

**Unterstützungsmanagement
in der palliativen und
hospizlichen Arbeit**

Critical Pathway

**Entwicklung und Implementierung eines
interdisziplinären Versorgungspfades**

Autor: Gabriele Weiskopf

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	3
	Entwicklung und Implementierung eines interdisziplinären Versorgungspfades in der St. Jakobus Hospiz gGmbH	
2.	Hauptteil: Einführung in Critical Pathway	4
2.1	Methodischer Aufbau des Case Managements im Kontext zur SAPV der St. Jakobus Hospiz gGmbH	5
2.1.1	Intake	5
2.1.2	Assessment	8
2.1.3	Ziele	12
2.1.4	Hilfeplanung	12
2.1.5	Kontraktmanagement/Linking	15
2.1.6	Monitoring	17
2.1.7	Entpflichtung und Evaluation	20
2.1.8	Evaluiierende Nachsorge	22
3.	Schlussfolgerung	23
4.	Verzeichnis der verwendeten Fachbegriffe	25
5.	Verzeichnis der zitierten Literatur	27

1. Einleitung: Entwicklung und Implementierung eines interdisziplinären Versorgungspfades in der St. Jakobus Hospiz gGmbH

Ich befasse mich in meiner Arbeit mit der Entwicklung und Implementierung eines interdisziplinären Versorgungspfades (Critical Pathway), für vier SAPV-Teams im Saarland, die dem ambulanten Hospiz- und Palliativversorgungszentrum, der St. Jakobus Hospiz gGmbH, zugehörig sind. Dabei beziehe ich mich auf den Critical Pathway als eine Variante des Case Managements. Der Critical Pathway definiert einen interdisziplinären Versorgungspfad. Innerhalb der vier SAPV-Teams soll über den Critical Pathway die optimale Abfolge der wichtigsten Interventionen festgelegt werden, die von allen Disziplinen (Pflege, Medizin, Sozialarbeit), bei der Versorgung eines Patienten mit einer unheilbaren, lebenslimitierenden Erkrankung unter einer palliativen Behandlung durchgeführt werden. Ich konzipiere und implementiere den Part des Critical Pathway der die unmittelbare Arbeit am Patienten beschreibt. Der Critical Pathway dient hierbei der genaueren Darstellung des Prozessverlaufes auf der Fallsteuerungsebene.

Ich beschäftige mich mit diesem Thema, weil ich die Qualitätssicherung in Bezug auf die ambulante Patientenversorgung innerhalb der zugehörigen SAPV Teams sicher stellen möchte. Derzeit sind dies das SAPV-Team Saarpfalz-Kreis, mit Sitz in Homburg, das SAPV-Team in Neunkirchen/St. Wendel, das Kinderpalliativ-Team in Neunkirchen und das SAPV-Team in Saarbrücken.

Beginnen werde ich in meiner Arbeit mit dem Intake, beschreibe den weiteren Prozessverlauf und schließe in der Entpflichtungs- und Evaluationsphase den Prozessverlauf ab, nach Austritt oder Versterben eines Patienten. Zu dieser Thematik habe ich die Unterschiede der Begrifflichkeiten aus dem SAPV-Kontext zum Case Management herausgearbeitet, benenne und definiere diese. Ich stelle die methodisch inhaltlichen Unterschiede der SAPV, laut SAPV-Vertrag im Saarland, den methodischen Inhalten des CM gegenüber.

Die Entwicklung und Implementierung des interdisziplinären Versorgungspfades ist insofern für unsere Institution von Bedeutung, da wir über den Versorgungspfad die Versorgung der schwerkranken sterbenden Menschen optimieren können. Darüber hinaus möchten wir über die Standardisierung durch den Critical Pathway Sicherheit für die Patienten durch eine gleichbleibend hohe Versorgungsqualität garantieren, um demzufolge eine Steigerung der Patienten- u. Angehörigenzufriedenheit zu erreichen. Vor allem versuchen wir durch den angedachten Versorgungspfad die Kosten des Versorgungsprozesses zu minimieren. In allen SAPV-Teams streben wir einen adäquaten Qualitätsstandard, sowie eine kontinuierliche Qualitätssteigerung an. Darüber hinaus sollen die Prozesse des Versorgungspfades am Ende der Versorgung auch der Eva-

luation dienen. „Bei der Entwicklung von interdisziplinären Versorgungspfaden handelt es sich um einen kontinuierlichen Prozess. Werden sie optimal eingesetzt, dann stellt die Datenerfassung aus dem interdisziplinären Versorgungspfad ein ständiges Feedback für das System dar, um die Versorgung der Patienten zu verbessern, die Kosten zu minimieren und den Versorgungspfad zu optimieren“. (Patricia C. Dykes; *Critical Pathways- Interdisziplinäre Versorgungspfade*; 2002; S.125)

Der strukturelle Aufbau meiner Arbeit beginnt mit dem Intake. Im anschließenden Erstassessment beurteile ich, ob in der vorliegenden SAPV-Verordnung die angegebene Leistungsstufe, den Zustand des Patienten betreffend, vorliegt. Eine Einschätzung der Ausgangslage, im Hinblick auf Ressourcen und Defizite, erfolgt. Anhand der Zielepyramide werde ich die einzelnen Indikatoren aufzeigen, die zur Phase der konkreten Hilfeplanung führen. Die Methodik der Hilfeplanung werde ich aufzeigen. Folgend, im sogenannten Prozess des Kontraktmanagements und des Linking, beschreibe ich die im Hilfeplan vereinbarten formellen und informellen Hilfsmaßnahmen. Anschließend stelle ich im Monitoring den Versorgungsprozess dar, der fortlaufend koordiniert und überwacht wird. Der Prozessverlauf endet mit Versterben eines Patienten in der Phase der Entpflichtung und der Evaluation.

Ich erläutere in meiner Arbeit, wie diese Phasen konkret in unserer Institution Berücksichtigung finden und arbeite die Unterschiede aus dem SAPV-Kontext, laut SAPV-Vertrag im Saarland, zum Case Management heraus.

Am Ende meiner Arbeit werde ich die Implementierung des Critical Pathway, in die konzeptionelle Struktur unserer Organisation einführen.

2. Hauptteil: Einführung in Critical Pathway

*Definition: „Interdisziplinäre Versorgungspfade (Critical Pathways) legen die optimale Abfolge oder Terminierung der wichtigsten Interventionen fest, die von allen Disziplinen, bei der Versorgung eines Patienten mit einer bestimmten Diagnose oder Behandlung durchgeführt werden.“ (Patricia C. Dykes; *Critical Pathways- Interdisziplinäre Versorgungspfade*; 2002; S.33)*

Seit dem 01.04.2007 haben schwerkranke, sterbende Menschen mit einem aufwändigen Versorgungsbedarf einen Rechtsanspruch auf **Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung**. Die Leistungen der **SAPV** umfassen die Beratung, die Koordination, die additive Teilversorgung oder die vollständige Versorgung. Der Leistungsumfang umfasst alle Maßnahmen der ambulanten Krankenbehandlung sowie die Koordination, Beratung, Anleitung und Begleitung, soweit sie erforderlich sind, um die Ziele der SAPV umzusetzen. Ziel der SAPV ist die Erhaltung oder Verbesserung der Lebens-

qualität schwerstkranker Menschen, um ihnen zu ermöglichen, ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten Umgebung führen zu können. Im Zentrum steht dabei die medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern. Dabei ergänzen die Leistungen der SAPV das bestehende Versorgungsangebot und dürfen nur erbracht werden, wenn der Versorgungsbedarf die Möglichkeiten der Regelversorgung übersteigt oder wenn die Regelversorgung nur besonderer Koordination ausreichen würde. Aus diesen Vorgaben heraus wird im Saarland ein Leistungsgeschehen umgesetzt, das die Regelversorgung stufenweise ergänzt. Liegen die Anspruchsvoraussetzungen zur SAPV vor und kann die Regelversorgung alleine die Symptome und Leiden nicht lindern, greift das strukturierte multiprofessionelle SAPV-Versorgungskonzept.

Im Saarland gibt es einen einheitlichen Vertrag über die Erbringung „Spezialisierter ambulanter Palliativversorgung“ (SAPV) gemäß §§ 132 d i. V. m. 37 b SGB V zwischen der St. Jakobus gGmbH, als ambulantes Hospiz- und Palliativversorgungszentrum, und den gesetzlichen Krankenkassen, im Saarland. Dem St. Jakobus Hospiz, als SAPV-Leistungserbringer, unterliegen dabei drei zugehörige SAPV-Teams für Erwachsene, die in drei Versorgungsregionen (Landkreisen) arbeiten, sowie das SAPV-Team für Kinder, das saarlandweit tätig ist.

„In der ambulanten Versorgung besteht, wie in allen anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens, die Herausforderung darin, wie wir eine hohe Versorgungsqualität in einem verkürzten Zeitraum und bei einem niedrigeren Ressourceneinsatz erbringen.“
(Patricia C. Dykes; *Critical Pathways- Interdisziplinäre Versorgungspfade*; 2002; S.123-131)

2.1 Methodischer Aufbau des Case Managements im Kontext zur SAPV der St. Jakobus Hospiz gGmbH

Der von mir entwickelte interdisziplinäre Versorgungspfad für die St. Jakobus Hospiz gGmbH bezieht sich auf den Ablauf der Versorgung, in der schwerkranke, sterbende Palliativpatienten ambulant zu Hause unterstützt werden. Ich möchte in meiner Arbeit einen definierten, standardisierten, multiprofessionellen Versorgungsprozess beschreiben. Dabei beziehe ich mich auf die Fallsteuerungsebene, und beginne nach der Methodik des Case Managements, mit dem **Intake**.

