

Fachbereich 11: Human- und Gesundheitswissenschaften

MA Public Health – Gesundheitsversorgung, -ökonomie und -management

Modul 6A: Forschungsprojekt (11-M63-2-M6A-1)

Projektbetreuung: Prof. Dr. Ansgar Gerhardus

Wintersemester 2019

Projektbericht:

**Versorgungskonzept für ambulant parenteral
ernährte PatientInnen**

In Zusammenarbeit mit der AOK Bremen/Bremerhaven



Sinah Evers, Sarah Plank, Anna Reisinger,

Julia Sladeczek & Madlen von Fintel

Zusammenfassung

Sinah Evers

Die parenterale Nährstoffaufnahme erfolgt intravenös und ist die letzte Form der künstlichen Ernährung. Die Behandlung birgt jedoch Risiken für medizinische Komplikationen und bedeutet hohe finanzielle Ausgaben für den Kostenträger. Die betroffenen Personen sind meist multimorbide und die komplexen Bedürfnisse dieser vulnerablen PatientInnen treffen in Deutschland auf ein fragmentiertes Gesundheitssystem, das sich durch seine Aufteilung in ambulant und stationär kennzeichnet sowie durch zahlreiche am Versorgungsprozess beteiligte Leistungserbringer. Daher ist die komplexe Thematik für die Versorgungsforschung interessant und weiterführend sind verbesserte Abläufe ein Anliegen von PatientInnen, Angehörigen, Leistungserbringern und Kostenträgern. Der vorliegende Bericht befasst sich mit der Versorgungssituation von heimparenteraler Ernährung und einer möglichen Intervention um diese zu verbessern. Zu Beginn des Berichts wird auf die medizinischen und rechtlichen Rahmenbedingungen eingegangen sowie die reale Versorgungssituation anhand von Literatur und ExpertInneninterviews aufgezeigt. Das Konzept des Case Managements wird als Interventionsmöglichkeit analysiert, um den Versorgungsproblemen zu begegnen. Zu den Interventionszielen gehören dabei unter anderem die angemessene, patientInnenzentrierte Versorgung, eine Verbesserung der Lebensqualität, eine Verringerung von Komplikationsraten und dementsprechend eine Senkung von Kosten. Zugrunde liegen Theorien von A. Donabedian und H. Simon. Die Umsetzbarkeit der Intervention wird in einem Wirkmodell zu Kontextfaktoren in Bezug gesetzt und eine interventionsspezifische Stakeholderanalyse wird durchgeführt, die Interessen und Einflussmöglichkeiten beinhaltet. Die Wirksamkeit von Case Management, in diesem Kontext, wird anschließend mit einer systematischen Literaturrecherche untersucht und die Ergebnisse von zehn wissenschaftlichen Studien werden als Evidenz herangezogen. Zuletzt wird besprochen, wie die Wirksamkeit der Intervention evaluiert werden kann: zum einen mit einem Konzept für die Durchführung einer Evaluation in der Praxis und zum anderen aus gesundheitsökonomischer Perspektive mit einer Kosten-Nutzen-Analyse. Es zeigt sich, dass die Problemlage sowie die Wirksamkeit der Interventionsidee gut belegt sind. Dementsprechend kann Case Management die Versorgung parenteral ernährter PatientInnen verbessern und die Kosteneffizienz steigern.

Abstract

Parenteral nutrition is the last resort of artificial nutrition, often concerning particularly vulnerable patients, entailing high medical risks, and being prone to substantial financial expenditures. Especially the outpatient sector of the German health system is fragmented and non-transparent due to strict sector barriers and numerous health care providers. Accordingly, the complex needs and high demand on continuous skilled quality care of patients receiving home parenteral nutrition cannot necessarily be met. Therefore, this topic is not only appropriate for care research but also of further interest to patients, care providers and funding agencies. This report discusses health care provision in regard to home parenteral nutrition and propounds an interventional strategy to improve the current situation. It begins with an explanation of the German medical and legal framework structure. Thereafter, the actual distribution of care is analysed using literature and expert interviews. Furthermore, stakeholder groups are identified with respect to their interests. Subsequently, problems of appropriate care distribution are thoroughly analysed for planning an interventional project using Case Management. The goal is to construct an intervention for delivering appropriate, patient-centred care to improve patient's quality of life, minimise complication rates and consequently reduce financial costs. The intervention is based on two theories, incorporates contextual factors, and considers stakeholder interests and possibility of influence. To examine if the intervention is suitable, Case Management and further scientific work regarding cooperation and parenteral nutrition are systematically reviewed and findings of ten studies are discussed thoroughly. In a final step, a strategy for an evaluation after the implementation as well as a health economic evaluation, i.e. a cost-benefit analysis, are discussed. The addressed problems as well as the interventional strategy are confirmed by the literature. Therefore, a Case Management intervention for patients receiving home parenteral nutrition is recommended.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	II
Abstract	III
Inhaltsverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis	VII
Abbildungsverzeichnis	VIII
Tabellenverzeichnis	IX
1. Einleitung	1
2. Sachstand	4
2.1 Medizinischer Hintergrund	4
2.2 Rechtliche Rahmenbedingungen	7
2.3 Leitlinien/Empfehlungen	9
2.4 Ethischer Hintergrund	11
3. Methodik	15
3.1 ExpertInneninterviews	15
3.2 Datenanalyse: qualitative Inhaltsanalyse	17
3.3 Teilnehmende Beobachtung	18
4. Lageanalyse	19
4.1 Demographische Daten: Bremen/Bremerhaven	19
4.2 Aktuelle Versorgungssituation	22
4.3 Problemdefinition	25
4.4 Stakeholderanalyse	30
5. Intervention	41
5.1 Interventionsziele	41
5.2 Theoretische Grundlagen	42
5.2.1 Qualitätsmodell nach Donabedian	42
5.2.2 Prozessmanagement und integrierte Behandlungspfade	43
5.2.3 Verhaltenswissenschaftliche Entscheidungstheorie	45
5.2.4 Resümee aus der Theorie	47
5.3 Rechtliche Grundlagen	48

5.4	Interventionsidee	50
5.5	Wirkmechanismus	57
5.6	Stakeholder-Bewertungs-Matrix.....	59
5.7	Interventionsspezifische Stakeholderanalyse.....	61
5.8	Verhaltens- und Kommunikationsstrategie.....	66
5.9	Projektplan	69
6.	Evidenz der Intervention	69
6.1	Fragestellung und Recherchestrategie	70
6.2	Ergebnisse	72
6.3	Analyse der eingeschlossenen Studien	74
6.3.1	Cancer Care Coordination: a systematic Review and Meta-Analysis of Over 30 Years of Empirical Studies	74
6.3.2	Case-Management to increase quality of life after cancer treatment: a randomized controlled trial.....	76
6.3.3	Case-Management in primary palliative care is associated more strongly with organisational than with patient characteristics: results from a cross-sectional prospective study.....	79
6.3.4	Involvement of a Case Manager in Palliative Care Reduces Hospitalisation at the End of Life in Cancer Patients; A Mortality Follow-Back Study in Primary Care.....	80
6.3.5	Development of an Interdisciplinary Team Communication Framework and Quality Metrics for Home-Based Medical Care Practices	82
6.3.6	Populations and Interventions for Palliative and End-of-Life Care: A Systematic Review	84
6.3.7	Appraisal of cooperation with a palliative care case manager by general practitioners and community nurses: a cross-sectional questionnaire study.....	87
6.3.8	Development of quality of care interventions for adult patients on home parenteral nutrition (HPN) with a benign underlying disease using a two-round Delphi approach.....	89
6.3.9	Identifying Patient-Centered Quality Indicators for the Care of Adult Home Parenteral Nutrition (HPN) Patients	91
6.3.10	S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES und der AKE Künstliche Ernährung im ambulanten Bereich.....	94
6.4	Schlussfolgerungen für die Intervention.....	96
7.	Modellprojekte	97
7.1	Modellprojekt I: GesundheitshelferInnen in Lippe	97
7.2	Modellprojekt II: Allgemeine Ambulante Palliativversorgung im Landkreis St. Wendel.....	100

7.3	Schlussfolgerungen für die Intervention	101
8.	Evaluationskonzept.....	103
8.1	Evaluationszweck und -Gegenstand.....	103
8.2	Ziele Indikatoren Soll-Werte.....	106
8.2.1	Verordnungskosten.....	107
8.2.2	Komplikationsrate	108
8.2.3	Lebensqualität	109
8.2.4	Behandlungszufriedenheit	110
8.3	Methode und Design.....	112
8.3.1	Untersuchungsdesign	113
8.3.2	Ablauf	116
8.3.3	Fallzahlberechnung	119
8.4	Limitationen	123
8.5	Zusammenfassung/Zwischenfazit.....	128
9.	Gesundheitsökonomische Evaluation	130
9.1	Art der ökonomischen Evaluation	130
9.2	Daten für Rechengrundlage.....	131
9.2.1	Kosten	131
9.2.2	Nutzen.....	133
9.3	Sensitivitätsanalysen und Ergebnisse.....	136
9.4	Evaluationsdesign.....	140
9.5	Diskussion/ Bedeutung für unsere Intervention.....	141
10.	Fazit	142
	Literaturverzeichnis	146
	Anhang.....	161

Abkürzungsverzeichnis

ApBetrO	Apothekenbetriebsordnung
ApoG	Apothekergesetz
AKE	Österreichische Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung
ÄZK	Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BVMed	Bundesverband Medizintechnologie
DELLBI	Deutsche Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung
DGEM	Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin
DRG	Diagnosis Related Groups
GESKES	Gesellschaft für klinische Ernährung der Schweiz
GH	GesundheitshelferInnen
HCU	Homecare-Unternehmen
HPE	Heimparenterale Ernährung
IV	Integrierte Versorgung
PE	Parenterale Ernährung
SGB	Sozialgesetzbuch
SVR	Sachverständigenrat
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization)
ZIG	Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Altersverteilung der HPE PatientInnen	21
Abbildung 2: Vielfalt der Akteure ambulanter parenteraler Ernährung	23
Abbildung 3: Behandlungspfad	53
Abbildung 4: Wirkmodell der Intervention	58
Abbildung 5: Stakeholder`s power interest Matrix	60
Abbildung 6: Stakeholder-Bewertungs-Matrizen	62
Abbildung 7: Zusammengefasste Stakeholder-Bewertungs-Matrix	63
Abbildung 8: Flowchart für den Selektionsprozess der Evidenzrecherche	71
Abbildung 9: Wirkmodell	105
Abbildung 10: Ablaufplan Evaluation	118
Abbildung 11: Monatliche Kosten und Nutzen pro Person nach PatientInnenanzahl bei 4 Jahren Laufzeit (Best-Guess)	137
Abbildung 12: Monatliche Kosten und Nutzen nach PatientInnenanzahl bei 4 Jahren Laufzeit (Best-Guess)	137
Abbildung 13: Finanzieller monatlicher Nutzen nach Abzug der Kosten in Abhängigkeit von der PatientInnenanzahl und bei einer Laufzeit von 2, 4 und 8 Jahren (Best-Guess)	138
Abbildung 14: Finanzieller monatlicher Nutzen pro Person nach Abzug der Kosten in Abhängigkeit von der PatientInnenanzahl und bei einer Laufzeit von 4 Jahren (Best-Case, Best-Guess, Worst-Case)	138
Abbildung 15: Finanzieller monatlicher Nutzen nach Abzug der Kosten in Abhängigkeit von der PatientInnenanzahl und bei einer Laufzeit von 4 Jahren (Best-Case, Best-Guess, Worst-Case)	139
Abbildung 16: Finanzieller monatlicher Nutzen nach Abzug der Kosten in Abhängigkeit von der PatientInnenanzahl und bei einer Laufzeit von 2 Jahren (Worst-Case)	139

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Altersverteilung der weiblichen und männlichen parenteral ernährten PatientInnen	20
Tabelle 2: Stakeholderanalyse	32
Tabelle 3: Übersicht der eingeschlossenen Studien der systematischen Literaturrecherche	73
Tabelle 4: Ziele und Indikatoren	106
Tabelle 5: Zusammenfassung des Evaluationskonzepts	129
Tabelle 6: Übersicht der Betriebs- und Investitionskosten der Intervention	136
Tabelle 7: Übersicht des Nutzens der Intervention	136

1. Einleitung

Julia Sladeczek

Ist eine bedarfsdeckende orale oder enterale Ernährung aufgrund von Krankheit oder Verletzung nicht mehr möglich, gibt es den alternativen Weg der parenteralen Ernährung. Diese umgeht den Magen-Darm-Trakt, indem die Nährstoffe intravenös verabreicht werden. Ein stabiler Ernährungszustand ist für PatientInnen hinsichtlich der Lebensqualität und den Verlauf der Krankheit essenziell (Vetter: 2010). Der/die PatientIn muss nicht zwingend im stationären Bereich ernährt werden. Falls eine Betreuung und Ernährung im häuslichen Umfeld möglich ist, geht die ambulante Versorgung einher mit einer Lebensqualitätssteigerung des Patienten/der Patientin (Weimann: 2011). Allerdings erfordert die Organisation und Versorgung der PatientInnen im ambulanten Bereich ein hohes Maß an Koordination der unterschiedlichen Leistungserbringer (Zech: 2019). PatientInnen, die heimparenteral ernährt werden, leiden zu 90 % an einer malignen Grunderkrankung mit einer geringen Überlebenschance und damit einhergehend einer geringen Therapiedauer (Weimann: 2011). Die aktuelle Versorgungssituation von parenteral ernährten PatientInnen ist besonders im ambulanten Sektor sehr intransparent, da zahlreiche Leistungserbringer in den Versorgungsprozess involviert sind.

Zu dieser Thematik ist unser Forschungsprojekt im Studiengang Gesundheitsversorgung, -ökonomie und -management, M.A., in Kooperation mit der AOK Bremen/Bremerhaven entstanden. Der AOK Bremen/Bremerhaven sind Schwierigkeiten im Versorgungsablauf der Behandlung von PatientInnen mit parenteraler Ernährung im ambulanten Sektor aufgefallen. Im ersten Semester wurde dafür die Versorgungsstruktur von PatientInnen, die parenteral ernährt werden, ermittelt sowie eine Lageanalyse angefertigt. Anschließend wurde eine erste Interventionsidee entwickelt um die theoretischen Weichen für ein späteres Versorgungskonzept stellen zu können.

Zunächst erfolgt im zweiten Kapitel eine kurze Einführung in die Thematik. Hier werden die medizinischen Hintergründe der parenteralen Ernährung näher betrachtet. Zudem werden erste rechtliche Rahmenbedingungen geschildert, die für die einzelnen Akteure im Versorgungsprozess gelten. Es werden Leitlinien und Empfehlungen geschildert, die sich auf verschiedene Bereiche der Ernährungsmedizin erstrecken.

Bezugnehmend auf die Definition der Palliativmedizin von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und auf ein biomedizinisches Modell der Prinzipienethik wird der ethische Hintergrund beleuchtet. Im dritten Kapitel wird die Methodik zur Erhebung und Auswertung der Forschungsdaten beschrieben. Hierunter fallen die Erstellung eines Leitfadenterviews nach Helfferich (2005) und die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2002) für die Sortierung der Inhalte und Zusammenhänge. Im vierten Kapitel wird in der Lageanalyse auf die Erkenntnisse der Hospitation und der Interviews sowie auf die Ergebnisse der Literaturrecherche eingegangen. Hierzu wird ein Blick auf die aktuelle Versorgungssituation von ambulant parenteral ernährten PatientInnen geworfen. Es folgt eine Problemdefinition, in welcher der intransparente Versorgungsprozess anhand der ExpertInneninterviews genauer erforscht wird, um mögliche Versorgungslücken aufzudecken. Eine abschließende Stakeholderanalyse soll Aufschluss darüber bringen, welche einzelnen Akteure im Versorgungsprozess beteiligt sind und in welchem Maß diese involviert sind. Aufbauend auf der Lageanalyse wird im fünften Kapitel eine Intervention entwickelt, die den Prozess für die beteiligten Akteure optimiert. Es erfolgt eine Zielsetzung des Projektes basierend auf dem zuvor beschriebenen Problemstand. Zudem werden theoretische und rechtliche Grundlagen sowie Methoden erläutert, welche sich zur Erreichung dieser Ziele eignen. Im Anschluss folgen das Wirkmodell und die Interventionsidee. Diesbezüglich wurde eine weitere, diesmal interventionsspezifische, Stakeholderanalyse durchgeführt die in einer Stakeholder-Bewertungsmatrix visualisiert und bewertet wird. Abschließend werden Verhaltens- und Kommunikationsstrategien vorgestellt, die auf die interventionsspezifische Stakeholderanalyse angewendet werden können. Zudem wird der Projektplan vorgestellt.

Das sechste Kapitel beschäftigt sich mit der Evidenz der Intervention. Hier wird zu Beginn die Fragestellung der Recherchestrategie vorgestellt und danach angegeben, welche Ergebnisse erzielt wurden. Die einzelnen Studien wurden anhand von Bewertungskriterien genauer beurteilt und einzelne Kriterien für die Übertragbarkeit auf die Interventionsidee untersucht. Die Studien wurden für diesen Bericht nochmals überarbeitet. Anschließend werden zwei Modellprojekte identifiziert. Diese ähnlichen Projekte werden auf ihre Übertragbarkeit, bezogen auf die Interventionsidee, getestet.

Das achte Kapitel befasst sich mit dem aufgestellten Evaluationskonzept der Intervention. Zu Beginn werden der Evaluationszweck sowie Ziele, Indikatoren und Soll-Werte beschrieben. Es wird genauer auf die Methodik und das Design eingegangen und auch Limitationen werden aufgeführt.

Das letzte Kapitel gibt eine kurze Zusammenfassung eines anderen Berichtes wieder, welcher im Rahmen des Faches „Gesundheitsökonomie“ geschrieben wurde. In diesem wurde die Interventionsidee aus ökonomischer Sicht anhand einer Kosten-Nutzen Analyse betrachtet und bewertet. Die Kurzfassung bietet eine Übersicht der untersuchten Kosten- und Nutzenpunkte und stellt die Relation dieser dar, damit eine Aussage dazu getroffen werden kann, ob eine Etablierung der Interventionsidee aus ökonomischer Perspektive empfehlenswert ist.

Dieser Projektbericht bedient sich den gängigen Methoden einer gendergerechten Sprache. Dabei werden Fachbegriffe wie beispielsweise Leistungserbringer, Akteur, Versorger, pharmazeutischer Hersteller oder Stakeholder in dieser Form belassen, richten sich jedoch diskriminierungsfrei an alle Geschlechter und Sexualitäten.

Der Wechsel der jeweiligen Autorin findet statt, wenn ein Kapitel, beziehungsweise Unterkapitel, mit einem neuen Namen ausgewiesen wird.

2. Sachstand

Julia Sladeczek

Im Folgenden wird eine kurze Einführung in die Thematik gegeben. Es werden die medizinischen Hintergründe der parenteralen Ernährung näher betrachtet. Zudem werden erste rechtliche Rahmenbedingungen geschildert, die für die einzelnen Akteure im Versorgungsprozess gelten. Es werden Leitlinien, Empfehlungen und letztlich ethische Hintergründe geschildert, die sich auf verschiedene Bereiche der Ernährungsmedizin erstrecken.

2.1 Medizinischer Hintergrund

Durch Verletzungen oder Krankheiten kann es dazu kommen, dass eine bedarfsgerechte Nährstoffaufnahme der PatientInnen längerfristig nicht realisiert werden kann. In diesem Falle werden unterschiedliche künstliche Ernährungstherapien herangezogen um eine Stabilisation des Patienten/der Patientin zu erreichen. Die übliche Nahrungsaufnahme erfolgt oral (über den Mund). Wenn auf diesem Weg eine vollwertige und individuell abwechslungsreiche Nahrungsaufnahme nicht ausreicht, um den Nährstoffbedarf einer Person zu decken, kann den PatientInnen Trinknahrung verabreicht werden. Greift diese auch nicht mehr, folgt die enterale Ernährung, die den Mund und Rachenraum umgeht, indem eine Ernährungssonde direkt in den Magen-Darm-Trakt geführt wird. Die letzte Stufe ist die parenterale Ernährung. Diese erfolgt unter der Umgehung des Magen-Darm-Traktes und wird intravenös verabreicht (Valentini: 2013; Synofski: 2016).

(Kontra-)Indikation für eine parenterale Ernährung

Die Indikation für den Beginn einer Ernährungstherapie liegt vor, wenn der/die PatientIn über einen längeren Zeitraum nicht essen kann, darf oder will. Die parenterale Ernährung ist die letzte Ernährungsform und tritt im Allgemeinen erst dann auf, wenn die Möglichkeiten der enteralen und oralen Nahrungsaufnahme ausgeschöpft bzw. nicht mehr möglich sind (Reimer: 2005).

Eine Indikation für die parenterale Ernährungstherapie besteht nach Traumata, Dünndarmresektionen (Kurzdarmsyndrom), beispielsweise bei Morbus Crohn, massiven Diarrhoen (Durchfall), aber auch bei onkologischen Erkrankungen. Eine Kontraindikation bei einer parenteralen Ernährung liegt vor, wenn bei dem Patient/der

Patientin eine ausreichende orale oder enterale Nahrungsaufnahme möglich ist (Zech: 2019).

Heimparenterale Ernährung

Parenteral ernährte PatientInnen müssen nicht zwingend im stationären Bereich behandelt werden. Die Betreuung und Ernährung im häuslichen Umfeld geht meist einher mit einer Lebensqualitätssteigerung des Patienten/der Patientin, jedoch ebenfalls mit einem hohen Bedarf an Organisation und viel Verantwortung. PatientInnen, die heimparenteral ernährt werden, leiden zu 90% an einer malignen Grunderkrankung mit einer geringen Überlebenschance und einer damit einhergehenden geringen Therapiedauer (Weimann: 2011).

Ziele einer Ernährungstherapie

Das primäre Ziel einer Ernährungstherapie ist die Stabilisation des Patienten/der Patientin. Das Gewicht soll gehalten oder der Gewichtsverlust zumindest auf ein Minimum beschränkt werden, um so eine erneute Mangelernährung zu verhindern. Zudem soll die subjektive Lebensqualität der PatientInnen verbessert werden. Oberstes Ziel der parenteralen Ernährungsform ist es, möglichst zu einer enteralen oder oralen Ernährung zurückzukommen (Arends: 2014).

Zugang und Applikation

Wenn ein/e PatientIn längerfristig ernährt werden muss, wird ein subkutaner (unter der Haut) tunnelierter Katheter, wie beispielsweise der Hickman- oder Broviac-Katheter, oder ein implantierter Dauerkatheter (Portsystem) verwendet.

Der Großteil der zu versorgenden PatientInnen kann mit den industriell vorgefertigten Lösungen ernährt werden. Die Zusammensetzung der Ernährungslösungen beinhaltet immer folgende Bausteine: Aminosäuren, Glucose, Fett, Elektrolyte, Vitamine, Spurenelemente und Wasser (Vetter: 2010). Diese Kammerbeutel gibt es in unterschiedlichen Größen und Zusammensetzungen, wobei sich die Grundernährungslösung immer ähnelt. Der gängigste Beutel ist der Dreikammerbeutel, der von verschiedensten Firmen angeboten wird.

Die Ernährungslösungen werden immer individuell auf jede/n PatientIn abgestimmt. Die Berechnung berücksichtigt das aktuelle Gewicht, die aktuellen Laborwerte, mögliche orale oder enterale Nahrungszufuhr und eventuell aufkommende Verluste aufgrund von Erbrechen oder Stomatabeschwerden (Zech: 2019).

Eine Alternative zu den Infusionsbeuteln bieten individuell auf den/die PatientIn zugeschnittene Ernährungslösungen. Dieses Anmischverfahren der Ernährungslösung wird als Compounding bezeichnet und darf lediglich von autorisierten Apotheken durchgeführt werden. Diese Apotheken sind mit dem geeigneten Personal und den technischen Ausrüstungen versehen, da der Herstellungsprozess von individuellen Ernährungslösungen besonders hohe Hygienestandards erfordert (Jordan: 2003).

Die Infusionslösung wird häufig über Nacht verabreicht und die Dauer kann täglich 8-16 Stunden betragen. Die Lösung kann hier über Schwerkraftsysteme und Drehventile oder über mobile elektrische Pumpen verabreicht werden. Die Pumpen ermöglichen dem/der PatientIn die Infusionsbeutel auch unterhalb oder auf Körperriveau an sich zu tragen (Arends: 2014).

Komplikationen

Innerhalb der Behandlung parenteral ernährter PatientInnen können unterschiedliche Komplikationen auftreten. Zu nennen sind metabolische, im Stoffwechsel entstandene Komplikationen, wie beispielsweise ein elektrolytes Ungleichgewicht oder eine Fruktoseintoleranz. Diese können durch eine klinische Überwachung und eine Kontrolle der Ernährungslösungsgabe und Infusionsgeschwindigkeit weitestgehend vermieden werden. Hinzu kommen mechanische bzw. technische Komplikationen, die bezüglich des Zugangs auftreten. Beispielhaft sind hier Hämatome, Herzrhythmusstörungen, Thrombose oder eine Luftembolie zu nennen. Diese können durch eine sachgerechte Behandlung ebenfalls vermieden werden. Des Weiteren können den Ernährungszustand betreffende Komplikationen auftreten. Beispiele hierfür wären Mangelerscheinungen und/oder ein Überschuss an Vitaminen, Spurenelementen und Makronährstoffen. Diese treten laut Literatur nur sehr selten auf. Ebenfalls kann es zu infektiösen Komplikationen kommen. Diese reichen von einer Katheterinfektion bis hin zu einer Kathetersepsis, welche die schwerwiegendste Hauptkomplikation ist. Zu ihrer Vermeidung sind strenge Hygienevorschriften zu beachten (Zech: 2019, Stähr: 2009, Thul: 2004).

Im Durchschnitt tritt eine Kathetersepsis in 100 Kathetertagen auf. Insgesamt können 12% der Todesfälle bei total parenteral ernährten PatientInnen auf katheterassoziierte Komplikationen zurückgeführt werden. Zu nennen sind hier Tätigkeiten, die eine Kontaminationsgefahr mit sich bringen, wie beispielsweise das Konnektieren und Diskonnektieren der Infusionssysteme, das Zuspritzen von zusätzlichen Lösungen und das Aufziehen von Spüllösungen (Kvwl: 2010).

Portsysteme eignen sich als permanent venöser Zugang für eine Langzeittherapie von Infusionslösungen wie es bei der parenteralen Ernährung der Fall ist. Sie optimieren im Vergleich zu herkömmlichen Verweilkathetern die Lebensqualität der PatientInnen, da der Port ihnen ein erhöhtes Maß an Mobilität gewährt (Stelzer: 2004).

Bezüglich der Portkomplikationen erstellten Häder & Jähne 2013 eine Übersicht der Hauptkomplikationen innerhalb bestimmter Zeitspannen. Man kann im Allgemeinen zwischen intraoperativen, Früh- und Spätkomplikationen unterscheiden, wobei berücksichtigt werden muss, dass Katheter- und vaskulär bedingte Probleme prinzipiell immer auftreten können. Die intraoperativen Komplikationen umfassen hier beispielsweise Blutungen, eine arterielle Fehlpunktion, eine Verletzung der Pleura, eine Luftembolie oder einen Pneumo-Hämatothorax. Die Frühkomplikationen, die innerhalb der ersten vier Wochen nach der Implantation erfolgen, umfassen beispielsweise Infektionen, eine/n Katheterbruch/ -perforation, Nachblutungen, Hämatome und Thrombosen. Spätkomplikationen, die ab vier Wochen nach Portimplantation postoperativ auftreten, können ein Portkammerinfekt, ein Katheterinfekt, eine Sepsis, Thrombose oder eine Implantatunverträglichkeit sein.

2.2 Rechtliche Rahmenbedingungen

Durch die Vielzahl der Akteure im Versorgungsprozess müssen unterschiedliche rechtliche Grundlagen erläutert werden. Im folgenden Abschnitt werden die rechtlichen Rahmenbedingungen hierfür für jeden Akteur individuell beschrieben. Weitere spezifische rechtliche Rahmenbedingungen bezogen auf die Intervention befinden sich in Kapitel 5.3.

Leistungsanspruch des Patienten/ der Patientin

Der Leistungsanspruch für eine heimparenterale Ernährung (HPE) ergibt sich aus den Vorschriften des Sozialgesetzbuch fünft (SGB V). Als Voraussetzung gilt die medizinische Notwendigkeit für eine Ernährungstherapie. Laut §31 SGB V hat ein/e PatientIn Anspruch auf verschreibungspflichtige Arzneimittel, worunter auch alle Lösungen und Emulsionen sowie Mischnährlösungen in Zwei- oder Dreikammerbeuteln fallen. Die HPE gilt demnach als Arzneimittel (Wunderlich: 2012). Nach §17 Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) ist jede Apotheke dazu verpflichtet ein vorgelegtes ärztliches Rezept in angemessener Zeit zu beliefern (Apothekenbetriebsordnung: 2019). Laut §29 des Bundesmantelvertrages obliegt die Verantwortung der Verordnung des Arzneimittels beim jeweiligen Vertragsarzt. Grundsätzlich besteht auch ein Anspruch auf Verbandmittel, laut §34 SGB V und §33 SBV. Dies beinhaltet auch den Anspruch auf die Versorgung mit Hilfsmitteln (Wunderlich: 2012).

Rechtliche Vorgaben für die VertragsärztInnen

Ärzte/Ärztinnen sind laut §12 SGB V zur Wirtschaftlichkeit verpflichtet. Die Verordnung muss ausreichend, zweckmäßig, notwendig und wirtschaftlich sein. Diese Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots unterliegt einer Wirtschaftlichkeitsprüfung, die im §106 SGB V verankert ist (Kassenärztliche Bundesvereinigung: 2019). Dieses Wirtschaftlichkeitsgebot spielt bei der HPE eine Rolle, da die Arzneimittel hohe Kosten mit sich tragen. Verordnet ein Arzt/eine Ärztin nicht im Sinne der Wirtschaftlichkeit und überschreitet seine/ihre Richtgröße um einen festgesetzten Wert, werden seine/ihre Verordnungen überprüft. Überschreiten die Verordnungen ein gewisses Maß, drohen dem Arzt/der Ärztin eine gesamte Kostenübernahme, der sogenannten Individualregress. Diesem kann er/sie allerdings vorbeugen, indem er bei der Prüfstelle eine Praxisbesonderheit anmeldet. Dies gilt insbesondere für die Ernährungslösungen der PE (AOK Bundesverband: 2016).

Sowohl die Verabreichung als auch die Verordnung der parenteralen Ernährung obliegt allein dem Arzt/der Ärztin. Diese Verantwortung bleibt auch dann bestehen, wenn er/sie Aufgaben delegiert (Bischoff: 2007).

Leistungsabrechnung bei den Kassen

Die Abrechnung der Arzneimittel erfolgt üblicherweise über den §300 SGB V unter Angabe der Pharmazentralnummer. Die Abrechnung der Hilfsmittel mit Angabe der

Hilfsmittelnummer erfolgt über §302 SGBV unter Berücksichtigung des §139 Hilfsmittelverzeichnis. Die Abrechnung der HPE erfolgt laut Angaben der allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) über beide Wege, was zu einer Intransparenz führt (Apotheke Adhoc: 2017).

PatientInneneinwilligung

Beim Legen eines zentralen Venenkatheters und der damit einhergehenden Verabreichung der Nahrungslösung ist immer die Einwilligung des Patienten/der Patientin von Nöten. Ansonsten würde dieses Verfahren als Körperverletzung eingestuft werden. Ist der/die PatientIn einwilligungsfähig, so erhält er/sie die nötige Aufklärung über Risiken, Komplikationen und mögliche Folgen bei Nicht-Ernährung. Ist der/die PatientIn nicht mehr einwilligungsfähig, so entscheidet ein/e zuvor benannte/r Vorsorgebevollmächtigte/r bzw. ein/e benannte/r Versorgungsbeauftragte/r oder falls keine Ernennung im Vorfeld stattgefunden hat, ein/e BetreuerIn des Gerichts (Rothärmel et al.: 2007).

Rechtliche Bestimmungen gegen unzulässige Zusammenarbeit

Der Paragraph 128 SGB V beschäftigt sich mit der unzulässigen Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und ÄrztInnen. Die Abgabe von Hilfsmitteln über Depots ist unzulässig, soweit es sich nicht um einen Notfall handelt. Die Leistungserbringer dürfen VertragsärztInnen nicht an wirtschaftlichen Vorteilen der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln beteiligen (§ 128 SGB V).

Das Apothekergesetz § 11 beinhaltet ein Verbot der Durchführung eines Rechtsgeschäftes mit ÄrztInnen oder anderen Personen. Es dürfen keine Absprachen zu Lieferungen, Versorgung, Zuführung von PatientInnen oder die Zuweisung von Verschreibungen gehalten werden (§11 ApoG).

2.3 Leitlinien/Empfehlungen

Madlen von Fintel

Die parenterale Ernährung (PE) ist ein Bereich in der Ernährungsmedizin, der gekennzeichnet ist von einem hohen Risiko an Komplikationen, dem Verlust an Lebensqualität und hohen Kosten. Besonders in der ambulanten Versorgung müssen viele Anforderungen erfüllt werden, um eine qualitativ hochwertige Versorgung zu

gewährleisten. Nach der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) sollen Leitlinien die Entscheidungen von ÄrztInnen und anderen Gesundheitsberufen unterstützen und so eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherstellen. Sie sind Teil der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen und können die Prozess- und Ergebnisqualität deutlich verbessern. Mithilfe von interdisziplinären Expertengruppen und systematischen Analysen werden dabei Empfehlungen zu Vorgehensweisen transparent gemacht (Ärztliches Zentrum: 2008).

Es gibt zahlreiche Leitlinien und Empfehlungen, die die beteiligten Akteure dabei unterstützen, anhand von evidenzbasierten Daten ihre PatientInnen zu betreuen und zu versorgen. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) hat sich unter anderem diesem Thema angenommen und Empfehlungen für die verschiedenen Bereiche der Ernährungsmedizin aufgestellt. Einer der wichtigsten Punkte, um Komplikationen bei der Ernährungsmedizin zu vermeiden, ist die (Hände-)Hygiene. Besonders im ambulanten Bereich ist es schwierig, einen sterilen Arbeitsbereich zu erhalten (Bischoff et al.: 2013).

Zudem werden Schulungen für die beteiligten Akteure gefordert und als sehr wichtig angesehen, um beispielsweise Angehörige und PatientInnen in den Prozess zu integrieren und weitere Risiken zu reduzieren. Eine Beteiligung an der Versorgung kann der/dem Betroffene/n außerdem zu mehr Sicherheit, Unabhängigkeit und somit zu einer besseren Lebensqualität verhelfen (Bischoff et al.: 2013).

Nach der DGEM-Leitlinie zur künstlichen Ernährung im ambulanten Bereich (2013) wird außerdem darauf hingewiesen, dass eine ausreichende Qualifikation der beteiligten Fachkräfte notwendig ist. Demnach ist ein geschultes Fachpersonal besonders wichtig, um die Behandlung fehlerfrei durchzuführen. Des Weiteren wird von der DGEM und anderen Organisationen eine sektorübergreifende Betreuung durch ein interdisziplinäres Ernährungsteam vorgeschlagen. Zahlreiche Studien, die von der DGEM-Leitlinie genannt werden, zeigen, dass dadurch Komplikationen und Kosten gesenkt und die Qualität erhöht werden können. Das Ernährungsteam würde bereits im Krankenhaus die Koordination und Organisation übernehmen und die weitere Behandlung betreuen und dabei auch in Kontakt mit dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin treten. Es sollte nach der DGEM-Leitlinie (2013) aus einem Arzt/einer Ärztin, DiätassistentInnen, ErnährungswissenschaftlerInnen, ApothekerIn-

nen und Pflegekräften bestehen. Dadurch stellt die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit eine breit gefächerte Expertise sicher und ermöglicht somit eine Schnittstellenfunktion in dem Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung (Bischoff et al.: 2013).

Die Aufgaben eines Ernährungsteams können nach der DGEM-Leitlinie (2013) sehr unterschiedlich und weitläufig ausfallen. Eine der Aufgaben ist die Planung der weiteren Behandlung in Zusammenarbeit mit den verschiedenen Teammitgliedern. Es werden Hilfsmittel, Nährlösungen sowie ein passender Zugang in Abstimmung ausgewählt. Zudem gehören zu den Aufgaben die Aufklärung und Schulung von PatientInnen und Angehörigen. Um dort zu agieren, wo Schnittstellenproblematiken auftreten und den Übergang von dem stationären zum ambulanten Sektor zu erleichtern, begleitet das Team im besten Fall die PatientInnen über den gesamten Prozess hinweg und kommuniziert dabei mit den beteiligten Leistungserbringern (Bischoff et al.: 2013).

Die Fachkräfte sollten sich zudem regelmäßigen Schulungen und Weiterbildungen unterziehen und so die Qualität der Versorgung aufrechterhalten (Volkert: 2011). Die Relevanz der regelmäßigen Weiterbildung ging ebenfalls aus zahlreichen Interviews mit ExpertInnen hervor. Besonders Homecare-Unternehmen (HCU) verpflichten ihre MitarbeiterInnen zu regelmäßigen Fortbildungen, die mehrfach im Jahr stattfinden und kontrollieren die Expertise durch Qualitätsprüfungen (Interview 1: Anhang A2). Insbesondere würden nach Bischoff et al. (2009) so die häufigsten Gründe für Komplikationen minimiert und zudem durch eine strukturierte und ausführlichere Dokumentation und Kommunikation eine qualitativ hochwertigere Versorgung gewährleistet werden. Unterstützend werden zudem standardisierte Verfahren und Prozesse zur Indikationsanalyse als weitere Komponente gesehen, um den Behandlungserfolg der PatientInnen zu fördern (Bischoff: 2009).

2.4 Ethischer Hintergrund

Eine PE wird häufig bei onkologischen und palliativen PatientInnen eingesetzt. Daraus resultiert häufig eine Begleitung und Behandlung der PatientInnen bis zum Lebensende. Palliativmedizin wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert als ein „Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren

Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art" (WHO: 2002). Sie wird eingesetzt, wenn eine Heilung aus medizinischer Sicht nicht mehr möglich ist und die bestmögliche Betreuung und Versorgung im Vordergrund steht. Die Ernährungsmedizin hat dabei einen großen Stellenwert und muss von unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden. Eine Entscheidung für oder gegen die Behandlung mit einer künstlichen Ernährung hängt von medizinischen, ethischen und psychologischen Aspekten ab. Die Behandlung soll für die PatientInnen den größten Nutzen sichern und gleichzeitig die Lebensqualität wahren (Weber et al.: 2004). Das Ziel einer künstlichen Ernährung sollte die Erhaltung oder Verlängerung des Lebens der PatientInnen sein. Die Unterstützung in der Ernährung ist daher häufig eine Form der Lebenserhaltung, dient aber auch der Verbesserung der Lebensqualität. Bei der Entscheidung, ob eine künstliche Ernährung begonnen oder fortgeführt werden soll, muss also auch der Aspekt betrachtet werden, ob eine Sterbephase mit verbundenem Leiden verlängert wird oder ob die Lebensqualität erhöht werden kann. (Oehmichen et al.: 2013). Die Beurteilung dieser unterschiedlichen Aspekte wie der Lebensqualität oder des Lebenswillen, stellt für die behandelnden Akteure eine Herausforderung dar. In der Praxis stehen wenige Assessments zur Verfügung, die diese zuverlässig erheben und so zu einer angemessenen Behandlung führen können (Oehmichen et al.: 2013).

Die DGEM stellt unter anderem Leitlinien und Empfehlungen für eine qualitativ hochwertige Versorgung von PatientInnen mit parenteraler Ernährung auf. Neben spezifischen Behandlungshinweisen zu den Abläufen, der Hygiene und weiteren zu beachtenden Aspekten wurde auch eine Leitlinie zur Beachtung der „ethischen und rechtlichen Gesichtspunkte der künstlichen Ernährung“ verfasst (Oehmichen et al.: 2013). Dies macht die Bedeutung ethischer Aspekte im Zusammenhang mit künstlicher und insbesondere parenteraler Ernährung deutlich. Im Umgang mit PatientInnen sind verschiedene ethische und rechtliche Faktoren zu berücksichtigen. Die Aufrechterhaltung einer ausreichenden Ernährung ist nicht nur lebenswichtig, sondern ermöglicht den PatientInnen auch eine weitere Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. So sollte auch auf die sozialen Aspekte der Ernährung

eingegangen werden. Für eine angemessene Behandlung dieser vulnerablen PatientInnengruppe bedarf es einem realistischen Behandlungsziel. Dieses sollte durch die Einschätzung verschiedener ExpertInnen und mit Einbezug des Patienten/der Patientin bestimmt werden (Oehmichen et al.: 2013). Denn sein/ihr Wille sollte bei der Behandlung stets berücksichtigt werden. Allerdings kann es schwierig sein, diesen zu erfassen. PatientInnen müssen angemessen aufgeklärt sein, um sich für oder gegen eine Behandlung zu entscheiden. Jedoch können einige die Informationen nicht vollständig beurteilen und mögliche Risiken oder alternative Behandlungen nicht einschätzen oder nachvollziehen. Daher können in bestimmten Fällen vertretungsberechtigte Personen ernannt werden, die den Willen des Patienten/der Patientin vertreten. Auch hier könnte allerdings das Problem auftreten, dass der eigentliche Wille des Patienten/der Patientin nicht bekannt ist oder die Entscheidung der vertretungsberechtigten Person von Emotionen beeinträchtigt wird.

Ein großes ethisches Problem, das besonders bei PatientInnen in einem Stadium am Lebensende auftritt, stellen Übertherapien dar. Dabei handelt es sich um Behandlungen, die den PatientInnen mehr schaden als nützen und nicht dem Behandlungsziel dienen (Löser: 2013). Häufig sind hierfür wirtschaftliche und finanzielle Interessen verantwortlich, die über dem Patientenwohl stehen (Thöns & Sitte: 2019). In Bezug auf die Ernährungsmedizin und speziell auf die PE stellt sich dabei anfänglich die Frage, ob diese Behandlung für den/die PatientIn notwendig ist. Bei der Versorgung der PatientInnen kommt es häufig zu zahlreichen Verordnungen und Bestellungen von Arznei- und Hilfsmitteln, die über die Lebenserwartung hinausgehen (Interview 4: Anhang A2). Es würden Hilfsmittel angefordert werden, die bei dem Gesundheitszustand des Patienten/der Patientin fragwürdig seien und Nährlösungen für bis zu vier Wochen im Voraus bestellt. Dabei ist auffällig, dass Homecare- und Pharmaunternehmen lediglich über den Verkauf dieser Produkte finanziert werden. Um eine Ausweitung der Behandlung und das mögliche Leiden der PatientInnen zu verhindern, sollte die weitere Versorgung möglichst mit mehreren Leistungserbringern abgesprochen und kontrolliert werden. Die Behandlung sollte evaluiert und eine genaue Indikation und ein Therapieziel festgelegt werden (Löser: 2013).

Um eine bestmögliche Betreuung für die PatientInnen und Angehörige anbieten zu können und die Lebensqualität und das Wohl der PatientInnen zu wahren, gibt es für

Leistungserbringer im Gesundheitswesen unterschiedliche Unterstützungsmöglichkeiten. Um ethisch korrekte Entscheidungen zu treffen, wurde ein biomedizinisches Modell der Prinzipienethik entwickelt. Beauchamp und Childress (1977) haben damit ein Instrument mit vier Prinzipien erstellt, das bei moralischen Problemen in der Medizin helfen soll. Die vier Prinzipien sind dabei:

- Respekt vor Autonomie von Personen
- das Prinzip des Nicht-Schadens
- das Prinzip der Fürsorge
- das Prinzip der Gerechtigkeit.

Bei ethischen Konflikten, wie beispielsweise der künstlichen Ernährung am Lebensende, müssen die ansonsten gleichwertig zu betrachtenden Prinzipien gegeneinander abgewogen werden. Auch hier ist stets der Patientenwille, der z.B. auch in einer Patientenverfügung niedergeschrieben sein kann, zu beachten (Becker: 2019). Besonders bei der PE muss man das Prinzip der Autonomie und das der Fürsorge gegeneinander abwägen. Denn einerseits hat man als behandelnde Person die Fürsorgepflicht, andererseits kann es der Wille des Patienten/der Patientin sein, nicht mehr künstlich ernährt zu werden. Demnach ist die Autonomie der PatientInnen in diesem Fall von größerer Bedeutung und bei der Entscheidung zu beachten. Diese muss aber bei jedem Patienten/ jeder Patientin individuell getroffen werden, um eine optimale Behandlung in Einklang mit dem Patientenwillen zu erzielen.

Insgesamt stellt die künstliche Ernährung einen komplexen und risikoreichen Bereich in der Ernährungsmedizin dar. Besonders bei PE werden häufig ethische Fragen aufgeworfen, die schwierig zu beantworten sind. Bei Behandlungen von palliativen PatientInnen muss die Versorgung aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachtet werden. Der Patientenwille muss dabei stets beachtet werden, um die Lebensqualität zu bewahren und größeres Leiden zu vermeiden. Um richtige Entscheidungen in diesem Bereich zu treffen und verschiedene Optionen abzuwägen, müssen Leistungserbringer eine große Expertise und Erfahrungen besitzen.

3. Methodik

Madlen von Fintel

Die aktuelle Versorgungssituation von parenteral ernährten PatientInnen ist besonders im ambulanten Sektor sehr intransparent und die Prozesse schwierig nachzuvollziehen. Da in die Behandlung zahlreiche unterschiedliche Leistungserbringer involviert sind, ist der Prozess sehr komplex. Um die Qualität der Versorgung sowie mögliche Probleme und ineffiziente Behandlungen und Abläufe zu identifizieren, muss dieser Versorgungsprozess aus den unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden. Hierfür stehen ForscherInnen unterschiedliche Methoden zur Verfügung. In diesem Abschnitt wird beschrieben, welche Methodik zur Erhebung und Auswertung der forschungsrelevanten Daten in Bezug auf die PE gewählt wurde.

3.1 ExpertInneninterviews

In der empirischen Sozialforschung stehen ForscherInnen zahlreiche Erhebungstechniken zur Verfügung. In Bezug auf die vorliegende Versorgungsforschung wird die Form eines nichtstandardisierten Interviews mit ExpertInnen gewählt. Nach Helfferich (2014) können ExpertInnen als „Ratgeber und Wissensvermittler fungieren, die Fakten- und Erfahrungswissen weitergeben und so wenig aufwändig einen guten Zugang zu Wissensbereichen eröffnen“, definiert werden (S. 561). Sie sind zudem gekennzeichnet durch einen direkten Zugang zu dem speziellen Tätigkeitsfeld und einer bestimmten Stellung in einem Unternehmen und im Versorgungsprozess. Dadurch können Abläufe und Erfahrungen aus dem jeweiligen Bereich detailliert berichtet werden (Mieg & Näf: 2004). Die Auswahl von InterviewpartnernInnen beeinflusst die Qualität der Ergebnisse, die man aus dem Interview erhält und richtet sich zudem nach dem Erkenntnisinteresse des Interviewers/ der Interviewerin (Gläser & Laudel: 2010). In dem Fall der vorliegenden Versorgungsforschung richtet sich dieses Interesse an die unterschiedlichen Stakeholder, die in dem Prozess identifiziert worden sind. Diese sind an verschiedenen Teilen der Behandlung involviert und haben zudem unterschiedliche Interessen und Ziele. Um einen genauen Überblick über die aktuelle Struktur der Versorgung von parenteral ernährten PatientInnen zu erhalten, sollten optimalerweise mit allen Stakeholdern Interviews geführt

werden. Dazu zählen PatientInnen/Angehörige, ÄrztInnen, Homecare-Unternehmen, ErnährungsberaterInnen, Pflegedienste, Apotheken, MitarbeiterInnen des Entlassmanagements und Pharmaunternehmen.

Ziel der Forschung ist es herauszufinden, an welchen Stellen im Versorgungsprozess die Schlüsselstellen für eine bessere Versorgung sind. Mit den Erfahrungen und den unterschiedlichen Blickwinkeln der Stakeholder kann eine Intervention entwickelt werden, die eine optimale Versorgung für PatientInnen und eine gerechte Struktur für alle Akteure sicherstellt.

Für die Durchführung der Interviews wurde eine Unterkategorie der nichtstandardisierten Interviews ausgewählt, das sogenannte Leitfadeninterview. Ein wesentliches Merkmal dabei ist die Offenheit und der Freiraum im Gespräch, wodurch es einer realen Unterhaltung sehr nahekommt. Mithilfe von Aspekten, die in einer vorab durchgeführten Analyse identifiziert wurden, und beziehend auf eine spezifische Problemstellung, kann ein Leitfaden erstellt werden. Dieser Leitfaden sollte die wichtigsten Fragen beinhalten und das Gespräch so in eine bestimmte Richtung lenken (Mayring: 2002). Dabei müssen weder die Fragenreihenfolge noch die Formulierung der Fragen verpflichtend sein (Gläser & Laudel: 2010). Laut Mayring (2002) entsteht dadurch eine stärkere Vertrauensbeziehung zwischen den InterviewführerInnen und dem/der InterviewpartnerIn. Zudem wird eine offenere Reaktion auf die Fragen ermöglicht. Durch eine freie Gestaltung des Interviews können die InterviewpartnerInnen die Richtung des Interviews ebenfalls beeinflussen. Auf diese Weise können weitere und neue Aspekte hervorgebracht werden, die gegebenenfalls in einem strikten Gesprächsverlauf nicht angesprochen worden wären (Gläser & Laudel: 2010).

Für die Erstellung des Leitfadens wurde die SPSS-Methode nach Cornelia Helfferich (2005) verwendet. Hierbei sollen in vier Phasen die notwendigen Fragen herausgefiltert und so ein optimaler Leitfaden entwickelt werden. Das Resultat eines Brainstormings und einer Filterung der relevanten Fragen ist der finale Leitfaden für das Interview (Helfferich: 2005). Da die verschiedenen ExpertInnen einen unterschiedlichen Teil und Bereich im Versorgungsprozess einnehmen, ist es sinnvoll den Interviewleitfaden daran anzupassen (Gläser & Laudel: 2010). Hierfür wurde der Leitfaden je nach Interview an die Stellung und Institution des Experten/der Expertin an-

gepasst. Einen beispielhaften Interviewleitfaden für ein Interview mit einem Home-care-Unternehmen ist im Anhang A1 Leitfaden zur Durchführung des ExpertInnen-interviews ersichtlich.

Insgesamt wurden im Rahmen dieser Forschung sieben Interviews im Zeitraum von März 2019 bis September 2019 durchgeführt. Dazu zählen Interviews mit den meisten Stakeholdern des Versorgungsprozesses. Es konnten Interviews mit Pflegediensten, Homecare- und Pharmaunternehmen, einem Arzt und behandelnden Pflegepersonal geführt werden. Mit Apotheken, die die Nährlösungen für die Behandlung bereitstellen, konnte in Bremen/Bremerhaven kein Interview durchgeführt werden. Für die spätere Analyse und Auswertung des Datenmaterials ist die Dokumentation der Datenerhebung essentiell. Hierfür wurden die Interviews mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und im Anschluss die Kernaussagen zusammengefasst.

3.2 Datenanalyse: qualitative Inhaltsanalyse

In der qualitativen Sozialforschung stehen den Forschenden neben unterschiedlichen Erhebungsverfahren auch differenzierte Analyse- und Auswertungsverfahren zur Verfügung. Bei der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2002) wird eine systematische Analyse anhand eines Kategoriensystems, welches die relevanten Aspekte des Datenmaterials definiert, durchgeführt. Im Rahmen dieser Forschung wird die inhaltliche Strukturierung angewendet, die eine untergeordnete Analyseform der Strukturierung darstellt. Es sollen inhaltliche Aspekte des Materials nach bestimmten Kriterien extrahiert werden. Die Strukturierung basiert auf einem deduktiv und induktiv gebildeten Kategoriensystem, das anhand der Forschungsfrage, den theoretischen Bezügen des Interviewleitfadens und den Kernaussagen der Interviews entwickelt wurde. Das Kategoriensystem beinhaltet Haupt- und Subkategorien zu bestimmten Themen, die wie ‚Schubladen‘ für bestimmte Merkmale fungieren. Dieses System soll wie ein Suchraster alle relevanten Informationen zur Beantwortung der Forschungsfrage aus dem kompletten Datensatz herausfiltern (Mayring: 2015). Relevante Textpassagen des Datenmaterials werden den jeweiligen Kategorien zugeordnet.

Das Kategoriensystem zu dieser Forschung soll alle relevanten Inhalte zur Beantwortung der Fragestellung erfassen und so als Grundlage für die Analyse und spätere Entwicklung einer Intervention fungieren. Das erstellte Kategoriensystem beinhaltet vier Hauptkategorien mit insgesamt 20 Unterkategorien, in die die Kernaussagen sortiert werden können (Anhang A3 Kategoriensystem: qualitative Inhaltsanalyse). Bei der späteren Auswertung helfen diese Kategorien dabei, die Inhalte der Interviews zu sortieren und gegebenenfalls Zusammenhänge der unterschiedlichen Aussagen festzustellen.

3.3 Teilnehmende Beobachtung

Neben Erkenntnissen aus Interviews mit ExpertInnen können ForscherInnen auch persönliche Erfahrungen und Erlebnisse in der empirischen Sozialforschung erwerben. In Form von teilnehmenden Beobachtungen können sich in dem jeweiligen Forschungsfeld tiefere Einblicke für komplexe Abläufe und Fragen angeeignet werden (Gläser & Laudel: 2010).

In Bezug auf das Projekt der Versorgungsforschung von PE im ambulanten Sektor konnte die Hospitation des Alltags einer Fachkrankenschwester eines HCU den aktuellen Versorgungsprozess und den allgemeinen Gesundheitszustand der PatientInnen näher aufklären. Dabei wurde die Behandlung von vier ambulant parenteral ernährten PatientInnen begleitet. So konnte die Arbeit des Pflegepersonals besser eingeschätzt und auch Erfahrungen der PatientInnen geteilt werden.

In der vorliegenden Forschung wurden verschiedene Methoden der Sozialforschung angewendet, um die aktuelle Versorgungssituation der parenteralen Ernährung nachvollziehen und einschätzen zu können. Im Folgenden wird auf die Erkenntnisse der Interviews und der Hospitation sowie auf Ergebnisse der Literaturrecherche eingegangen. Darauf aufbauend soll eine Intervention entwickelt werden, die den Prozess für alle beteiligten Akteure optimiert und eine hochwertige Versorgung für die PatientInnen bereitstellt.

4. Lageanalyse

Madlen von Fintel

Die Lageanalyse der aktuellen Versorgungssituation setzt sich aus verschiedenen Bausteinen zusammen und soll als Grundlage für die Interventionsentwicklung dienen. Dazu gehört, die demographischen Daten der PatientInnen zu erläutern und den Sachstand der vorliegenden Versorgungsstruktur zu erheben, um das Versorgungsproblem zu identifizieren und darauf aufbauend, das Interventionsziel zu definieren. In den folgenden Abschnitten wird auf die aktuelle Versorgungssituation von ambulant parenteral ernährten PatientInnen eingegangen, die im Vorfeld hinsichtlich ihrer demographischen Daten und dem medizinischen Zustand vorgestellt wurden. Die Versorgungssituation basiert auf wissenschaftlichen Erkenntnissen sowie Ergebnissen der Interviews mit ExpertInnen und der Hospitation. Ein weiteres Element der Lageanalyse stellt die Stakeholderanalyse dar. Dabei werden die Akteure, die an dem Versorgungsprozess beteiligt sind, anhand ihrer Interessen und Einflüsse auf die Versorgung der PatientInnen analysiert und bewertet.

4.1 Demographische Daten: Bremen/Bremerhaven

Der Prävalenz von PE und besonders heimparenteraler Ernährung liegen ungenauen Schätzungen zu Grunde. Sie betrug zu Anfang des Jahres 2000 in Gesamt-europa ca. 2-3% der PatientInnen pro einer Millionen Einwohner (Jordan: 2003). Wie bereits in Kapitel Medizinischer Hintergrund erwähnt, handelt es sich hauptsächlich um onkologische und palliative PatientInnen. Der Gesundheitszustand variiert von PatientIn zu PatientIn sehr stark und ist zudem tagesformabhängig. Anhand anonymisierter Daten, die unserem Projekt von der AOK Bremen/Bremerhaven zur Verfügung gestellt wurden, konnten verschiedene Fälle in Bremen/Bremerhaven betrachtet werden. Aus diesen gehen zum einen die Aufnahmediagnosen und Anzahl der stationären Aufnahmen pro Fall hervor. Hierbei ist jedoch keine Aufnahmediagnose besonders auffällig. Aus den Jahren 2015 bis 2017 liegen demographische Daten von 196 PatientInnen vor. Davon sind 101 weiblich und 95 Patienten männlich. Unter den Angaben der AOK Bremen/Bremerhaven sind einige PatientInnen die innerhalb der drei Jahre öfter parenteral ernährt wurden und somit die Anzahl der Fälle in der folgenden Tabelle 1 und Abbildung 1: Altersverteilung der HPE PatientInnen (Eigene

Darstellung nach Daten der AOK HB 2015-17) nach oben ziehen. Daraus ergeben sich insgesamt 228 Daten, die sich aus 120 weiblichen und 108 männlichen Personen zusammensetzen. Weitere Angaben zeigen die Altersverteilungen der parenteral ernährten PatientInnen, die stationär aufgenommen wurden und so über die AOK abgerechnet wurden. Das durchschnittliche Alter der parenteral ernährten PatientInnen liegt bei Frauen bei 67,6 Jahre und bei Männern etwas niedriger, bei 65,8 Jahren. Die Altersverteilungen der PatientInnen aufgeteilt in Männer und Frauen können in der folgenden Tabelle 1 eingesehen werden. Die meisten männlichen und weiblichen parenteral ernährten PatientInnen befinden sich sind in der Altersklasse von 70 bis 79 Jahren (AOK Bremen/Bremerhaven: 2015-17).

