

# Manfred Cramer: Case Management im Bereich psychischer Störungen

Case-Management (CM) wird als strategische Aufgabe verstanden. Sie hat sich über die Hilfe bei chronischen Krankheiten, bei ‚drohender‘ Behinderung und die Hilfe für Behinderte im letzten Jahrhundert entwickelt. Strukturelle, organisatorische und finanzielle Probleme des Sozialwesens (inkl. des medizinischen Bereichs) haben zunächst in den USA und Kanada, etwas später auch in Westeuropa dazu beigetragen, CM prominent zu machen. CM hat sich vor allem dort entwickelt, wo die Betroffenen und ihre Helfer in der Regel nicht in der Lage sind, Hilfen ressourcensparend, bedürfnisgerecht und dauerhaft wirksam zu etablieren. Diese Erwartung stellt sich aber bei den meisten komplexen Hilfsangeboten. CM wird vor allem bei Behinderungen wichtig, die die emotionalen und intellektuellen Fähigkeiten von Patienten/Klienten tangieren. Deswegen spielt CM im Bereich der geistigen Behinderung und der psychischen Störungen eine besondere Rolle.

## I. Allgemeine Angaben zum Case-Management

Es ist übereinstimmender Befund der entsprechenden Literatur, dass gerade Personen mit schwerwiegenden und vielfältigen Schwierigkeiten (sog. komplexen Problemen) in der Regel nur dann gut geholfen wird, wenn ihnen auch bei der Zusammenstellung der verschiedenen Hilfen geholfen wird. Und: Die einzelnen Hilfen, die oftmals parallel erbracht werden, müssen für den Betroffenen partizipativ und ersichtlich aufeinander abgestimmt werden.

**Beispiel:** Stellen Sie sich vor, Ihnen fällt ein Stein auf den Kopf. Nach einem längeren Aufenthalt in einer chirurgischen Klinik werden Sie entlassen. Ihnen ist zwar geholfen worden, Sie sind aber keineswegs gesund. Denn Sie leiden aufgrund der Kopfverletzung an einer Narbenepilepsie und an intellektuellen Beeinträchtigungen. Nur vage können Ihnen die Ärzte sagen, ob die Narbenepilepsie ausheilt. Dies alles macht sie häufig depressiv. An Studium oder Arbeit ist gar nicht zu denken. Dies führt zu Problemen mit der Universität, mit ihren Eltern, ihrem Partner. Und letztlich können Sie die Miete auch nicht mehr bezahlen. Was nun? Werden Sie behindert?

Wir haben bewusst ein nicht-psychiatrisches Beispiel gewählt. Denn die ersten Versuche mit CM kamen vor 100 Jahren in der Behindertenhilfe auf. Schon damals erkannten einige Fachleute, dass jede Behinderung auch eine soziale Konstruktion ist. Dies meint u.a.: Die Art der Behinderung (körperlich, geistig, seelisch) sagt nicht unbedingt etwas über die Fähigkeiten und Möglichkeiten einer behinderten Person aus. Personen mit mehr oder minder identischen Problemen und Fähigkeiten können entweder selbstständig leben oder dauerhaft als Sozialstaatsklient in einem Heim untergebracht sein. Fragt man, woher solche Unterschiede kommen, ist man ziemlich schnell bei unserem bis heute aktuellen Thema, nämlich der guten Hilfe. Sie hat einen wichtigen Baustein, das Case-Management.



Auf den ersten Blick ist die Güte der Hilfe bei komplexen Problemen von drei Faktoren abhängig:

### **a. individuelles Hilfesuchverhalten**

Das Hilfesuchverhalten ist in den letzten Jahrzehnten immer wichtiger geworden. Dies hat im Wesentlichen zwei Gründe. Einmal vertrauen die ‚normalen‘ Menschen den Helfern heute weniger im obrigkeitshörigen Sinn. Dieser Vertrauensschwund zeigt sich in nachlassender Folgsamkeit. Geschwundene Folgsamkeit ist letztlich ein Produkt von Demokratisierung der Gesellschaft. Viele Menschen wollen heute „eine zweite Meinung hören“. Sie reagieren weniger entlang dem Slogan: „Fragen Sie ihren Hausarzt“. Sie wollen es selber (mit-) entscheiden. Demokratisierung hat aber nicht nur die Mentalität der ‚normalen‘ Menschen, sondern auch die der professionellen Helfer verändert. Pauschal gesagt entwickeln sie sich in Richtung auf mehr oder minder spezialisierte Dienstleister. Im Ergebnis wird heute weniger von Professionellen entschieden, was man bei diesem oder jenem Problem zu tun hat. Dies müssen die Betroffenen heute selbstständiger entscheiden. Und dies meint, dass sie gerade bei komplexen Problemen ihr Hilfe-Arrangement oft selbst zusammenstellen müssen.

### **b. Organisation der Hilfe**

Die Hilfeinrichtungen haben sich in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich spezialisiert und vor allem im ambulant-komplementären Bereich vermehrt. In Grosstädten hat diese Entwicklung dazu geführt, dass auch die professionellen Helfer in ihren speziellen Einrichtungen nur vage wissen, welche Hilfe vergleichbare Einrichtungen anbieten. Von daher macht es für einen normalen Menschen häufig wenig Sinn, einen Mitarbeiter einer Einrichtung zu fragen, an was man denn sonst noch denken könne, welche Alternativen oder Konsequenzen es bei diesem oder jenen Hilfesuchverhalten gibt. Im negativen Ergebnis kann dies dazu führen, dass beide, Betroffene und Helfer, ein widersprüchliches Hilfe-Arrangement etablieren.

