Klienten („over time“) und quer zu den Grenzen von Versorgungseinrichtungen und -sektoren sowie Professionen („across services“) ein maßgeschneidertes Versorgungspaket („package of care“) erhoben, geplant, implementiert, koordiniert und evaluiert werden soll“ (ebd.:2).

Karin Goger (2008) verweist auf die multidisziplinäre Anwendung von CM als „Methode der Sozialen Arbeit“, die herangezogen wird,

„um Personen mit Multiproblemlagen, die nicht in der Lage sind, geeignete Ressourcen in Anspruch zu nehmen, und die mehrerer unterschiedlicher Unterstützungsleistungen bedürfen, zu begleiten“ (Goger 2008:6).

Case Manager*innen übernehmen dabei eine steuernde und koordinierende Funktion, indem sie Unterstützungsbedarfe feststellen, Unterstützungsleistungen planen und für deren Implementierung sorgen, sie kontrollieren deren Erbringung und den Verlauf und schließlich evaluieren sie die Effizienz und Effektivität des erstellten Hilfeplans und der erbrachten Hilfen (vgl. ebd.). CM agiert dabei nicht nur auf der Fallebene,

„sondern beeinflusst auch die Systemebene, indem es Bedarfslagen an EntscheidungsträgerInnen kommuniziert und hinsichtlich der Implementation von Angeboten berät sowie notwendige Vernetzungsarbeit zwischen Diensten erbringt.“ (ebd.)

1.1 Forschungsstand zu Case Management in Österreich und Relevanz

Kathrin Gräble, Claus-Clemens Lichtenthäler

Die erste österreichische Organisation, die CM implementierte, ist die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse im Jahr 2003 (vgl. Wesenauer 2010). Drei Jahre später, im Juni 2006, wurde schließlich an diesem Standort die ÖGCC als Verein mit Hauptsitz in Linz gegründet (vgl. ÖGCC 2011:1). Die ÖGCC

„bezweckt die Förderung der Entwicklung von Anwendungen von Care- und Case Management in verschiedenen Gebieten des Gesundheits- und Sozialwesens, der Pflege, des Versicherungswesens und der Beschäftigungsförderung, Förderung der Zusammenarbeit von Ausbildungsstätten, des fachlichen Erfahrungsaustausches und der Forschung und Entwicklung, insbesondere der qualifizierten Aus- und Weiterbildung.“(vgl. ÖGCC 2011:1)

Darüber hinaus soll der Verein laut seinem Grundlagenpapier als Netzwerk und Interessensvertretung für Case Manager*innen und Organisationen fungieren, die CM anbieten sowie die Konzeptentwicklung vorantreiben (vgl. ÖGCC 2016). Schwerpunkte der ÖGCC sind die Entwicklung von Qualitätsstandards für Ausbildung, Lehre und Praxis, die Qualitätssicherung, die Zertifizierung von Lehrgängen, die Förderung von

Forschung und Entwicklung sowie der Aus- und Weiterbildung, die intersektorale Vernetzung und die Ermöglichung eines internationalen Fachaustauschs (vgl. ebd.).

Seit 2007 veranstaltet die ÖGCC einmal jährlich eine Fachtagung. Die Einladung zur 10. Fachtagung im Jahr 2017 resümiert:

„Case Management hat sich in den letzten Jahren in Österreich in vielen Handlungsfeldern etabliert. Die mittlerweile große Anwendungsbreite erfordert immer wieder aufs Neue, diesen Handlungsansatz begrifflich zu schärfen und die Theorie und Praxis fachlich zu begleiten“ (vgl. ÖGCC 2017:2).

Eine Aufstellung der Fachtagungen der ÖGCC der Jahre 2008 bis 2017 zeigt, dass etwas mehr als die Hälfte der Referent*innen Vertreter*innen österreichischer Institutionen waren, wobei davon mehr als 20 % einer Krankenkasse und etwa 35 % einer Bildungseinrichtung zugeordnet wurden. Etwa 10 % der Referent*innen waren Vertreter*innen von Hochschulen bzw. Organisationen aus der Schweiz und mehr als 30 % der Vortragenden waren für Einrichtungen aus Deutschland tätig. Bei diesen handelte es sich jeweils um Vertreter*innen des Pendant zur ÖGCC, nämlich des Netzwerks Case Management Schweiz und der Deutschen Gesellschaft für Care- und Case Management (DGCC) sowie diverser Hochschulen (vgl. ÖGCC o.A.).

Mit der Forschung zu CM sind in Österreich primär tertiäre Bildungseinrichtungen betraut. Die Fachhochschulen FH Kärnten, FH Oberösterreich, FH Burgenland, FH Joanneum und FH St. Pölten bieten Schwerpunkte zu CM im Rahmen ihrer Masterprogramme an. Darüber hinaus werden Lehrgänge bzw. Akademische Lehrgänge zu CM angeboten. Weitere Ausbildungen auf Master-Niveau gibt es in Care und Hospital Management und in ähnlicher Form an Bildungseinrichtungen der Pflegewissenschaften.

Um einen Überblick über den Forschungsstand zu CM in der Sozialen Arbeit zu erhalten, ist es unerlässlich, die Bibliotheksbestände eben jener Fachhochschulen mit dem Angebot Sozialer Arbeit und CM zu durchsuchen. Die Abfragen der Gesamtkataloge zu „Case Management“ (Thema enthält „Case Management“) ergeben bei deutschsprachigen Autor*innen stets ein ähnliches Trefferbild: Wendt, Löcherbach, Kleve und Monzer sowie Baur, Rumpelsberger, Gareis und Ehlers. Besonders hervorzuheben ist, dass diese Autor*innen auch mehrfach als Vortragende der Fachtagungen der ÖGCC eingeladen waren.

Eine Stichwortsuche zu CM in der Kategorie Hochschulschriften der FHs ergab in Summe 29 Werke im Zeitraum von 2006 bis 2018¹ (vgl. Kapitel 13.1). Im Bestand der Universitätsbibliothek Wien konnte im Zeitraum von 2004 bis dato nur eine Arbeit zu CM in der Sozialen Arbeit in Österreich. Sie trägt den Titel „Case Management in der Wiener Suchthilfe. Eine Analyse des Diskurses über Möglichkeiten, Chancen und Risiken“ und wurde von Karin Goger im Jahr 2008 verfasst.

Ähnlich gering ist die Zahl der Publikationen zu CM im sozialarbeiterischen Fachdiskurs. In den beiden wichtigsten österreichischen Fachzeitschriften für Sozialarbeit, die vom österreichischen Berufsverband für Soziale Arbeit herausgegebene Fachzeitschrift "SIO – Sozialarbeit in Österreich“ und das Onlinejournal „soziales_kapital“², erschienen seit 2010 insgesamt drei Artikel zum Thema CM. 2010 wurde es im Rahmen eines Theoriediskurses behandelt, fünf Jahre später fand es Einzug unter dem Überthema Partizipation und schließlich wurde 2017 CM in der Gesundheitsversorgung näher beleuchtet.

Ausschließlich mit CM beschäftigt sich hingegen die in Deutschland erscheinende Zeitschrift „Case Management“, die

„[...] viermal jährlich über aktuelle Entwicklungen des Einsatzes von Case Management im Gesundheits- und Sozialwesen, in der Pflege, in der Beschäftigungsförderung und im Versicherungswesen [berichtet]“ (Medhochzwei Verlag o.A.).

Erklärtes Ziel der Herausgeber*innen ist es, die Fachwelt mit theoretischen sowie anwendungsbezogenen Beiträgen auf dem aktuellsten Stand zu halten. Dabei reicht das Spektrum der gebotenen Information von

„[...] Modellen und Projekten, die vorgestellt werden, über Instrumente für die Praxis zu den einzelnen Schritten und in verschiedenen Einsatzgebieten des Verfahrens, über Forschungsergebnisse, Tagungsberichte und Veranstaltungshinweise bis zur Kommentierung von Vorhaben und neuen gesetzlichen Regelungen in den deutschsprachigen Ländern, auf europäischer Ebene und von internationalen Entwicklungen auf dem Gebiet von Care und Case Management“ (ebd.).

Diese Fachzeitschrift ist demnach auch für österreichische CM-Praktiker*innen von höchster Relevanz.

Um den Stellenwert von CM in Österreich abzubilden, soll auch der Stellenmarkt nicht unbeachtet bleiben. Case Manager*innen werden im Bereich der Sozialen Arbeit und im Bereich der Pflege und Gesundheit gesucht. Annoncen tragen entweder „Case

¹ Die Rechercheergebnisse sind im Anhang angeführt (vgl. Kapitel 13.1)

² Weblink: <http://soziales-kapital.at>

Manager*innen“ im Titel oder werben um „Mitarbeiter*innen / Berater*innen im Bereich Case Management“. Manche Stellenausschreibungen richten sich lediglich an eine gesuchte Grundprofession, CM findet dann in den Aufgaben und/oder Anforderungen Erwähnung. Die Beschreibung der Anforderungen/Voraussetzungen reicht von „Zertifizierung als Case Manager*in nach den Richtlinien der ÖGCC“ mit der Beifügung „im Idealfall“ oder „von Vorteil“ über „gute Kenntnisse in CM“ bzw. „Erfahrung mit CM“. (vgl. Fond Soziales Wien 2018, BBRZ 2018, ÖSB Consulting 2018, itworks Personalservice 2017, Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser 2017, JBA-Justizbetreuungsagentur 2017)

Allen Inseraten gemeinsam ist die Anforderung einer abgeschlossenen Ausbildung auf tertiärem Niveau (Soziale Arbeit, Pädagogik, Psychologie, Diplomierte*r Gesundheits- und Krankenpfleger*in oder Lebens- und Sozialberater*innen) sowie Erfahrung im jeweiligen Berufsbereich. Obwohl die Grundprofessionen variieren, wird der Tätigkeitsbereich „Beratung und Betreuung“ von spezifischen Gruppen/Kund*innen immer betont. Die gewünschten Profile werden u.a. mit den Punkten eigenverantwortliche steuernde Fallführung, Erstellen von sozialarbeiterischen Expertisen im Rahmen des CM, intensive Dokumentation und Koordination und Vernetzung konkretisiert. (vgl.ebd.) Zum jeweiligen Tätigkeitsprofil fügt eine*r der Inserent*innen den Annoncen ein organisationales Verständnis von CM bei:

„Das Case Management klärt den (unter Umständen komplexen) Betreuungsbedarf einer Person ab und versucht diesen, durch die Koordination sämtlicher personeller und institutioneller Ressourcen im Alltag abzudecken. Dafür erfolgt eine intensive Zusammenarbeit in einem interdisziplinäres [sic!] Team, dessen gemeinsame Schnittstelle das Casemanagement ist [.]“ (Fonds Soziales Wien 2018a).

Neben Veränderungen am österreichischen Arbeitsmarkt, die sich wie soeben beschrieben, bspw. in erweiterten Anforderungsprofilen zeigen, finden sich auch Initiativen hinsichtlich einer fachlichen Weiterentwicklung. So wurde im Jahr 2015 von den beiden Psychologinnen und Case Managerinnen Julia Prodingler und Claudia Scardelli die CM-Plattform³ gegründet, die es sich zum Ziel setzte, einen unkomplizierten und effektiven Rahmen für die im CM essentielle Netzwerkarbeit zu bieten. Außerdem soll die Plattform zur Qualitätssicherung der Tätigkeit als Case Manager*in und des CM im jeweiligen Arbeitsbereich beitragen und "den noch jungen Fachbereich in Österreich fördern und die Etablierung des Verfahrens unterstützen" (Case Management Plattform o.A.). Des Weiteren wurde im März 2017, im Rahmen der jährlichen Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Soziale Arbeit (OGSA), erstmals eine Arbeitsgruppe

³Weblink: www.cm-plattform.at

zum Thema CM gegründet. Ein erster Arbeitsauftrag, den sich die Arbeitsgruppe selbst gab, ist die mit der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) gemeinsame Entwicklung eines Positionspapiers zu CM in der Sozialen Arbeit, welches im Frühjahr 2019 veröffentlicht werden soll.

Der hier skizzierte Forschungsstand zeigt auf, dass in Österreich viel zum Thema CM, vor allem auf der fachlich-inhaltlichen Ebene, gearbeitet wird, es jedoch kaum empirisch erhobenes Datenmaterial zu CM-Anwendungen gibt. Wir möchten daher mit unserem Forschungsprojekt dazu beitragen diese Lücke zu schließen und die von uns beforschten Praxisanwendungen in den verschiedenen Bereichen mittels der vorliegenden Masterarbeit einer interessierten Leser*innenschaft zugänglich machen.

1.2 Forschungsfragen und Forschungsprozess

Den Auftakt unserer Forschung im Herbst 2016 stellte eine umfassende gemeinsame Recherche hinsichtlich der Handlungsfelder von CM dar. Uns interessierte welche Organisationen in Österreich mit CM arbeiten und in welchen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit diese angesiedelt sind. Darauf aufbauend kristallisierten sich im Lauf des zweiten Semesters interessensgeleitete Untergruppen heraus, die daraufhin ihren eigenen Forschungsfragen folgten.

Nikita Felder, Stefanie Gebesmair, Kathrin Gräble und Hannah-Christina Nebosis beschäftigten sich mit den handlungsleitenden Prinzipien eines Social Work CM in zwei Wiener Organisationen: Dem regionalen Kompetenzzentrum im integrierten Versorgungssystem „Alkohol. Leben können“. sowie der „Startbegleitung für Asylberechtigte und subsidiär Schutzberechtigte“.

Maria Katharina Weinberger und Claus-Clemens Lichtenthäler beforschten CM in der betrieblichen Wiedereingliederung bei den ÖBB, beim Magistrat der Stadt Linz, beim Magistrat der Stadt Graz sowie am Med Campus III in Linz und fokussierten dabei auf die Klärungsphase und die Fallfindung sowie auf die Formulierung von Zielen und auf die Maßnahmenplanung und -umsetzung.

Brigitte Grünsteidl untersuchte, wie CM auf der Systemebene von Einrichtungen im österreichischen Gesundheitswesen praktiziert wird. Hierzu legte sie den Fokus auf drei

Einrichtungen – Netzwerk Gehirn OÖ, Chance B (Stmk.), Pflege- und Beratungsnetzwerk Vorarlberg – und erhob dort, wie und in welcher Form Netzwerkarbeit auf der strukturellen Ebene stattfindet.

Das beschriebene Vorgehen, von umfassender Recherche hin zur Entwicklung thematischer Schwerpunkte, Erschließen des Forschungsfeldes und Ausformulieren von spezifischen Forschungsfragen, orientiert sich an der Grundstruktur interpretativer Sozialforschung nach Froschauer und Lueger (2003). Diese besteht aus einer Planungs- und Orientierungsphase, einer Hauptforschungsphase in zyklischer Grundstruktur und der Aufarbeitung und Präsentation der Ergebnisse.

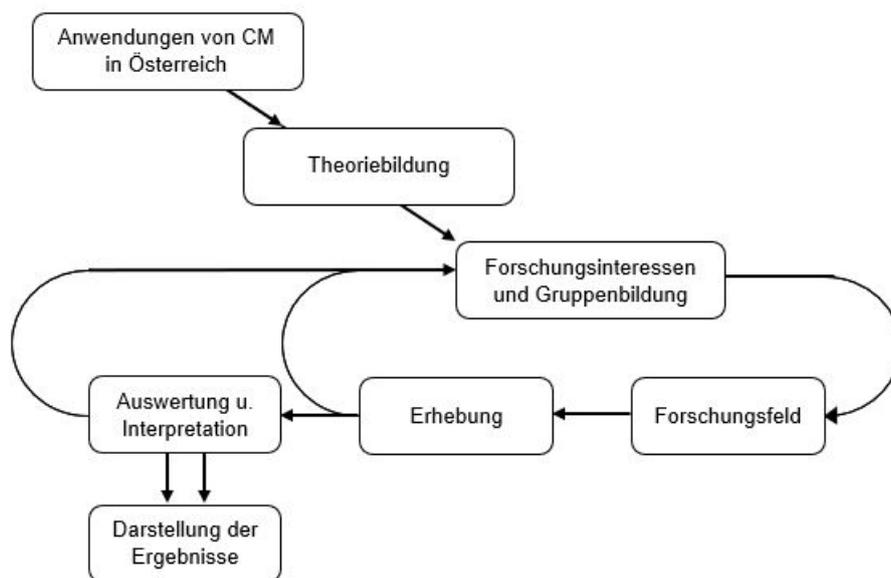


Abbildung 1: Skizze des Forschungsprozesses (vgl. Lueger 2010:30)

Die zyklische Grundstruktur ermöglicht durch wiederholte Planungs-, Feld- und Reflexionsphasen ein Verarbeiten verfügbarer Kenntnisse und Erfahrungen und macht diese für den jeweils nächsten Zyklus nutzbar. Sie sichert somit die Qualität der Forschung. (vgl. Lueger 2010:29-30)

Parallel zur Recherche wurden die, in den Lehrveranstaltungen der Vertiefungsrichtung „Case Management“, vermittelten Inhalte weiterbearbeitet und ergänzt. Der so erreichte Überblick zu Dimensionen, Regelkreis, Funktionen und Prinzipien im CM sowie Implementierung von CM erlaubte den Ersteinstieg in das jeweilige Forschungsfeld in den beschriebenen Gruppen. Nach den ersten Kontakten im Feld wurden die Forschungsinteressen konkreter und der Fokus zielgerichteter. Durch Sammeln spezifischer, themenbezogener Fragen zu den kontinuierlich angeeigneten Inhalten von

CM, konnte letztlich in gebündelter Form ein Kriterienkatalog erstellt werden, der die Grundlage der Erhebungsmethoden im Forschungsfeld bildete. Mittels geeigneter Methoden der qualitativen Sozialforschung konnten anhand der zirkulären Vorgehensweise die Forschungsfragen beantwortet werden. Die zum Einsatz gekommenen Erhebungsmethoden werden in Kapitel 3 dieser Arbeit ausführlich beschrieben.

1.3 Struktur der Masterarbeit

Die vorliegende Masterarbeit gliedert sich in einen „allgemeinen Teil“ sowie in drei „Ergebnisteile“. Der allgemeine Teil dient der theoretischen und methodischen Untermauerung unserer Ergebnisdarstellungen und enthält folgende Kapitel:

Im ersten Kapitel (2.1) werden die Ebenen des Case Managements beschrieben. Diese umfassen die Fall- sowie die Systemebene. Daran anschließend (Kapitel 2.2) werden die unterschiedlichen Funktionen, die CM einnehmen kann, beleuchtet. In Kapitel 2.3 wird der theoretische Ablauf eines CM-Prozesses – der Regelkreis – beschrieben, wobei den dabei innewohnenden Prinzipien das darauffolgende Kapitel 2.4 gewidmet wird. Wie kann CM in eine Organisation der Sozialen Arbeit eingeführt werden und was sollte dabei beachtet werden? Auf diese Fragen liefert Kapitel 2.5, in dem es um die Implementierung des Verfahrens geht, Antworten. Eine wichtige Voraussetzung der Implementierung liegt in der Strukturierung einer Institution als „Lernende Organisation“. Was es damit auf sich hat, wird in Kapitel 2.6 erläutert. Bevor die Methoden, die im Forschungsprozess zum Einsatz kamen, dargestellt werden, wird in Kapitel 2.7 erläutert, welche Qualifikationen Case Manager*innen brauchen, um ihre Tätigkeit ausüben zu können.

Der Methodenteil (Kapitel 3) beinhaltet eine ausführliche Beschreibung der zum Einsatz gekommenen Erhebungsmethoden sowie deren Einbettung in der qualitativen Sozialforschung. Außerdem präzisiert jede Untergruppe ihre Vorgehensweise im jeweiligen Ergebnisdarstellungskapitel.

Den Ergebnisteil der vorliegenden Arbeit eröffnen Nikita Felder, Stefanie Gebesmair, Kathrin Gräble und Hannah-Christina Nebosis. Sie erforschten die Anwendung von CM in zwei sehr unterschiedlichen Wiener Organisationen multiperspektivisch, wobei ihr Fokus auf der Fallebene liegt. In Kapitel 4 gehen sie daher der Frage nach, inwieweit

sich in den beiden ausgewählten Organisationen handlungsleitende Prinzipien des Social Work CM finden lassen.

In Kapitel 5 befassen sich Claus-Clemens Lichtenthäler und Maria Katharina Weinberger mit der Umsetzung von betrieblichem CM in vier verschiedenen österreichischen Unternehmen. Die beiden setzten in ihrer Forschung zwei unterschiedliche Schwerpunkte. Zunächst behandeln sie die Frage, wie und unter welchen Bedingungen Klärungsphase und Fallfindung im Prozess der betrieblichen Wiedereingliederung stattfinden, um sich anschließend der Gestaltung und Umsetzung der Zielformulierung sowie der Maßnahmenplanerstellung auf Fall- und Systemebene zu widmen.

Brigitte Grünsteidl beschäftigt sich in Kapitel 6 mit der Fragestellung, wie CM auf der Systemebene von Einrichtungen im österreichischen Gesundheitswesen praktiziert wird. Der Fokus ihrer Forschung liegt dabei auf der Gestaltung der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteur*innen auf der Versorgungsebene.

Eine ausführliche Darstellung des Aufbaus der einzelnen Teile findet sich jeweils zu Beginn der drei Ergebnisdarstellungskapitel (Kapitel 4.1.1, Kapitel 5 sowie Kapitel 6.1).

Im gemeinsamen Fazit (Kapitel 7) führen wir die durch die Forschungen gewonnenen Erkenntnisse zusammen und arbeiten die unterschiedlichen Anwendungspraxen von CM sowie gefundene Gemeinsamkeiten heraus.

2 Case Management

Brigitte Grünsteidl

Aufgrund der vielfältigen Einsatzmöglichkeiten in den unterschiedlichen Bereichen und Kontexten lässt sich Case Management (CM) nach Monzer (2013:1) „weder als Methode, noch als Organisationsmodell und auch nicht als Tätigkeit einordnen“. Es ist daher wenig verwunderlich, dass in der Literatur unterschiedliche Beschreibungen von CM aufzufinden sind.

Eine knappe und doch aussagekräftige Begriffsbestimmung bietet die Case Management Society of America.

„Case Management is a collaborative process of assessment, planning, facilitation and advocacy for options and services to meet an individual's health needs through communication and available resources to promote quality cost-effective outcomes.“
(CMSA o.A.)

Anhand dieser Definition wird deutlich gemacht, dass CM einen gemeinschaftlichen Prozess abbildet, dessen Aufgabe es ist, in unterstützender und advokatorischer Art und Weise. Möglichkeiten und Angebote zu planen, die die individuellen gesundheitlichen Bedürfnisse der Klient*innen decken. Gleichzeitig soll mithilfe von Kommunikation und Koordination der verfügbaren Ressourcen ein effizientes und effektives Ergebnis erzielt werden. In diesem Sinn steht CM „für [...] Handlungs- und Kommunikationsabläufe innerhalb und zwischen Einrichtungen, vor allem bezüglich der Fallarbeit“ (Kleve 2013:85).

Die Idee von CM, die Unterstützungsleistungen an den Nutzer*innen auszurichten, die vorhandenen Ressourcen für den individuellen Bedarf zu verwenden und Kommunikation, Kooperation und Koordination ins Zentrum des Verfahrens zu stellen, wird auch von Manfred Neuffer unterschrieben. Er versteht unter CM ein Handlungskonzept, das sich an den Aufgaben der Sozialen Arbeit orientiert und auf Fälle mit komplexen Problemlagen Anwendung findet. Als wesentliche Elemente dieses Konzepts beschreibt der Autor

- die ganzheitliche Betrachtung der Menschen in ihrem Lebensumfeld mit ihren individuellen Problemlagen,
- die Einbeziehung der Ressourcen aus dem Umfeld der Klient*innen bei gleichzeitiger Koordination der Ressourcen aus der Angebotslandschaft und
- die Beziehungsarbeit, welche die Basis für eine vertrauensvolle und wertschätzende Arbeitsbeziehung schafft und damit die Aushandlung der Unterstützungsleistungen in

einem kooperativen Prozess zwischen Case Manager*in und Klient*in ermöglicht (vgl. Neuffer 2013:24–34).

In Zusammenhang mit der Ressourcennutzung wird bei Neuffer deutlich, dass CM nicht nur auf Ebene der Fallbearbeitung mit Klient*innen praktiziert wird. Obwohl der Mensch bei der Fallarbeit in den Mittelpunkt gestellt wird, handelt es sich bei CM um ein Verfahren auf unterschiedlichen Ebenen. Diese werden nach Monzer (vgl. 2013:1) Fall- und Systemebene genannt.

In der Definition der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) kommt das Verständnis von CM als Verfahren auf der Fallebene und als Programm auf der Systemebene, welche auch Versorgungsebene genannt wird, klar hervor.

„Case Management ist eine Verfahrensweise in Humandiensten und ihrer Organisation zu dem Zweck, bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen zu bewerkstelligen. Der Handlungsansatz ist zugleich ein Programm, nach dem Leistungsprozesse in einem System der Versorgung und in einzelnen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens effektiv und effizient gesteuert werden können.“ (DGCC 2012)

Aufgrund der mehrdimensionalen Anwendung betrachtet Wendt das CM als

„ein Programm zur Gestaltung von Versorgungs- und Bewältigungsprozessen. Managerial – und eben nicht in der Ausführung einzelner professioneller Leistungen – antwortet das Verfahren auf Anforderungen im System der Leistungserbringung und auf Erfordernisse in der individuellen Lebensführung und Problembewältigung“ (Wendt 2009:3–4).

Ehlers und Broer (vgl. 2013:9–10) verstehen CM ebenfalls als Hilfeprozess, welcher sich über die Grenzen der Sektoren und Einrichtungen hinwegsetzt und sich nach den Bedürfnissen der Nutzer*innen und nach dem Versorgungsbedarf richtet. Auch finden die Ressourcen dieses Versorgungssystems und deren Qualität Beachtung. Das führt dazu, dass dieses Konzept eine vermittelnde und koordinierende Funktion in den unterschiedlichen Ebenen ausübt. Kleve (vgl. 2009:1) formuliert unter der systemischen Perspektive, dass CM Mehrdimensionalität voraussetzt. Es gehe bei diesem Konzept eben darum,

„es hinsichtlich von Einzelfällen zu nutzen, es zudem in Organisationen als Prozessablauf zu realisieren und in Form von Netzwerken unterschiedlicher Organisationen sowie anderer professioneller und lebensweltlicher Akteure (auch fallübergreifend) zu gestalten“ (ebd.).

Kleve schreibt in diesem Zusammenhang von einem „dreidimensionalen Case Management“: Zum einen begreift er CM als Verfahren, welches sich inner- und interorganisationaler Strukturen bedient, um mit organisierten Prozessen und Netzwerkarbeit individuelle Problematiken in der Fallarbeit zu lösen und damit gleichzeitig dem Versorgungsauftrag in vielen einzelnen Fällen nachzukommen. Zum

anderen solle CM als Methodenpool verstanden werden, weil sich dieses Verfahren unterschiedlicher Methoden bedienen muss, um angemessen fallbezogen und fallübergreifend helfen zu können. Und schließlich stehe CM auch für eine bestimmte, professionelle Haltung. Zu dieser zählen neben der Bereitschaft und dem Willen zur Kooperation als zentrales Element Wissen und Erfahrung im Umgang mit nichttrivialen Systemen (vgl. ebd.).

2.1 Die Ebenen im Case Management

In der deutschsprachigen Literatur wird durchgängig von Steuerung auf verschiedenen Ebenen gesprochen, weshalb diese im Folgenden näher ausgeführt werden. Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, dass Beschreibungen, die über eine Steuerung am Einzelfall hinausgehen, in der Literatur kaum zu finden sind.

In Abbildung 2 werden die Wirkungs- und Realisierungsebenen eines vollständig implementierten CM dargestellt.

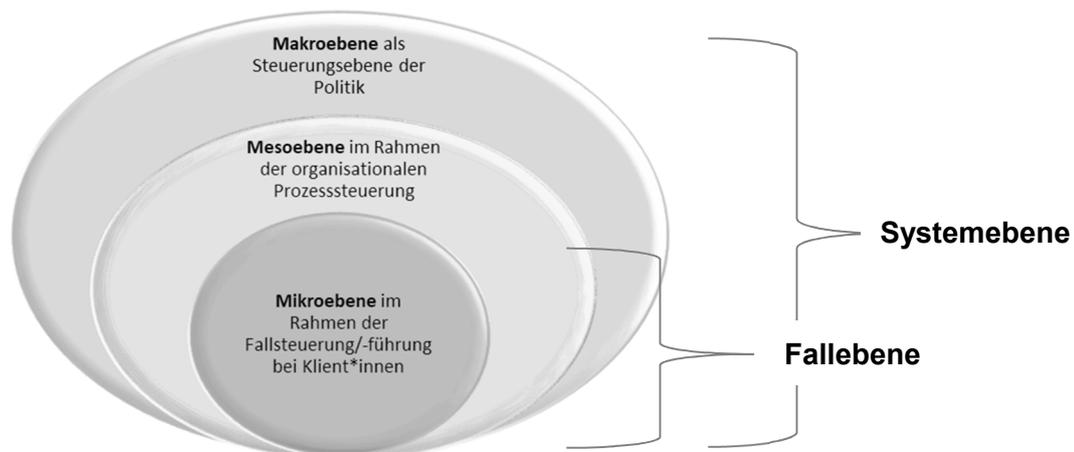


Abbildung 2: Realisierungs- und Wirkungsebenen im Case Management (vgl. Wendt o.A.:5–7)

2.1.1 Die Fall- oder Mikroebene

Auf dieser Ebene steht das professionelle Handeln der Case Manager*innen mit ihren Klient*innen im Vordergrund (vgl. Wendt 1998:11). Doch was ist unter professionellem Handeln der Case Manager*innen zu verstehen? Diesbezüglich und vor allem im Hinblick auf die Begrifflichkeit der Fallsteuerung lohnt sich ein Exkurs in Bezug auf die Hilfesuchenden. Unter ihnen lassen sich drei Personengruppen festmachen, welche unterschiedliche Formen von Hilfeleistungen benötigen. Die Unterteilung erfolgt dabei folgendermaßen:

- Personen, die aufgrund der vielfältigen Angebotslandschaft lediglich gezielte Informationen benötigen: Bei ihnen ist weder Fallklärung noch weitere Hilfe notwendig.
- Personen, die zwar Fallklärung benötigen, aber selbstständig die für sie notwendigen regionalen Dienstleistungen koordinieren können: Es bleibt bei einer einzelfallbezogenen Beratung.
- Personen, die ausführliche Fallklärung benötigen, im Zuge derer sich jedoch herausstellt, dass prozessuale Koordination der dafür erforderlichen Dienste vonnöten ist (Fallführung/-steuerung): Es kommen komplexe Problemlagen zum Tragen und/oder Hilfeleistungen durch eine Vielzahl von Akteur*innen werden notwendig. In dieser Konstellation können die betroffenen Personen und das Umfeld die passenden Hilfen nicht ausfindig machen, nicht selbstständig initiieren oder nicht koordinieren. Der*Die Case Manager*in handelt dabei im Sinn des Subsidiaritätsprinzips (vgl. Klie / Monzer 2008:93–94).

Zusammengefasst bedeutet dies, dass Fallführung bzw. Fallsteuerung im Sinn von CM auf Fallebene nur zum Einsatz kommt, wenn Klient*innen in komplexen Problemlagen nicht in der Lage sind, die Vielzahl der vorhandenen Dienstleistungsangebote selbstständig zu managen. In Abstimmung mit den Klient*innen steuert der*die Case Manager*in durch planmäßiges Vorgehen den Zugang zu den Diensten, den Prozess der Zusammenarbeit und das zielwirksame Verhalten der Beteiligten (vgl. Wendt 1998:11).

Fallsteuerung auf Fall- oder Mikroebene meint folglich, dass Personen mit Multiproblemlagen durch die Case Manager*innen insofern unterstützt werden, als Interventionen von bestehenden formellen und/oder informellen Helfer*innen initiiert, vermittelt, beobachtet und koordiniert werden. Zweck der Koordination und Fallsteuerung ist es, individuelle und passgenaue Unterstützungsleistungen über die Grenzen von Einrichtungen hinweg sicherzustellen. CM folgt dabei einem Phasenmodell bzw. Prozess: Vom Identifizieren der für das CM indizierten Fälle, dem Intake im Einzelfall, von der Erhebung der Problemlagen und Ressourcen der Klient*innen, über die individuellen Hilfeplanungen, die Umsetzung der Maßnahmen durch Kommunikation, Kooperation und Koordination bis hin zur Evaluierung trägt der*die Case Manager*in Verantwortung für die Gestaltung des Prozesses (vgl. Ehlers / Müller 2013:108–110). (Diese Aufgaben werden im Kapitel 2.2 näher erläutert.)

2.1.2 Die Care Ebene oder Systemebene

Die Systemebene – auch Care Ebene bezeichnet – beschreibt die Hilfelandschaft für die Nutzer*innen. Eine wesentliche Aufgabe der Akteur*innen dieser Ebene besteht darin,

das bestmögliche Umfeld zu schaffen und die Angebotslandschaft so zu gestalten, dass im Einzelfall gute Hilfe geleistet werden kann (vgl. Ehlers / Müller 2013:110–111). Wolf Rainer Wendt (vgl. o.A.:5) benennt die Systemebene als Regime der Versorgung. Dort wird der Rahmen für CM gestellt und die Struktur für die Leistungserbringer*innen auf der Fallebene vorgegeben. Das bedeutet, „[d]ie notwendigen Ressourcen zur Durchführung der einzelfallbezogenen Beratungsleistung“ (Klie / Monzer 2008:94) werden auf der Systemebene zur Verfügung gestellt und die Aufbau- sowie Ablauforganisation der Einrichtungen sind entsprechend anzupassen. Denn nur organisationale Strukturen und Prozesse, die sich Veränderungen aus dem Umfeld der Organisation anpassen können, ermöglichen eine Fallbearbeitung im Sinn von CM. (vgl. Kapitel 2.6) Aufgrund der wechselseitigen Wirkung von Fall- und Systemebene werden gleichzeitig Erfahrungen aus der Einzelfallarbeit an die Systemebene rückgemeldet, um Angebote evaluierbar sowie optimierbar und/oder den Zugang für Betroffene steuerbar zu halten (vgl. Klie / Monzer 2008:94). Von diesem Standpunkt aus betrachtet bettet sich die Fallebene in die organisationale Ebene ein. Da sich die Fallebene mit der Fallsteuerung somit als Bestandteil der Mesoebene erweist und die Systemebene die Meso- sowie Makroebene subsumiert, wird die Fallebene, wie in Abbildung 2 ersichtlich, auch als Teil der Systemebene dargestellt. In diesem Kontext ist demnach eine „konsequente Fortführung der Fallsteuerung“ (Monzer 2013:336) auf der Systemebene möglich, welche nach Monzer (vgl. ebd.) als Systemsteuerung bezeichnet wird.

Die Mesoebene

Die Mesoebene entspricht der inner- und interorganisationalen Ebene. An dieser Stelle wird der weitere Verfahrensablauf eines Falls im CM strukturiert. Im Sinn einer Prozessorganisation werden auf Ebene der Organisationen die Versorgungsangebote zum Einzelfall managerial gesteuert (vgl. Wendt o.A.:6–7). Auf diese Weise kommt den Organisationen im CM eine besondere Bedeutung zu. Denn die Strukturen der Organisationen sind maßgeblich dafür verantwortlich, ob gute Fallarbeit im Sinn von CM geleistet werden kann (vgl. Ehlers / Müller 2013:112). Monzer erläutert im Kontext der Systemsteuerung vom Standpunkt der Organisationen aus, dass für ein erfolgreiches CM entsprechende „Qualifikationen, Qualitäten, Instrumente und Kooperationen vorhanden sein [müssen], andererseits gilt es die Position und Autorisierung des CM in der eigenen Organisation sowie im jeweiligen Netzwerk zu entwickeln“ (Monzer 2013:337). Es kommt deutlich hervor, dass sich die Organisationen verändern und entwickeln sollten, wenn sie in einem kooperierenden Netzwerk bestehen wollen. Vonseiten der Einrichtungen erfordert dieses Vorgehen hohe Flexibilität. Die Organisationen haben dementsprechend nachfrage- statt angebotsorientiert zu agieren

und ihre Dienstleistungen an die Bedürfnisse der Hilfesuchenden anzupassen und nicht umgekehrt. Wesentliche Bedeutung im Rahmen einer Organisationsentwicklung kommt den handelnden Akteur*innen in den Organisationen zu. Es braucht stärkenorientierte Führungskräfte, die Unsicherheit aushalten und im Rahmen von Personalentwicklung ihre Mitarbeiter*innen unterstützen, fördern und sie mit den notwendigen Kompetenzen für eine Fall- und/oder Systemsteuerung im Sinn von CM ausstatten (vgl. Kleve et al. 2006:24–25). Zusätzlich sind neben den Werten, Haltungen und Qualifikationen der handelnden Personen auch entsprechende Strukturen und Abläufe in den Organisationen hervorzuheben. Dahingehend erweist sich im Sinn einer Systemsteuerung auch die Einführung eines Qualitätsmanagements mit Dokumentationsstandards als unerlässlich. Nach diesen Standards, in deren Definitionsprozess die Case Manager*innen eingebunden werden sollten, kann der Nutzen und die Wirkung von CM auch im Kontext der Nachhaltigkeit kontrolliert und dargestellt werden. Denn gerade „die Qualität der Wirkung gibt Aufschluss darüber, ob bzw. in welcher Weise die Kriterien eingehalten“ (Löcherbach et al. 2015:53) werden. Controlling und Monitoring auf Systemebene bieten demnach eine Steuerungsmöglichkeit sowie die Sicherstellung dafür, dass sich die Handlungen an den Nutzer*innen orientieren und sich nicht eigennützige Interessen der Organisationen in den Vordergrund drängen.

Die Makroebene

Diese Ebene umfasst die politisch-ökonomische Steuerung des Versorgungssystems und beeinflusst die Meso- und Mikroebene durch Zielvorgaben und Ressourcenzuweisungen (vgl. Wendt o.A.:5–7). Da CM bzw. die handelnden Organisationen auf der Makroebene laut Faß (vgl. 2009:162) – wenn überhaupt – nur eine beratende Funktion einnehmen bzw. lediglich fachlich fundierte Vorschläge oder Stellungnahmen unterbreiten können, wird abgeleitet, dass CM keine Gestaltungsmacht besitzt.

Dennoch stellt die Schaffung von günstigen Rahmenbedingungen ein sinnvolles und legitimes Ziel dar (vgl. Faß ebd.), weshalb die Systemsteuerung auf der Makroebene

„auf die reibungslose, integrierte Ablauforganisation von Versorgungsleistungen durch den Aufbau und die Etablierung von fallübergreifenden, regionalen, organisationsinternen und -übergreifenden Netzwerken [gerichtet ist], auf die im Einzelfall zurückgegriffen werden kann“ (Monzer 2013:52).

Da CM im Kontext eines systemischen Verständnisses die Wechselwirkung von Betroffenen auf das Versorgungssystem und umgekehrt charakterisiert, liegt der Schluss nahe, dass für Maßnahmen zu Qualifizierungs- und Optimierungszwecken in der

Versorgungslandschaft neben den Nutzer*innen auch die zugehörigen Prozesse und Strukturen fokussiert werden. Daher ist das erklärte Ziel auf Makroebene, die Versorgungsebene auf organisationaler Stufe zu optimieren, Schnittstellenprobleme zu identifizieren und zu beheben (vgl. ebd.).

Im Fokus der politischen Steuerung befindet sich daher vor allem die Vernetzung der Leistungserbringer*innen von Versorgungsangeboten. Im Sinn einer raumbezogenen Steuerung konkretisieren Ehlers und Müller

„die Makroebene [als] ein Netzwerk aus Organisationen, die in ihrem Zusammenschluss einen Sinnhorizont erzeugen, der einzelnen Organisationen übersteigt und somit nicht mehr nur an eine der Organisationen gebunden werden kann“ (Ehlers / Müller 2013:113).

Die Ausführungen zeigen die Komplexität von CM plastisch auf. Der mehrdimensionale Handlungsansatz nimmt den Menschen mit seinen individuellen Bedürfnissen in den Blick, indem er bei komplexen Problemlagen eine Vielzahl von Beteiligten auf den Plan ruft. Unter diesen Vorzeichen werden

„im Einzelfall die nötige Unterstützung, Behandlung, Förderung und Versorgung von Menschen rational bewerkstelligt [...] und [...] Versorgungsprozesse in vielen Fällen und über Sektorgrenzen und fachliche Zuständigkeiten hinweg organisier[t]“ (Wendt 2015:17).

Da das Zusammenwirken der Handlungstragenden auf den einzelnen Ebenen von großer Relevanz ist, benötigt CM im Kontext der Kommunikation und Kooperation laut Ehlers und Müller (vgl. 2013:108–116) fünf Ebenen:

- die individuelle Ebene, in deren Fokus die persönlichen Eigenschaften wie bspw. die Haltung der Case Manager*innen stehen;
- die intrapersonelle Ebene, die durch Gruppenprozesse und Teamarbeit gekennzeichnet ist;
- die strukturelle Ebene der Organisationen und Organisationseinheiten mit ihren Rahmenbedingungen;
- die interorganisationale Ebene, die den Fokus auf die Vernetzung der Organisationen untereinander legt;
- die Versorgungs-/Systemebene, in welcher die Organisationen mit ihren Leistungen als Bestandteil der Versorgungslandschaft zur Verfügung stehen.

Die hohen Anforderungen auf den unterschiedlichen Ebenen in Bezug auf Kommunikation und Kooperation der Akteur*innen sind deshalb unumgänglich, weil die (Dienst-)Leistungsangebote in den unterschiedlichen Dimensionen auf vielfältige Weise steuerbar zu sein haben. Nur auf diese Art lassen sich die Ressourcen in der humandienstlichen Versorgung nutzer*innenorientiert sowie effizient und effektiv einsetzen (vgl. Wendt 2015:17–18).

2.2 Regelkreis

Maria Katharina Weinberger

In den vergangenen Kapiteln wurde deutlich, dass CM ein komplexes, mehrdimensionales Verfahren ist. Um die Komplexität ein Stück weit zu reduzieren, wird der Ablauf einer Fallbearbeitung als Regelkreis dargestellt, welcher im nachstehenden Teil dieser Arbeit erläutert wird. Dabei wird näher auf die unterschiedlichen Handlungsschritte eingegangen, welche bei der Strukturierung des Falles unterstützen sollen. Obwohl die einzelnen Schritte in der Fachliteratur analytisch voneinander getrennt werden, gehen sie in der Praxis, wie die nachfolgende Grafik aufzeigt, zirkulär ineinander über. Kleve / Hays / Hampe-Grossner / Müller verweisen in diesem Zusammenhang auf eine rhizomatische Struktur, ein netzwerkartig, verwobenes Gespinnst, bei dem jede Phase mit der anderen verbunden ist (vgl. Kleve et al. 2011:124-125).



Abbildung 3: A Multifunctional Framework of Case Management Practise nach Moxley und Monzer (vgl. Moxley 1989:18; Monzer 2013:70)

In der Literatur variieren die Anzahl und die Bezeichnungen der einzelnen Schritte. Angelehnt an die Rahmenempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) werden im Folgenden sechs Schritte des CM-Regelkreises

beschrieben: Klärungsphase (Outreach, Case Finding, Intake), Falleinschätzung (Assessment), Zielformulierung und Hilfeplanung (Serviceplanung), Umsetzung des Hilfeplans (Linking), Überprüfung des Hilfeplans (Monitoring) und Auswertung (Evaluation). (vgl. DGCC 2008:17-39; zit. in Ehlers / Müller 2013:109)

2.2.1 Klärungsphase (Outreach, Case Finding, Intake)

Die Klärungsphase findet vor dem Beginn des CM-Prozesses statt. In dieser Phase werden die Fälle für das CM ausgewählt, die Rahmenbedingungen geklärt und ein verbindlicher Kontrakt der Zusammenarbeit geschlossen. (vgl. Netzwerk Case Management Schweiz 2014:8) Ehlers / Müller / Schuster (vgl. 2017:67) und Monzer (vgl. 2013:72-73) unterteilen die Klärungsphase in drei Abschnitte: Outreach, Case Finding und Intake.

Im Outreach oder auch Outreaching genannt, werden die Bemühungen beschrieben, das CM-Angebot in der Öffentlichkeit bekannt zu machen, um die potentiellen Nutzer*innen bzw. Fälle zu erreichen. Dahingehend findet auch der Begriff „Access“ Anwendung. Diese Bezeichnung spiegelt laut Monzer jedoch nicht die damit verbundenen „Anstrengungen des Hinausreichens“ wider. Die Besonderheit des Zugangs zum CM ergibt sich daraus, dass das Handlungskonzept erst zu tragen kommt, wenn das Eigenengagement der potentiellen Klient*innen sowie die bisherigen Unterstützungsangebote nicht in ausreichendem Maß ineinandergreifen. Aus diesem Grund sind genaue Überlegungen notwendig, wie beispielsweise etwa, wer welche Aufgaben übernimmt und in welcher Art und Weise gesteuert werden soll. Das Outreaching zielt aber nicht nur auf die jeweiligen Personen, sondern auch auf die unterschiedlichen Fachdisziplinen ab. Diese benötigen ausreichende Informationen über das CM, um die Besonderheit des Konzeptes zu verstehen und in weiterer Folge die richtigen Zuweisungen an das CM sicherstellen zu können. Bildet das CM ein Organisationskonzept, muss zudem der Übergang vom Fallgeschehen einer Disziplin zu einer integrierten Betreuung sichergestellt werden. (vgl. Monzer 2013:73-76)

Beim Case Finding, der Fallauswahl, steht die Auswahl der passenden Fälle für das CM im Zentrum. Voraussetzungen dafür sind spezifische Auswahlkriterien sowie ein entsprechendes Verfahren. Die Auswahlkriterien variieren je nach CM-Organisation. Viele Handlungsfelder formulieren jedoch, wie in der nachfolgenden Grafik erkennbar, ähnliche Merkmale, wie beispielsweise mehrdimensionale Problemkomplexität, hohe Akteur*innendichte, schwierige Prognosestellung, Überforderung des

Nutzer*innensystems bei der Organisation und Koordination der notwendigen Hilfen, wenige/geringe Ressourcen der Nutzer*innen, überdurchschnittliche Kosten bei der Versorgung, etc. (vgl. Monzer 2013:80)

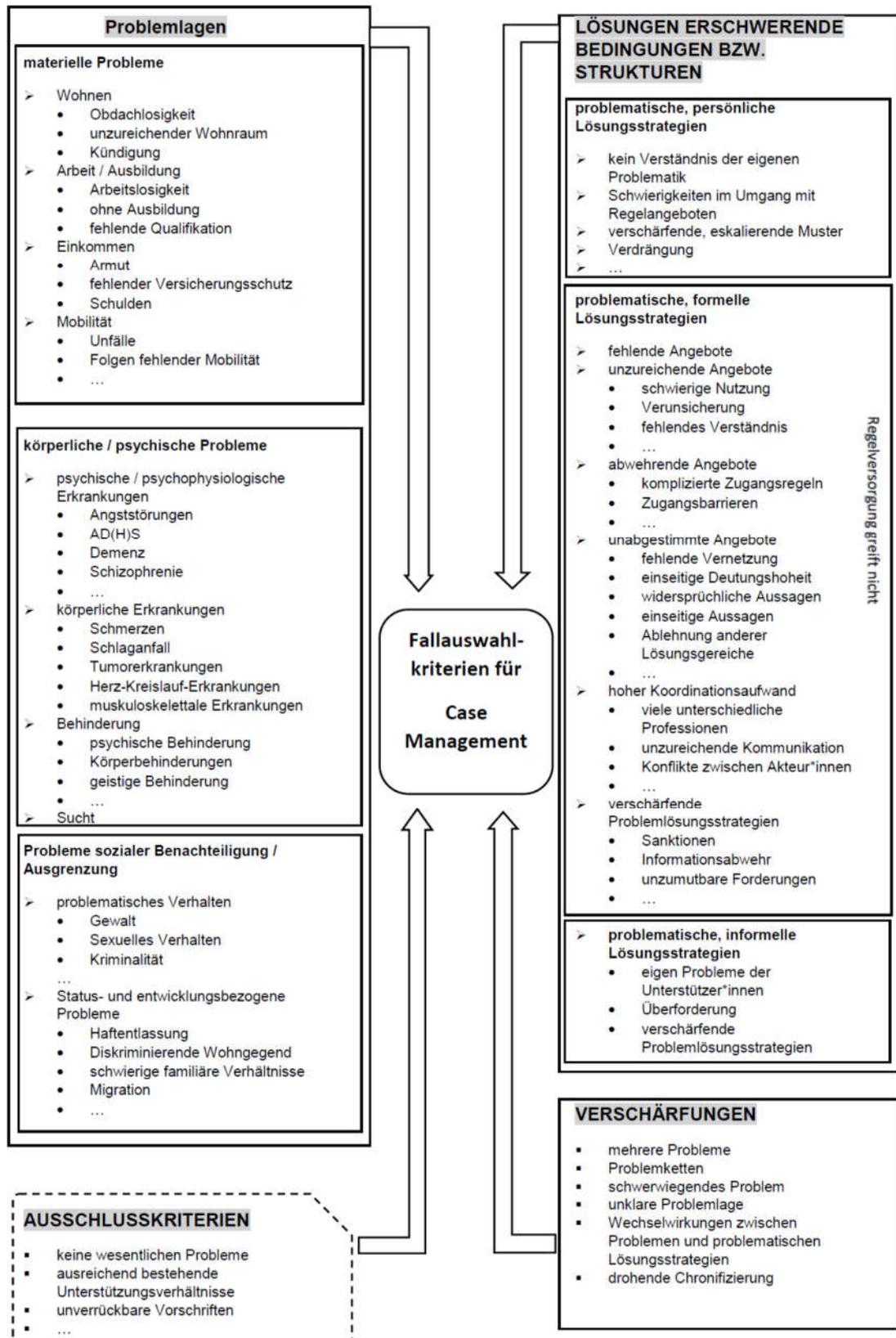


Abbildung 4: Kriterien zur Auswahl von Case Management-fällen nach Monzer (vgl. Monzer 2013:82)

Wie in Abbildung 4 aufgezeigt, benennt Monzer zur Systematisierung der Fallauswahl die drei Dimensionen:

- „Problemlagen;
- Lösungen erschwerende Bedingungen beziehungsweise Strukturen;
- Verschärfungen;“ (ebd.:81)

Diese drei Dimensionen lassen sich miteinander verschränken. Dadurch wird für das CM die Möglichkeit geboten, für unterschiedlichste Handlungsfelder spezifische Kriterien zu bilden, welche nach Bedarf angepasst werden können. Für die Fallbearbeitung durch das CM kommen demnach primär Fälle zur Anwendung, in denen zumindest ein Faktor aus jeder Dimension anzufinden ist. (vgl. ebd.:81)

Beim Intake, der Fallaufnahme, steht in Anlehnung an Ehlers et al. die Information der Klient*innen über die Ziele und den Ablauf des CM im Zentrum. Informationen können sowohl in mündlicher als auch im Vorfeld in schriftlicher Form z. B. mittels Flyer an die Nutzer*innen weitergegeben werden. Die Teilnahme sollte prinzipiell freiwillig erfolgen. In dieser Phase findet in der Regel der erste persönliche Kontakt zwischen Klient*in und Case Manager*in statt. (vgl. Ehlers et al. 2017:74-75) Monzer zufolge werden dabei die Rahmenbedingungen für die weitere Zusammenarbeit ausgehandelt. Es sollte deutlich werden, dass die aktive Beteiligung und das Eigenengagement der Klient*innen von großer Bedeutung sind. (vgl. Monzer 2013:87-88)

Bereits in der Klärungsphase wird durch eine wertschätzende Grundhaltung des*der Case Manager*in der Grundstein für eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung gelegt (vgl. Neuffer 2007:421). Nicht jedes Intake führt zu einer Bearbeitung mittels CM (vgl. Wendt 2012:122).

Deutlich wurde, dass CM ein Spezialverfahren für aufwändige, komplexe Fälle darstellt und deren Auswahl einen wesentlichen Anteil für das Funktionieren des CM in der jeweiligen Organisation ausmacht. Welche Fälle ausgewählt werden, hängt stark von der Zielrichtung des Konzeptes, das mit CM verfolgt wird, ab. (vgl. Monzer 2013:89)

Treffen die Auswahlkriterien eines Falles für das CM zu, startet mit der Falleinschätzung bzw. dem Assessment die eigentliche Fallbearbeitung. Die Bedeutung dieses Handlungsschrittes wird im nächsten Unterpunkt erläutert.

2.2.2 Falleinschätzung (Assessment)

Hannah-Christina Nebosis

In der Phase des Assessments werden zusammen mit dem*der Klient*in Probleme bzw. Bedürfnisse des*der Klient*in beschrieben, sowie Stärken und Ressourcen identifiziert (vgl. Kleve 2009:9-11; Ballew / Mink 1996:189-223). Die eingesetzten Assessment-Instrumente sollen dazu dienen, „Informationen so aufzubereiten, dass daraus eine Fallbeschreibung entsteht, die gezielte Hypothesen über bestimmte Zusammenhänge ermöglicht.“ (Monzer 2013:133) Moxley unterteilt den Assessmentprozess in 4 Schritte:

- Diagnostik der Bedürfnisse des*der Klient*in,
- Diagnostik der Stärken und Ressourcen,
- Diagnostik des sozialen Umfelds sowie
- Diagnostik der professionellen Angebote (vgl. Moxley 1989:26).

Im stärkenorientierten Ansatz wird den Problemen des*der Klient*in wenig Relevanz beigemessen, sondern es wird auf seine*ihre Stärken und Ressourcen fokussiert (vgl. Ehlers et al. 2017). Im Unterschied zur Einzelfallhilfe, werden im CM-Assessmentprozess Fälle möglichst ganzheitlich und interdisziplinär betrachtet (vgl. Moxley 1989:29-30).

Bereits in der Assessmentphase werden das Umfeld des*der Klient*in sowie professionelle Helfer*innen in die Abklärung miteinbezogen, mit dem Ziel alle Informationen, bestehenden professionellen Einschätzungen und Bedürfnisse in Verbindung zu bringen, Unterschiede in den Sichtweisen zu identifizieren und nötigenfalls auszuverhandeln (vgl. Monzer 2013:122). Durch sogenannte „Re-Assessments“ wird die zu Beginn erstellte soziale Diagnostik in späteren Phasen des CM-Prozesses gemeinsam mit dem*der Klient*in überprüft und angepasst (vgl. Moxley 1989: 31).

Die Rolle des*der Case Manager*in sollte im Assessment eine anwaltschaftliche sein, was bedeutet, dass der*die Case Manager*in den Normierungsversuchen der Organisation gegenüber dem Fall des*der Klient*in entgegenwirken soll (vgl. ebd.:113). Auf die anwaltschaftliche Funktion des*der Case Manager*in wird im Kapitel 2.3.1 näher eingegangen.

Das Assessment legt den Grundstein für die weitere Beziehungsarbeit, weshalb die Gesprächsführungskompetenzen des*der Case Manager*in besonders wichtig sind (vgl. ebd.: 117-119).

2.2.3 Zielformulierung und Hilfeplanung (Serviceplanung)

Maria Katharina Weinberger

Ausgehend von der Falleinschätzung werden in konsequenter Aushandlung mit dem*der Klient*in Ziele formuliert (vgl. Ehlers et al. 2017:112). Dabei finden die individuellen Ressourcen des*der Klient*in sowie die Ressourcen aus dem sozialen Umfeld Berücksichtigung (vgl. Monzer 2013:163). Ziele geben an, was der*die Klient*in erreichen möchte. Für die Betroffenen sollen die Ziele eine hohe Attraktivität aufweisen, da dies die Motivation zur Veränderung erhöht. (vgl. Kleve et al. 2006:34) Dem*der Case Manager*in kommt die Aufgabe zu, bei der Entwicklung von konkreten Zielformulierungen zu unterstützen bzw. abstrakte Haltungs-, Grundsatz- oder Motto-Ziele für die anderen Beteiligten zu übersetzen und bei der Ableitung von Verhaltenszielen zu unterstützen. (vgl. Storch 2009:1-24)

Die Zielformulierung mit den Nutzer*innen ist ein zentraler Punkt, da ausgehend von den Zielen, die passenden Maßnahmen abgeleitet werden sollen. Wesentlich dabei ist, dass sich der*die Case Manager*in primär an den Klient*innen orientiert und die bestehenden Optionen und Angebote zunächst nach Möglichkeit ausgeblendet werden. Durch diese Vorgangsweise können Ziele formuliert und Maßnahmen gesetzt werden, die auch zur Lebenswelt der betroffenen Person passen. (vgl. Monzer 2013:161)



Abbildung 5: Beteiligungen im Case Management nach Monzer (vgl. Monzer 2013:162)

Diese Phase kennzeichnet sich Monzer zufolge durch „ein Innehalten und ein Positionieren aus dem Blickwinkel der zu unterstützenden Personen“ (ebd.). Der Autor zieht in diesem Zusammenhang bildlich einen Vergleich mit einem Kegel, wie in Abbildung 5 ersichtlich, um die Beteiligung weiterer Akteur*innen visuell darzustellen. Dabei wird deutlich, dass während aller Handlungsschritte des CM-Regelkreises der Austausch bzw. die Beteiligung weiterer Akteur*innen stattfindet. Lediglich in der Phase der Zielformulierung konzentriert sich der*die Case Manager*in in erster Linie auf den*die Klient*in. (vgl. ebd.:161-162)

Für diesen Handlungsschritt bedarf es einer hohen Sensibilität von Seiten des*der Case Manager*in in der Arbeit mit den Klient*innen sowie einer eventuellen Hilfestellung, da die Betroffenen mit der Entwicklung von Perspektiven an ihre Grenzen geraten und/oder Zielkonflikte zwischen den Beteiligten entstehen können (vgl. Neuffer 2007:421). Sollten Widersprüchlichkeiten erkennbar sein, können diese zwar als schwierig benannt, trotzdem aber nebeneinander stehen bleiben und angenommen werden. Durch die Formulierung unterschiedlicher Teilziele, ist die parallele Bearbeitung auch scheinbar widersprüchlicher Ziele realisierbar. Auf diese Art und Weise besteht die Möglichkeit, in weiterer Folge eventuell wieder Gemeinsamkeiten finden zu können. (vgl. Monzer 2013:180) Stellen Zielkonflikte Störfaktoren dar, müssen diese, in Anlehnung an Neuffer in einem gemeinsamen Aushandlungsprozess offengelegt werden, in dem die dahinterliegenden Normen und Werte benannt und thematisiert werden. In weiterer Folge wird zwischen den Akteur*innen entschieden, welche Ziele weiterverfolgt, welche verworfen werden können und wie deren Priorität einzustufen ist. Sowohl die Ziele der Klient*innen als auch der anderen Beteiligten müssen in ausreichender Weise dokumentiert werden, auch wenn diese als unrealistisch betrachtet werden können. Verdeckte professionelle Ziele sollen Neuffer zufolge vermieden werden, da diese das Vertrauen der Nutzer*innen in die Arbeit beeinträchtigen könnten. (vgl. Neuffer 2013:118)

Ausgangspunkt für die Hilfeplanung ist die Überlegung, wie viel den Klient*innen auferlegt werden kann und welche Kooperationspartner*innen für welche Beiträge erforderlich sind. Sind die Betroffenen, beispielsweise aufgrund von Demenz nur eingeschränkt in der Lage, den Prozess der Hilfeplanung zu verstehen, wird der*die Case Manager*in seine*ihre „Supportfunktion“ (siehe Kapitel 2.3.4) wahrnehmen und die notwendigen Schritte mit seinem*ihrem Team bzw. den weiteren Akteur*innen vorbereiten, um die Nutzer*innen nicht zu verwirren. Erst wenn die weitere Vorgehensweise schlüssig und nachvollziehbar ist, werden die Klient*innen wieder

einbezogen. Kann der*die Klient*in dem Prozess folgen, wird diese*r frühzeitig eingebunden. Eine stärkere Einbindung bietet die Möglichkeit, passgenauere Ziele zu erhalten, bevor diese konkretisiert werden. Diese Vorgehensweise erleichtert und erhöht deren spätere Realisierbarkeit sowie Nachhaltigkeit. (vgl. Monzer 2013:163-164)

Abhängig vom jeweiligen Fall werden zu unterschiedlichen Zeitpunkten weitere relevante Akteur*innen in die Hilfeplanung miteinbezogen. Wesentlich dabei ist, die Rollen der beteiligten Kooperationspartner*innen im gemeinsamen Prozess bereits zu Beginn zu klären. Im Zentrum stehen die betroffenen Klient*innen und deren informelle Helfer*innen. Dies erhöht deren Verantwortungsübernahme und ermöglicht die Anschlussfähigkeit in deren Lebenswelt. Der Aufgabenbereich des*der Case Manager*in in diesem Handlungsschritt liegt in der Organisation des gesamten CM-Prozesses. Unter Einbezug der weiteren Akteur*innen wird mit Unterstützung der CM-Fachkräfte eine Gesamtstrategie entwickelt, in der sich die Beteiligten in einem gemeinsamen Aushandlungsprozess auf eine einvernehmliche Zielformulierung und Maßnahmenplanung einigen. (vgl. ebd.:170-171)

Die Ergebnisse der Hilfeplanung sollen in einem schriftlichen Dokument, dem sogenannten Hilfe-, Maßnahmen-, oder auch Serviceplan, festgehalten werden. Darin werden die Aufgabenverteilungen und -verantwortungen aller Beteiligten fixiert. Weiters wird ein Zeitrahmen festgelegt, bis wann die jeweiligen Ziele realisiert werden sollen. Dieses Dokument wird abschließend von allen Beteiligten unterschrieben, jeder*jede Teilnehmer*in erhält ein Duplikat. (vgl. Wendt 2010:151-153)

Veranschaulicht werden konnte, dass ausgehend von den formulierten Zielen der Betroffenen, die Findung und Konkretisierung von passgenauen Angeboten und Maßnahmen der Klient*innen während der Phase der Hilfeplanung im Vordergrund steht. Wie sich die Umsetzung des vereinbarten Hilfeplanes in weiterer Folge darstellt, wird im nachfolgenden Kapitel beschrieben.

2.2.4 Umsetzung des Hilfeplans (Linking)

Nach der Anfertigung des Hilfeplans steht in diesem Handlungsschritt die Verwirklichung bzw. die Umsetzung der vereinbarten Ziele und Maßnahmen im Zentrum. Dazu knüpft der*die Case Manager*in in der Fallsteuerung Verbindungen (= Linking) zu den passenden informellen und formellen Hilfsangeboten, um diese in den CM-Prozess zu

integrieren. (vgl. Riet / Wouters 2008:205) Mögliche CM-Kooperationspartner*innen für die Umsetzung des Hilfeplans können sich aus folgenden Feldern zusammensetzen:

- „öffentliche Organisationen (Ämter, Kostenträger,...)
- Regelhilfen und formelle Angebote (Ärzte, Schul[den]beratung, Krankenkassen, Therapeuten, JobCenter, betreutes Wohnen durch Anbieter von Hilfen für Menschen mit Behinderung,...)
- tertiärer Sektor (Nachbarschaftshilfe, Selbsthilfeorganisationen, Vereine,...)
- informeller Sektor (Familie, Freunde, Nachbarn, Kollegen,...)“ (Monzer 2013:203)

Die Phase des Linkings kennzeichnet sich vor allem durch die „Entwicklung und Pflege von Beziehungen“ (vgl. ebd.:205) und zwar zu allen in den Prozess involvierten Kooperationspartner*innen.

Ausgangspunkt in diesem Handlungsschritt sind die Bedürfnisse und Ziele der Klient*innen, welche im Fallverlauf realisiert und umgesetzt werden sollen. Dabei werden die auftretenden Ängste, offenen Fragen sowie Bedenken der Klient*innen, aber auch der informellen Helfer*innen gemeinsam mit dem*der Case Manager*in bearbeitet. In diesem Zusammenhang wird dem hohen Bedürfnis der Nutzer*innen nach ausreichenden Informationen über die möglichen Kooperationspartner*innen sowie über deren Angebote bestmöglich nachgegangen. Dies ist wesentlich, um Brüche bei der Verantwortungsübernahme zu weiteren Akteur*innen zu vermeiden. (vgl. ebd.:204)

Eine möglichst hohe Übereinstimmung zwischen den Zielen der Klienten*innen und den bestehenden Angeboten zu erreichen, könnte eine Herausforderung in der Phase der Verantwortungs- und Aufgabenübertragung an die jeweiligen Kooperationspartner*innen darstellen. Neben den Bedürfnissen der Klient*innen sind auch die Anliegen der jeweiligen Anbieter*innen zu berücksichtigen, um mögliche Vermittlungshindernisse frühzeitig zu erkennen. (vgl. Monzer 2013:2014) Auch Moxley betont, dass durch die Beachtung beider Seiten, des*der Klient*in und des*der jeweiligen Anbieter*in, die Wahrscheinlichkeit einer gelingenden Überweisung erhöht wird (vgl. Moxley 1989:99). Wesentlich ist, Abweichungen zwischen den Interessen der Klient*innen und der jeweiligen Angebote ausreichend zu dokumentieren. Da eine 100%ige Passgenauigkeit kaum erreicht werden kann, liegt es im Aufgabenbereich der CM-Fachkräfte, die Angemessenheit des Angebotes einzuschätzen und die sich ergebenden Spielräume einer Anpassung entsprechend zu nützen. (vgl. Monzer 2013:204-205) Sollten während dieser Phase unerwartete Probleme mit Anbieter*innen auftauchen, bei denen die Qualität der vereinbarten Leistungen nicht in entsprechender Weise gewährleistet werden kann, betont Monzer die anwaltschaftliche Funktion (Advocacy) der CM-Fachkräfte gegenüber ihren Klient*innen (siehe Kapitel 2.3.1). Dabei

übernimmt der*die Case Manager*in die Interessensvertretung der Nutzer*innen, um die Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen bei den Anbieter*innen einzufordern und durchzusetzen. (vgl. ebd.:221)

Müssen mehrere Unterstützungsangebote aufeinander abgestimmt werden, ist im Linking eine fallbezogene sowie auch fallübergreifende Vernetzung mit unterschiedlichen Akteur*innen wesentlich. Die Kooperationspartner*innen müssen Monzer zufolge ein Verständnis für die Abläufe und Prinzipien des CM aufweisen. Dabei sollte eine Übereinkunft zwischen den Akteur*innen bestehen, wie mit auftretenden Konflikten und Spannungsfeldern umgegangen wird, um eine Kultur, welche „Fehler als Möglichkeiten des Lernens versteh[t]“ (Monzer 2013:226), zu entwickeln. (vgl. ebd.:225-226) Der*die Case Manager*in initiiert demnach einen Prozess, bei dem sich alle Beteiligten auf die identifizierten Ziele und Bedürfnisse des*der Nutzer*in im Sinne des CM fokussieren, damit die vereinbarten Maßnahmen im Hilfeplan umgesetzt werden können (vgl. Riet / Wouters 2008:208). Auftretende unterschiedliche Sichtweisen oder auch Vorstellungen der einzelnen Teilnehmer*innen müssen verdeutlicht werden. Ziel ist nicht, Reibungsflächen zu verhindern, sondern diese konstruktiv zu nützen und dadurch zu legitimieren (vgl. ebd.). Da CM ein ressourcenorientiertes Verfahren darstellt, liegt es im Aufgabenbereich der zuständigen Case Manager*innen, abzuwägen, mit welchen Akteur*innen auf welche Art und Weise und in welchem Ausmaß eine Zusammenarbeit sinnvoll ist. Damit eine effektive Steuerung durch die CM-Fachkräfte möglich ist, ist eine breite Akzeptanz sowie Autorisierung des CM-Konzeptes innerhalb der Organisation von Vorteil. (vgl. Monzer 2013:228-229)

Sollte sich im gemeinsamen Prozess herauskristalisieren, dass die in der Hilfeplanung vorgeschlagenen Ziele aufgrund fehlender Passgenauigkeit bzw. Leistungsangebote nicht umgesetzt werden können, muss laut Monzer CM über die Fallebene hinausgehen und im Sinne einer lernenden Organisation auf Systemebene Interventionen setzen. CM benötigt Abläufe, die es ermöglichen, eventuelle Schnittstellenprobleme bzw. Versorgungslücken an die jeweiligen Stellen weiterleiten zu können, um in weiterer Folge entsprechende Anpassungen bzw. Entwicklungen neuer Angebote initiieren und umsetzen zu können. (vgl. ebda.:5)

Aufgezeigt werden konnte, dass sich mit zunehmender Komplexität eines Falles die Fallsteuerung durch die CM-Fachkräfte anspruchsvoller gestaltet. Durch unterschiedliche Sichtweisen, Einstellungen, Persönlichkeiten, etc. der Kooperationspartner*innen können in der Phase des Linkings Widersprüchlichkeiten und

Konflikte entstehen. Um diese konstruktiv bearbeiten zu können, bedarf es eines Klimas des Vertrauens, das sich durch Transparenz sowie ausreichende Kommunikation kennzeichnet und vonseiten der CM-Fachkräfte fallbezogen als auch -übergreifend gepflegt wird. (vgl. Monzer 2013:238) Um die Unterstützungsleistungen der jeweiligen Anbieter*innen langfristig abzusichern, ist eine regelmäßige Überprüfung des Hilfeplans notwendig. Auf diesen wesentlichen Prozessschritt wird im nachfolgenden Kapitel näher eingegangen.

2.2.5 Überprüfung des Hilfeplans (Monitoring)

Hannah-Christina Nebosis

Monitoring dient als Mechanismus zur Selbst-Korrektur des CM-Prozesses (vgl. Moxley 1989:122). Ewers bezeichnet als Monitoring, dass der*die Case*Managerin den gesamten Versorgungsverlauf überwacht und die Verantwortung dafür übernimmt, dass der Prozess immer wieder den veränderten Bedürfnissen der Klient*innen angepasst wird (vgl. Ewers 2000:77). Laut Moxley hat das Monitoring noch drei weitere Funktionen, nämlich 1. zu überprüfen, inwieweit der Serviceplan in das Hilfsnetzwerk implementiert wurde, 2. ob die Ziele des Serviceplans erreicht wurden und 3. den tatsächlichen Outcome festzustellen (vgl. Moxley 1989:115-116).

Monitoring findet während des Hilfeprozesses von der*dem Case Manager*in in Form von Sammeln, Sichten, Analysieren und Interpretieren von Daten aus dem Unterstützungsprozess statt (vgl. ebd.:115). Die Daten können qualitativ oder quantitativ erhoben werden und beziehen sich sowohl auf den*die Klient*in, sein*ihr soziales Netzwerk sowie auf professionelle Unterstützung (vgl. ebd.:117-119). Als Kriterien können laut Moxley beispielsweise Leistung (effort), Angemessenheit (adequacy), Qualität (quality) und Wirkung (outcome) dienen (vgl. ebd.:119).

Monzer empfiehlt, die entsprechenden Indikatoren und Zielüberprüfungsintervalle aus dem Fall heraus zu begründen und festzulegen, anstatt sich an starren Mustern zu orientieren (vgl. Monzer 2013:202).

Qualitätsmängel in der Versorgung sollen durch das Monitoring rechtzeitig erkannt und nach Möglichkeit verhindert werden (Frink / Strassner 1996, zit. in Ewers 2000:77). Die Qualität der Versorgung kann u.a. nach folgenden Kriterien beurteilt werden: Klient*innenzufriedenheit, Zufriedenheit anderer Akteur*innen, Umsetzung von zuvor

definierten Vereinbarungen, Einhaltung des Finanzierungsrahmens (vgl. Rothman 1991:o.S, zit. in Ewers 2000:78).

Das Monitoring führt häufig dazu, dass auf eine frühere Phase des Regelkreises zurückgegriffen wird und von dort aus neue Wege (Ziele, Leistungsanbieter,..) im Prozess gesucht werden (vgl. Rothman 1991:o.S. / Frink / Strassner 1996, zit. in ebd.)

2.2.6 Auswertung (Evaluation)

Hannah-Christina Nebosis

Eine Evaluation sollte laut Monzer stattfinden, nachdem eine Fallbearbeitung abgeschlossen oder für längere Zeit unterbrochen wurde. Dies passiert im Rahmen eines bestimmten Auftrags oder innerhalb des Qualitätsmanagements. (vgl. Monzer 2013:311)

Evaluationen entstehen aus unterschiedlichen Interessen und verfolgen unterschiedliche Ziele, was bei der Ergebnisinterpretation stets mitbedacht werden muss (vgl. ebd.:311-312). Im Unterschied zum Monitoring, wo der Fokus der Überprüfung auf den im Ziel- und Hilfeplan vereinbarten Zielen liegt, ist der Zweck einer Evaluation nicht von vornherein festgelegt (vgl. ebd.:311). Evaluation soll Qualität messen, im Mittelpunkt steht dabei jedenfalls die Nutzer*innenzufriedenheit. Die Beurteilung der Qualität stützt sich auf das Urteil des*der Nutzer*in, seiner*ihrer Angehörigen sowie der Einschätzung der Leistungserbringer. Welche Kriterien zur Bewertung herangezogen werden ergibt sich aus den jeweiligen Anlässen und Zielen (vgl. ebd.).

Monzer unterscheidet zwischen internen und externen Gründen sowie sogenannten „beziehungsorientierten“ Gründen. Interne Gründe für die Evaluation der eigenen Organisation wären beispielsweise Organisationsentwicklung und Fachliche Reflexion. Als externe Anlässe nennt Monzer Rechenschaftslegung gegenüber beaufsichtigenden oder finanzierenden Stellen sowie Öffentlichkeitsarbeit. Mit „beziehungsorientierten Anlässen“ ist die Zusammenarbeit mit Kooperationspartner*innen sowie Nutzer*innenpartizipation gemeint. (vgl. ebd.:311-336)

2.3 Funktionen von Case Management

Kathrin Gräble

CM wird in verschiedenen Bereichen und Arbeitszusammenhängen genutzt und nimmt je nach Situation, Position und Auftrag unterschiedliche Funktionen ein. In diesem Kapitel werden diese unterschiedlichen Funktionen von CM beschrieben. Eingegangen wird dabei auf jene, die seit der Einführung von CM im deutschsprachigen Raum die häufigste Anwendung finden: Die anwaltschaftliche Funktion, in der Literatur oft *Advocacy* genannt, die vermittelnde *Broker-Funktion* sowie die selektierende Funktion, auch *Gate Keeper-Funktion* genannt. Außerdem wird die *Social Support* Funktion vorgestellt, die als eine Art Voraussetzung angesehen wird, wenn mit Nutzer*innen im Sinne des *Advocacy* zusammengearbeitet werden soll. Wichtig ist hierbei zu betonen, dass es sich im Folgenden um idealtypische Beschreibungen der Funktionen handelt - in der Praxis finden sich vor allem Mischformen vor, die CM je nach Feld, Organisation und Situation übernimmt.

2.3.1 Advocacy – die anwaltschaftliche Funktion

Laut Michael Ewers handelt es sich hier um die ursprünglichste Funktion von CM (vgl. Ewers 2000:66). Das CM übernimmt hier eine sozialanwaltschaftliche Position, die der Stärkung der Position der Nutzer*innen dienen soll. Die Case Manager*innen handeln demnach parteilich im Sinne ihrer Klient*innen, orientieren sich an deren Lebenswelt, machen auf Lücken im Versorgungssystem aufmerksam und lobbyieren bei Verantwortungsträgern (vgl. Ewers 2000:65, Monzer 2013:13-14). Ewers hebt hervor, dass es im Sinne des Empowerments nicht darum geht, die Nutzer*innen in ein Abhängigkeitsverhältnis zum Hilfesystem zu führen, sondern vielmehr darum, sie dazu zu befähigen, sich selbst für ihre Belange einzusetzen (vgl. Ewers 2000:65). Laut Monzer ist *Advocacy* dann geglückt, „[...] wenn die Position des Klienten gegenüber den jeweiligen Organisationen gestärkt werden konnte, sodass notwendige Ziele eher zu erreichen sind“ (Monzer 2013:20). Für Moxley geht die anwaltschaftliche Strategie weiter. Seiner Ansicht nach verfolgt diese das Ziel, Ungerechtigkeiten, die zum Beispiel durch die Verweigerung von Leistungen entstehen, zu korrigieren und einzufordern, dass Leistungen auf die Bedürfnisse der Nutzer*innen zugeschnitten werden oder gar sich für die Etablierung neuer Unterstützungsangebote einzusetzen. Er sieht CM als Strategie einen Wandel auf Systemebene zu erreichen und fordert strikte

Nutzer*innenorientierung bei den Angeboten ein (vgl. Moxley 1989:93). Anwaltschaftlich agierende Case Manager*innen sind in der Pflicht, passende Interventionen im Umfeld der Nutzer*innen zu setzen und tun Moxleys Meinung nach gut daran, ein Bewusstsein dafür zu entwickeln, dass einmal erkämpfte Unterstützungsangebote auch für künftige Nutzer*innen hilfreich und nützlich sein können (vgl. ebd.:94).

2.3.2 Broker – die vermittelnde Funktion

Mittels dieser Funktion, in der Literatur oft auch Maklerfunktion genannt, verfolgt CM das Ziel, individuelle Versorgungsarrangements durch eine neutrale und beraterische Vermittlung von passenden Diensten und Leistungen zu erreichen (vgl. Moxley 1989:96-101, Monzer 2013:14-15). Die Brokerfunktion entstand in den 1970er und -80er Jahren als Antwort auf die zunehmende Unübersichtlichkeit und Desintegration des komplexen und hochgradig arbeitsteiligen Gesundheits- und Sozialsystems der USA (vgl. Ewers 2000:66). Um den jeweiligen Fall genau zu erfassen sind hier adäquate Assessmentinstrumente zentral sowie ein umfassendes Wissens- und Informationsmanagement „[...] über die zur Verfügung stehenden Angebote und deren Finanzierung“ (Monzer 2013:15). Ewers betrachtet die neutrale Rolle der Case Manager*innen kritisch, da diese zwar auf Qualitätsmängel bei der Versorgung aufmerksam machen könnten, sie aber nicht die Möglichkeit hätten, diese während des Versorgungsprozesses zu verändern „[...] oder auch direkte Einflussnahme auf die Anbieter zu einer gezielten patientenorientierten Qualitätsentwicklung beizutragen“ (Ewers 2000:68). Für Monzer bleibt zudem offen, welche Rolle die Case Manager*innen im weiteren Verlauf eines Unterstützungsprozesses einnehmen und er stellt sich die Frage, inwiefern deren Arbeit nach erfolgreicher Vermittlung getan ist oder ob sie für die Bedarfsgerechtigkeit der Angebote verantwortlich bleiben (vgl. Monzer 2013:15).

2.3.3 Gate Keeper – die selektierende Funktion

Das CM ist hier für die Zuteilung der richtigen, notwendigen und vorrätigen Ressourcen zuständig und entscheidet laut Monzer über eine gerechte Verteilung begrenzter Mittel (vgl. ebd.:16). Es steht dabei sowohl im Dienst der Nutzer*innen als auch im Dienst der finanzierenden Stellen. Monzer weist daraufhin, dass im Unterschied zu den übrigen Funktionen, das „Gate-Keeping [...] nicht von den Klienten beauftragt [wird], sondern von den Ressourcen verantwortenden Kostenträgern, die neben ihrer Dienstleistung auch die Rechtfertigung ihrer Ausgaben im Blick haben müssen“ (ebd.). Findet sich diese

Funktion in einer Organisation wieder, die CM anbietet, so verweist dies meist auf ein systemorientiertes Case bzw. Care Management-Modell.

Laut Ewers ist diese Funktion als Antwort auf die wachsenden Aufgaben moderner Sozial- und Gesundheitssysteme bei begrenzten finanziellen Ressourcen entstanden, Selektion und Zugangssteuerung stehen hier im Vordergrund (vgl. Ewers 2000:69). Umfassende Assessments fungieren als Steuerungsmittel. Aufkeimenden Werte- und Loyalitätskonflikten wird durch die Berufung auf der Wahrung gesamtgesellschaftlicher Interessen begegnet, manche Autor*innen gehen sogar so weit zu sagen, dass es sich bei der Gate Keeper-Funktion um eine umfassendere Advocacy-Funktion handle (vgl. ebd.).

Case Manager*innen nehmen hier jedenfalls eine Schlüsselposition zwischen Versorgungssystem und Nutzer*innen ein und geraten nicht selten in ein Dilemma, wenn sie durch ihre Tätigkeit „[...] die Gewähr dafür bieten [sollen], dass sowohl bei den Leistungserbringern als auch bei den Nutzern ein Bewusstsein für die wirtschaftlichen Folgen des Versorgungsgeschehen entsteht und der Rückgriff auf vorhandene Ressourcen im Sinne einer sparsamen Mittelverwendung beeinflusst wird“ (ebd.:71).

2.3.4 Die Social Support Funktion

Diese Funktion von CM dient der Unterstützung und Begleitung von Nutzer*innen, die sich in krisenhaften Situationen befinden und verfolgt das Ziel der Befähigung sich mit vorhandenen Hilfsangeboten auseinanderzusetzen, um informierte Entscheidungen treffen zu können. Es geht um eine Wiederherstellung der Selbstbestimmung der Nutzer*innen, damit diese sich an der Versorgungsplanung beteiligen können (vgl. Monzer 2013:17). Monzer betrachtet diese Funktion als einen Zwischenschritt „[...] der das Ziel verfolgt, zusammen mit dem Klienten im Sinne des Advocacys zusammenarbeiten zu können“ (ebd.:19).

Wie dargestellt sind die Möglichkeiten, als Case Manager*in in verschiedenen Settings mit unterschiedlichen Nutzer*innen zu interagieren, äußerst zahlreich. Die beschriebenen Funktionen werden dabei kaum in ihrer Reinform umgesetzt, da Aufgabenbereiche oft ineinandergreifen und mitunter strukturellen Rahmenbedingungen angepasst sind. Ein wichtiger Appell der zitierten Autor*innen ist jedenfalls, dass gelingendes CM auf die spezifischen Bedürfnisse der jeweiligen Nutzer*innen

abgestimmt und daher die Möglichkeit bestehen sollte, dieses je nach Situation und Bedarf adaptieren zu können.

Da vorliegender Arbeit ein Social Work CM Verständnis zu Grunde liegt, wird an dieser Stelle betont, dass die dargestellten Funktionen nicht als gleichrangig betrachtet werden können. Die Advocacy-Funktion im Sinne Monzers (ebd.:19) wird als zentrale und unverzichtbare Funktion verstanden, während die Gatekeeper-Funktion im Widerspruch zu den Intentionen eines Social Work CM stehen kann.

2.4 Prinzipien des Social Work Case Management

Stefanie Gebesmair

Bei der intensiven Beschäftigung mit Prinzipien des Social Work CM wird deutlich, dass die einzelnen Prinzipien untrennbar miteinander verbunden sind. Unter anderem sind die *Stärken-* sowie die *Ressourcenorientierung* ein wesentlicher Bestandteil des *Empowerment-Konzeptes*. Das *Empowerment-Konzept* steht wiederum im Zusammenhang mit einer *Nutzer*innenorientierung* sowie den *Kooperativen Aushandlungsprozessen*, etc.

Die folgende Visualisierung der Prinzipien des Social Work CM soll die Verflochtenheit der Prinzipien deutlich machen.

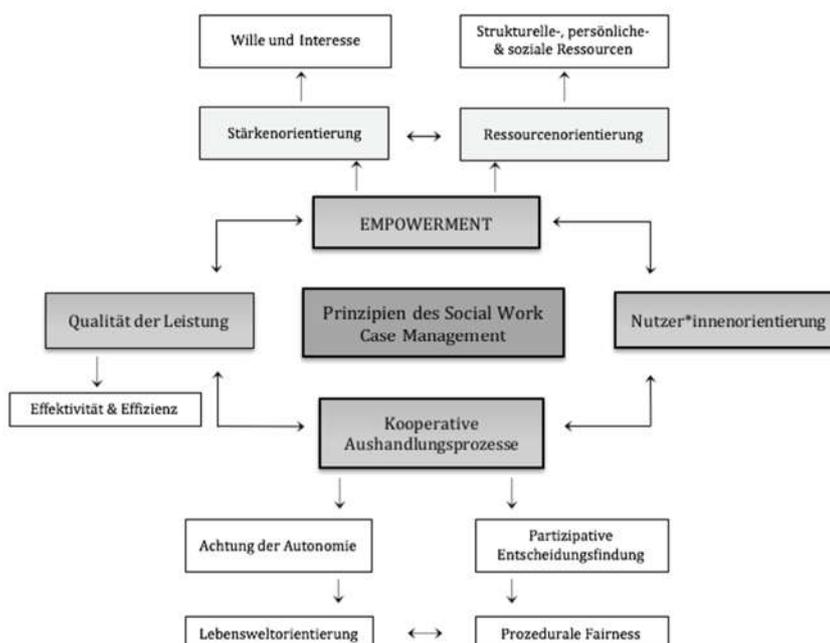


Abbildung 6: Prinzipien des Social Work Case Management

In der nachstehenden Ausarbeitung werden die einzelnen Prinzipien bewusst getrennt dargestellt, um so einen besseren Überblick zu gewährleisten. Im vorliegenden Teil der Arbeit erfolgt eingangs eine Auseinandersetzung mit dem *Empowerment-Konzept*. Verbunden mit diesem sind die Prinzipien *Stärkenorientierung* sowie *Ressourcenorientierung*. Darüber hinaus wird auf das Prinzip der *Nutzer*innenorientierung*, auf *kooperative Aushandlungsprozesse* sowie auf das Prinzip der *Qualität der Leistung* eingegangen.

Mit den in weiterer Folge ausgeführten Prinzipien stellen wir jedoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

2.4.1 Empowerment-Konzept

Das *Empowerment-Konzept* hat seine Ursprünge in der amerikanischen Bürgerrechts- und Frauenbewegung. Das Konzept übt Kritik am defizitär geprägten Blick des Fachpersonals auf die Nutzer*innen. Professionelle Interventionen des Fachpersonals werden nicht selten durch den Fokus auf Mängel und Beeinträchtigungen

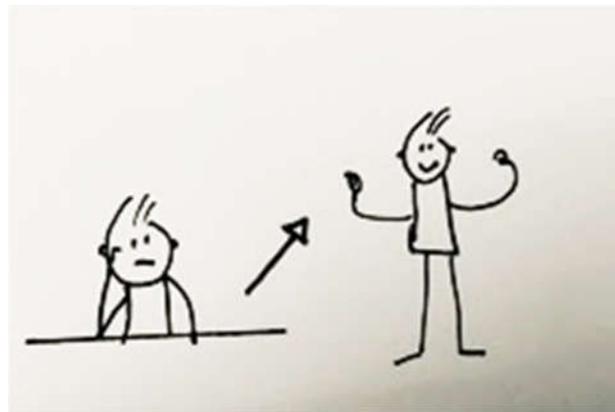


Abbildung 7: Empowerment-Konzept

der Nutzer*innen begründet. Betroffene Nutzer*innen fühlen sich dadurch aus der Planung ausgegrenzt und in Folge dessen abhängig von der Fremdenhilfe. (vgl. Sohns 2007:73–74)

Heiko Kleve geht genauer auf diesen defizitären Blick ein und differenziert zwischen einer *selbstkonstruktiven* und einer *selbstdekonstruktiven Logik des Helfens*. Die *selbstkonstruktive Logik des Helfens* führt zu endlosen Hilfemustern, welche die Nutzer*innen vom Hilfesystem abhängig und unselbstständig machen, da sie immer neue Hilfen ohne Hilfeende konstruieren. Helfende und Hilfsbedürftige bestätigen sich durch die *selbstkonstruktive Logik des Helfens* gegenseitig in ihrer Möglichkeit zu helfen bzw. in ihrer Hilflosigkeit. (vgl. Kleve 2003:3–4) Die *selbstkonstruktive Logik* steht im Verdacht, dem Erhalt des Hilfesystems zu dienen, stigmatisierend zu wirken und ineffizient zu sein, da die Hilfe das Potenzial der Selbsthilfe verdeckt und nicht hervorholt. Im Gegensatz zur *selbstkonstruktiven* steht die *selbstdekonstruktive Logik des Helfens*. Diese führt zu solchen Hilfemustern, die das Ende der Hilfe zum Ziel haben. Die

Nutzer*innen erhalten die Chance, während der Hilfe selbst aktiv zu werden. (vgl. ebd.:5–6) Wenn Nutzer*innen durch das Fachpersonal als aktive, mit Potenzialen ausgestattete Personen gesehen werden, erhöht sich nach Kleve die Wahrscheinlichkeit, dass diese aktiv werden und ihre eigenen Schwierigkeiten angehen. Sie fühlen sich im Gegensatz zur *selbstkonstruktiven Logik des Helfens* in die Planung mit einbezogen. (vgl. ebd.:10–11) Ähnlich dem Ansatz der *selbstdekonstruktiven Logik des Helfens* werden auch im *Empowerment-Konzept* Machtverteilungen auf den Kopf gestellt, indem die Nutzer*innen als Akteur*innen gesehen werden, denen zugetraut wird, ihr Leben selbst zu organisieren und den Alltag zu bewältigen. Der Fokus der Sozialen Arbeit wird durch das *Empowerment-Konzept* auf die Selbstgestaltungskräfte der Menschen sowie die Selbstaneignung von Wissen und Bildung gelenkt. (vgl. Sohns 2007:73–74) Professionelle Helfer*innen können die Ermächtigungsprozesse der Nutzer*innen unterstützen, indem sie die Nutzer*innen an Entscheidungsprozessen sowohl bezüglich der individuellen Lebensgestaltung als auch des sozialen Umfeldes teilhaben lassen und damit ihre Autonomie achten. Darüber hinaus kann der Prozess unterstützt werden, indem eine Partizipation der Nutzer*innen angestrebt wird. (vgl. ebd.:75)

Auch Charles Rapp und Richard Goscha nehmen Bezug auf den defizitär geprägten Blick des Fachpersonals und beschreiben das „*strengths model*“ als Ansatz, um Stärken und Ressourcen und nicht Probleme der Nutzer*innen in den Fokus zu rücken:

„[A]ll people have goals, talents, and confidence. Also, all environments contain resources, people, and opportunities. But our usual perceptions of these are limited, modest, dysfunctional, rife with considerations of barriers and pathology, and these pale in comparison to the deficits.“ (Rapp / Goscha 2006:34)

Das Ziel der Stärkenorientierung ist es, Menschen dabei zu helfen, Ziele zu erreichen, die sie sich selbst gesetzt haben, um so ein glückliches und ausgefülltes Leben führen zu können (vgl. ebd.:35). Rapp und Goscha differenzieren zwischen „*entrapping niches*“ und „*enabling niches*“. Unter „*niches*“ werden im Allgemeinen Wohnort, Erholung, Arbeit, Bildung und soziale Beziehungen zusammengefasst. Als „*entrapping niches*“ beschreiben Rapp und Goscha ausschließende Prozesse: Stigmata, Obdachlosigkeit, Armut, Arbeitslosigkeit, etc. „*Enabling niches*“ sind im Gegensatz dazu Arbeitsmöglichkeit, Zugehörigkeit zur Gemeinschaft, Familie, Erholung, etc. Menschen, die am Rande der Gesellschaft leben, befinden sich meist in „*entrapping niches*“, aus denen sie kaum selbst herauskommen. Das Ziel des „*strength models*“ soll es sein, „*enabling niches*“ für Nutzer*innen zu schaffen, um so die Lebensqualität, Leistung, Kompetenz und Ermächtigung der Nutzer*innen zu erhöhen. (vgl. ebd.:36–39)

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass es das Ziel des *Empowerment-Konzeptes* ist, die vorhandenen Fähigkeiten und Stärken von Menschen zu kräftigen und Ressourcen, welche für eine selbstbestimmte Ausgestaltung des individuellen Lebensweges und Lebensraumes förderlich sind, aufzubauen, zu stärken und freizusetzen (vgl. Sohns 2007:77). Ausgehend von dem Ziel des *Empowerment-Konzeptes*, Abhängigkeiten zu verringern, indem es zum Einsatz der eigenen Ressourcen und Stärken der Menschen kommt, soll nun vertieft auf die *Ressourcen- und Stärkenorientierung* als Strategie des *Empowerment-Konzeptes* eingegangen werden. Dabei kommt die Frage auf: Was versteht man eigentlich unter *Ressourcen- und Stärkenorientierung*? Worin unterscheiden sich die beiden Begrifflichkeiten und inwiefern ist ein *ressourcen- und stärkenorientierter Ansatz* in der Sozialen Arbeit hilfreich und bedeutsam?

Stärkenorientierung als Strategie des *Empowerment-Konzeptes*

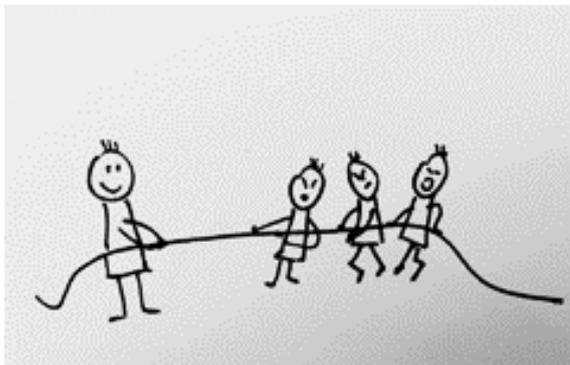


Abbildung 8: Stärken- und Ressourcenorientierung

Corinna Ehlers und Matthias Müller zeigen den Unterschied zwischen *Ressourcen- und Stärkenorientierung* auf. Sie subsumieren unter dem Begriff „Stärken“ innerliche und persönliche Fähigkeiten sowie Interessen und verstehen „Ressourcen“ als externe Ressourcen, wie finanzielle Mittel, soziale Kontakte, etc..

Unter *Stärkenorientierung* (strength based) wird die konsequente Ausrichtung aller Unterstützungsleistungen an den Hoffnungen, Interessen, Zielen und Wünschen verstanden – also an dem, was die Nutzer*innen hinsichtlich eines gelingenden Lebens antreibt. Die Fokussierung auf die Stärken der Nutzer*innen stellt den Ausgangspunkt dar, um persönliche Fähigkeiten und soziale Gelegenheiten (Ressourcen) zu aktivieren. (vgl. Ehlers / Müller 2014:137) Sie sind sozusagen der Motor oder die Kraft, um Ressourcen einzusetzen. Die *Stärkenorientierung* forciert die Individualisierung des Hilfeprozesses und setzt voraus, dass das Fachpersonal Vertrauen in die Selbstentfaltungsmöglichkeiten der Menschen setzt und den Eigen-Sinn der Nutzer*innen akzeptiert. (vgl. ebd.:138–139)

Wolfgang Hinte fordert, dass das CM-Konzept nicht wie bisher an den Wünschen und Bedürfnissen der Nutzer*innen, sondern am *Willen und Interesse* der Menschen orientiert wird. Hinte spricht von einer „Wünsch-dir-was-Falle“ und beschreibt damit die Formulierung eines Bedarfs durch Nutzer*innen, welche die Verantwortung für die

notwendigen Handlungsschritte an eine Instanz delegieren. Eine Wunschhaltung ist seiner Ansicht nach stets durch den Mangel an eigenem Tätigwerden sowie durch die Forderung nach dem Aktivwerden durch andere gekennzeichnet. (vgl. Hinte 2007:428) Hinte postuliert, dass Nutzer*innen nicht als bedürftige, abhängige, handlungsunfähige oder gar unmündige Individuen gesehen werden dürfen. Die Interaktion mit Nutzer*innen sollte stets durch die aufmerksame Suche nach der Lebenskraft der Nutzer*innen, ihrer Aktionsbereitschaft und ihrem Willen gekennzeichnet sein. Soziale Arbeit soll Eigenaktivität fördern und Betreuung und Versorgung vermeiden. (vgl. ebd.:429–430) Hinte definiert den Willen des Menschen als jenen Impetus, „[...] der den Menschen nicht einseitig zum Empfänger von sorgfältig und präzise definierten Leistungen macht, sondern der seine individuelle Kraft bezeichnet, die Dinge selbst in die Hand zu nehmen und seine Möglichkeiten auszuschöpfen, [...]“ (ebd.:430)

Im Gegensatz zu Corinna Ehlers und Matthias Müller beschreiben Charles Rapp und Richard Goscha nicht lediglich das Aufdecken der persönlichen Ressourcen, sondern auch der Umweltressourcen als Ziel des „*strengths model*“, um so Nutzer*innen ein unabhängiges Leben zu gewähren:

„The purpose of case management in the strengths model is to assist people recover, reclaim, and transform their lives by identifying, securing and sustaining the range of resources both environmental and personal, those needed to live, play and work in a normally interdependent way in the community.“ (Rapp / Goscha 2006:54)

Das „*strengths model*“ soll Menschen helfen, jene Ziele zu erreichen, die sie sich selbst gesetzt haben. Eine Grundvoraussetzung für das Funktionieren des „*strengths model*“ stellt der Glaube des Fachpersonals an die Unabhängigkeit aller Menschen sowie die Ausstattung ihrer Nutzer*innen mit Ressourcen, Möglichkeiten und sozialen Beziehungen dar. (vgl. ebd.) Nutzer*innen sollen Direktor*innen ihres Hilfeprozesses sein. Denn wenn Nutzer*innen selbst daran arbeiten, was für sie wichtig ist, kommt es nicht zu einer passiven Akzeptanz der Hilfeleistung und dem Gefühl der Hilflosigkeit und Abhängigkeit. Das Fachpersonal sollte demnach stets im Sinne der Nutzer*innen arbeiten und deren Ziele und Bestrebungen ins Zentrum stellen. Die Aufgabe des Fachpersonals ist es also, verschiedene Möglichkeiten aufzuzeigen und Nutzer*innen dadurch Wahlmöglichkeiten zur Verfügung zu stellen. (vgl. ebd.:62–64)

Ressourcenorientierung als Strategie des *Empowerment-Konzeptes*

Ressourcenorientierung bedeutet, die Ressourcen der Nutzer*innen in strukturierter Form zu erfassen und in einen Hilfeplan einzubauen (vgl. Herriger 2006:1). Bei der Auseinandersetzung mit *Ressourcenorientierung* wird ersichtlich, dass verschiedene

Autor*innen unterschiedliche Kategorisierungen der Ressourcen vornehmen. Norbert Herriger definiert als Ressourcen alle Personenpotenziale (personale Ressourcen) und Umweltpotenziale (soziale Ressourcen), welche zur Befriedigung von Grundbedürfnissen, zur Bewältigung von altersspezifischen Entwicklungsaufgaben, zur Bearbeitung von belastenden Alltagsanforderungen sowie zur Realisierung von langfristigen Identitätszielen genutzt werden können (vgl. ebd.:3). Als geeignete Erhebungsinstrumentarien zur Erfassung von Ressourcen der Nutzer*innen benennt Herriger das Ressourceninterview, das diagnostische Gespräch über Ressourcen sowie das Kompetenzinventar (vgl. ebd.:6–10).

In Anlehnung an Theunissen und Plaute differenziert Sohns im Gegensatz zu Herriger drei Arten von Ressourcen: *strukturelle, persönliche und soziale Ressourcen* (siehe Abbildung 9). Alle drei beschriebenen Ressourcen sind, so Sohns, von zentraler Bedeutung für das *Empowerment-Konzept*. Er spricht jedoch von einer klaren, hierarchischen Stufung und stellt die strukturellen Ressourcen, welche die Existenzgrundlage darstellen, an oberste Stelle. (vgl. Sohns 2007:81)

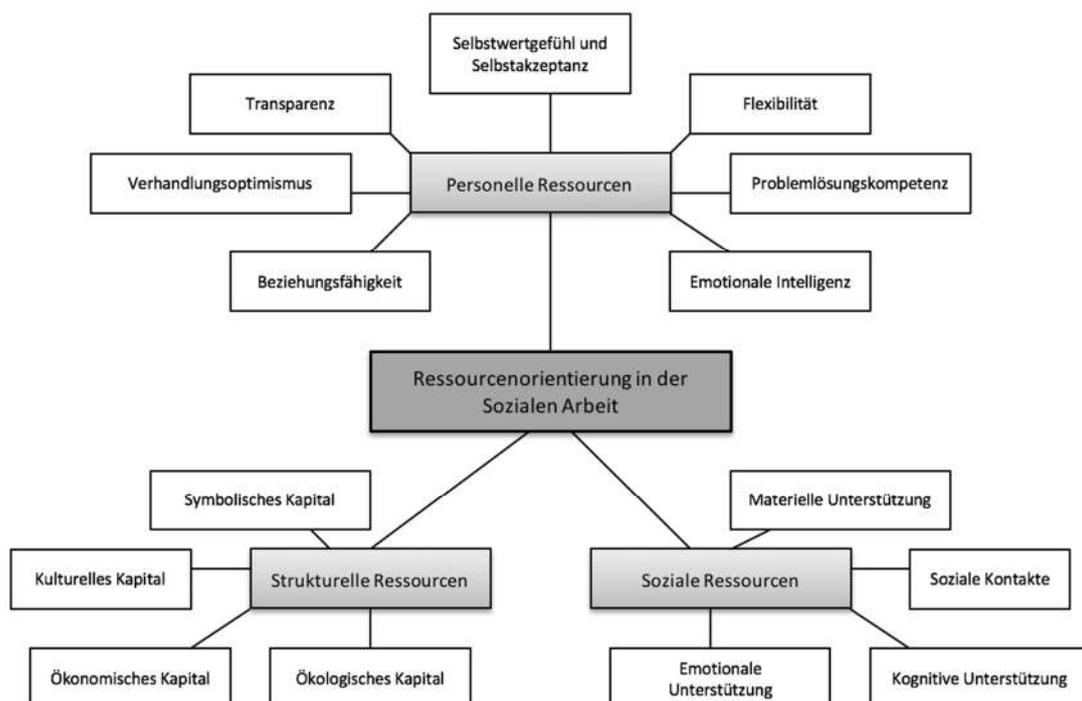


Abbildung 9: Ressourcendifferenzierung (vgl. ebd.:79-82)

Britta Hays und Heiko Kleve nehmen eine weitere Kategorisierung der Ressourcen vor und differenzieren die von Sohns beschriebenen sozialen Ressourcen in „lebensweltliche-soziale Ressourcen“ (konstruktive, unterstützende, wertschätzende Beziehungen zu Verwandten, Freunden, etc.) sowie „soziale Ressourcen im Gemeinwesen der Nutzer*innen“ (Mitgliedschaft in Vereinen, hilfreiche Beziehungen zu Ärzten, Psychologen, kooperativer Kontakt zu Schulen etc.) (vgl. Hays / Kleve 2002:6). Im nun folgenden Kapitel wird auf die *Nutzer*innenorientierung* eingegangen. Ein Teil der *Nutzer*innenorientierung* ist, dass Nutzer*innen, wie im *Empowerment-Konzept* verankert, als „Expert*innen in eigener Sache“ (Wendt 2001:64) angesehen werden.

2.4.2 Nutzer*innenorientierung

Wolf Rainer Wendt differenziert zwischen einer *Angebots-* und einer *Nutzer*innenorientierung*.

Bei der *Nutzer*innenorientierung* wird der*die Nutzer*in als *Expert*in in eigener Sache* gesehen und soll in seinem*ihrem Handlungsvermögen gestärkt werden. (vgl. ebd.) Für die Praxis bedeutet diese Form des CM, dass Nutzer*innen an der Definition von Zielen, bei der Feststellung von Bedürfnissen sowie der Ausformulierung eines in den eigenen Anliegen und Vorstellungen begründeten Arbeitsplanes zu partizipieren haben (vgl. Riet, van / Wouters 2008:51). Die Orientierung an Nutzer*innen bedeutet ebenso, dass das soziale Netzwerk der Nutzer*innen mit einbezogen wird. In der Umgebung der Nutzer*innen liegen Ressourcen und Störquellen, Hindernisse und Stützen vor, welche berücksichtigt werden müssen. CM soll Menschen befähigen und ihnen ermöglichen, selbst zurechtzukommen. (vgl. Wendt 2001:65)

Wendt beschreibt ebenso das Prinzip der *Prozeduralen Fairness* sowie jenes des *Handelns nach Vereinbarung (Kontrakt)*. Auf diese zwei Prinzipien werden wir unter anderem im nächsten Absatz zum Themenschwerpunkt *Kooperative Aushandlungsprozesse* eingehen.

2.4.3 Kooperative Aushandlungsprozesse

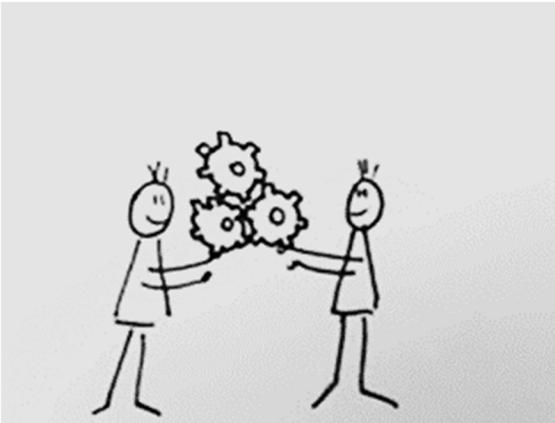


Abbildung 10: Kooperativer Aushandlungsprozess

Der Begriff „*kooperative Aushandlungsprozesse*“ lehnt sich an dem von Wendt verwendeten Begriff „*Prozedurale Fairness*“ an. *Prozedurale Fairness* bedeutet, dass die Selbstbestimmung und Mitbestimmung der Nutzer*innen geachtet wird und man Nutzer*innen unvoreingenommen begegnet. Um sich für eine Unterstützung oder Behandlung frei entscheiden zu

können, brauchen Nutzer*innen hinreichend Informationen. Es muss ein Verfahren gewählt werden, welches dem Bedarf und den Verhältnissen der Nutzer*innen entspricht. Der*die Nutzer*in hat das Recht darauf, dass mit ihr*ihm in einer verständlichen Sprache gesprochen wird. Das gesamte Verfahren sollte dem*der Nutzer*in transparent gemacht werden, damit diese*r bewusst daran teilnehmen kann. (vgl. ebd.:69–70) Was getan wird, muss mit Nutzer*innen in Form eines Kontraktes vereinbart werden. So haben Nutzer*innen die Möglichkeit, im Hilfe- und Behandlungsprozess mündig mitzuwirken. (vgl. ebd.:66)

Mit dem Begriff „*Partizipative Entscheidungsfindung*“ (PEF) beschreibt Fülöp Scheibler einen Prozess, an dem die Nutzer*innen und das Fachpersonal gleichberechtigt und aktiv beteiligt sind. Dabei trägt das Fachpersonal durch seine fachliche Expertise und die Nutzer*innen durch ihre individuellen Erfahrungen und Präferenzen zur Entscheidungsfindung bei. Beim *informed consent* hingegen werden die Nutzer*innen lediglich über Chancen und Risiken einer Behandlungsalternative, welche von dem Fachpersonal alleine ausgewählt wurde, aufgeklärt.

Die Nutzer*innen können hier lediglich ein Vetorecht in Anspruch nehmen. Im Rahmen der PEF sollen hingegen sämtliche möglichen Alternativen Gegenstand der Diskussion sein. Beide Parteien sollen aktiv in den Entscheidungsprozess miteinbezogen werden. Unterschiedliche Behandlungsalternativen können sowohl von dem Fachpersonal als auch von Nutzer*innen vorgeschlagen werden. (vgl. Scheibler 2012:97)

Ein wesentlicher Teil der Kooperation ist die *Achtung der Autonomie* der Nutzer*innen. Zuaboni Gianfranco, Stephanie Ventling und Michael Schulz beschreiben, dass Nutzer*innen, welche über einen längeren Zeitraum als unmündig behandelt wurden,

dieses Bild von sich selbst internalisieren. Aus diesem Grund ist es, so die Autor*innen, die Aufgabe des CM die Autonomie der Nutzer*innen auch dann zu respektieren, wenn sich diese zunächst noch nicht äußert. Das Ziel sollte sein, eine positive Identität und eine selbstbestimmte Partizipation der Nutzer*innen zu fördern. (vgl. Zuaboni et al. 2014:192) Durch einen kooperativen und fairen Aushandlungsprozess werden Nutzer*innen zur Verantwortung gezogen. Case Manager*innen erklären ihr Engagement, die gebotene Unterstützung entlastet die Nutzer*innen jedoch nicht von ihrer Selbstverantwortung. Sind Nutzer*innen aus objektiven Gründen nicht oder unzureichend zu dieser Selbstverantwortung in der Lage, so muss diese anwaltschaftlich von einer anderen Person übernommen werden. (vgl. Wendt 2001:71)

Wolfgang Hinte beschreibt, dass Nutzer*innen nicht lediglich an angehenden Maßnahmen beteiligt werden sollen, sondern als Expert*innen ihrer eigenen Lebenswelt anerkannt werden müssen (vgl. Hinte 2007:425). Nutzer*innen sollen ‚Bestimmende‘ der Hilfe sein und nicht mit gutem Willen und pädagogischem Instrumentarium an Vorgängen, bei denen sie nicht bestimmen, beteiligt werden. Nicht Nutzer*innen sollen beteiligt werden an Maßnahmen des Fachpersonals, sondern das Fachpersonal am Lebensentwurf der jeweils betroffenen Person, sodass diese sich in ihrem eigenen Sinne unterstützt fühlt. Die Frage sollte daher nicht heißen „Wie können wir die Betroffenen stärker an der Hilfe beteiligen?“ sondern „Wie können die Betroffenen die Sozialarbeit wirkungsvoller bei der Realisierung ihres Lebensentwurfes einsetzen?“ (ebd.:426)

Eine *Lebensweltorientierte Individualhilfe* bedeutet, so Peter Pantucek, dass jede Person, jede Lebenswelt und jede Situation als einmalig angesehen wird. Es ist wichtig, am einzelnen Fall zu arbeiten und nicht standardisierte Routinen für Fälle zu verfolgen. Die*Der Nutzer*in soll als Individuum ernst genommen werden. Seine*Ihre Situation soll als besonders und einmalig geachtet und behandelt werden. (vgl. Pantucek 1998:88) Dies ist, so Pantucek, „[...] die Voraussetzung für seine Kooperation und die mögliche Aktivierung seiner eigenen Kräfte zur Problemlösung.“ (ebd.)

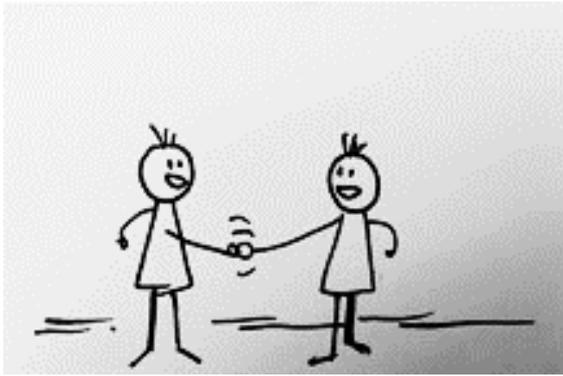


Abbildung 11: Stabile, kontinuierliche, partnerschaftliche und vertrauensvolle Beziehung

Grundvoraussetzung für einen kooperativen und fairen Aushandlungsprozess ist neben dem Eingehen auf die individuelle Lebenswelt und Situation der Nutzer*innen eine stabile, kontinuierliche, partnerschaftliche und vertrauensvolle Beziehung zum Fachpersonal. Diese ermöglicht Nutzer*innen, sich ihrer komplexen Situation zu stellen und diese zu verändern. (vgl. Neuffer 2007:419–420)

Eine gute Beziehung zwischen Case Manager*in und Nutzer*in ist ebenso Voraussetzung für die Mobilisierung der Talente, Fähigkeiten und Wünsche der Nutzer*innen. Es braucht eine starke und vertrauensvolle Beziehung, um einen Einblick in das Leben von Nutzer*innen erhalten zu können. (vgl. Rapp / Goscha 2006:64) Um eine wirkungsvolle Unterstützung entfalten zu können, muss zwischen Case Manager*in und Nutzer*in eine tragfähige Zweier-Arbeitsbeziehung entstehen. Als Grundlage für eine konstruktive Beziehung können Offenheit für Veränderung, ermutigende Anerkennung, emotionale Unterstützung sowie der Verzicht auf voreilige Analogieschlüsse genannt werden. Wollen Case Manager*innen die Lebenswelt der Nutzer*innen verstehen und wollen sie das Umfeld der Nutzer*innen sowie ihre Stärken und Ressourcen berücksichtigen, so kann dies lediglich durch die aktive und ständige Beteiligung der Nutzer*innen passieren. (vgl. Neuffer 2007:420–421)

Anschließend an das Prinzip des *Kooperativen Aushandlungsprozesses* wird nun auf das von Wendt benannte Prinzip der *Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements* eingegangen.

2.4.4 Qualität der Leistung

Wolf Rainer Wendt spricht von Qualitätsmanagement und beschreibt damit die Steuerung der Qualitäten in Organisationen. Im Verständnis von Qualität differenziert Wendt zwischen *Strukturqualität*, *Prozessqualität* und *Ergebnisqualität* (vgl. Wendt 2001:75).

Als Bestandteil der *Strukturqualität* der sozialen und gesundheitlichen Versorgung erwähnt Wendt die Angemessenheit der Organisation sowie des Personaleinsatzes.

Darüber hinaus umfasst die *Strukturqualität*, laut Autor, bauliche und räumliche Gegebenheiten, Zugangserleichterungen oder -erschwernisse, die technische Ausstattung sowie dienstliche Kommunikations- und Informationsabläufe. Liegen strukturelle Mängel vor, so behindert dies die Arbeit und beeinträchtigt den Erfolg. Um strukturellen Erstarrungen entgegenzuwirken, ist organisationales Lernen notwendig. Hierunter fallen unter anderem interne Weiterbildungen und Teamsupervisionen. (vgl. ebd.:76)

Die *Prozessqualität* betrifft hingegen die Effizienz der Abläufe und des Ressourceneinsatzes (vgl. ebd.). Van Riet und Wouters differenzieren zwischen *Effektivität und Effizienz*. Während unter Effektivität die Wirksamkeit der verwendeten Methoden, gemessen am Resultat, verstanden wird, misst sich die Effizienz dagegen an den Anstrengungen und Kosten, die für die Zielerreichung notwendig waren. (vgl. Riet, van / Wouters 2008:244) Eine Methode wird dann als effizient angesehen, „wenn das Resultat mit möglichst geringen Kosten (Geld, Zeit, Stress, Energie, usw.) erreicht werden kann.“ (ebd.) Neben der Effizienz der Abläufe betrifft die *Prozessqualität* ebenso die Qualität der Zusammenarbeit mit Nutzer*innen und Mitarbeiter*innen sowie die Gestaltung der Beziehung unter den Beteiligten. Darüber hinaus meint sie die von den Leistungsnehmer*innen erlebte Qualität der Versorgung. (vgl. Wendt 2001:76)

Mit *Ergebnisqualität* bezeichnet Wendt, „[...] in welchem Maße und auf welchem Niveau die Ziele, die man sich vorgenommen hatte, erreicht wurden. Die *Ergebnisqualität* wird in einem Soll-Ist-Vergleich ermittelt.“ (ebd.)

Um die Qualität der Leistung zu sichern, muss im Verlauf und im Ergebnis die Einhaltung von Qualitätsstandards systematisch geprüft und kontrolliert werden. Im CM stellen, neben der Bedarfsklärung, die Zielvereinbarung sowie die Hilfeplanung ein Steuerungsinstrument zur Qualitätssicherung dar. Ebenso kann die Evaluation zur Analyse der Wirkung und zur Erfolgskontrolle genutzt werden. (vgl. Wendt 2001:77-78)

2.4.5 Zusammenfassung

Ein Social Work CM muss stets an den Nutzer*innen, ihrem Willen und ihren Interessen, ihren Hoffnungen und Zielen sowie ihrem sozialen Netzwerk orientiert sein. Jede Person, jede Lebenswelt und jede Situation von Nutzer*innen sollte als einmalig anerkannt werden, um Hilfen am Einzelfall ausrichten zu können. Nicht Probleme, Defizite und Mängel der Nutzer*innen, sondern ihre Stärken- und Ressourcen sollen im Fokus der

Arbeitsbeziehung stehen. Die Arbeitsbeziehung zwischen Case Manager*in und Nutzer*in soll durch Vertrauen und Partnerschaftlichkeit gekennzeichnet sein. Nutzer*innen sollten hinreichende Informationen erhalten, das Verfahren sollte transparent gemacht werden und ein Kontrakt geschlossen werden. Dies ermöglicht Nutzer*innen, sich selbstbestimmt für eine Unterstützung zu entscheiden. Das Fachpersonal soll Nutzer*innen nicht von Hilfen abhängig machen, sondern diese als aktive Personen, die ihr Leben selbst gestalten können, verstehen. Nutzer*innen sollen nicht am Hilfeprozess beteiligt werden – vielmehr sollen Fachkräfte so am Hilfeprozess beteiligt sein, dass sie Nutzer*innen wirkungsvoll bei der Realisierung ihres Lebensentwurfes, der Erreichung ihrer Ziele und Interessen unterstützen können. Dies bedeutet für Fachkräfte, „sich eigentlich unnötig machen zu wollen“ und erfordert die Kompetenz, ihr Gegenüber „wachsen zu lassen.“ (Sohns 2007:89) Schlussendlich sollte eine systematische Prüfung und Kontrolle der Einhaltung der Qualitätsstandards vorgenommen werden, um die Qualität der Leistung für Nutzer*innen sicherstellen zu können.

2.5 Implementierung

Claus-Clemens Lichtenthäler

Implementierung von CM bedeutet für eine Organisation immer den Beginn eines intensiven Veränderungsprozesses bzw. den Beginn der Auseinandersetzung welches Verständnis von und für CM innerhalb der Organisation gegeben sein soll. Während Softwareentwickler*innen Implementierung meist als fehlerfreies Einarbeiten eines Programmes oder eines Codes in ein bestehendes Programm definieren, ist dies auf das Programm CM in einer Einrichtung des Human-Versorgungs- und Dienstleistungsbereichs und damit als Bestandteil einer Vielzahl von nicht-trivialen Systemen nicht einfach oder binär umlegbar. Aufgrund der Komplexität des Verständnisses von CM als Handlungsansatz, Methode etc. und der Komplexität von Organisationen unterschiedlicher Handlungsfelder muss der Implementierung ein hoher Stellenwert zugesprochen werden, wenn es nicht sogar die zentrale Frage bei der erfolgreichen Umsetzung von CM in der Praxis ist. (vgl. Ehlers / Müller 2013:113)

In der Literatur finden sich Vorstellungen und Modelle zur Definition von CM, seines Leistungsspektrums und die Beschreibung notwendiger Implementierungsschritte. Eine Organisation muss sich analog zur Literatur mit den gleichen Fragestellungen zu

Modellen von CM und deren beabsichtigte Wirkung sowie mit einer konkreten Implementierungsstrategie auseinandersetzen, denn die Wirkung von CM in der Praxis hängt von der Handlungsebene und der Organisationsebene gleichermaßen ab. (vgl. Löcherbach 2003:2)

Heiko Kleve (2007) beschreibt in „Case Management - Verfahren, Methode, Haltung“ drei Dimensionen bzw. drei Ebenen (Fall-, Organisations- und Netzwerkebene), in denen das „Case Management nur dann erfolgreich implementiert werden kann, wenn es in Weiterbildungen oder Projekten der Organisationsentwicklung möglich wird, alle genannten drei Ebenen gleichermaßen zu vertiefen und den Fachkräften intensiv erfahrbar zu machen.“ (Kleve 2009:1-2)

Einen systemischen Ansatz liefern Ehlers und Müller (2013). Soll CM umfassend realisiert werden, muss es auch auf den drei Ebenen umgesetzt werden. Auf Mikroebene geschieht die eigentliche CM-Fallarbeit. Die Makroebene meint die Vernetzung von Trägern auf Systemebene bzw. die Teilhabe an politischen Rahmenbedingungen. Dazwischen liegt die Mesoebene, die Ebene der Organisation, in der CM als strukturierendes Prinzip gelten muss. (vgl. Ehlers / Müller 2013:112)

Gelten diese drei Ebenen für die Umsetzung im Regelbetrieb eines CM, so schlagen Ehlers und Müller (2013) jedoch für eine umfassende Implementierung eine genauere Unterscheidung in fünf Ebenen vor. Die von Balz&Spieß (2013) beschriebenen Ebenen zur Implementierung von CM werden somit um zwei erweitert:

- Individuelle Ebene: Mitarbeiter*innen
- Interpersonelle Ebene: Zusammenarbeit als Gruppenprozess in einer Abteilung
- Strukturelle Ebene: Organisation der Organisationseinheiten
- Interorganisationale Ebene: Vernetzung der Organisationen mit anderen Organisationen
- (Versorgungs-)Systemebene: Organisation als Bestandteil einer höheren Emergenzstufe der Versorgungslandschaft (vgl. Ehlers / Müller 2013:115-116)

Sind nun CM, Organisationen und per se CM-Fälle komplex, so kann die Implementierung von CM in einer Organisation ebenfalls als komplex betitelt werden. Ehlers und Müller (2013) identifizieren essentielle Anforderungen und Aufgaben:

- „Zentraler Ausgangspunkt der Implementierung von CM in einer Organisation ist die strikte Adressatenorientierung“ (Ribbert-Elias 2011; zit. in Ehlers / Müller 2013:118). Zentrale Bedeutung hat hierbei die Synchronisation der Ziele und Interessen von den Adressat*innen und der Organisation, die CM implementiert.

Diese Anforderung stellt sicher, dass das CM der Ethik und den Werten der Sozialen Arbeit entspricht. (vgl. Ehlers/Müller 2013:118)

- Umgang mit organisationsinternen Hierarchien: Es wird empfohlen mit der Implementierung von CM das Entwickeln flacher Hierarchien sowie die hierarchieübergreifende Weiterbildung aller organisationsinternen Hierarchieebenen zu berücksichtigen, damit „[...] eine dem Verfahren angemessene Implementierung möglich wird“ (ebd.).
- Art der organisationsinternen Umsetzung: Die Überlegung, welche Person bzw. welche Stelle in einer Organisation mit der Implementierung beauftragt wird und wie diese ablaufen soll, ist zentral.
- Verknüpfung des CM mit bereits bestehenden Strukturelementen und Arbeitsweisen: Es ist für die Implementierung von etwas Neuem bedeutend Bestehendes zu analysieren, zu integrieren und es gegebenenfalls zu adaptieren und / oder weiterzuentwickeln.
- Ressourcen: Die Frage nach den benötigten Ressourcen sollte laut Ehlers und Müller (2013) am Schluss geklärt werden, da sie quer zu den bereits genannten Aufgaben und Anforderungen gedacht werden muss. (vgl. ebd.:118-120)

Infolgedessen werden Strategien zur Implementierung vorgeschlagen:

Bei der Implementierung von Case Management, sollte laut Ehlers und Müller (2013) zum Einen nach dem Modell der doppelten Durchdringung vorgegangen und zum Anderen ein dialogisch-kooperativer Stil gewählt werden. Das Modell der doppelten Durchdringung ist dann möglich, wenn CM sowohl Top-Down als auch Bottom-Up initiiert wird. Nur so kann gewährleistet werden, dass alle Ebenen die mit der Implementierung einhergehenden Veränderungen mittragen. (vgl. ebd.:120) Als optimal beschreiben die Autor*innen das Vorhandensein einer mittleren Ebene, die als Bindeglied zwischen oben und unten fungiert und dafür Sorge trägt, dass das CM-Verfahren in der Organisation inhaltlich getragen wird. Hier wird dann von einer Middle-up-down-Implementierung gesprochen. (vgl. ebd.:121)

Der dialogisch-kooperative Stil wiederum eignet sich dafür Implementierungsprozesse partizipativ zu gestalten und verfolgt folgende Ziele:

- Verhinderung der Etablierung eines Missachtungsklimas (altes Wissen gegen Neues)
- Etablierung von Fehlerfreundlichkeit (vgl. ebd.:121)

Diese Organisationsentwicklungsprozesse können unter Zuhilfenahme der im Folgenden näher beschriebenen systemischen Metaprinzipien reflektiert werden, um einen individuell passenden Weg der Implementierung zu wählen.

- Vollständigkeit: Alle Systemmitglieder werden einbezogen
- Systemwachstum: Die Interessen und Rechte langjähriger Systemmitglieder haben Vorrang
- Systemfortpflanzung: Die „Alten“ müssen Raum für Neues schaffen und Entwicklungsmöglichkeiten zulassen
- Entwicklung von Systemimmunkraft durch Würdigung individueller Leistungen
- Ausgleich von Nehmen und Geben verfestigt Bindungen zwischen Systemen (vgl. ebd.:121-122)

Implementierung von CM wird als komplexer Prozess für die Beteiligten aller Ebenen wahrgenommen und beschrieben. Während das erklärte Ziel in den oben beschriebenen Ausführungen eine vollständige Implementation ist, findet man in der Implementationswissenschaft bei Fixsen et al. (2005) einen differenzierten Zugang. So werden Zwecke und Ergebnisse von Implementierungsprozessen (ohne direkten Bezug zu CM) wie folgt beschrieben:

- Implementierung am Papier: Es kommt nicht zu einer tatsächlichen Umsetzung der geplanten Strukturen und den damit verbundenen Abläufen, obwohl diese bereits verschriftlicht vorliegen. Fixsen et al. (2005) konstatieren, dass dies oftmals dann vorkommt, wenn die Impulse zur Veränderung von außen kommen, zum Beispiel im Zuge von Monitoringverfahren. Dieser Implementierungsgrad hat keine Auswirkungen auf Kund*innen und Nutzer*innen.
- Prozessimplementierung: Hiermit ist die Einführung neuer Prozesse und Abläufe gemeint. Diese geschieht vor allem im Zuge von Innovationsbestrebungen. Die Implementierung dieser Innovationen selbst erfolgt allerdings nicht auf allen Ebenen, denn der Fokus liegt rein auf formalen Strukturen und Systemen sowie deren Abläufen. Dieser Implementierungsgrad hat kaum Auswirkungen auf Kund*innen und Nutzer*innen.
- Performance Implementierung: Hier geht es um die Einführung von Prozessen und Abläufen, deren funktionale Komponenten so eingesetzt werden, dass sie spürbar positive Auswirkungen auf Kund*innen haben. (vgl. Fixsen et al 2005:6)

Bei Peter Löcherbach (2003), der sich in einer Studie der Praxis von CM in Deutschland widmete, findet man eine teilweise ähnliche Systematik zur Implementierung von CM in Organisationen:

- CM als Eye-Catcher: Wie der Name bereits ausdrückt, geht es nicht um die vollständige Umsetzung von CM, sondern darum, bereits bestehende Verfahren als CM zu bezeichnen.
- CM als Ergänzung: Einzelne Verfahren aus dem CM werden implementiert, um die Arbeitspraxis zu verbessern. Dadurch können zwar Verbesserungen erreicht werden, das volle Potential von CM wird dabei allerdings nicht ausgeschöpft.
- CM als Fallmanagement: Bestehende Arbeitsweisen werden an das Fallmanagement des CM angepasst oder es erfolgt eine komplette Umstellung auf das CM in der Fallarbeit. Durch diese nicht vollständige Implementierung von CM

können qualitative Verbesserungen in der Fallarbeit erreicht werden, der volle Umfang von CM als Konzept wird dabei jedoch nicht berücksichtigt.

- **Vollständige Implementierung:** Die Vollständige Implementierung bedeutet, dass das CM umfassend auf Fall,- System,- und Netzwerkebene eingeführt und umgesetzt wird. (vgl. Löcherbach 2003:2-4)

Außer Frage steht, dass jede Implementierung von CM wohlüberlegt und geplant sein muss. Wie eine Implementierung eines erfolgreich in der Praxis umsetzbaren CM genau abläuft, kann nicht eindeutig beantwortet werden,

„denn es gibt unserer Ansicht nach nicht das Case Management, sondern genauso viele unterschiedliche Varianten und konkrete Ausprägungen des Verfahrens wie es Organisationen gibt, die Case Management einführen“
(Kleve 2014:89)

Einen allgemeineren Hinweis zur Implementierung von Programmen der Sozialen Dienstleistung drückt die „Formula For Success“ aus.

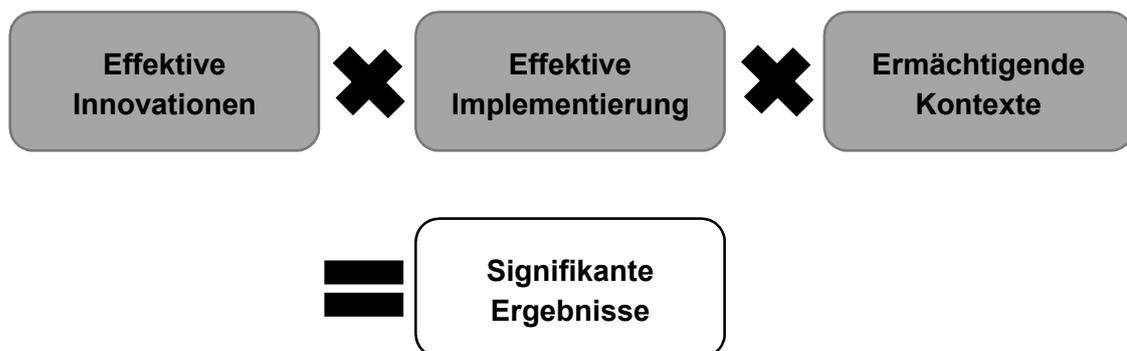


Abbildung 12: Formel zum Erfolg (vgl. National Implementation Research Network 2013)

Der Erfolg, also das Eintreten der gewünschten Ergebnisse ist das Produkt dreier Faktoren, nämlich die Innovation der Dienstleistung (Was wird gemacht?), die Effektivität der Implementierung (Wie wird die Umsetzung gewährleistet? Von wem ist das, was zu tun ist, umgesetzt?) und dem Kontext, in dem diese Dienstleistung implementiert wird (An welcher Stelle einer Organisation soll dies erfolgen?). Wie bei jeder Multiplikation hat ein Faktor alleine erhebliche Auswirkungen auf das Produkt. Es bedarf jeden Teil zugleich, um zu den gewünschten Resultaten zu gelangen. (vgl. National Implementation Research Network 2013)

2.6 Lernende Organisation

Hannah-Christina Nebosis

Der Begriff „lernende Organisation“ stammt ursprünglich aus dem wirtschaftlichen Kontext und bezieht sich auf die verbesserte Anpassungsfähigkeit von Organisationen auf sich verändernde Umweltbedingungen (vgl. Kritzler 2012:2).

Der Begriff wurde von Senge (2006) geprägt. Laut Senge muss eine „lernende Organisation“ neben „adaptiven Lernen“ auch „generatives Lernen“ fördern. „Adaptives Lernen“ meint, auf Probleme zu reagieren und dadurch zu lernen. In diesem Fall entsteht die Motivation zur Veränderung von „außen“ - durch das Problem. „Generatives“ Lernen beschreibt, das Bestreben der Organisation, ihre Realität in Richtung gemeinsamer Vision zu bewegen. Dieses „schöpferische Lernen“ setzt laut Senge „innere“ Motivation frei, welche für langfristige Veränderungsprozesse notwendig ist. (vgl.149-150)

In „lernenden Organisationen“ wird Wissen, welches sich Einzelne inner- und außerhalb der Organisation angeeignet haben, aktiv der gesamten Organisation zugänglich gemacht (vgl. Kritzler 2012:3).

Eine „lernende Organisation“ lässt sich nicht mit der Summe individuellen Lernens bzw. Wissens in einer Organisation gleichsetzen, sondern es handelt sich bei organisationalem Lernen um den Lernprozess der Organisation als soziales System (vgl. ebd.). Um ein „lernendes System“ zu sein, muss sich die Organisation als Ganzes in ihren Strukturen lernfähig machen und kontinuierlich an Veränderungen anpassen: „Lernende Systeme zeichnen sich dadurch aus [...], dass sie über Systemgrenzen hinausgehen, über Raum- und Zeitgrenzen der jeweiligen Organisation hinausweisen und zu einer Neudefinition von Grenzen und Strukturen der Einrichtung führen“ (Schröer 2006:53).

Lernen als organisationaler Prozess bedeutet demnach das Teilen des individuellen internen und externen Wissens innerhalb einer Organisation. Voraussetzungen dafür sind eine entsprechende Organisationsstruktur sowie Kommunikationskultur, welche Lernprozesse in der Organisation nicht nur zulässt, sondern gezielt fördert (vgl. Kritzler 2012:3).

Senge (2006) betont die Wichtigkeit von gut ausgebildeten Führungskräften, welche eine geteilte Vision der Organisation entwickeln und das systemische Denken bei allen Mitarbeiter*innen der Organisation fördern sollen (vgl. Senge 2006:150-159).

Wieso muss eine Case-Management-Organisation eine lernende sein?

CM kann als Element des organisationalen Wandels verstanden werden, da es einen Paradigmenwechsel der Organisation(en) impliziert (vgl. Schröder 2006:42). Die bisher überwiegend personenbezogene Interaktion der sozialen Arbeit bzw. der gesundheitlichen Dienstleistungen in der Organisation wird um eine systemische Komponente erweitert (vgl. ebd.:53).

CM will verändern, und um als (CM-)Organisation mit den Veränderungen umgehen zu können, ist sie zu Lernprozessen gezwungen und muss sicherstellen, dass ein Lernen in der Organisation für alle Beteiligten möglich ist (vgl. ebd.:55). Um das Lernen aller Beteiligten in einer CM-Organisation zu fördern ist „Lernunterstützung“ (ebd.:49-50) auf allen Ebenen notwendig.

Case Manager*innen sind für die Vernetzung und Informationsweitergabe inner- und außerhalb der Organisation verantwortlich. „[...] die Vernetzung einzelner professioneller und alltagsnaher Hilfen [...] setzt Lernen der Beteiligten und der beteiligten Organisationen voraus“ (ebd.:50).

Voraussetzungen für das Lernen auf allen Ebenen sind laut Schröder (2006:53) ein Dokumentationssystem als organisationale Wissensbasis, das unterschiedliche Zielebenen festhalten kann (Klienten, Dienstleistungen, Träger), Bedarfsanalyse, Evaluation sowie Controlling (ebd.:53).

2.7 Case Management Qualifikation in Österreich

Maria Katharina Weinberger

Dieses Kapitel setzt sich näher mit der CM Qualifikation in Österreich auseinander. Löcherbach zufolge handelt es sich bei der Bezeichnung *Case Manager*in* „nicht um eine Profession [...], sondern um eine Tätigkeit, die auf einen erlernten Beruf ‚aufsetzt‘.“ (Löcherbach 2016:1) Auch die Fachgruppe Weiterbildung der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management versteht CM als ein inter- und transdisziplinäres

Handlungskonzept, das keinen eigenen Beruf bedarf bzw. nicht an einen bestimmten Beruf gebunden ist (vgl. FGDGCC 2017:45).

Dennoch braucht es laut den CM Fachexpert*innen bestimmter Qualifikationen, um Unterstützungsleistungen sowie Versorgungsprozesse auf Mikro-, Meso- und Makroebene organisieren zu können (vgl. Löcherbach 2016:1). Auch hat die ständige Weiterentwicklung des Konzeptes aufgrund der sich verändernden Anforderungen aus der Praxis und der großen Bandbreite an Einsatzfeldern zur Folge, dass die Ansprüche an die Case Manager*innen bzw. an deren Weiterbildung stetig steigen (vgl. Remmel-Faßbender 2016:4).

Die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC), das Netzwerk Case Management Schweiz und die Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management (ÖGCC) setzen sich seit ihrem Bestehen (vgl. Löcherbach 2016:1) und in Kooperation miteinander (vgl. Remmel-Faßbender 2016:6) mit dem Thema Qualifikation auseinander. In Österreich und Deutschland findet mit der Zertifizierung von Case Manager*innen, CM-Ausbildner*innen und CM-Weiterbildungsinstituten ein vergleichbares Vorgehen statt, weshalb eine gegenseitige Anerkennung der Zertifizierung zum*zur Case Manager*in sowie zum*zur CM-Ausbildner*in vereinbart wurde. Im Netzwerk Schweiz hingegen werden zur Sicherung der organisationalen Qualität die Institutionen bzw. Träger zertifiziert und nicht die Case Manager*innen, CM-Ausbildner*innen bzw. CM-Weiterbildungsinstitute. (vgl. ebd.:8)

Die Weiterbildungs-Richtlinien der ÖGCC orientieren sich an den seit 15 Jahren etablierten Richtlinien der DGCC und haben damit folgende Ziele im Blick (vgl. ÖGCC 2017:2):

- „Verbesserung der Qualifikationsmöglichkeiten und der Qualifikation von Fachkräften
- Schaffung von Transparenz für Klientinnen / Klienten, Auftraggeber / Auftraggeberinnen und Kostenträger bezüglich vorliegender Kompetenzen
- Festlegung eines Einstufungskriteriums
- Sicherung und Förderung der Qualität im Care und Case Management“ (ebd.)

Die österreichischen Weiterbildungsstandards legen zum einen die Inhalte, die Struktur und den zeitlichen Umfang der Qualifizierung fest. Ein von der ÖGCC zertifizierter Lehrgang muss mindestens 219 Übungseinheiten umfassen, definierte Inhalte vermitteln sowie mit einer schriftlichen Arbeit und kommissionellen Prüfung abgeschlossen werden.

Zum anderen definiert die ÖGCC, welche Qualifikationen zertifizierte Case Manager*innen zusätzlich zur Weiterbildung vorweisen müssen: Voraussetzung für ein ÖGCC-Zertifikat ist

- entweder ein einschlägiges Hochschulstudium (Soziale Arbeit, gehobener medizinischer Dienst) oder eine vergleichbare abgeschlossene Ausbildung im Gesundheits- und Sozialbereich sowie eine mindestens einjährige Berufs- bzw. Praxiserfahrung in einem einschlägigen Arbeitsfeld oder
- ein nicht einschlägiges Hochschulstudium mit einer mindestens 2-jährigen Berufs- bzw. Praxiserfahrung in einem einschlägigen Arbeitsfeld oder
- eine einschlägige betriebliche Qualifizierung bzw. eine Funktion im Gesundheits-/Sozialbereich bzw. in einem arbeitsmarktpolitischen Bereich sowie eine mindestens zweijährige Berufserfahrung. In diesem Fall ist die Zertifizierung an die branchenspezifische Tätigkeit gebunden. (vgl. ebd.:6)
- Gesondert nachzuweisen sind darüber hinaus Qualifikationen in Gesprächsführung und Kommunikation, einschlägigen Rechtsgrundlagen sowie Selbstreflexion in einem genauestens definierten Mindestausmaß an Einheiten (vgl. ebd.:7).

Geregelt sind zudem die Standards für die Zertifizierung der CM-Ausbildner*innen (ÖGCC), welche sich alle zwei Jahre zu einer Weiterbildung im Ausmaß von 16 Einheiten verpflichten, sowie die Richtlinien für CM-Weiterbildungsinstitute (vgl. ebd.:8-10).

Die laufende Auseinandersetzung der Fachgesellschaften mit dem Qualifikationsprofil von Case Manager*innen zeigt sich aktuell in einem Beitrag der Fachgruppe Weiterbildung der DGCC zum Kompetenzprofil von Case Manager*innen. Darin postulieren die Autor*innen eine Fülle an Kompetenzen, über die zertifizierte Case Manager*innen verfügen (oder besser: verfügen sollen) und führen diese detailliert aus. (vgl. FGDGCC 2017:46-52)

Wissen über	<ul style="list-style-type: none"> ■ die Geschichte des CM ■ gesellschaftliche Entwicklungen und Rahmenbedingungen des CM ■ Grundlagen und Leitprinzipien des CM ■ Funktionen, Dimensionen und Konzepte des CM ■ die Relevanz von Zwangskontexten im CM ■ das Phasenmodell ■ Netzwerkmanagement und Netzwerkpflege ■ Aufgaben des CM und der Rollen von Case Manager*innen ■ Kollegiale Beratung und Supervision als Methoden der Selbstreflexion ■ Implementationsmodelle und Systemsteuerung ■ das Allgemeine Sozialrecht ■ die rechtliche Verankerung des CM
-------------	---

Fertigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> ■ Beratungskompetenz ■ Fallsteuerungskompetenz ■ Leistungssteuerungskompetenz ■ Phasen des CM ■ Instrumente und Dokumentation ■ Datenschutz ■ Wissen nutzen, teilen, entwickeln ■ Rollensicherheit ■ Qualitätssicherung und –entwicklung ■ Anwendung der Leitlinien ■ Versorgungs- und Systemsteuerung ■ Netzwerkmanagement ■ Konzeptentwicklung, Anleitung, Leitung, Schulung
Personale Kompetenz	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sozialkompetenz und Eigenschaften ■ Selbstständigkeit

Tabelle 1: Dimensionen der Fachkompetenz (vgl.FGDGCC 2017:46-52)

3 Methodenteil

Claus-Clemens Lichtenthäler

Zu Beginn des Forschungsprojekts im Wintersemester 2016 wurde von der Arbeitsgruppe festgelegt, dass zu Praxisanwendungen von CM in Österreich geforscht werden wird. Die Erforschung von Praxisanwendungen bedingt den Gang ins Feld, wobei zeitgleich Lehrveranstaltungen mit theoretischen Inputs zu CM begannen. So wurde Basiswissen zu CM nicht nur im Rahmen des Forschungsprojekts angeeignet, sondern viel mehr die Inhalte der Lehrveranstaltungen im Forschungsprojekt ergänzt. Um in der gesamten Forschungsgruppe sicherzustellen, dass das selbe Verständnis von CM gegeben ist, wurden Präsentationen zu Ebenen, Funktionen, Prinzipien, Implementierung, Qualifikation und dem Regelkreis gehalten und diskutiert. Dieses Basiswissen, das sich im Wesentlichen in vertiefter Form in Kapitel 2 findet, erlaubte einen frühen Überblick zu CM, um das Forschungsfeld erschließen zu können.

