

Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW
Hochschule für Soziale Arbeit HSA
Bachelor Studium in Sozialer Arbeit
Olten

Vereinbarkeit von Case Management und Recovery

Die Kombination zweier Ansätze zur bestmöglichen Begleitung von jungen Erwachsenen mit einer psychischen Beeinträchtigung in die Berufswelt

Bachelor Thesis 2020

Vorgelegt von: Sarah Krüsi
Eingereicht bei: Jeremias Amstutz, MA
Matrikelnummer: 16-650-434
Ort, Datum: Basel, am 26. Juni 2020

Abstract

Junge Erwachsene mit einer psychischen Beeinträchtigung sind beim Übergang in die Berufswelt mit diversen Herausforderungen konfrontiert und dieser kann besonders bei komplexen Lebenssituationen eine schwer zu bewältigende Aufgabe darstellen. Aus dieser Ausgangslage ergibt sich die Hauptfragestellung der vorliegenden Arbeit, wie junge Erwachsene mit einer psychischen Beeinträchtigung mithilfe des Case Management-Ansatzes unter Berücksichtigung von Recovery und ihrer individuellen persönlichen Entwicklung beim Übergang in die Berufswelt von den Professionellen der Sozialen Arbeit bestmöglich begleitet werden können, der im Folgenden nachgegangen werden soll. Es findet dazu eine vertiefte Auseinandersetzung mit den von der Fragestellung tangierten Themen der psychischen Beeinträchtigung im frühen Erwachsenenalter und dem Übergang in die Berufswelt statt, sowie eine differenzierte Diskussion des Case Management-Ansatzes, der Chancen und Grenzen von Recovery und Kooperation. Die vorliegende Arbeit liefert Anhaltspunkte zu einer Handlungsgrundlage für Professionelle der Sozialen Arbeit, um ihrer Klientel in einer strukturierten, koordinierten und kooperativen Vorgehensweise Unterstützung und Begleitung zu gewährleisten und im Sinne von Case Management alle wichtigen Akteure in den Hilfeprozess einzubinden.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Persönliche Motivation	1
1.2	Ausgangslage	1
1.3	Herleitung der Fragestellung mit Bezug zur Sozialen Arbeit	3
1.4	Aufbau der Arbeit	4
2	Psychische Beeinträchtigung	6
2.1	Annäherung und Definition	6
2.2	Klassifikationssysteme	7
2.2.1	ICD-10.....	7
2.2.2	DSM-5.....	7
2.3	Psychische Beeinträchtigung bei jungen Erwachsenen.....	8
3	Frühes Erwachsenenalter und der Übergang in die Berufswelt	10
3.1	Abgrenzung und Begriffsbestimmung.....	10
3.2	Entwicklung der Persönlichkeit.....	11
3.2.1	Entwicklungsaufgaben nach Havighurst	12
3.2.2	Kritische Lebensereignisse.....	13
3.3	Übergang in die Berufswelt	14
3.3.1	Belastungen und Ressourcen in der Berufswahl	15
3.3.2	Das duale Bildungssystem der Schweiz	16
3.4	Sozialleistungen	17
3.4.1	Invalidenversicherung	17
3.4.2	Sozialhilfe.....	18
3.5	Erkenntnisse	19
4	Case Management.....	21
4.1	Methodengeschichte und die Entwicklung von Case Management	21
4.2	Theoretische Grundlagen des Case Management	23
4.2.1	Leitgedanke (Definition).....	23

4.2.2	Fall- und Systemsteuerung.....	24
4.2.3	Ethik im Case Management	25
4.2.4	Rolle der Case Managerinnen und Case Manager	27
4.2.5	Stärkenorientiertes Case Management	29
4.3	Rahmenbedingungen und Verfahrensschritte	31
4.4	Erkenntnisse	37
5	Grundlagen von Recovery.....	39
5.1	Leitgedanken (Definition)	39
5.2	Chancen und Grenzen	40
5.3	Erkenntnisse	41
6	Kooperation in der Sozialen Arbeit	42
6.1	Begriffsbestimmung und Notwendigkeit von Kooperation.....	42
6.2	Netzwerke	43
6.3	Erkenntnisse	44
7	Schlussfolgerungen.....	45
7.1	Zusammenfassung und Diskussion der Erkenntnisse	45
7.2	Beantwortung der Fragestellung	49
7.3	Kritische Würdigung und Reflexion.....	51
7.3.1	Methodenkritik, unvollständige, fehlende Aspekte	51
7.3.2	Ergebnisse in Bezug auf die Praxisorganisation	52
7.4	Ausblick.....	53
	Literatur- und Quellenverzeichnis	I
	Ehrenwörtliche Erklärung	VIII

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Der Case Management Prozess. Eigene Darstellung (in Anlehnung an: Wendt 2015: 132)

1 Einleitung

„Im Leben geht es nicht darum, gute Karten zu haben, sondern auch darum, mit einem schlechten Blatt gut zu spielen.“
(Robert Louis Stevenson zit. nach Ehlers/Müller/Schuster 2017: 54)

1.1 Persönliche Motivation

Mein persönliches Interesse und meine professionellen Erfahrungen mit erwachsenen Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung entspringen einem praktischen Bezug: Mein erstes Praxismodul im Studium der Sozialen Arbeit habe ich im Töpferhaus, einer Institution für erwachsene Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung, absolviert. Seither agiere ich in diesem vielfältigen und komplexen Fachbereich, der geprägt ist durch seine interdisziplinäre und partnerschaftliche Arbeitsweise.

Durch die Bezugspersonenarbeit habe ich die Erfahrung gemacht, dass die Begleitung von jungen Erwachsenen in die Berufswelt es erfordert, an unterschiedlichen Schnittstellen inter- und intradisziplinäre Kooperationen unter einem multiperspektivischen Blick einzugehen. Es ist sowohl in meinem wie auch im Sinne der Institution, die Arbeitsabläufe in den Prozessen effizienter und effektiver zu gestalten, anzupassen und gegebenenfalls zu erweitern. So können die diversen Kooperationen spezifischer und bewusster koordiniert werden und die begrenzte Zeit in der Bezugspersonenarbeit ist besser genutzt. Meine Aufmerksamkeit galt der Zielgruppe junger Erwachsener mit einer psychischen Beeinträchtigung. In der Auseinandersetzung mit dieser Gruppe scheint es, dass die jungen Menschen in ihrer Entwicklung an unterschiedlichen Punkten stehen und trotz des ungefähr gleichen Alters ganz unterschiedliche Themen mitbringen. Es würde nicht ausreichen, sich nur den altersspezifischen Entwicklungsthemen oder Themen der psychischen Beeinträchtigung zu widmen. Was mir in der Arbeit mit dieser Klientel als zentraler erschien, war, das methodische Handeln in der Begleitung in die Berufswelt mittels einer geeigneten Methodik zu professionalisieren und nach der Bachelor Thesis in der Institution einzuführen – da eine einheitliche Methodik bislang fehlt –, sowie die Betroffenen im Prozess zu befähigen, trotz ihrer Krankheit und ihren „schlechten Karten“ ein selbstbestimmtes und zufriedenes Leben führen zu können. Es stellte sich die Frage: Wie?

1.2 Ausgangslage

Durch den Praxiskontext des Töpferhauses scheint in der Zusammenarbeit mit jungen Erwachsenen mit einer psychischen Beeinträchtigung der Einstieg ins Berufsleben eine präasente Thematik zu sein, die im Praxisalltag in der Begleitung eine professionelle Methodik erfordert. Derzeit erfolgt die Berufswahl in der Schweiz im internationalen Vergleich früh (vgl. von Wyl et

al. 2018: 3). Die Jugendlichen müssen sich beim Übergang von der Schule in das Berufsleben für eine Ausbildung entscheiden. Doch nicht alle Jugendlichen schaffen auf Anhieb den Einstieg ins Berufsleben. Eine ungünstige Passung zwischen ihnen und der gewählten Berufslehre oder ungünstige Voraussetzungen wie prekäre familiäre Verhältnisse, schulische Schwierigkeiten, psychische Beeinträchtigungen oder auch die Herkunft aus einer anderen Kultur erschweren ihnen die erfolgreiche Wahl und den Einstieg. Solche Jugendlichen bedürfen unter Umständen spezieller Hilfen, um Fuss im Erwerbsleben zu fassen (vgl. ebd.: 4–8).

Dieser Übergang in die Berufswelt ist aus entwicklungspsychologischer Sichtweise nicht nur im Jugendalter ein wichtiger Prozess, sondern spielt auch im jungen Erwachsenenalter eine wichtige Rolle (vgl. Freund/Nikitin 2012: 260–264). Der Übergang vom Jugend- in das Erwachsenenalter ist im Laufe der Ontogenese eine der wichtigsten sozialen Transitionen, weil die Konfrontation mit Entwicklungsaufgaben eine wichtige Rolle spielt (vgl. ebd.). Der Erziehungswissenschaftler Robert J. Havighurst hat 1943 das Konzept der Entwicklungsaufgaben begründet. Das auf ihn zurückgehende Stufenmodell stellt die aufeinanderfolgenden Aufgaben bestimmter Lebensanschnitte dar. Acht zentrale Entwicklungsaufgaben können darunter subsumiert werden, deren erfolgreiche Bewältigung ein konstitutives Merkmal zur Vollziehung der weiteren Entwicklung darstellt (vgl. Krampen/Reichle 2008: 337f.). Damit einhergehend stellt sich die Frage, welche Einflüsse sich hemmend auf die erfolgreiche Bewältigung der Entwicklungsaufgaben auswirken. Im Hinblick auf die bereits beschriebenen ungünstigen Voraussetzungen hält Havighurst in der Entwicklungspsychologie „nichtnormative Entwicklungsaufgaben“ fest, die junge Erwachsene möglicherweise in der Persönlichkeitsentwicklung durchleben (vgl. Krampen/Greve 2008: 670). Eine psychische Erkrankung lässt sich demnach als nichtnormative Aufgabe verstehen und ist oftmals für die Zielgruppe und deren weitere Persönlichkeitsentwicklung hemmend (vgl. ebd.). Tritt die psychische Erkrankung im Jugend- oder jungen Erwachsenenalter auf, sind damit nicht selten Psychiatrieaufenthalte, welche durch den Autonomieverlust als krisenhaft erlebt werden, verbunden. Als Folge der Auswirkungen der Erkrankung können lückenhafte Lebensverläufe entstehen, beispielsweise wenn kein Schulabschluss erreicht wurde oder der Eintritt in die Berufsbildung nicht vollzogen werden konnte. Infolge der Einschränkungen ist eventuell später wiederum nicht jede Berufsausbildung möglich (vgl. Fegert et al. 2017: 80–85). Eine Studie zur Erwerbsarbeit macht deutlich, dass die psychischen Beeinträchtigungen oftmals gar nicht oder erst zu spät erkannt werden. Ihre negativen Auswirkungen widerspiegeln sich in der steigenden Anzahl der Neuberentungen aufgrund von psychischen Erkrankungen. Im Jahr 2014 hat sich der Anteil der Neuberentungen in der Altersgruppe von 18- bis 45-Jährigen bei 43% stabilisiert (vgl. Schuler et al. 2016: 48–50). Vor diesem Hintergrund beeinträchtigt eine psychische Störung den Entwicklungsprozess

und die Erfüllung der darin enthaltenen Entwicklungsaufgaben wie etwa den Übergang in die Berufswelt.

1.3 Herleitung der Fragestellung mit Bezug zur Sozialen Arbeit

Die Entwicklungswissenschaft definiert die psychische Störung, Beeinträchtigung oder Erkrankung als eine von der Norm abweichende Verhaltens- und Erlebnisweise eines Menschen, welche für die betroffenen Personen selbst oder ihre Umgebung mit Beeinträchtigungen verbunden ist (vgl. Petermann/Niebank/Scheithauer: 299). Die Auswirkungen betreffen verschiedene Lebensbereiche und verursachen oftmals eine verminderte Lebensgestaltung, Lebensqualität sowie Invalidität (vgl. ebd.). Als Beispiel belegt das Bundesamt für Gesundheit, dass die Arbeitslosenquote in der Schweiz bei psychischen Beeinträchtigungen mehr als doppelt so hoch ist wie die Gesamtarbeitslosenquote (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2015: 24). Aus soziologischer und systemischer Perspektive ist die Soziale Arbeit für die Bearbeitung von Problemen wie beispielsweise der Arbeitslosigkeit verantwortlich (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2015: 37). Befinden sich Menschen in einer schwierigen Ausgangslage, schaffen, unterstützen und sichern die Professionellen die Zugänge zu bestimmten gesellschaftlichen Bereichen und leisten einen Beitrag zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit (vgl. ebd.). Laut den Grundwerten des Berufskodex der Sozialen Arbeit von AvenirSocial (2010: 8–10) hat jeder Mensch das Recht, selbstbestimmt sein Leben zu führen, eigene Entscheidungen zu treffen und sich zu verwirklichen. Damit dies gelingt, besteht demnach der Auftrag der Sozialen Arbeit darin, gemeinsam mit Individuen, Gruppen und Gemeinwesen Lösungen zu realisieren und mit der Mehrdimensionalität von Problemlagen rund um die (Wieder-)Eingliederung in die Berufswelt professionell zu arbeiten (vgl. ebd.).

Ein Ansatz, der diese Selbstbestimmung und Entscheidungskompetenz von Menschen zum Ziel hat, damit sie ein sinnerfülltes Leben trotz psychischer Erkrankung führen können, ist der Recovery-Ansatz, wobei Hammer und Plössl (2012: 26–29) den Begriff *Recovery* als „Gesundung, Genesung oder Wiedererlangung von Gesundheit“ definieren. Im Recovery-Prozess können die betroffenen Personen Unterstützung von Professionellen annehmen oder den Weg zur Genesung selbst angehen (vgl. ebd.). Sind Menschen in schwierigen und komplexen Lebenslagen auf Unterstützung angewiesen, kann Case Management als Handlungskonzept für deren Bearbeitung herangezogen werden, ein weiterer Ansatz, der sich verschiedener Methoden bedient und verschiedene Formen annehmen kann (vgl. Amstutz 2015: 222).

Case Management bedeutet, sich der Mehrdimensionalität einer Problemlage anzunehmen und eine koordinierte Bearbeitung komplexer Fragestellungen im Sozial- und Gesundheitswesen zu verantworten (vgl. Wendt 2018: 14). In systematisch geführten kooperativen Prozessen

werden Menschen ressourcen- und lösungsorientiert unterstützt, um eine individuell abgestimmte Dienstleistung zu erbringen (vgl. Netzwerk Case Management Schweiz 2014: 5). Laut Wendt (2015: 39) eignet sich Case Management durch die sektorenübergreifende Zusammenarbeit gerade für Gestaltungen von Übergängen in die Berufswelt. Denn ohne Kooperation ist Case Management nicht umsetzbar und Kooperation ist auf ein koordinierendes Handlungskonzept wie Case Management angewiesen (vgl. Amstutz 2015: 222).

Deshalb erscheint der Case Management-Ansatz zur Begleitung junger Erwachsener mit einer psychischen Beeinträchtigung in die Berufswelt eine geeignete Methode zu sein, welche hier untersucht werden soll. Daraus sollen Erkenntnisse gewonnen werden, wie in diesem Rahmen Case Management mit Recovery vereinbart werden kann, um die jungen Erwachsenen bestmöglich zu begleiten.

Für die vorliegende Arbeit ergibt sich daraus folgende Hauptfragestellung:

Wie können junge Erwachsene mit einer psychischen Beeinträchtigung mithilfe des Case Management-Ansatzes unter Berücksichtigung von Recovery und ihrer individuellen Entwicklung beim Übergang in die Berufswelt von den Professionellen der Sozialen Arbeit bestmöglich begleitet werden?

Und daraus entsprechende Unterfragestellungen:

- Welches theoretische Fachwissen ist für die Professionellen der Sozialen Arbeit bei der Begleitung von jungen erwachsenen Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung in die Berufswelt von Bedeutung?
- Was ist der Case Management-Ansatz und wie lässt er sich in der Begleitung mit Recovery vereinbaren? Wo liegen Unterschiede, Chancen und Grenzen?
- Was muss diesbezüglich in Kooperation mit anderen Fachkräften beachtet werden?

1.4 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in fünf Hauptkapitel, welche jeweils Auseinandersetzungen und Erkenntnisse bezüglich der aus der Hauptfragestellung abgeleiteten Unterfrage umfassen. Das Kapitel *Psychische Beeinträchtigung* (Ziff. 2) und das darauffolgende Kapitel *Frühes Erwachsenenalter und der Übergang in die Berufswelt* (Ziff. 3) setzen sich mit der Literatur zur Beantwortung der Unterfrage auseinander, welches theoretische Fachwissen für die Professionellen der Sozialen Arbeit bei der Begleitung von jungen erwachsenen Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung in die Berufswelt von Bedeutung ist. Anschliessend widmen sich das Kapitel *Case Management* (Ziff. 4) und das Kapitel *Recovery* (Ziff. 5) der zweiten Unterfragestellung, was der Case Management-Ansatz ist, wie er sich in der Begleitung mit

Recovery vereinbaren lässt, und wo Unterschiede, Chancen und Grenzen zwischen beiden Ansätzen auszumachen sind. Das letzte Hauptkapitel *Kooperation* (Ziff. 6) zeigt auf, was bezüglich der zweiten Unterfrage in der Kooperation mit anderen Fachkräften beachtet werden muss. Die in den jeweiligen Kapiteln gewonnenen Erkenntnisse werden im Kapitel *Schlussfolgerungen* (Ziff. 7) zusammengefasst und enggeführt, die Unterfragen und die Hauptfrage beantwortet und kritisch reflektiert. Neben der Beantwortung der Fragestellungen sollen die Schlussfolgerungen, die kritische Würdigung und Reflexion und ein Ausblick mit möglichen Anknüpfungspunkten für künftige Arbeiten in Forschung und Praxis die vorliegende Arbeit abschliessen.

2 Psychische Beeinträchtigung

Im folgenden Kapitel wird eine Annäherung an den Begriff der ‚psychischen Beeinträchtigung‘ vorgenommen. Der Begriff wird definiert, und im Anschluss daran werden die beiden Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-5 zur Diagnostik psychischer Störungen dargelegt sowie die häufigsten Krankheitsbilder des jungen Erwachsenenalters dargestellt. Im Abschluss an dieses Kapitel wird auf junge erwachsene Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung eingegangen.

2.1 Annäherung und Definition

Im Laufe der Jahre wurden zahlreiche Definitionen für gestörtes Erleben und Verhalten vorgeschlagen, – keine hat sich jedoch allgemein durchgesetzt. In der klinischen Psychologie werden Beeinträchtigungen, welche die Psyche des Menschen betreffen, untersucht und erforscht und als ‚psychische Erkrankung‘ oder ‚Störung‘ bezeichnet. Unter diese Krankheitsbilder fallen Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, Psychosen und Angst- oder Zwangsstörungen. Laut Comer (2001: 3) kann eine psychische Krankheit diagnostiziert werden, wenn im Erlebens- und Verhaltensmuster einer Person die Merkmale Devianz, Leidensdruck, Beeinträchtigung oder Gefährdung vorliegen (vgl. ebd., Petermann et al. 2004: 295). Laut Wittchen (2011: 32), welcher eine andere Begriffsbestimmung festhält, lassen sich psychische Erkrankungen definieren

(...) als ein klinisch bedeutsames Verhaltens- oder psychisches Syndrom oder Muster, das mit momentanem Leiden (z. B. einem schmerzhaften Symptom) oder einer Beeinträchtigung (z. B. Einschränkung in einem oder mehreren wichtigen Funktionsbereichen) oder einem erhöhtem (sic!) Risiko zu sterben einhergeht. Unabhängig von dem ursprünglichen Auslöser sollte eine verhaltensmässige psychische oder biologische Funktionsstörung bei der Person zu beobachten sein.

Diese Definition bezieht auch Beeinträchtigungen im Sinne von Auswirkungen mit ein, die eine psychische Erkrankung auf das soziale und berufliche Leben eines Individuums haben kann, wie etwa der erschwerte Zugang zu Berufsbildung. Realiter ist die Definition einer psychischen Erkrankung indes nicht so eindeutig, wie es die Auflistungen suggerieren. Es ist nämlich nie der Mensch in seiner Gesamtheit gesund oder krank, sondern es gibt trotz psychischer Erkrankung immer auch gesunde Anteile (vgl. Bosshard/Ebert/Lazarus 2013: 24). Dieser Ansicht ist auch der israelische Gesundheitsforscher Aaron Antonovsky; in seinem Konzept der ‚Salutogenese‘, begründet im Jahr 1990, geht er davon aus, dass der Mensch nicht entweder krank oder gesund ist: Er befindet sich auf einer Art Kontinuum zwischen den Polen Gesundheit und Krankheit, was bedeutet, dass sich Gesundheit und Krankheit nicht gegenseitig ausschliessen, sondern jeder Mensch ein Spektrum von gesunden und kranken Anteilen in sich

trägt (vgl. Herriger 2014: 192–195). Diese Sichtweise entspricht eher einer ressourcen- und stärkenorientierten Position.

Der Begriff ‚Erkrankung‘ verweist auf den Krankheitswert oder den Krankheitsverlauf und ‚Beeinträchtigung‘ auf erlebte Beeinträchtigungen. Deshalb wird im Weiteren synonym für ‚psychische Störung‘ und ‚Erkrankung‘ von ‚Beeinträchtigung‘ gesprochen.

2.2 Klassifikationssysteme

Psychische Beeinträchtigungen werden mittels Klassifikationssystemen diagnostiziert, die den Zweck haben, die Behandlung der Betroffenen zu planen und den Verlauf und die daraus resultierenden Ergebnisse zu evaluieren (vgl. Caspar/Pjanic/Westermann 2018: 15). Die Symptome werden mithilfe von Klassifikationssystemen wie dem ICD-10 oder dem DSM-5 in diagnostische Kategorien eingeordnet, welche in Diagnosen gegliedert sind und regelmässig überarbeitet und angepasst werden. Damit die Klassifikation ihren Zweck erfüllt, werden zusätzlich zu den Diagnosen störungsspezifische und störungsübergreifende Merkmale erfasst. Die Ergebnisse dienen der richtigen Wahl hinsichtlich Art und Form der psychotherapeutischen Begleitung und erleichtern die Kommunikation zwischen den Fachpersonen in der interdisziplinären Zusammenarbeit (vgl. ebd.: 15–17).

2.2.1 ICD-10

Die *internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* (engl.: „*International Classification of Diseases and related Health Problems*“) ICD-10 wurde von der Weltgesundheitsorganisation erarbeitet und wird in weiten Teilen der Welt zur Klassifikation von psychischen Störungen und körperlichen Erkrankungen angewendet (vgl. Caspar et al. 2018: 16f.). Bereits 2018 wurde die 11. Revision (ICD-11) von der WHO in englischer Sprache vorgelegt (vgl. World Health Organization 2019: o.S.). Das ICD listet die psychischen Störungen in einem separaten Kapitel auf, wobei alle in diesem Kapitel aufgeführten Diagnosen einen vier- bis sechsstelligen Code aufweisen. Für jede Gruppe und Untergruppe sind detaillierte Erläuterungen in den entsprechenden Abschnitten vermerkt (vgl. Bossard et al. 2013: 22).