2.1.1 Intake

Das **Intake** des Case Managements sieht in einem Erstgespräch das Vorstellen des Auftrages und des Angebotes der CM-Stelle vor. Der CM-Berater informiert den Klienten

ten über den Ablauf und die Aufgaben des CM und macht somit die Struktur und die Arbeitsweise des Case Managements für den Klienten transparent. Es erfolgt eine erste Abklärung der Bedürfnislage bzw. Problemlage des Klienten. Der CM-Berater bespricht mit dem Klienten die Möglichkeiten und Grenzen des CM im Hinblick auf den Auftrag und die Zielsetzungen. Der Klient wird über Rechte und Pflichten aufgeklärt. Bzgl. des weiteren Verfahrens wird zusammen mit dem Klienten eine Vereinbarung getroffen, wie z. B. die nächsten Handlungsschritte aussehen oder welche Termine vereinbart werden. In diesem ersten Gespräch bespricht der CM mit dem Klienten auch, ob er in den Kontrakt des Case Managements einwilligen möchte oder nicht. Eine Entscheidung diesbezüglich kann sich der Klient im **Intake** noch vorbehalten. Darüber hinaus muss eine komplexe Problemlage begründet vorliegen.

„Komplexe Problemlagen sind häufig die Abfolge von negativen Ereignissen, die zum Einen als „dramatisches Ereignis“ und zum anderen als „schleichender Prozess“ für den Betroffenen ablaufen. Die Anzahl und die Art von notwendigen Hilfemaßnahmen nimmt zu, sowie die Zahl der fachlichen Unterstützer und Akteure. (Grammatico, D.; Kern, M. (2010b)).

Ich bekomme in meinem Arbeitsalltag immer wieder Rückmeldungen von Palliativpatienten, denen der mögliche Umfang an Unterstützungsmaßnahmen und Hilfsmöglichkeiten nicht bekannt ist, da sie nie zuvor in einer vergleichbaren Lebenssituation waren. Daher ist aus der Perspektive der Klienten betrachtet die Entwicklung des Versorgungsprozesses, beginnend im **Intake** oder Erstkontakt, ganz entscheidend davon abhängig, inwiefern es dem CM bzw. dem SAPV-Mitarbeiter gelingt eine interpersonale Beziehung aufzubauen, in welcher der Klient sich motiviert und sicher fühlt. Planungen, Vorschläge und Ansatzpunkte für Interventionen werden im CM erst im nächsten Schritt dargelegt.

Im Unterschied zum Case Management ist das **Intake** laut SAPV-Vertrag, in unserer Institution, kein methodischer Bestandteil, da der Kontrakt mit dem Klienten bereits vor der Aufnahme in die SAPV erfolgt. Der Klinik-, Fach- oder Hausarzt bespricht mit dem Patienten die Notwendigkeit der SAPV-Versorgung und legt nach aktuellem Versorgungsbedarf die SAPV-Versorgungsleistung fest. Die Kriterien zur SAPV-Versorgung müssen allerdings, annähernd zu denen des CM, in der Ausprägung von mindestens einem „komplexen“ Symptomgeschehen oder einer „aufwändigen“ Versorgung, begründet vorliegen. Liegen die Kriterien vor und ist der Klient mit der SAPV-Versorgungsleistung einverstanden, reicht der verordnende Arzt die SAPV-Verordnung, die die Diagnose, die Art, den Umfang und die Dauer der vom SAPV-Leistungserbringer zu erbringenden Leistungen beinhaltet, in unserer Institution, ein.

Mit der Unterschrift des Klienten auf der SAPV-Verordnung erteilt der Klient dem SAPV-Team sein Einverständnis zur weiteren Versorgung und methodischen Vorgehensweise. Eine Besonderheit ist an der Stelle, dass der Krankenhausarzt die Leistung längstens für 7 Tage verordnen kann. Sollte eine Versorgung über einen längeren Zeitraum als 7 Tage erforderlich sein ist von uns rechtzeitig (spätestens 3 Tage vor Ablauf der aktuellen Verordnung) eine Folgeverordnung für den Zeitraum über den 7. Tag hinaus, bei der zuständigen Krankenkasse, einzureichen. D.h. wir nehmen Kontakt mit dem dauerbehandelnden Arzt auf und fordern gemäß dem weiteren SAPV-Leistungsbedarf eine Folgeverordnung an. Eine weitere Besonderheit stellt eine Krisensituation des Klienten dar. Sollte sich an Wochenenden/Feiertagen ein Klient direkt an uns wenden und ist SAPV notwendig, kann der Klient von uns versorgt werden. Die Indikation für die SAPV-Versorgungsleistung, sowie die SAPV-Verordnung selbst, stellt in dem Fall der ärztliche Bereitschaftsdienst aus. Der dauerbehandelnde Arzt des Klienten wird hierüber rückwirkend informiert und stellt alle weiteren Folgeverordnungen aus. Sollte der dauerbehandelnde Arzt keine weitere SAPV-Folgeverordnung ausstellen, können wir gegenüber der Krankenkasse nicht abrechnen.

Eine besondere Form des **Intake** bildet sich in unserer Institution vor der Aufnahme eines Klienten in die SAPV ab. Und zwar dann, wenn der Kontakt des Klienten oder der Angehörigen, über die Palliative Beratung (das Ambulante Hospiz), erfolgt. Dann führt die Mitarbeiterin der Palliativen Beratung das Informationsgespräch zur SAPV, im **Intake**, mit dem Klienten und stellt den Auftrag und das Angebot des SAPV-Teams vor. Wenn die Mitarbeiterin daraufhin zu dem Ergebnis kommt, der Klient benötigt der besonderen Versorgung durch die SAPV, klärt sie schließlich auch ab, ob der Klient in die SAPV-Versorgung einwilligen möchte oder nicht, und nimmt anschließend den Kontakt zum behandelnden Arzt auf, damit der Arzt die SAPV-Versorgungsleistung verordnet. Das setzt natürlich die fachliche Kompetenz der Mitarbeiterin der Palliativen Beratung voraus, adäquat die Kriterien und Zugangsvoraussetzungen zu den SAPV-Versorgungsleistungen beurteilen und einschätzen zu können und diesbzgl. auch kompetent den Klienten und ggf. den behandelnden Arzt zu beraten und zu informieren. Anschließend erfolgt dann die Überleitung von der Palliativen Beratung zum SAPV-Team, in Form eines Übergabe-Gespräches. Alle bereits ermittelten Daten und Informationen, den Klienten betreffend, fließen in das dann folgende Assessment des Erstgespräches der SAPV mit ein.

2.1.2 Assessment

Das **Assessment** ist ein geeignetes Instrument die Komplexität darzustellen und dient im CM, sowie der SAPV, der ganzheitlichen Informationssammlung über den Klienten. Darüber hinaus dient das **Erstgespräch/Erst-Assessment**, sowie alle folgenden **Re-Assessments**, im Rahmen der SAPV, auch der **Clearing Funktion** (Klärungsphase). (Grammatico, D., Kern, M. (2010a)). Das bedeutet, wir klären zeitgleich zum **Erst-Assessment/Erstgespräch**, sowie in allen folgenden **Re-Assessments** ab, ob der Klient der besonderen Versorgung durch die SAPV bedarf. Die Beurteilung der Versorgungsleistung und ob der Klient der SAPV bedarf obliegt der subjektiven Einschätzung der palliativpflegerischen/palliativmedizinischen Fachkräfte, die das **Erstgespräch/Erst-Assessment** durchführen. Kommt der SAPV-Mitarbeiter zu dem Schluss, dass für den Klienten die Regelversorgung ausreichend ist, wird der Klient zu den Regelversorgern, wie z. B. Hausarzt, ambulanter Hospizdienst, Pflegedienst, usw. überführt. Als Instrument dient uns an der Stelle ein Überleitungsbogen, in Verbindung mit einer fernmündlichen oder persönlichen Fallübergabe. Somit obliegt dem SAPV-Team, neben dem Verordner, die Beurteilungs- und Entscheidungsbefugnis im Rahmen der **Clearing Funktion**, ob ein Klient SAPV benötigt oder nicht. Problematisch könnte dies für Klienten werden, die von einer unerfahrenen Palliativfachkraft besucht werden, die sehr unsicher bzgl. der Situationseinschätzung ist und die Kriterien zur SAPV fehlinterpretiert. Das könnte ggf. eine Krankenhauseinweisung des Klienten zur Folge haben bzw. eine Unterversorgung. Aus diesem Grund ist es sehr wichtig, dass die Pflegefachkräfte, als auch die Mediziner, für diese Aufgabe besonders qualifiziert werden, durch bspw. Weiterbildungsmaßnahmen in Palliative Care oder Unterstützungsmanagement.