### **c. Zusammenstellung der Hilfen insgesamt**

Personen mit einem schwerwiegenden Problem haben vielfältige Schwierigkeiten, sich ihre Hilfen in den Zentralbereichen Gesundheit (bzw. Leben mit der Behinderung), Lebenswelt, Wohlbefinden, Einkommen, Qualifikation und Arbeit zu arrangieren und die eventuellen Konsequenzen ihrer jeweiligen (Teil-) Entscheidungen zu überblicken. Man könnte denken, dass doch genau dazu die professionellen Helfer ausgebildet sein müssten, dass sie dafür da sind. Diese alltägliche Vorstellung ist naiv. Eine Unzahl von Untersuchungen zeigt, dass mit der Zunahme an Differenzierung und Spezialisierung ein kluges Hilfearrangement über die jeweilig anderen Zentralbereiche des individuellen Lebens von den professionellen Helfern in ihren spezialisierten Einrichtungen kaum zu erwarten ist.

## Vier Elemente von CM

Ein kurzer Blick in die entsprechende Geschichte hilft, Aufgabe und Funktion zu erkennen. Dabei geht es uns nicht darum, eine möglichst präzise Definition von CM herauszustellen; wir werden sehen, dass dies kaum möglich und sinnvoll ist. Es geht uns dabei darum, die wesentlichen Elemente von CM verständlich zu machen.

In Deutschland kamen die ersten CM-Praktiken vor gut 100 Jahren als Alternative zur damals oftmals kasernenartig organisierten Behindertenhilfe auf. Die Idee war, mit pragmatischen, rehabilitativen Hilfestellungen solchen behinderten Personen zu helfen, deren Biografie ansonsten unbefriedigend verläuft. Mit anderen Worten: Im Unterschied zu Behandlung bzw. Therapie wurde Rehabilitation als biografisch und alltagsweltlich angelegte Form der Hilfe verstanden. Nach dem 2. Weltkrieg diente der organisatorische Aspekt von CM als wichtige Begründung zum Aufbau der regionalisierten Allgemeinen Sozialdienste (ASD). Die Idee war, dass der ASD als gemeinde-nahe Anlaufstelle für alle wesentlichen Leistungen nach dem heutigen Sozialgesetzbuch integrative, betreuerische und beratende Funktionen zu übernehmen habe.

Damit sind die ersten drei Elemente von CM benannt:

- Unterstützende Betreuung von behinderten bzw. von Behinderung „bedrohter“ Personen parallel zu rehabilitativen Hilfestellungen
- Erstellung notwendiger Hilfepläne. Solche Planungen werden oftmals notwendig, wenn z.B. ein Suchtproblem mit Folgeproblemen in den Vordergrund tritt und auch die Abfolge von Hilfen wie eine langfristige Planung mitbedacht werden muß.
- Koordinierung der verschiedenen Hilfeleistungen. Hinter dieser Notwendigkeit steckt folgendes Problem: Nicht selten widersprechen sich die verschiedenen Hilfsangebote.

**Beispiel:** Es kann Sinn machen, einen Studenten wegen mittelgradiger Suizidgefahr über einen längeren Zeitraum tagesklinisch zu behandeln. Diese Sinnggebung kann aber im Widerspruch dazu stehen, dass der Student in dem selben Zeitraum die letzte Chance hatte, aufwendige Diplom-Wiederholungsprüfungen abzulegen. In diesem Fall wäre es für den Studenten sehr wichtig gewesen, zwischen Tagesklinik der psychiatrischen Ambulanz und der Prüfungskommission des Fachbereiches so zu koordinieren, dass der Student nicht exmatrikuliert wird.

Formal gesagt wird die Erstellung von Hilfeplänen dann notwendig, wenn eine erforderliche rehabilitative Hilfe in einem Zentralbereich des Lebens (z.B. Gesundheit von Sucht) offene Frage in einem anderen Zentralbereich (z.B. Partnerschaft oder Arbeitsplatz) nach sich zieht. In anderen Worten gesagt: die Erstellung von Hilfeplänen ist dann notwendig, wenn ein komplexer Hilfebedarf vorliegt. In den letzten Jahrzehnten ist ein weiteres CM-Element hinzugekommen. Es kann aus folgendem Sachverhalt erklärt werden: Wie gesagt haben sich in den letzten Jahrzehnten die Hilfsangebote derart qualifiziert und differenziert, dass deren Inanspruchnahme scheinbar unerwartete Konsequenzen mit sich bringen kann, deren Bewältigung dem Klientel überlassen ist.

**Beispiel:** Nach einer erfolgreichen Bypass-Operation folgen üblicherweise rehabilitative Anschlussverfahren. Werden auch diese einigermaßen erfolgreich durchlaufen, entsteht für berufstätige Klienten eine offene Frage: Soll ich weiter arbeiten - oder soll ich mich verrenten lassen? Beides ist für Berufstätige möglich. Beide Optionen haben ihre spezifischen Konsequenzen.

