

«Damit ich bekomme, was ich brauche» – Erkenntnisse aus einem Case Management mit vulnerablen Klientinnen und Klienten

Obschon das Schweizer Gesundheitssystem gut ausgebaut ist, gibt es Menschen, die ungenügend versorgt werden. Betroffen sind vor allem vulnerable Personen, also Personen, die von Krankheit und Armut betroffen sind und sich die nötige Hilfe nicht selbst organisieren können. Wie sich die Arbeit mit diesen Klientinnen und Klienten gestaltet, lässt sich am Case Management des Projekts Kompass nachzeichnen.



Prof. Dr. Dieter Haller
Dozent
dieter.haller@bfh.ch



Prof. Dr. Rahel Müller de Menezes
Dozentin
rahel.mueller@bfh.ch



Florentin Jäggi
Wissenschaftlicher Mitarbeiter
florentin.jaeggi@bfh.ch



Barbara Erzinger
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
barbara.erzinger@bfh.ch

Es tut überall weh. Dabei bin ich jung, ich bin noch kein alter Mensch. Ich will aufstehen und kämpfen. Ich kämpfe auch, aber es geht nicht. Jede Nacht und jeden Tag wird es wieder schlimmer.»

Soziale Arbeit hat es heute oft mit Klientinnen und Klienten zu tun, die von einer so genannten Mehrfachproblematik betroffen sind. Charakteristisch sind Defizite in mehreren Lebensbereichen, d.h. die Betroffenen haben nicht nur mit materieller Armut, sondern auch mit gesundheitlichen, sozialen und rechtlichen Problemlagen zu kämpfen. Wie im Fall von Herrn A. führt die schlechte psychische und somatische Verfassung oft dazu, dass die Personen nicht mehr in der Lage sind, Defizite in anderen Lebensbereichen zu bewältigen und einen kohärenten Lebensentwurf zu entwickeln. Den Betroffenen fällt es bereits schwer, Kontakt zu Bekannten aufzunehmen oder den Briefkasten zu leeren (vgl. Haller 2010: 25). Diese Gruppe von Menschen ist in höchstem Mass vulnerabel: Auf der einen Seite sind sie infolge von Erkrankungen, Verarmung und Vereinsamung verstärkten Risiken und Stress ausgesetzt. Auf der anderen Seite können sie diese Verluste aufgrund ihrer Hilf- und Machtlosigkeit nicht bewältigen (vgl. Chambers 2006: 33). Die aktuellen gesellschaftlichen Entwicklungen und die sich verändernden Krankheitsbilder lassen auf einen Zuwachs an verletzlichen Personen schliessen. Einerseits werden chronische Krankheiten und psychische Beeinträchtigungen häufiger, andererseits führt der Individualisierungstrend dazu, dass Begleitungs- und Betreuungsleistungen seltener in familiären und nachbarschaftlichen Netzen erbracht werden.

Dass im qualitativ hochstehenden Gesundheits- und Sozialsystem der Schweiz nicht alle Menschen ausreichend versorgt werden, ist dennoch erstaunlich. Erklärungen dafür sind unter anderem in der zunehmenden Segmentierung und Unübersichtlichkeit des Systems sowie in der mangelnden Kooperation zwischen den einzelnen Institutionen zu suchen (vgl.

Hofstetter Rogger 2007: 117). Folgen davon sind Drehtür- und Weiterreichungseffekte, die das Versorgungssystem stark belasten, ohne dass die Betroffenen davon einen Nutzen haben.

