

Ambulantisierung – Konsequenzen für die Pflege

von Prof. Dr. Doris Schaeffer und Michael Ewers, MPH*

ABSTRACT

In den vergangenen Jahrzehnten sind auch in Deutschland verstärkte Bemühungen zu erkennen, die Vorhaltung und Nutzung stationärer Einrichtungen zu begrenzen und Versorgungsleistungen in den ambulanten Bereich zu verlagern. Es ist absehbar, dass sich diese so genannte „Ambulantisierung“ in Zukunft fortsetzen und an Schärfe gewinnen wird. Der Beitrag geht der Frage nach, wie die ambulante Versorgung und speziell die Pflege für diese Entwicklung derzeit gerüstet sind. Die Situationsanalyse lässt erkennen, dass trotz erkennbarer Anstrengungen noch wichtige Anpassungs- und Modernisierungserfordernisse unbeantwortet geblieben sind. Dem entgegenzutreten und auf den mit der Akzentverschiebung zur prioritär ambulanten bzw. häuslichen Versorgung einhergehenden Anforderungswandel zu reagieren, wird - so die Schlussfolgerung - ohne zusätzliche Spielräume und eine starke Pflege kaum zu bewältigen sein.

Schlüsselwörter: Pflege, demografischer Wandel, Ambulantisierung, Integration, Case Management, Kontinuität, Hilfe

During the last decades also in Germany increased efforts could be observed to restrict the provision and using of inpatient resources and to transfer services into the outpatient arena. It's easy to see that this so called „Ambulantisierung“ will continue in future and will become rather heated. In this article it will be discussed, how the outpatient arena and especially nursing care is prepared for this development. In spite of the fact that it could gradually be seen in the situation analysis that progress was being made nevertheless important requirements in modernization and adapting remained unanswered. Acting against this and answering the challenges associated with the shift to outpatient and primarily home-based care will not be successful without a certain amount of scope and a strong nursing profession.

Keywords: nursing care, demographic change, Ambulantisierung, integration, Case Management, continuity, informal help

■ 1. Einführung

Der Begriff „Ambulantisierung“ steht für den Prozess der Auslagerung sozialer und gesundheitlicher Versorgungsleistungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor und generell für die Akzentverschiebung in Richtung auf eine prioritär ambulante Versorgung. Als solches handelt es sich um ein keineswegs neues soziales Phänomen. Vielmehr steht die Ambulantisierung seit nunmehr drei Jahrzehnten ganz oben auf der Agenda der Sozial- und Gesundheitspolitik. Unter der Prämisse „ambulant vor stationär“ sollte zunächst auf den durch die demografische Alterung und die Zunahme chronischer Erkrankungen verursachten Wandel der gesundheitlichen Problemlagen der Bevölkerung reagiert

werden. Dessen Bewältigung bedarf nicht in erster Linie stationär gestützter, sondern ambulanter Versorgungskonzepte, die dort ansetzen, wo der Hauptort der Krankheitsbewältigung ist – im direkten Lebensumfeld der betroffenen Menschen. Zugleich aber – und dies darf keineswegs in Vergessenheit geraten – war mit der Ambulantisierung intendiert, die Nutzung kostenintensiver stationärer Versorgungsangebote einzuschränken, den stationären Sektor damit zu entlasten und den Ausgabenanstieg im Gesundheitswesen zu bremsen. Anders ausgedrückt: Ökonomische Aspekte spielten bei der Ambulantisierung schon immer eine wichtige Rolle, haben sich in den letzten Jahren allerdings mehr und mehr in den Vordergrund geschoben und andere Motive verdrängt.

* Prof. Dr. Doris Schaeffer/Michael Ewers, MPH,
Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, IPW

Universitätsstr. 25, 33615 Bielefeld · Tel.: (0521) 106 38 96 ·
Fax: (0521) 106 64 37 · E-Mail: ipw@uni-bielefeld.de

■ 2. Effekte der Ambulantisierung

Mit der Ausrichtung auf eine vorrangig ambulante Versorgung nimmt das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich keine singuläre Position ein. Im Gegenteil: Wie ein Blick auf vergleichende Statistiken belegt (*OECD 2000*) sind in den vergangenen Jahrzehnten in allen hochindustrialisierten Ländern Bemühungen in Gang gekommen, die Vorhaltung und Nutzung stationärer Einrichtungen zu begrenzen und Versorgungsleistungen in den ambulanten Bereich zu verlagern. Zwar ist es hierbei – insbesondere in den anglo-amerikanischen Staaten, aber auch in einzelnen europäischen Ländern wie beispielsweise Großbritannien oder Skandinavien – rein statistisch betrachtet bereits zu größeren Erfolgen gekommen als in Deutschland. Doch auch hierzulande zeichnen sich bei der Ambulantisierung inzwischen erste Erfolge ab, auf die hier kurz hingewiesen sei:

- Beispielsweise wurde der bereits in den 1980er Jahren in der alten Bundesrepublik begonnene Bettenabbau in der akutstationären Versorgung nach dem Beitritt der neuen Länder in den 1990er-Jahren konstant fortgeführt. Die Gesamtzahl der Krankenhausbetten ging seit Einführung der bundeseinheitlichen Krankenhausstatistik im Jahr 1991 in Deutschland sukzessive zurück (1995 um 1,7 Prozent, 1996 um 1,5 Prozent, 1997 um 2,2 Prozent, 1998 um 1,5 Prozent, 1999 um 1,1 Prozent jeweils gegenüber dem Vorjahr).¹ Auch die Zahl der Krankenhäuser nahm langsam aber stetig ab: Zwischen 1990 und 1999 wurden 195 Einrichtungen geschlossen oder in Pflegeheime umgewandelt – ein Großteil davon in den neuen Ländern. Ähnliche Entwicklungen zeigen sich auch bei den durchschnittlichen Verweildauern; sie gingen im akutstationären Sektor schrittweise von 14,6 (1991) auf 10,4 Tage (1999) zurück. Zwar nehmen sich diese Zahlen im Vergleich mit anderen Ländern eher bescheiden aus (*vgl. OECD 2000*), dennoch belegen sie, dass die Begrenzung der Krankenhausversorgung in der letzten Dekade auch in Deutschland kontinuierlich vorangeschritten ist. Durch diese Entwicklung sind die Krankenhäuser allerdings einmal mehr unter Rationalisierungsdruck geraten, denn im selben Zeitraum stieg die Zahl der vollstationär versorgten Patienten von 13,8 Millionen (1990) auf 16,3 Millionen (1999) an und auch der Ausgabenanstieg konnte in diesem Versorgungssektor bisher nicht aufgehalten werden (*StBA 2000*).