Altersverteilung der weiblichen parenteral ernährten Patientinnen			Altersverteilung der männlichen parenteral ernährten Patienten		
Altersgruppe	Anzahl	Prozentual	Altersgruppe	Anzahl	Prozentual
0 – 9	1	0,8%	0 – 9	3	2,8%
10 – 19	0	0%	10 – 19	2	1,9%
20 – 29	2	1,7%	20 – 29	1	0,9%
30 – 39	5	4,2%	30 – 39	2	1,9%
40 – 49	7	5,8%	40 – 49	2	1,9%
50 – 59	19	15,8%	50 – 59	18	16,7%
60 – 69	20	16,7%	60 – 69	30	27,8%
70 – 79	35	29,2%	70 – 79	32	29,6%
80 – 89	28	23,3%	80 – 89	15	13,9%
>= 90	3	2,5%	>= 90	3	2,8%
Gesamt	120		Gesamt	108	

Tabelle 1: Altersverteilung der weiblichen und männlichen parenteral ernährten PatientInnen (Eigene Darstellung nach Daten der AOK HB 2015-17)

Anhand der Daten kann man die am häufigsten betroffenen PatientInnen in Bremen/Bremerhaven ablesen. Für eine bessere Veranschaulichung der Altersverteilung und dem prozentualen Anteil wurde eine Verteilungsfunktion angefertigt. Die Anteile der heimparenteral ernährten PatientInnen in den verschiedenen Altersklassen können in der Abbildung 1: Altersverteilung der HPE PatientInnen (Eigene Darstellung nach Daten der AOK HB 2015-17) eingesehen werden. Darüber hinaus können zu den Fällen die Anzahl der Verordnungen und die Anzahl der stationären Aufenthalte festgehalten werden.

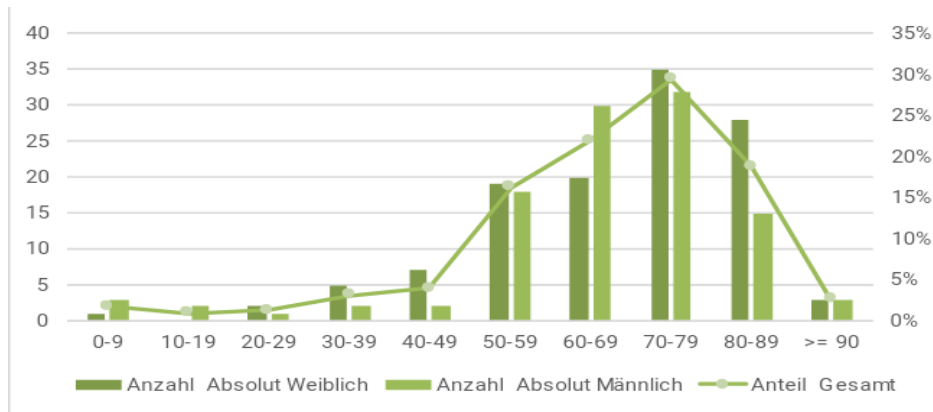


Abbildung 1: Altersverteilung der HPE PatientInnen (Eigene Darstellung nach Daten der AOK HB 2015-17)

Bei einer Hospitation wurde die Versorgung von vier PatientInnen mit unterschiedlichen onkologischen Erkrankungen begleitet. Dabei fiel ebenfalls auf, dass der Gesundheitszustand zwischen den PatientInnen stark variierte und auch bei jedem Patient/jeder Patientin tagesformabhängig war. Die PatientInnen waren zwischen 50 und 80 Jahren alt. Einige PatientInnen waren sehr mobil und konnten die Aufgaben des täglichen Lebens gut bewältigen. Andere benötigten bereits viel Unterstützung und waren zum Teil bettlägerig. Auch aus den Interviews gingen ähnliche Angaben über die Demographie der PatientInnen und den allgemeinen Gesundheitszustand hervor. Darüber hinaus werden „die PatientInnen immer jünger und immer älter“ (Interview 7: Anhang A2). Das zeigt, dass die Prävalenz der PE in Zukunft weiter steigen wird und die Behandlung aufgrund von dem unterschiedlichen Gesundheitszustand der PatientInnen komplexer werden wird. Die individuellen Behandlungen, die den Bedürfnissen der PatientInnen angepasst sind, gingen bereits aus Interviews und der Hospitation hervor. Der demographische Hintergrund der parenteral ernährten PatientInnen verändert sich demnach. Die Behandlung wird bei jüngeren und älteren Personen angewendet. Gründe dafür könnten immer mehr onkologische Erkrankungen im mittleren Alter, eine höhere Lebenserwartung und ein vermehrtes Vorkommen von multimorbiden PatientInnen sein (Nowossadeck: 2012).

4.2 Aktuelle Versorgungssituation

Die Versorgungssituation von parenteral ernährten PatientInnen hat sich in den vergangenen Jahrzehnten strukturell verändert. Dazu zählen Veränderungen in den Behandlungsabläufen, gesetzliche Vorgaben sowie die Anzahl der beteiligten Akteure. Der Versorgungsprozess im deutschen Gesundheitssystem ist intransparent und stützt sich auf wenig valide und primäre Daten. Aus der Literatur gehen hauptsächlich die idealtypischen Versorgungspfade hervor, die größtenteils aus der subjektiven Sicht der beteiligten Akteure verfasst werden.

Die Versorgung setzt sich aus dem stationären und ambulanten Sektor zusammen. Unterschiedliche strukturelle Änderungen im Gesundheitssystem führen zu einer zunehmenden Verschiebung in den ambulanten Bereich. Dazu zählen die Einführung von Diagnosis Related Groups (DRG's), die unter anderem einen finanziellen Anreiz für die frühzeitige Entlassung aus dem Krankenhaus setzen und somit die Verweildauer verkürzen (Stähr: 2010 zit. nach Müller et al.: 2007). Die Versorgung im ambulanten Bereich ist in verschiedene Settings, wie dem eigenen Zuhause oder ambulanten Pflegeeinrichtungen möglich. In Kombination mit dem medizinisch-technischen Fortschritt ermöglicht sich für die PatientInnen so eine angenehmere Behandlungsumgebung. Die Lebensqualität der parenteral ernährten PatientInnen und ihrer Angehörigen lässt sich daher deutlich verbessern (Arno: 1994).

Die aktuelle Versorgungssituation ist gekennzeichnet von einer Vielfalt verschiedener Akteure, die an dem Prozess beteiligt sind (Richter et al.: 2016, S. 21 zit. nach Döring: 2014). Diese decken die verschiedenen Bereiche der Versorgung ab, wie die direkte PatientInnen-Betreuung und die Arznei- und Hilfsmittelversorgung. Zu diesen Akteuren zählen neben dem/der behandelnden Arzt/Ärztin auch ein Pflegedienst, eine Apotheke und in dem Fall von ambulanter parenteraler Ernährung auch pharmazeutische Hersteller und HCU. Diese Unternehmen übernehmen unter anderem administrative Tätigkeiten und nehmen eine koordinierende Rolle in dem Versorgungsprozess ein. Zudem sorgen sie für die Organisation der Behandlung und Beratung, führen Schulungen für Angehörige und Pflegepersonal durch und versorgen teilweise PatientInnen (Richter et al.: 2016 zit. nach Döring: 2014). Auch Pharmakonzerne bieten teilweise diese Dienstleistungen über ErnährungsberaterInnen und interdisziplinäre Behandlungsteams an. Die Vielfalt der Akteure im ambulanten Sektor ist in Abbildung 2 dargestellt.

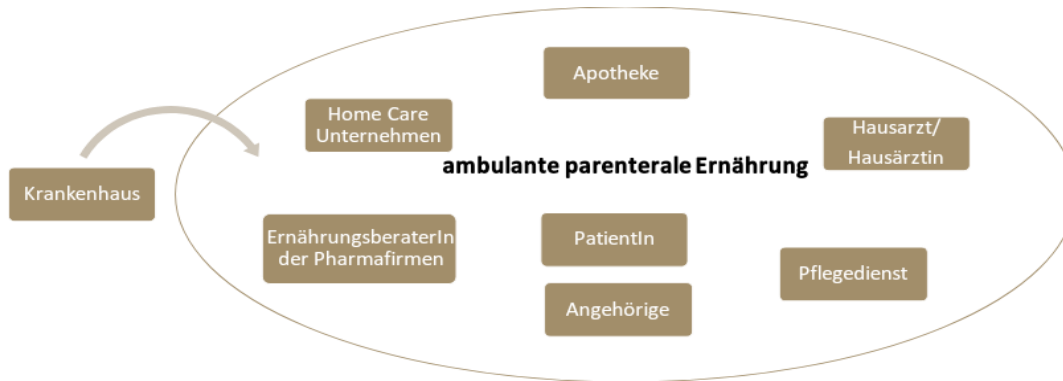


Abbildung 2: Vielfalt der Akteure ambulanter parenteraler Ernährung (Eigene Darstellung)

PatientInnen mit bereits aufgeführten Indikationen (Medizinischer Hintergrund) werden anfänglich stationär im Krankenhaus versorgt. Stabilisiert sich der Zustand, kann ein Patient bzw. eine Patientin entlassen werden und in den ambulanten Sektor übergehen. Im Krankenhaus schaltet sich das seit 2017 (§ 39 Abs. 1a SGB V) verpflichtende Entlassmanagement ein, um die weitere Versorgung der PatientInnen sicherzustellen (Bischoff et al.: 2013). Hier sollen bestmöglich die weiteren Akteure im ambulanten Bereich kontaktiert werden, um eine lückenlose Behandlung sicherzustellen. Das Entlassmanagement wurde durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz umgestaltet, um genau diesen Übergang an die Anschlussversorgung zu gewährleisten und eine unkoordinierte Organisation zu vermeiden (Bundesgesundheitsministerium: 2018).

Um die parenterale Ernährung im ambulanten Bereich weiterzuführen, werden zum einen ein entsprechender Pflegedienst kontaktiert, der hauptsächlich für das An- und Abhängen der Ernährungslösungen verantwortlich ist. Zudem ist der/die behandelnde Arzt/Ärztin dafür verantwortlich, die Versorgung zu betreuen und Rezepte für die Arznei- und Hilfsmittel auszustellen. Er/Sie übernimmt dabei die Verantwortung für die Behandlung und muss eine ausreichende Qualität sicherstellen (Stähr: 2010 zit. nach Kalde et al.: 2002).

Für die Versorgung mit Nährlösungen und Hilfsmitteln, wie einer Pumpe oder Port-Nadeln, sind entsprechende Hersteller in den Prozess involviert. ErnährungsberaterInnen der Pharmaunternehmen oder des Krankenhauses bestimmen im Vorfeld die Zusammensetzung der Ernährung die ein/e PatientIn im weiteren Verlauf der Behandlung erhalten soll. PatientInnen haben durch das Patientenwahlrecht in § 33

Abs. 6 SGB V das Recht, die involvierte Apotheke und den Pflegedienst frei zu wählen. Durch bestehende Netzwerke der Krankenhäuser und anderer Leistungserbringer ist es jedoch möglich, von Apotheken und Herstellern betreut zu werden, die sich auf dieses Gebiet spezialisiert haben. Die Apotheken stellen die Nährstofflösungen bereit oder mischen diese gegebenenfalls nach dem Bedarf der PatientInnen an. Das Compounding sorgt dafür, dass PatientInnen eine Nährlösung erhalten, die individuell an sie angepasst wurde. Die Zusammensetzung der Ernährungslösung wird im Optimalfall von ErnährungswissenschaftlerInnen und/oder im Team mit ÄrztInnen bestimmt. Sie muss in regelmäßigen Abständen überprüft und gegebenenfalls angepasst werden (Richter et al.: 2017).

Bereits im Krankenhaus integrieren sich HCU in den Prozess der Versorgung. Kliniken oder PatientInnen selbst kontaktieren das Unternehmen vor der Entlassung und übergeben die weitere Organisation somit in dessen Hände. Die MitarbeiterInnen gehen in den direkten Kontakt mit den PatientInnen und Angehörigen und entwickeln so einen individuellen Therapieverschlagn für die weitere Behandlung. Dieser betrachtet möglichen Schulungsbedarf von Angehörigen, PatientInnen oder dem Pflegedienst und beinhaltet die individuell angepasste Nährlösung und Hilfsmittel. Gegebenenfalls wird dieser Therapieverschlagn der/dem ambulant behandelnden Arzt/Ärztin direkt vorgelegt, da diese/r juristisch die Therapieverantwortung innehat und dem/r PatientIn sein/ihr Rezept ausstellen muss (Richter et al.: 2016).

Zudem wird ein Pflegedienst kontaktiert, der die direkte Behandlung der PatientInnen im ambulanten Bereich übernimmt. Meistens gibt es hierfür ein bestehendes Netzwerk. Einige HCU's stellen nach eigener Aussage sicher, dass alle beteiligten Akteure eine ausreichende Qualifikation im Umgang mit der PE besitzen und schulen bei Bedarf PatientInnen, Angehörige, Apotheken oder PflegedienstmitarbeiterInnen (Interview 1: Anhang A2). Der Bedarf hierfür ergebe sich aus eigenen Richtlinien und Qualitätsstandards, die vom HCU aufgestellt werden. Diesen liegen allerdings keine gesetzlichen Vorgaben zugrunde (Richter et al.: 2016 zit. nach Döring: 2014).

Behandelnde MitarbeiterInnen der Unternehmen müssten examinierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen sein, um die Versorgung durchführen zu können (Interview 1: Anhang A2). Diese Tätigkeiten müssen allerdings von den ÄrztInnen delegiert und kontrolliert werden (SVR: 2007; Interview 1: Anhang A2). Darüber hinaus vermitteln und kommunizieren sie zwischen den weiteren Akteuren und dokumentieren und

berichten über den Zustand der PatientInnen. In einem Interview mit einem Pharmaunternehmen, das ebenfalls als Homecarer agiert, werden die hohen Anforderungen an die MitarbeiterInnen und an die Versorgung von PatientInnen betont. Demnach wird u.a. von den MitarbeiterInnen gefordert, dass sie sich regelmäßigen Schulungen und zahlreichen Fort- und Weiterbildungen unterziehen. Zudem müssen sie an Prüfungen und Kontrollen teilnehmen. Durch die dadurch erworbenen Qualifikationen sichere das Unternehmen eine hochwertige Versorgung für die PatientInnen (Interview 1: Anhang A2). Bei anderen Pharma- und Homecare-Unternehmen können jedoch andere Standards für die MitarbeiterInnen verpflichtend sein. Durch diese Vernetzung ist es für parenteral ernährte PatientInnen im aktuellen Versorgungsprozess im Optimalfall möglich, innerhalb von 24-48 Stunden ambulant versorgt zu werden. Jedoch kann dies nicht für alle PatientInnen gewährleistet werden. Die Mechanismen, die dazu führen, dass eine kontinuierliche Behandlung, ein reibungsloser Ablauf oder eine qualitativ hochwertige Versorgung gefährdet ist, werden im Folgenden erläutert.

4.3 Problemdefinition

Die Versorgung parenteral ernährter PatientInnen weist besonders im ambulanten Bereich einige Probleme und Defizite im Ablauf auf. Der intransparente Versorgungsprozess sollte durch Interviews mit ExpertInnen genauer erforscht werden, um mögliche Versorgungslücken aufzudecken und mithilfe einer Intervention eine optimale Struktur für alle Leistungserbringer und eine optimale Versorgung für die PatientInnen zu gewährleisten. Aus den Interviews mit verschiedenen Stakeholdern in dem Prozess geht ein ähnlicher Ablauf hervor, wie er in der Literatur beschrieben wird. Allerdings konnten durch persönliche Erfahrungen auf Probleme und Verbesserungsmöglichkeiten hingewiesen werden.

Der Behandlungspfad wird bereits durch die Vielzahl an Akteure unübersichtlich und intransparent. Die Bewertung der Effizienz und der Qualität der Versorgung wird dadurch erschwert. Besonders bei dem Übergang von einem stationären Aufenthalt in die ambulante Versorgung ergeben sich Probleme in der Organisation und der Koordination der Versorgung. Durch diese Schnittstellenproblematik entstehen Lü-

cken im Versorgungsablauf und eine optimale Versorgung des Patienten/der Patientin kann nicht gewährleistet werden. Ein Grund für die Problematik ist ein fehlendes oder mangelhaftes Entlassungsmanagement der behandelnden Klinik. Trotz der gesetzlichen Forderung nach einem effektiven Entlassungsmanagement (§ 39 Absatz 1a SGB V) funktionieren die Abläufe in einigen Krankenhäusern noch nicht optimal. Dieses Problem wurde von einigen InterviewpartnerInnen als Grund für eine lückenhafte Organisation der weiteren Behandlung der PatientInnen gesehen. Besonders bei Entlassungen vor dem Wochenende oder sogenannten Sturzentlassungen kommt es nicht selten zu Komplikationen in der weiteren Behandlungskette (Interview 7: Anhang A2). Eine kontinuierliche Versorgung ist dadurch gefährdet. Eine rechtzeitige Organisation und Koordination im Krankenhaus wird auch von der DGEM-Leitlinie für künstliche Ernährung empfohlen (Bischoff et al.: 2013). Aus einem Interview geht hervor, dass die Organisation der Entlassung und weiteren Behandlung optimalerweise eine Woche vor der Entlassung erfolgen sollten (Interview 2: Anhang A2). Um für die weitere Behandlung zu sorgen, sind direkte Verordnungen für den ambulanten Sektor notwendig. Mittlerweile können Nährlösungen und Hilfsmittel innerhalb von 24-48 Stunden geliefert werden und Krankenhäuser können für bis zu sieben Tage Rezepte ausstellen. Bei ungenügend organisierten Entlassungen kann es jedoch auch hier zu Komplikationen kommen (Interview 3: Anhang A2).

Eines der schwerwiegendsten Probleme in der Versorgung von parenteral ernährten PatientInnen ist ein mangelndes Fachwissen, fehlende Expertise und wenig praktische Erfahrung bei vielen Leistungserbringern in diesem Bereich (Stähr: 2010). Besonders AllgemeinmedizinerInnen und Pflegekräfte besitzen häufig keine ausreichenden Qualifikationen, um eine hochwertige Versorgung sicherzustellen. Die ernährungsmedizinische Ausbildung bei ÄrztInnen und Pflegekräften in Deutschland ist wesentlich geringer gewichtet als in anderen Ländern (Stähr: 2010). Dies führt dazu, dass Pflegekräfte beispielsweise keine Portnadeln wechseln können und ÄrztInnen nicht mit den Risiken und optimalen Behandlungen vertraut sind. Auf dieses Problem wird von allen InterviewpartnerInnen, die unterschiedliche Bereiche der Versorgung abdecken, gleichermaßen hingewiesen (Interview 1; 2; 5; 7: Anhang A2). In dem aktuellen Versorgungsprozess übernehmen die behandelnden ÄrztInnen je-

doch juristisch die Verantwortung für die Behandlung der PatientInnen. Sie verordnen Arznei- und Hilfsmittel und stellen entsprechende Rezepte für die direkten VersorgerInnen aus. Die behandelnden ÄrztInnen übernehmen nicht die direkte Behandlung der PatientInnen, sondern delegieren diese an Pflegekräfte. Hierfür müssen sie sich von einer ausreichenden Qualität der Versorgung und der Qualifikation der Behandelnden überzeugen (SVR: 2007). Es wird deutlich, dass die Verantwortung von Leistungserbringern im Prozess übernommen wird, die wenig Erfahrungen, Qualifikationen und Kenntnisse über die eigentliche Behandlung haben. Daraus resultiert, dass MitarbeiterInnen von unabhängigen Unternehmen augenscheinlich qualifizierter sind und mehr Erfahrungen in diesem Bereich aufweisen. Jedoch haben sie eine bestimmte Sicht auf die Behandlung der PatientInnen und die Intention oder das Anreizsystem ihres Handelns muss nicht mit dem Patientenwohl und einer optimalen Versorgung einhergehen. Die vielfältigere Erfahrung zeigt sich allerdings ebenfalls darin, dass zahlreiche Akteure im ambulanten Sektor von MitarbeiterInnen dieser Unternehmen geschult werden müssen, um die Qualität der Behandlung zu sichern. Dazu zählen hauptsächlich Pflegekräfte von Pflegediensten und ÄrztInnen. Nicht selten würde den Leistungserbringern der Versorgungsauftrag bei mangelhafter Versorgung entzogen werden müssen. Wenn dies eintritt, müssten die PatientInnen bei fehlender Betreuung in das Krankenhaus zurückverlegt werden. Allerdings gäbe es keine einheitlichen Standards für die Qualifizierung des behandelnden Personals für die parenterale Ernährung, was eine Kontrolle der Versorgung deutlich erschwert (Interview 1: Anhang A2).

Für weitere Problematiken in der Versorgung von parenteral ernährten PatientInnen im ambulanten Sektor sorgt der ansteigende Pflegekräftemangel und die generell geringe Dichte an Pflegediensten. Wie bereits erwähnt haben Pflegedienste zu wenig Fachkräfte mit spezifischer und ausreichender Expertise, um PatientInnen mit parenteraler Ernährung zu betreuen. (Hämel & Schaeffer: 2012). Für die PatientInnen bedeutet dies, dass Pflegedienste sich der Versorgung nicht annehmen können und die Kapazitäten bei qualifizierten Pflegediensten ausgelastet sind. Daraus resultiert, dass eine Behandlung innerhalb von 24-48 Stunden nicht gewährleistet werden kann. Diese Problematik wird von allen InterviewpartnerInnen als Grund für eine unzureichende und lückenhafte Versorgung in der PE gesehen. Da die Vergütung der Pflegedienste für die aufwendige Behandlung der PatientInnen nicht kostendeckend

sei, fehlen zudem weitere Anreize, diese PatientInnen zu übernehmen. Somit sei die Behandlung der parenteralen Ernährung für die Pflegedienste weder attraktiv noch rentabel (Interview 1: Anhang A2). Im Gegensatz dazu erhalten Palliativdienste in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 132d Abs. 1 SGB V eine wesentlich höhere Vergütung für dieselben Leistungen.

Der aktuelle Versorgungsablauf von parenteral ernährten PatientInnen weist im ambulanten Sektor demnach zahlreiche Probleme auf. Besonders der Übergang von einem stationären Aufenthalt zu einer ambulanten Versorgung ist lückenhaft. Diese Lücke wird von wirtschaftlich agierenden Unternehmen genutzt, um sich in den Prozess zu integrieren. Als Dienstleister übernehmen sie organisatorische und koordinierende Tätigkeiten sowie Behandlungen an den PatientInnen. Die MitarbeiterInnen der HCU schließen somit die Schnittstelle vom stationären zum ambulanten Sektor in der PE. Die Homecare- und Pharmaunternehmen unterliegen kaum gesetzlichen Anforderungen, Kontrollen und Richtlinien. Sie setzen sich für ihre Versorgung eigene Standards und Rahmenbedingungen (Interview 1: Anhang A2). Für die Kostenträger führt dies zu einer mangelnden Kontrolle und Übersicht über die Versorgung der PatientInnen (Richter et al.: 2016).

Pharma- oder Homecare-Unternehmen sind an der Auswahl der Hilfs- und Arzneimittel beteiligt. Durch bessere Qualifikationen und mehr Erfahrungen stehen sie anderen Leistungserbringern zudem beratend zur Verfügung und können so die weitere Behandlung bestimmen. Auch ÄrztInnen profitieren von der Expertise und werden durch Rezept- und Therapievorschlüsse entlastet (Richter et al.: 2016, S. 60). Dadurch können die HCU's beeinflussen, welche Produkte für die Versorgung verwendet werden. Es stellt sich die Frage, ob die Unternehmen im reinen Patientenwohl handeln oder eine unnötige Kosten- und Leistungsausweitung und eine längere Versorgung herbeiführen wollen. Die Finanzierung der HCU kann nur über die verkauften Materialien erfolgen und nicht über die angebotenen Dienstleistungen (Richter et al.: 2016 zit. nach BVMed: 2015a). Demnach ist ein primäres Ziel, viele und teure Produkte zu verkaufen (Richter et al.: 2016 zit. nach BVMed: 2011).

Dieses Interesse muss nicht unbedingt mit einer angemessenen und qualitativ hochwertigen Versorgung einhergehen. Einige Interviews mit ExpertInnen ergaben, dass bei palliativen PatientInnen für ungefähr vier Wochen Nährlösungen und Hilfsmittel

bestellt würden, obwohl die Lebenserwartung deutlich niedriger sei (Interview 4: Anhang A2). Dieses Beispiel verdeutlicht die Therapie- und Ressourcenausweitung trotz des Wirtschaftlichkeitsgebots. HCU's können durch ein großes Netzwerk mit unterschiedlichen Akteuren eine schnelle Behandlung sicherstellen und den PatientInnen die Organisation und Kommunikation abnehmen. Es gibt Hinweise darauf, dass wirtschaftliche Anreizsysteme Strukturen begünstigen und fördern, die nicht rechtens sind. Durch Kooperationen zwischen Krankenhäusern, HCU's und Apotheken entstehen bei der Behandlung von ambulant parenteral ernährten PatientInnen Monopolstellungen im deutschen Gesundheitssystem. Laut dem Apothekengesetz § 11 ist es Apotheken untersagt, PatientInnen und Verordnungen zugeführt zu bekommen. Auch anderen Leistungserbringern sind nach § 128 SGB V bestimmte Zusammenarbeiten untersagt. Trotzdem fällt auf, dass PatientInnen von denselben Unternehmen behandelt werden und Abrechnungen von Arznei- und Hilfsmitteln häufig von wenigen Apotheken kommen. Da die Bereitstellung von Nährlösungen und besonders von individuell zusammengestellten Compounding-Lösungen hohen Hygieneanforderungen unterliegen, besteht gegebenenfalls nicht für alle Apotheken eine Möglichkeit, diese anzubieten. Bei der Suche nach InterviewpartnerInnen aus diesem Bereich zeigten sich dementsprechend Schwierigkeiten, besonders in dem Raum Bremen/Bremerhaven eine/n AnsprechpartnerIn zu finden und nähere Informationen zu erhalten. Als Antworten auf unsere Anfragen zeigten sich die Apotheken aufgrund von fehlender Erfahrung im Umgang mit den Nährlösungen als wenig kooperativ und kommunikativ. Wir wurden darauf verwiesen, bei Klinikapotheken nach weiteren Informationen zu fragen. Nach dem Patientenwahlrecht in § 33 Abs. 6 SGB V kann allerdings jede/r PatientIn die Apotheke und anderen Leistungserbringer frei wählen. Daher müssten alle Apotheken ihre PatientInnen versorgen.

Für eine kontinuierliche Behandlung der PatientInnen ist eine ausführliche Kommunikation und ein Austausch relevanter Behandlungsinformationen zwischen den Leistungserbringern essenziell. Dieser ist jedoch aufgrund der Vielzahl an unterschiedlichen Akteuren aus verschiedenen Bereichen nicht ausreichend oder überhaupt gegeben. Bestehende Kommunikationsprobleme führen zu weiteren Versorgungslücken (Richter et al.: 2016). Als Lösung für dieses Problem wurde von fast

allen InterviewpartnerInnen eine gemeinsame Austauschmöglichkeit genannt. Beispiele hierfür wären Tagungen oder Round Tables, an denen alle Leistungserbringer, die in dem Versorgungsprozess involviert sind, teilnehmen sollen. Zudem werden in zahlreichen Leitlinien und Empfehlungen für die Behandlung von den parenteral ernährten PatientInnen auf die Vorteile einer berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit hingewiesen. Sogenannte interdisziplinäre Ernährungsteams, die aus verschiedenen Fachrichtungen bestehen und so eine breite Fläche an Expertise abdecken, können die Qualität der Versorgung sowie die Organisation und Koordination enorm verbessern (Bischoff et al.: 2013). Allerdings sind im deutschen Gesundheitssystem im internationalen Vergleich deutlich weniger Ernährungsteams in den Krankenhäusern etabliert als in anderen Ländern (Stähr: 2010). In dem Survey von Senkal et al. (2002) haben nur 5,6 % der eingeschlossenen deutschen Krankenhäuser die Mindestkriterien eines Ernährungsteams erfüllt.

Die Folgen dieser Probleme können für die Lebensqualität der PatientInnen und den Erfolg der Behandlung gravierend sein. Fehlentscheidungen aufgrund mangelnder Kenntnisse oder fehlerhafter und qualitativ schlechter Behandlung können Komplikationen und weitere Erkrankungen auslösen, die weitere Folgen nach sich ziehen. Daraus kann eine Rückeinweisung in eine Klinik erfolgen, was zudem weitere Kosten verursachen würde (Stähr: 2010).

Im weiteren Verlauf des Forschungsprojekts soll eine Intervention entwickelt werden, die die Versorgung der ambulanten parenteral ernährten PatientInnen verbessert und bestmöglich die Probleme und Defizite überwinden kann. Die Thematik ist trotz der geringen Prävalenz von großer Bedeutung, da durch die Probleme in dem Versorgungsprozess Komplikationen, eine verringerte Lebensqualität und erhöhte Kosten folgen können. Hinzu kommt, dass durch den demographischen Wandel und die zunehmende Verschiebung der Behandlungen in den ambulanten Sektor die Prävalenz zukünftig steigen wird.

4.4 Stakeholderanalyse

Sarah Plank

An der Versorgung mit PE sind viele verschiedene Akteure beteiligt, was zu einem intransparenten System führen kann (Richter et al.: 2016). Für die Entwicklung einer

Interventionsidee kann es hilfreich sein, die verschiedenen Akteure genauer zu betrachten und im Rahmen dessen eine Stakeholderanalyse durchzuführen. Folgend sollen verschiedene Aspekte, wie z.B. die Tätigkeiten und Aufgaben, der Einfluss und mögliche Interessen der Stakeholder dargestellt werden.

Stakeholder können Einflussfaktoren auf die Intervention darstellen und nehmen unterschiedliche Positionen ein. Die folgende Analyse soll einen Ist-Zustand darstellen, welcher sich zukünftig auch verändern kann (Krips: 2017). Dabei sind folgende Akteure von Bedeutung: Krankenhausärzte/-ärztinnen, Sozialdienst/Entlassmanagement, Homecare-Unternehmen, Apotheken, HausärztInnen, Pharmafirmen, PatientInnen, Angehörige, Pflegedienste, selbstständige ErnährungsberaterInnen und Krankenkassen (vgl. Tabelle 2).

Stakeholder	Beteiligung in der Versorgung	Ziele/Erwartungen	Probleme	Einfluss auf die aktuelle Versorgung
Krankenhaus-ärztInnen	Versorgung im Krankenhaus	Effektive und effiziente Behandlung	Mangel an Ressourcen, Zeit und Fachwissen	mittel
Sozialdienst/Entlassmanagement	Überleitung in ambulante Versorgung	Hilfestellung bei Überleitung	Ressourcenmangel, Subjektivität	mittel
Apotheke	Bereitstellung von Medikamenten	Verkauf von Produkten	Fehlende Fachkenntnisse	schwach
Pharmafirmen	Herstellung und Angebot von z.B. Arzneimitteln	Vertrieb von Produkten	gewinnorientiert	mittel
HausärztInnen	Grundversorgung und Verordnungen	Fachgerechte Versorgung der PatientInnen, geringer zeitlicher Aufwand, Regressfreiheit	Mangel an Ressourcen und Fachwissen	sehr stark
Pflegedienst	Pflege der PatientInnen	Fachgerechte Versorgung, bessere Vergütung	Mangel an Ressourcen und Fachwissen	stark
selbstständige ErnährungsberaterInnen	Beratung und Therapiekoordination	Gute Stellung auf dem Markt	gewinnorientiert	mittel
Krankenkassen	Kostenübernahme und Qualitätssicherung	Ökonomisch und qualitativ sinnvolle Therapie	Kostenträgerfunktion	mittel

Homecare-Unternehmen	Therapiekoordination und Beratung	Marktmonopol, Versorgungslücken schließen	Privatwirtschaftliche Unternehmen, Anreizstruktur	stark
PatientInnen	Therapieplan befolgen	Lückenlose Versorgung, Selbstständigkeit	Kein Fachwissen, Schicksals-situation	stark
Angehörige	Unterstützung der Betroffenen	Gute Versorgung der Betroffenen	Kein Fachwissen, gefühlorientierte Entscheidungen	mittel

Tabelle 2: Stakeholderanalyse (Eigene Darstellung)

Oft werden PatientInnen stationär betreut, bevor sie die parenterale Ernährungstherapie zu Hause fortsetzen. Dabei erfolgt die stationäre Betreuung durch **KrankenhausärztInnen**, welche im Laufe eines stationären Aufenthaltes, z.B. durch die Erfassung des Ernährungsstatus vor einer Operation, eine Notwendigkeit für die PE feststellen (Weimann et al.: 2014). Wenn es um die Überleitung in den ambulanten Bereich geht, haben viele PatientInnen schon eine indizierte PE (Bischoff et al.: 2007). Damit nehmen die Krankenhausärzte/-ärztinnen direkten Einfluss auf die Therapie der PatientInnen. Des Weiteren benötigen PatientInnen und deren Angehörige oft eine Beratung. Auch diese kann durch die behandelnden ÄrztInnen im Krankenhaus erfolgen, welche so direkt oder indirekten Einfluss auf die nachversorgenden Maßnahmen nehmen können. Mögliche Intention der KrankenhausärztInnen könnten dabei auf der einen Seite die bestmögliche Versorgung für die PatientInnen sein, auf der anderen Seite jedoch auch das gewinnorientierte Arbeiten. Darüber hinaus soll der Aufwand im Rahmen des stationären Aufenthaltes möglichst geringgehalten und effektiv gestaltet werden. Dies ist unter anderem auf die knappen zeitlichen und finanziellen Ressourcen zurückzuführen. Weitere Hindernisse bei der Behandlung oder Empfehlung von PE könnte ein mangelndes Fachwissen sein, da PE nicht häufig verwendet wird und oft auf eine falsche Indikation zurückzuführen ist (Schneider et al.: 2007). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die KrankenhausärztInnen einen mittleren Einfluss auf die aktuelle Versorgungssituation nehmen können. Sie sind zwar in der Position Empfehlungen auszusprechen, können aber für die weitere ambulante Versorgung keine spezifischen Verordnungen treffen.

Im Bereich der Überleitung von der stationären Behandlung im Krankenhaus zur ambulanten Versorgung zu Hause spielt der **Sozialdienst** bzw. das **Entlassmanagement** eine weitere wichtige Rolle. Im Rahmen der Entlassung der PatientInnen sind beide als Ansprechpartner und Organisationsorgan dafür zuständig eine lückenlose Versorgung zu gewährleisten. Aufgaben sind dabei unter anderem eine Hilfestellung bzw. Beratung von in Frage kommenden nachversorgenden Einrichtungen wie z.B. Pflegeheimen oder Pflegediensten (Kurlemann: 2010). Zudem erfolgen laut einer Pflegekraft in einem Bremer Krankenhaus auch Schulungen für die PatientInnen oder Angehörigen im Umgang mit der parenteralen Ernährungstherapie (Interview 2: Anhang A2). Die Intention dabei sollte sein, eine möglichst gut organisierte Entlassung einzuleiten und keine Lücken in der Versorgung aufkommen zu lassen. Da auch hier zeitliche Ressourcen begrenzt sind, wird natürlich auch darauf geachtet den Aufwand möglichst gering zu halten. Probleme in diesem Ablauf können sein, dass bestimmte Anbieter von Pflegeleistungen durch den Sozialdienst oder das Entlassmanagement bevorzugt vorschlagen bzw. den PatientInnen empfohlen werden. Dadurch kann es passieren, dass die PatientInnen eine sehr selektive Auswahl an Anbietern vorgestellt bekommen. Somit kann man schließen, dass der Sozialdienst bzw. das Entlassmanagement einen mittelstarken Einfluss auf die ambulante Therapie nach einem stationären Aufenthalt haben. Dies ist vor allem durch ihre Rolle als beratendes Organ gegeben.

Ein weiterer Stakeholder in der Versorgungskette ist die **Apotheke**. Sie ist dafür zuständig Arzneimittel bereitzustellen, so auch die PE. Neben der Bereitstellung von Fertiglösungen zur PE werden in bestimmten Apotheken auch individuelle Zubereitungen hergestellt. Da diese Herstellung sehr aufwändig ist, wird dies nicht von allen Apotheken angeboten. Neben der Herstellung und Bereitstellung ist die Apotheke auch für den Verkauf der Ernährungslösungen zuständig (Bischoff et al.: 2007). Durch die geringe Spezialisierung mit der parenteralen Ernährung, ist die Zahl der Compounding-Apotheken überschaubar (Schüller: 2018). Daraus lässt sich schließen, dass eine Compounding-Apotheke ggf. vom Wohnort des Patienten/der Patientin weit entfernt sein kann. Trotzdem ist es im Sinne der Apotheken ihre KundInnen immer versorgen zu können. Apotheken arbeiten gewinnorientiert, sind aber auch gesetzlich dazu verpflichtet den KundInnen möglichst kostengünstige Alterna-

tiven aufzuzeigen (§ 129 SGB V). Auf die aktuelle Versorgung der PatientInnen können sie weniger Einfluss nehmen, da die Verordnung des entsprechend benötigten Medikamentes durch die behandelnden Ärzte/Ärztinnen geschieht.

Wenn man den Versorgungspfad weiter zurückgeht, dann wird deutlich, dass die Apotheken ihre Arzneimittel von pharmazeutischen Firmen geliefert bekommen. Die **Pharmafirmen** sind damit zuständig für die Herstellung und Abgabe der fertigen Ernährungslösungen an die Apotheken. Bei der Herstellung sind sie verantwortlich für die Zusammenstellung und Dosierung, wie z.B. von Vitaminen in den Lösungen. Außerdem arbeiten sie zusammen mit freiberuflichen ErnährungsberaterInnen, um ihre Produkte zu verkaufen. Pharmaunternehmen arbeiten gewinnorientiert und sind meist privatwirtschaftliche Unternehmen, die aber vielen Regelungen und Vorgaben des deutschen Gesundheitsmarktes unterliegen (Gehrke & von Haaren: 2014). Dabei können sie durch ihr Angebot sowie auch mit politischen und wirtschaftlichen Methoden Einfluss auf die aktuelle Versorgung mit parenteraler Ernährung nehmen.

Eine wichtige Rolle im Versorgungsablauf bei parenteral ernährten PatientInnen spielt **der Hausarzt/die Hausärztin**. Diese sind verantwortlich für die weitere Versorgung der PatientInnen nach stationärem Aufenthalt wie in Kapitel Aktuelle Versorgungssituation beschrieben. Dabei erstellen sie auch die Verordnung für die PE. Damit legen sie fest, welche Lösung, Zusammensetzung und Anwendung die PatientInnen bekommen sollen. Die HausärztInnen sind die einzigen, die ein Vorrecht darauf haben eine solche Verordnung in Form eines Rezeptes auszustellen (Richter et al.: 2016). Damit sind die HausärztInnen auch verantwortlich für die Therapie der PatientInnen. Dies gilt auch, wenn Komplikationen oder ähnliches während der Behandlung auftreten. Dennoch sind die HausärztInnen neben ihren medizinischen Tätigkeiten auch BeraterInnen sowie AnsprechpartnerInnen für die PatientInnen und deren Angehörige. Ziel der ÄrztInnen ist es gemäß ihrer Berufung den PatientInnen zu helfen und eine möglichst gute und qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten und ihrer beratenden Funktion nachzukommen. Auf der anderen Seite arbeiten HausärztInnen aber auch gewinnorientiert und wollen Regresszahlungen, welche durch parenterale Ernährungslösungen schnell verursacht werden können, vermeiden. Dies wurde auch von mehreren weiteren Akteuren in den ExpertInneninterviews bestätigt. Das größte Problem bei der Verordnung von PE durch die HausärztInnen ist dabei, dass wenig Fachwissen im Bereich der künstlichen Ernährung und

vor allem mit PE besteht wie in Kapitel Problemdefinition) beschrieben. Dies steht vor allem in dem Zusammenhang, dass PE keine häufig vorkommende Therapieform ist. Durch die wenigen PatientInnen sind auch HausärztInnen selten mit dieser Thematik konfrontiert und haben somit keine Routine mit der Behandlung von PatientInnen mit PE. Das geringe Fachwissen in diesem Gebiet wird zudem durch begrenzte Ressourcen verursacht. Dies spiegelt sich vor allem in der Ressource Zeit wider. Durch die begrenzte Zeit, die die ÄrztInnen zur Verfügung haben, ist es für sie auch schwierig ihr Fachwissen in seltenen Fällen so weit zu erweitern, dass es für die PatientInnen einen wirklichen Mehrwert hätte. Dadurch sind die HausärztInnen oft auch auf Unterstützung z.B. in Form von Beratung angewiesen, um eine passende Therapieform und Verordnung für die parenteral ernährten PatientInnen zu finden. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die HausärztInnen vor allem durch das Vorrecht der Verordnung von Medikamenten einen großen Einfluss auf die aktuelle Versorgung haben.

Ein weiterer Stakeholder, der im Versorgungsprozess der parenteral ernährten PatientInnen stark eingebunden ist, ist der **Pflegedienst**. Die meisten parenteral ernährten PatientInnen sind multimorbide bzw. in einem fortgeschrittenen onkologischen Stadium (Weimann et al.: 2014). Somit sind sie oft hochgradig pflegebedürftig und auf die Leistungen eines Pflegedienstes angewiesen. Der Pflegedienst übernimmt dabei sowohl die Grundpflege als auch die Bedarfspflege. Bei parenteral ernährten PatientInnen hat der Pflegedienst täglichen Kontakt, was durch die ExpertInneninterviews bestätigt wurde (Interview 4: Anhang A2). Zudem versorgt der Pflegedienst die PatientInnen mit den benötigten Hilfsmitteln sowie anderen benötigten Heilmitteln. Neben der medizinischen Versorgung der PatientInnen erhebt der Pflegedienst auch Vitalparameter um den Gesundheitszustand zu kontrollieren. Bei Bedarf stehen die Pflegekräfte auch als BeraterInnen zur Seite (Bundesministerium für Gesundheit: 2017). Der Pflegedienst muss eng mit dem/der behandelnden Hausarzt/Hausärztin zusammenarbeiten wie in Kapitel Aktuelle Versorgungssituation beschrieben, da dieser die Verordnungen ausstellt, welcher der Pflegedienst zur Pflege der PatientInnen benötigt. Allerdings ist dies laut einem Bremer Pflegedienst eher selten der Fall und ein wirklicher Kontakt zu HausärztInnen bestehe nur im Notfall (Interview 4: Anhang A2).

Ziel des Pflegedienstes ist es eine möglichst gute und qualitativ hochwertige Versorgung für die PatientInnen zu gewährleisten. Dazu gehört den Menschen bedürfnisgerecht zu pflegen. Neben dem pflegerischen Aspekt ist es jedoch auch Ziel des Pflegedienstes eine gerechte Bezahlung für die erbrachten Leistungen an den PatientInnen zu erhalten. Diese Leistungsvergütung wird in Verhandlungen mit den Krankenkassen bzw. Pflegekassen nach § 89 SGB XI festgeschrieben. Ein Problem, das hierbei auftreten kann, ist, dass der Pflegedienst spezielle Leistungen, wie z.B. die Versorgung mit PE an dem Patienten/der Patientin, ablehnt. Dies kann den Grund haben, dass diese Leistung aus Sicht des Pflegedienstes im Verhältnis zum Aufwand und der Verantwortung, die diese Tätigkeit mit sich bringt, zu gering von den Krankenkassen vergütet wird. Eine zu geringe Vergütung des Pflegedienstes bestätigte sich in den ExpertInneninterviews aus der Perspektive mehrerer Stakeholder. Zudem werden evtl. Koordinations- und Planungsaufgaben, wie die Beschaffung der Ernährungslösungen bevor diese zu den PatientInnen gelangt, nicht vergütet. Außerdem ist Zeit, wie bei vielen Leistungserbringern im Gesundheitswesen, auch beim Pflegedienst eine knappe Ressource.

Zudem spielt hier auch laut Aussagen mehrerer Akteure der Personalmangel in der Pflege eine große Rolle. Dazu kommt, dass ähnlich wie bei den HausärztInnen, auch die Pflegedienste meist wenig Berührungspunkte mit PE besitzen. Durch die geringe Anzahl der PatientInnen, die sich meist auch noch auf mehrere Pflegedienste aufteilt, ist kaum Anreiz gegeben sich Fachwissen anzueignen. Durch die geringe Anzahl von Fällen könnte sich hierbei auch kaum eine Routine in der Versorgung von parenteral ernährten PatientInnen entwickeln. Darüber hinaus besteht eine Unsicherheit im Umgang mit dem Portsystem. Ein weiteres Problem ist, dass selbst wenn es einen auf PE spezialisierten Pflegedienst gäbe, dieser keine aktive Rolle im Entlassmanagement spielt. Die PatientInnen werden durch den Sozialdienst im Krankenhaus an die Pflegedienste vermittelt, die Pflegedienste könnten aber nicht aktiv PatientInnen aus dem Krankenhaus bewerben. Zusammenfassend kann man sagen, dass der Pflegedienst einer der Hauptakteure im Umgang mit den PatientInnen ist, jedoch wenig Entscheidungsspielraum auf Art und Umfang der Versorgung hat. Damit würde sich ergeben, dass dieser Stakeholder eine starke Position im Versorgungsablauf mit parenteraler Ernährung einnimmt.

Ein weiterer Stakeholder, der an der Versorgung von PatientInnen mit PE beteiligt sein kann, ist **ein/e selbstständige/r ErnährungsberaterIn**. Diese vertreten Pharmafirmen und deren Produkte und arbeiten meist auf Provision nach Auskunft der AOK Bremen/Bremerhaven. Die Aufgabe dieser ist vor allem die Beratung bzw. die Koordination der Therapie. Sie bringen sich im Prozess des Entlassmanagements ein, um dort die PatientInnen zu geeigneten Ernährungslösungen und Therapieformen zu beraten. Teilweise bieten sie auch Schulungen für den Umgang mit der PE an. Durch die selbstständige Position der ErnährungsberaterInnen arbeiten diese nach Aussagen der AOK Bremen/Bremerhaven gewinnorientiert und wollen bestimmte Produkte, je nach Verträgen mit den Pharmafirmen, verkaufen. Dadurch entsteht bei der Beratung ein eher selektives Angebot an Therapieformen und Ernährungslösungen. Dazu greifen sie speziell im Zuge des Entlassmanagements ein, um die nachfolgende ambulante Versorgung der PatientInnen zu steuern. Das größte Problem bei den selbstständigen ErnährungsberaterInnen ist, dass sie abhängig von der Pharmaindustrie sind und ihnen gewinnorientierte Anreize gesetzt werden. Neben den pflegerischen Leistungen, die sie an den PatientInnen erbringen, sind sie hauptsächlich für die Versorgungskoordination zuständig. Auf die aktuelle Versorgung haben sie einen starken Einfluss, da sie durch die Teilhabe am Entlassmanagement die auf den Krankenhausaufenthalt folgende Versorgung im häuslichen Umfeld prägen.

Ein weiterer Akteur, der am Versorgungsprozess beteiligt ist, ist die **Krankenkasse**. Diese ist zuständig für die Kostenübernahme der Behandlung und für die Qualitäts- und Leistungsüberwachung der Leistungserbringer (§2 SGB V). Ziele dieses Stakeholders sind die Kosten gering zu halten, aber auch eine gute Versorgungsqualität zu gewährleisten. Die Therapie sollte also möglichst effektiv und effizient gestaltet sein, nicht nur in Hinsicht auf die Dauer, sondern auch aus Kostensicht. Zu beachten ist dabei eine teils unternehmensgeprägte Sicht auf den Versorgungsprozess und die besondere Stellung durch die Kostenträgerfunktion. Sie haben einen Einfluss auf die aktuelle Versorgungssituation durch die Kostenübernahme und auch durch ihre politische Stellung. Laut Aussagen einiger Stakeholder, z.B. auch von PatientInnen, kommt es oft zu Schwierigkeiten bei der Kostenübernahme von einzelnen Elementen der PE durch die Krankenkassen. Dies verzögert dann den Behandlungsprozess der PatientInnen (Interview 4; 5: Anhang A2). Jedoch haben sie wenig Einfluss auf das

Entlassmanagement oder die ärztlichen Verordnungen. Dies kann nur durch einzelne Verträge der integrierten Versorgung stattfinden. So können sie zwar auf die aktuelle Versorgungssituation mit einwirken, aber haben keinen sehr starken Einfluss auf den Prozess.

Einer der Hauptakteure bei der Versorgung mit parenteraler Ernährung sind **Home-care-Unternehmen (HCU)**. Deren Aufgaben bestehen darin, die Behandlung und Therapie der PatientInnen zu planen und zu koordinieren. Zudem versorgen sie die parenteral ernährten PatientInnen. Die HCU greifen im Entlassprozess ein und regeln durch die Übernahme der Koordination einen lückenlosen sektorübergreifenden Ablauf von der stationären Behandlung in das häusliche Umfeld. Sie arbeiten in Kooperation mit Apotheken, Pflegediensten und ÄrztInnen. Homecare gibt es als Konzept in der Versorgung noch nicht lange und es ist daher auch noch nicht ausreichend definiert (Richter et al.: 2016). HCU sind privatwirtschaftliche Unternehmen und keine offiziellen Gesundheitsleistungserbringer laut der AOK Bremen/Bremerhaven. Damit unterliegen sie gesetzlich nicht dem SGB V und den Qualitätsvorgaben im Gesundheitswesen in Deutschland. Neben ihrer Versorgung der parenteral ernährten PatientInnen koordinieren sie ebenfalls die Versorgung mit anderen benötigten Heilmitteln und Medikamenten. Außerdem beschaffen sie die Hilfsmittel und das Zubehör, das für die PE benötigt wird. Sie organisieren zudem für die PatientInnen die Abrechnung der Verordnungen mit den Krankenkassen (Richter et al.: 2016). Die Leistungen der HCU selber werden allerdings nicht von den Krankenkassen übernommen. Die HCU stehen den PatientInnen auch als BeraterInnen zur Seite. Da die HCU privatwirtschaftlich arbeiten, verfolgen sie primär ein gewinnorientiertes Ziel. Zudem versuchen sie bestehende Versorgungs- und Marktlücken im aktuellen Gesundheitssystem mit ihrem Leistungsangebot zu schließen. Probleme bei diesem Angebot sind falsche Anreize für die HCU. Da sie nicht offizielle LeistungserbringerInnen im Gesundheitswesen sind, unterstehen sie auch nicht den Qualitätskontrollen und -regelungen von Leistungserbringern im Gesundheitswesen. Somit sind auch keine Anreize gegeben eine gute Behandlungsqualität zu gewährleisten oder diese zu steigern. Diese wurde auch in den ExpertInneninterviews, u.a. durch einen Bremer Pflegedienst, bestätigt (Interview 4: Anhang A2). Dieser beschrieb, dass die HCU eine zu große Menge an Ernährungslösungen bestellen und auch nur zur Lieferung der Lösungen bei den PatientInnen wären, sich aber nicht um deren Wohl

kümmern würden. Dadurch, dass keine Kostenübernahme der erbrachten Dienstleistungen durch die Krankenkassen stattfindet, müssen sich HCU über andere Wege, wie z.B. den Produktvertrieb, finanzieren. Durch die privatwirtschaftliche Stellung kann auch keine Überprüfung der Versorgungsqualität durch z.B. die Krankenkassen veranlasst werden. So gibt es keine genauen offiziellen Ergebnisse ob eine ausreichend gute Versorgungsqualität durch die HCU gegeben ist bei der Versorgung parenteral ernährter PatientInnen. Außerdem kann schlecht nachverfolgt werden, ob eine Kompetenzüberschreitung, z.B. durch Erfüllung pflegerischer Leistungen, stattfindet, für welche die MitarbeiterInnen in HCU oft, laut AOK Bremen/Bremerhaven, nicht qualifiziert sind. Dies sei auch kaum kontrollierbar, begründet dadurch, dass sie keine offiziellen AnbieterInnen für Gesundheitsleistungen sind. Durch ihr Eingreifen im Entlassmanagement und die Übernahme der Koordination, Planung und Beratung zur Therapie und Behandlung der parenteral ernährten PatientInnen nehmen sie aktuell einen sehr starken Einfluss auf den Versorgungsprozess. Sie haben in diesem Fachgebiet eine Versorgungslücke entdeckt und geschlossen und sich dadurch laut AOK Bremen/Bremerhaven ein Monopol in der Versorgung von parenteral ernährten PatientInnen geschaffen.

Die letzten, für unser Projekt wichtigen, Stakeholder sind die **PatientInnen** bzw. die **Angehörigen**. Beide sind an einer bestmöglichen Versorgung des/der Betroffenen interessiert. Sie wollen, dass es zu einem reibungslosen und lückenlosen Ablauf des Therapieplans kommt um eine Verschlimmerung des Gesundheitszustandes zu verhindern. Die Angehörigen wollen dem Patienten/der Patientin Beistand leisten und so weit wie möglich helfen. Ziele der PatientInnen sind eine qualitativ gute Versorgung entsprechend ihrer Bedürfnisse und angepasst an ihren Gesundheitszustand. Außerdem wollen sie möglichst wenig Eigenaufwand betreiben. Parenteral ernährte PatientInnen sind laut der AOK Bremen/Bremerhaven oft multimorbide oder in einem fortgeschrittenen onkologischen Stadium und besitzen damit sehr eingeschränkte Handlungsmöglichkeiten. Bei einer Hospitation stellte sich jedoch heraus, dass es auch viele parenteral ernährte PatientInnen gibt, die durchaus mobil sind (Hospitation: Anhang A4). Eine Übernahme von Arbeit, Organisation und Pflege wird nur teilweise als Erleichterung von diesen angesehen. Die Arbeit des Pflegedienstes wird zum Teil als belastend empfunden, da dieser sehr stark in die Privatsphäre der Pa-

tientInnen eindringen muss (Hospitation: Anhang A4). Zudem wollen die PatientInnen auch ihre Angehörigen nicht zu sehr mit ihrer Krankheit belasten. Die Angehörigen sorgen sich um die Betroffenen und wollen eine bestmögliche Versorgung für diese. Das Problem dieser beiden Stakeholder ist, dass sie meist kein Fachwissen besitzen und somit auf die Beratung von Leistungserbringern angewiesen sind. Außerdem kann die Krankheit die PatientInnen in ihrer Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit beeinflussen. Dies kann dazu führen, dass sowohl die PatientInnen als auch die Angehörigen keinen umfassenden Überblick über die Krankheit und den Therapieplan haben. Bei den PatientInnen kommt dazu, dass sie lernen müssen mit ihrem eigenem Schicksal umzugehen. Auch die Angehörigen müssen mit dem Schicksal der Betroffenen umgehen. Dies hat zur Folge, dass beide meist einen nur sehr subjektiven Eindruck, aber keinen fachlich fundierten Eindruck über die Versorgungssituation haben. Dazu kommt oft, dass auch wenn die Angehörigen sich um die Betroffenen kümmern möchten, diese berufstätig sind und somit keine Zeitressourcen zur Verfügung haben, die Pflege und Organisation der Behandlung zu übernehmen.

Die Angehörigen haben insgesamt eher einen mittleren Einfluss auf die aktuelle Versorgung, da sie oft den PatientInnen nur beratend zur Seite stehen können. In einigen Fällen müssen jedoch auch die Angehörigen Entscheidungen zur Versorgung treffen, wenn die PatientInnen dazu selbst nicht mehr in der Lage sind. Die PatientInnen könnten einen starken Einfluss auf ihre eigene Versorgung haben. Da sie aber meist nur das in Anspruch nehmen, was Ihnen von den Leistungserbringern empfohlen wird, und keine ausreichende Fachexpertise besitzen, nehmen sie auf die aktuelle Versorgung eher einen mittleren Einfluss. Sie können zwar Entscheidungen treffen, jedoch sind diese oft schon im Voraus durch Beratung und ausgewähltes Angebot gelenkt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass im Prozess der Versorgung mit parenteraler Ernährung viele verschiedene Stakeholder mit verschiedenen Aufgaben, Interessen und eigenen Problemen bzw. Hürden beteiligt sind. Daraus erschließt sich dann auch, dass die verschiedenen Stakeholder einen unterschiedlich starken Einfluss auf die Versorgung nehmen können. Wichtig dabei ist Transparenz im Versorgungsprozess zu erlangen und die Stärken und Schwächen der einzelnen Stakeholder zu kennen und für die Interventionsidee zu berücksichtigen.

5. Intervention

Anna Reisinger

Im Folgenden wird zunächst die Zielsetzung des Projekts aus dem zuvor beschriebenen Problemstand abgeleitet. Auf theoretischer und rechtlicher Grundlage soll weiterhin erläutert werden, welche Methoden sich zur Erreichung der Ziele eignen. Letztlich werden die Interventionsidee und das Wirkmodell vorgestellt und es wird, bezogen auf die Intervention, eine weitere spezifische Stakeholderanalyse durchgeführt. Innerhalb einer weiteren Forschungsarbeit wurden zehn Studien analysiert und bewertet. Die signifikanten Ergebnisse, die aus diesen Studien gezogen wurden, fließen in die hier beschriebene Interventionsidee mit ein.

5.1 Interventionsziele

Das Problem in der Versorgung heimparenteral ernährter PatientInnen liegt primär in der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung und der Koordination der Therapie der PatientInnen im ambulanten Sektor. Die ambulante Versorgung ist zudem durch mangelnde Fachkenntnis und Erfahrung der behandelnden HausärztInnen, einem Mangel an ausreichend qualifizierten Pflegediensten und Intransparenz durch die Vielzahl der agierenden Akteure gekennzeichnet. Letztlich resultiert daraus ein kostenintensives, ineffizientes und intransparentes System, welches nicht zu einer optimalen Versorgung des Patienten/der Patientin beiträgt (Stähr: 2009).

Daraus abgeleitet ergeben sich für das Projekt die folgenden Ziele:

1. Durch eine klar geregelte Koordination soll die lückenlose Versorgung ambulant parenteral ernährter PatientInnen gewährleistet werden. Effizienz und Transparenz der Versorgung sollen erhöht werden.
2. Eine Verbesserung der Versorgungsqualität soll durch eine leitliniengerechte Versorgung von kompetenten, ausreichend qualifizierten Leistungserbringern erzielt werden.