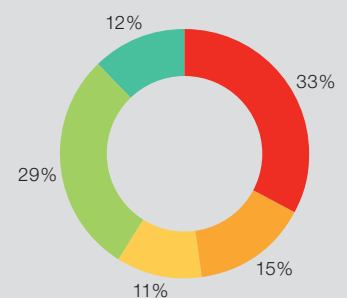
Vulnerable Klientinnen und Klienten beim Projekt Kompass

Um Versorgungslücken bei mehrfachbelasteten Menschen zu schliessen, entwickelten die Städtischen Gesundheitsdienste Zürich das Projekt Kompass, das Case Management anbietet. Ein Blick auf die Klientel zeigt, dass die anvisierte Zielgruppe erreicht wurde. Die meisten Personen leiden unter einer Kombination verschiedener gesundheitlicher Beeinträchtigungen (vgl. Abbildung 1). Auch die Einkommenssituation ist prekär. In der Regel sind die Klientinnen und Klienten von IV- und AHV-Renten oder von Sozialhilfegeldern, Krankentag- und Arbeitslosengeldern abhängig. Die gesundheitliche und materielle Situation wiegt bei ihnen besonders schwer, weil oftmals ein soziales Netz fehlt, das die Defizite auffangen könnte. Die Betroffenen sind im Vergleich zur Stadtzürcher Gesamtbevölkerung häufiger alleinstehend, geschieden oder getrennt lebend.

Als Herr A. vor sieben Jahren in die Schweiz migrierte und Arbeit im Service fand, war nicht vorauszusehen, dass er später auf die Unterstützung des Gesundheitssystems angewiesen sein würde. Nach einem Betriebsunfall und einer missglückten Operation ist nicht nur seine Gesundheit stark beeinträchtigt, sondern auch seine materielle Existenz gefährdet. Er sieht sich ausserstande, die schwere Krise selbständig zu bewältigen:

«Ich brauche jemanden, der mir hilft, bis ich wieder gesund bin. Wenn ich wieder gesund bin, will ich ein anderes Leben erreichen. Aber ich habe Probleme mit der Schulter. Der Arzt hat die Schulter falsch operiert. Er muss sie wieder operieren. Er hat gesagt, dass ich zuerst keine Chance haben werde zu arbeiten.

Abbildung 1: Gesundheitliche Problematiken



- Multiple somatische und psychische Problematiken
- Multiple psychische Problematiken
- Multiple somatische Problematiken
- Einfache psychische Problematik
- Einfache somatische Problematik

Der Unterstützungsprozess: von der Krise bis zur Ablösung

Um den Unterstützungsprozess und die erreichten Wirkungen detailliert zu beschreiben, wurde aus qualitativen Fallstudien ein theoretisches Modell entwickelt (vgl. Abbildung 2). Demnach enthält der Hilfeprozess von Kompass maximal vier Phasen: Krisenintervention, Aufbau, Überwachung und Ablösung. Der Verlauf ist jedoch nicht immer linear, weil einige Personen nicht alle Phasen durchlaufen oder in vorangehende Phasen zurückfallen.

Für Klientinnen und Klienten, die sich in einer akuten Notsituation befinden, beginnt der Kompass-Unterstützungsprozess mit einer Krisenintervention. Krise bezeichnet in dieser Studie eine äusserst dynamische Situation, die durch massive gesundheitliche Probleme und finanzielle Notlagen ausgelöst wird. In dieser Phase gleichen die Interventionen von Kompass einem Reagieren. Die Case Managerinnen und Case Manager beheben die dringlichsten Probleme, indem sie niederschwellig und teilweise stellvertretend für die Betroffenen handeln.

Viele Unterstützungsprozesse starten mit der Aufbauphase. Ausgangspunkt ist nicht mehr das gefährdete Überleben, sondern eine lückenhafte Versorgung und eine mehr oder weniger stark eingeschränkte Handlungsfähigkeit. Aufbau kann zwei Dinge bedeuten: einerseits das Errichten einer Unterstützungsstruktur, die die Versorgung der Klientel längerfristig gewährleistet; andererseits die Förderung von Kompetenzen, mit dem Ziel, die Klientel in eine Beschäftigung oder in eine Erwerbsarbeit zu überführen. Im Fall von Herrn B. geht es in erster Linie um den Aufbau der Versorgung:

«Sie hat einen Psychiater für mich gefunden. Das hat sie mir auch organi-

siert. Und dann hat sie mich zur Vormundschaftsbehörde begleitet. Und dann ging es auch schneller. Damit ich das bekomme, was ich brauche.»