2.2.2 DSM-5

Das *Diagnostische und statistische Manual Psychischer Störungen* (engl.: „*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*“) DSM-5 wurde von der *American Psychiatric Association* APA entwickelt und hält im Unterschied zum ICD-10 ausschliesslich psychische Störungen und eventuell damit zusammenhängende Krankheitsfaktoren fest (vgl. Caspar et al. 2018:

18, Comer 2001: 95). Die beiden Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-5 werden von darauf spezialisierten Fachpersonen zur Erstellung psychiatrischer Diagnosen genutzt. Notwendigerweise wird bei der Diagnostik von den Symptomen ausgegangen, d. h. von Veränderungen, Störungen und Normabweichungen, weshalb die betroffene Person zwar im Zentrum der Beobachtung steht, dabei jedoch zur Hauptsache hinsichtlich ihrer Defizite in den Blick genommen wird (vgl. Bosshard et al. 2013: 23).

2.3 Psychische Beeinträchtigung bei jungen Erwachsenen

Psychische Beeinträchtigungen treten meistens im Alter zwischen 12 und 24 Jahren auf und sind oftmals mit schwersten Beschwerden verbunden. Aus diesem Grund ist es einerseits für den Gesundungsprozess vorteilhaft, die Diagnose so früh wie möglich zu stellen, denn sie kann eine Entscheidungshilfe für angepasste Behandlungen sein und der Eskalation von Problemen entgegenwirken (vgl. Coppens et al. 2015: 9). Andererseits werden Befürchtungen geäußert, dass die Feststellung einer psychiatrischen Diagnose zu Stigmatisierung oder zu falschen Erwartungen führen kann (vgl. Schmeck/Streeck-fischer/Herpertz 2009: 386). Zu den in der Schweiz am häufigsten diagnostizierten psychischen Beeinträchtigungen im Jugend- und Erwachsenenalter gehören Depressionen, affektive Störungen, hyperkinetische Störungen – worunter die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung ADHS zählt und Angststörungen (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2015: 16). Daneben sind laut Huck (2015: 126–157) seit wenigen Jahren neue Formen wie Bindungsstörungen, Drogenkonsum, Medienkonsum und Mediensucht festzumachen, die aufgrund veränderter gesellschaftlicher Prozesse wie beispielsweise der Digitalisierung in der Diagnostizierung von jungen Erwachsenen eine Rolle spielen. Laut einem Bericht des Kantons Aargau (2015: 54) sind 15% der jungen Schweizerinnen und Schweizer von einer mittelstarken bis starken psychischen Belastung betroffen. Da hier Ausländerinnen und Ausländer ausgenommen sind, ist davon auszugehen, dass es sich um weit mehr Personen handelt.

Eine zusätzliche Herausforderung für den Übergang vom Jugend- in das Erwachsenenalter und damit verbunden auch für den Berufseinstieg können Psychiatrieaufenthalte darstellen. Die Versorgung in der Psychiatrie kann laut Fegert und seinen Fachkollegen (2017: 80–85) zur psychischen und körperlichen Stabilität beitragen. Jedoch können durch Klinikaufenthalte Bruchstücke im Lebensverlauf entstehen, die den Prozess der Berufsfindung verzögern. Mit dem Erreichen der Volljährigkeit erfolgt für die jungen Erwachsenen möglicherweise der Übergang von der Kinder- und Jugendpsychiatrie in die Erwachsenenpsychiatrie, und während in der Jugendpsychiatrie entwicklungsbezogene Themen dieser Altersspanne im Vordergrund stehen, ist die Erwachsenenpsychiatrie tendenziell auf störungsspezifische Behandlungswei-

sen ausgerichtet. Die Autoren verweisen auf die Transitionstheorie¹. Sie beschreibt die eintretenden Schnittstellenproblematiken bei einem Wechsel in der Ausrichtung der psychiatrischen Behandlung. Hier zeichnet sich eine Versorgungslücke ab, die verbesserte und vernetzte Versorgung für diese Übergangsphase fordert (vgl. ebd.).

Mit welchen Entwicklungsaufgaben junge Erwachsene in dieser Altersspanne konfrontiert sind und welche Faktoren bei der Wahl einer beruflichen Laufbahn von Bedeutung sind, damit sie bestmöglich beim Übergang in die Berufswelt begleitet werden können, wird im nachfolgenden Kapitel näher beleuchtet.

¹„Transitionen sind Lebensereignisse, die die Bewältigung von Diskontinuitäten auf mehreren Ebenen erfordern, Prozesse beschleunigen, intensivierte Lernen anregen und als bedeutsame biographische Erfahrungen von Wandeln in der Identitätsentwicklung wahrgenommen werden.“ (Wilfried/Niesel 2011: 37f.)

3 Frühes Erwachsenenalter und der Übergang in die Berufswelt

In diesem Kapitel wird eine Abgrenzung des Erwachsenenalters vom Jugendalter vorgenommen, welche zu der Begriffsbestimmung des frühen Erwachsenenalters führt. Anschliessend wird die Persönlichkeitsentwicklung vorgestellt, wobei die Entwicklungsaufgaben nach Havighurst und die kritischen Lebensereignisse näher beleuchtet werden. Das Unterkapitel des Übergangs in die Berufswelt – als ein kritisches Lebensereignis des frühen Erwachsenenalters – wird anschliessend erläutert. Nach einem themenspezifischen Exkurs zur Invalidenversicherung und Sozialhilfe, die mit ihren Leistungen zur Sicherung der Existenz beitragen, werden die Erkenntnisse aus diesem und dem vorhergehenden Kapitel zusammengetragen.

3.1 Abgrenzung und Begriffsbestimmung

Laut Hurrelmann und Quenzel verändert sich die Zusammensetzung der Altersgruppen in einer Gesellschaft im Verlauf der Geschichte durch verschiedene soziale, wirtschaftliche und kulturelle Faktoren und nimmt Einfluss auf die Strukturierung und Ausprägungen der Lebensphasen (vgl. Hurrelmann/Quenzel 2016: 9–15). Durch die in der postmodernen Gesellschaft veränderten gesellschaftlichen und kulturellen Gegebenheiten sind Normalarbeitsverläufe seltener geworden und es können nicht immer klare Trennlinien zwischen den verschiedenen Lebensphasen gezogen werden (vgl. ebd., Freund/Nikitin 2012: 260). Die beiden Autoren Hurrelmann und Quenzel (2016: 9–15) konstatieren einen fließenden Übergang in die mittlere Jugendphase im Alter von 18 bis 21 Jahren, bei dem das körperliche Wachstum einen ersten stabilen Zustand in der Entwicklung erreicht und bestimmte Entwicklungsaufgaben bewältigt sind. Die gesamte Altersspanne von 18 bis 30 Jahren wird als Jugendphase bezeichnet und gliedert sich in die frühe, mittlere und spätere Jugendphase (vgl. ebd.: 45). Kennzeichnend für diesen Übergang ins Erwachsenenalter sind der Gewinn an Selbständigkeit und Selbstbestimmung sowie das Durchlaufen verschiedener Entwicklungsaufgaben und eines Reifungsprozesses (vgl. ebd.: 33f.). Denn die Jugendlichen gelten erst dann als erwachsen, wenn sie bestimmte Rollen und Funktionen wie Beruf, wirtschaftlicher/r und politische/r Bürger/in, Partner/in und Elternschaft übernommen haben (vgl. ebd.: 37f.).

Im Zusammenhang mit dieser Lebensphase wird, bezogen auf die genannten Kennzeichen, an verschiedenen Stellen in der Literatur das Phänomen „Emerging Adulthood“ genannt, das aus der US-amerikanischen Entwicklungspsychologie stammt und die längere Entwicklungszeit junger Erwachsener beschreibt. Das „angehende Erwachsenenalter“ bezeichnet den Lebensabschnitt von 18 bis 25 Jahren (vgl. Krampen/Reichle 2008, Hurrelmann/Quenzel 2016, Huck 2015). In diesem Lebensalter sind zwei gegenläufige Trends auszumachen: Einerseits eine Beschleunigung im Sinne einer schnelleren Annäherung an das Erwachsenenalter und

andererseits eine Entschleunigung, was die finanzielle und damit die wirtschaftliche Abhängigkeit betrifft (vgl. Krampen/Reichle 2008: 336f.). Das Eintreten und die Bewältigung der Marker des Erwachsenenalters hat sich in der Lebenszeit junger Erwachsener nach hinten verschoben: Nicht zuletzt die lange Unterstützung durch die Eltern trägt dazu bei, dass viele junge Erwachsene sich noch nicht bereit fühlen für den Berufseinstieg oder die Gründung einer Familie (vgl. Huck 2015: 13).

Eine weitere Abgrenzung und Begriffsbestimmung liefern die beiden Autoren Krampen und Reichle (vgl. Krampen/Reichle 2008: 333). Sie definieren die Altersspanne des frühen Erwachsenenalters von 18 bis 29 Jahre. Der Übergang von der Jugendphase in das frühe Erwachsenenalter ist durch Entwicklungsprozesse und -risiken geprägt, die teilweise Fortsetzungen der Jugendphase sind (vgl. ebd.). Dieser Übergang wird in formale, objektive, psychologische und subjektive Merkmale untergliedert. Diese werden folgendermassen dargestellt: Das Erreichen der Volljährigkeit oder das Erlangen des aktiven Wahlrechts sind gesellschaftliche Normen und werden als formale Merkmale aufgefasst. Als objektives Merkmal gilt etwa die wirtschaftliche Unabhängigkeit, die je nach Lebenssituation erst später eintreten kann. Ein psychologisches Merkmal kann das Konzept der Ablösung sein, die zu einer stärkeren Orientierung nach aussen führt und eine steigende Anzahl ausserfamiliärer Beziehungen mit sich bringt. Unter dem subjektiven Merkmal wird die persönliche Zuordnung zu einer bestimmten Alterstgruppe verstanden (vgl. Krampen/Reichle 2008: 333f.). Diverse Entwicklungsthemen wie das Loslösen von der Herkunftsfamilie, die Berufsausbildung und der Berufseintritt sowie die sozialen Beziehungen, welche dadurch differenziert und intensiviert werden, sind historisch betrachtet stabile Transitionsschwerpunkte (vgl. Krampen/Reichle 2008: 333). Die entstandenen Intensivierungen und Differenzierungen der heutigen Zeit beziehen sich auf das Privatleben und das Freizeitverhalten, die Ausbildung und das Studium, den Berufseintritt und die Berufstätigkeit und das Eingebettetsein in gesellschaftliche und soziale Gruppen (vgl. ebd.: 333–363). Hinzu kommt in dieser Phase die Weiterentwicklung der Persönlichkeit und Identität, welche mit der Entwicklung von Verantwortung in den vorgestellten Entwicklungsthemen einhergeht (vgl. ebd.). Für eine bessere Verständlichkeit der Persönlichkeitsentwicklung wird diese im Folgenden näher beleuchtet.

3.2 Entwicklung der Persönlichkeit

Die Persönlichkeit entwickelt sich entlang des gesamten Lebensverlaufs und ist charakterisiert durch das Erreichen eines stabilen, konstanten Zustandes von Persönlichkeitsmerkmalen, der über eine kurze bis mittlere Zeitdauer anhält. Gleichzeitig kann über einen längeren Zeitraum hinweg eine Veränderung der Persönlichkeitsmerkmale stattfinden (vgl. Krampen/Greve 2008:

652). Die Persönlichkeitsentwicklung definiert sich als „differentielle Veränderung von Personen im intraindividuellen und interindividuellen Vergleich“ (ebd.). Es bedeutet, dass die Persönlichkeitsentwicklung und die Veränderung des Individuums einem Prozess gleichgesetzt werden. Die eigenen erreichten Entwicklungszustände (intraindividuell) zeigen sich im Vergleich mit anderen Individuen der gleichen Altersspanne (interindividuelle). Aus den daraus resultierenden Unterschieden ergeben sich die Persönlichkeitsmerkmale.

In dieser Persönlichkeitsentwicklung werden die Individuen mit der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und kritischen Lebensereignissen konfrontiert (vgl. Krampen/Greve 2008: 669). Havighursts Modell der Entwicklungsaufgaben umfasst selbstdefinierte, universelle, kulturelle und auch alterstypische Aufgaben, in deren Bewältigung er eine Voraussetzung für die gesunde Entwicklung der Persönlichkeit sieht (vgl. Huck 2015: 21, Krampen/Greve 2008: 669). Wird von ‚Aufgaben‘ gesprochen, verweist Flammer (2009: 92) auf einen oder mehrere Aufgabensteller, wie beispielweise die Eltern, welche die Entwicklungsaufgaben – etwa eine berufliche Erst- oder Weiterbildung zu finden – formulieren. Doch Entwicklungsprozesse sind nicht immer spontan und garantiert, sie sind auch mit Anstrengung und teilweise bedrohlichen Phasen verbunden, die zu einem Mislingen führen können (vgl. ebd.). Werden für die Entwicklungsaufgaben und die meist unvorhersehbaren kritischen Lebensereignisse keine Lösungen gefunden oder diese nicht bewältigt, droht die Gefahr, dass Schwierigkeiten mit späteren Aufgaben entstehen, die sich in der Persönlichkeitsentwicklung in Form von Krisen äussern können (vgl. Montada 2008: 36).

Um den theoretischen Blick für die Entwicklungsaufgaben und kritischen Lebensereignisse zu schärfen, werden im folgenden Kapitel entsprechende Bezüge hergestellt.

3.2.1 Entwicklungsaufgaben nach Havighurst

Das Konzept der Entwicklungsaufgaben strukturiert die gesamte Lebensspanne im Lebenslauf und kommt einem Phasenmodell gleich (vgl. Grob/Jaschinski 2003: 22). Es wird dargestellt, dass dieser zeitlichen Zuordnung der Entwicklungsaufgaben Phasen zugrunde liegen, in denen der Mensch für bestimmte Lernprozesse besonders empfänglich ist (vgl. Thyen/Konrad 2018: 21). Er steht in den jeweiligen Lebensabschnitten vor diversen Aufgaben und Problemen, die zu lösen sind, um als vollwertiges Mitglied in einer Gesellschaft aufgenommen zu werden (vgl. Grob/Jaschinski 2003: 23). Diese Aufgaben ergeben sich aus den biologischen Faktoren, den individuellen Zielsetzungen und den gesellschaftlichen Erwartungen (vgl. Petermann et al. 2004: 284).

Havighurst postuliert acht Entwicklungsaufgaben, die an das frühe Erwachsenenalter gebunden sind: die Partnerwahl, das Leben mit einer Partnerin oder einem Partner, das Gründen

einer Familie, die Kindererziehung, das Führen eines (Familien-)Haushalts, der Berufseinstieg, das Übernehmen gesellschaftlicher Verantwortung und das Finden einer ansprechenden sozialen Gruppe (vgl. Grob/Jaschinski 2003: 24). In einer Längsschnittstudie von Seiffge-Krenke und Gelhaar wurden junge Erwachsene zu den für sie bedeutendsten Entwicklungsaufgaben befragt. Es hat sich gezeigt, dass vor allem dem Aufbau einer Partnerschaft, dem Auszug aus dem Elternhaus, der Gründung eines eigenen Haushalts und dem Einstieg ins Berufsleben die höchste Bedeutsamkeit beigemessen wurde (vgl. Seiffge-Krenke/Gelhaar 2006: 18–31).

Wie oben dargelegt, bringt jedes Lebensalter unterschiedliche Lernaufgaben mit sich, die zu unterschiedlichen Lebensphasen zu lösen sind und deren Bewältigung dazu führt, dass der Mensch sich entwickelt und weiterkommt. Durch die Konfrontation mit den Entwicklungsaufgaben werden Kompetenzen, die zu einer zufriedenstellenden Bewältigung des Lebens in einer Gesellschaft dazugehören, gefördert (vgl. Grob/Jaschinski 2003: 23f.). Auf der anderen Seite können die Aufgaben Krisen verursachen, wenn sie nicht gelöst werden. (vgl. Montada 2008: 36). Das bedeutet nicht, dass eine rasche Behebung der Herausforderungen optimal ist (vgl. Montada 2008: 40). Vor allem dann nicht, wenn die Betroffenen selbst die anstehenden Herausforderungen lösen können und dadurch Kompetenzen und Dispositionen entwickeln, die als Schutzfaktoren dienen, um zukünftige Krisen besser bewältigen oder sie sogar vermeiden zu können (vgl. ebd.).

3.2.2 Kritische Lebensereignisse

Kritische Lebensereignisse werden aus entwicklungspsychologischer Perspektive als natürliche Entwicklungsinterventionen betrachtet, welche das Individuum im eigenen Selbstbild und der Lebenslage verändern und bei erfolgreicher Bewältigung mit persönlichem Wachstum einhergehen (vgl. Filipp 2007: 349–351). Sie werden, so Montada (2008: 39), retrospektiv als Wendepunkte im eigenen Lebensverlauf gesehen. Wird kein bewältigender Umgang damit gefunden, wirken sie sich destabilisierend auf die psychische Gesundheit aus und können Krisen hervorbringen oder psychische Störungen erzeugen (vgl. ebd.).

Kritische Lebensereignisse werden unterschieden in normativ, nichtnormativ und historisch, wie im Folgenden erläutert werden soll (vgl. Krampen/Greve 2008: 670). Die normativen Lebensereignisse zeigen eine hohe Auftrittsabhängigkeit in einer Lebensspanne auf, wie etwa der Eintritt in das Berufsleben in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter und widerspiegeln kulturelle Anforderungen (vgl. ebd.). Die nichtnormativen kritischen Lebensereignisse sind erwartungswidrig und hier kann im Gegensatz zu den normativen Ereignissen kein biologischer oder kultureller Zusammenhang zur Lebensspanne hergeleitet werden. Erfreuliche Ereignisse wie ein Lotteriegewinn und weniger positive, die ebenfalls mit starken Affekten

verbunden sind, wie Erkrankungen, Unfälle oder Todesfälle im nahen Umfeld gehören darunter (vgl. ebd.). Die historischen kritischen Lebensereignisse zeigen sich beispielsweise in Form einer Naturkatastrophe oder einer mit Massenarbeitslosigkeit verbundenen Wirtschaftskrise, treten unabhängig vom Lebensalter auf und treffen eine grosse Gruppe an Menschen in einem bestimmten kulturellen, politischen und geografischen Lebensraum (vgl. ebd.: 670–672).

Die „Life-Event-Forschung“ hat sich ebenfalls mit kritischen Lebensereignissen sowie alltäglichen Stressoren befasst. Es wurde untersucht, wie sich Lebensereignisse auf die Entstehung und den Verlauf von psychischen Störungen auswirken können. In der Auseinandersetzung damit wird Aufschluss darüber gegeben, wie diese bewältigt werden, wie sie das Leben des Individuums verändern und es dazu bringen, seine Entwicklung an sie anzupassen (vgl. Petermann et al. 2004: 339f.). Demzufolge können spezifische Zusammenhänge zwischen den Lebensereignissen als Risikofaktoren und auftretenden psychischen Störungen ermittelt werden (vgl. ebd.). Für die professionelle Unterstützungsarbeit bedeutet dies, möglichst viele Ressourcen akkumulieren zu müssen (vgl. Wettstein 2016: 21), damit Entwicklungsaufgaben wie Übergänge in die Berufswelt durch die jungen Erwachsenen erfolgreich bewältigt werden.

Die Ausführungen zeigen auf, dass das frühe Erwachsenenalter besonders einschneidende Herausforderungen bereithält und zugleich ist es die Lebenszeit, in der am häufigsten die psychischen Beeinträchtigungen auftreten. Deswegen ist die Fragestellung, wie die Professionellen der Sozialen Arbeit diese jungen Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung beim Übergang in die Berufswelt bestmöglich begleiten können, von besonderer Relevanz. Im folgenden Unterkapitel wird spezifischer darauf eingegangen.

3.3 Übergang in die Berufswelt

Jugendliche und junge Erwachsene, die in der Schweiz wohnhaft sind, stehen bereits früh vor den Fragen der Berufswahl und der Berufsentscheidung (von Wyl et al. 2018: 3, Achtenhagen/Weber 2009: 48). Bei einigen erfolgt möglicherweise der Berufsbildungsentscheid zu früh (vgl. von Wyl et al. 2018: 3). Diese Aussage deckt sich mit der Juvenir Studie von 2013 (2013: 4–7) zum Thema Ausbildungswahl, welche Jugendliche und junge Erwachsene im Alter zwischen 15 und 21 Jahren dazu befragte. Die Studie bekräftigt den Wunsch der Teilnehmenden, die Berufswahl später treffen zu wollen und somit die Ausbildungswahl aufzuschieben. Es gilt jedoch, die Wahl zwischen den verschiedenen Ausbildungsgängen und Berufen zu treffen (vgl. von Wyl et al. 2018: 3).

Werden Jugendliche und junge Erwachsene mit dieser Entscheidung konfrontiert, geht es bei der Berufswahl einerseits um das Abwägen der eigenen Interessen und Fähigkeiten gegen-

über den Wahlmöglichkeiten im Beruf und andererseits um die Interaktion zwischen dem Individuum und der Gesellschaft (vgl. Berk 2011: 616). Berk gliedert die Berufswahl in drei Phasen. In der ersten Phase in der frühen und mittleren Kindheit, der ‚Fantasiephase‘, wird mit den Möglichkeiten diverser Berufe gespielt und fantasiert und so werden Einsichten gewonnen. Die ‚unentschlossene Phase‘ wird als zweite Phase der Adoleszenz zugeordnet: Die Jugendlichen wägen ihre Möglichkeiten, Interessen, die eigenen Wertvorstellungen und Fähigkeiten ab. Die dritte Phase, auch die ‚realistische Phase‘ genannt, zeichnet sich durch eine bestimmten Richtung eines Berufes im jungen Erwachsenenalter aus, mit anschließender Auswahl (vgl. Berk 2011: 616). In der Literatur fällt die Berufswahl somit in zwei Lebensspannen, die des Jugendalters und die des frühen Erwachsenenalters, und ist nicht trennscharf einer Phase zuzuordnen. In dieser Arbeit wird deshalb die Literatur, welche auf das Jugendalter verweist, mitberücksichtigt.

Im Prozess des Übertritts in die Berufswelt sind belastende wie fördernde Faktoren, wie beispielsweise Ressourcen, zu verzeichnen. Dass eine tragfähige Entscheidung für einen Beruf getroffen werden kann, verlangt Wissen über diverse Berufe, entsprechende Fähigkeiten und Persönlichkeitseigenschaften sowie eine stabile psychische Verfassung (vgl. von Wyl et al. 2018: 3).

3.3.1 Belastungen und Ressourcen in der Berufswahl

Es gibt fördernde Faktoren, die zu einer tragfähigen Entscheidung der Berufswahl beitragen, wie die berufliche Sozialisation, persönliche Faktoren, die soziale Unterstützung, und gleichwohl sind belastende Faktoren festzustellen, die sich hemmend auswirken.

