

SOZIALE ARBEIT



Wolf Rainer Wendt

Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen

Eine Einführung

7. Auflage

LAMBERTUS

Wolf Rainer Wendt

**Case Management
im Sozial- und Gesundheitswesen**

Eine Einführung

LAMBERTUS

Wolf Rainer Wendt

**Case Management
im Sozial- und Gesundheitswesen**

Eine Einführung

LAMBERTUS

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

7. überarbeitete und erweiterte Auflage 2018

Alle Rechte vorbehalten

© 2018, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau
www.lambertus.de

Umschlaggestaltung: Nathalie Kupfermann, Bollschweil

Druck: Medienhaus Plump, Rheinbreitbach

ISBN: 978-3-7841-3048-4

ISBN ebook: 978-3-7841-3049-1

Inhalt

Einführung	7
------------------	---

Teil 1 Grundlagen

1 Das Konzept Case Management und seine Entwicklung.. 17

1.1 Die Entstehung und Verbreitung von Case Management.....	18
1.2 Case Management im Bezugsrahmen gesteuerter Leistungserbringung.....	27
1.3 Prozessmanagement und Fallführung	36

2 Grundlagen des Managements im personenbezogenen Dienst..... 41

2.1 Management in der Arbeit für Menschen und mit ihnen.....	42
2.2 Sorgen und Versorgung: Steuern und Leiten.....	56
2.3 Handhabung der Unterstützung und Versorgung: Definitionen	62

3 Gestaltungsaufgaben in personenbezogenen Diensten.... 79

3.1 Nutzer- versus Angebotsorientierung.....	82
3.2 Offene Konsultation – Sorgeberatung.....	85
3.3 Handeln nach Vereinbarung (Kontrakt)	88
3.4 Prozedurale Fairness	92
3.5 Produkt- und Ressourcenorientierung	95
3.6 Qualitätsmanagement	99
3.7 Versorgungsmanagement	104
3.8 Koordination, Vernetzung und Kooperation.....	109
3.9 Rationalisierung und Rationierung	117
3.10 Bedarfsplanung und Arrangements der Versorgung	121

Teil 2 Verfahren, Struktur, Funktionen

4 Dimensionen im Case Management 127

4.1 Reichweite und Veranlassung.....	133
4.2 Assessment: Einschätzung und Bedarfsklärung	141
4.3 Zielvereinbarung und Hilfeplanung.....	152
4.4 Kontrollierte Durchführung.....	159
4.5 Evaluation	164
4.6 Rechenschaftslegung.....	168

5	Strukturen beruflichen Case Managements	173
5.1	Fachliche Funktionstüchtigkeit.....	175
5.2	Vernetzte Strukturen und vernetztes Arbeiten.....	179
5.3	Wer ist Case ManagerIn?	185
5.4	Funktionen und Berufsrollen von Case ManagerInnen	191
5.5	Standards der Praxis von Case Management.....	199
Teil 3 Anwendungen		
6	Einsatzgebiete von Case Management	217
6.1	Case Management in der Pflege	217
6.2	Case Management in der Rehabilitation	224
6.3	Case Management in der Behindertenhilfe	228
6.4	Case Management in der rechtlichen Betreuung	236
6.5	Case Management in der Familienhilfe	239
6.6	Case Management in der Kinder- und Jugendhilfe	246
6.7	Case Management in der Straffälligenarbeit.....	251
6.8	Case Management in der Arbeit mit Suchtmittelabhängigen und Wohnungslosen.....	256
6.9	Case Management in der Psychiatrie	261
6.10	Case Management in der Krankenversorgung.....	267
6.11	Case Management zur Arbeitsmarktintegration	281
6.12	Case Management im Versicherungswesen	286
Glossar.....		289
Abbildungsverzeichnis.....		297
Literatur.....		298
Der Autor.....		346

Einführung

Das Programm und Handlungskonzept Case Management wird in vielen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens angefordert und angewandt. Es sind Reformabsichten gewesen, die das Case Management für eine **veränderte Arbeitsweise** in den Diensten und Einrichtungen empfohlen haben, deren Aufgabe das Helfen, Pflegen, Fördern, Betreuen und Heilen ist. Die Richtung der Neugestaltung ist in allen Versorgungsdiensten für Menschen (*human service organizations*) die gleiche: es muss rationalisiert werden, wobei auf die Gewährleistung von Qualität und auf die Begrenzung der Kosten gesehen wird, und man will eine Integration der Leistungserbringung, abgestimmt mit den Nutzern, erreichen. In der beruflichen Tätigkeit verschiebt sich das Schwergewicht vom persönlichen fürsorglichen Einsatz des einzelnen Professionellen zur Zusammenarbeit einer Mehrzahl von Beteiligten und zur Koordination in der Ressourcennutzung und Leistungserbringung. Für die Gestaltung und Steuerung dieser Vorgänge hat sich ein neues Verständnis von Management auch in den Diensten, die „an Menschen“ erbracht werden, verbreitet. Für Kooperation und Koordination, für Kontrolle von Kosten und Qualität der Hilfen und Behandlungen soll dieses Management sorgen; es soll unnötige und unwirksame Leistungen vermeiden. Der Sozialstaat begrenzt die Ansprüche, die an ihn und seine Versorgungssysteme gestellt werden. Verlangt wird mehr „Zielgenauigkeit“ von Leistungen, und um sie zu erreichen, muss die ganze Arbeitsweise in Betracht gezogen und geprüft werden.

Das vorliegende Buch informiert über die Entwicklung, die Funktionen und die Anwendungsbereiche von Case Management als dem zentralen Verfahren in der einzelfallbezogenen Steuerung von Humandiensten. Dem Praktiker kann es als Handbuch dienen, das die Arbeitsweise und die Vielfalt seines Einsatzes erläutert. Als Lehrbuch bietet es eine systematische Darstellung aller Momente von Case Management im Sozialwesen, in der Pflege und in der medizinischen Versorgung, in der Beschäftigungsförderung und im Versicherungswesen.

Die Anwendung des Verfahrens steht nun allerdings im Verdacht, dass in ihm vorrangig auf *die Kosten* und nicht so sehr auf *den Menschen* und seine Bedürfnisse geschaut wird. Richtig ist, dass in jedem Management der Einsatz von Mitteln in Beziehung zum Ertrag gebracht wird. In Sozial- und Gesundheitsberufen setzen sich Menschen helfend, pflegend und heilend für Menschen ein, und der Aufwand, den sie betreiben, will gut überlegt sein. Es ist im Interesse aller Beteiligten, rational zu gestalten. Im sozialen und gesundheitlichen Management wird von der einseitigen Fürsorge des professionellen Helfers und Behandlers übergegangen zu einem vielseitigen Prozess der Zusammenarbeit, in dessen Steuerung die vorhandenen Mittel und Möglichkeiten rational und zielgerichtet gehandhabt werden und die Nutzer zu aktiver Mitwirkung aufgefordert sind. Aufgabe des Managements seitens des Versorgungssystems ist diese Zusammenführung von Ressourcen und ihre überlegte Handhabung. Die Umstellung im Denken und Handeln auf eine dermaßen zu arrangierende Kooperation fällt vielen Fachkräften in sozialen, pflegerischen und medizinischen Diensten allerdings schwer. Sie bauten zuvor auf ihre persönlichen beruflichen Fähigkeiten, so wie ein guter Handwerker mit Kopf und Hand alleine fertig bringt, was ihm aufgetragen wird. Nun sollen sie ihren professionellen Einsatz als Teil eines dienstlichen, betrieblichen Geschehens betrachten. In ihm kommen persönliche, soziale und ökonomische Momente zusammen. Im vorliegenden Buch werden sie als ein Kontinuum behandelt. Case Management ist eine sozial- und heilberufliche und ebenso sehr eine organisationsbezogene und wirtschaftlich gestaltete, die Prozesse des Zusammenwirkens optimierende Arbeitsweise. Sie beschneidet die fachliche Zuständigkeit nicht, sondern optimiert ihre Nutzung.

