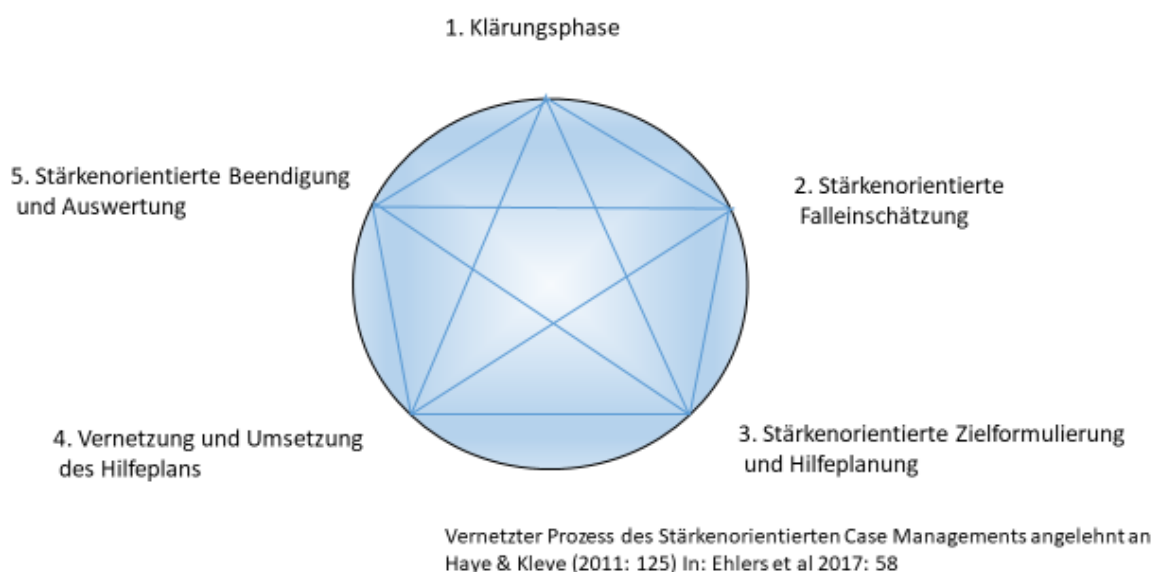


Grundlagen des Stärkenorientierten Case Management (SCM)

Dieses Arbeitspapier basiert auf der Veröffentlichung von Corinna Ehlers, Matthias Müller und Frank Schuster „Stärkenorientiertes Case Management. Komplexe Fälle in fünf Schritten bearbeiten“ von 2017.

Die fünf Schritte (ebd.: 56-59; 65ff)

Das im Case Management übliche Phasenmodell umfasst im SCM 5 Phasen, die nicht linear, sondern rhizomatisch, vernetzt und zirkulär ablaufen (ebd.: 57). Zu den Arbeitsphasen werden Methoden und Instrumente zur Verfügung gestellt.



Darstellung der Arbeitsphasen, Einordnung in CM Ablauf, S.56 ff und 65 ff

In allen Phasen sind Leitprinzipien und ethische Grundhaltungen die Basis der Arbeit. Als Leitprinzipien gelten: konsequente AdressatInnenorientierung, Lebensweltorientierung und Empowerment.

Stärkenorientiertes Case Management ...

- ... setzt sich für die Wahrung von Menschenrechten ein.
- ... arbeitet mit der Motivation von Menschen.
- ... geht vom Entwicklungspotential eines Menschen aus.
- ... setzt Beziehungsarbeit zentral. Dialogische Kommunikationsprozesse sind Kernelemente.
- ... geht von einer bio-psycho-sozialen Sichtweise aus.
- ... findet aufsuchend und im Sozialraum statt. (vgl. ebd.: S.55)

Realisierungsebenen

In Bezug auf die Realisierungsebenen von Case Management wird auf das übliche im CM zugrunde gelegte Verständnis zurückgegriffen.

Bezeichnungen	Umschreibung	Zuordnung Realisierungsebenen	Akteure, Beteiligte & Rahmenbedingungen
Care Management = Versorgungsmanagement	Fallunspezifische Arbeit im regionalen interorganisationalen Kontext	Makroebene	Politische und gesellschaftliche Faktoren, Zusammenarbeit von Einrichtungen im Sozial- und Gesundheitswesen
		Mesoebene	Organisationen, die Case Management umsetzen und sowohl intern als auch extern vernetzt sind
Case Management = individuelle Einzelfallhilfe, Fallarbeit/Fallmanagement	Fallbezogene Zusammenarbeit mit KlientInnen und deren Bezugspersonen	Mikroebene	KlientInnen (Menschen in komplexen Problemlagen), informelle und formelle HelferInnen

Realisierungsebenen von Case Management (Ehlers et al 2017: 148)

Besondere Ausführungen zur Implementierung auf der Mesoebene finden sich ebd.: 149-163.

