

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

ISSN 1435-408X

P00-110

**Hospital at Home: Häusliche
Versorgungskonzepte für schwer
kranke und intensiv-pflegebe-
dürftige PatientInnen**

Julia Lademann

Bielefeld, Dezember 2000

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

Telefon: (0521) 106 - 3896
Telefax: (0521) 106 - 6437
E-Mail: ipw@uni-bielefeld.de
Internet: <http://www.uni-bielefeld.de/IPW>

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
1. Problemhintergrund	5
1.1 Zur Situation der häuslichen Versorgung Schwerkranker in Deutschland	5
1.2 Gesundheitswissenschaftliche Perspektive und Public Health-Relevanz der Thematik	8
1.3 Fragestellung und methodisches Vorgehen	13
2. <i>Hospital at Home</i> - ein innovatives Versorgungsmodell	16
2.1 Begriffsbestimmung	16
2.2 Erste Modelle und internationale Entwicklung	19
2.2.1 <i>Hospital at Home</i> in den USA	19
2.2.2 <i>Hospital at Home</i> in Frankreich	21
2.2.3 <i>Hospital at Home</i> in Großbritannien	22
2.2.4 <i>Hospital at Home</i> in anderen Ländern	23
2.3 Modellbeispiele	24
2.3.1 <i>The Peterborough hospital at home scheme</i>	24
2.3.2 <i>High-tech home care</i> : Häusliche Versorgung von BeatmungspatientInnen	26
2.4 <i>Hospital at Home</i> -Konzeption	29
2.4.1 Indikation und Auswahl der PatientInnen	30
2.4.1.1 Zielgruppen	31
2.4.1.2 Assessment	32
2.4.2 Versorgungsleistungen	34
2.4.3 Organisation der Versorgung	37
2.4.3.1 Unternehmerische Gestaltung	37
2.4.3.2 Abgestimmtes Management	38
2.4.3.3 Pflege als Schlüsselprofession	40
3. Diskussion der Kernelemente einer häuslichen Versorgung von schwerkranken und intensivpflegebedürftigen PatientInnen	41
3.1 Definition der Aufnahmekriterien	41
3.2 Umfassende Versorgung	44
3.3 Versorgungsintegration	45
3.4 Outcome-orientierte Versorgung	48
3.4.1 Outcome-Kriterien einer <i>Hospital at Home</i> -Versorgung	51
3.4.2 Problematik der Evaluationsforschung von <i>Hospital at Home</i>	55
3.5 PatientInnenorientierung	59
3.5.1 Wahlfreiheit der PatientInnen: Die informierte Entscheidung	59
3.5.2 PatientInnenzufriedenheit	61
3.5.3 Soziale und ethische Implikationen	62

3.6 Einbindung des sozialen Netzwerkes	64
3.7 Zusammenfassende Beurteilung von <i>Hospital at Home</i> : Chancen und Risiken	67
4. Ausblick für die häusliche Versorgung Schwerkranker in Deutschland	73
4.1 Strukturelle Erfordernisse	73
4.1.1 Umfassende Versorgung: Genügt das Angebot?	74
4.1.2 Versorgungsintegration: Kann diese sichergestellt werden?	75
4.1.3 Aspekte der Finanzierung	78
4.2 Anforderungen an die Professionen	79
4.3 Abschließende Aspekte und Schlussfolgerungen	82
5. Literatur	85
6. Verzeichnis der Tabellen	94

Einleitung

Seit ca. 20 Jahren sind Industrienationen weltweit bemüht, den Schwerpunkt der gesundheitlichen Versorgung ihrer Bevölkerung vom stationären in den ambulanten Sektor zu verlagern. *Hospital at home* ist ein, vor allem im anglo-amerikanischen Sprachraum verbreitetes Konzept, welches zur häuslichen Betreuung von PatientInnen¹ entwickelt wurde. Es handelt sich dabei um PatientInnen mit einem komplexen Bedarf an Versorgungsleistungen, der vormals ausschließlich im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes gedeckt werden konnte.

Obwohl die Prämisse 'ambulant vor stationär' auch in Deutschland zu den wichtigsten gesundheitspolitischen Forderungen zählt, stoßen hierzulande vor allem schwer kranke und intensivpflegebedürftige PatientInnen auf eine Versorgungslücke im ambulanten Sektor. Dieses Problem hat die Verfasserin der vorliegenden Arbeit aufgrund eigener beruflicher Erfahrung kennen gelernt: Ambulante Pflegedienste sind zwar bemüht, diese PatientInnen zu versorgen, doch mangelt es an konkreten häuslichen Versorgungskonzepten, in deren Rahmen der umfassende Versorgungsbedarf dieses Klientels adäquat gedeckt werden kann. Mit *hospital at home* liegt ein Versorgungskonzept vor, das dafür eingesetzt wird, einen Krankenhausaufenthalt zu verkürzen, ihn vollständig zu ersetzen oder ihm (als präventive Maßnahme) vorzubeugen. Damit ergibt sich auch für schwer kranke und intensivpflegebedürftige PatientInnen eine Option zur häuslichen Betreuung.

In der vorliegenden Diplomarbeit wird *hospital at home* als Versorgungsmodell im Rahmen einer Literaturanalyse vorgestellt, sowie dessen Konzeption und Umsetzung diskutiert. Die Entwicklung häuslicher Versorgungsmodelle erfolgt in Deutschland bislang weitgehend ohne eine gezielte Rezeption von *hospital at home*. Daher ist es ein ausdrückliches Anliegen der Verfasserin, mit der vorliegenden Arbeit eine fundierte Diskussionsgrundlage zu schaffen und damit die Basis zur Umsetzung zu legen.

Im ersten Abschnitt der Arbeit wird zunächst der Problemhintergrund der gewählten Thematik beleuchtet, wobei die Situation der häuslichen Versorgung Schwerkranker in Deutschland den Ausgangspunkt bildet; es folgen die Darstellung der gesundheitswissenschaftlichen Perspektive und die Public Health-Relevanz der Thematik, sowie Fragestellung und methodisches Vorgehen. Die Vorstellung von *hospital at home* als innovatives Versorgungsmodell erfolgt im zweiten Abschnitt: Nach einer Begriffsbestimmung wird die historische und internationale Entwicklung beschrieben, danach werden zwei *hospital at home*-Modelle als Beispiele vorgestellt und schließlich die Konzeption erläutert. Die als Kernelemente herausgearbeiteten Kriterien einer häuslichen Versorgung schwer kranker und intensivpflegebedürftiger PatientInnen werden im dritten Abschnitt genauer betrachtet und bezüglich ihrer Umsetzung kritisch diskutiert. Auf der Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse über die *hospital at home*-Konzeption und ihrer Umsetzung bildet der vierte Abschnitt mit einem Ausblick für die häusliche Versorgung Schwerkranker in Deutschland den Abschluss der Arbeit.

¹ In der vorliegenden Arbeit wird zur Kennzeichnung der weiblichen *und* männlichen Form von Bezeichnungen, die sich auf Personen beziehen, das große „I“ eingesetzt.

Für die zukünftige Entwicklung bedarfsgerechter und patientInnen-orientierter Versorgung schwer kranker und intensivpflegebedürftiger Menschen in Deutschland soll die vorliegende Arbeit sowohl eine Diskussionsgrundlage als auch innovative Impulse bieten.

1. Problemhintergrund

1.1 Zur Situation der häuslichen Versorgung Schwerkranker in Deutschland

Innerhalb des bundesdeutschen Gesundheitswesens erfolgen seit ungefähr zwei Jahrzehnten Reform- und Umstrukturierungsprozesse, die darauf abzielen, die gesetzlich festgelegte Prämisse 'ambulant vor stationär' umzusetzen. Damit soll dem veränderten Altersaufbau und dem sich wandelnden Krankheitspanorama der Bevölkerung Rechnung getragen und die Reduktion kostenintensiver stationärer Krankenhausversorgung vorangetrieben werden. Ausdruck findet dieser gesundheitspolitische Wille in der Sozialgesetzgebung, wonach seit Mitte der siebziger Jahre die häusliche Krankenpflege zur Vermeidung eines Krankenhausaufenthaltes als Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkassen gilt (SGB V § 37) sowie die 1995 eingeführte Pflegeversicherung (SGB XI). Betroffen sind vor allem der wachsende Anteil älterer Menschen mit chronisch-degenerativen und multimorbiden Erkrankungen und in zunehmendem Maße Schwerkranke und Intensivpflegebedürftige. Bei den zuletzt Genannten handelt es sich in erster Linie um PatientInnen mit chronisch-progredienten Erkrankungen und um PatientInnen in Spät- und Terminalphasen unheilbarer Krankheiten, die einer palliativ medizinischen und pflegerischen Behandlung bedürfen:

„(...) die alten und chronisch Kranken, die langfristig zu Begleitenden, die 'Austherapierten', Schwerstpflegebedürftige und Terminalkranke - werden zukünftig an Bedeutung gewinnen.“ (Schaeffer 1992, 32)

Es handelt sich um eine Gruppe von PatientInnen, die in Deutschland aufgrund ihres hohen pflegerischen Betreuungsaufwandes und ihrer zum Teil anspruchsvollen medizinisch-technischen Versorgung in erster Linie stationär betreut werden. In den akuten und versorgungsintensiven Krankheitsphasen erfolgt dies im Krankenhaus, in der Sterbephase zunehmend auch in stationären Hospizen. Aufgrund der im nächsten Kapitel näher zu beschreibenden demografischen und epidemiologischen Bevölkerungsentwicklung, dem medizinisch-technischen Fortschritt und den gesundheitspolitischen Entscheidungen wurden diese PatientInnen innerhalb der letzten Jahre zunehmend und lange nahezu unbemerkt zum Klientel der ambulanten Pflegedienste. Auf der Suche nach qualitativen und quantitativen Daten wird ein in Deutschland auch anderweitig beklagter Mangel an einer zur Situationsanalyse und als Planungsgrundlage notwendigen Gesundheitsberichterstattung deutlich (Brand/Schmacke 1998, Gaßman et al. 1998). Sowohl pflege- als auch medizin-epidemiologische Daten sind eine notwendige Voraussetzung, um schwer kranke und intensivpflegebedürftige PatientInnen, die bereits ambulant betreut werden, zu beschreiben und eindeutig zu benennen. Dies wäre vor allem im Hinblick auf eine mögliche Abgrenzung zur vormals ausschließlich stationären Versorgungsform wichtig. Nun, da die ambulante Versorgung bereits eine alternative Versorgungsform darstellt und sich dieser Aufgabe zunehmend stellen muss, wäre zu klären, welche schwer kranken PatientInnen unter welchen Umständen ambulant versorgt werden können und sollen.

Obwohl, wie bereits angemerkt, systematisch erhobene, empirische Daten zur Situation der ambulanten Versorgung schwer kranker und intensivpflege-

bedürftiger PatientInnen kaum vorliegen, gibt es dennoch genügend Hinweise auf ein zunehmendes Versorgungsproblem. In einer der wenigen Studien, die im Rahmen qualitativer Erhebung auf diese Problematik gestoßen ist, benennen die AutorInnen die von den ambulanten Pflegediensten in Deutschland betreuten Schwerkranken bezeichnenderweise als „AusnahmepatientInnen“ (Ewers/Schaeffer 1999). Ihnen gemeinsam ist ein hoher Betreuungsaufwand aufgrund einer schweren chronischen, oft unheilbaren Erkrankung. Kennzeichnend sind auch schwankende Versorgungsverläufe mit Phasen, die dem Bild einer Akuterkrankung entsprechen, sowie das unweigerliche Eintreten einer abwärts gerichteten, nicht mehr umkehrbaren Phase der Verschlechterung, dem Sterben. Darüber hinaus handelt es sich nicht selten um PatientInnen, die im Rahmen palliativer Maßnahmen mit Hilfe aufwendiger medizinisch-technischer Versorgung betreut werden müssen. Zu solchermaßen Schwerkranken und Intensivpflegebedürftigen zählen beispielsweise Menschen mit Krebserkrankungen, Aids, multipler Sklerose und anderen mit Lähmungserscheinungen einher gehende Erkrankungen, sowie PatientInnen nach Schädelhirn- und polytraumatischen Verletzungen.

Die Realisierung einer adäquaten ambulanten Versorgung dieser betreuungsintensiven PatientInnen stößt auf Seiten der Pflegedienste sehr schnell an die Grenzen der Machbarkeit (Schaeffer 1997, Ewers 1998, Ewers/Schaeffer 1999, Doll 1999). Die Dienste sind zwar deutlich bemüht, die PatientInnen zu versorgen, was aber nicht selten an gesetzlich vorgegebenen Rahmenbedingungen scheitert bzw. auf dem Rücken der Dienste (hohes persönliches Engagement der Pflegekräfte) und der Betroffenen (Qualitätseinbußen in der Versorgung) ausgetragen wird. Auf dieses „Spannungsfeld zwischen Wirtschaftlichkeit, Qualität und Kundenorientierung“ hat auch Gabanyi (1997) im Rahmen ihrer Untersuchung zur Situation der ambulanten Pflege nach Einführung der Pflegeversicherung hingewiesen. Es liegt auf der Hand, dass diese Problematik für die Versorgung schwer kranker und intensivpflegebedürftiger PatientInnen in besonderem Maße zutrifft, da deren ambulante Betreuung weder im Rahmen der Pflege noch im Rahmen der Krankenversicherung adäquat berücksichtigt wird.

Mit welchen Problemen die ambulante Pflege Schwerkranker konkret konfrontiert ist, haben Schaeffer (1996) im Rahmen einer Evaluation von Pilotprojekten zur häuslichen Versorgung am Beispiel von Aids-Kranken, sowie Ewers und Schaeffer (1999) in Form einer Situationsanalyse Schwerkranker allgemein in der ambulanten Pflege beschrieben. Die AutorInnen kommen zu dem Schluss, dass es in erster Linie an gezielten, speziell für diese Gruppe von PatientInnen an bedarf- und fachgerechten Versorgungskonzepten mangelt. Während mit der Einführung der Pflegeversicherung die Pflegedienste vor allem auf den Hilfebedarf älterer Menschen bei der Bewältigung alltäglicher Lebensverrichtungen eingestellt sind, herrscht in Bezug auf die pflegerische Versorgung von schwer- und intensivpflegebedürftigen PatientInnen weitgehende Konzeptionslosigkeit. Dort, wo Versuche unternommen werden, durch innovative Projekte die Versorgungslücke zu füllen, hemmen in erster Linie strukturelle Rahmenbedingungen eine Weiterentwicklung².

Aufgrund der mageren Datenlage über die tatsächliche und potentielle Zielgruppe Schwerkranker zur häuslichen Versorgung besteht erwartungs-

² Vergl. Kapitel 4, zur Diskussion einer möglichen Umsetzung innovativer Konzepte zur häuslichen Versorgung schwer- und intensivpflegebedürftiger PatientInnen in Deutschland.

gemäß auch ein Mangel an konkreten Erhebungen zur Bedarfssituation dieser PatientInnen. Dennoch gibt es erste Ansätze, die als grundlegende Ausgangspositionen zur Entwicklung gezielter Versorgungskonzepte diskutiert werden. Erste Überlegungen im deutschsprachigen Raum stellen Pelikan et al. (1998) aus Österreich im Rahmen ihres Konzeptansatzes „Virtuelles Krankenhaus“ an. Die AutorInnen schlagen vor, die häusliche Versorgung Schwerkranker bzw. bestimmter PatientInnen, die vormals dringend auf eine Krankenhausbetreuung angewiesen waren, mit Hilfe „integrierter extramuraler Leistungspakete“ (Pelikan et al. 1998, 16) zu realisieren. Ausgehend von den relevanten Versorgungskriterien einer effektiven stationären Versorgung, bewerten sie die *umfassende, integrierte, kontinuierliche* und *qualitätsgesicherte* Leistungserbringung als die wichtigsten Elemente eines solchen Konzeptes. Diese Elemente, so die AutorInnen, tragen im Rahmen einer Krankenhausbetreuung entscheidend zur Umsetzung einer effektiven Betreuung bei, weshalb der Erfolg einer häuslichen Versorgung entsprechender PatientInnen von der Sicherstellung derselben im Rahmen einer ambulanten Versorgung abhängt.

Diese von Pelikan et al. (1998) benannten Kernelemente des Konzeptes „Virtuelles Krankenhaus“ begründen sich folgendermaßen. Die Forderung zur *umfassenden* Betreuung entspringt der Tatsache, dass Schwerkranke in der Regel einen multidisziplinären Versorgungsbedarf haben, der von pflegerischen, medizinischen und anderen therapeutischen, hauswirtschaftlichen, psychologischen und sozialen Leistungserbringern auch ambulant zur Verfügung stehen und deren Umsetzung sichergestellt werden muss. Damit eine bedarfsgerechte Organisation dieser Leistungen gewährleistet ist, müssen diese im Rahmen einer *integrierten* Betreuung sinnvoll aufeinander abgestimmt erbracht werden. Darüber hinaus ist zur Vermeidung von Betreuungslücken und Versorgungseinbrüchen die Sicherstellung eines *kontinuierlich* zur Verfügung stehenden Leistungspaketes notwendig; eine *qualitätsgesicherte* Leistungserbringung muss auch in der häuslichen Versorgung selbstverständlich sein. Zu ähnlichen Schlüssen kommen auch Schaeffer und Ewers, die im Rahmen verschiedener Studien die Situation der ambulanten Pflege Schwerkranker in Deutschland analysiert haben (Schaeffer 1997, Ewers 1998, Ewers/Schaeffer 1999)³. Auch sie betonen, dass effektive Kooperationsstrategien zu entwickeln sind, um eine umfassende, d.h. multidisziplinär zu erbringende und gleichzeitig integrierte, also sinnvoll aufeinander abgestimmte Versorgung zu erreichen. Diese Forderung gilt nicht nur für die beteiligten Professionen, sondern bezieht auch das soziale Netzwerk der PatientInnen ein, welches einen wichtigen Teil der häuslichen Versorgungssituation darstellt.

Sowohl Schaeffer (1997) als auch Pelikan et al. (1998) betonen, dass ein angemessenes Konzept zur häuslichen Versorgung Schwerkranker im Sinne einer Optimierungsstrategie zu entwickeln ist. Dies beziehen sie vor allem auf die qualitative Dimension der Versorgung: Während das AutorInnen-Team um Pelikan von „humaner und bedürfnisgerechter“ Versorgung spricht (Pelikan et al. 1998, 29), verwendet Schaeffer den Begriff der „patientenorientierten Pflege“ (Schaeffer 1997, 85). Erste beziehen in ihre Überlegungen einer optimierten Versorgungsstrategie zusätzlich ein Kostenargument ein, da

³ Sie betrachten im Unterschied zu Pelikan et al (1998) die Situation weniger aus der Perspektive reiner Versorgungsforschung, sondern gezielt aus pflegewissenschaftlicher Sicht, da in der häuslichen Betreuung Schwerkranker die Pflege die bestimmende Versorgungsinstanz darstellt (zur Situation und Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland vergl. Robert-Bosch-Stiftung 1996, Schaeffer et al 1997, Schaeffer 1999a).

sie davon ausgehen, dass sich die häusliche Versorgungsform im Vergleich zur stationären ökonomisch effizienter umsetzen lässt⁴.

Jeder der Argumentationsstränge, die für die Entwicklung tragfähiger und angemessener Versorgungskonzepte sprechen, entspringen gesundheitswissenschaftlichen Überlegungen. Im folgenden Kapitel soll daher die Betrachtung häuslicher Versorgungskonzepte für schwer kranke und intensivpflegebedürftige PatientInnen aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive und vor dem Hintergrund entsprechender Erkenntnisse die Public Health-Relevanz der Thematik dargestellt werden.

1.2 Gesundheitswissenschaftliche Perspektive und Public Health-Relevanz der Thematik

Obwohl in Deutschland konkrete epidemiologische Daten zum häuslichen Versorgungsbedarf Schwerkranker noch nicht vorliegen, gibt es doch eine Reihe an Gründen, die im gesundheitswissenschaftlichen Kontext⁵ beisehen darauf hinweisen, dass ein solcher Bedarf zunehmend zu erwarten ist. Allem voran stehen die demografischen und epidemiologischen Entwicklungen, von denen die industrialisierten Länder international betroffen sind; mit steigender Lebenserwartung, erhöhter Multimorbidität und dem Anstieg chronischer Erkrankungen nimmt auch das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit zu (Schwartz/Walter 1998, Statistisches Bundesamt 1998). Diese Entwicklung ist nicht nur dem steigenden Wohlstand der entwickelten Länder zuzuschreiben, sondern auch dem medizinisch-pharmakologischen und medizinisch-technischen Fortschritt. Als Reaktion darauf ist die Forderung nach einer prioritär ambulanten Betreuung zu verstehen, die eine der ausschlaggebenden Schubkräfte zur Entwicklung häuslicher Versorgungskonzepte darstellt. Dies ist keineswegs eine Erfindung deutscher Gesundheitspolitik sondern vielmehr ein Vorgehen, das die Weltgesundheitsorganisation WHO international schon seit Mitte der achtziger Jahre im Rahmen der Initiative „Gesundheit für alle“ propagiert; die Motivation der Prämisse 'ambulant vor stationär' entspringt den Überlegungen, wie der gesundheitliche Versorgungsbedarf sowohl sozial gerecht und selbstbestimmt, als auch effektiv und ökonomisch angemessen erfüllt werden kann (Weltgesundheitsorganisation 1992).

Die Krankenhäuser, als bislang tragende Säulen und Maßstab der gesundheitlichen Versorgung einer Bevölkerung, können dem sich veränderndem Bedarfsprofil sowohl aus Gründen mangelnder Effizienz als auch aufgrund ökonomischer Aspekte nicht mehr gerecht werden. Letzteres führte international zu einem starken Rationalisierungsdruck in der stationären Akutversorgung, in dessen Folge es zu Schließungen, Bettenabbau und Verweildauerverkürzungen kam. Für die Entwicklung in England zitiert Wistow (1998) die staatliche Gesundheitsbehörde (NAHT):

⁴ Die AutorInnen (Pelikan et al 1998) beziehen sich dabei auf die Ergebnisse weniger britischer Studien; international wird das Argument der Kosteneinsparungen durch *hospital at home* kontrovers diskutiert (vergl. Kapitel 3.4).

⁵ Der gesundheitswissenschaftliche Zugang zeichnet sich durch eine umfassende, multidisziplinäre Perspektive auf die gesundheitliche Lage einer Bevölkerung (Public Health-Bezug) aus. Die gesundheitswissenschaftliche Perspektive und Public Health-Relevanz der in der vorliegenden Arbeit behandelten Thematik erschließt sich aus den im Folgenden dargestellten Argumentationssträngen. Zu Begrifflichkeit und inhaltlicher Definition von Gesundheitswissenschaften und Public Health vergl. Hurrelmann/Laaser 1993, 1998; Schwartz et al 1998a.

„Die National Association of Health Authorities and Trust stellt fest (...), die Betonung des Krankenhausbetts als die Währungseinheit der Gesundheitsversorgung sollte verschwinden (NAHT 1993).“ (Wistow 1998, 64)

Dieser Neubewertung der Krankenhausversorgung folgten international eine Reihe westlicher Industrienationen. In Deutschland ist seit den siebziger Jahren von 'Bettenbergen' und 'Fehlbelegungen' die Rede und es gibt seitdem Bestrebungen Abhilfe zu schaffen (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1989, Gerste 1997, Buck 1997, Statistisches Bundesamt 1998). Die ersten Überlegungen betrafen das Klientel der akut-stationären Versorgung. Man erkannte, dass vor allem für ältere, multimorbid und chronisch erkrankte PatientInnen das Krankenhaus keine effektive Versorgungsform darstellt - sondern dass es aufgrund mangelnder Alternativen mit Hilfe der so genannten sozialen Indikation nicht selten als 'Auffangbecken' dieses Klientels diente (Garms-Homolová/Schaeffer 1989). Um dies künftig zu vermeiden, wurde Mitte der siebziger Jahre die häusliche Krankenpflege zur Vermeidung eines Krankenhausaufenthaltes zur Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkassen erklärt (SGB V § 37) und - reichlich spät, nach 20 Jahren - die Pflegeversicherung eingeführt (SGB XI)⁶.

Da ein Krankenhausaufenthalt in der Regel die teuerste Versorgungsform darstellt, mehren sich die Überlegungen, für welches Klientel dieser tatsächlich und für wie lange adäquat ist. In den anglo-amerikanischen Ländern wurde diesbezüglich zu konsequenten Maßnahmen gegriffen: Mit Hilfe spezieller häuslicher Versorgungsmodelle, die international unter der Bezeichnung *hospital at home* bekannt wurden, soll Krankenhausaufenthalten vorgebeugt, diese verkürzt oder gänzlich ersetzt werden (exemplarisch Marks 1991, Hughes/Gordon 1993). Ein internationaler Vergleich der akut-stationären Verweildauer macht deutlich, dass Krankenhausaufenthalte beispielsweise in den USA und in Großbritannien im Vergleich zu Deutschland deutlich niedriger liegen. Tabelle 1 zeigt die Entwicklung der mittleren Verweildauer der genannten Länder seit den achtziger Jahren (alle Erkrankungen nach ICD: International Classification of Diseases; OECD 1999).

	1980	1985	1988	1993	1996
USA	7,3	6,5	6,5	6,0	5,2
GB	12,4	10,7	9,8	7,1	k. A
D	18,4	17,0	15,2	13,8	12,2

Tabelle 1: Mittlere Krankenhausverweildauer (ICD) in den USA, GB und Deutschland von 1980 bis 1996, Angabe in Tagen (OECD 1999).

Die mittlere Verweildauer hat sich in Deutschland innerhalb der letzten 20 Jahre zwar deutlich verringert, liegt aber immer noch mehr als doppelt so hoch wie in den USA.

Diese Entwicklung wird entscheidend vorangetrieben durch biomedizinische, pharmakotherapeutische und technologische Innovationen. Sie eröffnen ein großes Spektrum neuer Behandlungsoptionen, die eine prioritär ambulante Pflege von PatientInnen ermöglicht, die vormals zwingend auf eine stationäre Versorgung angewiesen waren. Dazu zählen beispielsweise die zunehmenden Möglichkeiten der minimalinvasiven Chirurgie, in deren Folge Pati-

⁶ Darstellung und Analyse der Pflegeversicherung exemplarisch Rothgang 1997.

entInnen wesentlich schneller aus der stationären Betreuung entlassen werden bzw. dieser gar nicht bedürfen. Eine entscheidende Voraussetzung zur häuslichen Versorgung Schwer- und Intensivpflegebedürftiger stellen medizinisch-technische Verbesserungen dar, die es ermöglichen, dass PatientInnen auch Zuhause z.B. künstlich ernährt und beatmet werden können, dass Infusionsbehandlungen im Rahmen von Schmerzmanagement und Chemotherapie, bis hin zu Dialysebehandlungen möglich sind (Mehlmann/Youngner 1991, Rothkopf/Askanazi 1992, Balinsky 1994, Smith 1995, Ewers 2000).

Neben der ökonomischen Triebfeder und der Schaffung medizinisch-technischer Voraussetzungen für die verstärkte Krankenversorgung im ambulanten Bereich trägt auch ein gesellschaftlicher Wertewandel mit humanistisch-ethischer und sozialer Motivation bei. Diese gründet sich aus der Kritik am naturwissenschaftlichen Paradigma der Medizin, der Institutionalisierung und Hierarchisierung des Gesundheitswesens und der damit einher gehenden Entmündigung von PatientInnen und Angehörigen⁷. Die Kritik am naturwissenschaftlichen Paradigma betrifft in erster Linie die Eindimensionalität der somatisch-biologischen Erklärungsmodelle von Krankheit und Behandlung, in denen psychologischen und sozialen Zusammenhängen keine Relevanz zugesprochen wird. Als Reaktion darauf entwickelte sich das Ideal eines 'ganzheitlichen' Versorgungsanspruches, welches im Rahmen eines biopsychosozialen Modells „(...) Krankheit und Gesundheit in Abhängigkeit von biologischen, körperlichen und psychischen Voraussetzungen und Prozessen sowie sozialen und gesellschaftlichen Einflüssen betrachtet wird (...)“ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1998, 98). Diese Erkenntnis trug neben anderen ausschlaggebenden Faktoren entscheidend zur Entwicklung einer interdisziplinären Zugangsweise gesundheitlicher Versorgung bei. Damit erfährt das bislang von der medizinischen Disziplin dominierte Gesundheitswesen eine gesundheitswissenschaftliche Ausrichtung.

Darüber hinaus steht die hauptsächlich kurativ ausgerichtete Versorgungsgestaltung durch die traditionelle Medizin im Mittelpunkt der Kritik, die vor allem dem zunehmenden Bedarf chronisch und unheilbar Kranker nicht angemessen Rechnung tragen kann. Deren Bedarf kann aufgrund der zum Teil langwierigen und schwankenden Krankheitsverläufe im Rahmen punktueller akut-medizinischer Versorgung nicht adäquat gedeckt werden, sondern benötigt eine kontinuierlich begleitende und unterstützende Betreuung (Corbin/Strauß 1993, Badura 1994, Schaeffer 1997). Damit tritt die Bedeutung einer kurativen und medizinischen zugunsten einer palliativen und pflegerischen Versorgung zurück. Aufgrund der (nicht nur in Deutschland) stark segmentierten sozialen und gesundheitlichen Versorgung entstehen in der Betreuung chronisch Kranker immer wieder Versorgungslücken; während akute Krankheitsschübe im Versorgungssystem in erster Linie vom akut-stationären Sektor aufgefangen werden, bleiben die PatientInnen in den dazwischen liegenden Lücken weitgehend ohne Betreuung und Unterstützung, wodurch sich deren Situation erheblich verschlechtern kann und sie letztendlich wieder zurück ins Krankenhaus führt. Neben diesem als 'Drehtüreffekt' bekannt gewordenen Ausdruck einer höchst uneffizienten Versorgungsgestaltung wird den Betroffenen darüber hinaus auch die Steuerung durch ein unübersichtliches und wenig vernetztes Versorgungssystem zugemutet. Gerade PatientInnen mit chronischen Erkrankungen bedürfen einer umfassenden Versor-

⁷ Vergl. z.B. Goffman (1972) zur Kritik unmenschlicher Zustände in der stationären psychiatrischen Versorgung und Illich (1975, 1995) zur Kritik der Medikalisierung des Lebens.

gung, die von verschiedenen Sektoren und Professionen zu leisten ist und die nur dann effektiv sein kann, wenn sie integriert erbracht wird (Badura 1994, Garms-Homolová/Schaeffer 1998, Ewers 1998, Schaeffer 1999b).

Ein weiterer Kritikpunkt traditioneller gesundheitlicher Versorgung bezieht sich auf die Rolle der Betroffenen. Das in erster Linie an Defiziten orientierte Modell der Medizin führt zur Pathologisierung von Zuständen und damit des ganzen Menschen, wodurch sich die Betroffenen 'schicksalsergeben' und weitgehend passiv - im Sinne therapeutisch erwünschter Compliance - in ihre krankheitsbezogene Behandlung begeben. Dagegen setzt sich immer mehr die Erkenntnis durch, dass PatientInnen nicht Objekte und ihre gesundheitliche Verfassung nicht ausschließlich Produkte der Gesundheitsversorgung sind. Die These des Patienten bzw. der Patientin als KoproduzentInnen ihrer Versorgung (Donabedian 1992) weist auf deren aktive Potentiale hin, denen in modernen Betreuungs- und Versorgungskonzepten mit salutogenetisch- und damit ressourcenorientierten Ansätzen⁸ Rechnung getragen wird. Im Unterschied zur defizitorientierten Versorgung haben die PatientInnen damit die Möglichkeit Autonomiepotentiale zu erhalten und auszubauen. Darüber hinaus wird eine selbstbestimmte Beteiligung an Behandlungsentscheidungen und der Gestaltung von Versorgungsabläufen gefordert. Dies steht gerade in jüngster Zeit im Rahmen gezielter Erhebungen der Perspektive der PatientInnen auf ihr Versorgungsgeschehen (Müller/Thielhorn 2000) sowie der Entwicklung von PatientInnenrechten (Badura et al. 1999, Francke/Hart 1999) im Blick des öffentlichen Interesses. Die Bestrebungen einer solchen PatientInnenorientierung erklären auch, warum Lebensqualität als wichtiger Indikator angemessener und effektiver gesundheitlicher Versorgung an Bedeutung gewinnt⁹.

Gerade für die voraussichtlich wachsende Bevölkerungsgruppe der Schwerkranken und Intensivpflegebedürftigen und deren Versorgungsform spielen diese in erster Linie aus humaner und sozialer Motivation stammenden Forderungen eine bedeutende Rolle. Lange bevor ökonomische Aspekte die Diskussion um gesundheitliche Versorgung in solch umfänglichen Maße wie heute beherrschte, bildeten humane und soziale Überlegungen den Ausgangspunkt zur Entwicklung alternativer Versorgungskonzepte für die überwiegend stationär betreuten schwer kranken und intensivpflegebedürftigen PatientInnen. In Frankreich entstanden beispielsweise aus einer bereits Ende der fünfziger Jahre begonnen 'Grassroot'-Bewegung erste so genannte *hospitalisation à domicile*-Modelle zur Betreuung beatmungspflichtiger PatientInnen in ihrem eigenen Zuhause. Auch der Initiator des international als erstes *hospital at home*-Projekt bekannt gewordenen häuslichen Versorgungskonzeptes begründete dieses Programm (welches als Zielgruppe nicht ausschließlich Schwerkranke und Intensivpflegebedürftige benannte, sondern alle potentiellen KrankenhauspatientInnen einschloss) in erster Linie mit den negativen Auswirkungen der stationären Institutionalisierung und seinem Anspruch einer sozial gerechten Gesundheitsversorgung¹⁰ (Bluestone 1974).

⁸ Salutogenese ist ein auf den Medizinsoziologen Antonovsky zurückgehender Gegenentwurf zur pathogenetischen Perspektive der Medizin, indem die einseitig auf Krankheit konzentrierte Gesundheitsversorgung kritisiert und dagegen die Fokussierung gesundheitserhaltender und -fördernder Ressourcen beim Menschen gefordert wird (Antonovsky 1997).

⁹ Zur Lebensqualität als Indikator gesundheitlicher Versorgung vergl. Leidl 1998.

¹⁰ Zur historischen und internationalen Entwicklung von *hospital at home* vergl. Kapitel 2.

Ausschlaggebend für dieses Engagement waren Überlegungen bezüglich der Angemessenheit stationärer Versorgung für ein Klientel, dem diese Versorgungsform mit seiner akut-kurativen Ausrichtung nicht gerecht werden kann. Es handelt sich um schwer kranke Menschen, für die kein grundsätzlicher Heilungserfolg zu erwarten ist, die aber dennoch einer intensiven medizinischen und pflegerischen Betreuung bedürfen - und dies möglicherweise über einen langen Zeitraum. Aufgrund der hohen pflegerischen und medizinischen Expertise stellten Krankenhäuser lange die einzig denkbare Versorgungsform für diese PatientInnen dar, die aber nicht als Einrichtungen zur Langzeitversorgung konzipiert sind. Schwer kranke PatientInnen haben heute aufgrund medizinisch-technischer und pharmakologischer Fortschritte eine deutlich längere Lebensspanne, in der sie intensivpflegebedürftig sind. Ein eindrückliches Beispiel stellen die modernen Möglichkeiten zur künstlichen Ernährung und Beatmung dar, mit deren Hilfe die Lebenserwartung schwer kranker Menschen entscheidend verlängert werden kann.

Bemühungen zur Verlängerung der Lebenserwartung waren von je her ein Motor der medizinischen Forschung und die in einer Bevölkerung durchschnittlich erwartete Lebensdauer ist einer der wichtigsten Indikatoren zur Messung der Effektivität sozialer und gesundheitlicher Versorgung einer Region (Schwartz et al. 1998b, Schwartz/Walter 1998). Die industrialisierten Länder haben das gesundheitspolitisch gewünschte Ziel der „(...) maximal langen Lebenserwartung für jeden Geborenen.“ (Schwartz/Walter 1998, 126) im Vergleich zu den Entwicklungsländern schon fast erreicht. Daher wendet man sich in zunehmenden Maße der Verbesserung anderer gesundheitsrelevanter Indikatoren zu, wie der Erhöhung so genannter behinderungsfreier Lebenserwartung und der positiven Beeinflussung von Lebensqualität (Schwartz et al. 1998, Statistisches Bundesamt 1998). Da die Lebenserwartung schwer kranker und intensivpflegebedürftiger PatientInnen mit Hilfe pharmakologischer und medizinisch-technischer Innovationen zwar gesteigert werden kann, aber nicht behinderungsfrei ist¹¹, muss gesundheitspolitischer und letztendlich humaner Logik folgend bei diesem Klientel der Schwerpunkt auf eine Verbesserung der Lebensqualität gelegt werden. Die Forderung 'ambulant vor stationär' entwickelte sich u.a. auch aufgrund solcher Überlegungen. Der Wunsch vieler, auch schwer kranker PatientInnen, zu Hause zu leben und dort versorgt zu werden, zielt auf einen Zuwachs an Lebensqualität: Im Idealfall kann eine häusliche Versorgung individueller gestaltet werden als in einer Institution und ermöglicht den PatientInnen die Beteiligung am sozialen Leben.

Darüber hinaus wird die häusliche Versorgung als Alternative zur stationären auch oftmals von den Angehörigen - dem freundschaftlichen und familiären sozialen Netzwerk der PatientInnen - gewünscht. Gerade in der häuslichen Versorgung Schwerkranker stellen sie eine wichtige Voraussetzung zur effektiven Umsetzung dar. Der Bedeutung informeller Hilfe wurde in den traditionellen Strukturen des bundesdeutschen Gesundheitssystems bislang wenig Rechnung getragen, obwohl in der häuslichen Betreuung Familienangehörige - in der Regel Frauen - die Hauptpflegepersonen darstellen (Dankowski et al. 1997, Statistisches Bundesamt 1998). Im Rahmen der Pflegeversicherung wird in Deutschland erstmals die Förderung und Unterstützung

¹¹ Zum derzeitigen Stand der Gesundheitsberichterstattung in Deutschland liegen keine einfach zugänglichen Daten vor, die an dieser Stelle eine Einschätzung zur quantitativen Relevanz der aufgezeigten Situation bieten könnten (vergl. Kapitel 1.1).

sozialer Netzwerke Pflegebedürftiger ausdrücklich im Sinne einer „neuen Kultur des Helfens und der mitmenschlichen Zuwendung“ (SGB XI § 8) berücksichtigt. Damit soll dem zu erwartenden Rückgang des Laienpflegepotentials¹² entgegengetreten werden. Der tatsächlichen Bedeutung der Familie als „größter Pflegedienst der Nation“ (Damkowski et al. 1997, 12) ist sich wahrscheinlich keine der Gesundheitsprofessionen in Deutschland in seiner ganzen Tragweite bewusst, denn niemand fühlt sich dafür zuständig, die hier vorhandenen Ressourcen zu erhalten und zu unterstützen. Im anglo-amerikanischen Sprachraum ist dagegen die Schulung, Beratung, Vermittlung und Unterstützung pflegender Angehöriger einer der wichtigen Aufgabenbereiche pflegerischer und auch sozialer Gesundheitsberufe und in den systematischen Aufbau ehrenamtlicher Tätigkeit wird viel investiert (exemplarisch Schaeffer 1995). Auch wenn es sich hier zum Teil um kulturell determinierte Strukturen handelt, scheint in Deutschland diesbezüglich ein wichtiges Potential brachzuliegen oder zumindest stark vernachlässigt zu sein.

