

U. Richter | A. Reichert

D. Urbanski | S. Scholz | V.E. Amelung

Homecare

Die Rolle der Hausärzte im
Entlassmanagement



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

U. Richter | A. Reichert | D. Urbanski | S. Scholz | V.E. Amelung

Homecare



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

U. Richter | A. Reichert | D. Urbanski | S. Scholz | V.E. Amelung

Homecare

Die Rolle der Hausärzte im Entlassmanagement



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Die Autoren

Dr. med. Udo Richter
Arzt und Geschäftsführer
n:aip Deutschland GmbH
Kaiserstraße 168–170
90763 Fürth
u.richter@naip.de

Anika Reichert
Dipl. Gesundheitsökonomin
PhD candidate am Centre for Health
Economics, University of York
Bis 2015 wissenschaftliche
Mitarbeiterin, inav GmbH
Friedrichstraße 95
10117 Berlin

Dominika Urbanski
MSc. Sozialökonomie, MSc. Global
Health Projektmanagerin
Versorgungsforschung
inav – Institut für angewandte
Versorgungsforschung GmbH, Berlin
Friedrichstraße 95
10117 Berlin
urbanski@inav-berlin.de

Dr. Stefanie Scholz
Leitung Marketing und Vertrieb
n:aip Deutschland GmbH
Kaiserstraße 168–170
90763 Fürth
s.scholz@naip.de

Univ.-Prof. Dr. oec. Volker E. Amelung
inav - Institut für angewandte
Versorgungsforschung GmbH, Berlin
Friedrichstraße 95
10117 Berlin

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Unterbaumstr. 4
10117 Berlin
www.mwv-berlin.de

ISBN 978-3-95466-371-2 (Open Access PDF)

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Informationen sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, 2017

Dieses Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften. In vorliegendem Werk wird nur die männliche Form verwendet, gemeint sind immer beide Geschlechter, sofern nicht anders angegeben.

Die Verfasser haben große Mühe darauf verwandt, die fachlichen Inhalte auf den Stand der Wissenschaft bei Drucklegung zu bringen. Dennoch sind Irrtümer oder Druckfehler nie auszuschließen. Der Verlag kann insbesondere bei medizinischen Beiträgen keine Gewähr übernehmen für Empfehlungen zum diagnostischen oder therapeutischen Vorgehen oder für Dosierungsanweisungen, Applikationsformen oder ähnliches. Derartige Angaben müssen vom Leser im Einzelfall anhand der Produktinformation der jeweiligen Hersteller und anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Eventuelle Errata zum Download finden Sie jederzeit aktuell auf der Verlags-Website.

Zahlenwerte in Diagrammen und Abbildungen wurden teilweise nach mathematischen Regeln auf- oder abgerundet, sodass die jeweilige Summe in einzelnen Fällen geringfügig von 100% abweichen kann.

Produkt-/Projektmanagement: Laura Krause, Berlin
Lektorat: Monika Laut-Zimmermann, Berlin
Layout & Satz: eScriptum GmbH & Co KG – Digital Solutions, Berlin
Druck: druckhaus köthen GmbH & Co. KG, Köthen

Zuschriften und Kritik an:

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Unterbaumstr. 4, 10117 Berlin, lektorat@mwv-berlin.de

*Einen großen Dank möchte das Studienteam
an alle Studienteilnehmer richten, die mit ihrer Teilnahme
zum Gelingen dieser Studie wesentlich beigetragen haben.*

*Ganz besonderer Dank geht darüber hinaus an
Wendy Sellenthin, Laura Oschmann, Marlene Schulig, Marie Heideck
und Kira Neldner, die uns bei der Auswertung der Ergebnisse
und der Erstellung dieses Berichtes tatkräftig unterstützt haben.*

Inhalt

Abbildungsverzeichnis	1
Tabellenverzeichnis	3
1 Die Homecare-Versorgung in Deutschland	5
1.1 Was ist Homecare?	7
1.2 Der Homecare-Versorgungsanspruch	8
1.2.1 Versorgung mit Hilfsmitteln	9
1.2.2 Versorgung mit Verbandmitteln und Ernährungstherapeutika	10
1.2.3 Abgrenzung zur ambulanten und stationären Pflege	10
1.3 Finanzierung der Homecare-Versorgung	11
1.4 Der Homecare-Markt in Deutschland	12
1.4.1 Wachstumsmarkt Homecare	12
1.4.2 Wachstumstreibende Faktoren	14
1.4.3 Unternehmensstrukturen im Homecare-Bereich	18
1.5 Homecare als Versorgungsherausforderung	19
1.5.1 Homecare als Spezialisierung	19
1.5.2 Der idealtypische Homecare-Versorgungsprozess	20
1.5.3 Herausforderungen einer bedarfsgerechten Homecare-Versorgung	21
1.5.4 Perspektiven für die Homecare-Versorgung	23
2 Zusammenarbeit und Kooperation in der Homecare-Versorgung	25
2.1 Zusammenarbeit im Gesundheitswesen	26
2.2 Erfahrungen Beteiligter mit interprofessioneller Zusammenarbeit	27
2.3 Die Rolle des Hausarztes in der Homecare-Versorgung	29
2.4 Homecare und ärztliche Delegation	30
2.4.1 Nationale und internationale Entwicklung der Zusammenarbeit im Gesundheitswesen	30
2.4.2 Potentiale der Delegation	33
2.4.3 Delegation von Homecare-Leistungen	34
3 Homecare und Entlassmanagement	37
3.1 Eine (neue) Notwendigkeit	38
3.1.1 Entlassmanagement heißt Management von Komplexität	40
3.1.2 Hürden und Barrieren für das Entlassmanagement	44
3.1.3 Entlassmanagement in Deutschland	45
3.1.4 Die Rolle von Homecare beim Entlassmanagement	50

4 Fokusgruppen mit Vertretern aus Arztpraxen, Kliniken, Pflege und Homecare	53
4.1 Methodik und Studienpopulation	53
4.2 Ergebnisse der Fokusgruppendifkussionen	55
4.2.1 Kommunikations- und Informationsdefizite an der Schnittstelle ambulant-stationär	56
4.2.2 Rechtsunsicherheit und Verantwortungsvakuum	56
4.2.3 Homecare-Therapieassistenz	57
4.3 Neugestaltung der Homecare-Versorgung	59
4.3.1 Information und Aufklärung über Homecare	59
4.3.2 Gesetzliche Rahmenbedingungen	59
4.3.3 Kontinuität der Versorgung	60
4.4 Zusammenarbeit und Kooperation in der Homecare-Versorgung	61
4.5 Schlussfolgerungen zu den Fokusgruppen	62
5 Schriftliche Befragung von Arztpraxen, Kliniken, Pflegeheimen und Pflegediensten	65
5.1 Methodik	65
5.2 Studienpopulation	66
5.2.1 Teilnehmende niedergelassene Ärzte	67
5.2.2 Teilnehmer aus dem Klinikbereich	68
5.2.3 Teilnehmer aus der stationären Pflege	69
5.2.4 Teilnehmer aus der ambulanten Pflege	70
5.3 Homecare im Versorgungsalltag	71
5.4 Zusammenarbeit mit externen Homecare-Dienstleistern	73
5.5 Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen	75
5.6 Potentiale der Zusammenarbeit mit externen Homecare-Dienstleistern	79
5.6.1 Einschätzung des Potentials durch niedergelassene Ärzte	79
5.6.2 Einschätzung des Potentials durch Vertreter anderer Berufsgruppen	81
5.7 Risiken der Zusammenarbeit mit externen Homecare-Dienstleistern	83
5.7.1 Einschätzung der Risiken durch niedergelassene Ärzte	83
5.7.2 Einschätzung der Risiken durch Vertreter anderer Berufsgruppen	85
5.8 Zukunft der Homecare-Versorgung	87
6 Diskussion der Ergebnisse	91
7 Fazit	97
Literatur	99

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Therapiebereiche der Homecare-Versorgung _____	7
Abbildung 2	Homecare als Verbindung von Produkt und Dienstleistung _____	8
Abbildung 3	Marktanteile der einzelnen Homecare-Versorgungsbereiche in Deutschland _____	13
Abbildung 4	Ausgaben für Hilfsmittel in der GKV – Entwicklung von 2007 bis 2013 _____	13
Abbildung 5	Prognostizierter Bedarfsanstieg medizinischer Hilfsmittel 2007–2050 _____	14
Abbildung 6	Anteil Versicherte nach Alter mit Hilfsmittelverordnungen im Jahr 2013 _____	15
Abbildung 7	Veränderung des Krankheitsspektrums zwischen 2007 und 2050 _____	16
Abbildung 8	Bevorzugte Wohn- und Versorgungsformen bei Pflegebedürftigkeit _____	17
Abbildung 9	Erlössituation von Krankenhäusern im DRG-System in Abhängigkeit der Verweildauer _____	17
Abbildung 10	Der Homecare-Dienstleister als Koordinator _____	20
Abbildung 11	Beteiligte Akteure und Schnittstellen in der Homecare-Versorgung _____	22
Abbildung 12	Neudefinition des Aufgabenspektrums im Gesundheitswesen _____	26
Abbildung 13	Delegation in der Ärzteschaft 2014 _____	32
Abbildung 14	Pläne der Ärzteschaft zur Ausweitung der Delegation _____	32
Abbildung 15	Vergleich zwischen Wiederaufnahme, Mortalität und Nutzung von Gesundheitsleistungen _____	41
Abbildung 16	Spannungsfeld der Hürden und Barrieren für erfolgreiches Entlassmanagement _____	45
Abbildung 17	Methodik der Evaluation des Entlassmanagements _____	49
Abbildung 18	Beurteilung der Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern im Entlassmanagement _____	51
Abbildung 19	Probleme bei Hilfsmittelversorgung im Anschluss an Krankenhausbehandlung _____	51
Abbildung 20	Bedingungen der Kooperation und Zusammenarbeit _____	62
Abbildung 21	Anteile der teilnehmenden Ärzte nach Praxisform _____	67
Abbildung 22	Teilnehmende Mitarbeiter aus Kliniken nach Trägerschaft der Klinik _____	68
Abbildung 23	Teilnehmende Mitarbeiter aus Kliniken nach Versorgungsstufe der Klinik _____	69
Abbildung 24	Für Homecare-Therapien zuständige Fachkräfte in den teilnehmenden Kliniken _____	69
Abbildung 25	Funktion der teilnehmenden Mitarbeiter aus stationären Pflegeeinrichtungen _____	70
Abbildung 26	Teilnehmende Mitarbeiter aus Pflegediensten nach Anzahl der betreuten Pflegebedürftigen _____	70
Abbildung 27	Relevanz der Homecare-Versorgung für den Versorgungsalltag nach Berufsgruppen _____	71
Abbildung 28	Bewertung der aktuellen Versorgungssituation von Homecare-Patienten nach Berufsgruppen _____	72

Abbildung 29	Bewertung der Zusammenarbeit mit externen Homecare-Dienstleistern nach Berufsgruppen _____	74
Abbildung 30	Inanspruchnahme von Leistungen eines Homecare-Dienstleisters durch niedergelassene Ärzte _____	75
Abbildung 31	Bewertung der Zusammenarbeit zwischen Klinik und anderen Berufsgruppen ____	76
Abbildung 32	Bewertung der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und anderen Berufsgruppen ____	77
Abbildung 33	Bewertung der Zusammenarbeit zwischen ambulanter und stationärer Pflege ____	77
Abbildung 34	Potentiale der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und externen Homecare-Dienstleistern _____	79
Abbildung 35	Potentiale in der Zusammenarbeit mit Homecare-Dienstleistern nach Einschätzung von Klinikvertretern _____	83
Abbildung 36	Risiken in der Zusammenarbeit mit externen Homecare-Dienstleistern _____	84
Abbildung 37	Risiken der Zusammenarbeit mit einem externen Homecare-Dienstleister aus Sicht der Klinikmitarbeiter _____	86
Abbildung 38	Risiken der Zusammenarbeit mit einem externen Homecare-Dienstleister aus Sicht der Mitarbeiter aus stationärer Pflege _____	88
Abbildung 39	Veränderungen, die sich die Ärzte für die Versorgung ihrer Homecare-Patienten in der Zukunft vorstellen können _____	88
Abbildung 40	Anteile der Befragten, die sich vorstellen können, als Mitglied einer Versorgungsgemeinschaft auf eine Vereinbarung zum Entlassmanagement einzugehen _____	89

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Unterschiedliche Regelungen des Homecare-Versorgungsanspruches _____	9
Tabelle 2	An der Nachsorge beteiligte Bereiche im Entlassmanagement _____	42
Tabelle 3	Nachsorgebereiche und verantwortliche Kostenträger _____	42
Tabelle 4	Disziplinäre Zusammensetzung der Fokusgruppen _____	54
Tabelle 5	Überblick über die unterschiedlichen Standpunkte nach Stakeholdern (Auswahl) ____	63
Tabelle 6	Teilnehmerzahlen nach Berufsgruppe und Anteile nach Homecare-Bereich und Versorgungsgebiet _____	66
Tabelle 7	Zusammenhang zwischen Leistungsanspruchnahme und Bewertung der Homecare-Versorgung _____	76
Tabelle 8	Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme von Homecare-Dienstleistungen und der Bewertung der Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren _____	78
Tabelle 9	Zusammenhang zwischen den Potentialen der Zusammenarbeit mit externen Homecare-Dienstleistern und der Relevanz von Homecare im Versorgungsalltag _____	80
Tabelle 10	Zusammenhänge zwischen den Potentialen der Zusammenarbeit mit externen Homecare-Dienstleistern und der Inanspruchnahme von Homecare-Dienstleistungen _____	81
Tabelle 11	Zusammenhang zwischen den Potentialen der Zusammenarbeit mit externen Homecare-Dienstleistern und der Bewertung der Zusammenarbeit mit dem ersten Homecare-Dienstleister _____	82
Tabelle 12	Zusammenhang zwischen den Risiken der Zusammenarbeit und der Inanspruchnahme von Homecare-Leistungen _____	85
Tabelle 13	Zusammenhang zwischen den erwarteten Risiken und der Bewertung der Zusammenarbeit von Homecare-Dienstleistern _____	86
Tabelle 14	Zusammenhang zwischen den Risiken der Zusammenarbeit und der Bewertung der Zusammenarbeit mit Homecare-Dienstleistern _____	87

1 Die Homecare-Versorgung in Deutschland

Im Jahr 2014 waren sechs Millionen Menschen in Deutschland auf Homecare-Leistungen angewiesen – darunter Multimorbide, Ältere, aber auch Neugeborene und Kinder. Homecare steht für die Versorgung von Patienten, die entweder aufgrund einer chronischen Erkrankung auf aktive und kontinuierliche Unterstützung angewiesen sind, oder die bei einer akuten Erkrankung eine poststationäre Versorgung benötigen (BVMed, 2015b). Die Anzahl chronisch kranker, multimorbider und pflegebedürftiger Menschen nimmt kontinuierlich zu (Nowossadeck, 2012). Auch wenn diese Menschen auf eine unterstützende Betreuung angewiesen sind, möchten sie gleichzeitig möglichst lange ein selbständiges Leben in der gewohnten häuslichen Umgebung führen (Kuhlmey, Dräger, Winter & Beikirch, 2010; Rothgang, Müller, Mundhenk & Unger, 2014). Für Homecare bedeutet dies, dass zum Jahr 2030 ein Anstieg von über 64% auf 9,3 Millionen Betroffene erwartet wird (BVMed, 2015a).