Es ist zunächst nötig, das ganze **Programm und Handlungskonzept** des Case Managements zu verstehen. In den „psychosozialen“ Berufen haben wir in der Vergangenheit nach immer neuen Rezepten für die Behandlung von Problemen, Schwierigkeiten und Störungen gegriffen. Case Management stellt kein solches Rezept, keine Therapie und auch keine bloße Technik neben anderen dar. Es sorgt für ein Arrangement, in dem formelle Dienste und Maßnahmen mit den informellen und zufälligen Weisen möglichst hilfreich übereinkommen, in denen Menschen für sich selber, miteinander, bei Schwierigkeiten und Krankheiten und mit Behinderungen ihr Leben führen. Darauf bezogen ist auf das *Machbare* zu sehen – und es ist zu *managen*. Dienstleistungen werden passend organisiert, und Professionelle haben sich untereinander wie mit den Menschen abzustimmen, in deren Dasein und Befinden sie mit ihren Verfahren eingreifen. Das Management führt zu einem Arrangement, ersetzt aber nicht spezielle fachliche Aktivitäten

in ihm. Entscheidungen über einzelne Behandlungen, über pflegerische Hilfen oder erzieherische Maßnahmen fallen auf den im Case Management gebahnten Weg. Auf ihm wird geklärt, was zu tun ist, wie das zu machen ist und wer etwas dazu beitragen kann und soll.

Die gemeinte Lenkungs- und Gestaltungsweise verbindet *Organisation* und planmäßiges *Verfahren* (Methode) enger miteinander als bisher. Die Stadien im Prozess des Case Managements reichen, richtig verstanden, über das *Procedere* des Einzelfalls hinaus. Organisiert wird die humandienstliche Handhabung von Fällen generell – methodisch, betrieblich und versorgungspolitisch. Es ist unzulässig, das **Konzept** Case Management auf die Strukturierung des Ablaufes von personenbezogenen Hilfestellungen oder Behandlungen zu verkürzen. Die Praxis rezipiert in dieser Hinsicht das Konzept oft unzureichend. Der Verfasser hat in den letzten Jahren in vielen Fachdiskussionen erfahren, dass eine Hauptschwierigkeit bei der Implementierung von Case Management *als Programm der Gestaltung der ganzen dienstlichen Arbeit* darin besteht, dass man das Verfahren ungenügend fallübergreifend verankert.

Das Konzept Case Management widmet sich sowohl der Kontingenz des Einzelfalls, in dem eine individuelle Problematik in einem angemessenen Verfahren bewältigt oder gelöst wird (Fallführung), als auch dem organisierten Prozess, in dem ein humandienstlicher Betrieb seinem Versorgungsauftrag in vielen einzelnen Fällen nachkommt (Systemsteuerung). Case Management bezeichnet eine Mehrebenenstrategie. Sie sucht die Steuerung der humandienstlichen Leistungserbringung auf der Ebene organisierter Versorgung auf die Steuerung des Prozesses der Aufgabenbewältigung im Einzelfall abzustimmen – und sie bindet gleichzeitig das Geschehen auf dieser Ebene der Interaktion professioneller Akteure mit betroffenen Menschen in den Ablauf und die Strukturen des Betriebs der Versorgung ein. Auf der Organisationsebene kann das Case Management hauptsächlich ein *Netzwerk-* und ein *Schnittstellenmanagement* bedeuten; auf der Ebene der individuellen Fallführung wird ein möglichst bedarfsgerechter „Zuschnitt“ von Leistungen erstellt, die im Einzelnen mit den Abnehmern „auszuhandeln“ sind und in deren Nutzung sie auch eingewiesen werden wollen. In Humandiensten sind die (fallübergreifenden) Aufgaben der *Erschließung* nicht identisch mit den (fallspezifischen) Aufgaben der *Erbringung*; in dem ganzen Prozess, für den ein Case Management eingeführt ist, hängen sie zusammen.

Die *Methode* besteht für die Akteure im direkten Dienst und dessen Adressaten darin, sich fallweise gemeinsam und sich selber in bestimmter Weise zu organisieren. Gegenstand des Managens sind Aufgaben, nicht die Menschen, die diesen Aufgaben nachkommen wollen oder müssen. Aber die Methode lässt Raum für die Kunst der Beziehung und für eine persönliche Gestaltung des beruflichen Einsatzes. In Diensten am Menschen bleibt die personale, mitmenschliche Begegnung ein zentraler Faktor. Im Case Management ist die „helfende Beziehung“ aber keine Vorbedingung für ein Erfolg versprechendes berufliches Handeln. Es orientiert sich primär an der Aufgabenstellung und bezieht den Menschen, dem geholfen werden soll, in diese sachliche Orientierung ein. Die Bewältigung der Aufgabe wird zur Grundlage der Kooperation und der Arbeitsbeziehung in ihr.

Zur **Gliederung** des Buches: In Teil 1, dessen Gegenstand die Grundlagen des Konzepts sind, beschreibe ich im *ersten Kapitel* die historische Entfaltung von Case Management vor dem Hintergrund von Umstellungen im Sozial- und Gesundheitswesen in den vergangenen Jahrzehnten. Zuerst hat sich die professionelle Sozialarbeit des Verfahrens angenommen, um besonders benachteiligte und problembeladene Menschen den verstreuten Diensten zuzuführen, die sie benötigen. Im formellen Versorgungssystem mangelt es aber überall und nicht nur im Feld der Sozialen Arbeit an einem koordinierten und planmäßigen Vorgehen, weshalb das Verfahren bald auch im medizinischen Feld, in der Pflege und Rehabilitation sowie in der Beschäftigungsförderung Verbreitung gefunden hat. In Humandiensten geht es überall um eine zweckmäßige und zielgerichtete Handhabung von Mitteln und Möglichkeiten. Dass SozialarbeiterInnen, Ärzte und Fachkräfte der Pflege und Rehabilitation ihr professionelles Handeln in ein „Management“ transformieren, ist eine Konsequenz des Systems der Versorgung, dem sie angehören, nicht ihrer jeweiligen Fachkompetenz.

