

Politik und Ökonomie der Systemsteuerung im Case Management

Wolf Rainer Wendt

Zu einer Weise der Gestaltung von Dienstleistungen für Menschen ist das Case Management aufgestiegen, als es nicht mehr nur als eine Methode des Handelns in der ambulanten Sozialarbeit begriffen, sondern als Organisationsprinzip auf der Ebene des Betriebs humandienstlicher Versorgung wahrgenommen wurde. Seitdem spricht man von *Systemsteuerung* und stellt sie im Konzept Case Management der *Fallsteuerung* gegenüber.

Hier fängt aber auch die Verwirrung an: Ist die Steuerung auf der Organisationsebene noch unter dem Begriff Case Management zu fassen oder bringt die Arbeitsweise bestimmte Erfordernisse für die Steuerung auf jener Ebene mit sich? Sollte ein Care Management, das organisatorische Entscheidungen trifft, nicht vom personenbezogenen Case Management abgehoben bleiben? Oder braucht das eine das andere? Mit der Prozessorganisation in Humandiensten wird Politik getrieben und gewirtschaftet; das Verhältnis von Ökonomie und Politik in diesem Feld zur professionellen personenbezogenen Arbeit steht in Frage. Seine Erörterung und die Klärung, was zur Systemsteuerung im Case Management gehört, sollen Gegenstand der folgenden Ausführungen sein. Dazu die erste These:

1. Was Systemsteuerung im Case Management heißt und zum Inhalt hat, ist klärungsbedürftig. Sie ergänzt nicht einfach den Dienst und die Arbeit am Einzelfall, also die Fallsteuerung.

Was kann unter Systemsteuerung im Case Management verstanden werden? Steuerung heißt Ausrichtung auf Ziele und Regulierung und Lenkung eines Wirkungsablaufs auf die Ziele hin. Je nach System und Kontext, in dem wir uns bewegen, variieren die Erfordernisse und die Bedingungen, unter denen eine Steuerung erfolgt. Für die Beantwortung von Steuerungsfragen gibt es keine fertigen Rezepte.

Als man in der Sozialen Arbeit mit dem Case Management anfang, war von „Fall“ wie von „System“ nur in dem einfachen Sinne die Rede, dass dem „Klientsystem“ die Ressourcen des „Hilfesystems“ durch das advokatorische und vermittelnde Handeln von Case Managern zugänglich werden sollten. So hat seinerzeit Louis Lowy das Vorhaben auf den Punkt gebracht (Lowy 1988, 31). Seit jenen Jahren hat sich das Instrumentarium Case Management im gesamten Bereich der Humandienste (also der organisierten Versorgung von Menschen in den Risiken, die ihr Leben mit sich bringt) verbreitet. Die

Unterscheidung, die im Konzept Case Management heutzutage zwischen Fallsteuerung und Systemsteuerung getroffen wird, ist ungleich komplexer, und sie beantwortet nicht gleich auch die Frage, was gemeint ist, wenn wir von Systemsteuerung sprechen.

- Steuert das Case Management das System der Versorgung bzw. hat es eine lenkende und regulierende Funktion im System der Versorgung ?

Oder

- Steuert das Versorgungssystem das Case Management bzw. einzelne Abläufe in ihm ?

Das Case Management kann gleichsam „am Hebel sitzen“ oder es kann Gegenstand der Steuerung sein. Das System ist einmal ihr Subjekt und einmal ihr Objekt. Anders ausgedrückt: Ein institutionelles Steuerungsvorhaben allgemein (etwa im Rahmen von Managed Care) kann sich des Instrumentariums Case Management diskret bedienen, oder dieses Verfahren bringt bei seiner personenbezogenen Anwendung in einer Organisation Steuerungserfordernisse in extenso mit sich. Während hier ein Case Manager zur Fallführung auch in der Systemsteuerung gefragt ist, besteht institutionell die Steuerung gerade darin, dass Case Manager eingesetzt werden: das System steuert mit dem Verfahren eine externe oder interne Leistungserbringung, und das Handeln von Case Managern ist darin einbezogen. Wir können also *nicht* die Funktion der Systemsteuerung einfach dem Rollenrepertoire der fallsteuernden Fachkraft zuordnen, wie das in der Sozialen Arbeit gedacht wurde und geschieht (vgl. Löcherbach 2005, 117).

Immerhin lässt sich die Aufgabenstellung der Systemsteuerung von der Fallführung her entfalten. Löcherbach, für den die Systemsteuerung

1. fallbezogen einrichtungsübergreifend (per externer Kooperation für den Einzelfall),
2. fallübergreifend einrichtungsbezogen (per interner Steuerung),
3. fallübergreifend einrichtungsübergreifend (als Versorgungssteuerung)

erfolgen kann, sieht in der dritten Form eine Ergänzung der „Steuerung im Einzelfall“ durch eine *Angebotssteuerung*. „Da diese Aufgabe den einzelnen Case Manager überfordern dürfte, muss die Funktion der Angebotssteuerung und ihre Verkoppelung mit der Einzelfallsteuerung durch geeignete Organisationsstrukturen abgesichert werden“ (Löcherbach 2005, 119).

Bevor ich auf diese und weitere Varianten des Verständnisses und der Praxis von „Systemsteuerung“ näher eingehe, sei zunächst in einer zweiten These festgestellt:

2. Es gibt eine Systemsteuerung in Humandiensten unabhängig vom personenbezogenen Case Management. Inwieweit zum Case Management selber gehört, das System einer Versorgung (Behandlung, Betreuung, Unterstützung) zu regulieren, ist zunächst eine offene Frage. Umgekehrt sind Strukturen der Versorgung maßgeblich für die Abläufe und Steuerungsmöglichkeiten im Case Management.

Zwischen der Ebene der betrieblichen Prozess-Steuerung und der Ebene der direkten personenbezogenen Arbeit – der methodischen Befassung mit einzelnen Fällen - fehlt es gewöhnlich an Kongruenz. Das liegt einesteils daran, dass beruflich verschieden gedacht und gehandelt wird. Sozialarbeiter/innen, Pflegekräfte, Ärzte, Psychologen usw. begreifen das Case Management weniger als ein Handlungsregime der Leistungserbringung im ganzen, denn als Handlungsregulativ ihres Vorgehens im Einzelfall. Verwaltungs- und Betriebswirte, die in einem Amt, einer Wohlfahrtseinrichtung oder einer Versicherung „am Hebel“ sitzen, verstehen sich kaum auf die Professionalität einer humandienstlichen Fallführung und sehen die gewohnten bürokratischen Strukturen davon nicht weiter berührt. Administration wird abgehoben von Behandlung, Betreuung, Unterstützung usw.

Die Einführung des Case Managements als Verfahren in einer Organisation bedeutet nicht ohne weiteres, dass diese sich auf seine Erfordernisse einstellt. Auf der Führungsebene eines humandienstlichen Betriebs meint man genug damit getan zu haben, dass man eine fallbezogene Arbeit vorsieht und für sie Case Manager einsetzt. Diese klagen dann regelmäßig darüber, in den internen Netzwerken und gegenüber externen Netzwerken nicht über die nötige Kompetenz zu verfügen, um effektiv und effizient voranzukommen. Fallübergreifend haben die in der Fallführung tätigen Fachkräfte ohne Zuständigkeit in der Organisation kaum Steuerungsmöglichkeiten.

Auf der administrativen Ebene des mittleren Managements trifft man häufig auf die Ansicht, dass Case Manager nur fallbezogen etwas zu steuern haben. Für eine Steuerung darüber hinaus kann man sich zu Zwecken einer wirkungsorientierten „neuen Steuerung“ im Sozial- und Gesundheitswesen damit behelfen, dass man Case Management quasi doppelt installiert. Beispielsweise hat man im Rahmen des vom Bundesministerium für Gesundheit in Deutschland von 1995 bis 2000 geförderten Kooperationsmodells nachgehende Sozialarbeit für die Zielgruppe der chronisch mehrfach beeinträchtigten Suchtmittelabhängigen neben Case Managern zur direkten Begleitung von Suchtkranken sogenannte „Koordinatoren“ eingesetzt, die im Versorgungsbereich die Vernetzung der Dienste betreiben sollten. (Oliva u. a. 1996). Das half den Case Managern in der individuellen Zusammenführung und

Abstimmung von Hilfen wenig, denn sie konnten im Netz die Fäden nicht ziehen.

In manchen stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens wird nachgerade die *fallunabhängige* Prozesssteuerung als Case Management bezeichnet. So werden beispielsweise im Klinikum Augsburg „Prozessbegleiter“ eingesetzt, die innerhalb der Klinik zur Optimierung der Prozesse zur Patientenversorgung tätig sind. Es sind Pflegefachkräfte und sie absolvieren eine Case-Management-Weiterbildung mit dem Schwerpunkt „Steuerung von Prozessen im Krankenhaus“. Zu ihren Aufgaben gehören

- eine strukturierte Bedarfserhebung,
- die Einbeziehung der Patienten und Angehörigen in die Prozesssteuerung,
- die Belegungs- und Leistungssteuerung,
- die Organisation der internen Abläufe,
- die Koordination aller an der Patientenversorgung beteiligten internen und externen Leistungsstellen,
- ein systematisches Entlassungsmanagement,
- die Sicherstellung einer MDK-gesicherten Dokumentation,
- die DRG-bezogene Dokumentation.