Eine Homecare-Therapie ist Bestandteil der ambulanten Patientenversorgung, die ärztlich angeordnet in der Häuslichkeit des Patienten bzw. im Pflege- oder Altenheim stattfindet (BVMed, 2015b).

Patienten sind bei der Entlassung aus dem Krankenhaus meist auf sich allein gestellt, können aber gleichzeitig aufgrund ihrer chronischen Erkrankung oder gar Pflegebedürftigkeit die Weiterbehandlung nicht selbst koordinieren. Homecare schließt diese Lücke, indem es nicht nur die stationäre Versorgung mit der ambulanten Nachsorge verbindet, sondern sämtliche weitere Versorger wie Hilfsmittelhersteller, Apotheker, ambulante und stationäre Pflege oder Sozialdienste in die Koordination mit einschließt. Somit versorgt Homecare die Patienten nicht nur mit Produkten, sondern hilft bei der Koordination der ambulanten Behandlung (Reibnitz, 2009).

Homecare wird damit das Potential einer sektorenverbindenden Versorgungsform zugeschrieben, welche die schon lange angestrebte Verzahnung zwischen den einzelnen Leistungssektoren und Leistungserbringern schaffen kann (BVMed, 2015a). Inwieweit dieses Potential im Versorgungsalltag der beteiligten Leistungserbringer bereits umgesetzt wird, wurde im Rahmen einer umfassenden Versorgungsstudie untersucht. Der vorliegende Bericht zeigt die Ergebnisse der Studie in zwei Hauptteilen. Der erste Teil (Kapitel 1 bis 3) gibt einen umfassenden Überblick über die derzeitige Situation im Homecare-Bereich, die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Gesundheitsberufen sowie dem Entlassmanagement im deutschen Gesundheitswesen. Die Ausführungen zeigen relevante Begriffsdefinitionen auf und skizzieren rechtliche Rahmenbedingungen. Der zweite Teil umfasst die Darstellung der empirischen Studie. In Kapitel 4 werden zunächst Ergebnisse von Fokusgruppendifkussionen mit Vertretern aus Arztpraxen, Kliniken und Pflege dargestellt. Kapitel 5 beinhaltet die darauf aufbauenden Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von Vertretern der genannten Berufsgruppen. Kapitel 6 diskutiert die gewonnenen Ergebnisse abschließend im Gesamtkontext.

Die Anzahl chronisch kranker, multimorbider und pflegebedürftiger Menschen nimmt kontinuierlich zu (Nowossadeck, 2012). Sie sind auf eine unterstützende Betreuung angewiesen, die die zahlreichen Versorgungsbereiche koordiniert und miteinander verzahnt (Reibnitz, 2009). Dabei möchte ein überwiegender Teil der Betroffenen so lange wie möglich ein möglichst unabhängiges, selbständiges Leben in der gewohnten häuslichen Umgebung führen (SVR, 2014).

1.1 Was ist Homecare?

Homecare ist ein noch relativ junger Versorgungsbereich. Demnach mangelt es bislang an einer eindeutigen Definition oder gar gesetzlichen Verankerung von Homecare im deutschen Gesundheitswesen (Reibnitz, 2009).

Der BVMed definiert Homecare als

„[...] die Versorgung von Patienten mit medizinischen Hilfsmitteln, Verbandmitteln sowie medizinischer Ernährung zu Hause und in Pflege- oder Altenheimen.“ (BVMed, 2015b)

Die Homecare-Versorgung eines Patienten erfolgt durch geschultes Fachpersonal im Rahmen einer ärztlichen ambulanten Therapie mit dem Ziel, die Versorgungsqualität der Klinik beizubehalten. Homecare ist somit Bestandteil der ambulanten Patientenversorgung – steht jedoch für eine sektorenverbindende Versorgungsform, die dem gesundheitspolitischen Ziel „ambulant vor stationär“ gerecht wird.

Homecare ist für Patienten relevant, die aufgrund einer chronischen Erkrankung auf aktive und kontinuierliche Unterstützung angewiesen sind oder die bei einer akuten Erkrankung eine poststationäre Versorgung benötigen (BVMed, 2015a). Die in der Klinik begonnene Therapie wird dann im Pflegeumfeld des Patienten weitergeführt, mit dem Ziel, das Behandlungsniveau qualitativ beizubehalten und eine erneute Einweisung in das Krankenhaus vorzubeugen (Harbord, 2009; Reibnitz, 2007).

Die Homecare-Versorgung umfasst die in Abbildung 1 beschriebenen Therapiebereiche.

Patienten sind bei der Entlassung aus dem Krankenhaus meist auf sich allein gestellt, können aber gleichzeitig aufgrund ihrer chronischen Erkrankung oder gar Pflegebedürftigkeit die Weiterbehandlung nicht selbst koordinieren. Es mangelt an Kenntnissen über alternative Therapieformen, verantwortliche Kostenträger sowie passende Einrichtungen oder Experten zur

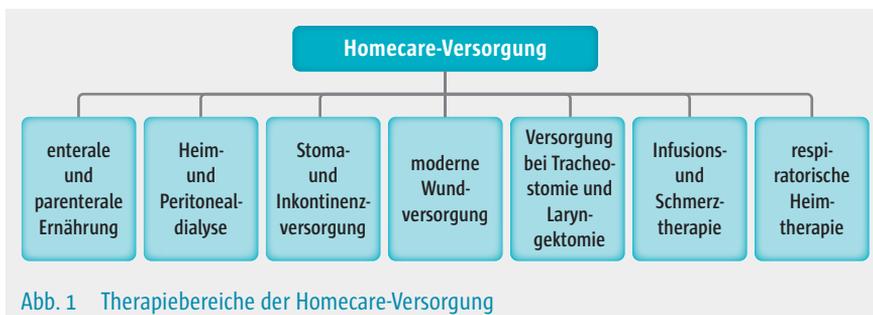




Abb. 2 Homecare als Verbindung von Produkt und Dienstleistung (eigene Darstellung in Anlehnung an Reibnitz, 2009)

Weiterversorgung. Homecare-Unternehmen schließen diese Lücke, indem sie den Patienten nicht nur mit dem Produkt versorgen und ihn dahingehend beraten und betreuen. Sie übernehmen zunehmend auch die Koordination der ambulanten Behandlung. Homecare verbindet demnach das Produkt mit der notwendigen Dienstleistung (vgl. Abbildung 2) (Reibnitz, 2009).

Eine qualifizierte Fachkraft versorgt den Patienten und dessen Betreuer mit Informationen zum Krankheitsbild und den damit verbundenen Therapieoptionen. Sie leitet den Patienten zur Selbsthilfe an und betreut ihn kontinuierlich. Dadurch wird auch der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses möglich, welches insbesondere bei psychisch belastenden Erkrankungen an Bedeutung gewinnt (Reibnitz, 2009).

Darüber hinaus übernimmt Homecare Aufgaben wie:

- Kontaktaufnahme mit dem zuständigen Hausarzt,
- termingerechte Bereitstellung der Produkte bei Entlassung,
- Koordination mit ambulantem Pflegedienst,
- Abgleich der häuslichen Gegebenheiten mit den individuellen Patientenbedürfnissen und
- die kontinuierliche Überprüfung des Therapieplans und ggfs. Empfehlung zur Anpassung oder Produktumstellung.

Homecare-Unternehmen koordinieren die Aktivitäten sämtlicher an der Patientenversorgung beteiligter Leistungserbringer.

1.2 Der Homecare-Versorgungsanspruch

Homecare hat keine eigenständige Rechtsgrundlage. Allerdings ergibt sich ein Versorgungsanspruch für Versicherte im Rahmen der gesetzlichen Sozialversicherung aus unterschiedlichen Regelungen in Bezug auf die einzelnen Produkte, die Homecare umfasst (vgl. Tabelle 1).

Tab. 1 Unterschiedliche Regelungen des Homecare-Versorgungsanspruches (eigene Darstellung in Anlehnung an Reibnitz, 2009)

Verbandmittel	Arzneimittel	Diätetika	Hilfsmittel
§ 31 I 1 SGB V	§ 31 I 1 SGB V	§ 31 I 2 SGB V	§ 33 I SGB V

Im Wesentlichen schließt die Homecare-Versorgung Medizinprodukte, Arzneimittel und Ernährungstherapeutika ein (Künstner, 2009). Medizinprodukte unterteilen sich in Hilfsmittel und Verbandmittel, die jeweils unterschiedlichen Regelungen der Erstattungsfähigkeit unterliegen. Bei den Ernährungstherapeutika gibt es für bestimmte Produkte Sonderregelungen in Verbindung mit der Arzneimittelrichtlinie. Arzneimittel unterliegen der komplexesten Regelung zur Erstattung und sollen daher in den folgenden Ausführungen nicht gesondert betrachtet werden. Die unterschiedlichen Regelungsgrundlagen bedingen die Komplexität des Homecare-Bereiches und dessen Gestaltung.

Unter den Leistungserbringern, die einen entsprechenden Vertrag mit der Krankenkasse haben, haben Versicherte das Recht auf freie Leistungserbringerwahl (BVMed, 2011).

Das Vertragssystem gilt seit dem 01. Januar 2010. Bis zum 01. April 2007 und einer Übergangsfrist bis zum 01. Januar 2010 galt noch die uneingeschränkte freie Leistungserbringerwahl für die Versicherten. Einzige Voraussetzung war die Zulassung als Leistungserbringer gemäß der Sozialgesetzgebung.

1.2.1 Versorgung mit Hilfsmitteln

Nach § 33 SGB V haben Versicherte einen Anspruch auf eine Versorgung mit Hilfsmitteln gegenüber der Krankenkasse. Der Anspruch umfasst:

- das Hilfsmittel selbst,
- Ersatzbeschaffung, Wartung und technische Kontrollen sowie
- die Ausbildung im Gebrauch des Hilfsmittels.

Hilfsmittel im Sinne des § 31 SGB XI sind Gegenstände, die von den Leistungsempfängern getragen oder mitgeführt oder bei einem Wohnungswechsel mitgenommen werden können. Für die Einschätzung der Erforderlichkeit sind stets die Umstände des Einzelfalls maßgebend. Hilfsmittel zielen darauf ab, einer drohenden Behinderung vorzubeugen, den Erfolg einer Heilbehandlung zu sichern oder eine Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen. Allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens sind davon ausgeschlossen (BVMed, 2011).

Hilfsmittel sind immer sächliche Mittel wie Geräte, Gegenstände oder Apparate. Demzufolge sind sie von Heilmitteln abzugrenzen, zu denen persönliche medizinische Dienstleistungen zählen, die von nicht-ärztlichen Leistungserbringern erbracht werden, wie z.B. Physio- oder Logotherapie. Neben dem Produkt hat der Versicherte auch den Anspruch auf eine Ausbildung im Gebrauch des Hilfsmittels. In der Praxis zeigt sich jedoch, dass Krankenkassen die Kosten für solche Kurse oftmals nicht ohne weiteren Druck übernehmen.

1.2.2 Versorgung mit Verbandmitteln und Ernährungstherapeutika

Verbandmittel dienen der Verhütung und Versorgung von Wunden bzw. der Stabilisierung, Immobilisation, funktionalen Mobilisation bzw. Kompression von Körperteilen (Künstner, 2009). GKV-Versicherte haben nach § 31 Abs. 1 SGB V einen Anspruch auf die Versorgung mit Verbandmitteln bei ärztlicher Verordnung. Im Unterschied zu Hilfsmitteln sind Verbandmittel für den Arzt richtgrößenrelevant.

Nach § 31 Abs. 1 Satz 1–2 SGB V haben Versicherte Anspruch auf eine Versorgung mit Ernährungstherapeutika zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Ernährungstherapeutika dienen der Zufuhr von Nahrungssubstraten entweder unter Nutzung des verbliebenen Verdauungstrakts (enteral) oder direkt über zentral- oder periphervenöse Katheter (parenteral) (Harbord, 2009). Die Produkte gelten weder als Arzneimittel noch als Verband- oder Hilfsmittel und wurden daher ausnahmsweise als eigene Leistungskategorie in die bestehende Richtlinie zur Arzneimittelversorgung aufgenommen (Künstner, 2009). Eine ambulante Ernährungstherapie sollte grundsätzlich vom behandelnden Arzt verordnet werden.

1.2.3 Abgrenzung zur ambulanten und stationären Pflege

Die Homecare-Therapie ist eine Krankenbehandlung, die vom Arzt verordnet wird und speziell qualifiziertes Fachpersonal benötigt. Sie ist damit eindeutig von der (häuslichen) Pflege abzugrenzen, die neben der Behandlung auch die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung umfasst (BMG, 2014; Reibnitz, 2009). Während die Behandlungspflege die Durchführung von medizinischen Leistungen von geschultem Fachpersonal ausschließlich nach ärztlicher Delegation beinhaltet, bedeutet Grundpflege die Versorgung eines Pflegebedürftigen beispielsweise durch die Unterstützung beim Waschen, der Mundhygiene sowie bei der Nahrungszufuhr (Reibnitz, 2009).

Bei Patienten mit Homecare-Versorgungsbedarf in Pflegeheimen stellt sich zusätzlich die Frage, ob Krankenkassen oder Pflegeheime die Kosten für die Versorgung zu tragen haben (BVMed, 2011). Die Pflegeversicherung hat gemäß § 69 SGB XI dafür zu sorgen, dass die Pflegebedürftigen „nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse ausreichend und

angemessen gepflegt werden“ (§ 69 SGB XI). Die Pflegekassen sind für die Umsetzung dessen verantwortlich und erbringen Sach- und Geldleistungen. Zu den Sachleistungen gemäß SGB XI gehört auch die Ausstattung mit Hilfsmitteln. Hierzu schließen Pflegekassen mit Trägern von Pflegeeinrichtungen Leistungsverträge ab, wodurch sie ihren Versorgungsauftrag auf die Pflegeheime übertragen und im Gegenzug ein Entgelt zahlen. Heimbewohner können gemäß § 33 Absatz 1 Satz 1 SGB V jedoch im Krankheitsfall einen Anspruch auf individuelle Versorgung mit Hilfsmitteln haben. Hier muss zwischen der Leistungspflicht der Krankenkassen und der des Pflegeheims abgegrenzt werden. Maßgebend ist, ob das Hilfsmittel für die Behandlungs- oder Grundpflege zum Einsatz kommt. Im Rahmen der Behandlungspflege ist grundsätzlich die Krankenkasse in der Leistungspflicht. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn das Hilfsmittel medizinisch notwendig sowie individuell für den einzelnen Versicherten angepasst ist und nur für ihn bestimmt und verwendet wird. Dagegen tragen die Pflegeheime die Kosten für Hilfsmittel, die für die Grundpflege benutzt werden. Die Abgrenzung kann jedoch nicht allgemeinverbindlich oder produktspezifisch vorgenommen werden, weswegen jeder einzelne Versorgungsfall individuell zu prüfen ist (BVMed, 2011).

1.3 Finanzierung der Homecare-Versorgung

Kostenträger für Homecare-Leistungen ist die GKV. Bei der Erstattung von Hilfsmitteln verhandeln die Homecare-Leistungserbringer mit den einzelnen Krankenkassen Vertragspreise im Rahmen von Verträgen nach § 127 SGB V. Für sechs Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses gelten bundesweite Festbeträge. Diese Festbeträge stellen eine Obergrenze für die Erstattung von Hilfsmitteln dar. Dies bedeutet, dass die Krankenkasse den jeweils verhandelten Vertragspreis maximal bis zur Höhe des Festbetrags übernimmt (Künstner, 2009). Wenn ein Produkt ausgewählt wird, dessen Preis den Festbetrag übersteigt, hat der Versicherte den Differenzbetrag als Eigenanteil selbst zu zahlen (BVMed, 2011).

