



Iren Bischofberger, Margot Klein und Beat Sottas

Case Management und Sozialversicherungen – und die Versicherten?

Mitsprache und Mitbestimmung werden bei der Versorgung und Betreuung von Menschen mit Gesundheitsbeeinträchtigungen seit Jahrzehnten diskutiert und von Versicherten wie auch Professionellen immer wieder gefordert. Einen Schritt weiter geht das Konzept Koproduktion: es anerkennt die Leistungen von Patient/innen und Angehörigen, idealerweise bereits bei der Entwicklung von Behandlungs-, Pflege- und Betreuungsleistungen. Der folgende Beitrag gibt Impulse, wie dieses Konzept in der Case Management Diskussion im Allgemeinen und im Handlungsfeld von Versicherungen im Speziellen berücksichtigt werden kann.

Koproduktion und Patientensouveränität als Leitplanken

Längst gibt es im Gesundheits- und Sozialwesen Erkenntnisse und Bestrebungen, dass die Versicherten mehr Mitsprache und Mitentscheidung in ihren Versorgungs- und Betreuungsprozessen wollen (Stimson, 1974; Armstrong, 1984), dass ihre Einbindung effektiv Mehrwerte und deutliche Qualitätsunterschiede schafft (Boyle et al. 2006) und dass sich die Medizin weniger an einer (bevormundenden) Expertokratie orientieren soll (Illich, 1975, 1995). Hier knüpft das heute zunehmend diskutierte Konzept der Koproduktion von Gesundheit an (Dierks & Schwartz, 2003): Menschen sind je nach ihrer Rolle als Versicherte, Erkrankte oder Bürger/innen¹ „beteiligte Experten“ (S. 315), was bedeutet, dass sie nicht nur mitreden und mitentscheiden (wollen), sondern „selbst aktiv

Leistungen erbringen, und durch ihre Mitarbeit wesentlich zur Prozess- und Ergebnisqualität des Leistungsgeschehens beitragen“ (S. 316). Das heisst, Koproduktion geht über die Mitsprache hinaus einen Schritt weiter und spricht Patient/innen Souveränität und Verantwortung zu. Diese ist nicht zu verwechseln mit einer Egalisierung der Rollen, denn diese sind aufgrund der Gesundheitsbeeinträchtigung immer von einer Beziehungs- und Wissensasymmetrie zwischen Fachleuten und Patient/innen bzw. Klient/innen geprägt. Vielmehr gilt es, von Seiten der Professionellen eine Haltung zur Patientenrolle zu entwickeln, die dem Bedürfnis der Patient/innen nach Empathie in stressreichen Situationen gerecht wird und gleichzeitig erkennt, welche Informationen die Patient/innen brauchen, um Entscheidungen souverän fällen zu können. Dies ist vor allem bei Behandlungsentscheidungen und der Therapieumsetzung bedeutsam. Ausgangspunkt dieses Beitrags ist ein Workshop anlässlich der Swiss Public Health Conference 2013. Der Tagungsschwerpunkt war „Vorsorgen und Versorgen bei chronischen Krankheiten: Wer macht was mit wem?“ Dazu wurde ein Workshop konzipiert, in dem ein Team von drei Fachleuten der Pflege- und Sozialwissenschaft zusammen mit einer Patientin mit Multipler Sklerose und

einem Vater eines schwerbehinderten Teenagers die Frage diskutierten: Wie können wir Patient/innen und Angehörigen in der Gesundheitsversorgung mehr Gewicht geben?

