

Gesamtkosten senken und Chancengleichheit optimieren

Case Management ohne Triage: ein Beitrag aus der Praxis

Text und Bild: Edith Weber-Halter

Laut Lehrbuch unterstützt Case Management «Menschen beim Aufarbeiten ihrer komplexen gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Situation, entlastet Leistungserbringer und dämmt ausufernde Kosten ein». So wie CM heute angewendet wird, kann es volkswirtschaftlich aber keine Kosten senken. Denn es funktioniert nur nach betriebswirtschaftlichen Kriterien, austriagierte KlientInnen werden an die nächste Institution weitergeschoben. Besser wäre es, alle Verfahrensschritte unter dem Aspekt der gemeinsamen Verantwortung, der Sinnhaftigkeit und der Wirtschaftlichkeit für alle Beteiligten auf allen drei Ebenen zu betrachten.

Dem hochbetagten Ehepaar S. steht der unfreiwillige Umzug ins Seniorenheim bevor: Die Frau leidet unter einer mittleren Demenz, der Mann zunehmend unter Herzproblemen. Immer wieder landen sie im Spital. Aus der Sozialarbeit ist bekannt: Diese Betroffenen sind potenzielle KlientInnen für Case Management (CM); ihre Situation könnte mittels CM angegangen werden. Dabei würden Kosten gespart und Leid gemildert. Tatsächlich aber erhalten gerade solche und ähnliche Betroffene kein CM. – Warum?

Case Management bedeutet Triage

Laut Lehrbuch unterstützt CM «Menschen beim Aufarbeiten ihrer komplexen gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Situation, entlastet Leistungserbringer und dämmt ausufernde Kosten ein».

CM ist aber keine gesetzliche Pflichtleistung. CM-Anbieter finanzieren nur ein Verfahren, wenn im Gegenzug ein «return of investment» erfolgt. Dieses Vorgehen wird nicht hinterfragt, denn «lohnen» tut sich CM z.B. für gut verdienende Kaderleute, die nach einem Unfall oder einer Erkrankung (wie ein Burnout) bald wieder arbeiten können. Dies spart hohe Rentenkosten für den Versicherer. Aber was bringen Menschen wie das Ehepaar S. in dieser Logik, in der die entstehenden Kosten auch wieder eingespielt werden müssen? Die Antwort ist so einfach wie niederschmetternd: nichts! Heute ist es so, dass die Finanzierung und Durchführung von CM allein an betriebswirtschaftliche Erwägungen gebunden ist. Der CM-Anbieter, ganz gleich ob privat oder öffentlich, fragt: «Was kostet es?» und rechnet nach: «Was bringt es ein?»

Ohne Triage hätten weit mehr KlientInnen eine reelle Chance auf Verbesserung ihrer Situation

Die Realität sieht heute so aus: Das Ehepaar S. wird aus wirtschaftlichen Gründen aus dem CM aussortiert – «austriagiert», wie man in der Branche sagt. Das geschieht auch mit psychisch Kranken, Randständigen, Langzeitarbeitslosen, alten Mitarbeitern, Ausländern mit geringer Schulbildung und deren Kindern, Pflegebedürftigen, chronisch Kranken, Alten, Sterbenden und IV-Rentnern. Denn das Aufarbeiten ihrer Situation «kostet» den CM-Anbieter – Versicherer, Institutionen, Sozialdienste – mehr, als es einbringt. Die Triage dient der Ressourcenschonung des CM-Anbieters. Deshalb bleibt CM einer kleinen, privilegierten Minderheit von KlientInnen vorbehalten.

Die – entgegen dem Lehrbuch – gelebte Praxis zeigt: Das Ziel von CM ist eine Kostenreduzierung, aber für

den CM-Anbieter. Austriagierte Klienten werden weitergeschoben: von der Krankenversicherung in die IV-Rente, vom Spital in die Kur, an die ambulante Pflegeorganisation, von hier nach da, Hauptsache: aus den eigenen Büchern.