Innerhalb von drei Arbeitstagen nach Erhalt der SAPV-Verordnung prüfen wir im **Erstgespräch** oder **Erst-Assessment**, ob der Klient der Notwendigkeit und Eignung der besonderen Versorgung der SAPV bedarf. Dies beinhaltet, dass der Klient an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet, dass dadurch die Lebenserwartung auf Tage, Wochen und Monate begrenzt ist. Darüber hinaus muss mindestens ein komplexes Symptomgeschehen oder eine aufwändige Versorgung vorliegen. Gleichzeitig wird vom SAPV-Mitarbeiter vor Ort geprüft, ob die auf der SAPV-Verordnung angegebene Leistungsstufe in Bezug auf den Klienten angemessen vorliegt (Clearing Funktion). Sollte sich im **Erst-Assessment** ergeben, dass der Klient der SAPV bedarf, jedoch die auf der SAPV-Verordnung angegebene Versorgungsleistung nicht mit der Einschätzung der Palliativfachkraft übereinstimmt, wird die Versorgungsleistung durch uns angepasst, in eine höhere oder niedrigere Versor-

gungsstufe. Über das Ergebnis des Assessments und ob für eine bedarfsgerechte Versorgung die Mittel der Regelversorgung ausreichen, werden der Klient oder sein gesetzlicher Vertreter mündlich und die Krankenkasse schriftlich, gemäß eines Ergebnisberichtes, informiert. Die Krankenkassen haben an der Stelle jederzeit das Recht ggf. durch den Medizinischen Dienst oder den Sozialmedizinischen Dienst das Ergebnis des **Erst-Assessments/Re-Assessments/Sozialassessments** vor Ort beim Klienten zu überprüfen. So sieht es zumindest der Vertrag zur SAPV vor. In der Praxis stellt sich dies zuweilen so dar, dass der MDK nur nach Aktenlage die SAPV-Kriterien überprüft. Das hat für die Klienten zur Folge, dass Genehmigungen für die SAPV-Versorgungsleistung teilweise auf 14 Tage beschränkt oder die Versorgungsleistung komplett abgelehnt wird. Stellt der jeweilige Dienst unter der Begutachtung anhand der Aktenlage fest, dass die Leistungen der Regelversorgung ausreichen den Klienten zu versorgen, entfällt ab diesem Zeitpunkt für uns der Anspruch auf eine Vergütung. Der MDK kann darüber hinaus auch entscheiden, die Leistungen der SAPV in eine geringere oder höhere Versorgungsstufe festzulegen. Es findet von Seiten des SAPV-Teams kein Erstgespräch im Krankenhaus statt, hingegen dessen jedoch in Pflegeheimen, in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe oder in Einrichtungen der Eingliederungshilfe, sowie in stationären Hospizen. Im stationären Hospiz wird entsprechend nur die palliativmedizinische Kompetenz der SAPV benötigt. Eine Besonderheit gegenüber dem CM stellt in der SAPV die unmittelbare aktive palliativpflegerische/palliativmedizinische Intervention dar, wenn sich im Erstgespräch herausstellt, dass der Klient sofortige Hilfsmaßnahmen benötigt, weil er bspw. unter sehr starken Schmerzen leidet. Aktuell erleben wir diese Entwicklung verstärkt. Die Klienten befinden sich bereits in einem sehr weit fortgeschrittenen Stadium ihrer Erkrankung und bekommen eigentlich zu spät die SAPV-Versorgungsleistung verordnet, so dass für den Klienten akut die Erstversorgung vordergründig ist. Das bedeutet, erst die Symptomatik zu lindern, um ein Erstgespräch/Erstassessment überhaupt möglich zu machen. Aus diesem Grund versuchen wir bereits am ersten Tag der Ausstellung der Verordnung einen Hausbesuch beim Patienten in seiner Häuslichkeit zu vereinbaren. Anpassend an die krisenhafte Versorgungssituation werden an der Stelle aus dem **Assessment** heraus die Ziele definiert, die für den Klienten oder die Angehörigen noch realistisch und zeitnah in der Hilfeplanung umzusetzen sind. Ansonsten erfolgt im **Erst-Assessment** analog zur Methodik des CM eine Analyse und Einschätzung der Ausgangslage des Klienten. Die Ressourcen und Defizite des Klienten werden mit berücksichtigt.

Im Unterschied zum CM sieht die vertragliche Regelung zur SAPV eine Prüfung des Kriteriums der „Komplexität“ im **Assessment** nur in Bezug zu mindestens einem „komplexen Symptomgeschehen“ vor, wohingegen das Kriterium der Komplexität des CM eine vielschichtige Problemlage mit vielen Akteuren meint. Aus diesem Aspekt heraus resultiert meiner Meinung nach in der SAPV eine Unterversorgung des betreffenden Klienten. Erfahrungsgemäß nimmt die Problemlage bzw. die Symptomatik unter Fortschreiten der Erkrankung eher zu. Die komplexe Problemlage findet jedoch in dem Moment durch die SAPV-Versorgungsleistung nicht ausreichend Berücksichtigung, wenn bspw. der MDK nach Aktenlage entscheidet, die SAPV-Versorgungsleistung für den Palliativpatienten, der in der SAPV-Koordinierungsleistung unterstützt wird, zu beenden oder zeitlich auf 14 Tage Versorgungszeit zu beschränken. Das bringt insofern sehr viel Unruhe und Unsicherheit in die ohnehin schon emotional belastete häusliche Versorgungssituation, dass die Familie Widerspruch bei der Krankenkasse einlegen muss und bspw. nicht mehr auf unsere 24Std. Rufbereitschaft zurückgreifen kann. Wir können unter Umständen in einem so kurzen Versorgungszeitraum die häusliche Situation (das Versorgungssetting) nicht ausreichend stabilisieren und auch die Hilfeplanung nicht vollständig umsetzen. Keine Berücksichtigung findet an der Stelle auch, dass die Erkrankung der Palliativpatienten weiter fortschreitet und eher mit weiteren unvorhergesehenen Ereignissen im Krankheitsverlauf zu rechnen ist. Deshalb finde ich es sehr diskrepant, dass die fortlaufende Koordination der Versorgung im Versorgungsprozess ein eigentlicher Auftrag laut SAPV-Vertrag ist, aber von Seiten der Kassen und dem MDK ignoriert wird. SAPV sollte eigentlich Versorgungsbrüche vermeiden, vom Krankenhaus nach Hause und wieder ins Krankenhaus usw. Aber genau diese Versorgungsbrüche ereignen sich dadurch, was wiederum zur Folge hat, dass unser Gesundheitssystem höhere Kosten zu tragen hat. Wir bemühen uns die Palliativpatienten ganzheitlich zu unterstützen. Hingegen ist es häufig so, dass wir, aus zuvor genannten Gründen, nur prioritäre Teilaspekte der Versorgung berücksichtigen können. Folglich können die multidisziplinären Teams der SAPV (Palliativmediziner, Palliativpflegefachkräfte, Sozialarbeiter) ohne die Implementierung einer Case Management Stelle die Versorgungsform des CM nicht zusätzlich zu ihrem eigentlichen Auftrag erbringen, da hierzu die zeitlichen Ressourcen fehlen, die personellen und strukturellen Gegebenheiten nicht implementiert sind. Zu dem originären Auftrag und den Aufgaben der multiprofessionellen SAPV-Teams gehören die Symptomkontrolle, die Schmerztherapie, die 24h pflegerische- und medizinische Rufbereitschaft, die Krisenintervention, die fortlaufende Koordination der Versorgung im Versorgungsprozess, das Erstellen eines Notfallplanes zur vorausschauenden Krisenintervention, die aktiven

palliativpflegerischen- und palliativmedizinischen Versorgungsleistungen, wie bspw. die apparativen Behandlungsmaßnahmen (z.B. Schmerzpumpen), die multidisziplinären Team- und Fallbesprechungen, die psychosoziale Unterstützung, sowie sozialrechtliche Antragstellungen und Unterstützungsmaßnahmen. Die gesetzlich begründeten Leistungen der SAPV umfassen die Beratung, die Koordination, die additive Teilversorgung (bis 180min./Tag) und die Vollversorgung (über 180min./Tag). Ist die Einschätzung des Mitarbeiters im **Erst-Assessment**, das die individuellen Anspruchsvoraussetzungen des Klienten zur SAPV vorliegen und das die Regelversorgung alleine die Symptome und Leiden nicht lindern kann (Clearing Funktion), greift das strukturierte multiprofessionelle SAPV-Versorgungskonzept. Im weiteren Verlauf der SAPV-Versorgung wird mindestens einmal wöchentlich und nach Bedarf ein **Re-Assessment** erhoben. Die Versorgungsleistung des Klienten wird kontinuierlich nach dessen Bedarf an den Versorgungsprozess angepasst. Was wiederum vom SAPV-Team selbst eine hohe Flexibilität und Belastbarkeit abverlangt in Bezug zur Falldynamik des Klienten. Die Erhebung des Assessments laut SAPV-Vertrag wird ähnlich dem Assessment des Case Managements unter zwei Gesichtspunkten erstellt. Zum einen der Punkt der **Assessment-Inhalte**, die sich direkt auf den Klienten beziehen und zum anderen der Punkt der Assessment-Inhalte, die sich auf das Klienten-Umfeld und den **Assessment-Prozess** beziehen. Dabei ist das **Assessment/Sozialassessment** des SAPV-Vertrages gleich zu setzen mit der methodischen Struktur des Assessments im CM und erfasst das Bedürfnis des Klienten, seinen Bedarf, seine Ressourcen und Selbsthilfekompetenzen, sowie die formellen und informellen Helfer. In beiden Unterstützungsbereichen beinhaltet das **Assessment/Sozialassessment** eine *“Analyse der aktuellen „Ist-Situation“ und hat die Zielfindung des Klienten als Ergebnis zur Folge“*. (Grammatico, D.; Kern, M. (2010c)). Diesbezüglich möchte ich ein Praxisbeispiel heranziehen. Betreue ich einen Patienten dessen Bedürfnis es ist, nicht mehr ins Krankenhaus zu müssen und zu Hause sterben zu können, obwohl der Patient alleine zu Hause lebt und keine familiäre Anbindung hat, sollte ich im Unterstützungsansatz gemeinsam mit dem Patienten seinem Wunsch entsprechend überlegen und besprechen, welche informellen Netzwerkhilfen (z.B. Nachbarschaftshilfe) oder formelle Hilfen (z.B. Haushaltshilfe, Einkaufshilfe, Nachtbetreuung, Pflegedienst, fahrbarer Mittagstisch) ich organisieren könnte, um damit seinem Wunsch zu entsprechen. Zu klären wäre, bevor ich die Hilfsmöglichkeiten inventarisiere, inwieweit der Patient seinen Tagesablauf noch selbst bewältigen kann, ohne fremde Hilfe zu beanspruchen. Über die inhaltliche Komponente des Assessments kann ich innere/emotionale Zusammenhänge des Klienten erkennen, etwas über seine Persönlichkeitsstruktur, seine Erkrankung, seine Verhal-

