

Veröffentlichungsreihe des
Instituts für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld (IPW)

ISSN 1435-4083

P98-104

**Ambulante Versorgung Schwer- und
Schwerstkranker. Eine explorative
Meta-Analyse zehn internationaler
Modelle**

K. Krajic, E. Gießler, A. Grundböck, J. Pelikan

Bielefeld, September 1998

Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld (IPW)
Universitätsstr. 25
D-33615 Bielefeld

Telefon: (0521) 106 - 3896
Telefax: (0521) 106 - 6437
E-Mail: IPW@Post.Uni-Bielefeld.De

Abstract

In der gesundheitspolitischen Diskussion um die Weiterentwicklung des Krankenversorgungssystems wird in vielen OECD-Ländern immer wieder die Forderung nach dem Primat der ambulanten vor der stationären Versorgung vertreten - und zwar sowohl aus Qualitäts- als auch aus Kostengesichtspunkten. Allerdings stellt sich die Frage, ob und unter welchen Bedingungen das Konzept einer prioritär ambulanten Versorgung auch für die Patientengruppe der Schwer- und Schwerstkranken realisierbar ist.

Um der Beantwortung dieser Frage näherzukommen, wurde eine nicht-repräsentative Auswahl von zehn exemplarischen Modellen einer prioritär ambulanten Schwerstkrankenversorgung aus fünf OECD-Staaten einer explorativen Analyse unterzogen. Dabei standen folgende Fragen im Vordergrund: Welche Zielsetzungen werden in den Modellen verfolgt und welche Patientengruppen werden versorgt? Wie sind die Modelle organisiert und welche Ressourcen (Personal, Qualifikation, Geld) werden benötigt bzw. stehen zur Verfügung? Welche Ergebnisse wurden erzielt und welche Erfahrungen wurden in den Modellen gemacht?

Als Ergebnis ist festzuhalten, daß prinzipiell auch die Versorgung Schwer- und Schwerstkranker ambulant durchführbar ist. Einer professionell akzeptablen Schwerstkrankenversorgung, bei der ein breites Spektrum an Diagnosen und Interventionstypen abgedeckt werden kann, steht in den untersuchten Modellen ein hohes Maß an Patientenzufriedenheit gegenüber. Auch die Kostengünstigkeit der ambulanten gegenüber der stationären Versorgung scheint im Einzelfall nachweisbar zu sein. Die ambulante Versorgung Schwer- und Schwerstkranker ist jedoch keine triviale Aufgabe. Sie stellt hohe Anforderungen an die beteiligten Akteure auf der Mikro- und Meso-Ebene und geht mit erheblichen Herausforderungen für die versorgenden Organisationen einher.

Die Auseinandersetzung mit den internationalen Modellen hat nicht nur verdeutlicht, daß die Realisierung einer prioritär ambulanten Schwerstkrankenversorgung - wie sie z.B. in dem Konzept des „virtuellen Krankenhauses“ beschrieben ist - förderliche rechtliche, finanzielle und organisatorische Rahmenbedingungen erfordert. Auch einige Forschungslücken, deren Bearbeitung Voraussetzung ist für die Realisierung dieser Versorgungsoption sowie eine systematische, strenge Evaluation der ambulanten Schwerstkrankenversorgung, konnten aufgedeckt werden.

Inhalt

1	Einleitung	3
	1.1 Fragestellungen und Überblick	3
	1.2 Auswahl der Modelle	5
	1.3 Begriffsbestimmungen	5
	1.4 Charakteristika und Versorgungsbedarf	8
2	Dimensionen komplexer extramuraler Versorgung	12
3	Modelle ambulanter Schwerstkrankenversorgung	14
4	Analyse von Modellen in ausgewählten Ländern	16
	4.1 Ausgewählte Modelle	16
	4.2 Zielsetzungen der Modelle	17
	4.3 Zielgruppen der Modelle	18
	4.3.1 Medizinische Faktoren	18
	4.3.2 Pflegerische Faktoren	21
	4.3.3 Soziale Charakteristika	22
	4.4 Leistungsangebote der Modelle	24
	4.5 Aspekte des Qualitätsmanagements	25
	4.5.1 Strukturqualität	25
	4.5.2 Prozeßqualität	28
	4.5.3 Ergebnisqualität	40
	4.6 Erfahrungen bei der Implementation	49
5	Zusammenfassung und Schlußfolgerungen	52
6	Literatur	55
7	Anhang	59

1. Einleitung

1.1 Fragestellungen und Überblick

In der politischen Diskussion um die Weiterentwicklung des Krankenversorgungssystems wird in vielen OECD-Ländern immer wieder die Forderung nach dem Primat der ambulanten vor der stationären Versorgung erhoben. Tatsächlich ist es in vielen Ländern zu einer dramatischen Reduktion der Kapazitäten im Akutkrankenhaus-Sektor gekommen: So ist z.B. die Zahl der Akutbetten pro 10.000 Einwohner in einer Reihe von wichtigen OECD Ländern trotz teilweise schon relativ niedrigen Niveaus zwischen 1985 und 1995 noch deutlich gesunken (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Versorgungsdichte mit Krankenhausbetten – Zahl der Akutbetten pro 10.000 EinwohnerInnen in ausgewählten OECD Ländern 1985 - 1995

Land	1985	1995
Großbritannien/ UK	2,7	2,0
USA	4,1	3,3
Niederlande	4,7	3,9
Frankreich	5,7	4,6
Österreich	6,6	6,6
Deutschland	7,6	6,9

(Quelle: OECD Health Data 1997)

Auch in Deutschland und Österreich - beides Länder mit einer besonders ausgeprägten Dominanz stationärer Versorgung - wurden in den letzten Jahren Versuche unternommen, Versorgungsepisoden in den ambulanten oder teilstationären Bereich zu verschieben (z.B. ambulante Chirurgie, Tageschirurgie). Bei derartigen Verlagerungsversuchen vom intra- in den extramuralen Bereich ist neben medizinischen Aspekte u.a. auch die pflegerische Perspektive von Bedeutung, so z.B. um die (pflegerische) Überleitung vom stationären in den ambulanten Bereich zu optimieren (vgl. zur deutschen Entwicklung z.B. Domscheit/Wingenfeld 1995, Döhner/Schick 1996, Garms-Homolova/Schaeffer 1998, Schaeffer 1998; zu einigen Aspekten der österreichischen Entwicklung z.B. Krajic et al. 1996). Auch im Bereich der Auslagerung von Patienten mit vorwiegend sozialem und pflegerischem Versorgungsbedarf aus dem stationären in den ambulanten Sektor scheinen in beiden Ländern in den letzten Jahren erhebliche Fortschritte erzielt worden zu sein.

Bei der extramuralen Versorgung Schwer- und Schwerstkranker bestehen dagegen im deutschsprachigen Raum (Österreich, Deutschland, Schweiz) noch immer erhebliche Entwicklungsdefizite. Es fehlt bisher eine breitere Diskussion der Möglichkeiten und Konzepte für die ambulante Versorgung dieser PatientInnen und zudem scheint die (breite) Akzeptanz derartiger Versorgungskonzepte durch die Bevölkerung einerseits (vgl. z.B. für Österreich Raab et al. 1993), aber auch durch Professionelle, Politiker und Kostenträger andererseits fraglich (vgl. Krajic et al. 1996). Von wenigen Ausnahmen abge-

sehen fehlen zudem systematische Reflektionen vorliegender Modellerfahrungen (vgl. z.B. zur Versorgung von AIDS-Kranken: Schaeffer/Moers 1993). Anders sieht es Ländern mit geringerer stationärer Kapazität aus, wie insbesondere den USA, Australien, Großbritannien, Kanada und den Niederlanden. Aus diesen Ländern liegen bereits deutlich mehr Beschreibungen und Analysen von Modellen vor, in denen Schwer- und Schwerstkranke erfolgreich ambulant versorgt werden können. Das vorliegende Papier versucht an diese Erfahrungen anzuknüpfen und damit zur Diskussion über Chancen und Risiken einer extramuralen Schwerstkrankenversorgung im deutschsprachigen Raum anzuregen.

Um die Voraussetzungen, Möglichkeiten, aber auch die Schwierigkeiten der ambulanten Versorgung Schwer- und Schwerstkranker aufzuzeigen, werden in der vorliegenden explorativen Untersuchung zehn im Rahmen bisheriger Forschungsarbeiten der Autoren identifizierte Modelle der ambulanten/extramuralen Versorgung Schwer- und Schwerstkranker analysiert. Dabei sollen vor allem folgende Fragen beantwortet werden:

- Welche Zielsetzungen werden mit den Modellen verfolgt?
- Welche Patientengruppen werden in den Modellen versorgt?
- Wie sind die Modelle organisiert?
- Welche Ressourcen (Personal, Qualifikation, Geld) werden in den Modellen benötigt bzw. stehen zur Verfügung?
- Welche Ergebnisse wurden erzielt bzw. welche Erfahrungen wurden in den Modellen gemacht?

Das Papier gliedert sich in folgende Abschnitte: In der Einleitung (1) werden zunächst die Fragestellungen der Untersuchung vorgestellt und die Datenbasis der Analyse sowie das Auswahlverfahren für die Modelle beschrieben. Daran anschließend werden einige relevante Unterscheidungen in Bezug auf Krankheit und Krankenversorgung diskutiert, um darauf aufbauend einen Arbeitsbegriff für Schwer- und Schwerstkranke sowie deren Versorgungsbedarf zu bestimmen. Im zweiten Abschnitt (2) wird das Modell des "virtuellen Krankenhauses" dargestellt, in dessen theoretischem Rahmen die relevanten Dimensionen für die Beschreibung und Analyse von Modellen der ambulanten/extramuralen Schwer- und Schwerstkrankenversorgung entwickelt werden¹. Mit Hilfe dieses Konzepts wird gezeigt, welche Kriterien Modelle der ambulanten Versorgung Schwer- und Schwerstkranker erfüllen müssen, um akzeptabel oder optimal sein zu können. Im dritten Abschnitt (3) werden die wichtigsten Gründe skizziert, die es derzeit sinnvoll erscheinen lassen, über Modelle der ambulanten/extramuralen Schwer- und Schwerstkrankenversorgung verstärkt nachzudenken. Im Hauptteil des Papiers (4) werden dann solche Modelle aus verschiedenen Ländern vorgestellt und analysiert. Im fünften Abschnitt (5) wird abschließend ein Resümee aus den vorangegangenen Ausführungen gezogen.

¹ Dieses Konzept wurde am Ludwig Boltzmann-Institut für Gesundheits- und Medizinsoziologie (LBIMGS) in einer Reihe von empirischen Projekten zur integrierten ambulanten Versorgung unter Leitung von Jürgen M. Pelikan praxeologisch entwickelt (vgl. zur Konzeptdarstellung Pelikan et al. 1996, Kraijc et al. 1997, Pelikan et al. 1998; Projektdarstellungen: Kraijc et al. 1996, Nowak et al. 1997, Grundböck et al. 1998, Nowak et al. 1998). Dabei wird u.a. auf organisationstheoretische Vorarbeiten aufgebaut (z.B. "virtuelle Organisation", vgl. Schröder 1996), ein Ansatz, der in der Diskussion um ambulante Versorgung von Kranken mit komplexen Versorgungsbedürfnissen u.E. derzeit noch zu wenig beleuchtet ist.

1.2 Auswahl der Modelle

Im Rahmen dieser explorativen Untersuchung wird unter dem Begriff "Modell" die praktische Umsetzung eines Konzepts zur ambulanten Betreuung von Schwer- und Schwerstkranken verstanden, wobei nur solche Versorgungsmodelle einbezogen werden, für die eine wissenschaftlich nachvollziehbare Beschreibung existiert.

Die Auswahl der Modelle erfolgte auf Basis einer Literaturliteraturdatenbank zu den Themen "ambulante Betreuung / Hauskrankenpflege / virtuelles Krankenhaus". Sie wurde im Rahmen der Arbeit zu den Projekten "Medizinische Hauskrankenpflege" (Krajic et al. 1996), "Ganzheitliche Hauskrankenpflege" (Grundböck et al. 1998) und weiteren themenverwandten Forschungsprojekten angelegt.² Aus dieser Datenbank wurden zunächst alle Modelle ausgewählt, die sich mit der ambulanten/extramuralen Betreuung Schwer- und Schwerstkranker befassen. In einem weiteren Schritt wurden diese Modelle auf ihre Tauglichkeit für die Fragestellung dieser Analyse untersucht und anschließend zehn Projekte ausgewählt (= 50% der identifizierten Modelle). Dabei wurden ausführlich beschriebene und systematisch evaluierte Modelle, die es erlauben, ein möglichst breites Spektrum an Gesundheitssystemen, Diagnosen und Interventionstypen zu zeigen, bevorzugt. Aufgrund dieses Auswahlverfahrens und der zugrundeliegenden Datenbasis wird für die ausgewählten Modelle keinesfalls der Anspruch auf Repräsentativität erhoben.

1.3 Begriffsbestimmungen

Im folgenden Abschnitt werden Begriffe diskutiert, die für die Modellanalyse benötigt werden. Zunächst werden einige relevante Unterscheidungen in Bezug auf das Konzept "schwere Krankheit" eingeführt und anschließend daran die Charakteristika und der Versorgungsbedarf von Schwerkranken dargestellt. Obwohl diese Begriffsbestimmungen noch nicht in befriedigendem Ausmaß an die medizinische und gesundheitswissenschaftliche Diskussion angeschlossen sind, glauben wir dennoch, daß sie für den Leser nachvollziehbar sein werden und das Verständnis unseres Begriffsgebrauchs im Rahmen des vorliegenden Papiers erleichtern.

Auf die Frage, welche Unterscheidungen zur Bestimmung von schwerer Krankheit für ambulante Krankenversorgung relevant sind, gestaltet sich die Antwort zunächst schwierig. Denn beginnt man sich mit ambulanter Versorgung im Gesundheitsbereich zu befassen, so ist man rasch mit einer Vielzahl verschiedenster Begrifflichkeiten konfrontiert. Diese, z.T. überlappenden und auch widersprüchlichen, medizinisch, rechtlich, wirtschaftlich, politisch und

² Die Datenbank wurde von Irene Berlach-Pobitzer und Christa Peinhaupt erstellt. Vollständigkeit in Bezug auf die Beschreibung von Modellen der Versorgung von Schwer- und Schwerstkranken wird dabei keineswegs behauptet.

lebensweltlich relevanten Unterscheidungen werden - was einen zusätzlich komplizierenden Faktor darstellt - von Professionellen und Laien verwendet und dienen der Definition, Absicherung und Abgrenzung von Kompetenzen, Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und Ansprüchen von Konsumenten, Leistungserbringern und Kostenträgern. Dementsprechend hoch ist das Konfliktpotential beim Umgang mit diesen Unterscheidungen. Solche für die ambulante Versorgung im Gesundheitsbereich relevante Unterscheidungen betreffen - mit Blick vor allem auf die österreichischen Verhältnisse, die von den deutschen aber nicht allzuweit entfernt sein dürften - u.a. folgende Aspekte:

- *Versicherungsfall*

Der "Versicherungsfall" regelt die Zuständigkeiten von Finanzierungsinstanzen. In Österreich wie auch in Deutschland wird zwischen dem Versicherungsfall der Krankheit (Finanzierung von Leistungen vor allem durch Krankenversicherung bzw. Gebietskörperschaften im Rahmen der Krankenversorgung) und der Pflegebedürftigkeit (Finanzierung durch Pflegeversicherung, Sozialhilfeträger und Private) unterschieden.

- *Krankheitskonzept*

Unter Krankheitskonzept soll nach Pschyrembel (1994: 825) die "Bezeichnung für die Summe der Vorstellungen und Erklärungsansätze von Patienten (sog. Laintheorien) und Therapeuten in bezug auf eine konkrete Erkrankung oder auf Kranksein insgesamt" verstanden werden. Im Kontext der (ambulanten) Versorgung dient das Krankheitskonzept vor allem der Beschreibung und Definition eines akuten bzw. zukünftigen Behandlungs- bzw. Versorgungsbedarfes. *Diagnose*³, *Prognose*⁴, der Akutheitsgrad der Krankheitsphase und *Schweregrad der Erkrankung*⁵ beinhalten jeweils wichtige Informationen für den spezifischen Versorgungsbedarf von PatientInnen.⁶

- *Betreuungsphasen*

Krankenbehandlung ist immer eine Sequenz verschieden intensiver Betreuungsphasen. Dabei läßt sich unterscheiden zwischen prä-intensiver Versorgung (z.B. Diagnostik), intensiver Versorgung (inkl. größere medizinische Interventionen) und post-intensiver Versorgung (Unterstützung der Genesung, Rehabilitation).

³ Diagnose ist eine "zweifelsfreie Zuordnung einer gesundheitlichen Störung zu einem Krankheitsbegriff; i.w.S. Bezeichnung für ein Symptom (z.B. Akutes Abdomen) bzw. eine Vermutung (sog. Verdachtsdiagnose)" (Pschyrembel Klinisches Wörterbuch 1994: 322).

⁴ "Voraussicht auf den Krankheitsverlauf, Heilungsaussicht" (Pschyrembel Klinisches Wörterbuch 1994: 1243). Dabei handelt es sich um Voraussagen über den Verlauf der Krankheit, die zu einem spezifischen Punkt aufgrund von bestimmter Merkmalen gemacht werden. Diese Merkmale werden im Rahmen eines Krankheitskonzeptes gedeutet und sind Auslöser u.a. für therapeutische Handlungen.

⁵ Zur Verwendung des Begriffs vgl. Kapitel 4

⁶ Andere, unter das Krankheitskonzept zu subsumierende Begriffe spielen - mit Ausnahme der für Gesundheitsförderung und Prävention wichtigen Ätiologie - für das Thema der vorliegenden Arbeit eher eine untergeordnete Rolle.

- *Art der Leistung*

Die Betreuung bzw. Behandlung von Kranken richtet sich auf unterschiedliche Aspekte des Versorgungsbedarfs, der von unterschiedlichen Professionen - aber z.T. auch von Laien - befriedigt wird. Die notwendigen Dienstleistungen lassen sich u.a. einteilen in medizinisch-therapeutische Dienstleistungen, qualifizierte Pflegeleistungen, Grundversorgung der körperlichen Bedürfnisse, hauswirtschaftliche, psycho-soziale sowie soziale Dienstleistungen.

- *Ort der Leistungserbringung*

Leistungen der Krankenversorgung können an verschiedenen Orten erbracht werden. Zunächst kann Krankenbehandlung stationär im Krankenhaus erfolgen oder ambulant (ohne stationäre Aufnahme) durchgeführt werden. Ambulante Versorgung wiederum kann entweder innerhalb (intramural) oder außerhalb "der Mauern" des Krankenhauses erfolgen (extramural). Intramurale ambulante Behandlung ist etwa in Krankenhaus-Ambulanzen möglich (in Österreich und vor allem in anderen europäischen Ländern wesentlich bedeutsamer als in Deutschland), während für extramurale Behandlung vor allem niedergelassene ÄrztInnen und ambulante Pflegedienste zur Verfügung stehen.⁷

Die in Tabelle 2 noch einmal überblickartig zusammengestellten Unterscheidungen reichen jedoch nicht aus, um PatientInnengruppen und deren Versorgungsbedarf ausreichend zu charakterisieren. Krankheit ist ein dynamischer, in Phasen verlaufender und interdependenter Prozeß, bei dem physische, psychische, soziale und andere Prozesse eng miteinander verwoben sind. Faktoren wie z.B. Alter, Mobilität, funktionaler Status, psychische Situation und soziales Netzwerk beeinflussen Krankheitsverlauf und -bewältigung und müssen daher bei der Beschreibung von Schwer- und Schwerstkranken und deren Versorgungsbedarf ebenfalls berücksichtigt werden. Alle diese Faktoren sind mit einer weiteren Determinante, dem des Geschlechts eng verbunden. Auch der Prozeß des Psychologischen Copings ist für den Krankheitsverlauf von großer Bedeutung. Auf diese beiden Faktoren kann jedoch im Rahmen dieses Diskussionspapiers nicht näher eingegangen werden.

⁷ In einer gewissen Weise kann die Behandlung von Kranken in ihren eigenen vier Wänden aber auch als "quasi-stationär" bezeichnet werden, wenn alle Leistungen am Krankenbett erbracht werden.