Die berufliche Sozialisation verfolgt das Ziel einer gelingenden Passung der jungen Erwachsenen und des gewählten Berufs (von Wyl et al. 2018: 3). Dies bedeutet, dass die Interessen, Fähigkeiten und Bedürfnisse der jungen Erwachsenen mit denen des Berufsumfeldes übereinstimmen sollen. Damit dies gelingt, ist eine umfangreiche Auseinandersetzung mit der Berufs- und Ausbildungswahl erforderlich. Wird eine hohe Passung erreicht, wirkt sich dies positiv auf die Produktivität und Zufriedenheit aus.

Neben einer erfolgreichen Passung sind junge Menschen während ihrer Etablierung in der Arbeitswelt mit diversen Entwicklungsaufgaben auf einmal beschäftigt. Um diesen Herausforderungen gewachsen zu sein, benötigen sie aus psychologischer Sicht für die Berufswahl vielfältige Kompetenzen. Emotionale Stabilität, eine optimistische Lebenseinstellung, ein positives Selbstbild und zuverlässige Bezugspersonen sind Bewältigungsressourcen, um mit den Herausforderungen des Übergangs in die Berufswelt zurechtzukommen (vgl. ebd.). Die emotio-

nale Kompetenz, die eigenen Affekte besser kontrollieren zu können, ein stabiles Selbstkonzept als Bestandteil der Identität sowie auch hoffnungsvoll zu sein, gehören ebenfalls dazu (vgl. von Wyl et al. 2018: 5f.). Hirschi zeigt auf (2007: 30–32), dass die gezielte Unterstützung vor allem bei besonderen Bildungsbedürfnissen wichtig ist und verweist auf eine gezielte Förderung der Berufswahlbereitschaft und den Einbezug der wichtigen Bezugspersonen in den Berufswahlprozess. Dies ist eine Aufgabe, die den Professionellen der Sozialen Arbeit zukommen könnte, damit unter anderem mit Hilfe der Netzwerkarbeit Ressourcen generiert werden können.

Doch nebst den Ressourcen sind auch hemmende Faktoren zu verzeichnen. Betroffene, die Schwierigkeiten haben, den Einstieg in das Berufsleben zu finden, sind gefährdet. Es sind junge Menschen, die in einem oder mehreren relevanten Bereichen ungünstige Voraussetzungen für den beruflichen Einstieg mitbringen. Dies können schulische Probleme, prekäre familiäre Verhältnisse, die Herkunft aus einer anderen Kultur sein, es kann sich dabei aber auch um körperliche oder psychische Beeinträchtigungen handeln. Psychisch beeinträchtigte junge Erwachsene bedürfen in vielen Fällen besonderer Hilfen, um im Erwerbsleben Fuss zu fassen (vgl. von Wyl et al. 2018: 7f.). Eggert et al. (2007: 66) plädieren für eine langfristige koordinierte Begleitung von Personen mit Mehrfachbelastungen und sprechen sich positiv gegenüber der Kooperation von Fachpersonen aus unterschiedlichen Bereichen aus. Ein Blick auf den Arbeitsmarkt unterstreicht, dass die gestiegenen Anforderungen besonders für junge Erwachsene mit einer psychischen Beeinträchtigung herausfordernd sind und einen wesentlichen Teil der Schwierigkeiten ausmachen, mit denen sie auf dem Arbeitsmarkt konfrontiert werden. Die gestiegenen Anforderungen sind ein möglicher Grund für den Anstieg von IV-Neuanmeldungen bei jungen Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung (vgl. OECD 2014: 153).

3.3.2 Das duale Bildungssystem der Schweiz

Die berufliche Grundbildung in der Schweiz wird durch das Bundesgesetz über die Berufsbildung (BBG) geregelt und ist zu 90% nach dem dualen System geregelt (vgl. Bundesamt für Statistik 2018: 7). Als ‚duale Ausbildung‘ wird in der Schweiz die berufliche Ausbildung, welche Schule und Beruf miteinander verknüpft, bezeichnet (vgl. Ebner/Nikolai 2010: 622f.). Die Ausbildung besteht zum einen aus der Praxisarbeit in der Institution und zum anderen aus der Wissensgenerierung in der Berufsfachschule. Die übrigen 10% sind berufliche Grundausbildungen, die normalerweise mit einem Vollzeitpensum besucht werden, wie zum Beispiel die zweijährige berufliche Grundausbildung mit Berufsattest (EBA) für Personen mit schulischen Schwierigkeiten (vgl. ebd.). Gelingt nach Beendigung der obligatorischen Schulzeit aus unterschiedlichen Gründen der Einstieg in das Berufsleben nicht, können sogenannte ‚Brückenan-

gebote', Übergangslösungen oder Zwischenlösungen beispielsweise in Form von Berufsvorbereitungsschulen oder dem 10. Schuljahr für einen erleichterten Übergang in die Berufswelt in Anspruch genommen werden (vgl. von Wyl et al. 2018: 77f.). Bestehen beim Übergang in die Berufswelt finanzielle Schwierigkeiten, ist es denkbar, auf Sozialleistungen zurückzugreifen, die im nachfolgenden Kapitel vorgestellt werden.

3.4 Sozialleistungen

Der folgende Abschnitt ermöglicht einen themenspezifischen Einblick in die Invalidenversicherung und die Sozialhilfe in der Schweiz. Durch die Darlegung des Fachwissens soll einerseits auf die beiden Kooperationspartner aufmerksam gemacht und andererseits das Verständnis für die Inanspruchnahme der Leistungen sensibilisiert werden.

3.4.1 Invalidenversicherung

Die Invalidenversicherung ist eine gesamtschweizerische obligatorische Versicherung für alle Personen, die in der Schweiz wohnhaft oder erwerbstätig sind. Nach Art 112b Abs. 1 der Bundesverfassung fördert der Bund die Eingliederung Invaliden durch die Ausrichtung von Geld- und Sachleistungen und kann zu diesem Zweck Mittel der Invalidenversicherung verwenden (vgl. Art. 112b Abs. 1 BV). Somit unterstützt der Bund Personen, welche durch einen körperlichen oder psychischen Gesundheitsschaden ganz oder teilweise erwerbsunfähig geworden sind. Solche Gesundheitsschäden können Folgen eines Geburtsgebrechens, eines Unfalls oder einer Krankheit sein (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen BSV 2020: o.S.). Der Fokus in der vorliegenden Arbeit richtet sich auf psychisch und nicht körperlich beeinträchtigte Personen. Wie die OECD-Studie zeigt (2014: 28), liegt in der Schweiz die Erwerbsrate von Personen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren mit einer mittelgradigen oder schweren psychischen Beeinträchtigung bei zirka 70%. Die Erwerbsrate von Personen ohne psychische Beeinträchtigung liegt nur 10% über diesem Wert, was aufzeigt, dass die Arbeitslosenquote bei Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung in der Schweiz eher tief ist (vgl. ebd.). Das Armutsrisiko für Menschen mit einer psychischen Störung ist aufgrund der guten Arbeitsmarktlage eher gering. Es liegt jedoch für diese Gruppe eine 1,5 mal höhere Wahrscheinlichkeit vor, in einer relativen Einkommensarmut zu leben, weshalb dennoch Unterstützungsbedarf bestehen kann (vgl. ebd.). Denn der Ausschluss aus dem Arbeitsmarkt führt nicht nur zu einer Verschlechterung der Lebensqualität, sondern ist auf lange Sicht für die Invalidenversicherung kostenintensiv (vgl. ebd.: 57). Trotz den statistisch verhältnismässig guten Daten über das Armutsrisiko von psychisch Beeinträchtigten, ist das Argument in einer Einkommensarmut zu leben ernst zu nehmen. Besonders im Hinblick auf die Altersgruppe der jungen Erwachsenen mit einer

psychischen Beeinträchtigung, die es besonders schwer haben beim Einstieg in die Berufswelt, sind erheblich von der Einkommensarmut betroffen.

Damit psychisch Beeinträchtigte ihre Existenzgrundlage sichern können, greift die Invalidenversicherung mit ihren Eingliederungsmassnahmen und Geldleistungen. Der Grundsatz „Eingliederung vor Rente“ bedeutet, dass zuerst alle zumutbaren Eingliederungsmassnahmen ausgeschöpft werden, bevor eine betroffene Person einen Rentenanspruch begründen kann (vgl. ebd.: 56–59). Die Invalidenversicherung ist darum bemüht, geeignete Methoden zur Eingliederung anzuwenden, um den Versicherten den Weg in den ersten Arbeitsmarkt zu ermöglichen, bevor eine Invalidenrente zugesprochen wird (vgl. Kolly/Patry 2014: 44). Es gibt zwei Arten von Massnahmen: die Massnahmen zur sozialberuflichen Rehabilitation und die Beschäftigungsmassnahmen. Damit sollen vor allem bei psychisch beeinträchtigten Versicherten Voraussetzungen geschaffen werden, damit berufliche Massnahmen in der freien Marktwirtschaft möglich sind. Ist es nicht möglich, die versicherte Person einzugliedern, können Ausbildungen oder Arbeitsplätze in einem geschützten Rahmen vermittelt werden. Ist die (Wieder-)Eingliederung nicht oder nur teilweise möglich, kann eine (Teil-)Rente gesprochen werden (vgl. OECD 2014, Bundesamt für Sozialversicherungen BSV 2017).

3.4.2 Sozialhilfe

Wenn kein Anspruch auf andere Leistungen vorliegt, ist die Sozialhilfe das letzte Auffangnetz in der Schweiz. Sie erbringt im öffentlichen Auftrag individuelle, nicht-ursachenspezifische und bedarfsabhängige Leistungen an Einzelpersonen bzw. Haushalte (vgl. Müller de Menezes 2012: 18f.). Die öffentliche Sozialhilfe obliegt gemäss der Bundesverfassung der kantonalen Zuständigkeit und erfolgt auf Gemeindeebene. Das bedeutet, dass es in der Schweiz kein einheitliches Sozialhilferecht gibt, welches den Minimalstandard vorschreibt. Deshalb variieren die angebotenen Leistungen in Höhe und Dauer der Unterstützung von Kanton zu Kanton. Die Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe (SKOS) ist mit der Festsetzung ihrer Richtlinien darum bemüht, eine Vereinheitlichung bei der Ausgestaltung der Sozialhilfe zu erlangen (vgl. ebd.: 18–28).

Die Sozialhilfe prüft Massnahmen zur beruflichen und sozialen Integration, wie berufliche Qualifizierung, Beschäftigungsprogramme, Freiwilligenarbeit, Familienarbeit, Integrationshilfen in den Arbeitsmarkt und Therapien. Das Leistungsspektrum ist gross und die Unterstützung erfolgt im gegenseitigen Einvernehmen mit den Betroffenen (vgl. Müller de Menezes 2012: 46f.). Nach dem Selbstverständnis der SKOS soll die berufliche und soziale Integration und der Erhalt der Selbständigkeit durch die Sozialhilfe gesichert und gefördert werden. Aufgrund der ansteigenden Komplexität des Sozialwesens und der damit einhergehenden Anforderungen ist genügend Fachwissen und geschultes, professionelles Personal unabdingbar, damit bei

rechtlichen Fragen oder der Integrationsförderung die Klientinnen und Klienten adäquat unterstützt und begleitet werden können (ebd.: 344f.). Für die Professionellen der Sozialen Arbeit ist es demnach wichtig, Bescheid über die zur Verfügung stehenden staatlichen Ressourcen zu wissen, dieses den Klientinnen und Klienten zugänglich zu machen oder die Ressourcen für sie zu erschliessen.

3.5 Erkenntnisse

Im Folgenden werden die Erkenntnisse aus den beiden vorangegangenen Kapiteln *Psychische Beeinträchtigung* (Ziff. 2) und *Frühes Erwachsenenalter und der Übergang in die Berufswelt* (Ziff. 3) zusammengetragen.

Die diversen psychischen Störungen unterscheiden sich in der Schwere und Ausprägung und können verschiedene Beeinträchtigungen in einem oder mehreren Funktionsbereichen mit sich bringen. Die meisten psychischen Beeinträchtigungen treten im Alter zwischen 12 und 24 Jahren auf, weshalb Frühinterventionen zur Problembehandlung fördernd sein können. Mittels Klassifikationssystemen wie dem ICD-10 oder dem DSM-5 werden von geschulten Fachkräften Diagnosen gestellt, damit die richtige Behandlung erfolgen kann. Andererseits können Diagnosen zu Stigmatisierungen führen, weshalb mit frühen Diagnosestellungen zugleich mit Bedacht umzugehen ist. Durch die vom Individuum erfahrene psychische Beeinträchtigung können Bruchstücke im Lebenslauf entstehen, die diverse Lebensbereiche und Aufgaben wie das berufliche oder soziale Leben tangieren können. Die Altersspanne des frühen Erwachsenenalters ist ein bestimmter Lebensbereich, der unterschiedlich ausgelegt werden kann. Prinzipiell ist jedoch das Alter zwischen 18 und 30 Jahren gemeint. Das Phänomen „Emerging Adulthood“, also das angehende Erwachsenenalter von 18 bis 25 Jahren, ist typischerweise auch das Alter, in welchem sich die psychischen Erkrankungen am meisten bemerkbar machen. Deshalb sollte aus Sicht der Sozialen Arbeit, aber auch der klinischen Psychologie oder Entwicklungspsychologie das junge Erwachsenenalter als eigene Phase angesehen werden und von grossem Interesse sein.

Weiter müssen sich die jungen Erwachsenen diversen Entwicklungsaufgaben und kritischen Lebensereignissen stellen; solche, die an das Alter und kulturelle Anforderungen gebunden und solche, die davon losgelöst sind. Für die Bewältigung der Aufgaben und Probleme können sie auf Ressourcen zurückgreifen. Wird keine angemessene Lösung für die Entwicklungsaufgabe gefunden, können Probleme entstehen, die zu Krisen führen oder sogar körperliche oder psychische Beeinträchtigungen oder Erkrankungen fördern. Eine dieser Entwicklungsaufgaben ist das Erlangen finanzieller Autonomie und damit der Einstieg in das Berufsleben.

Auch der Berufswahlprozess fällt typischerweise in die Altersspanne des jungen Erwachsenenalters. Ressourcen wie persönliche Kompetenz und soziale Unterstützung sowie belastende Faktoren, wie etwa eine psychische Beeinträchtigung, beeinflussen den Berufswahlentscheid und Übergang. Die Berufsauswahl hängt zum einen von den Fähigkeiten und Interessen der jungen Menschen ab, zeitgleich aber auch von den Wahlmöglichkeiten eines Berufs und der Interaktion mit der Gesellschaft. Kommt der Zeitpunkt, an dem sich die jungen Menschen entscheiden müssen, bietet das duale Bildungssystem mit seinen Angeboten gute Anschlussmöglichkeiten an. Tangieren hemmende Faktoren wie schulische Probleme, prekäre familiäre Verhältnisse, die Herkunft aus einer anderen Kultur oder körperliche oder psychische Beeinträchtigungen den Prozess, sind besondere Hilfen von einem gut ausgelegten Netzwerk zur Hand – die indes als Ressource erstmal erschlossen werden müssen. Koinzidieren die psychische Beeinträchtigung und der Berufseinstieg, kann daraus geschlossen werden, dass dies für die Berufswahl und den Einstieg eine ungünstige Situation ist. Junge Erwachsene aus schwierigen Verhältnissen oder mit Problemen haben nicht automatisch Probleme beim Einstieg, sondern diejenigen mit einem schwierigen Hintergrund, die eine psychische Erkrankung erleiden, erleiden diese typischerweise auch noch genau dann, wenn sie einen Beruf wählen sollten. Professionelle Unterstützung und ein breites Hilfsangebot sollen daher in komplexen Lebenssituationen greifen, damit die richtige Fachstelle, wie beispielsweise die Invalidenversicherung oder die Sozialhilfe, kurz- oder langfristig mit ihrer Angebotsvielfalt eingreifen kann. Eine koordinierte Begleitung von Menschen mit Mehrfachbelastungen ist daher eine Möglichkeit zur positiven psychischen, körperlichen aber auch sozialen und beruflichen Stabilität im Leben der Betroffenen. Deswegen wird im folgenden Kapitel auf das Fallführungsinstrument Case Management eingegangen, damit ebendiese Zielgruppe im Berufswahlprozess bestmöglich begleitet werden kann.

4 Case Management

In diesem Kapitel wird der Unterfrage nachgegangen, was der Case Management-Ansatz ist, damit in der Schlussfolgerung beantwortet werden kann, wie er sich in der Begleitung von Klientinnen und Klienten mit Recovery vereinbaren lässt. Um dies nachvollziehbar erläutern zu können, wird ein Einblick in die Methodengeschichte und die Entwicklung von Case Management gewährt und anschliessend auf die theoretischen Grundlagen und näher auf das Stärkenorientierte Case Management eingegangen und das Verfahren erklärt.

4.1 Methodengeschichte und die Entwicklung von Case Management

Damit die heutige Implementierung von Case Management in der Sozialen Arbeit nachvollzogen werden kann, hilft ein historischer Blick zurück in das 19. Jahrhundert zum Ursprung und Verlauf der Methodenentwicklung. In den Anfangszeiten der Sozialen Arbeit dominierten drei klassische Methoden: die Einzelfallhilfe, die Gemeinwesenarbeit und die Arbeit mit Gruppen, welche den Handlungsansatz von Case Management beeinflussten. Der Einfluss dieser drei Methoden ist in diesem Ansatz noch heute wiederzufinden (vgl. Meinhold 2012: 635).

Die Geschichte der Einzelfallhilfe beginnt mit Mary Richmonds 1917 in den USA veröffentlichtem Werk „Social Diagnosis“. Richmond stellt erstmals die Grundlagen einer systematischen Fallarbeit dar. In ihrem Sinne galt es, die systematische Zusammenarbeit mit den Bedürftigen von der laienhaften Vorgehensweise einer ehrenamtlichen Tätigkeit zu unterscheiden. Die Fallarbeit gilt als erste systematische Arbeitsmethode mit dem Ziel, durch die methodische Arbeitsweise Interventionen ohne willkürliches Handeln durchzuführen. Die auf den Einzelfall ausgerichtete Unterstützung wurde vermehrt als ein Prozess angesehen (vgl. Meinhold 2012: 635–637). Wenige Jahre später gelang es der Deutschen Alice Salomon, sich der amerikanischen Idee von Mary Richmond anzunähern. Sie veröffentlichte 1926 in ihrem Lehrbuch „Soziale Diagnose“ die erweiterte Theorie, in der ein Zusammenhang zwischen der ermittelnden und der pädagogischen Tätigkeit hergestellt wird (vgl. Ehlers 2017: 43, Meinhold 2012: 637). Salomon (1929, zit. nach Eggemann 1999: 174) äusserte folgenden Anspruch an die Soziale Arbeit:

Die soziale Arbeit ist nicht nur auf das Erkennen, sondern auf das Handeln gerichtet. Sie soll Änderungen herbeiführen, für einzelne Menschen, ganze Gruppen und Völker, für die Menschen. Sie soll die äusseren Umstände gestalten helfen, in denen die Menschen leben, und die innere Entwicklung der Menschen beeinflussen. Sie beruht daher nicht nur auf Wissenschaft, sondern auf Kunst, ...

Die Klientinnen und Klienten wurden nicht mehr nur als alleinige Verantwortliche für ihre eigene bedürftige Situation gesehen. Es setzte sich zunehmend der Gedanke durch, dass die

Problemlagen der Klientinnen und Klienten sich aus biologischen, sozialen und ökonomischen Anteilen zusammensetzen, miteinander verbunden sind und einen mehrdimensionalen Charakter aufweisen. Die Einzelfallhilfe mit ihrem Fokus auf das Individuum geriet zunehmend in die Kritik. Sie greife mit dem Blick auf die einzelne Person und deren Bearbeitung der Persönlichkeitsmerkmale zu kurz. Das soziale Umfeld muss mehr miteingeschlossen und der soziale Wandel berücksichtigt werden (vgl. ebd.: 637–639, Amstutz 2015: 315).

Weitere Methoden wie die aktivierende Gruppenmethode sowie die Gemeinwesenarbeit, die ihren Blickwinkel auf den Sozialraum erweiterten, führen zu einem dynamischen Verständnis einer Problemsituation: Der bedürftige Mensch als Individuum ist zugleich ein Produkt seines sozialen Umfeldes; die vorhandenen Probleme sind daher weder einfach sozial noch einfach psychologisch zu verstehen, sondern eine Art Gesamtsituation, in der sich diese Felder überschneiden. Durch die Überschneidung und den Einfluss aller drei Grundmethoden wird das heutige Verständnis über die Implementierung von Case Management mit der Sichtweise auf Klientinnen und Klienten in ihrer problembelastenden Gesamtsituation geprägt. Auch Wolf Rainer Wendt regte die Entwicklung der Einzelfallarbeit hin zum Handlungskonzept Case Management an. Er legte 1990 mit seinem Werk „Ökosozial denken und handeln“ den Grundstein des Case Managements in Deutschland. Er stellte die Lebensgestaltung und Bewältigung sozialer Problemlagen in den Vordergrund (vgl. Ehlers 2017: 44).

Der heutige Stand von Case Management ist auch auf die bewegte Entwicklungsgeschichte von Case Management in den 1970er- und 1980er Jahren in den vereinigten Staaten zurückzuführen. Die Reorganisation der sozialen und gesundheitlichen Versorgung seit den 1970er Jahren, die ‚Deinstitutionalisierung‘ oder ‚Enthospitalisierung‘ genannt wird, trägt zur Entwicklung bei (vgl. Wendt 2015: 19f., Klug 2018: 43f.). In den Vereinigten Staaten und anderen Ländern wurden infolge steigender Kosten unzählige Personen, die aufgrund von körperlichen, seelischen oder geistigen Beeinträchtigungen auf Unterstützung und Pflege angewiesen waren, aus den stationären Unterbringungen entlassen (vgl. Wendt 2015: 19f.) Vor diesem Hintergrund wurden ambulante Betreuungen und medizinische Dienste organisiert, welche jedoch zu einem fragmentierten und unkoordinierten Nebeneinander von Unterstützungsleistungen führten. Bald entstanden viele verschiedenen Arbeitsmodelle (vgl. ebd.), die zu Doppelspurigkeit und Zielkonflikten führten, was den Bedarf nach Übersichtlichkeit und Koordination verstärkt hat. Darauf folgend wurde Case Management entwickelt, damit die Unterstützungsleistungen koordiniert und die Kooperation verbessert werden konnten (vgl. Amstutz 2015: 316). Die Forschung im Case Management steht erst am Beginn, da es zeitaufwendig und schwierig ist, eine Vereinheitlichung zu erlangen (vgl. Netzwerk Case Management Schweiz 2020: o.S., Klug 2018: 61)

4.2 Theoretische Grundlagen des Case Management

Einerseits bilden die Leitgedanken und das Wissen zur Fall- und Systemsteuerung eine Basis, andererseits kommt der Rolle der Professionellen im Case Management eine wichtige Funktion zu. Inwiefern die Ethik als weitere Komponente sowohl in die theoretischen Grundlagen des Case Management hineinspielt wie auch tief verankerter Grundwert Sozialer Arbeit ist, wird anschliessend daran erläutert.