Das *zweite Kapitel* wendet sich der Frage zu, wie sich Management mit Menschlichkeit im personenbezogenen Handeln verträgt. Die Sachlichkeit der Bezogenheit auf einen Fall wird als Vorzug des Case Managements beschrieben. Die „Fallführung“ übergreift die diskreten Prozesse der Beratung und Begleitung, der Förderung, der Behandlung und der Pflege, organisiert und gestaltet ihren Zusammenhang. Dabei bleibt das Case Management für verschiedene Anwendungen offen. Das Kapitel gibt einen Überblick über die Varianz dessen, was fachlich unter ihm verstanden wird. Das *dritte Kapitel* nimmt den „Produktionsprozess“ im formalen System der Leistungserbringung von Sozial- und Gesundheitsdiensten in den Blick. Das Management der Unterstützung, Behandlung, Pflege und Förderung

erfolgt innerhalb von betrieblichen, rechtlichen und finanziellen Arrangements. Versorgungsstrukturen sind das Gerüst, in dem die direkten Dienste für Menschen erbracht werden. Sie sind im Case Management die Nutzer des Handelns von Fachkräften, die ihrerseits auf eine rationale Gestaltung des Leistungsgeschehens in der Dienststelle oder der Einrichtung angewiesen sind, der sie angehören.

In Teil 2, der den methodischen, strukturellen und personalen Faktoren gewidmet ist, stelle ich im *vierten Kapitel* zunächst das Verfahrensreperoire im Case Management in seinen einzelnen Komponenten dar. Zugangseröffnung, Assessment, Planung, kontrollierte Durchführung, Evaluation und Rechenschaftslegung sind je für sich vielseitige Praktiken, in denen die Arbeitsweise ihre Flexibilität und spezifische Eignung für verschiedene Anwendungsbereiche und individuelle Gegebenheiten beweisen kann. Die Dimensionen des Verfahrens hängen zusammen. Nicht selten werden sie losgelöst von einander *pars pro toto* für das Case Management gehalten: In der Organisation des Zugangs interessiert man sich für Art und Umfang der Inanspruchnahme (utilization) und versteht das ganze Verfahren als „utilization management“. Eine Hilfeplanung weitet sich unter Einschluss des Assessments und der Zielbestimmung zur Fallführung aus, und das Monitoring lässt sich zu einer durchgängigen Prozessbegleitung und -kontrolle nutzen, worin gelegentlich die Aufgabe des Case Managements überhaupt gesehen wird. In ihrem organischen Bezug aufeinander und bei differenzierter Betrachtung der einzelnen Schritte wird auch klar, dass sie nicht mechanisch unternommen und nicht als Rezept für Problemlösungen aufgefasst werden dürfen. Sie sind Handlungsrahmen für die Erledigung der Aufgaben, die sich in Sozial- und Gesundheitsdiensten stellen.

Das *fünfte Kapitel* ist den strukturellen Problemen gewidmet, die bei der Einführung von Case Management auftreten. Es bezieht verschiedene Berufsgruppen ein und berührt ihren Status. Wie fügen sich die Aufgaben und Berufsrollen von Case ManagerInnen in die Infrastruktur der Dienste und Einrichtungen und die Fachlichkeit des Case Managements in das professionelle System? Beschrieben werden vier Modelle der Ausübung von Case Management in der Fallführung. Eine feste berufliche Zuordnung dieser Tätigkeit hat sich nicht ergeben. Aber es sind Rahmenempfehlungen und Standards für sie formuliert worden. Der fünfte Abschnitt schließt mit dem Text der Standards, welche die größte amerikanische Berufsorganisation der Case ManagerInnen erstmalig 1995 vorgelegt hat. Die internationale Entwicklung in den Humandiensten ist in der Zwischenzeit

fortgeschritten. Eine eigenständige Fachlichkeit prägt sich im Handeln von Case ManagerInnen aus, abgehoben von der spezifischen Kompetenz ihres Grundberufes.

Bereits die sechste Auflage des Buches hat dem bereichsspezifischen Einsatz des Handlungskonzeptes mehr Raum gegeben. In der neuen Auflage sind einige Ergänzungen hinzugekommen. Das im Teil 3 angesiedelte *sechste Kapitel* beschreibt die einzelnen Anwendungen von Case Management in den Feldern des Sozial- und Gesundheitswesens. Ambulant und stationär, in Pflegediensten, zur Teilhabe von behinderten Menschen, in der Rehabilitation, zur Eingliederung ins Arbeitsleben, in Migrationsdiensten, in der Kinder- und Jugendhilfe, in den sozialen Diensten der Justiz, im Betreuungswesen und im Versicherungswesen, in der Psychiatrie und in der Versorgung chronisch körperlich kranker Menschen wird ein solches Management gebraucht. Das vorliegende Buch soll dazu beitragen, über den begrenzten Horizont einer spezialisierten Berufstätigkeit hinweg die Gemeinsamkeiten in der Steuerung des Leistungsgeschehens in „Diensten am Menschen“ zu sehen. Die verschiedenen Einsatzmöglichkeiten des Verfahrens werden exemplarisch beschrieben; die neue Auflage hat Beispiele aus den letzten Jahren aufgenommen, gesetzliche Änderungen eingearbeitet und ältere Anwendungen ausgelassen. Das Lehrbuch soll mit dem Verständnis, das es vermittelt, zu einer flexiblen, vielseitigen Praxis im Management der Unterstützung und Förderung, der Behandlung und Pflege befähigen.

Case Management hat sich international im Sozial- und Gesundheitswesen, zur Integration in Arbeit, im Bereich der Justiz und im Versicherungswesen ausgebreitet. Der Text des Buches beschreibt seinen Gegenstand in dieser Vielfalt und in den Möglichkeiten, welche die jeweiligen fachlichen, organisatorischen und rechtlichen Rahmen der Arbeitsweise bieten. Um an den Entwicklungen und Erfahrungen über Sprachgrenzen hinweg teilhaben zu können, ist die Verwendung einer einheitlichen Terminologie angebracht. Zu diesem Zweck wird im Abschnitt 2.3 eine begriffliche Differenzierung vorgenommen, und dem Buch ist ein *Glossar* beigegeben, das die wichtigsten englischen und deutschen Begriffe erläutert.

Die systematische Darstellung von Case Management kann der humanberuflichen Ausbildung dienen, für die Weiterbildung herangezogen und vom Praktiker benutzt werden, der den Handlungsrahmen des Case Managements allgemein kennenlernen und es speziell in seinem Arbeitsfeld anwenden will. Das Buch hat selber eine Geschichte. Es kam 1997 in

der Nachfolge der ersten deutschsprachigen Buchveröffentlichung zum Case Management heraus: „Unterstützung fallweise. Case Management in der Sozialarbeit“, erschienen bei Lambertus in der ersten Auflage 1990, in der zweiten Auflage 1995. Vergleicht der Leser jenes Buch mit dieser Publikation und sie in ihren verschiedenen Auflagen bis zur vorliegenden, wird er eine Verlagerung der Schwerpunkte feststellen: von der sozialen Einzelhilfe zur gesundheitlichen und sektorübergreifenden humandienstlichen Versorgung, vom Handeln des einzelnen Case Managers zur Organisationsentwicklung integrierter Versorgung und darin zu den Prozessen der Zusammenarbeit mit betroffenen und beteiligten Bürgern, unter Fachkräften und im Netzwerk von Dienstleistern.