Damit ist das vierte Element benannt:

- Bereitstellung des Erfahrungswissen und des Sachwissens zu den Konsequenzen des jeweiligen komplexen Hilfsangebots.

Die Argumentation in diesem Abschnitt kann zusammengefasst so gelesen werden, dass CM eine auf die Person zentrierte (individualisierte) Leistung aushandelt. Gutes CM kann nur gelingen, wenn dies partnerschaftlich gemacht wird. Zu fragen ist dabei immer, was ein Klient kann, und wo er Unterstützung braucht. Entlang dieser Leitlinien wird ein Hilfeplan auf der Basis von notwendigen Hilfe-Fragmenten erstellt. Dabei wird der zu erwartende Ertrag, werden die Kosten und Konsequenzen für die Zentralbereiche des Lebens der Person reflektiert und berücksichtigt.

### **Übung:**

**Bitte ordnen Sie die nachfolgenden Satzteile richtig zu:**

- A: **Die Argumentation in diesem Abschnitt kann zusammengefasst so gelesen werden, dass CM eine**
- B: **Hilfe-Fragmenten**
- C: **Kosten und Konsequenzen für**
- D: **darstellt. Dabei wird der zu erwartende Ertrag, werden die**
- E: **die Zentralbereiche des Lebens der Person reflektiert und berücksichtigt.**
- F: **Zusammenstellung und Durchführung**
- G: **(individualisierte) Leistung bei der**
- H: **von notwendigen**
- I: **auf die Person zentrierte**

---

*Die Lösung finden Sie im Downloadbereich unter Lösungen.*

---

Die Argumentation in diesem Abschnitt kann zusammengefasst so gelesen werden, dass CM eine auf die Person zentrierte (individualisierte) Leistung bei der Zusammenstellung und Durchführung von notwendigen Hilfe-Fragmenten darstellt. Dabei wird der zu erwartende Ertrag, werden die Kosten und Konsequenzen für die Zentralbereiche des Lebens der Person reflektiert und berücksichtigt.

## II. Notwendigkeit von CM aus der Perspektive von ‚normalen Menschen‘

Mit der Zunahme der Wahlmöglichkeiten zwischen Hilfen bei ein- und demselben Problem werden hohe intellektuelle Anforderungen an die ‚normalen Menschen‘ dann gestellt, wenn sie einer komplexen Hilfe bedürfen.

**Beispiel:** Stellen Sie sich vor Ihnen wird heute gesagt, dass Ihre Nieren endgültig versagt haben. Damit werden Sie ein dauerhafter „medizinischer Fall“. Was aber konkret tun? Sie können sich entscheiden: Wollen Sie ein Transplantat? Wollen Sie eine Heimdialyse? Wollen Sie eine Krankenhausdialyse? Soweit klingt das noch einfach: Aber: Eine Heimdialyse können Sie nur durchführen, wenn sie eine „Dialysepartner“ haben. Und: eine Transplantation wird Auswirkung auf Ihre Partnerschaft haben. Eine Heimdialyse auch. Eine Dialyse im Krankenhaus wird Auswirkungen auf ihre Berufstätigkeit haben. Die Folgen des Nierenversagens werden Auswirkungen auf alle Zentralbereiche ihres (wahrscheinlich verkürzten) Lebens haben.

Hinzu kommt: Sie werden vermutlich die Diagnose Nierenversagen als schreckliche Diagnose bewerten. Es kann sein, dass Sie sich traumatisiert fühlen und ein so genanntes posttraumatisches Stress-Syndrom entwickeln.

Diesem Beispiel zufolge kann der „Einstieg“ in eine Behindertenkarriere schwer bewältigbare emotionale und damit auch intellektuelle Beeinträchtigungen nach sich ziehen. Diese können das notwendige Hilfesuchverhalten sehr erschweren.

Das Beispiel illustriert auch, dass die Notwendigkeit von CM auch etwas mit Zurückbildung sozialer Netzwerke zu tun hat. Das Hilfesuchverhalten und die Ressourcen zur selbstständigen Bewältigung chronischer Krankheiten und Behinderungen ist im Kontext einer „guten“ Familie erheblich größer als bei alleinstehenden Personen. Oder: Eine ‚gute‘ Partnerschaft und ein intensiver Freundeskreis lässt viele Probleme gar nicht erst aufkommen. Vor allem solche Problemkonstellationen nicht, die eine alleinstehende Person leicht zu einem „komplexen Fall“ werden lassen. Das folgende Beispiel mag auf den ersten Blick auch komisch wirken. Es ist aber allen in der ambulanten Psychiatrie Tätigen in der einen oder anderen Form bekannt.

