

Versorgungsintegration und -kontinuität. Implikationen für eine prioritär ambulante Versorgung chronisch Kranker.

Doris Schaeffer

In allen westlichen Industrienationen sind Gesundheitspolitik und Krankenversorgung damit konfrontiert, sich an den Wandel des Krankheitspanoramas anzupassen und gleichzeitig die Kosten für die Gesundheitsausgaben reduzieren zu müssen. Einer der Hauptangriffspunkte dabei ist die Grenzverschiebung zwischen dem Krankenhaus und der ambulanten Versorgung sowie die Herstellung von Versorgungskontinuität und -integration. Die dabei erreichten Erfolge werden in dem Beitrag aufgezeigt und diskutiert.

Engl. Abstract – In all the industrialized countries of the west, health policies and patient care are striving to do justice to the transformation of the ill-health landscape. At the same time, they are confronted with the task of having to increase the effectiveness and efficiency of patient care while reducing the cost of health-related expenses. Though these sets of problems may be comparable, there are great differences to be seen in the respective nationally sought solutions and in the possibilities of implementing solutions considered to be the correct ones. The success which has been reached so far is being shown and discussed in this article.

Übersicht

- Begrenzung der Krankenhausversorgung
- Schaffung infrastruktureller Voraussetzungen in der ambulanten Versorgung
- Versorgungsintegration im ambulanten Sektor
- Systematische Steuerung der Krankheitsverläufe
- Integration und Unterstützung pflegender Angehöriger
- Diskussion

In allen westlichen Industrienationen sind Gesundheitspolitik und Krankenversorgung damit befaßt, der Zunahme chronischer Krankheiten gerecht zu werden. Zugleich sind sie damit konfrontiert, die Effektivität und Effizienz der Krankenversorgung erhöhen und Kosten für Gesundheits- und Versorgungsleistungen reduzieren zu müssen (OECD 1997). Obwohl diese Problemstellungen vergleichbar sind, zeigen sich große Unterschiede in den jeweils national gesuchten Lösungen und den Möglichkeiten der Umsetzung für richtig befundener Lösungen. Denn an Wissen darüber, wie die Versorgung bei chronischer Krankheit gestaltet werden sollte, mangelt es nicht. Vielmehr zieht sich dieses Thema seit den 70er Jahren durch die wissenschaftliche Diskussion und wurde aus unterschiedlichen Perspektiven beforscht. Wohl aber mangelt es an Verwendun-

gen und Umsetzungen eben dieses Wissens: es wurde bestenfalls selektiv genutzt und dabei oftmals so kleingearbeitet, daß sich die konkrete Versorgungsgestaltung kaum veränderte. Seit Beginn der 90er Jahre zeichnet sich ein Wandel ab. Seither wurden umfangreiche gesundheitspolitische Reformen eingeleitet mit dem Ziel chronisch Kranken eine problemgemessene Versorgung zu ermöglichen. Hauptangriffspunkt dabei ist u.a. die Grenzverschiebung zwischen dem Krankenhaus und der ambulanten Versorgung sowie die Herstellung von Versorgungskontinuität und -integration. Die dabei erreichten Erfolge zu diskutieren, ist Ziel des Beitrags.

Begrenzung der Krankenhausversorgung

Seit den 70er Jahren zielen die gesundheitspolitischen Bemühungen darauf, den Krankenhausesektor zu begrenzen. Anfänglich sah die Umsetzung dergestalt aus, daß schlicht stationäre Leistungskapazitäten reduziert wurden. Wie die OECD-Zahlen (1998) belegen, geschah dies allerdings in weitaus geringerem Maß als in europäischen Nachbarländern. Zudem zeigte sich alsbald, daß die bloße Begrenzung der Krankenhausversorgung zahlreiche

Problemverlagerungen provozierte und auch die Frage der Versorgungsintegration auf die Tagesordnung rückte. In Reaktion darauf wurden eine ganze Reihe von Korrekturmaßnahmen eingeleitet. Beispielsweise wurden von 1994-96 ca. weitere 25.000 Krankenhausbetten abgebaut und die durchschnittliche Krankenhausverweildauer auf 11,4 Tage (StJa) gesenkt, womit sie allerdings noch immer über dem Niveau europäischer Nachbarländer liegt.

