

Das Hospital @ Home Modell

Ein Überblick

Gründe Krankenhäuser zu meiden

- Verlust der Selbstbestimmung
- Krankenhauskeime
- Schlechter Schlaf
- Fremdbestimmter Tagesrhythmus
- Sturzrisiko
- Delir
- Ungewohnte Ernährung

*„Ich gehe nicht ins Krankenhaus! Lieber sterbe ich.“
Ingrid (85)*

*„Achso, Hospital@Home ist
wie **erweiterte Altenpflege.**“*

-> Nein

- Hospital@Home = stationsäquivalente Versorgung
- Visite wie im Krankenhaus mit Pflegekräften und Ärzten

*„Dann ist, Hospital@Home
wie ein **Palliativteam**?“*

*-> Ja, jedoch mit wichtigen
Unterschieden*

- zusätzliches H@H Team =
“virtueller” Anbau an
bestehendes Krankenhaus

H@H ist nicht nur für alte,
internistische Patienten... 

Checkliste Patientenaufnahme ins H@H Programm

- **Krankenhauseinweisungsschein / Indikation über Rettungsstelle**
- Freiwilligkeit/Patientenwille, kognitiv unbeeinträchtigt, ggfs. Zustimmung eventuell pflegender Angehörige
- Gewisse Selbständigkeit & Mobilität des Patienten ggf. in Kombination mit Angehörigen
- Bedienung einfacher technischer Hilfsmittel & Kommunikationsfähigkeit mit H@H Team
- H@H Team traut sich Versorgung zu

Klinische Ausschlusskriterien

Medizinisch

- Intensivpflichtig
- Instabiler Kreislauf

Vorerst ausgeschlossen

- Pädiatrie
- Psychiatrie
- Splitting Fallpauschale (z.B. Post-OP)

TOP 10 Indikationen

- Pneumonie
- akute Herzinsuffizienz
- Harnwegsinfektion
- (AE)COPD
- Arrhythmie
- Weichteilinfektion
- Gastroenteritis
- Hyponatriämie
- Anämie
- Transfusion

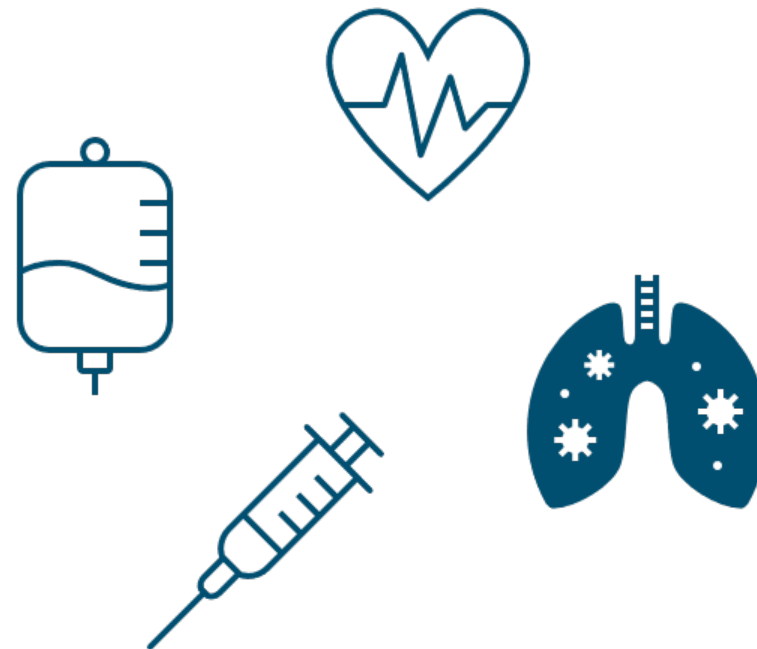


Behandlungen und Therapien

Auszug

Krankenhausäquivalent

- Blutentnahmen
- Infusionen/Transfusionen
- Drainagen
- Katheterpflege
- Sonografie
- ...



Visiten

- Krankenhausäquivalent in der Planung (Fahrtweg mitberücksichtigen)
- In Praxis nur sporadische Visiten nachts notwendig
- Pflegefachkraft macht Dienst auf Station im Krankenhaus + Rufbereitschaft für H@H



Integriertes interdisziplinäres Team

- Facharzt/Oberarzt
- Assistenzarzt
- Pflege Teilprojektmanagement
- Sekretariat
- Medizinische Dokumentation



8-12 Patienten

Ausrüstung

Auszug



- Fahrzeug Leasing Fahrzeug und/oder Lastenfahrrad
- Dediziertes Tablet oder Notebook für Team
Ggfs. ergänzendes Smartphone oder Anbindung Pflegetelefon/Ärztli. Team
- Messgeräte (abhängig vom lokalen Bedarf)
 - Spot-Check-Messgeräte, Point of Care Labor, ...
 - Geräte für temporären Verbleib beim Patienten
- System zur mobilen Remote-Übertragung mit interoperabler Schnittstelle
- System zur Dokumentation der Daten mit interoperabler Schnittstelle

