

Ulrike Höhmann  
09.07.04, 3. Case Management Tagung in Freiburg  
Vortrag

## „Case Management in der Bewährung“

Zum Thema „Bewährung“ eines in der Pflege bislang kaum etablierten Konzepts werde ich hier vorwiegend einzelne Mosaiksteine, Anforderungen und offene Fragen vorstellen.

**Zur Vorbemerkung:** Eine Rahmenbedingung hat sich seit der Tagung hier im letzten Jahr verändert: mit in Krafttreten des neuen Krankenpflegegesetzes ab 1.1. 04 sind Beratung und interdisziplinäre Vernetzungsarbeit laut *Anlage 1 zu Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsordnung Lernbereiche der pflegerischen Grundausbildung*. Damit werden schon dort systematisch Grundsteine für ein Pflegeverständnis gelegt, an dem eine Weiterqualifikation zum Case Management nahtlos anknüpfen kann - das war bislang so nicht der Fall.

### 1. Definition

Case Management, so wie es meinem Überblick nach gewöhnlich in der Pflege verstanden wird, bezieht sich auf die direkte (anwaltschaftliche) Vermittlung von individuell erforderlichen Leistungsbündeln über den Horizont einer Berufsgruppe/Einrichtung hinweg. Grundlage sind Aushandlungsprozesse, die einer festgelegten Handlungssystematik folgen (Case Management Circle).

Ohne auf offensichtliche Fallstricke dieses Verständnisses eingehen zu wollen, sei kurz darauf hingewiesen, dass pflegerisches Case Management in der Praxis oft auch Elemente von Care Management enthält.

### 2. Zur Anbindung pflegebezogenen Case Managements

Dazu ist zu sagen: an allen im letzten Jahr schon genannten Orten werden meines Wissens weiterhin Case Management Ansätze praktiziert, zwei möchte ich unter strategischen Gesichtspunkten besonders herausgreifen:

den einen weil eine am ehesten als Case Management zu bezeichnende Praxis dort wohl am weitesten entwickelt ist, den zweiten weil er aktuell besondere strategische Bedeutung erlangt:

**Zum ersten Bereich:** dem Entlassungsmanagement aus der Klinik.

Erstens betrifft dies einen traditionell der Pflege sehr naheliegenden Bereich und eine systematische „Einstiegsmöglichkeit“ ins Case Management. 2. fordert der 2002 konsentiert und 2003 in 19 Einrichtungen erprobte und evaluierte Expertenstandard „Entlassungsmanagement aus klinischen Einrichtungen“ ein auf dieses Tätigkeitsfeld adaptiertes Case Management (DNQP 2004).

Im Sinne dieses Standards übernimmt die Pflege lege arte von der Aufnahme des Patienten an Koordinations- und Steuerungsfunktionen im Sinne eines klassischen Case Managements.

Ich will hier nicht auf Einzelheiten des Standards eingehen, sondern kurz anhand der Ergebnisse der Implementationsprojekte aufzeigen, was bislang in der CM

Umsetzung schon klappt und wo noch Schwachpunkte liegen: Grundlage sind die Ergebnisse von 574 Entlassungsaudits aus einem Zeitraum von 4 Wochen. (Bei insgesamt 3036 Entlassungen dieser Kliniken in diesen 4 Wochen lag bei 574 = 19% ein poststationärer Unterstützungsbedarf vor, auf dem im Sinne des Standards reagiert wurde.)

Wider Erwarten klappt die Evaluation 48 h nach der Entlassung aus der Klinik. Zentrale Schwachpunkte sind:

1. Die Zuständigkeitsbereiche der beteiligten Berufsgruppen sind hausintern nur selten transparent geregelt.
2. Die Assessments und Kriterien sind in der Regel noch unklar, mit denen der nachstationäre Unterstützungsbedarf ermittelt und graduiert werden soll. Das ist nicht verwunderlich, denn auch die umfassende Literaturrecherche, die Basis der Standarderstellung war, konnte kein entsprechend umfassendes evidenzbasiertes Einschätzungsinstrument ermitteln.
3. Für die Übernahme der im Standard geforderten Beratungsleistungen für Patienten und Angehörige sind vorerst kommunikative Kompetenzdefizite zu verzeichnen.

**Ich komme zum zweiten Bereich**, in dem CM noch kaum verbreitet ist, dem ambulanten Sektor, hier wird Case Management zukünftig strategische Bedeutung gewinnen, aktuell im Rahmen des hier geplanten Pflegebudgetprojekts.

