

Tools und Werkzeuge beim Case Management

Grundfunktionen des Case Management: Broker-Funktion

Michael Wissert

Nachdem im Heft 2/2009 die Funktion des Gate Keepers beschrieben worden ist, stellen wir mit der Funktion des so genannten Brokers in diesem Heft die zweite der vier Hauptfunktionen des Case Managements dar.

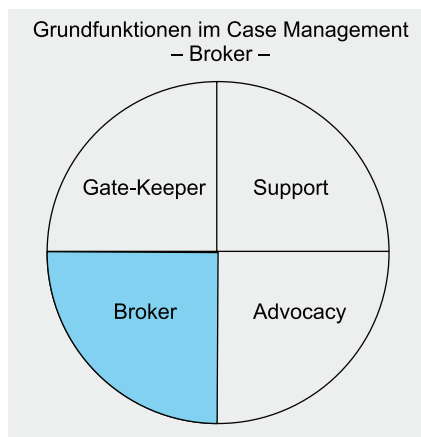


Abb. 1: Grundfunktionen im Case Management

In der Broker-Funktion betätigt sich der Case Manager¹ – generell gesagt – mit dem inhaltlichen Aushandeln über die Form, den Gehalt und qualitative Aspekte von Dienstleistungen. Teilweise bezieht sich das Aushandeln und Vermitteln auch auf finanzielle Aspekte, d. h. auf die Preise von Dienstleistungen. Die Case Managerin wird dabei im Auftrag und teilweise auch stellvertretend für den Klienten tätig und übernimmt in diesem Zusammenhang Aufgaben des Organisierens und Beschaffens der im Versorgungs-, Reha- oder Serviceplan vereinbarten Dienstleistungen.

Diese allgemeine Beschreibung der Brokerfunktion zeigt an, dass sie im Verlauf der methodischen Handlungsschritte des Case Managements hauptsächlich bei

traktmanagement (Linking) ihre Bedeutung entfaltet.

Die Brokerfunktion ist dabei u. a. verantwortlich, im Prozess der Hilfeplanung ein Bündel von optionalen und alternativen Hilfen und Dienstleistungen vorzuschlagen, auf der Grundlage der Kenntnisse der Case Managerin über Qualität, Wirkungen und Preise der vorhandenen Marktangebote. Während die Gate Keeper-Funktion den prinzipiellen (leistungsgesetzlichen) Zugang zum notwendigen Maßnahmen-spektrum ermöglicht, werden mit der Broker-Funktion alle tatsächlich ausgewählten Hilfen koordinierend zu einem sinnvollen Ganzen zusammengeführt.

Auf der Ebene der **Fallsteuerung** sorgt diese Funktion dafür, dass die Klienten des Case Managements tatsächlich passgenaue Hilfen erhalten. Im Verlauf der Hilfeplanung wird ja zunächst ein Maßnahmenprogramm mit dem Klienten kontraktiert, einschließlich der Regelungen, wer für die „Anbahnung der Umsetzung“ der geplanten Hilfen jeweils verantwortlich ist. Die Broker-Funktion hat nun das strategische Hauptziel der „Verwandlung“ einer immer noch idealtypisch vereinbarten Planung für ein Unterstützungs- oder Versorgungsetting (package of care) in konkrete, unterstützende und Problem lösende bzw. vermindernde einzelne Dienstleistungen formeller und informeller Art mit höchstmöglicher Qualität und größtmöglichen Wirkungen mit Blick auf die vereinbarten Ziele.

Das Brokern soll also – in der Phase des Linkings – einen Prozess gestalten, bei dem die im Hilfeplan vereinbarten formel-

men passgenau für die Situation des Klienten vermittelt werden sollen. Der Broker handelt dabei als Makler von Dienstleistungen, dessen Aufgabe es ist, die richtigen Angebote zu erschließen und sie für den Klienten und seine Situation passend zu machen (Wendt 2010: 217).

Voraussetzung dafür ist zunächst die Ermittlung der inhaltlich richtigen Maßnahmen bzw. Anbieter und ökonomisch vertretbarer Angebote. Die Broker-Funktion schließt in Einzelfällen auch die Begleitung des Klienten bei der Erschließung der Angebote mit ein und überlappt dabei mit der Funktion des Gate Keepers. Um die Individualisierung und Passgenauigkeit der vermittelten Hilfen zu gewährleisten, muss die Case Managerin sehr häufig eine verhandelnde Position einnehmen und den Klienten bei der Durchsetzung seiner Interessen unterstützen.

