

Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
ISSN-0935-8137

P96-208

**Case Management: Anglo-amerikanische Konzepte
und ihre Anwendbarkeit im Rahmen der
bundesdeutschen Krankenversorgung**

von Michael Ewers

Berlin, September 1996

Publications series of the research unit Public Health Policy
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
D-10785 Berlin, Reichpietschufer 50
Tel.: 030/25491-577

Zitierhinweis

Das vorliegende Dokument ist die pdf-Version zu einem Discussion Paper des WZB. Obwohl es inhaltlich identisch zur Druckversion ist, können unter Umständen Verschiebungen/Abweichungen im Bereich des Layouts auftreten (z.B. bei Zeilenumbrüchen, Schriftformaten und –größen u.ä.).

Diese Effekte sind softwarebedingt und entstehen bei der Erzeugung der pdf-Datei.

Sie sollten daher, um allen Missverständnissen vorzubeugen, aus diesem Dokument in der folgenden Weise zitieren:

Ewers, Michael: Case Management. Anglo-amerikanische Konzepte und ihre Anwendbarkeit im Rahmen der bundesdeutschen Krankenversorgung. Discussion Paper P96_208. Berlin : Wissenschaftszentrum, Berlin 1996.

URL: <http://bibliothek.wz-berlin.de/pdf/1996/p96-208.pdf>

Abstract

Desintegration und Diskontinuität in der Versorgung chronisch Kranker und die ökonomisch orientierte Umgestaltung des Sozial- und Gesundheitswesens setzen die gesundheitspolitischen Akteure in Deutschland unter erheblichen Innovations- und Handlungsdruck. Das anglo-amerikanische Case Management bietet sich als ein Lösungsansatz für die vielfältigen Versorgungsprobleme scheinbar in besonderer Weise an. Die Methode wird derzeit - ungeachtet ihrer konzeptionellen Unklarheiten - in allen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens diskutiert. Die Arbeit widmet sich der theoretischen Auseinandersetzung mit anglo-amerikanischen Case-Management-Konzepten und fragt nach ihrer Anwendbarkeit im Rahmen der bundesdeutschen Krankenversorgung. Basierend auf einer umfangreichen Literaturanalyse wird zu diesem Zweck der politisch-institutionelle Kontext, die historische Entwicklung sowie die aktuelle Anwendung und Diskussion der Methode in den USA, Großbritannien und Deutschland nachgezeichnet. Dabei fällt auf, daß Case Management in allen drei Ländern vermehrt von seiner ursprünglichen Intention und seinem methodischen Proprium entfernt wird. Einzelne Bestandteile des Case Management werden aus ihrem sinnbildenden Kontext gerissen und die Bruchstücke für den marktwirtschaftlich orientierten Umbau des Sozial- und Gesundheitswesens instrumentalisiert. Anstatt Patientenorientierung und Patientenpartizipation in komplexen und hochgradig arbeitsteiligen Gesundheitssystemen zu realisieren, wird durch ein derartiges Vorgehen lediglich die Ökonomisierung, Rationalisierung und auch Rationierung der Krankenversorgung weiter vorangetrieben. Der innovative Charakter von Case Management geht auf diese Weise verloren. Die theoretische Analyse, konzeptionelle Klärung und hinreichende Prüfung von Transfer- und Implementationsbedingungen bildet folglich die *conditio sine qua non* für die Übertragung anglo-amerikanischer Konzepte auf das bundesdeutsche Gesundheitswesen. Professionelle, ökonomische und politische Umsetzungsbedingungen sozialer Innovationen verlangen künftig nach verstärkter Berücksichtigung in Wissenschaft und Praxis von Public Health.

Inhalt

I. Einführung

1.	Gegenstand der Arbeit	3
2.	Gesundheitspolitischer Hintergrund	5
2.1	Ökonomisierung	7
2.2	Diskontinuität, Medikalisierung, Desintegration	9
3.	Fragestellung der Arbeit	11

II. US-amerikanische Case-Management-Konzepte

1.	Politisch-institutioneller Kontext	15
2.	Historische Entwicklung der Methode	19
3.	Case-Management-Konzepte	23
4.	Kernfunktionen des Case Management	25
4.1	Advocacy-Funktion	26
4.2	Broker-Funktion	28
4.3	Gate-Keeper-Funktion	30
5.	Methodische Aspekte des Case Management	32
5.1	Arbeitsschritte	32
5.2	Handlungsdimensionen	36
5.3	Gestaltungsebenen	37
6.	Zum Verhältnis von Case Management und Managed Care	40
7.	Stand der Diskussion	43

III. Der britische Weg: Care Management

1.	Politisch-institutioneller Kontext	47
2.	Das Care Management Konzept	54
2.1	Assessment	55
2.2	Care Management	57
2.3	Independent Advocacy	58
3.	Stand der Diskussion	59

IV. Bundesdeutsche Entwicklung

1.	Politisch-institutioneller Kontext	63
2.	Stand der Diskussion	70
2.1	"Unterstützungsmanagement"	71
2.2	Aktuelle Modellprojekte	74
3.	Anwendbarkeit anglo-amerikanischer Konzepte	81
3.1	Re-Professionalisierung	82
3.2	Re-Strukturierung	84

V. Schlußbetrachtung 87

VI. Literatur 89

I. Einführung

1. Gegenstand der Arbeit

Im Mittelpunkt der nachfolgenden Ausführungen steht das aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum stammende Case Management und seine potentielle Funktion im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung chronisch kranker, multi-morbider und pflegebedürftiger Menschen. Ganz allgemein wird mit dem Begriff *Case Management* eine spezifische Arbeitsweise bezeichnet, mit deren Hilfe psycho-soziale und medizinisch-pflegerische Dienstleistungsangebote für bestimmte Personen oder Zielgruppen koordiniert werden. Auf diese Weise soll ihnen Hilfe und Orientierung auf dem Weg durch das Versorgungswesen und die Vielfalt seiner Instanzen gewährt sowie ein ungehinderter Zugang zu gesundheitsrelevanten Dienstleistungen ermöglicht werden (Kaplan 1990, Austin/O'Conner 1989, Austin 1988). Regelmäßig wird im Zusammenhang mit dem Case Management aber auch die Frage der für die Krankenversorgung zur Verfügung stehenden Ressourcen im Gesundheitssystem und der Aspekt der Kostenkontrolle und Ausgabensteuerung diskutiert (Weil et al. 1988, Kaplan 1990).

In den USA bereits Ende des vergangenen Jahrhunderts erstmalig aufgetaucht (Austin 1988, Weil et al. 1988), hat das Case Management seit den siebziger und achtziger Jahren im Zuge der neokonservativen Reformpolitik im Gesundheitswesen der USA und Großbritanniens zunehmend an Popularität gewonnen. Seit Beginn der neunziger Jahre wird es als Reaktion auf die vielfältigen Desintegrations- und Diskontinuitäterscheinungen in der Versorgung spezifischer Patientengruppen und im Zusammenhang mit der Umgestaltung des bundesdeutschen Gesundheits- und Sozialsystems auch in der deutschsprachigen Literatur immer häufiger erörtert (Neuffer 1993, Pick 1995, Roessler et al. 1992, Schröder 1995, Tophoven 1995, Wendt 1991). Die ursprünglich aus der Sozialarbeit stammende Methode des Case Management hat damit eine aus Public-Health-Sicht bemerkenswerte Themenkarriere erfahren und wird heute immer häufiger als ein zentraler Lösungsansatz gesehen für die vielfältigen Versorgungs-, Zugangs- und Schnittstellengestaltungsprobleme in modernen, komplexen und hochgradig arbeitsteiligen, damit zumeist aber auch ineffizienten Gesundheitssystemen.

Mindestens genauso facettenreich und uneinheitlich wie die Erwartungen, die von den unterschiedlichen Akteuren der jeweiligen Gesundheitssysteme an das Case Management geknüpft werden, sind jedoch auch die konzeptionellen Vorstellungen, die sich hinter der Bezeichnung verbergen. Tatsächlich steht der anglo-amerikanische Begriff Case Management heute für zahlreiche unterschiedliche und zum Teil konkurrierende bis gegensätzliche Ziele und Leitvorstellungen der Versorgung spezifischer Bevölkerungsgruppen mit gesundheitsrelevanten Dienstleistungen (Ewers 1995). Die Verwirrung wird noch erhöht durch die in der einschlägigen Literatur oftmals synonyme Verwendung ähnlich lautender Begrifflichkeiten wie z.B. Care Management, Managed Care, Unterstützungsmanagement, Pflegemanagement etc. (Estes 1993, Chamberlain/Rapp 1991,

Netting 1992, Kirkhart/Rufollo 1993, Piette et al. 1990, Vourlekis 1992).

Versuche der terminologischen und konzeptionellen Klärung sind eine wichtige Orientierungshilfe und ein erster notwendiger Schritt bei der Auseinandersetzung mit dem Thema (Ewers 1995). Sie sind jedoch aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive betrachtet noch keine angemessene Reaktion auf die Tatsache, daß Case Management bislang nicht einheitlich definiert und hinreichend theoretisch fundiert ist und damit einer weitgehenden Beliebigkeit der Akteure der jeweiligen Gesundheitssysteme anheimgestellt wird. Bereits jetzt läßt sich aufgrund der mangelhaften theoretischen Fundierung des Case Management beobachten, daß sich die Methode einer empirischen Untersuchung seiner Wirkungen auf die Gesundheitsversorgung weitgehend entzieht (Belcher 1992). So ist selbst in den USA, trotz langjähriger Erfahrungen mit dem Case Management, die geringe Zahl und die Widersprüchlichkeit empirischer Studien zur Untersuchung der Wirksamkeit und des Zielerreichungsgrades der einzelnen Konzepte bezogen auf Aspekte wie z.B. Nutzerzufriedenheit, Lebens- und Versorgungsqualität, Angebotsvielfalt, Zugangsrationalität, wirtschaftliche Auswirkungen, Strukturdefizite u.a. besonders auffällig (Kirkhart/Ruffolo 1993, Chamberlain/Rapp 1991, Belcher 1992).

In Deutschland fand die Annäherung an das Thema Case Management bislang vorrangig auf dem Weg von zumeist regional begrenzten Modellvorhaben in Form "natürlicher Experimente" und damit auf einer eher pragmatischen oder administrativen Stufe statt (Brandt et al. 1992, Döhner et al. 1995, Göpfert-Divivier 1993). Regelmäßig berufen sich die verantwortlichen Akteure - meist völlig unkritisch - auf den scheinbaren Erfolg anglo-amerikanischer Konzepte und verzichten vor einer flächendeckenden Implementation weitgehend auf eine theoretische Auseinandersetzung. Internationale Erfahrungen, fachliche Notwendigkeiten und spezifische bundesdeutsche Rahmenbedingungen finden daher nur selten ausreichend Berücksichtigung. Gleichwohl wird mit dem Case Management hierzulande regelmäßig die Vision eines effizienteren Sozial- und Gesundheitswesens verbunden und die Einführung dieser "neuen" Methode kurzerhand als notwendige Modernisierungsmaßnahme des gesellschaftlichen Managements von Gesundheitsrisiken deklariert. So werden mit der flächendeckenden Einführung des Case Management auf Seiten der Krankenkassen z.B. Erwartungen an eine "Änderung des Leistungsspektrums, neue Produktionsstrukturen, eine bessere und engere Verzahnung in der Infrastruktur und neue Kooperations- und Koordinationsmechanismen" (Tophoven 1995b, 19) verknüpft.

Eine theoretische Auseinandersetzung mit dem Case Management, die sich an Public-Health-Kriterien orientiert und Implementationsbedingungen und -Voraussetzungen ausreichend erörtert, steht folglich bislang noch aus. Sie kann einen interessanten Beitrag zur aktuellen gesundheitswissenschaftlichen Debatte über die Effektivität und Effizienz moderner Gesundheitssysteme und den zyklisch aufflammenden Diskurs über den Stellenwert der Patientenorientierung in modernen und hochgradig arbeitsteiligen Gesundheitssystemen leisten.

Ohne die Ergebnisse einer solchen Erörterung vorwegnehmen zu wollen, kann angesichts der aktuellen Entwicklungen im bundesdeutschen Gesundheitswesen an dieser Stelle bereits eine zentrale gesundheitswissenschaftliche These bestätigt werden. Danach hat hierzulande eine "theoriegeleitete, interdisziplinäre Versorgungsforschung, die einen Beitrag zur Klärung und Strukturierung der Steuerungs- und Koordinierungsprobleme im Gesundheitswesen und zu dessen Evaluierung leisten könnte" (Noack/Rosenbrock 1994, 139), noch nicht den ihr gebührenden Grad an Aufmerksamkeit und Einfluß erreicht, der ihr angesichts der aktuellen Herausforderungen eigentlich zukommen sollte.

2. Gesundheitspolitischer Hintergrund

Das hohe Maß an Aufmerksamkeit, das dem Thema Case Management derzeit in allen westlichen, hochentwickelten Sozial- und Gesundheitssystemen gewidmet wird, ist nicht etwa zufällig entstanden. Es steht vielmehr in direktem Zusammenhang mit den neuartigen gesundheitspolitischen Problemlagen und dem tiefgreifenden Strukturwandel, mit dem sich diese Gesundheitssysteme in den letzten Jahrzehnten konfrontiert sahen. Die Popularität des Case Management kann daher als Reaktion auf den hohen Innovationsdruck gewertet werden, dem sich Leistungserbringer, Kostenträger und die übrigen gesundheitspolitischen Akteure derzeit ausgesetzt sehen. Nicht zuletzt deshalb erscheint es dringend geboten, sich zunächst über den allgemeinen gesundheitspolitischen Hintergrund Klarheit zu verschaffen, der die Debatte um das Case Management derzeit beeinflußt.

Gesundheitspolitik wird in diesem Zusammenhang als "bevölkerungsbezogenes Risikomanagement" (Rosenbrock 1992, 57) verstanden. Im Gegensatz zu der sonst üblichen verkürzten Definition von Gesundheitspolitik erlaubt dieses an Public-Health-Prinzipien und der Theorie der Policy-Netzwerke orientierte Verständnis eine umfassendere Betrachtung der aktuellen Akteurskonstellationen, Steuerungsinstrumente und Aktivitäten im Gesundheitswesen. Gleichzeitig wird damit die Vorstellung von einer "Gesundheitspolitik aus einem Guß" als unrealisierbar zurückgewiesen (Blanke et al. 1995, 14). Gesundheitspolitik in diesem Sinn meint vielmehr jede positive oder negative Gestaltung von Verhältnissen, Verhaltensbedingungen oder -anreizen mit dem Ziel der Beeinflussung populationsbezogener Wahrscheinlichkeiten von Erkrankung, Progredienz, Chronifizierung, krankheitsbedingter Einschränkung der Lebensqualität und Tod (Rosenbrock 1993, 317). Dabei gilt es zu berücksichtigen, daß sich auch eine so verstandene Gesundheitspolitik nicht in einem gesellschaftlichen Vakuum vollzieht, "sondern in einer Welt mit gewachsenen Strukturen, gegensätzlichen Interessen und unterschiedlichen Machtverhältnissen. Gesundheitliche Interessen und Notwendigkeiten werden sich darum nicht von sich aus durchsetzen können, sie müssen vor allem mit wissenschaftlich fundierten Argumenten begründet sein." (Süssmuth 1989, 203)

Eine essentielle Krise der klassischen Medizin und Krankenversorgung setzt die gesundheitspolitischen Akteure der westlichen Welt derzeit in besonderer Weise unter Innovations- und Handlungsdruck - unabhängig von der jeweiligen Gesamtstruktur ihres Sozial- und Gesundheitssystems. Sie ist eine Folge des rasanten medizinischen Fortschritts sowie einer weitreichenden demographischen und epidemiologischen Transition (Weber et al. 1990, Cockerham 1992, Sachverständigenrat 1994, OECD 1994). Konventionelle Versorgungsformen und ein vorwiegend kurativ ausgerichtetes biomedizinisches Wissenschaftsverständnis kommen angesichts des gewandelten Krankheitspanoramas mit einer Dominanz chronisch-degenerativer Erkrankungen und der sich daraus ergebenden Herausforderungen für die Gesundheitssysteme zusehends an ihre Grenzen (Hurrelmann/Laaser 1993, Abholz 1980). Begleitet wird diese Entwicklung von dem Auftreten neuer Infektionskrankheiten (z.B. AIDS) sowie vielfältigen politischen und wirtschaftlichen Umbrüchen, die in Form wachsender Arbeitslosigkeit, sozialer Ungleichheit, Armut und Migration weitere potentielle soziale und gesundheitliche Risiken darstellen. Angesichts dieser Entwicklung sind nach übereinstimmender Meinung "z.T. fundamentale Veränderungen in der Wahrnehmung von Gesundheitsproblemen, der Strategieformulierung, der Umsetzung und der Evaluation" (Rosenbrock 1995, 143) gefordert.

In Deutschland, aber auch in anderen westeuropäischen Ländern hat dieser Veränderungsprozeß mit dem Aufleben von New Public Health und Pflegewissenschaft im Gegensatz zu den anglo-amerikanischen Staaten erst mit einiger Verspätung eingesetzt. "Fortunately the emergence of public health as an important policy issue is part of general changes in Europe. Changes toward effective democracy, toward unification through diversity, and toward increased understanding of societal processes and their consequences." (Laaser et al. 1995, 9) Beiden Disziplinen geht es in diesem Zusammenhang gleichermaßen um die Entwicklung und Umsetzung neuer, nicht-medizinischer Konzepte der Gesundheitspflege und Minderung fundamentaler Defizite des Sozial- und Gesundheitswesens (Schaeffer/Moers/Rosenbrock 1994, 10). Angesichts des aktuellen Problemdrucks und des gleichzeitigen Nachholbedarfs im Sinne sozialer Innovationen kommt es unter anderem auch in Deutschland aber immer wieder zu einer kritischen Parallelität von wissenschaftlich fundierter Theoriebildung im Zuge der Institutionalisierung und Akademisierung beider Disziplinen und der zeitgleichen Implementation praxisbezogener Modelle, die sich vorwiegend an anglo-amerikanischen Vorbildern orientieren. Oftmals handelt es sich bei letzteren jedoch um den berühmten "alten Wein in neuen Schläuchen", da sich die Protagonisten dieser scheinbar fortschrittlichen Maßnahmen auch unter der neuen Überschrift weiterhin an traditionellen Denk- und Handlungsmustern orientieren und den gesundheitswissenschaftlichen Paradigmenwechsel mißachten. So belegt z.B. ein kritischer Blick auf die aktuelle bundesdeutsche Krankenversorgung - insbesondere von chronisch Kranken - immer wieder die Beharrlichkeit und Reformresistenz überkommener Strukturen und professioneller Wertvorstellungen (Rosewitz/Webber 1990, Schaeffer/ Moers 1993), - ein Umstand, der die soziale Innovation im Sinne von Public Health in erheblicher Weise behindert.

Die zunehmende Popularität von Case-Management-Konzepten verdankt sich insbesondere einigen gesundheitspolitisch relevanten Phänomenen, die sich nach einhelliger Meinung auf das aktuelle Versorgungshandeln in allen westlichen Gesundheitssystemen in besonderer Weise auswirken (OECD 1994). Sie sollen an dieser Stelle unter der Überschrift "Ökonomisierung" sowie "Diskontinuität, Medikalisierung und Desintegration" kurz skizziert werden.

2.1 Ökonomisierung

Mit der Bezeichnung "*Ökonomisierung*" wird im allgemeinen der wachsende Einfluß ökonomischer Denk- und Entscheidungsmuster auf das Sozial- und Gesundheitssystem und die in ihm agierenden Entscheidungsträger und Berufsgruppen. Diese Tendenz, bei der gesundheitsrelevante Dienstleistungen vorrangig in Bezug auf ihre wirtschaftlichen Wirkungen betrachtet werden (Effizienzkriterium), basiert nicht zuletzt auf der in vielen westlichen Ländern von den politischen Akteuren gleichermaßen kritisch bewerteten makroökonomischen Konjunkturlage. Sie ist gekennzeichnet durch ein im Vergleich zu den Vorjahren geringeres Wirtschaftswachstum, hohe Inflations- und Arbeitslosenraten sowie einem "substanziellen Abbau staatlicher Verantwortung für die Steuerung von Wirtschaft und Gesellschaft" (Döhler 1990, 11). Angesichts grundsätzlich begrenzter Mittel und vielfältiger konkurrierender Aufgaben moderner Industriegesellschaften werden zunehmend verteilungspolitische Auseinandersetzungen provoziert, die sich auf die Akteure des Sozial- und Gesundheitswesens massiv auswirken und einen erhöhten Legitimations- und Innovationsdruck zur Folge haben. Diese Problemlage wird noch dadurch verschärft, daß in den zurückliegenden Jahren trotz ständig wachsender Ausgaben im Gesundheitswesen keine signifikante Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung zu verzeichnen war oder gar eine Qualitätssteigerung gesundheitsrelevanter Interventionen im nennenswerten Umfang erreicht werden konnte (Sachverständigenrat 1994, OECD 1994).

Aufgrund dieser Entwicklung und des sich wandelnden Anforderungsprofils gilt es künftig nicht nur die Frage zu beantworten, wieviel Ressourcen für das Gesundheitswesen zur Verfügung gestellt werden, ebenso gilt es das Verhältnis von Risikoprävention und Risikoübernahme neu zu bestimmen. "Dieses Denken in Opportunitäts- oder Alternativkosten, das die Ökonomie lehrt, ist eine gesellschaftliche Pflicht aller derjenigen, die Ressourcenentscheidungen treffen. Es ist somit auch eine ethische Aufgabe, der sich der im Gesundheitswesen Beschäftigte und der Gesundheitspolitiker nicht entziehen kann." (Andersen 1992, 16) Sowohl die Forderung nach Rationalisierung als auch nach Rationierung gesundheitsrelevanter Dienstleistungen wird im Kontext dieser Verteilungsdiskussionen immer eindringlicher formuliert und kommt in einigen Ländern (z.B. Großbritannien) bereits verstärkt zur Anwendung. Rationalisierung wird in diesem Zusammenhang verstanden als "Einsparung, die Art und Qualität des Versorgungsergebnisses unverändert läßt" (Schöne-Seifert 1992, 35), wohingegen unter Rationierung das "Vorenthalten eigentlich wirksamer, von den betroffenen Patienten erwünschter Maßnahmen" (ebd.) zu verstehen ist.

Die Tatsache, daß es unter der Verantwortung der Regierungen von Ronald Reagan in den USA, Margaret Thatcher in Großbritannien und Helmut Kohl in Deutschland zu einer interessanten gesundheitspolitischen Parallelentwicklung kam, ist für die Auseinandersetzung mit dem Case Management von besonderem Interesse. Alle drei Regierungen haben sich angesichts der grundsätzlich vergleichbaren Herausforderungen um einen ordnungspolitischen Strategiewechsel bemüht, der sich mit dem Motto "mehr Markt und weniger Staat" umschreiben läßt und sich insbesondere auf das Sozial- und Gesundheitswesen der betroffenen Staaten massiv ausgewirkt hat (Gray 1991, Döhler 1990, Estes et al. 1992, Bibeau et al. 1996). Zwar wird der Erfolg dieser Maßnahmen in den einzelnen Ländern recht unterschiedlich bewertet und insbesondere für Deutschland eine weitgehende strukturelle und prozessuale Kontinuität in Bezug auf gesundheitspolitische Strukturmuster konstatiert (Döhler 1990, 556). Dennoch hat die in Deutschland als "Wende" bezeichnete Betonung konservativer Sozialideen seit Mitte der siebziger Jahre zu einer besonders in der letzten Dekade deutlich spürbaren Veränderung des gesundheits- und sozialpolitischen Klimas geführt. Sie wird daher für die wachsende Desolidarisierung, den stetigen Abbau gemeinschaftlich finanzierter Sozialleistungen und die zunehmend merkantilistische und ökonomistische Perspektive auf Gesundheitsprobleme bei gleichzeitigem Vordringen von Markt- und Wettbewerbsideologien verantwortlich gemacht (Rosenbrock 1992, Rosenbrock 1993, Kühn 1985, Kühn 1996a/b).

Belegen läßt sich diese Einschätzung für Deutschland unter anderem durch die analytische Betrachtung der gesetzgeberischen Initiativen der zurückliegenden Jahre. Zu nennen sind hier neben dem Gesundheitsreformgesetz (GRG/1989) und der ersten Stufe des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG/1993) auch das im Januar 1995 in Kraft getretene Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI). Insbesondere bei diesem neuen Zweig der gesetzlichen Sozialversicherung mit seiner konsequenten Individualbudgetierung von Leistungen, der Orientierung an dem Modell der Grundversorgung unabhängig vom tatsächlichen Bedarf und der Betonung des Wettbewerbs unter den Leistungserbringern im Bereich der pflegerischen Versorgung lassen sich die Folgen der konservativen Reformpolitik für den Personenkreis der chronisch kranken, multi-morbiden und pflegebedürftigen Menschen in besonders drastischer Weise ablesen (Ewers 1996a/b). Diskussionen über die zweite Stufe des Gesundheitsstrukturgesetzes, Reformvorhaben im Zusammenhang mit der stationären Versorgung (Abbau von Chronikerbetten) sowie die Debatte über die mögliche Reduzierung oder Streichung von Lohnersatzleistungen (z.B. Krankengeld) lassen auf einen bislang ungebrochenen Trend in Richtung auf eine weitere "Ökonomisierung" der Sozial- und Gesundheitspolitik schließen.

Insgesamt verwundert es daher nicht, wenn auch das Case Management allzusehr in den Sog der Kostendämpfungsdebatte geraten ist und in erster Linie im Zusammenhang mit explodierenden Versorgungsausgaben erörtert wird. Die Diskussion paßt sich damit einer Entwicklung an, derzufolge sich die aktuellen gesundheitspolitischen Steuerungsversuche zumeist auf das Kriterium der Effizienz und Finanzierbarkeit gesundheitsrelevanter Leistungen reduzieren und Fragen der Zugangsrationalität und Versorgungsqualität in erster

Linie aus der Kosten-Ausgaben-Perspektive wahrgenommen werden (Rosenbrock 1993, 336). Gerade die beiden letztgenannten Steuerungsprobleme des Zugangs und der Qualität stehen allerdings heute in allen westlichen Gesundheitssystemen auf der Liste der zu lösenden gesundheitspolitischen Aufgaben an erster Stelle (OECD 1994). Sie verweisen auf die aktuellen und z.T. massiven Versorgungsdefizite im Bereich der Krankenversorgung, die sich mit den Stichworten Diskontinuität, Medikalisierung und Desintegration umschreiben lassen und letztlich als wesentliche inhaltliche Ursachen für die zunehmende Aufmerksamkeit identifiziert werden können, die das Thema Case Management derzeit in allen westlichen Industriestaaten genießt.

2.2 Diskontinuität, Medikalisierung, Desintegration

Geht es um das gesundheitspolitische Bedingungsgefüge der Case-Management-Debatte so ist an erster Stelle die Zunahme chronisch-degenerativer Erkrankungen anzuführen. Sie fordert von allen Akteuren der Gesundheitsversorgung ein Umdenken. Als zentrales Merkmal dieser dominierenden Gesundheitsbedrohung ist neben dem oft phasenförmigen Verlauf mit einem mehr oder weniger häufigen Wechsel von stabilen und instabilen Phasen, der meist dauerhaften Einschränkung des individuellen Aktionsradius und der oftmals psychischen und sozialen Veränderung infolge körperlicher Beeinträchtigung in erster Linie ihr langfristiger Verlauf zu nennen (Strauss/Corbin 1988). Anders als bei akuten oder subakuten Erkrankungen werden dem Betroffenen daher in jedem Bereich seines Lebens kontinuierliche Anpassungsleistungen an den Krankheitsverlauf abverlangt. Dabei erfordern insbesondere die vielfältigen Übergänge von der einen in die andere Phase des Krankheitsverlaufs mit den dazugehörigen Krisen nach einem hinreichend integrierten und kontinuierlichen Begleitungs- und Versorgungsangebot (Corbin/Strauss 1993, Corbin 1994 Schaeffer/Moers 1993, Schaeffer 1995b). Bei chronischen Erkrankungen ist demnach nicht nur eine Orientierung an akuten Problemlagen erforderlich; "vielmehr ist ein Denken in längerfristigen und komplexen Versorgungszusammenhängen notwendig, das systematisch bereits im präventiven Vorfeld von Krankheit und Kranksein beginnt und, über die akute Kuration hinaus, langfristige Ein- und Ausgliederungsprozesse von Gesunden und Kranken im Blick behält" (Schwartz et al. 1995, 7).

Dem Bedarf an einer kontinuierlichen Versorgung steht die Ausrichtung der Krankenversorgung und der in ihr tätigen Berufsgruppen auf die Kuration von akuten und kurzfristig heilbaren Erkrankungen allerdings diametral entgegen. Anstatt den gesamten Krankheitsverlauf und den sich daraus ergebenden Versorgungsbedarf zu betrachten, wird lediglich auf einzelne, quasi akute Episoden Bezug genommen und der Patient bzw. sein Versorgungsbedarf entsprechend der vorhandenen Angebotsstruktur segmentiert. Als Folge dieser offensichtlichen Diskrepanz zwischen den Notwendigkeiten einer bedarfsgerechten und an den Patientenbedürfnissen orientierten Krankenversorgung und den tatsächlich vorgehaltenen Dienstleistungen kommt es immer häufiger zu *Diskontinuität* in den Versorgungsverläufen.

Daneben wird aufgrund dieser Anpassungsdefizite sowohl eine Über- oder Unterversorgung als auch eine ungerichtete Überinanspruchnahme vorwiegend ärztlicher Leistungen beobachtet. Zwangsläufig führt dies in Verbindung mit der traditionellen Unterbewertung nicht-medizinischer Berufsgruppen zu einer massiven *Medikalisierung* von Versorgungsproblemen, die nach einhelliger Meinung mit biomedizinischen Verfahren eigentlich gar nicht oder nur unzureichend zu bewältigen sind (Baidock/Evers 1991, Rosenbrock 1992, Schaeffer/Moers/Rosenbrock 1994).

Aber auch die *Desintegration* von stationärer und ambulanter Versorgung erweist sich für die meisten westlichen Länder zunehmend als problematisch und verlangt nach patientenorientierten Kurskorrekturen (OECD 1994). So wurde unter anderem auch in Deutschland aufgrund unterschiedlicher Motivationen unter der Prämisse "ambulant vor stationär" seit den 70er Jahren konsequent versucht, die normalerweise im stationären Sektor gebündelten diagnostischen, therapeutischen und versorgungsrelevanten Leistungen in den ambulanten Bereich zu verlagern. Zwangsläufig kam es durch diese Verlagerung zu einer weitgehenden Segmentierung und Fragmentierung der zuvor gewissermaßen "unter einem Dach" pakethaft vorgehaltenen Dienstleistungen (Schaeffer 1995b). Bislang wirkt sich diese Entwicklung, die hocharbeitsteilige Strukturen und vielfältige Schnittstellenprobleme provoziert hat, durchweg negativ auf die Versorgungsverläufe der Patienten aus (Badura/Feuerstein 1994, Feuerstein 1994, Schaeffer/ Moers 1993).

Zwar wird in der Literatur immer wieder darauf hingewiesen, daß die zunehmende Arbeitsteiligkeit und Komplexität des modernen Versorgungswesens von den Akteuren verstärkte Anstrengungen zur Kooperation und Koordination sowie zur Entwicklung einer "gemeinsamen, aufeinander abgestimmten Handlungsstrategie" (Schaeffer 1995b, 147) erfordert. Die Autoren sind sich jedoch darin einig, daß diese Forderung von den gesundheitsrelevanten Berufsgruppen bislang kaum umgesetzt wird (Badura 1994, Schaeffer 1994, Schaeffer/Moers/ Rosenbrock 1994, Pelikan et al. 1993). Die infolgedessen extrem heterogene Versorgungsstruktur ist sowohl durch vielfältige Defizite als auch durch einen für derartige Gesundheitssysteme typischen "Organisations- und Professionsseparatismus" (Schaeffer 1995b, 149) gekennzeichnet. Diese Problemstellung bewirkt, daß "der Patient durch den ständigen Wechsel der arbeitsteilig handelnden Bezugspersonen oder den Übergang zwischen unterschiedlichen Funktionsbereichen bzw. Einrichtungen der innerklinischen und klinikübergreifenden Versorgungskette Anpassungsleistungen vollziehen muß, ohne daß er dabei ausreichende Orientierung und Unterstützung erhält" (Badura/Feuerstein 1994, 13).

Als Fazit dieser Beobachtungen kann hier festgehalten werden, daß es den komplexen Systemen der Krankenversorgung daher kaum noch in befriedigender Weise gelingt, mit entsprechend hochdifferenzierten Versorgungsketten auf den komplexen Bedarf insbesondere chronisch kranker oder schwerkranker Patienten angemessen zu reagieren und ihnen eine den

WHO-Forderungen¹ entsprechende integrierte und kontinuierliche Krankenversorgung anzubieten. Gesundheitsförderliche Potentiale sowie eine sinnvolle Ausnutzung der vorhandenen Ressourcen werden auf diese Weise behindert und eine ohnehin problematische Ausgangslage weiter verschärft.

Die Diskussion um die Implementation anglo-amerikanischer Case-Management-Modelle im Bereich der bundesdeutschen Krankenversorgung vollzieht sich damit vor einem gesundheitspolitischen Hintergrund, der gekennzeichnet ist durch vielfältige Steuerungsprobleme. Sie werden ausgelöst durch die Anpassungsschwierigkeiten der gewachsenen institutionellen Strukturen, professionellen Arbeitsteilungen und Anreizsysteme an die sich aus dem veränderten Krankheitspanorama ergebenden Aufgaben (Rosenbrock 1992, 40f). Angesichts dieser Probleme und dem daraus entstehenden Innovationsdruck auf die unterschiedlichen gesundheitspolitischen Akteure könnte sich der leichtfertige Rückgriff auf anglo-amerikanische Case-Management-Konzepte möglicherweise als große Gefahr erweisen. Unter Umständen werden durch bestehende theoretische Unklarheiten eben nicht die notwendigen sozialen Innovationsprozesse in Gang gesetzt, sondern ungewollt bestehende negative Tendenzen verstärkt und damit mehr Versorgungsprobleme geschaffen als gelöst.

3. Fragestellung der Arbeit

Mit dieser Arbeit soll angesichts der skizzierten gesundheitspolitischen Herausforderungen das Ziel verfolgt werden, die systematische Auseinandersetzung mit der aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum stammenden Methode des Case Management voranzutreiben. Die längst überfällige Theoriebildung in Bezug auf diese gesundheitsrelevante Dienstleistung soll mit den folgenden Überlegungen befördert, zumindest aber sollen offensichtliche Wissenslücken über Case Management, seine Funktionen und Strategien im Rahmen der US-amerikanischen² und britischen³ Krankenversorgung geschlossen werden. Damit verbindet sich nicht zuletzt die Hoffnung, Fehlentscheidungen oder einseitige Akzentuierungen bei der Implementation von Case Management und damit eine weitere Verschärfung aktuell gegebener Versorgungsprobleme zu verhindern.

Motiviert durch die Tatsache, daß die USA wohl mit Recht als Wiege des modernen Case Management bezeichnet werden können, steht die theoretische Auseinandersetzung mit den US-amerikanischen Konzepten im Mittelpunkt der folgenden Ausführungen.

¹ vgl. hierzu WHO 1981

² Die folgenden Ausführungen beziehen sich ausschließlich auf die Vereinigten Staaten von Amerika.

³ Bei den folgenden Ausführungen wird nicht zwischen England, Wales, Schottland und Nordirland unterschieden. Da bezüglich des Care Management keine wesentlichen inhaltlichen Abweichungen zwischen den einzelnen Landesteilen zu erkennen sind, wird hier nur auf die Entwicklung in England Bezug genommen. Dies gilt auch dann, wenn im Text von "Großbritannien" oder "britisch" die Rede ist.

Fußend auf einer Darstellung des politisch-institutionellen und historischen Kontexts, in dem sich diese Methode zu ihrer heutigen Form entwickelt hat, werden die US-amerikanischen Case-Management-Konzepte einer Funktionsanalyse und strategischen Betrachtung unterzogen. Die Ergebnisse werden anschließend mit dem britischen Konzept des Care Management kontrastiert. Dabei wird nach den Gründen für die Unterschiede und Gemeinsamkeiten in der Entwicklung dieser Methode in den beiden Ländern gefragt. Die auf diese Weise gewonnenen Erkenntnisse sollen behilflich sein, in letzter Zeit verstärkt auftretende Forderungen zur Implementation von Case-Management-Konzepten in Deutschland aus ihrem gesundheitspolitischen Kontext heraus verstehen und sie aus Public-Health-Perspektive fundiert bewerten zu können. Als Basis dieser Arbeit dient eine im Vorfeld durchgeführte Sichtung und Analyse der umfangreichen, vorwiegend anglo-amerikanischen und englischen Literatur zu diesem Themenbereich (Ewers 1995).