Darüber hinaus wurde den Krankenhäusern die Möglichkeit eingeräumt, sich horizontal und vertikal zu verlängern und auch die Frage der Versorgungsintegration angegangen. So existieren mittlerweile zahlreiche Bemühungen zur Verbesserung der Schnittstellenregulation – vor allem an der Nahtstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung (Schaeffer 1993; Höhmann et al. 1998; Domscheit/Wingenfeld 1996). Viele dieser Maßnahmen sind freilich noch verbesserungsbedürftig, da sie vorwiegend monoprofessionellen Charakter haben, durch ein loses Nebeneinander gekennzeichnet sind und dem interprofessionellen Zusammenwirken nicht hinreichend Aufmerksamkeit widmen.

Übersehen wurde zudem, daß die Verschiebung der Grenzen des Kran-

kenhauses eine Umpositionierung seiner Gewichtung in der Versorgungskette erfordert. Oblag ihm bislang der eigentliche steuernde Part bei der Diagnose, Therapie und Versorgung bei schwerer chronischer Krankheit, so muß dieser bei einer prioritär ambulanten Versorgung dort liegen oder zumindest kooperativ bewältigt werden. Wie Patientenverläufe zeigen, ist die Versorgungsrealität davon noch weit entfernt: Nach wie vor hat das Krankenhaus seine Bedeutung für die Versorgung chronisch Kranker behalten. Mögen die Aufenthalte auch bei schwerer Krankheit heute kürzer sein, so sind sie nicht seltener. Sogar gegenteilig: Die Wiedereinweisungsrate ist gestiegen. Patientenverläufe zeigen des weiteren, daß viele Entscheidungen über die Steuerung und Gestaltung des Krankheitsverlaufs auch heute noch im Krankenhaus gefällt werden. Dies betrifft wichtige Behandlungs-, doch ebenso Versorgungsentscheidungen (Garms-Homolová/Schaeffer 1989) und dürfte sich mit der horizontalen und vertikalen Verlängerung des Krankenhauses weiterhin verstärken.

Schaffung infrastruktureller Voraussetzungen in der ambulanten Versorgung und Pflege

Eine Versorgung, die die Krankheitsbewältigung dort zu verorten sucht, wo sie vornehmlich geschieht, erfordert zudem, daß die dafür notwendigen infrastrukturellen Voraussetzungen im ambulanten Sektor gegeben sind. Zur Realisierung dessen wurde Ende der 70er Jahre der Ausbau der ambulanten Versorgung forciert – ohne indes über Bedarfparameter zu verfügen (Garms-Homolová/Schaeffer 1992). Im Zuge dessen entstand ein großes Netz an Versorgungsinstanzen (in der Medizin, der ambulanten Pflege und auch dem psychosozialen Sektor), das aber die Versorgungssituation der Erkrankten nur bedingt veränderte, weil wichtige Bedarfsgesichtspunkte unbeantwortet blieben und in der Pflege die Angebots- und Finanzierungsstruktur nicht kompatibel mit den Problemlagen der Bevölkerung war. Die Konsequenz: Die Bedeutung des Krankenhauses konnte faktisch nicht minimiert werden, weil es *Substitutionsfunktion* für Defizite in der

ambulanten Versorgung einnahm (Garms-Homolová/Schaeffer 1989).

Auch dies ist Gegenstand von Reformbemühungen. So wurde u.a. mit dem Aufbau eines freilich noch verbesserungsfähigen Systems der Gesundheitsberichterstattung begonnen und eine Verbesserung der Infrastruktur angestoßen, wie exemplarisch an der Einführung der Pflegeversicherung illustriert werden kann. Mit ihr wurden die Finanzierungsgrundlagen der ambulanten Pflege verändert und weitere Anreize zur Schließung von Versorgungslücken gesetzt. In Reaktion darauf stieg die Zahl ambulanter Pflegedienste bundesweit von ca. 3350 auf mittlerweile mehr als 11000 an (Rehbein/Gerste 1998). Eine bedarfsgerechte Ausrichtung und Ausweitung der seit langem als zu eng und inflexibel kritisierten Angebots- und Leistungsprofile steht hingegen noch aus (Ewers/Schaeffer 1999, Schaeffer 1999). Herausforderungen zeigen sich des weiteren bei der Anpassung an die mit der Verschiebung der Grenzen des Krankenhauses auf die ambulante Pflege zuströmenden Patientenproblematiken. Vor allem Schwer- und Schwerst- kranke und chronisch progredient Erkrankte in den Spätphasen ihres Krankheitsverlaufs stoßen nach wie vor auf Hindernisse. Ähnliches gilt für Patientengruppen mit anders gelagerten Problematiken, so etwa für demenziell Erkrankte und Patienten mit (gerontopsychiatrischen) Erkrankungen.