Für Verbandmittel und Ernährungstherapeutika gibt es derzeit keine Festbeträge. Die Erstattungshöhe ergibt sich hier ausschließlich aus den individuellen Verträgen zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer (Künstner, 2009). Voraussetzungen für die Erstattung eines Hilfsmittels durch die GKV sind:

1. die Hilfsmittelleigenschaft nach dem Sozialgesetzbuch und
2. die Erforderlichkeit des Hilfsmittels im Einzelfall.

Die Hilfsmittelleigenschaft ergibt sich aus der Definition nach § 31 SGB XI. Grundlage bildet das Hilfsmittelverzeichnis (§ 139 SGB V), das von der Leistungspflicht der GKVen eingeschlossene Hilfsmittel beinhaltet und Mindeststandards für die Produkt- und Versorgungsqualität definiert. Das Verzeichnis dient Ärzten als Orientierungshilfe, ist jedoch keine verbindliche Positivliste.

Darüber hinaus ist die Erforderlichkeit des Hilfsmittels im Einzelfall zu prüfen. D.h., das Hilfsmittel muss geeignet und notwendig und im Vergleich zu anderen Hilfsmitteln wirtschaftlich sein, um die Behandlungsziele zu erreichen. Hierbei sind die individuellen Verhältnisse des Patienten wesentlich.

Die Krankenkasse prüft die Voraussetzungen und genehmigt die Erstattung der angeforderten Hilfsmittel auf Grundlage des durch den Leistungserbringer eingereichten Kostenvoranschlags. Kann die Krankenkasse in Einzelfällen nicht allein bewerten, ob sie die Erstattung genehmigt, schaltet sie den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung hinzu (BVMed, 2011).

Homecare-Dienstleistungen werden allein über die Erstattung der Produktkosten finanziert (BVMed, 2015a). Insbesondere in diesem Zusammenhang sind jedoch die kontinuierlich fallenden Vergütungspreise für die Produkte kritisch zu betrachten. Langfristig wird dies zu einer Veränderung der Qualität der begleitenden Dienstleistungen führen. Vor allem stellt sich die Frage, wie viel Dienstleistung sich künftig überhaupt noch erbringen lässt und ob alternative Wege der Finanzierung denkbar sind (Künstler, 2009).

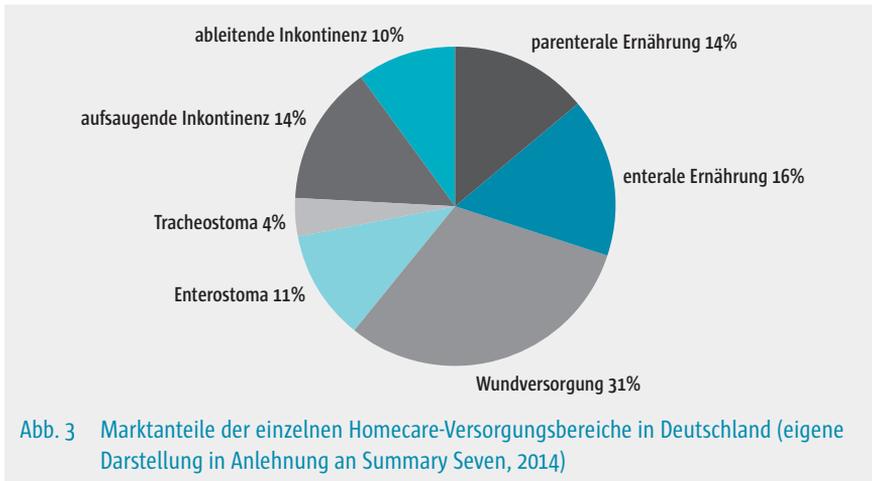
1.4 Der Homecare-Markt in Deutschland

Der Homecare-Markt gewinnt in Deutschland an Bedeutung. Waren im Jahr 2014 etwa sechs Millionen Menschen auf Homecare-Leistungen angewiesen, werden es bis zum Jahr 2030 Prognosen zufolge 9,3 Millionen Betroffene sein, was einem Anstieg von etwa 64% entspricht (BVMed, 2015a). Etwa die Hälfte der Betroffenen leidet derzeit unter chronischen Wunden. Ein Zehntel benötigt aufsaugende Inkontinenzprodukte und circa 8% werden mit medizinisch enteralen Ernährungsprodukten versorgt (BVMed, 2015a).

1.4.1 Wachstumsmarkt Homecare

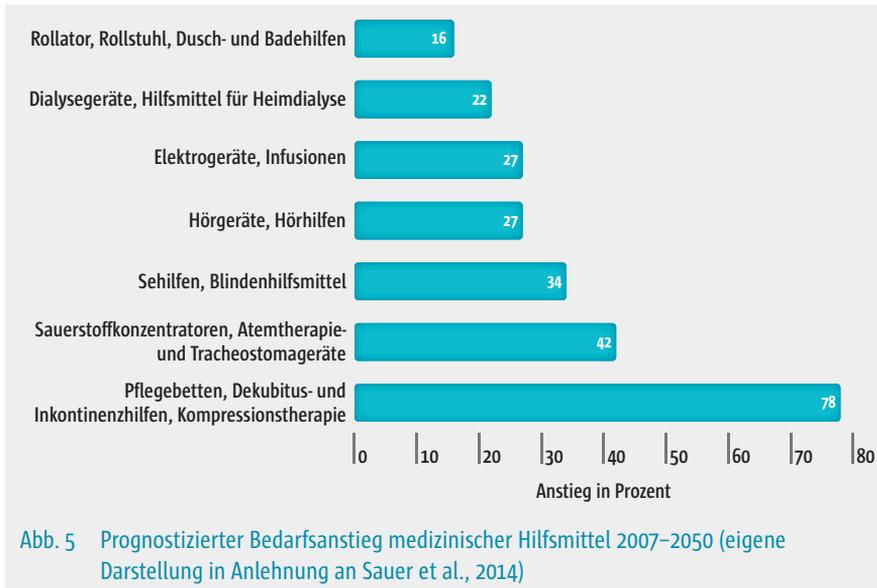
Die zunehmende Bedeutung von Homecare spiegelt sich auch im wachsenden Marktvolumen wider, das im Jahr 2013 weltweit bei circa 225 Milliarden US Dollar lag. Laut Schätzungen wird das Marktvolumen bis 2016 auf 295 Milliarden US Dollar ansteigen. Der EU-Markt für Homecare hatte im Jahr 2013 ein Volumen von 50 Milliarden US Dollar. Dies macht die EU zum zweitgrößten Markt mit einem Anteil von 23%. Dabei zählen vor allem Deutschland, Frankreich und Großbritannien zu den Ländern mit dem größten Homecare-Markt in der EU (ConAlliance, 2014).

In Deutschland wird der Homecare-Markt auf rund 2,5 Milliarden Euro (Erstattungspreise) geschätzt und nach Prognosen in den nächsten Jahren voraussichtlich um 3 bis 5% wachsen (Summary Seven, 2014). Den größten Anteil am Marktvolumen hat die Wundversorgung mit 31%, gefolgt von der enteralen Ernährung mit 16% (vgl. Abbildung 3).



Die Ausgabenanteile von Hilfsmitteln an den Gesamtausgaben der GKV bestätigen den Aufwärtstrend der Homecare-Branche. Zwar sind die Ausgabenanteile von Hilfsmitteln an den Gesamtausgaben mit knapp 4% relativ gering, so wachsen sie jedoch beständig. Im Jahr 2013 stiegen die Leistungsausgaben für Hilfsmittel auf 6,8 Milliarden Euro, was einem Zuwachs von mehr als 5% gegenüber dem Vorjahr entspricht. Bereits nach den ersten drei Quartalen 2014 zeigte sich erneut eine Erhöhung um 9,3% (BVMed, 2015). Seit 2007 ist ein Ausgabenanstieg von über 23% für Hilfsmittel (inklusive Hilfsmittel aus Apotheken) zu verzeichnen (vgl. Abbildung 4). Pro GKV-Versichertem gab die





GKV im Jahr 2013 97 Euro für Hilfsmittel (gegenüber knapp 93 Euro im Jahr 2012) aus (Rothgang et al., 2014; Sauer et al., 2014).

Durch treibende Faktoren wie insbesondere den erwarteten demografischen Entwicklungen, dem sich verändernden Morbiditätsspektrum sowie dem medizinisch-technischen Fortschritt wird auch in der GKV mit einem weiter steigenden Bedarf an Hilfsmitteln gerechnet – bei Zuwachsraten mit bis zu 78% (vgl. Abbildung 5).

Das künftige Wachstum ist so betrachtet jedoch in erheblichem Umfang von der Entwicklung der Erstattungspreise abhängig (Sauer et al., 2014). Gemäß Branchenprognosen wird der Versorgungsbereich der enteralen Ernährung – geprägt von Mengenausweitungen und Preisreduktionen – durchschnittlich um 4% jährlich sinken. Hingegen wird dem Bereich der Wundversorgung ein großes Wachstumspotential zugeschrieben, da die Erstattungspreise der Kassen für moderne Wundversorgungsprodukte kontinuierlich steigen und noch etwa zwei Drittel der Patienten klassisch versorgt werden (Summary Seven, 2014).

1.4.2 Wachstumstreibende Faktoren

Veränderung des Alters- und Krankheitsspektrums

Ein langes Leben wird immer häufiger zur gesellschaftlichen Realität. Während im Jahr 2012 noch circa 20,5 Millionen Menschen in Deutschland über

60 Jahre alt waren, werden es im Jahr 2050 schon mehr als 25 Millionen und somit etwa 38% der Gesamtbevölkerung sein. Besonders deutlich zeigt sich die Alterung in der Anzahl der Hochbetagten. So wuchs die Gruppe der 85- bis 90-Jährigen im Zeitraum von 1952 bis 2008 um etwa 795%, die der über 90-Jährigen sogar um 1.860% (Schaeffer & Kuhlmeier, 2012).

Für den Homecare-Markt ist in diesem Zusammenhang interessant, dass die Versorgung von Versicherten mit Hilfsmitteln fast linear mit dem Alter zusammenhängt. Mit Ausnahme der Altersgruppen bis unter 20 Jahren steigt der Anteil derer mit Bedarf an Hilfsmitteln mit dem Alter von 10% auf 69% (vgl. Abbildung 6) (Sauer et al., 2014).

Auch wenn die Frage, ob die steigende Lebenserwartung mit einem Mehr an gesunden oder an kranken Lebensjahren verbunden sein wird, nach wie vor zur Diskussion steht, steigt zumindest die Wahrscheinlichkeit von Krankheit und Beeinträchtigung im hohen Alter zweifelsfrei. Dabei ändert sich im Zuge des Altersstrukturwandels auch das Krankheitsspektrum. Chronische Erkrankungen machen heute rund 46% der gesamten weltweiten Krankheitslast aus (Schaeffer & Kuhlmeier, 2012). Ab einem Alter von 65 Jahren weisen mehr als die Hälfte aller Menschen mindestens eine chronische Erkrankung auf (Nowossadeck, 2012). Dieser zunehmende Trend der chronischen Erkrankungen wird sich künftig auch weiter fortsetzen (vgl. Abbildung 7).

Neben chronischen Erkrankungen steigt mit dem Alter auch die Wahrscheinlichkeit von Multimorbidität sowie Pflegebedürftigkeit. Diese Korrelation zeigt eindrücklich die Notwendigkeit neuer Versorgungskonzepte im Gesundheitswesen, die den künftigen Entwicklungen entgegen kommen.

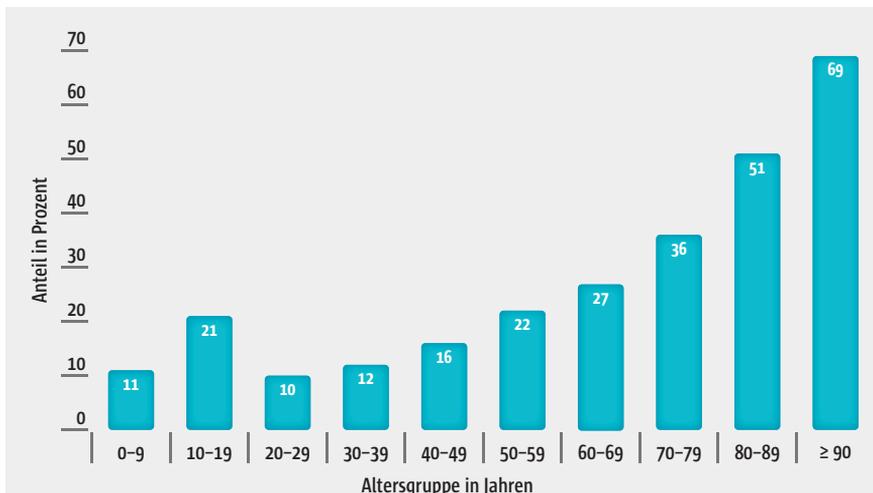
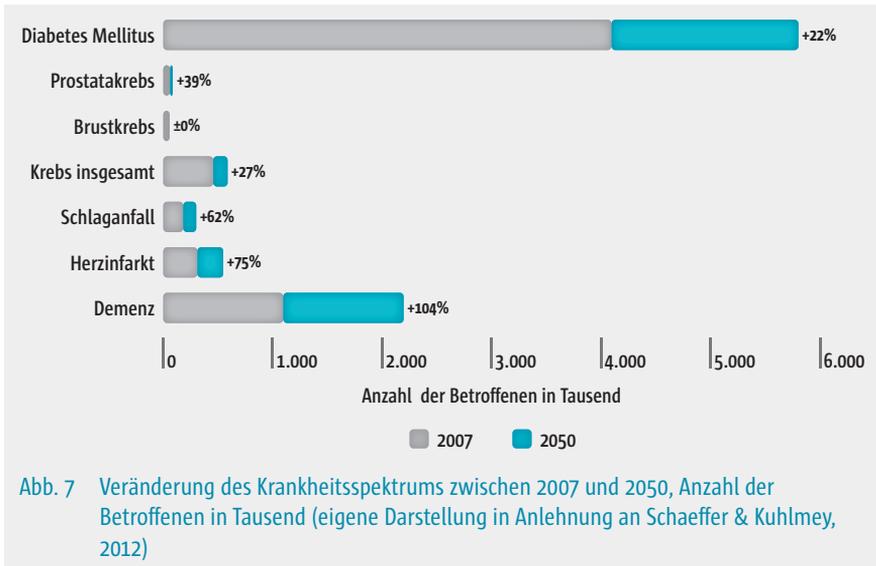


Abb. 6 Anteil Versicherte nach Alter mit Hilfsmittelverordnungen im Jahr 2013 (eigene Darstellung in Anlehnung an Sauer et al., 2014)

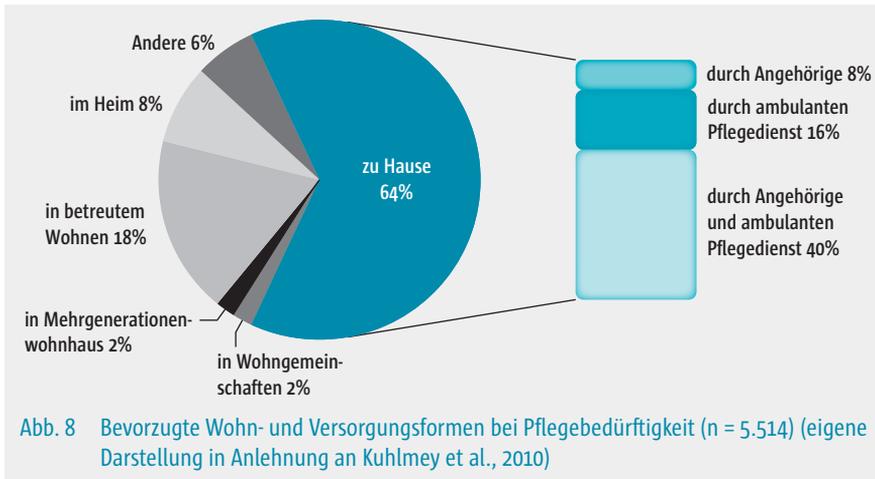


Dies betrifft insbesondere auch den Homecare-Bereich, da gerade chronisch kranke, multimorbide Pflegebedürftige einen wachsenden Bedarf an Homecare haben.