Neue Interaktionsformen und Handlungsmodelle

Einigkeit bestand im Workshop darin, dass die Versorgung von Menschen mit chronischer Krankheit oder Behinderung – und damit der Versicherten – heute vermehrt neue Interaktionsformen und Handlungsmodelle erfordert. Dies aus drei Gründen: a) die Dauerhaftigkeit von Krankheit und Behinderung nimmt zu, und damit wächst das individuelle Erfahrungswissen, b) der Bildungsgrad der Schweizer Bevölkerung steigt stetig, und damit erwerben Betroffene mehr Aushandlungskompetenzen, und c) die Patienten- und Angehörigenrolle wandelt sich: sie werden zu Expert/innen ihrer Situation und damit zu Mitgestaltern (Gareus & Abholz, 2012). Die hohe Gesundheitskompetenz und der starke Einfluss kompetenter Patient/innen und Angehöriger sind neben einer zeitgemässen professionellen Haltung konstituierende Elemente eines modernen Gesundheits- und Sozialwesens. Es gibt viele Hinweise, dass deshalb eine zunehmende Anzahl von Menschen im Falle von Gesundheitsbeeinträchtigung

¹ Drei Rollen: 1) als akut oder chronisch Kranke, die eine bedarfsgerechte und wirksame Behandlung für ihre Erkrankungen suchen, 2) als Versicherte, die sich gegen das Risiko Krankheit und die damit entstehenden Kosten absichern wollen (bzw. müssen), und 3) als Bürger, die die Gewährleistung funktionierender Versorgungsstrukturen und gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen einfordern – und diese durch Steuergelder finanzieren.



gen mit selbstbestimmt arrangierten Hilfenetzen im Privathaushalt bleiben will (u.a. Perrig-Chiello und Höpflinger 2012). Solche selbstgesteuerten Versorgungsarrangements sind auch vor dem Hintergrund der Demographie der Health Professionals äusserst relevant, denn die Schere zwischen der Anzahl von Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf steigt, während die Anzahl Professioneller im Gesundheits- und Sozialwesen aufgrund der Pensionierungswelle und des Fachkräftemangels abnimmt (Jaccard & Weaver, 2009). Insofern ist die Prämisse „Koproduktion von Gesundheit“ nicht nur ein neues Konzept, sondern schiere Notwendigkeit im Hinblick auf die Sicherung und Stabilisierung von Versorgungsleistungen.

Relevanz für Case Management bei Sozialversicherungen

Der Vater des behinderten Mädchens – es lebt seit 16 Jahren mit schwerer zerebraler Schädigung zuhause – hätte während des langen Verlaufs und vor allem während der intensiven Therapie- oder Pflegephasen ein Case Management dringend gebraucht. Dieses war jedoch in der Form, die ihm als zunehmend erfahrenem und kompetentem Vater gedient hätte, nicht verfügbar. Deshalb hat er sich eine „Angehörigensouveränität“ erworben – oder eher erobert. Dies illustriert seine folgende Aussage: „Mir kommt es manchmal vor, als ob die Sozialversicherung eine Wasserburg ist, in der die Ziehbrücken hochgezogen sind.“ Dies sagte er ohne Groll, trotz seiner schwierigen Erfahrungen: Zwar würden die Leistungen für seine Tochter bis zur Volljährigkeit verfügt – aber die Haltung, die ihm von Vertreter/innen der Sozialversicherungen entgegen gebracht wurde, sei oft brüskierend gewesen. Er bezahle einen hohen Preis für die Sicherstellung der Versorgung, weil einerseits von ihm verlangt werde, bei zahlreichen Aufgaben – insbe-