In dem grundsätzlich qualitativen Forschungsvorhaben wurden verschiedene Zugänge zum Feld in Betracht gezogen. Als methodisches Mittel der Wahl wurden das Interview und die Beobachtung der Datenerhebung mittels Fragebogen vorgezogen.

Unabhängig von der konkreten Methode ist ein Set an Fragen notwendig. Anhand der oben beschriebenen Inhalte (Präsentationen) wurden Fragen ausgearbeitet, gesammelt und in der Gruppe hinsichtlich des Verständnisses überprüft. In mehreren Schleifen wurden die ursprünglich knapp 220 Fragen überarbeitet, verdichtet und um Dopplungen bereinigt. Parallel dazu wurde ein Raster erstellt, der Zuordnungen auf mehreren Ebenen erlaubt. Das Ergebnis nach mehreren Kontrollschleifen war ein Kriterienkatalog mit 166 Fragen, der 22 Kriterien unterscheidet. Jede Frage ist zunächst generell aufgrund ihrer Formulierung (offene / geschlossene Frage) als Leitfrage deklariert und wird der Fall- und/oder Systemebene zugeordnet.

Die weitere Kategorisierung erfolgte nach dem Verständnis der Phasen des CM-Prozesses: Fallauswahl, Assessment, Ziel- und Hilfeplanung, Intervention, Monitoring / Evaluation; nach möglicher Perspektive: Klient*in, Hilfsnetzwerk, Umwelt; nach Prinzipien und Haltung etc.

Beispielhaft sind hier zwei Fragen angeführt:

- „Wie gestaltet sich das Assessment in Ihrer Organisation?“ codiert mit „Leitfrage – Systemebene – Assessment“
- „Wie gestalten sich die Beziehungen zwischen allen am CM-Prozess beteiligten Personen und Organisationen?“ codiert mit „Leitfrage – Fallebene – Hilfsnetzwerk – Umwelt – Klient*in“

Die Fragen wurden in eine Datenbank eingepflegt und codiert. Mit dieser ist es möglich, Abfragen zu konkreten Kriterien zu erzeugen, die die Grundlage für leitfragengestützte Interviews oder Beobachtungen darstellen und situationspezifisch adaptationsfähig sind.

Fragen-Nummer	<input type="text" value="1"/>									
Frage	Wie gestaltet sich das Assessment in ihrer Organisation?									
Leitfrage	<input checked="" type="checkbox"/>	Fallauswahl	<input type="checkbox"/>	Kommunikation	<input type="checkbox"/>					
Systemebene	<input checked="" type="checkbox"/>	Assessment	<input checked="" type="checkbox"/>	Prozesse	<input type="checkbox"/>					
Fallebene	<input type="checkbox"/>	Ziel- und Hilfeplanung	<input type="checkbox"/>	Qualität	<input type="checkbox"/>					
		Intervention	<input type="checkbox"/>	Lernende Organisation	<input type="checkbox"/>					
		Monitoring/Evaluation	<input type="checkbox"/>	Organisationskultur	<input type="checkbox"/>					
		Implementierung	<input type="checkbox"/>	Hilfsnetzwerk	<input type="checkbox"/>					
		Finanzierung	<input type="checkbox"/>	Umwelt	<input type="checkbox"/>					
		Ressourcen	<input type="checkbox"/>	Klientin	<input type="checkbox"/>					
		Struktur	<input type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="checkbox"/>					
		Ziele	<input type="checkbox"/>	T20	<input type="checkbox"/>					

Abbildung 13: Kriterienkatalog-Datenbankmaske

Aufgrund des Aufbaus der Datenbank können Fragen und Kriterien verändert und/oder ergänzt werden. Der in der Endversion vorliegende Kriterienkatalog/Fragenkatalog sowie die Datenbank können als Nebenprodukte dieser Arbeit angesehen werden. Ein beispielhafter Auszug ist im Anhang dieser Arbeit ersichtlich.

Im weiteren Verlauf des Forschungsprojekts kamen die beide Produkte in den einzelnen Sub-Forschungsgruppen im Rahmen von qualitativen Erhebungen zur Vorbereitung auf leitfadengestützte Interviews sowie bei Auswertungsmethoden wie zB Codierungen zum Einsatz.

3.1 Qualitative Sozialforschung

Nikita Felder

Die Qualitative Sozialforschung wurde lange Zeit eher stiefmütterlich behandelt, legitimiert und etabliert sich seit den 1980er Jahren jedoch zunehmend innerhalb der Sozialwissenschaften. Seither erweitern immer mehr methodologische Ansätze und konkrete Erhebungs- und Auswertungsverfahren den Kanon qualitativer Sozialforschung. Als zugrundeliegende Prämisse kann die Ausrichtung der Forschung an der Lebenswirklichkeit der beforschten Personen sowie die Kontextualität gelten – also die Berücksichtigung des Kontextes, in dem Handlungen und Äußerungen beforschter Personen Sinn erlangen. (vgl. Froschauer / Lueger 2003:18–19; Przyborski / Wohlrab-Sahr 2014:17) Es geht darum, „zu verstehen, was Menschen in einem sozialen Kontext dazu bringt, in einer bestimmten Weise zu handeln, welche Dynamik dieses Handeln im sozialen Umfeld auslöst und wie diese auf die Handlungsweisen zurückführt“ (Froschauer / Lueger 2003:17). Anders gesagt: Qualitative Sozialforschung zielt immer auf die Rekonstruktion von Sinn ab.

Die Unterscheidung in qualitative und in quantitative Sozialforschung ist das Ergebnis unterschiedlicher epistemologischer Vorstellungen und damit auch unterschiedlicher Forschungslogiken. Auch wenn sich qualitative und quantitative Verfahren in der Praxis nicht immer trennscharf unterscheiden lassen, ist es doch möglich, grundlegende Unterschiede in der Herangehensweise der beiden Verfahrensweisen idealtypisch gegenüberzustellen.

In einem quantitativen Forschungsverständnis stellt die Prüfung von aus der Theorie abgeleiteten Hypothesen das Forschungsziel dar, wohingegen eine qualitative Forschungslogik auf den „Aufbau eines (meist fallorientierten) theoretischen Verständnisses eines Untersuchungsbereiches“ (ebd.:19) abzielt. Dementsprechend unterscheidet sich der qualitative Forschungsprozess grundlegend vom quantitativen: Bereits bestehende theoretische Überlegungen zum Feld werden in der qualitativ-empirischen Sozialforschung zwar berücksichtigt, schränken jedoch den Blick auf den Gegenstandsbereich nicht ein (vgl. Przyborski / Wohlrab-Sahr 2014:30). Offenheit ist ein zentrales Prinzip qualitativer Methoden, das u.a. durch eine starke Orientierung an ihrem Gegenstand gewährleistet werden kann. So endet der Forschungsprozess idealerweise erst dann, wenn die Wahrscheinlichkeit gering ist, neue Erkenntnisse

durch ein Weiterführen des Forschungsprozesses zu gewinnen. (vgl. Froschauer / Lueger 2003:21)

3.2 Erhebungsmethoden

Welche Erhebungsmethoden für eine empirische Feldforschung angemessen sind, bestimmt das jeweilige Forschungsinteresse. Im Fall der vorliegenden Masterarbeit, die sich unterschiedlichen Feldern der sozialen Arbeit widmet, in denen CM praktiziert wird, bieten sich in erster Linie qualitative Forschungsmethoden an. Zum einen, weil das Forschungsinteresse dahingehend ausgerichtet ist, soziale Systeme und ihre Sinnstrukturen zu verstehen. Zum anderen handelt es sich hier um ein exploratives Forschungsprojekt in einem kaum beforschten Feld, sodass am Ausgangspunkt der Erhebung keine konkreten Forschungsfragen feststehen.

Eine Erhebung in der qualitativen Sozialforschung beginnt mit einer Orientierungsphase, in der das Feld erschlossen und erstmals erkundet wird. Bereits in dieser Phase können sich wichtige Indizien „auf die interne Differenzierung und auf interne Relevanzen des Systems ergeben“ (ebd.:54).

In den Hauptforschungszyklen geht es anschließend vor allem darum, dem Forschungsfeld angemessene Daten zu einem passenden Zeitpunkt zu sammeln. Da auf eine multiperspektivische Betrachtung der unterschiedlichen sozialen Systeme abgezielt wird, bietet sich ein Theoretisches Sampling zur Auswahl dieser Daten an. Anders gesagt: Um die systeminternen Differenzierungen rekonstruieren zu können, werden Daten von Repräsentant*innen aus möglichst verschiedenartigen Subsystemen oder Systemkontexten gesammelt. (vgl. ebd.:54–55) „Gespräche nehmen (neben der teilnehmenden Beobachtung) als unmittelbare Kommunikation zwischen Forscher*innen und Personen aus der interessierenden Lebenswelt eine Schlüsselstelle in qualitativen Studien ein“ (ebd.:39). Diese qualitativen Forschungsmethoden werden in den nachfolgenden Kapiteln ausführlicher thematisiert.

3.2.1 Leitfadengestütztes Interview

Stefanie Gebesmair

Das *Leitfadengestützte Interview* bietet sich aufgrund der Erstellung eines schriftlichen Leitfadens vor allem dann an, wenn eine direkte Vergleichbarkeit mehrerer Interviews

sichergestellt werden soll, wenn mit einer Person lediglich ein einziges Mal die Möglichkeit zu einem Interview besteht oder wenn die interviewende Person noch unerfahren ist. Die im Leitfaden festgehaltenen Fragen sollen wichtige Aspekte, die im Interview zur Sprache kommen sollen, sowie konkrete Fragen abdecken. (vgl. Schlehe 2008:78–79)

Ein zentrales Prinzip des *Leitfadengestützten Interviews* ist der flexible Umgang mit dem Leitfaden. Der Leitfaden muss keinesfalls strikt abgearbeitet werden. (vgl. ebd.) Die interviewende Person hat die Möglichkeit, von der Reihenfolge der Fragen sowie ihrer Formulierung abzuweichen. Die Fragen sollen lediglich dazu dienen, einen Dialog zwischen interviewender und interviewter Person zu erzeugen und die individuelle Sicht der interviewten Person zum jeweiligen Thema zu erhalten. Die interviewte Person soll auf die gestellten Fragen frei und so ausführlich, wie sie möchte, antworten. Anders als beim Fragebogen werden keine Vorgaben für Antwortmöglichkeiten gemacht. Sollten die Antworten der interviewten Person nicht ausgiebig genug sein, so hat die interviewende Person die Möglichkeit, genauer nachzufragen. Das Nachfragen ist entscheidend für den Erfolg des ‚Leitfadengestützten Interviews‘. Die interviewende Person muss darauf achten, dass alle für das Thema relevanten Fragen im Interview gestellt wurden. (vgl. Flick 2009:113–114)

Bezüglich der Fragestellung ist es zielführend, eine Kombination aus offenen und gezielten Fragen zu stellen. Im Gegensatz zu gezielten Fragen, welche Themen ansprechen, zu denen die interviewte Person nichts gesagt hat, geben offene Fragen Raum für die persönliche Sicht der interviewten Person. Meist werden für das *Leitfadengestützte Interview* offene Fragen („Was verbinden Sie mit dem Wort CM?“) oder halb-strukturierte Fragen („Wenn Sie an CM denken, welche Rolle spielt *Empowerment* dabei?“) verwendet. Nur selten kommen strukturierte Fragen („Viel zu viele Organisationen geben an, mit CM zu arbeiten. Haben Sie als Case Manager*in einen ähnlichen Eindruck?“) zum Einsatz, da diese einen Zusammenhang vorgeben, welchem die interviewte Person lediglich zustimmen oder ihn ablehnen kann. (vgl. ebd.) Uwe Flick differenziert mehrere Typen des *Leitfadengestützten Interviews*: Das *fokussierte Interview*, das *halbstandardisierte Interview*, das *problemzentrierte Interview*, das *Expert*innen-Interview* so wie das *ethnographische Interview* (vgl. Flick 2016:194). Da das *Expert*innen-Interview* im Zuge der vorliegenden Masterarbeit mehrfach zur Verwendung gelangt ist, werden wir an dieser Stelle auf diese Form des *Leitfadengestützten Interviews* eingehen. Beim *Expert*innen-Interview* wird die interviewte Person weniger als Person, sondern in ihrer Eigenschaft als Expert*in

befragt. Die*Der Expert*in wird als Repräsentant*in einer Gruppe in die Untersuchung einbezogen. Es ist zu klären, wer als Expert*in gesehen wird. Hier gibt es jedoch sehr differente Ansichten. (vgl. ebd.:214) Alexander Bogner, Beate Littig und Wolfgang Menz definieren Expert*innen wie folgt:

*„Experten lassen sich als Personen verstehen, die sich – ausgehend von einem spezifischen Praxis- oder Erfahrungswissen, das sich auf einen klar begrenzten Problembereich bezieht – die Möglichkeit geschaffen haben, mit ihren Deutungen das konkrete Handlungsfeld sinnvoll und handlungsleitend für Andere zu strukturieren.“
(Bogner et al. 2014:13)*

*Expert*innen-Interviews* können mit unterschiedlichen Zielen zum Einsatz kommen. Zum einen können sie zur Orientierung in einem neuen Feld eingesetzt werden. Ebenso kann das systematisierende *Expert*innen-Interview* herangezogen werden, um Kontextinformationen zu Erkenntnissen aus anderen Methoden zu gewinnen. Das theoriegenerierende *Expert*innen-Interview* zielt wiederum darauf ab (vgl. Flick 2016:216), „[...] aus der Rekonstruktion des Wissens verschiedener Experten eine Theorie bzw. Typologie zum untersuchten Gegenstand zu entwickeln [...].“ (ebd.) Dem Leitfaden kommt beim *Expert*innen-Interview* – mehr als bei anderen Typen des *Leitfadengestützten Interviews* – im Hinblick auf den Ausschluss nicht-relevanter Themen eine starke Steuerungsfunktion zu (vgl. ebd.).

3.2.2 Gruppeninterview

Maria Katharina Weinberger

Die Gruppendiskussion ist im Vergleich zu anderen Methoden noch relativ jung und methodologisch wenig fundiert. Während sie im kommerziellen Bereich der Markt- und Meinungsforschung häufig zum Einsatz kommt, findet sie im wissenschaftlichen Bereich nur marginal Anwendung. In der Literatur ist die Gruppendiskussion auch unter den Bezeichnungen Gruppeninterview, Gruppenexperiment, Kollektivinterview und Gruppengespräch zu finden. Standardmäßig hat sich jedoch die Bezeichnung Gruppendiskussion durchgesetzt. Inhaltlich dient das Gespräch mit mehreren Teilnehmer*innen dazu, Informationen zu einem Thema, das von einem*einer Gruppenleiter*in eingebracht wird, zu sammeln. (vgl. Lamnek 2005:408)

Unterschieden werden kann zwischen vermittelnder und ermittelnder Gruppendiskussion. Während die vermittelnde Gruppendiskussion primär zur Gestaltung von Gruppenprozessen dient, beispielsweise in therapeutisch-psychologischen Gesprächen, wird im sozialwissenschaftlichen Bereich vor allem die

ermittelnde Gruppendiskussion angewendet. Diese hat zum Ziel, Meinungen und Einstellungen der einzelnen Teilnehmer*innen bzw. der Gruppe als Einheit sowie deren zugrundeliegenden Bewusstseinsstrukturen und Verhaltensweisen zu erkunden. (vgl. ebd.:416) Allgemein kann die Gruppendiskussion „als Gespräch einer Gruppe von Untersuchungspersonen zu einem bestimmten Thema unter Laborbedingungen“ (ebd.:413) betrachtet werden.

Bezüglich der *Auswahl der Teilnehmer*innen* sind zwei Varianten vorstellbar:

- Die befragten Personen können nach einem bestimmten wesentlichen gemeinsamen Merkmal ausgewählt werden und somit eine homogene Gruppe bilden (vgl. ebd.:434).
- Die teilnehmenden Personen können danach zusammengestellt werden, „ob sie auch in der natürlichen sozialen Wirklichkeit eine Primär-, Sekundär-, informelle oder formale Gruppe bilden.“ (ebd.)

Die Zusammensetzung einer Gruppe kann sehr unterschiedlich sein und ist abhängig vom jeweiligen Erkenntnisinteresse der Forscher*innen. Zu berücksichtigende Kriterien sind etwa die Auswahl einer homogenen oder heterogenen Gruppe, einer natürlich zusammengestellten Gruppe versus einer künstlich formierten Gruppe. Bei den natürlichen Gruppen kann zwischen schwacher und starker Teamkohäsion unterschieden werden. Die Diskussion kann inhaltlich offen oder sehr strukturiert verlaufen, mit einem*einer engagierten Moderator*in oder einem*einer neutralen Diskussionsleiter*in. Diese*r kann hinsichtlich der Gesprächsführung direktiv oder nondirektiv auftreten. Handlungsleitend für die Gestaltung der Gruppendiskussion ist das Forschungsthema, welches im Vorfeld für alle Beteiligten offengelegt werden soll. (vgl. ebd.:434-450)

Die empfohlene Anzahl der Teilnehmer*innen variiert in der Literatur zwischen 5 bis zu max. 12 Teilnehmer*innen. Entscheidendes Kriterium für die Gruppengröße ist eine möglichst große Vielfalt an Haltungen und Meinungen aus der Gruppendiskussion zu erhalten. (vgl. ebd.:435-438)

Der vollständige Verlauf der Gruppendiskussion wird mittels Tonband oder Video aufgezeichnet und im Anschluss nach den Richtlinien der Transkription verschriftlicht (vgl. ebd.:459-460). Die *Auswertung* kann mittels aller Verfahren der Interpretation von Texten erfolgen. Dabei sind nach Lamnek ausgehend vom symbolischen Interaktionismus und der phänomenologischen Soziologie folgende methodische Implikationen zu beachten (vgl. ebd.:459):

- Grundlage für die Analyse sind neben dem Text, die „Sinn- und Bedeutungszuschreibungen,, (ebd.) der Teilnehmer*innen.
- Wesentlich ist die Unterscheidung zwischen alltagsweltlicher und wissenschaftlicher Sinndeutungen der Teilnehmer*innen.
- Im Forschungsprozess bedarf es der Fähigkeit der Rollenübernahme, um entsprechende Sinndeutungen durchführen zu können.
- Die Wechselwirkungen zwischen dem Zusammenspiel der einzelnen Teilnehmer*innen und dem Kontext der Gruppendiskussion muss berücksichtigt werden.
- Bei der Gruppendiskussion sind Sozialwissenschaftler*innen mit einer „prinzipiellen Unsicherheit der Interpretation“ (ebd.) konfrontiert. (vgl. ebd.)

3.2.3 Teilnehmende Beobachtung

Stefanie Gebesmair

Zur Datenerhebung werden in der Sozialforschung verschiedene Methoden eingesetzt. Die drei Hauptgruppen stellen dabei verschiedene Formen der Befragung, Varianten der Beobachtung und schließlich die Nutzung und Analyse von vorliegenden Materialien dar. (vgl. Flick 2009:102) In der vorliegenden Masterarbeit kam neben der Befragung sowie der Nutzung und Analyse von vorliegendem Material die teilnehmende Beobachtung als Forschungsmethode zum Einsatz. Während durch Befragungen wie etwa das *Leitfadengestützten Interview* vor allem Wissen über Handlungen und Prozesse deutlich wird, bietet die Beobachtung die Möglichkeit, einen direkten Zugang zu Handlungen und Prozessverläufen zu erhalten. (vgl. ebd.:123)

Abhängig von der Rolle des*der Beobachter*in sind unterschiedliche Konzeptionen der Beobachtung zu verzeichnen. Es wird differenziert zwischen der *verdeckten und offenen Beobachtung*, der *nicht teilnehmenden und teilnehmenden Beobachtung*, der *systematischen und unsystematischen Beobachtung* sowie der *Beobachtung in natürlichen oder in künstlichen Situationen*. (vgl. ebd.) Da die *teilnehmende Beobachtung* im Zuge der vorliegenden Masterarbeit zur Anwendung gelangte, werden wir an dieser Stelle etwas näher auf diese Konzeption der Beobachtung eingehen.

Die *teilnehmende Beobachtung* stellt eine Standardmethode der Feldforschung dar (vgl. Mayring 2002:80). Bei der Feldforschung geht die*der Forscher*in selbst in die natürliche Umgebung des untersuchten Gegenstandes und reduziert dadurch die Distanz zur beobachteten Situation. Die Teilnahme am untersuchten Feld über einen längeren Zeitraum stellt ein zentrales Instrument zur Datenerhebung dar. Die Beobachtung

verläuft in der Regel wenig standardisiert. Es werden lediglich Situationen, Personen und Ereignisse ausgewählt, durch die das interessierende Phänomen zugänglich wird. Zur Orientierung im Untersuchungsfeld wird anfangs in der Regel *deskriptiv beobachtet*. Die im Anschluss meist folgende *fokussierte Beobachtung* beschränkt sich im Gegensatz dazu auf für die Fragestellung relevante Prozesse und Probleme. Durch die *selektive Beobachtung* kann am Ende der Forschung nach weiteren Belegen und Beispielen für im zweiten Schritt gefundene Abläufe gesucht werden. Das Beobachtete wird in der Regel in Form von Feldnotizen möglichst detailliert protokolliert. (vgl. Flick 2009:126-127)

3.3 Auswertungsmethoden

Nikita Felder

Wenn, wie im vorliegenden Fall, Sinnstrukturen sozialer Systeme rekonstruiert werden sollen, bieten hermeneutische Auslegungen Verfahrensweisen zum Deuten und Verstehen von Texten. Die Vieldeutigkeit von Sprache, die erkenntnistheoretischen Grenzen der Forschenden, aber auch der Umstand, dass die beforschten Personen sich nicht immer bewusst über die Dynamiken sozialer Systeme sind und sich außerdem auf eine bestimmte Art und Weise gegenüber sozialen Systemen genauso wie auch den Forschenden positionieren, sind Argumente dagegen, dass Gesprochenes kurzerhand eins zu eins in der Analyse übernommen werden sollte. Stattdessen können alle in Erhebungsschritten gewonnenen Texte als „geronnene sinnhaltige Strukturzusammenhänge“ (ebd.:82) begriffen werden, deren Sinn erst durch einen Interpretationsprozess (re-)konstruiert werden kann. Dies berücksichtigen hermeneutische Analyseverfahren, wie Feinstruktur- und Systemanalysen.

Eine grundlegende Annahme, auf der die beiden Auswertungsmethoden aufbauen, besteht dementsprechend darin, dass Interviewaussagen immer zweierlei Aspekte enthalten: Die Darstellung der Lebenswelt der interviewten Person zum einen und die Kommunikation der Interviewbeziehung zum anderen (vgl. ebd.:101). Eine weitere zentrale Annahme bezieht sich darauf, dass „in allen Äußerungen eine objektive Bedeutung unabhängig vom sprechenden Subjekt zum Tragen kommt, die über dessen bewusste Handlungsabsichten und Meinungen hinausreicht“ (ebd.:100).

Im rekonstruktiven Interpretationsprozess sind die Forscher*innen angehalten, ihr Vorverständnis zu reflektieren und auf bewusste Art und Weise miteinzubeziehen, denn dieses Vorwissen beeinflusst die Analyse notwendigerweise. Durch das Offenlegen des Vorverständnisses wird es am Forschungsgegenstand überprüfbar und kann adaptiert werden.

Im weiteren Forschungsprozess eröffnet die Interpretation von Sequenzen des Analysematerials erweiterte Vorstellungen über das Forschungsfeld, die wiederum mit dem Forschungsgegenstand abgeglichen werden müssen. Diese selbstkorrigierende Vorgangsweise wird als „hermeneutischer Zirkel“ bzw. als „hermeneutische Spirale“ bezeichnet. (vgl. Mayring 2003:27)

In den folgenden Kapiteln sind die drei für die Auswertung der vorliegenden Masterarbeit grundlegenden Analysemethoden knapp skizziert. Die Feinstruktur- sowie die Systemanalyse basieren auf Oevermann et al. (1979) und wurden von Froschauer und Lueger (2003) durch eine eher auf den manifesten Inhalt abzielende Themenanalyse ergänzt.

Spezifische Beschreibungen der Anwendungen bzw. Adaptionen der Textinterpretationsverfahren, wie sie von den verschiedenen Kleingruppen angewandt wurden, finden sich in den jeweiligen Gruppenteilen.

3.3.1 Feinstrukturanalyse

Insbesondere für die Einstiegsphase erweist sich eine Feinstrukturanalyse als geeignet. Sie bietet besonders viel Potenzial, an den Forschungsgegenstand heranzutreten, ohne Vorwissen allzu sehr einzubinden und die Forschenden für die Systemanalyse und die Themenanalyse hinsichtlich einer hermeneutischen Textauslegung zu sensibilisieren. Darüber hinaus ermöglicht das Verfahren im weiteren Analyseverlauf innovative und oft überraschende Perspektiven – vor allem auf Textstellen, die von den Forschenden als besonders wichtig oder heikel eingestuft werden. (vgl. ebd.:109, 112)

Die Feinstrukturanalyse „zielt auf die Erfassung von Sinngehalten, die sich in der selektiven Abfolge kleinster Gesprächseinheiten reproduzieren“ (ebd.:110). In einem ersten Schritt werden dementsprechend kurze Textstellen ausgewählt, die eine möglichst starke Eigenstrukturierung der interviewten Person(en) erwarten lassen. Das sind insbesondere Passagen am Beginn und am Ende des Interviews oder solche, die

für das Forschungsthema besonders relevant sein könnten. Froschauer und Lueger empfehlen auch, eine „unwichtig“ erscheinende Stelle zur kritischen Prüfung heranzuziehen. Ein Grundsatz hermeneutischer Analyse besteht dabei in der Sequenzialität, d.h., Ein Textabschnitt wird in chronologischer Reihenfolge nach dem anderen betrachtet, damit sich der Blickwinkel der Analysierenden durch nicht einengt (z.B. durch Vorauslesen). (ebd.:112–114)

Diese Textstelle wird nun paraphrasiert und anschließend möglichst extensiv ausgelegt: Fragen hinsichtlich möglicher Intentionen der interviewten Person(en) bzw. Funktionen des Gesagten, der Konsequenzen für Handlungs- und Denkweisen sowie Konsequenzen der Rollenverteilungen im untersuchten sozialen System, wie auch in der Interviewsituation, werden aufgemacht. Die Analysierenden versuchen, möglichst viele verschiedene und weitreichende Optionen zu eröffnen und dazu Bedingungen zu formulieren, unter denen sich diese Deutungen im weiteren Analyseverlauf bestätigen bzw. widerlegen könnten. Wenn sich Deutungen als nicht angemessen herausstellen, so bedeutet dies, dass nicht nur die Option widerlegt ist, sondern auch der Argumentationsgang, der hinter der These steht: „Der Fortschritt der Analyse ergibt sich folglich nicht bloß aus der Selektion von sich in der Interpretation bewährenden Annahmen, sondern auch in der Reflexion der in der Praxis laufend auftretenden Irrwege“ (ebd.:114). Folglich empfehlen Froschauer und Lueger, bereits nach einigen Auswertungen eine Reflexionsphase über den Stand der Analyse abzuhalten und dabei Hypothesen über mögliche Sinnstrukturen des untersuchten sozialen Systems aufzustellen. (ebd.:114–120)

Ziel einer Feinstrukturanalyse ist eine „durchgängige Sinnstruktur aller Aussagen [...], d.h. die Darstellung der Struktur einer Sequenz unter dem Aspekt der sozialen Konstruktion von Wirklichkeit hinsichtlich der persönlichen und soziostrukturellen Bedingungen“ (ebd.:120). Da die Feinstrukturanalyse nur kleine Textbausteine bearbeiten kann und äußerst aufwendig in ihrer Anwendung ist, kann dieses Ziel allein mit dieser Methode nur schwer erreicht werden. Aufgrund dessen empfehlen Froschauer und Lueger die Koppelung mit Systemanalysen (ebd.:121).

3.3.2 Systemanalyse

Die Systemanalyse ist auf die Analyse größerer Textabschnitte ausgerichtet. Sie „orientiert sich an der Erschließung prozessdynamischer Aspekte komplexer und intern hochdifferenzierter sozialer Felder“ (ebd.:142). Dementsprechend betrachtet auch sie

nicht nur den manifesten Inhalt, sondern versucht darüber hinausgehend Deutungen in Bezug auf den Gesamtzusammenhang von sozialen Systemen zu erzeugen. Eine weitere Überschneidung zur Feinstrukturanalyse ergibt sich durch die Berücksichtigung der interviewenden Person(en) und der Gesprächssituation als Ganzes. Dies geschieht hier durch eine Analyse des Gesprächsflusses, indem die Wirkung dieser Einflussfaktoren auf die inhaltlichen Aussagen der Gesprächspartner*innen hin untersucht wird. Solche Dynamiken verweisen unter Umständen auch auf Dynamiken im untersuchten sozialen System. (ebd.:142–143)

Auch mithilfe von Systemanalysen werden Interviews in der Regel nicht vollständig analysiert. Dementsprechend ist auch hier die Auswahl geeigneter Textstellen von Bedeutung. Froschauer und Lueger schlagen ein theoretisches Sampling vor – d.h. Textstellen, die bisherige Annahmen entweder bestätigen oder aber widerlegen könnten, werden bevorzugt ausgewählt – mit einem Fokus auf die unterschiedlichen Perspektiven des Feldes. Wie auch die Feinstrukturanalyse arbeitet die Systemanalyse im ersten Schritt mit einer Paraphrasierung des manifesten Inhalts. Anschließend werden Deutungen entlang von drei Ebenen eröffnet: der Untersuchung des Äußerungskontextes (hinsichtlich des Textrahmens und des lebensweltlichen Kontextes) der unmittelbaren Interaktionseffekte und schließlich der Systemeffekte einer Äußerung. Es stellen sich anders gesagt Fragen danach, warum sich die Daten genau auf diese Art und Weise darstellen, wie sie es tun, auf welche Weise das Umfeld strukturiert sein müsste, damit die Daten genau in der Art und Weise wie sie sind wahrscheinlich werden und schließlich, welche handlungsstrukturierenden Folgen sich aus den Daten und dem ermittelten Kontext ergeben könnten. (ebd.:142–153)

Die Systemanalyse zielt auf die Rekonstruktion von durchgängigen Handlungsmustern in sozialen Systemen ab. „Diese Muster sind Prozessstrukturen, die permanent erzeugt werden müssen und umgekehrt den Prozess auch steuern“ (ebd.:153). Ähnlich wie für die Feinstrukturanalyse empfehlen Froschauer und Lueger auch für die Systemanalyse Phasen der Reflexion und Strukturierung der Deutungen zum Untersuchungsfeld, wobei auch hierbei laufend Deutungen durch die Analyse des Textmaterials verworfen, angereichert, bestätigt werden. (ebd.:157)

3.3.3 Themenanalyse

Eine Themenanalyse ist im Vergleich zu den bereits genannten Analyseverfahren zwar weniger aufwendig, kann jedoch latente Sinnstrukturen und den Entstehungshintergrund

von Texten nicht umfassend erfassen. Sie konzentriert sich stattdessen auf den manifesten Textgehalt und bietet die Möglichkeit, einen Überblick über große Textmengen zu erhalten, Meinungen und Einstellungen zu erkunden, Inhalte zusammenfassend aufzuarbeiten, die Argumentationsstruktur von Gesprächen zu beschreiben, Textstellen für System- und Feinstrukturanalyse ausfindig zu machen sowie statistische Zusammenhänge zu beschreiben. (ebd.:158) Damit weist sie Ähnlichkeiten zur qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring 2003) auf. Froschauer und Lueger unterscheiden zwei Verfahren der Themenanalyse: Die Textreduktion und die Codierung.

Das Textreduktionsverfahren dient der Zusammenfassung der manifesten Textgehalte. Hierzu werden „die charakteristischen Elemente der Themendarstellung herausgearbeitet, um die Unterschiede in der Darstellung eines Themas in einem oder in verschiedenen Gesprächen sichtbar zu machen“ (Froschauer / Lueger 2003:159). In einem ersten Schritt werden Textausschnitte identifiziert, die einem Thema untergeordnet werden können, um anschließend, in einem zweiten Schritt, die Charakteristika der Themen, ihre Einbettung in den Text, Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Themenverständnissen unterschiedlicher Interviewpartner*innen zu identifizieren und die Themencharakteristika in den Kontext der Forschungsfrage zu integrieren (ebd.:159–162).

Beim Codierverfahren „handelt es sich um eine aufwendigere Variante zur Analyse der begrifflichen Struktur von Themen und deren Zusammenhänge“ (ebd.:163), mithilfe derer der Text analytisch erweitert werden kann. In einem ersten Schritt werden induktiv Themenkategorien gebildet und codiert. Anschließend folgt eine Analyse der Themenkategorien nach Subkategorien und eventuell weiteren untergeordneten Kategorien. Daran schließt eine Strukturierung der Themenkategorien anhand ihrer Bedeutung untereinander und für die Forschungsfrage an. Ein hierarchisches Kategoriennetzwerk ist das Ergebnis des folgenden Schritts, in dem die Themenkategorien mit den Subkategorien verknüpft werden. Abschließend interpretieren die Forschenden das hierarchische Kategoriennetzwerk in Hinblick auf das Forschungsthema und vergleichen verschiedene Texte mit dem Ziel der Theoriebildung. (ebd.:163–165)

4 Case Management in zwei Wiener Organisationen

4.1 Einleitung

Nikita Felder, Stefanie Gebesmair, Kathrin Gräble, Hannah-Christina Nebosis

Der vorliegende Teil der Masterarbeit widmet sich der Erforschung der praktischen Anwendung von Case Management (CM) in zwei ausgewählten Wiener Organisationen, welche in unterschiedlichen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit angesiedelt sind. Da die Anzahl der wissenschaftlichen Auseinandersetzungen mit CM-Anwendungen in Österreich bisher noch überschaubar ist, es gleichzeitig jedoch eine Vielzahl von Handlungsfeldern gibt, in denen Case Management zum Einsatz kommt, stellt die vorliegende Arbeit einen ersten Schritt dar, um die vielfältige Anwendungspraxis wissenschaftlich zu beleuchten.

Im Rahmen unseres Forschungsschwerpunktes „Case Management-Anwendungsbeispiele in ausgewählten Wiener Organisationen“ recherchierten wir jene Wiener Organisationen, in denen CM laut Eigenbeschreibung umgesetzt wird und welche in Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit angesiedelt sind. Dabei galt unser Interesse vor allem dem „regionalen Kompetenzzentrum“ (rKomZ) im integrierten Versorgungssystem „Alkohol. Leben können.“ sowie der „Startbegleitung für Asylberechtigte und subsidiär Schutzberechtigte“ (SfA). Das rKomZ ist eine Erstanlaufstelle für Menschen mit einer Alkoholerkrankung, bei der SfA handelt es sich um eine Beratungsstelle für geflüchtete Menschen.

Die Entscheidung für diese beiden⁴ sehr unterschiedlichen Forschungsfelder kam eher zufällig aufgrund der Interessenslage zweier Gruppenmitglieder zustande. Im Nachhinein erwies sich die Auswahl gerade hinsichtlich der großen Unterschiede, die die beiden Forschungsfelder aufweisen (siehe Kapitel 4.5), als äußerst lohnend.

⁴ Ursprünglich wollten wir drei Organisationen untersuchen. Die Auseinandersetzung mit der dritten, einer Einrichtung in der Wiener Wohnungslosenhilfe, fiel allerdings dem Forschungspragmatismus zum Opfer, nachdem wir festgestellt hatten, wie komplex sich das Forschungsfeld rKomZ im integrierten Versorgungssystem darstellt.

Bereits von Beginn des Forschungsvorhabens an stand fest, dass wir neben den Perspektiven der Führungskräfte und der Mitarbeiter*innen auch jene der Nutzer*innen in die Betrachtung der Organisationen miteinfließen lassen wollen.

Mit dieser Entscheidung, ging eine thematische Fokussierung einher. Da Nutzer*innen in das CM auf der Fallebene direkt eingebunden sind, in das CM auf der Systemebene jedoch nicht (vgl. Abb. 1 in Kapitel 2.1), drängte sich ein Fokus auf das CM auf Fallebene geradezu auf. In den frühen Analysen engte sich der Blick schließlich weiter auf die handlungsleitenden Prinzipien des Social Work Case Management im Kontext der beiden Forschungsfelder ein. Die der vorliegenden Arbeit zugrundeliegende Forschungsfrage lautet dementsprechend:

Inwieweit finden sich handlungsleitende Prinzipien des Social Work Case Management in den ausgewählten Wiener Organisationen?

4.1.1 Aufbau der Arbeit

Bevor wir zur Beantwortung dieser Frage übergehen, thematisieren wir im an die Einleitung anschließenden zweiten Kapitel den Forschungsprozess und die angewendeten Methoden. Wie in diesem Abschnitt im Detail aufgezeigt wird, haben wir ein multiperspektivisches Forschungsdesign und qualitative Erhebungs- und Auswertungsverfahren gewählt, um ein möglichst umfassendes Verständnis der verschiedenen CM-Prozesse zu entwickeln.

Im darauffolgenden dritten Kapitel widmen wir uns dem rKomZ im integrierten Versorgungssystem „Alkohol. Leben können.“ Dieses Kapitel untergliedert sich wiederum in sechs Unterkapitel, in denen wir ausgehend vom organisationalen Aufbau die unterschiedlichen Dimensionen der Adaption des CM aufschlüsseln möchten.

Im ersten Unterkapitel stellen wir dementsprechend die Organisation und ihre Netzwerkpartner*innen im integrierten Versorgungssystem dar (siehe Kapitel 4.3.1). Im zweiten Unterkapitel wird grob auf die Finanzierung des rKomZ im integrierten Versorgungssystem eingegangen (siehe Kapitel 4.3.2.). Aufgrund der spezifischen Implementierungsgeschichte thematisieren wir im dritten Unterkapitel die Implementierung von CM in die Wiener Suchthilfelandchaft und die damit einhergehenden Gründung des regionalen Kompetenzzentrums (siehe Kapitel 4.3.3). Im darauffolgenden vierten Unterkapitel (siehe Kapitel 4.3.4) folgt eine Auseinandersetzung mit dem Beratungsprozess im rKomZ, wobei die spezifische Umsetzung des CM auf

Fallebene deutlicher wird. Daran schließt ein Kapitel zu den Funktionen des CM im rKomZ an (siehe Kapitel 4.3.5). Im sechsten Unterkapitel (siehe Kapitel 4.3.6), das den Kern der Auseinandersetzung mit dem rKomZ bildet, beschäftigen wir uns mit der Umsetzung der Prinzipien ‚Nutzer*innenorientierung‘ (siehe Kapitel 4.3.6.1), ‚Empowerment‘ (siehe Kapitel 4.3.6.2) und ‚Prozedurale Fairness‘ im Beratungsprozess des rKomZ (siehe Kapitel 4.3.6.3).

Das vierte Kapitel der Arbeit nimmt Bezug auf die Anwendungspraxis von CM in der SfA. Der Aufbau unterscheidet sich nur wenig von dem vorangegangenen Kapitel, jedoch ist dieser Abschnitt in vier Unterkapitel gegliedert. Im ersten Unterkapitel erfolgt eine Organisationsbeschreibung (siehe Kapitel 4.4.1). Darin gehen wir auf die Strukturen, das Personal sowie auf Besonderheiten der SfA ein. Im darauffolgenden zweiten Unterkapitel (siehe Kapitel 4.4.2) erfolgt eine kurze Auseinandersetzung mit der Implementierung von CM innerhalb der SfA. Das dritte Kapitel (siehe Kapitel 4.4.3) umfasst eine Beschreibung des CM-Ansatzes innerhalb der Organisation. Dabei thematisieren wir auch den CM-Ablauf, das Verständnis sowie die Funktionen von Case Management. Im vierten und letzten Unterkapitel (siehe Kapitel 4.4.4) steht die Beantwortung der Forschungsfrage im Mittelpunkt. Hier setzen wir uns ausführlich mit der Umsetzung der Prinzipien ‚Nutzer*innenorientierung‘ (siehe Kapitel 4.4.4.1), ‚Empowerment‘ (siehe Kapitel 4.4.4.2) und ‚Prozedurale Fairness‘ (siehe Kapitel 4.4.4.3) auseinander.

In dem unseren Teil abrundenden fünften Kapitel, fassen wir zunächst die gewonnen Erkenntnisse zusammen und stellen sie im Anschluss vergleichend gegenüber. Damit lassen sich nicht nur wesentliche Facetten der unterschiedlichen CM-Anwendung aufzeigen, sondern es deuten sich auch Schwierigkeiten des eigenen Forschungsprozesses an. Darüber hinaus eröffnen sich an dieser Stelle Fragen für zukünftige Forschungsvorhaben.

4.2 Methodisches Vorgehen

Nikita Felder

Wie in Kapitel 3.1 zur qualitativen Sozialforschung bereits thematisiert worden ist, bot sich ein Vorgehen im Sinne eines qualitativen Forschungsprozesses für die Untersuchung von CM-Anwendungsbeispielen, in unserem Fall des rKomZ im

„integrierten Versorgungssystem Alkohol. Leben können“ (A.Lk.) sowie der SfA aus verschiedenen Gründen an. Zum einen bestehen kaum⁵ wissenschaftliche Auseinandersetzungen mit den Forschungsfeldern, weshalb ein exploratives Vorgehen angemessen erschien. Zum anderen zielt das Interesse an Anwendungen von Case Management auf das Verstehen sozialer Systeme und Sinnstrukturen ab – was ein qualitatives Verfahren leisten kann.

Im Sinne der Offenheit gegenüber einer möglichen Strukturierung des Forschungsprozesses und des Themas durch die Forschungsfelder selbst, stand zu Beginn des Forschungsprojektes keine leitende Fragestellung fest.

4.2.1 Orientierungsphase

Zu Beginn des Forschungsprozesses stellte sich nach der Entscheidung für die Forschungsfelder die Frage, wie sich der Feldzugang gestalten könnte. Hier konnten wir dankenswerterweise auf die Kontakte unserer Betreuerin Karin Goger zurückgreifen.

Eine erste Kontaktaufnahme fand per E-Mail mit den jeweiligen Leitungspersonen statt. Während sich der Zugang zur SfA als einfach und problemlos erwies, stellte sich der zum rKomZ schwieriger dar. Durch ein Missverständnis infolge von ungenauen Formulierungen in der E-Mail zur Kontaktaufnahme, konnte der erste Interviewtermin mit der Leiterin nicht wahrgenommen werden, weil dieser gar nicht bewusst war, dass es sich um einen solchen handeln hätte sollen. Erst nach einer Abklärung mit der stv. Geschäftsführerin der Sucht- und Drogenkoordination Wien und der Bereitstellung eines Exposés zum Forschungsprojekt konnte das Interview stattfinden.

4.2.2 Erhebungsphase

Insgesamt führten wir über den Zeitraum März 2017 bis Juni 2017 14 Interviews. Dabei konnten wir unterschiedliche Blickwinkel auf die beiden Forschungsfelder zusammentragen, indem verschiedene „Interessensgruppen“ (Mitarbeiter*innen, Nutzer*innen etc.) interviewt wurden. Diese Multiperspektivität ermöglicht eine

⁵ Karin Goger beschäftigte sich in ihrer Magistraarbeit zum „Case Management in der Wiener Suchthilfe“ (2008) damit, „empirisch die Möglichkeiten und Grenzen einer Implementierung von Case Management in der Wiener Suchthilfe zu untersuchen und den Diskurs von Case Management vor dem Hintergrund des Methodendiskurses in der Sozialarbeit und der Debatte um neue Formen der Steuerung im Sozial- und Gesundheitswesen zu diskutieren“ (Goger 2007:6). Wir haben uns im Vorfeld bewusst kaum mit der Arbeit auseinandergesetzt, um nicht voreingenommen ins Feld zu starten.

Darstellung der Forschungsfelder aus unterschiedlichen Blickwinkeln und verhilft damit der Sättigung des Datenmaterials.

Das Sample aus insgesamt 14 Interviews stellt sich wie folgt zusammen:

Nr. d. Interviews	Interviewte Person („rKomZ im i.V.“)	Nr. d. Interviews	Interviewte Person („SfA“)
1	Fachkraft ⁶ einer leistungserbring. Org. in führender Funktion	8	Leiterin der SfA
2	Ehemaliger Nutzer des integr. Versorgungssystems A.Lk.	9	Mitarbeiterin der SfA
3	Ehemaliger Nutzer des integr. Versorgungssystems A.Lk.	10	Mitarbeiterin der SfA
4	Leiterin des rKomZ	11	Nutzer der SfA
5	Mitarbeiter des rKomZ	12	Nutzer der SfA
6	Mitarbeiterin des rKomZ	13	Mitarbeiterin der SfA
7	Mitarbeiterin des rKomZ	14	Ehemalige Mitarbeiterin der SfA

Tabelle 2: Interviewpartner*innen für das Forschungsfeld "rkom" und das Forschungsfeld "SfA"

Hinsichtlich der Interviewführung entschlossen wir uns für leitfadengestützte Interviews (siehe Kapitel 3.2.1), die wir zum einen für die unterschiedlichen ‚Interessensgruppen‘ adaptierten, zum anderen hinsichtlich der sich im Forschungsverlauf verändernden inhaltlichen Schwerpunktsetzungen.

Während die Interviews für das Forschungsfeld ‚rKomZ im integrierten Versorgungssystem‘ an sehr unterschiedlichen Orten durchgeführt wurden (im rKomZ selbst, in einer leistungserbringenden Organisation und in einer Einrichtung der Wiener Wohnungslosenhilfe), entstand das gesamte Datenmaterial für das Forschungsfeld ‚SfA‘ in der Einrichtung selbst.

⁶ Diese sperrige Formulierung dient der Gewährleistung der Anonymisierung der interviewten Person.

Gerade in Hinsicht auf die interviewten Nutzer*innen, die uns von einer Mitarbeiterin der SfA vermittelt wurde⁷, stellt sich dementsprechend die Frage, inwiefern sie uns als ‚verlängerten Arm‘ der SfA wahrnahmen. Dies könnte jedenfalls Einfluss auf ihre Schilderungen genommen haben.

Darüber hinaus wurden die Interviews aufgrund von Verständigungsproblemen mithilfe eines ehrenamtlichen Dolmetschers der SfA durchgeführt. Auch dies hat sicherlich Einfluss auf die Inhalte der Interviews. Zum einen kommt neben der Beziehungen zwischen interviewender und interviewter Person nun auch die Beziehung zwischen interviewender und dolmetschender sowie zwischen dolmetschender und interviewten Person zum Tragen. Und zum anderen geschieht in dieser Konstellation ein erster (über die Übersetzungen in der direkten Interaktion hinausgehender) Übersetzungsprozess bereits vor dem Verschriftlichen der Interviews. Indem das Gesagte der interviewten und interviewenden Person jeweils vermittelt wird, priorisiert und interpretiert die dolmetschende Person die Inhalte bereits. Die Konsequenzen, die wir daraus gezogen haben, thematisieren wir im Abschnitt zur kritischen Reflexion des Forschungsprozesses (vgl. Kapitel 4.2.4).

Neben den Interviews führte eine der Verfasserinnen der vorliegenden Arbeit vier teilnehmende Beobachtungen durch. Dies geschah im Rahmen eines Praktikums und in Absprache mit der Abteilungsleiterin der SfA. Die teilnehmenden Beobachtungen fokussierten sich auf die Beratungstätigkeiten einer Mitarbeiterin mit unterschiedlichen Nutzer*innen des Angebotes.

Diese zusätzliche Erhebungsmethode bringt ein besser gesättigtes Datenmaterial mit sich. So konnten wir bei der SfA nicht nur auf der Basis der Darstellung von Sachverhalten, Einstellungen, Meinungen, Haltungen u.ä. Rückschlüsse auf die Forschungsfelder ziehen, sondern anhand der Beobachtung realer Beratungssettings Einblick in die Abläufe und die ‚Beratungskultur‘ gewinnen.

Darüber hinaus bezogen wir uns in der Analyse auf organisationale Artefakte, wie Dokumente, Präsentationen, Konzepte und Jahresberichte aus den organisationalen Kontexten. Dies kam insbesondere in der Phase der Ergebnisdarstellung zum Tragen.

⁷ Aufgrund der Datenschutzbestimmungen wäre eine direkte Kontaktaufnahme mit den Nutzer*innen der SfA nicht anders möglich gewesen.

4.2.3 Auswertungsphase

Während der Erhebungsphase wurden bereits einige Interviews in Anlehnung an die Richtlinien für die Gesprächstranskription nach Ulrike Froschauer und Manfred Lueger (vgl. 2003:223-224) verschriftlicht und es fanden erste, eher experimentell angelegte Auswertungen mittels Feinstruktur-, System- und Themenanalysen statt (siehe Kapitel 3.3). Aufbauend auf diesen Analysen wurden die Interviewleitfäden angepasst und der Fokus engte sich auf die Gestaltung der Prinzipien von Social Work Case Management in den Forschungsfeldern ein.

Etwa gleichzeitig zeigte sich, dass unser ursprünglicher Plan, das gesamte integrierte Versorgungssystem ‚A.Lk.‘ inklusive des Projektes FÖBES zu untersuchen, nicht aufgehen würde. Obwohl uns unsere Daten in die Richtung wiesen, die leistungserbringenden Organisationen mehr in den Fokus zu rücken⁸, konnten wir dies aus forschungspragmatischen Gründen nicht mehr verwirklichen. Die Folge daraus ist, dass die Sättigung der Daten zum rKomZ hoch ist, die zum gesamten Versorgungssystem aber eher niedrig und eine Eingrenzung des Forschungsfeldes dementsprechend sinnvoll erschien.

Im nächsten Schritt führten wir weitere Feinstruktur- und Systemanalysen durch, wobei wir uns (mit Einschränkungen, siehe folgendes Kapitel) stark am Vorgehen orientierten, das Froschauer und Lueger vorschlagen (ebd.). Auch die Beobachtungsprotokolle wurden komplett hermeneutisch analysiert. Dafür passten wir die Methoden an, indem wir versuchten, beobachtete Phänomene Schritt für Schritt aus den Protokollen herauszulösen und diese dann unter hermeneutischen Gesichtspunkten zu deuten⁹.

Die weiteren Interviews wurden – um einen Überblick über das Datenmaterial zu erhalten, mithilfe von atlas.ti¹⁰ kodiert. Auf unser Vorgehen diesbezüglich gehen wir deshalb näher ein, weil die Themenanalyse im Buch zum qualitativen Interview von

⁸ Insbesondere Interview Nr. 3 mit einem ehemaligen Nutzer fokussierte stark auf die Kritik an einer leistungserbringenden Organisation, was in die Darstellung der Ergebnisse nur partiell einfließt, da im Sample keine andere Perspektive aus Sicht dieser Organisation vertreten ist.

⁹ Die Analyse anleitende Fragestellungen waren etwa: Wieso könnte der Umstand/ die Praktik sich bei der SfA genau in dieser Art und Weise finden lassen? Welchen Sinn könnte die spezifische Praktik/ der spezifische Umstand für die SfA haben? Worauf könnte der jeweilige Umstand/ die jeweilige Praktik verweisen? (hinsichtlich des Verhältnisses der Praktikantin zur SfA; hinsichtlich der Teamkultur, hinsichtlich der Organisationskultur, hinsichtlich des CM bei Interface – z.B. Verhältnis Berater*in-Nutzer*in)

¹⁰ Atlas.ti ist eine Analysesoftware, die bei der Verwaltung und Kodierung von Datenmaterial unterstützt.

Froschauer und Lueger (vgl. 2003:158-163) eher skizzenhaft dargestellt ist und dementsprechend viel Adaptionleistung von unserer Seite gefordert war.

Um möglichst deutungsoffen zu analysieren, gingen wir beim Kodieren grundsätzlich induktiv¹¹ vor. Wir ‚stülpten‘ also keine aus der Theorie abgeleiteten Kategorien über den Text, sondern lasen Satz für Satz und überlegten uns, auf welche Inhalte (nicht nur in Bezug auf Prinzipien) die Passagen verweisen, kodierten sie dementsprechend und verfassten Memos, in denen Thesen dazu aufgestellt wurden. Die Abbildung zeigt eine Textstelle, die drei Codes zugewiesen wurde: ‚Flexibilität‘, ‚Beziehungsarbeit‘ und ‚Lebensweltorientierung‘.

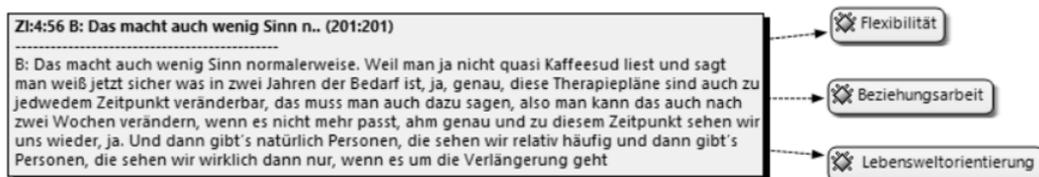


Abbildung 14: Kodierung einer Textstelle mit atlas.ti

In einem nächsten Schritt wurden ‚Kode-Familien¹²‘ erstellt. Das heißt, dass jene Codes, denen wir eine thematische Ähnlichkeit zusprachen, unter einer Bezeichnung gesammelt wurden. Hier gingen wir deduktiv vor und versuchten, unsere induktiv herausgearbeiteten Codes unter passenden Begrifflichkeiten aus der Literatur, die sich mit Case Management beschäftigt, zu subsumieren. In der folgenden Abbildung der ‚Familie: Prinzipien‘ ist der mit ‚Flexibilität‘ bezeichnete Code etwa bereits mit ‚prozedurale Fairness: Flexibilität‘ gekennzeichnet.

Im Aufbau der Arbeit findet sich die Auseinandersetzung mit diesem Prinzip dann auch in diesem Kapitel¹³.

¹¹ Natürlich beeinflusste uns hierbei aber unsere theoretische Auseinandersetzung mit Case Management, wie auch an den Begrifflichkeiten beim Beispiel im Anschluss zu sehen ist.

¹² Konkret handelt es sich dabei um die Kodfamilien ‚Organisationsstruktur‘, ‚CM-Implementierung‘, ‚CM-Verständnis‘, ‚CM-Funktionen‘ sowie ‚Prinzipien‘.

¹³ Der unten noch als ‚Beziehungsarbeit‘ bezeichnete Code wurde später in ‚Beziehungsgestaltung‘ umbenannt und auf Basis der Lektüre von Wolf Rainer Wendt (2001:60-94) ebenfalls als Aspekt der ‚prozeduralen Fairness‘ verstanden.

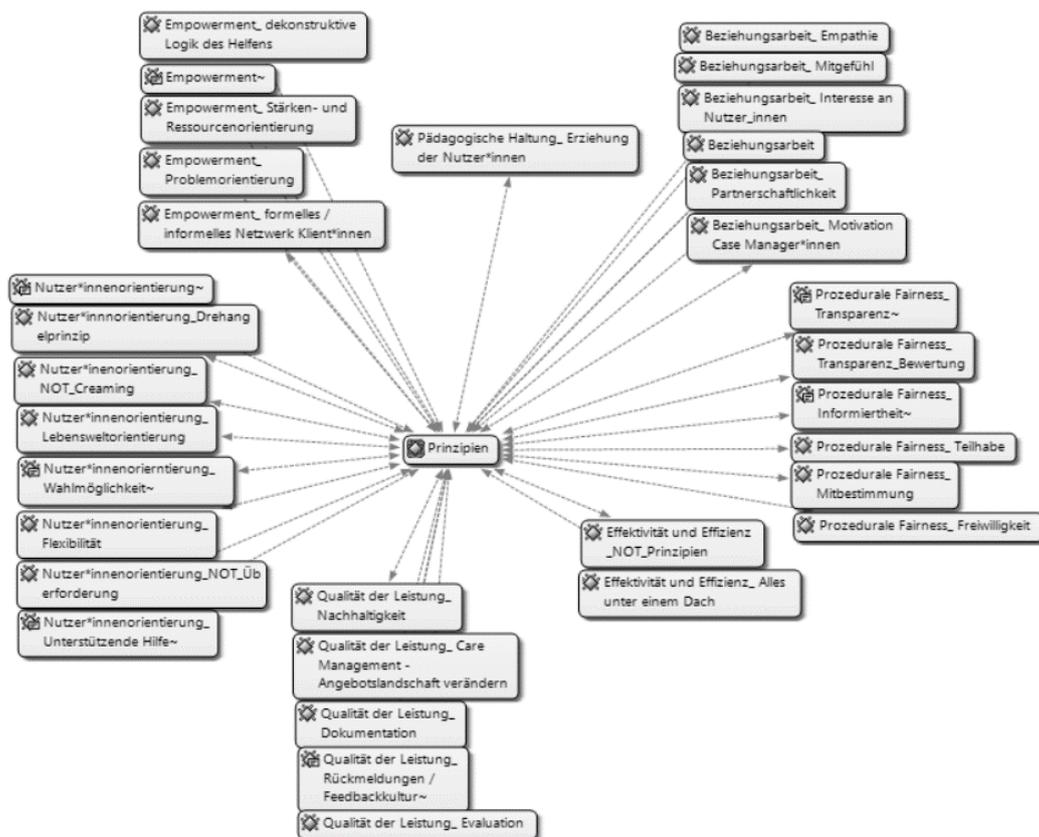


Abbildung 15: Beispiel einer mit atlas.ti erstellten Familie: Prinzipien

Auf Basis der ‚Kode-Familien‘ strukturierten wir alle bisher aufgestellten Thesen und Memos und sammelten sie in einem Dokument. Anschließend wurden alle Originalzitate der Kode-Familie ‚Prinzipien‘ ausgedruckt und u.a. mithilfe der hermeneutischen Fragestellungen ausgewertet, die auch für die Analyse der Beobachtungsprotokolle angewandt wurden (siehe Fußnote in Kapitel 4.2.3). Die daraus entstandenen Thesen wurden ergänzt und das ausgewertete Material verdichtet. Das daraus entstandene ‚Thesepapier‘ bildete die Grundlage für die Strukturierung der vorliegenden Arbeit.

4.2.4 Exkurs: Kritische Reflexion unseres Forschungsprozesses

Im Nachhinein ist frau immer schlauer. So auch wir. An dieser Stelle reflektieren wir kurz den Forschungsprozess und gehen auf einige Aspekte ein, die die Güte der empirischen Arbeit zum negativen, aber auch zum positiven beeinflusst haben könnten.

- Dass wir uns in der vorliegenden Arbeit mit Case Management-Anwendungen in Österreich beschäftigen werden, stand bereits zu Beginn des Forschungsprojektes fest. Unsere Forschungsfrage führte dazu, dass wir nach der Ausprägung von Prinzipien des Social Work Case Management in den Forschungsfeldern suchten.

Um der Strukturiertheit der Felder gerecht zu werden, wäre eine andere Vorgehensweise vermutlich angemessener gewesen. Konkret hätten wir ganz grundsätzlich auf alle möglichen Prinzipien anhand der Beobachtungen der Arbeitsweisen und den Erzählungen darüber schließen und die Ergebnisse danach mit der Literatur vergleichen können. Vermutlich hätten wir dann auch Prinzipien gefunden, die wir im Abgleich mit der CM-Literatur nicht als Prinzipien des Social Work CM identifiziert hätten, sondern als Prinzipien anderer, eher systemorientierter Ausprägungen von CM, wie z.B. dem britischen Lösungsweg des „Care Management“ (vgl. Ewers 2000:47-61).

- Das Problem der gedolmetschten und damit mehrfach übersetzten Interviews haben wir bereits angesprochen. Beide davon betroffenen Interviewtranskripte zeichnen sich darüber hinaus dadurch aus, dass sie stark von der interviewenden Person strukturiert sind – oft sind die Antworten der interviewten Nutzer der SfA nur einen Satz lang. Dementsprechend haben wir diese Interviews vorwiegend dann herangezogen, wenn der Inhalt sehr eindeutig und klar formuliert ist.
- Das größte Problem an unserem Forschungsvorgehen sehen wir dahingehend, dass wir aufgrund von Zeitdruck einer zentralen Phase der hermeneutischen Analyse zu wenig Raum gelassen haben. Wir sind sehr gewissenhaft vorgegangen, was die Analyseschritte selbst betrifft, haben jedoch der Überprüfung der Thesen wenig Platz eingeräumt, was sich bei den ersten Ergebnisdarstellungen in zum Teil spekulativen Thesen niederschlug. Wir haben versucht, diesem Analyseschritt in der vorliegenden Version der Arbeit Genüge zu tun.
- Dadurch, dass wir Interviewpassagen mehrfach kodiert und einige Thesen mehreren Prinzipien zugeordnet haben, kam es darüber hinaus zu Wiederholungen. Das verweist auf die Verwobenheit der Prinzipien untereinander und die Schwierigkeiten einer dahingehenden Abstimmung in einer Vierergruppe. Auch diese Wiederholungen haben wir in der vorliegenden Version versucht zu vermeiden.
- Das Durchlaufen eines Forschungsprozesses in einer Gruppe bringt auf der anderen Seite jede Menge Vorteile für die Güte der Analyse mit sich. Zum einen wurden mehrere Interviews zu zweit geführt, wodurch mehr Datenmaterial erhoben werden konnte. Zum anderen wurde immer in der Gruppe analysiert, sodass eine hohe Deutungsvielfalt und eine gegenseitige Kontrolle gewährleistet werden konnte.

4.3 Das regionale Kompetenzzentrum (rKomZ) im integrierten Versorgungssystem

Hannah-Christina Nebosis

Im vorliegenden Kapitel stellen wir das regionale Kompetenzzentrum (rKomZ) im ‚integrierten Versorgungssystem Alkohol. Leben können.‘ vor. Dabei beziehen wir uns auf Aussagen unserer Interviewpartner*innen (März/April 2017) sowie öffentlich

zugängliches Informationsmaterial, u.a. den aktuellsten Tätigkeitsbericht des rKomZ (2016). Beim Lesen sollte man mitbedenken, dass das ausgewählte Forschungsfeld sich schnell verändert, weshalb es sein kann, dass Informationen dieses Kapitels zum Zeitpunkt der Veröffentlichung bereits wieder veraltet sind.

Eingangs wird ein Überblick über die Strukturen, die Netzwerkpartner und die Finanzierung des rKomZ zum Zeitpunkt der Datenerhebung gegeben. Auf die Implementierung des rKomZ in die Wiener Suchthilfelandchaft sowie die damit einhergehende Implementierung von Case Management (CM) gehen wir in Kapitel 4.3.3 genauer ein. Wie sich der Beratungsprozess des rKomZ gestaltet und welche Funktionen das CM im integrierten Versorgungssystem innehaben könnte, werden in den Kapiteln 4.3.4 und 4.3.5 erläutert.

Das rKomZ wurde im Rahmen des Projektes ‚Alkohol. Leben können.‘ (A.Lk.) gegründet. Dieses Projekt startete im Oktober 2014 (vgl. T4:27-28) – zu diesem Zeitpunkt noch unter dem Namen ‚Alkohol2020‘¹⁴. Ein Presstext lautete damals wie folgt:

„Alkohol 2020 [...] verfolgt das Ziel, bessere Betreuungsangebote für Menschen mit einer Alkoholerkrankung zu schaffen. Dabei wird erstmalig ein integriertes Versorgungssystem aufgebaut, in dem alle beteiligten LeistungserbringerInnen patientInnenorientiert zusammenarbeiten [...]: niedergelassene ÄrztInnen, spezialisierte Suchthilfe-Einrichtungen im ambulanten und stationären Bereich sowie Einrichtungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation“ (Stadt Wien 2014)

Im Rahmen der Gesundheitsreform hatte die Stadt Wien eine neue Versorgungslinie im Alkoholbereich zum Ziel. Die Suchthilfe Wien bekam von der Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW) den Auftrag, ein Konzept für eine Erstanlaufstelle für Menschen mit einer Alkoholerkrankung zu erarbeiten. (vgl. T4:14-21) Die SDW ist für die Umsetzung der strategischen und operativen Ziele der Wiener Sucht- und Drogenpolitik sowie für die damit verbundene Mittelvergabe zuständig (vgl. SDWb o.A.). Sie gliedert sich in vier Säulen (vgl. ebd.):

- 1) Arbeitsmarktpolitische Maßnahmen und soziale Re-Integration
- 2) Behandlung, Beratung und Betreuung
- 3) Öffentlicher Raum und Sicherheit
- 4) Suchtprävention

¹⁴ Als Grund für die Namensänderung gibt die Sucht- und Drogenkoordination Wien an, den Projektstatus von ‚Alkohol2020‘ beenden zu wollen und „das innovative Versorgungsmodell als fixen Bestandteil des Wiener Gesundheits- und Sozialsystems zu etablieren“ (SDW 2017). Aufgrund mangelnder begrifflicher Alternativen und auch weil der Begriff in öffentlich zugänglichem Informationsmaterial nach wie vor verwendet wird, wird auch in vorliegender Arbeit teilweise vom *Projekt* ‚Alkohol. Leben können.‘ gesprochen.

Aus der geplanten Erstanlaufstelle wurde das heutige ‚Regionale Kompetenzzentrum‘. Laut eigenen Angaben kümmert sich das rKomZ „im Rahmen eines umfassenden CM um alle Aspekte der Versorgung, von der Erstellung eines individuellen Maßnahmenplans bis hin zur Bewilligung des Antrags“ (vgl. SDWa o.A.:2). Somit fällt das rKomZ in der Struktur der SDW in die Säule der ‚Behandlung, Beratung und Betreuung‘ (vgl. T4:78-81). Das rKomZ hat dabei eine organisierende und steuernde Funktion (siehe Kapitel 4.3.5) (vgl. ebd.:189-193).

Im Tätigkeitsbericht des rKomz von 2016 werden die Ziele bzw. Zuständigkeiten wie folgt zusammengefasst: Das rKomZ soll die Fälle der Nutzer*innen abklären sowie den medizinischen und/oder beruflichen Rehabilitationsprozess planen („Maßnahmenplan“), sie an leistungserbringende Organisationen weitervermitteln und dabei motivieren und unterstützen, die Leistungen des Sucht- und Drogenhilfenetzwerks Wien in Anspruch zu nehmen. (vgl. SDW 2016:3) Auf die Zuständigkeiten des rKomZ wird in den Kapiteln 4.3.4 und 4.3.5 genauer eingegangen.

Das rKomZ umfasst die Bereiche ‚Alkohol. Leben können‘ (A.Lk.) sowie ‚Förderung der Beschäftigungsfähigkeit suchtkranker Personen mit Schwerpunkt Alkoholsucht‘ (FÖBES). Während ‚Alkohol. Leben können.‘ stationäre und ambulante Angebote für Nutzer*innen mit problematischem Alkoholkonsum vermittelt, wird bei FÖBES der Schwerpunkt auf die berufliche Reintegration gelegt. (vgl. T4:288-292) Diese Zweiteilung ergibt sich aus der unterschiedlichen Finanzierungslogik beider Projekte, worauf in weiterer Folge noch näher eingegangen wird.

Nutzer*innen des Projektes FÖBES ist es möglich, bei Bedarf in den ‚medizinischen Bereich‘ des rKomZ zu wechseln bzw. zusätzlich zu FÖBES medizinische Angebote zu nutzen. Diese Verschränkung – die sich auch durch die räumliche Nähe der beiden Bereiche ausdrückt – ist im Gesamtkonzept ‚Alkohol. Leben können.‘ bewusst so gewollt. (T4:288-309)

Im rKomZ arbeiten laut Tätigkeitsbericht 2016 neben der Leiterin im ‚medizinischen Bereich‘ drei Ärzt*innen, eine Psychiaterin, drei Sozialarbeiter*innen, drei Psycholog*innen sowie drei Administrationskräfte. Im Bereich FÖBES sind drei Sozialarbeiter*innen sowie eine Administrationskraft angestellt. (vgl. SDW 2016:6)

Im erstgenannten Bereich ‚A.Lk.‘ werden die Abklärung und die Maßnahmenplanerstellung von einem multidisziplinären Team durchgeführt (vgl. T4:357-360). Dies verweist auf einen ganzheitlichen Zugang in Bezug auf Sucht,

„[...] nämlich nicht nur rein medizinisch Personen mit einem Alkoholproblem zu behandeln sondern schon eben *[in]*¹⁵ so eine*[m]* bio-psycho-sozialen Gefüge oder *[mit einem bio-psycho-sozialen]* Zugang die Personen anzuschauen, und zeitgleich auch Sozialarbeit und Klinische Psychologie oder Psychotherapie oder was halt auch immer nötig ist zusätzlich zur Medizin anzubieten.“ (T4:111-114)

Die weitere Fallführung nach der Abklärung wird zwischen Sozialarbeiter*innen und Psycholog*innen je nach „schwerwiegendster Problemlage“ der Nutzer*innen (T4:370-375) aufgeteilt. Dabei arbeiten beide Professionen im Sinne eines CM (vgl. SDW 2016:10), nennen sich intern jedoch nicht Case Manager*innen, wie die Leitung des rKomZ erwähnt:

„[...] also wir intern sprechen nicht von Case Managerinnen, sondern wir haben schon, also wir sprechen von Case Management aber nicht von einzelnen Personen weil wir organisatorisch quasi einfach mehr Personen haben, die an dem Fall hängen, ja. Wir haben schon fallführende Personen, die sich hauptsächlich zuständig fühlen oder zuständig sind für die jeweilige Person aber das kann man nicht immer gewährleisten auf Grund von Urlauben, Krankenständen *[usw.]*, genau.“ (T4:193-202)

4.3.1 Netzwerkpartner des rKomZ

Laut Konzept des integrierten Versorgungssystems ‚A.Lk.‘ sollen die Angebote des ‚niedergelassenen‘ und des ‚klinischen‘ Bereiches, der spezialisierten ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen (‚Leistungserbringer‘) und des allgemeinen Gesundheitssystems aufeinander abgestimmt sein (vgl. Reuvers 2015:8). Das rKomZ stellt den ‚Nahtstellenmanager‘ dar, der die Bereiche miteinander vernetzt (vgl. ebd.: 10).

¹⁵ Um die Verständlichkeit zu verbessern, haben wir bei den Zitaten leichte Veränderungen in Form von ergänzenden Anmerkungen vorgenommen. Vorgenommene Ergänzungen der Verfasserinnen wurden durch eckige Klammern und Kursivschreibung gekennzeichnet.

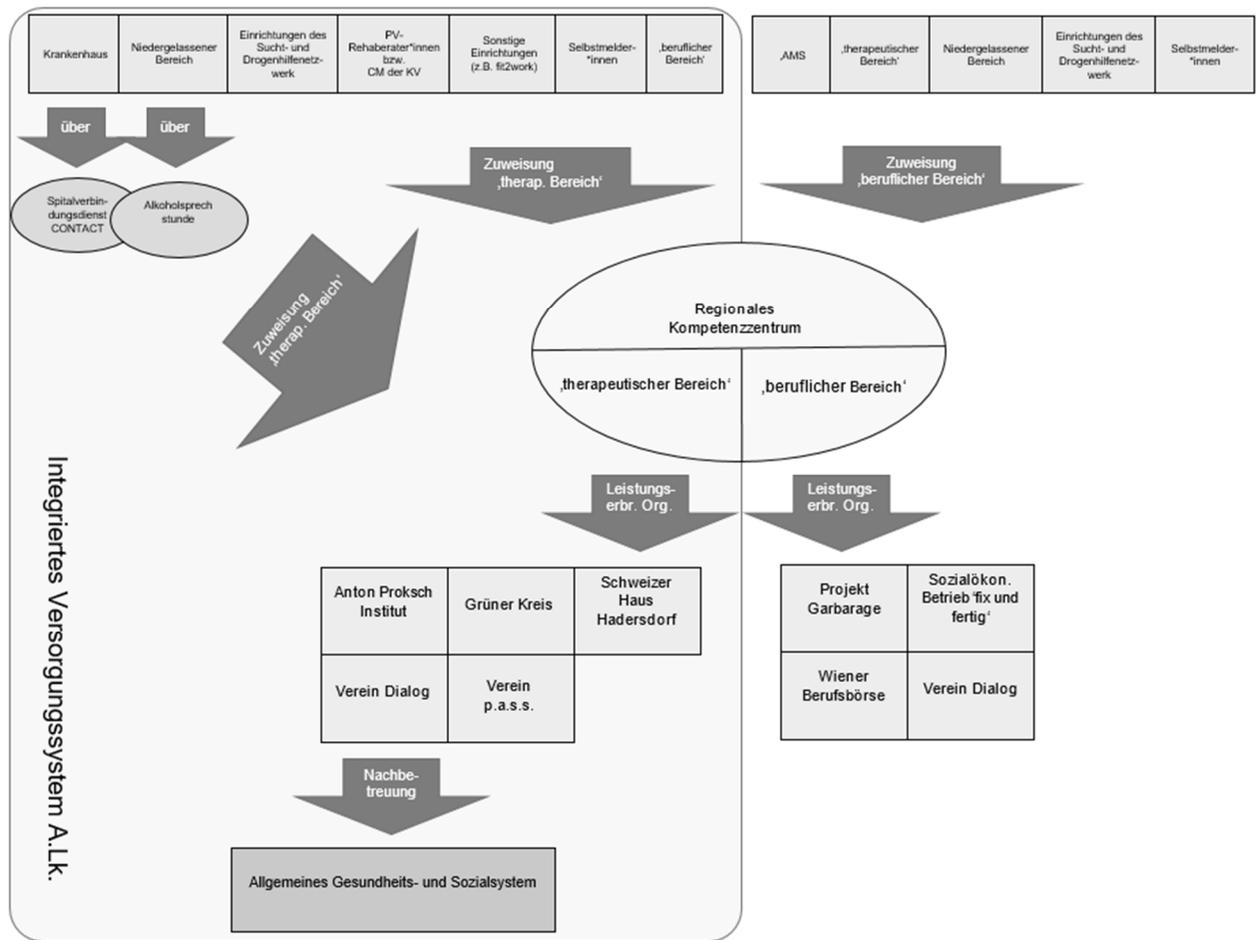


Abbildung 16: Das rKomZ im integrierten Versorgungssystem (vgl. Aust et al. 2016:13, T5:123-126)

Die Grafik auf der vorigen Seite zeigt die Einbettung des rKomZ ins integrierte Versorgungssystem A.Lk. und die zuweisenden und leistungserbringenden Organisationen/Einrichtungen der ‚beruflichen Schiene‘. Viele davon sind wichtige Netzwerkpartner*innen des rKomZ, auf die wir im Folgenden näher eingehen.

- **Niedergelassene Ärzt*innen (v.a. Allgemeinmediziner*innen, Psychiater*innen und Internist*innen):**
Diese sind für die Nutzer*innen meist die erste Anlaufstelle. Sie sind für die Früherkennung der Alkoholproblematik sowie für die Zuweisung an das rKomZ zuständig (vgl. Reuvers 2015:8).
- **Reha-Berater*innen der PVA sowie Case Manager*innen der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK):**
Diese Zusammenarbeit wird von der Leitung des rKomZ folgendermaßen begründet: „also erstens ist die WGKK großer Financier im Hintergrund und natürlich [sind] dort auch die Personen [...] im Rehabezug [...], die [gehäuft] ein Alkoholproblem möglicherweise haben.“ (T4:538-542). Die WGKK hat ebenfalls eine zuweisende Funktion im System ‚A.Lk.‘ inne (vgl. SDW 2016.)
- **Klinischer Bereich:**
Die Spitäler sind für Nutzer*innen zuständig, die aufgrund des Schweregrades ihrer Alkoholerkrankung bzw. zusätzlicher psychischer/somatischer Erkrankungen in einem vollausgestatteten Krankenhaus versorgt werden müssen. Zudem werden in den Krankenhäusern Akutfälle versorgt. (vgl. Reuvers 2015:8) Die Behandlung und Betreuung in den Krankenhäusern ist von der Finanzierungslogik des integrierten Versorgungssystems ausgenommen (vgl. T4:521-522). Sind Nutzer*innen soweit stabilisiert, dass eine Vermittlung an leistungserbringende Organisationen aus der Suchthilfe möglich und sinnvoll scheint, werden sie an das rKomZ verwiesen, welches sie wiederum an diese Organisationen vermittelt (vgl. Reuvers 2015:9). Kooperiert wird bspw. mit dem Zentrum für Suchtkranke, Pavillon 7 des Otto Wagner Spitals in Wien, dem Therapiezentrum Ybbs sowie dem SMZ¹⁶ Ost. In der ‚Phase 2‘ der Implementierung des Projektes (siehe Kapitel 4.3.3) wurde die Zusammenarbeit mit den Spitälern um das KFJ¹⁷, das Wilhelminenspital sowie die Rudolfsstiftung erweitert (vgl T4: 521-536).
- **Spitalsverbindungsdiens/Liasionsdienst‘ (Reuvers 2015:10):**
Der Spitalsverbindungsdiens CONTACT ist eine mobile Einheit, die von den Krankenhäusern hinzugezogen werden kann,

„wenn Personen mit problematischem Alkoholkonsum [...] in Wiener Spitälern auffällig werden [...], die kommen, die sind eine mobile Einheit, die sind direkt bei der Sucht- und Drogenkoordination angesiedelt. Und die machen dann direkt vor Ort im Krankenhaus Infoarbeit“. (T4:251-255)

¹⁶ Sozialmedizinisches Zentrum

¹⁷ Kaiser-Franz-Josef-Spital

CONTACT stellt somit das Bindeglied zwischen Krankenhäusern und dem rKomZ dar und vermittelt die Nutzer*innen – wenn eine ambulante Betreuung möglich ist – an das rKomZ. Ist eine suchtspezifische stationäre Betreuung notwendig, kann der Spitalsverbindungsdienst anstelle des rKomZ die Abklärung übernehmen (siehe Kapitel 4.3.4.1); in weiterer Folge ist das rKomZ für das CM zuständig. (vgl. T4:258-276)

- Das Arbeitsmarktservice Wien (AMS):
Dem ‚beruflichen Bereich‘ des rKomZ werden die meisten Nutzer*innen vom AMS zugewiesen (vgl. T7:29-32). In den AMS-Stellen hält das rKomZ sogenannte ‚Beratungstage‘ ab, an denen es seine Angebote vorstellt (vgl. T6:73-77).
- Der spezialisierte Bereich (Die leistungserbringenden Organisationen):
Leistungserbringende Organisationen von ‚A.Lk.‘ stellen folgende Einrichtungen dar: Verein Dialog, Verein P.a.s.s, Anton Proksch Institut (API), das Schweizerhaus Hadersdorf sowie der Grüne Kreis (vgl. T4:512-516).
Im beruflichen Bereich (FÖBES) sind die Leistungserbringer der Verein Dialog, die Wiener Berufsbörse und die sozialintegrativen Unternehmen ‚Fix und fertig‘ sowie ‚Garbarage‘ (vgl. T4:542-545).
- Angebote und Einrichtungen des allgemeinen Gesundheits- und Sozialsystems:
Das rKomZ vermittelt Nutzer*innen an Einrichtungen des allgemeinen Gesundheits- und Sozialsystems, wenn dies für Nutzer*innen im Sinne des CM-Prozesses notwendig ist (vgl. Reuvers 2015:9). Zu häufig vermittelten Angeboten außerhalb des Versorgungsmodelles ‚A.Lk.‘ zählen beispielsweise Angebote der Wohnungslosenhilfe, Selbsthilfegruppen, Freizeitangebote, unterstützende Angebote wie bspw. Kinderbetreuung oder Versorgung von Haustieren (vgl. ebd.:10). Dabei handelt es sich um keine Kooperationen im klassischen Sinne, sondern um Vernetzungsarbeit, wie die Leiterin des rKomZ erklärt (vgl. T4:551-552). Bei der Nachbetreuung von Nutzer*innen (vgl. Aust et al. 2016:13), bzw. wenn diese nicht anspruchsberechtigt im Rahmen des Projektes ‚A.Lk.‘ sind (vgl. T4:616-618), wird ebenfalls auf Angebote des allgemeinen Gesundheits- und Sozialsystems zurückgegriffen.
- Das Institut für Suchtdiagnostik (ISD):
Im ISD werden u.a. die im rKomZ geplanten Module bewilligt. Die Stelle ist im selben Gebäude wie das rKomZ angesiedelt.

„Das Institut für Suchtdiagnostik [...] kann für alle Versicherungsträgerinnen im Hintergrund die Bewilligung ausstellen, das heißt es gibt eine weitere unabhängige Stelle, die nicht direkt bei den Versicherungen oder in der PVA¹⁸ zum Beispiel angesiedelt ist, [...] und damit ist sozusagen für uns aber auch klar, es gibt da eine Bewilligung, es ist nochmal inhaltlich draufgeschaut worden, es sind die Anspruchsberechtigungen nochmal überprüft worden, aber wir geben quasi diese eigene chefärztliche Pflicht an eine Stelle ab und die bewilligt dann für alle Versicherungsträger im Hintergrund, die irgendwie dran sind, das heißt man muss nicht von, zur Stelle A, zur Stelle B, zur Stelle C laufen als Klientin jetzt, als Patientin

¹⁸ Pensionsversicherungsanstalt

und sich das bewilligen lassen, sondern das ist mit einem Schlag quasi dann [erledigt]“ (T4:211-222)

4.3.2 Finanzierung des rKomZ

Finanziert wird der Bereich ‚Alkohol. Leben können.‘ von PVA, WGKK und der Stadt Wien. Anspruchsberechtigt sind Personen mit schädlichem/riskantem Alkoholkonsum, deren Lebensmittelpunkt in Wien liegt und die einen gültigen Versicherungsanspruch oder Anspruch auf medizinische und berufliche Rehabilitation haben (vgl. SDW 2016:3). Einschränkungen gibt es bezüglich der Krankenkassen aus anderen Bundesländern, welche das Projekt ‚Alkohol. Leben können.‘ (noch) nicht mitfinanzieren (vgl. T4:332-336).

Zudem haben Personen, die Alterspension bzw. Ruhegenuss beziehen, keinen Anspruch auf die Leistungen von ‚Alkohol. Leben können.‘

Das Projekt FÖBES wird aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds, des AMS Wien und der SDW gefördert (vgl. waff o.A.:1). Beim Projekt FÖBES sind diejenigen Personen anspruchsberechtigt, die beim AMS vorgemerkt bzw. BMS¹⁹-Bezieher*innen und zwischen 18 und 64 Jahre alt sind. Dabei fallen in die Zielgruppe Personen mit ‚riskantem oder schädlichem Substanzkonsum‘ mit Schwerpunkt Alkohol. (vgl. SDW 2016:3) Das rKomZ übernimmt hier u.a. die Funktion eines ‚Gatekeepers‘ (siehe Kapitel 4.3.5), welcher die Anspruchsberechtigungen prüft und den Nutzer*innen Leistungspakete zuteilt.

Die Finanzierung von ‚A.Lk.‘ stellt eine Neuerung in der Wiener Suchthilfelandschaft dar, da die jeweiligen Finanziers (PVA, WGKK und SDW) die Leistungen nicht mehr separat bewilligen und anrechnen, sondern stattdessen ein ‚Versicherungstopf‘ geschaffen wurde, in welchen gemeinsam eingezahlt wird (vgl. T4:176-184).

Aus diesem Topf werden die auf die individuellen Nutzer*innen abgestimmten Angebote finanziert (sogenannte ‚Subjektförderung‘) (vgl. T4:186-190). Dies geschieht über ein so genanntes ‚Modulsystem‘, bei dem Betreuungs-Module unterschiedlicher Dauer und Intensität an Nutzer*innen vergeben werden. Es handelt sich dabei um Leistungspakete auf Basis von definierten Qualitätsstandards, „die den Zweck, die Dauer, die Mindestanforderungen an die Personalstruktur und spezifische Leistungen festlegen“ (Reuvers 2015:15). Die Gestaltung der Module auf Basis wissenschaftlicher

¹⁹ Bedarfsorientierte Mindestsicherung.

Betreuungskonzepte steht den leistungserbringenden Organisationen frei, womit laut Projektleiterin versucht wird, auf den unterschiedlichen Bedarf von Nutzer*innen eingehen zu können (vgl. ebd.).

Im stationären Bereich gibt es bspw. die Module ‚ambulante Vorbereitung‘, ‚stationärer Voll-/Teilentzug‘ sowie ‚stationäre Therapie und Rehabilitation‘ mit einer wahlweisen Dauer von einem bis sechs Monaten. Im ambulanten Bereich gibt es das Modul ‚ambulante Therapie und Rehabilitation‘ in verschiedenen Intensitäten. Zudem gibt es ein Modul für ‚ganztägig ambulante Therapie und Reha‘. (vgl. ebd.:15-16)

Module (stationär)	Module (ambulant)
Vollentzug / Teilentzug	Therapie & Reha – Intensität 1 (3 Monate)
Therapie & Reha – 1 Monat	Therapie & Reha – Intensität 2 (6 Monate)
Therapie & Reha – 2 Monate	Therapie & Reha – Intensität 3 (12 Monate)
Therapie & Reha – 3 Monate	Therapie & Reha – Intensität 4 (24 Monate)
Therapie & Reha – 6 Monate	Therapie & Reha – Intensität 5 (24 Monate)
Ambulante Vorbereitung	Ganztägig ambulante Therapie & Reha

Abbildung 17: Übersicht über die stationären und ambulanten Module nach Reuvers (2015:16)

Die Module bilden die Grundlage für die Abrechnung der Leistungen. Dabei werden nicht die Mindeststandards, sondern die tatsächlich von den leistungserbringenden Organisationen in den Modulen erbrachten Leistungen herangezogen. (vgl. ebd.:19) Dazu legen die Einrichtungen im Rahmen der ‚Honorierungsverhandlungen‘ eine Beschreibung ihrer Angebote sowie detaillierte Modulkalkulationen vor, in denen die im Modul enthaltenen Eckkosten aufgeschlüsselt sind.²⁰ Auf Basis dieser Berechnungen wird für jedes Modul ein Durchschnittswert kalkuliert, der sich auf die tatsächlichen durchschnittlichen Kontakte der Leistungserbringer mit den Nutzer*innen anstatt auf die zuvor kalkulierte maximale Verweildauer bezieht. (vgl. ebd.:20) Dieser Durchschnittswert ist der Pauschalpreis, welcher den Einrichtungen pro Nutzer*in abgegolten wird. Die Module, welche „in der letzten Verrechnungsperiode verrechnungsfähig wurden“ (ebd.:21) werden schließlich von den leistungserbringenden Organisationen an das ISD übermittelt, welches prüft, ob sie mit dem bewilligten Maßnahmenplan übereinstimmen. Das ISD übermittelt die Abrechnungsdaten an die WGKK, die das Honorar an die Leistungserbringer überweist und die Weiterverrechnung der Kostenanteile an die PVA und die SDW übernimmt. (vgl. ebd.)

²⁰ Für Details zur Finanzierung und Abrechnung siehe Reuvers 2015.

4.3.3 Gründung des rKomZ und die Implementierung von Case Management in die Wiener Suchthilfe

Kathrin Gräble

In diesem Kapitel gehen wir folgenden Fragestellungen nach: Wie gestaltete sich die Gründung des rKomZ und welche Veränderungen brachte sie mit sich? Wie erfolgte die damit einhergehende Implementierung von Case Management?

4.3.3.1 Case Management-Implementierungsprozess

Die Gründung des rKomZ ging – wie in der Fragestellung eingangs bereits angemerkt – mit der Implementierung von CM einher. Sie baut auf einem Konzept auf, das von der Sucht- und Drogenkoordination Wien erstellt wurde (vgl. T4:66). Die im rKomZ tätigen Mitarbeiter*innen sowie die Leiterin dieser Anlaufstelle waren an der Erstellung des Gesamtkonzepts nicht involviert, konnten jedoch das Konzept des rKomZ mitgestalten, wie die Leiterin in folgender Aussage erläutert:

„[...] [A]lso grundsätzlich war alles fertig, also es gab dieses Gesamtkonzept Alkohol2020 [Jetzt: ‚Alkohol. Leben können‘], wo schon relativ genau beschrieben war, was passieren soll, wie das Angebot aussehen soll, wie diese Anlaufstelle konzipiert ist. Genau auf das hinauf haben wir dieses Konzept für die Anlaufstelle so eingereicht bzw. sind wir beauftragt worden uns das Konzept dazu zu überlegen, aber das Grundgerüst von Alkohol2020 als Projekt, Pilotprojekt plus Ausbauphase, war schon konzipiert von der Sucht- und Drogenkoordination Wien.“ (T4:60-66)

Die Gründung des rKomZ sowie die Implementierung des CM erfolgten also im Zuge eines top down-Prozesses. Die Mitarbeiter*innen beziehungsweise die Leiterin konnte sich jedoch in die Konzeptionierung des rKomZ selbst einbringen. Ein Motiv für dessen Gründung bestand laut der Leiterin des rKomz darin, den Nutzer*innen durch das Errichten einer zentralen Anlaufstelle den Zugang zum Hilfesystem zu vereinfachen: “[es wurde] entschieden, eine Erstanlaufstelle zu haben, oder eine Abklärungs-Anamnese-Stelle, die dann alles Weitere regelt für die Personen [...] und das ist das Regionale Kompetenzzentrum [...]” (T4:115-117). Auch eine interviewte Fachkraft in leitender Funktion einer leistungserbringenden Organisation führt die Gründung auf dieses Motiv zurück und erklärt zudem, warum es ihrer Meinung nach zur Implementierung von Case Management gekommen ist:

„Meines Erachtens wurde das Case Management deswegen gemacht, um eine [...] zentralere Steuerung der Klient*innen-Flüsse, der Übergänge und der guten Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern sicher zu stellen [...] – das ist glaub ich so das Hauptaugenmerk gewesen, warum man dieses Case Management gemacht hat.“ (T1:101-106)

Ein weiterer Interviewpartner erklärt darüber hinaus, dass der Ausgangspunkt für die Entstehung des rKomZ und seiner Arbeitsweise ein EU-Projekt war, welches den Namen ‚Case Management‘ getragen habe und von 2008 bis 2012 gelaufen sei (vgl. T5:1-30). Ziel dieses Projekts sei eine Systematisierung sowie Entlastung der Wiener Berufsbörse durch ein systematisches Einbeziehen anderer Stellen, zwischen denen die einzelnen Kompetenzen klar verteilt sind (vgl. ebd.). Dieses Projekt habe eine Vorbildwirkung für das Projekt ‚Alkohol 2020‘ entwickelt, in dem „die Arbeitsteiligkeit zwischen den Einrichtungen noch klarer geworden ist, als es damals bei uns im Case Management Projekt war. Jetzt im Alkohol 2020 ist diese Arbeitsteilung aus verschiedensten Gründen [...] extrem klar.“ (T5:1-30)

Die ‚Pilotphase I‘ des damals ‚Alkohol 2020‘ genannten Pilotprojekts startete am ersten Oktober 2014. Kooperationspartner waren die Pensionsversicherungsanstalt (PVA), die Stadt Wien (Sucht- und Drogenkoordination Wien) sowie die Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK). Diese erste Phase umfasste eine Dauer von 18 Monaten (Oktober 2014 bis März 2016). Die Zielgruppe waren 500 Personen, die bei der WGKK versichert waren, ihren Wohnsitz in Wien hatten, höchstens 55 Jahre alt und bei der Pensionsversicherungsanstalt Reha-anspruchsberechtigt²¹ waren. Diese Einschränkungen wurden aufgrund der Kooperationspartner sowie administrativer Verrechnungsprozesse vorgenommen. (vgl. Aust et al. 2016:22).

Das Pilotprojekt wurde in der sogenannten ‚Pilotphase II‘ ab ersten April 2016 fortgeführt. Die Kooperationspartner blieben gleich, hinzugekommen sind jedoch weitere Kostenträger²². Die Dauer wurde auf drei Jahre festgelegt (April 2016 bis Dezember 2018), vorbehaltlich der Option auf eine Verlängerung um weitere zwölf Monate. Diese Phase beinhaltet außerdem die Einbeziehung weiterer Kostenträger sowie die Einbindung der Sozialversicherungsträger. Genannte Ziele sind:

- die Ausweitung auf einzelne Bundesländer und Gebietskrankenkassen
- der Ausbau der Versorgung in Wien bis zum Ende der Pilotphase II
- der Ausbau der spezialisierten Angebote (inkl. regionale Kompetenzzentren) und
- die Bedarfsbestimmung für eine definitive Ausrollung

Die in ‚Pilotphase I‘ eingeschränkte Zielgruppe wurde erweitert, bis zum Ende der ‚Pilotphase II‘ sollen laut Aust et al. circa 3200 Menschen in das Projekt aufgenommen

²¹ Das sind Personen, bei denen eine Invalidität, eine Berufsunfähigkeit bzw. eine Erwerbsunfähigkeit vorliegt.

²² Die Versicherungen BVA, KFA, SVA, SVB und VAEB sind in Pilotphase II als Kostenträger hinzugekommen.

werden. Diese umfasst Anspruchsberechtigte der WGKK, der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA), der Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB), der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB), der Versicherungsanstalt öffentliche Bediensteter (BVA), der Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien (KFA) oder einer der Betriebskrankenkassen, solange sie noch keine Alterspension beziehen. Im Falle einer Nichtanspruchsberechtigung sollen alternative Möglichkeiten im bisherigen Betreuungssystem gesucht werden. (vgl. Aust et al. 2016:26)

Erweitert wurde außerdem das Angebot hinsichtlich beruflicher Rehabilitation und Arbeitsfähigkeit der Nutzer*innen im rKomZ. Hierzu werden Personen mit einer Alkoholproblematik von den regionalen Wiener Geschäftsstellen des Arbeitsmarktservices (AMS) an das rKomZ vermittelt. Dieses macht die Abklärung und erstellt einen sogenannten ‚Maßnahmenplan‘ zur Förderung der ‚Beschäftigungsfähigkeit‘. Bei Bedarf und nach Zustimmung der Nutzer*innen, werden diese auch in die medizinischen Maßnahmen des Projekts ‚Alkohol 2020‘ vermittelt, „um medizinische und berufliche Maßnahmen parallel anzuwenden“ (ebd.:27). Darüber hinaus wird im Auftrag der PVA auch die Durchführung der suchtspezifischen Arbeitsfähigkeitsdiagnostik aufgebaut.

Die Umsetzung des Angebots wird zu Beginn des Kapitels 4.3. dieser Arbeit näher erläutert.

4.3.3.2 Veränderungen durch die Gründung des rKomZ

Da das rKomZ eine Neuerung in der Wiener Suchthilfelandchaft darstellt, wollen wir in diesem Kapitel auf die Veränderungen, die die Gründung dieser Einrichtung und die damit einhergehende Implementierung von Case Management bewirkt haben, darstellen. Diese Veränderungen äußern sich auf unterschiedlichen Ebenen: die Ebene der Wiener Suchthilfelandchaft, die der (potentiellen) Nutzer*innen und die Ebene der leistungserbringenden Organisationen.

Auf die Frage, inwiefern sich die Wiener Suchthilfelandchaft durch die Implementierung von CM verändert hat, antwortet die Leiterin des rKomZ:

„Einerseits hat sie sich natürlich in der Quantität verändert, also es gibt einfach viel mehr Plätze für Personen mit einem riskanten Alkoholkonsum, die gab es vorher einfach nicht in dieser Masse [...]. [...] [Und] [...] es gibt mehr diverse Angebote [...] im ambulanten Bereich [...] und dann auch in der Struktur. [...] [Es gibt jetzt] zum Beispiel Angebote im Rahmen von kontrolliertem Konsum im Alkoholbereich.“

Das [...] ist sehr neu, das gab's vorher kaum, vorher war es sehr abstinenzorientiert und da merkt man jetzt schon eine deutliche Lockerung [...]. Es gibt jetzt auch [...] ganztägig ambulante Therapie, [...] ähnlich einer Tagesklinik, wobei es halt viel mehr Angebote auch [...] hinsichtlich Beschäftigung *[gibt]* [...].“ (T4:558-572)

Neben der Erhöhung der Anzahl ambulanter Angebote, würden stationäre Angebote seit der Implementierung des rKomZ außerdem weniger oft vergeben, wie dessen Leiterin konstatiert:

“Und was sich natürlich verändert hat ist, [...] dass [...] wir zu guten 60% eher ambulante, rein ambulante Therapiepläne vergeben oder aussprechen und eher nur zwischen 30 und 40% stationäre Angebote. Das hat sich sicher, also es hat sich sicher auch das Klientel ein Stück weit verändert, also mit diesen ambulanten Angeboten erreicht man halt auch [...] viel mehr die noch integrierten berufstätigen Personen, für die wäre das halt oft [...] nicht machbar, drei Monate stationär zu gehen, ohne dass das großartig auffällt. Und [...] manche brauchen das einfach auch nicht, das muss man auch dazu sagen. Und das hat sich sicher groß, groß verändert.“ (T4:572-581)

Die Leiterin des rKomZ berichtet außerdem davon, dass es zu Beginn des Projekts die Befürchtung gegeben habe, dass die Abklärungsphase zu hochschwierig sein könnte. Sie betont jedoch, dass es auch vor der Implementierung des rKomZ Abklärungen bei den jeweiligen Organisationen gegeben habe, die ihrer Meinung nach ebenfalls nicht niederschwierig gewesen seien (T4:598-602). Als eine besonders positive Auswirkung, die die Implementierung des CM für die Nutzer*innen ergeben habe, sieht sie jedenfalls die Neuerung, dass sich die Nutzer*innen nicht mehr selbst um Dinge, wie die Kostenübernahme, den Transport zu und von stationären Angeboten und die Frage, wie es nach einer Therapie weitergehe, kümmern müssten (vgl. T4:607-616).

Die Implementierung des rKomZ hat auch Veränderungen für die leistungserbringenden Organisationen mit sich gebracht. Einer dieser Organisationen wurde laut der Aussage einer dort beschäftigten Fachkraft in leitender Funktion bereits seit 2008, also vor der Implementierung des rKomZ, Nutzer*innen durch das Institut für Suchtdiagnostik (ISD) zugewiesen. Auch hätten sie damals schon Berichte verfassen müssen und wären generell immer wieder mit Veränderungen, die in gewissem Maße Um- und Neustrukturierungen mit sich gebracht hätten, konfrontiert gewesen (vgl. T1:313-335). Die Implementierung des rKomZ hätte jedoch Veränderungen mit sich gebracht, die als tiefgreifender angesehen werden:

„[W]ir spüren schon einen sehr starken Einfluss von Prozessabläufen und Strukturen und Dingen, die zu berücksichtigen sind und Fristen und [...] formale Kriterien und Kommunikationsmodi, [...] wo eben auch [...] die elektronischen Systeme [...] *[der leistungserbringenden Organisation]* dafür *[verwendet]* wurden und [...] das unterstützt ein Stück weit [...]. Aber im Grunde genommen wurde es [...] von den Kolleg*innen hier am Standort ganz gut implementiert in die Arbeit und hat jetzt zu keinen [...] nachhaltigen Irritationen geführt [...]. Prinzipiell gibt's schon immer wieder [...] Diskussionen darüber, was das jetzt bedeutet, diese

Veränderungen auch [...] mit dem höheren bürokratischen Aufwand und [...] mit dem Thema der Betreuungsdauer. Inwieweit können wir entscheiden, wie lang Klient*innen bei uns bleiben oder müssen das sozusagen auch immer wieder beantragen und uns das OK holen, dass das jetzt noch OK ist, dass sie hierbleiben. Wie weit kann man damit auch flexibel reagieren auf den Bedarf der Klient*innen aus unserer Sicht.“ (T1:336-348).

Die leistungserbringenden Organisationen sind offenbar, was die Dauer und Intensität der Betreuung von Nutzer*innen anbelangt, vom rKomZ abhängig. Dazu kommt ein gewisser Rechtfertigungsdruck gegenüber dem rKomZ und damit einhergehend ein höherer bürokratischer Aufwand. Der Interviewpartner stellt auch in Frage, inwieweit leistungserbringende Organisationen noch in der Lage sind, flexibel auf die Bedarfe der Nutzer*innen einzugehen. Vor der Implementierung des rKomZ hätten sie sich darauf konzentrieren können, jetzt müsse er stets überprüfen, ob die Betreuung der Nutzer*innen im durch das rKomZ genehmigten Rahmen ablaufe und welche Kommunikation nach außen eine Abänderung dessen bewirke (vgl. T1:372-376). Unverändert sei jedoch die Intensität der Beziehungsgestaltung mit den Nutzer*innen geblieben (vgl. T1:470-474). Auch die Kooperation mit Institutionen, die außerhalb der Wiener Suchthilfe angesiedelt sind, verbleibt bei den leistungserbringenden Organisationen (vgl. T1:519-524).

4.3.3.3 Zusammenfassung

Das rKomZ wurde im Zuge eines top down Prozesses implementiert. Das CM dient der Steuerung der Klient*innenflüsse sowie einer guten Zusammenarbeit der leistungserbringenden Organisationen. Die Pilotphase II läuft noch bis Ende 2018, durch einen Zugewinn an kostentragenden Stellen konnte der Nutzer*innenkreis vergrößert sowie die Anzahl an Nutzer*innen erhöht werden, außerdem wurde darin die ‚berufliche Schiene‘ etabliert. Durch die Implementierung wurde eine zentrale Anlaufstelle für Menschen mit einer Alkoholerkrankung geschaffen, die sich um deren Angelegenheiten, die im Rahmen einer Therapie geregelt werden müssen, kümmert. Es wurden mehr ambulante Angebote geschaffen, wodurch auch vermehrt berufstätige Personen angesprochen werden konnten. Für die leistungserbringenden Organisationen bedeutet die Implementierung des rKomZ einen erhöhten bürokratischen Aufwand sowie einen gewissen Rechtfertigungsdruck in Bezug auf die Ausgestaltung ihrer Angebote. Die Neuerungen bringen eine geringere Flexibilität bezüglich des Eingehens auf die Bedarfe der Nutzer*innen mit sich. Es besteht ein gewisser Spagat zwischen den Interessen und Bedarfen der Nutzer*innen und der Erfüllung der Anforderungen, die das rKomZ vorgibt.

4.3.4 Beratungsprozess des rKomZ

Nikita Felder

Im vorliegenden Kapitel stellen wir den Ablauf des Beratungsprozesses im ‚beruflichen‘ (FÖBES) und im ‚therapeutischen Bereich‘ (A.Lk.) auf Fallebene dar. Dabei bleiben wir vorerst deskriptiv und nehmen keine Deutungen vor, denn das Kapitel dient in erster Linie dem Verständnis der innerorganisationalen Abläufe im rKomZ und soll damit eine Grundlage für das Verständnis der Gestaltung der Prinzipien bieten. Im Anschluss an den Ablauf des Beratungsprozesses folgt jedoch ein Vergleich mit dem CM-Regelkreis (siehe Kapitel 2.2), in dem wir uns dem Prozess auch mit einer analytischen Brille nähern.

Wenn möglich, benutzen wir im Folgenden jene Bezeichnungen, die die Interviewpartner*innen selbst verwenden, um die Abläufe im rKomZ und den leistungserbringenden Organisationen darzustellen. Die einzelnen Schritte sind nicht notwendigerweise chronologisch und überlappen sich teilweise auch.

Kurz zusammengefasst beginnt der Beratungsprozess im rKomZ im Normalfall mit einem sogenannten ‚Infogespräch‘, das der Klärung der Anspruchsberechtigung sowie der Informationsweitergabe zum Ablauf dient. Darauf folgt typischerweise die ‚Abklärung‘, in der der Bedarf ermittelt werden soll. Anschließend erfolgt die Erstellung eines ‚Maßnahmenplans‘, der extern vom Institut für Suchtdiagnostik nach einer weiteren ‚Begutachtung‘ bewilligt werden muss. Im nächsten Schritt, der von einer Mitarbeiterin so genannten ‚Vernetzung‘, wird ein Informationstermin mit der leistungserbringenden Organisation für die Nutzer*innen festgelegt und der Maßnahmenplan sowie weitere Informationen (z.B. Unterlagen, die eine Anspruchsberechtigung belegen) weitergereicht. Nach der Anbindung der Nutzer*innen bei den leistungserbringenden Organisationen, wird der dortige Betreuungsprozess von den fallführenden Personen mitverfolgt. Nach einem ‚regulärem Abschluss‘ der Maßnahme(n) werden Nutzer*innen zu einem ‚Abschlussgespräch‘ in das rKomZ eingeladen.

Nachdem wir auf diese Abläufe des Beratungsprozesses näher eingegangen sind, versuchen wir sie – grafisch aufbereitet – in ein Verhältnis zum typisierten CM-Regelkreis zu bringen (siehe Kapitel 2.2). In einem Exkurs beschäftigen wir uns anschließend im

Kapitel 4.3.4.7.1. mit dem Beratungsprozess des ‚therapeutischen Bereiches‘ aus der Nutzer*innenperspektive.

Hauptbeteiligte des Beratungsprozesses sind die Nutzer*innen und die bereits in Kapitel 4.3 eingeführten ‚fallführenden Personen‘. Wer die Fallführung übernimmt,

„wird meistens danach entschieden, wo der Bedarf höher ist. Also grad, wenn vielleicht hinsichtlich der Wohnsituation irgendwie was zum Klären ist, wird eher die Sozialarbeit als die fallführende Person eingetragen als wie die Psychologie. Wenn man jetzt aber sagt: ‚Ok es ist mehr psychologischer Schwerpunkt‘, [...] dann wird wahrscheinlich eher der Psychologe, die Psychologin die Fallführung übernehmen. [...] Wenn beides [...] relativ stabil [*ist*] – soweit es stabil sein kann – dann macht sich das die Psychologie mit der Sozialarbeit einfach so aus, also so teilweise auch nach Kapazität.“ (T6:215-227)

Während die ‚Fallführung‘ im ‚beruflichen Bereich‘ im Regelfall von Anfang an von einer Person übernommen wird, klärt sich diese Zuständigkeit in der ‚therapeutischen Schiene‘ erst nach der Erstellung des ‚Maßnahmenplans‘, wenn dieser in der ‚Maßnahmenplanbesprechung‘ vorgestellt wird (vgl. T4:357-370).

4.3.4.1 ‚Infogespräch‘

Das rKomZ ist grundsätzlich jene Stelle des integrierten Versorgungssystems, die mit der Fallauswahl beauftragt ist. Daneben kann auch der Spitalverbindungsdienst CONTACT ‚Infogespräche‘ und ‚Abklärungen‘ durchführen. In diesem Fall werden die Mitarbeiter*innen des rKomZ erst nach einer Bewilligung durch das Institut für Suchtdiagnostik mit dem Fall betraut (vgl. T4:265-274).

Im Rahmen des sogenannten ‚Infogesprächs‘ im rKomZ werden – wie die Bezeichnung bereits andeutet – grundlegende Informationen zum Projekt vermittelt sowie die Anspruchsberechtigung geklärt (siehe Kapitel 4.3.6.3.2). Diese Gespräche können sowohl von Ärztinnen, Psycholog*innen als auch von Sozialarbeiter*innen geführt werden (vgl. T6:785). Die Leiterin des rKomZ beschreibt das ‚Infogespräch‘ wie folgt:

„Je nachdem, [...] wie viel Vorinformationen sie [*die Nutzer*innen*] schon haben, machen wir normalerweise mal ein Infogespräch, wo man ihnen einfach mitteilt, was sind die Angebote, was sind die Leistungen, die es gibt im Rahmen von Alkohol 2020 [*jetzt A.Lk.*] [...] Und halt da einfach mal eben das System erklären. Was kommt auf sie zu mit den nächsten Terminen – mal schauen, was wir alles brauchen, es gibt einfach so Sachen wie E-card, Lichtbildausweis so grundsätzlich und wir auch die Anspruchsberechtigungen prüfen.“ (T1:313-330)

Auch Interessent*innen der ‚beruflichen Schiene‘ beginnen den Beratungsprozess mit einem ‚Infogespräch‘. Dieses findet nicht unbedingt direkt im rKomZ statt, sondern kann auch an einem Standort des Arbeitsmarktservice (AMS) durchgeführt werden: „Also

manche Berater schicken ins Haus, manche Berater laden zum Beratungstag ein. Das ist nach Belieben“ (T7:315-316), beschreibt eine Mitarbeiterin des rKomZ. Sie führt weiter aus, wie ein Informationsgespräch beim AMS aussehen kann:

„Ich fahr morgens hin, bin von 8-12 am AMS und die Berater*innen können einladen. Meistens passiert das im Halbstundentakt, aber es ist dann doch oft so, dass es vorkommt, dass Doppelbuchungen sind oder dass dann ein Termin zu spät kommt und ein Termin zu früh [...] und das ist manchmal der Zeitdruck. Aber selbst dann kann ich sagen ‚OK, kommst nochmal zu mir ins Haus, dann besprechen wir das alles in Ruhe‘.“ (T7:307-312)

Im Anschluss an die ‚Infogespräche‘ findet die sogenannte ‚Abklärung‘ im rKomZ statt. In dieser Phase zeigen sich markante Unterschiede zwischen dem ‚therapeutischen‘ und dem beruflichen Bereich‘.

4.3.4.2 ‚Abklärung‘

Die ‚Abklärung‘ für die ‚therapeutische Schiene‘ umfasst drei, ca. einstündige (vgl. T7:647) Gespräche an einem Vor- und Nachmittag (vgl. T7:38), in denen „die bio-psycho-soziale Ausgangslage der PatientInnen inklusive der ‚Wiener Multidimensionalen Diagnostik²³‘ erhoben“ (Reuvers 2015:12) werden. Die Leiterin des rKomZ führt aus:

„Und in dieser Abklärung haben sie [*die Nutzer*innen*] eben drei Gespräche bei drei verschiedenen Berufsgruppen, nämlich einmal Sozialarbeit, einmal Psychologie – also um genau zu sein, klinische Gesundheitspsychologie – und einmal ärztlich-medizinisch – das wäre großteils allgemeinmedizinisch, bei Bedarf auch psychiatrisch. Genau und das heißt, [...] diese drei Personen, also oder diese drei Berufsgruppen quasi, klären alles Notwendige für ihre Einschätzung oder ihre Diagnostik ab.“ (T4:357-362)

Mithilfe dieser multiprofessionellen ‚Abklärung‘ soll etwa eingeschätzt werden, "Was braucht's medizinisch? Gibt's psychiatrische Komorbiditäten und [...] was ist sozialarbeiterisch zu tun – also mit Wohnsituation und beruflich, finanziell?" (T7:39-41). Von der umfangreichen multiperspektivischen ‚Abklärung‘ für die ‚therapeutische Schiene‘ unterscheidet sich die ‚Abklärung‘ für den ‚beruflichen‘ Bereich sowohl, was den zeitlichen Rahmen angeht, als auch wer ‚abklärt‘:

„[...] [I]m beruflichen Bereich [arbeitet] nur eine Person immer mit dem Klienten, mit der Klientin. Also da gibt's jetzt keine multiprofessionelle Abklärung in dem Sinn, wie's jetzt gibt, wenn man eben ambulant oder stationär eine Therapieplanung machen möchte. Sondern im beruflichen Bereich ist es wirklich so, dass [...] unsere Berufsgruppe – sag ich jetzt einmal – irrelevant [*ist*], weil jede Berufsgruppe alles mit

²³ In den Interviews wurde dieses Diagnostikverfahren nicht angesprochen. Allerdings findet sich eine Darstellung des Verfahrens in einem Powerpoint-Foliensatz, der für einen Kongress der Pensionsversicherungsanstalt angefertigt wurde. Es handelt sich demzufolge um ein standardisiertes Instrument zur Erhebung und Diagnose des „Konsumverhaltens“, der „somatischen“, „psychischen“ und der „sozialen Gesundheit“ sowie einer Einschätzung der „Problemintensität“ durch die Berater*innen (vgl. Aust et al. 2016:20).

der Person macht in dem Bereich. Also das heißt, wenn jemand im beruflichen Bereich zu uns kommt, klär ich genauso wie jetzt die [andere Mitarbeiterin] als Sozialarbeiterin – wir klären beide das Konsummuster ab, die Wohnverhältnisse, die finanzielle Situation, eben berufliche Erfahrungen, wie lang ist man schon arbeitslos gemeldet? Gibt's irgendwo Schulden? Wie schauen die Bezüge aus? Funktioniert das? Wie setzt sich das zusammen? Wie ist das soziale Netzwerk? Gibt's Ressourcen in irgendeiner Art und Weise? Es wird quasi [...] bei der Abklärung für die Therapieschiene mehr aufgedrösel. Wird da in einem gemacht, ist auch kürzer – ein Termin im beruflichen Bereich ist in der Regel maximal für eine Stunde angelegt. [...] Bei Bedarf gibt's natürlich Folgetermine. (T6:235-249)

Diese unterschiedlichen Herangehensweisen sind vermutlich darin begründet, dass der ‚bio-psycho-soziale‘ Zugang im therapeutischen Bereich (vgl. Kapitel 4.3) Sucht als komplexes, mehrdimensionales Phänomen begreift. Die „berufliche Rehabilitation“ (T4:288) arbeitsloser suchtkranker Menschen zielt hingegen – zumindest lassen darauf die Themen der Abklärung im ‚beruflichen Bereich‘ schließen – vorwiegend auf sozialarbeiterische Interventionen ab. Sollte sich herausstellen, dass medizinische Problemlagen eine Rolle für die Nutzer*innen spielen, können auch beide Bereiche parallel zum Tragen kommen. Dies ist auch im folgenden Kapitel Thema.

4.3.4.3 ‚Maßnahmenplan‘

Die Erstellung des ‚Maßnahmenplans‘ findet auf der Basis des/r Abklärungsgespräche statt. Für den ‚therapeutischen Bereich‘ sind dabei alle drei Personen beteiligt, die diese Gespräche im Vorfeld geführt haben. Der ‚Maßnahmenplan‘ beinhaltet „[...] immer einen Teil Psychologie und einen Teil Sozialarbeit, wo jeder eben seinen Teil reinschreibt und zusätzlich dazu gibt's eben noch einmal einen Bereich, wo das Konsummuster, der Konsumverlauf aufgeschrieben wird“ (T6:268-270). Nach der Erstellung durch die Fachkräfte des rKomZ werden die Nutzer*innen in einer sogenannten ‚Maßnahmenplanbesprechung‘

„darüber informiert, in welchem Verein, in welcher Intensität, in welchem Ausmaß wir uns eine Therapie vorstellen können und ihnen gerne anbieten würden und natürlich kann man dann auch schauen: Passt das jetzt für die Person, dass man's im Notfall noch adaptiert, weil wir natürlich schauen wollen, dass das für die Person schon passt [...] dass die Motivation einfach hoch ist, das auch in Anspruch zu nehmen.“ (T6: 40-45)

Wenn die Einwilligung des*r Nutzer*in gegeben ist, wird ein digitaler Akt erstellt, in dem u.a. alle Unterlagen die den Anspruch der Nutzer*innen belegen, ein von den Nutzer*innen unterschriebener „Pilotantrag“ (T6:298) zusammen mit dem ‚Maßnahmenplan‘ an das Institut für Suchtdiagnostik (ISD) weitergeleitet (vgl. T6:292-

305). Anschließend werden die Nutzer*innen zu einem ‚Bewilligungstermin‘²⁴ im ISD geladen, wie eine Mitarbeiterin des rKomZ ausführt:

„[...] [D]anach haben sie ja noch einmal den Bewilligungstermin. Das macht das Institut für Suchtdiagnostik bei uns, die sitzen eh auch im Haus. Der dauert circa oder auch längstens drei Stunden, wo eben noch einmal die drei Berufsgruppen darüberschauen [über den ‚Maßnahmenplan‘]. Aber das sind dann unabhängige Personen von uns, also das sind Mitarbeiter, die beim Institut für Suchtdiagnostik angestellt sind und nicht bei uns direkt angestellt sind. Genau und danach [...] erfahren wir eben, ob das ganze bewilligt worden ist.“ (T6:46-50)

Für den ‚beruflichen Bereich‘ erstellt die fallführende Person, die bereits das ‚Infogespräch‘ mit der*m jeweiligen Nutzer*in geführt hat, ebenfalls einen ‚Maßnahmenplan‘ (vgl. T5:351-354, T7:547-548). Dafür ist keine Bewilligung durch den ISD nötig. Wenn Nutzer*innen jedoch während des ‚Abklärungsgesprächs‘ von sich sagen, dass sie nicht mehr arbeiten können bzw. wenn der*die fallführende Mitarbeiter*in des ‚beruflichen Bereichs‘, „einfach bezweifelt, dass sie [die Nutzer*innen] überhaupt noch vermittelbar sind am Arbeitsmarkt“ (T7:600), dann gibt es die Möglichkeit, beim ISD eine Begutachtung der Arbeitsfähigkeit zu erwirken (vgl. T7:595-606).

Darüber hinaus kann das Abklärungsgespräch auch zur Folge haben, dass Nutzer*innen des ‚beruflichen Bereiches‘ auch zu Nutzer*innen des ‚therapeutischen‘ werden: „Bei Bedarf und nach Zustimmung der Betroffenen können Personen auch in die medizinischen Maßnahmen des Projekts ‚Alkohol 2020‘ [jetzt A.Lk.] vermittelt werden, um medizinische und berufliche Maßnahmen parallel anzuwenden“ (SDWa:o.A.). Das bedeutet für die Nutzer*innen das Durchlaufen der gesamten ‚Abklärung‘ (inkl. ‚Maßnahmenplanbesprechung‘ und Termin beim ISD) des ‚therapeutischen Bereiches‘ (vgl. T7:618-622). Wenn Nutzer*innen sich mit dem erstellten ‚Maßnahmenplan‘ einverstanden zeigen und dieser ggf. vom ISD bewilligt wurde, beginnt für die fallführenden Personen beider Projekte die ‚Vernetzung‘ mit den leistungserbringenden Organisationen.

4.3.4.4 ‚Vernetzung‘²⁵ und die Umsetzung von ‚Maßnahmen‘

„[...] [W]enn [der ‚Maßnahmenplan‘] vom Institut für Suchtdiagnostik – ich nenn’s jetzt einmal ‚abgesegnet‘ worden ist – [...] dann schicken wir alles weiter an die Therapieeinrichtung, also an den entsprechenden Verein. Du [Interviewerin] wirst eh

²⁴ Aus der Logik des Beratungsprozesses heraus handelt es sich hierbei ebenfalls um eine ‚Abklärung‘. Der Verständlichkeit halber haben wir uns aber entschlossen, diesen Ablauf nicht unter dem Thema ‚Abklärung‘ zu erläutern. In der Grafik im Anschluss an das ‚Abschlussgespräch‘ wird der Genauigkeit Rechnung getragen.

²⁵ Diesen Begriff verwendet nur eine Mitarbeiterin (T7:55), während die Begrifflichkeiten für die Phasen davor von allen Interviewpartner*innen geteilt wurden.

schon wissen, also Dialog, Grüner Kreis, Anton Proksch Institut, der Verein p.a.s.s., das Schweizer Haus sind die, mit denen wir zusammenarbeiten, die kriegen dann von uns alle Unterlagen inklusive dieser Bewilligung und machen sich dann mit der Person telefonisch einen Ersttermin aus, dass der [Nutzer] dann bei ihnen vorbeikommt.“ (T6:51-56)

So beschreibt eine Mitarbeiterin des rKomZ die Schnittstellenarbeit zwischen rKomZ und leistungserbringenden Organisationen im ‚therapeutischen Bereich‘. Sehr ähnlich gestaltet sich der organisationale Ablauf auch im ‚beruflichen Bereich‘, wie die Mitarbeiterin erläutert:

„[...] [D]ie weitere Vernetzung sieht dann im Prinzip so aus, wenn wir uns auf den Therapieplan oder Maßnahmenplan einigen, werden die Leute im Prinzip einfach vorgemerkt [...]. Ich ruf im Prinzip auch bei den Einrichtungen an, im Gespräch dann, vereinbar Termine und dann schauen wir einfach, "Was passiert am Infotag?" Also [...] sind unsere Klient*innen anwesend oder nicht. [Wenn nicht], dann ruf ich nochmal an und schau ‚Woran lag's?‘“ (T6:144-148)

Darüber hinaus findet auch dann eine Vermittlungstätigkeit statt, wenn sich im ‚Infogespräch‘ herausstellt, dass potenzielle Nutzer*innen die Anspruchsberechtigungen nicht erfüllen. In solchen Fällen versuchen die Mitarbeiter*innen „alternative Möglichkeiten im bisherigen Betreuungssystem zu finden“ (SDWa:o.A., vgl. T4:617-620).

Auch für nicht anspruchsberechtigte Personen werden teilweise bereits vor der ‚Maßnahmenplanerstellung‘ Interventionen gesetzt:

„[...] [I]m Sucht- und Drogenhilfenetzwerk spricht man von Ad-Hoc-Maßnahmen in diesem Fall, [...] alles was zeitlich nicht ganz so intensiv ist. Also wir machen schon so zum Beispiel bei wohnungslosen Personen ist es ja natürlich sinnvoll, frühestmöglich einzugreifen oder Hilfestellungen anzubieten [...], das heißt zum Beispiel Anträge für das Bzwo²⁶ [...] können schon wir machen, [...] beziehungsweise Anträge auf Rezeptgebührenbefreiungen oder alles, was halt irgendwie so gleich einmal notwendig ist, damit die Personen möglichst angenehm und ruhig und gut versorgt dann auch eine Therapie antreten können. [...] Beziehungsweise ist das dann auch medizinisch bei den Ärztinnen so, [...] wir schauen dann schon, dass man möglicherweise beim Hausarzt irgendwie noch eine Empfehlung schreibt, dass es halt irgendwie so und so die Einstellung sein muss, oder man klärt ab, was es ist, es gibt ja einfach auch somatische Erkrankungen, die dann irgendwie etwas schwerer machen im Entzug zum Beispiel, weiß ich nicht, Diabetes wär so [ein Fall].“ (T4:434-453)

Im Regelfall findet jedoch eine Anbindung an eine leistungserbringende Organisation statt, wobei die fallführenden Personen über den dortigen Betreuungsprozess informiert werden.

²⁶ Beratungszentrum Wohnungslosenhilfe, die zentrale Verwaltung und Zuweisung aller geförderten betreuten Wohnplätze in Wien.

4.3.4.5 ‚Berichtswesen‘ und die weitere Einbindung in den Betreuungsprozess der leistungserbringenden Organisationen

Wenn die Nutzer*innen bei einer leistungserbringenden Organisation angebunden sind, verfolgen die fallführenden Personen den Fall vor allem über das „Berichtswesen“. Die Leiterin des rKomZ fasst zusammen:

„Grundsätzlich wissen wir immer, wo die Patient*innen sind und zu welchem Stand – das hab ich noch ein bisschen ausgeklammert das Berichtswesen. Das heißt, die Leistungserbringer*innen melden schon an uns stetig zurück, die Personen sind angekommen. [...] Es gibt so Zwischenberichtssysteme, also grundsätzlich [...] verfolgen wir zumindest auf Papier schon immer, wo die Patient*innen sind.“ (T4:621-625)

Die fallführenden Personen des ‚therapeutischen Bereiches‘ kommen insbesondere dann wieder in direkten Kontakt mit den Nutzer*innen, wenn sich in Hinblick auf den ‚Maßnahmenplan‘ etwas verändert hat (vgl. T4:472). Dieser kann mittels Antrag neu angepasst werden. In diesem Fall wird erneut in die Phase der ‚Maßnahmenplanerstellung‘ gegangen, wobei wiederum eine Bewilligung des ISD fällig wird, wie eine Mitarbeiterin des rKomZ am Beispiel einer „ambulanten Therapie bei einem Trägerverein“ (T6:172) erläutert:

„[...] [I]m Zuge der ambulanten Therapie wird klar, das passt irgendwie nicht, das Setting für die Person. Oder sie wünscht sich eine Intensivierung der Therapie oder ein stationäres Setting wird gewünscht, weil's halt im ambulanten Setting doch nicht funktioniert – dann kann einerseits die Person selber an uns wieder herantreten und sagen ‚Ich möchte da gern was verändern an meinem Therapieplan‘ oder sie [kann] das gemeinsam mit der dortigen Bezugsperson [...] auch wieder an uns gemeinsam herantreten. Dann kriegen wir quasi [...] [einen] Antrag auf Maßnahmenplanänderung. Das ist ein Formular, da wird kurz begründet von der Betreuerin, vom Betreuer, warum jetzt doch zum Beispiel eine stationäre Therapie indiziert wird und dann setzen wir uns mit der Person wieder in Verbindung. Das heißt, wir telefonieren auf jeden Fall auch mal nach, wollen hören, ist das wirklich auch der Wunsch von der Person. Wenn sie nicht selber auf uns zugekommen ist, laden [wir] [...] bei Bedarf natürlich für ein Gespräch ein, [...] besprechen das noch einmal mit ihnen, wie sie sich das vorstellen können, ob [...] sie alles geregelt haben, ob sie irgendwo Unterstützung benötigen. Weil's ja doch was anderes ist, wenn ich dann einmal ein paar Wochen weg bin von zuhause, ob die Wohnsituation wohl gesichert ist, ob sich das alles ausgeht. Immer wieder auch Thema, wenn's Haustiere gibt: Wer kümmert sich darum? [...] Wenn wir das dann mit denen besprochen haben, kommt quasi wieder das Institut für Suchtdiagnostik ins Spiel – also die müssen das auch wieder bewilligen. Da ist es aber so, dass nur in Ausnahmefällen noch einmal ein persönlicher Termin notwendig wird, sondern das ist dann mehr so eine Papier-Bleistift-Bewilligung.“ (T6:172-193)

Im ‚beruflichen Bereich‘ sind ebenfalls ‚Maßnahmenplanänderungen‘ möglich (T5:353-361) – jedoch ist wiederum keine Bewilligung durch das ISD nötig. Im Unterschied zum ‚therapeutischen Bereich‘ spielen jedoch sogenannte „Rückmeldelisten“ eine wichtige Rolle (T7:411). Dabei handelt es sich – je nach leistungserbringender Organisation – entweder um reine Anwesenheitslisten (T7:86-90), oder aber

„bei den zwei sozialökonomischen Betrieben ist der Austausch dahingehend [...] ein bisschen intensiver, weil einfach geschaut wird, ‚Wann startet jemand? Also, es ist ja erst mal eine lange Vorlaufzeit, [...], in welchen Bereichen kann er starten? Gibt's Probleme? Und da gibt's einfach auch Rückmeldelisten, die regelmäßig hin und hergesendet werden, wo einfach auch kurze Vermerke immer drinnen stehen, von mir die aktuelle Info, von der Kollegin oder dem Kollegen die aktuelle Info.“ (T7:92-98)

Die fallführende Person steht darüber hinaus auch für Rückmeldungen der Nutzer*innen und der Betreuer*innen direkt zur Verfügung:

„Und wir sind auch während die Personen dann in den Projekten sind, einfach unterstützend auch dabei. Also beispielsweise [...] der oder die Klientin ruft selber an und sagt einfach ‚Oh, das ist grade problematisch‘, dann intervenieren wir. Oder wenn jetzt zum Beispiel die Sozialarbeiterin [...] vom sozialökonomischen Betrieb sagt ‚Phu, da haben wir grad Probleme‘ oder jetzt ‚Er fehlt wieder häufiger, es wird wieder mehr getrunken‘, dass wir im Prinzip einfach noch mal mit den Klient*innen sprechen und anbieten ‚OK, nochmal ein Gespräch, ist das das Richtige? Braucht's vielleicht tatsächlich auch noch andere unterstützende Maßnahmen?“ (T7:59-67)

Die Mitarbeiter*innen übernehmen demnach eine vermittelnde Funktion zwischen Nutzer*innen und leistungserbringenden Organisationen.

Haben die Nutzer*innen den Betreuungsprozess in den leistungserbringenden Organisationen durchlaufen, wird ihnen schließlich ein ‚Abschlussgespräch‘ vorgeschlagen.

4.3.4.6 ‚Abschlussgespräch‘

Seit 2016 ist im Falle eines „regulären Abschlusses“ ein ‚Abschlussgespräch‘ im rKomZ anberaumt. Die Leiterin des rKomZ beschreibt den Ablauf wie folgt:

„Es gibt ein Abschlussgespräch, genau. [...] Regulärer Abschluss wär, wenn [*sowohl*] die Person als auch die betreuende Person dann in den Einrichtungen bei den Leistungserbringer*innen sagt, ‚OK, ich glaub, Sie sind so weit stabil, dass Sie uns jetzt nicht mehr brauchen‘ und die Person auch sagt, ‚Ja‘. Dann führen wir normalerweise – wenn es die Klient*innen wollen – ein Abschlussgespräch, [...] wo wir einfach mal schauen – so ein bisschen Rückmeldungen auch zu kriegen: Wie war dieser ganze Prozess? Gibt's irgendwas, was nicht so gut funktioniert hat? Gibt's irgendwie Anmerkungen, die sie hätten, zu uns, zu den Leistungserbringer*innen? Was auch immer. Und wo wir schon noch einmal schauen, braucht's vielleicht sonst – was also außerhalb vom Sucht- und Drogenhilfenetz, also weiß ich nicht, zum Beispiel Freizeitgestaltung [...], wo man halt noch Infos mitgeben kann oder so irgendwie – einen Kulturpass. [...] Da gibt's noch ein Abschlussgespräch. Wo wir ihnen auch sagen, wenn sie wieder was brauchen, können sie sich jederzeit wieder bei uns melden.“ (T4:491-504)

Das Abschlussgespräch fungiert somit typischerweise als Endpunkt des Beratungsprozesses.

4.3.4.7 Beratungsprozess des rKomZ und der Case Management-Regelkreis

Grundsätzlich weist der Beratungsprozess die Struktur des CM-Regelkreises (siehe Kapitel 2.2) auf. Auf der nächsten Seite findet sich eine grafische Darstellung der Schritte des Regelkreises (oben) und der Schritte im Beratungsprozess der ‚therapeutischen‘ und der ‚beruflichen Schiene‘ (unten).

CM-Regelkreis	Klärungsphase	Falleinschätzung	Zielformulierung und Hilfeplanung	Umsetzung des Hilfeplans	Überprüfung des Hilfeplans	Auswertung
„Therap. Schiene“ A.Lk.	Informationsgespräch inkl. Klärung der Anspruchsberechtigung	Triple-Abklärung im rKomZ + Triple-Begutachtung beim ISD	Maßnahmenplanerstellung + Maßnahmenplanbesprechung + Bewilligung des ISD	Vernetzung + Anbindung an leistungserbringende Organisation	Berichtswesen + Anpassung des Maßnahmenplans	Abschlussgespräch
„Berufl. Schiene“ FÖBES		Abklärung mit fallführender Person + ggf. Begutachtung der Arbeitsfähigkeit beim ISD	Maßnahmenplanerstellung + Maßnahmenplanbesprechung			

Abbildung 18: Der Beratungsprozess des rKomz und der CM-Regelkreis

Auffallend ist aus unserer Sicht, dass die Falleinschätzung bzw. die von den Interviewpartner*innen sogenannte ‚Abklärung im ‚therapeutischen Bereich‘ im Verhältnis zum Gesamtprozess den größten Raum einnimmt. Die Leiterin des rKomZ scheint darauf Bezug zu nehmen, wenn sie das rKomZ als „Abklärungs-Anamnese-Stelle“ (T4:116) beschreibt (T4:116-117). Das verweist auch darauf, dass eine Steuerung des Falles über den gesamten Versorgungsprozess nur mit Einschränkung stattfindet. Eine Fachkraft bei einer leistungserbringenden Organisation mit leitender Funktion drückt seine Einschätzung wie folgt aus:

„Da gibt’s ein klares Portfolio halt von Einrichtungen, in die [vom rKomZ] zugewiesen werden kann und das war’s. Und darüber hinaus haben die Case Manager*innen ja keinen großartig steuernden Einfluss, so wie ich das wahrnehme. [...] Das verbleibt dann schon – das finde ich natürlich jetzt für uns [*als leistungserbringende Organisation*] aus unserer Position heraus natürlich positiv – schon in unserer Hand, also zu kooperieren mit anderen Institutionen oder auch zu schauen, eben in Richtung Schuldnerberatung oder Wohnungslosenhilfe und das passiert dann alles hier auf dieser Ebene [*der leistungserbringenden Organisationen*] und nicht auf der Ebene des Case Managements.“ (T1:513-524)

Der Fokus der Zuständigkeit des rKomZ auf den Schritt der Falleinschätzung im CM-Regelkreis und damit einhergehend die wenigen Interventionen, die durch das rKomZ im weiteren Prozessverlauf getroffen werden (z.B. ‚Maßnahmenplanänderungen‘, aber keine Vernetzung mit Organisationen außerhalb des Versorgungssystems, wie das obige Zitat belegt) verweist auf die ‚Broker-Funktion‘ des rKomZ. Auf die Bedeutung dieser Funktion gehen wir im folgenden Kapitel ein.

Jedenfalls veranlasst uns die ausgiebige ‚Abklärung‘ zu einem Exkurs zum Beratungsprozess aus der Perspektive der Nutzer*innen, der sich nach den folgenden Ausführungen findet.

Neben dem bedeutenden Stellenwert der Falleinschätzung fällt auf, dass der Evaluationsphase im CM-Regelkreis im Beratungsprozess des rKomz erst seit 2016 Rechnung getragen wird, indem ‚Abschlussgespräche‘ eingeführt wurden (SDWa:o.A.). Dabei geht es inhaltlich zum einen um Rückmeldungen zum Versorgungssystem und zum anderen um weitere Unterstützungsangebote nach der Beendigung des Versorgungsprozesses (vgl. T4:491-504). Wenn die Angebote auch unter dem Gesichtspunkt der Rückmeldungen der Nutzer*innen evaluiert, optimiert und der Zugang für diese gesteuert werden, birgt das Abschlussgespräch das Potenzial der Einwirkung von der Fall- auf die Systemebene (vgl. Klie / Monzer 2008:94).

Tatsächlich versteht eine Mitarbeiterin „dieses zielgerichtete Planen“ auf der Basis von Nachfrage als Chancen des integrierten Versorgungssystems. Sie sieht die Möglichkeit, „diese [...] Suchthilfelandchaft auch einfach ein bisschen nach Bedarf zu gestalten. Also zu schauen, von was profitieren unsere Klient*innen, was nehmen sie gut an? Und dann einfach auch zu schauen, dass da dann auch die Strukturen geschaffen werden dafür.“ (T7:509-511). Während die Rückmeldungen von Nutzer*innen über den Versorgungsprozess dann herangezogen werden, wenn es darum geht, wie „Prozesse, Schnittstellen, Kommunikation“ (T6:670) verbessert werden können, übt das rKomZ keinen Einfluss auf das Programm der leistungserbringenden Organisationen auf der Basis des Feedbacks aus:

„[...] [W]eil das Therapieprogramm selber, wie das gestaltet wird, damit haben wir wenig zu tun. Das macht ja der Verein, der hat sein Konzept, wie er Therapie durchführt, wie er sich Therapie vorstellt, in welcher Intensität der Einzelne, in welcher Intensität Gruppe stattfindet. Ob es [...] vielleicht [einen] arbeitstherapeutischen, kunsttherapeutischen Schwerpunkt gibt, damit haben ja wir nix zu tun.“ (T6:700-704)

Das Feedback der Nutzer*innen wird auch nicht an die leistungserbringenden Organisationen weitergeleitet, was die Mitarbeiterin mit damit begründet, dass die Zufriedenheit mit einem Angebot sehr subjektiv sei (vgl. T6:689-693).

Inwieweit das Feedback der Nutzer*innen für die Gestaltung des Versorgungsprozesses tatsächlich herangezogen wird – bzw. wann und von wem der Bedarf von Nutzer*innen gesehen und wie genau auf ihn eingegangen wird – muss aufgrund des Forschungsfokusses auf die Fallebene offenbleiben.

4.3.4.7.1 Exkurs: Der Beratungsprozess des ‚therapeutischen Bereiches‘ aus der Nutzer*innenperspektive

Der Zugang zum rKomZ ist in einen Terminbetrieb eingebettet, auch wenn die Mitarbeiter*innen manchmal für Spontanbesucher*innen eine Ausnahme machen (vgl. T4:319-322). Ein typischer terminlicher Ablauf im ‚therapeutischen Bereich‘ sieht aus Nutzer*innenperspektive folgendermaßen aus:

- 1 ‚Infogespräch‘
- 2a Sozialarbeiterische ‚Abklärung‘
- 2b Allgemeinmedizinische (und bei Bedarf psychiatrische) ‚Abklärung‘
- 2c Klinische- und gesundheitspsychologische ‚Abklärung‘ (vgl. T2:168-170, T4:358-360)
- 3 ‚Maßnahmenplanbesprechung‘
- 4a Sozialarbeiterische Begutachtung durch das ISD

- 4b Psychologische Begutachtung durch das ISD
- 4c Medizinische Begutachtung durch das ISD (T6:45-48, T7:645)
- (5 *mglw. Termin für die Vermittlung an eine leistungserbringende Organisation*)²⁷

An die Termine beim rKomZ schließen bei den leistungserbringenden Organisationen weitere Abklärungsgespräche an (T7:679-682). Die Gründe dafür, dass die ‚Abklärung‘ im rKomZ nicht ausreicht, um darauf Interventionen aufzubauen, erläutert eine Fachkraft in leitender Funktion bei einer leistungserbringenden Organisation:

„[...] [E]inerseits aus fachlichen Gründen führen wir natürlich dann auch wieder [...] ausführliche Gespräche zu Beginn. Schon basierend auf den Unterlagen natürlich, die wir kriegen, aber ich [*kann*] eine medizinische Behandlung oder was nicht einfach beginnen mit irgendwelchen Unterlagen, die ich zugeschickt krieg', ohne mir da selber noch einmal ein Bild zu machen und ich als Arzt persönlich auch verantwortlich bin dafür, auch haftbar bin ein Stück weit für das was ich da tu. Das heißt, natürlich schauen wir uns an, was wir da kriegen und bauen auf dem quasi dann auf und machen die Vereinbarungen dann hier am Standort dann mit den Klient*innen.“ (T1:401-408)

Dadurch, dass der Fall von unterschiedlichen Professionen und Institutionen betrachtet wird, überschneiden oder wiederholen sich die Fragen an die Nutzer*innen teilweise (vgl. T7:688-691). Eine Mitarbeiterin des rKomZ beschreibt das ganze Prozedere als „oftmals schwer durchzuhalten“ (T7:676) und energieaufwändig (vgl. T7:658). Unter Berücksichtigung der Situation, in der sich ein ehemaliger Nutzer zum Zeitpunkt seiner Hinwendung ans rKomZ befand, wird dies deutlich:

„Da hat man sich natürlich auch ausgetauscht [*mit einer Clique im APJ*]²⁸ über Erfahrungen mit [...] [dem] Kompetenzzentrum und ich sag mal, alle haben eigentlich positiv darüber geredet. Andererseits hat jeder gesagt: 'Was für ein Marathon'. Ich meine, wenn man da morgens um neun oder zehn – das ist sowieso für jemanden der Medikamente nimmt [und] gerade in der Klinik ist, viel [...] und dann noch die drei, vier Stunden [*Abklärung im rKomZ*], die's im Endeffekt sind.“ (T2:188-194)

Die vielen ‚Abklärungstermine‘ in der ‚therapeutischen Schiene‘ werden von anderen Nutzer*innen wiederum positiv bewertet, wie eine Berater*in im rKomZ genauso wie die oben zitierte Fachkraft einer leistungserbringenden Organisation ausführen. Beide sehen den Grund hierfür darin, dass sich diese Nutzer*innen in ihren Anliegen und Anregungen ernstgenommen fühlen. (vgl. T1:445-448, T7:684-686)

Es könnte dennoch der Eindruck entstehen, dass die Herausforderungen, die die zahlreichen Termine des ‚therapeutischen Bereiches‘ bedeuten können, bewusst

²⁷ Inwiefern dafür ein eigener Termin im rKomZ stattfindet oder die Nutzer*innen telefonisch überwiesen werden, erschließt sich nicht aus dem ausgewerteten Datenmaterial.

²⁸ Anton Proksch Institut, eine der leistungserbringenden Organisationen des Projektes A.Lk.

gesetzt wurden, um durch „Härtetests“ (Wendt 2001:92) jene Nutzer*innen ‚auszusieben‘, die die Projekte mit hoher Wahrscheinlichkeit besonders erfolgreich absolvieren. Das erscheint jedoch angesichts der Ablauflogik dieses Prozesses aus Organisationssicht unwahrscheinlich. Die Anforderungen, die an Nutzer*innen gestellt werden, sind vermutlich eher dem Ziel geschuldet, möglichst bedarfsgerechte Maßnahmenpläne zu erstellen, wie eine Mitarbeiterin des rKomZ ausführt:

“Ich mein, es ist notwendig, um wirklich [...] einen fachlich fundierten Therapieplan aufzustellen und einfach zu sagen, ‚OK, das ist tatsächlich der Bedarf‘ – aber [...] ja, wie gesagt, drei, vier Termine wahrzunehmen und drei Stunden Abklärung ist natürlich [...] sehr hochschwierig.“ (T7:671-676)

Hier zeigt sich die Herausforderung für die beteiligten Organisationen des integrierten Versorgungssystems, einen Prozess so zu gestalten, dass er gleichzeitig für die Nutzer*innen zu bewältigen ist und fachlichen Ansprüchen gerecht werden kann.

4.3.5 Funktionen des Case Managements im integrierten Versorgungssystem

Nikita Felder

Case Management wird in sehr unterschiedlichen Feldern der Sozialen Arbeit auf sehr unterschiedliche Art und Weise eingesetzt. Im Zentrum dieses Kapitels stehen die Funktionen (siehe Kapitel 2.3), die das Case Management für die ‚Suchthilfelandchaft‘ bzw. das rKomz und seine Berater*innen für das Versorgungssystem einnehmen.

Ziel ist es darüber hinaus, verständlich zu machen, wie das Case Management ausgerichtet ist, mit dem das rKomZ arbeitet. Um das zu erreichen, erarbeiten wir eingangs stichwortartig die Zuständigkeiten, die sich zum Teil aus den Abläufen auf der Fallebene des CM zusammensetzen, zum Teil aber auch aus dem, was wir auf der Basis unserer Datenmaterials über die Systemebene in Erfahrung bringen konnten. Da letztere nicht im Fokus der Datenerhebung lag, sind die Daten, auf die wir uns beziehen, nicht gesättigt.