Wie ein Blick auf die anglo-amerikanischen Quellen bestätigt, ist eine systematische Betrachtung ohne ein hinreichendes theoretisches Fundament und eine klare Definition der mit dem Case Management verbundenen Zielvorstellungen kaum möglich (Kaplan 1990, Belcher 1992). Angesichts des aktuellen Theoriedefizits ist es daher durchaus gerechtfertigt, den Schwerpunkt dieser Arbeit zunächst ausschließlich auf die theoretische Analyse und konzeptionelle Klärung der Methode zu legen und auf eine empirische Betrachtung der aktuellen bundesrepublikanischen Case-Management-Konzepte sowie der in Erprobung befindlichen Modellprojekte vorerst zu verzichten. Derartige empirische Betrachtungen bleiben späteren Untersuchungen vorbehalten.

Drei zentrale Fragestellungen stehen im Mittelpunkt der folgenden Ausführungen:

- Welche grundlegenden Funktionen und Strategien des Case Management lassen sich bei der systematischen Betrachtung der unterschiedlichen US-amerikanischen Konzepte bezogen auf die Versorgung chronisch kranker und multi-morbider Patienten identifizieren?
- Wo liegen, unter besonderer Berücksichtigung derartiger Funktionen und Strategien, die Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen den US-amerikanischen Case-Management-Konzepten und dem britischen Weg des Care Management, und welche Schlüsse lassen sich daraus ableiten?
- Welche der Funktionen und Handlungsstrategien der anglo-amerikanischen Konzepte haben für die bundesdeutsche Krankenversorgung innovativen Charakter im Sinne von Public Health und sollten daher zur Anwendung kommen?

Mit der Beantwortung dieser Fragen soll ein Beitrag zu der international an Bedeutung gewinnenden methodisch multi- und interdisziplinär angelegten Health Services Research (HSR) geleistet werden.

"HSR is concerned with how health services work, are managed, financed, and planned with a view to deciding priorities in health care. It is thus the basic tool for the development of methods, of formulating objectives, and of evaluating results." (Theofilatou/Leidl 1995, 143)

Die Erforschung gesundheitsrelevanter Dienstleistungen bewegt sich dabei auf der Schnittfläche zwischen der klassischen vergleichenden Gesundheitssystemforschung und ihrem Fokus auf institutionen- und prozeßbezogene Fragestellungen einerseits sowie der Public-Health-Forschung und ihrem Interesse an den (in-)direkten Folgen von gesundheitsrelevanten Interventionen auf die Gesamtbevölkerung oder spezifische Populationen andererseits (Schwartz et al. 1995).

Die hier präsentierten Erkenntnisse basieren auf den bisherigen Untersuchungen der Arbeitsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung und führen sie exemplarisch zusammen. So wird bei der Betrachtung von Case-Management-Konzepten nicht nur gezielt nach sozialen Innovationspotentialen gefragt (Rosenbrock 1995), sondern auch an Ergebnisse der patientenorientierten Versorgungsforschung angeknüpft (Schaeffer 1995c) und auf gesundheitsökonomisch orientierte Arbeiten zum Themenbereich Managed Care Bezug genommen (Kühn 1996b). Dabei ist in besonderer Weise interesseleitend, inwiefern sich die dem Case Management unterstellten Steuerungs- und Koordinationspotentiale an dem Public-Health-Paradigma orientieren und das Gesamtsystem und seine einzelnen Teilbereiche befähigen, "ihre Aufgaben in der Früherkennung und sekundären Prävention, in der Behandlung und Pflege und in der Rehabilitation im Sinne von Bedürfnisorientierung, Gesundheitsförderlichkeit und Effizienz zu erfüllen" (Noack/Rosenbrock 1994, 141). Das Leitbild einer kontinuierlichen und integrierten Versorgung mit sozialen und gesundheitsrelevanten Dienstleistungen für chronisch kranke, multi-morbide und pflegebedürftige Menschen bildet dabei die implizite Richtschnur bei der Betrachtung und Auswertung der vorliegenden Quellen und Informationen (Schaeffer/Moers/Rosenbrock 1992 Schaeffer 1993a).

II. US-amerikanische Case-Management-Konzepte

I. Politisch-institutioneller Kontext

Seit Robert R. Alford das Gesundheitssystem der USA 1975 in seinen Ausführungen zur US-amerikanischen Gesundheitspolitik sehr pointiert als ein "non-system" klassifizierte (Alford 1975, 275), wird diese Bezeichnung verwendet, um die erstaunliche Komplexität und ausgeprägte organisatorische Heterogenität des Sozial- und Gesundheitswesens der USA zu beschreiben (Döhler 1990, Netting 1992). Für die Auseinandersetzung mit US-amerikanischen Case-Management-Konzepten ist diese Kennzeichnung von geradezu fundamentaler Bedeutung. Sie hilft dabei, den politisch-institutionellen Kontext zu verstehen, in dem diese Methode entstanden ist und sich zu ihrer heutigen Form entwickelt hat.

Als Ursache für die im US-amerikanischen Sozial- und Gesundheitswesen in allen Bereichen so unklaren Strukturen können verschiedene, gleichermaßen bedeutsame Aspekte identifiziert werden. An erster Stelle ist hier sicherlich die ausgesprochen pluralistische Gestalt der US-amerikanischen Gesellschaft zu nennen, die sich einer zentralen Steuerung ihrer sozialen und gesundheitsrelevanten Anliegen entzieht oder widersetzt (Neipp 1988, Murswieck 1988). Es verwundert daher kaum, daß sich gesamtstaatliche, nationale Interventionen zur Gestaltung des Sozial- und Gesundheitswesens unabhängig von ihren wirtschaftlichen Hintergründen in den letzten Jahrzehnten nicht durchsetzen konnten und die staatlichen Interventionen in den USA hinter denen europäischer Regierungen zurückblieben (Döhler 1990). Schließlich werden die zentralen Steuerungsversuche auf der Makroebene nicht nur durch den föderalistischen Aufbau des Landes und die damit verbundenen Interessengegensätze zwischen den Einzelstaaten, dem Kongreß und der Präsidentialregierung erschwert. Sie müssen sich vielmehr gegen eine Vielzahl unterschiedlichster Subsysteme und Interessenverbände behaupten, die selbst für die unmittelbaren Akteure kaum noch zu durchschauen sind. "Die starke Fragmentierung der Verwaltung und ihre klientelistischen Bindungen an partielle Interessen verhinderten auch in Phasen, in denen staatliche Interventionen größere Realisierungschancen erhielten, die Entstehung eines universellen, das heißt für breite Bevölkerungsschichten zugänglichen Versorgungssystems." (Döhler 1990, 103) Diese Beobachtung läßt sich anhand der erst unlängst gescheiterten Versuche zur Einführung eines universellen "Health Security Plan" (Clinton 1993) unter der Regierung von Bill Clinton sicherlich erneut belegen.

Die Aufspaltung in diverse Subsysteme basiert auf dem weitgehend parochialen Organisationsprinzip der US-amerikanischen Gesellschaft. Der nur schwerlich in die deutsche Sprache zu übertragende Begriff der "Community" macht auf dieses Prinzip aufmerksam. Er läßt sich weder mit dem bundesdeutschen formalen Begriff der politischen Gemeinde, noch mit der eher aus dem sozialwissenschaftlichen Bereich stammenden, organisatorisch unverbindlicheren Bezeichnung "Gemeinschaft" angemessen wiedergeben. Es handelt sich dabei vielmehr um relativ autonome und nicht selten schwer zu beeinflussende soziale Aggregate, die einen hohen

Selbstorganisations- und Selbstverantwortungsgrad für sich beanspruchen. Die Motive für dieses parochiale Organisationsprinzip lassen sich bis in die US-amerikanische Siedlungsbewegung und ihre protestantisch-ideologischen Wurzeln zurückverfolgen (Murswieck 1988). Übergeordnete sozialstaatliche Prinzipien wie Solidarität und Subsidiarität sind diesem System zutiefst fremd und werden gegenüber dem Gedanken der Nachbarschaftshilfe und der Bedeutung der Leistungs- und Selbstorganisationfähigkeit der eigenen "Community" als nachrangig angesehen. In Verbindung mit der für die USA ebenfalls typischen Betonung von Wettbewerbs- und Konkurrenzvorstellungen ("spirit of competition") entsteht so eine ausgesprochen heterogene Organisationsstruktur, die nicht selten auch separatistische und unilateralistische Züge trägt ("waggon complex mentality"). Diese traditionelle Komponente hat trotz vielfältiger neuer Herausforderungen bewirkt, daß für das US-amerikanische Sozial- und Gesundheitswesen das "Erscheinungsbild einer von privaten Organisationen und Initiativen bestimmten Zersplitterung regionaler und lokaler Aktivitäten maßgebend blieb" (Murswieck 1988, 17).

Die Vereinigten Staaten geben heute mehr für die Gesundheitsversorgung aus, als jedes andere Land der in der OECD zusammengeschlossenen Staaten. "These expenditures are financed by a complex mixture of public payers (federal, state and local government) as well as private insurance and individual payments: there is no single nationwide system of health insurance" (OECD 1994, 317). Die meisten Arbeitnehmer sind heute in Amerika in Form von betrieblichen Gruppenversicherungen gegen das Krankheitsrisiko abgesichert. Eine umfassende betriebliche Gesundheitsversorgung (first-dollar-coverage) besteht aber zumeist nur in den gewerkschaftlich hoch organisierten Industriezweigen. Bezogen auf den Krankenversicherungsschutz werden derzeit in den USA vorrangig mittelschichtorientierte Versorgungsmodelle in einer großen Spannbreite angeboten. Sie reichen von einer Full-Coverage-Lösung bis zu entsprechend billigen Minimalpaketen. Auffällig ist das Fehlen jeglicher formaler Regelungen und die hohe Zahl von immerhin fast 37 Millionen Amerikanern, die ohne Krankenversicherungsschutz auskommen müssen (Imershein/Estes 1996, 234). Sie sind im Krankheitsfall weitgehend auf staatliche oder private Unterstützung angewiesen, die oftmals erst über den Weg aufwendiger bürokratischer Verfahren akquiriert werden muß. Insofern ist es kaum verwunderlich, daß die US-amerikanische Krankenversorgungsdebatte in besonderer Weise von der Frage des Zugangs spezifischer Bevölkerungsgruppen zu Versorgungsleistungen dominiert ist. "Access to adequate health care services for low-income and uninsured populations is an issue of national and local concern in the United States." (Bibeau et al. 1996, 93)

Die Herausforderung, die sich aus den unregelmäßigen Finanzierungsstrukturen für die US-amerikanische Gesellschaft ergibt, wurden 1965 auf der politischen Ebene zunächst mit der Implementation der beiden staatlichen Programme Medicaid und Medicare beantwortet (Social Security Act Title XVIII und Title XIX). Sie boten erstmalig eine "sichere" Finanzierungsquelle für die gesundheitliche Grundversorgung von weiten Teilen der Bevölkerung und haben dadurch nach Ansicht von Imershein/Estes zu einem deutlichen

Strukturwandel des US-amerikanischen Gesundheitswesens beigetragen: "An essential impetus for transformation of both medical services and the non-profit sector was provided by state intervention in 1965 with the establishment of Medicaid and Medicare as a (soon to be expanding) source of stable funding for the performance of increasingly specifiable medical care tasks." (Imershein/Estes 1996, 229)

Medicaid ist ein sogenanntes "Welfare"-Programm, das aus staatlichen Mitteln finanziert wird und nur nach strengen Bedürftigkeitsprüfungen und bis zu einem zuvor festgesetzten Budget für die entstehenden Kosten der Krankenversorgung aufkommt. Medicaid wird zu diesem Zweck von den einzelnen Bundesstaaten nach jeweils eigenen Richtlinien verwaltet und lediglich zu einem Teil (ca. 50 %) aus Bundesmitteln gedeckt. "By its design, Medicaid filled in the gaps where the private sector was absent and where the Medicare program was inadequate." (Quinn 1993, 20) In Abhängigkeit von der wirtschaftlichen Situation des jeweiligen Bundesstaates kommt es aber zu erheblichen Variationen im verfügbaren Budget und entsprechenden Qualitätsdifferenzen im Leistungsniveau (Neipp 1988, Döhler 1990).

Im Unterschied dazu ist Medicare der staatlichen Rentenversicherung angegliedert und gewährt automatisch Leistungen zur Krankenversorgung, sobald das 65. Lebensjahr erreicht wird. Da Medicare im Gegensatz zu Medicaid bundesstaatlich verwaltet wird, gibt es im Leistungsspektrum keine Schwankungen zwischen den einzelnen Bundesstaaten. Doch auch bei diesem Programm wurden die Grenzen sehr schnell offensichtlich: "Medicare pays for only a limited amount and specified type of nursing home and home health care and was never intended to cover long-term-care, but rather was geared to insure individuals with acute, skilled care needs." (Quinn 1993, 17)

Zwar kam es bedingt durch die Einführung von Medicaid und Medicare zu einem massiven Ausbau insbesondere der ambulanten Versorgungsstrukturen sowie zu einer deutlichen Zunahme der Anbieter von gesundheitsrelevanten Dienstleistungen. Diese Entwicklung förderte jedoch in erster Linie die bereits erwähnte weitgehende Desintegration und Diskontinuität in der Versorgung spezifischer Patientengruppen. "In common with other OECD countries, long-term care services in the United States are not integrated with acute care health services in terms of delivery, providers, or financing." (OECD 1994, 328) Durch den für das US-amerikanische Sozial- und Gesundheitswesen typischen großen Spielraum der Anbieter bei der Definition ihres Leistungsspektrums und der Organisation ihrer Dienstleistungen sowie das Fehlen übergeordneter Regularien zur Vereinheitlichung der Angebotsstruktur kam es folglich zu vielfältigen Brüchen und Lücken in der Versorgungskette.

Beide Programme hatten zudem in den siebziger und achtziger Jahren im Zuge wachsender Aufgaben aufgrund soziodemographischer Veränderungen, des rasanten medizinisch-technischen Fortschritts und einem expansiven Nutzungsverhalten mit erheblichen Ausgabensteigerungen zu kämpfen (Davis et al. 1990, Abramson 1990, Imershein/Estes 1996). Sie wurden daher immer häufiger zum Gegenstand staatlicher Steuerungsversuche, die jedoch in erster

Linie von einem "cost-conscious focus" bestimmt waren (Quinn 1993, 19). Infolge der von Ronald Reagan initiierten neokonservativen Reformpolitik und der massiven Ausgabenbesneidung für öffentliche Programme wie Medicaid und Medicare entstanden in den achtziger Jahren erhebliche regionale Versorgungsprobleme und es erhöhten sich die Zugangsbarrieren für sozialschwache und benachteiligte Bevölkerungsschichten.

"As part of the (...) Omnibus Budget Reconciliation Act of 1981, the federal government announced the reduction of federal matching payments to each state for the Medicaid program, encouraging the states to look for money-saving programs with their new freedoms. In response, many states focused their efforts on reducing costs incurred by older people, who were the most intensive users of expensive nursing home and hospital care." (Quinn 1993, 20).

Die Versorgungseinrichtungen wurden in diesem Zeitraum, basierend auf einer markt- und wettbewerbsorientierten Philosophie, zunehmend nach betriebswirtschaftlicher Logik umorganisiert, d.h. in einzelne Segmente zerlegt, nach Produktlinien geordnet und in übergeordnete Wirtschaftseinheiten eingegliedert (Estes 1992, Wohl 1984). Viele der zuvor im Non-Profit-Bereich angesiedelten Projekte wechselten in das gewinnorientierte Lager und wurden Bestandteil des medizinisch-industriellen Komplexes. Seither dominieren Finanzierungsfragen den Alltag der Dienstleistungseinrichtungen und zwingen die gesundheitsrelevanten Berufsgruppen zu einer veränderten Sichtweise auf das Versorgungsgeschehen.

"Service entry is more restricted with an obvious focus on payment ability and market control. Organizational structures are modified to control the flow of patients and dollars through horizontal and vertical integration, such as development of multi-hospital systems or the addition of home health care units as adjuncts to hospitals." (Imershein/Estes 1996, 233)

Als Reaktion auf die zusehends unübersehbaren Defizite der Krankenversorgung wurden zahllose, mehr oder weniger innovative Programme zur Verbesserung der Situation spezifischer Zielgruppen von Seiten der Präsidentialregierung und der einzelnen Bundesstaaten sowie privater Stiftungen (Foundations) aufgelegt (Imershein/Estes 1996). In den meisten Fällen handelt es sich dabei jedoch nicht um aktive sozial- und gesundheitspolitische Maßnahmen zur Beseitigung bestehender Probleme. Vielmehr stellen sie oftmals nicht mehr als einen passiven Regulierungsversuch zur Linderung der massivsten Auswirkungen einer neokonservativen Sozial- und Gesundheitspolitik dar (Murswieck 1988, 113). Dieser immer wieder aufflammende, zumeist kurzfristig angelegte Reformaktivismus führte zu der ausgesprochen unübersichtlichen "Patchwork-Struktur" (Clinton 1993), die für die US-amerikanische Krankenversorgung heute charakteristisch ist:

"Viele Ärzte versorgen ihre Patienten sowohl ambulant als zum Teil auch stationär, andere versorgen sie hingegen nur ambulant. Ärzte in Einzelpraxen konkurrieren mit Gruppenpraxen und mit Health Maintenance Organizations, die die gesamte medizinische Versorgung unter einem Dach anbieten. Alternative Vergütungssysteme sowohl für die ambulante als auch für die stationäre Versorgung existieren nebeneinander, genauso wie auch alternative Krankenversicherungsverträge nebeneinander bestehen. Gemeinnützige Krankenhäuser stehen im Wettbewerb mit gewinnorientierten; selbständige mit solchen, die einer Krankenhauskette angehören." (Neipp 1988, 57)

Die Kombination von Diskontinuitäts- und Desintegrationsproblemen mit der für Amerika typischen ungesicherten Finanzierungsstruktur führt in den USA für weite Teile der US-amerikanischen Bevölkerung zu "no-care zones" (Estes, Swan & Associates 1993) und anderen weitreichenden Versorgungsdefiziten. Für die meisten Autoren bildet genau dieser politisch-institutionelle Kontext den Boden, auf dem die Methode des Case Management in den USA in ihrer heutigen Form in besonderer Weise gedeihen konnte. So fragt z.B. Netting in ihrer Analyse des US-amerikanischen Case Management, ob es sich bei dieser Methode tatsächlich um einen notwendigen Service für die Patienten oder nicht doch eher um eine Intervention zur Behebung der Mängel des Systems handelt und kommt dabei zu dem Ergebnis: "Case Management may be perceived as a service, but it is also a symptom of broader issues within the health and human services delivery system." (Netting 1992, 163) Diese kritische Haltung gegenüber dem Case Management wird durch die Betrachtung der historischen Entwicklung dieser Methode in besonderer Weise untermauert.

2. Historische Entwicklung der Methode

Der Beginn der Entwicklung des US-amerikanischen Case Management wird nach Meinung von Weil et al. auf das Jahr 1863 datiert (Weil et al. 1985). Im US-Bundesstaat Massachusetts wurde damals im Zusammenhang mit der Gründung des für Amerika ersten "Board of Charities" eine Frühform des sozialarbeiterischen Case Management installiert (Austin 1988, Weil et al. 1985, Greene 1987). Die Methode entstand damit im Umfeld der US-amerikanischen Siedlungsbewegung und der von den Charity Organization Societies (COS) koordinierten sozialpflegerischen Dienste. Der Versorgungsbedarf der damals neu eingetroffenen Einwanderer wurde von zumeist ehrenamtlichen Helfern erhoben und systematisch dokumentiert. Zugleich suchten sie nach geeigneten Leistungserbringern für diesen Bedarf und schufen notwendige neue Versorgungseinrichtungen. Schon dieses "traditionelle Case Management" (Vourlekis 1992, 6) war jedoch von der typischen Spannung zwischen anwaltschaftlicher Interessenvertretung und Ressourcen- bzw. Systemorientierung geprägt: "Just as the settlement movement focused more on assisting poor individuals through an advocacy role, the COS focused more on guarding the dollars - the gatekeeper role." (Netting 1992, 160) Dieses Spannungsverhältnis zwischen den unterschiedlichen Zielvorstellungen, die mit Case Management verbunden werden, hat die Diskussion bis in die heutige Zeit hinein geprägt. Bei der Betrachtung der historischen Entwicklung des Case Management läßt sich jedoch in den letzten dreißig Jahren eine deutliche und zumeist einseitige Akzentuierung feststellen, die sich in erstaunlicher Synchronizität zu der oben skizzierten Dynamik im US-amerikanischen Gesundheitswesen vollzogen hat.

Die Debatte darüber, inwiefern die Frühform des US-amerikanischen Case Management mit der traditionellen sozialarbeiterischen Einzelfallarbeit (Casework) identisch ist, kann an dieser Stelle nicht weiter vertieft werden (vgl hierzu Weil et al. 1985).

Gleichwohl gilt Case Management seit den zwanziger Jahren dieses Jahrhunderts als methodisch-kontrolliertes sozialpflegerisches Handeln und konstitutiver Bestandteil des Methodenrepertoires der US-amerikanischen Sozialarbeit. So bezieht sich die National Association of Social Workers (NASW) bei ihren Standards zum sozialarbeiterischen Case Management ausdrücklich auf die von Mary Richmond bereits 1901 bzw. 1922 entwickelten Konzepte (NASW 1984). Doch nicht nur die Sozialarbeit hat diese "neue" Methode in ihr berufliches Handeln integriert. Auch die Pflege hat sich bereits sehr früh mit dem Case Management auseinandergesetzt. Netting macht darauf aufmerksam, daß Community Health Nursing Agencies gleichsam als Pioniere eines pflegerischen Case Management bezeichnet werden können (Netting 1992, 161, vgl. auch Schaeffer 1995a). Im Zuge der Professionalisierungsbemühungen beider Berufsgruppen wurde die Case-Management-Debatte jedoch zunächst auf die hinteren Plätze der Tagesordnung verbannt.

Um 1940 tauchten dann im Gegensatz zu den bis dahin dominierenden sozialpflegerischen Konzepten im Zusammenhang mit der US-amerikanischen Rehabilitationsbewegung zum ersten Mal Modelle auf, die explizit als "medical case management" bezeichnet werden können. Sie stellten damit eine Ausweitung dieser Methode auf den Bereich der klassischen Krankenversorgung dar (Kaplan 1990). Im Vergleich zu den heutigen Konzepten wurde Case Management aber noch recht unsystematisch angewandt und in der Regel als Bestandteil anderer, vorwiegend medizinisch-pflegerischer Leistungen angeboten (American Hospital Association 1987). Nach dem zweiten Weltkrieg gewannen diese Programme für Kriegsverletzte, Behinderte und ihre Familien zunehmend an Bedeutung. Die z.T. mangelhaften Bedingungen der Krankenversorgung von spezifischen Bevölkerungsgruppen mit komplexen Problemen bei gleichzeitig ungesicherter Finanzierung erforderten in dieser Periode ein gezieltes methodisches Vorgehen, für das sich das Case Management in besonderer Weise anbot (Netting 1992). Diese Arbeit vollzog sich jedoch noch weitgehend unbemerkt von der Öffentlichkeit im Rahmen der traditionellen Versorgungsstrukturen.

Erst in den den späten sechziger und frühen siebziger Jahren geriet die Methode zunehmend in das Blickfeld der gesundheitspolitischen Akteure und veränderte damit nach und nach ihr Erscheinungsbild. Parallel zu der weitgehend unkontrollierten Wachstumsperiode des US-amerikanischen Sozial- und Gesundheitswesens und der infolge zunehmenden Unüberschaubarkeit der Versorgungsstrukturen (vgl. hierzu Kap. II, 1) wurde die Forderung nach einer sinnvollen Koordination der weitgehend desintegrierten und diskontinuierlichen Versorgung immer lauter. Das Konzept des "continuum of care", das Brüche in der Versorgung vermeiden soll, tauchte in der US-amerikanischen Fachliteratur auf und prägte nicht zuletzt die versorgungspolitischen Forderungen der WHO (Weil et al. 1985).

Die gesundheitspolitischen Akteure sahen sich angesichts der offensichtlich steigenden Versorgungsprobleme und Zugangsbarrieren bei gleichzeitig ungebremsster Ausgabenentwicklung einem erheblichen Innovations- und Handlungsdruck ausgesetzt.

"As a result, in 1972, the federal government identified social service coordination and service integration as a priority and begun funding demonstration projects of service coordination systems." (Kaplan 1990, 61)

Damit begann für das "neue" Case Management (Vourlekis 1992, 6) eine bis heute ungebrochene Karriere als ein auf der Mikro- und Mesoebene anwendbares zentrales Instrument zur Korrektur eines zunehmend ineffektiv und ineffizient arbeitenden Krankenversorgungssystems. Case Management wurde im Zuge dieser Entwicklung immer weniger als Methode für eine am individuellen Bedarf eines Patienten bzw. einer Patientengruppe orientierte Versorgungsorganisation wahrgenommen. Vielmehr wurde es zunehmend als Hilfsmittel zur Überwindung professioneller, bürokratischer und institutioneller Hürden und systemimmanenter Zugangsbarrieren angesehen. "At this time, case management began to surface as a method for helping individuals overcome the federal bureaucracy and improve their access to federal programs." (Quinn 1993, 18)

In nur wenigen Jahren wurden zahlreiche unterschiedliche Case-Management-Modelle in der Verantwortung verschiedener (Semi-)Professionen (Medizin, Pflege, Sozialarbeit) und in diversen sozialen und gesundheitlich relevanten Settings entwickelt und erprobt. Darunter auch solche, die der Tradition des Community Health Nursing entstammen und aufgrund ihres innovativen, präventiven und zielgruppenspezifischen Risiko-/Ressourcen-Ansatzes aus Public-Health-Perspektive auch heute noch besondere Aufmerksamkeit verdienen (Schaeffer 1995a).

Die Einbindung in die staatlichen Medicaid- und Medicare-Programme bewirkte eine starke Ausweitung des Case Management und einen weiteren Zuwachs an Akzeptanz. Als ein Zeichen dafür kann die offizielle Einführung der Bezeichnung "Case Manager" im Jahr 1974 gedeutet werden (Netting 1992, 161). Dieser Schritt löste jedoch einen bis heute anhaltenden Disput darüber aus, ob es sich bei dem Case Management lediglich um eine spezifische, diskrete Methode der sozial- und gesundheitsrelevanten Berufsgruppen oder um ein eigenständiges Berufsbild und Tätigkeitsfeld handelt (Weil et al. 1985, Del Togno-Armanasco et al. 1989). Unbestritten ist dagegen, daß die offizielle Anerkennung des Case Management zu einer neuerlichen Akzentverschiebung im Sinne einer Zugangs- und Ausgabenkontrolle führte.

"Case Management has been integrated into many of the federal and state policies associated with the delivery of health care and social support services. The overall goal is to reduce the use and costs of expensive treatments. Case management is used in these situations to reduce institutionalization, increase and monitor access of needed services, and expand alternative community resources such as home and long-term care." (Cohen/Cesta 1993, 73)

Case Management wurde in dieser Phase von den politisch Verantwortlichen mit hohen Erwartungen für die Reduzierung von Versorgungsausgaben verknüpft und als Serviceleistung für das System instrumentalisiert. Die ursprünglich auf die Patienten ausgerichtete Perspektive des Case Management trat zusehends in den Hintergrund oder wurde nicht selten vollständig ausgeblendet. Die politisch motivierten massiven Kürzungen im Bereich der öffentlich finanzierten sozialen und gesundheitsrelevanten Aufgaben bei

gleichzeitiger Betonung wettbewerbs- und marktwirtschaftlicher Ideologien zwangen die Dienstleistungseinrichtungen im Sozial- und Gesundheitsbereich dazu, stärker die vorhandenen Ressourcen und ihre eigene Existenz als den tatsächlichen Versorgungsbedarf und die Interessen der Patienten in den Blick zu nehmen (Netting 1992).

In der letzten Dekade läßt sich anhand der Literatur eine erneute Wandlung in der Wahrnehmung und Anwendung von Case Management beobachten. So blieb zwar das Problem der Ausgabenentwicklung für das US-amerikanische Sozial- und Gesundheitswesens weiterhin bedeutsam, "gleichzeitig drängten über Jahre hinweg unterdrückte Themen, wie Zugang zur medizinischen Versorgung oder die Qualitätssicherung, die unter Reagan deutlich an Virulenz gewonnen haben, wieder auf die politische Tagesordnung" (Döhler 1990, 399). Als Reaktion darauf kam es zu einer flächendeckenden Implementation der scheinbar so erfolgreichen Case Management-Konzepte, ohne daß ihre Wirksamkeit bislang durch eine qualifizierte Versorgungsforschung in ausreichender Form empirisch nachgewiesen wäre (Davis 1990, Rothman 1991).

Case Management hat damit in den letzten hundert Jahren eine unvergleichliche Karriere erfahren und gilt in den USA heute als "core component of service delivery in every sector of human services" (Vourlekis/Greene 1992, xi). Dabei ist es offenbar irrelevant, ob es sich um die schulische Sozialarbeit für sogenannte Teenage-Parents handelt (Davis 1992), die Familienbetreuung in den US-amerikanischen Streitkräften (Gemmil et al. 1992) oder die ganze Spannweite der klassischen Gesundheitsversorgung (vgl. hierzu Ewers 1995). Auch die Frage, ob professionelle oder ehrenamtliche Case Manager eingesetzt werden und wie die jeweilige Organisationsstruktur beschaffen ist, in der das Case Management angewendet wird, tritt angesichts der großen Bedeutung der Methode für das US-amerikanische Sozial- und Gesundheitswesen eher in den Hintergrund.

Ein Blick auf die historische Entwicklung des Case Management lehrt jedoch, daß ein Großteil der Popularität ganz offensichtlich seiner unklaren Definition und vernachlässigten theoretischen Fundierung zu verdanken ist. Die begriffliche Unscharfe und der amorphe Charakter verleiten die gesundheitspolitischen Akteure offenbar immer wieder dazu, Case Management als scheinbar universelles Instrument zur Lösung vielfältiger Probleme zu funktionalisieren und es auf diese Weise von seinem historischen Ursprung zu entfernen.

"An agreed-upon definition of case management is lacking, as well as a uniform conceptual and operational framework of a comprehensive case management model." (Rapp/Wintersteen 1989, 24)

3. Case-Management-Konzepte

Die Erläuterung der politischen und historischen Hintergründe dürfte hinreichend verdeutlicht haben, daß die Vorstellung von einem klaren und einheitlichen Case-Management-Konzept von dem empirischen Erscheinungsbild dieser Methode in den USA weit entfernt ist. Vielmehr kann heute eine unüberschaubare Vielzahl unterschiedlicher Konzepte identifiziert werden, die erhebliche Varianzen hinsichtlich ihrer Funktion, aber auch der Qualifikation des Case Managers, des Leistungsvolumens und der institutionellen Rahmenbedingungen, in dem sie zum Einsatz kommen, aufweisen. Die US-amerikanische Pflegewissenschaftlerin Joan Quinn bringt dieses Phänomen auf eine schlichte Formel: "However, if you have seen, one case management agency', you have seen, one case management agency'. The definition of the service and the qualifications of the staff often differ dramatically across sites." (Quinn 1993, ix)

Dieser Mißstand wird von den US-amerikanischen Wissenschaftlern mittlerweile als Folge der Popularisierung der Methode in den späten achtziger Jahren beklagt und mit der Tendenz in Verbindung gebracht, Case Management vorrangig als Kostenkontrolle zu instrumentalisieren anstatt längst überfällige Korrekturen des Sozial- und Gesundheitssystems in Angriff zu nehmen (Schilling et al. 1988). Inzwischen ist jedoch auch das Case Management selbst in den Sog der Qualitätsdebatte geraten und wird damit vermehrt zum Gegenstand von Effektivitäts- und Effizienzkontrollen (White/Goldis 1992). Diese Entwicklung hat in den USA das als "lack of definition" (Belcher 1992, 110) bezeichnete Theoriedefizit des Case Management noch offensichtlicher werden lassen.

Um dieser Entwicklung zu begegnen und künftig eine zielgerichtete Implementation von Case-Management-Konzepten zu ermöglichen, haben sich in den letzten zehn Jahren einige Autoren darum bemüht, die zahllosen Konzepte nach verschiedenen Kriterien zu kategorisieren. Dabei wurden unterschiedliche Zugangsweisen gewählt, von denen die wichtigsten im folgenden kurz skizziert werden sollen:

Mari Weil definiert drei Kategorien von Case-Management-Konzepten, die sich an der Ausbildung bzw. Anbindung der Case Manager orientieren (Weil 1985). Unter der ersten Kategorie faßt sie all die Konzepte zusammen, die auf (para-)professionelle Case Manager zurückgreifen, unabhängig davon, ob es sich dabei um Einzelpersonen (Mediziner, Sozialarbeiter, Pflegefachkräfte etc.) oder um multidisziplinäre Case-Management-Teams handelt. Unter die zweite Kategorie subsumiert sie Konzepte, die mit sogenannten "non-professionals", d.h. Familienangehörigen, minderqualifizierten oder freiwilligen Helfern auskommen. Die komplexen Dienstleistungszentren mit verschiedenen Leistungsangeboten inklusive Case Management unter einem Dach ordnet sie einer eigenen, dritten Kategorie zu (Weil 1991, 101ff).

Steinberg und Carter orientieren sich dagegen eher an dem institutionellen Rahmen, in dem Case Management durchgeführt wird (Steinberg/Carter 1983). Sie unterscheiden acht verschiedene Organisationsformen, die von eigenständigen Case-Management-Diensten, über Spezialabteilungen in traditionellen Service-Einrichtungen bis hin zu den Health Maintenance Organizations (HMOs) reichen. Die Ziele und Funktionen des Case Management korrelieren dabei im wesentlichen mit der Größe, dem Organisationsgrad und der Struktur der jeweiligen Einrichtung (Steinberg/Carter 1983).

Weitaus größere Zustimmung hat dagegen in den USA die 1985 von Merrill entwickelte Kategorisierung der Case-Management-Konzepte gefunden, die sich an der Art der angebotenen Dienstleistung und der zu versorgenden Zielgruppe orientiert (Merill 1985). Die ursprünglich von Merrill getroffene Einteilung in drei Basis-Konzepte wurde von der American Hospital Association später modifiziert und ergänzt (American Hospital Association 1987). Sie sieht derzeit fünf unterschiedliche Kategorien von Case-Management-Konzepten vor:

Social Case Management

Zu dieser Gruppe werden Case-Management-Konzepte gezählt, die auf gefährdete Bevölkerungsgruppen zugeschnitten sind, z.B. alte Menschen über 75 Jahre ("Old-old" - frail elderly), Jugendliche Eltern (Teenage-parents), Arbeits- und Obdachlose (Jobless/Homeless). Im Gegensatz zum traditionellen Case Management haben diese Konzepte präventiven Charakter und sollen einer potentiellen sozialen oder gesundheitlichen Gefährdung entgegenwirken (Kaplan 1990). Als Weiterentwicklung dieser Kategorie wurde von der American Hospital Association 1987 das sogenannte Vocational Case Management eingeführt. Diese Spezialform der Case-Management-Konzepte ist im Rahmen der beruflichen Rehabilitation entstanden und hat das vorrangige Ziel, behinderte oder gesundheitlich beeinträchtigte Personen wieder in das Arbeitsleben einzugliedern (American Hospital Association 1987).

Primary Care Case Management

Hierzu gehören Case-Management-Konzepte, die im Bereich der klassischen, d.h. vorrangig akut-medizinischen Krankenversorgung angesiedelt sind und durchweg in den siebziger und achtziger Jahren als Reaktion auf die Desintegrationserscheinungen im ambulanten Versorgungsbereich und die Kostenexplosion im Gesundheitswesen entstanden.

"In this model, the case manager, frequently a physician, provides the patient's primary care and authorizes and coordinates other health care services deemed necessary for the patient." (Kaplan 1990, 65)

Die American Hospital Association unterscheidet in diesem Bereich zwischen den einfachen Primary Care Case Management, das in erster Linie auf Zugangssteuerung und Kostenersparnis ausgerichtet ist, und dem Case Management for Catastrophic or High Cost Medical Events. Letzteres ist auf spezifische Zielgruppen beschränkt (z.B. Schlaganfall- oder AIDS-Patienten) und soll medizinische Komplikationen vermeiden helfen oder zu einer weitgehenden gesundheitlichen Stabilisierung der Patienten beitragen (Kaplan 1990, 66).

Medical-Social Case Management

Die dritte Kategorie bildet eine Mischform zwischen dem Social und dem Primary Care Case Management und ist insbesondere auf die Betreuung von chronisch Kranken und Langzeit-Patienten ausgerichtet. In diesen Konzepten werden soziale, medizinische und pflegerische Dienstleistungen miteinander verknüpft, um dem komplexen Versorgungsbedarf dieser Zielgruppe besser gerecht werden zu können. Der Case Manager orientiert sich bei seiner Versorgungsplanung sowohl an dem aktuellen Bedarf des Patienten als auch an den vorhandenen (in-) formellen Ressourcen ("dual-focus"). Angesichts potentieller Schwankungen im Krankheitsverlauf bewahrt er jedoch stets eine präventive Perspektive ("stay one step ahead of any potential crisis") und sorgt für eine kontinuierliche Einsatzbereitschaft der Dienstleistungseinrichtungen ("alerting resources to be on standby"), um die Versorgung von instabilen Patienten im Krisenfall unkompliziert sicherstellen zu können (Kaplan 1992, 103).