(www.beta-institut.de/download/prozesssteuerung.pdf) Natürlich schließt die Steuerung des Leistungsgeschehens ein, dass man sich auch mit einzelnen Fällen beschäftigt. Aber für eine individuelle Fallführung sind die Augsburger „Prozessbegleiter“ nicht zuständig.

Generell organisiert und kontrolliert ein so verstandenes Case Management berufsgruppenübergreifend die Abläufe humandienstlicher Versorgung. Es ist im stationären Sektor mehr oder weniger identisch mit einem *klinischen Prozessmanagement* (Greiling 2004). Dieses greift bei einem „Gesundheitszentrum“, das einen medizinischen Versorgungsauftrag integral wahrzunehmen beabsichtigt, erst über professionelle Domänen und dann auch weit über die Hospitalgrenzen hinaus. Hierzu sei ein Erfahrungsbericht aus der Frankenwaldklinik Kronach zitiert:

„Das Case Management als neue Struktur musste in eine neue Linienstruktur eingebunden werden, da es durch seinen interdisziplinären Ansatz nicht in die ‚klassischen Säulen‘ des Krankenhauses, also ärztlichen Bereich, Pflege oder Verwaltung, passte. Es wurde somit eine neue Struktur geschaffen: das zentrale Case Management. Dieses umfasst neben den Case Managern die zentrale Patientenaufnahme inkl. administrativer Aufnahme, den medizinischen Schreibdienst und den Sozialdienst“. (Roppelt u.a. 2004, 588)

Bei der Rationalisierung der *internen* Leistungserbringung bleibt es nicht. Die Frankenwaldklinik gibt auch ein Beispiel dafür, wie sich ein „provider“ als „purchaser“, als Beschaffer, zu etablieren versucht: Die Klinik will sich mit dem

Konzept Case Management als Gesundheitszentrum in ihrer Region etablieren und die Patientenversorgung nicht nur innerhalb der Klinik, sondern in Vernetzung mit anderen Dienstleistern auch *extra muros* im Umfeld der Klinik steuern: Die Nachbehandlung durch Ärzte, in der Rehabilitation und Pflege sowie die Unterstützung durch Sozialdienste wird in das Case Management einbezogen.

Analog gibt es im Krankenhaus München-Bogenhausen eine Stabsstelle „Zentrales Case Management“, die im Versorgungsprozess einer Fachabteilung alle beteiligten Akteure zu koordinieren hat. Case Management wird auch hier primär als Systemgestaltung und Systemsteuerung verstanden. Sie zielt „auf ein effektives und effizientes, einzelfallübergreifendes Management von Netzwerken, das Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die konkrete Fallarbeit der ausführenden Akteure leistet. Der Case Manager hat sowohl die Rolle des Akteurs (z.B. Gatekeeper), als auch die steuernde Funktion des Systems und ist zuständig für den Gesamtprozess“ (Huber 2005, 43), aber nicht für ein Management des Einzelfalles. Der „stationäre Case Manager“, wie er genannt wird, beobachtet die Einhaltung von Behandlungspfaden, identifiziert Abweichungen von ihnen und erörtert diese Abweichungen mit den beteiligten ärztlichen Akteuren, ficht dabei aber die ärztlich zu verantwortende Notwendigkeit von abweichenden Behandlungen nicht an.

Die Beobachtungen bei der institutionellen Etablierung von Case Management führen uns zur dritten These:

3. In den Diskurs über Systemsteuerung im Case Management ist eine Verständigung über Konzepte von *Care Management* und (im Medizinsystem) von *Managed Care* einzubeziehen.

Wenden wir uns von der Empirie der Aufbauorganisation den Erfordernissen in der Ablauforganisation humandienstlicher Leistungserbringung zu. Auch hier sind die fallübergreifende Gestaltung und Regulierung der *Care*-Prozesse und das organisierte Vorgehen im Einzelfall (*case-by-case*) zu unterscheiden. Beide Seiten gehören bedacht: Die Unterscheidung ist nötig *zum Verständnis des Zusammenhangs*. Das Regime der Versorgung stellt den Rahmen dar und gibt die Struktur vor, worin fallweise gehandelt wird. Case Management ist systemabhängig; in der Erörterung seiner Funktion sind wir auf das Funktionieren des Systems verwiesen.

Bekanntlich ist beim Nationalen Gesundheitsdienst in Großbritannien für die Organisation und die Lenkungsmechanismen der Versorgung, in der das Instrumentarium Case Management eingesetzt wird, die Bezeichnung *Care Management* eingeführt. Damit wird die fallübergreifende Handhabung der

Versorgung betont. Was im Einzelfall geschieht, ist in die Steuerung des generellen Umgangs mit den Fällen, so wie sie vorkommen, einbezogen. Zu steuern ist die Verwendung des Budgets, die Heranziehung von Leistungserbringern und die Qualitätssicherung. Analog erfolgt ein Gesundheitsmanagement in den verschiedenen *Managed-Care*-Modellen (vgl. Amelung/Schumacher 2004), die nachgerade in der Schweiz verbreitet sind (vgl. Finsterwald 2004). Managed Care kombiniert die Versicherungs- und die Versorgungsfunktion.

Die realisierten Modelle zeichnen sich durch unterschiedliche Mechanismen einer *indirekten* Steuerung aus. Sie erfolgt in Form von *wirtschaftlichen* Anreizen. Hausärzte und Ärztenetze sind durch eine prospektive Vergütung, insbesondere Kopfpauschalen, und durch Bonus-Malus-Systeme dazu angehalten, ihre Patienten kontinuierlich zu begleiten und präventiv zu wirken und eine Ausweitung der Leistungsmenge zu vermeiden (die bei der herkömmlichen Einzelleistungsvergütung nahe liegt). Die Leistungserbringer übernehmen Budgetverantwortung. Die Leistungsnachfrager, also die Patienten, sind ebenfalls durch *incentives*, durch wirtschaftliche Anreize (niedrigere Beitragssätze) in die Steuerung einbezogen.

Wie auch immer organisiert, die Regulierung der Arbeit im Einzelfall beginnt, bevor direkt fallweise gearbeitet wird. *Ein vollständiges Case Management impliziert als Organisationsleistung eine Systemsteuerung*. In der ersten Dimension des Verfahrens – der Zugangssteuerung – sind die Fälle noch nicht gegeben, deren Behandlung im einzelnen zu managen ist. Ein humandienstliches System *organisiert* zunächst die Art und Weise, wie es zu „seinen Fällen“ kommt. Auch der weitere Verfahrensablauf wird zuerst nicht auf der Handlungsebene, sondern auf der Organisationsebene strukturiert, wonach dann die unmittelbare Fallsteuerung mit und für Personen den Prozess der Unterstützung, Behandlung oder Eingliederung strukturiert (nämlich in den Dimensionen der Falleinschätzung, der Zielfindung und Planung und des darauf bezogenen Umsetzungsprozesses).

Dem operativen Einsatz des Instrumentariums CM ist eine Strategie vorgeordnet, die den Zweck des Einsatzes angibt. Gesundheitspolitisch und gesundheitsökonomisch will man die Versorgung von Personengruppen, die das Medizinsystem hauptsächlich in Anspruch nehmen, effektiver gestalten und die Kosten dafür in den Griff bekommen. Stichwort: *Disease Management*. Für die Steuerung des Vorgehens im Einzelfall benötigen die Disease Management Programme als strukturierte Behandlungsprogramme in der Versorgung chronisch Kranker ein Case Management. Die Auswahl der Krankheiten als Objekt solcher Programme berücksichtigt (in Deutschland nach § 137 f. SGB V) folgende Kriterien:

1. Zahl der von der Krankheit betroffenen Versicherten,

2. Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität der Versorgung,
3. Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien,
4. sektorenübergreifender Behandlungsbedarf,
5. Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten und
6. hoher finanzieller Aufwand der Behandlung.

Aus allen diesen Punkten ergibt sich ein Steuerungsbedarf in den Dimensionen des Case Managements.

An der Einführung von Disease Management wird eine Mehrstufigkeit in der Steuerung erkennbar, die wir auch in anderen Anwendungsbereichen des Instrumentariums Case Management vor uns haben. Da ist zunächst die

- Makroebene politisch-ökonomischer Steuerung mittels Zielvorgaben und Ressourcenzuweisung.
- Die managerielle Steuerung des Versorgungsbetriebs betrifft die Prozessorganisation. Sie soll möglichst effektiv und effizient gestaltet sein.
- Auf der Mikroebene professionellen Handelns geht es um die Qualität der Dienstleistung in per Fallführung zu erreichender möglichst guter Kooperation der Beteiligten.

Wirkungsorientiert kann die Steuerung auf den drei Ebenen nicht isoliert voneinander Erfolg haben. Es gibt eine wechselseitige Beziehung, die in der folgenden These erfasst wird:

4. In der Praxis der Systemsteuerung sind zu unterscheiden

- **die *Top-down*-Steuerung personenbezogenen methodischen Handelns,**
- **die *Bottom-up*-Steuerung der Behandlung von Fällen auf organisatorischer Ebene,**
- **eine *horizontale* Steuerung von fallweiser und fallübergreifender Zusammenarbeit.**

Um Case Management als Systemsteuerung in der Praxis voranzubringen, ist es angebracht, sich an institutionenpolitische und ökonomische Entwicklungsstränge zu halten, die im Bereich der Humandienste gleichermaßen die Strukturen der Leistungserbringung und ihren Prozess im einzelnen betreffen. Die Entwicklungen erfolgen

1. top-down:

Eine Gebietskörperschaft oder eine Organisation, die Gemeinschaftsbelange zu vertreten hat, bedient sich des Case Managements, um eine effektivere und

effizientere Aufgabenerfüllung zu erreichen. Die Gestaltung des Handelns wird „von oben“ vorgeschrieben.

