

Was (Care) und Case Management bewirken

Der Handlungsansatz Care und Case Management ist komplex. Schon ein Blick auf die verschiedenen Ebenen (Fallebene, Organisationsebene, Netzwerkebene, Versorgungsebene) zeigt die große Bandbreite. Interessant ist allerdings, dass die Ebenen nicht einfach abgegrenzt neben- bzw. übereinander stehen, sondern auch miteinander verschränkt sind und sich vielfältig gegenseitig beeinflussen. Wirkungen entstehen daher häufig nicht nur auf einer Ebene, sondern zeigen sich sowohl im Case als auch im Care. Zudem – sollen die gezeigten Wirkungen kausal auf die Intervention Case Management zurückgeführt werden, ist ein Nachweis schwierig. Dazu sind aufwendige konzeptuelle und methodische Fragen zu klären, selbst unter Berücksichtigung, dass unterschiedliche (wissenschaftliche) Level (von plausibel bis empirisch) die Bandbreite und den Spielraum für die Wirkungsnachweise erhöhen. Es muss nicht immer der sogenannte Goldstandard empirischer Forschung (randomisierte kontrollierte Studie RCT) erfüllt sein, um die Beweisführung abzusichern. Gerade im Care und Case Management, z.B. bei gesundheitssystemischen Fragestellungen mit vulnerablen Gruppen, ist dies aus verschiedenen (nicht nur ökonomischen oder ethischen) Gründen problematisch. Wirkungen auf der Fallebene sind bezogen auf Person- und Umweltsysteme, die Messinstrumente und Verfahren sind hier bekannt und ausgereift. Geachtet werden sollte aber immer, ob tatsächlich auch Case Management angewendet und dessen Effekte gemessen werden (es ist ein Unterschied, der einen Unterschied ausmacht, ob die Intervention in Case Management besteht oder lediglich als Case Management bezeichnet wird). Wie

aber ist vorzugehen, wenn Effekte im regionalen Versorgungssystem (z.B. Steuerung, Kooperation, Vernetzung) nachgewiesen, also Governancefaktoren identifiziert und in den Wirkungen evaluiert werden sollen?

Ein weiterer Aspekt ist, dass das Forschungsverständnis sich ändert: Die Unterteilung in objektive und subjektive Befunde gerät ins Wanken, wenn die Nutzendimension stärker adressiert oder wenn die Frage einer eher partizipativen Forschung gestellt wird. Zunehmend wird diskutiert, ob und wie die Beforschten in den Forschungsprozess einzubeziehen sind – also nicht nur Datenspender sind, sondern aktiv beteiligt sind – und dies nicht nur bei der Frage der Auswahl von Instrumenten, sondern auch bei Fragen der Konzeption, des Designs und der Interpretation der Daten und Befunde. Mittlerweile etabliert und anerkannt sind im Gesundheitsbereich die Erfassung und Bewertung der Ergebnisse durch Patient:innen. PROMs (Patient-Reported Outcome Measure) und PREMs (Patient-Reported Experience Measure) messen nicht nur den Einfluss von (medizinischen) Interventionen auf Funktionsfähigkeit, Lebensqualität und Wohlbefinden aus Patientensicht, sie erfassen auch die erfahrene Qualität der erfahrenen (Gesundheits-)Versorgung.

Wirkung ist daher mehr und etwas anderes als in manchen ausgefeilten Studien empirisch „nachgewiesen“ wird und Evaluationserfordernisse und -möglichkeiten entwickeln sich weiter.

Das gilt es zu berücksichtigen, wenn Sie die Beiträge in diesem Heft lesen. Die ersten vier Beiträge sind Forschungs- bzw. Studienbeiträge: sehr unterschiedlich und höchst interessant. Wir steigen ein mit Stefan Schmidt, der einen hervorragenden Überblick über die aktuelle Studienlage mit Schwerpunkt Gesundheit und Ökonomie gibt. Dann folgt ein Beitrag von Jonathan Bodenheimer und Peter Schanbacher aus der Schweiz über die Wirksamkeit des Case Managements in der beruflichen Reintegration. Die Autoren versprechen „eine Studie anstelle von Mutmaßungen“. Neben den Ergebnissen (Re-Integrationsquote – das ist schon beeindruckend) stehen hier besonders die methodischen Fragen der Bildung verschiedener (Vergleichs-)Gruppen im Mittelpunkt. Marco Alibone, Florian Wenz, Christine Unger und Katja Wimmer