Das SCM folgt den Grundsätzen des CM, betont jedoch persönliche Sehnsüchte, Hoffnungen und Bestrebungen und versucht diese zu aktivieren. Die Mikroebene ist in den Ausführungen im Phasenmodell explizit ausgearbeitet.

Stärken

Der Begriff *Stärke* und der Begriff *Ressourcen* werden differenziert betrachtet. Ausgegangen wird von den englischen Begriffen *strengths*, unter dem die personenbezogenen Hilfsquellen gefasst werden und dem Begriff *resources*, der eher externe Hilfsmittel und Gelegenheiten – beispielsweise im Sozialraum – erfasst.

„Stärke meint hier also mehr als lediglich das Vorhandensein von persönlichen, materiellen oder sozialen Ressourcen, sondern Stärke fokussiert die Aspiration eines Menschen, d.h. seine Bestrebungen, Hoffnungen, Ambitionen und sein Vertrauen in sich selbst. Die Stärkenorientierung stellt somit insbesondere die Ausrichtung des Hilfeprozesses an den Interessen und dem Willen der KlientInnen in den Vordergrund.“
(ebd.: 2017: S.37)

Kernprinzipien der Stärkenperspektive¹

1. **Jeder Mensch und jede Gemeinschaft (community) besitzt Stärken.** Alle Menschen haben Fähigkeiten zu lernen und sich zu verändern. Hoffnungen und Regeneration/Erholung (recovery) durchziehen die verschiedenen Lebensphasen. Die Ideale, Hoffnungen und Sehnsüchte der Menschen müssen ernst genommen werden, denn die persönlichen Grenzen für Wachstum und Veränderungen der AdressatInnen sind nicht bekannt. Problematische Situationen wie Krankheiten, Missbrauch oder traumatische Erlebnisse sind Herausforderungen und Möglichkeiten (vgl. Saleebey 2013a: 17, Rapp & Goscha 2012: 52)
2. **Der Fokus des Unterstützungsprozesses liegt auf den selbstempfundenen Stärken der KlientInnen** – nicht auf den Diagnosen, Defiziten, Symptomen und Schwächen, die andere definieren. Jeder Mensch hat Interessen, Fähigkeiten und Begabungen, aus dem Wissen daraus leiten sich individuellen Bestrebungen sowie Hoffnungen ab (vgl. Saleebey 2013a: 18f)
3. **Die Arbeitsbeziehungen zu den AdressatInnen sind wesentlich für den Hilfeprozess.** Die helfende Beziehung ist gekennzeichnet durch eine kontinuierliche Zusammenarbeit, Gegenseitigkeit und Partnerschaftlichkeit. Ein Miteinander steht im Vordergrund und nicht ein hierarchisches Übereinander. Hilfen erfolgen im Zusammenhang des fürsorglichen Kümmerns. So können KlientInnen Co-ProduzentInnen werden und sind nicht lediglich HilfeempfängerInnen (vgl. Rapp & Goscha 2012:58,60, Saleebey 2013a:19, Morgan 2004: 52)
4. **Jeder Mensch hat das Recht auf Selbstbestimmung.** Die KlientInnen sind ExpertInnen für Ihre Erholung (recovery). Sie sind die DirektorInnen der Hilfeprozesse, in denen wir als BeraterInnen und BegleiterInnen mitwirken (vgl. Rapp & Goscha 2012:58f).
5. **PraktikerInnen, die nach einem stärkenorientierten Ansatz arbeiten, brauchen einen organisatorischen Rahmen,** der Ihnen eine enge Zusammenarbeit mit Ihren KlientInnen, ihrem Team und ihren Vorgesetzten ermöglicht, damit eine fachlich verbindliche und kontinuierliche Ausrichtung an den Stärken im Hilfeprozess möglich wird (vgl. Pattoni 2012: 2, Rapp & Goscha 2012: 220ff).
6. **Die Arbeit mit den AdressatInnen findet überwiegend im Sozialraum und im Lebensumfeld der KlientInnen statt.** Jede Umwelt bietet Gelegenheiten und Ressourcen (vgl. Rapp & Goscha 2012: 61)

¹ Der Text ist wörtlich übernommen aus ebd.: S.49ff und in der Formatierung - ohne dies gesondert zu kennzeichnen – verändert.