Tabelle 2: Ausgewählte Unterscheidungen in Bezug auf Krankheit und Krankenversorgung

Kategorie	Unterscheidung
1. Versicherungsfall	<ul style="list-style-type: none"> • Krankheit • Pflege
2. Krankheitskonzept	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnose • Stadium im Krankheitsverlauf • Krankheitsphase: subakut, akut, chronisch, terminal • Schwere der Krankheit: leichtere Erkrankung, schwerere Erkrankung⁸
3. Zeitliche Ablaufphasen der Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • prä-intensiv: vor allem Diagnostik, Prävention • intensive Versorgung: inkl. größere medizinische Interventionen • post-intensive Versorgung: Genesung, Rehabilitation
4. Art der Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostische und therapeutische medizinische Leistungen • Pflegerische Leistungen: qualifizierte Pflegeleistungen, Versorgung der Grundbedürfnisse • Hauswirtschaftliche Leistung • Psycho-soziale und soziale Versorgung
5. Ort der Leistungserbringung	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulant <ul style="list-style-type: none"> • Extramural: <ul style="list-style-type: none"> • Versorgung im Haushalt im Zentrum, aber PatientIn kann z.B. niedergelassene ÄrztIn aufsuchen • "quasi-stationär" im Haushalt • intramural: durch Ambulanzen, oder teilstationär • stationär

1.4 Charakteristika und Versorgungsbedarf

Um den Versorgungsbedarf der spezifischen Patientengruppe der Schwer- und Schwerstkranken näher zu bestimmen, werden sie im folgenden entlang der erarbeiteten Dimensionen charakterisiert. Zur Akzentuierung ihrer Besonderheiten werden Schwer- und Schwerstkranke der Gruppe der (Schwer- und Schwerst-)Pflegebedürftigen gegenübergestellt. Dies geschieht deshalb, weil letztere derzeit als Hauptklientel der ambulanten Pflege angesehen wird (vgl. Raab et al. 1993) und die Differenzierung daher von großer theoretischer und praktischer Bedeutung ist.⁹

⁸ Das in der Public-Health Diskussion zunehmend relevante Konzept der Ko-Morbidität bzw. das damit verknüpfte Konzepte des "Allgemeinzustands" ist in dieser Beschreibung noch nicht ausreichend berücksichtigt.

⁹ Die Gruppe der leicht Erkrankten wurden für den Vergleich nicht berücksichtigt, weil hier Selbstbehandlung bzw. ambulante Versorgung mit ärztlicher Hilfe als Versorgungsform etabliert ist.

Tabelle 3: Gegenüberstellung der Charakteristika und des Versorgungsbedarfs von Schwer- und Schwerstkranken und Pflegebedürftigen

	Schwer- und schwerst-krank	Schwer- und schwerst-pflegebedürftig
1. Versicherungsfall	Krankheit	Pflegebedürftigkeit
2. Krankheitskonzept		
a) Diagnosen	somatisch psychisch	somatisch, psychisch
b) Stadium im Krankheitsverlauf	subakut, akut, chronisch, terminal	chronisch, terminal
c) Schwere der Krankheit	schwerere Erkrankungen bedrohlicher Zustand medizinisches Risiko (Lebensgefahr bzw. Gefahr bleibender Schäden, bei bestehenden Interventionsmöglichkeiten)	In der Regel mit Funktionseinschränkung aufgrund von angeborenen oder erworbenen Erkrankungen bzw. Traumata kein unmittelbarer lebensbedrohlicher Zustand geringeres bzw. weniger akutes medizinisches Risiko
3. Zeitliche Ablaufphasen der Versorgung	prä-intensiv, intensiv, post-intensiv	prä-intensiv, post-intensiv
4. Art der Leistungen		
a) Diagnostische und therapeutische medizinische Leistungen ¹⁰	Hoher Bedarf an medizinischer Intervention und Monitoring, Schwerpunkt kurativ, palliativ; evt. zusätzlich rehabilitativ, gesundheitsfördernd	Geringerer oder kein Bedarf an medizinischer Intervention und Monitoring; Schwerpunkt palliativ, gesundheitsfördernd, rehabilitativ; teilweise auch kurativ

¹⁰ Ärztliche und medizinisch-technische Leistungen durch niedergelassene ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und niedergelassene FachärztInnen SpitalsärztInnen als Konsultanten, Ambulanzen/Ambulatorien, medizinisch technische Dienste, medizinische Assistenz durch Pflegeberufe, Angehörige, PatientInnen.

Tabelle 3: Gegenüberstellung der Charakteristika und des Versorgungsbedarfs von Schwer- und Schwerstkranken und Pflegebedürftigen - Fortsetzung

b) Pflegerische Leistungen ¹¹	Unterschiedlich intensiver Pflegebedarf (Versorgung der Grundbedürfnisse, gesundheitssichernd, kurativ, aktivierend, rehabilitativ, palliativ)	Unterschiedlich intensiver Pflegebedarf (Versorgung der Grundbedürfnisse, gesundheitssichernd, kurativ, aktivierend, rehabilitativ, palliativ)
c) Stadium im Krankheitsverlauf	Unterschiedlich intensiver Bedarf Bereitstellung von Sachmitteln ¹² Hauswirtschaftliche Leistungen ¹³ Bedarf an psycho-sozialen Leistungen	Unterschiedlich intensiver Bedarf Bereitstellung von Sachmitteln Hauswirtschaftliche Leistungen Bedarf an psycho-sozialen Leistungen
5. Ort der Leistungserbringung	zu Hause, ambulant	zu Hause, ambulant
6. Alter	prinzipiell alle Altersgruppen, empirisch häufig ältere Menschen	meist (hohes), aber auch Alter jüngere Behinderte, Unfallopfer
7. Mobilität	unterschiedlich stark eingeschränkt in Bewegung und der Möglichkeit, Bedürfnisse selbst zu befriedigen	unterschiedlich stark eingeschränkt in Bewegung und der Möglichkeit, Bedürfnisse selbst zu befriedigen
8. Soziale Integration	unterschiedlich stark	unterschiedlich stark

¹¹ qualifizierte Pflege, Grundversorgung der körperlichen Bedürfnisse und psychosoziale Versorgung durch ambulante und stationäre diplomierte Krankenpflege, Sozialarbeiter, informelle Hilfe und Pflege

¹² Medikamente, technische Ausstattung, Heilbehelfe und Hilfsmittel u.ä. durch Apotheker, Bandagisten etc. sowie informelle Hilfe

¹³ Verpflegung und diverse Haushaltsverrichtungen durch informelle Hilfe, Heimhilfen etc.

Zusammenfassend lassen sich Schwer- und Schwerst-Kranke damit fürs erste folgendermaßen charakterisieren:

1. Schwer- und Schwerstkranke sind in der Regel dem *Versicherungsfall* Krankheit zugeordnet.¹⁴
2. Sie weisen manifeste *somatische und/oder psychische Erkrankungen* auf.
3. Es liegt eine *schwere Krankheit* vor, die ein beträchtliches medizinisches Risiko darstellt, d.h. es besteht ohne Behandlung Lebensgefahr oder zumindest Gefahr von bleibenden schweren Schädigungen.
4. Das aktuelle *Stadium* von Schwer- und Schwerstkranken kann subakut, akut, chronisch aber auch terminal sein.
5. Die *Versorgung* läßt sich in prä-intensive, intensive oder post-intensive Phasen unterteilen.
6. Der *Versorgungsbedarf* ist häufig umfassend, d.h. es besteht Bedarf an medizinischen, pflegerischen, hauswirtschaftlichen Leistungen bzw. sozialer und psycho-sozialer Unterstützung.
7. Schwer- und Schwerstkranke sind zumindest phasenweise in ihrer *Mobilität* und damit in der Möglichkeit ihre Bedürfnisse zu befriedigen mehr oder weniger eingeengt.
8. Schwer- und Schwerstkranke sind prinzipiell in allen Altersgruppen anzutreffen (epidemiologisch vor allem in der Gruppe der Älteren).
9. Sie verfügen über ein unterschiedlich gut funktionierendes Laien-Unterstützungssystem.

¹⁴ Ein Problem besteht zumindest in Österreich in Bezug auf terminale Zustände. Hier besteht ein Spannungsverhältnis zwischen der medizinischen Definition und dem Kriterium des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG), das Heilungs- und Besserungsfähigkeit fordert.

2 Dimensionen komplexer extramuraler Versorgung

Um akut schwer erkrankte PatientInnen auch außerhalb stationärer Einrichtungen ihrem Bedarf gemäß betreuen zu können, müssen Modelle ambulanter Krankenversorgung einer Reihe von Kriterien genügen. Diese Dimensionen wurden im Rahmen des Konzepts des "virtuellen Krankenhauses zu Hause" systematisch entwickelt (vgl. Pelikan et al. 1996, Krajic et al. 1997, Pelikan et al. 1998) und sollen hier kurz skizziert werden:

Die Betreuung muß *umfassend* sein, d.h. der gesamte Bedarf des Patienten muß ausreichend befriedigt werden. Dies umfaßt den Bedarf an medizinischer Behandlung der Krankheit, nach krankheitsspezifischer qualifizierter pflegerischer Versorgung, nach Grundversorgung der körperlichen Bedürfnisse, nach psycho-sozialer sowie sozialer Unterstützung. Die Leistungen werden vorwiegend im Haushalt der PatientInnen, d.h. in dafür primär nicht vorgesehenen Privatwohnungen erbracht. Dies bedingt, daß die dafür notwendigen räumlichen Gegebenheiten, technischen und sonstigen Hilfsmittel rasch und verlässlich hergerichtet bzw. bereitgestellt werden müssen.

Die Betreuung als Ganzes soll *kontinuierlich* erfolgen, d.h. zunächst, daß die Versorgung in der notwendigen zeitlichen Dichte (Nacht- und Wochenenddienste) erfolgen muß. Weiterhin müssen die notwendigen Abstimmungs- bzw. Übergaberoutinen vorhanden sein, um Risiken erfolgreich zu managen und Ängste oder Unsicherheit auf Seiten der PatientInnen nicht zu groß werden zu lassen. Für den Fall der "frühzeitigen" Entlassung muß z.B. der Übergang vom stationären in den ambulanten Versorgungsbereich so gestaltet bzw. geplant sein, daß eine rasche Übernahme durch die ambulanten Einrichtungen ohne Betreuungslücken und mit adäquater Information über weitere Behandlungs- und Pflegemaßnahmen möglich ist (systematisches Entlassungsmanagement).

Die Beiträge der beteiligten einzelnen Leistungserbringer (ÄrztInnen, KrankenpflegerInnen, Heimhilfen, etc.) müssen im Sinne von Effektivität, Effizienz und Qualität *integriert* erbracht werden. Die Integration ist ein Aspekt der Leistungserbringung, der im ambulanten Sektor eine besondere Herausforderung darstellt, da die Leistungserbringer in der Regel nicht zur gleichen Zeit am gleichen Ort anwesend sind und häufig auch verschiedenen Organisationen angehören. Zusätzlich sind häufig auch informelle HelferInnen in die Versorgung eingebunden (deren Verlässlichkeit sichergestellt werden muß) und PatientInnen sind in die Ko-Produktion ihrer Betreuung involviert (zu Ko-Produktion vgl. Pelikan et al. 1998).

Die Betreuung muß *qualitätsgesichert* sein. Gefordert ist die Entwicklung eines umfassenden Systems der Qualitätssicherung und -förderung, das über Organisationsgrenzen hinaus wirksam ist und aus vereinheitlichten Dokumentationsverfahren, gemeinsamen Teambesprechungen oder interdisziplinären Ausbildungsmaßnahmen bestehen kann (vgl. Schaeffer/Ewers 1998).

Die Organisation eines solchen komplexen, integrierten, ambulanten Dienstleistungspakets, das in der Regel multi-professionell, häufig aber auch multi-institutionell ist, verlangt entsprechende organisatorische Lösungen. Konkret bedarf es des Aufbaus integrierter Netzwerke oder (teil-) integrierter ambulanter Betreuungsorganisationen (mit oder ohne Kooperation von Kran-

kenhäusern). Das Integrationserfordernis ist einer der wichtigsten Gründe warum wir von der Notwendigkeit des Aufbaus eines *virtuellen Krankenhauses zu Hause* sprechen.

Den hier skizzierten Erfordernissen kann durch den Aufbau einer realen oder auch einer virtuellen Organisation Rechnung getragen werden:

- Eine reale Organisation wäre ein Leistungserbringer, der alle für eine umfassende, integrierte, kontinuierliche und qualitätsgerechte Versorgung notwendigen Leistungen in einer klassischen Organisationsstruktur integriert anbietet. Bestimmte Formen von Health Maintenance Organizations (Staff-HMOs) könnten diesen Anforderungen genügen (vgl. z.B. Seitz et al. 1997).
- Unter "virtueller" soll im Gegensatz zu "realer" Organisation verstanden werden, daß sich unabhängige Organisationen temporär zur Erreichung eines Ziels zusammenschließen (im vorliegenden Fall: integrierte, ambulante, Betreuung als Netzwerk) ohne dafür eine eigene, hierarchisch strukturierte Organisation zu gründen¹⁵. Das würde an die Realitäten der Krankenbetreuung z.B. in Österreich und Deutschland gut anschließen. Im konkreten Fall bedeutet dies, daß sich die verschiedenen organisatorisch unabhängigen Akteure der Krankenbetreuung (Krankenhäuser, niedergelassene ÄrztInnen, Trägerorganisationen der Hauskrankenpflege etc.) zusammenschließen, ohne eine neue, eigene Organisation zu begründen. Der Aufbau eines solchen im doppelten Sinne "virtuellen Krankenhauses" ist aus organisationstheoretischer Perspektive eine besonders anspruchsvolle Aufgabe. Dabei werden u.a. "Care Management" als die Sicherung von Grundvereinbarungen zwischen organisatorisch unabhängigen, prinzipiell gleichberechtigten Partnern auf der organisatorischen Meso-Ebene und "Case Management" als Strategie des individuellen Betreuungsmanagements auf der direkten Handlungsebene (Mikro-Ebene) zu zentralen Anforderungen (vgl. für einen Überblick Ewers 1996, Schaeffer 1996).

Das Konzept des "virtuellen Krankenhauses zu Hause" ist in diesem Sinn kein spezifisches, empirisches Modell, sondern ist vielmehr ein analytisches Konzept (oder angesichts von Kooperationsproblemen im Krankenversorgungssystem auch eine Vision), das die Betreuungsdimensionen und Anforderungen definiert, welche eine integrierte, extramurale Versorgung erfüllen muß.

¹⁵ Für einen Überblick über virtuelle Organisation und Unternehmung vgl. Schröder 1996.

3 Modelle ambulanter Schwer- und Schwerstkrankenversorgung

Es gibt eine Reihe von Gründen, die dafür sprechen, daß Schwer- und Schwerstkranke in Zukunft verstärkt ambulant versorgt werden können und auch sollten. Einige von ihnen wollen wir kurz erläutern:

- *Bedarfssteigerung*

Zunächst bewirken einige langfristige Trends die Steigerung des Bedarfs nach (intensiver) Behandlung und Pflege. Zu nennen ist hier der demographische Trend der "alternden Gesellschaften", d.h. die Zunahme der Zahl an alten Menschen (z.B. Walker et al. 1993, Theurl 1995, Kytir/Münz 1992). Mit diesem Trend eng verbunden sind epidemiologische Trends, d.h. die Zunahme der multimorbid und chronisch Kranken (z.B. Schwartz/Walter 1997) sowie der Behandlungs- und Pflegebedürftigen (für Österreich: Kytir 1992, für Deutschland: Schaeffer 1997). Zudem führen Veränderungen der Familienstruktur (d.h. Zunahme von Kleinfamilien und Singlehaushalten) zu einer Verringerung der Leistungsfähigkeit informeller Hilfenetze und damit einhergehend zu steigendem Bedarf an professioneller Unterstützung (für einen europäischen Überblick vgl. z.B. Jani-Le Bris 1993).

- *Technologische Entwicklung*

Es gibt eine Reihe von Argumenten dafür, daß bio-medizinische, medizinisch-technische und pharmazeutisch-wissenschaftliche Entwicklungen eine Verschiebung von vielen, traditionell stationär bewältigter Betreuungsepisoden in Richtung auf ambulante Versorgungsformen ermöglichen. Sie verändern damit nicht nur das Spektrum der Krankenhausleistung in Richtung "Ambulantisierung" (z.B. Tageschirurgie, ambulante Diagnostik, ambulante Behandlung)¹⁶, sondern ermöglichen auch verstärkt, komplexe und technikintensive Betreuungsleistungen in integrierten extramuralen Betreuungsformen zu erbringen: elektronische Miniaturisierung erlaubt verstärkt, medizinisch-technische Geräte auch zu Hause einzusetzen; Fern-Monitoring wird zunehmend erleichtert; wirksamere und sicherere Medikamente reduzieren die Risiken der Behandlung zu Hause (z.B. Vetter 1995: 75, Bosma 1995). Die hier skizzierten Veränderungen schlagen sich auch in einem Trend zur Verkürzung von Krankenhausverweildauern nieder - wie bereits an einigen Beispielen studiert werden kann (vgl. Pfeiffer 1996, Schaeffer/Moers 1995).

- *Krankheitsrisiken*

Ein weiteres Argument für extramurale Versorgung sind die spezifischen Risiken der Krankenhausversorgung. So sind z.B. Zweifel an der Effektivität dieser Versorgungsform angezeigt aber auch Hinweise auf hohe gesundheitliche Risiken der Krankenhausbetreuung speziell für alte, primär pflegebedürftige Menschen gegeben ("Sozialindikationen"; z.B. Vetter 1995: 37). Anzuführen ist hier die Gefahr des Auftretens von Hospitalismus-Phänomenen (vgl. Creditor 1993), psycho-sozialer Labilisierung sowie nosokomialer Infektionen (= Infektionen durch Krankenhauskeime).

¹⁶ Der reale Trend zur Ambulantisierung von Leistungen ist in den verschiedenen Gesundheitssystemen allerdings unterschiedlich stark ausgeprägt. Ein wesentlicher Faktor dabei dürften die finanziellen Anreize sein.

- *Persönliche Präferenzen von PatientInnen*

Drittens dürfte tendenziell auch der Anteil an PatientInnen zunehmen, die in ihrem persönlichen Umfeld behandelt bzw. früher dorthin entlassen werden wollen. In einigen europäischen Ländern nimmt die Nachfrage der Bevölkerung nach ambulanten Krankenbehandlungen zu, z.B. bei der Behandlung von Kindern, bei chronischen Krankheiten und in terminalen Phasen schwerer Krankheit (While 1992, Bosma 1995, Vetter 1995).

- *Knappheit öffentlicher Mittel*

Unbestritten zentral sind in der laufenden Diskussion um die verstärkte ambulante Betreuung von Kranken ökonomische Probleme, die durch das überdurchschnittliche Wachstum der Gesundheitsausgaben in vielen Ländern auftreten, wobei - z.B. nach Einschätzung der OECD - die Entwicklung des Krankenhausbereichs den größten Anteil an dieser Kostenentwicklung hat (vgl. OECD 1997: 48 ff.). Da der überwiegende Teil der Gesundheitsausgaben in fast allen europäischen Ländern öffentlich finanziert ist, und der öffentliche Anteil genauso rasch wächst wie die Gesamtausgaben, wird Gesundheit bzw. Krankheitsversorgung zum Problem öffentlicher Akteure. Auf ihnen lastet derzeit der Druck von Sparprogrammen, aber auch die Erwartung nach weiteren Leistungssteigerungen und mehr Qualitätssicherung in der Krankenversorgung.

Die aufgrund der wissenschaftlich-technischen Entwicklung (z.B. Krämer 1989) und der beschriebenen demographischen und epidemiologischen Trends gestiegenen Ausgaben für Gesundheit treffen somit verstärkt auf Begrenzungsversuche von seiten der Gesundheitspolitik. Um ethisch und politisch nicht einfach zu begründende sowie schwer durchzusetzende explizite Rationierungen (wie z.B. die Durchführung aufwendiger Prozeduren nur bis zu einem bestimmten Lebensalter) zu vermeiden, versucht die Gesundheitspolitik Rationalisierungsreserven auszuschöpfen und Anreize zu setzen, damit Leistungen dort erbracht werden, wo dies am kostengünstigsten geschieht.¹⁷ Integrierte ambulante Betreuungsmodelle erzeugen zumindest die Erwartung einer Möglichkeit, frühentlassene oder gar nicht erst in den stationären Bereich eingewiesene Schwer- und Schwerstkranke qualitativ, zur Zufriedenheit der PatientInnen (z.B. Vetter 1995) und kostengünstig (z.B. Hollingworth et al. 1993, Theurl 1995, vorsichtiger: Hensher et al. 1996, allgemein für Hauskrankenpflege Badelt et al. 1995) versorgen zu können.

¹⁷ Zu impliziter Rationierung vgl. etwa Blech, J.: Die heimliche Selektion. In: Die Zeit, Nr. 8, 12.2.1998, S. 27

4 Analyse von Modellen in ausgewählten Ländern

4.1 Ausgewählte Modelle

Für die vorliegende explorative Untersuchung wurden insgesamt 10 Modelle aus der Datenbank des Ludwig-Boltzman-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie (LBIMGS - Wien) ausgewählt, davon vier amerikanische, zwei niederländische, zwei britische sowie jeweils ein australisches und ein kanadisches Modell (vgl. Tab. 4 - eine Kurzbeschreibung der Modelle findet sich im Anhang).