Technischer Fortschritt und das Zuhause als Gesundheitsstandort

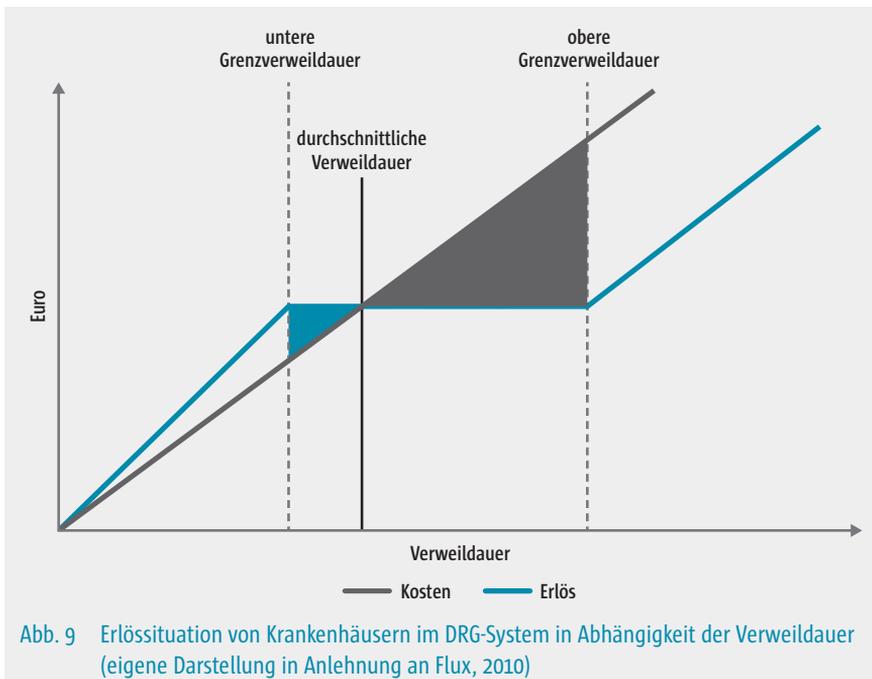
Mit der Zunahme an Lebensjahren, die mit gesundheitlicher Einschränkung oder Pflegebedürftigkeit verbracht werden, steigt auch der Wunsch nach einem möglichst langen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit. Einer Studie im Jahr 2010 zufolge wünschen sich 40% der befragten Männer und Frauen die Pflege durch Angehörige und ambulante Pflegedienste. Insgesamt bevorzugen 64% aller Befragten eine Versorgung in der eigenen Häuslichkeit durch Angehörige und ambulante Pflegedienste (vgl. Abbildung 8).

Auch hier ist ein steigender Trend in den kommenden Jahren anzunehmen. Das Zuhause wird somit mehr und mehr zum Gesundheitsstandort. Möglich wird dies im Wesentlichen durch den medizinisch-technischen Fortschritt, der die Struktur und Art der ärztlichen Leistungserbringung zum Teil grundlegend verändert. So ermöglichen neue Therapieverfahren, dass Patienten frühzeitiger aus dem Krankenhaus entlassen und im Rahmen der Homecare-Versorgung weitertherapiert werden können. Sowohl vereinfachte als auch völlig neue Therapieformen sind heutzutage im ambulanten, häuslichen Bereich möglich (Reibnitz, 2009). Beispielsweise können heute Patienten in ihrem Zuhause beatmet werden oder eine künstliche Ernährung erhalten.



DRG-Erlöslogik führt zu kürzeren stationären Verweildauern

Der Trend zur „Ambulantisierung“ der Versorgung setzte bereits mit der Einführung des DRG-Entgeltsystems im stationären Sektor ein. Wie Abbildung 9 verdeutlicht, ergibt sich nur beim Unterschreiten der durchschnittlichen Verweildauer ein positiver Deckungsbeitrag für das Krankenhaus. Sobald



ein Patient länger als der Durchschnitt stationär versorgt wird, übersteigen die Kosten den durch Abschläge reduzierten DRG-Erlös.

Krankenhäuser sehen sich nach der DRG-Logik somit veranlasst, die Verweildauer von Patienten weitestgehend zu reduzieren. Dies zeigt sich auch bedeutend in den Statistiken seit Einführung des DRG-Systems. In den Jahren 2000 bis 2012 sank die durchschnittliche Verweildauer von 9,7 Tage auf 7,6 Tage, ohne dass die Patienten zwangsläufig schneller vollständig genesen wären (Schelchase, 2007, 2014). Patienten werden demnach in einem früheren Genesungsstadium entlassen und sind zurück in der eigenen Häuslichkeit zumeist auf sich gestellt und mit der veränderten Situation überfordert. Die Wahrscheinlichkeit einer Wiedereinweisung des Patienten ins Krankenhaus innerhalb kurzer Zeit ist nicht zu unterschätzen. Eine adäquate medizinische Nachsorge hingegen könnte einer Wiedereinweisung vorbeugen. Homecare ermöglicht in diesem Zusammenhang die Versorgung des Patienten mit indikationsgerechten Produkten, berät, koordiniert und gibt Anleitung zur Selbsthilfe.

Die hier dargestellten treibenden Faktoren lassen das Wachstumspotential der Homecare-Branche mehr als nur erahnen. Angesichts des zu erwartenden Bedarfszuwachses an ambulanter, häuslicher Betreuung kann Homecare in Zukunft eine vollkommen neue Bedeutung zugesprochen werden.

1.4.3 Unternehmensstrukturen im Homecare-Bereich

Der Hilfsmittelmarkt wird für Hersteller und Anbieter stetig lukrativer. Entwicklungen in diesem Bereich sind technisch hoch differenziert und innovativ (Sauer et al., 2014). Entsprechend haben sich die Unternehmensstrukturen im Homecare-Markt in den letzten Jahren deutlich verändert.

Während lokale Fachhändler mit einem Schwerpunkt auf Homecare anfangs den Markt dominierten, sind heute zunehmend Unternehmen ausschließlich auf Homecare spezialisiert (Summary Seven, 2014). Circa 30% des gesamten Markts werden von fünf überregional tätigen Anbietern abgedeckt. Neben diesen großen Homecare-Spezialisten gibt es circa 100 regional fokussierte Homecare-Anbieter sowie weitere 500 Sanitätsfachhändler mit einer eigenen Homecare-Fachabteilung, die ebenfalls zusammen einen Marktanteil von circa 30% ausmachen. Der restliche Markt verteilt sich auf Apotheken und Sanitätsfachhändler ohne Homecare-Angebot, die in den letzten fünf Jahren an die Homecare-Spezialisten abgegeben haben, deren Umsatzzahlen zeitgleich kontinuierlich stiegen. Tendenziell wird sich der Markt durch Fusionen und Übernahmen weiter verdichten, sodass wenige große Homecare-Anbieter marktbeherrschend bleiben.

Einige dieser Homecare-Spezialisten beteiligen sich vermehrt auch direkt an der Patientenversorgung. Sie bilden eigene Mitarbeiter, sog. Case-Manager, für die Homecare-Versorgung aus. Sie übernehmen nicht nur die Produktver-

sorgung sondern ebenfalls Behandlungsleistungen (Harbord, 2009). Zudem koordinieren und dokumentieren sie den Behandlungsablauf und weisen den Patienten in die Geräte und Hilfsmittel ein (Harbord, 2009).

1.5 Homecare als Versorgungsherausforderung

1.5.1 Homecare als Spezialisierung

Nicht nur, aber gerade auch im Homecare-Bereich stellt sich die Frage, wie viel Spezialisierung es in der Medizin bedarf. Während eine generalistische angelegte Herangehensweise den Vorteil bringt, den Patienten im Gesamtbild seiner körperlichen Konstitution zu betrachten, ermöglicht Spezialisierung eine indikationsspezifisch differenzierte und kompetente Betreuung. Der Spezialist hat dann den Vorteil über eine große Menge an Fällen in seinem Spezialgebiet einen entsprechenden Erfahrungsschatz aufzubauen und von Lernkurveneffekten zu profitieren.

Die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Menge und Qualität besteht bereits seit längerem in der Gesundheitsversorgung. Dahinter stellt sich die These auf, dass Ärzte und Krankenhäuser mit größerem Behandlungsvolumen an bestimmten Eingriffen oder Prozeduren bessere Ergebnisse in diesem Bereich erzielen als andere.

In Deutschland hat die Qualitäts-Mengen-Debatte über die Mindestmengenregelung nach § 137 SGB V Eingang in die Gesundheitsversorgung gefunden. Mindestmengen wurden erstmals im Jahre 2003 für Leber-, Nieren- und Stammzellentransplantation sowie für Ösophagus- und Pankreaseingriffe vereinbart (Velasco-Garrido & Busse, 2004). Der Katalog wird kontinuierlich um zusätzliche Indikationen erweitert (IQWiG, 2006).

Die Empirie zeigt, dass es insbesondere im operativen Bereich für hochrisiko-reiche, aber seltene Prozeduren Unterschiede in den Patienten-Outcomes in Abhängigkeit der erbrachten Menge gibt, speziell in Bezug auf die postoperative Mortalität (Pietsch et al., 2013).

Im Homecare-Bereich besteht bislang keine Evidenz über die Relevanz von Mindestmengen für eine qualitativ hochwertige Versorgung. Allerdings gehören die komplexen Krankheitsbilder der Homecare-Patienten nicht zwangsläufig zum typischen Patientenprofil einer Hausarztpraxis und machen meist nur einen kleinen Prozentteil aus (Nielandt, 2009). Daneben ist das Angebot an Hilfsmitteln und anderen Homecare-Produkten sehr heterogen und umfassend. Auf dem deutschen Markt sind allein mehr als 30.000 Hilfsmittel verfügbar. Eine adäquate Homecare-Versorgung setzt demnach den Einsatz von spezifischem Fachpersonal voraus, das in den typischen Homecare-Therapien, die in den Curricula der Grundausbildungen nicht bzw. unvollständig integriert sind, geschult wird (Nussbaumer, 2009).

1.5.2 Der idealtypische Homecare-Versorgungsprozess

Im idealtypischen Homecare-Versorgungsprozess steht der Homecare-Dienstleister dem Patienten und dessen Angehörigen als Hilfsmittelspezialist und Dienstleister zur Seite (vgl. Abbildung 10). Er koordiniert das qualitätsgesicherte Überleit- und Entlassmanagement aus dem Krankenhaus in den ambulanten Bereich und ist Therapiespezialist zur Sicherstellung der ambulanten Therapie und Vermeidung von Komplikationen sowie Rehospitalisierungen (Döring, 2014).

Die ambulante Weiterbehandlung beginnt in der Regel mit einem vom niedergelassenen Arzt ausgestellten Rezept. Ärzte verordnen dabei nur die Produktart. Der Homecare-Fachhandel (z.B. Sanitätshaus) wählt das Einzelprodukt aus und trägt damit auch die Verantwortung für die Auswahl und Abgabe des wirtschaftlich günstigsten Hilfsmittels (BVMed, 2011).

Am häufigsten entsteht der Homecare-Versorgungsbedarf bei Patienten, die nach einem Krankenhausaufenthalt aus der Klinik entlassen werden. Der koordinierte Übergang des Patienten in den ambulanten Versorgungssektor ist von entscheidender Bedeutung für den weiteren Genesungsverlauf und erfordert ein entsprechendes Überleit- und Entlassmanagement von Seiten der Klinik. Dazu meldet die Klinik den Patienten rechtzeitig vor Entlassung und plant gemeinsam mit dem Homecare-Unternehmen die unmittelbare poststationäre Versorgung. Das Homecare-Unternehmen stellt einen spezialisierten Ansprechpartner, der sich mit dem Entlassmanagement, dem Sozialdienst, den Klinikärzten und den Pflegemitarbeitern abstimmt. Er klärt den Patienten und die Angehörigen noch während des Klinikaufenthaltes über den weiteren Verlauf der Therapie auf und stellt Kontakt zum ambulant weiterbehandelnden Arzt sowie der weiterversorgenden Pflegeeinrichtung bzw. dem ambulanten Pflegedienst her. Gleichzeitig dokumentiert

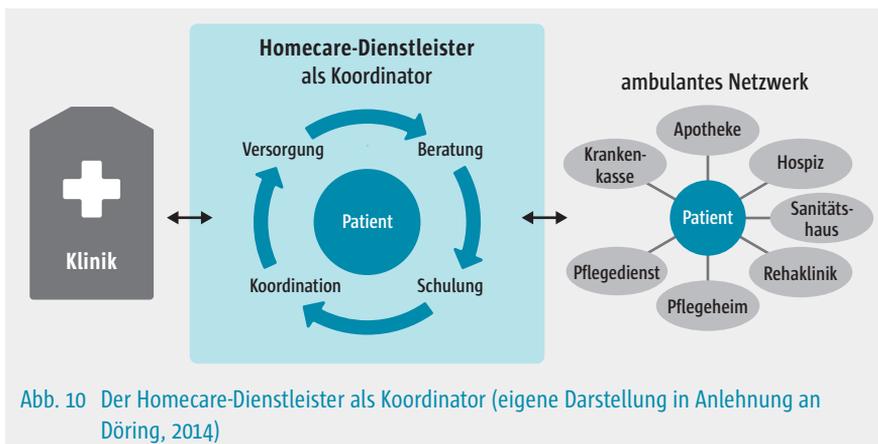


Abb. 10 Der Homecare-Dienstleister als Koordinator (eigene Darstellung in Anlehnung an Döring, 2014)

der Homecare-Manager alle notwendigen Daten und pflegerischen Informationen zu Diagnosen, Behandlungen und Weiterbehandlungsvorschlägen.

Die Qualifikation des Homecare-Managers ermöglicht es ihm, die Produkte herstellerunabhängig sowie sinnvoll auszuwählen und kann dabei auch das Wirtschaftlichkeitsgebot des Hausarztes berücksichtigen. Der Homecare-Manager leitet rechtzeitig alle administrativ erforderlichen Vorkehrungen (insbesondere ärztliche Verordnungen) ein, um die Kostenübernahme der Krankenkasse zu klären und die notwendigen Hilfsmittel rechtzeitig zum Zeitpunkt der Entlassung vor Ort beim Patienten zu haben.