Das rKomZ fungiert im integrierten Versorgungssystem A.Lk. als „Erstanlaufstelle [...], die dann alles Weitere regelt für die Personen“ (T4: 115-117). Dabei wird beraten, „nicht behandel[t], nicht betreu[t]“ (T4:184), letzteres sind Aufgaben der leistungserbringenden Organisationen (T6:724-727). Die Abläufe des Beratungsprozesses lassen zusammengefasst auf folgende Zuständigkeiten schließen (vgl. Kapitel 4.3.4):

- Klärung der Anspruchsberechtigung und ggf. Unterstützung bei der Erlangung derselben bzw. Weitervermittlung an ein Angebot außerhalb des integrierten Versorgungssystems.
- Unterstützung in medizinischen und sozialarbeiterischen Belangen, „damit die Personen möglichst angenehm und ruhig und gut versorgt dann auch eine Therapie antreten können“ (T4:441-442).
- „Zielgerichtete und schnelle“ (vgl. T7:535-536) Vermittlung des „optimalsten Angebotes“ (T4:187).
- Übermittlung von Informationen zum Fall ans Institut für Suchtdiagnostik und leistungserbringende Organisationen.
- Ansprechpartner für Mitarbeiter*innen zuweisender Stellen (z.B. Arbeitsmarktservice, vgl. T7:214-219) sowie für Nutzer*innen (vgl. T1:482) und Mitarbeiter*innen (vgl. T7:63-64) im weiteren Betreuungs- bzw. Behandlungsprozess.
- Ggf. Änderungen des ‚Maßnahmenplans‘

Auf Systemebene lassen sich weitere Zuständigkeitsbereiche ausmachen:

- „Zentrale Steuerung der Klient*innen-Flüsse“ (T1:102)
- Verbesserung von „Prozesse[n], Schnittstellen, Kommunikation“ (T6:699), u.a. auf der Basis von Rückmeldungen der Nutzer*innen.

Die Zuständigkeiten des rKomZ geben über die Funktionen Aufschluss, die das Case Management des rKomZ für das integrierte Versorgungssystem A.Lk. einnimmt. Wir konnten in der Auswertung zwei Funktionen ermitteln: Die Funktion des ‚Gatekeepers‘ und die Funktion des ‚Brokers‘.

Als ‚Gate-Keeping‘ wird jene Funktion von Case Management bezeichnet, die die Zuteilung von Ressourcen in den Mittelpunkt stellt und durch diese „gezielte Selektion und ein kontinuierliches Monitoring einer unangemessenen und ungerichteten Verwendung der Ressourcen des Versorgungssystems entgegenzuwirken“ (Ewers 1996:31) versucht (siehe Kapitel 2.3.3).

Diese selektierende Funktion haben die Berater*innen des rKomZ erstmalig inne, wenn es um die ‚Infogespräche‘ geht. Als Erstanlaufstelle sind die Berater*innen als ‚Türwächter*innen‘, mit der Klärung der Anspruchsberechtigung beauftragt (vgl. T6:647-657). Bildlich gesprochen verwehren sie jenen Interessent*innen, die über keine Voraussetzungen für die Nutzung des integrierten Versorgungssystems verfügen, den Zugang und öffnen den anderen die Tür.

Die ‚Gatekeeper-Funktion‘ kommt aber insbesondere dann zum Tragen, wenn der ‚Maßnahmenplan‘ erstellt wird. Dieser enthält die ausgewählten Module mit unterschiedlichen Intensitäten, die je nach ermitteltem Bedarf der Nutzer*innen vergeben werden (vgl. T6:539-553, vgl. Kapitel 4.3.2). Die Vergabe dieser kontingentierte Module ist Aufgabe der Mitarbeiter*innen im rKomZ.

Neben dem ‚Gate-Keeping‘ kommt im rKomZ noch eine weitere Funktion zum Tragen: die Broker-Funktion. Dieser Begriff bezieht sich auf Tätigkeiten, in denen Berater*innen „als neutraler Vermittler zwischen den Nutzern und den Anbietern sozialer und gesundheitsrelevanter Dienstleistungen“ (Ewers 2000:66) individuelle Versorgungsarrangements treffen. Eine Mitarbeiterin des rKomZ bezeichnet dieses konkret als „Vermittlungsstelle“ (T7:173) und eine weitere Mitarbeiterin spricht vom rKomZ als „eine[r] zuweisende[n] Stelle [...] in dem Prozess“ (T6:390-391). Ein großer Teil der Abläufe und Zuständigkeiten steht dementsprechend in Verbindung mit der ‚Abklärung‘, da diese die Entscheidungsgrundlage für eine Vermittlung bietet. Darauf sind wir bereits im letzten Kapitel eingegangen. Das Zitat einer Mitarbeiterin des rKomZ verdeutlicht diese Funktion: „[W]as eben durch das regionale Kompetenzzentrum einfach anders geworden ist, ist [...], dass wir eine unabhängige Stelle sind, die ganz neutral mit der Person ins Gespräch kommt und dann entscheidet, welcher Verein wäre eine gute Idee“ (T6:662-668).

Neutralität bedeutet in diesem Fall nicht, dass die Mitarbeiter*innen des rKomZ aus allen Anbietern Wiens und der Umgebung wählen und zuweisen²⁹, sondern dass sie eine neutrale Position gegenüber den leistungserbringenden Organisationen einnehmen und diese nur nach dem Kriterium des ermittelten Bedarfes der Nutzer*innen auswählen.

Welche Funktionen im Zentrum des CM-Konzeptes von Organisationen stehen, verweist auch darauf, wie das Case Management ausgerichtet ist. In der CM-Literatur wird zwischen einem nutzer*innenorientierten und einem systemorientierten CM unterschieden (vgl. Moxley 1997:15–24). Während ersteres sich darin ausdrückt, dass die Bedürfnisse der Nutzer*innen im Mittelpunkt stehen und sie diese selbst formulieren (vgl. ebd.:20), liegt bei systemorientierten CM-Anwendungen hingegen „die Definition

²⁹ Denn es gibt über das integrierte Versorgungsnetzwerk von A.Lk. hinaus weiterhin Angebote und Einrichtungen des allgemeinen Gesundheits- und Sozialsystems, die Therapien für die Zielgruppe anbieten. Beispielsweise ist die „Ambulanz für Alkoholismusgefährdete“ im Wiener AKH kein Teil des integrierten Versorgungssystems A.Lk. (vgl. auch Kapitel 4.3.1).

der Versorgungsziele und der Gang des Versorgungsprozesses weitgehend in der Hand des Case Managers“ (Hilkert 2016:107).

„[E]s gibt halt doch sehr unterschiedliche Modelle quasi wie Case Management gelebt wird oder ausgeformt wird oder auch wo es, wie es entsteht eigentlich und ich würde das jetzt nicht sagen, dass es ein klassisches Social Work Case Management ist in der Form jetzt von der Logik [...] es ist halt diese Steuerung durch die Nutzer*innen sozusagen, ist halt trotzdem sehr eingeschränkt durch die Logik des Systems an und für sich. Auch welche Leistungen überhaupt zugekauft werden können.“ (T1:501-513)

Inwieweit die Bedürfnisse von Nutzer*innen im Mittelpunkt stehen und sie den Beratungsprozess selbst mitbestimmen, thematisieren wir in den Kapiteln zur Nutzer*innenorientierung (4.3.6.1) und zur Teilhabe (4.3.6.3.3). Während eine anwaltschaftliche Funktion (siehe Kapitel 2.3.1) eher auf ein nutzer*innenorientiertes CM verweist, deutet ein CM-Konzept, das auf die ‚Gatekeeper-Funktion‘ zugeschnitten ist, auf ein systemorientiertes CM hin (vgl. ebd.:107–108).

4.3.6 Case Management-Prinzipien im Beratungsprozess des rKomZ

Nikita Felder

Im nun folgenden Abschnitt beschäftigen wir uns mit der Ausgestaltung von Prinzipien eines Social Work Case Managements im Beratungsprozess des rKomZ. Wie wir in den vorangegangenen Kapiteln zum Beratungsprozess (Kapitel 4.3.4) und den Funktionen des CM im Versorgungssystem A.Lk. (4.3.5) herausgearbeitet haben, verweisen der Ablauf des Beratungsprozesses sowie die Zuständigkeiten des rKomZ darauf, dass das Case Management weniger Anleihen an einem nutzer*innenorientierten Social Work Case Management, als einem systemorientierten Case Management zu nehmen scheint. Diese Deutung wird in den folgenden Kapiteln an einigen Stellen gestärkt. Dennoch möchten wir darlegen, dass sich die Prinzipien eines Social Work Case Managements in den erhobenen Daten widerspiegeln – manche mehr, andere weniger.

In den folgenden Kapiteln beschäftigen wir uns in einem ersten Schritt eingehender damit, inwieweit der Beratungsprozess und das integrierte Versorgungssystem an den Zielen und Bedürfnissen von Nutzer*innen ausgerichtet sind (Kapitel 4.3.6.1).

Im darauffolgenden Kapitel geht es darum, inwieweit vorhandene Fähigkeiten und Stärken von Nutzer*innen des rKomZ gekräftigt und Ressourcen aufgebaut, gestärkt und freigesetzt werden (Kapitel 4.3.6.2).

Mit den Möglichkeiten der Selbst- und der Mitbestimmung von Nutzer*innen schließen wir die Beschäftigung mit den Prinzipien des Social Work Case Management vorerst ab (Kapitel 4.3.6.3). In einem an die Ergebnisdarstellung zum zweiten untersuchten Feld (Kapitel 4.4) anschließenden Resümee (Kapitel 4.5) stellen wir die Ergebnisse zusammengefasst dar.

4.3.6.1 Nutzer*innenorientierung

Kathrin Gräble

In diesem Kapitel widmen wir uns dem Prinzip der ‚Nutzer*innenorientierung‘ und seiner Ausgestaltung im CM-Prozess des rKomZ. Zunächst möchten wir jedoch kurz erläutern, was wir unter Nutzer*innenorientierung verstehen. Laut Rainer Wendt kann von einer Nutzer*innenorientierung dann gesprochen werden, wenn sich die Angebote und Leistungen einer Organisation an den Zielen und Bedürfnissen der Nutzer*innen ausrichten (vgl. Wendt 2001:64). Die Nutzer*innen werden dabei als ‚Expert*innen in eigener Sache‘ gesehen, ihre Lebenswelt wird als relevanter Bezugspunkt für eine erfolgreiche Teilnahme am jeweiligen Angebot betrachtet und die Organisation weist flexible Strukturen auf, die eine an die Bedürfnisse der jeweiligen Individuen angepasste ‚Behandlung‘ ermöglicht (vgl. ebd.). Richtet sich das Angebot jedoch eher nach den Absichten und Möglichkeiten einer Organisation beziehungsweise eines Fördergebers, so spricht Wendt von einer „Angebotsorientierung“ (ebd.:63). Das bedeutet, dass das Angebot selbst oftmals daraus besteht, dass Expert*innen eine Problem-Diagnose erstellen mit dem Ziel, eine geeignete Behandlung vorzuschlagen. Die Gestaltung dieser ‚Behandlung‘ orientiert sich wiederum an der Konzeption der Organisation sowie an den fachlichen Erwägungen der Expert*innen. (vgl. ebd.:64) Die Angebotsorientierung kann somit als Aspekt eines systemorientierten Case Managements verstanden werden (vgl. Kapitel 4.3.5).

Das vorliegende Kapitel besteht aus vier Teilen: Zunächst wird auf die Nutzer*innenorientierung im rKomZ im Allgemeinen eingegangen, danach widmen wir uns in drei Unterkapiteln der Lebensweltorientierung, der Flexibilität und der Individualisierung. Wir möchten darauf hinweisen, dass es zwischen diesen Prinzipien immer wieder zu Überschneidungen kommt, da es nicht möglich ist, diese trennscharf voneinander zu unterscheiden.

Seit der Implementierung des rKomZ gibt es für Personen mit riskantem Alkoholkonsum, die eine Therapie machen beziehungsweise sich über Therapieangebote informieren möchten, eine zentrale Anlaufstelle (siehe Kapitel 4.3.3). Die Leiterin des rKomZ betrachtet dies gerade hinsichtlich einer Nutzer*innenorientierung als einen großen Vorteil, wie folgendes Zitat veranschaulicht:

“Man [*die*der Nutzer*in*] hat sich um die Kostenübernahme selber kümmern müssen, man hat sich darum kümmern müssen, wie kommt man hin, wie kommt man wieder weg, was kann man nachher machen oder nicht. [...] Kann man überhaupt nachher was machen nach einem stationären Aufenthalt? Und das sehe ich schon als die große Leistung auch und als die große Chance, [...] dass man da halt eine Stelle hat, die man immer fragen kann, wenn man was vergisst oder wenn man was nicht weiß oder wo man wieder hingehen kann und das funktioniert auch sehr gut. Also die Klient*innen merken sich schon, wo sie hingehen müssen und das ist irgendwie zu uns. Und [*sie*] können ja auch jederzeit anrufen und nachfragen oder so. Das stimmt, die vergessen auch manches und wissen dann nicht mehr, wann sie wo sein sollen und das ist schon [...] das was das erleichtert für die Klient*innen, dass sie quasi nur einen Ansprechpartner oder nur eine Ansprechpartnerin einmal am Anfang oder so zumindest umfangreich haben während dem Prozess [...].” (T4:603-616)

Die Nutzer*innen haben eine Ansprechperson, die sie durch den Prozess begleitet und an die sie sich mit ihren Anliegen wenden können. Als ein weiteres Indiz für eine Nutzer*innenorientierung kann die Koordinierung der ‚beruflichen‘ (FÖBES) und ‚therapeutischen‘ (A.Lk) Schiene innerhalb des rKomZ gesehen werden. Diese Koordinierung ermöglicht eine Abstimmung von Therapieplänen mit beruflichen (Re-) Integrationsmaßnahmen, wie eine Mitarbeiterin erklärt:

„[...] [E]s wird dann schon auch drauf geschaut, dass [...] wenn möglich, der Therapieplan natürlich mit dem beruflichen Plan Hand in Hand gehen kann. Ja, dass geschaut wird, dass [*eine*] ambulante Therapie möglich [*ist*] neben der Arbeit dann oder [...] wenn's akut ist, [...] dass man wirklich auch schaut, dass Kontakt zu den Klient*innen gehalten wird während der stationären [...] Behandlung, dass [...] man schaut ‚OK, können's danach wieder einsteigen oder eher nicht‘ also es wird einfach geschaut, dass das so ineinander übergreift und einfach abgestimmt wird aufeinander.“ (T7:78-84).

Diese Koordinierung wird durch eine räumliche Nähe erleichtert, da sich beide Bereiche am selben Standort befinden. Dies wiederum macht es möglicherweise auch für die Nutzer*innen einfacher, die Angebote des rKomZ in Anspruch zu nehmen.

Das rKomZ kommt den Nutzer*innen nicht nur was die Zugänglichkeit anbelangt entgegen – es scheint auch wichtig zu sein, die Nutzer*innen beim Überwinden persönlicher Hindernisse zu unterstützen, mit dem Ziel, ein Therapieangebot in Anspruch nehmen zu können:

“Wir behandeln nicht, wir vergeben auch keine Medikamente normalerweise, aber wir schauen dann schon, dass man möglicherweise beim Hausarzt [...] eine Empfehlung schreibt, dass es halt [...] so die Einstellung sein muss, oder man klärt ab, was es ist. Es gibt ja einfach auch somatische Erkrankungen, die dann [...]

etwas schwerer machen im Entzug zum Beispiel, [...] Diabetes wäre so, oder [...] dass man halt schaut, [...] dass die Personen richtig eingestellt sind, damit die Person dann auch die Therapie gescheit in Anspruch nehmen kann.“ (T4:449-455)

Dieser Fokus auf das Individuum spiegelt sich auch in der Subjektförderung wider, die auch hinsichtlich der Nutzer*innenorientierung von Belang ist. Die Leiterin des rKomZ erklärt, dass mit dieser Art der Förderung zwar ein großer bürokratischer Aufwand verbunden sei, der ihrer Meinung nach jedoch auch eine Chance hinsichtlich der Bedarfserhebung der Zielgruppe darstelle, da es aufgrund des umfangreichen Systems sehr gut nachvollziehbar sei, was passiere und wohin die Geldströme fließen (vgl. T4:672-679). Es gehe darum, die finanziellen Mittel effizient einzusetzen und darum, sicherzustellen, dass diese bei den Nutzer*innen ankommen würden (vgl. ebd.:677-682). Diese Steuerung des Einsatzes der Mittel funktioniere via CM, was sie ebenfalls als eine Chance sieht, vor allem hinsichtlich der Nutzer*innen, da diese dadurch „kriegen [...] was sie kriegen sollen“ (ebd.:686-687). Dieses „kriegen sollen“ kann sich jedoch nur aus einem bereits vorhandenen Angebot zusammensetzen. Dabei handelt es sich konkret um die Angebote der leistungserbringenden Organisationen, die das rKomZ den Nutzer*innen in Form eines Maßnahmenplans aus den von Seiten des SDW, der WGKK und der PVA zugekauften Modulen zusammenstellt (vgl. T4:188-190).

Die Leiterin des rKomZ deutet in ihrer Antwort auf die im Interview gestellte Frage nach dem optimalen CM darauf hin, dass sich ein*Nutzer*in aus freien Stücken an das rKomZ wendet, bereits weiß, dass und welche Hilfe er*sie braucht und die Finanzierung des passenden Angebots selbst mitbringt:

„In einem paradiesischen Zustand [...] [*wäre es wohl so*] da gibt's eine Person, die kommt zu mir, die entscheidet sich für mich und sagt ‚ich hab da so und so viel Geld [...] und ich brauch da und da Hilfe, die ich mir nicht selber suchen kann. Können Sie sich [...] darum kümmern, dass ich das krieg?‘ Und [...] dann kann man da so nach Belieben [...] tun, ohne dass man große Schwierigkeiten erwartet. Aber das ist [...] sehr märchenhaft aber grundsätzlich [...] idealtypisch.“ (T4:695-703)

Diese Aussage könnte so verstanden werden, dass sich die Leiterin anstelle einer Subjektförderung ein Personenbudget für jede*n einzelne*n Nutzer*in wünscht, wodurch sich das rKomZ von einer eher angebotsorientierten zu einer nutzer*innenorientierten Organisation entwickeln würde. Die Aussage „ich hab da so und so viel Geld“ lässt sich ebenfalls in diese Richtung deuten.

Obwohl das rKomZ nicht alle Personen, die sich an die Einrichtung wenden, aufnehmen kann (vgl. Kapitel 4.3.2), kümmern sich die Mitarbeiter*innen um eine Anbindung dieser ‚nichtanspruchsberechtigten‘ Personen an andere Stellen des allgemeinen Gesundheits-

und Sozialsystems (T4:616-618). Dies könnte darauf verweisen, dass das rKomZ nicht nur aus einer Gatekeeper-Logik heraus handelt, sondern sich auch in gewissem Ausmaß an den Bedürfnissen von (potentiellen) Nutzer*innen orientiert.

Nicht nur der Zugang zum rKomZ ist beschränkt, es herrscht auch eine Kontingentierung der Leistungspakete, wie eine Mitarbeiterin erklärt:

„[...] [A]lso man hat noch genug Auswahlmöglichkeiten, aber worst case wär natürlich, dass man irgendwann wirklich sagen muss ‚OK, das geht grad einfach nicht‘ und dann [...] wirklich schaut, ‚OK, geht irgendeine andere Einrichtung?‘ oder [...] dann tatsächlich mit Wartelisten und ähnlichem [*arbeiten muss*].“ (T7:499-502)

Diese Kontingentierung ist per se angebotsorientiert, dass Module tatsächlich knapp werden, komme laut der Mitarbeiterin jedoch nur gegen Ende eines Kalenderjahres vor (vgl. T7:489-491). Trotzdem hat sie Auswirkungen auf die Arbeit mit den Nutzer*innen, da die Mitarbeiter*innen die Zuweisung aufgrund gewisser Kriterien vornehmen müssen, wie die Mitarbeiterin in folgendem Zitat erläutert:

„[...] [W]enn die Module knapp werden, dann wird natürlich geschaut, OK, dass man jetzt nur ein I2³⁰ [...] vergibt und schaut ‚Wie läuft es?‘ oder nur das I3 und dass man auch schaut, ‚Wer braucht die Einrichtung wirklich, für wen ist es wirklich da?‘ (T7:484-486)

Laut einer anderen Mitarbeiterin könne im Falle eines Knappwerdens von Modulen jedoch auch „umgeschichtet“ werden, „[...] wenn von einem anderen Modul noch sehr viele da sind, von [...] dem zweiten aber weniger, kann man des umlegen, dass das gegenverrechnet wird“ (T6:581-582). Oder es werden, wie oben erklärt, Module mit einer geringeren Termindichte vergeben. Diese Flexibilität ermöglicht zwar die Zuteilung zu einem ‚passenden‘ Angebot, erfüllt jedoch möglicherweise nicht die von der*dem Nutzer*in gewünschte Intensität. Gleichzeitig werden die Module scheinbar stärker rationiert: Die Verlängerung der Angebote wird – wie im Zitat oben beschrieben – davon abhängig gemacht, wie der bisherige Therapieverlauf war, beziehungsweise aufgrund der Einschätzung des größten Bedarfes. Dieses Kriterium wird zwar erst bei auftretenden Engpässen relevant, gleichzeitig impliziert die Mitarbeiterin, dass es Nutzer*innen gibt, die die therapeutischen Angebote weniger ‚brauchen‘.

Ein weiteres Indiz für eine angebotsorientierte Ausrichtung des rKomZ liefert die Aussage einer Mitarbeiterin, dass Nutzer*innen zwar beliebig viele Leistungspakete in Anspruch nehmen könnten, es dabei jedoch nicht gewährleistet sei, dass sie beim

³⁰ Hier geht es um die Intensität des zu vergebenden Moduls: I1 bedeutet hohe Termindichte, I2 und I3 weisen eine geringere Termindichte auf.

Leistungserbringer ihrer Wahl landen, da das von den vorhandenen Kontingenten abhängt:

“Pro Person grundsätzlich ja, aber es gibt nicht unbegrenzte Module in diesem Sinne. [...] es gibt ein Kontingent und [...] man kann dann in die Einrichtungen zuweisen und manchmal muss man auch schauen. OK, es kann sein, dass Kontingente knapp werden, ja.” (T7:465-468).

Dieser Umstand könnte mit der Implementierungslogik des rKomZ zusammenhängen, deutet jedoch auch auf eine gewisse Widersprüchlichkeit hin und es bleibt die Frage offen, wozu das rKomZ Bedarfserhebungen mit den Nutzer*innen durchführt und eine Subjektfinanzierung betreibt, wenn es letztlich darum geht, die vorhandenen Kontingente zu verwalten.

Eine Angebotsorientierung des rKomZ zeigt sich auch in der ‚Abklärung‘ der beruflichen Schiene (FÖBES), wie eine Mitarbeiterin in folgender Aussage deutlich macht:

“Also [...] wir müssen einfach gewisse Daten erheben, ja. [...] Das Gespräch [wird] schon stark von der Beraterin geführt. Also [...] da werden einfach ganz gewisse Bereiche abgefragt, [...] aber man versucht natürlich schon, dass Klienten einfach so viel wie möglich über sich selber erzählen können und auch mit Anliegen, Empfehlungen am Ende einfach zu schauen, ‚OK, was sind denn die Themen, die [...] jemanden eigentlich gerade beschäftigen‘ und ‚Können wir was anbieten dafür oder nicht‘. Also es gibt auch manchmal Situation[en], wo ich merke, ‚OK, da ist so viel anderes vorrangig‘, dass [...] [wir] beide sagen ‚OK, das hat überhaupt keinen Sinn, momentan irgendwie beruflich zu planen‘ und dass mich die Klientin dann einfach wieder anruft oder sich wieder beim AMS meldet, wenn’s eher Thema wird.” (T7:362-372)

Die Mitarbeiterin erklärt mit dieser Aussage, dass im Rahmen der ‚Abklärung‘ eine standardisierte Befragung durchgeführt wird (vgl. Kapitel 4.3.6.3.1). Sie bietet dem*der Nutzer*in mögliche, auf das Thema ‚Arbeit‘ zugeschnittene Angebote an – sollten diese nicht für den*die Nutzer*in passend sein, wird ihr*ihm empfohlen, sich zu einem Zeitpunkt erneut an das rKomZ zu wenden, an dem nicht „so viel anderes vorrangig“ ist. Diese Vorgehensweise könnte damit zusammenhängen, dass die Angebote der ‚beruflichen Schiene‘ (FÖBES) das Ziel haben, eine geregelte Tagesstruktur für die Nutzer*innen zu schaffen, was bedeutet, dass die Nutzer*innen eine gewisse psychische und physische Belastbarkeit mitbringen müssen, um daran teilnehmen zu können (vgl. T5:136-137).

Ein gewisses Maß an Anpassungsfähigkeit braucht es unserer Ansicht nach auf Seiten der Nutzer*innen auch hinsichtlich der Therapieprogramme bei den leistungserbringenden Organisationen. Wie bereits in Kapitel 4.3.4 zum CM-Regelkreis im Kontext des Beratungsprozesses beschrieben, geht das rKomZ zwar auf Veränderungswünsche der Nutzer*innen ein – etwa indem es bei Schwierigkeiten einen Betreuer*innenwechsel anstrebt oder Nutzer*innen an eine andere leistungserbringende

Organisation verweist – es ist jedoch nicht so, dass Rückmeldungen der Nutzer*innen an diese weitergeleitet würden (vgl. T6:683-690). Nach Meinung einer interviewten Mitarbeiterin hänge es auch stark davon ab, ob ein*e Nutzer*in bereits Vorerfahrung habe mit einer leistungserbringenden Organisation habe, oder nicht, wie der „Erfahrungsbericht“ dieser Person dann ausfalle:

„OK da geht's jetzt wirklich um die Person, die hat sich [...] damals einfinden können, weil sie schon Vorerfahrung gehabt hat beim Verein, oder eben nicht und je nach dem gibt's da jetzt einen positiven oder negativen Erfahrungsbericht.“
(ebd.:695-697)

Ob jemand mit dem Therapieprogramm einer leistungserbringenden Organisation zurechtkommt oder nicht, wird von der Mitarbeiterin sehr stark mit dem jeweiligen Individuum in Verbindung gebracht. Das rKomZ, das die ‚Maßnahmenpläne‘ erstellt, sieht sich dafür offenbar wenig verantwortlich und baut möglicherweise auf die leistungserbringenden Organisationen in puncto Einholung der Bedürfnisse der Nutzer*innen und einer damit einhergehenden Anpassung der Betreuung, was diese laut der Aussage eines ehemaligen Mitarbeiters des rKomZ auch tun (vgl. T5:363-365). Laut der Leiterin des rKomZ wurde dies jedoch in ‚Pilotphase 2‘ geändert, indem Abschlussgespräche mit Nutzer*innen eingeführt wurden, um deren Feedback einzuholen und um ein erneutes in Kontakt treten zu erleichtern (siehe Kapitel 4.3.4.6).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es sowohl Indizien für eine nutzer*innenorientierte Ausrichtung des rKomZ als auch für eine eher angebotsorientierte Ausrichtung gibt. Nutzer*innenorientiert deuten lässt sich die Tatsache, dass es mit Implementierung des rKomZ eine zentrale Anlaufstelle geschaffen wurde sowie den Nutzer*innen eine Ansprechperson zur Seite gestellt wird, an die diese sich bei Bedarf im Laufe des Prozesses wenden können. Im rKomZ können die Therapiepläne der beiden Schienen aufeinander abgestimmt werden und es werden Interventionen gesetzt, um Nutzer*innen einen Therapieantritt überhaupt zu ermöglichen. Mit dem rKomZ ging eine Veränderung des Fördersystems einher: Die gemeinsame Finanzierung der SDW, WGKK und der PVA kann als nutzer*innenorientiert angesehen werden, allerdings gibt es eine Kontingentierung der zukaufbaren Module, was dazu führen kann, dass Nutzer*innen in puncto Intensitäten oder Wahl der leistungserbringenden Organisation Abstriche machen müssen. Die Angebotsorientierung zeigt sich auch in der ‚Abklärung‘, in deren Rahmen standardisierte Erhebungsinstrumente eingesetzt werden (vgl. Kapitel 4.3.6.3.1). Außerdem gibt es in der beruflichen Schiene gewisse Voraussetzungen, um an Programmen teilnehmen zu können.

4.3.6.1.1 Lebensweltorientierung

Von Lebensweltorientierung wird in der Sozialen Arbeit dann gesprochen, wenn sich Angebote und Leistungen an den subjektiven Lebenswirklichkeiten der Nutzer*innen sowie an deren Alltag und seinen Logiken orientieren und wenn die Nutzer*innen als Expert*innen ihrer Lebenswelt anerkannt werden (vgl. Kraus 2004:12, Hinte 2007:425). Diesem Prinzip liegt die Haltung zugrunde, jede Person, jede Lebenswelt und jede Situation als einzigartig anzusehen. Die daraus zu ziehende Konsequenz lautet Peter Pantucek zufolge, Nutzer*innen als Individuen ernst zu nehmen, ihre Situation als besonders und einmalig zu achten und zu behandeln sowie standardisierte Routinen in der Fallbearbeitung zu vermeiden (vgl. Pantucek 1998:88).

Obwohl es beim rKomZ in erster Linie um eine Weitervermittlung der Nutzer*innen an leistungserbringende Organisationen geht, wird die Orientierung an deren Lebenswelt doch als eine Grundlage angesehen, um im Sinne einer Parteilichkeit für deren Lebenssituationen und spezifischen Anliegen arbeiten zu können, wie ein ehemaliger Mitarbeiter des rKomZ erklärt:

„Naja man kann seinen Job nicht machen, wenn man nicht parteilich ist, [...] mit den Klienten. Also wenn man nicht ungefähr auf die [...] Lebenswelt einsteigt und zumindest [*versucht*], dessen Interessen [...] dann umzusetzen und zu verbessern [...]“ (T5:255-258).

Der zentral erreichbaren Lage des rKomZ sowie der Ansiedlung des ISD im selben Gebäude kommen hier eine bedeutende Rolle zu und beide Aspekte können als Indizien für eine Lebensweltorientierung des Angebots gesehen werden (vgl. T4:223-231).

Einen weiteren Hinweis auf eine lebensweltorientierte CM-Praxis liefert die Berücksichtigung der beruflichen Situation der Nutzer*innen. Ein ehemaliger Mitarbeiter des rKomZ erklärt die unterschiedlichen Komponenten, die dieser Aspekt mit sich bringt. Er erläutert, dass es je nach ‚Fortgeschrittenheit‘ der Suchterkrankung auch um die existentielle Grundlage der Nutzer*innen gehe und betont, dass diese keine erfolgreiche Therapie machen können, solange die materielle Grundsicherung nicht gegeben sei (vgl. T5:55-59). Er macht außerdem deutlich, dass die Zuweisung der Nutzer*innen der ‚beruflichen‘ Schiene zu einer der leistungserbringenden Organisationen davon abhängt,

“[...] was wir einschätzen. Das ist im Wesentlichen die Wiener Berufsbörse, [...] nämlich für Leute, die eher bald eine Beschäftigung suchen und dann gibt’s Personen, die sind noch nicht so belastbar, die brauchen eher noch Zeit und die gehen zu Standfest, das ist dieses Berufsprojekt vom Dialog.“ (T5:134-137)

Dieses Zitat verdeutlicht, dass es in gewissem Sinn möglich ist, auf die spezifischen Situationen der Nutzer*innen einzugehen, um ihnen daran angelehnt ein möglichst passendes Angebot zu machen.

Berufstätige Nutzer*innen, die eine Therapie machen wollen, können während sie ein ambulantes Angebot wahrnehmen, ihrer Berufstätigkeit weiterhin nachgehen oder sich krankmelden beziehungsweise Urlaubstage in Anspruch nehmen, um einen stationären Aufenthalt zu absolvieren (vgl. T5:188-191).

Ein weiteres Indiz für die Orientierung an der Lebenswelt der Nutzer*innen lässt sich an dem Umstand festmachen, dass in der ‚beruflichen Schiene‘ Folgetermine vereinbart werden, mit der Absicht, den Nutzer*innen Zeit zu geben, in Ruhe über in Frage kommende Angebote nachdenken zu können (vgl. T6:249-253).

Neben der zur Verfügung gestellten Zeit, scheint es auch wichtig zu sein, besonders relevante Informationen mehrmals mitzuteilen. Ein interviewter Nutzer betonte die Wichtigkeit dieses Vorgehens von Seiten der Mitarbeiter*innen des rKomZ, da seiner Meinung nach Nutzer*innen sehr oft unter Medikamenteneinfluss stünden und deren Aufnahmefähigkeit dadurch mitunter eingeschränkt sein könnte (vgl. T2:172-177, 206-209). Die zahlreichen Gespräche, die Nutzer*innen im rKomZ mit unterschiedlichen Professionist*innen führen, könnten damit auch aus Sicht einer Lebensweltorientierung sinnvoll sein.

Auch die vom rKomZ gesetzten sozialarbeiterischen Interventionen können als lebensweltorientiert gedeutet werden. So erklärt die Leiterin dieser Einrichtung, dass die Mitarbeiter*innen sich vorwiegend um Anliegen und Maßnahmen kümmern, die die materielle Sicherung betreffen sowie um solche, die es den Nutzer*innen ermöglichen, eine Therapie antreten zu können (vgl. T4:434-446).

Die Lebensweltorientierung der Angebote des rKomZ zeigt sich also durch die gut erreichbare Lage, durch das Einbeziehen der beruflichen Situation der Nutzer*innen sowie durch die Möglichkeit der Vereinbarung von Folgeterminen mit dem Zweck, den Nutzer*innen Zeit zum Nachdenken geben zu können. Weitere Indizien sind das zielgruppenadäquate Bereitstellen von Informationen mittels der zahlreichen Gespräche und die sozialarbeiterischen Interventionen, die es den Nutzer*innen ermöglichen eine Therapie antreten zu können.

Im nächsten Kapitel wird beleuchtet, welche Rolle Flexibilität im Rahmen der Nutzer*innenorientierung spielt und inwiefern diese als ein Prinzip des Case Managements im rKomZ angesehen werden kann.

4.3.6.1.2 Flexibilität

In der Lebenswelt von Nutzer*innen finden sich Ressourcen und Störquellen sowie Hindernisse und Stützen vor (vgl. Wendt 2001: 65). In diesem Kapitel möchten wir beschreiben, inwiefern das rKomZ flexibel auf die individuellen Situationen seiner Nutzer*innen eingehen kann. Indizien für eine organisationale Flexibilität wären etwa eine geringe Formalisierung der Abläufe, eine ausgeprägte Anpassungsfähigkeit der Leistungen bzw. Angebote an die individuellen Bedürfnisse der Nutzer*innen, sowie die Ausgestaltung des Reaktionsvermögens auf Veränderungen im organisationalen Netzwerk sowie hinsichtlich lebensweltimmanenter Veränderungen der Nutzer*innen.

Da es sich beim RKomZ - wie in der Abhandlung zur Nutzer*innenorientierung bereits herausgearbeitet wurde - um eine Institution handelt, die in vielen Aspekten der Logik eines systemorientierten Case Managements folgt, spielt Flexibilität in puncto Anpassung der Leistungen an veränderte Bedingungen auf Seiten der Nutzer*innen sowie in der Angebotslandschaft auf den ersten Blick eine untergeordnete Rolle.

Die organisationalen Abläufe sind stark formalisiert, die den Nutzer*innen unterbreiteten Angebote können kaum an deren individuelle Situationen beziehungsweise Bedürfnisse angepasst werden. Die eher gering ausgeprägte Flexibilität bringt jedoch auch eine hohe Erwartungssicherheit für die Mitarbeiter*innen sowie für die Nutzer*innen mit sich, da sie Abläufe klar vorhersehbar macht. (vgl. T1:342-354)

Ein Indiz hinsichtlich einer Nutzer*innenorientierung lässt sich an der Zusammenarbeit mit dem Spitalverbindungsdienst ‚CONTACT‘ erkennen: Dieser kann, wie in Kapitel 4.3.1 bereits erwähnt, die Abklärung und Bewilligung in Fällen übernehmen, wenn Personen zum Beispiel aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation nicht selbst ins rKomZ kommen können. (vgl. T4:249-256; 261-267)

Auch hinsichtlich der Therapiefrequenzen lässt sich eine gewisse flexible Handhabung festmachen: So werden diese zwar aus Gründen der besseren Planbarkeit vom rKomZ definiert und sind oftmals nicht so abgestimmt, dass Nutzer*innen im vorgesehenen Zeitraum eine Therapie erfolgreich abschließen können – es wird jedoch offenbar von

vornherein angenommen, dass der anberaumte Zeitraum zu kurz sein könnte, weswegen das rKomZ jederzeit ein neues Modul beantragen kann (vgl. T1:356-370; T5:356-361).

Auch auf Seiten der Nutzer*innen wird eine gewisse Unplanbarkeit hinsichtlich deren Therapieverläufe berücksichtigt: Brüche und ‚wellenartige Verläufe‘ werden als Zielgruppenspezifikum anerkannt und entsprechend integriert (vgl. T1:364-371). Das rKomZ kann zu jedem Zeitpunkt eines Therapieverlaufs auf Veränderungen eingehen:

„Und das ist das, was wir als Case Management bezeichnen, das wir auch bei jeder Veränderung, bei jedem also, einerseits Veränderung des Angebots zum Beispiel bei den Leistungserbringerinnen aber auch Veränderungswünsche seitens der Klientinnen oder Veränderungen im Leben der Klientinnen, die halt was anderes erfordern, quasi immer wieder zu uns kommen und wir das halt von neuem organisieren oder umorganisieren oder was auch immer notwendig ist.“ (T4:202-207)

Nutzer*innen können sich theoretisch jederzeit an das rKomZ wenden, um eine erneute ‚Abklärung‘, eine Beratung oder ähnliches in Anspruch zu nehmen, wie ein ehemaliger Mitarbeiter des rKomZ berichtet:

„Und [das rKomZ] bleibt aber gleichzeitig auch über längere Zeit sozusagen auch die Ansprechstelle für die Leute, falls alle Stricke reißen bei denen. Also falls jemand sagt, er ist da unzufrieden, kann er wieder zurückkommen, man probiert wieder etwas, das, das oder das. Und im Übrigen kann auch eine Person von da, wie ich gesagt habe [...] natürlich in jedem Stadium der Therapie, ihrer oder seiner Therapie da rüberkommen und sich sozusagen so eine Anamnese, Beratung und Co ausmachen bei uns“ (T5: 239-244)

Darüber hinaus haben die Mitarbeiter*innen die Möglichkeit, den Nutzer*innen bei Bedarf flexibel zusätzliche Termine anbieten zu können, wie zwei interviewte Mitarbeiterinnen erklären:

„[...] es kann sich zum Beispiel – also wenn die [Nutzer*innen] jetzt über diese therapeutische Schiene kommen, also mit dem Wunsch nach einer Therapie – kann sich’s ergeben, dass [...] wer Bedarf hat, für den beruflichen Bereich da, dann vereinbart man einfach noch an zusätzlichen Termin [...] das kann während dem Informationsgespräch festgestellt werden, das kann sich auch noch während der Abklärung ergeben.“ (T6:57-69)

„[...] und wenn wir merken, OK, es braucht einfach mehr, oder es ist noch nicht ganz klar, was es jetzt eigentlich sein soll und was so das Anliegen ist und was passieren soll, dann können wir grundsätzlich auch noch einen zweiten oder dritten Termin vereinbaren. Also das ist möglich.“ (T7:129-132)

Die berufliche Schiene reagiert nicht nur in der individuellen Frequenz der Terminvergabe, sondern auch hinsichtlich der Änderungswünsche seitens der Nutzer*innen, wie folgendes Zitat zum Ausdruck bringt:

„Ja, das heißt, wir vereinbaren im beruflichen Bereich einfach Termine bei den anderen Projekten. Das heißt, wir wissen, wann dort Infotage stattfinden, melden die Leute dafür an, wenn wir rausfinden die Leute waren nicht dort – also wir

kriegen immer Rückmeldung – sind wir quasi wieder im Tun, dass wir [...] die Leute wieder anrufen und mal telefonisch fragen, woran hat's gelegen, ja wieso man's nicht geschafft hat. Vielleicht war man einfach krank, oder man hat's vergessen – kann ja alles immer passieren – oder das Interesse ist doch nimmer mehr da dafür, dann kommen wir quasi wieder ins Spiel, telefonieren mit den Leuten, bei Bedarf bieten wir ihnen noch einmal ein persönliches Gespräch an, dass wir schauen: Ist vielleicht was anderes besser? Ja, die Leute können sich zum Beispiel auch bei uns melden, wenn sie sagen, sie sind jetzt bei einem Projekt, würden aber vielleicht gern in weiterer Folge noch einmal an einem anderen Projekt teilnehmen, dann kommen auch wieder quasi wir ins Arbeiten und sagen ‚OK, wir stellen da den Kontakt her, machen einen Termin für ein Erstgespräch aus, dass einmal geschaut wird, ob eben vielleicht – ich sag jetzt, wenn jemand gerade bei Standfest ist vom Verein Dialog – in weiterer Folge schauen kann, ob nicht eben ein sozialökonomischer Betrieb wie die Garbarage als nächster Schritt geeignet wäre, um noch mehr Tagesstruktur aufzubauen.“ (T6:144-158)

Das rKomZ kann – wie die Aussagen der Mitarbeiter*innen verdeutlichen – im Rahmen der Abklärungsphase in einigen Belangen flexibel mit (potentiellen) Nutzer*innen umgehen: Das Ausmaß der Betreuung reicht hier vom einmaligen Geben von Informationen bis hin zur Vergabe von Folgeterminen. Auffallend hierbei ist jedoch, dass die Mitarbeiter*innen einen „Bedarf“ (s.o.) erkennen müssen, der offenbar einen Mehraufwand erst rechtfertigt. Die Bedarfserhebung findet beispielsweise in Form von Rückmeldelisten statt, aufgrund derer die Mitarbeiter*innen bei Nichterscheinen bei Infotagen die Nutzer*innen kontaktieren (siehe Kapitel 4.3.4.5) hauptsächlich scheint es jedoch so zu sein, dass Nutzer*innen aktiv ihre Änderungswünsche kundtun müssen, um ein Handeln der Mitarbeiter*innen zu erreichen.

Welche Konsequenzen haben die formalisierten Abläufe des rKomZ nun für die leistungserbringenden Organisationen? Eine Fachkraft in leitender Funktion einer leistungserbringenden Organisation erklärt im Interview, dass die dort arbeitenden Sozialarbeiter*innen bei jedem Kontakt mit Nutzer*innen mitbedenken müssten, welche Formalia sie einzuhalten haben und welche Maßnahme mit wem abgesprochen werden muss:

„[...] aber es ist sehr wohl notwendig, genauer auf das zu schauen und entsprechend dann Handlungen abzuleiten auch, wo ich mich halt früher quasi primär darauf konzentrieren konnte, quasi was braucht der Klient jetzt aktuell grade, also [welcher] Bedarf besteht da, muss [ich] jetzt halt auch immer den Film mitlaufen lassen, quasi ‚ist das sozusagen auch in dem Rahmen, der genehmigt ist? Was macht das, was bewirkt das sozusagen an Kommunikation nach außen auch? was muss ich möglicherweise einreichen?’ und so weiter“ (T1:371-376).

Allerdings scheint es einen gewissen Spielraum zu geben, den die leistungserbringenden Organisationen nutzen können, um bestimmte Angebote nutzer*innenorientierter zu gestalten. Dieser Spielraum ist beispielsweise notwendig, um Personen, die das Aufnahmeprozedere im rKomZ nicht bewältigen, doch in das System aufnehmen zu können:

„Also es ist unterschiedlich denk ich mir. Es passt nicht für jeden ideal, aber [...] dann versucht man [...] – soweit es halt in dem Rahmen möglich ist – unbürokratische Lösungen zu finden für Klient*innen, die halt einmal akut gesundheitlich nicht in der Lage sind, das jetzt alles so in der Form zu machen, das zu belastend wäre [...], weil oft ploppt das ja dann auf, wenn grad irgendwie Krisen sind, dass man sagt ‚OK, es bedarf schon mehr Unterstützung als eben im Rahmen dieser BBE-Maßnahme³¹ bei uns‘. Grad dann ist es halt oft schwierig zu sagen: ‚So jetzt müssen Sie dreimal oder so dort hingehen für Abklärungsgespräche, [...] Termine fix einhalten und so weiter‘. Das ist halt möglicherweise eine Herausforderung ja [...] und da gibt's dann schon die Versuche, sozusagen, das auch unbürokratischer zu lösen.“ (T1:451-467)

Der Interviewpartner schildert, dass es nicht allen (potentiellen) Nutzer*innen möglich ist, die ‚Abklärung‘ im rKomZ zu absolvieren. Es seien oft gesundheitliche Gründe oder akute Krisen, die das Einhalten der vielen Termine für Menschen unmöglich mache. In solchen Situationen seien unbürokratische Lösungen gefragt, die die leistungserbringenden Organisationen suchen müssen und durchaus finden können.

In diesem Kapitel haben wir beschrieben, inwiefern das rKomZ sowie die damit verbundenen leistungserbringenden Organisationen flexibel auf die individuellen Situationen und Bedürfnisse von Nutzer*innen eingehen können. Es lässt sich festhalten, dass aufgrund der Angebotsorientierung, die ein in vielen Aspekten systemorientiertes Case Management mit sich bringt, Flexibilität in der Struktur des rKomZ eine eher nachrangige Bedeutung hat. Allerdings gibt es Bereiche, wie zum Beispiel die Abklärungsphase, die den Mitarbeiter*innen des rKomZ einen gewissen Spielraum in der Zusammenarbeit mit (potentiellen) Nutzer*innen lässt. Die leistungserbringenden Organisationen wiederum sehen sich immer wieder in der Situation, gewisse Spielräume finden und nutzen zu müssen, um die Angebote des rKomZ mehr Menschen zugänglich zu machen, für die der Zugang zu hochschwierig ist.

4.3.6.1.3 Individualisierung

Individualisierung in Bezug auf Nutzer*innenorientierung bedeutet, dass bei der Klärung des Bedarfs die Ziele und Zwecke der individuellen Nutzer*innen im Vordergrund stehen (vgl. Wendt 2001:64). Durch die Anerkennung der Einzigartigkeit jeder Person, jeder

³¹ „Die BBE Standfest bietet Beratung und Betreuung mit Workshopangeboten zur Stabilisierung und zum Aufbau von Beschäftigungsfähigkeit. Dieses spezielle Angebot richtet sich an Menschen mit einer Suchtproblematik (Schwerpunkt Alkohol), die sich im Graubereich zwischen Arbeitsfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit befinden.“ (<http://www.dialog-on.at/angebote/standfest-bbe>)

Lebenswelt und jeder Situation (vgl. Pantucek 1998:88) stehen individuelle Gestaltungsabsichten im Zentrum (vgl. Wendt 2001:64).

In diesem Kapitel gehen wir der Frage nach, welcher Stellenwert diesem Prinzip hinsichtlich der Leistungspakete zukommt, die das rKomZ im Auftrag der SDW, der WGKK und der PVA verwaltet. Da wir keine empirischen Erhebungen bei diesen Organisationen selbst durchgeführt haben, stützen wir uns in diesem Kapitel vorwiegend auf den Bericht eines der beiden von uns interviewten Nutzer. Dies hat zur Folge, dass wir vorwiegend Einblick in das Therapieprogramm des Grünen Kreises bekommen haben, bei dem jener Nutzer erfolgreich eine Therapie absolviert hat. Es ist uns bewusst, dass dies nur ein kleiner Ausschnitt hinsichtlich der Angebote der leistungserbringenden Organisationen, zu denen das rKomZ die Nutzer*innen zuweist, ist (siehe Kapitel 4.3.1). Nichtsdestotrotz erscheint uns dieses Fragment relevant genug, um es im Rahmen dieser Masterarbeit zu thematisieren. Nicht zuletzt auch deswegen, weil der Nutzer im Interviews auf sehr eindrückliche Art und Weise auf das seiner Meinung nach für ihn unpassende Angebot eingegangen ist.

Die Aussagen beider von uns interviewten Nutzer lassen den Schluss zu, dass die Angebote der leistungserbringenden Organisationen, zu denen das rKomZ Nutzer*innen zuweist, nicht für alle Personen gleich geeignet sind (vgl. T2:62-67; T3:23-29). So erörtert ein Nutzer, dass das Therapieprogramm des ‚Grünen Kreises‘, das sehr viel Sport beinhaltet, für jüngere Personen passender sein könnte als für Personen seines Alters:

„Oder es ist auch so, das Sportprogramm – OK, ich sag, für [...] Junge ist es vielleicht angenehm [...], aber wie ich hingekommen bin, ich war 53 und für mich war das sehr anstrengend, das Programm. Und wenn eine Therapeutin oder Psychologin ausgefallen ist, dann ist wieder ein Sportprogramm gekommen. Oft ist das so gewesen, dass vier-, fünfmal in der Woche Sportprogramm war. Und [...] ich sag, für mich war’s anstrengend [...].“ (T3:31-35).

Der*die einzelne Nutzer*in hat scheinbar nicht die Möglichkeit, das Therapieprogramm so mitzugestalten, dass es für ihn*sie passend wird.

Es scheint, dass es darüber hinaus nicht nur zwischen den leistungserbringenden Organisationen, sondern auch zwischen den Programmen der jeweiligen Organisationen große Unterschiede gibt, etwa was die gesetzten Schwerpunkte betrifft:

„p.a.s.s. ist ne Organisation, in der alles gemeinsam drin ist, das heißt dort hat man also Sozialarbeiter, dort hat man Psychiater, dort hat man ne Ärztin. Über p.a.s.s. bekommt man auch [...] einen Therapeuten“ (T2:79-81)

„Das API war eine Erholung, ein Urlaub. Da war wieder das Therapieprogramm so schwach besetzt, dass das mir persönlich nichts gebracht hat. Das war wie ein Urlaub dort.“ (T3:41-43)

„das enorme Sportprogramm, dass die [*der Grüne Kreis*] gehabt haben. Sportprogramm und [...] wenn man beim Sportprogramm nicht mitmachen hat wollen, hat man sich müssen befreien lassen von der Ärztin und dann ist es übergegangen in ein Arbeitsprogramm“ (T3:26-28)

Diese Unterschiedlichkeit macht es eventuell möglich, im Zuge der Maßnahmenplanerstellung bei der Auswahl der leistungserbringenden Organisation auf die Nutzer*innen und deren unterschiedliche Bedürfnisse einzugehen. Gleichzeitig bleibt fraglich, ob damit die Bedürfnisse aller Nutzer*innen abgedeckt werden können (vgl. T3: 31-35, 41-43). Laut der Aussage eines Interviewpartners kommt es beim ‚Grünen Kreis‘ gerade aufgrund des intensiven Sport- und Beschäftigungsprogramms zu Therapieabbrüchen (T3:23-29). Dieser Umstand legt den Schluss nahe, dass es für Nutzer*innen schwierig sein könnte, eine Therapie durchzuhalten, wenn diese nicht an deren individuelle – und damit von Person zu Person unterschiedliche – Bedürfnisse angepasst ist. Möglicherweise macht es dieser Umstand Nutzer*innen auch schwer, sich im Falle eines Rückfalls erneut an die jeweilige leistungserbringende Organisation zu wenden:

„[...] ich könnt's mir nicht mehr vorstellen. Weil die Leute die [...] ich dort kennengelernt hab, [...] die haben [...] die meisten [...] schnell einen Rückfall gehabt [...] und sind wieder [...] zurück in das Projekt 2020 [...] Aber ich tät's nimmer machen, das weiß ich [...] weil's mir zu anstrengend einfach ist. Vielleicht ist es irgendwo anders besser, das weiß ich nicht, aber beim Grünen Kreis [...] das Sportprogramm das kann nichts.“ (T3:251-258).

Die Aussagen des Nutzers lassen vermuten, dass die leistungserbringende Organisation ‚Grüner Kreis‘ kaum individuell auf Nutzer*innen eingeht und daher eher angebotsorientiert agiert. Die Frage, wie die Organisation auf Therapieabbrüche reagiert, muss an dieser Stelle offenbleiben, da wir diesbezüglich keine Daten erhoben haben.

In diesem Kapitel haben wir uns dem Prinzip ‚Nutzer*innenorientierung‘ und seiner Ausgestaltung im CM-Prozess des rKomZ gewidmet. Hierzu haben wir uns neben der allgemeinen Auseinandersetzung mit nutzer*innenorientiertem Vorgehen, in drei Unterkapiteln mit den Prinzipien der Lebensweltorientierung, der Flexibilität sowie der Individualisierung beschäftigt und dargestellt, inwiefern diese im Feld ihren Niederschlag finden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das rKomZ zwar größtenteils angebotsorientiert agiert, was auf ein systemorientiertes Case Management verweist, sich jedoch in

gewissen Aspekten an der Lebenswelt der Nutzer*innen orientiert und im Rahmen der Abklärungsphase flexibel auf (potentielle) Nutzer*innen eingehen kann. Die leistungserbringenden Organisationen scheinen eine gewisse Bandbreite an unterschiedlichen Bedürfnissen abzudecken, unsere erhobenen Daten lassen jedoch keinen eindeutigen Schluss hinsichtlich einer Anpassung der Therapieprogramme auf einzelne Individuen zu.

4.3.6.2 Empowerment

Hannah-Christina Nebosis

Ziel des ‚Empowerment‘-Konzeptes (siehe Kapitel 2.4.1) ist, die vorhandenen Fähigkeiten und Stärken von Menschen zu kräftigen und Ressourcen, welche für eine selbstbestimmte Ausgestaltung des individuellen Lebensweges und Lebensraumes förderlich sind, aufzubauen, zu stärken und freizusetzen (vgl. Sohns 2007:77). Dadurch sollen mögliche Abhängigkeiten von der professionellen Hilfe verhindert werden. Folgendes Kapitel untersucht, inwiefern das Empowerment-Konzept sowie die damit einhergehende Stärken- und Ressourcenorientierung in der Beratungsstelle rKomZ angewendet werden.

Corinna Ehlers und Matthias Müller unterscheiden zwischen einer ‚Stärken-‘ und einer ‚Ressourcenorientierung‘. Mit dem Begriff ‚Stärkenorientierung‘ beziehen sie sich auf die inneren, persönlichen Fähigkeiten und Interessen eines Menschen, während der Begriff ‚Ressourcenorientierung‘ externe Ressourcen wie finanzielle und soziale meint (vgl. Ehlers/Müller 2014:137).

Eine Mitarbeiterin beschreibt die Abklärung bei FÖBES folgendermaßen:

„[...] [W]ir klären [...] das Konsummuster ab, die Wohnverhältnisse, die finanzielle Situation, eben berufliche Erfahrungen, ‚Wie lange ist man schon arbeitslos gemeldet? Gibt es irgendwo Schulden? Wie schauen die Bezüge aus, funktioniert das? Wie setzt sich das zusammen? Wie ist das soziale Netzwerk [...]? Gibt es Ressourcen in irgendeiner Art und Weise?“ (T6:241-244)

Die Mitarbeiterin beschreibt, dass neben der Abklärung von verschiedenen Themenfeldern ermittelt wird, ob es „Ressourcen in irgendeiner Art und Weise“ gibt. Hinter dem Prinzip der ‚Stärken- und Ressourcenorientierung‘ nach Ehlers/Müller steht jedoch die Idee, dass jeder Mensch über innere und äußere Ressourcen verfügt, die es zu erschließen und zu fördern gilt. Orientiert man sich nach der Formulierung der

Mitarbeiterin, ist nicht jeder Mensch automatisch mit Ressourcen ausgestattet, weshalb man schauen müsse, "gibt es Ressourcen in irgendeiner Art und Weise" (vgl. T6:244).

Es wäre denkbar, dass die Mitarbeiterin – wenn sie von Ressourcen spricht – sowohl die persönlichen Fähigkeiten der Nutzer*innen als auch deren externe Ressourcen meint. Auf persönliche Stärken der Nutzer*innen geht die Mitarbeiterin allerdings nicht ein, wogegen sie das soziale Netzwerk der Nutzer*innen als externe Ressource explizit erwähnt.

Dem sozialen Umfeld der Nutzer*innen – bspw. Familie und Freunden – wird im Abklärungsgespräch Raum gegeben, wie auch eine zweite Mitarbeiterin schildert. Sie stelle folgende Fragen:

"Wie sieht's aus mit dem sozialen Umfeld, [...] wird im Freundeskreis auch viel konsumiert? Oder im familiären Umfeld. Gibt's Vorerkrankungen in der Familie? Sind unterstützende Faktoren da, belastende Faktoren [...]" (T7:49-51)

Unterstützende Faktoren des sozialen Umfeldes werden erwähnt, in der Praxis wird das soziale Umfeld der Nutzer*innen als Ressource jedoch kaum in den weiteren Prozess einbezogen, wie eine Mitarbeiterin erwähnt:

"Case Management beinhaltet ja auch 'soziales Umfeld', also wirklich auch Familie, Freunde. Und darauf, hab ich das Gefühl, können wir [*das rKomZ*] wenig Einfluss nehmen. [...] also die Vernetzung mit den Institutionen, das funktioniert, mit dem sozialen Umfeld ist es momentan noch sehr schwierig. Weil es ist nicht wie in der [...] Kinder- [*und*] Jugendhilfe mit diesen Konferenzen oder so, sowas gibt es eigentlich kaum, ja. Und man merkt auch, dass bei Einrichtungen, gerade Angehörigenberatung auch nicht so gut läuft und anläuft, wo ich – also das fällt mir auf, dass das private Umfeld irgendwie noch zu wenig miteinbezogen wird, aber das ist auch, also, das ist auch eine Schwierigkeit, wie man es einbezieht, ja." (T7:528-536)

Die Mitarbeiterin merkt an, dass das rKomZ wenig Einfluss auf das soziale Umfeld der Nutzer*innen nehmen könne. Auf die Gründe, wieso sich die Zusammenarbeit mit Angehörigen generell als ‚schwierig‘ gestaltet, wird von der Mitarbeiterin nicht näher eingegangen. Dass das soziale Umfeld im rKomZ nicht im Sinne einer ‚Ressourcenorientierung‘ (Ehlers / Müller 2014:137) in den Abklärungsprozess miteinbezogen wird, könnte man mit der ‚Broker‘-Funktion des rKomZ (siehe Kapitel 4.3.5) in Zusammenhang bringen. Da das rKomZ seine Zuständigkeit in der ‚Vermittlung‘ und nicht in der ‚Betreuung‘ sieht (vgl. T4:184), wird Angehörigenarbeit eventuell als Aufgabe der jeweiligen Leistungserbringer wahrgenommen. Die Aussagen der Mitarbeiterin lassen jedoch darauf schließen, dass sich Angehörigenarbeit in der Suchthilfe als allgemein "schwierig" gestaltet. Man könnte obiges Zitat als Wunsch der

Mitarbeiterin deuten, das private Umfeld von Nutzer*innen im Sinne eines Social Work Case Managements mehr einzubeziehen, um mögliche Ressourcen nutzbar zu machen.

Das rKomZ klärt zusätzlich zum sozialen Umfeld ab, inwiefern die Nutzer*innen bereits professionell beraten bzw. betreut werden:

" [...] [W]ir schauen natürlich auch 'Mit welchen Institutionen sind die Klient*innen schon bereits vernetzt?' Also es kann sein, dass manche schon ambulant angebunden sind zum Beispiel, die über das AMS kommen oder so, oder dass die über das betreute Wohnen irgendwie sozialarbeiterisch betreut sind." (T7:51-54)

Das rKomZ nimmt in weiterer Folge mit professionellen Helfer*innen außerhalb des Versorgungssystems 'A.Lk.' Kontakt auf, jedoch nur dann, wenn es zu „Problemen“ kommt (vgl. T7:212-217). Dabei kann es sich beispielsweise um Konflikte zwischen Nutzer*innen und AMS-Berater*innen handeln:

"[...] [W]enn die [Nutzer*innen] länger betreut werden, dann kann es sein, es gibt Probleme mit dem AMS. Kommt nicht so selten vor, dann wäre [eine] Intervention zum Beispiel einfach, Kontakt mit dem AMS-Berater aufzunehmen, zu schauen ‚Wo gibt es Probleme? Warum gibt es die Probleme?‘“ (T7:214-217)

Es ließen sich keine Hinweise darauf finden, dass professionelle und/oder andere Helfer*innen als Ressourcen in die Maßnahmenplanung miteinbezogen werden.

Anstelle einer Stärken- und Ressourcenorientierung finden sich im rKomZ Hinweise auf einen problemorientierten Zugang in der Abklärung sowie Maßnahmenplanung. Der Fokus in der Abklärung liegt vor allem auf dem Verlauf der Suchterkrankung der Nutzer*innen: Klient*innen sind Patient*innen, die mit ihrer Krankheit „Leben können.“ sollen (vgl. A.Lk.a o.A.). Auf der Basis der Suchterkrankung der Nutzer*innen vermittelt das rKomZ die Nutzer*innen an leistungserbringende Organisationen.

Auf die Frage, ob es in den Abklärungsgesprächen um seine Ziele und Wünsche ging, antwortet ein Nutzer:

„Nein, also nein, nein. Die schauen dann, [...] dass die Krankenkasse die Kosten übernimmt, [...], dass das geregelt ist auf alle Fälle, ja, ich war ja da in Wien gemeldet und das ist in Niederösterreich, Marienhof vom Grünen Kreis und das haben die alle[s] geregelt, das Kompetenzzentrum, nicht, aber alles, was die Therapie anbelangt [...] ist vom Grünen Kreis aus dann. [...] Die Gespräche [im rKomZ] waren nur, ja, über mein Suchtproblem und dann der Grüne Kreis“ (T3: 183-190).

In den Gesprächen im rKomZ ging es, den Aussagen des Nutzers nach, ausschließlich um seine Suchtproblematik. Darauf aufbauend organisierte das rKomZ die Kostenübernahme der stationären Therapie beim Grünen Kreis.

Eine Mitarbeiterin begründet den Fokus auf die Probleme der Nutzer*innen damit, dass eine Identifikation der Problemfelder der Nutzer*innen für die Entscheidung bezüglich der Profession der fallführenden Person notwendig ist:

“[...] [I]ch taste mich rundherum ran, steck ab – wo sind Problemfelder, wo sind prägende Lebensereignisse, aktuelle, vergangene Belastungen, die mitunter noch immer reinspielen [...] – um auch wirklich klarzustellen, ‚OK, da braucht’s mehr [einen] psychotherapeutischen Schwerpunkt oder da braucht’s einen sozialarbeiterischen Schwerpunkt, da braucht’s einen medizinischen Schwerpunkt in der Therapie.“ (T6:380-384)

Die Ausrichtung des Beratungsprozesses an den Problemen der Nutzer*innen im rKomZ könnte sich aus den Funktionen als ‚Gatekeeper‘ und ‚Broker‘ ergeben (siehe Kapitel 4.3.5), also einer Art ‚Torwächter‘, dessen Aufgabe eine „zielgerichtete“ und „schnelle Vermittlung“ (T7:732-737) ist. Das rKomZ ist Akteur der ersten Phasen des CM-Regelkreises, nämlich der ‚Klärungsphase‘ sowie des ‚Assessments‘ und Teilen der Ziel- und Hilfeplanung (siehe Kapitel 4.3.4). Im ‚Assessment‘ werden üblicherweise Probleme identifiziert (vgl. Kleve 2009:9-11). Das rKomZ erstellt eine soziale Diagnostik sowie eine grobe Planung der Ziele, die in weiterer Folge an die Leistungserbringer übergeben wird, wo die ‚Beziehungsarbeit‘ stattfinden soll. Aus der Logik des Netzwerkes heraus ist eine ressourcen- und stärkenorientierte Haltung der Mitarbeiter*innen im rKomZ offenbar nicht notwendig, um die Funktion der Stelle angemessen zu erfüllen. Womöglich erscheint dieses Prinzip sogar als einer schnellen Vermittlung entgegenlaufend.

Das Empowerment-Konzept beinhaltet neben der Stärken- und Ressourcenorientierung die Unterstützung von Ermächtigungsprozessen der Nutzer*innen. Um dies zu erreichen, ist es laut Sohns wichtig, dass Nutzer*innen an Entscheidungsprozessen partizipieren sowie dass sie als Akteur*innen gesehen werden, die in der Lage sind, ihren Alltag selbst zu organisieren und zu bewältigen. (vgl. Sohns 2007:73-75)

Wie im Kapitel zur Teilhabe (4.3.6.3.3) zur Sprache kommt, ist die Mitbestimmung am Beratungsprozess für Nutzer*innen in erster Linie in Form von Zustimmung und/oder Ablehnung möglich, was als wenig ‚empowernd‘ gedeutet werden kann.

Ein Nutzer beschreibt die Zuständigkeiten seiner Beraterin im weiteren Prozess rückblickend folgendermaßen: „Die hat [...] das Ganze abgenommen mit [der] Terminvergabe.“ (T2:150-151) Dieses und ähnliche Zitate (vgl. T2:48-51), die auf eine passive Haltung der Nutzer*innen hindeuten, legen nahe, dass vonseiten des rKomZ im weiteren Beratungsprozess nicht versucht wird, die Nutzer*innen selbst aktiv werden zu lassen. Dies könnte bewusst vom rKomZ so gewählt sein, um die Nutzer*innen zu entlasten bzw. eine Überforderung dieser zu verhindern. Da sich Nutzer*innen des

Projektes ‚A.Lk.‘ zum Zeitpunkt des Aufsuchens des rKomZ in einer Situation befinden könnten, wo sie „froh sind [...], wenn ihnen die Sachen abgenommen [werden]“ (vgl. T2:256-258), ist es wahrscheinlich, dass die Mitarbeiter*innen des rKomZ den Nutzer*innen in der ersten Phase bewusst wenige Aufgaben zumuten, um diese zu entlasten.

Auf der Website von ‚Alkohol. Leben können.‘ finden sich ebenfalls Hinweise darauf, dass dies der Fall sein könnte: „Das regionale Kompetenzzentrum ist Ihre Anlaufstelle. Dort beraten wir Sie und besprechen die weiteren Schritte. Sie können sich ganz um Ihre Gesundheit kümmern. Den Rest machen wir.“ (vgl. A.Lk.b o.A.) Das bewusste Übernehmen von Aufgaben mit dem Ziel, Nutzer*innen zu entlasten, müsste jedoch im Sinne einer Ermächtigung der Nutzer*innen diesen transparent gemacht werden (vgl. Sohns 2007:75) (siehe Kapitel 4.3.6.3.2). Im Sinne einer ‚selbstdekonstruktiven Logik des Helfens‘ wäre es laut Kleve wichtig, die ‚Hilfe‘ im Laufe des Prozesses zu reduzieren, um die Selbstständigkeit von Nutzer*innen zu fördern und diese dabei zu unterstützen, von der professionellen Hilfe unabhängig zu werden (vgl. Kleve 2003:1-9).

Eine weitere Praktik im rKomZ, welche dem Prinzip ‚Empowerment‘ scheinbar widerspricht, ist das Anrufen von Nutzer*innen, wenn diese nicht zu sogenannten ‚Infotagen‘ von Projekten erscheinen, zu denen sie angemeldet wurden oder wenn sie nach der Abklärung nicht mehr im rKomZ erscheinen:

„[...] [W]enn da jetzt zwischen [...] Information, Abklärung, ISD³²-Termin irgendwie der Klient -warum auch immer – auf einmal nicht mehr kommt, dann telefonieren wir natürlich nach und schauen und fragen nach und wenn die Person dann sagt, sie möchte jetzt aktuell nicht, ist das auch in Ordnung für uns. [...] Und wenn wir sagen ‚OK, woran hat es denn gelegen?‘ oder ‚Wollen Sie noch einmal einfach einen Termin haben?‘ dann werden wir das anbieten und schauen [...], wo die Schwierigkeit ist [...] oder wo vielleicht noch Unsicherheiten da sind von der Person.“ (T6:826-831)

‚Nachtelefonieren‘ kann als Praktik gedeutet werden, die im Widerspruch zu Empowerment steht, da nicht davon ausgegangen wird, dass Nutzer*innen sich selbstständig an die Beratungsstelle wenden, wenn diese Hilfe benötigen.

Laut der Mitarbeiter*in des rKomZ dient das ‚Nachtelefonieren‘ dafür, die Gründe für das Fernbleiben der Nutzer*innen in Erfahrung zu bringen sowie ihnen bei Bedarf ein weiteres persönliches Gespräch anzubieten. Diese Vorgehensweise könnte mehrere Gründe haben:

³² Institut für Suchtdiagnostik, siehe auch Kapitel 4.3.1.

Ein Grund könnte in der Datengewinnung zu Evaluationszwecken zu verorten sein. Um Angebote im Sinne der Nutzer*innen verbessern zu können und die eigene Beratungstätigkeit zu reflektieren, könnte es für die Mitarbeiter*innen wichtig sein, zu erfahren, was den*die Nutzer*in zur Beendigung der Beratung bewegte bzw. wieso er*sie sich gegen eine Vermittlung entschied.

Ein weiterer Grund für das ‚Nachtelefonieren‘ könnte auch darin bestehen, dass die Mitarbeiter*innen des rKomZ den Nutzer*innen Interesse entgegenbringen möchten. Als Nutzer*in nach einem versäumten Termin oder einem Rückfall, einer Beendigung des Programmes o.Ä. beim rKomZ anzurufen und um einen neuen Termin zu bitten, könnte eine Hürde für Nutzer*innen darstellen. Es handelt sich hierbei womöglich um ein Entgegenkommen des rKomZ, indem versucht wird, auf die Nutzer*innen zuzugehen und ihnen mit weiteren Angeboten einen Wiedereinstieg in das Versorgungssystem zu erleichtern.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in der Beratungstätigkeit im rKomZ vermutlich nicht auf die individuellen Stärken von Nutzerinnen eingegangen wird, wohingegen die externen Ressourcen berücksichtigt werden. Diese werden jedoch eher als potentielle ‚Problemfelder‘ erhoben. Es ließen sich keine Hinweise darauf finden, dass das soziale Umfeld oder die bereits bestehenden professionelle*n Helfer*innen in den weiteren Prozess als Ressourcen miteinbezogen werden. Es konnten verschiedene dem Empowerment scheinbar widersprechende Praktiken identifiziert werden, welche vermutlich dazu dienen sollen, die Nutzer*innen in der Anfangsphase des CM-Prozesses bewusst zu entlasten.

4.3.6.3 Prozedurale Fairness

Nikita Felder

Der Begriff der ‚prozeduralen Fairness‘ ist eng mit dem des ‚kooperativen Aushandlungsprozesses‘ verbunden. Das Prinzip legt die Prämisse zugrunde, dass Nutzer*innen von Sozialer Arbeit selbstbestimmte und mündige Menschen sind. Dementsprechend rückt das Ziel in den Blick, über den gesamten Hilfsprozess hindurch auf die Selbstbestimmung und Mitbestimmung von Nutzer*innen zu achten. Das setzt auch voraus, Nutzer*innen unvoreingenommen zu begegnen und ihnen hinreichend Informationen bereitzustellen, damit sie möglichst ‚passende‘ Entscheidungen für sich treffen können. (vgl. Wendt 2001:69-70)

Um zu rekonstruieren, inwiefern das Prinzip der ‚prozeduralen Fairness‘ im Rahmen von A.Lk. und FÖBES zum Tragen kommt, beschreiben wir im Folgenden drei in der Analyse vorgefundene Aspekte des Prinzips. Dabei handelt es sich zum einen um die Beziehungsgestaltung zwischen Berater*innen und Nutzer*innen im rKomZ, zum zweiten um die Transparenz des Beratungsprozesses für Nutzer*innen und schließlich die Möglichkeiten der Teilhabe von Nutzer*innen an diesem Beratungsprozess.

4.3.6.3.1 Beziehungsgestaltung

Im ersten Kapitel zum Social Work Case Management-Prinzip der ‚prozeduralen Fairness‘ richten wir den Blick auf die Beziehungsgestaltung zwischen den Mitarbeiter*innen des rKomZ und den Nutzer*innen, wobei das Hauptaugenmerk auf der Beziehung von fallführender Person und Nutzer*in liegt. Wie bereits im Kapitel zu den Funktionen des Case Managements im integrierten Versorgungssystem A.Lk. thematisiert (4.3.5), besteht die Aufgabe der Berater*innen im rKomZ insbesondere in der Vermittlung des für den Bedarf der Nutzer*innen „optimalsten Angebotes“ (T4:106), und nicht in der „Beziehungsarbeit“ (T4:227-286). Wie wir im Folgenden herausarbeiten werden, gestaltet sich die Beziehung eher distanziert und die Kommunikation sowohl in der ‚beruflichen‘ (FÖBES) als auch in der ‚therapeutischen Schiene‘ (A.Lk.) dementsprechend eher sachdienlich.

Auf die Frage, wie sich die Beziehung zwischen fallführender Person und Nutzer*in gestaltet, antwortete die Leiterin des rKomZ: „Die ist natürlich sehr punktuell, klar“ (T4:470).

Nutzer*in und fallführende Person begegnen sich zwar bereits während der Erstellung des ‚Maßnahmenplans‘. Der Auftrag der fallführenden Person beginnt jedoch erst mit der sogenannten ‚Maßnahmenplanbesprechung‘ (vgl. T4:370-390) und endet dann, wenn der*die Nutzer*in das Programm beim Leistungserbringer verlässt (vgl. T4:491-455). Grundsätzlich ist ein Abschlussgespräch vorgesehen, dass allerdings nicht verpflichtend ist (vgl. T4:497-504).

Manche Nutzer*innen sind dementsprechend nur während der ‚Maßnahmenplanbesprechung‘ und der Vermittlung an den jeweiligen Leistungserbringer in direktem Kontakt mit der fallführenden Person – so auch die beiden Nutzer, mit denen wir Interviews geführt haben (vgl. T2:227-286, T3:149-153). Während einer der beiden annimmt, das rKomZ wäre „nur zuständig für die Aufnahme“ (T3:138)

und er die fallführende Person dementsprechend nicht als Ansprechpersonen wahrnahm, an die er sie sich bei auftauchenden Irritationen und Problemen hätte wenden können, meinte der andere, es hätte keinen Anlass mehr für ihn gegeben, mit der fallführenden Person Kontakt aufzunehmen (vgl. T2:287-292).

Darüber hinaus kommt der Kontakt zwischen Nutzer*innen und fallführender Person vorwiegend dann zustande, wenn es zu Veränderungen kommt. Diese Veränderungen können im Anliegen von Nutzer*innen, das Angebot zu wechseln, in den Lebensumständen der Nutzer*innen selbst oder in Veränderungen des Angebots von Seiten der leistungserbringenden Organisation bestehen (vgl. T4:202-207). Es liegt nahe, dass die Intensität der Beziehung zwischen fallführender Person und Nutzer*in auch von der Frequenz des Kontaktes der Nutzer*innen mit dem rKomZ abhängt.

Der enge Zeitrahmen in der Abklärungsphase wird von Seiten der fallführenden Person dementsprechend vor allem dazu genutzt, sachdienliche Informationen einzuholen und Interventionen zu setzen, die den Einstieg in das vorgesehene Programm erleichtern sollen, wie eine Mitarbeiterin des rKomZ ausführt.

„[U]nd wie gesagt, an sich sollte dieser ganze Prozess [...] relativ flott von statten gehen, [...] weil wir wollen, dass die Leute relativ rasch in [...] eine Therapie, in ein Projekt kommen. Das heißt, viel Zeit bleibt mir da gar nicht. Da geht's eher so um ein Informationensammeln, aber auch zu schauen, [...] wenn zum Beispiel die Wohnsituation ungesichert ist oder da irgendwelche Schwierigkeiten sind, dann vielleicht die Person nicht direkt in ein stationäres Setting zu schicken, sondern vielleicht eine Vorbereitung vorher zu machen. So eine Vorbetreuung, wo man sich das in Ruhe anschaut, dass man das zuerst absichert, dass die Person dann wirklich beruhigt gehen kann. Einfach diese Dinge. Aber es ist [...] meiner Meinung nach immer wieder eben wirklich so ein Abschätzen von: Was kann ich in der Zeit leisten und was kann ich eben nicht leisten in der Zeit? Und das, wo ich dann sag: Das kann ich jetzt nicht leisten, weil das auch nicht meine Aufgabe ist in dem Fall – das dann aber gut dorthin zu übergeben.“ (T6:733-743)

Auch die Leiterin des rKomZ erläutert, dass „Beziehungsarbeit“ nicht zu den Kernaufgaben gehöre, sondern bei den leistungserbringenden Organisationen zu verorten sei:

„Alles was ein bisschen mehr Zeit braucht oder schon engere, einen engeren Bezug und vielleicht auch schon mehr Beziehungsarbeit braucht, kann man vielleicht dann über diese ambulante Vorbereitung machen, wo sie [*die Nutzer*innen*] dann schon quasi die Einrichtung kennenlernen.“ (T4:227-286)

Beide Zitate verweisen auf die Funktion der Versorgungskoordination, die die Einrichtung als „Erstanlaufstelle“ (T4:116) im Wiener Alkohol-Hilfsnetzwerk einnimmt und die dementsprechend eher geringe Bedeutung, die der Beziehung zwischen fallführender Person und Nutzer*in zukommt.

Das zeigt sich auch darin, dass die Gespräche im rKomZ offenbar stark von Seiten der Mitarbeiter*innen des rKomZ strukturiert werden, u.a. mithilfe von standardisierten Verfahren. Eine Beraterin beschreibt das Vorgehen, wie folgt: „In den Gesprächen hat jeder die gleichen Analysebögen. Also wir arbeiten im Gespräch nur mit handschriftlichen Notizen, aber mit vorgegebenen Bögen und nach dem Gespräch wird das im Prinzip einfach bei uns im Programm dokumentiert“ (T6:285-287). Diese zielgerichtete Vorgehensweise dient vermutlich der möglichst effizienten Nutzung des beschränkten Zeitrahmens. Hinweise dafür, dass über sachdienliche Informationen in Bezug auf den Bedarf der Nutzer*innen hinausgehende Kommunikation im rKomZ stattfinden würde, konnten wir in der Analyse nicht finden. Zur Gesprächspraxis selbst können wir jedoch keine spezifischeren Aussagen treffen, weil das Forschungsdesign teilnehmende Beobachtungen nicht miteinschließt.

Daran und am folgenden Sachverhalt zeigt sich auch, dass sich die Beziehung zwischen den Berater*innen und Nutzer*innen vermutlich eher distanziert gestaltet. So beschreibt eine Mitarbeiterin des rKomZ, dass sich Nutzer*innen, die bereits bei einer leistungserbringenden Organisation angebunden sind und sich eine Änderung des Maßnahmenplans wünschen, nicht unbedingt direkt an die fallführende Person wenden – wie anzunehmen wäre, wenn sich eine Beziehung zwischen ihnen aufgebaut hätte. Stattdessen findet die Vermittlung einer gewünschten ‚Maßnahmenplanänderung‘ ans rKomZ durchaus auch über „Bezugspersonen“ (T6:177) bei der leistungserbringenden Organisation statt (vgl. T6:171-183).

Manche Nutzer*innen wünschen sich allerdings mehr ‚Nähe‘, als die fallführenden Personen zu leisten imstande sind, wie die Leiterin des rKomZ ausführt. Dies könne die jeweiligen Mitarbeiter*innen hinsichtlich ihrer beruflichen Rolle herausfordern.

„Also es gibt so ein Spannungsfeld, dass ich schon merke, im Sinne von einer Ausgliederung eines Case Managers oder einer Case Managerin, quasi den Fall zu verfolgen oder quasi zu steuern, zu koordinieren und Organisationsleistungen zu vollziehen, inhaltlich auch zu verstehen und zu tun, aber nie in die behandelnde oder betreuende [...] Rolle einzusteigen. Das ist manchmal eine ziemliche Gradwanderung [...] für die Mitarbeiter*innen natürlich [...]. Also es gibt einfach so Klient*innen, die [...] sehr schnell quasi viel Beziehung auch einfordern, weil man so die erste helfende Stelle ist.“ (T4: 637-648)

Trotz diesem vermutlich eher distanzierten Verhältnis zwischen Berater*innen und Nutzer*innen muss ein gewisses Maß an Vertrauen aufgebaut werden, um eine angemessene Bedarfsklärung zu erreichen. Darauf deutet jedenfalls die Erzählung einer Mitarbeiterin hin. Sie merkt an, dass Nutzer*innen sehr häufig nicht gleich zu Beginn, sondern erst in weiteren Gesprächen, im Laufe derer sie Vertrauen gefasst haben,

preisgeben, was sie tatsächlich konsumieren (vgl. T7:574-579). Die Berater*innen des rKomZ stehen demnach vor der Herausforderung, in einem engen zeitlichen Rahmen genügend Vertrauen von den Nutzer*innen zu erlangen, um für die Abklärung notwendige Informationen über schambesetzte oder vertrauliche Inhalte zu erhalten. Eine weitere Mitarbeiterin erläutert, wie das gelingen kann:

„[...] [I]ch glaube, es hilft, dass wir einen sehr offenen Zugang haben. Sie [*die Nutzer*innen*] erfahren bei uns keine Vorurteile, die vielleicht sonst ganz gängig sind, wenn jemand eine Suchterkrankung hat. Dadurch wird die Offenheit [...] auf jeden Fall größer. Und diese Abklärung an sich, die findet ja immer im Zweiergespräch statt. Also da sitzt die Klientin, der Klient und ich. Dann ist es natürlich auch leichter [...] für den Klienten, [sich] zu öffnen in dem ganzen Setting. Und das funktioniert meistens sehr gut. Es wird bei uns keiner gezwungen bestimmte Auskunft zu geben, gewisse Informationen benötigen wir natürlich einfach um einen Therapieplan zu erstellen (...).“ (T6:365-372)

Die Beziehung zwischen Nutzer*innen und fallführenden Personen des rKomZ ist also zusammenfassend gesagt, durch eher punktuellen persönlichen Kontakt, eine auf den Bedarf bezogene Kommunikation und eine gewisse Distanz gekennzeichnet. Unter Berücksichtigung der Positionierung des rKomZ im Netzwerk der Suchthilfe und der Funktion der Einrichtung erscheint dies auch sehr schlüssig. ‚Beziehungsarbeit‘ gehört nicht zu den Kernaufgaben des rKomZ, sondern ist bei den unterschiedlichen Leistungserbringern zu verorten. Jedoch benötigen auch die Berater*innen im rKomZ ein gewisses Vertrauen der Nutzer*innen, um ihnen ‚passende‘ Vorschläge zu den Angeboten unterbreiten zu können. Dementsprechend stehen sie vor der Herausforderung, zielgerichtet und effizient zu kommunizieren und dabei eine Vertrauensbasis zu schaffen.

4.3.6.3.2 Prozessgestaltung hinsichtlich Transparenz

Mit dem Prinzip der ‚Transparenz‘ ist gemeint, dass den Nutzer*innen die für sie relevanten Informationen und Entscheidungen offengelegt werden. Darunter fällt auch die Klärung von organisationalen und professionellen Zuständigkeiten oder die Offenlegung des organisationalen Vorgehens (vgl. Kapitel 2.4). Im Zentrum dieses Kapitels steht deshalb die Kommunikation im Beratungsprozess des rKomZ hinsichtlich ihrer Transparenz. Gegen Ende des Kapitels gehen wir außerdem kurz auf den Betreuungsprozess bei einer leistungserbringenden Organisation ein.

Welche Informationen erhalten die Nutzer*innen jeweils?

Wenn Nutzer*innen mit dem integrierten Versorgungsnetzwerk A.Lk. in Kontakt kommen, so in den meisten Fällen über das rKomZ. Damit spielt diese Stelle eine

besondere Rolle hinsichtlich der Informationsweitergabe. Eine Mitarbeiterin unterstreicht diese Einschätzung: “[N]aja wir sind halt teilweise schon die erste Anlaufstelle. Das heißt, (...) da ist es dann an uns, auch wirklich Informationen zu geben“ (T6:748-750). Dementsprechend ist das ‚Infogespräch‘, das im Betreuungsprozess ganz am Beginn steht, darauf ausgelegt, einen Einblick in den Versorgungsprozess und das Versorgungssystem erhalten:

“Das Informationsgespräch ist einfach auch dafür da, die Leute darüber aufzuklären: ‚Wie funktioniert denn das bei uns? Wie läuft der Prozess – was gehört da dazu?‘ Wenn jemand vielleicht therapieunerfahren ist, einfach mal kurz schauen und erklären, welche Vereine es gibt, mit wem wir zusammenarbeiten. Dass die Leute das wissen, dass wir eben eigentlich innerhalb von Wien hauptsächlich tätig sind [...], aber das ist wirklich so Information, Aufklärung.“ (T6:809-816)

Das Zitat weist zwei unterschiedliche Aspekte einer transparenten Kommunikation auf, die ineinander verwoben sind. Zum einen handelt es sich dabei um die Weitergabe von ‚sachdienlichen‘ Informationen, z.B. über Angebote des integrierten Versorgungssystems A.Lk., und zum anderen von ‚kontextualisierenden‘ Informationen.

Was können solche ‚kontextualisierenden‘ Informationen sein? Der Sozialwissenschaftler Heiko Kleve spricht von der Abklärung des „institutionellen Kontextes“ (Kleve 2002:19), wenn Funktionen und Aufgaben einer Organisation von Berater*innen zum Thema gemacht werden. Wenn Erwartungen von Seiten der Nutzer*innen hinsichtlich des Zugangs angesprochen werden, spricht der Autor von der Offenlegung des „Überweisungskontextes“ (ebd.). Einen Rahmen zu schaffen, in dem Kontextualisierung auf unterschiedlichen Ebenen stattfinden kann, erlaube erst eine erfolgreiche Interaktion zwischen Berater*innen und Nutzer*innen. (vgl. ebd.:17–19)

In der Analyse des Datenmaterials zeigt sich dann auch, dass die Weitergabe von Informationen nicht nur in der Hinsicht eine Kernaufgabe des rKomZ ist, als sie Nutzer*innen dabei helfen soll, eine für sie passende Wahl zwischen den Angeboten treffen zu können. Vielmehr scheinen die Mitarbeiter*innen großen Wert darauf zu legen, ‚kontextualisierende‘ Informationen weiterzugeben. Im Folgenden findet sich ein Beispiel für die Abklärung des „institutionellen Kontextes“. Wenn Nutzer*innen der Auftrag und die Funktion des rKomZ nicht klar ist, ist es der Beraterin wichtig, die Zuständigkeiten der Einrichtung offenzulegen.

„Und viele haben natürlich dann irgendwie Vertrauen zu uns geschöpft. Jetzt kann das natürlich sein, dass die öfters bei uns anrufen und nach gewissen Dingen fragen. Das ist auch OK so und soweit wir gewisse Dinge leisten können, tun wir’s auch, aber wo man einfach dann auch klar in der Abklärung (...) oder in [der] Maßnahmenplanbesprechung mit dem Klienten festhalten muss: ‚Bitte deponiert’s das dann dort beim Verein noch einmal. Die kriegen zwar von uns natürlich den

Maßnahmenplan, aber bitte auch zur Person sagen, wenn's dann dort sitzen, sagen's das selber noch einmal. Dort und dort hakt's und dort gibt's Schwierigkeiten, weil dafür sind die da'. Also so ein bisschen auch den Personen klar zu machen: ‚Bitte öffnen Sie sich dort – das ist wichtig. Dort sind Sie längerfristig angebunden, weil wir sind eine abklärende Stelle beim Verein sind sie [...] länger‘“ (T6:750-759)

Daneben machen die Berater*innen auch den „Überweisungskontext“ zum Thema. Wenn etwa Nutzer*innen vom Arbeitsmarktservice ans rKomZ überwiesen werden, zeigen die Berater*innen auf, mit welchen Konsequenzen Nutzer*innen bei Nichtinanspruchnahme des Angebotes rechnen müssen bzw. mit welchen auch nicht (vgl. T6:251-261, vgl. Kapitel 4.3.6.3.3).

An der Erzählung eines ehemaligen Nutzers ist abzulesen, dass er die Interaktion mit den abklärenden Personen als geglückt empfindet – gerade auch, weil die Mitarbeiter*innen des rKomZ offenbar auf seine Situation eingegangen sind (vgl. Kapitel 4.3.6.1.1), und es trotz seiner medikamentös bedingten beeinträchtigten Wahrnehmung geschafft haben, dass er für ihn relevante Informationen mitnehmen konnte:

“Wobei die Betreuung sehr gut war, muss ich sagen. Also schon allein die Einführung [und in der] Nachbearbeitung wurde nochmal alles besprochen, was letztendlich für einen wichtig ist. Man darf ja auch nicht vergessen: Die Leute, die dort hinkommen sind ja unter Medikamenten. Also so richtig klar ist die Birne nie, wenn man Medikamente nimmt. Das kann ich jetzt natürlich auch sagen, denn ich bin seit dem dreiviertel Jahr jetzt fast ohne Medikamente.“ (T2:172-177)

Er erinnert sich sogar noch sehr genau, dass der konkrete Ablauf während der ‚Abklärung‘ in der ‚medizinischen Schiene‘ explizit zum Thema gemacht wurde: „[...] [D]ann kam [...] das Erstgespräch mit dem Sozialarbeiter dort. Der hat das dann nochmal genauer erläutert, was jetzt passiert. Wie lange das dauert – dass wir dazwischen eine Pause haben auch“ (T2:202-205).

Die transparente Kommunikation im rKomZ ist für den zweiten von uns interviewten Nutzer kein Thema. Er streicht vielmehr heraus, dass ihm die Informationsweitergabe bei einer leistungserbringenden Organisation nicht ausreichte, um einschätzen zu können, was auf ihn zukommen würde.

„Aber es hat sich ja so angefangen beim Grünen Kreis, dass die Vorbereitungsgespräche nicht wirklich [...] eine Information war[en] für die Patienten oder für mich halt. [...] [E]s ist nichts gesagt worden über den Therapieverlauf [...] – nur so, was man mitnehmen muss. Und ich hab dann dort selbst erlebt, ich war bei einigen [anderen Patienten] Pate, [...] wenn die neu kommen. Dass man denen den Hof zeigt und die ganze Anlage und den Ablauf, [...] die Gegebenheiten dort halt. Die waren dann oft so überrascht, wie sie hingekommen sind, weil sie in den Vorgesprächen nichts erfahren haben wie der Therapieverlauf ist, dass sie am nächsten Tag gleich abgebrochen haben und heimgefahren sind. [...] also von Vieren weiß ich, die [...] am nächsten Tag gleich abgebrochen haben. Weil sie nicht zurechtgekommen sind mit den Regeln in der Therapiestation [...].“

“[...] [U]nd im Nachhinein haben wir auch immer wieder in der Therapie gesagt, ‚Jetzt weiß man, warum die eigentlich so wenig Informationen rausgeben, weil Leute dann eher bereit sind, das zu machen‘.“ (T3:10-25, 196-198)

Diese – seiner Erzählung nach – sowohl auf ‚sachlicher‘ als auch auf ‚kontextualisierender‘ Ebene intransparente Kommunikation, bringt er direkt mit der Beendigung von Betreuungsprozessen in Verbindung. Da wir mit Mitarbeiter*innen der leistungserbringenden Organisation keine Interviews durchgeführt haben, lässt sich diese Einschätzung jedoch nicht wider- oder belegen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Bereitstellung von ‚sachdienlichen‘ Informationen genauso wie von ‚kontextualisierenden‘ Informationen als Kernaufgabe des rKomZ verstanden werden kann. Eine solche ‚Informiertheit‘ der Nutzer*innen bildet die Grundlage für die Teilhabe am Betreuungsprozess. Diese ist dann auch Thema des folgenden Kapitels.

4.3.6.3.3 Prozessgestaltung hinsichtlich Teilhabe

Im Zentrum dieses Kapitels stehen die Möglichkeiten der Teilhabe von Nutzer*innen am Beratungsprozess im rKomZ. Dabei geht es insbesondere um den Prozess der Entscheidungsfindung für ein ‚passendes‘ Angebot. Ein Prinzip des Social Work Case Management besteht in der ‚partizipativen Entscheidungsfindung‘, die über die reine Aufklärung über Chancen und Risiken von Behandlungsrisiken hinausgeht, indem sie Nutzer*innen und Berater*innen gleichberechtigt an einer Entscheidungsfindung beteiligt. (vgl. Kapitel 2.4) Die Frage, die wir uns im Anschluss stellen lautet: Was und wie können die Nutzer*innen im Beratungsprozess mitbestimmen?

In der Analyse haben sich drei Sequenzen dieses Prozesses herauskristallisiert, bei denen sich Teilhabemöglichkeiten von Nutzer*innen zeigen: Die Möglichkeit als Nutzer*in den CM-Prozess zu beenden, die Möglichkeit, eigene Anliegen hinsichtlich des ‚Maßnahmenplans‘ zu äußern sowie die Möglichkeit, Angebote des rKomZ auszuwählen. Bevor wir auf diese drei Aspekte eingehen, thematisieren wir eingangs den Einfluss von zuweisenden Instanzen auf die Teilhabe von Nutzer*innen.

Inwiefern Nutzer*innen selbst und ‚freiwillig‘ entscheiden, das rKomZ aufzusuchen, ist grundsätzlich fraglich, wenn davon ausgegangen wird, dass die Entscheidung, mit Sozialer Arbeit in Kontakt zu kommen, in der Regel aus einer Zwangslage heraus entsteht (vgl. Pantucek-Eisenbacher 2001:o.A.). Dennoch bestimmt der Anlass die

spezifische Eingangssituation, die auch Folgen für die Formen der Teilhabe im weiteren Verlauf des Beratungsprozesses nach sich zieht, wie im Folgenden beschrieben wird.

Während ein Großteil der Nutzer*innen des ‚beruflichen Bereiches‘ laut Leiterin des rKomZ „sehr eigenständig“ (T4: 244-246) Kontakt mit der Einrichtung aufnimmt – sich also die Entscheidung, das rKomZ aufzusuchen, selbst zuschreibt – wird anderen der Besuch der Beratungsstelle nahegelegt. Mögliche zuweisende Instanzen sind z.B. Partner*innen, Arbeitgeber*innen oder auch das Arbeitsmarktservice (AMS), das zum Teil Termine nahelegt oder Leistungskürzungen bei Nicht-Inanspruchnahme ankündigt (vgl. T7: 377-386). Vor allem letzteres erschwert die Arbeit der fallführenden Person, wie eine Mitarbeiterin der sogenannten ‚beruflichen Schiene‘ ausführt:

Das war bei der alten Arbeit auch sehr anstrengend, weil ich bei der alten Arbeit kompletten Zwangskontext hatte, also das war nur mit Sanktionen verbunden, das heißt, wenn jemand nicht zum Termin erschienen ist oder so. Es war [...] rechtlich im Prinzip dieser Druck da [...] – das ist jetzt manchmal leider auch noch so, also schon hierarchisch noch, weil im Prinzip auch die Termine am AMS als Kontrolltermine geführt werden können – also nicht unbedingt müssen – aber es kann sein, dass die in der Einladung stehen haben, es ist ein Kontrolltermin und wenn sie den Termin nicht wahrnehmen, [...] kann's sein, dass sie Kürzungen bekommen.“ (T7: 338-344)

Der Druck, Termine im rKomZ wahrzunehmen, geht zwar nicht vom rKomZ aus – dennoch lässt sich vermuten, dass er ins rKomZ ‚hineinwirkt‘. Die Einschätzung der Mitarbeiterin, dass es³³ „also schon hierarchisch noch“ sei, könnte – auch wenn sie dies nicht genauer ausführt – darauf verweisen, dass eine Kommunikation auf Augenhöhe und Teilhabemöglichkeiten von Nutzer*innen in solchen Beratungssettings mit ‚Zwangscharakter‘ erschwert werden. Angenommen, ‚zugewiesene‘ Nutzer*innen erleben die Vermittlung tatsächlich als Einschränkung ihrer Autonomie, ist fraglich, ob sie die Probleme, die ihnen zugeschrieben werden (in diesem Fall grundsätzlich ein ‚problematischer Alkoholkonsum‘), selbst auch als Probleme wahrnehmen. Laut Harro Dietrich Kähler, der sich mit Reaktionen von Nutzer*innen sozialarbeiterischer Einrichtungen auf die Einschränkung ihrer Autonomie auseinandergesetzt hat, halten sich zugewiesene Nutzer*innen typischerweise aus der Bearbeitung „anstehender Problemen“ heraus (vgl. Kähler 2005:39).

In solchen Fällen ist neben den Nutzer*innen und den fallführenden Personen im rKomZ also „ein unsichtbarer Dritter mit im Spiel“ (ebd.:13). Es stellt sich die Frage, inwieweit

³³ Wir interpretieren das „das“ aus „das ist jetzt manchmal leider auch noch so“ als auf die Beratungssituation oder die Terminvergabe des rKomZ bezogen.

ohne die Beteiligung von Nutzer*innen überhaupt ein Case Management (im Sinne eines Social Work Case Managements) stattfinden kann.

Einer Mitarbeiterin des rKomZ ist es dementsprechend wichtig, den Nutzer*innen im weiteren Verlauf klarzumachen, dass das rKomZ kein ‚verlängerter Arm‘ des AMS sei und ihr Angebot nur eine Option darstelle (T6:251-258). Das nehme bei den (potentiellen) Nutzer*innen

“[...] oft schon ganz viel Spannung [...] raus, ja weil oft so dieser Druck vom AMS: ‚Ich muss jetzt‘ - ja den gibt’s bei uns in diesem Sinn nicht und es kann natürlich schon sein, dass dann der AMS-Berater sagt: ‚Naja, wenn wir nicht passend sind, muss der Klient, die Klientin vielleicht irgendwas Anderes machen‘. Aber bei uns innerhalb gibt’s gar keinen Druck, das ist wirklich freiwillig das Ganze.“ (T6:258-262)

Wahrscheinlich betrifft die Anwesenheit des ‚unsichtbare Dritten‘ nicht nur die ‚berufliche Schiene‘, sondern auch die ‚therapeutische‘: Die oben zitierte Mitarbeiterin erwähnt neben dem AMS auch die Wiener Gebietskrankenkasse, die den Nutzer*innen das rKomZ „empfiehlt“ (T6:351). Um einzuschätzen, inwieweit es sich dabei tatsächlich um Empfehlungen handelt, die bei Nichteinhaltung ohne Konsequenzen bleiben, oder eventuell ebenfalls Leistungsansprüche eine Rolle spielen, müssten weitere Forschungen betrieben werden.

Innerhalb des integrierten Versorgungssystems A.Lk. haben Nutzer*innen hingegen keine Konsequenzen bei Nichtinanspruchnahme von Terminen zu befürchten. Es besteht zu jedem Zeitpunkt des Beratungsprozesses die Möglichkeit einer Beendigung, ohne dass eine Wiederaufnahme der Beratung von Seiten des rKomZ erschwert würde, wie eine Mitarbeiterin des rKomZ ausführt.

“[...] [A]lso [...] beide Bereiche sind auf freiwilliger Basis, das heißt, [...] wir stellen den Leuten einfach einmal alles vor. Dann sagt diejenige Person: ‚Aktuell nicht, aber vielleicht später‘. Die können sich jederzeit wieder bei uns melden. [...] Wenn jetzt jemand sagt, ‚aktuell nicht‘ oder jemand bricht irgendwo ab, ist das überhaupt kein Problem, dass die Person dann wieder zu uns kommt [...]“ (T6:163-167)

Eine über die Möglichkeit, den Prozess zu beenden hinausgehende Form der Mitbestimmung zeigt sich im Prozess der Entscheidung für eine ‚passende‘ Behandlungsalternative. Bereits das ‚Infogespräch‘ zielt darauf ab, „vorzufühlen was [...] sich die Person vorstellen [kann]“ (T6:27). Obwohl „das Gespräch [*vermutlich die ‚Abklärung‘*] schon stark von der Beraterin geführt“ (T7:358) werde, erzählt eine Mitarbeiterin des rKomZ, „versucht [...], dass Klienten einfach so viel wie möglich über sich selber erzählen können und auch [...] Anliegen, [*thematisiert werden können*] (T7:369-360).“

Diese Anliegen von Seiten der Nutzer*innen kommen scheinbar jedoch nur dann zum Tragen, wenn das rKomZ dafür passende Behandlungsalternativen anbieten kann, denn sie führt weiter aus: „Am Ende [geht’s darum], einfach zu schauen, ‚OK, was sind denn die Themen, die [...] jemanden eigentlich gerade beschäftigen?‘ und ‚Können wir was anbieten dafür oder nicht?‘ (T7:360-362).

Für die Entscheidungsfindung in der ‚therapeutische Schiene‘ beraten sich die drei abklärenden Personen in Abwesenheit der Nutzer*innen und suchen unter Berücksichtigung der Vorstellungen der Nutzer*innen jene Behandlungsalternativen aus, die den Problemlagen der Nutzer*innen aus ihrer fachlichen Sicht entsprechen.

“[...] [S]ie [*die Nutzer*innen*] möchten was und wir entscheiden dann aber unabhängig, weil wir halt aus dem ganzen Pool an Therapiemöglichkeiten schöpfen können. Sollt’s jetzt doch wirklich das Anton Proksch Institut werden oder soll’s ein anderer Verein werden.” (T6: 636-638)

Die Behandlungsalternativen werden schließlich an die Nutzer*innen zurückgespielt. Dies findet im Rahmen der sogenannten ‚Maßnahmenplanbesprechung‘ statt, “wo wir [*die fallführenden Personen*] mit den Personen gemeinsam durchgehen, was wir denn entschieden haben und ihnen gerne vorschlagen würden“ (T6: 36-43).

Ein ehemaliger Nutzer beschreibt den gesamten Prozess der Entscheidungsfindung folgendermaßen:

“Es wurde natürlich in den Gesprächen auch schon angesprochen, was teilweise in Frage kommt. Ihrer Meinung nach. Das wird halt dann nochmal gemeinsam besprochen. Das sind Einzelgespräche und danach setzen alle drei sich nochmal zusammen und den Eindruck, den sie bekommen haben, werden sie letztendlich denken, [...] was für mich das richtige wär. [...] Da bin ich dann nicht dabei. Das ist die Entscheidung vom Kompetenzzentrum und die wird dann einem sozusagen mitgeteilt über den Sozialarbeiter.“

„Aber im Prinzip war’s dann so der zweite Vorschlag, [...] im Prinzip konnte ich fast wählen, weil man hat mir vorgeschlagen, entweder eine ambulante Sache zu machen über P.A.S.S. oder ins API zu gehen.“ (T2: 61-64, 235-244)

Zum einen verweist die Beschreibung des Nutzers (genauso wie die Zitate der Mitarbeiterinnen zuvor) auf die ‚Broker-Funktion‘, die auf die Vermittlung individueller Versorgungsarrangements durch eine neutrale Stelle abzielt (siehe Kapitel 4.3.5). Zum anderen verweist sie darauf, dass Nutzer*innen des rKomZ insofern an der ‚Maßnahmenplanung‘ beteiligt sind, als sie ihre Anliegen und Prioritäten äußern können, diese in die Entscheidung der Fachkräfte einfließen und sie im Anschluss einzelne unterbreitete Angebote annehmen oder ablehnen können. Dieser Vorgang wiederholt sich gewissermaßen beim ‚Bewilligungstermin‘ im Institut für Suchtdiagnostik, wo ein

multiprofessionelle Team eine weitere ‚Begutachtung‘ vornimmt und darüber entscheidet, ob der ‚Maßnahmenplan‘ genehmigt wird (vgl. T6:45-52).

Eine Mitarbeiterin des rKomZ setzt Beteiligung mit diesen Formen der Einbeziehung gleich: „Das ist und das mag ich sehr an diesem Projekt, dass es eine hohe Beteiligung gibt. Also [...] schon während der Abklärung können Klientinnen sagen ‚OK, das möchte ich, das möchte ich nicht‘“ (T7: 398-400).

Indizien für eine mit den Nutzer*innen gemeinsame Aushandlung der geeigneten Behandlungsmaßnahmen konnten wir, von der Basis unserer Datenmaterials ausgehend, nicht finden. Dafür müssten z.B. die Vorstellungen der nach Ansicht der Nutzer*innen geeigneten Hilfen im Fokus der ‚Abklärung‘ stehen und ihre Teilnahme an den Besprechungen im Anschluss an die ‚Abklärung‘ gewährleistet werden.

Unter der Prämisse, dass Nutzer*innen das rKomZ zumeist an einem Punkt der persönlichen Überforderung aufsuchen, kann das Abnehmen von zu treffenden Entscheidungen durch Expert*innen jedoch als Entlastung der Nutzer*innen verstanden werden und damit als Ablauf, der am Interesse von Nutzer*innen ausgerichtet ist. Diese Deutung unterstreicht der oben bereits zitierte Nutzer:

„Das war für mich vollkommen in Ordnung. In dem Augenblick sagen wir mal, sind Sie auch froh in der Situation, wenn Ihnen die Sachen abgenommen werden. Also wenn Sie sich gut aufgehoben fühlen, ist das schon sehr sehr viel wert.“ (T2: 256-258)

Zudem sind die Vorschläge des multiprofessionellen Teams nicht bindend – wenn Nutzer*innen nicht einverstanden sind, besprechen sich die Expert*innen wieder untereinander und erstellen einen neuen ‚Maßnahmenplan‘, wie der Nutzer weiter ausführt:

„Und sollte irgendwas – was natürlich auch sehr gut ist – sollte das nicht den Erwartungen entsprechen und ich hätte das zum Beispiel jetzt abgelehnt, das hätte ich machen können. Ganz klar hätten sie sich wieder zusammengesetzt [...] also man wird da nicht abgekanzelt: „Unser Vorschlag, nimm oder friss“, sondern die machen das schon ganz toll.“ (T2: 249-254)

Auch im weiteren Betreuungsverlauf, also wenn Nutzer*innen bei einer leistungserbringenden Organisation der ‚beruflichen‘ (vgl. T5:356-361) genauso wie der ‚therapeutischen Schiene‘ bereits angebunden sind, haben sie die Möglichkeit, Einfluss in den Prozess zu nehmen. Wenn Nutzer*innen mit einem Angebot unzufrieden sind, können sie mittels eines bürokratischen Akts einen neuen ‚Maßnahmenplan‘ erwirken.

„Also da kommt dann im Prinzip ein Änderungsantrag und dann heißt's, [...] man möchte dann nochmal einen Monat oder zwei Monate stationär oder man möchte

wieder eine höher Betreuung, [...] weniger Betreuung oder einen anderen Träger. Also wenn man wirklich merkt, man fühlt sich nicht wohl in der Einrichtung, dass es grundsätzlich auch möglich ist, die Einrichtung wieder zu wechseln. Also da ist die Beteiligung hoch im Projekt.” (T7: 412-417)

Zusammengefasst lassen sich die Teilhabemöglichkeiten von Nutzer*innen also insbesondere auf ein ‚Vetorecht‘ subsummieren. Wie in diesem Kapitel dargestellt, zeigt sich dies in der Möglichkeit der Beendigung des Beratungsprozesses und der Möglichkeit, Angebote abzulehnen und eine Wiederaufnahme der ‚Abklärung‘ zu erwirken. Darüber hinaus geht die Möglichkeit, eigene Anliegen hinsichtlich des ‚Maßnahmenplans‘ zu äußern. Jedoch werden diese nur dann in die Entscheidungsfindung miteinbezogen, wenn das rKomZ eine dafür geeignete Behandlung anbieten kann.

4.4 Die ‚Startbegleitung für Asylberechtigte und subsidiär Schutzberechtigte‘ (SfA)

Stefanie Gebesmair

Im vorliegenden Kapitel widmen wir uns der ‚Startbegleitung für Asylberechtigte und subsidiär Schutzberechtigte‘ (SfA). Dabei nehmen wir zu Beginn eine Organisationsbeschreibung (Kapitel 4.4.1) vor und gehen auf Strukturen (Kapitel 4.4.1.1), Personal (Kapitel 4.4.1.2) sowie Besonderheiten innerhalb der SfA (Kapitel 4.4.1.3) ein. Im Anschluss daran klären wir in Kapitel 4.4.2 wie und weshalb der Case Management-Ansatz in der Organisation implementiert wurde. Das darauffolgende Kapitel 4.4.3 zu ‚Case Management in der SfA‘ setzt sich ausführlich mit den Case Management-Abläufen (Kapitel 4.4.3.1), dem Verständnis (Kapitel 4.4.3.2) sowie den Funktionen von CM (Kapitel 4.4.3.3) auseinander. Das letzte Kapitel (4.4.4) ist schließlich den Case Management-Prinzipien ‚Nutzer*innenorientierung‘ (Kapitel 4.4.4.1), ‚Empowerment‘ (Kapitel 4.4.4.2) sowie der ‚Prozedurale Fairness‘ (Kapitel 4.4.4.3) im Beratungs- und Betreuungsprozess der SfA gewidmet.

4.4.1 Organisationsbeschreibung der SfA

Gegründet wurde die ‚Startbegleitung für Asylberechtigte³⁴ und subsidiär Schutzberechtigte³⁵‘ (SfA) infolge einer statistischen Erfassung der Bedarfslage von Asylberechtigten und subsidiär Schutzberechtigten durch unterschiedliche Magistratsabteilungen der Stadt Wien³⁶ sowie den Fonds Soziales Wien (FSW). Diese Studie zeigte auf, dass viele geflüchtete Personen nach Anerkennung ihres Asylstatus als Asylberechtigte oder subsidiär Schutzberechtigte in Österreich für längere Zeit bedarfsorientierte Mindestsicherung beziehen. (vgl. T8:67-71)

³⁴ Asylberechtigte Personen sind rechtlich als Flüchtlinge in Österreich anerkannt und haben vollen Zugang zum Arbeitsmarkt und die Möglichkeit, einen Konventionspass zu beantragen (vgl. HELP o.A.).

³⁵ „Subsidiären Schutz erhalten Personen, deren Asylantrag zwar mangels Verfolgung abgewiesen wurde, aber deren Leben oder Unversehrtheit im Herkunftsstaat bedroht wird. Sie sind daher keine Asylberechtigten, erhalten aber einen befristeten Schutz vor Abschiebung.“ (HELP o.A.) Subsidiär Schutzberechtigten wird der Status für ein Jahr erteilt. Sie haben ein Einreise- und Aufenthaltsrecht in Österreich und einen vollen Zugang zum Arbeitsmarkt. Unter Umständen kann, wenn bei Ablauf der Befristung die Voraussetzungen weiterhin vorliegen, der Status der*des subsidiär Schutzberechtigten für zwei Jahre verlängert werden. (vgl. ebd.)

³⁶ Magistratsabteilung der Stadt Wien für: Gesundheits- und Sozialplanung (MA24), Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht (MA40) und Integration und Diversität (MA17).

Die Stadt Wien hat sich in Folge der Bedarfserhebung die Frage gestellt, „ob das nicht vielleicht auch damit zusammenhängt, dass die Asylberechtigten eigentlich nicht mehr in einer Beratungsstruktur aufgefangen werden, weil sie sozusagen nur als Asylwerber*innen beraten werden aber nicht mehr als Anerkannte.“ (T8:71-74) Um dieser Entwicklung entgegenwirken zu können, sah die Stadt Wien 2008 die Notwendigkeit des Aufbaus einer Beratungseinrichtung für asyl- und subsidiär schutzberechtigte Personen und Familien. (vgl. T8:75-77)

Durch die Grundversorgung sind Asylwerber*innen in Österreich während der Dauer des Asylverfahrens in den Bereichen Unterbringung, Verpflegung, Krankenversicherung und soziale Beratung und Betreuung abgesichert. Mit dem Zeitpunkt der Anerkennung beginnt für asyl- und subsidiär schutzberechtigte Personen ein neuer Lebensabschnitt. Der geänderte Rechtsstatus bedeutet neue Möglichkeiten, bringt aber auch neue Anforderungen und Aufgaben mit sich. Viele asyl- bzw. subsidiär schutzberechtigte Menschen brauchen, laut Jahresbericht aus dem Jahr 2010, auf ihrem Weg von der Grundversorgung in die Selbstständigkeit unterstützende Beratung und Begleitung, da ihnen ihre möglicherweise unzureichenden Sprachkenntnisse, gesundheitliche Probleme und fehlende Kinderbetreuung den Zugang zu existenzsichernden Leistungen, zum Arbeitsmarkt und zu einer adäquaten Wohnversorgung erheblich erschweren können. (vgl. Interface Wien 2010:42)

Die Zielgruppe der SfA umfasste bei der Gründung im Jahr 2008 asylberechtigte und subsidiär schutzberechtigte Personen und Familien, welche ihren Asylstatus als Asylberechtigte oder subsidiär Schutzberechtigte bis vor maximal fünf Jahren erhalten hatten. Aufgrund einer ständig steigenden Auslastung der Startbegleitung wurde 2010 jedoch eine Eingrenzung der Zielgruppe vorgenommen. Subsidiär schutzberechtigte Personen werden seit diesem Zeitpunkt nur noch betreut, wenn diese nicht mehr in Grundversorgung sind oder ein akutes Problem bei der Wohnungsversorgung haben. (vgl. ebd.)

Bis zur Eröffnung der SfA am 01. April 2008 gab es in Wien keine Beratungsstelle, die diese Zielgruppe umfassend beraten hat (vgl. Interface Wien 2008:33-34). Die Beratungstätigkeit der SfA umfasst seit 2015/2016 aufgrund der extremen Auslastung eine auf ein Jahr befristete Integrationsbegleitung (vgl. E1:14-15), wobei letztendlich immer im Einzelfall ermessen wird, „[...] wie viel und was, wie lange gebraucht wird.“ (vgl. ebd.:17-18)

4.4.1.1 Strukturen der SfA

Die ‚Startbegleitung für Asylberechtigte und subsidiär Schutzberechtigte‘ (SfA) stellt eine von vier Abteilungen der Interface Wien GmbH dar. Die Interface Wien GmbH wird aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds, des Bundesministeriums für Bildung, des Landes Wien, des Fonds Soziales Wien mit Unterstützung der Initiative Erwachsenenbildung, des Arbeitsmarktservice Wien sowie des Wiener Arbeitnehmer*innen Förderungsfonds gefördert. Ziel ist die gesamtgesellschaftliche Integration von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Migrationshintergrund. (vgl. Interface Wien o.A.) Die drei weiteren Abteilungen umfassen die ‚Jugendbildungswerkstatt‘, die Abteilung ‚Eltern und Kinder‘ sowie die Abteilung ‚Sprache und Integration in den Arbeitsmarkt‘.

ORGANIGRAMM von Interface Wien GmbH, Stand 14.12.2017



www.interface-wien.at

Abbildung 19: Organigramm der Interface Wien GmbH (Interface Wien 2017)

Das Angebot, die Zielgruppe, das Team sowie die Räumlichkeiten der SfA haben sich seit der Gründung im Jahre 2008, u.a. aufgrund einer stetig steigenden Anzahl an Nutzer*innen, erheblich verändert. Der kontinuierliche Anstieg an Nutzer*innen kann als Spiegelbild der gesamten Entwicklung der Ankunft aus Kriegsgebieten geflüchteter Menschen bzw. der Zuerkennung von positiven Asylbescheiden in Österreich gedeutet werden. (vgl. Interface Wien 2015:30)

Während im Jahre 2008 495 Primärklient*innen³⁷ beraten wurden (vgl. Interface Wien 2008:35) waren es im Jahre 2016 bereits 3320. Infolge des Anstiegs an Nutzer*innen und Mitarbeiter*innen wurden mit Jahresbeginn 2017 neue Räumlichkeiten in der Pappenheimgasse im 20. Bezirk bezogen. (vgl. Interface Wien 2016:28)

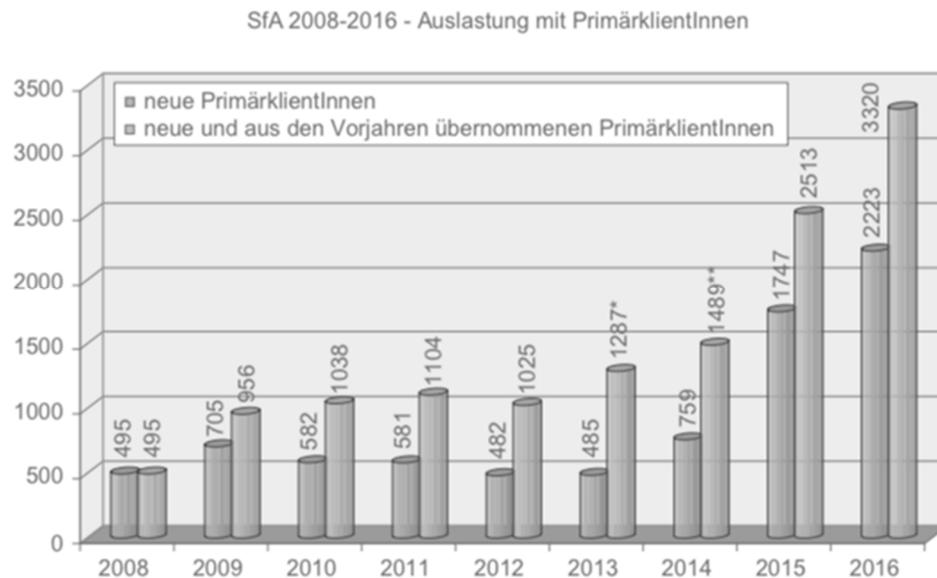


Abbildung 20: Auslastung mit Primärklient*innen von 2008-2016 (Interface Wien 2016:29)

4.4.1.2 Personal der SfA

Um der stetig steigenden Anzahl an Nutzer*innen gerecht werden zu können, wurden kontinuierlich neue Mitarbeiter*innen eingestellt. Das Team der SfA startete im März 2008 mit zwei Mitarbeiter*innen. Ende des Jahres 2008 waren bereits sechs Mitarbeiter*innen (vier in Voll- und zwei in Teilzeit) sowie eine Person im Sekretariat in der SfA tätig. (vgl. Interface Wien 2008:35) Die Aufstockung des Personals wurde vermutlich vorgenommen, um eine intensive Beratung und Betreuung der Nutzer*innen durch die Berater*innen der SfA zu ermöglichen.

Im Interview geht die Abteilungsleiterin auf die momentane Teambesetzung ein: Mit Stand März 2017 waren 23 Personen bei der SfA angestellt, davon 18 Berater*innen sowie ein Dolmetscher (vgl. T8:38-39). Neben den angestellten Mitarbeiter*innen wird

³⁷ Primärklient*innen sind jene Nutzer*innen, mit welchen die Beratung unmittelbar durchgeführt wurde. Unter Sekundärklient*innen werden mitberatene Angehörige verstanden.

das Team durch ehrenamtliche Dolmetscher*innen und Praktikant*innen unterstützt (vgl. Interface Wien 2015:36).

Das Team der SfA ist durch sprachliche und kulturelle Diversität gekennzeichnet. Dies hängt damit zusammen, dass bei der Gründung in Form eines Rahmenpapiers die ‚Muttersprachlichkeit‘ von Mitarbeiter*innen als Auflage festgelegt wurde. (vgl. T8:158-160) Das Rahmenpapier wurde unter anderem durch den damaligen Leiter der Magistratsabteilung für Gesundheits- und Sozialplanung erstellt (vgl. T8:543-545).

Die Auflage spiegelt sich in der Beschreibung des Teams durch die Abteilungsleiterin der SfA wider:

„[...] [A]lso wir sind 23 Leute aus 14 Nationen [...] also praktisch alle mit muttersprachlichem Hintergrund, die entweder eine soziale Ausbildung im Herkunftsland haben, teilweise auch nicht soziale Ausbildungen. Wir haben einen Banker, einen Personalmanager, die dann hier sozusagen psychosoziale Ausbildungen nachgeholt haben und sei es ‚nur‘ der Integrationscoach unter Führungszeichen ‚nur‘ oder Mentor [...]. Das heißt wir haben Leute, die sehr viel mitbringen, sich hier nachgeschult haben. Einige, die [...] über ein freiwilliges Praktikum [bei uns gelandet sind], die selbst Fluchthintergrund haben, unbedingt [...] im Sozialbereich [...] arbeiten wollten [und] bei uns ehrenamtlich mitgearbeitet haben, Praktikum gemacht haben, Arbeitstraining gemacht haben und dann [eine] Ausbildung nachgeholt haben [...]. Also wir sagen immer, [...] die Startbegleitung ist eigentlich ein ganzheitliches Projekt, [...] weil wir ja sozusagen die Zielgruppe beraten, andererseits aber für viele oder für einige aus der Zielgruppe der erste Arbeitgeber sind. Wo ja auch noch, wie soll ich sagen, wo noch viele Themen auch da sind – im Ankommen in Österreich [...].“ (T8:40-53)

Bezüglich der Qualifizierung der Mitarbeiter*innen gibt die Interviewaussage zu erkennen, dass einige der bei der SfA tätigen Mitarbeiter*innen bereits im Herkunftsland eine soziale Ausbildung absolviert haben. Andere wiederum haben eine Ausbildung für den Sozialbereich in Österreich nachgeholt. Manche der Mitarbeiter*innen haben selbst ‚Fluchthintergrund‘ und kamen über ein bei der SfA absolviertes, freiwilliges Praktikum zu einer Anstellung bei der SfA.

Wie bereits durch die Abteilungsleiterin angesprochen, bringt die Auflage der ‚Muttersprachlichkeit‘ Vor- und Nachteile mit sich. Als Vorteil für die Nutzer*innen werden beispielsweise die unterschiedlichen Sprachkenntnisse der Mitarbeiter*innen sowie die Schaffung von Arbeitsplätzen für Menschen mit Migrations- bzw. Fluchthintergrund genannt. Der Einsatz von Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund als Berater*innen kann als Praxis im Sinne des Prinzips „Empowerment“ gedeutet werden (siehe Kapitel 4.4.4.2).

Die unterschiedlichen Sprachkenntnisse der Mitarbeiter*innen und damit zusammenhängend die ‚muttersprachliche‘ Beratung ist vermutlich für Nutzer*innen der SfA von Vorteil. Wenn Sozialarbeiter*innen auf Menschen mit anderen Sprachen treffen, so kann die gemeinsame Kommunikation schnell schwierig werden. Damit Soziale Arbeit jedoch überhaupt gelingen kann, müssen Sozialarbeiter*in und Nutzer*in in der Lage sein, auf ihr Gegenüber zu reagieren, was lediglich gelingen kann, wenn die Aussagen der anderen Person tatsächlich begreifbar sind. (vgl. Wille 2018:330-331) Durch die ‚Muttersprachlichkeit‘ der Berater*innen bei der SfA ist häufig eine gemeinsame Sprache und damit zusammenhängend ein möglicherweise von Nutzer*in und Berater*in geteilter ‚kultureller Hintergrund‘ gegeben. Dies wirkt sich vermutlich positiv auf die Verständigung zwischen Nutzer*in und Berater*in aus.

Neben den beschriebenen Vorteilen könnte die Auflage des Rahmenpapiers jedoch ebenso Nachteile mit sich bringen. So besteht etwa die Gefahr, dass eingestellte Mitarbeiter*innen, die selbst Fluchthintergrund haben, glauben, genau zu wissen was Nutzer*innen brauchen. Eine solche Einstellung könnte dazu führen, dass die angebotenen Hilfen nicht individuell an Nutzer*innen angepasst werden. Das folgende Zitat einer Mitarbeiterin der SfA könnte dahingehend gedeutet werden: “[...] [T]rotzdem, wenn man [schon] Erfahrung hat [...] – und ich selber [*hab einen*] Flucht - Hintergrund [...] – ja und als Flüchtling, wenn du schon weißt, was die Menschen brauchen [...].” (T13:133-134)

Die ‚Muttersprachlichkeit‘ und damit zusammenhängend die Herkunft der Mitarbeiter*innen bewirkt möglicherweise, dass es für manche schwieriger ist, sich gegenüber Nutzer*innen aus ihrer eigenen ‚Community‘ abzugrenzen, wie die Leiterin der SfA ausführt:

„Vor allem ist das halt auch für unsere muttersprachlichen Kollegen immer wieder eine Herausforderung, weil die natürlich in der Grenzziehung ihrer eigenen Community gegenüber es viel schwieriger haben. Weil da geht’s um ganz bestimmte Erwartungen von der Kultur, ‚Du hast einfach da zu sein für mich oder ganz grundsätzlich einmal, wurscht wann‘ [...].“ (T8:417-421)

Eine Fokussierung auf die ‚Muttersprachlichkeit‘ der Mitarbeiter*innen könnte dazu führen, dass diese aufgrund der Schwierigkeit der Grenzziehung ihre privaten Empfindungen mit einer professionellen Arbeitsweise vermischen und es dadurch vermehrt zu Rollenunklarheiten kommt. Eine Mitarbeiterin gibt im Interview zu erkennen, dass sie sich stark mit der Rolle ‚der Helfenden‘ identifiziert und nennt die SfA beziehungsweise sich selbst als „einzige Quelle“ für ‚ihre Klient*innen‘: „Mir ist es egal,

wer da ist. Ich will nur den Leuten helfen. Ich meine, ich bin die einzige Quelle. Ich glaube einfach, dass die zu mir kommen und sagen ‚bitte bitte helfen‘.“ (T9:142-144)

Dass sich die Mitarbeiterin als „einzige Quelle“ sieht, könnte auch so gedeutet werden, dass die SfA die einzige Beratungsstelle für asylberechtigte und subsidiär schutzberechtigte Personen in Wien ist und dass Nutzer*innen aufgrund ihres Fluchthintergrundes zum Zeitpunkt des Aufsuchens der SfA noch kaum soziale Kontakte in Österreich haben. Andererseits könnte die Aussage der Mitarbeiterin jedoch auch darauf hindeuten, dass die Mitarbeiterin die Nutzer*innen braucht, um ihrer Rolle als Helfende gerecht zu werden. Durch eine solche Form der ‚Logik des Helfens‘ würden jedoch Nutzer*innen vom Hilfesystem abhängig und unselbstständig gemacht werden. (vgl. Kleve 2003:3-4)

Neben den bei der SfA angestellten Mitarbeiter*innen besteht das Team ebenso aus ehrenamtlichen Praktikant*innen und Dolmetscher*innen. Um der seit 2013 stetig steigenden Zahl an arabischsprachigen Nutzer*innen gerecht werden zu können, wurden vermehrt arabischsprachige Praktikant*innen und Dolmetscher*innen eingesetzt. Einige der ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen sind ehemalige Nutzer*innen, die in kurzer Zeit Deutsch gelernt haben und auf der Suche nach Arbeit sind. (vgl. Interface Wien 2015:36)

Die Übergabe von Aufgaben an ehrenamtliche Dolmetscher*innen und Praktikant*innen (vgl. B2:86-89) weist auf eine hohe Flexibilität der Organisation hin. Dass ehrenamtliche Mitarbeiter*innen relativ rasch wichtige Aufgaben innerhalb der SfA übernehmen, könnte für eine flache Hierarchie der Organisation sprechen und deutet auf eine Teamkultur hin, in der ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen großes Vertrauen geschenkt wird. Dieses wertschätzende Klima innerhalb der SfA wirkt möglicherweise motivierend auf die ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen, da sich diese dadurch der Organisation zugehörig fühlen (siehe Kapitel 4.4.4.2). Aus einer Organisationslogik heraus könnte das erzeugte ‚Zugehörigkeitsgefühl‘ verwendet werden, um Leute schnell ‚anzudocken‘ und zu bewirken, dass diese in der Organisation bleiben. Andererseits könnte die schnelle Übergabe von Verantwortung an ehrenamtliche Mitarbeiter*innen ebenso in einem Zeit- und Ressourcenmangel begründet sein.

Im Jahr 2016 wurden die Mitarbeiter*innen der SfA von 25 arabischsprachigen ehrenamtlichen Dolmetscher*innen unterstützt (vgl. Interface Wien 2016:35). Marco Wille beschreibt, dass Laiendolmetscher*innen, neben der Kostenersparung bei der

Übersetzung, häufig aufgrund der nicht vorhandenen Verfügbarkeit von professionellen Dolmetscher*innen in Anspruch genommen werden. Sie qualifizieren sich meist, so der Autor, alleinig durch ihre Mehrsprachigkeit. Die Fähigkeit, zwei oder mehrere Sprachen zu sprechen, kann jedoch nicht gleichgesetzt werden mit der Fähigkeit, die Äquivalente einer Aussage in einer anderen Sprache zu finden und korrekt wiederzugeben. Wille führt weiters aus, dass der Einsatz von ehrenamtlichen Dolmetscher*innen von Nachteil sein kann, da diese in der Regel nicht über einen Ethikkodex und ein klares Berufsverständnis verfügen. Es besteht die Gefahr, dass Dolmetscher*innen selbst intervenieren oder bestimmte Aussagen nicht übersetzten, um Nutzer*innen vermeintlich zu schützen. (vgl. Wille 2018:336-338) Beim Einsatz von ehrenamtlichen Dolmetscher*innen besteht ebenso die Gefahr, dass Inhalte aufgrund mangelnder Deutschkenntnisse falsch oder unvollständig übersetzt werden.

Von Vorteil scheint, dass geflüchtete Menschen, die auf Arbeitssuche sind, bei der SfA die Möglichkeit erhalten, Arbeitserfahrung zu sammeln. Ebenso wird durch die Unterstützung der ehrenamtlichen Dolmetscher*innen ermöglicht, dass Nutzer*innen sich in Beratungsgesprächen jederzeit in ihrer ‚Muttersprache‘ ausdrücken können.

4.4.1.3 Besonderheiten der SfA

Im nun folgenden Teil der Arbeit gehen wir auf Besonderheiten der SfA ein. Die teilnehmenden Beobachtungen lassen vermuten, dass eine Art ‚Wissenskumulation‘ bei einzelnen Mitarbeiter*innen stattfinden könnte. Darüber hinaus zeigt sich ein hoher Gestaltungsspielraum der Mitarbeiter*innen, ein SfA-internes familienorientiertes Verständnis von Case Management sowie eine mit den Veränderungen in der organisationalen Umwelt zusammenhängende Ressourcenknappheit, der offenbar mit Rationierungsstrategien entgegnet wurde.

4.4.1.3.1 Mögliche Wissenskumulation bei einzelnen Mitarbeiter*innen

Im Rahmen von teilnehmenden Beobachtungen an Beratungssituationen mit Nutzer*innen konnte festgestellt werden, dass wiederholt Mitarbeiter*innen ins Beratungszimmer kamen, um ihrer (schon langjährig bei der SfA tätigen) Kollegin fallbezogene Fragen zu stellen (vgl. B3:47-50/ B2:82-85). Dies könnte darauf verweisen, dass es innerhalb des Teams üblich ist, sich in schwierigen Fällen gegenseitig zu unterstützen. Auf organisationaler Ebene könnte es auf eine flache Hierarchie und einen kollegialen Umgang hindeuten.

Ebenso lässt sich daraus schließen, dass viel Wissen bei einzelnen, bereits langjährig in der SfA tätigen Mitarbeiter*innen gesammelt ist. Neu eingestellte und daher weniger erfahrene Mitarbeiter*innen werden scheinbar von langjährigen Mitarbeiter*innen eingeschult und nutzen das Wissen erfahrener Kolleg*innen, um Nutzer*innen schnellstmöglich Unterstützung anbieten zu können. Eine Ansammlung von individuellem Wissen bei einzelnen Mitarbeiter*innen könnte jedoch die Gefahr der Abwanderung von Wissensträger*innen und damit von Wissen mit sich bringen. Helmut Kreidenweis und Willi Steincke empfehlen aus diesem Grund, Wissen stets auch über Individuen hinaus in der Organisation zur Verfügung zu stellen (organisationales Wissen). Das organisationale Wissen wird im Gegensatz zum individuellen Wissen von mehreren oder allen Mitarbeiter*innen einer Organisation geteilt und ist dadurch kollektiv verfügbar. (vgl. Kreidenweis/Steincke 2006:26)

4.4.1.3.2 Gestaltungsspielraum der Mitarbeiter*innen

Die Mitarbeiter*innen der SfA scheinen bei der Fallarbeit einen relativ großen Gestaltungsspielraum zu haben. Eine Mitarbeiterin beschreibt, dass sie sich bei der Erstberatung mit Nutzer*innen an den Fragen eines vorgefertigten ‚Anamneseblattes‘ orientiert. Dieses ‚Anamneseblatt‘ dient jedoch lediglich der Orientierung. Die Mitarbeiterin gibt zu erkennen, dass sie das Erstgespräch mit Nutzer*innen so durchführt, wie sie dieses für richtig empfindet:

„Die kommen dann einfach zu mir. Wir haben ein Anamneseblatt, wir fangen einfach mit den Fragen an [...]. Ich meine, ich will jetzt nicht halt oberflächlich [...] alles machen und sagen ‚fertig [ist das] Erstgespräch.‘ Ich mach einfach, [...] wie ich machen will, wie meine Gefühle [sind].“ (T9:36-42)

Der große Gestaltungsspielraum der Mitarbeiter*innen bei der SfA ist der Abteilungsleiterin bewusst und wird von dieser gewollt. Sie gibt im Interview zu erkennen, dass sie von Beginn an eine Individualität der Mitarbeiter*innen und unterschiedliche „Beratungskulturen“ (T8:488) innerhalb des Teams zugelassen hat. Im Team gibt es, so die Abteilungsleiterin, so viele Beratungsstile, wie es Menschen bzw. wie es Berater*innen gibt. (vgl. T8:478-498)

Der flexible Umgang der Mitarbeiter*innen mit Prozessen und Standards führt möglicherweise dazu, dass trotz bestehender standardisierter Instrumente auf Besonderheiten der individuellen Fälle eingegangen werden kann. Darüber hinaus könnte die Beratung jedoch durch die individuellen Arbeitsstile stark beeinflusst werden. Die Qualität der Betreuung und Beratung von Nutzer*innen wäre damit stark abhängig vom Engagement und Wissensstand der zuständigen Fachkraft. Dies könnte dazu

führen, dass Nutzer*innen um die besten und erfahrensten Mitarbeiter*innen ‚kämpfen‘. Ein Adressat untermauert diese These mit der Aussage, dass er speziell zu seiner Beraterin kommt, weil diese sich „auskenne“ (vgl. T11:65-66).

4.4.1.3.3 SfA-internes familienorientiertes Verständnis von Case Management

2015 wurde ein ‚Vier-Säulen-Modell‘ in der SfA eingeführt (vgl. Interface Wien 2015:30). Auf dieses Modell gehen wir in Kapitel 4.4.3 näher ein. Aufgrund dieser strukturellen Veränderung des Angebotes wurden ab 2015 lediglich große Familien oder Familien mit multiplen Problembereichen als neue Case Management-Fälle aufgenommen (vgl. ebd.:34). Diese Veränderung in der Anwendung von Case Management spiegelt sich möglicherweise in einem familienorientierten, SfA-internen Verständnis von Case Management wider:

„Es gibt ja Leute, die haben [...] minimale Probleme und sind nach ein paar Mal weg [...] und dann gibt’s halt eben komplexe Problemfälle, vor allem bei Familien, wo’s halt [...] größere Traumatisierungen gibt, behinderte Kinder, chronische Krankheiten, Gewalt in der Familie, also wo dann wirklich andere Themen auftauchen [...].“ (T8:142-146)

Die Abteilungsleiterin der SfA bringt in ihrer Interviewaussage komplexe Problemfälle vor allem mit Familien in Verbindung. Dies steht womöglich im Zusammenhang mit der Anzahl der Personen sowie der damit anfallenden komplexen Aufgaben, die im Falle einer Familienzusammenführung (Ausbildungsplätze für Kinder, Wohnungssuche, materielle Grundsicherung, etc.) zu erledigen sind. Ein ähnliches Verständnis zeigt sich in der Interviewaussage einer Mitarbeiterin:

„[...] [I]ch hab auch die Alleinerzieherinnen – die sind auch sowieso Case Management bei uns, weil die Alleinerzieherinnen brauchen wirklich [...] viel. [...] [D]ie, die ledig sind [...] – die, die keine Familie haben - die allein sind, die brauchen nicht so viel. Schon halt manche Sachen, Sozialgeschichten, sowas, aber nichts mehr. Die alleinerziehenden Frauen und Männer, die brauchen wirklich viel zu viel und Familien, die sind dann am meisten bei uns Case Management.“ (T9:24-29)

Ein solches familienorientiertes Verständnis von Case Management birgt die Gefahr, dass Nutzer*innen mit einer großen Familie oder alleinerziehende Frauen und Männer, die keinen erhöhten Betreuungsbedarf haben, automatisch als CM-Fälle klassifiziert werden. Jede Organisation sollte laut Monzer Auswahlkriterien zur Bestimmung von Case Management-Fällen festlegen. Findet eine solche Festlegung der Kriterien nicht statt, so ist der Einsatz von Case Management nicht wirkungsvoll, da geeignete Fälle im Verborgenen bleiben und andere Fälle fälschlicherweise bearbeitet werden (vgl. Monzer 2013:4). Bei der SfA scheint es abgesehen von der Orientierung an Familien keine solchen Auswahlkriterien zu geben. Ob ein Fall ein Case Management-Fall wird, hängt

möglicherweise von der*dem jeweiligen Berater*in und ihrer*seiner fachlichen Einschätzung ab.

4.4.1.3.4 Ressourcenknappheit und Rationierung

Nikita Felder

Im Gesamten ist aufgrund des stetigen Anstiegs an Nutzer*innen ein Mangel an zeitlichen und personellen Ressourcen zu verzeichnen. Dies hat, wie beschrieben, Auswirkungen auf das Team sowie die Qualität des Angebotes der SfA. Die Arbeitsbedingungen innerhalb der Organisation sind offensichtlich stark von den Veränderungen in der organisationalen Umwelt abhängig.

Dies mag auch mit ein Grund für das auf Familien beschränkte Angebot von Case Management sein, das bereits im vorangegangenen Kapitel thematisiert wurde. Ein solches Vorgehen kann als ‚Rationierung‘ bezeichnet werden, worunter der Versuch verstanden wird, die vorhandenen Ressourcen planmäßig zu verteilen (vgl. Wendt 2001:91).

Neben der Strategie, die Zielgruppe auf Familien einzuengen, finden sich auch Anzeichen für eine ‚Rationierung durch Ausdünnung‘. Damit ist gemeint, dass der Zugang zu den Angeboten immer noch für viele Nutzer*innen ermöglicht wird, aber eine weniger intensive Betreuung und Begleitung erfolgt (vgl. Wendt 2001:92). Ein Hinweis darauf findet sich in der Ausführung der Abteilungsleiterin der SfA:

„[...] [B]ei uns ist immer das erste Ziel die Existenzsicherung – also 60% von unserem Geschäft ist Existenzsicherung. Natürlich [ist das] jetzt in den letzten Jahren noch mehr geworden, weil wir [...] unsere Kapazität und Ressourcen fast nur mehr dort reinstecken haben können – unmittelbarer Feuerlöscher. Das war früher anders, [in den ersten fünf, sechs Jahren] haben wir wirklich intensiv begleitet und betreut so [in] allen Themenfeldern und [...] wirklich unter Anführungszeichen ein recht ‚gutes Integrationsmanagement‘ gemacht [...]. Vielleicht kommen wir ja wieder dorthin.“ (T8:117-124)

Ein weiterer Hinweis auf eine zumindest temporäre ‚Rationierung durch Ausdünnung‘ findet sich in der Reduktion von Beratungsterminen für CM-Nutzer*innen: “Wir haben das jetzt in den letzten zweieinhalb Jahren sukzessive aufgeweicht, weil wir es nicht mehr geschafft haben mit Terminvereinbarungen [zu fahren]” (T8:156-158). Darüber hinaus wurde die maximale Dauer des CM-Prozesses zwischen 2015 und 2016 von zwei Jahren auf ein Jahr beschränkt, was inzwischen wieder rückgängig gemacht wurde (vgl. T10:116-119).

Das könnte darauf verweisen, dass die SfA die Strategie verfolgte, trotz Einschränkung der Zielgruppe so vielen Menschen wie möglich Zugang zu den Angeboten zu ermöglichen, indem diese ‚verschlankt‘ werden. Der große Nachteil dieser Art von Rationierung besteht darin, dass sie zu Lasten der Qualität der Angebote geht, wie die Leiterin der SfA und Mitarbeiter*innen immer wieder erwähnen (T8:230-237, T9:249-258, T10:118-130, T13:118-124).

Neben Hinweisen auf eine (zwischenzeitliche) ‚Rationierung durch Ausdünnung‘ finden sich auch kleinere Verweise auf eine vorübergehende ‚Rationierung durch Abschreckung‘ – eine Erschwerung des Zugangs durch „Härtetests“ (Wendt 2001:92):

„[...] [M]an verlangt viel von den Menschen, weil sie kommen und warten teilweise für drei Stunden – wobei [...] seit der Aufstockung [...] ist es so, dass man auch um 10:00 kommen kann und mit großen Wahrscheinlichkeit noch einen Termin kriegt. Voriges Jahr, bevor ich die vier Leute dazu gekriegt hab, war's wirklich so, dass die Leute um halb sieben Schlange gestanden sind, damit sie eine Nummer gezogen haben. Also wie im Sozialamt. Noch dazu waren wir in der Paulanergasse in einem Gemeindebau – das heißt, die Leute sind im [...] Gemeindebau bei der Stiege runter Schlange gestanden. Bis wir aufgesperrt hab[en].“ (T8:169-174)

Bei der Praxis, die Menschen warten zu lassen, handelt es sich wohl kaum um einen absichtlichen Einsatz dieses Mittels. Die Wirkung, dass sich die Nutzer*innenzahl verkleinerte, wurde möglicherweise trotzdem erreicht. Inzwischen scheint es, als ob auch diese ‚Hürden‘ langsam abgebaut werden:

„[...] [S]eit vier Wochen haben wir erstmals das Gefühl, dass wir die Anzahl an Klient*innen, die kommen, auch tatsächlich beraten können. Das haben wir so ein Jahr [lang] überhaupt nicht gehabt. An keinem Tag eigentlich – auch nicht mit Terminen – es ist sich eigentlich nie ausgegangen. Also es schaut [...] ganz gut aus, dass wir wieder in Richtung Qualität kommen. [...] [W]o man halt einfach wieder mehr Zeit hat und sich dann wirklich rundherum fragen kann. Weil das ist halt das Bittere, wenn du siehst – nach zwei Jahren kommt der noch immer mit dem BMS-Antrag. Dann hat des genau damit zu tun, [...] dass ich nicht dran bleiben hab können.“ (T8:235-242)

Der offene Umgang der Leitung mit Herausforderungen und Problemen der Organisation, der sich in den Zitaten widerspiegelt, könnte darauf hinweisen, dass ein relativ geringer Rechtfertigungsdruck von Seiten der Auftraggeber*innen besteht. Obwohl sich der politische Einfluss durch die Veränderung des Vereins Interface in eine GmbH möglicherweise verstärkt hat, scheint sich die SfA relativ autonom gestalten zu können.