Tabelle 4: Ausgewählte Modelle

Nr.	Land	Titel	Literatur	Kurzbezeichnung
1	CAN	Extra-Mural Hospital	Ferguson 1987 Nixon 1991	EMH
2	NL	Home Care in Cystic Fibrosis Patients	van Aalderen et al. 1995	Zystische Fibrose
3	USA	Home intravenous antibiotic therapy	Rehm/Weinstein 1983	Antibiotikatherapie
4	UK	Hospital at Home (Peterborough)	Anand et al. 1989 Knowelden et al. 1991	<u>H@H</u> -Peterborough
5	UK	Hospital at Home scheme for the early discharge of patients with fractured neck of femur	O'Cathain 1994	<u>H@H</u> -Schenkelhals
6	AUS	Hospital@Home	Clayton 1994 Flinders Medical Centre 1996	H@H-Aus
7	USA	Paediatric Outreach Programme (Paediatric Home Care)	Jessop/Stein 1991	HC-Kinder
8	NL	Project on Quality Improvement and Organisation of Cancer Pain Control by Infusion Techniques in the Home Situation in the Northern Netherlands	Boersma et al. 1992	Schmerztherapie
9	USA	Respi-Care	Campbell-Haggerty 1991	Respi-Care
10	USA	Spokane Case Management Project	Borland et al 1989	CM-Psychiatrie

Drei der ausgewählten Modelle starteten bereits in den 70er Jahren (das älteste 1970), drei in den 80er Jahren und drei in den 90er Jahren. Ein Modell befand sich in den 90er Jahren in der Planungsphase. Zum Zeitpunkt der jeweiligen Veröffentlichung der hier analysierten Dokumente befanden sich sieben Modelle im Regelbetrieb, zwei Modelle waren bereits abgeschlossen¹⁸ und ein Modell befand sich nach neun Jahren Regelbetrieb auf regionaler Ebene in einer Ausbauphase. Diese Daten belegen zum einen, daß die ambulante Pflege von Schwer- und Schwerstkranken keine Entwicklung der jüngsten Zeit ist, vielmehr bestehen bereits seit vielen Jahren Erfahrungen mit dieser Betreuungsform. Zum anderen zeigen die Daten aber auch, daß es sich bei der ambulanten Schwer- und Schwerstkrankenversorgung nicht um eine abgeschlossene Entwicklung handelt, sondern daß auch künftig neue Modellentwicklungen zu erwarten sind.

4.2 Zielsetzungen der Modelle

Die expliziten Zielsetzungen der Modelle lassen sich in zwei Kategorien teilen: erstens die Einführung der neuen Dienstleistung selbst, und zweitens von der neuen Dienstleistungen erwartete Effekte. Tabelle 5 gibt einen Überblick über die Zielsetzungen der Modelle.

Das am häufigsten genannte Ziel war die Einführung des Modells selbst. Als erwünschte Effekte wurden die verbesserte Nutzung der Krankenhausressourcen am häufigsten genannt, gefolgt von der Verbesserung der Lebensqualität von PatientInnen. Zu dieser Darstellung ist jedoch einschränkend festzustellen, daß in den meisten Modellen die Einführung ambulanter Pflege mit den in Tabelle 5 genannten Zielen implizit verbunden ist. Obwohl nicht immer alle Ziele angesprochen wurden, werden sie doch von allen Modellen mehr oder weniger explizit verfolgt.

Tabelle 5: Zielsetzungen der Modelle

Ziele	Häufigkeit
1. Einführung der neuen Dienstleistung	6
2. Erwünschte Effekte	
• effizientere Nutzung von Krankenhausressourcen	4
• Verbesserungen für PatientInnen (im Sinne von Lebensqualität)	3
• Verbesserung der Koordination zwischen Leistungserbringern und damit verbundene Kontinuität der Versorgung	2
• Erleichterung von Frühentlassung	2
• Training und job-enrichment für die Pflege	2
• Klärung von Forschungsfragen	2
• Kostenersparnisse	1
• Entwicklung einer Alternative zu Alters- und Pflegeheimen	1

¹⁸ Wobei aus den Modelldarstellungen nicht hervorgeht, ob die Projekte fortgesetzt werden.

4.3 Zielgruppen der Modelle

Um die Modelle näher beschreiben zu können, wurde eine Reihe von Faktoren ausgewählt, die den Behandlungs- bzw. Betreuungsbedarf von PatientInnen beeinflussen. Diese Faktoren können in drei Gruppen unterschieden werden:

- (1) *Definitionen aus der Medizin* beinhalten Beschreibungen und Selbstbeschreibungen der Medizin. Darunter fallen erstens Behandlungs- und Betreuungsbedarf begründende Beschreibungen von Krankheiten bzw. PatientInnen (*Diagnose, Schweregrad, Phasen von PatientInnenkarrieren*), zweitens *spezifische Interventionen*, und drittens die Einordnung von Diagnosen in die *Fächer* des Medizinsystems.
- (2) *Definitionen aus der Pflege* sind Beschreibungen des Zustands von PatientInnen, die pflegerischen Versorgungsbedarf begründen. Dieser ist einerseits durch medizinische Diagnose, Interventionen und Schweregrade begründet, aber vor allem über die Fähigkeiten von PatientInnen, ihre alltäglichen Grundbedürfnisse (*Activities of Daily Living- ADL*) eigenständig zu befriedigen bzw. den dafür notwendigen Grad an Unterstützung.
- (3) Der Begriff der *sozialen Charakteristika der PatientInnen* umfaßt zunächst die für Krankheitsbewältigung bedeutsamen Faktoren *sozialer Status* und *soziales Netzwerk*. Außerdem zählen dazu *Alter* und *Geschlecht*, die als biologische Größen Einfluß auf geschlechts- und altersspezifische Prävalenz haben, als soziale Konstrukte über kulturelle Muster aber zugleich Versorgungsbedarf und den Zugang zu Ressourcen beeinflussen. Im folgenden Abschnitt werden die Patientengruppen der Modelle anhand dieser Merkmale beschrieben.

4.3.1 Medizinische Faktoren

Auf die Fragen, für welche *Diagnosen, Schweregrade, Interventionen und Behandlungsphasen* wird ambulante Behandlung häufig eingesetzt? Wie Tabelle zeigt, wird in den ausgewählten Modellen eine sehr große Bandbreite an medizinischen Diagnosen abgedeckt.

In zwei Modelldarstellungen werden neben den medizinischen Diagnosen auch Häufigkeiten der im Modell behandelten Krankheiten genannt. Im Modell EMH verteilen sich die Diagnosen, Organgruppen oder Fächer folgendermaßen: 20% Atmungsorgane, 14% Kreislauf, 14% Krebs, 11% Endokrin (hauptsächlich Diabetes). Die Modelldarstellung für das H@H-Peterborough gibt Zahlen für 1985 an. In diesem Jahr verteilen sich die PatientInnen auf folgende Diagnosen bzw. Interventionen: 26% Fälle von bösartigen Neubildungen, 19% postoperative Versorgungen, 8% Hirngefäß-Zwischenfälle. Diesen Daten zufolge spielen also Krebserkrankungen, Kreislaufkrankungen und Erkrankungen der Atmungsorgane sowie die postoperative Betreuung in der ambulanten Versorgung eine wichtige Rolle.

Da Häufigkeit und Art von Diagnose jedoch allein nur bedingt aussagefähig sind, galt das Interesse zusätzlich dem *Schweregrad* der Krankheit oder der krankheitsbedingten Beeinträchtigung und der Frage, wie in den verschiedenen Modellen der Schweregrad der Krankheit um- bzw. beschrieben wird. Dabei lassen sich folgende Annäherungen an den Schweregrad feststellen (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6: Medizinische Diagnosen der PatientInnen¹⁹

Klassifizierung	Diagnosen
Atmungsorgane	<ul style="list-style-type: none"> • Asthma (2) • Bronchitis, Bronchitis (akute) • Bronchiectasis • Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) • Emphysema • Pneumonie (2) • Zystische Fibrose
Blut	<ul style="list-style-type: none"> • Leukämie • Sichelzellanämie
Endokrin, Ernährung, Verdauung	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes (2)
Geschlechtsorgane	<ul style="list-style-type: none"> • keine Diagnosen in den Modellen
Herz-, Kreislauf-, Gefäßkrankheiten	<ul style="list-style-type: none"> • Angina Pectoris • Tiefe Beinvenenthrombose • Endocarditis • Schlaganfall • Ischaemic heart diseases
Infektionskrankheiten, Parasiten	<ul style="list-style-type: none"> • Osteomyelitis (2) • Septische Arthritis
Krebs	<ul style="list-style-type: none"> • bösartige Neubildungen (3)
Nervensystem und Sinnesorgane	<ul style="list-style-type: none"> • Demenz • Parkinson • Anfallskrankheit
Psychiatrische Krankheiten	<ul style="list-style-type: none"> • Schizophrenie • Other bipolar disorders
Schwangerschaft, Geburt	<ul style="list-style-type: none"> • keine Diagnosen in den Modellen
Skelett, Stützapparat	<ul style="list-style-type: none"> • Arthritis • Brüche (2) • Bandscheibenvorfall • Schenkelhalsbruch
Sonstige	<ul style="list-style-type: none"> • Stürze • Congestive failure (ohne nähere Bestimmung) • Multiple Sklerose • Rheumatische Störungen • Abszesse, tiefe Wundinfektionen • Meningomyelocele

¹⁹ Die Zahlen in Klammer geben die Häufigkeit der Modelle an, in welche Diagnosen auftreten.

Tabelle 7: Beispiele für die Beschreibung des Schweregrads

Aussagen über Erkrankung	Beispiele
Status und möglicher Verlauf	„acute episodes of illness“ „stable medical condition“ „stable phase of the disease“ „chronic physical condition“ „terminally ill“ „end state chronic pulmonary disease“
Dauer	„children with chronic physical condition lasting three or more months“
Versorgungsbedarf <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisierung • Medizinischer Versorgungsbedarf • Pflegerischer Versorgungsbedarf 	„requiring frequent hospitalization“ „requiring one month of hospitalization“ „three psychiatric hospital admissions during the preceding two years or 60 days of hospitalization during the preceding year“ „the patient does not usually require the same intensity of physician contact as in a regular hospital“ „complex nursing care“

Fragt man ferner, welche *spezifischen Interventionen* in der Versorgung Schwer- und Schwerstkranker eingesetzt werden oder mit anderen Worten: für welche Art von Problemen sich ambulante Versorgung besonders zu eignen scheint, so ergibt sich folgendes Bild:

Der am häufigsten vertretene Interventionstypus ist die Gabe von Infusionen (5 Modelle). Sie umfaßt die intravenöse Gabe von Antibiotika²⁰ (3 Modelle) und Schmerztherapeutika (2 Modelle). Am zweithäufigsten wird in den Modellen die postoperative Wundversorgung angeführt, die insbesondere bei der Frühentlassung eine wichtige Rolle spielt (4 Modelle). Künstliche Beatmung (respiratory homecare) wird in den Modellen am dritthäufigsten genannt (2 Modelle). Daneben werden in einem Modell Sondenernährung, in einem anderen umfassendes Case Management bei psychiatrisch Kranken durchgeführt²¹. Andere, in der Literatur erwähnte Typen von häuslicher Versorgung wie "renal homecare" oder "emergency homecare" und Versorgung nach Knochenmarktransplantation (vgl. Rothkopf et al. 1992) finden sich in den von uns ausgewählten Modellen nicht.

Analysiert man die Modelle danach, in welcher *Phase* der Patientenkarriere sie Kranke betreuen, so zeigt sich, daß Modelle für die Phasen der kurativen oder palliativen Intervention (4 Modelle), der Nachbetreuung und Genesung (4 Modelle) sowie der terminalen Behandlung und Pflege (4 Modelle) am häufigsten vertreten sind. Ergänzend wird in vier Modellen Rehabilitation durch Physio- und ErgotherapeutInnen angeboten. Palliative Behandlung

²⁰ Zu "home intravenous antibiotic therapy" vgl. auch Bernstein (1991)

²¹ Intensive Case Management wird definiert: "responsibility for total clinical and supporting care" (Borland et al. 1989: 374).

von LangzeitpatientInnen fand sich in zweien, Diagnostik und Abklärung dagegen in keinem der hier berücksichtigten Modelle (vgl.8).

Tabelle 8: Phase der Patientenkarriere

Phase	Modelle	Häufigkeit
Intervention in subakuten und akuten Krankheitsphasen(kurativ, palliativ)	EMH Zystische Fibrose Antibiotikatherapie H@H-Aus	4
Genesung, Nachbetreuung	EMH H@H-Peterborough H@H-Schenkelhals H@H-Aus	4
Terminale Behandlung und Pflege	EMH H@H-Peterborough Schmerztherapie Respi-Care	4
Rehabilitation	EMH H@H-Peterborough H@H-Schenkelhals Respi-Care	4
Palliative Behandlung von LangzeitpatientInnen	EMH Schmerztherapie	2
Diagnostik und Abklärung	-	0
Keine Angaben oder nicht zuordenbar	HC-Kinder CM-Psychiatrie	2

Medizinische Fächer stellen im Selbstverständnis der Medizin eine "Landkarte" der Kompetenz und Zuständigkeit dar. Dabei sind in den ausgewählten Modellen die am häufigsten genannten Fächer Onkologie (4 Modelle), Chirurgie und Pulmologie (3 Modelle). Unter den chirurgischen Fächern wird Orthopädie am häufigsten als Sub-Fach genannt, aber auch Unfall-, Allgemein-, Thorax-, Gefäß- und plastische Chirurgie. In der Häufigkeit folgen dann die Fächer Kardiologie mit 2 Modellen sowie Pädiatrie, Psychiatrie, Gynäkologie mit jeweils einem Modell. Die ambulante Versorgung Schwer- und Schwerstkranker wird demnach also in einer großen Breite von medizinischen Fächern durchgeführt. Dennoch scheint sie in der Onkologie (Schmerztherapie, terminale Behandlung und Pflege) sowie in der Chirurgie (Frühentlassung) und in Pulmologie häufiger zum Einsatz zu kommen als in anderen Bereichen - eine Hypothese, die durch eine systematische Untersuchung zu überprüfen wäre.

4.3.2 *Pflegerische Faktoren*

In den Modellen finden sich wenig Hinweise auf pflegerische Faktoren, die Auskunft darüber geben, welche Zielgruppen von den Modellen erfaßt werden. Ein wesentliches Kriterium scheint jedoch die *Mobilität* der PatientInnen zu sein. Die *Mobilität* von PatientInnen ist für deren Versorgungs- bzw. Pflegebedarf in zweifacher Weise von Bedeutung: Zum einen, weil sie beschreibt, welche Verrichtungen des täglichen Lebens die PatientInnen eigenständig durchführen können und bei welchen sie Unterstützung benötigen. Zum anderen kann damit beschrieben werden, inwiefern die PatientInnen in der

Lage sind, sich an spezifischen, im Modell vorgesehenen Verrichtungen zu beteiligen (z.B. der Antibiotikatherapie). Dennoch wird lediglich in den Modellen H@H-Peterborough und H@H-Schenkelhals explizit auf das Kriterium Mobilität eingegangen. Die Beobachtung allerdings, daß im Modell „Antibiotikatherapie“ die eingeschränkte Mobilität des Patienten ("Physical disability (that) left the patient unable to administer antibiotic agent...") sogar ein Ausschließungsgrund aus dem Modell darstellt, läßt den Umkehrschluß zu, daß eine gewisse Mobilität ein wichtiges Kriterium für die Aufnahme der PatientInnen in diese Form der ambulanten Versorgung darstellen kann.

4.3.3 Soziale Faktoren

Obwohl das Geschlecht zunächst lediglich eine biologische Beschreibung darzustellen scheint, ist es im wesentlichen doch ein soziales Konstrukt, über das durch Sozialisation und Leben von Rollenmustern ("enactment") soziale Fähigkeiten sowie Chancen und Ressourcen verteilt werden. Doch trotz ihrer zentralen Bedeutung fehlen in sieben Modelldarstellungen Angaben über das Geschlecht der PatientInnen. Bei den Modellen, die das Verhältnis der Geschlechter in der Patientengruppe angeben, steht ein Modell mit starkem Überhang an weiblichen PatientInnen (mit hohem Durchschnittsalter), zwei Modellen mit ausgewogeneren Geschlechterproportion gegenüber (vgl. Tabelle 9).

Tabelle 9: Geschlechterverhältnis in den Modellen

Modell	Männlich	Weiblich
H@H-Schenkelhals	14%	86%
Respi-Care	53%	47%
CM-Psychiatrie	54%	46%

Auch Angaben über das *Alter* von betreuten PatientInnen fehlen häufig. Nur drei Modelle geben ein Durchschnittsalter der PatientInnen an. Drei Modelle (teilweise überschneidend) dokumentierten die die Variationsbreite des Alters der PatientInnen (vgl. Tabelle 10):

Tabelle 10: Altersgruppen der PatientInnen

Modelle	Altersgruppen	Durchschnittsalter	Alter von bis
HC-Kinder	Kinder	k.A.	k.A.
EMH	Alle Altersgruppen	k.A.	k.A.
H@H-Aus	Alle Altersgruppen	65	3M-94
Antibiotikatherapie	Alle Altersgruppen	41	10-77
CM-Psychiatrie	Erwachsene	33	20-57
Respi-Care	Erwachsene, mittlere und sehr Alte	66	51-82
H@H-Peterborough	Patients were predominately old	k.A.	k.A.
H@H-Schenkelhals	Sehr Alte	76,4	k.A.

Aus der Übersicht in Tabelle 10 ist zu schließen, daß die ambulante Pflege und Versorgung von Schwer- und Schwerstkranken prinzipiell für Patienten aus allen Altersgruppen möglich ist. In drei Modellen sind alle Altersgruppen vertreten, während in einem Modell ausschließlich Kinder und in einem anderen Erwachsene von 20-60 Jahre betreut werden. Dennoch ist zu vermuten, daß der Schwerpunkt der Betreuung - mit Ausnahme von postoperativer Betreuung - auf der Bevölkerungsgruppe alter Menschen liegt (in drei Modellen der Untersuchung wurden vor allem Alte verschiedener Grade betreut).

Soziale Netzwerke sind wichtig für die Versorgung von Kranken, weil sie z.B. häufig die Grundbedürfnisse der Patienten abdecken, die psychische und soziale Betreuung und die hauswirtschaftliche Versorgung übernehmen. Fehlen soziale Netzwerke, so müssen diese - im schlechtesten Fall stationär - professionell ersetzt werden. Dennoch sind auch Angaben über das soziale Netzwerk von PatientInnen in den Modelldarstellungen nur spärlich vorhanden. Lediglich in drei Modellen werden explizite Angaben über das soziale Netzwerk gemacht, in dem die PatientInnen leben: In den Modellen H@H-Schenkelhals und Respi-Care hatten die meisten die meisten PatientInnen Unterstützung durch Informelle Hilfe (d.i. entweder Familie oder andere soziale Netzwerke). Im Gegensatz dazu spielten im Modell CM-Psychiatrie kurzfristige Insitutionalisierung in Krankenhaus, Pflegeheim, "congregate care facilities" und "adult family home" eine bedeutende Rolle (vgl. Tab. 11).

Tabelle 11: Soziales Netzwerk der PatientInnen

	H@H-Schenkelhals	Respi-Care	CM-Psychiatrie
verheiratet	30%	64%	-
mit anderer Person	-	-	19%
mit Familie	6%	12%	-
alleine, mit Unterstützung	53%	12%	-
alleine, ohne Unterstützung	-	12%	38%
Institution	11%	-	43%

Informelle Hilfe durch Familie und andere soziale Netzwerke ist jedoch auch in den Modellen bedeutend, über die keine quantitativen Daten zur Verfügung stehen. So fehlen in zwei Modellen zwar die Angaben über das soziale Netzwerk von PatientInnen, die Autoren nehmen aber offensichtlich an, daß diese Angehörige haben, welche wesentliche Teile der allgemeinen Pflege oder hauswirtschaftlichen und psycho-sozialen Versorgung übernehmen können. In drei weiteren Modellen ist es explizites Aufnahmekriterium, daß PatientInnen über ein Netzwerk informeller Hilfe verfügen: "priority was given to patients who had a significant other (family member or friend) in the home or community willing to assume the role of caretaker, "adequate family support", "had to live with a family".

Die in den Modelldarstellungen weitestgehend vernachlässigte Determinante *Sozialer Status* ist wichtig für die ambulante Versorgung, weil z.B. vorhandene Versicherungen bzw. Höhe des Einkommens darüber entscheiden, ob Leistungen gedeckt sind oder zugekauft werden können. Auch Bildung entscheidet über den Zugang zu Leistungen. Informationen über den sozia-

len Status der PatientInnen sind nur in zwei Modellen vorhanden (Bildung, Einkommen, ethnische Zugehörigkeit).