3. Die Ausgaben für Arznei- und Hilfsmittel sollen durch eine angemessene Dauer und einen angemessenen Umfang der Verschreibungen gesenkt werden. Die Therapie soll rechtzeitig auf eine enterale oder orale Ernährung reduziert werden. Im Falle einer Palliativversorgung soll die Ernährung, abgestimmt mit den Bedürfnissen des Patienten/der Patientin, rechtzeitig abgesetzt werden.
4. Die Komplikationsraten und die Quote der Wiedereinweisungen ins Krankenhaus sollen gesenkt werden.
5. Die Lebensqualität der PatientInnen soll durch eine patientengerechte Versorgung erhöht werden.

5.2 Theoretische Grundlagen

Madlen von Fintel

Im Folgenden wird auf verschiedene theoretische Ansätze, die zur Ausgestaltung der Intervention angewandt werden, näher eingegangen. Dafür wird auf die Theorie des Qualitätsmodells von Donabedian (1966) und weiterführend auf die Theorie des Prozessmanagements im Gesundheitswesen zurückgegriffen. Zudem spielen Inhalte der verhaltenswissenschaftlichen Theorie nach Herbert A. Simon (1981) als Grundlage für die Intervention eine Rolle. Zunächst werden jeweils die Kernelemente der Theorien aufgezeigt, welche später auf die Interventionsidee angewandt werden.

5.2.1 Qualitätsmodell nach Donabedian

Die Folgende Theorie wurde in Bezug auf unsere Intervention ausgewählt, um Kriterien für eine qualitativ hochwertige Versorgung zu identifizieren, die sich auf den komplexen Prozess der parenteralen Ernährung anwenden lassen.

Um die Qualität von Gesundheitsleistungen zu beschreiben und zu erfassen, wurden von dem amerikanischen Wissenschaftler Avedis Donabedian relevante Merkmale in ein dreidimensioniertes Qualitätsmodell zur Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen integriert (1966). Dieses unterscheidet die Dimensionen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Bei der Strukturqualität handelt es sich um strukturelle Voraussetzungen, die für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung notwendig sind. Dazu gehören personenbezogenen Voraussetzungen sowie materielle und

organisatorische Elemente. Die Prozessqualität bezieht sich auf alle Aktivitäten, Tätigkeiten und Handlungen der versorgungsrelevanten Leistung. Dabei werden auch Teil- und Unterstützungsprozesse berücksichtigt. Sie bezieht sich auf die Art und Weise der Leistungserbringung, also auf die Organisation und Gestaltung des Prozessgeschehens (zeitliche Ausführung, Einhaltung von Vorgaben/Standards). Die Ergebnisqualität betrachtet Resultate und Wirkungen der Leistungen hinsichtlich ihrer medizinischen bzw. pflegerischen Zielerreichung. Dazu zählen Versorgungsendpunkte, aber auch Surrogatparameter. Entscheidend sind subjektive Bewertungen oder objektive Veränderungen (Hansen: 2016).

Für das vorliegende Versorgungsproblem und die angestrebte Intervention ist besonders die Prozessqualität von großer Bedeutung. Hierbei geht es um die Anwendung von Praxisstandards, die Einhaltung von Richtlinien/ (Experten-) Standards und die Zusammenarbeit der Berufsgruppen.

Wie bereits beschrieben wurde, sind all diese Eckpunkte bei der PatientInnengruppe der parenteralen Ernährung relevant. Bei einer möglichen Intervention, um die Versorgung zu verbessern, muss also unter anderem die Prozessqualität berücksichtigt werden. Ziele sind bei der Steigerung der Prozessqualität u.a. die Reduktion von Beschwerden und Fehlern, die Senkungen der Prozessdauer, eine Erhöhung der MitarbeiterInnen- und PatientInnenzufriedenheit sowie die Senkung der Prozesskosten (Hansen: 2016).

Donabedian geht davon aus, dass alle drei Qualitätsdimensionen in einem Zusammenhang stehen. Sie beeinflussen sich demnach gegenseitig. So wirken die Strukturen auf die Prozesse und diese bestimmen letztendlich die Ergebnisqualität (Lindemann & Remstedt: 2008).

Im Folgenden wird näher auf das Prozessmanagement und besonders auf integrierte Behandlungspfade eingegangen, um Inhalte für den Aufbau des Versorgungsprozesses der parenteral ernährten PatientInnen zu erhalten.

5.2.2 Prozessmanagement und integrierte Behandlungspfade

Geschäftsprozessmanagement (GMP) ist ein integriertes Konzept von Führung, Organisation und Controlling mit zielgerichteter Steuerung der Geschäftsprozesse. Da-

bei werden verschiedene Unternehmensführungskonzepte wie das Qualitätsmanagement oder Risikomanagement integriert. Bei dem taktischen GMP steht die Umsetzung strategischer Ziele und eine prozessorientierte Organisation im Vordergrund. Dabei ist eine qualitativ hochwertige Versorgung besonders wichtig. Häufig sind Einrichtungen im Gesundheitswesen funktional organisiert. Das heißt, sie sind in Fachabteilungen/ -bereichen mit eigenen Zielsetzungen unterteilt. Dies verhindert eine prozessgerechte Optimierung über Abteilungsgrenzen oder Sektoren (ambulant, stationär) hinaus. Die Auswirkungen betreffen dann besonders PatientInnen mit komplexen Krankheitsbildern, die interdisziplinär versorgt werden müssen, wie es bei der parenteralen Ernährung der Fall ist. Dies führt zu Prozessbrüchen mit einem hohem Koordinationsaufwand (Eckardt: 2006). Um dies zu vermeiden, können in Einrichtungen und Prozessen Behandlungspfade etabliert werden. Diese bilden dabei eine bestimmte Form von Prozessen in einem Unternehmen ab. Integrierte Behandlungspfade legen den Fokus auf die Versorgung von PatientInnen. Sie können als strategisches Unternehmensinstrument und operatives Steuerungsinstrument gesehen werden und gehören aufgrund der Gewichtung von Behandlung, Diagnostik und Betreuung zu den Kernprozessen im Krankenhaus. Kernprozesse sind Prozesse, die eine Wertschöpfung erzielen und mit direktem Kundennutzen in Verbindung stehen. Dazu zählen beispielsweise die direkte Versorgung von PatientInnen und die unmittelbare Leistungserbringung (Eckardt: 2006). Ein integrierter Behandlungspfad „beschreibt den optimalen Weg eines speziellen Patiententyps mit seinen entscheidenden diagnostischen und therapeutischen Leistungen und seiner zeitlichen Abfolge. Interdisziplinäre und interprofessionelle Aspekte finden ebenso Berücksichtigung wie Elemente zur Umsetzung, Steuerung und ökonomischen Bewertung“ (Eckardt: 2006, S. 25).

Das Ziel liegt auf der Steigerung der Behandlungs- bzw. Ergebnisqualität und der Prozessoptimierung. Nach Roeder & Küttner (2006) sind Behandlungspfade ein „multidisziplinärer Behandlungsfahrplan“ (S. 684), bei dem die unterschiedlichen Wege eines Patienten/einer Patientin und die Verantwortlichkeiten abgebildet sind. Um einen optimalen Behandlungsplan zu erstellen, müssen demnach alle am Prozess beteiligten Leistungserbringer zu einer Konsensfindung beitragen. Dadurch entstehen optimalerweise Handlungsanleitungen für alle Akteure, die auch zur Einarbeitung neuer am Prozess beteiligter Personen genutzt werden können

(Roeder & Küttner: 2006). Dadurch vermeidet man Diskussionen und Fragen zu Verantwortungen und Zuständigkeiten.

Behandlungspfade sind ein effektives Instrument zur Gestaltung von Versorgungsprozessen, Erhöhung der Versorgungsqualität und zur Kostenreduzierung. Durch ein optimiertes Prozess- und Schnittstellenmanagement können Dopplungen im Ablauf oder unnötige Leistungen erkannt und vermieden werden (Stähr: 2009, S. 29). So können bei gleich bleibender Qualität Kosten reduziert werden (Roeder & Küttner: 2006). Gerade bei der Versorgung parenteral ernährter PatientInnen, die im häuslichen Umfeld weiterbehandelt werden können, treffen viele Professionen und Schnittstellen aufeinander. Diese erhöhen das Risiko, dass Informationen verloren gehen und Lücken im Prozess entstehen. Sie führen zu einem erhöhtem Kommunikations- und Koordinationsaufwand. Nach Roeder & Küttner (2006) können durch die definierten und verbindlichen Zuständigkeiten sowie festen Abläufe im Behandlungspfad Fehler, Risiken und mögliche Wartezeiten vermeiden. Dadurch können weiterführend Komplikationen und damit verbundene Kosten gesenkt werden. Zudem können strukturierte Behandlungspfade als Dokumentationsinstrument genutzt werden, um so den Dokumentationsaufwand zu verringern (Roeder & Küttner: 2006). Insgesamt kann also durch die Behandlungspfade die Transparenz des Prozesses und der verwendeten Ressourcen erhöht werden (Stähr: 2009).

Um zukünftig die Organisation von Krankenhäusern und weiteren medizinischen Einrichtungen an die wachsenden und komplexen Anforderungen der PatientInnen und der Gesellschaft auszurichten, sollten Elemente des GPM und darüber hinaus Behandlungspfade etabliert werden.

5.2.3 Verhaltenswissenschaftliche Entscheidungstheorie

Sarah Plank

Im Folgenden wird von der Verhaltenswissenschaftlichen Entscheidungstheorie nach Simon (1981) ausgegangen, welche grundlegenden Informationen für den Aufbau und die Organisation des Case Managements liefert.

Simon (1981) beschreibt, dass einzelne Personen durch verschiedene Aspekte sich dazu entscheiden an einer Organisation teilzunehmen oder dieser fernzubleiben.

Nachdem diese sich für die Organisation entschieden haben, erfüllen sie die ihnen zugewiesene Rolle. Auf persönlicher Ebene wird dabei der Ansatz der *begrenzten Rationalität* beschrieben. Dieser impliziert, dass Personen durch ihre individuelle Lage und Informationsverarbeitung eher subjektiv geprägte Entscheidungen treffen. Objektive oder rationale Beschlüsse sind für den Einzelnen oder die Einzelne nicht möglich. Die Organisation an sich ist jedoch in der Lage objektive Entscheidungen durch ihr komplexes Beschlussgebilde zu fällen.

Dies geschieht unter anderem durch geordnete Teilbereiche und Aufteilung von Arbeitsschritten. Dadurch kommt es in der Organisation zu spezialisierten Entscheidungsprozessen. Die Koordination der einzelnen Entscheidungen erfolgt durch ein Managementsystem und gute Kommunikation. Diese Unterteilung kann jedoch auch zum Zusammenbruch der Organisation führen, weswegen eine gute Koordination und die Vorgabe globaler Ziele essenziell sind. Demzufolge können nicht alle Teilentscheidungen auf oberster Ebene getroffen werden, sondern müssen an Personen vor Ort delegiert werden. Wenn alle Entscheidungen einer Person zugeordnet werden würden, würde das schnell zur Überlastung dieser Stelle führen. Es sollte jedoch für alle Entscheidungen dieselbe Grundlage, in Form einer globalen Zielsetzung, vorhanden sein. Eine bedeutende Aufgabe in diesem Zusammenhang ist für den Koordinator eine Balance zwischen der zentralen und dezentralen Entscheidungsfindung zu organisieren.

Insgesamt sagt Simon (1981), dass die Organisation ein komplexes Netzwerk von Entscheidungen darstellt, welches sich vor allem durch den Austausch von Informationen über verschiedene Positionen und Ebenen in der Organisation bildet.

Vor allem letzteres spiegelt einen wichtigen Aspekt bei der Einführung des Case Management als Form einer Organisation wieder. Um den Austausch von Informationen zwischen den verschiedenen Leistungserbringern zu gewährleisten, muss der/die Case ManagerIn auch spezielle Rücksicht darauf nehmen, dass dies geschieht. Somit nimmt er oder sie die hier bedeutende Aufgabe des/der KoordinatorIn wahr, welche/r entscheidet, auf welchen Ebenen zentrale oder dezentrale Entscheidungen stattfinden sollen. Zentrale Entscheidungen könnten hierbei z.B. das Ausschreiben einer Ernährungslösung für einen Patienten oder eine Patientin sein. Dabei sollen, wie die Theorie auch vorgibt, mehrere Leistungserbringer an der Entscheidung beteiligt sein, da ein einzelner eher eine subjektive Entscheidung treffen würde.

Dezentrale Entscheidungen können z.B. Delegationen an den Pflegedienst vor Ort sein. Dieser sollte beispielsweise beurteilen können, ob an der Portnadel eine Entzündung vorliegt oder nicht. Da dies nur direkt am Patienten oder an der Patientin festgestellt werden kann, wäre hier eine zentrale Entscheidung nicht sinnvoll. Zudem impliziert die Theorie nach Simon auch die Arbeitsteilung zwischen den Akteuren um gute Entscheidungen treffen zu können. Hier ist es für den/die Case ManagerIn wichtig einen guten Pool an verfügbaren Leistungserbringern zu haben, um eine Arbeitsteilung je nach Stärken und Schwächen der Akteure vornehmen zu können und somit auch spezialisierte Entscheidungsprozesse anzuregen. Wichtig ist deshalb im Fokus zu behalten, dass der/die Case ManagerIn die in der Theorie beschriebene Rolle der Koordination einnimmt, damit die Organisation, in diesem Fall die Behandlung von parenteral ernährten PatientInnen, erfolgreich ist und es nicht zur Dysfunktion der Organisation kommt aufgrund von fehlenden Management- oder Kommunikationssystemen.

5.2.4 Resümee aus der Theorie

Die Theorien von Donabedian (1960) und Simon (1981) sowie die Grundsätze des Geschäftsprozessmanagements und integrierten Behandlungspfaden liefern wichtige Grundlagen zur Etablierung eines Case Managements und den entsprechenden Prozessen für PatientInnen mit PE. Durch ihre Berücksichtigung werden wichtige Aspekte mit einbezogen, welche dabei helfen ein funktionierendes und erfolgreiches Konzept zu schaffen. Die wichtigsten Erkenntnisse dabei sind, dass der Behandlungspfad für die parenteral ernährten PatientInnen multidisziplinär entwickelt werden sollte, um langfristig alle Abläufe, Zuständigkeiten und Verantwortungen zu strukturieren und festzulegen. Darüber hinaus zeigt sich, dass so die Koordination und Kommunikation unter den Leistungserbringern erleichtert werden kann. Behandlungspfade müssen ebenfalls auf Führungsebene der Gesundheitseinrichtung etabliert werden, um nachhaltig Erfolge zu erzielen. In Bezug auf das Case Management und den Behandlungspfad von der stationären zur ambulanten Versorgung der PatientInnen lässt sich demnach viel Potenzial erwarten. Zum einen kann der Prozess und der Ressourceneinsatz transparent gemacht werden. Darüber hinaus können Dopplungen im Prozess und Wartezeiten vermieden werden. Hinzu kommt die Sen-

kung von Behandlungsfehlern durch definierte Zuständigkeiten und Versorgungsabläufe. Diese werden nach dem aktuellen Wissensstand und einer Konsensfindung vielfältiger Professionen erstellt. Für die Organisation wurde erkannt, dass die wichtigste Aufgabe des Case Managers/der Case Managerin ist, die Organisation, Arbeitsteilung und Entscheidungen zu koordinieren. Alle weiteren Behandlungsschritte sollten an spezialisierte Kräfte delegiert und dezentralisiert werden. Neben den theoretischen Grundlagen gilt es noch weitere Aspekte zu berücksichtigen, die im Folgenden beschrieben werden. Für die vorliegende Interventionsidee bedeutet dies, dass durch die Berücksichtigung aller am Prozess beteiligter Personen, einem klar definierten Ablauf sowie einer Instanz (Case Management) zur Organisation, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der PatientInnen deutlich verbessert werden kann.

5.3 Rechtliche Grundlagen

Anna Reisinger

Um die zuvor beschriebenen Ziele zu erreichen und die Schnittstellenproblematik zu überwinden bietet es sich an, eine Intervention im Rahmen eines integrierten Versorgungsvertrags umzusetzen. Im Vergleich zu kollektivvertraglich geregelten Leistungen ermöglichen diese Verträge eine größere Gestaltungsfreiheit sowie eine leistungssektorenübergreifende Versorgung der Versicherten. Im Folgenden soll daher der rechtliche Rahmen der integrierten Versorgung (IV) näher erläutert werden.

Das SGB V bietet verschiedene Möglichkeiten integrierte Versorgungsformen umzusetzen. Im weiteren Verlauf wird genauer auf die Versorgungsverträge nach §§140 a-d des SGB V eingegangen, da diese Form der Verträge bei der Ausgestaltung den größten Spielraum bieten. Ziel der IV ist es, eine interdisziplinäre und sektorübergreifende Koordination der Versorgung zu fördern. Dadurch sollen Schnittstellen, die durch die sektorale Trennung von Finanzierung und Versorgung sowie die Spezialisierung einzelner Leistungserbringer entstehen, überwunden und beispielsweise Doppeluntersuchungen oder Informationsverluste vermieden werden. Neben einer koordinierten Zusammenarbeit der Akteure bietet die IV außerdem das Potential zur Senkung der Leistungsausgaben und zur Verbesserung der Versorgungsqualität (Schreyögg et al.: 2013).

Bei der Ausgestaltung der Verträge muss zunächst eine Auswahl der Vertragspartner getroffen und der Leistungsumfang sowie die Vergütung festgelegt werden (Schreyögg et al.: 2013).

Die Krankenkassen können die Verträge mit verschiedenen Leistungserbringern abschließen, wobei die Anzahl an Vertragspartnern frei wählbar ist. Mögliche Vertragspartner können beispielsweise Krankenhäuser, Haus- oder FachärztInnen, ambulante Pflegedienste, aber auch Managementgesellschaften von Leistungserbringern sein (§ 140a Abs. 3 Satz 1 SGB V).

Die Vergütung der Leistungen wird durch die Vertragspartner ausgehandelt. Das Gesetz gibt dazu weder für die Art noch die Höhe der Vergütung eine Orientierung vor. Denkbar sind daher alle möglichen Vergütungsregelungen, bezogen auf Einzelleistungen oder budgetiert nach Pauschalen. Auch eine erfolgsorientierte Vergütung kann vereinbart werden. Werden Fallpauschalen oder Komplexfallpauschalen angewandt, welche die im Vertrag zur Integrationsversorgung geregelten Leistungen der eingeschriebenen Versicherten vollständig abdecken, muss zudem geregelt werden, welcher Leistungserbringer die Pauschale erhält und wie diese unter den weiteren Leistungserbringern zu verteilen ist. So kann durch die Art der Vergütung neben der Budgetverantwortung auch das Morbiditätsrisiko ganz oder teilweise auf die Leistungserbringer übertragen werden (Mühlbacher: 2013; Bertram: 2009).

Für die Versicherten ist die Teilnahme an den Verträgen freiwillig. Schreibt sich ein/e PatientIn bei seiner/ihrer Versicherung in einen integrierten Versorgungsvertrag ein, beschränkt sich die Möglichkeit der freien Arztwahl für die Vertragsdauer auf die an der IV teilnehmenden Leistungserbringer. Diese Einschränkung bezieht sich nur auf Leistungen, die im Vertrag vereinbart sind. Für die Versicherten können neben der kontinuierlichen und abgestimmten Behandlung auch finanzielle Anreize zur Teilnahme geschaffen werden, wie beispielsweise die Befreiung von Zuzahlungen (Mühlbacher: 2013).

Spätestens vier Jahre nach dem Wirksamwerden der zugrundeliegenden Verträge für die Integrationsversorgung muss die Wirtschaftlichkeit dieser nachweisbar sein (§ 140a Abs. 3 Satz 1 SGB V).

5.4 Interventionsidee

Um der Schnittstellenproblematik in der Versorgung parenteral ernährter PatientInnen zu begegnen soll ein sektorübergreifendes Case Management im Rahmen eines integrierten Versorgungsvertrages etabliert werden. Im Folgenden werden zunächst einige Grundlagen des Case Managements erläutert und im Anschluss auf die Versorgung parenteral ernährter PatientInnen übertragen werden.

Das Case Management als eine Organisationsform der IV ist ein Konzept, welches darauf abzielt, eine kontinuierliche und patientenindividuelle Begleitung durch den Versorgungsprozess über Schnittstellen und potentielle Versorgungslücken hinweg zu gewährleisten (Schreyögg et al.: 2013; Nussbaumer: 2009).

Dafür bietet es einen logisch strukturierten Verfahrensablauf, der auch als Regelkreis bezeichnet wird und sich in sechs Schritte gliedert:

1. Identifikation der PatientInnen mit entsprechendem Bedarf für das Versorgungsprogramm
2. Erhebung des Versorgungsbedarfs im Rahmen eines Assessments
3. Erstellung eines bedarfsorientierten Versorgungsplans
4. Implementation des Versorgungsplans
5. Kontinuierliches Monitoring des Versorgungsablaufs und ggf. Re-Assessment und Überarbeitung des Versorgungsplans
6. Ergebnisorientierte Evaluation nach Entlassung des Patienten/der Patientin aus dem Behandlungsablauf

(Ewers: 2011; Nussbaumer: 2009).

Dieser Verfahrensablauf wird in der Regel in Form von Behandlungspfaden dargestellt. Dies sind interdisziplinäre Versorgungspläne, die zur Optimierung des Behandlungsablaufes dienen. Neben der Reihenfolge und einer Beschreibung der durchzuführenden Tätigkeiten enthalten die Behandlungspfade die jeweiligen Verantwortlichkeiten sowie eine Anleitung zur Dokumentationsweise. Sie machen Versorgungsprozesse transparent und deren Einhaltung überprüfbar. Dadurch sollen Behandlungsprozesse möglichst effizient und kostengünstig gestaltet werden (Wendt: 2015).

Der/die Case ManagerIn übernimmt in diesem Prozess verschiedene Aufgaben, von der individuellen Bedarfsklärung mit der Patientin/dem Patienten über die Versorgungsplanung und die Leistungskoordination bis hin zur Überwachung von Qualität und Wirksamkeit und der Rückmeldung an die beteiligten Akteure (Nussbaumer: 2009; Wendt: 2015).

Um diese Aufgaben erfüllen zu können sollte das Case Management auf die Berufsgruppe übertragen werden, deren inhaltliche Versorgung den Schwerpunkt bildet. Neben umfassenden fachlichen, methodischen, sozial-kommunikativen und persönlichen Kompetenzen sind auch gute Kenntnisse der betreffenden Rahmenbedingungen erforderlich (Nussbaumer: 2009).

Organisatorisch können Case ManagerInnen in verschiedenen Instanzen verortet werden: innerhalb von neutralen Koordinierungsstellen, angesiedelt an einen Leistungserbringer oder einen Kostenträger (Gissel-Palkovich: 2006). Die richtige Ansiedlung eines Case Managers/ einer Case ManagerIn hat einen bedeuteten Einfluss auf den Erfolg des Case Managements (Van der Plas et al.: 2015a).

Für ein sektorübergreifendes Case Management parenteral ernährter PatientInnen soll daher eine möglichst neutrale Koordinierungsstelle gewählt werden. Es soll ein integrierter Versorgungsvertrag mit einer regionalen Management-Gesellschaft geschlossen werden, die den Versorgungsauftrag und die Koordination des Leistungsgeschehens übernimmt. Als Vergütungsmodell bieten sich Fallpauschalen an, welche zwischen Managementgesellschaft und Krankenkasse ausgehandelt werden und so die Budgetverantwortung auf die Management-Gesellschaften übertragen wird. Der dadurch entstehende Anreiz der Risikoselektion kann durch die Einführung einer abgestuften Pauschale, orientiert an der klinischen Ähnlichkeit und dem Ressourcenverbrauch der PatientInnen, minimiert werden. Die Managementgesellschaft schließt im Folgenden, um den Versorgungsauftrag zu erfüllen, Kooperationsverträge mit den relevanten Leistungserbringern und rechnet deren Leistungen entsprechend der getroffenen Vereinbarungen mit ihnen ab. Zu den relevanten Leistungserbringern zählen HausärztInnen, OnkologInnen, ambulante Pflegedienste, Apotheken und Krankenhäuser. Der/die Case ManagerIn sollte neben einer Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegekraft und mehrjähriger Berufserfahrung auch über Kenntnisse der regionalen Versorgungsstrukturen und bestenfalls über eine Weiterbildung im Case Management verfügen.

Neben dem Case Management können im Vertrag weitere Aufgaben der Managementgesellschaft festgelegt werden: die Information der Leistungserbringer über den Vertrag und seine Inhalte sowie deren gezielte Ansprache, die Führung eines Verzeichnisses über die teilnehmenden Leistungserbringer sowie die teilnehmenden Versicherten, die Überprüfung der Qualität der Leistungserbringung sowie dessen Dokumentation und Evaluation und letztlich die Planung und Durchführung von Schulungsveranstaltungen und Qualitätszirkeln.

Die Qualitätszirkel bilden zusammen mit Fallkonferenzen einen weiteren Teil der Intervention, um die Absprache unter den Leistungserbringern und die Abstimmung des Versorgungsprozesses zu optimieren. Fathi et al. (2016) heben in ihrer Arbeit hervor, dass ein strukturierter Prozess für die Kommunikation der Leistungserbringer festgelegt werden muss. Unter Fallkonferenzen wird die Vernetzung auf Einzelfallebenen verstanden. Dazu können die einzelnen Leistungserbringer bei akuten Ereignissen oder zur Abstimmung des Behandlungsplans an jeder Stelle im Behandlungsprozesses, beispielsweise telefonisch, eine Konferenz einberufen.

Unter Qualitätszirkeln wird die Vernetzung auf Systemebene zum gemeinsamen Erfahrungsaustausch verstanden. Sie dienen der Besprechung von konkreten Fällen und Organisationsthemen. Letztlich sollen sie die Vernetzung, den interdisziplinären Austausch sowie das Verständnis in der Zusammenarbeit fördern. Um die Teilnahme der Leistungserbringer zu gewährleisten, kann diese vertraglich festgelegt werden.

Abbildung 3 veranschaulicht den Behandlungspfad parenteral ernährter PatientInnen in der Versorgung durch den Case Manager/die Case ManagerIn.

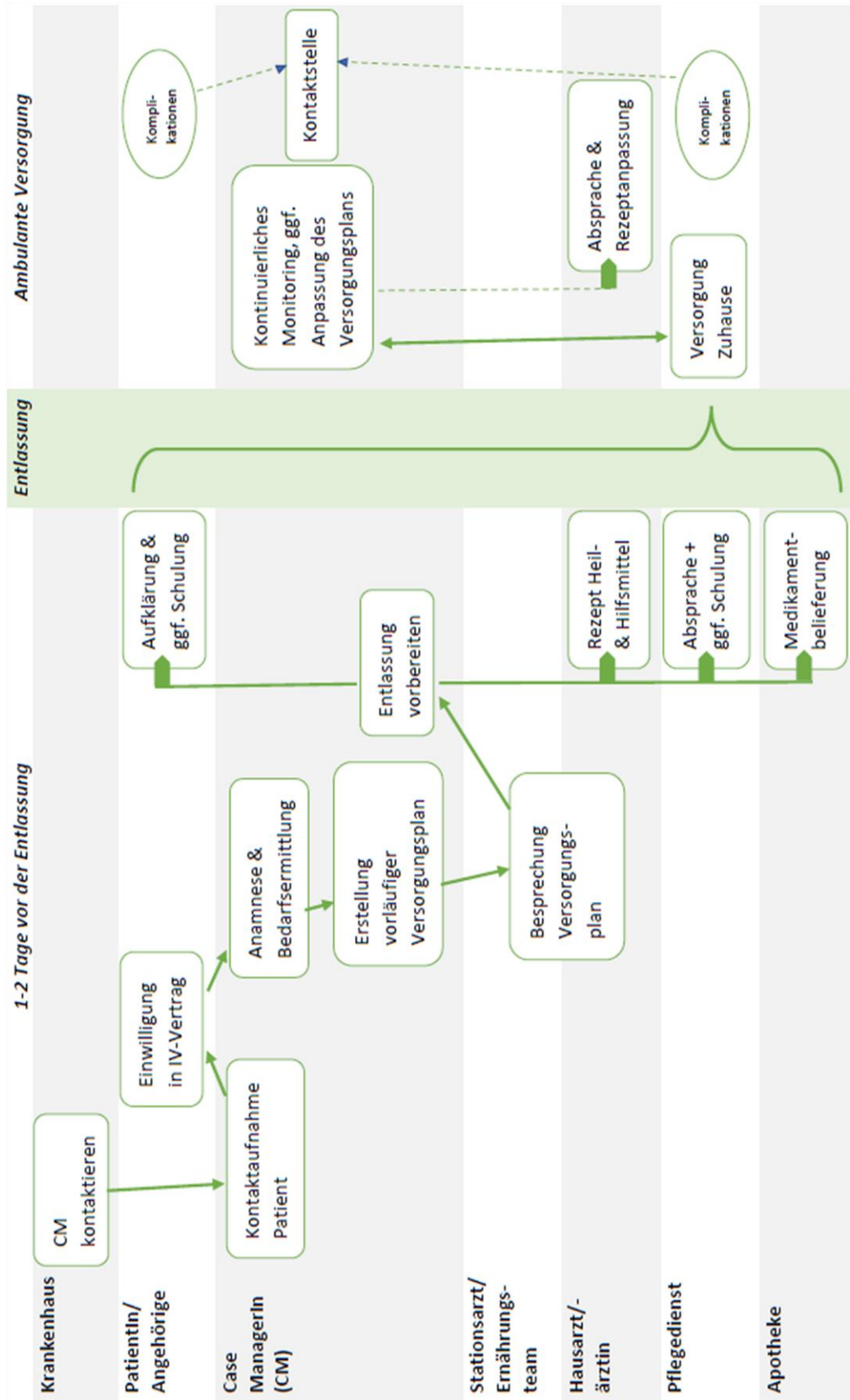


Abbildung 3: Behandlungspfad (Eigene Darstellung)

Um eine reibungslose Überleitung aus dem ambulanten in den stationären Sektor zu gewährleisten, muss die Entlassung der Patientin/des Patienten und die anschließende Versorgung im ambulanten Bereich rechtzeitig vorbereitet werden. Daher wird der/die Case ManagerIn schon etwa zwei Tage vor der Entlassung eines Patienten/einer Patientin eingeschaltet. Besonders den an der Versorgung teilnehmenden Krankenhäusern kommt hier eine wichtige Rolle zu, da sie dafür verantwortlich sind die PatientInnen in das Programm einzusteuern der Patientin/dem Patienten eine erste Information über das Projekt zu geben und ggf. den/die Case ManagerIn zu kontaktieren. In einem Erstgespräch mit dem/der Case ManagerIn wird der/die PatientIn zunächst über das Programm informiert und hat anschließend die Möglichkeit die Teilnahmeerklärung zur IV zu unterschreiben und somit in den Versorgungsvertrag einzuwilligen. Während der Behandlung ist der/die PatientIn an die am Vertrag teilnehmenden ÄrztInnen und Einrichtungen gebunden.

Für den Versicherten ergeben sich durch die Teilnahme an der Versorgung vielfältige Vorteile. Da der/die Case ManagerIn die vollständige Koordination der Behandlung übernimmt, erfolgt eine lückenlose Versorgung des Patienten/der Patientin. Die Behandlung kann individuell und bedarfsgerecht abgestimmt werden und ermöglicht den Einbezug der Angehörigen. Diagnose und Therapie können optimal aufeinander abgestimmt und die Versorgung zuhause, in der gewohnten Umgebung, durchgeführt werden. Außerdem können im Vertrag Anforderungen an Qualität und Qualitätssicherung der Leistungserbringer festgelegt und durch die Spezialisierung des Case Managers/der Case Managerin mehr Professionalität und Erfahrung in der Behandlung gewährleistet werden. Durch die Fallkonferenzen und die Qualitätszirkel können die Kompetenzen der Leistungserbringer zudem besser gebündelt und die Versorgung besser abgestimmt werden. Letztlich entstehen für den Patienten/die Patientin in der Versorgung keine zusätzlichen Kosten.

Nachdem der/die PatientIn in den Vertrag eingewilligt hat, beginnt der/die Case ManagerIn mit der Bedarfsermittlung. Dazu wird eine Ernährungsanamnese durchgeführt, es werden Patientenunterlagen gesichtet und ggf. körperliche und anthropometrische Untersuchungen durchgeführt. Ein anfängliches Assessment beim Erstkontakt mit den PatientInnen ist laut Fathi et al. (2016) essentiell. Dieses sollte kontinuierlich an den Zustand der PatientInnen angepasst werden. In dieses werden die

individuellen Bedürfnisse des Patienten/der Patientin sowie die häuslichen Verhältnisse miteinbezogen. In diesem Schritt muss sichergestellt werden, dass alle für die Versorgungsplanung notwendigen Informationen gesammelt werden, damit auf dessen Grundlage eine erste Bedarfseinschätzung erfolgen und ein vorläufiger Versorgungsplan erstellt werden kann. In dem nächsten Schritt hält der/die Case ManagerIn Rücksprache mit den an der Behandlung beteiligten ÄrztInnen und ggf. dem Ernährungsteam bzw. dem/der ErnährungswissenschaftlerIn des Krankenhauses. Die ExpertInneninterviews ergaben, dass der/die behandelnde Hausarzt/Hausärztin häufig zu spät in die weitere Versorgungsplanung einbezogen wird, weshalb sie hier schon vor der Entlassung kontaktiert werden sollen. Die behandelnden ÄrztInnen haben in diesem Schritt die Möglichkeit den Versorgungsplan zu überarbeiten und gemeinsam mit dem/der Case ManagerIn das weitere Vorgehen zu beschließen. Neben dem weiteren Ablauf und den Zuständigkeiten enthält der Versorgungsplan auch einen Therapieplan, welcher den Nährstoff, Flüssigkeits- und Elektrolytbedarf des Patienten/der Patientin, die Notwendigkeit der Zugabe von Vitaminen und Spurenelementen sowie Informationen über Tagesdosierung und die Infusionsgeschwindigkeit enthält.

Der/die Case ManagerIn organisiert im nächsten Schritt die Entlassung des Patienten/der Patientin und die Überleitung in das häusliche Umfeld. Dazu müssen die benötigten Rezepte sowie ggf. Delegationsleistungen beispielsweise für den Portnadelwechsel von dem Hausarzt/der Hausärztin ausgestellt werden. Die Medikamente werden dann in einer Apotheke bestellt, sodass sie zum Zeitpunkt der Entlassung der Patientin/des Patienten vorliegen. Außerdem nimmt der/die Case ManagerIn Kontakt zu dem weiterbehandelnden Pflegedienst auf, welcher im weiteren Verlauf für die Versorgung, das An- und Abhängen der Infusionsbeutel und je nach Bedarf des Patienten/der Patientin für die häusliche Pflege zuständig ist. Vor der Entlassung aus dem Krankenhaus schult der/die Case ManagerIn zudem Angehörige und PatientIn. Diese Schulung umfasst zum einen eine Aufklärung über die Art der Versorgung und typische Komplikationen sowie die hygienischen Grundregeln. Zum anderen erhalten PatientInnen bzw. deren Angehörige, falls gewünscht, eine Einweisung in die für die weitere Versorgung relevanten Produkte und die Handhabung der Medizintechnik, um die Versorgung selbst übernehmen zu können. Auch der Pflege-

dienst kann bei Bedarf in diesem Bereich weitere Schulungen seitens des Case Managers/der Case ManagerIn erhalten. Zum Zeitpunkt der Entlassung hat der/die Case ManagerIn also dafür zu sorgen, dass die Zuständigkeiten geklärt, alle Beteiligten angemessen geschult und die benötigten Heil-, Hilfsmittel und Ernährungslösungen vorliegen.

Bei der Erstversorgung des Patienten/der Patientin im häuslichen Umfeld ist der/die Case ManagerIn mit vor Ort, um für Fragen und Probleme zur Verfügung zu stehen. Hier hat sich aus der Studienlage ergeben, dass der/die Case ManagerIn bei psychosozialen Belastungen eine große Unterstützung ist (Scherz et al.: 2017). Auch während des weiteren Versorgungsprozesses steht der/die Case ManagerIn als kontinuierlicher Ansprechpartner für PatientIn, Angehörige, ÄrztInnen und den Pflegedienst zur Verfügung. Basierend auf der Studienlage, sollte ein/e Case ManagerIn einen Fokus auf den Kontakt mit den anderen Leistungserbringern legen. Wenn klare Rahmenbedingungen für eine Zusammenarbeit geschaffen werden und Verantwortungen und Zuständigkeiten eindeutig verteilt sind, führt dies zu mehr Effizienz und einer qualitativ hochwertigeren Behandlung (Van der Plas et al.: 2015c).

Nach einer Delegation von dem Hausarzt/der Hausärztin und entsprechenden Schulungen kann der/die Case ManagerIn auch den Portnadelwechsel übernehmen, so dass der/die PatientIn dafür im häuslichen Umfeld verbleiben kann. Der/die Case ManagerIn kontrolliert regelmäßig, ob der Ernährungsplan noch aktuell ist, ob die Nährstoffzufuhr geändert werden muss oder auf enterale oder orale Ernährung umgestellt werden kann. Dazu werden Gewicht und Ernährungsstatus erhoben und der Verbrauch kontrolliert. Der Abstand dieser Kontrollen ist ebenfalls im Versorgungsplan festzulegen. Ändert sich der Bedarf des/der PatientIn wird der Therapieplan entsprechend angepasst, ein neuer Rezeptvorschlag erstellt und mit dem Hausarzt/der Hausärztin und dem Pflegedienst besprochen. Letztlich ist der/die Case ManagerIn auch für die Dokumentation des Therapieverlaufs und die Kontrolle von Hygiene- und Qualitätsstandards zuständig. Nach dem Ausscheiden des Patienten/der Patientin aus der Versorgung führt er/sie die abschließende Evaluation des Prozesses durch und meldet die Ergebnisse an die beteiligten Leistungserbringer zurück.

Durch diese Art der Leistungskoordination entsteht ein vielfältiges Verbesserungspotential in der Versorgung parenteral ernährter PatientInnen. Zunächst kann eine

zeitnahe Überleitung des Patienten/der Patientin in den ambulanten Bereich stattfinden, wodurch unnötige Krankenhausaufenthalte und stationäre Kosten vermieden werden (Gorin et al.: 2017, Van der Plas et al. 2015b). Aktuell bestehende Versorgungslücken an den Schnittstellen der Sektoren werden durch die gezielte Koordination und Planung geschlossen. Die Versorgung kann bedarfsgerecht an den Patienten/die Patientin angepasst werden und im gewohnten häuslichen Umfeld stattfinden, was zu einer verbesserten Lebensqualität beitragen kann (Scherz et al.: 2017). Durch regelmäßige Kontrollen kann ein angemessener Versorgungsumfang gewährleistet werden. Komplikationen und Probleme können rechtzeitig erkannt werden, wodurch schwere gesundheitliche Folgen und Wiedereinweisungen in das Krankenhaus vermieden werden können. Durch die fortlaufende Dokumentation und Anpassung der Versorgung entsteht ein transparenter Prozess für alle Beteiligten.

5.5 Wirkmechanismus

Madlen von Fintel

Die Abbildung 4 zeigt das Wirkmodell der Intervention, das beruhend auf den Ergebnissen der Recherche, den Interviews und der Evidenzbetrachtung erstellt wurde. Ausgehend vom Versorgungsproblem wird erst die Intervention formuliert. Anschließend stellt das Modell dar, mit welchen Leistungen (Output) welche Wirkung (Outcome) erreicht werden sollen. Zuletzt wird durch die ausformulierten Ziele der langfristige Impact beschrieben. Besonders wichtig in diesem Modell sind die Kontextfaktoren, die als Pfeile eingezeichnet sind. Diese haben einen Einfluss auf den Erfolg der Umsetzung und sollten in der Planung berücksichtigt werden. Um Versorgungsproblemen wie Ineffizienz oder eine Schnittstellenproblematik zu begegnen, wurde das Case Management als Intervention gewählt. Die Umsetzung besteht aus zwei wesentlichen Teilen: Dem Abschluss eines IV-Vertrags mit einer Management Gesellschaft sowie dem Netzwerkausbau der Leistungserbringer in der Region.

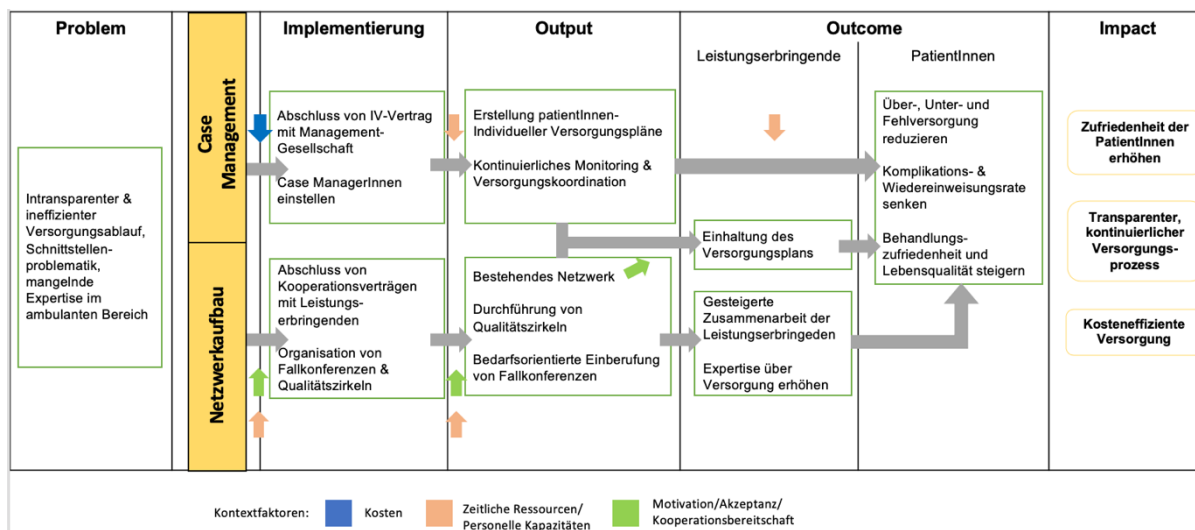


Abbildung 4: Wirkmodell der Intervention (Eigene Darstellung)

Die Implementierung des Case Managements sowie die Einstellung von Case ManagerInnen durch den Abschluss eines Vertrags nach §140 SGB V ist für die zahlende Kasse zunächst mit zusätzlichen Kosten verbunden, da finanzielle Einsparungen erst im Verlauf der Intervention zu erwarten sind. Anschließend ist der Output eine spezialisierte Stelle, deren Einstellung personelle Kapazitäten voraussetzt, da die Case ManagerInnen gefunden, gegebenenfalls geschult und bezahlt werden müssen. Die Aufgaben der Case ManagerInnen umfassen unter anderem die Erstellung der Versorgungspläne, PatientInnen und Angehörige zu schulen sowie die Versorgung und den Prozess zu überschauen und zu dokumentieren.

Die zweite Komponente ist der Aufbau eines Netzwerkes, das die Akzeptanz des Projekts und Kooperationsbereitschaft der Leistungserbringer erfordert. Zusätzlich entstehen der Management Gesellschaft dabei Kosten bei Kooperationsverträgen und für die Ausrichtung der Fallkonferenzen und Qualitätszirkel. Mit ausreichender Motivation aller Beteiligten und unter Einsatz von zeitlichen und personellen Ressourcen ist eine gesteigerte themen- und fallbezogene Zusammenarbeit und eine erhöhte Expertise bei allen Leistungserbringern durch einen Informationsaustausch das Outcome. Auf der Seite der PatientInnen zeigt sich durch beide Kernelemente der Intervention eine Reduktion der Fehl-, Über- und Unterversorgung, eine Senkung der Komplikations- und Wiedereinweisungsrate ins Krankenhaus sowie eine gesteigerte Zufriedenheit in Bezug auf die Lebensqualität und Behandlung. Insgesamt

zeigt sich, dass durch die Intervention die Versorgungspläne und Aufgaben eingehalten werden und die gesteigerte Zusammenarbeit und Kommunikation zu einem qualitativ hochwertigen Prozess beiträgt. Somit ergibt sich das Erreichen der Ziele aus dem Zusammenspiel beider Interventionsstränge. Die verbesserte Versorgungsqualität ist dabei übergeordnet und bedingt eine erhöhte Lebensqualität sowie die verringerte Komplikationsrate. Selteneres Auftreten von Komplikationen und das Vermeiden von Über-, Unter- oder Fehlversorgung haben Kosteneffizienz zur Folge.

5.6 Stakeholder-Bewertungs-Matrix

Sinah Evers

Im folgenden Unterkapitel wird die zuvor vorgestellte Intervention zu parenteraler Ernährung in Bremen und Bremerhaven einer Stakeholderanalyse unterzogen. Dafür wird zunächst besprochen, welche Vorteile eine interventionsspezifische Stakeholderanalyse hat und wie von der Erstellung einer Stakeholder-Bewertungs-Matrix während der Projektplanung langfristig profitiert werden kann. Anschließend wird die Intervention dieser Analyse unterzogen und es wird detailliert besprochen, welche Einstellung zum Projekt und welche Einflussmöglichkeiten auf dieses von den Personengruppen zu erwarten ist.

Bei der Stakeholder-Bewertungs-Matrix handelt es sich um ein Management Tool, das genutzt wird, um zu Beginn eines Projekts einen besseren Überblick darüber zu geben, welche Personengruppen in der Planung und Durchführung zu berücksichtigen sind. Sie hilft, das Gesamtbild besser zu verstehen und gibt einen strukturierten Überblick über die betroffenen Interessengruppen (Anderl: 2008). Das Ziel dieser Methode ist nicht, mit dem Projekt stets alle internen und externen Interessen zu befriedigen. Stattdessen wird eine Einschätzung über die bestehende Situation vorgenommen sowie ein Überblick über Interessen und Werte einzelner Gruppen geschaffen. Basierend auf diesen Informationen wird eine Verhaltens- und Kommunikationsplanung in Bezug auf die verschiedenen Gruppen erstellt. Des Weiteren können Stakeholder mit hohem Konfliktpotential und viel Einfluss früh erkannt und in der Risikoanalyse bedacht sowie UnterstützerInnen ausgemacht und einbezogen werden (Projektmanagement Manufaktur: o. J.).

Der Vorteil einer interventionsspezifischen Stakeholderanalyse, im Vergleich zu einer grundsätzlichen Betrachtung von Stakeholderinteressen, ist dementsprechend ihr konkreter Nutzen für die Planung und Umsetzung. Beispielsweise in der Risikoanalyse oder Evaluation des Projekts.

Abbildung 5 zeigt eine Grafik von Miano (2017 zit. nach Mendelow: 1991), in der die verschiedenen Stakeholder je nach Einfluss und Interesse eingeordnet werden. Entsprechend dieser beiden Kriterien schreibt er ihnen unterschiedlich viel Potential zu Einfluss auf ein Projekt zu nehmen. Bei Stakeholdern mit geringem Einfluss und wenig Interesse erwartet er beispielsweise nur eine mögliche Einflussnahme von zehn Prozent.

Stakeholders Power/influence ↑	High power & low interest (30%)	High power & high interest (40%)
	Lowpower & low interest (10%)	Lowpower high interest (20%)
	Interest of stakeholders →	

Abbildung 5: Stakeholder's power interest Matrix (Miano: 2017, S.3)

Abhängig von der Verortung von Stakeholdern in der Matrix wird eine entsprechende Strategie zum Umgang mit diesen empfohlen. Stakeholder, die dem Projekt negativ gegenüberstehen und einen geringen Einfluss auf dieses haben, erhalten den geringsten Anteil an Arbeitsaufwand. Mendelow (1991) empfiehlt diese lediglich zu beobachten. Unterstützende Stakeholder mit wenig Einfluss sollen laut der Projektmanagement Manufaktur informiert und gegebenenfalls in geringem Maße in die Projektplanung einbezogen werden. Qualitativ hochwertige Hinweise und Anmerkungen können beispielsweise genutzt werden. Da die beiden Gruppen mit geringem Einfluss nur ein minimales Risiko für die erfolgreiche Umsetzung des Projekts darstellen, kommt ihnen in der Kommunikationsplanung vor Beginn des Projekts am wenigsten Aufmerksamkeit zu (Mendelow: 1991; Projektmanagement Manufaktur:o.J.).

Die einflussreichen Stakeholder, die dem Projekt negativ gegenüberstehen, beziehungsweise zu denen hohes Konfliktpotential besteht, gilt es so weit zufriedenzustellen, dass sie die Umsetzung nicht gefährden. Das bedeutet nicht, eigene Ziele und Interessen zu komprimieren, sich jedoch des Risikos bewusst zu sein, das von dieser Gruppe ausgeht. Die Stakeholder, die sowohl großen Einfluss als auch ein großes positives Interesse am Projekt haben, werden am engsten einbezogen. Auf dieser

Gruppe liegt der Fokus: Es besteht regelmäßiger Kontakt und es werden Absprachen gehalten sowie gemeinsame Entscheidungen getroffen (Mendelow: 1991; Projektmanagement Manufaktur: o.J.).

Bei dieser Herangehensweise spielen Interessen mit geringem Einfluss nur eine untergeordnete Rolle, da es um die konkrete Implementierung des Projekts geht. Es ist möglich, dass gewisse Interessen zwar einen geringen Einfluss haben, jedoch aus ethischer Sicht unbedingt zu berücksichtigen sind. Diese gehören hauptsächlich in die vorangegangene Phase der konkret inhaltlichen Interventionsplanung. Zudem sollte ein Bewusstsein dafür vorhanden sein, dass die Zusammenhänge im Folgenden stark vereinfacht werden primär der eigenen Reflexion dienen.

5.7 Interventionsspezifische Stakeholderanalyse

Von den verschiedenen Stakeholdern wird eine unterschiedliche Einstellung zur Intervention erwartet, die mit ihren jeweiligen beruflichen und persönlichen Interessen zusammenhängt. Ihre Einstellung befindet sich in der Stakeholder-Bewertungs-Matrix auf der x-Achse und geht von positiv über neutral zu negativ.

Auf der y-Achse ist der Einfluss auf die Intervention verortet, der sich nicht nur zwischen den Stakeholdergruppen, sondern auch in Bezug auf verschiedene Zeitpunkte beziehungsweise Bereiche der Implementierung bezieht. Es lassen sich dabei drei besonders wichtige Bereiche ausmachen: IV-Vertrag, Kollaboration der Leistungserbringer und Patientenakquise. Daher gibt es drei Stakeholder-Bewertungs-Matrizen. Die Position der Stakeholder auf der x-Achse ist dabei bei allen gleich, weil sich die Interessen nicht ändern. Auf der y-Achse ist es jeweils auf den Einfluss in diesem Bereich angepasst. Die einzelnen Buchstaben fassen ähnlich verortete Interessengruppen zusammen.

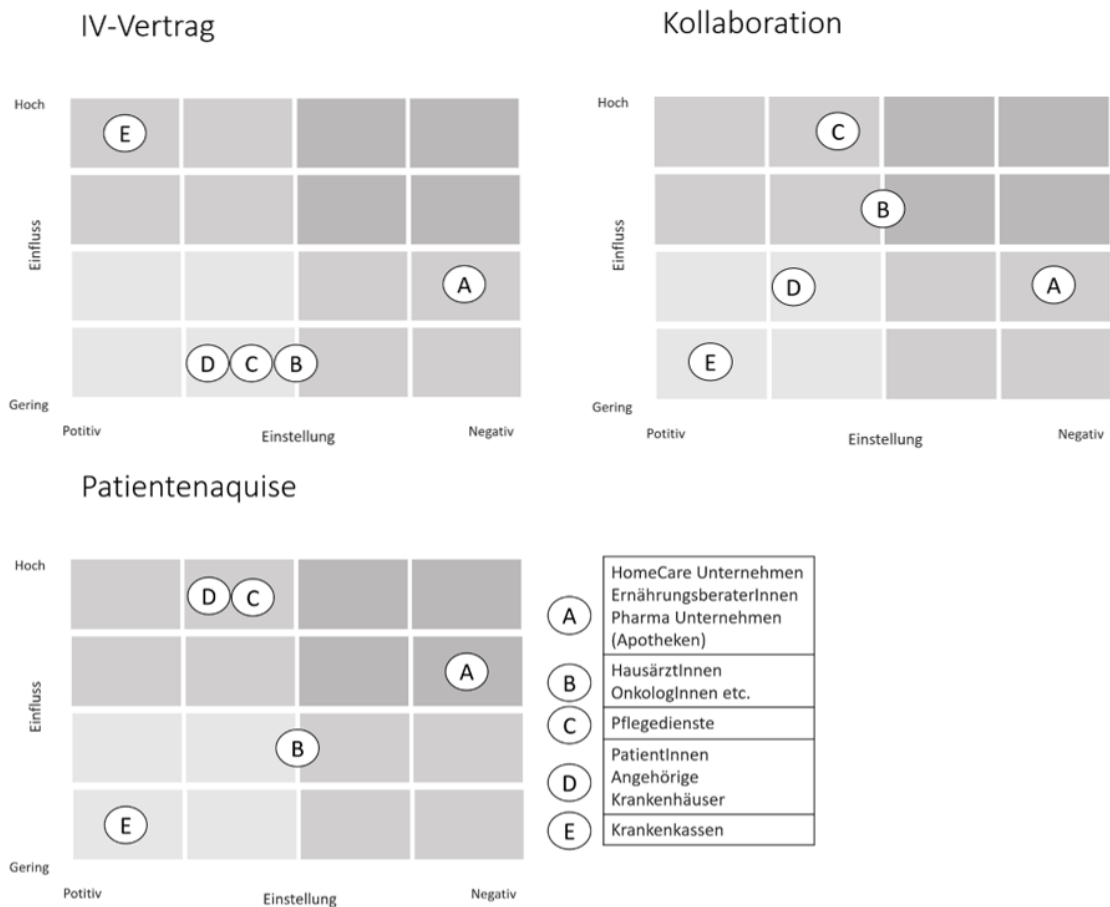


Abbildung 6: Stakeholder-Bewertungs-Matrizen (Eigene Darstellung)

Das Case Management bzw. die Management Gesellschaft selbst ist in den Matrizen nicht aufgeführt, da ihre Mitarbeit in jeder Phase und in allen Bereichen wichtig ist. Sie verhandeln die Verträge der integrierten Versorgung, akquirieren PatientInnen und koordinieren die Kollaboration. Eine Management Gesellschaft hat als gewinnorientiertes Unternehmen finanzielle Anreize, die über einen IV-Vertrag beeinflusst werden können. Die Anreizstruktur sollte dabei auf das Wohl der PatientInnen ausgelegt sein.

Bevor die Matrizen besprochen werden, werden sie in der folgenden Abbildung 7 zusammengefasst. Da der Fokus auf den Segmenten liegt, in denen der Einfluss der jeweiligen Stakeholder hoch ist, werden die anderen für eine bessere Übersichtlichkeit ausgegraut.

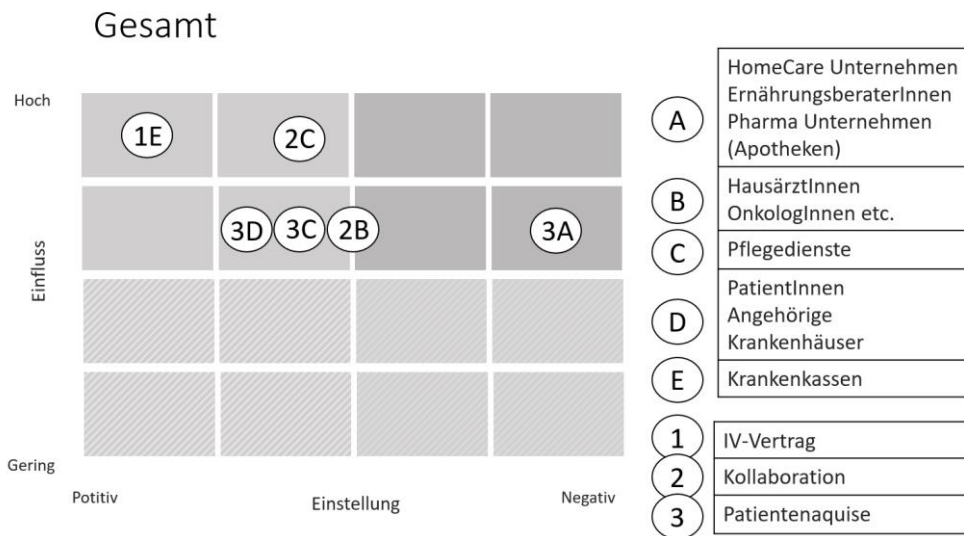


Abbildung 7: Zusammengefasste Stakeholder-Bewertungs-Matrix (Eigene Darstellung)

Dabei entspricht „1“ IV-Vertrag, „2“ Kollaboration und „3“ Patientenakquise. Die Stakeholder werden im Folgenden nacheinander besprochen, jeweils erst bezüglich ihres Konfliktpotentials und anschließend bezogen auf ihren Einfluss im jeweiligen Bereich.

Der Buchstabe A fasst die Parteien zusammen, deren berufsbedingtes Interesse mit den Zielen der Intervention in Kontrast stehen können. Home Care Unternehmen, eigenständige ErnährungsberaterInnen und Hersteller von pharmazeutischen Heil- und Hilfsmitteln finanzieren sich über den Verkauf von Medizinprodukten (siehe Kapitel 2 Sachstand). Eine koordinierende und betreuende Instanz, wie in der Intervention geplant, würde genau die Tätigkeiten übernehmen, die momentan von A durchgeführt werden. Dementsprechend wäre ein Case Management eine konkrete Konkurrenz in diesem Tätigkeitsbereich. Zudem ist das dritte Projektziel, die Reduktion der finanziellen Ausgaben (siehe Kapitel 5.1 Interventionsziele), für die Gruppe A gleichbedeutend mit verringerten Einnahmen.