Eine entsprechende Ausweitung des Leistungsangebots ambulanter Versorgungseinrichtungen zu erwirken und hierfür entsprechende sozialrechtliche Bedingungen zu schaffen, dürften einige der wichtigsten Aufgaben der Zukunft sein, um der Grenzverschiebung des Krankenhauses Rechnung zu tragen. Zugleich ist eine Veränderung der Arbeitsweise der Dienste vonnöten: so zeigen Nutzerbefragungen, daß eine ambulante Versorgung durchgängig bevorzugt wird, aber die Arbeitsweise ambulanter Pflegedienste, insbesondere die Personalrotation, sowie die Orientierung am Betriebsablauf statt am Tagesablauf der Nutzer als außerordentlich belastend erlebt wird (Schaeffer 1997; 1999). Die durch sie ausgelöste Verunsicherung und Destabilisierung läßt gerade in Problemsituationen den Wunsch nach der Knopfdrucksi-

cherheit des Krankenhauses, also nach direkt verfügbarer Hilfe und Sicherheit entstehen.

Versorgungsintegration im ambulanten Sektor

Es ist mittlerweile fast ein Allgemeinplatz: Aufgrund ihrer Komplexität und Vielschichtigkeit benötigen chronische Krankheiten *multiprofessionelle integrierte Behandlungs- und Betreuungsstrategien*, die über die Grenzen einzelner Einrichtungen hinwegwirken. Sollen diese Strategien gerade auch in Akut- und Krisenphasen einen weitestgehenden Verbleib in der häuslichen Umgebung ermöglichen, ist es notwendig, eine Vielzahl von Diensten und Leistungen, die im Krankenhaus automatisch gegeben sind und zusammenlaufen, zu mobilisieren, pakethaft zu schnüren und aufeinander abzustimmen. Sie bedingen also ein hohes Maß an Integration, Kooperation und Koordination, deren Realisierung in der ambulanten Versorgung aufgrund der langjährig gewachsenen Desintegration vor besondere Schwierigkeiten gestellt ist. Denn das unkontrollierte Wachstum zog dort eine Reihe unerwünschter Effekte nach sich: Zersplitterung und Fragmentierung sowie insulare Arbeitsweisen sind an erster Stelle zu nennen. Daher bedarf es besonderer Anstrengungen, damit die unterschiedlichen Leistungen in der Summe eine funktionale Versorgung ergeben. Lange Zeit verhallte diese Erkenntnis (Pelikan et al. 1998, Schaeffer 1997), mittlerweile aber existiert eine Vielzahl von Innovationsversuchen, in denen mit unterschiedlichen Zielen und Ansätzen nach Wegen gesucht wird, die Integration und Koordination in der ambulanten Versorgung zu verbessern. Dabei reicht die Palette von Ärztenetzen über Koordinationsstellen bis hin zu Pflegeberatungsbüros etc.

Bei genauerer Betrachtung zeigt sich jedoch, daß auch diese Initiativen zumeist monoprofessionell angelegt sind. Zudem setzen sie vorrangig auf Strukturweiterung, die erneut zu mehr Quantität, aber nicht zwingend zu mehr Qualität führt (Schaeffer 1998). Probleme ergeben sich auch daraus, daß die Veränderung einge-

fahrener Kooperationsroutinen sich als schwieriger erweist als vermutet. Das gilt für die *innerprofessionelle*, mehr noch aber für die *interprofessionelle* Kooperation und hier insbesondere für die zwischen Medizin und Pflege (Garms-Homolová/Schaeffer 1998, Schaeffer 1998; Moers/Schaeffer 1992). Für die Patientenversorgung ist das folgenreich: Kooperations- und Koordinationsdefizite ziehen Diskontinuitäten und Brüche nach sich und führen die Erkrankten häufiger als notwendig in das Krankenhaus (zurück).