4.2.1 Leitgedanke (Definition)

Das Verständnis von Case Management hat sich im Laufe der Entwicklung gewandelt, weshalb es auch im aktuellen Fachdiskurs keine vereinheitlichte Definition gibt (vgl. Kleve et al. 2018, Klassen 2017, Ehlers et al. 2017, Wendt 2015, Monzer 2013, Neuffer 2013a).

Ehlers und Broer (2013: 9f.) halten in ihrem Buch über die Grundlagen von Case Management in der Sozialen Arbeit folgende Begriffsdefinition fest:

Case Management ist ein Verfahren, das über Einrichtungs- und Sektorengrenzen hinweg Hilfeprozesse im Sinne der AdressatInnen koordinieren möchte. Dieser transektorale Ansatz richtet sich an den Versorgungsbedarfen und Bedürfnissen der AdressatInnen aus. Ebenso sollen die Ressourcen der Versorgungssysteme sowie die Qualität der Versorgung berücksichtigt werden. Hierzu wirkt Case Management auch vermittelnd und koordinierend auf verschiedenen Ebenen (Makro-, Meso- und Mikroebene) und zwischen unterschiedlichen Versorgungsstufen.

Die Akzentuierungen der Definitionen von Case Management sind verschieden, kennzeichnend dafür können jedoch folgende Bezugspunkte daraus zusammengefasst werden (Wendt 2015: 17, Ehlers et al. 2017: 20, Ehlers/Broer 2013: 9f., Netzwerk Case Management Schweiz 2014: 5):

- Sozial-, Gesundheits-, und Versicherungsbereich
- professions-, organisations- und bereichsübergreifend
- Unterstützung, Behandlung, Förderung, Versorgung, Beratung
- zwei Ebenen: Die Fallebene und die (Versorgungs-)Systemebene
- Kooperation, Netzwerkarbeit
- systemischer Hilfeprozess
- Prozess/Phasen als Handlungskonzept
- komplexe, problematische und vielschichtige Lebenslagen
- zielgerichtet
- Qualität
- Ressourcen, Stärken

- Autonomie
- Versorgungsbedarf vs. Bedürfnisse Klientinnen und Klienten
- koordinieren, strukturieren, vermitteln, vernetzen, gestalten,

4.2.2 Fall- und Systemsteuerung

Wie bei den Definitionen des Case Management wird das methodische Handlungskonzept unterschiedlich festgehalten und durchgeführt. Die Unterschiede liegen hier in den verschiedenen Bezeichnungen und Methoden der Verfahrensschritte, aber auch im Zeitpunkt, zu welchem Case Management angesetzt wird. Im Vergleich zu anderen methodischen und fallspezifischen Verfahren in der Sozialen Arbeit hebt sich das Case Management durch die Kopplung der Fallarbeit (Fallebene) mit der (Versorgungs-)Systemebene und deren Gestaltung ab und setzt sich auf der Systemebene für eine lückenlose Versorgung ein. Über die Kernfunktion herrscht in der Fachliteratur weitgehender Konsens.

Die Case Managerinnen und Case Manager koordinieren, vermitteln und beraten die Klientinnen und Klienten in deren Hilfenotwendigkeit und beziehen die Hilfelandschaft der (Versorgungs-)Systemebene mit der bestehenden Angebotsvielfalt in den Prozess mit ein (vgl. Ehlers et al. 2017: 18), um Doppelspurigkeit mithilfe der kooperativen Steuerung entgegenzuwirken, denn die Funktionsfähigkeit des Systems kann nur durch Kooperation gesichert werden (vgl. Merten/Amstutz 2019: 45). Die gesamte problematische Lebenssituation der Klientel wird somit zum Bezugspunkt der kompletten Fallarbeit (vgl. Ehlers et al. 2017: 18). Die Phasen lehnen sich an die klassischen drei Schritte Anamnese, soziale Diagnose und Intervention aus der Einzelfallhilfe der Sozialen Arbeit an. Daraus haben sich weitere beliebige Phasen etabliert. Es wird in den Ausführungen ein linearer Verlauf impliziert. Es handelt sich aber trotzdem um einen iterativen, also sich selbst beeinflussenden Prozess (vgl. ebd.: 19). Die Phasen sind idealtypisch angeordnet (vgl. Amstutz 2019: 230). Zwischen ihnen kann gewechselt oder sie können unterbrochen werden, wenn Krisen oder andere Ereignisse in den Lebensverläufen auftreten. Das kann dazu führen, dass andere Interventionsmöglichkeiten eingeschoben werden müssen und zwischen den Phasen hin und her gesprungen wird. Eine offene Haltung gegenüber der Lebenswelt der Klientinnen und Klienten und Flexibilität im Handlungsprozess gelten dabei als unverzichtbar (vgl. ebd.).

Das Ziel auf der Fallebene ist die Gestaltung der Hilfeleistungen basierend auf den Anliegen der Klientinnen und Klienten und richtet sich auf den Einzelfall aus. Die unterschiedlichen Hilfeleistungen sollen an den Einzelfall gekoppelt werden. Es werden die nötigen Leistungen miteinbezogen, die sich dadurch weiterentwickeln. Ein gutes Umfeld dafür zu schaffen ist somit unabdingbar (vgl. Ehlers et al. 2017: 19). Eine andere Ebene ist die (Versorgungs-)System-

ebene mit dem bestehenden Ziel, dass der Case Managerin, dem Case Manager die Netzwerkarbeit gelingt, damit im Rahmen der fallübergreifenden Zusammenarbeit die verschiedenen relevanten Kooperation aufgebaut, gepflegt und so lange wie nötig gehalten werden können (vgl. ebd.: 18f.). Wird dies realisiert, ist es wahrscheinlicher, dass die Gestaltung der Hilfelandschaft (Versorgungs-)Systemebene nach den Notwendigkeiten der Fallarbeit und den Anforderungen der Nutzenden gestaltet wird. Es wird ein bestmögliches Umfeld für die Einzelfallhilfen geschaffen. In dieser Systemsteuerung geht es um das Schnittstellenmanagement zwischen den Versorgungsbereichen und -sektoren, wie etwa einer stationären Versorgung in einer Klinik und einer ambulanten Betreuung in einem Wohnangebot. Es geht um Grundversorgungen bis hin zu fachlich spezialisierten Versorgungsangeboten, aber auch informelle Personen wie die Nachbarinnen und Nachbarn, welche eine Betreuung gewährleisten könnten, oder die professionellen Versorgerinnen und Versorger wie Psychologinnen und Psychologen gehören dazu. Auch Leistungsträger wie das Sozialamt, die Invalidenversicherung oder das Jugendamt sind Teil des Handlungsfelds des Schnittstellenmanagements (vgl. ebd.). Somit nimmt die Case Managerin oder der Case Manager eine wichtige Rolle als Bindeglied zwischen der Fallebene und der (Versorgungs-)Systemebene ein. Die Verbindung zwischen dem Einzelfall, der Netzwerkarbeit und dem Sozialraum trägt zu einer verbesserten Lebenslage bei. Es wird eine hohe Verantwortung übernommen und nach ethischen Standards gehandelt, auf die im Folgenden näher eingegangen wird.

4.2.3 Ethik im Case Management

In der Sozialen Arbeit unterliegt das berufliche Handeln dem Berufskodex der Sozialen Arbeit von AvenirSocial, welcher die Grundwerte und ethischen Richtlinien für das moralische und berufliche Handeln festhält (vgl. Kodex AvenirSocial 2010: 4–15). Für die Soziale Arbeit relevante ethische Werte und Prinzipien sind beispielsweise die Menschenwürde und Menschenrechte, auf die ihr Handeln gründet, und die soziale Gerechtigkeit wie etwa die Verpflichtung zur Solidarität (vgl. ebd.: 8–10). Es gelten Handlungsprinzipien wie das Aufklären über strukturelle Probleme oder die Unterstützung Betroffener beim Gebrauchmachen von ihren Rechten, Fähigkeiten und Ressourcen. Die Professionellen setzen sich für das Recht auf Ausbildung, Erwerbsarbeit sowie kulturelle und politische Betätigung ein (vgl. ebd.: 10f.).

Bereits 1995 wurden von der Case Management Society of America die ethischen Prinzipien festgehalten (vgl. Wendt 2015: 53f.). Die Umgebung soll nach den Prinzipien der Wohltätigkeit, der Autonomie, dem Nichtschädigendsein, der Wahrhaftigkeit und der Gerechtigkeit gestaltet werden (vgl. ebd.). Wie bei den unterschiedlichen Definitionen des Handlungskonzeptes gehen die Meinungen über die Frage, inwieweit Case Management eigene ethische Standards

benötigt, auseinander (vgl. Amstutz 2016: 325). In der Fachliteratur wird einerseits auf den ethischen Code der herkömmlichen Professionen der Case Manager verwiesen (vgl. Wendt 2015: 53f, Neuffer 2013b: 42f.) und andererseits gibt es klare ethische Bestimmungen für das Handlungskonzept Case Management. Im Folgenden wird auf zwei verschiedene Fachorganisationen und deren ethische Orientierungspunkte eingegangen.

Die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) verabschiedete im Jahr 2014 ihr ethisches Grundlagenpapier des Handlungskonzepts Case Management. Das Dokument ist in Praxis und Theorie normativ bindend und integrativer Bestandteil des Case Managements. Es werden darin Ziele, allgemeine Grundsätze, spezifische Grundlagen, ethische Werte, Pflichten und Orientierungen in Dilemmasituationen festgehalten, die für alle Case Management Mitglieder der DGCC verpflichtend sind (vgl. DGCC 2014: 1–26). Es werden folgende fünf Werte genannt, die für das Case Management zentral sind: Autonomie, Gerechtigkeit, Sorge für das Wohl der Adressaten, Toleranz und Nachhaltigkeit (vgl. ebd.: 12–18). Zwei davon werden nachfolgend zusammengefasst erläutert.

Unter *Autonomie* wird verstanden, sich für die Selbstbestimmung und die Ziele der Klientinnen und Klienten einzusetzen, sie zu respektieren, zu fördern, auf der strukturellen Ebene Barrieren abzubauen und Spielräume für Entscheidungen zu eröffnen (vgl. ebd.: 12f.). Unter dem Begriff der *Nachhaltigkeit* nimmt die Case Managerin oder der Case Manager eine ethische Grundhaltung ein, nutzt die Ressourcen langfristig und mehrfach und orientiert sich, so die Forderung der DGCC (ebd.: 17f.), am Grundsatz „so viel wie nötig, so wenig wie möglich“. Die Nachhaltigkeit im Einzelfall steht über den organisationalen Interessen sowie denjenigen der Netzwerkpartnerinnen und -partner (vgl. ebd.).

Das Netzwerk Case Management in der Schweiz richtet sich in den beiden Ethik-Dokumenten, die 2012 erarbeitet wurden, zum einen an die Person und deren Handeln als Case Managerin oder Case Manager und zum anderen an die Ebene der Organisationen und deren Rahmenbedingungen (vgl. Netzwerk Case Management Schweiz 2012a: 1–7, Netzwerk Case Management Schweiz 2012b: 1–7). Es wird von der Verbindung von Humanität, Wirtschaftlichkeit und Fachlichkeit ausgegangen. Es werden in beiden Dokumenten acht Grundsätze erläutert, die sich an das Evaluationsmodell von Beywl (2011: 169–172) anlehnen. Zu jedem Grundsatz wird eine ethische Orientierung festgehalten: Versorgungsstruktur, Konzept, Ziele des Case Management, Ressourcen im Case Management, Ressourcen und Kompetenzen der Nutzerinnen und Nutzer, Interventionen und Durchführung, Evaluation und rechtliche Rahmenbedingungen (vgl. Netzwerk Case Management Schweiz 2012a: 1–7, Netzwerk Case Management Schweiz 2012b: 1–7).

Es wird erkennbar, dass Case Managerinnen und Case Manager in der professionellen Zusammenarbeit in einem Spannungsfeld zwischen den Bedürfnissen der Klientel und dem Versorgungsbedarf agieren. An dieser Schnittstelle zu koordinieren, zu kooperieren, für Effizienz und zugleich Qualität der Arbeit zu sorgen, verlangt ihnen einiges ab (vgl. Wendt 2015: 53f.). Sie bewegen sich in der Auseinandersetzung mit den Beteiligten in einem Feld eigener, institutioneller und gesellschaftlicher Werte und Normen. Ein offener Diskurs über ethische Prinzipien im Case Management sowie über personelle Kompetenzen und unterschiedliche theoretische Positionen ist unterstützend, um die Konflikte und Spannungen unter den ethischen Leitlinien austragen zu können (vgl. Neuffer 2013a: 42–50).

4.2.4 Rolle der Case Managerinnen und Case Manager

Weil die Rollen im Case Management je nach Fallgeschehen und humandienstlicher Institution variieren, wird an dieser Stelle auf verschiedene Rollen im Case Management eingegangen (vgl. Wendt 2015: 190). Moxley (ebd. 1989: 83ff., zit. nach Wendt 2015: 44) unterscheidet sechs verschiedene Rollen, wobei die Direktivität der Case Managerinnen und Case Manager von der erstbeschriebenen Rolle bis zur letzten abnimmt und die Kompetenzen der Klientinnen und Klienten, über ihre Angelegenheiten zu verfügen, zunimmt. Sie werden im Folgenden beschrieben:

1. Die Case Managerin, der Case Manager gilt als *implementer* und nimmt die Dinge in einer sachlichen Funktion selbst in die Hand, um der Klientin oder dem Klienten aus der Krise herauszuhelfen.
2. In der zweiten Rolle wird als *Lehrmeisterin* oder *Lehrmeister* gehandelt und etwas vorgemacht. Das Unterstützen in der Entwicklung von Fähigkeiten steht im Zentrum.
3. Als beratende Begleitperson (*guide*) wird im Prozess der Ressourcenerschließung und der Nutzung verschiedener Dienste beigestanden.
4. In der Rolle als *processor* wird das Expertenwissen als technische Assistenz zur Problemlösung eingesetzt, um voranzukommen. Es wird beim Auswählen von geeigneten Hilfen unterstützt.
5. In der Rolle als *Spezialist* wird in Fragen zum Sozialleistungssystem beraten.
6. In der letzten Rolle als *supporter* werden die Klientinnen und Klienten darin unterstützt, sich selbst zur Situationsbewältigung und Problemlösung zu befähigen.

Wendt unterscheidet vier verschiedene berufliche Aufgaben der Case Managerin oder des Case Managers. Diese werden bezeichnet als *Systemagentin* oder *Systemagent*, *Kundenanwältin* oder *Kundenanwalt*, *Versorgungsmanagende* und *Dienstmaklerin* oder *Dienstmakler* (vgl. Wendt 2017: 356). In der ersten Rolle als Systemagentin bzw. Systemagent wird dafür

gesorgt, die Aufgaben zielwirksam durchzuführen. In der Rolle als Kundenanwältin oder Kundenanwalt klären und unterstützen Case Managerinnen oder Case Manager die Ratsuchenden in Fragen zum Versorgungs- und Unterstützungsbedarf, sowie bei der Beantragung von Leistungen. Es ist Fachwissen, wie an Behörden oder Versicherungen heranzutreten ist, erforderlich, damit in einer unabhängigen Rolle als Leistungserbringende gehandelt werden kann. Als Versorgungsmanagerin oder Versorgungsmanager sind sie für eine erfolgreiche und ordnungsgemäße Leistungserbringung verantwortlich. In der Rolle der Dienstmaklerin oder des Dienstmaklers wird selbständig in der Bedarfsabklärung gearbeitet. Sie übernehmen die Hilfeplanung, organisieren die notwendigen Dienste und gewährleisten Qualität im Auftrag der Privatpersonen oder Versicherten (vgl. ebd.).

Um Rollenkonflikte zu vermeiden, wird darauf geachtet, Doppelspurigkeit in den Zielstellungen, zum Beispiel seitens der Organisation und des Einzelfalls, zu umgehen (vgl. DGCC 2014: 22). Laut Wendt (2015: 44–46) ist somit eine Klärung der Zugehörigkeit notwendig, bevor der Fall mit seinen Schwierigkeiten angenommen wird.

Dafür kommt nebst der Rollenklärung auf der Fall- und Systemebene auch der Kooperation und der Beziehungsarbeit ein hohes Mass an Relevanz zu. Wie in der Sozialen Arbeit auch, gilt das Handlungsprinzip der Koproduktion (vgl. Amstutz 2015: 318f.). Merten führt darüber aus, dass „die personenbezogenen Interventionsleistungen (...) nur in geklärten Arbeitsbeziehungen durch einen dialogischen Verständigungs-, Abstimmungs- und Aushandlungsprozess von Fachkräften der Sozialen Arbeit und ihren Klientinnen und Klienten realisiert werden (können)“ (Merten 2016: 5). Im Case Management gehört es zum Auftrag der Case Managerin bzw. des Case Managers, die Zusammenarbeit mit Fachpersonen anderer Disziplinen, Professionen und Organisationen zu suchen, eine gemeinsame Zielrichtung zu finden und sich in der Mitwirkung aller Beteiligten zu einigen. Gelingt die Kooperation, trägt sie zur Verbesserung der Gesamtsituation bei. Es werden Entwicklungsschritte denkbar, die eine einzige Stelle alleine nicht ermöglichen könnte.

Es wird am Case Management kritisiert, dass durch die Koordination und Steuerung im Fallverlauf die Beziehung zur Klientel vernachlässigt wird (vgl. Remmel-Fassbender 2018: 79f.). Dagegen wäre anzuführen, dass der Case Management-Ansatz den Aspekt der Effizienz der Hilfestellung über den Beziehungsaspekt der Case Managerin bzw. des Case Managers mit dem Klienten stellt. Das Verständnis zweckdienlicher Hilfe ist nicht nur alleine und direkt auf die Klientin oder den Klienten gerichtet, sondern darauf, dass diese durch das Greifen der passenden Angebote bestmöglich in ihrer Gesamtsituation unterstützt werden.

Dem Aufbau einer tragfähigen und vertrauensvollen Beziehung, die auf den berufsethischen Prinzipien beruht, kommt im Case Management-Konzept dennoch eine hohe Bedeutung zu.

Bei genauerer Betrachtung wird ersichtlich, dass die Intensität des Kontaktes je nach Fall sogar variieren kann und ein professionelles Agieren im Spannungsfeld zwischen den Bedürfnissen der Klientin bzw. des Klienten und des Systems durchaus angezeigt ist (vgl. Amstutz 2015: 318–320).

4.2.5 Stärkenorientiertes Case Management

Im Stärkenorientierten Case Management werden aktuelle und theoretische, teils auch praxisbezogene Beiträge einbezogen (vgl. Ehlers et al. 2017: 14). Der Handlungsansatz lehnt sich an diverse Theorien an, wie etwa dem Systemischen Case Management nach Kleve (Kleve et al. 2018) oder dem Generalistischen Case Management nach Neuffer (2013a); auch wird an die Empowerment-Ideen nach Herringer (2014) angeschlossen (vgl. Ehlers et al. 2017: 14). An verschiedenen Stellen wird der Ökosoziale Ansatz nach Wendt (2001) zitiert mit dem Grundgedanken der Wechselseitigkeit von Systemen (vgl. Ehlers et al. 2017: 14). Bezogen auf die Stärkenorientierung kommt es zwischen der sich gegenseitig beeinflussenden und ergänzenden Umwelt und der Person zu Anpassungs- und Bewältigungsleistungen. Dadurch werden Veränderungen in Lebensbereichen ermöglicht. Diese Prozesse sind nicht kausal steuerbar, aber eine stärkenorientierte Soziale Arbeit setzt an der Person, dem Sozialraum und der gesellschaftlichen Ebene an, um Lebensumstände und Entwicklungen qualitativ zu verbessern (vgl. ebd.: 14f.).

Doch besonders soll die Orientierung an der „strengths perspective“ – der Stärkenperspektive – betont werden, welche die Verknüpfung von Case Management und Stärkenorientierung ermöglicht (vgl. Saleebey 2013, Rapp/Goscha 2012, zit. in Ehlers et al. 2017: 16f.). Der Stärkenansatz hat in verschiedenen Bereichen Anwendung gefunden und kann für unterschiedliche Kontexte in der Sozialen Arbeit genutzt werden (ebd.: 54). In der Psychiatrie liegt der Fokus auf dem Recovery-Konzept, im Rahmen von Gesundheit und Prävention auf dem Konzept der Salutogenese. All diese Konzepte haben gemeinsam, dass von einer defizitorientierten Betrachtungsweise hin zu einer an den Stärken, Interessen und Fähigkeiten orientierten Sichtweise der Betroffenen übergegangen wird (vgl. ebd.: 16f.).

Das Stärkenorientierte Case Management mit seiner Orientierung an einem humanistischen Menschenbild achtet und schützt die Würde der Menschen und setzt sich für die Teilhabe an der persönlichen Lebensgestaltung ein. Der Ansatz geht davon aus, dass trotz kritischen Lebenslagen und diversen Einschränkungen unterschiedlichen Ausmasses eine Veränderung und Entwicklung möglich ist. Die Hilfe zur Selbsthilfe und die Motivation der Klientin oder des Klienten wird entlang eines dialogischen Kommunikationsprozesses gefördert und durch informelle Hilfen unterstützt. Die Klientinnen und Klienten sind währenddessen wichtige Koopera-

tionspartner, mit denen eine kontinuierliche Arbeitsbeziehung gepflegt wird. Das Stärkenorientierte Case Management aktiviert die Hoffnungen, den Willen und die Bestrebungen der Klientinnen und Klienten sowie das Selbstvertrauen und die Selbstwirksamkeit und fragt nach ihren persönlichen Zielen. Sie sind die Expertinnen und Experten für ihre eigene Erholung („recovery“), denn ein umfassendes Wahrnehmen der selbstempfundene Stärken ist nicht nur für die oben genannten Aspekte wichtig, sondern auch für das Relativieren des Machtgefälles zwischen Laien und Experten und die Entlastung von Stigmatisierungen und Etikettierungen. Durch den hinzukommenden Einbezug des Systems auf verschiedenen Ebenen als wichtige Ressource werden Veränderungsprozesse in Gang gesetzt und eine konstruktive Zusammenarbeit mit der Case Managerin oder dem Case Manager aufgebaut (vgl. Ehlers et al. 2017: 49–63). Besonders liegt die Chance darin, den Unterstützungsprozess sehr nah an die Klientinnen und Klienten anzulegen und von ihren Anliegen aus zu steuern (vgl. ebd.: 196).