sondere der Behandlungsplanung und -koordination während verschiedenster Phasen – intensiv mitzuwirken, er aber andererseits keinen Status als Koproduzent inne habe. Konkret würden Aufgaben meist ungefragt an ihn und seine Familie übertragen. Dies betreffe insbesondere das Management von zahlreichen Schnittstellen im fragmentierten System der Gesundheitsversorgung und der Sozialversicherungen. Aus Patientensicht laufen die Prozesse der Leistungserbringung und -finanzierung unmittelbar zusammen, bzw. sie sind in ihrem Leben ständig manifest. Auf Seite der Professionellen – sowohl bei Leistungserbringern als auch Kostenträgern – ist das Denken und Handeln jedoch primär auf einen klar abgegrenzten Zuständigkeitsbereich ausgerichtet. Erschwerend zu den siloartigen Prozessen kommt für Patient/innen oder Angehörige hinzu, dass die personellen Zuständigkeiten und administrativen Verfahren ständig wechseln. Dies wiederholt und kumuliert sich bei jahrzehntelangen Verläufen. Für den Vater des behinderten Kindes bedeutet es deshalb „Glück“, dass inzwischen seit mehreren Jahren dieselbe Sachbearbeiterin bei der regionalen Invalidenversicherungsstelle für seine Tochter zuständig ist. Dennoch haben er und seine Frau nach all den Jahren bei weitem den besten Überblick über alle Leistungen und deren Finanzierung. Insofern sind sie tatsächlich ausgesprochen stark als Koproduzent/innen beteiligt (Freij et al., 2011). Dies führt auch dazu, dass sich der Vater Kompetenzen zur Systemverbesserung erworben hat. Er illustriert dies so: „Mit meinem Wissen sollte ich eigentlich Organisationsentwicklung machen bei den Versicherungen.“

Koproduktion ermöglichen durch Selbstmanagementförderung und Empowerment

Dass Koproduktion von Gesundheit eher die Ausnahme als die Regel

ist, verdeutlicht die Geschichte von Frau O. Sie ist selbst in einem Gesundheitsberuf tätig und musste vor einiger Zeit zur Symptomabklärung ins Spital. Dort fragte sie eine Ärztin, ob es sich bei ihren Beschwerden um eine Multiple Sklerose handeln könnte. Die Ärztin erschrak über diese Frage und wollte keine Auskünfte geben: Andere müssten darüber entscheiden. Frau O. wurde in der Folge allein gelassen mit ihren Fragen. Auf einer Visite hörte sie, wie ein Arzt zu seiner Equipe sagte: „Das besprechen wir extra muros.“ Frau O. stellte dieses Vorgehen infrage und bat darum, die Befunde mit ihr im Zimmer zu besprechen: Schliesslich gehe es um sie und ihre Gesundheit. Frau O.s Forderung nach Mitsprache löste bei den Fachpersonen Konsternierung aus. Als ihr die Diagnose dann endlich mitgeteilt wurde, sagte ihr der Arzt noch: „Damit müssen Sie jetzt leben lernen“ – ohne jedoch Hinweise zu geben, wie. In einer Neurolodin, die Frau O. in der Folge aufsuchte, fand sie schliesslich eine Ansprechperson, die ihre Fragen beantwortete bzw. mit der sie auch diskutieren, das Für und Wider von Massnahmen (Therapien o. ä.) besprechen und gemeinsam Entscheidungen fällen konnte. Eher zufällig erfuhr Frau O. dann einige Monate nach Diagnosestellung von Evivo², einem Programm zur Selbstmanagementförderung von Patient/innen und Angehörigen (Lorig, 2003, 2011). In diesem Kursprogramm werden gesundheitsrelevante Informationen vermittelt und die Teilnehmenden lernen, wie sie mit typischen krankheitsbezogenen Problemen umgehen, wichtige Entscheidungen treffen und notwendige Verhaltensänderungen umsetzen können. Ebenso lernen sie, ihre Bedürfnisse zu kommunizieren, und sie

² Evivo ist die übersetzte und adaptierte Version des Chronic Disease Self-management Programs der Stanford Universität. Mehr zu Evivo unter www.evivo.ch



werden darin bestärkt, dass sie ein Recht auf Mitsprache haben. Frau O. findet, dass sie als Patientin sehr von Evivo profitieren konnte. Sie wünscht sich dieses und weitere, ähnliche Angebote, damit sich Patient/innen und Angehörige zu gut informierten und emanzipierten Akteur/innen im Gesundheitssystem entwickeln können.