Auf den Einfluss der steigenden Anzahl an Nutzer*innen auf das Angebot der SfA gehen wir in Kapitel 4.4.3 noch ausführlicher ein.

4.4.2 Gründung der SfA und die Implementierung von Case Management

Kathrin Gräble

In diesem Kapitel wird den Fragen nachgegangen, wie sich der Implementierungsprozess des Case Managements im Rahmen der Gründung der SfA gestaltete, warum das Verfahren ausgewählt wurde und welche Ebenen der Implementierung identifiziert werden können.

4.4.2.1 Implementierungsprozess

Bei der Gründung der SfA im Jahr 2008 wurde aufgrund der Komplexität der Problemlagen der Nutzer*innen sowie der Vielfalt an Akteur*innen (Arbeitsmarktservice, Abteilung Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht des Magistrats Wien, Bildungsinstitute, Schulen, Krankenkassen) der CM-Ansatz gewählt, um die Koordination von Hilfeleistungen zu ermöglichen (vgl. Interface Wien 2008:36). Es war der damalige Leiter der Magistratsabteilung für Gesundheits- und Sozialplanung, der das CM einbrachte (vgl. T8:549-550). In Form eines Rahmenpapiers wurde festgehalten, dass eine niederschwellige Beratungsstelle, mit ‚muttersprachlichem‘ Beratungspersonal und CM-Ansatz aufgebaut werden sollte. Die Leiterin der SfA wurde damit betraut, das CM bei der SfA umzusetzen und es inhaltlich auszugestalten, wobei sie einen großen Gestaltungsspielraum hatte (vgl. T8:111-117). Das Ziel war

„ein zielgerichtetes System von Zusammenarbeit zu organisieren und den Klient*innen ein sogenanntes ‚package of care‘ anzubieten, welches sich am konkreten Unterstützungsbedarf der einzelnen Person ausrichtet und an deren Herstellung die betroffene Person konkret beteiligt ist. Die Koordination von Hilfeleistungen, die im Rahmen des Case Management angeboten wird, findet einerseits als Kommunikation und Vermittlung zwischen den einzelnen ‚stake-holder‘ Einrichtungen statt und andererseits umfasst diese pragmatische Leistungen zur Unterstützung bei den alltäglichen Herausforderungen (‚niederschwellige Alltagsbegleitung‘) im selbstständigen Leben“ (Interface Wien 2008:36).

Das CM wurde ‚top down‘ implementiert. Der Gestaltungsspielraum der Abteilungsleiterin sowie das Miteinfließen der Herangehensweisen und Sichten auf CM von Mitarbeiter*innen (vgl. T8:113-117, T9:127-129, T10:230-231) liefern jedoch Indizien für eine ‚doppelte Durchdringung‘. Diese Implementierungsstrategie wird in Kapitel 2.5. dieser Arbeit näher erläutert.

4.4.2.2 Ebenen der Case Management-Implementierung

CM ist insbesondere auf der Systemebene kaum implementiert: Eine Vernetzung, etwa in Form von schriftlichen Kooperationsvereinbarungen mit Kooperationspartner*innen,

findet innerhalb der SfA nicht statt. Im Falle von Vereinbarungen werden Protokolle beziehungsweise Schnittstellenklärungen in Vernetzungstreffen verfasst. (vgl. E1:29-30) Die angesprochenen Vernetzungstreffen finden vor allem anlassbezogen statt und die Mitarbeiter*innen machen es sich untereinander aus, wer zu welchem Treffen geht:

„[...] [D]as wird [...] im Team besprochen. [...] [Z]um Beispiel in zwei Wochen hab ich bei MA40 ein [Treffen], ich nenne das ‚Einschulungstesttag‘ weil MA40 das ist immer wieder, also die haben fast täglich verschiedene[...] Gesetze, zum Beispiel vorige Woche habe ich gar keine Information bekommen [...] [aufgrund von] Datenschutz. Wobei gestern hab ich alle Informationen [bekommen], was ich brauche [...]. Die halten [sich] irgendwie nicht an [das] Gesetz, sondern [entscheiden von] Fall zu Fall und das ist wirklich schade und deswegen hab ich [...] [mir] gesagt, ‚ich muss hin‘. (T13:225-230)

Neben anlassbezogenen Treffen findet auch eine ‚telefonische Vernetzung‘ mit Kooperationspartner*innen statt (vgl. T9:184). Darüber hinaus kommt es auch zu gegenseitigen Besuchen, wie eine interviewte Mitarbeiterin erklärt:

„Jetzt haben wir mit [der] MA40 angefangen, dass wir dorthin [gehen], dass jede von uns einen Tag dorthin als Zuschauer[in geht] [...] und schaut wie das [dort] ist [...]. [Die] MA40 ist zum Beispiel auch zu uns gekommen. Die Leute kommen zu uns und schauen einfach was wir machen.“ (ebd.:187-188)

Abgesehen von anlassbezogenen Vernetzungstreffen und gegenseitigen ‚Besuchen‘, können einzelne Mitarbeiter*innen auch auf persönliche Kontakte zurückgreifen, die sie in für die SfA relevanten Organisationen aufgebaut haben (vgl. T9:158-159, 170, 173-174, 179-180). Die damit möglicherweise einhergehende Wissenskumulation bei einzelnen Mitarbeiter*innen wurde in Kapitel 4.4.1.3.1 näher beschrieben.

Diese größtenteils informelle Zusammenarbeit mit den Kooperationspartner*innen lässt den Schluss zu, dass der Fokus der Implementierung von CM bei der SfA weniger auf der Systemebene denn auf der Fallebene liegt. Dies zeigt sich auch im CM-Ablauf, der in Kapitel 4.4.3.1 beschrieben wird.

4.4.3 Case Management in der SfA

Stefanie Gebesmair

Durch den kontinuierlichen Anstieg an neuen Nutzer*innen kam es nicht nur zu strukturellen Veränderungen, sondern auch zu einer Anpassung des Angebots an die steigende Anzahl der Nutzer*innen.

Das bisherige Beratungsmodell der SfA wurde 2015 von einem ‚Zwei-Säulen-Modell‘, welches das Case Management sowie die punktuelle Beratung umfasste, in ein ‚Vier-

Säulen-Modell' umgewandelt: Case Management für Familien, Wohnberatung plus, kompakte Sozialberatung und Journaldienst. (vgl. Interface Wien 2015:30)

Bezüglich der Anwendung des Case Management-Ansatzes kam es durch das eingeführte ‚Vier-Säulen-Modell‘ zu zentralen Veränderungen. Während 2010 noch jenen Nutzer*innen Case Management angeboten wurde, bei welchen im Clearing bzw. in der Erstberatung eine hohe Problemkomplexität mit einer hohen Anzahl an Akteur*innen erhoben wurde (vgl. Interface Wien 2010:46), waren es 2015 lediglich große Familien oder Familien mit multiplen Problembereichen (z.B. chronische Krankheiten, etc.), die als neue Case Management-Fälle aufgenommen werden konnten. Häufig wurden bereits einzelne Familienmitglieder (Vater oder Mutter) betreut, bevor eine Familienzusammenführung nach dem Asylgesetz eingeleitet wurde. Ebenso wurde das Projekt LOB4 (Lebensorientierungsberatung für asyl- und subsidiär schutzberechtigte Frauen) im Jahr 2015 vom Fonds Nationale Integration des BM.EIA und der Stadt Wien gefördert. In diesem Projekt wurde das Case Management neben den Familien ebenso für alleinerziehende, getrennte, gesundheitlich beeinträchtigte oder ältere und isolierte geflüchtete Frauen angeboten. (vgl. Interface Wien 2015:34)

In der Wohnberatung Plus werden Nutzer*innen bei der Suche nach einer Wohnung unterstützt. Es findet unter anderem eine umfassende Aufklärung und Orientierung der Nutzer*innen zu allen Herausforderungen der Wohnungssuche statt, mit dem Ziel, bei diesen eine Handlungskompetenz zu bewirken. Ebenso wird ein aktives Lobbying für Nutzer*innen vorgenommen und bei Bedarf werden Nutzer*innen bei allen notwendigen Schritten (z.B. Wohnungsbesichtigung, etc.) begleitet. (vgl. ebd.:35)

Die Einführung der kompakten Sozialberatung sollte der gestiegenen Anzahl an Nutzer*innen eine Erstorientierung und Erstversorgung ermöglichen, indem muttersprachliche Sozialberatung, insbesondere zu den Handlungsfeldern Existenzsicherung und Wohnen, angeboten wird (vgl. ebd.:33). Auf den Journaldienst gehen wir in Kapitel 4.4.3.1.1 näher ein.

4.4.3.1 Case Management-Ablauf in der SfA

Bei der nun folgenden Ausarbeitung der CM-Abläufe innerhalb der SfA orientieren wir uns an den sechs Schritten des CM-Regelkreises, welcher von der Deutschen Gesellschaft für Case und Care Management beschrieben wurde. Dabei handelt es sich um die Klärungsphase, die Falleinschätzung, die Zielformulierung und Hilfeplanung, die

Umsetzung des Hilfeplans, die Überprüfung des Hilfeplans und die Auswertung (vgl. DGCC 2008:17-39, zit. in Ehlers/Müller 2013:109; vgl. DGCC 2015:6, zit. in Ehlers/Müller/Schuster 2017:19).

4.4.3.1.1 Klärungsphase (Outreach, Case Finding, Intake)

In der Klärungsphase werden Fälle für den eigentlichen Case Management-Prozess ausgewählt, Rahmenbedingungen geklärt und ein verbindlicher Kontrakt zur Zusammenarbeit geschlossen (vgl. Netzwerk Case Management Schweiz 2014:8).

Um eine bedarfsorientierte Beratung sowie einen einfachen Zugang zur Beratung garantieren zu können, entschied sich die SfA 2016, an vier Vormittagen pro Woche eine Beratung ohne Terminvereinbarung anzubieten. Am Nachmittag werden Beratungen nach wie vor mit Terminvereinbarungen abgehalten. (vgl. Interface Wien 2016:28) Diese strukturelle Anpassung an die steigende Anzahl an Nutzer*innen wird durch die Abteilungsleiterin im Interview thematisiert:

„Das heißt wir haben nur strukturell anpassen können. [...] [A]lso letztendlich die Entwicklung von nur terminisiert bis jetzt schaut so aus, dass wir jetzt vier offene Vormittage haben. Das heißt Montag, Dienstag, Donnerstag und Freitag kann man ab 8:00 ohne Terminvereinbarung zur Beratung kommen und [am] Nachmittag sind [...] die hochschwelligeren Beratungen [...] wo man eine Stunde Zeit hat für einen Termin und wo terminisiert wird.“ (T8:177-182)

Während es im Jahre 2008 lediglich einen Tag gab, an dem Nutzer*innen ohne Termin zur Erstberatung kommen konnten, wurde die Terminisierung der Beratungsgespräche aufgrund der stetig steigenden Anzahl an Nutzer*innen vor allem ab 2015 sukzessive „aufgeweicht“ (vgl. T8:169-173). An jenen Vormittagen, an denen Nutzer*innen auch ohne Termin zur Beratung kommen können, finden so genannte ‚Clearinggespräche‘ mit Nutzer*innen statt. Das Clearingsystem wurde im September 2009 eingeführt, um zwischen Fällen der punktuellen Beratung sowie potenziellen Case Management-Fällen unterscheiden zu können. Im Zuge des Clearinggespräches werden Nutzer*innen in circa einer halben Stunde über das Beratungsangebot der SfA informiert und es wird eine Bedarfsanalyse sowie eine Kurzanamnese durchgeführt. Punktuelle bzw. akute Probleme werden nach Möglichkeit unmittelbar während des Clearings gelöst sowie die notwendigen Maßnahmen eingeleitet, bzw. werden Nutzer*innen an zuständige Institutionen weitergeleitet. (vgl. Interface Wien 2009:35) Vermutlich um den Grad der Komplexität eines Falles einschätzen zu können, findet im Zuge des Clearings eine ‚Kurzanamnese‘ statt. Werden die Probleme von Nutzer*innen als komplex betrachtet, so wird ein Nachmittagstermin vereinbart, um eine ausführliche Anamnese vornehmen

zu können. Der vereinbarte Termin wird auf einer gelben Terminkarte für die Nutzer*innen vermerkt. (vgl. B2:30)

Im Jahr 2015 wurde, wie eingangs beschrieben, ein Journaldienst eingeführt, um bereits am Empfang Bedarfslagen der Nutzer*innen ermitteln zu können. Der Journaldienst entscheidet darüber, ob die Fragen der Nutzer*innen direkt beantwortet werden können, ob sie zu einer kompakten Sozialberatung (vorrangig zur Existenzsicherung) weitergeleitet werden oder ob angesichts der Komplexität der Problemlage ein Beratungstermin für den Nachmittag vereinbart wird. (vgl. Interface Wien 2016:33) Der Journaldienst stellt somit jene Stelle dar, welche bereits vor den ‚Clearinggesprächen‘ eine Zuteilung der Nutzer*innen zu passenden Angeboten durchführt. Der Journaldienst soll vermutlich dazu dienen, eine effektive und effiziente Klärungsphase zu ermöglichen.

4.4.3.1.2 Falleinschätzung (Assessment)

In der Phase des Assessments werden gemeinsam mit Nutzer*innen Probleme bzw. Bedürfnisse beschrieben sowie Stärken und Ressourcen identifiziert (vgl. Kleve 2009:9-11; Ballew / Mink 1996:189-223).

In der SfA findet an den terminisierten Nachmittagsterminen ein ausführliches Anamnesegespräch (Assessment) statt, bei dem die Ist-Situation (Bedürfnislage, Problemkreis) der Nutzer*innen erfasst werden soll. Durch die Analyse der Gesamtsituation wird der Unterstützungsbedarf der Nutzer*innen erfasst. (vgl. Interface Wien 2008:36) Eine Mitarbeiterin beschreibt, wie solche Erstgespräche mit Nutzer*innen ablaufen und zu welchen Lebensbereichen Fragen gestellt werden:

“Bei Erstgespräch[en] [...] stellen [wir] [...] Anamnese von Geburtsdatum bis Versicherungsnummer – alles. Und dann kommen wir zu der Schulbildung, Weiterbildung, Arbeitserfahrung. Diese Informationen [sind] für mich [...] sehr wichtig [...]. Wir [sind] natürlich [...] zweiundzwanzig Personen und alle arbeiten unterschiedlich, aber für mich ist [es] sehr wichtig, zu wissen, was in [der] Vergangenheit war, in Zukunft irgendwie [im] Blick zu haben [...]. Dann in der Familie – [...] wie ist der Zustand von der Frau, wenn jetzt [der] Mann bei mir sitzt [...]. Zustand von der Frau – [damit meine ich] zum Beispiel zu wissen, ob sie bereit ist, ein bisschen rauszukommen oder sie [sich] nur als [...] Hausfrau [versteht] [...]. Das ist auch wichtig. Dann Kinder – [...] wenn ich höre, das Kind ist 16 Jahre alt und gerade angekommen – wir wissen, [dass das] Schulsystem bis 15 in Österreich läuft und danach fast gar nicht mehr und [es werden] nur Deutschkurs[e] für junge Menschen [bereitgestellt], das find ich nicht so gut [...]. Dann kommen wir zur Gesundheit – ob jemand in der Familie gesundheitlich versorgt sein soll oder so etwas. Und weitere Frage[n] – also Einkommen, Dach über dem Kopf und alles. Das ist wichtig [...].“ (T13:39-55)

Die Mitarbeiterin gibt zu erkennen, dass im Zuge der Anamnese die Familie der Nutzer*innen in den Beratungs- und Betreuungsprozess miteinbezogen wird. Das

restliche soziale Netzwerk der Nutzer*innen scheint jedoch nicht in den CM-Prozess miteinbezogen zu werden. Dies könnte möglicherweise auch daran liegen, dass die wenigsten Geflüchteten nach Erhalt ihres Asylstatus umfassende soziale Ressourcen haben.

Professionelle Helfer*innen werden in den CM-Prozess insofern miteinbezogen (vgl. Monzer 2013:122), als dass eine zielgerichtete Vermittlung von Leistungen bestehender Angebote anderer Einrichtungen stattfindet (vgl. Interface Wien 2008:37).

4.4.3.1.3 Zielformulierung und Hilfeplanung (Serviceplanning)

In der SfA werden auf Basis des Anamnesegespräches mit den Nutzer*innen Ziele definiert. Im Falle einer längeren Begleitung wird ebenso gemeinsam mit den Nutzer*innen ein Hilfeplan vereinbart. Im Zentrum steht dabei, laut Jahresbericht 2008, die Perspektive der Nutzer*innen. Die Zielformulierung und die Hilfeplanung werden verschriftlicht in einer Datenbank festgehalten. (vgl. Interface Wien 2008:36)

Wie Abbildung 21³⁸ zeigt, werden verschiedene Ziele formuliert, Themenbereichen zugeordnet und nach ihrer ‚Dringlichkeit‘ gereiht. An oberster Stelle steht dabei die ‚Existenzabsicherung‘, gefolgt von den Zielen ‚Wohnen‘, ‚Sprache‘, ‚Arbeit/Ausbildung‘, ‚Kinder (Bildung, Betreuung)‘ sowie ‚Gesundheit‘. Im Zuge der Umsetzung des Hilfeplans wird jedoch, wie beschrieben im Jahresbericht 2008, parallel an den formulierten Zielen gearbeitet. Kommt etwa ein*e Nutzer*in mit akuten Wohnproblemen, die*der auf Arbeitssuche ist und um Unterstützung bei der Beantragung des Kinderbetreuungsgeldes bittet, so wird das Wohnproblem mit Priorität behandelt. Zugleich werden jedoch Schritte gesetzt, um die anderen Ziele voranzubringen. (vgl. Interface Wien 2008:37)

³⁸ Kritisch betrachten wir die in der Abbildung verwendeten Bezeichnungen „Klient ‚Einfach‘“ und „Klient ‚Komplex‘“, da unserem Fallverständnis nach niemals der Mensch selbst als ‚einfach‘ oder ‚komplex‘ beschrieben werden kann, sondern lediglich ein Fall.

„Der Fall ist nicht nur die durch die Brille der HelferInnen betrachtete Lebenssituation der KlientInnen, sondern ist die Konstellation von Organisation, Fachkraft, Klient und lebensweltlichem Umfeld, die erst durch die Konstruktion des Falles entsteht. Die Organisation und die HelferInnen sind also Teil des Falles, in dessen Zentrum die Beziehung KlientIn-SozialarbeiterIn steht.“ (Pantucek 2012:52)

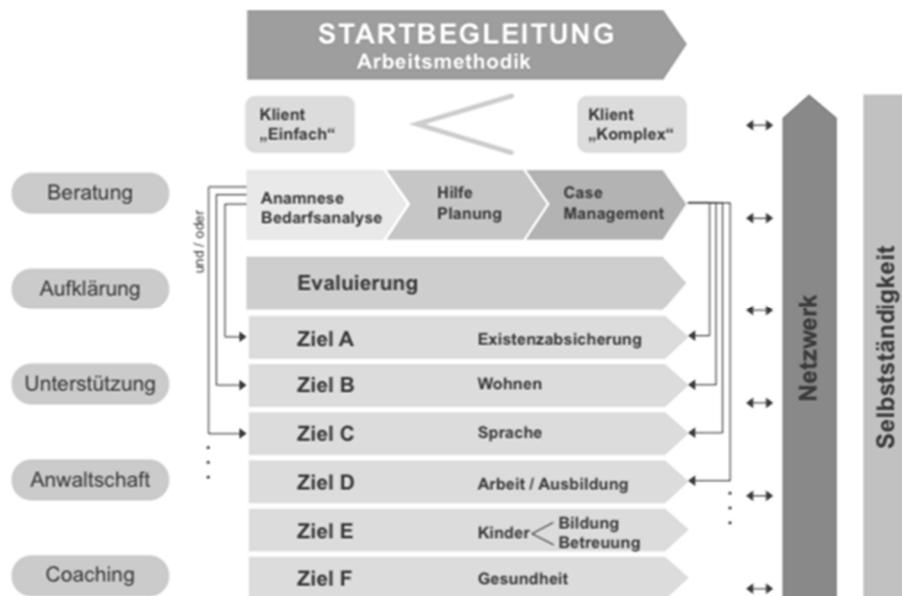


Abbildung 21: Arbeitsmethoden der SfA (Interface Wien 2008:36)

Die Erstellung des Hilfeplans umfasst die Aufgabenverteilung und -verantwortung sowie einen Zeitrahmen, bis wann die jeweiligen Ziele realisiert werden sollen (vgl. Wendt 2010:151-153). Wie genau sich die Hilfeplanung innerhalb der SfA gestaltet, kann mit dem vorhandenen Datenmaterial nicht beantwortet werden, da im Zuge der Forschung weder ein Hilfeplangespräch beobachtet werden konnte noch ein Hilfeplan gesichtet wurde.

4.4.3.1.4 Umsetzung des Hilfeplans (Linking)

In der SfA umfasst die Umsetzung der vereinbarten Ziele drei zentrale Aufgaben der Case Manager*innen: ‚Aufklärung‘, ‚Begleitung‘ sowie ‚Vermittlung/Koordinierung‘.

- Aufklärung: Da sich in der Praxis der Bedarf nach Aufklärung in verschiedenen Belangen (sachlich, rechtlich, etc.) gezeigt hat, stellt diese einen wesentlichen Bestandteil der Aufgaben der Case Manager*innen dar (vgl. Interface Wien 2008:37). Mehr dazu findet sich im Kapitel 4.4.4.3.1.
- ‚Begleitung‘: Die ‚Begleitung‘ von Nutzer*innen im Zuge eines Case Management-Prozesses ist nicht als Begleitung zu anderen Instanzen zu verstehen, sondern als Form einer prozessorientierten Hilfeleistung, bei der Nutzer*innen über einen längeren Zeitraum betreut werden. Bei der prozessorientierten Hilfeleistung wird parallel an mehreren Zielsetzungen gearbeitet, die in der Anamnese erhoben wurden. Das Ziel des Begleitprozesses ist es, Voraussetzungen zur selbstständigen Lebensführung zu schaffen, indem die vereinbarten Zielsetzungen gemeinsam mit Nutzer*innen sukzessive und parallel umgesetzt werden. (vgl. ebd.:37)
- Vermittlung/Koordination: Eine weitere Aufgabe der Case Manager*innen besteht in der zielgerichteten Vermittlung von Leistungen bestehender Angebote anderer

Einrichtungen. Beim Aufbau der SfA wurden mit unterschiedlichen Organisationen Vernetzungsgespräche geführt, um eine Vermittlung zielgerichtet und effizient durchführen zu können. Zu diesen Organisationen gehören unter anderem das Arbeitsmarktservice Wien, das Integrationshaus, das Österreichische Rote Kreuz, die Volkshilfe Wien Wohndrehscheibe und verschiedene Magistratsabteilungen (z.B. MA40, MA50, MA11³⁹, etc.). Alle Personen, die an andere Stellen weitervermittelt wurden, bekommen ein Informationsblatt der jeweiligen Stelle ausgehändigt. Das Informationsblatt beinhaltet eine Auskunft über die SfA sowie die Kontaktdaten des*der jeweiligen Berater*in und sollte den zugewiesenen Stellen die Möglichkeit geben, direkt mit der SfA in Kontakt zu treten. (vgl.ebd.:38)

4.4.3.1.5 Überprüfung des Hilfeplans (Monitoring)

Mit Hilfe einer eigens erstellten Datenbank findet in der SfA eine Überprüfung des Hilfeplans (Monitoring) statt. Die Datenbank unterstützt bei der Datenerhebung sowie der fallbezogenen Dokumentation der Begleitungsprozesse. Dadurch kann jederzeit der Ist-Stand abgerufen und der Erfolg bei der Zielumsetzung kontrolliert werden. (vgl. Interface Wien 2008:38)

4.4.3.1.6 Auswertung (Evaluation)

Eine Evaluierung sollte laut Monzer stattfinden, nachdem eine Fallarbeit abgeschlossen oder für eine längere Zeit unterbrochen wurde (vgl. Monzer 2013:311). Eine solche fallbezogene Evaluation findet in der SfA bis dato nicht statt (vgl. E2:2-3).

4.4.3.2 Case Management-Funktionen in der SfA

Stefanie Gebesmair

Das Case Management umfasst in der SfA, wie bereits im Kapitel 4.4.3 beschrieben, eine prozessorientierte Hilfeleistung, bei der Nutzer*innen über einen längeren Zeitraum betreut werden. Diese längerfristige ‚Begleitung‘ und Unterstützung von Nutzer*innen spricht für eine Social Support-Funktion innerhalb der SfA. Die Social Support-Funktion hat zum Ziel, dass Nutzer*innen dazu befähigt werden, sich mit vorhandenen Hilfsangeboten auseinanderzusetzen, um dadurch informierte Entscheidungen treffen zu können (vgl. Monzer 2013:17).

³⁹ Magistratsabteilung der Stadt Wien für Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht (MA40), Magistratsabteilung der Stadt Wien für Wohnbauförderung und Schlichtungsstelle für wohnrechtliche Angelegenheiten (MA50), Magistratsabteilung der Stadt Wien. Amt für Kinder- und Jugendhilfe (MA11)

Obwohl eine solche intensive und längerfristige Betreuung der Nutzer*innen aufgrund des starken Anstiegs der Anzahl an Nutzer*innen etwa für zwei Jahre nicht mehr möglich war, erläutert die Abteilungsleiterin, dass sich die SfA wieder zu einer solchen Form der prozessorientierten Hilfeleistung entwickeln soll. Sie gibt zu erkennen, dass der Verlust einer intensiven Betreuung von Nutzer*innen für viele Mitarbeiter*innen, die bereits lange bei der SfA tätig sind, eine gewaltige und mit Frust verbundene Umstellung darstellte:

„Des heißt [...] vor allem für die Kolleg*innen die von Anfang an dabei waren, war das schon eine gewaltige Umstellung, mit viel Frustration auch einfach, nicht mehr in die Tiefe gehen zu können. Eigentlich nur noch zu schauen, passt der BMS-Antrag, kriegen sie ihr Geld oder nicht [...].“ (T8:193-196)

Infolge des extremen Zulaufs an Nutzer*innen konnte eine intensive Bezugsbetreuung, welche zuvor mit der Anwendung von Case Management einherging, nicht mehr durchgeführt werden:

„[...] [E]infach echt eine Entwicklung, die halt auch bitter ist für Leute die, [auch] wirklich Bezugsbetreuung gehabt [haben], wo [wir bei] viele[n] Familien, die wir halt auch wirklich begleitet haben, mitgekriegt haben, wie sozusagen das vorangekommen ist – bis jemand Arbeit gefunden hat, die Kinder aufwachsen gesehen eigentlich [...]. Also sozusagen von der Einreise des Vaters bis zur Familienzusammenführung. Wir haben dann mitgekriegt, wenn die Familie da war, auf der sehr persönlichen Ebene, eigentlich dann auf der Einzelfallebene. Das ist einfach weg [...].“ (T8:200-206)

Durch die Aufstockung des Personals, den Wechsel der Unterkunft sowie strukturelle Anpassungen des Angebots kann, so die Abteilungsleiterin, langsam wieder zu einem Case Management mit Social Support-Funktion zurückgekehrt werden:

„[...] [M]eine Ausrichtung ist ja ganz klar [...] [eine prozessorientierte Hilfeleistung] und ich denk mir, das, wo man sich hin orientiert, das entwickelt man ja auch und ich fang jetzt schon wieder an von den alten Kolleg*innen, die jetzt sozusagen meine wirklichen CM-Profis sind, [...] mit dem jetzt [am] Vormittag auch wieder Termine aufzumachen, damit wir [...] die Leute wieder intensiver kriegen – einfach quasi die Leut wirklich zu begleiten [...].“ (T8:228-233)

Ebenso weist die Aussage der Abteilungsleiterin „[...] [W]ir sind für die Klient*innen da, nicht dafür, irgendwelche Methoden zu bedienen oder ein Konzept zu bedienen, die [bzw. das] mit der Realität nichts zu tun haben.“ (T8:575-576) auf eine Social Support-Funktion innerhalb der SfA hin. Es wird ersichtlich, dass die Abteilungsleiterin im Sinne der Nutzer*innen (vgl. Ewers 2000:65) und nicht im Sinne von „Konzepten oder Methoden“ handelt.

Einen weiteren Verweis auf die Social Support-Funktion stellt die Ausrichtung der Leistungen auf die individuellen Bedürfnisse der Nutzer*innen dar (vgl. Moxley 1989:93). Näher werden wir darauf im Kapitel 4.4.4.1 eingehen. So berichtet etwa eine

Mitarbeiterin, dass sie die Inhalte der Beratungen an dem ausrichtet, was Nutzer*innen selbst als bedeutsam ansehen: "Aber ich sage ihm immer [...] ‚Alles ist wichtig, wir haben Zeit. Wir schaffen [das]. Aber ich will [...] [beim] nächstes Mal einfach so reden, was du möchtest. Was dir liegt am Herz‘." (T14:187-189)

4.4.4 Case Management-Prinzipien im Beratungs- und Betreuungsprozess

Stefanie Gebesmair

Im nun folgenden Abschnitt beschäftigen wir uns mit der Ausgestaltung der Prinzipien eines Social Work Case Managements im Beratungs- und Betreuungsprozess der SfA. In den vorangegangenen Kapiteln zum Ablauf und den Funktionen des Case Managements in der SfA wurde bereits ersichtlich, dass der Case Management-Prozess innerhalb der SfA an den Nutzer*innen des Angebotes ausgerichtet ist und damit auf eine ‚Social Support-Funktion‘ hinweist. Diese Deutung wird bereits im ersten Kapitel, der ‚Nutzer*innenorientierung‘ (Kapitel 4.4.4.1), gestärkt. Daran anschließend gehen wir in den folgenden Kapiteln auf die Social Work Case Management-Prinzipien ‚Empowerment‘ (Kapitel 4.4.4.2) sowie ‚Prozeduralen Fairness‘ (Kapitel 4.4.4.3) ein, wobei sich hier weitere Indizien für diese nutzer*innenorientierte Ausgestaltung des CM-Konzeptes der SfA finden.

4.4.4.1 Nutzer*innenorientierung

Im nun folgenden Kapitel gehen wir auf die Nutzer*innenorientierung innerhalb der ‚Startbegleitung für Asylberechtigte und subsidiär Schutzberechtigte‘ (SfA) ein. Das Kapitel unterteilt sich in drei Teilkapitel der Nutzer*innenorientierung, welche uns im Feld begegnet sind: ‚Lebensweltorientierung‘, ‚Flexibilität‘ und ‚Individualität‘ der Angebote. Die drei Konzepte überschneiden sich stark und können daher nicht exakt getrennt werden.

Wolf Rainer Wendt differenziert zwischen einer Angebots- und einer Nutzer*innenorientierung. Richten sich Angebote für Nutzer*innen vorrangig nach Absichten und Möglichkeiten der Organisation, so spricht der Autor von einer Angebotsorientierung. Richtet sich das Angebot hingegen nach Zielen und Zwecken der Nutzer*innen, so spricht er von Nutzer*innenorientierung. (vgl. Wendt 2001:63-64)

Innerhalb der SfA finden sich sowohl Praktiken und Angebote, welche auf eine Nutzer*innenorientierung hinweisen, als auch solche, die eine Angebotsorientierung andeuten. Die Nutzer*innenorientierung wird in der SfA erkenntlich durch die Ausrichtung der Angebote an Nutzer*innen sowie ein Verständnis von Case Management, bei dem Nutzer*innen im Zentrum stehen. Darüber hinaus findet sich eine Haltung, bei der Nutzer*innen als ‚Expert*innen in eigener Sache‘ angesehen werden. Auf eine Angebotsorientierung deuten hingegen strukturelle Anpassungen der Angebote aufgrund einer massiven Zunahme an Nutzer*innen hin.

Die Nutzer*innenorientierung wird, wie soeben beschrieben, durch die Ausrichtung der Angebote auf Nutzer*innen ersichtlich. Die Abteilungsleiterin beschreibt in diesem Zusammenhang, dass sie ihre Aufgabe darin sieht, das Angebot der SfA an Nutzer*innen auszurichten und es als Leiterin nicht ihr Auftrag sei, „irgendwelche Konzepte oder Methoden zu bedienen“ (T8:575-576). Sie sieht ihre Aufgabe darüber hinaus darin, die Abteilung so zu leiten, dass Nutzer*innen und Mitarbeiter*innen zufrieden sind (vgl. T8:58-59). Dies deutet darauf hin, dass Nutzer*innen den Referenzpunkt für die Ausgestaltung der Angebote darstellen und als zentrale Beteiligte im Case Management-Prozess gesehen werden.

Darüber hinaus findet sich in der SfA ein Verständnis von Case Management, das Nutzer*innen und ihre Anliegen ins Zentrum stellt. Dies wird unter anderem ersichtlich beim Umgang mit der Dauer des CM-Prozesses. Die Abteilungsleiterin der SfA beschreibt, dass der CM-Prozess in etwa auf ein Jahr ausgelegt wird. Eine solche begrenzte Dauer des CM-Prozesses würde auf ein angebotsorientiertes Vorgehen hinweisen. Die Abteilungsleiterin führt ihre Erzählung jedoch fort und berichtet, dass es keine definitive Begrenzung gibt und die Dauer des Prozesses stets am Einzelfall ausgerichtet wird. Es wird hier ersichtlich, dass trotz eigentlicher Begrenzung des CM-Prozesses auf ein Jahr die Anliegen der Nutzer*innen im Zentrum der Fallbearbeitung stehen.

„[...] [E]s wird seit 2015/2016 mit den Klientinnen zu Beginn besprochen, dass wir ein Jahr Zeit haben, einerseits aufgrund der extremen Auslastung, andererseits, um damit auch Autonomieprozesse ein bisschen zu beschleunigen bzw. zu motivieren. Wir lassen es eigentlich [...] momentan auch so, wobei wir letztlich immer im Einzelfall erlauben, wie viel und was, wie lange noch gebraucht wird, d.h. das ist keine definitive Begrenzung, wir sind in Wirklichkeit sehr einzelfallorientiert und beraten häufig zwei Jahre und mehr. (E1:14-19)

Neben einem Verständnis von Case Management, bei dem Nutzer*innen ins Zentrum des Prozesses gestellt werden, findet sich in der Aussage der Abteilungsleiterin ebenso ein Hinweis darauf, dass Nutzer*innen als ‚Expert*innen in eigener Sache‘ gesehen

werden und dass versucht wird, diese in ihrem Handlungsvermögen zu stärken (vgl. Wendt 2001:64). Dass die Erreichung der Autonomie der Nutzer*innen ein zentrales Anliegen der SfA zu sein scheint, wird ebenso durch die Aussage einer Mitarbeiterin deutlich, welche darauf hinweist, dass im CM-Prozess darauf geachtet wird, dass Nutzer*innen und Berater*innen in gleichem Ausmaß Kraft und Zeit in den Fallbearbeitungsprozess investieren (vgl. T10:319-322). Dies zeigt auf, dass Nutzer*innen von Beginn an als ‚Expert*innen‘ ihres eigenen Lebens in den CM-Prozess miteinbezogen werden.

Dass auf eine massive und stetige Zunahme der Nutzer*innen nicht in erster Linie mit einer personellen Verstärkung, sondern mit strukturellen Anpassungen reagiert wurde, könnte hingegen, wie bereits eingangs beschrieben, möglicherweise gegen eine Nutzer*innenorientierung sprechen. Es scheint, als hätten vor allem äußere Umstände (steigende Nutzer*innenzahlen auf Grund der ‚Flüchtlingskrise‘) einer Angebotsorientierung Vorschub geleistet. Die Abteilungsleiterin der SfA geht im Interview auf die strukturellen Anpassungen ein und beschreibt, wie diese aussehen.

„[...] [I]ch habe dann schon sukzessive jemanden dazu gekriegt, aber [...] in keinem Verhältnis. Das heißt wir haben nur strukturell anpassen können. [...] [A]lso letztendlich die Entwicklung von nur terminisiert bis jetzt schaut so aus dass wir jetzt vier offene Vormittage haben. Das heißt Montag, Dienstag, Donnerstag und Freitag kann man ab 8:00 auch ohne Terminvereinbarung zur Beratung kommen und [am] Nachmittag sind [...] sozusagen die hochschwelligeren Beratungen, die Beratungen, wo Komplexeres ist – wo man eine Stunde Zeit hat für einen Termin und wo terminisiert wird.“ (T8:176-182)

Im weiteren Verlauf des Interviews führt die Abteilungsleiterin der SfA aus, weshalb nicht in erster Linie mit einer personellen Verstärkung auf die steigende Zahl an Nutzer*innen reagiert werden konnte. Aufgrund eines massiven Anstieges an Nutzer*innen ist der FSW⁴⁰ bereits im November 2015 in die Finanzierung eingestiegen. Der Einstieg des FSW in die Finanzierung lässt sich damit erklären, dass Geflüchtete nach ihrer Anerkennung noch für vier Monate in Grundversorgung bleiben und währenddessen bereits durch die SfA betreut werden. Bereits zu diesem Zeitpunkt wären zehn weitere Mitarbeiter*innen durch den FSW finanziert gewesen. Da es jedoch noch keine neuen Räumlichkeiten gab, war kein Platz vorhanden, um neue Mitarbeiter*innen aufzunehmen. (vgl. T8:250-258). Die Suche nach neuen Räumlichkeiten gestaltete sich zudem relativ schwierig, weshalb erst mit Jahresbeginn 2017 die neuen Räumlichkeiten bezogen werden konnten (vgl. Interface Wien 2016:28). Die Abteilungsleiterin gibt im

⁴⁰ Fonds Soziales Wien

Interview zu erkennen, dass die Anpassung von Strukturen nicht von ‚heute auf morgen‘ passieren kann:

„[...] [D]as hat sich voriges Jahr auch alles so leicht angehört ‚muss man halt [...] Geld in die Hand nehmen‘. Man kann trotzdem nicht die Strukturen von heute auf morgen [verändern]. [...] Haben ja alle eine Vervierfachung, Verfünffachung der Klient*innenanzahl gehabt. [...] [D]as geht halt nicht, die Strukturen müssen auch wachsen. Das geht nicht so leicht.“ (T8:273-276)

4.4.4.1.1 Lebensweltorientierung

Die ‚Lebensweltorientierung‘ stellt einen zentralen Aspekt der Nutzer*innenorientierung dar. Sie umfasst die Berücksichtigung der Lebenswelt und Umwelt der Nutzer*innen (vgl. Wendt 2001:65) sowie das Fokussieren auf die Selbstbestimmung der Nutzer*innen (vgl. Riet van / Wouters 2008:51). Die Umwelt der Nutzer*innen kann Ressourcen und Störquellen, Hindernisse und Stützen bereitstellen, welche berücksichtigt werden sollten, wenn die Unterstützung auf die individuelle Bewältigung des Lebens abgestimmt werden soll (vgl. Wendt 2001:65).

Innerhalb der SfA zeigt sich eine Lebensweltorientierung einerseits in der Wahl des Standortes in einer für Nutzer*innen gut erreichbaren Lage. Ebenso deutet der Ausbau des Beratungsangebots, welches von Nutzer*innen ohne Terminvereinbarung in Anspruch genommen werden kann, auf eine Lebensweltorientierung hin. Weitere Indizien für eine Lebensweltorientierung in der SfA stellen das Angebot der ‚Muttersprachlichen‘ Beratung sowie das Eingehen auf unterschiedliche Lebensbereiche der Nutzer*innen dar. Darüber hinaus scheinen die Berater*innen über ein ‚Fingerspitzengefühl‘ für die Zielgruppe zu verfügen. Dies wird erkenntlich durch das Eingehen auf kulturelle Hintergründe, das Interesse an gesellschaftspolitischen Hintergründen von Flucht, die Umgangsweise mit traumatisierten Nutzer*innen sowie die Übernahme von behördlichen Anrufen für Nutzer*innen.

Ein Indiz für eine Lebensweltorientierung innerhalb der SfA bietet, wie soeben beschrieben, die Wahl des Standorts. Im Jahr 2017 kam es zu einer Umsiedelung der SfA in neue Räumlichkeiten (vgl. Interface Wien 2016:28). Dieser Umzug wurde vorgenommen, um sich an die sich verändernde Nutzer*innenzahl anpassen zu können. Die Abteilungsleiterin gibt in ihrer Beschreibung der alten Räumlichkeiten zu erkennen, dass diese weder der Anzahl an Nutzer*innen noch der Größe des Teams entsprachen:

„[...] Das war [...] der Wahnsinn in den letzten 1 ½ Jahren. Wenn Sie die Paulanergasse gekannt hätten, ich [...] weiß eigentlich nicht, wie wir es dort gemacht haben. Wir hatten keinen Empfangsbereich, wir hatten pro Vormittag 60-100 Leute [...], in engen Gängen. Ich hatte nicht einmal mehr Büros für alle Mitarbeiter*innen [...].“ (T8:57-61)

Die Suche nach passenden Räumlichkeiten gestaltete sich, so die Abteilungsleiterin, relativ schwierig, da ein zentrales Kriterium für den neuen Standort die zentrale Lage sowie die gute Erreichbarkeit für Nutzer*innen darstellte:

„[...] Ich hätte im 11. [Wiener Gemeindebezirk; d. Verf.] irgendwo ganz draußen was gefunden gehabt. Da habe ich gesagt, [...] das geht nicht, wir [...] haben die Auflage niederschwellig gut erreichbar zu sein und wenn du für ganz Wien zuständig bist, [dann; d. Verf.] kannst du das auch nicht [machen; d. Verf.].“ (T8:263-265)

Ebenso deutet der Ausbau jener Vormittage, an denen Nutzer*innen ohne Termin eine Beratung in Anspruch nehmen können (vgl. Interface Wien 2016:28), auf eine Lebensweltorientierung hin. Nutzer*innen haben dadurch die Möglichkeit, mit relativ geringem Aufwand (ohne Terminvereinbarung) eine Beratung bei der SfA in Anspruch zu nehmen. Dies ist für die Zielgruppe womöglich von großem Vorteil, da es bei den Anliegen der Nutzer*innen häufig um existenzsichernde Maßnahmen (z.B.: Antrag auf Mindestsicherung) geht, welche nicht warten können.

Darüber hinaus deutet die ‚Muttersprachliche Beratung‘ auf eine Lebensweltorientierung hin. Bei der Zielgruppe der SfA handelt es sich um asylberechtigte und subsidiär schutzberechtigte Personen und Familien, welche vor maximal fünf Jahren ihren Asylstatus in Österreich erhalten haben (vgl. Interface Wien 2008:33-34). Um diese Zielgruppe bestmöglich unterstützen zu können, wurde bei der Gründung in Form eines Rahmenpapiers die ‚Muttersprachlichkeit‘ von Mitarbeiter*innen festgehalten (vgl. T8:158-159). Die ‚Muttersprachlichkeit‘ wurde laut der Leiterin der SfA als Auflage festgelegt, um Nutzer*innen mit geringen Deutschkenntnissen und mangelndem Wissen zum Existenzsicherungssystem schnellstmöglich Sicherheit durch Beratungen geben zu können. Dies deutet auf die Orientierung der organisationalen Abläufe an der Lebenswelt von Nutzer*innen hin, da durch die Möglichkeit der ‚Muttersprachlichen Beratung‘ auf die mangelnden Deutschkenntnisse, das fehlende ‚Systemwissen‘ sowie die geringen sozialen Ressourcen der Zielgruppe eingegangen wird. Es wird hier ersichtlich, dass offenbar bereits bei der Gründung der SfA ein Fokus auf die Lebensweltorientierung des Angebots gelegt wurde.

“Das ganze Existenzsicherungssystem mit MA40⁴¹, mit Kinderbetreuungsgeld, Familienbeihilfe ist halt am Anfang vor allem ohne Sprache natürlich superkomplex. Genau und das war die Auflage im Rahmen des Rahmenpapiers, dass es eine muttersprachliche Beratungsstelle sein soll, weil klar ist, dass die erste Phase muttersprachlich begleitet sein soll, um einfach so schnell wie möglich durch [...] die Muttersprache [...] einfach auch eine Sicherheit mit der Thematik herzustellen [...]. Das heißt, die Muttersprachlichkeit war eine Auflage [...]“ (T8:156-163)

⁴¹ Magistratsabteilung für Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht

Durch eine weitere Mitarbeiterin wird geschildert, dass Case Management nicht lediglich einen, sondern verschiedene Lebensbereiche der Nutzer*innen umfasst. Neben der familiären Situation (z.B.: Kind mit besonderen Bedürfnissen) wird im Zuge der Beratung und Betreuung ebenso auf andere Lebensbereiche (z.B.: Job, Wohnung, Ausbildung) eingegangen:

“[...] [W]enn [es] in der Familie behinderte Kinder [gibt], [...] [werde ich dann] vom Anfang, also von der Sozialhilfe bis zum Pflegegeld und bis zu verschiedenen Organisationen – mitgehen tu ich nicht, aber mitfolgen, sagen wir. [In] alle Richtungen, dann Deutschkurs, wenn möglich, dass [das] Kind Pflege [bekommt], Mama in Deutschkurs [...], ahm Job und alles, genau, sogar Wohnungen.” (T13:24-28)

In der SfA zeichnet sich darüber hinaus ein ‚Fingerspitzengefühl‘ der Berater*innen für die Lebenswelt der Nutzer*innen ab. Dies könnte einer der Vorteile der ‚Muttersprachlichkeit‘ der Mitarbeiter*innen und des damit zusammenhängenden geteilten kulturellen ‚Hintergrundes‘ von Nutzer*innen und Berater*innen sein. So gibt eine Mitarbeiterin der SfA im Interview zu erkennen, dass Sie beim Vorschlagen von möglichen Angeboten auf die Angemessenheit dieser in Bezug auf die Lebensgewohnheiten der Zielgruppe achtet. Die Mitarbeiterin schlägt der Nutzer*in nicht lediglich Angebote vor, welche sie in ihrer Verselbstständigung unterstützen könnten, sondern überlegt genau, welche Angebote für die individuelle Frau mit ihrem kulturellen Hintergrund passend sein könnten. Dies wird erkenntlich, indem sie sowohl die Beziehung zu ihrem Mann in ihre Überlegung miteinbezieht als auch davon spricht, dass es nicht sinnvoll wäre, die Frau zu ‚entwurzeln‘.

“[...] [A]ls Frau, ich denke, das ist auch meine Pflicht, ich denke, [...] diese Frau ist sehr gut, sehr gut ausgebildet, aber sie braucht ein bisschen mehr Kraft, [um] selbstständig zu werden. Wie kann ich das machen, dass sie nicht zuhause sagt ‘Sie hat mir gesagt, ich kann sofort [...], spazieren gehen mit der anderen‘. Das geht nicht, sondern dieses Angebot [...] ist auch - jetzt kommt diese Interaktion, was gibt [es] von dieser Stadt, wo ich diese Klientin ohne Angst, dass jemand sie wild verfolgt [...] oder ihre Wurzeln wegnehmen [könnte, hinschicken kann], dass ein Prozess ist eine Harmonie. [...] Das heißt, wäre nicht schlecht, dass man schaut auch, wo gibt [es] Heimatsleute.” (T14:261-268)

Das Eingehen auf kulturspezifische Beziehungsaspekte wird durch folgende Interviewaussage derselben Mitarbeiterin noch deutlicher ersichtlich.

„[...] [W]enn ein Mann [...] kommt, ich sage immer: ‚Ja, das ist für Sie, aber nehmen Sie Ihre Frau auch mit.‘ Wenn ich eine Frau habe, ohne Mann. Ich sage immer: ‚Fragen Sie Ihren Mann, [besprechen] [...] Sie das mit Ihrem Mann. Sie können selber entscheiden. Aber bitte fragen Sie doch Ihren Mann.‘ Und wenn sie nachhause kommt [und Ihrem Mann sagt], dass ich ihr gesagt hab, besonders [Klient*innen aus] Afghanistan und syrische Klientel, wenn ich sage ‚Fragen Sie Ihren Mann‘, ich verstehe Sie. Ich verstehe ganz genau Ihre Kultur und ihre Religion.“ (T14:277-282)

Der Mitarbeiterin ist es überdies wichtig, sich mit den gesellschaftspolitischen Hintergründen von Flucht auseinanderzusetzen. Dies ermöglicht ihr vermutlich, sich in die Lebenswelt der Nutzer*innen hineinzusetzen um dementsprechend auf diese einzugehen.

" [...] [I]ch will immer wissen, welche Rechte [haben geflüchtete Menschen], was [...] [sind die] neuen Regelungen für meine Flüchtlinge, die ich selten jetzt seh, aber in der Familienberatungsstelle doch. [...] [I]ch will immer wissen. Informationen [haben] und Lesen." (T14:416-419)

Darüber hinaus beschreibt eine Mitarbeiterin, dass es von Bedeutung ist, den Nutzer*innen so viel Zeit zu geben, wie diese benötigen. Sie erwähnt, dass bei der Beratung zuerst drei Punkte wichtig seien: „Wohnung, Kurs, Existenz“ (T14:361). Danach müsse man den Nutzer*innen Zeit geben, um sich zu „erholen“. Laut der Mitarbeiterin macht es keinen Sinn, mit traumatisierten Nutzer*innen zu arbeiten, bevor diese nicht durch eine Therapie stabilisiert wurden. Das Eingehen der Mitarbeiterin der SfA auf eine mögliche fluchtbedingte Traumatisierung von Nutzer*innen weist ebenfalls auf eine Lebensweltorientierung innerhalb der SfA hin. Die Mitarbeiter*innen scheinen sich mit dem Fluchthintergrund ihrer Nutzer*innen auseinanderzusetzen und innerhalb der Beratung und Betreuung sensibel damit umzugehen.

„[...] [A]m Anfang, wenn die Menschen kommen nach der Anerkennung, da kannst du nicht viel. [...] [D]u kannst zuerst sagen ‚OK, Wohnung, Kurs und Existenz‘ und dann braucht man Zeit, dass sie ein bisschen [...] sich erholen. [...] [W]enn ich sehe, das ist sicher mit Traumatisierung, [...] [eine] Beratung oder [...] psychologische Beratung, Therapie – das braucht [...] viel Zeit. [...] [I]ch glaube bei solchen Menschen [...] kann man nicht sofort anfangen, sondern lassen Zeit, aber nicht vergessen diese Menschen. Wenn ich spüre, dass diese Menschen da sind, ich habe immer Telefon. Deswegen haben wir immer Fragebogen, das ist sehr wichtig im Case Management, immer ‚Aha Telefonnummer‘, wenn das aktuell ist, ‚Hallo, wie geht's dir? Wie weit, wie ist dein Deutschkurs? Super, wann kannst du kommen, dass wir einfach so ein bisschen plaudern‘. Das ist sehr wichtig mit Case Management. Nicht [den] eigenen Klienten [zu] vergessen. Oder wenn kommt nicht zum [...] Termin – nicht ‚Naja ist nicht gekommen, egal‘. Ich versuche immer anzurufen. [...] Und das ist [...] unser Engagement und wir müssen etwas tun [...]. Das ist selbstverständlich eine [...] Erfahrung, Methode, aber auch [...] Liebe, wirklich Liebe.“ (T14:360-379)

Im Zuge einer teilnehmenden Beobachtung wurde ersichtlich, dass Mitarbeiter*innen häufig Anrufe für Nutzer*innen übernehmen (vgl. B3:57). Dies könnte auf eine Lebensweltorientierung hinweisen, da die Zielgruppe der SfA unzureichende Deutschkenntnisse aufweist, um telefonische Gespräche mit Behörden durchzuführen. Ebenso könnte es jedoch mit mangelnden zeitlichen Ressourcen in Zusammenhang stehen, da Anrufe durch Nutzer*innen aufgrund deren unzureichender Sprachkenntnisse wahrscheinlich mehr Zeit in Anspruch nehmen würden. Dies könnte dazu führen, dass aus pragmatischen Gründen Anrufe für Nutzer*innen solange übernommen werden, bis diese ausreichende Sprachkenntnisse erlangt haben, um es schließlich selbst tun zu

können. Darüber hinaus könnte es gegen ein Empowerment der Nutzer*innen sprechen (siehe Kapitel 4.4.4.2).

4.4.4.1.2 Flexibilität

Eine Orientierung an den Nutzer*innen von Angeboten der Sozialen Arbeit kann sich auch dahingehend zeigen, dass Betriebe flexibilisiert werden und ein differenziertes Vorgehen ermöglicht wird (vgl. Wendt 2001:64).

Eine Flexibilität wird innerhalb der SfA sowohl bei der Gestaltung der organisationalen Abläufe als auch bei der Gestaltung des CM-Prozesses durch Mitarbeiter*innen ersichtlich. Auf eine Flexibilität im Hinblick auf organisationale Abläufe deuten die stetigen Umstrukturierungen des Angebots sowie die Kommunikation zwischen Mitarbeiter*innen während der Beratungsgespräche hin. Indizien für eine flexible Gestaltung des CM-Prozesses bieten die flexible Handhabung des auf ein Jahr ausgelegten CM-Prozesses, die Möglichkeit der flexiblen Inanspruchnahme von Beratungsleistungen bei dringenden Anliegen von Nutzer*innen, der flexible Einsatz von Dolmetscher*innen sowie ein hoher Gestaltungsspielraum der Mitarbeiter*innen bei der Ausgestaltung des CM-Prozesses.

Eine hohe Flexibilität bei der Gestaltung der organisationalen Angebote wird in der SfA, wie soeben beschrieben, unter anderem in den vielfältigen Umstrukturierungen der organisationalen Abläufe, vor allem infolge der hohen Auslastung seit dem Jahr 2008 bis dato, ersichtlich. Das bisherige Beratungsmodell wurde im Jahr 2015 von einem ‚Zwei-Säulen-Modell‘ in ein ‚Vier-Säulen-Modell‘ umgewandelt (siehe Kapitel 4.4.3). Die durchgeführten Umstrukturierungen der Angebote verweisen auf die Fähigkeit der SfA, sich an umweltbedingte Änderungen (etwa aufgrund der globalen Migration) anzupassen.

Ein weiteres Indiz für eine flexible Handhabung der organisationalen Abläufe zeigt eine im Rahmen einer teilnehmenden Beobachtung beschriebene Sequenz. Der Beobachterin fiel auf, dass Beratungsgespräche mit Nutzer*innen immer wieder durch Mitarbeiter*innen unterbrochen wurden. Diese kamen ins Beratungszimmer, um ihrer*ihrem Kolleg*in fallbezogene Fragen zu stellen (vgl. B3:47-50/B2:82-85). Diese Praxis deutet unter anderem auf eine hohe Flexibilität von organisationalen Abläufen sowie auf einen hohen Stellenwert der Anliegen der Nutzer*innen innerhalb der SfA hin. Mögliche Nachteile dieser Praxis finden sich im Kapitel 4.4.1.3.1.

Mitarbeiter*innen der SfA haben darüber hinaus die Möglichkeit, den CM-Prozess angepasst an die jeweiligen Nutzer*innen flexibel zu gestalten. Dies wird unter anderem durch die flexible Handhabung der Dauer des CM-Prozesses ersichtlich. Zwar ist die Dauer der Betreuung von CM-Fällen in der SfA auf circa ein Jahr ausgelegt (vgl. E1:14-15), jedoch gibt es die Möglichkeit für Mitarbeiter*innen der SfA, bei Bedarf eine Verlängerung des Prozesses vorzunehmen oder aber diesen vorzeitig zu beenden, wie wir im Folgenden ausführen.

Wenn die Anliegen der Nutzer*innen bereits früher sichtlich weniger geworden sind oder die Nutzer*innen sich nicht mehr bei der SfA melden, so kontaktiert der*die zuständige Berater*in den*die Nutzer*in, um abzuklären, ob der CM-Prozess bereits frühzeitig beendet werden kann. Ein CM-Prozess wird jedoch erst dann beendet, wenn die*der Berater*in sieht, dass Nutzer*innen ihre Anliegen auch selbstständig bewältigen können. Eine Mitarbeiterin beschreibt eine solche vorzeitige Beendigung eines Case Management-Prozesses:

„Wenn ich sehe, dass mein Klient, meine Klientin jetzt nach einem Jahr [...] wirklich wenig Probleme hat, sie/er ist selbstständig, OK, dann weiß ich, dann schau ich mal, dann kommen sie mal sechs Monate nicht zu mir, dann werde ich halt dann CM abschließen. [...] Und ich ruf vorher an und dann sag ich, zum letzten Mal sollen sie sowieso kommen, ich gebe ihnen einen Termin. Sie kommen, ich sehe noch einmal alle Unterlagen [*durch*], was notwendig ist und was ich weiß [...]. Dann schau ich mal, wenn halt alles fertig ist, dann werden wir den Akt abschließen. Das heißt, wenn alles wirklich fertig ist.“ (T9:72-81)

Wie oben erwähnt, kann der CM-Prozess bei Bedarf auch verlängert werden. Zwar findet dann die „CM-Betreuung“ nicht mehr in der gleichen Intensität statt, jedoch haben Nutzer*innen die Möglichkeit, sich weiterhin an ihre*n Berater*in zu wenden, wie eine Mitarbeiterin der SfA ausführt.

„[...] [I]ch muss sagen, es gibt Fälle, die man wirklich eine Zeit länger betreuen soll, weil die Leute das nicht schaffen. Warum auch immer, ob das sprachlich, ob das intellektuell, ob das ja weiß ich nicht warum [...]. Aber ich denk mir, wenn ich jetzt die Familie oder den Mann oder die Frau so lasse, die sind verloren [...] die schaffen das nicht, manche Menschen schaffen das nicht. Dann ist diese intensive beziehungsweise richtige CM-Betreuung zu Ende, aber ein Türchen bleibt offen, wenn ein großer Problem ist oder eine Frage [auftaucht, können sie] anrufen oder vorbeikommen.“ (T10:127-136) 42

Eine weitere Mitarbeiterin erwähnt sogar, dass die Betreuung in manchen Fällen auch in einer intensiveren Form länger fortgeführt werden kann. Es scheint als ob die Mitarbeiter*innen individuell Möglichkeiten ausloten könnten, um Fälle nach der Fallogik und nicht nach der Organisationslogik betreuen zu können. So beschreibt etwa eine

⁴² Auf dieses Zitat wird ebenso kritisch im Kapitel 4.4.4.2 Bezug genommen.

Mitarbeiterin, dass sie Familien oder Alleinerzieher*innen mit ‚Kindern mit besonderen Bedürfnissen‘ häufig auch länger als zwei Jahre betreut, um alles abschließen zu können, was für eine selbstständige Lebensführung der Nutzer*innen notwendig ist.

“Wobei [es] gibt die Fälle, die mit Behinderung zum Beispiel – ich [betreue die Eltern von] vier behinderten Kindern, ich finde unmöglich, nach zwei Jahren den abzuschließen. Weil es gibt so viel zu tun und die schaffen [das] alleine einfach nicht. [...] [Es gibt] auch alleinstehende Mütter mit behinderten Kindern und das ist noch schlimmer. Und die Fälle ein bisschen länger dauern. Sonst bis zu zwei Jahre.” (T13:90-94)

Ähnlich flexibel wird auch der Terminbetrieb gehandhabt. Zwar wird mit CM-Nutzer*innen in der Regel im Rahmen von Terminen gearbeitet. Sollten diese jedoch ein dringendes Anliegen haben, so können CM-Nutzer*innen an einem der vier „offenen Vormittage“ (T8:178), an denen ohne Terminvereinbarung eine Beratung in Anspruch genommen werden kann, die SfA aufsuchen. Es scheint somit für Nutzer*innen und Mitarbeiter*innen der SfA möglich zu sein, bei dringenden Anliegen die Inanspruchnahme von Beratungsleistungen flexibel zu handhaben.

„Wenn die mit Terminen kommen, dann weiß ich schon [...], was das ist. Case Management-Klienten kommen am meisten mit Terminen. Auch ohne Termine, falls irgendwas dringend ist – dann kommen die einfach am Vormittag. Und dann schau ich mal, kurz les ich, ‚OK weiß ich‘ und dann mach ich einfach mit dem Klienten weiter.“ (T9:89-93)

Auch beim Einsatz von Dolmetscher*innen zeichnet sich ein flexibler Umgang ab. Dolmetscher*innen sind, sofern möglich, bei jedem Gespräch anwesend und werden bei Bedarf eingesetzt (vgl. B2:27-29). Sprechen Nutzer*innen zum Beispiel bereits relativ gut Deutsch, so wird das Beratungsgespräch auf Deutsch geführt und bei Bedarf auf den*die Dolmetscher*in zurückgegriffen. Ein Nutzer berichtet, dass er anfangs aufgrund von mangelnden Deutschkenntnissen die Unterstützung mittels Dolmetscher*innen noch benötigte. Mit der Zeit sei sein Deutsch jedoch besser und die Dolmetscher*innen dadurch überflüssig geworden. Bei Bedarf könne er sich jedoch weiterhin an die Dolmetscher*in wenden: „Zuerst, wie ich zu Interface gekommen bin, habe ich einen Dolmetscher benötigt. Jetzt kann ich Deutsch sprechen. Wenn ich einen Dolmetscher brauche, unterstützt er mich.“ (T11:68-69)

Schließlich scheinen die Mitarbeiter*innen in der SfA in der Fallarbeit einen relativ großen Gestaltungsspielraum zu haben (vgl. T9:36-42). Neben einem differenten kulturellen Hintergrund der Mitarbeiter*innen und möglicherweise daraus resultierenden unterschiedlichen Beratungsstilen (vgl. T8:489-498) wird ebenso ersichtlich, dass Mitarbeiter*innen der SfA relativ flexibel mit Prozessen und Standards umgehen können (vgl. T9:36-42).

4.4.4.1.3 Individualisierung

Als dritter Aspekt von Nutzer*innenorientierung hat sich in der Analyse die ‚Individualisierung‘ herausgestellt. Sie verweist auf das Eingehen auf individuelle Gestaltungsabsichten von Nutzer*innen, die Orientierung an Zielen und Zwecken von Nutzer*innen bei der Bedarfsklärung sowie eine Haltung der Case Manager*innen, die Nutzer*innen als ‚Expert*innen in eigener Sache‘ ansieht. (vgl. Wendt 2001:64)

In der SfA zeichnet sich in der Praxis eine Arbeitsweise der Berater*innen ab, welche aufzeigt, dass bei der Gestaltung der Angebote nicht Routinen, sondern individuell an Nutzer*innen angepasste Angebote im Vordergrund stehen. Ein individuelles Eingehen der Mitarbeiter*innen auf die Nutzer*innen wird in der SfA ersichtlich in Form von einer Ausrichtung der Gesprächsinhalte an jenen Dingen, welche der*dem Nutzer*in wichtig sind, der Anpassung der Intimität von Gesprächsinhalten an die*den jeweiligen Nutzer*in, der Möglichkeit der kurzfristigen Terminvergabe in dringenden Fällen, der Ausrichtung des Tempos des CM-Prozesses auf die Nutzer*innen, einer individuellen Vergabe von Terminen sowie der Begleitung zu wichtigen Terminen. Zudem stellt das Case Management in der SfA eine prozedurale Begleitung dar, welche es Nutzer*innen und Mitarbeiter*innen ermöglicht, eine Beziehung aufzubauen, wesentliche Daten in Gesprächen zu erheben, etc., um so individuell auf Nutzer*innen eingehen zu können.

Ein Hinweis auf das individuelle Eingehen der Mitarbeiter*innen auf Nutzer*innen zeigt sich dahingehend, dass die Inhalte daran ausgerichtet werden, was Nutzer*innen selbst als bedeutsam ansehen. Eine Mitarbeiterin berichtet, dass sie sich bei den Beratungen mit Nutzer*innen an dem orientiert, was diesen ‚am Herzen liegt‘: „Aber ich sage ihm immer [...] ‚Alles ist wichtig, wir haben Zeit. Wir schaffen [das]. Aber ich will [...] [beim] nächstes Mal einfach so reden, was du möchtest. Was dir liegt am Herz‘.“ (T14:187-189)

Eine weitere Mitarbeiterin gibt ebenfalls zu erkennen, dass sie bemüht ist, im Zuge der Beratungen individuell auf Nutzer*innen einzugehen. Sie versucht, sich in die Nutzer*innen hineinzusetzen und den Grad der Intimität der Gespräche an die jeweiligen Nutzer*innen anzupassen. Auf die Frage, wie ihr Verhältnis zu Nutzer*innen sei, antwortet sie:

„Unterschiedlich, unterschiedlich. Also es gibt die ganz freundliche Ebene, es gibt [...] wirklich unterschiedlich. Das kann ich wirklich deutlich nicht sagen. Ich habe Klienten [...] – Freunde werden wir nicht sein, aber ganz so tiefe Vertrauen haben. So bis zu Verhütung und Sex und alles sprechen können – weil dem ist wirklich sehr wichtig, dass darzustellen und zu wissen, ob das alles korrekt gemacht wird. Also komisch klingt, aber ist es. Aber es gibt die Klienten außer Behördenwege ich geh gar nicht rein, weil ich weiß, dort ist tabu.“ (T13:167-172)

Das individuelle Eingehen auf Nutzer*innen zeigt sich auch dahingehend, dass versucht wird, bei dringenden Fällen kurzfristig Termine zu ermöglichen, auch wenn diese eigentlich außerhalb der Arbeitszeiten der Bezugsberater*innen liegen.

„[...] [W]enn man dringend zu uns kommen muss, dann kann man am Vormittag schon auch einen Termin geben. Da kann man nicht einfach sagen, nein ich habe keinen Termin. Oder [...] ich schau, ich nehm noch einen, es ist kein Problem. Wenn dringend ist, ich will jetzt machen [...] ich mach dann jetzt.“ (T9:107-110)

Darüber hinaus werden im CM-Prozess individuell an dem*der jeweiligen Nutzer*in ausgerichtete Termine vergeben:

„[...] [W]enn viel zu tun ist, dann bekommt die Familie intensiv zwei oder drei Wochen-Termine bei mir, bis wir alles geklärt oder geregelt haben was in diesem Moment geregelt werden könnte und danach je nach Bedarf.“ (T10:67-69)

Neben der Ausrichtung der Terminvergabe am Bedarf der Nutzer*innen wird auch das Tempo des CM-Prozesses an die Nutzer*innen angepasst. Die Mitarbeiterin verfolgt damit laut eigener Angabe das Ziel, Nutzer*innen beizubringen, „Sachen in die Hand zu nehmen“ (T10:331).

„Ja das ist ein langer Weg und wenn der gut ist, wenn er Schritt für Schritt – und es ist wichtig, dass das langsam geht [...]. Am Anfang vielleicht intensiv bis man das alles irgendwie geregelt und organisiert hat, aber danach Schritt für Schritt wirklich, damit Klient auch lernt, alleine die Sachen in die Hand zu nehmen.“ (T10:326-331)

Eine weitere Mitarbeiterin gibt in ihrer Interviewaussage zu erkennen, dass sie Nutzer*innen, obwohl es nicht ihre Aufgabe sei, gelegentlich zu wichtigen Terminen begleitet. Dies verweist auf ein hohes Engagement einzelner Mitarbeiter*innen sowie auf eine individuelle Ausrichtung des Angebots.

„Ich habe oft, obwohl das [in der] Case Management-Methode nicht nötig [ist], Begleitung. [...] [I]ch habe die Frauen, die sehr schwach sind, die Gewalt erlebt haben, die psychosomatische Probleme haben, die Alleinerzieherinnen oft in der Schule, wegen Probleme in der Schule mit Kinder, begleitet, weil sehr viele Missverständnisse, obwohl die Kinder sehr viele gute Potenzial haben, um das/ ich glaube, wir haben viel viel viel individuell geschafft.“ (T14:343-348)

Am Beispiel dieser Aussage wird ersichtlich, dass die innerhalb der SfA angebotenen Hilfeleistungen individuell an den jeweiligen Nutzer*innen ausgerichtet werden. Anstatt vorgefertigte Leistungspakete zur Verfügung zu stellen, wird hier individuell auf Nutzer*innen und deren Anliegen eingegangen.

Schließlich weist auch die ‚Prozedurale Begleitung‘ von Case Management-Nutzer*innen auf eine Individualisierung der Angebote der SfA hin. Eine ‚prozessorientierte Begleitung‘ bedeutet, dass Nutzer*innen über einen längeren Zeitraum durch eine*n zuständige*n Berater*in betreut werden. Ein individuelles Eingehen auf Nutzer*innen setzt die Investition von Zeit in einen CM-Prozess voraus. Es

braucht Zeit, um eine Beziehung zu Nutzer*innen aufzubauen, um Daten in Form von Gesprächen zu erheben, um über Problemsichten und Lebensperspektiven zu diskutieren, etc. (vgl. Pantucek 2010). Ein solch intensives und individuelles Eingehen auf die Anliegen der Nutzer*innen wird durch das Angebot der ‚Prozeduralen Begleitung‘ innerhalb der SfA ermöglicht.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich das Angebot der SfA in vielerlei Hinsicht auf die individuellen Nutzer*innen ausrichtet. Trotz Restriktionen in der Flexibilität wird insbesondere bei Klient*innen, die nach Case Management unterstützt werden, so individualisiert wie möglich vorgegangen. Dies wird klar ersichtlich durch die Aussage einer Mitarbeiterin, welche auf die Frage hin, was die Unterstützung von Nutzer*innen innerhalb der SfA umfasst, antwortet: „[...] [E]s ist verschieden, es ist für mich nicht leicht [...] zu generalisieren, es ist von Fall zu Fall anders.“ (T10:77-78)

4.4.4.2 Empowerment

Hannah-Christina Nebosis

Das Konzept ‚Empowerment‘ kritisiert den defizitär geprägten Blick des Fachpersonals auf Nutzer*innen. Nutzer*innen sollen gestärkt und dazu ermutigt werden, Regie in ihrem eigenen Leben zu führen. (vgl. Sohns 2007:73-74) Damit wird das Ziel verfolgt, die Selbstständigkeit der Nutzer*innen zu fördern und zu erhalten, um sie in weiterer Folge von der geleisteten Hilfe unabhängig zu machen. Nutzer*innen zu ‚empowern‘, bedeutet in der Praxis, so wenig wie nötig zu unterstützen und die Nutzer*innen so viel wie möglich selbst aktiv werden zu lassen.

Anstatt die Defizite der Nutzer*innen zu betonen, sollen ihre Potentiale gefördert werden. Dies gelingt durch die Strategie der ‚Stärken- und Ressourcenorientierung‘. Der Begriff ‚Stärkenorientierung‘ bezieht sich auf die inneren, persönlichen Fähigkeiten und Interessen, während der Begriff ‚Ressourcenorientierung‘ externe Ressourcen wie finanzielle und soziale meint (vgl. Ehlers/Müller 2014:137).

In der SfA lassen sich Haltungen und Praktiken ausmachen, die dem Prinzip ‚Empowerment‘ sowie der ‚Stärken- und Ressourcenorientierung‘ nach Ehlers/Müller zuordenbar sind (vgl. ebd.). Von diesen Beispielen handelt der erste Abschnitt vorliegenden Kapitels. Wir fanden ebenfalls Aspekte vor, welche man als Widerspruch zum Prinzip ‚Empowerment‘ sowie der ‚Stärken- und Ressourcenorientierung‘ deuten könnte, worauf in der zweiten Hälfte des Kapitels eingegangen wird.

In der SfA lässt sich ein wertschätzender Umgang der Leitung gegenüber den Mitarbeiter*innen (vgl. T8:45-56) sowie der Mitarbeiter*innen untereinander (vgl. T14:391-394) feststellen. Eine ausgebildete Sozialarbeiterin der SfA erwähnt das Potential jedes*r einzelnen Mitarbeiter*in und meint, dass sie von jedem*r – ob mit oder ohne sozialarbeiterischer Ausbildung – viel gelernt hätte (vgl. ebd.). Sollte diese Haltung auf die anderen Mitarbeiter*innen zutreffen, könnte dieses Zitat auf einen ‚empowernden‘ Umgang innerhalb des Teams verweisen. Auch ‚Stärkenorientierung‘ lässt sich in dieser Aussage erkennen: Statt auf die Schwächen einzugehen, werden die Stärken der jeweiligen Person hervorgehoben und wertgeschätzt sowie als Ressource untereinander und für die Organisation wahrgenommen.

In der SfA arbeiten hauptsächlich Mitarbeiter*innen mit ‚Migrations- und Fluchthintergrund‘, manche sind ehemalige Klient*innen der SfA (vgl. T8:37-47). Dolmetscher*innen sind fast ausschließlich ehemalige Klient*innen, diese arbeiten jedoch ehrenamtlich (vgl. Interface Wien 2015:36). Die Schaffung von Arbeitsplätzen für Menschen mit Migrations- bzw. Fluchthintergrund kann als Praktik im Sinne des Prinzips ‚Empowerment‘ gedeutet werden. Die Leiterin der SfA beschreibt dies folgendermaßen: „Also wir sagen immer, [...] die Startbegleitung ist eigentlich ein ganzheitliches Projekt, [...] weil wir ja sozusagen die Zielgruppe beraten, andererseits aber für viele oder für einige aus der Zielgruppe der erste Arbeitgeber sind.“ (T8:50-52) Die SfA unterstützt Menschen, die in ihrem Herkunftsland eine psychosoziale Ausbildung absolvierten, dabei, diese in Österreich nostrifizieren zu lassen und in der SfA tätig zu werden. Ehemalige Klient*innen bzw. Menschen mit Migrations- bzw. Fluchthintergrund als Mitarbeiter*innen – und somit als Expert*innen für ‚ihre‘ Zielgruppe - einzustellen, kann insofern als ‚Empowerment‘ gedeutet werden. Vorhandene Stärken- und Ressourcen werden genutzt, die Menschen zur Selbstständigkeit ermuntert und als fähige Personen wahrgenommen.

Den Mitarbeiter*innen der SfA wird in der Organisation viel Gestaltungsspielraum, Freiraum und Verantwortung zugesprochen (vgl. T9:37-38). Dass den Mitarbeiter*innen viel zugetraut wird, könnte auf eine ‚empowernde‘ Haltung der Leitung gegenüber ihren Mitarbeiter*innen hindeuten. Im Sinne der ‚Stärkenorientierung‘ werden die individuellen Stärken der Mitarbeiter*innen wertgeschätzt und für die Organisation nutzbar gemacht. Individuelle Arbeitsweisen werden zugelassen, es findet sich in der Organisation keine allgemeingültige Vorgehensweise, wie beispielsweise der Ablauf des Erstgespräches mit Nutzer*innen stattzufinden hat (vgl. ebd.). Eine negative Konsequenz davon könnte

eventuell sein, dass diese Art des ‚Empowerment‘ sich auf die Qualität der Betreuung auswirkt, da es keine Vereinheitlichung von Standards gibt.

Man könnte als weiteren Hinweis auf die Anwendung des Prinzips ‚Empowerment‘ in der SfA sehen, dass eine der Verfasserinnen vorliegender Masterarbeit während ihres Praktikums in der Organisation von Beginn an anspruchsvolle Aufgaben überantwortet wurden, die ohne weitere ‚Kontrolle‘ von Mitarbeiter*innen zur weiteren Verarbeitung übernommen wurden (vgl. B2:86-89, B3:54-56). Dies könnte ein Zeichen für Personalknappheit bzw. fehlende zeitliche Ressourcen der Mitarbeiter*innen in der Organisation sein und birgt die Gefahr von mangelnder Professionalität der Arbeit. Durch diesen ‚Vertrauensvorschuss‘ fühlte sich unsere Kollegin jedoch wertgeschätzt. Im Sinne einer ‚Stärken- und Ressourcenorientierung‘ würde es Sinn machen, Praktikant*innen verantwortungsvolle Aufgaben zu übergeben um ihre Motivation zu steigern und vorhandene Stärken und Ressourcen für die Organisation zu nützen.

Auch in Bezug auf Nutzer*innen lässt sich eine ‚empowernde‘ Haltung der Mitarbeiter*innen feststellen. Die Wortwahl aller von uns interviewten Mitarbeiter*innen und die bevorzugte Bezeichnung der Nutzer*innen als ‚Menschen‘ - anstelle von ‚Klient*innen‘ o.Ä. - lassen auf eine respektvolle Beziehung zwischen Nutzer*innen und Berater*innen schließen: „[...] Ein Mensch kommt neu, der ist eine Welt für mich. Und wirklich herausfordernd, [...] ich war immer neugierig [zu] schauen, was er jetzt schaff[t].“ (T14:134-135) Die zitierte Mitarbeiterin sieht jede*n Nutzer*in als eine ‚Welt‘, die es zu erschließen gilt und bei der sie gespannt ist, ‚was jede*r einzelne schafft‘, der*die zu ihr in die Beratung kommt.

Nutzer*innen werden in diesem Beispiel – wie es im ‚Empowerment‘-Konzept vorgesehen ist – als Akteur*innen gesehen, denen zugetraut wird, ihr Leben selbst zu organisieren und ihren Alltag zu bewältigen (vgl. Sohns 2007:73-74). Diese Haltung erhöht laut Kleve (2003) die Wahrscheinlichkeit, dass die Nutzer*innen aktiv werden und die Regie in ihrem eigenen Leben (wieder) übernehmen können (vgl. Kleve:10-11).

CM wird von der zuvor zitierten Mitarbeiterin mit ‚Empowerment‘ und ‚Stärkenorientierung‘ gleichgesetzt. Der Name ‚Case Management‘ sei neu, die Haltung gegenüber Nutzer*innen jedoch die, die sie ‚immer schon‘ angewendet hätte, es gehe nämlich um das „[...] Suchen nach [dem] Potenzial von Klient[en]. Was kann er selber, was ich ihm anbieten kann und dann: Was können wir zusammen machen. Selbstständigkeit war das Ziel.“ (T14:34-43)

Folgendes Zitat macht deutlich, dass die Mitarbeiterin die Arbeit mit Nutzer*innen als gegenseitige Bereicherung sowie ein Geben und Nehmen auf persönlicher sowie gesellschaftlicher Ebene wahrnimmt:

„Case Management ist ‚ich gebe dir was und ich [...] versuche [zu] schauen, was dein Potenzial [...] ist, dass wir beide profitieren‘. [...] es geht nicht nur, dass ich gebe, sondern, was ich von meinem Klient auch profitieren kann: von Kulturelle[m], von Ausbildung, von Fähigkeiten, von alles. Und was ich hier meinem Klient weitergeben kann - dass diese zwei Potenziale - ich sehe immer als Potenzial, ja - diese zwei Potenziale, die diese Stadt wahnsinnig viele hat, aber sicher jede Person, jeder Flüchtling, jede Gruppe hat auch Potenzial und mein[e] Arbeit mit Menschen - besonders Case Management ist so, dass ich sofort denke ‚Phoa‘, dies ist ein Potenzial, eine Möglichkeiten und er kann das‘, ja und ich hab noch nie gehabt, dass niemand etwas machen kann.“ (T14:76-84)

Erwähnte Beispiele deuten darauf hin, dass das Prinzip ‚Empowerment‘ von Leitung und Mitarbeiter*innen sowohl auf organisationaler als auch auf Fallebene ‚gelebt‘ wird. Wir fanden jedoch auch Aussagen von Mitarbeiter*innen vor, in denen wir eine solche Haltung nicht feststellen konnten (vgl. T10:123-124, T9:131). Auf Beispiele, die gegen eine ‚Empowerment‘-Haltung sprechen, wird im zweiten Teil des Kapitels eingegangen.

Zunächst möchten wir auf Praktiken eingehen, welche im Sinne des ‚Empowerment‘ stehen:

In ihrem Praktikum konnte eine der Verfasserinnen dieser Masterarbeit beobachten, dass ein Nutzer trotz anwesende*r Dolmetscher*in dazu ermutigt wurde, Deutsch zu sprechen (vgl. B2:29). Weiters erwähnte eine Mitarbeiterin im Interview, dass sie die Nutzer*innen der SfA dazu motiviere, rasch Deutsch zu lernen, um durch die dadurch gewonnene Sprachkenntnis Selbstständigkeit zu gewinnen. Die Mitarbeiterin legt besonderes Augenmerk darauf, Frauen in ihrem Selbstvertrauen und ihrer Unabhängigkeit zu stärken. (vgl. T9:57-58)

Ein Nutzer bestätigt, dass er durch eine Fachkraft der SfA motiviert wurde, Deutsch zu lernen. Er erzählt auch, dass er in der Beratung dazu ermutigt wurde, seine Ausbildung, die er bereits im Heimatland absolvierte, in Österreich anerkennen zu lassen. (vgl. T11:59)

Diese ‚Motivationsarbeit‘ vonseiten der Mitarbeiter*innen der SfA könnte neben klassischem ‚Empowerment‘ auch als ‚Ressourcenorientierung‘ (vgl. Ehlers / Müller 2014:137) gedeutet werden: Die Mitarbeiter*innen erheben vorhandene (Bildungs-)Ressourcen der Nutzer*innen und unterstützen sie darin, die notwendigen Schritte für eine Nutzbarmachung der vorhandenen Ressourcen zu setzen. Ein*e Mitarbeiter*in

erwähnt die „Ressourcen der Stadt“ (T14:219-221) sowie von ihr an die Nutzer*innen vermittelte Bildungsangebote (vgl. ebd.). Auf den Einbezug des sozialen Umfeldes der Nutzer*innen bzw. die Vernetzung mit anderen professionellen Helfer*innen wurde bereits im Kapitel ‚Case Management in der SfA‘ (Kapitel 4.4.3) näher eingegangen.

Ein anderes Beispiel zeigt, dass im Sinne der ‚Stärkenorientierung‘ (vgl. ebd.) auf die individuellen Stärken der Nutzer*innen eingegangen und nach kreativen Lösungen gesucht wird: Für Jugendliche ab 15 Jahren sind in Österreich anstelle eines Schulplatzes Deutschkurse vorgesehen. Die Mitarbeiter*innen der SfA versuchen Jugendliche, die eine zweite Fremdsprache wie beispielsweise Englisch können, trotzdem einen Schulplatz zu vermitteln (vgl. T13:46-53).

Dass das ‚Empowerment‘-Konzept in der Praxis Grenzen hat, zeigt folgendes Beispiel: Die Unterschiede zwischen dem fachlichen Verständnis der Mitarbeiter*innen und den Erwartungen mancher Nutzer*innen können im Beratungsalltag zu Konflikten führen, nämlich dann, wenn Nutzer*innen nicht selbst aktiv werden wollen, sondern die SfA als eine Art ‚Dienstleistungsunternehmen‘ wahrnehmen. Eine Mitarbeiterin erwähnt, dass manche Nutzer*innen von den Fachkräften der SfA erwarten, dass diese Dinge für sie übernehmen, die sie selbst erledigen könnten bzw. die nicht im Zuständigkeitsbereich der SfA liegen: „[...] es gibt Klienten, die nehmen das als Ausnützung [...] ‚Ich könnte das, aber wieso [macht das] die [Beraterin] nicht?‘ [...] und das ist etwas anderes natürlich, das kommt in das Gespräch und du spürst das auch [...] als Berater (T13:98-101).

Eine weitere Mitarbeiterin erwähnt einen Nutzer, der von ihr erwartete, ihm eine Wohnung bereitzustellen. Als die Mitarbeiterin klarstellte, dass sie dies – wenn überhaupt – mit dem Nutzer „zusammen“ machen würde, führte das zu einem Konflikt:

„[...] [U]nd ich habe nur einmal so mit einem Klient[en *gearbeitet*], der sehr stark traumatisiert ist, aber irgendwo Aggression, Unzufriedenheit und Angst [*eine Rolle spielten*] [...] und das ich vielleicht eine Methode mit ihm nicht gefunden habe, dass er ein bisschen so aggressiv war, weil er wollte unbedingt eine Wohnung haben, ja und ich habe ihm gesagt, ‚Das geht nicht, ich bin nicht hier, dass ich dir [*eine*] Wohnung gebe, sondern dass wir [das] zusammen machen‘, [...] und er hat gesagt ‚Gibst du mir [*eine*] Wohnung und dann werde ich alles mit dir zusammen machen‘. Das war auch interessant für mich“ (T14:88-94)

Derlei Konflikten wird in der SfA versucht durch Aufklärung beizukommen. Nutzer*innen werden darauf aufmerksam gemacht, dass es sich um ihre Anliegen handelt (vgl. T13:100-101) und informiert, woher das Geld stammt, durch das Leistungen vom Staat

finanziert werden (vgl. T10:176-179). Näheres zum Thema findet sich im Kapitel ‚Transparenz und Teilhabe‘ (4.4.4.3.2).

Eine Mitarbeiter*in berichtet, dass aufgrund der Zielgruppe der SfA zu Beginn des Beratungsprozesses viel Unterstützung notwendig ist (vgl. T10:308-309). Bei den Nutzer*innen der SfA handelt es sich um geflüchtete Personen mit einem aufrechten Asylstatus, die teilweise erst seit kurzem in Österreich sind, was mit Sprachbarrieren und fehlendem ‚Systemwissen‘ einhergeht. Auch ein Nutzer bestätigt dies: „Das ist sehr wichtig, dass sie mir hilft. Wenn ich einen Brief bekomme, dann versteh ich nichts, ich kenne mich nicht aus. Ich mag natürlich alles selber machen. Das Hindernis ist die Deutsche Sprache.“ (T11:36-38)

Die von uns interviewten Mitarbeiter*innen der SfA sind sich einig, dass Selbstständigkeit das Ziel des auf zwei Jahre ausgelegten Beratungs- und Betreuungsprozesses der SfA ist (vgl. T10:59-60, T13:73-79). Eine Mitarbeiterin formuliert das folgendermaßen: „Dass die Klienten bei Interface ‚danke‘ sagen [...]. ‚Ich brauche ihre Hilfe nicht mehr‘ - [...] das ist für mich die Belohnung. Das bedeutet, dass ich was richtig gemacht habe.“ (vgl. T10:308-309)

In dieser Aussage lässt sich eine ‚selbstdekonstruktive Logik des Helfens‘ erkennen (vgl. Kleve 2003:3-4): Ziel der SfA ist es, die geleistete Hilfe im Laufe des Prozesses zu reduzieren und schließlich ganz einzustellen.

Dabei wird auf die unterschiedlichen Stärken der Nutzer*innen eingegangen und die Hilfestellung daran angepasst, wie folgendes Zitat verdeutlicht:

„Es gibt die unalphabetisierten Frauen, die zum Beispiel [...] gar nicht [*die*] Adresse von der MA40 finden [*können*] und da werde ich ein Fax schicken - erstes Mal. Und danach Wege zeigen [...], aber bei den Ärzten würde ich das nicht machen. Und das kläre ich auch auf und nicht nur einfach, ‚ich mach das nicht, weil ich das nicht will‘. Ich sage ‚das könnte so sein, aber wir machen das nicht, weil für Sie ist das besser, wenn Sie jetzt diesen Weg finden, [*das*] alleine schaffen, dann sind Sie stolz darauf.“
(T13:73-78)

Das Ausmaß der Unterstützung der Nutzer*innen in der SfA ist also theoretisch abhängig vom Wissen und den Fähigkeiten der Nutzer*innen. In der Praxis wird diese Vorstellung von vielen, aber nicht von allen Mitarbeiter*innen konsequent ‚gelebt‘, wie konträre Beispiele zeigen.

Im folgenden Abschnitt möchten wir auf Aussagen und Praktiken der Mitarbeiter*innen der SfA eingehen, welche dem Prinzip ‚Empowerment‘ widersprechen könnten:

Aussagen wie „[...] aber ich denk mir wenn ich jetzt die Familie oder den Mann oder die Frau so lasse, die sind verloren“ (T10:123-124) oder „[...] ich bin die einzige Quelle“ (T9:131) lassen auf eine ‚selbstkonstruktive Logik des Helfens‘ schließen. Dieser Begriff stammt von Kleve und verweist auf das (unbewusste) Abhängigmachen der Nutzer*innen von der professionellen Hilfe. Dadurch, dass die Fachkraft den*die Nutzer*in als hilfebedürftig ansieht, bestätigt sie gleichzeitig die Notwendigkeit der von ihr geleisteten ‚Hilfe‘. Wenn diese Haltung für Nutzer*innen spürbar wird, könnte sie zu einer ‚self fulfilling prophecy‘ werden und laut Kleve zu ‚endlosen Hilfemustern‘ führen, da die Nutzer*innen unselbstständig gemacht werden. (vgl. Kleve 2003:3-6)

Die Aussage „ich bin die einzige Quelle“ könnte sich auf den Umstand beziehen, dass die SfA in Wien die einzige Beratungsstelle für Asylberechtigte und subsidiär Schutzberechtigte darstellt. Allenfalls lässt es auf eine Haltung schließen, in der den Nutzer*innen wenig Lösungskompetenz zugetraut wird.

Zu Praktiken, welche gegen das Prinzip ‚Empowerment‘ sprechen könnten, zählt beispielsweise, dass alle Nutzer*innen, die einen ‚Familiennachzug‘ planen, bei der SfA als Case Management-Fälle gehandhabt werden. Nutzer*innen mit Familie werden ‚automatisch‘ zu Case-Management-Fällen, mit der Begründung: „Das ist eine Familie, da kommt sicher noch mehr“. (vgl. B2:30-33) Entgegen einem ‚Empowerment‘-Ansatz, wird hier nicht auf die Selbstlösungskompetenz der Familien vertraut, sondern von vornherein angenommen, dass der Familiennachzug mit der Benötigung eines intensiveren Betreuungsbedarfes einhergeht.

Eine weitere Praktik, die dem Prinzip des ‚Empowerment‘ widersprechen könnte, ist das Ausfüllen von Anträgen⁴³ (vgl. B2:98-99) sowie das Übernehmen von Anrufen für Nutzer*innen in der Beratung (vgl. B3:57). Für die Erlangung ihrer Selbstständigkeit könnte es für Nutzer*innen hilfreich sein, wenn Anträge mit ihnen statt für sie ausgefüllt werden würden, bzw. wenn Nutzer*innen ermutigt würden, sie soweit auszufüllen, wie es ihnen möglich ist und ihnen bei Fragen zur Seite zu stehen. Dasselbe gilt für das Übernehmen von Anrufen, wenn Nutzer*innen theoretisch sprachlich dazu fähig wären. Ein Grund für die Praktik der Fachkräfte, diese Aufgaben selbst zu übernehmen, könnte Zeitmanagement sein, welches durch den kontinuierlichen Anstieg an Nutzer*innen in der SfA ab 2015 zunehmend wichtiger wurde (vgl. Kapitel 4.4.1.3.4). Eventuell würde

⁴³ Beispielsweise der bedarfsorientierten Mindestsicherung

ein gemeinsames Ausfüllen der Anträge Zeit kosten, die anderswo (im Sinne der Nutzer*innen) verloren ginge.

Eine Mitarbeiterin der SfA erwähnt, dass sie Nutzer*innen ‚nachtelefoniert‘, wenn diese dem vereinbarten Beratungstermin fernbleiben bzw. sich länger nicht bei der Beratungsstelle melden. Sie ruft ihre Klient*innen aktiv an, um sie nach ihrem Befinden zu fragen: „Hallo, wie geht’s dir? [...] Wie ist dein Deutschkurs? Super, wann kannst du kommen, dass wir einfach so ein bisschen plaudern“. Das ist sehr wichtig mit Case Management. Nicht [den] eigenen Klient vergessen“. (T14:368-370).

Einerseits möchte die Mitarbeiterin – wie sie sagt – den Nutzer*innen durch ihre Anrufe außerhalb der vereinbarten Beratungstermine zeigen, dass sie diese nicht vergessen hat und ihnen Interesse entgegenbringt. Die gelegentlichen Anrufe mit Erkundigung nach dem Befinden der Nutzer*innen werden von ihr als Angebot zur Beziehungsgestaltung verstanden. Gleichzeitig könnte man diese Praktik insofern als nicht ‚empowernd‘ wahrnehmen, als dass den Nutzer*innen nicht zugestanden wird, eigenständig zu entscheiden, wann sie mit der Beratungsstelle in Kontakt treten möchten.

Eine weitere Praktik, die dem Prinzip ‚Empowerment‘ in der SfA widersprechen könnte, stellt folgende Beobachtung dar: In der Beratung empfahl eine Mitarbeiter*in einem Nutzer, sich eine Arbeit zu suchen, anstatt seinem Wunsch nach einem Studium in Österreich nachzugehen (vgl. B4:44-46). Diese Empfehlung geht über reine Aufklärung – mit bspw. der Argumentation, dass eine finanzielle Unterstützung beim Studieren wegfällt – im Sinne einer neutralen Beratung hinaus. Eine solche Haltung könnte dazu führen, dass die Motivation des Nutzers, seine Ziele zu erreichen, sinkt bzw. dass im Beratungsprozess in weiterer Folge die Ziele der Beraterin anstelle der Ziele des Nutzers verfolgt werden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass vieles in unserem Datenmaterial dafürspricht, dass in der SfA auf organisationaler sowie auf Fallebene nach dem Prinzip ‚Empowerment‘ gearbeitet wird. Dies zeigt sich u.a. in einem wertschätzenden und stärkenorientierten Umgang der Fachkräfte untereinander sowie in Bezug auf Nutzer*innen. In der Organisation ließen sich auch Haltungen und Praktiken finden, welche der Selbstständigkeit der Nutzer*innen im Weg stehen könnten, obwohl diese von den Mitarbeiter*innen in der Theorie angestrebt wird.

4.4.4.3 Prozedurale Fairness

Kathrin Gräble

In diesem Kapitel wenden wir uns dem Prinzip der prozeduralen Fairness und dessen Ausgestaltung im CM-Prozess der SfA zu. Prozedurale Fairness verfolgt das Ziel der Achtung sowie der Umsetzung der Selbst- und Mitbestimmung von Nutzer*innen. Hierzu sind eine transparente Prozessgestaltung, die sich am Bedarf der Nutzer*innen ausrichtet sowie das Zurverfügungstellen hinreichender und verständlich aufbereiteter Informationen unerlässlich. (vgl. Wendt 2001:69-70) Interventionen werden mittels Kontrakt vereinbart, um Nutzer*innen die Teilhabe am Hilfeprozess zu ermöglichen (vgl. ebd.:66).

In folgenden beiden Unterkapiteln stellen wir dar, inwiefern die Beziehungs- und Prozessgestaltung bei der SfA zu einer prozeduralen Fairness beiträgt.

4.4.4.3.1 Beziehungsgestaltung

In diesem Kapitel geht es um die Beziehungsgestaltung zwischen Berater*innen und Nutzer*innen und die Frage, inwiefern diese zur Umsetzung des Prinzips der prozeduralen Fairness bei der SfA beiträgt. In der Literatur wird eine stabile, kontinuierliche, partnerschaftliche und vertrauensvolle Beziehung als Grundlage für einen kooperativen und fairen Aushandlungsprozess gesehen (vgl. Neuffer 2007:419f.). Angelehnt an Carl Rogers' personenzentrierten Ansatz, in dem das Individuum im Vordergrund steht und nicht das bzw. die Probleme und durch welchen das Ziel verfolgt wird, der*dem Nutzer*in dabei zu helfen, sich so zu entwickeln, damit sie*er aktuelle und künftige Problemlagen auf integrierte Art und Weise bewältigen kann (Rogers zit. nach Ehlers/Müller/Schuster 2017:28), nennen die Autor*innen folgende Bedingungen für gelingende Beziehungsgestaltung: Echtheit, Akzeptanz, Anteilnahme, Wertschätzung und einfühlsames Verstehen (vgl. ebd.). Echtheit meint, dass Berater*innen beziehungsweise Case Manager*innen authentisch und aufrichtig sein sollen „und sich nicht hinter einer Rolle oder Funktion verstecken“ (ebd.). Akzeptanz, Anteilnahme und Wertschätzung subsumieren Ehlers, Müller und Schuster unter einer „bedingungslosen positiven Zuwendung, [...] in der BeraterInnen die KlientInnen ihre Gefühle erkennen und ausleben lassen“ (ebd.). Einfühlsames Verstehen kann durch aktives Zuhören sowie durch einen Perspektivenwechsel der Berater*innen erreicht werden und dient der besseren Nachvollziehbarkeit der Innenwelt der Nutzer*innen (vgl. ebd.).

Die Grundlage für die Beziehungsarbeit bei der SfA bildet ein Bezugsbetreuungssystem. Dieses Vorgehen verfolgt den Zweck, dass Nutzer*innen die vereinbarten Termine immer bei ihrer*ihrem Bezugsberater*in wahrnehmen – Ausnahmen bilden hierbei vor allem Urlaube und Krankenstände der zuständigen Mitarbeiter*innen (vgl. T11:25-26). Neben der Terminvereinbarung gibt es bei dringenden Anliegen die Möglichkeit, an den ‚offenen Vormittagen‘, zu kommen, an denen keine vorherige Terminvereinbarung nötig ist. Die innerorganisationale Dokumentation ermöglicht es dabei, dass grundsätzlich alle Mitarbeiter*innen mit allen Nutzer*innen arbeiten können (vgl. T11:84-87). Eine Mitarbeiterin veranschaulicht diese Vorgehensweise wie folgt:

„[...] Wir haben [eine] Datenbank. Jedes Mal, wenn ein Klient oder eine Klientin zu uns kommt, schreibe ich [...] nachher einfach hinein, was ich gemacht habe. Es wird alles dokumentiert. Wenn Klienten kommen [...] dann schaue ich einmal, lese kurz [...] und dann mache ich einfach mit dem Klienten weiter.“ (T9:86-92)

Dieser Umstand wird jedoch nicht von allen Beteiligten als positiv wahrgenommen. So erzählt ein Nutzer im Interview, dass er es vorgezogen hat, zu einem anderen Zeitpunkt wieder zu kommen, als er erfahren hat, dass ‚seine‘ Beraterin an besagtem Tag nicht anwesend war (vgl. T5:224-232). Diese Aussage könnte ein Hinweis darauf sein, welche Bedeutung Vertrauen im Betreuungsprozess einnimmt. Darauf wird später in diesem Kapitel noch näher eingegangen.

Der starke Anstieg der Zahl der Nutzer*innen in den Jahren 2013-2015 führte, wie im Kapitel 4.4.1 ausführlich erläutert, zu einer Veränderung der Organisationsstruktur, die sich auch auf das System der Bezugsbetreuung auswirkte. Die Leiterin der SfA weist im Interview darauf hin, dass es die Bezugsbetreuung „wie sie früher war“ nicht mehr gebe und dass die Berater*innen deswegen auch nicht mehr alles mitbekommen würden, was sich in den von ihnen betreuten Familien tue (vgl. T8:188-194; T10:328-339). Seit dem Ausbau des Angebots der SfA im Jahr 2017 (Aufstockung der Mitarbeiter*innen-Anzahl, Umzug in neue Räumlichkeiten), kann die Betreuung im Rahmen des Case Managements jedoch wieder intensiviert werden, was die Leiterin der SfA zu begrüßen scheint, da die Nutzer*innen dadurch wieder intensiver betreut werden können (vgl. T8:215-219).

Im Folgenden widmen wir uns nun der Darstellung unserer Forschungsergebnisse bezugnehmend auf die Beziehungsgestaltung bei der SfA.

Eine bereits pensionierte Mitarbeiterin erläutert, auf was es bei einem Erstgespräch mit einer*einem Nutzer*in ihrer Meinung nach besonders ankommt:

“Ja, wenn erstes Mal [...] ein Klient kommt, [...] es ist wichtig, sehr wichtig, dass der Berater bereit ist, mit Freudigkeit, diese Menschen aufzunehmen. Aber nicht Freudigkeit, so oberflächlich, [...] sondern wirklich [...]“. (T14:129-131)

Der zitierten Mitarbeiterin ist es ein Anliegen, neuen Nutzer*innen mit ehrlichem Interesse zu begegnen. Des Weiteren betont sie die Relevanz der Atmosphäre der Beratungssituation und die Wichtigkeit, den Nutzer*innen empathisch zu begegnen und nicht nur ihre Anliegen, sondern sie als Menschen in ihrer Gesamtheit anzunehmen:

“Das heißt, dass ein Sozialarbeiter mit Case Management sollte dieses Klima in der Beratung versuchen zu machen, dass [wenn] der Klient weggeht, dass er immer weiß, dass ich auf seinem Platz – wie Rollenspiel bei Mediation – dass ich immer an seinem Platz sitzen kann [...] und dass Sie ihn wirklich verstehen, das ist sehr wichtig, ja. Dass ich mich interessiere, wer er ist. Dass ich [...] ihn als Mensch angenommen, nicht als Nummer. Nicht nur ‚Ja, was hast du? Ja OK, Wohnung OK, hier ist sie‘. Das geht nicht, ja.“ (T14:147-153)

Eine weitere Mitarbeiterin macht mit ihrer Aussage deutlich, dass eine Unvoreingenommenheit in der Kommunikation mit den Nutzer*innen eine wichtige Rolle spielt:

“Die Klienten sind genau wie ich ein Mensch ja. Ah ich seh eh keinen Unterschied zwischen mir und den Klienten, die sind auch ein Mensch. Ich meine, wenn ich irgendwo hingeh, dann bin ich auch als Mensch dort. Nicht jetzt als irgendeine Person. Mir ist es egal, wer da ist, ich will nur den Leuten helfen. [...] Ich bin einfach halt Mensch und sie sind auch Menschen.“ (T9:133-138)

Die Mitarbeiterin sieht sich und die Nutzer*innen gleichrangig und dieses Gefühl möchte sie diesen auch vermitteln. Auch eine dritte Mitarbeiterin verweist auf die „Art und Weise wie man mit Menschen redet, arbeitet [und] wie man sich positioniert in einem Gespräch oder in einer Beratungssituation“ (T10:415-416) und betont die Wichtigkeit „[...] nicht von oben nach unten mit Leuten zu sprechen“ (T10:418).

Diese Haltung gegenüber den Nutzer*innen und das Eingehen auf diese macht deutlich, dass im Rahmen der Beziehungsgestaltung bei der SfA die Nutzer*innen im Mittelpunkt des Prozesses stehen, die Berater*innen ihnen aufrichtiges Interesse entgegenbringen (vgl. T10:256-257) und beispielsweise im Rahmen von Erstgesprächen nicht nur die vorgesehenen Anamnesebögen abarbeiten:

“Wir haben ein Anamneseblatt, wir fangen einfach mit den Fragen an und dann ich werd auch ein bisschen in die Familiengeschichte gehen und schauen, ob Kinder da sind, ob eine Frau da, ob ein Mann da ist, schau mir die Lebenssituation an, was machen die Leute – weil mich interessiert, wie meine Klienten überhaupt sind [...]“. (T9:34-38)

Das Interesse an den Nutzer*innen zeigt sich auch dahingehend, dass den Gründen für Brüche im Betreuungsprozess nachgegangen wird und versucht wird, nachzuvollziehen, wieso Nutzer*innen die Angebote der SfA nicht mehr in Anspruch nehmen (vgl. T9:68-77; T14:360-379).

Eine Mitarbeiterin konstatiert, dass eine gute Beziehung zwischen Berater*in und Nutzer*in vor allem dann gegeben sei, wenn die Nutzer*innen anerkennen, dass die*der Mitarbeiter*in alles in seiner*ihrer Macht stehende unternommen habe (vgl. T10:333). Ein Risiko dieser Arbeitsweise könnte sein, dass Mitarbeiter*innen Misserfolge in der Zusammenarbeit mit Nutzer*innen als persönliches Versagen verstehen könnten. Das wiederum könnte einen gewissen Druck auf die einzelnen Mitarbeiter*innen ausüben. Andererseits kann diese Arbeitsweise offensichtlich auch sehr viel Erfüllung mit sich bringen, wie dieselbe Mitarbeiterin in folgendem Zitat ausführt: "[...] das, was ich seit acht Jahren arbeite, liebe ich sehr, das macht mir so viel Spaß" (T10:38-39).

Dass die Beziehungsgestaltung zwischen Berater*innen und Nutzer*innen oftmals herausfordernd sein dürfte, macht eine weitere interviewte Mitarbeiterin mit folgender Aussage deutlich:

"Wir sollten lernen, nicht nach Hause mitnehmen, aber von zu Hause morgen zurück, einfach so erinnern sich. Das ist selbstverständlich eine [...] Erfahrung, Methode, aber auch [...] Liebe, wirklich Liebe." (T14:377-379)

Diese Aussage könnte so verstanden werden, dass die Mitarbeiterin es für wichtig hält, dass sich die Berater*innen außerhalb ihrer Arbeitszeit nicht mit den Themen und Anliegen der Nutzer*innen beschäftigen. Sie sollen sich ihrer Ansicht nach jedoch am nächsten Tag wieder an die Nutzer*innen „erinnern“, um ihnen weiterhin empathisch und verständnisvoll begegnen zu können. Das Wort Liebe könnte in diesem Kontext als Hinweis dafür gedeutet werden, dass die Mitarbeiter*innen die Nutzer*innen lediglich temporär „vergessen“, jedoch grundsätzlich mit diesen in Verbindung bleiben.

Von einer etwas anderen Strategie, ein angemessenes Nähe-Distanz-Verhältnis aufrechtzuerhalten, berichtet eine zweite Mitarbeiterin, die betont, dass es wichtig sei, auf Seiten der Mitarbeiter*innen gegenüber den Nutzer*innen keine „Schwäche“ zu zeigen. Sie vergleicht das Verhältnis zwischen Berater*in und Nutzer*in mit einer Eltern-Kind-Beziehung, bei welcher sie auch der Meinung zu sein scheint, dass es für die Kinder nicht gut sei, wenn die Eltern Schwäche zeigen würden (vgl. T10:441-444). Möglicherweise möchte sie den Nutzer*innen, die aufgrund der Fluchterfahrung und der Situation in Österreich mit Unsicherheit konfrontiert sind, durch das Vermeiden von

Anzeichen für „Schwäche“ Sicherheit geben. Weiters möchte sie verhindern, dass sie sich den Nutzer*innen durch das Zeigen von Schwäche ausliefert (vgl. ebd.:444), was als ein Hinweis auf den Wunsch nach einer Aufrechterhaltung der Balance von Nähe und Distanz hinsichtlich der Beziehung zu den Nutzer*innen gedeutet werden kann.

Wir nehmen an, dass die Erhaltung dieses Gleichgewichts beziehungsweise die Fähigkeit dazu, eine individuelle sowie eine fachliche Komponente birgt, vermuten jedoch auch, dass sie jenen Mitarbeiter*innen, die ‚muttersprachliche‘ Beratung anbieten können, mitunter schwerer fällt, als jenen, die die Beratung mithilfe von Dolmetscher*innen leisten. Diese Vermutung fußt, wie bereits in Kapitel 4.4.1.2 beschrieben, vor allem auf dem konzeptuellen Fokus der SfA hinsichtlich der Qualifikation ihrer Mitarbeiter*innen, der klar auf deren Sprachkompetenzen und weniger auf deren fachlicher Qualifizierung liegt. Da es schwierig zu sein scheint, Sozialarbeiter*innen mit umfassenden Fremdsprachenkenntnissen zu finden, verfügen überwiegend jene Mitarbeiter*innen, die die geforderten Sprachkompetenzen mitbringen, über weniger umfassende psychosoziale Ausbildungen, was ebenfalls im Kapitel 4.4.1.2 näher ausgeführt wird.

Die räumliche Gestaltung der SfA bringt es mit sich, dass sich die Mitarbeiter*innen die vorhandenen Räume teilen und es kann daher vorkommen, dass mehrere Beratungsgespräche zeitgleich in ein und demselben Raum stattfinden. Die Privatsphäre der Nutzer*innen kann laut einer Interviewpartnerin nur dann gewahrt werden, wenn die*der Nutzer*in dieses Bedürfnis kundtut und ein freier Raum verfügbar ist (vgl. T9:292-296). Andererseits kommt es auch immer wieder vor, dass sich die Mitarbeiter*innen während laufenden Beratungsgesprächen untereinander austauschen (vgl. B1:61-64), was zur Folge haben kann, dass ein*e Nutzer*in während sie der*dem Berater*in etwas Vertrauliches erzählt, unterbrochen wird. Dieser Umstand könnte ein Hinweis darauf sein, dass der Umgang miteinander, das heißt zwischen Kolleg*innen aber auch zwischen Mitarbeiter*innen und Nutzer*innen so familiär ist, dass alles vor allen besprochen werden kann. Wir gehen später in diesem Kapitel noch näher auf den Aspekt des familiären Umgangs ein.

Vertrauen spielt jedenfalls eine zentrale Rolle in der Beziehungsgestaltung bei der SfA. Es wird von zwei der interviewten Mitarbeiterinnen als Grundlage für die Beziehungsarbeit angesehen (vgl. T9:238-241; T13:59-60, 157-159). Vertrauen in die Berater*innen ermöglicht es den Nutzer*innen über persönliche Themen zu sprechen (vgl. T13:168-171), daneben ist es teilweise auch grundlegend für die Einschätzung, ob

die Anwendung von CM angebracht ist oder nicht. Da die Mitarbeiter*innen diese Entscheidung individuell treffen, braucht es eine gewisse Nähe zu und Erfahrung mit den jeweiligen Nutzer*innen, um einschätzen zu können, ob die individuelle Situation eine intensivere Betreuung notwendig macht. Diese Einschätzung im Zuge eines ersten oder zweiten Termins zu treffen, ist laut einer Mitarbeiterin oft nicht möglich. (vgl. T9:232-236) Diese Aussage verdeutlicht, dass entsprechende zeitliche Ressourcen vorhanden sein müssen, um einen intensiveren Betreuungsprozess in Gang setzen und aufrechterhalten zu können.

Da wir auch Interviews mit Nutzer*innen der SfA geführt haben, kann die Beziehungsgestaltung zwischen Mitarbeiter*innen und Nutzer*innen auch aus deren Sicht beschrieben werden. Wie weiter oben vermutet, fühlen sich die beiden Nutzer aufgrund der wertschätzenden und offenen Haltung der Mitarbeiter*innen aufgenommen und in ihren Anliegen unterstützt (vgl. T11:48-52; T12:44, 214-215).

Die Mitarbeiter*innen vermitteln den Nutzer*innen ein nahezu ‚familiäres‘ Gefühl, was sich auch in der Sprache eines interviewten Nutzers widerspiegelt. Für ihn nimmt die Beraterin je nachdem die Rolle einer Schwester oder gar einer Mutter ein:

„Sie hat mir sehr viel geholfen. Beim Sozialamt, mit dem Kinderbetreuungsgeld und dem Kindergartenplatz. Sie hat auch einen Vortrag gemacht. Ich habe dort Informationen erhalten wenn das Kind in die Schule kommt. Sie hat mir geholfen sehr viel. Bis ich mich gefühlt habe, dass diese Frau wie meine Schwester ist. Sie macht alles hier. Sie ruft das Sozialamt an. Sie schickt alles per Mail damit ich nicht hingehen muss. Manchmal füllt sie die Papiere aus. Macht alles fertig. [...] [die Mitarbeiterin] [...] ist wie meine große Schwester. Meine Mutter ist schon gestorben und meine ältere Schwester ist noch in Syrien. [Die Mitarbeiterin] [...] ist wie meine Schwester, wie meine Mutter. [...] Sie arbeitet ganz ehrlich. Und ich fühle, dass sie sich gut mit dem Österreichischen Gesetz auskennt. Sie empfiehlt mir immer Deutsch zu lernen und mein Zertifikat nostrifizieren zu lassen.“ (T11:30-56)

Die Begriffe ‚Schwester‘ und ‚Mutter‘ sollten hier unserer Ansicht nach nicht losgelöst von einem kulturellen Kontext betrachtet werden. Auf die Frage, was die Mitarbeiterin für den Nutzer zu einer Mutter beziehungsweise Schwester macht, antwortet er, dass sie ehrlich arbeite, sich gut mit dem österreichischen Gesetz auskenne und ihm Empfehlungen hinsichtlich Spracherwerb und Nostrifikation seines Zertifikats erteile. Wir vermuten, dass besagte Mitarbeiterin unterstützend und motivierend mit dem Nutzer arbeitet und dass sie über spezifisches Wissen verfügt, durch welches sie vom Nutzer als ein älteres Familienmitglied wahrgenommen werden könnte.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Mitarbeiter*innen der SfA mit ihrer Form der Beziehungsgestaltung zu einem kooperativen und fairen Aushandlungsprozess

beitragen. Sie gestalten die Beziehungen mit den Nutzer*innen aufgrund des Bezugsbetreuungssystems stabil, kontinuierlich und vertrauensvoll. Das Individuum steht im Vordergrund, die Berater*innen begegnen ihr*ihm mit echtem Interesse. Vertrauen wird als Grundlage für Beziehungsarbeit betrachtet, den Nutzer*innen wird in wertschätzender und offener Art und Weise begegnet. Die ausgeprägte Involviertheit der Berater*innen birgt auch Risiken. So finden sich in den Interviews auch Hinweise auf Strategien zur Aufrechterhaltung der Balance von Nähe und Distanz zu den Nutzer*innen, was ‚muttersprachliche‘ Mitarbeiter*innen und Mitarbeiter*innen, die selbst eine Fluchterfahrung gemacht haben, mehr als andere betrifft. Der Umgang unter Kolleg*innen sowie zwischen Nutzer*innen und Mitarbeiter*innen kann als familiär beschrieben werden, ein interviewter Nutzer bezeichnet ‚seine‘ Beraterin gar als Mutter beziehungsweise Schwester.

4.4.4.3.2 Prozessgestaltung hinsichtlich Transparenz und Teilhabe

In diesem Kapitel wird dargestellt, wie sich der Beratungs- und Betreuungsprozess hinsichtlich Transparenz und Teilhabe bei der SfA gestaltet. Im Rahmen der empirischen Erhebung hat sich gezeigt, dass Transparenz die Voraussetzung von Teilhabe darstellt, die zunächst vor allem durch ‚muttersprachliche‘ Beratung beziehungsweise durch das Bereitstellen von Dolmetscher*innen gewährleistet wird. Das Angebot der SfA zeichnet sich grundsätzlich durch Freiwilligkeit aus (vgl. T14:143-145). Allerdings könnte durch das Alleinstellungsmerkmal ein gewisser Druck für die Nutzer*innen bestehen, sich mangels Alternativen an die SfA zu wenden.

Die Herstellung von Transparenz findet sich bei der SfA nicht nur in der Beziehungsgestaltung zwischen Nutzer*in und Sozialarbeiter*in, sondern ist auch ein wichtiges Ziel der Beratungen: So ist es laut der Abteilungsleiterin ein zentrales Anliegen der Organisation, den Nutzer*innen Wissen über das österreichische Rechts- und Sozialsystem zu vermitteln:

„[...] es geht halt überhaupt eigentlich ganz zentral um Orientierung und Aufklärung, wie läuft was hier, wie muss ich mich verhalten sozusagen, um [...] mich zurecht zu finden und was muss ich wissen, damit ich so schnell wie möglich allein damit umgehen kann“ (T8:143-146).

Die Beratungen sollen die Nutzer*innen also befähigen, sich rasch eigenständig in Österreich zurecht zu finden. Die Interaktion zwischen Berater*innen und Nutzer*innen werden jedoch auch dazu genutzt, den Beratungs-Prozess selbst für diese transparent zu machen, was als Grundlage dafür betrachtet werden kann, dass die Nutzer*innen daran teilhaben können (vgl. Wendt 2001:69-70).

Den Mitarbeiter*innen ist es wichtig, die Nutzer*innen über Abläufe und Zuständigkeiten genau aufzuklären, was in folgendem Zitat einer Sozialarbeiterin deutlich wird:

“[...] und das ist auch sehr wichtig, diese Menschen aufzuklären, ‚wofür sind wir da?‘ und ‚wie weit können wir helfen?‘ und wie wir überhaupt arbeiten. Aber ich glaube, das ist für uns alle Sozialarbeitenden [eine] Aufgabe, das gut aufzuklären [...]” (T13:61-64)

Durch diese Aufklärung werden organisationale Zuständigkeiten transparent gemacht und Erwartungshaltungen der Nutzer*innen geklärt. Eine weitere Mitarbeiterin nennt folgendes Beispiel: “Wenn [*ein Nutzer*] [...] seine Familie [erwartet], dann sage ich, [...] was ich tun kann. Das heißt, wenn [er das] erstes Mal [...] kommt, weiß [er] schon, was er mit mir arbeiten kann” (T14:185-187).

Die Leiterin der SfA weist außerdem darauf hin, dass die Berufsgruppe der Sozialarbeiter*innen manchen Nutzer*innen eingangs komplett unbekannt ist, da in deren Herkunftsländern Unterstützungsprozesse vor allem im informellen Bereich stattfinden (T8:406-408). Diese Erfahrungen der Nutzer*innen könnte auch eine Erklärung für die im Kapitel Beziehungsgestaltung beschriebenen Metaphern der ‚Mutter‘ und ‚Schwester‘ sein. Unter Umständen legen die Mitarbeiter*innen auch deshalb so genau dar, wie sie ihre Rolle sehen und wie sie vorgehen.

Diese Transparenz in puncto sozialarbeiterischer Methodik verfolgt des Weiteren das Ziel, dass die Nutzer*innen nachvollziehbare Vereinbarungen in Bezug auf den Beratungs- bzw. Betreuungsprozess treffen können: “Ja, [...] diese[s] Vertrauen heißt, ich sage, wie [die] Methode ist, dass wir dann [...] nach Vereinbarung zusammenarbeiten” (T14:174-175). Die Mitarbeiterin macht in diesem Zitat außerdem deutlich, dass eine vertrauensvolle Beziehung das gemeinsame Erarbeiten einer Arbeitsübereinkunft erst ermöglicht und somit die Grundlage für prozedurale Fairness bzw. Teilhabe darstellt.

Ein weiteres Hilfsmittel, um Transparenz zu schaffen, ist die ‚Gelbe Karte‘. Diese dient der Kommunikation zwischen den Mitarbeiter*innen und zeigt auf, wann die*der Nutzer*in bei welcher*welchem Mitarbeiter*in war und was bei den jeweiligen Terminen gemacht wurde. Das könnte vor allem dann relevant sein, wenn Mitarbeiter*innen spontan Klient*innen von ihren Kolleg*innen übernehmen – etwa aufgrund von Urlaubs- oder Krankenstandsvertretungen. Die gelbe Karte dient ebenso der Kommunikation zwischen Nutzer*innen und Mitarbeiter*innen: Sie erinnert Nutzer*innen an Termine und

erhöht möglicherweise die Verbindlichkeit zu diesen auch zu erscheinen. Da der Name der jeweiligen Bezugsbetreuungsperson auf der Karte steht, macht diese die Zuständigkeit von Mitarbeiter*innen für einzelne Nutzer*innen transparent. Zusätzlich dazu steht bei jedem wahrgenommenen Termin in kurzen Worten dabei, welche Interventionen gesetzt wurden. (vgl. B1:16-18)

Transparenz auf der Beratungsebene bei der SfA dient dem Vertrauensaufbau, der Kontextualisierung sowie der Ermöglichung des Treffens informierter Entscheidungen. Darüber hinaus kann die spezifische Beratung und Betreuung mit Fokus auf Aufklärung über das österreichische System als Grundlage für eine Ermächtigung der Nutzer*innen gelten, sich in der österreichischen Gesellschaft rasch eigenständig zurecht zu finden und dadurch an ihr teilhaben zu können. Eine der Mitarbeiter*innen formuliert diesen Anspruch folgendermaßen:

“Das System in Österreich und unsere Aufgabe in diese[m] System muss [der] Klient wirklich gut verstehen. Das heißt, wir müssen gut aufklären – dass die das mitbekommen.” (T13:158-160).

Durch dieses Vorgehen können die Mitarbeiter*innen Sicherheit bei Nutzer*innen erzeugen, da diese durch das Erlangen von Kontextwissen potentiell verunsichernde Situationen besser einordnen und sich daran entsprechend anpassen können (vgl. T13:75-78). ‚Befragungssituationen‘ in der Sozialarbeit, die die Nutzer*innen möglicherweise an Erfahrungen mit Polizei und anderen Behörden erinnern könnten, wären eventuell ein Beispiel hierfür.

Die Rolle als Aufklärende wird auch in puncto Nicht-Anspruch auf bestimmte Sozialleistungen bedeutend:

“Ich hab gestern einen Klienten gehabt [und ich hab ihm gesagt] wenn in Syrien jetzt kein Krieg wäre und ich jetzt nach Syrien gehe, krieg ich Möbelgeld? Das war’s [...] Er hat kein Wort mehr gesagt” (T10:192-195).

“Es soll ihm klar sein, dass er keinen Rechtsanspruch auf Möbelgeld hat. Weil sie kommen mit solchen Erwartungen und diese [...] Selbstverständlichkeit, dass sie alles bekommen müssen. Und das ist ein großer Teil von dieser Beratung, wo man aufklären soll. Das ist nicht selbstverständlich, dass sie das bekommen [...] Und woher. Zum Beispiel Sozialhilfe, Mindestsicherung nennen sie Gehalt” (T10:182).

Die ‚Aufklärung‘ bezieht sich hier auf das österreichische Sozialsystem. Der Beraterin ist es offenbar ein Anliegen, dass die Nutzer*innen dieses nicht als selbstverständlich gegeben sehen sollen, sondern diese ihres Erachtens wissen sollten, wie sich dieses finanziert, wie es funktioniert und auf welche Leistungen sie aus welchen Gründen Ansprüche haben.

Für die Mitarbeiter*innen ist die Teilhabe der Nutzer*innen wichtig für einen erfolgreichen Beratungsprozess. So erklärt eine Mitarbeiterin, dass Nutzer*innen und Mitarbeiter*innen zusammenarbeiten müssen und „[...] wenn die nicht teilnehmen, ich kann nichts machen, ja“ (T13:334). Dieses Zitat deutet daraufhin, dass der CM-Prozess bei der SfA als ein gemeinsames Erarbeiten von Zielen sowie dem Weg dorthin verstanden wird. Die Nutzer*innen bekommen dadurch eine wichtige Rolle im Prozess, wie eine weitere Mitarbeiterin deutlich macht:

“Das [...] Case Management ist für mich eine Art von Beratung und Betreuung, wo man von beiden Seiten investiert. Von der Seite der Klienten aber auch von unserer Seite ist viel Zeit und Kraft investiert in einen richtigen Case Management Fall”.
(T10:303-305)

Die Haltung, dass nur gemeinsam in der Zusammenarbeit mit der*dem Nutzer*in ein gutes Ergebnis erreicht werden kann, wird auch durch folgende Aussage einer Mitarbeiterin deutlich, die beschreibt, dass der Inhalt von Beratungsgesprächen in Kooperation entschieden wird: „[...] sofort mache ich einen Termin und ich [...] bereite schon meinen Klient [vor], was wir nächstes Mal [...] reden wollen. Aber ich frage ihn, was sie oder er will, was für ihn wichtiger ist.“ (T14:176-177).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Teilhabe am CM-Prozess für die Nutzer*innen der SfA vor allem durch Transparenz gewährleistet wird. Die Mitarbeiter*innen klären die Nutzer*innen über ihre Arbeitsweise auf, geben ihnen Informationen aufgrund derer diese den Prozess betreffende Entscheidungen treffen können und begeben sich in die Rolle von Aufklärer*innen das österreichische Integrations- und Sozialsystem betreffend. Arbeitsübereinkünfte werden gemeinsam getroffen, hierzu müssen beide Seiten, also Nutzer*innen und Berater*innen „investieren“. Die Inhalte einzelner Beratungsgespräche werden ebenfalls kooperativ ausgehandelt.

In diesem Kapitel haben wir uns der Ausgestaltung des Prinzips ‚Prozedurale Fairness‘ im CM-Prozess der SfA gewidmet. Unser Hauptaugenmerk lag dabei auf der Beziehungs- sowie auf der Prozessgestaltung. Die vorgefundene stabile und kontinuierliche Beziehungsgestaltung basiert auf Vertrauen und wird von den Nutzer*innen als familiär erlebt. Die Beratenden weisen eine starke persönliche Involviertheit auf, die Ausgewogenheit von Nähe und Distanz im Beratungsprozess scheint ein zentrales Thema zu sein. In Bezug auf die Prozessgestaltung kann festgehalten werden, dass, wie bereits weiter oben erwähnt, die Teilhabe am CM-Prozess vor allem durch Transparenz – sowohl hinsichtlich der Arbeitsweise und Rolle der beratenden Person als auch hinsichtlich des österreichischen integrations- und

Sozialsystems - gewährleistet wird. Darüber hinaus wird die Teilhabe durch das gemeinsame Erarbeiten einer Arbeitsübereinkunft den Beratungs- und Betreuungsprozess betreffend ermöglicht.

4.5 Resümee

Nikita Felder, Stefanie Gebesmair, Kathrin Gräble, Hannah-Christina Nebosis

Wie in der Einleitung beschrieben, haben wir uns im Rahmen unserer Masterarbeit mit dem Forschungsschwerpunkt ‚Case Management-Anwendungsbeispiele in ausgewählten Wiener Organisationen‘ auseinandergesetzt. Unser Fokus lag dabei auf den handlungsleitenden Prinzipien des Social Work Case Managements in den beiden Forschungsfeldern – dem ‚regionalen Kompetenzzentrum‘ (rKomZ) im integrierten Versorgungssystem ‚Alkohol. Leben können.‘ sowie der ‚Startbegleitung für Asylberechtigte und subsidiär Schutzberechtigte‘ (SfA).

Auf die zentralen Erkenntnisse zur von uns formulierten Forschungsfrage – ‚Inwieweit finden sich handlungsleitende Prinzipien des Social Work Case Management in den ausgewählten Wiener Organisationen?‘ – gehen wir im Anschluss genauer ein.

4.5.1 Erkenntnisse zum Forschungsfeld ‚rKomZ‘

Die Analyse der Abläufe des Beratungsprozesses im ‚regionalen Kompetenzzentrum‘ im integrierten Versorgungssystem ‚Alkohol. Leben können.‘ deutet darauf hin, dass das Case Management (CM) weniger Bezüge zu einem nutzer*innenorientierten Social Work CM aufweist als zu einem systemorientierten CM. Diese Erkenntnis spiegelt sich in der Analyse der Umsetzung der Prinzipien ‚Nutzer*innenorientierung‘, ‚Empowerment‘ sowie ‚Prozedurale Fairness‘ wider.

In Bezug auf das Prinzip der ‚Nutzer*innenorientierung‘ wurde ersichtlich, dass das rKomZ großteils angebotsorientiert agiert. Das zeigt sich etwa hinsichtlich der Kontingentierung und Modularisierung der Angebote, deren Zugang die Mitarbeiter*innen des rKomZ verwalten.

Gleichzeitig lassen sich jedoch ebenso Aspekte einer Nutzer*innenorientierung erkennen. So wird auf organisationaler Ebene versucht, durch Steuerung und Kontrolle der Mittel sicherzustellen, dass Nutzer*innen jene Angebote erhalten, welche ihrem

ermittelten Bedarf entsprechen. Darüber hinaus versuchen die Mitarbeiter*innen durch auf die materielle Grundsicherung abzielende Interventionen, den Therapieantritt so ‚gut‘ wie möglich zu erleichtern. Hinsichtlich der Module wird die Angebotsorientierung auch dadurch gemindert, dass eine gewisse Flexibilität in Bezug auf die Abänderung der Modulvorgaben ins integrierte Versorgungssystem eingeschrieben ist.

Bezüglich des Prinzips ‚Empowerment‘ im rKomZ kann man folgende Erkenntnisse zusammenfassen: Nutzer*innen werden im rKomZ nicht in ihrer Selbstorganisation bestärkt, das rKomZ ‚wirbt‘ damit, den Nutzer*innen Dinge abzunehmen. Dies kann u.a. damit erklärt werden, dass die Berater*innen, auf die aktuelle Lebenssituation der Nutzer*innen eingehen und die Nutzer*innen im Sinne einer Lebensweltorientierung bewusst entlasten wollen. Darüber hinaus wurde ersichtlich, dass die individuellen Stärken der Nutzer*innen im Beratungs- und Betreuungsprozess kaum berücksichtigt werden und externe Ressourcen vorrangig als ‚Problemfelder‘ erhoben werden. Dies kann damit zusammenhängen, dass Beziehungsarbeit keine Kernaufgabe des rKomZ darstellt, wie sich in der Analyse der ‚Prozeduralen Fairness‘ zeigt.

In Hinblick auf das Prinzip der ‚Prozeduralen Fairness‘ wurde in der Analyse des Datenmaterials nämlich erkennbar, dass die Beziehung zwischen Nutzer*innen und fallführenden Personen des rKomZ durch einen tendenziell punktuellen persönlichen Kontakt und einer bedarfsbezogenen Kommunikation gekennzeichnet ist. Die Beziehungsarbeit scheint aufgrund der Positionierung des rKomZ im integrierten Versorgungssystem als Erstanlaufstelle sowie der vorwiegenden ‚Broker- und ‚Gate Keeper-Funktion‘ nicht im Fokus des CM-Prozesses zu stehen. Sie scheint vielmehr bei den unterschiedlichen leistungserbringenden Organisationen verortet zu sein.

Darüber hinaus wurde ersichtlich, dass die Transparenz des Beratungsprozesses im Gegensatz zur Beziehungsgestaltung als eine der Kernaufgaben des rKomZ verstanden werden kann. Auch wenn versucht wird, die Nutzer*innen bestmöglich zu informieren, so sind die Teilhabemöglichkeiten der Nutzer*innen im Beratungsprozess auf eine Art ‚Vetorecht‘ begrenzt. Nutzer*innen des rKomZ haben die Möglichkeit den Beratungsprozess zu beenden, Angebote abzulehnen und dadurch eine Wiederaufnahme der ‚Abklärung‘ zu erwirken oder eigene Anliegen hinsichtlich des ‚Maßnahmenplans‘ zu äußern. Die individuellen Anliegen der Nutzer*innen werden jedoch lediglich dann in den Entscheidungsfindungsprozess miteinbezogen, wenn das rKomZ eine geeignete Behandlung anbieten kann.

4.5.2 Erkenntnisse zum Forschungsfeld ‚SfA‘

Innerhalb der SfA zeigte sich eine stark ‚individualisierte‘ Ausrichtung der Angebote an den Nutzer*innen und ihrer Lebenswelt, ein CM-Verständnis, bei dem Nutzer*innen im Zentrum stehen, sowie vorwiegend eine Haltung, bei der Nutzer*innen als ‚Expert*innen in eigener Sache‘ angesehen werden. Insbesondere bei Nutzer*innen, die mittels CM unterstützt werden, wird so individuell wie möglich vorgegangen. Der flexible Umgang der Mitarbeiter*innen der SfA mit Strukturen und Prozessen ermöglicht ihnen die Berücksichtigung der jeweiligen Falllogik.

In Bezug auf das Prinzip ‚Empowerment‘ deutet vieles darauf hin, dass in der SfA sowohl auf organisationaler Ebene als auch auf der Fallebene nach diesem Prinzip gearbeitet wird. Die Selbstständigkeit der Nutzer*innen zu stärken und diese im Laufe des Beratungs- und Betreuungsprozesses von den Hilfen unabhängig zu machen, scheint ein zentrales Ziel der Beratung in der SfA zu sein. Darüber hinaus wird das ‚Empowerment‘ durch einen wertschätzenden Umgang der Fachkräfte untereinander sowie gegenüber Nutzer*innen ersichtlich. Die Analyse der Daten zeigte jedoch ebenso Praktiken auf, welche der Selbstständigkeit der Nutzer*innen im Wege stehen könnten, u.a. das Ausfüllen von Anträgen für Nutzer*innen oder die Tatsache dass in der SfA Familien automatisch als CM-Fälle gehandhabt werden.

In Hinblick auf das Prinzip der ‚Prozeduralen Fairness‘ wurde ersichtlich, dass innerhalb der SfA der Transparenz am CM-Prozess hinsichtlich der Arbeitsweise und Rolle der Berater*innen sowie im Hinblick auf das österreichische Integrations- und Sozialsystem viel Wert beigemessen wird. Außerdem werden Arbeitsübereinkünfte sowie konkrete Inhalte der Beratungsgespräche kooperativ ausgehandelt.

Beziehungsarbeit stellt offenbar einen Schwerpunkt der ‚SfA‘ dar. Die Analyse weist auf eine stabile und kontinuierliche Beziehungsgestaltung hin, welche auf Vertrauen basiert und von Nutzer*innen als familiär erlebt wird. Dieser Fokus auf die Beziehungsgestaltung lässt sich mit der innerhalb der SfA vorwiegend vorzufindenden ‚Social Support-Funktion‘ erklären, auf die wir im nächsten Abschnitt im Vergleich zum ‚regionalen Kompetenzzentrum‘ näher eingehen.

4.5.3 Vergleich der beiden Forschungsfelder ‚rKomZ‘ und ‚SfA‘

Obwohl beide Organisation top down implementiert wurden, zeigen sich zentrale Unterschiede in den Funktionen der Forschungsfelder und damit einhergehend in der ‚Art‘ des CM. Während sich beim rKomZ vorwiegend die ‚Broker- sowie die ‚Gatekeeper-Funktion‘ ausmachen lassen, findet sich bei der SfA vor allem die ‚Social Support-Funktion‘. Diese Divergenzen lassen sich mit den Unterschieden in der Schwerpunktsetzung der Zuständigkeiten und der Rolle im Handlungsfeld in Verbindung bringen.

Der Fokus des rKomZ auf den Schritt der Falleinschätzung („Abklärung“) im CM-Regelkreis und die damit einhergehenden wenigen Interventionen, die durch Mitarbeiter*innen im weiteren Prozessverlauf gesetzt werden, verweisen auf eine ‚Broker-Funktion‘. Das rKomZ übernimmt die Position einer neutralen Vermittlungsstelle zwischen Nutzer*innen und leistungserbringenden Organisationen und weist Nutzer*innen den jeweiligen Angeboten zu. Die ‚Gate Keeper‘-Funktion zeigt sich im rKomZ insbesondere dahingehend, dass die Berater*innen als ‚Türwächter*innen‘ mit der Erstellung der ‚Maßnahmenpläne‘ beauftragt sind. Die Mitarbeiter*innen des rKomZ haben die Aufgabe, kontingentierte Module an anspruchsberechtigte Nutzer*innen zu vergeben.

Im Vergleich dazu findet sich innerhalb der SfA vorwiegend eine ‚Social Support Funktion‘. Das CM der SfA beinhaltet im Gegensatz zum rKomZ eine längerfristige ‚Begleitung‘ und Unterstützung von Nutzer*innen. Die Leistungen sind im Sinne einer ‚Nutzer*innenorientierung‘ am individuellen Bedarf der Nutzer*innen ausgerichtet.

Die Gegenüberstellung der Funktionen der beiden Forschungsfelder macht ersichtlich, dass das CM innerhalb der Organisationen auf Fallebene sehr unterschiedlich ausgerichtet ist. Während die ‚Social Support Funktion‘ auf ein Social Work CM verweist, deuten die ‚Gatekeeper- und die ‚Broker-Funktion‘ tendenziell auf ein systemorientiertes CM hin.

Diese unterschiedlichen Fokusse auf das System (hinsichtlich des rKomZ) bzw. auf den Fall (hinsichtlich der SfA) spiegeln sich auch dahingehend wieder, auf welcher Ebene das jeweilige CM vorwiegend angesiedelt ist. So scheint das CM des rKomZ auf der Systemebene stark ausgebaut zu sein. Hier geht es um die Gestaltung der Struktur für die leistungserbringenden Organisationen in Hinsicht auf den Versorgungsbedarf. Auf der Fallebene ist der Beratungsprozess wie bereits beschrieben stark auf die

Klärungsphase fokussiert, wohingegen der Überprüfung des Ziel- und Hilfeplans sowie der Evaluation eine geringere Bedeutung zukommen.

Die SfA hingegen scheint in ihrem Netzwerk kaum bzw. keine Möglichkeiten der Netzwerkgestaltung innezuhaben. Auf Fallebene wird jedoch der Großteil der Schritte im CM-Regelkreis ausgewogen berücksichtigt und die Nutzer*innen durch den gesamten Prozess unter Berücksichtigung der Fallogik begleitet.

Diese Unterschiede könnten zum einen mit den Zielen der jeweiligen Personen zusammenhängen, die mit der Implementierung von CM betraut waren. Zum anderen spielt der ‚Ort‘ der Implementierung sicherlich eine zentrale Rolle. Während mit dem rKomZ eine zentrale Stelle in einem Handlungsfeld geschaffen wurde, die die Angebote steuert und koordiniert, ist die SfA selbst eine leistungserbringende Organisation ohne den Handlungsspielraum, die Angebotslandschaft im Handlungsfeld steuern oder koordinieren zu können.

4.5.4 Unvorhergesehene Schwierigkeiten

Ohne den einen oder anderen Stolperstein kommt vermutlich kaum ein Forschungsprojekt zum Abschluss. Uns hat sich erst zum Ende des Forschungsprozesses hin das Problem eröffnet, dass wir Prinzipien des Social Work CM in einer Organisation untersucht haben, die vermutlich nicht beabsichtigt, ein Social Work CM zur Anwendung zu bringen. Den Forschungsfeldern angemessener wäre es vermutlich gewesen, induktiv Prinzipien in den Beratungs- und Begleitprozessen herauszuarbeiten, um diese anschließend mit unterschiedlichen Typen von CM in der Literatur abzugleichen.

4.5.5 Offene Fragen

Im Rahmen unseres Forschungsprojekts sind bestimmte Aspekte offengeblieben, die in weiteren Forschungsvorhaben noch näher bearbeitet werden könnten. Diese beinhalten eine umfassende Beleuchtung der Systemebene des CM– sowohl des integrierten Versorgungssystems ‚Alkohol. Leben können.‘ als auch der SfA. Ebenso konnten wir die Rolle der finanzierenden Stellen für beide Bereiche nicht befriedigend klären.

Des Weiteren wäre es gerade hinsichtlich des Versorgungssystems ‚Alkohol. Leben können.‘ interessant, die leistungserbringenden Organisationen und deren Funktionen

im System näher zu betrachten. Dazu, welchen Einfluss die Gründung des rKomZ auf die Handlungsspielräume dieser Organisationen hat, konnten wir nur spärlich eingehen.

Diese offenen Aspekte konnten wir aufgrund der Fokussierung unserer Forschung auf die Fallebene nur marginal beleuchten.

5 Case Management in der Betrieblichen Wiedereingliederung

Claus-Clemens Lichtenthäler, Maria Katharina Weinberger

Der vorliegende Teil der Masterarbeit beschäftigt sich mit der Betrieblichen Wiedereingliederung, im Folgenden kurz als BWE bezeichnet. Ausgangspunkt für das CM in der BWE bildet die Reintegration von Mitarbeiter*innen, welche sich aufgrund von Krankheit oder Unfällen für längere Zeit im Krankenstand befanden. Dem Fehlzeitenreport des österreichischen Instituts für Wirtschaftsforschung 2017 (WIFO) zufolge dauern zwar nur 12,3% aller Krankenstände länger als zwei Wochen, dennoch verursachen diese mit ca. 60% den Großteil aller Fehlzeiten (vgl. Leoni / Schwinger 2017).

Expert*innen gehen davon aus, dass Langzeitkrankenstände im Zunehmen begriffen sind. Zum einen begründen die Fachleute ihre Prognose mit dem demografischen Wandel und der damit einhergehenden Verlängerung der Lebensarbeitszeit. Zum anderen erkennen sie die Ursachen im massiven Anstieg von psychischen Erkrankungen, welche zu einem Drittel als Ursache für die Zuerkennung der Invaliditätspension herhalten. (vgl. Prümper / Reuter / Sporbert 2015:2; vgl. BMfASuK 2014:13)

Doch welche Gründe können für den Anstieg von psychischen Erkrankungen namhaft gemacht werden? Generell kristallisiert sich heraus, dass sich die sozioökonomischen Rahmenbedingungen der Arbeitnehmer*innen verändert haben. Aufgrund von Globalisierung und einer strukturellen Veränderung hin zu verstärkt wissensbasierten Berufen gerät das Arbeitsleben zunehmend komplexer, der Zeitdruck und die Verantwortung für die Einzelnen steigen bei gleichzeitigem Verlust an Sicherheit und Berechenbarkeit des Arbeitsmarkts. Individuelle Brüche von Erwerbsbiografien nehmen ebenso zu wie prekäre Beschäftigungsverhältnisse. Die Angst, den Arbeitsplatz zu verlieren, steigt, zudem sind Arbeitnehmer*innen permanent gefordert, sich an die Umstrukturierungsprozesse der Unternehmen anzupassen. (vgl. Ahlers 2009:38-39)

Vor diesem Hintergrund stellt sich für Betriebe zunehmend die Frage, wie sie die Gesundheit ihrer Arbeitnehmer*innen möglichst lange aufrechterhalten und wie sie Arbeitskräfte mit gesundheitlichen Einschränkungen wieder in das Arbeitsleben

integrieren können (vgl. Prümper et al. 2015:2). Immer mehr Unternehmen übernehmen die Verantwortung für die Unterstützung ihrer erkrankten oder verunfallten Mitarbeiter*innen, indem sie die Vorgehensweise der BWE mithilfe des Verfahrens CM systematisieren und betrieblich verankern.