Vor Ort im Pflegeumfeld des Patienten weist der Homecare-Manager Pflege-mitarbeiter, Patienten sowie Angehörigen in die Anwendung der Produkte ein und steht als Experte jederzeit als Ansprechpartner zur Verfügung. Er führt regelmäßige Therapievisiten durch und dokumentiert Verlauf sowie Fortschritt der Versorgung für den behandelnden Arzt und die Krankenkasse. Er ist Ansprechpartner bei Versorgungsproblemen und Therapieumstellungen und bindet vorhandene Netzwerke (Logopäden, Seelsorge etc.) ein. Alle beteiligten Leistungserbringer können auf die relevanten Informationen über Behandlungsverlauf, verursachte Kosten und Qualität der Behandlungspflege mittels einer elektronischen Fallakte zugreifen. Die fallbezogene Dokumentation erlaubt auch eine gemeinschaftliche Evaluation der Versorgungsqualität.

1.5.3 Herausforderungen einer bedarfsgerechten Homecare-Versorgung

Den idealtypischen Versorgungsprozess findet man in der Praxis nur selten vor. Es fehlen einheitliche Versorgungsstrukturen, Qualitätsvorgaben und Qualitätskontrollen. Zudem ist der Homecare-Versorgungsprozess durch eine Vielzahl an beteiligten Stakeholdern gekennzeichnet, die alle unterschiedlichen Regelungsbereichen und Versorgungslogiken unterliegen und auf ein sehr heterogenes Feld an Unternehmensstrukturen im Home-care-Markt treffen. Durch eine fehlende Definition und Kontrolle der Produkt- und Dienstleistungsqualität hat jedes Unternehmen sein eigenes Verständnis vom optimalen Versorgungsprozess. Die Versorgung erfolgt zudem überwiegend produkt- und einzeltherapieorientiert. Die verschiedenen Qualitätsstandards führen zu unterschiedlichen Versorgungsniveaus, die eine flächendeckende sowie qualitätsgesicherte Homecare-Versorgung infrage stellen (Döring, 2014).

In der Konsequenz kommt es insbesondere an den Schnittstellen der einzelnen Leistungssektoren (vgl. Abbildung 11) immer wieder zu Versorgungsbrüchen aufgrund von Koordinations- und Kommunikationsdefiziten.

Schnittstelle Krankenhaus: Der koordinierte Übergang des Patienten in den ambulanten Versorgungssektor ist von entscheidender Bedeutung für den weiteren



Abb. 11 Beteiligte Akteure und Schnittstellen in der Homecare-Versorgung

Genesungsverlauf und erfordert ein entsprechendes Überleit- und Entlassmanagement aufseiten der Klinik. Der Expertenstandard „Entlassmanagement“ ist bislang jedoch nur unzureichend in der Praxis umgesetzt. Die Kliniken definieren vorrangig individuelle Vorgaben, wodurch die notwendige Abstimmung mit den ambulanten Versorgungspartnern bei der Entlassung häufig nur unzureichend bzw. erst nach der Entlassung erfolgt (Döring, 2014). Zwar gibt es Überleitungsberichte, die den reibungslosen Übergang des Patienten ermöglichen sollen. In der Realität zeigt sich jedoch, dass die darin enthaltenen Informationen oftmals nicht aktuell bzw. unvollständig sind. Verordnungen werden unzureichend bzw. uneinheitlich ausgestellt und der Verlegungszeitpunkt ist im Vorfeld häufig unklar oder wird kurzfristig verschoben – nicht selten eher aus Erlös- und Bettenauslastungsgründen als aufgrund des Zustands des Patienten (Grap, 2014).

Schnittstelle weiterbehandelnder Arzt und Therapeuten: Patienten werden häufig vor dem Wochenende entlassen, wobei dann kein weiterbehandelnder Arzt unmittelbar für den Patienten zur Verfügung steht. Eine Institution der Rufbereitschaft fehlt in diesem Fall. Auch in Bezug auf sonstige weiterbehandelnde Therapeuten mangelt es eindeutig an verantwortlichen Ansprechpartnern für die Patienten (Grap, 2014).

Schnittstelle Hilfsmittellieferant: Die Hilfsmittelbedarfsfeststellung orientiert sich bislang vorrangig an der einzelnen Produktversorgung und weniger am gesamten Versorgungsprozess. Gerade bei chronisch erkrankten und multimorbiden Patienten ist jedoch eine ganzheitliche Betrachtung und Versorgung des Patienten entscheidend. Zudem wird der Bedarf teilweise unvollständig erfasst und erfolgt häufig zu spät, sodass der Patient zum Zeitpunkt

der Entlassung noch nicht ausreichend mit den notwendigen Produkten versorgt ist (Döring, 2014).

Versorger werden oftmals schon im Vorfeld der Entlassung beauftragt, sodass Patienten ihr Wahlrecht nur eingeschränkt wahrnehmen können. Da es aber gleichzeitig auch an einer umfassenden Aufklärung im Vorfeld der Homecare-Therapie mangelt, sind Patienten und Angehörige oftmals ohnehin mit der Entscheidungsfindung überfordert (Grap, 2014).

Schnittstelle Krankenkasse: Durch den häufig ungewissen Termin besteht bei der Entlassung meist noch keine Kostenzusage der Krankenkasse für die ambulante Weiterversorgung mit Hilfsmitteln. Der hohe bürokratische Aufwand führt zur weiteren Verzögerung bei der Prüfung der Verordnungen, insbesondere bei Unklarheiten durch unvollständige oder uneinheitliche Verordnungspraktiken der Krankenhäuser. Teilweise müssen Verordnungen gegenüber der Krankenkasse gerechtfertigt werden, was bei einer unzureichenden Dokumentation der zugrunde liegenden Diagnosen und Begründungen schwierig ist. Dabei gehen Homecare-Unternehmen zumeist in Vorleistung, um die Zeit bis zur Kostenzusage zu überbrücken. Für Patienten und Angehörige stellt die Ungewissheit durch die zeitlichen Verzögerungen eine zusätzliche Belastung dar (Grap, 2014).

1.5.4 Perspektiven für die Homecare-Versorgung

Für künftige Versorgungsnetzwerke wird die Prozessqualität und damit vor allem die Dienstleistungsqualität an Bedeutung gewinnen. Dabei werden Vergütungsregelungen neben Produkt- und Dienstleistung auch den Nutzen für den Gesamtversorgungsprozess berücksichtigen, wodurch indikationsorientierte Ansätze an Bedeutung gewinnen. Hierfür benötigt Homecare jedoch vermehrt Fachkräfte, die als Case-Manager den Patienten durch Versorgung begleiten (Döring, 2014).

Die Vernetzung zwischen den Versorgungspartnern – auch digital – wird zunehmen im Zuge eines Wettbewerbs um die erreichte Ergebnisqualität im Gesamtversorgungsprozess werden. Erfolgsentscheidend scheint dabei die Erfüllung der unterschiedlichen Kundenbedürfnisse (Patient, Arzt, Krankenhaus), klare Aufgabenzuweisungen im Versorgungsnetzwerk, Qualitätssicherung durch ambulante Behandlungspfade sowie die Dokumentation, Messbarkeit und Kontrolle der Ergebnisqualität (Döring, 2014).

2 Zusammenarbeit und Kooperation in der Homecare-Versorgung

Die Homecare-Versorgung ist durch einen hohen Grad an Spezialisierung geprägt. Je höher jedoch der Grad der Spezialisierung einzelner Berufsgruppen, desto mehr wird dadurch die Versorgungslandschaft fragmentiert. Hinzu kommt, dass neben den versorgenden Leistungserbringern (Arzt, Klinik, Rehabilitationseinrichtung, ambulante Pflege und Pflegeheim) auch pflegende Angehörige sowie Kostenträger beteiligt sind. Es entstehen Schnittstellen zwischen allen Beteiligten, die unterschiedlichen Regelungsbereichen und Versorgungslogiken unterliegen (SVR, 2007).

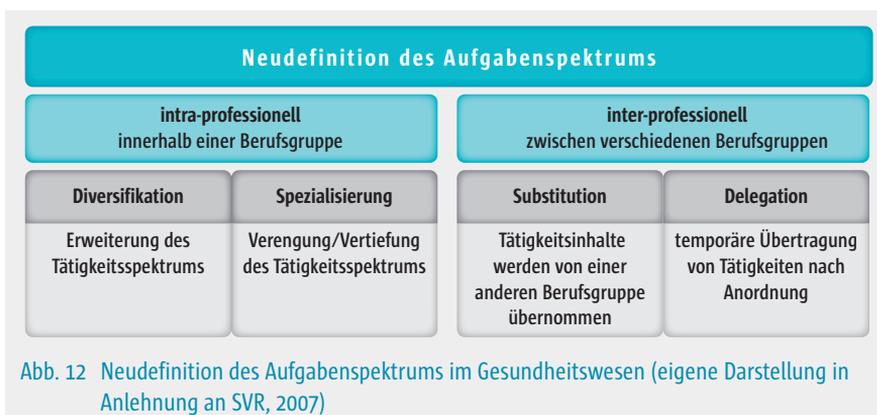
Die Herausforderung liegt darin, die Vielzahl der im Versorgungsprozess Mitwirkenden zu koordinieren. An den Schnittstellen kommt es immer wieder zu Kommunikations- und Koordinationsproblemen, die zu Versorgungsbrüchen für den Patienten führen. In einer solch segmentierten Versorgungslandschaft braucht es daher generalistisch ausgerichtete Berufsgruppen, die eine Lotsenfunktion im Sinne eines Case-Managers für den Patienten, aber auch für die betroffenen Leistungserbringer erfüllen (SVR, 2007). Homecare-Unternehmen haben das Potential, den Versorgungsprozess des Patienten als Case-Manager zu koordinieren und die Aktivitäten aller Beteiligten zusammenzuführen und aufeinander abzustimmen. Die professionelle Umsetzung dessen bedarf jedoch einer genaueren Analyse der Ausgestaltung und Bedingungen der Zusammenarbeit. Aufgabenbereiche und Verantwortlichkeiten sind haftungssicher zu definieren.

2.1 Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

Mit der Einführung verschiedener neuer Versorgungsformen, wie beispielsweise der Integrierten Versorgung, den Disease Management Programmen oder der Entwicklung Medizinischer Versorgungszentren versucht der Gesetzgeber bereits seit mehreren Jahren strukturelle Vielfalt im Gesundheitswesen zu stärken. In der Annahme, dass sich die Gesundheitsversorgung auch künftig weiter in Richtung eines kooperativen Systems entwickeln wird, das gekennzeichnet ist durch eine verstärkte Zusammenarbeit in Teams, einer Orientierung an Prozessen und Qualität sowie einer Ausrichtung auf den Patienten, müssen sich die Prozesse der Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen verändern, Kooperationsbeziehungen gestaltet und Arbeitsaufgaben entsprechend neu definiert werden (SVR, 2007).

Professionelle Zusammenarbeit setzt eine eindeutige Definition und Abgrenzung der jeweiligen Aufgabenbereiche voraus (vgl. Abbildung 12). Innerhalb einer Berufsgruppe kann das Aufgabenspektrum im Sinne einer Diversifikation oder Spezialisierung neu definiert werden. Wenn das Aufgabengebiet einer Arztgruppe beispielsweise durch modernere Technologien oder Behandlungsverfahren ausgeweitet wird, spricht man von einer Diversifikation. Im Gegensatz dazu zielt eine Spezialisierung auf die Konzentration und damit Verdichtung eines Teilgebietes des bisherigen Aufgabenspektrums ab. Die Spezialisierung erfordert in der Regel zusätzliche Kenntnisse oder Fertigkeiten, die über spezielle Schulungen erworben werden.

Unter Substitution versteht sich die vollständige Übernahme bestimmter Tätigkeitsfelder einer Berufsgruppe durch eine andere. Aufgaben können dabei horizontal bei gleichwertigem Ausbildungsniveau, wie etwa zwischen Facharztgruppen, oder vertikal bei ungleichem Ausbildungsgrad, z.B. an nicht-ärztliches Personal verschoben werden. Im Vergleich dazu beschränkt sich eine Delegation von Aufgaben auf eine temporär angeordnete Übertragung von beruflichen Tätigkeiten (SVR, 2007).



Substitution und Delegation setzen Schnittmengen zwischen den Kompetenzen zweier Berufsgruppen voraus. Unterliegen hingegen einzelne Tätigkeiten einem Vorbehalt, dürfen diese ausschließlich von der ihr zugewiesenen Berufsgruppe ausgeführt werden. Weitreichende Tätigkeitsvorbehalte sind jedoch eher kontraproduktiv für eine flexible Zusammenarbeit. Bei einer Neudefinition der Aufgabenfelder bietet es sich daher an, die Kernkompetenzen einer Berufsgruppe zu hinterfragen und zu diskutieren. Sie dienen der Identitätsbildung für die Profession und legen die Verantwortlichkeiten fest. Aufgabengebiete, die hingegen von mehreren Gesundheitsberufen abgedeckt werden können – wie z.B. Case-Management oder Prävention – können als sogenannte Poolkompetenzen beschrieben werden. Diese meist interdisziplinären Aufgaben sollten mit Blick auf ein kooperatives und flexibles Versorgungssystem zwingend nicht nur *einer* Berufsgruppe zugeteilt werden.

2.2 Erfahrungen Beteiligter mit interprofessioneller Zusammenarbeit

Die Erfahrungen und Ansichten von Ärzten, Praxisassistenten, Pflegekräften oder auch Patienten und Angehörigen hinsichtlich der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Homecare-Versorgung, sind zahlreich untersucht.

Sowohl Ärzte als auch Pflegekräfte beurteilen interprofessionelle Zusammenarbeit als grundlegend positiv und wertvoll für die eigene Arbeit sowie für die Patienten (Bussche et al., 2013). Trotz der wahrgenommenen Möglichkeiten besteht jedoch erhebliches Verbesserungspotential hinsichtlich einer gezielten und abgestimmten interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen ambulanten Pflegediensten, behandelnden Ärzten und weiteren Beteiligten. So bewerteten Hausärzte in einer Studie von Osterbrink et al. (2013) die Qualität der Zusammenarbeit mit Pflegenden der ambulanten Pflegedienste mit einer Note von 2,7 und die Zusammenarbeit mit Mitarbeitern des Palliativnetzwerks mit 1,7.

Trotz der Vielzahl der Studien ergibt sich ein recht einheitliches Bild über die Erfolgsfaktoren einer funktionierenden interprofessionellen Zusammenarbeit und damit auch Delegation. Ein aktueller Review von Niezen und Mathijssen (2014) aus den Niederlanden identifiziert vier Kategorien für fördernde und hemmende Faktoren:

1. Wissen und Fähigkeiten
2. professionelle Grenzen
3. organisatorische Umgebung
4. institutionelle Umgebung

Als wichtigster Faktor für eine funktionierende interprofessionelle Zusammenarbeit wird insbesondere von Ärzten die Fachkompetenz des beteiligten

Personals genannt (Niezen & Mathijssen, 2014; Pype et al., 2013). Gleichzeitig setzt eine erfolgreiche Zusammenarbeit gegenseitiges Vertrauen und eine eindeutige Definition der Rollen, Aufgaben und Verantwortung voraus. Häufig sind die Beziehungen jedoch von einem hierarchischen Gefälle geprägt. Kooperation und Teamwork sollten in die Ausbildung von Ärzten und Pflegekräften integriert werden, um die Arbeitsweisen und Denklagen der jeweils anderen Berufsgruppen zu vermitteln.