Die Frage nach einer angemessenen Versorgungsform für schwer kranke und intensivpflegebedürftige PatientInnen stellt sich sowohl aufgrund ihrer derzeitigen Situation in der häuslichen Versorgung (vergl. Kapitel 1.1) als auch aufgrund der oben angeführten Public Health-relevanten Aspekte. Bei der Suche nach einer angemessenen Antwort sind neben der bevölkerungsbezogenen Entwicklung eine evidenzbasierte Versorgung, ökonomische Effizienz sowie humane und soziale Belange zu berücksichtigen. Mit der gesundheitspolitischen Prämisse 'ambulant vor stationär' soll diesen Dimensionen Rechnung getragen werden. Dennoch werden Versorgungskonzepte angesichts ökonomischer Restriktionen in erster Linie aufgrund finanzieller Überlegungen entwickelt, wobei die anderen Dimensionen in den Hintergrund treten. Aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive greifen solche Konzepte zu kurz, da es sich um eine mehrdimensionale Aufgabe handelt, die durch einen punktuellen Ansatz nicht zu lösen ist. Im Rahmen der in der vorliegenden Arbeit vorgenommenen Analyse von *hospital at home* als häusliches Versorgungskonzept für schwer kranke und intensivpflegebedürftige PatientInnen werden daher relevante gesundheitswissenschaftliche Dimensionen einer adäquaten Versorgungsform aufgezeigt und diskutiert.

1.3 Fragestellung und methodisches Vorgehen

In der vorliegenden Arbeit wird es in erster Linie darum gehen, *hospital at home* als häusliches Versorgungsmodell für schwer kranke und intensivpflegebedürftige PatientInnen vorzustellen und aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive zu untersuchen. In der einschlägigen deutschsprachigen Literatur wurde dieser Versorgungsform bislang wenig Beachtung gezollt (als Ausnahmen siehe Krajic et al. 1998, Pelikan et al. 1998) und die Bemühungen zur Betreuung dieses Klientels erfolgt offenbar weitgehend ohne eine zielgerichtete Rezeption der international in Entwicklung befindlichen *hospital at home*-Programme.

Neben der Darstellung von *hospital at home* als Versorgungsform geht es in einem weiteren Schritt darum, deren Konzeption und bisherige Erfahrun-

¹² Aufgrund veränderter Familienstrukturen und vermehrter Einpersonenhaushalte (Statistisches Bundesamt 1998) sowie infolge eines demografisch bedingt rückgängigen Töchterpotentials (Bartholomeyczik 1998).

gen zu analysieren und damit die entscheidenden Faktoren zu benennen, die zur Umsetzung einer adäquaten Versorgung notwendig sind. Diese Kernelemente werden schließlich einer kritischen Betrachtung bezüglich ihrer Umsetzung unterzogen. Für die Situation der häuslichen Versorgung Schwerkranker in Deutschland stellt sich die Frage, inwieweit es sich anbietet, die international gewonnenen Erkenntnisse über *hospital at home* als richtungsweisende Versorgungsmöglichkeit zu diskutieren. Dabei gilt es sowohl für die vergleichende Betrachtung als auch für Überlegungen bezüglich einer Übernahme von Konzepten zu beachten, dass es sich um national unterschiedliche Gesundheitssysteme und unterschiedliche Versorgungskulturen handelt. Da eine umfassende Darstellung der Gesundheitssysteme aller Länder, in denen *hospital at home* realisiert wird, den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde, werden lediglich spezielle Besonderheiten, die einer direkten Klärung bedürfen, kurz erläutert (z.B. bezüglich finanzieller Modalitäten). Für die Situation in Deutschland lässt sich aus der Darstellung und Analyse von *hospital at home* zwar kein konkretes Konzept zur Versorgung schwer kranker und intensivpflegebedürftiger PatientInnen herleiten. Gleichwohl lassen sich für die deutsche Situation wichtige Aspekte diskutieren, die sich im internationalen Diskurs als Kernelemente einer solchen Versorgung herauskristallisiert haben. Welche Erkenntnisse aus dem Erfahrungsvorsprung mit *hospital at home* für Deutschland von Interesse sein können, wird am Ende der Arbeit ausblickhaft dargestellt.

Grundlage dieser Arbeit bildet eine Literaturrecherche zum Thema *hospital at home*. Dazu wurden Artikel von gesundheitswissenschaftlichen, medizinischen und pflegerischen Fachpublikationen, sowie Monographien herangezogen. Die Literaturrecherche erfolgte in erster Linie über die Datenbanken MEDLINE (1966-2000) und CINAHL (1982-1999) und im lokalen Bibliotheksbestand der Universität Bielefeld. Da der Begriff *hospital at home* kein einheitliches Schlagwort für alternative Versorgungsformen von Krankenhausaufenthalten darstellt, mussten die meisten verwertbaren Artikel (in der Regel englischsprachig), die als Schlagworte „hospital“ und „home“ enthielten, über systematisches Durchlesen von Titeln und Kurzzusammenfassungen (abstracts) herausgefiltert werden. Zusätzlich dienten die Begriffe „home care services“ und „early discharge“ dem Auffinden thematisch interessanter Publikationen. Darüber hinaus konnten über die Literaturangaben vorliegender Artikel das Spektrum der international diskutierten Veröffentlichungen zum Thema *hospital at home* breit abgedeckt werden. Die Literaturrecherche brachte Hinweise auf ca. 130 Veröffentlichungen, die Informationen zum bearbeiteten Thema enthalten.

Ein erstes interessantes Ergebnis der Literaturrecherche war die Tatsache, dass die meisten Veröffentlichungen zum Themenbereich häuslicher Versorgungsformen für schwer kranke und intensivpflegebedürftige PatientInnen aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum stammen. Obwohl aus dieser Literatur deutlich wird, dass die europäischen Wurzeln von *hospital at home* in Frankreich zu suchen sind, sieht die entsprechende französische „Scientific Community“ offenbar wenig Anlass zur Beteiligung an der internationalen Diskussion im Rahmen einschlägiger Veröffentlichungen (weder in englischer noch in französischer Sprache). Damit soll auf die Grenzen und Einschränkungen einer Literaturarbeit hingewiesen werden, die ausschließlich auf der Grundlage wissenschaftlich fundierter Abhandlungen basiert. Für eine weiterführende und vertiefende Auseinandersetzung mit der in dieser Arbeit behan-

delten Thematik, bietet sich demnach der Blick in die Praxis im Rahmen einer empirischen Zugangsweise an.

2. *Hospital at Home* - ein innovatives Versorgungsmodell

2.1 Begriffsbestimmung

Eine international allgemein gültige und anerkannte Definition von *hospital at home* als Terminus technicus gibt es nicht. In den anglo-amerikanischen Ländern hat sich dieser Begriff zur Bezeichnung von bestimmten Modellen innerhalb ambulanter pflegerisch-medizinischer Versorgungsformen etabliert. Diesen Modellen gemeinsam ist die Bereitstellung pflegerischer, medizinischer und anderer notwendiger Leistungen bei den PatientInnen Zuhause, die traditionellerweise im Krankenhaus erbracht werden und in erster Linie dazu dienen, einen Krankenhausaufenthalt zu ersetzen (als Alternative), vorzubeugen (als Prävention) oder zu verkürzen („early discharge“):

„Through providing medical, nursing and rehabilitation services as well as social support and equipment to the patients in their own homes, hospital care at home (HCH) can be a means of preventing hospital admission or of ensuring earlier discharge.“ (Marks 1990, 106)

„(...) offer alternatives to caring for patients in acute hospital beds (...) (is) to provide an intensive level of care, similar to that available in hospitals, for patients in their own homes.“ (Hughes/Gordon 1993, 26)

„The appropriate definition of hospital in the home is one in which the patient requires treatment that, without the presence of a hospital in the home delivery system, would otherwise require care in hospital.“ (Montalto/Grayson 1998, 1652)

Hospital at home kann - mit einem ähnlich hohen Versorgungsniveau wie im Krankenhaus - einen Ersatz für die stationäre Betreuung bei den PatientInnen Zuhause bieten. Dabei soll diese Versorgungsform *ausschließlich* als Alternative zum Krankenhausaufenthalt eingesetzt werden. Für solchermaßen definierte Versorgungsformen gibt es eine Reihe an unterschiedlichen Bezeichnungen. Einen exemplarischen Überblick zur internationalen Bezeichnungsvielfalt dieser häuslichen Versorgungsmodelle liefert Tabelle 2.

Bezeichnung	Land	AutorInnen
hospital at home (HAH) (<i>hospital-at-home</i>)	GB USA Australien Italien	Clarke 1984 Anand/Pryor 1989 Knowelden 1991 Pannuti/Tanneberger 1992 Clayton 1994 O'Cathain 1994 Donald et al. 1995 Elliott 1995 Brooks 1996 Curtis 1997 Cella et al. 1997 Johnson 1997 Sims et al. 1997 Jester/Turner 1998 Richards et al. 1998 Shepperd/Iliffe 1998
hospital care at home (HCH)	GB	Marks 1990, 1991 Rink et al. 1998 Kirk/Glenndinning 1998
hospital-based home care (<i>hospital based home health agency</i>)	USA	Frasca/Christy 1986 Hughes et al. 1992 Montgomery 1993
hospital-in-the-home unit (HHU) hospital-in-the-home care (HIH)	Australien	Montalto 1995, 1996, 1997 Montalto 1998
home hospital (HH) home hospitalization	USA Israel	Leff et al. 1999 Stessman et al. 1997
hospitalisation à domicile (HAD)	Frankreich	Cang/Clarke 1978 Dupont 1998 Eudes 2000
post-hospital in-home team care	Schweden	Melin et al. 1995
extra-mural hospital (<i>hospital without walls</i>)	Kanada	Ferguson 1987 Nixon 1991
intensive homecare (<i>intensive home health care</i>) services intensifs de maintien à domicile (SIMAD)	USA Canada	Rothkopf/Askanazi 1992 Kornowski et al. 1995 Vezina/Roy 1996
high-tech home care (<i>high technology home care</i>)	USA	Mehlmann/Youngner 1991 Balinsky 1994 Smith 1995 Arras/Neveloff-Dubler 1995

Tabelle 2: Unterschiedliche Bezeichnungen für häusliche Versorgungsmodelle, die dazu dienen Krankenhausaufenthalten vorzubeugen, sie zu ersetzen oder zu verkürzen. Eine exemplarische Auswahl an Begriffen, die von verschiedenen AutorInnen unterschiedlicher Länder zur Beschreibung der Modelle verwendet werden.

Während bei einem Großteil der Bezeichnungen die Begriffe „*hospital*“ und „*home*“ vereint werden, ist zunächst kein Rückschluss auf einen konkreten inhaltlichen Bezug zur Versorgungsform möglich. Dagegen stehen die Begriffe „*intensive home care*“ und „*high-tech home care*“ für einen intensivpflegerischen und -medizinischen Schwerpunkt, der sich vor allem durch eine gewisse apparative Ausstattung (z.B. zur Durchführung von Infusions-,

Beatmungs-, Ernährungstherapien) der entsprechenden Modelle auszeichnet; die Begriffe werden synonym bzw. im Sinne einer Spezifizierung von *hospital at home* verwendet:

„Hospital-at-home schemes are diverse and include those that enable the delivery of specialist technological interventions usually associated with acute hospitals, such as oxygen therapy, parenteral feeding or intravenous therapy (...)“ (Clarke 1997, 734)

Als Bezeichnungen bzw. Umschreibungen zur häuslichen Versorgung schwer kranker und intensivpflegebedürftiger PatientInnen im deutschsprachigen Raum finden sich in der Literatur: *Ambulante Pflege Schwerkranker* (Schaeffer 1997, Ewers/Schaeffer 1999), *ambulante Schwerkrankenpflege* (Hunstein 1999), *virtuelles Krankenhaus zu Hause* (Pelikan et al. 1998), *Intensivstation im Wohnzimmer* (Rahnenführer 1996), *High Tech im Wohnzimmer* (Jaufmann 1998) und *Homehospital* (Tanneberger 1995).

An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass der in der vorliegenden Arbeit verwendete Begriff *hospital at home* nicht ganz unproblematisch ist und es gibt drei wichtige Aspekte, die bei dessen Verwendung zu bedenken sind. Erstens: Die zunächst griffig anmutende Bezeichnung *hospital at home* erweckt den Eindruck, als stünde sie für eine eindeutig definierte Versorgungsform. Eingangs wurde schon auf den Mangel einer allgemein gültigen Definition hingewiesen. Deshalb ist es wichtig an dieser Stelle zu betonen, dass die Analyse bestehender Modelle gezeigt hat: *Hospital at home* steht für ein sehr breites Spektrum häuslicher Versorgungsformen. Zweitens: Marks (1991) geht davon aus, dass es sich bei der Bezeichnung *hospital at home* um einen Übergangsbegriff handelt. Spätestens, wenn mit der Etablierung eines entsprechenden Konzeptes für einen Großteil potentieller Versorgungsfälle *hospital at home* die prioritäre Betreuungsform geworden ist, wird dadurch möglicherweise ein Krankenhausaufenthalt für diese PatientInnen überflüssig und die Realität hat die Bezeichnung überholt:

„It is referred to throughout this report as hospital care at home (HCH), although it is recognised that the term is a transitional one. As it becomes standard practice for certain kinds of hospital care to be transferred into the home, so the organisational boundaries of health care are redrawn and the meaning of the term altered.“ (Marks 1991, 7)

Drittens: Eine weitere Problematik zeigt sich in der Bezeichnung einer *häuslichen* Versorgungsform, die dafür steht, dass das *Krankenhaus* Zuhause 'Einzug erhält'. Mit diesem Vorgang ist möglicherweise ein nicht absehbares Maß nachteiliger Veränderungen (Institutionalisierung und Entintimisierung der Privatsphäre, familiäre Rollenkonflikte) für PatientInnen und Angehörige verbunden (Arras/Neveloff-Dubler 1995). Eine ausführliche Analyse dieser wichtigen Thematik erfolgt an anderer Stelle innerhalb dieser Arbeit (vergl. Kapitel 3.5 und 3.6).

Dennoch wird in der vorliegenden Arbeit der Begriff *hospital at home* zur Bezeichnung häuslicher Versorgungsformen verwendet, die - wie im oben beschriebenen Sinne - dazu dienen, Krankenhausaufenthalten vorzubeugen, sie zu ersetzen oder zu verkürzen. Dies entspricht zum einen der gängigen Bestimmung und Bezeichnung. Zum anderen ermöglicht das die Subsumierung aller in der Literatur vorgefundener Modelle, da mit dem Begriff *hospital*

at home eine inhaltliche und organisatorische Ausgestaltung nicht festgeschrieben ist.

2.2 Erste Modelle und internationale Entwicklung

In den folgenden Abschnitten wird ein Überblick zur historischen Entwicklung von *hospital at home* dargestellt. Da der Ursprung dieser Versorgungsform in den USA und Frankreich zu finden ist, soll die Entstehungsgeschichte in diesen beiden Ländern im Vordergrund stehen; in Großbritannien erfolgt seit den siebziger Jahren eine breite nachholende Entwicklung und auch in anderen Ländern wurden und werden Modellprojekte gestartet.

2.2.1 Hospital at Home in den USA

Als Initiator für das erste „hospital-based home care“ Programm gilt E.M. Bluestone, Arzt und Direktor des Montefiore Hospital in New York. Bereits 1948 führte er dort ein Projekt ein, um die Betreuung von KrankenhauspatientInnen, die eine häusliche Versorgung vorzogen, zu ermöglichen (Clarke 1984). Das Engagement Bluestones entsprang zum einen der Erkenntnis über die negativen Auswirkungen einer Institutionalisierung auf die PatientInnen und zum anderen seinem Anspruch einer sozial gerechten Gesundheitsversorgung:

„All these threads can now be woven into a responsible pattern of medical organisation which will leave no sick person out in the cold, whether he is acutely or chronically ill, ambulatory or bedfast, rich or poor, young or old, mentally or physically sick. Given an adequate organisation, we can now serve any sick person, as required, at any time and in any place.“ (Bluestone 1974, 94).

Bluestones *hospital at home*-Modell war als Versorgungskonzept für alle potentiellen KrankenhauspatientInnen vorgesehen. Er definierte aber bestimmte Umstände, unter denen ein Krankenhausaufenthalt als unvermeidbar anzusehen sei: Bei der Notwendigkeit eines großen chirurgischen Eingriffes, bei umfassender klinischer Diagnosestellung unter spezieller Beobachtung und Kontrolle und bei Bedarf an schwerem, nicht transportablem medizinisch-technischem Gerät. Neben diesen Grundvoraussetzungen hing die Entscheidung zur häuslichen Versorgung von der Zustimmung der PatientInnen und der Angemessenheit der häuslichen Umgebung ab. Letzteres festzustellen und eventuell zu sichern, war nach Bluestones Vorschlag Aufgabe eines Sozialarbeiters bzw. einer Sozialarbeiterin. Einen weiteren wichtigen Punkt in der ambulanten Versorgung sah der Autor in der Zusammenarbeit mit den HausärztInnen (Bluestone 1974). Auf die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung und die Einbindung von Angehörigen ging Bluestone nicht ein.

In den USA wuchs mit der Idee Bluestones kontinuierlich die Anzahl der seit den sechziger Jahren von den Krankenhäusern entwickelten und organisierten, so genannten „hospital-administered (hospital-based) home care programs“ (Richter/Gonnerman 1974). Für 1990 wird in diesem Land der Anteil beteiligter Krankenhäuser an solchen Programmen mit über 70% angegeben (Marks 1990, 108). Diese machen in den USA einen großen Teil der *hospital at home*-Modelle aus. Den anderen Teil bilden die so genannten

„high-tech home care“-Programme. Während die inzwischen schon seit 40 Jahren etablierten „hospital-based“-Modelle in den aktuellen Publikationen verhältnismäßig wenig Beachtung finden, steht „high-tech home care“ im Zentrum der wissenschaftlichen Diskussion zum Thema *hospital at home*.

Die Entwicklung von „high-tech home care“ schreitet derzeit in den USA rasant voran (Marks 1991, Smith 1995, Arras/Neveloff-Dubler 1995) und prägt damit zunehmend die Versorgungssituation von schwer kranken und intensivpflegebedürftigen PatientInnen in ihrer häuslichen Umgebung. Kennzeichnend für die „high-tech home care“-Programme ist deren Spezialisierung auf medizinisch-technische Therapieformen, die vor der Entwicklung dieser Programme einer stationären Betreuung bedurften. Dazu zählen Infusions-, Ernährungs-, Beatmungs- und Dialysetherapien (Fox et al. 1987, Marks 1991, Smith 1995). Tabelle 3 zeigt im Überblick einige „hospital-based“ und „high-tech home care“-Programme als Beispiele für *hospital at home*-Modelle in den USA.

hospital at home / high-tech home care	Modell-Bezeichnung	Quelle
<i>hospital-based home care program</i>	South Hills Health System (seit 1963) Don Monti Home Oncology Medical Extension Program (seit 1978) Respi-Care (seit 1985)	Frasca/Christy 1986 Vinciguerra et al. 1986 Campbell-Haggerty et al. 1991
<i>infusion therapy</i>	Home Intravenous Antibiotic Therapy (HIVAT) Home Drug Infusion Therapy (HDIT)	Bernstein 1991 Rehm/Weinstein 1983 Balinsky 1994
<i>parenteral/enteral nutrition therapy</i>	Total Parenteral Nutrition (TPN) Home Parenteral and Enteral Nutrition Therapies (HPEN)	Smith et al. 1991 Howard et al. 1995
<i>respiratory / mechanical ventilation therapy</i>	Mechanical Ventilation and Respiratory Care in the Home Pilot Project for Home Ventilator Patients Home Respiratory Care	Goldberg 1990 Dettenmeier 1990 Gilmartin 1994 Baldwin-Myers/Oppenheimer 1996 Dunne 1994, 1997
<i>home dialysis therapy</i>	Home Hemodialysis	Blagg 1992

Tabelle 3: *Hospital at Home* in den USA: „hospital-based“ und „high-tech home care“-Programme

2.2.2 *Hospital at Home* in Frankreich

Als eines der ersten *hospital at home*-Modelle in Europa gilt das 1957 in Frankreich eingeführte Konzept *hospitalisation à domicile* (Clarke 1984, Dupont 1998). Mit der Idee Bluestones als Vorbild reagierte die regionale Krankenhausverwaltung in Paris auf einen akuten Mangel an Krankenhausbetten und setzte die Erprobung eines entsprechenden Modells durch. Zielgruppe waren KrankenhauspatientInnen, die nach Hause wollten, aber auch mit Hilfe traditioneller Gemeindepflege noch nicht entlassungsfähig waren. Das Einverständnis der Angehörigen mit einer häuslichen Versorgung als Alternative zur Krankenhausversorgung wurde vorausgesetzt. Unabhängig davon wurde auf Initiative eines Chirurgen im französischen Baskenland die häusliche Versorgung von schwer an Krebs erkrankten PatientInnen realisiert (Morris 1983). Der 1961 gegründete „Santé Service Bayonne“ bot neben der traditionellen Gemeindepflege ein *hospitalisation à domicile*-Modell an, welches dann als Versorgungsform eingesetzt wurde, wenn der Patient bzw. die Patientin mehrmals täglich von einer ausgebildeten Pflegekraft versorgt werden musste und damit ein Krankenhausaufenthalt vermieden werden konnte. Das Assessment als Einschätzungs- und Zuordnungsverfahren als Voraussetzung zur Entwicklung einer angemessenen Versorgungsform für die PatientInnen und

deren Zuhause übernahmen die Pflegekräfte, die medizinische Verantwortung lag beim Hausarzt (Morris 1983).

Bis Mitte der siebziger Jahre etablierten sich in Frankreich über 20 *hospitalisation à domicile*-Modelle, jeweils zugeschnitten auf regionale Probleme und Möglichkeiten (Clarke 1984). Der HAD (*hospitalisation à domicile*) in Paris versorgt heute die ganze Stadt und die umliegenden Départements (Dupont 1998). Der Dienst ist formell an den Krankenhaussektor gebunden, besteht aus verschiedenen Abteilungen und eigenen MitarbeiterInnen und bietet folgende Leistungen an: Die Koordination der Aufnahme, die Koordination der medizinischen Betreuung, einen Pflegedienst für Erwachsene und Kinder (auch nachts und rund um die Uhr), einen Geburtshilfedienst, therapeutische Dienste (Krankengymnastik, Ergotherapie und Diätetik) und den Sozialdienst (Dupont 1998). Bestimmung und Aufgaben des HAD sind mittlerweile im französischen Gesetzbuch für Öffentliche Gesundheit beschrieben:

„Les structures (...) d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au domicile du malade, pour une durée limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes“. (Code de la santé publique, article R 712-2-4, zitiert in Dupont 1998, 152)

HAD ist somit im Rahmen eines begrenzten Zeitraumes (der je nach aktuellem Gesundheitszustand der Erkrankten zu bestimmen ist) für die Sicherstellung einer kontinuierlichen und koordinierten Versorgung mit medizinischen und paramedizinischen Leistungen zuständig. Die Leistungen des HAD unterscheiden sich von den üblichen Leistungen der Hauskrankenpflege durch deren Komplexität und Frequenz. Bemerkenswert an diesem Zitat ist vor allem die Festschreibung der Bedeutung, die *hospitalisation à domicile* als Versorgungsform in Frankreich offensichtlich erlangt hat, da deren Bestimmung einen gesetzlichen Niederschlag gefunden hat.

2.2.3 Hospital at Home in Großbritannien

Angeregt von der Entwicklung in Frankreich begann in den siebziger Jahren in Großbritannien die Diskussion um *hospital at home* (Cang/Clarke 1978). Das erste Projekt startete 1978 als „The Peterborough Hospital at Home scheme“ und diente als Vorbild für viele nachfolgende *hospital at home*-Modelle. Gemessen an der Publikationsrate stieg das Interesse an dieser Versorgungsform Mitte der neunziger Jahre stark an. Tabelle 4 zeigt im Überblick die in der Literatur beschriebenen Modelle und deren Gründungsjahre in Großbritannien.

Gründungsjahr	<i>hospital at home</i> -Modell	Quelle
1978	The Peterborough Hospital at Home scheme	Anand/Pryor 1989
1984	Hospital at Home (Seaton)	Mounce 1989
1990	Hospital at Home (Southern Derbyshire)	O’Cathain 1994
1992	Hospital at Home (Gloucester)	Donald et al. 1995
1993	Hospital at Home (Merton and Sutton Community Trust)	Brooks 1996
1994	Hospital at Home (Leicester)	Bushby 1995
	Hospital at Home (Kingston and District Community NHS Trust)	Elliott 1995
	Hospital at Home (Pontefract Hospitals NHS Trust)	Curtis 1997
	Hospital at Home (Swindon Health Authority)	Johnson 1997
1995	Hospital at Home (Bromsgrove)	Jester/Turner 1998
	Going Home Service (Hospital Care at Home, London)	Rink et al. 1998
1996	Hospital at Home (Brighton)	Neville 1998

Tabelle 4: *Hospital at home*-Modelle in Großbritannien

2.2.4 *Hospital at Home* in anderen Ländern

Die Idee zur Nachahmung von *hospital at home*-Modellen der ‘Herkunfts-länder’ Amerika und Frankreich wurde nicht nur von Großbritannien aufgegriffen. Der Anteil verfügbarer Literatur zu dieser Versorgungsform in anderen Ländern ist allerdings gering - die meisten wissenschaftlichen Studien zu diesem Thema stammen aus den USA und England. Dennoch gibt es eine Reihe von Ländern, aus denen über die Umsetzung von *hospital at home*-Modellen berichtet wird. Folgende Beispiele sollen dies illustrieren: In Canada gibt es seit 1981 das von einer stationären Einrichtung unabhängig organisierte „New Brunswick Extra-Mural Hospital“ mit einem breiten Versorgungsspektrum auf regionaler Ebene (Ferguson 1987, Nixon 1991); in Italien etablierte sich 1985 das „Bologna Eubiosia Project“ zur Versorgung schwer kranker KrebspatientInnen (Pannuti 1988, Tanneberger 1995, Tanneberger et al. 1998); in Israel gibt es seit 1991 ein geriatrisches „home hospitalization programme“ (Stessman et al. 1997); in Australien wird seit Mitte der neunziger Jahre über die Realisierung von „hospital-based“-Programmen berichtet, dem „Hospital @ Home Service (Flinders Medical Centre)“ (Clayton 1994) und der Umsetzung von „Hospital-in-the-Home Units“ verschiedener Krankenhäuser (Montalto 1995, 1996, 1997); in Schweden wurde das Programm „post-hospital in-home team care“ für die nachstationäre Betreuung älterer, chronisch kranker PatientInnen erprobt, um spätere Krankenhaus-Wiedereinweisungen zu verhindern (Melin et al. 1995). Einige wenige Publikationen in spanischer (Oterino et al. 1997, Alfonsín et al. 1997), russischer (Novikov et al. 1990), chinesischer (Chen 1974) und japanischer (Saito 1999) Sprache belegen, dass *hospital at home* in den entsprechenden Ländern

ebenfalls als Versorgungsform bekannt ist, umgesetzt und diskutiert wird. Da jedoch lediglich die Titel der Veröffentlichungen ins englische übersetzt sind, können sie im Folgenden nicht weiter berücksichtigt werden.

Die Entwicklung von „high-tech home care“ als spezialisierte Variante von *hospital at home* ist im internationalen Vergleich in den USA am weitesten vorangeschritten. Selbst in Großbritannien, wo die häusliche Versorgung zunehmend an Bedeutung gewinnt, ist die „high-tech home care“-Variante noch wenig realisiert (Nathwani/Davey 1996). In den Niederlanden dagegen sind mit dem „Cancer Pain Control by Infusion Techniques in the Home“-Projekt bereits seit 1981 Erfahrungen aus dem Bereich „high-tech home care“ dokumentiert (Boersma et al. 1992).

2.3 Modellbeispiele

Nachdem ein erster Eindruck über *hospital at home* als Versorgungsform im Rahmen ihrer historischen Entwicklung vermittelt wurde, steht in den beiden folgenden Kapiteln eine Beschreibung aktueller Modelle im Vordergrund. Ausgewählt wurden zwei Konzepte, die stellvertretend für viele andere in den Veröffentlichungen beschriebenen Projekte ausführlicher vorgestellt werden. Als erstes Beispiel dient ein in England seit über 20 Jahren etabliertes *hospital at home*-Programm, welches in der Tradition der ersten *hospital at home*-Modelle für eine breite Zielgruppe mit regionalem Bezug entwickelt wurde. Da zu diesem Modell mehrere Publikationen vorliegen, bietet sich dessen Wahl als Modellbeispiel an.

Das zweite Beispiel steht für die in Amerika derzeit 'boomende' Variante „high tech home care“. Dabei steht nicht die Beschreibung eines einzelnen Modells im Vordergrund, sondern die internationale Entwicklung einer speziellen Intervention aus dem Bereich „high-tech home care“ mit dem Schwerpunkt der gegenwärtigen Umsetzung in den USA. Wie eine häusliche Versorgung von PatientInnen sichergestellt werden kann, deren Überleben ausschließlich mit Hilfe künstlicher Beatmung möglich ist, steht bei diesem Beispiel im Vordergrund.

2.3.1 The Peterborough hospital at home scheme

Angeregt von der Entwicklung der *hospitalisation à domicile*-Modelle in Frankreich startete 1978 das „Peterborough hospital at home scheme“ in England. Dieses als regionales und vom Krankenhaus organisierte Projekt deckte zunächst den Bedarf eines Bevölkerungsanteiles von 20.000 Menschen ab; nach einer mehrjährigen Erprobungs- und Evaluationsphase wurde aus dem Pilotmodell eine regulär finanzierte Komponente des staatlichen Gesundheitswesens für einen Bevölkerungsdistrikt mit ca. 200.000 BewohnerInnen (Anand/Pryor 1989, 46-47).

Um einen Krankenhausaufenthalt abzukürzen oder gänzlich zu ersetzen, werden PatientInnen sowohl direkt nach einem Krankenhausaufenthalt bzw. durch Überweisung von niedergelassenen HausärztInnen in das Versorgungsprogramm aufgenommen. Betreut werden in erster Linie PatientInnen mit internistischen Diagnosen (Herz-Kreislauf-, Lungen-, Stoffwechselerkran-

kungen), schwer kranke und sterbende PatientInnen mit Tumorerkrankungen sowie PatientInnen nach chirurgischen Eingriffen. Ausgeschlossen ist die Betreuung von Schwangeren sowie nachgeburtliche Betreuung, die Versorgung von psychiatrisch Erkrankten und von Kindern (Anand/Pryor 1989, Knowelden et al. 1991). Voraussetzungen zur Aufnahme in die *hospital at home*-Versorgung sind Folgende: PatientInnen und Angehörige sind mit dieser Versorgungsform einverstanden; das *hospital at home*-Team stellt nach einem festgelegten Assessment-Verfahren fest, ob für die PatientInnen eine angemessene Betreuung im Rahmen des Programmes sichergestellt werden kann; der Hausarzt bzw. die Hausärztin übernimmt die medizinische Verantwortung.

Zu Beginn des Projektes erfolgte die pflegerische Versorgung der PatientInnen ausschließlich durch ein *hospital at home*-Team, zusammengesetzt aus professionellen Pflegekräften, Pflegehilfskräften, SozialarbeiterInnen und VertreterInnen von Krankengymnastik und Beschäftigungstherapie. Dies bedeutete, dass die pflegerischen Dienste der Gemeindestationen während einer Phase der *hospital at home*-Versorgung bei ihren 'eigenen' KlientInnen ausgeschlossen wurden. Diese Separierung führte zu Problemen bezüglich der Verantwortlichkeit für die häusliche Versorgung Pflegebedürftiger im Distrikt und wirkte sich nachteilig auf die Kontinuität ihrer Betreuung aus (Anand/Pryor 1989, Knowelden et al. 1991). Als wichtiger Schritt zur Verbesserung der Versorgungsqualität wurde deshalb die Kooperation mit den ambulanten Pflegediensten vereinbart. Das *hospital at home*-Team ist seitdem in erster Linie für die Koordination und Organisation verantwortlich und dient den kommunalen Pflegediensten als Ressource für spezielles pflegerisches Know-how, für verschiedene therapeutische Dienste (z.B. Krankengymnastik) und für eigens geschulte Pflegehilfskräfte (Anand/Pryor 1989). Die *hospital at home*-Betreuung erfolgt als zeitlich begrenzte Intervention in akuten Erkrankungsphasen bis zu 30 Tage lang. Danach werden die PatientInnen wie nach einem Krankenhausaufenthalt in die selbständige oder traditionelle gemeindepflegerische Versorgung entlassen (Byers/Parker 1992).

1986 wurde im Rahmen des „Peterborough hospital at home scheme“ das „Peterborough hip fracture project“ gestartet. Mit dem Ziel, PatientInnen nach chirurgischen Eingriffen deutlich früher als zuvor entlassen zu können („early discharge“), wurde die *hospital at home*-Versorgung schon zu Beginn des Programmes eingesetzt. Neu an dem zusätzlich konzipierten Projekt war die Spezialisierung auf einen *Erkrankungsfall*, die Oberschenkelhalsfraktur. Die Inzidenz dieser Verletzung steigt bei älteren Menschen stetig an und der in der ersten Phase der Versorgung unabdingbare Krankenhausaufenthalt kann oftmals sehr lange andauern (Anand/Pryor 1989, Byers/Parker 1992). Mit einem gezielten *hospital at home*-Programm soll den ausschlaggebenden Problemen für die lange institutionelle Rekonvaleszenz begegnet werden:

„The difficulties included the medical problems of old age, a loss of ability to cope at home, poor mobility and lack of confidence following injury.“
(Byers/Parker 1992, 351)

Im Zentrum der Überlegungen für dieses spezifische Projekt steht die Umsetzung eines rehabilitativen Ansatzes im eigenen Zuhause. Ein multidisziplinär zusammengesetztes Team - die ärztlichen MitarbeiterInnen der Chirurgie, Anästhesie und Röntgenabteilung, die Pflegekräfte sowie Kranken-

gymnastInnen - sorgt dafür, dass die chirurgische Behandlung innerhalb von 24 Stunden erfolgen kann und die PatientInnen optimal für eine frühzeitige Entlassung vorbereitet werden. Im Rahmen der *hospital at home*-Versorgung erfolgt die Betreuung in erster Linie nach rehabilitativen Gesichtspunkten. Das Einüben der so genannten Aktivitäten des täglichen Lebens (z.B. sich waschen, anziehen, kleinere Verrichtungen im Haushalt tätigen) und die Motivation zur Selbstversorgung stehen bei der pflegerischen Versorgung und der krankengymnastischen Therapie im Vordergrund. Um das Programm erfolgreich durchführen zu können, bildet zunächst das Einverständnis der PatientInnen und ihrer Angehörigen die entscheidende Voraussetzung. Darüber hinaus müssen gewisse Mindestanforderungen seitens der PatientInnen bezüglich ihrer Mobilität am Entlassungstag erfüllt sein. Die *hospital at home*-Versorgung erfolgt im Schnitt über sieben bis zehn Tage, an die sich bei Bedarf die traditionelle Gemeindepflege anschließt (Byers/Parker 1992). Innerhalb des ersten Jahres der Modell-Laufzeit wurde die Hälfte aller im Krankenhaus behandelten PatientInnen mit Oberschenkelhalsfraktur in die *hospital at home*-Versorgung entlassen und verkürzten damit ihren Krankenhausaufenthalt um durchschnittlich acht Tage (Anand/Pryor 1989, Marks 1991). Es hat sich erwiesen, dass das speziell für diese PatientInnen konzipierte *hospital at home*-Modell eine praktikable Alternative zur Krankenhausversorgung darstellen und zudem eine Reihe an Vorteilen bieten kann:

„The results of the scheme suggest that many patients who sustain a hip fracture can be rehabilitated in their own home. It is logical to rehabilitate patients in the environment in which they will have to live, and the service has proved cost-effective. Furthermore, given the choice, patients will nearly always choose home care (...) and an additional benefit is the freeing of hospital beds for use by other patients.“ (Byers/Parker 1992, 345)

Die AutorInnen beurteilen die Möglichkeit zur Rehabilitation der PatientInnen in ihrem eigenen Zuhause als vorteilhaft, da diese von Beginn an lernen können, in ihrer gewohnten Umgebung zurechtzukommen. Zum anderen erwies sich *hospital at home* als eine kostengünstige Alternative und schafft zusätzlich freie Kapazitäten im Krankenhaus, die von wartenden PatientInnen beansprucht werden können.

2.3.2 High-tech home care: Häusliche Versorgung von BeatmungspatientInnen

Überlegungen und Ansätze zur Entwicklung von Strategien zur Versorgung beatmungspflichtiger PatientInnen in ihrem eigenen Zuhause entstanden in den USA Mitte der fünfziger Jahre (Goldberg 1989, Marks 1991). Ausschlaggebend war eine Poliomyelitis-Epidemie (Kinderlähmung) zwischen 1940 und 1950, nach der viele Betroffene mit Hilfe künstlicher Beatmung überleben konnten. Als Reaktion darauf wurden Polio-Zentren gegründet, die entscheidend zum Fortschritt medizinisch-technischer Belange und klinischem Know-how im Bereich der künstlichen Beatmung und Intensivmedizin und -pflege beitrugen. Ebenso wurde von diesen Zentren rehabilitative und häusliche Versorgungsprogramme für Langzeitbeatmete entwickelt. Einige dieser Zentren bestehen noch heute in New York („Goldwater Memorial Hospital“), Kalifornien („Rancho Los Amigos“) und Texas („Institute for Research and Rehabilitation“) (Goldberg 1990).