- Auch in der stationären Langzeitversorgung setzten in den zurückliegenden Jahrzehnten Enthospitalisierungsbemühungen ein, die bis heute nicht zum Stillstand gekommen sind. Partiiell schlagen sich diese ebenfalls im Abbau von Kapazitäten nieder – so etwa in der Psychiatrie. In anderen Bereichen gab es in absoluten Zahlen betrachtet hingegen einen leichten Zuwachs. Für 1995 wurden in der Heimstatistik insgesamt 10.921 stationäre

Alteinrichtungen mit rund 658.000 Plätzen ausgewiesen (*StBA 1998b*), 1999 waren es 12.023 Einrichtungen mit 695.000 Plätzen (*StBA 2000*). Diese Zunahme ist vor allem der demografischen Entwicklung und somit der steigenden Zahl älterer Menschen geschuldet. Doch sind auch in den Heimen Resultate der Ambulantisierung zu beobachten: Beispielsweise sind jüngere Altersgruppen heute weitgehend aus dem Heimbereich verschwunden und auch ältere Menschen, die nicht in ihrer Selbstversorgungsfähigkeit eingeschränkt sind, nehmen diese Einrichtungen nur noch selten in Anspruch. Beide Gruppen ziehen es vor, so lange wie irgend möglich in ihrer häuslichen Umgebung zu verbleiben. Statt dessen gehören mittlerweile vorrangig Hochbetagte zur Klientel der Heime. Das Eintrittsalter ist in den zurück liegenden Jahren kontinuierlich angestiegen und lag 1998 bereits bei 81 Jahren (*BMFSFuJ 2001*). Zugleich werden die Alteinrichtungen inzwischen zu über 80 Prozent von pflegebedürftigen Bewohnern² mit z.T. umfangreichem Unterstützungsbedarf in Anspruch genommen (*Garms-Homolová/Schaeffer 1998, Schneekloth/Müller 2000*). Durch diesen Bewohnerwandel sind die Heime heute mit grundlegend anderen Anforderungen konfrontiert als noch vor einigen Jahren – eine Problematik, die erst langsam in ihrer Tragweite ins Bewusstsein dringt.

- Parallel dazu hat die ambulante Versorgung enorm an Bedeutung gewonnen, was sich allein auf infrastruktureller Ebene zeigt. Lag die Zahl der ambulant tätigen Ärzte 1970 im Westen noch bei 48.011, betrug sie dort 1990 bereits 75.251 (im Osten 17.039). Für das gesamte Bundesgebiet wurden 1999 insgesamt 125.981 ambulant tätige Ärzte registriert (*StBA 2000*). Bei den Apotheken war zwischen 1970 und 1995 sogar ein Zuwachs von über 60 Prozent zu verzeichnen, seither ging ihre Zahl aufgrund von Kostendämpfungsmaßnahmen allerdings leicht zurück (*StBA 1998a*).³ Kontinuierlich zugenommen hat auch die Versorgungsdichte im Bereich der ambulanten Ergotherapie (im Westen gab es 1995 1,4 Praxen je 100.000 Einwohner, 1989 waren es noch 0,5) und der ambulanten Physiotherapie. Bereits 1989 hatte Westdeutschland im europäischen Vergleich mit 39,5 physiotherapeutischen Praxen je 100.000 Einwohner eine Spitzenposition inne (*StBA 1998a, 321*). Ferner wurden psychotherapeutische Angebote und psycho-soziale Dienste als integraler Bestandteil der ambulanten Versorgung eingerichtet und erfolgte der Ausbau der ambulanten Pflege, genauer: die Gründung von Sozialstationen und ambulanten Pflegediensten, die das bis dahin verbreitete Gemeindegewesternmodell ablösten. Insgesamt entstand also ein großes und stellenweise sehr dichtes Versorgungsnetz, dass allerdings von Beginn an darunter litt, dass der infrastrukturelle Ausbau der ambulanten Versorgung relativ wildwüchsig und ohne Rückgriff auf Bedarfsparameter erfolgte, so dass zyklisch

neuer Korrekturbedarf entstand, um unversehens bestehen gebliebene Lücken zu schließen – ein Problem, das exemplarisch an der Geschichte der ambulanten Pflege studiert werden kann (Schaeffer 2000, Simon 2000). Dennoch ist in der Summe zu konstatieren, dass in den zurückliegenden Jahrzehnten viel geschehen ist, um dem ambulanten Sektor einen weitaus höheren Stellenwert für die Bewältigung von Gesundheitsbeeinträchtigungen, Krankheit und Pflegebedürftigkeit zu verleihen.

Mit einiger Sicherheit ist davon auszugehen, dass sich die skizzierten Entwicklungen in Zukunft fortsetzen und weiter an Schärfe gewinnen. In diese Richtung weist bereits die mit der Gesundheitsreform 2000 beschlossene Einführung vollständig prospektiver Finanzierungsverfahren (AR DRG's) im akutstationären Sektor (Arnold et al. 2001). Welche Auswirkungen von dieser Reform der Finanzierung spätestens ab dem Jahr 2003 zu erwarten sind, kann in Ländern mit Erfahrungsvorsprung – beispielsweise den USA, Kanada oder auch Australien – studiert werden. Als Reaktion auf die Einführung von DRGs kam es dort zu massiven Kapazitätseinschränkungen im akutstationären Sektor. Zugleich rückte die Notwendigkeit zur Entwicklung integrierter Versorgungskonzepte verschärft auf die Tagesordnung, denn die Krankenhäuser konzentrieren sich seither einzig auf akute und intensive Behandlungssequenzen, wohingegen die Weiterbehandlung und Pflege extramural erfolgt. Solch einschneidende Wirkungen vollständig prospektiver Finanzierungsverfahren werden auch für Deutschland prognostiziert (ebd., SVR 2001). Für die ambulanten Einrichtungen heißt dies, dass die Patienten auch hierzulande „sicker and quicker“ (Arras/Dubler 1995, 15) aus dem Krankenhaus entlassen werden und zukünftig im ambulanten Sektor mehr und anders gelagerte Bedarfssituationen zu bewältigen sein werden als bislang, denn selbst Patienten mit schwer wiegenden Erkrankungen, die eine größere Variationsbreite an spezialisierten Formen der Behandlung und Pflege benötigen, werden zukünftig rascher in die häusliche Umgebung zurückkehren. Befördert wird dies durch den Zuwachs an biomedizinischen, pharmakologischen und technologischen Kenntnissen und Möglichkeiten, der in den letzten Jahrzehnten ein großes Spektrum an Behandlungsoptionen eröffnet hat und heute eine prioritär ambulante Versorgung und Pflege auch solcher Patienten erlaubt, die vormals zwingend auf stationäre Versorgung angewiesen waren (Smith et al. 1991, Kaye/Davitt 1999). Fragt sich, wie die ambulante Versorgung und speziell die Pflege für diese Entwicklung gerüstet sind; ob die existierenden Versorgungsstrukturen hinreichend tragfähig sind, um der voranschreitenden Ambulantisierung Stand zu halten; ob sie dem damit einhergehenden Aufgaben- und Verantwortungszuwachs gerecht zu werden vermögen und ob sie auf die steigenden Anforderungen im Bereich der Kontinuitätssicherung und Integration eingerichtet sind. Eben diesen Fragen soll im Folgenden nachgegangen werden.