Beispiel: Für zugewanderte Jugendliche und junge Erwachsene ist in Deutschland ein Integrationsprogramm eingeführt worden, in dessen Rahmen das zuständige Bundesfamilienministerium den Trägern der *Jugendmigrationsdienste* vorschreibt, die jungen Neuzuwanderer per Case Management individuell zu begleiten. Dazu gehören Erst- und Aufnahmegespräche, Kompetenz- und Potenzialermittlung, Festlegung von Zielen und Planung, Kontrolle der Umsetzung und Evaluation. Der Jugendmigrationsdienst übernimmt die Federführung im Integrationsprozess und soll maßgeblich an der Leistungssteuerung für den jeweiligen Fall beteiligt sein.

2. bottom-up:

Case Manager führen Dienste und Leistungen für ihre Klienten zusammen. Das System soll für den Bürger da sein. Als Anwalt seiner Belange sucht der Case Manager im System der Leistungserbringung Koordination und Kooperation zu erreichen. Eine Systemsteuerung – richtiger: eine steuernde Intervention im System – erfolgt hier, wenn der Fall bereits vorliegt und eine Fallführung schon vereinbart ist. Der mit ihr betraute Case Manager wirkt für die Belange seines Klienten und auch fallübergreifend dahin, dass im Versorgungssystem bzw. im relevanten Umfeld die fallweise benötigten Ressourcen erschlossen sind oder werden.

Beispiel: Eine Servicestelle (im deutschen Sozialgesetzbuch eingeführt gemäß § 22 SGB IX), welche es übernimmt, den Anspruch eines behinderten Menschen auf Rehabilitation und Teilhabe einzulösen, kümmert sich bei den Leistungsträgern und, soweit nötig, bei den Leistungserbringern darum, dass der Rehabilitationsprozess zielstrebig in die Wege geleitet wird und erfolgreich verläuft. – Ein Berufsbetreuer von geschäftsunfähigen Personen (als Sachwalter, wie der Betreuer in Österreich heißt) ist in seinem Aufgabenkreis legitimiert, für seinen Klienten im Versorgungssystem die nötigen Dienste heranzuziehen und zu kontrollieren, ob die vereinbarten Leistungen erbracht werden.

3. in horizontaler Steuerung der Zusammenarbeit:

Sowohl auf der Ebene des Einzelfalles als auch auf der Organisationsebene bedeutet *service integration*, dass betriebsintern und mit externen Akteuren im System und in seiner Umwelt kooperiert wird.

Beispiel: In einem „Lokalen Bündnis für Arbeit“ stützt sich die amtliche Agentur, die für die Eingliederung von Erwerbslosen in Arbeit zuständig ist, auf die gewerblichen Unternehmen am Ort, auf die Dienste der Kommune, auf gemeinnützige Organisationen und auf Initiativen der Bürger, wodurch zusätzliche Möglichkeiten für Beschäftigung und Qualifizierung erschlossen werden. Die Fallmanager in der Arbeitsagentur kommen ohne diese formell organisierte oder informell unterhaltene Unterstützung nicht weit in ihren Vermittlungsbemühungen. So sehr sie sich auch im Einzelfall um die

Akquirierung eines Arbeitsplatzes kümmern, sie schaffen keine Arbeitsplätze. Beschäftigungsförderung schließt Kooperation in der Erweiterung des Arbeitspotenzials ein.

Im Horizont der Zusammenarbeit von Partnern in der humandienstlichen Versorgung wird die Steuerungsaufgabe komplexer, wenn die Organisationen, die miteinander zu tun haben, *je für sich* ein Case Management betreiben. Etwa ein Versicherer als Leistungsträger auf der einen Seite und ein Versorger in der Krankenbehandlung oder Rehabilitation auf der anderen Seite. Dann gibt es bereits bei der Fallauswahl mehrere Alternativen: Sie kann im Krankenhaus erfolgen. In der Patientenführung dort wird entschieden, in welchen Fällen eine weitere Begleitung angebracht ist. Oder der Versicherer beobachtet wiederholte Krankenhausaufenthalte von Versicherten und sortiert mit diesem Kriterium die Fälle für sein Case Management aus. Bei guter Kooperation können beide Verfahren auch miteinander gekoppelt werden.

5. Mit jeder Form der Systemsteuerung sind Probleme und Konflikte der Zuständigkeit und ihrer Abgrenzung insbesondere zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern verbunden.

Das System der Versorgung ist nicht gleichförmig, nicht in sich konsistent. Es funktioniert nicht einheitlich. Im Sozial- und Gesundheitswesen, bei Versicherungen und in der Beschäftigungsförderung gibt es viele Varianten des Einsatzes von Case Managern, ihrer Verortung und der Funktionen, die ihnen zugeschrieben werden. Probleme und Konflikte der Zuständigkeit bleiben nicht aus. Betriebsintern sind Spannungen und Störungen vorhanden, und extern gibt es Konkurrenz unter Leistungsträgern wie unter Leistungserbringern und es gibt Interessengegensätze zwischen beiden Gruppen.

Nehmen wir zum Beispiel die bereits erwähnten *Servicestellen* nach §§ 22 ff. SGB IX, die als gemeinsame örtliche Stellen der Rehabilitationsträger Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohten Menschen, ihren Vertrauenspersonen und Personensorgeberechtigten Beratung und Unterstützung anbieten sollen. Sie informieren über Leistungen, helfen bei der Klärung des Rehabilitationsbedarfs, bereiten Entscheidungen vor und sollen zwischen mehreren Rehabilitationsträgern und Beteiligten auch während der Leistungserbringung vermitteln und koordinieren. In der Praxis funktioniert das nicht so, wie das Gesetz es vorsieht. Die Träger wollen ihre Entscheidungsmacht nicht mit einer selbständig agierenden Stelle teilen. Sie statten sie mit wenig und unzureichend qualifizierten Personal aus oder ignorieren die Kompetenz der Servicestelle und unterlaufen deren Zuständigkeit, indem sie sich weiterhin selber als primären Ansprechpartner von Leistungsberechtigten empfehlen.

Rudimentär bleibt ein Case Management auch, wenn nebeneinander und *unkoordiniert* mehrere Auftragnehmer in ein und demselben Aufgabengebiet der Versorgung tätig sind. Diese kann dann nicht einheitlich gesteuert werden. Agieren etwa in der Sozialen Arbeit mit Suchtmittelabhängigen neben einem kommunalen Dienst weitere Dienste in freier Trägerschaft, nützt es wenig, das Case Management seitens der Kommune für ihren Dienst vorzusehen. Es kann seine Steuerungsfunktion ohne organisierten Zugriff auf die anderweitig versorgten Fälle nicht erfüllen. Hier muss auf politischer Ebene eine Klärung der Kompetenzen erfolgen. Bis dahin beißt sich der politische Auftrag an den öffentlichen, kommunalen Träger – u. a. in der Sozialplanung, Infrastrukturentwicklung, Sozialberichterstattung, Anpassung der Versorgungsstrukturen an den Bedarf – mit den Privilegien frei-gemeinnütziger Träger und auch mit der Dienstleistungsfreiheit, auf der privat-gewerbliche Anbieter bestehen.

Wieder lohnt ein Blick auf die britische Lösung im Care Management mit dem *Purchaser-Provider-Split*: Der öffentliche Leistungs- und Kostenträger klärt den Bedarf, verfügt über das Budget zu seiner Deckung und beschafft die nötigen Leistungen. Ein „welfare mix“, in dem verschiedene Anbieter konkurrieren, ist dem Leistungsträger recht. Er kontrolliert die Umsetzung von Vereinbarungen, fordert die Evaluation ein und steuert damit das System der Leistungserbringung. Die einzelnen Anbieter von Diensten beschränken sich auf die interne Fallführung.

Bei einem gegebenen Versorgungsauftrag erfüllt ein Case Management seinen Zweck in einem „management of care“ und ist darauf angewiesen, dass es existiert. Daraus folgt:

- 6. In einem weiteren Sinne schließt das (vollständige) Case Management eine Systemsteuerung ein – unausweichlich und gewollt. Das Verfahren ist sozialpolitisch und für die Strategie von Organisationen im Sozial- und Gesundheitswesen, in der Beschäftigungsförderung und im Versicherungswesen interessant, weil es eine neue *Steuerung der Leistungserbringung* ermöglicht.**

Vollständig ist ein Case Management dann, wenn es auf alle Fälle eines Typus Anwendung findet. Geschieht das nicht, erfüllt das Case Management seinen versorgungsökonomischen und seinen versorgungspolitischen Zweck nicht und kann seinen Erfolg nicht erweisen. Es handelt sich dann nur um einen Service unter anderen Diensten nach dem Motto: „wir helfen, wir beraten und wir offerieren Ihnen auf Wunsch auch einen Case Manager“. Viele Beschwerden von Case Managern rühren daher, dass sie derart eingesetzt werden. Sie sollten sich in dieser Situation zum Anwalt eines vollständigen Case Managements

machen, in dem per Systemsteuerung geklärt und geregelt wird, dass und wie allen Fälle begegnet wird.