4.3 Rahmenbedingungen und Verfahrensschritte

Es gibt diverse Modellierungen im Case Management, weshalb die Visualisierung des mehrdimensionalen Handlungskonzeptes unterschiedlich ausfällt. Die nachfolgende Grafik lehnt sich an die Abbildung von Wendt (2015: 132) an und zeigt den iterativen Handlungsprozess auf. In der vorliegenden Arbeit werden die Bezeichnungen der Phasen nach Ehlers et al. (2017: 19) verwendet.

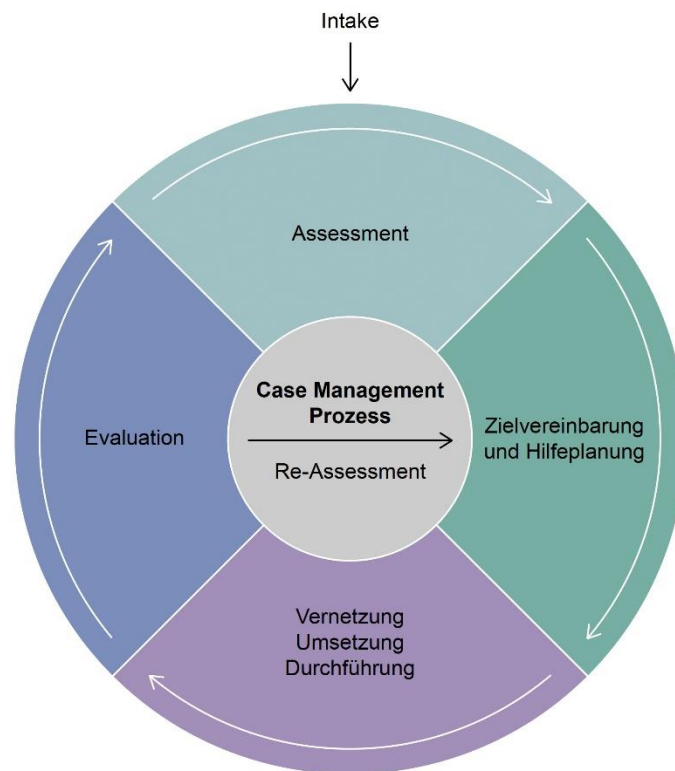


Abb. 1: Der Case Management-Prozess. Eigene Darstellung (in Anlehnung an: Wendt 2015: 132)

Kennzeichnend für das Case Management sind neben den diversen Haltungen und konzeptuellen Verankerungen die systematisch strukturierten Verfahrensschritte, die in der vorliegenden Grafik einen idealtypischen Prozessverlauf abbilden. Es geht einerseits um prozesshafte und geplante Arbeitsabläufe und andererseits um komplexe Vorgänge, die miteinander zusammengefügt werden. Oftmals werden in der Praxisarbeit zersplitterte und spezialisierte Dienstleistungen angetroffen, die mithilfe des Case Managements zusammengeführt werden können.

Die in der Grafik abgebildeten Verfahrensschritte werden in der Literatur unterschiedlich benannt. Im Durchlaufen der Phasen sollen die komplexen Fälle erfasst und auf das Wesentliche reduziert werden. Die weißen Pfeile in der Grafik suggerieren die Abfolge. Bei *Intake* wird der Prozess gestartet. Die Phasen müssen nicht strikt abgehandelt werden, im Gegenteil: Es wird

gewünscht, bei Bedarf zwischen ihnen zu wechseln und eine zurückliegende Phase erneut aufzugreifen, wenn sich die Lebenssituation durch neu auftretende Ereignisse, wie etwa eine Krankheit oder den Arbeitsplatzverlust, geändert hat. Darauf verweist das Re-Assessment, das nachfolgend erläutert wird. In einer veränderten Konstellation muss die Hilfeplanung neu analysiert und bei Bedarf neue Ziele gesetzt werden. Veränderungen werden beobachtet und es wird flexibel auf sie reagiert, sodass die Prozessgestaltung sich den Lebensumständen der Betroffenen anpasst.

Nachfolgend werden die fünf Phasen vorgestellt.

Klärungsphase: Outreach (Access), Case Finding, Intake

Die Klärungsphase wird nach Monzer und Ehlers et al. (Monzer 2013: 69–88, Ehlers et al. 2017: 67–81) in die drei Abschnitte *Outreach (Access)*, *Case Finding* und *Intake* gegliedert.

In der Phase des *Outreach (Access)* richtet sich Case Management an Personen, die mit einer fragmentierten und spezialisierten Angebotslandschaft Schwierigkeiten aufweisen und auf eine koordinierte Unterstützung angewiesen sind (vgl. Monzer 2013: 74). Im „Outreach“ wird Case Management in der Öffentlichkeit so platziert, dass die potenziellen Fälle erreicht werden und die Klientinnen und Klienten zum passenden Angebot gelangen (vgl. Monzer 2013: 73). Das Fallführungsinstrument Case Management wird in der Organisation konzeptionell verankert und hält die Dienstleistungen differenziert fest (vgl. Ehlers et al. 2017: 67f.). Das Handlungskonzept kommt zur Anwendung, wenn die bisherigen Eigenbemühungen der Betroffenen und die bisherigen Ansätze der beteiligten Versorger nicht zusammengewirkt haben (vgl. Monzer 2013: 74). Oftmals reicht die Darstellung des Case Management-Angebots nicht, sondern es muss mehr an der Situation der zuweisenden Stelle angesetzt werden. Dies setzt eine gute Vernetzung voraus. Ist es der Fall, dass die zuweisende Stelle und das Case Management in unterschiedlichen Organisationen angesiedelt sind, braucht es den persönlichen Kontakt in der gemeinsamen Auseinandersetzung mit den Kooperationspartnern. Sie werden fortlaufend über Änderungen in den Zugangskriterien informiert, darüber hinaus informieren sie sich selbst über Case Management-Angebote (vgl. ebd.: 74–78).

Die Fallauswahl, die als *Case Finding* bekannt ist, erfolgt anhand von festgelegten Auswahlkriterien und einem festgelegten Verfahren, das die Fälle bestimmt und in den Organisationen variieren kann (vgl. Monzer 2013: 80). Eine offene und verständnisvolle Haltung gegenüber den problematischen Lebenssituationen ist unabdingbar. Das bedeutet, dass von Case Managerinnen und Case Manager verlangt wird, einerseits die passenden Fälle auszuwählen, diese andererseits rechtzeitig zu erkennen und die Indizien auf Chronifizierungen oder Gefahren von Entwicklungen frühzeitig zu erkennen (vgl. ebd.: 80–87). Um die Problemlagen und Personengruppen für das Case Management zu identifizieren, können mithilfe von Auswahlkriterien, die

sich an die Empfehlungen der DGCC (2009: 3 zit. nach Ehlers et al. 2017: 71) anlehnen, Empfehlungen für die Notwendigkeit der Fallbearbeitung herangezogen werden. Das Auffinden und Auswählen der Klientinnen und Klienten ist somit kriteriengeleitet formalisiert, damit ihnen die bestmögliche Unterstützung zukommt (vgl. ebd.: 71–73).

Nach der Feststellung eines Falls erfolgt der Schritt der Fallaufnahme, welcher *Intake* genannt wird und die Intensität und Form der Zusammenarbeit verbindlich macht (vgl. Ehlers et al. 2017: 74). In dieser Phase werden vor allem Kommunikationsstrukturen geschaffen, die in der Sozialen Arbeit zu den Schlüsselkompetenzen des Beziehungsaufbaus zählen (vgl. Monzer 2013: 107). Die mündliche oder schriftliche Informationsweitergabe und der Überblick über den weiteren Prozess sollen vermittelt werden. Darunter wird verstanden, dass die Rahmenbedingungen, wie die Häufigkeit der Kontakte, die Rollen- und Aufgabenklärung und weitere involvierte Personen festgelegt sowie gegenseitige Erwartungen geklärt werden. Die aktive Beteiligung der Klientinnen und Klienten und der Aufbau von Vertrauen und *Compliance*, der Bereitschaft der Klientin oder des Klienten zur Mitarbeit, ist in dieser Phase besonders wichtig. Liegt eine Krise vor, erfolgt zuerst eine Krisenintervention. Treten Krisen häufiger auf, wird im Rahmen des Case Management ein Notfallplan erstellt (vgl. Ehlers et al. 2017: 74f.).

Für den Erstkontakt und die weitere Kooperation stellen eine gute Arbeitsbeziehung, das Generieren von Hoffnung und das Organisieren einer vertrauten Umgebung für den Erstkontakt förderliche Aspekte dar (vgl. ebd.: 76–81). Die Klärungsphase beinhaltet demnach mehr als das Klären der Zuständigkeiten und ist ein mehrteiliges Verfahren: Bereits vorhandene aber auch zukünftige Kooperationspartnerinnen und -partner werden angeworben und miteinbezogen und sowie Ressourcen in die Versorgung integriert (vgl. ebd.).

Falleinschätzung (Assessment)

Die Falleinschätzung, auch *Assessment* genannt, stellt den Einstieg in die Fallarbeit dar und wird mittels multiperspektivischen und partizipativen Herangehensweise erfasst (vgl. Ehlers et al. 2017: 82). In dieser Phase steht im Vordergrund, die Lebenslage im dialogischen Austausch mit der Klientin oder dem Klienten und dem informellen wie fachlichen Hilfesystem durch eine wohlwollende und offene Haltung zu erfassen und zu beurteilen. Mittels einer gelingenden Gesprächsführung als Schlüsselkompetenz wird im Austauschprozess entlang ihrer Stärken die Gesamtsituation der Klientinnen und Klienten erfasst, Verantwortung für die Prozessgestaltung und ihre Angelegenheiten übernommen und Interesse daran bekundet. Die Klientinnen und Klienten werden als Expertinnen und Experten in eigener Sache gesehen und aktiv in die Mitgestaltung der Hilfe- und Entwicklungsprozesse miteinbezogen. Im Stärkenorientierten Case Management steht eine lösungs- und stärkenorientierte Einschätzung der Vergangenheit, des Ist-Zustands und der Zukunft im Fokus. Durch das *Assessment* der Problemsituation werden durch eine Art Diagnose deren Ursachen eruiert, der Bedarf geklärt und ein

Überblick über die Einflussfaktoren geschaffen. Es werden erste Hypothesen und Lösungsansätze gebildet. Mithilfe von Methoden und Techniken wird die Komplexität der Lebenslagen eingeschätzt und verstanden (vgl. ebd.: 84–87). Zur Ergründung der sozialen Netzwerke von Betroffenen erfolgt von diesen eine Analyse. Zum Beispiel können mittels der Methodik der sozialen Netzwerkanalyse die Beziehungen erfasst und visualisiert werden (vgl. ebd.: 87–90). Zur Analyse der Probleme der Person werden weitere Methodiken von Ehlers et al. angewendet, beispielsweise die multiperspektivische Problemeinschätzung oder die Stärkeneinschätzung mit dem Fokus auf die Stärken und Ressourcenerschließung (vgl. ebd.: 90–98). Ergänzende Instrumente zur Falleinschätzung sind biografische Erkundungen, die Stärken und Muster sichtbar machen (vgl. ebd.: 98–111). Die so in Erfahrung gebrachten Informationen bilden die Grundlage für die weitere Planung.

Es ist eine anspruchsvolle Aufgabe, zwischen dem gesellschaftlich legitimierten Bedarf und den individuellen Bedürfnissen abzuwägen, vor allem bei der Vielfalt dessen, was im Einschätzungsprozess zur Sprache kommt (vgl. Wendt 2015: 148f.). Klientinnen und Klienten wissen oftmals, welchen Bedarf sie selbst haben. Demgegenüber gibt es ein gesellschaftliches und sozialpolitisches Verständnis davon, wer Anrecht auf welche Leistungen hat. Dies wird in der Schweiz beispielsweise in den SKOS-Richtlinien für Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger festhalten (vgl. Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe 2005). Zur Orientierung können Rückbindungen an den eigenen organisationalen Auftrag oder fachliche Standards gemacht werden, wie etwa den Berufskodex der Sozialen Arbeit, das Netzwerk Case Management Schweiz oder die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (Amstutz 2019: 232f.).

Zielvereinbarung und Hilfeplanung (Serviceplaning)

In dieser Phase wird an den vorhergehenden Verfahrensschritt des Assessments und die Lebensplanung der Klientin oder des Klienten angeknüpft (vgl. Ehlers et al. 2017: 112). Der Prozess der Zielvereinbarung und Hilfeplanung wird in die Hypothesenbildung, Zieldefinition, die Formulierung von Zielen und das Erstellen eines individuellen Entwicklungsplans mithilfe eines Hilfeplans unterteilt (vgl. ebd.: 115–128).

Der Fokus liegt von Beginn an auf den Wünschen, Visionen und Bestrebungen der Klientinnen und Klienten (vgl. Ehlers et al.: 2017: 115–128). Die Orientierung an den inneren Stärkenbildern der Betroffenen, ihre Selbstbestimmung und ihre Beteiligung am Prozess sind wichtige Erfolgsfaktoren, weshalb Ziele formuliert werden, die daran und zusätzlich an Ressourcen anknüpfen. Verharren die Klientinnen und Klienten in ihren Problematiken und stagnieren in der Zielformulierung, kann die „Wunderfrage“ dabei helfen, ein Nachdenken über die Zukunft und die Ziele in Gang zu setzen. Die Motivation der Klientinnen und Klienten, ihre persönliche Lebenslage zu verändern, soll angeregt werden (vgl. ebd.). Die Ziele zeigen den Bedarf und den

Weg, der im Case Management Prozess eingeschlagen werden muss, auf. Sie werden gemeinsam mit den Betroffenen formuliert und davon ausgehend werden positive Zukunftsvisionen und Lebensziele miteingeschlossen oder erarbeitet. Die verschiedenen Zielvorstellungen müssen in Übereinstimmung gebracht werden.

Es werden Haupt- und Handlungsziele entlang der Smart-Kriterien² formuliert, wobei im Stärkenorientierten Case Management ein „S“ für Stärken hinzugefügt wird (vgl. ebd.: 115–122). Die Ziele sollen Klarheit und Transparenz im Hilfeprozess schaffen und Vereinbarungen verbindlich machen. Es handelt sich nicht nur um die Zielsetzungen der Klientinnen und Klienten, sondern es werden darüber hinaus die Ziele des Umfeldes berücksichtigt. Die Ziele verweisen zudem auf die Ressourcen, die im Prozess benötigt werden. Durch die Indikatoren in der Zielformulierung wird später die Evaluation möglich gemacht (vgl. Neuffer 2013b: 107f.).

Nach der Zielformulierung wird im Rahmen des individuellen Hilfeplans die Umsetzung besprochen (vgl. Ehlers et al. 2017: 123). Im Hilfeplan werden zum einen die involvierten Professionellen und informellen Akteure festgehalten sowie andererseits Kooperationsvereinbarungen und verbindliche Vereinbarungen wie Aufgabenstellungen. Ausserdem wird festgehalten, zu welchem Zeitpunkt die jeweiligen Akteure welche Leistungen erbringen. Darin enthalten sind ausserdem Aufgaben, Ziele und Verpflichtungen. Im Stärkenorientierten Case Management wird darüber hinaus mithilfe des „Personal Recovery Plan“ (dt. „persönlicher Entwicklungsplan“) an die Stärken und die Motivation angeschlossen und darauf aufbauend der Hilfeplan erstellt, damit nicht zuletzt die Stärkenorientierung im Hilfeplan ermöglicht werden kann (vgl. ebd.: 123–128). Die Entwicklung und Formulierung des Hilfeplans erfolgt in der Regel im Rahmen von Hilfekonferenzen (vgl. Amstutz 2019: 234).

Vernetzung, Umsetzung und Überprüfung des Hilfeplans (Linking und Monitoring)

In der Phase der aktiven Umsetzung spielen die drei Elemente Koordination, Monitoring und Dokumentation eine wichtige Rolle (vgl. Amstutz 2019: 234). In der Falleinschätzung und Hilfeplanung hat sich gezeigt, welche professionellen und informellen Personen am Fall beteiligt sind (vgl. Ehlers et al. 2017: 129). Ist dieser Hilfeplan so umsetzbar, kann mit der Vernetzung und Umsetzung gestartet werden. Es findet eine Kontaktaufnahme und Vermittlung der Klientinnen und Klienten an die richtige Stelle statt, um Unterstützungen in die Wege zu leiten und die richtigen Leistungsanbieterinnen und -anbieter und ökonomischen Angebote zu ermitteln. Auf Englisch wird dieser Akt „Linking“ genannt, was übersetzt „Verbindung“, „Kopplung“ oder „Vernetzung“ bedeutet. Im Sinne von *Empowerment* werden die Klientinnen und Klienten dazu befähigt, die Hilfen selbst zu aktivieren. Die Case Managerin bzw. der Case Manager zieht

² Ziele nach den Smart-Kriterien zu formulieren beinhaltet, dass die Ziele spezifisch, messbar, akzeptabel oder attraktiv, realistisch und terminiert sind (vgl. Ehlers et al. 2017: 121f.).

sich in den Hintergrund zurück und übernimmt Aufgaben wie die Koordination der Hilfeleistungen und die Verhandlungen mit den Leistungsanbietenden und Leistungstragenden (vgl. ebd.: 132f.). Je nach Setting fallen weitere Tätigkeiten wie Betreuungs- und/oder Beratungsaufgaben an (vgl. Amstutz 2019: 234).

Wurde die Vermittlung und Vernetzung in die Wege geleitet, ist die prozessverantwortliche Person für die Überprüfung (engl. „Monitoring“) der eingeleiteten Hilfen zuständig (vgl. Ehlers et al. 2017: 133). Der eingeleitete Hilfeplan untersteht folglich einer kontinuierlichen Überprüfung, beispielsweise im Rahmen von persönlichen Treffen oder durch den telefonischen Austausch (vgl. ebd.). Diese Kontrollfunktion kann besonders in der interdisziplinären Kooperation zu Spannungen führen. Dies lässt sich durch eine vorab geklärte Aufgaben- und Rollenteilung vermeiden, da Anweisungen dann einfacher anzunehmen sind (vgl. Amstutz 2019: 234). Im Stärkenorientierten Case Management erfolgt die Überprüfung mithilfe des persönlichen Entwicklungsplans. Sind Veränderungen oder Abweichungen eingetreten, werden diese situationsbedingt in einer aktualisierten Hilfeplanung berücksichtigt. Je nachdem könnte es erforderlich sein, ein „Re-Assessment“, eine erneute Einschätzung durchzuführen. Im Stärkenorientierten Case Management wird ein regelmässiges *Re-Assessment* nach jeweils neunzig Tagen empfohlen (vgl. Ehlers et al. 2017: 133).

Die Dokumentation dient der Qualitätssicherung und hält die wichtigsten Arbeitsschritte und Ergebnisse schriftlich fest, damit die Vorgehensweisen transparent abgebildet werden (vgl. Ehlers et al. 2017: 134f.).

Abschluss und Evaluation (Evaluation)

Die Evaluation bildet die letzte Arbeitsphase im Case Management-Prozess und dient dazu, den Zielerreichungsgrad zu reflektieren, auszuwerten sowie den neuen Ist-Zustand zu überprüfen (vgl. Amstutz 2019: 235). Neuffer (2013b: 135) nennt drei Ziele eines gelingenden Abschlusses: Als erstes gilt es, die Unterstützung und Massnahmen bewusst zu beenden, was auch „Entpflichtung“ genannt wird. Als zweites Ziel nennt er die Reflexion und Auswertung des Hilfeplans anhand der formulierten Ziele und als drittes Ziel sollen bei bestehendem Bedarf weiterführende Massnahmen nach einer abschliessenden Einschätzung eingeleitet werden. Es findet eine Gegenüberstellung von der Selbst- und der Fremdevaluation statt, welche gemeinsam mit der Klientin oder dem Klienten und den involvierten Akteurinnen und Akteuren erfolgt, damit keine wichtigen Aspekte übersehen werden (vgl. Amstutz 2019: 235). Der Prozess des Abschlusses nimmt meistens mehrere Treffen in Anspruch und kann von diversen Emotionen geprägt sein (vgl. ebd.: 137). Sollte eine neue herausfordernde Lebenssituation eintreten, kann ein Notfallplan für den Umgang damit erstellt werden (vgl. Ehlers et al. 2017: 140). Das Auswerten des Arbeitsprozesses ist im Rahmen der Qualitätssicherung bedeutsam und erfolgt im Case Management immer. Im Prozess der Evaluation werden fallübergreifende

Strukturen, Prozesse und Ergebnisse von Case Management-Programmen untersucht. Die im Prozess erbrachten Massnahmen, die in der Hilfeplanung festgelegt wurden, und die beobachteten Veränderungen können mittels der W-Fragen – Was hat sich wie, warum und bei wem verändert? – ergründet, evaluiert und bewertet werden. Solche Fragestellungen dienen ebenfalls dazu, auf der Systemebene Versorgungslücken sowie fehlende Ressourcen des Versorgungssystems aufzudecken, die die erfolgreiche Zielerreichung verzögert haben (vgl. ebd.: 140–146).

Oftmals ist ein Abschlussbericht erforderlich, der von beiden Parteien unterzeichnet werden kann. Es kann besprochen werden, ob eine spätere Kontaktaufnahme zur Überprüfung der Nachhaltigkeit erfolgen soll (vgl. Ehlers et al.: 144). Ebenfalls kann in dieser Phase wieder ein Re-Assessment durchgeführt werden, wenn sich herausstellt, dass die wesentlichen Ziele nicht erreicht wurden (vgl. Wendt 2015: 166f.).

4.4 Erkenntnisse

Im Folgenden werden die Erkenntnisse aus dem Kapitel *Case Management* (Ziff. 4) zusammengetragen.

Die Entwicklung von Case Management wurde durch die klassische Arbeit der Einzelfallhilfen, der Gemeinwesenarbeit und der Arbeit mit Gruppen geprägt und hat sich dadurch weiterentwickelt. Prekäre Zustände im 19. und 20. Jahrhundert führten zur Herausbildung der heutigen Verfahrensweise, um die Unterstützung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen in komplexen Problemlagen angemessen zu gewährleisten.

Case Management ist ein Handlungskonzept im Sozial-, Gesundheits- und Versicherungsbereich, das professions-, organisations- und bereichsübergreifend als Bindeglied auf der Versorgungs- und Systemebene Menschen in problematischen und vielschichtigen Lebenslagen begleitet. In einem systemisch geführten kooperativen Prozess wird eine individuelle und zielgerichtete Dienstleistung erbracht sowie die Qualität der Versorgung berücksichtigt. In Bezug auf junge Erwachsene mit einer psychischen Beeinträchtigung die sich im Berufswahlprozess oder dem Übergang befinden, variieren die Themen stark. Die Unterstützungshilfen beziehen sich zwar auf die Ausbildungs- und Berufsfragen, gleichzeitig geht es jedoch darum, eine breite Situationsanalyse zu erarbeiten. Ziele werden im Hinblick auf ihre Entwicklung in allen Lebensbereichen gemeinsam formuliert und die geeigneten Kooperationspartnerinnen- und partner einbezogen. Die Ressourcen und Stärken der Betroffenen dienen zur Orientierung der Situationsanalyse und Formulierung der Ziele. Ihre Autonomie wird respektiert.