Die Fortschritte im Einsatz des Case Managements in den vergangenen Jahren haben den Verfasser wiederholt veranlasst, das bewährte Lehrbuch zu revidieren und den Text an vielen Stellen und auch um ganze Teilstücke (zum Betreuungsmanagement, bei den Diensten am Arbeitsmarkt und zum Case Management im Versicherungswesen) zu ergänzen. Die Abwandlungen im Verständnis und in der Anwendung des Verfahrens, an denen der Autor im deutschsprachigen Raum beteiligt war und ist, bleiben aber in den einzelnen Abschnitten des Buches ablesbar. Der Entwicklungsprozess des Case Managements zeichnet sich in den Teilen ab, an denen wenig zu ändern nötig war, und in denen, die überarbeitet und ergänzt wurden.

Eine Anmerkung zum grammatischen Genus der Person- und Funktionsbezeichnungen: Die männliche Form einer Benennung schließt Frauen ein; die weibliche Form der Bezeichnung (z. B. in der beruflichen Krankenpflege) schließt Männer nicht aus.

Wie in den vorherigen sechs Auflagen soll die Darstellung in diesem Buch das Handlungskonzept Case Management verständlich machen, es zu Zwecken einer reformierten Versorgung in den verschiedenen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens erläutern und ausführlich einen Überblick über das Verfahren, seine Funktion und seine Einsatzmöglichkeiten geben. Möge das Buch einer gründlichen Ausbildung im Case Management und seiner weiteren Verbreitung in der Praxis dienen.

Stuttgart, im Februar 2018

Wolf Rainer Wendt



Teil 1

Grundlagen



Kapitel 1

Das Konzept Case Management und seine Entwicklung

Case Management ist eine Verfahrensweise in Sozial- und Gesundheitsdiensten, mit der im Einzelfall die nötige Unterstützung, Behandlung, Förderung und Versorgung von Menschen rational bewerkstelligt wird und nach der sich Versorgungsprozesse in vielen Fällen und über Sektorgrenzen und fachliche Zuständigkeiten hinweg organisieren lassen. Die individuelle Handhabung des Vorgehens und des Einsatzes von Mitteln wird bei einem längeren Ablauf gebraucht, nicht wenn in einer Notsituation sofort geholfen oder eingegriffen werden muss. Angezeigt ist das gemeinte Vorgehen bei einer in der Regel komplexen Problematik mit einer Mehrzahl von Beteiligten und in vernetzten Bezügen. Im Case Management wird ein zielgerichtetes System der Zusammenarbeit organisiert.

Die Verfahrensweise hat ihren Ausgang von der methodischen Einzelfallhilfe (*case work*) in der beruflichen Sozialarbeit genommen. Das Programm des Case Managements entfernte sich von ihr und erweiterte seine Zuständigkeit, indem es zu einem Instrumentarium zur Steuerung von Prozessen wurde, die sich nicht auf die fürsorgerische Beziehung eines einzelnen Professionellen auf einen Hilfebedürftigen beschränken ließen. Wenn Menschen punktuell Hilfen brauchen, eine materielle Unterstützung, einen Rat, ein klärendes Gespräch oder akut eine ärztliche Behandlung, ist weiter kein Management erforderlich. Die Erkenntnis, dass es häufig mit solchen einzelnen Maßnahmen nicht getan ist, hat in den Sozial- und Gesundheitsdiensten den Boden für ein professionelles Unterstützungs- und Versorgungsmanagement bereitet. Es hat sich auch im Bereich der institutionellen Beschäftigungsförderung und im Versicherungswesen etabliert. Das Konzept Case Management stellt einen *Handlungsrahmen* dar und fasst die steuernden Funktionen in der Erbringung von personbezogenen Leistungen der Humandienste zusammen.

Die methodische Durchführung „am Fall“ ist das eine, die Gestaltung der Organisation das andere, in der das Case Management zum Einsatz kommt. Mit ihm wollen die Träger von Diensten und Einrichtungen die

auftragungsgemäße Leistungserbringung möglichst optimal vonstatten gehen lassen. Case Management betrifft hier das Regime des ganzen Betriebs. Es steuert seine Abläufe. Es gibt also zum Case Management als *methodischem* Konzept auf der personalen Handlungsebene ein Case Management als Organisations- oder **Systemkonzept** in administrativer Funktion. Beides gehört in der Mehrebenenstrategie des Case Managements zusammen. Stets geht es um die wirksame Handhabung und Gestaltung von *Prozessen*. Wer auf der Organisationsebene von Case Management spricht, meint die *Systemsteuerung* – und nicht ohne Weiteres die professionelle Methodik und den Handlungsablauf im Management eines Einzelfalles, worin bei möglichst weitgehender Abstimmung mit dem Nutzer planmäßig, koordiniert und kontrolliert vorgegangen wird. Von dieser Seite aus betrachtet ist zu bedenken, dass der erfolgreiche Einsatz der Methode Case Management in Humandiensten davon abhängt, ob tatsächlich in ihrem Betrieb die strukturellen Voraussetzungen gegeben sind bzw. eine *Organisationsentwicklung* stattfindet, welche die Strukturen der humandienstlichen Versorgung auf die prozessualen Anforderungen des Case Managements abstimmt, ihm gewissermaßen den Weg bahnt und das Netzwerk schafft, in dem die Zusammenarbeit erfolgen kann, die für das Case Management charakteristisch ist.

Es greift vom **Fall** auf das **Feld** aus, in dem die Ressourcen vorliegen, die sich heranziehen lassen. Das Gebiet kann das stationäre Handlungsfeld einer Einrichtung der Krankenversorgung oder der Rehabilitation sein; in jeder Form ambulanter Arbeit ist es ein *Sozialraum* und das *Gemeinwesen*, in dem die Menschen leben, die und deren Probleme zu umsorgen sind. Das auf sie bezogene Case Management erschließt Ressourcen für den Einzelfall, indem es sich darum kümmert, dass sie im Feld vorhanden sind und für die Fälle, die vorkommen, aufbereitet werden. Das Case Management integriert das fallbezogene Handeln und die sozialraum- bzw. gemeinwesenbezogene Praxis (Rothman/Sager 1998). Es muss sich *im Feld* positionieren, um im Einzelfall Erfolg zu haben.

1.1 Die Entstehung und Verbreitung von Case Management

Die Reorganisation der sozialen und gesundheitlichen Versorgung seit den 1970er-Jahren bildet den Hintergrund der Einführung von Case Management. In den USA, aber auch in anderen Ländern, entließ man seinerzeit

chronisch psychisch kranke, geistig behinderte und pflegebedürftige Menschen in großer Zahl aus der stationären Unterbringung. Man hielt es von den Rechten der Bürger her nicht mehr für vertretbar, sie in Heimen und Anstalten festzuhalten, und hatte auch erkannt, dass die Versorgung dort die Insassen lebensuntüchtig macht, viel kostet und mehr schadet als nutzt. Überall wurden die stationären Angebote reduziert. Lebten 1965 in den USA 559.000 psychisch kranke Menschen in den Anstalten öffentlicher Träger, so waren es 1981 nur noch 125.000 und um das Jahr 2000 weniger als 70.000. In Kalifornien nahm die Bettenzahl in den staatlichen Psychiatrie-Krankenhäusern von 37.000 im Jahre 1967 auf 5.000 im Jahre 1984 ab (Rothman 1992: 2). Auch in anderen Ländern erfolgte eine Umorientierung von stationären zu offenen Hilfen.