So wie CM heute angewendet wird, kann es volkswirtschaftlich keine Kosten senken. Denn es funktioniert nur nach betriebswirtschaftlichen Kriterien. Die Kosten, die der Gesellschaft gesamthaft entstehen, weil die «unrentablen» Klienten an die nächste Institution weitergereicht werden, sind nicht sichtbar und wurden bis heute nicht beziffert. CM bedeutet heutzutage in erster Linie institutionelle Interessen, Gärtchendenken, betriebswirtschaftliche Kennzahlen, einseitige Bevorzugung von speziellen Klientengruppen oder bestimmten Institutionen in der Versorgungskette, weil nur diese

den Anbieter entlasten. Trotz vielerorts implementiertem CM ist es u. a. aus diesen Gründen bis heute nicht gelungen, gesamthaft die Kosten im Sozial-, Gesundheits- und Versicherungswesen zu stabilisieren oder gar zu senken.

CM ohne Triage bedeutet Kostensenkung und Chancengleichheit

Heute, knapp 150 Jahre nach Einführung von CM durch den Philanthropen und Arzt Samuel Howe 1863 in den USA, steht Case Management bei uns auf dem Prüfstand. Folgende Frage steht im Raum: Wie und wo wollen wir die Kosten einsparen, die von austriagierten CM-KlientInnen verursacht werden? Als mögliche Lösung steht ein anderes CM-Verfahren zur Verfügung. Es wurde vor zehn Jahren von der Autorin dieses Beitrags entwickelt und seither angewendet. Es erfasst auch CM-KlientInnen, die austriagiert wurden, gerade weil sie in komplexen Lebenssituationen stehen. Dieses Verfahren hat seit seiner Erstanwendung in einem Jahrzehnt mit klei-

Edith Weber-Halter

ist ausgebildete Pflegefachfrau, Gesundheitsschwester und absolvierte die Weiterbildung als Case Managerin FH. 1999 gründete sie die «Fachstelle Prävention und Gesundheitsberatung». Seither arbeitet sie als freiberufliche Case Managerin. Sie lehrt als Dozentin für CM an der Berner Fachhochschule und an der Fachhochschule St. Gallen und ist Mitglied der Arbeitsgruppe «Ethik im CM» des Netzwerks CM Schweiz.





Case Management erfordert eine koordinierte Bearbeitung komplexer Fragestellungen über professionelle und institutionelle Grenzen hinweg

nem Aufwand langfristige und nachhaltige Lösungen mit CM geschaffen, die gesamtwirtschaftlich und menschlich vertretbar sind. Wenn das möglich ist, warum sollten dann nicht alle Klientengruppen Zutritt zu CM erhalten – nicht nur aus ethischen Überlegungen, sondern auch aus langfristigen ökonomischen Erwägungen? Um aus den beschränkten Ressourcen das Beste zu machen, bezieht das CM nach Weber-Halter von Anfang an die Realität mit ein, statt sie, wie im gängigen CM üblich, auszublenden. So stelle ich als Case Managerin ganz zu Anfang des Prozesses unangenehme Fragen an alle Beteiligten (Klienten und Umfeld, Mitwirkende, Institutionen). Die Fragen beantwortet niemand gern: Lebenserwartung, Todeswahr-

scheinlichkeit, Geldmittel, Wünsche der Angehörigen, Bedeutung, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von Zielen und Therapien, Suchtverhalten, Widerstände, Eigeninteressen etc.

Die meisten dieser Fragen sind tabu, aber sie stehen am Anfang des Verfahrens und in der Mitte des CM-Regelkreismodells – nicht der Klient, wie im gängigen Verfahren. Geht man diese Fragen nicht an, erzeugen die unausgesprochenen Ideen, Wünsche, Bedürfnisse und Vorstellungen der verschiedenen Beteiligten ein Spannungsfeld konkurrierender (oder gar widersprechender) Interessen. Nur zwei Beispiele: Was sich eine Hauspflegerin der ambulanten Pflegeorganisation oder der Facharzt unter ganzheitlicher Betreuung

vorstellen, unterscheidet sich völlig von den Vorstellungen des psychisch Kranken, dem sie die ganzheitliche Betreuung angedeihen lassen. Ein todkranker Krebspatient möchte zu Hause sterben, seine selbst nicht mehr ganz gesunde Ehefrau fürchtet aber die Verantwortung für Pflege und Versorgung, und ihr graut vor dem Tod.