**Beispiel:** Eine alleinstehende 60-jährige Frau ist schwer depressiv und nach langer Leidensgeschichte mittelgradig suizidal. „Das Einzige was sie hat“, ist ihr Hund. Einen sinnvollen Klinikaufenthalt verweigert sie, weil sie nicht von ihrem Hund getrennt sein möchte. Auf die temporäre Unterbringung in einem Tierheim oder einer Hundepension kann sie sich nicht einlassen. In der Folge verweigert sie jede Behandlung mit der späteren Konsequenz einer Zwangsbehandlung und der anschließenden Unterbringung in einer therapeutischen Wohngemeinschaft. Sie ist zu einer Klientin mit „komplexem Hilfebedarf“ geworden, weil sie nun vermutlich längerfristig oder sogar dauerhaft verschiedene Hilfen beansprucht (therapeutische Wohngemeinschaft, Sozialhilfe, psychiatrische Hilfe, psychotherapeutische Unterstützung sowie Hilfe bei der Tagesstrukturierung).

Ziel von CM wäre in diesem Beispiel gewesen, dieser Frau ihre Lebenswelt zu erhalten. Dies wäre vermutlich auch mit relativ einfachen Hilfestellungen möglich gewesen.

Das Beispiel kann auch so gelesen werden: Stellen Sie sich vor, diese Frau würde in einer „guten“ Familie leben. Sie wäre vermutlich wesentlich (in diesem Fall Jahre) früher auf ein Behandlungsangebot eingegangen, weil Familienangehörige sie dazu motiviert hätten. Und die „Haustierproblematik“ wäre überhaupt nicht aufgetaucht.

Man kann es auch so sehen: Hätte die alleinstehende Frau „gewusst“, was später auf sie zukommt, hätte sie sich vermutlich sehr anders verhalten. Dem kann man entgegen, dass gerade depressive Personen die Neigung haben, sich zurückzuziehen. Und dies kann sich gerade bei Singles fatal auswirken.

Neben den „hohen intellektuellen Anforderungen“ beim Beginn einer chronischen Erkrankung oder Behinderung und der „Zurückbildung psychosozialer Strukturen“ gibt es eine weitere Besonderheit, die aus der Perspektive von „normalen Menschen“ für die zunehmende Notwendigkeit von CM spricht.

Im Alltagsbewusstsein gibt es Spezialisten für die verschiedensten Probleme. Man weiß, dass es eine Kunst sein kann, den „richtigen“ Spezialisten zu finden. Was aber ist „richtig“? Und: im Alltagsbewusstsein herrscht die evtl. folgenreiche Annahme, dass die verschiedenen Spezialangebote quasi-nebeneinander stehen. Dem ist aber häufig keineswegs so: Viele Spezialangebote werden in (oft) versteckter Konkurrenz zueinander angeboten.

**Beispiel:** Wir erinnern an die Tatsache, dass es gut hundert verschiedene psychotherapeutische Richtungen gibt. Der oftmals gegebene Ratschlag, eine Psychotherapie zu machen läuft in die Leere. Manchmal beginnen damit erst die Probleme, u.a. die, einen „richtigen“ Psychotherapeuten zu finden. „Richtig“ hat gerade bei der psychotherapeutischen Wahl eine inhaltliche Komponente, die „normalen“ Menschen kaum zugänglich ist. Die zu erwartende Wirkungsweise einer kognitiven Verhaltenstherapie bei einer Depression ist sehr anders als die einer orthodoxen Psychoanalyse. Damit sind wir beim letzten Aspekt der allgemeinen Betrachtung von CM angelangt, nämlich dem Zusammenhang von Kompetenz, Strategie und Regionalisierung.

### III. Kompetenz, Strategie und Regionalisierung

Wir haben bisher mit den Beispielen Epilepsie, Depression, Psychiatrie, geistige Behinderung, Nierenversagen, Bypass-Operation gearbeitet. Erwähnt man noch Krebserkrankung, AIDS und Asthma, so hat man die Krankheiten, Störungen und Behinderungen beisammen, über die die Literatur über CM am meisten hergibt. Diese Auflistung ist deswegen nicht wahllos, weil ihr entsprechender, spezialisierter Hilfebereich vor allem mit der Organisation der Hilfe oftmals nicht gut zurechtkommt. Man kann hier aber auch noch ein anderes Charakteristikum von CM erkennen, nämlich die Kompetenzfrage. Wir sind der Auffassung, dass gutes CM nur auf der Basis hoher inhaltlicher Kompetenz erbracht werden kann. Wir möchten unsere Überlegungen dieses Mal anhand eines Negativ-Beispiels entwickeln.

**Beispiel:** Stellen Sie sich vor, Sie haben einige Jahre in der Jugendhilfe gearbeitet. Sie möchten in einem anderen Bereich arbeiten, weil Sie sich mittlerweile zu alt für die Jugendhilfe sehen. Sie interessierten sich für eine der vielen CM-Stellen in der Psychiatrie. Sie erhalten solch eine Stelle mit der Auflage, eine Weiterbildung in CM zu machen. Wir können uns nicht vorstellen, dass Sie mit Ihrer Stelle zufrieden sein werden. Sie werden vermutlich zunächst feststellen, dass Sie von den klinischen Psychiatern nicht akzeptiert werden. Es wird Ihnen wenig weiter helfen, wenn Sie nun beginnen, die „Fachwörter“ der Psychiatrie zu lernen. Sie werden vermutlich danach feststellen, dass es Ihnen schwerfällt, aus den Selbstbeschreibungen der psychiatrischen Einrichtungen zu verstehen, was die denn nun tatsächlich machen. Sie werden später feststellen, dass es Ihre Arbeit erleichtert, wenn Sie eine begrenzte Zahl von Einrichtungen kennen, mit denen Sie „gute Erfahrungen“ gemacht haben. Dies hat für Sie die Konsequenz, dass Sie immer wieder Ihre Klienten in genau diese Einrichtungen und in kaum eine andere schicken.