Zwar ist diese Kategorisierung von Merrill durchaus hilfreich, um sich einen Überblick über die unterschiedlichen US-amerikanischen Case-Management-Konzepte zu verschaffen, denn sie erlaubt, wesentliche Unterschiede zwischen den einzelnen Konzepten in der Art der angebotenen Dienstleistung und der fokussierten Zielgruppe nachzuvollziehen. Soll jedoch die Anwendbarkeit US-amerikanischer Konzepte im Rahmen der bundesdeutschen Krankenversorgung untersucht und in Anlehnung an die Fragestellung dieser Arbeit eine Bewertung des Case Management aus Public-Health-Perspektive vorgenommen werden, ist diese Kategorisierung nicht ausreichend. Dazu ist es vielmehr notwendig, einen Schritt weiter zurückzugehen und sich zunächst Klarheit über die zentralen Funktionen des Case Management im US-amerikanischen Sozial- und Gesundheitswesen zu verschaffen.

4. Kernfunktionen des Case Management

Dem US-amerikanischen Case Management wurden in den letzten Jahren immer wieder die unterschiedlichsten Funktionen zugeschrieben: "problem solver, advocate, broker, planner, community organizer, boundary spanner, service monitor, record keeper, evaluator, consultant, collaborator, coordinator, counselor, and expeditor." (Netting 1992, 161) Bei genauerer Betrachtung der vielfältigen Konzepte und Definitionen lassen sich jedoch derzeit *drei zentrale Kernfunktionen* identifizieren, die in den jeweiligen Settings und von den diversen Akteuren in sehr unterschiedlicher Weise realisiert oder gewichtet werden. Die Rede ist von der sogenannten Advocacy-, der Broker- und der Gate-Keeper-Funktion.⁴ Gemeinsam ist diesen drei Kernfunktionen sicherlich das Ringen um eine spezifische Antwort auf die aktuellen Versorgungsprobleme des US-amerikanischen Sozial- und Gesundheitswesens.

⁴ Vgl. z.B. folgende Definition:

"Case Management is a widely accepted form of social work practice in various settings that require advocacy, coordination of services, or authorization and financing of services" (Sonsel/Paradise/Stroup 1988, 388).

Im Interesse einer fundierten theoretischen Auseinandersetzung mit dem Case Management erscheint es allerdings sinnvoller, sich stärker auf die Unterschiede zwischen diesen drei Funktionen zu konzentrieren. Hierfür sollen die jeweils spezifischen Lösungsstrategien und Zugangswege in idealtypischer Form skizziert und auf diese Weise die Unterschiede zwischen den drei Kernfunktionen ins Bewußtsein gehoben werden.

4.1 Advocacy-Funktion

Der Advocacy-Begriff hat wegen seiner Popularität im US-amerikanischen Sozial- und Gesundheitswesen bereits unzählige Definitionen erfahren. Dabei wird er sowohl im Sinne eines zentralen Wertekodex (Priester 1993) als auch als gezieltes, methodisch-kontrolliertes Vorgehen für die Durchsetzung von Patienten-/Klienteninteressen verstanden (Gemmill et al. 1992). McGowan bezeichnet Advocacy als "partisan intervention on behalf of an individual client or identified client group with one or more secondary institutions to secure or enhance a needed service, resource, or entitlement" (McGowan 1987).

Menschen, die angesichts grundsätzlich konflikträchtiger Lebenssituationen (z.B. Armut, mangelnde Bildung, Behinderung) oder unvorhergesehener biographischer Lebenskrisen (z.B. Unfall, Arbeitslosigkeit, schwere Erkrankung) ihre persönlichen Interessen aufgrund von kurz-, mittel- oder langfristiger individueller Hilfsbedürftigkeit und/oder gesellschaftspolitischer Machtlosigkeit nicht geltend machen können, sollen über den Weg "anwaltschaftlicher" Interessenvertretung für die Gesellschaft sichtbar gemacht, und ihre Bedürfnisse sollen in einem intensiven, demokratisch legitimierten Aushandlungsprozeß mit den politisch-institutionellen Instanzen in einem befriedigenden Umfang realisiert werden. Auf diese Weise soll für gefährdete Personengruppen mit geringen Partizipationschancen nicht zuletzt so etwas wie Versorgungsgerechtigkeit oder "Lebensgerechtigkeit" (Wendt 1991, 23) sichergestellt werden.

Die bereits mehrfach beschriebenen, für die Patienten tendentiell negativen Entwicklungen im Sozial- und Gesundheitswesen der USA haben ein derartiges anwaltschaftliches Vorgehen im Zusammenhang mit der Krankenversorgung in besonderer Weise notwendig erscheinen lassen und damit die Entwicklung von Case-Management-Konzepten mit diesem Schwerpunkt befördert.

"An increasing diversity of facilities and services in pluralist welfare systems makes it more complicated and challenging to achieve to a suitable care arrangement. Therefore, it has to be stated once again that developing the skill to produce flexible care arrangements becomes a core condition for turning abstract rights into concrete access to resources." (Baldock/Evers 1991, 190)

Die Erhöhung von gleichberechtigten Zugangsmöglichkeiten zu den vorhandenen Ressourcen oder die Erweiterung derselben im Sinne einer bedarfsgerechten Versorgung und die Überwindung systemimmanenter Barrieren durch anwaltschaftliche Interessenvertretung gehört damit zu den zentralen Aufgaben des Case Managers als "Advocate".

Um diese Funktion wahrnehmen zu können, muß der Case Manager sich im wahrsten Sinne des Wortes an die Seite seines Patienten stellen und die Versorgungssituation konsequent aus dieser Mikro-Perspektive wahrnehmen. Aufgrund seiner professionellen, quasi paternalistischen Rolle ist er in der Lage, den möglichen Krankheitsverlauf und den daraus resultierenden Versorgungsbedarf zu antizipieren, drohende Krisen zu vermeiden oder in ihren Auswirkungen zumindest zu lindern und die notwendigen Ressourcen zur Versorgung an dem zuvor definierten Bedarf und den individuellen Bedürfnissen des Patienten auszurichten.

"Implicit at least in the idea of the individual case manager ist that (s)he will operate as the client's advocate and defender, imaginatively, opportunistically and even combatively gathering together forms of help from all sorts of sources: public, private, voluntary and informal." (Baldock/Evers 1991, 196)

Einige Autoren betonen daher stets die Notwendigkeit einer kontinuierlichen, auf individuelles Wachstum angelegten, helfenden Beziehung zwischen Case Manager und Patient. Case Management soll jedoch nicht in die andauernde Abhängigkeit von fremder Hilfe führen. Im Sinne einer Empowerment-Strategie will es vielmehr die Entwicklung individueller Copingstrategien ermöglichen und eine weitgehende (Re-) Autonomisierung des Patienten bewirken.

"The goal of advocacy, although perhaps ideal, is to empower clients to speak on their own behalf." (Greene 1992, 21)

Die anwaltschaftliche Funktion des Case Managers geht jedoch über die individuelle Begleitung des konkreten Einzelfalls auf der Mikroebene noch hinaus (Schaeffer 1995a). Der Case Manager verfolgt diesem Konzept zufolge gleichzeitig das Ziel, grundsätzliche Lücken im Versorgungssystem aufzudecken und diese Information in angemessener Form an die Verantwortlichen auf der Meso- und Makroebene weiterzuleiten. Im Sinne einer Bottom-up-Strategie trägt er auf diese Weise letztlich zu einem patientenorientierten Ausbau des Sozial- und Gesundheitssystems bei.

"Another implicit part of the idea is that case managers, by competing with each another to maximise their clients' welfare, will drive the system to more efficient solutions" (Baldock/Evers 1991, 196).

Der Case Manager benötigt für seine Aufgabe ein hohes Maß an Kenntnissen über das Versorgungssystem sowie über die in ihm vorhandenen Ressourcen und praktizierten Handlungsmuster. Er muß geplant und reflektiert agieren und eine gezielte "strategy of power" entwickeln können (Gemmil et al. 1992, 152), um so für seine Patienten auch langfristig politisch tätig werden und zwangsläufige Interessen- und Loyalitätskonflikte angemessen bearbeiten zu können. Spätestens hier wird deutlich, welchen enormen Einfluß die Qualifikation des Case Managers und der institutionell-organisatorische Rahmen, in dem er als "Advocate" tätig wird, auf seine konkreten Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten ausüben kann.

Die Advocacy-Funktion, bei der die Patientenperspektive in besonderer Weise betont wird, läßt sich bereits in den Anfängen des Case Management ausmachen und ist sicherlich eine der traditionellen Wurzeln dieser Methode. Bezogen auf das moderne Case Management hat

diese Funktion zentrale Bedeutung bei sozial- oder gesundheitlich extrem benachteiligten Personengruppen wie z.B. AIDS-Patienten (Fleishman et al. 1991), psychiatrischen Patienten (Rapp/Chamberlain 1985) oder Wohnungslosen (Rog et al. 1987). Obwohl diese Kernfunktion des Case Management im Bereich der klassischen Sozialarbeit und der Charity- und Welfare-Organisationen sicherlich stärker ausgeprägt ist als im medizinisch-industriellen Komplex, gilt die Advocacy-Funktion aber nach wie als die ursprünglichste und zentrale Kernfunktion des Case Management über alle organisatorisch-institutionellen Grenzen hinweg.

4.2 Broker-Funktion

Die Broker-Funktion, die von Joan Quinn als die einfachste Form des Case Management beschrieben wird (Quinn 1993, 24), unterscheidet sich von der Advocacy-Funktion in erster Linie durch ihre stärker organisations- und institutionsbezogene Perspektive. Sie hat im Zusammenhang mit dem unkontrollierten Wachstum der sogenannten "institutional services" (z.B. nursing homes) und der "noninstitutional services" (homemaker services, chore services, day care, inhome meals etc.) und der infolge zusehends desintegrierten und fragmentierten Versorgung in den USA der siebziger und achtziger Jahre an Bedeutung gewonnen. Der Case Manager als Broker ist damit eine Antwort auf die Desintegration und den Organisations- und Professionsseparatismus des US-amerikanischen Gesundheitswesens.

Die Case-Management-Einrichtung fungiert in diesem Konzept in erster Linie als neutrale Vermittlungsagentur zwischen den Nutzern und den Anbietern sozialpflegerischer Dienstleistungen. Der Case Manager tritt wie ein Makler oder Agent auf (Quinn 1993, 5), der dank seiner Kenntnis des aktuellen Marktangebots an Dienstleistungsunternehmen für die spezifischen Versorgungsbedürfnisse eines Konsumenten in einem zuvor definierten Rahmen die jeweils optimalen Versorgungslösungen ausfindig macht. Für dieses Modell ist es daher von Bedeutung, daß der Case Manager nicht selbst bei einem Leistungserbringer angesiedelt ist, sondern unabhängig agieren kann. Dadurch ist gewährleistet, daß er nicht zu einseitigen Empfehlungen im Interesse bestimmter Anbieter von Versorgungsleistungen tendiert und damit wettbewerbsverzerrend wirkt.

Interessanterweise wird diese stark von Markt- und Wettbewerbsideologien geprägte Broker-Funktion häufig von privaten Case-Management-Organisationen und in der geriatrischen Versorgung in den Vordergrund gerückt und als sogenannte "Fee-for-Service" Dienstleistung, d.h. gegen eine Vermittlungsgebühr am Markt angeboten. Zielgruppe sind ältere, zumeist alleinstehende Menschen mit einem komplexen Versorgungsbedarf, jedoch mit ausreichendem finanziellen Handlungsspielraum (Mittelschichtorientierung), die angesichts der Unübersichtlichkeit der Versorgungsstrukturen auf Beratung und Unterstützung angewiesen sind.

"Negotiating this complex web of services can be an overwhelming process for the senior and his or her family or friends. (...) Private case management firms provide an answer for those seniors who do not have family or friends able to fully assist them or do not have access to public case management programs." (Kaplan 1990, 68)

Die Broker-Funktion basiert auf der Idealvorstellung von einem grundsätzlich autonomen Konsumenten von Versorgungsleistungen, dem angesichts des durch Wettbewerb unter den Anbietern unüberschaubar gewordenen Marktes die Entscheidung zwischen den miteinander konkurrierenden Leistungsanbietern erleichtert werden soll (Konsumentensouveränität). Die Hauptaufgabe des Brokers besteht nach Weil et al. zudem darin, im Sinne einer zentralen Servicekoordination die einzelnen verstreuten Puzzleteile des Versorgungssystems so zusammenzufügen, daß sie in einer sachlogischen und effektiven Weise dem zuvor erstellten Serviceplan entsprechen (Weil et al. 1985, 35). Der in einem ausführlichen Assessment-Prozeß gemeinsam mit dem Patienten festgestellte Versorgungsbedarf wird dabei in Verbindung gebracht mit adäquaten Versorgungsangeboten des Sozial- und Gesundheitssystems (Linking function). Auf diese Weise wird ein individuelles "package of care" zusammengestellt. Dabei sind die privaten Case-Management-Organisationen darum bemüht, eine sehr viel teurere stationäre Versorgung des Patienten durch eine geschickte Form der Servicekoordination weitgehend zu vermeiden und auf diese Weise die eigenen Vermittlungsgebühren gegenüber den Nutzern zu rechtfertigen.

Die Aufgaben des Case Managers gehen nach dieser Vorstellung noch einen Schritt über die Realisierung von prinzipiell vorhandenen Zugangschancen hinaus. So übernehmen die privaten Case-Management-Agenturen nicht nur die Vermittlung und Koordination von Serviceleistungen, sondern sie begleiten ihre "Kunden" auch durch den gesamten Versorgungsprozeß (Weil et al. 1985).

"The agency in this system acts as a broker in coordination, controlling, and monitoring services and resources." (Cohen/Cesta 1993, 24)

Der Case Manager wird damit immer häufiger als zentrales Instrument zur Sicherung der Qualität von Versorgungsleistungen interpretiert, indem er eine Prozeßsteuerung durchführt (coordination), die planmäßige Verwendung der zur Verfügung stehenden Mittel überprüft (controlling) und den Versorgungsverlauf beaufsichtigt (monitoring). Als problematisch erweist sich jedoch seine neutrale, von den Leistungsanbietern unabhängige Position. So kann er zwar auf Qualitätsmängel bei der Versorgung aufmerksam machen, hat aber nicht die Möglichkeit, diese während des Versorgungsprozesses zu verändern oder durch direkte Einflußnahme auf die Anbieter zu einer gezielten patientenorientierten Qualitätsentwicklung beizutragen.

"The major drawback to the broker system, and the reason demonstrations rely not solely on it, is that the broker can only coordinate the existing service providers and does not effect any real change or develop new services in the overall delivery system." (Quinn 1993, 24)

Da die Broker in aller Regel keinen Einfluß auf die Verwendung der Mittel oder die direkte Gestaltung der von den einzelnen Einrichtungen erbrachten Versorgung haben, wird diese Funktion von Weil et al. daher auch als "supervision without administrative sanctions" bezeichnet (Weil et al. 1985). Der Case Manager ist damit zur Sicherung der Versorgungsqualität ausschließlich auf eine geschickte Verhandlungsführung und umfassende Koalitionsbildung angewiesen (Quinn 1993, 76ff).

4.3 Gate-Keeper-Funktion

Die dritte Kernfunktion des Case Management ist von der Idee der sozialverträglichen Kontrolle oder administrativen Einschränkung eines ungehinderten Zugangs zu gemeinschaftlich finanzierten Versorgungsleistungen geprägt. Sie hat mit den explodierenden Ausgaben der staatlichen Versorgungsprogramme Medicaid und Medicare an Bedeutung gewonnen und ist durch ihren ausgabenzentrierten Fokus ("guarding the dollars") und die daraus resultierenden Entscheidungszwänge gekennzeichnet. Die Gate-Keeper-Funktion des Case Management ist damit in erster Linie als Antwort auf die wachsenden Aufgaben moderner Sozial- und Gesundheitssysteme bei gleichzeitig langfristig begrenzten finanziellen Ressourcen zu verstehen.

Dahinter verbirgt sich die aus dem Bereich der Ökonomie stammende Vorstellung, daß eine gezielte Aufgabenselektion und Steuerung der Krankenversorgung angesichts der knappen Mittel den größten Nutzwert für das Gesamtsystem darstellt.

"Once access to public care is rationed - especially the more costly institutional care - and this becomes a permanent condition, then the shift has been made from universality to selectivity." (Baldock/Evers 1991, 191)

Diese Selektionsaufgabe steht bei der Gate-Keeper-Funktion im Vordergrund und macht das Case Management damit zu einem zentralen Bestandteil der an Bedeutung gewinnenden Managed-Care-Systeme (Netting 1992). Der Case Manager vertritt als Gate-Keeper jedoch weder ausschließlich die an umfassender Versorgung interessierten Patienten noch die auf Gewinnmaximierung ausgerichteten Dienstleistungsanbieter, bei denen sie oftmals angestellt sind. Vielmehr engagiert sich der Gate-Keeper idealerweise für die Belange der Gesamtgesellschaft und verfolgt durch seine ausgleichende Funktion im Sinne sozialer Gerechtigkeit primär die Versorgungsziele der Makroebene. Einige Autoren schlußfolgern angesichts der bei dieser Selektionsfunktion aufkeimenden Wert- und Loyalitätskonflikte kurzerhand, daß es sich bei der Gate-Keeping-Funktion eigentlich um eine umfassendere Form der Advocacy-Funktion handelt, allerdings bezogen auf die Gesamtgesellschaft:

"Arguably, the case manager as gatekeeper is an advocate for a whole community of disabled and elderly persons, and attempts to spread out the resources. Perhaps calling the case manager an advocate obscures the fact that advocacy occurs within the limits of the gatekeeping and resource allocating roles." (Kane et al. 1993, 255)

Der Case Manager als Gate-Keeper übernimmt im Versorgungsprozeß eine zentrale Schlüsselrolle. "The case management assessment determines the client's program eligibility." (Quinn 1993, 74) Er fungiert damit als Interface-Instanz zwischen dem Patienten und seinem Versorgungsbedarf auf der einen sowie den zur Verfügung stehenden gesellschaftlichen Ressourcen auf der anderen Seite. Die Gate-Keeping-Funktion ist daher in besonderer Weise mit der Budgetkontrolle und -Verwaltung verknüpft. Der Case Manager hat darüber hinaus die zentrale Aufgabe, die für eine Versorgung notwendigen Mittel bei den diversen Kostenträgern überhaupt erst einmal zu akquirieren und eine ausgabenorientierte Steuerung des gesamten Versorgungssystems vorzunehmen.

"As a gatekeeper and resource allocator, the social work case manager collects information and provides feedback on the fiscal effects on the agency, necessary program modifications, required delivery system changes, quality of provider performance, and effectiveness of the agency's contracting system." (NASW 1992, 19)

Das Case Management soll in seiner Gate-Keeping-Funktion durch gezielte Selektion und ein kontinuierliches Monitoring einer unangemessenen und ungerichteten Verwendung der Ressourcen des Versorgungssystems entgegenwirken, wobei freilich die Frage, was im Zusammenhang mit der Krankenversorgung als "angemessen" zu bezeichnen ist, unbeantwortet bleibt und somit erhebliche Entscheidungskonflikte für die Case Manager bestehen ("Case Manager's Dilemma" - Kane/Caplan 1993). Verständlicherweise erfreut sich die Gate-Keeper-Funktion des Case Management insbesondere bei den Versicherungsunternehmen, den PPOs oder HMOs, in den USA großer Beliebtheit und wird besonders häufig als ein zentrales Steuerungsverfahren im Kontext der primärärztlichen Krankenversorgung eingesetzt.⁵

"In this model, the physician functions as the case manager and has the responsibility of coordinating services and managing the patient." (Cohen/Cesta 1993, 23)

Aber auch im Zusammenhang mit sehr kostenintensiven Versorgungsformen (z.B. stationäre Versorgung) oder mit spezifischen Patientengruppen (z.B. AIDS-Patienten) spielt die Gate-Keeping-Funktion eine wichtige Rolle. Durch das Case Management sollen die vorhandenen, kostengünstigen Hilfsmöglichkeiten (z.B. ehrenamtliche Hilfe) vorrangig zum Einsatz gebracht werden, ohne hierdurch jedoch eine weitergehende Gesundheitsgefährdung und damit letztlich wieder höhere Versorgungsausgaben zu provozieren.

Der Case Manager soll durch seine Arbeit die Gewähr dafür bieten, daß sowohl bei den Leistungserbringern als auch bei den Nutzern ein Bewußtsein für die wirtschaftlichen Folgen des Versorgungsgeschehens entsteht und der Rückgriff auf die vorhandenen Ressourcen im Sinne einer sparsamen Mittelverwendung beeinflußt wird.

"As a gatekeeper, the case manager can educate the client on how to use their resources to the best advantage and stretch dollars as far as possible without sacrificing quality of care." (Quinn 1993, 75)

Er soll die Position des Gesamtsystems verdeutlichen und sie durch sein Handeln im Versorgungsgeschehen offensiv vertreten. Im Selbstverständnis neokonservativer Sozialpolitik wird auf diese Weise über den Weg erzieherischer Maßnahmen auch dem Anspruchsdenken der Bevölkerung entgegengewirkt und die Selbstverantwortung des einzelnen Bürgers betont:

"Autonomy is limited by the resources that are available, and no one has a right to demand or expect more than a fair share of the community's resources. The case manager here plays the role of a gatekeeper in managing resources and ensuring a fair allocation of them" (Tauer 1993, 46).

⁵ Vgl. zu den Health Maintenance Organizations (HMOs) bzw. Preferred Provider Organizations (PPOs) und zum Verhältnis von Case Management und Managed Care Kapitel II, 6 in dieser Arbeit.

Wie bereits angedeutet, werden diese drei unterschiedlichen und miteinander konkurrierenden Kernfunktionen in Anlehnung an die jeweils vertretene sozial- oder gesundheitspolitische Position in den diversen US-amerikanischen Case-Management-Konzepten in vielfältiger Weise miteinander kombiniert und gewichtet. Nichtsdestotrotz muß an dieser Stelle festgehalten werden, daß insbesondere die Gate-Keeping-Funktion im Zuge der Ökonomisierung des US-amerikanischen Sozial- und Gesundheitswesens an Bedeutung gewonnen hat. Auf diesen Aspekt wird im Zusammenhang mit der Frage des Verhältnisses von Case Management und Managed Care noch genauer einzugehen sein (vgl. Kap. II, 6).

5. Methodische Aspekte

Für das Verständnis des Case Management mindestens genauso bedeutsam wie die drei Kernfunktionen sind seine methodischen Aspekte. Sie verdeutlichen, worin die eigentliche soziale Innovation dieser Methode für die Versorgung von chronisch kranken, multi-morbiden und anderen hilfebedürftigen Menschen besteht. Interessanterweise besteht trotz aller konzeptionellen Unterschiede über die methodischen Aspekte des Case Management in der Literatur weitgehend Einigkeit. Demzufolge hat der Case Manager unterschiedliche Arbeitsschritte (Regelkreis), Handlungsdimensionen (Longitudinal und Crossrational) und Gestaltungsebenen (Mikro, Meso und Makro) zu beachten.

5.1 Arbeitsschritte

Case Management greift zur Erreichung seiner Ziele auf ein theoretisch zwar triviales, in der Versorgungspraxis bislang jedoch kaum in ausreichender Form berücksichtigtes Phasenmodell von einzelnen, logisch aufeinander aufbauenden Arbeitsschritten zurück. Der *Case-Management-Regelkreis* entspricht mit seinen einzelnen Stufen damit weitgehend bereits bekannten Formen systematischen Handelns in der Krankenversorgung, wie z.B. dem aus der Medizin bekannten Diagnose- und Therapiezyklus (Jennett 1986) oder dem Pflegeprozeß (ANA - American Nurses Association 1991).⁶

Normalerweise werden dem Case Management Regelkreis mindestens fünf Basis-Komponenten zugewiesen. Manche Autoren differenzieren die einzelnen Elemente zum Teil stärker, weshalb in der Literatur hin und wieder auch bis zu acht verschiedene Arbeitsschritte erwähnt werden (Weil et al. 1985). In Anlehnung an die Standards der National Association of Social Workers (NASW 1992) sollen die wichtigsten Komponenten des Case-Management-Regelkreises kurz skizziert werden.

⁶ Vgl. auch den vom US-amerikanischen Institute of Medicine vorgeschlagenen *Public Health Action Cycle* mit seinen vier Schritten: Assessment, Policy Formulation, Assurance und Evaluation (Public Health Action Cycle. Source: Institute of Medicine, The Future of Public Health, Washington, D.C., 1988, zitiert bei Rosenbrock 1995).

Client Identification

Dieser Arbeitsschritt besteht in der Identifikation von Klienten/Patienten, die spezifische psycho-soziale und/oder medizinisch-pflegerische Dienstleistungen benötigen oder in besonderer Weise von den Leistungen des Case Management profitieren können. Im Bereich der klinischen Versorgung bezieht sich dies z.B. auf alte oder chronisch kranke Patienten, die in Gefahr einer baldigen Wiedereinweisung in das Krankenhaus stehen oder nach einer Entlassung lediglich auf geringe soziale oder finanzielle Unterstützung hoffen können (Cohen/Cesta 1993, 44). Dieser Identifikationsprozeß wird durch verschiedene Verfahren gewährleistet, so z.B. durch die zunehmend an Bedeutung gewinnenden outreach-Programme (aufsuchende Arbeit). "This access mode often involves seeking clients who are most in need of service and who do not themselves contact the agency (for example, homeless people and senile elderly people)." (Rothman 1991, 522) Der üblichere Zugangs-Modus ist jedoch bislang noch die Zu- oder Überweisung (referral) durch andere Einrichtungen oder Versorgungsinstanzen (z.B. niedergelassene Ärzte). Der Case Manager prüft in diesem Fall zunächst die individuellen Zugangsvoraussetzungen des Klienten/Patienten, bindet ihn anschließend bei positivem Bescheid in das jeweilige Case-Management-Programm ein (engagement) und gewährt ungehinderten Zugang zu den angebotenen Dienstleistungen (access).

Assessment

In einem ausführlichen systematischen Prozeß wird unter Rückgriff auf verschiedene Instrumente⁷ der gegenwärtige biopsychosoziale und funktionale Status des Klienten/Patienten erhoben. Im Rahmen einer intensiven Befragung des Klienten/Patienten werden sowohl seine objektiven Selbstversorgungsdefizite und individuellen Versorgungsbedürfnisse als auch eventuell vorhandene formelle und informelle Ressourcen (Familie, Freunde, Mitgliedschaft in Vereinen etc.) berücksichtigt. Fragen zur gegenwärtigen sozialen Rolle, zu Aspekten der persönlichen und sachlichen Umwelt, zum sozioökonomischen Status sowie zu kulturellen und/oder religiösen Bedürfnissen runden diesen Erhebungsprozeß ab (Lebow/Kane 1992).

Der Assessment-Prozeß ist von zentraler Bedeutung für das Case Management. Er bildet mit seinen möglichst umfassend gesammelten Daten und Informationen die notwendige Voraussetzung für eine angemessene, bedarfsorientierte und individuelle Versorgungsplanung. "Professionals from all the disciplines who are involved in the client's care should contribute to the assessment. Where such joint action is impossible, the (...) case manager should gather necessary information and initiate, coordinate, conduct and document the assessment." (NASW 1992, 13) Unter Rückgriff auf Verfahren der deskriptiven und analytischen Statistik lassen sich aus diesen Daten zugleich Rückschlüsse für die Planung und Gestaltung der Versorgung spezifischer Zielgruppen oder in bestimmten Regionen und damit Entscheidungshilfen für Steuerungsaufgaben auf der Meso- oder Makro-Ebene ableiten.

⁷ Nicht zuletzt weil der Assessment-Prozeß zu den zentralen Case-Management-Aufgaben zählt, wurden hierfür mittlerweile eine Reihe systematischer Erhebungsinstrumente entwickelt, die sich auf jeweils unterschiedliche Merkmale konzentrieren. Einen guten Überblick über derartige Measurement Scales bietet Quinn 1993, 48ff.

Development of Service Plan

Basierend auf diesen Informationen sowie in enger Kooperation mit dem Klienten/Patienten und seinem sozialen Umfeld erfolgt anschließend die Entwicklung eines Versorgungsplans⁸. Der Case Manager muß bei der Erstellung und schriftlichen Dokumentation dieses Service-Plans

Selbstversorgungsdefizite und -kompetenzen des Klienten/Patienten berücksichtigen, individuelle, patientenbezogene Versorgungsziele definieren, eine Liste aller Dienstleistungen erstellen, die geeignet sind, diese Ziele zu erreichen und nicht zuletzt Verantwortlichkeiten der einzelnen (in-)formellen Helfer abklären (Quinn 1993, 68).

Bei der Definition der Versorgungsziele muß der Case Manager sowohl kurz- als auch langfristige Versorgungsziele formulieren. Dabei hat er darauf zu achten, daß die Ziele realisierbar und überprüfbar sind (Kriterium der Operationalisierbarkeit) und präventive oder rehabilitative Aspekte in ausreichender Form Berücksichtigung finden (Kriterium der Gesundheitsförderung). Bei diesem Zielfindungsprozeß bietet die konsequente Einbindung der Klienten/Patienten und ihres sozialen Umfeldes die beste Gewähr für eine erfolgreiche Implementation des Versorgungsplans (Patientenpartizipation).

"By involving the client and family in the problem discussion and resolution, the case manager maintains the objectivity necessary to help the client to make an informed decision about her care needs." (Quinn 1993, 4)

Implementation of Service Plan

Nachdem der Klient/Patient und seine Angehörigen dem gemeinsam erstellten Versorgungsplan zugestimmt haben, kommt es zur Implementation. "The two major tasks confronting the case manager at this point are coordinating and negotiating service providers and funding." (Quinn 1993, 72) Bei der Implementation des Versorgungsplans wird das Handeln des Case Managers und damit sein Verhältnis zu den vorhandenen Service-Einrichtungen und dem zur Verfügung stehenden Budget in zentraler Weise dadurch bestimmt, welche der o.g. Kernfunktionen er betont oder in welcher Rolle er in seiner Organisation schwerpunktmäßig tätig wird. Während er sich als Advocate möglicherweise für eine Anpassung oder Ausweitung der Dienste im Sinne des definierten Versorgungsplans stark machen und als Broker aus dem vorhandenen Versorgungsangebot die jeweils "passenden" Einrichtungen und Klienten/Patienten zusammenführen wird, liegt der Schwerpunkt des Gate-Keepers eher auf der Einhaltung des zuvor festgesetzten Budgets. In jedem Fall kommt es in dieser Phase zu einem dynamischen Interaktionsprozeß zwischen dem Case Manager, dem Klienten/Patienten, seinem sozialen Umfeld und den verantwortlichen Dienstleistungsorganisationen.

⁸ Ein Beispiel für einen derartigen Versorgungsplan aus dem Bereich des Nursing Care Management mit Appendektomie-Patienten findet sich bei: Del Togno Armanasco et al. 1993, 156f.

"Linkage requires the use of organizational skills (for example, who is contact and at what level) and community-oriented skills (for example, what new services are developing, what legislative policies are applicable, and what funding is available) to optimize service connections." (Rothman 1991, 524)

Monitoring and Reassessment

Mit der Implementation des Service-Plans ist die Aufgabe des Case Managers nicht beendet. Er muß vielmehr den gesamten Versorgungsverlauf überwachen und dafür Sorge tragen, daß dem sich möglicherweise wandelnden Bedarf des Klienten/Patienten kontinuierlich und umfassend entsprochen wird. "Monitoring of the client's receipt of services is an essential element of the ongoing reassessment of client status and the intervention plan." (NASW 1992, 14) Hierfür ist er auf eine enge Zusammenarbeit mit dem Klienten/Patienten und seinem sozialen Umfeld sowie den Instanzen des Versorgungswesens angewiesen. Qualitätsmängel durch mangelhafte oder unangepaßte Versorgungsangebote sollen durch das Monitoring und Reassessment rechtzeitig erkannt und nach Möglichkeit verhindert werden. Der Grad der Klienten/Patientenzufriedenheit ist in diesem Zusammenhang zur Beurteilung der Dienstleistungsqualität ein sicherlich genauso zentraler Wert, wie die Umsetzung zuvor definierter formaler Vereinbarungen (Standards) und die Einhaltung des prospektiv definierten Finanzierungsrahmens (Effizienzkriterium).

"Reassessment often leads to looping back in the sequence, either to a new linkage or placement, to a different intervention plan, or to revised goals." (Rothman 1991, 525)

Evaluation and Termination

Anders als bei dem kontinuierlich verlaufenden Monitoring und Reassessment während der gesamten Dauer des Versorgungsgeschehens ist die Evaluation mit der Beendigung der Versorgung (z.B. bei Tod) bzw. der Entlassung des Klienten/Patienten aus dem Wirkungsbereich des jeweiligen Case-Management-Programms verknüpft. "Because most long-term clients are in a continuing care situation that requires ongoing professional and social support, such a final outcome evaluation may be rare." (Rothman 1991, 525) Dennoch ist eine derartig abschließende Bewertung der erfolgten Interventionen von Bedeutung. Auf der direkten Handlungsebene kann die Bewertung der eigenen Berufspraxis zum Erkennen individueller Stärken und Schwächen beitragen und u.U. einen Anstoß zur weiteren Qualifizierung geben. Auf der Systemebene können die Informationen über Mängel in der Versorgung einerseits oder neue, adäquate und innovative Dienstleistungsprogramme andererseits zu einer Optimierung der Versorgungsplanung beitragen.

"Direct-practice case managers are in the best position to see the consequences of the existing program and delivery system for clients. This view carries with a responsibility for constructive efforts to influence and change." (Vourlekis/Greene 1992, 187f)

5.2 Handlungsdimensionen

Bei der Umsetzung dieser einzelnen Arbeitsschritte in der Krankenversorgung muß der Case Manager in Anlehnung an das Konzept des "continuum of care" zwei zentrale Handlungsdimensionen berücksichtigen (Test 1979, Rothman 1991). Sie ergeben sich notwendigerweise aus dem veränderten Krankheitspanorama und seinen Herausforderungen für das gesamte Sozial- und Gesundheitswesen. Insofern bildet die Berücksichtigung der sogenannten Longitudinal- und Crossrational-Dimension den eigentlichen Wesenskern, sozusagen das *methodische Proprium des Case Management*.

Longitudinal-Dimension

Der langfristige Verlauf chronischer Krankheiten verlangt vom Case Manager die Ausrichtung des gesamten Versorgungsgeschehens an diese veränderten Gegebenheiten. Das Sozial- und Gesundheitssystem soll mit Hilfe einer gezielten Versorgungskoordination befähigt werden, eine anhaltende Unterstützung des Patienten *über die gesamte Länge des Krankheitsverlaufs* gewährleisten zu können. Das Versorgungshandeln soll sich dabei prospektiv auf die diversen Übergänge von der einen in die andere Erkrankungsphase einstellen und sich flexibel an den wandelnden Versorgungsbedarf anpassen. Präventive Potentiale sollen genutzt und ein Ineinandergreifen der unterschiedlichen Glieder der Versorgungskette gefördert werden. Einer einseitig kurativen oder auf kurzfristige Interventionen ausgerichteten Dienstleistungsvorstellung der gesundheitsrelevanten Berufsgruppen und Versorgungseinrichtungen soll auf diese Weise korrigierend begegnet werden.

"The case manager also made conscious attempts to establish a solid base for a continuum of services through coalition building." (Davis 1992, 30)

Crossrational-Dimension

Der komplexe Hilfebedarf chronisch kranker und multi-morbider Patienten fordert vom Versorgungssystem ein entsprechend vielfältiges Dienstleistungsangebot. Der Case Manager hat daher die Aufgabe, *quer zu der desintegrierten und segmentierten Struktur des Versorgungssystems* zu agieren und für seine Patienten aus den diversen, tendenziell unübersichtlichen Dienstleistungsangeboten ein individuelles und möglichst umfassendes "package of care" zusammenzustellen. Dabei muß er sowohl die starren Grenzen zwischen dem ambulanten und stationären Versorgungssektor als auch zwischen den einzelnen sozial- und gesundheitsrelevanten Berufsgruppen überwinden. Er gewährleistet damit, daß zu jeder Zeit in Analogie zu dem komplexen Versorgungsbedarf ein kompaktes, psycho-soziales und medizinisch-pflegerisches Versorgungsangebot vorgehalten wird.