Systematische Steuerung der Krankheitsverläufe

Unabdingbar für eine erfolgreiche Umstrukturierung des Gesundheitswesens im Sinn einer prioritär ambulanten Versorgung und die Sicherung von Versorgungskontinuität ist außerdem ein fallangemessenes Agieren und eine systematische kontinuierliche Steuerung der Krankheits- und Versorgungsverläufe. Um die Wichtigkeit dessen zu illustrieren, sei auf Ergebnisse einer Studie über Aids-Patienten zurückgegriffen (Schaeffer 1997, Muthesius/Schaeffer 1997). Bei einer Analyse der Krankheitsverläufe fällt auf, daß die professionellen Akteure das Krankheitsgeschehen jeweils portionieren und auf Einzelphänomene reduzieren, womit sie weder der Komplexität, noch den temporalen Besonderheiten chronischer Krankheit gerecht werden. Viele Diskontinuitätserscheinungen haben hier ihre Ursache. Eine Analyse der Versorgungsverläufe wiederum zeigt, daß die Erkrankten vielfach unter einer weitgehend konzeptlosen Versorgung leiden, die auf punktuelle Hilfen konzentriert ist, ihrem individuellen Bedingungs- und Problemgefüge nicht entspricht und irrtümlicherweise unterstellt, daß subjektive Präferenzen der Professionellen mit denen der Patienten in Übereinstimmung stehen. Versorgungs- und Patientenwirklichkeit klaffen deshalb oft weit auseinander. Diese Diskrepanz führt nicht nur zum suboptimalen Einsatz von Versorgungsressourcen, sondern zieht ebenfalls spürbare Qualitätseinbußen nach sich.

Zur Behebung dessen werden derzeit eine ganze Reihe von Konzepten und Strategien diskutiert, so u.a. Case

Management, Disease Management, Pathway Management etc.. Gemeinsam ist ihnen, daß sie aus unterschiedlicher Perspektive und mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen intendieren, zu einer patientenorientierten effektiven und zugleich effizienten Prozessierung der Behandlungs- und Versorgungsabläufe beizutragen (Ewers 1996, Burger/Kasper 1998, Bower 1995, Ewers/Schaeffer i.E.). Auffällig ist jedoch, daß viele dieser Strategien erst in Zeiten ökonomischer Restriktionen aufgegriffen wurden. Sie werden daher nahezu ausschließlich unter Effizienz-Gesichtspunkten diskutiert und damit konzeptionell verkürzt. Die Chancen, mit Hilfe dieser Verfahren ein höheres Maß an Kontinuität und generell an Patientenorientierung zu realisieren sowie die bundesdeutsche Krankenversorgung – wie gesundheitspolitisch intendiert – zunehmend in Richtung auf „consumer driven health care system“ zu verändern, bleiben noch weithin ungenutzt. Dies gilt für die Medizin wie auch für die Pflege, die sich in dieser Diskussion bislang durch Zurückhaltung auszeichnet. Anders ist die Situation in Ländern mit gewachsener Professionalisierungstradition in der Pflege. Dort ist sie diejenige Gesundheitsprofession, der zentrale Steuerungs- und Koordinationsfunktionen obliegen. Nicht unerwähnt bleiben sollte, daß die Pflege sich diese Funktionen in Zeiten verengter Spielräume erobert hat, u.a. weil sie enorme Professionalisierungschancen eröffneten (Cohen/Cesta 1993, Zander 1995).

Integration und Unterstützung pflegender Angehöriger

Auch eine andere für eine prioritär ambulante Versorgung Schwerkranker unverzichtbare Ressource liegt tendenziell noch außerhalb der Aufmerksamkeit der professionellen Akteure: die Angehörigen und informellen Helfer. Ein großer Teil notwendiger Hilfeleistungen wird von ihnen erbracht, ohne daß sie bislang als wesentlicher Faktor bei der Sicherung von Kontinuität und Integration gewürdigt würden. Die Notwendigkeit, sie intensiver in die Versorgungsgestaltung einzubinden, wird zwar

ebenfalls seit langem angemahnt (exemplarisch Schwartz 1995), doch erst im Zuge der Implementation des Pflegeversicherungsgesetzes wurden erstmals entsprechende Anreize gesetzt. Die daraufhin gestarteten Initiativen sind bislang weitgehend auf Gruppenschulungen und Qualitätskontrollen begrenzt und haben noch weitgehend experimentellen Charakter. Dies zeigt, daß auch hier noch zahlreiche Entwicklungspotentiale brach liegen.