4.4 Leistungsangebote der Modelle

Schwer- und Schwerstkranke haben in der Regel einen komplexen Versorgungsbedarf, der von vielen Professionen in einem kontinuierlichen, qualitätsgesicherten und integrierten Paket gedeckt werden muß. Dieser Versorgungsbedarf umfaßt mehrere Dimensionen:

- Bedarf an medizinischer Behandlung der Krankheit
- Bedarf an krankheitsspezifischer pflegerischer Versorgung
- Bedarf an pflegerischer Versorgung der Grundbedürfnisse
- Bedarf an psycho-sozialer Betreuung bzw. Unterstützung
- Bedarf an sozialer Unterstützung
- Bedarf an Medikamenten
- Bedarf an technischen und sonstigen Hilfsmittel
- Bedarf an eventueller Adaptionsmaßnahmen der Wohnung.

Fragen wir nun, inwiefern dieser komplexe Versorgungsbedarf in den Modellen gedeckt und inwieweit die Deckung verschiedener Bedarfsdimensionen als professionell zu erbringender Teil des Modells definiert wird, so ergibt sich folgendes Bild (vgl. Tabelle 12):

Tabelle 12: Professionell erbrachte Dienstleistungen im Modell

Dienstleistungen	Häufigkeit
Ärztliche Leistungen	10
Qualifizierte Pflegeleistungen	9
Soziale Unterstützung (z.B. sozialarbeiterisch)	6
Grundversorgung der körperlichen Bedürfnisse	6
Schulung (von PatientInnen bzw. auch Angehörigen)	5
Beschaffung von Medikamenten	4
Nicht-ärztliche therapeutische Dienstleistungen (z.B. Physiotherapie, Ergotherapie..)	4
Hauswirtschaftliche Dienstleistungen	2
Beschaffung von Heilbehelfen und Hilfsmittel	2
Beschaffung von technischen Ausrüstung	2
Psycho-soziale Dienstleistungen	2
Sonstige	2
Adaptionsmaßnahmen der Wohnung	0

Die Übersicht läßt den nicht unerwarteten Schluß zu, daß ärztliche und qualifizierte Pflegeleistungen den *Kernbereich* der ambulanten Schwer- und Schwerstkrankenversorgung ausmachen. Ärztliche Versorgung wird in allen Modellen, qualifizierte Pflegeleistungen immerhin in neun der zehn Modelle explizit angeboten.

Ein weiteres, weniger zentrales, wenngleich sehr wichtiges Modell-Element ist soziale bzw. sozialarbeiterische Unterstützung. Sechs Projekte bieten sozialarbeiterische Unterstützung an, die wichtige Teile des Case Management übernehmen (z.B. Abklärung der Wohnsituation und Versicherungsdeckung). Auffallend ist allerdings, daß nur in etwas mehr als der Hälfte der Modelle die Grundversorgung der körperlichen Bedürfnisse von professioneller Seite angeboten wird. Auch die Schulung von PatientInnen und Angehörigen ist nur in fünf Modellen explizit vorgesehen.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, daß eine wirklich umfassende professionelle Versorgung nur in wenigen der hier berücksichtigten Modelle offeriert wird. Es lassen sich jedoch zwei Strategien unterscheiden, mit welchen dennoch eine umfassende Versorgung gewährleistet werden soll: erstens die Substitution professioneller Versorgungsangeboten durch informelle Hilfe (insbesondere für die Grundversorgung der körperlichen Bedürfnisse) und zweitens der Ausschluß von PatientInnen, bei denen die Versorgung aufgrund fehlender Voraussetzungen (adäquate Wohnung, Familienanschluß, Finanzierung) nicht gewährleistet werden kann.

4.5 Aspekte des Qualitätsmanagements

In der weiteren Darstellung der Modelle soll - in der Terminologie des Qualitätsmanagements - mit Blick auf Fragen der Qualitätssicherung zwischen den Bereichen Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität unterschieden werden. Unter *Strukturqualität* verstehen wir dabei, in welchem Ausmaß die für die Dienstleistung notwendigen Ressourcen zur Verfügung stehen. Mit der Perspektive auf *Prozeßqualität* werden die Abläufe und Mechanismen fokussiert, die qualitativ hochwertige Versorgung gewährleisten sollen und im Bereich der *Ergebnisqualität* gilt das Interesse schließlich der Frage, welche Resultate in den Modellen erreicht wurden.

4.5.1 Strukturqualität

Generell finden sich in den Modelldarstellungen nur wenige Hinweise auf die Strukturqualität. Nur die Hälfte der Beschreibungen gibt Auskunft über notwendige oder tatsächlich vorhandene *Personalressourcen*: Im Modell EMH wurden im Jahr 1991 insgesamt 228 Vollzeitkräfte und 45 Teilzeitkräfte beschäftigt. Es wird jedoch in der Beschreibung nicht angegeben, in welcher Funktion diese Personen arbeiten. Im Jahr 1989 konnten mit dieser Besetzung insgesamt 9.847 PatientInnen betreut werden.

Nähere Angaben über das beschäftigte Personal und die versorgten PatientInnen finden sich im Modell H@H-Peterborough (vgl. Tabelle 13). Die Angaben beziehen sich auf 3 Phasen in dem Projekt: 1. Teil der Pilotphase (11/78-10/79), nach der substantielle Änderungen im Projekt vorgenommen wurden, 2. Teil der Pilotphase (11/79-81) und die 3. Phase (=Regelbetrieb).

Tabelle 13: Personal und PatientInnen im Modell H@H-Peterborough

Zeitraum	regis- tered nurses	patient aides	social worker	physio- thera- pist	ergo- thera- pist	pa- tients
11/78-10/79	3	8	1	0,5	0,5	21
11/79- 81	3	8	1	0,5	0,5	314
Regelbetrieb	5	k.A.	k.A.	ca. 0,5	ca. 0,5	k.A.

Für Modell H@H-Schenkelhals werden zwar keine Personalzahlen angegeben, jedoch die Zeiten angeführt, die jede Berufsgruppe (mit Ausnahme der ÄrztIn) pro PatientIn aufgewandt haben. Die Aufenthaltsdauer im Programm war auf maximal 12 Tage beschränkt (vgl. Tabelle 14).

Tabelle 14: Stunden pro PatientIn nach Berufsgruppe in Modell H@H-Schenkelhals

Qualifikation	Stunden/PatientIn
Grade B Nurse	12,67 (= visited the patient daily and sometimes stayed overnight with a patient if necessary)
Grade G District Nurse	5,03
Occupational Therapist	2,37
Physiotherapist	1,75
Grade E District Nurse	1,21

In Modell CM-Psychiatrie versorgen acht Case Manager, ein Koordinator und ein Programmdirektor (Psychiater) insgesamt 72 psychiatrische PatientInnen in intensivem Case Management über 5 Jahre. Es wird jedoch nicht angegeben, welche anderen Kräfte zur Betreuung der Patienten zusätzlich noch benötigt wurden.

Auch Angaben über die *Kosten* der Modelle werden in den uns vorliegenden Darstellungen selten erfaßt. Nur für drei Modelle werden die Kosten explizit genannt (vgl. Tabelle 15).

Tabelle 15: Projektkosten

Modelle	Wie hoch sind die Pro- jektkosten in den Model- len?	Zeitraum
H@H- Peterborough	1. Phase 228.000 Pfund 2. Phase 253.157 Pfund	11.78-10.79 11.79-1981
H@H-Aus	AUS\$ 400.000	5.94-12.95
CM-Psychiatrie	US 302.000	jährlich

Im Gegensatz dazu finden sich in den Modelldarstellungen etwas mehr Angaben darüber, wer die Projekte finanziert. (vgl. Tabelle 16). Am häufigsten ist der Staat der Kostenträger (4 Modelle), entweder direkt oder über den jeweiligen staatlichen Gesundheitsdienst. Drei Modelle werden entweder

von Privat- oder Sozialversicherungen getragen, in einem Modell tragen private Spender zur Finanzierung bei und in einem weiteren Projekt stammt die Finanzierung über nicht näher spezifizierte Projektgelder.

Tabelle 16: Finanzierung

Modelle	Wer trägt die Kosten für das Modell?
EMH	The Extra-Mural-Hospital is a free standing hospital established under the Public Hospital Act and providing insured services, common to all hospitals, by authority of the Hospital Service Act. Along with other hospitals in New Brunswick, the Extra Mural Hospital submits a budget proposal annually to the Department of Health and Community Services
Zystische Fibrose	Health insurance companies in the Netherlands refused to pay for antibiotics which were administered at home and were supplied by the hospital chemist. Fortunately most of the companies in our country have changed their rules on this subject over the last few years
Antibiotika Therapie	Durch Privatversicherung der PatientIn
H@H-Peterborough	Sansbury Family Trust District Management Team Private Spender (Friends of the H@H)
H@H-Aus	Beginn: Common Wealth Access Program Grant Seitdem: Site Specific Grant The South Australian Health Commission suggested, that in 1996-1997, H@H change its current funding arrangement. The proposed funding arrangements involve Casemix payments for inpatients who subsequently are discharged into H@H care at the linear level regardless of their length of stay in hospital
Respi-Care	Reimbursement for services was provided by third party payers for the initial period after hospitalisation. When reimbursement was no longer available, Respi-Care Funding paid for the services. Additionally, Respi-Care Funding also paid for nonreimbursable services.
CM-Psychiatrie	Washington State Gesetz für das Demonstrationsgesetz

Neben der Finanzierung ist die *Qualifikation* von Projektbeteiligten eine der zentralen Voraussetzungen für die Qualitätssicherung in einem ambulanten Betreuungsmodell. Für die Durchführung des Projektes ist es notwendig zu wissen, welche Qualifikationen benötigt werden und mit welchen Maßnahmen fehlende Qualifikationen geschaffen werden können (vgl. hierzu Ewers/Schaeffer 1998). Tabelle 17 gibt einen Überblick über das Qualifikationsspektrum der Mitarbeiter in den verschiedenen Modellen. Demnach gehören qualifizierte Pflege und Facharztversorgung (nicht unterschieden zwischen Krankenhaus und ambulanter Facharztversorgung) neben Allgemeinmedizin, Sozialarbeit und geschulter informeller Hilfe mit abnehmender Häufigkeit der Modelle zum qualifikatorischen Kernbereich der ambulanten Schwer- und Schwerstkrankenversorgung. Weniger häufig werden Physio- und Ergotherapie, Apotheken, Haushaltshilfen und Sonstige (in den Modellen Buchhalter und Hilfskräfte) erwähnt.

Tabelle 17: Für notwendig erachtete Qualifikationen

Dienstleister	Häufigkeit
Nurses	9
Specialists	9
Trained Patients and/or relatives	7
General Practitioners	6
Social worker	6
Physio- /Ergotherapists	4
Pharmacists	2
Patient Aides (Haushaltshilfe)	2
Sonstige	2

Auch die Frage, welche Maßnahmen in den Modellen ergriffen werden, um notwendige Qualifikationen zu entwickeln, wird in den Modellbeschreibungen nicht sehr ausführlich behandelt. In drei Projekten wird über job-enrichment und Schulung der Pflege berichtet (Modelle: H@H, Schmerztherapie, Respi-Care). Im Modell Schmerztherapie wird die Schulung von niedergelassene ÄrztInnen und der Aufbau eines ärztlichen Support Services erwähnt.

4.5.2 Prozeßqualität

Im folgenden Abschnitt betrachten wir die Ablauforganisation und Funktionsweise der Modelle. Beides sind wichtige Parameter, um die Prozeßqualität einschätzen zu können. Dabei greifen wir folgende Aspekte auf:

- Wie ist die Aufnahme in das Modell organisiert? (Welches Einzugsgebiet, Wie spezifisch ist die Zielgruppe? Wie werden ModellpatientInnen identifiziert und ausgewählt?)
- Wo werden die Leistungen erbracht?
- Wie wird in den Modellen das Integrationsproblem gelöst?
- Wie patientenorientiert sind die Modelle?
- Welche Strategien der Modellentwicklung werden verwandt?

Modelle ambulanter Versorgung lassen sich u.a. hinsichtlich ihres *Einzugsgebiets* und der Spezifizierung ihrer Zielgruppe unterscheiden. Denkbar sind lokale, regionale oder nationale Programme, die ihre Angebote entweder generell an Schwer- und Schwerstkranke richten oder aber auf spezifische Patientengruppen zugeschnitten sind. Legt man diese Unterscheidungen an die ausgewählten Modelle an, so zeigt sich, daß im Sample lokale und auf spezifische Patientengruppen zugeschnittene Modelle dominieren: Die große Mehrzahl der Projekte ist lokal orientiert (acht Modelle), wobei sechs Modelle auf spezifische Patientengruppen zugeschnitten sind und zwei Projekte verschiedene Patientengruppen versorgen. Demgegenüber sind regionale und nationale Modelle in der Minderheit: ein Modell umfaßt den kanadischen Bundesstaat New-Brunswick mit ca. 700.000 Einwohner und ist auf verschiedene Patientengruppen ausgerichtet, während sich ein niederländisches Modell lediglich auf eine spezifische Patientengruppe konzentriert, dafür jedoch auf nationaler Ebene agiert.

Nach welchen Kriterien aber werden PatientInnen und Einzugebiet ausgewählt? Die *sorgfältige Auswahl* modellgeeigneter PatientInnen ist ein zentraler Bestandteil der Qualitätssicherung. Sie erhöht die Paßgenauigkeit der Patientenproblematiken mit der im Modell vorgehaltenen Expertise und verringert somit die Wahrscheinlichkeit, daß unvorhergesehene Notfälle eintreten. Die Patientenselektion orientiert sich dabei nicht nur an medizinischen Aspekten wie Diagnose und Schweregrad der Erkrankung, sondern auch an psychosozialen Kriterien (Motivation, Unterstützung durch die Familie, psychische Stabilität, Angstzustände etc.), der Zustimmung der jeweiligen Akteure (Professionelle und PatientInnen/Angehörige), finanziellen Erwägungen und der geographischen Nähe zu den versorgenden Einrichtungen. Die folgende Aufstellung (Tabelle 18) gibt einen Überblick über die Kriterien, die - mit Ausnahme der medizinischen Diagnose - in den Modellen die Auswahl der PatientInnen determinieren.

Tabelle 18: Kriterien (andere als Diagnose) für die Aufnahme in das Modell

Kriterien	Häufigkeit
Adäquate Unterstützung durch Familie	3
Alter (z.T. nicht zu jung, z.T. nicht zu alt)	3
Motivation von PatientInnen (Keine Furcht, Verlässlichkeit)	3
Stabile medizinische Verfassung	3
Zustimmung der PatientInnen/ Angehörigen	3
Zustimmung von Professionellen insbesondere behandelnde KH-ÄrztInnen, der AllgemeinmedizinerInnen (anderer behandelnder ÄrztInnen), der ambulanten Pflege (district nurse)	3
Ausschluß spezifischer Diagnosen (inkl. psychischer Behinderung)	2
Minimum an Leistungen des KH müssen beansprucht werden	2
Minimum oder Maximum der Dauer der ambulanten Behandlung	2
Räumliche Nähe zur Modelleinrichtung bzw. Ersatzstrukturen zur Versorgung	2
Signifikante früher Hospitalisierung / Prognose auf Ansteigen der Wahrscheinlichkeit der Hospitalisierung	2
Adäquate Wohnung	1
Ausschluß von PatientInnen mit Drogenkonsum	1
Dauer der vorangegangener Hospitalisierungen	1
Deckung der Kosten durch Versicherung	1
Messung der Schwere der Erkrankung (pulmonary function test)	1
Qualifikation der Pflegenden und der paramedizinische Einrichtungen	1
Fähigkeit von PatientInnen und Angehörigen zur ambulanten Betreuung	1
Sprache	1

Aus den genannten Kriterien erscheinen folgende besonders erwähnenswert:

- *Adäquate Unterstützung* durch die Familie als Auswahlkriterium sichert in den meisten Modellen die notwendige Grundversorgung der PatientInnen sowie die hauswirtschaftliche und psycho-sozialen Versorgung - diese werden nicht professionell bereitgestellt.
- *Zustimmung* von (ambulant und stationär tätigen) *Professionellen* ist ein notwendiges Kriterium, um die Kontinuität der Versorgung sicherstellen, aber auch um PatientInnen auswählen zu können, die aufgrund ihres medizinischen Status für die ambulante Versorgung geeignet sind.
- *Zustimmung* von *PatientInnen* und *Angehörigen* ist unerlässlich, um abzusichern, daß PatientInnen motiviert und bedürfnisadäquat ausgestattet sind und die notwendige Unterstützung erhalten.
- *Motivation* von PatientInnen sowie die Bereitschaft und Fähigkeit der Angehörigen und PatientInnen zur ambulanten Betreuung sind wichtige Kriterien, die für eine qualitätvolle ambulante Behandlung erfüllt sein müssen.
- Die *Deckung der Kosten* durch die Versicherung ist oftmals insbesondere für die Grundversorgung der körperlichen Bedürfnisse und hauswirtschaftlichen Versorgung, aber auch für (Patienten-)Transporte, Medikamente und in der ambulanten Versorgung benötigte Geräte (z.B. Infusomaten) ein Problem und beschränkt damit den Zugang zur ambulanten Versorgung.

Der *Prozeß der Aufnahme* in das Modell läßt sich nach den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung zunächst in folgende Schritte unterteilen:

1. Identifikation von PatientInnen (outreach) (z.B. durch Liaison Nurse)
2. Selektion von PatientInnen²²
3. Erhebung des Versorgungsbedarfs
4. Erhebung der finanziellen Abdeckung
5. Erstellung eines Behandlungs- und Pflegeplanes
6. Schulung von Angehörigen und PatientInnen
7. Organisation der notwendigen Leistungen

Anzumerken ist, daß nicht alle Teile dieses Ablaufs in allen Modellen Erwähnung finden. Tabelle 19 illustriert den Aufnahme-prozeß mit Hilfe von Zitaten, die den einzelnen Modelldarstellungen entnommen wurden.

²² Hier ist vor allem das Problem zu lösen, welcher Akteur, in welchen Fragen, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Form an der Auswahl von PatientInnen beteiligt ist.

Tabelle 19: Aufnahmeverfahren

Modelle	Aufnahmeverfahren
EMH	The Extra-Mural-Hospital has Liaison Nurses stationed full time in the larger hospitals and part time in the smaller ones to facilitate admission to the EMH. The admitting physician works through them. Patients are admitted to the Extra-Mural Hospital by referral from their personal physician, who prescribes treatment and orders discharge as in a regular hospitals. The Extra-Mural-Hospital nurse develops a care plan based on the physicians orders and the nurse's own assessment of the needs of the patient, the home environment, and the family resources.
Zystische Fibrose	Before home treatment is started, the paediatrician and pulmologist should provide extensive verbal and written information about all aspects of home treatment. After having received and understood the information, patients and relatives should be given the opportunity to practice the necessary skills when the patient is in a stable phase of the disease. We set up a "Skills Laboratory", where patients can practise with the different tools. All actions are repeated several times during the hospital admission preceding home treatment. Before discharge, the doctors responsible should thoroughly verify whether patients or relatives are able to execute all actions. The first day after discharge, patients and relatives are again instructed by one of the nurses of our home care organisation. (...) patients take care of their own infusion system
Antibiotikatherapie	Hospitalised patients are selected for evaluation for home treatment by the primary hospital physician or by an infectious disease consultant. A physician member of the therapy team explains the program to the patient and evaluates the patient's medical condition. If medically qualified to participate, the patient is referred to the social worker for evaluation of the home environment and the adequacy of the patient's insurance coverage. Final acceptance or rejection of the patient is determined at a conference between the referring physician, infectious disease consultant, social worker, and patient
H@H-Peterborough	The GP assume(s) medical control holding the final say who could be admitted, whether from hospital or the community. The community nursing sister attached to the practice (is) responsible for all nursing care.
H@H-Schenkelhals	Patients (...) were assessed for suitability for H@H from four days after their operation. Liaison Sister from the Community Health Services visited the hospital ward daily to assess whether patients had a stable medical condition and had attained their pre-admission orientation level. When these criteria had been met, permission for admission to H@H was sought from the general practitioner, hospital consultant, District Nurse, patient and their family (in that order). Then a home visit was undertaken to assess the suitability of the patient's accommodation in terms of adequate facilities and accessibility in bad whether.
H@H-Aus	Medical staff refers patients assessed as suitable to the service via the Clinical Nurse Consultant with detailed written information concerning the prescribed medical management plan for the patient. Assessment includes the patient's capacity for self care, the suitability of their home environment and the carer's knowledge and preparedness to fulfil this role.