"Case management serves the clients by negotiating the system and organizing the jumble of providers, services, and funding sources to meet each client's unique needs." (Quinn 1993, 9)

Unter Berücksichtigung dieser beiden zentralen Handlungsdimensionen kann die komplexe Handlungs- und Problemlösungsstrategie des Case Management als *gezielte, methodisch-kontrollierte und reflektierte Versorgungskoordination* beschrieben werden, die *entlang des gesamten Krankheitsverlaufs des Patienten ("over time") und quer zu der aktuellen Versorgungsstruktur ("across services")* agiert (Rubin 1987, 213).

5.3 Gestaltungsebenen

Im Idealfall wirkt das Case Management in diesem Sinne sowohl auf die Mikroebene (dealing with individuals and families), die Mesoebene (dealing with organizational structure and support) als auch die Makroebene (dealing with the rational, financial, political implications) des Krankenversorgungsystems ein (Greene 1992, 13). Die nationale Vereinigung der US-amerikanischen Sozialarbeiter beschränkt sich in ihren Standards für diese Methode auf lediglich zwei Gestaltungsebenen und definiert jeweils die konkreten Aufgaben aus dem Case-Management-Regelkreis, die auf diesen beiden Ebenen von Bedeutung sind (N A S W 1992, 6f):

Client-Level-Intervention

- "Face to Face"-Assessment
- Aufbau einer therapeutischen Beziehung
- Entwicklung eines Service-Plans
- Herstellen einer Beziehung des Klienten zu den notwendigen Dienstleistern
- Anwaltschaftliche Vertretung der Klienten-Interessen
- Monitoring des Dienstleistungsprozesses

System-Level-Intervention

- Analyse der Ressourcen und Grenzen des sozialen Umfeldes des Klienten
- Skizzierung der erwarteten Ergebnisse der Intervention
- Auswahl geeigneter Strategien, um die Systeme zu verbessern
- Beurteilung der Effektivität der Strategien
- Kontinuierliche Revision des Prozesses

Basierend auf dieser Betrachtung der methodischen Aspekte kann mit den Worten von Greene eine klare und umfassende Definition des Case Management formuliert werden:

Case Management "is an *interpersonal process* based upon a *relationship* between case manager and client (system). Mutually developed care plans are intended to enhance/maximize the *functional capacity* of those in need of long-term assistance and their support networks and facilitate and ensure the effective delivery of a range of services along a continuum of care. Interventions reflect social work *values* and are aimed at improving the match between the client's capacity and the demands of the environment. This includes ameliorating problems accompanying loss of function or illness, building support networks, effecting *client level* service coordination, and producing *system level* effectiveness." (Greene 1992, 17)

Allerdings provoziert eine derartig anspruchsvolle Definition des Case-Management-Prozesses die Frage, ob die Umsetzung nach einem neuen, eigenständigen Berufsbild mit spezifischen Qualifikationen verlangt oder ob die einzelnen Arbeitsschritte unter Berücksichtigung der beiden Handlungsdimensionen und der jeweiligen Gestaltungsebenen nicht auch von den klassischen gesundheitsrelevanten Berufsgruppen oder vielleicht sogar von Laienhelfern ausgeübt werden können. Wie im Zusammenhang mit den unterschiedlichen Konzepten des US-amerikanischen Case Management bereits deutlich wurde, sind derzeit in den USA alle drei Formen anzutreffen, wenn auch insbesondere der Einsatz von Laien zum Teil heftig umstritten ist (Weil 1985, Weil 1991).

Nicht zuletzt aufgrund seiner Parallelen mit anderen methodisch-kontrollierten Verfahren der Krankenversorgung, des Fehlens einer eigenständigen beruflichen Wissensbasis oder eines klaren, von anderen gesundheitsrelevanten Berufen eindeutig abgrenzbaren Handlungsfeldes liegt der Schluß nahe, daß es sich bei Case Management vorrangig um eine spezifische, wenngleich sehr anspruchsvolle Methode einer fallangemessenen Versorgungsorganisation und -koordination und weniger um ein eigenständiges Berufsbild handelt - eine Auffassung, die mittlerweile von den meisten US-amerikanischen Autoren geteilt wird (Kaplan 1990, Del Togno-Armanasco et al. 1989, Weil et al. 1985). Demnach kann das Case Management derzeit von allen gesundheitsrelevanten Berufsgruppen sowohl als diskrete Methode im Rahmen ihrer beruflichen Praxis (z.B. von einem Therapeuten im Mental Health Service) angewendet, als auch hauptberuflich bei einer für diesen Zweck spezialisierten Einrichtung ausgeübt werden (Steinberg/Carter 1983).

In den USA kam es in den letzten Jahren zu einem heftigen Streit darüber, welche der gesundheitsrelevanten Berufsgruppen sich am besten für die Durchführung des Case Management eignet und welche der jeweiligen (Semi-)Professionen am ehesten über eine ausreichende Wissensbasis oder Handlungskompetenz für diese Tätigkeit verfügt. Hare und Clark kommen zu der Überzeugung:

"The high level of knowledge and skills required for carrying out the assessment function, as well as those required to carry out other case management functions, supports the need for a graduate level of professional training for (...) social workers whose practice includes case management." (Hare/Clark 1992, 71)

Andere Autoren wollen zumindest im Zusammenhang mit der Krankenversorgung eher einen Arzt oder eine qualifizierte Krankenpflegefachkraft in der Rolle des Case Managers sehen (Cohen/Cesta 1993). So wird nach Standards des National Council of Aging (NCOA 1988) folgende Qualifikation für den Case Manager verlangt:

"Graduate of an accredited four year college or university with a degree in nursing, social service, gerontology, health, or other related area, with a minimum of two years of experience in a human service field; or, Graduate of master's level professional program with a degree in social work or nursing, with one year of experience in a human service field." (Quinn 1993, 141)

Unter der Verantwortung derartig hochqualifizierter Mitarbeiter werden sogenannte "Case Manager Assistants" eingesetzt, die den Arzt, Sozialarbeiter oder die Pflegefachkraft bei ihrer Aufgabe unterstützen sollen. Sie verfügen in aller Regel über ein geringeres Ausbildungsniveau und einen dementsprechend eingeschränkten Verantwortungsspielraum, sind jedoch deutlich kostengünstiger für den jeweiligen Arbeitgeber.

Baldock und Evers machen dagegen auf einen ganz anderen Personenkreis aufmerksam, der klassischerweise Case-Management-Aufgaben wahrnimmt, dabei jedoch allzuoft aus dem (professionellen) Bewußtsein verdrängt wird:

"Old people and caring relatives also act as decision-makers, developing, managing and monitoring quite complex care strategies. The question arises whether home-based service provision and professional case managers are able and willing to respect this kind of, informal case management' (...) and to negotiate and interact with it rather than to dominate, ignore or destroy the potential for autonomy and self-care it entails" (Baldock/Evers 1991, 186f).

Die hohe Popularität von Case-Management-Konzepten macht folglich nicht nur auf organisatorisch-strukturelle Defizite des Gesundheitswesens im allgemeinen aufmerksam. Vielmehr ist sie ein deutlicher Hinweis auf die Probleme der klassischen gesundheitsrelevanten (Semi-) Professionen im Umgang mit den neuen Herausforderungen der Krankenversorgung. So muß an dieser Stelle gefragt werden, warum sich nicht alle sozial- und gesundheitsrelevanten Berufsgruppen unabhängig von der Bezeichnung "Case Manager" das oben beschriebene methodische Proprium des Case Management stärker zu eigen machen und in ihr alltägliches berufliches Handeln (re-)integrieren. Innovative Potentiale im Sinne einer stärkeren Orientierung an den Kriterien der Patientenorientierung und Gesundheitsförderung, die im methodisch-reflektierten Handeln des Case Management durchaus verborgen liegen, könnten durch eine derartige (Re-) integration in einem breiten Umfang realisiert werden. Das Case Management würde somit wieder zu seinen Anfängen als eine diskrete Methode der patientenorientierten Versorgungsorganisation und -koordination zurückkehren. Stattdessen wird jedoch ein neues berufliches Arbeitsfeld geschaffen, das unter (Advocate), neben (Broker) oder über (Gate-Keeper) die bislang schon unübersichtlichen und hochgradig arbeitsteiligen Strukturen der Krankenversorgung platziert wird und somit nachweislich neue Zuständigkeits- und Schnittstellengestaltungsprobleme provoziert (Quinn 1993).

Gefördert wird diese Entwicklung durch die zunehmende Ökonomisierung des Sozial- und Gesundheitswesens und die damit verbundene Akzentverschiebung. Fast zwangsläufig richtet sich die Aufmerksamkeit der im Sozial- und Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen immer stärker auf die gesundheitsökonomischen Aspekte des Versorgungsgeschehens, werden doch ihre Arbeitsbedingungen davon in besonderer Weise geprägt (NASW 1992). Manche Berufsvereinigungen gehen angesichts dieser Entwicklung sogar soweit, ihre Mitglieder zu einer aktiven und durchaus eigennützigen Auseinandersetzung mit diesen ökonomischen Fragestellungen zu drängen. Dadurch soll ihnen die Möglichkeit eröffnet werden, effektiv

arbeiten und den aktuellen Trend beeinflussen zu können. "Otherwise, many could find themselves excluded from roles as providers, case managers and policymakers." (Hiratsuka 1990, 3)

Bei ihrer kritischen Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Case-Management-Konzepten knüpft Austin bei dieser Entwicklung an. Sie wirft die Frage auf, wie sich das Case Management angesichts der zunehmenden Übertragung ökonomischer Verantwortung auf die gesundheitsrelevanten Berufsgruppen zu den sogenannten Managed-Care-Konzepten verhält. Gleichzeitig fragt sie, welche Auswirkungen diese Akzentverschiebung auf die Arbeit der Case Manager und die Versorgungssituation der Patienten hat (Austin 1987).

6. Zum Verhältnis von Case Management und Managed Care

In ihrem Versuch, die aktuellen Case-Management-Konzepte systematisch zu ordnen und sie auf diese Weise einer theoretischen Betrachtung zu erschließen, schlägt Austin vor, die unterschiedlichen Konzeptionen entlang eines Kontinuums mit zwei Polen zu platzieren (Austin 1987). Als Zuteilungskriterium wählt sie den Grad der Einbindung des Case Managers in den Aufgabenbereich der Ressourcenzuteilung und das Ausmaß seiner finanztechnischen Verantwortung für das Versorgungsgeschehen. Folglich platziert sie an dem einen Ende des Kontinuums Konzepte, in denen sich die Case Manager an den eher traditionellen Rollen der anwaltschaftlichen Betreuung (Advocacy) und Koordination von Leistungen (Broker) orientieren. Diese Case Manager verfügen jedoch über keinen Einfluß auf die Ressourcenzuteilung und haben keinerlei finanztechnische Verantwortung. Auf der anderen Seite siedelt sie die sogenannten Managed-Care-Konzepte an, in denen dem Case Manager die Budgetverwaltung und damit weitreichende finanztechnische Vollzugsgewalt überantwortet wird. Dazwischen lassen sich in Orientierung an dem Faktor Budgetkontrolle die diversen Mischformen des Case Management platzieren.

Dieses Klassifikationsschema wirft zunächst die Frage auf, ob Case Management bei gleichzeitiger Budgetverantwortung deckungsgleich mit den Managed-Care-Konzepten ist, oder ob es wesentliche Unterschiede zwischen diesen beiden Zugängen zur Krankenversorgung gibt.

"Because managed care and case management have been used interchangeably in the professional literature, confusion as to the difference between the two concepts arises." (Cohen/Cesta 1993,31)

Nachdem in dieser Arbeit der Begriff "Case Management" bereits ausführlich ventiliert wurde, steht nun die Klärung des Managed-Care-Begriffs im Zentrum des Interesses. Dabei stoßen wir nach Meinung von Kühn auf ein vergleichbares Phänomen wie zuvor bereits bei Case Management (Kühn 1996a). Gemeint ist der Umstand, daß aufgrund der extrem heterogenen Struktur des US-amerikanischen Sozial- und Gesundheitswesens auch im Bereich der Managed Care kein einheitliches Konzept existiert, "sondern daß es sich hier um ein riesiges Laboratorium (sozusagen mit laufenden Menschenversuchen) handelt, das

steuerungstechnischen Neuerungen hervorgebracht (und oft auch ad absurdum geführt) praktisch alle betrieblichen und hat, die in den letzten Jahren überhaupt diskutiert worden sind" (Kühn 1996a, 1).

Entsprechend vielfältig sind die einzelnen Definitionen des Managed-Care-Begriffs. Nach Rivo et al. wird Managed Care charakterisiert durch ein Spektrum "of financing and structural arrangements among purchasers, insurers, and providers that can favorably affect the quality and cost of health care for a defined population" (Rivo et al. 1995, 712). Eine eher pflegespezifische Definition wird von Cohen und Cesta verwendet: "Managed Care is a nursing care delivery system that supports cost-effective, patient outcome-oriented care." (Cohen/Cesta 1993, 32) Andere beschreiben Managed Care kurzerhand als "Systeme oder Institutionen zur kostengünstigen Bereitstellung, Beschaffung oder Koordination von Gesundheitsleistungen" (Hofmann 1995, 4).

Welche Definition nun auch immer gelten soll, der Hintergrund dieser vielfältigen Innovationsversuche und Anpassungsreaktionen ist offensichtlich:

"The skyrocketing costs of health benefits paid by employers have provided the impetus to intercede between consumer and provider to manage access and utilization of services." (Vourlekis 1992,5)

Der zunehmende ökonomische und politische Druck auf Kostenträger und politische Akteure provozierte mannigfaltige Veränderungen in der Struktur der US-amerikanischen Versorgungslandschaft. In erster Linie ist hier sicherlich die Entstehung der sogenannten HMOs (Health Maintenance Organizations) und PPOs (Preferred Provider Organizations) anzuführen. Sie stellen eine mehr oder weniger intensive Form der Integration von Versicherungs- und Dienstleistungsfunktionen unter einem Dach dar und offerieren ein kompaktes Versorgungsangebot entlang der gesamten Versorgungskette - ein Faktum, dem angesichts der wachsenden Desintegration der Versorgung für die Patienten durchaus eine positive Seite abzugewinnen wäre, erhalten sie doch auf diese Weise alle notwendigen Serviceleistungen "aus einer Hand". Im Zentrum dieser Entwicklung steht jedoch ganz offensichtlich der Versuch, die Krankenversorgung einer jeweils definierten Region unter Verwendung bürokratischer Steuerungsmechanismen und durch eine weitgehende horizontale und vertikale Integration der Versorgungseinrichtungen sowie ihre Eingliederung in den medizinisch-industriellen Komplex zunehmend gewinnorientierten Zielen zu unterwerfen (Estes et al. 1992). Dabei werden die zur Verfügung stehenden Ressourcen häufiger im Interesse der an den HMOs und PPOs beteiligten Aktionäre und damit gewinnmaximierend gesteuert, als daß sie dem übergeordneten gesamtgesellschaftlichen Interesse der Verteilungsgerechtigkeit unterworfen werden. Nach Kühn kommt es auf diese Weise unter der Bezeichnung "Managed Care" zu der Konstruktion von privaten Bürokratien, "deren Dynamik von Märkten angetrieben wird" (Kühn 1996a, 2).

Als gemeinsame Merkmale für die unterschiedlichen US-amerikanischen Managed-Care-Organisationen können u.a. folgende Aspekte genannt werden:

- Versicherungsschutz für prospektiv festgelegte Prämien
- Auswahl von Dienstleistungsanbietern mit definiertem Versorgungskatalog unter Berücksichtigung von Wettbewerbsaspekten
- Einschränkung der Wahlfreiheit der Versicherten zugunsten bestimmter vertraglich gebundener Anbieter
- Umfassendes Management von Erbringung und Inanspruchnahme der Versorgungsleistungen (Kühn 1996a).

Im Zusammenhang mit der Entwicklung von Managed-Care-Konzepten kommt es aber nicht nur zu einer deutlichen Machtverschiebung zwischen Anbieter- und Finanzierungsseite sozialer und gesundheitsrelevanter Dienstleistungen. Managed-Care-Organisationen haben vielmehr durch ihre massive Ausdehnung im Verlauf der letzten Jahre Fakten im Sozial- und Gesundheitssystem geschaffen, deren Nebeneffekte nun immer häufiger mit aller Drastik für die Patienten zutage treten. So provoziert das großflächig installierte "Inanspruchnahme-Management" (Kühn 1996a, 9f), d.h. die Drosselung und Lenkung der Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten, neue Risiken für Menschen mit chronischen Erkrankungen, besonderen sozialen Schwierigkeiten oder überdurchschnittlich hohem ökonomischen Krankheitsrisiko ("patient-dumping"). Das Case Management spielt als Steuerungsinstrument durch seine Möglichkeiten der client-identification in diesem Zusammenhang eine zentrale, wenngleich auch sehr unrühmliche Rolle und wurde daher in erheblichem Umfang in die Managed-Care-Konzepte integriert. Die Methode wird deshalb heute immer häufiger als Baustein bzw. essentielle Komponente der Managed-Care-Konzepte interpretiert (Zander 1990). Fisher beschreibt die Aufgabe des Case Management in diesem Kontext als eine methodisch-kontrolliertes Verfahren zur

Identifikation sogenannter "high-cost-patients", Aufdeckung von Potentialen zur Versorgungskoordination, Gestaltung von Versorgungsplänen, Qualitätssicherung bei gleichzeitiger Ausgabenkontrolle, Versorgungsgestaltung mit optimalem Ergebnis (Fisher 1987, 28).

Orientiert an der o.g. getroffenen idealtypischen Konstruktion von Kernfunktionen, liegt der Schwerpunkt von Case Management in den Managed-Care-Konzepten eindeutig auf der Gate-Keeper-Funktion. Dennoch scheint Case Management immer auch als systemimmanentes Korrektiv zu fungieren, um auf diese Weise trotz des ökonomischen Drucks auf die Einrichtung eine größtmögliche Versorgungsqualität gewährleisten zu können - wenn auch nur im Rahmen des zuvor definierten Budgets und mit der Perspektive, auf diese Weise zusätzliche Gesundheitsschäden und damit wiederum höhere Ausgaben zu vermeiden.

"Case Management is used in (...) managed care plans as a cost-containment initiative. It further grounds the managed care approach by focussing on the individual health care needs of the patient." (Cohen/Cesta 1993, 32)

Als Fazit dieser Betrachtung kann daher festgehalten werden, daß es trotz aller Ähnlichkeiten in der system- und ausgabenorientierten Perspektive nicht angemessen ist, das Konzept des Case Management kurzerhand mit den Managed-Care-Modellen gleichzusetzen, wie dies von Austin vorgeschlagen wurde (Austin 1987). Managed-Care-Modelle zielen vorrangig auf die

finanztechnische und zumeist gewinnorientierte Steuerung der Krankenversorgung ("cost management") in dafür eigens entwickelten systemisch-organisatorischen Zusammenhängen. "Managed care then becomes an umbrella for several cost containment initiatives that may involve case management." (Cohen/Cesta 1993, 32) Case Management hingegen zielt selbst bei extremer Betonung der Gate-Keeper-Funktion auf eine (möglichst) umfassende, kontinuierliche und integrierte Versorgung der Patienten.⁹ Dabei beachtet der Case Manager im Sinne des "dual-focus" sowohl die begrenzten (im-)materiellen Ressourcen des Versorgungssystems als auch die Qualität des Versorgungsgeschehens (American Hospital Association 1987).

Dennoch macht der von Austin gewählte Zugang bei der Betrachtung der Case-Management-Konzepte auf die Gefahr aufmerksam, die sich aus der aktuellen Ökonomisierung des Sozial- und Gesundheitswesens ergibt. Case Management droht durch seine vermehrte Einbindung in die Budgetkontrolle immer häufiger als Service für das System mißbraucht und auf diese Weise von seinem methodischen Proprium und der Orientierung an den Patienten entfernt zu werden (Gray 1991). Die Beobachtung der aktuellen Entwicklung in den USA gibt Anlaß zu der Schlußfolgerung, daß der Grad der Einbindung des Case Managers in die Aufgabe der Ressourcenzuteilung und Budgetkontrolle in negativer Weise mit seinen Möglichkeiten einer anwaltschaftlichen Interessenvertretung für die Patienten korreliert. Diese These läßt sich aufgrund fehlender empirischer Untersuchungen derzeit allerdings weder bestätigen noch widerlegen. Dennoch bietet der von Austin gewählte Zugang eine sehr interessante Anregung, um angesichts aktueller gesundheitspolitischer Herausforderungen zu einer weitergehenden kritischen Auseinandersetzung mit Case-Management-Konzepten beizutragen (Kaplan 1990, 66).

7. Stand der Diskussion

Wie die bisherigen Ausführungen belegt haben, ist es möglich, trotz des amorphen Charakters des US-amerikanischen Case Management einige wesentliche Elemente zu identifizieren, die für die Auseinandersetzung mit der Methode und eine Prüfung ihrer Anwendbarkeit im Rahmen der bundesdeutschen Krankenversorgung von Bedeutung sind. Neben den drei Kernfunktionen (Advocate, Broker, Gate-Keeper) ist zuallererst das methodische Proprium des Case Management zu nennen, d.h. seine konsequente Ausrichtung an dem spezifischen Versorgungsbedarf von chronisch kranken Menschen über die gesamte Länge des Krankheitsverlaufs und quer zu der aktuellen Versorgungsstruktur. Aber auch die Möglichkeit, präventive Potentiale durch eine geschickte, prospektive Versorgungsplanung besser als bislang nutzen, und damit langfristig ein höheres Maß an (bedingter) Gesundheit in der Gesellschaft erreichen zu können, muß im Sinne von Public Health als ein zentraler Vorteil des Case Management Erwähnung finden.

⁹ Dies gilt selbstverständlich nur für die Patienten, die den zuvor durchgeführten Selektionsprozeß erfolgreich bestanden und Eingang in das Versorgungssystem gefunden haben (Beachte: Exklusion spezifischer Patienten durch Client identification).

Gleichzeitig wurde deutlich, daß die Methode in den USA im Zuge der anhaltenden Ökonomisierung und durch die verstärkte Einbindung in die Gesetzmäßigkeiten des medizinisch-industriellen Komplexes in der Gefahr steht, ihren patientenorientierten Charakter zusehends einzubüßen und vermehrt instrumentalisiert zu werden. Wie die US-amerikanischen Erfahrungen belegen, bietet sich die Methode als Projektionsfläche für die unterschiedlichen gesundheitspolitischen Motive und Steuerungsversuche scheinbar in besonderer Weise an. Case Management "is so formless that agencies project onto it particular solutions to whatever problems they face" (Rothman 1991, 521). Die Methode sieht sich gegenwärtig Spannungen ausgesetzt, die sich in Anknüpfung an die Analyse von Kaplan folgendermaßen umschreiben lassen:

Client Service versus Cost Containment

Entweder der Case Manager konzentriert sich auf die Funktion der anwaltschaftlichen Interessenvertretung (Advocate) sowie die Vermittlung bedarfsorientierter Dienstleistungsangebote (Broker) und versteht sich damit primär als eine Serviceleistung für die Patienten. In diesem Fall müßte er im Sinne des methodischen Propriums konsequent aus der Patientenperspektive auf das Versorgungssystem blicken und aktuelle Fehlentwicklungen korrigieren (Advocate) oder zumindest weitgehend auszugleichen suchen (Broker). Oder die Methode wird als Serviceleistung für das Versorgungssystem interpretiert und hat vorrangig die Aufgabe, angesichts steigender Ausgaben durch Kostenersparnis im Sinne einer Rationalisierung oder gar Rationierung gesundheitsrelevanter Dienstleistungen auf lange Sicht eine weitgehend bedarfsgerechte Versorgung bestimmter Patientengruppen zu gewährleisten (Gate-Keeper).

Auf welche Funktion der Schwerpunkt des Case Management gelegt wird, hängt nach den US-amerikanischen Erfahrungen in der Hauptsache von den Akteuren ab, die für diese Dienstleistung bezahlen (Kaplan 1990, 70). Wird versucht, die beiden unterschiedlichen Funktionen in einem Case-Management-Konzept zu vereinen, so resultieren daraus für die Case Manager auf der Handlungsebene vielfältige ethische Konfliktsituationen, die als "Case Manager's Dilemma" bereits Eingang in die US-amerikanische Fachliteratur gefunden haben (Kane/Caplan 1993). Sozialarbeiter sind von diesem Phänomen offenbar stärker betroffen als andere Disziplinen (z.B. Ärzte oder Pflegefachkräfte), was Kaplan auf die Tatsache zurückführt, daß diese Berufsgruppe ein besonders positives Advocate-Image hat und auf eine sehr lange Tradition in dieser Rolle zurückblicken kann (Kaplan 1990, 71). Folglich werden sie im Zuge der Ökonomisierung immer seltener mit der Case-Management-Aufgabe betraut.

Im Sinne von Public Health als besonders kritisch erweist sich das Faktum, daß auch in Amerika bislang noch nicht eindeutig wissenschaftlich geklärt werden konnte, ob Investitionen in die Versorgungsqualität durch eine anwaltschaftliche, präventiv orientierte Versorgungskoordination (z.B. outreach-nursing) und damit verbunden mögliche kurzfristige Ausgabensteigerungen (short-term increases) tatsächlich auf lange Sicht zu Einsparungen im Bereich der Versorgungsausgaben (long-term savings) führen.

Stretching Services versus Creating New Ones

Angesichts der eingeschränkten finanziellen Ressourcen bei gleichzeitig wachsenden Aufgaben für die Krankenversorgung (z.B. durch das Aufkommen von AIDS¹⁰) steht das US-amerikanische Sozial- und Gesundheitswesen vor dem Problem, von den aktuellen Versorgungseinrichtungen eine weitgehend kostenneutrale Ausweitung ihrer Arbeitsfelder zu erwarten ("to do more with less"). Alternativ dazu könnten lediglich neue Einrichtungen als Antwort auf die Herausforderungen geschaffen werden, was aber das bislang schon recht große Problem der Unübersichtlichkeit des Systems weiter verschärfen und zu einer Ausgabensteigerung beitragen würde. Damit ist aber nicht zuletzt auch die Frage nach der Qualität der Versorgung aufgeworfen. So ist zu befürchten, daß die Ausweitung der Aufgaben von klassischen Organisationen bei gleichzeitiger Deckelung ihrer Ausgaben zwar zu einer horizontalen Angebotsvielfalt, dafür jedoch gleichzeitig zu einem vertikalen Qualitätsverlust der angebotenen Dienstleistungen führt (z.B. durch Rückgriff auf minderqualifiziertes Personal).

Der Einfluß des Case Managers auf diese Fragestellung hängt nach Ansicht von Kaplan im wesentlichen von seiner Position im System und von seinen Kontrollmöglichkeiten über die Ressourcenverteilung ab.

"The case manager's power and effectiveness are enhanced to the extent that quality services are available and that he or she has control over the flow of clients, information and funding. Social workers' influence will be limited if they are dependent on providers for referrals and assessment information and if they have no authority to authorize funds for services they believe are necessary." (Kaplan 1990, 72)

Die Möglichkeiten des Case Managers, im Sinne einer sozialen Innovation tätig zu werden, sind damit nicht nur entscheidend abhängig von der ihm jeweils zugeschriebenen Kernfunktion, sondern auch von der Frage, an welcher Stelle im Versorgungssystem er mit welchen Einfluß- und Entscheidungsmöglichkeiten implementiert wird.

Direct Services versus Coordination and Integration

Hier ist das Spannungsverhältnis des Case Managers in Beziehung zu seinem Klienten/Patienten und den Versorgungseinrichtungen angesprochen. Wird der Case Manager als "dritte Instanz" zwischen Leistungsanbieter und Leistungsnutzer platziert, dann nimmt er lediglich die Versorgungskoordination entsprechend dem Case-Management-Regelkreis und dem methodischen Proprium wahr. Er bietet dann keine darüber hinaus gehenden Dienstleistungen an (z.B. Therapie, Beratung, Pflege). Dieser Abstand zu dem direkten Leistungsgeschehen ermöglicht gerade in kritischen Entscheidungssituationen bezogen auf die langfristige Versorgungsplanung eine relativ souveräne Handlungskompetenz und Kontrollmöglichkeit.

¹⁰ Das Aufkommen von AIDS führte in den USA zu einer verstärkten Ausbreitung von Case-Management-Modellen (vgl. hierzu Ewers 1995, *Ufff*). Dies läßt sich zum einen mit dem komplexen Versorgungsbedarf dieser Patientengruppe begründen. Zum anderen waren jedoch die hohen Ausgaben, die bei der Versorgung von AIDS-Patienten entstehen (High Cost Medical Events) und die aufgrund der sozialen Situation dieser Patienten hauptsächlich durch staatliche Programme (Medicaid) aufgebracht werden mußten, für diese Entwicklung verantwortlich.

Wird das Case Management hingegen als diskrete Methode interpretiert, so kommt es zu einer Vermischung zwischen Versorgungskoordination und direkter Leistungserbringung (z.B. Beratung, therapeutische Leistungen, pflegerische Leistungen). Der Case Manager wird hier u.U. eher parteiisch im Sinne seines Klienten/Patienten argumentieren und die Systeminteressen vernachlässigen. Gegenwärtig kann in den USA beobachtet werden, daß der Case Manager als "dritte Instanz" vorrangig im Bereich der sozial- und wohlfahrtspflegerischen Dienstleistungen eingesetzt wird. In der medizinisch-pflegerischen und psychiatrischen Versorgung wird das Case Management hingegen häufiger als therapeutische Beziehung und als diskrete Dienstleistung interpretiert (Kaplan 1990). Begründet wird diese Akzentuierung mit der Notwendigkeit, im Bereich der direkten Krankenversorgung über ausreichende diagnostische und therapeutische Fähigkeiten und Erfahrungen verfügen zu müssen. Sie gelten als Voraussetzung, um spezifische Symptome und Reaktionen des Patienten angemessen beurteilen, eine stabile Beziehung aufrechterhalten und die Compliance des Patienten durch gezielte Maßnahmen fördern zu können (Roberts-DeGennaro 1987). In jedem Fall zählt das Spannungsverhältnis zwischen diesen beiden unterschiedlichen Formen des Case Management zu den strategisch bedeutsamen Entscheidungsproblemen, die nach den US-amerikanischen Erfahrungen bei der Implementation dieser Methode und bei der Formulierung von Qualifikationsprofilen für die Case Manager ausreichend Berücksichtigung finden sollten.

Die Auseinandersetzung mit den US-amerikanischen Case-Management-Konzepten hat für die Fragestellung dieser Arbeit interessante Impulse vermitteln können. Die Beschäftigung mit dem empirischen US-amerikanischen Erscheinungsbild des Case Management kann den Blick schulen, um potentielle Gefahrenquellen im Vorfeld einer Implementation zu erkennen und auf diese Weise aus den US-amerikanischen Erfahrungen zu lernen. Gleichzeitig kann mit den vorliegenden Informationen einer Mythologisierung des Case Management im Sinne eines "Allheilmittels" gegen alle aktuellen Versorgungsprobleme begegnet werden. Unter besonderer Berücksichtigung der hohen Akzeptanz und Popularität, die dem US-amerikanischen Modell des Case Management von den gesundheitspolitischen Akteuren in Deutschland gegenwärtig entgegengebracht wird, soll dieser Teil der Arbeit daher mit einer weitsichtigen Empfehlung der US-amerikanischen Wissenschaftlerin Kaplan beendet werden:

"Because the practice of case management is so diverse and because its independent practice is relatively new, there is little in the way of systematic outcome study. A cost-benefit model for case management does not exist yet and, for the most part, the critical elements for effective practice with specific populations have not been identified. (...) Given this inconsistency in results of cost-effectiveness or outcome studies and the methodological flaws, before major policy decisions are made regarding the use of case management, significantly more and better designed research is needed" (Kaplan 1990, 74).

III. Der britische Weg: Care Management

Im folgenden Arbeitsschritt wird gefragt, wie die gesundheitspolitischen Akteure in Großbritannien auf die ähnlich gelagerten Probleme und gesundheitspolitischen Herausforderungen in der Versorgung chronisch kranker Menschen reagiert haben. Dabei interessiert besonders, worin sich der britische Lösungsweg des *Care Management* von den US-amerikanischen Case-Management-Konzepten unterscheidet und welchen Stand die Diskussion in Großbritannien unter besonderer Berücksichtigung von Public Health Kriterien erreicht hat. Zunächst ist dafür wiederum eine Auseinandersetzung mit dem politisch-institutionellen Kontext notwendig, der die Entwicklung des Care-Management-Konzepts beeinflußt hat.

I. Politisch-institutioneller Kontext

Im Unterschied zum US-amerikanischen Gemeinwesen mit seiner unübersichtlichen Patchwork-Struktur ist das britische Sozial- und Gesundheitssystem durch einen klaren und hierarchischen Aufbau gekennzeichnet. Dieser sozialpolitische Vorteil gegenüber den USA ist dem Umstand zu verdanken, daß die zentralstaatliche Steuerungskapazität in England traditionell besonders stark ausgeprägt ist. "Das Prinzip der zentralen staatlichen Organisation ist - als konstitutives Element der britischen Verwaltungstradition - seit der viktorianischen Ära stets die Antwort auf soziale Probleme gewesen." (Döhler 1990, 96) Ein derartiges System gewährt eine stärkere organisatorische Integration und höhere Kontrollmöglichkeiten, als dies bei dem parochialen Organisationsprinzip des US-amerikanischen Sozial- und Gesundheitswesens möglich ist (Stevens 1983).

Tragendes Element dieser für das britische Sozial- und Gesundheitswesen charakteristischen unitarisch organisierten Struktur sind verschiedene Sozialgesetze, die zusammengekommen eine Antwort auf die fünf großen Probleme darstellen, mit denen sich Großbritannien in der Kriegs- und Nachkriegszeit konfrontiert sah (Greenwood 1995):

Unwissenheit (Ignorance)	-	Education Act 1944
Arbeitslosigkeit (Idleness)	-	Disabled Employment Act 1944
Krankheit (Disease)	-	National Health Service Act 1948
Obdachlosigkeit (Squalor)	-	Town and Country Planning Act 1947
Armut (Want)	-	National Assistance Act 1948

Seit den fünfziger Jahren existiert in Großbritannien ein relativ breit gefächertes, zu mehr als achtzig Prozent über direkte und indirekte Steuereinnahmen finanziertes soziales Netz, das eine landesweit einheitliche Absicherung der Bevölkerung mit sozialen und gesundheitsrelevanten Leistungen sicherstellt (Light/May 1993). Das 1948 gegründete Versorgungssystem des National Health Service (NHS) bildet heute neben dem British Social Insurance System (Sozial- und Rentenversicherung) den zentralen Dreh- und Angelpunkt des britischen Sozial- und Gesundheitssystems.

Im Rahmen des NHS gewährt der britische Staat seinen Bürgern einen gesetzlich abgesicherten Zugang zu gesundheitsrelevanten Dienstleistungen. Mit seinem inzwischen über eine Million Mitarbeiter zählenden Personalstamm ist dieses Gesundheitssystem verantwortlich für die komplette gesundheitliche Versorgung der britischen Wohnbevölkerung, angefangen bei der allgemeinmedizinischen Betreuung über die Gemeindemedizin und den gesamten stationären Leistungssektor bis hin zur weitgehend kostenlosen zahnärztlichen Behandlung und Medikamentenversorgung (Schneider et al. 1992). Über den Weg der zentralstaatlich gesteuerten Ressourcenzuteilung kann in Großbritannien das Kriterium der Zugangs- und Leistungsgerechtigkeit bei der Gestaltung des Gesundheitswesens weitaus zufriedenstellender verwirklicht werden, als dies z.B. in den USA möglich ist. Der einkommensunabhängige, gleichberechtigte und weitgehend ungehinderte Zugang zu gesundheitsrelevanten Versorgungsleistungen zählt traditionell zu den zentralen Werten der britischen Gesellschaft und prägte daher auch die Entwicklung des National Health Service.

"Debate in the UK often emphasises justice, and when individuals come into contact with the public services, their integrity is safeguarded in most situations. This applies particularly in the case of health and medical care, where the public system (NHS) is seen as a guarantee that a person in need of care will get it, irrespective of sex, race and class." (Socialstyrelsen 1993, 91)

Die einheitliche Versorgung der britischen Bevölkerung mit gesundheitsrelevanten Dienstleistungen wird durch den NHS in Form einer streng hierarchischen, "tripartistischen" Struktur sichergestellt (Döhler 1990, 106). Hinter dieser Beschreibung verbirgt sich die organisatorische und verwaltungstechnische Trennung in drei separate Verwaltungs- und Dienstleistungssektoren der stationären (Hospital Services), gemeindemedizinischen (Community Services) und allgemeinärztlichen (Family Practitioner Services) Versorgung. Nicht zuletzt aufgrund dieser starken Sektorisierung muß auch in Großbritannien eine wachsende Desintegration und Diskontinuität in der Versorgung chronisch kranker, multimorbider und pflegebedürftiger Menschen registriert werden. "Schon 1962 war die Kritik geäußert worden, daß die administrative Trennung von ambulanter, stationärer und Gemeindegesundheitsversorgung vielfältige Koordinationsprobleme verursache, die nur mit Hilfe einer umfassenden Verwaltungsreform gelöst werden könnten." (Döhler 1990, 106)

Erst zwölf Jahre später wurde erstmalig der Versuch unternommen, das Gesundheitssystem durch eine Verwaltungsreform stärker an die neuen gesundheitspolitischen Herausforderungen anzupassen. Anders als in den USA waren diese frühen Reformbestrebungen unter Premierminister Edward Heath (1974), wie auch die späteren unter der Regierung von Margaret Thatcher (seit 1979), nicht durch eine stetig wachsende Ausgabenlast im Gesundheitsbereich und damit primär ökonomisch motiviert. So kann in Großbritannien von der in anderen Ländern viel diskutierten "Kostenexplosion" im Gesundheitswesen nicht die Rede sein. Der Anteil der direkten Gesundheitsausgaben am Brutto-Sozial-Produkt liegt nach wie vor weit unter dem Durchschnitt vergleichbarer Staaten (OECD 1994). Die diversen Reformversuche des NHS basierten eher auf politischem

Pragmatismus und zusehends neokonservativen Wertprioritäten und fielen zumindest bis zur Jahreswende 1987/88 noch relativ moderat aus.