In der Gruppe A sind Unternehmen vertreten, die einflussreich und finanzstark sind. Produzierende Medizintechnikunternehmen in Deutschland hatten laut dem vdek im Jahr 2016 einen Gesamtumsatz von 29,2 Milliarden Euro (vdek: o. J.). Sie stellen eine nicht unbedeutende Instanz im Gesundheitswesen dar und haben ein nachhaltiges Interesse an der Vermarktung ihrer Produkte, da es um finanzielle Einnahmen

geht. Dennoch haben sie auf die Implementierung und erfolgreiche Kollaboration der Leistungserbringer nur einen geringen Einfluss. Eine größere Bedeutung könnten sie auf die Patientenakquise haben. Denn die Gruppe A hat bereits etablierte Kommunikationspfade, auf denen sie Krankenhäuser, PatientInnen oder Angehörige kontaktiert bzw. von diesen kontaktiert wird. Existierende Verträge und Abkommen könnten die Kontaktaufnahme des Case Managers/der Case Managerin deutlich erschweren sowie Verwechslungsgefahr entstehen lassen. Ein denkbare Mittel dem Projekt gegenzusteuern wäre außerdem eine gerichtliche Klage. Mit dieser könnte ein Herstellerunternehmen Schadensersatz fordern und dies mit einer Benachteiligung oder Wettbewerbsverzerrung durch das Case Management begründen.

Auch Apotheken gehören teilweise zu dieser Gruppe. Die wenigen Apotheken in Deutschland, die Ernährungslösungen, Pumpen und weiteres Material für den ambulanten Sektor liefern, arbeiten eng mit HCUs und Pharmafirmen zusammen. Dennoch ist es auch für den Case Manager/die Case Managerin wichtig, mit Apotheken zusammen zu arbeiten. Viele Apotheken gehen zwar davon aus, dass sie HPE nicht betreuen können oder dürfen (siehe Kapitel 4.3 Problemdefinition), sie sind jedoch gesetzlich dazu verpflichtet, bei Rezeptabgabe die benötigten Produkte zur Verfügung zu stellen (siehe Kapitel 2.2. Rechtliche Rahmenbedingungen). Daher können sie kaum negativen Einfluss auf ihren Teil der Versorgungskette und somit die Intervention nehmen.

Unter B fallen therapieverantwortliche ÄrztInnen wie HausärztInnen, OnkologInnen oder PalliativmedizinerInnen, die momentan von A oder einem Pflegedienst mit der restlichen Versorgung koordiniert werden. Das heißt häufig, dass Rezepte unterschrieben und gegebenenfalls Aufgaben delegiert werden, jedoch die behandelnde Ärztin, bzw. der behandelnde Arzt, selbst wenig mit der Versorgung zu tun hat (siehe Kapitel 4.3 Problemdefinition). Für die Intervention wäre eine Zusammenarbeit mit der Gruppe B jedoch sehr wichtig. Mit diesen soll beispielsweise nach dem anfänglichen Assessment des Case Managers/der Case Managerin Rücksprache zum Versorgungsplan gehalten werden, um sich patientenzentriert abzustimmen. Vorteilhaft wäre für HausärztInnen daher auf lange Sicht, dass sie die Sicherheit hätten, dass PatientInnen optimal, leitliniengerecht und nach festgelegtem Qualitätsstandard versorgt werden. Da der Arzt/die Ärztin die Therapieverantwortung und Entscheidungshoheit hat, liegt die Sicherstellung in seinem/ihrem Interesse. Jedoch bedeutet dies

wahrscheinlich einen höheren Arbeitsaufwand im Vergleich zur vorherigen Versorgung. Sie sind in der Matrix als neutral verortet, da davon ausgegangen wird, dass sich ihre Kenntnisse und Einstellungen gegenüber HCU, Case Management und HPE so stark unterscheiden, dass es auf die individuellen Erfahrungen und ihre Prioritätensetzung ankommt, ob sie gewillt sind mehr Zeit zu investieren.

Da das Case Management die therapieverantwortlichen ÄrztInnen erst nach bereits geschehener Kontaktaufnahme zu der Patientin/dem Patienten und absolviertem anfänglichem Assessment kontaktiert, können diese kaum Einfluss auf die Implementierung der Intervention nehmen. Jedoch liegt ihr Einfluss im Bereich 2, also in der Kooperationsbereitschaft. PatientInnen können von dem Austausch ihrer Versorger untereinander profitieren, dafür müssen diese jedoch motiviert sein und Zeit investieren.

Die Einstellung des Pflegediensts hängt stark von der genauen Ausgestaltung der Intervention ab. Da die Versorgung von heimparenteral ernährten PatientInnen in der Regelversorgung für Pflegedienste mit sehr hoher Verantwortung, besonderen Qualifikationen, erheblichem Zeitaufwand und geringer Vergütung verknüpft ist, besteht nur ein geringer Anreiz sich diesen PatientInnen anzunehmen (siehe Kapitel 4.3 Problemdefinition).

Die Pflegedienste haben einen hohen Einfluss auf gleich zwei Bereiche. Zum einen sind sie dem Patienten/der Patientin am nächsten und essentiell für eine gelungene Kollaboration. Zum anderen haben sie Einfluss auf die Patientenakquise, weil Pflegedienste ein fehlendes Teilstück der momentanen Versorgung heimparenteraler PatientInnen darstellen. Das bedeutet im momentanen Versorgungspfad, dass regelmäßig PatientInnen, die eigentlich entlassen werden könnten, vorerst in der stationären Versorgung bleiben müssen, weil sie keinen Pflegedienst finden. So könnte die langfristige und enge Zusammenarbeit eines Case Managements mit Pflegediensten einen Vorteil in der Patientenakquise gegenüber dem HCU bedeuten.

Auch PatientInnen, Angehörige und Krankenhäuser befinden sich mit der Gruppe D in einem Bereich, in dem man mit den Stakeholdern eng zusammenarbeiten sollte. Sie alle profitieren von reibungslosen Abläufen und einer guten Versorgung. Dem-

entsprechend sollten sie einem Case Management grundsätzlich positiv gegenüberstehen. Dafür müssten sie jedoch über das Projekt informiert und von seinen Vorteilen überzeugt sein.

Ihr Einfluss ist hoch, vor allem in der Patientenakquise, jedoch auch in der Zusammenarbeit. Krankenhäuser spielen eine Rolle dabei, Kontakt zu PatientInnen herzustellen, deren parenterale Ernährung nach der Entlassung zu Hause fortgeführt werden soll. PatientInnen müssen grundsätzlich zustimmen, damit koordinierende und unterstützende Leistungen ausgeführt werden dürfen.

Die Krankenkassen, die die Kategorie E bilden, sind von der momentanen Versorgungssituation doppelt negativ betroffen. Sie haben zum einen eine nicht adäquate Versorgung ihrer Versicherten und zum anderen Mehrkosten durch sowohl übermäßige Ausreizung des Bedarfs und unnötig lange sowie nicht notwendige Krankenhausaufenthalte der PatientInnen. Daher kann von einem Interesse an einer Verbesserung der Situation ausgegangen werden.

Zudem haben die Krankenkassen die Möglichkeit, Selektivverträge zu initiieren und so durch integrierte Versorgung oder Modellprojekte konkret und gezielt gegen Probleme in der Versorgung vorzugehen. Eine Krankenkasse wäre also maßgeblich wichtig für ein Projekt, das auf Versorgungsverträgen nach §§140 a-d des SGB V beruht.

5.8 Verhaltens- und Kommunikationsstrategie

Die Strategie für das Feld, in dem sich Gruppe A befindet, wird von Mendelow als „Keep Satisfied“ (Martirosyan: 2014 zit. nach Mendelow: 1991) bezeichnet. Es sollte beispielsweise schon im IV-Vertrag festgehalten werden, dass keine Herstellerunternehmen bevorzugt oder benachteiligt werden. Das ist zudem wichtig, um der Möglichkeit einer gerichtlichen Klage vorzubeugen und um einen bestmöglichen Wettbewerb zu garantieren.

Wenn der Case Manager/die Case Managerin ein Krankenhaus oder einen Onkologen/eine Onkologin kontaktiert, um auf das Projekt aufmerksam zu machen und eine Zusammenarbeit zu beginnen, muss dies vorausschauend passieren. Das bedeutet,

zuerst sollte er/sie sich, wenn möglich, zu bereits bestehenden Verträgen oder Absprachen informieren. Es sollten deutlich die Unterschiede des eigenen Projekts im Vergleich zu einem HCU beschrieben werden, ohne diese zu diskreditieren.

Therapieverantwortliche ÄrztInnen (Gruppe B) hätten direkten Kontakt zum Case Management in Bezug auf konkrete PatientInnen und müssten darüber im Vorhinein nicht kontaktiert oder informiert werden. Jedoch sollte die erste Kontaktaufnahme bezüglich eines Patienten/einer Patientin professionell und zielgerichtet sein, um ÄrztInnen von der Qualität der Intervention zu überzeugen und davon, dass sie ihre knappe Zeit sinnvoll investieren. Durch ein einheitliches Protokoll des anfänglichen Assessments und einen Abschnitt mit konkreten Informationen, Fragen und Absprachen, die den betreuenden Arzt/die betreuende Ärztin betreffen, kann der erste Kontakt effizient gestaltet werden. Neben dem zielgerichteten Informationsaustausch können anschaulich aufbereitete Informationen zum Projekt, mit beispielsweise Leistungsspektrum und Kontaktdetails, dabei helfen Kooperationen zu schließen und so Netzwerke aufzubauen.

Die Personengruppen C, D und E befinden sich nach Mendelows Matrix im „Key Players“ Bereich (Martirosyan: 2014 zit. nach Mendelow: 1991), auf den die Strategie „manage closely“ angewendet wird. Das bedeutet engste Zusammenarbeit, Absprachen und gemeinsame Entscheidungsfindung.

Um einen Grundstein für eine gelungene Zusammenarbeit zu legen wäre bei diesen Gruppen anschauliches Informationsmaterial hilfreich, welches das Projekt kurz zusammengefasst und ansprechend präsentiert. Es könnte eine Informationsbroschüre für Leistungserbringer erstellt werden, in der das Projekt transparent dargestellt wird und sowohl stationäre als auch ambulante Leistungserbringer Berücksichtigung finden. Eine weitere Broschüre könnte für PatientInnen und Angehörige erstellt werden, die ihnen einfach und verständlich das Angebot, ihre Rechte, den Ablauf, Kontaktdetails und weitere relevante Angaben zusammenfasst. Diese kann auch wertvolle Informationen für und einen Absatz zu Apotheken enthalten.

Bezüglich der Pflegedienste (Gruppe B) ist es wichtig, den Vertrag der integrierten Versorgung so zu konkretisieren, dass sie sich dieser herausfordernden Patientengruppe annehmen. Es muss eine Anreizstruktur geschaffen werden, die sich deutlich von der Regelversorgung abhebt und stattdessen am Patientenwohl orientiert ist.

Zum einen bedeutet das eine höhere Bezahlung, die widerspiegelt, dass die Versorgung dieser Patienten viel Zeit, Verantwortung und gewisse Qualifikationen erfordert. Zum anderen müssen sich Pflegedienste in der Lage fühlen, diese PatientInnen versorgen zu können. Beispielsweise durch vergütete Schulungen zu betreffenden Themenfeldern. So kann sichergestellt werden, dass PatientInnen nach Hause entlassen werden können und dort eine qualitativ hochwertige Versorgung stattfindet.

In Bezug auf Krankenhäuser ist es wichtig, dass ein guter Kontakt zur jeweiligen Stelle aufgebaut wird, die für die Entlassung von PatientInnen in eine HPE verantwortlich ist, in der Regel im Entlassungsmanagement oder Sozialdienst. Diese gilt es, ähnlich wie bei den ambulanten ÄrztInnen, mit dem Projekt bekannt zu machen und die Vorteile gegenüber der herkömmlichen Versorgung zu erläutern. Es kann individuell geprüft werden, ob man mit Krankenhäusern Kooperationsverträge abschließen möchte, die zum Beispiel finanzielle Anreize zur Vermittlung von PatientInnen setzen, oder ob es stationären Einrichtungen als Anreiz reicht, dass sie ihre PatientInnen kompetent versorgt wissen und diese nicht länger als nötig im Krankenhaus bleiben.

PatientInnen und Angehörige müssen transparent über das Case Management informiert werden, gegebenenfalls mit der Darstellung von Parallelen und Unterschieden zu anderen Angeboten wie beispielsweise von einem HCU. Dies sollte bei der ersten Kontaktaufnahme geschehen, bei der die PatientInnen dem Case Management zustimmen können.

Verträge der integrierten Versorgung können mit einer oder mehreren Krankenkassen abgeschlossen werden. Es wäre sinnvoll, nach der erfolgreichen Implementierung bei einer Kasse auf weitere Kassen zuzugehen und diese vom Projekt zu überzeugen. Dadurch vereinfacht sich die Zusammenarbeit aller Stakeholder, da eine größere Anzahl von PatientInnen zu potentiellen Teilnehmerinnen/Teilnehmern wird.

Gegenüber allen Stakeholdern sollte eine Kontaktaufnahme- und Kommunikationsstrategie ausgearbeitet werden, die sich auf die Vorteile des Projekts konzentriert. Diese kann zur Orientierung dienen und sollte mit wachsenden Erfahrungen im Bereich überarbeitet werden.

5.9 Projektplan

Julia Sladeczek

Im dritten Semester wurde der Fokus auf die Evaluation gelegt. Es wurde ein Evaluationskonzept entwickelt, mit dem, nach der Implementierung der Intervention, geprüft werden kann, ob und in welchem Maße die Interventionsziele erreicht wurden und die intendierte Wirkung eintritt. Innerhalb des Forschungsprojekts wurde die Evaluationsidee schrittweise ausgereift und durch Input seitens der Lehrenden und Vorstellung im Rahmen der Seminareinheit konstruktiv kritisiert und ausgefeilt. Auch seitens der AOK Bremen/Bremerhavens kamen Anmerkungen, die in die definitive Evaluationsplanung mit einfließen. Bis Ende Dezember wurde diese konkretisiert. Der Januar wurde für die Vorbereitungen des Abschluss Symposiums genutzt. Dieses fand am 31.02.2020 statt und diente der finalen Vorstellung unserer Projekte vor den teilnehmenden Kooperationspartnern, der Lehrenden und Studierenden. Zum anderen wurde die Intervention innerhalb des dritten Semesters auch aus ökonomischer Sicht betrachtet. Hierfür bekamen die Studierenden Input seitens der Lehrenden und es konnte mit einer ersten groben Gestaltung Anfang Januar begonnen werden. Der Entwurf wurde bis Mitte Februar ausgefeilt und die Ergebnisse sind in einem anderen Bericht aufgeführt, welcher in einer kurzen Fassung auch in diesem zu finden ist. Ein detaillierter Zeitplan mit den wichtigen Meilensteinen, Aufgaben und Terminen befindet sich im Anhang 5.

6. Evidenz der Intervention

Anna Reisinger

Um die gewählten Komponenten der Intervention mit wissenschaftlicher Evidenz zu belegen und den aktuellen Forschungsstand in die Entwicklung des Konzepts zu integrieren wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Im Folgenden sollen zunächst die Fragestellung und die angewandte Recherchestrategie beschrieben werden. Im Anschluss daran werden die eingeschlossenen Studien kurz vorgestellt und im Hinblick auf ihre Qualität und ihre Übertragbarkeit auf die vorlie-

gende Intervention beurteilt. Ziel ist es Schlussfolgerungen für die einzelnen Komponenten der Intervention aus den einzelnen Studien abzuleiten und ein zusammenfassendes Fazit für die Evidenz der Intervention zu ziehen

6.1 Fragestellung und Recherchestrategie

Die systematische Literaturrecherche dient primär der Beantwortung der Frage, ob Case Management die Versorgung von ambulant parenteral ernährten PatientInnen verbessert. Da HPE eine spezielle Versorgungsform ist, die nicht viele Personen betrifft, gibt es zu genau dieser Frage keine ausgeprägte Studienlage. Daher wurde die Zielgruppe von parenteral ernährten PatientInnen auf geriatrische, palliative und hochkomplexe Fälle ausgeweitet, da sich diese in ihren Versorgungsbedarfen sehr ähnlich sind und es häufig Schnittmengen in den PatientInnengruppen gibt (z.B. palliativ betreute parenteral ernährte PatientInnen).

Weiterhin wurde die Fragestellung in folgende Teilfragen untergliedert und die Suche auf Studien begrenzt, die sich mit diesen Aspekten beschäftigen:

- Welchen Einfluss hat Case Management auf die Gesundheit (z.B. Senkung von Komplikationsraten), die Lebensqualität und die Versorgungskosten unserer Zielgruppe?
- Wie muss das Case Management aufgebaut sein (z.B. relevante Komponenten, Ablauf), um die Versorgung unserer Zielgruppe zu verbessern? Welche Qualifikationen muss der/die Case ManagerIn haben?
- Wie kann die Zusammenarbeit der beteiligten Akteure gestärkt werden?
- Welche Besonderheiten sind in der Versorgung parenteral ernährter PatientInnen zu beachten?

Eingeschlossene Studien mussten mehrere Kriterien erfüllen. Dazu gehört die Verwendung von Case Management oder einer ähnlichen Versorgungsform im häuslichen Umfeld bei einem komplexen Krankheitsbild wie beispielsweise Krebs oder bei einer Palliativversorgung. Außerdem wurden nur Studien eingeschlossen, die ab 2009 in englischer oder deutscher Sprache erschienen sind. Ausgeschlossen wurden Studien die als Zielgruppe Kinder oder Menschen mit psychischen Erkrankungen oder lediglich die Versorgung im Krankenhaus oder im Pflegeheim betrachten.

Zudem wurden jene Studien ausgeschlossen, die ein zu stark vom deutschen abweichendes Versorgungssystem, rein technische Interventionen oder ausschließlich das Versorgungsproblem oder die medizinischen Aspekte untersuchen. Basierend auf diesen Anforderungen wurde ein Suchstring konstruiert, mit dem in den Datenbanken PubMed, Cinahl und Cochrane 803 Studien ausfindig gemacht werden konnten. Diese wurden anschließend anhand der Ein- und Ausschlusskriterien auf ihre Relevanz für unsere Fragestellung geprüft.

Die Studienselektion erfolgte durch zwei Personen, die unabhängig voneinander zunächst Titel und Abstracts screenen und letztlich die Volltexte lasen. Nach jedem Schritt wurden die Ergebnisse verglichen und diskutiert und bei Uneinigkeit eine dritte Person in den Auswahlprozess miteinbezogen. Die einzelnen Schritte des Prozesses sind in dem Flowchart in Abbildung 8 dargestellt.

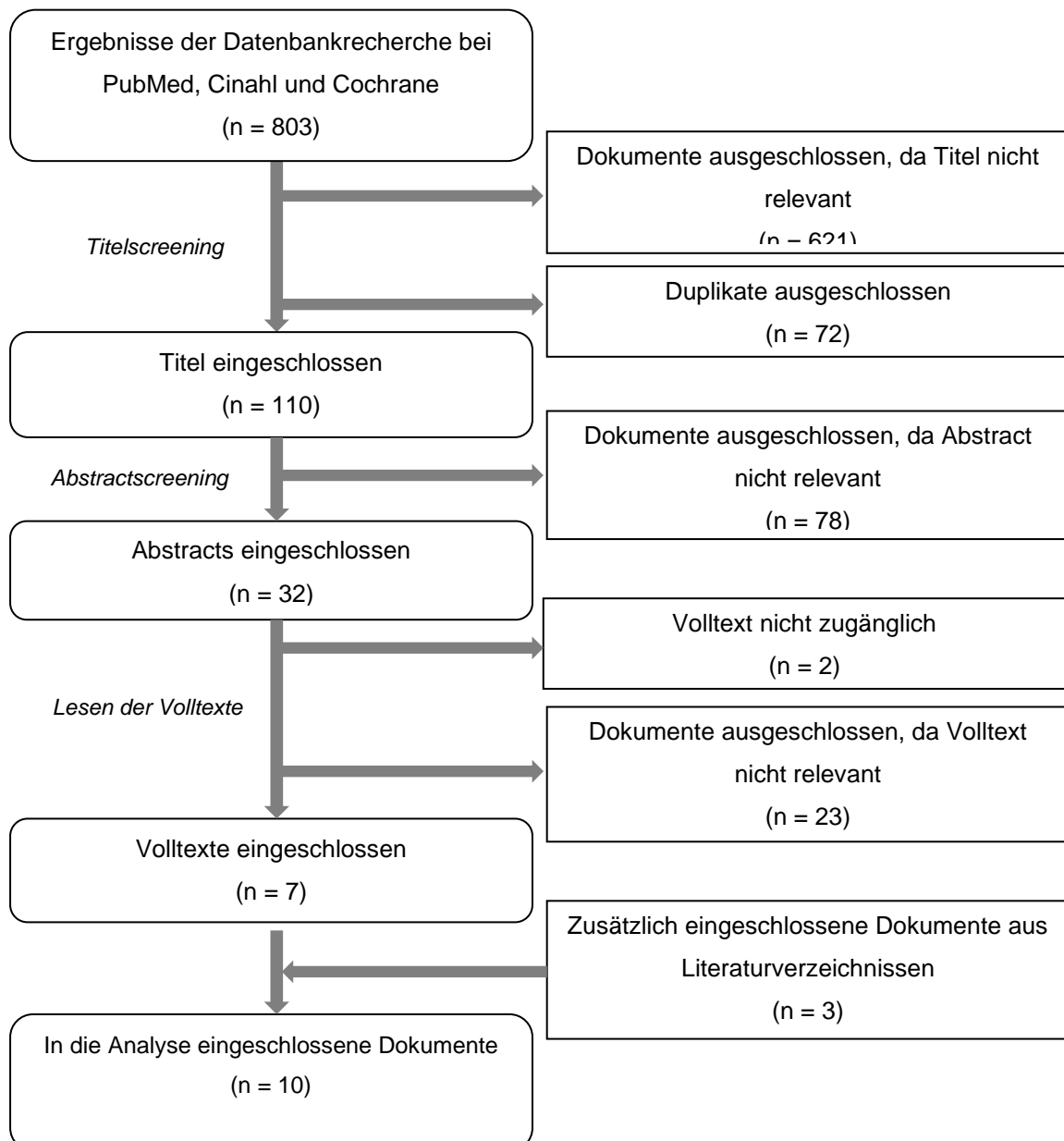


Abbildung 8: Flowchart für den Selektionsprozess der Evidenzrecherche (Eigene Darstellung)

6.2 Ergebnisse

Sarah Plank

Wie in Kapitel 6.1 beschrieben ist die Versorgung mit HPE eine sehr seltene Versorgungsform. Daher gibt es kaum Studien, die das Thema Case Management bei HPE-PatientInnen behandeln. Die eingeschlossenen Studien betrachten daher eine breitere Zielgruppe und schließen beispielsweise auch geriatrische oder palliativ versorgte PatientInnen mit ein. So können unterschiedliche Aspekte in der ambulanten Versorgung komplexer Fälle genauer betrachtet werden. Alle eingeschlossenen Publikationen mussten daher mindestens eine der zuvor gestellten Fragen an die Literatur beantworten. Einen Überblick über die eingeschlossenen Studien bietet Tabelle 3. Die Studien wurden thematisch in drei Blöcke gegliedert: Studien, die sich mit dem Aufbau, dem Ablauf oder den Komponenten des Case Managements befassen, Studien, die sich mit dem Aspekt der Kooperation und der Interaktion zwischen den Akteuren befassen und Studien, die sich mit den Besonderheiten der Versorgung bei HPE-PatientInnen befassen.

Thematik	Studientitel	Jahr	Autoren	Studientyp
Case Management/ Koordination	Cancer Care Coordination: a Systematic Review and Meta-Analysis of Over 30 Years of Empirical Studies	2017	Gorin, S.S., Haggstrom D., Han, P.K.J., Fairfield, K.M., Krebs P. & Clouser S.B.	Systematic Review + Meta-Analyse
	Case-Management to increase quality of life after cancer treatment: a randomized controlled trial	2017	Scherz, N., Bachmann-Mettler, I., Chmiel, C., Senn, O., Boss, N., Bardheci, K. & Rosemann, T.	Randomisierte Kontrollierte Studie
	Case-Management in primary palliative care is associated more strongly with organisational than with patient characteristics: results from a cross-sectional prospective study	2015a	van der Plas, A.G., Francke, A.L., Vissers, K.C., Jansen, W.J., Deliens L. & Onwuteaka-Philipsen, B.D.	Prospektive Querschnittsstudie
	Involvement of a Case Manager in Palliative Care Reduces Hospitalisation at the End of Life in Cancer Patients; A Mortality Follow-Back Study in Primary Care	2015b	van der Plas, A.G.M., Visser, K.C., Francke, A.L., Donker, G.A., Jansen, W.J.J., Deliens, L. & Onwuteaka-Philipsen, B.D.	Retrospektive Querschnittsstudie
Kooperation/ Interdisziplinarität	Development of an Interdisciplinary Team Communication Framework and Quality Metrics for Home-Based Medical Care Practices	2016	Fathi, R., Sheehan, O.C., Garrigues, S.K., Saliba, D., Leff, B. & Ritchie, C.S.	Systematic Review und Delphi Approach
	Populations and Interventions for Palliative and End-of-Life Care: A Systematic Review	2016	Singer, A.E., Goebel, J.R., Kim, Y.S., Dy, S.M., Ahluwalia, S.C., Clifford, M., Dzung, E., O'Hanlon, C.E., Motala, A., Walling, A.M., Goldberg, J., Meeker, D., Ochotorena, C., Shanman, R., Cui, M. & Lorenz, K.A.	Systematic Review
	Appraisal of cooperation with a palliative care case manager by general practitioners and community nurses: a cross-sectional questionnaire study	2015c	van der Plas, A.G., Onwuteaka-Philipsen, B.D., Vissers, K.C., Deliens, L., Jansen, W.J. & Francke, A.L.	Querschnittsstudie
Parenterale Ernährung	Development of quality of care interventions for adult patients on home parenteral nutrition (HPN) with a benign underlying disease using a two-round Delphi approach	2013a	Dreesen, M., Foulon, V., Vanhaecht, K., Hiele, M., De Pourcq, L., Pironi, L., Van Gossum, A., Wanten, G., Baxter, J.P., Joly, F., Cuerda, C. & Willems, L.	Two Round Delphi Approach
	Identifying Patient-Centered Quality Indicators for the Care of Adult Home Parenteral Nutrition (HPN) Patients	2013b	Dreesen, M., Foulon, V., Vanhaecht, K., De Pourcq, L., Hiele, M. & Willems, L.	Qualitative Studienmethode (Semi-structured interviews)
	S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES und der AKE Künstliche Ernährung im ambulanten Bereich	2013	Bischoff, S.C., Arends, J., Dörje, F., Engesser, P., Hanke, G., Köchling, K., Leischker, A.H., Mühlebach, S., Schneider, A., Seipt, C., Volkert, D., Zech, U., Stanga, Z. & das DGEM Steering Committee	Leitlinie

Tabelle 3: Übersicht der eingeschlossenen Studien der systematischen Literaturrecherche (Eigene Darstellung)

6.3 Analyse der eingeschlossenen Studien

Julia Sladeczek

Alle Studien wurden mit Hilfe von geeigneten Messinstrumenten in ihrer Qualität und Übertragbarkeit beurteilt, um daraus abgeleitet Rückschlüsse für die Intervention zu ziehen. Im folgenden Kapitel befinden sich die zusammengefassten Ergebnisse der einzelnen Studien.

6.3.1 Cancer Care Coordination: a systematic Review and Meta-Analysis of Over 30 Years of Empirical Studies (Gorin et al.: 2017)

Sinah Evers

Die Studie von Gorin et al. ist eine systematische Übersichtsarbeit und Meta-Analyse, die 2017 veröffentlicht wurde. Es handelt sich um die Synthese der Studienergebnisse der letzten 30 Jahre bezogen auf die Koordination von KrebspatientInnen. Diese Ergebnisse werden zu unterschiedlichen Zeitpunkten auf dem Krebskontinuum (Prävention, Früherkennung, Diagnose, Behandlung etc.) jeweils analysiert. Zudem soll der Einfluss von koordinierenden Interventionen, bezogen sowohl auf die Prozessqualität der Versorgung als auch auf die gesundheitlichen Outcomes der PatientInnen, quantifiziert werden.

Als Ausgangslage wird eine Studie herangezogen, die mangelnde Koordination, unterschiedliche Versorger und Sektorgrenzen mit medizinischen Fehlern sowie höheren Kosten in Verbindung brachte. Um diese These aufzuarbeiten wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken MEDLINE, EMBASE, CINAHL und der Cochrane Library mit Begriffen für Krebs und integrierte/koordinierte Versorgungsformen durchgeführt. So wurden 1.241 Abstracts identifiziert von denen 52 Studien die Einschlusskriterien für die Auswertung erfüllten. Von diesen Studien waren wiederum 11 geeignet für eine Meta-Analyse und wurden mit einem Modell zur Schätzung der Zufallseffekte analysiert.

Die Meta-Analyse von Gorin et al. (2017) stellt bei einer Behandlung mit Intervention im Vergleich zu einer Standardbehandlung eine signifikante Verbesserung fest. In Bezug auf die Angemessenheit der Versorgung liegt das Odds Ratio bei 1,9 (95%

CI = 1,5-3,5), also war eine angemessene Versorgung bei PatientInnen mit Intervention beinahe doppelt so wahrscheinlich. Um zu bewerten, ob eine angemessene Versorgung stattfindet, wurden folgende Faktoren berücksichtigt: Einhaltung des Behandlungsplans, Anzahl krebsbedingter Krankenhausaufenthalte, Erhalt der empfohlenen Behandlung, Überweisungen ins Hospiz und Tage im Hospiz. Unterstützende Koordinationsleistungen führten zu signifikant reduzierten Hospitalisierungsraten und zu einem höheren Anteil an PatientInnen, die eine zeitnahe Behandlung erhielten.

Als Limitationen der Studie wird von den Forschenden unter anderem die Heterogenität der Studien in Bezug auf Outcomes und Interventionen aufgeführt. Zudem hat nicht jede Studie explizit aufgeführt, mit welchen Maßnahmen die PatientInnen konkret unterstützt wurden oder welches Teammitglied die Koordination übernommen hat.

Von uns wurde die Studie anhand der Prisma 2009 Checklist von Moher et al. (2009) bewertet. Von den 27 Kriterien der Checkliste wurden 20 erfüllt. Die nicht erfüllten Kriterien betreffen dabei vor allem die Risiken von Bias und Verzerrungen, auf die nicht im Einzelnen eingegangen wird, weder in den Methoden noch bei der Betrachtung der Ergebnisse.

Die Studie wurde aufgrund ihrer thematischen Nähe zu unserer Interventionsidee in die Analyse eingeschlossen. Viele PatientInnen die ambulant parenteral ernährt werden haben Krebs als Grunderkrankung. Jedoch betrachtet die vorliegende Studie Krebs über das gesamte Kontinuum. Von den 52 Studien beschäftigen sich zwar die meisten mit der Koordination von Behandlung (24) und Palliativbegleitung (7), jedoch adressieren 22 Studien PatientInnen bezogen auf Screening, Diagnoseerstellung und Überlebende. Die analysierten, und zum Teil durch Koordination verbesserten, Outcomes der PatientInnen in Behandlung und Palliativversorgung ähneln jedoch stark den Zielen, die auch unsere Intervention verfolgt. Beispielsweise konnten in der Zielgruppe „in Behandlung“ von je ein bis zwei Studien erhöhtes emotionales Wohlbefinden, gesundheitsbezogene Lebensqualität und Zufriedenheit der PatientInnen mit der Behandlung nachgewiesen werden. Des Weiteren wies je eine Studie eine geringere Anzahl an Krankenhausbesuchen und Depressionen auf. Dementgegen konnte eine Studie keine Auswirkung auf die Zufriedenheit mit der Krebsbehandlung

feststellen und vier Studien keine Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität oder dem emotionalen Wohlbefinden. Daraus lässt sich schließen, dass der Einsatz einer koordinierenden Instanz zu keiner Verschlechterung der als relevant definierten Parameter führt, jedoch zu einer signifikanten Verbesserung führen kann. Diese ist jedoch weiter abhängig von der genauen Durchführung und den äußeren Umständen. Diese werden in der Studie kaum beleuchtet. Es wird einzig als Limitation die Heterogenität der Studien genannt, die eine Deutung der Ergebnisse auch für unsere Intervention erschwert.

Aus der systematischen Literaturrecherche ergibt sich für unsere Intervention ein gemischtes Bild. Die Koordination von Gesundheitsleistungen für PatientInnen mit Krebs scheint in manchen Fällen ein sehr gutes Mittel zu sein, um Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit zu verbessern sowie Krankenhausaufenthalte zu verringern. Jedoch lässt sich nicht genau sagen, welche Bedingungen dazu führen, dass durch manche Interventionen eine signifikante Verbesserung erzielt werden konnten und durch andere nicht. Das einzig eindeutige Ergebnis ist die statistisch signifikante Meta-Analyse bezüglich der verbesserten Angemessenheit der Behandlung. Auch wenn wir eher das Outcome Lebensqualität betrachten wollen, spielt die Angemessenheit der Behandlung in diese hinein.

6.3.2 Case-Management to increase quality of life after cancer treatment: a randomized controlled trial (Scherz et al.: 2017)

Anna Reisinger

Die randomisiert kontrollierte Studie von Scherz et al. wurde 2017 in dem Journal BMC Cancer veröffentlicht. Ziel der Studie war es den Einfluss von Case Management auf die Lebensqualität von KrebspatientInnen in der Rehabilitation zu untersuchen. Dazu wurden im Zeitraum von Juni 2010 bis Juli 2012 95 PatientInnen rekrutiert, die ihre Krebsbehandlung gerade abgeschlossen hatten. Die Interventionsgruppe wurde 12 Monate durch einen/eine Case ManagerIn betreut, die Kontrollgruppe in der Normalversorgung versorgt. Die Case ManagerInnen waren KrankenpflegerInnen, die zusätzliche Schulungen im Case Management und in motivierender Gesprächsführung erhielten. PatientInnen der Interventionsgruppe wurden innerhalb der ersten drei Monate mindestens drei Mal durch den/die Case ManagerIn

besucht. Anschließend wurden mindestens einmal pro Monat telefonische Follow-ups durchgeführt. Der/die Case ManagerIn war neben der Bedarfsermittlung, der Zielfestsetzung, der Behandlungsplanung und -koordination auch dafür zuständig alle für den/die PatientIn relevanten Informationen zu vermitteln und durch den motivierenden Beratungsansatz eine empowernde Wirkung zu erzielen. Insgesamt dauerte die Intervention 12 Monate und wurde mit einem finalen evaluierenden Gespräch abgeschlossen. Nach drei, sechs und 12 Monaten wurde als primärer Endpunkt in beiden PatientInnengruppen die Lebensqualität gemessen. Als sekundäre Endpunkte wurden zudem Selbstwirksamkeit und Zufriedenheit mit der Versorgung erhoben. Alle drei Parameter waren in der Case Managementgruppe bei der Baseline-Messung geringer als in der Kontrollgruppe. Ihr Anstieg über den 12-monatigen Beobachtungszeitraum war in der Case Managementgruppe hingegen signifikant höher als in der Kontrollgruppe. Sowohl Lebensqualität als auch Selbstwirksamkeit nahmen in beiden Gruppen über den Beobachtungszeitraum zu. Auch die Zufriedenheit mit der Versorgung nahm in der Case Managementgruppe zu im Gegensatz zu der Kontrollgruppe, in der die Zufriedenheit sank.

Insgesamt folgern die Forschenden, dass Case Management eine geeignete Methode darstellt, um die Lebensqualität von KrebspatientInnen in der ambulanten Versorgung zu verbessern. Den positiven Effekt des Case Managements erklären sie im Wesentlichen durch drei Aspekte: die gebündelte Informationsvermittlung, die kontinuierliche Betreuung und Versorgungssteuerung und die motivierende und empowernde Beratungsmethodik. Als Hauptlimitation führen die Forschenden die geringere Lebensqualität in der Case Managementgruppe bei der Baseline Erhebung an. So sei nicht auszuschließen, dass der stärkere Anstieg der Lebensqualität in dieser Gruppe lediglich den natürlichen Anstieg bei PatientInnen mit schlechterer Lebensqualität beschreibt. Durch die Teilnahmeverweigerung von 137 der 241 ausgewählten PatientInnen, sei zudem nicht auszuschließen, dass der positive Effekt des Case Managements lediglich bei PatientInnen auftreten, welche eine gewisse Affinität für Case Management haben. Letztlich bleibe auch der Einfluss der Persönlichkeit der Case Managerin/ des Case Managers unklar. Da in der Studie jedoch keine Effekte zwischen den verschiedenen Case ManagerInnen festgestellt werden konnten schließen die Forschenden diese Verzerrung aus.

Bewertet wurde die Studie anhand der Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT-Statement) von Schulz et al. (2010). Insgesamt konnten 29 der 37 Kriterien als erfüllt, vier als teilweise erfüllt und vier als nicht erfüllt bzw. nicht zutreffend bewertet werden. Durch die ergänzenden Informationen aus dem Studienprotokoll (Bachmann-Mettler: 2011) wird ein detaillierter Einblick in die angewandte Methodik gegeben. Dadurch lassen sich die durchgeführten Schritte nachvollziehen und die Aussagekraft der Ergebnisse leichter einordnen. Limitationen lassen sich lediglich in der geringen Teilnahmequote sowie der Drop-out-Rate über den Studienverlauf sehen. So kann das Ausscheiden von PatientInnen nach der Randomisierung zu Verzerrungen in den Interventionsvergleichen führen, da sich die ausgeschiedenen Personen ggf. systematisch von den Verbleibenden unterscheiden (Schulz & Grimes: 2006). Da die Drop-out-Rate in der Kontrollgruppe mit 22,6% fast doppelt so hoch wie in der Case Managementgruppe mit etwa 11,8% war, ist eine Verzerrung des Interventionseffekts nicht auszuschließen. Weiterhin konnten die PatientInnen nicht für die Intervention verblindet werden, wodurch sowohl die subjektive Wahrnehmung als auch die Einschätzung der Wirkung bei den PatientInnen durch die Kenntnis der Gruppenzuteilung beeinflusst werden kann (Schulz & Grimes: 2007b). Letztlich hätten einige Punkte wie die Generalisierbarkeit der Ergebnisse, die ausgeschiedenen PatientInnen oder die fehlende Verblindung detaillierter diskutiert werden können.

Die Studie wurde in die Analyse eingeschlossen, da das primäre Outcome, die Lebensqualität, ein wichtiger Zielindikator unserer Intervention ist. Zwar betrachtet die Studie PatientInnen in der Rehabilitationsphase, dennoch lassen sich inhaltlich und methodisch einige Parallelen zu unserer Intervention ziehen. Zunächst wird in der Studie ebenso der ambulante Bereich mit einer Vielzahl verschiedener Leistungserbringer, die an der rehabilitativen Versorgung der PatientInnen beteiligt sind betrachtet. KrebspatientInnen machen einen großen Teil der Zielgruppe unserer Intervention aus, wodurch diese in ihrem Krankheitsbild ebenfalls vergleichbar ist. Letztlich ähneln auch die Bedarfe der untersuchten PatientInnen und die Aufgaben des Case Managements jenen unserer Intervention. Da die Studienpopulation auf PatientInnen mit einer erwarteten Überlebensdauer von mindestens einem Jahr, die sich nicht in der palliativen Versorgung befinden eingegrenzt wurde, ist es dennoch fraglich, in-

wiefern sich die Ergebnisse auf PatientInnen mit komplexeren Versorgungsansprüchen übertragbar sind. Eine weitere Validierung der Ergebnisse, beispielsweise in anderen PatientInnengruppen oder anderen Ländern, ist daher sinnvoll, um festzustellen, für welche PatientInnen der Ansatz des Case Managements besonders geeignet ist.

Letztlich ergibt sich für unsere Intervention, dass Case Management als geeigneter Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität dienen kann. Neben der gebündelten Informationsvermittlung wurde die kontinuierliche Betreuung und Versorgungssteuerung seitens des Case Managements als zielführend erachtet. Zudem unterstützt das Case Management die PatientInnen in der Studie auch im Umgang mit psychischen Belastungen. Dazu nutzen die Case ManagerInnen einen motivierenden Beratungsansatz, um die PatientInnen zum Selbst Management zu befähigen und sie im Umgang mit ihrer Behandlung zu stärken. Dies wird von den Forschenden als zentraler Einflussfaktor auf die Lebensqualität der PatientInnen gesehen. Die psychosoziale Gesundheit sollte daher auch in unserer Intervention betrachtet werden. Der/die Case ManagerIn sollte daher über umfassende soziale Kompetenzen verfügen und qualifiziert darin sein den PatientInnen mit einer ressourcenorientierten, selbstbefähigenden und motivierenden Beratung zur Seite zu stehen.

6.3.3 Case-Management in primary palliative care is associated more strongly with organisational than with patient characteristics: results from a cross-sectional prospective study (van der Plas et al.: 2015a)

Sarah Plank

Die Studie von van der Plas et al. (2015a) ist eine prospektive Querschnittsstudie und bezieht sich auf das Thema Case Management in der Palliativversorgung. Ziel der Studie ist es den Kontakt von Case ManagerInnen zu den PatientInnen zu erfassen. Zudem wurde der Effekt von Patienteneigenschaften und organisatorischen Gegebenheiten der Case Management Initiativen auf die Arbeit und den Kontakt mit einem/einer Case ManagerIn untersucht. In der Studie wird von Initiativen gesprochen um alle verschiedenen Organisationsformen miteinzuschließen. Das Hauptergebnis der Studie war, dass die Organisation der Initiativen einen größeren Einfluss

auf das Case Management hat als die Patienteneigenschaften. Zudem konnten weitere Daten, wie z.B. die häufigsten Gesprächsthemen zwischen Case ManagerInnen und PatientInnen, herausgefiltert werden. Diese Ergebnisse sind wichtig für die entwickelte Interventionsidee, da sie Evidenz zum Aufbau des Case Management liefern. Dies ist z.B. bei der Frage, wo ein/eine Case ManagerIn angesiedelt werden soll, der Fall. Außerdem ist es für uns wichtig herauszufinden, was mögliche Einflussfaktoren auf die Arbeit eines Case Managers/einer Case Managerin sein können, um die Idee dahingehend zu optimieren. Für die Übertragbarkeit auf unsere Interventionsidee ist vor allem wichtig, dass die PatientInnen in der Studie in ihren Eigenschaften ähnlich zu den PatientInnen sind, die parenteral ernährt werden müssen. Dies ist durch die Situation der Palliativversorgung gegeben.

Um die Qualität der Studie zu beurteilen und auf eine gute Übertragbarkeit zu schließen, wurde diese anhand des STROBE Statements analysiert. Schwächen der Studie sind vor allem bei der Nachvollziehbarkeit im Studiendesign zu verzeichnen. Allerdings gibt es auch hier keine gravierenden Aspekte, sondern nur einige Aspekte, die noch detaillierter beschrieben werden hätten können. Zudem könnte auch die Diskussion im Bereich Limitationen und Generalisierbarkeit ausführlicher sein. Stärken verzeichnet die Studie vor allem bei der Darstellung ihrer Ergebnisse und einer ausführlichen Aufklärung von Hintergrundinformationen. Insgesamt sind 12 Kriterien des STROBE Statements erfüllt, neun teilweise erfüllt und nur eins nicht erfüllt. Folgend weist die Studie eine hohe Studienqualität auf, was folglich zu einer guten Übertragung der Evidenz für die Intervention führt. Aus dieser Studie wurde vor allem Evidenz zum Aufbau und zur Organisation von Case Management abgeleitet. Zudem konnten mögliche wichtige Themengebiete für die Vorbereitung eines Case Managers/einer Case Managerin abgeleitet werden.

6.3.4 Involvement of a Case Manager in Palliative Care Reduces Hospitalisation at the End of Life in Cancer Patients; A Mortality Follow-Back Study in Primary Care (van der Plas et al.: 2015b)

Sarah Plank

Die Studie von van der Plas et al. (2015b) ist eine retrospektive Querschnittsstudie und bezieht sich auf das Thema Case Management in der Palliativversorgung bei

Krebserkrankungen. Ziel der Studie ist es, PatientInnen mit zusätzlicher Unterstützung durch eine/n Case ManagerIn mit PatientInnen ohne diese zusätzliche Unterstützung zu vergleichen. Dabei wird auf drei verschiedene Aspekte (Patienteneigenschaften, Unterstützung durch den Hausarzt und Ergebnisse im Rahmen der Palliativversorgung) eingegangen. Das Hauptergebnis der Studie war, dass die Hausärzte und Hausärztinnen besser über die Wünsche der PatientInnen, welche Unterstützung durch eine/n Case ManagerIn erhielten, informiert waren. Zudem war die Hospitalisierung bei diesen PatientInnen geringer. Darüber hinaus wurde festgestellt, dass diese PatientInnen durchschnittlich jünger waren als solche, die keine gesonderte Unterstützung durch eine/n Case ManagerIn erhielten.

Diese Ergebnisse sind wichtig für die entwickelte Interventionsidee, da sie Evidenz zum Einfluss eines Case Managers/einer Case Managerin auf andere Akteure im Gesundheitswesen liefern. Zudem geht sie auf mögliche positive Auswirkungen des Case Managements, z.B. Reduzierung der Hospitalisierungsrate, ein. Für die Übertragbarkeit auf unsere Interventionsidee ist vor allem wichtig, dass die PatientInnen in der Studie in ihren Eigenschaften ähnlich zu den PatientInnen sind, die parenteral ernährt werden müssen. Dies ist durch die Situation der Palliativversorgung und das Krankheitsbild von Krebserkrankungen gegeben.

Um die Qualität der Studie zu beurteilen und auf eine gute Übertragbarkeit zu schließen, wurde diese anhand des STROBE Statements analysiert. Schwächen sind vor allem in der Beschreibung der aktuellen Studienlage, beim Eingehen auf mögliche Bias-Formen und bei Aspekten der Interpretation vorhanden. Diese stellen aber keine gravierenden Schwächen da, welche die Qualität und Nachvollziehbarkeit der Studie stark beeinflussen würden. Stärken verzeichnet die Studie vor allem bei der Beschreibung des Settings, dem Erreichen der Stichprobenanzahl und beim Aufführen von Stärken und Limitationen der Ergebnisse. Hierbei werden auch viele Aspekte zur Übertragbarkeit genannt, welche auch auf die Übertragung der Evidenz für unsere Interventionsidee gelten. Insgesamt sind 15 Kriterien des STROBE Statements erfüllt, 5 teilweise erfüllt und nur zwei nicht erfüllt. Folglich weist die Studie eine hohe Studienqualität auf, was folglich zu einer guten Übertragung der Evidenz für die Intervention führt. Dies bietet eine wichtige Evidenz für unsere Interventionsidee, um die möglichen positiven Auswirkungen der Intervention zu belegen. Dabei können

für die Intervention vor allem der mögliche Einfluss von Case Management auf Kontakte mit dem Hausarzt und eine Reduzierung der Hospitalisierung verwendet werden. Zudem geben die Eigenschaften der PatientInnen, vor allem in Bezug auf ihren Altersunterschied, interessante Hinweise zu besser und schlechter erreichbaren Zielgruppen.

6.3.5 Development of an Interdisciplinary Team Communication Framework and Quality Metrics for Home-Based Medical Care Practices

Sinah Evers

In der Studie von Fathi et al. (2016) werden Qualitätsindikatoren zur interdisziplinären Kommunikation im ambulanten Sektor entwickelt. Dabei geht es um die häusliche Versorgung und die palliative Pflege durch ein interdisziplinäres Team, das koordinierende Leistungen erbringt. Basierend auf einer systematischen Literaturrecherche werden die Indikatoren einem modifizierten Delphi-Verfahren unterzogen. Mit diesem Verfahren sollen Validität und Plausibilität einzelner Indikatoren bestimmt werden, um herauszufinden, welche Indikatoren für die Erprobung in der Praxis geeignet sind.

Für die systematische Literaturrecherche wurden Begriffe wie „home care services“, „home care team“, „adult“ oder „older adult“, „interdisciplinary communication“ und „access to information“ gewählt. Anschließend wurden Datenbanken wie PubMed und die Cochrane Library durchsucht und Daten von 1997 bis 2015 ausgewertet. Da nicht genügend Literatur auffindig gemacht werden konnte, wurden weitere Einschlusskriterien aufgestellt, die auch niedrige Evidenzlevel, wie ExpertInnenaussagen, unter bestimmten Bedingungen berücksichtigen. Mit den Ergebnissen der Literaturrecherche wurden fünf Qualitätsindikatoren vom Rechercheteam entwickelt. Anschließend wurden diese von einem „Technical Expert Panel“ bewertet. Das Panel bestand dabei aus zwölf LeiterInnen hausärztlicher Praxen, drei Fachgesellschaften und drei Gruppen die PatientInneninteressen vertreten. Diese haben in einem Delphi Verfahren die Validität und Umsetzbarkeit der Indikatoren diskutiert und konnten Indikatoren verändern oder ergänzen.

Als Ergebnis der Studie werden drei Qualitätsindikatoren definiert, die PatientInnen adressieren, die im häuslichen Umfeld ärztliche oder palliative Leistungen erhalten.

Der erste Indikator fragt nach der Anzahl der PatientInnen, die eingeschrieben und zu Beginn beim Treffen des interdisziplinären Teams besprochen wurden. Als zweites wird die Frage gestellt, ob die Leistungserbringenden einen Prozess für kontinuierlichen und regelmäßigen Austausch zwischen den einzelnen Mitgliedern haben. Der dritte Indikator fragt danach, ob die Versorgenden das Assessment des Patienten bzw. der Patientin regelmäßig erneuern und elektronisch in einer Datenbank speichern, die für alle Mitglieder des Teams einfach zugänglich ist.

Als Limitation kann die dürftige Lage der Literatur gesehen werden, auf der die Indikatoren aufbauen. Zudem hat sowohl der Hintergrund der Personen, die die ersten Qualitätsindikatoren entwerfen, als auch die Auswahl der ExpertInnen, die das Panel bilden, einen großen Einfluss auf das Ergebnis der Methode.

Die Studienqualität wurde sowohl anhand vom PRISMA Kriterium als auch mit den Empfehlungen für „Conducting and REporting of DElphi Studies“ (CREDES) analysiert (Moher et al. 2009; Jünger et al. 2017). Die systematische Literaturrecherche erfüllt von den 27 PRISMA Kriterien neun, zwei teilweise und 16 nicht. Es werden viele Kriterien nicht erfüllt, in denen die Methoden der Durchführung beschrieben werden sollten. Zudem werden die Ergebnisse nicht so zusammengefasst, wie es bei einer systematischen Literaturarbeit üblich ist, da der Fokus auf den Ergebnissen der Delphi-Analyse liegt. Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass die PRISMA Checklist nicht ausreichend ist, um die Qualität der Studie zu erfassen. Gemessen an den CREDES Empfehlungen erfüllt die Studie von 16 Kriterien fünf, vier teilweise und sieben nicht. Die Studie erfüllt einige der wichtigen Kriterien aus jeweils beiden verwendeten Instrumenten. Jedoch lassen sich in Hinblick sowohl auf die systematische Literaturarbeit als auch auf die Delphi-Methode klare Defizite herausstellen.

Die erarbeiteten Qualitätsindikatoren lassen sich auf unsere Intervention nur teilweise übertragen. Der Erste fragt nach dem Anteil der PatientInnen, die zu Beginn ihrer Begleitung im interdisziplinären Team besprochen wurden. Die Relevanz dieses ersten gemeinsamen Assessment wird auch in unserer Intervention berücksichtigt, da zu Beginn zwei Case ManagerInnen sich gemeinsam Zeit nehmen, das Assessment durchzuführen und dies anschließend mit dem behandelnden Arzt, bzw. der behandelnden Ärztin, besprechen.

Der zweite Indikator betrifft den digitalen Informationsaustausch, der in der bisherigen Interventionsausgestaltung noch nicht näher berücksichtigt wurde. Es sei wichtig, einen konkreten Prozess für die Kommunikation unter den Leistungserbringenden festzulegen. Es kann im Zuge dieses Berichts jedoch lediglich die Empfehlung ausgesprochen werden, den Informationsaustausch einheitlich zu regulieren.

Der dritte Indikator fragt, ob es eine online Datenbank gibt, in dem patientInnenbezogene Daten, die regelmäßig aktualisiert werden, für alle abrufbar sind. Das anfängliche Assessment und regelmäßige Re-Assessments sind in der Intervention eingeplant. Jedoch ist die einfache und großflächige Verfügbarkeit von gesundheitsbezogenen PatientInnendaten aufgrund von Datenschutz problematisch. Die Übertragbarkeit der Studie ist an dieser Stelle ggf. eingeschränkt, da es sich um eine amerikanische Arbeit handelt und Datenschutz in Deutschland einen anderen Stellenwert einnimmt.

Insgesamt weist die Studie Mängel in der Ausarbeitung auf und ist nur teilweise übertragbar. Da die Indikatoren zudem noch keine Erprobung in der Praxis durchlaufen haben, wurden sie bisher nicht als praxistauglich bestätigt. Dennoch können sie als Bestätigung unserer bisherigen Interventionsplanung gesehen werden, da ein ExpertInnenpanel einige der beinhalteten Komponenten (in ähnlicher Form) für wichtig hält.

6.3.6 Populations and Interventions for Palliative and End-of-Life Care: A Systematic Review (Singer et al.: 2016)

Julia Sladeczek

Die Studie von Singer et al. (2016) ist eine systematische Literaturrecherche und sucht nach Evidenz, um die Wirksamkeit von Interventionen in der Palliativmedizin zu unterstützen. Anhand einer Evidenzprüfung soll identifiziert werden, welche PatientInnen für die Palliativmedizin in Frage kommen und welche Interventionen im Gesundheitssystem wirksam sind, um bessere Ergebnisse für die PatientInnen, das Pflegepersonal und das Gesundheitssystem selbst zu erzielen. Hierfür wurden systematische Literaturanalysen gesichtet, die sich mit der Population mit fortgeschrittenen Krankheitsverlauf von PatientInnen befassen, für die Palliativpflege als wirk-

same Pflegemaßnahme angesehen wird. Die Suche schloss Auswirkungen von palliativen Interventionen auf die Lebensqualität, die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und die Gesundheitskosten ein. Es wurde vom 01.01.2001 bis zum 08.01.2015 nach Studienergebnissen gesucht. Insgesamt erfüllten 124 randomisierte kontrollierte Studien die Einschlusskriterien. Die Mehrzahl der Studien zeigten bei Krebs statistisch signifikante Verbesserungen bei PatientInnen und Pflegepersonal, ebenso bei kongestiver Herzinsuffizienz, chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen und Demenz. Die meisten Interventionen beinhalteten eine Pflegekraft, und manche Interventionen bestanden auch lediglich aus einer einzigen Pflegekraft. Die SozialarbeiterInnen waren in den Interventionen gut vertreten und häusliche Ansätze waren üblich. Häusliche Interventionen mit Besuchen waren wirksamer als die ohne Besuch. Die Interventionen verbesserten die Kommunikation, die Pflegeplanung und die psychosoziale Gesundheit und stärkten die Fähigkeiten von PatientInnen und des Pflegepersonal. Einige Interventionen reduzierten die Krankenhauseinweisungen, andere ökonomische Outcomes wurden jedoch schlecht dargestellt.

Die Autoren schlussfolgern, dass die Palliativmedizin die Auswirkungen von Krebs, Herzinsuffizienz, chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen und Demenz verbessert. Effektive Modelle bewähren sich durch einen multidisziplinären Ansatz sowie einer Schwerpunktsetzung auf Kommunikation, psychosozialer Unterstützung und der Erfahrungen der PatientInnen oder des Pflegepersonals. Qualitativ hochwertige Forschung über Interventionskosten und Kosteneffekte in der palliativen Pflege sind begrenzt. Die Autoren führen folgende Limitationen auf: Sie konzentrieren sich nur auf Interventionen im Gesundheitswesen und inkludieren nicht das gesamte Spektrum, das Palliativpflegeteams und -anbieter durchführen. Die Einschlusskriterien setzen ein Mindestalter von 18 Jahren fest. Pädiatrische Fälle wurden nicht in die Suche inkludiert. Die Autoren sehen hier aber eine zukünftige Notwendigkeit für systematische Übersichten. Die Literaturanalyse beschränkt sich zudem nur auf randomisierte kontrollierte Studien. Die Autoren merken an, dass sie innerhalb ihrer Arbeit mit dem höchsten Evidenzgrad arbeiten wollten, sehen aber die Notwendigkeit zukünftig beobachtende und qualitative Studiendesigns nicht auszuklammern.

Um die Qualität und Aussagekraft der Studie zu bewerten, wird diese anhand der Kriterien der PRISMA Checklist analysiert (Moher et al.: 2009). Die Studie erfüllt ins-

gesamt 16 von 27 Kriterien vollständig. Zwei Kriterien werden unzureichend beantwortet und neun Kriterien werden nicht beantwortet. Die Limitationen der Autoren hinsichtlich der Altersbeschränkung haben keinen Einfluss auf die Interventionsgestaltungen, da der Fokus nicht auf Kinder gerichtet wird. Insgesamt wurden in der systematischen Literaturanalyse 22 Studien eingesehen, die ein Case Management als Interventionskomponente betrachteten. Es konnte festgestellt werden, dass mitunter auch Case Management eine signifikante Wirkung auf die HRQoL der PatientInnen hatte. HRQoL umfasst mitunter das psychische Wohlbefinden, die physische Gesundheit und die soziale Integration und kann anhand der Zufriedenheit, die Menschen hinsichtlich dieser drei Komponenten zeigen, festgestellt werden (Cella: 1994). Auch Interventionen mit signifikanten Auswirkungen auf die Kommunikation von PatientInnen und/oder Pflegepersonal oder die Ergebnisse der Pflegeplanung umfassten oft Case Management Komponenten.