Wie die Kerngedanken wiedergeben, wird im Case Management die Versorgung auf der Systemebene mit derjenigen auf der Fallebene gekoppelt. Das Bewusstsein für die Systemrelevanz aber auch für die politische Dimension muss gegeben sein. Die Hilfelandschaft der Klientinnen und Klienten wird mit der bestehenden Angebotsvielfalt verknüpft und im Prozess koordiniert, vermittelt und die Klientel wird beraten. Die Gesamtsituation der Klientin oder des Klienten wird zum Bezugspunkt der Fallarbeit. Je nachdem, wo die jungen Erwachsenen in ihrer Entwicklung stehen, kann sich der Fokus der Berufsbildung auf andere Thematiken ausweiten. Die Case Managerin bzw. der Case Manager ist dafür verantwortlich, die Vielfalt der Angebote zu erkennen und einzubeziehen, denn es geht nicht nur um die Grundversorgung, sondern auch um die Inanspruchnahme diverser spezialisierter Versorgungsangebote. Währenddessen sind ethische Standards für die Professionalisierung leitgebend, die je nach Literatur variieren.

Wird der Berufskodex von AvenirSocial hinzugezogen und mit den ethischen Richtlinien der DGCC und dem Netzwerk Case Management Schweiz verglichen, sind diverse Gemeinsamkeiten erkennbar, wie zum Beispiel die Förderung und die Teilhabe des Klienten oder der Klientin an der Selbständigkeit, wobei sich der Berufskodex mehr an der eigenen Profession ausrichtet und einen Schritt weitergeht. Einen Schritt weiter geht man auch in der Festlegung der Rollen in einem Fall. Die Rollenklärung hat den Vorteil, dass keine Doppelspurigkeiten in der Zieldefinition entstehen. Einer vertrauensvollen Beziehung kommt ebenfalls eine wichtige Rolle zu und variiert je nach Setting stark.

In der Sozialen Arbeit kann in diversen Settings das Stärkenorientierte Case Management angewendet werden. Durch die stärken- und ressourcenorientierte Sichtweise kann es gelingen, dass die Ressourcen weiterentwickelt werden, um die jungen Erwachsenen in den Arbeitsmarkt zu integrieren. Es ist trotz den kritischen Lebensereignissen oder Lebenslagen eine Veränderung und Entwicklung möglich. Hoffnungen, persönliche Bestrebungen und die Interessen des Klienten bilden die Grundlage für den Start des Prozesses, der sich in die fünf Verfahrensschritte der Klärungsphase (untergliedert in Outreach, Case Finding, Intake), der Falleinschätzung, der Zielformulierung und Hilfeplanung, der anschliessenden Umsetzung und Evaluation gliedern lässt.

5 Grundlagen von Recovery

Das Kapitel über den Recovery-Ansatz zeigt auf, was darunter verstanden wird und welche Chancen und Grenzen zu verzeichnen sind. Damit die Unterfrage beantwortet werden kann, wie sich der Case Management-Ansatz in der Begleitung mit Recovery vereinbaren lässt, werden zuerst Grundlagenwissen und Leitgedanken erläutert und anschliessend daran die Chancen und Grenzen von Recovery diskutiert.

5.1 Leitgedanken (Definition)

Unter dem Begriff „Recovery“, der vor allem bei Menschen mit langanhaltenden psychischen Problemen an Bedeutung gewonnen hat, wird von Anthony (1993: 13, zit. in Amering/Schmolke 2007: 25) verstanden als

ein zutiefst persönlicher, einzigartiger Veränderungsprozess der eigenen Überzeugungen, Werte, Gefühle, Ziele, Fertigkeiten und Rollen. So eröffnen sich Möglichkeiten, um ein befriedigendes, hoffnungsvolles und aktives Leben zu führen, und zwar auch mit den von der Erkrankung verursachten Einschränkungen. Während man über die katastrophalen Auswirkungen der psychischen Erkrankung hinauswächst, gewinnt das Leben eine neue Bedeutung, kann man einen neuen Sinn entwickeln.

Die Definition verweist auf den englischen Begriff, der übersetzt wird als „Rückkehr zum Normalzustand“, als „Wiederherstellung“ oder „Genesungsprozess“ (vgl. ebd.: 26). *Recovery* bedeutet die Fokussierung auf Gesundheit trotz der bestehenden Krankheit und deren Symptomen. Es wird die Vermittlung von Hoffnung, der Zugewinn an Selbstbestimmung und ein durch gute Lebensqualität gekennzeichnetes Leben innerhalb der Gesellschaft ins Zentrum gestellt (vgl. ebd.: 25–34). Im Recovery-Prozess entwickeln sich die Betroffenen aus den Beschränkungen der Patientinnen- oder Patientenrolle heraus. Unterstützungen, welche sie in diesem Prozess benötigen, sind sehr individuell und orientieren sich an den subjektiven Zielen und Werten, die für den Einzelnen von Bedeutung sind (vgl. ebd.: 34). Der Recovery-Ansatz ist somit ein individueller, stärkenbasierter und ganzheitlicher, nicht linearer Prozess innerhalb dessen sich die Betroffenen mit einer psychischen Beeinträchtigung verändern. In der kooperativen Zusammenarbeit richten sich die Fachkräfte nach den subjektiven Werten und Lebenszielen der Menschen. Sie achten und fördern den gegenseitigen Respekt, Hoffnung und Verantwortung (vgl. ebd.: 34). Recovery orientiert sich am humanistischen Menschenbild und die Leitbilder werden durch die Ausrichtung an der Person festgemacht (vgl. ebd.: 363).

5.2 Chancen und Grenzen

In der Literatur zum Recovery-Ansatz werden neben vielen auch einige Grenzen beschrieben. Beides soll nachfolgend erörtert werden.

Typischerweise wird zur Konzeptualisierung von Recovery zwischen inneren und äusseren Faktoren unterschieden. Die Hoffnung und die Gesundheit, aber auch die Beziehungen zu anderen Menschen zählen zu den inneren Faktoren. Zu den äusseren zählt die Chance zur beruflichen und gesellschaftlichen Integration mit den Möglichkeiten zur Verantwortung und Mitwirkung (vgl. Amering/Schmolke 2007: 30f.). Die Unterstützung, welche die Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung auf dem Weg zu Recovery benötigen, ist von ihren individuellen Prioritäten abhängig. Im Sinne von Recovery und Empowerment gilt es, den defizitorientierten Blick abzulegen, sich einer ressourcenorientierten Sichtweise anzunähern und möglichst viele Ressourcen akkumulieren zu können. Diese Haltung wirkt sich positiv auf die Arbeitsbeziehung aus (vgl. ebd.: 34). Denn Beziehungen sind im Leben jedes Einzelnen von uns wichtig, deshalb nehmen jegliche Formen davon eine wichtige Rolle bei der Unterstützung von Menschen in Recovery ein. Die Unterstützung durch andere, die den Weg zur Gesundheit selbst gemacht haben und darüber berichten, gehören zu einem wichtigen Baustein von Recovery. Durch ihr Erfahrungswissen über den Gesundheitsweg zeigen sie, dass es möglich ist, aktiver im Leben zu werden und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu gewinnen. Diese Form der Unterstützung wird unter den Begriff des „Peer-support“ gefasst. Herriger (2014: 196f.) hält drei elementare Bausteine von Recovery fest, die Peer-Arbeit ist einer davon. Die Unterstützung ist ein zweiter wichtiger Baustein: Die Betroffenen werden in denjenigen Angelegenheiten unterstützt, in welchen sie selbst nicht aktiv werden können, und darin beraten, wie sie mit der psychischen Beeinträchtigung umgehen können (vgl. Herriger 2014: 197). Ein weiterer wichtiger Baustein bildet die Hoffnung, die Zuversicht, ein besseres Leben erreichen zu können. Die Partizipation und Entscheidungsmacht als dritter Baustein appelliert an den aktiven Einbezug der Klienten als Hauptverantwortliche in Entscheidungsprozesse (vgl. ebd. 196f.). Der Ansatz bietet eine gute Chance für einen Paradigmenwechsel der Klientinnen und Klienten, was bedeutet, dass sie sich von der falschen Annahme der Unheilbarkeit distanzieren und sich in eine Richtung der Gesundheit und Genesung begeben (vgl. ebd.: 164).

Nebst den Chancen von Recovery sind auch Grenzen der Herausforderungen festzumachen, die in Bezug auf Stigmatisierung und Diskriminierung, Chronizität und Unheilbarkeit dargelegt werden. Die Stigmatisierung und die Diskriminierung, welche Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung erleben, sind das Hauptproblem und ein grosses Hindernis für Recovery, denn sie erschweren oder verhindern Interventionen und soziale Integration (vgl. Amering/Schmolke 2007: 225–235). Typische Formen von stigmatisierenden Einstellungen kom-

men am häufigsten im direkten Kontakt mit anderen vor, wie etwa in Form von Schuldzuweisung, Rückzug, Kontaktvermeidung oder sogar abwertenden Bemerkungen. Aber auch falsche oder mangelnde Informationen führen dazu (vgl. Amering/Schmolke 2007: 227–235). Mit Aufklärungs- oder Öffentlichkeitsarbeit kann beispielsweise der Paradigmenwechsel durch Recovery-Ansätze angeregt werden. In Ländern wie Neuseeland oder Schottland ist Recovery in bundesähnlichen Institutionen wie sozialpsychiatrischen Versorgungseinrichtungen verankert. In der Schweiz wird teilweise in kantonalen Versorgungskonzepten auf Recovery verwiesen. Recovery geht im Kern von der prinzipiellen Falschheit der Annahme der Unheilbarkeit oder Chronizität einer psychischen Beeinträchtigung aus und ist darauf ausgerichtet, hier ein Umdenken herbeizuführen. Die psychischen Beeinträchtigungen sind meistens geprägt durch eine bestimmte Symptomkonstellation und nicht durch ihren Verlauf. Denn die mehr oder weniger vollständige Wiederherstellung der Gesundheit ist möglich oder zumindest kann ein gesundes und sinnvolles Leben geführt werden (vgl. ebd.: 163). Auch chronische Krankheiten, das heisst Störungen, die sich langsam entwickeln und lange andauern, sind nicht unheilbar. Das Stigma der Unheilbarkeit kann den Genesungsverlauf und die Prognose für eine gute Behandlung beeinträchtigen. (vgl. ebd. 163–165).

5.3 Erkenntnisse

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Recovery keine vereinheitlichte Definition kennt. Im Kern geht es darum, Vorurteile gegenüber der Beeinträchtigung abzulegen und Zuversicht zu fassen, dass der Weg in ein sinnerfülltes, zufriedenes Leben zurückgefunden werden kann, in dem die Klientin oder der Klient sozial eingebunden ist. Die Chancen von Recovery liegen in den Kernelementen der Hoffnung und Zuversicht, der Partizipation und der Entscheidungsmacht sowie der Unterstützung durch soziale Beziehungen wie dem „Peer-support“. In Kooperation werden die Leitideen unter Berücksichtigung des humanistischen Menschenbildes an den Werten und Vorstellungen der Betroffenen und den Kernelementen ausgerichtet.

Neben den Chancen bestehen zudem Herausforderungen für Recovery, wie die Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung, welche oftmals von Schuldzuweisungen, Kontaktvermeidung, Rückzug oder falschen Vorstellungen über psychische Erkrankungen und Chronifizierungen betroffen sind. Dies führt dazu, dass wichtige Interventionen wie soziale Integration und gesellschaftliche Teilhabe nicht zugelassen werden. Der Gesundungsprozess und das Wohlbefinden werden beeinträchtigt, was sich wiederum negativ auf die Lebensqualität der Betroffenen auswirkt. Im Sinne von Recovery wird dieser Entwicklung entgegengewirkt.

6 Kooperation in der Sozialen Arbeit

Dieses Kapitel zeigt einen allgemeinen Einblick in die Notwendigkeit von Kooperation in der Sozialen Arbeit und geht spezifisch auf eine systemische Sichtweise verschiedener Autoren ein. Anschliessend daran wird die Bedeutung der Netzwerkarbeit mit der intra- und interprofessionellen Kooperation dargelegt und die Erkenntnisse aus dem Kapitel zusammengetragen, damit in der Schlussfolgerung beantwortet werden kann, was in Bezug auf die Vereinbarkeit von Case Management und Recovery in der Kooperation mit anderen Fachkräften beachtet werden muss.

6.1 Begriffsbestimmung und Notwendigkeit von Kooperation

Der Terminus „Kooperation“ leitet sich vom lateinischen Wort „cooperatio“ ab und bedeutet „zusammenwirken, gemeinschaftliches Erfüllen einer Aufgabe“ (Schweitzer 1998: 24). Unter dem Begriff wird je nach Literatur ein anderes Verständnis oder eine andere Position von Kooperation abgebildet (vgl. Merten/Amstutz 2019: 49–51). In der Sozialen Arbeit wird Kooperation als Strukturmerkmal und gleichzeitig als notwendige Handlungsmaxime verstanden, als eine intendierte, bewusst gewählte und ethisch überlegte Form der Zusammenarbeit, mit klaren Prinzipien und klar definierten Voraussetzungen und Kompetenzen (vgl. Merten 2016: 187).

Es wird eine verbesserte Lebenslage der Klientinnen und Klienten angestrebt; auf dieses Ziel hin werden Ressourcen und Kompetenzen zusammengelegt, Handlungsabläufe optimiert und die Erhöhung von Handlungsfähigkeit bzw. Problemlösungskompetenz angestrebt (vgl. Merten/Amstutz 2019: 39). Für eine integrierende Kooperation ist es notwendig, in einer anerkennenden Haltung fachliches, professionelles und koaktives Verhalten zu implementieren. Von Bach (1979, zit. nach. Merten/Amstutz 2019: 40) lassen sich grundlegende Arbeitsthesen zur Notwendigkeit von Kooperation ableiten:

1. Intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit ist begründet durch die Mehrdimensionalität von psychosozialen, physischen und intellektuellen Beeinträchtigungen, durch die Komplexität der Entstehungs- und Verstärkungsbedingungen, durch die Pluralität der erforderlichen Massnahmen.
2. Die Komplexität psychosozialer Störungen und deren starke Verwobenheit in die Alltagsbezüge der Klientinnen und Klienten sowie ihres weiteren Umfeldes legen integrierte multidisziplinäre und multiperspektivischen Behandlungsangebote nahe. Dazu ist eine kooperative Grundhaltung unabdingbar.
3. Das professionelle Handeln von Fachleuten der Sozialen Arbeit findet in einem arbeitsteiligen und multiparadigmatischen Praxisfeld mit unterschiedlichen Zielen, Programmen und Arbeitsabläufen statt, entsprechend dem Behandlungsauftrag der jeweiligen Berufsgruppe oder Fachrichtung. Steht die erschwerte Lebenssituation der Klienten

und Klientinnen im Zentrum des Auftrages, so ist eine gemeinsame Zielsetzung nur durch Kooperation zu erreichen.

Die von Bach aufgestellten Arbeitshypothesen, welche die Notwendigkeit von Kooperation darlegen, lassen sich mit der vermehrt in der Sozialen Arbeit vorkommenden systemischen Denkweise und entsprechenden Handlungsansätzen ergänzen, die einen Perspektivenwechsel mitbringen, wobei anstelle der Definitionsmacht der Professionellen die Kooperation mit den Betroffenen in den Fokus rückt (vgl. Merten/Amstutz 2019: 41f.). Sie aktivieren und beziehen das Helfernetz zur Verbesserung der Lebenslage mit ein, werden so selbst zum Bindeglied in der Fallarbeit und übernehmen die Aufgabe des Koordinierens von Unterstützungsleistungen und Helferkonferenzen (vgl. ebd.).

Aus der systemischen Perspektive nach Schweitzer (1989: 186) gibt es im Wesentlichen vier Kooperationsprobleme in Gesundheits- und Sozialberufen, die einer gelingenden Kooperation im Weg stehen können: zum Ersten gibt es aufgrund der unterschiedlichen Spezialisierungen der involvierten Fachkräfte und der Expansion ihrer Kompetenzbereiche sehr komplexe, teils mangelnde oder widersprüchliche Koordinationen und Zielperspektiven. Als zweites Problem ist eine Fokussierung auf Probleme, pathologische Anteile und Chronizität der Erkrankung zu verzeichnen; weiter gibt es einen hohen Interventionsdruck und als letzte Schwierigkeit wird die Vermischung von Zwang und Hilfe in den Organisationen genannt, die in der Verflechtung von Dienstleistung und Kontrollfunktion zu einer Eskalation von Interventionen führen kann (vgl. ebd.). Aus Schweitzers Auslegung von Kooperation kann geschlossen werden, dass sich diese für die Interaktionspartnerinnen -oder partner lohnen muss, damit sie sich für eine intendierte Zusammenarbeit entscheiden, weshalb die Rahmenbedingungen und die verschiedenen Aufträge zu Beginn zu klären sind (ebd.: 251). Lüssi (1995: 322) fordert, dass sich die systemische Sozialarbeit dafür einsetzen muss, dritte, lösungswichtige Personen in den Problemlösungsprozess einzuschalten und sich zu bemühen hat, die Absichten aller Beteiligten zu einer Übereinstimmung zu bringen (vgl. Lüssi 1995: 322).

6.2 Netzwerke

Es gibt diverse Formen von Netzwerken, die zusammenwirken können, wie biologische, technische und soziale, die uns in diversen Lebensbereichen begegnen (vgl. Kirchhofer/Uebelhart 2019: 293). In diesem Beitrag stehen soziale Netzwerke im Fokus. Von sozialen Netzwerken wird gesprochen, wenn es um Beziehungsnetze zwischen Individuum und/oder Organisationen geht (vgl. ebd.: 294). Ein Netzwerk besteht aus mindestens zwei Akteurinnen oder Akteuren, die Einzelpersonen oder Organisationen sein können. Das Netzwerk kann Ressourcen erschliessen, die über die Grenzen und Möglichkeiten des einzelnen Akteurs hinausgehen.

Das ist dann der Fall, wenn die Interessen, Visionen und Ziele der Beteiligten zusammengetragen werden, während die Eigenständigkeit der Eingebundenen jedoch bestehen bleibt (vgl. ebd.: 294f.). Dass dies gelingt, erfordert den Austausch in einem iterativen Prozess und das Schaffen möglichst guter Rahmenbedingungen. So wird eine lückenlose Versorgung gewährleistet, die jedoch durch den Aufbau und die Pflege der Beziehungen anspruchsvoll sein kann. Schlüsselpersonen müssen daher moderieren und koordinieren, um dem Auseinanderstreben der einzelnen Bereiche entgegenzuwirken (vgl. ebd.: 300f.).

6.3 Erkenntnisse

Die folgenden Erkenntnisse tragen die Kernelemente von *Kooperation* (Ziff. 6) zusammen und heben ihre Notwendigkeit hervor. Auch zeigen sie auf, was unter Netzwerkarbeit verstanden wird.

Kooperation gilt in der Sozialen Arbeit als Strukturmerkmal und notwendige Handlungsmaxime. Kooperation wird beschrieben als eine intendierte, bewusst gewählte und ethisch überlegte Form der Zusammenarbeit mit klaren Prinzipien und klar definierten Voraussetzungen und Kompetenzen. Es wird eine Verbesserung der Problemlagen der Klientinnen und Klienten angestrebt, indem Handlungsabläufe optimiert und Ressourcen und Kompetenzen zusammengelegt werden. Weiter wird im Abstimmungs- und Aushandlungsprozess gemeinsam eine Zielvereinbarung getroffen und Arbeitsthemen formuliert, denn Kooperation ist zielorientiert ausgerichtet und strebt diverse Wirkungsabsichten an. Aus systemischer Sicht ist es sinnvoll, Schwierigkeiten durch eine Klärung der Rahmenbedingungen und Aufgaben zu vermeiden. Ebenfalls können durch persönliche Netzwerke Unterstützungsressourcen erschlossen werden, um die herausfordernden Lebenslagen besser bewältigen zu können. Fachpersonen der Sozialen Arbeit nehmen dabei eine Koordinationsfunktion ein.

7 Schlussfolgerungen

Die in dieser Bachelor Thesis aufgeführten Themen, mit dem Fokus auf die gestellten Unterfragen, werden nun in einem Gesamtzusammenhang verdichtet, diskutiert und die Unterfragen beantwortet. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse werden zur Beantwortung der Leitfrage vorausgesetzt und zusammengeführt. Darauf folgt eine kritische Auseinandersetzung mit den einzelnen, für den vorliegenden Kontext besonders relevant erscheinenden Elementen. Den Schluss wird ein Ausblick mit weiterführenden Fragen und möglichen Anknüpfungspunkten für die Forschung bilden.

7.1 Zusammenfassung und Diskussion der Erkenntnisse

Im nachfolgenden Abschnitt sollen die Unterfragen, welche gemeinsam zur Leitfrage hinweisen, beantwortet werden. Dazu werden die Erkenntnisse und theoretischen Grundlagen aus den vorangegangenen Kapiteln zusammengetragen. Damit die Erkenntnisse in einer angemessenen Dichte zusammengefasst werden können, wird dafür vornehmlich auf die Erkenntnisse am Schluss der jeweiligen Kapitel (Ziff. 3.4.2, Ziff. 3.5, Ziff. 4.4, Ziff. 5.3, Ziff. 6.3) zurückgegriffen.

Zur ersten Unterfragestellung, „**Welches theoretische Fachwissen ist für die Professionellen der Sozialen Arbeit bei der Begleitung von jungen erwachsenen Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung in die Berufswelt von Bedeutung?**“, konnte Folgendes erschlossen werden:

Über *Psychische Beeinträchtigungen* (Ziff. 2) konnte deutlich gemacht werden, dass es diverse Beeinträchtigungen gibt, die sich in der Schwere und Ausprägung voneinander unterscheiden und einen oder mehrere Funktionsbereiche betreffen. Meistens treten psychische Beeinträchtigungen im Alter zwischen 12 und 24 Jahren auf, die mittels Klassifikationssystemen wie dem ICD-10 und DSM-5 diagnostiziert werden können.

Psychische Beeinträchtigungen treten häufig im *frühen Erwachsenenalter und dem Übergang in die Berufswelt* (Ziff. 3) auf. Dieses Lebensalter wird aus entwicklungspsychologischer Sichtweise begrifflich bestimmt als die Phase zwischen 18 und 30 Jahren. Menschen in diesem Alter müssen sich diversen Entwicklungsaufgaben stellen, die sich vor allem auf die Themen Beruf, Wohnen, Familiengründung, Partnerschaft und wirtschaftliche Unabhängigkeit beziehen. Neben diesen gilt es, die nichtnormativen, kritischen Lebensereignisse zu bewältigen. Dazu kann auf Ressourcen zurückgegriffen werden, die sie aus der Bewältigung der vorangegangenen Entwicklungsaufgaben und Lebensereignisse generiert haben. Denn für die Bewältigung der Aufgaben und Probleme ist es von grosser Bedeutung, die Herausforderungen angemessen zu verstehen, damit die ungelösten Aufgaben und Schwierigkeiten nicht zu weiteren

psychischen oder körperlichen Spannungszuständen und Belastungen führen, die in psychischen Erkrankungen enden können.