Vor der Entwicklung und dem weit verbreiteten Einsatz der Polio-Schutzimpfung (die in Amerika früher etabliert war als in Europa), erforderten die Folgen der Poliomyelitis-Erkrankung auch in Europa Überlegungen zur Versorgung Langzeitbeatmeter. In Frankreich gründeten PatientInnen, Angehörige, engagierte ÄrztInnen, Pflegekräfte und KommunalpolitikerInnen auf regionaler Ebene Initiativen, um eine häusliche Versorgung Langzeitbeatmeter zu ermöglichen und zu unterstützen. 1981 schlossen sich diese, damals 28 regionale 'Grassroot'-Unternehmen, unter dem Dach einer nationalen Non-Profit-Organisation, der ANTADIR (Association Nationale Pour le Traitement à Domicile de L'Insuffiance Respiratoire Chronique) zusammen, die bis heute aktiv ist (Goldberg 1989, 1990). In England startete die landesweit erste Intensivstation des St. Thomas Hospital in London 1965 das „Responaute Programme“, ebenfalls als Reaktion auf den Bedarf zur häuslichen Versorgung von beatmungspflichtigen Überlebenden der Poliomyelitis (Goldberg 1990, Marks 1991).

Nach der Eindämmung der Polio-Epidemie erwuchs aus dem intensivmedizinischen Fortschritt die zweite Generation Langzeitbeatmeter:

„As health care professionals are trained and intensive care units established, more patients who require life-sustaining technology survive. A natural consequence is that a greater number of 'expensive care' beds become occupied by these patients.“(Goldberg 1990, 250).

Die Gründe für eine Langzeitbeatmung sind heute in erster Linie degenerative neuromuskuläre Erkrankungen, die zu Atemlähmung führen können (z.B. Amyotrophische Lateralsklerose, Multiple Sklerose, Myasthenia gravis), Schädel-Hirn-Traumata (infolge von Unfällen mit bleibenden Lähmungen) und obstruktive (asthmatische) Lungenerkrankungen (z.B. Mukoviszidose) (Dettenmeier 1990, Gilmartin 1994). Viele dieser PatientInnen können heute dank medizinisch-technischer und pharmakologischer Innovationen länger leben, doch es stellt sich die Frage, inwieweit das Krankenhaus als traditioneller Versorgungsort für die Betroffenen angemessen ist:

„Patients in the intensive care setting who remain dependent on mechanical ventilatory support pose a unique dilemma to physicians and allied health professionals responsible for their care and to government agencies and the private health insurance industry that are reimbursing for this expensive care. Should these patients remain in the intensive care setting?“ (Gilmartin 1994, 456)

Eine Antwort aus der aktuellen Diskussion über die häuslichen Versorgung als Alternative zum Krankenhausaufenthalt lautet:

„The hospital should no longer be the only care setting option for the long-term ventilator-dependent patient. Ventilator-dependent issues of cost and quality of life are driving the health care system to expand home care services to this population.“ (Rozell et al. 1997, 55)

Die Möglichkeit einer häuslichen Versorgung Langzeitbeatmeter wird sowohl aufgrund finanzieller Aspekte als auch aufgrund von Überlegungen bezüglich der Lebensqualität Betroffener diskutiert.

Im Gegensatz zu einer *hospital at home*-Versorgung mit zeitlich vorgegebenem Rahmen, wie beispielsweise nach einem abgekürzten Krankenhausaufenthalt oder während einer akuten Krankheitsphase, muss die häusliche Versorgung von BeatmungspatientInnen langfristig organisiert sein. In den USA gibt es zur ambulanten Langzeitversorgung neben privater Finanzierung nur sehr eingeschränkte Möglichkeiten zur Erstattung durch (private) Krankenversicherungen und staatliche Unterstützung. Dass diese Finanzierungsmodalitäten die bestehenden Versorgungsmodelle entscheidend beeinflussen, liegt auf der Hand.

Über das 1985 begonnene „pilot project for home ventilator patients“ in Kalifornien berichten Baldwin-Myers und Oppenheimer (1996). Ziel der vorgelegten Untersuchung war festzustellen, ob die häusliche Versorgung eine realistische Alternative zur Betreuung im Krankenhaus bieten kann. Zwischen 1985 und 1993 wurden 91 Langzeitbeatmete (Erwachsene und Kinder) von der stationären Einrichtung in die ambulante Versorgung entlassen. Als Voraussetzung galt der medizinisch stabile Zustand des Patienten bzw. der Patientin und deren Zustimmung, sowie die Zusage von mindestens zwei Angehörigen, die bereit waren, die Versorgung zu übernehmen. Begleitet wurde die Betreuung durch einen ambulanten Dienst, der die Koordination durch eine professionelle Pflegekraft, sowie die ärztliche Versorgung sicherstellte. Erste stand für Schulung und Beratung der PatientInnen und ihren Angehörigen zur Verfügung, die zusätzlich - je nach ihren finanziellen Möglichkeiten - eine Pflegekraft für die tägliche Versorgung anfordern konnten. Im Fokus der beschriebenen Studie stand die Beurteilung der Qualität der Betreuung sowie der Lebensqualität von PatientInnen und Angehörigen. Im Vergleich zur Krankenhausversorgung wurde die häusliche Betreuung als mindestens ebenso gut beurteilt, die Lebensqualität als erheblich verbessert. Trotz dieser optimistischen Einschätzung (durch die Betroffenen selbst sowie durch die an der Versorgung beteiligten Pflegekräfte und ÄrztInnen) weisen die AutorInnen darauf hin, dass die häusliche Versorgung von Langzeitbeatmeten eine Herausforderung darstellt, die in ihrem vollen Ausmaß noch erkannt werden muss:

„Although we have shown that critical care units are not the necessary location for these patients once they are stable (...) shifting the care of these patients to the home places considerable burdens and challenges on their families and home health and outpatient care programs.“ (Baldwin-Myers/Oppenheimer 1996, 58)

Wie die Organisation einer häuslichen Versorgung beatmungspflichtiger PatientInnen im Rahmen eines Case-Management Modells von Pflegekräften realisiert werden kann, beschreiben Rozell et al. (1997). Die Hauptelemente des vorgestellten Modells sind die Planung der Entlassung, die Festlegung von Vorgehensweisen bei Problemen und Notfällen in der häuslichen Versorgung und die Schulung der PatientInnen und Angehörigen. Gute Voraussetzungen zur Realisierung einer angemessenen häuslichen Versorgung bestehen dann, wenn eine Verbesserung der Lebensqualität des Patienten bzw. der Patientin zu erwarten ist. Dafür ist deren Zustimmung, die verlässliche familiäre Unterstützung und die Möglichkeit einen ambulanten Dienst in Anspruch nehmen zu können notwendig. Das Assessment der häuslichen Situation dient der Sicherstellung einer adäquaten Umgebung und der Ausstattung mit den notwendigen medizinisch-technischen Gerätschaften und Materialien. Um einen

effektiven Umgang mit Problemen und Notfällen zu gewährleisten, müssen für diese Fälle Absprachen getroffen und konkrete Handlungsanweisungen zur Verfügung stehen. Das wichtigste Element innerhalb des beschriebenen Case-Management Modells ist die Schulung der PatientInnen und Angehörigen durch die Pflegekräfte. Idealerweise beginnt dies schon im Krankenhaus, spätestens jedoch im Rahmen der pflegerischen Betreuung durch einen ambulanten Dienst. Ein Schulungsplan, der darauf hinausläuft, dass die professionelle Pflege zuletzt nur noch zur Supervision, zur Beratung und in Notfällen zur Verfügung steht, trägt auch der Tatsache amerikanischer Finanzierungsmodalitäten Rechnung.

Über die Planung und Organisation der häuslichen Versorgung von BeatmungspatientInnen in den USA gibt es eine ganze Reihe an Publikationen (Votava/Hiltunen 1985, Make/Gilmartin 1986, Dettenmeier 1990, Gilmartin 1994, Rice 1995, Kanacki 1997, Czarnik 1997), die Folgendes gemeinsam haben: Die Entscheidung, ob eine häusliche Versorgung angemessen umgesetzt werden kann muss von PatientInnen, Angehörigen, den betreuenden ÄrztInnen und dem Pflegepersonal gemeinsam gefällt werden; Vorbereitung und Organisation der Verlegung, sowie die Schulung der PatientInnen und Angehörigen, die den Großteil der Betreuung selbst leisten müssen, obliegt den professionell Pflegenden. Die Beispiele zeigen, dass in den USA eine häusliche Betreuung für viele BeatmungspatientInnen tatsächlich eine angemessene Alternative zur Krankenhausversorgung darstellen kann.

2.4 Hospital at Home-Konzeption

Ebenso schwierig wie der Versuch einer eindeutigen Bestimmung des Begriffes *hospital at home* gestaltet sich der Versuch zur Beschreibung einer allen bestehenden Modellen gerecht werdenden Konzeption. Es gibt weder ein 'Ideal'-Konzept, noch einen Minimalkonsens bezüglich Umsetzung und Arbeitsweise, der tatsächlich auf alle als *hospital at home* realisierten Versorgungsformen zuträfe. Deren historische Entwicklung und die beschriebenen Modellbeispiele haben gezeigt, dass die Umsetzung von *hospital at home* stark geprägt ist von der konkreten Bedarfslage und den Möglichkeiten vor Ort darauf zu reagieren, und zwar im Rahmen eines breiten Spektrums an organisatorischer und inhaltlicher Ausgestaltung. Um trotzdem einen Einblick in grundlegende Funktions- und Arbeitsweisen zu ermöglichen, wird zunächst der 'typische' Ablauf einer *hospital at home*-Versorgung vorgestellt, basierend auf Strukturen und Vorgehensweisen der meisten *hospital at home*-Konzepte. In einem zweiten Schritt wird in den folgenden Kapiteln auf die konkrete Ausgestaltung und Umsetzung der in der Literatur beschriebenen Modelle eingegangen. Aufgrund der Fülle vorgefundener Unterschiede erfolgt diese Betrachtung auf den Ebenen

- der Auswahl der PatientInnen,
- der Versorgungsleistungen und
- der Organisation der Versorgung.

Der 'typische' Ablauf einer *hospital at home*-Versorgung beginnt im Krankenhaus mit dem Vorschlag zur Verlegung durch das pflegerische und ärztliche Personal oder über den Vorschlag zur direkten Überweisung von niedergelassenen ÄrztInnen. Im Rahmen von mehr oder weniger umfangreichen,

auf die Versorgungsprogramme zugeschnittenen Assessment-Verfahren wird zunächst von einem Mitarbeiter bzw. einer Mitarbeiterin des *hospital at home*-Teams geprüft, ob PatientInnen aufgenommen werden können. In der Regel sind an die Aufnahme von PatientInnen eine Reihe an Voraussetzungen und Bedingungen in Bezug auf die Betroffenen und deren häusliches Umfeld geknüpft, die den verschiedenen *hospital at home*-Modellen entsprechend unterschiedlich ausfallen können. Das Aufnahme-Assessment wird zumeist von Pflegekräften durchgeführt; im Falle einer Aufnahme obliegt dieser Berufsgruppe in der Regel auch die Planung und Organisation der nun folgenden *hospital at home*-Versorgung. Bei fast allen Modellen steht die pflegerische Versorgung im Vordergrund. Wird bei der Versorgungsplanung ein Bedarf festgestellt, der nicht von der pflegerischen Profession gedeckt werden kann, so übernimmt diese die Organisation der entsprechenden Leistungen. Um eine effektive *hospital at home*-Versorgung sicherstellen zu können, fallen zumeist viele zusätzliche Leistungen an: ärztliche, krankengymnastische und andere therapeutische Leistungen, hauswirtschaftliche, pharmazeutische, medizinisch-technische, usw. Die Koordination einer solchen, multiprofessionellen Versorgung stellt besondere Ansprüche an das *hospital at home*-Team und zählt in der Regel ebenfalls zum Aufgabenbereich der Pflege. Nicht alle Leistungen, die im Rahmen einer *hospital at home*-Versorgung möglicherweise sinnvoll sind gehören damit auch 'automatisch' zum notwendigen Leistungspaket; in den USA beispielsweise hängt die Entscheidung über gewisse Versorgungsleistungen (z.B. hauswirtschaftliche Hilfen oder pflegerische Hilfskräfte) nicht selten von den finanziellen Ressourcen der PatientInnen ab. Auch das zeitliche Ausmaß einer *hospital at home*-Versorgung ist modellspezifisch geregelt. Da es sich bei den meisten Programmen um kurzfristig angelegte Interventionen handelt, beinhalten sie eine zeitliche Begrenzung. Das Ausmaß konkreter Betreuungsleistungen bei den PatientInnen Zuhause ist ebenfalls sehr unterschiedlich. Möglich ist eine Betreuung rund um die Uhr, bis hin zu wenigen Besuchen täglich oder wöchentlich. Die Entlassung aus der *hospital at home*-Versorgung erfolgt dann, wenn bestimmte Kriterien, wie wiedererlangte Fähigkeiten zur Selbstversorgung oder das Ende der maximalen Versorgungsdauer erreicht wurden. Dem *hospital at home*-Team obliegt die Aufgabe zu entscheiden, ob der Patient bzw. die Patientin ohne deren Hilfestellungen Zuhause bleiben kann. Ist dies nicht der Fall, müssen weitere Versorgungsmöglichkeiten gesucht und vermittelt werden.

2.4.1 Indikation und Auswahl der PatientInnen

PatientInnen, für die ein Krankenhausaufenthalt verkürzt, ersetzt oder diesem vorgebeugt werden soll, sind das Klientel einer *hospital at home*-Versorgung. Viele Modelle sind für die Betreuung spezieller Fälle konzipiert, die im Folgenden als die verschiedenen Zielgruppen dieser Versorgungsform vorgestellt werden. Darüber hinaus erfolgt die individuelle Auswahl der PatientInnen mit Hilfe eines speziellen Verfahrens, welches als Assessment in jedem *hospital at home*-Modell durchgeführt wird. Welche Kriterien hier entscheidend sind, ist Inhalt des nach der Beschreibung der Zielgruppen anschließenden Kapitels.

2.4.1.1 Zielgruppen

Die bestehenden *hospital at home*-Modelle sind mehr oder weniger stark spezialisiert hinsichtlich der Versorgung bestimmter Gruppen von PatientInnen. Modelle mit einem ausgesprochen regionalen Bezug, wie die beschriebenen in New York (Bluestone 1974), Paris (Dupont 1998) und dem englischen Peterborough (Anand/Pryor 1989), zählen zunächst die Bevölkerung eines festgelegten Gebietes zu ihrer Zielgruppe. Das ist eine erste, recht grobe und in der traditionellen häuslichen Versorgung ebenfalls übliche Zuordnung, der in der Regel eine weitere Spezifizierung bezüglich der Auswahl der PatientInnen folgt. Ein häufiges Kriterium zur Eingrenzung der Zielgruppe stellt eine der drei Grundmotivationen zur *hospital at home*-Versorgung dar. Unter den Modellen finden sich demnach folgende Zielgruppen (Marks 1991):

- PatientInnen, bei denen ein Krankenhausaufenthalt verhindert werden soll.
- PatientInnen, bei denen ein Krankenhausaufenthalt verkürzt werden soll.
- PatientInnen, bei denen ein Krankenhausaufenthalt ersetzt werden soll.

Zur ersten Gruppe zählen vorwiegend ältere, multimorbid und chronisch erkrankte Menschen, bei denen das Risiko einer erhöhten Rehospitalisationsrate besonders hoch ist. Bei diesen Modellen werden als Auswahlkriterien daher oftmals das Alter und entsprechende Krankheitsbilder herangezogen. Bei der zweiten Gruppe geht es zumeist um PatientInnen, die im Krankenhaus einer Intervention unterzogen wurden, die einer gewissen Nachbetreuung bedürfen - traditionellerweise erfolgt diese ebenfalls im Krankenhaus. Speziell für diese Zielgruppe konzipierte *hospital at home*-Modelle dienen dazu, den Krankenhausaufenthalt zu verkürzen, beispielsweise nach einem chirurgischen Eingriff. Für die dritte Zielgruppe geht es darum eine häusliche Versorgung sicherzustellen, die eine vollständige Alternative zum Krankenhausaufenthalt bietet. Hierzu zählen Modelle, die in erster Linie alle notwendigen pflegerisch-medizinischen Interventionen bereitstellen können, die traditionellerweise im Krankenhaus geleistet werden.

In der Praxis ist die Eingrenzung der Zielgruppen für eine *hospital at home*-Versorgung zumeist wesentlich differenzierter. In der Regel erfolgt die Zuordnung nach der:

- klinisch-medizinischen Taxonomie (Fachgebiete, Krankheitsbilder) und
- Formen der pflegerisch-medizinischen Intervention.

Angesprochen werden bestimmte PatientInnengruppen aus der Pädiatrie (Jessop/Stein 1991, Jennings 1994, Bakewell-Sachs/Porth 1995), Geriatrie (Bushby 1995, Martin et al. 1994, Donald et al. 1995, Melin et al. 1995, Vezina/Roy 1996, Stessman et al. 1997, Leff et al. 1999), Chirurgie (Byers/Parker 1992, Hackman 1993, O'Cathain 1994) und Psychiatrie (Borland et al. 1989, Cleary et al. 1998). Daneben gibt es eine Spezialisierung hinsichtlich bestimmter Krankheitsbilder wie Krebserkrankungen (Vinciguerra et al. 1986, Tanneberger et al. 1998), Herz-Kreislaufkrankungen (Kornowski et al. 1995), Lungenerkrankungen (Campbell-Haggerty et al. 1991, Alderen et al. 1995) und Aids (Smits et al. 1990). Weitere Zielgruppen bilden PatientInnen mit einem Bedarf an medizintechnikintensiven und damit verbunde-

nen speziellen pflegerischen Leistungen. Eine *hospital at home*-Versorgung, die sich auf die Bereitstellung solcher Maßnahmen im häuslichen Bereich spezialisiert, bietet z.B. Infusionstherapie (Bernstein 1991, Montalto 1997), künstliche Ernährung (Friend 1992, Howard et al. 1995) oder künstliche Beatmung (Baldwin-Myers/Oppenheimer 1996). Einige der genannten Zielgruppen werden sehr eng gefasst, z.B. die Versorgung krebskranker SchmerzpatientInnen im Rahmen einer häuslichen Infusionstherapie (Boersma et al. 1992). Die Übergänge innerhalb dieser Modelle bezüglich ihrer Motivation, einem Krankenhausaufenthalt vorzubeugen, ihn zu verkürzen oder zu ersetzen sind dabei fließend.

Eine weitere Zielgruppe, die im Rahmen von *hospital at home*-Modellen versorgt wird, zieht sich durch alle oben Genannte: Sterbende. Viele terminal erkrankte Menschen weisen eine komplexe Problemlage auf und bedürfen in ihrer letzten Lebensphase einer sehr intensiven Betreuung, die einen Krankenhausaufenthalt erfordert. Dies zu vermeiden ist das ausdrückliche Bestreben entsprechender *hospital at home*-Konzepte, indem sie die in dieser Phase notwendigen Leistungen im häuslichen Umfeld realisieren. In diesem Sinne werden vor allem PatientInnen mit Krebserkrankungen (Vinciguerra et al. 1986, McCusker/Stoddard 1987, Anand/Pryor 1989, Hughes et al. 1992, Tanneberger et al. 1998) oder mit Aids (Smits 1990, Marks 1991) betreut.

2.4.1.2 Assessment

Mit Blick auf die Ausführungen zur Zielgruppe der *hospital at home*-Versorgung scheint die Frage nach der Auswahl der PatientInnen zunächst einfach beantwortbar zu sein. In der Praxis zeigt sich aber, dass die Entscheidung für diese Versorgungsform von einem komplexen Bedingungsgefüge abhängen kann. Diese Bedingungen beziehen sich auf den medizinischen und pflegerischen Bedarf des Patienten bzw. der Patientin, auf die häuslichen Gegebenheiten sowie Bereitschaft und Umfang informeller Unterstützung. Entscheidend ist nun, inwieweit ein *hospital at home*-Modell die erforderlichen Leistungen für eine angemessene Versorgung, die sich aus diesem Bedingungsgefüge ergeben, sicherstellen kann. Ein wichtiger Bestandteil aller *hospital at home*-Konzepte sind daher Instrumente, mit deren Hilfe sowohl der konkrete Bedarf als auch gewisse Mindestanforderungen seitens der PatientInnen erfasst und mit dem Leistungsprofil des *hospital at home*-Anbieters abgeglichen werden können (Rehm/Weinstein 1983, Anand/Pryor 1989, Marks 1991, Byers/Parker 1992, Montalto/Dunt 1993, Hackman 1993, Clayton 1994, O'Cathain 1994, Donald et al. 1995, Johnson 1997, Jester/Turner 1998, Rink et al. 1998, Leff et al. 1999).

Ein erstes Assessment dient dazu, zuvor festgelegte Aufnahmekriterien zu überprüfen. In der Regel stellen zunächst medizinische Kriterien die entscheidende Weiche für oder gegen eine *hospital at home*-Versorgung. Das bedeutet, dass - ähnlich wie bei einer Krankenseinweisung - der Zugang zu dieser Versorgungsform an eine ärztliche Zustimmung gebunden ist. Demnach muss aus medizinischer Perspektive und gemäß der Bestimmung von *hospital at home* zunächst festgestellt werden, dass ausschließlich diese Versorgungsform alternativ zum Krankenhausaufenthalt eine angemessene Betreuung darstellen kann. Da die medizinische Verantwortung im Falle einer

hospital at home-Versorgung in der Regel beim behandelnden Hausarzt bzw. Hausärztin liegt, hängt der Ort der Betreuung von deren Entscheidung ab:

„The GP (general practitioner) assumed medical control holding the final say as to who could be admitted, whether from hospital or the community.“ (Anand/Pryor 1989, 46)

Erst nachdem die Angemessenheit einer Einweisung feststeht, werden weitere medizinische Kriterien herangezogen, die für eine häusliche bzw. stationäre Versorgung als entscheidend definiert werden. In der Regel beschränkt sich dies auf die ärztliche Einschätzung des Zustandes des Patienten bzw. der Patientin als 'medizinisch stabil' (Rehm/Weinstein 1983, Bernstein 1991, Montalto/Dunt 1993, Hackman 1993, O'Cathain 1994, Shepperd et al. 1998a). Ebenfalls relevant kann das Ausmaß körperlicher Mobilität der PatientInnen sein: Zur Aufnahme in zwei von Byers/Parker (1992) und Montalto (1997) beschriebenen *hospital at home*-Modellen wird beispielsweise vorausgesetzt, dass der Patient bzw. die Patientin sowohl selbständig aufstehen als auch ohne Hilfe die Toilette erreichen kann. Darüber hinaus gibt es *hospital at home*-Konzepte, die für potentielle Versorgungsfälle konkrete medizinische Kriterien formulieren, die vor der Aufnahme von PatientInnen überprüft werden und zur Entscheidungsfindung beitragen:

„Patients were eligible for enrollment in HH (Home Hospital) if they (...) met previously described medical eligibility criteria for HH.“ (Leff et al. 1999, 697)

Neben diesen medizinisch-funktionellen Entscheidungskriterien für eine *hospital at home*-Versorgung gelten in der Regel die Zustimmung von PatientInnen und Angehörigen sowie angemessene häusliche Bedingungen als die wichtigsten Voraussetzungen (Marks 1991, Montalto/Dunt 1993, Taylor et al. 1993, Clayton 1994, O'Cathain 1994, Donald et al. 1995, Johnson 1997, Jester/Turner 1998, Shepperd et al. 1998a). Die Überprüfung der häuslichen Situation erfolgt im Hinblick auf grundlegende Bedingungen wie Stromversorgung, fließendes (warmes) Wasser, Zentralheizung, Telefonanschluss, ausreichend Platz für Rollstuhl, Pflegebett oder medizinisch-technisches Gerät und die Berücksichtigung hygienischer Aspekte. Neben diesen strukturellen und materiellen Voraussetzungen kann nicht zuletzt auch die Einschätzung der emotionalen Atmosphäre von Bedeutung sein, hier am Beispiel eines Modells zur frühzeitigen Krankenhausentlassung nach Hysterektomie:

„In assessing home circumstances more attention was paid to emotional tranquillity than cleanliness or tidiness. An aggressive atmosphere was an absolute contraindication to sending a patient home early as this would inevitably interfere with her nursing and medical management.“ (Hackman 1993, 28)

Mit Hilfe des häuslichen Assessment werden auch die Gegebenheiten vor Ort auf ihre Angemessenheit hin überprüft und gegebenenfalls entsprechend verändert. Dies kann sehr umfassend sein, wie beispielsweise die Planung zur häuslichen Betreuung von beatmungspflichtigen PatientInnen zeigt. Bedacht werden muss bei dieser technikintensiven Versorgungsform u.a., dass der Wohnraum der Beatmeten groß genug ist, um alle notwendigen Gerätschaften und Materialien unterzubringen, Haus und Wohnung des Patienten

bzw. der Patientin muss von Notfalldiensten einfach und schnell gefunden und erreicht werden, die elektrische Versorgung muss ausreichend sein, um alle benötigten medizinisch-technischen Geräte kontinuierlich betreiben zu können und bei Stromausfall muss eine Notstromversorgung verfügbar sein (Dettenmeier 1990).

Je mehr spezifische Kriterien zur Auswahl von PatientInnen für eine *hospital at home*-Versorgung berücksichtigt werden, umso vielschichtiger fällt das Aufnahme-Assessment aus. Idealerweise sind an diesem Selektionsprozess alle einbezogenen Professionen als *hospital at home*-Team beteiligt, wie dies Bernstein (1991) für die häusliche Infusionstherapie formuliert hat:

„Selecting appropriate patients for home therapy is a team approach involving the physician, discharge planner, home intravenous therapy nurse, pharmacist, and home parenteral therapy company.“ (Bernstein 1991, 47)

2.4.2 Versorgungsleistungen

Das Spektrum an Leistungen, sowie das zeitliche Ausmaß einer *hospital at home*-Versorgung unterscheiden sich je nach Zielsetzung. Ausgehend von der konkreten Bedarfslage der PatientInnen ergibt sich in der Regel ein Aufgabenspektrum, das multiprofessionell zu bewältigen ist. Während nur wenige Überlegungen zur *hospital at home*-Versorgung ausschließlich in Bezug auf die Sicherstellung der medizinischen Versorgung in der häuslichen Situation angestellt werden (Council of Scientific Affairs 1990, Kornowski et al. 1995), ist ein Großteil der Konzepte wesentlich umfassender angelegt. Dabei kann die Versorgung innerhalb eines *hospital at home*-Modells die pflegerische, medizinische, hauswirtschaftliche, sozialarbeiterische, psychologische, seelsorgerische, bewegungstherapeutische und andere therapeutische Betreuung umfassen (Trager 1975, Rehm/Weinstein 1983, Vinciguerra et al. 1986, Marks 1990, Jessop/Stein 1991, Nixon 1991, Rothkopf/Askanazi 1992, Panuti/Tanneberger 1992, O’Cathain 1994, Bushby 1995, Donald et al. 1995, Rich et al. 1995, Elliott 1995, Melin et al. 1995, Clarke 1997, Curtis 1997, Sims et al. 1997, Jester/Turner 1998, Neville 1998, Shepperd et al. 1998a, Leff et al. 1999).

Mit Bezug auf den zeitlichen Umfang erfolgt die Versorgung bei den meisten *hospital at home*-Modellen innerhalb eines vorab festgelegten Rahmens. Bei Programmen, die zur Verkürzung eines Krankenhausaufenthaltes konzipiert werden oder einen Krankenhausaufenthalt im Falle einer akuten Erkrankung ersetzen sollen, steht die kurzfristige Versorgung mit einem zeitlich absehbaren, akuten Bedarf im Vordergrund:

„It is important to note that a time limit and admission to the service was required to prevent the service from becoming an alternative source of long-term care; therefore, the patient’s length of stay on the scheme would equal the expected inpatient stay.“ (Curtis 1997, 207)

Um zu verhindern, dass dieses *hospital at home*-Modell als Alternative zur Langzeitversorgung genutzt wird, wurde die Versorgungsdauer mit der erwarteten Zeitspanne einer dem Versorgungsfall entsprechenden Krankenhausaufenthaltes gleichgesetzt.

In der Regel dauert eine *hospital at home*-Versorgung wenige Tage bis hin zu drei Wochen (Byers/Parker 1992, Clayton 1994, O’Cathain 1994, Bushby 1995, Donald et al. 1995, Elliott 1995, Brooks 1996, Johnson 1997). Einige Modelle sind dagegen durchaus für einen langfristig zu erwartenden Bedarf an intensiver medizinisch-pflegerischer Betreuung konzipiert, beispielsweise bei schwerem Verlauf oder im Endstadium chronisch-progredienter Erkrankungen. Die Betreuung kann dabei über mehrere Monate andauern (Jesop/Stein 1991, Hughes et al. 1992, Vezina/Roy 1996, Tanneberger et al. 1998). Die Versorgungsintensität innerhalb eines *hospital at home*-Programms kann von einer stundenweisen, täglichen (Martin et al. 1994, Brooks 1996), auch nächtlichen (O’Cathain 1994, Brooks 1996, Johnson 1997), bis hin zur pflegerischen Betreuung rund um die Uhr reichen (McCusker/Stoddard 1987, Bushby 1995, Melin et al. 1995, Brooks 1996, Johnson 1997, Jester/Turner 1998, Shepperd et al. 1998a). Letzteres wird zumeist als zusätzlicher Service für besondere Fälle in begrenztem Ausmaß angeboten und gehört nicht zur regelhaften Versorgung. Zu berücksichtigen gilt auch hier, wie bereits an anderer Stelle angemerkt, dass Versorgungsdauer und -intensität nicht selten von Finanzierungsmodalitäten bestimmt wird.

Wie im Krankenhaus entfällt der größte Anteil der Versorgungsleistungen auf die Pflege (Nixon 1991, Haggard 1996). Der **pflegerische Aufgabenbereich** beinhaltet die organisatorischen und koordinierenden Tätigkeiten der *hospital at home*-Versorgung, wozu in der Regel auch die Durchführung des Assessmentverfahrens zählt. Schulung, Anleitung und Beratung der PatientInnen und ihrer Angehörigen als Laienpflegende bilden einen großen und wichtigen Aufgabenbereich der Pflege (Rehm/Weinstein 1983, Marks 1990, Nixon 1991, Friend 1992, Hackman 1993, Clarke 1997); gerade in den anglo-amerikanischen Ländern bildet die Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten ein zentrales Element professioneller Pflege. Pflegerische Maßnahmen, die sich auf die Unterstützung von Aktivitäten des täglichen Lebens beziehen (z.B. Körperpflege, Ankleiden), werden in der Regel unter der Supervision durch qualifizierte Pflegekräfte von pflegerischen Hilfskräften geleistet. Diese Hilfskräfte sind für die Übernahme von Tätigkeiten in den Bereichen Hauswirtschaft und grundlegender (körper)pflegerischer Maßnahmen geschult und werden als „nursing auxiliaries“ (Clarke 1984, Mounce 1989, Martin et al. 1994, Bushby 1995, Johnson 1997), als „home health aides“ (Frasca/Christy 1986, Campbell-Haggerty 1991), als „support workers“ (Elliott 1995, Coast et al. 1998, Richards et al. 1998, Rink et al. 1998) oder als „care assistants“ (Hensher et al. 1996) gezielt in der *hospital at home*-Versorgung eingesetzt. In einigen Modellen zählen auch rehabilitative Maßnahmen zu den Aufgaben der pflegerischen Hilfskräfte, die dann entsprechend angeleitet und unter professioneller Supervision als „rehabilitation assistants“ (Donald et al. 1995, Jester/Turner 1998) eingesetzt werden.

Darüber hinaus fallen im Rahmen einer *hospital at home*-Versorgung viele spezielle pflegerische Maßnahmen an, z.B. Überwachung und Kontrolle der Vitalzeichen, das Verabreichen von Medikamenten, Wundversorgung, Handhabung und Kontrolle von Sonden, Kathetern und Drainagen, Einsatz medizinisch-technischer Geräte, Durchführung diagnostischer Maßnahmen usw.. Die Pflegekräfte müssen dazu über ein breites Spektrum an fachpflegerischen Fertigkeiten und Wissen verfügen:

„Professional nursing, with such specialities as psychiatric-mental health nursing, pediatric nursing, restorative nursing, intravenous chemotherapy, antibiotic therapy, and total parenteral nutrition.“ (Frasca/Christy 1986, 168)

„The hospital at home team comprises specialist nurses from acute care backgrounds, mainly orthopaedics, oncology and gynaecology (...)“ (Jester/Turner 1998, 40)

Die **medizinische Betreuung** in der *hospital at home*-Versorgung erfolgt wie im Krankenhaus stets unter ärztlicher Verantwortung (Rehm/Weinstein 1983, Vinciguerra et al. 1986, Ferguson 1987, Pannuti 1988, Mounce 1989, Campbell-Haggerty et al. 1991, Bernstein 1991, Jessop/Stein 1991, Nixon 1991, Byers/Parker 1992, Hughes et al. 1992, Hackman 1993, Clayton 1994, Martin et al. 1994, O’Cathain 1994, Alderen et al. 1995, Donald et al. 1995, Elliott 1995, Montalto 1995, Curtis 1997, Shepperd et al. 1998a). Wie schon oben erwähnt, liegt in der Regel die medizinische Verantwortung bei den HausärztInnen, sie kann aber auch zusätzlich in den Händen der zuletzt behandelnden ÄrztInnen liegen, beispielsweise im Falle eines „early-discharge“-Programmes nach einem Krankenhausaufenthalt. In nur wenigen Fällen wird die medizinische Betreuung von eigens für ein *hospital at home*-Programm angestellten ÄrztInnen realisiert (Kornowski et al. 1995, Montalto 1997, Tanneberger et al. 1998). Konkrete ärztliche Maßnahmen bei den PatientInnen Zuhause können je nach Bedarf von telefonischer Beratung bis zur täglichen Visite reichen, sowie die Anordnung, Durchführung und Supervision diagnostischer und therapeutischer Leistungen umfassen. In wieweit die ärztliche Profession an der Leistungserbringung konkret beteiligt ist, kann erheblich variieren. Einerseits werden viele ärztliche Tätigkeiten an die Pflege delegiert, z.B. im Rahmen einer Schmerzbehandlung (Boersma et al. 1992). Andererseits wird angeregt, dass die, in der Regel von der pflegerischen Profession geleisteten Koordinationsaufgaben, von den HausärztInnen als ‘Gatekeeper’ in der *hospital at home*-Versorgung übernommen werden sollen (Nixon 1991).

Andere therapeutische Leistungen, die im Rahmen einer *hospital at home*-Versorgung erbracht werden, stammen aus dem Bereich der **Physiotherapie** (Krankengymnastik) (Mounce 1989, Smits et al. 1990, Campbell-Haggerty et al. 1991, Nixon 1991, Byers/Parker 1992, O’Cathain 1994, Bushby 1995, Donald et al. 1995, Elliott 1995, Brooks 1996, Hensher et al. 1996, Montalto 1997, Curtis 1997, Johnson 1997, Coast et al. 1998, Jester/Turner 1998, Shepperd et al. 1998a, Richards et al. 1998, Rink et al. 1998). Bei einigen Programmen bilden diese krankengymnastischen Leistungen einen deutlichen Schwerpunkt, vor allem bei rehabilitativ orientierten *hospital at home*-Modellen. Hier ist die Entwicklung eines Rehabilitationsprogrammes als Grundlage der Versorgung, abgestimmt auf die häusliche Situation, Aufgabe der PhysiotherapeutInnen (Byers/Parker 1992, Donald et al. 1995, Elliott 1995). Seltener werden Leistungen aus dem Bereich der **Logopädie** (Sprach- und Atemtherapie) angeboten oder vermittelt (Frasca/Christy 1986, Nixon 1991, Shepperd et al. 1998a). Bei ausgedehnter diagnostischer und therapeutischer *hospital at home*-Betreuung werden **spezielle diagnostische Dienste** (Frasca/Christy 1986, Pannuti 1988), **PharmazeutInnen** (Rehm/Weinstein 1983, Bernstein 1991, Fuller 1998) und **Firmen für medizinisch-technisches Gerät** (McCusker/Stoddard 1987, Bernstein 1991) hinzugezogen.

Neben den pflegerisch-hauswirtschaftlichen Hilfskräften werden im Rahmen einer *hospital at home*-Versorgung oft auch eigens **hauswirtschaftliche Leistungen** angeboten bzw. vermittelt, z.B. Haushaltshilfen oder Essen-auf-Rädern (McCusker/Stoddard 1987, Ferguson 1987, Smits et al. 1990, Campbell-Haggerty et al. 1991, Byers/Parker 1992). Darüber hinaus kann, wenn notwendig, eine **Ernährungs- oder Diätberatung** zur Verfügung gestellt werden (Frasca/Christy 1986, Vinciguerra et al. 1986, Campbell-Haggerty et al. 1991, Nixon 1991, Hughes et al. 1992). Bei einer Reihe von *hospital at home*-Modellen spielen Betreuungsleistungen der **Sozialarbeit** eine wichtige Rolle. Hier geht es beispielsweise darum, finanzielle Ressourcen ausfindig zu machen oder informelle Netzwerke der PatientInnen zu mobilisieren und zu unterstützen (Rehm/Weinstein 1983, Frasca/Christy 1986, Vinciguerra et al. 1986, McCusker/Stoddard 1987, Mounce 1989, Smits et al. 1990, Nixon 1991, Jessop/Stein 1991, Hughes et al. 1992). Auch die Koordination **ehrenamtlicher Tätigkeiten** kann im Rahmen von *hospital at home* geleistet werden (Frasca/Christy 1986, Mounce 1989, Pannuti 1988, Smits et al. 1990, Campbell-Haggerty et al. 1991, Brooks 1996).

2.4.3 Organisation der Versorgung

In den folgenden Kapiteln wird das Spektrum möglicher Organisationsformen im Rahmen der unternehmerischen Gestaltung von *hospital at home* dargestellt und das Management einer integrierten Umsetzung der multiprofessionell erbrachten Leistungen erörtert. Abschließend wird kurz auf die Pflege als die organisationsverantwortliche Berufsgruppe und Schlüsselprofession der *hospital at home*-Versorgung eingegangen.