Hinsichtlich der Übertragbarkeit auf unsere Interventionsidee konnten einige Schlüsse aus der bearbeiteten Studie gezogen werden. Die Studie schlussfolgert, dass die Palliativmedizin die Behandlung mitunter von KrebspatientInnen verbessert. In 67% der inkludierten Studien wurden PatientInnen, die an Krebs erkrankt sind, untersucht. Bei PatientInnen die parenteral ernährt werden, leiden 90% an einer malignen Grunderkrankung mit einer geringen Überlebenschance (Weimann: 2011). Die PatientInnengruppe kann also vergleichend herangezogen werden, obwohl sich in der Studie keine Ansatzpunkte einer künstlichen Ernährung widerspiegeln. Effektive Modelle umfassen Krankenschwestern/Krankenpfleger, SozialarbeiterInnen und die häusliche Komponente. Auch unsere Interventionsidee verfolgt einen multidisziplinären Ansatz. Jedoch wurden SozialarbeiterInnen in unserer Stakeholderanalyse nicht inkludiert.

Letztendlich spiegelt die Studie wichtige Ansatzpunkte, die auch bei der Intervention gegeben sind. Der multidisziplinäre Ansatz ist durch die Etablierung eines Case Managements gegeben, da dieses mit den unterschiedlichen Stakeholdern, besonders durch die geplanten Qualitätszirkeln und Fallkonferenzen, im engen Austausch steht. Es wurde zudem die häusliche Komponente als besonders effektiv beschrieben und ebenfalls die Besuche bei den PatientInnen. Durch die regelmäßigen Besuche aufgrund des Portwechsels stehen die Case ManagerInnen in unserer Intervention eng in Kontakt mit den PatientInnen und besuchen diese in Ihrem häuslichem Umfeld.

Durch die Etablierung eines Case Managements kann laut der Studie auch mit einer verbesserten Kommunikation, psychosozialen Gesundheit und Pflegeplanung gerechnet werden. Ziel der Intervention ist es unter anderem, die Lebensqualität und Zufriedenheit der PatientInnen zu steigern.

6.3.7 Appraisal of cooperation with a palliative care case manager by general practitioners and community nurses: a cross-sectional questionnaire study (van der Plas et al.: 2015)

Julia Sladeczek

Die Studie von van der Plas et al. (2015c) ist eine Querschnittsstudie und untersucht die Akzeptanz und Zusammenarbeit eines Case Managers/ einer Case Managerin mit HausärztInnen und ambulanten Pflegekräften. Ziel der Studie ist es, herauszufinden, wie ein/e Case ManagerIn von den HausärztInnen und Pflegekräften wahrgenommen wird und ob diese/r hilfreich bei der palliativen Versorgung der PatientInnen ist. Um diese Fragestellung zu beantworten, wurden insgesamt 168 Fragebögen von Hausärztinnen und 125 Fragebögen von ambulanten Pflegekräften ausgewertet, die den Kontakt mit dem/der Case ManagerIn bewerten sollten. Die Ergebnisse wurden von März 2011 bis Dezember 2013 gesammelt. Die Ergebnisse wurden analysiert durch die Verwendung vom Chi-Quadrat Test, univariaten und multivariaten logistischen Regressionen. Von den befragten HausärztInnen betrachten 46% die Arbeit eines Case Managers/einer Case Managerin als hilfreich. Bei den ambulanten Pflegekräften sind es 49%. Der/die Case ManagerIn hat den Pflegeprozess nicht behindert und einen Mehrwert für die PatientInnen und Grundversorger geschaffen.

Die AutorInnen schlussfolgern, dass die Studie wertvolle Informationen darüber liefert, wie Hausärzte und Pflegepersonal die Beteiligung eines Case Managers/ einer Case ManagerIn wahrnehmen. Unterschiede in der Bewertung durch HausärztInnen und ambulantes Pflegepersonal heben die Notwendigkeit hervor, dass zukünftige Studien zur interprofessionellen Zusammenarbeit beide als getrennte Mitglieder des Primärversorgungsteams deklarieren. Die große Mehrheit der HausärztInnen und des ambulanten Pflegepersonals erklärte, dass der/die Case ManagerIn den Betreuungsprozess nicht behindert hat und einen Mehrwert für die PatientInnen darstelle.

Sie sind mäßig positiv gestimmt was die eigene Unterstützung seitens des Case Managers/ der Case Managerin betrifft. Da das Case Management allerdings ein neuer Akteur in der Palliativmedizin ist, können sich die Arbeitsbedingungen noch verbessern. Die AutorInnen schlussfolgern, dass die positivere Einstellung des ambulanten Pflegepersonals dem/der Case ManagerIn gegenüber damit begründet sind, dass diese und der/die Case ManagerIn den gleichen Beruf erlernt haben.

Die AutorInnen führen folgende Limitationen auf: Die Studie beschränkt sich auf die Erfahrungen von HausärztInnen und Pflegekräften. Die Rücklaufquote der Fragebögen war gering und die Antworten verzerrt, da nur HausärztInnen und Pflegekräfte die Fragen beantworteten haben, die ausreichend Kontakt mit dem/der Case ManagerIn hatten. In den Fällen wo der Kontakt gering war, erhielten die HausärztInnen und Pflegekräfte keinen Fragebogen seitens des Case Managers/der Case Managerin, da diese/r fürchtete einer zukünftigen Zusammenarbeit zu schaden. Die Ergebnisse seien zudem nur repräsentativ für ein gemischtes öffentlich-privates Gesundheitssystem mit einem starken Gatekeeper-System, wie es in den Niederlanden der Fall ist. Der/die Case ManagerIn hat innerhalb der primären Palliativversorgung eine beratende Funktion in Bezug auf PatientInnen und andere Fachleute im Gesundheitswesen. In anderen Gesundheitssystemen kann sich die Zusammenarbeit zwischen Grundversorgern und spezialisierten PalliativmedizinerInnen unterscheiden.

Bewertet wurde die Studie anhand der Kriterien des STROBE Statements (Von Elm et al.: 2008). Insgesamt konnten zehn der 23 Kriterien als erfüllt, acht als teilweise erfüllt und fünf als nicht erfüllt bewertet werden. Die Limitationen hinsichtlich der Übertragung auf ein anderes Gesundheitssystem lassen sich für die vorliegende Intervention teilweise ausklammern. Auch das deutsche Gesundheitssystem hat einen privaten-öffentlichen Mix und verfügt über spezielle Anbieter in der Palliativmedizin. Genau wie in den Niederlanden ist das Case Management noch ein recht neuer Berufszweig, der sich mit der Zeit erst etablieren muss. Lediglich das starke Gatekeeper System der Niederlande ist in Deutschland nicht üblich. Da es innerhalb der Studie aber hauptsächlich um die Gestaltung der Zusammenarbeit geht und andere Faktoren übertragbar sind, kann dieses Kriterium nahezu unbeachtet bleiben. Die Zustimmungsrate von 50% seitens der primären Versorger ist wenig aussagekräftig und lässt sich zum einen mit dem neuen Berufszweig des Case Managers/ der Case

Managerin und dem damit einhergehenden ungeklärten Verantwortungsbereichen erklären. Zum anderen kann das Ergebnis seitens des Case Managers/der Case Managerin deutlich verzerrt worden sein, da er/sie bewusst nur ausgewählten Primärversorgern einen Fragebogen hat zukommen lassen.

Die Studie liefert Informationen über die Kooperationsbereitschaft und die Faktoren, die ein gemeinsames Arbeiten zwischen dem/ Case ManagerIn und anderen Leistungserbringern möglich macht. Es muss offen kommuniziert werden und die Rollen müssen klar definiert werden, damit jeder seinen eigenen Zuständigkeits- und Verantwortungsbereich hat. Auch am Beispiel der Intervention wird der/die Case ManagerIn primär eng mit HausärztInnen und den ambulanten Pflegekräften in Verbindung stehen. Die Art für den Umgang und wie eine Zusammenarbeit erleichtert werden kann ist auch hinsichtlich der Fallbesprechung und Planung der Qualitätszirkel von Bedeutung. Parenteral ernährte PatientInnen befinden sich häufig im letzten Abschnitt Ihres Lebens. Die Studie von van der Plas betrachtet PatientInnen die palliativ betreut werden. Hinsichtlich der PatientInneneigenschaften besteht hier eine Parallele zu den betreuten PatientInnen in der Intervention.

Letztlich ergeben sich für die Intervention Kommunikations- und Verhaltensregeln die ein/e Case ManagerIn mit den primären Leistungserbringern beachten soll. Um die Zusammenarbeit zu verbessern, sollen Case ManagerInnen den Kontakt zu HausärztInnen und ambulanten Pflegekräften intensivieren. Zudem müssen Rollen und Verantwortlichkeiten klar definiert werden. Darauf basierend könne sich ein Vertrauensverhältnis entwickeln, welches für die Versorgung von PatientInnen dienlich ist.

6.3.8 Development of quality of care interventions for adult patients on home parenteral nutrition (HPN) with a benign underlying disease using a two-round Delphi approach (Dreesen et al., 2013)

Madlen von Fintel

Die Studie *Development of quality of care interventions for adult patients on home parenteral nutrition (HPN) with a benign underlying disease using a two-round Delphi approach* von Dreesen et al. wurde 2013 im Journal Clinical Nutrition veröffentlicht. Sie befasst sich mit der komplexen und aufwändigen Behandlung und Versorgung

von heimparenteral ernährten PatientInnen mit gutartigen Erkrankungen. Ziel der Studie ist es, die wichtigsten Indikatoren für eine Ergebnisqualität hervorzuheben und Schlüsselempfehlungen für eine qualitativ hochwertige Versorgung zu entwickeln. Verwendet wird hierfür eine zweistufige Delphi-Methode. Dabei handelt es sich um ein Verfahren der Konsensbildung zu unterschiedlichen gesundheitlichen Themen. Mithilfe von Wissen und Erfahrungen von ExpertInnen sollen Leitlinien oder Frameworks als Handlungsgrundlage erstellt werden. In der ersten Untersuchungsrunde sollten vorher identifizierte Interventionen nach ihrem Beitrag zur Qualität der Versorgung von heimparenteral ernährten PatientInnen bewertet werden. Darüber hinaus sollte eine Top-Ten Liste der wichtigsten Outcomeparameter erstellt werden. In der zweiten Runde wurden den ExpertInnen die Ergebnisse der ersten Runde vorgelegt und diese erneut überprüft, ergänzt und bearbeitet. Die vorliegende Studie bezieht sich auf erwachsene PatientInnen mit gutartigen Erkrankungen, die heimparenterale Ernährung erfahren. 29 ExpertInnen aus neun verschiedenen Ländern wurden als ExpertInnen zusammengetragen. Die von der Gruppe am wichtigsten eingestuften Parameter waren die Inzidenz für Katheter bezogene Infektionen, die Wiederaufnahme ins Krankenhaus, die Lebensqualität der PatientInnen und die Inzidenz von Dehydration. Zudem wurden 68 von 89 Interventionen als bedeutend für eine qualitativ hochwertige Versorgung bewertet. Von diesen 68 Schlüsselmaßnahmen wurden 46 aus bereits bestehenden Leitlinien herausgefiltert und 22 neue Interventionen konnten als Folge der Konsensverfahren hinzugefügt werden. Diese können oder sollen als Grundlage für zukünftige Programme zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von heimparenteral ernährten PatientInnen dienen.

Die AutorInnen sehen die Konsensfindung für 68 Interventionen durch das Delphi-Verfahren als relevant und wichtig an. Besonders sollen diese als Ausgangspunkt für Qualitätssicherungsprogramme und zur Verbesserung der Versorgung dienen. In weiteren Schritten soll geprüft werden, welche Interventionen messbar sind und eventuell überarbeitet werden müssen, um im Folgenden als Standards zur Bewertung der Qualität von heimparenteraler Ernährung verwendet zu werden. Demnach schlussfolgern die AutorInnen, dass die Studie und die Ergebnisse eine hohe Relevanz für Teams, die mit parenteral ernährten PatientInnen arbeiten, haben.

Als Limitationen sehen die AutorInnen die Selektion der teilnehmenden ExpertInnen an, da diese hauptsächlich aus Mitgliedern von drei Arbeitsgruppen bestehen und

daher ähnliche Standpunkt vertreten. Darüber hinaus konnten die Endergebnisse nicht in einer dritten Delphi-Runde von den ExpertInnen überprüft werden.

Bewertet wurde die Qualität der Studie mit dem Instrument „Guidance on Conducting and Reporting DElphi Studies (CREDES)“ von Jürgens et al. (2017). Dabei werden mithilfe von 16 Fragen die Durchführung und Berichterstattung der Methodik bewertet. Insgesamt konnten fünf Fragen erfüllt, sieben teilweise erfüllt und vier nicht erfüllt werden. Die ausgewählte Methode in Form eines Delphi-Verfahrens ist für den Zweck der Studie angebracht und ausführlich beschrieben. Zudem geht aus der Zusammenstellung der beteiligten ExpertInnen eine große Expertise und viel Erfahrung in dem Bereich hervor. Die Ergebnisse können eine Lücke in der aktuellen literaturbasierten Evidenz schließen und so ethisch fragwürdige kontrollierte Studien vermeiden. Schwächen der Studie finden sich in dem Umgang mit der Konsensfindung und der Veröffentlichung der Ergebnisse. Von den AutorInnen wird nicht definiert, wie mit einer fehlenden Konsensfindung umgegangen werden kann und welche Schlüsse man daraus in Bezug auf die Forschungsfrage ziehen könnte. Die Qualität der Studie wird demnach als mittelmäßig eingestuft.

Da jedoch die Analyse und die Berichterstattung der Ergebnisse sehr gut abschneiden, können diese teilweise übertragen und bei der Entwicklung einer Intervention berücksichtigt werden. Die aus der Konsensfindung als relevant eingestuften Outcomeparameter und Schlüsselmaßnahmen, um die Versorgung der PatientInnen zu verbessern, können auf die Intervention des Case Managements übertragen werden. Dabei können die behandelnden Personen auf diese Maßnahmen und Parameter zurückgreifen und sich bei der Versorgung, Kontrolle und Dokumentation darauf beziehen.

Durch die Auswahl der ExpertInnen ergibt sich ein breites Feld von Professionen sowie eine Vielzahl an Erfahrungen im Umgang mit heimparenteraler Ernährung, was für die Verwendung der Schlüsselmaßnahmen und Outcomeparameter spricht.

6.3.9 Identifying Patient-Centered Quality Indicators for the Care of Adult Home Parenteral Nutrition (HPN) Patients (Dreesen et al.: 2013)

Anna Reisinger

Die qualitative Studie von Dreesen et al. wurde 2013 im Journal of Parenteral and Enteral Nutrition veröffentlicht. Ziel der Studie war es ein besseres Verständnis für die Versorgungsqualität aus Sicht der HPE-PatientInnen zu erhalten und Qualitätsindikatoren aus der PatientInnenperspektive zu identifizieren. Dafür wurden halbstrukturierte, persönliche Interviews mit 12 HPE-PatientInnen, im Zeitraum von Juli bis November 2011 durchgeführt. Insgesamt konnten 42 Qualitätsindikatoren identifiziert werden, die in 2 Struktur-, 31 Prozess- und 9 Ergebnisindikatoren kategorisiert wurden.

Als besonders wichtigen Qualitätsindikator identifizieren die Forschenden eine klare und verständliche Kommunikation. Den PatientInnen ist es wichtig, einen Überblick über Therapieablauf und -ziel zu erhalten und rechtzeitig über praktische Probleme aufgeklärt zu werden. Dreesen et al. sehen eine gute Kommunikation als zentralen Punkt zur Vermeidung von Problemen in dem komplexen Versorgungsprozess und schlagen daher eine Standardisierung des Kommunikationsprozesses vor. Weiterhin identifizieren die Forschenden einige Indikatoren, die die zwischenmenschliche Ebene betreffen. So ist es den PatientInnen wichtig, dass ihnen zugehört wird, sich die Leistungserbringer Zeit nehmen, den PatientInnen Selbstvertrauen schenken und ein Austausch mit anderen betroffenen PatientInnen ermöglicht wird. Letztlich sind auch die medizinischen Aspekte, wie die Überwachung der Parameter, eine geringe Komplikationsrate und eine geringe Wiedereinweisungsrate in das Krankenhaus für die PatientInnen relevante Faktoren in der Versorgungsqualität.

Als Hauptlimitation führen die Forschenden die eingeschränkte Generalisierbarkeit der Ergebnisse, bedingt durch die kleine Stichprobengröße, die lediglich PatientInnen aus einem einzigen Krankenhaus mit einer kurzen Dauer der HPE einbeziehen, an. Da die Forschenden ein gewisses Vorwissen bräuchten, seien Verzerrung durch die Vorannahmen der Forschenden außerdem unvermeidbar.

Bewertet wurde die Studie anhand der „Standards for Reporting Qualitative Research“ (SRQR) von O'Brien et al. (2014). Insgesamt konnten elf der 21 Kriterien als erfüllt, sieben als teilweise erfüllt und drei als nicht erfüllt bewertet werden. Vor allem in der methodischen Herangehensweise der Studie wurden Mängel gesehen, da diese nur in ihren Ansätzen beschrieben ist, wodurch viele der Kriterien als nicht oder nur teilweise erfüllt bewertet wurden. Im gesamten Methodenteil wird die verwendete Methodik für einzelne Schritte zwar immer benannt, eine Begründung der Auswahl

und eine genauere Beschreibung der Vorgehensweise fehlt jedoch an vielen Stellen. Auch eine kritische Reflexion der eigenen Position der Forschenden im Forschungsprozess fehlt, wodurch beispielsweise der Einfluss der Vorannahmen der Forschenden auf die Ergebnisse schwierig einzuordnen ist. Gerade in der qualitativen Forschung ist die Einschätzung des eigenen Einflusses von persönlichem Hintergrund, Vorwissen und eigenem Standpunkt auf die Ausgestaltung und die Ergebnisse der Studie ein wichtiger Qualitätsindikator. Die intransparente Beschreibung der Vorgehensweise macht die Nachvollziehbarkeit der Studie und die Einordnung der Ergebnisse daher schwierig (Malterud, 2001). Da die Studie ausgehend von einem einzigen Krankenhaus in Belgien mit einer relativ kleinen Stichprobe durchgeführt wurde sind die Ergebnisse nur bedingt generalisierbar. Auch auf unsere Intervention, in der die Versorgung über eine Vielzahl verschiedener Krankenhäuser koordiniert werden muss, lassen sich die Ergebnisse daher nur bedingt übertragen. Da nur PatientInnen befragt wurden, bei denen die HPE vor nicht länger als 180 Tagen begonnen wurde ist vor allem fraglich inwiefern die Ergebnisse auf eine Langzeitversorgung mit HPE übertragen werden können. Eine weitere Validierung der Ergebnisse ist daher sinnvoll. Dazu könnten die entwickelten Indikatoren beispielsweise per Fragebogen in anderen Ländern, bei PatientInnen mit verschiedenen zugrundeliegenden Erkrankungen und Versorgungsdauern verglichen werden.

Insgesamt betrachtet liefert die vorliegende Studie wichtige Erkenntnisse, um die PatientInnenperspektive in die Entwicklung von Qualitätsindikatoren für die HPN-Versorgung zu integrieren. Für die Weiterentwicklung unserer Intervention geben diese Indikatoren wertvolle Informationen darüber, welche Aspekte aus der PatientInnenperspektive wichtig sind, um die Ziele einer verbesserten Versorgungs- und Lebensqualität zu erreichen. Neben der Relevanz medizinischer Aspekte, wie einer verringerten Komplikationsrate beziehen sich besonders viele der aufgestellten Qualitätsindikatoren auf die „home nurse“, die durch ihre koordinierende Rolle, in ihrer Funktion mit dem/der Case ManagerIn vergleichbar ist. Für unser Versorgungskonzept lassen sich daher eine Reihe von Qualitätsansprüchen an den/die Case ManagerIn ableiten: er/sie sollte als zentrale Ansprechperson fungieren, die Organisation der Versorgung übernehmen sowie im Fall von Problemen die Verantwortung übernehmen und Initiative ergreifen. Neben einer guten fachlichen Ausbildung sollte der/die Case ManagerIn ebenso über soziale Kompetenzen verfügen.

6.3.10 S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES und der AKE Künstliche Ernährung im ambulanten Bereich (Bischoff et al.: 2013)

Madlen von Fintel

Die Leitlinie für künstliche Ernährung im ambulanten Bereich von Bischoff et al. wurde 2013 von der DGEM in Zusammenarbeit mit der GESKES und AKE erstellt und in der Fachzeitschrift Aktuelle Ernährungsmedizin des Georg Thieme Verlags veröffentlicht. Sie enthält zahlreiche Empfehlungen inklusive Kommentaren zu enteraler, parenteraler und heimparenteraler Ernährung. In einem dazugehörigen Leitlinien-Report wird die angewendete Methodik und Ergebnisse detaillierter beschrieben. Sie wurde von 83 ExpertInnen aus möglichst vielen Bereichen der künstlichen Ernährung erarbeitet. Dabei wird mit einer systematische Literaturrecherche relevante Literatur identifiziert und in Evidenztabelle bewertet. Diese werden für Neue Bewertung bereits vorhandener Empfehlungen und ggfs. für die Erstellung neuer Empfehlungen verwendet. Die darauf aufbauende Konsensfindung erfolgt mittels eines Delphi-Verfahrens, indem die ExpertInnen die Empfehlungen hinsichtlich ihrer Eignung anonym bewerten und kommentieren können.

Die Leitlinie zur künstlichen Ernährung im ambulanten Bereich stellt in der gekürzten Fassung insgesamt 54 Empfehlungen zu verschiedenen Themenbereichen bereit. Unter anderem werden dabei die Indikationsstellung, Zugangswege und deren Pflege, heimenterale und heimparenterale Ernährung, Nahrungsprodukte und deren Anwendung sowie die Organisation und Überwachung der parenteralen Ernährung betrachtet.

Insgesamt zeigt die S3-Leitlinie der DGEM, dass die heimenterale und heimparenterale Ernährung anerkannte und sichere Verfahren sind, wenn sie standardisiert und nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen durchgeführt werden. Darüber hinaus wird eine Koordination der Behandlung durch ein interdisziplinäres Ernährungsteam als besonders zielführend dargestellt. Dadurch könne die Versorgungs- und Lebensqualität erhöht, die Komplikationsraten reduziert und zu einer kosteneffizienten Behandlung beigetragen werden.

Um die Qualität von Leitlinien und die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf den Versorgungsprozess zu bewerten, wurde ein Instrument von der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) entwickelt. Das Deutsche Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI) enthält 34 Kriterien, aufgeteilt in acht Domänen. Man beurteilt die Kriterien mithilfe einer Antwortskala von „trifft überhaupt nicht zu“ bis „trifft uneingeschränkt zu“. Beurteilt werden unter anderem die Methodik und Gestaltung der Leitlinie sowie die Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitssystem. Die Bewertung soll im Folgenden dabei helfen, Ergebnisse auf die zu entwickelnde Intervention zu beziehen und zu berücksichtigen.

Insgesamt schneidet die Leitlinie in der DELBI Bewertung mittelmäßig ab. Die Stärken der Leitlinie liegen in der detaillierten Beschreibung der systematischen Recherche und der Konsensverfahren. Darüber hinaus ist die Gestaltung der Empfehlungen detailliert, spezifisch und eindeutig formuliert. Durch Kommentare erhält man einen genaueren Überblick über die evidenzbasierten Hintergründe der einzelnen Empfehlungen und Handlungsoptionen. Allerdings sind bereits bei der Leitlinien-Entwicklung nicht alle relevanten Perspektiven und Präferenzen berücksichtigt worden. So fehlt besonders das Involvieren von PatientInnen und anderer betroffener Personen. Zudem werden keine potenziellen Auswirkungen, die aus der Anwendung der Handlungsempfehlungen resultieren können, analysiert oder beschrieben. Auch ein Konzept zur Implementierung und Verbreitung der Leitlinie fehlt. Daher muss man bei der Übertragbarkeit der Ergebnisse darauf achten, dass bei einer Entwicklung einer Intervention der heimparenteralen Ernährung die Auswirkungen auf das deutsche Gesundheitssystem berücksichtigt werden. Dazu zählen finanzielle und strukturelle Änderungen, die durch die Anwendung der Handlungsempfehlungen resultieren können. Eine gesundheitsökonomische Evaluation müsste vor der Implementierung einer Intervention diese möglichen Auswirkungen für die unterschiedlichen Akteure in dem Prozess beurteilen. Dennoch sind die einzelnen Inhalte der Kapitel und der Empfehlungen für die Erstellung einer Intervention von Bedeutung. Da die methodische Exaktheit bei der Leitlinie gegeben ist, sind die evidenz-basierten Erkenntnisse für eine qualitativ hochwertige Behandlung und Versorgung von ambulant parenteral ernährten PatientInnen gegeben.

Die S3-Leitlinie der DGEM von Bischoff et al. (2013) ist auf die enterale und parenterale Ernährung im ambulanten Bereich ausgerichtet und speziell auf das deutsche Gesundheitssystem bezogen. Die Ergebnisse können daher gut in die entwickelte Interventionsidee übertragen werden und stellen eine evidenzbasierte Grundlage dar. Darüber hinaus wird auf eine koordinierte Behandlung möglichst durch ein interdisziplinäres Ernährungsteam hingewiesen. Dieses soll nach genauerer Betrachtung ähnliche Aufgaben und Bereiche abdecken, wie die Case ManagerInnen der vorliegenden Interventionsidee. Beispielsweise sollen bei beiden Instanzen die Koordination, Organisation und Bestimmung der geplanten Maßnahmen eines Patienten/einer Patientin mit den behandelnden ÄrztInnen erfolgen. Darüber hinaus sollen Beratungen, Schulungen sowie Kontrollen durchgeführt werden und somit eine kontinuierliche Überwachung und Sicherstellung der Versorgung erfolgen. Demnach können zahlreiche Empfehlungen sowie Aufgaben einer behandelnden Instanz der Leitlinie zur künstlichen Ernährung im ambulanten Bereich auf unsere Intervention übernommen werden und so eine Versorgung nach aktuellstem Wissensstand ermöglichen.

6.4 Schlussfolgerungen für die Intervention

Anna Reisinger

Für die Intervention konnten wichtige Erkenntnisse bezüglich der Wirksamkeit des Case Managements, nötiger Qualifikationen des Case Managers/ der Case Managerin sowie dem Einfluss auf patientenrelevante Outcomes und die Interaktion mit weiteren Leistungserbringern gewonnen werden. Gorin et al. (2017), Scherz et al. (2017) und Singer et al. (2016) bestätigen, dass eine gute Koordination in der Versorgung z.B. durch Case Management zu einer besseren Behandlung der Symptome, Vermeidung von medizinischen Fehlern, geringeren Kosten, reduzierten Hospitalisierungsraten und einer Verbesserung der Lebensqualität von PatientInnen führt. Zudem wurde herausgefunden, dass in Zusammenarbeit mit einem/einer Case ManagerIn, die Grundversorger über mehr Informationen über die PatientInnen und deren Willen verfügen (van der Plas et al.: 2015b). Drei Studien zeigen, dass der/die Case ManagerIn gute psychosoziale Kompetenzen und eine sehr gute Kommunikationsfähigkeit besitzen sollte (Scherz et al.: 2017; Dreesen et al.: 2013b; Singer et al.:

2016). Weiterführend nennt Fathi et al. (2016) ein standardisiertes anfängliches Assessment als wichtiges Messinstrument, um eine bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten.

Bei der Übertragung dieser Ergebnisse auf die Interventionsidee ist zu beachten, dass es keine Studien gibt, die sich speziell mit der Wirksamkeit von Case Management bei heimparenteral ernährten PatientInnen befassen. Die analysierten Studien sind also nur in begrenztem Umfang auf die spezifische PatientInnengruppe übertragbar. Weiterhin führt die unzureichende Qualität einiger Studien zu einer begrenzten Aussagekraft der Ergebnisse. Dennoch lässt sich ein Trend bezüglich der Wirksamkeit eines Case Managements bei komplexen Versorgungsfällen erkennen.

7. Modellprojekte

Anna Reisinger

Im Folgenden soll die Umsetzung der Intervention in der Praxis anhand von zwei bereits durchgeführten und evaluierten Modellprojekten betrachtet werden. Dafür wurden zwei Projekte ausgewählt, die sich mit der Versorgungskoordination komplexer Fälle im ambulanten Bereich befassen und ähnliche Interventionsansätze verfolgen. Die Erfahrungen aus den Projekten sollen dazu genutzt werden, Lehren für die Umsetzung der geplanten Intervention zu ziehen. Dabei ist es wichtig die Übertragbarkeit der Projekte auf die geplante Intervention zu beachten. Neben der Ähnlichkeit der Interventionen spielt auch der Kontext in dem sie durchgeführt wurden eine wichtige Rolle. Im Folgenden sollen daher zunächst die beiden Projekte, deren Kontexte und die Evaluationsergebnisse und Erfahrungen beschrieben werden. Daraus abgeleitet werden Schlussfolgerungen für die Umsetzung der geplanten Intervention gezogen und das Ausmaß der Übertragbarkeit beurteilt. Die Erkenntnisse aus den Modellprojekten werden am Ende des Kapitels in einem Zwischenfazit zusammengefasst.

7.1 Modellprojekt I: GesundheitshelferInnen in Lippe

Die GesundheitshelferInnen (GH) in Lippe gehören zum regionalen Versorgungskonzept Geriatrie und sind an das Klinikum Lippe angegliedert. Mittels gezieltem

Fallmanagement sorgend die GH für ein verbesserte Versorgung älterer, multimorbider PatientInnen in der Region. Ziel ist es HausärztInnen zu entlasten sowie den Informationsaustausch und die Kontinuität der Versorgung zu sichern.

Die Übertragbarkeit des Projekts auf die geplante Intervention wurde mit dem ASTAIRE Instrument überprüft. Dieses betrachtet die vier Kategorien Population, Umwelt, Implementation und Unterstützung für den Transfer (Cambon et al.: 2013). Insgesamt werden im Vergleich beider Projekte 16 von 24 Kriterien erfüllt.

Die Zielgruppen aus beiden Interventionen sind ähnlich: In Lippe sind es ältere Menschen in eigener Häuslichkeit mit mehreren Erkrankungen, für die es problematisch ist, sich selbst zu versorgen. Im parenteralen Bereich sind es Menschen, die in eigener Häuslichkeit künstlich ernährt werden und dementsprechend eingeschränkt selbstständig sind und häufig weitere Erkrankungen haben. Beide Interventionen wollen diesen Hilfebedarf mit individuell angepasstem und sektorübergreifendem Fallmanagement begegnen, wobei der Betreuungsaufwand für die HPE-PatientInnen höher eingeschätzt wird als für die PatientInnen im Projekt Lippe.

Auch wenn sich Ziel, Zielgruppe und die Intention der Interventionen ähneln, unterscheiden sie sich in regionalen Bedingungen und den jeweiligen Initiatoren. Der Kreis Lippe ist eine ländliche Region mit 350.000 EinwohnerInnen, während die Stadtgemeinde Bremen mit etwa 580.000 Einwohnern (Bremen und Bremerhaven) wesentlich größer ist (Statista: 2019). In Lippe gibt es dementsprechend nur einen Träger, der mit drei Standorten für die gesamte akutstationäre Versorgung verantwortlich ist (Assmann et al.: 2014). In Bremen gibt es hingegen zehn Krankenhäuser im Krankenhausplan und drei weitere in Bremerhaven, die zehn verschiedenen Trägern angehören (Freie Hansestadt Bremen: o.J.).

Das Konzept der GH wurde vom Klinikum Lippe, dem Ärztenetz Lippe und dem Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft (ZIG) entwickelt. Das bedeutet die Schirmherrschaft des Projekts unterliegt dabei einflussreichen, zahlungs- und personalstarken Institutionen des Gesundheitsbereichs der Region (Assmann et al.: 2014). In Bremen entstanden Projekt- und Interventionsidee durch die Kooperation einer Krankenkasse und Studierenden der Gesundheitswissenschaft. Das bedeutet, dass die Kooperationspartner, die im Lipper Projekt von Anfang an vertreten waren, im Verlauf noch gewonnen werden müssen.

Trotz der Unterschiede kann man basierend auf den Gemeinsamkeiten einige inhaltliche Lehren aus dem Modellprojekt für eine Intervention zu HPE in Bremen und Bremerhaven ziehen. So wurde beispielsweise für die Rekrutierung von PatientInnen den Leistungserbringern ein kontinuierlicher Support seitens der GH gewährleistet. Dazu wurden u.a. Argumentationshilfen verfasst und Informationsmaterial für die Aufklärung der PatientInnen bereitgestellt. Alle Informationen wurden von den GH in eine elektronische PatientInnenakte eingetragen, auf die auch die ÄrztInnen Zugriff hatten. Diese wurde jedoch hauptsächlich durch die GH genutzt. Weiterhin wurde die Relevanz einer pflegerischen Ausbildung der GH unterstrichen. So erwies sich die Einstellung eines Sozialarbeiters/einer Sozialarbeiterin nicht als zielführend, da eine medizinisch-pflegerische Expertise als essenziell für den Projekterfolg angesehen wurde. Ein weiterer interessanter Aspekt des Modellprojekts ist das bei dem Erstbesuch durchgeführte obligatorische Anfangsassessment. Dieses sehr ausführlich gestaltete Assessment bezieht sich auf die körperliche, geistige, funktionelle und soziale Gesundheit sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Dafür nutzen sie unter anderem den Barthel-Index, Lachs, IADL, SF-12 und eine Sozialanamnese. Anschließend wird mit der/die betreuende Arzt/Ärztin der Hilfeplan besprochen, um so eine bedarfsorientierte Betreuung zu gewährleisten. Ein bis zweimal jährlich findet in dem Projekt eine Netzwerkkonferenz mit allen beteiligten Akteuren und Leistungserbringern statt. Zudem werden zweimal jährlich sektorübergreifende ärztliche Qualitätszirkel zusammen mit den GH durchgeführt. Innerhalb des Projekts konnte gezeigt werden, dass sowohl die Zusammenarbeit aller an den Netzwerkkonferenzen teilnehmenden Akteure gestärkt wird als auch die Qualität in der Versorgung durch die halbjährlichen Qualitätszirkel verbessert wird (Assmann et al.: 2014).

Durch die begleitende Evaluation des Projekts konnte gezeigt werden, dass sich die Kontinuität in der Versorgung positiv auf die erlebte Gesundheit sowie die Lebensqualität der PatientInnen auswirkt. Vor allem die erlebte Selbstständigkeit macht dabei einen großen Teil der Versorgungsqualität aus. Zudem profitieren beide Sektoren durch das Projekt. Stationär wird das Entlassmanagement unterstützt und mit Informationen über die weitere ambulante Versorgung versorgt. Ambulant findet eine Entlastung durch die Hausbesuche der GH sowie die Koordinationsleistungen statt. Die niedergelassenen ÄrztInnen äußerten dabei zunächst Sorge um Kompetenzverlust bezogen auf das Case Management durch die GH. Im Projektverlauf konnten viele

HausärztInnen zur aktiven Teilnahme motiviert werden. Ein wichtiges Argument dafür war einerseits der „Entlastungsfaktor“ und andererseits ein bestehendes Vertrauen zwischen HausärztInnen und den GH (Assmann et al.: 2014).

7.2 Modellprojekt II: Allgemeine Ambulante Palliativversorgung im Landkreis St. Wendel

Ziel des Modellprojekts im Landkreis St. Wendel ist es, die ambulante Versorgung palliativer PatientInnen zu verbessern. Das Projekt richtet sich an PatientInnen, bei denen die palliative Behandlung im Vordergrund steht, die im häuslichen Umfeld betreut werden und die (noch) keine SAPV Leistungen erhalten. Dafür wurden multidisziplinäre regionale Netzwerke gebildet. Innerhalb der fallbezogenen Teams aus HausärztInnen, Pflege und ambulatem Hospiz wird der Versorgung geplant und der Behandlungsplan erstellt. Der/die zuständige Hausarzt/Hausärztin ist dabei erste Anlaufstelle für den einzelnen Patienten/die einzelne Patientin und fungiert als Fallkoordinator. Er erfasst den Versorgungsbedarf und die Wünsche des Patienten/der Patientin. Zusammen mit den weiteren Mitgliedern des interdisziplinären Versorgungsteams werden die weiteren Behandlungsmaßnahmen geplant und koordiniert. So soll das integrative Arbeiten der Akteure aus den verschiedenen Professionen gestärkt und Behandlungsabläufe strukturiert werden (Schneider: 2018).

Die Betrachtung der Übertragbarkeit mit dem ASTAIRE Instrument ergab, dass 16 der 24 Kriterien erfüllt sind (Cambon et al.: 2013).

Das Projekt ähnelt unserer Intervention hinsichtlich einer sehr hilfsbedürftigen Zielgruppe, fehlender Expertise im ambulanten Bereich, Fallmanagement als Lösungsidee und einem interdisziplinären Arbeitsansatz. Obwohl es im Unterschied zu unserer Intervention in St. Wendel um eine ländliche Region geht, ÄrztInnen die koordinierende Instanz darstellen und es ausschließlich um palliative Versorgung geht, können trotzdem einige Ansätze, vor allem bezogen auf die Zusammenarbeit der Leistungserbringer, auf unsere Intervention übertragen werden.

Zunächst wurden die Fallbesprechungen, die zwischen einzelnen Leistungserbringern zum Abklären der Behandlungsziele sowie zur Besprechung akuter Probleme stattfanden, von den Leistungserbringern selbst als sinnvoll erachtet. Die Besprechungen wurden meist telefonisch durchgeführt. Einige ÄrztInnen kritisierten jedoch,

dass dies aufgrund mangelnder zeitlicher Ressourcen schwer umsetzbar sei und schlugen daher regelmäßige Termine, die mit zeitlichem Vorlauf geplant werden könnten, vor. Weiterhin sprechen die Forschenden des Modellprojekts Empfehlungen für die Übertragung des Projekts aus. So raten sie zunächst zu einer verpflichtenden Kooperation bzw. einer vorher festgelegten Art der Kooperation und der Koordination. Die Vernetzung und das gegenseitige Kennenlernen der Akteure sollte zudem frühzeitig gefördert und aktiv gestaltet werden. Eine fehlende gemeinsame Dokumentation führte im Projekt dazu, dass Informationen teilweise über die PatientInnen zwischen den Leistungserbringern weitergetragen wurden, was sich als sehr fehleranfällig herausstellte. Dennoch konnte beispielsweise durch die regelmäßig stattfindenden Qualitätszirkel, bei denen der Austausch auf Systemebene und das gemeinsame Lernen im Vordergrund stehen, eine Verbesserung in der interdisziplinären Kommunikation und ein gesteigertes gegenseitiges Verständnis unter den Professionen festgestellt werden. Letztlich führen die Forschenden die Verbesserung in der Versorgung der PatientInnen auf die Erstellung von Bedarfs- und Notfallplänen sowie die Zusammenarbeit der Akteure und die engmaschige Begleitung zurück.

7.3 Schlussfolgerungen für die Intervention

Die beiden Modellprojekte zeigen deutlich, dass eine Stärkung der Zusammenarbeit der beteiligten Leistungserbringer maßgeblich für den Erfolg des Projekts ist. Dafür wurden in den Projekten regelmäßig Treffen beispielsweise in Form von Qualitätszirkeln oder akuten Fallbesprechungen eingeführt. Der dadurch geförderte erhöhte Austausch hatte außerdem zur Folge, dass die Akzeptanz unter den einzelnen Akteuren gefördert und so die Zusammenarbeit weiter verbessert wurde. Dabei sind jedoch die zeitlichen Ressourcen aller Beteiligten zu beachten. Die Häufigkeit sollte daher zusammen mit den Leistungserbringern erarbeitet werden. Um die Kommunikation untereinander zu verbessern wird zudem zu einer gemeinsamen Kommunikationsplattform geraten. Dies ließe sich beispielsweise in Form von einer gemeinsamen, eventuell digitalisierten PatientInnenakte umsetzen, auf die alle Leistungserbringer Zugriff erhalten könnten. Um PatientInnen überhaupt für das Projekt gewinnen zu können, zeigte es sich zudem als zielführend die Leistungserbringer mit Ar-

gumentationshilfen zu unterstützen, um die PatientInnenrekrutierung zu fördern. Bezüglich der Rekrutierung der Leistungserbringer scheint es zudem besonders wichtig das Vertrauen von HausärztInnen zu gewinnen, da diese durch ein Case Management häufig einen Kompetenzverlust befürchten und so von der entlastenden Wirkung des Projekts überzeugt werden müssen.

Da sich die Modellprojekte, aber in ihrer Umsetzung und in ihrem Setting teilweise von der hier geplanten Intervention unterscheiden, ist dennoch zu beachten, dass bei einzelnen Aspekten ggf. andere Wirkungsweisen zu erwarten sind.

8. Evaluationskonzept

Madlen von Fintel

Die bereits vorgestellte Intervention in Form eines Case Managements und dem Netzwerkaufbau unter den Leistungserbringern soll verschiedene Ziele erreichen und die Situation der parenteral ernährten PatientInnen langfristig verbessern. Um zu überprüfen, ob die definierten Interventionsziele erreicht und die Wirkung der Intervention bestätigt werden kann, bedarf es einer Evaluation. Im Folgenden wird das Konzept, welches zur Evaluation der Intervention angewandt wird genauer beschrieben. Dazu werden zunächst der zu evaluierende Gegenstand sowie Zweck und Ziele der Evaluation beschrieben. Darauf aufbauend werden die Indikatoren beschrieben, anhand derer die Zielerreichung beurteilt werden soll. Anschließend werden Methode und Design des Evaluationskonzeptes vorgestellt sowie Herausforderungen und Limitationen der Evaluation aufgezeigt.

8.1 Evaluationszweck und -Gegenstand

Eine Evaluation wird in der Wissenschaft unter anderem zur Bewertung von Personen, Produkten, Prozessen, Projekten oder einem Programm genutzt. Dabei werden für die Beurteilung im Gegensatz zum alltäglichen Gebrauch von Evaluationen empirische Methoden für datengestützte Belege verwendet. Das Wort Evaluation wird von dem lateinischen Wort „valor“ abgeleitet, was mit „Wert“ übersetzt werden kann. Eine Evaluation durchzuführen bedeutet also, eine Bewertung abzugeben (Stockmann: 2004).

Eine wissenschaftliche Evaluation kann dabei verschiedene Ziele und Zwecke verfolgen. Zunächst soll sie nutzenstiftend sein. Das heißt, je nach Evaluationsgegenstand soll sie nach Stockmann (2004) „dazu beitragen, Prozesse transparent zu machen, Wirkungen zu dokumentieren und Zusammenhänge aufzuzeigen, letztlich um Entscheidungen treffen zu können.“ (Stockmann: 2004, S.2). Im Vorfeld muss festgelegt werden, welche Ziele und Aufgaben erfüllt und von wem und wie die Evaluation durchgeführt werden soll.

Der Zweck einer Evaluation wird meist von ProjektauftraggeberInnen oder möglichen Stakeholdern im Prozess festgelegt. Er beschreibt, was mit den Ergebnissen der

Evaluation erreicht werden soll und welche Aufgabe sie erfüllt. Eine Evaluation kann in verschiedenen Phasen einer Intervention ansetzen: in der Planungs-, Implementations- oder Wirkungsphase. In der Planungsphase können die Erkenntnisse dazu genutzt werden, die Planung einer Intervention zu verbessern. Es handelt sich demnach um eine prozessorientierte, formative Evaluation. Eine Evaluation in der Implementationsphase soll die Durchführung der Intervention beobachten und mögliche Fehler und Probleme frühzeitig aufdecken. In der Wirkungsphase wird eine Evaluation dazu verwendet, die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit im Nachhinein zu ermitteln (Stockmann: 2004). Hierbei sollen Ergebnisse im Vergleich zu vorher gemessen werden und aufzeigen, ob und welche langfristigen Ziele erreicht wurden (Fässler & Oetterli 2014). Der Fokus der im Folgenden beschriebenen Evaluation liegt in der Überprüfung der Wirksamkeit der geplanten Intervention. Dabei stehen die Zusammenfassung und Bilanzierung der Ergebnisse von gemessenen Outcomes im Vordergrund (Stockmann 2010: 74). Dieser Fokus wurde gewählt, da mit unserer Intervention die Versorgungssituation der heimparenteral ernährten PatientInnen langfristig verbessert werden soll und die Wirksamkeit der Intervention in Bezug auf die PatientInnen im Vordergrund steht (Stockmann: 2004). Daher handelt es sich um eine summative und ergebnisorientierte Evaluation, die den Fokus auf die Gesamtbewertung der Intervention legt und sich besonders an Entscheidungspersonen richtet, die über das weitere Vorgehen der Intervention entscheiden. Denn speziell bei Verträgen der besonderen Versorgung, nach §140a (2) SGB V ist es erforderlich, diese nach vier Jahren in Bezug auf ihre Wirtschaftlichkeit zu prüfen. Darauf aufbauend kann entschieden werden, ob die Verträge fortbestehen oder ob Leistungen oder Programminhalte in die Leistungsversorgung überführt werden sollen.

Der Evaluationsgegenstand legt den Fokus der Evaluation fest. Welche Teile der Intervention bei der Evaluation im Vordergrund stehen wird im Folgenden anhand des Wirkmodells (Abbildung 9) näher erläutert. Auf Grundlage des vorliegenden Problems sollen zwei Interventionsstränge eingeführt werden. Das implementierte Case Management zur Betreuung, Organisation und Koordination von parenteral ernährten PatientInnen bildet hierbei den Evaluationsgegenstand. Demnach soll sich die Evaluation primär auf die Ziele, die auf der Seite der PatientInnen entstehen, fokussieren. Dazu zählt auf der einen Seite die Reduktion der Verordnungskosten, die sich aus einer Senkung der Über-, Unter- und Fehlversorgung ergibt. Zudem sollen die Komplikations- und Wiedereinweisungsraten gesenkt werden. Die PatientInnenzufriedenheit soll in Hinblick auf die Lebensqualität und die Behandlungszufriedenheit erhöht werden. Diese stellen die Outcome-Parameter der Evaluation dar.

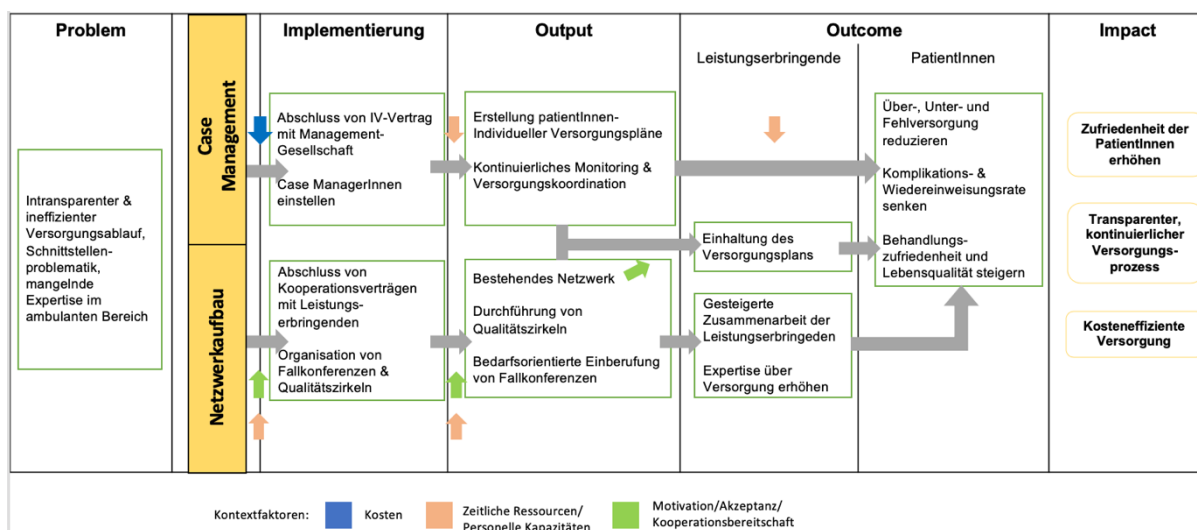


Abbildung 9: Wirkmodell (Eigene Darstellung)

Ein Teil der Evaluation soll durch die AOK Bremen/Bremerhaven selbst durchgeführt werden. Die Datengenerierung in Form von Routinedaten kann demnach selbst durchgeführt werden, da der Aufwand hierbei am geringsten ist und die Daten bereits vorliegen und ausgewertet werden können. Bei der Erhebung von patientInnenbezogenen Daten in Hinblick auf Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit sollte jedoch eine Fremdevaluation von einer externen Instanz durchgeführt werden. Es handelt sich demnach um eine Kombination aus einer Selbst- sowie Fremdevaluation.

Ergänzend zu der Wirkungsevaluation des Case Managements könnte weiterhin der Netzwerkaufbau unter den Leistungserbringern untersucht werden. Da eine umfassendere Evaluation aber immer auch zusätzlichen Aufwand und Kosten verursacht, wurde sich zur Fokussierung auf patientInnenrelevante Outcomes entschieden. Für eine tiefergehende Evaluation, zur zusätzlichen Betrachtung von Zusammenarbeit und Wissensstand der Leistungserbringer, könnten beispielsweise Prä-Post-Befragungen der im Programm eingeschriebenen Leistungserbringer vor Beginn und nach Abschluss der Interventionsphase stattfinden. Dadurch könnten Erkenntnisse zum Informationsaustausch und zur Kommunikation untereinander gewonnen werden. Für eine tiefergehende Betrachtung des Prozesses könnte zudem die Dokumentation des Case Managements ausgewertet und so Inhalte über die Versorgung und die Einhaltung der Versorgungspläne ermittelt werden.

8.2 Ziele Indikatoren Soll-Werte

Um die bereits erläuterten Outcome-Parameter messbar zu machen wird ein Indikator, also eine objektive Messgröße, benötigt. Um zu beurteilen, wann ein Ziel als erreicht gilt, benötigt man zudem einen Soll-Wert (Fässler & Oetterli 2015: 15).

Für jeden Outcome-Parameter, der in der Evaluation betrachtet werden soll, wurde ein Indikator gebildet. Zusammen mit der jeweiligen Erhebungsmethode sind diese in Tabelle 4 abgebildet.

Outcome-Parameter	Indikator	Methode
Reduktion der Verordnungskosten von Arznei- & Hilfsmitteln	Kosten der verordneten Nährlösungen und Hilfsmitteln (ATC-Codes) pro Patient pro Quartal	Erhebung über Routinedaten der Krankenkasse
Senkung der Komplikations- & Krankenhauseinweisungsrate	Anteil der Katheter-Komplikationen anhand der Einweisungsdiagnosen ins Krankenhaus (ICD-10 Code) pro Patient	
Erhöhung der Lebensqualität	Anteil der PatientInnen mit einer klinisch relevant (6-Punkte) höheren Lebensqualität anhand des SF-36	Befragung der PatientInnen (validierte Fragebögen)
Erhöhung der Behandlungszufriedenheit	Ausmaß der Zufriedenheit mit der Behandlung anhand eines modifizierten ZAP-Fragebogens	

Tabelle 4: Ziele und Indikatoren (Eigene Darstellung)

Für die Erhebung über Routinedaten wurde als primäres Outcome die Betrachtung der Verordnungskosten festgelegt. Bei der PatientInnenbefragung wird als primäres Outcome die Lebensqualität betrachtet. Im Folgenden werden zu jedem einzelnen Indikator die Relevanz und Messmethode erläutert.

8.2.1 Verordnungskosten

Die Kosten der parenteralen Ernährung steigen derzeit an und die Verordnungsmengen von Nährlösungen und Hilfsmitteln gelten laut Suchner et al. (2000) als „unreflektiert und verschwenderisch“ (S. 682 i. V. m. Heimbürger et al.: 1985). Dauer und Umfang der Versorgung mit parenteralen Nährlösungen könnten demnach reduziert werden (Kennedy & Nightingale: 2005, S. 1129 & 1131). Laut der AOK Bremen/Bremerhaven führen Über- und Fehlversorgungen in der Behandlung zu erhöhten Kosten. Vermutet wird, dass die ökonomischen Interessen einiger Leistungserbringer zu einer Leistungsausweitung führen und beispielsweise die parenterale Ernährung unnötig lang verordnet oder zu viele und/oder teure Produkte bestellt werden. Die Verordnungskosten von Arznei- und Hilfsmitteln kann über die Abrechnung in den Routinedaten der Krankenkassen eingesehen werden. Aufgeführt werden sie als ATC-Codes (bspw. B05BA Lösungen zur parenteralen Ernährung). Leistungserbringer haben demnach Einfluss auf den Umfang der Verordnungen, die Dauer der Therapie und somit auf den durchschnittlichen Preis pro Einheit. Laut Stähr (2009) kann durch die gezielte Koordination der PatientInnen und eine Übernahme der gesamten Versorgung durch Fachkräfte mit besonderer Expertise und Erfahrung in der parenteralen Ernährung zu einer Reduzierung dieser Ausweitung beitragen. In dieser Studie wird auf eine mögliche Senkung der Verordnungskosten von rund 20-40% verwiesen (Stähr: 2009, S. 180). Auch die ExpertInnen der AOK Bremen/Bremerhaven bestätigten uns diese Angaben. Als Soll-Wert für diesen Indikator wird daher von der konservativsten Annahme, einer Senkung der Verordnungskosten von Arznei- und Hilfsmitteln um 20% vom derzeitigen Wert, ausgegangen.

8.2.2 Komplikationsrate

Obwohl die parenterale Ernährung häufig eine lebenserhaltende und notwendige Maßnahme darstellt, sind mit ihr auch Komplikationen verbunden. Durch die Implantation eines PORT-Systems kann es zu verschiedenen Komplikationen am Zugang kommen. Eine der schwerwiegendsten Hauptkomplikationen ist die Kathetersepsis, die eine infektiöse Komplikation darstellt. Um dieser und weiteren Komplikationen entgegenzuwirken, sind strenge Hygienevorschriften bei der Versorgung der PatientInnen zu beachten (Zech: 2019, Stähr: 2009, Thul: 2004).

Durch die leitlinienbasierte und bedarfsorientierte Versorgung durch das Case Management sowie durch erfahrenere Leistungserbringer im gesamten Prozess, soll diese Komplikation gesenkt werden. Diese Senkung der Komplikation, die zu Krankenhauseinweisungen führen, stellt demnach einen Indikator für die Evaluation dar. Da es keine Studien in Bezug auf die Komplikationsraten heimparenteral ernährter PatientInnen in Verbindung mit einem Case Management gibt, wurde zur Generierung eines Soll-Werts auf Studien mit ähnlichen Versorgungsansätzen zurückgegriffen.

Als Indikator für die Senkung der Komplikationsraten werden im Folgenden Krankenhauseinweisungen aufgrund einer Kathetersepsis betrachtet. Dieser Indikator wurde ausgewählt, da die Kathetersepsis zum einen, wie zuvor beschrieben, eine der schwerwiegendsten Hauptkomplikationen darstellt (Bischoff et al.: 2007). Da sie in der Regel eine Krankenhauseinweisung nach sich zieht werden als Indikator die häufigsten Einweisungsdiagnosen, die in Verbindung mit einer Kathetersepsis stehen betrachtet. Fälle die zu Krankenhauseinweisungen führen bilden zudem besonders schwerwiegende und kostenintensive Fälle ab und sind daher für die Wirkungsevaluation besonders relevant.

Stähr (2009) betrachtet insgesamt fünf Metastudien. Sechs der elf Primärstudien, auf die sich die Metastudien beziehen, beschäftigen sich mit der Kathetersepsis. Zudem wird in den Studien der Rückgang der Komplikationsrate durch die Versorgung eines interdisziplinären Teams, welches die Koordination der PatientInnen innerhalb eines integrierten Versorgungsprogramms übernimmt, untersucht. Da das in der Studie betrachtete interdisziplinäre Team ähnliche Aufgaben und Themenbereiche wie das Case Management unserer Intervention abdecken soll, werden die Ergebnisse

übertragen. Die Ergebnisse zeigen, dass durch den Einsatz eines Teams, welches die Organisation, Koordination und Versorgung der PatientInnen übernimmt, bis zu 63% der durchschnittlichen Komplikationsraten bezogen auf die Kathetersepsis reduziert werden können. Für die Evaluation des Indikators Reduktion der Komplikationsrate soll demnach der Wert von 63% angenommen werden.

8.2.3 Lebensqualität

Die Lebensqualität der parenteral ernährten PatientInnen wird durch die zugrunde liegende Erkrankung maßgeblich beeinflusst und oftmals beeinträchtigt. Die parenterale Ernährung ist häufig eine lebenswichtige Maßnahme, die PatientInnen mit den notwendigen Nährstoffen versorgt und versucht die Selbstständigkeit und Mobilität zu erhalten. Mithilfe des Case Managements soll durch eine bessere Begleitung, einer verbesserten Absprache der Leistungserbringer, eine erhöhte Versorgungsqualität und eine gesenkte Komplikationsrate die Lebensqualität erhöht werden. Um dies in der Evaluation zu messen, stellt die Veränderung der Lebensqualität einen Indikator dar.

Um diesen zu messen, wurden sich verschiedene Messinstrumente angesehen und die Entscheidung fiel auf den skalierten Short-Form-Health-Survey (SF-36) Fragebogen. Mithilfe von 36 Fragen werden primär psychische und körperliche Dimensionen der subjektiven Gesundheit erfragt.

Durch die nachgewiesenen hohe Validität und Reliabilität des Fragebogens ist dieser Fragebogen für unsere Evaluation geeignet (Ellert & Kurth 2004: 1027; Ellert & Kurth 2013: 643). Zudem wird durch die Länge des Fragebogens ein höherer Rücklauf sichergestellt, bei dem eine Repräsentativität eher gegeben ist. Darüber hinaus stehen Vergleichswerte für Ergebnisse von Studien zur Verfügung, die ebenfalls die Lebensqualität von parenteral ernährten PatientInnen mit dem SF-36 erhoben haben (Malone: 2002).

Der Fragebogen umfasst acht Dimensionen, die verschiedene Themenbereiche abdecken. Die Fragen sind entweder mit „ja-nein“ zu beantworten oder weisen bis zu sechsstufige Antwortskalen auf (Morfeld & Bulliger 2008: 251; Morfeld et al. 2012: 396). Der durchschnittliche Zeitaufwand zur Bearbeitung des Fragebogens beträgt

zehn Minuten (Morfeld & Bulliger 2008: 251; Bullinger 2000: 193; Ellert & Kurth 2013: 644).