■ 3. Konsequenzen für die Pflege

Die Auslagerung von Versorgungsleistungen aus dem stationären Sektor setzt unter anderem voraus, dass auch im ambulanten Pflegektor die dafür erforderlichen infrastrukturellen Voraussetzungen geschaffen wurden und ein ausreichend differenziertes Angebot zur Verfügung steht. Um das zu ermöglichen, erfolgten in der Vergangenheit zahlreiche Anstrengungen: Bestimmten trotz jahrzehntelanger Ausbaubestrebungen noch Anfang der 1990er-Jahre Kapazitätsengpässe den Alltag in der ambulanten Pflege, so kam es im Zuge der Einführung der Pflegeversicherung (SGB XI) seit 1995 zu einer beachtlichen Angebotsausweitung. Nahezu sprunghaft stieg die Zahl der ambulanten Pflegedienste von ca. 4.200 im Jahr 1992 auf derzeit über 13.000 an (BMFSFuj 2001), so dass inzwischen von einer akzeptablen Versorgungsdichte ausgegangen werden kann (ebd., Gerste/Rehbein 1998). Ergänzt wird das ambulante Pflegeangebot durch zahlreiche komplementäre Dienste, wie Mobile Soziale Hilfsdienste, Mahlzeitendienste oder auch Beratungsstellen. Zudem wurde – Impulsen des SGB XI folgend – mit der Schließung lang angemahnter Lücken im Bereich der teilstationären Versorgung (Tagespflege und Kurzzeitpflege) begonnen. Allein die Zahl der Tagespflegeeinrichtungen stieg innerhalb einer Dekade von 54 (1988) auf 1.777 (1998) an (BMFSFuj 2001). Für die nächsten Jahre werden sowohl im Bereich ambulanter Dienste als auch im Bereich der Tages- und Kurzzeitpflege weitere Existenzgründungen erwartet (vgl. SVR 2001, Gennrich 2000).

Rein mengenmäßig betrachtet scheint die Pflege für die Ambulantisierung und den damit einhergehenden Mehrbedarf an ambulanten Pflege- und Versorgungsleistungen gut gerüstet. Allerdings trägt dieses Bild, denn eine qualitative Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung des Leistungsangebots ist weitgehend ausgeblieben (Schaeffer i.E.). Vielmehr kam es in Reaktion auf die Pflegeversicherung zu einem Prozess der Homogenisierung in der ambulanten Pflege: Egal, in welcher Region die ambulanten Dienste heute angesiedelt, ob sie privatwirtschaftlich oder gemeinnützig ausgerichtet sind – ihr organisatorisches Erscheinungsbild gleicht sich immer weiter an.⁴ Wichtiger noch ist, dass auch die Angebotsprofile bundesweit relativ einheitlichen Charakter tragen und mehr durch die gesetzlichen Vorgaben und Finanzierungsmöglichkeiten denn durch Bedarfsgesichtspunkte determiniert sind, wodurch sie vielen Problemlagen nicht gerecht zu werden vermögen. Die Tendenz zur Homogenisierung wird auch sichtbar, wenn die Klientel der Dienste betrachtet wird. Die Mehrheit ambulanter Pflegedienste hat sich mit Einführung des SGB XI auf den klassischen Pflegeversicherungspatienten eingestellt – auf die unter degenerativen Einbußen oder sonstigen Funktionseinschränkungen leidenden alten Menschen mit Unterstützungsbedarf bei alltäglichen Lebensverrichtungen, deren Bedarfsproblematiken unschwer mit den gegebenen Finanzierungsmöglichkei-

ten in Einklang zu bringen sind. Menschen mit abweichenden Bedarfslagen stoßen an Grenzen – so beispielsweise jüngere Pflegebedürftige (Wasem 1997) ebenso Schwerkranke, demenziell und generell (geronto-)psychiatrisch Erkrankte, chronisch Kranke in den Spätphasen des Krankheitsverlaufs und Sterbende. Eben diese Patientengruppen sind es aber, die durch die vorschreitende Beschränkung stationärer Kapazitäten vermehrt auf die ambulante Pflege verwiesen sind.

Die unzureichende Ausdifferenzierung der ambulanten Pflege Landschaft zeigt sich etwa darin, dass spezialisierte ambulante Versorgungsangebote, die international mit viel Aufmerksamkeit bedacht werden, hierzulande noch kaum entwickelt sind: „Hospital-at-Home“ (Lademann 2000, Krajic et al. 1998) und „High-Tech Home Care“ (Kaye/Davitt 1999, Ewers 2000a, i.E.) zählen ebenso dazu wie „Family Health Nursing“ (Swanson/Albrecht 1993) oder Angebote für ausgewählte Zielgruppen, deren Betreuung einer speziellen Pflegeexpertise bedarf (z.B. Drogengebraucher, Migranten). Bislang haben sich erst in wenigen Bereichen spezialisierte Versorgungsangebote herausgebildet, um auf die nunmehr auf die ambulante Pflege einströmenden heterogenen Patientengruppen zu reagieren, so zum Beispiel im Aids-Bereich. Zu einer Übertragung dieser Erfahrungen auf andere Patientengruppen ist es indes kaum gekommen (Schaeffer 1996, Ewers/Schaeffer 1999). In jüngster Zeit ist in der ambulanten palliativ-pflegerischen Versorgung Bewegung zu erkennen. Noch ist die Zahl dieser Angebote aber zu begrenzt und regional zu ungleich verteilt, um die Auswirkungen der Ambulantisierung bewältigen und eine flächendeckende Versorgung gewährleisten zu können. Zudem befinden sich Einrichtungen, die spezialisierte Pflegeangebote vorhalten, in einem dauernden Überlebens-

