

Hospital at Home in der Praxis

– ein Leitfaden für den
Start

1. Einleitung

Hospital at Home bedeutet, dass Patienten Akutversorgung in ihrem eigenen Zuhause erhalten. Mit dem richtigen Arbeitsansatz, bei dem Hausbesuche mit digitalen Diensten kombiniert werden, hat die Versorgung nachweislich die gleiche oder eine höhere Qualität als auf einer traditionellen Krankenhausstation.

Der Aufbau und die Grundlegung eines erfolgreichen Hospital-at-Home-Programms in einer Organisation stellt jedoch unabhängig vom Kontext eine große Herausforderung dar. Dies gilt auch, wenn die Versorgungsebene einer bestehenden Heimversorgungsstruktur hinzugefügt wird, beispielsweise der palliativen oder anderen spezialisierten Heimkrankenpflege, oder der punktuellen Versorgung durch mobile Nahversorgungsteams. Die einfache Erklärung ist, dass es komplex ist, eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung für akut kranke Patienten außerhalb der Krankenhausmauern zu gewährleisten, insbesondere wenn dies auf sichere und ressourceneffiziente Weise geschehen soll.

Ein schrittweiser Prozess statt alles auf einmal

Ein erfolgreicher Start erfordert einen strukturierten und schrittweisen Prozess, bei dem die wichtigsten Voraussetzungen in der richtigen Reihenfolge geschaffen werden. Es geht unter anderem darum:

- neue Arbeitsweisen und Betriebsabläufe zu definieren
- Personalressourcen und Kompetenzen sicherzustellen
- neue Arbeitsrollen und Verantwortlichkeiten zu etablieren
- technische Anforderungen zu erfüllen, einschließlich Ausstattung, digitaler Unterstützung und Anpassungen bestehender Systeme
- Aufnahmekriterien und einweisende Einheiten festzulegen
- zu definieren, welche Behandlungen im häuslichen Umfeld angeboten werden können und sollten
- eine Leitstelle oder Koordinierungsfunktion einzurichten

Verankerung mit Fokus auf Anlauf und Durchführbarkeit

Die Einführung von Hospital at Home erfordert eine breite interne Verankerung, zum Beispiel bei Betriebsleitern, leitenden Ärzten, IT, Einkauf, Finanzen und Gewerkschaftsvertretern. In vielen Zusammenhängen sind auch externe Akteure wie Sozialdienstleistungen und kommunale Krankenpflege wichtig, damit die Versorgung in der Praxis funktioniert, insbesondere in Regionen mit großen geografischen Entfernungen. Aus organisatorischer und finanzieller Sicht müssen darüber hinaus möglicherweise regionale Entscheidungsträger frühzeitig einbezogen werden.

Gleichzeitig birgt die große Anzahl von Interessengruppen das Risiko, dass Einführungen häufig in der Verankerungsphase steckenbleiben. Auch wenn langfristige Finanzierung und formale Kooperationsstrukturen für eine zukünftige Skalierung wichtig sind, sollten sie kein Hindernis für den Start darstellen. In diesen Situationen kann es sinnvoller sein, im kleinen Maßstab zu beginnen, mit klarer Abgrenzung in Umfang und Abhängigkeiten, zum Beispiel ausgehend von einem oder einigen wenigen internen Betrieben.