Mit der ersten Reform des NHS startete der Pragmatiker Edward Heath im Jahr 1974 den Versuch, die organisatorische Integration der drei Versorgungssektoren voranzutreiben und die Management- und Planungssysteme des NHS zu verbessern. Trotz der eher technokratischen Motivation der Reform unter dem Motto "maximum delegation downwards, matched by accountability upwards" (Ham 1983) bereitete sie den Boden für die spätere Entwicklung und Ausbreitung des Care Management. Die hochgesteckten Ziele der Verwaltungsreform konnten allerdings nur bedingt erreicht werden (Döhler 1990, 108). Die starren Grenzen zwischen den einzelnen Versorgungssektoren blieben weitgehend erhalten und führten zu einem anhaltend hohen Problemdruck im Versorgungsgeschehen. Lediglich das Anliegen einer besseren Planung wurde mit der Einrichtung von regionalen Planungsbehörden (Regional Health Authorities) weitgehend realisiert.

Nicht zuletzt bedingt durch den fehlenden ökonomischen Handlungsdruck und die daraus resultierende Beweisnot für marktorientierte Reformen wurde die Politik der Dezentralisierung durch Stärkung der regionalen Organisations- und Planungskompetenz auch über den Amtsantritt von Margaret Thatcher im Jahr 1979 hinaus zunächst fortgesetzt. Erst in der zweiten Amtsperiode der Premierministerin kam es zu einer langsamen Verschärfung der neokonservativen Reformpolitik und zu einer Rückkehr zur zentralstaatlichen Steuerung. Seit 1982 unternahm die britische Regierung den Versuch, marktwirtschaftliche Managementphilosophien und Steuerungstechniken bei der Gestaltung des Sozial- und Gesundheitswesens stärker zu betonen. Die von Nick Davidson als "new managerialism" (Davidson 1987, 22f) bezeichneten Reformversuche zielten vorrangig auf eine stärkere Kontrolle und Effizienzsteigerung sowohl in der Verwaltung als auch im direkten Leistungsgeschehen.

"Im Gegensatz zur traditionellen 'caring and curing'-Philosophie im NHS, die zudem häufig mit lokalen und professionellen Sonderinteressen befrachtet ist, hat die Regierung Thatcher kontinuierlich darauf hingearbeitet, Effizienz als dominierendes Kriterium bei der Entscheidungsfindung im NHS durchzusetzen." (Döhler 1990, 269)

Aber auch ein anderes Motiv aus dem marktwirtschaftlichen Wertekodex wurde in dieser Zeit verstärkt auf die sozial- und gesundheitspolitische Tagesordnung gesetzt: Die zum "Kunden" erklärten Hilfebedürftigen sollten auch bei psycho-sozialen und medizinisch-pflegerischen Dienstleistungen eine Wahlmöglichkeit unter verschiedenen miteinander konkurrierenden Dienstleistern erhalten. Anstelle des wohlfahrtsstaatlich orientierten Bedarfskonzepts ("need") wollte die Regierung Thatcher bei der Steuerung des Sozial- und Gesundheitswesens vermehrt das marktwirtschaftlich ausgerichtete Nachfragekonzept ("demand") berücksichtigt sehen. Ergänzend dazu wurden Rufe nach einem Abbau wohlfahrtsstaatlicher Leistungen laut, um auf diese Weise die individuellen Leistungspotentiale und Selbstvorsorgekompetenzen der Bevölkerung zu unterstreichen.

Im Zentrum der Debatte um die *Konsumentensouveränität* stand der Vorwurf, "daß der NHS durch seine Quasi-Monopolstellung für medizinische Dienstleistungen die Entwicklung des privaten Gesundheitssektors behindere und damit den Konsumenten seiner Wahlmöglichkeiten beraube. Da der NHS ineffizienter als ein privater Markt arbeite, sei er zunehmend weniger in der Lage, die wachsende Nachfrage nach medizinischen Leistungen zu befriedigen" (Döhler 1990, 192). Dabei ist jedoch zu beachten, daß der private Gesundheitssektor in Großbritannien traditionell auf die subsidiäre Kooperation mit dem staatlich kontrollierten Sozial- und Gesundheitswesen reduziert ist und damit bei weitem nicht den Entwicklungsstand und gesundheitspolitischen Einfluß des medizinisch-industriellen Komplexes in Amerika erreichen konnte.

Der oftmals beschriebene Wandel des britischen Wohlfahrtsstaates von einem Dienstleistungsproduzenten zu einem Dienstleistungsregulierer beschränkte sich im Gesundheitswesen primär auf den Bereich der geriatrischen, zumeist stationären Versorgung (Döhler 1990, 281). Die geriatrische Langzeitversorgung zählte traditionellerweise nicht zum Leistungsbereich des NHS. Insofern mußte hier notwendigerweise eine strukturelle Anpassung an die veränderten demographischen Bedingungen und den Wandel des Krankheitspanoramas erfolgen, der zu einem gewissen Teil von den privaten Anbietern aufgefangen wurde. Daß sich die privaten Investoren hauptsächlich im Bereich der geriatrischen Versorgung engagierten, verwundert nicht, erhielten doch auch die Bewohner privater Altenheime seit 1980 (Supplementary Benefits Regulations Act) Leistungen aus der staatlichen Sozialversicherung. Die massive Subventionierung ließ das Engagement in diesem Leistungssektor für private Investoren attraktiv erscheinen und bot gleichzeitig die Gewähr für eine staatliche Kontrolle des privaten Sektors unter besonderer Beachtung der beiden Parameter "Kosten" und "Qualität" (ebd.).

Die vielfach von der Regierung Thatcher formulierte Kritik an der Arbeit des NHS war jedoch nicht vollständig aus der Luft gegriffen und wurde durch den wachsenden Unmut der britischen Bevölkerung über ihr Gesundheitsversorgungssystem gestützt. So muß interessanterweise im Bereich der britischen Community Care¹¹ trotz des relativ umfassenden und zentralistisch organisierten Versorgungssystems von einer vergleichbaren Defizitanalyse ausgegangen werden wie in den USA (Stevens 1983). Zwar wird in England im Unterschied zu anderen westlichen Industrieländern de facto nur ein geringer Teil der chronisch kranken und multi-morbiden Patienten in Krankenhäusern und anderen stationären Einrichtungen versorgt (OECD 1994) -ein Umstand, der darauf zurückzuführen ist, daß Großbritannien über ein relativ gut ausgebautes ambulantes Versorgungssystem verfügt. Baidock bemerkt in seinen Ausführungen allerdings:

¹¹ Wendt macht unter Berufung auf Bayley (1973) auf die Problematik dieses Begriffs aufmerksam. Er läßt er offen, "ob eine Versorgung *im Gemeinwesen* oder *durch das Gemeinwesen* (also gemeinschaftlich) gemeint wird. (...) Aus wirklicher sozialer Verantwortung und Solidarität müßte das konkrete Gemeinwesen eine Bewältigungsstruktur ("structure of coping") entwickeln, die amtliche und freiwillige Dienstleistungen und helfende Familien-, Freundschafts- und Nachbarschaftsbeziehungen erschließt und abstützt" (Wendt 1991, 46).

"This is only partly true. It also reflects a pattern of hidden need and silent neglect. The low use of medical services reflects the scarcity and the fact that the NHS is not a system that responds directly to consumer demand. Centrally-determined and cash-limited budgets mean that the volume of services is almost entirely supplier-determined" (Baldock 1991,45).

Bei genauerer Betrachtung ist auch in Großbritannien eine wachsende Desintegration und Diskontinuität des Leistungsgeschehens in Folge der in den siebziger Jahren politisch motivierten Betonung der ambulanten Krankenversorgung zu beobachten. Diese Beobachtung bezieht sich nicht nur auf die starke Trennung zwischen dem ambulanten und stationären Leistungssektor, die trotz aller Reformversuche bislang erhalten blieb. Auch innerhalb des ambulanten Leistungsbereichs - der Community Care - können eine Reihe bürokratischer Hemmnisse identifiziert werden, die einer integrierten und kontinuierlichen Versorgung entgegenstehen.

So unterstehen z.B. home-help services (Hauswirtschaftliche Versorgung, Grundpflege) und sozialarbeiterische Betreuungseinrichtungen der Verantwortung der Local Social Service Departments und sind aufgrund der regionalen Finanzierung durch erhebliche Qualitätsunterschiede gekennzeichnet. Sie bieten nur eine geringe Leistungsintensität, lassen zumeist eine langfristige Interventionsstrategie vermissen und werden hauptsächlich zur Krisenintervention eingesetzt (Baldock 1991). Die auf Ergänzung angelegten home nursing services (Grund- und Behandlungspflege) werden dagegen von den District Health Authorities finanziert und gesteuert. Sie bieten krankenpflegerische Dienstleistungen in begrenztem Umfang an und lassen sich dabei oftmals von traditionellen medizinischen Vorstellungen sowie einer überholten Krankheitsorientierung leiten. Ergänzt wird dieses ohnehin fragmentierte System der Community Care noch durch die sogenannten voluntary services, die sich hauptsächlich im Bereich der sozial-pflegerischen Dienstleistungen engagieren (Socialstyrelsen 1993). Die Health-Service- und Social-Service-Verwaltungsorganisationen verfügen kaum über gewachsene Kooperationsstrukturen, die eine Koordination der Versorgung über die Verwaltungsgrenzen hinweg ermöglichen könnten. Daraus ergeben sich für die Versorgung chronisch Kranker vielfältige Zuständigkeits-, Steuerungs- und Schnittstellengestaltungsprobleme, wie sie in ähnlicher Form bereits in den USA zu beobachten waren. Baldock kommt bei der Betrachtung der britischen Versorgungsstrukturen für ältere und hilfebedürftige Patienten zu folgendem Fazit:

"A distinctive feature of the services available to the elderly living at home is that there is no single source or organisation to which they can go to get help. Rather there is a mixture of sources, which can supply different services, under different degrees of obligation and for different reasons. Consequently, what any one old person is actually getting is more a matter of chance, accidents of time, place and opportunity than any other factor." (Baldock 1991, 46)

Zu einer ähnlichen Defizitanalyse, die sich ohne weiteres auch auf andere Patientengruppen mit einem vergleichbar komplexen Bedarf übertragen läßt, kam auch Sir Roy Griffiths in seinem Bericht zur Sozial- und Gesundheitspolitik, den er 1983 für das Department of Health and Social Services (*The Griffiths Report* - DHSS 1983, Griffiths 1988) anfertigte.

Er empfahl der Regierung angesichts dieser Defizite in der Krankenversorgung, im Sinne des "new managerialism" verstärkt auf Managementmethoden aus dem privatwirtschaftlichen Bereich zurückzugreifen. Unter anderem forderte er eine klarere Verteilung von Funktionen, Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten, um auf die wachsenden Herausforderungen im Bereich der Community Care angemessener reagieren zu können.

"My intention is to pinpoint responsibility for arranging the provision of resources in the community." (Griffiths 1988, para 6.13)

Es ist unbestritten, daß der Griffiths Report für die Entwicklung und Ausgestaltung des Care Management Konzepts und seine Implementation in das britische Krankenversorgungssystem wesentliche Anstöße geliefert und das Erscheinungsbild dieser Methode in besonderer Weise geprägt hat (Baidock 1991).

Aber erst im Zuge der zur Jahreswende 1987/88 auftauchenden innenpolitischen Turbulenzen kam es zu den einschneidenden Reformen, die für das britische Sozial- und Gesundheitssystem bis heute bestimmend geblieben sind. Eine massive Unterfinanzierung des NHS führte zu einer Verschärfung der vielfältigen Defizite in der Krankenversorgung (lange Wartezeiten für aufschiebbare Operationen, Rationierung von Leistungen für Personen über einer bestimmten Altersgrenze etc.). Dieser Umstand, von der Opposition medienwirksam aufbereitet und politisch äußerst geschickt genutzt, setzte die Regierung Thatcher unter massiven Handlungs- und Innovationsdruck. "Die Finanzkrise zur Jahreswende 1987/88 stellte in mehrfacher Hinsicht eine Wendemarke der konservativen Gesundheitspolitik dar." (Döhler 1990, 304)

Die Regierung Thatcher nutzte das "politische Fenster" jedoch für ihre Ziele und plädierte angesichts der Defizite in der Krankenversorgung für eine radikal-marktwirtschaftlich orientierte Umgestaltung des britischen Sozial- und Gesundheitssystems. Wie zuvor schon im Bereich der lokalen Schulverwaltung, sollten im Zuge dieser Reform private Management- und Steuerungstechniken auch im Sozial- und Gesundheitswesen stärkere Berücksichtigung finden und die Effizienz der Versorgung erhöhen:

The "NHS (...) is not a business, but is must be run in a business-like way." (Conservative Party 1987, 50)

Ihren Niederschlag fanden diese Vorstellungen in zwei komplementären Gesetzesinitiativen (White Papers). Sowohl "Working for Patients, Promoting Better Health" als auch "Caring for People" waren von einer ökonomisch-orientierten und neokonservativen Perspektive auf das staatliche Sozial- und Gesundheitswesen im Sinne des Managed-Care-Gedanken geprägt. In dem 1990 von der britischen Regierung verabschiedeten "*NHS and Community Care Act 1990*" erhielten die beiden White Papers zum 1. Januar 1991 Gesetzeskraft und legten damit u.a. auch den Grundstein für die Entwicklung des Care Management in seiner heutigen Gestalt (HMSO 1992).

Unter Berufung auf den Griffiths Report spielte bei dieser Umgestaltung des Sozial- und Gesundheitswesens die Übertragung der Budgetverantwortung auf die Versorgungseinrichtungen und regionalen Planungsbehörden sowie die Betonung der unternehmerischen Kompetenz in der Administration eine bedeutende Rolle (DHSS 1983, Griffiths 1988). In einer von 1991 bis 1993 laufenden Übergangsphase wurde auf der Grundlage des *"NHS and Community Care Act 1990"* für alle Versorgungsbereiche ein wettbewerbsorientiertes, auf finanziellen Anreizen basierendes System "interner Märkte" eingeführt. Es zielt auf eine partielle Trennung von Planung, Finanzierung und Erbringung von Versorgungsleistungen.

"The reform means that certain hospitals are now autonomous and have to find clients for their services on their own. At the same time, each district within the NHS becomes more independent and is responsible for financing and for contracting different producers of medical care (general practitioners, private and public hospitals) in order to meet the need of the population for care." (Socialstyrelsen 1993, 93)

Parallel dazu wurde das General Management Board innerhalb des NHS in seiner zentral-staatlichen Planungs- und Steuerungskompetenz gestärkt, während die District Health Authorities (DHAs) und andere lokale oder professionelle Interessenvertreter eine Machteinbuße verkraften mußten. Döhler sieht darin eine Hauptstoßrichtung des Thatcherismus, "der sowohl im 'Establishment' professioneller Berufe wie auch in der Widerspenstigkeit der 'local authorities' eine Verschwörung gegen die Prinzipien der marktorientierten Gesellschaft erblickt" (Döhler 1990, 314).

Die langfristigen Auswirkungen der neokonservativen Reformpolitik auf das britische Sozial- und Gesundheitswesen lassen sich derzeit sicherlich noch nicht abschließend beurteilen. Dennoch kann für die theoretische Erörterung der anglo-amerikanischen Case-Management-Konzepte folgendes Ergebnis festgehalten werden: Die intensive Auseinandersetzung mit dem Problem der Versorgungsorganisation und -koordination für chronisch kranke und multimorbide Menschen wurde - ähnlich wie in den USA - auch in Großbritannien unter einer neokonservativen Regierung forciert. Sie hat dadurch ebenfalls eine spezifische - in erster Linie gesundheitsökonomische - Ausrichtung erfahren (Davidson 1987, Light/May 1993, Gill 1994). Patientenorientierte Motive für die stärkere Betonung von Koordination und Kooperation im Bereich der Krankenversorgung treten deshalb auch in Großbritannien - trotz der anderen politisch-institutionellen Voraussetzungen - gegenüber den Systeminteressen in den Hintergrund.

2. Das Care-Management-Konzept

Anders als die US-amerikanischen Case-Management-Konzepte ist das Care Management nicht "naturhaft" als Reaktion auf spezifische Versorgungsdefizite oder gesundheitspolitische Interessen gewachsen. Es wurde von der zentralstaatlichen Gesundheitsverwaltung des NHS vielmehr als Antwort auf die gesundheitspolitischen Herausforderungen der britischen Krankenversorgung gezielt konstruiert und in die vorhandenen Systeme strategisch konsequent implementiert. In dem White Paper "Caring for people" werden Care Management und Assessment als "cornerstones" einer qualifizierten Krankenversorgung bezeichnet (HMSO 1992). Der "*NHS and Community Care Act 1990*" fordert die Local Authorities zur stärkeren Auseinandersetzung mit der Community Care auf und verpflichtet sie per Gesetz, über traditionelle Verwaltungsgrenzen hinweg und orientiert am Kriterium der Effizienz weitreichende Veränderungen bei der Planung und Koordination der Krankenversorgung in Angriff zu nehmen.

"For the first time, under the *NHS and Community Care Act 1990*, legislation places a formal duty on local authorities to bring apparent health care needs to the attention of the appropriate health authority/board. Similarly, health professionals are expected to identify social care needs and advise patients appropriately. Community care plans should spell out how the two agencies will put this duty into effect." (HMSO 1992, 84)

Das Gesetz bildet damit das Fundament für die Entwicklung und Umsetzung des Care-Management-Konzepts in Großbritannien. Im Unterschied zum US-amerikanischen Begriff des Case Managements sprechen die Briten in ihrem Konzept dabei bewußt von Care Management.

"The term 'care management' is now used in all policy and practice guidance for what was previously termed 'case management'. This change arose from representations made during consultation on draft policy guidance. 'Case' was regarded as demeaning to the individual, and misleading in that it is the care, and not the person, that is being managed." (HMSH 1992,12)

Gleichzeitig wird mit diesem anderen Begriff verdeutlicht, daß es bei der Aufgabe weniger um die Begleitung eines individuellen Klienten/ Patienten im Sinne fallbezogener psychosozialer oder medizinisch-pflegerischer Interventionen auf der direkten Handlungsebene geht (Mikroebene). Vielmehr soll durch das Care Management die Versorgung der Patienten mit bedarfsgerechten Dienstleistungen auf der organisatorischen Mesoebene koordiniert werden. Dabei sollen im Rahmen des zur Verfügung stehenden Budgets vorrangig ihre individuellen Präferenzen Berücksichtigung finden (Konsumentensouveränität).

Das Care Management greift zu diesem Zweck auf die Erfahrungen mit dem US-amerikanischen Case Management zurück. Dies gilt insbesondere für die drei Kernfunktionen (Advocate, Broker, Gate-Keeper), die zu absolvierenden Arbeitsschritte (Case-Management-Regelkreis) und in eingeschränkter Form auch für das methodische Proprium des Case Management (Versorgungskoordination "over time" und "across services"). Nicht zuletzt die besondere Betonung der Assessment-Funktion macht allerdings deutlich, daß in Großbritannien andere Akzente bei der Versorgungskoordination gesetzt wurden als in den meisten US-amerikanischen Konzepten. Dies wird u.a. durch die gleichberechtigte Nennung

von Assessment und Care Management in der folgenden offiziellen Definition des Konzepts noch einmal unterstrichen. Sie ist dem Managers' Guide entnommen, der die Einführung des Care Management in Großbritannien begleitet:

"Care Management and assessment constitute one integrated process for identifying and addressing the needs of individuals within available resources, recognising that those needs are unique to the individuals concerned. For this reason, care management and assessment emphasise adapting services to needs rather than fitting people into existing services, and dealing with the needs of individuals as a whole rather than assessing needs separately for different services." (HMSO 1992, 11)

In Anlehnung an die Definition der Case-Management-Kernfunktionen wird der Care Manager im britischen Konzept damit vorrangig zum Steuerungsagenten der Krankenversorgung in einer bestimmten Region sowie zum Verwalter des zur Verfügung stehenden Budgets (Gate-Keeper). Gleichzeitig wird ihm die Aufgabe des neutralen Maklers für soziale und gesundheitsrelevante Dienstleistungen übertragen (Broker). Die individuelle Begleitung eines Patienten während des gesamten Krankheitsverlaufs und die Organisation und Koordination seiner Versorgung "von unten" im Sinne der Advocacy-Funktion tritt dagegen im britischen Care-Management-Konzept in den Hintergrund. Challis interpretiert Care Management als die Aufgabe einer Schlüsselperson, um einzelfallbezogene psychosoziale oder medizinisch-pflegerische Interventionen zur Sicherstellung der kontinuierlichen Versorgung zu ermöglichen und damit Case Management überhaupt erst durchführen zu können. Das Care Management siedelt er damit auf der System-Ebene an, während der Schwerpunkt des Case Management auf der Klienten-Ebene liegt (Challis 1990).

Bei der zentralstaatlichen Planung und Implementation des Care Management wurden von den Briten spezifische Schwerpunkte gesetzt, die in den US-amerikanischen Konzepten zwar ebenfalls enthalten sind, jedoch bei weitem nicht so eindeutig herausgearbeitet wurden. Dem Care Management wurden damit im Rahmen der britischen Krankenversorgung vorrangig die beiden folgenden Aufgabenbereiche zugewiesen (Orme/Glastonbury 1993).

2.1 Assessment

Der aktuelle Versorgungsbedarf chronisch kranker Patienten soll durch die spezifische Betonung des Assessment-Gedanken in den Vordergrund gerückt und systematisch beantwortet werden. Zu diesem Zweck soll der traditionelle "service-led approach" der Dienstleistungsanbieter ("Der Patient bekommt, was wir anzubieten haben.") zugunsten eines "needs-led approach" ("Wir bieten an, was der Patient benötigt.") umgewandelt werden. Diese Form der Bedarfserhebung darf jedoch nicht mit einer tatsächlichen Orientierung an den individuellen Versorgungsbedürfnissen der Patienten verwechselt werden. Der Begriff "need" wird von der Verwaltung administrativ festgelegt und bezeichnet "the requirements of individuals to enable them to achieve, maintain or restore an acceptable level of social independence or quality of life, as defined by the particular care agency or authority" (HMSO 1992, 14). Für die Behörden besteht die Verpflichtung, Leistungsnutzer und -anbieter auf geeignetem Weg

über diesen definierten Bedarf und die sich daraus ergebenden Muß-, Soll- und Kann-Leistungen des staatlichen Sozial- und Gesundheitssystems zu informieren. "The more explicit the definition of need, the clearer users and carers will be about their access to services." (HMSO 1992, 14)

Die Assessment-Funktion gehört damit zu den Kernelementen des britischen Care Management. Sie soll sicherstellen, daß der tatsächliche Bedarf einzelner Patienten oder Bevölkerungsgruppen unabhängig von der Art und dem Umfang der vorgehaltenen Dienstleistungen erhoben wird. Bedarfserhebung und Dienstleistungserbringung werden im britischen Sozial- und Gesundheitssystem zu diesem Zweck konsequent voneinander getrennt.¹²

"However, the major challenge lies in progressively establishing assessment as a separate function within each care agency, distinct from its service-providing arm." (HMSO 1992, 22)

Der Assessment-Prozeß liefert eine Vielzahl von Planungsdaten sowohl für das direkte Leistungsgeschehen als auch für das übergeordnete Management der Krankenversorgung in einer Region (District Health Authorities) oder im gesamten Land (General Management Board -NHS). Diese Form der Informationsbeschaffung gewährleistet eine kontinuierliche Anpassung des Steuerungsverhaltens an den realen Bedarf der Krankenversorgung. "This data will assist not only internal service planning but also contribute to the community profiles of need that will be necessary for joint community care planning with local authorities." (HMSO 1992, 88) Auf diese Weise soll, basierend auf dem (ökonomischen) *Konzept der Wohlfahrtsproduktion*, ein gezielter Mitteleinsatz sichergestellt und damit die Effizienz des Versorgungssystems systematisch gesteigert werden. Wendt erläutert dieses Konzept wie folgt:

"Der Ansatz unterstellt, daß im fürsorglichen und pflegerischen Handeln Ziele verfolgt werden, die sich mit bestimmten Outputs erreichen lassen. Gemeint sind die Effekte, die der Bedürftigkeit abhelfen. Den Outputs gegenüber stehen, wenn wir den Vorgang der Herstellung von Wohlfahrt bilanzieren, Inputs und Kosten. Die ganze Produktion ist notwendig, weil eine spezifische Bedürftigkeit vorhanden ist und diese sozial nicht hingenommen werden kann." (Wendt 1991, 15)

Das Assessment hat in diesem ökonomischen Konzept der Krankenversorgung einen festen Platz und gewährleistet über den Weg der Informationsbeschaffung und Versorgungsplanung einen Maximalnutzen der zur Verfügung stehenden Ressourcen im Interesse der Gesamtgesellschaft (und möglicherweise auch des einzelnen Patienten).

¹² Dabei sind durchaus unterschiedliche organisatorische Lösungen für diese verpflichtende Trennung zwischen Assessment und Leistungserbringung denkbar. Der HMSO Managers' Guide beschreibt verschiedene Konzepte, angefangen bei Primary care teams über Inter-agency secondments bis zu Multi-disciplinary panels (vgl. hierzu HMSO 1992, 58f).

2.2 Care Management

Care Management zielt auf die Anzahl und den Umfang der zur Verfügung stehenden Dienstleistungsangebote sowie die Art ihrer Bereitstellung durch die Versorgungsinstanzen. Unter Bezugnahme auf die neokonservativen Wertprioritäten der britischen Regierung spielt die Erweiterung der Wahlmöglichkeiten der zu "Kunden" deklarierten Patienten und die Individualisierung der Leistungserbringung im Versorgungsgeschehen eine wichtige Rolle.

"Care management is most useful when a *range* of resources provide *choice for the user*." (HSMO 1992, 68)

Der Care Manager soll den Patienten - analog der neutralen Broker-Funktion - bei der Zusammenstellung eines adäquaten Versorgungsangebots ("package of care") unterstützen und die notwendigen Leistungen bei den verschiedenen (miteinander konkurrierenden) Instanzen des Versorgungswesens erschließen. Dabei hat er vorrangig die persönlichen Präferenzen der Patienten zu berücksichtigen (Konsumentensouveränität) und auf diese Weise der zunehmenden Individualisierung persönlicher Lebensgestaltung in modernen Gesellschaften Rechnung zu tragen. "Nach den britischen Vorschriften muß dieser ganze Aushandlungsvorgang unabhängig von den Anbietern einzelner Dienstleistungen bleiben, damit kein Unternehmerinteresse dominant wird." (Wendt 1993, 17)

Das britische Care Management reagiert auf die Desintegration und Diskontinuität der Versorgung, indem es auf eine gezielte Koordination von Versorgungsleistungen über die organisatorischen Grenzen der einzelnen Leistungsanbieter hinweg einwirkt. Die unterschiedlichen Anbieter sind aufgefordert, ihre Aktivitäten aufeinander abzustimmen und im Sinne individualisierter Versorgungsangebote zu bündeln. Sie sollen das nahtlose Ineinandergreifen der unterschiedlichen Versorgungsleistungen sicherstellen.

"The new care management and assessment arrangements will be most effective when all care agencies in an area work together to provide a 'seamless service' to users. The achievement of that ideal poses a major challenge to all care agencies, underlined by the limited progress to date." (HMSO 1992, 25)

Der Care Manager übernimmt in dem Umgestaltungssprozeß die personalkommunikative Rolle des Initiators und Moderators (change agent) und gewährleistet in seinem regionalen Einflußbereich stabile und kontinuierliche Kooperationsbeziehungen. Durch die Konzentration des britischen Konzepts auf das Assessment und das institutionenübergreifende Versorgungsmanagement werden allerdings zentrale Vorstellungen des US-amerikanischen Case Management vernachlässigt bzw. auf andere Bereiche des Versorgungssystems verlagert. Dies wird insbesondere an der Lösung deutlich, die in Großbritannien für die immanente Interessenkollision zwischen Advocacy- und Gate-Keeper-Funktion gewählt wurde.

2.3 Independent Advocacy

Wie anhand der Betrachtung des politisch-institutionellen Kontext des britischen Care Management deutlich wurde, ist die Frage des Zugangs zu gesundheitsrelevanten Leistungen in Großbritannien über den Weg der zentralstaatlichen Ressourcenverteilung und damit auf einer höheren politischen Steuerungsebene geregelt als in den USA. Ähnliche Probleme bei der Gewährung gleichberechtigter Zugangschancen wie im US-amerikanischen Sozial- und Gesundheitswesen existieren daher in Großbritannien nicht. Stattdessen wird in der stärkeren "Anwendung der Bedürftigkeitsprüfung ein Verfahren zur angemessenen Verteilung ('selectivity') sozialer Leistungen" (Döhler 1990, 191) gesehen. Dies erklärt die starke Betonung der Gate-Keeper-Funktion im britischen Versorgungssystem. Der Care Manager ist auf der Systemebene für die gleichmäßige Verteilung der vorhandenen Ressourcen verantwortlich und muß als Budgetverwalter entscheiden, ob wenige Hilfsbedürftige viele Leistungen oder viele Hilfsbedürftige wenige Leistungen abrufen können (Greenwood 1995).

Die Notwendigkeit einer individuellen anwaltschaftlichen Interessenvertretung der Patienten wird aber - nicht zuletzt wegen ihrer Bedeutung in Bezug auf die Qualitätssicherung - auch im britischen Versorgungssystem nicht bestritten. Sie wird wegen der wichtigen Rolle des Care Managers bei der Budgetverwaltung und wegen seiner Verantwortung gegenüber dem Gesamtsystem jedoch weitgehend abgekoppelt.

"It should (...) be remembered that the devolution of budgetary responsibility affects the practitioner's ability to act as an advocate for users. Where this applies, schemes offering independent representation and advocacy should be developed in parallel." (HMSO 1992, 65)

Im Sinne einer "independent advocacy" soll die anwaltschaftliche Interessenvertretung z.B. von Funktionsstellen in der Verwaltung (local authority scheme) wahrgenommen werden, die unabhängig von der Assessment- oder Leistungsabteilung agieren können.¹³ Aber auch über die Finanzierung von existierenden ehrenamtlichen Organisationen oder die Neugründung von unabhängigen Advocacy-Einrichtungen ist eine derartige Interessenvertretung der Patienten in Großbritannien denkbar (Hunter 1988). Dabei ist die inhaltliche und organisatorische Parallelität solcher "independent advocacy"-Einrichtungen zu Verbraucherschutzorganisationen in anderen Wirtschaftsbereichen durchaus beabsichtigt.

"Such schemes can perform an effective brokerage and advocacy function but, being external to 'the system', they have limited influence on the deployment of resources, including the long-term funding of their own operations." (HMSO 1992, 57)

¹³ Vgl. zur Einrichtung von sogenannten "Patientenanwälten" im Krankenhaus z.B. auch Pfaff 1993.

3. Stand der Diskussion

Das Care Management konnte aufgrund der unitarisch ausgerichteten Strukturen des britischen Gemeinwesens konsequent implementiert werden. Es nimmt heute einen wichtigen Platz in der Umsetzung des britischen Managed-Care-Konzepts ein, dessen beide Säulen auf der Versorgungsebene durch den niedergelassenen Arzt und den Care Manager gebildet werden (Light/May 1993). Das Care Management hat im britischen Sozial- und Gesundheitswesen vorrangig eine Innovations- und Modernisierungsfunktion für die Community Care. "Innovations consists in reorganising and ensuring the performance of tasks as old as dependency itself." (Baldock/Evers 1991, 191) Unter Rückgriff auf die Forderungen des Griffiths Report und eine marktwirtschaftlich ausgerichtete "operating ideology" bildet es eine Bündelung der Verantwortung für die Aufgaben der ambulanten Versorgung (Community Care) und bietet damit die Gewähr für die optimale (Aus-)Nutzung und Entwicklung vorhandener Ressourcen (Community care plans). Gleichzeitig nehmen Care Manager durch die Übernahme der Budgetverwaltung eine kontinuierliche populationsbezogene und ausgabenorientierte Steuerung des Dienstleistungsangebots und im Idealfall auch eine Qualitätssicherung der Dienstleistungsproduktion vor (Light/May 1993). Damit ist in Großbritannien nicht nur sprachlich das Wort "care" an die Stelle von "case" gerückt.

Im Gegensatz zum US-amerikanischen Case Management ist das britische Care Management nicht schwerpunktmäßig auf die individuelle Begleitung eines Patienten durch das unübersichtliche Versorgungssystem ausgerichtet. Nicht mehr die fallbezogene Versorgungsorganisation und -koordination entlang des Krankheitsverlaufs und quer zur aktuellen Versorgungsstruktur steht im Mittelpunkt des Interesses (methodisches Proprium). Vielmehr zeichnet sich Care Management durch eine populations- und systembezogene Perspektive aus und basiert auf einer funktionalen Trennung zwischen Bedarfserhebung, Versorgungsplanung und Leistungserbringung. Care Management zielt auf die Veränderung der Versorgungsstrukturen im Sinne einer effizienteren Wohlfahrtsproduktion. Es bildet damit einen wesentlichen Baustein bei der marktwirtschaftlichen Umstrukturierung des Versorgungssystems gemäß neokonservativen Ziel- und Wertprioritäten.

Auch in Großbritannien werden vorrangig die gesundheitsökonomischen und verwaltungstechnischen Auswirkungen des Care Management diskutiert (Challis 1990, Greenwood 1995). Dabei ist interessant, wie in diesem Konzept die öffentliche Debatte über den Zielkonflikt zwischen der Advocacy- und Gate-Keeper-Funktion umgangen wurde. Durch die klare Trennung von Assessment bzw. Gemeinwesenorientierung einerseits sowie Leistungserbringung bzw. Patientenorientierung andererseits wurde der gesamtgesellschaftliche Verteilungskonflikt auf der Systemebene des Sozial- und Gesundheitswesens belassen. Der Care Manager kann aufgrund der Informationen, die er durch das Assessment erhält, eine populationsbezogene Zugangs-, Qualitäts- und Ausgabensteuerung der Gesundheitsversorgung nach dem Kriterium der Leistungsgerechtigkeit vornehmen. Viele ethische Konflikte, die auf der Handlungsebene

aus der Kombination beider Rollen resultieren, können so weitgehend vermieden werden (vgl. hierzu: Case Manager's Dilemma - Kane/ Caplan 1993). Sie sind damit allerdings nicht gelöst. Die zentralstaatliche Bedarfsdefinition und konsequente Budgetierungspolitik im britischen Sozial- und Gesundheitswesen hat für die Patienten oft auch Folgen, die in dieser Dramatik nur in wenigen anderen Ländern beobachtet werden können:

"The result of this has been long queues for certain non-emergency hospital treatment. In 1992 there were about 200,000 people who had queued for more than a year for an operation. Moreover, for a long time there have been more or less explicit age limits applied in the UK for certain treatments, i.e. people *over* a certain age are taken off the waiting list." (Socialstyrelsen 1993, 92)

Folglich stellt die Rationierungsdebatte und die Gefahr einer "Zwei-Klassen-Medizin" in Großbritannien sicherlich die größte Herausforderung für das Versorgungssystem und damit auch das Care Management dar (O'Donnel/Upward 1991).

Berücksichtigt man den politisch-institutionellen Kontext, in dem Care Management entstanden ist, so ist die starke Betonung der Broker-Funktion in diesem Konzept nicht besonders verwunderlich. Die Ausgestaltung des britischen Assessment und Care Management orientiert sich letztlich an ökonomischen Marketing-Vorstellungen. Dem Assessment und Care Management vergleichbare methodisch kontrollierte Verfahren werden auch in der freien Wirtschaft mit dem Ziel praktiziert, die am Markt angebotenen Produkte oder Dienstleistungen durch eine stärkere Ausrichtung an den Kundenbedürfnissen marktfähiger zu gestalten. Die Erhebung der Kundenbedürfnisse spielt in dieser Ideologie eine zentrale Rolle. Insofern wird mit dem "needs-led-approach" letztlich in erster Linie eine zunehmende Individualisierung der sogenannten Wohlfahrtsproduktion angestrebt, die bei dem traditionell segmentierenden "service-led approach" unterzugehen droht (HMSO 1992, 111).