Der aktuelle Teil der Masterthesis versucht anhand exemplarisch angeführter Organisationen aufzuzeigen, wie Betriebliches CM in österreichischen Organisationen praktiziert wird. Hinsichtlich des Aufbaus der Arbeit erfolgt zunächst eine theoretische Einführung zur BWE. Darin wird ein kurzer Exkurs zur Betrieblichen Sozialen Arbeit durchgeführt. Im Anschluss wird auf die Vielfalt an Begrifflichkeiten im betrieblichen Kontext eingegangen und die unterschiedlichen organisatorischen Modelle des Betrieblichen CM dargestellt. Kapitel 5.2 beschäftigt sich mit dem aktuellen Diskurs und dem Forschungsstand zur BWE in Österreich. Darin werden auch die handlungsleitenden Forschungsfragen skizziert. Im nachfolgenden Abschnitt 5.3 wird das Forschungsdesign und der Feldzugang erläutert. Kapitel 5.4 wiederum rückt die vier beforschten Organisationen in den Mittelpunkt, indem diese einer genaueren Betrachtung unterzogen werden. In den beiden nachfolgenden Kapiteln erfolgt die Vorstellung und Interpretation der empirischen Ergebnisse, welche mithilfe des Datenmaterials gewonnen werden konnten. Dabei wird in Kapitel 5.5 die Klärungsphase in der BWE näher beschrieben, das nachfolgende Kapitel 5.6 setzt sich mit der Maßnahmenplanung und -umsetzung in der BWE auseinander. Im gemeinsamen Fazit in Kapitel 5.7 werden die schwerpunktübergreifenden Erkenntnisse und Gemeinsamkeiten nochmals zusammengefasst.

5.1 Theoretische Grundlagen

Maria Katharina Weinberger

In diesem Kapitel erfolgt eine kurze theoretische Einführung in den Themenbereich BWE. Unterpunkt 5.1.1 startet mit einem Exkurs in die Betriebliche Soziale Arbeit. Anschließend wird die bestehende Begriffsvielfalt zu diesem Thema dargelegt und präzisiert. Im abschließenden Kapitel werden unterschiedliche organisatorische Modelle in Bezug auf das Betriebliche CM vorgestellt.

5.1.1 Betriebliche Soziale Arbeit

Im Folgenden wird Bezug auf die Betriebliche Soziale Arbeit genommen, da diese einige durchaus relevante Parallelen zum vorgestellten Betrieblichen CM zieht.

In der Fachliteratur sind für Soziale Arbeit in Unternehmen unterschiedliche Bezeichnungen wie Betriebliche Sozialberatung, Betriebssozialarbeit oder Wirtschaftssozialarbeit zu finden (vgl. Baumgartner / Sommerfeld 2016:4). Appelt definiert Betriebliche Sozialarbeit (BSA) als „Soziale Arbeit in (i.d.R. Gross- [sic!]) Unternehmen, Behörden/Verwaltungen und vergleichbar strukturierten Organisationen.“ (Appelt 2008:168 zit. in Baumgartner / Sommerfeld 2016:4) Bei dieser Begriffsbestimmung kommen zwei wesentliche Charakteristika der Betrieblichen Sozialen Arbeit zum Ausdruck. Erstens handelt es sich definitiv um ein Handlungsfeld der professionellen Sozialen Arbeiten, zweitens findet die Betriebliche Soziale Arbeit in einem speziellen Setting wie einem Wirtschaftsunternehmen oder einer Verwaltungsbehörde mit entsprechenden Strukturen statt. Eine weitere Unterscheidung der Betrieblichen Sozialen Arbeit bezieht sich auf interne oder externe Anbieter*innen. Bei der internen Variante sind die ausführenden Fachkräfte Angestellte des Unternehmens und somit häufig im Personalmanagement angesiedelt, bei der externen Form nimmt das Unternehmen eine Dienstleistung in Anspruch, die zugekauft wird und von externen Akteur*innen durchgeführt wird. (vgl. Baumgartner / Sommerfeld 2016:4-5)

Als ausgeprägte Besonderheit im betrieblichen Setting erachtet Göbl die Dreieckskonstellation der beteiligten Akteur*innen. Diese ergibt sich aus den Mitarbeiter*innen, welche die Leistung in Anspruch nehmen, bzw. den Akteur*innen, welche die erforderliche Tätigkeit anbieten. Beide Parteien werden vom Unternehmen als Auftraggeber und nicht, wie sonst in der Sozialen Arbeit üblich, vom Staat finanziert. Rechtlich existiert in Österreich keine Verpflichtung zur Durchführung Betrieblicher Sozialer Arbeit. Dennoch wird in unterschiedlichen Gesetzestexten auf die Fürsorgepflicht der Dienstgeber*innen gegenüber den Dienstnehmer*innen (ABGB § 1157) bzw. auf die allgemeinen Pflichten bzgl. des Schutzes der Gesundheit von Dienstnehmer*innen (AngG § 18, ArbeitnehmerInnenschutzgesetz § 3) verwiesen. (vgl. Göbl 2013:2)

Als freiwillige Leistung von Unternehmen nimmt die Betriebliche Soziale Arbeit nach Ansicht von Baumgartner / Sommerfeld eine fragile Position ein, mit der ein stetiger

Legitimationsdruck gegenüber dem Betrieb einhergeht. Die Frage der Legitimation ergibt sich einerseits daraus, dass sich das Unternehmen von der angebotenen Leistung einen Nutzen verspricht, andererseits aus der in der Unternehmenskultur verankerten sozialen Verantwortung des Betriebs gegenüber seinen Mitarbeiter*innen. (vgl. Baumgartner / Sommerfeld 2016:12)

Je nachdem, ob die Betriebliche Soziale Arbeit eher mitarbeiter*innen- oder unternehmensbezogen ausgerichtet ist, bzw. je nach Zielsetzung, Zuständigkeit und Aufgabenbereich lassen sich unterschiedliche Ausformungen dieser Arbeit definieren. Eine Art der Betrieblichen Sozialen Arbeit stellt das Betriebliche CM dar, auf das in vorliegender Arbeit explizit Bezug genommen wird.

5.1.2 Begriffsklärungen Betriebliches Case Management

Im Kontext der BWE offenbart sich eine Unschärfe im Zuge der Vielfalt an unterschiedlichen Begrifflichkeiten, welche in diesem Abschnitt präzisiert und näher definiert werden sollen.

Bei der Systematisierung und Verankerung von CM in Betrieben zur Wiedereingliederung von erkrankten und verunfallten Mitarbeiter*innen wird in der Fachliteratur oftmals vom Betrieblichen CM gesprochen. In diesem Zusammenhang finden sich aber auch andere Begriffe wie Betriebliches Eingliederungsmanagement, Betriebliches Gesundheitsmanagement oder Disability Management etc. wieder. Schaufelberger kritisiert, dass weder in der Fachliteratur noch in Wissenschaft und Lehre ein einheitlicher Begriffsgebrauch existiert, weshalb die Abgrenzung voneinander nur schwer möglich ist. (vgl. Schaufelberger 2012:180)

Mit dem Zusatz „Betrieblich“ wird beim Betrieblichen CM betont, dass es sich um CM als systematisches Verfahren für komplexe Fälle im Unternehmenskontext handelt, welches primär die Zielgruppe der Mitarbeiter*innen im Fokus hat. CM wird in diesem Zusammenhang oftmals als Teilbereich eines umfassenden Betrieblichen Gesundheitsmanagements oder Disability Managements implementiert. (vgl. ebd.)

Badura, Ritter und Scherf verstehen unter Betrieblichem Gesundheitsmanagement

„die Entwicklung integrierter betrieblicher Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit, Organisation und dem Verhalten am Arbeitsplatz zum Ziel haben und den Beschäftigten wie dem Unternehmen gleichermaßen zugute kommen.“ (Badura et al. 1999:17)

Hafen subsumiert unter dem Begriff Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) alle „Faktoren, welche das Auftreten von Krankheit pro-aktiv oder reaktiv beeinflussen.“ (Hafen 2006:9) Dies umfasst somit alle Maßnahmen der BWE, Maßnahmen der Früherkennung wie beispielsweise das Fehlzeitenmanagement sowie Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) und des Arbeitsschutzes. (vgl. ebd.:9-12)

Die Begriffsklärung für Disability Management (DM) ähnelt Schaufelberger zufolge jenem für das Betriebliche Gesundheitsmanagement (vgl. Schaufelberger 2012:180). In Anlehnung an Wermuth und Woodtly wird DM als internationales Konzept aufgefasst, das ebenfalls Maßnahmen der Prävention, der Wiedereingliederung und der Früherkennung beinhaltet. Es wird jedoch umfassender verstanden, da es sich nicht nur auf den betrieblichen Kontext beschränkt, sondern auch auf weitere Akteur*innen wie Versicherungen und Politik Bezug nimmt. (vgl. Wermuth / Woodtly 2008:o.S.; zit. in Schaufelberger 2012:180)

Ein von der deutschen Gesetzgebung geprägter Begriff, welcher auch in Österreich häufig Verwendung findet, lautet Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM). Die gesetzliche Grundlage dazu bildet das deutsche Sozialgesetzbuch (SGB IX Art 84 Abs 2). Diese Norm soll eine frühzeitige Wiedereingliederung langzeiterkrankter Mitarbeiter*innen, ab sechs Wochen Arbeitsunfähigkeit innerhalb eines Jahres, ermöglichen.

Schaufelberger sieht den Unterschied zu den beiden oben angeführten Ansätzen beim BEM in der Fokussierung auf die Erhaltung oder Rückkehr von langzeiterkrankten Mitarbeiter*innen. Liegt einem BEM das Konzept CM zugrunde, kann es Schaufelberger zufolge auch als Betriebliches CM etikettiert werden. Entscheidend für die Bezeichnung Betriebliches CM ist demnach die konzeptuelle Orientierung im BEM. Das bedeutet, CM bildet die konzeptbezogene Grundlage für die Unterstützung und Wiedereingliederung der betroffenen Personen. Ziel ist die Rückkehr zum bisherigen bzw. zu einem neuen Arbeitsplatz. (vgl. Schaufelberger 2012:180-181)

In Österreich existiert zwar kein vergleichbares Gesetz zum Betrieblichen Wiedereingliederungsmanagement, dennoch finden sich einige Unternehmen, die den in Deutschland verbreiteten Modellen folgen und ihren Mitarbeiter*innen entsprechende Angebote zur Verfügung stellen.

5.1.3 Unterschiedliche organisationale Modelle des Betrieblichen Case Managements

Die Praxis kennt drei verschiedene Modelle des Betrieblichen CM, welche im Folgenden näher beschrieben werden.

- „Betriebliches Case Management mit interner Fach(stelle) oder -person
- Betriebliches Case Management mit externen Anbietern
- Betriebliches Case Management mit Versicherungspartnern“ (Schaufelberger 2012:182)

Beim internen Modell erfolgt innerhalb des Betriebs die Beauftragung einer Organisationseinheit mit der Planung sowie Umsetzung der Wiedereingliederung betroffener Mitarbeiter*innen. Hinsichtlich der strukturellen Ansiedelung innerhalb der Organisation bieten sich unterschiedliche Möglichkeiten an, wie beispielsweise eine Anbindung in der Betrieblichen Sozialberatung oder in der Personalabteilung. (vgl. ebd.:183)

Ebenso übernimmt bei der externen Variante das Unternehmen die Verantwortung für die Reintegration der Mitarbeiter*innen und steuert die entsprechenden Prozesse und Maßnahmen. Die Bearbeitung eines Einzelfalls wird jedoch von externen spezialisierten Dienstleistungsanbieter*innen vorgenommen. (vgl. ebd.)

Bei der dritten Möglichkeit unter Mitwirkung der Versicherungspartner*innen obliegt – wie bei den externen Anbieter*innen – die Steuerung des Betrieblichen CM dem Betrieb, gewisse Aufgaben werden im Einzelfall aber an die jeweiligen Versicherungspartner*innen ausgelagert. Wesentliche Prozessschritte, wie z.B. die Fallauswahl, nimmt in dieser Version das Unternehmen vor. (vgl. ebd.)

Im Vergleich sind bei allen drei Modellen Vor- und Nachteile zu nennen. Externe Verfahren stechen laut Schaufelberger eindeutig durch ihren Kostenvorteil hervor. Hingegen können bei der internen Variante die innerbetrieblichen Möglichkeiten betreffend einen neuen Arbeitsplatz besser ausgeschöpft werden. Als Vorteil bei den externen Anbieter*innen wiederum gilt die Distanz zum Betrieb, da ein Vertrauensverhältnis zu externen Case Manager*innen oftmals leichter hergestellt werden kann als zu solchen aus der Personalabteilung. Schaufelberger betont zudem, dass bei allen drei Modellen dem Datenschutz besondere Aufmerksamkeit gebührt, was allerdings spezielle Regelungen erforderlich macht. (vgl. ebd.)

5.2 Forschungsstand und Forschungsfragen

In der Fachzeitschrift „Case Management“, welche sich an einschlägige Fachkräfte richtet und vier Mal jährlich erscheint, wird über aktuelle Entwicklungen des Einsatzes von CM im deutschsprachigen Raum berichtet. In einer Schwerpunktausgabe zum Thema Betriebliches CM wurde postuliert, dass sich Betriebliches CM zwar erst in jüngster Zeit entwickelt hat, sich jedoch mit zunehmender Akzeptanz weiterverbreiten wird (vgl. Woodtly 2012:177). Die in diesem Fachjournal veröffentlichten Beiträge beziehen sich primär auf die Schweiz und auf Deutschland, Beiträge aus Österreich fehlen.

Das Konzept CM ist in Österreich seit Anfang 2011 im „Arbeit-und-Gesundheit-Gesetz“ (AGG) verankert. Ohne eine genaue Definition von CM zu bieten, soll es laut Gesetzgeber dazu dienen, die Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit erwerbstätiger und arbeitsloser Personen langfristig zu erhalten bzw. Arbeitslosigkeit und Invalidisierung einzudämmen (vgl. AGG § 1). Die individuelle Begleitung der Betroffenen erfolgt auf freiwilliger Basis und wird von „fit2work“, einem externen Unterstützungsangebot, vorgenommen. Neben der Personenberatung bietet „fit2work“ auch Betriebsberatungen sowie Eingliederungsmanagement in Betrieben an. Dem Gesetz gingen laut der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) jahrelange Vorarbeiten voran. So wird im Fachmagazin der AUVA angegeben, dass beispielsweise das Berufsbildungs- und Rehabilitationszentrum (BBRZ) schon Jahre zuvor auf Grundlage des Konzepts CM die Eingliederung kranker bzw. eingeschränkter Menschen in Projekten umgesetzt hatte. (vgl. AUVA 2016)

Im Spätsommer 2013 startete das transnationale, deutsch-österreichische Forschungsprojekt „BEM-Netz“, um Lösungen auf Fragen zum konkreten Unterstützungsbedarf beider Länder betreffend die BWE von Langzeiterkrankten bereitzustellen. 18 Betriebe unterschiedlicher Größe aus Oberösterreich und Bayern nahmen an diesem Projekt teil. Gefördert wurde es neben dem Europäischen Sozialfonds und dem Freistaat Bayern vom Sozialministeriumservice Österreich. Die Ergebnisse des Projekts sind in einem Sammelband auf der Internetseite www.bem-netz.org zusammengetragen, einen Rückschluss auf CM als konzeptionelle Grundlage bietet das Werk jedoch nicht. (vgl. BEM-Netz o.A.)

Darüber hinaus wurden im Rahmen einer internationalen Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Care und Case Management (ÖGCC) 2013 an der Fachhochschule St.

Pölsen unterschiedliche CM-Praxisfelder vorgestellt, unter anderem auch das damalige Pilotprojekt „Betriebliche Wiedereingliederung der ÖBB“. Zum Nachschlagen steht online unter Betriebliche Wiedereingliederung „train to work“ eine ausführliche PowerPoint-Präsentation bereit (vgl. Krenn / Voitl 2013:1-22).

Im Zuge der Literaturrecherchen konnten keine weiteren Beiträge ausfindig gemacht werden, welche sich mit der BWE auf Basis des Konzepts CM befassen. Diese Lücke soll mithilfe der vorliegenden Masterarbeit ein Stück weit geschlossen werden.

Entlang der Frage, ob Österreich über Organisationen verfügt, welche BWE auf Basis des Konzepts CM betreiben, und wie sich die BWE in den untersuchten Unternehmen gestaltet, kristallisierten sich unterschiedliche Forschungsinteressen heraus. Die erste Schwerpunktsetzung erfolgt anhand folgender Fragestellung:

Wie und unter welchen Bedingungen findet die Klärungsphase und Fallfindung im Prozess der Betrieblichen Wiedereingliederung beziehungsweise des Case Managements statt?

Die zweite Thematik zielt auf die Maßnahmenplanung und -umsetzung in der BWE ab, welche als Dreh- und Angelpunkt für eine gelingende Wiedereingliederung verstanden werden kann. Zu Beginn des Forschungsprozesses stand die Absicht im Zentrum, die Zielplanung und Umsetzung der Maßnahmen in der BWE auf Fallebene zu untersuchen. Im Verlauf wiederholter Forschungszyklen zeigte sich, dass bei Reduktion der Forschungsfrage auf die Fallebene ein wesentlicher Teil des CM-Konzepts ausgeblendet wird, weshalb die Fragestellung auf die Systemebene erweitert wurde. Im zweiten Teil dieser Arbeit wird daher folgende Forschungsfrage behandelt:

Wie gestaltet sich die Zielformulierung und Maßnahmenplanung sowie deren Umsetzung in der Betrieblichen Wiedereingliederung auf Fall- und Systemebene?

5.3 Forschungsdesign und Feldzugang

Claus-Clemens Lichtenthäler

Das Forschungsprojekt „Anwendungsbeispiele von Case Management in Österreich“ lässt sich in verschiedenen Forschungsfeldern ansiedeln. Ein Forschungsfeld, bei dem CM eine Rolle spielen kann, ist die BWE bzw. BEM.

Für den weiteren Feldzugang muss beachtet werden, dass BWE wie BEM auch losgelöst von CM, als Teile der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) bzw. im betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) gefunden werden können, die aus betrieblicher Sicht einen anderen Zugang zum Unterstützungsangebot wählen. In diesem Verständnis entspricht BGF einzelnen Maßnahmen in Projektform, während das BGM ein System für Organisationen anbietet, die nachhaltig und dauerhaft sind. (vgl. Blattner / Mayer 2018:131-133)

Im Zuge der ersten Recherchetätigkeiten zu Praxisfeldern wurde klar, dass weder die Programme der BWE oder des BEM noch CM einfach zugänglich und somit nur schwer recherchierbar sind, da es sich dabei um innerbetriebliche Projekte oder Maßnahmen handelt, die nicht oder nur kaum in die Öffentlichkeit getragen werden. Des Weiteren wurde offensichtlich, dass BEM nicht automatisch mit CM gleichzusetzen ist. Die weitere im Zuge dieser Masterarbeit durchgeführte Recherche im Feld der BWE legte den Fokus auf Betriebe, die mit der Methode CM arbeiten. Erste Ergebnisse, bei denen CM Teil eines BEM ist, finden sich in den Projektbeschreibungen von fit2work, dem CM der Krankenkassen und train to work.

Die Suche nach Betrieben, die im Eingliederungsmanagement mit CM arbeiten, wurde digital in Foren, über die Webpräsenz, per E-Mail sowie telefonisch im Zeitraum von November 2016 bis März 2017 durchgeführt. Es konnten in diesem Zeitraum mehrere Betriebe gefunden werden, die Unterstützung in Form einer BWE anbieten und auch mit dem Begriff CM vertraut sind. Als Gemeinsamkeit zeigen diese Betriebe eine gewisse Größe und Staatsnähe (Land, Bund) und eine Art der Gesundheitsförderung im Betrieb (siehe Kapitel 5.4).

In Summe wurde der Kontakt zu Ansprechpartner*innen in vier Betrieben hergestellt, die BWE in ihrer Organisation betreiben und mit CM arbeiten. Nach einer groben Vorstellung

des Forschungsvorhabens, der Methodik und des gegebenen Zeitraums im Zuge der Kontaktaufnahme konnte das Einverständnis zur Mitarbeit eingeholt werden.

Der Schwerpunkt des Forschungsvorhabens liegt in der Deskription der Praxisanwendung von CM. Deskriptionen sind der qualitativen Forschungsmethodik zuzuordnen und sollen konkrete Beispiele möglichst genau und abbildend beschreiben. Als Erhebungsmethode wurde neben recherchiertem Textmaterial das leitfadengestützte Interview gewählt. Diese Methode bietet genügend Offenheit gegenüber dem Forschungsgegenstand und macht einen Vergleich von Aussagen mehrerer Interviewpartner*innen, möglich. Aufgrund der Expertise der Interviewpartner*innen in der Praxis der eigenen Organisation und den Erfahrungen und Wertungen im CM-Verfahren sind die Interviews als Expert*innen-Interviews zu betrachten. (vgl. Kapitel 3.2.1).

Als Analysemethoden dienten die Themenanalyse aller Interviews und in schwerpunktrelevanten Bereichen auch die Systemanalyse. Gerade die Themenanalyse eignet sich zur Analyse des Hintergrundes eines sozialen Systems und der Spezifika einer Themendarstellung und deren Zusammenhängen, im Speziellen bei Expert*inneninterviews. (vgl. Lueger 2010:187, Lueger 2010:206-212,) Die Datenerhebung und Auswertung erfolgte in mehreren Zyklen und wird hier chronologisch beschrieben:

Der erste Kontakt konnte zum*zur CM-Koordinator*in der ÖBB im Jänner 2017 hergestellt werden. Im Februar 2017 folgte der Einstieg ins Feld mit dem ersten Interview, bei dem sich das Forschungsteam der BWE einen Gesamtüberblick zu CM und BWE verschaffen konnte. Der Leitfaden zum Interview wurde basierend auf ausgewählten Fragen des Kriterienkatalogs und ersten Textartefakten erstellt. (vgl. Kapitel 3, Lueger 2010:16, Lueger 2010:33-35)

Auf das erste Interview folgend, fand am 10.03.2017 ein Interview mit dem*der Case Manager*in des Magistrats Linz und am 17.03.2017 ein Interview mit dem*der Case Manager*in des Med Campus III Linz statt. Dabei wurden zwischen den Interviews geringfügige Adaptionen am Leitfaden aufgrund der bekannten Spezifika der Organisation (bekannt aus den Textartefakten) vorgenommen. Die vollständig transkribierten Interviews wurden mittels Themenanalyse ausgewertet. Die verdichteten, konkretisierten Forschungsinteressen wurden aufgearbeitet und wieder ins Feld mittels eines adaptierten Leitfrageninterviews zurückgespielt.

Beim Magistrat Linz wurde das zweite, vertiefende Interview mit dem*derselben BEM-Beauftragten am 13.06.2017 geführt. Auf Nachfrage bei dem*der CM-Koordinator*in der ÖBB konnte der Zugang zu zwei weiteren Interview-Partner*innen, die auf der operativen Ebene des CM beschäftigt sind, geschaffen werden. Dabei war das Anliegen des Forschungsteams ein*e Case Manager*in und eine Führungskraft derselben Teilorganisation, die Erfahrung mit der BWE haben und dieser offen gegenüberstehen, zu finden. Bei der Auswahl der Case Manager*innen wurde darauf geachtet, dass eine Perspektivenvielfalt hinsichtlich der ersten Fachausbildung und auch hinsichtlich des Geschlechts gegeben war. Mit abermals adaptierten Leitfragen fand das Interview mit der Führungskraft am 03.07.2017 statt, das Interview mit der*dem Case Manager*in am 13.07.2017.

Am 07.07.2017 wurde mit der*dem zuständigen Case Manager*in des Magistrats Graz ein zweiteiliges Interview geführt und darin sowohl der Ablauf des BEM, als auch die gesetzten Schwerpunkte erörtert.

Am Med. Campus III wurde bei einem zweiten Termin am 16.08.2017 ein Gruppeninterview mit allen am Verfahrensablauf beteiligten Personen geführt. Auf Besonderheiten und Punkte, die bei einem Gruppeninterview / einer Gruppendiskussion zu berücksichtigen sind, wurde im Vorfeld bei der Gestaltung und Planung eingegangen. (vgl. Kapitel 3.2.2)

Alle Interviews wurden vollständig transkribiert und mittels Themenanalyse ausgewertet. Die weitere Bearbeitung mittels Systemanalyse erfolgte nach dem Bedarf der gesetzten Schwerpunkte.

Die chronologische Beschreibung streicht zwei Feld-Phasen heraus, die jedoch jeweils noch feiner zu gliedern sind. Im Verlauf des Forschungsvorhabens wurden mehrere Feedbackschleifen mit Kolleg*innen der gesamten Forschungsgruppe eingezogen. Dabei wurde in den einzelnen Analyseschritten auf die notwendige Ergebnisoffenheit geachtet. (vgl. Lueger 2010:29-30, Lueger:33-35)

Der hier beschriebene Ablauf entspricht mit zyklischer Grundstruktur einem qualitativen Forschungsprozess nach Lueger (2010) in Vorbereitung (Planungsphase und Orientierungsphase), zyklische Hauptforschungsphase (Erhebung, Interpretation, Prüfung) mit Reflexion und Weiterentwicklung zwischen den Phasen und der Aufbereitung der Erkenntnisse sowie deren Darstellung. (vgl. Lueger 2010:29-30)

*Besonders ist an dieser Stelle die große Offenheit und Unterstützung der Interviewpartner*innen des Forschungsprojektes hervorzuheben.*

5.4 Die Betriebliche Wiedereingliederung in den untersuchten Organisationen

In diesem Kapitel werden die vier im Rahmen dieses Forschungsprojektes untersuchten Organisationen näher beschrieben. Dabei wird zunächst auf die institutionellen Rahmenbedingungen und Besonderheiten der jeweiligen Organisationen eingegangen. Im Anschluss dieser Beschreibung folgt eine Darstellung der organisationsbezogenen BWE und eine Erläuterung der in diesem Zusammenhang vorfindbaren Begriffsvielfalt.

5.4.1 Beschreibung der Österreichischen Bundesbahnen

Maria Katharina Weinberger

Die Österreichischen Bundesbahnen sind mit ca. 40.000 Mitarbeiter*innen das größte im Rahmen dieses Forschungsprojektes untersuchte Unternehmen. An der Spitze der Holdingstruktur der Österreichischen Bundesbahnen, im Folgenden kurz als ÖBB bezeichnet, steht seit 2005 die ÖBB-Holding-Aktiengesellschaft, welche das Mutterunternehmen darstellt. Die Anteile am Unternehmen werden zu 100% von der Republik Österreich gehalten. Das nachfolgende selbsterstellte Organigramm zu den ÖBB bietet einen Überblick über alle wichtigen Gesellschaften des ÖBB-Konzerns. (vgl. ÖBB-Konzern Organisation o.A.)

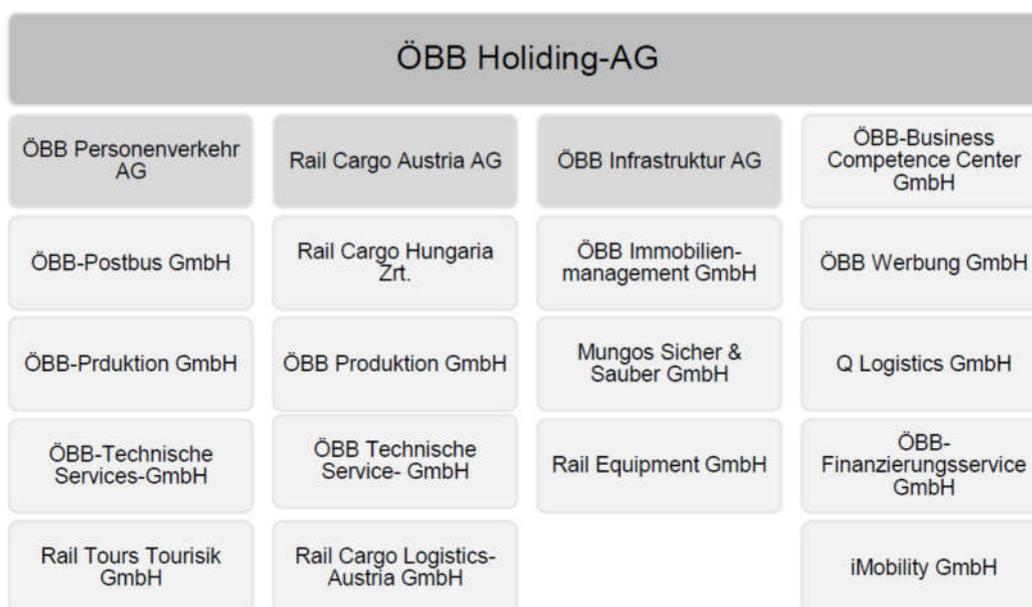


Abbildung 22: Organigramm ÖBB-Konzern, Stand 30.08.2017 (vgl. ebd.:o.A.)

Betriebliche Wiedereingliederung der ÖBB

Da innerhalb der ÖBB aufgrund einer Verschiebung der Altersstruktur zugunsten höheren Alters vermehrt Krankenstände der Mitarbeiter*innen zu verzeichnen waren (vgl. T15:29-30), startete 2011 das erste Pilotprojekt zur BWE, bei der Tochtergesellschaft ÖBB-Technische Services GmbH. Ein zweites Pilotprojekt folgte 2012 bei der ÖBB-Infrastruktur AG in Kledering. Nach einer Evaluierung der beiden Pilotprojekte fiel vonseiten des ÖBB-Vorstands die Entscheidung für eine schrittweise Ausrollung der BWE auf Grundlage des Konzepts CM (vgl. T15:162-163) in unterschiedlichen Teilgesellschaften des ÖBB-Konzerns. (vgl. Krenn / Voitl 2013:11) Der Einführungs- bzw. Implementierungsprozess in eine sogenannte Organisationseinheit dauert(e) bei der ÖBB ca. drei Monate. Unter einer Organisationseinheit wird ein Standort mit einer Führungskraft mit Führungsspannen von 50 bis 270 Mitarbeiter*innen verstanden. In diesem Zeitraum werden alle betroffenen Akteur*innen – von der Führungskraft, zu den Betriebsrät*innen bis hin zu den Beschäftigten – ausführlich über das Konzept informiert, bevor die BWE-Beauftragten⁴⁴ operativ tätig werden können und dort ein sogenannter Regelprozess besteht (vgl. T15:179-195). Mittlerweile ist der Status der Ausrollung bzw. der Implementierung bei 67% angelangt. Das bedeutet, dass das Angebot mit Stand 2017 für rund 27.000 Mitarbeiter*innen der ÖBB zugänglich ist (vgl. E3).



Abbildung 23: Die drei Säulen des BGM der ÖBB (vgl. Krenn / Voitl 2013:9)

⁴⁴ Unter dem Überbegriff BWE-Beauftragte werden in dieser Arbeit alle Fachkräfte zusammengefasst, welche für die Wiedereingliederung von erkrankten oder verunfallten Mitarbeiter*innen verantwortlich sind, unabhängig von deren Qualifikation.

Eingebettet ist die BWE in das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) der ÖBB. Somit stellt es neben den Bereichen Gesundheitsförderung & Prävention sowie dem Präsenzmanagement eine der drei Säulen des BGM bei den ÖBB dar (vgl. Krenn / Voitl 2013:9). Betrieblich werden die BWE-Beauftragten der jeweiligen Teilgesellschaft zugeordnet und sind dort der personalverantwortlichen Abteilung unterstellt (vgl. T17:1702-1710).

Die *Aufnahmekriterien* für Mitarbeiter*innen in die BWE richten sich nach folgenden Gesichtspunkten:

- Mitarbeiter*innen mit mehr als 31 Fehltagen am Stück oder mit mehr als 61 Fehltagen kumuliert im Zeitraum von 12 Monaten
- P 32 (ÖBB 32) Verkehrsuntauglichkeit⁴⁵ oder Vorliegen von medizinischen Leistungseinschränkungen
- Empfehlung der Führungskraft (vgl. Krenn / Voitl 2013:10)

Zusätzlich zum Vorliegen dieser Kriterien muss bei den ÖBB immer eine Beauftragung durch die jeweilige Führungskraft gegeben sein, um die Betreuung einer betroffenen Person als Fall in der BWE zu gewährleisten (vgl. T16:316-317).

Unterstützt werden die betroffenen Klient*innen⁴⁶ dabei von *16 BWE-Beauftragten*, welche alle auf eine betriebsinterne CM-Ausbildung nach ÖGCC-Kriterien zurückblicken können. Zum Zeitpunkt der Interviewführung verfügen bis auf zwei in der letzten Roll-out-Phase beschäftigte BWE-Beauftragte, alle über eine CM-Zertifizierung nach den benannten Richtlinien der ÖGCC (siehe Kapitel 2.7). Im Quellberuf sind die BWE-Beauftragten zu je einem Drittel Sozialarbeiter*innen und Psycholog*innen. Ein weiteres Drittel der BWE-Beauftragten ist betriebsintern zur BWE-Tätigkeit gelangt. Das bedeutet, diese waren bereits vor ihrer BWE-Tätigkeit bei der ÖBB beschäftigt. Dabei stehen andere Qualifikationen wie beispielsweise eine Mediator*innenausbildung oder eine Coachingausbildung etc. im Vordergrund (vgl. T15:747-763).

Eine Besonderheit bezüglich der BWE bei den ÖBB stellt die *Tandemsituation* mit der Versicherungspartnerin Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) dar.

⁴⁵ Bezieht sich auf eine betriebsinterne Tauglichkeitsprüfung der Mitarbeiter*innen im Umgang mit der Nutzung von ÖBB internen Triebfahrzeugen und -wägen (vgl. T16:221-252).

⁴⁶ In folgender Arbeit wird zum besseren Verständnis für alle verunfallten bzw. erkrankten Mitarbeiter*innen, welche die Kriterien für eine Aufnahme in die BWE erfüllt haben und der Aufnahme zugestimmt haben, der Begriff Klient*in oder Nutzer*in verwendet. Das bedeutet, dass deren komplexe Situation zu einem Fall für die BWE geworden ist.

Bei den VAEB-Berater*innen⁴⁷ handelt es sich um Arbeitspsycholog*innen, welche zum Teil auch eine CM-Ausbildung vorweisen können (vgl. T15:830-834). Für den BWE-Prozess bedeutet dies, dass Nutzer*innen auf ihrem Weg zur Wiedereingliederung sowohl vonseiten des*der VAEB-Berater*in als auch vom*von der Case Manager*in der ÖBB unterstützt werden. Der Schwerpunkt der VAEB-Berater*innen bezieht sich auf außerbetriebliche Maßnahmen im Bereich Medizin, Persönliches, Psychosoziales oder Finanzen, während sich der Aufgabenbereich der Case Manager*innen der ÖBB vordergründig auf innerbetriebliche berufliche Maßnahmen konzentriert (vgl. ebd.:902-908).

Wie in nachfolgender Grafik dargestellt, gliedert sich der BWE-Prozess in sechs unterschiedliche *Phasen*, welche entsprechend dem CM-Regelkreis nachfolgend linear beschrieben werden, in der Praxis jedoch zirkulär ineinander greifen (vgl. T15:383-95). Zu Beginn erfolgt die Auswahl der Mitarbeiter*innen nach den oben genannten Kriterien (vgl. T15:308-309). Anschließend findet ein ausführliches Informationsgespräch über die BWE mit dem*der betreffenden Mitarbeiter*in statt. Nach dessen*deren Zustimmung zur Verfahrensaufnahme teilt sich der Prozess zum ersten Mal auf. Zur Bedarfserhebung führt der*die VAEB-Berater*in mit dem*der Klient*in ein Assessmentgespräch durch. Auf Grundlage dieser Falleinschätzung finden, zumeist nachgelagert, Assessment- und Zielplanungsbesprechungen zwischen dem*der Case Manager*in und dem*der Nutzer*in statt. Nach Zustimmung des*der Nutzer*in lädt der*die Case Manager*in der ÖBB die unterschiedlichen Akteur*innen zur Beteiligung am sogenannten Integrationsteam ein. Die Zusammensetzung dieses Teams ist bei der ÖBB fest vorgegeben und besteht aus Case Manager*in, VAEB-Berater*in, Arbeitsmediziner*in, Sicherheitsfachkraft, der jeweiligen Führungskraft sowie dem*der Betriebsrät*in. Es besteht dabei keine Verpflichtung zur Anwesenheit vonseiten des*der Klient*in. Entschließt sich dieser*diese zur Abwesenheit, erfolgt seine*ihre Vertretung durch den*die VAEB-Berater*in. (vgl. T15:336-373)

Sitzungen des Integrationsteams finden in der Regel mehrmals statt, um gemeinsam Maßnahmen erarbeiten und umsetzen zu können (vgl. T15:388-393). Zuletzt werden mit den Nutzer*innen Abschlussgespräche geführt (vgl. T15:677-684), fallübergreifend finden jährliche Evaluationen statt (vgl. T15:401-404).

⁴⁷ Um Begriffsverwirrungen zu vermeiden, wird der*die externe VAEB-Mitarbeiter*in in der nachfolgenden Arbeit als VAEB-Berater*in bezeichnet.

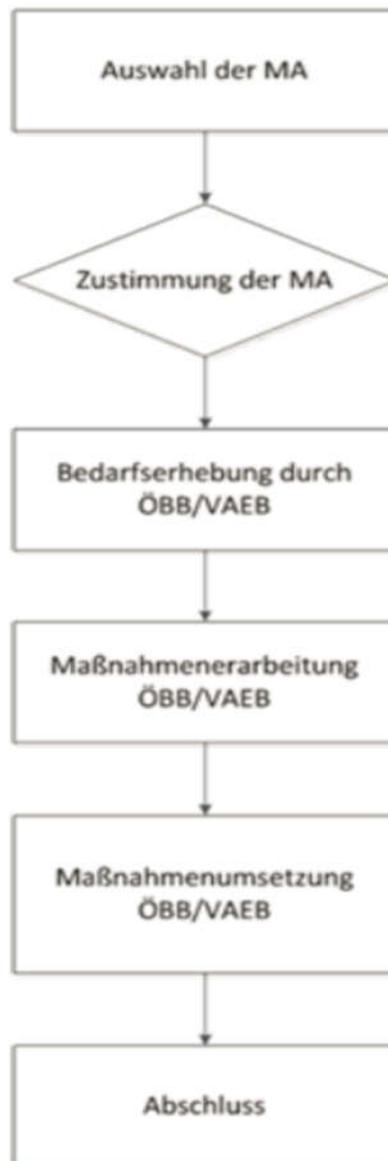


Abbildung 24: Sechsstufiger Prozess der BWE bei der ÖBB (vgl. E5)

Im Jahr 2017 nahmen rund 40% der Klient*innen, welche die Aufnahmekriterien für die BWE erfüllt hatten, nach dem Informationsgespräch und der Bestätigung eines gegebenen Bedarfs tatsächlich eine entsprechende Begleitung in Anspruch. Demzufolge wurden ca. 560 Nutzer*innen unterstützt, wobei die durchschnittliche Betreuungsdauer bei neun Monaten lag. (vgl. E3)

Hinsichtlich der Maßnahmenplanung genießt die Wiedereingliederung am sogenannten angestammten, also ursprünglichen Arbeitsplatz höchste Priorität. Ist diese Möglichkeit nicht umsetzbar, wird eine Wiedereingliederung an einem neuen Arbeitsplatz angestrebt. (vgl. Krenn / Voitl 2013:17)

5.4.2 Beschreibung des Magistrats Linz

Claus-Clemens Lichtenthäler

Der Magistrat Linz beschäftigt mehr als 3600 Mitarbeiter*innen in 12 Geschäftsbereichen und Unternehmungen, was mehr als 2700 Vollzeitäquivalenzstellen entspricht. (vgl. Unternehmensgruppe Stadt Linz 2016:6-7, OÖ-Nachrichten 2016:o.S.)

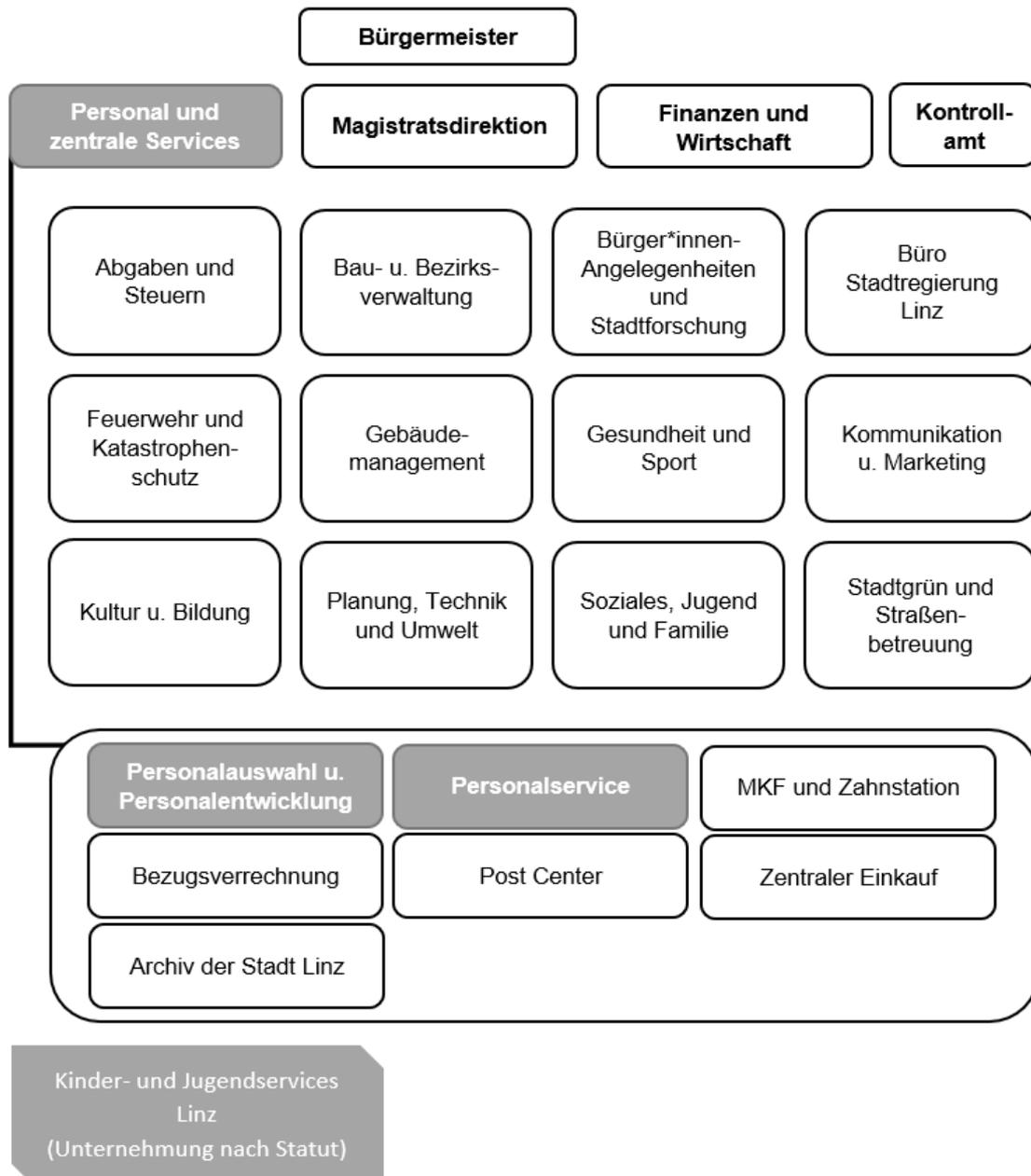


Abbildung 25: Organigramm Magistrat Linz 2018 (vgl. Kommunikation und Marketing Magistrat Linz. Verwaltungsgliederung 2018:1, Kommunikation und Marketing Magistrat Linz. Verwaltungsgliederung ohne Abteilungen 2018:1)

„Der Geschäftsbereich Personal und Zentrale Services ist zum größten Teil ein klassischer „Interner Dienstleister“ und vereint die zentralen Personalagenden mit den zentralen Supportservices.“ (Kommunikation und Marketing Magistrat Linz, PZS 2018:o.S.)

Er besteht aus neun Abteilungen, darunter die Abteilung für Personalauswahl und Personalentwicklung (Personalverwaltung) und die Abteilung für Personalservice. (vgl. Kommunikation und Marketing Magistrat Linz 2018:o.S.)

Seit 2002 gibt es bei der Stadt Linz eine BGF als Beitrag zur Gesundheitsvorsorge, zur Steigerung der Arbeitszufriedenheit, der Arbeitsmotivation und des Betriebsklimas. Andere strategische Ziele des BGM sind die Erhöhung der Gesundheitsquote, die Förderung des Gesundheitsbewusstseins und die Verbesserung der Dienstleistungsqualität.

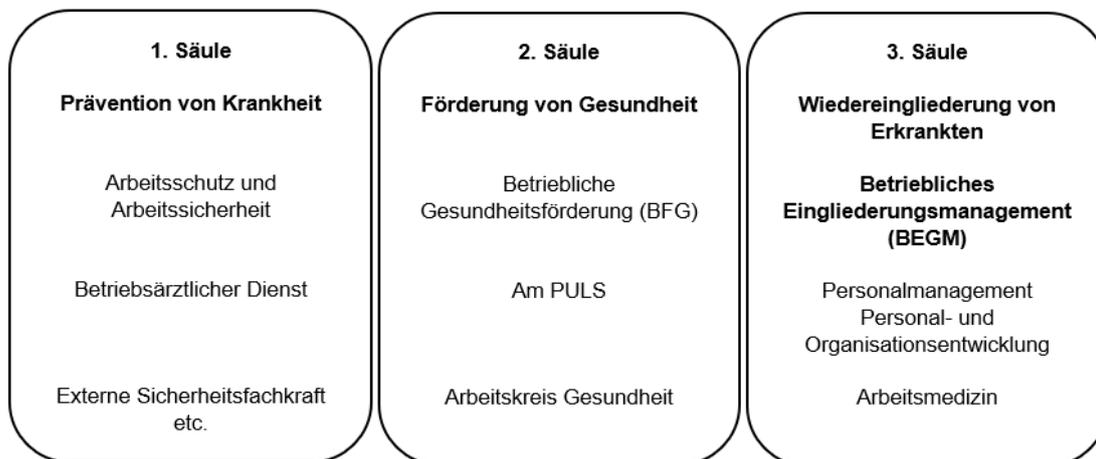


Abbildung 26: 3-Säulen-Modell der BGF Linz (vgl. Kommunikation und Marketing Magistrat Linz 2012)

Konzeptionell baut das BGM auf drei Säulen auf: Arbeitsschutz und Sicherheit, die Betriebliche Gesundheitsförderung und das Betriebliche Eingliederungsmanagement. (vgl. Kommunikation und Marketing Magistrat Linz 2012:o.S.)

Die dritte Säule, das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM), „kümmert sich mit dem Personalmanagement, der Personal- und Organisationsentwicklung und der Arbeitsmedizin um die Wiedereingliederung von Erkrankten.“ (Kommunikation und Marketing Magistrat Linz 2012:o.S.)

Es werden 4 Typen der Wiedereingliederung differenziert:

- „Wiedereingliederung am Arbeitsplatz
- Wiedereingliederung in der Dienststelle
- Wiedereingliederung an einem anderen Arbeitsplatz im Magistrat

- Bei Bedarf: Wiedereingliederung in der Unternehmensgruppe Stadt Linz“ (Kommunikation und Marketing Magistrat Linz 2012:o.S.)

2014 wurde das BEM weiterentwickelt und das Projekt „FAMOS! – Fallmanagement optimal serviciert“ gestartet. Größte offensichtliche Entwicklung ist die Kombination des BEM mit dem internen Arbeitsmarktservice. (vgl. Magistratsdirektion Linz 2014:1-7)

Betriebliches Eingliederungsmanagement des Magistrates der Stadt Linz

„FAMOS! Fallmanagement optimal serviciert“ ist in der Dienststelle Personalauswahl und -entwicklung angesiedelt und startete 2014 mit einem Rundschreiben, datiert am 20.05.2014 an alle Mitarbeiter*innen. Vier Angestellte sind neben anderen Agenden der Dienststelle Personalaufnahme und -entwicklung die BEM-Beauftragten des Magistrates.

Das Akronym FAMOS spiegelt sowohl die obersten Prinzipien als auch Möglichkeiten und Bedingungen wider:

- „Freiwillig – Die Entscheidung über das Annehmen der Begleitangebote, sowie über eine frühzeitige (Teil-)Rückkehr an den Arbeitsplatz liegt bei den Mitarbeiter[*]innen. Es gibt keinen Anspruch des Dienstgebers darauf.
- Angepasst – Begleitmaßnahmen, Vereinbarungen usw. – alles ist eine Frage der krankheitsbedingten Umstände der Mitarbeiterin / des Mitarbeiters und hängt von den ganz speziellen individuellen Bedürfnissen ab.
- Miteinander – Jede*r erkrankte Mitarbeiter*in hat eine persönliche Ansprechperson (BEM-Beauftragte [!]) im PPO⁴⁸. In regelmäßigen persönlichen und vertraulichen Gesprächen werden Möglichkeiten gesucht und bestmögliche Bedingungen gestaltet.
- Optimal – die BEM-Beauftragten sind ausgebildete Coaches und erfahren in der Beratung und Begleitung von Menschen und Teams.
- Serviciert – die BEM-Beauftragten sind zentrale Drehscheibe zwischen rekonvaleszenten Mitarbeiter*innen, internen Expert[*]innen, externen Anlaufstellen (OÖ Gebietskrankenkasse, PGA...etc.) und Führungskräften.“ (Magistratsdirektion Linz 2014:2, vgl. T18:125-153)

Das Ziel und die Definition des BEMs werden prägnant beschrieben:

„Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) ist ein professionelles Verfahren mit dem Ziel der Wiederherstellung einer ganzen oder teilweisen Arbeitsfähigkeit von Mitarbeiter*innen mit gesundheitlich bedingten Einschränkungen.“ (Magistratsdirektion Linz 2014:2)

„BEM-Beauftragte sind – in der Begleitung von Menschen – ausgebildete Mitarbeiterinnen des PPO“ (Magistratsdirektion Linz 2014:2). Alle drei BEM-Beauftragten sind langjährig erfahrene Personalentwickler*innen und haben Ausbildungen als Berater*innen und Coaches. Ein*e BEM-Beauftragte*r macht derzeit eine Ausbildung zum*r Mediator*in. (vgl. T18:143-148, T19:766-770, T19:701)

⁴⁸ PPO: Abteilung für Personal und zentrale Services: Personalaufnahme und -entwicklung / Personalservice

Für alle Mitarbeiter*innen sind die Einstiegskriterien für das BEM 28 bzw. 44 Tage Krankenstand und der Bedarf an Unterstützung aufgrund einer gesundheitlichen Einschränkung. Ziel dieses Fallmanagements aus der Sicht der BEM-Beauftragten ist es, Mitarbeiter*innen, Führungskräfte und Teams bestmöglich bei Langzeitkrankständen zu unterstützen. Das ist auch Ziel des Arbeitgebers. (vgl. (Magistratsdirektion Linz 2014:1-4, T18:87-115, T18:406-422, T19:706-735)

Dem BEM-Regelprozess vorgelagert sind zwei Auswertungen, die Mitarbeiter*innen aufzeigen, die zumindest seit 28 bzw. 44 Tagen krankgemeldet sind. Als Rückmeldungsschleife wird jeweils die zuständige Führungskraft kontaktiert, da diese für den*die Mitarbeiter*in erste Ansprechperson ist.

Abhängig von der Rückmeldung der Führungskraft wird der*die Mitarbeiter*in innerhalb von drei bis sechs Wochen von einem*r BEM-Berater*in schriftlich kontaktiert. Dem Schreiben ist ein Folder beigelegt, der FAMOS in den wesentlichen Punkten und mit den Möglichkeiten des freiwilligen Unterstützungsangebots skizziert. Eine Rückmeldung wird erbeten und falls erwünscht eine Terminvereinbarung für ein Erstgespräch vorgenommen. (vgl. T18:166-207, T19:142-169, Magistratsdirektion Linz 2014:4)

Das sogenannte Orientierungsgespräch findet persönlich oder telefonisch innerhalb von zwei Wochen statt. Hier werden Probleme, Einschränkungen, Unterstützungsmöglichkeiten und Rückkehroptionen besprochen. Der*die Mitarbeiter*in entscheidet, noch im Orientierungsgespräch bzw. nach individueller Vereinbarung später, ob er*sie das Angebot annehmen möchte. (vgl. T18:125-148, T19:23-115)

In den regelmäßig stattfindenden Folgegesprächen werden konkrete, fallbezogene Ziele und Maßnahmen erarbeitet, gesetzt und umgesetzt. Die Betreuung und der Kontakt von FAMOS mit dem*der Klient*in bleiben bis zur erfolgreichen Rückkehr entsprechend der Zielsetzung aufrecht. (vgl. Magistratsdirektion Linz 2014:4, vgl. T18:362-378) Die Vernetzung, etwa zur Arbeitsmedizin u.dgl., findet bedarfsorientiert statt. Die Führungskräfte werden über die Teilnahme eines*einer Nutzer*in und sofern es sie betrifft, die Maßnahmen zur Umsetzung informiert und kontaktiert. Da FAMOS direkt in der Personalplanung und -entwicklung angesiedelt ist und direkt auf das interne Arbeitsmarktservice zugreifen kann, inkorporiert FAMOS eine gewisse Drehscheibenfunktion mit Vernetzung zu mehreren internen wie externen Stellen. (vgl. T18:230-261, T18:278-287, T18:461-478, T19:240-247, T19:265-272, Magistratsdirektion Linz 2014:1)

5.4.3 Beschreibung Med Campus III des Kepler Universitätsklinikums Linz

Mit 31.12.2015 wurden das Allgemeine Krankenhaus der Stadt Linz, die Landes-Frauen- und Kinderklinik Linz und die Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg zur Gründung einer Medizinischen Fakultät zusammengelegt. Das so entstandene Kepler Universitätsklinikum (KUK) ist das zweitgrößte Krankenhaus Österreichs. Das AKH Linz, nun der MED Campus III ist das größte der drei Häuser. (vgl. LinzWiki 2018:o.S., Kepler Universitätsklinikum 2018., Kepler Universitätsklinikum 2017:24-25)

Diese Fusion ist ein noch heute andauernder Prozess des KUK, dessen Eigentümer mit 74,9% das Land Oberösterreich und mit 25,1% die Stadt Linz sind. Der MED Campus III beschäftigt, bei einer Gesamtmitarbeiter*innenzahl des KUK von 6100, etwa 3000 Mitarbeiter*innen und bietet Versorgung für ca. 60000 Patient*innen jährlich in über 21 Abteilungen und Instituten. (vgl. Kepler Universitätsklinikum 2018, Kepler Universitätsklinikum 2017:24-25, T20:6-17, T20:38-41)

Der Fusionsprozess lässt sich in den Beschreibungen der Geschäftsbereiche und Stabsstellen des KUK erkennen. Der Internetauftritt nennt zentrale, das KUK umspannende, Stabsstellen wie Unternehmenskommunikation, Qualitätsmanagement, Recht, Personal und Organisation, etc. Ein Hinweis auf die Stellen und Geschäftsbereiche der einzelnen Häuser ist nicht gegeben. Synergieprojekte in den kaufmännischen und technischen Bereichen, etwa eine Umstellung der IT oder die Implementierung eines professionellen Bewerbermanagementsystems, wurden 2017 umgesetzt, zum Teil laufen die Projekte über die Jahresgrenze weiter. (vgl. Kepler Universitätsklinikum 2018, Kepler Universitätsklinikum 2017:60-62)

Das AKH Linz bzw. der MED Campus III ist seit 1999 Mitglied des Österreichischen Netzwerkes gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen. Hier liegt der Fokus auf den Mitarbeiter*innen und soll neben den Gesundheitsaspekten auch zur Attraktivierung des Standortes als Arbeitgeber sorgen.

Wie beim AKH Linz werden auch beim KUK (nachhaltige) Projekte zur Gesundheitsförderung und Prävention als wesentliche Leitgedanken beschrieben. Dazu wird auch die Schaffung des arbeitspsychologischen Dienstes gezählt. (vgl. Kepler Universitätsklinikum 2017:36, Kirchmair-Wenzel 2015)

Betriebliches Eingliederungsmanagement des MED Campus III, Linz

Das BEM als Institution des MED Campus III steht vor der großen Herausforderung einer Fusionierung im Sinne eines häuserübergreifenden BEM. Ein Konzept hierfür ist in Ausarbeitung. (vgl. T20:6-17, T21:51-52)

Ziel des BEM des Hauses ist, Mitarbeiter*innen nach längeren Krankenständen zurück an den Arbeitsplatz zu begleiten und entsprechende Rahmenbedingungen in Rücksprache mit den Vorgesetzten und den Abteilungen zu gestalten. (vgl. T20:6-34, T21:51-52) Dabei ist der zentrale Dreh- und Angelpunkt ein regelmäßig tagendes Gremium, bestehend aus Vertreter*innen von Personalabteilung/-entwicklung, Pflegebereichsleitung, Betriebsrat, Arbeitsmedizin und Arbeitspsychologie und Personalrecht. Der*die Personalleiter*in (AKH), der*die mit der Fusion zum*zur Leiter*in der Personalentwicklung wurde, ist zugleich BEM-Koordinator*in. (vgl. T20:6-34, T21:25-60)

Obwohl das Unterstützungsangebot für erkrankte Mitarbeiter*innen schon seit vielen Jahren existiert, wurde es 2012, fast gleichzeitig mit der Implementierung des Arbeitspsychologischen Dienstes, in Kooperation mit dem Betriebsservice Oberösterreich neu aufgesetzt. Eine wesentliche Verbesserung ist die Koordinations- und Vernetzungsmöglichkeit durch das Gremium, da Absprachen und Handlungsmöglichkeiten davor als eher diffus beschrieben wurden. Dies kann vor allem im Hinblick auf den Datenschutz und die Anonymität des*der Mitarbeiters*in gesehen werden, da sich ursprünglich zumeist der arbeitsmedizinische Dienst der Fallführung annahm, jedoch dem Datenschutz unterlag. (vgl. T21:177-188, T21:729-745)

In den Punkten multidisziplinäre Vernetzung, Umgang mit Vertraulichkeit und Datenschutz und der notwendigen Grundhaltung kommt der CM-Ansatz zu tragen. Der Arbeitsmedizin sind die Begriffe CM und Fallmanagement vertraut. Sie ist auch zum BEM-Programm des Magistrats (FAMOS) vernetzt. Im Arbeitspsychologischen Dienst ist ein*e Psycholog*in zugleich zertifizierte*r Case Manager*in. (vgl. T20:18-34, T20:238-250, T21:748-750, T21:1258-1274)

Kriterien für eine Inanspruchnahme des Unterstützungsangebotes sind ein sechswöchiger Krankenstand eines*einer Mitarbeiter*in und eine gewisse Komplexität eines Falles sowie ein Vernetzungsbedarf mehrerer Akteur*innen. (vgl. T21:142-176, T21:189-232)

Unter diesen komplexen BEM-Fällen können gesundheitliche Probleme verstanden werden, die zumindest einige Monate dauern und die Person bei Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess gewisse Unterstützung braucht. Probleme, die durch einmalige Beratung oder Intervention wie bspw. die Bereitstellung eines Hilfsmittels am Arbeitsplatz zu lösen sind, sind keine BEM-Fälle. (vgl. T21:189-232)

Der Ablauf eines Regelprozesses am MED Campus III kennt unterschiedliche Zugangsmöglichkeiten. Die Personalabteilung stellt monatlich eine Auswertung über Mitarbeiter*innen, die länger als sechs Wochen im Krankenstand sind, auf. Diese Mitarbeiter*innen werden durch die Personalabteilung kontaktiert, um die etwaige Rückkehr aus dem Krankenstand zu erfahren oder womit bei schwerer Krankheit zu rechnen ist. Ist dies der Fall, wird der*die Mitarbeiter*in über das BEM informiert und an den betriebsärztlichen Dienst oder den arbeitspsychologischen Dienst verwiesen.

Prinzipiell können alle am Gremium vertretenen Stellen Mitarbeiter*innen über das BEM im Sinne einer Vorinformation, sofern dies angezeigt ist, informieren. (vgl. T21:115-170) Der Zugang zum BEM erfolgt jedoch hauptsächlich über die Arbeitsmedizin oder die Arbeitspsychologie. (vgl. T20:48-49) Dort wird dem*der potenziellen Nutzer*in im Erstgespräch das Unterstützungsangebot erklärt und, wenn möglich, inhaltlich abgeklärt, ob es sich um einen BEM-Fall handeln könnte. (vgl. T20:91-97, T20:111-121) Ist dies angezeigt und willigt der*die Mitarbeiter*in ein, wird der Kontakt durch den*die Arbeitsmediziner*in bzw. Arbeitspsychologen*in mit der Führungskraft aufgenommen und der Fall bei der monatlich abgehaltenen Gremiums-Sitzung erstmalig besprochen. (vgl. T20:111-125, T20:144-175, T21:77-88) Aus dieser Fallbesprechung heraus entwickelt das Gremium ein individuelles, vom Bedarf abhängiges Akteurspool, legt eine*einen Fallverantwortliche*n fest und klärt die Rahmenbedingungen. (vgl. T20:25-27, T21: 77-88, T21:171-173) Anstatt eines Akteurspools kann ein BEM-Fall auch ausschließlich von Arbeitsmedizin oder Arbeitspsychologie betreut werden. (vgl. T20:209-214)

Die Führungskraft wird darüber informiert, dass jemand BEM in Anspruch nimmt. In der Regel gibt es hier ein persönliches Dreier-Gespräch von Führungskraft, Klient*in und – abhängig von den Bedürfnissen des*der Klient*in – entweder mit Arbeitspsychologie oder Arbeitsmedizin. (vgl. T21:99-127)

In Folge wird der BEM-Fall durch die fallführende Person betreut und arbeitet methodisch im Verständnis der*des fallführenden Akteurs. Klare, definierte Phasen im BEM sind nicht gegeben. (vgl. T20:173-177)

5.4.4 Beschreibung des Magistrats Graz

Die Stadt Graz beschäftigte im Jahr 2016 knapp 3500 Mitarbeiter*innen (bei etwa 3000 Vollzeitäquivalenzstellen) im Magistrat. Der Magistrat besteht aus der Magistratsdirektion und 24 Abteilungen bzw. Ämtern und drei Eigenbetrieben. (vgl. Stadt Graz 2017:110, T22:103-104, T22:109-110)

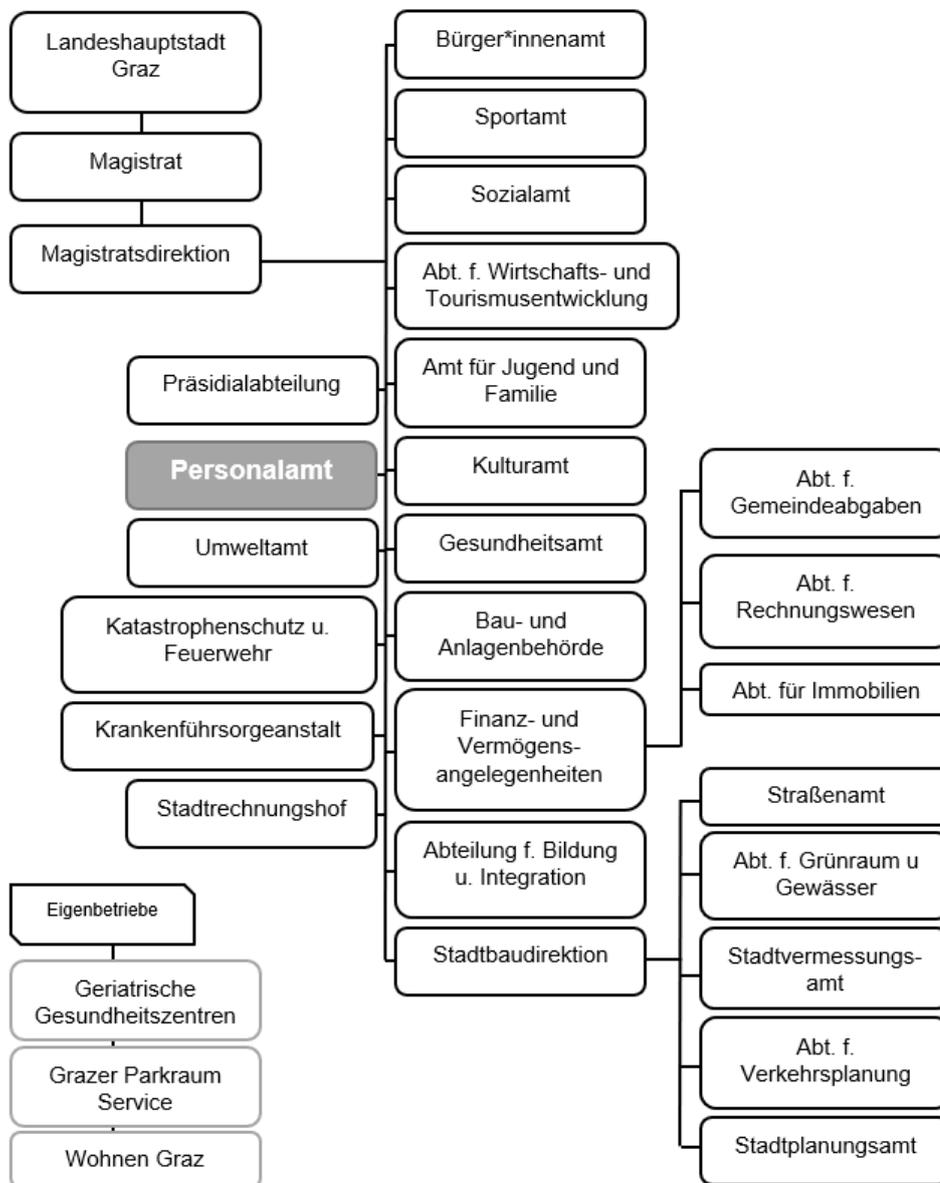


Abbildung 27: Organigramm Magistrat Graz 2017 (vgl. Stadt Graz 2017:110)

Die Aufgaben des Personalamtes umfassen, neben den Personalangelegenheiten aller Beamt*innen und Vertragsbediensteten, unter anderem die Erstellung des Dienstpostenplanes und die Steuerung des Personaleinsatzes in sämtlichen Dienststellen des Magistrates. Ebenfalls zählt die bedarfs- und zielorientierte Aus- und Weiterbildung der Mitarbeiter*innen zu den Agenden des Personalamtes. Die Personalentwicklung stellt ein eigenes Referat des Personalamtes dar. (vgl. Stadt Graz 2018) Im Jahr 2014 wurden durch das Personalamt zwei Pilotprojekte initiiert und erstmals vorgestellt: das Fehlzeitenmanagement und das betriebliche Eingliederungsmanagement. (vgl. Schick 2014:12-13)

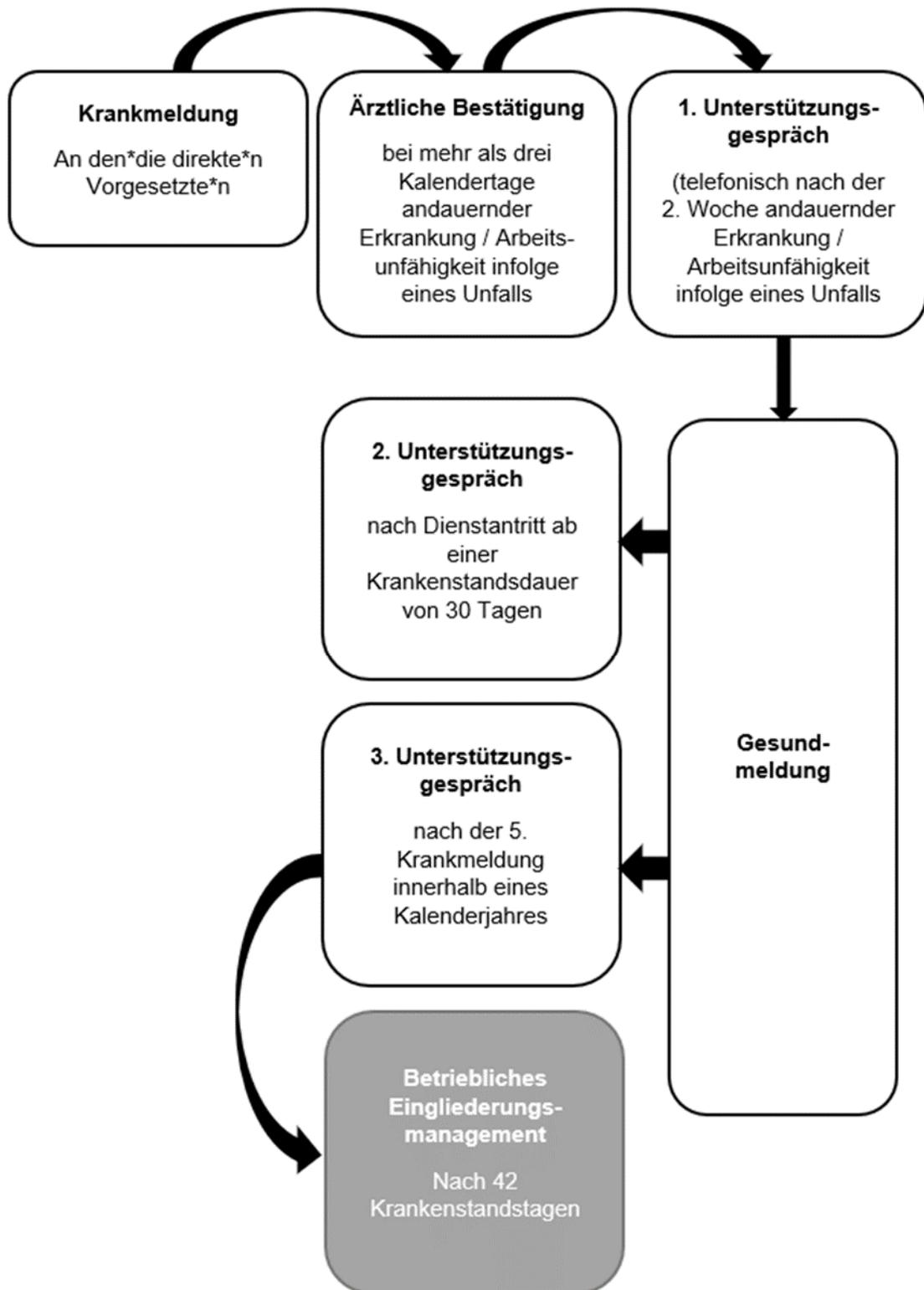


Abbildung 28: Prozessbeschreibung Fehlzeitenmanagement und BEM (vgl. Schick 2014:12)

Betriebliches Eingliederungsmanagement des Magistrates der Stadt Graz

Das BEM wurde vom Magistrat der Stadt Graz als Pilotprojekt erstmals 2014 gemeinsam mit dem Projekt Fehlzeitenmanagement vorgestellt. Beide Projekte können nicht gänzlich getrennt voneinander betrachtet werden, vielmehr schließt die BWE an das Projekt Fehlzeitenmanagement logisch aufgrund der Krankenstandsdauer an. (vgl. Schick 2014:12-13)

Projektverantwortlich ist eine im Personalamt angesiedelte Fachkraft mit 24 Wochenstunden und parallel dazu ist sie Ansprechperson für die Führungskräfte im Projekt Fehlzeitenmanagement. Nach personalbedingten Verzögerungen lief das BEM-Pilotprojekt erst im Jahr 2017 an drei Ämtern mit etwa 300 Mitarbeiter*innen an. Die Entscheidung über einen magistratsweiten Ausbau fällt mit Ende des Projektes. (vgl. T22:62, T22:109-110, T22:120-139, T22:162-163, T22:320-322)

Sollte der Ausbau beschlossen werden, meint der*die Klinische- und Gesundheitspsychologe*in und zertifizierte Case Manager*in, dass bei der notwendigen Aufstockung des Personals im BEM unbedingt auf die Ausbildung zum*zur Case Manager*in Wertzulegen ist. Zusätzlich ist eine Ausbildung zum systemischen Coach wünschenswert, um die Handlungsfähigkeit in der Unterstützung komplexer Fälle des BEMs gewährleisten zu können. Als Grundstudium kommt für die Fachkraft nicht nur Psychologie, sondern auch Soziale Arbeit in Frage. (vgl. T22:137-139, T22:354-357, T22:647-658)

Kriterium für das BEM ist ein Krankenstand von mindestens 42 Tagen. Ziel ist den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess nach langer Abwesenheit durch individuelle Maßnahmen zu erleichtern; also Bedingungen zu schaffen, damit die Mitarbeiter*innen aus dem Langzeitkrankenstand wieder an den Arbeitsplatz zurückgeholt werden können. (vgl. Schick 2014:12-13, T22:36-46) Weitere Kriterien, die in direkter Verbindung mit dem Arbeitsplatz gegeben sein müssen, sind der klare Leistungsverlust des*der Mitarbeiters*in und eine gewisse Komplexität bzw. ein gewisser Umfang eines Falles. (vgl. T22:368-380, T22:295-297, T22:911-929)

Im Regelprozess erhält der*die Case Manager*in von den Pilotämtern eine vom Personalamt generierte Liste mit erkrankten Mitarbeiter*innen. Die Mitarbeiter*innen werden schriftlich kontaktiert und über das Unterstützungsangebot des BEM informiert. Der dem Schreiben beigelegte Flyer skizziert den Prozess und wesentliche Punkte, etwa die freiwillige Teilnahme. (vgl. T22:60, T22:66-70, T22:99-100, T22:233-239) Das in der

Regel innerhalb von zwei Wochen terminisierte Erstgespräch klärt erneut Möglichkeiten des BEMs und entscheidet gemeinsam, unter Einsatz verschiedener Analysemethoden, ob eine Teilnahme am BEM in Frage kommt. (vgl. T22:66-70, T22:99-100, T22:233-239, T22:291-293, T22:469-480) Die Beauftragung erfolgt durch Unterzeichnung einer Einverständnis- und Datenschutzerklärung durch den*die Klient*in. Der*die Case Manager*in informiert daraufhin die beteiligte Führungskraft über die Teilnahme des*der Nutzer*in. Ab dem Assessment wird der Prozess durch die*den Projektverantwortliche*n als Regelprozess eines CMs beschrieben: Arbeitsplatz- und Situationsanalyse, gemeinsames Erarbeiten von möglichen Schritten im Maßnahmenworkshop, Vernetzung der beteiligten internen wie externen Akteur*innen, Dokumentation und Evaluation, etc. Auch die Haltung und Prinzipien des CM sowie das Weitergeben anonymisierter Informationen über Probleme auf höhere Ebene und die dortige Bearbeitung finden sich hier wieder. (vgl. T22:168-171, T22:178-181, T22:184-185, T22:191-204, T22:237-240, T22:245-297, T22:370-419, T22:954-974) Erstes Ziel ist die Rückkehr an den angestammten Arbeitsplatz, etwa durch Adaptationen. Falls dies nicht möglich ist, werden Alternativen gemeinsam erarbeitet. (vgl. T22:191-222)

5.5 Die Klärungsphase in der Betrieblichen Wiedereingliederung

Erstes Ziel ist die Rückkehr an den angestammten Arbeitsplatz, etwa durch Adaptationen. Falls dies nicht möglich ist, werden Alternativen gemeinsam erarbeitet. (vgl. T22:191-222)

Wenn das Ziel der Betrieblichen Wiedereingliederung (BWE) bzw. des Betrieblichen Case Managements (BCM) die Unterstützung zur Rückkehr einer*s Mitarbeiter*in an den angestammten Arbeitsplatz bzw. an einen neuen Arbeitsplatz ist, so muss es auch einen entsprechenden Ausgangspunkt geben. Case Management (CM) kennt mehrerer solcher möglichen Ausgangspunkte.

Das Spektrum von potenziellen Anfangspunkten für einen Fall der Wiedereingliederung, reicht von Implementierungsstrategien eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) bis zum Assessment eines konkreten Falles. Die Klärungsphase als Begriff des CM ist je nach Literatur dem eigentlichen Prozess auf Fallebene vorgeschaltet auf der einen Seite, auf der anderen Seite ist sie wegweisend für das gesamte CM-Programm und so bei der Implementierung von großem Stellenwert. Damit kann die Klärungsphase

als kleinster gemeinsamer Nenner eines Anfangs im Setting der BWE und des CMs gesehen werden.

Anhand der Forschungsfrage, wie und unter welchen Bedingungen findet die Klärungsphase und Fallfindung im Prozess der betrieblichen Wiedereingliederung beziehungsweise des Case Managements statt, werden die Praxen von Betrieben beschrieben und diskutiert.

Anzuerkennen ist, dass Prozesse der BWE nicht unbedingt Prozessen eines CM gleichzusetzen sind und mehrere Ebenen beider Programme zu unterscheiden sind. Die Literatur kennt kein einheitliches, sondern nur eine ähnliche Begrifflichkeit in ähnlichen Phasen und Konzeptionen. Man kann von unterschiedlichen und parallelen Logiken sprechen. (vgl. Kapitel 2.1, Kapitel 2.2, Kapitel 5.1)

5.5.1 Die Klärungsphase im Case Management und die Betriebliche Wiedereingliederung als Prävention

Versteht man CM als mehrdimensionalen Handlungsansatz, der bei komplexen Problemlagen zur Anwendung kommt, wenn ein hohes Maß an Vernetzung vieler Akteure erforderlich ist und den Menschen im Mittelpunkt behält, aber stark auf Ressourcen geachtet werden muss, sind umfassende Überlegungen zu passenden Fällen von großer Bedeutung. Im Mittelpunkt steht die Frage, welches Angebot für welche Menschen? (vgl. Kapitel 2, vgl. Monzer 2013:71-72, Ehlers 2017:67-69, Wendt 2015:131-133)

So divers CM zu beschreiben ist, so divers sind die Ausführungen zur Klärungsphase und auch hier ist die Frage der Fallauswahl nur scheinbar trivial.

Wird der CM-Prozess isoliert auf der Fallebene betrachtet, wie etwa beschrieben durch das Netzwerk Case Management Schweiz, wird die Klärungsphase nicht als Teil des eigentlichen Prozesses beschrieben, dient sie doch der Fallfindung. Der Start des Prozesses ist daran geknüpft, dass es eine verbindliche Zusammenarbeit gibt - eben den Fall. (vgl. Netzwerk Case Management Schweiz 2014:8) Auch Moxley (1989) nennt im CM-Regelkreis die erste Phase Assessment und lagert die Klärungsphase dem Prozess aus, was bei Monzer (2013) nicht mehr der Fall ist. Hier wird der Prozessstart mit dem Intaking, der Fallaufnahme, beschrieben. (vgl. Moxley 1989:18, Monzer 2013:70, Ehlers 2017:65) Im Konzept des anglo-amerikanischen CM ist die erste Stufe

des Regelkreises die Identifikation und Auswahl von Personen mit einem spezifischen Dienstleistungsbedarf oder solche die von CM in besonderer Weise profitieren. Letztlich gibt es eben nicht den einen Regelkreis, sondern je nach Autor*in Regelkreise mit fünf bis acht verschiedenen Arbeitsschritten. (vgl. Ewers 2000:72-73) Außerdem ist der Regelkreis eben nicht auf die isolierte Schrittfolge auf Fallebene bezogen, sondern im Besonderen eine Darstellungsvariante, die die Mehrdimensionalität des CM betont. Die Klärungsphase muss auch auf Systemebene bzw. Organisationsebene und dort in einer Management-Logik verstanden werden. (vgl. Monzer 2013:67-71, Ehlers 2017:76). Dieser liegt der Gedanke zu Grunde, Menschen in schwierigen Situationen und mit besonderen Erfordernissen, Hilfen und Leistungen in Form von zuständigen, unterstützenden, formellen und informellen Angeboten zu organisieren, um so geplante Veränderungen möglich zu machen (vgl. Monzer 2013:67-68).

„Management in der Fallarbeit ist somit vor allem ein Systemmanagement, in dem zunächst zwischen zwei Systemen vermittelt wird und im Idealfall durch das Umkonstruieren von Beziehungen ein weiteres System als Bezug entsteht – der Fall.“ (Monzer 2013:68)

So hat die Klärungsphase sowohl die Funktion auf Systemebene für das Angebot passende Fälle zu definieren und erreichbar zu machen, als auch auf Fallebene die Funktion diese Fälle zu filtern und zu erreichen. (vgl. Monzer 2013:67-69) „Sie stellt eine entscheidende Verknüpfung von konzeptionellen Ausrichtungen und praktischem Vorgehen dar.“ (Ehlers 2017:65) Handlungsanleitend muss der Aufbau von Vertrauen als Voraussetzung für jegliche Kooperation gesehen werden. (vgl. Wendt 2015:137)

Während im Unterkapitel 5.1.2 ausgeführt wurde, was unter Betrieblichen Case Management (BCM) verstanden wird und dass in gewissen Fällen BCM der betrieblichen Wiedereingliederung entspricht, erscheint ein zweiter Zugang aus Organisationsicht notwendig.

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) ist neben den Bereichen Arbeitnehmer*innen-Schutz (ANS) und Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF), eine von drei nebeneinander stehenden Säulen, um dessen Entwicklung, Koordination und Steuerung sich das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) kümmert. Dabei ist der Arbeitnehmer*innenschutz für Organisationen (Betriebe) verpflichtend und im Arbeitnehmer*innen-Schutzgesetz (ASchG, insb. §§4,6,7) geregelt. Die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und das Wiedereingliederungsmanagement sind freiwillig, jedoch gibt es gesetzliche Grundlagen der BGF, die im allgemeinen Sozialversicherungsgesetz §154b und Gesundheitsförderungsgesetz (GfG) zu finden sind. Beim BEM sind die Grundlagen im allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) gegeben. (vgl. Blattner / Elsigan 2015:8-9)

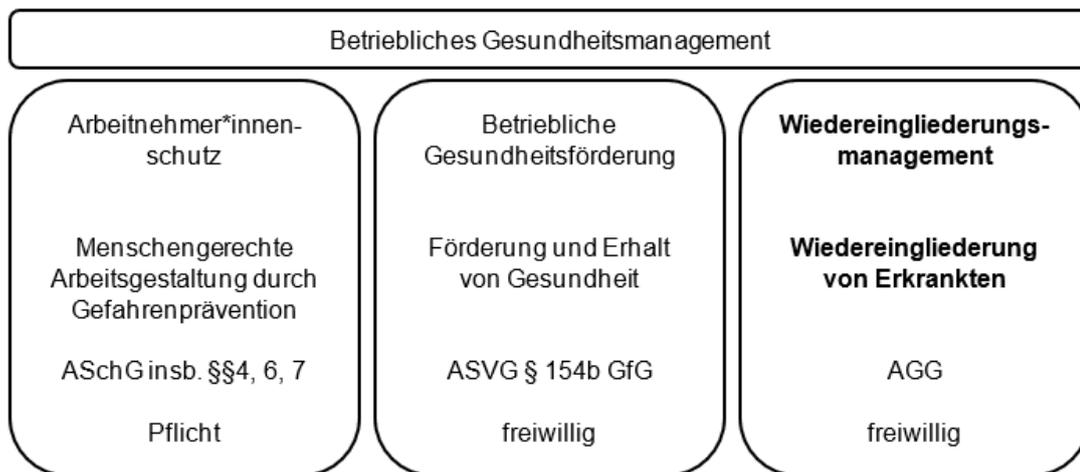


Abbildung 29: 3-Säulenmodell BGM (vgl. Blattner / Elsigan 2015:8)

Alle drei Säulen dienen der Prävention für Arbeitnehmer*innen. Dabei ist die Funktion des ANS die menschengerechte Arbeitsgestaltung durch Gefahrenprävention. Die Funktion der BGF ist die Förderung und der Erhalt von Gesundheit der Mitarbeiter*innen. Die Funktion des BEM ist die Wiedereingliederung langzeiterkrankter Mitarbeiter*innen. Diese Form der Prävention wird als Tertiärprävention bezeichnet. (vgl. Blattner / Mayer 2018:28-29, Blattner / Mayer 2018:135, Blattner / Elsigan 2015:8-9)

Im Medizinischen Kontext versteht man unter Tertiärprävention

„die Verringerung der Schwere und der Ausweitung von bereits manifest gewordenen Erkrankungen [...] sie beinhaltet aber auch die Rückfallsprophylaxe sowie die Prävention von Folgestörungen bei bereits bestehenden Krankheiten bzw. eingetretenen Ereignissen. Tertiäre Maßnahmen betreffen Menschen, die bereits an einer Krankheit in einem fortgeschrittenen Stadium leiden. Ziel ist, die Funktionsfähigkeit und Lebensqualität weitestgehend wiederherzustellen bzw. zu erhalten, etwa durch Heilgymnastik oder Rehabilitationskuren.“ (Österreichische Akademie für Arbeitsmedizin und Prävention 2018)

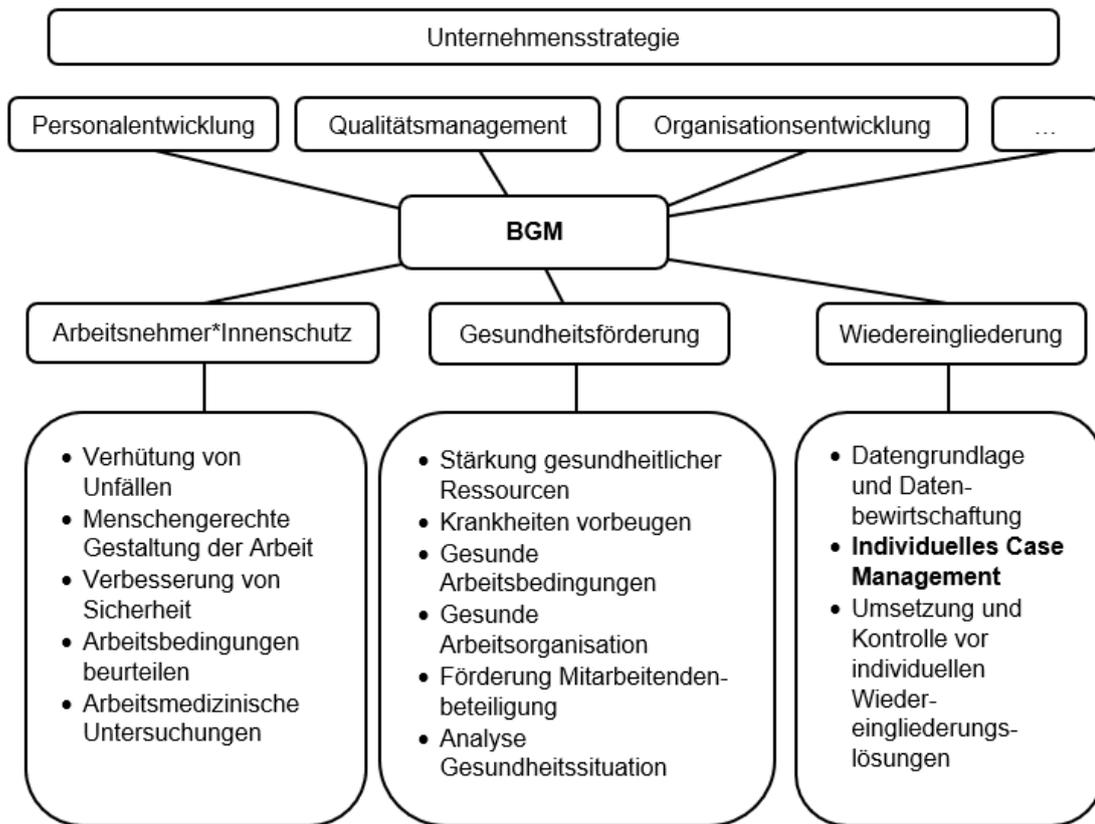


Abbildung 30: CM als Teil der BWE im BGM (vgl. Blattner / Mayer 2018:136 nach Schirmmacher 2015)

Abbildung 30 zeigt CM als Teil der BWE. Was unklar bleibt in dieser Verortung der BWE ist das Verständnis um CM. Die Definition der tertiären Prävention nennt zwar schwere, manifest gewordene Krankheit und nennt etwa ein Rehabilitationsverfahren, mit dem ein Langzeitkrankenstand einhergeht oder einer gewissen Erwartungshaltung für eine Beeinträchtigung am Arbeitsplatz, doch das ist nicht automatisch mit dem Bedarf eines *individuellen* CM gleichzusetzen. Keinerlei Aussage wird bezüglich der Komplexität getroffen. (vgl. Blattner / Mayer 2018:135-136)

Es kann der Schluss gezogen werden, dass in der BWE CM-Fälle gegeben sein können, aber nicht müssen; ergo nicht jeder BEM-Fall ist auch ein CM-Fall.

5.5.2 Organisationale Überlegungen, Ziele und Kriterien der Betrieblichen Wiedereingliederung

Im CM endet (in der Regel) die Klärungsphase mit einer Vereinbarung oder Ablehnung der Zusammenarbeit zwischen Nutzer*in und Case Manager*in. Kommt eine

Vereinbarung zu Stande, gibt es einen CM-Fall, der im nächsten Schritt, im Assessment, eine Einschätzung und Bedarfsklärung erfährt. (vgl. Wendt 2013: 140-142)

In der BWE liegt ein Fall vor, sobald ein*e Mitarbeiter*in gemeinsam mit der*m BEM-Beauftragten/Verantwortlichen die Zusammenarbeit im Rahmen des BEM vereinbart. Folgend soll der Weg bis zum Treffen dieser Vereinbarung in unterschiedlichen Denklogiken und Perspektiven skizziert werden. Die verwendete Feingliederung orientiert sich an den Abschnitten der Klärungsphase des CM: Outreach, Case Finding und Intaking.

Theoretische Herleitung

Eine erste Form der Klärung muss a priori auf organisationaler Ebene geschehen. Es bedarf einer entsprechenden Konkretisierung von Leistungen, Zielgruppen, Reichweite, Vorgehensweisen, Abläufen, etc. eines Unterstützungsangebotes, also einer Klärung des CM oder BEM einer Organisation. Diese Konkretisierung ist in der Regel Teil eines gesamten Konzeptes, erfolgt auf Systemebene und sollte bereits bei der Implementierung des spezifischen CM-Programmes überlegt sein, ebenso wie entsprechende Kapazitäten und Ressourcen zur Umsetzung der Unterstützungsleistungen.

Hervorzuheben ist hier, dass die Zielgruppe, für die CM angeboten werden soll, in der Regel Menschen mit besonders umfangreichen und komplexen Problemsituationen sind. Andere Indikatoren zur Fallauswahl oder Abgrenzung können ein besonders hoher Bedarf an Helfer*innen oder die Zugangsschwierigkeiten zu Unterstützungsangeboten sein. (vgl. Ehlers 2017:67-69, Monzer 2013:71-72) Ist diese erste Klärung erfolgt, sind Ziele des Angebots für Menschen, die von dem Angebot profitieren sollen, festzulegen und Zugangskriterien auszuarbeiten.

Praxis

Ziel der BWE der ÖBB ist die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit am angestammten Arbeitsplatz. Wenn das nicht möglich ist, ist die Umorientierung entsprechend der Gesundheit und der gegebenen Einschränkungen der*s Mitarbeiter*in das Ziel. Hierfür gibt es innerhalb des Konzerns Kontakt zu einem internen Vermittlungsservice. (vgl. T15:458-472)

Die Kriterien, um das Unterstützungsangebot in Anspruch nehmen zu können, sind zum einen eine Krankheitsdauer von mindestens 31 Tagen bzw. kumulierte 60 Tage

Krankenstand im Jahr. Zum anderen ist eine negative Tauglichkeitsüberprüfung (ÖBB32), die alle drei bzw. alle fünf Jahre behördlich für Mitarbeiter*innen verpflichtend ist, vorgesehen. (vgl. T15:186-203, T15:241-255, T16:210-236, T16:243-244, T17:247-281)

Ein Ausschlusskriterium für eine BWE-Teilnahme ist, dass nach einem Krankenstand keinerlei Bedarf einer Unterstützung gegeben ist. Aus Sicht des Arbeitgebers bedeutet das, dass der Zustand des*der Mitarbeiter*in in Abgleich mit den Anforderungen des Arbeitsplatzes einen Bedarf an Unterstützung ergeben muss. Das heißt, es müssen Einschränkungen des*der Mitarbeiter*in in Bezug auf einen konkreten Arbeitsplatz gegeben sein, die z.B. eine Adaptation des Arbeitsplatzes, der Arbeitszeit (Arbeitszeitverringerung) oder auch einen Wechsel des Arbeitsplatzes erfordern. (vgl. T16:172-193)

Bei FAMOS, Linz ist die Wiedereingliederung von Mitarbeiter*innen nach längerem Krankenstand das Ziel. Dabei wird organisational unterschieden in der Wiedereingliederung auf den Stammarbeitsplatz, interimistisch auf einen Transferarbeitsplatz mit beabsichtigter Rückkehr auf den Stammarbeitsplatz oder auf einen freien Dienstposten im Zuge eines Arbeitsversuchs. Die Rückkehrmöglichkeit ist ab 50% Belastungsfähigkeit in unterschiedlichen Modellen und Voraussetzungen möglich. (vgl. Rundschreiben 2014:4-5, T18:22-28, T18:37-40, T18:49-62, T18:63-70) Das Ziel der FAMOS-Berater*innen „kann nur sein, die Kolleg*innen, aber auch Führungskräfte und Teams bestmöglich bei Langzeitkrankenständen zu unterstützen“ (T18:406-408). Aus dieser Perspektive hat die Unterstützung viele Facetten. Aus der Sicht des Dienstgebers ist das Ziel die Reduktion von Langzeitkrankenständen durch professionelle Begleitung. Das beinhaltet Vernetzung, Maßnahmensetzung und -überprüfung. (vgl. T18:406-422). FAMOS versteht sich als Fallmanagement für erkrankte Kolleg*innen. (vgl. T18:311-323)

Als Einstiegskriterium werden zwei Schwellenwerte, 28 Tage bzw. 44 Tage Krankenstand genannt. Weiters müssen Mitarbeiter*innen, die FAMOS in Anspruch nehmen, gesundgeschrieben sein, der*die Mitarbeiter*in darf also nicht im Krankenstand sein. Ein indirektes Kriterium ist, dass der Bedarf zur Unterstützung gegeben sein muss. (vgl. Magistratsdirektion Linz 2014:4, T18:166-185, T18:311-323, T19:94-148, T19:171-191)

Ziel des BEM des Med Campus III ist es

„Mitarbeiter[*innen] nach längerem Krankenstand wieder zurück an den Arbeitsplatz zu begleiten, entsprechende Rahmenbedingungen dafür abzuleiten und in Rücksprache mit den Vorgesetzten entsprechend zu gestalten, sodass der[*die] Mitarbeiter[*in] so lange wie möglich [im Unternehmen] gehalten werden kann.“
(T20:29-34, vgl. T21:695-720)

Dies beinhaltet auch Alternativen zum ursprünglichen Arbeitsplatz zu finden, was in Anbetracht der Dienstpostenbeschreibungen (etwa leichte Tätigkeiten, geringe Ausbildungsanforderungen) und Verfügbarkeiten dieser, eine besondere Herausforderung darstellt. (vgl. T21:394-450)

Die Personalabteilung des Med Campus III nennt als Kriterium einen Langzeitkrankenstand von mindestens sechs Wochen, also 42 Tagen und die Einsetzbarkeit am Arbeitsplatz. (vgl. T21:142-170, T21:385-386) Aus der Sicht des Gremiums weisen BEM-Fälle einen hohen, längerfristigen Unterstützungsbedarf bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz auf. Organisatorisch muss der Bedarf an interdisziplinärer Vernetzung bei der Unterstützung des*der Mitarbeiter*in gegeben sein. (vgl. T21:240-268) Fälle, die diese Komplexität oder den Bedarf der interdisziplinären Vernetzung nicht aufweisen, können als BEM-lite-Fälle bezeichnet werden. Sie werden in einem anderen Rahmen etwa von Arbeitsmedizin oder Arbeitspsychologie unterstützt. (vgl. T21:672-694, T21:789-799, T21:1200-1208) Ist eine Rückkehr an den angestammten Arbeitsplatz nicht möglich, wird versucht Alternativen zu finden. (vgl. T21:292-309, T21:329-348)

Das BEM des Magistrats Graz hat grundsätzlich zum Ziel, Mitarbeiter*innen aus einem Langzeitkrankenstand an den Arbeitsplatz zurückzuholen und die Bedingungen hierfür individuell zu schaffen, die gebraucht werden um – aus Sicht des*der Mitarbeiter*in – wieder zurückkommen zu können. Unter Berücksichtigung des CM-Ansatzes muss es gelingen in einem Netzwerk mit internen und externen Experten, mit den Führungskräften, Abteilungsvorständen, dem Personalamt, der Krisenpräventionsstelle und der Arbeitsmedizin, diese individuellen Bedingungen zu schaffen. Beschrieben werden diese Maßnahmen als das Schaffen von Nischen in Anlehnung an die nicht mehr existenten geschützten Arbeitsplätze. Dies erhält umso mehr Bedeutung, je klarer wird, dass eine Rückkehr an den angestammten Arbeitsplatz nicht mehr möglich ist. (vgl. T22:36-46, T22:1003-1013, T22:1114-1145)

Zugangskriterium für das BEM ist ein Langzeitkrankenstand von mindestens sechs Wochen durchgehend oder kumuliert im Kalenderjahr. Eine gewisse Komplexität im

Sinne des Vernetzungsbedarfes und ein gewisser Grad einer Erkrankung, der einen klaren Leistungsverlust am Arbeitsplatz indiziert, müssen vorliegen. Außerdem wird überprüft, ob nicht ein anderes internes Unterstützungsangebot ausreichend / geeigneter sein würde. (vgl. T22:60-100, G234-256, T22:369-371, T22:614-623, T22:788-917)

Zusammenfassung & Erkenntnis

Zusammenfassend kann das Ziel der BWE-Programme der erforschten Organisationen, als die Unterstützung aller Beteiligten an der Rückkehr eines*einer länger erkrankten Mitarbeiter*in an den Arbeitsplatz beschrieben werden. Dabei ist eine Abstufung von Zielsetzungen von konkreten BWE-Fällen feststellbar. Priorität liegt beim angestammten Arbeitsplatz. Ist dies nicht möglich, wird versucht eine Rückkehr in die Abteilung/Gruppe zu ermöglichen. In Folge werden Arbeitsplätze innerhalb der Organisation abgefragt.

Bezeichnet man diese Kategorienbildung als Art der Wiedereingliederung, wird weiters in der Weise der Wiedereingliederung unterschieden. Darunter ist etwa der Wiedereinstieg durch (temporäre) Arbeitszeitreduktion (z.B. tage- und stundenweise Arbeit) oder eine neue Aufgabenverteilung innerhalb eines Teams bzw. innerhalb einer Abteilung zu verstehen, aber auch Umschulungen zu einem neuen Arbeitsplatz.

Die Kriterien können nach dem Zusatz interaktionsunabhängig und interaktionsabhängig unterschieden werden. Interaktionsunabhängige Kriterien sind Krankenstandstage und aus Sicht einer Organisation Atteste. Interaktionsabhängige Kriterien beziehen sich auf die Vernetzung der Akteure*innen, das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs und die Komplexität eines Falles. Zur Überprüfung dieser ist ein gemeinsames Gespräch erforderlich. Die Bandbreite der situationsunabhängigen Kriterien der Organisationen reicht von 28 Tagen bis kumuliert 60 Tagen Krankenstand. Unter Attesten kann man neben der arbeitsplatzspezifischen Untersuchung der ÖBB auch Atteste der Arbeitsmedizin oder externer Einrichtungen verstehen. Die interaktionsabhängigen Kriterien kristallisieren als Erstes den Unterstützungsbedarf durch das BWE-Programm heraus. Zusätzlich, und bei den Organisationen unterschiedlich ausgeprägt, können ein Minimum von Komplexität des Falles und/oder von Vernetzungsbedarf für die Inanspruchnahme des BWE-Programmes erforderlich sein.

5.5.3 Outreach/Outreaching/Access auf Systemebene und bei der Implementierung

Theoretische Herleitung

Sind bei der Implementierung die konzeptionelle Ausrichtung, entsprechende Kapazitäten und Kriterien auf Systemebene geschaffen worden, soll das CM-Angebot in einer Organisation vorgestellt bzw. platziert werden. Die konzeptionelle Ausrichtung ist im Sinne Ehlers (2017) das Outreach und meint die spezifische, einrichtungsbezogene Ausgestaltung der Festlegung der Zielgruppe, die konkrete methodische Vorgehensweise und die Reichweite des Angebots. Es wird zu einer differenzierten Darstellung des Konzeptes für Mitarbeiter*innen der Organisation und zu leichter und verständlicher Sprache für Klient*innen und Auftraggeber*innen geraten. Somit wird eine Unterscheidung von System- und Fallebene erkennbar (vgl. Ehlers 2017:67-71). Monzer (2013) setzt Outreach ein Stückweit mit Access gleich und konkretisiert, dass die Darstellung des CM-Angebots mit der konzeptionellen Ausrichtung an potenzielle Nutzer*innen, Anwender*innen, Zuweiser*innen, Netzwerkpartner*innen etc. durch ein gezieltes und jeweils entsprechend angepasstes Informationsmanagement sichergestellt sein muss. Access soll nicht bloß im Sinne von Zugang, sondern auch im Sinne des Bemühens um Personen und eines Hinausreichens zu ihnen, verstanden werden. (vgl. Monzer 2013:74-76) Wendt (2015) beschreibt, in Anlehnung an Marie Weil und James Karls (1985), das Ausfindig machen und die Auswahl von Klient*innen als erste Dimension bzw. als Schlüsselkompetenz. Er unterteilt sie in die Funktionen Outreach - Access und Intake und spricht bei Outreach vom Bedarf einer ausreichenden Niederschwelligkeit für potentielle Nutzer*innen. (vgl. Wendt 2015:131-137) Trotz dieses Bemühens um und Hinausreichens an potenzielle Nutzer*innen ist

„aus dem Blickwinkel der Nutzer*innen und Zuweiser*innen zu fragen: Passt dieses umfangreiche Spezialangebot oder können die Problemlagen auch mithilfe der erreichbaren Unterstützungsangebote ohne zusätzliches Case Management geleistet werden“ (Monzer 2013:79-80)

Zusammenfassend ist das Ziel des Outreach, potenziell an einem Fall beteiligte Akteur*innen im entsprechenden Maße über das CM-Programm, sowohl auf Systemebene, als auch auf möglicher Einzelfallebene zu informieren.

Praxis

Die Betriebliche Wiedereingliederung der ÖBB bedient sich der Methode Case Management und ist nach dem Verständnis der*s CM-Koordinator*in ein zentrales Element um den Bezug von Mitarbeiter*in zum gegebenen Bezugssystem, bestehend aus Führungskräften, Betriebsrät*innen, Arbeitsmediziner*innen, etc. vor Ort

herzustellen. (vgl. T15:151-154, T15:162-163). Aus den Erfahrungen beim ersten Pilotprojekt hat man ab dem zweiten Piloten und bei den weiteren Ausrollungen (in den Organisationseinheiten), darauf geachtet, dass genügend Zeit zur Informationsweitergabe an die Mitarbeiter*innen einzuplanen. Um höhere Zustimmung für das Projekt bei Führungskräften zu erzielen, wurde sowohl in die Beziehungsarbeit und in in die berufliche Sphäre investiert. Das inkludiert u.a. eine Einschulung für alle Führungskräfte in die BWE. Inhaltlich wurden ab dem zweiten Pilotprojekt das Hauptaugenmerk auf die Punkte Freiwilligkeit und Transparenz der Kriterien für eine mögliche Teilnahme an der BWE gelegt. Konkret wurden auch einige Beispiele gebracht, in welchen Situationen welche Fälle für die BWE gedacht sind und wie die Ausrollung vonstattengehen soll. Führungskräfte und die Case Manager*innen hatten die Gelegenheit sich erstmal persönlich kennen zu lernen. Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie, Betriebsrat und Fertigungsleiter*innen waren bei dieser Kick-Off-Veranstaltung ebenfalls anwesend. (vgl. T15:67-82, T15:186-203, T16:33-43, T16:44-67, T17:101-121, T17:123-128)

Die Führungskräfte (Dienststellenleiter*innen) nahmen die BWE unterschiedlich auf und trugen daher unterschiedlich zur Implementierung bei. Wird die BWE durch die Führungskraft als Chance gesehen und Mitarbeiter*innen dementsprechend so dargestellt, ist die Zustimmung höher als bei Führungskräften, die eine ablehnende Haltung gegenüber der BWE haben und diese auch an ihre Mitarbeiter*innen weitergeben. Heute gibt es aus der Sicht von Case Manager*innen und Führungskräften Bereiche, die das Angebot gut kommunizieren und es gut angenommen wird und Bereiche wo – aus der Sicht der Case Manager*in - alleine die Terminfindung letztlich nur funktioniert, weil es sein muss. In diesen Dienststellen gibt es kaum bis keine Beauftragungen. Diese Situation wird jedoch als Ausschnitt eines Veränderungsprozesses betrachtet mit Tendenz zur Verbesserung. (vgl. T17:174-192, T17:123-128; T17:132-172) Reflektiert auf die Implementierung und ein Gelingen der BWE, meint der*die Case Manager*in, dass es vor Ort die positive Einstellung von Betriebsrat, Fertigungsleiter*innen und Führungskraft braucht. (vgl. T17:222-245)

Die Implementierung im Sinne einer Projektvorstellung auf Ebene der Dienststelle (bei 120-150 Mitarbeiter*innen) lag zum Teil in der Verantwortung der Dienststellenleiter*innen. Dort erhielten die Mitarbeiter*innen Informationen, dass es die BWE gibt, was sie leisten soll und wer die zuständigen Ansprechpersonen sind. Diese Informationen wurden über Info-Monitore gespielt, als Aushang und als Plakate zugänglich gemacht. Hierfür war der*die Leiter*in der Organisationseinheit

verantwortlich. Er*Sie hat auch im Rahmen eines Produktionsmeetings allen Führungskräften vor Ort die BWE vorgestellt und sie aufgefordert aktiv zu werden und zu überprüfen, ob es Mitarbeiter*innen gibt, denen es nicht gut geht – unabhängig von einem etwaigen Krankenstand. Die Führungskräfte vor Ort zu ermutigen ist aus Sicht des*der Dienststellenleiter*in notwendig, da der direkte Kontakt bei bis zu 150 Mitarbeiter*innen für ihn*sie nicht ausreichend gegeben ist. (vgl. T16:76-87, T16:114-144)

FAMOS ist das Upgrade des BEM des Magistrats Linz. Damit wurde sowohl auf bisher gesammelte Erfahrungen, als auch auf die Forderung der Arbeitsmedizin und Psychologie nach einer möglichst frühen Reintegration an den Arbeitsplatz eingegangen. (vgl. Magistratsdirektion Linz 2014:1) Mit Start 2014 wurde FAMOS und die Idee dahinter jeder Führungskraft in jedem Geschäftsbereich durch die BEM-Beauftragten persönlich vorgestellt. Dazu wurde auch ein kompakter Folder gestaltet, der an Mitarbeiter*innen verschickt wird. Extern wurde die Vernetzung zu PVA und Arbeitsmedizin sichergestellt. (vgl. T18:439-450, Z453-480) Aber nicht nur den Führungskräften wurde FAMOS vorgestellt. Durch ein Rundschreiben, welches die Ausgangslage und den Umfang der Weiterentwicklung enthielt, konnten alle Mitarbeiter*innen des Magistrats erreicht werden. Darin wird die Verknüpfung des CMs mit dem internen Arbeitsmarktservice und die Beschreibung des Akronymes FAMOS erklärt. Der Geltungsbereich umfasst alle Vertragsbediensteten und Beamt*innen des Magistrats ab 01.06.2014. Ein eigener Punkt behandelt die Vertraulichkeit in FAMOS. In einer Begriffsklärung werden Definitionen und Möglichkeiten der Unterstützung des BEM-Projektes erläutert. Ebenso die Kernpunkte, der Regelablauf und Umfang des Angebotes nach Situation und die notwendigen Voraussetzungen. Letztlich sind alle Ansprechpartner*innen mit Telefonnummer und E-Mail-Adresse angeführt. Dies sind die BEM-Beauftragten, das Interne Arbeitsmarktservice und der Betriebsärztliche Dienst. (vgl. Magistratsdirektion Linz 2014:1-6, T18:439-450)

Am Med Campus III ist das Angebot einer BWE, in einer gewachsenen Form, seit etwa 2012 gegeben. 2015 wurde die Arbeitsgruppe, das BEM-Gremium, in der aktuellen Form implementiert und ein Stückweit so institutionalisiert. Abläufe, Inhalt und Kriterien wurden geschärft. (T20:6-34, T21:177-188) Über die BWE, den Ablauf und das Angebot an sich wissen primär die Abteilungen bzw. Institutionen, die im Gremium vertreten sind, Bescheid. Daneben sollten Führungskräfte das Angebot der BWE als Teil der BGF kennen, bzw. dass es Anlaufstellen für Mitarbeiter*innen gibt. Eine Informations- oder Kick-off-Veranstaltung, ein Rundschreiben etc. gab es nicht. (vgl. T20: 80-108, T21:597-

639) Zentraler Kern des BEMs ist das monatlich zusammenkommende Gremium, das Fallbesprechungen vernetzt mit allen beteiligten Teilen durchführt. (vgl. T20:216, T21:150-188)

Im Magistrat Graz gab es in einer Vorstandsbesprechung eine Bekanntmachung des Projektes durch die*den Projektverantwortliche*n, bei der alle Abteilungsvorstände auch den Auftrag erhielten dies ihren Mitarbeiter*innen weiterzugeben und zu bewerben. Des Weiteren gab es eine entsprechende Information zum Start des Pilotprojektes im Intranet des Magistrats und im internen Newsletter. (vgl. T22:60-100, T22:109-118, T22:666-680) Eine Betrachtung des*der BEM-Beauftragten im Sinne des Outreach auf Systemebene zeigt ein hohes Maß an innerbetrieblicher Vernetzung. Der*die Projektverantwortliche des BEM ist in Personalunion projektverantwortlich für das Fehlzeitenmanagement. Somit ist der Kontakt zu Führungskräften per se gewährleistet. Ebenso bietet der*die BEM-Beauftragte verschiedene Präventionsprogramme im Rahmen der BGF an, bei der das BEM zum Thema werden kann, daher ist im Anlassfall der Kontakt direkt herstellbar. Der*die Projektverantwortliche ist Teil der Personalabteilung und auch als Fachbeirat*Fachbeirätin des BGM vertreten. Durch Konstellation und die Personalunionen mehrerer Teile der BGF ist gewährleistet, dass anonymisierte Informationen an das BGM, also auf die nächste Ebene, weitergeleitet und dort bearbeitet werden können. Dies entspricht auch dem Ansatz des CM. (vgl. T22:36-50, T22:382-390, T22:1338-1344)

Zusammenfassung & Erkenntnis

Waren die Ziele der BWE auf Fallebene relativ ähnlich, so zeigen sich bei der Implementierung und dem Outreach auf Systemebene sowie bei der Ausgestaltung der Programme Unterschiede hinsichtlich der Transparenz und der Möglichkeiten des BWE-Programms, der Ausgestaltung der Vernetzung der beteiligten Akteur*innen, der Haltung und des Verständnisses des BWE-Prozesses.

Für Implementierung und Outreach auf Systemebene gleichermaßen, wird die Abhängigkeit der BWE von der Qualität der Beziehungen und der Haltung/Einstellung zum jeweiligen BWE-Programm mit den expliziten und weiteren impliziten Zielen deutlich. So werden in drei von vier Organisationen verschiedene Informationsmedien zur Erstinformation genutzt und der persönliche Kontakt zur Vorstellung des Programmes bis zur Ebene der Führungskräfte gesucht.

Speziell bei der Implementierung der BWE-Programme kann die „Formula for Success“ in der Praxis Berücksichtigung finden, die eine faktorielle Abhängigkeit von BWE, Implementierungsstrategie und dem Kontext in dem dies geschehen soll, beschreibt. (vgl. Kapitel 2.5)

Obwohl der Kontext, nämlich, dass die BWE innerhalb einer Organisation mit konkreten Zielen für und mit Mitarbeiter*innen stattfindet, abgegrenzt ist, ist aufgrund der Vielzahl an Vernetzungen nicht-trivialer Systeme, wie Mitarbeiter*in – Führungskraft – Abteilungsleiter*in – Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie, Personalamt/-abteilungen etc., eine feinere Gliederung von Ebenen innerhalb der Organisationen in der Theorie empfohlen. So sollen die Spezifika einer Organisation bei der Implementierung von CM / BWE auf individueller -, interpersoneller, struktureller, interorganisationaler und (Versorgungs-)Systemebene differenziert berücksichtigt werden. (vgl. Kapitel 2.5)

5.5.4 Outreach/Outreaching/Access im Regelbetrieb

Das Outreach im Regelbetrieb der Organisation ist primär in einer Einzelfall-Logik zu verstehen, die den*die Mitarbeiter*in in Verbindung mit den Kriterien und dem Faktor Zeit setzt.

Praxis

In der erforschten Teilorganisation der ÖBB sollte ein*e gesunde*r Mitarbeiter*in vom Angebot der BWE zumindest erfahren haben. Mitarbeiter*innen, die innerhalb eines halben Jahres 15 Tage Krankenstand angesammelt haben, werden zu einem Präsenzdialog mit der Führungskraft gebeten. Im Sinne der Gesundheitsprävention und des Arbeitnehmer*innenschutzes wird gemeinsam im Gespräch hinterfragt, ob Bedingungen am Arbeitsplatz an der Erkrankung des*r Mitarbeiter*in Schuld haben könnten. (vgl. T16:288-298, T16:324-3350, T16: 352-360) Es kann jedoch auch angezeigt sein, dass es einen Fall für eine Verweisungskompetenz zur Arbeitsmedizin oder Arbeitspsychologie gibt, oder es eben ein Fall für die BWE sein kann. Die Gespräche sind verpflichtend, werden dokumentiert und anonymisiert über das Gesundheitsmanagement an die BWE weitergeleitet. Wird Arbeitsmedizin oder Arbeitspsychologie aufgesucht, kann die jeweilige Stelle eine Empfehlung an die BWE aussprechen. (vgl. T16:324-350, T17:282-316) Aus dem Verständnis der Führungskraft ist der Präsenzdialog die erste Kontaktaufnahme und dient als Signal, dass der*die Mitarbeiter*in der Führungskraft nicht egal ist – gesund oder krank. Hier zeigt sich die Bedeutung der Führungskraft und der Beziehungsarbeit. Die Führungskraft betont wie

wichtig hier das Thema Vertrauen ist. So wird von Fällen berichtet, in denen ein*e Mitarbeiter*in im Gespräch offen über die zugrundeliegenden, privaten wie beruflichen Probleme berichtet und Unterstützung erfährt. Damit folgt die Führungskraft auch den Grundsätzen zur Schaffung einer neuen Führungskultur aus dem Train-2-work-Skriptum und sieht es auch als seine*ihre Aufgabe präventiv aktiv zu sein. (vgl. T16: 361-392, T16:249-286, T16:114-144, T16:148-153)

In dieser Phase des Outreachs, in der mögliche Fälle gefunden werden, und der Zugang zur BWE geschaffen wird, kommt es zu Parallelen mit der Prävention und Gesundheitsförderung, wie bspw. das Angebot einer Burn-Out-Prävention oder Schulungen, die Warnzeichen erkennen lassen, etc. (vgl. T16:148-153)

Das Grundprinzip ist, dass die Führungskraft im Vorfeld der BWE einen Überblick bekommt, sodass in der Regel zwei bis drei Präsenzdialog-Gespräche zwischen Mitarbeiter*in und Führungskraft geführt wurden, bevor der*die Mitarbeiter*in die Kriterien erfüllt, bei der die BWE aktiv wird. (vgl. T16:393-408, T16:361-392) Dennoch macht es einen Unterschied, ob eine Case Manager*in im Regelbetrieb vor Ort ist und eine persönliche Betreuung möglich ist, oder ob die Case Manager*in nur anlassbezogen hinzugezogen wird. Diese Unterstützung gibt es auch, wird aber nicht als Teil des CM-Prozesses der BWE gesehen, sondern eher der Prävention zugeordnet. Hier hat die Führungskraft, sofern auch ein entsprechendes Vertrauensverhältnis besteht, die Rolle des*der Berater*in im Sinne der gegebenen Fürsorgepflicht. Dazu bedarf es Rollen- und Auftragsklarheit sowie transparente Abläufe, um die Mitarbeiter*innen von diesem System profitieren zu lassen. (vgl. T15:130-142, T15:293-297, T15:301-316) Dennoch gibt es Situationen, die eine Überforderung der Führungskraft darstellen. Es gibt auch die klare Aussage, dass der Umgang mit Fällen psychischer Erkrankungen gravierender sind, als der mit Fällen physischer Erkrankung. (vgl. T16:484-506) Ist der*die Case Manager*in vor Ort, werden die Kanäle der BWE auch genutzt, obwohl kein BWE-Fall gegeben ist. (vgl. T16:393-408)

Bei der untersuchten Organisationseinheit ist der*die Case Manager*in mindestens einmal im Monat präsent, nicht nur, um gesehen zu werden, sondern auch für Beratungen, obwohl diese Form der Beratung konzeptionell nicht vorgesehen ist. Meist gibt es eine Vorinformation in Form eines Aushangs durch den*die Fertigungsleiterin mit Angabe von Zeit und Ort des Besprechungsraumes, ähnlich wie bei einem Sprechtag. Das Angebot wird von Mitarbeiter*innen gerne für sehr unterschiedliche Anliegen angenommen. Beispiele dieser Anliegen sind orthopädisches Schuhwerk oder private

Sorgen, aber auch Belastungen am Arbeitsplatz, zwischenmenschliche Probleme oder Druck, der von Führungskräften ausgeübt wird. Der Charakter der Beratung ist, nach kurzer Ankündigung bei dem*der Fertigungsleister*in, relativ anonym und unkompliziert. Aus diesen Beratungen heraus können sich BWE-Fälle oder Verweisungen zu externen Anbietern und Expert*innen, mit dem*der Case Manager*in als Schnittstelle, ergeben. (vgl. T17:29-49, T17:52-78, T17:174-192)

Bei FAMOS Linz kann der Beginn des Outreachs im Regelbetrieb des Magistrates in der Meldung eines Krankenstandes bei der Dienststelle, einhergehend mit dem Kontakthalten zwischen Mitarbeiter*in und Führungskraft gesehen werden. (vgl. Rundschreiben 2014:4) Die erste Stufe des Regelbetriebs aus der Sicht des FAMOS-Teams, das in der Personalabteilung angesiedelt ist, ist eine wöchentliche Auswertung von Krankenständen die länger als 28 Tage dauern. Hierauf wird eine Standard-E-Mail an die zuständige Führungskraft gesendet mit der Bitte um Rückmeldung. Steht die Führungskraft mit dem*der erkrankten Mitarbeiter*in in Kontakt, kann sie besser Auskunft geben, ob FAMOS aktiv werden sollte, bzw. mit welcher Krankenstandsdauer zu rechnen ist. Meist erfolgt eine Antwort. Erhält das FAMOS-Team die Rückmeldung, dass der*die Mitarbeiter*in nicht kontaktiert werden soll (etwa weil er*sie in wenigen Tagen wieder gesund sein wird), oder eine Rückmeldung ausständig bleibt, werden zunächst keine weiteren Schritte eingeleitet. In Folge einer zweiten Auswertung von 44 Tagen Krankenstand wird die zuständige Führungskraft erneut kontaktiert und nachgefragt, ob es einen Grund gibt, dass FAMOS nicht aktiv werden sollte. Ist dies nicht gegeben, wird der*die erkrankte Mitarbeiter*in kontaktiert. Individuell kann an dieser Stelle im Verlauf auch der Kontakt mit der Führungskraft gehalten werden, etwa bei schwerer Krankheit, oder eine Vernetzung zur Arbeitsmedizin erfolgen. Aus Sicht der*des BEM-Beauftragten bedarf es bereits bei der Kontaktaufnahme Fingerspitzengefühl – abhängig von Dauer oder Schwere der Erkrankung, Art der Erkrankung: physisch oder psychisch, eventuell der Fehlzeitengrund, etc. Die Kontaktaufnahme erfolgt in der Regel postalisch. Dem Schreiben liegt ein Folder, der das FAMOS-Angebot und den Ablauf erklärt, bei. Es wird um Kontaktaufnahme zur Terminvereinbarung bzw. um Antwort, dass der*die Mitarbeiter*in das Angebot ablehnt, gebeten. (vgl. T18:166-185, T18:204-221, T18:166-207, T19: 23-91, T19:142-169, T19:171-191)

In der Regel wissen die Führungskräfte über Gründe des Krankenstandes Bescheid, obwohl keine Auskunftspflicht gegeben ist. Gründe warum Führungskräfte keinen Kontakt zu einem*r erkrankten Mitarbeiter*in haben, könnten in einem schlechten

Verhältnis oder in einem Konflikt liegen. Bei guten Einvernehmen mit der*m Mitarbeiter*in und entsprechender Information zur Fehlzeit können Führungskräfte eigeninitiativ werden und FAMOS kontaktieren, um die BWE vorzeitig einzuschalten. (vgl. T18: 288-294, T19:94-148, T19:193-216) Im Regelbetrieb wird neuen Mitarbeiter*innen im Rahmen eines Moduls der Dienstausbildung FAMOS vorgestellt. (vgl. T19:497-518)

Das Outreach des BEM am Med Campus III beginnt, wenn ein*e Mitarbeiter*in erkrankt ist oder er*sie einen Unterstützungsbedarf hat und seinen*ihren Fall einer betrieblichen Stelle, die im Gremium der BWE vertreten ist, schildert. Vorinformationen können die betrieblichen Stellen Personalabteilung, Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie, der*die Betriebsrat*rätin und Führungskräfte geben. Sollte hier ein Unterstützungsbedarf, also ein möglicher BEM-Fall angezeigt sein, wird dem*der Mitarbeiter*in das BEM-Angebot und der Ablauf erklärt und entweder an Arbeitsmedizin oder Arbeitspsychologie verwiesen.

Durch die Personalabteilung gibt es eine monatliche Auswertung von Krankenständen, die das Kriterium einer Dauer von sechs Wochen erfüllen. Dort wird aktiv bei den Mitarbeiter*innen nachgefragt, wie lange der Krankenstand noch zu erwarten ist und ggf, ob die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. Auch im Zuge dieses Gespräches kann auf das BEM-Angebot hingewiesen und zur Arbeitsmedizin bzw. Arbeitspsychologie verwiesen werden. (vgl. T20:39-49, T20:77-79, T20:91-100, T21:1190-1208)

Vor einem Anlassfall, also einem langen Krankenstand, wissen die Mitarbeiter*innen kaum, dass es ein BEM am Med Campus III gibt. (vgl. T20:80-87) Lediglich die Arbeitsmedizin berichtet von regelmäßigen Informationsveranstaltungen für neue Mitarbeiter*innen vor 2015, am AKH Linz zu Arbeitnehmer*innen-Schutz und BGF, bei denen die BWE in der damaligen Form erwähnt wurde. Die Arbeitsmedizin als eigenständige Institution hält nach wie vor Veranstaltungen zu diesen Basisinformationen für Schüler*innen und Student*innen ab. (vgl. T21:599-607)

Eine alternative Betrachtungsweise ergänzen Personalentwicklung und Pflegebereichsleitung: Das Thema Gesundheit und Prävention sollte jedem*jeder Vorgesetzten bekannt sein. Ebenso, dass das Mitarbeiter*innengespräch ein institutionalisiertes Instrument und verpflichtend ist. Beide Vertreter*innen kommen zu dem Schluss, dass hier im Gespräch zwischen einer Führungskraft und dem*der Mitarbeiter*in gesundheitliche Aspekte und ggf. Einschränkungen durchaus regelmäßig

Thema sein müssten. Im Speziellen wird in diesem Zusammenhang auf alle Interventionen und Unterstützungen hingewiesen, die innerhalb eines Teams, zwischen Führungskraft und Mitarbeiter*in und dem Team und ggf. der nächsthöheren Ebene stattfinden und nicht zum BEM gezählt werden. In dieser Betrachtungslogik sind BEM-Fälle Akutfälle. (vgl. T21: 608-624, T21:697-719)

Im Magistrat Graz übermittelt das Personalamt Daten von Langzeitkrankenständen an die Case Manager*in. Diese schreibt die Mitarbeiter*innen an und erklärt, dass es ein Unterstützungsangebot, das BEM, gibt, wobei die freiwillige Teilnahme betont wird. Es wird gebeten ein Antwortschreiben zu retournieren, ob ein Informationsgespräch gewünscht oder abgelehnt wird. Abteilungsvorstände können sich an die Case Manager*in wenden, wenn sie bei Mitarbeiter*innen Unterstützung benötigen. Daraufhin werden diese ebenfalls kontaktiert. Mitarbeiter*innen können sich auch direkt an die Case Manager*in wenden, da sie zum Teil von dem Projekt gehört haben. (vgl. T22:60-100, T22:109-118)

Das zweite Projekt, das Fehlzeitenmanagement, ist mit dem BEM sehr eng verbunden. Es ist in Bezug auf Krankenstandstage dem BEM vorgelagert. Die Verantwortung zur Umsetzung des Projekts Fehlzeitenmanagement liegt bei den zuständigen Führungskräften, obwohl die*der Case Manager*in im Austausch mit ihnen steht. (vgl. T22:141-146, T22:164-166) Im Sinne eines Outreachs arbeitet man insofern vor, als dass hier, noch bevor es zu einem Langzeitkrankenstand kommt, wertschätzender Kontakt zwischen der Führungskraft und dem*der Mitarbeiter*in bestehen soll. Hier können die Führungskräfte auch BEM vorschlagen. (vgl. T22:151-163) Weiters können Mitarbeiter*innen auch im Zuge anderer Präventionsprojekte, etwa dem Arbeitsbewältigungscoachings, vom BEM-Angebot erfahren. (vgl. T22:323-343, T22:1159-1173)

Zusammenfassung & Erkenntnis

Das Outreach auf Fallebene kann in Kategorien gefasst werden. Die unterste Stufe stellt eine allgemeine Information für die Mitarbeiter*innen über ein Angebot bei längerem Krankenstand dar, etwa durch ein einmaliges Rundschreiben bei Implementierung. Es gibt keinerlei Indikationen einer Erkrankung oder eines Bedarfes einer Unterstützung. Die zweite Stufe ist charakterisiert durch Gespräche, die im Sinne der Prävention und/oder Gesundheitsvorsorge geführt werden. Hierbei ist nicht Intervention gemeint, sondern im System vorgesehene Gespräche zwischen einer informierten Person, etwa einer Führungskraft oder Fachstelle, und einem*einer Mitarbeiter*in nach einem

Krankenstand oder obligat-wiederkehrende Mitarbeiter*innen-Gespräche. Die informierte Person weiß über die BWE, den Zugang und Ablauf grundsätzlich Bescheid und kann ggf. verweisen oder beauftragen. In diese Stufe ist auch das direkte Aufsuchen und Informieren bei einem*einer BWE-Beauftragten einzuordnen.

Der dritten Stufe liegt bereits das Erfüllen eines der Zugangskriterien zur BWE bzw. die Anregung einer Führungskraft zugrunde, worauf dann ein*eine Mitarbeiter*in direkt über das Angebot informiert wird. Beispielhaft ist das Anschreiben nach einer gewissen Krankheitsdauer.

Bereits in der Klärungsphase, im Hinausreichen der BWE, isoliert auf Fallebene betrachtet, werden die Einbettung eines*einer Mitarbeiter*in in ein System (Team, Abteilung,...) und die Vernetzung der Akteure (Mitarbeiter*innen, Case Manager*innen, Vertreter*innen von Fachstellen, ...) als wesentliche zu berücksichtigenden Faktoren evident. Dabei sind Kommunikation und Beziehungsarbeit, Grundhaltung und Vertrauen, oder Firmenkultur im Allgemeinen für das Gelingen der BGF und der Prävention hervorzuheben.

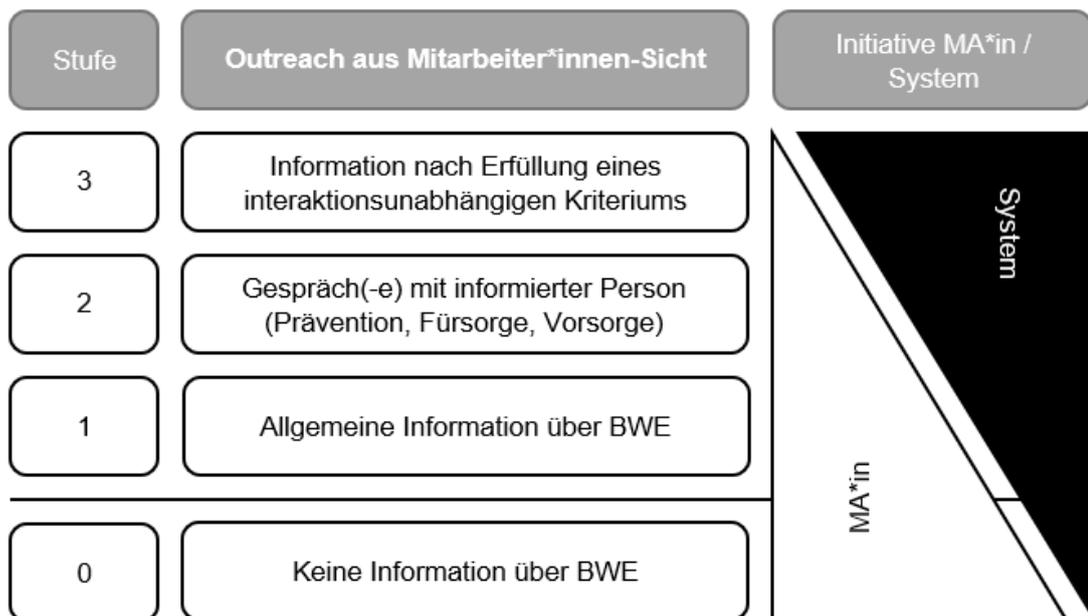


Abbildung 31: Stufen im Outreach (vgl. T15-T22)

Die Unterscheidung der erkennbaren Stufen kann im Hinblick auf das Aktivitätsniveau von BWE (System) und potenzieller Nutzer*in dargestellt werden. Weiters ist der Zugang zur BWE abhängig von der Informiertheit der Mitarbeiter*innen über das BWE-Angebot und von der Beziehungsgestaltung der einzelnen Akteur*innen im System.

5.5.5 Case Finding

Theoretische Herleitung

Das Case Finding entspricht der eigentlichen Fallauswahl. Die Auswahl passender Fälle ist abhängig vom Angebot der Organisation, Kompetenz der Einrichtung, von den Auswahlkriterien und vom Verfahren, wie diese ermittelt werden. Dabei darf die Auswahl durch Schaffen von Kriterien, einem Case Finding der Organisation auf Systemebene, nicht mit einem Case Finding, dem Ausmachen von Fällen anhand eines Bedarfs mittels Kriterien auf Fallebene, verwechselt werden. Analog dazu erscheint die Verwendung des Begriffs Fallauswahl verwechslungsanfällig, ebenso die Frage: Welcher Fall ist ein CM-Fall? (vgl. Monzer 2013:80-81, Wendt 2015:136, Ehlers 2017:71-74)

Monzer (2013) bietet für die Fallauswahl eine Systematisierung von drei Dimensionen an: Problemlage - Bedingungen oder Strukturen, die Lösungen erschweren – Verschärfungen. Zusätzlich sind auch Ausschlusskriterien zur Abgrenzung zu definieren. Allgemeine Kriterien, die ein CM-Angebot gegenüber weniger aufwändigen Hilfsangeboten legitimieren, sind unter anderem: mehrdimensionale Problemkomplexität, Unsicherheit bei der richtigen Auswahl von Angebotsalternativen, schwierige Prognosestellung, Nicht-Greifen der Regelversorgung, Probleme im Umgang mit den Versorgungsangeboten. (vgl. Monzer 2013:80-81)

Ehlers (2017) beruft sich auf allgemeine Auswahlkriterien nach DGCC (vgl. DGCC 2009:3): eine komplexe Bedarfs- und Bedürfnissituation, Involviertheit mehrerer Helfer*innen/Leistungsanbieter und Abstimmungsbedarf, herkömmliche Maßnahmen/Hilfen helfen nicht, Ressourcen der Nutzer*innen fehlen oder sind blockiert. (vgl. Ehlers 2017:71-72)

Es geht also im Case Finding um den Abgleich von organisational festgelegten Kriterien und dem Unterstützungsangebot auf der einen Seite und dem/den präsentierten Problem/-en mit einem Unterstützungsbedarf eines*iner potenziellen Nutzer*in auf der anderen Seite.

Praxis

Das Case Finding, also die Fallfindung, erfolgt bei der ÖBB nach bestimmten Kriterien wie Anzahl der Krankenstandstage oder Tauglichkeitsgutachten. Eine zur VAEB ausgelagerte Software zieht monatlich Daten und filtert Mitarbeiter*innen nach diesen Kriterien und zusätzlich ob diese schon in Betreuung sind oder die BWE abgelehnt

wurde. Einmal im Quartal werden die Daten pro Organisationseinheit verarbeitet und zur Organisationseinheit als Bericht zurückgespielt. (vgl. T15:209-215, T15:241-255) In einer Teamsitzung von Case Manager*in, Führungskraft, Betriebsrat und Personalverantwortlichen erfolgt eine Situationsüberprüfung. Hier wird durchbesprochen, wie es zu diesem Krankenstand kam, welche Situation für den*die Mitarbeiter*in gegeben ist und ob Führungskraft und Betriebsrat der Meinung sind, dass das Angebot einer Unterstützung angebracht ist. Es kann auch sein, obwohl nicht konzeptionell vorgesehen, dass Mitarbeiter*innen hier von den Führungskräften vorgeschlagen werden, die die Kriterien nicht erfüllen. Ebenso kommt es vor, dass der Kontakt zum*zur Case Manager*in von einem*r Mitarbeiter*in direkt gesucht wird. Es gibt auch Fälle, in denen Teamleiter*innen bei der Führungskraft eine Unterstützung anregen, was konzeptionell ebenfalls nicht vorgesehen ist. (vgl. T15:217-222, T15:229-239, T15:279-291, T16: 361-3392, T17:758-809) In jedem Fall muss eine Beauftragung durch die Führungskraft für jede*n Mitarbeiter*in einzeln erfolgen. (vgl. T16:300-323, T17:758-809) Erst dann wird eine Einladung zu einem Informationsgespräch, das zwischen Case Manager*in und Mitarbeiter*in geführt wird, ausgesprochen. (vgl. T15:301-316, T17:758-809)

Das im Regelbetrieb des Outreach beschriebene Prozedere von FAMOS überlappt sich mit der Identifikation (dem Ausfindig machen) geeigneter (passender) Fälle für das passende Angebot. Der Anteil der Führungskraft ist zunächst, dass sie über einen*eine erkrankte*n Mitarbeiter*in informiert ist. Dabei ist der Krankenstand nicht das Kriterium, da die Führungskraft ggf. selbst aktiv, also initiativ bei der Fallfindung werden kann. Aus Sicht der BEM-Beauftragten erfolgt das Case Finding anhand der Kriterien: Ist das erste oder zweite Kriterium (28 bzw. 42 Tage Krankenstand) erfüllt bzw. wurde es von einer Führungskraft angeregt, wird der*die Mitarbeiter*in zu einem Orientierungsgespräch eingeladen und um eine Terminvereinbarung gebeten. (vgl. T18:375-379, Magistratsdirektion Linz 2014:4) Die Aufteilung potenzieller Nutzer*innen erfolgt in einem 14-tägig stattfindenden Meeting der BEM-Beauftragten, was bedeutet, dass in der Regel ein*eine BEM-Beauftragte*r nach dem Anschreiben von FAMOS bereits feststeht. (vgl. T19:23-115)

Im Orientierungsgespräch kann der*die Mitarbeiter*in seinen*ihren Fall schildern. In diesem Beratungsgespräch wird der Fall konkret in Bezug auf Maßnahmen für den Arbeitsplatz oder entsprechend der Unterstützungsmöglichkeiten hin beleuchtet, womit tatsächlich eine erste Falleinschätzung vorgenommen werden kann. Aus Sicht der BEM-Berater*innen trägt hier die bereits gesammelte Erfahrung der Berater*innen viel dazu

bei, ein Gefühl für diese erste Falleinschätzung zu bekommen. (vgl. T19:343-409, T19:457-486)

Am Med Campus III ist der Zugang der Personalabteilung über das Kriterium der Krankenstandsdauer vergleichbar mit FAMOS Linz, doch erfolgt hier keinerlei automatisierte Informationsweitergabe über das BEM-Programm. Dies geschieht nur, wenn Krankenstandsdauer oder die Erkrankung / Einschränkung im Gespräch zwischen Personalabteilung und Mitarbeiter*in zum Thema werden. (vgl. T20:150-170)

Die Mitarbeiter*innen erfahren erst im Zuge der informellen Beratung durch Personalabteilung, Betriebsrat, Führungskraft, Arbeitspsychologie oder Arbeitsmedizin, dass es ein BEM-Angebot gibt. Wurden die Mitarbeiter*innen verwiesen, müssen sie in Folge Kontakt zur jeweiligen Stelle selbst aufnehmen. Es folgt Erstgespräch bei Arbeitspsychologie oder Arbeitsmedizin, bei dem Möglichkeiten und Rahmenbedingungen des BEM grundsätzlich besprochen werden und es wird eruiert, ob BEM angebracht wäre oder nicht. (vgl. T20:91-100, T20:111-121) Der Weg für potenzielle BEM-lite-Fälle, also solche, die nur einen geringen Vernetzungsbedarf erfordern und somit das gesamte Gremium nicht benötigen, ist der gleiche. (vgl. T21:789-826)

Am Magistrat Graz arbeitet die Personalabteilung im ersten Schritt wie bei FAMOS Linz und dem Med Campus III. Es wird eine Liste basierend auf dem ersten Kriterium, der Krankenstandsdauer, erstellt. Dieser Bericht weist alle Mitarbeiter*innen mit einem Krankenstand von mindestens 6 Wochen aus. Davor sollten erkrankte Mitarbeiter*innen Kontakt, zumindest ein Telefonat, mit der jeweils zuständigen Führungskraft gehabt haben. Bevor ein*e Mitarbeiter*in angeschrieben wird, besteht immer der Kontakt mit der Führungskraft, da diese aufgrund des gewissen Naheverhältnisses in der Regel besser informiert ist. (vgl. T22:99-100, T22:148-150, T22:233-239, T22:323-326) Nach postalischer Einladung zu einem Erstgespräch, dem ein Informationsschreiben zum BEM-Programm beiliegt, melden sich etwa 40% der Angeschriebenen und nehmen einen Termin zu einem Erstgespräch wahr. (vgl. T22:479, T22:233-239)

Im Erstgespräch ist der Teil des Case Findings eine Arbeitsplatzanalyse, um vorherrschende Bedingungen zu erfahren, die mitverantwortlich für eine Krankheit sein können. Grundsätzlich geht es um die derzeitige Position, ob diese noch passt bzw. angepasst werden kann, etc. Später folgende Maßnahmen, die Arbeitsplatz, -ablauf oder -organisation betreffen, werden gemeinsam und in Absprache mit dem

Abteilungsvorstand gesetzt, wobei zu diesem Zeitpunkt die Zusammenarbeit bereits vereinbart wurde. (vgl. T22:182-198, T22:200-215)

In Projekten der BGF, etwa im Zuge eines Arbeitsbewältigungscoachings, können BEM-Fälle entstehen. Diese Mitarbeiter*innen stehen oft kurz vor einem langen Krankenstand. Aus der Sicht des*der Case Manager*in ist eine sofortige Unterstützung bzw. Intervention nicht nur im Interesse des*der Mitarbeiter*in, sondern im Hinblick auf Personalressourcen im Interesse des Dienstgebers. (vgl. T22:323-343, T22:1159-1172) Im Erstgespräch wird anhand der Kriterien des Vernetzungsbedarfes, der Schwere der Erkrankung bzw. des Grads der Leistungseinschränkung bezogen auf den Arbeitsplatz festgestellt und damit ob ein BEM-Angebot angebracht ist.

Zusammenfassung & Erkenntnis

Die Fallfindung und Fallauswahl ist auf Einzelfallebene mit dem Outreach über das Kriterium Krankenstand verschränkt. Mit dem Erfüllen des Krankenskriteriums wird ein Automatismus aktiviert, der gewissermaßen aktiv nach potenziellen Nutzer*innen sucht. Bei drei von vier beforschten Organisationen wird bei der Führungskraft nachgefragt, ob hier das BWE-Angebot vorgestellt bzw. der Kontakt hergestellt werden soll. Ist eine Situation nicht klar, wird der direkte Kontakt zum*zur erkrankten Mitarbeiter*in gesucht. Dies geschieht entweder durch Auslösen eines weiteren Schwellenwertes oder bei wiederholtem Erscheinen des*derjenigen in den Auswertezyklen. In dieser Beschreibung wird also << das System >> aktiv, der*die Mitarbeiter*in ist eher passiv bzw. im Krankenstand. Doch unabhängig von diesem Automatismus kann der Kontakt auf Vorschlag oder durch den*die Mitarbeiter*in direkt bei der*dem BWE-Beauftragten erfolgen. Dies erfordert jedoch vertrauensvolle innerbetriebliche Beziehungen und eine funktionierende offene Kommunikation.

Egal ob durch Einladung, Anschreiben, Anregung oder Eigeninitiative, mit oder ohne erfüllten interaktionsunabhängigen Kriterien – zeigt der*die Mitarbeiter*in Interesse, kommt es zu einem terminisierten Erstgespräch bzw. Orientierungsgespräch. Bei diesem werden die interaktionsabhängigen Kriterien überprüft. Es kommt also im Case Finding zu einem Abgleich der Möglichkeiten und des Rahmens der BWE mit dem präsentierten Problem im konkreten Fall. Am Ende des Case Findings ist also für den*die

Automatismus kann der Kontakt auf Vorschlag oder durch den*die Mitarbeiter*in direkt bei der*dem BWE-Beauftragten erfolgen. Dies erfordert jedoch vertrauensvolle innerbetriebliche Beziehungen und eine funktionierende offene Kommunikation.