Für die regulierte Umsetzung von pflegebezogenen Case Management Strategien liegen hier ebenfalls noch Unklarheiten - neben der übergeordneten inhaltlichen Qualifikationsfrage - erscheinen mir zwei weitere zentral:

1. Wo sollen die Case Manager angebunden sein und welche Rollenanforderungen ergeben sich daraus für sie?

2. Wie wird die CM auslösende Bedürftigkeit der Klienten festgestellt und nach welchem fachlichen Maßstab die hoffentlich darauf bezogenen Leistungen vermittelt? Angesprochen ist damit die Frage nach Kriterien und Assessments - also ein ähnliches Problem wie beim Entlassungsmanagement.

### **3. Schlussfolgerungen aus diesen Schlaglichtern für ein „Case Management in der Bewährung“?**

Case Manager in zentralen pflegebezogenen Einsatzfeldern müssen absehbar für folgende zentrale Tätigkeitsmerkmale qualifiziert werden, für :

1. Mischfunktionen im Schnittpunkt von Fall-, Ressourcen-, Unterstützungs- u.U. auch Systemmanagement
2. intensiven kommunikativen Kontakt zu Klienten mit komplexem (Care und Cure) Leistungsbedarf bei oft unzureichend geklärtem Entscheidungs-/Handlungsspielraum und gleichzeitigem betriebsökonomischem Erwartungsdruck
3. das Ausbalancieren von Unsicherheit über klientenangemessene gemeinsame Ziele, fachliche Interventions- und Evaluationskriterien.

### **4. Das Erfordernis stützender Rahmenbedingungen**

Damit die Case Manager in ihrer ohnehin notwendig hohen Ambiguitätstoleranz nicht überfordert werden, erscheinen - neben einer anforderungsspezifischen Ausbildung von Schlüsselkompetenzen - zwei Rahmenbedingungen von unmittelbarer Bedeutung:

1. Unterstützung einer inhaltlichen Absicherung der Case Manager gegen Normdruck (Betriebsökonomie) und Normschwäche (fachlichen Maßstäbe) (Höhmann 2002)
2. zumindest für die Pflege kann ich das sagen: sind formal klare und transparente Zuständigkeitsregeln, definierte Funktionen, fachliche Handlungsspielräume zu schaffen, um typische rollenpathologische Extremreaktionen der Case Manager zu vermeiden, sofern sie übermäßigem Normdruck und/ oft gleichzeitig in anderen Bereichen übermäßiger Normenunklarheit / Normschwäche ausgesetzt sind (DNQP 2004, Höhmann 2002, Ewers 2000, Schaeffer, Moers 2000;)

Gemeint sind die vor allem von Dreitzel (1980) beschriebenen Verhaltensweisen zwischen zwanghafter Regelerorientierung, Ritualismus und anomischen Gleichgültigkeitsreaktionen.

Leider führen hier Ausführungen zum letzten Bereich zu weit - ich gehe deshalb kurz auf Lösungsoptionen zu Punkt 1 ein. Es geht um die

## **5. Die Aufgabe der fachlichen Absicherung der CM gegen Normdruck und Normschwäche**

Ausgangspunkt dazu ist die vielzitierte Erkenntnis:

Um Versorgungskontinuität berufs- und einrichtungsübergreifend gewährleisten zu können, benötigen die Professionellen wechselseitig anschlussfähige therapeutische Konzepte, die auch Relevanzbereiche und Perspektive der PatientInnen/Angehörigen systematisch berücksichtigen. Voraussetzung ist ein gemeinsamer übergreifender Orientierungsrahmen, innerhalb dessen die jeweiligen Berufsgruppen ihre therapeutischen Vorstellungen einordnen können.