Die Kampagne der sogenannten „**Deinstitutionalisierung**“ oder „*Enthospitalisierung*“ brachte nun die Notwendigkeit mit sich, für die Entlassenen, die man oft buchstäblich auf die Straße gesetzt hatte und die dort hilflos blieben, eine hinreichende ambulante Betreuung durch soziale und medizinische Dienste zu organisieren. Aber auch für diejenigen Leistungsberechtigten, die aufgrund neuer sozialpolitischer Programme Humandienste beanspruchen konnten, musste der Zugang zu ihnen erschlossen und eine angemessene Versorgung gestaltet werden (s. zum Einfluss der Gesetzgebung auf die „service system reform“ in den USA Dill 2001: 7 ff.).

Im ambulanten Sektor der Versorgung bestand ein unkoordiniertes Nebeneinander von Hilfeangeboten. Es gab in den 1970er-Jahren in den USA eine Reihe von Versuchen zur Integration der Angebote in ein dem Bürger erschlossenes oder erschließbares Dienstleistungssystem (*service integration*). Behinderte Menschen sollten mit dem Case Management einen Dienst erhalten, der ihnen die notwendige soziale, medizinische und erzieherische Unterstützung verschafft und diese koordiniert. So steht es im amerikanischen *Developmental Disabilities Act* von 1975 (Public Law 95-602). Eine verbindliche Hilfeplanung für Behinderte wurde gesetzlich verankert. Unter dem Druck der offensichtlichen Not vieler „deinstitutionalisierter“ Menschen kamen Programme hinzu, die eine vernetzte Versorgung dieses Personenkreises im kommunalen Umfeld ermöglichen sollten. In einer entsprechend strukturierten gemeindenahen Versorgung oder „Gemeindepflege“ – *community care* – schrieb man nun dem Case Management die Aufgabe zu, personbezogen die nötigen Hilfestellungen zu bieten. 1977 legte das *National Institute of Mental Health* (NIMH) ein *Community Support Program* auf, in welchem erstmalig dem Case Management eine entscheidende Rolle zugeordnet wurde (Turner/TenHoor 1978:

313 ff.). Das Programm sollte für psychisch Kranke unterstützende Dienste im Gemeinwesen erschließen und diese in koordinierter Weise individuell zugänglich machen. Man sah vor, dass eine Fachkraft oder ein Team mit dem Klienten Kontakt hält, egal welche und wie viele Dienste tätig werden. "This can provide the glue that binds otherwise fragmented services into arrangements that respond to the unique and changing needs of clients" (Turner/Shifren 1979: 9).

Entsprechend lautete, formuliert von James Intagliata für die *National Conference on Social Welfare 1981*, eine der **frühen Definitionen** von Case Management: "(...) a process or method for ensuring that consumers are provided with whatever services they need in a coordinated, effective, and efficient manner" (zit. nach: Amado/McAnally/Linz 1989: 5). Weil besonders die sozial schwachen und verletzbaren Personengruppen diese Zusammenführung von Unterstützung brauchten, berechnete der amerikanische *Omnibus Budget Reconciliation Act 1981* diese Gruppen, ein Case Management zu beanspruchen.

Es entstanden bald verschiedene **Modelle** der neuen Arbeitsweise. Der einfachste Typus konzentrierte sich auf die Vermittlungstätigkeit des Case Managers (*broker model*). Er „makelt“ Dienste personenbezogen, indem er sie in Kenntnis der Situation im Einzelfall passend beschafft. Er sorgt dafür, dass Bedürftige und Dienstleistungen einander finden. Ein anderer Typus von Case Management arrangierte Unterstützung zur Eingliederung und Rehabilitation von in ihrer Funktionsfähigkeit beeinträchtigten Menschen (*rehabilitation model*). Ein weiteres Modell legte das Schwergewicht darauf, Klienten in ein selbstständiges Leben im Gemeinwesen einzuüben (*Program for Assertive Community Training, PACT*). Von Charles Rapp und seinen Kollegen wurde ein Modell entwickelt, das von den Stärken einer jeden Person ausgeht, um an sie mit Möglichkeiten der Lebensführung anzuknüpfen (*strength model*). Gerade bei chronisch psychisch kranken Menschen lassen sich so Wege finden, auf denen sie in der umgebenden Realität zurechtkommen können (Rapp 1993: 143 ff.). Für verschiedene Anwendungsbereiche wurden in den 1980er-Jahren weitere Ansätze von Case Management entwickelt.

Anders als in den USA mit ihren verstreuten Diensten und Förderprogrammen ist die Einführung von **community care** als gemeindegestütztes Versorgungssystem mit dem Instrumentarium des Case Managements in *Großbritannien* Ausfluss politischer Willensbildung und Entscheidung auf nationaler Ebene gewesen. Nach 1980 kam in Großbritannien auf

die Sozialdienste und das Gesundheitswesen die Forderung nach einer effektiven und effizienten Arbeitsweise zu, welche die hohen Kosten der Versorgung rechtfertigt. Die Regierung Margaret Thatcher verlangte eine an der freien Wirtschaft orientierte Reform des öffentlichen Dienstes, zu dem in Großbritannien auch das staatliche Gesundheitssystem (National Health Service) gehört. Die Administration sollte allgemein unternehmerisch kompetent und dadurch produktiver werden.

Im Auftrag des britischen Parlaments verfasste eine Kommission unter Leitung des Unternehmers Roy Griffiths 1983 einen Bericht, in dem der Mangel an einer klaren Verteilung der Funktionen, Kompetenzen und der Verantwortlichkeiten im Versorgungssystem festgestellt wurde – mit der Empfehlung, in den kommunalen Sozialbehörden ein Case Management vorzusehen. Wie es vonstatten gehen konnte, war in der Altenhilfe seit 1970 bereits mit dem *Kent (Thanet) Community Care Scheme* gezeigt worden: Beauftragte Sozialarbeiter erhielten zur Versorgung Pflegebedürftiger ein Budget in Höhe von zwei Dritteln der Kosten von Heimpflege und organisierten im Rahmen dieses Budgets für ihre Klienten eine ambulante oder teilstationäre Versorgung im Gemeindekontext. Viele Heimunterbringungen konnten so vermieden werden, und das Projekt erwies die „Kostenwirksamkeit“ (*cost-effectiveness*) des Case Managements (Challis/Davies 1986).

Nach einer längeren Diskussion und einer Reihe weiterer, öffentlich geförderter Modellversuche, die von der *Personal Social Services Research Unit* (PSSRU) der Universität von Kent betreut und ausgewertet wurden (Renshaw et al. 1988), legte die britische Regierung 1988 in einem „White Paper“ ihr Konzept vor und definierte darin *community care* als lokale Bereitstellung der Dienste und der Unterstützung, welche Menschen mit Problemen des Alters, einer psychischen Erkrankung, mit geistiger oder körperlicher Behinderung oder einer Sinnesbehinderung benötigen, um fähig zu sein, weitestgehend unabhängig in ihrer eigenen Wohnung oder in vergleichbaren Wohnformen am Ort leben zu können (Caring for People 1989: 3). Es gelte, dafür das richtige Maß an Intervention und an Unterstützung zu finden, welches die Menschen befähigt, ein Maximum an Unabhängigkeit und Kontrolle über ihr Leben zu erreichen oder zu bewahren (a. a. O.: 9). Ein Management im Einzelfall diene diesem Zweck und wird darum ausdrücklich empfohlen.