2.4.3.1 Unternehmerische Gestaltung

Hospital at home-Modelle sind sehr unterschiedlich organisiert. Grundsätzlich wird zwischen der Organisation durch ein Krankenhaus („hospital-based“) oder der Organisation im Rahmen ambulanter Versorgungsstrukturen („community-based“) unterschieden (Marks 1991, Hughes/Gordon 1993, Clarke 1997). Da der Anstoß zur Entwicklung von *hospital at home*-Modellen in erster Linie von Krankenhäusern ausging, stellten diese so genannten „hospital-based“ Programme die ersten Organisationsformen dar. Heute gehören dazu vor allem Modelle, bei denen eine Verkürzung des Krankenhausaufenthaltes im Vordergrund steht. Charakteristisches Merkmal dieser Programme ist, dass das Krankenhaus als „parent hospital“ (Marks 1991, 24) die häusliche Versorgung nicht nur organisiert, sondern auch realisiert. In Amerika sind diese als „hospital-based home health agencies“ bekannt (z.B. in Pittsburgh „South Hills Health System/Home Health Agency“ Frasca/Christy 1986). Eine weniger weit verbreitete Organisationsform stellen so genannte „extra-mural hospitals“ (Marks 1991, 25) dar, die ohne stationäre Einrichtung als Basis arbeiten. Diese, vielleicht am besten als virtuelle Krankenhäuser zu bezeichnende Organisationen, zeichnen sich durch ihren gesetzlich festgelegten Status als Krankenhaus aus und unterscheiden sich so von traditionellen ambulanten Versorgungseinrichtungen (z.B. in Kanada „New Brunswick Extra-Mural Hospital“ Ferguson 1987, Nixon 1991).

Die Organisation von *hospital at home*-Modellen im Rahmen bestehender ambulanter, gemeindebezogener Versorgungsformen ist dann möglich, wenn diese ihr Spektrum an Leistungen entsprechend erweitern und koordinieren. Prominentes Beispiel für solche „community-based“-Modelle ist das oben beschriebene „Peterborough Hospital at Home Scheme“ (Anand/Pryor 1989, Knowelden et al. 1991). Dieses zunächst vom Krankenhaus initiierte Programm entwickelte sich schnell zu einer ausdrücklich gemeindebezogenen Versorgungsform, d.h. die Versorgungsleistungen werden in erster Linie von den pflegerischen Diensten der Gemeinde erbracht und die Überweisung von PatientInnen erfolgt in der Regel durch niedergelassene ÄrztInnen. Eine Ausnahme bildet bei diesem Programm das „Peterborough hip fracture project“, in welches als „early-discharge“-Modell die PatientInnen aus dem Krankenhaus überwiesen werden (Byers/Parker 1992).

Neben diesen Modellen entwickeln sich in den USA zunehmend Organisationen, die die Nachfrage einer *hospital at home*-Versorgung im Rahmen von „high-tech home care“ als Marktlücke wahrnehmen und ein entsprechendes Leistungsspektrum nach marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten anbieten. Viele dieser Dienste werden von Firmen angeboten, die medizinisch-technisches Gerät und Materialien vertreiben. Diese spezialisieren sich zumeist auf das Angebot einzelner Leistungsmodule aus dem Spektrum einer „high-tech home care“-Versorgung, wie beispielsweise auf die Infusionstherapie oder die künstliche Ernährung (Marks 1991, Arras/Neveloff-Dubler 1995). In der Regel werden dabei nicht nur die benötigten Materialien zur Verfügung gestellt, sondern es sollen die Anwendung am Patienten bzw. der Patientin, sowie deren Schulung und ein gewisses Maß an Qualitätskontrolle bereitgestellt werden:

„In the US, companies marketing nutritional support products have become involved in assessing, educating and treating patients and in monitoring the quality of care.“ (Marks 1991, 21)

2.4.3.2 Abgestimmtes Management

Eine große Herausforderung an die Organisation von *hospital at home* stellt die Gewährleistung einer integrierten Leistungserbringung dar, um ein hohes Maß an Versorgungskontinuität sicherzustellen (Anand/Pryor 1989, Marks 1991, Nixon 1991, Hughes/Gordon 1993, Pratt/Adamson 1996, Krajic et al. 1998, Neville 1998, Pelikan et al. 1998). Die Gefahr der Segmentierung im Gesundheitswesen wird mit der Entstehung einer neuen Versorgungsform eher vorangetrieben denn verhindert. Diese Problematik wird bei der Entwicklung vieler *hospital at home*-Modelle berücksichtigt und die Umsetzung einer integrierten Versorgung forciert.

Die ersten Hürden, die es mit dieser Zielsetzung zu nehmen gilt, sind die institutionellen Grenzen, zum einen zwischen den Gesundheits- und Sozialdiensten (Palmer 1996, Johnson 1997, Sims et al. 1997, Neville 1998) und zum anderen zwischen den ambulanten und stationären Versorgungssektoren (Marks 1990, Campbell-Haggerty et al. 1991, Rothkopf/Askanazi 1992, Hughes/Gordon 1993, Palmer 1996, Jester/Turner 1998). Um die Aufnahme einer effektiven Arbeitsbeziehung zwischen den Gesundheits- und Sozialdiensten zu ermöglichen und voranzutreiben, stellt beispielsweise das britische

Nationale Gesundheitssystem (Nationale Health Care System, NHS) im Rahmen einer *hospital at home*-Versorgung speziell dafür ausgewiesene finanzielle Mittel zur Verfügung (Neville 1998). Die sektoralen Grenzen zwischen der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung erweisen sich als kontraproduktiv, wenn es darum geht, den Versorgungsverlauf von PatientInnen zwischen beiden Systemen kontinuierlich zu gestalten. Diese Problematik hemmt erwartungsgemäß auch die erfolgreiche Umsetzung einer *hospital at home*-Versorgung. Deshalb gibt es eine Reihe von Überlegungen, wie diese Grenzen durchlässiger gemacht und eine Zusammenarbeit gefördert werden kann. Als die wichtigsten Elemente zur Realisierung einer integrierten Versorgungslandschaft gelten kooperative, koordinierende und kommunikative Strategien (Rehm/Weinstein 1983, Mounce 1989, Knowelden et al. 1991, Nixon 1991, Maloney/Preston 1992, Hackman 1993, Arras/Neveloff-Dubler 1995, Haggard 1996, Curtis 1997, Sims et al. 1997, Krajic et al. 1998, Pelikan et al. 1998, Rink et al. 1998). Diese Managementaufgaben werden in der Praxis beispielsweise als spezielles Schnittstellenmanagement zwischen dem ambulanten und stationären Sektor praktiziert. Dabei wird eine geplante und strukturierte Überleitung von PatientInnen umgesetzt, an der die Professionellen beider Versorgungsbereiche beteiligt sind (Marks 1991, Pratt/Adamson 1996). Um formale Kooperationsstrukturen von *hospital at home*-Modellen mit dem stationären Sektor zu schaffen, sind nicht wenige als „hospital-based“-Programme konzipiert (Campbell-Haggerty et al. 1991, Marks 1991).

Im Rahmen der *hospital at home*-Versorgung wird eine effektive Zusammenarbeit nicht nur zwischen dem stationären und ambulanten Sektor angestrebt, sondern auch zwischen den verschiedenen Professionen. Zunächst ist eine sinnvolle Koordination der unterschiedlichen Versorgungsleistungen sicherzustellen, die zumeist von professionellen Pflegekräften im Rahmen von Case-Management geleistet werden (Anand/Pryor 1989, Mounce 1989, Marks 1991, Montalto 1995, Leff et al. 1999). Inwieweit eine konkrete Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen tatsächlich stattfindet, ist sehr unterschiedlich. So kann das Spektrum umgesetzter Kommunikationsstrategien von der ausschließlich schriftlichen Form bis hin zu regelmäßigen Teambesprechungen reichen. Aus dem folgenden Zitat wird deutlich, dass eine professionsübergreifende Dokumentation, die bei den PatientInnen Zuhause geführt wird, als Instrument zur indirekten Kommunikation dient:

„Each person on the HAH (hospital at home, die Verfasserin) team who sees the patient writes in this report, so good communication between staff regarding the patient's progress is maintained.“ (Byers/Parker 1992, 352)

Dagegen liegt bei der direkten Kommunikationsstrategie eines anderen Modells der Schwerpunkt auf der Durchführung regelmäßiger und bedarfsgerechter Besprechungstermine:

„All members - medical, nursing, physiotherapie, and social services (home care) - must be involved in regular meetings to discuss care in the light of experience, and a communication system must be established which permits at least daily discussion of patients if required; for example, to adjust medications.“ (Mounce 1989, 38).

2.4.3.3 Pflege als Schlüsselprofession

Die Frage nach der organisations- und durchführungsverantwortlichen Berufsgruppe einer *hospital at home*-Versorgung wird international mit der Zuständigkeit der pflegerischen Profession beantwortet (Marks 1991, Elliott 1995, Haggard 1996, Jester/Turner 1998). Dies liegt in erster Linie darin begründet, dass die pflegerische Betreuung den größten Anteil ausmacht:

„A scheme which is clearly nurse-led - the majority of care to patients in hospitals is given by nurses and this is even more true for care in hospital-at-home (...)“ (Haggard 1996, 88)

Die häusliche Betreuung dieser PatientInnen stellt eine große Herausforderung an die Konzeption angemessener Versorgungsstrukturen dar und in den Ländern, in denen eine ausgeprägte Entwicklung von *hospital at home*-Modellen stattfindet, werden diese weitgehend unter pflegerischen Gesichtspunkten und damit konsequenterweise von der beruflichen Pflege konzipiert und betrieben (Marks 1991).

Wie bereits erwähnt, sind zwar die meisten Modelle interdisziplinär angelegt, dennoch obliegt ein Großteil der bei den PatientInnen direkt zu erbringenden Leistungen der Pflege; darüber hinaus werden von dieser Profession auch die organisatorischen und koordinierenden Aufgaben übernommen. Das hohe Maß an Durchführungsverantwortung der Berufsgruppe der Pflegenden geht auch mit einem hohen Anspruch an Qualifikation einher. Dies bezieht sich nicht nur auf genuin pflegerisches Wissen und Fertigkeiten, sondern auch auf die Bereiche Management, Schulung und Beratung. Aus deutscher Perspektive mag dies erstaunlich innovativ erscheinen, international sind diese Verantwortungsbereiche und entsprechenden Qualifikationen für die Pflegeberufe dagegen schon längst etabliert (exemplarisch Schaeffer 1995).

3. Diskussion der Kernelemente einer häuslichen Versorgung von schwer kranken und intensivpflegebedürftigen PatientInnen

Die Analyse der vorliegenden Literatur zum Thema *hospital at home* zeigt, dass sich die praktische Umsetzung einer häuslichen Versorgung von schwer kranken und intensivpflegebedürftigen PatientInnen international um folgende Kernelemente zentriert:

- Definition der Aufnahmekriterien
- Umfassende Versorgung
- Versorgungsintegration
- Outcome-orientierte Versorgung
- PatientInnenorientierung
- Einbindung des sozialen Netzwerkes

Der erste Aspekt, den es gerade für eine neue Versorgungsform zu klären gilt, bezieht sich auf die Auswahl der zu versorgenden PatientInnen: Es hat sich gezeigt, dass eine *hospital at home*-Versorgung umso effektiver gestaltet werden kann, je gezielter die Auswahl der PatientInnen mit Hilfe definierter Aufnahmekriterien erfolgt. Eine klare Indikation ist auch notwendig, um sich deutlich von der traditionellen häuslichen Versorgung abgrenzen zu können. Ein weiteres wichtiges Element ist der komplexe Versorgungsbedarf von schwer kranken und intensivpflegebedürftigen PatientInnen. Die multiprofessionell zu erbringenden Leistungen müssen darüber hinaus angemessen koordiniert werden, damit eine integrierte Versorgung gesichert ist. Um die Effektivität zu überprüfen, konzentriert man sich international auf Evaluationsstudien, in denen der gesundheitliche und ökonomische Outcome dieser Versorgungsform gemessen wird. Mit der Verlagerung der Versorgung vom stationären in den häuslichen Bereich erfolgt ein einschneidender Schritt in die Privatsphäre von PatientInnen und Angehörige. Wichtige Elemente einer *hospital at home*-Versorgung sind daher sowohl eine patientInnenorientierte Versorgung als auch die Einbindung des sozialen Netzwerkes. In den folgenden Kapiteln wird die Umsetzung dieser Kernelemente dargestellt und kritisch diskutiert.

3.1 Definition der Aufnahmekriterien

Bezogen auf die Auswahl der PatientInnen steht die Frage nach der 'richtigen' Indikation im Vordergrund: Welche PatientInnen gelten als schwer krank oder intensivpflegebedürftig und können im Rahmen von *hospital at home* in ihrem eigenen Zuhause angemessen ambulant versorgt werden? Folgt man der auf den kleinsten gemeinsamen Nenner gebrachten Definition von *hospital at home*, besteht nur dann eine Indikation für diese Versorgungsform, wenn diese als einzige Alternative zum Krankenhausaufenthalt eingesetzt werden kann. Für das Bedarfsprofil von *hospital at home*-PatientInnen ist daher charakteristisch, dass dieses nicht durch bestehende ambulante Versorgungsformen abgedeckt werden kann, da es sich in der Regel wesentlich umfassender darstellt. Allerdings kann die Bedarfslage ambulant zu versorgender schwer kranker und intensivpflegebedürftiger PatientInnen stark vari-

ieren. Dies wird deutlich, wenn man sich die unterschiedlichen Zielgruppen einer *hospital at home*-Versorgung vor Augen führt, z.B. die der Pädiatrie oder Geriatrie (vergl. Kapitel 2.4.1). Daher wird es in der Praxis für sinnvoll erachtet, spezielle Voraussetzungen für die Indikation zur Versorgung in *einem* bestimmten Modell festzulegen:

„However, there are a number of preconditions for setting up an effective service: choosing suitable conditions; selecting suitable patients; (...)“
(Marks 1991, 31)

Neben der Festlegung auf eine bestimmte Zielgruppe zählen dazu spezielle Bedingungen, z.B. bezüglich der häuslichen Umgebung oder körperlich-funktioneller Fähigkeiten der PatientInnen, die mit Hilfe des im vorangegangenen Kapitel beschriebenen Assessment-Verfahrens erhoben werden. Auf deren Grundlage erfolgt dann die Auswahl und Zuweisung der PatientInnen. Je sorgfältiger und spezieller die Auswahl ausfällt, umso kleiner wird der Kreis potentieller PatientInnen, aber umso gezielter und angemessener kann die Versorgung gestaltet werden. Bernstein (1991) berichtet beispielsweise für die Durchführung häuslicher Infusionstherapie:

„Careful patient selection at the beginning of the treatment can avoid many potential problems later on.“ (Bernstein 1991, 47)

Im Zusammenhang mit der 'richtigen' Indikation für eine *hospital at home*-Versorgung steht die Problematik der Abgrenzung zu anderen Versorgungsformen. Ausgehend von der allgemein gültigen *hospital at home*-Konzeption soll diese Versorgungsform als Alternative zum Krankenhausaufenthalt indiziert sein. Diese zunächst klare Indikation erscheint als ungenau, wenn man sich vor Augen führt, dass eine *hospital at home*-Versorgung oft präventiv angelegt ist, d.h. eine Indikation zur Krankenhauseinweisung eben gerade verhindert werden soll. Damit tritt *hospital at home* möglicherweise mit anderen Versorgungsformen in Konkurrenz, eine Entwicklung die so nicht vorgesehen, die es aber mit Recht zu bedenken gilt:

„A home care service (gemeint ist hier HCH, Hospital Care at Home, die Verfasserin) may be set up as an alternative to acute hospital care but in practice it may also serve as a substitute for home or in-patient hospice care, nursing home placement, care in geriatric units or no care at all.“
(Marks 1990, 109)

Die zitierte Autorin weist darauf hin, dass *hospital at home*-Modelle in der Praxis nicht nur als Alternative zur Krankenhausversorgung, sondern offensichtlich auch als Ersatz für andere Versorgungsformen, wie die traditionelle häusliche Versorgung, die ambulante Hospizpflege, Versorgung im Pflegeheim oder anderen geriatrischen Einrichtungen eingesetzt - möglicherweise sogar als zusätzliche und nicht als alternative Versorgungsform praktiziert wird. Damit sind *hospital at home*-Konzepte offenbar auch nicht gefeit gegen die unangemessene Überweisung von PatientInnen, die eine Betreuung im Sinne dieser Versorgungsform gar nicht benötigen:

„Just as inappropriate admissions are a problem for acute hospitals, there is no reason to believe they do not pose a problem for services such as hospital at home. We found that some patients allocated to hospital care were

never admitted to hospital and stayed at home with no extra service."
(Shepperd et al. 1998b, 1795)

Die Schwierigkeit einer klaren Unterscheidung zwischen *hospital at home* und „home care“ als der traditionellen häuslichen Versorgung im anglo-amerikanischen Sprachraum, fällt bereits bei einem ersten Überblick der Literatur über *hospital at home* auf. Gerade bei denjenigen Modellen, die präventiv angelegt sind - also einem Krankenhausaufenthalt vorbeugen sollen - sowie denen, die einen Krankenhausaufenthalt verkürzen sollen, stellt sich die Frage, warum diese PatientInnen nicht auch im Rahmen modifizierter „home care“-Konzepte versorgt werden können. Durch die breit angelegte Definition von *hospital at home* ergibt sich der Eindruck eines nahezu 'inflationären' Gebrauchs dieses Begriffes für eine Reihe von Versorgungsmodellen, die sich in der Praxis nur wenig von einer traditionellen häuslichen Versorgung unterscheiden. Die derzeit im Rahmen von *hospital at home*-Programmen versorgten PatientInnen können bei weitem nicht alle als schwer krank oder intensivpflegebedürftig bezeichnet werden, z.B. diejenigen, die Zuhause versorgt werden, um einen Krankenhausaufenthalt abzukürzen. Bei diesem Klientel ist die interventionsintensive Phase der Versorgung in der Regel abgeschlossen und es handelt sich lediglich um eine ausgedehnte Nachbetreuung im Rahmen der Rekonvaleszenz.

Ein anderes Abgrenzungsproblem zeigt sich bei der Frage nach der angemessenen ambulanten Versorgungsform schwer kranker sterbender Menschen. Diese werden sowohl im Rahmen von *hospital at home* als auch einer Hospiz- und Palliativ-Versorgung ambulant betreut. Worin bei diesen Versorgungsformen die konkreten Unterschiede in der praktischen Umsetzung liegen, kann alleine aufgrund der vorliegenden Literatur nicht beurteilt werden. Dennoch stellt sich die Frage, inwieweit es sinnvoll ist, für dieses Klientel mehrere Versorgungsformen bereitzustellen. Aus Sicht der PatientInnen ist sicher diejenige Versorgungsform die angemessene, die den jeweiligen Versorgungsbedarf am besten decken kann.

Die Überlegungen zur 'richtigen' Indikation einer *hospital at home*-Versorgung machen deutlich, warum in den USA derzeit gerade die Variante „high-tech home care“ einen enormen Entwicklungsschub erfährt: Die eigentliche Lücke in der häuslichen Versorgungslandschaft liegt in der häuslichen Betreuung von PatientInnen, die einer komplexen, interventionsintensiven und medizinisch-technisch anspruchsvollen Versorgung bedürfen. Aufgrund amerikanischer Finanzierungsmodalitäten wird dieser Bedarf nicht nur als Versorgungslücke sondern auch als Marktlücke erkannt und das rasante Wachstum der „high-tech home care“-Industrie kann als Hinweis verstanden werden, für welches Klientel eine *hospital at home*-Versorgung zukünftig auszurichten ist.

Eine gezielte Auswahl der PatientInnen mit Hilfe definierter Aufnahmekriterien dient nicht nur dazu, eine bedarfsgerechte und adäquate Versorgung anbieten zu können, sondern ist auch notwendig, um eine deutliche und sinnvolle Abgrenzung vom Angebot anderer Versorgungsformen sicher zu stellen.

3.2 Umfassende Versorgung

Die Sicherstellung einer häuslichen Versorgung von schwer kranken und intensivpflegebedürftigen PatientInnen erfordert eine umfassende und komplexe Leistungserbringung. Da *hospital at home* eine Alternative zum Krankenhaus darstellt, wird ein Großteil der Leistungen angeboten, die auch im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes erbracht werden. Je nach Bedarfsprofil der schwer kranken und intensivpflegebedürftigen PatientInnen kann das erforderliche Leistungspaket mit pflegerischen, medizinischen, hauswirtschaftlichen, speziellen therapeutischen und diagnostischen sowie psychosozialen und anderen Betreuungsleistungen sehr umfassend sein. Es unterscheidet sich damit deutlich von der traditionellen häuslichen Versorgung, die in erster Linie eine pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung bietet.

Die finanzielle Absicherung der notwendigen umfassenden Leistungserbringung im Rahmen von *hospital at home* ist allerdings nicht immer im gleichem Maße gewährleistet, wie dies in der Regel bei einem Krankenhausaufenthalt der Fall ist. So wird bei einer *hospital at home*-Versorgung beispielsweise nicht selten davon ausgegangen, dass PatientInnen bzw. deren Angehörige die hauswirtschaftlichen und auch ein Großteil der pflegerischen Leistungen selbst erbringen: „(...) patients provide their own hotel services and full time carer.“ (Montalto/Dunt 1993, 263). In diesem Fall besteht die *hospital at home*-Versorgung lediglich aus speziellen medizinischen und pflegerischen Leistungen, wie sie z.B. bei einer Infusionstherapie anfallen. Das bedeutet, dass sich die Leistungserbringung nicht weniger *hospital at home*-Modelle eher an finanziellen Gegebenheiten und am Leistungsvermögen der Anbieter orientiert, denn am Versorgungsbedarf der PatientInnen.

In Bezug auf psychosoziale Leistungen stellt sich nach Durchsicht der vorliegenden Literatur die Frage, inwieweit diese im Rahmen einer *hospital at home*-Versorgung tatsächlich angeboten werden. Obwohl diese zum generellen Leistungsspektrum von *hospital at home* zählen und vereinzelt auch explizit eingefordert werden (Clarke 1984), scheint deren Stellenwert in der wissenschaftlichen Diskussion nicht eben hoch, da kaum Daten zu Inhalt und Realisierung solcher Leistungen vorliegen. Weitgehende Einigkeit herrscht dagegen bezüglich der Notwendigkeit einer qualitätsgesicherten Leistungserbringung. Gefordert wird dies insbesondere für den pflegerischen und medizinischen Bereich der *hospital at home*-Versorgung. Vorgeschlagen wird die Entwicklung von bzw. das Arbeiten nach Qualitätsstandards (Pannuti 1988, Montalto/Dunt 1993, Elliott 1995, Nathwany/Davey 1996, Tanneberger et al. 1998).

Die Möglichkeit zur ambulanten Bereitstellung von Leistungen, die im Rahmen einer *hospital at home*-Versorgung notwendig sind, kann nicht als selbstverständlich vorausgesetzt werden. Gerade Leistungen, die bislang eng mit einer stationären Versorgung verknüpft sind, wie z.B. bestimmte diagnostische, therapeutische und spezielle pflegerische Maßnahmen, müssen für eine Versorgung im häuslichen Setting zur Verfügung stehen und der ambulanten Situation entsprechend ausgestaltet sein. Darüber hinaus erfordert die komplexe Leistungserbringung eine angemessene Koordination, damit eine integrierte Versorgung sichergestellt werden kann.

3.3 Versorgungsintegration

Im Rahmen einer *hospital at home*-Versorgung werden Leistungen aus verschiedenen Zuständigkeitsbereichen (Sozial- und Gesundheitswesen), verschiedenen Sektoren der Gesundheitsversorgung (ambulant und stationär) und von vielen verschiedenen Berufsgruppen erbracht. Das Problem einer fragmentierten Versorgungslandschaft macht sich unter Umständen durch Einbrüche in einer *hospital at home*-Betreuung bemerkbar, hervorgerufen durch strukturelle Barrieren, die einer kontinuierlichen Versorgungsgestaltung zuwiderlaufen (Marks 1990, Hughes/Gordon 1993, Pratt/Adamson 1996, Sims et al. 1997, Neville 1998). Angemessenheit und Effektivität einer *hospital at home*-Versorgung hängen daher in hohem Maße von der Umsetzung einer integrierten Leistungserbringung ab.

Besondere Aufmerksamkeit bei der Planung und Entwicklung von *hospital at home*-Modellen wird erwartungsgemäß der Verzahnung von stationärem und ambulantem Sektor gezollt. Dies liegt zum einen darin begründet, dass viele PatientInnen der *hospital at home*-Versorgung aus dem stationären Sektor überwiesen werden und zum anderen, dass Elemente der stationären Versorgung in den ambulanten Sektor verschoben werden. Viele Modelle werden als „hospital-based“-Programme von der stationären Institution Krankenhaus organisiert, da man sich dadurch vor allem die Sicherstellung von traditionell stationär erbrachter Leistungen in der ambulanten Betreuung verspricht (Frasca/Christy 1986, Campbell-Haggerty et al. 1991, Marks 1991). Am Beispiel der pflegerischen Versorgung hat sich gezeigt, dass den Pflegekräften aus der akut-stationären Versorgung die entsprechenden Fertigkeiten vertraut sind, nicht aber die spezifischen ambulanten Betreuungsleistungen. Bei der personellen Besetzung von *hospital at home*-Diensten sollte daher beiden Anforderungen Rechnung getragen werden:

„(...) it would have been beneficial to have a combination of nurses from both a community background and specialist acute nurses who would have complemented each other's skills and knowledge. The inclusion of community trained nurses in the team could have avoided ambiguity regarding the professional roles/boundaries of existing community nursing services in the area and the new scheme.“ (Jester/Turner 1998, 40-41)

Aus dem Zitat wird ein weiteres Problem deutlich, das sich in der Folge ungenügender Integrationsbemühungen zeigt: Es handelt sich um das Auftreten von Konkurrenzsituationen, hier zwischen der traditionellen häuslichen Versorgung und den neuen *hospital at home*-Diensten. Um dies zu verhindern und gleichzeitig mit der gezielten Unterstützung der Zusammenarbeit zwischen den Professionen im Visier, wird eine gemeinsame Planung und Entwicklung der Modelle angeregt. Ein solches Vorgehen ist bislang keineswegs zwingend realisiert, wird aber von einigen AutorInnen als wichtige Strategie zur Umsetzung einer integrierten, auf Kontinuität zielenden Versorgung hervorgehoben:

„It is imperative for those developing similar schemes to involve local GPs (General Practitioner, die Verfasserin), hospital-based medical staff and members of the local community in the initial planning and development of schemes.“ (Jester/Turner 1998, 41)

„Finally, it is unwise to develop hospital-at-home services in isolation from other services. The continuum of care must be planned from pre- or subacute, through acute and post-acute care.“ (Fulop et al. 1997, 215)

Das Problem der mangelnden Integration einzelner Dienste wird bei der Betrachtung der „high-tech home care“-Variante von *hospital at home* besonders deutlich (Smith 1996, Arras/Neveloff-Dubler 1995). Diese, in erster Linie nach marktorientierten Gesichtspunkten entwickelten Programme verfolgen erwartungsgemäß weniger das Ziel einer umfassenden, integrierten Versorgung, als vielmehr das der Profitmaximierung:

„Indeed, those who provide technical support are often employed by vendors of hightech equipment in pursuit of a very narrow agenda - the accumulation of profits - that has little to do with the provision of truly comprehensive care.“ (Arras/Neveloff-Dubler 1995, 10)

Daher werden gerade in den USA, mit dem außerordentlich schnell wachsenden Markt im Bereich von „high-tech home care“, zunehmend Stimmen laut, die eine staatliche Regulierung dieser Dienste fordern. So sollen beispielsweise Richtlinien entwickelt werden, die eine sinnvolle Einbettung der Leistungen in das Versorgungsgeschehen der PatientInnen sicherstellen (Balinisky 1994, Arras/Neveloff-Dubler 1995).

Um eine angemessene *hospital at home*-Versorgung zu realisieren ist nicht nur die Verzahnung der verschiedenen Versorgungssektoren wichtig, sondern auch die Sicherstellung einer effektiven Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen professionellen, bzw. nichtprofessionellen Leistungserbringern. Da die Leistungserbringer einer *hospital at home*-Versorgung nicht, wie im Krankenhaus, an einem Ort versammelt und ständig zur Verfügung stehen, ist deren Koordination und Kooperation immens wichtig, aber nicht einfach umzusetzen. Da *hospital at home* für die Leistungserbringer eine bislang unvergleichbare Versorgungssituation darstellt, sind neue Managementstrategien notwendig, um eine effektive interdisziplinäre Zusammenarbeit sicherzustellen. Dass dies mit Schwierigkeiten verbunden ist, haben Sims et al. (1997) bei der Befragung von Professionellen einer *hospital at home*-Versorgung festgestellt und folgern:

„As this was an innovative service, there were no models for a management structure. There is a potential for difficulties when managing a multidisciplinary team with differing philosophies and professional cultures (social workers, doctors, nurses and therapists) in a system where historically there are different management structures and funding arrangements.“ (Sims et al. 1997, 222)

Die Schwierigkeit, eine multiprofessionelle¹³ Zusammenarbeit im Rahmen effektiver Managementstrukturen sicherzustellen, liegt vor allem in der historisch gewachsenen, unterschiedlichen beruflichen Sozialisation der verschiedenen Professionen begründet. Sowohl traditionelle hierarchische Strukturen als auch unterschiedliche berufliche Leitbilder und verschiedene professionelle Herangehensweisen stehen einer konfliktfreien Zusammenarbeit im Wege. Ein erfolgreiches Management integrierter Versorgung setzt voraus, dass die verschiedenen Aufgaben klar beschrieben, Zuständigkeiten festgelegt

¹³ In der vorliegenden Literatur wird sowohl der Begriff der interdisziplinären als auch der einer multidisziplinären Zusammenarbeit verwendet.

werden und alle Bereiche im multidisziplinären Team gleichwertigen Bestand haben. Darüber hinaus wird die Entwicklung einer funktionierenden Kommunikationsstrategie zwischen allen Beteiligten als ein Schlüsselement bezüglich einer koordinierten Umsetzung von *hospital at home* eingeschätzt (Mounce 1989, Hughes/Gordon 1993, Haggard 1996, Pratt/Adamson 1996, Curtis 1997, Sims et al. 1997). Eine systematische Evaluation der kommunikativen Elemente einer *hospital at home*-Versorgung liegt bislang allerdings nicht vor.

Ein wichtiger Punkt bezüglich effektiver interdisziplinärer Zusammenarbeit in der *hospital at home*-Versorgung ist die Klärung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten (Rothkopf/Askanazy 1992, Nathwani/Davey 1996, Sims et al. 1997). Als Problem hat sich hierbei die Tatsache erwiesen, dass diese neue Versorgungsform ein Umdenken bezüglich der Aufgabenbereiche der verschiedenen Professionen erforderlich macht. Betroffen davon sind in erster Linie Pflege und Medizin:

„Nurses may have to expand their range of skills in order to be able to accept full responsibility for care management as well as being prepared to stand accountable for the service they offer. Medical staff would have to relinquish some aspects of care where they have traditionally held ultimate control.“ (Vaughan 1995, 342)

Für die Pflege, die in der Regel nicht nur den gesamten Versorgungsverlauf koordiniert, sondern auch den Großteil der Betreuung abdeckt, bedeutet dies ein Zuwachs an Verantwortung. Diesen kann sie nur übernehmen, wenn sie dafür befähigt und offiziell autorisiert wird. Für die Beziehung zur medizinischen Profession bedeutet das, dass diese unter Umständen auf einige Aspekte der Versorgung verzichten muss, die traditionellerweise in ihren Aufgabenbereich gehören. Es kann sich dabei sowohl um konkrete diagnostische und therapeutische Maßnahmen handeln als auch um Aufgaben im Bereich der Organisation der Versorgung sowie Beratung und Anleitung der PatientInnen und Angehörigen.

Eine Neubestimmung der pflegerischen Rolle in der *hospital at home*-Versorgung ist nicht nur in Bezug auf die ärztliche Profession notwendig, sondern auch in Bezug auf den Hilfs- bzw. Laienpflegebereich:

„Lay participation in caregiving may be perceived by nurses as threatening, particularly when this extends into activities traditionally associated with professional nursing.“ (Kirk/Glending 1998, 377)

Da die Laienpflege in der häuslichen Versorgung zunehmend an Bedeutung gewinnt, steht auch die professionelle Pflege vor dem Problem der Abgabe von Tätigkeiten aus ihrem traditionellen Aufgabenbereich. Um welche Aufgaben es sich hier im Einzelnen handeln kann und soll, wird derzeit noch diskutiert. Auf die Körperpflege bezogene Tätigkeiten wurden schon immer von Laienpflegenden übernommen; nicht geklärt ist, inwieweit pflegende Angehörige bei speziellen pflegerischen Maßnahmen z.B. im Bereich einer Schmerz- Infusions- oder künstlichen Ernährungstherapie eingebunden werden sollen. In nahezu jeder häuslichen Versorgungssituation spielt die Laienpflege einen wichtigen Part und die Befähigung zur Übernahme bestimmter Aufgaben ist eine notwendige Voraussetzung zur Sicherstellung einer angemessenen Betreuung. Gerade in der Versorgung schwerkranker und intensiv-

pflegebedürftiger PatientInnen stellt beispielsweise schon die sachgerechte körperpflegerische Versorgung eine pflegerische Herausforderung dar, die zumindest einer professionellen Anleitung und Supervision bedarf. Darüber hinaus zählen im Rahmen einer *hospital at home*-Versorgung neben anleitend-begleitenden auch koordinierende und unterstützende Tätigkeiten zum Aufgabenbereich der Pflege, die mit Hilfe frei gewordener Ressourcen geleistet werden können:

„If nurses will be providing less direct ‘hands on’ care then other skills will become more important - patient/carer education, service co-ordination, the provision of emotional support, and being a resource for patients and carers.“ (Kirk/Glending 1998, 377)

Diese Überlegungen zu einem neuen Rollenverständnis der Professionen finden bisher nur ansatzweise in der Diskussion um *hospital at home* statt. Wird diese Versorgungsform als Chance für grundlegende Veränderungen mit dem Ziel größtmöglicher Integration begriffen, wird sich die Fortsetzung dieser Diskussion als unabdingbar erweisen.

3.4 Outcome-orientierte Versorgung

Die Effektivität von *hospital at home* als neue Versorgungsform wird international mit Hilfe von Evaluationsstudien überprüft. Die Kriterien, die dabei als die wichtigsten erachtet und in den meisten der Studien untersucht werden, beziehen sich auf Messungen von gesundheitlichem und ökonomischem Outcome:

- Mortalität
- kognitive und körperliche Funktionen
- Lebensqualität
- Kosten

Daten dieser Merkmale werden sowohl für die *hospital at home*-Versorgung alleine, als auch im direkten Vergleich mit der Krankenhausversorgung erhoben. Im nächsten Kapitel werden die Ergebnisse von 25 international durchgeführten Evaluationsstudien von *hospital at home* entlang der gemessenen Variablen vorgestellt, Tabelle 5 zeigt die Studien im Überblick. Anschließend erfolgt eine kritische Darstellung der methodischen Problematik, die es bei der Beurteilung dieser Studien zu bedenken gilt.

AutorInnen (Publikationsjahr)	Titel	Outcome-Kriterien	Kontrollgruppe Krankenhaus- Versorgung
Bernstein (1991)	<i>An update on home intravenous antibiotic therapy.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Kosten 	
Byers/Parker, M. (1992)	<i>Early home rehabilitation for the patient with a hip fracture.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl und Dauer von Krankenhausaufenthalten • Kosten 	+
Campbell-Haggerty et al. (1991)	<i>Respi-care: An innovative home care program for the patient with chronic obstructive pulmonary disease.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Wiedereinweisung Krankenhaus • Kosten 	
Cella et al. (1997)	<i>Nutritional status, cognitive function and degree of dependency in elderly patients admitted to hospital-at-home.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ernährungszustand • kognitive oder körperliche Funktionen 	
Coast et al. (1998)	<i>Hospital at home or acute hospital care? A cost minimisation analysis.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Kosten 	+
Donald et al. (1995)	<i>Gloucester hospital-at-home: A randomized controlled trial.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • kognitive oder körperliche Funktionen • Anzahl und Dauer von Krankenhausaufenthalten 	+
Hensher et al. (1996)	<i>Does hospital-at-home make economic sense? Early discharge versus standard care for orthopaedic patients.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl und Dauer von Krankenhausaufenthalten • Kosten 	+
Hughes et al. (1992)	<i>A randomized trial of the cost effectiveness of VA hospital-based home care for the terminally ill.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Wiedereinweisung Krankenhaus • Kosten 	
Hollingworth et al. (1993)	<i>Cost of early discharge after hip fracture.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl und Dauer von Krankenhausaufenthalten • Kosten 	+
Jessop/Stein (1991)	<i>Who benefits from a pediatric home care program?</i>	<ul style="list-style-type: none"> • wer profitiert ? 	
Knowelden et al. (1991)	<i>Peterborough hospital at home: an evaluation.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Kosten 	+

Kornowski et al. (1995)	<i>Intensive home-care surveillance prevents hospitalisation and improves morbidity rates among elderly patients with severe congestive heart failure.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Wiedereinweisung Krankenhaus • kognitive oder körperliche Funktionen 	
Leff et al. (1999)	<i>Home hospital program: a pilot study.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Kosten 	+
Martin et al. (1994)	<i>A randomized controlled trial of a high support hospital discharge team for elderly people.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Wiedereinweisung Krankenhaus • kognitive oder körperliche Funktionen 	
McCusker/Stoddard (1987)	<i>Effects of an expanding home care program for the terminally ill.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Wiedereinweisung Krankenhaus • Kosten 	
Montalto (1998)	<i>How safe is hospital-in-the-home care?</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Sicherheit 	
O'Cathain (1994)	<i>Evaluation of a hospital at home scheme for the early discharge of patients with fractured neck of femur.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl und Dauer von Krankenhausaufenthalten • Mortalität 	+
Rehm/Weinstein (1983)	<i>Home intravenous antibiotic therapy: a team approach.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Kosten 	
Rich et al. (1995)	<i>A multidisziplinäre intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalität • Kosten • Anzahl und Dauer von Krankenhausaufenthalten • Lebensqualität 	
Richards et al. (1998)	<i>Randomised controlled trial comparing effectiveness and acceptability of an early discharge, hospital at home scheme with acute hospital care.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl und Dauer von Krankenhausaufenthalten • Lebensqualität • kognitive oder körperliche Funktionen 	+
Rink et al. (1998)	<i>Hospital care at home: an evaluation of scheme for orthopaedic patients.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl und Dauer von Krankenhausaufenthalten • Lebensqualität • kognitive oder körperliche Funktionen 	+
Shepperd et al.	<i>Randomised con-</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalität 	+

(1998a)	<i>trolled trial comparing hospital at home care with inpatient hospital care. I: three month follow up of health outcomes.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • kognitive oder körperliche Funktionen • Lebensqualität 	
Shepperd et al. (1998b)	<i>Randomised controlled trial comparing hospital at home care with inpatient hospital care. II: cost minimisation analysis.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Kosten • Anzahl und Dauer von Krankenhausaufenthalten 	+
Smith et al. (1992)	<i>Financial and psychological costs of high technology home care.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Kosten 	
Tanneberger et al. (1998)	<i>Hospital at home for advanced cancer patients within the framework of the Bologna eubiosa project: an evaluation.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Lebensqualität 	
Vinciguerra et al. (1986)	<i>A comparative assessment of home versus hospital comprehensive treatment for advanced cancer patients.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Wiedereinweisung Krankenhaus • Ernährungszustand • Schmerzmitteldosis 	+

Tabelle 5: Überblick zu den ausgewerteten Evaluationsstudien über *hospital at home*. Angegeben sind AutorInnen, Publikationsjahr, Titel, gemessene Outcome-Kriterien und (wenn vorhanden) Vergleich mit Krankenhaus-Kontrollgruppe (+).

