



Selbstbestimmung im Verfahren und Lösungen mit den Betroffenen finden

Wer für sich oder für Angehörige Unterstützung und bestimmte Hilfen braucht, sollte sich nicht darauf verlassen, dass sie das System der sozialen und gesundheitlichen Versorgung passend, zur rechten Zeit und hinreichend liefert. Es ist in eigenen Belangen immer gut, wenn man sich selbst kümmert. Schon deshalb, weil die Ratio der Dienst- und Fachstellen im Sozial- und Gesundheitswesen, die für Leistungen zuständig sind, nicht dem eigenen persönlichen Ermessen in einer Problemlage gleichkommt. Der funktionalen Differenzierung, in der die Entscheidungen und die Verrichtungen im System der Versorgung umschriebenen Zwecken zugewiesen sind, steht der Zusammenhang des individuellen Befindens und Ergehens gegenüber. Was mit ihm der Fall ist, will in die Systematik und die Prozeduren des Leistungsgeschehens vermittelt werden. Dem widmet sich ein Case Management.

Das Verfahren ist darauf angewiesen, dass in ihm eine Person, die eine Unterstützung oder Behandlungen nötig hat, selber am Vorgehen zielgerichtet mitwirkt. Darauf heben die Schritte vom Intake über das Assessment, Zielvereinbarung, die Hilfeplanung und das Monitoring bis zur Evaluation ab. In der Praxis geschieht die Mitwirkung in unterschiedlicher Art und Weise. Eine Person kann von sich aus auch den Anstoß zu einem managerialen Vorgehen in ihrem Fall geben, indem sie bei einem Leistungsträger ihren Bedarf darlegt und zielstrebig verfolgt, dass und wie ihm entsprochen wird. Sind verschie-

dene Dienst- und Fachstellen daran beteiligt, übernimmt die Person, für die sie tätig werden, nicht selten eine koordinierende Funktion. Leistungsseitig wird man das nicht gerne zugeben, bedeutet es doch, dass das Versorgungssystem subjektbezogen unzureichend funktioniert.

Das System ist insoweit entschuldigt, als es nicht für die Komplexität der Problematik in schwierigen Lebenssituationen konstruiert ist. Dem System sind für sein Handeln umgrenzte Zwecke, Ziele und Verfahren eingeschrieben, definiert in gesetzlichen Vorgaben bis hinunter in die Diagnostik- und Therapiemanuale der Fachkräfte. Menschliches Leben verläuft quer dazu und divers. Professionelle Versorgung kann sich damit helfen, dass sie Befähigungen bündelt und sich in einem Team und sektor- und berufsübergreifend aufstellt. Das reicht aber nicht. Problemlösungen in der Fallführung sind in „Ko-Kreation“ mit den ihr Leben führenden Klienten zu erwarten, finden *Amelie Zentgraf* und *Iren Bischofberger* in ihrem Beitrag in diesem Heft zu den Ausprägungen und Anforderungsprofilen von Case Management in der Schweiz. Sie stellen fest, dass im humandienstlichen Bereich bei aller Uneindeutigkeit in den Begriffen ein Case Management der individuellen Gesamtsituation verpflichtet ist und dazu die „Pfleger eines niedrigschwelligen und zuverlässigen Kontaktes zu allen involvierten Beteiligten“ nötig hat.

Case Management hat Komplexität zu meistern. Bewältigen müssen sie bereits Angehörige, die einen pflegebedürftigen Menschen zu versorgen haben. In einem Interview mit einer „betreuenden Angehörigen“ geht *Christine Rex* der Frage nach, wie sich ein „informelles Management“ praktisch in der Lebensführung eines Ehepaares ergibt, in der ein Partner den Alltag des anderen mit zu organisieren hat und in der Rolle einer „inoffiziellen Care Managerin“ an einem Netzwerk der Unterstützung knüpft und auf es baut. Für alles zuständig und verantwortlich, sucht die „betreuende Angehörige“ nach Rat und Tat systemseitig. Sie hat selber passende Versorgungsangebote ausfindig zu machen. Das ist durch die Komplexität und Fragmentierung des Systems erschwert, aber seitens seiner Nutzer schon deshalb notwendig, weil es dem System an Potential für