Erfahrungsgemäss geht es in komplexen Situationen fast immer um diese «grossen» Fragen: den Klienten und ihren Angehörigen um die Sinnhaftigkeit, sehr oft um die Endlichkeit des Lebens, den weiteren Beteiligten um die Endlichkeit der Personalressourcen und der Finanzmittel. Geht man diese Zentrumsfragen nicht an, kann CM nicht funktionieren, denn die Problemlösung steuert automatisch in die Richtung, die der stärkste Teilnehmer im Prozess vorgibt. Die Case Managerin ist dann nur noch Spielball des Interesses des dominantesten Beteiligten im Verfahren. Es versteht sich von selbst, dass diese heiklen Fragen sehr behutsam und mit entsprechender Rücksichtnahme auf alle Beteiligten angesprochen werden müssen. Aber angesprochen werden müssen sie.

CM nach Weber-Halter in der Praxis

Aus der bisherigen «Fallführung» mit Managementmethoden wird im CM-Verfahren nach Weber-Halter nun ein Umgang mit Menschen in einer komplexen Situation bei konkurrierenden Interessen, wobei vorgängig der partizipierende Klient zum gleichberechtigten Teammitglied wird (siehe Grafik auf S. 36). CM nach Weber-Halter funktioniert nach folgen-

Case Management

Unklare Perspektiven im Handlungsfeld Soziale Arbeit

Case Management (CM) ist ein spezifisches Verfahren zur koordinierten Bearbeitung komplexer Fragestellungen im Sozial-, Gesundheits- und Versicherungsbereich. In einem systematisch geführten, kooperativen Prozess wird eine auf den individuellen Bedarf abgestimmte Dienstleistung erbracht, um gemeinsam vereinbarte Ziele und Wirkungen mit hoher Qualität effizient zu erreichen. CM stellt einen Versorgungszusammenhang über professionelle und institutionelle Grenzen hinweg. Es respektiert die Autonomie der KlientInnen, nutzt und schont die Ressourcen im Klient- sowie im Unterstützungssystem. Die Verknüpfung mit Prozessabläufen in der Organisation und im Verwaltungshandeln ermöglicht, dass das methodische Handeln und der konkrete Umgang mit Personen in einem breiten Kontext stattfinden. CM ist ein Handlungskonzept der Sozialen Arbeit, welches heute vorwiegend in Berufsfeldern ausserhalb der Sozialen Arbeit, z. B. im Gesundheits-

und Versicherungswesen sowie in der Beschäftigungsförderung umgesetzt wird und nur vereinzelt in sozialen Einrichtungen. Dies erstaunt angesichts der Tatsache, dass sich die Soziale Arbeit mit zunehmend komplexen Lebenslagen ihrer Zielgruppen konfrontiert sieht und ein hohes Mass an Koordinations- und Kooperationsbedarf vermutet werden darf. Bietet das Konzept in der Gestaltung von Beratungs- und Unterstützungsprozessen zu wenig fachliche Innovation? Überfordert die im Case Management notwendige verbindliche Gestaltung von Kooperationen die föderalistischen Strukturen im Sozialwesen? Oder scheitert die Soziale Arbeit an der Herausforderung, die konkrete Fallarbeit mit der Steuerung des Versorgungsangebots in Verbindung zu bringen? CM steht vor allem auch im Verdacht, einseitig ökonomische Interessen zu verfolgen. Die Tendenz, häufig nur noch befristete Projekte zu finanzieren und der Versuch, mit Managementkonzepten aus der Wirtschaft die Soziale Arbeit zu verdichten und die Kosten einzudämmen, haben in den letzten Jahren einen Paradigmenwechsel ein-

geläutet, der in Theorie und Praxis auf Skepsis und Kritik gestossen ist (siehe nebenstehenden Beitrag). nm

Literatur

Die Fachzeitschrift «Case Management» berichtet vier mal jährlich (2 reguläre Ausgaben, 2 Sonderhefte) über Entwicklungen. Aktuell ist das Sonderheft «CM und Soziale Arbeit» erschienen. Dieses Themenheft befasst sich mit den Kontroversen rund um das CM im Handlungsfeld Soziale Arbeit.