Werden mehrere Leistungen von unterschiedlichen Dienstleistern vermittelt, was im Case Management eigentlich der Regelfall ist, dann gehört es auch zur Broker-Funktion, darüber zu verhandeln, dass diese Maßnahmen mit Blick auf die Zielerreichung und auf Klientenbedürfnisse bei der Alltags- und Lebensgestaltung abgestimmt erbracht werden (Vernetzung im Einzelfall).

Somit trägt die Broker-Funktion im Einzelfall letztlich zur besseren Effektivität der vorhandenen Angebote bei.

¹ In meinen Texten verwende ich das grammatische Geschlecht jeweils in einer zufälligen Reihenfolge. Damit soll der Tatsache Ausdruck verliehen werden, dass Männer und Frauen gleichermaßen unsere gesellschaftli-

Mit der Broker-Funktion erfüllt das Case Management ferner zwei für die Qualitätssicherung wichtige Regulierungsfunktionen. Der Case Manager als Broker ermöglicht es nämlich, dass auch Menschen in sehr prekären Lebenssituationen einen Kundenstatus erlangen oder beibehalten können. Adalbert Evers (1997) verweist in diesem Zusammenhang auf die in der Organisationssoziologie gängigen Schlüsselbegriffe von „Voice“ und „Exit“: Voice bezeichnet dabei alle Formen von mündlich oder schriftlich formulierter Rückmeldung, Einspruch oder Protest gegenüber dem Handeln oder Verhalten von Vertretern bestimmter Organisationen oder eben Dienstleistern. *Exit* umfasst alle Formen des Verzichts auf Dienstleistungen eines Anbieters oder einer Organisation und die Abwanderung zu einem anderen Dienstleister.

Im idealtypischen oder auch im „normalen“ Marktgeschehen haben Kunden oder potentielle Käufer durch den Einsatz von *Voice*- und *Exit*-Strategien gegenüber dem Anbieter von Waren oder Dienstleistungen relativ gute Möglichkeiten zur Preisbeeinflussung (oder zumindest zur Kaufentscheidung) und zur Qualitätssicherung.

Menschen in fragilen Lebenslagen, die sich strukturell durch ein starkes Machtungleichgewicht, großen Unterstützungsumfang und prozedural durch einen hohen Bedarf an Kontinuität z. B. der Versorgung oder Pflege auszeichnen, können kaum *Voice*- oder *Exit*-Strategien einsetzen, weil sie dann damit rechnen müssen, ihre so wieso schon unsichere Lebenssituation weiter zu destabilisieren. Die Broker-Funktion hat in solchen Ausgangslagen zum einen die Aufgabe, die Veränderungswünsche oder den Einspruch gegenüber den Dienstleistungserbringern zu formulieren, über die gewünschten oder erforderlichen Veränderungen möglichst wirkungsvoll zu verhandeln und – falls dies nicht gelingen sollte – den Wechsel zu einem anderen Dienstleister so zu planen, zu organisieren und zu gestalten, dass keine Brüche in der Kontinuität der Unterstützung oder Versorgung auftreten.

Im Gegensatz zu Großbritannien beschränkt sich die Broker-Funktion in

Deutschland meist auf inhaltliche (das Richtige soll gemacht werden) und qualitative Aspekte von einzelnen Maßnahmen (sie sollen gut und richtig gemacht werden). Der Beeinflussbarkeit oder gar der Kontrolle der Preise von Dienstleistungen oder Hilfsmitteln durch das Case Management sind in Deutschland enge Grenzen gesetzt, wobei das Fallmanagement der Bundesagentur für Arbeit hier eine Ausnahme bildet. Es sind im Case Management aber auch andere Formen der Broker-Funktion denkbar und anwendbar:

So hat z. B. Großbritannien durch eine gesetzliche Regelung seit 1990 das Konzept des so genannten *purchaser-provider-splits* eingeführt. *Purchaser* sind die Beschaffer von Maßnahmen (also Case Management-Stellen) und als *Provider* gelten die diversen Anbieter. Den lokalen öffentlichen Sozialdiensten als *Purchasern* obliegt nun die Aufgabe, im Einzelfall und auf der lokalen Systemebene die Unterstützungs- und Versorgungsprozesse zu lenken. Allerdings verfügen die Case Management-Stellen bzw. die Case Managerinnen in diesem Zusammenhang über ein Globalbudget, mit dem sie in jedem Einzelfall den Mitteleinsatz disponieren und als Einkäufer von Dienstleistungen und Hilfsmitteln mit Einfluss auf die Preisgestaltung auftreten (Wendt 2010: 216).