Wir sind der Auffassung, dass CM nur von Personen gemacht werden sollte, die in diesem Bereich zuvor praktisch gearbeitet haben bzw. arbeiten. Im ersten Fall wäre CM als eigenständiges Berufsbild denkbar (z.B. CM im Bereich von Epilepsie bei Kindern). Im zweiten Fall, den wir letztlich propagieren, ist CM kein eigenständiges Berufsbild, sondern ein Teil der beruflichen Tätigkeit (z.B. CM für sieben Kinder mit Epilepsie neben der Berufstätigkeit in einer Epilepsieambulanz).

Unsere bisherigen Überlegungen wenden sich indirekt gegen zahlreiche Veröffentlichungen über CM aus dem Bereich der Sozialarbeit. Wir haben den Eindruck, dass hier oftmals zu abstrakt und inhaltsleer von allgemeinen Dingen wie „Sach- und Systemkompetenz“, Erklärungswissen, Handlungswissen oder auch kulturelles Wissen gesprochen wird.

Als berufspraktisch orientierte Menschen glauben wir, dass CM auf der Basis von Fachwissen und berufspraktischer Erfahrung betrieben werden sollte. Denn erst dann, und das ist unser Punkt, hat man die Ressourcen und die Erfahrungen im Zusammenspiel von Einrichtungen, Hilfsangeboten und Sozialgesetzen im Kopf, die vernünftiges strategisches Handeln voraussetzt. Und erst auf dieser Basis kann eine Grundvoraussetzung für gutes CM entstehen, nämlich die, dass man von den anderen Helfern und dem Klienten akzeptiert wird.

Damit sind wir bei Regionalisierung angelangt. Gutes CM setzt voraus, dass ich nicht nur theoretisch weiß, wie z.B. eine gute pharmakologische Einstellung eines epileptischen Kindes vorzunehmen ist, und wie die Absenkung der Anfallsbereitschaft im Zusammenhang mit der Schulleistung zu sehen ist. Gutes CM setzt vor allem auch voraus, dass ich Einrichtungen „an der Hand habe“, die eine entsprechend gute Arbeit leisten. Solche Kenntnisse sind aber in der Regel nur in überschaubaren Regionen zu erwerben. Dies gilt nicht zuletzt für CM im Bereich der Psychiatrie. Denn hier gibt es, gerade in Ballungsgebieten, so viele Einrichtungen, dass der für gutes CM notwendige fachliche Überblick nur im Rahmen einer regionalisierten psychiatrischen Hilfe zu haben ist.

#### **IV. Zum Ende des 20. Jahrhunderts: CM wird wichtiger**

Bisher haben wir inhaltliche Begründungen für CM angeführt. Wir haben gute Gründe herausgestellt, die für die Einführung von CM bei chronischen Krankheiten, bei ‚drohender‘ Behinderung und in der Hilfe für Behinderte sprechen. Entsprechende Argumentationen tauchten in den letzten Jahrzehnten immer wieder auf. Praktisch umgesetzt wurden sie aber im Wesentlichen nicht.

Das Bild änderte sich ab den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts. In diesem Zeitraum begann eine Entwicklung, die einige maßgebende Autoren die „Ökonomisierung des Sozialen“ nennen. Mit dieser Entwicklung gewannen Management-Methoden in dem Sozial- und Gesundheitsbereich an Einfluss. Sie begann in den angelsächsischen Ländern und schwappte mit der üblichen Verspätung von einigen Jahren auf Deutschland über. Die Zeit war gekommen, in der auch viele Fachbereiche für Soziale Arbeit begannen, sich für Sozialmanagement zu interessieren.

Wie kam es zu dieser Entwicklung? Warum wurde gerade vor relativ kurzer Zeit Sozialmanagement, und damit auch CM bedeutsam? Solche Fragen sind nicht einfach zu beantworten. Entsprechend unterschiedlich fielen zunächst die Antworten aus. Erst gut ein Jahrzehnt später zentrierte sich die Literatur relativ einheitlich auf eine Argumentationsfigur, die der weltbekannte britische Sozialtheoretiker Nikolas Rose 1996

entwickelte. In der Kurzversion lautet sein Argument, dass der Sieg des Kapitalismus vor Kultur, Bildung, Gesundheit und Sozialem nicht halt gemacht hat. Im Gegenteil: Wohin man blickt, so Rose, ist eine überkommene Gewissheit in's Wanken geraten. Die Gewissheit nämlich, dass Kultur, Bildung, Gesundheit und Soziales mit Steuergeldern finanziert durch Professionelle („Kulturschaffende“, Lehrer, Ärzte und Sozialarbeiter) autonom verwaltet werden. Diese Position ist in's Wanken geraten, weil das ökonomische Leben, so Rose, das öffentliche Leben durchdrungen hat. Und nicht nur das: ökonomische Denkweisen haben auch die einzelne Person erfasst. Wir alle kennen ein Resultat dieser Geschichte: es verbirgt sich hinter dem Mandat nach Selbstmanagement der Person. In der helfenden Zunft hat dieses Mandat bereits eine neue Wachstumsindustrie erzeugt. Denn, so die neue Denkweise, es gibt viele Personen, die aus intellektuellen, psychischen oder sozialen Defiziten heraus nicht in der Lage sind, ihre Angelegenheiten selbständig zu managen. Für sie wird Fremdmanagement vorgeschlagen.