Es ist eine Klärung darüber herbeizuführen, wie die Rationalität eines Systems in der sozialen und gesundheitlichen Sicherung und Versorgung und die Rationalität des Case Managements einander bedingen. Im System kann eine geschickte Handhabung, d. i. ein Management, der Fälle, in denen es auftragsgemäß agiert, dann erfolgen, wenn das System *seine* Prozesse entsprechend geschickt handhabt, also sich selber „managt“. Folglich ergibt sich mit dem Case Management die Unausweichlichkeit der Systemsteuerung. Case Management kommt einem durchgängigen Organisieren humandienstlicher Tätigkeit gleich. Organisation verstanden als Prinzip modernen Regierens (Bruch/Türk 2005, 89 ff.), egal ob wir es von den Adressaten und Nutzern her oder von den Betreibern her verstehen.

Die von David Moxley eingeführte Unterscheidung zwischen einem „*system driven*“ Case Management und einem „*consumer driven*“ Case Management (Moxley 1997, 15 ff., vgl. Klug 2002, 45 f.) bleibt bei einer vollständigen Implementation des Verfahrens nicht erhalten. Systemorientiert geht es beim Case Management primär um eine bessere Organisation der Erbringung von Humandienstleistungen. Kundenorientiert stellt es ein Unterstützungsmanagement dar, mit dem Menschen geholfen wird, in ihrem wohlverstandenen Interesse liegende bzw. von ihnen bestimmte Versorgungsziele zu erreichen. Um eine darauf bezogene Ressourcenkontrolle geht es auf beiden Seiten. Einer Solidargemeinschaft als Betreiber eines Systems der Versorgung und Sicherung ist geholfen, wenn in der Zweckerfüllung des Systems seine Effektivität für die Nutzer sich mit seiner Effizienz im Betrieb verträgt.

- 7. Es sind die *ökonomischen* Implikationen des Verfahrens, die seinen Gebrauch begünstigen. Sie betreffen die Steuerung (Allokation und Distribution) des Ressourceneinsatzes, die effektive und effiziente Gestaltung von Abläufen, die Schaffung von Kosten-Nutzen-Transparenz. Dazu sind die Steuerung auf der Ebene der Organisation und die Steuerung auf der Ebene des Einzelfalls wechselseitig miteinander zu verbinden.**

Dem Case Management ist eine ökonomische Rationalität eigen, die seinen Einsatz begünstigt. Gewöhnlich wird unter den Stichworten Effektivität und Effizienz dem Case Management eine Qualität der Steuerung zugeschrieben, zu der in jedem Schritt Kosten-Nutzen-Erwägungen gehören: beim Zugang, im Assessment, in der Planung und ihrer Umsetzung und in der Evaluation. Wenn das Case Management für die (Organisation der) Bedarfsdeckung in einem

Sozialraum oder einer *Gesundheitsregion* eingesetzt wird, übernimmt es auch die Aufgabe der Allokation und Distribution von Mitteln und Möglichkeiten bezogen auf die verstreuten Handlungserfordernisse etwa in der Jugendhilfe oder in der gesundheitlichen Prävention.

In der Krise des Wohlfahrtsstaates ist entschieden, dass die öffentliche Hand und die beauftragten öffentlich-rechtlichen Körperschaften nicht mehr alles und ohne Überprüfung bezahlen, was in den Subsystemen der Humandienste mehr oder minder professionell getan wird. Im Grunde geht es nun in der Leistungserbringung darum, *den Haushalt* einer Versorgungsgemeinschaft in transparenter Weise *mit Haushaltsentscheidungen* von zu versorgenden Menschen und von den dienstlich Zuständigen zu verbinden. Dies derart, dass man den persönlichen und personenbezogenen Haushaltsentscheidungen in den übergreifenden Haushalten nachkommen kann. Es ist ökonomisch angebracht, dass ein Versicherer für bestimmte Fallgruppen ein besonderes Management (etwa eine Patientenbegleitung) vorsieht. Das erlaubt der Versicherung, den Anforderungen an ihre Wirtschaftlichkeit besser zu entsprechen.

Egal, ob es „system driven“ oder „consumer driven“ angelegt ist, ermöglicht das Case Management rationale Entscheidungen über den Einsatz knapper Mittel für ausgemachte Zwecke. „System driven“ geht es in erster Linie um eine Klassifikation der Fälle und ihre Selektion, um dadurch den Einsatz der im Versorgungssystem verfügbaren Ressourcen zu optimieren. Diese Regulierung kann ebenso sehr die vernünftige Wahl von Konsumenten sein wie im Interesse des Betreibers von Diensten liegen. Beide Seiten können in der Ressourcenallokation übereinkommen, wenn die Vorteile auch für den einzelnen Nutzer deutlich sind, also eine „win-win“-Situation eintritt, exemplarisch in einer Genossenschaft oder eine Versicherung auf Gegenseitigkeit.

8. Die „politische Ökonomie“ der Steuerung von Humandienstleistungen mit dem Case Management besteht darin, Verantwortung neu zu teilen. Die Verantwortungsteilung betrifft alle Akteursbereiche in der Triangel von Leistungsträgern, Leistungserbringern und Leistungsnutzern sowie das generelle Verhältnis von institutionellen Versorgern und selbst sorgenden Bürgern und Bürgerinnen.

Die grundsätzliche Wendung vom „Versorgungsstaat zu einer sorgenden Gemeinschaft“ (wie es in den Niederlanden schon 1982 hieß) hat eine neue *Verantwortungsteilung* zum Inhalt. Die Bürger übernehmen in Belangen ihrer sozialen und gesundheitlichen Versorgung mehr Verantwortung für sich selber. Ein „aktivierender Staat“ wirkt dahin, dass eine eigene Daseinsvorsorge der Bürger zustande kommt und verstärkt wird. Verantwortlich handeln kann in

sozialer und gesundheitlicher Hinsicht, wer zur Selbstorganisation imstande und zu einem Selbstmanagement in der persönlichen Lebensführung fähig ist.

In den Entscheidungen über meine Daseinsvorsorge beeinflusst mich eine *extrinsische* Steuerung, die im politischen Raum erfolgt. Der aktivierende Staat trifft Regelungen und ordnet seine Administration neu und hält auch die von ihm abhängigen Dienste zu einer entsprechenden Gestaltung an. Ihr korrespondiert eine *intrinsische* Steuerung in der Lebensgestaltung und im Handeln der Bürger, auf die man politisch setzen kann oder die man herausfordert. Der Leistungsträger oder Dienstleister geht von sich aus auf seine Klientel zu und wartet nicht ab, bis sie ihre Bedürftigkeit bei ihm meldet. Ein Versicherer teilt seine Verantwortung mit Versicherten, indem er ein vorbeugendes Verhalten mit ihnen vereinbart und es prämiiert. Das betrifft nicht nur die primäre, sondern auch eine sekundäre Prävention.

Im konkreten Fall mag ein Versorger der resignierten Feststellung „ich bin invalide“ einer Person mit der Frage begegnen, welche Tatbestände zu dieser Feststellung führen und wie sie sich nach Meinung des Betroffenen in Kooperation ändern lassen. Indem also eigene und zu teilende Verantwortung unterstellt wird, reduziert sich das behauptete Unvermögen auf objektive Gegebenheiten, , umwelt- und personbezogene Kontextfaktoren, die sich relativieren und eventuell ändern lassen. Aus einem funktionsgestörten behinderten Menschen wird ein funktionsfähiger Mensch mit Behinderungen. Diese Umsteuerung im Verständnis ist von der Weltgesundheitsorganisation mit der neu gefassten ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit), die auf funktionale Gesundheit und auf soziale Partizipation abstellt, bis in die nationalen Gesetzgebungen, in Deutschland im SGB IX und in den auf die ICF bezogenen Rehabilitationsrichtlinien, vollzogen worden.

Verlangt ist in diesem Zusammenhang generell eine veränderte *Einstellung* von Versorgern oder Versicherungen auf die Menschen, von denen eine neue Wahrnehmung ihrer Verantwortung erwartet wird. Auf die Bürger und potentiellen Nutzer von Diensten ist viel mehr *zuzugehen* als dass sie mit dem Antrag auf eine Versorgung zu ihnen *kommen*. Ob es ein Jugendamt ist oder eine Krankenversicherung – präventives Arbeiten, Früherkennung und Frühförderung sind um so mehr und besser möglich als nicht gewartet wird, bis ein Schaden eingetreten ist. Die Strategie der Steuerung schließt eine Handlungskoordination über Kontrakte ein, die Verbindung eines fördernden mit einem fordernden Handeln, und sie verlangt Kontinuität in der Begleitung der Klientel und Konsistenz in der Gestaltung der notwendigen Versorgung.

9. Im Versorgungssystem des Gesundheitswesens und des Sozialwesens gibt es einen Strukturwandel hin zu „integrierter Versorgung“. In ihr werden herkömmliche Systemgrenzen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung, zwischen Akutbehandlung, Rehabilitation, Pflege, sozialer und beruflicher Integration tendenziell überwunden. Dieser Wandel bedeutet ein verändertes Vorgehen im Einzelfall und auf Pfaden des Umgangs mit Fallgruppen.