Als nächstes wenden wir uns der Frage zu, wo die Leistungen der ambulanten Versorgung erbracht werden. Denn ambulante Versorgung bedeutet nicht automatisch, daß alle Leistungen zu Hause, in der Patientenwohnung erbracht werden.²³ Obwohl sich die PatientInnen in allen Fällen die meiste Zeit zu Hause befinden, variieren die Orte an denen z.B. check-ups und Interventionen durchgeführt werden von Modell zu Modell. Der *Ort der Leistungserbringung* ist von großer Bedeutung für die Ablauforganisation und damit Prozeßqualität des Modells, da verschiedene Orte der Leistungserbringung unterschiedliche Anforderungen an die Modellorganisation stellen: Ist die Patientenwohnung alleiniges Zentrum der Leistungserbringung müssen z.B. alle notwendigen Heil- und Hilfsmittel oder technischen Geräte dort hingebraucht werden. Finden Interventionen aber an einem anderen Ort als der Wohnung der PatientInnen statt, muß jedoch der adäquate Transport der PatientInnen in die versorgende Einrichtung sichergestellt werden. Im folgenden wird ein Überblick über die Orte gegeben, in welchen in den Modellen Interventionen bzw. check-ups stattfinden:

- In sieben Modellen werden die Leistungen vorrangig *zu Hause* erbracht²⁴. In manchen Fällen werden PatientInnen je nach Reisefähigkeit zu Hause oder in der Arztpraxis behandelt.
- In fünf Modellen erfolgen medizinische Leistungen auch in der *Arztpraxis*. In einem Modell werden PatientInnen zur Untersuchung in die Krankenhausambulanz gebeten. Wohnen sie zu weit vom Krankenhaus entfernt, übernimmt eine niedergelassene Ärztin die Kontrolle.²⁵
- In drei Fällen werden Leistungen auch in der *Krankenhausambulanz* durchgeführt.²⁶
- In drei Modellen werden Patientenschulungen in der *Krankenhausstation* durchgeführt.²⁷
- Im Modell CM-Psychiatrie werden die Leistungen in wahrsten Sinne ambulant (umhergehend) erbracht, da es sich hierbei um ein umfassendes Case Management für psychiatrische PatientInnen handelt.

Bei der ambulanten Betreuung von Schwer- und Schwerstkranken müssen häufig nicht nur viele Professionen, sondern auch eine Vielzahl von Organisationen miteinander kooperieren (Ewers 1998, Garms-Homolová/Schaeffer 1998). Zur Lösung dieser keineswegs trivialen Aufgabe ist es notwendig, Mechanismen zu institutionalisieren, welche die *Integration* von Berufsgruppen und Organisationen zu leisten vermögen. Das umfaßt so verschiedene Bereiche wie die Festlegung zentraler Verantwortung, das Schnittstellenmanagement zwischen stationärer und ambulanter Versorgung, Regelungen zum Umgang mit zentralen Risiken, Mechanismen der Kommunikation, Koordination und Dokumentation. Prinzipiell kann eine große Zahl von Perso-

²³ Vgl. Modell Zystische Fibrose: "from a medical point of view, it should be clear that entering a home programme does not mean that the patient can always receive home treatment."

²⁴ Modelle: EMH, Zystische Fibrose, HaH-Peterborough, HaH-Schenkelhals, H@H-Aus, HC-Kinder, Schmerztherapie, Respi-Care

²⁵ Modell: EMH, Antibiotikatherapie, HaH-Schenkelhals, H@H-Aus, HC-Kinder

²⁶ Modelle: Antibiotikatherapie, H@H-Aus, HC-Kinder

²⁷ Modelle: EMH, Antibiotikatherapie, HaH-Schenkelhals

nen die *zentrale Verantwortung* für die Leistungserbringung an den PatientInnen übernehmen, d.h. sicherstellen, daß alle notwendigen Leistungen qualitativ erbracht werden. In den Modellen wurden hierfür folgende Lösungen gefunden (Bei zwei Modellen fehlen die Angaben):

- Am häufigsten (fünf Modelle) wird die zentrale Verantwortung für die PatientInnen durch die niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen übernommen.²⁸
- In vier Fällen obliegt dem Krankenhaus die Rolle der zentralen Verantwortung.²⁹
- In drei Modellen wird die zentrale Verantwortung und Koordination von einer District/Community Nurse wahrgenommen.³⁰ Das folgende Zitat illustriert deren Rolle: "The nurse provides direct personal care, carries out treatment prescribed by the physician, keeps the physician informed of the patient's progress, monitors the patient's status, and guides and educates the family." (H@H-Peterborough)
- Im Modell CM Psychiatrie kommt einem Case Manager (meist mit pflegerischer Qualifikation) die zentrale (Fall-)Verantwortung zu.

Doch nicht immer ist die zentrale Verantwortung für die Versorgung eines Patienten ausschließlich einer Person zugeordnet. In einigen Modellen teilen sich District/Community Nurse und niedergelassener Allgemeinmediziner die Verantwortung (z.B. Modell EMH). Ebenso gibt es Modelle, in welchen entweder der/die niedergelassene AllgemeinmedizinerIn oder das Krankenhaus die zentrale Verantwortung übernimmt. Hierbei handelt es sich in einem Fall um eine enge Kooperation zwischen einem Krankenhaus und einer niedergelassenen Ärztin, im anderen Fall um Vertretungslösungen, wenn PatientInnen zu weit vom Krankenhaus entfernt wohnen.

Das Krankenhaus spielt in der ambulanten Versorgung Schwer- und Schwerstkranker eine wichtige Rolle. Häufig geht der ambulanten Versorgung ein Krankenhausaufenthalt voraus, d.h. die PatientInnen werden in die ambulante Versorgung entlassen. Daneben sind auch bei einer ambulanten Versorgung Schwer- und Schwerstkranker sporadisch immer wieder Krankenhausaufenthalte notwendig. Der dabei notwendige Übergang von dem einen in den anderen Versorgungssektor erfolgt jedoch oftmals keineswegs reibungslos, z.B. weil Organisationen der ambulanten und stationären Versorgung durch Struktur und Finanzierung fragmentiert sind. Wie den Modellbeschreibungen zu entnehmen ist, kann die schwierige *Schnittstelle* zwischen der stationären und ambulanten Versorgung jedoch auf vielfältige Weise gemanagt werden:

- In drei Modellen bereitet eine im Krankenhaus anwesende "Liaison Nurse" den Übergang vom stationären in den ambulanten Bereich vor.³¹

²⁸ Modelle EMH, Antibiotikatherapie, HaH-Peterborough, HaH-Schenkelhals, H@H-Aus

²⁹ Modelle Antibiotikatherapie, H@H-Aus, HC-Kinder, Respi-Care

³⁰ Modelle: EMH, HaH-Peterborough, HaH-Schenkelhals

³¹ Modelle: EMH, HaH-Peterborough, HaH-Schenkelhals

- Ein weiterer Modus zur Verbesserung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Versorgung sind Besprechungen zwischen KrankenhausärztInnen und niedergelassenen KollegInnen.
- Im Vergleich dazu stellt die in drei Modellen erwähnte Information des niedergelassenen Arztes vor Entlassung von PatientInnen eine sehr viel schwächere Einbindung dar³².
- Auf Seite der Pflege wurden in zwei Modellen vertragliche (Modell Respi-Care) oder nicht-vertragliche Formen der Zusammenarbeit des Krankenhauses mit ambulanten Einrichtungen (Modell H@H-Aus) gewählt.
- Eine Möglichkeit für das Krankenhaus, (zumindest) eine Schnittstelle zu vermeiden, besteht darin, den/die PatientIn in der Krankenhausambulanz zu versorgen (Modell Antibiotikatherapie).
- Ein Element von Schnittstellenmanagement stellen Besuche in der Wohnung des/der PatientIn dar, bei denen geklärt werden kann, ob diese für die ambulante Versorgung adäquat ist (Modell H@H-Schenkelhals). Auf diese Weise soll der Übergang vom Krankenhaus in die eigene Wohnung unproblematisch gestaltet werden.
- Im Modell CM-Psychiatrie wird versucht, Hospitalisierung dadurch zu vermeiden, daß die Aufnahmestationen von Krankenhäusern über die im psychiatrischen Case Management befindlichen PatientInnen informiert werden. Im Notfall versucht dann der Case Manager, Alternativen zur Hospitalisierung anzubieten (z.B. Notquartiere oder Medikation zu Hause).

Tabelle 20 illustriert noch einmal die genannten Vorgehensweisen zur Erleichterung des Übergangs von stationärer zu ambulanter Versorgung mit Zitaten aus den Modelldarstellungen:

³² Modelle: HaH-Peterborough, HaH-Schenkelhals, H@H-Aus

Tabelle 20: Schnittstellenmanagement ambulant/stationär

Modelle	Schnittstellenmanagement
EMH	„The Extra Mural Hospital has Liaison Nurses stationed full time in the larger hospitals and part time in smaller ones to facilitate admission to the EMH. The admitting physician works through them.“
Zystische Fibrose	PatientInnen werden im Krankenhaus informiert. Ansonsten k.A.
Antibiotikatherapie	PatientInnen, die in Cleveland leben, werden in der Krankenhausambulanzen durch das Team weiter betreut. Für PatientInnen die weit von Cleveland leben, wurde der GP vor der Entlassung kontaktiert. Es wird ihm das Programm erklärt und er übernimmt die Überwachung und Behandlung
H@H-Peterborough	„Hospital Liaison Sisters form a valuable link between the community nurses and the hospital. Zusätzlich: Each prospective case must be discussed with the GP by a member of the medical staff.“
H@H-Schenkelhals	„The Liaison Sister mobilised the appropriate grade of staff and equipment to meet the needs of the patients. Patients were discharged by ambulance to their own homes, where they were met by the District Nurse.“
H@H-Aus	„The H@H service works in collaboration with GPs and RDNS. Services will be integrated as much as possible so that health care can be viewed as a continuous rather than a fragmented endeavour. For example, in the Pre-admission Clinic or, at the point of discharge planning, if it is identified that RDNS services will be required on or from day 2 at home, the RDNS team member will be consulted and involved in the development of the patient management protocol. (...) GPs were informed of the patient's discharge plan and date of discharge.“
Respi-Care	„A contractual arrangement between the hospital and the public health nursing agencies provided a link between the hospital and the community and allowed for increase of co-ordination and services, better utilisation of existing resources and more extensive home care services.“
CM-Psychiatrie	„Case managers provided services assertively; for example, they gave hospital emergency rooms and the state hospital a list of project patients and asked staff to call any time a project patient presented to the facility in crisis. Case managers actively sought to prevent patient's decompensation and readmission to the hospital. They provided in-home medications when indicated. When crises occurred, case managers uses program resources to provide an alternative to hospitalisation.“

Die ambulante Versorgung Schwer- und Schwerstkranker ist mit einigen *Risiken* verbunden: Es können Notfälle eintreten, die rasche medizinische Interventionen notwendig machen, Angehörige können von den pflegerischen Aufgaben überlastet werden oder Kranke können zu Hause unter Einsamkeit und Isolation leiden. Um die ambulante Versorgung dennoch qualitativ voll gewährleisten zu können, müssen Mechanismen gefunden werden, diese spezifischen Risiken zu minimieren bzw. den Umgang damit zu erleichtern (vgl. z.B. Ewers 1998). In den analysierten Modellen wurden folgende Mechanismen für dabei zu lösende Probleme der Erreichbarkeit, Sicherheit, Information, Beratung, Unterstützung und Unterbringung im Notfall gefunden:

Erreichbarkeit: In sechs Modellen wird die 24-Stunden Erreichbarkeit über die Bereitstellung einer Liste mit Telefonnummern des medizinischen und pflegerischen Personals sichergestellt.³³ Im Modell CM-Psychiatrie werden Tandem-Teams von Case Managern gebildet. Bei Bedarf übernimmt ein Case Manager die PatientInnen der/des anderen.

Sicherheit, Information, Beratung, Unterstützung: Im Modell Respi-Care werden die Teammitglieder dahingehend geschult, jederzeit den Zustand von PatientInnen überwachen und richtig einschätzen zu können. Eventuell auftretende Probleme oder Störungen können dadurch bereits frühzeitig erkannt und eine Reorganisation eingeleitet werden. Im Modell Schmerztherapie wurde ein Allgemeinmediziner eigens für die Überwachung der PatientInnen im Programm angestellt und geschult.

Unterbringung im Notfall: Im Modell Zystische Fibrose wurde die notwendige Bereitschaft des Krankenhauses sichergestellt, PatientInnen jederzeit wieder aufzunehmen. Im Modell Schmerztherapie werden psychologische Hilfe und Kurzzeitpflegebetten für solche PatientInnen angeboten, deren Angehörigen eine Pause von der Pflege benötigen. In Modell CM-Psychiatrie werden für spezifische Notfälle ebenfalls (Kurzzeit, Langzeit)-Unterkünfte bereitgehalten.

Um qualitativvolle ambulante Versorgung zu fördern, ist die *Integration der Leistungserbringer*, d.h. organisierte Kommunikation, Koordination und Dokumentation notwendig (vgl. Ewers 1998). Wie werden diese Probleme in den Modellen gelöst? Dazu sind folgende Fragen zu beantworten:

- Wie ist die Kommunikation zur Integration der Leistungserbringer organisiert?
- Welche gemeinsamen Dokumentationsverfahren gibt es?

Generell wird in den Modelldarstellungen auf die Frage *organisierte Kommunikation und Koordination* kaum oder nur sehr kurz eingegangen. Gleichwohl lassen sich folgende Schlüsse ziehen: Am häufigsten erfolgt die Integration erbrachter Leistungen durch *gemeinsame Besprechungen* (fünf Modelle).³⁴ Oft fehlen in den Modelldarstellungen allerdings genaue Angaben über Häufigkeit und Ort der Besprechungen, sowie darüber, welche Kommunika-

³³ Modelle: EMH, Zystische Fibrose, Antibiotikatherapie, H@H-Aus, Respi-Care, CM-Psychiatrie

³⁴ Modelle: Antibiotikatherapie, HaH-Schenkelhals, HC-Kinder, Respi-Care, CM-Psychiatrie

tionsroutinen dazwischen benutzt werden. Zwei Zitate sollen die Besprechungsroutinen illustrieren: "Team meetings were held every two or three weeks to review patient's progress, to discuss goals, and to co-ordinate services" (Respi-Care). Diesem langen Zeitraum steht das andere Extrem der täglichen Besprechungen gegenüber:

"The project used a co-ordination mechanism similar to a shift report in a hospital. At the end of each work day, all case managers gathered with the coordinator and program director to review the day's developments related to each of their patients, receive support and supervision, make minor medication adjustments, and leave directions about how foreseeable crisis were to be managed by those on call" (CM-Psychiatrie).

In drei Modellen wird das Telefon zur raschen Abklärung verwendet.³⁵ FAX und Datenvernetzung werden als Koordinierungsmedien nicht erwähnt, was mit dem noch geringen Entwicklungsstand dieser Technologie in den achtziger Jahren zusammenhängen kann.

Ein anderes Mittel zur Leistungsintegration und -koordination stellen gemeinsame *Dokumentationsverfahren* dar. Allerdings finden sich nur sehr selten Aussagen darüber, ob eine gemeinsame Dokumentation besteht, wie sie erfolgt und wo sie geführt wird. Nur in zwei Modellen werden Dokumentationssysteme erwähnt:

- Im Modell Zystische Fibrose wird ein "log-book" angeführt.

"A log-book with all the necessary instructions is distributed. Patients can use this log-book to record their use of medication, and any minor problems during home treatment".

- Im Modell EMH wird erwähnt, daß die Aufzeichnungen am Stützpunkt bleiben.

"Forms and reports are distributed through Extra Mural Hospital mailboxes in the medical staff rooms of all hospitals and the physicians' own mailboxes there".

Welche Form diese Dokumentationen haben und was sie beinhalten bleibt jedoch unklar.

Geht es um die Frage der Prozeßqualität, ist es erforderlich, auch die Patientensituation einzubeziehen und zu fragen, wie die PatientInnen konstitutiv in die Organisation der Leistungserbringung einbezogen werden, d.h. inwieweit *Patientenorientierung* oder *Empowerment* im Modell verwirklicht wird.

Unter Patientenorientierung soll in diesem Papier verstanden werden, daß PatientInnen durch Information und Training zu aktiven Koproduzenten ihrer Gesundheit werden (vgl. Pelikan et al. 1998) und daß informelle HelferInnen in die Lage versetzt werden, im Rahmen ihrer Möglichkeiten (Freiwilligkeit und Wahlfreiheit!) aktiv und an der Behandlung und Pflege von Angehörigen/Freunden teilzunehmen. Patientenorientierte Maßnahmen (vor allem Empowerment) umfassen demnach ein sehr weites Feld: Zunächst wird

³⁵ Modelle: EMH, Zystische Fibrose, Antibiotikatherapie

Schwer- und Schwerstkranken durch die Modelle eine *Alternative zur Krankenhauspflege* geboten. Dies allein ist bereits als eine Form der Patientenorientierung zu bezeichnen, weil PatientInnen damit in der Lage sind, (auf eigenen Wunsch) zu Hause zu leben.

Ein zentraler Aspekt des "Empowerments" ist aber auch die *Schulung von Angehörigen und PatientInnen*. In vielen Modellen wurden Patientinnen und Angehörigen Wissen und Fertigkeiten vermittelt, die sie z.B. in die Lage versetzen, ein Antibiotikum vorzubereiten oder ihren Zustand informierter zu beobachten (vgl. w.o.). Weitere Aspekte von empowerment sind die explizite Betonung der *Wahlmöglichkeit der ambulanten Option* (Modell H@H-Schenkelhals), die Aufforderung und *Ermunterung zur Unabhängigkeit* im Rahmen ihrer Fähigkeiten sowie Angebote zur freiwilligen *Arbeit* im Projekt des intensiven Case Management für psychiatrische PatientInnen (Modell CM-Psychiatrie). Insgesamt wird der Frage des Empowerments in den Beschreibungen (mit Ausnahme des Modells H@H-Aus) jedoch relativ wenig Beachtung geschenkt.

Eine weitere, entscheidende Frage der Prozeßqualität ist, mit welchen Strategien die Modelle entwickelt werden. Dabei lassen sich vier prinzipielle *Entwicklungsstrategien* unterscheiden (vgl. Krajic et al. 1997).

- Ausdifferenzierung innerhalb bestehender Krankenhaus-Organisationen
- Vernetzung unabhängiger ambulanter und/oder stationärer Organisationen
- Erweiterung des Leistungsangebots bestehender ambulanter Organisationen
- Entwicklung neuer ambulanter oder gemischt ambulant/stationärer Organisationen

Einschränkend ist festzustellen, daß in der Praxis diese prinzipiellen Optionen nicht klar trennbar sind. So kooperieren Krankenhäuser beim Aufbau von neuen Angeboten häufig mit bestehenden ambulanten Einrichtungen, wobei diese Vernetzung oft auch mit einer Erweiterung des Leistungsangebots der ambulanten Organisation verbunden ist. In Tabelle 21 wurden die Modelle daher jeweils der Strategie zugeordnet, auf welcher der Schwerpunkt der Modellentwicklung gelegen hat. Es zeigt sich, daß die Ausdifferenzierung innerhalb bestehender Krankenhaus-Organisationen mit sechs Modellen die am häufigsten gewählte Option ist.³⁶ Vernetzung unabhängiger ambulanter und/oder stationärer Organisationen ist gemeinsam mit der Entwicklung neuer ambulanter oder gemischt ambulant/stationärer Organisationen die am zweit häufigsten gewählte Option. Die Option der Erweiterung des Leistungsangebots bestehender ambulanter Organisationen wurde in den ausgewählten Modellen nicht gewählt.