Inwieweit diese Umorientierung tatsächlich zu einer patientenorientierten Perspektive der Versorgungsinstanzen und gesundheitsrelevanten (Semi-)Professionen auf das Versorgungsgeschehen führt, ist fraglich. Die Tatsache, daß das methodische Proprium des US-amerikanischen Case Management im britischen Konzept kaum Erwähnung findet und die präventiven Potentiale der Methode nicht besonders intensiv diskutiert werden, sollte zumindest nachdenklich stimmen. Die soziale Innovation wird - politisch-pragmatisch - eher in der Re-Organisation und der Re-Strukturierung des Sozial- und Gesundheitswesens gesehen. Inwieweit Zielsetzungen, wie die stärkere Einbeziehung der Patienten und ihres sozialen Umfeldes in das Leistungsgeschehen, aus anderen als ökonomischen Gesichtspunkten betrachtet werden, ist allerdings offen. Ähnlich wie in den USA geht der Trend auch in Großbritannien weg von der Beschäftigung mit der Frage, wie eine sinnvolle kontinuierliche Versorgung des Hilfebedürftigen gewährleistet werden kann, und hin zu den gesundheitsökonomischen Fragestellungen der Versorgungsorganisation und -koordination (Light/May 1993). Einzelne Elemente des britischen Assessment und Care Management, wie z.B. die gezielte regionale und populationsbezogene Bedarfs- und Versorgungsplanung (Community Care Plans) für chronisch kranke, alte und

pflegebedürftige Menschen, haben jedoch auch für andere europäische Länder Vorbildfunktion gehabt (Baidock/Evers 1991, Kraan et al. 1991).¹⁴

Baidock und Evers heben bei ihrer Auseinandersetzung mit der Versorgung von chronisch kranken, multi-morbiden und pflegebedürftigen Patienten die Notwendigkeit hervor, in das Management der Krankenversorgung mehr als bislang zu investieren. Sie halten dazu fest:

"Thus, the principal conclusion that emerges is that the central issue and problem is one of management - the intelligent, consistent, informed organisation of care. (...) This problem of management exists at two levels; the level of the individual client and the level of the care system as a whole." (Baldock/Evers 1991, 193)

Bei der Betrachtung der Diskussion über die Versorgungsorganisation und -koordination in Großbritannien kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, daß sich die Akteure des britischen Sozial- und Gesundheitswesens bei der Entwicklung des Care Management unter dem Eindruck der zunehmenden Ökonomisierung einseitig auf die Lösung der Management-Probleme auf der Systemebene konzentriert haben. Innovative Potentiale, die in der Idee des US-amerikanischen Case Management und damit einer gezielteren Versorgungsorganisation und -koordination auf der Ebene des Patienten verborgen liegen, drohen auf diese Weise ungenutzt zu bleiben.

¹⁴ Eine Einschätzung der Gesamtsituation in Großbritannien findet sich bei Giarchi 1993, Evers 1991, Light/May 1993. Zu den Niederlanden gibt die Publikation von Tunissen/Knapen (1991) Auskunft.

IV. Bundesdeutsche Entwicklungen

Im Unterschied zu den beiden zuvor beschriebenen Ländern hat die Auseinandersetzung mit Fragen der Versorgungskoordination für chronisch kranke und multi-morbide Patienten in Deutschland erst mit einiger Verspätung eingesetzt. Die Diskussion über Case-Management-, Care-Management- oder Managed-Care-Modelle, die hierzulande in Verkennung ihrer konzeptionellen Unterschiede oft identisch behandelt werden, hat ihren Höhepunkt sicherlich noch nicht erreicht. Gestützt wird diese Vermutung durch einen Blick auf die aktuellen Reformbemühungen im bundesdeutschen Sozial- und Gesundheitswesen. Sie verlaufen in auffälliger Parallelität zu den Entwicklungen in den USA und Großbritannien und weisen eine weitgehend identische Zielrichtung auf. Da grundlegende Kenntnisse über den Aufbau des bundesdeutschen Sozial- und Gesundheitssystems bei den Lesern dieser Arbeit als bekannt vorausgesetzt werden dürfen und einige Aspekte der aktuellen gesundheitspolitischen Debatte bereits in der Einleitung skizziert wurden, sollen hier lediglich die Momente näher beleuchtet werden, die für eine Auseinandersetzung mit dem Case Management in Deutschland von besonderer Bedeutung sind.

1. Politisch-institutioneller Kontext

Die Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) unter Bismarck im Jahr 1883 legte den Grundstein für die Entwicklung des deutschen Sozial- und Gesundheitswesens (Ortwein 1992). Es darf deshalb wohl mit Recht behauptet werden, daß die GKV unter den fünf tragenden Säulen des bundesdeutschen Sozial- und Gesundheitssystems eine zentrale Rolle einnimmt. Unter Rückgriff auf das mit der Einführung der GKV ins Leben gerufene dezentrale Organisationsnetz, die sozialintegrative Funktion staatlich kontrollierter Selbstverwaltung sowie ein weitgehend neokorporatistisches Gestaltungsprinzip konnte es bis heute zu einer konsequenten, quasi evolutionären Weiterentwicklung des bundesdeutschen Gemeinwesens kommen, ohne daß radikale Umbrüche wie in den USA oder einseitig zentralstaatliche Interventionen wie in Großbritannien bislang notwendig geworden wären (Döhler 1990, Rosenbrock 1992). Nicht zuletzt die kürzlich vollzogene Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung kann - trotz aller Kritik an dem Gesetz - als Beleg für diese Aussage gewertet werden.

Ein spezifisches, Kompromißlösungen förderndes Konfliktregulierungsmuster kennzeichnet das bundesdeutsche Sozial- und Gesundheitswesen. Es erlaubt eine komplexe Vielfachsteuerung auf den diversen Handlungs- und Entscheidungsebenen (Mikro-, Meso- und Makroebene) und wird "als Alternative zur Steuerung über den Staat oder über den Markt angesehen" (Rosenbrock 1992, 49). Trotz der dezentralen und hochdifferenzierten Struktur des bundesdeutschen Sozial- und Gesundheitswesens, die ähnlich wie in den USA durch die föderalistische Staatsform noch zusätzlich gestützt wird, kann für Deutschland eine "ausgeprägte ideelle Verklammerung" (Döhler 1990, 121) in Form spezifischer Ordnungsprinzipien und Wertvorstellungen ausgemacht werden. Zu nennen sind hier neben

dem fundamentalen Solidaritäts- und Subsidiaritätsprinzip auch das Selbstverwaltungs- und Äquivalenzprinzip oder das für die Leistungserbringung wesentliche Bedarfsdeckungs- und Sachleistungsprinzip. Für die Auseinandersetzung mit den anglo-amerikanischen Case-Management-Konzepten spielen diese Grundprinzipien und Zentralwerte eine wichtige Rolle. Sie garantieren letztlich die formelle Gleichheit beim Zugang zu Leistungen des bundesdeutschen Versorgungssystems. Eine reale Ungleichverteilung von Gesundheitsrisiken, Bewältigungsmöglichkeiten von Erkrankungen, Lebensqualität und Lebenserwartung - wie von sozialwissenschaftlichen und epidemiologischen Studien mehrfach bestätigt - können sie freilich nur zum Teil kompensieren (Rosenbrock 1992).

Heute sind in der GKV weit über 90 % der Bundesbürger gegen das Krankheitsrisiko versichert, wobei die einkommensabhängigen Beiträge in der Regel anteilig sowohl von den Arbeitnehmern als auch den Arbeitgebern aufgebracht werden. Dabei handelt es sich um ein grundständiges Finanzierungsmodell der bundesdeutschen Sozialgesetzgebung, das mit der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung - abgesehen von der ausschließlich durch die Arbeitgeber finanzierten Unfallversicherung - allerdings erstmalig einseitig zuungunsten der Versicherten durchbrochen wurde. Die erst 1994 nach heftigen sozialpolitischen Auseinandersetzungen installierte Pflegeversicherung (SGB XI) ist daher in ihrer heutigen Erscheinungsform mit der Einbindung in die traditionelle Sozialgesetzgebung bei gleichzeitiger Betonung markt- und wettbewerbsorientierter Gedanken als ein wesentliches Produkt des auf Kompromißlösungen angelegten Organisationsprinzips der deutschen Sozial- und Gesundheitspolitik zu betrachten (Ewers 1996a). Gleichzeitig ist sie ein deutlicher Hinweis auf die Ausrichtung der gegenwärtigen Reformbestrebungen im bundesdeutschen Sozial- und Gesundheitswesen. "Mit der Verabschiedung des Pflegeversicherungsgesetzes (...) beginnt der Umbau des Sozialstaates. Der individuelle Leistungsanspruch bleibt erhalten. Doch er ist nicht mehr grenzenlos." (Asam/Altmann 1995, 15)

Die Ursache für die stärkere Berücksichtigung ökonomischer Aspekte bei der Neugestaltung des SGB XI ist u.a. in der engen Verknüpfung der sozialen Leistungsgesetze mit den wirtschaftlichen Interessen der Arbeitgeber zu suchen. Sie sehen durch die stetig steigenden Lohnnebenkosten infolge wachsenden Finanzierungsbedarfs der Sozialleistungsträger aufgrund demographischer und epidemiologischer Transitionen den Wirtschaftsstandort Deutschland und damit ihre genuinen Interessen in Gefahr. Dramatisch zunehmende Arbeitslosenzahlen, die Einführung flexibler Altersgrenzen und ein daraus resultierender Anstieg der Rentner, eine mangelnde Ziel- und Ergebnisorientierung des Leistungsgeschehens und nicht zuletzt die vereinigungsbedingten Sonderaufgaben führen vermehrt zu Finanzierungsengpässen in der bundesdeutschen Sozialversicherung und provozieren einen anhaltend starken sozial- und gesundheitspolitischen Reformdruck.

Wenn auch - unter Berufung auf die Forschungsarbeiten von Döhler - ähnlich radikale Strukturveränderungen wie in den USA oder Großbritannien im bundesrepublikanischen Sozial- und Gesundheitswesen bis vor wenigen Jahren noch nicht festgestellt werden konnten

(Döhler 1990), so blieben doch die ökonomisch orientierten Reformbestrebungen der Regierung Kohl für die Krankenversorgung nicht ohne Folgen. Zunächst konzentrierte sich die Bundesregierung auf die Neuorganisation der Krankenhausfinanzierung, die Steuerung der Medizintechnik, die Novellierung des Arzneimittelgesetzes oder die Eindämmung der Ärzteschwemme und eine verbesserte kassenärztliche Bedarfsplanung. Gemäß der Logik konservativer Sozial- und Gesundheitspolitik stand darüber hinaus die "Selbstbeteiligung" als Steuerungselement im Mittelpunkt der diversen Kostendämpfungsprogramme. Die negativen Wirkungen vermehrter Selbstbeteiligungsregelungen sind jedoch hinreichend bekannt. Rosenbrock merkt hierzu deshalb kritisch an: "Eine Steuerungswirkung von ‚Selbstbeteiligung‘ in Richtung auf Zugangsrationalität und Versorgungsqualität konnte bislang nicht nachgewiesen werden, wird aber von den Anhängern marktwirtschaftlicher Steuerungskonzepte nach wie vor postuliert." (Rosenbrock 1992, 46f) Die Steuerungswirkungen, die in den USA oder Großbritannien einer gezielten Organisation und Koordination von Versorgungsleistungen in Form des Inanspruchnahme-Managements (Case Management / Care Management) zugeschrieben werden, blieben in Deutschland jedoch bis vor wenigen Jahren außerhalb des Blickfelds der sozial- und gesundheitspolitischen Akteure.

Mit dem Gesundheitsreformgesetz (GRG -1989) und dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG -1993) wurden in der GKV verstärkt marktwirtschaftlich und wettbewerbsorientierte Struktur-reformen eingeleitet (Reiners 1993). Der im GRG verankerte Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§§ 141 Abs. 2 und 71 SGB V) prägt heute die Diskussion um die GKV und führt zu einem ausgabenzentrierten Fokus auf das Leistungsgeschehen. "Beitragssatzstabilität wird erreicht, wenn die Zuwachsraten der Einnahmen (beitragspflichtigen Einnahmen und Renten) und der gesamten Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen übereinstimmen." (Adam/Henke 1993, 357) Aber auch die Umwandlung der Krankenkassen in ökonomisch konkurrierende Unternehmen bei gleichzeitiger Einführung der Wahlfreiheit für die Versicherten beeinflusst die Versorgungslandschaft. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen plädiert sogar dafür, "die Arbeitgebersätze auf die Hälfte des durchschnittlichen GKV-Beitragssatzes festzulegen. Dadurch werden gegenüber der bestehenden Regelung die Spannen der Beitragssätze von Arbeitnehmern vergrößert und der Anreiz zum Wechsel zu Kassen mit unterdurchschnittlichen Beitragssätzen verstärkt" (Sachverständigenrat 1995, 30).

Ökonomisch motivierte und wertkonservativ ausgerichtete Reformbestrebungen, wie sie sich derzeit unter der Regierung Kohl beobachten lassen, sind für das deutsche Sozial- und Gesundheitswesen allerdings nicht völlig neu. Bereits in den zwanziger Jahren kam es unter dem Eindruck einer Finanzkrise der Krankenversicherung erstmals zu einer ähnlich orientierten Diskussion.

"Die finanziellen Probleme der Krankenkassen wurden häufig auf das überzogene Anspruchsdenken der Versicherten und ein mutmaßlich überhöhtes Inanspruchnahmeverhalten zurückgeführt." (Döhler 1990, 79)

Dieses Motiv hat sich bis in die Rhetorik der sozialpolitischen Debatten dieser Tage hartnäckig behauptet und prägt auch heute noch die Auseinandersetzung um das Verhältnis zwischen Solidaritäts- und Subsidiaritätsprinzip. Seit Beginn der Kostendämpfungsphase in den späten siebziger Jahren wurden derartig konservative Grundideen mit der Forderung nach einer "geistig-moralischen Wende" verknüpft und vermehrt in den gesellschaftlichen Raum getragen. Dabei ging es der Regierung Kohl zunächst weniger um die alternative Zuweisung von Handlungskompetenzen zwischen Markt und Staat. Vielmehr sollte analog dem Subsidiaritätsprinzip vorrangig die Selbstorganisationskompetenz von Individuum und Familie gestärkt und die Aufgaben- bzw. Lastenverteilung zwischen Familie, (Wohlfahrts-)Verbänden und Staat neu bestimmt werden (Döhler 1990, 406). Auf Bundes- und Spitzenverbandsebene kam es in dieser Zeit zu staatlich geförderten Tendenzen "der Zentralisierung der Verbandsverhandlungen, einer leichten Stärkung der Verhandlungspositionen der Kassen und der Zusammenführung von Verbänden in gemeinsamen Gremien mit interessenübergreifenden versorgungspolitischen Aufgabenstellungen" (Rosenbrock 1992, 50). Neben den gesundheitsökonomischen Fragestellungen wurden durch diese neue "Diskussions- und Beratungskultur im Gesundheitswesen" (Sachverständigenrat 1995, 5) aber auch inhaltliche Probleme der Krankenversorgung und generelle Versorgungsdefizite stärker in das öffentliche Bewußtsein gerückt.

Verantwortlich für dieses strategische Vorgehen der Bundesregierung ist möglicherweise die für das deutsche Sozial- und Gesundheitswesen typische Betonung der *"gemeinsamen Verantwortung"* aller Beteiligten in Fragen der Versorgung der Bevölkerung mit sozialen und gesundheitsrelevanten Dienstleistungen. Angefangen beim allgemeinen Teil des Sozialgesetzbuches (§ 1 Abs. 2 und § 17 Abs. 1 SGB I) über das Rehabilitations-Angleichungs-Gesetz (§ 5 Abs. 1 RehaAnglG) und das Bundessozialhilfegesetz (§ 93 BSHG) bis hin zum neugeschaffenen Pflegeversicherungsgesetz (§ 8 SGB XI) wird diese Vorstellung immer wieder bemüht, um über eine weitgehende Konsensbildung zur Entscheidungsfindung und Steuerung der Krankenversorgung beizutragen (Alber 1992). Glitschmann betont daher aus der Sicht der Bundesländer:

"Im Hinblick auf soziale Leistungsfelder erfolgreiche Kooperation, Koordination und Vernetzung aller Akteure - also der Leistungsnutzer, der Leistungserbringer, -Vermittler und Kostenträger - entspricht einem zentralen Grundsatz des deutschen Sozialrechts. Die damit intendierte Verständigung, Zusammenarbeit und Leistungsverschränkung dient dabei insbesondere den Zielen der Bedürfnis- und Betroffenenorientierung in der Leistungserbringung, der Ermöglichung von systemischer Planung und Steuerung des Leistungsgeschehens, der Qualitätssicherung und der Wirtschaftlichkeit" (Glitschmann 1995,47).

Wie sehr diese Zielvorstellung, die fest in der bundesdeutschen Gesetzgebung verankert ist, an der Realität unseres Sozial- und Gesundheitswesens vorbeigeht, zeigt ein Blick auf die hohen Defizite in der Versorgung chronisch kranker und multi-morbider Patienten (Schaeffer/Moers 1993, Schaeffer 1996, Sachverständigenrat 1994, OECD 1994). So beklagt der Sachverständigenrat in seinem Sondergutachten 1995 nicht nur die generellen Versäumnisse in der Gesundheitsförderung, Prävention und Qualitätssicherung. Auch mangelnde Patienten- und Ergebnisorientierung sowie zunehmende Desintegration und

Diskontinuität des medizinischen Leistungsgeschehens wird von ihm - trotz der bislang vorgehaltenen umfassenden Absicherung - als bedeutendes Problem angeführt (Sachverständigenrat 1995).

Als Ursache für die Desintegrations- und Diskontinuitätserscheinungen lassen sich zwei zentrale Bruchstellen identifizieren, die das bundesrepublikanische Sozial- und Gesundheitssystem kennzeichnen und an einer effektiven und effizienten Leistungserbringung hindern. Zu nennen ist hier zuallererst die starre administrative Trennung zwischen dem ambulanten und dem stationären Versorgungssektor, der einen ungehinderten Übergang des Patienten von dem einen in den anderen Versorgungsbereich erheblich erschwert.

"Die Schnittstelle zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung ist ein Konstruktionselement des deutschen Gesundheitswesens, das zu vermeidbaren Effektivitäts- und Effizienzverlusten führt." (Sachverständigenrat 1994, 165)

Wie bereits mehrfach erwähnt, steht eine solche Trennung den Krankheitsverläufen chronisch kranker und multi-morbider Patienten diametral entgegen und provoziert aufgrund der traditionell mangelhaft ausgebildeten Kooperationsbeziehungen zwischen den beiden Versorgungssektoren vielfältige gesundheitsbedrohliche Situationen für die Patienten und ihr soziales Umfeld (Badura 1994, Schaeffer 1994a, Schaeffer/ Moers/Rosenbrock 1994, Pelikan et al. 1993). Trotzdem sind alle Reformversuche zur Überwindung dieser Bruchstelle bislang gescheitert, und eine weitergehende Lösung z.B. bezogen auf eine Aufweichung der starren ärztlichen Zuständigkeits- und Verantwortungsbereiche konnte nicht zuletzt aufgrund der Interessengegensätze zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Vereinigung nicht erreicht werden.

"Der Gesetzgeber hat sich damit gegen die personelle Verzahnung und damit gegen das medizinische Argument der Behandlungskontinuität entschieden. Bei der institutionellen Verzahnung bleibt der Arztwechsel systemimmanent." (Sachverständigenrat 1994, 166)

Auch Versuche einer stärkeren Abstimmung der nicht-medizinischen Versorgungsleistungen erschöpften sich bislang hauptsächlich in "kosmetischen" Maßnahmen und mehr oder weniger erfolgreichen Modellvorhaben (z.B. Überleitungspflege), ohne daß diese zentrale Nahtstelle damit derzeit strukturell oder personell hinreichend überwunden wäre (Schaeffer/Moers 1993, Schaeffer 1994a).

Der zweite Bruch wird durch die leistungsauslösende medizinische Indikationsorientierung der Sozialversicherung und damit durch die eher traditionelle Unterscheidung der Versorgung zwischen einer vorwiegend kurativ ausgerichteten medizinischen Behandlung ("cure") sowie der rehabilitativ-pflegerischen Betreuung ("care") provoziert (vgl. hierzu z.B. McKeown 1982). Die längst überholte Unterscheidung prägt sowohl das Handeln der gesundheitsrelevanten Berufsgruppen, der Versorgungsinstanzen als auch der Administration¹⁵.

¹⁵ So macht Kühn z.B. zu Recht darauf aufmerksam, daß es sich bei der sogenannten "Pflegebedürftigkeit" lediglich um "ein juristisches Konstrukt zur Ausgrenzung der nicht krankheitsbedingten Pflegeleistungen aus dem Anspruch an die Krankenversicherung" handelt (Kühn 1994, 195).

Bei chronisch Kranken ergeben sich aus dieser Konstellation vielfältige Koordinationsprobleme. Aufgrund ihres oftmals qualitativ und quantitativ schwankenden Versorgungsbedarfs sind sie wechselseitig sowohl auf die eine als auch die andere, meist sogar gleichzeitig auf beide Hilfeformen angewiesen. Die Patienten, ihr soziales Umfeld und die Versorgungseinrichtungen sehen sich folglich bei dem Versuch einer integrierten und kontinuierlichen Versorgungsgestaltung vor zahlreiche bürokratische Hürden gestellt. Der Patient, als schwächstes Glied dieser Kette, ist angesichts solch unübersichtlicher Strukturen wohl kaum noch in der Lage, eindeutig zu identifizieren, wer wann, wo und warum für ihn und seinen Versorgungsbedarf zuständig oder verantwortlich ist. Erst recht wird er von einer präventiven, d.h. rechtzeitigen Nutzung der prinzipiell vorhandenen Leistungsangebote angesichts derartig massiver bürokratischer Hemmnisse abgeschreckt, wodurch nicht selten zusätzliche Gesundheitsprobleme provoziert werden.

Schaeffer hat durch ihre Forschungsarbeiten am Beispiel der AIDS-Krankenversorgung allerdings eindrucksvoll nachweisen können, daß derartige Schnittstellenprobleme auf der direkten Handlungsebene durchaus regulierbar sind (Schaeffer 1995c). Voraussetzung dafür ist jedoch ein Perspektivenwechsel der beteiligten Berufsgruppen im Sinne einer langfristigen, patientenorientierten und präventiv ausgerichteten Handlungsstrategie. Derartige Forderungen treffen jedoch in Deutschland im Gegensatz zu den anglo-amerikanischen Ländern auf schwierige Qualifikationsvoraussetzungen. Dem hierzulande dominierenden, vorwiegend medizinisch-kurativ und naturwissenschaftlich-technisch orientierten Mediziner stehen mit der Pflege oder der Sozialarbeit zwei in ihrem Selbstverständnis verunsicherte und zumeist minder-qualifizierte nicht-ärztliche Berufsgruppen gegenüber. Sie werden in der Regel auf Assistenz Tätigkeiten für die Medizin reduziert und können nur selten einen eigenständigen Beitrag bei der Versorgungsgestaltung leisten. Notwendige Qualifizierungsmaßnahmen sind zwar eingeleitet (z.B. Akademisierung der Pflege), ihr Erfolg wird jedoch in erster Linie davon abhängen, inwiefern etablierte Machtstrukturen aufgebrochen und den Besonderheiten chronischer Erkrankungen bei der Konturierung dieser Maßnahmen ausreichend Beachtung geschenkt wird (Schaeffer/Moers 1994, Schaeffer/Moers/Rosenbrock 1994, Schaeffer 1996).

Die in den neunziger Jahren eingeleitete Etablierung von Public Health an bundesdeutschen Universitäten und Forschungseinrichtungen bewirkt, daß auch in Deutschland die komplexen Probleme im Gesundheitswesen stärker als bislang wahrgenommen und innovative Lösungsansätze erörtert werden. Die Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse, nach denen der Gegensatz zwischen "care" und "cure" angesichts der Herausforderungen durch das veränderte Krankheitspanorama überwunden und stattdessen mit komplexen, integrierten und kontinuierlichen Dienstleistungsangeboten nach Möglichkeit auch präventiv auf die neuen Herausforderungen geantwortet werden muß, wird durch die strukturellen Gegebenheiten des bundesdeutschen Sozial- und Gesundheitssystems allerdings erheblich erschwert. "Der wesentliche Engpaß der Innovation scheint derzeit auf der Stufe der Umsetzung, Verfestigung und Generalisierung von Interventionen (...) zu liegen." (Rosenbrock 1995, 140)

Ein gutes Beispiel hierfür ist die neue Pflegeversicherung und ihre Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen für chronisch Kranke und langfristig Pflegebedürftige (Ewers 1996a). An ihr läßt sich ablesen, wie die wissenschaftlich untermauerte und sozialrechtlich verankerte Aufforderung zur Kooperation, Koordination und Integration durch die Konstruktion eben dieser sozialrechtlichen Bestimmungen und ihre administrativen Auswirkungen erst provoziert und dabei gleichzeitig ad absurdum geführt wird.¹⁶ Die Implementation des neuen Leistungsgesetzes bewirkt gleich eine Reihe von Veränderungen in der Versorgungslandschaft und unterstützt eine ökonomisch motivierte Akzentverschiebung bei Kostenträgern und Leistungserbringern (Ewers 1996). Probleme für chronisch Kranke ergeben sich nicht nur dadurch, daß mit der Einführung der Pflegeversicherung neben der Krankenversicherung, dem Patienten selbst und/oder dem (über-)örtlichen Sozialhilfeträger ein weiterer Kostenträger bei der Finanzierung von Versorgungsleistungen berücksichtigt werden muß, ohne daß es dadurch zu einer nennenswerten Erweiterung des Leistungsumfangs käme. Auch die Betonung des Subsidiaritätsprinzips mit ihrer Forderung nach einer stärkeren familiären oder ehrenamtlichen Unterstützung erweist sich auf vielfältige Weise als problematisch. Bei der Versorgungsgestaltung ergibt sich durch die Integration der Laienkräfte in das ohnehin schon unübersichtliche und auf subsidiäre Ergänzung angelegte Versorgungsnetz ein erhöhter Koordinationsbedarf. Besonders jedoch die mit der Einführung der Pflegeversicherung intendierte marktwirtschaftliche Umgestaltung der Versorgungslandschaft und der angestrebte Wettbewerb unter den Leistungsanbietern führt bei gleichzeitiger Individualbudgetierung der zur Verfügung gestellten Leistung zu erheblichen Risiken für die Patienten.

Als Reaktion auf diese Entwicklung, die sich vergleichbar auch in anderen Versorgungsbereichen abzeichnet, sind *Qualitätssicherung* und *Versorgungskoordination* die zentralen Forderungen, um den zum "Kunden" erklärten Patienten vor den negativen Folgen dieses Veränderungsprozesses zu schützen. Sie sind daher in den letzten Jahren in das Zentrum der Aufmerksamkeit aller gesundheitspolitischen Akteure gerückt und haben nicht zuletzt zu einer verstärkten Auseinandersetzung mit anglo-amerikanischen Case-Management-Konzepten beigetragen. Derartige Maßnahmen werden jedoch vorrangig unter dem Diktat der "Beitragssatzstabilität" und damit der kostenneutralen Gestaltung diskutiert, was weitreichende Investitionen der Kostenträger in diesem Bereich von selbst verbietet. Kühn betont angesichts dieser Entwicklung die Ironie, "daß man gerade in den Vereinigten Staaten, deren Gesundheitssystem sehr stark von wirtschaftlichem Wettbewerb geprägt ist, seit langem erkannt hat, daß ein funktionierender Kontroll- und Regulierungsapparat und öffentliche Forschungsbudgets zur Sicherung der Qualität eine (freilich in der Praxis noch mangelhafte) Grundvoraussetzung von

¹⁶ Ein gutes Beispiel hierfür ist die Auseinandersetzung zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMAS) über die Finanzierung der Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen (April/Mai 1996). Insbesondere für die umfassende medizinische (SGB V), grundpflegerische (SGB XI), behandlungspflegerische (SGB V) und psycho-soziale (BSHG) Versorgung von schwerkranken und sterbenden Patienten ergeben sich aus diesem an dem Kriterium der Beitragssatzstabilität orientierten Streit zwischen den beiden Versicherungszweigen erhebliche Koordinations- und Sicherstellungsprobleme.

Wettbewerb sind, während im Land der ältesten sozialen Krankenversicherung mit ihrem kodifizierten Solidaritätsgebot auf diesem Gebiet des Schutzes der Patienten gegen die negativen Folgen eines angestrebten Wettbewerbs allenfalls Lippendienste verrichtet werden" (Kühn 1996b, 6).

Zusammenfassend kann hier sicherlich festgehalten werden, daß die Diskussion über Fragen der Versorgungsorganisation und -koordination in Deutschland unter Rückgriff auf anglo-amerikanische Case-Management-Konzepte in einem vergleichsweise komfortablen politisch-institutionellen Rahmen stattfindet. Ähnlich dramatische Fehlentwicklungen wie die massive Unterversicherung in den USA oder die deutlichen Rationierungsprobleme wie in Großbritannien sind derzeit in der Bundesrepublik Deutschland (noch) nicht zu erkennen (Taylor-Gooby 1996). Nichtsdestotrotz gibt es auch bei uns die Notwendigkeit, einer weitreichenden Desintegration, Medikalisierung und Diskontinuität in der Versorgung chronisch Kranker entgegenzuwirken und sich dabei mit dem Problem einer anhaltend virulenten Ökonomisierung des Sozial- und Gesundheitswesens auseinanderzusetzen. Badura und Feuerstein machen im diesem Zusammenhang darauf aufmerksam, daß Versorgungsprobleme chronisch Kranker auf dem Hintergrund unseres relativ hohen Wohlstands und eines vergleichsweise gut ausgestatteten Gesundheitswesens "weniger quantitativer als vielmehr qualitativer Art" (Badura/Feuerstein 1994, 5) sind. Rosenbrock mahnt angesichts der aktuellen Fehlentwicklungen in der Krankenversorgung eine "Modernisierung des gesellschaftlichen Managements von Gesundheitsrisiken" (Rosenbrock 1995, 140) an und fordert soziale Innovationen im Sinne des Public-Health-Paradigmas. Beide Aspekte gilt es bei den folgenden Ausführungen zu berücksichtigen.

2. Stand der Diskussion

Daß es in Deutschland erst Ende der achtziger/Anfang der neunziger Jahre zu einer intensiveren Diskussion über Fragen einer sinnvollen Koordination der Krankenversorgung gekommen ist, hat im wesentlichen drei Ursachen. Zum einen lenkte die Reformpolitik der Bundesregierung, die in ihrer Wirkung trotz aller Rhetorik noch vergleichsweise moderat war, den Fokus der gesundheitspolitischen Akteure im Sinne der "Kostendämpfung" zunächst auf andere Aufgabenfelder des Gesundheits- und Sozialsystems (Döhler 1990). Zum anderen waren die gesundheitsrelevanten (Semi-)Professionen aufgrund ihrer im Vergleich zu anderen Ländern enormen Qualifikationsdefizite entweder mit der Besitzstandswahrung (Medizin), der professionellen Identitätsfindung (Pflege) oder der Modernisierung des eigenen Berufsbildes (Sozialarbeit) beschäftigt und nahmen daher die wachsenden Versorgungsprobleme eher am Rande bzw. gar nicht zur Kenntnis (Schaeffer/Moers/Rosenbrock 1994). Nicht zuletzt aber das Fehlen etablierter und institutionalisierter gesundheitswissenschaftlicher Forschung und Lehre an deutschen Universitäten in Gestalt von Public Health wirkte sich negativ aus. So gab es zunächst lediglich vereinzelte und unsystematische Ansätze zu einer intensiveren Beschäftigung mit

Fragen der "öffentlichen Gesundheit" und damit auch der Versorgungsgestaltung. Sie hatten jedoch nicht die notwendigen Kapazitäten, um die wachsenden Probleme aufmerksam registrieren, analysieren und überfällige soziale Innovationen einleiten zu können. "Seit Ende der 80er Jahre sind einige Universitäten, einschlägige wissenschaftliche Fachgesellschaften, die Ministerien und vereinzelte Forschungsförderorganisationen in einen Prozeß der Neuorientierung eingetreten, der erste Ergebnisse vorweisen kann und gleichzeitig eine Reihe von Defiziten deutlich hervortreten läßt." (Hofmann et al. 1995, 112f)

Aufgenommen wurde die anglo-amerikanische Diskussion über das Problem der Versorgungskoordination zunächst in der Sozialarbeit, die sich in den achtziger Jahren in einer weitreichenden Selbstverständnis- und Methodendebatte befand. Wendt und Neuffer betonten gleichermaßen die Bedeutung des Case Management bei den Modernisierungsbestrebungen dieser Semiprofession (Wendt 1991, Wendt 1992, Neuffer 1993). Insbesondere seine (vermeintliche) konzeptionelle Nähe zu dem in der letzten Dekade an Bedeutung gewinnenden "Sozialmanagement" regte den beiden Autoren zufolge zur Auseinandersetzung mit den anglo-amerikanischen Case-Management-Konzepten an. Die Diskussion über Case Management im bundesdeutschen Sozial- und Gesundheitswesen ist eng mit dem Namen von Wendt verknüpft, da er aus der Perspektive der Sozialarbeit eine Übertragung anglo-amerikanischer Case-Management-Konzepte versucht und mit seinem "Unterstützungsmanagement" die bislang intensivste Bearbeitung des Themas vorgelegt hat (vgl. hierzu Ewers 1995). Ein eigenständiges Case-Management-Konzept ist dabei jedoch nicht zu erkennen, vielmehr handelt es sich weitgehend um eine einfache Übertragung US-amerikanischer und britischer Vorbilder auf die bundesdeutschen Verhältnisse. Die Probleme, die bei einem derartigen Transfer entstehen, blieben dabei weitgehend unberücksichtigt. Gleichwohl hat Wendt durch seine Publikationen für die bundesdeutsche Case-Management-Diskussion Weichen gestellt. Sein Zugang zum Thema verdient besondere Beachtung und soll deshalb etwas ausführlicher analysiert werden. Im Anschluß daran werden die unterschiedlichen Modellprojekte diskutiert, die derzeit in Deutschland durchgeführt werden.

2.1 "Unterstützungsmanagement"

Interessanterweise knüpft Wendt bei seiner Auseinandersetzung mit dem Case Management nicht etwa an die traditionelle und vorwiegend diskret durchgeführte Methode der Jahrhundertwende an. Vielmehr beruft er sich in seinen Ausführungen auf das "neue", vorwiegend ökonomisch orientierte Case Management (Wendt 1991, 14), das sich - wie ausführlich dargelegt - erst Ende der siebziger Jahre unter dem Eindruck der Ausgabensteigerung von Medicaid und Medicare in Amerika herausgebildet hat. Dieser Umstand läßt sich nicht zuletzt dadurch erklären, daß er sich an der ökologischen Handlungstheorie bzw. dem "ökosozialen Paradigma" (Wendt 1990) orientiert. Die Theorie betont die Notwendigkeit des rationalen Haushaltens mit den vorhandenen (in-)formellen Ressourcen des Gemeinwesens. Soziale Unterstützung trägt nach Ansicht von Wendt "zur Haushaltung, zur Lebensbewältigung, zur Lebensführung von Menschen bei. Und die

Unterstützung erfolgt ihrerseits in und als Teil von größeren Haushalten (kommunaler und staatlicher Sozialpolitik insbesondere), worin sich wieder ein sorgsamer Umgang mit Mitteln und dem Personal empfiehlt" (Wendt 1992, 46). Wendt sieht im US-amerikanischen Case Management Ansätze zu einer methodischen Neuorientierung der Sozialarbeit, wobei er sich stark an den Ausführungen des US-Amerikaners Moxley (Moxley 1989) orientiert. Aber auch in Großbritannien findet Wendt Ansätze, die er in sein "Unterstützungsmanagement" integriert, so z.B. das Konzept der Wohlfahrtsproduktion und das Motiv der Konsumentensouveränität:

"Der Pflegeabhängige möchte in Form und Umfang der Pflege entscheiden, zumindest mitentscheiden. *Konsumentensouveränität* soll auch bei Nutzung sozialer und gesundheitlicher Dienste bestehen." (Wendt 1993, 8)

Mit diesem Ansatz grenzt sich Wendt vom "Psychoboom" in der Sozialarbeit der siebziger und achtziger Jahre ab und betont stets die Notwendigkeit, handfeste Unterstützung und Hilfe anzubieten und die Selbstorganisation der Hilfebedürftigen im Rahmen einer neuen "Dienstleistungskultur" zu fördern (Wendt 1991).