Der Versorgungsauftrag wandelt sich. Auf lange Sicht ist die Trennung zwischen *services in cash* und *services in kind* zu überwinden. Wer weniger zahlen will, muss mehr tun. Das betrifft die Kostenträger wie die Empfänger von Leistungen. Auf kürzere Sicht sind die strukturellen Barrieren abzubauen, die einer zusammenhängenden Versorgung im Wege stehen.

Die Überwindung der Trennung von Sektoren der medizinischen Versorgung stationär und ambulanten, von Rehabilitation und Pflege, von Gesundheitssystem und sozialer Versorgung wird vom Gesetzgeber angestrebt. In der Schweiz sind bei der laufenden Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Neufassung des Art. 35 KVG) „integrierte Versorgungsnetze“ als Zusammenschluss von Leistungserbringern vorgesehen. Im Zuge der Gesundheitsreform sind in Deutschland die §§ 140 a ff. in das SGB V eingefügt worden, wonach die Krankenkasse „Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung“ abschließen können (§ 140 a SGB V). Analog sieht das SGB IX eine integrierte Versorgung vor. Sie bedeutet eine Abstimmung aller für eine Person benötigten Dienste aufeinander und die strukturelle Bahnung dieser Integration in der Leistungserbringung. In den Verträgen zur integrierten Versorgung müssen sich „die Vertragspartner der Krankenkassen zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten verpflichten“ (§ 140 b Abs. 3 SGB V).

Die Prozessoptimierung in der Administration wie in der Leistungserbringung ist für alle Beteiligte von Nutzen. Die organisatorischen Verbund- und Vernetzungslösungen erfüllen ihren Zweck in Verbindung mit entsprechenden Lösungen für das direkte klinische Vorgehen. Dafür werden Pfade – *Clinical Pathways* – beschrieben, die in ihren Erfolg geprüft sind. Diese Wegbereitung ermöglicht eine Abgleichung von Ökonomie und Professionalität. Entwickelt werden evidenzbasierte Handlungsmuster, wie am besten vorzugehen ist. An ihnen können sich Case Manager orientieren und auf sie auch die Beteiligten an der Fallführung verpflichten. Eine *evidenzbasierte Praxis* wird inzwischen nicht nur in der Medizin, sondern auch in der Psychotherapie und für die Sozialarbeit gefordert. „Evidenzbasierte Sozialarbeit ist die gewissenhafte und systematische Identifizierung, Analyse, Evaluation und Synthese der Beweise wirksamer

Praxis als ein wesentlicher Teil des integrativen und kooperativen Prozesses, in dem Dienstleistungen für Klienten, die einer bestimmten Zielgruppe angehören, ausgewählt und angewandt werden. Der evidenzbasierte Prozess der Entscheidungsfindung schließt die Berücksichtigung der professionellen Ethik und Erfahrung ein, ebenso die Berücksichtigung der persönlichen und kulturellen Werte und Ansichten von Konsumenten.“ (Cournoyer 2004, 4).

Es gibt bis jetzt erst wenige Verfahrensbeschreibungen, die wirklich als Standard gelten können. Aber je besser wir wissen und darin übereinstimmen, was beispielsweise im Krankheitsverlauf von Diabetes, in der Krebsnachsorge, bei einer bestimmten Behinderung (im Disability Management) oder bei Kindesmisshandlung (Macdonald 2000) zu tun ist, desto eher können wir erwarten, dass die Beteiligten auf dieser Wissensbasis kooperieren bzw. in das Vorgehen einbezogen werden können.

10. Die Systemsteuerung im Case Management sorgt für einen wechselseitigen Übergang von Verwaltungshandeln und fachlichem Handeln bzw. von Sachbearbeitung und personenbezogener Kommunikation – mit Folgen für die Kompetenz von Case Managern.

Im Steuerungsprozess des Case Managements werden Fälle „verwaltet“. Sie werden registriert, aufgenommen, zugewiesen, auf Berechtigungen geprüft, dokumentiert. Insgesamt stellt das Case Management eine Entscheidungsprozedur dar, für die eine sachgemäße Bearbeitung Voraussetzung ist. Sie wird nicht oder nur zum Teil von den persönlichen Ansprechpartnern von Klienten geleistet. Ein Case Manager ist seinerseits auf eine angemessene Sachbearbeitung und Datenverwaltung angewiesen. Von Verwaltungsseite und informationstechnisch muss darauf geachtet werden, dass ein individuelles Case Management hinreichend unterstützt und nicht bürokratisch behindert wird.

Case Management ist ein Art kooperativer Sachbearbeitung. In der Regel beginnt eine Fallführung in der Verwaltung und endet auch in ihr. Wie in einer Organisation oder von einem Dienst „die Fälle geführt“ werden, ist nicht von den Case Managern, die dazu herangezogen werden, zu vertreten. Zumindest nicht von ihnen allein. Bei hinreichender Kompetenz können Case Manager die Sachbearbeitung in ihre Arbeitsgestaltung einbeziehen; bei Mangel an Kompetenz (d. i. Fähigkeit und Zuständigkeit) nimmt die Administration die Fallführung in Anspruch und bestimmt über sie. Generell beobachten wir einen gegenläufigen Prozess

- des Übergangs von personenbezogenem Dienst in die Administration der Bearbeitung von Fällen und

- des Übergangs von herkömmlicher Sachbearbeitung in eine individualisierte Fallführung.

Letzteres geschieht in Versicherungen und im Zuge der Hartz-Reformen in den Agenturen für Arbeit. Ersteres erfolgt im Gesundheitswesen z. B. bei Durchführung von Disease Management Programmen (mit Klagen von Ärzten über immer mehr Verwaltungsarbeit für sie).

Die Adressaten des individuellen Case Managements sind in seine „Sachbearbeitung“ durchaus einbezogen. Sie informieren, geben Auskunft, weisen ihre Berechtigung nach, kontrollieren und evaluieren Verläufe. Bis zu einem gewissen Grade können sie Case Manager in eigenen Belangen sein. Sie definieren mit, was bei ihnen „der Fall“ ist. Dadurch ist ihre Interaktion mit den Fachkräften kanalisiert. Die im Zuschnitt des Falles erforderliche Sachbearbeitung (in den Kanälen der Tatbestandsfeststellung, Sachverhaltsklärung, Datenverwaltung) beschränkt die Kommunikation von Mensch zu Mensch im Case Management. Ein Case Manager erlegt sich die Beschränkung auch selber auf.

Die Verhandlung über Sachverhalte, ihre Klärung und ihre Bearbeitung sind ebenso sehr steuerbar wie sie an der Oberfläche einer menschlichen Problematik bleiben. Sie vollauf zu verstehen, ist oft nicht geboten. Das hieße, die Gegebenheiten in ihrer Tiefendimension wahrzunehmen. Für sie ist eine Hermeneutik der Fälle angebracht, und hier wird in der Praxis pädagogisch, psychologisch usw. gewirkt. Das Case Management enthält auf den Einzelfall bezogen keine Pädagogik, Psychologie oder Medizin und überlässt das jeweils angebrachte diagnostische, therapeutische und erzieherische Vorgehen den zuständigen Fachkräften.

Es ist nun aber unter Steuerungsgesichtspunkten eine wesentliche Frage, wie vorab fachliche Belange bzw. Erfordernisse in Entscheidungsprozeduren des Case Managements einbezogen sind bzw. einbezogen werden müssen. Was hat die Case Managerin einer Versicherung oder der Case Manager in einem Krankenhaus selber medizinisch zu beurteilen, ohne Behandler zu sein ? Und auf welcher Ebene der Fallbearbeitung (in der übergreifenden Fallzuordnung oder in der Führung von Einzelfällen) ? Die Antworten fallen in der Praxis unterschiedlich aus.

11. Systemsteuerung in Form von (horizontaler) Koordination und Kooperation heißt Arbeiten in und mit Netzwerken. Case Management besteht fallübergreifend in einem Schnittstellenmanagement. Zu ihm gehört die (politische, organisatorische und mentale) Überwindung von Barrieren zwischen Handlungsbereichen und in der Fallbearbeitung.

Case Manager finden *Netzwerke* vor und knüpfen Netze, um Mitwirkung und Unterstützung zu erreichen und Ressourcen zu mobilisieren. Case Manager bringen Kooperation und Koordination im Netz formell beteiligter Stellen und Fachkräfte zustande, und sie intervenieren in soziale Netzwerke von einzelnen Menschen. Das Case Management greift in der Systemsteuerung in Kontexte jenseits der Organisation aus, in der es stattfindet. Es erfolgt in Kontakt mit anderen formellen und informellen Akteuren, um deren Handlungsvermögen zu nutzen. Case Manager sind in humandienstlichen Organisationen in erster Linie dort gefragt, wo nicht Professionelle schon voll und ganz alles erledigen, was zu tun ist. Wir haben es in der Pflege von alten und behinderten Menschen, in der Versorgung chronisch Kranker, aber auch in der Jugendhilfe zunehmend mit weniger qualifizierten bzw. nicht ausgebildeten Helfern und mit Mitwirkenden aus anderen Berufen zu tun. Es werden Angehörige, Freunde und Nachbarschaften herangezogen. Case Manager sind die Netzwerker, welche die Interaktion der Beteiligten zu steuern wissen.