³⁶ Modelle: Zystische Fibrose, Antibiotikatherapie, H@H-Peterborough, HC-Kinder, Schmerztherapie, Respi-Care

Tabelle 21: Strategien der Modellentwicklung

Strategie	Häufigkeit
Ausdifferenzierung innerhalb bestehender Krankenhaus-Organisationen	6
Vernetzung unabhängiger ambulanter und/oder stationärer Organisationen	2
Entwicklung neuer ambulanter oder gemischt ambulant/stationärer Organisationen	2
Erweiterung des Leistungsangebots bestehender ambulanter Organisationen	0

Ein zentraler Faktor von Prozeßqualität ist die *Evaluation*. Sie stellt die notwendigen Daten zur Prozeßsteuerung zur Verfügung. Tabelle 22 gibt einen Überblick darüber, welche Dimensionen in den Modellen jeweils evaluiert wurden. Dabei lassen sich folgende Evaluationskriterien unterscheiden: Inanspruchnahme des Modells und seine Auswirkungen auf die Krankenhausnutzung, Zufriedenheit von PatientInnen, Angehörigen und niedergelassenen ÄrztInnen, professioneller Erfolg aus medizinischer und pflegerischer Perspektive, Kosten und soziale Treffsicherheit. Mit Blick auf diese Kriterien ist festzuhalten, daß in den Modellbeschreibungen am häufigsten auf Kostenaspekte eingegangen wird: Entweder wird (ohne Belege) postuliert, daß Evidenz für Einsparungen vorliegt oder es werden Kosten gemessen und vergleichend dargestellt (8 Modelle). Medizinische Interventionen werden seltener (6 Modelle) und pflegerische Interventionen weit seltener evaluiert (2 Modelle). Häufig wird die fehlende Evaluation des medizinischen Erfolgs durch die Messung der Programm- und/oder Krankenhausnutzung sowie die Zufriedenheit von niedergelassenen ÄrztInnen ersetzt bzw. ergänzt. Mit vier Modellen steht Patientenzufriedenheit - gemessen an der Häufigkeit der Evaluation - im Mittelfeld des Interesses. Im Modell HC-Kinder wird auch die soziale Treffsicherheit der Programms evaluiert.

Tabelle 22: Evaluierte Aspekte

Evaluierte Aspekte/ Modell Nr.	1	2	3	4	5	6	7	9	10	Häufigkeit
Kosten	X	X	X	X	X	X		X	X	8
medizinischer Erfolg	X	X	X		X		X	X		6
Effekte auf die Krankenhausnutzung	X				X	X		X		4
Patientenzufriedenheit		X		X	X	X				4
Modellnutzung					X	X			X	3
Angehörigenzufriedenheit	X					X	X			3
Zufriedenheit Niedergelassene Ärzte	X			X						2
pflegerischer Erfolg				X	X					2
Soziale Treffsicherheit							X			1

Eine weitere zentrale Frage zur Einschätzung der Prozeß- wie auch der Ergebnisqualität ist, womit die in den Modellen erzielten Resultate verglichen werden. Dabei zeigt die Untersuchung folgendes Bild.

- Die relative Mehrheit der Evaluationen beschränkt sich auf mehr oder weniger ausführliche Beschreibungen der Modellerfahrungen und der Ergebnisse des Modells. Dabei werden keine Kontrollgruppen verwendet. Verglichen wird in einigen Fällen mit Projekten aus der Literatur (Modelle EMH, Zystische Fibrose, Antibiotikatherapie, H@H-Aus, Schmerztherapie).
- In zwei Modellen wurde ein pre-post-test-design gewählt und am Beginn eine baseline ermittelt (Modelle Respi-Care, CM-Psychiatrie).
- In drei Modellen wird mit einer Krankenhaus-Kontrollgruppe verglichen (Modelle H@H Peterborough, H@H-Schenkelhals, HC-Kinder). Von diesen drei Modellen erfolgte nur im Modell HC-Kinder die Auswahl der Kontrollgruppe randomisiert.

Zusammenfassend zeigt die Analyse der Evaluationsmethoden, daß große Unterschiede im Herangehen an und Aufwand für die Evaluation der Modelle bestehen. Der methodische Aufwand reicht von reinen Beschreibungen der eigenen Erfahrungen über Evaluationen, die ein pre-post-test-design wählen bis zu Evaluationen mit Kontrollgruppen. Der in den Evaluationen am häufigsten angesprochene Aspekt ist die Frage nach Kostenvorteilen. Dabei finden Kostenvergleiche häufig mit der Krankenhauspflge statt. Es bestehen jedoch große Unterschiede, was in die jeweiligen Kostenrechnungen einbezogen wird, und was nicht.³⁷ Die medizinische Qualität der Modelle wird durch eine Reihe von Fragestellungen abgedeckt: medizinischer Erfolg, Programm- und Krankenhausnutzung sowie Zufriedenheit von niedergelassene ÄrztInnen. Auf Pflegequalität wird in den Berichten indes kaum eingegangen.

4.5.3 Ergebnisqualität

Mit Blick auf die Ergebnisqualität wird gefragt, wie erfolgreich die Modelle in der Erreichung ihrer gesteckten Ziele waren. Dabei gehen wir folgenden Fragestellungen nach:

- In welchem Umfang wurde die Betreuungsoption angenommen?
- Welche Effekte hatte die Einführung der Modelle auf die Nutzung des Krankenhaus als Betreuungsform? Konnte durchschnittliche Verweildauern verkürzt werden? Konnten kostspielige Wiederaufnahmen vermieden werden?
- Wie wurde die Qualität der in den Modellen erfolgten Betreuung aus der Perspektive von Professionellen und PatientInnen eingeschätzt?
- Konnten Kosteneinsparungen erzielt werden? Im Vergleich zu welcher anderen Betreuungsoption erfolgte die Ersparnis?

Output: Zahl der betreuten PatientInnen

Fragen wir zunächst in welchem Ausmaß die Modelle von PatientInnen genutzt wurden (output) und ob sich bei den Modellen Nutzungstypen feststellen lassen? Tabelle 23 gibt hierzu einen Überblick.

³⁷ Auf die prinzipiell wichtige Fragestellung, welche Kosten wie einbezogen werden sollen (insbesondere, wie informelle Hilfe zu bewerten ist) kann in der vorliegenden Arbeit nicht eingegangen werden.

Tabelle 23: Nutzung

Modelle	Beginn	Ende	Tage	PatientInnen
EMH	Jan.89	Dez.89	364	9847
Zystische Fibrose	Okt.91	Dez.93	812	20
Antibiotikatherapie	Nov.79	Sep.82	1064	40
H@H-Peterborough	Jan.79	Dez.81	1095	314
H@H-Schenkelhals	Jan.90	Dez.90	364	76
H@H-Aus	Mai.94	Dez.96	975	1010
HC-Kinder	Jun.78	Jan.80	609	219
Respi-Care	Jan.85	Jan.89	1461	17
CM-Psychiatrie	Jan.80	Jan.85	1827	72

Augenfällig sind bei dieser Aufstellung der Zahl der in einem bestimmten Zeitraum betreuten PatientInnen die großen Unterschiede zwischen den einzelnen Modellen (von 20 bis 9847 PatientInnen). Bei der Beurteilung dieses Ergebnisses muß jedoch in Rechnung gestellt werden, daß die Modelle sich auf unterschiedliche Laufzeiten und verschieden große Einzugsgebiete berufen und daß sich einige Projekte im Regelbetrieb befanden, während andere noch in der Pilotphase waren. Dennoch lassen sich hinsichtlich der Patientenzahlen vorläufig zwei Gruppen von Modellen unterscheiden:

- Modelle, in welchen PatientInnen in kurzen akuten Krankheitsepisoden betreut werden (z.B. Modelle EMH, H@H-Peterborough, H@H-Schenkelhals, H@H-Aus).
- Modellen, in welchen chronisch Kranke über längere bzw. lange Strecken betreut werden (Modelle Zystische Fibrose, Antibiotikatherapie, HC-Kinder, Respi-Care, CM-Psychiatrie).

Outcome 1: Effekte auf die Krankenhausnutzung

In einigen Modellen werden Auswirkungen auf die Krankenhausnutzung, d.h. eine Steigerung der Effizienz der Nutzung von Ressourcen explizit als der erwünschte Effekt der Einführung des Modelles gesehen. Fragen wir, inwieweit die Einführung der Modelle diese gewünschten Effekte hatte, so ist festzustellen, daß alle Modelle, die Angaben zur Krankenhausnutzung machen, darin übereinstimmen, daß die Nutzung von Krankenhausbetten durch die Modelle abgenommen hat. Tabelle 24 gibt hierzu einen Überblick.

Tabelle 24: Effekte auf die Krankenhausnutzung

Modell	Krankenhausnutzung
EMH	The Extra Mural Hospital has had some short term effect in reducing hospital use
H@H-Schenkelhals	Patients using H@H had the same total length of stay in care as hospital patients. However they were discharged from hospital an average of seven days earlier than patients receiving full hospital based care.
H@H-Aus	There were 361 (55%) inpatients discharged before the Flinders Medical Centre Average Length of Stay (ALOS) saving 1.484 days with 421 (64%) inpatients being discharged before the National ALOS and saving 2.144 days.
Respi-Care	On-program hospitalisations were significantly reduced from 88 before the program to 53 on the program Days spent in the hospital showed significant decrease for participants, from 1.181 pre-program hospital days to 667 on-program days Emergency room visits also decreased significantly
CM-Psychiatrie	During the case management project, readmission to psychiatric hospitals decreased by 74 percent, and hospital bed days decreased by 75 percent compared with the baseline period.

Outcome 2: Qualität aus der Perspektive der Professionellen

Bei der Analyse der Qualität der Versorgung aus professioneller Perspektive ist zwischen medizinischem und pflegerischem Erfolg zu unterscheiden. Im Gegensatz zum medizinischen Erfolg finden sich Angaben zu pflegerischen outcomes jedoch nur in zwei Modellen (Modelle H@H-Peterborough und H@H-Schenkelhals). Dagegen wird der medizinische Erfolg der Projekte in acht von zehn Modellen positiv eingeschätzt. In den beiden anderen Modellen wird der Erfolg nicht explizit erwähnt, wird jedoch positiv gewertet. Tabelle 25 gibt einen Überblick darüber, wie der medizinische Erfolg in den Modellen dargestellt wird. Dabei fällt auf, daß die Beschreibungen unterschiedliche Qualität haben. Sie reichen

- von der Behauptung, daß die medizinische Qualität vorhanden ist (Modelle EMH, Zystische Fibrose),
- über Vergleiche mit anderen Studien (Modell Antibiotikatherapie) und
- Beschreibungen der medizinischen Ergebnisse und der Probleme, die im Modell aufgetreten sind (Modell H@H-Aus, Schmerztherapie, Respi-Care),
- bis zu Vergleichen mit Kontrollgruppen (Modelle H@H-Peterborough, H@H-Schenkelhals, HC-Kinder).

Tabelle 25: Beschreibungen des medizinischen Erfolgs

Modelle	Einschätzung des medizinischen Erfolgs
EMH	There is evidence that the Extra Mural Hospital is meeting its objectives as an alternative to hospitalisation
Zystische Fibrose	All Cystic Fibrosis Centres that started an iv. home programme have reported that the programme is a success with regard to (1) effectiveness, (2) cost benefits, and most of all (3) with regard to improvement in quality of life. Adverse effects are scarce and of minor importance.
Antibiotika-therapie	The incidence of untoward effects in our patients was similar to that seen in other studies. There were no problems directly related to the administration of parenteral antibiotic therapy outside the hospital. The three cases of phlebitis were due to the local irritant effect of the antibiotic agents rather than infection or inadequate cannula care. The patients immediately contacted a physician for prompt evaluation and therapy when adverse effects were seen. 87 % of patients were cured. All six patients in whom infection persisted had complicated osteomyelitis; failure of therapy was related to the underlying condition rather than ineffective antibiotic therapy.
H@H-Schenkelhals	In conclusion, H@H is a feasible and acceptable form of care for the early discharge of patients with fractured neck of femur. Patients appear to suffer no ill-effects and may regain their emotional reactions faster. Three month mortality rates were similar for the two groups. (...) Three-month readmission rates appeared to be higher for the H@H group, although this was not statistically significant.
HC-Kinder	There were no differences between the two groups in the impact of the illness on the family or the child's functional status.
Schmerz-therapie	Between November 1982 and November 1986 76 patients were treated with epidural opiates on an out-patients basis. (...) Sometimes the epidural catheter had to be removed and replaced. This was mostly due to injection related pain, catheter displacement, or difficulty in injecting the required volume of analgesic, mostly as a result of external leakage. These problems with percutaneous epidural catheters led us to switch to the port-a-catch system with continuous epidural infusion. (...) The advantages to the patient, better analgesia with significantly fewer side-effects, less dependence on medical and nursing staff outweigh the drawbacks such as cost of the infusion pump and the port-a-catch system and the lack of knowledge of medical technology in the home situation
Respi-Care	8 subjects died while participating in the Respi-Care Program, 3 subjects were discharged to an extended care facility, 1 subject was discharged to a hospice program, 4 subjects were participating in the Respi-Care program when it ended.

Eine weitere Möglichkeit, die Modellergebnisse zu evaluieren, besteht darin, die beteiligten Professionen nach ihrer Zufriedenheit zu befragen. Dabei wird in den Modellbeschreibungen sowohl auf die Zufriedenheit von niedergelassenen ÄrztInnen als auch von diplomierten Pflegekräften eingegangen.

Tabelle 26: Zufriedenheit der niedergelassene ÄrztInnen

Modelle	Wie zufrieden sind niedergelassene ÄrztInnen mit den Modellen?
EMH	<p>In 1989, all member of a New Brunswick Medical Society were given a questionnaire on home health care. Of the 243 who responded,</p> <ul style="list-style-type: none"> – 96% consider the hospital in the a home a valid component of health care, – 87% see home health care playing a greater role in the immediate future; and – 70% see the physician's role in home health care increasing. <p>Of the 189 respondents who use Extra Mural Hospital services</p> <ul style="list-style-type: none"> – 91% believe the staff kept them adequately informed, and – the same proportion assesses the hospital as effective in meeting patient's need
H@H-Peterborough	Scheme was received enthusiastically by patients, GPs, nurses and other health care workers
H@H-Aus	<p>All GPs felt that H@H program would benefit the health care provided in the region.</p> <p>Most importantly 74% felt that patients would benefit from being at home. Other benefits identified by GPs related to reducing waiting list for elective surgery and shorter stays in hospitals, which lead to freeing up beds. 77% expressed the opinion that allowing patients to go home earlier was important to their well being.</p>
Schmerztherapie	<p>In 1990 a survey was conducted among 25 GP of patients who had meanwhile died. The primary conclusions drawn from the questionnaire were:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1)the main reasons to switch from oral analgesics to continuous epidural infusion were insufficient or no analgesia with other medication and too many side effects (2)The epidural infusion contributed to postponing the necessity of hospitalisation or avoided it, so that the patients could die at home (3)The problems with continuous epidural infusion can be avoided by better information and instructions (4)the "Epidural Pain Service" should be continued and institutionalised

Wie bei der Beschreibung des pflegerischen Outcomes sind aber auch über die Zufriedenheit der diplomierten Pflege weniger detaillierte Beschreibungen vorhanden als für niedergelassene ÄrztInnen. Alle Modelle, die dazu Angaben machen, behaupten kurzerhand die Zufriedenheit der Pflege: So wird in der Modelldarstellung des H@H-Peterborough festgestellt "Scheme was received enthusiastically by patients, GPs, nurses and other health care workers". In der Beschreibung des Modells H@H-Aus heißt es: "The three nurses who have experienced this were very positive about their professional development. They also demonstrated a deeper appreciation of the patients, carers and GPs needs when a patient is discharged following an acute episode of care in Flinders Medical Centre. All nurses who have worked in the service have expressed increased satisfaction". Tabelle 26 gibt einen Überblick über die drei Modelle, die den Grad der Zufriedenheit von niedergelassenen ÄrztInnen beschreiben.

Tabelle 27: Zufriedenheit der PatientInnen und Angehörigen

Modelle	PatientInnen/Angehörige
EMH	<p>Several groups of users of Extra Mural Hospital services (relatives of deceased patients and relatives of children) have been surveyed by questionnaire. More than 90% of respondents expressed satisfaction with the services delivered.</p> <p>Anecdotal information in letters from patients and families is enthusiastic. People appear to appreciate home health care</p>
Zystische Fibrose	<p>Es werden eine Reihe von Untersuchungen angeführt, die belegen, daß sich die Lebensqualität in home care Programmen besser ist als im Krankenhaus-Setting</p>
H@H-Peterborough	<p>The respondents were in general, content with the setting in which they were taken care of ...</p> <p>Dissatisfaction was expressed more often by patients in hospital than by those at home ...</p> <p>In each setting (hospital, H@H and district nurse), the majority agreed that it would take longer at home to get help if complications arose, but, in contrast to the patients in the hospital, most of the home nursed patients disagreed with the statement that hospital was the best place to be until they were completely well.</p> <p>In response to the statements on nursing care, the patients, almost without exceptions, commended the nurses for their skills at communication, sensitivity, tact and patience, understanding of the patient's needs, their clinical skills and caring attitude.</p> <p>The few criticisms were voiced mainly in situations where it was not easy to identify one nurse principally responsible for the patient's care., e.g. for cancer and cerebrovascular accidents in hospitals (Anm. d. A. Es finden sich in der Modelldarstellung keine Kritikpunkte an der Arbeit der ambulanten Pflege)</p>
H@H-Schenkelhals	<p>Patients in both groups (H@H and inpatients) were satisfied with the care they received (zeigt keine Unterschiede in der Zufriedenheit von Krankenhaus und H@H-PatientInnen!)</p>
H@H-Aus	<p>The most commonly expressed needs were "to be able to lead a normal life, participate in normal activities, to be able to relax, to be with friends and relatives, to be in familiar, comfortable and pleasant environment, to receive emotional care, to have the freedom to do what I want, when I want, to receive physical care and to reduce the pressure of my illness for my relatives".</p>
HC-Kinder	<p>The subjects in the PHC program did better than those receiving standard care with respect to the child's psychological adjustment, mother's psychiatric symptoms, and mother's satisfaction with care. There were no differences between the two groups in the impact of the illness on the family or the child's functional status.</p>

Outcome 3: Qualität aus der Perspektive von PatientInnen und Angehörigen

Übereinstimmend wird aus allen Modellen berichtet, daß auch die PatientInnen/Angehörigen mit der Versorgung (care) zufrieden sind. Allerdings werden diese Aussagen aufgrund unterschiedlicher Datengrundlagen gemacht und haben daher unterschiedliche Qualität. Bei manchen Modellen werden Beispiele aus anderen Studien angeführt (Modell: Zystische Fibrose), in anderen werden - mit unterschiedlichem Design - Befragungsdaten von Angehörigen erhoben (Modelle: EMH, H@H-Peterborough, H@H-Schenkelhals, H@H-Aus, HC-Kinder).

Obwohl in allen Modellen von positiver Resonanz bei Angehörigen/PatientInnen berichtet wird, mahnen die Ergebnisse von Modell H@H-Schenkelhals doch zur Vorsicht: Bei einem Vergleich der Betreuungszufriedenheit zwischen PatientInnen, die im Krankenhaus betreut werden, mit solchen, die zu Hause betreut werden, zeigte sich, daß beide Gruppen im selben Ausmaß mit der jeweils gewählten Versorgung zufrieden waren. Tabelle 27 illustriert die Aussagen von PatientInnen und Angehörigen mit Zitaten aus den Modelldarstellungen.

Outcome 4: Kosteneinsparungen

Ökonomische Argumente spielen eine bedeutende Rolle in der Diskussion um den Ausbau der ambulanten Versorgung im Krankheitsfall (vgl. w.o.). Es ist anzunehmen, daß auch aus diesem Grund die Kosten jener Aspekt der Evaluation sind, der am häufigsten bearbeitet wird. Welche Aussagen lassen sich aufgrund der Modellerfahrungen zur ökonomischen Diskussion um ambulante Versorgung treffen?

Zunächst ist auch in dieser Frage die Qualität der Aussagen unterschiedlich: Im Modell EMH werden Kostenvorteile von Hauskrankenpflege (home care) vermutet. Im Modell Zystische Fibrose wird die These, daß ambulante Betreuung kostengünstiger ist als stationäre Versorgung, durch Vergleiche mit anderen Untersuchungen gestützt. In der Mehrzahl der Projekte werden jedoch die im Modelle entstehenden Kosten mit Krankenhauskosten verglichen (Modelle: Antibiotikatherapie, H@H-Peterborough, H@H-Schenkelhals, H@H-Aus, Respi-Care, CM-Psychiatrie). Für die Berechnung der Kosten ist auch die professionelle Pflege von Interesse, die in den Modellen aufgewendet wurde. Hierzu machen z.B. die Modelle Antibiotikatherapie, H@H-Schenkelhals, H@H-Aus nähere Angaben.

Auffallend ist, daß mit einer Ausnahme (hier ist das Modell gleich teuer wie Standardversorgung) von allen Modellen Kosteneinsparungen berichtet werden (vgl. Tabelle 28). Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, daß in den Modellen unterschiedliche Posten als direkte und indirekte Kosten angesetzt werden, die Vergleiche zwischen unterschiedlichen Krankenhaus-Verrechnungssystemen angestellt werden, Patientengruppen in ihrem Betreuungsbedarf variieren und die Kosten für informelle Hilfe nur selten in die Kalkulationen einbezogen werden.