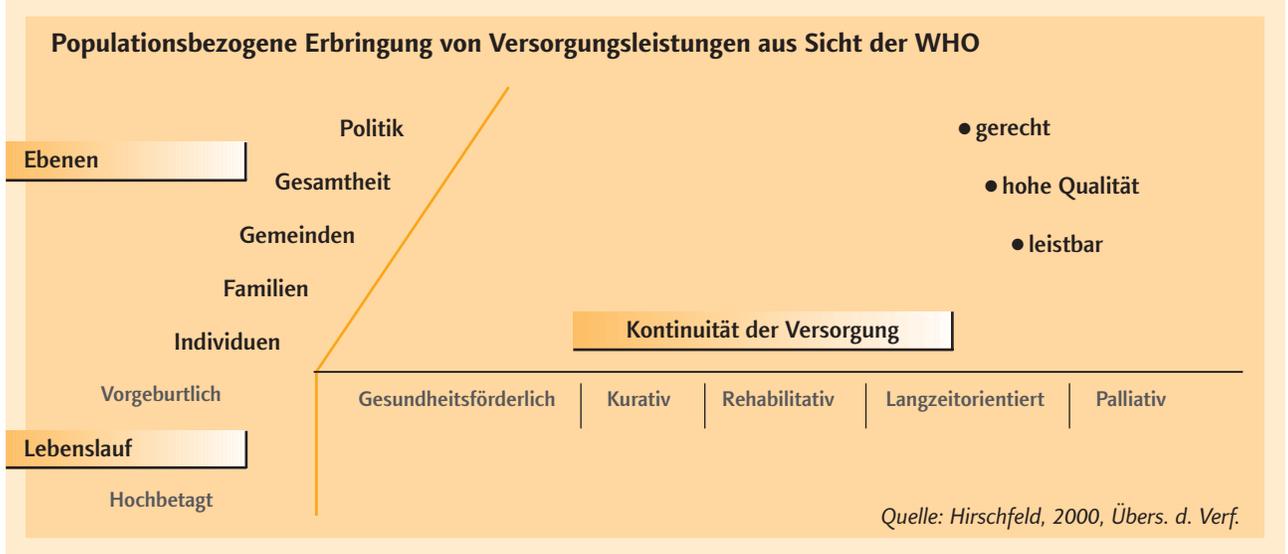
kampf, weil die Finanzierung der von ihnen zu erbringenden Leistungen weitgehend ungesichert und mit den sozialrechtlichen Vorgaben nur schwer in Einklang zu bringen ist.⁵

Als Zwischenfazit bleibt somit festzuhalten, dass der Ausbau der Pflegeinfrastruktur zwar zügig vorangeschritten ist. Doch sind die zumeist der schlichten Maxime „Abbau stationärer und Aufbau ambulanter Kapazitäten“ folgenden Bemühungen zu wenig weitreichend und zu wenig innovativ, um der Heterogenität der Nutzer sowie der gesamten Bandbreite und Tiefe des in der ambulanten Versorgung vorfindbaren Bedarfs zu entsprechen (Schaeffer i.E.). Eine in Korrespondenz zu der beeindruckenden mengenmäßigen Ausweitung stehende qualitative Weiterentwicklung der ambulanten Pflegeinfrastruktur ist daher notwendiger denn je, um den sich abzeichnenden Anforderungswandel in der ambulanten Pflege ohne Fehl- und Unterversorgung, Drehtüreffekte oder gravierende Qualitätsprobleme und dadurch bedingte Effizienzeinbußen abfedern zu können.

■ 4. Anforderungswandel

Der mit der Ambulantisierung einhergehende Anforderungswandel hat unterschiedliche Dimensionen. Zunächst sei der Wichtigkeit halber noch einmal hervorgehoben, dass in der ambulanten Pflege in absehbarer Zeit alle Patientengruppen und -problematiken anzutreffen sein werden, die zuvor auch in der stationären Versorgung zu finden waren: schwangere Frauen, junge Mütter mit Neugeborenen, Kinder, Jugendliche, junge und ältere Erwachsene mit akuten oder auch chronischen Gesundheitsbeeinträchtigungen, hochbetagte Menschen mit altersbedingter Funk-

ABBILDUNG 1



tionseinschränkung oder auch schwerkranke und sterbende Menschen in ihrer letzten Lebensphase. Um dem gerecht werden zu können, bedarf es einer populationsorientierten Sichtweise und eines ebensolchen Problemzugriffs, der nicht nur die bisherige Klientel (das heisst die Alten), sondern alle Alters- und Bevölkerungsgruppen in den Blick nimmt. Was darunter zu verstehen ist, zeigt die *Abbildung 1*⁶.

Demnach ist die ambulante Pflege so zu konturieren, dass sie unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen gerecht wird und zugleich – salopp formuliert – „von der Wiege bis zur Bahre“ reicht, das heisst den gesamten Lebenslauf mit allen darin vorfindbaren Bedarfsproblematiken abdeckt. Sie muss hinreichend umfassend sein, um der Forderung nach Kontinuität Rechnung tragen zu können und darüber hinaus übergeordnete Leitmaximen – wie Qualität, soziale Gerechtigkeit und Leistungsfähigkeit – berücksichtigen. Eine populationsbezogene Gestaltung ambulanter Versorgungsangebote erfordert zudem Initiativen auf unterschiedlichen Ebenen: angefangen bei einzelnen Patienten und ihrem sozialen Umfeld, über soziale oder regionale Gruppen und Initiativen auf kommunaler Ebene (Community-Health Nursing) bis hin zu solchen auf der Ebene übergeordneter Entscheidungs- und Handlungsträger (Public-Health Nursing). Es ist leicht einsehbar, dass wir in Deutschland von einem derart umfassenden, an Public-Health-Prinzipien orientierten Verständnis ambulanter Pflege (*dazu Swanson/Albrecht 1993*) oder gar deren Realisierung noch entfernt sind.

