

Case Management auf dem Weg in die Regelversorgung

Eine etwas verstörende und berührende Erfahrung, die sicher viele kennen: sich wieder leibhaftig und echt auf einer Tagung begegnen können, optisch, akustisch und olfaktorisch. Sich wieder wundern zu können, wie laut, wie lebendig, wie vielfältig, wie eindrücklich die Tagungswelt ist und sein kann. Die Jahrestagung der DGCC fand nach mehrmaliger Verschiebung in Freiburg statt, das Tagungsthema war bekannt und einige Beiträge wurden ja auch schon hier in der Zeitschrift im Vorfeld veröffentlicht. **Sozialraumorientierung** verbindet den Fall mit dem Feld, verbindet Tun mit Struktur, schlägt die Brücke zwischen individueller Fallsituation und Versorgungssystem. Es wurde deutlich: Case Management funktioniert nur als Care und Case Management-System. Case Management benötigt eine Rahmung, in die es eingebettet ist. Dieser Rahmen ist fachlich Sache der Theorie (ich verhehle nicht, dass ich einen transdisziplinären Rahmen für angemessen halte), der Organisationen (die darüber befinden, ob und wie sie Case Management implementieren), der lokalen Gegebenheiten (dem Sozialraum als Möglichkeitsraum) und der Politik (als normative und strukturelle Rahmung). Case Management arrangiert Care und ist dabei angewiesen auf eine Vielzahl von Akteuren, die sich beteiligen. Nun haben in der Praxis Case Managerinnen und Case Manager schon genug zu tun mit schwierigen, komplexen Konstellationen, doch häufig beklagen sie zu Recht die mangelnde Unterstützung durch die eigene Organisation, da diese sich zwar mit dem Case Management schmücken



Prof. Dr. Peter Löcherbach

will, aber den Implementierungsaufwand scheut. Und das liegt auch daran, dass Organisationen und Einrichtungen zu wenig Anreize haben, eine kostenintensive Investition in das Case Management zu starten. Denn für eine fachliche Umsetzung braucht es qualifiziertes Personal (Stichwort: Auswahl, Rekrutierung, Weiterbildungsaufwand), es braucht eine Umorganisation der Programme und Abläufe (Klienten- bzw. Patientorientierung schreibt sich leichter, als es umsetzbar ist) und es wird im Versorgungsgewebe Transparenz und Kooperation vonnöten sein (diese Forderung ist „langbärtig“, aber es lassen sich viele Gründe aus dem Hut zaubern, warum eine Umsetzung schwierig ist). Daher: lohnt sich das mit dem Case Management wirklich?

Dieses Heft weist ein wenig den Weg, wie es mit dem Case Management weitergehen könnte und auch muss, auf der strukturellen, der politischen Ebene. Die Beiträge stammen aus unterschiedlichen Bereichen, aber sie haben alle innovativen Charakter:

Petra Riesner, Anica Stürtz, Rebecca Zöller, Harald Darius, Cynthia Brühl, Sebastian Karmann und Alfred Holzgreve schließen an das letzte Heft an und stellen als weiteres Lotsenprojekt den Cardiolotsen vor. Über die Chancen und Grenzen, die die mobile Rehabilitation für das Handlungskonzept Case Management bietet, schreibt Jürgen Ribbert-Elias. Und aus Österreich, vom Wiener Roten Kreuz, berichtet Alexander Eder über das Projekt „Linked Care“ – Durchgehender Informationsaustausch in der extramuralen Versorgung. Schließlich stellen Franz Benstetter, Lars Erdmann, Stefan Kottmair und Daniel Negele in ihrem Beitrag „Innovationen im Versorgungsmanagement“ internationale Erfahrungen und Fallbeispiele vor.

Die Beiträge führen die Diskussion um das Case Management weiter und tragen es in den politischen Raum. Diese Beispiele von Innovationsprojekten und von neuen Anwendungen lokal, national und international sind allesamt hochinteressant und gut zu lesen, und dann wird die Diskussion aufgegriffen, die für die Zukunft des Case Managements derzeit den Mainstream beherrscht. Die Frage nach einer besseren Verankerung von Case Management in der Gesetzgebung, die Frage nach einem

Recht auf Case Management für Klienten und Patienten, die Frage von Finanzierung für „das“ Case Management und die Case Managerinnen und Case Manager. Wolf Rainer Wendt führt dazu in das „Herz“, in das Proprium von Case Management: die fallbezogene Wegleitung, Andreas von Schell skizziert in seinem Beitrag (Care und Case Management – eine Lücke im Gesundheits- und Sozialwesen) Ideen zu einer gesetzlichen Verankerung und Michael Brinkmeier führt konsequent die Diskussion weiter: Von der Praxis bis zur Politik: Zur Governance von Patientenlotsen.