Tabelle 28: Kosteneinsparungen

Modelle	Gibt es im Modell Kosteneinsparungen?
EMH	„The study did not include a cost-effectiveness or cost saving component (...) The evidence collected, however, suggests that the Extra Mural Hospital might well pass a cost-effectiveness test if a comprehensive analysis were done; total health system and community services costs for Extra Mural Hospital patients appear to be lower than those for patients with similar condition in regions not served by the hospital”
Zystische Fibrose	Es werden eine Reihe von Untersuchungen angeführt, die belegen, daß home care günstiger ist.
Antibiotikatherapie	Vergleich zwischen inpatient und outpatient Behandlung: “The average net saving for each course of therapy during the 34 months of study was \$5728. This amount represented estimated savings of \$305/day of outpatient therapy. (...) Approximately \$338.000 has been saved since the institution of home intravenous antibiotic therapy”
H@H-Peterborough	„The cost per inpatient day for a H@H bed was estimated to be 41,91 L. This compared with hospital inpatient costs: Bourne hospital (GP beds) L 41,19, Stamford & Rutland Hospital (acute) L 82,88, Peterborough District Hospital (acute) L 91.16. The figure given for the cost per day of a H@H bed is misleading as different patients require differing amounts of support. For example, <ul style="list-style-type: none"> – early discharge of post-operative patients is particularly cost effective in the elderly as less intensive care is required. – Home nursing of terminally ill patients is more intensive but precise costs are difficult to obtain.”
H@H-Schenkelhals	„Patients using H@H had the same total length of stay in care as hospital patients. However, they were discharged from hospital an average of seven days earlier (...) thereby avoiding a hospital charge of L 770 per patient on average.”
H@H-Aus	„The financial analysis suggests that servicing Category 1 patients, defined as “inpatients discharged after the resource intensive part of their stay” using H@H is viable. H@H running costs are more than covered by the revenue accrued to the hospital.”
Respi-Care	„An analysis of the health care costs showed a savings during the program. (...) The overall cost savings for the group was \$105,032 or \$328 per patient per month. (...) Hospitalisation cost substantially decreased during the program, while home care costs substantially increased for the on-program group. Cost savings from reduced hospitalisations resulted in an overall savings for the on-program period (...) home care appears to be at least no more expensive and, in our results and those of South Hills, less costly than non-home care for select patients with COPD.”
CM-Psychiatrie	„There was a significant reduction in the cost of hospitalisations and precommitment evaluations ³⁸ between the baseline and each year of the five year study period. At the same time, the cost of structured residential care significantly increased in each year. When cost of case management (which did not exist before the project) was added, no significant savings in total costs were realised. In fact, total costs in 1979 constant dollars was slightly higher than the annualised baseline cost for four of the five project years. (...) We found that during the project years hospital costs were shifted to structured residential care and case management costs. (...) While the treatment approach reported here costs no less than standard care, neither does it cost more.”

³⁸ gesetzlich vorgeschriebenes Verfahren für Aufnahme in psychiatrische Anstalten, Anm. d. A.

4.6 Erfahrungen bei der Implementation

Die Implementation eines neuen Modells ist ein schwieriger sozialer Innovationsprozeß, der durch eine Reihe von Faktoren begünstigt oder behindert werden kann. Welche Umstände werden in den Modelldarstellungen als förderlich oder hinderlich für den Aufbau von ambulanten Versorgungseinrichtungen für Schwer- und Schwerstkranke beschrieben?

Als *hinderlich* für den Aufbau von ambulanten Versorgungseinrichtungen für Schwer- und Schwerstkranke werden folgende Faktoren beschrieben: fehlende Absicherung der Finanzierung der Leistungen, fehlende Einbindung bestehender Organisationen (schlimmstenfalls keine Einbindung in vorhandene stationäre und ambulante Strukturen), komplizierte Aufnahmeverfahren (vgl. Tabelle 29).

Tabelle 29: Förderliche Faktoren

Bereich	Welche für die Modellentwicklung hinderliche Faktoren werden berichtet?
in Bezug auf ein umfassendes Angebot von Dienstleistungen	<ul style="list-style-type: none"> • Es stellt sich als unmöglich heraus, alle Krankenhausleistungen ambulant zu erbringen (H@H-Peterborough) (Es wird nicht näher erläutert, was die Konsequenz ist. Anm. d. A.) • PatientInnenschulung erweist sich als zu ineffektiv und erzeugt Probleme bei der Mischung der Medikamente und der Wartung der Infusionen (Antibiotikatherapie)
in Bezug auf Koordination / Integration	<ul style="list-style-type: none"> • Die Integration der neuen Organisationen mit vorhandenen Organisationen mißglückt. Mangelnde Einbindung in stationäre <u>und</u> ambulante Einrichtungen bringen Konflikt und Konkurrenz mit bestehende Einrichtungen (H@H-Peterborough).
in Bezug auf Organisation	<ul style="list-style-type: none"> • Komplizierte Aufnahmeverfahren und Abgabe von Kompetenz an case-manager erschweren die Akzeptanz der Versorgungsform bei niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen (H@H-Peterborough) • Das Programm muß eine bestimmte Größe haben, um economies of scales zu erreichen (H@H-Peterborough)
in Bezug auf Rahmenbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Deckung der Finanzierung durch die Versicherungen ist ein großes Hindernis (Antibiotikatherapie) "difficulties were encountered in medical insurance coverage. (...) Many patients have better insurance coverage for inpatient- than for outpatient treatment, and home intravenous antibiotic therapy may be a direct cost to the patient if his or her insurance does not pay for home-going medications"

Als *förderliche* Faktoren lassen sich aus der Analyse folgende Schritte zusammenfassen: sorgfältige Planung des Vorhabens und der Auswahl von PatientInnen, Standardisierung, Schaffung von Vorkehrungen, die niedergelassenen ÄrztInnen, die zur Mitarbeit motivieren (z.B. finanzieller Anreiz, Qualitätssicherung zur Risikominimierung), Nutzung und Einbindung vorhandener ambulanter und stationärer Organisationen, Regionalisierung, Patiententraining, Mobilisierung informeller Hilfe (vgl. Tabelle 30:

Tabelle 30: Förderliche Faktoren

Bereich	Welche für die Modellentwicklung förderlichen Faktoren werden berichtet?
in Bezug auf ein umfassendes Angebot von Dienstleistungen	<ul style="list-style-type: none"> • Die Verankerung im Krankenhaus bietet die Möglichkeit, spezialisierte Dienste anzubieten (Respi-Care) • Das Angebot umfassender qualifizierter pflegerischer und hauswirtschaftlicher Dienstleistungen sowie der Grundversorgung der körperlichen Bedürfnisse gibt niedergelassenen ÄrztInnen die notwendige Sicherheit, um beim Modell mitzuarbeiten (EMH) • Organisierte medizinische Struktur hat es ÄrztInnen erleichtert, im Modell mitzuarbeiten (EMH) • die explizite Einführung von Ko-Produktion durch die Patienten durch Patiententraining ist eine wichtige Voraussetzung für ein erfolgreiches Programm. (Antibiotikatherapie) • Informelle Hilfe ist wichtig, um PatientInnen sicher zu Hause zu betreuen. Informelle HelferInnen müssen aber nicht mit PatientInnen gemeinsam leben. Auch andere informelle Netze sind ebenso effektiv (Respi-Care)
in Bezug auf Koordination/ Integration	<ul style="list-style-type: none"> • Koordinierte Leistungserbringung ermöglicht es ÄrztInnen im Modell mitzuarbeiten (EMH) • Nutzung vorhandener ambulanter Organisationen bietet (Kosten)Vorteile (Zystische Fibrose, Respi-Care). • Liaisons Sister bieten eine Verbindung von ambulant und stationär (H@H-Peterborough) • Verstärkte Kommunikation der zwischen Team-Mitgliedern, GP, PatientInnen und Angehörigen ist ein wichtiger Faktor. Die Verbesserung der Fähigkeit dieser Akteure, den Zustand von PatientInnen zu monitieren und einzuschätzen verringert das Notfallrisiko (Respi-Care). • Multidisziplinäre Teams von medizinischen und pflegerischen Berufen erleichtern das management der Versorgung (Antibiotikatherapie)
in Bezug auf Organisation des Programms	<ul style="list-style-type: none"> • Das Programm sollte sorgfältig geplant werden (Zystische Fibrose) • Sorgfältige Auswahl von PatientInnen ist notwendig (Zystische Fibrose, Antibiotikatherapie) • Standardisierung ist notwendig (Patientenauswahl, Information und Training der PatientInnen, finanzielle Arrangements, technische Geräte und sonstiger Bedarf) (Zystische Fibrose) • Qualitätssicherung: Krankenhausstandard in der Leistungserbringung ermöglichen es ÄrztInnen, im Modell mitzumachen (EMH)
in Bezug auf Rahmenbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> • Überschaubarkeit der Region erleichtert den Aufbau (EMH) • (Teilweise) Deckung des Mehraufwandes für niedergelassene ÄrztIn durch die Versicherung ist notwendig (EMH) • Forensisches Risiko ist - wie Untersuchungen zeigen - entgegen den Befürchtungen der niedergelassenen ÄrztInnen nur gering (EMH) • Rechtlicher Status als Krankenhaus bietet Legitimation (EMH)

5. Zusammenfassung und Schlußfolgerungen

Bereits seit Beginn der 70er Jahre werden international Modelle erprobt, die ambulante Versorgung von Schwer- und Schwerstkranken anbieten. Diese Projekte verfolgen eine Reihe von Zielen, zu denen u.a. eine effizientere Nutzung von Krankenhausressourcen, qualifiziertere PatientInnenbetreuung, verbesserte Koordination der Leistungserbringung und damit verbunden Steigerung der Versorgungskontinuität, die Erleichterung von Frühentlassung, Ausbildung und Job-Enrichment für Pflegekräfte, Klärung von Forschungsfragen, Kostenersparnisse sowie die Schaffung einer Alternative zu Alters- und Pflegeheimen gehören. Bei der großen Mehrzahl der von uns für diese explorative Erhebung ausgewählten Modelle handelt es sich um lokale Projekte, von denen wiederum die Mehrheit auf spezifische Patientengruppen zugeschnitten ist. Es bestehen allerdings auch lokale Modelle, die eine große Breite von Patientengruppen versorgen. International - so ist zusammenfassend festzuhalten - bestehen seit vielen Jahren eine Fülle von Erfahrungen, die belegen, *daß ambulante Versorgung Schwer- und Schwerstkranker prinzipiell machbar ist.*

Ambulante Versorgung Schwer- und Schwerstkranker wird in vielen medizinischen Fächern durchgeführt. In der Erhebung wird sie in der Onkologie (Schmerztherapie, terminale Behandlung und Pflege), Chirurgie (Frühentlassung) und Pulmologie häufiger eingesetzt als in anderen Fächern. Von den spezifischen Interventionstypen ist die Infusionstherapie in den Modellen am häufigsten vertreten. Daran schließt sich die postoperative Wundversorgung an, die bei der Frühentlassung eine wichtige Rolle spielt. Auch "respiratory homecare", Sondenernährung und Case Management (Psychiatrie) sind als Interventionstypen vertreten. Wie die internationale Literatur zeigt, sind damit jedoch die Möglichkeiten der ambulanten Versorgung Schwer- und Schwerstkranker längst nicht erschöpft. Die meisten Modelle bieten Versorgung in der Phase der kurativen oder palliativen Intervention, der Genesung und Nachbetreuung sowie der terminalen Behandlung und Pflege an. Zusätzlich wird in einigen Modellen Rehabilitation durch Physio- und Ergotherapie offeriert. Palliative Behandlung von LangzeitpatientInnen findet in einem, ambulante Diagnostik und Abklärung dagegen in keinem hier berücksichtigten Modelle statt. Zu beklagen ist, daß in den untersuchten Modellen Daten über die Zusammensetzung der Patientengruppen sowie deren Allgemeinzustand, Mobilität, Geschlecht, Altersgruppen, soziales Netzwerk und sozialer Status häufig fehlen. Hier besteht ein deutlicher Bedarf an ausführlicheren Evaluationen. Die untersuchten Modelle weisen insgesamt aber eine derartig breite Variation von Patientengruppen, medizinischen Diagnosen Interventionstypen und Problemen auf, die erfolgreich ambulant behandelt bzw. gelöst werden können, daß der Schluß nahe liegt, *daß ambulante Versorgung nicht nur auf wenige Zustandsbilder beschränkt sein muß, sondern für ein sehr breites Spektrum an Patientenproblematiken realisierbar ist.*

Zu den konstitutiven Elementen der hier berücksichtigten Modelle gehören: medizinische und qualifizierte Pflegeleistungen sowie soziale bzw. sozialarbeiterische Unterstützung. Die Grundversorgung von körperlichen Bedürfnissen, PatientInnenschulung und Bereitstellung von Medikamenten ist dagegen relativ selten. Um dennoch eine umfassende Versorgung gewährleisten zu können, wird häufig die Strategie der Substitution professioneller Versorgung durch informelle HelferInnen gewählt. Mit Blick auf die Auswahlkri-

terien spielen neben medizinischen Gesichtspunkten *psycho-soziale Kriterien* wie persönliche Motivation der PatientInnen, Unterstützung der Familie, psychische Stabilität (z.B. geringes Ausmaß an Angst), adäquate Wohnunsituation, die explizite Zustimmung von informellen und professionellen Akteuren, die gesicherte Finanzierung durch Versicherungen oder sonstige Zahler und geographische Nähe bzw. leichte Erreichbarkeit eine wichtige Rolle. In einigen Projekten werden PatientInnen ohne Familienanschluß oder anderes soziales Netzwerk nicht in das Modell aufgenommen. *Die Anwendung dieser strengen Auswahlkriterien dient einerseits der Qualitätssicherung, bedeutet andererseits aber auch die Exklusion von bestimmten Patientengruppen.*

Zentrale Akteure in den Modellen sind qualifizierte Pflegekräfte und FachärztInnen, AllgemeinmedizinerInnen und SozialarbeiterInnen. Weniger häufig werden Physio- und ErgotherapeutInnen, ApothekerInnen, Haushaltshilfen und BuchhalterInnen und Hilfskräfte erwähnt. Auf der Seite der Laien bedarf es vor allem informierter und geschulter PatientInnen und informeller HelferInnen. Der Erfolg der Modelle wird mehrheitlich als positiv eingeschätzt. *In Bezug auf die in der ambulanten Versorgung erreichte professionelle Qualität (medizinisch und pflegerisch) gibt es in den beschriebenen Modellen kaum Hinweise auf massivere Probleme.* Eine zumindest akzeptable Versorgung scheint gewährleistet zu sein.

Aus allen Modellen wird über die Zufriedenheit von Professionellen und PatientInnen/Angehörigen berichtet. Allerdings fehlen weitgehend methodologisch ausgefeiltere Befragungen von PatientInnen und auch die Perspektive der Angehörigen ist nicht systematisch repräsentiert. Aus allen Modellen wird zudem von einer Abnahme der Nutzung der stationären Versorgung - ausgelöst durch die Modelle - berichtet. Bezugsgruppe für diese Einschätzungen sind in der Regel die im Modell versorgten PatientInnen. Einen weiteren Erfolgsparameter stellen aus Sicht der Modelle Kosteneinsparungen dar. Dabei sind jedoch Unterschiede in der Kostenrechnung sowie der Rahmenbedingungen der Krankenanstaltenfinanzierung für den Vergleich hinderlich. Lediglich in einem Modell ist die stationäre Behandlung gleich teuer wie die ambulante Behandlung. Allerdings sprechen dort humanitäre Argumente für die ambulante Betreuung. Dennoch enthalten die Modelldarstellungen nahezu vollzählig *Hinweise auf die Kostengünstigkeit dieser Versorgung gegenüber der stationären Standardversorgung.*

Bei der Modell-Umsetzung sind aufgrund der Erfahrungen in den Projekten folgende Faktoren förderlich: sorgfältige Planung und Patientenauswahl, Standardisierung, Motivation der niedergelassenen ÄrztInnen zur Mitarbeit (z.B. durch finanzieller Anreiz, Qualitätssicherung zur Risikominimierung), Nutzung und Einbindung vorhandener ambulanter und stationärer Organisationen, Regionalisierung, Patiententraining, und Mobilisierung von informeller Hilfe. Als hinderliche Faktoren gelten fehlende Sicherheit der Leistungsfinanzierung, die fehlende Einbindung in vorhandene Organisationen (schlimmstenfalls weder in stationäre noch ambulante Strukturen) sowie zu komplizierte Aufnahmeverfahren. Die Analyse der Modelle zeigt damit, *daß die ambulante Versorgung Schwer- und Schwerstkranker keine triviale Aufgabe ist, sondern - um bestehende Risiken zu managen - hohe Anforderungen an die beteiligten Organisationen stellt.* Das bedeutet u.a. sorgfältige PatientInnenauswahl, systematische Einbindung und Empowerment aller Beteiligten (z.B. durch Schulung), Nutzung von Standardisierungsmöglichkeiten, Entwicklung von neuen Modellen der Kooperation und Kommunikation

sowie Treffen systematischer Vorkehrungen für Notfälle. *Notwendige Voraussetzung für die ambulante Versorgung sind zudem förderliche rechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen, vor allem die Kostenübernahme für notwendige Leistungen durch öffentliche Kostenträger bzw. Versicherungen auch im ambulanten Bereich.*

Diese explorative Erhebung hat jedoch auch einige Forschungsdefizite aufgedeckt, auf die es künftig zu reagieren gilt und die aus diesem Grund unsere Ausführungen abschließend skizziert werden sollen:

- Generell mangelt es in den Beschreibungen der Modelle an ausführlicheren Prozeßevaluationen. Insbesondere Fragen der Integration, Koordination, Qualifikation, Personalkapazität, Projekt- und Personalentwicklung sowie die Darstellung förderlicher und hinderlicher Faktoren für die Modellentwicklung werden zu wenig behandelt.³⁹
- Die Modelle sind in der Regel aus ärztlicher Perspektive beschrieben, was bedeutet, daß die Perspektive der Pflege oder anderer Berufsgruppen vernachlässigt wird.
- Das Problem der Verdünnung des professionellen Angebots bei der Versorgung des körperlichen Grundbedarfs, der hauswirtschaftlichen Versorgung sowie psycho-sozialen Unterstützung bedarf näherer Untersuchung. Soll und kann ambulante Versorgung von Schwer- und Schwerstkranken angeboten werden, wenn PatientInnen über keine oder nur schwach entwickelte soziale Netzwerke verfügen?
- Zwar konnten mit den ausgewählten Modellen viele Evaluationsaspekte angesprochen werden, die Datenbasis für verlässliche Aussagen über Patientenzufriedenheit, Nutzung, Ressourcen (Personal, Finanzen) ist derzeit jedoch in vielen Fällen noch relativ dünn. Auch eine nähere Analyse der für ökonomische Evaluationen zugrundegelegten Kostenrechnung (z.B. direkte und indirekte Kosten) wäre lohnend.
- Zuletzt ist von großem Interesse, wie sich die Modelle in den zurückliegenden Jahren weiterentwickelt haben und welche Erfahrungen im Zeitumlauf gesammelt wurden, um daraus Rückschlüsse für die (Weiter-) Entwicklung von Angeboten zur ambulanten Schwer- und Schwerstkrankenversorgung auch im deutschsprachigen Raum ziehen zu können.

³⁹ Das deckt sich mit Clayton's Befund, die feststellt "without exception the studies published have focused on experimental and/or quantitative aspects of morbidity and resource utilisation, in other words, the focus has been on economics (...) Other issues that need to be studied are (1) continuity of care (2) health service integration, and (3) perceived need for cultural change associated with the implementation of Hospital at Home services, which is of particular importance given the concept is relatively new" (1994: 8).