Im Ergebnis der Diskussionen und der Modellversuche beschloss das britische Parlament 1990 den *National Health Service and Community Care Act*. Das Gesetz verweist die Zuständigkeit für die Bedarfsprüfung und die Hilfeplanung für Versorgungsbedürftige an Care ManagerInnen in der lokalen Sozial- und Gesundheitsbehörde (*Local Authority Social Service Department*). Die amtlichen Care ManagerInnen sind Ansprechpartner für den Bürger, und sie stellen das auf den Einzelfall bezogen passende Leistungspaket, das Bündel nötiger Versorgungsleistungen (*package of care*) zusammen. Gewöhnlich übernimmt eine Sozialarbeiterin diese Funktion. Es kann aber auch eine Gemeindeschwester (angestellt beim National Health Service) oder ein Beauftragter der Heimbetreuung sein (Storrie 1996: 403). Das zuständige Ministerium gab Anleitungen heraus, wie das Care Management in seinen hauptsächlichen Funktionen erfolgen kann (Department of Health 1991 a–c). Amtlich wurde für den Aufgabenbereich die Bezeichnung „Care Management“ anstelle von „Case Management“ gewählt, weil der Prozess der Versorgung und nicht die einzelne Person als „Fall“ zu managen sei (Department of Health 1991 a: 12). Die lokale Behörde ist für die Bedarfsfeststellung, Hilfeplanung und Koordination der Versorgung zuständig, nicht direkt für die personenbezogene Leistungserbringung.

Die Sozialarbeiterschaft war zunächst von den neuen Aufgaben nicht sehr erbaut: Organisieren, Planen, Mittelverwaltung, Aushandeln von Kontrakten, „Einkaufen“ von Diensten und die Überwachung von Leistungen schienen ihr wenig in das Selbstbild einer direkten personbezogenen Fürsorge zu passen. Andererseits passen jene Aufgaben besser in eine ganzheitliche Soziale Arbeit als in das Fachgebiet anderer helfender Berufe. Community Care ist, wenn sie erfolgreich sein soll, auf die Kompetenz der Sozialen Arbeit in Beratung und Gemeinwesenorganisation angewiesen (Payne 1995: 1 ff.).

Im britischen Community Care wird von der Prüfung des Bedarfs, der Entscheidung über eine Leistungsgewährung und der Planung die Erbringung der Dienstleistungen durch Anbieter auf dem Markt der Sozial- und Gesundheitsdienste getrennt. Die kommunale Stelle „kauft“ die von anderer Seite angebotenen Leistungen „ein“ (*purchaser/provider split*). Die Leistungseinkäufer oder Beschaffer schließen mit den Leistungserbringern Verträge ab. Der Bürger soll, beraten von seinem Care Manager, auf dem Markt der Dienste wählen können. In der Folge sind in Großbritannien unabhängige Pflegedienste in der Mehrzahl, während die Kommunen nur noch einen geringen Anteil am Angebot haben. Diese „Marktöffnung“ (mit

oder ohne klare Trennung von Leistungseinkäufern und Leistungsanbietern) wird später in anderen europäischen Ländern (Schweden, Finnland, Dänemark, Niederlande) nachvollzogen, ansatzweise mit dem Pflegeversicherungsgesetz 1994 auch in Deutschland.

Die gesetzlichen Regelungen verbürgten natürlich noch keine gute Praxis. Lokal bildete sie sich recht unterschiedlich aus – wie empirische Nachforschungen zum Beispiel in Schottland ergaben (Petch et al. 1996). Community Care in Großbritannien verbesserte vielerorts die Situation von Menschen kaum, die auf Versorgung angewiesen sind, weil vor Ort oder im speziellen Fall die Ressourcen zur Bedarfsdeckung fehlten. Gespart wurde auch am Fachpersonal, sodass schon die Feststellung des Bedarfs unzureichend blieb (vgl. zu diesen und anderen Mängeln: Hadley/Clough 1996). Ähnlich erwarb sich die Praxis der Pflegeversicherung in Deutschland dadurch einen schlechten Ruf, dass die Kriterien zur Einstufung der Pflegebedürftigkeit sehr eng ausgelegt waren.

Blieb Case Management in den USA und in Großbritannien während der 1980er-Jahre in erster Linie den Sozialdiensten – und mithin in Theorie und Praxis der beruflichen Sozialarbeit – überlassen, so verschoben überall die Reformen im Gesundheitswesen die Gewichte rapide. Der zunehmende Wettbewerb im Gesundheitsmarkt begann sich auszuwirken. In den USA entdeckte die professionelle Krankenpflege das Case Management und nahm es für sich in Anspruch. Zunächst im stationären Bereich, beginnend mit der Aufnahme von Patienten, in deren Begleitung durch den Behandlungsprozess, bei der Entlassung und in der Nachsorge. In Blick auf Qualität und Kosten wurde hier ein integriertes Versorgungssystem (*integrated delivery system*) nachgefragt, sowohl auf der Ebene der Dienste und Einrichtungen als auch für die kontinuierliche Versorgung (*continuity of care*) auf der Ebene der fallweisen Leistungserbringung. Für sie war ein koordiniertes, ergebnisorientiertes Vorgehen zu organisieren. Man begann im „internen Case Management“ eines Krankenhauses die Akutversorgung mit der nachfolgenden Pflege und Rehabilitation systematisch zu verbinden und ein „externes Case Management“ in der Überleitungspflege und Nachsorge anzuschließen. Selbstbewusst reklamierten die in den USA akademisch ausgebildeten *Nurses* ihre Zuständigkeit für diese Aufgaben. Zwei Krankenhäuser gingen ab 1985 mit der Entwicklung von *Nursing Case Management* voran: das *New England Medical Hospital* (NEMCH) in Boston, Massachusetts, und das *Carondelet Saint Mary's Hospital* in Tucson, Arizona. Innerhalb des NEMCH übernahmen Krankenschwestern die Rolle der Case Managerin für ihre Patienten. Sie stimmte die Pflege mit

allen Beteiligten und mit dem behandelnden Arzt ab (Zander 1996: 23 ff.). In Tucson erhielt ein Krankenpflegeteam die Zuständigkeit für den Versorgungsablauf von der Aufnahme bis zur Nachsorge anschließend an die stationäre Behandlung. Für die Ablauforganisation in der Behandlung des einzelnen Patienten wurden Versorgungspläne (*case management plans*) und multidisziplinäre Handlungspläne als Leitfäden und Wegbeschreibungen für den stationären Behandlungsprozess (*critical paths*) konzipiert. Die Entwicklung schlug sich in den Veröffentlichungen von Karen Zander (1987) und ihren Kolleginnen (Zander/Bower/Etheredge: 1987) nieder. 1989 verselbstständigte sich das im NEMCH gegründete *Center for Nursing Case Management*. Unter Karen Zander und Kathleen Bower wurde daraus 1991 *The Center for Case Management*, nun als Beratungsfirma tätig für Leistungsanbieter, die ihre Behandlungswege (*clinical pathways*) mittels Case Management und den von Karen Zander entworfenen „Care Maps“ verbessern wollen (vgl. Zander 2008).