3.4.1 Outcome-Kriterien einer *Hospital at Home*-Versorgung

In allen Untersuchungen, in denen Daten zur **Mortalität** erhoben wurden (in der Regel die dreimonatige Überlebensrate), konnte kein signifikanter Unterschied zwischen *hospital at home* und traditioneller Krankenhausversorgung festgestellt werden (O’Cathain 1994, Rich et al. 1995, Richards et al. 1998, Shepperd et al. 1998a). Ebenso wurde in den meisten Studien kein signifikanter Unterschied bezüglich **kognitiver und/oder körperlicher Funktionsfähigkeiten** der PatientInnen gemessen (Martin et al. 1994, Donald et al. 1995, Richards et al. 1998, Rink et al. 1998, Shepperd et al. 1998a). Zwei Studien, die Messungen von körperlichen Funktionen vor und nach einer *hospital at home*-Intervention durchgeführt haben, berichten über signifikante Verbesserungen (Kornowski et al. 1995, Cella et al. 1997). Im Rahmen einer vergleichenden Untersuchung von PatientInnen mit fortgeschrittener Krebserkrankung wurden Ernährungszustand und Schmerzmitteldosis gemessen. Für die Gruppe der *hospital at home*-Versorgung (in der Studie als „HOME-program“ bezeichnet) wurde, im Vergleich zur Kontrollgruppe der PatientInnen der Krankenhausversorgung, ein niedrigerer Verbrauch von

Schmerzmitteln festgestellt und - bezogen auf die weiblichen Erkrankten - ein besserer Ernährungszustand dokumentiert (Vinciguerra et al. 1986).

Die Aussagen zur **Lebensqualität**¹⁴ fallen folgendermaßen aus: Signifikant höhere Werte aus der Gruppe der *hospital at home*-PatientInnen im Vergleich zur Kontrollgruppe der KrankenhauspatientInnen wurden bei zwei Untersuchungen gemessen (Tanneberger et al. 1998, Rink et al. 1998), während Richards et al. (1998) keine statistisch abgesicherte Differenz feststellen konnten. Bei einem Modell zur Prävention von Krankenhaus-Wiedereinweisungen stellten Rich et al. (1995) eine signifikante Erhöhung der Lebensqualität der PatientInnen nach der *hospital at home*-Betreuung fest. In einer Studie, bei der die *hospital at home*-Intervention bei unterschiedlichen Versorgungsfällen (PatientInnen nach Hysterektomie, Knieoperationen, Hüftoperationen und ältere PatientInnen mit internistischen Erkrankungen) untersucht wurde, war die Lebensqualität innerhalb der PatientInnengruppe der *hospital at home*-Versorgung nach Hüftoperation signifikant höher als die der entsprechenden Kontrollgruppe der KrankenhauspatientInnen - bei den anderen Versorgungsfällen wurden dagegen keine Unterschiede gemessen (Shepperd et al. 1998a).

Anzahl und Dauer von Krankenhausaufenthalten konnten erwartungsgemäß bei den „early-discharge“-Programmen (bei denen eine möglichst frühe Entlassung aus dem Krankenhaus angestrebt wird) im Rahmen von *hospital at home* gesenkt werden (Byers/Parker 1992, Donald et al. 1995, Hollingworth et al. 1993, O’Cathain 1994, Rink et al. 1998). Bei präventiv orientierten Modellen, die einem Krankenhausaufenthalt vorbeugen sollen, steht die Erhebung von Krankenhaus-Wiedereinweisungen im Vordergrund. Die Studien aller daraufhin untersuchten Programme haben gezeigt, dass die Wiedereinweisungsrate im Vergleich zur Einweisungsrate der Kontrollgruppen ohne entsprechende *hospital at home*-Intervention (bzw. im Vergleich vor und nach der Intervention) niedriger war (Vinciguerra 1986, Martin et al. 1994, Rich et al. 1995, Kornowski et al. 1995). Dieser Effekt konnte bis zu einem Jahr (als letztem Messzeitpunkt) nach der Intervention nachgewiesen werden (Martin et al. 1994, Rich et al. 1995). Deutlich weniger Krankenhausaufenthalte wurden auch bei *hospital at home*-Modellen registriert, die darauf ausgerichtet sind, einen Krankenhausaufenthalt zu ersetzen – beispielsweise im Rahmen von „high-tech home care“ mit Hilfe intravenöser Infusions- oder enteraler Ernährungstherapie (Campbell-Haggerty et al. 1991) oder im Rahmen der Versorgung Sterbender (McCusker/Stoddard 1987, Hughes et al. 1992). Einige AutorInnen weisen darauf hin, dass die Dauer einer *hospital at home*-Intervention länger war, als dies bei einem entsprechenden traditionellen Krankenhausaufenthalt zu erwarten gewesen wäre (Hensher et al. 1996, Richards et al. 1998, Rink et al. 1998, Shepperd 1998b).

Studien, in denen die ökonomischen Aspekte untersucht wurden, haben in erster Linie die direkten **Kosten** einer *hospital at home*- bzw. Krankenhaus-Versorgung berücksichtigt. Die meisten Studien kamen zu dem Ergebnis, dass sich die *hospital at home*-Intervention kostengünstiger erwies als ein entsprechender Krankenhausaufenthalt (Rehm/Weinstein 1983, McCusker/Stoddard

¹⁴ Zur Messung von Lebensqualität gilt es generell zu beachten, dass dieses Merkmal auf der Grundlage verschiedener Konzepte gemessen werden kann. Deshalb ist beim Vergleich der hier vorgestellten Studien zu berücksichtigen, dass den Angaben zu Lebensqualität unterschiedliche Indikatoren zugrunde liegen.

1987, Campbell-Haggerty et al. 1991, Byers/Parker 1992, Hughes et al. 1992, Smith et al. 1992, Hollingworth et al. 1993, Bernstein 1991, Rich et al. 1995, Hensher et al. 1996, Coast et al. 1998, Leff et al. 1999). Zu berücksichtigen ist dabei, dass in den durchgeführten Kostenanalysen die indirekten Kosten, die möglicherweise für PatientInnen und Angehörige anfallen (z.B. aufwendige An- und Abreise für die Angehörigen bei Krankenhausbesuchen und informell erbrachte Versorgungsleistungen bei *hospital at home*), nicht erhoben wurden. Die im Folgenden zitierten AutorInnen argumentieren mit der Komplexität dieser Kosten und der Schwierigkeit diese zu ermitteln:

„Though 55% of the patients studied identified an individual providing informal care, we did not assess costs associated with this informal care. Such assessment is complex and outside the resources available for this study.“ (Coast et al. 1998, 1806)

Nicht alle Untersuchungen unterstützen die Schlussfolgerung, *hospital at home* sei generell die kostengünstigere Variante. Hensher et al. (1996) weisen darauf hin, dass die möglichen Einsparungen einer *hospital at home*-Versorgung aufgehoben werden, wenn die *hospital at home*-Intervention deutlich länger dauert als der traditionelle Krankenhausaufenthalt:

„In both schemes (*hospital at home*, die Verfasserin), this net increase in total length of stay has the effect of making a full episode of hospital-at-home care more expensive than a standard inpatient stay (Krankenhausaufenthalt, die Verfasserin).“ (Hensher et al. 1996, 550)

Die AutorInnen einer anderen Studie stellten fest, dass die Kosteneinsparungen zwar für das „early-discharge“-Programm, nicht aber für die Versorgung von Schlaganfall- und KrebspatientInnen im Rahmen einer *hospital at home*-Versorgung nachgewiesen werden konnten (Knowelden et al. 1991). Eine andere Gruppe von ForscherInnen (Shepperd et al. 1998b) kam zu dem Ergebnis, dass die Kosten von „early discharge“-Programmen für PatientInnen nach Knie- und Hüftoperationen genauso hoch waren wie bei der traditionellen Krankenhausversorgung. Auch hier wurden mögliche Einsparungen einer *hospital at home*-Intervention durch deren erhöhte Versorgungsdauer aufgehoben. (Vergl. Hensher et al. 1996). Für die *hospital at home*-Versorgung einer Gruppe von Patientinnen nach Hysterektomie und einer Gruppe von PatientInnen mit chronisch-obstruktiven Lungenerkrankungen wurde sogar eine Kostenerhöhung im Vergleich zur Krankenhausversorgung festgestellt. Eine interessante Überlegung zu den ökonomischen Auswirkungen, im Falle eines weit verbreiteten Einsatzes von *hospital at home*, stellen Hollingworth et al. (1993) an. Da durch die neue Versorgungsform in den Krankenhäusern vermehrt Betten zur Verfügung stehen werden, ist davon auszugehen, dass Aufnahme- und Entlassungsrate ansteigen; dadurch erhöht sich der Durchgang an PatientInnen in der Krankenhausversorgung, was letztendlich ein Mehr an Kosten verursacht:

„The 696 bed days freed per year on the orthopaedic ward are likely, however to be filled by other elective patients. (...) The hospital is likely to have costs increased by hospital at home because of higher patient throughput.“ (Hollingworth et al. 1993, 905)

Zu berücksichtigen ist hier, dass diese Studie in England durchgeführt wurde, wo bekanntermaßen für einige Krankenhausbehandlungen Wartelisten

bestehen, d.h. ein erhöhter Durchgang von PatientInnen mit entsprechenden Kostenerhöhungen auch tatsächlich zu erwarten wäre.

Zuletzt sollen noch zwei Evaluationsstudien über *hospital at home* vorgestellt werden, die sich nicht direkt unter den oben genannten Stichworten aufführen lassen. Jessop/Stein (1991) sind der Frage nachgegangen, welche Familien einer Gruppe von schwer kranken Kindern innerhalb einer entsprechenden *hospital at home*-Betreuung am meisten von dieser profitieren. Diese sind, so das Studienergebnis, diejenigen Kinder mit der geringsten Krankheitslast und mit den geringsten familiären Ressourcen (soziale, finanzielle und auf Bildung bezogene). Diese Untersuchung ist vor allem deshalb interessant, weil sie eine der wenigen ist, die eine Überprüfung der Zielgruppe darstellt. Auf dieser Grundlage können gegebenenfalls neue Überlegungen angestellt werden, z. B. welche Maßnahmen zu treffen wären wenn angestrebt wird, dass Kinder mit hoher Krankheitslast am meisten von diesem Versorgungsmodell profitieren sollen. Eine weitere, erwähnenswerte Studie beschäftigte sich mit dem Element der Sicherheit von *hospital at home* (Montalto 1998). Um das Maß der Versorgungssicherheit festzustellen, wurden in dieser Untersuchung negative, unerwartete Vorkommnisse als Indikatoren operationalisiert. Als solche Sicherheitsindikatoren galten: Notrufe bzw. unerwartete telefonische Nachfragen der PatientInnen während der *hospital at home*-Versorgung, außer-routinemäßige Hausbesuche durch das *hospital at home*-Team, Krankenhauseinweisungen von PatientInnen während oder nach der *hospital at home*-Versorgung. Aufgrund dieser, in der Studie gemessenen Sicherheitsindikatoren eines *hospital at home*-Modells kommt der Autor zu dem Ergebnis, dass das untersuchte Modell als sicher einzustufen sei. Weiterhin schlägt er vor, die Entwicklung von Sicherheitsstandards in der *hospital at home*-Versorgung voranzutreiben.

Die bislang durchgeführten Evaluationsstudien über *hospital at home* haben gezeigt, dass sich diese als effektive Versorgungsform bewährt: Die meisten Studien kommen in Bezug auf den gesundheitlichen Outcome, im Vergleich zur Krankenhausversorgung, zu ähnlichen Werten. Was die Erhebung der Lebensqualität angeht, wurden im Rahmen der *hospital at home*-Versorgung auch höhere Werte gemessen. In der Kostenfrage hat sich *hospital at home* bei einem Großteil der entsprechenden Studien als günstiger erwiesen, vor allem weil die direkten Kosten dieser Versorgungsform tatsächlich niedriger waren und durch *hospital at home* teure Krankenhausaufenthalte eingespart werden konnten - diese Einsparungen waren zumindest dann relevant, wenn die Dauer der *hospital at home*-Versorgung nicht die Dauer eines entsprechenden Krankenhausaufenthaltes überschritt. Ob diese erste positive Einschätzung auch einer kritischen Betrachtung der zugrunde liegenden Evaluationsstudien standhält, soll im folgenden Kapitel geklärt werden.

3.4.2 Problematik der Evaluationsforschung von *Hospital at Home*

Obwohl die Beurteilung von *hospital at home* insgesamt zugunsten dieser Versorgungsform ausfällt, sind die folgenden zwei wichtigen Aspekte als Grundlage für die Beurteilung einer neuen Versorgungsform näher zu beleuchten: Die Aussagekraft der Studien und die Diskussion der Frage, ob bislang alle maßgeblichen Kriterien berücksichtigt und erhoben wurden. Zu-

nächst muss festgestellt werden, dass *hospital at home* als neue Versorgungsform noch nicht sehr lange Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen ist. So kann davon ausgegangen werden, dass die bisher durchgeführten Studien noch nicht ein befriedigendes Maß an Erkenntnis über die Effektivität dieser Versorgungsform hervorgebracht haben. Dies liegt neben quantitativen Aspekten (die Anzahl der Studien mit konkret nachvollziehbarer Datenbasis liegt mit 25 Publikationen nicht sehr hoch) darin begründet, dass *hospital at home* - im Detail betrachtet - keine einheitliche Versorgungsform darstellt. An anderer Stelle der vorliegenden Arbeit wurde schon ausführlich auf die Problematik der (zu) breit angelegten Definition von *hospital at home* eingegangen. Bei einem Vergleich der Studien zur Effektivität dieser Versorgungsform stößt die Leserin bzw. der Leser erneut auf die folgende Tatsache: Unter *hospital at home* werden zum einen viele verschiedenen konzipierte Versorgungsformen verstanden, zum anderen befindet sich *hospital at home* als neue Versorgungsform in der Entwicklung und ist damit noch Änderungen unterworfen.

Leider wird in den meisten der hier zitierten Untersuchungen die eigentliche Intervention, nämlich die *hospital at home*-Versorgung, nur äußerst knapp beschrieben. Anhand dieser minimalen Informationen kann das Maß der Einheitlichkeit bzw. Differenz dieser Versorgungsform zwischen den verschiedenen Studien kaum beurteilt werden. Dies wäre jedoch notwendig, um beispielsweise die zum Teil vorgefundenen Unterschiede bezüglich der Outcome-Kriterien von *hospital at home* näher zu beleuchten. Genauso wichtig wäre dies auch um herauszufinden, welche Elemente der *hospital at home*-Intervention die eigentlich ausschlaggebenden für einen positiven gesundheitlichen Outcome sind. Auf dieses Problem wird in zwei der zitierten Untersuchungen eingegangen. Martin et al. (1994) und Rich et al. (1995) haben in beiden Studien eine Evaluation von *hospital at home*-Modellen vorgestellt, die präventiv angelegt waren, d.h. zukünftige Krankenhauseinweisungen (die bei entsprechen Gruppen von PatientInnen erfahrungsgemäß zu erwarten wären) verhindern sollten. Beide kommen zu dem Ergebnis, dass die Rate der Wiedereinweisungen - im Vergleich zu entsprechenden Kontrollgruppen - signifikant gesenkt werden konnte, ein Effekt der noch ein Jahr nach der *hospital at home*-Intervention nachweisbar war. Martin und KollegInnen stellen fest, dass sie den ursächlichen Mechanismus für diesen Effekt nicht identifizieren konnten:

„It is concluded that the HTT (Home Treatment Team, hier als *hospital at home*-Intervention, die Verfasserin) was of benefit but the mechanism of its effect was not identified.“ (Martin et al. 1994, 228)

In der Untersuchung von Rich et al. gehen die AutorInnen zwar davon aus, dass die festgestellten Effekte auf die *hospital at home*-Intervention zurückzuführen sind, diskutieren aber alternative Erklärungsansätze, die einer näheren Betrachtung wert sind:

„Although we believe that the reduced rate of readmission and the improved quality of life in our patients were direct consequences of the study intervention, two alternate hypotheses could explain our finding. First, the patients assigned to the control group may have received substandard care. (...) Another alternative explanation for our findings is that the patients in the treatment group may have had better outcomes simply because of the increased attention and care they received.“ (Rich et al. 1995, 1194)

Der bei der Interventionsgruppe festgestellte positive Effekt könnte auch darauf zurückzuführen sein, so mutmaßen die zitierten AutorInnen, dass die Versorgung der Kontrollgruppe unterhalb standardisierter Qualitätsbedingungen lag (dies wurde offenbar nicht kontrolliert). Eine andere Überlegung zielt auf die Frage ab, ob aus der komplexen *hospital at home*-Intervention in erster Linie das Element der vermehrten Zuwendung, welches den PatientInnen dieser Gruppe zuteil wurde, ausschlaggebend für den verbesserten gesundheitlichen Outcome war.

Neben der fehlenden Einheitlichkeit von *hospital at home* als Intervention und der Unsicherheit bezüglich des eigentlichen Wirkmechanismus auf gemessene Outcome-Effekte gilt es einen weiteren wichtigen Punkt bezüglich der Aussagekraft der Evaluationsstudien zu beachten - das Studiendesign. Um festzustellen, ob sich die *hospital at home*-Versorgung (Interventionsgruppe) im Vergleich zur traditionellen Krankenhausversorgung (Kontrollgruppe) nicht negativ auf den Gesundheitszustand der PatientInnen und auch nicht kostentreibend auswirkt, beschäftigen sich die meisten Studien mit dem Vergleich dieser Gruppen (Vinciguerra et al. 1986, Knowelden 1991, Byers/Parker 1992, Hollingworth et al. 1993, O'Cathain 1994, Donald et al. 1995, Hensher et al. 1996, Coast et al. 1998, Richards et al. 1998, Rink et al. 1998, Shepperd et al. 1998a 1998b, Leff et al. 1999). Bei anderen Untersuchungen steht der Vergleich einer *hospital at home*-Versorgung mit der traditionellen häuslichen Versorgung als Kontrollgruppe im Vordergrund (McCusker/Standard 1987, Hughes et al. 1992, Martin et al. 1994, Rich et al. 1995). Daneben gibt es noch eine weitere Form von Evaluationsstudien, die lediglich ein Modell beschreiben, einige mit Outcome-Messungen vor und nach der *hospital at home*-Intervention (Rehm/Weinstein 1983, Campbell-Haggerty et al. 1991, Jessop/Stein 1991, Smith et al. 1992, Bernstein 1991, Alderen et al. 1995, Kornowski et al. 1995, Cella et al. 1997, Tanneberger et al. 1998, Montalto 1998).

Diese Gruppenbildung scheint zunächst logisch und problemlos, wirft aber in Bezug auf die Validität dieser Studien die Frage auf, inwieweit eine solche Gruppenbildung ohne Bias und unter Ausschluss unkontrollierbarer, möglicherweise korrelierender Faktoren durchführbar und angemessen ist. Führt man sich den 'Goldstandard' wissenschaftlicher Untersuchungen vor Augen wird deutlich, dass dieser bis in die letzte Konsequenz hier nicht Anwendung finden kann. Sieht man zunächst davon ab, ob dies ein sinnvolles Vorgehen wäre oder nicht, ist leicht einzusehen, dass eine randomisiert kontrollierte 'Doppel-Blind'-Studie einer *hospital at home*-Intervention unweigerlich an der praktischen Umsetzung scheitert. Um dennoch eine vergleichende Studie unter möglichst kontrollierten Bedingungen durchzuführen, sind einige als randomisiert-kontrollierte Untersuchungen realisiert (Hughes et al. 1992, Martin et al. 1994, Donald et al. 1995, Rich et al. 1995, Coast et al. 1998, Richards et al. 1998, Shepperd et al. 1998a 1998b). Bei diesen Untersuchungen findet die Gruppenbildung nach Methoden der Zufallsverteilung statt. Dies setzt voraus, dass PatientInnen, die potentiell für eine *hospital at home*-Versorgung in Frage kommen, damit einverstanden sein müssen, zum einen an einer Studie teilzunehmen und zum anderen die zufällig für sie ausgewählte Versorgungsform zu akzeptieren. Damit nimmt an diesen Untersuchungen eine ausgewählte Gruppe von PatientInnen teil und es kann davon ausgegangen werden, dass es sich um diejenigen handelt, für die der Ort ih-

rer Versorgung nicht von Bedeutung ist. Umgekehrt kann geschlossen werden, dass diejenigen PatientInnen aus den Studien ausgeschlossen werden, die entweder die häusliche oder stationäre Versorgung stark präferieren und aus diesen Gründen für eine randomisierte Verteilung nicht zur Verfügung stehen. Dass dies ein ernst zu nehmendes Problem darstellt wird deutlich, wenn man sich eines der ursprünglichen Hauptanliegen für die *hospital at home*-Versorgung vor Augen führt, nämlich den PatientInnen eine Versorgungsalternative zu bieten. Die randomisiert kontrollierten Studien und deren Ergebnisse müssen also mit dieser wichtigen Basisinformation gelesen und interpretiert werden, dass gerade die PatientInnen, die die häusliche Versorgungsform stark präferieren, nicht vertreten sind. Möglicherweise ist dies bei Kostenstudien zu vernachlässigen, nicht jedoch bei Studien zu Gesundheits-Outcome und Lebensqualität. Auf die beiden zuletzt genannten Effektivitätsmerkmale einer *hospital at home*-Versorgung könnte gerade der Aspekt der starken Präferenz dieser Versorgungsform, also der Wunsch und Wille der PatientInnen Zuhause versorgt zu werden, einen zusätzlichen positiven Effekt haben. Mit der Randomisierung in der Evaluationsforschung von *hospital at home* wird zwar den Forderungen einer objektiv-wissenschaftlichen, möglichst 'sauberen' Studiendurchführung Rechnung getragen, was aber mit dem Ausschluss möglicherweise hochrelevanter Ergebnisse erkauft wird. Ob deshalb diese Art des Studiendesigns angebracht ist, oder ob damit gerade an den eigentlich interessierenden Ergebnissen vorbei geforscht wird, sollte daher eine Überlegung wert sein. In diesem Sinne argumentieren Knowelden et al. (1991) anschaulich, warum sie sich gegen die Durchführung einer randomisiert kontrollierten Studie entschieden haben:

„Because it would be the definitive way of comparing outcomes and costs in HAH (*hospital at home*, die Verfasserin) (...) we planned and gained local acceptance for a trial in which suitable patients would be randomly allocated either to hospital or to HAH care. However, in a pilot study over a period of six weeks few patients were admitted; e.g. for terminally ill patients, there was considerable reluctance by patients, their family carers and the general practitioners for admission to hospital if it was thought that the patient could be managed at home, and under these circumstances the patient was withdrawn from the study. This selective withdrawal would have seriously biased the study and so the randomized controlled trial reluctantly had to be abandoned.“ (Knowelden et al. 1991, 183)

Die zitierten AutorInnen stellten fest, dass Sterbende als Zielgruppe von *hospital at home*, sowie deren Angehörige und betreuende HausärztInnen eine Teilnahme an dieser Versorgungsform mit randomisierter Verteilung auf das Schärfste ablehnten. Es hat sich gezeigt, dass die Möglichkeit zur häuslichen Versorgung für diese PatientInnen stark präferiert wurde. Der systematische Ausschluss der Betroffenen, die eine zufällige Verteilung in die Krankenhaus- oder *hospital at home*-Versorgung verweigern, hätte zu einer grundlegenden Beeinflussung der Studienergebnisse geführt, weshalb die WissenschaftlerInnen auf die Randomisierung verzichteten.

Ein weiteres Studiendesign ist die Metaanalyse, welche bei den vorliegenden Studien lediglich einmal vertreten ist. Auf der Grundlage dieser Untersuchung kommen die Autoren (Shepperd/Illiffe 1998) zu dem Schluss, eine weit verbreitete Umsetzung von *hospital at home* sei nicht zu empfehlen. In dieser Analyse werden neben drei der in der vorliegenden Arbeit ebenfalls einbezogenen Untersuchungen (Hughes et al. 1992, Martin et al. 1994, Donald et al.

1995) zwei weitere Studien berücksichtigt, die allerdings bereits vor 20 Jahren vorgelegt wurden. Aufgrund dieser eher dürftigen Datengrundlage und der oben ausgeführten Überlegungen zur Uneinheitlichkeit von *hospital at home*-Interventionen - und damit der Schwierigkeit eines Vergleiches untereinander - muss die Aussagekraft dieser Studie als schwach eingestuft werden.

Zum Schluss sollen die wichtigsten Aspekte der dargestellten Outcome-Orientierung in der Diskussion über *hospital at home* noch einmal zusammengefasst dargestellt werden: Es konnte gezeigt werden, dass diese Versorgungsform für ausgewählte Zielgruppen und unter bestimmten Bedingungen effektiv und effizient ist. Die zum Teil widersprüchlichen Untersuchungsergebnisse und die Problematik, die mit der Wahl eines angemessenen Studiendesigns verbunden ist, sind als Hinweise zu deuten, dass eine abschließende und umfassende Beurteilung der Wirksamkeit von *hospital at home* noch nicht möglich ist. Was die oben gemachten Ausführungen über die Studien gezeigt haben sollten ist Folgendes: *Hospital at home* ist keine 'fertige' Interventionsform, über die lediglich herauszufinden wäre, ob sie funktioniert oder nicht. Im Gegenteil, *hospital at home* befindet sich in der Entwicklung und erfordert daher den Einsatz wissenschaftlicher Bemühungen im Bereich der Entwicklungsforschung dieser neuen Versorgungsform. In der Diskussion um *hospital at home* hat die britische Gesundheitswissenschaftlerin Celia Palmer dies folgendermaßen auf den Punkt gebracht:

„ (...) we are evaluating these schemes (*hospital at home*, die Verfasserin) too early and are in danger of dismissing them too fast. If we put our energy into researching only cost effectiveness and exclude research on organisation and development then we are at risk of throwing the baby out with the bath water.“ (Palmer 1996, 232)

Darüber hinaus sollte der Focus der Entwicklungsbemühungen von *hospital at home* verstärkt auf die Klärung der prioritären Ziele gerichtet werden, welche mit dieser Versorgungsform erreicht werden sollen. Mit Sicherheit besteht ein Konsens darüber, dass die *hospital at home*-Versorgung den gesundheitlichen Outcome nicht beeinträchtigen darf; möglicherweise wäre hier überlegenswert, ob neben den Indikatoren Mortalität und körperliche Funktionsfähigkeiten, der Lebensqualitätsforschung mehr Aufmerksamkeit zu schenken wäre. Bezüglich der Kosten wäre zu klären, ob *hospital at home* nur dann als Versorgungsalternative akzeptabel ist, wenn sie sich im Vergleich zur Krankenhausversorgung als kostengünstiger oder zumindest als nicht teurer erweist. Der letzte und entscheidende Punkt bezieht sich auf die Rolle der PatientInnen und Angehörigen: Inwieweit deren Entscheidungen und Bedürfnisse bezüglich einer *hospital at home*-Versorgung einbezogen und berücksichtigt werden sollen. Soll *hospital at home* mehr sein, als eine weitere Intervention im Rahmen gesundheitlicher Versorgung, die PatientInnen eher als Objekte denn mitgestaltende Subjekte betrachtet, so sollten Chancen und Risiken dieser Versorgungsform aus Sicht der PatientInnen besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Diese Forderung legitimiert sich alleine schon aus der Tatsache, dass es sich bei dieser Versorgungsform um die Verschiebung von Gesundheitsleistungen in die Privatsphäre der PatientInnen und Angehörigen handelt. Aus diesem Grund stehen in den beiden folgenden Kapiteln sowohl Überlegungen zur Rolle der PatientInnen als auch der Angehörigen im Zusammenhang mit *hospital at home* im Vordergrund.

3.5 PatientInnenorientierung

In den folgenden Kapiteln geht es darum, den Stellenwert der PatientInnenorientierung in der *hospital at home*-Versorgung näher zu beleuchten. Dabei sollen drei Aspekte berücksichtigt werden, die aus der Perspektive der PatientInnen von besonderer Bedeutung sind: Die Möglichkeit und Voraussetzungen zur informierten Entscheidung, die Zufriedenheit der PatientInnen mit der Versorgungsform und die bei einer längerfristigen Perspektive auftretenden sozialen und ethischen Implikationen von *hospital at home*.

3.5.1 Wahlfreiheit der PatientInnen: Die informierte Entscheidung

Aus der Perspektive der PatientInnen stellt sich zunächst die Frage, welche Rolle diese selbst bei der Wahl ihres Versorgungsortes spielen. Zu Beginn der Entwicklung erster *hospital at home*-Modelle stellte der ausdrückliche Wunsch der PatientInnen nach einer häuslichen Versorgung einen wichtigen Motivationsgrund dar, diese Versorgungsform alternativ zur Krankenhausversorgung anzubieten; gleichzeitig waren auch strukturelle und ökonomische Aspekte von nicht zu unterschätzender Bedeutung. D.h. *hospital at home* wurde eingesetzt, da es an Krankenhausbetten fehlte und nur eine ökonomisch günstigere Alternative in Frage kam (Clarke 1984, Marks 1991). Viele chronisch Schwerkranke und terminal Erkrankte möchten Zuhause versorgt werden (Parkes 1985, Boersma et al. 1992, Coley et al. 1996). Für den Bereich von „high-tech home care“ stellt Smith (1996) fest:

„Home care was rated by patients and family members as more acceptable than institutionalization.“ (Smith 1996, 110)

Der Wunsch der PatientInnen, Zuhause versorgt zu werden, steht deshalb bei der Entscheidungsfindung für oder gegen eine *hospital at home*-Versorgung bei vielen Modellen an erster Stelle (Cang/Clarke 1978, Pannuti 1988, Hackman 1993, O'Cathain 1994). Allerdings ist die von den PatientInnen gesetzte Priorität nicht immer ausschlaggebend. So kann die Durchführung einer häuslichen Versorgung daran scheitern, dass bestimmte Voraussetzungen nicht erfüllt sind, wie beispielsweise eine gewisse Mobilität der PatientInnen, die häuslichen Bedingungen, die Verfügbarkeit informeller Hilfen oder die finanzielle Absicherung.

Neben der Tatsache, dass eine *hospital at home*-Versorgung nicht für alle PatientInnen realisierbar ist, auch wenn diese eine häusliche Betreuung bevorzugen, gilt es zu berücksichtigen, dass es auch PatientInnen gibt, die diese Versorgungsform ablehnen. Im Rahmen einer Evaluation von *hospital at home* nach operativen Eingriffen zur Verkürzung des Krankenhausaufenthaltes stellte Curtis (1997) fest, dass ca. 30% aller potentiellen KandidatInnen für *hospital at home* (N=103, S. 207) dieser Versorgungsalternative nicht zustimmten. Folgende Begründungen wurden für die Ablehnung angegeben: Die PatientInnen lebten zum einen alleine und fürchteten, trotz der *hospital at home*-Versorgung nicht zurechtzukommen und empfanden zum anderen den regulären Krankenhausaufenthalt als bereits zu kurz. Fulop et al. (1997) berichten dagegen lediglich von ca. 15% (N=1950, S.214) der PatientInnen, die *hospital at home* als Versorgungsform ablehnten. Über die konkreten Gründe haben die AutorInnen keine Daten erhoben, doch sie vermuten, dass

diese Versorgungsform in der Öffentlichkeit möglicherweise in erster Linie als Rationalisierungsmaßnahme wahrgenommen wird:

„The public are often suspicious of initiatives to shift care from hospital to their home which they perceive as cost-cutting exercises.“ (Fulop et al. 1997, 215)

Ebenfalls im Rahmen einer Evaluation eines *hospital at home*-Modelles zur Verkürzung des Krankenhausaufenthaltes nach operativer Behandlung der Oberschenkelhalsfraktur stellt O’Cathain (1994) fest, dass nur 12% (N=110, S. 209) die häusliche Versorgung ablehnten. Der Autor weist darauf hin, dass die *hospital at home*-Versorgung sowohl positiv (so früh wie möglich in die gewohnte Umgebung zurückkehren zu können) als auch negativ (aus der Krankenhausversorgung hinaus gedrängt zu werden) gedeutet werden kann. Als entscheidender Faktor für den geringen Anteil der Ablehnung von *hospital at home* wird die Möglichkeit, diese Versorgungsform *freiwillig* zu wählen, angesehen:

„Early discharge schemes have the potential either to make patients feel better by returning them sooner to a familiar environment or to make them feel pushed out of hospital. An important element of this scheme was that patients did not have early discharge imposed on them but were allowed to choose early discharge.“ (O’Cathain 1994, 209)

Sicherlich ist die Zustimmung oder Ablehnung der PatientInnen bezüglich einer *hospital at home*-Versorgung von vielen verschiedenen Faktoren abhängig. So spielen nicht nur individuelle Präferenzen eine Rolle, sondern auch die in den verschiedenen Modellen unterschiedliche Ausgestaltung der Versorgung, die aus Sicht der PatientInnen mehr oder weniger auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten ist. Nicht zuletzt kann darüber hinaus davon ausgegangen werden, dass sowohl die Information über und die Präsentation von *hospital at home* ein entscheidendes Element bezüglich der Akzeptanz dieser Versorgungsform darstellt - ein Punkt der allerdings bislang noch nicht systematisch erforscht wurde.

Die Tatsache, dass *hospital at home* eine Alternative zum Krankenhausaufenthalt darstellt, welche als Option freiwillig von PatientInnen gewählt werden kann, wird in der internationalen Diskussion als Maßnahme zur Erhöhung der Entscheidungsmöglichkeiten und Stärkung der PatientInnenautonomie positiv gewertet (Nixon 1991, Byers/Parker 1992, Sorochan/Beattie 1994, Elliott 1995, Brooks 1996, Curtis 1997, Neville 1998, Rink et al. 1998). Während vor der Entwicklung von *hospital at home*-Modellen die Möglichkeit zur Versorgung schwer kranker und intensivpflegebedürftiger PatientInnen außerhalb stationärer, akut-klinischer Einrichtungen kaum gegeben war, steht mit dieser Versorgungsform nun eine ernst zu nehmende Alternative zur Verfügung. PatientInnen können ihren eigenen Präferenzen folgen und damit ihrer eigenen Stimme mehr Gewicht verleihen, wenn sie sich für eine *hospital at home*-Versorgung entscheiden. Voraussetzung ist allerdings, dass bei der Entscheidungsfindung die Stimme der PatientInnen auch tatsächlich entsprechend berücksichtigt wird und die Wahl der Versorgungsform nicht über die Köpfe der Betroffenen hinweg gefällt wird. Coley und KollegInnen (1996) haben in ihrer Studie zur Präferenz von PatientInnen für die häusliche oder stationäre Versorgung exemplarisch aufgezeigt, dass

die traditionelle Entscheidungsmacht über den Ort der Versorgung offenbar immer noch die ÄrztInnen haben:

„Most patients, even those treated initially in a hospital (...) prefer outpatient treatment. However, most physicians appear not to involve patients in the site-of-care decision.“ (Coley et al. 1996, 1556)

Neben der Voraussetzung, dass PatientInnen auch tatsächlich in den Prozess der Entscheidungsfindung einbezogen werden, ist eine umfassende und verständliche Informationsvermittlung notwendig, damit PatientInnen Vor- und Nachteile für ihre individuelle Situation abwägen können, um eine informierte Entscheidung zu treffen.

3.5.2 PatientInnenzufriedenheit

Über die Wahlfreiheit hinaus eröffnet *hospital at home* - im Vergleich zum Krankenhausaufenthalt - die Möglichkeit, die Versorgung individueller und unter eigener Kontrolle zu gestalten:

„Patients at home in their own environment with their family and their friends feel more in control of what is happening to them than they do in hospital.“ (Nixon 1991, 1709)

Dabei stellt sich die Frage, inwieweit dies in den verschiedenen Modellen angestrebt und umgesetzt wird. Bereits bei der traditionellen häuslichen Versorgung erweist es sich als schwierig, eine individuelle Betreuung umzusetzen, bei der den PatientInnen bewusst mehr Kontrolle über ihre Versorgung überlassen werden soll. So liegen beispielsweise eine hohe Personalfuktuation und die organisatorische Planung der Versorgung oftmals außerhalb des Einflussbereiches der PatientInnen. Erwartungsgemäß tritt diese Problematik auch bei einer *hospital at home*-Versorgung auf. Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass durch die Intensität der krankenhaushähnlichen Betreuung diese einen institutionellen Charakter annimmt und der Umsetzung einer individuellen und selbstbestimmten Versorgung entgegen steht (Arras/Neveloff-Dubler 1995).