Dieser Rahmen fehlt, zum Teil wird er explizit angemahnt. Diese Erkenntnis gilt, auch wenn einige Berufsgruppenvertreter und Inhaber von Assessmentlizenzen der Ansicht sind, ihre Assessments würden genau das schon leisten. Dem ist aber nicht so, denn auch wenn die in interprofessionellen Assessments erhobenen Werte eine Erleichterung für gemeinsame Situationsdefinitionen herstellen, so bedarf es doch eines übergeordneten Interpretationsrahmens, um die ermittelten Werte handlungsleitend zu interpretieren- und das ist ja hier das Ziel- nicht z.B. eine epidemiologische Erhebung von Patientenzuständen oder die Reifizierung von Punktwerten. Existente Assessments können immer nur definierte Teilbereiche und Teilperspektiven abbilden, deren Ausschnitthaftigkeit aber fatal wird, wenn darauf umfassende Versorgungsentscheidungen aufgebaut oder damit legitimiert werden. Die Frage nach angemessenen Assessments für pflegebezogenes Case Management ist nicht leicht zu beantworten, denn Ziele von Assessments bewegen sich in Spannungsfeldern, sie sollen:

1. zentrale Interventionserfordernisse, auch komplexe Bedingungsbeziehungen, interprofessionell und handlungsleitend erfassen
2. einen Beitrag zur rationalen Begründung für Mittelzuweisungen leisten - vorrangig für die Pflegebedürftigen

3. einen Beitrag zur Effizienzprüfung der erfolgten Interventionen leisten
4. (Teil)Anschlussfähigkeit zu bisherigen Einschätzkriterien herstellen.

Damit Case Management jedoch Erfolg haben kann, und nicht nur in formalen, inhaltsinvarianten Vermittlungsprozessen stecken bleibt, müssen berufs- und einrichtungsübergreifend Interventionsziele/ Evaluationsmaßstäbe entwickelt werden. Dazu benötigen die Professionellen wechselseitig anschlussfähige therapeutische Konzepte, die auch Relevanzbereiche und Perspektive der Patienten/Angehörigen systematisch berücksichtigen. Voraussetzung dazu ist wiederum der angemahnte übergreifender Deutungs-/Orientierungsrahmen, innerhalb dessen alle Beteiligten ihre (therapeutischen) Interventionsvorstellungen einordnen/abgleichen können.

Die folgenden Diskussionsvorschläge hier Abhilfe zu schaffen, orientieren sich wiederum an Erkenntnissen der Versorgungsforschung (Strauss, Corbin 1988; Corbin Strauss 1993; Schaeffer Moers 2000; Höhmann, Schulz, Müller-Mundt 1998; Höhmann 2002; Höhmann, Weinrich, Gätschenberger 1996) verbunden mit Prinzipien der von Honneth (1997) herausgearbeiteten Identitätsbedeutung der Anerkennung der Leiblichkeit, der Urteilsfähigkeit und des sozialen Wertes durch Andere. Daraus ergeben sich für die hier diskutierte Frage der Assessments im Case Management aus meiner Sicht folgende Desiderata:

**1.** Assessments sollten, das beinhalten was wir in den 90iger Jahren auch für die Pflegeplanung gefordert haben: a. Kontextbezüge zum Lebensalltag herstellen, b. einen Interaktionsbezug aufweisen, das heißt, die Perspektive der Professionellen gegen die der Klienten widerspiegeln, c. Prozessbezug aufweisen, Verläufe, Wechselwirkungen und Entwicklungen systematisch berücksichtigen. Ideen, wie das umsetzbar ist, liegen ja seit längerem zur Modifikation vor, deshalb gehe ich hierauf nicht weiter ein (Höhmann, Weinrich, Gätschenberger 1996).

**2.** festgelegte, alltagstaugliche Kernbereiche abbilden, die auf der Grundlage eines gemeinsamen übergeordneten Orientierungsrahmens Kriterien für Ressourcenallokationen, Interventionsentscheidungen und Erfolgsbeurteilung benennen und so der wechselseitigen Unsicherheit der Berufsgruppen einen gemeinsamen Orientierungsrahmen geben.

Anhaltspunkte für solche Kernbereiche lassen sich aus einem modifizierten und für diese Frage weiterentwickelten (z.B. Schaeffer/ Moers 2000, Höhmann 2002, DNQP 2004) Modell der Arbeitsgruppe um Anselm Strauss in den 70/ 80 / 90iger Jahren

herleiten (anwendungsbezogen: Corbin, Strauss 1992, 1993). Ein spezifisches Element dieses Modells bezieht sich auf fünf übergeordnete Kernbereiche, die auf der Grundlage der erforderlichen Bewältigungsarbeiten, die Patienten und Angehörige im Umgang mit chronischen Lebenseinschränkungen leisten müssen, empirisch begründet und benannt wurden. Diese fünf Kernbereiche sollten meiner Auffassung nach die Grundlage für spezifische Kriterien bilden, an denen sich CM Entscheidungen zu legitimieren haben und die in Assessments abgebildet sein sollten: Unterstützungserfordernisse bei 1. den krankheitsbezogenen, 2. den alltagsbezogenen, 3. den biografiebezogenen Bewältigungsarbeiten, sowie 4. dem Selbstmanagement und 5. den erforderlichen Koordinationsarbeiten der Klienten und ihrer Familien.