Es ist bemerkenswert, dass in den USA die parallele Anwendung von Case Management in der Sozialarbeit, in der Pflege und in Krankenhäusern nicht zu einem einheitlichen Verständnis von Case Management führte. Die Vertreter der verschiedenen Berufsgruppen nahmen einander bei der Implementierung des Verfahrens kaum zur Kenntnis, verglichen ihre Modelle und Standards nicht und griffen wenig auf die Literatur des jeweils anderen Bereiches zurück (Sturges 1996: 34). Die Berufsvereinigung der Sozialarbeiter sah es in ihren „*standards for social work case management*“ von der klassischen sozialen Einzelfallhilfe (*case work*) herkommen (NASW 1992). Nursing Case Management dagegen, die Theorie und Praxis der Fallführung in der Krankenpflege, berief sich in den USA nur noch auf Erfordernisse im System der Gesundheitsversorgung und ignorierte die Soziale Arbeit (musterhaft: More/Mandell 1997). Es entstand eine Vielzahl von Programmen und Konzepten, sodass es bald zur fachlichen Kompetenz im „fortgeschrittenen“ (*advanced*) Case Management gehörte, sich für die jeweilige eigene Praxis aus den möglichen Strategien eine spezifische Anwendung herzuleiten (Raiff/Shore 1993).

Vom angloamerikanischen Raum ausgehend fasste die Arbeitsweise in anderen Ländern Fuß, zum Beispiel in Holland (Riet/Wouters 1996, Willems 1996), in Schweden (Hokenstad/Johansson 1996), in Italien oder Frankreich (Frossard 1996), insbesondere im Sektor der Pflege alter Menschen. International steht Case Management schon früh für eine Annäherung und Zusammenführung der Sozial- und Gesundheitsdienste. In vielen Fällen ist zur Krankenbehandlung eine soziale Unterstützung

nötig; gesunde Lebensführung will sozial arrangiert sein, und Probleme im sozialen Kontext des Lebens haben regelmäßig psychische und körperliche Auswirkungen. Organisatorisch und methodisch empfahlen sich deshalb Verknüpfungen im Sozial- und Gesundheitswesen, die sich fallweise personenbezogen herstellen lassen.

Ein Fazit lautet: Beruflich werden generalistisch orientierte Praktiker für Humandienste (*human services*) gebraucht, die sich auf die umsichtige Begleitung, vielseitige Förderung und Unterstützung der Lebensführung von Menschen in Krisen, in Konflikten, bei Belastungen und bei Beeinträchtigungen verstehen, dafür aber auch hinreichend ausgebildet sind (zum Aktionsfeld von *human services* siehe: Harris/Maloney 1996, Neukrug 2007). Es sind *manageriale* Erfordernisse, denen professionell nachgekommen werden muss.

Ihnen tragen die gegenwärtig geltenden, von den Fachorganisationen beschlossenen, *Definitionen* Rechnung. Die Deutsche Gesellschaft für **Care** und **Case Management** (DGCC) vertritt folgende Begriffsbestimmung:

Case Management ist eine Verfahrensweise in Humandiensten und ihrer Organisation zu dem Zweck, bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen zu bewerkstelligen. Das Handlungskonzept ist zugleich ein Programm, nach dem Leistungsprozesse in einem System der Versorgung und in einzelnen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens effektiv und effizient gesteuert werden können.

Enger und explizit gesundheits- und ökonomiebezogen hat die **Case Management Society of America** (CMSA) definiert (in ihren 2010 und 2016 revidierten Standards):

Case management is a collaborative process of assessment, planning, facilitation, and advocacy for options and services to meet an individual's and family's comprehensive health needs through communication and available resources to promote quality cost-effective outcomes.

Man muss schon ein sehr weites Verständnis von Gesundheit haben, um dabei die ganze Lebenslage und Lebensführung zu bedenken, die im Case Management zur Sprache kommen kann. Die Entwicklung, die es im Ausgang von der Deinstitutionalisierung genommen hat, bringt es im weiteren Verlauf über ambulante Dienste und häusliche Versorgung näher an die selbständige persönliche Lebensgestaltung und deren Management. Da der Wandel der Praxis in den Diensten an Menschen die Beziehung zu

ihrer Selbststeuerung fordert, wird auf den Gebrauch des Begriffs Case Management, die Eingrenzung und Abgrenzung seiner Bedeutung im Abschnitt 2.3 noch näher einzugehen sein.

Literatur zur frühen Entwicklung von Case Management

Challis, David/Davies, Bleddyn 1986: Case Management in Community Care. An Evaluated Experiment in the Home Care of the Elderly. Aldershot: Gower.

Forschungsbericht zur Einführung von Case Management im ersten britischen Community Care-Projekt, mit Untersuchungen zu den Ergebnissen und den Kosten.

Challis, David/Davies, Bleddyn/Traske, Karen (eds.) 1994: Community Care: New Agendas and Challenges from the UK and Overseas. Canterbury: University of Kent, PSSRU.

Beiträge führender Vertreter von Community Care zur Versorgungspolitik, zu Case Management und zur Pflege in Großbritannien und in anderen Ländern.

Dill, Ann E. P. 2001: Managing to Care. Case Management and Service System Reform. New York: Aldine de Gruyter.

Handelt die systembezogene Implementation des Verfahrens in den USA ab, speziell in der Altenpflege und in der Behandlung chronisch-psychisch Kranker.

Knapp, Martin, et al. 1992: Care in the Community. Challenge and Demonstration. Aldershot: Ashgate.

Systematische Beschreibung des Modellprogramms zur Erprobung von Community Care: politischer Rahmen, Klientel, Organisation, methodisches Vorgehen, Ergebnisse und Kosten.

Lewis, Jane/Glennister, Howard 1996: Implementing the New Community Care. Buckingham: Open University Press.

Die britische Politik und Praxis von Community Care ab 1990 wird eingehend dargestellt und kritisch an Beispielen aus der lokalen Sozialadministration analysiert.

Linz, Mary Hubbard/McAnally, Patricia/Wieck, Colleen (eds.) 1989: Case Management: Historical, Current & Future Perspectives. Cambridge, MA: Brookline Books.

Stellt die Entwicklung von Case Management in der amerikanischen Sozialarbeit bis 1989 dar und enthält Beiträge insbesondere zur Arbeit mit entwicklungsbehinderten Menschen und ihren Familien.

More, Phyllis K./Mandell, Sandy 1997: *Nursing Case Management. An Evolving Practice*. New York: McGraw-Hill.

Einführender Text zur Entwicklung von Case Management in der Krankenpflege in den USA mit Betonung der Rolle professioneller Case Manager.