tensweisen usw. erfahren und sie erfassen. Ich bekomme einen Gesamteindruck seiner Stärken und Schwächen, aber auch zu seiner Bereitschaft zur Kooperation und Motivation. Ich erfahre in der Zusammenarbeit mit dem Klienten seine konkreten Ziele. Das bedeutet in der Zielfindung für den CM die Komplexität zu verstehen, um diese idealerweise in ihrem Umfang zu reduzieren. Indessen agiert das multiprofessionelle SAPV-Team in der Zielsetzung ihres originären Auftrages, laut SAPV-Vertrag, und berücksichtigt die einzelnen Problemlagen in prioritären Teilaspekten, indessen ebenso mit dem Ziel die Problemlage des Patienten zu reduzieren. Z.B. ein Klient benötigt im Rahmen der SAPV die additive Teilversorgungsleistung, welche 2xtgl. einen Hausbesuch beinhaltet, damit über die Portanlage parenterale Ernährung verabreicht werden kann. Darüber hinaus ist die Portversorgung notwendig, sowie die tgl. Symptomkontrolle, weil starke Übelkeit in Verbindung mit Brechreiz im Vordergrund steht.

2.1.3 Ziele

Im CM wie der SAPV formuliert der Mitarbeiter zusammen mit dem Klienten die **Ziele**. *„Ziele beschreiben das „Danach“, den Zustand der erreicht ist, nachdem alle Mittel eingesetzt, alle Handlungsabläufe abgeschlossen, alle Bedingungen geschaffen und alle Problemlösungen verwirklicht sind.“ (Grammatico, D.; Kern, M. (2010d)).*

Das CM spricht aus diesen Gründen von Zielen, die „smart“ (S.24) sein sollten und gibt eine **Zielehierarchie** vor. Im CM übernimmt die Verantwortung für die Zielerreichung der Case Manager. In der SAPV ist es derzeit so, dass aufgrund der bereits sehr weit fortgeschrittenen Erkrankung der Klienten kurzfristig realistisch umzusetzende **Ziele** mit dem Klienten zusammen benannt werden, die dem Klienten noch absolut wichtig sind zu erreichen. An dieser Zielerreichung ist das gesamte multidisziplinäre Team beteiligt.

2.1.4 Hilfeplanung

Zusammen mit dem Klienten erarbeiten wir in der SAPV anhand der Zielformulierungen den Hilfeplan. Der Prozessschritt der **Hilfeplanung** beinhaltet die Lösung der Probleme. In der **Hilfeplanung** werden die Angebote, der zeitliche Rahmen der Hilfsmaßnahmen, sowie die Kalkulation der Kosten, die genutzt werden sollen, ausgemacht. Als Beispiel: Wenn geklärt ist, dass der Klient einen Pflegedienst benötigt --> Welchen Pflegedienst möchte er? Wie häufig am Tag benötigt der Klient den Pflegedienst? Welche Kosten kommen auf den Klienten zu bzw. welche finanziellen Mittel stehen dem gegenüber? In welcher Zeit wird der Pflegedienst benötigt? usw.. Das CM sieht die **Hilfeplanung** als ein mehrstufiges, methodisches Verfahren, bestehend aus

vier Teilschritten. „**Erster Schritt** ist der idealtypische Hilfeplan. Er weist jeweils unterschiedliche Varianten auf für Maßnahmen, Kosten und Dienstleister und dient als Informations- und Verhandlungsgrundlage für die Planung mit dem Klienten.“ (Grammatico, D.; Kern, M. (2010e)). Dieser Schritt entspricht adäquat der **Hilfeplanung** durch die SAPV. Der SAPV Mitarbeiter erarbeitet anhand der mit dem Klienten festgelegten Ziele einen solchen Hilfeplan und bespricht in komplexen Versorgungssettings den angedachten Hilfeplan, in einer multidisziplinären Fallbesprechung, im SAPV-Team. „Der **zweite Schritt** ist die Qualitätssicherung durch das Teamfeedback. Der Case Manager stellt dem Team die Planung, in einer kurzen Zeitspanne von 8-10 min., vor und benennt bzgl. der Hilfeplanung Fragen, die an das Team gestellt werden. Auch zu Planungshemmnissen und Planungsalternativen, sowie dem „Plan B“ kann das Team in Kurzform Stellung beziehen.“ (Grammatico, D.; Kern, M. (2010e)).

Das Teamfeedback in dieser Form ist im SAPV-Team bislang nicht etabliert. Aus diesem Grund haben wir keine praktische Erfahrung bezüglich der Wirkungsweise dieser Methode. Ich könnte mir aber gut vorstellen diese Möglichkeit der effektiven Rückmeldungen durch das Team in unsere Arbeit zu integrieren. Von Vorteil sind hierbei eindeutig der zeitliche Aspekt, sowie die vermutlich zu erwartenden effektiven Resultate der Teamkollegen. „Der **dritte Schritt** beinhaltet die Erläuterung der inhaltlichen Planung, bzgl. Kosten, unterschiedlicher Hilfevarianten, Vor- und Nachteilen, beabsichtigte Wirkungen und Grenzen. Der **vierte Schritt** sieht die Bestimmung und Kontraktierung des Versorgungsplanes vor. Der CM verhandelt über die konkreten und umzusetzenden Maßnahmen, dabei liegt die Entscheidung über die Auswahl der Maßnahmen beim Klienten. In diesem Schritt holt der CM die Planungserlaubnis für „Plan B“, und legt die Umsetzungsformen fest.“ (Grammatico, D.; Kern, M. (2010e)). Auch die beiden letzten Schritte entsprechen der Vorgehensweise der Hilfeplanung durch das SAPV-Team.

Konzeptionell wird die **Hilfeplanung** der SAPV in vier Leistungssteuerungsebenen umgesetzt. Die Ebene, die im CM als **Gesamtplanung** bezeichnet wird kommt in der SAPV dem Leistungskomplex der Vollversorgung sehr nahe. Das SAPV-Team organisiert und überwacht alle Maßnahmen der Versorgung und **Hilfeplanung** eines schwerkranken, sterbenden Menschen. Die tägliche Versorgungszeit beläuft sich auf über 180min. Im CM als die Ebene der **Längsschnittplanung** benannt, sieht vor, dass das SAPV-Team organisiert, jedoch nur eine Maßnahme überwacht, z.B. das Durchführen der Schmerztherapie oder die Symptomkontrolle. Dies bildet sich in der additiven Teilversorgung ab, die das Realisieren der getroffenen Vereinbarungen im Rahmen der Hilfeplanung erforderlich macht, mit einer täglichen Versorgungszeit von unter 180min. Wenn **Hilfeplanung** laut CM in die Organisation und Bereitstellung eines Hilfeangebo-

tes übergeht, muss diese koordiniert werden. Das sieht die Koordinierungsleistung der SAPV vor. Die **Hilfeplanung** ist dann bspw. auf das Organisieren von Pflegehilfsmitteln und die psychosoziale Unterstützung des Klienten oder der Angehörigen ausgelegt. Im CM als **Querschnittplanung** bezeichnet, beinhaltet dies in der SAPV, das SAPV-Team organisiert und überwacht zeitlich nur sehr eng begrenzt (bspw. in einer Krise) alle Maßnahmen. Im Praxisalltag kommt dies vor allem in einem sehr kurzen Versorgungszeitraum zum tragen. Ein schwerkranker Mensch liegt im Sterben und leidet unter starken Schmerzen und Unruhezuständen. Die Ehefrau hat seit einigen Nächten nicht mehr geschlafen. Sie befürchtet ihr Mann überlebt das Wochenende oder den Tag nicht mehr und bittet uns um Unterstützung.