Bei der Durchsicht der internationalen Literatur zu *hospital at home* zeigt sich, dass die Frage patientInnenorientierter Versorgung wenig erforscht und bislang kaum systematisch evaluiert wurde. Der Grund dafür ist sicher auch in der Tatsache zu suchen, dass es an konkreten Vorstellungen mangelt, wie individuell und selbstbestimmt eine Versorgung aussehen kann und soll (Kirk/Glending 1998) und vor allem welche Parameter zu messen sind, um das Ausmaß an PatientInnenorientierung einer Versorgung feststellen zu können. Um zumindest einen Aspekt der PatientInnenperspektive zu erfassen, versucht man daher in der Regel das Maß der Zufriedenheit mit der Versorgung zu erheben. Die Aussagekraft von Zufriedenheitsmessungen in der gesundheitlichen Versorgung ist allerdings generell kritisch zu hinterfragen, da davon auszugehen ist, dass der Bias sozialer Erwünschtheit positiver Aussagen besonders groß ist. Dies äußert sich in der nahezu durchgehend positiven Bewertung und damit hohen Zufriedenheitswerten sowohl im Setting der Krankenhausversorgung als auch in dem einer *hospital at home*-Betreuung (Knowelden et al. 1991, Hughes et al. 1992, O’Cathain 1994, Montalto 1996, Rink et al. 1998, Richards et al. 1998, Tanneberger et al. 1998). In le-

diglich einer Studie (Leff et al. 1999) wurden in der *hospital at home*-Versorgung, im Vergleich zur Krankenhausversorgung, signifikant höhere Werte der Zufriedenheit gemessen. Zu berücksichtigen ist beim Vergleich von Studien zur Zufriedenheit von PatientInnen mit ihrer Versorgung, dass - ähnlich wie bei Studien zur Lebensqualität - nicht einheitlich festgelegte Items abgefragt werden. Erfahrungsgemäß macht es einen Unterschied, wenn PatientInnen lediglich gefragt werden, ob sie mit der Versorgung zufrieden sind oder ob sie zum konkreten Versorgungsverlauf und organisatorischen Belangen der Versorgung befragt werden. Um den Bias sozialer Erwünschtheit positiver Aussagen möglichst gering zu halten und zu einer differenzierteren und unvoreingenommenen Darstellung der Sicht der PatientInnen zu kommen, wäre ein verstärkter Einsatz qualitativer Forschungsmethoden sinnvoll.

3.5.3 Soziale und ethische Implikationen

Erst in Ansätzen hinterfragt und wenig systematisch erforscht sind die sozialen und ethischen Implikationen von *hospital at home*, die aus Sicht der PatientInnen von großer Bedeutung sein können. Aus rein versorgungstechnischen Gesichtspunkten bedeutet die Verlagerung der Betreuung vom stationären in den ambulanten Bereich zunächst lediglich ein Ortswechsel, der in erster Linie eine organisatorische Herausforderung darstellt. Für die PatientInnen allerdings (und auch für ihre mitwohnenden Angehörigen) geht mit diesem Ortswechsel nicht nur eine organisatorische Veränderung ihrer Versorgung einher, sondern eine Veränderung des Ortes der Versorgung - ihres eigenen Zuhauses. Diese Veränderungen können Wahrnehmung und Bedeutung des eigenen Zuhauses entscheidend beeinflussen und damit eine ernst zu nehmende Problematik für PatientInnen und Angehörige darstellen. Das Problem der Entintimisierung der Privatsphäre wurde bereits bei der traditionellen häuslichen Versorgung erkannt und diskutiert (Schaeffer 1997). In Bezug auf *hospital at home* und hier speziell für die „high-tech home care“-Variante wird von einigen AutorInnen die Hypothese vertreten, dass der Eingriff in die Privatsphäre der PatientInnen sich noch drastischer darstellt und daneben weitere Problemlagen auftreten, denen bislang wenig Beachtung geschenkt wurde (Arras/Neveloff-Dubler 1995, Smith et al. 1991, Smith 1996). Arras/Neveloff-Dubler (1995) diskutieren in diesem Zusammenhang kritisch die mit der „high-tech“-Versorgung einher gehende Medikalisierung des Zuhauses und der Privatsphäre der PatientInnen und Angehörigen:

„If one were to ask what is really novel, from an ethical or social point of view, about high-tech home care, we would respond that it is the hypermedicalization of the home, the extension of medical dominion to the heretofore private sphere of family and friends.“ (Arras/Neveloff-Dubler 1995, 2)

Besonders augenfällig ist die Medikalisierung des Heimes der PatientInnen im Rahmen der „high-tech home care“-Variante von *hospital at home*. Es stellt sich die Frage, inwieweit diese Veränderung des eigenen Zuhauses, die zumeist auch noch aufgrund der Chronizität der Erkrankung sehr langfristig sein kann, für die PatientInnen bedeutsam ist. Die Technisierung kann möglicherweise dazu führen, dass nicht nur die Privatsphäre, sondern auch die emotionale Geborgenheit des eigenen Heimes verloren geht:

„How can someone be truly 'at home', truly at ease, for example, when his or her living room has been transformed into a miniature intensive care unit? Just as technology has a way of transforming human relationships, expectations, and the rhythms of everyday life in more institutional settings (...), we should expect it to have similar transformative effects in the home.“ (Arras/Neveloff-Dubler 1995, 3)

Der Autor und die Autorin betonen den Einfluss, den Technologie auf menschliche Beziehungen und das Alltagsleben hat und sehen die Gefahr, dass mit der „high-tech“-Versorgung, die traditionellerweise im Krankenhaus geleistet wird, die 'institutionelle Kultur' (Arras/Neveloff-Dubler 1995, 3) bei den PatientInnen Zuhause Einzug erhält. Dies beginnt mit der krankenhaushähnlichen Ausgestaltung der entsprechenden Wohnbereiche mit den notwendigen Gerätschaften und Material (Krankenhausbett, Beatmungsgerät, Infusionsständer, Rollstuhl usw.), hygienischen Vorkehrungen (Teppiche, Zimmerpflanzen und sonstige Dekorationen auf ein Minimum reduziert) und reicht bis hin zur Abhängigkeit von versorgenden Diensten, für deren Einsatz die PatientInnen - wie im Krankenhaus - bereitzustehen haben. Eine solchermaßen negativ gedeutete Entwicklung muss für die Betroffenen jedoch nicht unausweichlich eintreten. Es wäre z.B. auch denkbar, dass nach einem Gewöhnungsprozess, an die Veränderungen des Alltags und des Zuhauses, eine gewisse Normalisierung der neuen Lebensumstände eintritt, die für PatientInnen und ihre Angehörigen akzeptabel sein kann.

Die sozialen und ethischen Implikationen der häuslichen Versorgung schwer kranker und intensivpflegebedürftiger PatientInnen werden vor allem dann sichtbar und möglicherweise problematisch, wenn es sich um eine langfristige Versorgungssituation handelt. Obwohl die meisten *hospital at home*-Konzepte eine ausdrücklich zeitlich begrenzte Versorgungsform darstellen, ist davon auszugehen, dass der Bedarf einer Langzeitversorgung von Schwerkranken im Rahmen von „high-tech home care“ zunehmen wird und die angesprochene Problematik in Zukunft nicht mehr zu ignorieren ist. Dies soll nicht darüber hinwegtäuschen, dass sich schon heute Veränderungen abzeichnen, die aus sozialer und ethischer Perspektive einen einschneidenden Wandel ankündigen. Arras/Neveloff-Dubler (1995) greifen in diesem Zusammenhang die häusliche Versorgung Sterbender auf: Sie weisen darauf hin, dass das Sterben Zuhause in den westlichen Industriegesellschaften nicht mehr der kulturellen Norm entspricht und damit der Umgang mit einer solchen Situation vor allem für die Angehörigen enorm erschwert ist. Dies muss beim Angebot einer entsprechenden Versorgungsform berücksichtigt werden, denn wahrscheinlich sind soziale Unterstützungselemente zum Gelingen dieser Versorgungsform ebenso entscheidend wie die medizinisch-technischen.

Ein weiterer Aspekt, den es mit Blick auf die geforderte PatientInnenorientierung zu berücksichtigen gilt, bezieht sich auf die Schwierigkeit, schwer kranke Menschen in den Entscheidungsprozess und die Gestaltung über ihre Versorgung angemessen einzubeziehen. Dies betrifft beispielsweise PatientInnen, die infolge schwer wiegender Verletzungen oder Erkrankungen ausgeprägte körperliche, geistige oder psychische Einschränkungen davontragen bzw. im Rahmen eines komatösen Dauerzustandes nicht mehr zu Bewusstsein kommen. Die Umsetzung einer Betreuung, die diese PatientInnen weder überfordert, noch völlig fremdbestimmt gestaltet ist, stellt eine große Herausforderung dar. Die Versorgung schwer kranker und intensivpflegebedürftiger PatientInnen erfolgt in der Praxis über weite Strecken anwaltschaftlich,

d.h. mit einer deutlichen Priorität für die Belange der Betroffenen. Das bedeutet, dass die Diskussion um Autonomie und Selbstbestimmung im Rahmen einer patientInnenorientierten Versorgung verstärkt auch im Hinblick derjenigen geführt werden muss, die aufgrund schwer wiegender körperlicher, geistiger und psychischer Einschränkungen in erster Linie auf eine anwaltschaftliche Unterstützung angewiesen sind.

3.6 Einbindung des sozialen Netzwerkes

Mehr noch als bei einem Krankenhausaufenthalt wird das soziale Netzwerk von schwer kranken und intensivpflegebedürftigen PatientInnen durch eine *hospital at home*-Versorgung tangiert. In der Regel ist daher vor der Entscheidung für diese Versorgungsform das Einverständnis der nächsten Angehörigen oder FreundInnen notwendig (Pannuti 1988, Anand/Pryor 1989, Knowelden et al. 1991, Byers/Parker 1992, Clayton 1994, O’Cathain 1994, Curtis 1997). Bei den meisten *hospital at home*-Konzepten stellt darüber hinaus die Verfügbarkeit laienpflegerischer Hilfestellung bei den PatientInnen Zuhause eine unabdingbare Voraussetzung dar, damit diese Versorgungsform umgesetzt werden kann:

„A suitable home with access for the daily visits of clinical staff and an available carer are the minimum requirements for eligibility for most programs.“ (Montalto/Dunt 1993, 264)

Das bedeutet, dass für eine Reihe von PatientInnen, die alleine leben und über keine kontinuierliche informelle Betreuung verfügen, *hospital at home* als Versorgungsform nicht als Option angeboten werden kann.

Ebenso wie die meisten PatientInnen, bevorzugen auch viele ihrer Angehörigen den Modus der häuslichen Versorgung und engagieren sich dabei in hohem Maße (Vezina/Roy 1996, Smith 1996). Die Zufriedenheit der involvierten Angehörigen mit einer *hospital at home*-Versorgung ist in der Regel ähnlich hoch, wie die der PatientInnen mit dieser Versorgungsform (Campbell-Haggerty et al. 1991, Nixon 1991, Hughes et al. 1992, Pannuti/Tanneberger 1992, Montalto 1996, Rink et al. 1998). Die Aufgaben, die pflegende Angehörige im Rahmen einer *hospital at home*-Versorgung übernehmen, können von hauswirtschaftlichen über körperpflegerische bis hin zu speziellen behandlungspflegerischen Tätigkeiten reichen. Einige AutorInnen weisen darauf hin, dass eine gezielte Schulung und Unterstützung der Laienpflege notwendig ist (Pannuti 1988, Clayton 1994), ein Thema, dem allerdings bislang noch nicht ausreichend Aufmerksamkeit geschenkt wird (Kirk/Glending 1998).

Mehr Beachtung in der internationalen Diskussion findet dagegen das Problem der hohen Belastung, die möglicherweise mit einer *hospital at home*-Versorgung für die pflegenden Angehörigen verbunden ist (Knowelden et al. 1991, Marks 1991, Smith et al. 1992, O’Cathain 1994, Arras/Neveloff-Dubler 1995, Montalto 1995, Smith 1995, Haggard 1996, Sims et al. 1997, Kirk/Glending 1998, Shepperd et al. 1998b). Trotzdem, so stellen viele AutorInnen fest, sind die meisten Angehörigen bereit, belastende Aufgaben zu übernehmen und sind, wie schon oben erwähnt, in der Regel insgesamt mit *hospital at home* als Versorgungsform zufrieden. Marks (1991) weist darauf hin, dass die ökonomische Effizienz von *hospital at home*-Modellen dar-

auf zurückzuführen ist, dass die pflegerischen Betreuungskosten - im Vergleich zur Betreuung im Krankenhaus - durch den Ersatz informeller Hilfen enorm reduziert werden können:

„The substitution of family nursing for professional nursing is a major source of cost savings in HCH (Hospital Care at Home, die Verfasserin).“ (Marks 1991, 35)

Nicht selten wird daher argumentiert, dass die Vorteile einer *hospital at home*-Versorgung, sowohl aus ökonomischer Perspektive des Gesundheitssystems, als auch für die PatientInnen selbst, mit einer Verschiebung der Belastung auf deren informelles Netzwerk erkaufte werden (O’Cathain 1994, Haggard 1996, Kirk/Glendingning 1998). Überschreitet die Belastung ein kritisches Maß, kann die gesamte häusliche Versorgungsform zusammenbrechen, eine Erfahrung die in der traditionellen häuslichen Versorgung gemacht wurde und die für eine *hospital at home*-Versorgung aufgrund der potentiell noch schwer wiegenderen Belastung erst recht zu erwarten ist:

„One point always to remember is that, if the burden on the informal caregiver becomes too great, the home care arrangement may break down altogether, thereby resulting in a marked increase in cost to the health system.“ (Sorochan/Beattie 1994, 19).

In der Konzeption nur weniger *hospital at home*-Modelle wird ausdrücklich vermerkt, dass durch diese Betreuungsform für die Angehörigen keine zusätzliche Belastung entstehen darf (Elliott 1995, Donald et al. 1995). Wenn die informelle Hilfestellung zur Umsetzung einer häuslichen Versorgung unumgänglich ist und die Angehörigen bereit sind, diese zu leisten, sollten sowohl deren Ressourcen als auch ihre Bedürfnisse erhoben und berücksichtigt werden; darüber hinaus ist eine umfassende Information der pflegenden Angehörigen über *hospital at home* notwendig (Diehl et al. 1991, Kirk/Glendingning 1998).

Eine systematische Evaluation zur Einbeziehung des sozialen Netzwerkes in die *hospital at home*-Versorgung steht noch aus und wird von ExpertInnen gefordert, die sich mit der Situation von Angehörigen bei der häuslichen Versorgung von schwer kranken und intensivpflegebedürftigen PatientInnen beschäftigen (Arras/Neveloff-Dubler 1995, Smith 1996, Kirk/Glendingning 1998). Notwendig wäre dies bezüglich der Aufgaben, die von pflegenden Angehörigen im Rahmen einer *hospital at home*-Versorgung geleistet werden. In diesem Zusammenhang wären auch Konzepte zur Schulung und Unterstützungsmöglichkeiten zu überprüfen, sowie die Frage zu beantworten, inwieweit bisher Ressourcen und Bedürfnisse der Angehörigen in die Versorgungsplanung einbezogen werden. Dass sich die Evaluationsforschung nur selten - und wenn, dann höchstens im Rahmen von Zufriedenheitsmessungen - mit der Rolle der Angehörigen beschäftigt, liegt möglicherweise in erster Linie daran, dass es keinen Konsens darüber gibt, inwieweit Angehörige grundsätzlich in die Versorgung einbezogen werden sollen. Die Problematik wird deutlich, wenn man sich vor Augen führt, welche Aufgaben von der Laienpflege in der Versorgung von schwer kranken und intensivpflegebedürftigen PatientInnen übernommen werden:

„However in the U.S. carers (gemeint ist hier Laienpflege, die Verfasserin) are often expected to undertake the infusion of antibiotics. Such involve-

ment holds ethical considerations as well as legal issues (...)“ (Montalto 1996, 249)

Der Autor zeigt die ethische und auch rechtliche Bedenklichkeit auf, die zutage tritt, wenn pflegende Angehörige als Laien professionelle Aufgaben übernehmen. Die ethischen Implikationen einer *hospital at home*-Versorgung haben Arras/Neveloff-Dubler (1995) nicht nur aus Sicht der PatientInnen, sondern auch aus der Perspektive der Angehörigen anschaulich aufgezeigt. Am Beispiel pflegender Eltern, die bei ihren schwer kranken Kindern komplexe und oftmals unangenehme und schmerzhaft pflegerisch-medizinische Maßnahmen durchführen müssen, wird das ethische Dilemma deutlich:

„Their (gemeint sind hier die Eltern, die Verfasserin) natural role is to protect, to safeguard from harm, to reassure. But these same parents, in their role as dispensers and maintainers of high-tech medical treatments, must sometimes inflict serious pain and suffering on their own children.“ (Arras/Neveloff-Dubler 1995, 6).

Eltern müssen im Rahmen der Versorgung ihrer schwer kranken Kinder möglicherweise radikal aus ihrer vertrauten Rolle der Liebenden und Beschützenden heraustreten, um bestimmte Tätigkeiten durchzuführen. Dies kann für die Eltern einen ständigen Rollenkonflikt darstellen und einen daraus resultierenden Dauerstress bedeuten, dem sie vielleicht nicht gewachsen sind. Infolge einer solchen ständigen Überforderung kann das gesamte Unterstützungspotential der Eltern 'lahm gelegt' werden, wenn sie gewissen Anforderungen nicht gewachsen sind und sich deshalb nicht in der Lage sehen, die häusliche Versorgung aufrecht zu erhalten. Damit geht nicht nur ein durchaus vorhandenes Unterstützungspotential ungenutzt verloren, sondern das dahinterstehende ethische Dilemma wird von den Eltern (und möglicherweise auch von der Gesellschaft) in erster Linie als eigenes moralisches Versagen wahrgenommen.

Die Veränderungen, die mit einer *hospital at home*-Versorgung einher gehen, beziehen sich nicht nur auf das Zuhause der PatientInnen und der mitwohnenden Angehörigen, sondern auch auf die Beziehungen und sozialen Rollen der Betroffenen. Diese sind auf einen solchermaßen existentiellen Wandel nicht vorbereitet und von den verantwortlichen Professionellen wird dies bei der Umsetzung von *hospital at home* kaum angemessen berücksichtigt. Zur Beantwortung der Frage, inwieweit Laienpflege in die Versorgung von schwer kranken und intensivpflegebedürftigen PatientInnen einzubeziehen ist, d.h. welche Aufgaben sie dabei übernehmen kann, wäre es zunächst sicher sinnvoll, die von Arras/Neveloff-Dubler (1995), Montalto (1996) und Kirk/Glending (1998) angestoßene Diskussion zusammen mit den Betroffenen weiterzuführen. Möglicherweise ist eine allgemein gültige Antwort nicht notwendig, wenn bei jedem Versorgungsfall neu und individuell überprüft wird, welche Aufgaben Angehörige übernehmen können. Voraussetzung muss allerdings sein, dass pflegende Angehörige umfassend und angemessen darüber informiert werden, was im Falle einer *hospital at home*-Versorgung auf sie zukommt, denn auch ihnen soll das Recht auf eine informierte und freiwillige Entscheidung zustehen. Die zuletzt genannten AutorInnen weisen darauf hin, dass der soziale Druck sehr groß sein kann, unter dem Angehörige stehen, wenn es darum geht, schwer kranke Familienmitglieder oder FreundInnen Zuhause zu betreuen. Inwieweit deren Entscheidung dann wirklich freiwillig ist, ist eine heikle Frage. Dass auch hier Diskussionsbedarf

besteht, betonen Arras/Neveloff-Dubler (1995) und Kirk/Glendinging (1998) im Hinblick auf die gesellschaftlich unhinterfragte 'natürliche' Rolle der Frau als Pflegende. Die meisten pflegenden Angehörigen sind Frauen und von ihnen wird auch die Übernahme dieser Rolle eher erwartet als von Männern. Dieser Aspekt sollte bei der Entscheidungsfindung bewusst berücksichtigt werden. Eine Entscheidung, die in erster Linie aufgrund gesellschaftlicher und sozialer Zwänge zustande kommt, kann erwartungsgemäß weder für die Betroffenen noch für die Versorgungssituation zuträglich sein.

Die Einbindung des sozialen Netzwerkes bei einer *hospital at home*-Versorgung erfordert ein vorsichtiges Abwägen des Selbstbestimmungsrechtes der PatientInnen einerseits und den Ressourcen und Bedürfnissen der pflegenden Angehörigen andererseits. Für Letztere muss es sowohl Unterstützungsmöglichkeiten geben, als auch die Möglichkeit, sich gegen die Übernahme dieser anspruchsvollen und belastenden Aufgabe zu entscheiden. Damit pflegende Angehörige sich nicht als 'billige' Laienpflege ausgebeutet fühlen, stellt deren Beteiligung in einer *hospital at home*-Versorgung im Sinne einer fruchtbaren Zusammenarbeit für die Professionellen und allen voran für die Pflegekräfte eine große Herausforderung dar (Kirk/Glendinging 1998).

3.7 Zusammenfassende Beurteilung von *Hospital at Home*: Chancen und Risiken

Neben dem Ausbau der traditionellen häuslichen Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige ist *hospital at home* die konsequente Weiterführung der Umsetzung der in der internationalen Gesundheitspolitik der westlichen industrialisierten Länder formulierten Prämisse 'ambulant vor stationär'. PatientInnen die einen komplexen Versorgungsbedarf haben, was bei Schwerkranken und Intensivpflegebedürftigen der Fall ist, konnten bislang aufgrund mangelnder Strukturen nicht oder nur unzureichend außerhalb des stationären Sektors versorgt werden. Mit der Versorgungsstruktur *hospital at home* steht ein „virtuelles Krankenhaus“ (Krajic et al. 1998) zur Verfügung, welches vormals stationär erbrachte Versorgungsleistungen bei den PatientInnen Zuhause erbringt.

Die Literaturanalyse zur Versorgungsform *hospital at home* hat gezeigt, dass international keine eindeutige und klare Definition vorliegt. So dient *hospital at home* dazu, einen Krankenhausaufenthalt vollständig zu ersetzen, ihn zu verkürzen oder ihm, im Sinne einer präventiven Maßnahme, vorzubeugen. Diesen verschiedenen Zielen wird bei der Konzeptentwicklung der entsprechenden Modelle Rechnung getragen. Darüber hinaus hat es sich bewährt, die Versorgungskonzepte für bestimmte Zielgruppen zu entwickeln, d.h. viele Modelle sind für eine spezielle Gruppe von PatientInnen (z.B. aus der Pädiatrie, Geriatrie, Onkologie usw.) mit einem speziellen Versorgungsbedarf (z.B. Betreuung einer Infusionstherapie, Schmerztherapie usw.) konzipiert. Das bedeutet, dass es für eine *hospital at home*-Versorgung nicht eine Indikation, sondern viele gibt - dafür aber sehr spezielle. Die Chance eines solchen hochspezialisierten Versorgungskonzeptes liegt darin, dass ein entsprechendes Programm sehr gezielt und mit hoher Expertise angeboten werden kann. Es besteht allerdings auch die Gefahr, dass bei einer 'strengen' Indikation die PatientInnen so ausgewählt werden, dass diese zur Versorgungsform passen und nicht umgekehrt die Bedarfs- und Bedürfnislage der

PatientInnen die Versorgung bestimmt. Dies ist dann der Fall, wenn PatientInnen bestimmte Voraussetzungen nicht erfüllen und deshalb nicht in eine *hospital at home*-Versorgung aufgenommen werden, z.B. wenn keine Angehörigen als informell Pflegende zur Verfügung stehen.

Das Spektrum der potentiellen Leistungen einer *hospital at home*-Versorgung ist sehr breit, aber es herrscht wenig Übereinstimmung in Bezug auf diejenigen, die in der Praxis zur Verfügung gestellt werden. Ein konkreter Abgleich der Versorgungsleistungen verschiedener Modelle ist anhand der vorliegenden Literatur nicht möglich, da darüber kaum Daten zur Verfügung stehen. Ein Abgleich von Leistungsbedarf und Leistungserbringung findet in den Evaluationsstudien von *hospital at home* nicht statt - dies liegt möglicherweise daran, dass wie bereits oben erwähnt, PatientInnen mit einem bestimmten Bedarf (z.B. im Bereich informeller Hilfe) von vornherein von der Versorgung ausgeschlossen werden. Es gibt durchaus einige kritische Stimmen, die - wenn auch nicht systematisch evaluiert - darauf hinweisen, dass der umfassende Bedarf im Bereich der häuslichen Langzeitversorgung von Schwerkranken und speziell bei PatientInnen mit dem Bedarf im Bereich von „high-tech home care“ bei weitem nicht gedeckt ist (Arras/Neveloff-Dubler 1995, Smith 1995, 1996). Bezogen auf die Leistungserbringung liegt, der Literatur nach zu urteilen, der Schwerpunkt deutlich im Bereich der pflegerischen und medizinischen Versorgung. Erwähnt werden auch hauswirtschaftliche und manche zusätzliche therapeutische Bereiche. Auffallend unklar bleibt die Umsetzung von psychosozialer Betreuung. Eine Reihe von AutorInnen haben darauf hingewiesen, dass gerade bei einer häuslichen Betreuungssituation der psychosozialen Versorgung von PatientInnen und auch deren Angehörigen besondere Beachtung geschenkt werden soll (Clarke 1984, Arras/Neveloff-Dubler 1995, Smith 1996), eine Forderung, der bislang offenbar noch nicht in ausreichendem Maße Rechnung getragen wird.

Im Zusammenhang mit der Frage der Leistungserbringung in der *hospital at home*-Versorgung zeigt sich auch das Problem der Abgrenzung zu anderen Versorgungsformen. Für die häusliche Versorgung Sterbender oder zur Verkürzung von Krankenhausaufenthalten beispielsweise sind auch ambulante Hospize und manche traditionell pflegerisch-ambulante Dienste zuständig. Wird *hospital at home* als Konkurrenz zu bestehenden Versorgungsformen wahrgenommen, führt dies möglicherweise eher zu einer weiteren Fragmentierung im Gesundheitswesen, denn zu der gewünschten integrierten Versorgungslandschaft. Es wird daher angeregt, dass zur Planung einer *hospital at home*-Versorgung alle bereits bestehenden Dienste einbezogen werden (Fulop et al. 1997, Jester/Turner 1998).

Weitgehende Einigkeit herrscht darüber, dass der komplexe häusliche Versorgungsbedarf von schwer kranken und intensivpflegebedürftigen PatientInnen aufeinander abgestimmt, im Sinne einer integrierten Versorgung zu erfolgen hat, um Versorgungseinbrüche zu vermeiden. *Hospital at home* soll idealerweise nicht die Lücke zwischen stationärer und ambulanter Versorgung mit einer weiteren Versorgungssäule füllen, sondern soll eindeutig im ambulanten Bereich angesiedelt sein. Damit kann die Chance wahrgenommen werden, eine Brücke zwischen diesen beiden Sektoren zu etablieren:

„It is essential to integrate the scheme as much as possible. The division between hospital and the community gives rise to many problems in mana-

gement. HAH (Hospital at Home, die Verfasserin) should be organised to bridge that gap." (Anand/Pryor 1989, 47)

Die bislang umgesetzten Organisationsformen von *hospital at home* sind vielfältig. Welche sich als die effektivste erweist, hängt nicht zuletzt von den Gegebenheiten des jeweiligen Gesundheitssystems ab und in welchem Ausmaß Veränderungen auf struktureller Ebene notwendig sind, um die Entwicklung einer integrierten Versorgungslandschaft zu unterstützen. Als unabdingbares Organisationsinstrument aller *hospital at home*-Programme gilt länderübergreifend die Koordination der Leistungserbringung. Diese übernimmt in der Regel die Pflege und erfolgt im Rahmen von Case-Management und ähnlichen Konzepten. Idealerweise arbeiten die beteiligten Professionen im interdisziplinären Team, d.h. nicht über- bzw. untergeordnet in hierarchischen Strukturen, sondern gleichberechtigt miteinander. Der Entwicklung von Strategien zur Bewältigung der traditionell hierarchischen Beziehungen zwischen den Professionen sollte daher bei der Konzeption von *hospital at home* mehr Beachtung geschenkt werden, als das bisher der Fall ist.

Ein weiterer wichtiger Punkt, der sich ebenfalls auf die Leistungserbringung bezieht, ist die Frage wie Leistungen, die traditionellerweise im Krankenhaus erbracht werden, sachgerecht und adäquat bei den PatientInnen Zuhause erbracht werden können. Die Frage zielt auf das Thema der Qualitätssicherung einer *hospital at home*-Versorgung ab. Für die Pflege und Medizin wird in der Regel das Arbeiten nach klinischen Standards vorgeschlagen und darüber hinaus - da dies häufig in der häuslichen Situation nicht hundertprozentig übertragbar ist - die Entwicklung angepasster Kriterien. Der Frage, ob Leistungen im Rahmen einer *hospital at home*-Versorgung tatsächlich qualitätsgesichert und nach welchen konkreten Kriterien solchermaßen erbracht werden, wendet man sich kaum zu - zumindest nicht in Form wissenschaftlicher Studien. Ob eine *hospital at home*-Versorgung als sachgerecht und adäquat und damit als effektive Versorgungsform gilt, wird stattdessen anhand der Überprüfung verschiedener Outcome-Kriterien festgestellt. Dadurch entsteht der Eindruck, die Umsetzung von Versorgungsleistungen im Rahmen von *hospital at home*-Modellen erfolge einheitlich und es ginge nur noch darum, die Ergebnisse zu evaluieren. In der Evaluationsforschung von *hospital at home* wird zum Teil auf das Dilemma der fehlenden Einheitlichkeit dieser Versorgungsform als Intervention und auf das Problem der Kontrolle aller wirksamen Faktoren eingegangen und damit die Aussagekraft solcher Studien zum jetzigen Entwicklungsstand relativiert. Allerdings bieten die Ergebnisse der Outcome-Untersuchungen die Möglichkeit, die Konzeption und Realisierung einer *hospital at home*-Versorgung so zu verbessern, dass die gemessenen Outcome-Kriterien optimiert werden können. Zuvor wäre aber zu klären, welche dieser Kriterien als Ziele einer effektiven *hospital at home*-Versorgung betrachtet werden sollen. Bezogen auf den ökonomischen Outcome beispielsweise wäre zu überlegen, ob die Versorgungsform erst dann als effektiv gilt, wenn sie deutlich günstiger als die traditionelle Krankenhausversorgung ist, oder ob sie auch genauso viel oder mehr kosten 'darf'. Da es sich hier um eine Wertentscheidung und nicht um eine rein wissenschaftlich zu beantwortende Frage handelt, müsste zuvor ein gesellschaftlicher Konsens gefunden und ein entsprechender politischer Wille formuliert werden.

Im Vergleich zur stationären Versorgung bietet *hospital at home* die größere Chance zur Umsetzung von PatientInnenorientierung im Rahmen individueller Betreuung, Stärkung der Autonomie und Förderung des Selbsthilfepotentials von PatientInnen und ihrem sozialen Netzwerk. Bei der Umsetzung einer häuslichen Versorgung von Schwerkranken hat sich gezeigt, dass diese Bemühungen eine schwierige Gratwanderung darstellen, zwischen starker Belastung und Überforderung der Betroffenen einerseits und der zunehmenden Institutionalisierung und Medikalisierung der häuslichen Situation andererseits. Wenn *hospital at home* als gezielte Unterstützung der PatientInnen als Ko-ProduzentInnen ihrer gesundheitlichen Versorgung eingesetzt wird, kann möglicherweise deren Krankheitsverlauf sowohl subjektiv als auch objektiv verbessert werden. Voraussetzung wäre, dass *hospital at home* eine Option darstellt, die als Alternative zur Krankenhausversorgung von denjenigen PatientInnen gewählt werden kann, die eine häusliche Versorgungsform ausdrücklich wünschen. Damit wäre zu erwarten, dass sie ihre Ressourcen zur Bewältigung der Erkrankung am besten in einem *hospital at home*-Setting entfalten können. Im Rahmen dieser Versorgungsform kann die Unterstützung der Ressourcen und die gesamte Versorgungsgestaltung wesentlich individueller erfolgen, als in einer stationären Situation. Bezogen auf schwer kranke und intensivpflegebedürftige PatientInnen muss aber geklärt werden, inwieweit eine häusliche Versorgung individuell und selbstbestimmt verwirklicht werden kann und soll. Kirk/Glendingning (1998) weisen darauf hin, dass die Frage der Einflussnahme und Beteiligung der PatientInnen in Bezug auf ihre pflegerische Versorgung innerhalb der professionellen Pflege noch nicht einvernehmlich beantwortet werden kann:

„It is also apparent that there is a lack of consensus within nursing on how far patient participation should extend and how it should be implemented.“
(Kirk/Glendingning 1998, 373)

Die Stärkung der Autonomie von PatientInnen bezüglich ihrer gesundheitlichen Versorgung zieht eine Herausforderung nach sich, der auch im Rahmen der Entwicklung innovativer Versorgungsformen wie *hospital at home* offenbar noch nicht genügend Beachtung geschenkt wird, nämlich professionell erhobenen Bedarf und individuelle Bedürfnisse der PatientInnen in Einklang zu bringen.

Die effektive Realisierung häuslicher Versorgung Schwerkranker und Intensivpflegebedürftiger hängt in starkem Maße davon ab, ob ein leistungsfähiges soziales Netzwerk zur Verfügung steht. Bei vielen *hospital at home*-Modellen stellt die informelle Hilfeleistung sogar eine unabdingbare Voraussetzung dar. Dies führt nicht selten dazu, dass eine *hospital at home*-Versorgung nicht stattfinden kann:

„Lack of family (caregiver) involvement is the primary reason for not discharging a patient on home mechanical ventilation. The second most common reason is inadequate financial resources.“ (Dettenmeier 1990, 272)

Wie hier am Beispiel der Versorgung von BeatmungspatientInnen aufgezeigt wird, verhindern die mangelnde oder fehlende familiäre Unterstützung sowie ungenügende finanzielle Ressourcen in erster Linie eine häusliche Betreuung. Bei der Entwicklung von *hospital at home*-Modellen sollte diese entscheidende Problematik berücksichtigt werden und es wäre darüber nachzu-

denken, wie PatientInnen auch ohne solche Ressourcen im Hintergrund adäquat versorgt werden können.

Trotzdem kommt die Option der *hospital at home*-Versorgung dem Wunsch vieler Angehöriger entgegen und sie sind bereit eine Reihe von Versorgungsleistungen zu übernehmen, damit verwandte oder befreundete Schwerkranke in ihrer häuslichen Umgebung leben können. Der den Laienhelfern dabei abverlangte Umfang an Leistungen kann von hauswirtschaftlichem Service bis hin zur Übernahme komplexer pflegerisch-medizinischer Maßnahmen reichen. Dies wirft nicht nur Fragen bezüglich einer effektiven Schulung zur sachgerechten Durchführung dieser Leistungen auf, sondern es zieht auch ethische und rechtliche Bedenken nach sich, wenn professionelle Tätigkeiten von Laien erbracht werden. Eine Evaluation von *hospital at home*-Modellen unter Berücksichtigung pflegender Angehöriger erfolgte bislang lediglich in Bezug auf deren Zufriedenheit mit dieser Versorgungsform. Daraus geht hervor, dass die meisten Angehörigen trotz der hohen Belastung, die eine *hospital at home*-Versorgung für sie bedeuten kann, sehr zufrieden sind.

Dieses Ergebnis täuscht über zwei Aspekte hinweg, die über die Messung von Zufriedenheit nicht erfasst werden, aber von entscheidender Bedeutung für die Angehörigen in ihrer Rolle als informelle Hilfen sein dürften. Dabei handelt es sich zum einen um das Angebot konkreter Unterstützung für die pflegenden Angehörigen, wie beispielsweise Anleitung und Schulung zur Durchführung bestimmter Versorgungsleistungen und das Angebot von Entlastungsmöglichkeiten. Wenn das soziale Netzwerk effektiv in die häusliche Versorgung einbezogen und damit dessen Einflussnahme tatsächlich im Sinne eines bürgerInnenorientierten Gesundheitswesens gestärkt werden soll, wäre der Entwicklung entsprechender Unterstützungsmaßnahmen wesentlich mehr Aufmerksamkeit zu schenken als bisher. Zum anderen handelt es sich um die wenig reflektierte Tatsache, dass es sich in erster Linie immer noch um Frauen handelt, die den Großteil dieser unbezahlten Hilfeleistungen erbringen:

„Staatlich geförderte Enthospitalisierung wird oft mit dem Argument forciert, dass 'die Familie' sich verstärkt um diese PatientInnen kümmern wird. 'Die Familie' ist aber meistens eine Verbrämung für die Tatsache, dass es die weiblichen Familienmitglieder sind, die diese neue Arbeitsbelastung tragen müssen.“ (Eichler 1998, 45)

In einer Zeit und Gesellschaft, die sich noch immer schwer tut, die hartnäckige Vorstellung der 'natürlichen' Rolle der Frau als Mutter, Pflegende und Versorgende hinter sich zu lassen, ist es aus emanzipatorischer Sicht dringend angeraten aufzupassen, dass dieser Mythos nicht im Rahmen (angeblich) innovativer Versorgungsformen wieder erstarken kann. Notwendig wäre eine Evaluation der Erwartungen an informell Pflegende, um geschlechtsspezifische Belastung zu Ungunsten der Frauen sichtbar zu machen und gezielte Unterstützungsmaßnahmen zu entwickeln. Darüber hinaus sind verstärkt Überlegungen und Anstrengungen nötig, um Männer als informell Pflegende zu gewinnen und so zu unterstützen, dass sie eine verantwortungsvolle Rolle im sozialen Netzwerk Betroffener übernehmen können.

Die Entwicklung von *hospital at home* hat gezeigt, dass die Versorgung schwer kranker und intensivpflegebedürftiger PatientInnen in ihrer häuslichen Umgebung nicht nur organisatorisches Geschick erfordert, sondern mit einer

Reihe tief greifender Veränderungen im Gesundheitswesen einhergehen muss. Diese Veränderungen sind notwendig, damit *hospital at home* nicht lediglich als neue Versorgungsvariante begriffen wird, sondern als Chance, die traditionellen Paradigmen der gesundheitlichen Versorgung durch neue und angemessenere Grundsätze zu ersetzen. Diese beziehen sich auf die ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen, deren starke Fragmentierung kontraproduktiv wirkt, auf die traditionell hierarchische Struktur der Professionen, die eine interdisziplinäre Arbeitsweise vereitelt und auf die PatientInnen und ihr soziales Netzwerk, die nicht mehr Objekt der gesundheitlichen Versorgung, sondern gleichberechtigte PartnerInnen sein sollen. Eine effektive Umsetzung von *hospital at home* im Sinne dieser neuen Leitlinien ist nicht zuletzt deshalb so schwierig, weil viele voraussetzende Faktoren außerhalb des Einflussbereiches ihrer Betreiber liegen. Dies bezieht sich beispielsweise auf ökonomische Belange, auf den rechtlichen Graubereich der Verantwortlichkeiten und dem Mangel konkreter politischer Vorgaben und Kontrolle (Balinski 1994, Arras/Neveloff-Dubler 1995).