**Beispiel:** In einigen angelsächsischen Ländern wurden die Arbeitslosen abgeschafft, in dem man sie nun Arbeitssuchende nennt. In der neuen Denkweise gibt es auch keine langfristigen Arbeitslosen mehr. Sie werden heute als Personen konzipiert, die Defizite bei der Arbeitssuche verzeichnen. Ihnen soll mittels CM geholfen werden.

In der neuen ökonomischen Denkweise ist CM ein wichtiges Element, das zwei Fliegen mit einer Klappe schlägt: Gutes CM ist Voraussetzung für effiziente und zugleich effektive Hilfe. Gutes CM behauptet von sich aber noch mehr. Es ist auch ein ökonomisches Herrschaftsinstrument über die Professionellen, die bisher alleinig von sich aus entscheiden konnten, was für ihre Klienten gut und richtig ist. Genau dieser Punkt ist immer wieder inhaltlich kritisiert worden.

**Beispiel:** Für eine 62-jährige Patientin wird, gegen ihren Willen, eine Verlegung in ein Heim veranlasst. Der für sie zuständige Psychiater kam zu dieser Entscheidung, weil sie zum achten Mal stationär aufgenommen werden musste. Zu den letzten drei Aufnahmen kam es in immer kürzeren Abständen auch deswegen, weil die Patientin nicht mehr für sich sorgen konnte. Der für die Patientin parallel zuständige sozialpsychiatrische Dienst opponierte gegen diese Maßnahme, weil es aus seiner Sicht sehr wohl möglich wäre, für diese Patientin ein Hilfspaket zu schnüren, mit dessen Hilfe diese Frau zumindest mittelfristig weiterhin in ihrer Wohnung leben könnte.

Verallgemeinert man entsprechende Erfahrungen, geht es gutem CM darum, Hilfen soweit wie möglich lebensweltnah zu organisieren. Für dieses Mandat sprechen, so Rose, nicht zuletzt auch die ökonomischen Erfahrungen mit der bisherigen Praxis. In ihr waren die professionellen Helfer nicht nur die Helfer, die Therapeuten - sie waren gleichzeitig auch die Entscheider an biographischen Wendepunkten. Dieses Doppelmandat wird heute als eine der Ursachen dafür angesehen, dass die Kosten für Soziales und Gesundheit Jahr für Jahr ansteigen.

In den USA war es z.B. so, dass die Kosten für psychische Gesundheit zwischen 1960 und 1990 sich um den Faktor 60 (nicht inflationsbereinigt) erhöht haben (von \$ 1,2 Mrd. auf \$ 80 Mrd.). Damit war das ökonomische Ende dieser Fahnenstange sichtbar. Eine konstruktive Antwort war und ist, Hilfe zu planen und zu organisieren, und vor allem aber: Hilfe/Therapie von Hilfeplanung zu separieren. Mit anderen Worten: Hilfeplanung spricht nicht gegen gute Hilfe oder gegen gute Therapie. Sie spricht dafür, Hilfe und Therapie lebensweltnah zu organisieren.

## V. CM bei psychischen Störungen

Kritische Leser können es schon bemerkt haben: CM bietet sich gerade bei psychischen Störungen an. Einmal sind die Kosten für die Hilfe bei psychischen Störungen über Jahrzehnte hinweg Jahr für Jahr angestiegen. Und, im Zuge dieser Entwicklung, ist der psychosoziale Bereich größer geworden. Dies spricht für Kostenmanagement. Im Zuge dieser Entwicklung ist der psychosoziale Bereich aber auch immer unübersichtlicher und differenzierter geworden. Dies spricht für CM. Denn, wenn ich ‚nicht richtig im Kopf bin‘, ist es oftmals Charakteristikum meiner psychischen Beeinträchtigung, dass meine Selbstmanagementfähigkeiten nur eingeschränkt funktionieren können.

**Beispiel:** Depressive Menschen neigen dazu, sich so zu verkriechen, dass ihr Hilfe-suchverhalten nur minimal ausgeprägt ist. Ihr problematisches Selbstmanagement ist gewissermaßen Symptom ihrer Depression. Gerade Depressionen sind ein Beispiel dafür, dass der selbstbestimmte, mündige Bürger im Feld der Psychiatrie nicht unbedingt vorausgesetzt werden kann. Dies war in der oftmals autoritären klinischen Psychiatrie Begründung für die Zwangsbehandlung. Heute ist es ein Argument für alle möglichen Formen von CM.