Auch im Berufswahlprozess benötigen die jungen Menschen Ressourcen wie persönliche Kompetenzen aber auch soziale Unterstützung. Es wird durch die berufliche Sozialisation eine gelingende Passung zwischen den jungen Erwachsenen und ihrer gewählten Berufsrichtung beabsichtigt. Dafür benötigen sie genügend Wissen über das Berufs- und Ausbildungsangebot, aber auch eine optimistische Lebenseinstellung, ein positives Selbstbild, emotionale Stabilität und ein stabiles Selbstkonzept. Sie müssen mit den Herausforderungen des Übergangs in die Berufswelt zurechtzukommen und sehen sich möglicherweise zusätzlich mit hemmenden Faktoren konfrontiert, wie schulischen Problemen, prekären familiären Verhältnissen, Problematiken, die die Herkunft aus einer anderen Kultur mit sich bringen kann, oder körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen. Sie bedürfen oftmals besonderer Hilfe, um im Erwerbsleben Fuss zu fassen, um das duale Bildungssystem nutzen zu können. Solche speziellen Hilfen bieten unter anderem die Invalidenversicherung und die Sozialhilfe mit ihrem umfangreichen, auf den individuellen Fall angepassten Angebot.

Bezüglich der ersten Unterfrage konnte vor diesem Hintergrund erschlossen werden, dass es für die Professionellen der Sozialen Arbeit relevant ist, zu wissen, dass der Übergang in die Berufswelt für junge Erwachsene eine Entwicklungsaufgabe darstellt, die mit Herausforderungen verbunden sein kann. Kommt eine psychische Beeinträchtigung als kritisches Lebensereignis dazu, sind entsprechende Ressourcen gefordert, um die anfallenden Herausforderungen zu bewältigen und eine Berufswahl treffen zu können. Gelingt die Bewältigung der Ereignisse nicht, können weitere Schwierigkeiten im Entwicklungsprozess auftreten und den Übergang in die Berufswelt erschweren oder gar verzögern, was in einen regelrechten Teufelskreis führen kann.

In der Begleitung von jungen Erwachsenen mit einer psychischen Beeinträchtigung gilt deshalb die Qualifizierung der Professionellen der Sozialen Arbeit als zentraler Grundstein. Unter fachlicher Qualifizierung ist zum einen das Fachwissen über die vorliegende Zielgruppe und die spezifischen Herausforderungen und Ressourcen im Berufswahlprozess wie beispielsweise die Angebotslandschaft der Sozialleistungen, damit die richtige Stelle in den Berufswahlprozess integriert werden kann, wichtig. Zum anderen sind professionstheoretische, rechtliche und ethische Grundlagen der Sozialen Arbeit erforderlich. Das Vorhandensein von Fachwissen aber auch Methodenwissen ist vor allem wichtig, da sich Klientinnen und Klienten in teils komplexen Problemlagen befinden, die in unterschiedliche Fachgebiete diverser Disziplinen, wie etwa der Justiz, der Medizin oder der Wirtschaft fallen können. Ebenfalls ist Wissen über Kooperation für eine fachliche Begleitung in die Berufswelt unabdingbar.

Zusammenfassend zeigen sich facettenreiche Lebenssituationen, die ebenso facettenreiche und an die jeweiligen Problemkonstellationen angepasste Begleitungen erfordern. Das vorliegende theoretische Fachwissen kann nicht abschliessend dargestellt werden, da aufgrund der individuellen, komplexen und sich fortlaufend ändernden Lebenslagen im laufenden Prozess der Begleitung ständig neues Fachwissen angeeignet werden muss, um adäquate Unterstützung zu leisten.

Die zweite Unterfragestellung, **„Was ist der Case Management-Ansatz und wie lässt er sich in der Begleitung mit Recovery vereinbaren? Wo liegen Unterschiede, Chancen und Grenzen?“** kann folgendermassen beantwortet werden:

Case Management ist ein Fallführungsinstrument in einem prozesshaften Verfahren, das sich zum Ziel setzt, die Lebenssituation von Menschen in komplexen Problemkonstellationen nachhaltig zu verbessern. Demgegenüber ist Recovery eine Haltung gegenüber seiner körperlichen oder seelischen Beeinträchtigung, an die der Klient bzw. die Klientin durch professionelle Begleitung herangeführt werden soll, und die über einen Wandel in Einstellung, Lebensstil oder der eigenen Werte, Gefühle, Rollen und Überzeugungen erfolgt. Die beiden Ansätze unterscheiden sich im Kern, weil im Case Management die Lebenssituation des Klienten von aussen koordiniert und gesteuert wird, während Recovery gleichsam im Innerstern des Klienten ansetzt und die Verbesserung der Problematik von innen nach aussen sucht. Die Bewegungen sind folglich gegenläufig. Da Case Management den Fokus auf die „helfende Beziehung“ oder die „Hilfe zur Selbsthilfe“ setzt, soll die Kritik, dass Case Management durch die Koordination und Systemsteuerung im Fallverlauf die Beziehung zur Klientel vernachlässigt, nochmals aufgenommen werden. Der Kritik kann entgegengewirkt werden, wenn sich das Case Management in der direkten Arbeit mit dem Klienten vom Recovery-Gedanken leiten lässt. So könnte nämlich eine Verknüpfung bzw. eine Balance zwischen den beiden im Grunde so gegensätzlichen Konzepten davon, was Hilfe ist, erreicht werden, in der der Klient oder die Klientin selbst als Individuum neben der unbestrittenen Wichtigkeit der Hilfsfunktionen von Koordination und Einbezug verschiedener Systeme im Case Management nicht aus dem Blick gerät. Gerade weil die beiden Ansätze sich so grundsätzlich unterscheiden – indem Case Management gleichsam die Gesamtsituation der Klienten von aussen nach innen bearbeitet und Recovery den Menschen als solchen von innen nach aussen – können sie einander in der Betreuung von Klienten ergänzen.

Ein Grundgedanke von Recovery, der sich mit Case Management vereinbaren lässt ist, dass Gesundheit neben Krankheit oder Krankheitsepisoden besteht und dies als Möglichkeit zur Entwicklung betrachtet werden soll, statt als Weg zur Chronifizierung. Denn Case Management beschäftigt sich mit Fällen, die solche Problemlagen miteinschliessen und strebt eine positive Entwicklung im Leben der Klientinnen und Klienten an. Ein zufriedenes Leben kann

mit einer psychischen Beeinträchtigung innerhalb einer Gesellschaft geführt werden. Recovery bedeutet, sich selbst zu transformieren, die eigenen Grenzen zu kennen und Möglichkeiten zu entdecken. Der Prozess geht mit dem persönlichen Wachstum einher. Die negativen persönlichen und gesellschaftlichen Auswirkungen oder Prognosen werden überwunden. Diese Sichtweise, die sich die Professionellen zu eigen machen und weitervermitteln, trägt zu einer guten Arbeitsbeziehung bei. Im Case Management soll eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung zu den jungen Erwachsenen aufgebaut werden. Das spielt eine zentrale Rolle für das Gelingen der Methode. Die Recovery-Haltung kann im Erstkontakt mit den Betroffenen offengelegt und bei Bedarf erklärt werden, sodass eine vertrauensvolle Umgebung und Transparenz gefördert wird. Denn eine gute Arbeitsbeziehung trägt zu derjenigen gelingenden Kooperation bei, die beide Ansätze zum Ziel haben. Case Management beruht auf berufsethischen Prinzipien. Besonders nimmt die Kooperation im Case Management auf der Fall- und (Versorgungs-)Systemebene für eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Leistung einen hohen Stellenwert ein.

Ein weiterer Aspekt, der Recovery in der Begleitung von jungen Erwachsenen mit einer psychischen Beeinträchtigung mit Case Management vereinbaren lässt, ist gleichsam das Leitbild, in dem die relevanten Werte der Sozialen Arbeit wie Autonomie, die soziale Gerechtigkeit und die Solidarität berücksichtigt werden. Auch sind ethische Orientierungspunkte wie sie vom Netzwerk Case Management Schweiz oder der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) formuliert wurden, handlungsleitend. Im sozialarbeiterischen Case Management bieten die Grundprinzipien der Sozialen Arbeit oder der Berufskodex von AvenirSocial Orientierung. Die Chance, die im Stärkenorientierten Case Management liegt, ist, dass der Unterstützungsprozess sehr eng an die Klientinnen und Klienten angelegt und konsequent von den Bestrebungen der Menschen aus gesteuert werden kann. Das ist mit den Grundwerten von Recovery zu vereinbaren. Beide Ansätze verfolgen das Ziel, Hoffnung, Selbstwirksamkeit und Selbstvertrauen zu aktivieren und zu fördern. Die Klientinnen und Klienten als Experten in ihrem Leben zu betrachten und ihre selbstempfundene Stärken zu beachten relativiert auch das Machtgefälle zwischen Klienten und Experten und entlastet die Betroffenen von Stigmatisierung und Diskriminierungen.

Case Management und Recovery eint der Grundgedanke, dass Unheilbarkeit und Chronizität im Prinzip falsche Vorstellungen von psychischen Beeinträchtigungen sind, die zu Stigmatisierungen und Diskriminierungen führen, die dem Prozess der Gesundung im Wege stehen. Die falschen Vorstellungen von der psychischen Beeinträchtigung können die Klientinnen und Klienten darüber hinaus auch selbst innehaben. Die Kombination von Case Management und Recovery dürfte gerade auch in Bezug auf damit verbundene Selbststigmatisierung und

Selbstdiskriminierung interessant sein. Denn es könnten gemeinsam, angefangen im Innersten des Klienten, die falschen Vorstellungen über Unheilbarkeit und Chronizität angegangen und bearbeitet werden. Stigmatisierungen und Diskriminierungen führen dazu, dass der Recovery-Prozess behindert wird. Krankheitsepisoden sollten Möglichkeiten zur Entwicklung sein. Diese gilt es im Case Management Prozess gemeinsam wahrzunehmen, damit soziales Wohlbefinden und die Teilnahme am beruflichen aber auch sozialen Leben möglich ist.

Demzufolge ist Recovery durch eine ressourcen- und stärkenorientierte Haltung in den Kontext von Case Management integrier- und in den Kerngedanken mit ihm vereinbar, und bietet ausserdem die Chance, sich positiv auf eine gelingende Koordination und Kooperation auf Fall- und (Versorgungs-)Systemebene auszuwirken.

Ausgehend von den Ergebnissen zu den beiden Unterfragestellungen ist die dritte Frage „**Was muss diesbezüglich in Kooperation mit anderen Fachkräften beachtet werden?**“ folgendermassen zu beantworten:

Die *Kooperation* (Ziff. 6) beabsichtigt eine Verbesserung von Problemlagen und ist eine bewusst gewählte und intendierte Form der Zusammenarbeit und Bestandteil und Voraussetzung der Netzwerkarbeit. Zentral ist die Kooperation auf Systemebene in der Prozessgestaltung der jungen Erwachsenen mit einer psychischen Beeinträchtigung im Berufswahlprozess und nimmt eine wichtige Rolle ein. Es gilt auf der Fachebene, eine lückenlose Versorgung anzustreben und geeignete Hilfestellungen im gegenseitigen Abstimmungs- und Verhandlungsprozess auszuhandeln. Aus systemischer Sichtweise liegen die Chancen in der Zusammenarbeit der verschiedenen Kooperationspartner auf der intra- und interprofessionellen Ebene.

Es kommt im Case Management-Prozess mit jungen Erwachsenen mit einer psychischen Beeinträchtigung hinzu, dass der Berufswahlprozess sehr individuell nach den Bedürfnissen der Betroffenen gestaltet wird. Es muss beachtet werden, dass unterschiedliche Fachkräfte am Fall arbeiten. Sie verfolgen unterschiedliche Interessen aufgrund ihrer Fachzugehörigkeit. Der Fokus richtet sich deshalb auf das Erreichen eines gemeinsamen Ziels, das im Interesse aller Beteiligten liegt. Die Professionellen sind in der Lage, ihre persönliche Haltung, wie etwa Recovery, die Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten im Fall zu kommunizieren und einen Beitrag zur Problemlösung zu leisten.

7.2 Beantwortung der Fragestellung

An dieser Stelle werden die Erkenntnisse der einzelnen Unterfragestellungen miteinander verknüpft, damit darauf aufbauend die Hauptfrage beantwortet werden kann:

Wie können junge Erwachsene mit einer psychischen Beeinträchtigung mithilfe des Case Management Ansatzes unter Berücksichtigung von Recovery und ihrer individuellen Entwicklung beim Übergang in die Berufswelt von den Professionellen der Sozialen Arbeit bestmöglich begleitet werden?

In der vorliegenden Arbeit konnten sachdienliche Wissensbestandteile aus den Kernelementen von Case Management wie auch aus Recovery und deren Vereinbarkeit, sowie Fachwissen über junge Erwachsene mit einer psychischen Beeinträchtigung und den Übergang in die Berufswelt herausgearbeitet werden. Es wurde klar, dass den professionell Tätigen eine bedeutende Rolle zukommt.

Ist es gemäss dem Case Management die koordinierende, kooperierende und unterstützende Funktion auf der Fall- und (Versorgungs-)Systemebene vor dem Hintergrund der Stärkenorientierung, fällt im Recovery vor allem der Mut für Veränderungen, die Hoffnung, ein sinnerfülltes, selbständiges und zufriedenes Leben trotz psychischer Einschränkungen zu führen, ins Gewicht. Recovery ist ein Prozess, den die Klientinnen und Klienten – von Professionellen angeregt und begleitet – selbst durchlaufen. In diesem Sinne können die Fachkräfte als Unterstützung Impulse setzen, die Klientel auf dem Weg zu mehr eigenverantwortlichen Entscheidungen und Selbstbestimmung begleiten und beim Finden eines geeigneten Umgangs mit der psychischen Beeinträchtigung und der Berufswahl unterstützen.

Damit junge Erwachsene mit einer psychischen Beeinträchtigung im Case Management unter Berücksichtigung von Recovery bestmöglich beim Übergang in das Berufsleben begleitet werden können, wird von den Professionellen ein hohes Mass an Koordinations- und Kooperationsfähigkeit gefordert, um die Verhaltensweisen und Entwicklungen der Klientel im Prozessverlauf angemessen unterstützen zu können. Durch die Verfahrensschritte im Case Management können die jungen Erwachsenen bestmöglich beim Übergang in die Berufswelt begleitet werden, indem die Schritte sorgfältig vollzogen werden und bei Bedarf zwischen den Phasen flexibel hin und her gesprungen wird und ein Re-Assessment jederzeit durchgeführt werden kann. Damit durch die zielgruppenspezifische Arbeitsweise keine Diversifizierung und Systematisierung entsteht, ist es besonders wichtig, das System einzubeziehen. Somit kommt auch der Kooperation als inhärentem Bestandteil von Case Management und Recovery ein hoher Stellenwert zu. Denn Case Management ist nur dann erfolgreich, wenn sich alle daran beteiligen. Auf der Fachebene ist eine Zusammenarbeit von verschiedenen Fachdisziplinen, die ihren Zweck in der Arbeit aufweisen, für alle Teilsysteme wichtig. Unter ständiger Reflexion handeln und entwickeln sich auch diese weiter. Währenddessen sind die ethischen Richtlinien und die Grundprinzipien der Sozialen Arbeit handlungsleitend und wegweisend.

Zur Begleitung der Zielgruppe relevantes Fachwissen ist, dass ungelöste Entwicklungsaufgaben aus vorangegangenen Phasen auch in späteren Lebensabschnitten neben bereits gelösten bestehen und bearbeitet werden. Deswegen ist es für die Professionellen der Sozialen Arbeit handlungsgrundlegend, nicht nur über jene Entwicklungsaufgaben ausreichend Wissen zu haben, sondern auch über psychische Beeinträchtigungen, um adäquat während der Implementierung von Case Management darauf eingehen zu können.

Das Fachwissen über die Herausforderungen sowie hemmende und unterstützenden Faktoren beim Übergang in die Berufswelt bildet ebenfalls eine wichtige Handlungsgrundlage, um die jungen Menschen bestmöglich begleiten zu können. Um eine Berufswahl treffen zu können, ist es unterstützend, Ressourcen, Interessen und Fähigkeiten der jungen Erwachsenen miteinzubeziehen, damit eine gute Passung zwischen ihnen und dem Beruf erlangt wird. Die Angebotsvielfalt der Region zu kennen, um sie im Entscheid zu unterstützen, ist daher unabdingbar, vor allem in Bezug auf die Begleitung im Case Management. Allgemein soll angestrebt werden, Grenzen zu diversen Sektoren wie Bildung, Soziales und Wirtschaft zu durchbrechen, damit Innovation und Vernetzung mit Fachinstitutionen, Organisationen und Professionen verwirklicht werden können.

Es wurde in diversen Zusammenhängen die Wichtigkeit der Erschliessung und Orientierung an Ressourcen aufgezeigt. Diese werden einerseits für die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und kritischen Lebensereignissen gebraucht, andererseits bildet die Ressourcenerschliessung im Stärkenorientierten Case Management wie auch innerhalb der handlungsleitenden Prinzipien von Recovery einen zentralen Bezugspunkt. Auch im erwähnten Konzept der Salutogenese von Aaron Antonovsky, das sich an den gesunden Anteilen des Menschen orientiert, wird eine ressourcenorientierte Sichtweise eingenommen.

7.3 Kritische Würdigung und Reflexion

Nicht alle Erkenntnisse, die meine Recherche für diese Arbeit geliefert hat, haben sich als ausreichend und vollständig erwiesen. Im Folgenden wird differenziert darauf eingegangen und aus verschiedenen Perspektiven diskutiert.

7.3.1 *Methodenkritik, unvollständige, fehlende Aspekte*

Zuerst werden die unvollständigen Aspekte erläutert. Ein Aspekt, der für diese Arbeit ausgeklammert werden musste, ist derjenige der Kostenwirksamkeit im Case Management. In dieser Debatte geht es darum, dass die Case Managerin oder der Case Manager dazu beiträgt, Kostenwirksamkeit in dem Einzelfall zu sichern (vgl. Wendt 2015: 205). Die Kosten in einem Fall zu reduzieren ist aufgrund der Koordination der Fallführung und Involvierung der geeigneten

Stellen möglich. Denn durch den Kernauftrag, Betroffene in komplexen Lebenssituationen systemisch zu unterstützen und als Ansprechperson zur Seite zu stehen, können geeignete Unterstützungsleistungen von diversen Stellen greifen und längerfristig eventuell Kosten eingespart werden. In Vereinbarkeit mit Recovery als Wiedererlangung von Gesundheit, wird Kontinuität und Stabilität im beruflichen und/oder sozialen Leben angestrebt, was ebenfalls zu einer verbesserten Lebenslage führen kann und dazu, dass zukünftige Kosten möglicherweise umgangen werden können. Kosten zu reduzieren darf jedoch nicht als Hauptziel des Handlungsprozesses angesehen werden. Denn es kann sein, dass bei den ersten Schritten wie etwa der organisationalen Verankerung Kosten entstehen können, wenn beispielsweise eine Case Managerin oder ein Case Manager zur Unterstützung beigezogen wird.

Des Weiteren wurde ersichtlich, dass das Individuum die ungelösten Entwicklungsaufgaben auch zu einem späteren Zeitpunkt lösen kann. Deswegen ist es nicht auszuschliessen, dass junge Erwachsene auch mit jugendspezifischen Entwicklungsaufgaben und deren Bewältigung zu tun haben. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem spezifischen Entwicklungsprozess des Jugendalters wäre für ein umfassenderes Verständnis der Lebenslage des jungen Erwachsenenalters dienlich, doch fand dies in dieser Bachelor Thesis leider keinen Platz mehr.

Abschliessend wird auf einen Aspekt eingegangen, der als ausreichend bearbeitet erachtet wird und kommentiert werden soll. In der vorliegenden Arbeit entspringt die Auseinandersetzung mit dem Thema der psychischen Beeinträchtigung einer allgemeinen Betrachtung. Es wurde den psychischen Erkrankungen und den damit einhergehenden Formen, Ausprägungen und Symptomen eher weniger Beachtung geschenkt, da diese sehr individuell sind und sich je nach Krankheitsverlauf unterschiedlich zeigen. Einer Recovery-orientierten Denkweise entspricht zwar, dass psychische Erkrankungen und bestimmte Symptome von Professionellen wahrgenommen werden, um Schwächen und Defizite nicht zu übersehen. Das Hauptaugenmerk richtet sich jedoch auf die gesunden Anteile, auf die Stärken und die Ressourcen der Klientel, die zur Anregung und Unterstützung von Recovery als wesentlich angesehen werden. Insofern kann der Umfang der Bearbeitung dieses Themas bezüglich dienlicher Handlungsgrundlagen für Professionelle der Sozialen Arbeit als ausreichend erachtet werden.

7.3.2 Ergebnisse in Bezug auf die Praxisorganisation

Die Ergebnisse der vorliegenden Bachelor Thesis werden hinsichtlich der aktuellen Situation im Töpferhaus reflektiert.

Durch die intensive Auseinandersetzung mit psychisch Beeinträchtigten und dem Übergang in die Berufswelt, aber auch mit Case Management, Recovery und Kooperation bin ich zum Schluss gekommen, dass die Abläufe in der Zusammenarbeit mit den jungen Erwachsenen

mit einer psychischen Beeinträchtigung und dem Helfernetz effizienter und effektiver mithilfe von Case Management gestaltet werden können. Aktuell fehlt eine einheitliche Methodik, die Fall- und (Versorgungs-)Systemebene miteinander koppelt. Die jungen Erwachsenen mit einer psychischen Beeinträchtigung können mithilfe der koordinierten und systemischen Arbeitsweise effizienter und spezifischer auf ihre individuellen Bedürfnisse abgestimmt im Berufswahlprozess begleitet und gefördert werden. Es liegt im Töpferhaus insofern bereits eine systemisch fundierte Arbeitsweise vor, als beispielsweise das ganze Umfeld des Individuums miteinbezogen wird. Ebenfalls ist Recovery als individuelle Ausrichtung im kollektiven Rahmen verankert.

Wenn sich das Töpferhaus für die Implementierung von Case Management entscheidet, stellt sich die weiterführende Frage, wie der Ansatz eingeführt werden kann und welche Standards berücksichtigt werden müssen. In einer weiterführenden Auseinandersetzung mit Case Management und der Institution ist daher notwendig zu klären, ob die institutionellen und personenbezogenen Standards erfüllt sind. Eine Case Managerin oder ein Case Manager kann bei einer konzeptionellen Änderung hinzugezogen werden, um die weiteren Schritte zu planen.

7.4 Ausblick

Durch die Darstellung der Erkenntnisse können weitere Verknüpfungen mit diversen Themenfeldern und Handlungsbereichen gemacht werden. Im Folgenden werden einige davon vorgestellt – die auch gewisse neuen Erkenntnisse beinhalten.