„In der **Prozessbegleitung** unterstützt der CM die Umsetzung der Hilfemaßnahmen nur punktuell, da der Klient oder die Angehörigen die Maßnahmen organisieren und auch überwachen.“ (Grammatico, D.; Kern, M. (2010e)). Die **Prozessbegleitung** der SAPV trifft in dem Fall zu, wenn der Patient sich unter der Schmerztherapie des SAPV-Teams stabilisiert hat, die Angehörigen angeleitet sind, um beispielsweise im Bedarfsfall selbst die Schmerzmedikation zu verabreichen. Oder wenn Notfall- u. Medikamentenpläne durch das SAPV-Team erstellt sind und von Seiten des Medizinischen Dienstes die weitere SAPV-Versorgungleistung abgelehnt wird, weil der Patient sich stabilisiert hat und derzeit keine Symptomkontrolle benötigt. „Die **Vorfelderklärung**, als eine Beratungsform, beinhaltet nach der idealtypischen Hilfeplanung organisieren der Klient oder die Angehörigen alle Maßnahmen selbst. Das Unterstützungsmanagement endet an der Stelle.“ (Grammatico, D.; Kern, M. (2010e)). Laut SAPV-Vertrag bezieht sich die **Vorfelderklärung** auf die Beratungsleistung der SAPV. Diese umfasst nach der Erhebung eines Assessments, dass der Berater selbst über die Beratung und Informationsweitergabe hinaus nicht tätig wird. Vom SAPV-Team wird der Beratungsbedarf festgestellt und überprüft. Eine spezialisierte Beratung/Anleitung vor Ort erfolgt. Die Beratung dient der Informationsweitergabe, um die Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit des Klienten zu verbessern, und um dem Klienten die Möglichkeit zu geben die anstehende Problemlage zu bewältigen. Die Beratungsleistung können auch der Pflegedienst oder der Hausarzt des Klienten in Anspruch nehmen. Der Einsatz zur Beratung/Anleitung vor Ort im Rahmen der SAPV dient der erweiterten Beratung, einer Vertiefung der Beratung und der Kontrolle des Beratungserfolges. An der Stelle endet dann auch die SAPV-Beratungsleistung. Allgemein gesehen unterscheidet sich die Beratung methodisch von der Information darin, dass in der Beratung eine helfende Beziehung zum Klienten aufgebaut wird und nicht nur reine Sachinformationen weiter gegeben werden.

In der **Hilfeplanung** berücksichtigen das CM sowie die SAPV die **Ressourcen**, wie auch die **Defizite**, eines Klienten. Erst durch das Einbeziehen der Ressourcen und Defizite können wir alle Möglichkeiten einer individuell passenden Hilfe ausschöpfen und den Klienten optimal in das Versorgungsgeschehen mit einbinden. Der Blick auf die Stärken des Klienten wirkt motivierend und unterstützt ihn positiv in seinem Lebensgefühl. Dadurch dass wir ihm Möglichkeiten zur Bewältigung seiner Problematik aufzeigen, was alles noch möglich ist, bekommt der Klient ein Gefühl von Sicherheit und Beherrschbarkeit für seine Situation. Umso mehr vorhandene Ressourcen uns in der Versorgung zur Verfügung stehen, umso größer sind unsere Möglichkeiten den Klienten zu unterstützen. Das soziale Netz um den Klienten wird dadurch gestärkt, erweitert und weiter entwickelt. Die Defizite eines Klienten sollten wir mit im Blick haben, sie aber nicht vordergründig anführen. Das könnte sonst zur Folge haben, dass wir den Klienten mit diesen negativen Sequenzen demotivieren und ihm eher ein negatives Lebensgefühl vermitteln.

2.1.5 Kontraktmanagement/Linking

*„Die Methodik des **Kontraktmanagement oder Linking** ist ein Prozess, bei dem die im Hilfeplan vereinbarten formellen und informellen Hilfen und Maßnahmen passgenau für die Situation des Klienten vermittelt und umgesetzt werden.“ (Grammatico, D. (2010f)).* Im palliativen Kontext liegt das Mandat für das **Linking** zur SAPV-Versorgung per Gesetz vor. Seit dem 01.04.2007 haben schwerkranke Menschen mit einem aufwändigen Versorgungsbedarf einen Rechtsanspruch auf **Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung**. *„Das **Linking** besteht in der Ausführung aus vier Prozessschritten, die zum Teil ineinander greifen: „Der **Vorbereitung**, der **Vermittlung**, der **Anpassung**, und der **fallbezogenen Vernetzung der Hilfen**.“ (Grammatico, D.(2010f))*

Im ersten Schritt wird der Klient vom Case Manager wie vom SAPV-Mitarbeiter auf die mögliche zu erwartende Hilfe vorbereitet, z.B. erbringt das SAPV-Team die Leistung selbst oder muss ein Pflegedienst eingeschaltet werden, oder welche Pflegegeldleistungen kann der Klient erwarten usw. Auch die eingebundenen Dienste/Leistungserbringer werden durch das frühzeitige Einbeziehen des Klienten vorbereitet, z.B. welche Erwartungen oder Bedenken hat der Klient? Die Klientin möchte bspw. nicht von einer männlichen Person gepflegt werden oder die Klientin möchte täglich gegen sieben Uhr angefahren werden. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass zwischen den Erwartungen des Klienten und der Leistungserbringer eine gegenseitige Übereinstimmung hergestellt wird, damit es nicht zu Missverständnissen und Problemen in der Vermittlung der Hilfen kommt, bezeichnet im CM als sogenanntes „**Matching**“. Durch

eine Kontaktperson/Ansprechpartner beim jeweiligen Dienst, kann das Informationsbedürfnis des Klienten befriedigt und Unklarheiten ggf. beseitigt werden. Für einen reibungslosen Erstkontakt zum Anbieter sollten vor allem die Aufnahmeformalitäten und die Inhalte der zur Verfügung gestellten Dienstleistung bekannt sein. Betreue ich eine russische Klientin, die nur über geringe Deutschkenntnisse verfügt, kann es bspw. von Vorteil sein einen Pflegedienst zu kennen und vorzuschlagen, der russisch sprechende Pflegekräfte beschäftigt.

Stattgefundene Vermittlungskontakte werden durch den CM wie das SAPV-Team nachbesprochen. Darüber hinaus wird im Gespräch auch geklärt, wer welche Entscheidungsbefugnis hat bzw. in der SAPV wer welche Interventionen durchführt. Als Beispiel: Wird die Portversorgung vom Pflegedienst, der ohnehin schon die Grundpflege durchführt, getätigt oder übernimmt das SAPV Team die Portversorgung, weil das Team bereits dreimal pro Woche die Symptomkontrolle ausführt? An dem Punkt unterscheidet sich das CM von der SAPV. Im CM wird der Case Manager über das abklärende Gespräch der Entscheidungsbefugnis hinaus nicht palliativpflegerisch, palliativmedizinisch oder sozialarbeiterisch tätig. Wohingegen es in der SAPV nach der mündlichen Klärung der Entscheidungsbefugnis zu diesen aktiven Interventionen durch das SAPV-Team selbst kommen kann. Folglich erfordert dies im **Linking** des CM als auch der SAPV uneingeschränkt, dass verbindliche Absprachen und Vereinbarungen (**Kontakte**) bzgl. der Versorgung, der Informationsweitergabe und der Kommunikation zwischen den beteiligten Leistungserbringern getroffen werden. Im Ergebnis ist das **Linking** dann im CM wie auch der SAPV erfolgreich, wenn die vernetzten Angebote dem Klienten passgenau zur Verfügung stehen. Die Aktivitäten im Rahmen des **Linking** werden in der Falldokumentation festgehalten. Im CM werden sozialplanerische oder bspw. medizinische Aufgabenstellungen an die entsprechenden Stellen weitergeleitet. Im multidisziplinären Team der SAPV ergehen diese Aufgabenstellungen unmittelbar an das Team selbst. Dies kann ohne weiteres zu gravierenden Konflikten bspw. mit dem Hausarzt führen, der sich in seiner Kompetenz eingeschränkt fühlt, wenn der Palliativmediziner die Versorgung im Hinblick auf die Schmerztherapie ergänzt und mit übernimmt, und zuvor kein Informationsgespräch diesbzgl. stattgefunden hat. Deshalb ist es enorm wichtig, wenn mehrere Hilfen vermittelt werden, die parallel laufen, dass diese im **Linking** aufeinander abgestimmt und fortlaufend koordiniert werden. Für das SAPV-Team ist es an diesem Punkt maßgeblich, dass die zu erbringenden SAPV-Versorgungsleistungen, eine „ergänzende Leistung“ zu denen der Regelversorger sind, vor allem in Bezug auf die Symptomkontrolle und die Schmerztherapie. Alle nützlichen Informationen, wie bspw. Anschriften der Pflegedienste incl. Fax und Telefon Nr., die in

der Fallbearbeitung zum entwickelten und genutzten Netzwerk entstanden sind und neu entstehen, werden z. B. in Form von Kontaktlisten für das SAPV-Team zur Verfügung gestellt, gepflegt bzw. fortlaufend aktualisiert. Günstige Rahmenbedingung für das Linking sind beispielsweise bestehende Kooperationsnetze, Checklisten, Dokumentationsbögen, zielgruppenspezifische Verzeichnisse (Kontaktlisten bspw. von Apotheken, Sanitätshäusern, Hausärzten usw.) oder Informationsdienste (wie bspw. Pflegestützpunkte, Seniorenberatungsstellen usw.). In Vorbereitung zur SAPV wurden über viele Jahre hinweg diese Strukturen im St. Jakobus Hospiz geschaffen und ausgeweitet. Die Mitarbeiter der SAPV-Teams können zum heutigen Zeitpunkt auf Datenbanken, Kontaktlisten, Dokumentationsbögen, Checklisten, Fallbesprechungen, Kooperationsnetze u. a. zurückgreifen. Auch weiterhin werden kontinuierlich neue Kooperationspartner über Kooperationsverträge gewonnen. Die Kooperationspartner verpflichten sich zur abgestimmten Zusammenarbeit mit dem SAPV-Team. Die elektronische Patientenakte steht dem SAPV-Team, den Kooperationspartnern und den Klienten als Kommunikations-, Informations- und Dokumentationsmedium zur Verfügung. Darüber hinaus dient die elektronische Patientenakte der Qualitätssicherung in der Versorgung. Die elektronische Patientenakte wird nur mit dem schriftlichen Einverständnis des Klienten eingesetzt. Eine Besonderheit stellt an dieser Stelle die Möglichkeit dar, dass auch der Patient bzw. die Angehörigen einen Zugang zu ihrer elektronischen Patientenakte bekommen können, wenn dies gewünscht ist. Der Klient hat somit die Möglichkeit eigene Einträge erstellen zu können. Das SAPV-Team autorisiert über eine Therapeuten ID die Kooperationspartner die elektronische Patientenakte zu nutzen. Darüber hinaus steht das Team für Rückfragen zur Verfügung und gibt zeitnah Informationen weiter. Im gesamten Versorgungssetting der SAPV, wie im CM, werden die vermittelten Dienstleistungen bzw. Maßnahmen kontrolliert, stabilisiert und optimiert. Sollten im **Linking** Kooperationsprobleme mit Einrichtungen auftreten können diese aktiv im sogenannten **Monitoring** angegangen werden.