Im Rahmen der **Systemsteuerung** trägt die Broker-Funktion des Case Managements eine Verantwortung für die Qualität(sentwicklung) der regionalen Versorgungsstruktur, aber auch für ihre Stabilität. Durch ein permanent zu hartes Verhandeln mit den vor Ort tätigen Diensten, das sich ausschließlich an (ökonomischen) Interessenserwägungen der Klienten ausrichtet, kann die Qualitätsentwicklung insgesamt gefährdet werden. Wenn letztlich nur noch „Billiganbieter“ mit einem möglicherweise geringeren Qualitätsniveau in Versorgungssettings eingebunden werden, wird zwar im Einzelfall vielleicht „sparsam“ gewirtschaftet, die regionale Versorgungsstruktur dadurch aber destabilisiert.

Aber auch ein völlig einseitiges, immer nur kritisierendes Beharren auf inhaltlichen

Qualitätsansprüchen, das ohne jede Integration der Aufgaben der Support-Funktion agiert, gefährdet letztlich auf der Fallebene und auf der Systemebene die Qualitätsentwicklung. Die Broker-Funktion wird dann möglicherweise in Einzelfällen zwar kurzfristig Qualität sichern oder verbessern können, insgesamt wird ein solches Brokern die Einflussnahme des Case Managements schon mittelfristig verringern oder gar unmöglich machen.

Zu einer Veränderung des Stellenwerts der Broker-Funktion trägt möglicherweise das Pflegeweiterentwicklungsgesetz vom Mai 2008 bei, durch den in § 7a SGB XI festgelegten individuellen Leistungsanspruch auf Pflegeberatung in Verbindung mit den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes². Hier ist im Rahmen der Empfehlungen von Ausbildungsstandards vereinbart, dass zukünftig Case Management als Unterstützung in komplexen Problemlagen mit Pflegebedarf als Leistungsangebot, für das eine besondere koordinierende Qualifikation erforderlich ist, zur Verfügung stehen muss.

Ferner ist in § 92c SGB XI geregelt, dass Pflegeberatung strukturell zukünftig nicht einfach in den bisherigen Beratungssettings vieler einzelner Pflegekassen stattfinden kann. Diese Leistung ist auf einen strukturell, institutionell und regional ganz anderen Rahmen ausgerichtet: möglichst wohnortnah, dezentral, in einem abgestimmten strategischen Konzept und als eine „gemeinsame Veranstaltung“ der Pflegekasse(n), der Krankenkasse(n) und der örtlichen und überörtlichen Träger der Altenhilfe in Pflegestützpunkten. Strategische Ziele sind dabei eine möglichst optimale Unterstützung der häuslichen Versorgung und Pflege durch die Entwicklung und Steuerung möglichst vielfältiger informeller, formeller und intermediärer Angebote, die regional gut auf die jeweiligen örtlichen Rahmenbedingungen abgestimmt sind (Frommelt u. a. 2008: 7).

² Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Abs. 3 Satz 3 SGB XI zur Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater vom 28. August 2008.

Inwieweit auch die Einführung der persönlichen Budgets für behinderte Menschen zu einer strukturellen und konzeptionellen Stärkung der Broker-Funktion beitragen wird, kann derzeit noch nicht eingeschätzt werden, da die persönlichen Budgets keinen besonderen Bedarf bzw. keine besonderen materiellen Leistungen für die Budgetberatung und die Koordination des Versorgungsplanes beinhalten.

Literatur

Evers, A. (1997): Bürger, Konsumenten und Koproduzenten. Argumente für ein

pluralistisches Demokratiekonzept im Bereich sozialer Dienste. In: U. Braun; R. Schmidt (Hrsg.): Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur. Regensburg, S. 219-232.