Doch auch andere Dimensionen des mit der Ambulantisierung einhergehenden Anforderungswandels werden erst in jüngster Zeit in ihrer Tragweite erkannt – beispielsweise der Zuwachs an ambulant zu erbringenden anspruchsvollen Versorgungsleistungen (z.B. bei akut- und schwer kranken Patienten) und die daraus resultierende Notwendigkeit zur Anpassung der Aus-, Fort- und Weiterbildung an die Spannweite der dort künftig zu bewältigenden Aufgaben. Ohne auf diesen Aspekt näher einzugehen, sei darauf hingewiesen, dass derzeit weder Medizin noch Pflege mit ihrer traditionell krankenhauslastigen Qualifizierung auf diesen Anforderungswandel angemessen vorbereitet sind – ein Aspekt, der erst unlängst mit der Forderung nach einer grundsätzlichen Revision der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Medizin und Pflege hervorgehoben wurde (*SVR 2001*).

Schließlich erfordert die Akzentverschiebung zu einer prioritär ambulanten Versorgung auch eine Neuverteilung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten sowohl zwischen intra- und extramuraler Versorgung als auch innerhalb des ambulanten Sektors. Bislang war das Krankenhaus für alle Patientengruppen und -problematiken zuständig, es hatte zentrale Versorgungsaufgaben und zumeist den steuernden Part bei Diagnostik, Therapie und Versorgung inne – allesamt Anforderungen, denen fortan vom ambulanten Sektor entsprochen werden muss. Um dabei Effektivitäts- und Effizienzeinbußen zu vermeiden, müssen zum

einen überkommene hierarchische Formen der Zusammenarbeit – insbesondere zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Disziplinen – überwunden und durch eine aufgabenorientierte Arbeits- und Verantwortungsteilung ersetzt werden (*Döhler 1997, Ewers i.E.*). Zum anderen muss gewährleistet sein, dass den Patienten erreichbare und für sie gangbare Pfade durch das hochgradig arbeitsteilige Gesundheitssystem geebnet und während des gesamten Krankheits- und Versorgungsverlaufs klare Ansprechpartner zur Seite gestellt werden (*Schaeffer 2000*). Prozesssteuerung und Fallverantwortung werden mit der Ambulantisierung also zu Kernaufgaben aller Gesundheits- und Sozialdisziplinen – so auch der Pflege.⁷ Ihr fällt beim so genannten „people-processing“ – in Abhängigkeit von den jeweiligen Problemlagen der Patienten – aufgrund ihrer Nähe zum Patienten, und ihrer Querschnittsposition im Sozial- und Gesundheitswesen sogar eine besonders verantwortungsvolle Position zu. International hat sich die Pflege daher bei der Entwicklung, Implementation und Evaluation von diagnosebezogenen Versorgungspfaden (Clinical Pathways, CareMaps® – *vgl. Zander 2000, Giuliano/Poirier 1991*) wie auch bei der ergebnisorientierten Fallsteuerung in Form des individuellen Case Management (*vgl. Ewers/Schaeffer 2000*) profiliert. In Deutschland sind ihr diese Entwicklungs- und Professionalisierungspotentiale noch weitgehend verwehrt. Statt als „caring profession“ (*Morse et al. 1990*) und als wichtige Ressource für den Umbau zu einer prioritär ambulanten Versorgung anerkannt zu werden, ist sie hierzulande – einem vormodernen und verengten Pflegeverständnis folgend – weitgehend auf „hands-on-nursing“, das heisst technisch instrumentelles Pflegehandeln reduziert. Fehlende Spielräume erschweren ihr zudem die Wahrnehmung der vielfältigen kommunikativen, edukativen, präventiven, rehabilitativen und versorgenden Aufgaben einer bedarfsgerechten ambulanten Pflege und drohen somit den Erfolg der Akzentverschiebung zur prioritär ambulanten Versorgung zu vereiteln. Dieses Manko zeigt sich auch, wenn es darum geht, auf den mit der Ambulantisierung verbundenen Bedeutungszuwachs informeller Hilfe zu reagieren.

■ 5. Bedeutungszuwachs informeller Hilfe

Während Angehörige, Familien und andere informelle Helfer in der stationären Versorgung noch eher untergeordneten Stellenwert haben und dort meist lediglich Gaststatus einnehmen, stellt sich dies bei einer häuslichen Versorgung gänzlich anders dar. Hier sind sie entscheidend als „care giver“ gefragt, bilden eine tragende Säule der Versorgung, ohne die ein Verbleib in der häuslichen Umgebung und eine ambulante Versorgung schwerlich aufrechterhalten werden können. Angehörige – meist Ehefrauen, Töchter und Schwiegertöchter – erbringen einen Großteil der im Fall von Krankheit, Hilfe- und Pflegebedürftigkeit erforderlichen

derlichen Betreuungsleistungen und stellen dabei eine enorme Flexibilität, Anpassungs- und Hilfsbereitschaft unter Beweis. In eigentümlicher Dissonanz dazu steht die Wahrnehmung informeller Helfer und betreuender Angehöriger im Versorgungsalltag. Hier werden sie oft eher als Störfaktor, denn als soziale Ressource wahrgenommen und in ihrer Relevanz für die Versorgung minderwertig bewertet (Lüders 1994, Klie 2001, Schaeffer 2000). Mit dem Pflegeversicherungsgesetz sollte sich dies verändern: Es würdigt erstmals den Beitrag pflegender Angehöriger, räumt ihnen die Möglichkeit finanzieller Unterstützung ein und eröffnet den Zugang zu Anleitung und Beratung. Wird hier die hohe Zahl der Leistungsempfänger als Indikator herangezogen, hat die Pflegeversicherung mit diesem Fokus auf informelle Hilfe wichtige Bedürfnisse getroffen.

Zugleich aber hat das SGB XI die „Informalisierung“, d.h. die Umverlagerung von Versorgungs- und Betreuungsleistungen aus dem Bereich formell organisierter, bezahlter Dienstleistungen in den informellen, unbezahlten Hilfesektor befördert (Estes et al. 1993, Schneekloth/Müller 2000, Klie 2001). Hieraus erwachsen eine Reihe von Konsequenzen: Beispielsweise zeigen erste Untersuchungen, dass Angehörige dazu neigen, ihr Belastungspotential zu überschätzen und bis zur völligen Erschöpfung zu pflegen (Uhl-ein/Evers 1999). Grenzen zeigen sich vor allem bei langandauernder Beanspruchung – insbesondere bei chronischer Krankheit und dauerhafter Pflegebedürftigkeit. Dennoch zögern viele Angehörige – nicht zuletzt aus Kostengründen – zu lange, bis sie professionelle Hilfe hinzuziehen (ebenda). Für die Pflegebedürftigen entstehen hierdurch nicht selten schwierige Versorgungssituationen, gekennzeichnet durch Unterversorgung und mangelnde Pflegequalität.