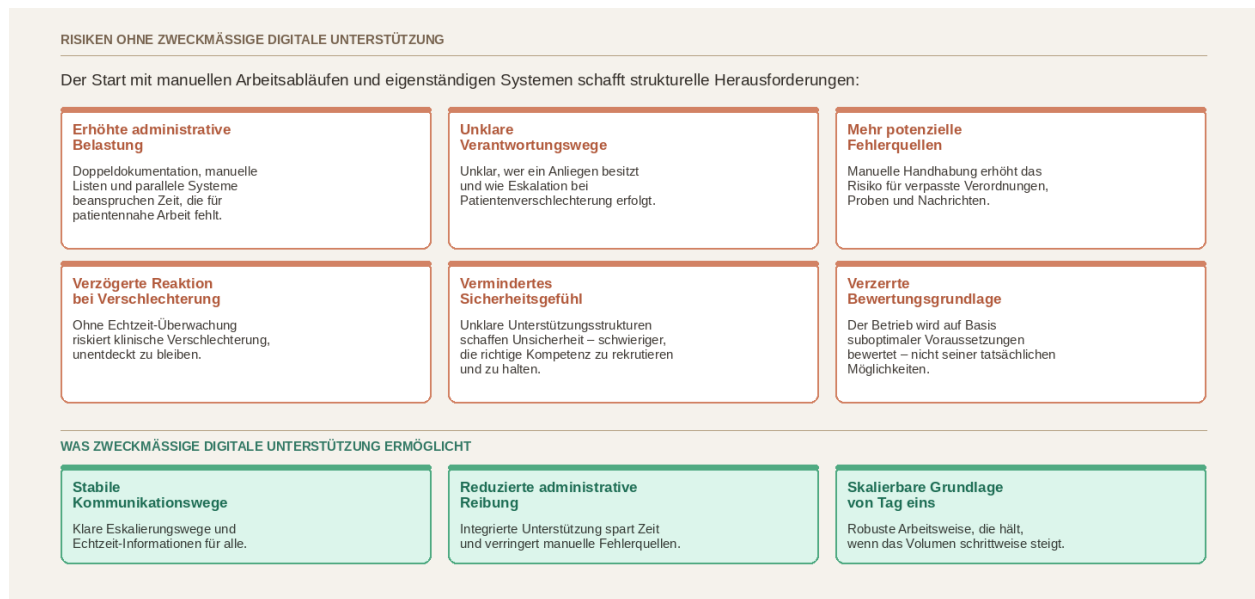
In der Praxis kann dies bedeuten, dass der Betrieb im Rahmen des bestehenden Budgets aufgenommen wird, zum Beispiel indem eine begrenzte Anzahl traditioneller stationärer Plätze vorübergehend mit denselben Personalressourcen in virtuelle Versorgungsplätze umgewandelt wird. Wenn das Modell in der Praxis funktioniert hat, wird es deutlich einfacher, auf der bestehenden Struktur aufzubauen und den Betrieb auf kontrollierte und nachhaltige Weise zu skalieren.

Die Rolle der Technologie – ein wichtiges, aber oft missverstandenes Thema

Es ist durchaus möglich, den Betrieb von Hospital at Home mit einer Kombination aus eigenständigen Systemen, manuellen Arbeitsweisen, Telefonkommunikation und einfacheren Dokumentationslösungen zu beginnen. In vielen Einrichtungen erfolgt der Start auf diese Weise.

Gleichzeitig führen solche Lösungen oft dazu, dass die Arbeitsweisen an die verfügbaren Werkzeuge angepasst werden, anstatt dass die Werkzeuge eine zweckmäßige Arbeitsweise unterstützen. In der Praxis kann dies zu einer Reihe struktureller Herausforderungen führen, wie etwa:

- erhöhte administrative Belastung
- unklare Kommunikations- und Verantwortungswege
- mehr potenzielle Fehlerquellen
- verzögerte Reaktion bei klinischer Verschlechterung
- vermindertes wahrgenommenes Sicherheitsgefühl beim Personal
- ein Nutzererlebnis, das das Potenzial des Betriebs von Hospital at Home nicht vollständig widerspiegelt