Egal ob durch Einladung, Anschreiben, Anregung oder Eigeninitiative, mit oder ohne erfüllten interaktionsunabhängigen Kriterien – zeigt der*die Mitarbeiter*in Interesse, kommt es zu einem terminisierten Erstgespräch bzw. Orientierungsgespräch. Bei diesem werden die interaktionsabhängigen Kriterien überprüft. Es kommt also im Case Finding zu einem Abgleich der Möglichkeiten und des Rahmes der BWE mit dem präsentierten Problem im konkreten Fall. Am Ende des Case Findings ist also für den*die BWE-Beauftragte*n und Mitarbeiter*in klar, ob das BWE-Programm grundsätzlich in Frage kommt.

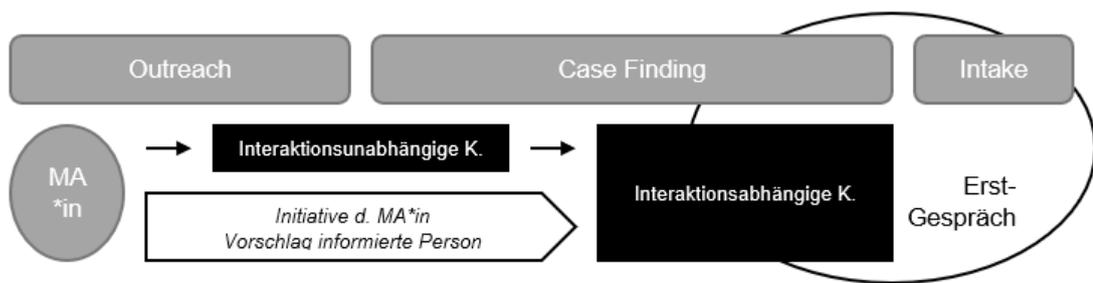


Abbildung 32: Zweiteiliges Case Finding (vgl. T15-T22)

Wie in Abbildung 32 (Case Finding) unterscheidet man zwei Wege im Case Finding, wobei der erste, ein durch interaktionsunabhängigen Kriterien ausgelöster Automatismus, übersprungen werden kann. Dieses Überspringen ist abhängig von der Initiative des*der Mitarbeiter*in bzw. einer informierten Person (ev. Führungskraft), wobei diese wiederum von der organisationalen Beziehungsgestaltung und Kommunikationsmöglichkeiten (Organisationskultur) abhängig sind. Beide Wege führen zu einem klärenden Gespräch, dem Erstgespräch bzw. Orientierungsgespräch. Mit der Feststellung, ob BWE angebracht wäre oder nicht endet das Case Finding und geht durch die genaue Beschreibung der BWE und der konkreten Möglichkeiten in das Intake über.

5.5.6 Intake/Intaking/Access

Theoretische Herleitung

Das Intake/intaking, zu Deutsch die Fallaufnahme oder Feststellung eines Case Managementfalls, ist zunächst die Verständigung einer*s Nutzer*in mit einer*m

Anwender*in über bereits erkennbare Problemlagen, das Case Managementangebot, mögliche Ziele, weiter vorgesehene Verfahrensschritte und die Form der Zusammenarbeit, wobei auch Rechte und Pflichten geklärt werden. Das Intake endet mit der Entscheidung über eine künftige Zusammenarbeit. Es kann durchaus der Fall sein, dass hier im Sinne eines Beratungsgesprächs das CM-Angebot nicht als Mittel der Wahl erscheint. Bei positiver Entscheidung zur Zusammenarbeit, die grundsätzlich auf Freiwilligkeit basiert, wird eine entsprechende Vereinbarung getroffen. In der Regel findet der Teilschritt des Intakes bei einem persönlichen Erstgespräch statt. (vgl. Monzer 2013:87-88, Ehlers 2017:72-75)

Access beim Intake ist als Zugang im Sinne des Weges der Nutzer*innen in das CM-Programm durch Überweisungskontext oder direktes Aufsuchen zu verstehen. (vgl. Ehlers 2017:67) Aufgrund des nicht eindeutigen Access bei Outreach und Access bei Intake können hier Verwechslungen bei Auslegungen entstehen. In jedem Fall ist eine Organisation an geeigneten CM-Fällen für ihr konkretes Angebot interessiert. (vgl. Monzer 2013:89)

Praxis

Das Intake der ÖBB geschieht im Anschluss an das Informationsgespräch oder noch währenddessen. Die Entscheidung über die Teilnahme an der BWE ist ein eigener Prozessschritt. Die Teilnahme ist freiwillig, jedoch ist immer ein betrieblicher Kontext gegeben. Der Entscheidung wird genügend Zeit eingeräumt, so können Mitarbeiter*innen nach dem Informationsgespräch „darüber schlafen“ oder auch mit dem Betriebsrat Rücksprache halten. (vgl. T15:301-316) Manchmal ist das Informationsgespräch gleichzeitig das Erstgespräch, obwohl das Konzept zwei Gespräche vorsieht. In diesen Fällen ist bereits klar, dass der*die Mitarbeiter*in das BWE-Angebot annehmen möchte und seine*ihre Einwilligung gibt. Dann wird versucht den Auftrag zu klären und einen Teil der Anamnese des Erstgesprächs vorzuziehen. (vgl. T17:758-809)

Bei Famos ist das Orientierungsgespräch das zentrale Gespräch der Falleinschätzung.

„In einem persönlichen oder telefonischen Orientierungsgespräch werden Unterstützungsmöglichkeiten und Rückkehroptionen besprochen. Im – oder nach dem – Orientierungsgespräch entscheidet der/die Mitarbeiter/in über die Teilnahme am BEM.“ (Magistratsdirektion Linz 2014:4)

Im Orientierungsgespräch wird der bereits mitgeschickte Folder kurz durchbesprochen und betont, dass das Angebot freiwillig und vertraulich ist, jedoch z.B. die Führungskraft von der Beauftragung erfährt. Es geschieht die tatsächliche Falleinschätzung von BEM-

Beauftragten*er und Mitarbeiter*in, die zeigt ob und wie das Unterstützungsangebot in diesem konkreten Fall sein könnte. (vgl. T19:343-409, T19:457-486) Nimmt ein*e Mitarbeiter*in das Unterstützungsangebot von FAMOS an, entsteht ein Fall. Ist die Falleinschätzung (konkrete Situation des*der Mitarbeiters*in) bereits im Orientierungsgespräch abgeschlossen kann die individuelle Maßnahmenerarbeitung gleich erfolgen. Solche Fälle, werden von den BEM-Beauftragten als Standardkrankenstände beschrieben. Hier bleibt es bei einem persönlichen Gespräch. Für die weitere Betreuung reicht meistens der telefonische Kontakt. (vgl. T19:343-409, T19:457-486)

Mitarbeiter*innen, die schwer erkrankt sind, einen Spitalsaufenthalt oder ein Rehabilitationsverfahren geplant haben, melden sich aus dem Krankenstand, bis es jedoch zu einem Wiedereinstieg kommen kann vergehen oft Monate. D.h. Aufgrund der Dauer des Krankenstandes wird bis zum Erstgespräch ist klar, dass ein gewisser Unterstützungsbedarf gegeben ist. Der*die Mitarbeiter*in kann solche Informationen sowohl an die Führungskraft als auch an die BEM-Berater*in kommunizieren. (vgl. T19:164-169, T19:193-216, T19:343-409) Dies ist sowohl im Hinblick auf Case Finding und Intake, als auch auf das Kriterium des Unterstützungsbedarfs von Bedeutung, da sich das Angebot von FAMOS zwar individuell, jedoch durchaus in verschiedenen Ziel-Logiken ausrichtet. (vgl. Magistratsdirektion Linz 2014:2-3)

Der Med Campus III stellt im Erstgespräch bei Arbeitsmedizin oder Arbeitspsychologie fest, ob das BEM grundsätzlich angebracht ist. Stimmt der*die Mitarbeiter*in zu, dass sein*ihr Fall im Rahmen dieses Eingliederungsmanagements im Gremium besprochen wird, gibt es einen BEM-Fall. (vgl. T21:89-109, T21:189-232;) Die Teilnahme ist auch hier freiwillig und diese Freiwilligkeit wird von den Akteur*innen des Gremiums betont. (vgl. T21:789-826). In den monatlich geführten Gremiumssitzungen wird dann der Fall ein erstes Mal besprochen. Dabei wird geklärt, wer die Fallführung übernimmt. Dies ist abhängig vom Thema und der Möglichkeit der Koordination, aufgrund des konkreten Arbeitsplatzes. (vgl. T21:270-305) BEM-Lite-Fälle werden direkt bei Arbeitsmedizin oder Arbeitspsychologie, in seltenen Fällen beim Betriebsrat, angenommen. (vgl. T21:789-826)

Am Magistrat Graz wird im Erstgespräch der bereits mitgeschickte Flyer besprochen und geklärt, was das BEM-Angebot leisten kann und definitiv nicht leisten kann. Die Arbeitsplatzanalyse und das Gespräch an sich klären, ob grundsätzlich die Kriterien für das Unterstützungsangebot gegeben wären. Der mögliche BEM-Fall, Bedarfe und

denkbaren Maßnahmen sowie Befürchtungen des*der Mitarbeiter*in werden geklärt. (vgl. T22:515-537) Dabei wird betont, dass nicht jedes Erstgespräch zu einem BEM-Fall führt. Dazu gibt es eine klare Analyse mit dem*der Mitarbeiter*in gemeinsam, diese findet auch z.B. im Rahmen eines Arbeitsbewältigungscoachings statt. (vgl. T22:234-256) Sollte bei einer Analyse erkennbar werden, dass es sich um ein Konfliktthema handelt, wird zunächst klar an die Krisenpräventionsstelle verwiesen, bevor im Rahmen des BEMs gearbeitet wird. (vgl. T22:614-623, T22:624-639) Diese Vorgangsweise bei Krisen findet man bei Ehlers (2017) wieder, die betont, dass im Krisenfall CM nicht angezeigt ist. (vgl. Ehlers 2017:75)

Zusammenfassung & Erkenntnis

Das Intake beinhaltet bei allen Organisationen die Klärung der Kriterien am konkreten, durch den*die Mitarbeiter*in vorgestellten Problem. Sind zunächst beim Case Finding die interaktionsunabhängigen Kriterien im Regelprozess von Bedeutung, werden im Erstgespräch die weiteren, interaktionsabhängigen Kriterien wie der Bedarf der Unterstützung, komplexe Situation, Bedarf multiprofessioneller Vernetzung und konkretes Angebot der BWE mit dem*der potenziellen Nutzer*in so weit wie möglich ermittelt. Klar wird, dass das Erstgespräch bzw. das Orientierungsgespräch Anteile beider Phasen, Case Finding und Intake, aufweist.

Wendet sich ein*eine Mitarbeiter*in direkt an eine*n BWE-Beauftragte*n oder gab es eine direkte Beauftragung bzw. Empfehlung einer Führungskraft, treten die interaktionsunabhängigen Kriterien in ihrer Bedeutung in den Hintergrund. Es muss keine Krankenstandsindikation vorliegen. So wird im Gespräch eine Erkrankung einhergehend mit einem Unterstützungsbedarf thematisiert

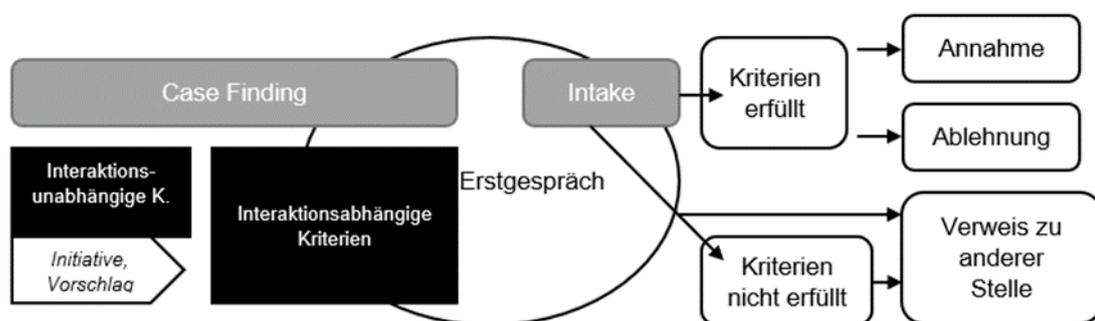


Abbildung 33: Das Erstgespräch mit Möglichkeiten des Intakes (vgl.T15-T22)

Wie in der Theorie zu finden war, werden in allen Organisationen im Erstgespräch das Angebot der BWE und grundsätzliche Möglichkeiten und Rahmenbedingungen erörtert.

Wird das BWE als geeignetes Mittel zur Unterstützung gesehen, wird im Besonderen die freiwillige Teilnahme sowie die Einwilligung als Fall mit den am Prozess Beteiligten besprochen zu werden betont. Ist BWE aufgrund der präsentierten Problemlage nicht geeignetes Mittel, wird an die geeignetere (bekanntere) Stelle verwiesen.

Ist eine Unterstützung durch die BWE angezeigt, endet das Intake mit der mittelbaren oder unmittelbaren schriftlichen Einverständniserklärung des*der Mitarbeiter*in. Es gibt damit einen Fall für die BWE der Organisation. Bei Ablehnung endet das Intake mit dem Verzicht der*des Mitarbeiters*in an einer Teilnahme.

5.5.7 Zusammenfassung

Die Klärungsphase der BWE bzw. des CM muss zumindest auf Fall- und Systemebene (organisationaler Ebene) betrachtet werden. Dient die Klärungsphase der Identifizierung von geeigneten Fällen für ein passendes Unterstützungsprogramm, müssen Zieldefinitionen und geeignete Kriterien festgelegt werden.

Explizites Ziel der BWE-Programme der Organisationen ist die Unterstützung bei der Rückkehr länger erkrankter Mitarbeiter*innen in den Arbeitsprozess sowie die Unterstützung der an diesem Prozess Beteiligten. Dieses Ziel wird abgestuft nach Art der Wiedereingliederung von einer Rückkehr an den angestammten Arbeitsplatz bis hin zu einer Wiedereingliederung an einer anderen Stelle der Organisation. Dabei wird der Prozess als zunehmend komplex und im Aufwand ansteigend beschrieben. Die jeweilige Art der Wiedereingliederung ist verknüpft mit konkreten und angebrachten Möglichkeiten zur Wiedereingliederung. (vgl. Kapitel 5.4, Kapitel 5.5.1)

Um den Einsatz von BWE im Sinne der Zielerfüllung zu legitimieren, also das passende Angebot für den*die passenden Nutzer*innen parat zu haben, wurden von allen Organisationen Kriterien festgelegt. Diese können in interaktionsunabhängige Kriterien (Anzahl von Krankenstandstagen, Atteste) und interaktionsabhängige Kriterien (Komplexität eines möglichen Falles, Vernetzungs- und Unterstützungsbedarf) unterteilt werden. Die konkreten Kriterien in den einzelnen Organisationen variieren innerhalb einer gewissen Bandbreite.

Wichtig zu erwähnen ist, dass interaktionsabhängige Kriterien nur im Gespräch im Sinne einer Beratung und Analyse geklärt werden können. Dieser Prozessschritt, die Festlegung von Zielen und Kriterien, ist Teil der Konzeptionierung und Implementierung

von CM bzw. der BWE. Die Implementierung in der Organisation kann erfolgen nachdem die Konzeption abgeschlossen ist. Dabei überlappen die Implementierungsstrategien mit dem Outreach auf Systemebene. Einerseits wurden Pilotprojekte, ihre Ausrollung vor Ort und Bekanntmachung beschrieben, andererseits wurden bereits bestehende Programme weiterentwickelt. Dabei sind deutliche Unterschiede im Outreach auf Systemebene, dem ersten Teil der Klärungsphase, erkennbar. Das Spektrum reicht von persönlichen Treffen der BWE-Beauftragten mit allen Führungskräften, Einführungsveranstaltungen und Einschulungen (im weiteren Sinn) für alle am Prozess potenziell Beteiligten und Informationen über verschiedene Kanäle an alle Mitarbeiter*innen auf der einen Seite, auf der anderen Seite erfolgte die Weiterentwicklung zur Institutionalisierung und somit zu einer höheren Funktionalität der BWE bzw. des CM. Dies lässt den Schluss zu, dass neben den expliziten Zielen einer Organisation auch implizite Ziele/Strategien verfolgt werden. Bei den Organisationen die Pilotphasen hatten/haben, wurde „Haltung und Einstellung zur BWE bzw. zu CM für alle potenziell am Prozess Beteiligten“ als wesentlicher Faktor identifiziert. Ebenso von Bedeutung ist die Beziehungsgestaltung der Beteiligten und damit die Qualität der Vernetzung. (vgl. Kapitel 5.4)

Das Outreach im Regelbetrieb der Organisation dreht sich um die Frage, wie der*die Mitarbeiter*in von der BWE erfährt. Diese Frage ist verknüpft mit dem Erfüllen der Kriterien, und der Notwendigkeit an Unterstützung. Hier überschneiden sich CM/BWE-Logiken und Prävention.

In den Organisationen mit Pilotphasen wurden alle Mitarbeiter*innen grundsätzlich informiert, woraus sich schließen lässt, dass BWE/CM bekannt ist. Auch werden die BWE und andere Unterstützungsangebote den Mitarbeiter*innen bei Eintritt in die Organisation zumindest bei einer Organisation vorgestellt. Dabei ist jedoch nicht das Erfüllen von Kriterien Thema.

Parallel gibt es zwei Systeme bei Beginn einer krankheitsbedingten Abwesenheit. Im Sinne der Prävention werden nach einer bestimmten Zahl von Krankenstandstagen Gespräche mit dem*der Mitarbeiter*in geführt. Verantwortlich in unterschiedlicher Gewichtung bei den Organisationen ist die Führungskraft. Hier kann eine Empfehlung zur BWE oder Stellen der Prävention (Arbeitspsychologie, Arbeitsmedizin, Coaching, etc.) bereits ausgesprochen werden. Unabhängig von diesen präventiven Gesprächen werden im Sinne des Case Findings und des Outreachs bei Personalabteilung oder externer Stelle Krankenstände von Mitarbeiter*innen (automatisch) ausgewertet.

Erreicht ein*eine Mitarbeiterin eine Anzahl an Tagen, wird diese Information an die BWE-Stelle weitergeleitet, bzw. wird die Personalabteilung selber aktiv.

Unabhängig der organisationsspezifischen Zahl der Krankenstandstage wird bei drei Organisationen seitens der BWE der Kontakt zur Führungskraft gesucht und nachgefragt, inwieweit Informationen zum*zur Mitarbeiter*in bekannt sind. Die Ausgestaltung von Rückmeldeschleifen aus der Sicht der BWE-Beauftragten zusammen mit einer Führungskraft ist in den Organisationen divergent. Zugewartet wird dann, wenn die Führungskraft über den*die Mitarbeiter*in informiert ist und plausibel das Angebot für den*die Mitarbeiter*in ablehnt bzw. aufschiebt. Letztlich wird der*die Mitarbeiter*in in drei Organisationen aufgrund des Erreichens eines interaktionsunabhängigen Kriteriums nach Rücksprache mit der Führungskraft kontaktiert und über die BWE und ihre Möglichkeiten informiert. In der vierten Organisation wird der persönliche Kontakt zu BWE-Beauftragten, unabhängig der Stelle ohne die Rückkopplungen von BWE-Stelle zur Führungskraft, hergestellt. (vgl. Kapitel 5.4.3)

Orientiert sich die BWE/CM Logik am Erfüllen und Überprüfen der Kriterien, im Sinne des Teilschrittes Case Finding, schon im Outreach, so sind die Mitarbeiter*innen-Gespräche vor Erfüllen der Kriterien präventiv. Beide Logiken stützen sich gegenseitig um potenzielle Nutzer*innen zu erreichen. Dabei sind bei allen vier Beziehungsarbeit und Kommunikation, Vertrauen und Firmenkultur wesentliche Faktoren. (vgl. Kapitel 5.4.3, Kapitel 5.4.4)

Das Case Finding bedient sich zunächst derselben interaktionsunabhängigen Kriterien wie das Outreach. Kommt es zu einem Erstgespräch, erfolgt schließlich gemeinsam zwischen BWE-Beauftragtem*n und dem*der Mitarbeiter*in die Klärung des potenziellen BWE/CM-Falles anhand der interaktionsabhängigen Kriterien und ggf. durch Verwendung von organisationsspezifischen Methoden. Die Klärung des Bedarfes im Erstgespräch ist prinzipiell in allen Organisationen vergleichbar. Die Phase des Intakes kann, wenn die Situation und der Bedarf ausreichend klar zeigt, dass eine Unterstützung im Rahmen der BWE möglich ist, mit dem Case Finding in einem Gespräch zusammenfallen. Das Intake beinhaltet die Klärung des Rahmens (unter Betonung der freiwilligen Teilnahme), der Bedingungen und der Möglichkeiten und Grenzen der BWE und endet mit der Ablehnung oder dem Einverständnis der Teilnahme. Ebenfalls ist es möglich, dass das Erstgespräch im Sinne einer Beratung und Verweisung hier aus Sicht der BWE endet, dazu sei im Speziellen auf Monzer (2013) verwiesen, der die prinzipiellen Fallbearbeitungstiefen in Information – Beratung – Unterstützung gliedert

und somit außer Zweifel stellt, dass die Klärungsphase fester Bestandteil der Tätigkeiten eines*einer Case Manager*in /BWE-Beauftragten ist. (vgl. Monzer 2013:71)

Bei gegebenem Einverständnis durch den*der nunmehr Nutzer*in werden Teile des Datenschutzes aufgegeben, um den Fall mit den am BWE/CM-Fall beteiligten Akteur*innen vernetzt besprechen zu können. (vgl. Kapitel 5.4.4, Kapitel 5.4.3)

Letztlich gilt es zu klären, inwieweit in der Praxis zwischen BWE- und CM-Fällen unterschieden werden kann. Mit dem Fokus auf Vernetzung und Komplexität der Fälle, die sich ab der Case Finding-Phase im Erstgespräch herausstellen, werden Fälle insoweit unterschieden, als dass Diminutive von BWE/CM-Fällen gebildet und benannt werden. Bezeichnungen sind BEM-Lite, Mini-BEM-Fälle, Gerade-noch-Fälle, Fälle die keine Vernetzung benötigen, Standardkrankenstände. Beschrieben werden diese Fälle auch als relativ einfach und nicht arbeitsintensiv. (vgl. T22:291-297, T21:1187, T21:1200-1208, T20:382-389, T18:52-78) Es kann gezeigt werden, dass nicht jeder Fall der BWE ein CM-Fall im Verständnis der BWE-Beteiligten und aus Sicht der zertifizierten Case Manager*innen vor Ort ist. Dies entspricht auch der Darstellung von CM Teil als Teil der BWE im Verständnis von BWE als tertiäre Prävention. (vgl. Kapitel 5.5.1, Kapitel 5.4.4)

Ein weiterer Unterschied ist die Einbettung von CM in die BWE in einer Organisation, die nicht primär als soziale Versorgungseinrichtung zu beschreiben ist, sondern CM/BWE als Unterstützungsleistung für ihre Mitarbeiter*innen anbietet. Das bedeutet, dass das Setting und das Ziele des CM / der BWE dieser Organisationen klarer abgrenzbar sind und somit die Klärungsphase und den ganzen Prozess an sich bedingen. Monzer (2013) bestimmt für die Klärungsphase und den Zusammenhang zwischen konzeptioneller Zielrichtung und Schwerpunktsetzungen sieben Typen unterscheidbarer Auswahlprinzipien, wie bspw.: alle Fälle sind CM-Fälle, im Verlauf festgestellte Fälle werden CM-Fälle, fallspezifische Kriterien, etc. (vgl. Monzer 2013:89-97). Wendt (2015) beschreibt in Bezug auf das Einsatzgebiet neun Typen, einer davon ist das BEM (vgl. Wendt 2015:72).

In der Praxis sind jedoch Mischformen zu finden, die mehr nur zwei Personen, den*die BWE-Beauftragte*n und eine*n potenzielle*n Nutzer*in, in der Klärungsphase kennen. Die bisher im Sinne der Prävention beschriebenen Mitarbeiter*innengespräche der Führungskräfteklassen die Führungskraft in der Rolle eines*einer Zuweisers*in erkennen.

Ebenso sind Arbeitsmedizin und Arbeitspsychologie in derselben Rolle, wenn sie zur BWE verweisen, einzuordnen. (vgl. Monzer 2013:79)

Bezugnehmend auf die Funktionen des CM kann aus der Klärungsphase, also einer von sechs Phasen eines des Gesamtprozesses, die Gatekeeper-Funktion der des*der BWE-Beauftragten festgestellt werden. Die anderen Funktionen und auch die Prinzipien des CM bedürfen einer gesamtheitlichen Sicht des Prozesses eines BWE/CM-Falles, obwohl klar erkennbar ist, dass die Themen Beziehungsgestaltung, offene, vertrauensbasierte Kommunikation und Firmenkultur wesentliche Faktoren sind. Des Weiteren ist der hohe Stellenwert von Vernetzungen und Kooperation in alle Richtungen evident sowie die Wichtigkeit der Beziehungsarbeit in den verschiedenen nicht-trivialen Systemen der Organisationen, die für das Gelingen einer Wiedereingliederung notwendig sind. Zu betonen ist, dass Vernetzung, Verweisung und Linking innerhalb einer Organisation für einen konkreten BWE/CM-Fall nicht erst anlassbezogen zu initiieren ist, sondern Teil der Arbeitsroutine der*der BWE-Beauftragten sein sollte, denn dies ist bereits Bestandteil der Beziehungsarbeit.

5.5.8 Resümee

Die Forschungsfrage: **Wie und unter welchen Bedingungen findet die Klärungsphase und Fallfindung im Prozess der betrieblichen Wiedereingliederung beziehungsweise des Case Managements statt?** wurde aus mehreren Perspektiven auf mehreren Ebenen und in Gegenüberstellung von Theorie und Praxis umfassend beschrieben.

Als kurze Zusammenfassung wird an dieser Stelle nochmals erwähnt, dass die Klärungsphase auf Fallebene am Beginn des Prozesses eines CM-Falles steht und der Selektion geeigneter Fälle für das Unterstützungsprogramm der jeweiligen Organisation dient. Die Selektion erfolgt nach Kriterien, die sich an der Zielsetzung des CM / der BWE orientieren und bei der Implementierung des Programmes festgelegt werden müssen. Die Dreiteilung der Klärungsphase Outreach – Case Finding – Intake erlaubt eine genauere Betrachtung sowohl auf Fall- als auch auf Systemebene. In der Praxis wird die Verwobenheit von Implementierung, Klärungsphase auf der Systemebene und in Folge die Klärungsphase auf Fallebene deutlich. Diese Verwobenheit ist dabei nicht auf Prozessschritte beschränkt, sondern bezieht sich auch auf die Vernetzung aller an der BWE / am CM Beteiligten bzw. potenziell Beteiligten. Entscheidend für das Gelingen der

BWE ist die positive, befürwortende Haltung und aktive Beziehungsarbeit. Dabei muss jedoch die Einbettung des*der Nutzer*in in ein Arbeitsfeld unter spezifischen Bedingungen mit Kolleg*innen in einer konkreten Abteilung berücksichtigt werden. Dies spiegelt sich in der Unterteilung von Möglichkeiten nach Anlass in BWE-Angebot (Art und Weise der BWE) wieder, die einen Bezug zur Komplexität schon in der Klärungsphase herstellen.

Die Kriterien, die in der Klärungsphase zur Anwendung kommen dienen Outreach, Case Finding und Intake gleichermaßen, wobei das Erstgespräch mit der Analyse gemeinsam mit dem*der potenziellen Nutzer*in entscheidet, ob die Kriterien erfüllt sind. Im Verlauf der Klärungsphase lassen sich zwei Kategorien an Kriterien unterscheiden, interaktionsunabhängige und interaktionsabhängige. Beide dienen der Selektion, aber auch dem Erreichen von möglichen Nutzer*innen.

Für das Outreach können verschiedene Stufen der Informiertheit eines*einer Mitarbeiter*in identifiziert werden, die sich auf die Beziehungsgestaltung der Mitarbeiter*innen und Führungskräfte und auf ein automatisiertes System durch Erfüllen eines interaktionsunabhängigen Kriteriums beziehen. Diese Informiertheit ist aus einer Logik des BWE heraus unterschiedlich ausgeprägt. Dadurch wurde klar, dass die BWE/ das CM neben den expliziten, kommunizierten Zielen auch implizite Ziele (mit unterschiedlichen Strategien) verfolgt.

So sind einerseits die Zugänge zur BWE unterschiedlich transparent angelegt bzw. gestaltet, andererseits sind die Kriterien in ihrer Ausprägung und Schärfe unterschiedlich, obwohl sie die gleichen Parameter prüfen. Dabei ist zu betonen, dass dem*der Mitarbeiter*in zumindest Unterstützung durch Beratung und/oder Verweis an geeignetere Stelle zur Verfügung gestellt wird. Ebenso war zu erkennen, dass die BWE-Beauftragten diese Kriterien und organisationalen Abläufe im Sinne der Prävention übergehen und sich so um eine frühere Aufnahme in die BWE bemühen. Dies ist wiederum nur möglich, wenn es eine entsprechende Beziehungsgestaltung gibt.

Eine differenzierte Betrachtung aus CM-Fallebenen-Sicht erlaubt die Aussage, dass nicht jeder BWE-Fall ein CM-Fall ist. Es kann geschlussfolgert werden, dass der CM-Ansatz je mehr zu tragen kommt, desto komplexer ein Fall ist. Auf Systemebene können zwei grundsätzliche Logiken erkannt werden: CM als BWE und CM als Teil der BWE im BGM. Diese Logiken dürften sich bereits bei der Konzeptionierung eines Unterstützungsangebots, noch vor der Implementierung, auf die spätere Ausgestaltung

der BWE in einer Organisation auswirken und stellen ein Weiterführen von Forschung zu Anwendungspraxen der BWE dar, was einen Einblick in die Prozessabläufe vor der Klärungsphase bietet. Ebenso für weitere Forschungsvorhaben relevant ist die Nutzer*innen-Perspektive in der BWE, nicht nur aus dem Teilausschnitt der Klärungsphase oder ab dem Zeitpunkt einer Erkrankung, sondern über den gesamten Prozess der BWE zurück an den Arbeitsplatz.

Damit kann die Forschungsfrage: **Wie und unter welchen Bedingungen findet die Klärungsphase und Fallfindung im Prozess der betrieblichen Wiedereingliederung beziehungsweise des Case Managements statt?** wie folgt beantwortet werden:

Die Klärungsphase im Verständnis des CM findet in der BWE innerhalb einer Organisation bei festgelegten Zielen und einem durch Kriterien festgelegten Rahmen auf mehreren Ebenen statt. Die BWE ist eingebettet in ein komplexes Geflecht aus mehreren nicht-trivialen Systeme und Prozessen. Wesentlich für die Klärungsphase sind Vernetzungs- und Beziehungsarbeit sowie die positive Einstellung zur BWE aller Akteur*innen.

5.6 Maßnahmenplanung und –umsetzung in der Betrieblichen Wiedereingliederung

Maria Katharina Weinberger

In diesem Teil der vorliegenden Arbeit werden anhand von sechs Kapiteln die empirisch gewonnenen Erkenntnisse zur Maßnahmenplanung und -umsetzung in der Betrieblichen Wiedereingliederung (BWE) vorgebracht und interpretiert. Der erste Teil legt den Fokus zunächst auf die Hauptpersonen in der BWE: die betroffenen Nutzer*innen⁴⁹. Die Untersuchung fördert zutage, inwieweit diese in den Wiedereingliederungsprozess einbezogen werden und inwieweit die zentralen Prinzipien des Social Work Case Management Anwendung finden. Die beiden nachfolgenden Kapitel beschäftigen sich mit zwei weiteren systemrelevanten Faktoren – den jeweiligen Führungskräften sowie den restlichen Kolleg*innen⁵⁰ des*der Klient*in. In Abschnitt vier wird beschrieben, wie die Vernetzung sowie die Kooperation mit internen und externen Akteur*innen in der

⁴⁹ Wie bereits in den vorherigen Kapiteln erwähnt, wird in diesem Teil der Arbeit zum besseren Verständnis für die wiedereinzugliedernde Person ausschließlich die Bezeichnung Nutzer*in oder Klient*in verwendet.

⁵⁰ Für das restliche Team des*der Klient*in findet der Begriff Gruppe oder Arbeitsgruppe Anwendung bzw. werden die Teilnehmer*innen der Gruppe als Kolleg*innen bezeichnet.

BWE gehandhabt werden. Kapitel fünf widmet sich der Dokumentation des BWE-Prozesses, insbesondere dem Hilfe- bzw. Maßnahmenplan. Im letzten Teil wird auf Herausforderungen auf Systemebene und auf deren Gestaltung eingegangen. Abschließend werden die zentralen Ergebnisse dieser Masterthesis nochmals auf den Punkt gebracht.

5.6.1 Partizipation der Klient*innen

Partizipation stellt ein zentrales Prinzip des Social Work Case Management dar und bedeutet, die Nutzer*innen „als Expertinnen und Experten ihrer Lebenswelt anzuerkennen“ (Hinte 2007:425) sowie deren Willen und Interessen als einen den Case Management (CM)-Prozess leitenden Faktor zu akzeptieren (vgl. ebd.). Aus Sicht von Moxley ist die Teilhabe der Klient*innen

„a benchmark value of case management practise. Case managers involve clients by including them as partners in the identification of their needs and strengths, in the prioritization of their needs, and in the development of a relevant service and support plan“ (Roberts-DeGennaro 1987:o.S.; zit. in Moxley 1989:75).

Durch die gemeinsame Zielearbeit mit den Nutzer*innen sollen diese darin unterstützt werden, herauszufinden, welche Ziele sie im Rahmen der BWE verfolgen wollen. Ehlers et al. greifen Selbstbestimmung und Beteiligung als wesentliche Erfolgsfaktoren für Veränderungsprozesse heraus. Durch eine ressourcen- und stärkenorientierte Zugangsweise kann zudem das Selbstvertrauen gefördert werden, was ebenfalls eine wichtige Bedingung für Veränderung darstellt. (vgl. Ehlers et al. 2017:118-120)

Partizipation bzw. Teilhabe der Nutzer*innen nimmt demnach in der Phase der Zielformulierung und Hilfeplanung einen hohen Stellenwert ein und wirkt sich auf den weiteren Fallverlauf aus, da sich ausgehend von den formulierten Zielen geeignete Maßnahmen ableiten lassen, die zur Lebenswelt der Klient*innen passen sollen.

Die Analyse des Datenmaterials zeigt, dass in den vorgestellten Organisationen unterschiedliche Grade an Partizipation der Nutzer*innen anzutreffen sind, die im Folgenden näher ausgeführt werden:

Entsprechend der eingangs erwähnten Tandemsituation bei den ÖBB im Wiedereingliederungsmanagement erfolgt zunächst ein Assessmentgespräch mit

dem*der VAEB-Berater*in⁵¹ (vgl. T15:339-342). Gleichzeitig werden Informationen vom*von der Arbeitsmediziner*in eingeholt (vgl. T17:1050-1054). Diese Einschätzung ist laut dem*der befragten Case Manager*in⁵² der ÖBB unerlässlich, um den gesundheitlichen Handlungsspielraum des*der Klient*in im Vorfeld zu kennen und vor dem Hintergrund seiner*ihrer Ziele realistische Entscheidungen hinsichtlich der beruflichen Maßnahmen treffen zu können (vgl. T17:848-851). Auch der*die Arbeitsmediziner*in des Med Campus III räumt ein, dass die Maßnahmenplanung stark von den gesundheitlichen Möglichkeiten bzw. Einschränkungen der Nutzer*innen abhängt. Ist beispielsweise eine Pflegefachkraft nicht mehr imstande, fünf Kilo hochzuheben, dann ist eine Abklärung mit der jeweiligen Führungskraft angebracht, ob die Wiedereingliederung am ursprünglichen Arbeitsplatz umsetzbar ist. Zu diesem Sachverhalt werden genaue Arbeitsplatzanalysen durchgeführt. Ist eine Arbeitskraft aufgrund körperlicher Einschränkungen nicht mehr einsetzbar, steht die Überlegung an, ob sich ein anderer Einsatzbereich für den*die Klient*in auftut. (vgl. T21:292-304) Es tritt deutlich zutage, dass bei der BWE nicht allein die Ziele und Interessen des*der Nutzer*in für die Ziel- und Hilfeplanung ausschlaggebend sind, sondern auch die fachliche Einschätzung seiner*ihrer gesundheitlichen Möglichkeiten.

Den Willen bzw. die Interessen der Klient*innen zu berücksichtigen, gestaltet sich aus Sicht der befragten Führungskraft der ÖBB oftmals schwierig, denn „da gibt's halt Mitarbeiter [*Klient*innen*], [...] die nix sagen, also [...] die des sagen, was du [*die Führungskraft*] ehna vorher in Mund glegt hast, aber da woäß i, des is' ned.“ (T16:973-974) Für die*den Vorgesetzte*n erweise es sich als hilfreich, wenn der*die Nutzer*in seine*ihre Ziele zur Wiedereingliederung formulieren könnte, da dies für das Setzen realistischer Maßnahmen unerlässlich sei (vgl. T16:943-946). Eine besondere Herausforderung stelle für die vorgesetzte Person die Zielplanung mit psychisch erkrankten Klient*innen dar, da deren Vorhaben zur Wiedereingliederung oftmals von Sprunghaftigkeit gekennzeichnet seien (vgl. T16:985-986).

Der*Die befragte Case Manager*in der ÖBB gibt an, dass das Einbeziehen des Willens und der Interessen der Nutzer*innen stark von den Nutzer*innen selbst abhängen. Seinen*Ihren Erfahrungen zufolge bestünden unterschiedliche Auftragsmuster vonseiten der Klient*innen. Manche würden ihre Veränderungswünsche klar äußern,

⁵¹ Der*die Mitarbeiter*in der externen Tandempartnerin der ÖBB, der Versicherungsanstalt für Eisenbahn und Bergbau wird im nachfolgenden Text zum besseren Verständnis als VAEB-Berater*in bezeichnet.

⁵² Als Case Manager*in werden in dieser Arbeit ausschließlich BWE-Beauftragte mit einer CM-Zertifizierung nach ÖGCC oder DGCC bezeichnet.

seien sich aber bezüglich der genauen Richtung ihrer Weiterentwicklung nicht im Klaren. Bereits bestehende Ideen anderer Klient*innen wiederum seien jedoch noch hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit zu überprüfen. Eine weitere Gruppe von Klient*innen sei sehr reflektiert und wende sich mit konkreten Vorstellungen an den*die Case Manager*in. Besagte Klient*innen nützten bereits im Vorfeld ihre Kontakte und Ressourcen. (vgl. T17:903-913) Auszugehen ist demzufolge von einer erheblichen Bandbreite an persönlichen Ressourcen der Nutzer*innen, auf die im CM-Prozess individuell Bezug genommen wird.

Die erhobenen Daten lassen den Schluss zu, dass den Ausgangspunkt für die Zielplanung die Perspektiven der Klient*innen und ihre Einschätzung der eigenen Handlungsmöglichkeiten bilden (vgl. T17:899-900). Aus Sicht des*der Case Manager*in der ÖBB lassen sich diese erhofften Ergebnisse aufgrund von Realitätsferne jedoch nicht immer umsetzen (vgl. T17:938--940).

Alle befragten Personen der ÖBB messen der Beziehungsgestaltung als Basis für eine gute Zusammenarbeit einen hohen Stellenwert bei. Für Neuffer ist eine reflektierte Arbeitsbeziehung in der Phase der Zielplanung für die betroffenen Klient*innen zwingend, damit Letztere entsprechende Perspektiven entwickeln und sich auf den Veränderungsprozess einlassen können (vgl. Neuffer 2007:421). Passend dazu betont der*die befragte Case Manager*in der ÖBB den eigenen Anspruch, den Klient*innen das Gefühl zu vermitteln, offen reden zu können und als Person wahrgenommen zu werden (vgl. T17:870-873).

Auch für den*die Fallmanager*in⁵³ des Magistrats Linz steht im Vordergrund, dass es den betroffenen Klient*innen „gut geht“, wenn sie von FAMOS⁵⁴ begleitet werden. Ziel sei es, den Nutzer*innen die Angst zu nehmen, dabei solle Druck tunlichst vermieden werden. Die Krankenstandsbegleitung durch die Fallmanager*innen sei vertrauensbasiert anzulegen. (vgl. T19:685-689) Auch der*die CM-Koordinator*in der ÖBB betont:

„Also für mi is zentral, auch im Case Management, a wenn des strittig ist, [...] dass es möglich is, wirklich diesen Beziehungsaufbau auch zu machen.“ (T15:148-149)
„Und den sowohl gegenüber dem betroffenen Mitarbeiter/Mitarbeiterin wie a zu dem System dort, also Führungskräfte, Betriebsrat (am Rande), Arbeitsmedizinerin. Und

⁵³ Die BWE-Beauftragte des Magistrats Linz wird in vorliegender Arbeit als Fallmanager*in bezeichnet, da keine Zertifizierung zur Case Manager*in besteht.

⁵⁴ Um Verwechslungen mit dem Magistrat Graz zu vermeiden findet in vorliegender Masterarbeit für das Magistrat Linz primär die Bezeichnung FAMOS Anwendung. FAMOS ist die Projektbezeichnung für das Eingliederungsmanagement beim Magistrat Linz.

daher ist für mich ein zentrales Element von [...] Case Management schon, dass man einen regionalen Bezug hat über das, wo man selbst tätig ist.“ (ebd.:151-154)

Neben der Beziehungsgestaltung betont diese Aussage den Bezug zur Lebenswelt der jeweiligen Nutzer*innen. Laut Kaiser ist einer lebensweltorientierten Sichtweise (vgl. Thiersch / Grunwald / Königeter 2010:175-196) im Prozess Platz zu verschaffen, da diese als Dreh- und Angelpunkt für eine professionelle, qualitativ hochwertige Dienstleistung am Menschen dient (vgl. Kaiser 2006:36). Darüber hinaus zeigt sich in diesen Äußerungen insofern ein umfassendes CM-Verständnis, als Beziehungsarbeit nicht bloß auf jene mit dem*der jeweiligen Klient*in beschränkt wird, sondern auch als wesentlicher Faktor für die Zusammenarbeit im CM-System herhält. In den Beziehungsaufbau sind demnach sämtliche Akteur*innen zu involvieren.

Der*Die Case Manager*in der ÖBB merkt an, dass sich sein*ihr Auftrag in der BWE darauf bezieht, den „angestammten“ Arbeitsplatz⁵⁵ derart zu gestalten, dass den Nutzer*innen die Rückkehr zu diesem möglich ist. Aus diesem Grund halten es der*die befragte Case Manager*in und die Führungskraft für problematisch, wenn Nutzer*innen mit konkreten Forderungen und Versetzungswünschen – vor allem in andere Teilbereiche der ÖBB – an sie herantreten (vgl. T17:923-932; vgl. T16:979-982). Auch vonseiten des*der Fallmanager*in von FAMOS ist das Bestreben, für die Klient*innen die bestmöglichen Lösungen hervorzubringen, erkennbar – dies ist jedoch auch abhängig vom Verhalten der Klient*innen. Entsteht der Eindruck, der*die Nutzer*in zeige kein erkennbares Interesse an einer Wiedereingliederung, sondern wolle für sich nur „das Bestmögliche herausholen“, bedürfe es laut Fallmanager*in klarer Worte in Richtung des*der betroffenen Klient*in. (vgl. T19:706-735) Auf diese Art trete bei den Expert*innen die Ambivalenz in Bezug auf die Zielplanung hervor. Der Wille der Nutzer*innen diene zwar zur Orientierung, sämtlichen Wünschen der Klient*innen könne jedoch nicht nachgekommen werden, da die Expert*innen diese Anliegen mit den Vorgaben vonseiten der Organisation abzugleichen haben. Die Rahmenbedingungen sind in der Regel festgelegt, dennoch ergibt sich ein gewisser Spielraum für die BWE-Beauftragten. Dieser erfährt individuelle Nutzung, hängt aber auch vom Engagement der Nutzer*innen ab. Darüber hinaus lassen sich bestehende institutionelle Grenzen nicht nach Belieben überwinden. In diesem Zusammenhang betont der*die befragte Case Manager*in des Magistrats Graz: „Wir haben ein System und in dem System können wir uns

⁵⁵ Die Rückkehr des*der Klient*in zum angestammten Arbeitsplatz durch Arbeitsplatzanpassung oder Umgestaltung stellt das vorrangige Ziel der BWE-Beauftragten dar. Erst wenn deutlich wird, dass dies nicht möglich ist, wird die Wiedereingliederung an einem neuen Arbeitsplatz angestrebt, indem eine Umschulung oder weitere Qualifizierung angedacht wird oder Alternativtätigkeiten gesucht werden. (vgl. Krenn / Voitl 2013:17)

bewegen und raus kann ma ned “ (T22:998-999). Auch gegenüber den betroffenen Nutzer*innen muss der*die Expert*in eigenen Aussagen zufolge auf die Limits des Systems hinweisen, wenn Vorhaben nicht nach dem Willen der Klient*innen umgesetzt werden können (vgl. T22:1002). Der*die Arbeitsmediziner*in des Med Campus III hebt hervor, dass im CM-Prozess alle Möglichkeiten der Wiedereingliederung innerhalb der Organisation „ausgereizt werden“, gleichzeitig aber auch aufgezeigt wird, wo die betriebsinternen Grenzen liegen (vgl. T21:721-728).

Institutionelle Grenzen treten auch deutlich zutage, wenn Klient*innen eine Rückkehr zu ihrem ursprünglichen Arbeitsplatz aufgrund von körperlichen Einschränkungen nicht mehr möglich erscheint, sodass eine Neuorientierung, eine Eingliederung an einem neuen Arbeitsplatz anzudenken ist. In diesem Fall sind passende alternative Tätigkeiten aufzufinden.

„[G]erade wenn es [...] um jene Kolleg*innen [*Klient*innen*] aus'm Arbeiterbereich geht, [...] die oft ja nichts gelernt haben, was hilfreich [...] sein kann für die Verwaltung, die aber körperlich beispielsweise nimma [...] im Arbeiterbereich eingesetzt werden können, dann wird's ganz schwierig, [...] [dass] man da was findet.“ (T18:161-164)

Geeignete Tätigkeiten sind oftmals nicht vorhanden oder vielfach bereits besetzt. Verfügen Nutzer*innen darüber hinaus über nur geringe Qualifikationen bzw. besteht aufgrund ihres fortgeschrittenen Alters wenig Bereitschaft, sich weiterzubilden, oder fehlt es an entsprechenden kognitiven Fähigkeiten, stellt der Wiedereingliederungsprozess laut Case Manager*in des Med Campus III eine große Herausforderung dar (vgl. T20:148-157):

„Vor allem muss man auch sagen zum Thema Umschulung, [...] die Fälle, die so komplex sand, des sand ja meistens nicht mehr die Jüngsten, des kummt ja a nu dazu und wenn derjenige über 50 is, Mitte 50, [...] dem nu sozusagen eine Umschulung zuzumuten, da sprich i wirklich von zuzumuten, is halt a a Fragestellung, ob's die Person dann tatsächlich a bewältigen kann.“ (T21:434-439)

Der*Die befragte Fallmanager*in von FAMOS spricht sich in diesem Zusammenhang deutlich dafür aus, in jedem Fall eine Lösung zu finden und individuell auf die Bedürfnisse der Betroffenen eingehen zu wollen (vgl. T18:160-164). Monzer zufolge stellt das Vorliegen von Alternativen eine wesentliche Voraussetzung für die Zielplanung dar. Er bezieht sich vor allem auf die Forderung, dass dem*der Klient*in eine Auswahl an unterschiedlichen Maßnahmen unterbreitet wird. Fehlen diese Wahlmöglichkeiten, kann nicht auf den*die Nutzer*in persönlich eingegangen werden und die Hilfeplanung verliert ihre individualisierende Funktion. Darüber hinaus besteht eine weitere Aufgabe der Hilfeplanung im Aufzeigen fehlender Angebote, was eine zentrale Voraussetzung für die Steuerung auf Systemebene darstellt (siehe Kapitel 5.6.6). (vgl. Monzer 2013:172)

Die methodische Herangehensweise bei der Zielplanung gestaltet sich laut Case Manager*in der ÖBB individuell und hängt stark von der Persönlichkeitsstruktur der jeweiligen Nutzer*innen ab. Der*Die Expert*in setzt beispielsweise das sogenannte „Haus der Arbeitsfähigkeit“⁵⁶ oder Bewertungsskalen (vgl. Ehlers et al. 2017:133-134) ein, um herauszufinden, wo die Ziele der Klient*innen liegen. (vgl. T17:964-981) Der*Die befragte CM-Koordinator*in der ÖBB ergänzt, dass je nach Quellberuf der Case Manager*innen der ÖBB unterschiedliche Arbeitsmethoden Anwendung finden und den BWE-Beauftragten dahingehend deutlicher Freiraum eingeräumt wird. Psycholog*innen vertreten eher einen therapeutisch-diagnostischen Zugang, während Sozialarbeiter*innen einem systemischen, lebenswelt- und sozialraumorientierten⁵⁷ Ansatz nachgehen. (T15:976-992)

Der*Die Case Manager*in des Magistrats Graz bringt als Arbeitspsycholog*in den Work Ability Index⁵⁸ ebenso wie Skalen zum Einsatz. Generell fordert er*sie die Klient*innen auf, frei zu assoziieren, indem er*sie beispielsweise nachfragt, wie die Klient*innen, auf einer 10-stufigen Skala, von Stufe fünf auf sieben gelangen können, ohne sich bei der Zielfindung gedanklich einzuschränken. (vgl. T22:959-965) Die methodische Herangehensweise des*der Fallmanager*in von FAMOS gibt sich intuitiv und individuell angelegt (vgl. T18:703-704; vgl. T19:776-782).

Bei den drei Fallmanager*innen von FAMOS handelt es sich um Personalentwickler*innen, die ihre Funktion als BWE-Beauftragte als zusätzliche Aufgabe ohne dafür zur Verfügung gestellte zeitliche Ressourcen vonseiten der Organisation erhalten zu haben. Nach eigenen Aussagen werde die zusätzliche Tätigkeit aus Überzeugung durchgeführt, obwohl damit ein enormer zeitlicher Mehraufwand verbunden sei. (T18:139-143) Die eingeschränkten zeitlichen Ressourcen wirken sich

⁵⁶ Das „Haus der Arbeitsfähigkeit“ ist ein Arbeitsfähigkeitsmodell, bei dem die beeinflussenden Faktoren der Arbeitsfähigkeit (Gesundheit, Kompetenz, Werte und Haltungen, Arbeit) in einem Haus mit vier Stockwerken dargestellt werden. Ebenfalls Berücksichtigung findet die Umgebung des Hauses (Familie, persönliches Umfeld, regionale Umgebung, äußere Handlungsträger*innen sowie die politische Ebene). (vgl. Tempel / Ilmarinen 2013:40)

⁵⁷ Sozialraumorientierung ist ein ganzheitliches Handlungskonzept der Sozialen Arbeit. Im Kern geht es darum, unter Mitwirkung der Klient*innen Lebenswelten zu gestalten und Vereinbarungen zu treffen, damit diese auch in schwierigen Lebenssituationen zurechtkommen können. (vgl. Hinte 2012:7)

⁵⁸ Der Work Ability Index (WAI), auf Deutsch Arbeitsbewältigungsindex (ABI), ist ein Fragebogen zur Erfassung der Arbeitsfähigkeit, der sich aus zehn Fragen aus unterschiedlichen Bereichen zusammensetzt. Der WAI versteht sich in erster Linie als „Tool“, welches in engem Zusammenhang mit dem Konzept der Arbeitsfähigkeit anzuwenden ist. (vgl. Institut für Arbeitsfähigkeit o.A)

auf die Fallarbeit aus: „Vieles, was möglich wäre, können wir nicht anbieten, weil ma die Zeit ned ham. Ja, also, man könnte ganz bestimmt noch viel individueller begleiten“ (T18:522-524).

So findet in der Regel nur ein persönlicher Kontakt, das sogenannte Orientierungsgespräch, mit den betroffenen Klient*innen statt, für das eine Stunde anberaumt wird. Dabei werden die Nutzer*innen gefragt, wie sie sich die Unterstützung durch FAMOS vorstellen und welche Maßnahmen bereits zu ihren Gunsten gesetzt wurden. (vgl. T19:362-363) Klient*innen, die beispielsweise wegen einer psychischen Erkrankung von einem persönlichen Besuch im Büro des*der Fallmanager*in Abstand nehmen, werden über die Möglichkeit einer telefonischen Kontaktaufnahme informiert bzw. bietet der*die Expert*in bei Bedarf auch Gespräche in einem nahegelegenen Café an. Der*Die Fallmanager*in betont, sich stets an den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen zu orientieren. (vgl. T19:417-427) Nur bei sehr langwierigen und schwierigen Fällen werden bei Bedarf zusätzliche persönliche Gespräche angeboten. In der Regel erfolgen im weiteren Verlauf die monatlichen Kontakte telefonisch. (vgl. T19:382-388)

Das Orientierungsgespräch nimmt laut dem*der befragten Fallmanager*in eine zentrale Stellung ein (vgl. T19:461). Dabei versuche der*die Interviewpartner*in eigenen Aussagen zufolge ein „Gefühl“ dafür zu bekommen, welche Fähigkeiten der*die Klient*in hat und welche berufliche Tätigkeit für ihn*sie vorstellbar wäre bzw. was nicht vorstellbar ist, um diese Angaben für den weiteren Prozessverlauf mitbedenken zu können (vgl. T19:475-478). Die erste Einschätzung des*der Fallmanager*in zum Fall wird bei dieser Unterredung offen thematisiert, ebenso wie die Möglichkeiten der Wiedereingliederung⁵⁹. Aufgrund der Doppelrolle als Personalentwickler*in ist der*die Fallmanager*in auch in der Bedarfsprüfung für Nachbesetzungen vertreten und fungiert dadurch als Gate Keeper*in, da wiedereinzugliedernde Klient*innen in Bezug auf die Stellenbesetzung Vorrang genießen. (vgl. T19:461-470)

Anders als bei FAMOS bestehen bei den Technischen Services GmbH der ÖBB laut dem*der Case Manager*in ausreichende, zeitliche Ressourcen: „Und a grad bei dieser

⁵⁹ Die Möglichkeiten der Wiedereingliederung bei FAMOS lauten wie folgt: Rückkehr zum früheren Stammarbeitsplatz (ab 50%iger Arbeitsfähigkeit, ev. mithilfe eines stufenweisen Wiedereinstiegs, bei dem schrittweise die Arbeitszeit angehoben wird), Rückkehr zu einem interimistischen Transferarbeitsplatz (vorübergehend, bis der Einsatz am Stammarbeitsplatz wieder möglich ist), Rückkehr zu einem freien Dienstposten (Arbeitsversuch für drei Monate) (vgl. Magistratsdirektion Linz 2014:3).

Zielplanung können des [Gespräche mit den Klient*innen] oft wirklich bis zu fünf Termine sein.“ (T17:991-992) Einen weiteren wesentlichen Vorteil im Vergleich zu anderen Teilgesellschaften stelle der Umstand dar, dass die Klient*innen Unterredungen mit dem*der Case Manager*in während der Arbeitszeit wahrnehmen können und diese am Arbeitsplatz vor Ort stattfinden (vgl. T17:998-1010), was einen niederschweligen Zugang für die betroffenen Klient*innen ermöglicht.

Gleichfalls betont der*die Case Manager*in des Magistrats Graz die Absicht, dem*der Nutzer*in für die Zielplanung genügend Zeit einzuräumen. Der*Die Klient*in lege den zeitlichen Ablauf fest, nicht der Abteilungsvorstand. (vgl. T22:284–286) Für die*den Befragte*n stehe der*die Klient*in im Mittelpunkt: „[A]lso da sprich i oft gegen mein Arbeitsgeber, ja, für mi is der Mitarbeiter, der steht im Fokus“ (T22:280-281). Dem Auftrag des Personalamtes, Fehlzeiten zu minimieren, steht der*die Case Manager*in ambivalent gegenüber (vgl. T22:1131-1134): „Und natürlich probier i dann so schnö wie möglich a gewisse Dinge zu verändern.“ (T22:1134-1135)

Die Zielplanung beim Magistrat Graz erfolgt zuerst mit dem*der Nutzer*in unter Ausschluss des Expert*innenteams, da bei den Klient*innen aufgrund der Vielzahl an einlangenden Informationen vonseiten der Akteur*innen Überforderung eintreten könne (vgl. T22:258-264). Der*Die Expert*in setzt lieber kleine Schritte, ohne diese explizit zu benennen. Um herauszufinden, welche Ziele der*die Klient*in verfolgen möchte, wird eine Art Ideensammlung vorgenommen. (vgl. T22:264-266)

Entsteht Bedarf an weiteren Akteur*innen, werden gemeinsam mit dem*der Klient*in Überlegungen angestellt, aus welchen Expert*innen das Team für den sogenannten Maßnahmenworkshop individuell passend für den jeweiligen Fall zusammengestellt werden soll (vgl. T22:966-968). Am Workshop selbst nimmt der*die Nutzer*in nicht teil. Im Nachhinein werden ihm*ihr die Vorschläge der Vertreter*innen der verschiedenen Disziplinen vorgelegt, es folgt eine Überprüfung, ob die Ergebnisse für den*die Klient*in akzeptabel sind. (vgl. T22:253-256)

Hinsichtlich der Teilnahme am Expert*innenteam der ÖBB, dem sogenannten Integrationsteam waren die Interviewpartner*innen unterschiedlicher Auffassung. Dem*Der CM-Koordinator*in folgend, kann der*die Klient*in den Sitzungen beiwohnen, wenn er*sie das wünscht. In der Mehrheit der Fälle ziehen die Nutzer*innen jedoch vor, abwesend zu sein und sich folglich vom*von der VAEB-Berater*in vertreten zu lassen. (vgl. T15:360-367) Hingegen ermutigt der*die Case Manager*in der Technischen

Services GmbH die Nutzer*innen zu einer Teilnahme am Integrationsteam. Dieses Anliegen kommuniziert der*die Expert*in bereits beim Erstgespräch mit den Klient*innen, die Entscheidung obliegt letztlich den jeweiligen Nutzer*innen. Laut dem*der Case Manager*in nehmen 80% seiner*ihrer Klient*innen am Integrationsteam teil. (vgl. T17:1022-1026) Er*Sie bereitet die Nutzer*innen vor, indem er*sie mit ihnen den genauen Ablauf des Integrationsteams bespricht. Zudem wird vonseiten des*der Case Manager*in das Einverständnis der betroffenen Klient*innen eingeholt, gegebenenfalls Informationen ergänzen zu dürfen. (vgl. T17:1159-1165) Dem*Der Case Manager*in zufolge hat die Teilnahme der Klient*innen am Integrationsteam den Vorteil, dass die Entscheidungsfindung hinsichtlich der Maßnahmenplanung um vieles leichter fällt, wenn die eigene Krankengeschichte sowie Ideen von den Nutzer*innen selbst vorgebracht werden (vgl. T17:1027-1030).

Auch die Führungskraft befürwortet es, wenn die betroffenen Klient*innen beim Integrationsteam teilnehmen, sodass sie vor Ort ihrer Zustimmung oder auch Ablehnung der geplanten Maßnahmen Ausdruck verleihen können (vgl. T16:994-995). Gleichzeitig merkt der*die Vorgesetzte an, dass für einige Nutzer*innen die Teilnahme am Integrationsteam eine große Herausforderung darstellt (vgl. T16:953-955):

„[D]rum gibt's a manchmal Mitarbeiter, die sagen, i red gern vorher [...] mit euch, aber i mechat des ned, dass i da sitz [...] wie a Prüfung. Also, a wenn ma ehm des Gfühl gibt, des is ned [...] so, aber trotzdem für an [...] Mitarbeiter [*ein*e Klient*in*] für an normalen, der [...] nu ned wirklich wo gsess is und si behaupten hat muaßen, is des a so, des woäß i.“ (T16:952-955)

Entsprechend dem Empowerment-Konzept liegt im CM der Fokus auf den Selbstgestaltungskräften der Menschen. Fachkräfte sollen entsprechend diesem Ansatz Ermächtigungsprozesse der betroffenen Nutzer*innen unterstützen, indem sie die Nutzer*innen an Entscheidungsverfahren sowohl bezüglich individueller Lebensgestaltung als auch hinsichtlich des sozialen Umfelds teilhaben lassen und damit die Autonomie der Betroffenen achten. (vgl. Sohns 2007:75) Der Anspruch, einerseits das Prinzip Empowerment umzusetzen und andererseits zu erkennen, wann die Nutzer*innen an ihre individuellen kognitiven sowie psychischen und physischen Grenzen gelangt sind, stellt für die BWE-Fachkräfte einen herausfordernden Balanceakt dar. Darüber hinaus wird deutlich, dass Expert*innen im Kontext der BWE soziale Kompetenz und diverse andere Fertigkeiten aufzuweisen haben, um den an sie gestellten Anforderungen gerecht werden zu können.

Interpretation der Ergebnisse

Die Aufbereitung des Datenmaterials fördert zutage, dass in den vorgestellten Organisationen unterschiedliche Ausprägungen von Partizipation bei den Nutzer*innen auszumachen sind. Neben diesem zentralen Prinzip kommen auch andere damit verschränkte Prinzipien wie Beziehungsaufbau oder Empowerment in verschiedenlichem Ausmaß zu tragen.

Die Daten lassen den Schluss zu, dass die BWE-Beauftragten mit dem*der Klient*in eine konstruktive Arbeitsbeziehung eingehen, indem die Interessen und der Wille der Nutzer*innen berücksichtigt werden und Gehör finden, auch wenn eine Umsetzung im betrieblichen Kontext nicht immer möglich ist. Die Fähigkeit der BWE-Fachkräfte, innerhalb kurzer Zeit eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen, war auch anlässlich der Interviewanbahnung und -durchführung mit den BWE-Beauftragten wahrnehmbar (vgl. B5; vgl. B6; vgl. B7; vgl. B8).

Ebenso offenbarte sich, dass der Grad an Partizipation der Klient*innen eng mit der Verfügbarkeit vorhandener Ressourcen verknüpft ist. Dieser Umstand betrifft zum einen die institutionellen Ressourcen in Form von qualifiziertem Personal, Zeitkontingenten, Vorhandensein von alternativen Tätigkeitsfeldern, zum anderen jedoch die persönlichen Ressourcen der begleiteten Nutzer*innen wie Zeit, Engagement, kognitive Fähigkeiten, körperlicher und psychischer Gesundheitszustand sowie vorhandene Ausbildungen und Qualifikationen. Fehlende Kapazitäten auf Organisationsebene erschweren es, eine an den Bedürfnissen der Klient*innen ausgerichtete Beziehung aufzubauen und das Vertrauen der Nutzer*innen zu fördern. Vor diesem Hintergrund merken Ehlers und Müller an, dass das Verfahren CM nicht umgesetzt werden kann, wenn vonseiten der Organisation keine ausreichenden Ressourcen zur Verfügung gestellt werden (vgl. Ehlers / Müller 2013:120).

Wie an den Praxisbeispielen verdeutlicht wurde, ist das Feld der BWE ein Bereich mit vielen Restriktionen. Diese ergeben sich zum einen durch die Begrenzung der Organisation an sich. Damit eng verknüpft ist die Tatsache, dass sich die Auswahlmöglichkeiten hinsichtlich passender alternativer Tätigkeiten innerhalb des Betriebs für die BWE-Beauftragten gering ausnehmen, was den Planungs- und Handlungsspielraum für die Fachkräfte der BWE verringert. Kumuliert diese Ausgangslage mit eingeschränkten persönlichen Ressourcen der Klient*innen, reduzieren sich deren Möglichkeiten noch weiter (vgl. Monzer 2013:172-176). Auf Fallebene ist es bedeutsam, die bestehenden Ressourcen auszubauen und zu festigen,

beispielsweise indem die persönlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten der Klient*innen gestärkt bzw. neue Kompetenzen entwickelt werden. In diesem Zusammenhang steht daher im Vordergrund, die betroffenen Klient*innen zu ‚empowern‘, ihre Autonomie und Selbstbestimmung zu fördern. Wenn auf der Fallebene Versorgungslücken erkennbar sind, wäre fallübergreifend die Schaffung neuer Ressourcen nötig (siehe Kapitel 5.6.6). (vgl. ebd.:177)

In diesem Kapitel konnte aufgezeigt werden, wie gehaltvoll die Einbindung des*der Nutzer*in in der BWE ist. Da der*die Klient*in einen Teil eines Systems bildet, wird nachfolgend auf ein weiteres wesentliches Aktionselement in der BWE, die Vorgesetzten, eingegangen.

5.6.2 Einbindung der Führungskraft

Führungskräfte nehmen in der BWE eine zentrale Rolle ein, da sie die Hauptverantwortung für die Umsetzung der innerbetrieblichen Maßnahmen tragen. Aus organisatorischer Sicht finden sie sich dabei in einer Doppelfunktion wieder: Zum einen fühlen sie sich den Unternehmenszielen verpflichtet, auf der anderen Seite kommen sie der Fürsorgepflicht gegenüber ihren Mitarbeiter*innen nach. (vgl. Jungkuntz 2015:79)

Die aus dem Datenmaterial gewonnenen Erkenntnisse machen klar, dass BWE ohne Einbindung von Führungskräften nicht realisierbar ist. In diesem Zusammenhang konnten in den beforschten Organisationen unterschiedliche Ausprägungen der Einbeziehung von Führungskräften erhoben werden.

Bei FAMOS zeigte sich bereits während der Interviewanbahnung, dass die Führungskraft im Fallmanagement nur am Rande eine Rolle spielt. Vonseiten des*der Fallmanager*in wird zwar betont, dass gemeinsam mit den Klient*innen*innen und den Führungskräften versucht werde, gute Lösungen ausfindig zu machen (vgl. T18:134-136); die Entscheidungshoheit hinsichtlich Maßnahmenplanung und -umsetzung liege nach Absprache mit den Nutzer*innen primär bei den Fallmanager*innen. Deutlich wird die entscheidungsmächtige Position des*der Fallmanager*in gegenüber den Führungskräften an folgender Aussage des*der Interviewpartner*in:

„[S]obald er [der*die Mitarbeiter*in] in FAMOS is, hat er amoi erstens das Recht, langsam wieder einzugleiten, ja [...] des is ein Recht, des ma kriegt, durch des Programm, ja, des sag i a so ganz klar bei der Führungskraft und da gibt' dann koan Widerstand mehr.“ (T19:752-754)

Diese Aussage verweist möglicherweise auf eine starke Legitimierung des Fallmanagements innerhalb der Organisation, was auch an der Doppelrolle als Personalentwickler*in liegen könnte. In dieser Rolle stellt der*die Fallmanager*in nach eigener Aussage eine Art „Dienstaufsicht“ dar, da Fälle von mangelnder Mitarbeit der betroffenen Klient*innen an die personalverantwortliche Stelle weitergeleitet werden (vgl. T18:573-577).

Die Einbindung der Führungskraft beim Med Campus III wird vom*von der befragten Case Manager*in als Grundvoraussetzung für das Gelingen einer BWE angesehen (vgl. T20:61-62). Dieselbe Sichtweise vertritt auch der*die Case Manager*in des Magistrats Graz, indem er*sie die Führungskraft ins Boot holt, um über einen Handlungsspielraum für die Maßnahmenplanung und -umsetzung zu verfügen (vgl. T22:175-176). Wer sich beim Magistrat Graz für die Aufnahme in die BWE entscheidet, erklärt sich gleichzeitig zwingend mit der Einbindung der jeweiligen Führungskraft in den Prozess einverstanden (vgl. ebd.:169-171). In diesem Zusammenhang appelliert der*die Expert*in an die Eigenverantwortung des*der betroffenen Nutzer*innen (vgl. ebd.:173-176). Da der*die Case Manager*in des Magistrats Graz, wie bereits erwähnt, in unterschiedlichen Projekten vertreten ist, ergibt sich für ihn*sie mit den diversen Führungskräften unabhängig von der BWE ein regelmäßiger Austausch (vgl. ebd.:166).

Auch bei den ÖBB erfährt der*die Vorgesetzte von Beginn an starke Einbindung in den Prozess der BWE. Weshalb dieser Umstand vor allem in der Phase der Maßnahmenplanung und -umsetzung von Bedeutung ist, erklärt der*die Interviewte folgendermaßen: „Ja, also de meisten Aufgaben [*Umsetzung der geplanten Maßnahmen*] [...] treffen ja amoi auf mi [*die Führungskraft*] zua, weil ma ihn [*den*die Klient*in*] ja doch wieder integrieren wird.“ (T16:1201-1203)

Dass Führungskräfte Expert*innen für berufliche Belange sind bzw. eine Zusammenarbeit zwischen Vorgesetzten und BWE-Beauftragten für den Eingliederungsprozess unumgänglich ist, wird auch beim Med Campus III deutlich. Im Klinikum ist vom*von der Vorgesetzten gleichfalls die Zustimmung für die geplanten Maßnahmen zur Wiedereingliederung einzuholen bzw. setzt er*sie diese gegebenenfalls um (vgl. T20:176-177). Die Maßnahmensetzung selbst hängt laut Case Manager*in des Med Campus III stark von den Gegebenheiten in den jeweiligen Abteilungen ab. Diese müssen von den Führungskräften möglichst transparent erörtert werden, um ein alternatives Tätigkeitsprofil für die Klient*innen erarbeiten zu können – eine Herausforderung für die Beteiligten, da die Arbeitsplätze in der Pflege vor allem bei

körperlichen Einschränkungen der Klient*innen wenig Spielraum zulassen. (vgl. ebd.:61-70)

Die Planung der Maßnahmen erfolgt laut der Pflegebereichsleitung des Med Campus III ganz individuell, je nach Problemlage des*der Klient*in (vgl. T21:118-119). Herausfordernd gestalten sich laut Interview Fälle, in denen aufgrund der körperlichen Einschränkungen der Nutzer*innen deutlich wird, dass der*die betroffene Klient*in im Bereich der Pflege nicht mehr einsetzbar ist. Die Leitung zieht sich nach eigener Aussage in solchen Fällen auf ihre Rolle als Dienstgeber*innenvertretung zurück und betont, dass sie die Verantwortung für den*die Klient*in nicht mehr übernehmen kann. In diesem Kontext ist es für die Führungskraft hilfreich, wenn der*die Arbeitsmediziner*in bzw. Arbeitspsycholog*in in den Eingliederungsprozess eingebunden ist und interveniert. (vgl. T21:329-335) Bei schwierigen Fällen wird laut Leiter*in der Personalentwicklung ein amtsärztliches Gutachten zu Rate gezogen, um einen offiziellen Nachweis für die bestehenden Einschränkungen des*der Nutzer*in zur Hand zu haben (vgl. ebd.:329-342). Für den*die befragte*n Case Manager*in ist in diesem Zusammenhang entscheidend, klar bei den Fakten zu bleiben und offen darzulegen, welche Möglichkeiten sich in diesem Fall für den*die Nutzer*in ergeben (vgl. ebd.:344-348).

Die befragte Pflegebereichsleitung des Med Campus III ergänzt, dass in Wahrnehmung ihrer Führungsverantwortung zahlreiche Interaktionen zwischen Führungskraft und Klient*in bereits vor Fallwerdung der BWE stattfinden und in der BWE nur die komplexen Fälle bearbeitet werden (vgl. T21:713-719). In diesem Zusammenhang plädiert der*die zuständige Case Manager*in für einen präventiven Ansatz, bei dem die Führungskraft im Fokus steht und in der Sensibilisierung der Gruppe hinsichtlich möglicher Arbeitsausfälle der Kolleg*innen unterstützt wird, um bei Bedarf frühzeitig intervenieren zu können (vgl. ebd.:1328-1334).

Ein solch präventiver Ansatz wird auch vonseiten der Führungskraft der ÖBB angestrebt. Unter Führung⁶⁰ versteht sie, innerhalb ihrer Organisationseinheit ein gutes Arbeitsklima im Sinn eines Miteinanders zu fördern. Für die*den Befragte*n ist wichtig, dass die Kolleg*innen aufeinander achten und ein Bewusstsein dafür entsteht, dass der*die

⁶⁰ Unter Führung wird laut Berger eine zielgerichtete Einflussnahme, sowohl auf struktureller als auch auf personeller Ebene, verstanden (vgl. Berger 2018:78).

Klient*in „ned wurscht is“ (vgl. T16:137). Auf diese Weise lebt er*sie Führungsverantwortung vor. (vgl. ebd.:148-153)

Die beschriebene Sichtweise wird auch vonseiten des Unternehmens geteilt. Laut CM-Koordinator*in sind die ÖBB mit einer „sozialen Kultur“ ausgestattet, die allen Mitarbeiter*innen zuteilwird (vgl. T15:542-545). Die befragte Führungskraft erklärt, dass das Unternehmen seine Arbeitskräfte unterstützen und im Falle von Krankheit nicht gleich kündigen wolle. Gleichzeitig bestehe auch ein wirtschaftliches Interesse daran, die Mitarbeiter*innen im Betrieb zu halten, da reichlich Geld in deren Ausbildung investiert werde. (vgl. T16:288-298)

Die eingangs angesprochene Doppelrolle von Führungskräften tritt für die*den Befragte*n in Zusammenhang mit der BWE besonders deutlich zutage. Er*Sie befinde sich in einer Zwickmühle, wenn er*sie bei Nachfrage vonseiten des Managements die Entscheidung zu treffen habe, ob der*die Nutzer*in noch gebraucht werde oder nicht. (vgl. ebd.:303-306)

„Da kämpf i amoi mit mir selber, weil i auf der an Seiten scho schau muass, dass i de Zahlen erfüll, auf der an[dern] Seite a die Verantwortung für den Mitarbeiter [den*die Klient*in] einfach seh, dass ma ehm ned wegen jedem Schaß, sag i amoi, fallen lasst und außihaut. Des [...] is a ned Sinn und Zweck und des is a koa Kultur für mi.“ (ebd.:811-814)

Um den vielfältigen Anforderungen in der Rolle als Führungskraft gerecht zu werden, bestehen vonseiten der Organisation diverse Weiterbildungsangebote, die sowohl intern als auch extern in Anspruch genommen werden können. So absolvierte der*die Interviewpartner*in vor Übernahme seiner*ihrer Führungstätigkeit einen externen Führungslehrgang und nahm Ausbildungen zur Förderung der sozialen Kompetenzen hinsichtlich seiner*ihrer Führungstätigkeit aus dem internen Bildungsangebot der ÖBB in Anspruch. Die Kurse nehmen auch Bezug auf aktuelle Themen, wie beispielsweise die Schulung unter dem Titel „Führen multikultureller Teams“ unter Beweis stellt. Die Teilnahme an diesen Fortbildungen erfolgt auf freiwilliger Basis. (vgl. ebd.:1507-1520) Um die Kompetenzen der Gruppenleiter*innen⁶¹ gleichermaßen zu erweitern, werden diese vonseiten der Führungskraft aufgefordert, sich regelmäßig zu den angebotenen Kursen anzumelden (vgl. ebd.:1527-1538).

⁶¹ In nachfolgender Arbeit wird zum besseren Verständnis für Teamleiter*innen der Begriff „Gruppenleiter*innen“ gewählt, analog zur Bezeichnung „Gruppe“ als Überbegriff für die Kolleg*innen der betroffenen Klient*innen.

Die befragte Führungskraft gibt an, von schwierigen Fällen persönlich in Mitleidenschaft gezogen zu werden. „[W]ir müssen scho unheimlich vü aufnehma und des Ganze is a für uns belastend, also ich hätt dann scho ganz gern [...] bei Bedarf amoi mit wem gredt drüber, [...] mit wem, der dann a wirklich professionell was sagen kann dazua“ (ebd.:518-521).

Es kommt klar heraus, dass Führungskräfte bei den ÖBB hohe Verantwortung tragen und spezifische Kompetenzen sowie Fähigkeiten benötigen, um individuell auf die unterschiedlichen Herausforderungen eingehen zu können. Aus Sicht des*der Case Manager*in besteht vonseiten zahlreicher Führender der Wunsch nach einer Form von Führungsberatung, welche durch die BWE-Beauftragten in diesem Ausmaß nicht abzudecken ist. Um hinsichtlich dieser Thematik Abhilfe zu schaffen, gaben die Case Manager*innen im letzten Jahr ein Handbuch zum gesunden Führen heraus. Mit anonymen BWE-Fallvignetten illustriert, finden sich darin Anleitungen für Führungskräfte zum Umgang mit psychisch erkrankten Personen, zum Thema Sucht u.Ä. (vgl. T17:409-417)

Auf Basis des skizzierten Führungsverständnisses beteiligt sich die Auskunft gebende Führungskraft aktiv an der Phase der Maßnahmenplanung und -umsetzung und versucht auf die betroffenen Nutzer*innen zuzugehen. Es ist ihr ein Anliegen, Klient*innen in gemeinsamen Gesprächen zu motivieren, ihre Wünsche zu formulieren, seien diese auch noch so weit hergeholt. (vgl. T16:976-979) Entscheidend für die Maßnahmenplanung ist laut befragter Führungskraft, was für die*den Nutzer*in am „sinnvollsten“ ist. Erst an zweiter Stelle steht die Frage, ob die Maßnahmen aus Sicht der Führungsperson auch umsetzbar und realistisch sind. (vgl. T16:725-729)

Der*Die befragte Case Manager*in gibt zu bedenken, dass die Führungskräfte bei der ÖBB mit großer Macht ausgestattet sind und die konstruktive Zusammenarbeit mit diesen stark davon abhängt, ob sich Vorgesetzte zur BWE als Unternehmensstrategie bekennen oder nicht (vgl. T17:175-180). Diese Haltung wirke sich in weiterer Folge auf die Fallarbeit aus, und zwar insbesondere auf die Umsetzung der geplanten Maßnahmen (vgl. T17:1490-1493) (siehe Kapitel 5.6.4.). Der Umgang mit den Führungskräften ist laut Case Manager*in der ÖBB von ständigem Geben und Nehmen gekennzeichnet (vgl. T17:222), mittlerweile lege jedoch der Großteil der Vorgesetzten große Offenheit an den Tag (vgl. T17:406-407).

Interpretation der Ergebnisse

Es konnte veranschaulicht werden, dass Führungskräfte eine tragende Rolle in der BWE einnehmen, da sie als Expert*innen für Arbeitsprozesse für die Umsetzung beruflicher Maßnahmen zuständig sind.

Förderlich für den Wiedereingliederungsprozess ist eine konstruktive Beziehung zwischen den Fallverantwortlichen und der jeweiligen Führungskraft. Fallübergreifend sollte sich gleichfalls eine fruchtbringende Kooperation aller wesentlichen Akteur*innen etablieren. Des Weiteren ist von Vorteil, wenn Vorgesetzte die Sinnhaftigkeit einer BWE erkennen und diese als unterstützendes Element für ihre Tätigkeit als Führungskraft wahrnehmen können.

Wie Führung in den einzelnen Unternehmen umgesetzt und gelebt wird, hängt einerseits von den organisationalen Strukturen, andererseits aber auch vom Verhalten auf Führungsebene ab. Rosenstiel zufolge wird Führungserfolg stets von einem „Zusammenspiel zwischen der Person des Führenden und den Besonderheiten der Führungssituation“ (Rosenstiel 2009:1) getragen, weshalb Führungskräfte gefordert seien, ihr Verhalten flexibel an die jeweiligen Anforderungen und Besonderheiten der Situation anzupassen (vgl. ebd.). Das Verhalten von leitenden Kräften gegenüber ihren Mitarbeiter*innen beeinflusst nicht nur die Häufigkeit der Krankenstände der Belegschaft maßgeblich, sondern wirkt sich auch stark auf deren Gesunderhaltung und -werdung aus. Demnach erhöht mitarbeiter*innenorientiertes Verhalten von Vorgesetzten, welches sich durch Anerkennung und Wertschätzung kennzeichnet, die Arbeitszufriedenheit und die Leistungsbereitschaft des Personals. Als Instrument dafür könnte laut Bartlick der regelmäßig stattfindende anerkennende Erfahrungsaustausch zwischen Führungskraft und Mitarbeiter*in herhalten, welcher zur Entwicklung einer Vertrauensbeziehung zwischen den beiden Parteien beitragen soll. In einem gemeinsamen Gespräch wird dem*der Mitarbeiter*in vermittelt, dass er*sie als Mensch wahrgenommen und seine*ihre Arbeit geschätzt wird. Gleichzeitig werden Erkundungen angestellt, welche Rahmenbedingungen er*sie benötigt, um seine*ihre Arbeitsaufgaben weiterhin bzw. wieder gut erfüllen zu können. (vgl. Bartlick 2009:71-74)

Die Einbindung Vorgesetzter steht auch in einem engen Zusammenhang mit den vorgegebenen organisationalen Rahmenbedingungen des Unternehmens. Ein verstärkter Einbezug des*der Leiter*in ist nur möglich, wenn das Unternehmen das gelebte Führungsverständnis beispielsweise in Form von entsprechenden zeitlichen Ressourcen für die Führungstätigkeit oder von Weiterbildungen für Führungskräfte

unterstützt und die Mitarbeiter*innen zusätzlich eine Unternehmenskultur⁶² des Vertrauens, Miteinanders und der gegenseitigen Unterstützung verspüren.

Die Analyse der gewonnenen Informationen ergab, dass am Prozess der BWE beteiligte Führungskräfte über hohe soziale Kompetenz verfügen sollten. Regelmäßige Weiterbildungen, ein wiederkehrender organisationsinterner Austausch zwischen Führungskräften und Führungsberatung oder Supervision geben möglicherweise geeignete Strategien zur Unterstützung der Leitung anlässlich ihrer Aufgaben im Kontext der BWE ab.

Die Daten lassen weiters den Schluss zu, dass ein höherer Grad an Einbindung der Führungskräfte eng mit einem hohen Maß an Entscheidungs- und Handlungsmacht verknüpft ist. In diesem Zusammenhang ist herauszustreichen, dass die BWE als Unternehmensstrategie in solchen Organisationen so etabliert sein sollte, dass sich die Führungskräfte für die Umsetzung bzw. Sicherstellung der geplanten Maßnahmen verantwortlich fühlen.

Neben den Klient*innen und den Führungskräften kommt den meist im Hintergrund agierenden restlichen Kolleg*innen ein wesentlicher Stellenwert für eine gelingende Wiedereingliederung zu, wie im nächsten Kapitel aufzuzeigen ist.

5.6.3 Einbindung der Kolleg*innen

Die Kolleg*innen des*der betroffenen Klient*in finden im Prozess der BWE zumeist nur am Rande Erwähnung, dennoch darf deren Einfluss auf das Gelingen der Eingliederung nicht unterschätzt werden. In den meisten Fällen haben die Kolleg*innen bereits vor der BWE-Fallwerdung Unterstützung und Hilfe für den*die Klient*in angeboten und geleistet. Zudem ist diese Gruppe als Teil der Lebenswelt des*der Nutzer*innen auch noch vor Ort, wenn der*die Klient*in wieder eingegliedert und der Fall offiziell abgeschlossen ist. Deshalb sollen laut Monzer „Klienten und beteiligte Angehörige [...] möglichst als

⁶² In der Literatur zur Unternehmenskultur sind unterschiedliche Modelle anzutreffen. Das McKinsey-7S-Modell geht davon aus, dass neben den drei harten Elementen (Organisationsstruktur, Systeme und Unternehmensstrategie) vier weiteren Elementen (Führung/Personal, Fähigkeiten, Stil und übergeordnete Ziele) entscheidende Bedeutung zukommt. Die vier weichen Faktoren beeinflussen sich gegenseitig und unterliegen einem ständigen Anpassungsprozess, sind jedoch selber nur bedingt veränderbar. Sie werden stark von den Werten, Normen und Grundannahmen der Mitglieder der jeweiligen Organisation geprägt. (vgl. Wien / Franzke 2014:42-43)

„Herren“ des Verfahrens installiert werden, um damit die Voraussetzungen für ein lebensweltorientiertes Vorgehen zu schaffen und gleichzeitig bei ihnen die Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme zu erhöhen.“ (Monzer 2013:170) Umgelegt auf den betrieblichen Kontext bedeutet dies, dass die jeweiligen Kolleg*innen als informelle Helfer*innen angesehen werden können und in dieser Funktion maßgeblich dazu beitragen, geplante Maßnahmen in die Lebenswelt der Klient*innen zu integrieren und umzusetzen. Je besser die Einbindung gelingt, desto größer ist laut Monzer „die Wahrscheinlichkeit, dass [...] langfristige Veränderungserfolge“ (ebd.:193) erzielt werden können.

Nachstehend folgt die Erklärung, weshalb der Einbezug der Kolleg*innen bei der Maßnahmenplanung und -umsetzung eine Rolle spielt und wie sich dieser Zugang innerhalb der vorgestellten Organisationen vollzieht.

Als erklärtes Ziel der BWE nennt der*die befragte Fallmanager*in von FAMOS die bestmögliche Unterstützung der betroffenen Klient*innen, aber auch der Führungskräfte und der jeweiligen Kolleg*innen (vgl. T18:145-148). In diesem Zusammenhang verweist die befragte Person auf ihre zweite Rolle als Personalentwicklerin, der es ein Anliegen sei, die Kolleg*innen „nicht im Regen stehen zu lassen“. Die Gruppe sowie die Führungskräfte werden durch Gruppenentwicklungen bzw. Führungsberatungen von den Fallmanager*innen im BWE-Prozess mitberücksichtigt. (vgl. ebd.:566-570) An dieser Aussage wird deutlich, dass der*die betroffene Nutzer*in als Teil eines Systems zu begreifen ist. Folglich dürfen die Kolleg*innen, welche neben der Führungskraft und den Klient*innen einen weiteren systemrelevanten Faktor darstellen, bei der Maßnahmenplanung und -umsetzung nicht außer Acht bleiben.

Sowohl die befragte Führungskraft der ÖBB als auch jene des Med Campus III geben an, dass sie bei der Maßnahmenplanung und -umsetzung stets mitbedenken, mit welchen Auswirkungen die restlichen Kolleg*innen bei der Wiedereingliederung des*der Nutzer*in zu rechnen haben (vgl. T16:628-631; vgl. T21:532-534). Die Pflegebereichsleitung des Med Campus III merkt an, dass Klient*innen mit Einschränkungen manchmal bereits seit Jahren von den Kolleg*innen mitgetragen werden (vgl. T21:534-538).

„[U]nd irgendwann kommt der Zeitpunkt, wo ma sagt, okay, jetzt geht's nimmer mehr, und dann is die Frage, is des Team [*bestehend aus den Kolleg*innen*] auch bereit, diesen Mitarbeiter [*den*die Klient*in*] [...] noch weiter mitzutragen, oder hab i [*a/s Führungskraft*] nachher a massives Problem in dem Team?“ (ebd.:538-541)

Auch der*die Vorgesetzte der ÖBB erklärt im Gespräch, dass der*die betroffene Nutzer*in Teil eines Systems sei. Wenn der*die Klient*in fehle bzw. nur eingeschränkt leistungsfähig sei, müsse die fehlende Leistung durch die restlichen Kolleg*innen kompensiert werden. Langfristig betrachtet entstehe dadurch die Gefahr eines Ausfalls der gesunden Kolleg*innen aufgrund von Überlastung. (vgl. T16:629-631) Diese Problematik mache sich vor allem in Gruppen mit wenigen Mitgliedern bemerkbar (vgl. ebd.:636-643). Der*Die Arbeitsmediziner*in des Med Campus III ergänzt, dass der Ausfall bzw. die Leistungseinschränkung eines*einer Klient*in von den restlichen Kolleg*innen meist gut abgedeckt werden könne, bei gleichzeitigem Auftreten mehrerer komplexer BWE-Fälle in einer Gruppe gestaltet sich die Wiedereingliederung allerdings schwierig (vgl. T21:549-554).

Für problematisch hält der*die befragte Case Manager*in der ÖBB die Einbindung der Kolleg*innen in den BWE-Prozess vor allem aus datenschutzrechtlicher Sicht (vgl. T17:595) (siehe Kapitel 5.6.5). Trotzdem unterstreicht er*sie, dass mehr Transparenz und Offenheit gegenüber den Kolleg*innen geboten seien, da der*die betroffene Klient*in in seiner*ihrer gesundheitlichen Situation auf das Verständnis vonseiten der Kolleg*innen angewiesen sei. Um das Vertrauen in die Wirksamkeit von BWE zu stärken, werden die Arbeitskolleg*innen der*des Nutzer*in von der befragten Führungskraft der ÖBB dahingehend sensibilisiert, dass prinzipiell keine Person vor Krankheit gefeit ist und im Falle des Falles für alle „dieselben Möglichkeiten“ zur Wiedereingliederung Bestand hätten. (vgl. T17:601-608)

Zur Vereinfachung der Wiedereingliederung von Klient*innen werden vonseiten der Führungsperson der ÖBB die Kolleg*innen bereits zum Zeitpunkt der Maßnahmenplanung hinzugezogen, indem der*die Vorgesetzte im Rahmen der datenschutzrechtlichen Vorgaben vorfühlt, welche Unterstützungsleistungen für die Kolleg*innen vorstellbar sind und welche nicht (vgl. T16:1131-1136).

Stellt sich im Zuge der Maßnahmenplanung und -abwicklung für den*die befragte*n Case Manager*in der ÖBB heraus, dass die restlichen Kolleg*innen unter der Wiedereingliederung einer Nutzer*in leiden, wird beispielsweise eine Gruppeninterview angeboten, um zum einen die Kolleg*innen zu sensibilisieren und/oder zum anderen gemeinsam zu erarbeiten, welche Form der Unterstützung benötigt wird, um zu einem konstruktiven Umgang mit dem*der betroffenen Klient*in übergehen zu können (vgl. T17:1323-1330).

Auch der*die Case Manager*in des Med Campus III gibt an, bei Konflikten innerhalb der Gruppe zwischen Kolleg*innen, Führungskraft und dem*der Klient*in zu intervenieren, um den Wiedereingliederungsprozess des*der Nutzer*in nicht zu gefährden. Großgeschrieben wird dabei aus Sicht des*der Expert*in das klare und offene Ansprechen von Problemen. (vgl. T21:1424-1430) Der*Die Case Manager*in des Magistrats Graz hingegen überweist beim Auftreten von Konflikten in der Gruppe an die Krisenpräventionsstelle, da er*sie sich für solche Fälle nur unzureichend ausgebildet fühle und nicht imstande sei, eine neutrale, also unparteiische Haltung gegenüber den Kolleg*innen einzunehmen (vgl. T22:616-619; vgl. ebd.:628-637). An dieser Vorgangsweise zeigt sich die advokatorische Funktion des*der Case Manager*in.

Bei den ÖBB komme den Kolleg*innen obendrein die Eigenschaft informeller Helfer*innen zu, welche die Reintegration für die Nutzer*innen voranzutreiben imstande sind. Der*Die Vorgesetzte empfehle im Verlauf einer Unterredung mit den Kolleg*innen bzw. der Gruppenleitung, Klient*innen nicht als „kranke Personen“ wahrzunehmen, sondern sie „ganz normal“ zu behandeln. (vgl. T16:669-673) Ebenso werde die Gruppenführung beispielsweise angehalten, dem*der Klient*in jeweils eine Aufgabe nach der anderen anstatt mehrere gleichzeitig zu übertragen, um auf diese Weise einer Überforderung entgegenzuwirken (vgl. ebd.:680-690). Die Kolleg*innen werden angehalten, auf den*die nach langer Krankheit zurückkehrende*n Klient*in ein wachsames Auge zu haben:

„Er [der*die Klient*in] kummt um 6 eina und wenn koa Fahrzeug da is, dann tuat er in Kanal auswaschen und des und des putzen. Des is eh sehr rühmlich, aber der kummt in so an Stress eini, ja, [da] hab i gsagt, bremst's ihn halt a. Dann geht's in der Fruah, nehmt's ihn mit, geht's gleich auf an Kaffee mit ehm.“ (ebd.:1159-1162)

Interpretation der Ergebnisse

Das Datenmaterial gewährt Aufschluss darüber, dass bei der Maßnahmenplanung und -umsetzung im Rahmen der BWE zwar die betroffenen Klient*innen im Mittelpunkt stehen, vonseiten der Führungskräfte allerdings stets mitbedacht wird, welche Auswirkungen die geplanten Schritte für das jeweilige Kollegium des*der Nutzer*in haben. Es kommt zum Ausdruck, dass Vorgesetzte für alle Mitarbeiter*innen in ihrem Team Verantwortung tragen.

In der Analyse konnte aufgezeigt werden, dass die Arbeitskolleg*innen durch die Wiedereingliederung einer Person starken Belastungen ausgesetzt sein können, vor allem wenn auf Dauer die fehlende Arbeitsleistung der wiederingegliederten Person zu kompensieren ist, da die Gruppe aus nur wenigen Personen besteht oder mehrere BWE-

Fälle in einer Gruppe auftreten. Bei dauerhafter Überforderung einzelner Kolleg*innen besteht demnach die Gefahr, dass auch diese langfristig von Ausfällen betroffen sind.

Darüber hinaus legen die Daten nahe, dass die Einbindung der restlichen Kolleg*innen einer Nachhaltigkeit der Maßnahmen zuträglich ist: Die Kolleg*innen sind in diesem Fall bereit, die getroffenen Maßnahmen mitzutragen, bzw. geben rechtzeitig Bescheid, wenn sie an ihre persönlichen Grenzen stoßen und deshalb keine weitere Unterstützung zur Verfügung stellen können.

Herrschen Offenheit, Vertrauen und Transparenz innerhalb einer Gruppe vor, kann dies zu verstärktem Verständnis für die Situation des*der Klient*in führen, was wiederum einen positiven Effekt auf dessen*deren Wiedereingliederung hervorruft. Durch diese vertrauensbildende Maßnahme wird allen Kolleg*innen bewusst, dass sie im Fall ihrer eigenen Wiedereingliederung ebenfalls mit der Unterstützung des Unternehmens und der Kolleg*innen rechnen dürfen.

Ferner konnte herausgearbeitet werden, dass die Gruppenmitglieder vonseiten der Führungskraft auch als informelle Helfer*innen eingesetzt werden, um die Eingliederung des*der Klient*in mit Erfolg zu krönen. Monzer merkt in diesem Kontext an, dass Hilfe, welche ihren Verlauf weitgehend in der Lebenswelt der Betroffenen nimmt, die Selbstbestimmung und die Eigenkräfte der Nutzer*innen fördert und somit formellen Angeboten vorzuziehen ist (vgl. Monzer 2013:193).

Die Befragung der BWE-Beauftragten in den unterschiedlichen Organisationen macht transparent, dass sie über unterschiedliche Auffassungen zu CM verfügen und demzufolge unterschiedliche Sichtweisen bestehen, ob und inwieweit die Einbindung der Kolleg*innen in ihren Aufgabenbereich fällt. Prinzipiell bedarf es Ballew / Mink zufolge vonseiten der Case Manager*innen für die Zusammenarbeit mit informellen Helfer*innen spezifischer Fähigkeiten: Die Gruppenmitglieder bieten zwar Hilfe und Unterstützung an, im Gegensatz zu professionellen Helfer*innen sind sie dafür allerdings nicht geschult bzw. zählt dieser „Support“ auch nicht zu ihrem Aufgabenbereich. Deshalb kann es bei Bedarf notwendig sein, zwischen dem*der Klient*in und den Kolleg*innen zu intervenieren. (vgl. Ballew / Mink 1996:244) Um jedoch grundsätzlich mit der restlichen Gruppe arbeiten zu können, benötigt der*die BWE-Beauftragte das informelle Einverständnis der jeweiligen Führungskraft, da Arbeit mit den Kolleg*innen primär im Verantwortungs- und Aufgabenbereich des*der Vorgesetzten liegt. In diesem Zusammenhang tritt die eingangs erwähnte Notwendigkeit einer konstruktiven

fallbezogenen und fallübergreifenden Beziehungsarbeit mit allen involvierten Akteur*innen wieder verstärkt zutage, da nur bei ausreichendem Vertrauen des*der Vorgesetzten in die BWE bzw. zum*zur BWE-Beauftragten die Zusammenarbeit mit der Gruppe gelingen kann.

Von grundlegender Bedeutung bei der Einbindung der Kolleg*innen ist, dass die strengen datenschutzrechtlichen Bestimmungen zum Schutz des*der Klient*in stets eingehalten werden. Dies erfordert von den zuständigen Expert*innen hohe Sensibilität und Achtsamkeit, muss aber nicht zwangsläufig einen Widerspruch zu einem verstärkten Einbezug der Gruppe darstellen.

Die bisherigen Darstellungen bezogen sich primär auf systemrelevante Faktoren wie die betroffenen Nutzer*in, die jeweilige Führungskraft und die Kolleg*innen. Ausgehend von den Zielen der Klient*innen erfolgt in einem weiteren Schritt die Vernetzung mit weiteren Akteur*innen, um die Maßnahmen zu planen und umzusetzen. Diesem Aspekt sowie der Kooperation zwischen den jeweiligen Partner*innen widmet sich das nachfolgende Kapitel.

5.6.4 Verlinkung und Kooperation mit weiteren Akteur*innen

„A key step in the planning process is the identification of the services and supports that are essential to making an impact on the life of the client. The case manager will organize and coordinate these services” (Moxley 1989:64). Im Zentrum dieses Kapitels steht die Frage, welche Unterstützungsleistungen im Kontext der BWE erforderlich sind, um die Ziele der Klient*innen zu erreichen, bzw. welche Strategien von den BWE-Beauftragten angewendet werden und wie sich die Kooperation zwischen den einzelnen Agierenden gestaltet.

Monzer zufolge variiert der Ablauf der Serviceplanung von Arbeitsfeld zu Arbeitsfeld und ist abhängig vom jeweiligen Kontext (vgl. Monzer 2013:168). Auch in den untersuchten Organisationen offenbarten sich unterschiedliche Abläufe und Vorgehensweisen in Bezug auf Vernetzung. Diese stehen in enger Verbindung mit dem CM-Verständnis und der Rolle der jeweiligen BWE-Beauftragten. Auf diese Art ergeben sich in weiterer Folge Unterschiede hinsichtlich der Kooperation zwischen den einzelnen Akteur*innen.

Vernetzung und Zusammenarbeit mit internen Akteur*innen

Sowohl bei FAMOS als auch beim Magistrat Graz geht laut Interviews die Verknüpfung mit weiteren Akteur*innen für die Maßnahmenentwicklung und -umsetzung in der BWE äußerst unterschiedlich und individuell vor sich. Ist nach Einschätzung des*der Fallmanager*in von FAMOS der*die Klient*in so weit „gefestigt“, dass die Schritte erarbeitet werden können, findet zunächst ein telefonischer Austausch mit den unterschiedlichen Handelnden statt. Erst im Anschluss daran werden diese vom*von der Expert*in eingeladen, um gemeinsam mit dem*der Nutzer*in die weitere Vorgehensweise zu besprechen. Die Entscheidung, welche Akteur*innen beteiligt werden, fällt der*die Fallmanager*in von FAMOS intuitiv situationsabhängig: „[W]ie ich für mich das Gefühl hab, dass’s der Fall braucht“ (T19:602). Zu den infrage kommenden betriebsinternen Agierenden zählen die jeweiligen Führungskräfte, der*die Arbeitsmediziner*in, der*die Arbeitspsycholog*in, der*die Personalvertretung, der*die Ergotherapeut*in etc. (T19:622–634).

Die bereits erwähnte Doppelrolle des*der Befragten von FAMOS als Personalentwickler*in bilde einen großen Mehrwert für seine*ihre Tätigkeit als Fallmanager*in, stelle ihn*sie andererseits aber auch vor Herausforderungen, in deren Verlauf es zu persönlichen Interessenskonflikten kommen könne – beispielsweise wenn der*die Klient*in die Mitarbeit verweigere und der Fall deshalb an die Dienstaufsicht weitergeleitet werden müsse (T18:564-587). Positiv hebt der*die Befragte hervor, dass er*sie an bereits bestehende Kontakte anknüpfen könne und dadurch Informationen „aus erster Hand“ bekomme, vornehmlich in Bezug auf frei gewordene Stellen für die BWE (T18:589-597).

Auch beim Magistrat Graz wird situationsadäquat erwogen, was bzw. wen es für die Maßnahmenplanung und -umsetzung im jeweiligen Fall bedarf. Der*Die Case Manager*in orientiert sich dabei an den Bedürfnissen der Nutzer*innen sowie an deren Problemlage(n). So wird etwa überprüft, ob ein*eine Arbeitsmediziner*in, der Abteilungsvorstand oder im Fall einer Versetzung das Personalamt bzw. bei Vorliegen einer Behinderung eine*ein Behindertenbeauftragte*r benötigt wird. (vgl. T22:217-222) Die Zusammenstellung des Expert*innenteams erfolgt individuell nach Rücksprache mit dem*der Klient*in. Wenn nötig, findet anschließend ein sogenannter Maßnahmenworkshop statt, bei dem sich alle relevanten Expert*innen nochmals austauschen. (vgl. T22:253-269) Laut Case Manager*in sind am Prozess so wenig Akteur*innen wie möglich, jedoch so viele wie nötig zu beteiligen (vgl. T22:466). Riet und Wouters verweisen in diesem Zusammenhang darauf, dass eine zunehmende Anzahl

an Handelnden mit einer Zunahme an Komplexität einhergeht und dies in weiterer Folge zu geringerer Effektivität führen kann. Deshalb sollte das Team so klein wie möglich sein, trotzdem aber die nötige Kapazität zur Erfüllung der Ziele bereitstellen. (vgl. Riet / Wouters 2008:206)

Zeichnen sich Widersprüchlichkeiten zwischen dem*der Mitarbeiter*in und eventuell weiteren Akteur*innen während des Prozesses ab, interveniert der*die Case Manager*in bereits im Vorfeld, indem er*sie beispielsweise Informationen über weitere Optionen einholt (vgl. T22:984-993). „[I] versuch solchen Dingen aus'm Weg zu gehen, so gut, wie's irgendwie geht. Wenn i vorher scho spür, dass des ned gut is, wenn die alle an einem Tisch sitzen.“ (T22:993-994)

Dem*Der befragten Case Manager*in des Magistrats Graz gelang es, sich betriebsintern ein Netzwerk aus Führungskräften und Abteilungsvorständen, aus unterschiedlichen Expert*innen des Personalamts, der Krisenpräventionsstelle, der Arbeitsmedizin etc. aufzubauen, um die erforderlichen Bedingungen für die BWE zu schaffen (vgl. T22:36-46). Vor allem mit dem*der Arbeitsmediziner*in und dem*der Vertreter*in der Krisenpräventionsstelle besteht vonseiten des*der befragten Case Manager*in regelmäßig intensiver Austausch (vgl. T22:1514-1521). An diesen Beispielen treten die ausgeprägte Bedeutung der Beziehungsarbeit als zentrales Prinzip des Social Work CM sowie ein umfassendes CM-Verständnis in Erscheinung, das Beziehungsarbeit mit allen beteiligten Akteur*innen in den Vordergrund rückt, und zwar sowohl fallbezogen als auch fallübergreifend.

Hinsichtlich seiner*ihrer Rolle als Case Manager*in ist der*die interviewte Expert*in des Magistrats Graz primär für die BWE projektverantwortlich, er*sie agiert aber auch in seiner*ihrer Funktion als Arbeitspsycholog*in (vgl. T22:134-139). Die Ansiedelung der BWE in der Personalabteilung sieht der*die Case Manager*in kritisch, da diese Stelle auch bei Bedarf Kündigungen vornimmt. Dennoch erkennt er*sie auch den Vorteil, in dieser Position innerbetriebliche Ressourcen nutzen zu können. (vgl. T22: 590-596; vgl. ebd.:611-613)

Beim Med Campus III wird nach Zustimmung des*der Klient*in in Bezug auf die interne Vernetzung in einem ersten Schritt entweder telefonisch, per Mail oder persönlich zunächst die zuständige Führungskraft hinzugezogen, um gemeinsam zu entscheiden, ob und welche weiteren Akteur*innen bei der BWE behilflich sein könnten (vgl. T21:99-112). Das nachfolgende Gespräch findet zunächst in einer kleinen Runde statt; zeichnet

sich jedoch ab, dass für den*die Nutzer*in erhöhter Unterstützungsbedarf gegeben ist, wird nach Zustimmung des*der Klient*in der Fall im sogenannten Gremium besprochen (vgl. T21:217-226).

Um Doppelgleisigkeiten zu vermeiden, formierten sich vor Jahren die Akteur*innen des Gremiums mit Genehmigung der Geschäftsstelle zu einer fixen Gruppe, die sich monatlich zum Austausch trifft. Diese entstand

„ned so sehr offiziellisiert, [...] über de Geschäftsführung, sondern des hat sich ergeben, dass [...] in erster Linie der betriebsärztliche Dienst immer die Ansprechperson war für diese Damen und Herren, und [...] dann ham ma eben gmerkt, dass des a bissl [...] diffus is, [...] und dann ham ma gsagt, des is doch sinnvoller, wenn ma des gemeinsam besprechen“ (T21:178-181).

Zu diesem Gremium gehören Vertreter*innen der Arbeitspsychologie (ein*e Arbeitspsycholog*in ist zudem Case Manager*in) sowie Arbeitsmediziner*innen, der*die Leiter*in der Personalentwicklung, Betriebsrät*innen, der*die jeweilige Führungskraft sowie der*die Arbeitsjurist*in. Dem*Der befragten Case Manager*in zufolge liegt der Vorteil dieser interdisziplinären Zusammenarbeit darin, dass sich ein Fall aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachten lässt. Im Gremium werden Nutzer*innen, die von Langzeitkrankenstand betroffen sind, mit deren Einverständnis thematisiert. (vgl. T21:142-188) Diese Vorgangsweise verleiht den Akteur*innen den nötigen Handlungsspielraum, um in weiterer Folge adäquate Maßnahmen erarbeiten und setzen zu können (vgl. T21:236-245). Ballew / Mink zufolge ist für effektives CM zwischen den einzelnen Mitgliedern des Netzwerks ein ungehinderter Informationsaustausch über den*die Klient*in notwendig (vgl. Ballew / Mink 1996:227), um weitere Handlungsoptionen auszubauen.

Nachdem die jeweiligen Fälle in der gesamten Arbeitsgruppe besprochen wurden, entspringt dieser der individuelle Akteur*innenpool pro Fall (vgl. T20:25-27). Das bedeutet, dass je nach Bedarf oftmals nur einzelne Handelnde einen Fall begleiten, da nicht sämtliche Mitglieder des Gremiums benötigt werden (vgl. T20:222-224). Auf die Frage, ob im Arbeitskreis zwischen den einzelnen Akteur*innen Spannungsfelder auftreten, gibt der*die Arbeitsmediziner*in an: „[D]es is a sachliche, interdisziplinäre Diskussion. [...] Also des hätt i da in diesem Gremium ehrlich gesagt, so oft i dabei bin, ned erlebt [...] dazu sitz ma ja in diesem Team, dass ma des teammäßig klären, ja.“ (T21:477-480) Diese Sichtweise wird vom*von der Arbeitsjurist*in geteilt (vgl. T21:472.485).

Im Gegensatz zu den anderen beforschten Organisationen übernimmt der*die Case Manager*in des Med Campus III nicht zwingend die gesamte Fallkoordination. Ausgehend von der Problemlage des*der Klient*in wird aus dem Gremium eine Hauptansprechperson für den*die Klient*in bestimmt, damit er*sie „nicht im Kreis rennt“. Dabei handelt es sich entweder um den*die Arbeitsmediziner*in oder den*die Arbeitspsycholog*in. (T21:263-268) Bei steigender Akteur*innenzahl stellt sich laut dem*der befragten Case Manager*in dennoch oftmals die Frage, wer die Gesamtkoordination übernimmt. Da die Vernetzung innerhalb des Gremiums relativ unkompliziert und schnell erfolgt, konnte laut dem*der Expert*in die Strukturierung und Rollenklärung innerhalb des Teams bislang vernachlässigt werden. (vgl. T20:246-250)

Bei den ÖBB kommt in Bezug auf die Maßnahmenerarbeitung und -umsetzung stets ein speziell für die BWE formiertes Team zum Einsatz, welches als Integrationsteam bezeichnet wird. Es besteht aus dem*der Case Manager*in der ÖBB, dem*der VAEB-Berater*in, dem*der Arbeitsmediziner*in, dem*der jeweiligen Führungskraft, dem*der Betriebsrät*in und der Sicherheitsfachkraft (vgl. T15:356-357). Wie bereits erwähnt, kann auch der*die Klient*in bei den Sitzungen anwesend sein, wenn nicht, lässt er*sie sich vom*von der VAEB-Berater*in vertreten (vgl. T15:360-367). Die Besonderheit dieses Teams besteht darin, dass nicht nur betriebsinterne Akteur*innen dieser Gruppe angehören, sondern mit dem*der VAEB-Berater*in auch ein*e externe*r Partner*in Bestandteil davon ist. Laut BWE-Prozess der ÖBB sind die Aufgabenbereiche klar zwischen dem*der VAEB-Berater*in und dem*der Case Manager*in der ÖBB aufgeteilt. Theoretisch bezieht sich demzufolge der Tätigkeitsbereich des*der Case Manager*in der ÖBB ausschließlich auf berufliche Maßnahmen und auf die Zusammenarbeit innerhalb des Betriebs, während der*die Versicherungspartner*in alle Bereiche außerhalb des Betriebs abdeckt, wie beispielsweise Gesundheit, Finanzen etc. (vgl. T15:449-463). Der*Die befragte Case Manager*in kritisiert, dass diese klare Aufgabentrennung aufgrund der geringen zeitlichen Ressourcen des*der VAEB-Berater*in in der Praxis kaum durchführbar ist (vgl. T17:686-701). Dieser Standpunkt wird vom*von der CM-Koordinator*in geteilt, für das Abstecken der Rollen von VAEB-Berater*in und Case Manager*in der ÖBB sei eine permanente Auseinandersetzung erforderlich, da die „Grenzen immer wieder verschwimmen“ (vgl. T15:819). (vgl. T15:809-820) Die strikte Einhaltung dieser klaren Trennung vonseiten der agierenden BWE-Beauftragten der ÖBB variiert laut Interviewpartner*in je nach Teilgesellschaft und Person. Möglicherweise gleichen informelle Handlungen der BWE-Fachkräfte der ÖBB die formellen Abläufe aus. „Nur indem Organisationsmitglieder situativ ausbalancieren, ob sie den formalen Strukturen entsprechend handeln oder ob sie informale Wege gehen,

erreichen Organisationen überhaupt ihre schnelle Anpassungsfähigkeit“ (Monzer 2018:13). Offenbar ist dieses Ausbalancieren für das weitere Bestehen des Prozesses vorteilhaft. Bei weniger Ausgleich tritt vermutlich in viel stärkerem Ausmaß zutage, dass bestimmte Vorgänge zu überdenken sind. Im Sinn einer lernenden Organisation wäre es demnach langfristig vorteilhafter, die nötigen Anpassungen auf Systemebene anzustoßen und zu bewerkstelligen.

Die Einberufung des Integrationsteams ist laut CM-Koordinator*in das einzig formale Instrument, das dem*der Case Manager*in während des BWE-Prozesses zur Verfügung steht. Diese*r lädt die Teilnehmer*innen des Integrationsteams zu einer Sitzung ein, wenn nach dessen*deren Ermessen der*die Klient*in für die Maßnahmenplanung im Expert*innenteam bereit ist und seine*ihre Zustimmung gegeben hat. (vgl. T15:349-358)

Innerhalb des Integrationsteams treffen alle Expert*innen gemeinsam die Entscheidung, ob das Ziel der Wiedereingliederung des*der Klient*in am Stammarbeitsplatz umsetzbar ist oder eine Umorientierung angestrebt werden muss. Im Fall einer Neuausrichtung stehen laut CM-Koordinator*in der ÖBB der interne Arbeitsmarkt und ein betriebsinternes Vermittlungsservice zur Verfügung, das in solchen Fällen parallel zu Rate gezogen wird. (vgl. T15:462-472) Das genannte Service kann von BWE-Klient*innen jedoch nur eingeschränkt genützt werden, da der Großteil der Stellen Nacht- und Wochenendarbeit vorsieht und dies für wiedereinzugliedernde Nutzer*innen mit Leistungseinschränkungen eine zusätzliche Belastung darstellen würde (vgl. T15:638-641).

Der*Die Case Manager*in übernimmt im Vorfeld die Koordination aller Beteiligten und holt sämtliche relevanten Informationen ein, um sich einen Gesamtüberblick verschaffen zu können. Die Terminvereinbarungen für Sitzungen des Integrationsteams werden meist bereits ein Jahr im Vorhinein fixiert. (vgl. T17:1067-1086) Der*Die Arbeitsmediziner*in, der*die VAEB-Berater*in, die Sicherheitsfachkraft und zumeist die Betriebsrät*innen sind fixer Bestandteil dieses Teams (vgl. T17:1093-1096). Die jeweilige Führungskraft wird ca. 1 ½ Wochen vor der Sitzung des Integrationsteams per E-Mail zum Expert*innenteam eingeladen und über den Zeitablauf sowie den*die zu besprechende*n Klient*in vom*von der Case Manager*in informiert (vgl. T17:1084-1086; vgl. T17:1102-1105).

Vor der Maßnahmenarbeitung erfolgt im Integrationsteam, nach Unterzeichnung der Verschwiegenheitserklärung, eine Präsentation der Ist-Situation, indem beispielsweise

die unterschiedlichen Sichtweisen aus den Bereichen Arbeitsmedizin und Arbeitspsychologie beleuchtet (vgl. T17:1129-1153) und die bereits gesetzten außerbetrieblichen Maßnahmen offengelegt werden (vgl. T16:1072-1078). In der zweiten Phase werden Ideen gesammelt, welche in nächster Konsequenz auf ihren Realitätsbezug überprüft werden, um daran anknüpfend die erforderlichen Maßnahmen zu beschließen (vgl. T17:1170-1183). Anschließend erfolgt der gemeinsame Entschluss, welche Maßnahmen gesetzt werden sollen und wie diese priorisiert werden, um kurz-, mittel- und langfristige Ziele festzulegen. Nachfolgend wird jeder Einzelschritt nochmals durchgegangen, Prioritäten und Zuständigkeiten sowie der Zeitraum der Umsetzung werden bestimmt. Am Schluss wird das Ergebnis zusammengefasst und von allen Beteiligten mündlich akzeptiert. (vgl. T17:1170-1188)

Mittlerweile seien die involvierten Akteur*innen bereits so gut eingespielt, dass jeder*jede Kooperationspartner*in die Besprechung mit klaren Themenstellungen begeht (vgl. T17:1177-1179):

„[E]s gibt dann aber auch Fertigungsleiter [*Führungskräfte*], die dann, eigentlich in der Situation auf einmal mit Themen kumman, die i vorher gar ned gwusst hab, oder vielleicht grad anlassbezogen a Situation aufgreifen, die neu is, ja. Und da kann dann schon sehr stark [...] a Diskussion entstehen, ja, oder Widersprüchlichkeiten.“
(T17:1224-1226)

Laut Case Manager*in der ÖBB seien für die Maßnahmenplanung ca. zwei bis drei Sitzungen des Integrationsteams notwendig, da die Maßnahmen immer wieder angepasst bzw. neue vereinbart werden, sollte sich herausstellen, dass die gesetzten Schritte nicht greifen (vgl. T17:1346-1352).

Den großen Mehrwert des Integrationsteams sieht die befragte Führungskraft der ÖBB darin, dass die Ideen eines multiprofessionellen Teams den unterschiedlichsten Sichtweisen entspringen, wodurch sich der eigene Handlungsspielraum erweitert (vgl. T16:1577-1582).

Hinsichtlich seiner*ihrer Rolle im Integrationsteam gibt der*die befragte Case Manager*in der ÖBB an, mit dem*der VAEB-Berater*in und dem*der Arbeitsmediziner*in mittlerweile ein gut eingespieltes und aufeinander abgestimmtes Team abzugeben, in dessen Vorfeld geklärt wurde, wer welche Rolle einnimmt (vgl. T17:1191-1200). Persönliche Belange des*der Klient*in wie beispielsweise Konflikte mit Kolleg*innen oder Probleme mit der Führungskraft liegen primär im Aufgabenbereich des*der VAEB-Berater*in, während der*die Arbeitsmediziner*in, der*die das Unternehmen besser kennt, beispielsweise Vorschläge einbringt, welche anderen Arbeitsbereiche für den*die

Klient*in in Zukunft vorstellbar wären (vgl. T17:1264-1269). Der*Die interviewte Case Manager*in gibt an, dass die Arbeitsmedizin als Disziplin nach wie vor einen hohen Stellenwert einnimmt, weshalb es für den*die Expert*in einfacher ist, manche Dinge über den*die Arbeitsmediziner*in „zu spielen“, da diese Richtung vor allem vonseiten der Führungskraft besser angenommen werden kann (vgl. T17:529-533). Der*Die VAEB-Berater*in kann laut Case Manager*in eher eine advokatorische Haltung für den*die Klient*in einnehmen als der*die BWE-Beauftragte selbst (vgl. T17:1274-1276). Arbeitsmediziner*in und -psycholog*in befinden sich demzufolge als Expert*innen für gesundheitliche Angelegenheiten laut Case Manager*in eindeutig aufseiten des*der Mitarbeiter*in (vgl. T17:1247-1248). Das erlaubt dem*der Case Manager*in, eine Zwischenposition einzunehmen, zwischen den Interessen der Nutzer*innen sowie der Organisation zu pendeln und diese auszubalancieren (vgl. T17:1276-1281).

„I sitz wirklich zwischen den Stühlen teilweise, wo i schon manchmal merk, jetzt muss i die Kollegin [*den*die VAEB-Berater*in*] a bissl bremsen, wenn i einfach [...] aus meiner Erfahrung und meinem Alltag weiß, des is so ned umsetzbar, ja. Also, da fehlt ihr dann wieder des Wissen und da kann halt passieren, dass i dann halt wieder kurz in a andere Rolle geh und dann auf einmal sag, OK, aber wie schaut des jetzt betrieblich aus, is des jetzt wirklich so machbar, ja, und da bin i dann ned immer nur in dieser Moderation drinnen.“ (T17:1276-1281)

Um für die Anwesenden des Integrationsteams seine*ihre jeweilige Rolle zu verdeutlichen, sagt der*die Case Manager*in dazu, in welcher Rolle er*sie gerade spricht, und untermauert dies mit einem Wechsel seiner*ihrer Körperhaltung (vgl. T17:1244–1253). Der*Die Case Manager*in betont, Expert*in für den Prozessverlauf zu sein, nicht jedoch für berufliche oder für medizinische Belange. In seiner*ihrer Rolle als Case Manager*in sieht er*sie die Hauptaufgabe darin, alle Akteur*innen mit ihrer Verantwortlichkeit in den Prozess zu holen. (vgl. T17:1288-1292)

Vernetzung mit externen Anbieter*innen

Der*Die Fallmanager*in des Magistrats Linz gibt an, dass er*sie sich im Zuge langjähriger Berufserfahrung relevantes Wissen über externe Unterstützungsmöglichkeiten angeeignet hat, was im Rahmen der Fallbearbeitung genutzt werden kann (vgl. T18:136-139). In diesem Zusammenhang sei es ihm*ihr ein Anliegen, die betroffenen Nutzer*innen in ihrer Eigenverantwortung zu belassen, weshalb sich die Vernetzung zu externen Anbieter*innen primär darauf beschränkt, die Klient*innen dorthin zu verweisen. Die direkte Kontaktaufnahme erfolgt gegebenenfalls eigenständig und eigenverantwortlich durch die Nutzer*innen. Vernetzung mit Fachärzt*innen wird über die zuständigen Arbeitsmediziner*innen abgewickelt. (vgl. T18:465-480) Auch der*die Case Manager*in der Stadt Graz überweist bei Bedarf an externe Anbieter*innen, vor allem wenn erkennbar wird, dass private Faktoren den

Gesundheitszustand des*der Klient*in beeinflussen (vgl. T22:187-190). Die Pflegebereichsleitung des Med Campus III gibt ebenfalls zu bedenken: „Für mi is' a oft schwer abzugrenzen, is des jetzt rein [...] a Thema, was de Arbeit betrifft, oder is des auch ein Thema, was von extern mithereingebracht wird, des nachher massive Auswirkungen hat, an der Arbeitsstelle.“ (T21:133-135). Primär beziehen sich die geplanten Maßnahmen innerbetrieblich auf den beruflichen Kontext (vgl. T22:187-190). Aus Sicht des*der Arbeitsmediziner*in des Med Campus III sind bei komplexen Fällen unbedingt die privaten Rahmenbedingungen mitzubersichtigen. Dazu ist eine Netzwerkstruktur nach außen vonnöten, um beispielsweise Kontakt zu Psychotherapie oder Sozialberatung zu vermitteln. (vgl. T21:359-367) Der*Die befragte Case Manager*in des Med Campus III ergänzt, dass sich die Verbindung mit externen Akteur*innen relativ schwierig gestaltet, da die Schnittstelle ins Klinikum für die meisten Einrichtungen eine zu große Hürde darstellt. Diesen Punkt benennt der*die Expert*in beim betrieblichen CM als großes Manko. (vgl. T20:265-270) Der*Die Case Manager*in der ÖBB fügt hinzu: „[O]ft geht's wirklich nur darum, [...] Schnittstelle zu sein“ (T17:681). In diesem Zusammenhang entstehe laut Expert*in zusätzlich zur BWE Bedarf an einem*einer Sozialberater*in vor Ort. Aus diesem Grund hat sich die befragte Person der ÖBB ein hilfreiches externes Netz aufgebaut, um die betroffenen Mitarbeiter*innen rasch an die entsprechenden Expert*innen weiterleiten zu können. (vgl. T17:676-684) Aus Sicht des*der CM-Koordinator*in der ÖBB sei Vernetzung nach außen vor allem entscheidend, wenn es um die Veränderung bzw. Neuorientierung von Klient*innen geht. Der*Die Expert*in gibt zu bedenken, dass in solchen Fällen das fix zusammengestellte Integrationsteam der ÖBB eventuell nicht über die benötigten Kompetenzen verfüge. (vgl. T15:600-602) Außerdem stellt sich der*die Interviewte die Frage, welcher Lernvorteil sich für die ÖBB aus der Beanspruchung externer Anbieter*innen ergebe, da aus dessen*deren Sicht innerhalb des Betriebes großes Potenzial vorhanden wäre, das bislang noch nicht ausreichend ausgeschöpft werde (vgl. T15:603-622).

Umsetzung und Überprüfung der Maßnahmen

Da der*die Fallmanager*in von FAMOS, wie eingangs bereits erwähnt, vonseiten der Organisation nur über geringe zeitliche Ressourcen für seine*ihre Tätigkeit verfügt, „klinkt“ sich diese*r laut eigenen Aussagen aus, sobald er*sie den Eindruck hat, dass eine konstruktive Gesprächsbasis zwischen der jeweiligen Führungskraft und dem*der Klient*in besteht. Die Nutzer*innen können jederzeit die Fallmanager*in kontaktieren, falls sie weiterhin Unterstützung benötigen, sind jedoch angehalten, eigeninitiativ auf den*die Expert*in zuzugehen. (vgl. T19:840-844) Sobald die Klient*innen* wieder als arbeitsfähig gelten, werden sie aus der „Monitoringliste“ entfernt, wodurch der Fall von

den Fallmanager*innen nicht mehr weiterverfolgt wird (vgl. T19:847-851). Lediglich bei komplexeren Fällen findet bei Bedarf durch den*die Expert*in längere Begleitung in Form telefonischer oder auch persönlicher Unterredungen statt. In puncto Abschlussgespräch agieren die drei Fallmanager*innen unterschiedlich: Während der*die Befragte den Fall auslaufen lässt, führt der*die Kolleg*in der Fallmanager*in immer eine offizielle Schlussbesprechung mit den Klient*innen durch. (vgl. T19:1016-1032) Diese unterschiedlichen Vorgehensweisen deuten möglicherweise darauf hin, dass der Prozessverlauf der BWE bei FAMOS nicht zur Gänze geregelt ist, sondern dass jede*r Fallmanager*in über einen gewissen Handlungsspielraum verfügt, den die einzelnen Akteur*innen individuell nützen.

Beim Med Campus III werden dem*der Arbeitsmediziner*in zufolge während des CM-Prozesses laufend Zwischengespräche geführt, um Rückmeldungen hinsichtlich der Zufriedenheit und Passgenauigkeit der gesetzten Maßnahmen einzuholen. Im Fokus dabei steht der Ist-Stand und wie sich die Entwicklung für alle Beteiligten darstellt. (vgl. T21:1338-1342) Dabei macht sich für den*die Expert*in vor allem vonseiten der Führungskraft die unbestrittene Bereitschaft bemerkbar, gute Lösungen finden zu wollen. Zu diesem Zweck hat sich das Setzen kleiner Schritte für einen begrenzten Zeitraum bewährt, um die Entwicklung des Prozessverlaufes überprüfen und anpassen zu können. (vgl. T21:1372-1379) Sollten die Maßnahmen nicht greifen, ist aus Sicht des*der Arbeitsmediziner*in spätestens nach einem halben Jahr ein „sauberer Schnitt“ vorzunehmen, um eine generelle Langzeitregelung zu finden (vgl. T21:1381-1388). Am Ende stehen beim Med Campus III gleichfalls Abschlussgespräche an der Tagesordnung (vgl. T21:1369-1370).

Auch beim Magistrat Graz finden nach dem Entwickeln des Maßnahmenplans regelmäßige Treffen und Besprechungen statt (vgl. T22:406). Stellt sich während des Prozesses die Unwirksamkeit aktueller Maßnahmen heraus, werden diese nach Austausch mit dem*der Klient*in verändert bzw. ergänzt (vgl. T22:1047-1052). Abschlussgespräche werden vonseiten des*der Case Manager*in etwa zwei bis drei Monate nach Umsetzung der letzten Maßnahme unter Beteiligung des*der jeweiligen Abteilungsvorständ*in, der direkten Führungskraft sowie des*der ehemaligen Klient*in angesetzt (vgl. T22:1063-1066).

Bei den ÖBB findet die Überprüfung der Maßnahmenumsetzung je nach Standortgröße monatlich oder alle zwei Monate im Integrationsteam statt bzw. informiert der*die Case

Manager*in bei Bedarf zwischendurch telefonisch oder schriftlich mittels E-Mail die jeweiligen Akteur*innen über die aktuelle Lage (vgl. T17:1442-1448).

„[Z]um Beispiel jetzt in [*nennt eine Stadt*] hat sich eigentlich für zwei *Mitarbeiter* [*Klient*innen*] etwas ergeben, außerhalb des Integrationsteams, wo i sag, da ham ma eigentlich durch Zufall nu weiterführende Maßnahmen entwickeln können. Da wo i sag, des is eigentlich in Zustimmung aller, bzw. schick i des per E-Mail aus. Vorab einfach nu telefonier, passt des für euch so, is des für euch eine Maßnahme, de[r] ihr zustimmen könnt's, und dann einfach des in Zusammenfassung nu amoi [...] ausschick, dass alle auf demselben Wissensstand sind.“ (T17:1448-1453)

Die größte Schwierigkeit bei diesem Prozess sei gemäß Case Manager*in der ÖBB, mehrere Akteur*innen am selben Tag an einen Tisch zu bekommen. Das Errichten dieses gemeinsamen zeitlichen Nenners stellt einen enormen organisatorischen Aufwand dar, da die Handelnden oftmals nicht vor Ort sind, sondern für eine Sitzung des Integrationsteams anreisen müssen (vgl. T17:1458-1466). Dass neben dem persönlichen Austausch während einer Teamsitzung auch unterschiedliche Kommunikationstechnologien wie E-Mail oder Telefon genutzt werden, entspricht der ressourcenorientierten Sichtweise des CM-Konzepts.

An seine*ihre Erfahrung anknüpfend gibt der*die Case Manager*in der ÖBB an, je mehr die Führungskraft und/oder der*die Betriebsrät*in hinter der Maßnahmenplanung stehe, desto schneller würde diese verwirklicht (vgl. T17:1487-1490). Wird im Gegenzug die Dringlichkeit der geplanten Maßnahmen von der Führungskraft nicht erkannt bzw. besteht diesbezüglich eine skeptische Haltung, kann der Zeitraum für die Umsetzung laut Case Manager*in „ins Endlose“ gehen. „Und da find i, is es dann wieder so a bissl eine undankbare Aufgabe, dann die Person zu sein, die dann immer wieder nachhaken muss, is des scho passiert, und dann aber a trotzdem immer wieder so achten muss, wie mach i des jetzt“ (T17:1493-1495). In diesem Zusammenhang ist vom*von der Case Manager*in Fingerspitzengefühl gefordert, um die jeweilige Führungskraft nicht zu verärgern, da sich dies in weiterer Folge auf potentielle Beauftragungen auswirken könnte (vgl. T17:1490-1502). „[M]a muss dann halt einfach dahinter sein und immer wieder nachfragen, aber eigentlich wär's ja a so gedacht, wenn er's aus irgendwelchen Gründen nicht umsetzen kann, dass dann automatisch die Rückmeldung an mich geht. Des passiert eher selten.“ (T17:1514-1517) Um dieser Situation zu entgehen, informiert sich der*die Case Manager*in vorab beim*bei der jeweiligen Klient*in, ob die Maßnahmen schon eingeleitet worden sind – vorausgesetzt, der*die Nutzer*in war bei der Sitzung des Integrationsteams anwesend.

Im betrieblichen Rahmen ist für die Realisierung der Maßnahmen primär die jeweilige Führungskraft verantwortlich. Von den Nutzer*innen selbst wird erwartet, dass sie die

besprochenen empfohlenen Schritte hauptsächlich im gesundheitlichen Bereich bewerkstelligen. Mangelndes diesbezügliches Engagement des*der Mitarbeiter*in sieht die*der befragte Case Manager*in „entspannt“, da der*die Klient*in eigenverantwortlich handle. (vgl. T17:1529-1534) Vorgesehen ist prinzipiell, dass der*die Mitarbeiter*in im Rahmen der BWE begleitet wird, bis alle vereinbarten Maßnahmen umgesetzt sind und er*sie wieder im Team integriert ist (vgl. T16:1301-1302).

Laut dem*der befragten CM-Koordinator*in werden mit allen Nutzer*innen Abschlussgespräche geführt, in denen erhoben wird, wie die wiedereingegliederten Arbeitskräfte subjektiv ihre Arbeitsfähigkeit vor Beginn sowie nach erfolgter BWE einschätzen würden. Gleichzeitig werden die beruflichen und außerberuflichen Maßnahmen einzeln bewertet. Laut CM-Koordinator*in geben die ehemaligen Nutzer*innen ihre Zufriedenheit mit dem Verlauf der BWE mit über 98% an. (vgl. T15:677-684)

Interpretation der Ergebnisse

Anhand der gewonnenen Daten konnte veranschaulicht werden, dass in den untersuchten Organisationen unterschiedliche Strategien der Serviceplanung und der Vernetzung zum Einsatz kommen, um die Ziele der Klient*innen umzusetzen. Es trat klar hervor, dass sich die gesetzten Maßnahmen in der BWE primär auf den beruflichen Kontext beziehen, weshalb auch die Vernetzung vordergründig betriebsintern erfolgt und sich primär nur auf professionelle Helfer*innen bezieht.

Den qualitativen Daten zufolge beginnt die Hilfeplanung und Vernetzung mit weiteren Akteur*innen erst zu einem Zeitpunkt, an dem der*die Klient*in seine*ihre Bereitschaft kundgetan und seine*ihre Zustimmung dafür gegeben hat. So gesehen ist die Zugangsweise der Expert*innen nutzer*innenorientiert ausgestaltet.

Die Analyse deutet an, dass innerhalb der Organisationen die Rolle des*der BWE-Beauftragten unterschiedlich verstanden und ausgeübt wird, was wiederum mit dem betriebsinternen CM-Verständnis sowie der Konzeptumsetzung in Zusammenhang stehen dürfte. Während der*die Case Manager*in der ÖBB nach eigenen Aussagen ausschließlich für den Prozessverlauf der BWE zuständig ist, nehmen die BWE-Beauftragten des Magistrats Graz und des Magistrats Linz jeweils Doppelrollen als Arbeitspsycholog*in bzw. als Personalentwickler*in ein; dabei sind sie der Personalabteilung zugeordnet. Wie in den Ergebnissen aufgezeigt werden konnte, ergeben sich dadurch Spielräume, die im Rahmen von Versetzungen genutzt werden

können, nachteilig sind in diesem Zusammenhang jedoch aufkeimende Interessenskonflikte sowie Rollenunklarheiten. Beim Med Campus III agiert der*die Case Manager*in vordergründig in seiner*ihrer Rolle als Arbeitspsycholog*in und nimmt nur bei Bedarf die Rolle des*der Fallkoordinator*in ein. Womöglich lässt sich dieser Umstand darauf zurückführen, dass der*die Case Manager*in erst seit ca. zwei Jahren beim Med Campus III tätig ist und sich somit erst zu einem späteren Zeitpunkt zum bereits bestehenden Team hinzugesellen konnte. Die Daten lassen den Rückschluss zu, dass beim Med Campus III statt des*der Case Manager*in vor allem der*die Arbeitsmediziner*in einen hohen Stellenwert innerhalb der Teams einnimmt. Möglicherweise ist diese Gewichtung auf die Persönlichkeit und die langjährige Arbeitserfahrung des*der befragten Arbeitsmediziner*in zurückzuführen, sie könnte aber auch einen Hinweis auf das hohe Ansehen der Disziplin Medizin generell bieten. Darüber hinaus dürfte der Anlass der Teamgründung Auswirkungen auf die Rolle des*der Case Manager*in zeitigen, da dieser*diese über keine Autorisierung als Fallkoordinator*in verfügt bzw. dadurch keine offizielle Legitimierung des CM-Konzepts besteht.

Monzer zufolge ist es die Aufgabe des*der Case Manager*in, in der Phase der Hilfeplanung und bei deren Umsetzung das gesamte Verfahren zu organisieren. Dies beinhaltet, bei der Erstellung einer Gesamtstrategie federführend zu sein und unter Anwendung methodischer Schritte eine einvernehmliche Zielformulierung aller Beteiligten herbeizuführen – um in weiterer Folge zwischen den Akteur*innen Vereinbarungen zu treffen und diese zu überprüfen, damit die Ziele entsprechend verwirklicht werden können. (vgl. Monzer 2013:170)

Eine individuelle, auf den Fall abgestimmte Herangehensweise bei der Vernetzung mit weiteren Akteur*innen berücksichtigt die zentrale Forderung des CM, ressourcenorientiert zu handeln, zudem richtet sich der Bedarf am jeweiligen Einzelfall aus. Dieser Zugang erfordert von den BWE-Beauftragten jedoch auch, sich immer wieder auf unterschiedliche Akteur*innen einzulassen, diese auf das gemeinsame Ziel, welches sich an den Bedürfnissen der Klient*innen orientieren soll, einzustimmen und ausreichend über den Ablauf des BWE-Prozesses sowie über die Handlungsweisen des CM-Konzepts zu informieren. Eine Herausforderung bei punktuell zusammengestellten Teams besteht zudem dann, wenn zu manchen Teammitgliedern bereits vertrauensvolle Beziehungen bestehen und andere Akteur*innen neu hinzukommen. Um dieser Situation entgegenzuwirken, empfiehlt sich, auch diese als gleichwertige Mitglieder wahrzunehmen und ein Gemeinschaftsgefühl zwischen den Beteiligten ganz im Sinn des*der Klient*in herzustellen. (vgl. Riet / Wouters 2008:206-207)

Steht für die Bearbeitung sämtlicher Fallaktivitäten ein fixes Team bereit, welches sich aus Vertreter*innen aller für die BWE relevanten Disziplinen zusammensetzt, hat dies den Daten zufolge den Vorteil, dass sich die Akteur*innen untereinander kennen und sogenannte Teamkohäsion, das heißt Teamzusammengehörigkeit, vorherrscht. Die einzelnen Teammitglieder vermögen die Persönlichkeit des Gegenübers einzuschätzen, wissen über dessen*deren Rolle und die dahinterliegenden Aufträge Bescheid. Die Datenlage hat aufgezeigt, dass innerhalb des bestehenden Teams Verbündete gesucht bzw. Koalitionen eingegangen werden. Eingespielte Beziehungen können sich für den Prozessverlauf sehr produktiv erweisen, da Rollen klar abgesprochen und geklärt sind, sich andererseits jedoch als Hindernis erweisen, wenn beispielsweise harmoniebestrebt Reibungen vermieden werden. Riet / Wouters zufolge lassen sich Differenzen im CM produktiv nutzen, indem sie deutlich und klar zum Vorschein gebracht und dadurch legitimiert werden (vgl. Riet / Wouters 2008:209). Der Nachteil eines fest formierten Teams besteht darin, dass sich dieses nicht am individuellen Bedarf eines einzelnen Falls ausrichtet. Sollte sich allerdings zeigen, dass innerhalb des bestehenden Teams nicht die passenden Maßnahmen gesetzt werden können, ist hinsichtlich der Zusammensetzung des Teams gewisse Flexibilität an den Tag zu legen, um ein individuelles Eingehen auf die Problemlage(n) der Klient*innen zu gewährleisten.

Der Mehrwert des CM-Konzepts liegt darin, vor allem während der Phase der Hilfeplanung Grenzen zu überschreiten, beispielsweise jene von Organisationen. Dies legen die gewonnenen Daten durch die ÖBB nahe. Durch die Vernetzung mit dem*der externen VAEB-Berater*in, welche*r mit den Rahmenbedingungen der Organisation nicht vertraut ist, werden neue Ideen bzw. Vorschläge ins Team eingebracht, welche in der Folge eventuell neue Denkanstöße anregen. Monzer betont bei der Hilfeplanung die Phase der Kreativität, um außerhalb der bestehenden institutionellen, gesetzlichen oder auch finanziellen Grenzen zu denken und dadurch fantasievolle Lösungen zu entwickeln (vgl. Monzer 2013:180). Riet / Wouters schildern in diesem Zusammenhang Kooperation als einen Prozess, bei dem auf eine gemeinsame Fragestellung der verschiedenen Disziplinen unterschiedliche Antworten gefunden werden, welche in weiterer Folge gebündelt und in einen neuen Rahmen verbracht werden sollen (vgl. Riet / Wouters 2008:209).

Ein weiteres Plus externer Partner*innen bezieht sich darauf, dass diese in keinem Abhängigkeitsverhältnis zu den betriebsinternen Akteur*innen stehen. Aus diesem Grund gelingt es ihnen womöglich leichter, eine eindeutig advokatorische Haltung für

den*die Nutzer*in einzunehmen, ohne Konsequenzen hinsichtlich weiterer Beauftragungen von Fällen befürchten zu müssen. Darüber hinaus heben die gewonnenen Informationen hervor, dass es für BWE-Beauftragte im betrieblichen Kontext oberstes Gebot ist, eine neutrale Position einzunehmen und sich nicht auf eine Seite zu schlagen, da dies zwangsläufig zu Interessenskonflikten und Spannungsfeldern führe. BWE-Beauftragte sollten über die Fähigkeit verfügen, zwischen den Interessen vermitteln und diese ausbalancieren zu können.

„Um eine autorisierte und fachlich anerkannte Stellung aufzubauen, benötigen Case Manager besondere Fähigkeiten. Sie müssen in der Lage sein mit Konflikten umzugehen, machtunabhängige Kommunikation zu fördern, Vertrauen herzustellen sowie über Verhandlungsgeschick und Selbstsicherheit verfügen.“ (Monzer 2013:284)

Da die Vertreter*innen der einzelnen Disziplinen aufgrund ihres Fachwissens oftmals sehr in ihrer eigenen Profession verhaftet sind, besteht die Gefahr, dass eine zu starke Abgrenzung der einzelnen Berufsgruppen voneinander stattfindet und aus diesem Grund kein Hinausdenken über die eigene Expertise, über den eigenen Tellerrand stattfindet und damit dem Anstoß eines kreativen Denkprozesses entgegensteht. Eine offene Haltung wäre jedoch im Sinn des CM-Prozesses äußerst förderlich, um neue kreative Lösungen finden zu können. Dahingehend bedarf es zwischen den beteiligten Akteur*innen jedoch Einigkeit darüber, dass entstehende Probleme und Konflikte offen thematisiert werden dürfen und eine fehlerfreundliche Kultur des „Fehlermachens“ und „Dazulernens“ innerhalb des Teams gelebt wird (vgl. Monzer 2013:226).

Aufgrund der Datenlage liegt der Schluss nahe, dass Vernetzung mit externen Partner*innen eher marginal stattfindet, dennoch sind leichte Abstufungen hinsichtlich der Vernetzungsintensität zwischen den Organisationen feststellbar. Die befragten BWE-Beauftragten wissen über die externe Angebotslandschaft Bescheid und verweisen bei Bedarf auf passende Angebote, wobei die Vertreter*innen der meisten Einrichtungen Wert darauf legen, die Klient*innen in diesem Zusammenhang stark in ihrer Eigenverantwortung zu belassen. Erhalten die Nutzer*innen durch die Vermittlung des*der Case Manager*in beispielsweise schneller einen Termin beim*bei der externen Akteur*in als ohne dessen*deren Intervention, geht diese Art der Vernetzung des*der BWE-Beauftragten über eine reine Verweisungskompetenz hinaus. In solchen Fällen besteht bereits eine reziproke Beziehung, in der beide Seiten durch Geben und Nehmen voneinander profitieren – das Paradebeispiel einer Win-win-Situation. Ein solcherart organisiertes Netzwerk bedarf jedoch auch der Pflege und des regelmäßigen Austauschs. Monzer verweist in diesem Kontext darauf, dass nicht in jedem Fall dieselbe Vernetzungsintensität notwendig ist und dass beim CM als ressourcenorientiertes

Verfahren der jeweils angemessene Grad Anwendung finden soll (vgl. Monzer 2013:228).

