

Case Management – ein Fall für Ethik und Recht?

Wer zu einem Fall für ein Case Management wird, ist zwar hilfsbedürftig, sollte deshalb aber nicht sein Recht auf Selbstbestimmung verlieren. Der Beitrag erläutert aus ethischer Sicht, wie dieser Forderung in der Praxis Rechnung getragen werden kann.

Frank Mathwig

Der Begriff «Case Management» steht für eine Reihe von Methoden zur Organisation und Steuerung komplexer (Versorgungs-)Prozesse. Die Verfahren werden als probates Mittel angesehen zur effiziente(re)n Steuerung der als finanziell angeschlagen geltenden westlichen Sozial- und Gesundheitswesen. Aus ethischer und rechtlicher Perspektive stellen sich dabei zahlreiche Fragen. Grundsätzlich sind Case-ManagerInnen mit all jenen Herausforderungen und Problemstellungen konfrontiert, die in den Standesethiken der Sozial- und Gesundheitsberufe, allen voran in der Pflege- und Medizinethik, thematisiert werden: Welche Funktionen hat Case Management aus ethischer Perspektive im Sozial- und Gesundheitswesen? Wie gehen Case-ManagerInnen angemessen mit PatientInnen/KlientInnen und KollegInnen um? Welche Standards sollen für die Ausbildung und die Berufspraxis gelten und wie werden sie (rechtlich)

geregelt, evaluiert und kontrolliert? Wie kann die Privatsphäre von KlientInnen und Case-ManagerInnen geschützt werden? Wie weit geht die Verantwortung von Case-ManagerInnen gegenüber ihren KlientInnen, den anderen Teammitgliedern und den vorgesetzten Institutionen? Welche (Stellvertretungs-)Funktion haben Case-ManagerInnen im Spannungsfeld zwischen KlientInnen-, institutionellen sowie sozial- und gesundheitspolitischen Interessen? In diesem

«Case Management ist konzeptionell mit vielfältigen Konkurrenz- und Verteilungskämpfen konfrontiert.»

Beitrag möchte ich aus der Fülle möglicher und nötiger Fragestellungen nur eine herausgreifen, die sowohl für die Makro- wie für die Mikroebene grundsätzliche Relevanz besitzt: Wie können Case-ManagerInnen dem Selbstbestimmungsrecht der KlientInnen Rechnung tragen?

Konfligierende Interessen

Das Autonomieprinzip, die Vorstellung von der (wörtlich) Selbst-Gesetzgebung oder -bestimmung der und des Einzelnen gegenüber jeder Form von Fremdbestimmung und Instrumentalisierung, bildet den Kern des neuzeitlichen Menschenbildes. Wird diese Auffassung (vgl. in der Medizin- und Pflegeethik das Prinzip der «Patientenautonomie») dem Case Management zugrunde gelegt, ergeben sich eine Reihe von Fragen: Wie spiegelt sich die Autonomieforderung im



Frank Mathwig

Case-Management-Prozess wider, in dem die KlientInnen «cases» oder «Fälle» darstellen¹? In welchem Verhältnis stehen die Person und ihre fallrelevanten Aspekte? In welchem Interesse und auf welcher Basis wird selektiert (ausgewählt) (Gate-Keeping)? Welchem Auftrag kommen die Case-ManagerInnen als AnwältInnen (Advocacy-Funktion) nach? Zwischen welchen Instanzen, im Hinblick auf welche Zielsetzungen wird vermittelt (Broker-Funktion)? Wer bestimmt, welche Unterstützung (Support-Funktion) in welchem Ausmass und im Hinblick worauf gewährt wird?²

Alle beteiligten AkteurInnen und Institutionen in Case-Management-Prozessen befinden sich in spezifischen Interessenlagen, die mehr oder

¹ Vgl. W.R. Wendt: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. 3. Aufl. Freiburg/Br. 2001: IX: «Der Fall und alles, was mit ihm zu tun hat, nicht eine Person, so muss immer wieder betont werden, ist der Gegenstand des Case Managements.»

² Zu den einzelnen Funktionen vgl. P. Löcherbach: Qualifizierung im Bereich Case Management – Bedarf und Angebote. In: P. Löcherbach et al. (Hg.): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis. Neuwied 2002.

weniger stark konfliktieren. Case Management ist konzeptionell mit vielfältigen Konkurrenz- und Verteilungskämpfen konfrontiert. Gelungene Fallsteuerung besteht vor diesem Hintergrund darin, diese Konfliktkonstellationen nicht lösen zu können und sich gleichzeitig nicht von der einen oder anderen Seite vereinnahmen zu lassen.