## VI. CM bei psychischen Störungen aus neuer gesetzlicher Perspektive

Dem internationalen Trend folgend haben die Gesetzgeber des Bundes und der Länder eine Vielzahl von Gesundheits- und Sozialgesetzen in doppelter Weise verändert. Sie versuchten und versuchen, den Kostenanstieg abzubremsen. Dabei wurde die Koordination und Planung der individuellen Hilfe als Instrument gesehen. Man muss nun nicht glauben, dass die verschiedenen beteiligten Ministerien und Behörden ihre jeweiligen Versuche miteinander abgesprochen haben. Im Gegenteil, das Nebeneinander her der Parlamente und Ministerien hat in Deutschland Tradition. Dies führt, wie wir noch sehen werden, bei unserem Thema dazu, dass in den letzten Jahren die verschiedensten CM-Elemente aufgekommen sind.

Zum Verständnis des Sachverhalts sind an entsprechenden größeren gesetzlichen Veränderungen zu erwähnen:

a) 1997 novellierte der Gesetzgeber wieder einmal das Bundessozialhilfegesetz. Dabei stehen nun zwei Paragraphen im Vordergrund. Die Auswirkungen des §93 BSHG sind, dass Behindertenhilfe nicht mehr ganzheitlich, sondern in Form von Teil-Leistungen erbracht werden muss. Bei gleicher Qualität soll der Behinderten-Helfer (eine Person oder eine Einrichtung) den Zuschlag für eine Teil-Leistung erhalten, wenn er kostengünstiger als andere Anbieter arbeitet. Wir nennen den §93 BSHG den „Fraktionierungs-Paragraphen“. Der §46 BSHG intendiert nun, die Teil-Leistungen zusammen zu bringen. Dieser Paragraph macht einen sog. Gesamthilfeplan notwendig. Wir nennen den §46 BSHG den „Kordinierungs-Paragraphen“.

Fraktionierung und Kordinierung der Hilfe ist ohne CM kaum denkbar. Und ohne Sachkunde auch nicht. Wir können zur Zeit nicht sagen, wie sich die Novelle von 1997 auswirkt. Dies deswegen, weil sie in den meisten Bundesländern erst Ende 2002 in Kraft gesetzt wird.

b) 2001 setzte der Gesetzgeber ein neues Sozialgesetzbuch in Kraft. Das SGB IX (die Bündelung der Rehabilitationsrechte für Betroffene) zentriert all die Reha-Leistungen, die bisher in den verschiedensten Gesundheits- und Sozialgesetzen standen. Koor-



diniert werden die Reha-Leistungen über die sog. „Servicestellen“. Sie haben nach dem Willen des Gesetzgebers viele CM-Funktionen, vor allem bei der Erstellung von Hilfeplänen. Auch diese Intention ist noch Zukunftsmusik. Es wird noch einige Zeit dauern, bis die Servicestellen etabliert sind und ihren Betrieb aufnehmen.

## **VII. CM bei psychischen Störungen in einer Region**

Im letzten Abschnitt haben wir illustriert, dass in den nächsten Jahren CM bei psychischen Störungen wichtiger wird. Wir schauen nun in die Vergangenheit und Gegenwart. Dabei zeigt sich, dass CM-Elemente im Zuge der Psychiatriereform immer mehr in den Vordergrund traten. Man erkennt auch, dass der Begriff „Koordination“ der ältere Begriff für das in etwa heute mit „CM“ Gemeinte war.

- In der Zeit nach der „Psychiatrie-Enquête“ wurden in allen Bundesländern die Betreuungsgesetze geändert. Typischerweise ist es seitdem so, dass Betreuer für hilflose Personen nicht nur Zwang ausüben, sondern auch über Hilfsmaßnahmen zu entscheiden haben. In diesem Sinne sind gesetzliche Betreuer auch Case-Manager. Ob sie dies gut oder schlecht machen, können wir nicht bewerten. Auffallend ist, dass es keine einzige methodisch akzeptable Untersuchung zu diesem Thema gibt. Unsere Beobachtung ist, dass die Qualität dieses CM von der Selbstdefinition der Betreuer abhängig ist. Einige machen diese Arbeit sehr gut, andere machen sie schlecht, so schlecht, dass sie die Lage ihrer Klienten aktiv verschlechtern.
- In der selben Zeit wurden in vielen Bundesländern sozialpsychiatrische Dienste installiert. Eine ihrer Aufgaben ist die Koordination der individuellen Hilfe und der Hilfsangebote. Eine offene Frage ist inzwischen, ob sie dies auch tatsächlich machen. Zwar gibt es hierzu einige Untersuchungen, diese werfen aber mehr Fragen auf als sie Antworten geben. Unsere Beobachtung ist, dass in Bayern nicht wenige sozialpsychiatrische Dienste sich in Richtung hochschwelliger Beratungsdienste entwickelt haben. Andere sozialpsychiatrische Dienste betreiben vor allem niederschwellige Betreuung, was auch als ein Merkmal von CM verstanden werden kann.
- Ab den 80er Jahren erlaubte der Gesetzgeber den psychiatrischen Kliniken den Aufbau von psychiatrischen Ambulanzen. Fortlaufend weitete der Gesetzgeber diesen Einrichtungen ihren Leistungskatalog aus. Im Zuge dieser Entwicklung können heute psychiatrische Ambulanzen ein großes Leistungsspektrum anbieten, bis hin zur Langzeitbetreuung inkl. von Hausbesuchen. Von wenigen Besonderheiten abgesehen umfasst das Leistungsspektrum der Ambulanzen das von sozialpsychiatrischen Diensten. Auch hier gilt das selbe. Es liegen keine Untersuchungen zur Qualität der Arbeit von psychiatrischen Ambulanzen vor.
- Ab Mitte der 90er Jahre einigten sich die sog. „überörtlichen Träger der Sozialhilfe“ auf ein neues Angebot für psychisch behinderte Menschen, nämlich das Betreute Einzelwohnen. Dieses Angebot wurde erstaunlich schnell ausgebaut. Diese Variante der niederschweligen Betreuung ist ebenfalls als ein Merkmal von CM zu verstehen. Aber auch hierzu liegen keine Untersuchungen zur Qualität dieser Hilfe vor.



