

## Gemeinsames Positionspapier des VPU und der DVSG zum Case Management im Krankenhaus

Case Management im Krankenhaus ist ein multiprofessionelles Konzept, dessen konsequente Einführung Veränderungen in der Institution Krankenhaus und Organisation der bisherigen Versorgungsprozesse nach sich zieht.

Ein wesentlicher Aspekt bei der Umsetzung dieses Konzeptes ist das reibungslose Zusammenwirken der verschiedenen Berufsgruppen mit ihren spezifischen Fachkompetenzen, an vielen Schnittstellen und auf vielen Ebenen. Die konkrete Umsetzung obliegt den einzelnen Trägern.

Die in den bereits vorliegenden Positionspapieren des Verbandes der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken (VPU) und der Deutschen Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen (DVSG) veröffentlichten Inhalte wurden um spezifische Punkte erweitert, um die Berührungspunkte der Berufsgruppen zu verdeutlichen und die gemeinsame Haltung zu wesentlichen Aspekten bei der Einführung von Case Management im Krankenhaus zu betonen.

Das vorliegende Papier wurde gemeinsam von Kolleginnen und Kollegen aus den Tätigkeitsfeldern Pflege und Sozialarbeit der Universitätsklinika Essen, Hamburg, Köln, Münster und Regensburg sowie der beiden Fachverbände erstellt.

Es ist die Fortschreibung der bereits veröffentlichten Positionspapiere zum Case Management und daher eine gemeinsame Empfehlung beider Fachverbände.

Die Vorstände des VPU und der DVSG haben im August 2009 die nachfolgenden Ergänzungen verabschiedet.

Berlin und Mainz, im April 2010

## Integration aller am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen

Case Management bezieht sich auf den gesamten Prozess der Versorgung eines Patienten. Dieser Prozess besteht aus einer Abfolge von Teilschritten (Engagement, Assessment, Planing, Intervention, Monitoring, Evaluation), die jeweils von einander abhängen unter Berücksichtigung erlössichernder und datenschutzrechtlicher Bedingungen. So ist eine Operation nur mit rechtzeitig vorliegenden Befunden möglich, eine Entlassung nur mit gesicherter adäquater Nachversorgung. Viele Berufsgruppen und innerhalb der Berufsgruppen verschiedene Disziplinen sind an den Ablaufprozessen beteiligt.

Ein erfolgreiches Case Management benötigt die Kooperation und Integration aller Beteiligten bei Analyse, Konzeption, Umsetzung und individueller Anpassung der notwendigen Strukturen in den Versorgungsprozessen. Dies unter Berücksichtigung der finanziellen Aspekte aus Sicht des Patienten, des Case Managers sowie des Gesamtunternehmens. Adäquate Evaluation der implementierten Prozesse durch alle Fachbereiche ist im Rahmen der Qualitätssicherung eine wesentliche Voraussetzung.

Ziel ist es, sowohl die effektive und effiziente Behandlungs- und Versorgungsqualität als auch das Selbstbestimmungsrecht des Patienten sicherzustellen. Dies erfordert ein nachhaltiges sektorenübergreifendes Versorgungsmanagement.