Asymmetrische Interaktion

Darüber hinaus zeichnet sich Case Management durch eine doppelte Asymmetrie aus³. Es besteht ein Ungleichgewicht und Machtgefälle zwischen KlientInnen und Case-ManagerInnen einerseits sowie zwischen Case-ManagerInnen und den übergeordneten Institutionen andererseits. Dieses Verhältnis ist als Ausdruck gesellschaftlicher Organisation und sozialer Ausdifferenzierung weder spektakulär noch vermeidbar. Wir regeln nicht alles selbst, sondern delegieren viele Angelegenheiten an staatliche, soziale Institutionen, Versiche-

«Es führt kein Weg daran vorbei, die Asymmetrie zwischen Helfenden und Hilfsbedürftigen als soziale Realität anzuerkennen.»

rungen und so weiter. Aufgrund der komplexen organisierten Verwicklungen ist es aber grundlegend wichtig, kritisch zu prüfen, ob und wie die Case-Management-Verfahren mit dem Recht und unseren grundlegenden moralisch-ethischen Überzeugungen (etwa dem vorher erwähnten Autonomieprinzip) übereinstimmen. Soziale Asymmetrien erfordern einen fundierten Diskriminierungs- und Autonomieschutz⁴.

Die Tragweite dieser Forderung lässt sich an einem Beispiel aus der Case-Management-Literatur verdeutlichen. Die «Case Management Society of America (CMSA)» formuliert in ihren «Standards»: «Der Case-Manager ist anwaltlich sowohl für den Patienten als auch für den Zahler da, um eine vorteilhafte Situation für den Patien-

ten, das Versorgungsteam und den Zahler herbeizuführen.»⁵ Hier wird eine Advocacy-Funktion für KlientInnen und *zugleich* für Leistungsanbieter und Kostenträger reklamiert. Wie problematisch diese Forderung ist, erschliesst sich unmittelbar beim Vergleich mit einem Gerichtsverfahren: Der Anwalt einer Angeklagten hätte dann *gleichzeitig* sowohl die Interessen der Angeklagten als auch jene der Exekutive (Richter, Staatsanwaltschaft) und jene der Legislative (staatliche Gesetzgebung) zu vertreten. Dass hier gravierende Interessenkollisionen vorliegen (wer wäre in einem solchen Prozess noch unbefangen?), wird unmittelbar klar.

Im Sozial- und Gesundheitswesen wird die Frage des asymmetrischen Handelns als *Paternalismusproblem* diskutiert. Paternalismus kann «als jener Gebrauch von Zwang verstanden werden, bei dem es um das Erwerben eines Gutes geht, das von der Person, für die dieses Gut angestrebt wird, nicht als solches erkannt wird»⁷. Der Person fehlt das Wissen, die Kompetenz oder auch die Fähigkeit, das fragliche Gut überhaupt als erstrebenswert zu erkennen. Im Unterschied zu meinem Auto, das ich einem kompetenten Fachmann zur Reparatur anvertraue, betreffen die Aufgaben, welche Case-ManagerInnen stellvertretend für mich («an meiner Stelle» oder «in meinem Sinne») übernehmen, nicht irgendwelche beliebigen Güter (Autos, Gartenpflege), sondern unmittelbar meine Person (meine Gesundheit, Lebensbedingungen oder -chancen).

Mit Asymmetrie umgehen

Entgegen dem schlechten Beigeschmack, der dem Paternalismusbegriff allgemein anhaftet, führt aber kein Weg daran vorbei, das wechselseitige Angewiesensein, die Asymmetrie zwischen Helfenden und Hilfsbedürftigen als «anthropologische Konstante» und soziale Realität anzuerkennen. Brumlik und Keckeisen haben für diese Gratwanderung zwischen Autonomie und Paternalismus zwei Maximen vorgeschlagen: «a) Hilfsbedürftigkeit nicht hinweg-

zudefinieren; und b) Hilfsbedürftigkeit nicht aufzuoktrozieren»⁸. Beide Regeln versuchen, dem anfangs erwähnten Autonomieanspruch trotz asymmetrischer Machtverhältnisse Rechnung zu tragen: Die Forderung, Hilfsbedürftigkeit nicht zu unterschlagen, reflektiert die lebenspraktische Erfahrung, dass es Situationen gibt, in denen die eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten in einem

«Das Selbstbestimmungsrecht der KlientInnen kann nur in dem Mass Berücksichtigung finden, wie die Autonomie der Case-ManagerInnen gewährleistet ist.»