Trotzdem hat sich *hospital at home* für viele schwer kranke und intensivpflegebedürftige PatientInnen als effektive Versorgungsform bewährt und zum jetzigen Wissensstand liegen genügend Anhaltspunkte vor, die es ermöglichen, positive Effekte auszubauen und negative zu vermeiden. International tendiert die Diskussion um *hospital at home* zu einer polarisierten Bewertung im Sinne einer enthusiastischen Empfehlung einerseits bzw. der völligen Ablehnung andererseits. Die Verwirklichung einer angemessenen häuslichen Versorgung von Schwerkranken und Intensivpflegebedürftigen dürfte dagegen eher von einer Diskussion bezüglich des Entwicklungspotentials dieser Versorgungsform profitieren, ein Ansatz der im Folgenden für die Situation in Deutschland aufgegriffen werden soll.

4. Ausblick für die häusliche Versorgung Schwerkranker in Deutschland

In Deutschland stellt sich die Versorgungssituation von PatientInnen, die potenziell im Rahmen eines *hospital at home*-Modells betreut werden könnten, folgendermaßen dar: Zur Vermeidung eines Krankenhausaufenthaltes und zur Unterstützung der ärztlichen Behandlung gibt es die Möglichkeit zur Finanzierung häuslicher Krankenpflege über die gesetzlichen Krankenkassen (SGB V § 37). Diese Aufgabe übernehmen die traditionellen ambulanten Pflegedienste. Spezielle Versorgungsmodelle, die als „early discharge“-Programme gezielt einen Krankenhausaufenthalt abkürzen, gibt es nicht - die direkte Nachbetreuung und Rekonvaleszenz nach chirurgischen Eingriffen beispielsweise erfolgt in der Regel im Krankenhaus, was sich an den längeren Krankenhausverweildauern (im Vergleich zu den USA und Großbritannien) zeigt. PatientInnen, die aufgrund einer schweren Erkrankung einen komplexen und interventionsintensiven Versorgungsbedarf haben, werden in Deutschland zwar auch zum Teil von den traditionellen ambulanten Pflegediensten betreut, wobei diese aber mangels fundierter Versorgungskonzepte sowie struktureller und finanzieller Schwierigkeiten schnell an die Grenzen des Machbaren geraten (vergl. Kapitel 1.1). Daher zählen diese „AusnahmepatientInnen“ (Ewers/Schaeffer 1999) nicht zum regelmäßigen Klientel der ambulanten Pflege. Aufgrund dieser Versorgungslücke in der deutschen häuslichen Versorgungslandschaft bleibt für diese PatientInnen die stationäre Betreuung oftmals die einzige Option.

Die in der vorliegenden Arbeit ausgeführten Darstellungen zu *hospital at home* als häusliches Versorgungsmodell haben gezeigt, dass damit international bereits ein Konzept vorliegt, in dessen Rahmen eine adäquate häusliche Betreuung schwer kranker und intensivpflegebedürftiger PatientInnen möglich ist. Bei den im Folgenden angestellten Überlegungen zu einer Umsetzung in Deutschland soll auch dieses Klientel im Vordergrund stehen, da die Frage nach dessen Versorgung den Ausgangspunkt dieser Arbeit bildeten¹⁵. Auf der Grundlage der als Kernelemente analysierten Kriterien einer angemessenen häuslichen Versorgung dieser PatientInnen werden die wichtigsten Voraussetzungen in Deutschland benannt und bezüglich einer möglichen Umsetzung ansatzweise überprüft. Dabei sollen die aufgrund der internationalen Erfahrungen ausgeführten Vor- und Nachteile einer *hospital at home*-Versorgung (vergl. Kapitel 3.7) berücksichtigt werden. Ausgehend von der aktuellen Situation in Deutschland und eigener beruflicher Erfahrung der Verfasserin in der häuslichen Versorgung schwer kranker und intensivpflegebedürftiger PatientInnen stehen die strukturellen und professionellen Erfordernisse im Hinblick auf eine innovative Konzeptentwicklung im Vordergrund.

4.1 Strukturelle Erfordernisse

In Bezug auf die Umsetzung einer *hospital at home*-Versorgung in Deutschland gilt es folgende wichtige strukturelle Erfordernisse des bestehenden Gesundheitssystems zu überprüfen: Genügt das Leistungsangebot, um eine umfassende Versorgung sicherstellen zu können? Inwieweit sind ent-

¹⁵ *Hospital at home* als „early discharge“-Programm bezieht sich auf ein anderes Klientel, das nicht per se als schwerkrank und intensivpflegebedürftig bezeichnet werden kann.

sprechende Voraussetzungen zur Umsetzung einer integrierten Versorgung vorhanden? Welche Möglichkeiten zur Finanzierung sind gegeben und denkbar? In den folgenden Abschnitten werden diese Fragen aufgegriffen und die wichtigsten Argumentationsstränge aufgezeigt.

4.1.1 Umfassende Versorgung: Genügt das Angebot?

Schwer kranke und intensivpflegebedürftige PatientInnen haben einen komplexen Versorgungsbedarf, der im Rahmen von *hospital at home* umfassend und integriert gedeckt wird. Eine der wichtigsten Voraussetzungen dafür ist, dass die für die Versorgung notwendigen Leistungen auch ambulant zur Verfügung stehen. Da es sich um eine Reihe von hauptsächlich stationär erbrachten Leistungen handelt, müssen diese - ähnlich wie im Krankenhaus - im Rahmen einer angepassten Infrastruktur verfügbar sein. Während im Krankenhaus alle Leistungserbringer vor Ort bereit gestellt werden, sind sie dagegen im ambulanten Bereich in der Regel darauf ausgerichtet, PatientInnen zu versorgen, die zu ihnen kommen. Zur Sicherstellung einer häusliche Versorgung müssen die Leistungen dem Bedarf der PatientInnen angemessen in deren Zuhause erbracht werden.

Mit der Prämisse 'ambulant vor stationär' hat in Deutschland vor allem die professionelle Pflege eine ausgeprägte ambulante Struktur entwickelt. Inzwischen ist sie in der Lage ihre Dienste zu jeder Tages- und Nachtzeit, an Wochenenden und Feiertagen, in Notfällen und auch rund um die Uhr anzubieten. Für viele andere Leistungserbringer, die im Rahmen einer *hospital at home*-Versorgung neben der professionell pflegerischen Betreuung notwendig sind, stellt eine häusliche Versorgung noch eher die Ausnahme dar. So zählt z.B. für viele niedergelassene ÄrztInnen der Hausbesuch nicht zum regelmäßigen Repertoire ihrer Leistungen. Während die AllgemeinmedizinerInnen noch eher dazu bereit sind, ist es dagegen nicht einfach, FachärztInnen für einen Hausbesuch zu gewinnen. Es stellt sich beispielsweise denkbar schwierig dar, einen Zahnarzt bzw. eine Zahnärztin zu finden, die bereit wären (und über die nötige ambulante Ausrüstung verfügen), um bei BeatmungspatientInnen, die Zuhause betreut werden, eine zahnärztliche Untersuchung und Behandlung durchzuführen.

Krankengymnastische Praxen bieten dagegen zunehmend ihre Dienste auch bei den PatientInnen Zuhause an. Problematisch stellt sich oftmals noch die Versorgung mit Medikamenten, pflegerischen Hilfsmitteln und medizinisch-technischen Geräten dar - vor allem dann, wenn ein Bedarf außerhalb der Geschäftszeiten entsteht, der direkt gedeckt werden muss. Während im Krankenhaus stets und unkompliziert für Nachschub - auch in Ausnahmefällen - gesorgt ist, kann es in der häuslichen Versorgung zu Engpässen kommen. Folgende Beispiele sollen dies verdeutlichen: Schwer kranke PatientInnen, die bettlägerig sind, benötigen in der häuslichen Versorgung ein Pflegebett - ähnlich wie im Krankenhaus. Entsteht ein Defekt an der Mechanik, was durchaus nicht die Ausnahme darstellt, kann im stationären Bereich relativ unkompliziert das defekte Teil bzw. das gesamte Bett direkt ausgetauscht werden. In der häuslichen Versorgung können die entsprechenden Lieferfirmen lediglich zu den üblichen Geschäftszeiten erreicht werden und ein Reparaturtermin erfolgt erst Tage später. Ein anderes Problem betrifft die bedarfsgerechte Versorgung mit Medikamenten und Pflegehilfsmitteln. Benötigt

beispielsweise ein Patient, eine Patientin über das Wochenende oder Feiertage vermehrt Schmerz- oder andere Bedarfsmedikamente, treten folgende Schwierigkeiten auf: Zum einen wird ein Rezept benötigt (der behandelnde Arzt bzw. Ärztin ist nicht erreichbar, der ärztliche Notfalldienst muss verständigt werden, der die PatientInnen nicht kennt) und zum anderen muss eine Apotheke gefunden werden, die das Medikament vorrätig hat (es aber in der Regel nicht liefern kann, also auch der Transport organisiert werden muss). Ähnlich verhält es sich mit Pflegehilfsmitteln, wenn aufgrund unvorhersehbarer Situationen ein erhöhter Bedarf entsteht. In der stationären Versorgung stellen solche Situationen kein Problem dar, da alle notwendigen Materialien vor Ort zur Verfügung stehen.

Die Versorgung mit medizinisch-technischem Gerät für eine häusliche Versorgung erfolgt mittlerweile zunehmend auch in Deutschland (Jaufmann 1998). Viele Geräte, die früher lediglich im Rahmen einer stationären Versorgung eingesetzt wurden, sind inzwischen handlich und einfach zu bedienen, z.B. Infusions- und Ernährungspumpen, Sauerstoff- und Beatmungsgeräte usw. Für die Entwicklung dieser Branche ist in Deutschland möglicherweise eine ähnliche wie in den USA zu erwarten, wo die als „high-tech home care“ bezeichnete Versorgung einen stark expandierenden Markt darstellt. Dies hängt allerdings in erster Linie mit den Finanzierungsmöglichkeiten zusammen. Die Finanzierungsmodalitäten, die jedem nationalen Gesundheitssystem zugrunde liegen, bilden damit ein wichtiges strukturelles Kriterium das bestimmt, welche Leistungen im Rahmen eines innovativen Versorgungsmodells wie *hospital at home* zur Verfügung stehen¹⁶.

Ein wichtiges Element im Rahmen der Leistungserbringung einer *hospital at home*-Versorgung stellt die Laienpflege als informelle Hilfeleistung dar. Die Bedeutung des sozialen Netzwerkes von PatientInnen, die Zuhause versorgt werden, wird zusehends erkannt und im Rahmen von *hospital at home* zählen Anleitung, Beratung und gezielte Unterstützung pflegender Angehöriger zum Versorgungskonzept. In Deutschland gibt es dagegen noch wenig Ansätze, das soziale Netzwerk von PatientInnen, die Zuhause versorgt werden, systematisch zu stärken. Während in den USA diese Aufgabe zum Kernbereich des professionellen Handlungsfeldes der Pflege zählt, wendet sie sich in Deutschland dieser Aufgabe erst zögerlich zu (Müller-Mundt et al. 2000). Über die Möglichkeiten und das Vorgehen zu einer adäquaten Einbindung informeller Hilfen besteht hierzulande noch reichlich Entwicklungsbedarf.

4.1.2 Versorgungsintegration: Kann diese sichergestellt werden?

Die nächste Frage die sich stellt, bezieht sich auf die Voraussetzungen zur Sicherstellung einer sinnvoll aufeinander abgestimmten Organisation der komplexen Leistungserbringung für schwer kranke und intensivpflegebedürftige PatientInnen. Die oben dargestellten Ausführungen haben deutlich gemacht, dass es in Deutschland bereits Ansätze gibt, die notwendigen Versorgungsleistungen - wenn auch noch nicht alle in befriedigendem Maße - für den häuslichen Bereich bereitzustellen. Dagegen stellen sich die gegenwärtigen Voraussetzungen zur Organisation einer integrierten Versorgung hierzulande ausgesprochen defizitär dar.

¹⁶ Zu den finanziellen Aspekten der Versorgung schwerkranker und intensivpflegebedürftiger PatientInnen vergl. Kapitel 4.1.3.

Ein grundlegendes Problem besteht in der fragmentierten Versorgungslandschaft, die einer notwendigen Zusammenarbeit zur Sicherstellung einer integrierten Versorgung zuwiderläuft. Diese Schwierigkeit stellt sich nicht nur in Deutschland, auch international werden im Rahmen von *hospital at home*-Versorgungskonzepten gezielte Anstrengungen unternommen, diese zu überwinden. Angestrebt wird eine Verzahnung von Gesundheits- und Sozialdiensten sowie ambulanter und stationärer Versorgungsstrukturen. Neben diesen strukturellen Barrieren erschwert auch die professionelle Fragmentierung eine integrierte Versorgung, die ein interdisziplinäres Zusammenarbeiten erfordert. Zur Überwindung dieser Schwierigkeiten werden kooperative, koordinierende und kommunikationsintensive Vorgehensweisen als die wichtigsten Management-Strategien eingesetzt. Dazu dienen im Rahmen einer *hospital at home*-Versorgung Care- und Case-Management als grundlegende Konzepte, die auf der Ebene der Versorgungsgestaltung (Care-Management) bzw. als fallorientiertes Vorgehen (Case-Management) umgesetzt werden (exempl. Ewers 1996, Schaeffer 1999b).

In Deutschland werden solche Management-Strategien bislang wenig praktiziert und keine der an einer häuslichen Versorgung beteiligten Professionen fühlt sich explizit angesprochen, den komplexen Versorgungsbedarf so zu organisieren, dass eine aufeinander abgestimmte Betreuung sichergestellt ist (Ewers 1998). Dagegen wird in den Ländern, in denen *hospital at home* realisiert wird, stets eine der beteiligten Professionen ausdrücklich mit dieser Aufgabe betraut; dies ist in aller Regel die Pflege. In Einzelfällen wird die Koordination auch von der Medizin oder Sozialarbeit übernommen. Die systematische Steuerung von Versorgungsverläufen wird in Deutschland noch nicht konsequent verfolgt. Infolge lediglich punktueller Hilfestellungen - statt einer auf Kontinuität abzielenden Betreuung - sind chronisch und schwer erkrankte PatientInnen oftmals mit Einbrüchen ihrer häuslichen Versorgung konfrontiert. Nicht selten geraten diese PatientInnen mangels fallangemessener Konzeption zurück in die stationäre Versorgung (Schaeffer 2000).

Im Rahmen der Etablierung von *hospital at home* stieß man erwartungsgemäß zunächst auf das Problem einer effektiven Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors. Die Entwicklung und erfolgreiche Umsetzung entsprechender Management-Instrumente entsprach sicher nicht der bloßen Anwendung eines einfachen 'Patent-Rezeptes' sondern erfolgte über Umwege und viele Versuche. Dabei wurden Erfahrungen gesammelt, die wichtige Hinweise für die Entwicklung integrierter Versorgungskonzepte hierzulande geben können. Zunächst besteht die Gefahr, dass mit der Schaffung einer neuen Versorgungsform eher zu einer weiteren Fragmentierung, denn zu Integration beigetragen wird. Von seiner Zielsetzung her soll das *hospital at home*-Modell nicht als ein dritter Versorgungssektor zwischen dem stationären und ambulanten angesiedelt sein, sondern ausdrücklich als ambulantes Modell, um eine Brücke zur stationären zu bilden (Anand/Pryor 1998). *Hospital at home* als neues Versorgungsmodell soll dabei kein 'neues' Klientel bedienen, sondern stellt eine Alternative und damit eine gewisse Konkurrenz zur stationären Versorgung dar. Prekärerweise wurde *hospital at home* in der Praxis dagegen als Konkurrenz zur traditionellen häuslichen Versorgung wahrgenommen - eine Situation, die eine Spaltung der ambulanten Versorgung provozierte und damit dem eigentlichen Anliegen zuwiderlief (vergl. Kapitel 3.3; Jester/Turner 1998). Die Erfahrung daraus lehrt, dass bei der Entwicklung eines *hospital at home*-Konzeptes sinnvollerweise die bereits

vorhandenen Dienste eingebunden werden sollten, statt der Konzeption eines neuen Dienstes am 'grünen Tisch'.

Als zweite große Schwierigkeit, bei dem Bestreben mit *hospital at home* ein integriertes Versorgungsmodell zu schaffen, erwies sich das Anliegen und die Notwendigkeit zur interdisziplinären Zusammenarbeit. Dieser stehen sowohl die unterschiedliche berufliche Sozialisation und die daraus resultierenden verschiedenen beruflichen Leitbilder der beteiligten Professionen als auch traditionelle hierarchische Strukturen im Wege. In Deutschland stellt sich vor allem das Problem der mangelnden Zusammenarbeit zwischen Pflege und Medizin (Garms-Homolová/Schaeffer 1998, Thielhorn 1999). Die Problematik zwischen diesen beiden Professionen begründet sich hierzulande vor allem in der stark ausgeprägten hierarchischen Beziehung und dem ständigen Streit bezüglich Aufgabenbereiche und Kompetenzen. In anderen industrialisierten Ländern findet sich dieses Problem nicht in der gleichen zugespitzten Weise, da die Pflege dort - zwar im Vergleich zur Medizin über eine etwas jüngere - aber eben akademische Tradition verfügt. Dies hat beträchtlich dazu beigetragen, dass Pflege in diesen Ländern als eigenständige Profession mit einem originären und klar beschriebenen Aufgabenbereich und fundiertem theoretischen Hintergrund als gleichberechtigte Partnerin unter den Gesundheitsprofessionen angesiedelt ist. Eine wichtige Voraussetzung zur Umsetzung einer effektiven interdisziplinären Zusammenarbeit stellt eine gleichberechtigte Position aller beteiligten Professionen dar. Dazu müssen Aufgabenbereiche und Zuständigkeiten sinnvoll und für alle akzeptabel geklärt werden - eine Anforderung die sich in Deutschland aufgrund der oben geschilderten Problematik in besonderem Maße stellt (vergl. Kapitel 4.2, zu den Anforderungen an die Professionen).

Die „high-tech home care“-Variante nimmt eine Entwicklung, die der angestrebten Versorgungsintegration im Rahmen von *hospital at home* derzeit offenbar völlig entgegenläuft. Die in den USA nach marktorientierten und nicht nach umfassend-integrierten Kriterien angebotenen Dienste arbeiten nach Prinzipien der Profitmaximierung, die mit einer angemessenen bedarfsorientierten Versorgung oft nicht in Einklang stehen (Arras/Neveloff-Dubler 1995, Smith 1996). Diese Erfahrungen sollten in Bezug auf eine mögliche Umsetzung ähnlicher Modelle in Deutschland hellhörig machen. Seit der Einführung der Pflegeversicherung findet auch hierzulande eine gewisse Marktorientierung im Bereich der häuslichen pflegerischen Versorgung von PatientInnen statt, von der man sich eine Verbesserung im qualitativen Bereich und eine quantitativ-angepasste Versorgung verspricht. Die Erfahrungen mit „high-tech home care“ zeigen jedoch deutlich, dass die einfache Formel 'der Markt wird es richten' einer solch komplexen Versorgungssituation, wie sie sich im Falle einer häuslichen Betreuung schwer kranker und intensivpflegebedürftiger PatientInnen darstellt, nicht gerecht werden kann. In den USA werden daher zunehmend Stimmen laut, die eine gewisse staatliche Regulierung dieser Dienste fordern, damit deren Leistungen zukünftig sinnvoll in das Versorgungsgeschehen der PatientInnen integriert werden (Balinsky 1994, Arras/Neveloff-Dubler 1995).

4.1.3 Aspekte der Finanzierung

International liegen der Finanzierung von *hospital at home* verschiedene Gesundheitssysteme und Finanzierungsmodalitäten zugrunde, deren Analyse sicher im Rahmen einer eigenständigen Arbeit mit entsprechender Expertise und fundierter Datenlage notwendig wäre. Dennoch stellt sich auch in der vorliegenden Arbeit - in Bezug auf Überlegungen zur Übertragung einer *hospital at home*-Konzeption in Deutschland - unweigerlich die Frage nach Möglichkeiten der Finanzierung.

Die internationale Diskussion über *hospital at home* konzentriert sich seit den neunziger Jahren auffällig am ökonomischen Outcome dieser Versorgungsform, was im Rahmen des zunehmenden Kostendrucks im Gesundheitswesen industrialisierter Länder nicht überrascht. Die Ergebnisse dieser Studien sind - zusammen genommen - nicht eindeutig, da sich die Ermittlung und der Vergleich aller direkten und indirekten Kosten (sowohl für eine Krankenhaus- als auch für eine *hospital at home*-Versorgung) als schwieriges und komplexes Unterfangen darstellt (vergl. Kapitel 3.4.1). Selbst wenn aufgrund solcher Untersuchungen eindeutig zu interpretierende Ergebnisse vorliegen, können diese nicht unesehen auf die deutsche Situation übertragen werden, da nicht dieselben Finanzierungsmodalitäten und Leistungsträger zugrunde liegen.

Obwohl *hospital at home* in vielen Ländern längst keine Neuheit mehr ist, gehört diese Versorgungsform noch nicht zum Repertoire der Regelversorgung. Noch im Experimentierstadium werden diese Modelle beispielsweise vor allem in Großbritannien als staatlich geförderte Programme gestartet, deren Finanzierung dann weitergeführt wird, wenn sie sich bewährt haben (z.B. das *Peterborough hospital at home scheme*, vergl. Kapitel 2.3.2). In den USA ist *hospital at home* sowohl eine Reaktion der Krankenhäuser auf die seit den achtziger Jahren eingeführten prospektiven Finanzierungsverfahren (Ewers 2000) als auch eine Reaktion auf die Finanzierungsmöglichkeiten von „high-tech home care“ auf einem staatlich nicht kontrollierten Markt (Arras/Neveloff-Dubler 1995). Gerade in den USA wird deutlich, dass Einsatz und Umfang einer *hospital at home*-Versorgung in entscheidendem Maße von den Finanzierungsmöglichkeiten jedes einzelnen Patienten bzw. jeder einzelnen Patientin abhängt.

Nun stellt sich für Deutschland die Frage, was in Bezug auf eine Finanzierung häuslicher Versorgung schwer kranker und intensivpflegebedürftiger PatientInnen denkbar und zu beachten wäre. Das größte Problem, das sich derzeit zur Finanzierung einer Betreuung dieses Klientels darstellt, ist die Tatsache, dass es sich dabei weder um Regelleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung noch der Pflegeversicherung handelt (Gabanyi 1997, Ewers/Schaeffer 1999). Die Finanzierung vieler Leistungen aus dem Bereich „high-tech home care“, die im Rahmen einer traditionellen häuslichen Versorgung nicht anfallen, müssen mit den Krankenkassen fallspezifisch ausgehandelt werden. Andere Leistungen, wie z.B. die Versorgungscoordination oder die systematische Schulung und Beratung von Angehörigen werden kaum oder gar nicht finanziert. Darüber hinaus wurden in den seit Mitte Mai diesen Jahres gültigen neuen Richtlinien zur häuslichen Krankenpflege (SGB 5 § 37) weitere Einschränkungen in der Finanzierung von Leistungen festgeschrieben, die für eine häusliche Betreuung vieler schwerkranker Menschen unabdingbar sind (beispielsweise die pflegerischen Leistungen, die zur Sicher-

stellung einer Infusionstherapie notwendig sind; Stuttgarter Zeitung vom 15.5.2000). Eine solche Entwicklung kann sicher nicht im Sinne der Prämisse 'ambulant vor stationär' sein, da aufgrund fehlender Finanzierungsmöglichkeiten zur häuslichen Betreuung, betroffene PatientInnen zwangsläufig auf eine akut-stationäre Versorgung angewiesen sein werden.

Die Frage, ob eine *hospital at home*-Versorgung in Deutschland von der Pflege- oder Krankenversicherung finanziert werden soll, scheint einfach beantwortbar zu sein: Da es sich um eine alternative Versorgungsform eines Krankenhausaufenthaltes handelt, müsste deren Finanzierung in Deutschland konsequenterweise von den Krankenkassen übernommen werden. Schließlich geht es größtenteils um ursprünglich stationär erbrachte Leistungen, die eben von diesem Leistungsträger finanziert werden. Dennoch wäre zu erwarten, dass im Falle einer längerfristigen Pflegebedürftigkeit, wie sie bei schwer kranken und intensivpflegebedürftigen PatientInnen zu vermuten ist, ein Teil der Finanzierung von der Pflegeversicherung eingefordert würde. Letztendlich werden die potentiellen Kostenträger auch in Deutschland erwartungsgemäß erst dann dazu bereit sein diese Kosten zu übernehmen, wenn sie im Vergleich zur stationären Versorgung tatsächlich günstiger sind. Aussagen hierzu müssen beim jetzigen Informationsstand allerdings völlig spekulativ bleiben, da weder entsprechende Modellprojekte durchgeführt werden, noch eine aussagekräftige Datenbasis zur Verfügung steht.

Darüber hinaus hängt die Möglichkeit zur Finanzierung einer *hospital at home*-Versorgung durch die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland ganz entscheidend von der zukünftigen Entwicklung des Versorgungssystems Krankenhaus ab. Realistischerweise kann nicht davon ausgegangen werden, dass eine als Alternative geplante Versorgungsform *zusätzlich* finanziert wird und das, was ersetzt werden soll - nämlich das Krankenhaus - unverändert beibehalten wird. Dieser Aspekt spiegelt sich auch in den internationalen Überlegungen zu *hospital at home* wieder und der Abbau stationärer Bettenkapazitäten gilt als unabdingbare Voraussetzung, wenn die häusliche Versorgung aufgrund finanzieller Aspekte ausgebaut werden soll (Sorochan/Beattie 1994).

4.2 Anforderungen an die Professionen

Zur Umsetzung einer häuslichen Versorgung schwer kranker und intensivpflegebedürftiger PatientInnen müssen die beteiligten Professionen nicht nur ihre Leistungen bei den Betroffenen Zuhause anbieten; sie müssen auch über eine entsprechende klinische Expertise und Qualifikation verfügen sowie zu einer gleichberechtigten Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team befähigt und bereit sein. Da allen voran die professionelle Pflege und Medizin eine *hospital at home*-Versorgung sicherstellen, sollen diese im Mittelpunkt der folgenden Überlegungen zur Situation in Deutschland stehen.

International nimmt in der Umsetzung von *hospital at home* die professionelle Pflege eine Schlüsselposition ein. Ihr unterliegt in der Regel das gesamte Management dieser Versorgung, von der Aufnahme über die Koordination der Versorgungsleistungen und der abschließenden Evaluation (vergl. Kapitel 2.4.3.3). Diese Position kann sie nicht nur aufgrund eines entsprechenden Know-hows im Bereich von Management-Aufgaben einnehmen, sondern

auch aufgrund der Tatsache, dass sie - im Vergleich zur Situation der Pflege in Deutschland - über einen deutlich größeren Kompetenzspielraum und Aufgabenbereich verfügt. Dies liegt in erster Linie in der Qualifikation der Pflegekräfte begründet: Im anglo-amerikanischen Sprachraum und in vielen anderen Ländern erfolgt die pflegerische Ausbildung im Rahmen einer akademischen Laufbahn und verfügt damit als eigenständige Profession über einen definierten Arbeitsbereich. In Deutschland ist die Pflege dagegen als Ausbildungsberuf immer noch in erster Linie als medizinischer Assistenzberuf konzipiert; die rechtlichen Grundlagen bezüglich des Aufgabenbereiches professioneller Pflege geben keine eindeutige Auskunft über ausschließlich ihr vorbehaltenen Tätigkeiten, da es keine klare Abgrenzung zwischen ärztlichen, fachpflegerischen und hilfspflegerischen Tätigkeiten gibt (Igl 1998).

Während in Deutschland viele pflegerische Leistungen einer medizinischen Anordnung bedürfen bzw. nicht zu den über die Leistungsträger abrechenbaren Tätigkeiten zählen, wie beispielsweise koordinierende, beratende und pädagogische Aufgaben, kann die Pflege hierzulande lediglich eine punktuelle Hilfestellung bieten. Dagegen lässt der Autonomiespielraum der professionellen Pflege in anderen Ländern eine wesentlich umfassendere Betreuung zu - eine Chance und Herausforderung, der sich diese Profession vor allem in der häuslichen Versorgung stellt. Dass sie dieser auch im Rahmen von *hospital at home* gewachsen ist, zeigt sich in der erfolgreichen Umsetzung und Weiterentwicklung vieler Modelle.

International ist die Berufsgruppe der Pflegenden deutlich mehr in Konzeptentwicklung und Leitungsaufgaben im Gesundheitswesen involviert als in Deutschland. Voraussetzung dafür ist eine Ausbildung, die über eine rein handwerkliche Vermittlung von Tätigkeiten und einen „verdünnten Aufguss medizinischen Wissens“ (Schaeffer et al. 1994, 13) hinaus geht und dazu befähigt, auf pflegerische Probleme und Bedarfe der Bevölkerung adäquate und fundierte Antworten zu präsentieren. Erste Schritte in diese Richtung sind mit dem Einzug von Pflegemanagement und Pflegepädagogik an die Fachhochschulen und Universitäten sowie der Entwicklung von Pflegewissenschaft als junge Disziplin in Deutschland zu verzeichnen (Schaeffer 1999a). Ungeklärt ist allerdings noch das Problem, wie die neuen Erkenntnisse und Fähigkeiten in die Praxis und zur Umsetzung gelangen können, da dort eine selbstbewusst auftretende Pflege, die einen neu zu definierenden Kompetenzspielraum einklagt, nicht eben mit offenen Armen empfangen wird (Garms-Homolová 1998). Diesen schwierigen Weg der Emanzipation hat die Pflege in anderen Ländern schon größtenteils hinter sich gebracht und verfügt über eine wesentlich stärkere Position bezüglich ihrer Beteiligung an innovativen Versorgungsformen wie *hospital at home*.

Über diese Rahmenbedingungen in Bezug auf einen erweiterten Kompetenzspielraum hinaus gibt es eine Reihe konkreter beruflicher Anforderungen, die erfüllt werden müssen, damit ein gewisses qualitatives Niveau einer *hospital at home*-Versorgung sichergestellt werden kann. Dazu zählt ein fundiertes fachpflegerisches Wissen und Kenntnisse über chronisch-progrediente Erkrankungen und Krankheitsverläufe sowie technisch-instrumentelle Fertigkeiten - dazu gehören sowohl Kenntnisse aus dem Bereich der akuten stationären Pflege als auch das notwendige Wissen bezüglich einer häuslichen Versorgungssituation. In der konkreten Erfahrung bei der Umsetzung von *hospital at home*-Programmen mit Pflegekräften aus dem einen bzw. ande-

ren Bereich wurde deutlich, dass eine pflegerische Expertise beide Bereiche umfassen muss (Jester/Turner 1998). Da in der ambulanten Pflege in Deutschland spezielle pflegerische Maßnahmen, die in der Regel mit einer stationären Versorgung verbunden sind, im häuslichen Bereich bislang nicht anfallen, müsste der Entwicklung der pflegerischen Expertise solcher Leistungen besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Denkbar wäre das beispielsweise in Form einer engen personellen Zusammenarbeit des ambulanten und stationären pflegerischen Bereiches, indem Erfahrungen und Wissen ständig ausgetauscht werden. So könnten z.B. Pflegekräfte von Intensivstationen ihre Kenntnisse und ihr Know-how in der Betreuung von beatmungspflichtigen und anderen intensivpflegebedürftigen PatientInnen in die häusliche Betreuung einbringen und so dazu beitragen, dass das qualitative Niveau der Versorgung hinter dem einer stationären Versorgung nicht zurücksteht; die Erfahrung und das Wissen der Pflegekräfte aus dem ambulanten Bereich kann dafür eingesetzt werden, die Betreuung unter Berücksichtigung der speziellen häuslichen Situation umzusetzen. Ein durchaus gewünschter 'Nebeneffekt' einer solchen Arbeitsweise wäre der konkrete Ansatz zur Vernetzung des stationären und ambulanten Sektors, der zur Sicherstellung einer integrierten Versorgung unabdingbar ist.

Während sich - wie bereits mehrfach erwähnt - die Pflege der häuslichen Versorgung von PatientInnen in Deutschland zunehmend widmet, kann dies von der Medizin nicht behauptet werden. Die für die niedergelassenen ÄrztInnen eingeschränkten Möglichkeiten bzw. finanziell unattraktiven (meist kommunikativen) Leistungen, die vorwiegend im Rahmen von Hausbesuchen abgerechnet werden können, tragen nicht dazu bei, dass sie sich in der häuslichen Betreuung besonders engagieren. In der häuslichen Versorgung schwer kranker und intensivpflegebedürftiger PatientInnen ist jedoch - anders als in der traditionellen häuslichen Pflege - eine stärkere ärztliche Präsenz notwendig. Dafür ist auch eine spezielle medizinische Expertise mit Kenntnissen und Fertigkeiten aus dem stationären Bereich unabdingbar, über die die niedergelassenen ÄrztInnen nicht unbedingt verfügen. So wird es beispielsweise schwierig sein, AllgemeinmedizinerInnen zu finden, die als Hausarzt bzw. Hausärztin bereit und qualifiziert sind, BeatmungspatientInnen Zuhause zu betreuen. Neben fehlenden medizinisch-therapeutischen Kenntnissen werden viele ÄrztInnen auch aus Kostengründen vor einer Betreuung solcher für ihre Praxis 'teure' PatientInnen abschrecken. Ähnlich wie für die Profession der Pflege in Deutschland konstatiert, müssten auch für die Medizin noch bestimmte qualifikatorische Voraussetzungen sowie strukturelle Rahmenbedingungen geschaffen werden, damit eine adäquate häusliche Versorgung schwer kranker und intensivpflegebedürftiger PatientInnen auch hierzulande möglich werden kann.

Ein letzter wichtiger Aspekt, der in Bezug auf die Situation der beiden angesprochenen Professionen in Deutschland nicht unerwähnt bleiben soll, bezieht sich auf deren Zusammenarbeit. Zur Sicherstellung einer integrierten Versorgung stellt eine koordinierte und abgestimmte Zusammenarbeit der an der häuslichen Betreuung beteiligten Professionen ein wichtiges Element im Rahmen der *hospital at home*-Konzeption dar. Sowohl aufgrund der unklaren Situation bezüglich Aufgabenbereiche, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen als auch im Hinblick auf die jüngsten Emanzipationsbestrebungen der Pflegeberufe ist die Stimmung zwischen ärztlicher und pflegerischer Profession in Deutschland besonders angespannt. Dies erschwert erwartungsgemäß

eine effektive Zusammenarbeit beträchtlich und es muss noch viel Energie in den laufenden Aushandlungsprozess gesteckt werden, damit beide als gleichberechtigte Partnerinnen im Team arbeiten können. Letztendlich gilt es Aufgabenbereiche und Zuständigkeiten so zu verhandeln, dass eine Betreuung der PatientInnen adäquat und bedarfsgerecht realisiert werden kann. Die Organisation der Versorgung im Rahmen der vorgestellten *hospital at home*-Konzeption beinhaltet in Bezug auf eine interdisziplinäre Zusammenarbeit richtungsweisende Impulse, die aufgegriffen werden können.

4.3 Abschließende Aspekte und Schlussfolgerungen

Wie im ersten Kapitel der vorliegenden Arbeit dargelegt, stellt sich auch für Deutschland im Rahmen der gesundheitspolitischen Forderung 'ambulant vor stationär' die Frage, wie eine häusliche Versorgung von schwer kranken und intensivpflegebedürftigen PatientInnen sichergestellt werden kann. *Hospital at home* als innovatives Versorgungsmodell, welches in Ländern mit anderen Voraussetzungen und kulturellem Hintergrund entwickelt wurde, kann sicher nicht unbesehen auf die deutsche Situation übertragen werden.

In Deutschland steht zunächst eine grundlegende Diskussion zur prioritären Zielsetzung dieser Versorgungsform an. Die Analyse der Evaluationsstudien über *hospital at home* hat gezeigt, dass es darüber auch in der internationalen Diskussion keinen Konsens gibt. Während die BefürworterInnen dieser Versorgungsform argumentieren, es handele sich um eine Versorgungsform, die patientInnenorientiert sei, einer stationären Betreuung gegenüber qualitativ nicht nachstünde und darüber hinaus weniger bzw. zumindest nicht mehr koste, argumentieren die KritikerInnen, sie sei gar nicht oder unwesentlich günstiger und der gesundheitliche Outcome sei auch nicht deutlich besser. Recht haben eigentlich beide Parteien und sie beziehen sich nicht unbedingt auf unterschiedliche Ergebnisse verschiedener Studien, sie interpretieren sie aber aus einer jeweils anderen Perspektive. Genauer betrachtet stehen hinter ihren Argumenten zwei sehr unterschiedliche Ansprüche, nämlich erstens: Eine Versorgungsform zu entwickeln, die mit dem Angebot einer Alternative zur stationären Versorgung dem Anspruch der PatientInnenorientierung gerecht werden will (indem der Wunsch vieler, auch schwer kranker PatientInnen, Zuhause versorgt zu werden aufgegriffen wird), wobei diese Versorgungsform qualitativ nicht hinter der einer stationären Versorgung zurückstehen darf und dabei nicht oder nicht wesentlich teurer sein sollte - und zweitens: Eine Versorgungsform zu entwickeln, die der stationären sowohl aus Gründen der Effektivität (in Form von Outcome-Ergebnissen) als auch aus Gründen der Effizienz (also deutlich geringeren Kosten) überlegen sein soll.