Die Netzwerkarbeit erfolgt auf mehreren Ebenen fallübergreifend, fallunabhängig und prospektiv. Das Beziehungsgeflecht, in dem sich ein Case Manager bewegt und das er nutzen will, muss gepflegt werden. Nicht erst dann, wenn man im Einzelfall Unterstützung braucht. Das Knüpfen von Netzen geht der Fallarbeit voraus. Die Anknüpfungen, die in ihr erfolgen, bestätigen und kräftigen eine Vernetzung. Sie bedeutet eine horizontale Kooperation, in der Netzwerke zugleich initiiert und immer wieder genutzt werden.

Die Vernetzung kann von verschiedenen Seiten betrieben werden und dient dabei einer jeweils anders ausgerichteten Systemsteuerung:

1. Systemsteuerung durch den Leistungsträger

Case Management wird von Kostenträgern in erster Linie zur Prozessoptimierung betrieben. Das britische Beispiel einer Regulierung, in welcher der öffentliche „purchaser“ im Rahmen seines Budgets die „providers“ heranzieht, wurde bereits erwähnt. Im deutschen Kontext geben nach der Hartz-IV-Reform die Agenturen für Arbeit ein herausragendes Beispiel dafür ab, wie ein Leistungsträger mit mehr oder weniger Geschick Dienste intern und Dienste von extern beziehen kann, um seine Aufgabe zu erfüllen. Während intern die Funktionen der Zugangssteuerung, die Abklärung der Situation und die Wiedereingliederung in Arbeit als Beschaffungsaufgabe unterschieden und verschiedenen Stellen der Organisation (Kundenzentrum, Beratung, Back-Office) zugeordnet werden können, lassen sich andere Funktionen „outsourcen“, also per Ausschreibung vergeben (etwa in der Qualifizierung von Arbeitssuchenden) oder ergänzend beziehen (bei Sucht- oder

Schuldnerproblemen oder in der Jugendhilfe für die Kinder arbeitssuchender Eltern).

2. Systemsteuerung durch Leistungserbringer

Nehmen wir als Muster die *Migrationserstberatung* bei den deutschen Wohlfahrtsorganisationen. Sie ist ab 2005 mit dem Ziel eingeführt, „den Integrationsprozess bei Neuzuwanderern zu initiieren, zu steuern und zu begleiten“. Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) trägt zwar die Verantwortung und nimmt sie aus der Distanz bürokratisch wahr, überlässt aber die Ausgestaltung der Praxis, mithin das Case Management, den freigeinnützigen Dienstleistern. Ihnen ist eine „bedarforientierte Einzelfallbegleitung“ mit folgenden Kernelementen aufgetragen:

- „Sondierungsgespräch“ mit dem Neuzuwanderer,
- Erstellung einer individuellen Sozial- und Kompetenzanalyse,
- Erstellung eines Förderplans,
- Sicherstellung der Umsetzung des Förderplans,
- gegebenenfalls Abschluss und Kontrolle einer Integrationsvereinbarung,
- Durchführung der sozialpädagogischen Betreuung bei individuellem Bedarf,
- aktive Mitarbeit in kommunalen Netzwerken, ggf. auch Aktivierung von Netzwerken.

Wie mit all dem praktisch der Integrationsprozess auf lokaler Ebene zu steuern ist, wird der dienstleistenden Organisation nicht vorgegeben. Sie agiert nicht allein im Feld, sondern hat es mit verschiedenen Anbietern von Integrationskursen zu tun, mit anderen Migrationsdiensten, mit der Ausländerbehörde, mit der Bundesagentur für Arbeit, mit kommunalen Regeldiensten, mit bürgerschaftlichem Engagement für Immigranten usw. Eine Steuerungsmöglichkeit besteht darin, ein „lokales Bündnis für Integration“ zu initiieren und darin sich mit den Beteiligten strategisch und operativ abzustimmen. Die leistungserbringende Organisation hat so die Chance, in eigener Regie die Systemsteuerung vor Ort zu gestalten; die Bundesbehörde sieht sich nur im Misserfallsfall gefordert, steuernd einzugreifen.

3. Systemsteuerung als selbständiger Dienst

Von unabhängiger Seite wird einer zuständigen Institution angeboten, ihr eine Aufgabenerfüllung mitsamt der dazu erforderlichen Prozesssteuerung abzunehmen. Das Geschäft geht an einen intermediären Dienst über, der in einer Hand zusammenführt, was von verschiedenen Humandienstleistern, Behörden und anderen Stellen zu tun ist.

Beispielsweise erfolgt eine Übernahme des Case Managements für Unfallversicherer durch einen privat-gewerblichen Leistungsanbieter. Er sichert

ihnen eine fachlich versierte, rechtlich und wirtschaftlich angemessene Versorgung der Unfallopfer zu und zieht in seinem Beziehungsgeflecht die nötigen Stellen und Maßnahmen im Rehabilitationsprozess bei und berichtet regelmäßig über den Fortgang der Aufgabenerledigung.

Ein beauftragter selbständiger Leistungserbringer kann auch „präventiv ausholen“, indem er von chronischer Erkrankung betroffene oder von Behinderung bedrohte Mitarbeiter im Betrieb im Auftrag des Unternehmens aufsucht und ihre Gesundheitsförderung bzw. Erhaltung der Beschäftigungsfähigkeit „managt“. Auch hier muss wieder darauf gesehen werden, dass der beauftragte Dienst die Kompetenzen erhält, die es ihm erlauben, in den Betrieb hineinzuwirken und für ihn im Netz des formellen Systems sozialer und gesundheitlicher Dienste zu agieren. Dies wird z.B. in den Pilotversuchen mit den „Fachstellen für Früherkennung und Begleitung“ zu klären sein, die im Rahmen der 5. IV-Revision in der Schweiz eingerichtet werden sollen.

4. Steuerung in Beschränkung auf ein Schnittstellenmanagement

Manchmal ist die Einrichtung eines Case Managements darauf beschränkt, für möglichst bruchlose Übergänge zwischen, von und zu Sektoren der Leistungserbringung zu sorgen. Die *Pflegeüberleitung* ist ein derart zu steuernder Prozess. Sie eruiert am Ende einer stationären Behandlung die Versorgungsmöglichkeiten für einen Patienten extra muros, hilft bei der Entscheidungsfindung zur Auswahl eines angemessenen Leistungsangebots und betreibt für den Patienten das Entlassungsmanagement insgesamt. – Am Klinikum der Universität zu Köln hat man ein Case Management eingeführt, das sich auf die Optimierung der Aufnahme- und der Entlassungsprozesse (einschließlich Patientenüberleitung) konzentriert (Pape/Bostelaar 2005, 581). Wegen der Steuerungsmöglichkeiten wird die Gestaltung der Schnittstelle „Zugang“ häufig als wichtigste oder auch einzige Aufgabe („gatekeeping“) betrachtet, die ein Case Management wahrnehmen soll. In dieser Beschränkung hat das Case Management keine weiterreichende Bedeutung und stellt nur eine Dienstleistung neben und unter anderen dar.

Eine andere Art von Schnittstellenmanagement erfolgt in der Phase der Umsetzung einer fallbezogenen Planung bzw. in der Phase des Monitoring, wenn verschiedene Leistungserbringer zu koordinieren und zur Kooperation anzuhalten sind. Fallübergreifend können dafür Arbeitsgemeinschaften gebildet werden, die zum Beispiel darauf sehen, dass die ambulante Versorgung chronisch psychisch Kranker in einem Stadtgebiet oder einer Region gesichert wird.

12. Wegen der Vielfalt der Vernetzungen, die betriebsintern und betriebsextern sowie zwischen formellen Netzen und informellen Netzen erfolgen (können), handelt es sich bei der Systemsteuerung in Form des „Netzwerks“ um eine komplexe Aufgabenstellung, die ein allein auf sich gestellter Case Manager nur unzulänglich wahrnehmen kann.

Case Manager kooperieren und koordinieren. Sie tun dies mit und für Menschen als Kunden und Nutzern von Humandiensten, mit und für die Versorger in ihren Organisationen, mit und zwischen Fachkräften und anderen formellen und informellen Helfern und amtlichen Stellen. Damit befinden sich Case Manager in einem Beziehungsgeflecht, das auch ohne sie vorhanden ist. Sie können sich darin *nicht auf die Zweisamkeit einer Interaktion* zwischen ihnen und dem einzelnen Klienten beschränken, wie sie die klassische Sozialarbeit (im Casework) so sehr geschätzt hat. Der Handlungsraum des Case Managements ist weiter gespannt, und zu ihm gehören vielfältige Dispositionen, welche nicht vom individuellen Case Manager getroffen werden.