Situationsstabilisierung und Kompetenzentwicklung müssen in der darauf folgenden Überwachungsphase gesichert werden. Mit Überwachung ist hier nicht das Kontrollieren des Klientenhandelns gemeint, sondern das Überblicken der Situation. Die Case Managerinnen und Case Manager bleiben Ansprechpersonen und reagieren auf die Ängste und Probleme der Betroffenen. Zudem tauschen sie sich mit den beteiligten Akteuren aus, um sich auf dem Laufenden zu halten und aktuelle Entwicklungen zu beobachten. Dadurch lassen sich Rückschläge und Krisen eher verhindern.

Der letzte Prozessschritt ist die Ablösungsphase. Die Case Managerinnen und Case Manager ziehen sich jedoch erst dann zurück, wenn sich die Klientensituation auf einem stabilen Niveau eingependelt hat und sie die Verantwortung guten Gewissens abgeben können. Um eine sichere Zukunft ohne Kompass zu garantieren, muss die Übergabe sorgfältig vorbereitet werden. Dies ist der Case Managerin von Herrn B. gelungen:

«Ihre Aufgabe war erledigt. Sie hat alles erledigt. Sie hat alles in die Wege geleitet. Sie hat mich in die Hände anderer Menschen und Stellen übergeben, die zuständig sind. Und somit war ihre Aufgabe beendet.»

Folgerungen für ein Case Management mit vulnerablen Klientinnen und Klienten

Aus den Forschungsergebnissen geht hervor, dass es im Rahmen eines Case Managements möglich ist, vulnerable Menschen zu erreichen und zu begleiten. Ein Ablauf, wie er in Case-Management-

Evaluation des Projekts Kompass

Der Fachbereich Soziale Arbeit der Berner Fachhochschule hat von den Städtischen Gesundheitsdiensten Zürich den Auftrag erhalten, das Case Management des Projekts Kompass zu evaluieren. Seit 2010 wird das Projekt vom Forschungsteam um Prof. Dr. Dieter Haller, Prof. Dr. Rahel Müller de Menezes, Barbara Erzinger und Florentin Jäggi begleitet. Die Evaluation folgt einem Mixed-Methods-Ansatz, mit welchem qualitative und quantitative Erhebungs- und Analyseschritte miteinander verknüpft werden. Auf dieser Basis wird ein konzeptuell dichtes Schlussergebnis erarbeitet, das der komplexen Wirklichkeit im Untersuchungsfeld gerecht werden kann.

Lehrbüchern beschrieben wird, ist aber eher unrealistisch. Erstens ist zu Beginn oft eine Krisenintervention nötig, um das Überleben der Betroffenen sicherzustellen. Zweitens kommt es im Unterstützungsverlauf oft zu Rückfällen in vorangehende Phasen. Drittens werden vulnerable Klientinnen und Klienten meist nicht in eine (finanzielle) Unabhängigkeit abgelöst. Hingegen gelingt es, eine adäquate Versorgung aufzubauen und die Lebenslage der Betroffenen zu stabilisieren. ■

Literatur:

- Chambers, R. (2006): Vulnerability, Coping and Policy. In: IDS Bulletin, 37 (4), 33–40. <http://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/123456789/662/Chambers.pdf?se>
- Haller, D. (2010): Auf der Grundlage von Solidarität und Professionalität. Armut als Aufgabe der Sozialen Arbeit. In: SozialAktuell, 42 (11), 2010. 24–27.
- Hofstetter Rogger, Y. (2007): Ressourcen- und sozialraumorientiertes Case Management. In: Haller, D.; Hinte, W. und Kummer, B. (Hrsg.): Jenseits von Tradition und Postmoderne. Sozialraumorientierung in der Schweiz, Österreich und Deutschland. Weinheim: Juventa, 116–125.

Abbildung 2:
Vier Phasen des Unterstützungsprozesses