Für junge Erwachsene mit einer psychischen Beeinträchtigung und Mehrfachbelastungen stellt gerade der Übergang in die Berufswelt eine grosse Herausforderung dar und erfordert in der Weiterentwicklung des Versorgungssystems neue Perspektiven. Es wird eine Kosten- und Prozessoptimierung angestrebt, die auch Anregung zur Diskussion gibt. Denn es zeigt sich aus den Erfahrungen der Praxis und Wissenschaft, dass bei einer fachlich qualifizierten Versorgung andere Aspekte im Vordergrund stehen müssen. Es stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, wie ein lückenloser und gut koordinierter Hilfeprozess schon im Voraus zwischen den diversen Angeboten gewährleistet werden kann und möglicherweise bereits im Jugendalter im Kontext der Schule greift. Diese Fragestellung bietet Anreiz, um im sich im Rahmen des Studiums mit Fragen bezüglich der Gestaltung der Systemebene zu beschäftigen.

Die Resultate zeigen auch, dass für die Einführung von Case Management zeitliche Ressourcen investiert werden müssen. Es braucht Zeit, wenn Systemveränderungen in diesem Umfang in Gang gebracht werden, denn es sind zahlreiche Ebenen involviert, wie die Leistungserbringenden (Professionelle) selbst, die Auftraggebenden, die Politik, die Adressatinnen und

Adressaten. Zudem sind die Case Managerinnen und Case Manager mit hohen Anforderungen konfrontiert, welche auch den organisationalen Auftrag an seine Grenzen bringen können. Dass sich der Aufwand, aktiv zu werden, lohnt, zeigen die vorliegenden Ergebnisse. Denn es wurde in dieser Arbeit aufgezeigt, dass mit einer systematischen Koordination und Kooperation in der Begleitung von jungen Erwachsenen mit einer psychischen Beeinträchtigung Verbesserungen im Prozess zu erwarten sind.

Ebenfalls sehen sich Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung in unserer Gesellschaft mit Stigmatisierungen konfrontiert. Sie sind trotz den positiven Entwicklungen in psychiatrischen Einrichtungen mit falschen Vorstellungen über Chronifizierungen und Unheilbarkeit konfrontiert. Es bedeutet für sie immer noch, mit Tabus konfrontiert zu werden oder Diskriminierungen ausgesetzt zu sein. Es stellt sich dabei die Frage, welche Schritte erforderlich und diesbezüglich wirksam sein könnten, um ein Umdenken in der Gesellschaft zu erreichen. Es ist deshalb notwendig, dass sich die Soziale Arbeit an einer öffentlichen Debatte darüber beteiligt und Fragen stellt, wie es gelingen kann, dass psychisch Beeinträchtigte weder stigmatisiert, marginalisiert noch auf dem Arbeitsmarkt benachteiligt werden.

Abschliessend wird auf die aktuelle Coronakrise eingegangen. Ab dem 16. März 2020 waren viele Dienstleistungen und Lokale zur Corona-Bekämpfung geschlossen. Diese Massnahmen treffen die Wirtschaft schwer. Aktuelle Zahlen der Arbeitslosenversicherung belegen im März 2020 einen Anstieg der Arbeitslosigkeit bei den 15- bis 24-Jährigen um 2'436 Personen (+20,1%) auf 14'556. Dies entspricht im Vergleich zum Vorjahresmonat einem Anstieg um 2'983 Personen (+25,8%), weshalb auf eine schnelle Erholung der Wirtschaft zu hoffen ist (vgl. SECO 2020: 4f.). Die Soziale Arbeit muss für diese herausfordernden Situationen, welche junge Erwachsene mit einer psychischen Beeinträchtigung möglicherweise besonders hart treffen, ein explizites Bewusstsein schaffen, denn die Herausforderung, eine geeignete Stelle zu finden, könnte zusätzlich erschwert werden und ein Hindernis darstellen. Case Management könnte ein Handlungsinstrument sein, dass besonders in solchen Herausforderungen von Nutzen sein kann.

Literatur- und Quellenverzeichnis

Achtenhagen, Frank/Weber, Susanne (2009). Zur Bedeutung der beruflichen Ausbildung und Weiterbildung. *Adoleszenzpsychiatrie. Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters*. Stuttgart: Schattauer.

Amering, Michaela/Schmolke, Margit (2007). *Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit*. 5. Aufl. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Amstutz, Jeremias (2015). Kooperation im Case Management. In: Merten, Ueli/Kaegi, Urs (Hg.). *Kooperation kompakt. Kooperation als Strukturmerkmal und Handlungsprinzip der Sozialen Arbeit*. Opladen: Barbara Budrich. S. 313–333.

Amstutz, Jeremias (2016). Ethische Orientierung im Case Management. In: Merten, Ueli/Zängl, Peter (Hg.). *Ethik und Moral in der Sozialen Arbeit. Wirkungsorientiert - kontextbezogen - habitusbildend*. Opladen: Verlag Barbara Budrich. S. 325–338.

Amstutz, Jeremias (2019). Kooperation im Case Management. In: Amstutz, Jeremias/Kaegi, Urs/Käser, Nadine/Merten, Ueli/Zängl, Peter (Hg.). *Kooperation kompakt. Kooperation als Strukturmerkmal und Handlungsprinzip der Sozialen Arbeit. Ein Lehrbuch*. 2. Aufl. Opladen: Barbara Budrich. S. 222–243.

Berk, Laura E. (2011). *Entwicklungspsychologie*. 5. Aufl. München: Pearson Studium.

Beywl, Wolfgang (2011). Modelle der Evaluation personenbezogener Dienstleistungen. In: Beck, Iris/Greving, Heinrich (Hg.). *Gemeindeorientierte Dienstleistungen. Behinderung, Bildung, Partizipation*. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik. Stuttgart: W. Kohlhammer. S. 169–172.

Bosshard, Marianne/Ebert, Ursula/Lazarus, Horst (2013). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie*. 5. Aufl. Köln: Psychiatrie Verlag.

Bundesamt für Gesundheit (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandsaufnahme und Handlungsfelder. Bericht im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik*. URL: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/politische-auftraege-im-bereich-psychische-gesundheit/dialogbericht-psychische-Gesundheit.html> [Zugriffsdatum: 03. Dezember 2019].

Bundesamt für Sozialversicherungen BSV (2017). *Berufliche Eingliederung: Entwicklung und Wirkung. Invalidenversicherung: Zahlen und Fakten 2016*. URL: <https://www.news.admin.ch/newsd/message/attachments/48378.pdf> [Zugriffsdatum: 27. Januar 2020].

Bundesamt für Sozialversicherungen BSV (2020). Grundlagen & Gesetze. URL: <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/iv/grundlagen-gesetze.html> [Zugriffsdatum: 24. Januar 2020].

Bundesamt für Statistik (2018). Bildungsabschlüsse. Ausgabe 2018. Neuchâtel: BFS.

Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (SR 101) (Stand am 1. Januar 2020).

Caspar, Franz/Pjanic, Irena/Westermann, Stefan (2018). Klinische Psychologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Comer, Ronald J. (2001). Klinische Psychologie. 2. Aufl. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.

Coppens, Eveline/Vermet, Iona/Kaeps, Jereon/De Clerck, Martine/Schrijver, Isabelle/Matot, Jean-Paul/Van Audenhove, Christine (2015). ADOCARE. Die Gesundheitspflege für psychische Störungen bei jungen Menschen in Europa: Stand der Dinge, Empfehlungen und Leitlinien des ADOCARE*. URL: <http://www.adocare.eu/wp-content/uploads/2015/12/ADOCARE-GERMAN-2015-1.pdf> [Zugriffsdatum: 09. Februar 2020].

DGCC (2014). Ethische Grundlagen des Handlungskonzeptes Case Management. URL: https://www.dgcc.de/wp-content/uploads/2014/10/Ethische_Grundlagen_DGCC_2014.pdf [Zugriffsdatum: 23. Februar 2020].

Ebner, Christian/Nikolai, Rita (2010). Duale oder schulische Berufsbildung? Entwicklungen und Weichenstellungen in Deutschland, Österreich und der Schweiz. In: Swiss Political Science Review. 16. Jg. (4). S. 617–648.

Eggemann, Maike (1999). Alice Salomon. In: Eggemann, Maike/Hering, Sabine (Hg.). Wegbereiterinnen der modernen Sozialarbeit. Weinheim: Beltz Verlag. S. 159–182.

Egger, Dreher & Partner AG (2007). Vertiefungsstudie Bildungsangebote im Übergang von der obligatorischen Schule in die Berufsbildung. URL: <https://www.sbfi.admin.ch/dam/sbfi/de/dokumente/vertiefungsstudiebildungsangeboteimuebergangvonderobligatorische.pdf.download.pdf/> [Zugriffsdatum: 24. Januar 2020].

Ehlers, Corinna (2017). Entwicklungen und Perspektiven von Case Management in der Sozialen Arbeit. In: Wendt, Wolf Rainer/Löcherbach, Peter (Hg.). Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis. 3. Aufl. Heidelberg: medhochzwei Verlag. S. 39–55.

Ehlers, Corinna/Broer, Wicher (2013). Case Management in der Sozialen Arbeit. In: Ehlers, Corinna/Broer, Wicher (Hg.). Case Management in der Sozialen Arbeit. Theorie, Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit. Opladen: Barbara Budrich. S. 9–16.

Ehlers, Corinna/Müller, Matthias/Schuster, Frank (2017). Stärkenorientiertes Case Management. Komplexe Fälle in fünf Schritten bearbeiten. Opladen: Barbara Budrich.

Fegert, Jörg M./Hauth, Iris/Banaschewski, Tobias/Freyberger, Harald J. (2017). Übergang zwischen Jugend- und Erwachsenenalter: Herausforderungen für die Transitionspsychiatrie: Eckpunktepapier von DGKJP und DGPPN. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. 45. Jg. (1). S. 80–85.

Filipp, Sigrun-Heide (2007). Adaptive Dynamiken und Bewältigungsprozesse. In: Brandtstädter, Jochen/Lindenberger, Ulmann (Hg.). Entwicklungspsychologie der Lebensspanne. Ein Lehrbuch. Stuttgart: W. Kohlhammer. S. 337–412.

Flammer, August (2009). Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz. In: Fegert, Jörg M./Streeck-Fischer, Annette/Freyberger, Harald J. (Hg.). Adoleszenzpsychiatrie. Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters. Stuttgart: Schattauer. S. 92–104.

Freund, Alexandra M./Nikitin, Jana (2012). Junges und mittleres Erwachsenenalter. In: Schneider, Wolfgang/Lindenberger, Ulmann (Hg.). Entwicklungspsychologie. 7. Aufl. Weinheim: Beltz Verlag. S. 259–282.

Grob, Alexander/Jaschinski, Uta (2003). Erwachsen werden. Entwicklungspsychologie des Jugendalters. Weinheim: Beltz Verlag.

Hammer, Matthias/Plössl, Irmgard (2012). Irre verständlich. Menschen mit psychischer Erkrankung wirksam unterstützen. Köln: Psychiatrie Verlag.

Herriger, Norbert (2014). Empowerment in der Sozialen Arbeit: Eine Einführung. 5. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Hirschi, Andreas (2007). Abklärung und Förderung der Berufswahlbereitschaft von Jugendlichen. In: Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik. (11/12). S. 30–35.

Hochuli Freund, Ursula/Stotz, Walther (2015). Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit. Ein methodenintegratives Lehrbuch. 3. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Huck, Wilfried (2015). Wahnsinnig jung. Junge Erwachsene zwischen Pädagogik und Psychiatrie. Köln: Psychiatrie Verlag.

Hurrelmann, Klaus/Quenzel, Gudrun (2016). Lebensphase Jugend. eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung. 13. Aufl. Weinheim: Beltz Juventa.

Juvenir Studie 2.0 (2013). Die erste grosse Entscheidung. Wie Schweizer Jugendliche eine (Berufs-) Ausbildung wählen. Basel: Jacobs Foundation. URL: https://www.juvenir.ch/fileadmin/user_upload/www.juvenir.ch/studien/Juvenir_2_0/JUVENIR_II_Kurzfassung.pdf [Zugriffsdatum: 12. Januar 2020].

Kanton Aargau Departement Gesundheit und Soziales Schwerpunktprogramm Psychische Gesundheit (2015). Psychische Gesundheit der Jugendlichen im Kanton Aargau. Ein Bericht mit Grundlagen, Zahlen, Beispielen und Empfehlungen. URL: https://www.ag.ch/media/kanton_aargau/dgs/dokumente_4/gesundheit_1/gesundheitsfoerderung___praevention/psychischegesundheit/Psychische_Gesundheit_Jugendliche_AG.pdf [Zugriffsdatum: 03. Dezember 2019].

Kirchhofer, Roger/Uebelhart, Beat (2019). Netzwerkarbeit, Kooperation und Versorgungsketten. In: Amstutz, Jeremias/Kaegi, Urs/Käser, Nadine/Merten, Ueli/Zängli, Peter (Hg.). Kooperation kompakt. Kooperation als Strukturmerkmal und Handlungsprinzip der Sozialen Arbeit. Ein Lehrbuch. 2. Aufl. Opladen: Barbara Budrich. S. 291–315.

Klassen, Michael (2017). Case Management mit System: neue Impulse für eine systemtheoretische Praxis. Heidelberg: medhochzwei Verlag.

Kleve, Heiko/Haye, Britta/Hampe-Grosser, Andreas/Müller, Matthias (2018). Systemisches Case Management. Falleinschätzung und Hilfeplanung in der Sozialen Arbeit. 5. Aufl. Heidelberg: Carl-Auer.

Klug, Wolfgang (2018). Case Management im US-amerikanischen Kontext. Anmerkungen zur Bilanz und Folgerungen für die Weiterentwicklung von Case Management in Deutschland. In: Löcherbach, Peter/Klug, Wolfgang/Rommel-Fassbender, Ruth/Wendt, Wolf Rainer (Hg.). Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit. 5. Aufl. München: Ernst Reinhardt. S. 43–72.

Kodex AvenirSocial (2010). Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen. Bern: Avenir Social.

Kolly, Michelle/Patry, Eric (2014). Weniger IV-Renten auf Kosten der Sozialhilfe? In: Soziale Sicherheit CHSS. (1). S. 44–49.

Krampen, Günter/Greve, Werner (2008). Persönlichkeits- und Selbstkonzeptentwicklung über die Lebensspanne. In: Oerter, Rolf/Montada, Leo (Hg.). Entwicklungspsychologie. 6. Aufl. Weinheim: Beltz Verlag. S. 652–686.

Krampen, Günter/Reichle, Barbara (2008). Entwicklungsaufgaben im frühen Erwachsenenalter. In: Oerter, Rolf/Montada, Leo (Hg.). Entwicklungspsychologie. 6. Aufl. Weinheim: Beltz Verlag. S. 333–365.

Lüssi, Peter (1995). Systemische Sozialarbeit. Praktisches Lehrbuch der Sozialberatung. 3. Aufl. Bern: Paul Haupt.

Meinhold, Marianne (2012). Über Einzelfallhilfe und Case Management. In: Thole, Werner (Hg.). Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 635–647.

Merten, Ueli (2016). Kooperation und Partizipation - ein ethisch gemischtes Doppel. In: Merten, Ueli/Zängl, Peter (Hg.). Ethik und Moral in der Sozialen Arbeit. Wirkungsorientiert - kontextbezogen - habitusbildend. Opladen: Barbara Budrich. S. 187–212.

Merten, Ueli/Amstutz, Jeremias (2019). Zur Notwendigkeit der Kooperation in der Sozialen Arbeit. In: Amstutz, Jeremias/Kaegi, Urs/Käser, Nadine/Zängl, Peter (Hg.). Kooperation kompakt. Kooperation als Strukturmerkmal und Handlungsprinzip der Sozialen Arbeit. Ein Lehrbuch. 2. Aufl. Opladen: Barbara Budrich. S. 35–60.

Montada, Leo (2008). Fragen, Konzepte, Perspektiven. In: Oerter, Rolf/Montada, Leo (Hg.). Entwicklungspsychologie. 6. Aufl. Weinheim: Beltz Verlag. S. 3–48.

Monzer, Michael (2013). Case Management Grundlagen. Case Management in der Praxis. Heidelberg: medhochzwei Verlag.

Müller de Menezes, Rahel (2012). Soziale Arbeit in der Sozialhilfe. Eine qualitative Analyse von Fallbearbeitungen. Wiesbaden: Springer VS.

Netzwerk Case Management Schweiz (2012a). Ethik im Case Management: Personen. Ethische Orientierungspunkte für die Arbeit im Case Management. URL: http://www.netzwerk-cm.ch/sites/default/files/uploads/pers_ethik_def_neu1_0.pdf [Zugriffsdatum: 24. Februar 2020].

Netzwerk Case Management Schweiz (2012b). Ethik im Case Management: Organisationen. Ethische Orientierungspunkte für die Arbeit im Case Management. URL: http://www.netzwerk-cm.ch/sites/default/files/uploads/org_ethik_def_neu1.pdf [Zugriffsdatum: 24. Februar 2020].

Netzwerk Case Management Schweiz (2014). Definition und Standards Case Management. URL: http://www.netzwerk-cm.ch/sites/default/files/uploads/fachliche_standards_netzwerk_cm_-_version_1_0_-_definitiv_0.pdf [Zugriffsdatum: 11. Februar 2020].

Netzwerk Case Management Schweiz (2020). Fachverein für Case Manager in der Schweiz. URL: <http://www.netzwerk-cm.ch/page/fachwissen> [Zugriffsdatum: 11. Februar 2020].

Neuffer, Manfred (2013a). Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien. 5. Aufl. Weinheim: Beltz Juventa.

Neuffer, Manfred (2013b). Ethik im Case Management. In: Ehlers, Corinna/Broer, Wicher (Hg.). Case Management in der Sozialen Arbeit. Theorie, Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit. Opladen: Barbara Budrich. S. 55–69.

OECD (2014). Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung BSV.

Petermann, Franz/Niebank, Kay/Scheithauer, Herbert (2004). Entwicklungswissenschaft. Entwicklungspsychologie - Genetik - Neuropsychologie. Berlin: Springer-Verlag.

Rommel-Fassbender, Ruth (2018). Case Management als Handlungskonzept der Sozialen Arbeit. Erfahrungen und Perspektiven. In: Löcherbach, Peter/Klug, Wolfgang/Rommel-Fassbender, Ruth/Wendt, Wolf Rainer (Hg.). Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit. 5. Aufl. München: Ernst Reinhardt. S. 73–94.

Schmeck, Klaus/Streeck-Fischer, Annette/Herpertz, Sabine C. (2009). Störungen der Persönlichkeitsentwicklung und Persönlichkeitsstörungen. In: Fegert, Jörg M./Streeck-Fischer, Annette/Freyberger, Harald J. (Hg.). Adoleszenzpsychiatrie. Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters. Stuttgart: Schattauer. S. 386–456.

Schuler, Daniela/Tuch, Alexandre/Buscher, Nathalie/Camenzind, Paul (2016). Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2016 (Obsan Bericht 72). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Schweitzer, Jochen (1989). Professionelle (Nicht-)Kooperation. Ihr Beitrag zur Eskalation dissozialer Karrieren Jugendlicher. In: Zeitschrift für Systemische Therapie. 7. Jg. (4). S. 247–254.

Schweitzer, Jochen (1998). Gelingende Kooperation. Systemische Weiterbildung in Gesundheits- und Sozialberufen. Weinheim: Juventa Verlag.

Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe (2005). Richtlinien für die Ausgestaltung und Bemessung der Sozialhilfe. 4. Aufl. Wabern: rubmedia.

SECO (2020). Die Lage auf dem Arbeitsmarkt im März 2020. URL: <https://www.news.admin.ch/newsd/message/attachments/60891.pdf> [Zugriffsdatum: 11. Mai 2020].

Seiffge-Krenke, Inge/Gelhaar, Tim (2006). Entwicklungsregulation im jungen Erwachsenenalter. In: Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie. 38. Jg. (1). S. 18–31.

Thyen, Ute/Konrad, Kerstin (2018). Psychosoziale Entwicklung in der Adoleszenz. In: Stier, Bernhard/Weissenrieder, Nikolaus/Schwab, Karl Otfried (Hg.). Jugendmedizin. 2. Aufl. Berlin: Springer-Verlag. S. 19–24.

Wendt, Peter-Ulrich (2017). Lehrbuch Methoden der Sozialen Arbeit. 2. Aufl. Weinheim: Beltz Juventa.

Wendt, Wolf Rainer (2001). Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Wendt, Wolf Rainer (2015). Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. 6. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Wendt, Wolf Rainer (2018). Stand und Positionen in der Entwicklung von Programm und Verfahren. In: Löcherbach, Peter/Klug, Wolfgang/Rommel-Fassbender, Ruth/Wendt, Wolf Rainer (Hg.). Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit. 5. Aufl. München: Ernst Reinhardt. S. 14–42.

Wettstein, Felix (2016). Übergänge und kritische Lebensereignisse - ihr Einfluss auf die psychische Gesundheit. In: Blaser, Martina/Amstad, Fabienne (Hg.). Psychische Gesundheit über die Lebensspanne. Grundlagenbericht. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz. S. 21–30.

Wilfried, Griebel/Niesel, Renate (2011). Übergänge verstehen und begleiten. Transitionen in der Bildungslaufbahn von Kindern. Cornelsen Scriptor.

Wittchen, Hans-Ulrich (2011). Diagnostische Klassifikation psychischer Störungen. In: Wittchen, Hans-Ulrich/Hoyer, Jürgen (Hg.). Klinische Psychologie & Psychotherapie. 2. Aufl. Berlin: Springer-Verlag. S. 27–55.

World Health Organization (2019). WHO | ICD-11 Revision. URL: <https://www.who.int/classifications/icd/revision/en/> [Zugriffsdatum: 28. Mai 2020].

von Wyl, Agnes/Sabatella, Filomena/Zollinger, Danielle/Berweger, Belinda (2018). Reif für den Beruf? Schwierigkeiten und Ressourcen von Jugendlichen im Berufswahlprozess. In: von Wyl, Agnes/Sabatella, Filomena (Hg.). Jugendliche im Übergang zwischen Schule und Beruf. Psychische Belastungen und Ressourcen. Berlin: Springer-Verlag. S. 1–21.

Zuaboni, Gianfranco/Abderhalden, Christoph/Schulz, Michael/Winter, Andrea (2008). Recovery praktisch! Schulungsunterlagen. Bern: Universitäre Psychiatrische Dienste.

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unerlaubte Hilfe verfasst habe.

Die wörtlich oder inhaltlich den im Literaturverzeichnis aufgeführten Quellen und Hilfsmitteln entnommenen Stellen sind in der Arbeit als Zitat bzw. Paraphrase kenntlich gemacht.

Diese Bachelor Thesis ist noch nicht veröffentlicht worden. Sie ist somit weder anderen Interessenten zugänglich gemacht noch einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

Basel, 26.06.2020

Unterschrift:

