

Definition Case Management Standards Case Management

Genehmigt von der Generalversammlung am 30. März 2006

1. Vorbemerkungen

1.1. Ziel und Zweck

Das Netzwerk Case Management Schweiz beabsichtigt mit den erarbeiteten Standards, eine gemeinsame Basis für eine professionelle Case Management-Tätigkeit zu bieten und empfiehlt seinen Mitgliedern diese in ihrer beruflichen Case Management Praxis anzuwenden und umzusetzen. Im Hinblick auf die Zertifizierung von Institutionen und Organisationen werden diese Standards eine zentrale Rolle spielen und als Orientierungsrahmen dienen.

1.2. Quellen

Inhalt, Raster und Struktur orientieren sich an den Standards des

- Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (2004). Qualitätsstandards für das Fallmanagement.

Weitere Anlehnung an:

- Klug, W. (2003). Mit Konzept planen – effektiv helfen Ökosoziales Case Management in der Gefährdetenilfe. Freiburg: Lambertus.
- Wendt, W.R. (2001). Standards der Case Management Society of America. In: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen - eine Einführung. Freiburg. Lambertus.
- SBK Schweiz (2003). Ethik in der Pflegepraxis. Bern: SBK Schweiz.
- Case Management Society of America (2002). Standards of Practice for Case Management (revised).

1.3. Begriffe

Für die Kunden/Nutzer des Case Managements werden je nach Anwendungsgebieten unterschiedliche Begriffe verwendet: Kunden, Klienten, Patienten, Ratsuchende usw. Im Folgenden verwenden wir immer den Doppelbegriff Klient/Patient, der alle Anwendungsgebiete abdecken kann.

Aus Gründen der Ausgewogenheit und der Einfachheit verwenden wir für Case Manager die männliche Form. Frauen sind immer mit gemeint.

2. Definition Case Management

2.1. Definition

Case Management ist ein spezifisches Verfahren zur koordinierten Bearbeitung komplexer Fragestellungen im Sozial-, Gesundheits- und Versicherungsbereich. In einem systematisch geführten, kooperativen Prozess wird eine auf den individuellen Bedarf abgestimmte Dienstleistung erbracht bzw. unterstützt, um gemeinsam vereinbarte Ziele und Wirkungen mit hoher Qualität effizient zu erreichen. Case Management stellt einen Versorgungszusammenhang über professionelle und institutionelle Grenzen hinweg her. Es respektiert die Autonomie der Klientinnen und Klienten, nutzt und schont die Ressourcen im Klient- sowie im Unterstützungssystem.

2.2. Ergänzungen zur Definition/ Grundsätze

Philosophie / Arbeitsprinzipien

Der Case Manager ist das Bindeglied zwischen Klient / Patient, dessen Umfeld und dem professionellen System sowie den Kostenträgern und dem Gemeinwesen in einem hochgradig arbeitsteiligen und komplexen Gesundheits-, Sozial- und Versicherungswesen. Charakteristisch für Case Management sind die Verbesserung der Kommunikation und Koordination zwischen allen involvierten Akteuren und die Vereinigung vielfältiger Interessenlagen in einen kontinuierlichen Prozess mit einem gemeinsamen transparent definierten Ziel. Die gegenseitige Abgrenzung der einzelnen spezialisierten Berufe soll überwunden werden. Der Klient / Patient sowie bei Bedarf das ihn umgebende Umfeld wird in die Entscheidungsprozesse als Kontraktpartner mit einbezogen (Partizipation). Case Management orientiert sich am Prinzip des Empowerment (Menschen stärken) und zeichnet sich aus durch eine ressourcenorientierte Haltung.

Rollen von CM

In der Funktion der Steuerung des Zugangs zu Leistungen ist der Case Manager einer angemessenen Verwendung der vorhandenen Ressourcen sowie der Überprüfung von Effizienz und Effektivität verpflichtet (Gatekeeper). In der Funktion als Vermittelnder zwischen Klient / Patient und Versorgungssystem nimmt der Case Manager eine unabhängige und allparteiliche Position ein (Broker). Der Case Manager hat in seiner anwaltschaftlichen Funktion (Advocacy) die Aufgabe, Klienten / Patienten umfassend über ihre Rechte zu informieren. Er setzt sich in dieser Funktion für die Wahrung der Interessen der Patienten/Klienten ein. Ausserdem steht er für die Qualität und Umsetzung von Massnahmen und Absprachen ein. Der Case Manager mit unterstützender Funktion (Support / Coaching) nutzt und aktiviert die Ressourcen des Klienten / Patienten und seines Umfeldes. Der Case Manager unterstützt ihn darin, Komplikationen, Belastungen und Probleme aus eigener Kraft zu bewältigen sowie Lösungen und Perspektiven für die Zukunft aufzubauen.

Normative Leitlinien

Case Management wird von Personen mit unterschiedlichen Berufen ausgeübt, die ihrem jeweiligen berufsethischen Code verpflichtet sind. Case Manager kooperieren mit ihren Klienten / Patienten mit gegenseitiger Verbindlichkeit von Rechten und Pflichten. Sie gehen davon aus, dass Menschen entsprechend ihren Fähigkeiten und Lebensumständen selbstverantwortlich handeln können und begegnen ihnen mit Respekt vor ihrer Persönlichkeit und Entscheidungsfähigkeit. Dabei berücksichtigen sie die verschiedenen Lebensent-

würfe und unterstützen die Integration und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Sie erkennen Formen von Diskriminierung und fördern den gleichberechtigten Zugang zu den Ressourcen. Sie orientieren sich an den UNO-Menschenrechten und respektieren kulturelle Werte und Verschiedenartigkeit. Der Case Manager akzeptiert den Klienten / Patienten in seiner kulturspezifischen und soziosstrukturellen Dimension.

Case Manager kommunizieren ihre Arbeitsbedingungen transparent. In Situationen, in denen das Versorgungssystem Entscheidungen gegen den Willen des Klienten / Patienten trifft, achten Sie auf Fairness und Nachvollziehbarkeit.

Schweigepflicht / Datenschutz

Der Case Manager untersteht den gesetzlichen Auflagen des Daten- und Persönlichkeitsschutzes und der Schweigepflicht. Informationen können nur eingeholt oder weiter gegeben werden, wenn die gesetzlichen Rahmenbedingungen dies erlauben oder wenn der Klient/Patient sein Einverständnis im Rahmen einer schriftlichen Vollmacht erteilt hat. Vor der Einholung einer schriftlichen Vollmacht muss der Klient/Patient über Ziel, Zweck und Folgen derselben aufgeklärt worden sein. Sollten sich im Laufe des CM-Prozesses die gesetzlichen Rahmenbedingungen oder die Voraussetzungen bei Einholung der Vollmacht derart ändern, dass das Einverständnis bzw. die gesetzliche Legitimation für Informations-einholung und -weitergabe nicht mehr vorausgesetzt werden kann, wird das Einverständnis des Klienten/Patienten stets neu eingeholt.

2.3. Implementierung des Case Management auf den drei Ebenen

Versorgungsebene (Normative Ebene)

CM kann dann am wirksamsten funktionieren wenn es ausdrücklich als Element der Gesundheitspolitik und der Sozialplanung verankert wird. Hier geht es um die bedarfsgerechte Steuerung der Versorgungssysteme. Die Ebene umfasst einerseits die Ebene der Volkswirtschaft und andererseits die Dimension der politischen Entscheidung und Legitimation.

Betriebsebene (Strategische Ebene)

CM als eine Kombination von Fall- und Systemsteuerung bedarf intern eines klaren institutionellen Auftrags entsprechend der Strategien, Konzepte, Strukturen, Arbeitsabläufe und Mittel sowie extern der Koordination und Kooperation der Dienste, zur Optimierung der interdisziplinären Zusammenarbeit und der Versorgung.

Klientenebene –(Operative Ebene)

Diese operative Ebene des Case Managements bezieht sich auf den Aufbau und die Steuerung von Unterstützungsnetzen und auf die Zusammenarbeit mit Klienten/Patienten im Einzelfall. Sie erfolgt in der praxisorientierten und flexibel auf die jeweilige Situation angepasste Anwendung des Verfahrens mit seinen definierten Prozessschritten zur Deckung des individuell festgestellten Bedarfs. Case Manager gewährleisten Kontinuität der Intervention und tragen die fachliche Verantwortung gegenüber den einzelnen Klienten/Patienten.

3. Das Case Management Verfahren: Prozessschritte auf Klientenebene

Grundsätzlich misst sich erfolgreiches Case Management an der Erreichung der gemeinsam definierten Ziele (Outcome-Qualität). Die Umsetzung der im Folgenden beschriebenen Prozessschritte soll dabei eine bestmögliche Zielerreichung unterstützen. Die Prozessschritte sollen in ihrer Gesamtheit als Qualitätsstandard für den Prozess des Case Managements verstanden und angewendet werden. Die Abfolge der Prozessschritte entspricht grundsätzlich dem dargestellten Zyklus, kann aber individuell gestaltet und bei Bedarf der jeweiligen Situation angepasst werden. Die gleichzeitige Anwendung mehrerer Prozessschritte ist möglich.

Der Prozessschritt Monitoring ist als Daueraufgabe über alle Prozessschritten zu verstehen, d.h. die Interventionen im Case Management werden laufend überprüft, analysiert und bewertet. So kann bei Bedarf eine Umplanung innerhalb der einzelnen Prozessschritte vorgenommen werden.

Im Anschluss an die jeweiligen Prozessschritte werden individuelle und fallbezogene sowie betriebliche Ressourcen aufgeführt, welche einen Case-Management-Prozess und ein optimales Versorgungsergebnis ermöglichen. Über allen individuellen und betrieblichen Ressourcen steht die Förderung und Weiterbildung der Case Manager und die institutionalisierte Möglichkeit für Fallbesprechungen (Intervision) und Supervision.

Die Prozessschritte im Überblick

Prozessschritt 1

Clearing, Intake → Aufnahme abklären

Prozessschritt 2

Assessment → Situation und Bedarf einschätzen

Prozessschritt 3

Zielvereinbarung → Ziele entwickeln

Prozessschritt 4

Massnahmenplanung → Unterstützungsangebote/Massnahme planen

Prozessschritt 5

Durchführung und Leistungssteuerung → Massnahmen durchführen und umsetzen

Prozessschritt 6

Evaluation → Ergebnisse erfassen und bewerten

Prozessschritt 1

Clearing, Intake → Aufnahme abklären

ZIELE

→ Die Aufnahme ins CM Verfahren ist geklärt

STANDARDS

- Klient/Patient und Case Managerin klären die Voraussetzungen für Case Management.
- die Rolle der Case Managerin wird geklärt
- es erfolgt eine Aufklärung über den Prozess des Case Managements, des Auftrags und die damit verbundenen Chancen, Rechte, Pflichten und Verantwortlichkeiten
- Klient/Patient und Case Managerin verfügen über die notwendigen Informationen um einen informierten Entscheid über die Aufnahme ins Case Management treffen zu können (informed consent).
- der Entscheidungsprozess, die Kriterien und die Bedingungen für die Aufnahme ins Case Management sind transparent und die Mitsprache des Klienten/Patienten ist gewährleistet.
- der Klient/Patient wird für die Mitarbeit gewonnen
- ein erster mündlicher Kontrakt wird geschlossen
- ein erstes Bild der Grundproblematik und Ressourcen des Klienten/Patienten wird gewonnen („Erstprofiling“)
- die Beratung erfolgt nach professionellen Beratungskonzepten mit entsprechenden berufsethischen Grundsätzen
- es wird festgelegt, was mit dem Klienten/Patienten geschieht, wenn er nicht ins Case Management aufgenommen wird

BENÖTIGTE RESSOURCEN

INDIVIDUELL

- Gesprächsführungs- und Beratungskompetenz, transkulturelle Kompetenzen
- Fähigkeit, persönliche Bewältigungsaufgaben ("Probleme") und Ressourcen sowie die Bedürfnisse des Klienten/Patienten zu erkennen und einzuordnen
- Fähigkeit, eine tragfähige Kooperation herzustellen
- ethische Grundhaltung (Achtung der Grundrechte und Menschenwürde)

INSTITUTIONELL

- Bereitstellung geeigneter Ressourcen (Infrastruktur und Fachpersonal)
- genügend Zeit
- begründete Kriterien für das Case Finding
- Informationsmaterial

Prozessschritt 2

Assessment → Situation und Bedarf einschätzen

- ZIELE**
- Die Ausgangssituation ist erfasst
 - Die Aufgabenstellungen sind definiert
 - Die Ressourcen des Klienten/Patienten und seines Umfeldes sind erkannt

- STANDARDS**
- die aktive Beteiligung des Klienten/Patienten wird als entscheidender Faktor zum Gelingen der Zusammenarbeit betrachtet, Menschen aus dem Umfeld und übrige Leistungserbringer werden in angemessener Weise einbezogen
 - die Datenerhebung erfasst alle für die Bewältigung der Aufgabenstellung relevanten Lebensbereiche des Klienten/Patienten und fokussiert auf die Ressourcen
 - der Prozess und das Ziel der Datengewinnung sind für den Klienten/Patienten sprachlich und kognitiv nachvollziehbar
 - alle nötigen Daten werden im Einvernehmen mit dem Klienten/Patienten durch Interviews sowie durch Einbezug schriftlicher Quellen und Informationen externer Akteure gesammelt und kritisch bewertet
 - die gesammelten Daten werden in verständlicher Form dokumentiert und können - sofern keine datenschutzrechtliche Einschränkung besteht - auch ausgehändigt werden
 - die Einschätzung erfolgt aufgrund der gemeinsam erarbeiteten Datenlage zusammen mit dem Klienten/Patienten und/oder seinem Umfeld
 - Dissens in der Einschätzung der verschiedenen Beteiligten wird transparent gemacht
 - die Bedürfnisse des Klienten/Patienten bilden den Ausgangspunkt für das Aushandeln des Bedarfs
 - die Dokumentation wird systematisch und kontinuierlich in verständlicher Form fortgeschrieben
 - alle Aussenaktivitäten sind durch Schweigepflichtsentbindungen abgesichert

- BENÖTIGTE RESSOURCEN**
- INDIVIDUELL**
- Fachwissen
 - Gesprächsführungs-/Beratungskompetenz
 - Konfliktfähigkeit
 - Fähigkeit, die persönlichen, sozialen, marktlichen und betrieblichen Bedingungen und Umstände in die Bewertung eines Falles einzubeziehen
 - Ressourcen- und sozialraumorientiertes Denken

- INSTITUTIONELL**
- Entwicklung und Übernahme geeigneter Instrumente und Dokumentationssysteme
 - Beachtung datenschutzrechtlicher Grundsätze

Prozessschritt 3

Zielvereinbarung → Ziele entwickeln

ZIELE

- Ziele sind für beide Seiten ausgehandelt und verbindlich festgelegt
- Es ist definiert, was, wie, in welchem Zeitraum erreicht wird

STANDARDS

- o ausgehend vom Ergebnis des Assessments (Bedarf) werden gemeinsam mit dem Klienten/Patienten unter Berücksichtigung der Ressourcen des Klienten/Patienten realistische Ziele abgeleitet
- o die Ziele beziehen sich auf die spezifischen Lebensbereiche, für die das Case Management Wirkung erzielen soll
- o Ziele sind überprüfbar und messbar. Indikatoren sind wenn möglich zu benennen.
- o Ziele bieten allen Beteiligten eine länger- und kurzfristige Orientierung.
- o Für jedes (Teil-)Ziel wird ein konkreter Zeitrahmen definiert.
- o der Einsatz von Ressourcen, Personen und Zeit wird auf eine möglichst effiziente und effektive Erreichung der Ziele geplant
- o bei der Zielvereinbarung wird die transkulturelle Dimension beachtet (z.B. die spezifische Bedeutung von Verträgen)
- o Ziele werden „fortgeschrieben“; Gründe für Zeitüberschreitungen bzw. Zielverfehlungen werden dokumentiert
- o allfällige Zielkonflikte zwischen verschiedenen Beteiligten werden ausgehandelt, verbleibender Dissens wird geklärt
- o die Entscheidungsverfahren sind transparent, Beschwerdemöglichkeiten sind bekannt

BENÖTIGTE RESSOURCEN

INDIVIDUELL

- Gesprächsführungs-/Verhandlungskompetenz
- Konfliktfähigkeit
- Fähigkeit, zu realistischer Einschätzung von Bewältigungsressourcen
- Kenntnisse über das regionale Netzwerk
- Bereitschaft, die Entscheidung über die Zuteilung der Ressourcen zu begründen
- Bereitschaft, Entscheidungen des Klienten/Patienten zu respektieren

INSTITUTIONELL

- Gewährung von Entscheidungskompetenzen für die Case Managerin
- Bereitstellung eines geeigneten Dokumentationssystems
- Skizzierung eines „Beschwerdeweges“ (bei evtl. Konflikten in der Zielerarbeitung)
- Bestehen eines Monitoringsystems

Prozessschritt 4

Massnahmenplanung → Unterstützungsangebote/Massnahmen planen

ZIELE

- Bedingungen für das Erreichen der formulierten Ziele sind geschaffen
- Die gemeinsame Planung des Unterstützungsangebotes ist erstellt

STANDARDS

- der Massnahmenplan wird gemeinsam zwischen Case Managerin, Klient/Patient und ggf. den Angehörigen und den übrigen Fallbeteiligten entwickelt
- er schafft Verbindlichkeit und Transparenz und wird schriftlich niedergelegt
- die Massnahmen berücksichtigen die Partizipation, d.h. die sozialen und kommunikativen Handlungsmöglichkeiten des Patienten/Klienten, und die Kontextbedingungen, d.h. Einschränkungen bzw. Optionen im Umfeld und Versorgungssystem (Ressourcenorientierung)
- es werden Massnahmen geplant, die rechtzeitig, qualitativ hochwertig und kosteneffizient erbracht werden können.
- die Massnahmen berücksichtigen die Förderung des Empowerment des Patienten/Klienten
- die Case Managerin fördert aktiv die Kommunikation und Vernetzung zwischen allen am Fallgeschehen beteiligten Personen und Institutionen
- der gesundheitliche Versorgungsprozess wird auf den Fokus der optimalen Behandlung oder des optimalen Zugangs für den Patienten/Klienten ausgerichtet, so dass unnötige Schritte vermieden werden und eine rechtzeitige, qualitativ hochwertige Versorgung und Ressourcennutzung bei gleichzeitig hoher Kosteneffizienz begünstigt wird
- der Unterstützungsplan gibt Auskunft, welche Leistungen von wem wo und wann erbracht werden
- es wird dokumentiert, wenn benötigte Hilfeangebote aktuell nicht vorhanden sind
- der Unterstützungsplan wird flexibel gehandhabt und regelmässig fortgeschrieben (siehe auch Re-Assessment)
- Zeitpunkt und Modus der Überprüfung des Unterstützungsplans werden festgelegt

BENÖTIGTE RESSOURCEN

INDIVIDUELL

- Gesprächsführungs-/ Verhandlungskompetenz
- Konfliktfähigkeit
- Fähigkeit zu realistischer Einschätzung von Bewältigungsressourcen
- Kenntnisse über das regionale Netzwerk und die bestehenden Hilfeangebote
- Fähigkeiten/Organisationskompetenz, das regionale Netzwerk zu nutzen

INSTITUTIONELL

- Regelung und Gewährung von Entscheidungskompetenzen für die Case Managerin über den Einsatz von Hilfeangeboten
- Festlegen von verbindlichen Kooperationsstrukturen
- aktueller Überblick über formelle und informelle Hilfeangebote
- einheitliches Formular- und Berichtswesen
- Sofern möglich Qualitätseinschätzung wichtiger Leistungserbringer

Prozessschritt 5

Durchführung und Leistungssteuerung → Massnahmen durchführen und Umsetzung

ZIELE	<ul style="list-style-type: none">→ das benötigte Leistungsangebot wird bedarfsgerecht erbracht→ der Massnahmenplan wird zielgerichtet umgesetzt→ der Verlauf wird beobachtet und gesteuert→ die Informationen über den Fallverlauf werden gewonnen, um rechtzeitig intervenieren zu können				
STANDARDS	<ul style="list-style-type: none">○ die vereinbarten Massnahmen werden plangemäss durchgeführt○ der Klient/Patient wird mit den Diensten und informellen Bezugspersonen zusammengebracht○ - Veränderungen der Lebenssituation des Klienten und seines Umfeldes, die veränderte Einschätzungen und/oder der Kostensentwicklung werden beobachtet. Im Falle einer Veränderung reagiert die Case Managerin durch Re-Assessment. Die Resultate des des Re-Assessment sind in den Massnahmenplan zu integrieren○ - die einzelfallunabhängige Vernetzung von Dienstleistungen wird wahrgenommen durch Angebotsplanung und Angebotssteuerung○ die Leistungssteuerung ist eingebunden in ein institutionalisiertes Monitoring.○ alle an der Umsetzung Beteiligten werden ausreichend informiert, einzelfallbezogen und einzelfallübergreifend in die Leistungssteuerung einbezogen und es wird wenn möglich auf einen Konsens aller Beteiligten hin gearbeitet○ die Case Managerin leistet aktive Unterstützung bei der Erschliessung der Leistungen.○ ein kontinuierlicher fallspezifischer (z.B. Fallkonferenzen) und fallübergreifender Austausch der Fallbeteiligten ist etabliert				
BENÖTIGTE RESSOURCEN	<table><thead><tr><th>INDIVIDUELL</th><th>INSTITUTIONELL</th></tr></thead><tbody><tr><td><ul style="list-style-type: none">- Gesprächsführungskompetenz- Vermittlungskompetenz- Moderationskompetenz- Kompetenz, Angebote miteinander zu verknüpfen- Kompetenz, Controllinginstrumente zu nutzen- Fähigkeit zu zielbezogenem, budgetorientiertem Arbeiten</td><td><ul style="list-style-type: none">- institutionalisiertes Monitoring ist vorhanden- Einbindung der Leistungsanbieter in das Konzept (Aufbau eines Netzwerks)- Definieren von Schnittstellen, klären und festlegen von Verantwortlichkeit- Gewährung von Entscheidungskompetenzen für die Case Managerin über den Einsatz von Hilfeangeboten</td></tr></tbody></table>	INDIVIDUELL	INSTITUTIONELL	<ul style="list-style-type: none">- Gesprächsführungskompetenz- Vermittlungskompetenz- Moderationskompetenz- Kompetenz, Angebote miteinander zu verknüpfen- Kompetenz, Controllinginstrumente zu nutzen- Fähigkeit zu zielbezogenem, budgetorientiertem Arbeiten	<ul style="list-style-type: none">- institutionalisiertes Monitoring ist vorhanden- Einbindung der Leistungsanbieter in das Konzept (Aufbau eines Netzwerks)- Definieren von Schnittstellen, klären und festlegen von Verantwortlichkeit- Gewährung von Entscheidungskompetenzen für die Case Managerin über den Einsatz von Hilfeangeboten
INDIVIDUELL	INSTITUTIONELL				
<ul style="list-style-type: none">- Gesprächsführungskompetenz- Vermittlungskompetenz- Moderationskompetenz- Kompetenz, Angebote miteinander zu verknüpfen- Kompetenz, Controllinginstrumente zu nutzen- Fähigkeit zu zielbezogenem, budgetorientiertem Arbeiten	<ul style="list-style-type: none">- institutionalisiertes Monitoring ist vorhanden- Einbindung der Leistungsanbieter in das Konzept (Aufbau eines Netzwerks)- Definieren von Schnittstellen, klären und festlegen von Verantwortlichkeit- Gewährung von Entscheidungskompetenzen für die Case Managerin über den Einsatz von Hilfeangeboten				

Prozessschritt 6

Evaluation → Ergebnisse erfassen und bewerten

ZIELE	<ul style="list-style-type: none">➔ Die Zielerreichung ist überprüft➔ Ergebnisse und Zusammenarbeitsprozess sind beurteilt➔ Entscheid über Fallabschluss ist gefällt				
STANDARDS	<ul style="list-style-type: none">○ alle Fälle werden einheitlich evaluiert○ Der Case Manager schätzt mit der Klientin / dem Patienten und ev. mit weiteren Beteiligten die aktuelle Situation ein○ die Ergebnisse werden mit den Zielen verglichen, Abweichungen werden begründet○ die Wirksamkeit der einzelnen Massnahmen wird bewertet, erzielte und unvorhergesehene Wirkungen werden beschrieben und beurteilt○ die Kosten der erbrachten Leistungen werden ausgewiesen und mit den erzielten Wirkungen verglichen○ die Zufriedenheit des Klienten/Patienten mit dem Ergebnis und dem Zusammenarbeitsprozess wird ausgewertet○ weiterhin bestehender oder veränderter Bedarf wird eingeschätzt○ die Notwendigkeit allfälliger Nachsorge wird gemeinsam mit der Klientin / dem Patienten geklärt. Es wird sichergestellt, dass die allfällige Nachsorge organisiert wird.○ die Case Managerin legt Rechenschaft ab über die Versorgungsqualität und gewährleistet Kostentransparenz○ beim Fallabschluss wird die Zusammenarbeit mit dem Klienten / der Patientin ausdrücklich beendet				
BENÖTIGTE RES-SOURCEN	<table><thead><tr><th>INDIVIDUELL</th><th>INSTITUTIONELL</th></tr></thead><tbody><tr><td><ul style="list-style-type: none">- Fähigkeit, komplexe Daten auswerten und interpretieren zu können- Fähigkeit zur Selbstreflexion sowie zur Reflexion im interdisziplinären Team- Kenntnisse über Evaluationsmethoden</td><td><ul style="list-style-type: none">- Qualitätsmanagement- zweckmässiges Dokumentationssystem- Erhebung und Aufbereitung der benötigten Daten- einheitliches Evaluationssystem</td></tr></tbody></table>	INDIVIDUELL	INSTITUTIONELL	<ul style="list-style-type: none">- Fähigkeit, komplexe Daten auswerten und interpretieren zu können- Fähigkeit zur Selbstreflexion sowie zur Reflexion im interdisziplinären Team- Kenntnisse über Evaluationsmethoden	<ul style="list-style-type: none">- Qualitätsmanagement- zweckmässiges Dokumentationssystem- Erhebung und Aufbereitung der benötigten Daten- einheitliches Evaluationssystem
INDIVIDUELL	INSTITUTIONELL				
<ul style="list-style-type: none">- Fähigkeit, komplexe Daten auswerten und interpretieren zu können- Fähigkeit zur Selbstreflexion sowie zur Reflexion im interdisziplinären Team- Kenntnisse über Evaluationsmethoden	<ul style="list-style-type: none">- Qualitätsmanagement- zweckmässiges Dokumentationssystem- Erhebung und Aufbereitung der benötigten Daten- einheitliches Evaluationssystem				