Anfangsphase

- Stärkere Überwachung damit Personal sich sicher fühlt
- Proaktives Personalmanagement und Planung da andere Workflows für das Team
- Interdisziplinäre Arbeitsweise benötigt mehr Austausch und Feedbackmechanismen innerhalb Team für Eingewöhnung und Anpassungen -> Partizipation und Steuerungsgremium in der Klinik empfohlen
- Technologiepräsenz zur Fernüberwachung richtet sich nach Bedarf des aktuellen klinischen Falls

Raum für Innovation und wirklich Patientenzentriert



Pflege und Arzt fahren zusammen zur Visite. Therapieplan \neq Schema F+

→ Arbeitsplatzattraktivität, Flexibilität



Neuer Rahmen für Patienten:
Für eine Gesundheit Zuhause und
mehr Selbstbestimmung

→ Sicherheit, Patientenzufriedenheit



Innovativer Ansatz eröffnet Raum
für neue integrierte Versorgung und
attraktive Arbeitsbedingungen

→ H@H bietet diesen Raum



Team kann sich besser auf einzelne
Patienten fokussieren, da nicht viele
gleichzeitig therapiert sondern one-by-one
therapiert wird

→ Vor Ort ungestörte Aufmerksamkeit,
gesteigerte Therapiequalität

Abgrenzung

- Hospital@Home ≠ ambulante Pflege + Telemedizin
- Akute Versorgung bei stationär adäquaten Leistungen außerhalb des Krankenhauses erbringen nach dem Prinzip: kleinste Veränderung größter Hebel.
- Das Krankenhaus bleibt Leistungserbringer -> Keine Konkurrenz zur ambulanten Behandlung. Die sektorenübergreifende Ambulantisierung wird unterstützt.

Definition

Definition gemäß World Hospital at Home Society

✓ Was Hospital@Home IST

- Betreuung im Krankenhaus und/oder durch Fachärzt:innen
- Vollständige Verantwortung für Patient:innen
- Versorgung wird zu Hause durchgeführt
- 24/7 Verfügbarkeit

✗ Was Hospital@Home NICHT ist

- Keine ambulante Standardversorgung
- Kein Präventionsprogramm
- Keine chronische Langzeitbehandlung
- Keine rein virtuelle Betreuung oder Telemonitoring
- Keine Tagesklinik oder primäre häusliche Pflege
- Keine reine Krankenpflege

Wer übernimmt die Kosten?

- Zusage von vier Krankenkassen: stationäre Fallpauschalen werden 1:1 ins H@H übernommen (für Pilotphase)
- Größte Krankenkasse Deutschlands hat Interesse und ist im Gespräch mit uns. Übernahme von Kosten ist einzelfallabhängig
- Aussichtsreiche Möglichkeiten der Kofinanzierung: Via KHTFV des KHVVG (Medizinstrategie und Leistungsgruppenabhängig) sowie Stiftungen
- Schweiz: Erste Kostendeckung durch Kanton 50% + Stiftungsgelder; Verhandlung mit Krankenkassen, basierend auf DRGs liefern erste positive Ergebnisse und lokale Vertragsentwürfe, die vor Unterzeichnung stehen

→ Deutschland ist besser aufgestellt als viele internationale H@H Projekte zu Beginn

Weltweite Modelle von Hospital@Home

- **Integriertes Gesundheitsnetz**

- Israel
- USA - mehrere Programme und Ausweitungen über Medicare-Waiver

- **Klinikgeführtes Hospital@Home**

- Frankreich
- Spanien
- Schweiz
- USA
- Australien

- **Telemedizinische Virtual Wards (NHS-Modell)**

- Kanada
- Vereinigtes Königreich (UK / England)

- **Rural Home Hospital (ländliche Adaption)**

- Australien
- USA
- Schweden
- Neu: Spanien (z. B. in Katalonien)

- Italien
- Norwegen (teilweise)
- Neuseeland (Pilotprojekte)

Weltweite Modelle von Hospital@Home

Klinikgeführtes
Hospital@Home

Telemedizinische Virtual Wards
(NHS-Modell)

Integriertes Gesundheitsnetz

Rural Home Hospital
(ländliche Adaption)