„Gesundheit 2020“: System vereinfachen, Versicherte stärken

Hier knüpfen wir an die vom Schweizer Bundesrat Anfang 2013 veröffentlichten gesundheitspolitischen Prioritäten des Programms „Gesundheit 2020“ an (Eidgenössisches Depar-

tement des Innern, 2013). Der Bundesrat hat darin zwei Ziele formuliert, die für die Koproduktion wie auch das Case Management besonders relevant sind. Es geht insbesondere um die Ziele unter den Überschriften „Das System vereinfachen und Transparenz schaffen“ (Ziel 4.1) und „Versicherte und Patienten/-innen stärken“ (Ziel 2.3). Diese Ziele geben in den kommenden Jahren die Stossrichtung vor für die Versorgungspraxis wie auch die Arbeit von Behörden, Bildung und Wissenschaft: es gilt, deren Arbeiten und deren Prozesse im Hinblick auf die Position der Versicherten zu überprüfen und zu verbessern. Einige Massnahmen sind im Dokument „Gesundheit 2020“ bereits

konkret angedacht und geplant. Andere werden erst noch entstehen.

Fazit

Wenn von Case Management in Versicherungen gesprochen wird, ist zwingend auch die Position der Versicherten mitzudenken. Als Betroffene sind sie eine enorm wertvolle Ressource: sie ermöglichen eine kompetentere Entscheidungsfindung und gesteigerte Adhärenz durch Mitgestaltung des Therapieverlaufs. Wenn mündige Bürger/innen mitbestimmen wollen, lohnt es sich auch wirtschaftlich, aufmerksam hinzuhören und den Dialog zu suchen.

Patientensouveränität im Vergleich unterschiedlicher Sozialversicherungen

In der Schweiz wird die Prämisse der Patientensouveränität von Sozialversicherungen basierend auf der geltenden Gesetzgebung unterschiedlich gefördert. Im Invalidenversicherungsgesetz (IVG) ist der Assistenzbeitrag seit 1.1.2012 festgeschrieben. Darüber kann eine erwachsene, behinderte Person im Erwerbsalter einen Antrag auf Assistenz stellen. Basierend auf dem erhobenen Hilfebedarf wird ein Assistenzbeitrag verfügt. Der Stundenlohn und eine monatliche Höchstgrenze werden je nach Hilfe- und Pflegebedürftigkeit vom Gesetzgeber festgelegt. Der Stundenlohn beträgt derzeit CHF 32.80 brutto. Mit dem Beitrag stellt die behinderte Person als Arbeitgeber eine oder mehrere Assistenzpersonen an – dies kann auch eine sogenannte Care Migrantin sein, die im Haushalt der behinderten Person wohnt (van Holten et al., 2013). Dabei sind drei Eckpunkte wichtig: a) Der Gesetzgeber sieht keinerlei Qualifikationsangaben für die Assistenzperson vor, d.h. diese wird auf dem freien Arbeitsmarkt gesucht, b) Verwandte Personen in direkter Linie und Ehepartner/innen oder Personen im gleichen Haushalt dürfen nicht angestellt werden und c) Die Vorgaben der Verfügung, insbesondere die Anstellung (Arbeitsrecht, Administration etc.), können anspruchsvoll und zeitintensiv sein, deshalb können behinderte Personen während der ersten 18 Monate Beratung und Unterstützung hierbei beanspruchen. Für diese Leistung beträgt der Stundenlohn maximal CHF 75,00 und wird auf eine Gesamtsumme von CHF 1500,00 begrenzt.

Anders sieht es beim Krankenversicherungsgesetz (KVG) aus – es gibt hier zwei wesentliche Unterscheidungen. Für Hilfeleistungen, die als Massnahmen der Grundpflege definiert sind – etwa Hilfe bei der Körperpflege einer an Parkinson erkrankten Person – ist kein Assistenzbeitrag vorgesehen, obwohl die Handreichungen vergleichbar sind mit denjenigen, die Assistenzpersonen bei ihren Arbeitgebern übernehmen. Diese Leistungen können KVG versicherte Personen nicht selbstbestimmt einkaufen, sondern müssen sie von häuslichen Pflegediensten in Anspruch nehmen. Ein anderer Unterschied besteht darin, dass die Koordination von Leistungen, d.h. das Abstimmen verschiedener Akteure und Prozesse für die Behandlung und Pflege seit 1.1.2012 im KVG als Leistungskategorie vorgesehen und nicht auf eine Zeitdauer limitiert ist. Bei der Koordination handelt es sich um vergleichbare Leistungen wie bei der Beratung und Unterstützung, d.h. wenn im Rahmen des Assistenzbeitrags Ziele vereinbart und die Aufgaben als Arbeitgeber oder die Absprachen mit den Assistenzpersonen geregelt und überwacht werden müssen.