Pflegende wirken häufig als Vermittler zwischen dem Hausarzt und dem Patienten. Auch wenn die Patienten den Hausarzt als primären Ansprechpartner in Bezug auf die Versorgung sehen, sind die Pflegekräfte für den Patienten der direkte Ansprechpartner, da sie wöchentlich bis mehrmals täglich mit ihm in Kontakt und somit regelmäßig über seinen Zustand informiert sind. Etwa die Hälfte der Pflegekräfte gibt an, dass sie bei der Versorgung des Patienten einen Handlungsspielraum haben (Osterbrink et al., 2013). Umso wichtiger ist es, dass Klarheit über die Ziele der Versorgung und die Verantwortungsbereiche der Einzelnen, z.B. im Rahmen von Teamvereinbarungen besteht (Pype et al., 2013). Close et al. (2013) verglichen die Erfahrungen von herzkranken Patienten, die auf Grundlage eines speziellen Managementplans von „Herzschwäche“-Krankenschwestern versorgt wurden mit denen von Patienten der Regelversorgung. Auch hier zeigte sich, dass die Verantwortungsbereiche in der Regelversorgung nicht eindeutig geregelt sind. Ärzte und Pflegende gingen oftmals davon aus, dass die Entscheidung, die Versorgung und die Koordination Aufgabe des jeweils anderen sei.

Auch die organisatorische Umgebung kann eine erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit und Delegation wesentlich fördern, indem sie insbesondere eine funktionierende Kommunikation unterstützt, z.B. durch eine gemeinsame Dokumentation und interdisziplinäre Fallbesprechungen. Neben erheblichen Unstimmigkeiten beim Übergang vom stationären in den ambulanten Bereich hindern ähnliche Barrieren auch die interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Pflegediensten (Busche et al., 2013; Götze et al., 2010). Obwohl die Gestaltung der Kommunikation für die Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten unerlässlich ist, wird diese Kommunikation meist individuell geregelt. Nur knapp die Hälfte der Hausärzte nutzt eine gemeinsame Dokumentation, obwohl mehr als die Hälfte beider Berufsgruppen eine für die Zusammenarbeit unzureichende Dokumentation bemängelten. Unterschiedliche Informationsstände zwischen Hausärzten und Pflegenden führen häufig zu Missverständnissen (Osterbrink et al., 2013).

Darüber hinaus haben die institutionellen Rahmenbedingungen entscheidenden Einfluss auf die interprofessionelle Zusammenarbeit. Darunter fällt auch die Gesetzgebung, die eine Barriere für eine Neuverteilung von Verantwortungsbereichen insbesondere bei nicht eindeutig geklärten Haftungsfragen darstellt (Niezen & Mathijssen, 2014).

Exkurs – neue Ansätze der interdisziplinären Homecare-Versorgung

International werden im Zuge des erwarteten Personalmangels in der Pflege auch alternative Ansätze der interdisziplinären Zusammenarbeit im Homecare-Bereich diskutiert und erprobt. So werden in den USA beispielsweise Physiotherapeuten in die Wundversorgungsteams integriert (Abeln & Pitassi 2012). Bei einer entsprechenden Qualifikation kann der Physiotherapeut Wundpatienten dabei unterstützen, Druckentlastungskissen richtig zu positionieren sowie über ein Fitnessprogramm für zu Hause Zirkulation, Kraft, Mobilität sowie Gleichgewicht zu verbessern und Ödeme vorzubeugen. Die Wundheilung kann damit entscheidend begünstigt werden. Aber auch hier stellten sich als entscheidende Erfolgsfaktoren für die interdisziplinäre Wundversorgung die Qualifikation des Personals sowie Teamwork und effektive Kommunikation heraus.

2.3 Die Rolle des Hausarztes in der Homecare-Versorgung

Historisch gewachsen, kommt dem Arzt im deutschen Gesundheitswesen eine überaus zentrale und starke Position in der Patientenversorgung zu (SVR, 2007). Mit dem Gesetz über das Kassenarztrecht 1955 erhielt die Profession des Arztes durch die Schaffung der Kassenärztlichen Vereinigung als Körperschaft des öffentlichen Rechts eine institutionalisierte Interessenvertretung mit Selbstverwaltungsrecht. Über die zeitgleiche Bildung des Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen erhielten die Ärzte zudem die Befugnis, gemeinschaftlich mit den Kassen Richtlinien über die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln zu erstellen. Die Heilmittelleistungserbringer sind demnach von der Definition des Umfangs und Inhalts einer in der GKV ausreichend und zweckmäßigen Leistung ausgenommen. Ebenso erfolgt eine Planung des Bedarfs an Leistungserbringern bislang lediglich für Vertragsärzte (neben der Krankenhausplanung). Mit der Definition des ärztlichen Verschreibungsmonopols im SGB V wird den Ärzten auch die zentrale Position im Versorgungsgeschehen eingeräumt. Hilfeleistungen anderer Personen dürfen demnach nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt angeordnet wurden und von ihm verantwortet werden (§ 15 Abs. 1 SGB V).

Homecare steht für eine ärztliche Behandlung eines Patienten im außerklinischen Bereich. Nach der Klinikentlassung muss die dort begonnene Behandlung vom niedergelassenen Arzt neu veranlasst und verordnet werden, um die Weiterbehandlungen und den therapeutischen Erfolg zu gewährleisten. Somit unterliegen die meisten Homecare-Versorgungsleistungen dem Arztvorbehalt bzw. der ärztlichen Verordnung, wodurch der Arzt auch hier eine Schlüsselfunktion einnimmt (Schanz, 2009).

Nicht-ärztliche Gesundheitsberufe stehen dem weit hinten an, weder wird ihr Bedarf geplant, noch haben sie das Anrecht auf eine institutionalisierte Interessensvertretung. In anderen Ländern, insbesondere Großbritannien

oder den USA, sind die nicht-ärztlichen Professionen hingegen wesentlich stärker organisiert. Auch bei der Umsetzung von neuen Versorgungsformen sind nicht-ärztliche Gesundheitsberufe zumeist unterrepräsentiert. Die dezentrale Vertragsbildung im Rahmen neuer Versorgungsformen berücksichtigt zumeist primär medizinische Inhalte mit Krankenkassen und ärztlichen Leistungserbringern als Hauptvertragspartner. Die Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen ist selten expliziter Vertragsbestandteil und selbst dort, wo nicht-ärztliche Berufe eingebunden sind, verbleiben diese meist in ihren traditionellen Rollen und Abhängigkeiten (SVR, 2007).

2.4 Homecare und ärztliche Delegation

Per Gesetz ist der Arzt dazu verpflichtet, die ärztliche Behandlung als Dienstleistung persönlich zur erbringen. Er kann sich jedoch teilweise durch Assistenten zuarbeiten lassen und bestimmte Aufgaben an ausreichend qualifizierte Mitarbeiter delegieren (SVR, 2007). Dabei bleibt der Arzt jedoch immer in der Gesamtverantwortung, sowohl für die Diagnose als auch für die indizierte Therapie. Außerdem muss er sich von der Qualifikation und Kompetenz des Delegationsempfängers strukturell und im Behandlungsprozess persönlich überzeugen.

In der derzeitigen Homecare-Praxis ist es häufig der Fall, dass die Klinik einen Patienten mit bestehendem Homecare-Versorgungsbedarf bei der Entlassung meist direkt dem Homecare-Lieferanten meldet. Dieser übernimmt die Versorgung des Patienten, indem er auch über die Indikationsstellung und die Produktwahl entscheidet und die beteiligten Pflegekräfte in die Handhabung der Produkte einweist. Der Hausarzt, der normalerweise den Behandlungsauftrag für den Patienten nach der Entlassung inne hat, wird häufig erst und meist ausschließlich zur Rezeptausstellung eingebunden. Vom Prinzip her ist das eine klassische Delegationsbeziehung des Homecare-Lieferanten gegenüber dem behandelnden Arzt. Nicht-ärztliches Personal erbringt ärztliche Leistungen, wobei die Gesamtverantwortung der Behandlung beim Arzt bleibt (Neumann et al., 2014). Allerdings erfolgt diese Delegation bislang wenig zielgerichtet, bewusst oder koordiniert und birgt daher Risiken für alle Beteiligten – sowohl Patienten als auch Hausärzte.

2.4.1 Nationale und internationale Entwicklung der Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

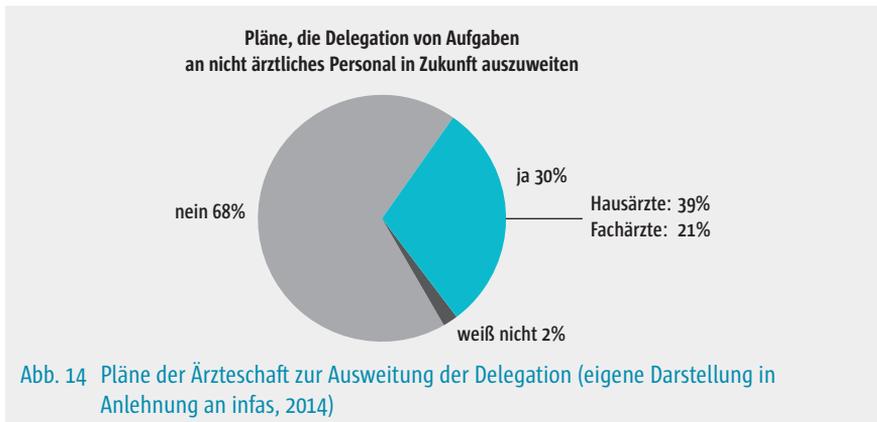
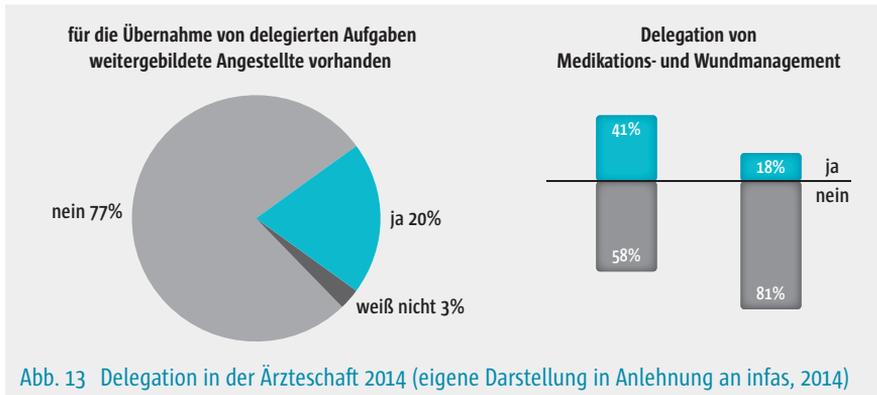
Internationale Ansätze zur Delegation und Substitution, insbesondere aus den angloamerikanischen Ländern sowie den Niederlanden und Skandinavien, können für Deutschland eine Vorbildfunktion einnehmen (Dreier et al., 2012). In Ländern wie Australien, Neuseeland, Kanada, UK, Schweiz und Schweden werden die Fachkräfte akademisch auf Bachelor- oder gar Master-

niveau ausgebildet und praxiserfahrene Krankenpflegekräfte systematisch weitergebildet (Neumann et al., 2014). Sogenannte Nurse Practitioners, die den Erstkontakt zu den Patienten verantworten und den weiteren Behandlungsprozess steuern und organisieren, sind bereits fest etabliert (Dreier et al., 2012).

In Neuseeland können Krankenpflegekräfte mit einem Masterabschluss z.B. Verschreibungen von Arznei-, Hilfs- und Heilmitteln vornehmen. In England und den Niederlanden werden die Krankenpflegekräfte innerhalb von Hausarztpraxen eingesetzt, um die Hausärzte zu unterstützen und von bürokratischem Aufwand zu entlasten. In den Niederlanden unterstützen diese ebenfalls die ambulante Versorgung außerhalb der üblichen Sprechzeiten, indem sie die weniger komplexen Fälle versorgen und somit die ärztliche Arbeitskraft sogar substituieren. Krankenpflegekräfte leiten in Kanada ambulante Behandlungszentren unter ärztlicher Überwachung. In Australien ist dies sogar ohne ärztliche Überwachung möglich. Hier behandeln die Pflegekräfte die Patienten anhand eines vorgegebenen Protokolls (Neumann et al., 2014).

In Deutschland forderte der Sachverständigenrat erstmals im Jahr 2007 eine Weiterentwicklung der Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen (SVR, 2007). Der GKV Spitzenverband sieht in einer neuen Arbeitsteilung der Gesundheitsberufe insbesondere das Potential, die hausärztliche Versorgung in dünn besiedelten Gebieten zu stärken, und im Koalitionsvertrag 2013 formulieren CDU/CSU und SPD die Absicht, delegierte Aufgaben leistungsgerecht zu vergüten, um sie zur Regelleistung überführen zu können (CDU/CSU & SPD, 2013). Seit Oktober 2013 gilt die Delegations-Vereinbarung im Rahmen des Bundesmantelvertrags, die regelt, welche ärztlichen Tätigkeiten delegiert werden dürfen und welche Anforderungen nicht-ärztliche Fachkräfte zu erfüllen haben (KBV & GKV-Bund, 2013).

Trotz dieser Entwicklungen in den vergangenen Jahren hängt Deutschland dem internationalen Fortschritt im Bereich der Delegation weit hinterher (Neumann et al., 2014). Substitutionsvorhaben werden von der Ärzteschaft weitgehend abgelehnt, sodass es in diesem Bereich nur erste zurückhaltende Modellprojekte gibt. Etwas weiter fortgeschritten ist die Umsetzung von Delegationsvorhaben. Hier gibt es bereits eine Vielzahl an Modellprojekten, darunter AGnES und VerAH als die bekanntesten. Allerdings zeigt sich auch hier die praktische Umsetzung unter den Ärzten zurückhaltend. Aus dem Ärztemonitor 2014 geht hervor, dass 41% der niedergelassenen Ärzte in Deutschland das Medikations- und Wundmanagement delegieren. Bis zu 18% delegieren noch Hausbesuche. In 20% der Arztpraxen sind für die Übernahme von delegierten Aufgaben weitergebildete Angestellte vorhanden (vgl. Abbildung 13). Lediglich 30% der niedergelassenen Ärzte (39% Hausärzte, 21% Fachärzte, vgl. Abbildung 14) planen die Delegation an nicht-ärztliches Personal in Zukunft auszuweiten (infas, 2014).



Das im Jahr 2015 in Kraft getretene Versorgungsstärkungsgesetz greift die weitere Flexibilisierung der vertragsärztlichen Versorgung und Entlastung durch Delegation erneut als einen Schwerpunkt auf. So beinhaltet das Gesetz Maßnahmen zum Ausbau des Einsatzes qualifizierter nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe, die delegierte Leistungen erbringen. Insbesondere ist die Erbringung delegationsfähiger Leistungen nicht mehr länger nur auf unterversorgte Regionen beschränkt und soll bei der Weiterentwicklung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) berücksichtigt und angemessen bewertet werden. Das bestehende Potential für eine Delegation ärztlicher Leistungen soll durch das Versorgungsstärkungsgesetz möglichst voll ausgeschöpft werden. Auch die Umsetzung von Modellvorhaben zur Substitution soll vereinfacht und berufsrechtliche Regelungen hierzu angepasst werden (Deutscher Bundestag, 2015). Damit wird die politische Zielrichtung einer weiteren Forcierung der Arbeitsteilung und Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen deutlich. Offen bleibt bislang, wie weit sich die betroffenen Akteure dieser Zielrichtung anpassen. Nach Untersuchungen des Ärz-

temonitors plant die Mehrheit der befragten Ärzte keine Ausweitung der Delegation von ärztlichen Aufgaben (vgl. Abbildung 14, infas, 2014).