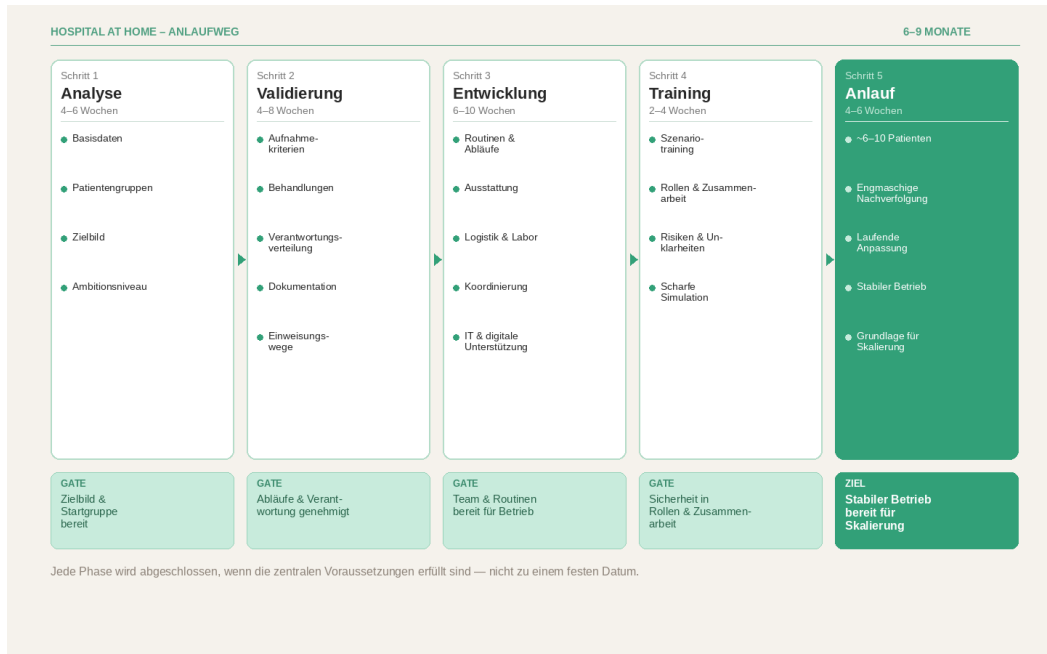


Es besteht daher ein spürbares Risiko, dass die Versorgungsform auf der Grundlage von Voraussetzungen bewertet wird, die nicht optimal auf ihren Zweck zugeschnitten sind, was Einschätzungen sowohl hinsichtlich Sicherheit und Qualität als auch Effizienz beeinflussen kann.

Eine zweckmäßige digitale Betriebsunterstützung zielt daher nicht darauf ab, Technologie um der Technologie willen einzuführen, sondern stabile und kohärente Voraussetzungen für eine robuste Arbeitsweise zu schaffen, insbesondere wenn der Betrieb vom Start zu erhöhtem Volumen übergeht.

Zweck des Leitfadens

Dieser Leitfaden beschreibt einen praktischen und durchführbaren Weg von der ersten Analyse bis zum sicheren Betrieb in kleinem Maßstab. Der Ausgangspunkt ist ein Start mit etwa sechs bis zehn gleichzeitigen Patienten, mit einem klaren Auftrag und einem Plan für sukzessive Skalierung, während Arbeitsweisen, Zusammenarbeit und Unterstützungsstrukturen etabliert werden.



2. Zeitplanung und Steuerung

Die Einführung von Hospital at Home bedeutet eine betriebliche Veränderung, die mehrere Teile der Organisation gleichzeitig betrifft. Damit der Prozess durchführbar ist, ist daher ein klarer Zeitplan, ein strukturierter Arbeitsprozess und eine klare Eigenverantwortung erforderlich. Der Zeitplan sollte realistisch, transparent und von Anfang an in der Führungsebene verankert sein.

Projektorganisation und Verantwortung

Es sollte ein formeller Projektleiter mit Verantwortung für Planung, Koordination und Nachverfolgung der Einführung ernannt werden. Der Projektleiter benötigt einen klaren Auftrag von der obersten Führungsebene sowie Zugang zu den Schlüsselpersonen der Organisation, um Abhängigkeiten zu managen und Hindernisse frühzeitig zu beseitigen.