2.1.6. Monitoring

*„Das **Monitoring** bedeutet die Sicherung, Prüfung und Bewertung der Unterstützungsangebote auf der Fallsteuerungs- als auch Systemsteuerungsebene, mit unmittelbarer direkter Intervention auf das Versorgungsgeschehen. Das Monitoring steht in unmittelbarem Zusammenhang mit dem **Controlling**: „Eine umfassende Kontrolle des Geschehens in Bezug auf Inhalte, Kosten, Qualität, Zielerreichung usw., als Fall übergreifende Beobachtung mit mittelbarer nachfolgender Intervention.“ (Prof. Dr. Michael Wisser 2010: Case Management. Hochschule Ravensburg-Weingarten)*

Ziele des **Monitorings** sind analog zum CM in der SAPV, dass neben der Leistungssteuerung und der Absicherung der notwendigen Angebote, die Vermeidung von Abbrüchen und Krisen sowie die Aufrechterhaltung der notwendigen Beziehungen und Netzwerke angestrebt wird. Unter- Über- und Fehlversorgung soll vermieden werden. Die vermittelten Angebote laufen so ab, wie es mit dem Klienten und den Leistungserbringern abgesprochen wurde. Diesbzgl. ist ein zuverlässiger, kontinuierlicher Kontakt notwendig. Die vereinbarten Ziele werden im Prozessverlauf fortlaufend durch das SAPV-Team überprüft, koordiniert und die Maßnahmen entsprechend bei Situationsveränderungen angepasst. Daten und Informationen zu den vereinbarten und erbrachten Angeboten und Unterstützungen werden über unser institutionsinternes Dokumentationssystem gesammelt, überprüft, analysiert und bewertet. *„Die „Advocacy Funktion“, das anwaltschaftliche Handeln im Sinne des Klienten, stellt die Rückmeldungen und die Bewertungen des Klienten gegenüber den Leistungserbringern in den Vordergrund.“ (Prof. Dr. Michael Wissert 2010: Case Management. Hochschule Ravensburg-Weingarten)* Als Beispiel möchte ich an der Stelle die ökonomischen Interessen einer Apotheke anführen, die sich weigert dem Klienten dringend benötigte Schmerzmedikamente auszuhändigen, weil der Klient die Medikamentenzahlung nicht leisten kann. An der Stelle wäre die „Advocacy Funktion“ des Unterstützers gefragt, entsprechend für den Klienten zu intervenieren.

In der Phase der Leistungserbringung muss laut CM darauf geachtet werden, dass der Klient und die informellen Helfer, wie Familie, Bekannte, Ehrenamtliche, zunehmend in die Position gelangen, die Unterstützungen selbst zu prüfen und ggf. zu korrigieren. Allerdings kann das Monitoring der informellen Helfer unter Umständen in beiden Unterstützungsbereichen ein direktes Problem darstellen. Durch kritische Lebensereignisse kann das Versorgungssetting im **Monitoring** stark beeinflusst werden. Da wir im palliativen Kontext beständig mit der Situation konfrontiert sind, dass durch kritische Lebensereignisse, wie der bevorstehende Tod eines nahe stehenden Menschen, die Angehörigen unter großen Befürchtungen, Unsicherheiten und Ängsten leiden, müssen das SAPV-Team sowie der CM sehr sensibel agieren und darauf eingehen. Durch unmittelbare direkte aktive Interventionen können der CM sowie das SAPV-Team selbst in das Versorgungsgeschehen eingreifen, wenn der Eindruck entsteht, dass Angehörige mit der Unterstützungssituation überfordert sind und diese nicht korrigieren können. Im Unterschied zum CM leitet das SAPV-Team Angehörige bzgl. palliativpflegerischer/palliativmedizinischer Maßnahmen an, und steht über die 24h Rufbereitschaft unterstützend den Klienten wie den Angehörigen zur Seite. Das begleitende und steuernde Überwachen des Versorgungsprozesses kann somit durch das SAPV-Team

jederzeit aktiv reguliert werden. Wohingegen der CM zwar zentrale Bezugsperson ist, aber die notwendigen Leistungen nicht direkt selbst erbringt, sondern an formelle und informelle Helfer delegiert.

Durch regelmäßige Hausbesuche, Fallkonferenzen, Telefonate, Kontrakte, Kooperationsvereinbarungen, Checklisten, die elektronische Patientenakte usw. wird das **Monitoring** der SAPV, wie das des CM, in Verbindung zum Klienten und den Leistungserbringern/Kooperationspartnern, durchgeführt. Im Rahmen der Hausbesuche findet durch das SAPV-Team mindestens einmal wöchentlich und nach Bedarf ein Re-Assessment mit dem Klienten statt. Das CM sieht erst ein Re-Assessment vor, wenn es im Maßnahmenprozess zu erheblichen Problemen kommt, damit entsprechend eine völlige Neuausrichtung des Maßnahmenprogrammes oder der Ziele angestrebt wird. Durch den regelmäßigen Kontakt zum Klienten in der SAPV (teilweise täglich, 2xtgl. oder zweitägig), in Bezug auf die Symptomkontrolle, sowie die vorausschauende Notfallplanung für Krisensituationen und die Finalphase, kann das SAPV-Team, die sich täglich ändernde Gesamtsituation des Klienten und auch der Angehörigen, meiner Meinung nach, besser ab- und einschätzen und darauf reagieren. Eskalationen des Symptomgeschehens sind dadurch vermeidbar. Das SAPV-Team unterstützt den Klienten und die Angehörigen im Umgang mit anderen Diensten, Einrichtungen und der Bürokratie allgemein (z.B. über Hilfen zu sozialrechtliche Antragstellungen, wie den Antrag auf Pflegegeldleistungen) und verstärkt zeitnah die Eigenbemühungen und die Selbstbestimmung (z.B. in Bezug auf Vorsorgevollmacht/Patientenverfügung, Wünsche und Bedürfnisse). Effektivität und Effizienz der Versorgungsleistung, sowie der Hilfemaßnahmen werden durch unser Team besprochen und geprüft, um Über- Unter- und Fehlversorgungen zu vermeiden. Eine anschließende Bewertung der Versorgungsleistung erfolgt. Sollte sich innerhalb des **Monitorings** darstellen, dass die Versorgungsleistung nicht angemessen ist, wird in einer multidisziplinären Fallkonferenz die Versorgungssituation des betreffenden Klienten transparent gemacht, überarbeitet und neu ausgerichtet. Die Monitoringfrequenz der SAPV hängt dabei ganz entscheidend von der Ausprägung der individuellen Fallsituation und der Falldynamik ab.

Im **Monitoring** der Leistungserbringer und Institutionen prüfen wir durch den regelmäßigen Informationsaustausch und die Weitergabe von Informationsinhalten die Stabilität des Versorgungssettings. Das Ergebnis ist eine koordinierende und auf Kooperation angelegte Leistungssteuerung, die analog zum CM in der Hilfeplanung die vereinbarten Ziele zu erreichen versucht. Sind Probleme im Monitoring erkennbar muss die Hilfeplanung ggf. aktualisiert, erweitert oder verändert werden. Läuft alles gut sind keine weiteren Interventionen notwendig. Als Zielerreichungsinstrument für das Monitoring steht

im CM die „**GOAL Attainment Scale**“ (S.24), als Planungs- und Steuerungsinstrument, zur Verfügung. In der SAPV gibt es bislang kein entsprechendes Instrument.

2.1.7 Entpflichtung und Evaluation

Im CM wird der Entpflichtungsprozess bereits im Intake angedacht, da das CM nur eine zeitlich begrenzte enge Bindung des CM-Beraters zum Klienten vorsieht. Die **Entpflichtungsphase** wird methodisch langfristig vorbereitet und zusammen mit dem Klienten weiter geleitet an bereits tätige oder zukünftig zuständige Ansprechpartner wie Sozialamt, Pflegedienst, ambulantes Hospiz, Hausarzt usw. Im Gegensatz hierzu tritt die **Entpflichtungsphase** der SAPV ein, wenn der Klient verstirbt oder der Klient die Entscheidung trifft aus der SAPV Versorgung auszutreten. Eine andere Möglichkeit ist die, dass der Klient in ein stationäres Hospiz geht. Hier kann der Klient entscheiden, ob er vom Hausarzt oder vom Palliativmediziner weiter versorgt werden möchte. Die palliativpflegerischen Versorgungsleistungen enden an der Stelle. Wird der Kontrakt der SAPV-Versorgungsleistung vom MDK oder sozialmedizinischen Dienst oder vom SAPV-Team selbst für nicht weiter erforderlich angesehen, erfolgt ebenfalls die Entpflichtung, in Form des Austrittes, aus der SAPV. Der Klient wird dann vom SAPV-Team wie bereits erwähnt in die Regelversorgung überführt. Ein weiterer Aspekt der Entpflichtung aus der SAPV bedeutet für den Klienten ein Krankenhausaufenthalt. Über den Pflegeüberleitungsbogen, den Medikamentenplan, den Arztbericht, die fernmündliche Fallübergabe und die elektronische Patientenakte findet die Überleitung vom ambulanten zum stationären Bereich statt. Die SAPV-Versorgung wird dadurch unterbrochen und kann nach dem Klinikaufenthalt, nach erneuter Ausstellung der SAPV Versorgungsleistung durch den Klinikarzt oder den Hausarzt, unmittelbar wieder aufgenommen werden.