Diskussion

Obschon derzeit zahlreiche Schritte unternommen werden, um dem Wandel des Krankheitspanoramas zu entsprechen und das Versorgungswesen in Richtung auf eine prioritär ambulante und dabei zugleich integrierte Versorgung umzubauen, ist der dabei erreichte Entwicklungsstand im Vergleich zu europäischen Nachbarländern noch relativ niedrig. Nicht zuletzt auf die dem bundesdeutschen Gesundheitswesen lange Zeit attestierte Reformresistenz (Rosewitz/Webber 1990) ist zurückzuführen, daß viele der dabei zu bewältigenden Aufgaben noch einer systematischen Bearbeitung harren. Andere wurden noch nicht hinreichend angedacht und wieder andere angestoßen, ohne daß die damit verbundenen Implikationen hinreichend reflektiert worden wären, wie exemplarisch am Thema Kooperation gezeigt werden kann.

Sie ist für die Herstellung von Versorgungsintegration und -kontinuität unabdingbar, scheitert gleichwohl regelmäßig an professionellen Hürden. So ist die innerprofessionelle Kooperation in der ambulanten Medizin allein dadurch erschwert, daß der Patientenkontakt für die niedergelassenen Ärzte zum „Betriebskapital“ gehört und nicht beliebig an andere Instanzen (Fachärzte) delegiert werden kann, ohne Gefahr zu laufen, den Patienten und damit einen Teil des Betriebskapitals zu verlieren. Dies erklärt u.a. die hohen Krankenhaus-einweisungsraten, denn diese Restriktionen bestehen in der Kooperation mit dem Krankenhaus nicht – ausgenommen, die Krankenhäuser verfügen über ambulante Versorgungsmöglichkeiten. Aus der Kooperationsper-

spektive besehen erschweren allerdings auch diese die Realisierung einer kooperativen Versorgung, weil sich die Leistungsmöglichkeiten mit denen der niedergelassenen Ärzte nicht mehr ergänzen, sondern konkurrieren.

Ähnlich schwierig ist – wie mehrfach angedeutet – die interprofessionelle Kooperation. Aufgrund der ausgeprägten Monopolstellung und dem Alleinvertretungsanspruch der Medizin, sind es die Ärzte, „who wrote the rules“ (Light 1988:217). Arbeitsbündnisse mit nichtärztlichen Gesundheitsprofessionen enden daher regelmäßig in Subordinationen (Döhler 1997). Die Forderung nach „collaborative care“ (Zander 1995), also einer kooperativ angelegten Versorgung, die Voraussetzung für Versorgungsintegration und -kontinuität ist, erfordert indes eine nicht-hierarchische und nicht auf dem Delegationsprinzip basierende Zusammenarbeit und ein ebensolches Verhältnis der Gesundheitsprofessionen zueinander. Sie stellt damit institutionell sanktionierte Ordnungsstrukturen und Professionsgrenzen in Frage – ein Problem, dem allein mit Appellen nicht zu begegnen ist, das vielmehr nach grundsätzlichen Veränderungen im Gefüge der Gesundheitsprofessionen verlangt.

Allein dies läßt die Schlußfolgerung zu, daß für eine prioritär ambulante Versorgung bei chronischer und vor allem chronisch progredienter Erkrankung nicht nur eine mehr oder weniger weitreichende Verlagerung von Grenzen, sondern eine grundsätzliche Neudefinition gefordert ist. Dies gilt mit Blick auf die angesprochenen Professionsgrenzen, aber auch für sektorale und institutionelle Grenzen – so u.a. auch die Grenzverschiebung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Denn den Besonderheiten chronischer und vor allem schwerer chronischer Erkrankungen kann mit dem nach wie vor in sektoralen und institutionellen Abgrenzungen verhafteten Versorgungsangeboten kaum angemessen begegnet werden.

Doris Schaeffer

Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)
School of Public Health
Universitätsstr. 24, 33615 Bielefeld
Tel. 0521/106-3896, Fax 0521/106-6437

Literatur:

Bower, K. (1995): Case Management Designed for the Care Continuum. In: Zander, K. (Hg.): *Managing Outcomes through Collaborative Care*. O.A.: American Hospital Publishing, 165-176

Burger, S./Kasper, J. (1998): Versorgungsmanagement – neue Herausforderungen für die Kostenträger. *Zeitschrift für sozialen Fortschritt* 47, Nr. 1, 9-14

Cohen, E.L./Cesta, T.G. (1993): Nursing Care Management. From Concept to Evaluation. St. Louis MO, Mosby
Döhler, M. (1997): Die Regulierung von Professionsgrenzen. Frankfurt am Main/ New York: Campus

Domscheit, S./Wingenfeld, K. (1996): Pflegeüberleitung in Nordrhein-Westfalen. Schriftenreihe des Instituts für Pflegewissenschaft. Bielefeld: IPW, 39 S.