Der Projektleiter sollte von einer interprofessionellen Projektgruppe unterstützt werden. Es wird empfohlen, dass mindestens folgende Kompetenzen vertreten sind:

- Arzt
- Krankenpflegeperson
- Betriebsentwickler

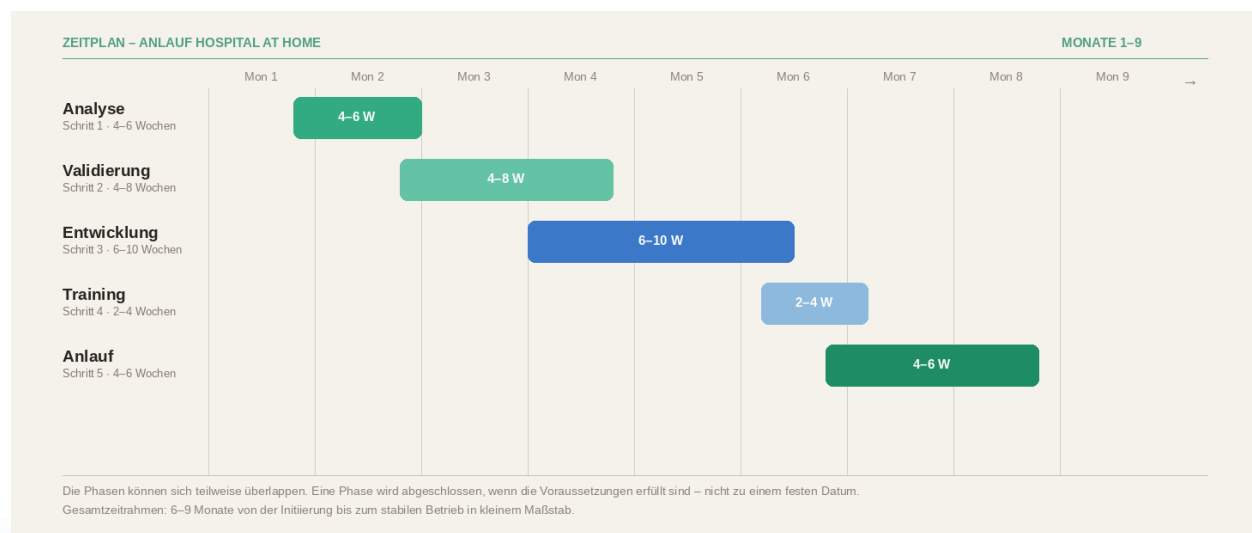
- IT, vorzugsweise mit Entscheidungsbefugnis

Die Projektgruppe benötigt Zeit für die Arbeit und ein klares Mandat, den Prozess voranzutreiben. Wenn die Einführung mit anderen Entwicklungsaktivitäten ohne klare Priorisierung konkurriert, besteht ein spürbares Risiko, dass die Arbeit an Tempo verliert oder zum Stillstand kommt.

Übergeordneter Zeitrahmen

Ein typischer Start von Hospital at Home dauert etwa **6–9 Monate** von der Initiierung bis zum Betrieb in kleinem Maßstab, abhängig von der Ausgangslage und dem Ambitionsniveau. Erfahrungsgemäß ist es sinnvoller, die Arbeit in klaren Phasen zu planen, als zu versuchen, den gesamten Verlauf im Voraus detailliert zu steuern.

Jede Phase sollte erst dann abgeschlossen werden, wenn die zentralen Voraussetzungen erfüllt sind, und nicht zu einem festen Datum.



3. Schrittweise Einführung – von der Analyse zum stabilen Betrieb

Eine schrittweise Einführung schafft Voraussetzungen für Kontrolle, Lernen und Anpassung im Laufe der Zeit. Im Folgenden werden fünf übergeordnete Schritte beschrieben, die zusammen einen praktischen Rahmen für den Start von Hospital at Home bilden.

Schritt 1: Analyse – Zweck und Abgrenzung definieren

Der Zweck der Analysephase besteht darin, ein gemeinsames und realistisches Bild davon zu schaffen, warum Hospital at Home eingeführt werden soll und welche Bedürfnisse die

Versorgungsform zunächst erfüllen soll. Der Fokus sollte darauf liegen, eine begrenzte Anzahl von Patientengruppen und einen klaren Anwendungsbereich zu identifizieren, anstatt zu versuchen, alle potenziellen Anwendungen abzudecken.