Die **Evaluation** steht am Ende eines jeden CM-Prozesses. Sie umfasst dessen abschließende Bewertung und einen definierten Abschluss, nach den in der Hilfeplanung festgelegten Kriterien. *„Geprüft werden **Angemessenheit, Zufriedenheit, Effizienz und Effektivität** der Arbeit auf der Fallsteuerungs- und Systemsteuerungsebene.“* (Grammatico, D.; Kern, M. (2010g)). Dabei dient die **Evaluation** der Kontrolle, ob gesetzte Ziele erreicht wurden oder angemessen waren. Für die abschließende Bewertung dienen dem CM das Re-Assessment, Fragekataloge, Fragebögen oder bspw. das Soziogramm. Auch aus den Gegenüberstellungen der zu Beginn und zum Ende des CM vorliegenden Informationen zur Klientensituation können Veränderungen abgelesen werden, die mit den im Maßnahmenplan festgehaltenen Zielkriterien verglichen werden können.

Laut SAPV-Vertrag hat unsere Institution eine Patientendokumentation zu führen, aus der zu jeder Zeit die notwendigen Informationen über den Klienten und die erbrachten Leistungen hervorgehen. Das Dokumentationssystem enthält allgemein anerkannte Kriterien für eine externe und interne Qualitätssicherung und muss eine bundesweite Evaluation ermöglichen. Die St. Jakobus Hospiz gGmbH ist verpflichtet halbjährlich ermittelte anonymisierte Daten den Krankenkassen sowie der VDEK Landesvertretung zu übermitteln. Welche Daten statistisch zu erfassen und zu evaluieren sind wurde im SAPV-Vertrag festgehalten und reicht von der Gesamtfallzahl/Jahr, durchschnittliche Anzahl an der Versorgung beteiligten informellen/formellen Helfer bzw. Kooperationspartner, Anzahl der Krankenhauseinweisungen bis hin zu Sterbeort und der durchschnittlichen Betreuungsdauer in Verordnungstagen. Ermittelt werden darüber hinaus auch die durchschnittliche Fahrzeit je Einsatz und die durchschnittliche Einsatzzeit in Minuten usw., so dass durchaus Konsequenzen bzgl. der Kosten-Nutzen-Analyse im Hinblick auf ökonomische Aspekte, wie Effizienz und Effektivität der Leistungserbringung, gezogen werden können. Versorgt das SAPV-Team einen Klienten, dessen Anfahrtszeit 45min beträgt, kostet dies den Arbeitgeber die Betriebskosten des Fahrzeuges, sowie die Personalkosten, in Bezug zur Fahrzeit. Übernimmt der Palliativmediziner die Leistungserbringung hat das Unternehmen nicht nur höhere Personalkosten zu tragen, sondern es stellt sich auch die Frage, wie effizient ist der Einsatz des Palliativmediziners, wenn er um den Patienten versorgen zu können eine Gesamtfahrzeit von 1Std 30min zurücklegen muss und diese Zeit nicht als Arbeitszeit im Sinne der Versorgung des Patienten nutzen kann? Demzufolge wäre es wesentlich effizienter eine kürzere Anfahrtszeit im Hinblick auf die Betriebskosten, und dadurch umso mehr Versorgungszeit, vor allem durch Palliativpflegefachkräfte, im Hinblick auf die Personalkosten, für den Klienten zu haben. Ggf. würde ein Telefonat der Palliativpflegefachkraft mit dem Palliativmediziner ausreichen, um den Patienten adäquat versorgen zu können. Darüber hinaus gäbe es auch den Hausarzt des Patienten, als Ansprechpartner. Dennoch könnte eine hohe Nutzerzufriedenheit des Klienten oder der Angehörigen in dem Fall vorliegen, wenn der Palliativmediziner selbst den entfernten Weg zurücklegt, damit der Klient, seinem Wunsch entsprechend, unter palliativmedizinischer Versorgung, schmerzfrei zu Hause versterben kann. Die Realität zeigt auch auf, dass den Hausärzten meistens die zeitlichen Ressourcen fehlen, um Palliativpatienten adäquat zu Hause zu versorgen (zu viele Patienten; Praxis nachts, an Wochenenden, mittwochs nachmittags oder an Feiertagen geschlossen).

Als eine weitere Variante der **Evaluation** dient unserer Institution die elektronische Patientenakte. Für jeden Klienten, der die Leistungen der SAPV bzgl. Koordination,

additive Teilversorgung und Vollversorgung benötigt, wird die elektronische Patientenakte (EPA) angelegt. Ausgenommen ist die Beratungsleistung. In der EPA werden formalisierte Daten aus dem Assessment, der Symptomklassifizierung, des Sozialassessments, des Ergebnisberichtes und des Behandlungsplanes ermittelt. So lässt sich beispielsweise aus der Symptomklassifizierung heraus eruieren, ob sich der Symptomverlauf innerhalb des Versorgungszeitraumes verbessert oder verschlechtert hat. Darüber hinaus können numerische Daten graphisch dargestellt werden. Auf Anfrage der Krankenkassen hin kann ein Datenexport aus der elektronischen Patientenakte heraus zur Auswertung erfolgen. Die Daten können institutionsübergreifend zum Zwecke des Benchmarkings (engl. „Maßstab“) und zur Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle ausgewertet werden.

Eine weitere Möglichkeit der **Evaluation** im St. Jakobus Hospiz stellt die Ermittlung der Patienten und Angehörigenzufriedenheit, über verbale, schriftliche Rückmeldungen und kleine Geschenke der Dankbarkeit, dar. Die Zufriedenheit der Angehörigen kommt durch positive, verbale Rückmeldungen während der Versorgung und besonders in Abschlussgesprächen zum Ausdruck, dass schwerkranke Menschen mit unserer Unterstützung zu Hause versterben konnten. In Form von Karten, Briefen und Zeitungsannoncen wird Dank ausgesprochen für die gute fachliche und menschliche Betreuung. Innerhalb der Annoncen erfolgen Spendenaufrufe für unsere Institution, darüber hinaus gehen Spenden der Familien/Angehörigen bei uns ein.

2.1.8 Evaluierende Nachsorge

Im palliativen Kontext der SAPV hat die **evaluierende Nachsorge** eine andere Bedeutung als im CM. Das Ziel der Unterstützung, im St. Jakobus Hospiz, im Rahmen der SAPV, bezieht sich darauf, dass schwerkranken Menschen ein Sterben in der eigenen Häuslichkeit ermöglicht wird. Die **evaluierende Nachsorge** findet meistens relativ zeitnah statt. Wir erleben, dass die Angehörigen sich kurze Zeit nach Versterben des Klienten an uns wenden und uns um ein Abschlussgespräch bitten. Die Zeitspanne des Abschlussgespräches liegt zwischen ein bis vierzehn Tage nach Versterben des Klienten. Viele Angehörige begründen dies uns gegenüber damit, dass sie sagen, sie möchten so schnell wie möglich mit dem Geschehenen abschließen. Wir klären in diesem Abschlussgespräch, ob ein möglicher Bedarf nach Trauerbegleitung besteht und händigen diesbzgl. den Hinterbliebenen die bestehenden Trauerangebote des St. Jakobus Hospizes aus. Im Abschlussgespräch lassen wir uns bzgl. der Zufriedenheit der Angehörigen, in Bezug zum zurückliegenden Versorgungsgeschehen, Rückmeldung geben und dokumentieren diese innerhalb der Falldokumentation. Die Ergebnisse und Er-

kenntnisse aus den Abschlussgesprächen werden insofern mit berücksichtigt, als das sie als Feedback dem SAPV-Team oder einzelnen Mitarbeitern rückgemeldet werden. Für Beschwerden, sehr kritische oder negative Rückmeldungen, steht unserer Institution seit kurzem das Beschwerdemanagement, als ein Instrument zur Klärung und Evaluation der Beschwerde, zur Verfügung. Im Gegensatz zur SAPV sieht das CM die evaluierende Nachsorge (das Nachsorgegespräch) nach drei bis sechs Monaten vor, und zwar nach Abschluss der Beratung, als einen Bestandteil im Rahmen der Hilfeplanung.