Veranstaltungen

Das Netzwerk Case Management Schweiz führt am 15. September ihre jährliche CM-Tagung zum Thema «Brennpunkt Klient/in – Hauptperson oder Statist/in?» durch. Bestellungen und Anmeldung unter www.netzwerk-cm.ch

Die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit führt am 7. Februar 2011 eine Fachtagung zum Thema «Case Management in der Sozialen Arbeit – Herausforderung oder Überforderung?» durch. Mehr unter www.hslu.ch/sozialearbeit/s-veranstaltungen/s-tagungen/i-h-s-case_management.htm

dem Prinzip: Alle Verfahrensschritte werden unter dem Aspekt der gemeinsamen Verantwortung, der Sinnhaftigkeit und der Wirtschaftlichkeit für alle Beteiligten auf allen drei Ebenen betrachtet und nicht allein gemäss den Interessen eines Beteiligten, i. d. R. des finanzierenden Parts oder des (juristisch) Stärkeren im System. Bei diesem Vorgehen entschärfen sich Konflikte, und ursprünglich unverhandelbare Positionen können überdacht werden. Alle Beteiligten erhalten dadurch automatisch Eigenständigkeit und Verantwortung für das gesamte Verfahren. Der Klient finanziert sein Verfahren übrigens mit. Die Triage entfällt automatisch.

Unser Eingangsbeispiel, das hochbetagte Ehepaar S., wurde noch im Spital durch die Autorin als unabhängige Case Managerin angegangen. Nach einer Nacht Bedenkzeit und nach geduldiger Beantwortung vieler Fragen, die die wahren Ängste des Ehepaares und der Angehörigen zutage treten liessen, willigten Herr und Frau S. in den CM-Prozess ein. Nach einigen Monaten sieht die Situation folgendermassen aus: Der Alltag des Ehepaares ist strukturiert, verschiedene Leistungserbringer führen aufeinander abgestimmte Leistungen durch. Das Ehepaar S. fühlt sich aufgeho-

Konventionelles CM-Verfahren	CM nach Weber-Halter
Die Fallführung geschieht nach betriebswirtschaftlichen Kennzahlen bei konkurrierenden Interessen von Klient und Familie (Mikroebene), Institutionen, z.B. Arbeitgeber, Versicherer, Spital etc. (Mesoebene), und Gesellschaft (Makroebene).	Strebt langfristige, erfolgreiche Problemlösungen für alle Beteiligten auf Mikro-, Meso- und Makroebene an.
Bevorzugt finanziell potente Gruppen in der Versorgungskette. Die ökonomische Triage filtert potenzielle Klienten aus und führt zu Kostenüberwälzung auf nachgelagerte Institutionen (Drehtüreffekt etc.)	Unnötige Kosten werden dort vermieden, wo sie entstehen, was eine Triage erübrigt. Eignet sich für alle Klientengruppen und fängt die heute noch Austriagierten auf, z.B. Alte, chronisch oder psychisch Kranke, Sterbende, Langzeitarbeitslose etc.
Im Zentrum des Verfahrens steht der Klient. Seine Rolle ist eine partizipative. Die Verantwortung für das Gelingen des CM-Verfahrens lastet allein auf der Case Managerin.	Im Zentrum stehen Fragen nach dem Sinn und dem Umgang mit der Endlichkeit der Ressourcen und des Lebens. Die Rolle aller Beteiligten ist eine gleichberechtigte. Die Verantwortung tragen alle Beteiligten gleichermaßen: Klient, Arzt, Arbeitgeber, Versicherer etc. Der Klient trägt einen Teil der Kosten.
Die Case Managerin steht in einem Interessenkonflikt. Denn sie vertritt die Interessen ihres Klienten und jene ihres Auftraggebers, der gleichzeitig ihr Arbeitgeber ist (Arbeitsplatzzerhalt, Boni).	Die unabhängige Case Managerin vertritt die Antworten, die sich aus den Zentrumsfragen ergeben haben, für die Beteiligten auf den drei Ebenen (Mikro-, Meso- und Makroebene).

ben, und die Angehörigen erleben laufend Unterstützung. Die Haus- und Fachärzte sind entlastet. Der Heimeintritt konnte um Jahre hinausgeschoben werden, trotz zunehmender Demenz der Ehefrau. Der dringend benötigte Heimplatz konnte Bedürftigeren überlassen werden. Auch kam es nie mehr zu notfallmässigen Hospitalisationen oder zu Krisen. Dabei wurden erst noch die Finanzen des Ehepaares, der beteiligten Versicherer und der Gesellschaft (Mitfinanzierung der Versicherungskosten über die Prämiegelder und der Heimkosten über die Steuergelder) geschont.