Um nachweisen zu können, ob unsere Intervention einen Effekt auf die Lebensqualität der heimparenteral ernährten PatientInnen hat, wurde nach Vergleichswerten für signifikante Unterschiede durch Interventionen auf die Lebensqualität gesucht. Angst et al. (2001: 388) beschreiben einen klinisch relevanten Unterschied bei einer Wertdifferenz von 6-7 Punkten auf der Skala von 0 bis 100 beim SF-36. Demnach wird sich im Folgenden bei dem Indikator der gesteigerten Lebensqualität an diesem Soll-Wert orientiert.

8.2.4 Behandlungszufriedenheit

Besonders im Gesundheitswesen ist die Behandlungszufriedenheit von PatientInnen schwierig zu erheben, da PatientInnen häufig können nur die offensichtlichen Dinge wie Personal, Essen und die Ausstattung des Zimmers bewerten können (Crow 2002: 2). Sie haben jedoch wenig Möglichkeiten die medizinische Behandlung an sich zu bewerten. Die Erhebung der Behandlungszufriedenheit stellt somit einen wichtigen Parameter der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen dar und trägt zu einer erhöhten PatientInnenorientierung bei (Sitizia: 1997). Bei der vorliegenden Versorgung der parenteral ernährten PatientInnen werden diese mit einer Schnittstellenproblematik und einem unkoordinierten Prozess konfrontiert. Daher ist es besonders interessant und wichtig, bei unserer Intervention, die Behandlungszufriedenheit und Wahrnehmung der PatientInnen zu erheben und mit Personen zu vergleichen, die nicht von einem/einer Case ManagerIn betreut werden. Die Konstrukte zur Erhebung der Behandlungszufriedenheit sind multidimensional und beinhalten die individuellen Präferenzen, Erwartungen, Erfahrungen und Ansprüche der PatientInnen. In Deutschland zeigte sich besonders im ambulanten Bereich eine Zunahme von Befragungen der Behandlungszufriedenheit der PatientInnen (Berger & Lenz: 2006). Die geeignete Auswahl eines Fragebogens muss verschiedene Kriterien berücksichtigen. Neben den zu erfüllenden Testgütekriterien, sollten die Ziele der Befragung angemessen sein. Das heißt, der Grund für die Zufriedenheitserhebung sollte an den Evaluationsgegenstand angepasst sein. In Bezug auf die vorliegende

Intervention sollte die Behandlungszufriedenheit als Teil der Prozessqualität (Donabedian: 1966) von Gesundheitsleistungen verstanden werden. Sie dient demnach dazu, Versorgungsprobleme zu identifizieren und Verbesserungen im Prozess wahrzunehmen. Darüber hinaus sollten patientInnenrelevante Outcomes, der Wissensstand der PatientInnen sowie deren Erwartungen berücksichtigt werden (Berger & Lenz: 2006).

Als Orientierung wird der „Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Qualität aus Patientenperspektive“ (ZAP) verwendet, der von der Medizinischen Hochschule Hannover entwickelt wurde. Dieser fokussiert sich auf die Behandlungszufriedenheit im ambulanten Bereich und wurde für Haus- und Facharztpraxen konzipiert. Der ZAP-Fragebogen besteht aus 32 Fragen (Items), bei denen folgende Dimensionen abgefragt werden: „Praxisorganisation“, „Information“, „Arzt-Patient-Interaktion“, „Fachkompetenz“ und „Einbindung in Entscheidungsprozesse“, „Zufriedenheit mit Qualität und Ausmaß der Informationen“, die „Zufriedenheit mit der Patientenbeteiligung insgesamt“, das „Vertrauen zum Arzt/ zur Ärztin“, die „Einschätzung der Behandlungsqualität“ und die „Zufriedenheit mit dem Arzt/ der Ärztin insgesamt“. Inhalte des ZAP-Fragebogens können auf die parenterale Ernährung und die ambulante Betreuung durch ein Case Management adaptiert werden. Positive Erfahrungen mit der Modifizierung des ZAP-Fragebogens an die Zielgruppe zeigten sich bereits in der Pilotstudie von Braun et al. (2010) und von Lindemann & Remstedt (2008).

Da sich in diesen Studien gezeigt hat, dass eine Adaption und Modifikation des Fragebogens an das Erhebungsthema sinnvoll und zielführend ist, wird dies für die Intervention und Evaluation ebenfalls umgesetzt. Dabei bleibt die Struktur des ZAP-Fragebogens erhalten. Die geschlossenen Fragen sind weiterhin im Rating-Schema gestellt und bieten die Wahl zwischen den vier Antwortkategorien: ‚Sehr zufrieden‘, ‚Eher zufrieden‘, ‚Eher unzufrieden‘ und ‚Sehr unzufrieden‘. Diese werden so aus dem ursprünglichen ZAP übernommen. Um die Praktikabilität und gegebenenfalls notwendige Anpassungen des adaptierten Fragebogens zu ermitteln, sollte ein Pretest durchgeführt werden. Dabei sollten die Verständlichkeit der Fragen, die Eindeutigkeit der Kategorien und mögliche Erhebungsprobleme im Vordergrund stehen. Zu Beginn des Fragebogens werden personenbezogene und soziodemographische Daten der PatientInnen erhoben. Im Folgenden wird besonders auf die Zufriedenheit

mit der Betreuung durch das Case Management im Krankenhaus und im häuslichen Umfeld eingegangen. Dabei werden auch der Schnittstellenübergang und die Entlassung aus dem Krankenhaus näher betrachtet. Zudem soll die Organisation des Case Managements, das heißt die Kontaktaufnahme, der Weg in das Projekt und regelmäßige Termine, abgefragt werden. Darüber hinaus soll die Zufriedenheit über die bereitgestellten Informationen über die Behandlung, die Arznei- und Hilfsmittel sowie den Prozess erfragt werden. Dazu zählt auch die Zusammenarbeit unter den Leistungserbringern im gesamten Prozess, die sich durch die Intervention verbessern soll. Abschließend soll insgesamt die Zufriedenheit mit der Intervention und der Betreuung durch eine/n Case ManagerIn erhoben werden. Hierbei kann erfragt werden, ob man erneut an dem Programm teilnehmen und ob man dieses an Freunde und Verwandte weiterempfehlen würde. Die Fragen sind ausgerichtet auf die unterschiedlichen Dimensionen (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) des Qualitätsmodells von Donabedian (1960), welche auch unseren theoretischen Überlegungen hinsichtlich der Intervention zugrunde liegen (Berger & Lenz: 2006). Dadurch werden die verschiedenen Schritte des Prozesses hinsichtlich der Zufriedenheit der PatientInnen abgefragt und mögliche Qualitätsdefizite analysiert.

Durch die Modifikation des Fragebogens kann ein Soll-Wert erst entwickelt werden, nachdem die einzelnen Items für den Fragebogen festgelegt wurden. Da es sich um ein neues Instrument handelt, gibt es zudem keine Vergleichswerte aus anderen Studien. Demnach muss bei der Erhebung der Behandlungszufriedenheit der Vergleich zur Kontrollgruppe ausreichen. Anhand dessen soll ersichtlich werden, dass die Versorgung durch das Case Management die Zufriedenheit der PatientInnen über den Prozess hinweg verbessern kann.

8.3 Methode und Design

Anna Reisinger

Im Folgenden soll das Konzept genauer beschrieben werden, mit dem die zuvor beschriebenen Indikatoren gemessen und letztlich die Zielerreichung beurteilt werden soll.

8.3.1 Untersuchungsdesign

Um die Wirkung der Intervention beurteilen zu können, bedarf es zunächst eines Vergleichs. Für diesen Vergleich gibt es im Wesentlichen drei Möglichkeiten: ein Soll-Ist-Vergleich, ein Vorher-Nachher-Vergleich oder ein Vorher-Nachher-Vergleich mit Kontrollgruppe. Um eine Wirkung des Projekts und nicht nur dessen Zielerreichung, wie bei einem Soll-Ist-Vergleich, feststellen zu können, ist zunächst die Durchführung einer Vorher-Nachher-Messung notwendig (Fässler & Oetterli: 2014). Da es sich bei HPE-PatientInnen häufig um schwerkranke, palliativ betreute PatientInnen handelt und zudem die Einleitung der HPE an sich bereits einen starken Einfluss auf die Lebensqualität zeigt (Theila et al.: 2017), ist weiterhin die Verwendung einer Kontrollgruppe wichtig, um diesen und weitere projektexterne Einflüsse auszuschließen. So können gemessene Veränderungen bestmöglich auf den Einfluss der Intervention zurückgeführt werden (Fässler, Oetterli: 2014). Für die geplante Evaluation eignet sich daher ein Vorher-Nachher-Vergleich mit Kontrollgruppe am besten, um den Einfluss der Intervention auf die betrachteten Outcomes beurteilen zu können.

Die Evaluation soll im Rahmen eines quasiexperimentellen Designs durchgeführt werden. Dieses Untersuchungsdesign ist dadurch gekennzeichnet, dass die PatientInnen nicht zufällig der Interventions- und Kontrollgruppe zugeteilt werden, sondern durch den/die UntersucherIn bzw. anhand von bestimmten Kriterien, wie beispielsweise der Wohnregion. Ebenso wie im echten Experiment werden beide Gruppen systematisch unterschiedlich behandelt und letztlich der resultierende Effekt auf die abhängige Variable in beiden Gruppen gemessen (Döring & Bortz: 2016).

Wird keine randomisierte Zuteilung von Interventions- und Kontrollgruppe durchgeführt, besteht die Möglichkeit, dass sich die Vergleichsgruppen nicht nur hinsichtlich des zu messenden Outcomeparameters, sondern zudem auch hinsichtlich weiterer personen- oder kontextbezogener Faktoren, systematisch unterscheiden. Werden in einer quasiexperimentellen Studie also Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen gemessen, sind diese nicht zwangsläufig auf die Intervention zurückzuführen. Dennoch werden quasiexperimentelle Studien besonders im Rahmen von Feldversuchen häufig durchgeführt, da in diesem „natürlichen Umfeld“ eine randomisierte Aufteilung mit erhöhtem finanziellem und zeitlichem Aufwand verbunden oder teilweise gar nicht zu erreichen ist (Döring & Bortz: 2016; Wilkening & Martin: 2003).

Innerhalb der vorliegenden Evaluationsstudie wurde sich für das quasiexperimentelle Design entschieden, da eine randomisierte Aufteilung in zwei Gruppen innerhalb der Interventionsregion Bremen/Bremerhaven aufgrund der geringen Fallzahl heimparenteral ernährter PatientInnen zunächst keine genügend große Stichprobe ergeben würde (siehe Kapitel Fallzahlberechnung). Weiterhin wäre bei einer randomisierten Zuteilung innerhalb von Bremen/Bremerhaven eine Kontaminierung der Gruppen insofern nicht auszuschließen, als dass PatientInnen der Kontrollgruppe weiterhin von Leistungserbringern (z.B. HausärztInnen) innerhalb des IV-Netzwerks betreut werden könnten. Ziel der Intervention ist es u.a. die Versorgung durch die verbesserte Zusammenarbeit und den erhöhten Wissensaustausch der teilnehmenden Leistungserbringer zu verbessern. Daher wäre kein klarer Interventionseffekt mehr erkennbar, wenn die Kontrollgruppe ebenfalls von diesen Leistungserbringern betreut würde. Da die Region Bremen/Bremerhaven als Interventionsregion fungieren soll, ist auch eine Cluster-Randomisierung nicht möglich.

Um Einbußen in der internen Validität dennoch gering zu halten schlagen Döring und Bortz (2016) verschiedene Methoden vor. Störvariablen sollten demnach, mangels Randomisierung fehlender designtechnischer Kontrolle, über deren Messung und statistische Kontrolle als Kovariaten im Rahmen einer Kovarianzanalyse einbezogen werden. In der Evaluationsforschung kommt dafür in den letzten Jahren die sogenannte Propensity-Score-Analyse nach Rosenbaum und Rubin (1983) vermehrt zum Einsatz, bei der die betrachteten Vergleichsgruppen hinsichtlich der gemessenen Störfaktoren analysiert und vergleichbar gemacht werden (Luellen et al.: 2005). Dafür wird für jede Untersuchungsperson anhand aller betrachteten Kontrollvariablen die Wahrscheinlichkeit berechnet, der jeweiligen Gruppe (Intervention oder Kontrolle) anzugehören. Bei diesem Vorgehen ist darauf zu achten, dass die gewählten Kontrollvariablen mit der abhängigen und nicht mit der unabhängigen Variable korrelieren sollten, da sonst der interessierende Effekt reduziert werden könnte (Döring & Bortz: 2016). Im Folgenden wird zunächst die Bildung von Interventions- und Kontrollgruppe beschrieben und im Anschluss auf die betrachteten Kontrollvariablen eingegangen.

Interventions- & Kontrollgruppe

Die an der Intervention teilnehmenden HPE-PatientInnen bilden die Interventionsgruppe. Eingeschlossen werden bei der AOK Bremen/Bremerhaven versicherte PatientInnen mit einem Alter über 18 Jahren, die einen Aufenthalt in einem am Vertrag teilnehmendem Krankenhaus haben und bei denen eine ambulante Weiterversorgung mit parenteraler Ernährung geplant ist.

Für die mit Routinedaten gemessenen Outcomes (siehe Abschnitt 8.2) wird zunächst eine synthetische Kontrollgruppe (Kontrollgruppe I) auf Basis von Krankenkassendaten gebildet. Da diese PatientInnen nicht aus der Interventionsregion Bremen/Bremerhaven stammen sollen, muss dafür auf die Versichertendaten von einer AOK in einer Vergleichsregion zurückgegriffen werden. Die Vergleichsregion sollte nach Möglichkeit unter Berücksichtigung der wirtschaftsgeografischen Infrastruktur und der medizinischen Versorgungsstruktur erfolgen. Bedingungen für den Einschluss der PatientInnen müssen für diese Gruppe so formuliert werden, dass sie aus den Routinedaten ersichtlich sind. Der Beginn der parenteralen Ernährung wird daher über die Portimplantation im Krankenhaus (OPS 5-399.5) in Zusammenspiel mit mindestens einer anschließenden, ambulanten Verordnung parenteraler Ernährung (ATC-Gruppe B05BA) identifiziert.

Da die Lebensqualität und die Behandlungszufriedenheit nicht durch Routinedaten erfassbar sind, wird eine Kontrollgruppe II für eine Evaluation durch Fragebögen gebildet. Hierzu werden zunächst Krankenhäuser in einer Vergleichsregion rekrutiert. Diese schließen dann PatientInnen, bei denen eine ambulante Weiterversorgung mit parenteraler Ernährung geplant ist, in die Studie ein.

Matching

Wie zuvor beschrieben ist die Betrachtung geeigneter Kontrollvariablen essenziell, um die Untersuchungsgruppen bezüglich möglicher Störfaktoren annähernd vergleichbar zu machen.

Um eine Vergleichbarkeit zwischen der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe I herzustellen, muss auf Daten zurückgegriffen werden, die aus den Routinedaten der Krankenkassen ersichtlich sind. Dafür werden bei beiden Gruppen zusätzlich Alter, Geschlecht und Morbiditätsfaktoren als Kontrollvariablen betrachtet. Grundlage für

die Betrachtung der Morbidität bilden ambulante und stationäre Diagnosen und Arzneimittelverordnungen der letzten zwölf Monate vor Beginn der Intervention. Aus diesen Daten kann der sogenannte Elixhauserindex gebildet werden. Dieser dient dazu, auf der Grundlage von ausgewählten ICD-10 Diagnosen die Morbidität der PatientInnen abzuschätzen und so die allgemeine Morbidität der PatientInnen zu kontrollieren (Sharabiani et al.: 2012). Das Matching ermöglicht dabei die Zuordnung eines Patienten/einer Patientin der Kontrollgruppe I zu einem Patienten/einer Patientin in der Interventionsgruppe.

Um eine Vergleichbarkeit zwischen Interventionsgruppe und Kontrollgruppe II herzustellen, werden soziodemografische und Morbiditätsfaktoren der PatientInnen anhand von Alter, Geschlecht, Bildungsgrad und Familienstand sowie der zugrundeliegenden Erkrankung über den Fragebogen erfasst und für das Matchingverfahren genutzt.

Evaluator

Die Evaluation wird von zwei Instanzen durchgeführt. Der Vergleich von Interventions- und Kontrollgruppe I mittels Routinedaten wird von der AOK Bremen/Bremerhaven selbst durchgeführt. Da die Daten der AOK bereits vorliegen und die Auswertung von Routinedaten regelmäßig durchgeführt werden, können Kosten und Aufwand für diesen Evaluationsschritt, im Vergleich zu einer Fremdevaluation, geringgehalten werden.

Der Vergleich der Interventions- mit der Vergleichsgruppe II mittels PatientInnenbefragung wird hingegen fremdvergeben. Zum einen bestehen für diese Art der Evaluation nicht genügend zeitliche Ressourcen bei der AOK. Zum anderen können so Verzerrungen minimiert und externe Expertise genutzt werden.

8.3.2 Ablauf

Bei Projektbeginn erfolgt zunächst der Abschluss von Kooperationsverträgen mit den einzuschließenden Leistungserbringern in Bremen/Bremerhaven (siehe Kapitel 505.4), über die PatientInnen in das Projekt gesteuert werden sollen. Parallel dazu

werden für die Kontrollgruppe II Krankenhäuser in der Vergleichsregion zur Teilnahme an der Evaluationsstudie rekrutiert. Für diese Vorbereitungsphase werden sechs Monate eingeplant.

Die Rekrutierung der Interventions- und Kontrollgruppe II startet sechs Monate nach Projektbeginn und erfolgt über die folgenden zwölf Monate. Die PatientInnen der Interventions- und Kontrollgruppe II werden jeweils zweimal befragt: mit einer Anfangs- (T_0 -) und einer Vergleichsmessung (T_1). Die Anfangsmessung findet in der Interventionsgruppe bei Einschluss in das Interventionsprogramm, i.d.R. 3-4 Tage vor der Entlassung aus dem Krankenhaus, statt. Die Fragebögen werden durch das Krankenhaus oder den/die Case ManagerIn ausgegeben und von dem/der PatientIn an die Evaluationsstelle zurückgeschickt. In der Vergleichsgruppe soll die Vergleichsmessung zu einem ähnlichen Zeitpunkt stattfinden. Dazu werden die Fragebögen ebenfalls 3-4 Tage vor der Entlassung durch das behandelnde Krankenhaus ausgegeben. Die Vergleichsmessung findet in Anlehnung an Bozzetti (2002) in beiden Gruppen jeweils drei Monate nach der Anfangsmessung statt. Da die durchschnittliche Überlebensdauer von HPE-PatientInnen zwischen 15 und 140 Tagen liegt (Naghibi et al.: 2015) wurde dieser Zeitpunkt gewählt, um einerseits ein ausreichendes Zeitfenster für die Beobachtung einer möglichen Wirkung zu gewährleisten und andererseits zu hohe Drop-out-Raten durch das frühzeitige Versterben von beobachteten PatientInnen zu verhindern. Die Fragebögen zu T_0 beinhalten dabei lediglich Fragen zu der Lebensqualität. Zu T_1 wird zusätzlich die Behandlungszufriedenheit erfragt. Es wäre auch möglich die Befragung der Interventionsgruppe direkt im Zuge des Anfangs- und Re-Assessments des Case Managers/der Case Managerin durchzuführen. Bei einem solchen Vorgehen ließen sich höhere Responseraten erwarten, allerdings würden dadurch die Befragungsumstände verzerrt, da eine solche Instanz (Case ManagerIn) zur Durchführung der Befragung in der Kontrollgruppe nicht vorhanden ist. Die Fragebögen für die Vergleichsmessung werden den PatientInnen postalisch zugestellt. Um die Responseraten zu erhöhen, soll in einem personalisierten Anschreiben auf die Freiwilligkeit und Anonymität der PatientInnen hingewiesen werden. Darüber hinaus wird dem Fragebogen ein frankierter, adressierter Rücksendumschlag beigelegt, damit den teilnehmenden keine finanziellen Kosten und mög-

lichst geringe Umstände entstehen. Die PatientInnen sollen auf eine Frist der Rücksendung hingewiesen werden und mit mindestens einem Erinnerungsschreiben erneut auf diese aufmerksam gemacht werden (Braun et al.: 2010).

Abbildung 10 gibt einen Überblick über den Ablauf der Evaluation.

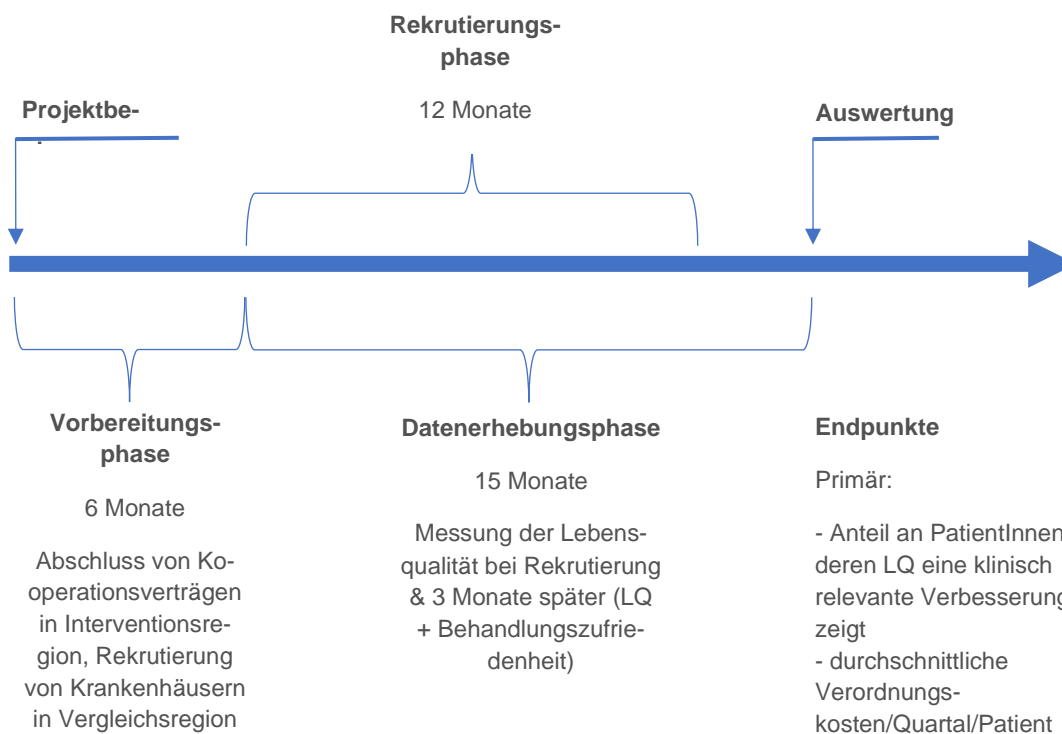


Abbildung 10: Ablaufplan Evaluation (Eigene Darstellung)

Für Betrachtung von Verordnungskosten und Komplikationsraten in den beiden Gruppen werden die durchschnittlichen Kosten je PatientIn im Quartal und die durchschnittliche Anzahl an Komplikationen je PatientIn im Quartal über den gesamten Beobachtungszeitraum betrachtet. Trotz des Matchings werden sich die beiden Gruppen hinsichtlich dieser Outcomeparameter zu Beginn der Untersuchung etwas unterscheiden. Eine Betrachtung der reinen Unterschiede in den beiden Gruppen würde demnach zu einer Fehleinschätzung der Ergebnisse führen. Daher werden zudem die Daten der letzten sechs Monate vor der Einführung der Intervention betrachtet und auf dieser Grundlage die Ergebnisdifferenzen zwischen den beiden Gruppen um mögliche Differenzen vor Beginn der Intervention korrigiert. Diese Korrektur kann beispielsweise mittels des „Differenzen-in-Differenzen“-Schätzers durch-

geführt werden (Smith et al.: 2005). Dabei wird die Differenz im betrachteten Ergebnisparameter vor der Einführung der Intervention mit der Differenz nach der Einführung des Programms verglichen.

8.3.3 Fallzahlberechnung

Um einen möglichen Effekt der Intervention nachweisen zu können ist eine Abschätzung der benötigten Stichprobengröße erforderlich.

Endpunkt Lebensqualität

Je nach Fragestellung werden unterschiedliche Methoden zur Fallzahlberechnung angewendet. Für den Endpunkt der Lebensqualität soll der Anteil an PatientInnen verglichen werden, deren Lebensqualität eine klinisch relevante Verbesserung zeigt (Anstieg des SF-36-Punktwerts um 6 Punkte von T_0 zu T_1). Wenn von einer Power von 0.8 und einer Typ-1 Fehlerwahrscheinlichkeit von 5% sowie einem Verhältnis von Interventionsgruppe zu Kontrollgruppe II von 1:1 ausgegangen wird, werden weiterhin Annahmen über die relative Häufigkeit des Outcomes in beiden Gruppen benötigt, welche auch als Ansprechrage bezeichnet wird. Da die zugrundeliegende Erkrankung die Lebensqualität der PatientInnen wesentlich beeinflusst, wird die Einführung einer heimparenteralen Ernährung zunächst mit einer Aufrechterhaltung und Stabilisierung der Lebensqualität assoziiert, da durch die häusliche Therapie u.a. ein gewisses Maß an Unabhängigkeit wieder hergestellt werden kann (Reimer et al.: 2005; Stähr: 2009). In einer Studie von Malone (2002), in der ebenfalls die Lebensqualität heimparenteral ernährter PatientInnen anhand des SF-36 untersucht wurde, konnte gezeigt werden, dass sich diese über den Untersuchungszeitraum von drei Jahren nicht signifikant veränderte. In einer anderen Untersuchung, in der die Lebensqualität der HPE-PatientInnen anhand des EORTC QLQ-C30 Fragebogens erfasst wurde, wurde die Veränderung innerhalb kürzerer Zeitintervalle betrachtet. Es zeigte sich, dass die Lebensqualität je nach vorliegender Grunderkrankung innerhalb der ersten 120 Tage nach Behandlungsbeginn konstant blieb oder leicht anstieg (Tempel, 2009).

Auf dieser Grundlage wird davon ausgegangen, dass die Lebensqualität in der Kontrollgruppe relativ konstant bleibt und nur bei einem geringen Anteil eine Verbesserung eintritt (10%). Für den Anteil in der Interventionsgruppe wurden zwei Varianten betrachtet. Geht man von einer Ansprechrate 25% und der oben genannten Power- und Fehlerwahrscheinlichkeit aus, würde eine Fallzahl von 77 PatientInnen pro Gruppe benötigt. Für die zweite Variante wurde von einer Ansprechrate von 40% in der Interventionsgruppe bei ansonsten gleichen Parametern ausgegangen. Daraus resultiert eine benötigte Fallzahl von 23 PatientInnen je Gruppe. Je größer also die Fallzahl, desto kleinere Unterschiede können festgestellt werden. Die Kalkulation erfolgte mit Hilfe des Rechners von powerandsamplesize.com (HyLown Consulting: 2020a; Chow et al.: 2008).

Endpunkt Verordnungskosten

Madlen von Fintel

Der Endpunkt Verordnungskosten setzt sich aus den Mengen von Arznei- und Hilfsmitteln zusammen und beschreibt die Über-, Unter- und Fehlversorgung von parenteral ernährten PatientInnen. Die Senkung dieser Werte soll über Routinedaten der Krankenkasse (AOK Bremen/Bremerhaven) erhoben werden. Um festzustellen, ob die Kosten für die Verordnungen durch die Intervention reduziert werden, muss zunächst berechnet werden, wie viele personenbezogene Daten dafür benötigt werden. Für die Berechnung der benötigten Fallzahl werden verschiedene Parameter benötigt. Zunächst wird von einer Power von 0.8 und einer Typ-1 Fehlerwahrscheinlichkeit von 5% sowie einem Verhältnis von Interventionsgruppe zu Kontrollgruppe I von 1:1 ausgegangen. Darüber hinaus wird für den Nachweis eines Unterschieds zweier Gruppen einer stetigen normalverteilten Zielgröße die Mittelwerte und Standardabweichungen der beiden Stichproben benötigt. Für die Verordnungskosten werden Werte zu durchschnittlichen Kosten der Ernährungslösungen vom Wido (2019) und Pauschalen für Hilfsmittel, die auf Grundlage einer Materialliste (B. Braun) geschätzt wurden, verwendet. Dabei wird von einem Tageskostensatz von 160,95€ ausgegangen. Der minimalste Wert zur Senkung der Kosten beträgt nach Stähr (2009) 20%, was 131,66€ und einer Einsparung von 29,29€ entsprechen würde. Um mithilfe des t-Tests für unverbundene Stichproben eine Fallzahlberechnung durchzuführen, wird eine Standardabweichung benötigt. Diese wurde auf

Grundlage von Kuß (2013) auf 50 geschätzt. Daraus ergab sich eine benötigte Fallzahl von 36 Personen pro Gruppe. Die Kalkulation erfolgte mit Hilfe des Rechners von powerandsamplesize.com (HyLown Consulting: 2020b; Chow et al.: 2008).

Realistische Fallzahlherleitung

Anna Reisinger

Um abschätzen zu können, ob die durch die Fallzahlberechnung angestrebte PatientInnenzahl realistisch ist und ausreichend viele ProbandInnen für die Evaluationsstudie rekrutiert werden können, muss zudem eine realistische Fallzahlabeschätzung erfolgen. Da es keine wissenschaftlichen Untersuchungen zu Prävalenz und Inzidenz der heimparenteralen Ernährung in Deutschland gibt, kann eine realistische Fallzahl dieser Stelle nur geschätzt werden.

Endpunkt Lebensqualität

Nach Angaben der AOK Bremen/Bremerhaven werden in ihrem Versichertenkollektiv jährlich etwa 50 PatientInnen neu mit einer heimparenteralen Ernährung versorgt. Um die Größe der potentiellen Interventionsgruppe besser abschätzen zu können, müssen weitere Überlegungen zu der potentiellen Teilnahmequote und der Drop-out-Rate über die Follow-up-Zeit von drei Monaten getroffen werden.

Da sowohl Teilnahmequoten als auch Drop-out-Raten je nach Untersuchungsmethodik und betrachtetem PatientInnenkollektiv stark variieren, ist es wichtig Schätzung auf der Grundlage möglichst vergleichbarer Studien anzustellen, wobei nur wenig vergleichbare Studien identifiziert werden konnten. So wurde zunächst eine Studie von Chambers et al. (2006) zum Vergleich herangezogen. Diese untersuchte ebenfalls die Veränderung der Lebensqualität heimparenteral ernährter PatientInnen in dem ersten Jahr nach der Entlassung aus dem Krankenhaus mittels Fragebogenerhebung. Die Interventionsgruppe erhielt dabei einen telemedizinischen Support, die Kontrollgruppe wurde in der Regelversorgung versorgt. Von den 30 PatientInnen, die zu Beginn auf Interventions- und Kontrollgruppe aufgeteilt wurden nahmen 20 an der Follow-up-Erhebung sechs Monate später teil. Einzelne Angaben für die Interventions- und Kontrollgruppe lassen sich den Ergebnissen nicht entnehmen. Die gemittelte Drop-out-Rate lag nach einem halben Jahr somit bei etwa 33%. Durch den zusätzlichen Anreiz zur Teilnahme durch das telemedizinische Versorgungsangebot

ist allerdings von einer geringeren Drop-out Rate in der Interventionsgruppe auszugehen. Weiterhin wurde die Studie von Huisman de Waal et al. (2011) betrachtet. Sie untersuchten in einer prospektiven, longitudinalen Studie das Auftreten von Müdigkeit bei heimparenteral ernährten PatientInnen. Die PatientInnen wurden ebenfalls über ein Krankenhaus rekrutiert. Die Befragung erfolgte zu zwei Zeitpunkten mittels Fragebogen: nach der Entlassung und zwölf Monate später. Von den 106 PatientInnen, die zu Beginn ihrer Behandlung in einer niederländischen Klinik um ihre Teilnahme gebeten wurden willigten 75 (71%) in die Teilnahme ein. 68 PatientInnen nahmen an der Follow-up Befragung teil, was einer Drop-out-Rate von 9,3% nach zwölf Monaten entspricht. Die Teilnehmenden erhielten – im Unterschied zu unserer Studie – bei Huisman de Waal et al. weder eine Versorgungsintervention, noch eine finanzielle Incentivierung.

Da die Teilnehmenden in unserer Studie durch das neue Versorgungsangebot einen zusätzlichen Anreiz zur Teilnahme erhalten wird von einer geschätzten mittleren Teilnahmequote von 80% ausgegangen. Da die Befragungsperiode mit drei Monaten relativ kurz gewählt wurde und zusätzliche Maßnahmen zur Teilnahme an der Befragung, wie Erinnerungsschreiben und frankierte Rückumschläge eingesetzt werden, wird von einer Drop-Out Rate von 10% ausgegangen. Daraus würde letztlich eine potenziell zur Verfügung stehende Fallzahl von 36 PatientInnen resultieren. Mit dieser Fallzahl wäre demnach nur der in Variante 2 der Fallzahlberechnung angenommene Unterschied in der Ansprechrate erkennbar. Würde eine konservativere Abschätzung der realistischen Fallzahl getroffen werden, ließen sich lediglich große Unterschiede mit der Studie zeigen.

Mit einer potentiellen Teilnehmendenzahl von 36 lässt sich die zuvor berechnete, notwendige Gruppengröße von 77 teilnehmenden PatientInnen, um einen Unterschied von 15% in der Ansprechrate feststellen zu können nicht erreichen. Größere Unterschiede wie in der zweiten angenommenen Variante mit einem Unterschied von 30% in der Ansprechrate und einer benötigten Fallzahl von 23 PatientInnen könnten mit der potentiellen Teilnehmendenzahl hingegeben abgebildet werden. Bei einer geringeren, als der hier angenommenen Teilnahmequote oder höheren Drop-out-Raten bestünde im Bedarfsfall die Möglichkeit, den Rekrutierungszeitraum weiter zu verlängern, um so weitere PatientInnen in die Studie einschließen zu können.

Eine realistische Einschätzung der Größe der Kontrollgruppe II kann erst nach der Festlegung der Kontrollregion erfolgen. Bei dieser PatientInnengruppe ist aufgrund der fehlenden Incentivierung durch die Versorgungsintervention allerdings von einer niedrigeren Teilnahmequote und einer höheren Drop-out-Rate zu rechnen.

Endpunkt Verordnungskosten

Madlen von Fintel

Neben der berechneten Fallzahl für die Evaluation der Verordnungskosten sollte ebenfalls eine realistische Fallzahlberechnung erfolgen, die Überlegungen zu der potentiellen Teilnahmequote und der Drop-out-Rate über die Follow-up-Zeit enthält. Nach Angaben der AOK Bremen/Bremerhaven werden in dem Versichertenkollektiv jährlich etwa 50 PatientInnen neu mit einer heimparenteralen Ernährung versorgt. Da die Evaluation der Verordnungskosten über Routinedaten der Krankenkasse erfolgt, ist bei der realistischen Fallzahlberechnung lediglich die Drop-out-Rate der PatientInnen zu berücksichtigen. Das heißt, durch die Verwendung von Routinedaten ist keine aktive Rückmeldung der PatientInnen erforderlich. Sobald PatientInnen Teil der Intervention sind und/oder der Kontrollgruppe zugeordnet werden, können die Daten anhand der ACT-Codes in den Routinedaten eingesehen werden. Entsprechend können Dropouts nur durch Umzüge mit Wechsel der Krankenkasse oder Beendigung der Intervention oder der Studienteilnahme entstehen. Die Fallzahlberechnung von 36 PatientInnen für Interventions- und Kontrollgruppe ist demnach realistisch und umsetzbar.

8.4 Limitationen

Bei der Interpretation der Evaluationsergebnisse sind einige methodische Limitationen zu beachten, die im Folgenden diskutiert werden sollen.

Limitationen zu den verwendeten Indikatoren

Bei der Entwicklung geeigneter Indikatoren sollte nach Meyer (2004) zunächst ein idealer Indikator für jedes Ziel entwickelt werden. Allerdings bewegt man sich bei der Indikatorenentwicklung zwischen einem Konzept, dass alle Einflussfaktoren betrachtet und so die direkte Wirkung der Intervention abbildet und einem Konzept, das aus

Gründen der Machbarkeit nur bestimmte wesentliche Faktoren misst und andere auslässt. Daher werden aus den idealen Indikatoren realisierbare abgeleitet.

Für die Erhebung der Lebensqualität wurden verschiedene Fragebögen betrachtet. Dabei gibt es zahlreiche Unterschiede in der Anwendung, Länge und Spezifizierung der Fragen. Um die Lebensqualität der parenteral ernährten PatientInnen in unserer Evaluation zu erheben, wurde der SF-36 Fragebogen ausgewählt. Da sich der Fragebogen nicht direkt auf die parenterale Ernährung bezieht, wurden zudem krankheitsspezifische Fragebögen betrachtet. Der HPN-QOL Fragebogen wurde speziell für parenteral ernährte PatientInnen von Baxter et al. (2010) entwickelt und beinhaltet 48 Fragen zu emotionalen, physischen und symptomatischen Aspekten. Allerdings beinhaltet er einige Fragen, die sehr intim sind. Da es sich häufig um palliativ betreute PatientInnen handelt und wir mit der Intervention keinen Effekt auf diese Outcomes erzielen, wurde in diesen Fragen keine Relevanz für die Evaluation sondern lediglich eine weitere Belastung gesehen. Zudem ist der Fragebogen sehr lang und stellt demnach eine weitere Hürde für die PatientInnen dar. Besonders bei der hier untersuchten vulnerablen PatientInnengruppe ist die Beschränkung auf die wesentlichen Fragen wichtig, um die PatientInnen nicht durch eine übermäßig lange Befragung zu belasten. Darüber hinaus wurde der Fragebogen derzeit noch nicht ins Deutsche übersetzt, was zu Schwierigkeiten in der Umsetzung führen könnte. Demnach haben wir uns für den SF-36 entschieden, obwohl dieser nicht spezifisch auf eine parenterale Ernährung zugeschnitten ist.

Die Behandlungszufriedenheit stellt im Gesundheitswesen eine immer größere Bedeutung für die Erhebung der Qualität dar. Allerdings ist diese besonders für PatientInnen schwierig zu erheben. Häufig können diese nur die offensichtlichen Dinge wie Personal, Essen und die Ausstattung des Zimmers bewerten (Crow: 2002, S.2). Die Qualität der Behandlung und medizinischen Versorgung ist dabei oft nicht zu beurteilen. Daher ist die Aussagekraft der Behandlungszufriedenheit auf die Versorgungsqualität eingeschränkt. Allerdings ist die Wahrnehmung der PatientInnen auf den Prozess und die Koordination besonders in Bezug auf die vorherige Schnittstellenproblematik und unorganisierte Behandlung wichtig. Die Erhebung soll daher wichtige Erkenntnisse für den Ablauf und die kontinuierliche Betreuung durch das Case Management liefern.

Die Erhebung der Behandlungszufriedenheit über den adaptierten ZAP-Fragebogen soll auf den Evaluationsgegenstand und die vorliegende PatientInnengruppe zugeschnitten sein. Daher wurde entschieden, Fragen zu modifizieren. Allerdings verliert der Fragebogen dadurch an Validität und Aussagekraft. Um diese zu erhalten, müssten Pretests und eine Validierung im Vorfeld an die Erhebung erfolgen. Darüber hinaus steht dem Indikator durch die Modifikation des Fragebogens kein Soll-Wert zur Verfügung. Daher kann eine Veränderung nur in Bezug auf die Kontrollgruppe gemessen werden. Anhand dessen soll ersichtlich werden, dass die Versorgung durch das Case Management die Zufriedenheit der PatientInnen über den Prozess hinweg verbessern kann.

Die Evaluation über eine Kathetersepsis, die zu Krankenhauseinweisungen führt ist über Routinedaten direkt von der AOK Bremen/Bremerhaven zu erheben. Dadurch entstehen keine verzögerten Response- oder Dropout-Raten. Allerdings schränkt die Abbildung nur einer Komplikation die Aussagekraft der Auswirkungen durch die Intervention auf den Gesundheitszustand der PatientInnen ein. Da es sich hierbei allerdings um die häufigste und schwerwiegendste Komplikation handelt, die zu den häufigsten Krankenhauseinweisungen führt, wurde sich aus Gründen der Machbarkeit darauf beschränkt.

Bei der Erhebung der Verordnungskosten in Bezug auf Arznei- und Hilfsmittel werden durch die Intervention Einsparungen und eine Vermeidung der Über-, Unter- und Fehlversorgung erwartet. Allerdings werden durch den Indikator Einsparungen auf der Mengenseite der Verordnungen nicht betrachtet. Durch die koordinierte Versorgung und eine erhöhte Expertise bei allen Leistungserbringern, können auch bei den Verordnungsmengen Einsparungen erwartet werden.

Methodische Limitationen

Anna Reisinger

Zunächst hat der angestrebte Vorher-Nachher-Vergleich mit Kontrollgruppe ein sehr aufwändiges Design. Um projektexterne Einflüsse auf die Wirkungsmessung, wie z.B. die Therapieerfahrung im Krankenhaus oder eine mögliche Veränderung des Gesundheitszustands abhängig von der zugrundeliegenden Erkrankung, weitestgehend auszuschließen, ist dieses Design jedoch am besten geeignet. So können ge-

messene Veränderungen bestmöglich auf den Einfluss der Intervention zurückgeführt werden. Einschränkungen ergeben sich besonders bei der Rekrutierung der Kontrollgruppe II, bei der mit einer geringen Teilnahmemotivation und niedrigen Rücklaufquoten zu rechnen ist, da diese Gruppe nicht von der Intervention profitiert und trotzdem der Befragungsaufwand anfällt. Können für die geplante Evaluation in einer Kontrollregion nicht genügend Teilnehmende gewonnen werden, wäre zu überlegen, weitere Kontrollregionen mit einzubeziehen. Dies würde u.a. den Rekrutierungs- und Befragungsaufwand erhöhen, könnte aber ggf. zu angemessenen Rücklaufquoten führen.

Da die Intervention nicht randomisiert zugeteilt wurde, können Ungleichheiten in den Charakteristika von Interventions- und Kontrollgruppe bestehen. Zwar soll diese Vergleichbarkeit durch das Matching künstlich hergestellt werden, allerdings kann dies nur auf der Grundlage von gemessenen Charakteristika geschehen. Für Faktoren, die nicht erfragt oder nicht betrachtet werden, kann auch keine Strukturgleichheit in den Gruppen hergestellt werden. So enthalten die Routinedaten beispielsweise keine Angaben über das Einkommen der betrachteten PatientInnen, wodurch nicht für deren sozioökonomischen Status kontrolliert werden kann.

Bei der Verwendung von Routinedaten ist im Allgemeinen zu bedenken, dass diese primär nicht für Forschungs- sondern für Abrechnungszwecke erhoben werden, was besonders bei der Interpretation der Daten zu beachten ist. So können die dokumentierten Daten z.B. von ökonomischen Anreizen beeinflusst sein oder durch die Anzahl an dokumentierenden Personengruppen inkonsistent oder lückenhaft sein. Eine weitere Limitation liegt in der Interpretierbarkeit hinsichtlich zeitlicher Abfolgen. So werden beispielsweise ambulante Versorgungsleistungen lediglich einmal im Quartal abgerechnet, wodurch sich bei Leistungen, die in einem Quartal vorgenommen wurden, keine zeitliche Abfolge feststellen lässt. Unter der Beachtung dieser Limitationen eignen sich die Daten dennoch gut, um ökonomische Endpunkte, wie hier die Verordnungskosten der HPE, zu untersuchen, da sie zum einen für ökonomische Zwecke gewonnen wurden und zum anderen leicht zugänglich sind und die PatientInnen nicht durch weitere Befragungs- oder Untersuchungsmethoden belastet werden müssen.

Ob eine Evaluation selbst- oder fremdevaluiert wird, hat verschiedene Vor- und Nachteile. Auf der einen Seite können bei einer Selbstevaluation Daten schneller und mit geringerem Aufwand beschafft und direkt für die Umsetzung genutzt werden. Allerdings kann eine mangelnde Distanz und Unabhängigkeit sowie fehlende Methodenkompetenz zu Schwierigkeiten führen. Auf der anderen Seite kann eine Evaluation von einem externen Dienstleister genau diese Unabhängigkeit und Methodenkompetenz gewährleisten. Bei der Umsetzung von Ergebnissen können jedoch Probleme und Abwehrreaktionen auftreten (Stockmann: 2004). In unserem Evaluationskonzept soll aufgrund des geringeren Aufwands und den detaillierten Kenntnissen die Evaluation der Routinedaten selbst durchgeführt werden, wodurch Verzerrungen durch den fehlenden externen Blick entstehen könnten. Die Erhebung der Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität erfolgen extern, um eben diese möglichen Verzerrungen zu vermeiden und die nötigen Kompetenzen zur Verfügung zu stellen.

Bei den gewählten Beobachtungszeitpunkten für die Befragung zu Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität, besteht durch den Anteil an palliativen PatientInnen das Risiko, dass ein Teil der PatientInnen bereits vor der Vergleichsmessung verstorben ist. Dennoch wurde der Zeitpunkt als sinnvoll erachtet, um einerseits eine mögliche Wirkung messen zu können und andererseits möglichst hohe Überlebensraten bis zu dem Zeitpunkt zu haben. Dennoch ist mit einer erhöhten Drop-out-Rate zu rechnen, was sich durch die ohnehin kleine Fallzahl besonders negativ auswirken würde. Weiterhin ist zu bedenken, dass eine Befragung zur Lebensqualität, die kurz vor dem Tod des Patienten/der Patientin stattfindet, wahrscheinlich erheblich durch den aktuellen Gesundheitszustand beeinflusst ist.

Da es wenig wissenschaftliche Untersuchungen zu Inzidenz und Prävalenz der HPE sowie zu den hier betrachteten Outcomes gibt, wurden die zu erwartenden Effekte für die benötigte Fallzahl lediglich grob geschätzt. Auch die Überlegungen zur realistischen Fallzahlplanung beruhen auf groben, eher optimistischen Schätzungen. Würden konservativere Schätzungen getroffen, könnte die benötigte Fallzahl für den Vergleich von Interventions- und Kontrollgruppe II bezüglich der Lebensqualität mit dem derzeit geplanten Design wahrscheinlich nicht erreicht werden. Daher wäre zu überlegen, zunächst eine qualitative Erhebung von Lebensqualität und Behand-

lungszufriedenheit bei einer kleinen Stichprobe von Interventions- und Kontrollgruppe durchzuführen. Zeigen sich in dem Vergleich der Versorgungskosten und der qualitativen Betrachtung von Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität positive Trends, wäre über die Ausweitung der Intervention auf eine weitere Region nachzudenken, um so für eine ausreichend große Fallzahl für eine quantitative Betrachtung zu sorgen.

8.5 Zusammenfassung/Zwischenfazit

Anna Reisinger, Madlen von Fintel

Tabelle 5 gibt einen abschließenden Überblick über die Kernaspekte des Evaluationskonzepts.

<p><u>Evaluationszweck</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • summativ • Ergebnis- und Wirkungsevaluation
<p><u>Evaluationsgegenstand</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Case-Management zur Betreuung, Organisation und Koordination von parenteral ernährten PatientInnen
<p><u>Wirkungsmessung (Indikatoren)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reduktion der Verordnungskosten: <ul style="list-style-type: none"> ○ Verordnungsmenge von Hilfs- und Arzneimittel um 20% reduzieren ○ Komplikationsrate der Kathetersepsis um 63% senken • Erhöhung der PatientInnenzufriedenheit <ul style="list-style-type: none"> ○ Lebensqualität klinisch relevant um 6 Punkte (SF-36) steigern ○ Behandlungszufriedenheit erhöhen
<p><u>Evaluationsmethodik</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Verordnungskosten (+Komplikationsraten) <ul style="list-style-type: none"> ○ Selbstevaluation durch die AOK Bremen/Bremerhaven ○ Erhebung über Routinedaten • Lebensqualität (+Behandlungszufriedenheit): <ul style="list-style-type: none"> ○ Fremdevaluation durch externen Dienstleister ○ Vorher-Nachher-Vergleich mit Kontrollgruppe

- T₀ Messung zu Beginn der HPE (kurz vor der Entlassung aus dem Krankenhaus): Fragebogen zur Lebensqualität
- T₁ Messung: 3 Monate später: Fragebogen zu Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit

Tabelle 5: Zusammenfassung des Evaluationskonzepts (Eigene Darstellung)

Ziel der vorliegenden Evaluation ist es, die Wirksamkeit der Intervention zu erfassen, um darauf aufbauend entscheiden zu können, ob eine Fortführung des Projekts sinnvoll ist, ob ggf. Anpassungen vorgenommen werden müssen oder ob sogar eine Überführung in die Regelversorgung anzudenken ist. Die Ergebnisse der Evaluation sind mit Hinblick auf die beschriebenen Limitationen zu interpretieren. Da es bisher kaum Studien zu den Kosten der heimparenteralen Ernährung in verschiedenen Versorgungskontexten sowie der Lebensqualität und der Behandlungszufriedenheit der PatientInnen gibt, dient die geplante Evaluation der Generierung wichtiger Erkenntnisse in diesem Bereich.

9. Gesundheitsökonomische Evaluation

Julia Sladeczek

Die Gesundheitsökonomie spielt im Gesundheitswesen eine zentrale Rolle. Dabei geht es nicht um reine Kostenreduktion. Stattdessen wird basierend auf dem Prinzip der ökonomischen Wohlfahrtstheorie das Ziel verfolgt, begrenzte Ressourcen dort einzusetzen, wo der Nutzen für das Wohl der Gemeinschaft am höchsten ist. Gesundheitsökonomische Evaluationen sind ein bewährtes Instrument zur Ressourcenverteilung, die wichtige Informationen über einen Priorisierungsprozess innerhalb der Versorgung liefern können. Sie dienen der Überprüfung von medizinischen Therapien, Methoden und Technologien und stellen sicher, dass der erbrachte Mitteleinsatz gerechtfertigt ist, um eine langfristige Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems abzusichern (Scherenberg: o.J.).

9.1 Art der ökonomischen Evaluation

Im Rahmen dieser Arbeit wird das Studiendesign der Kosten-Nutzen-Analyse gewählt. Neben der Wahl der Analyseform spielt bei einer gesundheitsökonomischen Evaluation die Perspektive eine entscheidende Rolle. Im Allgemeinen kann man zwischen der Perspektive der Gesellschaft, der Leistungserbringer, der Kostenträger und der Leistungsempfänger unterscheiden (Schröder & Gersch: 2009). Für die vorliegende Kosten-Nutzen Betrachtung wird die Kostenträgerperspektive gewählt. Da das Projekt von der AOK Bremen/Bremerhaven begleitet wird, wird diese als Krankenkasse stellvertretend für einen Kostenträger stehen. Es werden innerhalb dieser Arbeit also nur die bei der AOK anfallenden Kosten und Nutzen der Maßnahme betrachtet.

Innerhalb dieser Arbeit und aufgrund des gewählten Studiendesigns werden lediglich die direkten Kosten und der direkte Nutzen quantifiziert und miteinander verglichen. Indirekte Kosten und Nutzen wie Auswirkungen im persönlichen Umfeld von Patienten durch beispielsweise Verdienstausschlag oder die Wiederaufnahme nach Krankheit werden in dieser Arbeit nicht behandelt. Intangible Effekte wie beispielsweise die Verbesserung der Lebensqualität der HPE-PatientInnen wurden ökonomisch nicht monetär bewertet.

9.2 Daten für Rechengrundlage

Sinah Evers

Im folgenden Kapitel werden die benötigten Daten benannt und quantifiziert. Dafür wird als Betrachtungszeitraum der Monat bzw. das Quartal definiert. Anschließend werden die unterschiedlichen Unterkategorien für Kosten mit Preisschildern versehen sowie der Nutzen mit quantifiziertem Einsparungspotential. Es werden die Werte aufgeführt, die für die im nächsten Kapitel stattfindenden Sensitivitätsanalysen benötigt werden.

9.2.1 Kosten

Wie zuvor beschrieben, werden nur direkte Kosten aus der Kostenträgerperspektive berücksichtigt. Kosten lassen sich auf der einen Seite in Betriebs- und Investitionskosten unterscheiden. Des Weiteren gibt es fixe sowie variable Kosten, die unter anderem von der Anzahl der PatientInnen abhängen (Drummond et al.: 2005). Auf diese Unterscheidungen wird rechnerisch eingegangen, in diesem Unterkapitel werden jedoch vorerst nur die unterschiedlichen Kostenblöcke beschrieben und quantifiziert. Diese sind: Management Gesellschaft, Case ManagerInnen, Kooperationsverträge, Büro, Mobilität und Qualitätszirkel.

Die Krankenkasse schließt einen IV-Vertrag mit einer Management Gesellschaft und beauftragt diese mit Aufgaben wie dem Einstellen geeigneter Personen, der Informationsvermittlung über das Projekt, Akquise von Kooperationspartnern und Planung der Qualitätszirkel. Es wird ein halbes Jahr für u.a. diese Tätigkeiten eingeplant, bevor der/die erste PatientIn aufgenommen werden kann. Es werden für die Tätigkeiten etwa 250 Arbeitsstunden erwartet, also je 125h in den beiden vorbereitenden Quartalen (Anhang A7.1). Diese werden als Investitionskosten zum Zeitpunkt t_{-1} berechnet. Zudem benötigt die Management Gesellschaft eine gewisse Stundenanzahl für allgemeine Planungsaufgaben während der Intervention. Dazu zählt der Abschluss von Kooperationsverträgen und die Planung von Qualitätszirkeln. Diese sind nicht patientInnenindividuell und belaufen sich auf 100 Stunden im Quartal (Anhang

A7.2). Die Kosten je Arbeitsstunde belaufen sich dabei auf 27,05€ für eine ausgebildete Bürokauffrau bzw. einen Bürokaufmann (Anhang A7.3).

Die Anzahl der benötigten Arbeitsstunden der Case ManagerInnen richten sich nach dem Bedarf des/r PatientIn und wird an dieser Stelle mit einem Mittelwert dargestellt. Dieser beinhaltet regelmäßige Besuche, die Akquise von PatientInnen, Schulungen des Pflegedienstes und anfängliche, bzw. Re-Assessments der PatientInnen (Anhang A7.4). Für diese Tätigkeiten wird eine Person mit Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegekraft sowie mehrjähriger Berufserfahrung und Kenntnisse der regionalen Versorgungsstrukturen mit 29,83€ die Stunde vergütet (Anhang A7.5).

Die Kooperationsverträge werden mit einem ambulanten Pflegedienst, (Haus-)ÄrztInnen, Apotheken und Krankenhäusern geschlossen. Für diese muss eine Aufwandsentschädigung berechnet werden, die dem Arbeitsaufwand entspricht.

Für den Pflegedienst sind 92 Stunden für den täglichen Kontakt zum Patienten zur Patientin eingeplant (60 min. am Tag für ein Quartal). Dazu kommen drei Stunden für ein anfängliches Assessment, Re-Assessment oder Schulungen, je nach Bedarf. Diese 95 Stunden im Quartal werden mit 30,04€ vergütet (Anhang A7.6). Davon abgezogen werden die momentan Pauschalen, die das tägliche An- und Abhängen der parenteralen Ernährung mit einem port-a-cath Katheter mit 24,98€. Somit ergeben sich 555€ (2.853€ abzüglich 2.298€) im Quartal zusätzlich für die Betreuung einer/s HPE PatientIn durch den Pflegedienst (Anhang A7.7).

Die ambulanten ÄrztInnen sollen zusätzlich zur Regelversorgung durch den Selektivvertrag die Beteiligung am anfänglichen bzw. Re-Assessment vergütet bekommen sowie Kontakt mit den Case ManagerInnen. Dafür werden im Quartal pro PatientIn zwei Stunden eingeplant mit 57,53€ (Anhang A7.8). Ein Krankenhaus bekommt für die Zusammenarbeit mit dem/der Case ManagerIn 100€ (Anhang A7.9).

Das Büro wird mit 1.540€ Investitionskosten für Möbel, technische Ausstattung und beispielsweise einem Blutdruckmessgerät veranschlagt. Dazu kommen 826,70€ für monatliche Betriebskosten, die u.a. Miete, Nebenkosten und Verbrauchsmaterial enthalten (Anhang A7.10).

Für das Fahrzeug wird sich an den Einschätzungen des ADAC orientiert, nach denen die Investitionskosten bei 9.840€ und die Betriebskosten bei 330€ monatlich liegen (Anhang A7.11).

Die halbjährlich stattfindenden Qualitätszirkel werden mit 600€ für unter anderem Einladungen, ReferentInnen und Getränke geschätzt. Im Quartal wären das also 300€ (Anhang A7.12).

9.2.2 Nutzen

Julia Sladeczek

Der Nutzen der Intervention wird an zwei Endpunkten betrachtet. Zum einen wird mit einer Reduktion der Komplikations- und Wiedereinweisungsrate gerechnet. Hierfür betrachtet die Arbeit die Hauptkomplikation und deren Kostenverursachung im stationären Bereich. Zum anderen ergibt sich ein großes Einsparpotenzial in der Eindämmung der Unter-, Über- und Fehlversorgung. Es wird explizit auf eine Kostenreduktion im Bereich der Arzneimittel (Ernährungslösungen) konzentriert und das Einsparpotenzial anhand von unterschiedlichen Szenarien berechnet.

Komplikations- und Wiedereinweisungsrate

Um den Nutzen zu quantifizieren müssen zu Beginn die typischen Komplikationsraten für parenteral ernährte PatientInnen in der Regelversorgung erhoben werden. Des Weiteren muss festgestellt werden, um wie viel Einheiten bzw. Prozent ein/e Case ManagerIn diese reduzieren kann. Folglich werden die durchschnittlichen Kosten einer Wiedereinweisung in ein Krankenhaus erhoben. Abschließend kann aufgezeigt werden wie hoch die potenziellen Einsparungen durch den Einsatz eines Case Managements sind.

Die häufigste Hauptkomplikation ist eine Kathetersepsis. Um den Nutzen zu quantifizieren, beschränkt sich diese Arbeit auf die Folgekosten, die mit einer Kathetersepsis einhergehen, da Sie meistens eine Wiedereinweisung ins Krankenhaus mit sich bringt und dementsprechend mit hohen Kosten verbunden ist. Zudem erspart die Reduktion dieser Komplikation den PatientInnen eine körperliche und mentale Belastung.