Wir haben zwischen der Etablierung eines Case Managements und dem unterschieden, was ein Case Manager zu tun hat. Danach bezeichnet das Case Management die Organisation und den Prozess der humandienstlichen Behandlung von Fällen und damit den Handlungsrahmen, in dem Case Manager agieren. Aber nicht sie allein, sondern alle, die in die Organisation und den Prozess der Versorgung einbezogen sind, spielen ihren Part im (vollständigen) Case Management. Der so bezeichnete Globalprozess schließt den Individualprozess einer Fallführung ein. Um sie herum gibt es Vorgänge der systematischen Informationsbearbeitung, ein Controlling, Verfahren der Qualitätssicherung sowie eine Evaluation und Rechenschaftslegung. Das sind alles Vorgänge, über die auch ein steuernder Einfluss auf die fallweise Gestaltung der Versorgung genommen wird. Damit befasste Case Manager sind überfordert, wenn sie für die Systemsteuerung im ganzen die Verantwortung tragen sollen: *Das Konzert des Case Managements ist nicht von einem Case Manager als Solisten auszuführen.*

Außer in dem Sonderfall, in dem ein beruflich selbständiger Case Manager seinen Betrieb mit der Fallführung identifizieren kann – und als Solist auch Dirigent ist –, sind die Funktionsträger auf übergeordnete Managemententscheidungen angewiesen. Aber selbst in einer selbständigen Praxis muss ein Case Manager wesentliche Momente der Prozesssteuerung anderen Stellen überlassen, welche die Auswahl der Fälle treffen, die sie ihm zuweisen, oder die entscheiden, in welchen Fällen sie die Kosten tragen. Die Abhängigkeiten innerhalb einer großen Organisation haben nach der gesetzlichen Neuregelung des Aufgabengebiets „Eingliederung in Arbeit“ zu der lebhaften und nicht abgeschlossenen Diskussion geführt, wie in der Agentur für

Arbeit zwischen dem persönlichen Ansprechpartner, dem Fallmanager und den Entscheidungsträgern im Amt, die über deren Einsatz disponieren, zu unterscheiden sei.

13. Quer zur Koordination und Kooperation im Versorgungssystem betrifft das Case Management die Abstimmung der Politik und Ökonomie von Versorgung mit der Politik und Ökonomie persönlicher und gesellschaftlicher Lebensführung. Hier ist das Verhältnis und der Übergang von Management zu *Governance* im sozialen Handeln näher zu erörtern.

Wer beherrscht die Versorgung ? Diese Frage ist heute und morgen neu zu beantworten. In der bereits bezeichneten „neuen Verantwortungsteilung“ regiert der Staat mit seinen Organen weniger als „Fürsorger“. Er modernisiert seine Steuerung. Er wird zu einem Gewährleistungsstaat, der den Leistungserstellern die Erfüllungsverantwortung in der sozialen und gesundheitlichen Versorgung der Bürger in Vereinbarung mit ihnen überlässt. Case Management ist hier angesiedelt zwischen dem Selbstmanagement in der Lebensführung von Menschen und gesellschaftlicher Systemsteuerung.

Beispiel: Das Verhältnis eines Versicherers zu seinen Kunden ändert sich. Zwischen ihnen kann ausgehandelt werden, in welcher Art und Weise sich die Versicherten selber um die Entwicklung ihres Falles kümmern. Der Krankenversicherer informiert sie, dass sie sich selber für eine Begleitung im Sinne des Case Managements melden können.

Für das „Herunterzonen“ von Handlungsregulation in öffentlichen Angelegenheiten ist der Begriff *governance* in die politische Diskussion eingeführt worden. Die Komplexität der Steuerungserfordernisse lässt sich nicht mehr „von oben“ bewältigen. „Während government die autonome Tätigkeit einer Regierung meint, werden mit Governance netzwerkartige Strukturen des Zusammenwirkens staatlicher und privater Akteure bezeichnet“ (Benz 2004, 18) Viele Hände tun das, was die öffentliche Hand allein nicht vermag. Der Governance-Begriff erfasst in der Wirtschaftswissenschaft „die Existenz von Regeln und die Art und Weise der Regeldurchsetzung im Wirtschaftsprozess“, während der Begriff in der Politikwissenschaft zunächst herangezogen wurde „zur Beschreibung von Herrschaftsstrukturen, die ohne eine souveräne, d.h. mit der Kompetenz zur verbindlichen Entscheidung und Durchsetzung kollektiver Entscheidung ausgestattete Instanz auskommen müssen“ (Benz 2004, 16).

Zunächst ging es in der Diskussion von Governance um Steuerungsmöglichkeiten im Feld der Entwicklungspolitik. „Die erste Variante von *good governance* wurde zuerst von der Weltbank definiert, die damit

Kriterien einer effizienten, rechtsstaatlichen und bürgernahen Staats- und Verwaltungspraxis festlegte und diese zur Voraussetzung der Kreditvergabe an Entwicklungs- und Transformationsländer machte. Die zweite Variante des normativen Governance-Konzepts wurde von neoliberalen Regierungen verwandt, die nicht-staatliche Formen der Erfüllung öffentlicher Aufgaben propagierten. Neben der Privatisierung öffentlicher Leistungen und der Idee eines ‚Minimalstaats‘ wird auch das New Public Management unter diesen Begriff von *good governance* eingeordnet.“ (Benz 2004, 18) Der Begriff ist in seiner Verwendung dann ausgeweitet worden auf die Beschreibung politischer Steuerung und Koordinierung in vielen Feldern kollektiven Handelns.

Die Kommission *Global Governance* der Vereinten Nationen hat 1995 definiert: „Governance ist die Gesamtheit der zahlreichen Wege, auf denen Individuen sowie öffentliche und private Institutionen ihre gemeinsamen Angelegenheiten regeln. Es handelt sich um einen kontinuierlichen Prozess, durch den kontroverse oder unterschiedliche Interessen ausgeglichen und kooperatives Handeln initiiert werden kann. Der Begriff umfasst sowohl formelle Institutionen und mit Durchsetzungsmacht versehene Herrschaftssysteme als auch informelle Regelungen, die von Menschen und Institutionen vereinbart oder als im eigenen Interesse liegend angesehen werden.“ (Vgl. Wendt 2004, 75)

Governance ist in den verschiedensten Bereichen der Steuerung des Handelns aufgegriffen und definiert worden (vgl. Kooiman 2002). Regieren heißt kontexttauglich (vgl. Wolf 2002, 35 ff.) Normen anwenden und durchsetzen. Anwenden lässt dieses Verständnis sich auf das Verhältnis von öffentlicher Daseinsvorsorge und individueller Daseinsvorsorge mit dem Case Management als Regulationsprozess vereinbaren und gemeinsamen Sorgens in der Bewältigung von Risiken des Lebens. Im Case Management *bemächtigen* sich die Akteure fallweise dieser Aufgabe.

14. Von welcher Seite sie auch betrieben wird, eine Steuerung bedeutet die Ausübung von *Macht*. Governance schließt als „modernes Regieren“ die Beherrschung von formell und informell gemeinschaftlichen und individuellen Angelegenheiten und kontroversen Interessen ein. Im Case Management bestehen asymmetrische Beziehungen, die als Macht- und Kräfteverhältnisse zu erkennen sind. Jeder Fall wird Einschätzungen, Planungen, Entscheidungen und Instruktionen zur Lösung oder Bewältigung von Problemen „unterworfen“.

Im Case Management stellt sich die Machtfrage nicht nur für den Case Manager. Er übt Macht aus und begegnet dabei anderen Akteuren in ihrer Kompetenz und

Eigenmacht. Macht haben heißt – im Anschluss an Hannah Arendt – mit anderen Menschen *etwas machen* können.

Im Verständnis von Macht können wir uns an Michel Foucault halten, für den es die Kräfteverhältnisse in Beziehungen sind, die Macht unterhalten. Macht wird demnach nicht von einer Person oder Agentur besessen. „Die“ Macht gibt es nach Foucault nicht. Vielmehr kommt sie an einem Ort und in einer Situation in einem offenen Bündel von Beziehungen zustande (Foucault 1978, 126). In ihren Kräfteverhältnissen nehmen die Personen bestimmte Positionen ein. Macht, Auseinandersetzung und Widerstand bedingen sich. Case Management hat einen Macht herausfordernden Charakter dadurch, dass man sich in der Kooperation zu einem Fall und institutionell wie interdisziplinär über Fälle auseinandersetzen muss.

Case Management erfolgt in einem Feld kollektiven Handelns, bei dem die beteiligten Akteure zugleich eigenständig und aufeinander verwiesen an der Bildung und Erhaltung von Ordnung und an der Erzielung von Wirkung arbeiten. Die jeweiligen Handlungskonstellationen bedürfen der Steuerung. Koordinierte Koproduktion von Gütern der Wohlfahrt

15. Sozialwirtschaftlich bedeutet das Case Management die mikroökonomische Regulierung von Wohlfahrtsproblemen gleichzeitig in der Lebensführung von Menschen und im institutionellen Haushalten in der Wahrnehmung eines Versorgungsauftrags bzw. der Zwecke einer humandienstlichen Organisation.

Wir sehen in der gegenwärtigen Entwicklung eine Erweiterung der Dreiecksbeziehung von Leistungsträger (öffentlich-rechtlich), Leistungserbringer (intermediär) und Leistungsnehmer (privater Konsument) zu einem Viereck von Staat, Markt, zivilgesellschaftlichen Akteuren und produktiven Einzelhaushalten. In neuer Verantwortungsteilung gestalten sie die *Wohlfahrtsproduktion*. In diesem Prozess fungiert der Case Manager als ein Doppelagent, indem er sachwaltend zugleich im Haushalt einer Solidargemeinschaft bzw. des Gemeinwesens und sachwaltend bezogen auf den persönlichen und familiären Haushalt von Menschen agiert. Er zieht von beiden Seiten Ressourcen heran und verfolgt beiderseits Wohlfahrtsziele.

Die humandienstliche Versorgung stützt sich eben nicht mehr nur auf ihr eigenes System, sondern in wachsenden Umfang auf seine Adressaten und deren individuelle und gemeinschaftliche Gestaltungsmöglichkeiten. Beispielsweise in dem in den USA entwickelten *Chronic Care Model*, das international herangezogen wird, um die medizinische Behandlung von chronisch kranken Patienten zu optimieren (www.improvingchroniccare.org/change/model).