Kostengünstigere Lösung für Menschen in problematischen Situationen

Seit zehn Jahren nimmt das CM-Verfahren Weber-Halter hauptsächlich KlientInnen auf, die in komplexen Situationen stecken: Schwerkranke, Sterbende, psychisch Kranke, IV-Rentner, Randständige, alte Mitarbeiter, Ausländer mit geringer Bildung – genau die Menschen, welche heute noch aus dem üblichen CM austriagiert werden. Die finanziellen Aufwendungen des CM nach Weber-Halter liegen erfahrungsgemäss bei 10–20% eines üblichen CM-Verfahrens, welches 10000 bis 25000 Franken kostet. Dabei handelt es sich um eine ganz andere Klientengruppe: Menschen mit jahrelangen chronifizierten problematischen Situationen wieder in den Alltag zu integrieren, ist weit zeitaufwendiger als ausgewählte Klienten mit einem optimalen Eingliederungspotenzial nach einem Unfall à la Suva.


Die Kosten, welche durch «Fälle» wie die Eheleute S. und andere chronisch Kranke

entstehen, wenn ihre Situation nicht angegangen wird, sind immens – Folge des symptomatischen Lösungsansatzes. Es wird laufend reagiert, statt eine gründliche Problemanalyse und eine langfristige Problemlösung anzusteuern. Hier nur eine grobe Rechnung: Vor dem Einbezug von CM wurde mit schöner Regelmässigkeit der eine oder der andere der Ehepartner S. notfallmässig hospitalisiert, sie suchten immer andere Ärzte auf, die natürlich keine koordinierten Leistungen erbringen konnten, und die Medikamenteneinnahme gleich einem Lottospiel.

Dem Ehepaar selbst, seinen Versicherern und der Gesellschaft entstanden allein aus einer der vielen Hospitalisationen hohe Kosten: 2008 kostete ein Spitaltag 1489 Franken. Der Spitalaufenthalt eines chronisch Kranken, dessen Probleme immer nur symptomatisch angegangen werden, beläuft sich schnell einmal auf zwölf Tage oder mehr, und das erfahrungsgemäss mehrmals jährlich. Bei nur drei Einlieferungen pro Jahr wären das 53604 Franken. Ein einziger Spitalaufenthalt zu zwölf Tagen (17868 Franken) kostet das Sechsfache eines CM-Verfahrens nach Weber-Halter, ohne dass langfristig eine menschlich wie ökonomisch befriedigende Lösung erzielt würde. Und: Die nächste Krise/Hospitalisation ist schon beim Austritt wieder programmiert.

Mit CM ohne Triage gäben wir allen heute Austriagierten – immerhin der Mehrheit der KlientInnen – eine Chance auf Verbesserung ihrer Situation. Gleichzeitig könnten die Gesellschaft als Ganzes und jeder Einzelne (als Steuerzahler, Krankenkassenmitglied, IV-Zahler) entlastet werden. |


INSERAT



Fachbuchhandlung für Soziale Arbeit – Partner von avenirsocial

Mitglieder von **AvenirSocial** erhalten bei uns **10% Rabatt!**
Bestellen Sie online über **www.haupt.ch**

Aktueller Titel:



Petra Benz Bartoletta et al. (Hrsg.)
Soziale Arbeit in der Schweiz
Einblicke in Disziplin, Profession und Hochschule

XX + 290 Seiten, kart.
ISBN 978-3-258-07606-5

Statt sFr. 36.– (UVP)
für Mitglieder AvenirSocial bei uns nur sFr. 32.40

Haupt Buchhandlung • Falkenplatz 14
Postfach • 3001 Bern • Tel. 031 309 09 09
Fax 031 309 09 10 • buchhandlung@haupt.ch
www.haupt.ch