Schnittstellenarbeit stellt für die externe Vernetzung in betrieblichen Angelegenheiten für die interviewten Personen eine Herausforderung dar. Das Konzept CM scheint für den betrieblichen Kontext prädestiniert, da „Case Management per se Schnittstellenmanagement ist.“ (Faß 2006:154) Da sich die Klient*innen der BWE oftmals durch multifaktorelle Problemlagen auszeichnen, welche auch in die Arbeitssituation hineinspielen, würde eine Vernetzung mit externen Akteur*innen eine ganzheitlichere Sichtweise der Nutzer*innen ermöglichen und eventuell die Nachhaltigkeit der gesetzten Maßnahmen verbessern. Ebenso ließen sich durch den Einbezug von externen Akteur*innen eventuell passgenauere Maßnahmen setzen, vor allem wenn, wie vom*von der CM-Koordinator*in der ÖBB erwähnt, eine berufliche Neuorientierung im Raum steht.

Hinsichtlich der Maßnahmenumsetzung und -überprüfung wird entsprechend der Fachliteratur festgehalten, dass die im Hilfeplan „festgelegten Ziele regelmäßig beobachtet, geprüft und bewertet“ (Monzer 2013:239) werden sollen, um die Aktivitäten der weiteren Akteur*innen qualitativ und quantitativ abzusichern. Dies ist einerseits für die Fallarbeit selbst von großer Bedeutung, um wie bereits erwähnt die vereinbarten Maßnahmen entsprechend den Zielen der Klient*innen abzusichern bzw. um bei Bedarf auf frühere Prozessschritte zurückzugreifen und Ziele sowie geplante Maßnahmen anzupassen. (vgl. ebd.:240) Andererseits jedoch auch, um fallbezogene Erkenntnisse und Wissen zu sammeln und im Zuge einer Systemsteuerung für weitere Fälle zugänglich zu machen (siehe Kapitel 5.6.6).

Festzuhalten ist, dass in der Phase der Maßnahmenumsetzung und -überprüfung laut CM-Regelkreis die Rolle des*der Case Manager*in durch eine Haltung des Advocacy gekennzeichnet ist, das bedeutet, dass Case Manager*innen parteilich für ihre Klient*innen handeln (siehe Kapitel 2.3.1). Expert*innen sind gefordert, die vereinbarten Maßnahmen bei den jeweiligen Akteur*innen, im Kontext der BWE primär bei den jeweiligen Führungskräften einzufordern. Dabei haben die BWE-Beauftragten darauf zu achten, dass die vereinbarten Leistungen in ausreichender Qualität erbracht werden und trotzdem weiterhin eine funktionierende Zusammenarbeit besteht.

Die Daten lassen den Schluss zu, dass die Rolle der BWE-Fachkräfte in dieser Phase stark mit dem jeweiligen CM-Verständnis innerhalb der Organisation in Zusammenhang

steht und vom Ausmaß der Etablierung von BWE im Unternehmen abhängt. In den erforschten Organisationen lassen sich diesbezüglich Unterschiede festmachen. Beim Magistrat Graz beispielsweise kann von einem umfassenden CM-Verständnis und von einer durchsetzungsstarken Position des*der Case Manager*in ausgegangen werden. Dort werden Erkenntnisse aus den jeweiligen Fällen an übergeordnete Ebenen weitergeleitet. Dennoch entsteht der Eindruck, dass das CM-Konzept erheblich an die Person des*der Case Manager*in gebunden ist, was wiederum den Rückschluss zulässt, dass CM innerhalb der Organisation noch nicht ausreichend implementiert ist und demnach als fragil gilt.

Bei den ÖBB wird aufgrund der bereits erwähnten entscheidungsmächtigen Position der Führungskräfte deutlich, dass vonseiten des*der Case Manager*in beträchtliches methodisches Geschick erforderlich ist, um Führungskräfte mit nicht eindeutigem Bekenntnis zur BWE als Unternehmensstrategie trotzdem zur Umsetzung der Maßnahmen zu motivieren. Offenbar ist die BWE noch nicht zur Gänze innerhalb der Organisation etabliert, das Unternehmen ist in Bezug auf die Implementierung des Konzepts nach wie vor in einem Entwicklungsprozess begriffen. Beim Med Campus III besteht aufgrund der oben angeführten fehlenden Legitimation des CM-Konzepts kein einheitliches CM-Verständnis vonseiten der unterschiedlichen Akteur*innen. In der Folge verfügt auch der*die Case Manager*in nicht über die nötige Autorisierung in dieser Angelegenheit. Dies wiederum dürfte mitverantwortlich für den Umstand sein, dass in der Phase der Maßnahmenumsetzung und -überprüfung die gebotene Advocacy-Haltung wenig bis kaum spürbar ist. Vielmehr entsteht der Eindruck, dass größtenteils die Klient*innen in Wahrnehmung ihrer Eigenverantwortung gefordert seien, ihren Beitrag zur Verbesserung der Situation zu leisten, was nicht den Prinzipien eines Social Work Case Management entspricht. Monzer zufolge ist „schwaches Advocacy häufig ein Hinweis auf eine unzureichende Implementation des Case Managements in der Organisation und in relevanten Netzwerken.“ (Monzer 2013:243)

Das Magistrat Linz ist das einzige der vier untersuchten Unternehmen, in dem die Umsetzung bzw. Überprüfung der Maßnahmen nur marginal stattfindet bzw. gar nicht vollzogen wird, was angesichts der kaum vorhandenen Zeitkontingente verständlich und nachvollziehbar ist.

Zusammenfassend lässt sich die Aussage treffen, dass hinsichtlich der Vernetzung und Kooperation mit den in der BWE involvierten Akteur*innen eine permanente, systematische Beziehungspflege sowie ausreichende Kommunikation zu leisten ist, und

zwar sowohl fallbezogen als auch fallübergreifend. Weiters konnte aufgezeigt werden, dass BWE-Beauftragte dafür entsprechende Kompetenzen wie methodisches Geschick und Durchsetzungsfähigkeit benötigen. Daraus resultiert die Notwendigkeit einer entsprechenden Qualifizierung der Fachkräfte, um den hohen Anforderungen zur Durchführung des CM-Konzepts gerecht werden zu können (siehe Kapitel 2.7).

Um eine hinreichende Qualität des CM-Prozesses sowohl auf Fall- als auch auf Systemebene sichern und überprüfen zu können, ist es unumgänglich, sämtliche Ziele, Maßnahmen und Zuständigkeiten in einem entsprechenden Dokumentationssystem festzuhalten. Wie dies in den einzelnen Organisationen gehandhabt wird, ist im folgenden Kapitel nachzulesen.

5.6.5 Dokumentation und Hilfeplan

Dokumentation stellt laut Ehlers et al. im CM einen wesentlichen Bestandteil der Qualitätssicherung dar. Sie dient einerseits dazu, Fallverläufe sowie die vereinbarten Ziele festzulegen und im Nachhinein zu überprüfen, andererseits bietet eine ausführliche Dokumentierung die Grundlage für die Auswertung des CM-Prozesses (vgl. Ehlers / Kollak / Schmidt / Schuster / Schaaf-Derichs / Teßmann 2011:65; zit. in Ehlers et al. 2017:134). Aufzeichnungen bieten die Gelegenheit, Arbeitsschritte transparent und nachvollziehbar zu gestalten (vgl. Ehlers et al. 2017:134). In der Phase der Hilfeplanung und Umsetzung der Maßnahmen spielt der sogenannte Hilfe-, Service- oder Maßnahmenplan eine zentrale Rolle. Dieser dient dazu, „auszuhandeln und zu fixieren, was, wann, durch wen, in welcher Verantwortung und mit welchen Mitteln zu geschehen hat, um die notwendigen Verhältnisse sicherzustellen.“ (Monzer 2013:177) Der Hilfeplan kommt demnach einem Kommunikationsinstrument zwischen den beteiligten Akteur*innen gleich. Er hilft den Fall zu strukturieren, verschafft Übersicht und kann als Agenda für die Umsetzung der Maßnahmen genutzt werden (vgl. ebd.:196).

Die vier untersuchten Unternehmen erkannten allesamt die Notwendigkeit eines Dokumentationssystems. Dabei gilt es zu bedenken, dass nicht über alle Organisationen ausreichende Informationen über deren Dokumentationssystem gewonnen wurden, um die Art und Weise der Aufzeichnung beschreiben zu können, was auch der Interviewführung geschuldet sein kann.

Die herausragende Bedeutung einer ausreichenden Dokumentation unterstreicht beispielsweise der*die befragte Case Manager*in des Magistrats Graz, da auf diese

Weise die gesetzten Interventionen nachvollziehbar werden und bei Bedarf die eigene Arbeit rechtfertigen (vgl. T22:559-564). Auch bei FAMOS werden alle sensiblen, im Laufe der Fallbearbeitung gewonnenen Daten in separaten Spalten einer Excel-Datei vermerkt, auf welche nur die drei Fallmanager*innen Zugriff haben. Darin sind Angaben zu Diagnosen, vereinbarten Maßnahmen, Terminen bei Chefärzt*innen sowie die voraussichtliche Dauer des Krankenstands nachzulesen. Die Datei ersetzt laut dem*der befragten Fallmanager*in den Hilfe- bzw. Maßnahmenplan. An die Führungsspitze weitergeleitet und für diese ersichtlich werden nur die „vorderen“ Spalten. Die in den „vorderen“ Spalten enthaltenen allgemeinen Angaben über die Klient*innen gelangen einmal pro Monat an die Führungsspitze und können auch von der personalverantwortlichen Stelle ergänzt und eingesehen werden. (vgl. T19:865-906). Abgeschlossene Fälle werden zur besseren Nachvollziehbarkeit in einer Archivliste geführt, die ebenfalls nur von den drei BWE-Beauftragten aufgerufen werden können (vgl. ebd.:928-933). Ein vertraulicher Umgang mit den Daten der Nutzer*innen ist dem*der befragten Expert*in zufolge für die Klient*innen von erheblicher Relevanz, alle weiterzuleitenden Informationen werden im Vorfeld mit den Nutzer*innen besprochen bzw. wird deren Zustimmung für dieses Vorgehen eingeholt. (vgl. T18:392-397)

Auch bei den ÖBB erfolgt die Dokumentation prinzipiell mithilfe einer speziell für die BWE erstellten Datenbank, welche über den Server der VAEB, der externen Tandempartnerin, betrieben wird. Darauf können ausschließlich der*die Case Manager*in der ÖBB und der*die VAEB-Berater*in zugreifen. Überwiegend finden sich darin die schriftlichen Aufzeichnungen der BWE-Beauftragten der ÖBB, die VAEB-Berater*innen hingegen ergänzen die Informationen nur um einen geringen Prozentsatz, den wiederum die BWE-Fachkräfte der ÖBB teilweise einsehen können. Auf den Großteil der Dokumentation der Tandempartnerin haben die Case Manager*innen der ÖBB aus datenschutzrechtlichen Erwägungen keinen Zugriff. (vgl. T17:1420-1429) Daran wird deutlich, dass eine klare Trennung danach erfolgt, welche Daten für welche Akteur*innen relevant sind, und die Zugänge entsprechend eingeschränkt und geregelt sind. Für den*die VAEB-Berater*in sind primär gesundheitsbezogene Daten von Einfluss, der*die Case Manager*in der ÖBB benötigt hingegen Informationen über den BWE-Fallverlauf. Der*Die Klient*in wird bereits beim Erstgespräch über die datenschutzrechtlichen Bestimmungen aufgeklärt, die restlichen Akteur*innen des Integrationsteams werden bei der ersten Zusammenkunft des Integrationsteams bezüglich eines Falles auf die Datenschutzregelungen aufmerksam gemacht und müssen eine entsprechende Verschwiegenheitserklärung unterschreiben (vgl. T17:1120-1133). Beim Magistrat Graz

unterzeichnen die Klient*innen und involvierten Akteur*innen ebenfalls eine entsprechende Datenschutz- bzw. Einverständniserklärung (vgl. T22:178-179).

Einen expliziten Hilfe- bzw. Maßnahmenplan erwähnt nur der*die Case Manager*in des Magistrats Graz. Diese*r gibt an, dass neben einem Maßnahmenplan auch ein Begleitplan existiert, welcher bei einer schrittweisen Wiedereingliederung sowie bei beruflichen Veränderungen Anwendung findet. Die Abteilungsvorstände und Führungskräfte werden jeweils schriftlich über die geplanten Maßnahmen informiert. (vgl. T22:271-277) Fallübergreifend erfolgt einmal jährlich die Berichterstattung an den Gesundheitsausschuss, wobei die durchgeführten Maßnahmen des vergangenen Jahres anonymisiert ausgeführt werden (vgl. T22:1079-1081).

Der*Die Case Manager*in der ÖBB gibt zu bedenken, dass keine*r der teilnehmenden Akteur*innen des Integrationsteams einen Maßnahmenplan oder ein Protokoll erhält. Die festgelegten Maßnahmen werden lediglich vonseiten des*der Expert*in auf einem Flipchart mitprotokolliert und ein Foto davon zur Datenbank der VAEB hochgeladen. (vgl. T17:1368-1371) Der*Die Interviewpartner*in kritisiert, dass der fehlende Maßnahmenplan einer Verbindlichkeit für die Akteur*innen des Integrationsteams entgegensteht, da diese keinen schriftlichen Nachweis über die geplanten Maßnahmen in Händen halten. Dem BWE-Prozess der ÖBB entsprechend ist das einzige zur Verfügung stehende Mittel für den*die Case Manager*in, die Ergebnisse bei der nächsten Integrationsteamsitzung mündlich zu wiederholen. Lediglich beim stufenweisen Wiedereinstieg steht ein konkreter Plan mit sämtlichen einzelnen Phasen zur Verfügung, der an alle Teilnehmer*innen des Integrationsteams per E-Mail weitergeleitet wird. Für alle anderen Maßnahmen existiert keine entsprechende schriftliche Handhabe, was für den*die Befragte*n ein Manko darstellt. (vgl. ebd.:1390-1403)

Interpretation der Ergebnisse

Aus dem erhobenen qualitativen Material kann gefolgert werden, dass in allen Organisationen die Notwendigkeit einer ausreichenden Dokumentation erkannt wird und ein Bewusstsein für die enorme Bedeutung des Datenschutzes besteht. Aus diesem Grund sind beispielsweise die Zugriffe auf die jeweiligen Daten nur bestimmten Personengruppen vorbehalten und Zugänge zur jeweiligen Datenbank entsprechend geregelt. Für Nutzer*innen des Programms der BWE stellt der Schutz von sensiblen Daten, wie beispielsweise von gesundheitsbezogenen, einen zentralen Aspekt dar,

welcher maßgeblich dazu beiträgt, das Vertrauen der Klient*innen in die BWE zu gewinnen.

Kiesche zufolge ist in puncto Datenschutz in der BWE eine Unterscheidung zwischen sensitiven und nicht sensitiven Daten anzuraten. Zu den nicht sensitiven Daten zählen etwa Qualifikationen der Mitarbeiter*innen, das jeweilige Arbeitszeitmodell, die aktuelle Tätigkeit etc. Sensitive Daten hingegen beinhalten gesundheitsbezogene oder prozessbezogene Daten hinsichtlich der BWE. Darunter sind auch ärztliche Diagnosen und Prognosen oder maßnahmenbezogene Daten wie die stufenweise Wiedereingliederung einzuordnen. (vgl. Kiesche 2014:321-322) Vor allem der Schutz der gesundheitsbezogenen und prozessbezogenen Daten bedarf eines geregelten Umgangs innerhalb der Organisation, was sich in Form einer Betriebsvereinbarung widerspiegeln und manifestieren sollte.

Das Fehlen eines Hilfe- bzw. Maßnahmenplans steht möglicherweise in einem engen Zusammenhang mit den hohen Anforderungen an den Datenschutz, da die Sorge besteht, dass die Aushändigung eines Schriftstücks an alle Beteiligten den Datenschutz verletze. Indem jedoch alle Akteur*innen im Vorfeld über die Datenschutzregulierungen aufgeklärt werden und eine entsprechende Zustimmungserklärung abgeben, lässt sich diese Sichtweise entkräften.

Die Vorteile eines gemeinsamen schriftlichen Kontrakts liegen klar auf der Hand: Ein Maßnahmenplan stellt eine gegenseitige Verpflichtung dar und übernimmt eine partizipatorische Funktion, wobei jede*r der Beteiligten seine*ihre Zustimmung zu diesem Vertrag ausdrückt. Moxley führt zu diesem Thema aus:

„A [...] characteristic of the service and support plan is its participatory nature. By virtue of involving the client, social network members, and professionals, the case manager can build commitment to the service and support plan ultimately to the achievement of client needs by the actors identified within the plan. A key principle here is that commitment to the plan and to fulfilling client needs evolves out of participation in the development of the client service and support plan.“ (Moxley 1989:60)

Der Maßnahmenplan bietet somit die Gelegenheit, alle Akteur*innen zu beteiligen und im Sinn des*der Klient*innen auf ein gemeinsames Ziel einzustimmen. Diese Vorgangsweise erleichtert in weiterer Folge die Umsetzung des Plans, da sich alle Beteiligten ihrer Verpflichtungen bewusst werden, sich daran orientieren können und klar ersichtlich wird, welche Aufgaben jedem*jeder Einzelnen zufallen bzw. bis wann diese zu erledigen sind.

Neben der fallbezogenen Dokumentation steht im Vordergrund des CM-Konzepts, aus den einzelnen Fällen zu lernen, das daraus gewonnene Wissen im Sinn einer Systemsteuerung weiterzutragen und für andere ähnliche Fälle zugänglich zu machen. Dazu bedarf es zusätzlich einer fallübergreifenden Dokumentation, wie dies beispielsweise beim Magistrat Graz gehandhabt wird, indem eine jährliche Berichterstattung über die ausgeführten fallbezogenen Maßnahmen an den Gesundheitsausschluss erfolgt, um Lerneffekte auf Organisationsebene anzustoßen. Welche Herausforderungen sich in diesem Zusammenhang für die einzelnen Einrichtungen auf Systemebene ergeben und in welcher Weise die Steuerung des Systems durchgeführt wird, ist Inhalt des letzten Ergebniskapitels in diesem Teil.

5.6.6 Maßnahmen auf Systemebene

In Anlehnung an Faß soll im Sinn einer Systemsteuerung nach Abschluss eines Falls dessen Verlauf analysiert werden, um die gewonnenen Erkenntnisse in die Vorbereitung und Abwicklung neuer Fälle einfließen zu lassen (vgl. Faß 2006:141). Dahingehend stellt die Hilfeplanung ein entscheidendes Instrument für die Systemsteuerung im CM dar. Wird der daraus abgeleitete Bedarf nicht an die Mesoebene weitergeleitet bzw. verpflichtet sich das CM nicht zu einer Bottom-up-Vorgangsweise, beschränkt sich laut Monzer das CM auf eine reine Betreuungsfunktion. (vgl. Monzer 2013:171) Dem*Der Case Manager*in kommt demzufolge erhebliche Bedeutung zu, da er*sie in diesem Prozess eine Brückenfunktion zwischen der Fall- und Systemebene einnimmt (vgl. Ehlers / Müller 2013:111).

Anhand der Praxisbeispiele kommt ans Licht, dass die untersuchten Organisationen je nach Arbeitsfeld und Kontext fallbezogen und -übergreifend mit unterschiedlichen Herausforderungen konfrontiert sind:

Schwierigkeiten ergeben sich laut Pflegebereichsleiter*in des Med Campus III beispielsweise dadurch, dass kaum alternative Arbeitsplätze für betroffene Klient*innen auszumachen sind. „Es gibt in der Pflege jetzt keinen Arbeitsplatz, wo i sagen kann oder wo i garantieren kann, der Mitarbeiter [der*die Klient*in] kann keine oder braucht keine fünf Kilo heben.“ (T21:411-414) Aus Sicht der Arbeitsmedizin sind die sogenannten Schonarbeitsplätze wie solche von Botengeher*innen der zunehmenden Technisierung zum Opfer gefallen, zudem werden aktuell bei allen körperlich schonenden Arbeitsplätzen höhere Anforderungen an Jobbewerber*innen wie beispielsweise PC-Kenntnisse gestellt (vgl. ebd.:512-526).

„Aber wenn i [der*die Klient*in] natürlich wenig Qualifikationen hab, dann wird des ganz schwierig, weil die Anforderungen einfach da schon so hoch sind [...]. Selbst wenn ich heute an einem Schalter sitz im Krankenhaus, da muss i so und so viele Fertigkeiten haben, muss ich stressbelast[bar] sein, muss schnell sein, muss flexibel sein, muss kundenorientiert sein, ich muss sitzen können. Ich kann jetzt ned sagen, i mach jetzt mei Pause, weil ich die brauch, [...] wenn jetzt die ganzen Kundentrauben vor der Tür stehen.“ (ebd.:522-530)

Erschwerend kommt laut dem*der befragten Case Manager*in des Med Campus III hinzu, dass die Tätigkeitsbeschreibungen der im Krankenhaus vorfindbaren Berufsgruppen derart exakt ausgearbeitet sind, dass kaum Flexibilität bei der Anpassung eines Arbeitsplatzes gegeben ist (vgl. ebd.:502-504). Weiters sind laut Personalleiter*in die Rahmenbedingungen im öffentlichen Dienst äußerst rigide gehalten, weshalb wenig Handlungsspielraum für steuerndes Eingreifen besteht (vgl. ebd.:946-950).

Bei den ÖBB zeichnet sich ein ähnliches Bild ab. Der*Die Case Manager*in betont, dass es für BWE-Fälle schwierig ist, geeignete Tätigkeiten zu finden, vor allem wenn diese weder schwere Lasten heben, noch Staub und Lärm ausgesetzt werden dürfen. Diese Belastungen sind für die Mitarbeiter*innen der ÖBB mit Abstufungen in fast allen Bereichen gegeben. (vgl. T17:1600-1604) Der*Die Expertin bringt auf den Punkt, dass Leistungseinschränkungen zunehmen, je älter die Mitarbeiter*innen werden (vgl. ebd.:1584-1586). Auch der Altersdurchschnitt in den Gruppen ist im Steigen begriffen, jüngere Kolleg*innen, welche Klient*innen mit Leistungseinschränkungen bei Bedarf entlasten könnten, fehlen (vgl. ebd.:1586-1591). Der Bedarf an alternativen Tätigkeiten ist ausgesprochen hoch. Es existieren zwar spezielle Organisationseinheiten für Mitarbeiter*innen mit Beeinträchtigungen, Leistungseinschränkungen oder in Altersteilzeit, Kontingente stehen jedoch nicht mehr zur Verfügung. (vgl. ebd.:623-630)

Der*Die Expert*in der Stadt Graz bedauert, dass aufgrund von Personaleinsparungen Stellen für Personen, die nicht mehr zu 100% arbeitsfähig sind, abgebaut werden, weshalb notwendige Versetzungen immer schwieriger handzuhaben sind. Dennoch weiß der*die Interviewte auch von positiven Entwicklungen zu berichten, wie beispielsweise von einem Projekt zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit in den geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz. In diesen Einrichtungen werden Stellen mit geringem Belastungsgrad für Personen mit Einschränkungen geschaffen, welche für BWE-Fälle freigehalten werden und nicht anderweitig besetzt werden dürfen. Der*Die Case Manager*in spricht sich für diesen „guten Ansatz“ aus. (vgl. T22:1535-1544) In diesem Zusammenhang tritt die „Gatekeeper-Funktion“ des CM in den Vordergrund, indem Stellen für Klient*innen freigehalten werden (siehe Kapitel 2.3.3). Eine weitere Variante, welche beim Magistrat Graz Umsetzung findet, sind sogenannte „geschützte

Arbeitsplätze“ für Mitarbeiter*innen bei Vorliegen einer begünstigten Behinderung von mindestens 50%. Diese Klient*innen werden laut dem*der Expert*in „über dem Stand geführt“ und bei Bedarf in unterschiedlichen Abteilungen eingesetzt. (vgl. ebd.:1567-1573)

Neben dem Mangel an alternativen Arbeitsplätzen stellen vor allem mehrere komplexe Fälle in einem Team eine Herausforderung für die Expert*innen dar (vgl. T21:549-551).

„Einen können wir immer nu gut verkraften, des macht meistens a Team [*Gruppe*] relativ gut, aber es gibt ja die anderen Dinge a dahinter, und da wird's dann eng [...], wer macht dann was ned und wer wird dann überlastet, weil einer kann ned nur die ganzen schweren Hebearbeiten machen, es sand zwei, drei, die gar nix mehr tun. Dann ham ma nu de Schwangeren dazu, der Mutterschutz, der intensiv gehalten wird, die dürfen ja praktisch nichts mehr tun oder fast nichts mehr tun am Arbeitsplatz, des heißt, des kummt ja a nu alles dazu.“ (T21:551-556)

Diese Thematik wird auch vonseiten des*der Case Manager*in der ÖBB aufgegriffen. Ist eine Gruppe generell unterbesetzt und zudem mit einem*einer wiedereingegliederten Person befasst, welche*r aufgrund mangelnder Bereitschaft zu Arbeitszeitreduzierung in Vollzeitstellung jedoch weniger als 50% Leistung erbringt, fehlt der Gruppe neben einer 100%igen Arbeitskraft noch eine weitere, nämlich 50%ige (vgl. T17:1616-1619). Da die restlichen Kolleg*innen die fehlende Leistung kompensieren zu haben, führt dieser Zustand auf Dauer zur Überforderung der gesamten Gruppe (vgl. ebd.:1624-1625). Die befragte Führungskraft drängt bei einer solchen Ausgangslage auf Begleitmaßnahmen. Diese bestehen darin, die Teilnehmer*innen des Integrationsteams, im Speziellen den*die Case Manager*in, den*die Arbeitsmediziner*in und den*die VAEB-Berater*in, dazu zu gewinnen, eine zusätzliche Arbeitskraft in der Zentrale in Wien einzufordern (vgl. T16:738-745). „[D]ie Begleitmaßnahme muass halt a amoi sein, dass wer anderer sagt, wir brauchen nu wen dazua.“ (ebd.:745-746) Aus Sicht der Führungskraft erfährt diese Forderung bei Unterstützung vonseiten der Expert*innen mehr Akzeptanz und wird eher umgesetzt (vgl. ebd.:747-750). Der*Die befragte Case Manager*in fühlt sich für das Weitertragen von Bedarfen verantwortlich, merkt aber auch an, dass zu dieser Problematik noch kein festes Regelwerk vorliegt (vgl. T17:1613-1616). Dennoch gibt er*sie eine Stellungnahme in Form einer Prozessbeschreibung ab, welche Auswirkungen die aktuelle Situation auf die restlichen Kolleg*innen der Gruppe hat. In Bezug auf den Datenschutz ergebe sich daraus ein Spannungsfeld, da Informationen vor Weiterleitung einer Anonymisierung unterzogen werden müssen (vgl. ebd.:1629-1634).

„Ah, des Schlimme für mich is einfach, [...] i gib's weiter, aber in dem Moment, wo i's weitergib, is dann a scho wieder Ende meiner Verantwortung [...]. I kann dann scho nu a paar Mal nachfragen, aber vü mehr kann i a ned tun. Da [...] hab i a für

mi persönlich immer so den Anspruch, es muassat mehr möglich sein [...].“
(ebd.:1625-1628)

Je mehr Personen sich für eine Veränderung aussprechen, desto höher sei die Chance, Gehör zu finden, gibt sich der*die Case Manager*in überzeugt. Es gereiche zum Vorteil, dass die BWE dem Gesundheitsmanagement zugeordnet ist und diese fallübergreifend Maßnahmen setzen bzw. vorschlagen kann. Das Team des*der Case Manager*in innerhalb dieser Organisationseinheit betrachtet es als seine Aufgabe, bestehende Lücken im System immer wieder aufzuzeigen. (vgl. ebd.:1666-1673)

Auch der*die Case Manager*in des Magistrats Graz versucht, im Fall des Aufspürens von „Mustern in einer Abteilung“ diese Informationen an das Betriebliche Gesundheitsmanagement weiterzuleiten. Einmal jährlich wird, wie bereits im vorherigen Kapitel beschrieben, beispielsweise dem Gesundheitsausschuss ein Bericht über die in diesem Jahr getroffenen Maßnahmen ausgehändigt (vgl. T22:1079-1081). Diese Ansätze stellen aus Sicht des*der Expert*in sowohl präventive als auch fallübergreifende, direkte Maßnahmen dar. (vgl. ebd.:48-57) Der*Die Interviewpartner*in berichtet davon, in seiner*ihrer Eigenschaft als Case Manager*in Informationen zu erhalten, welche auf die nächste Ebene gehoben werden:

„Und kein Gesundheitszirkel der Welt kommt zu diesen Infos, zu denen ich komm. Und die[se] anonym weitergeben zu können, des is es eigentlich, das es nochmals spannend macht [...], diese[r] Case-Management-Ansatz. Zu sagen, ich hol, man holt sich die Infos von unten, tragt sie weiter, oben werden andere Maßnahmen gebildet, um Dinge schon vorher abpuffern zu können.“ (ebd.:385-389)

Beim Abschlussgespräch mit den Abteilungsvorständen werden diese über den Grund und die Art der getroffenen Maßnahmen informiert. Auf diese Weise rufen sich bei den jeweiligen Abteilungsvorständen Parallelen zu anderen Mitarbeiter*innen ins Bewusstsein und werden gegebenenfalls dort Veränderungen vorgenommen. (vgl. ebd.:1079-1083) Bei Bedarf wird auch das Personalamt oder die Organisationsentwicklung hinzugezogen, um die jeweiligen Prozesse zu überprüfen. (vgl. ebd.:1193-1200)

Der*Die Case Manager*in der ÖBB zieht es nach eigener Angabe vor, „mehr auf Systemebene“ zu arbeiten. Seiner*Ihrer Ansicht nach seien Case Manager*innen dafür prädestiniert, da sie vor Ort in Erscheinung treten und somit Informationen aus „erster Hand erhalten“, was beispielsweise dem*der Gesundheitsmanager*in mit Sitz in Wien verunmöglich ist. In seiner*ihrer Rolle als Case Manager*in nimmt er*sie die Verantwortung wahr, Lücken auf Fallebene aufzuzeigen. Konzernübergreifend besteht jedoch Uneinigkeit darüber, inwieweit dies in der Verantwortung der BWE liegt. (vgl.

T17:1680-1691) In diesem Kontext tun sich auch zwischen den unterschiedlichen Teilgesellschaften divergierende Ansichten auf, wie weit die Arbeit auf Systemebene zum Aufgabenbereich der BWE zählt (vgl. ebd.:1700-1708).

Veränderungsbedarf sieht der*die Case Manager*in der ÖBB in Bezug auf den demografischen Wandel vor allem bei der Personalplanung. Zentrale Themen bilden nach Ansicht des*der Expert*in altersgerechte Arbeitsplätze oder anstehende Pensionierungen der Belegschaft. Laut Case Manager*in treten bis zum Jahr 2025 ca. 75% der Belegschaft ihre Pension an. Diesbezüglich sei also starker Handlungsbedarf gegeben. (vgl. ebd.:1737-1749)

Zudem solle der BWE-Prozess bei der ÖBB in seiner Gesamtheit nochmals überdacht werden (vgl. ebd.:1819-1822). Prinzipiell erachtet der*die Expert*in die Zusammenarbeit mit der VAEB als Bonus, dennoch sei die Aufgabenteilung flexibler auszugestalten. Es stellt sich zudem die Frage, an welcher Stelle Mitarbeiter*innen mit Unterstützungsbedarf andocken können, wenn sie nicht den Kriterien eines klassischen BWE-Falls entsprechen. In diesem Zusammenhang sei laut Expert*in zusätzliche Unterstützung beispielsweise in Form eines*einer Sozialarbeiter*in vor Ort angebracht bzw. eine Erweiterung des Prozesses anzudenken. (vgl. ebd.:1832-1841)

„Weil, wenn i denk, i hab [a]n Fertigungsleiter [...], der [...] Mitarbeiter ghabt hat, mit enormen psychischen Problemen, wo's zu Selbst- und Fremdgefährdung kumman is, ja. Ah, wo er in seiner Erstintention bei mir anrufen hat, bei der Arbeitsmedizin anrufen hat. [...] [E]s war im Grunde eine Akutsituation, [...] es gibt das Kriseninterventionsteam der ÖBB, aber des war in der Situation nicht so schnell machbar, ja. Also da sag i, da [...] braucht's einfach a scho was anders, ja.“
(ebd.:1841-1847)

Wie zu Beginn zum Thema BWE ausgeführt wurde, haben sich die gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für Unternehmen, aber auch für deren Mitarbeiter*innen stark verändert. „ArbeitnehmerInnen stehen dabei vor der Herausforderung, ihre Identität den Entwicklungsprozessen am Arbeitsplatz, in Koordination mit jenen in ihrem sonstigen gesellschaftlichen Umfeld, anzunähern und zu stabilisieren“ (Stoll 2013:94). Demnach sind Arbeitskräfte in ihren Unternehmen laufend mit den rasanten Entwicklungen im Wirtschaftsleben konfrontiert, an die sie sich regelmäßig anpassen müssen. Eine mögliche Folge davon sind Verunsicherung, Ängste und Überforderung der Mitarbeiter*innen. In diesem Kontext sollten sich Unternehmen zunehmend die Frage nach der sozialen Verantwortung für ihre Mitarbeiter*innen stellen. Den Daten ist ein großer Bedarf an Sozialberatung zu entnehmen, vor allem vonseiten jener Mitarbeiter*innen, welche noch keine Fälle für die BWE darstellen. Diese Frage

wird an dieser Stelle nicht weiterverfolgt, sie stellt aber einen interessanten, bearbeitungswürdigen Aspekt dar.

Interpretation der Ergebnisse

Auffallend ist, dass bei FAMOS keine Daten zur Maßnahmensetzung auf Systemebene aufzufinden waren. Dies kann einerseits daran liegen, dass sich die Anzahl an Klient*innen in Grenzen hält und diese problemlos eingegliedert werden können, andererseits aber auch auf den Umstand zurückzuführen sein, dass bestehender Bedarf nicht nachverfolgt und folglich nicht erkannt wird. In diesem Zusammenhang tritt der Unterschied zwischen Fall- und Case Management besonders deutlich hervor: CM bezieht sich, wie zu Beginn der Masterthesis dargestellt (siehe Kapitel 2.1), eben nicht nur auf die Steuerung des Falls, sondern auch auf die Regulierung des Systems.

Die Analyse der drei anderen Organisationen lässt den Schluss zu, dass die befragten Case Manager*innen sehr wohl einen Handlungsbedarf auf Systemebene erkennen. Bei den benannten Herausforderungen in den einzelnen Unternehmen konnten Gemeinsamkeiten erhoben werden. Ein Bedarf an alternativen Arbeitsplätzen für Klient*innen mit Leistungseinschränkungen ist in allen Organisationen gegeben, allerdings stellen die zur Verfügung stehenden Plätze Mangelware dar. Sind passende Arbeitsplätze nicht in ausreichender Anzahl vorhanden und ist gleichzeitig die Anzahl an betroffenen Nutzer*innen im Steigen begriffen, entsteht eine Schieflage zwischen Angebot und Nachfrage.

Weitere Erkenntnisse beziehen sich darauf, dass ein oder mehrere Wiedereingegliederte nicht nur in einer kleinen Gruppe eine Herausforderung darstellen, da die Kolleg*innen die fehlende Arbeitsleistung kompensieren müssen, was in weiterer Folge in eine Überforderung der restlichen Kolleg*innen münden kann. Im Umkehrschluss ist die Steuerung auf Systemebene dann unumgänglich, wenn ein Ungleichgewicht im System vorherrscht. Bestenfalls wird eine Aktion in Gang gesetzt, sobald sich die Überforderung der restlichen Gruppenmitglieder anbahnt. Damit weitere Fälle von dieser Erkenntnis profitieren können, ist dem CM-Konzept entsprechend eine Regulierung des Systems vorzusehen.

Um den „Fall ins System zu bringen“ bzw. die aus dem Fall gewonnenen Erkenntnisse auf Systemebene zu verankern, ist Faß zufolge professionelles Schnittstellenmanagement geboten (vgl. Faß 2013:78), um Strukturen zu schaffen, „wie Informationen aus dem Fallmanagement in das Systemmanagement übertragen und

dort in die Planungs- und Beschaffungsprozesse einfließen können“ (Faß 2013:78). Ehlers und Müller geben zu bedenken, dass bei fehlendem Schnittstellenmanagement und starren organisationsinternen Strukturen die Gefahr besteht, dass CM lediglich auf der Fallebene umsetzbar ist und deshalb nur eingeschränkt wirkungsvoll sein kann (vgl. Ehlers / Müller 2013:121).

In diesem Zusammenhang fällt im Rahmen der Untersuchung auf, dass beim Magistrat Graz die Kommunikationsformen und -strukturen zwischen den unterschiedlichen Ebenen relativ flexibel angelegt sind, sodass Entscheidungen, Informationen bzw. Abstimmungen zwischen den Kooperationspartner*innen schnell und unkompliziert erfolgen. Bei den ÖBB hingegen entsteht der Eindruck, dass für Bottom-up-Prozesse nicht die nötigen Strukturen und Kommunikationswege vorhanden sind, um Wissen an unterschiedliche Ebenen weiterzuleiten. Außerdem gelte es, im Vorfeld alle Hierarchieebenen zu durchlaufen, um das Treffen von Entscheidungen zu erleichtern. (vgl. Ehlers / Müller 2013:116-117) Wie sich Kommunikationswege und -strukturen gestalten, könnte auch in einem engen Zusammenhang mit der Größe der jeweiligen Organisationen stehen. Bei kleinen, überschaubaren Unternehmen, in denen persönliche Kontakte zu unterschiedlichen Ebenen gepflegt werden, gestaltet sich das Auffinden von Kommunikationswegen vermutlich einfacher als in Großunternehmen, in denen besagte Kontakte zu unterschiedlichen Ebenen Seltenheitswert aufweisen. Unabhängig von ihrer Größe ist es für einen Betrieb, will er CM umfassend verstehen, unvermeidbar, Kommunikationspfade zu den zuständigen Ebenen anzulegen bzw. den Boden dafür zu bereiten, um Anliegen und Bedarfe in weitere Ebenen befördern zu können.

In der Untersuchung kommt zum Ausdruck, dass Case Manager*innen in Ausübung ihrer Tätigkeit bestens über die bestehenden Probleme und Herausforderungen der Mitarbeiter*innen Bescheid wissen sowie Lücken im Versorgungssystem aufspüren können. Dieses Wissen zu bündeln, weiterzutragen und präventiv zu nützen, wäre Aufgabe von CM. Zu diesem Zweck bedarf es jedoch der nötigen Fachkräfte, welche mit entsprechenden Qualifikationen ausgestattet sind und sich den Werten und Haltungen des CM verpflichten (siehe Kapitel 2.7).

Aufgrund zunehmender Leistungsanforderungen, wegen des demografischen Wandels bzw. wegen anstehender Pensionierungen ist wohl auf lange Sicht eine Verschärfung der beschriebenen Problematik zu befürchten. Da diese Problemstellung weder isoliert betrachtet noch innerhalb einer Organisation genügend Aufarbeitung erfahren kann,

sondern generell eine gesamtgesellschaftliche, ökonomische und politische Herausforderung darstellt, ist dahingehend in weiterer Folge auch eine Steuerung auf Makroebene anzuraten.

Im abschließenden Kapitel werden die zentralen Ergebnisse dieses empirischen Teils nochmals zusammengefasst, indem die eingangs formulierte Forschungsfrage einer endgültigen Beantwortung zugeführt wird.

5.6.7 Resümee

Vorliegende Masterthesis ging mithilfe von qualitativer Forschung der Frage nach, wie sich die Zielformulierung und Maßnahmenplanung sowie deren Umsetzung in der BWE auf Fall- und Systemebene gestalten. Der Forschungsfrage wurde anhand von vier ausgewählten Praxisbeispielen aus unterschiedlichen Arbeitskontexten nachgegangen.

Die Untersuchungsergebnisse ergaben, dass in den beforschten Einrichtungen unterschiedliche Grade des Einbezugs der Nutzer*innen während der Zielplanung feststellbar sind. Auch die Interessen und der Wille der jeweiligen Klient*innen finden in verschiedenem Ausmaß Berücksichtigung, ebenso wie die Orientierung an zentralen Prinzipien des Social Work CM. Neben den Zielen der Nutzer*innen sind deren Handlungsmöglichkeiten sowie organisationsinterne Ressourcen für die weitere Maßnahmenplanung von entscheidender Bedeutung.

Weiters konnte aufgezeigt werden, dass den Führungskräften in der BWE erhebliche Bedeutung zukommt. Als Expert*innen des Arbeitsprozesses nehmen diese eine zentrale Rolle ein, da sie für die Umsetzung der betriebsinternen Maßnahmen zuständig sind. Eine konstruktive Beziehung zwischen den BWE-Beauftragten und den jeweiligen Führungskräften ist dem Wiedereingliederungsprozess äußerst zuträglich. Nutzbringend ist ferner, wenn die Vorgesetzten die BWE als Unterstützung für sich wahrnehmen können und Sinnhaftigkeit der BWE erkennen. Innerhalb der untersuchten Organisationen war zu erkennen, dass die Führungskräfte in unterschiedlicher Intensität am Wiedereingliederungsprozess beteiligt sind. Vor allem bei starker Einbindung benötigen Führungskräfte gut entwickelte soziale Kompetenzen. Um Vorgesetzte bei ihren Aufgaben im Kontext der BWE ausreichend unterstützen zu können, werden regelmäßige Weiterbildungen, ein wiederkehrender organisationsinterner Austausch zwischen Führungskräften sowie Führungsberatung oder Supervision als geeignete Strategien angeführt.

Im offiziellen Prozess der BWE finden die Kolleg*innen zwar wenig bis kaum Berücksichtigung, dennoch tragen diese, den Daten zufolge, einen entscheidenden Beitrag zum Gelingen der Wiedereingliederung von Klient*innen bei. Vor allem Führungskräfte lassen die Auswirkungen einer Reintegration auf die Arbeitsgruppe stark in ihren Entscheidungsprozess hinsichtlich der Maßnahmenplanung miteinfließen. Je mehr die Kolleg*innen folglich bereits zum Zeitpunkt der Maßnahmenplanung vonseiten des*der Vorgesetzten miteingebunden werden, desto nachhaltiger gestalten sich die gesetzten Maßnahmen. Darüber hinaus können Offenheit, Vertrauen und Transparenz innerhalb einer Gruppe zu einem verstärkten Verständnis für die Situation des*der Klient*in führen. Günstig auf den Wiedereingliederungsprozess wirkt sich zudem der Einsatz der Kolleg*innen als informelle Helfer*innen für den*die Nutzer*in aus. Unter den BWE-Beauftragten offenbarten sich unterschiedliche Sichtweisen in Bezug darauf, wie weit die Einbindung der Gruppe als deren Aufgabenbereich wahrgenommen wird.

Die Vernetzung mit weiteren relevanten Kooperationspartner*innen erfolgt in der BWE großteils in Form von innerbetrieblichen Akteur*innen, da sich die Maßnahmen primär auf den beruflichen Kontext beziehen. Lediglich bei den ÖBB ist durch die Zusammenarbeit mit dem*der VAEB-Berater*in eine intensive Kooperation mit einem*einer externen Akteur*in gelungen. Spielen private Faktoren eine tragende Rolle im Wiedereingliederungsprozess, werden die Nutzer*innen unter Berücksichtigung ihrer Eigenverantwortung an externe Akteur*innen verwiesen. Die große Herausforderung bei der Vernetzung mit Akteur*innen außerhalb des Betriebs stellt den Daten zufolge das Schnittstellenmanagement dar. Neben der unterschiedlichen Gestaltung der Kooperationsbeziehungen traten darüber hinaus wesentliche Unterschiede hinsichtlich der Rollenausgestaltung der BWE-Beauftragten auf. Die Datenlage erbringt den Nachweis, dass das Rollenverständnis der CM-Fachkräfte in einem engen Zusammenhang mit der jeweiligen Implementation des CM-Konzepts sowie mit dem betriebsinternen CM-Verständnis steht. Des Weiteren kam hervor, dass mit allen involvierten Akteur*innen permanente Beziehungspflege und ausreichende Kommunikation sowohl fallbezogen als auch fallübergreifend zu leisten ist. Um den an sie gestellten hohen Anforderungen gerecht werden zu können, benötigen die BWE-Beauftragten entsprechende Kompetenzen, was die Notwendigkeit einer entsprechenden Qualifikation bedingt.

In puncto Dokumentation des gesamten BWE-Prozesses legen sämtliche untersuchten Organisationen ein umfassendes Verständnis für die Notwendigkeit einer Aufzeichnung sowie ein Bewusstsein für die enorme Bedeutung des Datenschutzes an den Tag. Ein

Betrieb vermisst einen expliziten schriftlichen Kontrakt in Form eines Hilfe- oder Maßnahmenplans, was wiederum auf die Maßnahmenumsetzung Auswirkungen haben kann.

In drei von vier untersuchten Unternehmen nahmen die Case Manager*innen Handlungsbedarf auf Systemebene wahr und benannten ihn auch als solchen. Für Mitarbeiter*innen mit Leistungseinschränkungen besteht hoher Bedarf an alternativen Arbeitsplätzen, wobei die zur Verfügung stehenden Möglichkeiten äußerst begrenzt sind. Eine Herausforderung stellen zudem mehrere Klient*innen in einer Gruppe bzw. ein*eine Nutzer*in in einer sehr kleinen Gruppe dar. Im Sinn des CM-Konzepts sollten die gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnisse aus der Fallarbeit an die Systemebene rückgemeldet werden, um ähnliche Situationen für künftige Fälle zu vermeiden bzw. um eine Anpassung und Optimierung der Angebote zu gewährleisten. Zur Steuerung des Systems werden außerdem entsprechende Kommunikationswege und -strukturen benötigt, um die Erkenntnisse an die zuständigen Ebenen weitertragen zu können, wobei diese teilweise fehlen. Die Gestaltung von Bottom-up-Prozessen bietet erneut einen Rückschluss auf die Implementation bzw. auf das betriebsinterne CM-Verständnis an.

Es wurde zudem herausgearbeitet, dass die Problemstellungen in den einzelnen Unternehmen nicht betriebsintern isoliert zu betrachten, sondern stets in einen gesellschaftlichen, ökonomischen und politischen Gesamtkontext zu stellen sind. Der Anstoß für die Schaffung günstigerer Rahmenbedingungen sollte dabei auch auf Makroebene erfolgen.

Obwohl sich der Schwerpunkt dieser Masterthesis lediglich auf einen Teilbereich des CM-Regelkreises bezieht, ist abschließend Wert auf die Feststellung zu legen, dass sich nichtsdestotrotz die gesamte Komplexität und Mehrdimensionalität des CM-Konzepts in den Forschungsergebnissen widerspiegelt.

Im letzten Kapitel erfolgt nochmals die Zusammenfassung der Gemeinsamkeiten der beiden Schwerpunktsetzungen zur BWE sowie die Vorstellung der wesentlichen Kernaussagen.

5.7 Fazit Betriebliche Wiedereingliederung

Claus-Clemens Lichtenthäler, Maria Katharina Weinberger

Der aktuelle Teil der Masterarbeit hat sich mit der BWE auf Grundlage des Konzeptes CM auseinandergesetzt. In diesem Kapitel werden nun die wesentlichen, schwerpunktübergreifenden Erkenntnisse und Gemeinsamkeiten beider Themenstellungen zusammengefasst.

Bereits beim anfänglichen Exkurs in die Betriebliche Sozialarbeit wurde deutlich, dass im betrieblichen Kontext andere Rahmenbedingungen herrschen, als beispielsweise in einem Dienstleistungsunternehmen und dass Betriebliche Soziale Arbeit primär in Wirtschaftsunternehmen oder in der Verwaltungen zum Einsatz kommen. Auch die im Rahmen dieses Forschungsprojektes untersuchten Organisationen lassen sich diesen beiden Gruppen zuordnen. Die Besonderheit in der BWE ergibt sich daraus, dass der Hauptzweck der Organisation auf andere Aufgabenbereiche als auf die Wiedereingliederung erkrankter und/oder verunfallter Mitarbeiter*innen abzielt. Dies stellt einen entscheidenden Unterschied zu Organisationen dar, welche CM als Dienstleistung für ihre Klient*innen anbieten. In diesem Zusammenhang ist davon auszugehen, dass für den Großteil der Belegschaft andere Prinzipien und Rationalitäten, als die im CM vorherrschenden, gelten. Dieses Spezifikum spiegelt sich beispielsweise durch unterschiedliche Sichtweisen und Zwänge der involvierten Akteur*innen, aber auch in der Verwendung von unterschiedlichen Begrifflichkeiten, wider.

Bei der Auseinandersetzung und Bearbeitung der jeweiligen Schwerpunkte wurde von Beginn an der systemische Ansatz des CM- bzw. BWE-Konzeptes sichtbar. Trotz schwerpunktmäßiger Trennung, war eine komplette Trennung der einzelnen Themenbereiche schwer umsetzbar, weshalb Überschneidungen unausweichlich waren. Diese Tatsache lässt einen Rückschluss auf die Verwobenheit, aber auch auf die Mehrdimensionalität und Komplexität des Konzeptes zu. Im betrieblichen Kontext bedeutet dies jedoch auch, dass nicht ein Teilbereich eines Systems isoliert betrachtet werden kann, wie beispielsweise der*die Klient*in, sondern dass immer alle Faktoren eines Systems Berücksichtigung finden müssen, wie die restlichen Kolleg*innen der Nutzer*innen.

Einen entscheidenden Einfluss auf die Klärungsphase, sowie Maßnahmenplanung und –umsetzung, hat bereits die Art und Weise der Implementierung des Konzeptes im

Unternehmen. Dieser Frage wurde im Rahmen dieses Projektes zwar nicht explizit nachgegangen, weshalb allgemeingültige Rückschlüsse nicht gezogen werden können. Dennoch hat sich gezeigt, dass der jeweilige Implementierungsgrad sowohl Auswirkungen auf die Fallfindung, als auch auf die Fallbearbeitung hat. Eng mit der Implementierung des Konzeptes dürfte auch das betriebsinterne CM-Verständnis der BWE-Beauftragten, sowie der weiteren Akteur*innen zusammenhängen.

Die Daten aus beiden Schwerpunkten lassen zudem den Schluss zu, dass eine Vernetzung der BWE-Beauftragten mit sämtlichen, in der BWE involvierten Akteur*innen, von Beginn an von zentraler Bedeutung ist. Eine permanente Beziehungsarbeit vonseiten der BWE-Beauftragten zu allen Kooperationspartner*innen ist demnach sowohl in Bezug auf den jeweiligen Fall, vor allem aber auch fallübergreifend zu leisten und erfordert vonseiten der BWE-Beauftragten entsprechende kommunikative Fähigkeiten und soziale Kompetenzen.

Generell ist festzuhalten, dass die BWE-Beauftragten einen großen Stellenwert in der BWE einnehmen, obwohl sich in Bezug auf die Ausgestaltung ihrer Rollen Unterschiede in den untersuchten Organisationen ergeben. Diese Differenzen dürften einerseits auf die persönliche Haltung der Fachkräfte, sowie auf deren CM-Verständnis zurückzuführen sein, stehen aber auch in einem engen Zusammenhang mit der innerbetrieblichen Autorisierung des Konzeptes, sowie mit den, von der Organisation bereitgestellten, Ressourcen.

Bei der Auseinandersetzung mit beiden Schwerpunkten wurde zudem deutlich, dass neben der Bearbeitung auf Fallebene, auch eine Steuerung auf Systemebene zu berücksichtigen ist. Bei der Fallfindung wird dies im Vorfeld vor allem durch die Bildung von Zielen und Kriterien deutlich. Bei der Maßnahmenplanung und -umsetzung findet die Steuerung auf Systemebene dann Berücksichtigung, wenn Anliegen und Bedarfe, welche sich aus den einzelnen Fällen ergeben, auf Systemebene verankert werden sollen. Um den „Fall ins System zu bringen“ braucht es aus organisatorischer Sicht entsprechende Kommunikationsstrukturen, sowie ein funktionierendes Schnittstellenmanagement. Dies stellt für eine lernende Organisation einen permanenten Veränderungs- und Anpassungsprozess dar.

Abschließend ist festzuhalten, dass die Herausforderungen in der BWE nicht nur auf der organisatorischen Ebene betrachtet werden dürfen, sondern immer auch in einen

ökonomisch, politischen Gesamtkontext gestellt werden müssen. Womit deutlich wird, dass auf lange Sicht auch eine Steuerung auf Makroebene angestrebt werden muss.

Wurden in diesem Teil der Arbeit Klärungsphase und Maßnahmenplanung sowie -umsetzung betrachtet, wäre ein nächster Schritt, die, in der Phasenfolge dazwischen liegende Falleinschätzung (das Assessment) in der Praxis der BWE zu untersuchen. Weitere noch zu erschließende Forschungsaspekte der BWE sind die Klient*innenperspektive sowie die Fokussierung auf Prinzipien und Funktionen des CM.

Darüber hinaus kann ein Forschungsbedarf zum Thema Implementierung von CM in der BWE festgestellt werden. Damit zusammenhängend wären die Fragen, welche Veränderungen seit der Implementierung des CM-Konzeptes auf Systemebene festzustellen sind und inwieweit es sich bei den Organisationen tatsächlich um lernende Organisationen handelt, von Interesse.

6 Case Management auf der Systemebene im österreichischen Gesundheitswesen

Brigitte Grünsteidl

6.1 Einleitung

Dieser Teil der vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit Anwendungsbeispielen von CM im österreichischen Gesundheitswesen, welches schon seit Jahren vor der Herausforderung steht, eine für die österreichische Bevölkerung qualitativ hohe Versorgung trotz zurückgehender finanzieller Ressourcen zu gewährleisten (vgl. Riedl / Röhrling 2009:94–97).

Da die Praxis von CM wesentlich davon abhängig ist, „ob das Verfahren primär zur systematischen Gestaltung der Versorgung eingeführt wird, oder ob man es sekundär in ein ausgebautes System der Versorgung implantiert [...], [und CM] als Verfahren eine positive Rolle nur [dann] spielen [kann], wenn es mit Veränderungen im Versorgungssystem einhergeht und es verbessert“ (Engel / Engels 2000:11), richtet sich der Fokus dieser Forschungsarbeit auf die praktische Umsetzung von CM auf der Systemebene von Einrichtungen im österreichischen Gesundheitswesen.

Unterteilt ist diese wissenschaftliche Arbeit in fünf Kapitel, im aktuellen Abschnitt beschreibt sie das Forschungsinteresse entlang der gegenwärtigen Situation und der Herausforderungen für das Gesundheitswesen in Österreich. Im Zuge der Problemstellung wird die Forschungsfrage formuliert, die durch weitere Unterfragen Präzisierung erfährt. Zusätzlich werden im ersten Kapitel die Relevanz dieser Forschungsarbeit und ihre Ziele dargestellt.

Das Kapitel 6.2 elaboriert ergänzend zur allgemeinen Beschreibung von CM (siehe Kapitel 2) und dessen Ebenen (siehe Kapitel 2.1.1 und 2.1.2) die Systemebene von CM mit Fokus auf die Systemsteuerung durch Netzwerkarbeit auf detaillierte Weise. Weiters wird das österreichische Gesundheitswesen in Bezug auf die Finanzierung und Organisation der unterschiedlichen Dienstleistungen näher erläutert.

Im Methodenkapitel (siehe Kapitel 6.3) werden neben den für diese Arbeit wichtigen Aspekten im Forschungsdesign auch die im Rahmen des Forschungsprozesses relevanten Schritte der Forschungsarbeit beleuchtet. Zusätzlich werden die befragten Einrichtungen und ihre Bedeutung im Kontext des Sampling ebenso wie der Zugang ins Feld konkretisiert.

Die Ergebnisse werden im Kapitel 6.4 präsentiert und anhand bestehender Literatur für ein erfolgreiches CM dargelegt. Die Inhalte beschreiben verschiedene Aspekte zur Netzwerkarbeit zwischen den Einrichtungen auf der Systemebene im Gesundheitswesen. In diesem Zusammenhang werden die Tätigkeiten der untersuchten CM-Einrichtungen ebenso referiert wie der Aufbau der Netze und die Kooperationsstrukturen. Des Weiteren erfolgt die Darstellung unterschiedlicher Faktoren, die sich auf eine Zusammenarbeit auswirken. Ebenfalls kurze Thematisierung erfahren die Qualifizierungen der Case Manager*innen und der Umgang mit elektronischer Datenverarbeitung von Fällen im Sinn von CM. Den Abschluss bildet das Resümee, das die wesentlichen Erkenntnisse dieser Arbeit zusammenfasst. Ein Ausblick und eine Empfehlung runden das Resümee ab.

6.1.1 Problemstellung und Forschungsfrage

Das österreichische Gesundheitswesen soll gewährleisten, dass den Einwohner*innen dieses Landes eine gleichermaßen hochwertige Versorgung für die Erhaltung und Verbesserung ihres Gesundheitszustands zuteilwird. Die österreichische Bevölkerung vermag demgemäß aus einer Vielzahl von Leistungen zu wählen (vgl. BMG 2013:11–12). Als Folge davon sind Menschen, vor allem aber jene in höherem Alter, oft nicht mehr in der Lage, die oft differenzierte Angebotslandschaft zu überblicken und eine auf die eigenen Bedürfnisse passende Unterstützung zu wählen. Sie werden somit nur unzureichend versorgt (vgl. Engel / Engels 2000:7).

Zusätzlich ist das Gesundheits- und Sozialsystem aber auch einem Wandel unterworfen. Gründe dafür liegen in einer demografischen Entwicklung, die zu einem stetig wachsenden Anteil von Senior*innen in der Bevölkerung führt, sowie im medizinisch-technischen Fortschritt, der die Qualität der Versorgungsleistungen erhöht und eine steigende Lebenserwartung der Menschen zur Folge hat. Konsequenzen dieser Entwicklungen bestehen in geringeren Einnahmen der Staatskasse durch die produktive Bevölkerung sowie in einer Zunahme der Ausgaben für die Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit und der Pflege. Es ist also nicht verwunderlich, dass die Ausgaben pro

Kopf und in Relation zur Wirtschaftsleistung seit dem Jahr 1970 deutlich angestiegen sind (vgl. Riedl / Röhring 2009:94–97).

Daher widmen sich schon seit vielen Jahren Expert*innen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen den unterschiedlichen Problemen in diesem Zusammenhang. Es gilt, Lösungen zu finden, wie Über-, Unter- oder Fehlversorgung bei Multiproblemlagen verhindert und wie im Kontext der Leistungserbringer*innen „Abgrenzungen zwischen den einzelnen Sektoren überwunden werden [können]. Hinzu kommt die Notwendigkeit, mit begrenzten Mitteln das bestmögliche Ergebnis [...] zu erzielen“ (CCIV o.A.). Zu diesem Zweck beschäftigen sich unterschiedliche Akteur*innen mit „neuen“ Formen der Hilfeleistung, die Lösungen bieten, welche an die individuellen Bedürfnisse der Nutzer*innen angepasst werden können und dennoch durch Vernetzung und Schnittstellenmanagement dem hohen Qualitätsanspruch und einer Ressourcenschonung gerecht werden (vgl. CCIV 2016). Diese „neuen“ Formen der Hilfeleistung beinhalten Merkmale, die dem Verfahren CM entsprechen. Das Konzept CM beschreibt, dass sich der Hilfeprozess am Versorgungsbedarf der Nutzer*innen ausrichtet und folglich mittels Kooperation und Kommunikation der Hilfen ein effizienter und effektiver Ressourceneinsatz erreicht werden kann (vgl. Kapitel 2)

Die Implementierung von CM stellt einen entscheidenden Faktor für die Art und Weise der Umsetzung von CM in den unterschiedlichen Einrichtungen dar (vgl. Monzer 2018:25). Aus diesem Grund ist erwähnenswert, dass die in der Einleitung erwähnten Herausforderungen im Gesundheitswesen bereits in den letzten Jahren den Einsatz von Konsolidierungsmaßnahmen und Reformen durch die politischen Akteur*innen notwendig machten (vgl. BMfASuK 2017:154). Beispielweise wurde CM in §143b Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG) verankert. Nach §143b ASVG ist es das erklärte Ziel, Menschen bei schwerwiegenden gesundheitlichen Problemen durch das Gesundheits- und Sozialsystem zu führen. In welcher Form diese Unterstützung angeboten wird, ist nicht angeführt. Diesbezüglich erfolgt lediglich der Hinweis, sich beim zuständigen Sozialversicherungsträger zu informieren (vgl. SV 2017). Auch in §3 Pflegefondsgesetz ist das Verfahren CM verankert. Darin wird beschrieben, dass Zuschüsse ausbezahlt werden, wenn die Länder die Betreuungs- und Pflegedienste im Rahmen von CM organisieren, und damit stationäre Pflegeleistungen reduziert werden können. Leider finden sich auch in diesem Gesetz keine weiteren Bestimmungen, in welcher Form CM umzusetzen ist oder wie Betroffene unterstützt werden.

Konkreter beschreibt die Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement die Realisierung von CM. Die Leitlinie dient als Empfehlung für die im Rahmen der Vereinbarung gemäß Artikel 15a Bundesverfassungsgesetz (B-VG) vereinbarten Maßnahmen mit den Bundesländern, um

„Rahmenbedingungen für patientinnen- und patientenorientiertes Nahtstellenmanagement [zu schaffen] [...], um einen „raschen, reibungs- und lückenlosen, effizienten und sinnvollen Betreuungsverlauf“ zu gewährleisten.“
(Bundesgesundheitsagentur 2012:7)

Erklärtes Ziel in diesem Paper ist, die Prozesse bei der stationären Akutversorgung im Sinn von CM umzusetzen, um einerseits nutzer*innenorientierte Lösungen mit hohen Qualitätsstandards zu realisieren und andererseits die Aufwendungen im Gesundheits- und Sozialsystem gering zu halten. Ebenso wird für eine Realisierung empfohlen, die inter- und intradisziplinären sowie einrichtungsübergreifenden Kommunikations- und Kooperationsstrukturen zu verbessern. Während Maßnahmen für eine Optimierung von Abläufen und Strukturen innerhalb der stationären Krankenanstalten von der Aufnahme bis zur Entlassung detailliert in dieser Leitlinie beschrieben werden, gibt es in der Bundesqualitätsleitlinie keine Bestimmungen für eine Umsetzung von CM außerhalb der stationären Krankenanstalten. Es finden sich lediglich Informationen über mögliche Kooperationspartner*innen. Detaillierte, zusätzliche Maßnahmen für eine weitere Begleitung und Unterstützung der Nutzer*innen im ambulanten Bereich im Sinn von CM fehlen (vgl. ebd.).

CM als mehrdimensionales Verfahren (siehe Kapitel 2.1), benötigt für ein reibungsloses Funktionieren eine Umsetzung auf der Mikro-, Meso- und Makroebene. Nur auf diese Weise können Schnittstellen vereinfacht und Synergien genutzt werden, sodass eine individuelle, bedarfsorientierte Hilfeleistung möglich ist. Gleichzeitig wird auch den hohen Qualitätsansprüchen sowie einem effizienten und effektiven Ressourceneinsatz entsprochen.

Die gesetzlichen Regelungen zeigen, dass es keine allgemein gültigen Bestimmungen gibt, welche für alle Leistungsanbieter*innen auf der organisationalen Ebene im Gesundheitswesen Anwendung finden können. Das bedeutet, dass zwischen den einzelnen Leistungsanbieter*innen auf der organisationalen Ebene Unterschiede bestehen können. Aufgrund der von Löcherbach (vgl. 2003) postulierten verschiedenen Systematiken bei der Implementierung von CM, wonach CM möglicherweise gar nicht oder nur in Teilen in Einrichtungen umgesetzt wird, stellt sich die Frage, ob und inwieweit CM im österreichischen Gesundheitswesen überhaupt verwirklicht ist/wird. Von Interesse ist darüber hinaus der Aspekt, wie die Aufträge der politischen Akteur*innen

sich auf die Einrichtungen im Gesundheitswesen auswirken. Dies insbesondere unter dem Blickwinkel, dass es zwar allgemeine Formulierungen in Bezug auf Verbesserung der Kommunikations- und Kooperationsstruktur zwischen den Einrichtungen gibt, hingegen keine konkreten Anhaltspunkte für eine Umsetzung (vgl. Bundesgesundheitsagentur 2012). Aus diesen Überlegungen resultiert die folgende Forschungsfrage:

Wie wird Case Management auf der Systemebene von Einrichtungen im Gesundheitswesen in Österreich praktiziert?

Die breit angelegte Fragestellung wird anhand von Unterfragen präzisiert, die auf die Zusammenarbeit in einem Netzwerk mit unterschiedlichen Akteur*innen fokussieren. Solch ein Netzwerk ist nach Löcherbach (vgl. 2003) neben den Strukturen zur Versorgung für ein erfolgreiches CM wesentlich. Folgende Unterfragen zur Forschungsfrage sollen ausgearbeitet werden:

- Gibt es ein einheitliches Netzwerk im Gesundheitswesen und wenn ja, wie ist dieses aufgebaut?
- Wer sind die Akteur*innen und was sind ihre Interessen?
- Wie werden Kommunikation und Kooperation im Netzwerk organisiert und wie erfolgen diese? Gibt es Vereinbarungen und regelmäßigen Austausch in mündlicher oder schriftlicher Form?
- Wie wird dieses Netzwerk gesteuert?
- Welche Faktoren nehmen auf die Zusammenarbeit Einfluss? Welchen Einfluss haben politische Entscheidungen?
- Welche Herausforderungen gibt es im Netzwerk? Was funktioniert gut?
- Zusätzlich sind auch Fragen im Kontext der Implementierung interessant, wie beispielsweise: Wie wurde CM implementiert und welche Veränderung(en) hat eine Implementierung für die Akteur*innen mit sich gebracht?

6.1.2 Relevanz und Zielsetzung

Die Relevanz dieser Arbeit ist aus der zunehmenden Bedeutung von CM ob der (zukünftigen) Herausforderungen im Gesundheitswesen herauszulesen. Es soll „eine verbesserte Effizienz im Gebrauch der gesundheitlichen Ressourcen einschließlich der Reduzierung eskalierender Kosten bei Bewahrung angemessener Chancen im Zugang zum Gut Gesundheit erreich[t werden]“ (Schwartz 2012:4). Dafür bedarf es zahlreicher Veränderungen im Schnittstellenmanagement der einzelnen Akteur*innen (vgl. Bundesgesundheitsagentur 2012). Essenziell in diesem Zusammenhang ist, zu wissen, welche Aspekte eine Umsetzung von CM auf der Systemebene fördern oder behindern können. Leider bestehen diesbezüglich „[a]uf der Systemebene [...] kaum Vorgaben und

auch kaum Erfahrungen. Hier ist das Methodenset nach wie vor sehr unpräzise und offen“ (Mennemann 2005:21).

Dass dieser Bereich bislang unerforscht ist, zeigte sich auch im Zuge der Recherchen für die vorliegende Arbeit. In Österreich lassen sich zwar Arbeiten auffinden, welche im Kontext Pflege und Gesundheit die praktischen Anwendungen von CM auf der Fallebene erörtern und analysieren, jedoch keine Studie, welche sich mit der Systemebene auseinandersetzt. Auch in der weiteren deutschsprachigen Literatur fällt die Trefferanzahl entsprechender Fundstellen dürftig aus. Neben einem erst kürzlich erschienenen Buch von Michael Monzer (vgl. 2018), welches die Anforderungen und bestimmenden Faktoren für CM-Organisationen beschreibt, beleuchtet ein Bericht von Mona Frommelt (vgl. 2017:107–129) den Status quo des deutschen Gesundheitswesens und der Aspekte des CM in Bezug auf den Umgang mit Komplexität und betreffend eine interessenbasierte Kommunikation und gelingende Beziehungen. Allerdings überwiegt auch in dieser Studie die Fallarbeit. Die Systemebene erfährt nur marginale Abhandlung. Eine weitere Arbeit von Jürgen Ribbert-Ellias (vgl. 2017:131–153) greift einen Teilbereich des Gesundheitswesens heraus: CM im Krankenhaus. Auch in diesem Kontext wird die Systemebene im Rahmen der Implementierung von CM im Spital nur am Rande dargestellt.

Ziel dieser Arbeit ist es aus diesem Grund, zum einen zu beschreiben, wie CM auf der Systemebene von Einrichtungen im österreichischen Gesundheitswesen praktiziert wird. Zum anderen soll Wissen über wesentliche Aspekte und Kriterien zur Netzwerkarbeit innerhalb und zwischen den Einrichtungen in diesem Bereich bereitgestellt werden.

Die Ergebnisse vermögen den Ausgangspunkt für die Ermittlung von Analyse Kriterien auf der Systemebene zu bilden, wie CM gemäß Löcherbach (vgl. 2003) in der Praxis zur Anwendung kommt und weiter implementiert werden kann. Gleichzeitig lassen sich die Erkenntnisse für weitere Forschungen nutzen, damit eine erfolgreiche Umsetzung von CM auf der Systemebene im Gesundheitswesen gelingen kann.

6.2 Theoretische Grundlagen

Da sich die vorliegende Arbeit mit CM auf der Systemebene und mit dem österreichischen Gesundheitswesen befasst, ist es unumgänglich, benannte Begriffe im Folgenden einer differenzierten Betrachtung zu unterziehen.

6.2.1 Case Management auf der Systemebene

Wie bereits in Kapitel 2.1.2 beschrieben, wird die Systemebene auch Versorgungs- oder Care-Ebene genannt und subsumiert die Meso- und Makroebene. Im Fokus der theoretischen Abhandlung der Systemebene steht neben den Akteur*innen dieser Stufe auch eine detaillierte Auseinandersetzung mit dem Begriff „Systemsteuerung“.

Nach Monzer (vgl. 2013:22) werden die Handelnden auf der Systemebene von den politischen Entscheidungsträger*innen und jenen Einrichtungen gestellt, die mit ihren Angeboten die Hilfelandschaft gestalten. Faß (vgl. 2009:165) gibt an, dass vor allem die organisationale Ebene von großer Heterogenität gezeichnet ist. Damit meint er die Vielfältigkeit der angebotenen Hilfen und/oder Dienstleistungen sowie die unterschiedlichen Organisationsformen (Verein, Gesellschaft mit beschränkter Haftung, ehrenamtlich engagierte Gruppen usw.). Trotz dieser vielfältigen Angebotslandschaft zeigt Faß eine Gemeinsamkeit auf: Die Akteur*innen der Mesoebene sind „eigenständige, autopoietisch und sinnbasierende soziale Systeme und [...] überwiegend den Organisationssystemen zuzuordnen, da sie sich durch Aufgabenfestlegung, Ausdifferenzierung von Stellen und Hierarchien auszeichnen“ (ebd.). Der Autor postuliert damit in Anlehnung an die Systemtheorie von Niklas Luhmann, dass jeder*jede Dienstleister*in auf der organisationalen Ebene ein „Soziales System“ darstellt, welches in Wechselwirkung mit der Umwelt steht. Dementsprechend gibt es Systeme, die Hilfeleistungen anbieten, da auf der anderen Seite Systeme bestehen, welche Hilfestellung benötigen. In diesem Kontext wird auch deutlich, dass Faß (vgl. ebd.:166) nicht nur Einrichtungen, sondern auch Professionist*innen zu den Organisationssystemen, insbesondere zu den Leistungsanbieter*innen, zählt. Gleichzeitig gesteht er jedem dieser Systeme einen intrinsisch motivierten Sinn zu, woraus sich der vom System selbstbestimmte Zweck des Daseins ableiten lässt. Um weiter bestehen zu können, grenzen sich diese Systeme von der Umwelt ab und erzeugen ein „eigenes Regelwerk“, wie mit welchen Situationen umzugehen ist. Vor diesem Hintergrund werden die unterschiedlichen Angebote zur Hilfestellung bzw. Unterstützung von den Dienstleister*innen kreiert. Gleichzeitig wird je nach

Organisationslogik vereinbart, auf welche Weise die angebotene Hilfeleistung abzuwickeln ist (Aufbau- und Ablauforganisation). Das Hauptaugenmerk der Helfer*innen ist darauf gerichtet, das eigene Organisationssystem weiter zu erhalten und sein Fortbestehen zu gewährleisten. In diesem Kontext ist „Geld als ‚Medium schlechthin‘ [...] in der Verknüpfung mit der Hilfeleistung ein durchaus wichtiger Faktor bei der Sinnkonstruktion des jeweiligen Organisationssystems“ (ebd.). Das bedeutet, dass die Finanzierung der Hilfen für die Dienstleister*innen einen relevanten Punkt darstellt. Um die finanzielle Ausstattung sicherzustellen, wurde vonseiten der Akteur*innen (Politik und Leistungserbringer*innen) auf der Systemebene die Entwicklung unterschiedlicher Typologien für die Zugänge zur Finanzierungsmöglichkeiten von Dienstleistungen angeregt:

- Zuweisung zu einem Fachdienst, wie dies oft innerhalb von Organisationen der Fall ist
- Leistungsvereinbarungen, die Bestimmungen zum Umfang und der Art der Leistungsvergütung beinhalten, wie dies oft bei TrägerInnen der freien Wohlfahrt üblich ist
- Pauschalfinanzierungen der angebotenen Leistungen wie z.B. bei den Schuldner*innenberatungseinrichtungen
- Einzelfallfinanzierung, wie sie häufig bei Professionist*innen (z.B. Physiotherapeut*innen) vorkommt
- Spenden und ehrenamtliches Engagement wie etwa bei Selbsthilfegruppen (vgl. ebd.:164)

Die angegebenen Beispiele zu den unterschiedlichen Finanzierungsmöglichkeiten der Hilfen lassen erahnen, dass sich dadurch Auswirkungen auf die Einrichtungen ergeben. Für Organisationen und deren Mitarbeiter*innen ist es demnach wesentlich, ob ihnen Fälle für ihre Leistungsangebote zugewiesen werden, womit die Finanzierung der Dienstleistung gesichert ist, oder ob die Organisation von zahlreichen ehrenamtlichen Helfer*innen oder Spenden abhängig ist. Je nach Situation werden angepasste Strukturen und Prozesse erforderlich, damit die einzelnen Systeme bestehen können.

Anders ausgedrückt zeigt die unterschiedliche Gewichtung der finanziellen Mittel für die Hilfen Auswirkungen auf die Organisationsstrukturen der Leistungsanbieter*innen sowie auf die Abläufe von Hilfeleistungsprozessen und somit auch auf den Zugang zu Hilfen für die Nutzer*innen. Konkret bedeutet das, dass auf Systemebene mittels Verknüpfung des Geldes als finanzielle Abgeltung für die Leistungserbringung das gesamte System gesteuert werden kann (vgl. ebd.:166–167). Doch was meint Systemsteuerung auf der Systemebene?

Systemsteuerung bedeutet nach Faß (vgl. 2006:143–146), neue Strukturen im Hilfesystem hervorzubringen. Im Sinn von CM zieht dies das Erschaffen einer nutzer*innenorientierten Helfelandschaft mit einem Schnittstellenmanagement nach sich: Solcherart werden die Ressourcen effizient und effektiv eingesetzt, um Unter-, Über- oder Fehlversorgungen zu vermeiden und dennoch die hohen Qualitätsansprüche an die Dienstleistungen zu erhalten. Einen wichtigen Anreiz dafür kann, wie bereits dargestellt, die Form der Finanzierung bieten. Benötigt werden darüber hinaus auch andere lenkende Maßnahmen und „neue Wege in der Zusammenarbeit, der Vernetzung von Hilfen oder der Kommunikation und des Informationsaustauschs“ (ebd.:143). Erfolgreiches CM zeichnet sich gleichfalls durch die Verfügbarkeit von ausreichend ausgebauten Netzwerken aus, die eine Steuerung sicherstellen.

6.2.1.1 Systemsteuerung im Kontext der Netzwerkarbeit

Da – wie vorab ausgeführt – die Akteur*innen der Helfelandschaft eigene Logiken und Regeln innerhalb ihres Systems eingeführt haben, und jedes System nach Weiterbestand strebt, ist es angesichts der Wechselwirkungen zwischen Systemen und Umwelt notwendig, in einem Netzwerk eine vertrauensvolle Basis zu schaffen. Nach Monzer (vgl. 2013:206) wird die Netzwerkarbeit im CM daher auch unter der Beziehungsperspektive betrachtet. Weiters definiert der Autor vier unterschiedliche Kooperationsformen und führt auch deren Relevanz für den Einzelfall an. Im Rahmen der Systemebene gewinnen folgende zwei Kooperationsformen an Bedeutung:

- Vernetzung der Kooperationspartner*innen:
Diese Aufgabe ist im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung im Einzelfall wichtig. Gleichzeitig erweist sich diese Tätigkeit als besonders anspruchsvoll, weil aus diesen Beziehungen die Effizienz von CM bezogen wird (vgl. ebd.).
- Fallübergreifende Kooperation mit den Anbieter*innen:
Diese Kooperationsform dient der gemeinsamen Wissenserweiterung. Erworbenes Wissen und Erfahrungen aus der Einzelfallarbeit der Organisationen werden gemeinsam gesammelt, analysiert und für die Weiterentwicklung der Helfelandschaft (zB Evaluierung bestehender Hilfen, Schaffung von neuen Angeboten, ...) verwendet (vgl. ebd.:234–235).

Die unterschiedlichen Kooperationsformen auf der Systemebene sprechen sich dafür aus, dass der Netzwerkarbeit eine tragende Rolle im CM zukommt. Um allerdings funktionsfähige Netzwerke aufzustellen, braucht es nach Reis (vgl. 2013:12–14) neben einer vertrauensvollen Basis auch gemeinsame Ziele und Interessen der im Netz Handelnden sowie einen erkennbaren Nutzen für die Kooperationspartner*innen. Von grundlegender Bedeutung ist in diesem Kontext das Bestehen eines Regelwerks innerhalb dieses Netzes. Die Richtlinien können informell oder formell mittels Verträgen

oder Vereinbarungen zwischen den Akteur*innen festgelegt werden. Als wesentlich wird weiters erachtet, dass die Gestaltung dieser Regeln nicht von Einzelnen dominiert wird, und eine klare Aufgabenverteilung im Netz gegeben ist, um die Autonomie der einzelnen Agierenden zu gewährleisten.

Eine fallspezifische und fallübergreifende Vernetzung sollte laut Monzer (vgl. 2013:226–233) nach bestimmten Prinzipien erfolgen. Die wesentlichen Elemente lassen sich wie folgt zusammentragen:

- Wechselseitige Kommunikation, Transparenz und Kritikbereitschaft, die von Respekt und Lernbereitschaft der Organisationen geprägt ist. In einem solchen Rahmen sind Finanzierungen im Kontext einer integrierten Versorgung⁶³ besonders effektiv, allerdings muss dafür die Angebotsentwicklung und -steuerung als Netzwerkaufgabe und nicht als Wettbewerbsinstrument betrachtet werden.
- Berücksichtigung der unterschiedlichen Organisationskulturen einer Vernetzung, da unterschiedliche Werte, Strukturen, Prozesse und Abläufe Konflikte nach sich ziehen können.
- Schon vor der Kooperation sollte die Vernetzungsintensität mit den Kooperationspartner*innen besprochen werden.
- Beachtung der Angebotssteuerung im Rahmen des operierenden Netzwerks. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, auf welche Art CM implementiert ist.
- Beziehung der Case Manager*innen mit den Kooperationspartner*innen, welche im Kontext der individuellen und intrapersonellen Ebene nach Ehlers und Müller (vgl. 2013:115–116) stehen. Damit ist gemeint, dass im Rahmen von CM – fallspezifisch und fallübergreifend – oft schwierige Abstimmungsprozesse zwischen Klient*innen und den unterschiedlichen Helfer*innen bzw. auf der Care-Ebene zwischen den Einrichtungen, Professionist*innen usw. stattfinden müssen. Die Case Manager*innen müssen demnach also ihre persönlichen Fähigkeiten, Kompetenzen und ihr Fachwissen einbringen, um die Arbeit im Sinn von CM voranzutreiben (vgl. Reis 2013:13).

Faß (vgl. 2009:143-145) führt in nach seiner Sichtweise kritisch aus, dass die Netzwerkarbeit in der Literatur oft allzu idealisiert dargestellt wird, und verweist auf Grenzen der Zusammenarbeit in diesem Bereich. Hinderliche Faktoren entdeckt der Autor in den heterogenen Strukturen der Netzwerkpartner*innen, welche im Laufe ihres

⁶³ Da für den Begriff „integrierte Versorgung“ unterschiedliche Definitionen in der Literatur zu finden sind (vgl. Becka / Schauppenlehner o.A.:1), wird aufgrund des Fokus dieser Arbeit im Gesundheitswesen die Bezeichnung „Competence Center Integrierte Versorgung (CCIV)“ – eine Einrichtung der österreichischen Sozialversicherungsträger – gewählt. Das CCIV versteht unter dem Begriff „integrierte Versorgung“ eine patientenorientierte, kontinuierliche, sektorenübergreifende und/oder interdisziplinäre und nach standardisierten Behandlungskonzepten [...] ausgerichtete Versorgung“ (ebd.:2). Diese steht immer im Kontext einer Budgetverantwortung und ist entweder indikationsbezogen (z.B. Disease-Management-Programme) oder auf eine bestimmte Population in definierten Regionen ausgerichtet.

selbsterhaltenden Strebens entstehen, und gibt als Beispiele „(verstecktes) Konkurrenzdenken, fehlende Leistungstransparenz, fehlende Kooperationseinsicht, (nicht ausgesprochene) Einbindung der Ausführungsebene, Zeitmangel sowie Datenschutz- und Schweigepflichtgründe“ (ebd.:144) an.

Zusammenfassend beschreibt die Systemebene neben den politischen Entscheidungsträger*innen auf der Makroebene eine Vielzahl von unterschiedlichen Akteur*innen auf der organisationalen Ebene, die Hilfs- bzw. Unterstützungs(dienst)leistungen bereitstellen. Die Strukturen (Aufbau- und Ablauforganisation) der Leistungsanbieter*innen weisen ein hohes Maß an Heterogenität auf; dennoch sticht eine Gemeinsamkeit hervor. Die Akteur*innen agieren autopoietisch, weshalb sie je nach Situation und Zielsetzung ihre Abläufe und Strukturen an die Umwelt anpassen. Das Herbeiführen von Veränderungen in der Angebotslandschaft wird auch „Systemsteuerung“ genannt. Ein wesentliches Steuerungsinstrument auf der organisationalen und politischen Ebene stellt die Finanzierung dar, allerdings bietet auch die Netzwerkarbeit Möglichkeiten zur Regulierung auf der Systemebene. Beide Steuerungsinstrumente haben nicht nur interne Veränderungen in der Aufbau- und Ablauforganisation der Leistungsanbieter*innen zur Folge, sondern auch Eingriffe in die Hilfelandschaft. Folglich kann/können sich die Finanzierung und/oder die Netzwerkarbeit gleichfalls auf die Angebotssteuerung und auf den Zugang zu Hilfen auswirken. Mit aller Deutlichkeit wird aufgezeigt, dass die Systemsteuerung vor allem im Kontext der interorganisationalen Netzwerkarbeit an ihre Grenzen stößt. Die Gründe dafür sind bei den autonomen, autopoietischen Akteur*innen zu suchen. Es gilt, Konkurrenzdenken und fehlende Kooperationseinsicht auf Meso- und Makroebene zu überwinden, wenn ein erfolgreiches CM auf allen Ebenen umgesetzt werden soll.

6.2.2 Das Gesundheitswesen in Österreich

Das öffentliche Gesundheitswesen in Österreich ist geprägt von unzähligen Akteur*innen, deren Zuständigkeit gesetzlich geregelt ist (vgl. BMG 2013:8). Da Finanzierung, Angebotssteuerung und Organisation der Leistungserbringung wesentliche Säulen für ein CM auf Systemebene bilden (vgl. Kapitel 2.1), werden diese nach Vorstellung der Hauptakteur*innen im Folgenden grob umrissen.

Zu den Hauptakteur*innen auf nationaler Ebene zählen:

„das Parlament, das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sowie das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMAK), die Sozialversicherung sowie Interessenvertretungen (Sozialpartner: Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände und berufliche Interessenvertretungen)“ (ebd.).

Obwohl die Gesetzgebung und Vollziehung im Gesundheitswesen dem Bund obliegt, sind die Kompetenzen und Verantwortungen in den unterschiedlichen Bereichen in Form von Verträgen und Vereinbarungen auf die Körperschaften des öffentlichen Rechts verteilt. Dazu gehören die Gebietskörperschaften⁶⁴, Bund, Länder und Gemeinden sowie die Sozialversicherungsträger, die unter Selbstverwaltungsorgane oder Selbstverwaltungskörperschaften⁶⁵ einzureihen sind. Sie tragen mit einem Anteil von rund 80 Prozent maßgeblich zur Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems bei. 20 Prozent der Kosten in diesem Bereich werden von Privathaushalten und privaten Versicherungen getragen (vgl. Nowak et al. 2011:22–24). Daraus lässt sich ableiten, dass die Finanzierung im Gesundheitswesen größtenteils von der öffentlichen Hand getragen wird. Von Relevanz ist dies im Kontext der Systemsteuerung, weil sich die Finanzierung der Leistungsanbieter*innen bzw. der Hilfen in der Angebotslandschaft steuernd auf die organisationale Ebene auswirkt (vgl. Kapitel 6.2.1).

Während die Sozialversicherungen in Österreich im Wesentlichen in die Regelungskompetenz des Bundes fallen, zeichnen sich die Länder und Gemeinden für die Fürsorge- und Sozialhilfepolitik verantwortlich. Bund und Länder sind in die Pflegevorsorge involviert (vgl. Talos / Fink 2001:7). Das wichtigste Regulierungsinstrument bei der Aufteilung der Wirkungsbereiche repräsentiert die Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG. Im Kontext der vorliegenden Arbeit zeigt sie auf, dass das österreichische Gesundheitswesen im Wesentlichen in zwei Bereiche gegliedert ist:

- das Gesundheitssystem, das vor allem die *Gesundheitsversorgung* der österreichischen Bevölkerung (auch in präventiver Hinsicht) beinhaltet, und
- die Fürsorge- und Sozialhilfe, die sich im Zusammenhang mit dem Gesundheitswesen vor allem auf die *Pflege- und Betreuungsleistungen* der in Österreich lebenden Menschen bezieht.

⁶⁴ „Die Gebietskörperschaften sind juristische Personen des öffentlichen Rechts. Sie erfassen jeweils alle Personen, die in einer örtlichen Beziehung (z.B. durch den Wohnsitz oder den Aufenthalt) zum Bereich der Gebietskörperschaft stehen.“ (Stadt Wien o.A.)

⁶⁵ Die Grundlage für die Selbstverwaltungskörperschaften ist das System der österreichischen Sozialpartnerschaft. Wesentlich für solche Institutionen bzw. Interessenvertretungen sind die Pflichtmitgliedschaften (vgl. WKO 2014:7).

Da diese Bereiche trotz klar zugeordneter Leistungen gerade in der Versorgung von älteren Menschen Überschneidungen aufweisen, sollen im Folgenden beide Bereiche einer näheren Betrachtung unterzogen werden.

6.2.2.1 Gesundheitsversorgung

In den Kompetenzbereich des BMG fallen die allgemeine Gesundheitspolitik sowie der Schutz der Gesundheit der Bevölkerung, dabei obliegt dem Ministerium die Vorbereitung von Gesetzen. Zusätzlich fungiert das BMG als Aufsichtsbehörde und Entscheidungsträger und koordiniert die wichtigsten Akteur*innen im österreichischen Gesundheitswesen (vgl. BMG 2013:8). Die Finanzierung der Gesundheitsversorgung zwischen Bund und Ländern wird alle fünf Jahre verhandelt. Im Ergebnis sind

„[f]ür die Erbringung von Krankenhausleistungen [...] vorrangig die Länder zuständig, für die Erbringung von ambulanten Leistungen durch Ärztinnen und Ärzte und andere Gesundheitsberufe die sozialen Krankenversicherungsträger, wobei mit ca. 45 Prozent aller Kosten die Sozialversicherung den größten Teil der Kosten trägt“ (Nowak et al. 2011:24).

Neben den Gebietskörperschaften und Krankenversicherungen nehmen im Bereich der Gesundheitsversorgung auch Interessenvertretungen wie beispielsweise Ärztekammer und Wirtschaftskammer eine wichtige Position ein. Einen maßgeblichen Beitrag leistet allerdings auch die Bevölkerung, die nicht nur in ihrer Funktion als direkte Zahler*innen für manche Leistungen wie beispielsweise Medikamente, Selbstbehalte für Behandlungen usw. rund 15 Prozent der Gesundheitsausgaben tragen, sondern auch „als Leistungserbringer bedeutend [ist]. (Laut Schätzungen werden 95 Prozent aller Alltagsbeschwerden zu Hause ohne professionelle Hilfe selbst versorgt.)“ (ebd.).

6.2.2.2 Pflege- und Betreuungsleistungen

Die Finanzierung und Organisation von Pflegeleistungen, deren Zielgruppe ältere Menschen bilden, die jedoch von pflegebedürftigen Personen aller Altersgruppen in Anspruch genommen werden können, wird von Bund, Ländern, Gemeinden und Sozialversicherungen getragen. Die Versorgung pflegebedürftiger Menschen durch die öffentliche Hand findet in Form von Geldleistungen (z.B. Pflegegeld) und durch Sachleistungen mittels stationärer, teilstationärer und ambulanter Pflege- und Betreuungsleistungen statt. Während sich die Geldleistung aus verschiedenen Töpfen speist, obliegt den Ländern und Gemeinden die Finanzierung und Organisation der Sachleistungen wie beispielsweise der intra- und/oder extramuralen Pflege und der Betreuung von Menschen aller Altersgruppen. Diese Angebote und deren Finanzierung sind gesondert durch Verordnungen, Leitlinien und Gesetze wie das Sozialhilfegesetz in

den jeweiligen Bundesländern geregelt. Die Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens steht demgemäß auch mit der Sozialhilfe bzw. mit dem Sozialwesen der einzelnen Bundesländer in engem Zusammenhang. Als Folge davon lassen sich regionale Unterschiede in der Hilfelandschaft und beim Kostenanteil der Betroffenen ausmachen (ebd.:24–25).

Kurz gefasst ist das österreichische Gesundheitswesen in seiner Finanzierungs- und Versorgungsstruktur äußerst komplex aufgebaut. Der Großteil der Kosten wird durch die öffentliche Hand getragen, welche wie die Organisation und der Aufbau der Angebotslandschaft aufgrund gesetzlicher Bestimmungen auf Bund, Länder und Kommunen verteilt sind. Verantwortlich für diese Aufteilung sind die Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG sowie die unterschiedlichen Sozialhilfegesetze in den Bundesländern, deren Wirkungsbereiche die stationären Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (z.B. Krankenanstalten) und die Angebote für eine extra- und intramurale Pflege und Betreuung von Menschen aller Altersgruppen umfassen.

Das österreichische Gesundheitswesen in seiner Gesamtheit ist folglich in Verbindung mit dem Sozialwesen der einzelnen Bundesländer zu betrachten. Abschließend sei definiert, dass in der vorliegenden Arbeit unter dem österreichischen Gesundheitswesen die Gesundheitsversorgung sowie die Pflege und Betreuung der in Österreich lebenden Bevölkerung durch stationäre und ambulante Leistungsanbieter*innen verstanden wird. Da sich Gebietskörperschaften und Sozialversicherungsträger ihre Aufgaben teilen und in den Ländern unterschiedliche Regelungen normiert sind, kennt das österreichische Gesundheitswesen neben einer regional unterschiedlichen Versorgungslandschaft auch regional differierende Finanzierungsmöglichkeiten für die sich darin bewegenden Akteur*innen.

6.3 Methodenkapitel

Anhand der im ersten Kapitel beschriebenen Fragestellung und der festgelegten Zielsetzung, „Neues in der untersuchten Situation zu entdecken und daraus Hypothesen oder eine Theorie zu entwickeln“ (Flick 2009:25), ist erkennbar, dass der Forschungsprozess qualitativ konzipiert wurde. Da in Kapitel 3 bereits Methoden zur Datenerhebung und -auswertung beschrieben sind, werden im folgenden Abschnitt nur die für die Erhebung relevanten Details des Designs zu dieser Arbeit erläutert.

6.3.1 Entwicklung der Forschungsfrage

Ausgehend vom persönlichen und beruflichen Interesse in Bezug auf die Anwendung des Verfahrens CM im Gesundheitswesen beschäftigte ich mich im Rahmen des Forschungsprojekts „Case Management“ in der Orientierungsphase zum Zweck der Sondierung und Wissensgewinnung intensiv mit Literatur zu dieser Thematik.

Gleichzeitig fanden erste Gespräche mit Akteur*innen im intra- und extramuralen Bereich des Gesundheitswesens statt, Eindrücke und Interpretationen wurden im Forschungstagebuch festgehalten. Die in dieser Phase noch unstrukturiert gewonnenen Daten zeigten, dass einige Organisationen zwar vorgeben, mit dem Verfahren CM zu arbeiten, jedoch – wie Löcherbach (vgl. 2003) beschreibt – in der Umsetzung lediglich Ansätze dieser Methode oder einzelne Elemente erkennen lassen. Im Umkehrschluss sind womöglich im Bereich des österreichischen Gesundheitswesens Akteur*innen zu verorten, welche zwar CM anwenden, dies jedoch weder bewusst in diesem Sinn angelegt haben noch offiziell so benennen. Da sich für diese Folgerung Hinweise in den ersten Datenerhebungen abzeichneten, leitete sich die erste These aus dem Feld ab:

- Es ist unklar, ob und in welcher Form CM im österreichischen Gesundheitswesen praktiziert wird.

Weitere Recherchen im Internet zu Organisationen im österreichischen Gesundheitswesen sowie der Besuch eines Symposiums zur Integrierten Versorgung mit dem Titel „Die Kunst des guten Alterns – Integriert versorgt zu einem langen Leben bei guter Gesundheit“ im Dezember 2016 folgten. Die erhobenen Daten der Recherchen, die Vorträge und die im Forschungstagebuch festgehaltenen Pausengespräche mit unterschiedlichen Akteur*innen des Gesundheitswesens im Rahmen dieses Symposiums durchliefen in einer weiteren Schleife eine Analyse. Im nächsten Schritt fanden der Vergleich mit bereits vorhandenen Daten und eine dadurch bedingte Reflektion statt. Es zeigte sich, dass CM von verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens unterschiedlich praktiziert wird. Gleichzeitig traten Unterschiede in der Umsetzung von CM zutage, die im Kontext der Finanzierung und der Netzwerkarbeit zwischen den Leistungsanbieter*innen stehen, weshalb sich daraus folgende Forschungsfrage:

Wie wird Case Management auf der Systemebene von Einrichtungen im Gesundheitswesen in Österreich praktiziert?

„[D]ie Beantwortung der Ad-hoc-Hypothesen und die immer stärkere Präzisierung der Fragestellung [...], die Auswahl der zu sammelnden Daten (theoretisches Sampling)“ (Steinhard 2015:42) sowie die bis zu diesem Zeitpunkt ausgewerteten Daten zeigten die Notwendigkeit einer anderen Form von Datenerhebung auf, um weitere Erkenntnisse über die Strukturen, in denen Akteur*innen wirken, zu gewinnen (vgl. ebd. 48). Zu diesem Zweck wurden für den weiteren Forschungsprozess leitfadengestützte Interviews mit Expert*innen vorgemerkt. Die getroffene Wahl für das Instrument Expert*inneninterviews liegt darin begründet, dass aus meiner Sicht für diese Untersuchung auskunftsbereite Personen benötigt werden, die „über einen privilegierten Zugang zu Informationen, [...] Personengruppen und/oder Entscheidungsprozesse“ (Meuser / Nagel 2005:73) verfügen. Da die inter- und intraorganisationale Ebene zur Systemebene zählen (siehe Kapitel 2.1.2, Kapitel 6.2.1), ist Expert*innwissen zu dieser Thematik größtenteils in den Organisationen zu finden, weshalb Überlegungen in Bezug auf den Feldzugang anzustellen waren.

6.3.2 Sampling und Feldzugang

Da gerade Organisationen „über eine breite Palette von Praktiken [verfügen], um sich neugierige Dritte vom Leib zu halten“ (Wolff 2000:338), habe ich mich entschlossen, Anfragen für das Forschungsvorhaben an jene Organisationen zu richten, bei denen aufgrund der Recherchen von einer aktiven Anwendung des Verfahrens CM auszugehen war. Zur Gewinnung verallgemeinerbarer Erkenntnisse und im Hinblick darauf, dass eine Vollerhebung mangels Zeitressourcen im Rahmen dieser Arbeit nicht infrage komme (vgl. Flick 2009:86–87), wurden anhand der aus den Vorhebungen benannten Themen aus dem Forschungsfeld und der dadurch entwickelten Thesen, Kriterien für die Auswahl der Interviewpartner*innen definiert. In diesem Sample war unbedingt die Heterogenität des Forschungsfeldes abzubilden, um einen inhaltlich repräsentativen Ausschnitt vorzuweisen. Folgende Bedingungen wurden festgelegt:

- Die Einrichtungen müssen Leistungen im Kontext des österreichischen Gesundheitswesens anbieten.
- Die Einrichtungen der Interviewpartner*innen sollen in unterschiedlichen Regionen (Bundesländern) in Österreich wirken.
- Der Einrichtungen der Interviewpartner*innen stellen neben Beratung und Unterstützung im Sinn von CM keine weiteren Dienstleistungen (z.B. mobile Pflege, Physiotherapie usw.) innerhalb der Organisation für Nutzer*innen zur Verfügung.
- Die Einrichtungen der Interviewpartner*innen können bei der Unterstützung organisationsinterne Angebote (z.B. mobile Pflege, Therapie usw.) weitervermitteln.

- Die Einrichtungen der Interviewpartner*innen weisen einen unterschiedlichen Grad der Implementierung von CM innerhalb der Einrichtung auf. Damit ist gemeint, dass Einrichtungen, die CM neu implementieren, ebenso untersucht werden sollen wie jene, die bereits seit längerer Zeit mit diesem Verfahren arbeiten.
- Die Einrichtungen der Interviewpartner*innen weisen unterschiedliche Größen und Organisationsformen auf.
- Nach Möglichkeit sollten Interviewpartner*innen gefunden werden, die in keine Einrichtung eingebunden sind, aber dennoch im österreichischen Gesundheitswesen agieren und politischen Interessen vertreten.

Vor der genauen Beschreibung der Einrichtungen und der Interviewpartner*innen, die einer Untersuchung zugestimmt haben, ist darauf hinzuweisen, dass alle Interviewanfragen aufgrund der örtlichen Distanzen via E-Mail durchgeführt wurden. Wie mit den Anfragen, eine Forschung durchzuführen, in den Einrichtungen umgegangen wurde, wird bei den jeweiligen Beschreibungen dargelegt.

6.3.2.1 Netzwerk Gehirn OÖ (vormals: Schädel-Hirn-Trauma-Lobby Oberösterreich)

Bei dieser Einrichtung handelt es sich um einen gemeinnützigen, nicht gewinnorientierten Verein mit Sitz in Wels (Oberösterreich), dessen Zweck darin besteht, die Interessen von „Menschen mit komplexen erworbenen Hirnschädigungen [...] und deren Angehörige [zu vertreten]. [...] Die Tätigkeit des Vereins erstreckt sich auf Österreich mit Schwerpunkt Oberösterreich“ (SHT-Lobby 2012:1). Um den Organisationszweck zu erfüllen, bietet dieses Netzwerk Betroffenen und Interessierten Information, Beratung und Begleitung und vermittelt im Fall benötigter Hilfen an andere Einrichtungen und Akteur*innen im Gesundheitswesen weiter. Netzwerk Gehirn OÖ leistet Unterstützung in Form von CM und betreibt Networking, Aufklärungs- und Lobbyarbeit, um den Betroffenen eine an die individuellen Problemlagen angepasste Angebotslandschaft zur Verfügung zu stellen (vgl. ebd.). Die Einrichtung besteht aus einem Team von drei hauptamtlichen Mitarbeiter*innen sowie weiteren ehrenamtlich engagierten Personen (SHT-Lobby 2016a), weshalb sie unter Kleinunternehmen⁶⁶ in diesem Sample einzuordnen ist.

Die E-Mail-Anfrage für das Interview wurde ohne weitere Rückfragen binnen weniger Tagen positiv beantwortet. Im Rahmen eines kurzen Telefonats mit einem*einer

⁶⁶ Diese Bezeichnung bezieht sich auf die Empfehlung der Europäischen Kommission betreffend die Definition von Kleinunternehmen sowie von kleinen und mittleren Unternehmen. Darin werden Unternehmen mit weniger als zehn Beschäftigten als Kleinunternehmen bezeichnet (vgl. EK 2003:39).

Mitarbeiter*in, welche*r mit der Organisation des laufenden Geschäftsbetriebs betraut ist, erfolgte die Terminvereinbarung für ein Gruppeninterview mit den hauptamtlichen Bediensteten. Diese als offen und transparent wahrgenommene Vorgangsweise spiegelte sich auch in der Gesprächsatmosphäre beim Interview selbst wider. Die Befragung fand in den Räumlichkeiten von Netzwerk Gehirn OÖ in Wels mit den erwähnten drei Mitarbeiter*innen statt, die über fachliche und organisatorische Belange innerhalb ihrer Organisation ebenso Auskunft geben konnten wie über die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen im Rahmen der Fallarbeit sowie darüber hinausgehend. Da bei dieser Gelegenheit auch organisationsinterne Herausforderungen behandelt und von den Vertreter*innen dieser Einrichtung angeboten wurde, weitere Kontakte zu Kooperationspartner*innen herzustellen (vgl. B9), liegt der Schluss nahe, dass eine Forschungsarbeit zu diesem Thema von den Vertreter*innen dieser Organisation erwünscht ist (vgl. Wolff 2000:343).

6.3.2.2 Chance B Gruppe – Projekt „Age-friendly Region“

Das Projekt „Age-friendly region“ ist aktuell mit einer Laufzeit bis zum Jahr 2019 begrenzt. Vorrangiges Ziel besteht in der Implementierung von CM in der Oststeiermark, um für ältere, pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige durch bessere Vernetzung der unterschiedlichen Dienstleister*innen individuelle Lösungen anbieten zu können (vgl. Chance B o.A.b). Da dieses Projekt dem Schaffenskreis der Chance B Gruppe entstammt und sich das Sample auch auf Einrichtungsdaten bezieht, erfolgt eine kurze Beschreibung der genannten Organisation.

Bei Chance B Gruppe (Chance B) handelt es sich um eine in der östlichen Steiermark tätige gemeinnützige Firmengruppe mit Sitz in Gleisdorf (Steiermark) (vgl. Chance B o.A.a). Der Zweck dieser Organisation liegt darin, „Menschen mit Beeinträchtigung oder Behinderung und ältere sowie kranke Menschen zu unterstützen [und] [...] möglich zu machen, dass diese Menschen an ihrem Wohnort in ihrer angestammten Umgebung leben, lernen, arbeiten und alt werden können“ (Chance B 2014:1). Als ihren Wirkungsbereich führt die Gruppe ganz Europa an, wobei der Schwerpunkt ihrer Tätigkeiten in der Steiermark zu verorten ist. In Analogie zum Verein Netzwerk Gehirn OÖ sieht auch diese Organisation ihr Tätigkeitsfeld in der Aufklärungsarbeit sowie in Information, Beratung, Begleitung und Unterstützung von Betroffenen. Zusätzlich werden auch Dienstleistungen aus dem Gesundheitsbereich (zB mobile Pflege) und andere Leistungen angeboten, welche an die Betroffenen weitervermittelt werden können. Damit wird auch eine organisationsinterne Zuweisung von Dienstleistungen

ermöglicht. Mit einer Anzahl von 370 angestellten Mitarbeiter*innen bei Chance B (vgl. Chance B o.A.a) wird die Größe eines kleinen und mittleren Unternehmens (vgl. EK 2003:39) übertroffen. Damit wird dem Anspruch des Einbezugs unterschiedlicher Organisationsgrößen im Forschungssample ebenso Rechnung getragen, wie dem Anspruch, dass diese Einrichtung sich auch selbst Dienstleistungen zuweisen kann.

Im Zuge der Interviewanfrage via E-Mail an den*die Projektleiter*in ergab sich die Notwendigkeit einer detaillierten Beschreibung von Forschungsvorhaben, Forschungsarbeit und dahinterstehendem Interesse. Konkret wurde die Frage geklärt, ob vorliegende Untersuchung auch das Thema Care Management beinhalte, wonach einem persönlichen Termin nichts mehr im Wege stand (vgl. E4). Das Gespräch bestritt der*die Projektleiter*in von „Age-friendly Region“. Da die Projektleitung in den Räumlichkeiten der Geschäftsführung der Chance B untergebracht ist und eben dort andere Mitarbeiter*innen beschäftigt waren, wurde das Interview in das im selben Haus befindliche Restaurant verlegt. Der zunehmende Lärmpegel vor Ort verlangte eine kurze Unterbrechung und die anschließende Weiterführung des Gesprächs im Aufenthaltsraum der Mitarbeiter*innen. Während der Unterredung stand die befragte Person Rede und Antwort zu fachlichen und organisatorischen Belangen sowie zur Netzwerkarbeit im Rahmen dieses Projekts „Age-friendly Region“, welches noch in der Implementierungsphase steckt (vgl. B10).

6.3.2.3 Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg

Diese flächendeckende Plattform besteht aus mehreren Einrichtungen, die sich im Vorarlberger Gesundheits- und Sozialbereich positioniert haben. Ihre Zusammenarbeit im Auftrag des Landes im Sinn von CM besteht seit 2011. Erklärtes Ziel des Betreuungs- und Pflegenetzes liegt darin, pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige zu unterstützen und bedarfsgerechte Angebote für die Zielgruppen zu entwickeln (vgl. BPVlbg o.A.a). Zwei Expert*innen dieser Organisation wurden für ein Interview in den Blick genommen.

Die erste Interviewanfrage richtete sich an „connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege gem. GmbH“ (Connexia), welche eine koordinierende Stelle im Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg eingenommen hat (vgl. Land Vlbg. 2012:3–5). Genannte Einrichtung bietet „im Auftrag des Landes Vorarlberg vielfältige Dienst- und Serviceleistungen mit dem Ziel, die Qualität der Betreuung und Pflege in Vorarlberg weiterzuentwickeln und zu sichern“ (vgl. Connexia o.A.a), an. Das heißt, dass diese

Organisation bezogen auf Pflege und Betreuung ihren Schwerpunkt in der „Informationsaufbereitung und -weitergabe, in der Vernetzung, der Personal- und Organisationsentwicklung, der Datenerfassung und -auswertung und der Qualitätsentwicklung und -sicherung“ (Connexia o.A.b) sieht. Fehlende Auskünfte zur Gesamtanzahl der Beschäftigten verunmöglichen eine Einordnung der Unternehmensgröße von Connexia.

Die Zusage für ein Interview nur wenige Tage nach der E-Mail-Anfrage erfolgte durch den*die Geschäftsführer*in von Connexia. Gleichzeitig kam es zur Nennung einer Kontaktperson im Amt der Vorarlberger Landesregierung (vgl. E5). Das Interview mit dem*der Geschäftsführer*in verlief offen-transparent und ermöglichte Einblicke in die fachlichen und organisatorischen Angelegenheiten des Betreuungs- und Pflegenetzes Vorarlberg von der Phase der Implementierung von CM im Jahr 2011 bis zum Zeitpunkt der Befragung im Juli 2017. Im Rahmen des Gesprächs wurde auf Berichte hingewiesen, welche für das Forschungsvorhaben von Relevanz sein könnten, und im Internet auf der Homepage des Betreuungs- und Pflegenetzes Vorarlberg öffentlich zugänglich sind (vgl. B12).

Aufgrund der zur Verfügung gestellten Kontaktdaten richtete sich die zweite Interviewanfrage zum Betreuungs- und Pflegenetz an einen*eine Mitarbeiter*in des Amts der Vorarlberger Landesregierung. Die Gesprächszusage erfolgte erst nach Übermittlung des Interviewleitfadens (vgl. E6). Die Unterredung mit dem*der Vertreter*in dieses Amts, welches mit Agenden zum Pflege- und Betreuungsnetz auf der Systemebene betraut ist, fand in einem reservierten Raum im Landhaus der Landesregierung statt. Selbst dieses Gespräch gestaltete sich offen. Darüber hinaus erfolgte die prompte Beantwortung jener Zusatzfragen, welche sich erst im Laufe des Interviews ergaben (vgl. B11).

6.3.3 Datenerhebung und -auswertung im Zuge der Interviews

Die Erhebung der Daten greift neben Informationen via Homepages der Einrichtungen, neben unterschiedlichen Berichten, Beschreibungen, Foldern, Broschüren und Zeitungen auch auf leitfadengestützte Interviews zurück. Die Methode des leitfadengestützten Interviews fand deshalb Einsatz, weil es die Ermittlung von semantischem Wissen und von immanenten Sinnstrukturen zulässt (vgl. Kapitel 3.3.2). Gleichzeitig ist der explorierende Charakter eines leitfadengestützten Interviews als Einladung an die Befragten zu mehr thematischer Offenheit zu verstehen (vgl. Flick

2009:117–119). Da zwischen den Gesprächen bereits die ersten Datenauswertungen vorgenommen wurden, konnten „Zusammenhänge der Daten ermittelt [...] [und anhand] [...] weitere[r] Daten überprüft werden“ (Steinhard 2015:42). Die Leitfäden für die Interviews erfuhren im Laufe der Erhebungen eine ständige Evaluierung und Aktualisierung. Mit Fortschreiten des Auswertungsprozesses stand allerdings fest, dass die Thesenentwicklung stagnierte und sich ein Sättigungseffekt eingestellt hatte, weshalb auf weitere Erhebungen verzichtet wurde.

Die Auswertung der Daten der Interviews und der Passagen aus den unterschiedlichen Quellen wie zB Berichte usw. der Einrichtungen erfolgte mittels Themen- und Systemanalyse. Eine detaillierte Beschreibung dieser Auswertungsmethoden findet sich in Kapitel 3.3.2 und Kapitel 3.3.3. Für die vorliegende Arbeit fiel die Wahl auf eben diese Verfahren, weil es die Nutzbarmachung vollständiger Interviews und großer Textmengen gestattet. Gleichzeitig lässt sich anhand der Systemanalyse neben den manifesten Inhalten auch ein Rückschluss auf latente Sinnstrukturen, Systemlogiken und mögliche Dynamiken in sozialen Systemen ziehen (vgl. Froschauer / Lueger 2003:142–153).

6.4 Ergebnisse

Im aktuellen Kapitel werden die im Rahmen dieser wissenschaftlichen Arbeit erhobenen Daten zur praktischen Anwendung von CM auf der Systemebene von Einrichtungen im österreichischen Gesundheitswesen deskriptiv dargestellt und anhand bestehender Literatur erläutert.

6.4.1 Netzwerkarbeit von Case-Management-Einrichtungen im österreichischen Gesundheitswesen

Die analysierten Daten verdeutlichen die von den untersuchten Einrichtungen vorgenommene Unterscheidung zwischen inter- und intraorganisationaler Netzwerkarbeit. Interessant ist die Tatsache, dass lediglich die interviewten Personen von Netzwerk Gehirn OÖ – und dies nur kurz – über einen multiprofessionellen Austausch innerhalb der Einrichtung berichteten. Auf die Frage nach Erfahrungen mit interner und externer Zusammenarbeit gab ein*eine Vertreter*in von Netzwerk Gehirn OÖ zu Protokoll: „Was mir jetzt spontan einfällt an Zusammenarbeit, natürlich das AMS [...], weil die Klient*innen eben Umschulungen machen wollen“ (T23:187–188). Da auch in den anderen Interviews eine innerbetriebliche Zusammenarbeit auf der Systemebene gar nicht oder nur am Rande Erwähnung fand, lassen sich aufgrund der vorhandenen

Daten keine Rückschlüsse auf unternehmensinterne Organisationsstrukturen ziehen. Die Ergebnisse dieser Untersuchung befassen sich daher hauptsächlich mit einem interorganisationalen Netzwerkverständnis der Einrichtungen im österreichischen Gesundheitswesen.

6.4.2 Die Tätigkeiten der Case-Management-Einrichtungen auf der Systemebene

Folgt man der Theorie von CM (vgl. Kapitel 2.1), ist die Versorgungslandschaft auf der Systemebene also durch die Einrichtungen steuerbar. Ob und wie Organisationen im Sinn von CM agieren, zeigen die folgenden Ergebnisse.

Das Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg wurde 1998 vom Land Vorarlberg als Zusammenschluss von Kommunen und privaten Einrichtungen im Pflegebereich gegründet, um die Hilfeangebote in diesem Bereich flächendeckend und ressourcenorientiert zu koordinieren (vgl. BPVlbG o.A.b). Die Geschäftsführung von Connexia gem. GmbH (im Folgenden kurz Connexia genannt) berichtet, ihre Organisation habe im Jahr 2007 im Auftrag des Landes Vorarlberg die Koordination des Betreuungs- und Pflegenetzes Vorarlberg übernommen. Connexia deckte in diesem Zusammenhang auf, dass Bedarf an Instrumenten und Ressourcen gegeben ist, wenn Hilfeleistungen im Einzelfall in diesem bestehenden Netz koordinierbar sein sollen. Da das Verfahren CM innerhalb dieser Organisation bereits über Bekanntheit verfügte, wurde ein Konzept für das Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg erstellt. Der Entwurf beinhaltete die fachlichen Grundlagen von CM sowie die Prozesse zur Umsetzung dieses Verfahrens. Da zum damaligen Zeitpunkt eine Finanzierungsmöglichkeit über den Bundespflegefonds gegeben war, wurde Connexia vom Land Vorarlberg beauftragt, CM im Betreuungs- und Pflegenetz zu implementieren (vgl. T26:10–38). Folglich hat die genannte Einrichtung Lobbying- und Pionierarbeit für CM geleistet. Hinweise darauf finden sich auch im Interview mit dem*der Vertreter*in des Amts der Vorarlberger Landesregierung. Zwar hat er*sie die Umsetzung von CM im Betreuungs- und Pflegenetz nicht persönlich miterlebt, dennoch vermutet er*sie, dass das Konzept, welches die sozialarbeiterischen und betriebswirtschaftlichen Komponenten auf einzigartige Weise verknüpft, die Handschrift von Connexia trägt, die den Implementierungsprozess begleitet hat (vgl. T25:485–500). Die Mutmaßung des*der Interviewpartner*in deutet auch auf Aspekte im CM des Betreuungs- und Pflegenetzes hin, die eine Einflussnahme von Connexia bei der Implementierung nahelegen. Auch in der Erzählung des*der Geschäftsführer*in von Connexia wird laut, dass die Vorstellungen der Einrichtung, auf welche Art CM auszuführen sei, einen Einfluss auf

die Umsetzung des Verfahrens in diesem Netz zeigten. So wird angeführt, dass die „Gatekeeperfunktion“ im Zuge der Implementierung vonseiten der beteiligten Akteur*innen im Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg diskutiert wurde. Vor allem aufgrund der Zielsetzung einer Vermeidung von Über- und Unterversorgung und darüber hinaus im Sinn der Ressourcenzuteilung fanden sich genügend Stimmen, die die Gatekeeperfunktion gerne in den Vordergrund gestellt hätten. Dennoch hielt Connexia bei der Umsetzung von CM im Bereich der Pflege von älteren Menschen an der anwaltschaftlichen Funktion fest, weil ein CM im Sinn von Social Work CM seitens dieser Einrichtung als bessere Lösung im Gesamtkonzept gesehen wurde (vgl. T26:332–354).

Die Tatsache, dass sich CM-Einrichtungen für eine Implementierung dieses Verfahrens auf der interorganisationalen Ebene engagieren und Lobbying dafür betreiben, kristallisiert sich auch beim Projekt „Age-friendly Region“ heraus. Die Projektleitung erwähnt, dass für die Vorbereitungsarbeit unzählige, auch unbezahlte Ressourcen der Chance B herangezogen wurden, um „eben Mittel zu kriegen, eben nennenswerte Mittel über das INTERREG Projekt, um damit [...] Fakten [...] schaffen zu können, um CM anbieten zu können, eine Basis zu bieten“ (T24:96–98). Die interviewte Person zeigt damit den intensiven Einsatz der Einrichtung Chance B auf, die sich für die Implementierung von CM in dieser Region stark macht. Im Sinn von Lobbying werden laut Interviewpartner*in laufend Gespräche mit den unterschiedlichen Akteur*innen sowohl auf politischer Ebene wie auch mit den Leistungsanbieter*innen in diesem Bereich geführt. Obwohl sich die Unterredungen „schwierig“ gestalten, werde im Rahmen des Projekts „Age-friendly Region“ versucht, das Verfahren CM zu verwirklichen (vgl. ebd.:109–129). Das Konzept müsse für eine Implementierung so angepasst werden, dass „[...] sozusagen aus einer professionellen Perspektive dieser Dienst überbleibt, von dem wir reden, [die] bedürfnisgerechte, nachgehende, freiwillig in Anspruch zu nehmende, nicht von ökonomischem Zeitdruck geprägte Hilfe“ (ebd.:170–173). Diese Äußerung legt die Vermutung nahe, dass analog zu Connexia auch Chance B entsprechende Vorstellungen zu CM in das Konzept eingebracht hat und diese umgesetzt wissen möchte.

Gleichfalls betreibt Netzwerk Gehirn OÖ intensives Lobbying für einen Plan, der die „Handschrift“ seiner Organisation trägt. Ausschlaggebend dafür ist die Gründungsgeschichte dieser Einrichtung, die sich auch in der Haltung und in den nach außen getragenen Werten von Netzwerk Gehirn OÖ widerspiegelt. Die Institution entstand im Zuge eines Projekts, welches von betroffenen Angehörigen ins Leben gerufen wurde, um Menschen mit erworbener Hirnschädigung eine ganzheitliche

Betreuung und Begleitung zuteilwerden zu lassen. In diesem Zusammenhang wurde das Konzept CM mit anwaltschaftlicher Funktion entwickelt und in einem ersten Schritt gemeinsam mit Ärzt*innen, Therapeut*innen und Einrichtungen des öffentlichen und privaten Sektors umgesetzt. Da mit dem Jahr 2012 die Projektfinanzierung für CM keine Fortsetzung mehr fand, wird nach diesem Verfahren seitdem – laut Angaben der interviewten Personen – nur mehr gearbeitet, wenn Sponsor*innen für die Fallbearbeitung gewonnen werden können (vgl. T23:118–149). Trotz der Beteuerungen der Mitarbeiter*innen, CM nicht mehr in ihre Arbeit einfließen zu lassen, sind zahlreiche Aspekte von CM in der Zusammenarbeit mit anderen Organisationen nicht zu übersehen. Einen integralen Bestandteil bildet in diesem Kontext die Lobbyarbeit: Netzwerk Gehirn OÖ veranstaltet alle zwei Jahre einen Kongress mit dem Zweck, die Öffentlichkeit auf die Interessen der Zielgruppe aufmerksam zu machen. Gleichzeitig nimmt die Organisation die Gelegenheit wahr, über ihr Konzept der Hilfeleistung zu informieren, welches ganz auf die Bedürfnisse der Betroffenen abgestimmt ist (vgl. ebd.:304–311). Netzwerk Gehirn OÖ vermag auf gelungene Vernetzung mit Institutionen im gesamten Bundesgebiet zurückblicken. Parallel dazu sehen sich die Vertreter*innen der Organisation gezwungen, die Finanzierung ihrer Einrichtung mit den öffentlichen Stellen jedes Jahr neu zu verhandeln. „Das ist mühsam. Das kann ich gleich einmal dazu sagen. Alle Jahre wieder m-ü-h-s-a-m“ (ebd.:352–353). Darüber hinaus erfolgt die Zusage einer Finanzierung vonseiten der öffentlichen Stellen oft zu einem späten Zeitpunkt, weshalb die Einrichtung auf Spenden von privaten Akteur*innen angewiesen ist. Auch diese Finanzierungsform deutet auf großes Engagement im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit und auf intensive Netzwerkarbeit hin (vgl. ebd.:368–382).

Auf den Punkt gebracht zeigt sich, dass die untersuchten Einrichtungen nach ihren Vorstellungen Lobbying für die Umsetzung von CM im österreichischen Gesundheitswesen betreiben. Damit einher gehen ein hohes Maß an Engagement und intensive Netzwerkarbeit, um neben einer Finanzierung auch Verbündete für eine Verwirklichung von CM zu gewinnen. Zu diesem Zweck werden laufend Gespräche mit Akteur*innen auf politischer und interorganisationaler Ebene geführt.

6.4.3 Aufbau und Struktur der Netzwerke zwischen den Organisationen

In Anbetracht der unter Kapitel 6.2.2 angeführten unterschiedlichen gesetzlichen Rahmenbedingungen lässt sich annehmen, dass in der Helfelandschaft im Gesundheits- und Pflegebereich je nach Region unterschiedliche Dienstleister*innen und Akteur*innen walten. Hinweise, die diese These untermauern, finden sich auch in den erhobenen

Daten. Dazu beschreiben die Vertreter*innen von Netzwerk Gehirn OÖ das Angebot der Peerberatung. Das bedeutet, dass Menschen, die selbst einmal von einem bestimmten Ereignis/Erlebnis betroffen waren, nach einer anerkannten Ausbildung für Menschen mit ähnlichen Erlebnissen oder deren Angehörigen beratend oder unterstützend im Rahmen der Peerberatung zur Verfügung stehen. Die Ausübung des Berufs einer*einer Peerberater*in ist allerdings nur in Oberösterreich möglich, weil es nur in diesem Bundesland aufgrund einer gesetzlichen Regelung im Oberösterreichischen Sozialberufegesetz solch ein Berufsbildes gibt (vgl. T23:10–17). Erläuternde Informationen zu diesem Gesetz merken an, dass im Bereich des österreichischen Gesundheitswesens „uneinheitliche Berufsbilder und Berufsanforderungen“ (OÖ o.A.) in den einzelnen Bundesländern bestehen.

Trotz der Heterogenität der Leistungsanbieter*innen in der Hilfelandschaft aufgrund der unterschiedlichen gesetzlichen Bestimmungen in den Bundesländern legen die erhobenen Daten aber auch nahe, dass die untersuchten Einrichtungen mit Akteur*innen zusammenarbeiten, die Ähnlichkeiten bzw. Gemeinsamkeiten in der Organisationsform aufweisen. Dadurch können die Handelnden im österreichischen Gesundheitswesen unterschiedlichen Gruppen zugeordnet werden. Beispielsweise zählen Gemeinden, Länder, die unterschiedlichen Sozial- und Pensionsversicherungsträger usw. (vgl. T23:168–171; T24:27–35, Land VlbG 2012:5) zu den Körperschaften des öffentlichen Rechts. Zusammenarbeit mit ehrenamtlich engagierten Personen, die der Gruppe der informellen Helfer*innen zugeordnet werden, sowie mit verschiedenen Akteur*innen der formellen Hilfen sind keine Seltenheit. Je nach angebotenen Leistungen ist eine zusätzliche Kategorisierung der informellen und formellen Hilfen (vgl. T23:127, 43–60, 323–326; T24:254–284, Land VlbG 2012:5) möglich. Die Gruppe der Beratungsstellen fasst etwa jene Dienstleister*innen zusammen, die die Nutzer*innen vordergründig in Form von Beratung unterstützen. Mithilfe der Einteilung jener Akteur*innen, die den erhobenen Daten zufolge im Kontext der Netzwerkarbeit der untersuchten Einrichtungen zu finden sind, lässt sich Komplexität reduzieren und eine Netzwerkkarte erstellen, die einen Vergleich der Hilfelandschaften der untersuchten Einrichtungen gestattet. In Anlehnung an die bildliche Darstellung von CM im Wohlfahrtsmix nach Monzer (vgl. 2013:224) werden die Handlungstragenden der untersuchten Organisationen gemäß ihren Merkmalen und den daraus resultierenden Einordnungskriterien in einer Netzwerkkarte nach Abbildung 33 erfasst.

Abbildung 34 bietet einen Überblick über das Netz der im österreichischen Gesundheitswesen tätigen Akteur*innen, unterteilt nach Kategorien. Da die Entstehung

dieser Karte auf Daten der untersuchten Einrichtungen beruht, besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.



Abbildung 34: Akteur*innen in den Netzen der untersuchten CM-Einrichtungen im österreichischen Gesundheitswesen (vgl. T23, T24, T25, T26, SHT-Lobby 2016b, Chance B o.A.b, BPVlbg o.A.)

Da ein erfolgreiches CM auf der Systemebene ohne Kooperationspartner*innen, die ihre Hilfen im Rahmen der Fallarbeit zur Verfügung stellen, schwerlich funktioniert, aber auch um im Sinn einer fallübergreifenden Zusammenarbeit die Angebotslandschaft an die Bedürfnisse der Betroffenen anzupassen und weiterzuentwickeln, ist die Erschaffung eines Netzwerks mit eigenen Kommunikations- und Kooperationsstrukturen unumgänglich (vgl. Kapitel 6.2.1.1).

Für den Rückgriff auf ein gut funktionierendes Netzwerk im CM ist nach Reis (2013:12) darauf zu achten, „dass nicht nur strukturell und psychologisch die Basis für eine dauerhafte Kooperation [...] [geschaffen werden muss], sondern auch – dienstleistungstheoretisch formuliert – Leistungsprozesse gemeinsam“ zu gestalten sind. Der Autor benennt neben der gemeinsamen Zielsetzung der Akteur*innen als wesentliche Elemente für ein stabiles und funktionierendes Netzwerk die Faktoren Kooperation, Vertrauen, Selbstverpflichtung der Handelnden, Verlässlichkeit, Verhandlungen sowie explizite und implizite Kontrakte. Da der Großteil der genannten Aspekte nur schwer formalisierbar ist, wird in diesem Zusammenhang auf den Einfluss von Führungsstil und Organisationskultur auf die jeweiligen Agierenden im Netz verwiesen (vgl. ebd.:2013:6–7).

Eine mögliche Schlussfolgerung bezieht sich auf unterschiedlichen Ausprägungen von Zusammenarbeit zwischen den Akteur*innen in einem Netzwerk. Diesbezüglich getroffene Vereinbarungen in Netzwerken bilden unter einem betriebswirtschaftlichen Blickwinkel „die Grundlage für eine verbindliche Kooperation zwischen Akteuren“ (ebd.:1). Reis fasst den Begriff „Netzwerk“ äußerst breit auf und verweist auf dessen Prägung durch die unterschiedlichen Beziehungen zwischen den Handelnden. Es kann nicht automatisch angenommen werden, dass alle Tätigen ein gemeinsames Ziel innerhalb des Netzes verfolgen. Aus diesem Grund sind dafür Rahmenbedingungen von Vorteil, die in Form von formellen oder informellen Kooperationsvereinbarungen die Aufgaben und Funktionen der Kooperationspartner*innen festlegen und damit eine Netzwerkstruktur erschaffen.

Die Ausführungen machen deutlich, dass für einen Vergleich von CM-Netzwerken neben den Akteur*innen auch die unterschiedlichen Kooperationsformen herangezogen werden müssen. Die Relevanz einer Darstellung der Kooperationsstrukturen unterstreicht auch der*die Befragte des Projekts „Age-friendly Region“ nachdrücklich. Im Kontext zum Netzwerk erläutert die interviewte Person: „Das sind Vertragspartner bei uns im Wording her, das ist wichtig zu sagen, die organisieren. [...] Also, es gibt die Vertragspartner [...] und es gibt Kooperationspartner“ (T24:178–188). Um dieser Unterscheidung gerecht zu werden, sollen die folgenden Netzwerkkarten die jeweiligen Kooperationsformen der untersuchten Einrichtungen in der Hilfelandschaft abbilden.

Abbildung 35 zur Vernetzung von Netzwerk Gehirn OÖ führt vor, dass diese Einrichtung mit Leistungsanbieter*innen aus allen Sektoren im österreichischen Gesundheitswesen zusammenarbeitet. Im Rahmen des Interviews mit den Vertreter*innen kommt sogar heraus, dass gerade bei der Fallarbeit auch eine Zusammenarbeit mit Akteur*innen aus anderen Bereichen in Betracht gezogen wird, weshalb der Sozialratgeber für Oberösterreich eine Grundlage für die Arbeit mit den Klient*innen darstellt (vgl. T23:600–701).

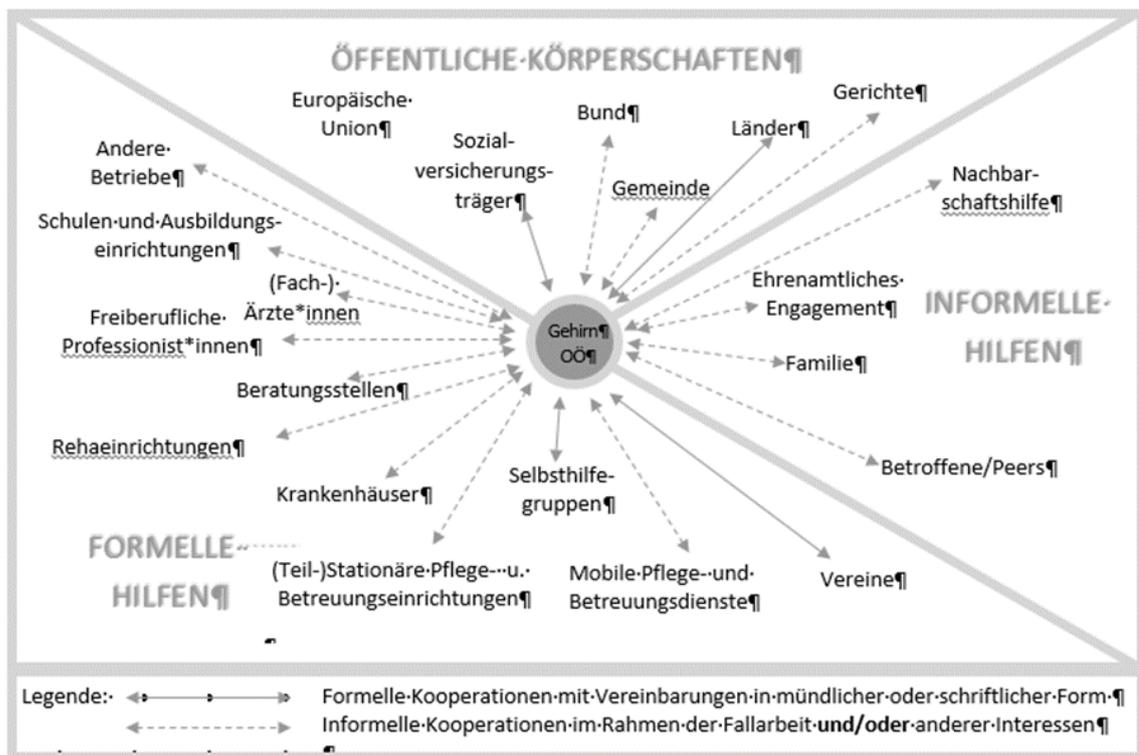


Abbildung 35: Netz von „Netzwerk Gehirn OÖ“ (vgl. T23, SHT-Lobby 2016b)

Keine Kooperationen bestehen im Netzwerk der Einrichtung Netzwerk Gehirn OÖ mit Institutionen der Europäischen Union. Gleichzeitig halten sich in dem Netzwerk von Netzwerk Gehirn OÖ nur wenige Partner*innen auf, welche auf Basis schriftlicher und/oder mündlicher Vereinbarungen mit dieser Einrichtung kooperieren. Die Kooperationen im Sektor der öffentlichen Körperschaften stehen dabei vorrangig im Zusammenhang mit der Finanzierung von Netzwerk Gehirn OÖ (vgl. T23:168–172). Interessant ist der Aspekt, dass im Bereich der informellen Hilfen zwar keine formellen Kooperationen auszumachen sind, aber eine hochintensive Zusammenarbeit mit allen Akteur*innengruppen dieses Sektors stattfindet. Sogar die Betroffenen werden als Helfer*innen wahrgenommen. Die Vertreter*innen der Einrichtung untermauern im Interview diese Beobachtung anhand der Äußerung, dass sie auch großes Augenmerk auf Hilfen legen, die nicht unmittelbar an eine Finanz- oder Sachleistung gebunden sind. Darunter verstehen sie den Peerclub, die Angehörigentreffen, aber auch Zusammenkünfte der Selbsthilfegruppen, bei denen neben Betroffenen, Angehörigen und Pflegepersonen weitere Personen aus dem Umfeld der Betroffenen willkommen geheißen werden. Erwähnte Angebote bestehen unbürokratisch und ohne weitere Verpflichtungen, sie dienen nicht nur der Aufklärung über Krankheitsbilder und einem Schaffen von Krankheitsbewusstsein, sondern der Stärkung der Hilfesuchenden durch gegenseitigen Erfahrungsaustausch (vgl. ebd.:50–550). Des Weiteren fungiert diese Einrichtung als Plattform für Angehörige, die zwar selbst keine Unterstützung mehr

benötigen, jedoch ihre Erfahrungen in diesem Bereich an andere weiterzugeben bereit sind und nach Vermittlung von Netzwerk Gehirn OÖ mit Hilfesuchenden in Kontakt treten (vgl. ebd.:928–953).

Im Sektor der formellen Hilfen sind bei der Karte von Netzwerk Gehirn OÖ kaum Kooperationen, die auf einer mündlichen oder schriftlichen Vereinbarung beruhen, ersichtlich. Dennoch sind Akteur*innen im Netzwerk verfügbar, welche aufgrund gemeinsamer Interessen für die Zielgruppe (Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen) mit der Einrichtung konstruktiv zusammenarbeiten. Dazu zählen Professionist*innen, Krankenhäuser, Rehaeinrichtungen usw. Diese und andere Akteur*innen im österreichischen Gesundheitswesen greifen also auf die Hilfen dieser Einrichtung zurück, obwohl es diesbezüglich keine verbindlichen Kooperationsvereinbarungen in schriftlicher oder mündlicher Form gibt, weshalb die Zusammenarbeit mit benannten Akteur*innen einmal besser und einmal weniger gut vonseiten der Mitarbeiter*innen von Netzwerk Gehirn OÖ wahrgenommen wird (vgl. ebd.:297–328). Deutlich werden die Folgen solch loser Strukturen ohne mündliche oder schriftliche Kooperationsvereinbarungen an folgender Aussage eines*einer Vertreter*in dieser Einrichtung: „Ich bin ein großer Fan von Vernetzungsarbeit, die oft gut gelingt, aber nicht immer“ (ebd.:103–104).

Das Netzwerk für das Projekt „Age-friendly Region“ in Abbildung 36 veranschaulicht ebenfalls zahlreiche verwobene Strukturen. In Bezug auf die Kooperationen im Sektor der öffentlichen Körperschaften bestehen Vereinbarungen, die in Zusammenhang mit der Finanzierung zu lesen sind (vgl. T24:93–97). Andere Arten von Zusammenarbeit wiederum illustrieren die fallspezifische, aber auch fallübergreifende Nutzung, um die Entwicklung der Hilfelandschaft und von CM in der Region voranzutreiben.

Weiters zeigt sich im Vergleich zu den Akteur*innen im Sektor der informellen Hilfen im Netz von Netzwerk Gehirn, dass die Gruppe der Betroffenen von einer Kooperation ausgeschlossen ist. Interessant nimmt sich in diesem Zusammenhang die Hervorhebung im Interview aus, dass die informellen Hilfen zwar im Rahmen der Fallarbeit eingebunden werden sollen, wenn diese im Sinn der Ressourcennutzung im Umfeld der Betroffenen Unterstützung bieten können. Kooperationen darüber hinaus seien jedoch noch nicht geplant (vgl. T24:66–86). Im weiteren Gespräch über die Kooperationspartner*innen auf der Systemebene wird auf diese Akteur*innen allerdings kein weiterer Bezug genommen.

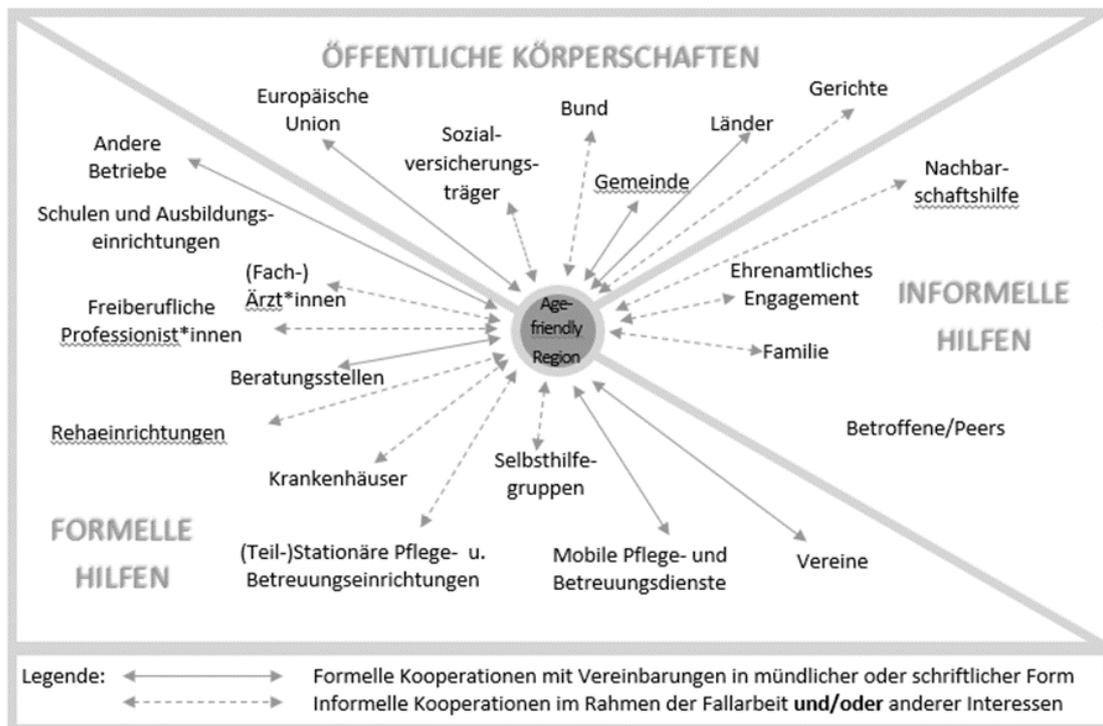


Abbildung 36: Netz von „Age-friendly Region“ (vgl. T24, Chance B o.A.b, eigene Darstellung)

Im Sektor der formellen Hilfen sind mehrere Kooperationen auszumachen, die auf schriftlichen oder mündlichen Vereinbarungen beruhen, dabei aber auch im Zusammenhang mit der Einbettung des Projekts „Age-friendly Region“ in Chance B stehen. Diese Gruppe bietet mehrere unterschiedliche Dienstleistungen (vgl. Chance B o.A.) an, weshalb diese bei Bedarf einer synergetischen Nutzung zugeführt werden können (vgl. T24:275–286). Damit weist dieses Netz einen höheren Anteil an mündlich oder schriftlich vereinbarten Kooperationen als jenes von Netzwerk Gehirn OÖ auf. Nach Reis ist ein solches Netz aufgrund seines größeren Anteils an Akteur*innen mit einem höheren Verbindlichkeitsgrad von mehr Stabilität gekennzeichnet, da „Regelungen zur Sicherung von Kontinuität sinnvoll“ (Reis 2013:7) sind.

Betrachtet man abschließend noch Abbildung 37, welche das Netzwerk von Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg wiedergibt, wozu auch Connexia zählt, ergibt sich wiederum ein anderes Bild in der Struktur der Hilfelandschaft.

Die Kooperationsbeziehungen in den Sektoren öffentliche Körperschaften und informelle Hilfen sind im Vergleich zu den Netzwerken der anderen untersuchten Einrichtungen von ähnlichen Formen der Zusammenarbeit geprägt. Auch in diesem Netzwerk erfolgt die Finanzierung von CM vor allem durch die öffentliche Hand – sprich durch das Land und die Kommunen (vgl. T25:109–133).