Weltweite Modelle von Hospital@Home

	Klinikgeführtes Hospital@Home	Telemedizinische Virtual Wards (NHS-Modell)	Integriertes Gesundheitsnetz	Rural Home Hospital (ländliche Adaption)
Organisation	Kliniken stellen das Personal und bestimmen den Behandlungspfad. Patienten sind via Telemonitoring überwacht. Visiten können situations-abhängig virtuell und in Persona stattfinden. Pflegekräfte & Therapeuten fahren zu geplanten Handlungen zu den Patienten. Entfernung in der Regel 15 – 20 Fahrminuten von der Klinik.	Klinische Ärzte bestimmen den Behandlungspfad. Patienten sind intensiv via Telemonitoring aus der Klinik überwacht. Case Manager, machen tägliche Hausbesuche oder Anrufe bei den Patienten und koordinieren den Informationsaustausch und die physische Versorgung. Medizinische Maßnahmen (EKG, Zugänge) werden über klinische Notfallteams gewährleistet.	Leistungserbringer direkt beim Leistungsträger angestellt oder von ihm koordiniert. Dauerhafte Versorgung multimorbider, chronisch kranker, palliativer sowie dauerhaft bettlägeriger Patienten. Mischung aus Akutversorgung und erweiterter Hausarztmedizin, jedoch mit der Fähigkeit, Krankenhausleistungen zu substituieren.	Sehr technologiebasiert! Lokale Leistungserbringer sind mit portabler Diagnostik ausgestattet (u.a. Labormaterialien, Ultraschall, EKG, tragbare Röntgensysteme). Klinische Fachärzte werden telemedizinisch zugeschaltet (Koordination und Auswertung der Untersuchungen, mündliche Anamnese). Lokale Pflegekräfte übernehmen dann Folgebesuche in der Behandlung.
Ziele	Verkürzung bzw. vollständiger Ersatz von Klinikaufhalten für bestimmte Patientengruppen.	Verkürzung bzw. vollständiger Ersatz von Klinikaufhalten für bestimmte Patientengruppen.	Umfassende Betreuung vulnerabler Populationen mit Tendenz zur häufigen Re- und Langzeit-Hospitalisierung.	USA / Kanada / Australien: Akutversorgung auch in abgelegenen Gemeinden ermöglichen (Pilotphasen).
Personal	<ul style="list-style-type: none"> • Klinische Mediziner • Klinische Pflegekräfte • Klinische Therapeuten 	<ul style="list-style-type: none"> • Klinische Mediziner • Klinische Notfallteams • Ambulante Pflegekräfte, Therapeuten & Sozialarbeiter 	<ul style="list-style-type: none"> • Leistungsträgerintegrierte multidisziplinäre Teams (Ärzte, Pflege, Therapeuten) • Ggf. Hausärzte • Ggf. Ambulante Pflege- & Therapeutenteams 	<ul style="list-style-type: none"> • Klinische Mediziner • Lokaler In-Home-Kliniker (oft klinische Pflegekraft oder Rettungsassistenten mit Zusatzausbildungen) • Ambulante Pflege- und Therapeutenteams
Finanzielle Stakeholder	<ul style="list-style-type: none"> • Kliniken • Leistungsträger 	<ul style="list-style-type: none"> • Kliniken • Hausärzte • Außerklinische Leistungserbringer • Leistungsträger 	<ul style="list-style-type: none"> • Leistungsträger • Ggf. Hausärzte • Ggf. außerklinische Leistungserbringer 	<ul style="list-style-type: none"> • Kliniken • Lokale Labore und Apotheken • Ambulante Pflege- und Therapeutenteams • Leistungsträger

Hospital at Home Deutschland e.V.

Gemeinnütziger Verein

Unsere Ziele:

- Wir beraten, vernetzen, inspirieren und entwickeln gemeinsam.
- Wir sammeln, schaffen und teilen wissenschaftlich fundierte Evidenzen.
- Wir lernen von internationalen Hospital@Home Ansätzen und machen diese Erfahrung für Deutschland nutzbar.
- Wir treiben den fachlichen und gesellschaftlichen Dialog voran und machen das Thema Hospital@Home sichtbar.
- **Wir bringen Hospital@Home in die deutsche Regelversorgung.**

Ihr Vorteil:

Als Fördermitglied nutzen Sie in Partnerschaft mit dem Verein dessen Wissen und Erfahrung, um innerhalb weniger Monate ein eigenes Hospital@Home-Modell aufzubauen.

info@hah-deutschland.de

www.hah-deutschland.de



H@H- Ein adaptierbares Versorgungskonzept

Vielfältige Praxisformen

Die gezeigten Modellvarianten dienen als grundsätzliche Orientierung, werden jedoch stets individuell abgewandelt praktiziert.

Hohe Flexibilität

Die Eigenschaften der Modelle (Technik, Personal, Stakeholder, Patienten Klientel) sind in großen Teilen untereinander austauschbar und an lokale Anforderungen und strukturelle Gegebenheiten anpassbar.

Strukturadaptiv

Skalierbar auf Kliniktyp und Region:

- Regional-, Maximalversorger, Universitätskliniken
- Urban oder ländlich

Raum für Innovation und wirklich Patientenzentriert



Pflege und Arzt fahren zusammen zur
Visite. Therapieplan \neq Schema F+
→ Arbeitsplatzattraktivität, Flexibilität



Ebenfalls neuer Raum für Patienten:
Für eine Gesundheit Zuhause und mehr
Selbstbestimmung
→ Sicherheit, Patientenzufriedenheit



Neue Wege **Innovativer Ansatz** eröffnet
Raum für
neue integrierte Versorgung
→ **H@H bietet diesen Raum**



Team kann sich besser auf einzelne
Patienten fokussieren, da nicht gleichzeitig
sondern one-by-one therapiert wird
→ Vor Ort ungestörte Aufmerksamkeit,
gesteigerte Therapiequalität