2.4.2 Potentiale der Delegation

Das größte Potential der Delegation wird darin gesehen, Beschäftigungsengpässe auf dem Arbeitsmarkt aufzufangen und die Arbeitsbelastung der delegierenden Berufsgruppe zu reduzieren (Neumann et al., 2014). Versorgungsprozesse können damit unter Stärkung des Teamgedankens flexibler gestaltet werden (SVR, 2007).

Berg et al. (2012) zeigten in diesem Zusammenhang beispielsweise, dass durch den Einsatz der Gemeindeschwester AGnES im Durchschnitt der sechs untersuchten Praxen 133 zusätzliche Patienten pro Quartal behandelt werden konnten. Ebenso konnte die Anzahl an Hausbesuchen durch Hausärzte nach der Einführung des AGnES-Konzepts signifikant gesenkt werden – darunter insbesondere die medizinisch dringenden Hausbesuche. Die Gesamtanzahl an Hausbesuchen ist durch die Delegation der Hausbesuche an AGnES-Kräfte auch nicht signifikant gestiegen.

In einer Studie von Dini, Sarganas, Heintze, und Braun (2012) nannten 70% der befragten Ärzte die Zeitersparnis als wichtigen Nutzen der Delegation von Hausbesuchen an qualifizierte Assistenten, gefolgt von 48%, die den Anstieg der eigenen Arbeitszufriedenheit schätzten. Ein Drittel der Ärzte vermutete auch einen Zufriedenheitsanstieg aufseiten der Praxisassistenten. Mit der Entlastung der einen Seite und dem Qualifikations- und Verantwortungszuwachs auf der anderen birgt eine Delegation das Potential, die Arbeitszufriedenheit beider Seiten zu erhöhen und zur Attraktivität des jeweiligen Berufsbildes beizutragen (SVR, 2007).

Nicht eindeutig beantwortet werden kann, ob das Mehr an Zeit, das für den Patienten zur Verfügung steht, auch zu einer gesteigerten Versorgungsqualität bzw. Patientenzufriedenheit führt. Möglicherweise hat der Patient gegenüber einer Fachkraft eine geringere Hemmschwelle, Informationen über sein Gesundheitsverhalten zu offenbaren, als gegenüber einem Arzt (Neumann et al., 2014). Allerdings wird häufig mit einer Skepsis der Patienten gegenüber der Delegation argumentiert. Nach Dini et al. (2012) befürchten 15% der Ärzte einen Vertrauensverlust zwischen ihnen und ihren Patienten. International hat sich jedoch gezeigt, dass die Akzeptanz der Patienten mit zunehmender Erfahrung steigt (Neumann et al., 2014). Mundiger et al. (2000) weisen für Großbritannien eine höhere Zufriedenheit der Patienten durch die Betreuung von Nurse Practitioners nach. Hingegen ist in der sechsmonatigen Studie nach Mundiger et al. (2000) in Amerika der Einfluss auf den Gesundheitsstatus sowie die Patientenzufriedenheit durch den Einsatz von Nurse Practitioners gleich geblieben.

30% der Hausärzte lehnten selbst bei entsprechender Vergütung die Delegation von Hausbesuchen ab (Dini et al., 2012). Die hauptsächlichen Barrieren liegen in der Ausgabensteigerung durch die Delegation und dem fehlenden Mehrwert für die Hausärzte. Der Großteil der Befragten findet es wichtig, dass das delegierte Personal ausschließlich in der eigenen Praxis angestellt ist und vor allem organisatorische und technische Fähigkeiten vorweist.

Die größte Hürde für die Verbreitung von Delegation liegt wohl in der offenen Frage der Finanzierung (Neumann et al., 2014). Insbesondere die Kosten der Qualifikation des Praxispersonals waren 34% der befragten Ärzte in der Studie von Dini et al. (2012) zu hoch. 47% der Hausärzte wären generell bereit, ihre Hausbesuche zu delegieren, wenn sie dafür entsprechend vergütet würden.

Sorge besteht auch hinsichtlich einer möglichen Leistungsausweitung, wenn die delegierten Leistungen überwiegend zusätzlich anstatt alternativ erbracht werden (Neumann et al., 2014; SVR, 2007). Davon hängt letztlich ab, inwieweit erwünschte Kosteneinsparungen eintreten. Akademisch ausgebildete Krankenpflegekräfte haben einerseits ein höheres Gehaltsniveau als nicht akademische, gleichzeitig bringen sie oftmals auch mehr Zeit für den Patienten auf. Dadurch führt Delegation selten zu den gewünschten Kosteneinsparungen, auch wenn Studienergebnisse oftmals auf eine ähnlich hohe Behandlungsqualität wie bei Ärzten hinweisen (Neumann et al., 2014).

Letztlich entstehen mit der Delegation weitere Schnittstellen in der Patientenversorgung, die mit einer Gefahr von Koordinations- und Kommunikationsfehlern und damit einer Gefährdung der Patientensicherheit einhergehen. Bei der Frage der Haftung besteht zumeist große Rechtsunsicherheit (SVR, 2007).

2.4.3 Delegation von Homecare-Leistungen

Aktuelle rechtliche Situation in Deutschland

Zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband gilt die Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nicht-ärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung (KBV & GKV-Bund, 2013). Zuletzt wurde diese im Mai 2014 angepasst. Ihr zufolge entscheidet der Arzt aktiv, ob und an wen er eine Leistung delegiert. Er hat zu gewährleisten, dass er über eine schriftlich vereinbarte Weisungsbefugnis verfügt.

Darüber hinaus ist der Arzt in der Pflicht,

- die Eignung der Mitarbeiter für die delegierte Leistung zu prüfen (Auswahlpflicht),
- den Mitarbeiter zur selbstständigen Durchführung anzuleiten (Anleitungspflicht) und
- den Mitarbeiter regelmäßig zu überwachen (Überwachungspflicht).

Dabei entscheidet die Qualifikation des Mitarbeiters über den Umfang der Anleitung und Überwachung.

Anamnese, Indikationsstellung, Untersuchung, Diagnosestellung, Aufklärung und Beratung des Patienten, Entscheidungen über die Behandlung sowie Durchführung invasiver Therapien und operative Eingriffe dürfen jedoch ausdrücklich nicht vom Arzt delegiert werden (§ 2). Sie gelten als höchstpersönliche Aufgaben des Arztes und unterliegen dem Arztvorbehalt.

Darüber hinaus ist die Delegation ärztlich angeordneter Hilfeleistungen an nicht-ärztliche Praxisassistenten in der Häuslichkeit des Patienten oder in Alten- oder Pflegeheimen in einer weiteren Vereinbarung als Anlage zum Bundesmantelvertrag geregelt (KBV & GKV-Bund, 2015). Die Ausführung und Abrechnung der delegierten Leistungen unterliegen der Genehmigungspflicht durch die Kassenärztliche Vereinigung (§ 6).

Neben der Erfüllung der Qualifikationsvoraussetzungen muss die Praxisassistentin mit einer regelmäßigen Wochenarbeitszeit von mindestens 20 Stunden in der Arztpraxis angestellt sein. Die Behandlung und Betreuung von Patienten durch die Praxisassistentin außerhalb der Arztpraxis ist nur vorgesehen für über 65-jährige Patienten, die an einer schwerwiegenden chronischen oder akuten Erkrankung, die intensiver ärztlicher Betreuung bedarf, leiden und aufgrund ihres Gesundheitszustands nicht oder nur unter erschwerten Bedingungen die Praxis aufsuchen können.

Der behandelnde Arzt muss bei einer Delegation außerhalb der Arztpraxis den Patienten bereits bezüglich derselben Erkrankung gesehen und eingehend untersucht haben (§ 5 Absatz 2).

Praktische Umsetzung der Delegation im Homecare-Bereich

Die Versorgungspraxis sieht in der Regel so aus, dass eine Klinik die bevorstehende Entlassung eines Patienten mit Homecare-Versorgungsbedarf an den Lieferanten von Homecare-Produkten meldet. Die Krankenpflegekraft des Lieferanten wählt die entsprechenden Produkte und Mengen aus und weist die Pflegenden in die Handhabung ein.

Der Homecare-Lieferant fordert die erforderlichen Rezepte beim Arzt an. Dieser stellt die Verordnungen oftmals aus, ohne den Patienten eingehend untersucht oder auch nur gesehen zu haben. Der Arzt kann die Rezeptausstellung zwar verweigern, riskiert damit aber mögliche Versorgungslücken für den Patienten.

Die Homecare-Angestellten führen behandlungspflegerische sowie auch ärztliche Maßnahmen durch. Die Organisationsverantwortung bleibt dabei ungeklärt und die Anordnungsverantwortung des Arztes wird übergangen.

Der Arzt verletzt damit sämtliche Anforderungen an eine geordnete Delegation. Er kommt weder seiner Auswahl-, noch Anleitungs-, noch Überwachungspflicht nach. Er kann die medizinische Notwendigkeit bzw. Leitlinienkonformität und auch fachliche Eignung des Personals nicht prüfen. In der Regel besteht auch keine schriftliche Vereinbarung über die Delegation an den Homecare-Lieferanten.

Dieses Vorgehen wird bislang von den Beteiligten geduldet. Zum Teil, weil sie bislang keinen direkten Schaden davon tragen und zum Teil, weil eine passende Lösung nicht ohne Komplikationen umgesetzt werden kann. Insbesondere Hausärzte sollten aber ein Interesse an einer Verbesserung der Situation haben. Zum einen haften sie mit der Verordnung persönlich für alle durchgeführten Maßnahmen. Zum anderen gehen sie auch ein wirtschaftliches Risiko ein, denn nur auf Grundlage der Rezeptanforderung ist der Arzt nicht in der Lage die Wirtschaftlichkeit der angeforderten Produkte zu prüfen.

3 Homecare und Entlassmanagement

Die Homecare-Versorgung setzt oft an, wenn ein Patient oder eine Patientin das Krankenhaus verlässt und in die eigene Häuslichkeit oder das betreute Wohnumfeld zurückkommt, wo die Versorgung fortgeführt werden muss. Dem vorgelagert oder parallel läuft ein wichtiger Prozess der Versorgung: der Übergang aus einem Versorgungssektor in einen anderen. Der Übertritt aus dem stationären in den ambulanten, rehabilitativen oder pflegerischen Sektor (letztere auch stationär) stellt in der deutschen (oder jeglichen) Versorgungslandschaft eine Schnittstelle dar, die oftmals nicht ausreichend und selten optimal bedient ist (Deimel et al., 2012).

So benötigen Patienten bei und unmittelbar nach der Entlassung meist eine intensive medizinische Zuwendung, die auf die Therapie der Klinik abgestimmt ist. Damit jedoch ist der zuständige Hausarzt häufig unzureichend vertraut (Harbord, 2009). Daneben kann es vor allem bei Entlassungen, die an einem Freitag erfolgen, zu Versorgungsbrüchen auf Grund der mangelnden Erreichbarkeit der nachsorgenden Ärzte oder weiteren Leistungserbringer kommen. Aus diesem Grund wird ein professionelles Entlassmanagement eingesetzt (Harbord, 2009). Der Begriff umfasst dabei jegliche Form der Überleitung aus dem Krankenhaus in die ambulante oder stationäre Nachsorge (DKI, 2014).

Ziel ist es, durch systematisches Management des Entlass- bzw. Übergangsprozesses die Versorgungskontinuität zu gewährleisten. Denn: Die Überlei-

tung erfordert einen hohen koordinativen Aufwand. Um dies zu erreichen, müssen die Akteure unterschiedlichster Versorgungsbereiche und Sektoren kommunizieren und Informationen austauschen (Mohr, 2009). Gleichzeitig müssen medizinische sowie finanzielle Verantwortlichkeiten geklärt werden. Daher ist es nicht nur wichtig, diesen Prozess gut zu planen, sondern auch rechtlich abzusichern, um eine nahtlose Versorgung der Patienten gewährleisten zu können. Die Rolle von Homecare-Fachkräften für das nahtlose Abwickeln dieses Prozesses wird vermehrt hervorgehoben, da diese oftmals Kommunikations- und Koordinationsaufgaben übernehmen (BVMed, 2014; Harbord, 2009).

Das folgende Kapitel geht zunächst auf die Notwendigkeit eines Entlassmanagements sowie die Komplexität des Prozesses ein. Anschließend werden bestehende Hürden und Barrieren sowie die rechtlichen Regelungen in Deutschland dargestellt. Ein kurzer Exkurs in die Rolle von Homecare-Unternehmen im Entlassmanagement beendet dieses Kapitel.

3.1 Eine (neue) Notwendigkeit

Der Bedarf für ein angemessenes Entlassmanagement hat sich in den letzten Jahrzehnten gewandelt. Ein zentraler Aspekt, der in diesem Zusammenhang oftmals genannt wird, ist die Einführung des DRG-Entgeltsystems im stationären Sektor. In den 1970er-Jahren war es noch üblich, bei der Entlassung der Patienten Aspekte wie die individuelle Lebenssituation einzubeziehen (zum Beispiel: Lebt der Patient allein? Gibt es Angehörige, Freunde oder Nachbarn, die die Versorgung unterstützen können?). Die Entlassung wurde teilweise sogar so lang hinausgezögert, bis der Patient für sich sorgen konnte. Solch ein Vorgehen ist unter dem heutigen Abrechnungssystem in den Krankenhäusern (zumindest in dem Maße) nicht mehr durchführbar (Mohr, 2009). Die durchschnittliche Verweildauer im stationären Sektor hat sich in den letzten 40 bis 50 Jahren in Deutschland deutlich reduziert, obwohl sie im europäischen Vergleich noch immer hoch ist (Mohr, 2009).

Das heißt zwar nicht zwangsläufig, dass die Patienten heute zu früh entlassen werden, es bedeutet aber, dass die verfügbare Zeit, den sozialen und auf das Lebensumfeld bezogenen Kontext der Patienten miteinzubeziehen, gesunken ist. Die Entlassung der Patienten erfolgt nicht mehr unter Berücksichtigung der oben genannten Faktoren. Vielmehr befinden sich die Krankenhäuser heutzutage „in einem entscheidenden Veränderungs- und Konzentrationsprozess“, der unter anderem mit Kostendämpfungen einhergeht, wodurch der Entlassungsprozess neuen Rahmenbedingungen ausgesetzt ist (Mohr, 2009).

Häufig wird in diesem Zusammenhang der „Drehtüreffekt“ erwähnt: Patienten werden „zu früh“ entlassen, um anschließend erneut eingewiesen

zu werden – auch, weil sie nicht in der Lage sind, die Versorgung im ambulanten Bereich weiterzuverfolgen. Zahlen aus den USA zeigen dies deutlich: Etwa ein Fünftel der Medicare-Bezieher, die aus dem Krankenhaus entlassen werden, wird innerhalb von 30 Tagen wieder hospitalisiert. Die Hälfte dieser Patienten hatte in der Zeit zwischen diesen beiden Episoden keinen Kontakt mit einem Hausarzt (Hennessey & Suter, 2011; Rennke et al., 2013).