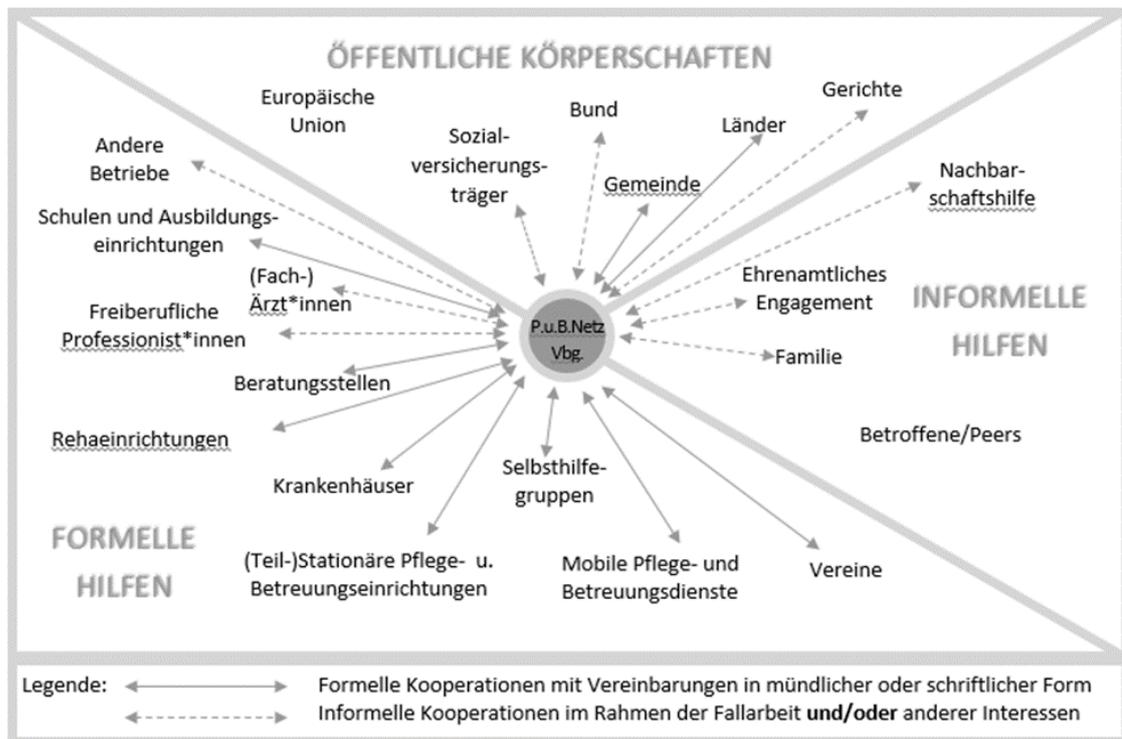


Abbildung 37: Netz von Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg (B.u.P. Netz Vbg.) (vgl. T25, T26, BPVlbg o.A.a)

Dennoch besteht darüber hinaus eine vertraglich geregelte Zusammenarbeit mit den unterschiedlichen Einrichtungen im Betreuungs- und Pflegenetz. Dabei handelt es sich neben dem Land Vorarlberg um die Kommunen in diesem Bundesland, die mobilen Hilfsdienste, die stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen und zahlreiche weitere Dienstleister*innen, die im Sektor der formellen Hilfen in weitere Kategorien unterteilt sind. Auch wird anhand der Kooperationsstrukturen in Abbildung 37 deutlich, dass in diesem Netz ein hohes Maß an Verbindlichkeit zwischen den Akteur*innen im Vergleich zu den Netzen der anderen untersuchten Einrichtungen herrscht. Die Handelnden im Vorarlberger Gesundheitswesen haben sich in schriftlichen Vereinbarungen dazu verpflichtet, über die Organisationsgrenzen hinweg zu kooperieren und fallspezifisch, aber auch fallübergreifend zusammenzuarbeiten (vgl. T26:162–187).

Im Sektor der informellen Hilfen treten ähnliche Strukturen zutage wie im Netz des Projekts „Age-friendly Region“. Da unter die Kooperationspartner*innen mit schriftlichen und/oder mündlichen Vereinbarungen im Sektor formelle Hilfen aber auch die Interessenvertretung für pflegende und betreuende Angehörige eingereicht ist (vgl. BPVlbg o.A.a), liegt der Schluss nahe, dass die Gruppe der Angehörigen und Pflegenden in diesem Netz nicht nur auf Fallebene, sondern auch auf der Systemebene

relevant ist. Da diesbezüglich keine zusätzlichen Daten erhoben wurden, wird dieser Aspekt nicht weiter behandelt.

In Summe lässt sich anhand der Netzwerkkarten ableiten, dass die vielfältige Helfer*innenlandschaft im österreichischen Gesundheitswesen im Kontext der Akteur*innen in den Netzwerken der untersuchten Einrichtungen ein homogenes Bild abgibt. Dennoch zeigen sich die Netze von großer Heterogenität geprägt, was vor allem auf die Art der Kooperationsbeziehungen zurückgeführt werden kann.

6.4.4 Systemsteuerung im Rahmen der Netzwerkarbeit

Da in den Ergebnissen bereits dargestellt wurde, dass CM-Einrichtungen in der Helfelandschaft auf der Systemebene in unterschiedlicher Weise agieren (vgl. Kapitel 6.4.2), und darüber hinaus Aufbau und Kooperationsstrukturen der Netze, in welchen die untersuchten Einrichtungen positioniert sind, beschrieben wurden (vgl. Kapitel 6.4.3), widmet sich das vorliegende Kapitel den Möglichkeiten zur Systemsteuerung.

Weil CM „als Steuerungskonzept [...] vielfältige kommunikative Beziehungen in seinem System [benötigt]“ (Monzer 2018:7) und die Verbindungen der jeweiligen Einrichtung mit den Akteur*innen in Bezug auf Kommunikations- und Kooperationsstrukturen Heterogenität aufweisen, liegt die Vermutung nahe, dass die Steuerungsmöglichkeiten der Netze in den untersuchten CM-Einrichtungen ebenfalls unterschiedlich angelegt sind.

So wird beispielsweise die Systemebene im Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg genutzt, um zu

„[s]chauen, dass es dem Klient gut geht. Den ambulanten Bereich stärken und eine Pflege zu Hause zu ermöglichen. Natürlich alles organisieren rund um einen Pflegeheimplatz, und das ist natürlich alles immer ein Zusammenspiel, aber vor allem im ambulanten Bereich. Und es gibt da in Vorarlberg, da ist es schon politisch vorgegeben. So viel wie möglich ambulant, so wenig wie nötig stationär. Das ist einfach unser, ja, ein verständlicher Grundsatz.“ (T25:828–833)

Obige Aussage spiegelt die Ambivalenz wider, wonach CM anwaltschaftlich oder auch in Form einer Gatekeeperfunktion umgesetzt werden kann. Die Vergangenheit von Betreuungs- und Pflegenetz zeigt auch, dass die Akteur*innen dieser Plattform in den Zeiten vor Einführung von CM angebotsorientiert gewirkt haben. Erst mit Einführung von CM im Jahr 2011 wurden die Bedürfnisse der Betroffenen, die Ressourcen im Netz sowie die Schnittstellen in den Blick genommen, um den Klient*innen und ihren Angehörigen

individuelle Lösungen zu ermöglichen und bestmögliche Versorgung zu bieten (vgl. ebd.:413–435). Um auf die Veränderungen im Gesundheitswesen rasch reagieren zu können, herrscht seit der Implementierung von CM ein regelmäßiger Austausch der Case Manager*innen auf der Systemebene vor. Es findet also ein Erfahrungsaustausch der Case Manager*innen über die Organisationsgrenzen hinweg statt. Die Erfahrungen und das Wissen aus den unterschiedlichen Regionen, das im Rahmen der Fallarbeit angehäuft wurde, kommen dabei zur Sprache. Erwähnt werden in diesem Zusammenhang die Bedürfnisse der Betroffenen und des Umfelds sowie die vorhandenen Ressourcen. Um eine Unter-, Fehl- und Überversorgung im Gesundheits- und Pflegebereich zu vermeiden, werden die Ergebnisse mit den Leistungsanbieter*innen im Netz erörtert. Die gemeinsamen Angebote werden evaluiert, die Helfelandschaft einer Weiterentwicklung zugeführt (vgl. ebd.:371–383).

Zu diesem Zweck ist in diesem Netz eine koordinierende Stelle auf der Systemebene eingerichtet – die Care Manager*innen. Diese Personen sind neben der Weiterentwicklung von CM und der Helfelandschaft auch im Sinn einer Anlaufstelle für Fragen der Kooperationspartner*innen zuständig. Der*Die Care Manager*in, welcher*welche im Amt der Vorarlberger Landesregierung angesiedelt ist, organisiert den regelmäßigen Austausch der zusammenarbeitenden Einrichtungen und der Case Manager*innen im Netz. Mithilfe dieser koordinierenden Instanz werden die unterschiedlichen Sichtweisen mit der Absicht in die unterschiedlichen Gremien getragen, die Qualität im Netzwerk zu erhalten und/oder zu verbessern (vgl. ebd.:585–610). Derzeit werden im Betreuungs- und Pflegenetz Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung der 24-Stunden-Betreuung sowie verschiedene Modelle der Kurzzeitpflege erarbeitet. Obwohl sich diese Evaluierungsmaßnahmen aufgrund fallspezifischer Fakten ergaben (vgl. ebd.:393–396), kann anhand der erhobenen Daten nicht abgeleitet werden, ob die Beurteilung dieses Angebots entstand, weil die Betroffenen länger zu Hause betreut werden wollen, oder ob die Leistungsanbieter*innen eine Möglichkeit der Betreuung außerhalb stationärer Einrichtungen erwirken möchten. In jedem Fall zeigt sich an diesem Beispiel, dass die Helfelandschaft durch ein Zusammenwirken der Akteur*innen auf der Systemebene gesteuert werden kann.

Neben der Angebotssteuerung wird im Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg deutlich, dass auch der Zugang zu Hilfen reguliert werden kann. Zu diesem Zweck ergibt sich ein Bedarf an Interventionen auf der Systemebene, wie der Werdegang der Implementierung von CM auf der Fallebene und die anschließende Beschreibung für

eine Inanspruchnahme der Dienstleistung CM zeigen. Um das Angebot CM im Feld zu positionieren, sollten die Case Manager*innen in der Anfangsphase die Wartelisten der stationären Pflegeeinrichtungen bearbeiten. Obwohl eine Reduktion der Anzahl der Wartenden nicht das erklärte Ziel dieses Unterfangens war, tat sich die Gelegenheit auf, mithilfe der Kommunikations- und Kooperationsmöglichkeiten der Case Manager*innen in diesem Netz Hilfesuchende in ihrer Lebensführung zu unterstützen und weiterhin ihre Betreuung zu Hause zu gewährleisten (vgl. T26:694–716).

Im Anschluss an die Positionierung der Case Manager*innen im Land Vorarlberg erfolgte der Beschluss, dass CM von Menschen in Anspruch genommen werden kann,

„wenn es mehrere Dienstleistungen gibt, die aufeinander abzustimmen sind; wenn dies jetzt eine Situation, die sehr komplex, sehr schwierig ist. Wenn die Betroffenen vielleicht auf eine Art überfordert sind und, einfach, die Fragestellungen sind ähnlich, das nicht bestmöglich gehandhabt werden kann.“ (T25:26–32)

In beiden Fällen ergab sich demgemäß auf der Systemebene eine Definition jener Personen, die die Leistung CM in Anspruch nehmen können. Da die Nutzer*innen von CM nicht nur von den Kooperationspartner*innen zugewiesen werden, sondern sich eigenständig an die Case Manager*innen wenden können, entscheiden letztendlich die Fallmanager*innen, ob es sich um eine Beratungsleistung oder um einen Fall im Sinn von CM handelt (vgl. ebd.:52–61). Die Ausführungen machen deutlich, dass im Pflege- und Betreuungsnetz eine Zugangssteuerung zu Hilfen definiert ist und diese somit eine Regulierung, wer welche Art von Hilfen in Anspruch nehmen kann, gestattet. Trotz dieser Steuerungsmöglichkeit auf der Systemebene ist festzuhalten, dass letztendlich die Entscheidungen der Case Manager*innen maßgeblich den Zugang zu Angeboten der Dienstleister*innen für die Nutzer*innen beeinflussen können.

Während sich bei den erhobenen Daten betreffend Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg deutliche Hinweise auf eine Regulierung auf der Systemebene mehreren, zeigen sich Anzeichen für eine Systemsteuerung bei den anderen untersuchten Einrichtungen nicht ganz so offensichtlich bzw. in einer anderen Form.

Die Projektleitung von „Age-friendly Region“ gibt dazu an, dass das Projekt noch in der Aufbauphase begriffen sei und die Case Manager*innen (aus damaliger Sicht) erst mit Herbst 2017 ihre Arbeit aufnehmen würden. Erst zu diesem Zeitpunkt könnten Rückschlüsse gezogen werden, in welchen Bereichen weitere Entwicklungen notwendig bzw. Interventionen unvermeidbar seien. Grundsätzlich sieht die Leitung aber Anschlussstellen für CM und Steuerungsmöglichkeiten durch ein Netzwerk, sofern dieses entsprechend aufgebaut ist. Deshalb suchen die Gruppenmitglieder von Chance

B „mit einem partizipativen Ansatz andere Organisationen auf, möchten sie von der Idee überzeugen und auch, dass sie in Care-Management-Netzwerken teilnehmen können“ (T24:243–246).

Als Bottom-up-Entwicklung angelegt, ist das erklärte Ziel dieses Projekts, älteren Menschen in den Regionen Weiz und Hartberg-Fürstenfeld eine Hilfestellung an die Hand zu geben, damit diese bei guter Lebensqualität zu Hause betreut und gepflegt werden können. Zu diesem Zweck bietet sich im Bezirk Weiz bereits ein Verein als Kooperationspartner an. Dieser hat sich mit der Umstrukturierung der Bezirksverwaltungsbehörden im Zuge der Jugendwohlfahrtsreform als private Trägerorganisation gegründet, und im Auftrag dieses Vereines betätigen sich Sozialarbeiter*innen, die angestellt sind, um sich um das Wohl älterer Menschen im Bezirk Weiz zu kümmern. Diese Initiative entstand im Bezirk Weiz regional vor zirka vier Jahren, weil nach der Umstrukturierung der Bezirksbehörden die Ressourcen für die Erwachsenensozialarbeit verloren gingen. Die Hilfen vor allem zum Wohl der älteren Menschen dieser Region waren nur mehr in unzureichendem Ausmaß angelegt, weshalb der benannte Verein, in dessen Vorstand sich der Sozialhilfeverband befindet, Sozialarbeiter*innen einstellte. Letztere betätigen sich aufsuchend und bearbeiten in dieser Region zahlreiche Anfragen von Erwachsenen – vor allem von älteren Menschen – mit unterschiedlichen Problemlagen. Die sozialarbeiterischen Ressourcen und das Wissen dieser Einrichtung sollen im Rahmen des Projekts „Age-friendly Region“ um das Know-how von Chance B, welche im Bereich der Pflege und im weiteren Sinn auch in der Medizin verortet ist, ergänzt werden, um CM im oststeirischen Gesundheitswesen voranzutreiben (vgl. T24:243–284).

Da im Zentrum des Projekts „Age-friendly Region“ die Bedürfnisse älterer Menschen stehen, bemüht sich Chance B um eine Kooperation mit einem Verein im Bezirk Weiz, der Erwachsenensozialarbeit anbietet. Zudem haben sich bereits Steuerungsmöglichkeiten sowie ein Mehrwert durch eine Kooperation von Chance B mit den Sozialarbeiter*innen des erwähnten Vereins ergeben. Die Situation der Menschen in dieser Region verbesserte sich durch die Tätigkeit der Sozialarbeiter*innen, was den Betroffenen weiterhin ein Leben zu Hause gestattete. Auch greift das Vertretungsnetz der Sachwalter*innenschaft auf die sozialarbeiterische Betreuung der Kooperationspartner*innen zurück, was das Einbeziehen sachwalterischer Kontakte erlaubte. Anders verhält es sich im Bezirk Hartberg, wo mögliche Kooperationspartner*innen noch Vorbehalte gegenüber Chance B hegen. Den Grund dafür orten Akteur*innen im Gesundheits- und Pflegebereich in diesem Bezirk in der

Befürchtung, dass Chance B als Anbieterin von mobilen Betreuungs- und Pflegeleistungen eine Kooperation im Rahmen von CM nutzen möchte, um im Bezirk Hartberg als neue Anlaufstelle für eben diese Leistungen auftreten zu können (vgl. ebd. :298–330).

Gemäß diesen Beschreibungen ergeben sich vor allem Steuerungsmöglichkeiten auf Systemebene, die im Kontext der Nutzung von Angeboten vonseiten der Betroffenen stehen. Im Rahmen der Kooperation mit einem örtlichen Verein, welcher Erwachsensozialarbeit durchführt, kann Chance B ihre Dienstleistungen im Bereich der mobilen Pflege und Betreuung in dieser Region ansiedeln. Durch eine Zusammenarbeit könnte im Sinn der Nutzung von Synergien ein Zugang zu diesen mobilen Angeboten von Chance B durch Zuweisung im Netz geschaffen werden. Das heißt, dass damit eine Zugangssteuerung zu Angeboten in der Hilfelandschaft für die Nutzer*innen stattfindet.

Gleichzeitig eröffnen sich durch eine Kooperation auf der Systemebene auch Möglichkeiten für Chance B, regional auf diesem Markt Fuß zu fassen, was der Steuerung der Angebotslandschaft den Weg ebnet. Potenzielle Kooperationspartner*innen vermögen grundsätzlich Veränderungen der Angebotslandschaft herbeizuführen. Dass dies auf der Systemebene auch auf Widerstände stößt, zeigt sich am Beispiel Bezirk Hartberg, der zwar versucht das Projekt „Age-friendly Region“ voranzutreiben, jedoch mit dem zögerlichen Verhalten möglicher Kooperationspartner*innen umzugehen hat. Eine Steuerung der Angebote durch die Einrichtungen ist offenbar erst dann auf Fallebene umsetzbar, wenn sich diese im Netz positioniert haben. Auch zeigt sich darin der Einfluss verbindlicher Vereinbarungen für ein funktionierendes CM im Netz, sodass die Autonomie der Akteur*innen erhalten und eine vertrauensvolle Basis geschaffen werden kann (vgl. Reis 2013:12–14).

Doch was bedeutet dies für das Netzwerk Gehirn? Aufschlussreich sind in diesem Zusammenhang die Äußerungen der Vertreter*innen dieser Organisation, dass sich ihre Dienstleistungsangebote nur schwer beschreiben lassen. Sie sind breit gefasst und reichen in Bezug auf die Betroffenen von einer Begleitung im Rahmen der Überleitungspflege bis hin zu Beratung von Personen, die bereits wieder im Arbeitsleben Fuß gefasst haben, die jedoch immer wieder Probleme aufgrund der Folgeerscheinungen ihrer Erkrankung beklagten. Gleichzeitig verstehen sich die Mitarbeiter*innen aber auch als Ansprechpartner*innen für Angehörige und Menschen im Umfeld von Betroffenen. Sie beraten Einrichtungen bei unterschiedlichsten Fragestellungen (z.B. Anleitung für Mitarbeiter*innen oder Mitbewohner*innen im

Umgang mit problematischem Verhalten eines Betroffenen) und betreiben zusätzlich Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit mit Kooperationspartner*innen im gesamten Bundesgebiet. Demzufolge beschreiben die Vertreter*innen von Netzwerk Gehirn, dass sie ihre Netzwerkpartner*innen je nach Aufgabenstellung und Themengebiet der zu bearbeitenden Fälle wählen (vgl. Kapitel 6.4.3). Die Ausführungen in den Interviews deuten darauf hin, dass Netzwerk Gehirn OÖ im Netz noch keine eindeutige Positionierung eingenommen hat.

Da die Positionierung im Netz – wie bereits festgehalten – eine Notwendigkeit für die Einflussnahme auf das System auch in den anderen Ebenen darstellt, ergibt sich der Schluss, dass Netzwerk Gehirn OÖ über nur wenige oder gar keine Möglichkeiten der Systemsteuerung verfügt. Die Einrichtung ist vielmehr davon abhängig, wie die Akteur*innen im Feld ihre Dienstleistungen nutzen und ihrer Einrichtung finanziert wird. Dieser Tatsache sind sich die Mitarbeiter*innen der Organisation auch bewusst. Einer Anekdote von einer Mitarbeiter*in von Netzwerk Gehirn OÖ über den Versand von Broschüren zu ihren Leistungsangeboten an andere Organisationen ist zu entnehmen, dass die Mitarbeiter*innen wissen, dass manche Einrichtungen ihre Broschüren an Interessierte und Betroffene verteilen, „und bei manchen bleibt das halt liegen oder liegt irgendwo in einer Lade. Aber wie gesagt, wir wissen, es wird besser. Aber es braucht wirklich einen langen Atem“ (T23:326–328).

6.4.5 Einflussnehmende Faktoren auf die Netzwerkarbeit im Sinn von CM

Die analysierten Daten sämtlicher Interviews ermöglichen die Ableitung von Faktoren, die für eine Umsetzung von CM auf der Systemebene relevant sind. So äußert sich der*die Vertreter*in des Amts der Vorarlberger Landesregierung über mögliche einflussnehmende Aspekte wie folgt:

„Case Management, und man sieht, das ist, das ist bloß immer, das hat bei uns viel mit politischem Interesse auch zu tun. Der Input ist teilweise, kann teilweise anders sein, das kann ein Input sein vom Fachbereich, das kann ein Input von der Politik sein oder auch von den Systempartnern sein, aber eine Entwicklung von so einem Angebot funktioniert nicht, ohne dass man die Politik a im Hintergrund hat.“
(T25:406–411)

Eine Einflussnahme ist demzufolge nicht nur vonseiten der Politik, sondern auch durch die Akteur*innen der formellen Hilfelandschaft gegeben. Dabei schreibt der*die Vertreter*in des Amts der Vorarlberger Landesregierung den politischen Interessen in der Umsetzung von CM eine wichtige Rolle zu.

6.4.5.1 Einflussnahme durch politische Interessen

Die Auswirkung politischer Interessen auf die Umsetzung von CM ist in allen Interviews unbestritten. Dabei bezieht sich dieser Einfluss hauptsächlich auf die Finanzierung von CM. So erwähnt beispielsweise ein*eine Mitarbeiter*in von Netzwerk Gehirn, dass CM bis 2012 von eben dieser Einrichtung angeboten wurde. Seit das Land die geldlichen Mittel dafür eingestellt hat, kann CM nur mehr durchgeführt werden, wenn sich andere Finanzierungsmöglichkeiten (Auftrag durch private Versicherungsgesellschaften oder Mittelaufbringung durch Spenden) ergeben (vgl. T23:118–161). Für Netzwerk Gehirn OÖ sind demgemäß die politischen Interessen für die Finanzierung von Dienstleistungsangeboten und folglich auch von CM von großer Bedeutung. Andererseits ist eine Implementierung von CM durchführbar, sofern andere Sponsor*innen gefunden werden. Schlussfolgernd erweisen sich politische Interessen deshalb als relevant, weil die aus politischen Gremien resultierenden Entscheidungen Auswirkungen auf die Finanzierung der Einrichtung, ihrer Dienstleistungen und somit auch von CM zeitigen.

Die Projektleitung von „Age-friendly Region“ spricht im Zuge der Interessen von politische Entscheidungsträger*innen darüber, dass zwar auf Bundesebene mit Beschluss zur Mittelwendung aus dem Pflegefonds eine wichtige Rahmenbedingung für eine Implementierung von CM festgesetzt wurde, diese Grundlage aber auf regionaler Ebene noch fehlt, sodass eine Finanzierung von CM, wie dies im Projekt „Age-friendly Region“ verstanden wird, durch das Land Steiermark noch nicht möglich ist (vgl. T24:126–129). Damit ist auch in diesem Umfeld die enge Verknüpfung der Finanzierung des Projekts mit der Politik belegt. Weiters wird im Interview ausgeführt, dass der erwähnte Beschluss auf Bundesebene die Erwartung schürte, das Land Steiermark denke eine Umsetzung des Verfahrens CM an. Allerdings wurden diesbezüglich keine konkreten Pläne oder Forderungen seitens des Landes ausformuliert. Zum Zeitpunkt des Gesprächs war für den*die Projektleiter*in nicht ersichtlich, ob das Konzept von „Age-friendly Region“ seitens des Landes akzeptiert werde.

Der*Die Projektleiter*in macht die fehlende Positionierung der politischen Entscheidungsträger*innen im Bundesland an einer zögerlichen Haltung vonseiten der Leistungsanbieter*innen betreffend den Abschluss von Kooperationen fest. „Solange die Führung oben, solange die Pflege nicht entschieden ist von höchster Stelle, in dem Fall bleibt das Klima aus meiner Sicht so unsicher, dass es schwer ist, Nägel mit Köpfen zu machen“ (ebd.:126–129). Daraus kann geschlossen werden, dass sich die

Entscheidungen der politischen Akteur*innen neben der Finanzierung auch auf die Rahmenbedingungen für die Einrichtungen im Gesundheitswesen auswirken. Es wird verdeutlicht, dass es vor allem die Positionierung und die Vorgaben der regionalen politischen Entscheidungsträger*innen sind, welche die Leistungsanbieter*innen bei der Umsetzung ihrer Hilfen bzw. auch in der Gestaltung von Angeboten beeinflussen. Im Zusammenhang mit unklaren Rahmenbedingungen ergänzt der*die Befragte, Leistungsanbieter*innen würden das Verfahren CM nur in Ansätzen bzw. in Teilen umsetzen. Es gebe keine Vorgaben in Bezug auf die Zielgruppe sowie auf die Ausübung und Umsetzung von CM durch eine oder mehrere definierte Professionen und/oder Einrichtungen.

Für eine Implementierung von CM im Rahmen des Projekts „Age-friendly Region“ wurden Deutungen aus den politischen Leitlinien aus Bundes- und Länderebene in das Konzept aufgenommen, integriert und so verwirklicht, „dass [...] letztlich sozusagen aus einer professionellen Perspektive dieser Dienst überbleibt, von dem wir reden, [die] bedürfnisgerechte, nachgehende, freiwillig in Anspruch zu nehmende, nicht von ökonomische[m] Zeitdruck geprägte Hilfe“ (ebd.:170–173). Die politischen Entscheidungsträger*innen nehmen vermutlich durch die Festlegung der Rahmenbedingungen Einfluss darauf, auf welche Art oder in welcher Form CM umgesetzt wird.

Auch in den Ausführungen der interviewten Personen zum Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg finden sich Hinweise darauf, dass es zwar gesetzliche Grundlagen braucht aber ein Handlungsspielraum seitens der Einrichtungen gegeben ist. Der*Die Geschäftsführer*in von Connexia berichtet, dass im Zuge der Implementierung grundsätzlich vonseiten des Landes und der Gemeinden als Auftraggeber*innen und Financiers eine Vorgabe der Rahmenbedingungen erfolgte, den Gemeinden jedoch als regionalen Entscheidungsträgerinnen eine besondere Rolle zugedacht war. Sie fällten den Entschluss, wer mit der Umsetzung von CM in ihrem Wirkungskreis betraut werden solle. „Also, das war uns ganz wichtig, dass die Gemeinden a in diese Verantwortung gehen und die Verantwortung wahrnehmen, für eine gute Abstimmung und Koordination auch in Einzelfall Sorge zu tragen“ (T26:91–94). Entscheidungsträger*innen der Gemeinden haben also aufgrund ihres Wissens zu den handelnden Akteur*innen in der Region vorgegeben, wo CM auf Fallebene implementiert wird bzw. welche Träger*innen und welche Berufsgruppen CM auf regionaler Ebene ausführen können. In diesem Kontext wurden von den Gemeinden, die ihre regionale Verantwortung wahrnehmen, Vorschläge unterbreitet. Die letzte Entscheidung für die Berechtigung zu CM oblag aber

letztlich dem Land als finanzierender Stelle (vgl. ebd.:158–187). Diese Ausführungen betonen ebenfalls die Relevanz der politischen Entscheidungsträger*innen, welche aufgrund der Finanzierung der Dienstleistungen im österreichischen Gesundheitswesen gegeben ist. Die Befragten weisen zudem auf unterschiedliche regionale Gegebenheiten in den Kommunen hin. Genannte Abweichungen können auf die Entscheidungsmacht der politischen Akteur*innen in deren Wirkungskreis zurückgeführt werden und entfalten ihre Wirkung bei der Umsetzung von CM. Das bedeutet, dass CM in den Kommunen auch unterschiedliche Handhabung erfährt.

Von einer verschiedenartigen Umsetzung und Ausprägung des Verfahrens in den Regionen berichtet auch der*die Vertreter*in des Amts der Vorarlberger Landesregierung. Beispielsweise wird die Höhe der Förderung der Case Manager*innen vom Land bestimmt. Der Zuschuss vonseiten des Landes für eine Vollzeitkraft richtet sich dabei nach der Anzahl von Einwohner*innen. Andererseits existieren Kommunen, die die Arbeitszeit der Case Manager*innen erhöht haben und für diese zusätzlich entstandenen Kosten aufkommen. Dabei handelt es sich vor allem um Gemeinden, in denen CM als Servicestelle für alle Fragen rund um Betreuung und Pflege interpretiert wird (vgl. T25:198–215). Die Rahmenbedingungen gibt das Land vor, letzten Endes entscheiden aber die Kommunen selbst, wie CM in ihrer Region umgesetzt und positioniert wird. Gleichzeitig lässt sich aber auch festhalten, dass die politischen Entscheidungsträger*innen vor allem mittels Finanzierung Einfluss auf CM nehmen.

6.4.5.2 Einflussnahme durch die Interessen der Einrichtungen

Dass die politischen Akteur*innen CM auf unterschiedliche Art und Weise beeinflussen, wurde bereits deutlich gemacht. Allerdings scheinen auch die Interessen der Organisationen relevant für die Umsetzung von CM zu sein. Ansatzweise wurde dies bereits in Kapitel 6.4.2 aufgezeigt. An dieser Stelle wird beschrieben, dass die Einrichtungen Einfluss darauf nehmen, in welcher Form CM verwirklicht wird (vgl. Kapitel 6.4.2).

Bei Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg ergab sich in der CM-Implementierungsphase anlässlich der Frage, welche Berufsgruppe die Aufgaben von Case Manager*innen übernehmen kann und bei welchen Träger*innen deren Anstellung aussichtsreich ist, „ein fröhliches Wettrennen darum, wer da am besten geeignet ist“ (T25:167–168). Es entstand ein Konkurrenzkampf zwischen den Akteur*innen im Pflege- und Betreuungsnetz, „[s]o in dem Sinne, es isch vü gscheiter, wenn’s i moch, [...]“

g'scheiter, wenn's i moch“ (vgl. T26:861–862). Dabei trat die Befürchtung der einzelnen Handelnden zutage, die Case Manager*innen könnten die Aufgaben und Tätigkeiten der unterschiedlichen Professionist*innen und Einrichtungen oder Teile davon übernehmen und damit den Organisationen bzw. den Agierenden im Betreuungs- und Pflegenetz die Basis ihres Bestehens entziehen (vgl. ebd.:247–262). Von der Bedeutsamkeit unterschiedlicher Interessen der Einrichtungen im Netzwerk gibt sich auch die befragte Person des Amts der Vorarlberger Landesregierung überzeugt. Sie betont die Notwendigkeit, die Systempartner*innen über CM aufzuklären, weil „Case Management [...] nur dann wirklich gut [funktioniert], wenn [...] die Anbieter von den Dienstleistungen auch involviert sind, das Case Management schätzen und [...] sich selber sagen, dass es eine Entlastung ist und kein Eingreifen in ihre Tätigkeit“ (T25:763–769).

Damit bestätigt sich die Annahme von Faß (vgl. 2006:144), dass die heterogenen Strukturen der Netzwerkpartner*innen beim Aufbau des Netzwerks von CM bzw. bei der Zusammenarbeit zu Hindernissen führen können (vgl. Kapitel 6.2.1.1). Hinweise auf die Richtigkeit dieser Theorie finden sich auch in den anderen Interviews. So beschreiben beispielsweise die Mitarbeiter*innen von Netzwerk Gehirn, dass sie beim Versuch, Kooperationspartner*innen zu finden, an ihre Grenzen stoßen und kein Gehör finden. Sie mutmaßen, dass die Einrichtungen den Schritt noch nicht vollzogen haben, sich an den Bedürfnissen der Nutzer*innen zu orientieren, weil sie sonst ihre eigenen organisationalen Abläufe überdenken müssten. Es wird deutlich, dass die Einrichtungen „sich net irgendwie do von außen dreinpfuschen lassen“ (T23:222–223) möchten.

Dass sich die Suche nach Kooperationspartner*innen aufgrund der individuellen Interessen der Akteur*innen im Netz schwierig gestaltet, weiß auch die Projektleitung von „Age-friendly Region“ zu berichten:

„Wir suchen noch so einen zweiten engeren Kooperationspartner aus dem Bezirk Hartberg-Fürstenfeld. Dort ist dann eher das Konkurrenzproblem klar ersichtlich, es ist nicht leicht, jemand zu finden. Einzelne Organisationen sind interessiert, wollen aber [...] nicht vorpreschen. Dann kommt dazu, dass Chance B eigentlich aus einem anderen Bezirk ein neuer Träger ist, und da stehen dann sozusagen nicht die Bedürfnisse älterer Menschen im Zentrum, sondern ganz klare Konkurrenzüberlegungen, Vorbehalte, die eigentlich keine Grundlage haben [...].“ (T24:298–305)

All diese Ausführungen illustrieren, dass auf der organisationalen Ebene Konkurrenz ein Thema darstellt. Die Gründe dafür sind nicht eindeutig ableitbar. Es lässt sich allerdings anhand der Daten erkennen, dass zwischen den möglichen Kooperationspartner*innen Vorbehalte in Bezug auf die Implementierung von CM bestehen. Die Bandbreite reicht von „das mach ma do eh scho alles bis zu ah, da nimmt ma uns a Arbeit weg“ (T26:252–

253). Schlussfolgernd bangen also die Dienstleister*innen, dass ihre Leistungen nicht mehr genutzt werden und im weiteren Verlauf ihre Existenz infrage gestellt ist.

Vor diesem Hintergrund zeigt sich, wie wichtig sich Aufklärung über das Verfahren CM für die Kooperationspartner*innen ausnimmt. Genau diesen Umstand beschreibt auch der*die Geschäftsführer*in von Connexia. Denn erst durch umfangreiche Informationen in Bezug auf CM in der konzeptionellen Phase und während der Implementierung sowie durch genaue Definition, wann CM einzusetzen ist, wurde Verständnis seitens der Akteur*innen im Betreuungs- und Pflegenetz erreicht. Nach erfolgter Umsetzung von CM registrierten die Einrichtungen sehr schnell,

„also des, was Routinearbeit is, do funkt ma uns weiterhin net drein. Do bruchts ka Case Management und de suchn se o ka Arbeit mühsam, indem sie do uns was wegnehmen, sondern es woar sehr schnell klar, dass der Bedarf eben wirklich do is [...] und dass die Konzentration auf die komplexen Fälle a notwendig ist. [...] Und auf da anderen Sit, des a tatsächlich zu einer Entlastung aller Beteiligten gführt hat [...], nämlich dass dann genau denn, wenn's kompliziert wird, wenn's komplexe Fälle sind, [...] dann eben s'Case Management als Fachstelle zur Verfügung gstoit. A mit Methodenkoffer [...].“ (T26:262–276)

Anhand dieser Erzählung ist erkennbar, dass die Interessen der Kooperationspartner*innen erheblich ins Gewicht fallen. Erst mit dem Erkennen der Vorteile, welche sich im Rahmen der Umsetzung auch für die Dienstleister*innen ergaben, rückten die Vorbehalte der Dienstleister*innen, dass mögliche finanzielle Einbußen durch neue Abläufe oder geringere Einnahmen entstehen in den Hintergrund. Die im Interview angeführten wichtigen Faktoren bei der Umsetzung von CM wurden auch vertraglich geregelt, wobei Connexia den Netzpartner*innen – vor allem jenen, welche den Case Manager*innen zu einer Anstellung verhalfen – auch beratend zur Seite stand (vgl. T26:892–925). Daraus ist ableitbar, dass eine Verwirklichung von CM auch organisationale Veränderungen nach sich zieht. Dabei kamen budgetäre Fragestellungen, die Finanzierung von CM innerhalb der Organisation, die Qualifizierung der Case Manager*innen und Abläufe zur Sprache, die für die Umsetzung von CM relevant waren/sind (vgl. T26:892–925). Das verdeutlicht, dass die Finanzierung der Dienstleistungen auch eine große Rolle einnimmt, inwieweit die Organisationen Veränderungen innerhalb der Organisation zulassen und/oder umsetzen. Da anhand der erhobenen Daten keine weiteren Erkenntnisse dazu abgeleitet werden können und die Fragestellung sich nicht mit Organisationsentwicklung befasst, wird dieses Thema nicht weiter behandelt.

6.4.5.3 Einflussnahme aufgrund der persönlichen Haltung der Akteur*innen

Einen weiteren, von den Interviewpartner*innen hervorgehobenen Aspekt stellt die persönliche Haltung der Akteur*innen im Netz dar. Diesbezüglich beschreiben die Mitarbeiter*innen von Netzwerk Gehirn, dass sich Unterschiede betreffend der Zusammenarbeit im Rahmen der Fallarbeit, aber auch fallübergreifend - mit den anderen Einrichtungen - bemerkbar machen. Diese Abweichungen sind auch innerhalb der Organisation nicht von Einheitlichkeit gekennzeichnet, sondern hängen von den handelnden Personen ab, die für den jeweiligen Fall als Ansprechpartner*innen zur Verfügung stehen. Gleichzeitig drücken die Vertreter*innen von Netzwerk Gehirn ÖÖ aber auch aus, dass Kooperationen mit Organisationen grundsätzlich wenig forciert werden, wenn die Führungskräfte in den unterschiedlichen Ebenen nur mäßig an einer Zusammenarbeit interessiert sind (vgl. T23:411–428). Aus diesem Grund erachtet Netzwerk Gehirn ÖÖ die Lobbyarbeit als wesentlichen Bestandteil seiner Tätigkeit, um über Menschen mit erworbener Hirnschädigung, die oft vor komplexen Problemstellungen stehen und deshalb CM benötigen, aufzuklären und bei den Menschen generell die Haltung zu dieser Thematik zu verändern. Die Mitarbeiter*innen sehen es als ihre Aufgabe, Netzwerkarbeit zu betreiben und die Klient*innen im Sinn eines advokatorischen CM im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu unterstützen, um so Verbesserungen für die Betroffenen und ihre Angehörigen zu erreichen. Sie verbinden Netzwerkarbeit mit einer persönlichen Einstellung bzw. mit ihrer individuellen Haltung.

„Diese Haltung haben wir in uns drinnen. Nur weil wir es nicht mehr anbieten, ist es ja nicht amputiert worden. Die habe ich ja in mir drinnen, diese Haltung, deshalb ist für uns Netzwerkarbeit eigentlich selbstverständlich und [...] [i]rgendwann weiß ich, wenn man mit einer gewissen, wie sagt man da, mit einer gewissen Vehemenz, mit einer gewissen Liebe an dieser Thematik arbeitet, irgendwann gelingt es, okay? Und das ist halt eine H A L T U N G, die hat man, oder man hat sie nicht.“ (ebd.:801–811)

Diese Ansicht teilt auch die befragte Person des Projekts „Age-friendly Region“, die selbst Lobbyarbeit für ein advokatorisches CM betreibt. Sie stellt klar, die Vorarbeiten für CM hätten begonnen, weil sich aufgrund der gesetzlichen Vorgaben des Bundes zur Mittelverwendung im Pflegefonds die Anwendung von CM auch in der Steiermark abzeichnete. Da aber Unklarheiten bezüglich der Rahmenbedingungen in der Region bestanden, griff die interviewte Person gemeinsam mit ihrer Organisation im Vorfeld auf eigene Ressourcen zurück, um eine Finanzierung über INTERREG in Ganz zu bringen. Diese Mittel und der weitere persönliche Einsatz in Form von Aufklärungsgesprächen ebneten den Weg für Chance B, mit der Verwirklichung eines advokatorischen CM zu beginnen und für dieses Konzept auch Kooperationspartner*innen neben den politischen Entscheidungsträger*innen in der Region zu gewinnen (vgl. T24:93–129). Im Interview zeichnet sich darüber hinaus die intensive Beschäftigung des*der Projektleiter*in mit der

Thematik CM und den pflegebedürftigen Menschen sowie deren familiärem Umfeld in der Oststeiermark ab. Er*Sie setzte sich für eine Umsetzung von CM mit einer advokatorischen Funktion ein, was ein Konzept mit diversen Anschlussmöglichkeiten an unterschiedliche Professionist*innen sowie an öffentliche und private TrägerInnen von Dienstleistungsangeboten in diesem Bereich entstehen ließ (vgl. ebd.:344–433). Der Stellenwert der Verwirklichung von CM für die Projektleitung lässt sich auch daran ablesen, dass sie selber das Projekt mitentwickelt hat und „ohne Bezahlung einfach auf Goodwill, weil [sie] [...] von der Idee überzeugt war, [...] nach Ungarn mitgefahren“ (ebd.:530–531) ist. Dieses Zitat spiegelt den Willen und das persönliche Engagement dieser Person wider, ein advokatorisches CM in der Region Oststeiermark zu implementieren.

Dass Engagement und individuelle Haltung von einer oder mehreren Personen die Implementierung von CM im Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg zur Folge hatten, bestätigen die Daten der in diesem Netz tätigen und befragten Personen. Die Grundlage für CM im Betreuungs- und Pflegenetz bildete diese Plattform, die aufgrund einer Intervention eines*einer politischen Entscheidungsträger*in im Amt der Vorarlberger Landesregierung entstanden ist. Auch die Umsetzung von CM im Jahre 2011 wurde durch politische Entscheidungsträger*innen ermöglicht (vgl. T25:400–423). Daraus kann geschlossen werden, dass in der Geschichte von Pflege- und Betreuungsnetz Vorarlberg eine oder mehrere Personen auftreten, welche eine verbindliche Zusammenarbeit im Sinn von CM begrüßen und deshalb vorangetrieben haben.

Dass für die Einführung eines advokatorischen CM die Einrichtung Connexia federführend war, die diesbezüglich auch das Konzept entwickelt hat (vgl. Kapitel 6.4.2 und Kapitel 6.4.4.2), wurde bereits beschrieben. Anhand der Erläuterungen zur Auswahl der Case Manager*innen vor Ort bzw. in welcher Organisation die Case Manager*in anstellt werden kann, und den Einbezug der politischen Akteur*innen in dieser Region (vgl. Kapitel 6.4.4.1), kann ebenfalls die Bedeutung persönlicher Haltungen zu CM abgeleitet werden. So wurden regional die Kommunen in die Auswahl der Träger*innen von CM und der Case Manager*innen miteinbezogen, weil bekannt sei, dass die persönlichen Eigenschaften eines Menschen oder seine Haltung ihren Beitrag dazu leisten, wie gut eine Dienstleistung von den Betroffenen und auch von den Netzpartner*innen angenommen werde (vgl. ebd.:653–663).

Neben der Einbindung der regionalen Entscheidungsträger*innen wird im Rahmen erfolgreicher Implementierung auch das Hinzuziehen der wesentlichsten Player*innen erwähnt, mit denen das Konzept abgestimmt wurde.

„Und von dem her war, von dem Moment, wo's Land gseht hat, in die Umsetzung gehen, ah hama jetzt auf dieser Ebene zumindest kan Widerstand mehr ghabt. Also, die waren im Boot, die waren, haum sie genau so gfreut wie mia, dass der Auftrag jetzt kuma is und dass ma des jetzt tuan können, also do war in, auf der Ebene derer, die diese diese verschiedenen Bereiche vertreten, hama praktisch Rückenwind ghat und überhaupt kan Widerstand mehr. Den hama davor abgearbeitet, sog i jetzt amoi.“ (T26:227–234)

Diese Ausführungen zeigen, dass für eine Implementierung von CM Akteur*innen benötigt werden, welche in eben der Region, in der CM zu verwirklichen ist, auch eine machtvolle Position einnehmen. Sie tragen Mitverantwortung und entscheiden, wie und in welcher Form CM vorgenommen werden kann.

6.4.6 Qualifizierung der Case Manager*innen

Die Meinungen der interviewten Personen stimmen darin überein, dass Case- und Care Manager*innen neben den persönlichen Kompetenzen und Haltungen bestimmter Qualifikationen bedürfen. In Anlehnung an die Voraussetzungen für den Erwerb eines ÖGCC-Zertifikats (vgl. Kapitel 2.7) beschäftigen – oder beabsichtigen dies wie bei „Age-friendly Region“ – die untersuchten Einrichtungen Case Manager*innen oder Personen, die ein Hochschulstudium in den Bereichen Soziale Arbeit, Gehobener Pflegedienst oder eine vergleichbare Ausbildung im Gesundheits- und Sozialbereich und/oder einschlägige Berufserfahrung nachweisen können (vgl. T23:646–647, T24:676–688, T26:169–175). Spezielle Aus- und Weiterbildungen nach ÖGCC als Case Manager*innen wurden in den Gesprächen mit dem*der Vertreter*in des Projekts „Age-friendly Region“ und den Beauftragten von Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg erwähnt. Im Netz von Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg bietet solche Aus- und Weiterbildungen, die sich an den Richtlinien der ÖGCC orientieren, Connexia an. Da unterschiedliche Berufe aus dem Sozial- und Gesundheitswesen in manchen Bereichen mehr oder weniger Vorbildung zu einer Tätigkeit im Sinn von CM mitbringen, ist die genannte Ausbildung für alle Case Manager*innen im Netz auch seitens des Landes Vorarlberg verpflichtend (T26:131–149). Der*Die Betreuungsleiter*in von „Age-friendly Region“ merkt im Gespräch an, dass bei einer Anstellung einer Case Manager*innen sofort die zusätzliche Ausbildung zu CM notwendig ist, wenn die Kompetenzen der Person passen, aber einer Weiterbildung, die auf das Aufgabengebiet von CM zugeschnitten ist, im Laufe der beruflichen Ausübung von CM unerlässlich ist (vgl. T25:683–688).

Ins Auge sticht, dass die Netzwerktätigen aller untersuchten Einrichtungen, die auf Fall- und/oder Systemebene mit der Umsetzung von CM betraut sind und Koordinationsaufgaben im Netzwerk übernehmen, im Sozialwesen und/oder in der Gesundheits- und Krankenpflege ausgebildet sind (vgl. T23:646–647, T24:676–688, T26:169–175). Die positiven Effekte des Einsatzes unterschiedlicher Berufsgruppen in einem Netz werden anhand des multiprofessionellen Teams bei Netzwerk Gehirn OÖ beleuchtet, das sich im Sinn eines lösungs- und ressourcenorientierten Arbeitens regelmäßig austauscht. Teil dieses Teams ist neben den hauptamtlichen Mitarbeiter*innen auch ein Mediziner, der sich ehrenamtlich in diese Organisation einbringt. Diese Kombination ermöglicht neben der Einbringung aller Perspektiven zur Fallarbeit auch die optimale Nutzung der Ressourcen der Mitarbeiter*innen (vgl. T23:34–79). Ein Verweis auf die Ressourcennutzung durch den Berufsgruppenmix bei den Case Manager*innen findet sich auch im Jahresbericht von CM im Betreuungs- und Pflegenetzwerk. Dort wird thematisiert, dass ein Mix von unterschiedlichen Berufsgruppen aufgrund

„verschiedene[r] Grundqualifikationen unterschiedliche[r] Auffassungen und Schwerpunktsetzungen (z.B. Sozialarbeitern fehlt das Hintergrundwissen zu Krankheitsbildern im Vergleich zur Pflege; viele sozialarbeiterische Problemstellungen sind für Pflegekräfte schwierig)“ (Ilg / Hebenstreit 2016:11)

empfohlen wird, um Schwächen der jeweiligen Professionen durch die Stärken der anderen auszugleichen.

6.4.7 (Elektronische) Datenverarbeitung

In Bezug auf die Zusammenarbeit der Einrichtungen mit anderen Organisationen oder Professionist*innen im Gesundheitswesen zeigen die erhobenen Daten, dass zwar (elektronisch) unterstützte Datenerfassung und -bearbeitung in der inter- und intraorganisationalen Teamarbeit als sinnvoll erachtet wird, die Regelungen zum Datenschutz jedoch interorganisationale Kooperationen erschweren. Befragt zu diesem Thema geben die Vertreter*innen von Netzwerk Gehirn OÖ an, dass sie schon viele Jahre ein elektronisches Datenerfassungs- und -bearbeitungssystem innerhalb ihrer Organisation auch aufgrund der Dokumentationspflicht nutzen. Ursprünglich wurde dieses System sogar für CM entwickelt und ermöglicht den Mitarbeiter*innen der benannten Einrichtung einen effektiven Austausch bei unterschiedlichen Fallkonstellationen im multiprofessionellen Team. Anhand der Datendokumentation ihrer Kolleg*innen zu einem Fall bedienen sich die unterschiedlichsten Professionist*innen der Einrichtung, die ebenfalls in die Fragestellung involviert sind, der detaillierten

Kenntnisse der anderen zu Fallverlauf und -geschichte. Zusätzlich wird die Möglichkeit angegeben, dass ein bereits abgeschlossener Fall zu einem späteren Zeitpunkt neuerliche Hilfestellung erfordert. Unter diesen Umständen bietet die Historie erste Informationen und einen möglichen Hinweis auf Lösungen. Um die Daten auch anderen Organisationen in der Fallarbeit zugänglich zu machen, bedarf es aufgrund des Datenschutzes einer Einverständniserklärung, die von den Klient*innen zu unterzeichnen ist (vgl. T23:259–275; 773–794).

Die Mitarbeiter*innen von Netzwerk Gehirn OÖ formulieren, dass (elektronische) Datenverarbeitung die Optimierung der Schnittstellen und die Schaffung zeitlicher Ressourcen fördert. In Bezug auf die Zusammenarbeit mit anderen Organisationen wird deutlich, dass die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen die Datennutzung nicht vereinfacht. Der Wunsch nach interorganisationaler Zusammenarbeit auf Fallebene muss auch von den Betroffenen selbst geäußert werden.

Auch in den Interviews mit Vertreter*innen der anderen Einrichtungen wird der Datenschutz thematisiert. Eine interviewte Person aus dem Betreuungs- und Pflegenetz gibt an, dass es unter Einhaltung des Datenschutzes derzeit regen Informationsaustausch zwischen den Case Manager*innen und den Entlassungsmanager*innen stationärer Krankenanstalten mithilfe standardisierter Formulare gibt. Andere Formen des Datenaustausches existierten hingegen nicht. Dokumentationspflicht und Datenerfassung würden jedoch elektronisch gehandhabt. Die Einsicht in dieses Datenmaterial sei auf den*die Case Manager*in beschränkt, der*die in den Fall involviert ist (vgl. T25:302–307). Regelmäßig würden durch die Case Manager*innen anonymisierte Informationen an Connexia gesendet und zu statistisch verwertbarem Zahlenmaterial geformt. Daraus resultierten letztlich Fakten wie die Anzahl der bearbeiteten Fälle, das dafür benötigte Stundenausmaß usw. (ebd.:350–365).

Im Projekt „Age-friendly Region“ werde (elektronische) Datenerfassung noch nicht angewendet, allerdings sei es

„das Ziel, eine Datenbank anzulegen, die wir organisationsübergreifend nutzen. Eine Onlinedatenbank, entsprechend abgesichert datenrechtlich. Mit einem Zugangssystem, wo jede Organisation ihre Daten bekommt, aber im Sinne des gemeinsamen Ganzen sinnvoll ist zu evaluieren, was hat das gebracht, und dass sich aus so einer Initiative auch eine gemeinsame Positionierung gegenüber den politischen Rahmenbedingungen wieder ergibt.“ (T24:159–165)

Sämtliche untersuchten Einrichtungen verfügen also über (elektronische) Datenerfassung oder sehen deren Einsatz vor. In Bezug auf ihre Anwendung bestehen allerdings geringfügige Unterschiede. Das Projekt „Age-friendly Region“ beabsichtigt die Erstellung eines organisationsübergreifenden Datensystems, während bei den anderen untersuchten Einrichtungen kein interorganisationaler elektronischer Datenaustausch vorgesehen ist. Die Thematisierung des Datenschutzes mit seinen interorganisationalen Grenzen ergibt sich in allen Einrichtungen. Sämtliche untersuchten Organisationen machen sich die (elektronisch) erfassten Daten für die Gewinnung statistischen Zahlenmaterials zunutze.

6.5 Resümee

Zusammengefasst wird festgehalten, dass von Einrichtungen im österreichischen Gesundheitswesen CM auf der Systemebene praktiziert wird. Dabei treten unabhängig von Unternehmensgröße und Organisationsform sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede in der Umsetzung von CM auf dieser Ebene zutage.

Die erhobenen Daten unterstreichen die Erkenntnis, dass alle untersuchten Einrichtungen im Rahmen ihrer Möglichkeiten Öffentlichkeits-, Aufklärungsarbeit und Lobbying für die Umsetzung eines CMs betreiben, welches ihren Vorstellungen entspricht. Obwohl in der vorliegenden Arbeit die beforschten Organisationen im Sinn eines Social Work CM praktizieren, lässt sich nicht verallgemeinern, dass diese Form von CM im gesamten österreichischen Gesundheitswesen umgesetzt wird. Diesen Umstand belegen auch datengestützte Hinweise darauf, dass ein Einsatz von CM mit Gatekeeperfunktion in diesem Bereich angedacht wurde.

Die Ergebnisse legen gleichfalls nahe, dass bei der Verwirklichung von CM für die Einrichtungen des Gesundheitswesens vor allem die Netzwerkarbeit auf der Systemebene – im Speziellen auf interorganisationaler und politischer Ebene – von Relevanz ist. Dass die untersuchten Einrichtungen umgebende Netzwerk mit der Anzahl der verbindlichen Kooperationspartner*innen gibt letztlich den Ausschlag dafür, wie CM im Gesundheitswesen umgesetzt wird bzw. werden kann.

Darüber hinaus geben die gewonnenen Daten Auskunft darüber, dass trotz unterschiedlicher gesetzlicher Rahmenbedingungen in den Bundesländern die Helfelandschaften, in welchen die Einrichtungen agieren, Ähnlichkeiten im Aufbau

aufweisen. In allen Netzen der untersuchten Organisationen agieren Arbeitskräfte aus den Bereichen der öffentlichen Körperschaften, der informellen sowie formellen Hilfen. Inwieweit die Möglichkeiten für eine Umsetzung von CM für die Organisationen auf der Systemebene gegeben sind, wird im Wesentlichen durch zwei Komponenten im Netz bestimmt:

- **Positionierung der Leistungsanbieter*innen im Netz**
Je besser und deutlicher sich die Leistungsanbieter*innen mit ihren Angeboten im Netz der Helfelandschaft unter den Akteur*innen positionieren können, desto wahrscheinlicher gerät eine erfolgreiche Umsetzung von CM für die Einrichtungen. Es kann aber auch dazu führen, dass Einrichtungen CM praktizieren, um sich und ihre Angebote im Feld zu platzieren.

- **Art und Weise der Kooperationsbeziehungen mit den anderen Akteur*innen im Netz**
In der vorliegenden Arbeit entsteht dazu ein heterogenes Bild. Dabei reicht die Bandbreite der untersuchten Einrichtungen von Netzen mit nur einzelnen formellen Kooperationspartner*innen, die auf verbindlichen Vereinbarungen in schriftlicher oder mündlicher Form basieren, bis hin zu Netzen mit hoher Dichte an formellen Kooperationspartner*innen.

Kurz gefasst sind also die verbindlichen Kooperationsbeziehungen mit den Akteur*innen im Netz des österreichischen Gesundheitswesens und die Positionierung der Dienstleister*innen von Relevanz für ein erfolgreiches CM. In diesem Zusammenhang sind die formellen Kooperationen mit den öffentlichen Körperschaften aufgrund der Finanzierungsformen und mit Akteur*innen im Sektor der formellen Hilfen aufgrund der Angebote in der Helfelandschaft für Einrichtungen im österreichischen Gesundheitswesen auf der Systemebene fallspezifisch und fallübergreifend herauszustreichen. Der Bereich der informellen Hilfen ist vor allem betreffend fallspezifische Zusammenarbeit von Belang. Allerdings belegen die Ergebnisse, dass von manchen Einrichtungen im österreichischen Gesundheitswesen das Wissen, die Erfahrungen und die Interessen der Angehörigen auch in der fallübergreifenden Zusammenarbeit auf der Systemebene eingebunden werden.

Im Kontext der verbindlichen Kooperationsbeziehungen im Netz stehen auch die Möglichkeiten der Systemsteuerung. Diesbezüglich geben die Ergebnisse ebenfalls ein heterogenes Bild ab. Weiters beschränkt sich laut gewonnenen Daten die Zusammenarbeit mit Akteur*innen im Feld bei Einrichtungen mit geringer Anzahl von formellen Kooperationsbeziehungen eher auf fallspezifische Zusammenarbeit im Sinn von CM, während Organisationen mit zahlreichen formellen Kooperationen auch fallübergreifend arbeiten. Sie nutzen das gemeinsame Wissen und die aus der Fallarbeit

generierten Erkenntnisse, entwickeln und evaluieren gemeinsam Hilfen für die Betroffenen. Daran wird festgemacht, dass ein Netz mit hoher Dichte an formellen Kooperationsbeziehungen großen Einfluss auf die Angebots- und Zugangssteuerung in allen Ebenen (Mikro-, Meso- und Makroebene) der Helfelandschaft verbucht. Andererseits wäre eine Steuerung der Angebote für die Nutzer*innen auch in Netzen mit geringer Anzahl an verbindlichen Kooperationspartner*innen möglich – eine Regulation ist eher auf die Mikroebene beschränkt und nur marginal auf der Mesoebene erreichbar. Dies lässt den Schluss zu, dass im Rahmen der Netzwerkarbeit auf der Systemebene weitere einflussnehmende Faktoren zu ermitteln sind.

Weitere Ergebnisse legen nahe, dass auf der Systemebene die politischen Interessen, die Interessen der Akteur*innen auf der formellen Ebene und ihre persönliche Haltung im Sinn eines Social Work CM Gewicht haben.

Bezüglich der politischen Interessen ergibt die Datenlage, dass bei der Finanzierung der Einrichtungen oder Leistungsangebote die Entscheidungen der politischen Akteur*innen hervorzuheben sind. Gleichzeitig werden durch die politischen Entscheidungsträger*innen Beschlüsse gefasst, die Rahmenbedingungen bereitstellen, die neben der Finanzierung indirekt auf die inner- und interorganisationale Zusammenarbeit auf der Systemebene wirken. Politischer Entscheidungen wirken sich durch die gesetzlichen Bestimmungen durch Rahmenbedingungen auf der Systemebene auch auf die Entscheidungen der Leistungserbringer*innen aus. Es ist daher indirekt von den politischen Interessen abhängig, ob die Leistungserbringer*innen im Gesundheitswesen mit anderen Akteur*innen im Feld kooperieren und wenn ja, in welcher Form. Dabei beeinflussen die politischen Interessen auf Bundes- und Landesebene eine Umsetzung von CM auf Systemebene, indem Grundbedingungen für die Einrichtungen festgelegt werden, relevante Entscheidungen einer CM-Umsetzung werden jedoch auf regionaler Ebene getroffen.

Zum Einfluss der organisationalen Interessen wird festgehalten, dass diesbezüglich der Zweck bzw. das Angebot der Akteur*innen und ihre organisationalen Strukturen förderlich oder auch hinderlich in der Zusammenarbeit sein können. Wesentlich scheint auch die Positionierung der Akteur*innen in der Helfelandschaft auf die Auswirkungen für CM zu sein, weshalb sich die Handelnden im österreichischen Gesundheitswesen gleichfalls auf der intraorganisationalen Ebene voranbewegen müssen, um erfolgreiches CM ausüben zu können. Die Ergebnisse führen vor, dass auf der Systemebene bereits Strukturen im österreichischen Gesundheitswesen bestehen, die hinderliche Aspekte

wie Konkurrenzdenken überwunden haben, dennoch lassen sich nach wie vor Strukturen auf der Systemebene aufdecken, die bei der Umsetzung eines erfolgreichen CM hinderlich sind.

Des Weiteren scheint die praktische Umsetzung von CM im österreichischen Gesundheitswesen von der persönlichen Haltung der im CM-Prozess beteiligten Akteur*innen maßgeblich beeinflusst. Auf allen Ebenen – so auch auf der Systemebene – tritt hervor, dass die an diesem Prozess Beteiligten definieren, ob und in welcher Form sowie Funktion CM verwirklicht wird. Dies erlaubt den Schluss, dass es innerhalb eines Netzes Akteur*innen gibt, die eine machtvolle Position einnehmen. Die zugrunde liegenden Daten bieten allerdings keine Auskunft über Handelnde im österreichischen Gesundheitswesen, die Definitionsmacht besitzen.

Im Kontext der praktischen Umsetzung von CM betonen die Ergebnisse neben Netzwerkarbeit und einflussnehmenden Faktoren auch den Stellenwert eines qualifizierten Personals im Rahmen von CM. Interessant ist, dass die untersuchten Einrichtungen Gemeinsamkeiten in Bezug auf die Qualifizierung der Case- (und Care) Manager*innen aufweisen. Alle Organisationen greifen in ihrer Zusammenarbeit auf ein multiprofessionelles Team, teils aus dem Bereich der Sozialen Arbeit, der Gesundheits- und Krankenpflege und teils aus der Medizin, zurück. Sie machen sich synergetische Effekte der unterschiedlichen Herangehensweisen und Blickwinkel der Professionen zunutze, um im österreichischen Gesundheitswesen ein sozialarbeiterisches CM erfolgreich praktizieren zu können.

Verschiedenartig gehen die Einrichtungen in Bezug auf CM mit der (elektronischen) Datenverarbeitung auf der Systemebene und mit der Übermittlung von Daten im Zuge der Fallbearbeitung um. Die Bandbreite reicht dabei von einem Datenaustausch unter Gewährleistung des Datenschutzes auf der Fallebene bis zur anonymisierten Auswertung von Daten zu statistischen Zwecken auf der Systemebene.

6.5.1 Ausblick und Empfehlung

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit veranschaulichen trotz gemeinsamer Merkmale in der Hilfelandschaft unterschiedliche Typologien von CM-Praxen durch Einrichtungen auf der Systemebene im österreichischen Gesundheitswesen. Dennoch lassen die Erkenntnisse keine Rückschlüsse auf eine Umsetzung von CM auf der Systemebene im gesamten Bundesgebiet zu. Eine Folgerung, inwieweit die unterschiedlichen CM-

Handhabungsformen den (zukünftigen) Herausforderungen im österreichischen Gesundheitswesen gewachsen sind, kann jedenfalls gezogen werden, weitere Forschung zu diesem Thema wird empfohlen.

Die Forschungsarbeit kann als Ausgangspunkt dafür dienen, die unterschiedlichen Aspekte von CM auf der Systemebene zu beleuchten und Wissen zu generieren, wie sich ein Social Work CM erfolgreich etablieren lässt. Da im Zentrum des CM auf der Systemebene die Netzwerkarbeit steht und der Aufbau sozialer Netzwerke zu den Handlungskonzepten der Sozialen Arbeit zählt (vgl. Zwicker-Pelzer 2004:1), bietet diese Arbeit auch eine Anknüpfung für die Profession der Sozialen Arbeit im österreichischen Gesundheitswesen. Das Wissen und die Erfahrungen dieses Berufsstands werden genutzt, um eine bessere Vernetzung aller Beteiligten zu gewährleisten und dadurch Kooperationen zu fördern sowie Abläufe zu optimieren. Auf diese Weise lässt sich eine an die Bedürfnisse der Nutzer*innen angepasste Hilfelandschaft gestalten, die zusätzlich (Dienst-)Leistungen mit hoher Qualität hervorbringt und einen effizienten Einsatz der vorhandenen Ressourcen erlaubt.

7 Gemeinsames Fazit

Nikita Felder, Stefanie Gebesmair, Kathrin Gräble, Brigitte Grünsteidl, Hannah-Christina Nebosis, Claus-Clemens Lichtenthäler, Maria Katharina Weinberger

In der vorliegenden Masterarbeit wurden mithilfe qualitativer Methoden unterschiedliche Anwendungsbeispiele von CM in Österreich erforscht und deskriptiv dargestellt. Die Palette der beforschten CM-Organisationen reicht von diversen sozialen Dienstleistungsunternehmen bis hin zu Wirtschaftsunternehmen sowie Verwaltungen und Behörden. Schon an der Bandbreite der ausgewählten Beispiele zeigt sich, wie vielfältig das Spektrum an Organisationen in Österreich ist, welche auf Basis von CM arbeiten. Diese Vielfalt drückt sich in den jeweiligen institutionellen Strukturen, der Größe der Organisationen, ihren Zielgruppen, den unterschiedlichen gesetzlichen Rahmenbedingungen, in denen sie sich bewegen können, ihrer Positionierung in der Angebotslandschaft usw. aus.

Genauso vielfältig wie die Organisationen selbst, sind auch die Umsetzungen des CM der beforschten Organisationen. So finden sich sowohl CM-Anwendungen, die eher auf ein systemorientiertes CM hinweisen als auch solche, die vor allem am nutzer*innenorientierten Social Work Case Management Anleihen nehmen. Ebenso bestehen große Unterschiede zwischen den Anwendungsbeispielen hinsichtlich des Formalisierungsgrades der organisationalen CM-Abläufe. Während diese Abläufe in manchen Organisationen kleinteilig strukturiert und stark formalisiert sind, liegt es bei anderen Organisationen vor allem im Ermessen der mit dem CM betrauten Mitarbeiter*innen, wie sie diese Abläufe gestalten.

Im Vergleich der Ergebnisse der Forschungsgruppen zeigt sich, dass die Stelle, an der das CM innerhalb der Organisationen bzw. der sie umgebenden Hilfelandschaft angesiedelt worden ist, massive Auswirkungen darauf hat, welches CM-Konzept mit welchen Kernfunktionen präferiert wird und welches organisationale Verständnis von CM anzutreffen ist.

So macht es einen Unterschied, ob das CM an einer zentralen Stelle angesiedelt ist, die das Versorgungssystem koordiniert oder bei einer leistungserbringenden Organisation, die kaum Einfluss auf die Angebotslandschaft nehmen kann. Die Ergebnisse einer Teilgruppe führen zur These, dass zentrale Koordinationsstellen per se eine vermittelnde

Broker-Funktion und einen Fokus auf die Systemebene nahelegen, wohingegen leistungserbringende CM-Organisationen die Fallebene des CM in den Mittelpunkt stellen. Dies schlägt sich auch in der Gewichtung der einzelnen Phasen des CM-Regelkreises nieder. Organisationen, die sich z.B. auf die zugangssteuernde Gatekeeper- und die vermittelnde Broker-Funktion fokussieren, weisen vergleichsweise ausgiebige Assessments auf, verzichten aber unter Umständen auf eine Überprüfung des Ziel- und Hilfeplans.

In fast allen Anwendungsbeispielen zeigt sich die hohe Bedeutung einer fallbezogenen und vor allem einer fallübergreifenden Beziehungsarbeit zu allen in den Prozess involvierten Kooperationspartner*innen – sowohl in Bezug auf die organisationsinterne Vernetzung als auch auf die interorganisationale Vernetzung. Der Vergleich zwischen den Organisationen lässt den Schluss zu, dass CM auf Fallebene umso besser umgesetzt werden kann, je besser sich eine Organisation innerhalb eines Netzes positionieren kann. Dann nämlich kann die Hilfe- bzw. Angebotslandschaft an den entsprechenden Bedarf der Klient*innen auf Fallebene angepasst werden. Demnach erleichtern verbindliche Kooperationsbeziehungen in einem gut funktionierenden Netzwerk, die Umsetzung von CM auf Fallebene.

Darüber hinaus zeigt sich, dass für das Gelingen einer Steuerung auf Systemebene ein Zugang zu entsprechenden Kommunikationswegen und Strukturen sowie ein entsprechendes Schnittstellenmanagement innerhalb der Organisationen und zwischen den Organisationen bestehen muss – hierbei ist eine zentrale versorgungskordinierende CM-Stelle im Vorteil, weil ihre Kernaufgabe gerade auch im Aufbau solcher Strukturen liegt. Für leistungserbringende CM-Organisationen stellt die Steuerung auf Systemebene vermutlich eine größere Herausforderung dar.

Es macht auch einen Unterschied, ob CM als soziale Dienstleistung in einem Unternehmen eingesetzt wird oder als Verfahren in einer sozialen Einrichtung implementiert ist. Die unterschiedlichen Prinzipien und Rationalitäten der unterschiedlichen Organisationsformen spiegeln sich nämlich sowohl in den Sichtweisen und Zwängen der im CM involvierten Akteur*innen als auch in der Verwendung von organisationsspezifischen Begrifflichkeiten wider.

Des Weiteren verweist die Zusammenführung der Ergebnisse der Teilgruppen auf einen weiteren Unterschied hinsichtlich der Positionierung im Versorgungssystem und den organisationalen Zuständigkeiten. CM-Organisationen, die vordergründig in ein

bestimmtes Handlungsfeld eingebettet sind und in ihrer Ausrichtung einen Fokus auf bestimmte Problemlagen ihrer Nutzer*innen legen (z.B. eine bestimmte Erkrankung), weisen unter Umständen eine dementsprechend einseitige Sichtweise auf Nutzer*innen auf. Die Gefahr eines solchen „problemlagenorientierten“ CM kann jedenfalls darin bestehen, dass Nutzer*innen mit Multiproblemlagen von zahlreichen Case Manager*innen betreut werden, die jeweils nur auf eine dieser Problemlagen fokussiert sind – was die Grundidee von CM ad absurdum führt.

Neben der Positionierung der CM-Stelle hat auch die Art und Weise wie das jeweilige CM-Konzept innerhalb der Organisationen implementiert worden ist, Auswirkungen darauf, wie CM in der Praxis umgesetzt wird.

In einem Großteil der beforschten Organisationen ist eine Top-down-Implementierung zu verzeichnen, in einzelnen Unternehmen konnten jedoch auch Bottom-up-Prozesse identifiziert werden. Hinweise auf eine doppelte Durchdringung von CM in alle Ebenen einer Organisation, wie dies in der CM-Literatur empfohlen wird, finden sich hingegen kaum. Die untersuchten Beispiele legen außerdem nahe, dass der jeweilige Implementierungsgrad sowohl Auswirkungen auf die Fallfindung, als auch auf die Fallbearbeitung hat.

Darüber hinaus zeigt sich in allen Arbeiten der Teilgruppen, dass der Haltung und Persönlichkeiten und vor allem dem individuellen CM-Verständnis, einzelner zentraler Akteur*innen großes Gewicht hinsichtlich der CM-Konzeptionen in Top-Down-Implementierungen zukommt. Diese Akteur*innen geben bis zu einem gewissen Grad vor, wie das CM ausgestaltet werden soll, bzw. welche Prinzipien und Funktionen vordergründig Anwendung finden sollen. Umgekehrt hängt das CM-Verständnis der mit dem CM betrauten Akteur*innen eng mit der Implementierung des jeweiligen CM-Konzeptes zusammen.

Ein weiterer Faktor, der Einfluss auf die Umsetzung des CM nimmt, ist die Bereitstellung organisationaler Ressourcen, denn davon sind die Intensität und die Qualität des CM direkt abhängig. Demnach ist eine qualitätsvolle nutzer*innenorientierte Zugangsweise nach den Prinzipien des Social Work CM nur umsetzbar, wenn vonseiten der Organisation ausreichende Ressourcen wie Zeitkontingente, qualifiziertes Personal, Weiterbildungsmöglichkeiten, etc. zur Verfügung stehen. Da Organisationen nicht unabhängig von Veränderungen in ihrer Umwelt sind und dementsprechend Ressourcen immer wieder neu verteilt werden müssen, kann es in der Biografie von CM-

Organisationen zu kürzer- oder längerfristigen Rationierungen und Schwankungen in der Qualität des CM kommen, wie ein Anwendungsbeispiel aufzeigt.

Neben den Unterschieden in den CM-Anwendungen, die mit den dargestellten Einflussfaktoren in Verbindung stehen, finden sich auch einige Gemeinsamkeiten zwischen den beforschten Organisationen.

Aufgezeigt werden konnte, dass die Steuerung des Systems bereits vor der Fallwerdung beginnt und einen laufenden Entwicklungsprozess im Sinne einer lernenden Organisation darstellt.

Außerdem ist auf Fallebene primär eine Vernetzungsstruktur zu professionellen Helfer*innen zu beobachten, auch findet der Einbezug von informellen Helfer*innen in Form von Familienangehörigen, Freunden, Nachbar*innen, Kolleg*innen, Selbsthilfegruppen, etc. nur am Rande bis kaum Berücksichtigung.

Auffallend ist ebenfalls, dass auf Fallebene auch Personen eingesetzt werden, die weder über spezifische CM-Kenntnisse noch über eine Ausbildung im Sozial- oder Gesundheitsbereich verfügen. Dahingegen können alle auf Systemebene agierenden Personen auf eine Basisausbildung im Gesundheits- und Sozialbereich zurückgreifen und verfügen über spezifische CM-relevante Ausbildungen bzw. setzen sich intensiv mit CM auseinander.

Im Gesamtüberblick finden sich zwar einige Gemeinsamkeiten der beforschten Organisationen, die Unterschiede überwiegen jedoch deutlich. Obwohl alle untersuchten Organisationen von sich sagen, dass sie mit CM arbeiten, zeigt die Praxis, wie uneinheitlich das organisationale Verständnis von CM ist und wie divergent die Umsetzungen des Case Management dementsprechend aussehen. Im Vergleich wird ersichtlich, dass CM-Anwendungen sich weder durch ähnliche Haltungen und Prinzipien, noch durch bestimmte Methoden und einheitliche Abläufe auszeichnen. Der Rückschluss liegt nahe, dass das jeweilige CM-Konzept an die Interessen und Zwecke der Organisationen angepasst wird und oftmals nur Teilaspekte von CM Anwendung finden – das verweist auf die Deutungsoffenheit des CM-Ansatzes.

8 Literatur

- Ahlers, Elke (2009): Psychische Arbeitsbelastungen und betrieblicher Gesundheitsschutz – wo drückt der Schuh? In: Pape, Klaus (Hg.): Wandel der Arbeit und betriebliche Gesundheitsförderung. Band 3, Hannover: Offizin-Verlag, 36-48.
- Appelt, Hans-Jürgen (2008). Betriebliche Sozialarbeit. In: Kreft, Dieter / Mielenz, Ingrid (Hg.): Wörterbruch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik, 6. Auflage, Weinheim: Junventa, 168-169.
- AUVA (2016): fit2work-Beratungen fördern die Arbeitsfähigkeit. In: AUVA Internationales Fachmagazin für Prävention in der Arbeitswelt. http://www.sicherearbeit.at/cms/X04/X04_1.7.5.a/1475144667547/archiv/html-archiv-2016/sichere-arbeit-5-2016/fit2work-beratungen-foerdern-die-arbeitsfaehigkeit, Zugang vom 21.01.2018.
- Badura, Bernhard / Ritter, Wolfgang / Scherf, Michael (1999): Betriebliches Gesundheitsmanagement - ein Leitfaden für die Praxis. Berlin: Sigma Rainer Bohn Verlag.
- Ballew, Julius R. / Mink, George (1996): Case Management in Social Work. Developing the Professional Skills Needed for Work with Multiproblem Clients. Second Edition. Springfield.
- Bartlick, Hans-Joachim (2009): Erhalt der Arbeitsfähigkeit durch Anerkennung als gesundheitsförderliches Führungsinstrument. In: Pape, Klaus (Hrsg.): Wandel der Arbeit und betriebliche Gesundheitsförderung. Band 3, Hannover: Offizin-Verlag, 71-74.
- Baumgartner, Edgar / Sommerfeld, Peter (2016): Betriebliche Soziale Arbeit. Empirische Analyse und theoretische Verortung. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

- Blattner, Andrea / Elsigan, Gerhard (2015): Leitfaden Psychische Gesundheit – Kombinierte Umsetzung der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen gem. AschG bzw B-BSG und Betrieblicher Gesundheitsförderung. Österreichisches Netzwerk für BGF (Hrsg). Wien.
- Blattner, Andrea / Mayer Martin (2018): Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung (5. neu bearbeitete Auflage). Österreichisches Netzwerk für BFG (Hrsg). Wien.
- BBRZ Österreich (2018): MitarbeiterInnen für Maßnahmen der Beruflichen Rehabilitation im Bereich Case Management (fit2work).
<https://jobs.bbrzregionost.at/Jobs/Job?Job=49640>, Zugang vom 12.04.2018.
- Becka, Silvia / Schauppenlehner, Matthias (o.A.): Integrierte Versorgung – Aufbruch zu neuen Wegen – verkürzte Fassung.
<http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.564277>, Zugang vom 14.07.2017.
- BEM-Netz o.A.: <http://www.bem-netz.org/>, Zugang vom 17.01.2018.
- Berger, Peter (2018): Was ist Führung und was ist eine Führungskraft? In: Praxiswissen Führung. https://doi.org/10.1007/978-3-662-50527-4_4, Zugang vom 23.02.2018.
- Bogner, Alexander / Littig, Beate / Menz, Wolfgang (2014): Interviews mit Experten: Eine praxisorientierte Einführung. 2014 edition, Wiesbaden: Springer VS.
- BMfASuK-Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2014): Psychische Erkrankungen und Invalidität. Endbericht der 2. Arbeitsgruppe zur Neugestaltung des Invaliditätsrechts September 2012 bis Juni 2013. Sozialpolitische Studienreihe. Band 16, Wien: Verlag des ÖGB GmbH.
- BMfASuK-Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2017): Sozialbericht. Sozialpolitische Entwicklungen und Maßnahmen 2015-2016. Sozialpolitische Analysen.
<https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=372>, Zugang vom 25.11.2017.

- BMG-Bundesministerium für Gesundheit (2013): Das österreichische Gesundheitssystem. Zahlen – Daten – Fakten. Aktualisierte Auflage 2013.
<https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/4/4/CH1066/CMS1291414949078/gesundheitsystem-zahlen-daten-2013.pdf>, Zugang vom 12.01.2017.
- Bundesgesundheitsagentur (2012): Aufnahme- und Entlassungsmanagement. Bundesqualitätsleitlinie. Gesundheit Österreich GmbH, Wien.
https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/3/0/CH1333/CMS1350910195632/bqll_aufnahme_entlassungsmanagement_2012.pdf, Zugang vom 27.11.2017.
- CCIV-Competence Center Integrierte Versorgung (o. J.): Über das CCIV.
<http://www.cciv.at/portal27/ccivportal/content?contentid=10007.678425&portal:componentId=gtn7b74e7dd-ec12-428f-8a80-fda18b07c526&viewmode=content>;
Zugang von 04.11.2016.
- CCIV-Competence Center Integrierte Versorgung (2016): Zusammenfassung 10. Symposium.
<http://www.cciv.at/cdscontent/load?contentid=10008.636540&version=1482316206>, Zugang vom 05.12.2017.
- Case Management Plattform (o.A.): Der Verein. <http://www.cm-plattform.at/der-verein/>,
Zugang vom 10.12.2017.
- CMSA - Case Management Society of America (o.A.): What is a Case Manager? Definition of Case Management. <http://www.cmsa.org/who-we-are/what-is-a-case-manager/>, Zugang vom 23.11.2017.
- DGCC - Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (Hrsg.) (2008): Rahmenempfehlungen zum Handlungskonzept Case Management. Heidelberg u. a.: Economica.
- DGCC - Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (2012): Was ist CM?
<https://www.dgcc.de/case-management/>, Zugang vom 28.12.2017.
- DGCC (2015): Case Management Leitlinien - Rahmenempfehlungen, Standards und ethische Grundlagen (Case Management in der Praxis). Heidelberg: medhochzwei Verlag.

- Ehlers, Corinna / Broer, Wicher (2013): Case Management in der Sozialen Arbeit. In: Ehlers, Corinna / Broer, Wicher (2013): Case Management in der Sozialen Arbeit. Theorie, Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit, Band 7, Verlag Barbara Budrich, Opladen, 9-16.
- Ehlers, Corinna / unter der Mitarbeiter von Kollak, I. / Schmidt, S. / Schuster, F. / Schaaf-Derichs, C. / Teßmann, S (2011): Care und Case Management in der Pflege für die Aus-, Fort- und Weiterbildung, Berlin: Cornelsen Verlag.
- Ehlers, Corinna / Müller, Mathias (2013): Implementierung von Case Management (CM) in Organisationen des Sozial- und Gesundheitswesens. In: Ehlers, Corina / Broer, Wicher (Hrsg.): Case Management in der Sozialen Arbeit. Band 7, Opladen, Berlin & Toronto: Verlag Barbara Budrich, S. 107-125.
- Ehlers, Corinna / Müller, Matthias (2014): Stärkenorientierung als ein neuer Impuls für das Case Management. In: Case Management. Nr. 3, 137–140.
- Ehlers, Corinna / Müller, Matthias / Schuster, Frank (2017): Stärkenorientiertes Case Management. Komplexe Fälle in fünf Schritten bearbeiten. Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- EK-Europäische Kommission (2003): Amtsblatt der Europäischen Kommission. EMPFEHLUNG DER KOMMISSION vom 6. Mai 2003 betreffend die Definition der Kleinstunternehmen sowie der kleinen und mittleren Unternehmen http://wko.at/Statistik/kmu/Defintion_KMU_Empfehlung2003-361-EG.pdf, Zugang vom 27.02.2018.
- Engel, Heike / Engels, Dietrich (2000): Case Management Erfahrungen aus neun Ländern Materialband und Workshop-Diskussion, Ergebnisse des Internationalen Kooperationsprojektes „Koordination komplexer Hilfeleistungen für ältere Menschen: Case Management in verschiedenen nationalen Altenhilfesystemen“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. [http://www.isg-institut.de/download/Casemanagement_\(189-3\).pdf](http://www.isg-institut.de/download/Casemanagement_(189-3).pdf), Zugang vom 19.09.2016.
- Ewers, Michael (1996): Case Management. Anglo-amerikanische Konzepte und ihre Anwendbarkeit im Rahmen der bundesdeutschen Krankenversorgung. Berlin: Wissenschaftszentrum, Berlin.

- Ewers, Michael (2000): Das anglo-amerikanische Case Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen. In: Ewers, Michael / Schaeffer, Doris (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Verlag Hans Huber, 53-90.
- Faß, Reinald (2006): Systemsteuerung im Case Management – Dargestellt am Beispiel der beruflichen (Re-)Integration. In: Brinker, Volker (2006) Hrsg.: Case Management. Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen. Wiesbaden: Gabler-GWV Fachverlag GmbH, 137-158.
- Faß, Reinald (2009): Helfen mit System. Systemsteuerung in Case Management. Marburg: Tetum Verlag.
- Faß, Reinald (2013): Management im Case Management auf Fall- und Systemebene. Über den Management-Begriff im Case Management. In: Ehlers, Corinna / Brouer, Wicher (Hrsg.): Case Management in der Sozialen Arbeit. Theorie, Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit. Opladen, Berlin, Toronto: Barbara Budrich Verlag, 71-83.
- FGDGCC - Fachgruppe Weiterbildung der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (2017): Qualifikationsprofil zertifizierter Case Manager und Case Managerinnen (DGCC). Positionspapier, Stand 05.12.2016. In: Case Management. 2/2017, 44-53.
- Fixsen, Dean L. / Naoom, Sandra F. / Blase, Karen A. / Friedman, Robert M. / Wallace, Frances (2005): Implementation Research. A Synthesis of the Literature. Tampa, Florida.
- Flick, Uwe (2009): Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH.
- Flick, Uwe (2016): Qualitative Sozialforschung: eine Einführung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag.

- Fonds Soziales Wien (2018a): CasemanagerInnen -DGKP Beratungszentrum Süd-Ost (18/03/KA) <https://fsw8-portal.rexx-recruitment.com/CasemanagerIn-DGKP-wm-Beratungszentrum-Sued-West-1803-de-j2334.html?sid=7s3n6mn602cpjuoqin20bb3iq4>, Zugang vom 12.04.2018.
- Fonds Soziales Wien (2018b): CasemanagerInnen -Soziale Arbeit - Region Süd-Ost (18/02) <https://fsw8-portal.rexx-recruitment.com/CasemanagerIn-Soziale-Arbeit-Region-Sued-Ost-1802-de-j2451.html> Zugang vom 12.04.2018.
- Frink, Barbara / Strassner, Larry (1996): Variance Analyses. In: Flarey, Dominick / Blancett, Suzanne (Hg.): Handbook of Nursing Case Management. Gaithersburg MD: Aspen Publishers, 194-223.
- Frommelt, Mona (2017): Case Management im Gesundheitswesen. Case Management mit Mediativen Kompetenzen als Chance zum Umgang mit wachsender Komplexität. In: Wendt, Wolf Rainer / Löcherbach Peter (2017) (Hrsg.): Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis. 3. Neu bearbeitet und erweiterte Auflage, Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH, 107-129.
- Froschauer, Ulrike / Lueger, Manfred (2003): Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Göbl, Verena (2013): Externe betriebliche Sozialarbeit als Handlungsfeld? Eine professionstheoretische Analyse. In: soziales_kapital. wissenschaftliches journal österreichischer fachhochschul-studiengänge soziale arbeit. Nr. 10 (2013). <https://soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/viewFile/292/485.pdf>, Zugang vom 28.12.2017.
- Goger, Karin (2007): Case Management in der Wiener Suchthilfe. Eine Analyse des Diskurses über Möglichkeiten, Chancen und Risiken. Diplomarbeit.
- Hafen, Martin (2006): Betriebliches Gesundheitsmanagement – eine komplexe Aufgabe. In: SuchtMagazin 4/06, S. 3-15. http://www.fen.ch/texte/mh_betrieb_sm4-06.pdf Zugang vom 07.01.2018.

Haye, Britta / Kleve, Heiko (2002): Die sechs Schritte helfender Kommunikation. Eine Handreichung für die Praxis und Ausbildung Sozialer Arbeit. In: Online: http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/sechs_schritte_kleve_haye2003.pdf, Zugang vom 03.12.2017.

HELP- HELP.gv.at (o.A.): Allgemeines zum Asyl. <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/321/Seite.3210001.htm>, Zugang vom 09.04.2018.

Herriger, Norbert (2006): Ressourcen und Ressourcendiagnostik in der sozialen Arbeit. In: Online: www.empowerment.de/materialen_5.html, Zugang vom 03.12.2017.

Hilkert, Bernhard (2016): Arbeitsverwaltung und Selbsthilfe im aktivierenden Sozialstaat: Fallstudien zur personenbezogenen Unterstützung arbeitsfähiger Bedürftiger. Wiesbaden: Springer-Verlag.

Hinte, Wolfgang (2007): Wer beteiligt wen? Wille und Wünsche im Case Management, Soziale Arbeit. Zeitschrift für soziale und sozialverwandte Gebiete. In: Eigenverlag Deutsches Zentralinstitut für soziale Fragen. Nr. 56, 425–432.

Hinte, Wolfgang (2012): Das Fachkonzept „Sozialraumorientierung“. In: SiO Sozialarbeit in Österreich. Zeitschrift für Soziale Arbeit, Bildung und Politik. 1/12, Wien: Österreichischer Berufsverband der SozialarbeiterInnen (OBDS), 4-9.

Institut für Arbeitsfähigkeit (o.A.): [http://www.arbeitsfaehig.com/de/work-ability-index-\(wai\)-382.html](http://www.arbeitsfaehig.com/de/work-ability-index-(wai)-382.html), Zugang vom 23.02.2018.

itworks Personalservice und Beratung (2017): BeraterInnen/Case ManagerInnen. https://www.karriere.at/jobs/4958418?utm_source=jobs.at&utm_medium=CPC&utm_campaign=JobAd, Zugang vom 09.12.2017.

JBA-Justizbetreuungsagentur (2017): Klinischen und Gesundheitspsychologen (m/w). <https://www.karriere.at/jobs/4983912>, Zugang vom 09.12.2017.

- Jungkunz, Claus (2015): Einbindung der Führungskräfte im BEM – eine Frage der Unternehmenskultur? In: Prümper, Jochen / Reuter, Tobias / Sporbert, Alexandra (Hrsg.): Betriebliches Eingliederungsmanagement erfolgreich umsetzen. Ergebnisse aus einem transnationalen Projekt. Berlin: HTW. www.bem-netz.org Zugang vom 07.10.2017.
- Kähler, Harro Dietrich (2005): Soziale Arbeit in Zwangskontexten: wie unerwünschte Hilfe erfolgreich sein kann; München: E. Reinhardt.
- Kaiser, Lutz C. (2006): Lebensweltbezug und Case Management in der Prävention, Rehabilitation und Pflege. In: Sozial Extra, Volume 30, Issue 12, 36-39.
- Kiesche, Eberhard (2014): Datenschutz im BEM. <http://www.bem-netz.org/wp-content/uploads/2016/07/Kiesche2014Datenschutz-im-BEM.pdf>, Zugang von 7.10.2017.
- Klein, Rudolf / Day, Patricia / Redmayne, Sharon (1996): Managing Scarcity. Buckingham: Open University Press.
- Kleve, Heiko (2002): Systemische Kontextklärung in der sozialarbeiterischen Beratung. Handreichung zur Klärung des Kontextes in acht praktischen Schritten. In: Sozialmagazin. Die Zeitschrift für Soziale Arbeit. Nr. 3, Jg. 27, 16–23.
- Kleve, Heiko (2003): Zwei Logiken des Helfens. Ambivalenz- und systemtheoretische Betrachtungen. In: Soziale Arbeit., Jg. 6/2003.
- Kleve, Heiko (2009): Dreidimensionales Case Management: Verfahren, Methode, Haltung. Eine systemische Perspektive. In: Sozialmagazin, Sommer/Herbst 2009.
- Kleve, Heiko (2013): Postheroisches Case Management in der nächsten Gesellschaft. Irritationen aus einer system- und gesellschaftstheoretischen Perspektive. In: Ehlers, Corinna / Broer, Wicher (Hrsg.): Case Management in der Sozialen Arbeit. Opladen/Berlin/Toronto: Budrich, 85-104.
- Kleve, Heiko (2014): Vom Kapitän zum Lotsen. Implementierung von Case Management in der öffentlichen Verwaltung. In: Case Management, 2014/2, Heidelberg, 86-91.

- Kleve, Heiko / Hays, Britta / Hampe-Grossner, Andreas / Müller, Matthias (2011): Systemisches Case Management. Falleinschätzung und Hilfeplanung in der Sozialen Arbeit. 3. Auflage, Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Kleve, Heiko / Müller, Matthias / Hampe-Grosser, Andreas (2006): Der Fall im System – die Organisation des Systemischen Case Managements. In: Brinkmann, Volker (Hrsg.) (2006): Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen. Wiesbaden: Gabler / GWV Fachverlage GmbH, S. 21-38.
- Klie, Thomas / Monzer, Michael (2008): Case Management in der Pflege. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie Nr. 2, Jg. 41, 92–105.
- Kraus, Björn (2004): Lebenswelt und Lebensweltorientierung- eine begriffliche Revision als Angebot an eine systemisch-konstruktivistische Sozialarbeit <http://www.sozialarbeit.ch/dokumente/lebensweltorientierung.pdf> , Zugang vom 15.04.2018.
- Kreidenweis, Helmut / Steincke, Willi (2006): Wissensmanagement. Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Kritzler, Oliver (2012): „Die Notwendigkeit der Lernenden Organisation ist aktueller denn je, aber wer organisiert und lebt sie wirklich?“ Newsletter 06/2012 des avl-instituts. [http://www.avl-institut.at/newsletter/0612/Newsleter OE-0612 KRO.pdf](http://www.avl-institut.at/newsletter/0612/Newsleter_OE-0612_KRO.pdf), Zugang vom 15.12.2017.
- Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser (2017): Teamleitung Betreuung inkl. Koordination Ehrenamt <https://www.karriere.at/jobs/4980274>, Zugang vom 09.12.2017.
- Lamnek, Siegfried (2005): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 4. Auflage. Basel: Beltz Verlag.
- Leoni, Thomas / Schwinger, Johanna (2017): Fehlzeitenreport 2017. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich – Die alter(n)sgerechte Arbeitswelt. Wien: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung. <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.646602&version=1510674740>, Zugang vom 30.12.2017.

- Löcherbach, Peter (2003): Einsatz der Methode Case Management in Deutschland: Übersicht zur Praxis im Sozial- und Gesundheitswesen. In: Porz, F. (u.a.) (Hrsg.) Neue Wege in der Nachsorge und Palliativversorgung. Augsburg 2003, 20–33.
- Löcherbach, Peter (2016): Editorial zum Schwerpunkt Qualifikation. In: Case Management. 1/2016, 1-2.
- Löcherbach, Peter / Mennemann, Hugo / Ribbert-Ellias, Jürgen (2015): Leitbild und Wirkungsqualität – neue Dimensionen in der Qualitätsdiskussion? In: Case Management 1/2015, 53-54.
- Lueger, Manfred (2010): Interpretative Sozialforschung: die Methoden. 1. Aufl, Wien: facultas.wuv.
- Mayring, Philipp (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. 5. Aufl., Weinheim Basel: Beltz.
- Mayring, Philipp (2003): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim Basel: Beltz.
- Medhochzwei Verlag – Medien für das Gesundheitswesen GmbH. (o.A.):Zeitschrift „Case Management“ <https://www.medhochzwei-verlag.de/index.php?id=189>, Zugang vom 19.03.2018.
- Mennemann, Hugo (2005): Case Management – vernetztes Arbeiten in gesetzlicher Betreuung. In: Case Management, Jg. 1,H. 1, 20-24.
- Mennemann, Hugo / Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (Hg.) (2009): Rahmenempfehlungen zum Handlungskonzept Case-Management: verabschiedet vom Vorstand am 14. Januar 2008 in Mainz. Heidelberg: Economica.
- Meuser, Michael/ Nagel, Ulrike (2005): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, Alexander/ Littig, Beate/ Menz, Wolfgang (Hrsg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag, 71-93.

- Monzer, Michael (2013): Case Management Grundlagen. Case Management in der Praxis. Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH.
- Monzer, Michael (2018): Case Management Organisation. Heidelberg: Medhochzwei Verlag GmbH.
- Moxley, David P. (1989): The Practice of Case Management. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Moxley, David P. (1997): Case Management by Design: Reflections on Principles and Practices. New York: Nelson-Hall Publishers.
- National Implementation Research Network (2013): Implementation Defined. <http://nirn.fpg.unc.edu/learn-implementation/implementation-defined>, Zugang vom 13.04.2018.
- Neuffer, Manfred (2007): Beziehungsarbeit im Case Management. Soziale Arbeit. Zeitschrift für soziale und sozialverwandte Gebiete. Jg. 56/2007, 417-424.
- Neuffer, Manfred (2013): Case Management. Soziale Arbeit mit einzelnen und Familien. 5. Auflage, Weinheim/Basel: Beltz Juventa Verlag.
- Netzwerk Case Management Schweiz (2014): Definition und Standards Case Management. http://www.netzwerk-cm.ch/sites/default/files/uploads/fachliche_standards_netzwerk_cm_-_version_1_0_-_definitiv_0.pdf, Zugang vom 02.12.2017.
- Nowak, Peter / Ladurner, Joy / Juraszovich, Brigitte / Hofmarcher Maria M. (2011): Die österreichische Gesundheits- und Pflegepolitik. Herausforderungen und Handlungsspielräume. In: Politische Handlungsspielräume herausgegeben vom Forum Politische Bildung Informationen zur Politischen Bildung Bd. 34, Innsbruck, Wien, Bozen http://www.politischebildung.com/pdfs/34_nowak.pdf, Zugang vom 27.01.2018.

- Oevermann, Ulrich / Allert, Tilman / Konau, Elisabeth / Krambeck, Jürgen (1979): Die Methodologie einer „objektiven Hermeneutik“ und ihre allgemeine forschungslogische Bedeutung in den Sozialwissenschaften. In: Soeffner, Hans-Georg (Hg.): Interpretative Verfahren in den Sozial- und Textwissenschaften. Stuttgart: Metzler, 352–434.
- OÖ-Land Oberösterreich (o.A.): Recht. Oö. Sozialberufegesetz - Oö SBG. <https://www.land-oberoesterreich.gv.at/74459.htm>, Zugang vom 27.03.2017.
- ÖGCC-Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management (2017): Richtlinien für Weiterbildungen mit dem Abschluss „zertifizierte Case Managerin (ÖGCC) / zertifizierter Case Manager (ÖGCC) und Richtlinien zur Erlangung des Titels „zertifizierte Case Management Ausbilderin (ÖGCC) / zertifizierter Case Management Ausbilder (ÖGCC). <http://oegcc.at/wp-content/uploads/2013/11/1.1-%C3%96GCC-Richtlinien.pdf>, Zugang vom 04.12.2017.
- ÖSB Consulting (2018): Case ManagerInnen für fit2work NÖ. Stellenbeschreibung. <https://www.oesb.at/jobs/national/detailseite/case-managerinnen-fuer-fit2work-noe-20180125-cm-gunt-mm.html> Zugang vom 22.04.2018.
- Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management (2011): Statuten des Vereins (ÖGCC). <http://oegcc.at/wp-content/uploads/2013/05/Statuten.pdf>, Zugang vom 22.04.2018.
- Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management (2016): Grundlagenpapier. http://oegcc.at/wp-content/uploads/2013/10/Grundlagenpapier_2016.pdf, Zugang vom 19.03.2017.
- Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management (2017): Case Management – ein Blick zurück und in die Zukunft. Einladung. http://oegcc.at/wp-content/uploads/2017/07/%C3%96GCC-Einladung_EndversionII.pdf, Zugang vom 18.04.2018.
- Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management (o.A.): Veranstaltungen. http://oegcc.at/?page_id=142, Zugang vom 03.12.2017.

- Pantucek, Peter (1998): Lebensweltorientierte Individualhilfe. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Pantucek-Eisenbacher, Peter (2001): Under Pressure oder: Von der gefährlichen Illusion, Menschen zur Lebenstüchtigkeit zwingen zu können. In: Erziehung heute. Nr. 4, o.A.
- Pantucek, Peter (2010): Individualisierung, Selektion und professionelle Sozialarbeit. <http://www.pantucek.com/index.php/soziale-arbeit/texte/135-individualisierung-selektion-und-professionelle-sozialarbeit>, Zugang vom 31.03.2018.
- Pantucek, Peter (2012): Soziale Diagnostik: Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit. 3, Wien: Böhlau Wien.
- Przyborski, Aglaja / Wohlrab-Sahr, Monika (2014): Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch. Berlin: Walter de Gruyter.
- Pümper, Jochen / Reuter, Tobias / Sporbert, Alexandra (Hrsg.) (2015): Betriebliches Eingliederungsmanagement erfolgreich umsetzen. Ergebnisse aus einem transnationalen Projekt. Berlin: HTW. http://www.bem-netz.org/wp-content/uploads/2015/09/2015_06_Sammelband_BEM-Netz_Web.pdf, Zugang vom 07.10.2017.
- Rapp, Charles A. / Goscha, Richard J. (2006): The Strengths Model: Case Management with People with Psychiatric Disabilities. 2 edition, Oxford ; New York: Oxford University Press.
- Rommel-Faßbender, Ruth (2016): Zertifizierung der Case Management Weiterbildung – ein erfolgreicher Weg der Qualifizierung und Profilierung. In: Case Management. 1/2016, 4-9.
- Reiss, Claus (2013): Netzwerke verstehen – theoretische und praktische Zugänge. http://www.dgcc.de/wp-content/uploads/2013/02/intern_2013_Reis.pdf, Zugang vom 12.01.2017.

- Ribbert-Elias, Jürgen (2011): Die Implementierung von Case Management als Organisationsaufgabe. In: Zeitschrift Case Management, 4 (2011), Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH, S. 174-180.
- Ribbert-Ellias, Jügen (2017): Case Management im Krankenhaus: Voraussetzungen – Anforderungen – Implementierung. In: Wendt, Wolf Rainer / Löcherbach Peter (2017) (Hrsg.): Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis. 3. Neu bearbeitet und erweiterte Auflage, Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH, 107-129.
- Riedel, Monika / Röhrling, Gerald (2009): Ursachen für Kostensteigerungen und zukünftige Herausforderungen in österreichischen Gesundheitssystem. In: WISO - Wirtschafts- und sozialpolitische Zeitschrift, 1/2009, 94-109.
- Riet, Nora van / Wouters, Harry (2008): Case-Management: Ein Lehr- und Arbeitsbuch über die Organisation und Koordination von Leistungen im Sozial- und Gesundheitswesen. 2. Aufl, Luzern: Interact.
- Roberts-DeGennaro, M. (1987): Developing case management as a practice model. Social Casework. 68(8), S. 466-470.
- Rosenstiel, von Lutz (2009): Grundlagen Führung. In: Rosenstiel, von Lutz / Regnet, Erika / Domsch, Michel E. (Hrsg.): Führung von Mitarbeitern. Handbuch für erfolgreiches Personalmanagement. 6. Auflage, Stuttgart: Schäffer-Poeschl Verlag, 3-27.
- Rothmann, Jack (1991): A Model of Case Management. Toward empirically based practice. In: Social Work 36(6). 520-528.
- Schaufelberger, Daniel (2012): Betriebliches Case Management – Annäherung an Begriff und Praxis. In: Case Management. 4/2012, 180-185.
- Scheibler, Fülöp (2012): Partizipative Entscheidungsfindung- Shared decision making- in der Medizin: Eine potenzielle Aufgabe für das Case Management. In: Beratung und Case Management. Konzepte und Kompetenzen. Wolf Rainer Wendt (Hrsg.). Heidelberg: medhochzwei Verlag, 97–106.

- Schirmmayer, Lars (2015): Lernmittel zur Ausbildung zum „Gesundheitsmanager im Betrieb“. symbicon GmbH.
- Schlehe, Judith (2008): Qualitative ethnographische Interviewformen. In: Beer, Bettina (Hrsg.): Methoden und Techniken der Feldforschung. Reimer, 71–93.
- Schwartz, Friedrich W. (2012): Public Health - Zugang zu Gesundheit und Krankheit der Bevölkerung, Analysen für effektive und effiziente Lösungsansätze. In: SCHWARTZ, Friedrich W. / WALTER, Ulla / SIEGRIST, Johannes / KOLIP, Petra / LEIDL, Reiner / DIERKS, Marie-Luise / BUSSE, Reinhard / SCHNEIDER, Nils (2012) (Hg.Innen): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. (3., völlig neu bearb. und erw. Aufl). München: Elsevier, 3-6.
- Schröer, Andreas (2006): Case Management in Lernenden Organisationen – eine Funktionsbestimmung aus organisationspädagogischer Sicht. In: Brinkmann, Volker (Hrsg.) (2006): Case Management. Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen. Wiesbaden: GWV Fachverlage GmbH, 36-58.
- Senge, Peter (2006): Die fünfte Disziplin. Kunst und Praxis der lernenden Organisation. 10. Auflage, Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Sohns, Armin (2007): Empowerment als Leitlinie Sozialer Arbeit. In: Michel-Schwartz, Brigitta (Hrsg.) (2007): Methodenbuch Soziale Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 73–100.
- Steinhard, Isabel (2015): Lehre stärkt Forschung. Studiengangentwicklung durch ProfessorInnen im Handlungssystem Universität. Wiesbaden: Springer Fachmedien
- Storch, Maja (2009): Motto Ziele, S.M.A.R.T. Ziele und Motivation. In: Birgmeier, Bernd (Hrsg.): Coachingwissen. Denn sie wissen nicht, was sie tun? Wiesbaden, 183-205. <http://www.majastorch.de/download/mottoziel.pdf>, Zugang vom 06.07.2016.

- Stadt Wien (o.A.): Gebietskörperschaften – Staatrechtlicher Aufbau der Republik Österreich.
<https://www.wien.gv.at/verwaltung/organisation/oesterreich/aufbau/koerperschaft.html>, Zugang vom 21.01.2018.
- Stoll, Bettina (2013): Betriebliche Sozialarbeit. Aufgaben und Bedeutung. Praktische Umsetzung. 2. Auflage, Regensburg: Walhalla Fachverlag.
- SV-Österreichische Sozialversicherungen (2017): Case Management.
<https://www.sozialversicherung.at/portal27/esvportal/content?contentid=10007.741188>, Zugang vom 15.08.2017.
- Talos, Emmerich / Fink, Marcel (2001): Der österreichische Wohlfahrtsstaat: Entwicklung und Herausforderungen.
<http://www.demokratiezentrum.org/fileadmin/media/pdf/wohlfahrtsstaat.pdf>,
Zugang vom 28.01.2018.
- Tempel, Jürgen / Ilmarinen, Juhani (2013): Arbeitsleben 2025. Das Haus der Arbeitsfähigkeit im Unternehmen bauen. In: Giesert, Marianne (Hrsg.). Hamburg: VSA Verlag.
- Thiersch, Hans / Grunwald, Klaus / Köngeter, Stefan (2010): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. In: Thole, Werner (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 3. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 175-196.
- Wendt, Wolf Rainer. (o.A.): Politik und Ökonomie der Systemsteuerung im Case Management. http://www.netzwerk-cm.ch/sites/default/files/events_downloads/referat_wendt_f_r_homepage.pdf,
Zugang vom 16.10.2017.
- Wendt, Wolf Rainer (1998): Einheit von Organisationen und Verfahren. In: Social Management 4/98, 11-12.
- Wendt, Wolf Rainer (2001): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen: Eine Einführung. 3., erg. Auflage, Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

- Wendt, Wolf Rainer (2009): Wo stehen wir im Case Management und wie entwickelt es sich weiter. In: Wendt, Wolf Rainer / Löcherbach, Peter (Hrsg.) (2009): Standards und Fachlichkeit im Case Management. Heidelberg/München: Economica-Verl., 1-52.
- Wendt, Wolf Rainer (2010): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. 5. Auflage, Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Wendt, Wolf Rainer (2012): Der Horizont von Beratung im Case Management. In: Wendt, Wolf Rainer (Hrsg.): Beratung und Case Management. Konzepte und Kompetenzen. Heidelberg: medhochzwei Verlag, 1-196.
- Wendt, Wolf Rainer (2015): Das Konzept Case Management und seine Entwicklung. In: Wendt, Wolf Rainer (2015): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. 6. Auflage, Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag, 17-35.
- Wermuth, Esther / Woodtly, Roland (2008): Klärung des Begriffs Disability Management und die Rolle der Sozialen Arbeit. In: SozialAktuell, 2/2008, 14-18.
- Wesenauer, Andrea (2010): Mit Case Management Effektivität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung erhöhen. 3. Internationale Fachtagung der ÖGCC in Kooperation mit der MCI. Präsentation. Zugang <http://oegcc.at/wp-content/uploads/2014/02/Wesenauer.pdf> , Zugang vom 04.12.2017.
- Wien, Andreas / Franzke, Normen (2014): Unternehmenskultur. Zielorientierte Unternehmensethik als entscheidender Erfolgsfaktor. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Wille, Marco (2018): Zusammenarbeit mit Sprachmittler*innen in der Betreuung von „unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten“. In: Prasad, Nivedita (Hrsg.): Soziale Arbeit mit Geflüchteten. Opladen & Toronto, Verlag Barbara Budrich, S. 330-342.
- WKO-Wirtschaftskammer Österreich (2014): Sozialpartnerschaft und wirtschaftliche Performance.
<https://news.wko.at/news/oesterreich/2014-04-Sozialpartnerschaft-und-wirtschaftliche-Performance.pdf>, Zugang vom 12.02.2018

Wolff, Stephan (2000): Wege ins Feld und ihre Varianten. In: Flick, Uwe et al. (2000): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH, 334-348.

Woodtly, Roland (2012): Editorial zum Schwerpunkt Betriebliches Case Management. In: Case Management, 4/2012, 177-178.

Zuaboni, Gianfranco / Ventling, Stephanie / Schulz, Michael (2014): Das Recovery Konzept in der Psychiatrie- Implikationen für Case Management. In: Case Management. Nr. 2014/4, 189–194.

Zwicker-Pelzer, Renate (2004): Netzwerkarbeit als systemische Intervention in Sozialer Arbeit.

<https://www.dgsf.org/service/wissensportal/Netzwerkarbeit%20als%20systemische%20Intervention%20in%20Sozialer%20Arbeit%20-2004.pdf>, Zugang vom 02.03.2018

9 Quellenverzeichnis

9.1 Interviews

T1, Transkript 1 der Aufnahme im Feld zu ‚A.Lk.‘, erstellt von Kathrin Gräble, März 2017, Zeilen durchgehend nummeriert.

T2, Transkript 2 der Aufnahme im Feld zu ‚A.Lk.‘, erstellt von Kathrin Gräble, April 2017, Zeilen durchgehend nummeriert.

T3, Transkript 3 der Aufnahme im Feld zu ‚A.Lk.‘, erstellt von Nikita Felder, März 2017, Zeilen durchgehend nummeriert.

T4, Transkript 4 der Aufnahme im Feld zu ‚A.Lk.‘, erstellt von Hannah-Christina Nebosis, März 2017, Zeilen durchgehend nummeriert.

T5, Transkript 5 der Aufnahme im Feld zu ‚A.Lk.‘, erstellt von Hannah-Christina Nebosis, März 2017, Zeilen durchgehend nummeriert.

T6, Transkript 6 der Aufnahme im Feld zu ‚A.Lk.‘, erstellt von Kathrin Gräble, Juni 2017, Zeilen durchgehend nummeriert.

T7, Transkript 7 der Aufnahme im Feld zu ‚A.Lk.‘, erstellt von Nikita Felder, Juni 2017, Zeilen durchgehend nummeriert.

T8, Transkript 8 der Aufnahme im Feld zur Startbegleitung für Asylberechtigte und subsidiär Schutzberechtigte, erstellt von Stefanie Gebesmair, März 2017, Zeilen durchgehend nummeriert.

T9, Transkript 9 der Aufnahme im Feld zur Startbegleitung für Asylberechtigte und subsidiär Schutzberechtigte, erstellt von Stefanie Gebesmair, April 2017, Zeilen durchgehend nummeriert.

T10, Transkript 10 der Aufnahme im Feld zur Startbegleitung für Asylberechtigte und subsidiär Schutzberechtigte, erstellt von Stefanie Gebesmair, April 2017, Zeilen durchgehend nummeriert.

- T11, Interviewprotokoll 11 im Feld zur Startbegleitung für Asylberechtigte und subsidiär Schutzberechtigte, erstellt von Stefanie Gebesmair, August 2017, Zeilen durchgehend nummeriert.
- T12, Transkript 12 der Aufnahme im Feld zur Starbegleitung für Asylberechtigte und subsidiär Schutzberechtigte, erstellt von Kathrin Gräble, August 2017, Zeilen durchgehend nummeriert.
- T13, Transkript 13 der Aufnahme im Feld zur Startbegleitung für Asylberechtigte und subsidiär Schutzberechtigte, erstellt von Hannah-Christina Nebosis, April 2017, Zeilen durchgehend nummeriert.
- T14, Transkript 14 der Aufnahme im Feld zur Startbegleitung für Asylberechtigte und subsidiär Schutzberechtigte, erstellt von Nikita Felder, April 2017, Zeilen durchgehend nummeriert.
- T15, Transkript 1 der Aufnahmen im Feld BWE, erstellt von Maria Katharina Weinberger, Februar 2017, Zeilen durchgehend nummeriert.
- T16, Transkript 2 der Aufnahmen im Feld BWE, erstellt von Maria Katharina Weinberger, Juli 2017, Zeilen durchgehend nummeriert.
- T17, Transkript 3 der Aufnahmen im Feld BWE, erstellt von Maria Katharina Weinberger, Juli 2017, Zeilen durchgehend nummeriert.
- T18, Transkript 4 der Aufnahmen im Feld BWE, erstellt von Claus-Clemens Lichtenthäler, März 2017, Zeilen durchgehend nummeriert.
- T19, Transkript 5 der Aufnahmen im Feld BWE, erstellt von Maria Katharina Weinberger, Juni 2017, Zeilen durchgehend nummeriert.
- T20, Transkript 6 der Aufnahmen im Feld BWE, erstellt von Claus-Clemens Lichtenthäler, März 2017, Zeilen durchgehend nummeriert.
- T21, Transkript 7 der Aufnahmen im Feld BWE, erstellt von Claus-Clemens Lichtenthäler und Maria Weinberger, August 2017, Zeilen durchgehend nummeriert.

T22, Transkript 8 der Aufnahmen im Feld BWE, erstellt von Claus-Clemens Lichtenthäler, Juli 2017, Zeilen durchgehend nummeriert.

T23, Transkript 1 der Aufnahme im Feld des Gesundheitswesens in Österreich, erstellt von Brigitte Grünsteidl, März 2017, Zeilen durchgehend nummeriert.

T24, Transkript 2 der Aufnahme im Feld des Gesundheitswesens in Österreich, erstellt von Brigitte Grünsteidl, Mai 2017, Zeilen durchgehend nummeriert.

T25, Transkript 3 der Aufnahme im Feld des Gesundheitswesens in Österreich, erstellt von Brigitte Grünsteidl, Juli 2017, Zeilen durchgehend nummeriert.

T26, Transkript 4 der Aufnahme im Feld des Gesundheitswesens in Österreich, erstellt von Brigitte Grünsteidl, Juli 2017, Zeilen durchgehend nummeriert.

9.2 Beobachtungsprotokolle

B1, Beobachtungsprotokoll 1, verfasst von Stefanie Gebesmair, Beobachtung am 12.5.2017 bei Beratungsgesprächen einer Mitarbeiterin der SfA.

B2, Beobachtungsprotokoll 2, verfasst von Stefanie Gebesmair, Beobachtung am 1.6.2017 bei Beratungsgesprächen einer Mitarbeiterin der SfA.

B3, Beobachtungsprotokoll 3, verfasst von Stefanie Gebesmair, Beobachtung am 7.6.2017 bei Beratungsgesprächen einer Mitarbeiterin der SfA.

B4, Beobachtungsprotokoll 4, verfasst von Stefanie Gebesmair, Beobachtung am 8.6.2017 bei Beratungsgesprächen einer Mitarbeiterin der SfA.

B5, Beobachtungsprotokoll 5, verfasst von Maria Katharina Weinberger, Beobachtung am 13.07.2017, Interviewsituation mit dem*der Case Manager*in der ÖBB in einem öffentlichen Cafe` in Salzburg.

- B6, Beobachtungsprotokoll 6, verfasst von Maria Katharina Weinberger, Beobachtung am 13.06.2017, Interviewsituation mit dem*der Fallmanager*in von FAMOS im Magistrat Linz.
- B7, Beobachtungsprotokoll 7, verfasst von Maria Katharina Weinberger, Beobachtung am 16.08.2017, Gruppeninterview im Kepler Universitätsklinikum Linz, Med Campus III.
- B8, Beobachtungsprotokoll 8, verfasst von Claus-Clemens Lichtenthäler, Beobachtung am 07.07.2017, Interviewsituation mit dem*der Case Manager*in im Magistrat Graz.
- B9, Beobachtungsprotokoll 9, verfasst von Brigitte Grünsteidl, Beobachtung am 07.03.2017 im Rahmen des Interviews bei Netzwerk Gehirn OÖ (vormals Schädel-Hirn-Trauma Lobby).
- B10, Beobachtungsprotokoll 10, verfasst von Brigitte Grünsteidl, Beobachtung am 03.05.2017 im Rahmen des Interviews bei der Chance B Gruppe.
- B11, Beobachtungsprotokoll 11, verfasst von Brigitte Grünsteidl, Beobachtung am 17.07.2017 im Rahmen des Interviews am Amt der Vorarlberger Landesregierung,
- B12, Beobachtungsprotokoll 12, verfasst von Brigitte Grünsteidl, Beobachtung am 17.07.2017 im Rahmen des Interviews bei connexia - Gesellschaft für Gesundheit und Pflege gem. GmbH.

9.3 E-Mails

- E1, E-Mail 1 an die Abteilungsleiterin der SfA zur Abklärung von Fragen, verfasst von Stefanie Gebesmair (29.3.2018)
- E2, E-Mail 2 an die Abteilungsleiterin der SfA zur Abklärung von Fragen, verfasst von Stefanie Gebesmair (10.4.2018)
- E3, E-Mail 1 an Maria Katharina Weinberger zur Beschreibung der ÖBB, verfasst von CM Koordinator*in der ÖBB (15.02.2018)

E4, E-Mail 2 an die Projektleitung von „Age-friendly Region bei der Chance B Gruppe zur Anbahnung eines Feldeintritts, verfasst von Brigitte Grünsteidl (08.02.2017)

E5, E-Mail 1 an die Geschäftsführung von connexia - Gesellschaft für Gesundheit und Pflege gem. GmbH zur Anbahnung eines Feldeintritts, verfasst von Brigitte Grünsteidl (09.02.2017)

E6, E-Mail 1 an ein*eine Mitarbeiter*in des Amtes der Vorarlberger Landesregierung zur Anbahnung eines Feldeintritts, verfasst von Brigitte Grünsteidl (21.06.2017)

9.4 Sonstige Quellen

A.Lk.a – Alkohol. Leben können. (o.A.): https://www.alkohol.at/alkohol_leben_koennen/, Zugang vom 29.03.2018.

A.Lk.b – Alkohol. Leben können. (o.A.): rKomZ
https://www.alkohol.at/regionales_kompetenzzentrum/, Zugang vom 29.03.2018.

Aust, Kurt / Griesser, Ursula / Lochner, Ewald / Reuvers, Lenea (2016): Alkohol 2020. Ein integriertes Versorgungssystem für Menschen mit einer Alkoholkrankung. www.forum-reha.at/files/04_alkohol_2020.pdf, Zugang vom 18.04.2018

BPVbg – Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg (o.A.) a: Mitglieder im Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg. <https://www.betreuungundpflege.at/betreuungs-und-pflegenetz/>, Zugang vom 28.01.2018.

BPVbg – Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg (o.A.) b: Amt der Vorarlberger Landesregierung. <https://www.betreuungundpflege.at/betreuungs-und-pflegenetz/>, Zugang vom 28.01.2018.

Chance B (o.A.) a: Daten und Fakten. <http://www.chanceb-gruppe.at/de/Chance-B-Gruppe/Ueber-uns/Daten-und-Fakten>, Zugang vom 02.02.2018.

Chance B (o.A.) b: Age-friendly Region. <http://www.chanceb-gruppe.at/de/Chance-B-Gruppe/Innovation/Aktuelle-Projekte/Age-friendly-Region>, Zugang vom 02.02.2018.

- Chance B (2014): Statuten des Vereines. Chance B – Verein zur Unterstützung für gleiche Chancen aller Menschen in der Östlichen Steiermark, www.chanceb-gruppe.at/de/content/download/573/3869/file, Zugang vom 12.01.2017.
- Connexia (o.A.) a: connexia. Mit und für alle Generationen - Über uns. Gesellschaft für Gesundheit und Pflege. <https://www.connexia.at/connexia/home/gesellschaft-fuer-gesundheit-und-pflege.html>, Zugang am 12.02.2018.
- Connexia (o.A.) b : connexia. Mit und für alle Generationen – Über uns. Unsere Schwerpunkte. <https://www.connexia.at/connexia/ueber-uns/unsere-schwerpunkte.html>, Zugang vom 12.02.2018.
- CORE- Consultancy Research Evaluation (2009): Evaluation der ‘Startbegleitung für Asylberechtigte und subsidiär Schutzberechtigte‘ (INTERFACE)
- Ilg, Petra / Hebenstreit, Martin (2016): Evaluierungsbericht. Case Management in der Betreuung und Pflege. https://www.betreuungundpflege.at/fileadmin/user_upload/document/case-management/case-management_evaluierungsbericht-2016.pdf, Zugang vom 17.11.2017.
- Interface Wien (o.A.): Integration fördern- Zusammenleben stärken. <http://www.interface-wien.at/view/content/1-interface-wien>, Zugang vom 16.04.2018.
- Interface Wien (2008): Jahresbericht 2008, http://www.interface-wien.at/system/attaches/7/original/InterfaceWien_Jahresbericht2008.pdf?1246882593, Zugang vom 17.05.2017.
- Interface Wien (2009): Jahresbericht 2009, http://www.interface-wien.at/system/attaches/36/original/InterfaceWien_Jahresbericht2009_Small_1-31.pdf?1277977880, Zugang vom 08.02.2018.
- Interface Wien (2010): Jahresbericht 2010, <http://docplayer.org/38159377-Jahresbericht-2010-interface-wien.html>, Zugang vom 08.02.2018.

- Interface Wien (2015): Jahresbericht 2015, http://www.interface-wien.at/system/attaches/145/original/160607_InterfaceWien_JB2015_web.pdf?1466077173, Zugang vom 08.02.2018.
- Interface Wien (2016): Jahresbericht 2016, http://www.interface-wien.at/system/attaches/166/original/170427_InterfaceWien_JB2016_web.pdf?1495021854, Zugang vom 09.03.2018.
- Interface Wien (2017): Organigramm. http://www.interface-wien.at/system/attaches/172/original/171214_Interface_Organigram.pdf?1515080407, Zugang vom 08.03.2018.
- Kepler Universitätsklinikum (2017): Geschäftsbericht 2016. https://www.kepleruniklinikum.at/Media/5189/kep_gb_allgemein.pdf, Zugang vom 20.03.2018.
- Kepler Universitätsklinikum (2018)a: Zahlen, Daten und Fakten zum Kepler Universitätsklinikum. <https://www.kepleruniklinikum.at/%C3%BCber-uns/zahlen-daten-fakten/>, Zugang vom 16.03.2018.
- Kepler Universitätsklinikum (2018)b: Geschäftsbereiche und Stabstellen. <https://www.kepleruniklinikum.at/%C3%BCber-uns/geschaeftsbereiche-und-stabsstellen/>, Zugang vom 16.03.2018.
- Kirchmair-Wenzel, Birgit (2015): Der Arbeitspsychologische Dienst im AKH Linz. http://www.ongkg.at/fileadmin/user_upload/ONGKG_Konferenzen/20.Konferenz_2015/Proceedings/2.1_Kirchmair-Wenzel.pdf, Zugang vom 28.03.2018.
- Krenn, Claudia / Voitl, Harald (2013): Betriebliche Wiedereingliederung „train to work“ http://oegcc.at/wp-content/uploads/2013/05/Krenn_Voitl.pdf, Zugang vom 18.02.2018.
- Kommunikation und Marketing Magistrat Linz (2012): Presseaussendung: Betriebliche Gesundheitsförderung. https://www.linz.at/presse/2012/201202_62053.asp, Zugang vom 16.03.2018.

Kommunikation und Marketing Magistrat Linz (2018): Personal und Zentrale Services (PZS). https://www.linz.at/politik_verwaltung/pzs.asp, Zugang vom 16.03.2018.

Kommunikation und Marketing Magistrat Linz (2018): Verwaltungsgliederung. <https://www.linz.at/images/VGL.pdf>, Zugang am 16.03.2018

Kommunikation und Marketing Magistrat Linz (2018): Verwaltungsgliederung ohne Abteilungen. https://www.linz.at/images/VGL_ohne_abteilungen.pdf, Zugang am 16.03.2018

Land Vbg–Amt der Vorarlberger Landesregierung (2012): Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg 2011. [https://www.connexia.at/fileadmin/Kompetenzzentrum_Pflege/Downloads/Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg - Berichte/Jahresbericht 2011.pdf](https://www.connexia.at/fileadmin/Kompetenzzentrum_Pflege/Downloads/Betreuungs-und_Pflegenetz_Vorarlberg_-_Berichte/Jahresbericht_2011.pdf), Zugang vom 16.01.2017.

LinzWiki: Med Campus III (2018). http://www.linzwiki.at/wiki/Allgemeines_Krankenhaus/, Zugang vom 16.03.2018.

Magistratsdirektion Linz (2014): FAMOS! Fallmanagement optimal serviciert. Rundschreiben 0021189/2014 PPO PAE, Linz.

ÖBB Konzern Organisation (o.A.): <https://konzern.oebb.at/de/ueber-den-konzern/organisation>, Zugang vom 26.02.2018.

OÖ-Nachrichten (2016): Magistrat Linz hat 3600 Mitarbeiter. <http://www.nachrichten.at/oberoesterreich/linz/Magistrat-Linz-hat-3600-Mitarbeiter;art66,2433358>), Zugang vom 15.03.2018.

Österreichische Akademie für Arbeitsmedizin und Prävention (2018): Primär-, Sekundär-, Tertiärprävention. <http://www.aamp.at/unsere-themen/praevention/primaer-sekundaer-und-tertiaerpraevention/>, Zugang vom 28.03.2018.

Reuvers, Lenea (2015): Alkohol 2020 – Integrierte Versorgung von Menschen mit einer Alkoholkrankung: Das Wiener Modell. Pilotprojekt Phase 1. <https://sdw.wien/de/unser-angebot/downloads-2/>, Zugang vom 27.03.2018.

Schick, Angela (2014): Krank? Reden wir offen: Wie kann ich helfen? in MitarbeiterInnenmagazin der Holding Graz: imTeam. https://issuu.com/holding_graz/docs/imteam_juni2014_web_einzelseiten, Zugang vom 15.03.2018.

SDWa – Sucht und Drogenkoordination Wien (o.A.): Alkohol 2020 – Phase 2. Integrierte Versorgung von Menschen mit Alkoholkrankung in Wien geht in neue Phase. Informationsblatt <https://sdw.wien/de/unser-angebot/downloads-2/>, Zugang vom 27.03.2018.

SDWb - Sucht- und Drogenkoordination Wien (o.A.): Über uns <https://sdw.wien/de/ueber-uns/>, Zugang vom 27.03.2018.

SDW – Sucht- und Drogenkoordination Wien (2016): rKomZ Tätigkeitsbericht 2016 <http://www.suchthilfe.wien/publikationen/jahresberichte/>, Zugang vom 27.03.2018.

SDW - Sucht- und Drogenkoordination Wien (2017): „Alkohol 2020“ wird „Alkohol. Leben können.“ <https://sdw.wien/2026/alkohol-2020-wird-alkohol-leben-koennen/>, Zugang vom 27.03.2018.

SHT-Lobby –Schädel-Hirn-Trauma-Lobby (2012): Statuten. <http://www.sht-lobby.at/>, Zugang vom 14.01.2017.

SHT-Lobby –Schädel-Hirn-Trauma-Lobby (2016)a: Organisation. <http://www.sht-lobby.at/>, Zugang vom 14.01.2017.

SHT-Lobby –Schädel-Hirn-Trauma-Lobby (2016)b: Kooperationen. <http://www.sht-lobby.at/>, Zugang vom 14.01.2017.

Stadt Graz (2017): Leistungsbericht 2016. https://issuu.com/stadtgraz/docs/leistungsbericht_2016, Zugang vom 15.03.2018.

Stadt Wien (2014): <https://www.wien.gv.at/presse/2014/10/01/alkohol-2020-regionaleskompetenzzentrum-startet>, Zugang vom 12.04.2018.

Unternehmensgruppe Stadt Linz (2016): Wir bewegen Linz.
<https://www.linz.at/images/UGL-Broschuere.pdf>, Zugang vom 16.03.2018.

Verein Dialog – Hilfs- und Beratungsstelle für Suchtgefährdete und deren Angehörige
(o.A.): <http://www.dialog-on.at/angebote/standfest-bbe>, Zugang vom 17.04.2018.

waff - Wiener ArbeitnehmerInnen Förderungsfonds (o.A.): FÖBES: Leistungskatalog
Projekt zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit suchtkranker Personen mit
Schwerpunkt Alkoholsucht. Projekt 2: Geförderte Beschäftigung
https://www.waff.at/media/2b_leistungskatalog_f_bes_projekt2.pdf; Zugang vom
27.03.2018.

10 Abkürzungsverzeichnis

A.Lk.	Alkohol. Leben können.
ANS	Arbeitnehmer*innen-Schutz
AMS	Arbeitsmarktservice
AUVA	Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt
BCM	Betriebliches Case Management
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BWE	Betriebliche Wiedereingliederung
Chance B	Chance B Gruppe
CM	Case Management
Connexia	connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege gem. GmbH
DGCC	Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management
FÖBES	Förderung der Beschäftigungsfähigkeit suchtkranker Personen mit Schwerpunkt Alkoholsucht
FSW	Fonds Soziales Wien
ISD	Institut für Suchtdiagnostik
KFJ	Kaiser-Franz-Josef-Spital
Projekt LOB4	Lebensorientierungsberatung für asyl- und subsidiär schutzberechtigte Frauen
MA11	Magistratsabteilung der Stadt Wien. Amt für Jugend und Familie
MA17	Magistratsabteilung der Stadt Wien für Integration und Diversität
MA24	Magistratsabteilung der Stadt Wien für Gesundheits- und Sozialplanung
MA40	Magistratsabteilung der Stadt Wien für Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht
MA50	Magistratsabteilung der Stadt Wien für Wohnbauförderung und Schlichtungsstelle für wohnrechtliche Angelegenheiten
ÖGCC	Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management
PEF	Partizipative Entscheidungsfindung
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
rKomZ	regionales Kompetenzzentrum
SDW	Sucht- und Drogenkoordination Wien
SfA	Startbegleitung für Asylberechtigte und subsidiär Schutzberechtigte
SMZ Ost	Sozialmedizinisches Zentrum Ost

Waff	Wiener ArbeitnehmerInnen Förderungsfonds
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse

11 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Skizze des Forschungsprozesses.....	16
Abbildung 2: Realisierungs- und Wirkungsebenen im Case Management	21
Abbildung 3: A Multifunctional Framework of Case Management Practise nach Moxley und Monzer	26
Abbildung 4: Kriterien zur Auswahl von Case Managementfällen nach Monzer	28
Abbildung 5: Beteiligungen im Case Management nach Monzer	31
Abbildung 6: Prinzipien des Social Work Case Management	41
Abbildung 7: Empowerment-Konzept	42
Abbildung 8: Stärken- und Ressourcenorientierung.....	44
Abbildung 9: Ressourcendifferenzierung	46
Abbildung 10: Kooperativer Aushandlungsprozess	48
Abbildung 11: Stabile, kontinuierliche, partnerschaftliche und vertrauensvolle Beziehung	50
Abbildung 12: Formel zum Erfolg	56
Abbildung 13: Kriterienkatalog-Datenbankmaske	63
Abbildung 14: Kodierung einer Textstelle mit atlas.ti	82
Abbildung 15: Beispiel einer mit atlas.ti erstellten Familie: Prinzipien	83
Abbildung 16: Das rKomZ im integrierten Versorgungssystem	88
Abbildung 17: Übersicht über die stationären und ambulanten Module nach Reuvers	92
Abbildung 18: Der Beratungsprozess des rKomz und der CM-Regelkreis	107
Abbildung 19: Organigramm der Interface Wien GmbH	149
Abbildung 20: Auslastung mit Primärklient*innen von 2008-2016	150
Abbildung 21: Arbeitsmethoden der SfA	165
Abbildung 22: Organigramm ÖBB-Konzern, Stand 30.08.2017	215
Abbildung 23: Die drei Säulen des BGM der ÖBB	216
Abbildung 24: Sechsstufiger Prozess der BWE bei der ÖBB.....	219
Abbildung 25: Organigramm Magistrat Linz 2018	220
Abbildung 27: 3-Säulen-Modell der BGF Linz.....	221
Abbildung 27: Organigramm Magistrat Graz 2017.....	227
Abbildung 28: Prozessbeschreibung Fehlzeitenmanagement und BEM.....	229
Abbildung 29: 3-Säulenmodell BGM	234
Abbildung 30: CM als Teil der BWE im BGM	235
Abbildung 31: Stufen im Outreach	249
Abbildung 32: Zweiteiliges Case Finding	254
Abbildung 33: Das Erstgespräch mit Möglichkeiten des Intakes	257
Abbildung 34: Akteur*innen in den Netzen der untersuchten CM-Einrichtungen im österreichischen Gesundheitswesen	345
Abbildung 35: Netz von „Netzwerk Gehirn OÖ“	347
Abbildung 36: Netz von „Age-friendly Region“	349
Abbildung 37: Netz von Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg (B.u.P.Netz Vlb.)	350

12 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Dimensionen der Fachkompetenz.....	61
Tabelle 2: Interviewpartner*innen für das Forschungsfeld "rkom" und das Forschungsfeld "SfA"	79

13 Anhang

13.1 Rechercheergebnis zu Hochschulschriften zu Case Management

Kathrin Gräble, Claus-Clemens Lichtenthäler

Die Stichwortsuche zu ‚Case Management‘ im Zeitraum von 2006 bis 2018 ergibt an der FH St. Pölten elf Hochschulschriften:

- Risikomanagement in der Sozialen Arbeit am Jugendamt (Fechter, Lisa; Grabner, René; Karner, Birgit 2013)
- Alltagstechniken in der Sozialen Arbeit (Batsch, Miriam; Hudler, Stefanie; Pieber, Elisabeth 2013)
- Case Management im sozialpsychiatrischen Feld: Analyse ausgewählter europäischer Praxisbeispiele (Regner, Romana 2011)
- Möglichkeiten und Grenzen von Case Management in der ambulanten Altenhilfe (Hofbauer, Sabine; Noyan, Sylvia; Negl, Irene 2011)
- „Case Management – Work in progress“: zur Implementierung von Case Management in der Jugendwohlfahrt (Brandl, Michaela 2010)
- Kann Case Management in die Haftentlassenenhilfe in Wien implementiert werden? (Krikula, Wolfgang 2009)
- Chancen und Risiken von Case Management in der Jugendwohlfahrt: eine empirische Untersuchung des Diskurses aus Sicht der Sozialarbeit (Sommer, Sabine 2009)
- C(hancen)A(nliegen)S(trukturen)E(rgebnisse) Management: und die Stellung der ÖGCC im aktuellen Diskurs (Hubinger, Irene 2009)
- Chancen und Grenzen von Case Management in der Forensik. (Mayrhofer, Edith 2007)
- Zur Betreuung von substituierten Strafgefangenen – Case Management als Instrument der Betreuungsoptimierung? Konsequenzen einer Analyse am Beispiel der Justizanstalt Stein (Pauser, Simone 2006)
- Obdachlosigkeit bei KonsumentInnen illegaler Drogen. Eine Analyse der Lebenswelt und der Hilfsressourcen von obdachlosen DrogenkonsumentInnen in Wien. (Putre, Margit 2006)

An der FH Kärnten ergibt die Suche sechs Hochschulschriften:

- Case-Management an den österreichischen Gebietskrankenkassen: Ausbildung und Leistungsangebote der CasemanagerInnen (Riegler, Corinna Heidemarie, 2016)
- Entlassungsmanagement in der Klinik Judendorf-Straßengel – eine empirische Untersuchung aus der Sicht des diplomierten Pflegepersonals (Gombotz, Veronika, 2013)
- Case Management am Arbeitsmarktservice (Marschnig, Martina 2012)

- Die Implementierung der Gerontosozialarbeit in Kärnten: Möglichkeiten und Hindernisse (Müller, Andrea, 2012)
- Die Betreuung der unbetreubaren Jugendlichen jenseits sozialer Netzwerke in Kärnten (Grawein, Walter, 2012)
- Die Rolle der Sozialen Arbeit bei Arbeitslosigkeit mit besonderem Fokus auf rechtliche Rahmenb[e!]dingungen für die Soziale Arbeit (Sitte, Anna Theresa, 2012)

An der FH Joanneum ergibt die Suche vier Hochschulschriften:

- Vier Frauen. Vier Wege. Ein Ziel.: eine Vergleichsstudie über vier Frauen und deren Weg aus der Wohnungslosigkeit. (Heczendorfer, Angelika, 2016)
- Hilfef Konferenz: zwischen für und mit den Klienten/innen (Strasser, Eva Maria 2012)
- Lässt sich Demenz „managen“? – Case Management bei Menschen mit Demenz aus ergotherapeutischer Sicht: Welchen Beitrag kann die mobile Ergotherapie in Kombination mit dem Ansatz des Case Managements in der ambulanten Betreuung von demenziell erkrankten Menschen leisten? Wie unterscheidet sich die Herangehensweise von Case ManagerInnen, die in ihrer Grundprofession ErgotherapeutInnen sind, von anderen Berufen, die das Case Management in der mobilen Betreuung von demenziell erkrankten Menschen einsetzen? (Dragaschnig, Marianne 2011)
- Neuer Wein in alten Schläuchen? Case Management als methodischer Ansatz in der Sozialen Arbeit mit alten Menschen am Beispiel des Grazer Sozialamtes (Mudasch-Resch, Maria 2011)

An der FH Burgenland lassen sich folgende sieben Hochschulschriften finden:

- Mehrwert von Case Management bei Mammakarzinom: Best Practice Beispiele unter dem Fokus der Evaluation (Miklos, Doris 2017)
- Case Management am Beispiel von Mammakarzinom-Patientinnen in Österreich (Marinovic, Lidija 2017)
- Die Rolle der Pflege bei den Frühen Hilfen in Wien im Kontext der Integrierten Versorgung aus ExpertInnensicht. Masterarbeit an der Fachhochschule Burgenland, Studiengang Integriertes Versorgungsmanagement. (Roch, Anita 2017)
- Case Management bei Flüchtlingen: ein Konzept zur Einführung des Case Management bei Flüchtlingen in Österreich (Yousefian, Taban 2016)
- Faktoren für eine erfolgreiche Implementierung von Case Management in die Hauskrankenpflege: am Beispiel des Hilfswerks Steiermark (Traxler, Franziska 2015)
- Case Management im österreichischen Gesundheitswesen: Zukunftsszenarien anhand von Experteninterviews (Ribeiro, Marlene 2010)
- Indikatoren erfolgreicher Case Management Projekte für demenzkranke Menschen und ihre Angehörigen im internationalen Vergleich (Weber, Katharina 2009)

An der FH Vorarlberg konnte eine Hochschulschrift gefunden werden:

- Case Management in der Altenarbeit: Entwicklung sozialer Dienstleistungen (Holzer, Bettina, 2008)

Kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Hinweis: Parameter der Suchmaschinen und Zuordnung „Hochschulschrift“ an den Bibliotheken der FHs divergent.

13.2 Auszug des Fragenkatalogs zu Case Management

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X
Frage		Leitfrage	Systemebene	Fallebene	Fallauswahl	Assessment	Ziel- und Hilfeplanung	Intervention	Monitoring/Evaluation	Kommunikation	Prozesse	Qualität	Lernende Organisation	Organisationskultur	Implementierung	Finanzierung	Ressourcen	Struktur	Ziele	Hilfsnetzwerk	Umwelt	Klientin	Sonstiges
	Nr																						
	1 Wie gestaltet sich das Assessment in Ihrer Organisation?	X	X	X	0	X	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2 Wann und wie oft werden innerhalb eines Falls Assessments durchgeführt?	0	X	X	0	X	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3 Wer führt das Assessment durch?	0	X	X	0	X	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	4 Was wird beim Assessment erfasst?	0	X	X	0	X	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5 Wie wird das Assessment evaluiert?	0	X	X	0	X	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	6 Wie wird das Assessment dokumentiert?	0	X	X	0	X	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	7 Nach welchen Richtlinien arbeiten die CM im Assessment?	0	X	0	0	X	0	0	0	0	0	X	X	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	8 Stellt die Organisation genügend Ressourcen für eine Fallerschätzung zur Verfügung (Personal, Räumlichkeiten, Ausbildung, Zeit)? (+Kategorie Ressourcen)	0	X	0	0	X	0	0	0	0	0	X	X	0	0	0	0	X	0	0	0	0	0
	9 Wie findet Vernetzung mit Fachstellen im Assessment statt?	0	X	X	0	X	0	0	0	0	X	X	0	0	0	0	0	X	0	0	0	0	0
	10 Wie gestaltet sich die Ziel- und Hilfeplanung in Ihrer Organisation?	X	X	X	0	X	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	11 Wie wird die Ziel- und Hilfeplanung evaluiert?	X	X	X	0	X	0	0	X	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	12 Werden Grundsatzziele formuliert?	0	X	X	0	X	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	13 Werden Rahmenziele formuliert?	0	X	X	0	X	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	14 Werden die Ziele nach SMART-Kriterien entwickelt?	0	X	X	0	X	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	15 Inwiefern werden die Klientinnen in die Zielentwicklung miteinbezogen?	0	X	X	0	X	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	X	0	0
	16 Welche formellen/informellen HelferInnen werden in die Ziel- und Hilfeplanung	0	X	X	0	X	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	X	0
	17 Wie werden formelle/informelle HelferInnen in die Ziel- und Hilfeplanung miteinbezogen?	0	X	X	0	X	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	18 Wie wird mit Zielwidersprüchen umgegangen?	0	X	X	0	X	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	19 Welche KlientInneninterventionen werden in Ihrer Organisation gesetzt?	X	X	X	0	X	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	20 Inwiefern werden die Klientinnen in die Interventionen miteinbezogen?	0	X	X	0	X	0	0	X	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

14 Eidesstattliche Erklärungen

14.1 Nikita Felder

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Nikita Felder, geboren am 04.02.1988 in, Claremont (RSA) erkläre,

1. dass ich diese Masterthese bzw. die in meiner Verantwortung stehenden Abschnitte der Masterthese selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Masterthese bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Ort, Datum

St. Pölten, 20.04.2018

Unterschrift

Nikita Felder

14.2 Stefanie Gebesmair

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Stefanie Gebesmair, geboren am 31.05.1986 in Kirchdorf an der Krems, erkläre,

1. dass ich diese Masterthese bzw. die in meiner Verantwortung stehenden Abschnitte der Masterthese selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Masterthese bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Ort, Datum

St. Pölten, 20.04.2018

Unterschrift

Stefanie Gebesmair

14.3 Kathrin Gräble

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Kathrin Gräble, geboren am 13.04.1985 in Ludwigsburg (D), erkläre,

1. dass ich diese Masterthese bzw. die in meiner Verantwortung stehenden Abschnitte der Masterthese selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Masterthese bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Ort, Datum

St. Pölten, 20.04.2018

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Kathrin Gräble', written in a cursive style.

Unterschrift

14.4 Brigitte Grünsteidl

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Brigitte Grünsteidl, geboren am 03.07.1975 in, Zwettl erkläre,

1. dass ich diese Masterthese bzw. die in meiner Verantwortung stehenden Abschnitte der Masterthese selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Masterthese bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Ort, Datum

St. Pölten, 20.04.2018


Unterschrift

14.5 Hannah-Christina Nebosis

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Hannah-Christina Nebosis, geboren am 01.03.1992 in Wien, erkläre,

1. dass ich diese Masterthese bzw. die in meiner Verantwortung stehenden Abschnitte der Masterthese selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Masterthese bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Ort, Datum

St. Pölten, 20.04.2018

Unterschrift

Hannah Nebosis

14.6 Claus-Clemens Lichtenthäler

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Claus-Clemens Lichtenthäler, geboren am 12.12.1980 in Wien, erkläre,

1. dass ich diese Masterthese bzw. die in meiner Verantwortung stehenden Abschnitte der Masterthese selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Masterthese bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Ort, Datum

St. Pölten, 20.04.2018

Claus-Clemens Lichtenthäler, BEd.

Unterschrift

14.7 Maria Katharina Weinberger

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Maria Katharina Weinberger, geboren am 03.02.1973 in, Abtenau erkläre,

1. dass ich diese Masterthese bzw. die in meiner Verantwortung stehenden Abschnitte der Masterthese selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Masterthese bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Ort, Datum

St. Pölten, 20.04.2018

Unterschrift

Maria Katharina Weinberger