6. Literatur

- Anand, J.K., Pryor, G.A., Morgan, R.T.T. (1989); Hospital at Home, Health Trends, 1989, Vol. 21, 46-48
- Badelt, Ch., Holzmann, A., Matul, Ch., Österle, A. (1995); Kosten der Pflegesicherung. Strukturen und Entwicklungstrends der Altenbetreuung. Wien – Köln – Weimar
- Badura, B., Grande, G., Janßen, H., Schott, T. (1995); Qualitätsforschung im Gesundheitswesen. Ein Vergleich ambulanter und stationärer kardiologischer Rehabilitation. Weinheim und München
- Barton, R.O. (1989); Pulmonary Rehabilitation/Homecare: From Paper to Practice, Health Educator Publication
- Bernstein, L. (1991); An update an home intravenous antibiotic therapy. Geriatrics, 46, 6
- Blech, J. (1988); Die heimliche Selektion. Die Zeit, Nr. 8, S. 27
- Boersma, F.P., Bosma, E.S., et al (1992); Project on quality improvement and organization of cancer pain control by infusion techniques in the home situation in the Northern Netherlands: An innovative project on the use of medical technology in the home situation, Journal of Pain and Symptom Management, 1992: 4
- Borland, A., McRae, J., Lycan, C. (1989); Outcomes of Five Years of Continuous Intensive Case Management, Hospital and Community Psychiatry, April 1989, Vol. 40, No. 4, 369-376
- Bosma, E.S. (1995); Modern Home Care Services. Paper presented at „Service for independent living“, June, 20th 1995. Unveröff. Typoskript. Joensuu/Finnland
- Burke, M.B. (ed.) (1993); Oncology Nursing Homecare Handbook, Jones & Bartlett Pub.
- Campbell-Haggerty, M., Stockdale-Wooley, R., Nair, S. (1991); Respi-Care, An Innovative Home Care Program for the Patient with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Chest/ 100/ 3, September 1991, 607-612
- Clayton, L. (1994); Hospital at Home, AAQHC Newsletter, Vol. 4, No 3, 1994, 7-11
- Creditor, M.C. (1993); Hazards of Hospitalization of the Elderly, Annals of Internal Medicine, 118, 219-223
- Döhner, H., Schick, B. (Hg.); Gesundheit durch Kooperation. Die Rolle der Hausarztpraxis in der geriatrischen Versorgung. / Gerontologie 6, Hamburg, Lit-Verlag 1996
- Domscheit, S., Wingenfeld, K. (1995); Pflegeüberleitung in Nordrhein-Westfalen. Konzeptionelle Entwicklungen, Problemfelder und Anforderungen. Schriftenreihe des Instituts für Pflegewissenschaft, Bielefeld
- Esser, A.H. et al. (1989); Mental Illness: A Homecare Guide, John Wiley & Sons
- Ewers, M. (1996); Case Management: Anglo-amerikanische Konzepte und ihre Anwendbarkeit im Rahmen der bundesdeutschen Krankenversorgung, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin, September 1996
- Ewers, M. (1998); Pflegequalität. Arbeitsbuch für die ambulante Pflege bei Aids, Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.), Hannover
- Ewers, M., Schaeffer, D. (1998); Qualität durch Qualifizierung. Zur Situation ambulanter Pflegedienste nach Einführung der Pflegeversicherung, Berlin, Bielefeld: Eigenverlag, i.E.

- Ferguson, G. (1987); The New Brunswick Extra-Mural Hospital: A Canadian Hospital-at-Home, *Journal of Public Health Policy*, Winter 1987, 561-570
- Feuerstein, G. (1994); Schnittstellen im Gesundheitswesen, Zur (Des-)Integration medizinischer Handlungsstrukturen, In: Badura, B., Feuerstein, G.; Systemgestaltung im Gesundheitswesen, Weinheim, 212-253
- Flinders Medical Centre (1996); Hospital@Home Service, Annual Report 1995-96, June 1996, Manuscript
- Garms-Homolová, V., Schaeffer, D. (1998); Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung. Ullstein Medical, Wiesbaden 1998
- Grayson, M.L., Silvers, J., Turnidge, J. (1995); Home intravenous antibiotic therapy. A safe and effective alternative to inpatient care, *The Medical Journal of Australia*, Vol. 162, 6 March 1995, 249-253
- Grundböck, A., Griebler, E., Krajic, K., Nowak, P., Heimerl, K., Pelikan, J.M. (1997); Begleitforschung zum Modellprojekt "Ganzheitliche Hauskrankenpflege" des Wiener Roten Kreuzes – Zwischenbericht. Integrierte Versorgung/6; Forschungsbericht des Ludwig Boltzmann-Instituts für Medizin- und Gesundheitssoziologie, April 1997
- Handy, J., Scheuermann, C.K. (eds.) (1994); Challenges & Innovations in Homecare, Amer Society on Aging
- Hansher M., et al (1996): Does hospital-at-home make economic sense? Early discharge versus standard care for orthopaedic patients. *Journal of the royal Society of Medicine* 89, 548 – 551
- Hollingworth; W., Todd, C., Parker, M., Roberts, J., Williams, R. (1993); Cost Analysis of Early Discharge after Hip Fracture. *British Medical Journal* 306, 903-906
- Houts, P.S. (ed.) (1996); Home Care Guide for Cancer: For Family and Friends Giving Care at Home (American College of Physicians Homecare)
- Jani-Le Bris, H. (1993); Familiäre Betreuung abhängiger alter Menschen in den Ländern der Europäischen Gemeinschaften, Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen, Loughlingstown House, Shankill, Co, Dublin, Ireland
- Jessop, D.J., Stein, R.E.K. (1991); Who Benefits From a Paediatric Home Care Program? *Pediatrics*, Vol. 88, No. 3, September 1991, 497-505
- Knowelden, J., Westlake, L., Wright, K.G., Clarke, S.J. (1991); Peterborough Hospital at Home: an evaluation, *Journal of Public Health Medicine*, Vol. 13, No. 3, 182-188
- Krajic, K., Griebler, E., Nowak, P., Heimerl, K., Böker, M., Grundböck, A., Unterma-zoner, D., Pelikan, J.: Verbesserte Nutzung der Medizinischen Hauskrankenpflege. Endbericht des Projekts: "Medizinische Hauskrankenpflege - Pilotstudie zur Entwicklung von Kooperationsmodellen in der Krankenversorgung. Wien Juni 1996, Forschungsbericht integrierte versorgung/4, Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie, 700S.
- Krajic, K., Grundböck, A., Griebler, E., Pelikan, J.M. (1997); Virtuelles Krankenhaus zu Haus - Konzeptualisierungen und Umsetzungserfahrungen, *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 22. Jahrgang, Heft 2/1997, 79-106
- Krämer, W. (1989); Die Krankheit des Gesundheitswesen. Die Fortschrittsfalle der modernen Medizin. S. Fischer, Frankfurt
- Kytir, J. (1992); Alter und Pflege – eine demographische „Zeitbombe“? Kytir, J., Münz, R. (Hg.; Alter und Pflege / Schriftenreihe Gesundheitsökonomie 3. Blackwell Wissenschaft, Berlin

- Kytir, J., Münz, R. (1992); Hilfs- und Pflegebedürftigkeit im Alter - empirische Evidenzen. In: Kytir, J., Münz, R. (Hg.); Alter und Pflege. Schriftenreihe Gesundheitsökonomie 3. Blackwell Wissenschaft, Berlin 71-104
- Loneragan, J.N. (ed.) (1996); Homecare Management of the Bone Marrow Transplant Patient
- Marks, L. (1992); Home and Hospital Care: Redrawing the boundaries, Kings Fund Research Report No. 9
- Nixon, M. (1991); Hospital Without Walls, The family physician and the challenge of home health care, Canadian Family Physician, Vol. 37, August 1991, 1709-1794
- Nowak, P., Krajic, K., Grießler, E., Grundböck, A., Pelikan, J.M. (1997). Konzeptentwicklung für eine Machbarkeitsstudie und Entwicklung eines Modellprojekts "Patientenorientierte Krankenbetreuung - Förderung von qualitätsgesicherter und kostenbewußter Zusammenarbeit". Forschungsbericht des Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie, Juni 1997
- Nowak, P., Grießler, E., Krajic, K. (1998): Medizinische Hauskrankenpflege und Qualitätsentwicklung zwischen Krankenhaus und extramuraler Versorgung. In: Pelikan, J.M., Stacher, A., Grundböck, A., Krajic, K. (1998): Virtuelles Krankenhaus zu Hause - Entwicklung und Qualität von Ganzheitlicher Hauskrankenpflege. Facultas Verlag, Wien 1998, S.127-152
- O'Cathain, A. (1994); Evaluation of a Hospital at Home scheme for the early discharge of patients with fractured neck of femur, Journal of Public Health Medicine, Vol. 16. No. 2, 205-210
- OECD (1997); OECD Wirtschaftsberichte 1996-1997 Österreich, Paris
- Pelikan, J.M., Krajic, K., Grundböck, A. (1996): Auf dem Weg zum virtuellen Krankenhaus. In: Garms-Homolova, V., Schaeffer, D. (Hg.) (1998): Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung. Berlin - Wiesbaden, Ullstein/Mosby, S.177-200
- Pelikan, J.M., Grießler, E., Grundböck, A., Krajic, K. (1998): Das virtuelle Krankenhaus - Ausweg oder Königsweg für die Krankenversorgung der Zukunft? In: Pelikan, J.M., Stacher, A., Grundböck, A., Krajic, K. (1998): Virtuelles Krankenhaus zu Hause - Entwicklung und Qualität von Ganzheitlicher Hauskrankenpflege. Facultas Verlag, Wien 1998, S.15-39
- Pfeiffer, K. (1996); Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung in Österreich. Gesundheits-Oeconomica. Schriftenreihe der Österreichischen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie 1, 99-108
- Psyhyrembel Klinisches Wörterbuch, Ausgabe 1994
- Raab, E., Hinghofer-Szalkay, I., Jiménez, P. (1993); Erwartungen an die Hauskrankenpflege. Eine empirische Studie, Pflege, Band 6, 1993, Heft 2, 152-163
- Rehm, S.J., Weinstein, A.J. (1983); Home Intravenous Antibiotic Therapy: A Team Approach, Annals of Internal Medicine, 1983, 99, 388-392
- Rothkopf, M.M. (ed.) (1997); Standards and Practice of Homecare Therapeutics, Williams & Wilkins
- Rothkopf, M.M., Askanazi, J. (eds.) (1992); Intensive Homecare, Williams & Wilkins
- Schaeffer, D. (1996); Strukturelle Versorgungsprobleme und professionelle Interventionsmuster bei chronisch kranken alten Patienten. Typoskript
- Schaeffer, D. (1997); Patientenorientierte ambulante Pflege Schwerkranker. Erfordernisse der Konzept- und Wissenschaftsentwicklung. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften / Journal of Public Health 5, 2, 85-97

- Schaeffer, D.(1998): Die Versorgung von akut kranken Menschen durch integrierte ambulante Versorgungsverbände in Deutschland. In: Pelikan, J., Stacher, A., Grundböck, A., Krajic, K. (Hg.): Virtuelles Krankenhaus zu Hause – Entwicklung und Qualität von Ganzheitlicher Hauskrankenpflege. Facultas Verlag, Wien, S.40-56
- Schaeffer, D., Moers, M. (1993); Professionell gebahnte Versorgungspfade und ihre Konsequenzen für die Patienten. Ergebnisse einer strukturanalytischen Untersuchung der Aids-Krankenversorgung. Lange, C. (Hg.); Aids – Eine Forschungsbilanz. Berlin, Sigma 1993
- Schaeffer, D., Moers, M. (1995); Ambulante Pflege von Aids-Patienten. Paper der Arbeitsgruppe Public Health. Berlin, 95-201
- Schaeffer, D., Ewers, M. (1998); Professionsbezogene Ansätze der Qualitätsförderung und –messung: Die Pflege. In: Badura, B., Siegrist, J. (Hg.): Evaluation im Gesundheitswesen. Weinheim, München: Juventa-Verlag, i.E.
- Schick, B. (1996); Überblick über geriatrische Kooperationsmodelle mit Hausärztinnen und Hausärzten. In: Döhner, H., Schick, B. (Hrsg.); Gesundheit durch Kooperation: Die Rolle der Hausarztpraxis in der geriatrischen Versorgung; Dokumentation der Fachtagung vom 12.-13. Januar 1996 in Hamburg, 49-69
- Schräder, A. (1996); Management virtueller Unternehmungen. Organisatorische Konzeption und informationstechnische Unterstützung flexibler Allianzen. Campus Verlag, Frankfurt/New York
- Schwartz, F.W., Walter, U. (1997): Altsein - Kranksein? In: Schwartz, F.W.: Das Public Health Buch, 124-140, München et al.
- Seitz, R., König, H.H., Stillfried, D. (1997): Grundlagen von Managed Care. In: Arnold, M., Lauterbach, K., Preuß, K.J. (1997): Managed-Care - Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte, Stuttgart-New York
- Siegrist, J. (1998); Machen wir uns selbst krank? Schwartz, F.W. et al. (1998); Das Public Health Buch. München-Wien-Baltimore, 110-123
- Simpson, K.R. et al. (1996); Easing the Transition form Hospital to Home: Postpartume Discharge Planning and Homecare Services
- Taylor, J. Goodman, M., Luesley, D. (1993); Is Home Best? What effect does early discharge have on patients and community health services?, Nursing Times, September 15, Vol. 89, No 37, 31-33
- Theurl, E. (1995): Demographische Entwicklung und Gesundheitswesen. In: Zeitschrift für Gemeinwirtschaft, 3-4/1995, 7-21
- van Aalderen, W.M.C., Mannes, G.P.M., Bosma, E.S., Roorda, R.J., Heymans, H.S.A. (1995); Home care in cystic fibrosis patients, European Respiratory Journal, 1995, 8, 172-175
- Vetter, N. (1995); The Hospital. From Centre of Excellence to Community Support, Chapman & Hall, London etc.
- Walker, A. (1993); Towards a European Agenda in Home Care for Older People: Convergencies and Controversies. In: Evers, A.; van der Zanden, G.H. (eds.); Better Care for Dependent People Living at Home, Netherlands Institute of Gerontology, Bunnik, 301-332
- While, A. E. (1992); Consumer views of health care: A comparison of hospital and home care. Child: care, health and development, 18, 107-116

7 Anhang

Kurzbeschreibungen der berücksichtigten Modelle

Das *Extra-Mural-Hospital (EMH)* besteht seit 1981 im Regelbetrieb und deckte mit Stand 1991 ca. 80% der Bevölkerung des kanadischen Bundesstaates New-Brunswick ab (Einwohnerzahl ca. 700.000). Ziel des EMH ist, bei einer Breite von Krankheiten eine Alternative zum Krankenhaus bzw. Pflegeheim anzubieten. Im Modell werden in Kooperation mit ambulanten Anbietern (insbesondere niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen) folgende Dienstleistungen angeboten: ärztliche und nicht-ärztliche therapeutische Dienstleistungen, qualifizierte Pflegeleistungen, Grundversorgung körperlicher Bedürfnisse, hauswirtschaftliche Dienstleistungen, soziale Unterstützung, Bereitstellung von Heilbehelfen und Hilfsmittel sowie Beratung. Das EMH besteht aus lokalen Stützpunkten und hat den rechtlichen Status eines - vom Staat getragenen - regulären Krankenhauses. Im Jahr 1989 wurden ca. 10.000 PatientInnen versorgt.

Das Projekt *Home Care in Cystic Fibrosis Patients* bietet seit 1991 im Regelbetrieb in Gronningen, NL, extramurale Versorgung für PatientInnen mit zystischer Fibrose. Das Modell bietet ärztliche Leistungen, qualifizierte Pflegeleistungen, Versorgung der körperlichen Grundbedürfnisse und die Bereitstellung von Medikamenten. Das Modell ist organisatorisch am Krankenhaus angebunden und wurde in Kooperation mit einer Institution zur Innovation in der extramuralen Versorgung (KITZ) entwickelt. In die Evaluation wurden 20 PatientInnen (mit 131 Behandlungen) des Zeitraums zwischen Oktober 1991 bis Dezember 1993 berücksichtigt.

Im Modelle *Home Intravenous Antibiotic Therapy* wurden in Cleveland, USA, ab dem Jahr 1979 im Regelbetrieb PatientInnen mit ernststen Infektionen extramural betreut. Im Modell werden folgenden Leistungen angeboten: ärztliche Dienstleistungen, qualifizierte Pflegeleistungen, soziale Unterstützung, Bereitstellung von Medikamenten, Heilbehelfen, Hilfsmitteln und technische Ausrüstung sowie PatientInnenschulung. Das Modell ist organisatorisch an das Krankenhaus angebunden und wurde für den Zeitraum von November 1979 bis September 1982 evaluiert (48 PatientInnen).

Das *Peterborough Hospital at Home* (UK) bietet seit 1978 im Regelbetrieb extramurale Versorgung für eine große Breite von PatientInnengruppen. Das Angebot umfaßt ärztliche Dienstleistungen, nicht-ärztliche therapeutische Dienstleistungen, qualifizierte Pflegeleistungen, Grundversorgung der körperlichen Bedürfnisse, soziale Unterstützung. Das Projekt ist im extramuralen Bereich verankert, zentrale Verantwortung tragen der/die niedergelassenen AllgemeinmedizinerIn und die Community Nurse. Die PatientInnenzahlen betragen im Anfangsjahr 1978 nur 32 und stiegen z.B. im Jahr 1983 auf 202 und im Jahr 1985 auf 284.

Das *Hospital at Home Scheme* in Southern Derbyshire bietet seit 1990 im Regelbetrieb frühentlassenen Krankenhaus-PatientInnen mit Schenkelhalsbruch für maximal 12 Tage ärztliche und nicht-ärztliche therapeutische Dienstleistungen, qualifizierte Pflegeleistungen, Grundversorgung der körperlichen Grundbedürfnisse, hauswirtschaftliche Dienstleistungen und PatientInnenschulung. Das Projekt wurde vom Community Health Service in Zusam-

menarbeit mit dem Akutkrankenhaus aufgebaut. Im Jahr 1990 wurden 76 PatientInnen im Modell betreut (=18% der Aufnahmen wegen dieser Diagnose).

Das *Hospital@Home* in Adelaide (AUS) bietet seit 1992 im Regelbetrieb für eine große Breite von PatientInnengruppen ärztliche Dienstleistungen, qualifizierte Pflegeleistungen, Grundversorgung der körperlichen Bedürfnisse sowie Schulung der Angehörigen. Das Modell ist im Krankenhaus organisatorisch verankert und versucht eine stärkere Verbindung zwischen Krankenhaus und den extramuralen Anbietern zu erreichen. Für den Zeitraum zwischen Mai 1994 und Dezember 1996 wurden die Dienstleistungen an 1.010 PatientInnen evaluiert.

Das seit 1970 in New York durchgeführte *Pediatric Outreach Program* bietet Kindern mit ernsten Gesundheitsproblemen ohne Einschränkung der Diagnose ärztliche Leistungen, qualifizierte Pflegeleistungen, soziale Unterstützung sowie PatientInnen-, und Angehörigenschulung. Das Modell wurde innerhalb des Krankenhauses entwickelt, das auch die zentrale Verantwortung behält. Im evaluierten Zeitraum von Juli 1998 bis Jänner 1980 wurden 219 PatientInnen versorgt.

Im Projekt *Quality Improvement and Organisation of Cancer Pain Control by Infusion techniques* wird aufbauend auf neun Jahre regionale Projekterfahrung in Gronningen, NL eine Ausweitung der ambulanten Schmerztherapie auf nationale Ebene vorgeschlagen. Im Vorläuferprojekt wurden ärztliche Dienstleistungen, qualifizierte Pflegeleistungen und die Bereitstellung von Medikamenten angeboten. Das Modell wurde aus dem Krankenhaus heraus entwickelt und bezieht extramurale Anbieter in die Leistungserbringung ein. Im Vorläuferprojekt wurden zwischen 1982 und 1991 229 PatientInnen versorgt.

Im Modell *Respi-Care* wurden in den Städten Norwalk und Wilton, Conn (USA) im Zeitraum zwischen Jänner 1985 und Jänner 1989 17 PatientInnen mit schweren Erkrankungen der Lunge ambulant versorgt. Das Modell bot ärztliche Dienstleistungen, qualifizierte Pflegeleistungen, Grundversorgung der körperlichen Bedürfnisse, soziale Unterstützung, psychosoziale Dienstleistungen, Diätberatung und ein Programm für freiwillige HelferInnen. Das Projekt hatte seine Basis im Krankenhaus und wurde von dort koordiniert.

Das *Continuous Intensive Case Management* bot in den Jahren 1980-1985 in Spokane, USA 72 PatientInnen mit psychiatrischen Erkrankungen ambulante Versorgung. Das Angebot umfaßte ärztliche Leistungen, soziale Unterstützung, insbesondere aber intensive Betreuung durch Case Management. Die zentrale Verantwortung lag im Projekt beim Case Manager der/des PatientIn.

AutorInnen

Mag. Dr. Erich Griebler, freier wissenschaftlicher Mitarbeiter des Ludwig Boltzmann-Instituts für Medizin- und Gesundheitssoziologie, Wien

Mag. Alice Grundböck, wissenschaftliche Mitarbeiterin des Ludwig Boltzmann-Instituts für Medizin- und Gesundheitssoziologie, Wien

Dr. Karl Krajic, wissenschaftlicher Mitarbeiter des Ludwig Boltzmann-Instituts für Medizin- und Gesundheitssoziologie, Wien

Prof. Dr. Jürgen M. Pelikan, Vorstand des Instituts für Soziologie, Universität Wien, wissenschaftlicher Leiter des Ludwig Boltzmann-Instituts für Medizin- und Gesundheitssoziologie, Wien

Kontaktadresse:

Dr. Karl Krajic

Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie beim Institut für Soziologie der Universität Wien, WHO-Kooperationszentrum für Krankenhaus und Gesundheitsförderung

Universitätsstraße 7/2
A – 1010 Wien
Tel.: +43 – 1 – 4277 48283
Fax: +43 – 1 – 4277 48290