Um festzustellen zu wie viel Prozent ein/e Case ManagerIn die Komplikationsrate senken kann, wird die Arbeit von Stähr (2009) herangezogen. Er betrachtet insgesamt fünf Metastudien, die sich alle auf mitunter elf Primärstudien stützen. Sechs der elf Primärstudien beschäftigen sich mit der Kathetersepsis und deren Häufigkeit in der Regelversorgung. Diese Studien betrachten zudem den Rückgang der Komplikationsrate durch den Einsatz eines Ernährungsteams innerhalb einer integrierten Versorgung. Es wird von einem Anteil von **18 %** der heimparenteral ernährten PatientInnen ausgegangen, die kein Ernährungsteam unterstützt und von einer Kathetersepsis betroffen sind. Die Reduktion der durchschnittlichen Komplikationsraten bezogen auf die Kathetersepsis beläuft sich auf **63%** bei Anwesenheit eines Ernährungsteams.

Da Stähr die Reduktion seitens eines Ernährungsteams betrachtet, wurde zuvor die Definition eines Ernährungsteams und deren Aufgaben in der DGEM Leitlinie recherchiert. Es lässt sich festhalten, dass sich bis auf zwei Aufgaben die Aufgabenbereiche eines Ernährungsteams und das nach unserer Intervention definierte Case Management ähneln und somit ein Vergleich gezogen werden kann.

Zudem wurden die Kosten einer Wiedereinweisung ins Krankenhaus im Falle einer Kathetersepsis aufgezeigt. Im Falle einer Kathetersepsis ist für den/die PatientIn ein durchschnittlicher Krankenhausaufenthalt von 8,7 Tagen zu erwarten mit einer unteren Verweildauer von 3 Tagen und einer oberen Verweildauer von 16 Tagen (Reimbursement.info: 2020). Der dazugehörige „International Classification of Diseases“- Code (ICD- Code) lautet A41.0 (DIMDI: 2020). Die dazugehörige Fallpauschale German - Diagnosis Related Groups (G-DRG) lautet T60E was bei Nutzung des Katalogs „G-DRG“ einem relativem Kostengewicht von 1,084 entspricht (InEK: 2019). Multipliziert man nun das relative Kostengewicht mit dem Landesbasisfallwert für Bremen im Jahr 2019 von 3.647€ erhält man durchschnittlichen Kosten der aus der Komplikation resultierenden Wiedereinweisung von 3.844,95€ (vdek: 2020). Es wird das Jahr 2019 betrachtet, da für Bremen Stand 11.03.2020 noch kein Landesbasisfallwert für 2020 verfügbar ist. Daher werden auch die anderen Daten aus den Jahren 2019 gezogen.

Der Nutzen kann so zum Abschluss monatlich pro Person bestimmt werden. Dieser liegt bei 36,33€. Es wurde am Beispiel einer Person die Prävalenz von 18% berücksichtigt und die verbundenen Krankenhauskosten von 3.844,95€ bei einer Katheters-epis. Im Anschluss wurde diese um 63% reduziert um zu einem Kostenpunkt von 2.422,31€ zu gelangen. Dies ergibt einen jährlichen Nutzenzuwachs von 436,01€ pro Person. Auf den Monat heruntergerechnet erhält man einen monatlichen Nutzen von 36,33€ pro Person.

Einsparpotenzial Ernährungslösungen

Für die Quantifizierung des möglichen Einsparungspotentials wird sich auf die Einschätzung zweier AOK MitarbeiterInnen gestützt, die von einem Rückgang der Ausgaben für Produkte von 30-40% ausgehen. Auch die Literatur bietet Zahlenwerte und Schätzungen der Reduktion einer Überversorgung. So zieht Stähr (2009) einige Studien heran, die das Einsparvolumen für Ernährungslösungen belegen und quantifizieren. Er betrachtet sie bezüglich des differenzierten Einsatzes, der reduzierten Dauer und einem günstigeren Preis. Er konnte anhand eines Preisvergleiches mehrere Ernährungslösungen mit ähnlicher Zusammensetzung und Therapieziel einen Unterschied von 20-26% feststellen.

Zunächst erfolgt ein Einblick in die aktuelle Regelversorgung. Es wird versucht die täglich anfallenden Kosten von Arzneimitteln (Ernährungslösungen), Hilfsmitteln, Pflegehilfsmitteln und Verbandmitteln anhand der vorhandenen Literatur darzustellen. Im Anschluss folgt die Darstellung von unterschiedlichsten Szenarien. Mit je einem Best-Case-, Best-Guess- und Worst-Case-Szenario sollen mögliche Einsparpotenziale bei den Ernährungslösungen durch ein etabliertes Case Management aufgezeigt werden.

Die aufgeführten Szenarien stellen wahrscheinliche Situationen da, bei denen gleichzeitig verschiedene Annahmen verändert werden. Für den Kostenpunkt der Arzneimittel wurde ein durchschnittlicher Tageskostensatz von **146,42€** gewählt. Dieser stammt aus dem Verzeichnis des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (Wido: 2019). Es wurde anhand des ATC-Codes „B05Ba“ für das aktuellste Berichtsjahr 2018 nach den Nettokosten je Tagesdosis gesucht. Der Betrag beläuft sich auf 146,42€ und dient als Ausgangswert für die Szenarien. Im Falle des Best-Case wer-

den 40% abgezogen, im Best-Guess Szenario 30% und im Worst-Case 20%. Anhand der Szenarien Darstellung lassen sich tägliche Einsparungen von 58,57 (Best-Case), 43,93€ (Best-Guess) und 29,29€ (Worst-Case) errechnen.

9.3 Sensitivitätsanalysen und Ergebnisse

Sinah Evers

Die Tabelle 6 und Tabelle 7 fassen quantifiziert die betrachteten Kosten und Nutzen der Intervention zusammen.

	Investitionskosten	Betriebskosten im Monat		Legende
		Fix	Variabel	
Management Gesell.	6760,67€ ¹	901,43 €	-	¹ Quartalskosten abhängig von Laufzeit
Case ManagerInnen	-	-	393,75 € ²	
Koop. Pflege	-	-	185,05 € ²	
Koop. ÄrztInnen	-	-	38,36 € ²	
Koop. Krankenhaus	-	-	33,34€ ²	² pro PatientIn
Büro	1.540€ ¹	816,70 €	-	
Auto	9.840 € ^{1,3}	-	330 € ³	³ pro 25 PatientInnen
Qualitätszirkel	-	300 €	-	

Tabelle 6: Übersicht der Betriebs- und Investitionskosten der Intervention (Eigene Darstellung)

Nutzen pro Person im Monat (€)	Best-Case	Best-Guess	Worst-Case
Ernährungslösung	1.786,32	1.339,74	893,16
Vermiedene Sepsis	36,33	36,33	36,33
Gesamt	1.822,66	1.376,08	929,50

Tabelle 7: Übersicht des Nutzens der Intervention (Eigene Darstellung)

Basierend auf den Werten von den beiden Tabellen werden im folgenden Sensitivitätsanalysen betreffend die teilnehmenden PatientInnen, der Projektlaufzeit und drei Szenarien durchgeführt. Die Grundannahme ist jedoch eine Projektlaufzeit von vier Jahren bei einem Einsparungspotential von 30%.

Aus der Abbildung 11 lässt sich herauslesen, dass der finanzielle Nutzen der Intervention bereits bei der geringen Teilnehmendenzahl von vier PatientInnen überwiegt.

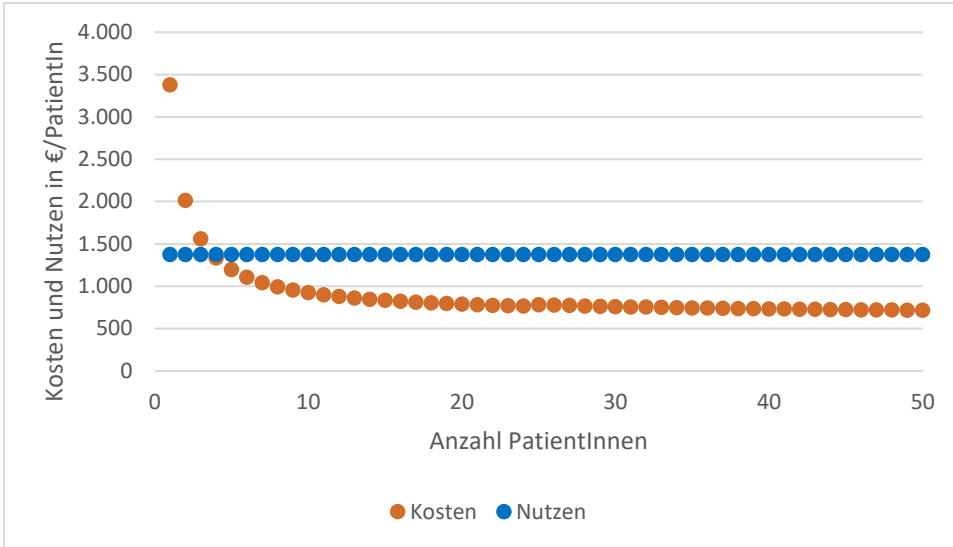


Abbildung 11: Monatliche Kosten und Nutzen pro Person nach PatientInnenanzahl bei 4 Jahren Laufzeit (Best-Guess) (Eigene Darstellung)

Wie in Abbildung 12 dargestellt, ist schon bei vier PatientInnen, die am Selektivvertrag teilnehmen, der Nutzen um etwa 176€ höher, als es die Kosten sind. Bei 50 Personen wäre der Nutzen mit 68.804€ beinahe doppelt so hoch wie die Kosten von 35.785€.

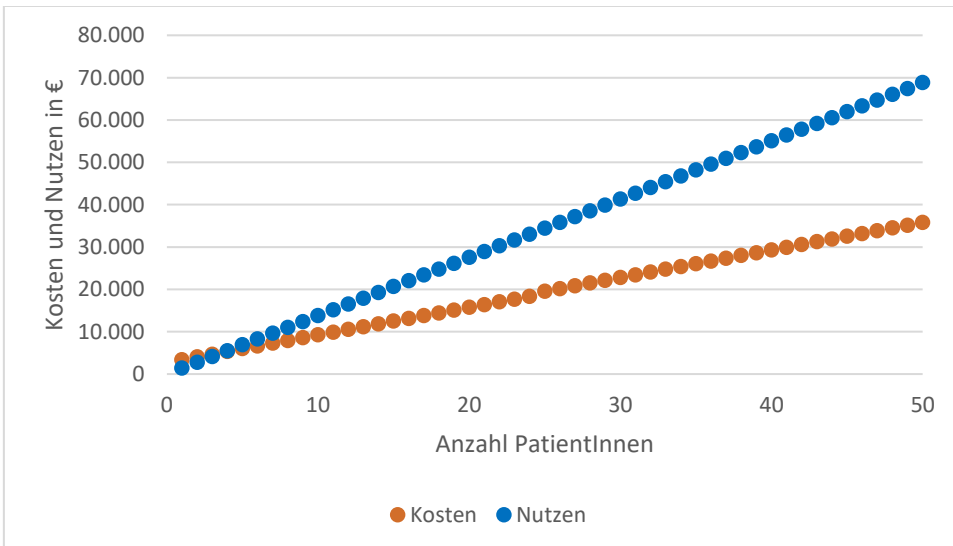


Abbildung 12: Monatliche Kosten und Nutzen nach PatientInnenanzahl bei 4 Jahren Laufzeit (Best-Guess) (Eigene Darstellung)

Abbildung 13 verdeutlicht den geringen Einfluss der Laufzeit auf das Gesamtergebnis. Die Kosten wurden für die drei gewählten Laufzeiten vom Nutzen abgezogen. Für einen positiven finanziellen Nutzen wird bei zwei Jahren Laufzeit lediglich eine Person mehr benötigt als bei vier oder acht Jahren, nämlich fünf statt vier.

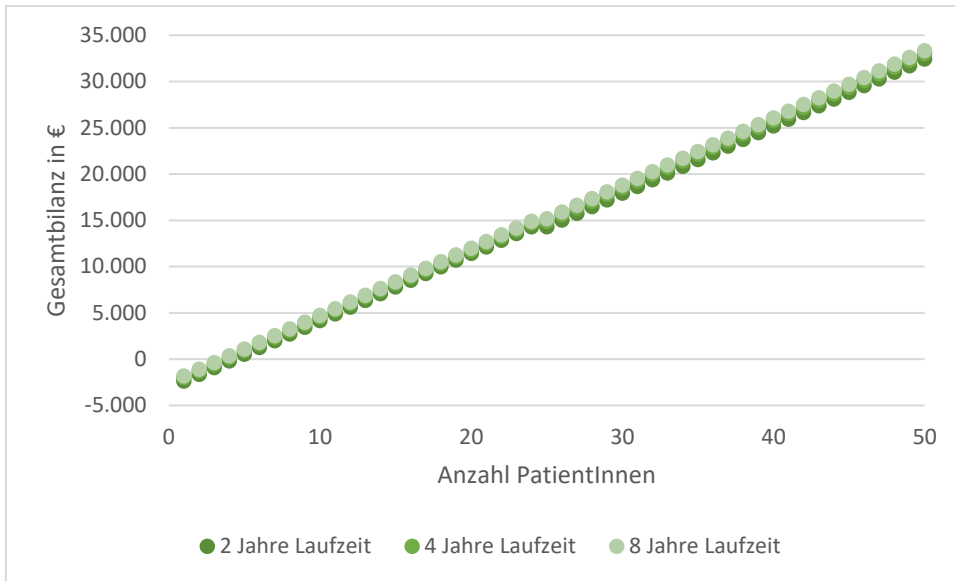


Abbildung 13: Finanzieller monatlicher Nutzen nach Abzug der Kosten in Abhängigkeit von der PatientInnenanzahl und bei einer Laufzeit von 2, 4 und 8 Jahren (Best-Guess) (Eigene Darstellung)

Einen wesentlich größeren Einfluss hat die Höhe der prozentualen Einsparung an Ernährungslösungen, wie sich aus Abbildung 14 ablesen lässt. Bei einer optimistischen Annahme von 40% haben schon drei Personen ein positives Gesamtergebnis, geht man von den konservativ zu erwartenden 30% aus, werden vier Personen benötigt. Wird hingegen vom geringsten Wert von 20% Einsparung ausgegangen, verschiebt sich die benötigte Teilnehmendenzahl auf 10 Personen.

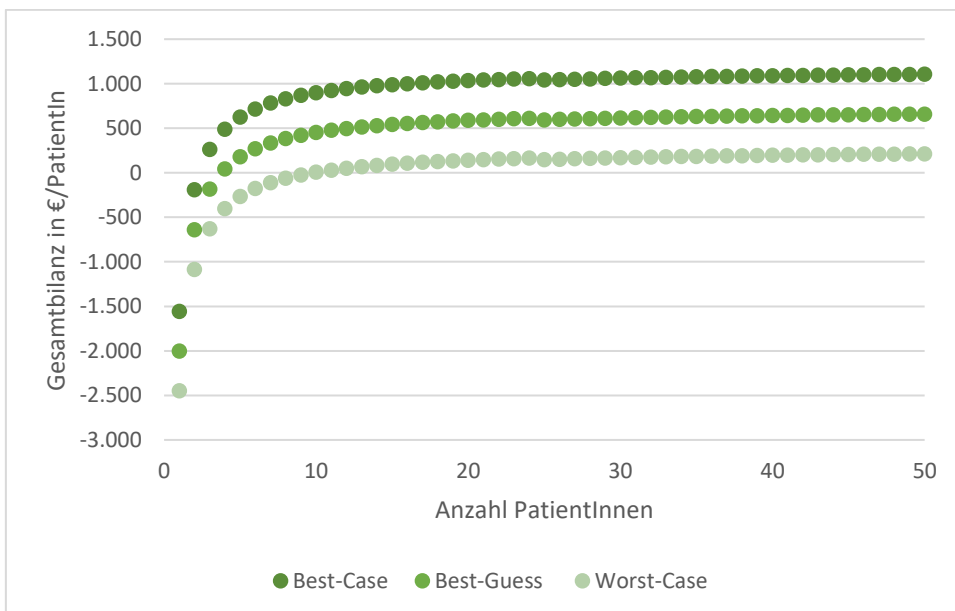


Abbildung 14: Finanzieller monatlicher Nutzen pro Person nach Abzug der Kosten in Abhängigkeit von der PatientInnenanzahl und bei einer Laufzeit von 4 Jahren (Best-Case, Best-Guess, Worst-Case) (Eigene Darstellung)

Der Nutzen für den Kostenträger würde sich entsprechend Abbildung 15 bei 50 Teilnehmenden auf 55.348€ belaufen. Wird hingegen vom geringsten Wert von 20% Einsparung ausgegangen, verringert sich der Nutzen um 44.658€ auf 10.690€.

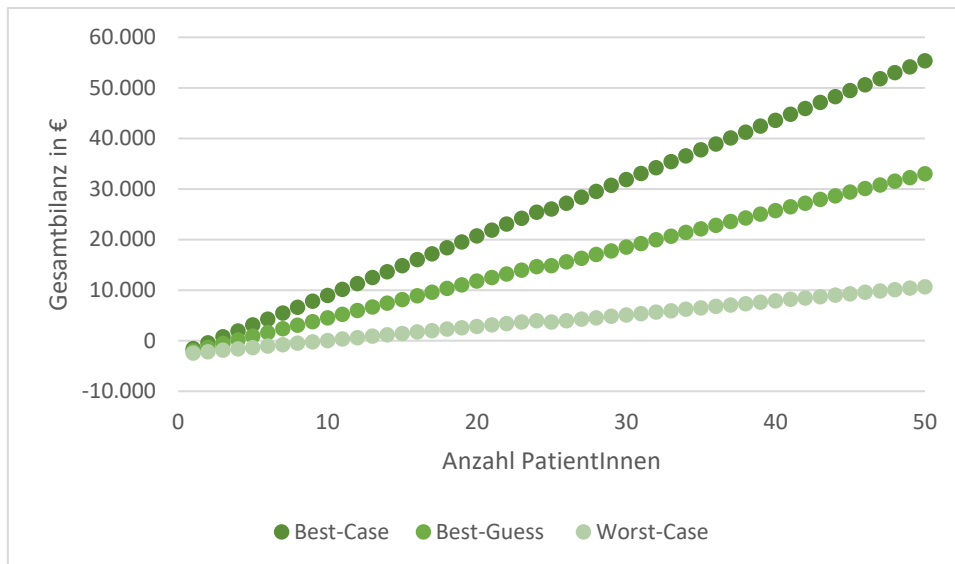


Abbildung 15: Finanzieller monatlicher Nutzen nach Abzug der Kosten in Abhängigkeit von der PatientInnenanzahl und bei einer Laufzeit von 4 Jahren (Best-Case, Best-Guess, Worst-Case) (Eigene Darstellung)

Die Abbildung 16 geht vom ungünstigsten Fall aus: einer kurzen Laufzeit von nur zwei Jahren und einer niedrigen Ausgabenverringerung von nur 20%. Man sieht, dass durch diese Annahmen das zusätzliche Auto bei 25 Personen einen deutlich stärkeren Knick verursacht als in den anderen Darstellungen. Dennoch hat die Intervention ab 12 teilnehmenden PatientInnen eine positive Gesamtbilanz.

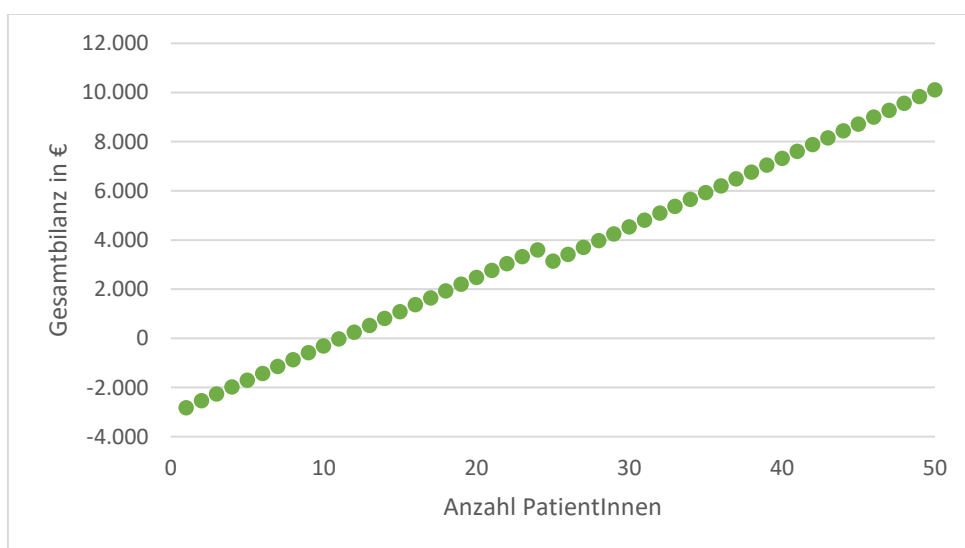


Abbildung 16: Finanzieller monatlicher Nutzen nach Abzug der Kosten in Abhängigkeit von der PatientInnenanzahl und bei einer Laufzeit von 2 Jahren (Worst-Case) (Eigene Darstellung)

9.4 Evaluationsdesign

Julia Sladeczek

Bei einer Durchführung der Intervention in der Praxis sollte überprüft werden, ob die erwarteten Ergebnisse auch erzielt werden. Dazu können von der Krankenkasse/AOK Routinedaten zu festgelegten Erhebungszeitpunkten herangezogen und ausgewertet werden.

Laut Aussagen einer AOK Mitarbeiterin (Interview 3: Anhang 6) können Durchschnittswerte im Jahresverlauf gebildet werden. Um eine aktuelle Schätzung zu erlangen kann man in den Daten eine Bilanz der letzten drei Jahre ziehen. Hierfür muss jedoch zuvor festgelegt werden, welche Diagnosen und welche Hilfsmittel betrachtet werden. Bei den Hilfsmitteln sollte man zudem darauf achten, ob im Verlauf der Intervention neue Positionen hinzugekommen sind, die mitberücksichtigt werden müssen. Im Anschluss kann man einen Durchschnitt pro Person erstellen und nachsehen ob der Durchschnitt anteilig gleichgeblieben ist. Das Projekt hat eine Vorlaufzeit von insgesamt sechs Monaten. Innerhalb dieser Zeit kann ein Durchschnittswert x der AOK eruiert werden. Jedoch muss hier beachtet werden, dass die ambulanten Daten erst später bei den Krankenkassen eintreffen. So sind die Daten beispielsweise aus dem Jahr 2019 zum Anfang des Jahres 2020 noch nicht vollständig und können so nicht umfassend ausgewertet werden. Daher spielt es eine Rolle wann genau die Interventionsidee umgesetzt und implementiert wird, da die Erhebungszeitpunkte von Routinedaten aufgrund der fehlenden Vollständigkeit auch erst zu einem späteren Zeitpunkt erhoben werden können. Laut Aussagen der AOK würden sie die Routinedaten einmal jährlich einsehen, wenn diese komplett sind. Dies passiert intern im Rahmen des Vertragscontrollings. Der jährliche Einblick dient der Überprüfung, ob alles in die erwartete Richtung geht oder ob noch einzelne Punkte nachträglich verbessert werden müssen. Beim Überprüfen der Fallzahlentwicklung werden die Routinedaten innerhalb des Quartals öfter eingesehen.

Spätestens vier Jahre nach dem Wirksamwerden der zugrundeliegenden Verträge für die Integrationsversorgung muss die Wirtschaftlichkeit dieser nachweisbar sein (§ 140a Abs. 3 Satz 1 SGB V), daher ist dieser Erhebungspunktzeitpunkt festgeschrieben.

9.5 Diskussion/ Bedeutung für unsere Intervention

Die Forschungsarbeit wirft einen Blick auf die potenzielle Steigerung der Kosteneffizienz im Bereich der ambulant parenteralen Ernährung durch den Abschluss eines IV-Vertrags. Ziel der Arbeit war es, durch die finanzielle Gegenüberstellung der Versorgungssituationen, ohne und mit Case Management eine Aussage darüber zu treffen, ob die Intervention aus ökonomischer Sicht empfohlen werden kann und umgesetzt werden sollte.

Im Bereich der Kosten wurde dafür eine umfangreiche Aufstellung der Ausgaben angefertigt, die bei der Etablierung eines Case Managements anfallen würden. Dabei wurden alle direkten Kosten aus Kostenträgerperspektive bestimmt, um festzustellen in welcher Höhe finanzielle Mittel investiert werden müssten. Die Kosten pro PatientIn nehmen bei steigender Teilnehmendenzahl ab, belaufen sich bei vier Jahren Projektlaufzeit jedoch auf durchschnittlich etwa 900€ im Monat.

Im Bereich des Nutzens wurden anhand zwei bestimmter Endpunkte die eingesparten Kosten quantifiziert. Hierfür wurde eine mögliche Reduktion der Komplikationsrate und auf mögliche Einsparungen seitens der Ernährungslösungen berechnet. Die Ergebnisse zeigen vor allem seitens der Ernährungslösungen ein großes Einsparpotenzial von monatlich etwa 1.400€ pro Person auf.

Setzt man die Kosten in Relation zum Nutzen stellt man fest, dass schon bei der Beteiligung weniger AOK PatientInnen der Nutzen die Kosten übersteigt. Im am wahrscheinlichsten scheinenden Szenario ist der finanzielle Nutzen bereits ab vier teilnehmenden PatientInnen höher als die Kosten und auch im Worst-Case-Szenario ergibt sich ab elf Personen eine positive Bilanz. Es wird daher geschlussfolgert, dass die Etablierung eines Case Managements als Teil einer integrierten Versorgung empfohlen werden kann. Da die Arbeit nur einen Teil des generierten Nutzens quantifiziert, beispielsweise Lebensqualitätssteigerungen der PatientInnen nicht berücksichtigt, lässt sich ein noch größeres Potenzial der Interventionsidee erwarten. Die hier getroffenen Annahmen lassen sich jedoch erst durch eine praktische Umsetzung der Interventionsidee verifizieren.

10. Fazit

Julia Sladeczek

Der vorliegende Forschungsbericht zeigt die Schwachstellen der momentanen Versorgung ambulant parenteral ernährter PatientInnen deutlich auf. Diese bedarf ein hohes Maß an Organisation, Qualität und Koordination. Durch die Vielzahl der beteiligten Leistungserbringer gestaltet sich der Versorgungsprozess jedoch intransparent und unübersichtlich, was die Bewertung der Effizienz und Qualität der Versorgung erschwert. Parenteral ernährte PatientInnen sind meist multimorbide oder in einem fortgeschrittenen onkologischen Stadium und besitzen eingeschränkte Handlungsmöglichkeiten. Durch die geringe Prävalenz kennen sich zudem nur wenige Versorger mit der Komplexität des Behandlungsumfangs aus, obwohl diese nach einem hohen Grad an Sensibilität und Präzision verlangt.

Zu der Versorgungssituation und den auftretenden Problematiken gibt es wenig Literatur. Vorhandene Informationsquellen schildern primär den idealtypischen Versorgungspfad. Der Einblick in die Praxis durch die ExpertInneninterviews war von großem Nutzen für die Konkretisierung der Interventionsidee und einer realitätsnahen Darstellung der Ist-Situation. Dabei war es von besonderer Relevanz, die Perspektive verschiedener am Versorgungsprozess beteiligter Akteure zu erhalten, um sich ein vollständigeres Bild über die Umstände zu machen. Doch obwohl mit fast allen der unterschiedlichen Stakeholder gesprochen wurde, muss immer beachtet werden, dass jedes Interview eine subjektive Einzelmeinung darstellt und nicht als repräsentativ für eine Berufs- oder Personengruppe gewertet werden kann. Es wurden Überschneidungen hinsichtlich des Pflegenotstandes, der Unübersichtlichkeit des Systems und der Notwendigkeit eines interdisziplinären Ansatzes festgestellt.

Die Auswertung von Evidenz wird immer von der vorhandenen Studienlage beeinflusst. Da HPE ein sehr spezifisches Thema mit geringer Prävalenz ist, ist die Studienlage, vor allem in Verbindung mit den Auswirkungen eines Case Managements auf die Versorgung, nicht sonderlich umfangreich. Zudem wurden die meisten Studien vor 30 Jahren angefertigt und sind dementsprechend in ihrer Übertragbarkeit eingeschränkt. Dennoch sollte ein Thema nicht aufgrund einer unzureichenden Studienlage vernachlässigt werden, wenn Versorgungsprobleme bestehen, die durch eine Intervention verbessert werden können. Dementsprechend wurden Studien mit

dem bestmöglichen Evidenzgrad und bestmöglicher Übertragbarkeit gewählt. Die identifizierten Studien wurden in einer anderen Arbeit detailliert untersucht und die Ergebnisse flossen ebenfalls in die Entwicklung der Intervention ein. Zu den wichtigsten Ergebnissen zählen, die vorrauszusetzenden Kompetenzen von Case ManagerInnen sowie der Einfluss eines Case Managements auf verschiedene Outcomeparameter. So zeigte die Studienlage auf, dass durch den Einsatz eines Case Managers/einer Case Managerin eine bessere Behandlung der Symptome, eine Vermeidung von medizinischen Fehlern, geringere Kosten, eine Reduktion der Hospitalisierungsraten und eine Verbesserung der Lebensqualität der PatientInnen stattfinden können. Case ManagerInnen tragen eine hohe Verantwortung in der Koordination und Pflege der PatientInnen. Die Kommunikationsfähigkeiten und psychosozialen Kompetenzen der Case ManagerInnen sind daher besonders relevant.

Zur Evaluation der Interventionsidee wird ein Konzept vorgeschlagen, welches sich aus zwei Komponenten zusammensetzt. Anhand von Routinedaten kann der Einfluss der Intervention auf die Verordnungskosten sowie die Komplikationsraten ermittelt werden. Mittels Befragung der PatientInnen werden Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit gemessen. So kann, nach der Einführung der Intervention, überprüft werden, ob die definierten Interventionsziele erreicht wurden und die Wirkung der Intervention bestätigt werden kann.

Bei dem vorgeschlagenen Evaluationskonzept ist zu beachten, dass es einerseits einen hohen Aufwand mit sich bringen und zudem, durch die Fragebogenerhebung, mit einer Belastung der ohnehin vulnerablen PatientInnengruppe einhergeht. Erschwerend kommt hinzu, dass die geringe Fallzahl von HPE PatientInnen unter Umständen dazu führt, dass die benötigte Fallzahl nicht zu erreichen ist und die Wirkung der Intervention nicht abgebildet werden kann.

Die ökonomische Betrachtungsweise der Interventionsidee durch eine Kosten-Nutzen Analyse resultierte in einer positiven Bilanz. Anhand einer finanziellen Gegenüberstellung der Versorgungssituationen, ohne und mit Case Management, wurde überprüft, ob die Intervention empfohlen werden kann und umgesetzt werden sollte. Betrachtet wurden hier die direkten Kosten und Nutzen aus Kostenträgerperspektive. Im Bereich der Kosten wurde eine umfangreiche Aufstellung der Ausgaben angefertigt, die bei der Etablierung eines Case Managements anfallen würden. Im Bereich des Nutzens wurden anhand zwei bestimmter Endpunkte die eingesparten Kosten

quantifiziert. Bei vier Jahren Laufzeit und unter den wahrscheinlichsten Annahmen, gibt es schon bei der Teilnahme von vier PatientInnen eine positive Kosten-Nutzen-Bilanz. Im Durchschnitt ist der finanziell generierte Nutzen bei etwa 1.400€ pro Person im Monat und somit 500€ über den monatlich entstehenden Kosten.

Somit bestätigen die wissenschaftlichen Ergebnisse die Annahme der AOK Bremen/Bremerhaven, die bei heimparenteraler Ernährung von einem Versorgungsproblem mit großem Verbesserungspotential durch eine Intervention ausgegangen sind. Es lässt sich festhalten, dass die Problemlage sowie die Wirksamkeit der Interventionsidee durch ausreichend Evidenz aus der Literatur belegt wurde. Es wurden verschiedene Perspektiven auf die aktuelle Versorgungsproblematik geworfen, um die mögliche Implementierung der Interventionsidee zu prüfen.

Die erfolgreiche Etablierung der Interventionsidee in die Praxis hängt allerdings von verschiedenen Faktoren ab und bedarf einer stetigen ethischen Reflexion. Zunächst hängt der Erfolg der Intervention von der genauen Gestaltung der IV-Verträge ab. In diesem werden Vertragspartner, Leistungsumfang und Vergütung festgelegt. Ob sich Vertragspartner auf sinnvolle Inhalte einigen können und welche Kompromisse geschlossen werden, hat einen direkten Einfluss auf die Anreizstruktur der beteiligten Leistungserbringer und somit auf die Versorgung der PatientInnen. Zudem kann der Umstand, ob alle PatientInnen der Region die Möglichkeit haben, das Angebot eines Case Managers/einer Case Managerin in Anspruch zu nehmen, oder nur die Versicherten einer einzigen Kasse, einen Einfluss auf den Erfolg haben. Wünschenswert wäre eine flächendeckende Versorgung.

Probleme bei der Implementierung können beispielsweise auch hinsichtlich der Akzeptanz der momentanen Versorger entstehen. Die Homecare-Unternehmen übernehmen einen großen Anteil der Versorgung im jetzigen Prozess. Sie haben die bestehende Lücke genutzt und sorgen für einen unkomplizierten Ablauf von stationär zu ambulant. Obwohl diese in einer privatwirtschaftlichen Struktur verankert sind und ihnen durch die Art ihrer Vergütung falsche Anreize gesetzt werden, stellen sie für manche PatientInnen, Krankenhäuser oder Pflegedienste eine Entlastung dar. Daher muss ein Case Management sich gegen einen bereits etablierten Gegenspieler durchsetzen.

Aus ethischer Perspektive ist zu bedenken, dass bei einer Intervention, die so ein sensibles Thema wie HPE betrifft, das PatientInnenwohl immer im Mittelpunkt stehen muss. Es wurde im gesamten Prozess stetig abgewogen, ob das Ziel der Kostenreduktion sowie Anreize, die man ein Case Management setzen würde, dazu führen, dass PatientInnen bestmöglich, bedarfsgerecht und leitlinienkonform versorgt werden. Der Bericht beruht auf gründlichen Abwägungen, dennoch sollte bei einer Umsetzung in der Praxis stetig überprüft werden, ob die Intervention die Versorgung der PatientInnen verbessert.

Da durch Case Management die Versorgung ambulant parenteral ernährter PatientInnen verbessert werden kann, wird die Etablierung eines Case Managements als Teil einer integrierten Versorgung empfohlen.

Literaturverzeichnis

- ADAC (2020). Autokosten-Rechner. Verfügbar unter: <https://www.adac.de/infotestrat/autodatenbank/autokosten/autokosten-rechner/default.aspx> [03.03.2020].
- Amazon (2020a). 1-24 von mehr als 2.000 Ergebnissen oder Vorschlägen für Drogerie & Körperpflege : "blutzuckermessgerät". Verfügbar unter: https://www.amazon.de/s?k=blutzuckermessger%C3%A4t&i=drugs-tore&__mk_de_DE=%C3%85M%C3%85%C5%BD%C3%95%C3%91&crid=1XRG A6G26V9SU&srefix=Blutz%2Cdrugstore%2C228&ref=nb_sb_ss_i_1_5 [05.03.2020]
- Amazon (2020b). 1-24 von 266 Ergebnissen oder Vorschlägen für Drogerie & Körperpflege : Medizinische Geräte & Verbrauchsmaterialien : Medizinische Geräte : Messgeräte : Blutdruckmessgeräte : 4 Sterne & mehr. Verfügbar unter: https://www.amazon.de/s?bbn=2860130031&rh=n%3A64187031%2Cn%3A%2164257031%2Cn%3A2860102031%2Cn%3A2860129031%2Cn%3A15106316031%2Cn%3A2860130031%2Cp_72%3A184750031&dc&fst=as%3Aoff&qid=1583405265&rnid=184728031&ref=lp_2860130031_nr_p_72_0 [05.03.2020]
- Andler, N. (2008). Tools für Projektmanagement, Workshops und Consulting. Kompendium der wichtigsten Techniken und Methoden. Erlangen: Publicis Corporate Publishing.
- Angst, F., Aeschlimann, A. & Stucki, G. (2001). Smallest Detectable and Minimal Clinically Important Differences of Rehabilitation Intervention With Their Implications for Required Sample Sizes Using WOMAC and SF-36 Quality of Life Measurement Instruments in Patients With Osteoarthritis of the Lower Extremities. In American College of Rheumatology (Hrsg.): Arthritis Care & Research, 45 (4), (S. 384 –391). New Jersey: Wiley-Liss.
- AOK Bundesverband (2016). Praxisbesonderheiten. Verfügbar unter: https://aok-bv.de/lexikon/p/index_00168.html [22.09.2019].
- ApoG, Gesetz über das Apothekenwesen (o.J.): Paragraph 11. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/apog/_11.html. [13.09.2019]

- Apotheke Adhoc (2017). Hilfsmittel §300 oder §302. Verfügbar unter: <https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/apo-tipp/hilfsmittel-paragraf-300-oder-paragraf-302-rezeptabrechnung/> [08.09.2019].
- Apothekenbetriebsordnung (2019). §17 Erwerb und Abgabe von Arzneimitteln und Medizinprodukte. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/apobetro_1987/___17.html [14.09.2019].
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2012). Das AWMF-Regelwerk Leitlinien. München: Zuckschwerdt.
- Arda, Ö., Bunjes-Schmieger, S., Renaud, D., Meyer, M. & Riemer-Hommel, P. (2017). Bericht zur Wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts Allgemeine Ambulante Palliativversorgung im Landkreis St. Wendel. Verfügbar unter: http://www.hospiz-saarland.de/fileadmin/user_upload/Termine/PDF_Bilder/2018/Abschlussbericht_AAPV.pdf [22.09.2019].
- Arends, J. (2014). Parenterale Ernährungstherapie: Indikationen und Ziele der Ernährungstherapie. Verfügbar unter: <https://www.onkodin.de/e6/e100507/e100281/e100290/> [22.09.2019].
- Assmann, C., Borchers, U., Iseringhausen, O., Körner, H., Liebe, C., Rethmeier, A. & Wedmann, B. (2014). Regionales Versorgungskonzept Geriatrie. Vernetzte Versorgung – regional erprobt. Verfügbar unter: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiF4fPv6eTkAhWCLIAKHW0UCIIQFjAAegQI-ABAC&url=https%3A%2F%2Fwww.lzg.nrw.de%2F_media%2Fpdf%2Fversorgung%2F140922_RVG_Kurzbericht_end.pdf&usg=AOvVaw1t5PS_PmpPjCX86_4RP2X3 [22.09.2019].
- Bachmann-Mettler, I., Steurer-Stey, C., Senn, O., Wang, M., Bardheci, K. & Rosemann, T. (2011). Case-Management in oncology rehabilitation (CAMON): The effect of Case-Management on the quality of life in patients with cancer after one year of ambulant rehabilitation. A study protocol for a randomized controlled clinical trial in oncology rehabilitation. *Trials*, 12, 1-7.
- Baxter, J. P., Fayers, P. M., & McKinlay, A. W. (2010). The clinical and psychometric validation of a questionnaire to assess the quality of life of adult patients treated with

long-term par-enteral nutrition. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 34(2), 131-142.

Becker, D. (2019). Therapieentscheidungen am Lebensende. *Heilberufe*, 71, 14-16.

Berger, B., & Lenz, M. (2006). Bewertung deutschsprachiger Instrumente zur Erhebung von Patientenzufriedenheit. *Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalysen*, 632.

Bischoff, S. C. (2007). Ethische und rechtliche Gesichtspunkte. Verfügbar unter: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-2006-951879>. [22.09.2019].

Bischoff, S. C., Kester, L., Meier, R., Radziwill, R., Schwab, B., Thul, P. (2007). Organisation, Verordnung, Zubereitung und Logistik der parenteralen Ernährung im Krankenhaus und zu Hause; die Rolle von Ernährungsteams. In: *Aktuelle Ernährungsmedizin*; 32; (S.35-S40). Stuttgart: Thieme.

Bischoff, S. C., Arends, J., Dörje, F., Engeser, P., Hanke, G., Köchling, K., ... & Volkert, D. (2013). Künstliche Ernährung im ambulanten Bereich. *Aktuel Ernährungsmed*, 38, e101-e154.

Bourdieu, P. (1983). Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. Reihard Kreckel (Hrsg.), *Soziale Ungleichheiten* (S. 183-198). Göttingen: o.A.

Bozzetti, F., Cozzaglio, L., Biganzoli, E., Chiavenna, G., De Cicco, M., Donati, D., Gilli, G., Percolla, S., Pironi, L. (2002). Quality of life and length of survival in advanced cancer patients on home parenteral nutrition. *Clinical Nutrition*, 21(4), 281-288.

Bundesministerium für Gesundheit (2017): Ambulanter Pflegedienst. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/a/ambulanter-pflegedienst.html> [22.09.2019].

Cambon, L., Minary, L., Ridde, V. & Alla, F. (2013). A tool to analyze the transferability of health promotion interventions. *BMC Public Health*, 13, 1-10.

Cella, D.F. (1994): Quality of life: Concepts and definition. Verfügbar unter: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0885392494901295> [24.03.2020]

Chambers, A., Hennessy, E., Powell-Tuck, J. (2006). Longitudinal trends in quality of life after starting home parenteral nutrition: A randomised controlled study of telemedicine. *Clinical Nutrition*, 25(3), 505–514.

- Chow, S., Shao, J., Wang, H. (2008). *Sample Size Calculations in Clinical Research*. 2nd Ed. Florida: Chapman & Hall CRC Biostatistics Series.
- Cochrane (2019): CERQual - zur Bewertung qualitativer Studien. Verfügbar unter: <https://www.cochrane.de/de/cerqual-zur-bewertung-qualitativer-studien> [06.08.2019].
- DIMDI (2020). ICD-10-GM Version 2019. Verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/statik/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2019/block-a30-a49.htm> [11.02.2020].
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank memorial fund quarterly*, 44(3), 166-206.
- Döring, N., Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Dreesen, M., Foulon, V., Hiele, M., Vanhaecht, K., De Pourcq, L., Pironi, L., & Bozzetti, F. (2013). Quality of care for cancer patients on home parenteral nutrition: development of key interventions and outcome indicators using a two-round Delphi approach. *Clinical Nutrition*, 32, 59-64.
- Drummond, M., Sculpher, M., Torrance, G., O'Brien, B. & Stoddarz, G. (2005). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford University Press: Oxford.
- Eckardt, J. 2006. Was sind integrierte Behandlungspfade (IBP)? In: Eckardt, J. & Sens, B. (Hrsg.) *Praxishandbuch Integrierte Behandlungspfade. Intersektorale und sektorale Prozesse professionell gestalten. Gesundheitswesen in der Praxis*. Heidelberg: Economica Verlag, 9-37.
- Ellert, U. & Kurth, B.-M. (2004). Methodische Betrachtungen zu den Summenscores des SF-36 anhand der erwachsenen bundesdeutschen Bevölkerung. In *Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 47, (S.1027–1032). Berlin/ Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Ellert, U. & Kurth, B.-M. (2013). Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 56, (S. 643–649). Berlin/ Heidelberg: Springer Verlag.

- Ewers, M. (2011). Das anglo-amerikanische Case-Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen. In: M. Ewers & D. Schaeffer (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis, 2. Auflage (S. 53-90). Bern: Verlag Hans Huber.
- Fässler, S.; Oetterli, M. (2014). Wirkungsevaluation von Interventionen: Leitfaden für den Bereich gesundes Körpergewicht. Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapier 31, Bern und Lausanne
- Fathi, R., Sheehan, O.C., Garrigues, S.K., Saliba, D., Leff, B. & Ritchie, C.S. (2016). Development of an Interdisciplinary Team Communication Framework and Quality Metrics for Home-Based Medical Care Practices. JAMDA, 17, 725-729.
- Firma.de (2020). Lohnnebenkosten: Was zahlt der Arbeitgeber? Übersicht und Beispiel. Verfügbar unter: <https://www.firma.de/rechnungswesen/lohnnebenkosten-was-zahlt-der-arbeitgeber-beispiel/> [13.02.2020].
- Freie Hansestadt Bremen (o.J.): Die Krankenhäuser im Land Bremen. Verfügbar unter: <https://www.krankenhauswegweiser.bremen.de/krankenhaeuser-1471> [22.09.2019].
- Gehrke, D.B. & von Haaren, F. (2014). Die Pharmazeutische Industrie. Einleitung. In Industriegewerkschaft Bergbau; Chemie; Energie (Hrsg.), Die Pharmazeutische Industrie. Eine Branchenanalyse. (S.8) Hannover: BWH GmbH – Die Publishing Company.
- Gissel-Palkovich, I. (2006). Case-Management. In: V. Brinkmann (Hrsg.): Case-Management. Chancen und Risiken für die Soziale Arbeit und Aspekte seiner Implementierung in soziale Organisationen (S. 121-148). Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Gorin, S.S., Haggstrom D., Han, P.K.J., Fairfield, K.M., Krebs P. & Clauser S.B. (2017). Cancer Care Coordination: a systematic Review and Meta-Analysis of Over 30 Years of Empirical Studies. Ann. Behave. Med., 51, 532-546.
- Haeder, J., Jähne, J. (2013). Indikation, Technik und Komplikationen der Portimplantation. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00104-012-2408-5> [29.02.2020].
- Hämel, K., & Schaeffer, D. (2012). Fachkräftemangel in der Pflege–viel diskutiert, politisch ignoriert?. G&S Gesundheits-und Sozialpolitik, 66(1), 41-49.

- Hensen, P. (2016). Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Huisman-De Waal, G., Bazelmans, E., Achterberg van, T., Jansen, J., Sauerwein, H., Wanten, G., Schoonhoven, L. (2011). Predicting Fatigue in Patients Using Home Parenteral Nutrition: A Longitudinal Study. *Int.J. Behav. Med*, 18, 268–276.
- HyLown Consulting (2020a). Power and Sample Size – Calculators - Compare 2 Proportions: 2-Sample, 1-Sided. Verfügbar unter: <http://powerandsamplesize.com/Calculators/Compare-2-Proportions/2-Sample-1-Sided> [29.03.2020]
- HyLown Consulting (2020b). Power and Sample Size – Calculators - Compare 2 Means: 2-Sample, 1-Sided. Verfügbar unter: <http://powerandsamplesize.com/Calculators/Compare-2-Means/2-Sample-1-Sided> [29.03.2020]
- InEK (2019). Fallpauschalen-Katalog 2019. Verfügbar unter: https://www.g-drg.de/G-DRG-System_2019/Fallpauschalen-Katalog/Fallpauschalen-Katalog_2019 [11.02.2020].
- Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (2019). Deutschland in Zahlen. Tabelle: Jahresarbeitszeit - in Stunden pro Jahr. Verfügbar unter: <https://www.deutschlandinzahlen.de/tab/deutschland/arbeitsmarkt/arbeitszeit/jahresarbeitszeit> [08.03.2020].
- Jordan, A. (2003). Heimparenterale Ernährung. In: J. Stein & K.-W. Jauch (Hrsg.): *Praxishandbuch klinische Ernährung und Infusionstherapie* (S. 449-455). Berlin: Springer.
- Jünger, S., Payne, S.A., Brine, J., Radbruch, L., Brearley, S.G. (2017). Guidance on Conducting and REporting DElphi Studies (CREDES) in palliative care: Recommendations based on a methodological systematic review. *Palliative Medicine*, 31, 684-706.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2019). Wirtschaftlichkeitsprüfung. Verfügbar unter: <https://www.kbv.de/html/2949.php> [22.09.2019].
- Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (2008). Parenterale Ernährung. Verfügbar unter: https://www.kvno.de/10praxis/40verordnungen/10arzneimittel/a_z/parenteral/index.html [23.09.2019].

- Kassenärztliche Vereinigung Saarland (2017). Modellprojekt Allgemeine Ambulante Palliativversorgung im Landkreis St. Wendel. Verfügbar unter: <https://www.kvsaarland.de/-/modellprojekt-allgemeine-ambulante-palliativversorgung-im-landkreis-st-wendel> [22.09.2019].
- Kennedy, J. F., & Nightingale, J. M. (2005). Cost savings of an adult hospital nutrition support team. *Nutrition*, 21(11-12), 1127-1133.
- Kollewe, T. (2018). Büro vs. Coworking: Was ein Arbeitsplatz pro Monat kostet. Verfügbar unter: <https://www.coworking.jetzt/coworking/kosten-buero-coworking-vergleich/> [02.03.2020].
- Krips, D. (2017). Stakeholdermanagement-Kurzanleitung Heft 5. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-55634-4> [22.09.2019].
- Kurlemann, U. (2010). Entlassungsmanagement. Minimierung der Schnittstellenprobleme zwischen Krankenhaus und nachstationärer Versorgung. *Der Gynäkologe*, 43, 832-838.
- Kuß (2013). Power und Fallzahlberechnungen. Halle (Saale). Verfügbar unter: http://www.oliverkuss.de/science/publications/Kuss_Folien_Power_und_Fallzahlberechnung.pdf [29.03.2020]
- Kvwl (2010). Informationen zur Verordnung in der GKV. Verfügbar unter: https://www.kvwl.de/arzt/verordnung/arzneimittel/info/invo/parenterale_ernaehrung_invo.pdf [10.03.2020].
- Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (2018). Regionales Versorgungsmanagement Geriatrie (RVG). https://www.lzg.nrw.de/versorgung/vers_strukt/projekte/rvg/index.html [22.09.2019].
- Lindemann, L., & Remstedt, D. (2008). Patientenzufriedenheit als Beitrag zur Qualitätssicherung in der ambulanten neurologischen und orthopädischen Ergotherapie. *ergoscience*, 3(02), 57-66.
- Löser, C. (2013). Ernährung am Lebensende—medizinische, ethische und juristische Grundsätze der palliativmedizinischen Ernährung. *Aktuelle Ernährungsmedizin*, 38, 46-66.
- Luellen, J. K., Shadish, W. R., Clark, M. H. (2005). Propensity scores: An introduction and experimental test. *Evaluation Review*, 29(6), 530–558.

- Malone, M. (2002). Longitudinal assessment of outcome, health status, and changes in life-style associated with long-term home parenteral and enteral nutrition. *Journal of parenteral and enteral nutrition*, 26(3), 164-168.
- Martirosyan, E.G. & Vashakmadze, T.T. (2014). Sun Cube: A New Stakeholder Management System for the Post-Merger Integration Process. *Zagreb International Review of Economics & Business*, 17, 1-13.
- Matusiewicz, D., Mostardt, S., Wasem, J., Neumann, A. (2010). Vergleichsgruppenbildung mittels Routinedaten – Notwendigkeit der Identifikation von geeigneten Matchingkriterien am Beispiel der Evaluation eines neuen Versorgungsmodells für Patienten mit Schizophrenie. *Gesundheitswesen*, 72 - V243.
- Mendelow, A. (1991). *Stakeholder Mapping*. Proceedings of the 2nd International Conference on Information Systems. Cambridge: MA.
- Meyer, G. (2009). Der erweiterte Kundenbegriff in der Pflege – Konsequenzen für Qualität, Marketing und Kommunikation. In: *Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, 239-260.
- Meyer, W. (2004). *Indikatorenentwicklung. Eine praxisorientierte Einführung* (2. Auflage) Saarbrücken: Centrum für Evaluation.
- Miano, K. (2017). Managing Stakeholders Diversity in Determining Project Success: A Stakeholders Matrix Approach. *The International Journal of Business and Management*, 5, 1-4.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G. & The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*, 6, S. 1-6.
- Mühlbacher, A. (2013). Finanzmanagement in der Integrierten Versorgung. In: R. Busse, J. Schreyögg & T. Stargardt (Hrsg.): *Management im Gesundheitswesen. Das Lehrbuch für Studium und Praxis* (S. 312 – 321).
- Naghibi, M., Smith, T.R., Elia, M. (2015). A systematic review with meta-analysis of survival, quality of life and cost-effectiveness of home parenteral nutrition in patients with inoperable malignant bowel obstruction. *Clinical Nutrition*, 34(5), 825-837.
- Nowossadeck, E. (2012). *Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen*. Heidelberg: Springer-Verlag.

- Nussbaumer, G. (2009). Case-Management und prozessorientierte Pflege. In: C. von Reibnitz (Hrsg.): Case-Management: praktisch und effizient (S. 35-52). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- O'Brien, B.C., Harris, I.B., Beckman, T.J., Reed, D.A. & Cook, D.A. (2014). Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med*, 89, 1245-1251.
- Öffentlicher Dienst.info (2020). Tarifvertrag für Ärzte an kommunalen Krankenhäusern 2020 (TV-Ärzte/VKA). Verfügbar unter: <https://oeffentlicher-dienst.info/c/t/rechner/aerzte/kommunal?id=tv-aerzte-vka-2020&matrix=1> [24.03.2020].
- Öffentlicher Dienst News (2019). TVöD Bund und Kommunen: Alle Entgelttabellen für den öffentlichen Dienst 2019 und 2020. Verfügbar unter: <https://oeffentlicher-dienst-news.de/tvoed-gehaltsrechner-entgelttabelle-oeffentlichen-dienst-eingruppierung-vka-bund/> [18.02.2020].
- Pflege.de (2019). Parenterale Ernährung. Verfügbar unter: <https://www.pflege.de/leben-im-alter/ernaehrung/parenterale-ernaehrung/> [23.09.2019].
- Prel, J.B., Hommel, G., Röhrig, B. & Blettner, M. (2009). Konfidenzintervall oder p-Wert? Teil 4 der Serie zur Bewertung wissenschaftlicher Publikationen. *Dtsch Arztebl Int*, 106, 335-339.
- Projektmanagement Manufaktur (o.J.): Stakeholderanalyse. Verfügbar unter: <http://projektmanagement-manufaktur.de/stakeholderanalyse> [22.09.2019].
- Rahmenvertrag gemäß §§132 und 132 SGB V zur Erbringung von häuslicher Krankenpflege und Haushaltshilfe (2018). Verfügbar unter: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiY1ditgJroAhXKyKQKHU1vCnMQFjAAegQIB-hAB&url=https%3A%2F%2Fwww.vdek.com%2FLVen%2FSAH%2FVertrags-partner%2FPflegeversicherung%2FHaeusliche_Krankenpflege%2F_jcr_content%2Fpar%2Fdownload_1675274064%2Ffile.res%2F219_An-lage.pdf&usg=AOvVaw3hzzzG1n5OPtFwWBSENDN5 [14.03.2020].
- Reimbursement.info (2020). T60E – DRG Erlös und Verweildauer. Verfügbar unter: <https://app.reimbursement.info/drugs/T60E> [11.03.2020].

- Reimer, T. (2005). Künstliche Ernährung. Verfügbar unter: http://www.hippocampus.de/media/316/cms_4a94eb17102ec.pdf [22.09.2019].
- Richter, U., Reichert, A., Urbanski, D., & Scholz, S. (2016). Homecare: Die Rolle der Hausärzte im Entlassmanagement. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Roeder, N. & Küttner, T. (2006). Behandlungspfade im Licht von Kosteneffekten im Rahmen des DRG- Systems. *Der Internist*, 47 (7 vom Juli), 684-689.
- Rosenbaum, P.R., Rubin, D. B. (1983). The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. *Biometrika* 70(1), 41–55.
- Rothärmel, S., Bockenheimer-Lucius, G., Frewer, A., Wehkamp, K.-H., Zürcher, G. (2007). Ethische und rechtliche Gesichtspunkte. *Aktuelle Ernährungsmedizin*, 32(1), 69-71.
- Rothgang, H., Görres, S., Darmann-Finck, I., Wolf-Ostermann, K., Becke, G., Branath, W., Cordes, J., Fünfstück, M., Heinze, F., Kalwitzki, T., Stolle, C., Kloep, S., Krempa, A., Matzner, L., Schwerdt, C., Sticht, S., Friedrich, A., Weiss, J., Schmidt, A., Büscher, A., Gruber, E. & Schröder, D. (2020). Zweiter Zwischenbericht - Finale Version zur Abnahme durch den Auftraggeber - im Projekt Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM). Verfügbar unter: <https://www.socium.uni-bremen.de/projekte/abgeschlossene-projekte/drittmittelprojekte/?proj=574> [15.03.2020].
- Scherenberg, V. (o.J.). Gesundheitsökonomische Evaluationen. Verfügbar unter: <https://docplayer.org/44281082-Gesundheitsoekonomische-evaluationen-vesom02.html> [19.02.2020].
- Scherz, N., Bachmann-Mettler, I., Chmiel, C., Senn, O., Boss, N., Bardheci, K. & Rosemann, T. (2017). Case-Management to increase quality of life after cancer treatment: a randomized controlled trial. *BMC Cancer*, 17(223), 1-8.
- Schneider, A., Momma, M. & Manns, M.P. (2007). Indikation zur künstlichen Ernährung. Enterale und parenterale Ernährung. *Der Internist*, 48, 1066-1075.