Mass eingeschränkt sind, dass eine Stellvertretung notwendig wird, mit dem Ziel, die Fähigkeit zur Selbstvertretung wiederzugewinnen («empowerment»). Die komplementäre Forderung, Hilfe nicht aufzuzwingen, entspricht dem Prinzip des «informed consent», wonach jede Unterstützungsleistung der Bevollmächtigung durch die oder den Unterstützten bedarf.

Wechselseitiger Schutz der Autonomie

Die Autonomieforderung darf aber nicht auf die KlientInnenseite beschränkt bleiben. Denn deren Selbstbestimmungsrecht kann nur in dem Masse Berücksichtigung finden, wie die Autonomie, Entscheidungsfreiheit und Kompetenz der Case-Ma-

3 Vgl. H.-U. Dallmann: Fürsorge als Prinzip? Überlegungen zur Grundlegung einer Pflegeethik. In: H.-R. Reuter et al. (Hg.): Freiheit verantworten. Festschrift für W. Huber. Gütersloh 2002: 140-152.

4 Dieser Sachverhalt muss deshalb besonders betont werden, weil die ökonomische (auch gesundheitsökonomische) Theoriebildung weit gehend von solchen Asymmetrien zwischen den Beteiligten abstrahiert.

5 Zit. n. W. R. Wendt, a. a. O., 155.

6 Vgl. J. Weiss: Alieno nomine agere. Stellvertretung im Recht, in: Ders.: Handeln und Handeln lassen. Über Stellvertretung. Opladen 1998: 67-86.

7 G. Dworkin: Paternalism, zit. n. M. Brumlik: Advokatorische Ethik. Zur Legitimation pädagogischer Eingriffe. Bielefeld 1992: 233 f.

8 M. Brumlik, W. Keckeisen: «Etwas fehlt». Zur Kritik und Bestimmung von Hilfsbedürftigkeit in der Sozialpolitik. Kriminologisches Journal 4/1976: 258.

nagerInnen selbst (als wesentliche Bedingungen ihrer Verantwortlichkeit) gewährleistet sind. Case Management braucht (rechtliche) Rahmenbedingungen, die wirksam vor einer Instrumentalisierung durch Dritte schützen. Auch in privatwirtschaftlich organisierten Bereichen darf der prinzipielle Vorrang der Person (KlientInnen) vor der Institution (Leistungsanbieter) nicht in Frage gestellt werden. Die Aufgabenbeschreibung der CMSA wird den sozial- und gesundheitspolitischen Realitäten in keiner Weise gerecht und ist damit unbrauchbar. Vielmehr muss Case Management als «Verfahrensanwaltschaft» aus der KlientInnenperspektive entwickelt werden⁹.

⁹ Den Hinweis auf die «Verfahrensanwaltschaft» verdanke ich Maja Nagel. Die TeilnehmerInnen des ersten Nachdiplomstudiengangs «Case Management für die Arbeit im Gesundheits- und Sozialwesen» des WE'G und SBK haben die ethischen Richtlinien für ein solches Advocacy-Modell entwickelt (Veröffentlichung folgt).

Auf der Makroebene der Sozial- und Gesundheitspolitik folgt daraus unmittelbar die ethische Forderung nach gerechten Versorgungsstrukturen. Diese müssen keinesfalls Effizienzüberlegungen widersprechen. Im

«Auch in privatwirtschaftlichen Bereichen darf der prinzipielle Vorrang der Person vor der Institution nicht in Frage gestellt werden.»

Gegenteil, der sorgfältige, sparsame und zweckgerichtete Mittelverbrauch ergibt sich aus der Gerechtigkeitsforderung selbst. Untrennbar mit der Gerechtigkeitsforderung verbunden sind die Forderungen, dass die vorhandenen Mittel gerecht verteilt werden und dass insbesondere alle den gleichen Zugang zu entspre-

chenden Informationen und Leistungen erhalten, dass Entscheidungen transparent gemacht und KlientInnen daran beteiligt werden, dass KlientInnen Angebote ablehnen und eigene, abweichende Zielsetzungen formulieren dürfen und dass ihre Persönlichkeit, besonders im Hinblick auf die KlientInnendaten, geschützt wird. Case-ManagerInnen brauchen das gesetzliche Fundament und die institutionelle Unterstützung, um diesen Forderungen entsprechen zu können. Nur so entgehen sie dem Schicksal von Goldonis Truffaldino, «Diener zweier Herren» zu werden. ■

Autor:

Dr. Frank Mathwig

Schweizerischer Evangelischer

Kirchenbund SEK – FEPS

Institut für Theologie und Ethik

Sulgenauweg 26

3000 Bern 23

E-Mail: frank.mathwig@sek-feps.ch