- In den letzten Jahren haben die Gesetzgeber den Leistungsumfang für den stationären Betrieb der psychiatrischen Krankenhäuser spürbar eingengt. Dies führte u.a. dazu, dass die Kliniken die Liegezeit ihrer Patienten ab 2002 auf im Mittel unter sieben Wochen zu beschränken haben. Diese Entwicklung ist noch nicht abgeschlossen. Im günstigen Falle führte diese Entwicklung bisher dazu, dass die Kliniken begonnen haben, verstärkt und motiviert mit dem ambulanzkomplementären Bereich zusammen zu arbeiten. Voraussetzung hierfür ist, dass solche Kliniken eine seriöse Entlass-Planung kurz nach Beginn der Aufnahme eines Patienten durchführen. Solche Planungen (im günstigen Fall in Anlehnung an die Wünsche und Bedürfnisse des Patienten) sind als CM-Funktionen zu bewerten.
- Seit Mai 2000 finanziert das Bundesministerium für Gesundheit der Aktion Psychisch Kranker (APK) ein Modellvorhaben zur Implementation des personenzentrierten Ansatzes (IBRP) in der ambulanten psychiatrischen Versorgung in ausgewählten Modellregionen. Parallel versucht die APK aktiv, das von ihr entwickelte Hilfeplanverfahren bundesweit durchzusetzen. Eines der Elemente dieses Verfahrens ist, dass alle Einrichtungen in einer Region sog. „Koordinierende Bezugspersonen“ nominieren. Diese sollen den individuellen Hilfeplan durchführen, koordinieren und die Qualität der Durchführung überwachen.

Solch eine umfassende Zusammenstellung kann verwirren. Und dies passiert auch, manchmal täglich, in der Praxis. Hierbei scheint folgende Regel zu gelten: Je komplexer der Hilfebedarf eines Klienten ist, umso wahrscheinlicher geht irgend etwas schief. Um das zu vermeiden, ist strategisches CM auf der Basis fachlicher Kompetenz fraglos sinnvoll.

Die Zusammenstellung illustriert auch den ökonomischen Druck, den die Krankenkassen ausüben. Er hat bisher bereits dazu geführt, dass der klinisch-psychiatrische Bereich seine Funktion verändert hat. Die Klinik ist nicht mehr das strategische Zentrum des Geschehens. Im Sinne guter psychiatrischer Praxis kann sie ihren Beitrag nur dann erbringen, wenn sie mit den ambulanten und komplementären Einrichtungen vor Ort eng zusammenarbeitet.

Psychiatrie befindet sich in einem praktischen Umbruch. Beschreibt oder analysiert man diesen Umbruch, sind weder eindeutige Ursachen noch eindeutige Konsequenzen zu erkennen. Die Folgen und Nebenfolgen der verschiedenen Veränderungen sind auch nicht abzusehen. Diese Erkenntnis ist an den wenigen deutschen Psychiatrie-Politikern nicht vorübergegangen. Ihre Antwort besteht u.a. in der Einrichtung von Modell-Regionen. In diesen Modell-Regionen soll zweierlei gemacht werden:

- Hier soll etwas Neues entlang der Leitlinien von CM, Regionalisierung und lebensweltlicher Orientierung ausprobiert werden.
- Die Zusammenarbeit von Einrichtungen soll sinnvoller, partizipativ-personenorientierter, ressourcenschonender und überschaubarer gestaltet werden.

Wir fragen im letzten Abschnitt, welche entsprechenden Erfahrungen bisher in einer solchen Modell-Region gewonnen wurden. Hierbei beziehen wir uns auf die vermutlich größte Modell-Region in Deutschland. Konkret berichten wir über die CM-Erfahrungen in München-Süd, einer Region mit etwa 400.000 Einwohnern.



### **VIII. CM bei psychischen Störungen in einer Modellregion**

- Unterstützende Betreuung von behinderten bzw. von Behinderung „bedrohter“ Personen parallel zu rehabilitativen Hilfestellungen
- Erstellung notwendiger Hilfepläne. Solche Planungen werden oftmals notwendig, wenn z.B. ein Suchtproblem mit Folgeproblemen in den Vordergrund tritt und durch „unterstützende Betreuung“ bestenfalls nur verwaltet werden kann.
- Koordinierung der verschiedenen Hilfeleistungen. Hinter dieser Notwendigkeit steckt folgendes Problem: Nicht selten widersprechen sich die verschiedenen Hilfsangebote.
- Bereitstellung des Erfahrungswissen und des Sachwissens zu den Konsequenzen des jeweiligen komplexen Hilfsangebots.