Prof. Dr. Wolf Rainer Wendt



eine individualisierte andauernde Begleitung mangelt. Und wenn es ein professionelles Case Management anbietet, wird es durch eine von Angehörigen geleistete Selbstorganisation und Koordinierung im eigenen Lebensbereich erleichtert, wo nicht überhaupt ermöglicht. Auf Zusammenarbeit ist das Case Management ohnehin gerichtet; es ist für eine flexible Verteilung der Rollen in ihm aufgeschlossen. Angehörige wünschen – wie im nachfolgenden Beitrag zu den Ergebnissen eines Forschungsprojekts konstatiert wird – eine „Arbeitsgemeinschaft auf Augenhöhe“ von pflegenden Angehörigen und Fachpersonen. In Varianz auch, wie in einem Beitrag von *Zentgraf* und *van Holten* dargelegt, wenn Angehörige eine netzwerkgestützte Betreuung auf Distanz (*distance caregiving*) leisten.

In ihren eigenen Verhältnissen haben auch unter schwierigen Bedingungen zunächst die Betroffenen den Durchblick. Sie können – recht oder schlecht – darlegen, was ihnen fehlt und was sie brauchen. Diese Selbstbestimmung betrifft die persönliche Lebensgestaltung vor, während und nach professioneller Befassung mit dem Fall und beginnt nicht erst bei der Wahl unter systemseitig angebotenen Hilfen. Ebenso die Verantwortung, dass und wie sie genutzt werden. Insbesondere Pflegerfahrere wollen in das Case Management eingeschaltet werden und über das Verfahren mitbestimmen. In ihrem Beitrag äußert sich *Schomann* entschieden dazu – und das Interview von *Klie* mit *Schröder* bestätigt: „Die Pflege ist viel zu schnell mit ihren Antworten“.

Indes kommt es oft darauf an, dass und wie sie antwortet: Die Verantwortung geht in dem Maße an die Professionellen über, in dem eine Person akut beeinträchtigt, vulnerabel und selbst nicht in der Lage ist, in ihrem Leben zurechtzukommen. Dann sollte das Management der Behandlung im *continuum of care* den Überblick gewinnen und wahren. Der Beitrag von *Bretscher*, *Staudacher* und *Maier* aus dem Universitätsspital Zürich erörtert diese Aufgabe in der therapeutischen Versorgung von Menschen mit Polytrauma. Hier wird in der Navigation des Behandlungsprozesses und der Betreuung das Case Management lebensgestal-

tend. Im traumatologischen Setting führt die Schnittstellen- und Koordinationsarbeit „die Fäden zusammen“.

Die bewusste Lebensgestaltung eines jeden Menschen verlangt Planung. Auch ohne explizit einen Plan zu erstellen, ordnen wir unsere Vorhaben im Zeitverlauf. Werden bei komplexer Problematik Hilfen oder andere Maßnahmen im System der Versorgung beansprucht, sieht dafür das Case Management eine Planung gemeinsam mit den Betroffenen vor. Man darf erwarten, dass sie deren eigene Vorhaben und Perspektiven berücksichtigt. In den gesetzlichen Regelungen – wie im gegenwärtig vieldiskutierten Bundesteilhabegesetz – wird das aber nicht deutlich genug. Das im Gesetz vorgesehene Gesamtplanverfahren ist als systemseitiges Steuerungsinstrument des Trägers der Eingliederungshilfe zur Durchführung des Teilhabeprozesses angelegt. An ihm wirkt das Subjekt der Eingliederung zur ihm angemessenen Leistungsgestaltung mit. Die Leistungen (für die das Gesetz ohnehin eine Teilhabepflicht weitgehend abgesetzt von der Gesamtplanung einführt) folgen nach Feststellung des Bedarfs nicht der Lebensführung ihrer Adressaten in den Wendungen und Windungen des Daseins. Das Versorgungssystem im Sozial- und Gesundheitswesen hat diesen Spielraum nicht – und man darf fragen, ob das nicht anders geht – und zukünftig anders gehen muss.

Das ist eine Frage nach der Verknüpfung des formellen mit informellem Sorgen. Dem Case Management kann dazu beiderseitig die katalytische Funktion zukommen, den Austausch von Fallführung (mitsamt Systemsteuerung) und Lebensführung (in Eigenverantwortung) anzuregen und in Gang zu halten und den andauernden Austausch auf das Leistungsgeschehen und die Problembewältigung in ihrem Ablauf wirken zu lassen.

Wolf Rainer Wendt