Prof. Dr. Peter Löcherbach

evaluieren mit einer vollstandardisierten, qualitativen Befragung (und der Option für fakultative Erläuterungen) ein Programm für Patienten mit höhergradiger Herzinsuffizienz und für Diabetiker mit Komplikationen in der hausärztlichen Versorgung. Der vierte Studienbeitrag: Evaluierung des Schlaganfall-Kinderlotsenprogramms aus Sicht der Eltern und Lotsen sowie der Qualitätssicherung im Hinblick auf das Case Management wird von Birgit Prodingler, Elmar Stegmeier, Waltraud Egger, Franziska Müller, Julia-Elisabeth Waldmann und Steffen Berweck verantwortet. Die Ergebnisse zur ersten Thematik wurden methodisch durch Befragung (Fragebogen) der Eltern erhoben, die zweite Forschungsfrage (Qualität) durch Analyse verschiedener Dokumente im Lotsenprogramm eruiert. Und die Bedeutung von ICF und ICHI-Code wird ganz nebenbei mit vermittelt bzw. aktualisiert.

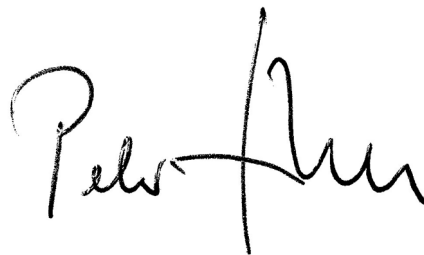
Diese Beiträge zeigen die angesprochene Bandbreite von Forschung im CM: wie gesagt, Evaluation im CCM hat sehr viele Möglichkeiten und es ist wichtig, dass neben Forscher:innen auch Praktiker:innen ihre Erfahrungen und Ergebnisse veröffentlichen. Da besteht, wie gern umgangssprachlich konstatiert wird, noch „Luft nach oben“.

Als fünfter Beitrag im Heft findet sich ein zentraler Theoriebeitrag. Er beschäftigt sich mit Sorgegemeinschaften in Deutschland, mit aktuellen Ansätzen zur Klärung dieses unscharfen Begriffs, von Tobias Wörle, Petra Gaugisch, Madeleine Renyi und Kathrin Deisenhofer. Wie wichtig der Beitrag für die fachliche Auseinandersetzung ist, erschließt sich beim Lesen: verschiedene Definitionen werden in ihrer Reichweite und Konzeption vorgestellt. Im Sinne des Care und Case Managements wird eine Perspektive auf Sorgegemeinschaften eingenommen, die auf das systematische Zusammenwirken zwischen Einzelfall- und Systemebene fokussiert. Im Hinblick auf die Weiterentwicklung, wenn es um Steuerung, Planung und Ausgestaltung und, nicht zuletzt, um Zugang und Teilhabegerechtigkeit (also Partizipation) solcher informell und technisch unterstützter lokaler Sorgenetzwerke geht, stellen sich Ein- und Abgrenzungsfragen (bottom-up-/top-down-Vorstellungen).

Der praxisbezogene Beitrag von Kristin Jansen stellt digitale Tools in der rechtlichen Betreuung und im Betreuungsmanagement vor, die als Selbstbestimmungs-Verstärker für Klienten genutzt werden können. Anschaulich und mit Fallbeispielen belegt präsentiert die Autorin digitale Tools und schlussfolgert, dass „...der digitale Raum, wie kaum ein anderer, vielfältige Möglichkeiten [bietet], individuelle Defizite auszugleichen und Klienten in die Lage zu versetzen, Angelegenheiten wieder selbstständig zu erledigen und ein aktiver Teil des Hilfeprozesses zu sein.“

Und, wie in jedem Heft, finden Sie aktuelle Berichte und Informationen der Fachgesellschaften, dazu eine Rezension, einen Leserbrief und ein Interview mit dem Dezernenten für Gesundheit und Soziales beim Landkreis Graftschaft Bentheim: Thomas Klie befragt Herrn Lödten zu den Erfahrungen mit dem Pflegekompetenzzentrum. Auch dies ist ein Aspekt von Evaluation.

Ich wünsche Ihnen genügend Geduld beim Lesen der Beiträge und hoffe auf viele „Aha-Erlebnisse“ in Bezug auf Nachweise von Effekten des Care und Case Managements. Nicht, dass es Ihnen mit der Evaluation so geht wie in der folgenden Geschichte: Unter einer Straßenlaterne steht ein Mann und sucht und sucht. Ein Polizist kommt daher, fragt ihn, was er verloren habe, und der Mann antwortet: „Meinen Schlüssel.“ Nun suchen beide. Schließlich will der Polizist wissen, ob der Mann sicher ist, den Schlüssel gerade hier verloren zu haben, und jener antwortet: „Nein, nicht hier, sondern dort hinten – aber dort ist es viel zu finster.“ (Paul Watzlawick).



Ihr
Peter Löcherbach