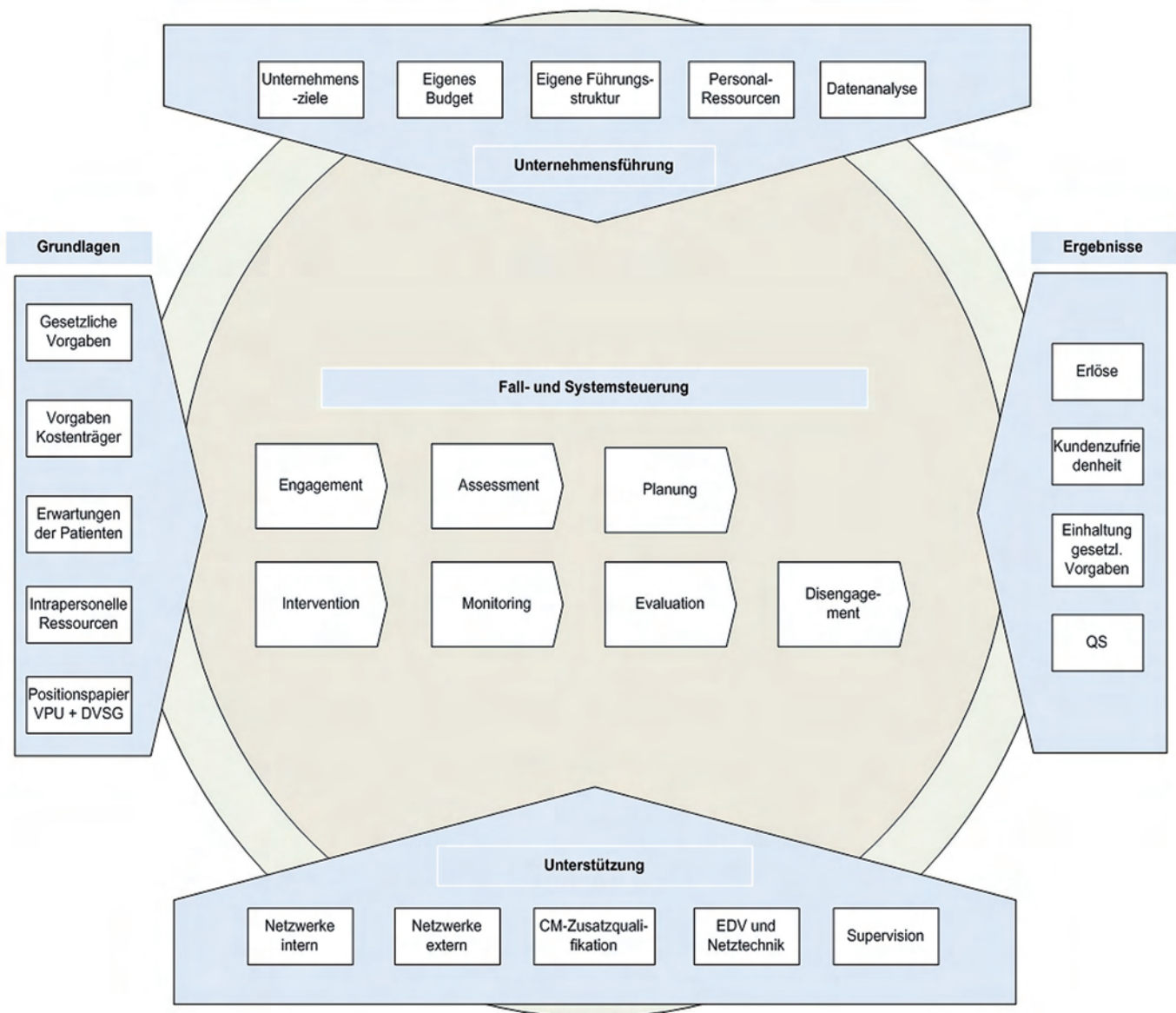


Abb 1: Case Management am Krankenhaus

## Rahmenbedingung

### Voraussetzung/Legitimation

Vor Implementierung eines Case Management, sowohl auf System- als auf Fallebene, müssen immer eindeutig beschriebene Unternehmensziele und Kennzahlen zur Überprüfung auf Erreichung derselbigen festgelegt sein. Interdependenzen zwischen den internen und externen Netzstrukturen erfordern einen Koordinationsbedarf auf das Gesamtziel.

### Prozessrisiko/Personalstruktur

Damit Case Management-Prozesse lückenlos fortgesetzt werden können, muss vor einer Implementierung, bei der Auswahl von Case Managern – unabhängig von der Berufsgruppe – immer eine Vertretung funktionsbezogen im Case Management ausgewiesen sein.

## Schnittstellenvereinbarung

Der Begriff der Schnittstelle bezieht sich auf die Interaktion von Menschen oder organisatorischen Teileinheiten bei der Lösung einer Aufgabe<sup>1</sup>. An Schnittstellen findet in der Regel ein System-, Arbeits-, Mitarbeiter-, Lieferanten-, Kunden-, Ziel- oder Methodenwechsel statt<sup>2</sup>. Schnittstellen entstehen aus mindestens zwei unterschiedlichen Teilbereichen, die durch organisatorische Kriterien und funktionale Spezialisierung voneinander abgegrenzt sind.

Daher beziehen sich Schnittstellen im Krankenhaus auf

- den Wechsel der arbeitsteilig handelnden Prozessbeteiligten,
- den Übergang in die verschiedenen Funktionsbereiche bzw. Einrichtungen innerhalb der internen und krankenhausesübergreifenden Versorgungskette,
- die Verknüpfung des gesamten Behandlungsablaufes unter ökonomischen Aspekten.

Schnittstellen nehmen sektorenübergreifend Einfluss auf Zeit, Qualität und Kosten, da sie den Behandlungs- und Versorgungsprozess unterbrechen.<sup>3</sup>

In der Schnittstellenvereinbarung werden nach einer Analyse die Ziele und Aufgaben beschrieben, die an dieser Schnittstelle des Prozesses zu erfüllen bzw. zu leisten sind.

## Datenschutz und Schweigepflicht

Es gilt der Grundsatz der Datensparsamkeit (so wenig wie möglich – so viel wie nötig) bezogen auf die zum jeweiligen Zeitpunkt relevanten Daten. Dieser Grundsatz ist stets zu beachten, denn zentraler Mittelpunkt des Datenschutzes ist das informationelle Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Dieses bezieht sich im Rahmen der Behandlung auf alle am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen. Die für die Mitarbeiter bindenden Grundsätze des Datenschutzes sollten in einem Datenschutz-Handbuch für die gesamte Organisation einheitlich gefasst und zugänglich gemacht werden. In diesem Zusammenhang müssen im Rahmen der Implementierung des Case Managements die Datenschutzregelungen des Unternehmens für die Case Manager verbindlich geregelt sein (Berechtigungskonzepte).

## Positionspapiere

- Case Management an Deutschen Universitätsklinika, 2/2008 VPU e.V. Berlin  
abrufbar unter [http://www.vpu-online.de/de/pdf/Positionspapier\\_Case-Management.doc](http://www.vpu-online.de/de/pdf/Positionspapier_Case-Management.doc)
- Case Management und Soziale Arbeit, 10/2008 DVSG e.V., Mainz  
abrufbar unter [http://dvsg.org/uploads/media/PositionspapierCaseManagementOktober2008\\_03.pdf](http://dvsg.org/uploads/media/PositionspapierCaseManagementOktober2008_03.pdf)

1: vgl. Zapp, Winfried, 2002, S. 55 | 2: vgl. Binner, Hartmut F. 2005, S. 360 | 3: vgl. Zapp, Winfried, 2002, S. 55 ff.