Ewers, M. (1996): Case Management: Anglo-amerikanische Konzepte und ihre Anwendbarkeit im Rahmen der bundesdeutschen Krankenversorgung. Paper der Arbeitsgruppe Public Health, P 96-208. Berlin: WZB, 99 S.

Ewers, M./Schaeffer, D. (i.E.): Klinisches Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Huber

Ewers, M./Schaeffer, D. (1999): Herausforderungen für die ambulante Pflege Schwerstkranker. Eine Situationsanalyse nach Einführung der Pflegeversicherung. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft, P99-107. Bielefeld: IPW

Garms-Homolová, V./Schaeffer, D. (1992): Versorgung alter Menschen. Soziationen zwischen wachsendem Bedarf und Restriktionen. Freiburg: Lambertus

Garms-Homolová, V./Schaeffer, D. (Hg.) (1998): Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung. Berlin: Ullstein Mosby

Garms-Homolová, V./Schaeffer, D. (1989): Die Bedeutung des Krankenhauses für die Versorgung alter Menschen. In: Deppe, H.-U./ Friedrich, H./ Müller, R. (Hg.): *Das Krankenhaus: Kosten, Technik oder humane Versorgung*. Frankfurt am Main/New York: Campus, 199-133

Gerste, B./ Rehbein, I. (1998): Der Pflegemarkt in Deutschland. Ein statistischer Überblick. Bonn: WIdO

Hömann, U./Müller-Mundt, G./Schulz, B. (1998): Qualität durch Kooperation – Gesundheitsdienste in der Vernetzung. Frankfurt: Mabuse Verlag

Light, D. W. (1998): Turf Battles and the Theory of Professional Dominance. In: *Research in the Sociology of Health Care* 7, 203-225

Moers, M./Schaeffer, D. (1992): Die Bedeutung niedergelassener Ärzte für die

Herstellung von Versorgungskontinuität bei Patienten mit HIV-Symptomen. In: Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R. (Hg.): *Aids-Krankenversorgung*. Berlin: Sigma, 133-160

Muthesius, D./Schaeffer, D. (1997): Versorgungsverläufe aidserkrankter Frauen. Biographische und soziale Aspekte der Versorgungsnutzung. Paper der Arbeitsgruppe Public Health, P 96-210. Berlin: WZB

Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) (1998): OECD Economic surveys. Germany 1998. Romania/Paris: OECD Publication.

Pelikan, J.M./Stacher, A./Grundböck, A./Krajic, K. (Hg.) (1998): Virtuelles Krankenhaus zuhause – Entwicklung und Qualität von ganzheitlicher Hauskrankenpflege. Wien: Facultas Universitätsverlag

Rosewitz, B./Webber, D. (1990): Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen. Frankfurt am Main: Campus

Schaeffer, D. (1993): Integration von ambulanter und stationärer Versorgung. In: Badura, B./Feuerstein, G./Schott, T. (Hg.): *System Krankenhaus*. München: Juventa, 270-291

Schaeffer, D. (1997): Patientenorientierte ambulante Pflege Schwerkranker. Erfordernisse der Konzept- und Wissenschaftsentwicklung. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 5, Nr. 2, 85-97

Schaeffer, D. (1998): Die Versorgung von akut kranken Menschen durch integrierte ambulante Versorgungsverbände in Deutschland. In: Pelikan, J.M./Stacher, A./Grundböck, A./Krajic, K. (Hg.): *Virtuelles Krankenhaus zuhause – Entwicklung und Qualität von ganzheitlicher Haus-*

krankenpflege. Wien: Facultas Universitätsverlag, 40-56

Schaeffer, D. (1998): Innerprofessionelle Sicht der Kooperation in der ambulanten Versorgung – die Perspektive der Pflege. In: Garms-Homolová, V./ Schaeffer, D. (Hg.): *Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung*. Berlin: Ullstein Mosby, 81-99

Schaeffer, D. (1999): Care Management. Pflegewissenschaftliche Überlegungen. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 7, Nr. 3, 233-251

Schwartz, F.H. et al (1995) (Hg.): Gesundheitssystemforschung in Deutschland. Denkschrift der Deutschen Forschungsgemeinschaft. Cambridge/New York/Tokyo: VCH

Statistisches Bundesamt (1998): Statistisches Jahrbuch 1998 für die Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

Zander, K. (Hg.) (1995): *Managing Outcomes through Collaborative Care*. Chicago/Illinois: American Hospital Publishing