Dies alles zeigt, dass die der Pflege mit dem SGB XI zugewiesene strikt subsidiäre Rolle und der damit verbundene Bedeutungszuwachs informeller Hilferessourcen im Alltag noch zahlreiche Probleme aufwirft. So ist die notwendige Umorientierung der ambulanten Pflege von einer vorrangig individuenzentrierten hin zu einer familienorientierten Pflege noch nicht vollzogen. Nach wie vor fehlt es zudem an tragfähigen Konzepten für die Arbeit mit Angehörigen, ebenso an Strategien, mit denen sich Überforderungen und Überlastungserscheinungen auf Seiten der informellen Helfer verhindern ließen. Zwar ist in den Bereich der Angehörigenarbeit Bewegung gekommen. Gestartet wurde vor allem mit Maßnahmen zur einmaligen (Gruppen-)Schulung und Beratung pflegender Angehöriger (vgl. Ewers 2000b). Die mit ihnen gesammelten Erfahrungen zeigen jedoch, dass solchermaßen punktuelle Maßnahmen zu wenig effektiv und hilfreich sind. Erforderlich sind vielmehr kontinuierliche, den häuslichen Alltag begleitende Maßnahmen, die dort verankert sind, wo der Hauptort der Bewältigung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit ist und in diesen hineinwirken. Notwendig sind darüber hinaus integrierte Angebote, die Beratung, Anleitung und Begleitung ebenso einschließen wie Maßnahmen zur Ressourcenförderung, zeitweiligen Entlastung

und auch zur sozialen und emotionalen Unterstützung pflegender Angehöriger – zum Beispiel bei der Verarbeitung der vielfältigen Veränderungen, die die Pflegebedürftigkeit des anderen auch in ihrem Leben nach sich zieht. Nicht minder wichtig sind Überlegungen zur Verbesserung der Kooperation im Pflegealltag, um das Nebeneinander und die bislang vorherrschende „Ablösementalität“ zwischen professionellen und informellen Helfern zu überwinden und zu einer ineinander greifenden Betreuung zu gelangen. Exemplarisch zeigt all dies, dass hier noch zahlreiche Aufgaben der Beantwortung harren, um den mit der Ambulantisierung einhergehenden Bedeutungszuwachs informeller Hilfe adäquat zu beantworten.

■ 6. Versorgungsintegration

Doch nicht nur die Integration von professioneller und informeller Hilfe verdient ein höheres Maß an Aufmerksamkeit. Auch die Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsprofessionen und -institutionen wird durch die voranschreitende Ambulantisierung auf eine harte Bewährungsprobe gestellt. Die Patienten wechseln rascher und – wie die Wiedereinweisungsraten zeigen – auch häufiger zwischen dem Krankenhaus und der ambulanten Versorgung hin und her. Aus dem Krankenhaus kehren sie vielfach mit einem höheren und komplexeren Versorgungsbedarf in die häusliche Umgebung zurück. Oftmals sind unterschiedliche Versorgungsarten und -leistungen für die Weiterbehandlung und Pflege erforderlich, und streckenweise müssen sogar ähnlich komplexe Leistungen erbracht und zusammengeführt werden wie im Krankenhaus. Und zur anderen Seite: Auch bei altersbedingter Pflegebedürftigkeit und chronischer Krankheit werden längere Strecken zu Hause verbracht und auch hier ist mehrschichtiger Bedarf gegeben. Ergänzend zur Pflege werden oft eine Reihe zusätzlicher Leistungen benötigt, die aufeinander abgestimmt und zu einem integrierten Versorgungspaket geschnürt werden müssen. All dies erfordert ein hohes Maß an Kooperation, Integration und Kontinuitätssicherung, deren Realisierung im hiesigen Gesundheitswesen vor manigfache Schwierigkeiten gestellt wird und unter anderem an der langjährig gewachsenen Desintegration scheitert. Diese zeigt sich etwa an der Kluft zwischen stationärer und ambulanter Versorgung und nicht minder ausgeprägt im ambulanten Sektor, wo das enorme Wachstum in den zurückliegenden Jahren zu einer immensen Zersplitterung und Fragmentierung geführt hat. Gerade hier bedarf es daher besonderer Anstrengungen, um ein Ineinandergreifen der unterschiedlichen Leistungen zu forcieren und in der Summe eine funktionale Versorgung zu ermöglichen. Lange Zeit fand diese Erkenntnis kaum Beachtung, doch mittlerweile werden Fragen der Versorgungsintegration intensiv diskutiert. Begonnen wurde zudem mit Modellversuchen, um der Zielvision einer integrierten Versorgung auch praktisch näher zu kommen.

Auch in der Pflege erfolgten in den vergangenen Jahren zahlreiche Bemühungen, um auf diese Entwicklung zu reagieren und die Integration und Koordination zu verbessern (vgl. *Ewers/Schaeffer i.E.*). Die meisten dieser Bemühungen konzentrierten sich auf die Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung beziehungsweise Pflege, meist mit der Absicht, flexible Übergänge zwischen den beiden Versorgungsbereichen zu schaffen. Allerdings ist seitens der Pflege auch im ambulanten Sektor einiges bewegt worden. Anzuführen sind beispielsweise analog zu den Praxisnetzen entwickelte „care companies“, integrierte ambulante Teams, Koordinations- und Beratungsstellen, Pflegekonferenzen etc. Obwohl die dabei gezeigte Bereitschaft, neue Wege zur Herstellung von Versorgungsintegration zu beschreiten, immens ist, sind noch etliche Aufgaben ungelöst. Denn mehrheitlich sind die aktuell erprobten Modelle monoprofessionell angelegt und oft setzen sie vorrangig auf Strukturverweiterung, die erneut zu mehr Quantität, aber nicht zwingend zu mehr Qualität führt (*ebd.*). Probleme ergeben sich auch daraus, dass die Veränderung eingefahrener Kooperationsroutinen sich als schwieriger erweist als vermutet. Das gilt vor allem für die interprofessionelle Zusammenarbeit und hier besonders für die zwischen Medizin und Pflege (*Schaeffer 1998*). Exemplarisch zeigt dies, dass noch etliche Probleme der Bewältigung harren, um ein zufrieden stellendes Maß an Versorgungsintegration zu erreichen. Wie wichtig es ist, sich ihnen zu stellen, sei hier nochmals betont, denn die ohnehin vorhandenen Herausforderungen auf diesem Gebiet dürften sich im Zuge der Ambulantisierung weiter verschärfen.