- Schneider, E. (2018). Ein Kümmerer für die Kommunikation. Verfügbar unter: https://www.saarbruecker-zeitung.de/saarland/st-wendel/sanktwendel/ein-kuemmerer-fuer-die-kommunikation_aid-13319665 [22.09.2019].
- Schreyögg, J., Weinbrenner, S., Busse, R. (2013). Leistungsmanagement in der Integrierten Versorgung. In: R. Busse, J. Schreyögg & T. Stargardt (Hrsg.): Management im Gesundheitswesen. Das Lehrbuch für Studium und Praxis (S. 106-122). Berlin und Heidelberg: Springer-Verlag.
- Schüller, T. (2018). Dynamik hinter den Kulissen. Ein Blick auf den heiß umkämpften Markt der Zytostatika-Versorgung. Verfügbar unter: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2018/daz-4-2018/dynamik-hinter-den-kulissen> [22.09.2019].
- Schulz, K.F., Altman, D.G. & Moher, D. (2010). CONSORT 2010 Statement: Updated Guidelines for Reporting Parallel Group Randomised Trials. PLOS Medicine, 7, 1-8.
- Schulz, K.F. & Grimes, D.A. (2006). Reihe Epidemiologie. Schlupflöcher in den Stichproben randomisierter Studien: Ausgeschlossene, Verlorene und Abtrünnige. Z. ärztl. Fortbild. Qual. Gesundh.wes., 100, 467-473.
- Schulz, K.F., Grimes, D.A. (2007a): Reihe Epidemiologie 6: Generierung von Randomisierungslisten in randomisierten Studien: Zufall, nicht Auswahl. Z. ärztl. Fortbild. Qual. Gesundh.wes., 101, 419-426.
- Schulz, K.F., Grimes, D.A. (2007b). Reihe Epidemiologie 8: Verblindung in randomisierten Studien: Wie man verdeckt, wer was erhalten hat. Z. ärztl. Fortbild. Qual. Gesundh.wes., 101, 630–637.
- Semlitsch, T., Blank, W., Kopp, I., Siering, U., & Siebenhofer, A. (2015). Bewertung von Leitlinien. Ein Überblick über die wichtigsten Qualitätsaspekte. Dtsch Arztebl, 112, 471-8.
- SGB V (1988). Paragraph 2. Leistungen. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__2.html [22.09.2019].
- SGB V (1988). Paragraph 106. Wirtschaftlichkeitsprüfung. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__106.html [22.09.2019].
- SGB V (2019). Paragraph 128. Unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten. Verfügbar unter: <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/128.html> [13.09.2019].

- SGB V (1988). Paragraph 129. Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___129.html [22.09.2019].
- SGB V (2019): Paragraph 140a Abs. 3 Satz 1. Verfügbar unter: <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/140a.html> [15.08.2019].
- SGB XI (1994). Paragraph 89. Grundsätze für die Vergütungsregelung. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/___89.html [08.09.2019].
- Sharabiani, M.T., Aylin, P., Bottle, A. (2012). Systematic review of comorbidity indices for administrative data. *Medical Care*, 50(12), 1109-1118.
- Simon, H. A. (1981). *Entscheidungsverhalten in Organisationen. Eine Untersuchung von Entscheidungsprozessen in Management und Verwaltung (Übersetzung der dritten erweiterten amerikanischen Auflage von 1976)*. Landsberg am Lech: Verlag Modern Industrie.
- Sitzia, J., & Wood, N. (1997). Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social science & medicine*, 45(12), 1829-1843.
- Smith, J.A., Todd, P.E. (2005). Does matching overcome LaLonde's critique of nonexperimental estimators? *Journal of Econometrics*, 125, 305-353.
- Stähr, H. (2009). *Effizienz und Effektivität in der Integrierten Versorgung: das Beispiel der künstlichen Ernährung*. Wiesbaden: Gabler-Verlag.
- Statista (2019). *Entwicklung der Einwohnerzahl im Bundesland Bremen von 1960 bis 2017*. Verfügbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/155144/umfrage/entwicklung-der-bevoelkerung-von-bremen-seit-1961/> [22.09.2019]
- Stelzer, S. (2004). *Langzeitergebnisse nach Implantationen von zentralvenösen Port-Systemen. Eine retrospektive Untersuchung an den OP-Jahrgängen 1995 – 1998 der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie des Klinikums rechts der Isar*. Verfügbar unter: <https://d-nb.info/977593304/34> [29.02.2020].
- Stöger, R. (2007). *Wirksames Projektmanagement. Mit Projekten zu Ergebnissen*. 2. Auflage. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.
- Suchner, U., Dormann, A., Hund-Wissner, E., Shang, E. und Senkal, M. (2000). Anforderungen an Struktur und Funktion eines Ernährungsteams. *Der Anaesthetist*, 49 (7), S. 675-684.

- Synofski, M. (2016). Künstliche Ernährung und Flüssigkeitsgabe: Verfahren, Indikation, Ziele und Risiken. In: May, A. et al. (Hrsg.): Patientenverfügungen (S.209-224). Berlin: Springer.
- Tempel, K. (2009). Lebensqualität unter langfristiger heimparenteraler Ernährung. Verfügbar unter: https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/10505/Dissertation_K.Tempel%20Elektronische_Version.pdf?sequence=1&isAllowed=y [24.03.2020]
- Theilla, M., Kagan, I., Chernov, K., Cohen, J, Singer, P. (2017). Self-Evaluation of Quality of Life Among Patients Receiving Home Parenteral Nutrition: A Validation Study. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 42(3), 516–521.
- Thöns, M., & Sitte, T. (2019). Wenn finanzielle Interessen vor dem Patientenwohl stehen. *Schmerzmedizin*, 35, 22-28.
- Thul, P. (2004). Besonderheiten bei der ambulanten Therapie. In Hartig, W. et al. (Hrsg.): Ernährung und Infusionstherapie. Standards für Klinik, Intensivstationen und Ambulanz (S. 222-235). Stuttgart: Thieme.
- Valentini, L., Volkert, D., Schütz, T., Ockenga, J., Pirlich, W., Schindler, K., Ballmers, P.E., Bischoff, S.C., Weimann, A., Lochs, H. (2013). Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM). In: Aktuelle Ernährungsmedizin, 38, (S.97-111). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Van Aken, H., Reinhardt, K., Welte, T., Weingand, M. (2014). Infektionen durch intravasale Katheter. *Intensivmedizin*, 3(1). 551
- Van der Plas, A.G.M., Francke, A.L., Visser, K.C., Jansen, W.J., Deliens L. & Onwuteaka-Philipsen, B.D. (2015a). Case-Management in primary palliative care is associated more strongly with organisational than with patient characteristics: results from a cross-sectional prospective study. *BioMed Central Palliative Care*, 14, 1-10.
- Van der Plas, A.G.M., Visser, K.C., Francke, A.L., Donker, G.A., Jansen, W.J.J., Deliens, L. & Onwuteaka-Philipsen, B.D. (2015b). Involvement of a Case Manager in Palliative Care Reduces Hospitalisations at the End of Life in Cancer Patients; A Mortality Follow Back Study in Primary Care. *PLoS ONE*, 10, 1-12.
- Vdek (2020). Landesbasisfallwerte. Verfügbar unter: <https://www.vdek.com/vertragspartner/Krankenhaeuser/landesbasisfallwerte.html> [11.03.2020].

- vdek Verband der Ersatzkassen (o.J.). Daten zum Gesundheitswesen: Medizinprodukte. Verfügbar unter: https://www.vdek.com/presse/daten/d_versorgung_medizinprodukte.html [22.09.2019].
- Vetter, K. (2010): Parenterale Ernährung. Versorgung via Vene. Verfügbar unter: <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/ausgabe-042010/versorgung-via-vene/> [13.09.2019].
- von Elm, E., Altman, D.G., Egger¹, M., Pocock, S.J., Gøtzsche, P.C. & Vandenbroucke, J.P. (2008). Das Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE-) Statement. Leitlinien für das Berichten von Beobachtungsstudien. *Internist*, 49, 688-693.
- Weimann, A. (2011). Künstliche parenterale Ernährung. In: C. Löser (Hrsg.): Unter- und Mangelernährung. Klinik- moderne Therapiestrategien- Budgetrelevanz (S. 131-145). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Weimann, A., Breitenstein, S., Breuer, J.P., Gabor, S.E., Holland-Cunz, S., Kemen, M., Längle, F., Rayes, N., Reith, B., Rittler, P., Schwenk, W., Senkal, M. & DGEM Steering Committee (2014). Klinische Ernährung in der Chirurgie. S3-Leitlinie der deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. *Der Chirurg*, 85, 320-326.
- Wendt, W.R. (2015). Case-Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Wilkening, K., Martin, M. (2003). Lebensqualität am Lebensende: Erfahrungen, Modelle und Perspektiven. *Z Gerontol Geriat*, 36(5):333–338.
- World Health Organization (WHO) (2002). WHO Definition of Palliative Care. Verfügbar unter: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf [20.09.2019].
- Wunderlich, D. (2012). Heimpenterale Ernährung richtig verordnet. In: *Health Care Journal. Ambulante Ernährungstherapie*. Verfügbar unter: https://www.bb-41316915/9996900_HCJ%20Ern%C3%A4hrungstherapie_05_12.pdf [22.09.2019].

Zech, U. (2019). Parenterale Ernährung. In: Arzneiverordnung in der Praxis. Therapie aktuell. Verfügbar unter: <https://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/AVP/vorab/Parentale-Ernaehrung.pdf> [22.09.2019].

Anhang

	Seite
A1 Leitfaden zur Durchführung des ExpertInneninterviews	161
A2 Kernaussagen ExpertInneninterviews	163
A3 Kategoriensystem: qualitative Inhaltsanalyse	172
A4 Notizen Hospitation	173
A5 Projektablaufplan	176
A6 Telefonische Nachfragen/Interviews	177
A7 Kosten der Intervention	147

A1 Leitfaden zur Durchführung des ExpertInneninterviews

Thema: Versorgungssituation parenteral ernährter PatientInnen in Bremen/Bremerhaven

Rahmen des Interviews	<p>Begrüßung; Vorstellung von uns und unserem Projekt (Transparenz schaffen: Worum geht es im Projekt? Warum machen wir das Ganze?)</p> <p>Umgang mit Daten erklären und Anonymität versichern (Vertraulichkeitserklärung unterschreiben), Ablauf und Zeitrahmen des Interviews erläutern, auf Freiwilligkeit hinweisen, Bereitschaft würdigen</p>
Persönlicher Bezug zum Thema	<ol style="list-style-type: none"> 1) Würden Sie uns zu Beginn einmal kurz einen Überblick über Ihre Tätigkeiten bei Fresenius Kabi geben? 2) Würden Sie uns beschreiben, in welcher Form Sie Kontakt zum Themengebiet ambulante parenterale Ernährung in Ihrem Beruf haben? <ul style="list-style-type: none"> - Welchen Stellenwert hat dieses Thema für Ihr Unternehmen? - Welche genauen Tätigkeiten (z.B. Pat. Kontakt?)
Aktuelle Versorgungssituation	<ol style="list-style-type: none"> 3) Welche Aufgaben übernimmt Fresenius in der Versorgung von ambulant parenteral ernährten PatientInnen? <ul style="list-style-type: none"> - Bertreuungsschlüssel und wie sind bspw. Teams aufgebaut - Wann und wie wird der Kontakt zum Patienten aufgenommen? 4) Inwieweit werden PatientInnen und Angehörige in die Versorgung integriert? 5) Welche Ausbildung haben Ihre MitarbeiterInnen? 6) Wie gestaltet sich Ihr Kontakt mit anderen Akteure innerhalb der Versorgung? <ul style="list-style-type: none"> - Wie gut funktioniert die Kommunikation? - Mit wem funktioniert die Zusammenarbeit besser/ weniger gut? 7) Wie nehmen Sie den Prozess insgesamt wahr, in dem PatientInnen versorgt werden?

Probleme	8) Wo sehen Sie persönlich Probleme oder Hürden im aktuellen Versorgungsprozess? - Aus Sicht der Patienten?
Lösungsideen	9) Welche Ideen oder Anregungen haben Sie, mit denen man den Versorgungsprozess verbessern könnte? - Wie könnte Ihr Unternehmen zur Lösung beitragen?
Abschlussfrage	10) Gibt es noch irgendetwas, nach dem wir nicht gefragt haben? Oder, würden Sie gerne noch etwas hinzufügen, was Sie für wichtig halten, was noch nicht genannt wurde?

A2 Kernaussagen ExpertInneninterviews

Nr.	Stakeholder	Beruf	Interessen	Versorgung	Probleme	Lösungen	demographische Daten
1	HCU	GebietsleiterIn Bremen/Niedersachsen	<ul style="list-style-type: none"> - wirtschaftliches Unternehmen - Finanzierung nur über Produkte 	<ul style="list-style-type: none"> - Kontrolle der Versorgung nach internen Qualitätsstandards - Schulungen - Therapieverschlagn in Klinik - Erstversorgung der Patienten - Austausch und Kommunikation mit anderen Akteuren - regelmäßige Therapieanpassungen 	<ul style="list-style-type: none"> - fehlendes Fachpersonal bei Pflegediensten; Rückverlegungen ins Krankenhaus - fehlende Expertise bei ÄrztInnen, welche sich eigentlich von Qualität der Behandlung überzeugen müssten - fehlende Qualifikationen bei Pflegepersonal; manche Aufgaben können nicht übernommen werden - keine ausreichende Vergütung für Pflegedienste - Einschränkung der Entlassungsmöglichkeiten der Krankenhäuser - Falsche Therapieverschlagn durch Standard-Therapieschemen - Langwierige Genehmigungsprozesse - Rezeptausweitungen und Probleme bei Abrechnungsmöglichkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> - ausreichende Vorbereitung der Entlassung - gute Pflegedienste binden - mehr gesetzl. Kontrollen/Überprüfungen (MDK) und Rahmenbedingungen - Kommunikation zwischen allen Akuteren; z.B. Round Table 	

2	Gesundheitspflege-rln	-Koordinierungsstelle - -Fachkranken-schwes-ter	-Schnittstellen-problema-tik über-winden - ausrei-chende Vorbereitung der Behandlung - einzige Stelle in dem Be-reich	- Überleitung von stationären zu ambulanten Versorgung - Ausstattung mit Hilfsmitteln und Nährlösungen - Schulung von Angehörigen, PatientInnen, Pflegediensten - Zusammenarbeit mit Sozialdienst: Pflegedienst involvieren - inhaltliche Zusammenarbeit mit Ernährungsteam - direkter Kontakt zu PatientInnen und Angehörigen und zu Unternehmen, über Produkte etc. - Netzwerk von Nachversorgern vorhanden - Zusammenarbeit mit Palliativdienst - Nachversorger legen Rezeptvorschläge bei ÄrztInnen vor	- Pflegedienste übernehmen keine Patienten - keine ausreichende Vergütung - fehlendes Fachpersonal - regionale Unterschiede: flächendeckende Versorgung nicht gegeben - Altenpflegeausbildung nicht ausreichend - Ausstellung von Rezepten nur über Arzt möglich	- Organisation der Entlassung bestmöglich eine Woche vorher - generalisitische Ausbildung ab 2020 - ausgereiftes Entlassmanagement (Rezepte für erste Behandlungswoche ausstellen - Zulassungen notwendig) - mehr Personal in Schlüsselfunktionen, die Koordination und Organisation der weiteren Behandlung übernehmen - hierfür sollte Personal die Strukturen des Hauses/Institution kennen	
---	-----------------------	--	---	---	---	--	--

3	HCU	<p>-Fachkranken-schwes-ter</p> <p>-Koordina-tion</p>	<p>- wirt-schaftliche Interes-sen: Fi-nanzie-rung allge-mein GHD durch Wa-renverkauf Gewinnge-nerierung durch Ein-kauf und Verkauf</p>	<p>- Multiprofessionelle MitarbeiterInnen für mehrere Bereiche</p> <p>- Umstrukturierung erfolgt auf mono-professionelle MitarbeiterInnen</p> <p>- Allgemeine Grundausbildung zur Krankenschwester/Pfleger dann eine Basisschulung bei GHD von zwei Wo-chen. Insgesamt 30 Leute in Schulun-gen wovon 4 für PE übrigbleiben</p> <p>- ein Teammitglied behandelt maximal 25 PatientInnen. Einen wöchentlichen Besuch bei PatientIn plus Vor- und Nachbereitung und Organisation. Zeit wöchentlich pro PatientIn circa 3-5 Stunden</p> <p>- Ablauf: Arzt/Ärztin kontaktiert GHD → Screening am/an PatientIn → The-rapeplan erstellen → Arzt/Ärztin vor-gelegt und besprochen → Rezeptaus-stellung und Bestellung für 4 Tage → Pflegedienst involvieren und ggf. schulen → Portnadel wechseln 1xWo-che, Dokumentation und ggf. Anpas-</p>	<p>- Großes Problem/Hürde wurde 2019 ge-löst: Krankenhäuser dürfen seitdem für sie-ben Tage rezeptieren</p> <p>- geringe Dichte an Pflegediensten</p> <p>- zu geringe Vergütung → Zeitdruck</p> <p>- Budgetierung bei ÄrztInnen → zur Wirt-schaftlichkeit angehalten → mögliche Re-gresszahlungen (wenn teurere Produkte verschrieben wurden) → parenterale Er-nährung generell unattraktiv für Allgemein-mediziner</p> <p>- mangelnde Hygiene</p> <p>- falsche Interessen leiten die Versorgung</p>	<p>- Rezeptierung der Krankenhäuser für eine Woche</p> <p>- Einführung Exper-tenstandard für Port-nadelwechsel</p> <p>- Regresszahlungen anpassen - nur Diffe-renz zahlen, anstatt komplette Kosten zu übernehmen</p> <p>- Ausbildung zu Ho-mecare-ManagerIn-nen etablieren</p> <p>- Leistungen von HCU finanzieren</p>	<p>- 2010: 96% On-kologische Pati-entInnen</p> <p>- Aktuell: ca.65% Onkologische Pa-tientInnen</p> <p>- Der Rest: ca. 20% Stoffwech-selerkrankungen, 20% Kurzdarm-patientInnen und 3 Prozent reston-kologische Pati-entInnen</p> <p>- Der Rückgang onkologischer PatientInnen seit drei Jahren ist gegeben durch Prämedikations-gabe gegen Übel-keit</p>
---	-----	--	--	---	--	---	--

				<p>sung des Therapieplans → deutschlandweites Netz von Kooperationsapotheken (30) wovon Sie Ihre Lösungen bekommen und Rezepte einlösen</p>			
4	Pflegedienst	Pflegedienstleitung	<p>- ausreichende Vergütung von Leistungen der Pflegedienste</p>	<p>- Kontrolle der Versorgung nach internen Qualitätsstandards</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schulungen - Therapievorschlag in Klinik - Erstversorgung der Patienten - Austausch und Kommunikation mit anderen Akteuren - regelmäßige Therapieanpassungen 	<ul style="list-style-type: none"> - überteuertes System - kein persönlicher Kontakt zu Lieferanten - Apotheken liefern für mehrere Wochen und nehmen keine Materialien zurück, wenn PatientIn verstirbt - Aufteilung des Menschen in Fachrichtungen und unterschiedliche Unternehmen - zu geringe Vergütung - nicht ersichtlich, was Unternehmen bestellen und abrechnen - HausärztInnen haben häufig kein Budget, um parenterale Ernährung zu rezeptieren; sollen von OnkologInnen ausgestellt werden (anderes Budget) - Versorgung/Lieferung ohne Kostenzusage von Krankenkasse - kein ausreichendes qualifiziertes Personal - keine Müllentsorgung von den Arznei- 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausbildung ab 2020 - Amerikanisches Kaskaden-System - es sollte alles aus einer Hand kommen - alle Akteure an einen Tisch - Round Table - Beruf der qualifizierten Krankenschwester wieder mehr etablieren und Abwanderung in Fachrichtungen verhindern 	<ul style="list-style-type: none"> - insgesamt für ca. 200-300 Patienten zuständig - 3-5 oder mehr, immer welche dabei; Behandlung nicht in ganz Bremen, sondern nur in einem bestimmten Umkreis - Altersgruppe durchschnitt 60-90, aber auch durchaus jüngere dabei

					und Hilfsmittellieferanten - Bestellungen im Übermaß - in Notfällen muss immer Pflegedienst behandeln		
5	Pflegedienst	Pflegedienstleitung	- Ausreichende Vergütung, gute Zusammenarbeit mit Akteure	- Sozialdienst kontaktiert i.d.R. auch ein Sanitätshaus (Dienstleistungsunternehmen zur Versorgung mit med. Hilfsmitteln \cong HCU), welches die Medikamente/Ernährung und Hilfsmittel liefert (oder Apotheken liefert direkt); Pflegedienst führt PE durch und benachrichtigt ggf. das Sanitätshaus, wenn neues Material/Medikamente o.ä. benötigt wird oder das Sanitätshaus kümmert sich selbst um die Neubestellung; Portnadelwechsel wird vom Pflegedienst in Absprache mit dem Palliativcare-Team oder, in den meisten Fällen, von dem involvierten Sanitätshaus durchgeführt - Kontaktaufnahme meist über Sozialdienst	- nicht alle MitarbeiterInnen trauen sich Versorgung von PE zu - Genehmigungsprobleme der Krankenkassen - HCU: Überverordnung und primäres Interesse an Produktverkauf übergeordnet über das Patienteninteresse - ausreichende Vergütung von unterschiedlichen Faktoren abhängig - bei manchen Verluste, bei manchen Gewinne - Patienten werden abgelehnt, aufgrund mangelnder Expertise - bei Spontanentlassungen v.a. Freitagsnachmittags, im schlimmsten Fall erhält der/die PatientIn dann erst am Montag seine Ernährung - Personalmangel, Rentabilität der Versorgung und das Vertrauen in das eigene Können seitens der Pflegedienste	- länger geplante Entlassungen aus dem Krankenhaus - genauere Überprüfungen der notwendigen Arznei- und Hilfsmittel - verbesserte Bezahlung der Pflegedienste - Ärzte über ihr Budget aufklären - alle Akteure an einem Tisch - Round Table - Aufbau guter Netzwerke und Kommunikation unter einander	- Sehr unterschiedliche PatientInnen mit unterschiedlichen Versorgungsbedarfen: manchmal muss nur an- und abgehängt werden, manchmal ist eine umfassende Pflege nötig - Die meisten PatientInnen mit PE haben Krebs - Tendenziell eher „jüngere“ PatientInnen (ab 40 Jahren aufwärts)

				<ul style="list-style-type: none"> - Nahrung vorbereiten, ggf. Medikamente einspritzen, an- und abhängen, säubern/spülen - Vergütung wird individuell von den einzelnen Verbänden für alle verbandsinternen Pflegedienste mit den Kassen vereinbart - Schulungen von Seiten der Sanitätshäuser z.B. bei der Einführung neuer Pumpsysteme - An- und Abhängen ist eine Delegationsleistung vom Arzt an den Pflegedienst; Vergütung geht an den Pflegedienst, der Arzt trägt die Verantwortung - Versorgungsprozess wird insgesamt als gut eingeschätzt 	<ul style="list-style-type: none"> - keine Kommunikation: jeder macht seine Aufgabe und weiß nichts von den anderen - mangelnder Expertise beim Arzt: kann Notwendigkeit der Rezepte manchmal nur schwer beurteilen 		<ul style="list-style-type: none"> - Schwerstkranke palliative PatientInnen gehen meist eher in ein Hospiz → haben sie daher eher selten in der Pflege mit PE
6	Arzt/Ärztin	AllgemeinmedizinerIn, Palliativmedizin	<ul style="list-style-type: none"> - Patientenwohl - Verantwortung für Versorgung liegt bei Arzt, 	<ul style="list-style-type: none"> - Verordnungen und Laboruntersuchungen - Kontakt zu Ernährungsberatern - Nährlösungen und Zusammensetzungen werden individuell entschieden - telefonischer Kontakt zu Patienten 	<ul style="list-style-type: none"> - Ethik: Ernährung bei Demenz erkrankten oder suizidalen Personen - Laboruntersuchungen in Krankenhaus vernachlässigt → finanzieller Druck - Pflegekräftemangel → keine Kapazitäten bei Pflegediensten für PE Patienten 	<ul style="list-style-type: none"> - niedrigschwellige Kommunikation und Zusammenarbeit - gemeinsame Fortbildungen und Zusammentreffen, z.B. Round Table 	<ul style="list-style-type: none"> - betreut ca. 6 Patienten

			<p>Interesse liegt bei qualitativ hochwertiger Versorgung</p>	<p>und weniger Hausbesuche</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arztbrief aus Krankenhaus → weiter verordnet - Arzt/Ärztin tritt an Ernährungsberater heran (frei beruflich oder an Pharmaunternehmen gebunden) - gemeinsame Entscheidung über Ernährungszusammensetzung - Pflege und Wechsel der Portnadeln übernimmt Pflegedienst - sieht PatientInnen ca. 1x Monat - Ernährung am Lebensende abwägen → keine Schmerzen, nicht verhungern lassen, da Essen auch Lebensqualität darstellt 	<p>- Patientenwohl muss über anderen Interessen ("Konzernbenefits") stehen</p>	<p>- kontrollierende/organisierende Instanz</p>	
7	Fachkran- ken- schwester	Palliativ- dienst Fach- kranken- schwester	<p>- Patientenwohl und Patientengerechte Versorgung/Betreuung</p>	<p>- Seit 2015 sollen bestimmte Abteilungen nach der S3-Leitlinie ein Palliativ Care Team</p> <p>- Ernährungsberatung findet zu Beginn statt - teilweise von Klinik übernommen, ansonsten von Ernährungswissenschaftlern von Bergapotheke</p> <p>- 3 Schwestern machen Palliativdienst und diese sind auch auf parenterale</p>	<p>- nicht alle MitarbeiterInnen von Pflegediensten haben ausreichende Qualifikationen, um komplette Versorgung zu übernehmen</p> <p>- vor 10 Jahren war Versorgung von PE deutlich schwieriger</p> <p>- HausärztInnen müssen mitspielen und alles rezeptieren</p> <p>„wenn ich einen Teil vergesse von der</p>	<p>- Kommunikation in Tagesklinik läuft gut</p> <p>- Schnittstellenproblematik durch BA/Braun vermieden</p> <p>- relativ kleine Größe des Hauses sorgt für Übersicht und gute</p>	<p>- Gastrointestinalen Tumore, Pankreas-Karzinom, Magen Karzinom bekommen meistens parenterale Ernährung; können Gewicht nicht halten oder gar</p>

			<p>Ernährung spezialisiert</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei Feststellung für PE wird Braun/Bergapotheke kontaktiert (Ansprechpartner) → Stammdaten als Begründung durchgegeben → Hausarzt/Hausärztin muss Versorgung zustimmen und verordnen → PE kann am nächsten Tag erfolgen → genau Ernährung von Braun/Bergapotheke ermittelt → MEISTENS COMPOUNDING → Pflegedienst für direkte Versorgung von Arzt/Ärztin oder Braun/BA - für Wechsel der Portnadel bestimmte Qualifizierung notwendig -> wenn Pflegedienst das nicht übernehmen kann, müssen MitarbeiterInnen von Braun/BA kommen (alle 5-7 Tage) -> überprüfen Qualität und Material - entscheiden mit Hausarzt weitere Behandlung - PE kann ggf. Tage ausgesetzt werden, wenn Zustand sich verbessert 	<p>Kette, dann ist da irgendwo eine Lücke und das Ganze funktioniert nicht“ (17:20)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es gibt hin und wieder Fälle, dass Hausärzte sich quer stellen und dann kommt es auch vor, dass PatientInnen den Hausarzt wechseln → Klinik „empfiehlt“ HausärztInnen, bei denen sie wissen, dass sie rezeptieren - Hausärzte sträuben sich Nährlösungen und sogar Fresobin zu verschreiben - Problem ist nicht das ungeschulte Personal bei Pflegediensten, sondern die fehlende Kapazität, weitere PatientInnen aufzunehmen - Zum Wochenende können Probleme bei dem Übergang von Stationär zu ambulant auftreten - Manchmal sind Sturzentlassungen dafür verantwortlich oder dass sich zu spät gekümmert wird; Parenterale Ernährung ist bei vielen PatientInnen schon vor auszusehen - PatientInnen sagen, dass sie kein Eigenleben und Privatleben mehr haben und 	<p>Kommunikation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontinuierliche Betreuung bei PatientInnen ist sehr wichtig; PatientInnen in der Klinik sind bekannt und auch die Krankengeschichte → vertrauen ist auch vorhanden - Gesprächsführung ist wichtig! - Assessment-Bogen von deutscher Palliativgesellschaft vorgegeben 	<p>zunehmen</p> <ul style="list-style-type: none"> - HNO-PatientInnen haben häufig eine PEG und andere PatientInnen haben zu 80% einen Port, über den sie ernährt werden können - Im Durchschnitt versterben PatientInnen, die stationär im Palliativdienst sind nach 3-4 Monaten - Mal pro Woche 2-3 PatientInnen parenteral ernährt und mal 3 Wochen keine - PatientInnen werden immer älter und immer jünger - viele 30
--	--	--	--	---	---	--

			<p>(Urlaub möglich)</p> <ul style="list-style-type: none"> - In Sterbephase wird keine parenterale Ernährung mehr gegeben -> Entscheidung dafür wird gemeinsam mit PatientIn, Hausarzt/Hausärztin und auf Station entschieden - Braun/ Bergapothek haben große Vernetzungen und versorgen beispielsweise ganz Norddeutschland mit Zubehör - Man bekommt Sachen nicht in normalen Apotheken, sondern von speziellen - Es werden immer Pflegedienste gefunden, die sich den PatientInnen annehmen - Kann auch im Altersheim erfolgen und Personal kann dann von Braun/Bergapothek in Bezug auf Port - Durch gute Vernetzung, Absprache und Erfahrungen funktioniert es in der Tagesklinik sehr gut 	<p>sich komplett nur noch nach Terminen und Leistungserbringern richten müssen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Krebserkrankungen machen viele Leute arm, durch Zuzahlungen etc. - Mangelnde Expertise bei Ärzten → können auch keine Portnadeln wechseln 		<p>jährige mit Pankreaskarzinom; viele 80 Jährige, die noch Chemotherapie bekommen, weil sie geistig noch so fit sind; Durchschnittsalter bei 60-70 Jahren</p>
--	--	--	---	---	--	--

A3 Kategoriensystem: qualitative Inhaltsanalyse

Hauptkategorie (HK)	Subkategorie (SK)						
HK 1 Tätigkeit(en)	SK 1.1 Berufsausbildung	SK 1.2 Aktuelle Tätigkeiten	SK 1.3 Tätigkeiten: parenterale Ernährung				
HK 2 Versorgungsprozess	SK 2.1 Krankenhausentlassung	SK 2.2 Kontaktaufnahme	SK 2.3 Schulungen	SK 2.4 Versorgung	SK 2.5 Art der PatientInnen	SK 2.6 Weitere Akteure	SK 2.7 Zusammenarbeit/ Kommunikation
HK 3 Probleme	SK 3.1 Pflegedienste	SK 3.2 Pflegekraftmangel	SK 3.3 Entlassmanagement	SK 3.4 Bürokratie	SK 3.5 Expertise	SK 3.6 sonstiges	
HK 4 Lösungen	SK 4.1 Entlassmanagement	SK 4.2 Kontrolle	SK 4.3 Rahmenbedingungen	SK 4.4 Positives in aktueller Versorgung			

A4 Notizen Hospitation

Mitarbeiterin:

- schult einmal im Jahr den palliativen Pflegedienst, der ihre PatientInnen versorgt
- betreut v.a. palliative, onkologische PatientInnen (über 90%), keine Kinder, ansonsten alle Altersklassen
- betreut 10-12 PatientInnen auf einmal
- Hilfsmittel von verstorbenen PatientInnen werden eingesammelt und bei Bedarf an andere PatientInnen weiter gegeben (werden die auch doppelt abgerechnet? Rechtliche Lage?); Medikamente und Nährlösungen können nicht weiterverwendet werden, da nicht klar ist wie diese bei den PatientInnen gelagert wurden
- Alle PatientInnen essen nebenbei (mal mehr mal weniger)
- Pflegedienst kann die Menge der Nährlösung individuell anpassen, je nachdem wie viel der/die PatientIn gegessen hat
- Ist für die Bestellung aller Nährlösungen und Medikamente zuständig
- Tätigkeiten: PatientInnenbesuche: Abklärung des aktuellen Zustands, ggf. Portnadelwechsel, Kontrolle des Vorrats (Nährbeutel, Medikamente, Hilfsmittel) und ggf. Nachbestellung; Rezeptbesprechung mit dem Arzt; Schulung der Pflegedienste und Angehörigen/PatientInnen
- Arbeitet seit 10 Jahren im Bereich Home Care
- Probleme, die sie in der Versorgung von HPE-PatientInnen sieht:
 - Krankenkassen und deren langwierigen Genehmigungsprozesse (oder teilweise komplette Ablehnung)
 - Schlechte Vernetzung von Ärzten (stationär zu ambulant) → Information über den Entlassbrief ist zu spät, der Arzt muss sich vorbereiten können, da PE so ein seltenes Thema ist
 - Künstliche Ernährung wird meist zu spät begonnen (erst wenn die PatientInnen nicht mehr essen oder schon sehr viel an Gewicht verloren haben)

Palliativ-Pflegedienst:

- Mitarbeiter des Palliativ-Pflegedienst haben i.d.R. eine palliative Care Weiterbildung oder Pain-Nurse-Weiterbildung
- Sind eher für die Symptomkontrolle u.Ä. verantwortlich und weniger für die reine Pflege (dafür kommt der „normale Pflegedienst“)
- Stehen in ständigem Austausch mit Palliativärzten

Patientin 1:

- Frau Mitte 50, Pankreaskrebs

- Ehemann hängt Infusionen morgens ab und spritzt bei Bedarf Medikamente (z.B. Schmerzmittel) zu (ist Rettungsassistent und hat daher gute medizinische Vorkenntnisse)
- Angehängt werden die Infusionen durch den Pflegedienst, Patientin und Ehemann fühlen sich dadurch sicherer, da täglich jemand kommt „der sich auskennt“, hat z.B. für die Nacht vor der Hospitation einen extra Einlauf angehängt
- Palliativ betreut durch Palliativ-Pflegedienst
- Zustand der Patientin in den letzten Tagen sehr schlecht (bettlägerig, Übelkeit, Schmerzen), die Tage davor sehr fit und mobil (hat z.B. den Garten gemacht), allgemein ist der Zustand sehr schwankend

Patientin 2:

- Frau, Anfang 60, Stoma (künstlicher Darmausgang), Krebs, Port seit 2014
- Sehr starker Gewichtsverlust: zu Therapiebeginn unter 40 kg bei einer Größe von etwa 1,60m
- Kann keine Nährstoffe aus normaler Nahrung aufnehmen, auch kein Wasser
- Sehr mobil (hat bei unserer Ankunft gerade die Küche geputzt)
- Empfindet den täglichen Besuch des Pflegedienstes als anstrengend, da er immer genau dann kommt, wenn sie mit ihrer Familie gerade zu Abend isst, sie fühlt sich zeitlich eingeschränkt und unflexibel, plant gerade in den Urlaub zu fahren (dafür soll ihr Mann vom Pflegedienst lernen wie er die Nährstoffbeutel an- und abhängt)
- Die Patientin kennt sich selbst mittlerweile medizinisch sehr gut aus (sie weiß welche Blutwerte der Arzt kontrollieren muss, wie sie sagt „besser als der Arzt“)

Patient 3:

- Mann, Anfang 70, Knochenkrebs
- Zustand: fit und mobil
- Wohnt in einem Haus mit seiner Ehefrau und einem Hund
- Mag gerne Radfahren und hängt an seiner Mobilität
- War vor kurzen in Reha
- Vorräte wurden geprüft: Hier große Menge an Trinknahrung von Frisenius: Hilft ihm, wenn er oral mehr Kalorien zu sich nehmen muss. (Ehefrau trinkt Sie aber auch gerne wenn Sie es braucht)
- Familie wirkt allgemein sehr stabil, Enkeltochter schläft öfters bei Ihnen, Tochter wohnt scheinbar in der Nähe

- Frau Fröse wechselte die Portnadel und machte die kurze Bestandsaufnahme (Kollegin hatte Sie vor einer Woche vertreten) diese wechselte den Port aber auch ohne Anmerkungen.
- Allgemein ansonsten keine besonderen Anmerkungen zu schlechtem Zustand oder Problematiken

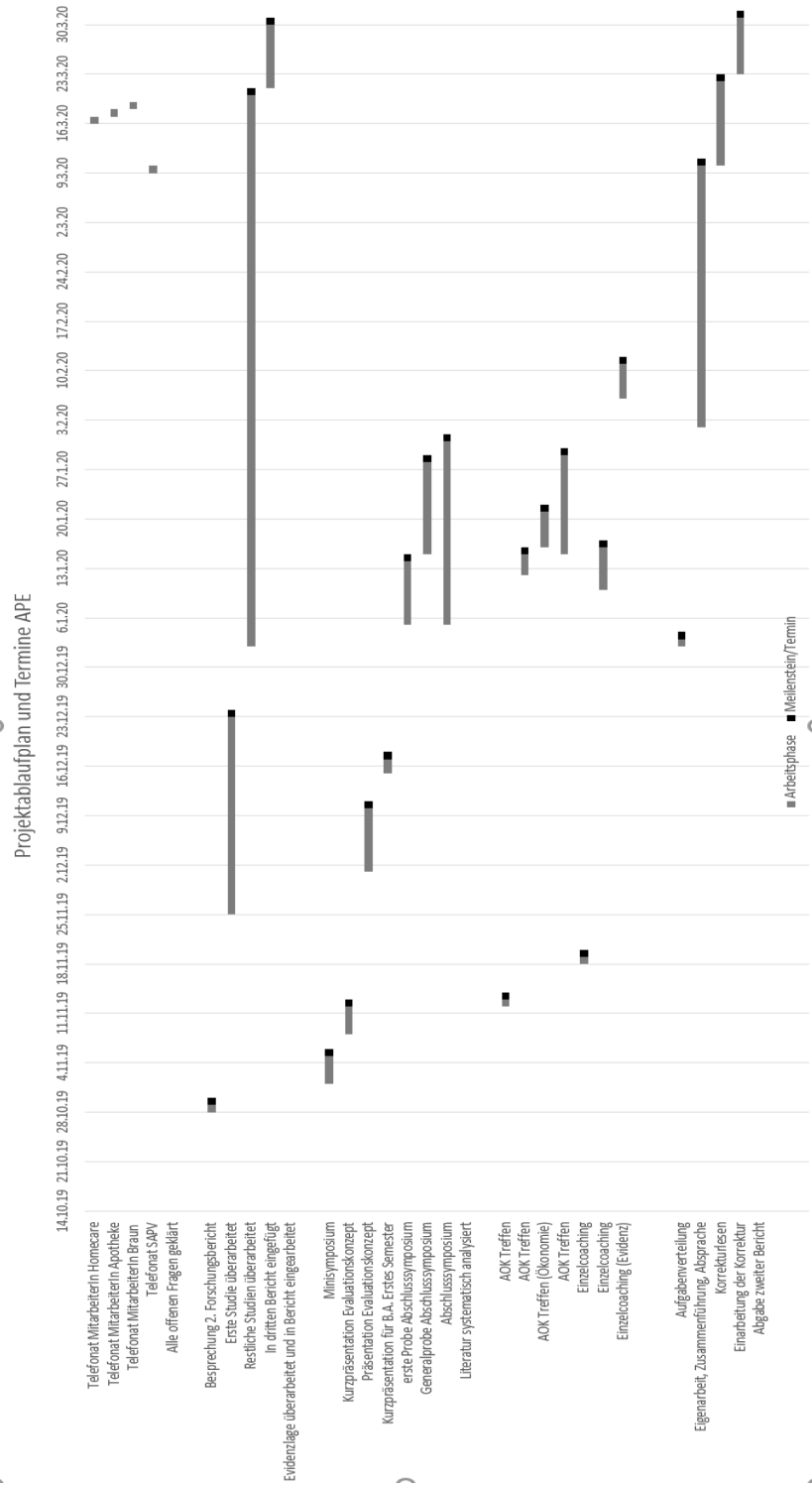
Patientin 4:

- Frau, Anfang 80, Blasenkrebs
- Fit und mobil, Pflegegrad 3 & Haushaltshilfe
- Krankenkasse will die Infusionspumpe nicht übernehmen (dient dazu die Mobilität zu erhalten)
→ Klärung noch ausstehend
- Beim letzten Portnadelwechsel hat die Kollegin drei Mal daneben gestochen (Mitarbeiterin erklärt „das kann mal passieren“)
- Mitarbeiterin prüft den Bestand und macht dann eine „Großbestellung“ (viele Ernährungsbeutel, Hilfsmittel etc.)
- Pflegedienst übernimmt sowohl das An- als auch das Abhängen der Ernährungslösung

Sonstiges:

- Beutel platzen manchmal (durch schlechte Verarbeitung), können dann beim Hersteller reklamiert werden
- Viele Krankenkassen zahlen z.B. sterile Tücher, Desinfektionsmittel oder teilweise auch Mundschutz nicht; GHD stellt dies für seine PatientInnen kostenlos zur Verfügung
- Portnadel legen wird vom Arzt delegiert
- Rezeptvorlage wird als Fax an Apotheke geschickt, damit die Ernährung direkt bereitgestellt werden kann
- Ein Arzt stellt der Mitarbeiterin Blanko-Rezepte aus, die sie ausfüllen kann
- Für die Versorgung sind hochspezialisierte Kenntnisse des Gesundheitswesens (Abrechnung, Akteure, medizinische Kenntnisse, etc.) und von PE notwendig
- Patienten benötigen i.d.R. wenige andere Leistungen zuhause (natürlich Chemo, evtl. Haushaltshilfe etc.)
- PatientInnen haben häufig sehr unterschiedlich gute Tagesformen: den einen Tag bettlägerig mit Fieber, den nächsten Tag großer Spaziergang (Beispiel)

A5 Projektablaufplan



A6 Telefonische Nachfragen/Interviews

A6: Interview 1 SAPV

Stakeholder	Pflegedienst
Beruf	Pflegerische Gesamtleitung (SAPV)
Fragen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wie ist die finanzielle Vergütung geregelt? Anders als beim ambulanten Pflegedienst? 2. Wie viel Zeit braucht man um eine/n PatientIn angemessen zu behandeln? (Am Tag und für die Koordination) 3. Bei Neuaufnahme: Wie lange dauert das anfängliche Assessment? 4. Welche (medizinischen) Geräte braucht man um PatientInnen parenteral zu betreuen? (Sowas wie Blutzuckeressgerät, Blutdruckmessgerät, Waage...) 5. Welches Verbrauchsmaterial – Pflaster, Desinfektionsmittel etc. wird benötigt? (Ist davon etwas besonders teuer? Können Sie einschätzen, wie viel das kostet?) 6. Wie ist die Delegation beim SAPV geregelt?
Kernaussagen	<p>Zu 1) Ja, der SAPV wird nach Tagespauschalen vergütet und nicht nach Einzelleistungen.</p> <p>Zu 2) Für das Anhängen der Ernährungslösung circa eine halbe Stunde, Abhängen 15 Minuten. Wenn man eine Stunde pro Tag berechnet, ist das eine sehr angemessene Zeit</p> <p>Zu 3) Anfangsassessment dauert insgesamt 1 ½ Stunden. Anwesend sind immer ein Arzt und eine Pflegekraft</p> <p>Zu 4) PatientInnen haben meist alles Zuhause, einzelne Sachen können mitgebracht werden (z.B. Blutdruckmessgerät)</p>

	<p>Zu 5) Materialien werden über eine Versorgerapotheke bzw. von Apotheke links der Weser beschafft. Diese Listen die benötigten Dinge auf. Alternativ kann das Rezept woanders eingelöst werden.</p> <p>Zu 6) Insgesamt arbeiten im SAPV 18 Pflegekräfte und 5 Ärzte. Der Arzt stellt der Pflegekraft eine Delegation aus.</p>
Kontakt	Telefonische Nachfrage

A6: Interview 2 HCU

(Stakeholder)	Home Care Unternehmen
Beruf	MitarbeiterIn seit 10 Jahren HCU
Fragen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wie viel Berufserfahrung ist nötig? 2. Wie viele PatientInnen kann eine Person in TZ/VZ gut betreuen? 3. Wie viele PatientInnen werden pro Woche/Tag angefahren? 4. Wie oft wird sie von den Patienten (außerhalb des Portwechsels) kontaktiert? Angabe pro Woche 5. Hat sie ein eigenes Büro? Wo werden Daten gesammelt, wo aufgearbeitet? 6. Hat sie ein eigenes Auto? 7. Wie oft werden Blutwerte kontrolliert? 8. Was hat sie an Materialien in ihrem Auto? 9. Kann man von irgendwo eine Zahl für die Kosten für Hilfsmittel bekommen?
Kernaussagen	<p>Zu 1) - Mindestens eine dreijährige Ausbildung</p> <p>- 4-5 Jahre Berufserfahrung sind optimal</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Innerhalb ihres Unternehmens werden MitarbeiterInnen insgesamt 8-12 Wochen zuvor geschult (Umgang Port, Theorie, Hygienevorschriften, Materialschulungen), erst dann dürfen Sie an den/die PatientIn und auch das auch nur mit Begleitung in der ersten Zeit <p>Zu 2) - Sie besucht circa. 25-30 PatientInnen die Woche.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neben PatientInnenbetreuung auch noch wöchentliche Akquise. <p>Redet vereinzelt mit Pflegediensten, HausärztInnen, Klinikpersonal. Fährt direkt ins Krankenhaus um neue Patientinnen aufzunehmen. Bei der Gelegenheit sprich Sie mit dem Sozialdienst.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Akquise pro Woche geschätzt auf zwei Stunden - Pflegedienst wird einmal im Jahr geschult (Arbeitet mit unterschiedlichen Pflegediensten zusammen) <p>Zu 3) Pro Tag 4-6 PatientInnen maximal. Variiert je nach Arbeitsbelastung.</p> <p>Zu 4) Selten. Alle zwei Wochen bis einmal im Monat wird Sie kontaktiert.</p> <p>Zu 5) Arbeitet von zuhause aus. Es würde ein zentrales Büro geben aber das Angebot würden nur wenige in Anspruch nehmen. Daher hauptsächlich Home Office.</p> <p>Abends aufbereiten pro fünf PatientInnen ungefähr 3-4h Die hauptsächliche Dokumentation erfolgt direkt beim PatientInnenbesuch.</p> <p>Zu 6) Dienstfahrzeug, 1% Regelung, Neuwagenwert über Lohn versteuert, Leasinggesellschaft (Auto)</p> <p>Zu 7) Abhängig von Krankheit. Bei KrebspatientInnen die eine Chemotherapie bekommen werden die Blutwerte alle 1-2 Wochen kontrolliert. Ansonsten nur nach Bedarf.</p> <p>Zu 8) Bedarfsmaterialien falls bei einem Patienten akut was fehlen sollte, aber i.d.R sind alle Materialien vor Ort.</p>
--	---

	<p>Zu 9) Es existieren Setpreise (Portpunktionssets, An- und Abhängesets, Infusionssets (Infusionsschläuche 40€ pro Stück)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infusionspumpe 5.000-6.000 € → Leihgebühr von 900 € an Krankenkasse - Email gesendet mit Verbrauchsmaterialien für circa 16 Tage
Kontakt	Telefonische Nachfrage

A6: Interview 3 AOK

Stakeholder	Krankenkasse
Beruf	AOK-MitarbeiterIn
Fragen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Regeln bezüglich des Delegationsweges? 2. Beziehen sich die 40% Überversorgung auf die Ernährungslösungen oder Hilfsmittel? 3. Kann man anhand der Routinedaten Rückgang Überverordnung, Komplikationsrate erkennen? Wie wenn überhaupt würde das seitens der AOK evaluiert werden? 4. Wann sollte das erste Mal evaluiert werden? 5. Vorlaufzeit von 6 Monaten realistisch? 6. Für welche Zahlen Patientenanzahl rechnen wir? 50 vs 100
Kernaussagen	<p>Zu 1) Es muss ein direktes Angestelltenverhältnis sein oder eine Arbeitnehmerüberlassung vorliegen. Schriftliche Delegationsvereinbarung. Case Manager als Angestellter zum Arzt.</p> <p>Zu 2) Beziehen sich auf beides. Konservativ 30%: auf der sicheren Seite. Gehen aber von mehr aus.</p>

Zu 3) Man kann Durchschnittswerte im Jahresverlauf bilden. Dafür kann man ein paar Jahre zurückblicken für eine aktuelle Schätzung. Etwa 3 Jahre zurückgehen macht. Es muss genau definiert werden wer/welche Diagnosen(die für Versorgung in Frage kommen)/welche Hilfsmittel rein zählen. Dann kann man den Durchschnitt pro Person berechnen und gucken: Ist der Durchschnitt anteilig gleichgeblieben?

Beachten ob in den Jahren neue Hilfsmittelpositionen hinzugekommen sind, die mit eingerechnet werden müssen. Abrechnungswege für Hilfsmittel und Arzneimittel unterscheiden sich. Normalerweise ist die Verknüpfung schwierig dennoch ist das eine Frage der Umsetzung innerhalb einer integrierten Versorgung.

Zu 4) Schwierig, weil ambulante Daten erst so spät kommen. Jetzt (Anfang 2020) 2019 noch gar nicht vollständig. Man kann aber ein Mal im Jahr (wenn das Jahr vollständig ist) dieses auswerten. Das würde sie intern machen als Vertragscontrolling. Vorlegen/Nachweisen müssen sie es ja erst nach vier Jahren. Intern trotzdem vorher schon wichtig: muss da noch was angepasst werden? Geht das in die richtige Richtung? Kleine Sachen gucken sie sich auch im Quartal an, da geht es jedoch nur um Fallzahlentwicklung. Wenn er am 1.4 anfängt guckt man sich Quartale an.

Zu 5) Beispiel anhand Vertrag „psych“ genannt. Abstimmungen können Beginn in die Länge ziehen beispielsweise wenn noch mehr Leistungserbringer oder Krankenkassen teilnehmen wollen.

Ruhig optimistisch 6 Monate Vorlaufzeit ansetzen. Bei psych gab es keine Vergütung der MG für Personalsuche und -vorbehalt. Die schreiben am Ende des Quartals eine Rechnung. Die

	<p>erste Rechnung wurde von der Kasse vorher gezahlt, weil die MG Ausgaben hatte. Aber alles Kalkulations- und Verhandlungssache.</p> <p>Module wie: Eingangsassessment, eHealth+ pauschal berechnet und ausgelegt auf 1.000 Versicherte. Damit sind bis zu 1.000 Versicherte abgedeckt, bei mehr PatientInnen gibt es dann neue Verhandlungen.</p> <p>Andere Module sind pauschal pro Patient mit einer Summe x</p> <p>Zu 6) Hohe Teilnahmequote annehmen, höher als bei anderen Projekten, weil es so wenig Personen betrifft. Bei anderen Projekten Arzt und Patienten freiwillig. Bei diesem Thema kann man das jedoch eher vernachlässigen.</p> <p>Es geht auch darum: wie wird es nachgehalten? (Vertragliche Verpflichtung) Werbung, Information, kontinuierlich „Kaltakquise“ per Mail, Telefon die Leistungsbringer kontaktieren.</p> <p>Mit einer Annahme von 50 PatientInnen rechnen.</p>
Kontakt	Telefonische Nachfrage

A7 Kosten der Intervention

A7.1 Arbeitsstunden der Management Gesellschaft zu t₋₁

Tätigkeit	Aufwand in Stunden
Einstellen mehrerer geeigneter Personen	60
- Stellenausschreibung (Case ManagerInnen)	- 10
- Sichtung der Bewerbungen	- 10
- Bewerbungsgespräche	- 10
- Bürokratischer Aufwand	- 5
- Einarbeitung	- 25
Informationsvermittlung über das Projekt	50
- Infomaterial (Flyer: Design, Text, Druck)	- 30
- Internetauftritt	- 20
Akquise von Kooperationspartnern	140
- Liste erstellen: Potentielle Partner in Bremen	- 30
- Jeweils: Mail, ggf.: Erinnerungsmail, ein/zwei Anrufe, persönliche Treffen, Vertragsabschlüsse	- 110
Summe	250

A7.2 Arbeitsstunden der Management Gesellschaft zu t₀

Tätigkeit	Aufwand in Stunden
Akquise von Kooperationspartnern	140
- Liste erstellen: Potentielle Partner in Bremen	- 30
- Jeweils: Mail, ggf.: Erinnerungsmail, ein/zwei Anrufe, persönliche Treffen, Vertragsabschlüsse	- 110
Planung der Qualitätszirkel	60
- Zeitplan und Inhalt erstellen	- 20
- ReferentInnen (Kontakt und Absprachen)	- 10
- Einladungen designen und verschicken (Mail)	- 10
- Personen ansprechen und einladen	- 10
- Location vorbereiten	- 10
Summe (Halbjahr)	200
Stunden im Quartal	100

A7.3 Kosten je Arbeitsstunde der Management Gesellschaft

Gesucht	Quelle/Rechnung	Ergebnis
Monatliches Bruttoentgelt	Berufsausbildung + 2 J. Berufserfahrung: E7 Stufe 2 TVöD Endgeldtabelle (Öffentlicher Dienst News: 2019)	2.855,60€
Vollkosten (Brutto + Lohnnebenkosten)	Sozialabgaben min. 21% (Firma.de: 2020) plus Zulagen 30% Lohnnebenkosten 2.855,60€*1,3	3.712,28€
Vollkosten (Jahr)	3.712,28*12	44.547,36€
Nettojahresarbeitsstunden	(Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung: 2019)	1.647,3h
Kosten je Stunde	44.547,36/1.647,3	27,05€

A7.4 PatientInnenindividueller Zeitaufwand der Case ManagerInnen (5 Tage 90min)

Die PatientInnenbesuche sollen etwa alle 5 Tage stattfinden (Alle 3-7 Tage Portwechsel laut DGEM-Leitlinien (Weimann et al.: 2014)). Im Quartal (91,5 Tage) sind das 18,3 Besuche.

Tätigkeit pro PatientIn im Quartal	Aufwand
Portwechsel, Gesundheitszustand feststellen, Produkte Nachbestellen (pro Besuch)	45 min *18,3
Anfahrt (pro Besuch)	30 min *18,3
Nachbereitung und Overhead (pro Besuch)	48 min *18,3
Akquise von PatientInnen	20 min
Schulung vom Pflegedienst	15 min
Anfängliches und Re-Assessment	90 min
Summe	39h 36 min

A7.5 Kosten je Arbeitsstunde der Case ManagerInnen

Gesucht	Quelle/Rechnung	Ergebnis
Monatliches Bruttoentgelt	Mind. Ausbildung + 5 J. Berufserfahrung P8 Stufe 3 TVöD Endgeldtabelle (Öffentlicher Dienst News: 2019)	3.149,83€
Vollkosten (Brutto + Lohnnebenkosten)	Sozialabgaben min. 21% (Firma.de: 2020) plus Zulagen 30% Lohnnebenkosten 3.149,83€*1,3	4.094,78€
Vollkosten (Jahr)	4.094,78€*12	49.137,35€
Nettojahresarbeitsstunden	(Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung: 2019)	1.647,3h
Kosten je Stunde	49.137,35€/1.647,3	29,83€

A7.6 Kosten je Arbeitsstunde für den Pflegedienst

Gesucht	Quelle/Rechnung	Ergebnis
Monatliches Bruttoentgelt	Ausbildung + 5 J. Berufserfahrung P8 Stufe 2 TVöD Endgeldtabelle (Öffentlicher Dienst News: 2019)	3.003,48€
Vollkosten (Brutto + Lohnnebenkosten)	Sozialabgaben min. 21% (Firma.de: 2020) plus Zulagen 30% Lohnnebenkosten 3.003,48€*1,3	3.904,53€
Vollkosten (Jahr)	3.904,53€*12	46.854,29€
Nettojahresarbeitsstunden	(Rothgang et al.: 2020)	1.560h
Kosten je Stunde	49.137,35€/1.647,3	30,04€

A7.7 Vergütung des Pflegedienstes in der Regelversorgung

Die Vergütung der ambulanten Pflege für das Anhängen eines port-a-cath Katheters liegt im Rahmenvertrag des vdek bei 14,26€ und das Abhängen bei 10,72€. Täglich erhält man somit eine Vergütung von 24,98€ (Rahmenvertrag gemäß §§132 und 132 SGB V zur Erbringung von häuslicher Krankenpflege und Haushaltshilfe: 2018).

Vergütung der Intervention (30,04€ * 95) minus aktuelle Vergütung (24,98€ * 92) ergibt zusätzliche Kosten der Intervention von 555,15€ pro PatientIn im Quartal.

A7.8 Aufwand und Kosten für ambulante ÄrztInnen

Gesucht	Quelle/Rechnung	Ergebnis
Monatliches Bruttoentgelt	FachärztIn Stufe 1 TVöD Endgeldtabelle (Öffentlicher Dienst.info: 2020)	6.074,82€
Vollkosten (Brutto + Lohnnebenkosten)	Sozialabgaben min. 21% (Firma.de: 2020) plus Zulagen 30% Lohnnebenkosten 6.074,82€*1,3	7.897,27€
Vollkosten (Jahr)	7.897,27€*12	94.767,20€
Nettojahresarbeitsstunden	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung: 2019	1647,3h
Kosten je Stunde	94.767,20€/1647,3	57,53€

A7.9 Aufwandsentschädigungen für das Krankenhaus

Da die momentanen Absprachen zwischen Krankenhäusern und Homecare-Unternehmen in einen rechtlichen Graubereich fallen, gibt es dazu keine öffentlich einsehbaren Informationen. Jeder angenommene Betrag ist dementsprechend reine Spekulation. Es werden an dieser Stelle als Aufwandsentschädigung für die zwei Stunden 100€ angenommen.

A7.10 Investitions- und Betriebskosten für das Büro

Investitionskosten	Ausgaben in €	
Schreibtisch	150 ¹	¹ Kollewe (2018)
Bürostuhl	200 ¹	
Regale	60 ¹	
Laserdrucker	100 ¹	
Kaffeemaschine	50 ¹	
VoIP-Telefon	100 ¹	
Computer	800	
Blutzuckermessgerät	40 ³	³ Amazon (2020a)
Blutdruckmessgerät	40 ⁴	⁴ Amazon (2020b)
Summe	1.540	

Betriebskosten im Monat	Ausgaben in €
Miete	450
DSL-Anschluss	30
Büroreinigung	100
Strom/Wasser/Gas	40
Versicherung	16,7
Verbrauchsmaterial + Kaffee	180
Summe	816,7

Nach Kollewe (2018)

A7.11 Investitions- und Betriebskosten für das Fahrzeug

Investitionskosten	9.840€	Listenpreis	9.840€
Betriebskosten	330€	Fixkosten	76€
		Werkstatt	44€
		Betrieb	88€
		Wertverlust	122€

Citroen C1 VTi Stop&Start Start (ADAC: 2020)

A7.12 Kosten für Qualitätszirkel

Kostenfaktor	Ausgaben in €
Einladungen	50
ReferentIn	150
Räumlichkeiten (+technische Ausstattung)	300
Heiße/kalte Getränke und Häppchen	100
Summe	600