Wendt lenkt den Blick des Sozialarbeiters mit dem "Unterstützungsmanagement" zurück auf das Gemeinwesen und weist ihm die Rolle eines "Systemagenten" zu, "der dem Klienten hilft, im Dienstleistungssystem an die nötige Unterstützung zu kommen, und der den Diensten zur Hand geht, dem Klienten in dessen komplexer Situation gerecht zu werden" (Wendt 1991, 20). Gleichzeitig sieht er im Sozialarbeiter unter Berufung auf britische Vorlagen einen "change agent" (ebd., 54), der durch seine Tätigkeit den Wandel hin zu mehr Effektivität und Effizienz der Wohlfahrtsproduktion unterstützen soll. Bei seiner Übertragung anglo-amerikanischer Konzepte auf das bundesdeutsche Sozial- und Gesundheitswesen ersetzt er den Begriff "Case" (Fall) durch die deutsche Bezeichnung "Unterstützung", hingegen hält er an der Bezeichnung "Management" bewußt fest, besteht doch die Hauptaufgabe von Management darin, "Effektivität und Effizienz miteinander zu verbinden, so daß ein anhaltender Erfolg erreicht und gesichert wird" (ebd., 15). Nach seiner Vorstellung darf daher "die Beratung und Begleitung von der finanziellen Haushaltung nicht abgekoppelt sein, sondern letztere muß eine methodische Hauptrolle spielen können" (ebd., 45). Das "Unterstützungsmanagement" siedelt er aus diesem Grund folgerichtig zwischen dem Sozialmanagement auf der Meso- bzw. Makroebene und dem Lebens- und Selbstmanagement von Patienten auf der Mikroebene an.

Bei der Lektüre seiner Ausführungen bleibt jedoch stets ein gewisses Maß an Verwirrung zurück. Welche (gesundheitspolitischen) Ziele und Aufgaben Wendt dem "Unterstützungsmanagement" angesichts widerstreitender gesellschaftlicher Interessen im Kontext von Subsidiarität und Solidarität, Ressourcenkontrolle und anwaltschaftlicher Interessenvertretung zuschreibt, kann letztlich nur vermutet werden (vgl. z.B. Wendt 1993). Textpassagen, nach denen die "Bereitschaft von Klienten zur Mitwirkung etwa an einem Wandel in der Familie und im persönlichen Verhalten" in Abhängigkeit von den "fühlbaren finanziellen Konsequenzen" steigt oder fällt (Wendt 1991, 45), sind durchaus geeignet, eine neokonservative Sozial- und Gesundheitspolitik zu unterstützen.

Nicht etwa ein höheres Maß an Gesundheit oder ein Zuwachs an Lebensqualität sind demnach die primären Motive für eine Reorganisation der Versorgung. Weitaus stärker wiegen "Kostengründe", um die gesundheitspolitischen Akteure zu veranlassen, auf "eine rechtzeitige, präventive, niedrighschwellige Unterstützungsweise" (Wendt 1993, 8f) hinzuwirken. Insofern ist auch seine Bezugnahme auf die Entwicklung der HMOs und PPOs in Amerika nicht weiter erstaunlich. Allerdings fügt Wendt bezogen auf den zunehmenden Wettbewerb im Gesundheitswesen einschränkend an:

"Die Qualität sozialer Dienstleistungen läßt sich nur begrenzt über den Mechanismus von Angebot und Nachfrage steuern. Nachgerade im Hinblick auf die Menschen, die nicht oder nicht mehr in der Lage sind zu wählen und zu kaufen, was für sie gut und richtig ist, muß das qualitativ Erforderliche *sozial* ausgemacht werden" (Wendt 1993,44).

Ein Grund für diese gesundheitspolitische Unklarheit in dem von Wendt vertretenen "Unterstützungsmanagement" ist sicherlich darin zu sehen, daß mit dem unkritischen Transfer angloamerikanischer Konzepte zwangsläufig auch deren immanente Wert- und Zieldiffusionen auf das deutsche Versorgungssystem übertragen werden. Der amorphe Charakter der anglo-amerikanischen Case-Management-Konzepte begünstigt folglich auch in Deutschland Tendenzen zu einer einseitigen Instrumentalisierung dieser Methode (Langehennig/Wißmann 1996, Asam/ Altmann 1995). Letztlich entsteht der Eindruck, daß auch Wendt die anglo-amerikanischen Case-Management-Konzepte unter Rückgriff auf die ökosoziale Argumentationslinie (Wendt 1990) hauptsächlich als Legitimationsgrundlage für sein eigentliches Anliegen verwendet: die methodische Neuorientierung und Modernisierung der Sozialarbeit. Von ihr erwartet er sich eine Stärkung der berufspolitischen Position der Sozialarbeit im Sozial- und Gesundheitswesen. Dieses Vorgehen ist nicht neu, wie ein Blick in die USA belegt. So hatte die National Association of Social Workers (NASW) ihre Mitglieder mit einer vergleichbaren Motivation ebenfalls zu einer aktiven und durchaus auch eigennützigen Auseinandersetzung mit den zusehends relevanten ökonomischen Fragestellungen geraten, um ihre Position im Sozial- und Gesundheitswesen nicht zu gefährden und um sich neue Handlungs- und Einflußsphären zu erschließen (NASW 1992, Hiratsuka 1990).

Eine solche Herangehensweise an die Problematik der Versorgungskoordination ist jedoch auch in der Sozialarbeit nicht ohne Kritik geblieben. Neuffer betont die Unterschiede zwischen dem deutschen und US-amerikanischen Sozial- und Gesundheitswesen und warnt angesichts der dortigen Entwicklung davor, die Methode ungeprüft auf die bundesdeutsche Versorgungslandschaft zu transferieren (Neuffer 1993). Er stellt die grundsätzliche Frage, ob diese methodische Neuorientierung "aus der Sicht des Klienten geschieht, dem die bestmögliche Hilfe zu gewähren ist, oder ob finanzielle Überlegungen und Dispositionen zu dieser Herangehensweise führen" (ebd., 14). Zwar könnte der Einsatz von Case-Management-Konzepten zu einer verbesserten Versorgungsplanung und -organisation führen und müßte nicht automatisch in Kostendämpfung münden. Dennoch hält er unter Verweis auf die US-amerikanischen Erfahrungen fest, daß "fiskalische und machtorientierte Beweggründe Case Management von seiner inhaltlichen ursprünglichen Konzeption wegführen

können" (ebd., 14). Angesichts der aktuellen bundesdeutschen Entwicklung und Diskussion des Case Management erscheinen derartige "Kassandra-Rufe" durchaus berechtigt.

Mittlerweile wurde die Auseinandersetzung mit Case Management auch im Gesundheitswesen aufgegriffen und hat dort eine rasante Karriere durchlaufen. Es gibt kaum einen Bereich der bundesdeutschen Krankenversorgung, in dem diese Methode nicht als Lösungsansatz zur Überwindung der vielfältigen Desintegrations- und Diskontinuitätserscheinungen gesehen wird. Der sozialarbeiterische Diskurs dient dabei zwar als Anknüpfungspunkt, er wird aber durch die Interessen der übrigen gesundheitsrelevanten Berufsgruppen und die spezifischen Zielsetzungen der gesundheitspolitischen Akteure (z.B. der Krankenkassen) überformt. Case Management wird im bundesdeutschen Gesundheitswesen inzwischen von einzelnen (Semi-)Professionen z.T. als spezifische Kompetenz und Aufgabe des eigenen Berufsbildes exklusiv reklamiert (Wendt 1993, Schröder 1995, Jantzer 1995) und in diversen Arbeitsfeldern in Form von Modellprojekten erprobt, so z.B. in der hausärztlichen Versorgung (AOK-Bundesverband 1994), der ambulanten Rehabilitation (Diel 1991, Wißmann 1994), der Altenpflege (Brandt et al. 1992) oder an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und stationären Leistungssektor (Überleitungspflege - Schaeffer/Moers 1994a).

2.2 Aktuelle Modellprojekte

Unter Rückgriff auf US-amerikanische Klassifikationsschemata lassen sich die Modellprojekte, die derzeit in verschiedenen Regionen der Bundesrepublik durchgeführt werden, zwei unterschiedlichen Gruppen zuordnen (Steinberg/Carter 1983). Zur ersten Gruppe (a) zählen Modelle mit einer unabhängigen Versorgungskoordination (Koordinationsstellen, IAV-Stellen), die sich vorwiegend der sozialpflegerischen Versorgung widmen. In der zweiten Gruppe (b) wird das Case Management bestehenden Versorgungsinstanzen funktional zugeordnet und soll vorrangig die hausärztliche Versorgung ergänzen bzw. unterstützen. Gemeinsam ist allen Modellprojekten, daß sie sich inhaltlich an dem von Wendt entwickelten "Unterstützungsmanagement" orientieren.

a) Koordinationsstellen / IAV-Stellen

Bei den Koordinationsstellen handelt es sich um "neutrale Handlungsinstanzen" (Göpfert-Divivier 1995, 123), die in einer bestimmten Region als Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen (IAV-Stellen) für hilfebedürftige Bürger zur Verfügung stehen (Brandt et. al. 1992, Göpfert-Divivier 1993). Sie können entweder Sozialstationen, anderen ambulanten Einrichtungen oder kommunalen Verwaltungsstellen angegliedert sein, aber auch als eigenständige Organisation arbeiten. Die Trennung von Leistungserbringung und Versorgungskoordination ist dabei für die Koordinationsstellen charakteristisch.

Die Hauptaufgabe der Case Manager besteht in der Information und Beratung der Bürger, der anschließenden Vermittlung gesundheitsrelevanter Dienstleistungen sowie der regionalen Vernetzung ambulanter Versorgungsinstanzen (Broker-Funktion). Wendt unterscheidet zwei Typen von Koordinationsstellen:

"Die einen arbeiten im Vorfeld professioneller Behandlung, Pflege oder Rehabilitation; die anderen sind im Versorgungssystem angesiedelt, um eine verteilte Leistungserbringung aufeinander abzustimmen. Im ersten Fall wird nutzerorientiert mit dem Bürger kooperiert; im zweiten Fall stellt sich die Koordination als organisatorische Notwendigkeit dar, um Zusammenarbeit im Hilfesystem zu erreichen." (Wendt 1995, 28)

Ihre Entstehung verdanken die Koordinationsstellen der verstärkten Auseinandersetzung mit der sozial-pflegerischen Versorgung vorwiegend älterer Menschen. Als eine Folge der Trendwende von der stationären zur prioritär ambulanten Versorgung entstand eine Vielzahl an Altenhilfeeinrichtungen und Dienstleistungsangeboten, die jedoch für den Patienten zunehmend unübersichtlich sind und weitgehend insular arbeiten. IAV-Stellen wurden 1991 durch die baden-württembergische Landesregierung im Rahmen der Neuordnung der ambulanten Dienste erstmals offiziell als ein neues Element in das Versorgungssystem implementiert, um diesem Mißstand entgegenzuwirken (Brandt et al. 1992, Eger/Hasselberger 1993). Mittlerweile wurde das Modell der Koordinationsstellen auch auf benachbarte Arbeitsfelder ausgedehnt (z.B. ambulante Rehabilitation - Gerdes 1991, Wißmann 1994, VDR 1995, Wasiliewski et al. 1994) und im Zuge der Einführung der Pflegeversicherung von anderen Bundesländern übernommen.¹⁷ Vereinzelt sind sogar privatwirtschaftliche Organisationen nach US-amerikanischem Vorbild entstanden (vgl. Parker/Secord 1988), die ihre Vermittlungs- und Service-Leistungen auf einer Gebührenbasis am Markt anbieten. Die Entwicklung der Koordinations- und IAV-Stellen provoziert zwei kritische Einwände:

- Es fällt auf, daß die Modelleinrichtungen trotz ihrer engen Verknüpfung mit der Kranken- und Altenpflege *vorwiegend sozialarbeiterisch orientiert* sind.¹⁸

Dies liegt sicherlich nicht zuletzt daran, daß die traditionelle Pflege in Deutschland nach wie vor sehr stark auf die direkte Leistungserbringung ("bed-side-nursing") und die Rolle der ärztlichen Assistenz Tätigkeit reduziert wird (Botschafter/Steppe 1994). Ein eigenständiges Nursing Case Management wie in den USA (z.B. Cohen/Cesta 1993, Del Togno-Armanasco 1989, Schaeffer 1995a) existiert in Deutschland derzeit weder in der Theorie noch in der Praxis. Dabei muß wohl oder übel zugestanden werden, daß die hiesigen Pflegefachkräfte aufgrund der mangelhaften Ausbildung derzeit kaum über eine ausreichende Qualifikation verfügen, um methodisch reflektierte Tätigkeiten wie das Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen ausüben zu können. Professionalisierungs- und Akademisierungsbestrebungen der Pflege haben in

¹⁷ Eine Übersicht über derartige Koordinationsstellen, ihre Aufgaben und Zielsetzungen wurde von Schmoeker erstellt und findet sich bei Döhner et al. 1995, 135ff.

¹⁸ Wendt spricht in diesem Zusammenhang von "sozialpflegerischer" Praxis und betont: "Es gehört zur professionellen Kompetenz von Sozialarbeitern, den Bürgern Dienste zugänglich zu machen und die persönliche Dienstleistung mit der Lebensführung von Menschen zu verbinden" (Wendt 1993, 14).

Deutschland gerade erst begonnen. Sozialarbeiter scheinen daher für diese Aufgabe besser geeignet zu sein, ohne gleichzeitig die dominierende Rolle der Ärzte im Versorgungsgeschehen allzusehr zu bedrohen (z.B. Stange 1994, Hoffmann 1986). Berücksichtigt man jedoch die zeitgleichen Deprofessionalisierungstendenzen¹⁹ in der Medizin, eröffnet sich mit dem Case Management in den kommenden Jahren ein gefährliches Spannungsfeld im Gefüge der Gesundheitsberufe (Schaeffer 1994b). Die Auswirkungen derartiger Auseinandersetzungen, bei denen hauptsächlich um ökonomische Einflußsphären im Sozial- und Gesundheitswesen gerungen wird, können in den USA ausführlich studiert werden (vgl. z.B. Kilty/ Meenaghan 1995).

- Trotz der vielfach beschriebenen Vorteile von Koordinationsstellen (Brandt 1993, Göpfert-Divivier 1993, Döhner et al. 1995) ist anzumerken, daß mit der Implementation derartiger Einrichtungen den bislang bereits unübersichtlichen Strukturen des Versorgungssystems zunächst einmal *lediglich ein weiteres Element* hinzugefügt wird.

Nicht nur, daß die Effektivität eines solchen Vorgehens wegen der geringen Einflußmöglichkeiten der Koordinationsstellen auf die Dienstleistungserbringer und das Leistungsgeschehen begrenzt ist (Göpfert-Divivier 1995). Auch ihre Effizienz wird, basierend auf den US-amerikanischen Erfahrungen, aufgrund des hohen Finanzierungsbedarfs bezweifelt (Lind 1991). Gewichtiger ist aber das Argument, nach dem sich mit solchen Koordinierungsstellen die Zahl der Bezugspersonen für den Patienten zusätzlich erhöht und neue Instanzen im Gefüge der Versorgungslandschaft und somit auch *neue Schnittstellen* geschaffen werden. Zwar läßt sich eine negative Wirkung von Koordinationsstellen auf die Patienten und ihre Versorgungsqualität aufgrund fehlender empirischer Untersuchungen bislang weder hinreichend verifizieren noch falsifizieren. Die Erkenntnis der bisherigen Versorgungsforschung, nach der für Patienten irritierende Schnittstellenerfahrungen den Erfolg gesundheitsrelevanter Interventionen zumeist negativ beeinflussen, sollten aber nachdenklich stimmen. So betont Feuerstein aufgrund seiner Untersuchungen:

"Insbesondere mindert die Vermehrung der Patient-Personal-Schnittstellen die Chance, durch interaktionsintensive Leistungen individuelle Potentiale der Krankheitsbewältigung zu erschließen." (Feuerstein 1994, 251)

Derartige Gegenargumente werden jedoch von den gesundheitspolitischen Akteuren kaum wahrgenommen. Stattdessen werden weiterhin "besondere Koordinatoren" (Brandt 1993, 97) außerhalb der bereits bestehenden Strukturen gefordert.

¹⁹ Nach Schaeffer zeichnen sich diese Deprofessionalisierungstendenzen dadurch aus, "daß es zu Zerfallserscheinungen der spezifischen Gestalt der professionellen Expertise (z.B. durch Vereinseitigungen oder gar Auflösungen der professionellen Wissensbasis) oder zu Einschränkungen der Organisationsautonomie kommt und individuelle Gesichtspunkte (z.B. Profitinteressen) die Gemeinwohl- bzw. Kollektivitätsorientierung zu überlagern beginnen." (Schaeffer 1994b, 110) Ein eindruckliches Beispiel für eine derartige Fehlentwicklung ist weiter unten dokumentiert.

b) Case Management in der hausärztlichen Versorgung

Ein anderer Bereich, in dem derzeit Modellprojekte mit dem Ziel der Überwindung von Desintegration und Diskontinuität erprobt werden, ist die hausärztliche Krankenbehandlung (§ 27 SGB V) und Rehabilitation (§ 10 RehaAnglG). Während bei den Koordinationsstellen die Kommunen und Länder ein besonderes Interesse an der Einrichtung der Modellprojekte hatten, sind es in diesem Fall die Krankenkassen (z.B. AOK-Bundesverband 1994, VdAK 1995). Reibungsverluste an den Schnittstellen zwischen ambulant/stationär, hausärztlich/fachärztlich aber auch medizinisch/pflegerisch/sozial sollen durch die Betonung der integrativen Funktion des Hausarztes bei der ambulanten Krankenbehandlung und der Rehabilitation vermieden werden. Gleichzeitig wird der Hausarzt in seiner Steuerungs- und Gate-Keeping-Funktion für die ambulante Versorgung gestärkt (vgl. Primary Care Case Management - Merrill 1985).

Bohm und Schröder vergleichen zwei Versuche, Case Management mit diesem Ziel in das bundesdeutsche Versorgungssystem zu implementieren (Bohm/Schröder 1995). Zum einen handelt es sich dabei um ein Modellprogramm, das derzeit in Brandenburg durchgeführt wird und sich explizit an chronisch kranke Patienten richtet (BcK Brandenburg - Bohm/Schmidt/Schröder 1994). Es läßt sich am ehesten mit dem von Merrill beschriebenen "Medical-Social Case Management" (Merrill 1985) vergleichen.

"Das Konzept des Modells sieht eine enge Verbindung des Case Managements zur ambulanten medizinischen Versorgung, insbesondere zur hausärztlichen Versorgung vor. Die Case Manager - im Modellprogramm als Rehabilitationsberater bezeichnet - sind betrieblich selbständig bzw. als ein Teil von bestehenden Einrichtungen der medizinischen Versorgung organisiert." (Bohm/Schröder 1995, 295)

Der Rehabilitationsberater fungiert als Vermittlungsinstanz zwischen dem Hausarzt und den diversen nicht-ärztlichen Therapeuten und stellt die notwendige Zusammenarbeit und organisatorische Koordination beider Versorgungsbereiche sicher. Zugleich fördert er durch psycho-soziale Beratung und Betreuung die Compliance des Patienten und liefert durch eine umfangreiche patientenbezogene Leistungsdokumentation Informationen über das Versorgungsgeschehen (ebd., 297). Anders als in den Koordinationsstellen ist der Rehabilitationsberater in diesem Modell aber nicht neutraler Vermittler, sondern "auf der Leistungsanbieterseite institutionell verankert. (...) Die Gefahr besteht, daß der Case-Manager sich zu sehr der betriebsinternen Rationalität verpflichtet fühlt" (Tophoven 1995a, 164).

Demgegenüber erproben die Gesetzlichen Krankenkassen, Case Management als kasseneigenes Dienstleistungsangebot für die Versicherten anzubieten (Tophoven 1995a, VdaK 1995). Es wird zu diesem Zweck unmittelbar mit dem hausärztlichen Versorgungssystem verknüpft und soll Alternativen zur Hospitalisierung und Medikalisierung der sozialen und pflegerischen Probleme der Patienten anbieten und entwickeln (Tophoven 1995a, 165). Der (nicht-ärztliche) Case Manager hat in diesem Modell die vorrangige Aufgabe, den Hausarzt bei der umfassenden Versorgung des Patienten zu unterstützen, durch seine Anbindung bei der Krankenkasse soll er aber unabhängig von den

Interessen der unterschiedlichen Versorgungsinstanzen agieren können. Bohm und Schröder kommen bei ihrer vergleichenden Betrachtung der beiden Modelle zu dem Schluß, daß dem Case Manager in den Krankenkassen zwar vergleichbar umfassende Funktionen bei der Begleitung von Patienten durch das Versorgungswesen zugeschrieben werden, wie dem Rehabilitationsberater in dem BcK-Modell, daß diese Aufgaben aber "nur in den seltensten Fällen durchgeführt worden sind und die psychosoziale Betreuung der Patienten und ihrer Angehörigen bislang eine reine Absichtserklärung geblieben ist" (Bohm/Schröder 1995, 297).

Daneben existieren noch einige andere Modelle, wie z.B. das "Ambulante gerontologische Team" (Döhner/Marben 1994) oder die "Ambulante therapeutische Gemeinschaftseinrichtung ATG" (Kassenärztliche Bundes Vereinigung 1994), die gleichfalls das Ziel verfolgen, den Hausarzt durch die Einführung von Case Management bei der Versorgungsorganisation und -koordination zu unterstützen. Auch bei der Diskussion der Case-Management-Modelle in der hausärztlichen Versorgung können wieder zwei interessante Beobachtungen angestellt werden:

- Im Gegensatz zu den USA scheint es für deutsche Verhältnisse - trotz, oder vielleicht gerade wegen der *Dominanz des niedergelassenen Arztes im ambulanten Versorgungssystem* -kaum denkbar, sich ein ärztliches Case Management vorzustellen (vgl. dagegen Regus 1983 und Moers/ Schaeffer 1992).

Hildebrand argumentiert folglich bezogen auf die Frage, wer die Versorgungskoordination im Bereich der hausärztlichen Krankenversorgung wahrnehmen soll, sehr stringent im Sinne ärztlicher Standeslogik und entblößt dabei die aktuelle Interessenlage einer bedeutenden Gruppe gesundheitspolitischer Akteure²⁰:

"Die Überlegung, daß die Hausärzte im Endeffekt die tatsächlichen Case-Manager sein werden, sollte man von vornherein ad acta legen. De facto werden angestellte Kräfte diese Aufgabe übernehmen. Das wird möglicherweise in den Praxen der Hausärzte geschehen; das erscheint noch relativ sinnvoll. Ich könnte mir also vorstellen, daß qualifizierte Krankenschwestern in Ihrer Praxis unter Ihrer Anleitung (gemeint sind die anwesenden Ärzte, d.Verf.) das Case Management für die Patienten vornehmen. Die Ärzte werden das nicht selber machen. Denn es stellt sich ja auch die Frage: Ist das rentabel, ist das der richtige Einsatz Ihrer Kompetenz und dessen, was Sie ja auch verdienen wollen? (sic!) Da denke ich, das kann einfach nicht der Fall sein. Wenn man sich die USA anschaut und sieht, was man dort an Gare-Modellen findet, erkennt man, daß die Krankenschwestern sehr viel mehr machen als hier und daß das auch ohne jegliche Qualitätseinbuße möglich ist. Damit kann man durchaus gute patientenbezogene Erfolge erzielen." (Hildebrand in: AOK-Bundesverband 1995, 59)

Die traditionell ungleichgewichtige Rollenverteilung zwischen den gesundheitsrelevanten Berufsgruppen bleibt in dieser Argumentationslinie weitgehend unangetastet und wird nicht zuletzt mit ökonomischen Argumenten untermauert.

²⁰ Die Aussage wurde bei einer Diskussionveranstaltung des AOK-Bundesverbandes zu Fragen der Koordination in der ambulanten Versorgung im April 1995 protokolliert und soll hier in voller Länge wiedergegeben werden, weil sie den Stand der Diskussion über das Case Management in unserem Land besonders anschaulich dokumentiert.

Das Case Management ist folglich eine Team-Aufgabe, "in der der Arzt natürlich (sic!) eine Schlüsselstellung einnimmt" (AOK-Bundesverband 1995, 46) und lediglich in bestimmten Bereichen durch entsprechende Assistenzdisziplinen (Sozialarbeit, Pflege) entlastet werden soll. Nicht nur, daß mit einer derartigen Argumentation der Team-Gedanke ad absurdum geführt wird. Auch wird der Eindruck vermittelt, daß sich der Kooperationsbedarf im bundesdeutschen Gesundheitswesen lediglich auf die Ebene unterhalb des niedergelassenen Arztes beschränkt. Noch fragwürdiger ist es, wenn dem Hausarzt ein sogenannter "Patientenbegleiter" zur Seite gestellt wird, wie das in dem Hamburger Modell "Ambulantes gerontologisches Team" (Döhner/ Marben 1994) der Fall ist. Unbeantwortet bleibt die Frage, welche Funktion dem Hausarzt dann - außer organbezogener Intervention und Geschäftsführung seiner Praxis - bei der Krankenversorgung eigentlich noch zukommt.

Mit derartigen Modellen wird ganz offensichtlich nicht nur weiteres Belegmaterial für die These von der Deprofessionalisierung der Medizin geschaffen. Wesentliche Intentionen der anglo-amerikanischen Case-Management-Konzepte (wie z.B. die Patientenorientierung, das methodische Proprium und der multi-disziplinäre Zugang zum Versorgungsgeschehen) wurden nachweislich nicht verstanden. Sie bleiben unberücksichtigt und werden durch ein technokratisch-administratives Management von "Fällen" ersetzt²¹.

- Es ist kaum verwunderlich, daß auch in Deutschland unter ideologisiertem Kostendruck *Managed-Care-Modelle* bei den Krankenversicherungen "*en vogue*" sind und die Diskussion des "Unterstützungsmanagements" Hoffnungen und Begehrlichkeiten in Richtung auf Rationalisierung und Rationierung gesundheitsrelevanter Dienstleistungen weckt.

Auch die Zukunft der bundesdeutschen Krankenversorgung wird nach US-amerikanischem Vorbild in einer vertikalen Integration der Dienstleistungseinrichtungen gesehen. Das Case Management oder "Unterstützungsmanagement" wird dabei als ein wesentlicher Baustein zur Steuerung der Versorgung unter einem ausgabenzentrierten Fokus instrumentalisiert. Verschiedene Untersuchungen konnten mittlerweile empirisch nachweisen, daß die Rehabilitationsberater und Case Manager in den Modellen der Krankenkassen de facto hauptsächlich mit der Aufgabe der Kostendämpfung durch Kostenverlagerung betraut werden (z.B. Stange 1994). Bohm und Schröder empfehlen den Kassen zwar leichte Kurskorrekturen in Richtung auf eine stärkere Patientenzentrierung, aber auch sie sehen die Zukunft des Case Management in Managed-Care-Modellen nach US-amerikanischem Vorbild (Bohm/ Schröder 1995, 30l).²²

²¹ Daß derartige Fehlentwicklungen auch in Amerika auftreten, belegt das folgende Zitat: "Case Management to some, represents the very worst aspect of individualized approaches to helping: managing people and their cases." (Vourlekis 1992, 7)

²² Vgl. hierzu die Ausführungen zum Verhältnis von Case Management und Managed Care in dieser Arbeit und den Zusammenhang zwischen Patientenorientierung und Budgetkontrolle (Austin 1987).

Kühn setzt dem entgegen, daß Strategien zur Drosselung und Lenkung des Inanspruchnahme-Verhaltens, wie sie sich in US-amerikanischen Managed-Care-Modellen beobachten lassen, aus gesamtwirtschaftlicher Sicht betrachtet völlig nutzlos sind (Kühn 1996b, 8) und daher langfristig keine Lösung für die aktuellen Finanzierungsprobleme darstellen, geschweige denn eine Antwort auf die Herausforderungen der Versorgung von chronisch kranken Menschen bieten. Ungeachtet dieser Tatsache übt das von Wendt nach Deutschland importierte "Unterstützungsmanagement" große Faszination auf die Krankenkassen aus, zumal es vielfältige Anknüpfungspunkte für Inanspruchnahme-Management und Ausgabenkontrolle offeriert. So erwartet Tophoven (AOK) unter Berufung auf Wendt von dem "Unterstützungsmanagement" zweierlei:

"Zum einen geht es darum, auf den einzelnen Menschen zugeschnittene Hilfspakete mit ihm gemeinsam zusammenzuschüren. Auf der anderen Seite ist das Case Management natürlich ein Verfahren des Kostenmanagements." (Tophoven 1995b, 23)

Bei ihren Ausführungen bleibt offen, wer oder was mit dieser Methode eigentlich "unterstützt" werden soll. Der selbstformulierte Anspruch der Gesetzlichen Krankenkassen, über das "Unterstützungsmanagement" ihre "anwaltschaftliche Schutzfunktion" (Tophoven 1995a, 165) gegenüber den Patienten zu verwirklichen, erweist sich nach Ansicht von Kritikern angesichts der Versorgungsrealität als "Sonntagsrede". Sie behaupten, daß die Kassen vom Case Management in erster Linie die Unterstützung des Hausarztes bei seiner Gate-Keeping-Funktion erwarten und nicht etwa eine Unterstützung der Patienten bei ihrem Weg durch das Versorgungswesen beabsichtigen (Langehennig/Wißmann 1996, 165).

Ein Blick auf die zurückliegende Geschichte der Krankenversorgung lehrt, daß katastrophalen Fehlentwicklungen oft ein falsches Denken der zuständigen Akteure vorausging. Die aktuelle bundesdeutsche Diskussion anglo-amerikanischer Case-Management-Konzepte scheint diese Erkenntnis erneut zu bestätigen.

3. Anwendbarkeit anglo-amerikanischer Konzepte

Die Frage, ob anglo-amerikanische Case-Management-Konzepte im Rahmen der bundes-deutschen Krankenversorgung Anwendung finden sollen oder können, läßt sich angesichts der in dieser Arbeit präsentierten Ergebnisse verständlicherweise weder mit einem klaren "Ja" noch mit einem ebenso eindeutigen "Nein" beantworten. Die Antwort liegt in einem delphischen "Sowohl-als-Auch". So ist sicherlich unbestritten, daß die intensive theoretische und praktische Auseinandersetzung mit Fragen einer patientenorientierten Versorgungsorganisation und -koordination in Deutschland längst überfällig ist und durch die Debatte über Case Management den lange vermißten Auftrieb erhalten hat. Fehlentwicklungen in der Krankenversorgung aufgrund mangelnder Patientenorientierung und Patientenpartizipation werden vermehrt wahrgenommen und erste Lösungsansätze für eine Umgestaltung des Versorgungssystems erörtert.

Gleichzeitig besteht angesichts des aktuellen Innovations- und Handlungsdrucks auf die gesundheitspolitischen Akteure nachweislich die Gefahr, daß allzuoft ein vorschnelles "Kopieren" zumeist US-amerikanischer Konzepte an die Stelle eines inhaltlich fundierten "Kapierens" der aktuellen Steuerungsdefizite auf den diversen Handlungs- und Entscheidungsebenen in unserem Gesundheitssystem gesetzt wird. Zwar ist es durchaus verständlich, daß auf der Praxisebene - insbesondere unter dem Eindruck der Einführung des SGB XI - schnelle Lösungen für die wachsenden Koordinationsprobleme gefordert werden. Weniger verständlich ist es allerdings, wenn die gesundheitspolitischen Akteure unter ideologisiertem Kostendruck mit ihren Interventionen hauptsächlich nach kurzfristigen Rationalisierungs- oder gar Rationierungspotentialen Ausschau halten und dabei eine patientenorientierte Sichtweise auf das Versorgungsgeschehen, die Aufgabe der Gesundheitsförderung und langfristige Reformansätze vernachlässigen. Case Management bietet sich - wie ein Blick nach Amerika und Großbritannien gezeigt hat - hierfür scheinbar in besonderer Weise an. Echte Lösungen oder gar soziale Innovationen werden auf diese Weise nur selten ermöglicht.

Als wesentliches Ergebnis dieser Arbeit kann daher festgehalten werden, daß die anglo-amerikanischen Case-Management-Konzepte allenfalls eine *Orientierungsmöglichkeit* für die Lösung der Desintegration- und Diskontinuitätsprobleme darstellen. Ein schlichtes Kopieren verbietet sich schon wegen der grundsätzlich anderen politisch-institutionellen Traditionen und Strukturen der jeweiligen Gesundheitssysteme, durch welche diese Konzepte nachweislich in zentraler Weise geformt wurden (Transferproblematik). Aber auch das erhebliche Theoriedefizit und die mangelnde empirische Absicherung der Methode verbieten eine unreflektierte Anwendung (Vourlekis 1992). Zu groß ist in diesem Fall die Gefahr einer einseitig ökonomisch motivierten Instrumentalisierung des Case Management im Interesse ausgabenorientierter Sozial- und Gesundheitspolitik und einer Verschärfung bereits existierender Versorgungsprobleme (z.B. durch die Vermehrung von Schnittstellenproblemen).

Die konzeptionelle Klärung und Prüfung von Transfer- und Implementationsbedingungen erweist sich damit als Grundvoraussetzung, um aus der Vielzahl der präsentierten Konzepte diejenigen Bausteine für eine Anwendung auswählen zu können, die der ursprünglichen Intention der Methode am ehesten entsprechen: *der Realisierung von Patientenorientierung und Patientenpartizipation in komplexen und hochgradig arbeitsteiligen Sozial- und Gesundheitssystemen.*

Badura verweist darauf, daß angesichts weitreichender struktureller Veränderungen und einem zunehmenden Wettbewerb im Gesundheitswesen die Aspekte *Qualität* und *Gesundheitsförderung* künftig als zentrale Herausforderung für alle gesundheitsrelevanten Akteure erheblich an Bedeutung gewinnen werden (Badura 1994, 258). Voraussetzung für Qualität und Gesundheitsförderung ist jedoch die Ausrichtung des Versorgungsgeschehens an dem Patienten und seiner spezifischen Problemlage, wozu Case Management beitragen kann. Die Berücksichtigung des methodischen Propriums, das systematische und reflektierte Vorgehen (Case-Management-Regelkreis) und die grundsätzlich präventive und gesundheitsförderliche Ausrichtung des US-amerikanischen Case Management versprechen insofern einen deutlichen Gewinn für die Versorgung chronisch kranker und multi-morbider Menschen. Aber auch Verfahren zur Effektivierung der Zielfindungs- und Versorgungsplanungsprozesse - wie sie im britischen Care Management angewendet werden - lassen sich auf unser Gesundheitssystem übertragen. Ein solches Versorgungsmanagement bietet die Gewähr für die stärkere Berücksichtigung der Problem- und Bedarfslage chronisch Kranker bei der (Um-)Gestaltung der Versorgungsstrukturen und -prozesse. Allerdings ist dabei aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht die Unterschiedlichkeit der Management-Aufgaben auf der Patienten- und Institutions-Ebene zu beachten (Schaeffer 1995b). Unter Berücksichtigung dessen kann die Frage nach der Anwendbarkeit dieser Methode im Rahmen der bundesdeutschen Krankenversorgung mit zwei zentralen Forderungen beantwortet werden.

3.1 Re-Professionalisierung

Auf der Patienten-Ebene wurde durch die Diskussion der Case-Management-Konzepte der Bedarf an einer Reform des Versorgungshandelns (i.S. von Wiederherstellung und Neugestaltung) offenkundig. Angesichts der aktuellen Herausforderungen sind die gesundheitsrelevanten (Semi-)Professionen aufgefordert, ihren durch Deprofessionalisierungstendenzen verengten Blick auf das Versorgungsgeschehen zu weiten und sich auf ihren Zentralwertbezug zurückzubedenken (Schaeffer 1994b, 105). Die Orientierung an den Patienten und dem sich aufgrund ihrer Problemsituation stellenden Bedarf muß wieder in das Zentrum des beruflichen Handelns rücken und an die Stelle oftmals einseitig krankheits-, system- und gewinnzentrierter Handlungsweisen treten. Es ist evident, daß dazu die "Top-down"-Sicht der gesundheitspolitischen Akteure auf allen Gestaltungsebenen durch eine patientenorientierte "Bottom-up"-Perspektive zu ersetzen ist (Strauss/Corbin 1988). Die Rückbesinnung auf die ursprüngliche Intention anglo-amerikanischer Case-Management-Konzepte kann einen derartigen Perspektivwechsel befördern.

Die fundamentale Bedeutung des methodischen Propriums des Case Management für die Anpassung des Versorgungshandelns an die neuen gesundheitspolitischen Herausforderungen kann nicht genug herausgehoben werden. Es ist eine unabdingbare Voraussetzung für eine dem veränderten Krankheitspanorama entsprechende Gestaltung der Versorgung (Schaeffer 1996, Badura 1994). Gleichzeitig können durch diese Form der Versorgungskoordination "over time" und "across services" präventive Potentiale besser als bislang genutzt und - gemäß der WHO-Forderung - ein größtmögliches Maß an (bedingter) Gesundheit für chronisch kranke und multi-morbide Menschen erzielt werden (WHO 1981).