1.2 Case Management im Bezugsrahmen gesteuerter Leistungserbringung

Die Vorstellung, dass man durch Übernahme von Verfahren des Managements von Wirtschaftsunternehmen die öffentliche Verwaltung allgemein und die Sozial- und Gesundheitsdienste im Besonderen leistungsfähiger und kostensparend gestalten könnte, hat die Einführung von Case Management im angelsächsischen Raum begünstigt. Das systematisch gegliederte Verfahren im Einzelfall erlaubt die freie Vereinbarung von Leistungen, die Zuordnung von Kosten und Nutzen, Qualitätssicherung und eine geordnete Rechenschaftslegung. Das Verfahren wurde deshalb 1987/88 in den USA in das *National Demonstration Project on Industrial Quality Control and Health Care Quality* einbezogen und als Methode zur Qualitätsverbesserung für gut befunden (Schmidt 1997). Man schätzte es, weil es zwei amerikanischen Bedürfnissen zugleich nachkam: "It promotes freedom, and it saves money" (Holt 2000, XI).

Für den weiteren Aufschwung von Case Management als Prozesslenkung bei pflegerischen und medizinischen Dienstleistungen sorgte seit Beginn der 1990er-Jahre die Verbreitung von **Managed Care** (etwa: „gelenkte Versorgung“) in den USA. Managed Care (bzw. Managed Health Care) bezeichnet Systeme der gesundheitlichen Versorgung, in denen die Finanzierung der Leistungen mit ihrer effizienten Erstellung verbunden wird. Zwischen die Nachfrager von Gesundheitsleistungen und die Anbieter solcher Leistungen schaltet sich Managed Care, indem es den Zugang der Nachfrager und den Leistungsumfang zugleich reguliert und sichert. Die amerikanische Krankenhaus-Vereinigung hat Managed Care definiert als ein „organisiertes Programm, das den Zugang zu Gesundheitsdiensten kontrolliert. Es ist dazu bestimmt, eine Gewähr für die medizinische Notwendigkeit der vorgeschlagenen Dienstleistung zu bieten und die Leistungserbringung auf dem günstigsten Niveau von Kosten und Nutzen

sicherzustellen“ (American Hospital Organization 1992: 151). Es gab bald eine Reihe von Organisationsmodellen, die als Managed Care bezeichnet wurden. Gemeinsam ist ihnen das Ziel, „durch eine strikte Kontrolle des Leistungsgeschehens die Kosten zu senken, die Effizienz zu erhöhen und die Qualität zu verbessern“ (Arnold/König/Seitz 1996: 8).

Meistens schließen im Rahmen von Managed Care die Kostenträger (Versicherungen) für den Personenkreis, den sie vertreten, mit den Leistungserbringern (Ärzten und Krankenhäusern) Verträge ab, in denen der Umfang der Zahlungen (als „Kopfpauschalen“) und der Leistungen vorab festgelegt wird. Die in dieses System eingebundenen Mediziner sind deshalb daran interessiert, präventiv zu handeln und eine hinreichende Versorgung möglichst kostengünstig zu gestalten. Das Management dieser Arbeitsweise wird entweder als (*health*) *care management* oder als *medical case management* bezeichnet.

Die Versicherungsform, die sich im Rahmen von Managed Care in den USA am meisten verbreitete, sind die *Health Maintenance Organizations* (HMOs). Der Versicherte wählt bei einer HMO unter unterschiedlich teuren Leistungspaketen. In deren Rahmen hält er sich an einen von der HMO benannten Allgemeinarzt (Primärarzt), der das Case Management übernimmt und ihm (als „gatekeeper“, Türwächter) den Zugang zu anderen medizinischen Leistungen eröffnet. Die HMO hat den Arzt direkt unter Vertrag und bezahlt ihn vorab und pauschal, also unabhängig davon, welche Leistungen der Patient tatsächlich beim Arzt in Anspruch nimmt (zu Managed Care siehe: Erdmann 1995, Goldsmith 1995, Kongstvedt 1995, Goodman/Brown/Deitz 1996, Neuffer 1997, Arnold u. a. 1997). Honoriert wird in diesem System die Gesunderhaltung der Versicherten, nicht die Krankenbehandlung.

Obwohl das Gesundheitswesen auf dem europäischen Kontinent anders strukturiert ist als in den USA, beeinflusste Managed Care bald auch die Reformdebatte in den europäischen Ländern und die Einführung von Case Management in deren Dienstleistungssystem. Die Kostenträger sind daran interessiert, die medizinisch-soziale Prozesskette organisatorisch zu optimieren und die Ärzte in die wirtschaftliche Verantwortung für die medizinische Versorgung einzubeziehen. Eine „effiziente Steuerung der Kosten und Qualität im Gesundheitswesen“ ist auch hier das Ziel (Amelung 2011: 20).

1990 entstand die erste HMO in der Schweiz, viele weitere folgten. In ihnen gewährleisten eine Anzahl angestellter Ärzte die Versorgung. Oder es sind unabhängige Ärzte in einem Verein zusammengeschlossen, der mit der Versicherung einen Behandlungsvertrag für die Versicherten abschließt (Baumberger 1996: 31). In den Niederlanden schreibt sich der Versicherte bei einem Hausarzt ein, der über alle weiteren Behandlungen (bei Fachärzten oder in einem Krankenhaus) entscheidet und so den Patienten durch das Versorgungssystem schleust. Die gleiche Lenkung durch einen Allgemeinarzt versucht man in Frankreich mit einem Gesundheitsheft (Carnet de santé) des Versicherten. Wiederholte Untersuchungen bei verschiedenen Ärzten sollen damit vermieden werden. Die Regulierung der Abläufe, der Koordination und der Kooperation in solchen Varianten des „Hausarzt-systems“ legt ein Case Management nahe (die Ausführungen zum Hausarztmodell der AOK siehe Abschnitt 6.10). Es passt in ein den europäischen Verhältnissen im Gesundheitswesen angemessenes Verständnis von *Managed Care*, für das hier folgende **Definition** gefunden wurde:

„Managed Care ist ein Prozess, um den Nutzen der Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung im Rahmen der zur Verfügung stehenden beschränkten Mittel zu maximieren. Die Dienstleistung wird in ausreichendem Maß und auf der geeigneten Stufe erbracht. Die erbrachten Dienstleistungen werden auf der Ebene des Falls überwacht, um sie ständig zu verbessern und die staatlichen Zielvorgaben für die öffentliche Gesundheit ebenso wie den individuellen Bedarf an Gesundheitsversorgung zu erreichen“ (Baumberger 1996: 33, Anm.).

Wer hierzulande die herkömmlichen Strukturen im Gesundheitswesen und im Sozialwesen bewahren will, lehnt mit Managed Care gleich auch die Arbeitsweise des Case Managements ab. Es werde in den USA in erster Linie gebraucht, um in den dortigen sehr heterogenen und fragmentarischen Versorgungsstrukturen die Bedürftigen einigermaßen zu bedienen. Eine Übertragung der amerikanischen Konzepte auf deutsche Verhältnisse sei nur nach sorgfältiger Prüfung ihrer Einpassung in die hiesige Versorgungsplanung sinnvoll, argumentierte Michael Ewers (1996) in seiner Studie zur Anwendbarkeit von Case Management im Rahmen der bundesdeutschen Krankenversorgung. Case Management empfehle sich vor allem als „Methode zur Realisierung von Patientenorientierung und weitgehender Patientenpartizipation im Versorgungsgeschehen“ (Ewers 1996: 87). Mit dieser Option und in Verantwortung professioneller Pflege befürwortet Ewers nun aber längst schon das Case Management (Ewers 2006: 57 ff.).