Frommelt, M. u. a. (2008): Pflegeberatung und Pflegestützpunkte: Die Aufgabe personen- und familienbezogener Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit und ihre Realisierung in der Reform der Pflegeversicherung und das Case Management, in Case Management, Jg. 5 (Sonderheft „Pflege“), S. 5-17.

Wendt, W. R. (2010): Care und Case Management. In: K. Aner; U. Karl (Hrsg.):

Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden, S. 215-222.

Prof. Dr. Michael Wissert

Case Management Ausbilder (DGCC)
Hochschule Ravensburg-Weingarten
Fakultät Soziale Arbeit und Pflege
Postfach 1261, 88241 Weingarten
wissert@hs-weingarten.de

Case Management im Dialog

1.10.2009, Freiburg i. Br.

Bettina Roccor

In guter Tradition lud Prof. Dr. Thomas Klie im Rahmen der jährlichen Case Management-Tagung in Freiburg (in Zusammenarbeit mit Michael Monzer und Prof. Dr. Michael Wissert) im Anschluss an die Plenarvorträge zu der Diskussionsrunde „Case Management im Dialog“ ein. Die Tagungsteilnehmer/innen waren nach einem Improvisationstheater, an dem u. a. Bettina Roccor als „Klinik“ und Peter Löcherbach als „Politik“ ihr schauspielerisches Spontantalent beweisen mussten, gut eingestimmt und hatten die Gelegenheit, ihre Erfahrungen aus der Praxis in den Dialog einzubringen. Thema waren die Spielregeln des Case Managements speziell im Gesundheitswesen – Thomas Klie fragte zunächst, wer in diesem Bereich arbeite, und drehte eine Runde durchs Publikum, um näheres über die Ansichten der Teilnehmer/innen zu erfahren. Die Bandbreite reichte von sehr positiven Beschreibungen der Arbeitsbedingungen, vor allem aufgrund der Rückendeckung durch die Politik, bis hin zu ersten Versuchen, Case Management zu implementieren und dabei festzustellen,

dass, um in der Bildsprache der Veranstaltung zu bleiben, „man erstmal als Platzwart den Untergrund zu be- und entwässern hat, bevor man den Rollrasen (das Case Management) auslegen kann“. Auf Nachfrage erläuterte der der Fußballsymbolik mächtige Klinik-Case Manager, dass man Schritt für Schritt erst die strukturellen Voraussetzungen schaffen müsse, um dann mit CM zunächst vorrangig betriebswirtschaftliche Ergebnisse zu erzielen. Nur so könne man langfristig das wichtigste Ziel, nämlich die bessere Versorgung der Patient/innen, mit Unterstützung von oben erreichen. Wie beim Hausbau müsse man mit den Fundamenten beginnen, damit der Rohbau nicht gleich wieder einstürzt. Herr Müller von der IKK schilderte aus der Systemperspektive, wie schwierig es sei, ohne einen Vertreter des Case Managements in Gesprächsrunden mit Leistungserbringern über die Umsetzung von Case Management zu sprechen – er würde sich auf allen Versorgungsebenen wünschen, dass z.B. über die DGCC oder auch über die Case Manager/innen selbst organisiert eine Interessensvertretung

präsent wäre, die an wichtigen Entscheidungen teilhat und über die Entwicklungen in der Region berichten kann. Dazu wäre es nicht unbedingt erforderlich, Case Management als eigenen Beruf anzuerkennen – es würde reichen, wenn Case Management auf verschiedenen Ebenen deutlicher platziert werde, insbesondere auf der Ebene der Politik und Gesetzgebung. Thomas Klie bittet einen weiteren Praktiker um eine Einschätzung: dieser schildert, wie in seinem DRK-Kreisverband Case Management genutzt wird, und wie er persönlich arbeitet: im Krankenhaus hat er Kontakt zu jedem neu aufgenommenen Patienten und nimmt bereits zu diesem frühen Zeitpunkt eine Einschätzung vor, ob eine Entlassungsplanung oder ein besonderer Versorgungsablauf erforderlich ist. Dabei wird im Rahmen des Möglichen der Regelkreis des Case Managements umgesetzt, wobei viele Klient/innen sehr schnell an Expert/innen weitergeleitet werden, z.B. suchtkranke Patient/innen oder pflegebedürftige Patient/innen: über gute Vernetzung könne man sehr schnell die passenden Leistungsanbieter einbe-