Eine entscheidende Vorannahme, die hinter diesem zweiten Anspruch steht, ist dass es sich bei *hospital at home* um eine eindeutig definierte und abschließend entwickelte Intervention handele, die quasi als 'fertiges' Instrument einsetzbar wäre. Dies zeigt sich in der Tatsache, dass *hospital at home* im Rahmen randomisierter Studien als eine von den Betroffenen abkoppelbare Intervention - wie eine neue Therapieform oder ein neues Medikament - getestet wird. Hier wird deutlich, wie weit der ursprüngliche Anspruch bezüglich einer PatientInnenorientierung verloren gegangen ist, da aufgrund des randomisierten Vorgehens Wunsch und Wille der PatientInnen an Bedeutung verlieren. Die Entwicklung von *hospital at home* wurde nicht zuletzt auf Be-

strebungen der PatientInnen und Angehörigen hin vorangetrieben, da die Möglichkeit Zuhause versorgt zu werden für viele Betroffene einen Zuwachs an Autonomie und Lebensqualität verspricht. Die in der vorliegenden Arbeit vorgenommene Analyse der Evaluationsstudien über *hospital at home* (vergl. Kapitel 3.4.2) hat deutlich gemacht, dass die Chance dieser Versorgungsform in erster Linie darin liegt, eine für die PatientInnen angemessenere Option bzw. Alternative zur stationären Versorgung zu bieten. Wenn Betroffene auch im Falle einer schweren Erkrankung eine häusliche Versorgung wünschen, so lässt sich dahinter ein großes Potential an Selbstverantwortung und Autonomie bezüglich ihrer Versorgung vermuten - im Vergleich zur stationären Versorgung, bei der nicht selten davon ausgegangen wird, der Patient bzw. die Patientin gäbe an der Pforte sämtliche Verantwortung für sich selbst ab.

Sollen die Bemühungen zur Entwicklung bedarfsgerechter, humaner und autonomiefördernder Versorgungsformen in Deutschland nicht ein reines Lippenbekenntnis bleiben, so sollte dem Aspekt der PatientInnenorientierung als Zielsetzung eine eindeutige Priorität eingeräumt werden. In diesem Zusammenhang bedürfen auch soziale und ethische Aspekte einer Diskussion, die international in den letzten Jahren verstärkt geführt wird - nämlich in wie weit PatientInnen und Angehörige in die Versorgung einbezogen werden können (vergl. Kapitel 3.5. und 3.6).

Die Voraussetzungen zur Umsetzung einer *hospital at home*-Versorgung in Deutschland sind zwar, wie ausgeführt, derzeit noch lückenhaft - dennoch ist absehbar, dass entsprechende strukturelle und professionelle Veränderungen innovative Entwicklungen zulassen können. Auf der Suche nach alternativen Versorgungsformen für schwer kranke und intensivpflegebedürftige PatientInnen - unter Berücksichtigung der oben aufgeführten Aspekte - wäre eine experimentierfreudigere Kultur hierzulande wünschenswert. Für die Entwicklung häuslicher Versorgungsformen für dieses Klientel bieten die *hospital at home*-Modelle ausreichend Ansatzpunkte, die für eine Umsetzung - angepasst an die spezielle deutsche Situation - aufgreifbar sind. Dabei sollte in erster Linie geprüft werden, wie die Kernelemente der *hospital at home*-Konzeption in bereits bestehende Strukturen aufgenommen und umgesetzt werden können. Alternative Versorgungsformen für schwer kranke und intensivpflegebedürftige PatientInnen in Deutschland wären in Form verschiedener Modelle denkbar. Im Rahmen der ambulanten Pflege gibt es bereits Spezialdienste, die sich vorrangig mit der Versorgung dieses Klientels befassen (Schaeffer 1996, Ewers/Schaeffer 1999) und deren Entwicklung entsprechend gefördert werden könnte. Aus der Perspektive der PatientInnen und zur Wahrung der Versorgungskontinuität wäre es vielleicht sinnvoll, wenn potentiell jeder Pflegedienst auch im Falle eines komplexen Versorgungsbedarfes in der Lage wäre 'seine' PatientInnen weiter zu betreuen und sie nicht - statt an das Krankenhaus - nun an einen Spezialpflegedienst 'abgeben' zu müssen. Allerdings scheint es derzeit noch wenig realistisch, flächendeckende Pflegedienste mit *hospital at home*-Expertise in Deutschland zu fordern. Denkbar wäre dagegen die Bildung von ExpertInnen-Zentren, von denen sich die Pflegedienste bei Bedarf das Know-how einholen und die gleichzeitig - auf dem Stand neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse - dazu beitragen können, ein bestimmtes qualitatives Niveau der Versorgung in die Praxis zu bringen. Darüber hinaus wäre auch über Alternativen zur Betreuung schwer kranker und intensivpflegebedürftiger PatientInnen nachzudenken, die im Falle einer Langzeitversorgung weder im akut-stationären Sektor, noch

- aufgrund mangelnder häuslicher Ressourcen - Zuhause versorgt werden können. Für diese PatientInnen können so genannte Krankenwohnungen eingerichtet werden, wobei hier der Vorteil darin besteht, dass eine bedarfsorientierte und sehr individuelle Versorgungsgestaltung im Hinblick auf eine Langzeitversorgung möglich ist. Im akut-stationären Bereich, beispielsweise auf einer Intensivstation, wird dagegen eine Versorgung stets als zeitlich absehbare Intervention geplant und gestaltet, was dem Bedarf eines langfristig schwerkranken und intensivpflegebedürftigen Klientels nicht gerecht werden kann.

Es wäre wünschenswert, wenn die Entwicklung verschiedener Modelle gefördert würde, damit eine für die deutsche Situation angemessene Lösung zur Versorgung schwer kranker und intensivpflegebedürftiger PatientInnen gefunden werden kann. Die vorliegende Literaturanalyse hat gezeigt, dass bezogen auf diese Thematik sowohl Forschungsstand als auch Datenlage - im Vergleich zur internationalen Situation - in Deutschland mehr als rückständig sind. Hierzulande wäre zunächst eine Erhebung grundlegender Daten über das potentielle Klientel einer *hospital at home*-Versorgung dringend geboten. Bevor eine Versorgungsplanung gestartet werden kann, sind beschreibende Daten, die erste Rückschlüsse auf die Bedarfsituation und die Perspektive der Betroffenen zulassen, unabdingbar. Erst dann können entsprechende Versorgungsmodelle entwickelt werden, die sowohl einer wissenschaftlichen Evaluation unterzogen werden müssen als auch auf ihre Bewährung in der Praxis zu überprüfen sind.

Hospital at home - das hat die Analyse der vorliegenden Arbeit aufgezeigt - ist keine 'überflüssige', im Sinne einer zusätzlichen Versorgungsform oder 'Luxusvariante' für schwer kranke und intensivpflegebedürftige PatientInnen, sondern die Antwort auf ein Versorgungsproblem, dem man sich international bereits seit mehr als zwei Jahrzehnten widmet. Dabei spielen neben demografischen und epidemiologischen Entwicklungen auch ökonomische Aspekte eine entscheidende Rolle, doch darf *hospital at home* diesbezüglich nicht als 'Allheilmittel' missverstanden werden: „HCH (Hospital Care at Home, die Verfasserin) not a panacea“ betitelt daher Marks (1991, 40) ihre Schlussfolgerungen über diese Versorgungsform. Finanzielle Überlegungen können nicht das Hauptkriterium sein, *hospital at home* umzusetzen und weiterzuentwickeln. Vielmehr sollten die Chancen, die diese Versorgungsform für die PatientInnen und ihre Angehörigen bietet, genutzt werden, indem durch das Angebot einer patientInnenorientierten Betreuung deren Autonomie gestärkt wird. Die Anstrengungen zur Entwicklung einer angemessenen Versorgungsform für Schwerkranke und Intensivpflegebedürftige sind ein Balanceakt zwischen der Unterstützung und Förderung zur selbstbestimmten Beteiligung der Betroffenen einerseits und dem Erkennen und Vermeiden ihrer Überforderung andererseits. Dieser Herausforderung müssen sich zeitgemäße Versorgungsoptionen stellen - *hospital at home* bietet adäquate und innovative Ansatzpunkte.

5. Literatur

- Aalderen van, W.M.C./Mannes, G.P.M./Bosma, E.S. et al. (1995): Home care in cystic fibrosis patients. *European Respiratory Journal* 8, 172-175
- Alfonsín, F.L./César, M.S./Iraurgi, B. A.-E./Doval, G. (1997): Evaluación de una experiencia de hospitalización a domicilio en el paciente traumatológico. *Atención Primaria* 20, Nr. 4, 195-197
- Anand, J.K./Pryor, G.A. (1989): Hospital at home. *Health Trends* 21, 46-48
- Antonovsky, A. (1997): *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit.* Tübingen: DGVT
- Arras, J.D./Neveloff-Dubler, N. (1995): Ethical and social implications of high-tech home care. In: Arras, J.D. (Hg.): *Bringing the hospital home.* Baltimore, London: Johns Hopkins University Press, 1-31
- Badura, B. (1994): Patientenorientierte Systemgestaltung im Gesundheitswesen. In: Badura, B./Feuerstein, G. (Hg.): *Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung.* Weinheim, München: Juventa, 255-310
- Badura, B./Hart, D./Schellschmidt, H. (Hg.) (1999): *Bürgerorientierung des Gesundheitswesens.* Baden-Baden: Nomos
- Bakewell-Sachs, S./Porth, S. (1995): Discharge planning and home care of the technology-dependent infant. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 24, Nr. 1, 77-83
- Baldwin-Myers, A.S./Oppenheimer, E.A. (1996): Quality of life and quality of care data from a 7-year pilot project for home ventilator patients. *Journal of Ambulatory Care Management* 19, Nr. 1, 46-59
- Balinsky, W. (1994): *Home care. Current problems and future solutions.* San Francisco: Jossey-Bass Publishers
- Bartholomeyczik, S. (1998): Versorgungsleistungen durch Pflege. In: Hurrelmann, K./Laaser, U. (Hg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften.* Weinheim, München: Juventa, 259-280
- Bernstein, L.H. (1991): An update on home intravenous antibiotic therapy. *Geriatrics* 46, 47-54
- Blagg, C.R. (1992): Home hemodialysis. In: Rothkopf, M.M./Askanazi, J. (Hg.) (1992): *Intensive homecare.* London: Williams/Wilkins, 249-260
- Bluestone, E.M. (1974): The contribution of the hospital to the sick man's home. *World Hospitals* 10, Nr 2, 92-94
- Boersma, F.P./Bosma, E.S./Giezen, L.M./Theuvenner, P.J. (1992): Project on quality improvement of cancer pain control by infusion techniques in the home situation in the northern Netherlands. *Journal of Pain and Symptom Management* 4
- Borland, A./McRae, J./Lycan, C. (1989): Outcomes of five years of continuous intensive case management. *Hospital and Community Psychiatry* 40, 369-376
- Brand, H./Schmacke, N. (1998): Der öffentliche Gesundheitsdienst. In: Schwartz, F.W./Badura, B./Leidl, R./Raspe, H./Siegrist, J. (Hg.): *Das Public Health Buch.* München, Wien, Baltimore: Urban/Schwarzenberg, 259-268
- Brooks, R. (1996): Hospital at home: your place or mine. *Health Service Journal* 25, 35

- Buck, R. (1997): Substitutionspotentiale von stationären Leistungen. In: Arnold, M./Paffrath, D. (Hg.): Krankenhausreport '97. Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm: Fischer, 99-112
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.) (1989): Umfang von Fehlbelegungen in Akutkrankenhäusern bei Patienten aller Altersklassen. Forschungsbericht, Gesundheitsforschung 189, Bonn
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (1998): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert Band 6, Köln
- Bushby, R. (1995): Redefining homesickness. *Nursing Standard* 9, Nr. 24, 22-23
- Byers, D./Parker, M. (1992): Early home rehabilitation for the patient with a hip fracture. *British Journal of Occupational Therapy* 55, Nr. 9, 351-354
- Campbell-Haggerty, M.C./Stockdale-Woolley, R./Nair, S. (1991): Respi-care: an innovative home care program for the patient with chronic obstructive pulmonary disease. *Chest* 100, 607-612
- Cang, S./Clarke, F. (1978): Home care of the sick - an emerging general analysis based on schemes in France. *Community Health* 9, Nr. 167, 167-171
- Chen, H.C. (1974): [A home care program for chronic illness; an introduction to the Montefiore hospital home care program.] *Hu Li Tsa Chih (Journal of Nursing)* 21, Nr. 2, 1-3
- Cella, A./Pignata, L./Trasciatti, S./Palummeri, E. (1997): Nutritional status, cognitive function and degree of dependency in elderly patients admitted to hospital-at-home. *Ageing* 9, Nr. 4, 98
- Clarke, F. (1984): *Hospital at home*. London: Macmillan Publishers
- Clarke, A.M. (1997): Benefits and drawbacks of hospital-at-home schemes. *Professional Nurse* 12, Nr. 10, 734-736
- Clayton, L. (1994): Hospital at home. *AAQHC Newsletter* 4, 7-11
- Cleary, M./Pearson, C./Lloyd, K. (1998): Hospital at home: for people with severe mental illness, results are encouraging. *British Medical Journal* 317, Nr. 1651
- Coast, J./Richards, S.H./Peters, T.J. et al. (1998): Hospital at home or acute hospital care? A cost minimisation analysis. *British Medical Journal* 316, 1802-1806
- Coley, C.M./Li, Y./Medsker, A.M. et al. (1996): Preferences for home vs hospital care among low-risk patients with community-acquired pneumonia. *Archives of Internal Medicine* 156, 1565-1571
- Corbin, J.M./Strauss, A.L. (1993): *Weiterleben lernen. Chronisch Kranke in der Familie*. München, Zürich: Piper
- Council of Scientific Affairs (1990): Home care in the 1990s. *Journal of the American Medical Association* 263, Nr. 9, 1241-1244
- Curtis, D. (1997): Pontefract hospitals NHS trust: interim evaluation of the hospital-at-home scheme pilot study. *Total Quality Management* 8, Nr. 5, 205-210
- Czarnik, B. (1997): Home care for the patient receiving mechanical ventilation. *Home Healthcare Nurse* 15, Nr. 11, 777-779
- Damkowski, W./Klie, T./Kronseder, E./Luckey, K./Stappenbeck, J. (1997): *Ambulante Pflegedienste*. Hannover: Vincentz
- Dettenmeier, P.A. (1990): Planning for successful home mechanical ventilation. *AACN Clinical Issues in Critical Care Nursing* 1, Nr. 2, 267-279

- Diehl, S.F./Moffitt, K.A./Wade, S.M. (1991): Focus group interview with parents of children with medically complex needs: an intimate look at their perceptions and feelings. *Children's Health Care* 20, Nr. 3, 170-178
- Doll, A. (1999): Aids-Patienten in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen ambulanter Betreuung. *Häusliche Pflege* 2, 35-39
- Donabedian, A. (1992): Quality assurance in health care: consumer's role. *Quality in Health Care* 1, 247-251
- Donald, I.P./Baldwin, R.N./Bannerjee, M. (1995): Gloucester hospital-at-home: a randomized controlled trial. *Age and Ageing* 24, 434-439
- Dunne, P.J. (1994): Demographics and financial impact of home respiratory care. *Respiratory Care* 39, Nr. 4, 309-320
- Dunne, P.J. (1997): Respiratory care for the homebound patient. *Respiratory Care* 42, Nr 1, 133-140
- Dupont, M. (1998): *L'assistance publique hopitaux de Paris*. Vélizy: Doin Éditeurs
- Eichler, M. (1998): Offener und verdeckter Sexismus. Methodisch-methodologische Anmerkungen zur Gesundheitsforschung. In: Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health (Hg.): *Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
- Elliott, M. (1995): Providing support and care through a hospital at home. *Nursing Times* 91, Nr. 34, 36-37
- Eudes, I. (2000): Hospitalisation à domicile. *L'Infirmière magazine* 145, 6-7
- Ewers, M. (1996): Case Management: Anglo-amerikanische Konzepte und ihre Anwendbarkeit im Rahmen der bundesdeutschen Krankenversorgung. Paper der Arbeitsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P96-208. Berlin: WZB
- Ewers, M. (1998): Schwerstkranke pflegen - Kooperation gestalten. *Pflege Management* 5, 33-38
- Ewers, M. (2000): Häusliche Infusionstherapie (HIT): Herausforderungen für die Pflege und Public Health in Wissenschaft und Praxis. *Pflege und Gesellschaft* 5, Nr. 2, 37-41
- Ewers, M./Schaeffer, D. (1999): Herausforderungen für die ambulante Pflege Schwerstkranker. Eine Situationsanalyse nach Einführung der Pflegeversicherung. Institut für Pflegewissenschaft, Universität Bielefeld, P99-107
- Ferguson, G. (1987): The new Brunswick extra-mural hospital: a Canadian hospital-at-home. *Journal of Public Health Policy*, 561-570
- Fox, D.M./Andersen, K.S./Benjamin, A.E./Dunatov, L.J. (1987): Intensive home health care in the United States. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 3, 561-573
- Francke, R./Hart, D. (1999): *Charta der Patientenrechte*. Baden-Baden: Nomos
- Frasca, C./Christy, M.W. (1986): Assuring continuity of care through a hospital-based home health agency. *Quality Review Bulletin* 12, Nr. 5, 167-171
- Friend, B. (1992): Hospital at home. *Nursing Times* 88, Nr. 44, 26-28
- Fuller, S. (1998): Help promote hospital at home. *Pharmacy in Practice* 8, Nr. 4, 147-152
- Fulop, N.J./Hood, S./Parsons, S. (1997): Does the National Health Service want hospital at home? *Journal of the Royal Society of Medicine* 90, Nr. 4, 212-215
- Gabanyi, M. (1997): *Ambulante Pflegedienste im Spannungsfeld zwischen Wirtschaftlichkeit, Qualität und Kundenorientierung*. Augsburg: Basys

- Garms-Homolová, V. (1998): Kooperation von Medizin und Pflege. Realisierbare Notwendigkeit oder unrealistischer Anspruch. In: Garms-Homolová, V. / Schaeffer, D. (Hg.): Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung. Wiesbaden: Ullstein Medical, 7-40
- Garms-Homolová, V./Schaeffer, D. (1989): Die Bedeutung des Krankenhauses für die Versorgung alter Menschen. In: Deppe, H.U./Friedrich, H./Müller, R. (Hg.): Das Krankenhaus: Kosten, Technik oder humane Versorgung. Frankfurt, New York: Campus, 119-133
- Garms-Homolová, V./Schaeffer, D. (Hg.) (1998): Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung. Wiesbaden: Ullstein Medical
- Gaßmann, R./Rosendahl, B./Zängl, P. (1998): Marktwirtschaft mit kommunaler Intervention? Zentrale Probleme einer Bedarfsplanung der Pflegeinfrastruktur. *Altenpflege Forum* 6, Nr. 1, 20-28
- Gerste, B. (1997): Verlagerungspotentiale im Krankenhaus - eine statistische Annäherung. In: Arnold, M./Paffrath, D. (Hg.): Krankenhausreport '97. Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm: Fischer, 223-234
- Gilmartin, M. (1994): Transition from the intensive care unit to home: patient selection and discharge planning. *Respiratory Care* 39, Nr. 5, 456-480
- Goffman, E. (1972): *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen.* Frankfurt: Suhrkamp
- Goldberg, A.I. (1989): Home care for life-supported persons: the French system of quality control, technology assessment, and cost containment. *Public Health Reports* 104, Nr. 4, 329-336
- Goldberg, A.I. (1990): Mechanical ventilation and respiratory care in the home in the 1990s: some personal observations. *Respiratory Care* 35, Nr. 3, 247-259
- Hackman, B. (1993): There's no place like home. *Nursing Times* 89, Nr. 37, 28-30
- Haggard, L. (1996): Hospital care at home. In: Gordon, P./Hadley, J. (Hg.): *Extending primary care. Polyclinics, resource centres, hospitals-at-home.* Oxford, New York: Radcliffe Medical Press, 82-92
- Hensher, M./Fulop, N./Hood, S./Ujah, S. (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.
- Hughes, S.L./Cummings, J./Weaver, F. et al. (1992): A randomized trial of the cost effectiveness of VA hospital-based home care for the terminally ill. *Health Services Research* 26, Nr. 6, 801-817
- Hughes, J./Gordon P. (1993): *Hospitals/Primary Care.* London: King's Fund
- Hunstein, D. (1999): Perspektiven der ambulanten Schwerstkrankenpflege. *Balk-Info*, 18-19
- Hurrelmann, K./Laaser, U. (Hg.) (1993): *Gesundheitswissenschaften.* Weinheim, Basel: Beltz
- Hurrelmann, K./Laaser, U. (Hg.) (1998): *Handbuch Gesundheitswissenschaften.* Weinheim, München: Juventa
- Hollingworth, W./Todd, C./Parker, M. et al. (1993): Cost of early discharge after hip fracture. *British Medical Journal* 307, 903-909
- Howard, L./Ament, M./Fleming, C.R. et al. (1995): Current use and clinical outcome of home parenteral and enteral nutrition therapies in the United States. *Gastroenterology* 109, 355-365

- Igl, G. (1998): Öffentlich-rechtliche Grundlagen für das Berufsfeld Pflege im Hinblick auf vorbehaltene Aufgabenbereiche. Gutachten im Auftrag von: Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen e.V., Berufsverband für Kinderkrankenschwestern und Kinderkrankenpfleger e.V., Bundesausschuss der Länderarbeitsgemeinschaften der Lehrer/innen für Pflegeberufe, Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Krankenpflegepersonen e.V., Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V., Eschborn, Göttingen, Hannover, Wiesbaden, Wuppertal
- Illich, I. (1975): Die Enteignung der Gesundheit. (Erste Auflage) Hamburg: Rowohlt
- Illich, I. (1995): Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens. (Vierte, überarbeitete Auflage) München: Beck
- Jaufmann, D. (1998): High Tech im Wohnzimmer: Technikeinsatz und Innovationspotentiale in der Häuslichen Pflege. Häusliche Pflege 10, 24-28
- Jennings, P. (1994): Learning through experience: an evaluation of hospital at home. *Journal of Advanced Nursing* 19, 905-911
- Jessop, D.J./Stein, R.E.K. (1991): Who benefits from a pediatric home care program? *Pediatrics* 88, 497-504
- Jester, R./Turner, D. (1998): Hospital at home: the Bromsgrove experience. *Nursing Standard* 12, Nr. 20, 40-42
- Johnson, B. (1997): Hospital at home. In: Burley, S./Mitchell, E.E./Melling, K. et al. (Hg.): *Contemporary community nursing*. London: Arnold, 216-228
- Kanacki, L. (1997): How to guide ventilator-dependent patients from hospital to home. *American Journal of Nursing* 97, Nr. 2, 37-39
- Kirk, S./Glendinning, C. (1998): Trends in community care and patient participation: implications for the role of informal carers and the community nurses in the United Kingdom. *Journal of Advanced Nursing* 28, Nr. 2, 370-381
- Knowelden, J./Westlake, L./Wright, K.G./Clarke, S.J. (1991): Peterborough hospital at home: an evaluation. *Journal of Public Health Medicine* 13, 182-188
- Kornowski, R./Zeeli, D./Averbuch, M. et al. (1995): Intensive home-care surveillance prevents hospitalisation and improves morbidity rates among elderly patients with severe congestive heart failure. *American Heart Journal* 129, Nr. 4, 762-766
- Krajic, K./Grießler, E./Grundböck, A./Pelikan, J.M. (1998): Ambulante Versorgung Schwer-und Schwerstkranker. Eine explorative Meta-Analyse zehn internationaler Modelle. Institut für Pflegewissenschaft, Universität Bielefeld, P98-104
- Leff, B./Burton, L./Guido, S. et al. (1999): Home hospital program: a pilot study. *Journal of the American Geriatrics Society* 47, Nr. 6, 697-702
- Leidl, R. (1998): Der Effizienz auf der Spur: Eine Einführung in die ökonomische Evaluation. In: Schwartz, F.W./Badura, B./Leidl, R./Raspe, H./Siegrist, J. (Hg.): *Das Public Health Buch*. München, Wien, Baltimore: Urban/Schwarzenberg, 346-369
- Maloney, C.H./Preston, F. (1992): An overview of home care for patients with cancer. *Oncology Nursing Forum* 19, Nr. 1, 75-80
- Make, B.J./Gilmartin, M.E. (1986): Rehabilitation and home care for ventilator-assisted individuals. *Clinics in Chest Medicine* 7, Nr. 4, 679-691

- Marks, L. (1990): Hospital care at home: prospects and pitfalls. *Health Care UK*, 106-111
- Marks, L. (1991): *Home and hospital care: redrawing the boundaries*. London: King's Fund
- Martin, F./Oyewole, A./Moloney, A. (1994): A randomized controlled trial of a high support hospital discharge team for elderly people. *Age and Ageing* 23, 228-234.
- McCusker, J./Stoddard, A.M. (1987): Effects of an expanding home care program for the terminally ill. *Medical Care* 25, Nr. 5, 373-385
- Mehlmann, M.J./Youngner, S.J. (Hg.) (1991): *Delivering high technology home care*. New York: Springer Publishing Company
- Melin, A.L./Wieland, D./Harker, J./Bygren, L.O. (1995): Health outcomes of post-hospital in-home team care: secondary analysis of a swedish trial. *Journal of the American Geriatrics Society* 43, 301-307
- Montalto, M. (1995): Hospital in the home units. *Australian Family Physician* 24, Nr. 5, 797-801
- Montalto, M. (1996): Patients' and carers' satisfaction with the hospital-in-the-home care. *International Journal of Quality in Health Care* 8, Nr. 3, 243-251
- Montalto, M. (1997): An audit of patients admitted for home intravenous therapy directly from the emergency department. *The International Journal of Clinical Practice* 51, Nr. 7, 433-437
- Montalto, M. (1998): How safe is hospital-in-the-home care? *The Medical Journal of Australia* 168, 277-288
- Montalto, M./Dunt, D. (1993): Delivery of traditional hospital services to patients at home. *The Medical Journal of Australia* 159, Nr. 4, 263-265
- Montalto, M./Grayson, M.L. (1998): Acceptability of early discharge, hospital at home schemes: treatments that can be safely and acceptably managed at home need to be defined. *British Medical Journal* 317, 1652
- Montgomery, P. (1993): Starting a hospital-based home health agency: part II - key success factors. *Nursing Management* 24, Nr. 9, 54-57
- Morris, D.E. (1983): Sante'service Bayonne: A french approach to home care. *Age Ageing* 12, 323-328
- Mounce, R. (1989): There's no place like home. *Nursing Times* 85, Nr. 16, 36-38
- Müller, K./Thielhorn, U. (2000): *Zufriedene Kunden? Die Qualität ambulanter Pflege aus Sicht der Patienten*. Stuttgart: Kohlhammer
- Müller-Mundt, G./Schaeffer, D./Pleschberger, S./Brinkhoff, P. (2000): Patientenedukation - (k)ein zentrales Thema in der deutschen Pflege? *Pflege und Gesellschaft* 5, Nr. 2, 42-53
- Nathwani, D./Davey, P. (1996): Intravenous antimicrobial therapy in the community: underused, inadequately resourced, or irrelevant to the health care in Britain? *British Medical Journal* 313, 1541-1543
- Neville, D. (1998): Home comforts. *Nursing Times* 94, Nr. 42, 36-37
- Nixon, M. (1991): Hospital without walls. *Canadian Family Physician* 37, 1709-1718
- Novikov, V.S./Evtushenko, V.I./Knysh, V.I. et al. (1990): The organization of a hospital at home for the central consultative diagnosis polyclinic. (Russian) *Voenno-Meditsinskii Zhurnal* 6, 20-22
- 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* 16, 205-210

- OECD (1999): Gesundheitsdaten 1999. Vergleichende Analyse von 29 Ländern. Organisation for Economic Cooperation and Development, Datenbank: Version 15.7.1999, Paris: OECD
- Oterino de la Fuente, D./Ridao, M./Peiró, S./Marchan, C. (1997): Hospitalización a domicilio y hospitalización convencional. Una evaluación económica. *Medicina Clínica* 109, Nr. 6, 207-211
- Palmer, C. (1996): Hospital at home: research is needed into organisation and development as well as cost effectiveness. *British Medical Journal* 313, 232
- Pannuti, F. (1988): Home care for advanced and very advanced cancer patients: the Bologna experience. *Journal of Palliative Care* 4, Nr. 3, 54-57
- Pannuti, F./Tanneberger, S. (1992): The Bologna Eubiosia project: hospital-at-home care for advanced cancer patients. *Journal of Palliative Care* 8, Nr. 2, 11-17
- Parkes, C.M. (1985): Terminal care: home, hospital, or hospice? *The Lancet* 19, 155-157
- 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. (Hg.): *Virtuelles Krankenhaus zu Hause - Entwicklung und Qualität von ganzheitlicher Hauskrankenpflege*. Wien: Facultas Universitätsverlag, 15-39
- Pratt, J./Adamson, L. (1996): Boundaries in primary health care. In: Gordon, P./Hadley, J. (Ed.) (1996): *Extending primary care. Polyclinics, resource centres, hospitals-at-home*. Oxford, New York: Radcliff Medical Press, 17-35
- Rahmenführer, W. (1996): Intensivstation im Wohnzimmer. Aktuelles Beispiel aus der Praxis. In: DBFK (Hg.): *Funktionsdienste - Veränderung als Chance*. 8. Internationaler Kongress für Krankenpflege, 12.-14. September 1996, Mannheim, 19-25
- Rehm, S.J./Weinstein, A.J. (1983): Home intravenous antibiotic therapy: a team approach. *Annals of Internal Medicine* 99, 388-392
- Rice, R. (1995): Home mechanical ventilator management. *Home Healthcare Nurse* 13, Nr. 1, 73-75
- Rich, M.W./Beckham, V./Wittenberg, C. et al. (1995): A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *The New England Journal of Medicine* 333, Nr. 18, 1190-1195
- Richards, S.H./Coast, J./Gunnell, D.J. (1998): Randomised controlled trial comparing effectiveness and acceptability of an early discharge, hospital at home scheme with acute hospital care. *British Medical Journal* 316, 1796-1801
- Richter, L./Gonnerman, A. (1974): Home health services and hospitals. *Hospitals* 48, Nr 5, 113-116
- Rink, E./Sims, J./Walker, R./Pickard, L. (1998): Hospital care at home: an evaluation of scheme for orthopaedic patients. *Health and Social Care in the Community* 6, Nr. 3, 158-163
- Robert-Bosch-Stiftung (1996): *Pflegewissenschaft. Grundlagen für Lehre und Forschung in der Praxis*. Denkschrift. Materialien und Berichte 46, Geringen: Bleicher
- Rothgang, H. (1997): *Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse*. Frankfurt, New York: Campus
- Rothkopf, M.M./Askanazi, J. (Hg.) (1992): *Intensive homecare*. London: Williams/Wilkins

- Rozell, B.R./Newman, K./Cholevinski, J. (1997): Caring for the home ventilator-dependent patient: a case management model. *Caring Magazine* 16, Nr. 7, 52-55
- Saito, T. (1999): [Mechanical ventilation for amyotrophic lateral sclerosis. Making a comparison between hospital and home care.] (Japanese) *Rinsho Shinkeigaku Clinical Neurology* 39, Nr. 1, 70-71
- Schaeffer, D. (1992): Grenzen ambulanter Pflege. Paper der Arbeitsgruppe Public Health, P92-210, Wissenschaftszentrum Berlin
- Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R. (1994): Zum Verhältnis von Public Health und Pflege. In: Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R. (Hg.): *Public Health und Pflege. Zwei neue wissenschaftliche Disziplinen*. Berlin: Edition Sigma, 7-25
- Schaeffer, D. (1995): Community health nursing. Entwicklung, Probleme, Lehren aus der US-amerikanischen Situation. *Jahrbuch für kritische Medizin* 25: Weltgesundheit. Hamburg: Argument, 166-183
- Schaeffer, D. (1996): Innovationsprozesse in der ambulanten Pflege - Aids als Pilotprojekt. *Pflege* 9, Nr. 2, 140-149
- Schaeffer, D. (1997): Patientenorientierte ambulante Pflege Schwerkranker. Erfordernisse der Konzept- und Wissenschaftsentwicklung. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 5, Nr. 2, 85-97
- Schaeffer, D./Moers, M./Steppe, H. (1997): Pflegewissenschaft – Entwicklungsstand und Perspektiven einer neuen Disziplin. In: Schaeffer, D./Moers, M./Steppe, H./Meleis, A. (Hg.): *Pflegetheorien. Beispiele aus den USA*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, 7-16
- Schaeffer, D. (1999a): Entwicklungsstand und -herausforderungen der bundesdeutschen Pflegewissenschaft. *Pflege* 12, 141-152
- Schaeffer, D. (1999b): Care Management - Pflegewissenschaftliche Überlegungen zu einem aktuellen Thema. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 7, Nr. 3, 233-251
- Schaeffer, D. (2000): Versorgungsintegration und -kontinuität. Implikationen für eine prioritär ambulante Versorgung chronisch Kranker. *Pflege und Gesellschaft* 5, Nr. 2, 33-36
- Schwartz, F.W./Badura, B./Leidl, R./Raspe, H./Siegrist, J. (Hg.) (1998a): *Das Public Health Buch*. München, Wien, Baltimore: Urban/Schwarzenberg
- Schwartz, F.W./Siegrist, J./Troschke von, J. (1998b): Wer ist gesund? Wer ist krank? Wie gesund bzw. krank sind die Bevölkerungen? In: Schwartz, F.W./Badura, B./Leidl, R./Raspe, H./Siegrist, J. (Hg.): *Das Public Health Buch*. München, Wien, Baltimore: Urban/Schwarzenberg, 8-31
- Schwartz, F.W./Walter, U. (1998): Altsein - Kranksein? In: Schwartz, F.W./Badura, B./Leidl, R./Raspe, H./Siegrist, J. (Hg.): *Das Public Health Buch*. München, Wien, Baltimore: Urban/Schwarzenberg, 124-140
- Shepperd, S./Iliffe, S. (1998): The effectiveness of hospital at home compared with in-patient hospital care: a systematic review. *Journal of Public Health Medicine* 20, Nr. 3, 344-350
- Shepperd, S./Harwood, D./Jenkinson, C. et al. (1998a): Randomised controlled trial comparing hospital at home care with inpatient hospital care. I: three month follow up of health outcomes. *British Medical Journal* 316, 1786-1791
- Shepperd, S./Harwood, D./Gray, A. et al. (1998b): Randomised controlled trial comparing hospital at home care with inpatient hospital care. II: cost minimisation analysis. *British Medical Journal* 316, 1791-1796

- Sims, J./Rink, E./Walker, R./Pickard, L. (1997): The introduction of a hospital at home service: a staff perspective. *Journal of Interprofessional Care* 11, Nr. 2, 217-224
- Smith, C.E./Giefer, C.K./Bie, L. (1991): Technological dependency: a preliminary model and pilot of home total parenteral nutrition. *Journal of Community Health Nursing* 8, 5-254
- Smith, C.E./Fernengel, K./Werkowitch, M./Holcroft, C. (1992): Financial and psychological costs of high technology home care. *Nursing Economics* 10, Nr. 5, 369-372
- Smith, C.E. (1995): Technology and home care. *Annual Review of Nursing Research* 13, 137-167
- Smith, C.E. (1996): Quality of life and caregiving in technological home care. *Annual Review of Nursing Research* 14, 95-118
- Smits, A./Mansfield, S./Singh, S. (1990): Facilitating care of patients with HIV infection by hospital and primary care teams. *British Medical Journal* 300, 241-243
- Sorochan, M./Beattie, B.L. (1994): Does home care save money? *World Health* 47, Nr. 4, 18-19
- Statistisches Bundesamt (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland. Stuttgart: Metzler-Poeschel
- Stessman, J./Hammerman-Rozenberg, R./Cohen, A. (1997): Home hospitalization in the spectrum of community geriatric care. *Disability/Rehabilitation* 19, Nr. 4, 134-141
- Stuttgarter Zeitung (2000): Zank um die neue Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege. Ausgabe vom 15.5., 2
- Tanneberger, S. (1995): Euthanasie: Ablehnung verpflichtet zu Alternativen. Das Modell Homehospital könnte für manche Krebspatienten ein Ausweg sein. *Versicherungsmedizin* 47, Nr. 2, 42-46
- Tanneberger, S./Pannuti, F./Mirri, R. et al. (1998): Hospital at home for advanced cancer patients within the framework of the Bologna Eubiosa project: an evaluation. *Tumori* 84, 376-382
- Taylor, J./Goodman, M./Luesley, D. (1993): Is home best? *Nursing Times* 89, Nr. 37, 31-33
- Thielhorn, U. (1999): Zum Verhältnis von Pflege und Medizin. Bestandsaufnahme und Handlungsalternativen. Stuttgart: Kohlhammer
- Trager, B. (1975): Home care: providing the right to stay home. *Hospitals* 49, Nr. 10, 93-98
- Vaughan, B. (1995): Who cares? Hospital, home or somewhere in between: the case for intermediate services. *Journal of Clinical Nursing* 4, 341-342
- Vezina, A./Roy, J. (1996): State-family relations in Quebec from the perspective of intensive home care services for the elderly. *Journal of Gerontological Social Work* 25, Nr. 3/4, 149-164
- Vinciguerra, V./Degnan, T.J./Sciortino, A. et al. (1986): A comparative assessment of home versus hospital comprehensive treatment for advanced cancer patients. *Journal of Clinical Oncology* 4, Nr. 10, 1521-1528
- Votava, K. McC./Hiltunen, K. (1985): Home care of the patient dependent on mechanical ventilation. *Home Healthcare Nurse* 3, Nr. 2, 18-25
- Weltgesundheitsorganisation (1992): Ziele zur „Gesundheitspolitik für alle“. Aktualisierte Zusammenfassung September 1991, Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa

Wistow, G. (1998): Krankenbetreuung zu Hause und die Reform der Akutkrankenhäuser in England. In: Pelikan, J.M./Stacher, A./Grundböck, A./Krajic, K. (Hg.): Virtuelles Krankenhaus zu Hause – Entwicklung und Qualität von ganzheitlicher Hauskrankenpflege. Wien: Facultas Universitätsverlag, 57-78

6. Verzeichnis der Tabellen

Tab. 1:	Mittlere Krankenhausverweildauer (ICD) in den USA, GB und Deutschland von 1980 bis 1996	9
Tab. 2:	Unterschiedliche Bezeichnungen für häusliche Versorgungs-Modelle	17
Tab. 3:	<i>Hospital at Home</i> in den USA: „hospital-based“ und „high-tech home care“ - Programme	21
Tab. 4:	<i>Hospital at Home</i> – Modelle in Großbritannien	23
Tab. 5:	Überblick zu den ausgewerteten Evaluationsstudien über <i>hospital at home</i>	49