In der Praxis bedeutet dies:

- relevante Basisdaten zu analysieren, beispielsweise Verweildauern, Belegungsgrad und Wiederaufnahmen
- Patientengruppen zu identifizieren, die trotz relativ stabilem Zustand häufig stationär behandelt werden
- zu verdeutlichen, was der Betrieb mit dem Start erreichen möchte, zum Beispiel Entlastung der stationären Versorgung oder verbesserte Kontinuität

Bevor der nächste Schritt beginnt, sollten: Zielbild, Startgruppe und ungefähres Ambitionsniveau klar definiert und verankert sein.

Schritt 2: Validierung – Durchführbarkeit sicherstellen

In diesem Schritt wird das geplante Modell an den tatsächlichen Voraussetzungen des Betriebs gemessen. Ziel ist es sicherzustellen, dass das gewählte Konzept medizinisch, organisatorisch und rechtlich durchführbar ist.

Die Arbeit umfasst unter anderem:

- Aufnahmekriterien und Einweisungswege festzulegen
- zu klären, welche Behandlungen und Untersuchungen zu Hause durchgeführt werden können
- die Verantwortungsverteilung bei Verschlechterung und Wiederaufnahme zu definieren
- sicherzustellen, dass Dokumentation und Verschreibungsroutinen in bestehenden Systemen funktionieren
- das Modell bei den betroffenen Betrieben und Unterstützungsfunktionen zu verankern

Bevor der nächste Schritt beginnt, sollten: zentrale Abläufe, Personalbesetzung und Verantwortlichkeiten festgelegt und genehmigt sein.

Schritt 3: Entwicklung – notwendige Strukturen aufbauen

Die Entwicklungsphase zielt darauf ab, die praktischen Voraussetzungen für den Betrieb zu etablieren, jedoch mit Fokus auf das, was für den Start in kleinem Maßstab erforderlich ist. Das Ziel sollte sein, eine stabile Grundlage zu schaffen, und nicht eine vollständig fertige Organisation.

Dies bedeutet zum Beispiel:

- Routinen für Aufnahme, tägliche Nachverfolgung, Eskalation und Entlassung zu entwickeln
- den Zugang zu notwendiger Ausstattung und Medikamenten sicherzustellen
- funktionierende Logistik für Probenentnahme und Transport zu etablieren
- zu verdeutlichen, wo der Betrieb koordiniert wird, zum Beispiel über eine Leitstelle oder eine virtuelle Pflegeabteilung

Bevor der nächste Schritt beginnt, sollten: Team, Routinen und Logistik erprobt und bereit für den Realbetrieb sein.

Schritt 4: Training und Anlauf – sicheren Betrieb etablieren

Bevor die ersten Patienten aufgenommen werden, muss dem Personal die Möglichkeit gegeben werden, Arbeitsweisen und Zusammenarbeit in der Praxis zu trainieren. Szenariotaining ist besonders wichtig, um Unklarheiten und Risiken zu identifizieren, die andernfalls erst im Realbetrieb entdeckt würden.

Der Anlauf sollte anschließend kontrolliert erfolgen, mit einer begrenzten Anzahl von Patienten und engmaschiger Nachverfolgung. Ein vernünftiger Ausgangspunkt sind etwa **sechs bis zehn gleichzeitige Patienten**, was oft ausreichende Komplexität zum Lernen bietet, ohne die Organisation übermäßig zu belasten.

Das Ziel dieser Phase ist: Stabilität in Arbeitsweisen, Rollen und Zusammenarbeit zu erreichen, bevor der Betrieb skaliert wird.

4. Abschließende Reflexionen

Hospital at Home ist kein zeitlich begrenztes Projekt, sondern eine neue Versorgungsebene, die sukzessive in die reguläre Versorgungsstruktur integriert werden muss. Ein erfolgreicher Start zeichnet sich oft aus durch:

- klare Eigenverantwortung und Priorisierung
- realistisches Ambitionsniveau im frühen Betrieb
- Fokus auf Arbeitsweisen vor vollständiger technischer Perfektion
- Lernen auf der Grundlage tatsächlicher Betriebserfahrung statt theoretischer Annahmen

Wenn das Modell in der Praxis erst einmal funktioniert, werden bessere Voraussetzungen sowohl für die Skalierung als auch für eine breitere Zusammenarbeit geschaffen.