Im Sinne der Advocacy-Funktion gilt es, die Asymmetrie der Beziehung zwischen Patient und Helfer wieder stärker zu berücksichtigen und einer dem Gesundheitswesen unangemessenen "Kundenorientierung" entgegenzuwirken (Kühn 1996b). In der Realität handelt es sich dabei nämlich weniger um eine Maßnahme zur Berücksichtigung individueller Bedarfslagen und Präferenzen der Patienten im Versorgungsgeschehen. Vielmehr kann sich der Helfer durch die (scheinbar souveräne) Kundenentscheidung von einer weitergehenden Verantwortung für das Versorgungsgeschehen suspendiert fühlen. Angesichts der ambivalenten Rollensituation chronisch Kranker müssen kustodiale und quasi paternalistische Aspekte durch das professionelle Handeln immer wieder in ein ausgewogenes Verhältnis zu emanzipatorischen und autonomisierenden Ansätzen der Krankenversorgung gebracht werden (Schaeffer/Moers 1994, 404f). Einer einseitigen Akzentuierung nach ökonomischen Leitbildern sollte daher unbedingt entgegengearbeitet werden.

Case Management darf sinnvollerweise nicht primär als ein zusätzliches Angebot mißverstanden werden, daß dem bestehenden ineffizienten Sozial- und Gesundheitssystem einfach hinzugefügt wird. Die Schaffung neuer Experten oder neuer Instanzen ist erfahrungsgemäß für eine verbesserte Krankenversorgung wenig sinnvoll. Sie erweitert zwar das Versorgungsnetz, trägt aber nicht zwingend zu seiner Verdichtung bei.

"Dem Gesundheitswesen und seiner Leistungsfähigkeit wäre besser gedient, ideenreiche neue Möglichkeiten für die Ausweitung, Verbesserung und Änderung bestehender Dienste zu entwickeln, als sich - zudem noch schlecht informiert - für kostspielige Duplikate bestehender Dienste einzusetzen." (Rogers 1995, 162)

Insofern sollte Case Management als *diskrete Methode* von allen gesundheitsrelevanten (Semi-) Professionen in ihrem beruflichen Handeln praktiziert werden. Es ist weniger eine "neue" Dienstleistung, als vielmehr eine spezifische, patientenorientierte Sichtweise, die dem Handeln der verschiedenen Akteure zugrundeliegen sowie über eine multi- und interdisziplinäre Zusammenarbeit zu einer weitgehenden Vernetzung und einer bedarfsgerechten Ausrichtung der bestehenden Versorgungsangebote beitragen sollte.

Interpretiert man Case Management als diskrete Methode, wird die Qualität der Versorgung gemessen am "Kriterium der personellen Kontinuität im gesamten Behandlungsverlauf" (Feuerstein 1994, 253) am ehesten sichergestellt und unnötige Personal-Patient-Schnittstellen vermieden.²³

Der hier geforderte Perspektivwechsel des Handelns der gesundheitsrelevanten (Semi-) Professionen und die Modifikation ihrer traditionellen Handlungsrouinen im Sinne des methodischen Propriums stellen für sich genommen - so Schaeffer - zwar notwendige, aber noch keine hinreichenden Maßnahmen im Sinne sozialer Innovationen dar. "Eine Veränderung von Handlungsrouinen bedarf (...) auch damit konform gehender Modifikationen der *Handlungsvoraussetzungen*" (Schaeffer 1993b, 280). So gesehen verlangt Case Management auf der Systemebene nach einer reformadäquaten Umgestaltung der Versorgungsstrukturen.

3.2 Re-Strukturierung

In Bezug auf die inadäquaten und für chronisch kranke Patienten aufgrund der Vielzahl organisatorischer Schnittstellen gesundheitsgefährdenden Versorgungsstrukturen (Feuerstein 1994) sind Initiativen erforderlich, die auf eine Re-Strukturierung des Versorgungssystems abzielen und den Prozeß der Re-Professionalisierung ergänzen bzw. unterstützen. Für notwendig wird die Bereitstellung "integrierter Versorgungspfade" (Schaeffer/Moers 1993) angesehen, die auf eine der Problemlage angemessene und kontinuierliche Versorgung und "eine Verminderung der sozialen Ungleichheit vor Krankheit und Tod abzielen" (Rosenbrock 1992, 61). Badura und Feuerstein kommen bei ihrer Auseinandersetzung mit diesen Fragestellungen zu der Überzeugung, daß die "organisatorischen Probleme moderner Gesundheitsversorgung" und "der hier bestehende einrichtungsübergreifende Gestaltungsbedarf" (Badura 1994, 309) im bundesdeutschen Gesundheitswesen bislang deutlich unterschätzt wurden.

Die geforderte Re-Strukturierung des Gesundheitswesens auf der System-Ebene sollte in Form einer umfassenden regionalen *Versorgungsplanung* und zielgerichteten *Systemgestaltung* eingeleitet werden. Unter Rückgriff auf zentrale gesellschaftliche Gestaltungsprinzipien, orientiert an Kriterien der Gesundheitsförderung (z.B. Patientenpartizipation und Autonomisierung) und basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen (z.B. Versorgungsforschung und Gesundheitsberichtserstattung) müssen zu diesem Zweck zunächst Versorgungsziele zwischen den unterschiedlichen gesundheitspolitischen Akteuren vereinbart (Sachverständigenrat 1994) und anschließend methodisch-reflektiert umgesetzt werden.

²³ Hier sind nicht zuletzt angemessene Qualifizierungsmaßnahmen gefragt, die es den gesundheitsrelevanten Berufsgruppen ermöglichen, sich in einem multi-disziplinären Rahmen mit Fragen der Versorgungskoordination angemessen beschäftigen, die veränderte Perspektive in ihr berufliches Handeln integrieren und ein kooperatives und koordiniertes Versorgungshandeln einüben zu können. Wie sich bereits im Zusammenhang mit der Forderung nach der "sprechenden Medizin" erwies, sind hierfür jedoch erhebliche Anstrengungen im Aus-, Fort- und Weiterbildungsbereich notwendig.

Eine derartige Versorgungsplanung darf allerdings nicht auf eine rein ökonomisch orientierte Versorgungssteuerung reduziert oder mit einem ziel- und planlosen "Abbau" sozialer und gesundheitsrelevanter Leistungen im Sinne neokonservativer Sozial- und Gesundheitspolitik verwechselt werden²⁴. Gemeint ist hier vielmehr eine soziale Innovation in Form einer gezielten und planvollen "Unterstützung und Förderung persönlicher und sozialer Gesundheitspotentiale der Patienten durch Gestaltung von Arbeit und Organisation im Gesundheitswesen" (Badura 1994, 264).

²⁴ Dennoch ist es notwendig, sich auch mit den ökonomischen Aspekten einer sinnvollen Versorgungssteuerung intensiv auseinandersetzen. Dabei ist zu prüfen, welche u.U. positiven Auswirkungen die hier erarbeitete Interpretation der anglo-amerikanischen Case-Management-Konzepte auf die Finanzierung der Versorgung chronisch kranker und multi-morbider Menschen haben könnte. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit ist dies jedoch nicht zu leisten und bleibt daher späteren Untersuchungen vorbehalten.

V. Schlußbetrachtung

Die theoretische Auseinandersetzung mit den anglo-amerikanischen Case-Management-Konzepten und ihren potentiellen Funktionen im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung chronisch kranker, multi-morbider und pflegebedürftiger Menschen im bundesdeutschen Gesundheitswesen konnte aus Public-Health-Perspektive einige interessante wissenschaftliche Erkenntnisse zu Tage fördern und bestätigen:

- Desintegration und Diskontinuität im Versorgungsgeschehen zählen zu den zentralen Problemen moderner, komplexer und hochgradig arbeitsteiliger Sozial- und Gesundheitssysteme und stellen für die gesundheitspolitischen Akteure folglich eine bedeutende Herausforderung dar. Die gesundheitsrelevanten (Semi-)Professionen und die aktuellen Versorgungsstrukturen sind nachweislich immer weniger in der Lage, dem veränderten Krankheitspanorama und den daraus resultierenden Anforderungen angemessen zu begegnen und den chronisch kranken Menschen die notwendige, ihrer spezifischen Problem- und Bedarfslage entsprechende Hilfe und Unterstützung zu offerieren. Die populationsbezogene Förderung von (bedingter) Gesundheit - ein vordringliches Ziel von Public Health - wird auf diese Weise erheblich behindert.
- Die Aufhebung der Desintegrations- und Diskontinuitätserscheinungen in der Versorgung chronisch Kranker durch eine patientenorientierte Umgestaltung des Versorgungssystems, die Verzahnung der segmentierten und fragmentierten Versorgungsstrukturen, eine gezielte bedarfsgerechte Versorgungsplanung und die Förderung der Kooperation aller gesundheitspolitischen Akteure zählt daher zu den vornehmen Aufgaben von Public Health. Case Management bildet in seiner ursprünglichen Form als diskrete Methode zur Realisierung von Patientenorientierung und weitgehender Patientenpartizipation im Versorgungsgeschehen einen wichtigen Lösungsansatz für die derzeitigen Probleme bei der Versorgungsorganisation und -koordination einer wachsenden Patientengruppe. Es verdient folglich als soziale Innovation besondere Aufmerksamkeit im gesundheitswissenschaftlichen Diskurs.
- Eine theoretische Analyse, konzeptionelle Klärung und hinreichende Prüfung von Transfer- und Implementationsbedingungen bildet die *conditio sine qua non* für eine Übertragung anglo-amerikanischer Konzepte auf das bundesdeutsche Gesundheitswesen. Andernfalls droht die Gefahr, daß innovative Konzepte zur Überwindung aktueller Versorgungsprobleme von den gesundheitspolitischen Akteuren mißverstanden, einzelne Bestandteile aus ihrem sinnbildenden Kontext gerissen und die Bruchstücke in das Gesundheitssystem der Bundesrepublik implementiert werden. Anstatt notwendige Patientenorientierung und Patientenpartizipation zu fördern, dienen die Fragmente erfahrungsgemäß zumeist einseitig der symptomatischen Kuration vorhandener Strukturdefizite und marktwirtschaftlich orientierten Reformen des Gesundheitssystems. Professionelle, ökonomische und politische Umsetzungsbedingungen sozialer Innovationen verlangen daher nach verstärkter Berücksichtigung in Wissenschaft und Praxis von Public Health.

VI. Literatur

Abholz HH (1980):

Welche Bedeutung hat die Medizin für die Gesundheit?, in: Deppe HU (Hrsg.): Vernachlässigte Gesundheit, Köln 1980, 15-57

Abramson L (1990):

Healing our Health Care System, New York 1990

Adam H, Henke KD (1993):

Gesundheitsökonomie, in: Hurrelmann K, Laaser U (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis, Weinheim/Basel 1993, 347-60

Alber J (1992):

Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklung, Struktur und Funktionsweise, Frankfurt/M 1992

Alford RR (1975): Health Care Politics. Ideological and Interest Group Barriers to Reform, University of Chicago Press, Chicago 1975

American Hospital Association (1987):

Case Management: An Aid to Quality and Continuity of Care, AHA Council Report: Council of Patient Services, Chicago 1987

American Nurses Association (1991):

Standards of Clinical Nursing Practice, Kansas City 1991

Andersen HH (1992):

Themenschwerpunkte und Forschungsfelder der Gesundheitsökonomie. Einführung und Überblick, in: Andersen HH, Henke KD, Graf v.d. Schulenburg JM (Hrsg.): Basiswissen Gesundheitsökonomie. Band 1: Einführende Texte, Berlin 1992, 13-37

AOK-Bundesverband(Hrsg.) (1995):

Mein Arzt hat Zeit für mich. Das hausärztliche Versorgungskonzept der AOK, Eigenverlag Bonn 24. April 1995

Asam WH, Altmann (1995):

Geld oder Pflege. Zur Ökonomie und Reorganisation der Pflegeabsicherung, Freiburg i. Br. 1995

Austin C, O'Connor M (1989):

Case Management: Components and Program Contexts, in: Petersen M, White D (eds.): Health Care of the Elderly, London 1989

Austin CD (1987):

Case management: Reinventing social work?, Paper presented at the NASW Professional Symposium, New Orleans, September 1987

Austin CD (1988):

History and Politics of Case Management, in: Generations, Vol. 12 (No.3), USA 1988, 7-10

Badura B (1994):

Patientenorientierte Systemgestaltung im Gesundheitswesen, in: Badura B, Feuerstein G: Systemgestaltung im Gesundheitswesen, Weinheim/München 1994, 255-310

Badura B, Feuerstein G (1994):

Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung, Weinheim/München 1994

Baidock J (1991):

The National Context of Social Innovation - England and Wales, in: Kraan JR, Baidock J et al. (eds.): Care for the Elderly, Frankfurt/M 1991, 45-69

Baidock J, Evers A (1991):

Concluding Remarks on the Significance of the Innovations Reviewed - Their Implications for Social Change, in: Kraan JR, Baldock J et al. (eds.): Care for the Elderly, Frankfurt/M 1991, 186-202

Bayley M (1973):

Mental Handicap and Community Care, London 1973

Belcher JR (1992):

Plan Implementation and Coordination: Clinical Case Management with the Chronically Mentally Ill, in: Vourlekis BS, Greene RR (eds.): Social Work Case Management, New York 1992, 107-24

Bibeau DL, Howell KA, Rife C, Taylor ML (1996):

The role of a community coalition of the Development of Health Services for the Poor and Uninsured, in: International Journal of Health Services, Vol. 26 (No.1) 1996, 93-110

Blanke B, van Eimeren W, Döhler M, Rosenbrock R, Haase I (1995):

Gesundheitspolitik, in: Schwartz FW et. al. (Hrsg.): Gesundheitssystemforschung in Deutschland. Denkschrift der Deutschen Forschungsgemeinschaft, Weinheim 1995, 13-23

Bohm S, Schmidt D, Schröder WF (1994):

Betreuungsdienst für chronisch Kranke im Land Brandenburg. Konzeption, IGES Papier Nr. 94-85, Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (Hrsg.), Berlin 1994

Bohm S, Schröder WF (1995):

Anforderungen an Case Management in den gesetzlichen Krankenkassen, in: Sozialer Fortschritt, Vol.44 (No. 12), Dezember 1995

Botschafter P, Steppe H (1994):

Theorie- und Forschungsentwicklung in der Pflege, in: Schaeffer D, Moers M, Rosenbrock R (Hrsg.): Public Health und Pflege, Berlin 1994, 72-86

Brandt F, Göpfert-Divivier W, Schweikhart R (1992):

Pflege alter Menschen. Verbesserung der Versorgung alter, kranker und pflegebedürftiger Menschen, Modellversuch des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg -Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitung, Stuttgart 1992

Brandt H (1993):

Altenhilfe als Verbundsystem. Überlegungen zum planvollen rechtlich-organisatorischen und konzeptionell-fachlichen Zusammenwirken von medizinischen, pflegerischen und sozialen Hilfen, Kuratorium Deutsche Altenhilfe (Hrsg.), Köln Februar 1993

Challis D (1990):

Case Management: Problems and Possibilities, in: Allen I (ed.): Care Managers and Care Management, London 1990, 10ff

Chamberlain R, Rapp C (1991):

A decade of Case Management: A methodological Review of Outcome Research, in: Community Mental Health Journal, Vol. 27 (No.3), USA June 1991

Clinton WJ (1993):

The President's Health Security Plan, Washington 1993

Cockerham WC (1992):

Medical Sociology, 5th ed., Prentice Hall, Englewood Cliffs 1992

Cohen EL, Cesta TG (1993):

Nursing Case Management. From Concept to Evaluation, St. Louis 1993

Conservative Party (1987):

The Conservative Manifesto 1987, Conservative Central Office, London 1987

Corbin JM (1994):

Chronicity and the trajectory framework. Paper der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P94-202, Berlin 1994

Corbin JM, Strauss AL (1993):

Weiterleben lernen: Chronisch-Kranke in der Familie, München/Zürich 1993

Davidson N (1987):

A question of Care. The Changing Face of the National Health Service, London 1987

Hoffmann U (1986):

Integrationsprobleme von Sozialarbeit im Feld der Gesundheitsberufe, in: Oppl H, Weber-Falkensammer H (Hrsg.): Sozialwissenschaft und Medizin, Bd. 3, 'Ganzheitliche' Arbeit im Gesundheitswesen, Frankfurt/M 1983, 27ff

Hofmann S (1995):

Gesundheits-Management gewinnt an Boden, in: Handelsblatt Nr. 32 vom 14. Februar 1995, 25

Hofmann W, Doming H, Schwartz FW, Braun D, Koch U, Frank G, Firnkorn HJ, Stein H (1995):

Institutionelle Bedingungen von Gesundheitssystemforschung, in: Schwartz FW et.al. (Hrsg.): Gesundheitssystemforschung in Deutschland. Denkschrift der Deutschen Forschungsgemeinschaft, Weinheim 1995, 112-26

Hunter DJ (ed.) (1988):

Bridging the Gap: Case management and advocacy for people with physical handicaps, King Edward's Hospital, GB 1988

Hurrelmann K, Laaser U (1993):

Gesundheitswissenschaften als interdisziplinäre Herausforderung, in: Hurrelmann K, Laaser U (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis, Weinheim/Basel 1993, 3-25

Imershein AW, Estes CL (1996):

From Health Services to Medical Markets: The commodity transformation of Medical Production and the Nonprofit Sector, in: International Journal of Health Services, Vol. 26 (No.2), USA 1996, 221-38

Jantzer M (1995):

Für den BPA kann nur "Case Management" durch die Hausärzte eine gute pflegerische Betreuung sichern, in: Ärzte Zeitung Nr. 1 vom 9. Januar 1995

Jennett B (1986):

High Technology Medicine. Benefits and Burdens, Oxford 1986

Kane RA, Caplan AL, Thomas CK (1993):

Conclusion: Toward an Ethic of Case Management, in: Kane RA, Caplan AL (eds.): Ethical Conflicts in the Management of Home Care, New York 1993, 249-62

Kaplan KO (1990):

Recent Trends in Case Management, in: Encyclopedia of Social Work, National Association of Social Work (NASW), Washington 1990, 60-77

Kaplan M (1992):

Care Planning for Children with HIV/AIDS, in: Vourlekis BS, Greene RR (eds.): Social Work Case Management, New York 1992, 75-88

Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) (1994):

Konzeption einer ambulanten therapeutischen Gemeinschaftseinrichtung für Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation, Köln 1994

Kilty KM, Meenaghan TM (1995):

Social Work and the Convergence of Politics and Science, in: Social Work Vol. 40 (No.4), National Association of Social Workers, USA July 1995, 445-53

Kirkhart K, Ruffolo M (1993):

Value Base of Case Management Evaluation. Evaluation and Program Planning, Vol. 16, USA 1993, 55-65

Kraan R, Baidock J et al. (eds.) (1991):

Care for the Elderly. Significant Innovations in three European Countries, Frankfurt/M 1991

Kühn H (1985):

Soziale Sicherheit und 'Angebotsorientierte Wirtschaftspolitik', in: WSI-Mitteilungen, Volume 1985 (Heft 2), 94-102

Kühn H (1994):

Zur Zukunft der Pflege: Anmerkungen aus gesamtwirtschaftlicher Sicht, in: Schaeffer D, Moers M, Rosenbrock R (Hrsg.): Public Health und Pflege, Berlin 1994, 190-200

Kühn H (1996a):

Was ist 'Managed Care'? Erläuterungen, Unveröffentlichter Vortrag, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin 1996

Kühn H (1996b):

Zur Moral einer ökonomischen rationalisierten Medizin, Paper des Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, i.E. Berlin 1996

Laaser U, de Leeuw E., Stock C (eds.):

Scientific Foundations for a Public Health Policy in Europe, Weinheim/München 1995

Langehennig M, Wißmann P (1996):

Am Gängelband der Ärztinnen. Die ambulante Rehabilitation älterer Menschen - Abstriche von früheren Ansprüchen, in: Häusliche Pflege 3/96, 164-8

Lebow G, Kane B (1992):

Assessment: Private Case Management with the Elderly, in: Vourlekis BS, Greene RR (eds.): Social Work Case Management, New York 1992, 35-50

Light DW, May A (eds.) (1993):

Britain's health system: from welfare state to managed markets, New York 1993

Lind S (1991):

Koordination und Kooperation in der Versorgung älterer Menschen, in: Evangelische Impulse, No.5 / 1991, 1991

McGowan BG (1987):

Advocacy, in: Minahand A et al. (eds.): Encyclopedia of Social Work, National Association of Social Workers (NASW), 18th ed. Silver Spring 1987, 89-95

McKeown Th (1982):

Die Bedeutung der Medizin, Frankfurt/M 1982

Merill JC (1985):

Defining case management, in: Business and Health, Vol. 2, USA 1985, 5-9

Moers M, Schaeffer D (1992):

Die Bedeutung niedergelassener Ärzte für die Herstellung von Versorgungskontinuität bei Patienten mit HIV-Symptomen, in: Schaeffer D, Moers M, Rosenbrock R (Hrsg.): Aids-Krankenversorgung, Berlin 1992, 133-60

Moxley DP (1989):

The Practice of Case Management, Newbury Park, CA/USA 1989

Murswieck A (1988):

Sozialpolitik in den USA, Opladen 1988

NASW - National Association of Social Workers (1984):

NASW Standards and Guidelines for Social Work Case Management for the Functionally Impaired (Professional Standards Number 12), Silver Spring MD 1984

NASW - National Association of Social Workers (1992):

NASW Standards for Social Work Case Management, Washington DC, June 1992

NCOA - National Council of Aging (1988):

Care Management Standards: Guidelines for practice, National Institute on Community-based, Long-Term Care, affiliate to the NCOA, Washington DC 1988

Neipp J (1988):

Das Gesundheitswesen der USA: Ein Vorbild für die Gesetzliche Krankenversicherung?, Baden-Baden 1988

Netting F (1992):

Case Management: Service or symptom?, in: Social Work, Vol. 37 (No.2), USA 1992, 160-4

Neuffer M (1993):

Case Management - alte Fürsorge in neuem Kleid?, in: Soziale Arbeit, Vol. 42 (No.1), 1993, 10-5

Noack RH, Rosenbrock R (1994):

Stand und Zukunft der Berufspraxis im Bereich Public Health, in: Schaeffer D, Moers M, Rosenbrock R (Hrsg.): Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen, Berlin 1994, 129-58

O'Donnel O, Upward R (1991):

An empirical study of equity in the finance and delivery of health care in Britain, Center for Health Economics, University of York (ed.), Discussion Paper 85, York/GB 1991

OECD - Organisation for Economic Co-Operation and Development (1994):

The Reform of Health Care Systems. A Review of Seventeen OECD Countries, Paris 1994

Orme J, Glastonbury B (1993):

Care Management. Tasks and Workloads, Basingstoke 1993

Ortwein I (1992):

Kleines Lexikon des deutschen Gemeinwesens, München 1992

Parker M, Secord J (1988):

Private Geriatric Case Management: Providers, Services and Fees, in: Nursing Economics, No. 6, USA 1988, 165-72

Pelikan JM, Demmer H, Hurrelmann K (Hrsg.) (1993):

Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung, Weinheim/München 1993

Pfiff H (1993):

Lean Production - ein Modell für das Krankenhaus?: Gefahren, Chancen und Denkanstöße, Berlin 1993

Pick P (1995):

Die Zukunft der Pflege aus der Sicht der Medizinischen Dienste, in: Die Ersatzkasse, Vol. 75 (No.1), Lütjensee 1995, 13-6

Piette J, Fleishman J, Mor V (1990):

A Comparison of Hospital and Community Case Management Programs for Persons with AIDS, in: Medical Care, Vol. 28 (No.8), USA 1990, 746-56

Priester R (1993):

View from the Law, in: Kane RA, Caplan AL (eds.): Ethical Conflicts in the Management of Home Care, New York 1993, 215-23

Quinn J (1993):

Successful Case Management in Long-Term Care, New York 1993

Rapp CA, Chamberlain R (1985):

Case Management services for the mentally ill, in: Social Work, Vol. 30 (No.5), USA 1985, 417-22

Rapp CA, Wintersteen R (1989):

The Strengths of Case Management: Results from twelve Demonstrations, in: Psychosocial Rehabilitation Journal, Vol.13 (No.1), USA July 1989, 23-32

Regus M (1983):

Probleme psychosozialer Beratung in der primärärztlichen medizinischen Versorgung - zu einer Funktionsbestimmung medizinischer Sozialarbeit, in: Argument Sonderband 102, Jahrbuch für kritische Medizin, Berlin 1983

Reiners H (1993):

Das Gesundheitsstrukturgesetz - Ein „Hauch von Sozialgeschichte“? Werkstattbericht über einer gesundheitspolitische Weichenstellung, P93-210, Paper des Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin 1993

Rivo ML, May HL, Katzoff J, Kindig (1995):

Managed Health Care: Implications for the Physician Workforce and Medical Education. For the Council on Graduate Medical Education, Rockville Md, in: The Journal of the American Medical Association, Vol. 247 (No.9), USA Sept. 1995, 712-5

Roberts-DeGennaro M (1987):

Developing case management as a practice model, in: Social Casework, Vol. 68 (No.8), USA 1987, 466-70

- Roessler W, Loeffler W, Faetkenheuer B, Riecher-Roessler A (1992):*
Reduziert Case Management die Rehospitalisierungsrate?, in: Zentralinstitut für seelische Gesundheit (Hrsg.): Acta Psychiatrica Scandinavia, Vol. 86 (No.6), Mannheim 1992, 445-9
- Roessner MI(1985):*
An Introduction for the U.S. Health Care System, 2nd ed. New York 1985
- Rog DJ, Andranovich GD, Rosenblum S (1987):*
Intensive Case Management for Persons who are Homeless and Mentally Ill, Washington DC 1987
- Rogers M (1995):*
Theoretische Grundlagen der Pflege, Freiburg i. Br. 1995
- Rosenbrock R (1992):*
Gesundheitspolitik. Paper der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik des Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P92-207, Berlin 1992
- Rosenbrock R (1993):*
Gesundheitspolitik, in: Hurrelmann K, Laaser U (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis, Weinheim/Basel 1993, 317-46
- Rosenbrock R (1995):*
Public Health als soziale Innovation, in: Gesundheitswesen Vol. 57, März 1995, 140-44
- Rosewitz B, Webber D (1990):*
Reform versuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen, Frankfurt/Main 1990
- Rothman J (1991):*
A Model of Case Management. Toward Empirically Based Practice, in: Social Work, Vol. 36 (No.6), USA November 1991, 520-8
- Rubin A (1987):*
Case Management, in: Minahan A (ed.): Encyclopedia of social work, Vol. 1, National Association of Social Workers (NASW), Silver Spring USA 1987, 212-22
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994):*
Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Sachstandsbericht, Bonn 1994
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995):*
Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Sondergutachten 1995, Kurzfassung und Empfehlungen, Bonn 1995
- Schaeffer D (1993a):*
Integration von ambulanter und stationärer Versorgung, in: Badura B, Feuerstein G, Schott T (Hrsg.): System Krankenhaus, München 1993, 270-91
- Schaeffer D (1993b):*
Patienten Orientierung und Gesundheitsförderung im Akutkrankenhaus. Erfordernisse der Organisations- und Strukturentwicklung, in: Pelikan JM, Demmer H, Hurrelmann K (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung, Weinheim/München 1993, 267-284
- Schaeffer D (1994a):*
Überleitungspflege. Analyse eines Modells zur Regulation der Schnittstellenprobleme zwischen stationärer und ambulanter Versorgung, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften. Journal of Public Health, Vol. 2 (No.1), 1994, 7-24
- Schaeffer D (1994b):*
Zur Professionalisierbarkeit von Public Health und Pflege, in: Schaeffer D, Moers M, Rosenbrock R (Hrsg.): Public Health und Pflege, Berlin 1994, 103-126
- Schaeffer D (1995a):*
Community Health Nursing - Entwicklung, Probleme, Lehren aus der US-amerikanischen Situation, in: Argument. Jahrbuch für kritische Medizin, No. 25 (Weltgesundheit), Berlin 1995, 166-183

Schaeffer D (1995b):

Prävention und Gesundheitsförderung chronisch Kranker als Aufgabe kurativer Institutionen, in: Das Gesundheitswesen, Vol. 57 (No. 3 - Sonderdruck), Stuttgart März 1995, 145-50

Schaeffer D (1995c):

Patientenorientierte Krankenversorgung: Aids als Herausforderung, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften. Journal of Public Health, Vol. 3 (No.4), 1995, 332-348

Schaeffer D (1996):

Kooperationsprobleme in der ambulanten Versorgung. Die Perspektive der ambulanten Pflege, in: Garms-Homolová V, Schaeffer D: Kooperation zwischen Medizin und Pflege in der ambulanten Versorgung, i.E. Berlin/Wiesbaden 1996

Schaeffer D, Moers M (1993):

Professionell gebahnte Versorgungspfade und ihre Konsequenzen für die Patienten. Ergebnisse einer strukturanalytischen Untersuchung der Aids-Krankenversorgung, in: Lange C (Hrsg.): Aids - Eine Forschungsbilanz, Berlin 1993, 59-74

Schaeffer D, Moers M (1994):

Präventive Potentiale kurativer Institutionen - Prävention als Aufgabe ambulanter Pflege, in: Rosenbrock R, Kühn H, Köhler BM (Hrsg.): Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung, Berlin 1994, 385-407

Schaeffer D, Moers M, Rosenbrock R (Hrsg.)

(1992): Aids-Krankenversorgung, Berlin 1992

Schaeffer D, Moers M, Rosenbrock R (Hrsg.) (1994):

Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen, Berlin 1994

Schilling RF, Schinke SP, Weatherly RA (1988):

Service Trends in a Conservative Era: Social Workers Rediscover the Past, in: Social Work, Vol. 33, USA 1988,5-10

Schneider M, Sommer JH, Kececi A (1992):

Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich - Ausgabe 1992, Eigenverlag BASYS

Schöne-Seifert B (1992):

Was sind "gerechte" Verteilungskriterien?, in: Mohr J, Schubert C (Hrsg.): Ethik der Gesundheitsökonomie, Berlin/Heidelberg 1992, 34-44

Schräder WF (1995):

Wie läßt sich eine integrierte Versorgung im ambulanten Bereich organisieren?, in: AOK-Bundesverband (Hrsg.): Mein Arzt hat Zeit für mich. Das hausärztliche Versorgungskonzept der AOK, Eigenverlag Bonn 24. April 1995, 29-42

Schwartz FW, Haase I, Hofmann W, Klein-Lange M, Brenner H, Müller R (1995):

Einführung: Gegenstand und Aufgaben der Gesundheitssystemforschung, in: Schwartz FW et.al. (Hrsg.): Gesundheitssystemforschung in Deutschland. Denkschrift der Deutschen Forschungsgemeinschaft, Weinheim 1995, 1-11

Socialstyrelsen. The National Board of Health and Welfare (eds.) (1993):

Health Care and Social Services in Seven European Countries, Stockholm 1993

Sonsel GE, Paradise F, Stroup S (1988):

Case Management Practice in an AIDS Service Organization, in: Social Casework: The Journal of Contemporary Social Work, USA, June 1988, 388-92

Stange KH (1994):

Soziale Dienste Gesetzlicher Krankenkassen, Bremerhaven 1994

Steinberg RM, Carter GW (1983):

Case management and the elderly: A handbook for planning and administering programs, Lexington/Mass. USA 1983

Stevens R (1983):

Comparison in Health Care: Britain as Contrast to the United States, in: Mechanic D (ed.): Handbook of Health, Health Care and the Health Professionals, London 1983

Strauss A, Corbin JM (1988):

Shaping a New Health Care System, San Francisco/London 1988, XI

Strauss AL u.a. (1984):

Chronic Illness and the Quality of Life, 2. ed. St. Louis 1984

Süssmuth R (1989):

Gesundheitspolitik zwischen Versorgung und Intervention, in: Luschen G, Cockerham WC, Kunz G (eds.): Health and Illness in America and Germany, Oldenbourg 1989

Tauer CA (1993):

Risks and Choices: When is Paternalism justified?, in: Kane RA, Caplan AL (eds.): Ethical Conflicts in the Management of Home Care, New York 1993, 45-52

Taylor-Goeby P (1996):

The Future of Health Care in six European Countries: The views of Policy Elites, in: International Journal of Health Services, Vol. 26 (No.2), USA 1996, 203-19

Test M (1979):

Continuity of care in community treatment, in: Stein L (ed.): Community support systems for the long-term patient, San Francisco 1979, 15-23

Theofilatou M, Leidl R (1995):

Public Health Policy and Health Services Research in the European Union, in: Laaser U, de Lieu E, Stock C (Hrsg.): Scientific Foundations for a Public Health Policy in Europe, Weinheim/München 1995, 142-61

Tophoven C (1995a):

Case-Management - Ein Weg zu mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, in: Sozialer Fortschritt, Vol. 44 (No. 7), Juli 1995, 162-6

Tophoven C (1995b):

Menschenwürdiges Leben bei Pflegebedürftigkeit, unveröffentlichtes Redemanuskript anlässlich einer Tagung des IRR in Köln am 16.02.1995, AOK-Bundesverband Bonn 1995

Tunis sen C, Knapen M (1991):

Strengthening Home-Based Care - The Netherlands, in: Kraan RJ, et al. (eds.): Care for the Elderly. Significant Innovations in three European Countries, Frankfurt/M 1991, 93-120

VdAK - Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (Hrsg.) (1995):

Rahmenkonzept der Ersatzkassen und ihrer Verbände - Aufgabenbeschreibung für Rehabilitationsberater (Rehaberater) der Ersatzkassen vom 06.04.1995, o.O. 1995

VDR - Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (1995):

Anforderungen der gesetzlichen Rentenversicherung für Erprobungsmodelle ambulanter/teilstationärer Rehabilitation, in: Deutsche Rentenversicherung, Heft 5-6, Frankfurt/M 1995, 381-91

Vourlekis BS (1992):

The Policy and Professional Context of Case Management Practice, in: Vourlekis BS, Greene RR (eds.): Social Work Case Management, New York 1992, 1-9

Vourlekis BS, Greene RR (1992):

Mastering the Case Manager Role, in: Vourlekis BS, Greene RR (eds.): Social Work Case Management, New York 1992, 181-90

Wasiliewski R, Faßmann H, Grillenberger R (1994):

Ambulante Rehabilitation durch Sozialstationen - Eine explorative Studie ihrer Strukturen, Konzepte und Möglichkeiten, Eigenverlag 1994

Weber I, Abel M, Altenhofen L, Bäcker K, Berghof B, Bergmann KE, Flatten G, Klein D, Micheelis W, Müller PJ (1990):

Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland, Baden-Baden 1990

Weil M (1985):

Key component's in providing efficient and effective services, in: Weil M, Karls JM, and Associates (eds): Case Management in Human Service Practice, San Francisco CA, USA 1985, 29-71

Weil M (1991):

Schlüsselkomponenten einer effizienten und effektiven Dienstleistung, in: Wendt WR (Hrsg.): Unterstützung fallweise. Case Management in der sozialen Arbeit, Freiburg i. Br. 1991, 84-123

Weil M, Karls JM and Associates (1988):

Case Management in Human Service Practice. A systematic approach to mobilizing resources for clients, San Francisco, CA, USA 1988

Weil M, Karls JM and Associates (eds.) (1985):

Case Management in Human Service Practice, San Francisco CA, USA 1985

Wendt W (1991):

Die Handhabung sozialer Unterstützung. Eine Einführung in das Case Management, in: Wendt W (Hrsg.): Unterstützung fallweise. Case Management in der Sozialarbeit, Freiburg i. Br. 1991, 11-55

Wendt WR (1990):

Ökosozial denken und handeln, Freiburg i. Br. 1990

Wendt WR (1992):

Das Unterstützungsmanagement als Muster in der methodischen Neuorientierung von Sozialarbeit, in: Soziale Arbeit, 2/1992, 44-50

Wendt WR (1993):

Entwicklungslinien in der ambulanten sozialpflegerischen Versorgung, in: Wendt (WR (Hrsg.): Ambulante sozialpflegerische Dienste in Kooperation, Freiburg i. Br. 1993, 7-53

Wendt WR (1995):

Aufgaben und Ziele von Koordinationsstellen in der Altenarbeit, in: Döhner H et al. (Hrsg.): Kooperation, Koordination und Vernetzung in der Altenarbeit, Institut für Medizin-Soziologie der Universität Hamburg, Hamburg Feb. 1995, 25-32

White M, Goldis L (1992):

Evaluation: Case Managers and Quality Assurance, in: Vourlekis BS, Greene RR (eds.): Social Work Case Management, New York 1992, 167-80

WHO (Hrsg.) (1981):

Regionale Strukturen zur Erreichung des Ziels 'Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000', EUR/RC 30/8 Rev. Vom 09.03.1981, Unveröffentl. Manuskript Kopenhagen

Wißmann P (1994):

Erfolgreiche Rehabilitation älterer Menschen. Das Berliner Modell der Koordinierungsstellen, in: Soziale Arbeit, No. 43/1994, 419ff

Wohl S (1984):

The Medical Industrial Complex, New York 1984

Zander K (1990):

Managed Care and Nursing Case Management, in: Mayer GG, Madden MJ, Lawrenz E (eds.): Patient care delivery model, Rockville MD/USA 1990, 37-61