3. Schlussfolgerung

Die Entwicklung eines interdisziplinären Versorgungspfades ist ein fortschreitender Prozess, individualisiert auf den Klienten. Der Critical Pathway stellt ein Instrument dar, das es den multidisziplinären Teams der SAPV ermöglicht, die Praxis ständig zu hinterfragen und zu verändern, wie dies die Versorgung und Unterstützung der Klienten bedarf. Auf diese Weise werden Kreativität und Engagement der Mitarbeiter gefördert, was der Berufszufriedenheit zuträglich ist und letztendlich zu einer besseren Patientenversorgung führt. Der Critical Pathway dient als ein Verfahren zur Steuerung und Strukturierung der Patientenversorgung. Die Verwendung des Critical Pathway im palliativen Kontext der SAPV hat das Potential die Verlegungsquote in Kliniken zu reduzieren und eine Verbesserung der Lebensqualität im Ergebnis zu erreichen, über die Symptomkontrolle, die Schmerztherapie und die 24h Rufbereitschaft. Durch den Critical Pathway wird ermöglicht, dass noch mehr Menschen zu Hause versterben können. Wenn der Critical Pathway kontinuierlich optimiert wird und die Resultate dieses Versorgungssystems durch die Dokumentation sowie die Statistik belegt werden, wird eine qualitativ hochwertige Versorgung Wirklichkeit für alle, die Leistungen im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung benötigen. Aufgrund der beständigen Personalrotation im SAPV-Team, bedingt durch Urlaub, Krankheit, Freizeitausgleich und reduziertem Stellenumfang, besteht die Gefahr zahlreicher Kommunikations- und Informationsdefizite, darüber hinaus gilt dies auch in der Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern. Zugleich ist die professionelle Kompetenz des SAPV-Teams gefragt, um in sehr unterschiedlichen Kontexten immer die richtigen und wichtigen Dinge zu tun, im Sinne der schwerkranken Menschen. Umso wichtiger erscheint unterdessen der Critical Pathway als ein Instrument zur Qualitätssicherung.

Im Hinblick auf das Case Management ist die Erbringung einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung eine bemerkenswert komplexe Aufgabe, die das Engagement vieler Disziplinen verlangt. Dabei weichen die Vorgehensweisen und Arbeitsabläufe an vielen Punkten in der Patientenversorgung voneinander ab. Die komplexe Abfolge un-

terschiedlicher Arbeitsstile und Unterstützungssysteme wird von den formellen und informellen Helfern häufig nicht wahrgenommen. Critical Pathways und Case Management bieten methodische Ansätze zur Integration der Aufgaben von Ärzten, weiteren Gesundheitsprofessionen und anderen Unterstützungsleistenden, um eine erhöhte Versorgungsqualität zu erreichen. Der Case Manager ist zentrale Bezugsperson für den Klienten und darüber hinaus nicht für die bspw. direkte Pflege zuständig.

Fazit ist, dass die Methodik der SAPV nicht gleich zu setzen ist mit der des Case Managements. Jedoch beinhaltet die SAPV einzelne methodische Komponenten des Case Managements.

4. Verzeichnis der verwendeten Fachbegriffe

Critical Pathway: Definition: Ein „interdisziplinärer Versorgungspfad“, der die optimale Abfolge oder Terminierung der wichtigsten Interventionen festlegt, bei der Versorgung eines Patienten mit einer bestimmten Diagnose oder Behandlung.

Ressourcen: Die gesunden Anteile des Menschen – seine persönlichen Ressourcen – wahrzunehmen und zu fördern.

Die **weichen Ressourcen** beziehen sich auf die inneren/persönlichen Potentiale eines Menschen und betreffen z.B. Fähigkeiten, Fertigkeiten, Kenntnisse, Geschicke, Erfahrungen, Talente, Werte, Haltungen, Neigungen und Stärken, die oftmals gar nicht bewusst sind. Die **weichen Ressourcen** beziehen sich aber auch auf das soziale Umfeld, das Haushalts- und Familiensystem eines Klienten. Die **harten Ressourcen** betreffen die Lebensbereiche Wohnen, die Arbeit, die Finanzen und die Gesundheit. Die **institutionellen Ressourcen** sind in der Interventionsplanung auf beispielsweise die Schuldnerberatungsstelle, das Sozialamt usw. und die **sozialräumlichen Ressourcen** auf Freunde, Nachbarn, Kollegen, Selbsthilfegruppen usw. ausgelegt.

Managed Care: Eine Variante des Case Managements.

Managed Care I beinhaltet die Umstrukturierung des Gesundheitswesens mit dem Ziel einer kostengünstigeren medizinischen Versorgung auf hohem Qualitätsniveau, der Zusammenführung der finanziellen Verantwortung und der Leistungserbringung, die Übernahme einer Führungsrolle der Kostenträger, sowie die Ausübung eines steuernden Einflusses auf die Leistungserbringer und Versicherten. Managed Care II sieht die Prozesslenkung von Dienstleistungen vor, durch eine strikte Kontrolle des Leistungsgeschehens, um die Kosten zu senken, die Effizienz und Qualität zu erhöhen. Auftraggeber für Managed Care sind bspw. Kranken-, Pflege-, Rentenkassen, Kliniken usw.

Feedbackschleifen: Rückmeldungen oder Rückschlüsse, als abbildbares Instrument, z.B. im Assessment, Darstellung der Komplexität.

Komplexität: Vielschichtig, viele Dinge umfassend. Charakterisiert durch die Zahl der Akteure und der notwendigen Maßnahmen, sowie die strukturelle und institutionelle Verschiedenheit der Handlungsorte und Akteure.

Kompliziertheit: Subjektive Einschätzung, ob wir etwas als schwierig einschätzen oder nicht. Die Kompliziertheit ist mittelbar mit Komplexität verbunden.

Wünsche: Etwas was der Betreffende haben oder erreichen möchte, in Bezug zu sich selbst oder einer anderen Person. Wünsche sind eher in die nahe Zukunft gerichtet, als in die Gegenwart und sind eher materiell als immateriell.

Bedürfnisse: Müssen und können aus den Wünschen abgeleitet werden. Ein Anspruch, den der Betreffende für sich selbst stellt, z. B. ein Verlangen nach Ruhe. Die Bedürfnisse sind eher auf die Gegenwart, als in die Zukunft gerichtet (Durst oder Hunger) und sind eher immateriell, als materiell.

Bedarfe: Sie sind eine Ansammlung individueller, materieller und immaterieller Mittel, die der Betreffende zur Verbesserung seiner spezifischen Problemlage benötigt.

Smart-Konzept: Ziele müssen „smart“ sein --> spezifisch, messbar, akzeptabel, realistisch, terminiert.

Output: Bezeichnet und misst das, was wir tun, z. B. Quantität und Qualität von eingeleiteten Maßnahmen. Das Output ist stark mit dem Begriff der Prozessqualität verbunden und bezieht sich auf Teilprozesse des Case Management Handelns.

Outcome: Bezeichnet und misst das, was wir erreichen bzw. bewirken, durch die Maßnahmen. Deshalb ist das Outcome stark mit dem Begriff der Ergebnisqualität verknüpft und bezieht sich auf Gesamt- und Teilergebnisse des Case Management Handelns.

Benchmark: (engl. „Maßstab“) oder *Benchmarking* (= Maßstäbe setzen) bezeichnet eine vergleichende Analyse mit einem festgelegten Referenzwert.

GOAL Attainment Scale: Die Scala dient als Planungs- und Steuerungsinstrument, deren Inhalte zuvor mit dem Klienten ausgehandelt worden sind. Sie dient im Monitoring als Zielerreichungsinstrument und bezieht sich auf die Beobachtungs- und Feinsteuerungslogik.

5. Verzeichnis der zitierten Literatur

Patricia C. Dykes / Kathleen Wheeler (2002): Critical Pathways –Interdisziplinäre Versorgungspfade; Verlag Hans Huber , S. 125

Patricia C. Dykes / Kathleen Wheeler (2002): Critical Pathways –Interdisziplinäre Versorgungspfade; Verlag Hans Huber , S. 33

Patricia C. Dykes / Kathleen Wheeler (2002): Critical Pathways –Interdisziplinäre Versorgungspfade; Verlag Hans Huber , S. 123-131

Grammatico, D.; Kern, M. (2010a): Klärungsphase; Univ. Kursunterlagen für die Weiterbildung zum Case Manager bzw. zur Case Managerin. Bonn.

Grammatico, D.; Kern, M. (2010b): Komplexität; Univ. Kursunterlagen für die Weiterbildung zum Case Manager bzw. zur Case Managerin. Bonn.

Grammatico, D.; Kern, M. (2010c): Assessment; Univ. Kursunterlagen für die Weiterbildung zum Case Manager bzw. zur Case Managerin. Bonn.

Grammatico, D.; Kern, M. (2010d): Ziele ; Univ. Kursunterlagen für die Weiterbildung zum Case Manager bzw. zur Case Managerin. Bonn.

Grammatico, D.; Kern, M. (2010e): Hilfeplanung; Univ. Kursunterlagen für die Weiterbildung zum Case Manager bzw. zur Case Managerin. Bonn.

Grammatico, D. (2010f): Kontraktmanagement/Linking; Univ. Kursunterlagen für die Weiterbildung zum Case Manager bzw. zur Case Managerin. Bonn.

Prof. Dr. Michael Wissert 2010: Monitoring; Case Management. Hochschule Ravensburg-Weingarten: Univ. Kursunterlagen für die Weiterbildung zum Case Manager bzw. zur Case Managerin. Bonn

Grammatico, D.; Kern, M. (2010g): Entpflichtung/Evaluation; Univ. Kursunterlagen für die Weiterbildung zum Case Manager bzw. zur Case Managerin. Bonn

Michael Ewers; Doris Schaeffer (2000/2005): Case Management in Theorie und Praxis

Ministerium für Wirtschaft und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen, Initiativ in NRW
(2003): Case Management. Theorie und Praxis

Case Management und Critical Pathway, von Dipl. Pflegewirt Thorsten Müller in: Die Schwester – Der Pfleger 6/98

www.wikipedia.de