Kurzum: Der Gesetzgeber und damit die Sozialversicherungen orientieren sich bei ähnlichen Leistungen bzw. bei deren Vergütung an unterschiedlichen Prämissen im Hinblick auf Selbstbestimmung und Patientensouveränität.



Literatur

- Armstrong, D. (1984). The patient's view. *Social Science & Medicine*, 18(9), 737-744.
- Boyle D, Clarke S & Burns S (2006). *Hidden work: co-production by people outside paid employment*. London: Joseph Rowntree Foundation.
- Eidgenössisches Departement des Innern/Bundesamt für Gesundheit (2013). *Gesundheit 2020. Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Dierks, M.-L., & Schwartz, F.-W. (2003). Patienten, Versicherte, Bürger – die Nutzer des Gesundheitswesens. In F.-W. Schwartz, B. Badura, R. Busse, R. Leidl, H. Raspe, J. Siegrist, & U. Walter (Eds.), *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen* (Vol. 2, pp. 314-321). München/Jena: Urban & Fischer Verlag.
- Freij, M., Weiss, L., Gass, J., Trezza, C., Wiener, A., Melly, J., & Volland, P. (2011). "Just Like I'm Saving Money in the Bank": Client Perspectives on Care Coordination Services. *Journal of Gerontological Social Work*, 54(7), 731-748. doi:10.1080/01634372.2011.594490
- Gareus, I., & Abholz, H.-H. (2012). Patientenpartizipation in der Hausarztpraxis. In R. Rosenbrock & S. Hartung (Eds.), *Handbuch Partizipation und Gesundheit* (pp. 331–343). Bern: Hans Huber.
- Illich, I. (1975). *Die Enteignung der Gesundheit – Medical Nemesis*. Reinbek: Rowohlt.
- Illich, I. (1995). *Die Nemesis der Medizin: Die Kritik der Medikalisierung des Lebens*. Beck'sche Reihe (Vol. 4). München: Verlag C.H. Beck.
- Jaccard Ruedin, H. & Weaver, F. (2009). *Ageing Workforce in an Ageing Society: Wieviele Health Professionals braucht das Schweizer Gesundheitssystem bis 2030?* Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel
- Lorig, K. R., & Holman, H. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
- Lorig, K. et al. (2011). *Gesund und aktiv mit chronischer Krankheit leben*. (Hrsg. I. Kickbusch & H. Haslbeck). Zürich: Careum.
- Perrig-Chiello, P., Höpflinger, F. (2012). *Pflegende Angehörige älterer Menschen*. Bern: Huber.
- Stimson, G. V. (1974). Obeying doctor's orders: a view from the other side. *Social Science & Medicine*, 8(2), 97-104.
- van Holten, K., Jähnke, A., & Bischofberger, I. (2013). *Care-Migration – transnationale Sorgearrangements im Privathaushalt* (Obsan Bericht: Vol. 57). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Prof. Dr. Iren Bischofberger

Professorin für Pflegewissenschaft und Versorgungsforschung, Kalaidos Fachhochschule Gesundheit und Careum Forschung, Zürich
 iren.bischofberger@kalaidos-fh.ch



Margot Klein

Pflegewissenschaftlerin MScN, Projektkoordinatorin Careum Patientenbildung, Evivo Trainerin
 margot.klein@kalaidos-fh.ch



Dr. phil. Beat Sottas

Mitglied des Leitenden Ausschuss der Careum Stiftung und Leiter eines NFP67-Projekts über die Rolle von Angehörigen am Lebensende.
 beat.sottas@careum.ch