■ 7. Fazit

Der Beitrag dürfte gezeigt haben, dass die Ambulantisierung mit enormen Anpassungs- und Modernisierungsherausforderungen einhergeht, denen hierzulande noch von keiner Seite – einschließlich Pflege und Medizin – hinreichend offensiv genug begegnet worden ist. Es mangelt an langfristig ausgerichteten gesundheitspolitischen Strategien wie auch an Konzepten, mit denen den unterschiedlichen Facetten der Akzentverschiebung zur prioritär ambulanten Versorgung entsprochen werden kann, und ebenso an einer experimentellen Kultur, die die Suche nach innovativen Lösungen damit auf die Tagesordnung rückender Fragen unterstützt. Zudem fehlt es an hinreichend flexiblen rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen, um den mit der Ambulantisierung einhergehenden Anforderungen mit neuartigen Initiativen begegnen zu können. Das wirkt sich insbesondere für die Pflege negativ aus, denn einerseits ist sie es, der angesichts der sich abzeichnenden demographischen und epidemiologischen Entwicklungen und der Akzentverschiebung hin zu einer prioritär ambulanten Versorgung künftig besonders wichtige und verantwortungsvolle Aufgaben zu fallen. Andererseits sind die Handlungsmöglichkeiten der Pflege –

anders als die der Medizin – aufgrund ihrer nachgeordneten Position im Gesundheitswesen, des die bundesdeutsche Versorgungsrealität beherrschenden vor-modernen Pflegeverständnisses, ihrer im Vergleich zu anderen Ländern rückständigen Qualifikationsbasis und mangelnder politischer Einflussmöglichkeiten ausgesprochen eng bemessen. Umso bemerkenswerter ist, mit welchem Engagement viele neue Aufgaben angegangen und trotz widriger Umstände bereits realisiert wurden. Soll diese Innovations- und Anpassungsbereitschaft langfristig unterstützt und als Potential für die zu bewältigenden Herausforderungen genutzt werden, ist es an der Zeit, auch in Deutschland die Professionalisierung und Modernisierung dieses traditionsreichen Gesundheitsberufes aktiv zu fördern und ihr die ihrem gesellschaftlichen Auftrag entsprechenden Spielräume zu eröffnen. Das Projekt „Ambulantisierung“ und die Realisierung der damit verbundenen sozialen und ökonomischen Hoffnungen – soviel bleibt hier abschließend zu konstatieren – werden ohne eine starke Pflege kaum zu verwirklichen sein. ♦

Fußnoten

- 1 Vgl. zu diesen und den folgenden Angaben: Statistisches Bundesamt (StBA) unter <http://www.statistik-bund.de> (Stand: 05.02.01) sowie *StBA 1993, 1998a/b, 2000*.
- 2 Die Zahl der Pflegeheimplätze in den stationären Alteneinrichtungen stieg zwischen 1995 und 1999 von 302.000 auf 535.000, analog hierzu verringerte sich der Anteil der diversen Wohnangebote an den Gesamtkapazitäten (*Schneekloth/Müller 2000, StBA 2000*).
- 3 1990 standen 3.500 Einwohner einer Apotheke gegenüber, 1999 waren es 3.800 Einwohner (*ABDA 2000*).
- 4 DiMaggio und Powell (1983, 149) sprechen angesichts einer vergleichbaren Entwicklung, die in den 1980er-Jahren in den USA in Reaktion auf gesetzliche Anreize durch Medicaid und Medicare zu beobachten war, von einem institutionellem Isomorphismus (vgl. *Estes et al. 1993*).
- 5 Paradoxerweise werden diese finanziellen Probleme durch die erst unlängst mit dem neuen Richtlinienkatalog beschlossenen Einschränkungen in der Verordnungsfähigkeit häuslicher Krankenpflege sogar noch verschärft (*Ewers i.E.*).
- 6 Die Grafik entstammt einem Vortrag von Miriam Hirschfeld mit dem Titel: „Home Care, a global perspective“, gehalten während des 2nd World Congress on Home Care, Wien/Österreich, 7.-10. Mai 2000. Miriam Hirschfeld ist Mitglied des Clusters „Noncommunicable Diseases and Mental Health“ der WHO-Zentrale in Genf und dort zuständig für den Querschnittsbereich „Long-term Care“ (http://www.who.int/ncd/contact_us.htm).
- 7 Dieser Aspekt wird hierzulande unter Rückgriff auf Konzepte aus den 1970er-Jahren bislang vorwiegend unter dem Schlagwort vom „Hausarzt als Lotsen“, d.h. einseitig artzentriert diskutiert. Den mittlerweile weitaus komplexeren Problemlagen und den vor allem multiprofessionell zu bewältigenden Herausforderungen werden diese Ansätze kaum gerecht (vgl. *hingegen Kleinman 1995, Zander 1995*).

Literatur:

- *ABDA - Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (2000)*: Jahresbericht 2000. Eschborn: Govi-Verlag.
- *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.
- *Arnold, M./Litsch, M./Schellschmidt, H. (Hg.) (2001)*: Krankenhaus-Report 2000. Schwerpunkt: Vergütungsreform mit DRGs. Stuttgart: Schat-tauer.
- *BMFSuj (2001)*: Alter und Gesellschaft. Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin.
- *DiMaggio, P.J./Powell, W.W. (1983)*: The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organization Fields. *American Sociological Review* 48, 147-160.
- *Döhler, M. (1997)*: Die Regulierung von Professionsgrenzen. Struktur und Entwicklungsdynamik von Gesundheitsberufen im internationalen Vergleich. Frankfurt, New York: Campus.
- *Estes, C.L., Swan, J.H. et Associates (1993)*: The long term care crisis: Elders trapped in the no-care zone. Newbury Park CA: Sage.
- *Ewers, M. (2000a)*: Häusliche Infusionstherapie (HIT): Herausforderung für Pflege und Public Health in Wissenschaft und Praxis. *Pflege und Gesellschaft* 5, Nr. 2, 37-41.
- *Ewers, M. (2000b)*: Modellprojekt „Förderung der Pflegebereitschaft bei schwerkranken und sterbenden Menschen am Beispiel der Aids-Erkrankten“ 2. Phase. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung. Bielefeld.
- *Ewers, M. (i.E.)*: High-Tech Home Care in Deutschland: Herausforderung für rechtliche Regulierungssysteme, in: *Zeitschrift für Rechtssoziologie* 21, Nr. 1
- *Ewers, M./Schaeffer, D. (1999)*: Herausforderungen für die ambulante Pflege Schwerkranker. Eine Situationsanalyse nach Einführung der Pflegeversicherung. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), S. 99-107. Bielefeld: IPW.
- *Ewers, M./Schaeffer, D. (2000)*: Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Huber.
- *Ewers, M./Schaeffer, D. (i.E.)*: Die Rolle der Pflege in der integrierten Versorgung. In: Tophoven, C./Lieschke, L. (Hg.): Integrierte Versorgung. Entwicklungsperspektiven für Praxisnetze. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- *Garms-Homolová, V./Schaeffer, D. (Hg.) (1998)*: Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung. Berlin: Ullstein Mosby.
- *Gennrich, R. (2000)*: Teilstationäre Pflege: Tagespflege. In: *Rennen-Allhoff, B./Schaeffer, D. (Hg.)*: Handbuch Pflegewissenschaft. München: Juventa, 639-661.
- *Gerste, B./Rehbein, I. (1998)*: Der Pflegemarkt in Deutschland. Ein statistischer Überblick. Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WIdO).
- *Guiliano, K. K./Poirier, C.E. (1991)*: Nursing case management: critical pathways to desirable outcomes. *Nursing Management* 22, Nr. 3, 52-55.
- *Kaye, L. W./Dauitt, J. K. (1999)*: Current practices in high-tech home care. New York: Springer Publishing Company.
- *Kleinman, J. (1995)*: The Physicians New Agenda. In: Zander, K. (Hg.): *Managing Outcomes through collaborative care*. Chi. IL: AHA Press, 43-45.
- *Klie, T. (2001)*: Die Zukunft der Pflege. Zwischen Mythos und Modernisierung. *Dr. med. Mabuse* 26, Nr. 130, 51-56.
- *Krajic, K./Grießler, E./Grundböck, A./Pelikan, J.M. (1998)*: Ambulante Versorgung Schwer- und Schwerkranker. Eine explorative Meta-Analyse zehn internationaler Modelle. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), P98-104. Bielefeld: IPW.
- *Lademann, J. (2000)*: Hospital at Home: Häusliche Versorgungskonzepte für schwer kranke und intensiv-pflegebedürftige PatientInnen. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), P00-110. Bielefeld: IPW.
- *Lüders, I. (1994)*: Angehörige in der Pflege - Störfaktor oder Ressource im professionellen Pflegesystem. In: Braun, H./Klie, T./Kohner, M./Lüders, I. (Hg.): *Zukunft der Pflege*. Schriftenreihe der Hamburger Arbeitsgemeinschaft für Fortbildung in der Altenhilfe, Band 8. Melsungen: Bibliomed.
- *Morse, J./Solberg, S./Neander, W./Bottorff, J./Johnson, J. (1990)*: Concepts of caring and caring as a concept. *Advances in Nursing Science* 13, Nr. 1, 1-14
- *Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) (2000)*: OECD Economic surveys. Germany 2000. CD-Rom. Paris: OECD Publication.
- *Schaeffer, D. (1996)*: Innovationsprozesse in der ambulanten Pflege. Aids als Pilotprojekt. *Pflege* 9, Nr. 2, 140-149.
- *Schaeffer, D. (1998)*: Innerprofessionelle Sicht der Kooperation in der ambulanten Versorgung - die Perspektive der Pflege. In: *Garms-Homolová, V./Schaeffer, D. (Hg.)*: *Medizin und Pflege*. Kooperation in der ambulanten Versorgung. Berlin: Ullstein Mosby, 81-99.
- *Schaeffer, D. (2000)*: Care Management. Pflegewissenschaftliche Überlegungen zu einem aktuellen Thema. *Pflege*. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe 13, Nr. 1, 17-26.
- *Schaeffer, D. (i.E.)*: Ambulante Schwerkrankenpflege: Aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen in Deutschland. In: *Schaeffer, D./Ewers, M. (Hg.)*: „Ambulant vor Stationär“ - Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker. Bern: Huber.
- *Schneekloth, U./Müller, U. (2000)*: Wirkungen der Pflegeversicherung. Band 127: Schriftenreihe des Bundesministerium für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos.
- *Simon, M. (2000)*: Ökonomische Rahmenbedingungen der Pflege. In: *Rennen-Allhoff, B./Schaeffer, D. (Hg.)*: *Handbuch Pflegewissenschaft*. München: Juventa, 243-269.
- *Smith C.E./Giefer, C.K./Bieker, L. (1991)*: Technological dependency: a preliminary model and pilot of home total parenteral nutrition. *Journal of Community Health Nursing* 8, Nr. 4, 245-254.
- *StBA - Statistisches Bundesamt (Hg.) (1993)*: Statistisches Jahrbuch 1993. Wiesbaden: Metzler & Peoschel.
- *StBA - Statistisches Bundesamt (Hg.) (1998a)*: Statistisches Jahrbuch 1998. Wiesbaden: Metzler & Peoschel.
- *StBA - Statistisches Bundesamt (Hg.) (1998b)*: Gesundheitsbericht für Deutschland. Wiesbaden: Metzler & Peoschel.
- *StBA - Statistisches Bundesamt (Hg.) (2000)*: Statistisches Jahrbuch 2000. Wiesbaden: Metzler & Peoschel.
- *SVR - Sachverständigenrat (2001)*: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Sondergutachten 2000/2001 - Band I/Band II. Kurzfassung. Bonn: SVR.
- *Swanson/Albrecht (1993)*: *Community Health Nursing. Promoting the Health of Aggregates*. Philadelphia/London: WB Saunders Company.
- *Uhlein, A./Ewers, A. (1999)*: Der ambulante Pflegemarkt scheint blockiert - was ist zu tun? *Public Health Forum* 7, Nr. 25, 11-12.
- *Wasem, J. (1997)*: A study on decentralizing from acute care to home care settings in Germany. *Health Policy* 41, Nr. 3 Suppl. 1, 109-129.
- *Zander, K. (Hg.) (1995)*: *Managing Outcomes through collaborative care*. Chicago IL: AHA Press.
- *Zander, K. (2000)*: Case Management, klinische Pfade und CareMaps® - Stand der Entwicklung und Diskussion in den USA. In: *Ewers, M./Schaeffer, D. (Hg.)*: *Case Management in Theorie und Praxis*. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Huber, 91-115.