Steuernd wird in diesem von Ed Wagner und seinem Team (Wagner 1998) konzipierten Modell auf sechs Handlungsbereiche zugegriffen:

- das Selbstmanagement von Patienten in „produktiver Interaktion“ mit den medizinischen Fachkräften (*self-management support*),
- die Anleitung zu evidenzbasierten Behandlungsentscheidungen (*decision support*),
- die Gestaltung einer dem Einzelfall angemessenen Zusammenarbeit in der Versorgung (*delivery system design*),
- ein klinisches Informationssystem, das zugleich den Dokumentationsanforderungen im Einzelfall und von Fallgruppen nachkommt,
- die Organisationsentwicklung in der gesundheitlichen Versorgung von chronisch Kranken,
- die Verbindung mit den Ressourcen und Politiken im Gemeinwesen, die gesundheitsrelevant sind und einer Verbesserung der Versorgung nützlich sein können.

Die „produktive Interaktion“ meint in diesem Modell eine Zusammenarbeit mit Patienten und Angehörigen, die ein Assessment, gemeinsame Zielvereinbarung und Planung von Behandlung und Versorgung sowie eine fortlaufende Reflexion der gesundheitlichen Entwicklung einschließt.

Case Management vollzieht sich *in Haushalten* – in Haushalten von leistungstragenden Körperschaften (Staat und Kommunen) und in Haushalten von bedürftigen bzw. leistungsberechtigten Menschen und Bedarfsgemeinschaften. Professionelles Handeln muss sich in diesen Haushalten rechtfertigen: *Sozial arbeiten heißt sozial wirtschaften* (vgl. Wendt 2004). Das Case Management hat ökonomisch den Vorzug, dass mit seiner Ablauforganisation sowohl im Einzelfall wie in der Steuerung „der Fälle“ im Prozess der Leistungserbringung die Kosten und die Wertschöpfung verteilt auf die einzelnen Aktivitäten beobachtet werden können. Es gibt in den Dimensionen des Verfahrens

- 1 eine Ökonomie in der Clearingphase und von Screening,
- 2 eine Ökonomie der Aushandlung des Vorgehens fallweise,
- 3 ein mehr oder minder wirtschaftliches Assessment: statt uferloser „Ganzheitlichkeit“ ein Case Management als Reduktion von Komplexität,
- 4 Budgetverantwortung in der Zielsetzung und in der Planung,
- 5 eine Ökonomie der Leistungsvergabe (z.B. in der Verwendung eines Persönlichen Budgets) und der koordinierten Erbringung von Dienstleistungen.

In diesen Hinsichten kann ein Leistungsträger die Rationalität seines Handelns feststellen. Auch bei dem Case Manager, den ein Leistungserbringer einsetzt, rückt die ökonomische Dimension seiner Aufgabenstellung in den Vordergrund.

Das ist insbesondere bei der Steuerung von Behandlungsabläufen „intra muros“ deutlich. Die oben genannte Frankenwaldklinik gibt ein Beispiel für eine entsprechend reformierte betriebliche Organisation.

16. Als „Wohlfahrtsregime“ gehen Ökonomie und Politik im Case Management eine systemische Verbindung ein. In ihr sind verschiedene Dimensionen der Steuerung existent und zugelassen. Auf jeder Ebene der Realisierung des Verfahrens (auf der Makro-, Meso- und Mikroebene) tritt diese Verbindung in spezifischer Weise in Erscheinung: im Regime der Versorgung, im Regime der Organisation und im Regime der Fallführung.

Es gibt international unterschiedliche „Wohlfahrtsregime“ (im von G. Esping-Andersen geprägten Sinn des Wortes), und sie geben den weitesten Funktionsrahmen an, in dem mit dem Case Management die humandienstliche Versorgung reguliert wird. Seine politischen und ökonomischen Vorgaben (vgl. Esping-Andersen 1990) bestimmen, welche Rolle das Case Management in der Produktion von Wohlfahrt spielt bzw. spielen kann. Je nachdem, welche Instanz – der Markt, die Familie oder der Staat – hauptsächlich die Wohlfahrtsproduktion trägt bzw. übertragen bekommt, fungiert das Case Management mit seiner Kompetenz. Das liberale Wohlfahrtsregime angelsächsischer Staaten nimmt das Case Management in erster Linie für die Marktsteuerung in Anspruch. Das (konservative) Wohlfahrtsregime der kontinentaleuropäischen Staaten überträgt gemäß dem Subsidiaritätsprinzip den kleinen Lebensgemeinschaften, insbesondere der Familie, mehr Verantwortung und braucht das Case Management für die Kooperation mit ihnen. Ein sozialdemokratisches Wohlfahrtsregime, wie es in den skandinavischen Ländern vorherrscht, benötigt ein Case Management erst bei einer Politik der Deregulierung und zunehmender Differenzierung der Sozialleistungen, die den Bürgern geboten werden.

Nach allem ist festzustellen: Die Implementierung von Case Management ist Teil einer weitreichenden Umsteuerung im System der humandienstlichen Versorgung. Die dem Case Management eigene Regulierungsfunktion bzw. ihm notwendig zuzuordnende Systemsteuerung differenziert auch aus, was ein Case Manager zu steuern hat. Er bewegt sich in einem normativen und faktischen Gerüst von Regularien, die politisch und ökonomisch im System der Versorgung walten.

Literatur

- Amelung, Volker E. / Schumacher, Harald: Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement. 3.Aufl., Gabler, Wiesbaden 2004
- Benz, Arthur (Hrsg.): Governance – Regieren in komplexen Regelsystemen. Eine Einführung. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden 2004
- Bruch, Michael / Türk, Klaus: Organisation als Regierungsdispositiv der modernen Gesellschaft. In: Jäger, Wieland / Schimank, Uwe (Hrsg.): Organisationsgesellschaft. Facetten und Perspektiven. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2005. S. 89-123
- Cournoyer, Barry R.: The Evidence-based Social Work Skills Book. Allyn & Bacon, Boston 2004
- Esping-Andersen, Gösta: The Three Worlds of Welfare Capitalism. Cambridge University Press, Cambridge 1990
- Finsterwald, Daniel: Managed Care – Pionierland Schweiz / Managed Care – La Suisse pionnière. Verlag Schweiz. Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP. Zürich 2004
- Foucault, Michel: Dispositive der Macht. Über Sexualität, Wissen und Wahrheit. Merve Verlag, Berlin 1978
- Goldsmith, Stephen / Eggers, William D.: Governing by Network. The New Shape of the Public Sector. Brookings Institution Press, Washington, D.C. 2004
- Greiling, Michael (Hrsg.): Pfade durch das klinische Prozessmanagement. Methodik und aktuelle Diskussionen. Kohlhammer, Stuttgart 2004
- Huber, Peter: (Interview zu) Case Management im Krankenhaus. In: Case Management, 1, 1, 2005. S. 34-36
- Klug, Wolfgang: Case Management im US-amerikanischen Kontext: Anmerkungen zur Bilanz und Folgerungen für die deutsche Sozialarbeit. In: Löcherbach, Peter u.a. (Hrsg.): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis. Luchterhand, Neuwied 2002. S. 37-62
- Kooiman, Jan: Governance: A Social-Political Perspective. In: Grote, Jürgen R. / Gbikpi, Bernard (Hrsg.): Participatory Governance. Political and Societal Implications. Leske + Budrich, Opladen 2002. S. 71-96
- Löcherbach, Peter: Innovationen im und durch Case Management. In: Wendt, Wolf Rainer (Hrsg.): Innovationen in der sozialen Praxis. Nomos, Baden-Baden 2005. S. 108-128
- Lowy, Louis: Case Management in der Sozialarbeit. In: Brennpunkte Sozialer Arbeit – Soziale Einzelhilfe. Moritz Diesterweg, Frankfurt am Main 1988. S. 31-39
- Macdonald, Geraldine: Effective Interventions for Child Abuse and Neglect. An Evidence-Based Approach to Planning and Evaluating Interventions. John Wiley, Chichester 2000
- Moxley, David P.: Case Management by Design. Nelson-Hall, New York 1997

Oliva, Hans / Schlanstedt, Günter / Schu, Martina / Sommer, Lisa: Vorstellung des Kooperationsmodells nachgehende Sozialarbeit und der wissenschaftlichen Begleitung. In: Sucht, 42, 5, 1996. S. 362-364

Pape, Rudolf / Bostelaar, René Alfons: Flächendeckendes Case-Management im Klinikum der Universität zu Köln. In: Das Krankenhaus, 97, 7, 2005. S. 579-582

Roppelt, Christian, u.a.: Das Ziel: Komplette Systemsteuerung. Erfahrungen der Frankenwaldklinik Kronach mit Case Management. In: ku Krankenhaus Umschau, 73, 7, 2004. S. 586-590

Wagner, Edward H.: Chronic Disease Management: What will it take to improve care for chronic illness ? In: Effective Clinical Practice, 1998, 1, 1, 2-4

Wendt, Wolf Rainer: Sozial arbeiten und sozial wirtschaften. Lambertus, Freiburg i. Br. 2004

Wolf, Klaus Dieter: Contextualizing Normative Standards for Legitimate Governance beyond the State. In: Grote, Jürgen R. / Gbikpi, Bernard (Hrsg.): Participatory Governance. Political and Societal Implications. Leske und Budrich, Opladen 2002. S. 35-50