Vor diesem Hintergrund schlage ich vor, diese fünf Kernbereiche in allen Assessments oder Kriteriensammlungen, die Versorgungsentscheidungen nach sich ziehen zu berücksichtigen - und zwar in Aushandlung zwischen professioneller und Patienten/Angehörigenperspektive. Denn angesprochen werden damit 1. die zentralen Relevanzbereiche der Klienten und Angehörigen und 2. das Zuständigkeitsspektrum aller am Versorgungsprozess Beteiligten, den Einrichtungen, Berufsgruppen und privaten Netzwerken.

Für den Einsatz von standardisierten Assessments, müsste man Konkretisierungen und Operationalisierungen dieser Bereiche auswählen/diskutieren/ entwickeln, die dann aus professioneller und Patientensicht erhoben werden. Eine vorläufige Lösung könnte sein, für Einzelbereiche existente Assessments zu nutzen und die anderen Bereiche sowie die Bedeutung von Wechselwirkungen zwischen den Bereichen durch offene, gleichwohl strukturierte Beurteilungsfragen zu ergänzen. Im Fazit wäre das Assessment dann eine Mischung aus standardisierten u.U. vorhandenen Skalen und ergänzenden, offen, aber strukturiert, abgefragten Kriterien. Auf diese Weise kann auch Anschlussfähigkeit an vorhandene Vorgehensweisen hergestellt werden. Bei guter Dokumentation lassen sich aus einem solchen Mischverfahren die Kriterien für Ressourcenallokation, Interventionsentscheidung und Effizienzprüfung transparent abbilden.

Die Erfassung von Wechselwirkungen ist zentral, sonst wird ein Problem beispielsweise als „Schwierigkeit bei der Krankheitsbewältigung“ klassifiziert, das jedoch bei näherem Hinsehen auf alltagsbezogenen Schwierigkeiten oder zu geringen Selbstmanagementkompetenzen beruht oder aufgrund (nicht gewollter)

biografischer psychosozialer Anpassungsprozesse als nicht gelöst beurteilt wird. Diese Unterschiede haben u.U. Interventionsbedeutung und sind in diesem Sinne interessant.

Bei jedem Assessment und jeder Datensammlung von /über Klienten, muss beachtet werden, sich auf diejenigen Informationen begrenzen, die auch entscheidungs- und interventionsrelevant sind. An diesen handlungsleitenden Absichten, die für die Klienten transparent sein müssen, hat sich die Auswahl von Assessments/ Kriterien zu orientieren.

Macht man sich solche Gedanken zu eigen, dann müsste spätestens in einer Case Management Zusatzqualifikation, auf jeden Fall aber in Einrichtungen, die Case Management praktizieren als Training on the job - oder besser noch im Studium ein gemeinsames Orientierungskonzept als Grundlage möglichst überschneidender Interventionsparadigmata der Berufsgruppen gelehrt werden, aus dem sich Kriterien für die Ressourcenallokation und Erfolgsbeurteilung ableiten lassen.

## **6. Zusammenfassendes Fazit**

Als Fazit möchte ich folgende Fragen als Kriterien für ein sich bewährendes Case Management:

1. Gelingt ein Perspektivabgleich der Beteiligten oder reduziert sich das Case Management auf den bei Luhmann (1973) beschriebenen „Programmcharakter“ von Hilfe?
2. Gelingt es, auf die zentralen Bewältigungserfordernisse der Klienten bei Ressourcenallokation, Interventionsentscheidung und Erfolgsbeurteilung Bezug zu nehmen?
3. Wie steht es um die Qualität der Entscheidungen (übergreifender Orientierungsrahmen, „Evidenz“)
4. Gibt es klare Rahmenbedingungen, definierte Funktionen, fachliche Handlungsspielräume und darauf bezogene Qualifikationen des Case Managers?
5. Wie steht es um die volkswirtschaftliche Effizienz - die nichtintendierten Folgewirkungen?