Die Beiträge vermitteln nicht den Eindruck, dass mit „einem Schlag“, mit einem Gesetzesvorhaben die Sache gelöst wäre, dann wäre auch Skepsis angebracht. Schon Umberto Eco sinnierte in etwa: „Für komplexe Probleme gibt es immer einfache Lösungen. Nur die sind immer falsch.“ Aber die Beiträge zeigen, dass wir uns verstärkt (auch) um die politische Verankerung aktiv bemühen müssen und dass es gut ist, dass wir uns in der derzeitigen Diskussion um die Patientenlotsen vernetzen und unsere fachlichen Sichtweisen „transportieren“.

Und zum Schluss schließt sich der Kreis: die Jahrestagung der DGCC fand in Freiburg statt. Freiburg ist mit Care und Case Management verbunden (dort fanden schon in jährlichem Rhythmus CM-Tagungen vor Gründung der DGCC statt), und mit Thomas Klie, der im Anschluss an die Tagung von der Hochschule als Professor emeritiert wurde, geht diese Ära zu Ende. Thomas Klie ist Initiator dieser Fachzeitschrift (und nicht nur dieser), er ist Mitherausgeber und hat in über 100 Forschungen (von denen sich ein großer Teil mit Care und Case Management befasst) die Bandbreite von Implementierung, Evaluation, Modellen und Überführung in die Regelversorgung entwickelt und reflektiert. Er hat die Mängel, aber immer auch die Möglichkeiten im „Versorgungssystem“ als Anwalt aufgezeigt, er hat die politischen Implikationen von Care und Case Management frühzeitig erkannt und wird in zahlreichen „Dialogen“ nicht müde, Kosten- und Leistungsträger sowie Politiker jedweder Couleur (von kommunal bis bundesweit) auf Widersprüche hinzuweisen: Die immer stärker betriebswirtschaftlicher Logik unterworfenen Formen der Steuerung von Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens mit ihren ausgefeilten Controlling-Systemen im Hintergrund treffen bisweilen unversöhnlich

auf lebenslagenspezifische Komplexität. Thomas Klie hat immer kritisiert, wenn Care und Case Management als Feigenblatt für eine nicht zielgruppenspezifische und -sensible Sozial- und Gesundheitspolitik missbraucht und unter der Hand für Kostensteuerungs- oder andere institutionsspezifische Ziele benutzt wird. Case Management hat Puffer-, Übersetzungs- und Wegleitungsfunktion, kann aber nicht alle Widersprüche auflösen. Case und Care Management – und das hat Thomas Klie beforscht und belegt – kann aber regional eine effektive Pflege- und Teilhabegovernance (den Welfaremix) realisieren. Einen fundierten Einblick liefert Thomas Klie in diesem Heft selbst mit seinem Artikel: Schutz von Menschenrechten und Verantwortung für Bedingungen eines guten Lebens mit Pflegebedürftigkeit – die Rolle der Kommunen und die Bedeutung des Care und Case Managements.

Care und Case Management ist als Handlungsstrategie und Arbeitsprinzip in der Politik angekommen und wird von ihr bzw. den Fachministerien aufgenommen (und genutzt – und manchmal auch benutzt). Aber, ob Politik ein wirkliches Interesse an einer fachlichen Implementierung von Care und Case Management hat und ob sie eingesteht, dem Sicherstellungsauftrag in Einzelfällen ohne Case Management nicht gerecht werden zu können, ist nicht eindeutig. Im Sinn von Thomas Klie könnte man formulieren: Care und Case Management gilt als Lackmustest für die Problemangemessenheit gesundheits- und sozialpolitischer Antworten auf zentrale Herausforderungen unserer Zeit.

Dieser Tage finden Koalitionsverhandlungen statt und in einem Panel ist das Thema Patientenlotsen auf der Tagesordnung. Immerhin! Wir bleiben dran.



Ihr Peter Löcherbach