Doch nicht nur neue Abrechnungsmodalitäten und Finanzierungsmodelle, auch gesellschaftliche Aspekte und medizinischer Fortschritt führen dazu, dass Entlassmanagement an Bedeutung gewinnt. Viele der Studien und Berichte, die das Thema Entlassmanagement beleuchten, führen in die Thematik ein, indem sie auf die Notwendigkeit, Kosten einzusparen, verweisen. Im zweiten Atemzug werden Aspekte wie Empowerment, Patientenzufriedenheit oder medizinische Outcomes aber auch demografische Faktoren genannt.

Demografisch erleben wir nicht nur den Trend, dass Menschen heutzutage immer länger leben – sie tun dies auch vermehrt in Einzelhaushalten, ohne die Unterstützung von Familie oder Nachbarschaften. Chronische Erkrankungen treten im Alter nicht nur vermehrt, sondern oft auch gleichzeitig mit weiteren (chronischen) Erkrankungen auf. Dies alles führt dazu, dass es heute in unserer Gesellschaft immer mehr Menschen gibt, die lange und wiederholt auf pflegerische oder medizinische Hilfe und Versorgung angewiesen sind. So macht die ältere Bevölkerung in den USA und Kanada nur 13% bzw. 14% der Bevölkerung aus, jedoch entfallen 45% bzw. 50% der Krankenhausaussgaben auf diese Gruppe (Fox et al., 2013).

Es kommt hinzu, dass heutzutage viele Eingriffe, die ehemals stationär durchgeführt werden mussten, ambulant erfolgen. Dies bedeutet, dass sich das Profil der Patienten, die für Eingriffe den stationären Sektor aufsuchen, verändert. Jene Patienten, die für Operationen ins Krankenhaus gehen, sind oftmals dadurch charakterisiert, dass sie einen besonderen Versorgungsbedarf aufweisen. Stationär behandelte Patienten sind oftmals älter, leiden unter vielen Erkrankungen (Multimorbidität) und sind besonders bedürftig (Abad-Corpa et al., 2013; Mohr, 2009).

Mit der erwähnten verkürzten Zeit im stationären Aufenthalt, aber auch den weiteren sozialpolitischen und gesellschaftlichen Veränderungen, bekommt der erfolgreiche Übergang vom stationären in den ambulanten Sektor besondere Relevanz. Es gilt, die finanziellen, sozialen, demografischen und medizinischen Faktoren so einzuarbeiten, dass der Übergangsprozess diesen gerecht wird und eine qualitativ hochwertige Versorgung weiterhin gewährleistet werden kann.

Schätzungen zufolge wurden in den USA Ende der 80er-Jahre etwa 30% der Entlassungen aus dem Krankenhaus aus nicht-medizinischen Gründen verzögert. Ein ähnlicher Zustand wurde auch noch für das Jahr 2003 ange-

nommen. Zu diesen nicht-medizinischen Gründen zählten folgende: Nicht adäquates Assessment der Patienten durch Gesundheitspersonal und damit einhergehend nicht ausreichendes Wissen über das soziale Umfeld eines Patienten; Probleme bei der Organisation der Versorgung nach der Entlassung, zu spätes Buchen von Transportmöglichkeiten der Patienten, und mangelhafte Kommunikation zwischen Krankenhaus, Pflege und Leistungserbringern im ambulanten Bereich (Shepperd et al., 2013).

Vermeidbare Wiedereinweisungen aber auch unnötig lange verzögerte Entlassungen verweisen auf fehlendes oder unzureichendes Entlassmanagement. Patienten werden allein gelassen, obwohl sie ihre Funktionsfähigkeit noch nicht ausreichend zurückerlangt haben. Vor allem bei multimorbiden Patienten ist oftmals unklar, welche Ärzte in der Phase nach der Entlassung die Betreuung übernehmen (Hennessey & Suter, 2011). Aber auch Aspekte wie die kontinuierliche Versorgung der Patienten mit Arznei- sowie Hilfs- und Heilmitteln sind von entscheidender Bedeutung für den Behandlungserfolg.

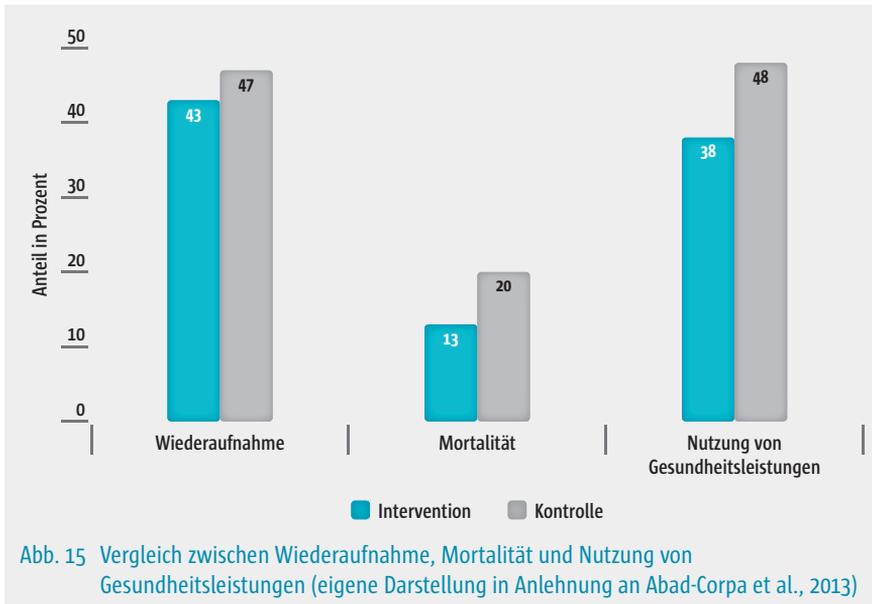
Vor diesem Kontext ist das Ziel des Entlassmanagements, die Effizienz aber auch die Qualität der Gesundheitsversorgung unter Berücksichtigung all dieser Faktoren zu verbessern. Wong et al. (2011, S. 2) sehen vor allem zwei Aufgaben beim Entlassmanagement:

„Today, there are mainly two different purposes underpinning discharge planning. One is to transfer both care and budgetary responsibility from the hospital to other agencies for patients who are not in need of in-patient care. Another purpose is to plan for patients' continuing health and social care.“

Dabei muss klar sein: Erfolgreiches Entlassmanagement gibt es nicht umsonst. Die Organisation eines erfolgreichen Entlassprozesses kann und wird Investitionen benötigen und zunächst Kosten verursachen (Shepperd et al., 2013). Insgesamt jedoch birgt es großes Potential für die Wirtschaftlichkeit der Gesundheitssysteme. Es konnte bereits gezeigt werden, dass Entlassmanagement zu Einsparungen in der Gesundheitsversorgung führen kann (Shepperd et al., 2013). Ressourcen können effizienter eingesetzt, bessere medizinische Ergebnisse erzielt sowie durch Wiedereinweisungen verursachte Kosten teilweise vermieden werden (Abad-Corpa et al., 2013, vgl. Abbildung 15).

3.1.1 Entlassmanagement heißt Management von Komplexität

„Effective discharge planning requires capacity planning, performance review, hospital discharge policies, and healthcare providers/stakeholders agreements. There is clear evidence and wide agreement among healthcare providers/stakeholders that a standardized and policy-driven protocol [is] important to an effective discharge planning.“ (Wong et al., 2011, S. 9)



Der Prozess der Entlassung eines Patienten aus dem stationären Sektor des Krankenhauses in den ambulanten oder den stationären pflegerischen Sektor ist allein auf Grund der verschiedenen Bereiche, die in diesem Prozess involviert sind, komplex. Laut Deimel et al. (2012) gibt es sechs Bereiche, die nach der Entlassung einbezogen werden können: Medizin, Rehabilitation, Pflege, Hilfsmittel, Sozial, Angehörige (vgl. Tabelle 2). Meistens (wenn nicht immer) ist es jedoch nicht exklusiv einer dieser Bereiche, der mit dem Krankenhaus eine Schnittstelle bildet – vielmehr ist davon auszugehen, dass ein Großteil der Bereiche gleichzeitig relevant ist.

Deutlich wird, dass nicht nur professionelle Versorger, sondern auch das soziale Umfeld und soziale Dienste zentral sind. Das Entlassmanagement ist somit ein multidisziplinäres Unterfangen, welches nicht nur viele Akteure, sondern auch Lebensbereiche des Patienten umfasst.

Entlassmanagement ist ein umso komplexeres Unterfangen, da an dieser Schnittstelle nicht nur unterschiedliche Akteure zusammenkommen. Es treffen auch unterschiedliche Abrechnungssysteme und Versorgungssektoren aufeinander. Vor allem die Tatsache, dass unterschiedliche Kostenträger in einem Prozess zusammengebracht werden müssen, erschwert die Aufgabe, dem Patienten eine kontinuierliche qualitativ hochwertige Versorgung zu garantieren. Tabelle 3 stellt dar, welche Kostenträger für die einzelnen Nachsorgebereiche verantwortlich sind.

Dass argumentiert wird, es bedürfe eines qualifizierten Entlassmanagers, einer verantwortlichen Person, die sich der Prozesse annimmt, ist daher

Tab. 2 An der Nachsorge beteiligte Bereiche im Entlassmanagement (eigene Darstellung in Anlehnung an Deimel et al., 2012)

Bereiche der Nachsorge	
Medizin <ul style="list-style-type: none"> ■ Haus- und fachärztliche Betreuung ■ Diagnostik ■ Therapie in einem anderen Krankenhaus ■ Wundmanagement ■ Ernährungstherapie ■ Arzneimittelmanagement 	Pflege <ul style="list-style-type: none"> ■ ambulante Pflegedienste ■ Pflegeberatung ■ teilstationäre/stationäre Pflegeeinrichtungen
Rehabilitation <ul style="list-style-type: none"> ■ ambulante und stationäre Rehabilitation ■ Physiotherapie ■ Ergotherapie ■ Logopädie 	Hilfsmittel <ul style="list-style-type: none"> ■ Fortbewegung ■ häusliche Unterstützung ■ ggf. Medizinprodukte
Sozial <ul style="list-style-type: none"> ■ Wohnungs- und Finanzierungsfragen ■ psychosozialer Dienst ■ Schwerbehinderung 	Angehörige <ul style="list-style-type: none"> ■ ambulante Hilfsangebote ■ stationäre Pflegeeinrichtungen ■ Kurzzeitpflege

Tab. 3 Nachsorgebereiche und verantwortliche Kostenträger (eigene Darstellung in Anlehnung an Deimel et al., 2012)

Nachsorgebereich	KrankenV SGB V	PflegeV SGB XI	BG Kostenträger SGB VIII	Sozialamt
Medizin	+		+	
Rehabilitation	+	+	+	+
Pflege	(+)	+	+	+
Hilfsmittel	+	+	+	
Sozial			+	+
Angehörige		+		

kaum verwunderlich (Deimel et al., 2012; Harbord, 2009; Hennessey & Suter, 2011; Wong et al., 2011). Die Definition einer klar zugeordneten und verantwortlichen Person hat sich vor allem für das Aufgabenfeld der Kommunikationsübernahme bewährt (Wong et al., 2011). Denn um Entlassmanagement erfolgreich und effektiv zu betreiben, bedarf es der Kommunikation zwischen Akteuren, die im Versorgungsalltag ansonsten oftmals wenig bis gar nicht miteinander arbeiten (Mohr, 2009). Aus Sicht der nachsorgenden Ärzte ist sicherlich der Entlassbrief ein zentrales Element der Kommunikation zwischen den Versorgern. Dieser sollte Diagnose, Therapievorschl

sive der Medikation, Angaben zur Heil- und Hilfsmittelversorgung sowie zur häuslichen Krankenpflege aufführen. Auch Informationen zu Kontrollterminen sollten darin enthalten sein (Reus, 2012).

Neben einer klar zugeordneten Rollen- und Verantwortlichkeitsdefinition sowie der Kommunikation ist frühzeitiges Initiieren des Entlassmanagements zentral, um all die unterschiedlichen Bereiche rechtzeitig ansprechen und koordinieren zu können (Harbord, 2009). Dies sollte auch das Screening von Hochrisikopatienten beinhalten, um Drehtüreffekte zu vermeiden (Wong et al., 2011).

In dem Review von Fox et al. (2013) wurde die Effektivität eines solchen frühzeitig initiierten Entlassmanagements im Vergleich zur Regelversorgung untersucht. Betrachtet wurden Faktoren wie Krankenhausaufenthaltsdauer, Wiedereinweisungsrate und Dauer der Wiedereinweisung, Sterberate, Zufriedenheit und Lebensqualität der Patienten. Frühzeitiges Entlassmanagement wurde dadurch definiert, dass das Management bereits in der akuten Phase der Erkrankung initiiert und sobald die akute Phase überstanden ist, eingeleitet wurde. Die Meta-Analyse zeigte, dass die Krankenhausaufenthaltsdauer zwar nicht signifikant kürzer, die Wiedereinweisungsrate jedoch nach einem bzw. zwölf Monaten signifikant geringer war. Und auch die Dauer des Aufenthalts bei Wiedereinweisung konnte durch frühzeitiges Entlassmanagement im Schnitt um fast zweieinhalb Tage verkürzt werden. Die Mortalität unterschied sich nicht signifikant zwischen den beiden betrachteten Gruppen in den Studien.

Doch nicht nur frühzeitig initiiertes Entlassmanagement, sondern jegliches Entlassmanagement hat positive Effekte. Zwei weitere Reviews zeigten, dass es zum einen zu einer verringerten Krankenhausaufenthaltsdauer (vor allem bei älteren Patienten) führen kann (Shepperd et al., 2013). Bestätigt wurde zudem, dass die Wiedereinweisungsrate durch das Entlassmanagement gesenkt werden (Rennke et al., 2013; Shepperd et al., 2013).

Studien zeigen zudem, dass Patienten, die ein Entlassmanagement erhielten, mit der Versorgung im Krankenhaus und während der Entlassung zufriedener waren (Abad-Corpa et al., 2013; Shepperd et al., 2013). Die Ergebnisse zur gestiegenen Zufriedenheit der Patienten mit der Versorgung verweisen deutlich darauf, dass das Entlassmanagement einen Akteur beinhaltet, der bislang (zu) häufig ignoriert wird: den Patienten. Die bisher oftmals passive Rolle der Patienten muss und wird im Sinne eines erfolgreichen Übergangsprozesses geändert werden. Zudem zeigen Patientenbefragungen, dass Patienten sich eine stärkere Einbindung und Aufklärung wünschen (Mohr, 2009). Entlassmanagement soll daher nicht nur die Koordination verbessern, sondern auch den Patienten das Gefühl vermitteln, dass sie in den Entscheidungsprozess einbezogen sind (Abad-Corpa et al., 2013).

Laut Mohr (2009) war das Entlassmanagement bisher dominiert vom klassischen Arzt-Patientenverhältnis, in dem der Patient eine passive Rolle ein-

genommen hat. Erkennbar war eine geringe Orientierung an dem Interesse des Patienten, die sich heute auch oft noch zeigt. Erfolgreiches Entlassmanagement benötigt jedoch eine Einbindung der Patienten in den Prozess als aktive Partner mit individuellen Wünschen und Vorlieben. Insbesondere die Idee des selbstbestimmten Patienten, der die eigene Gesundheit selbst in der Hand hat und diese verantwortet, verlagert (Mit-)Verantwortung für die eigene Gesundheit. Vom Patienten wird nunmehr erwartet, die Rolle des Experten in eigener Sache anzunehmen. Dies muss jedoch auch von den Leistungserbringern des Systems gefördert und respektiert werden. Die notwendigen Komponenten dafür sind insbesondere Information und Aufklärung (Mohr, 2009).

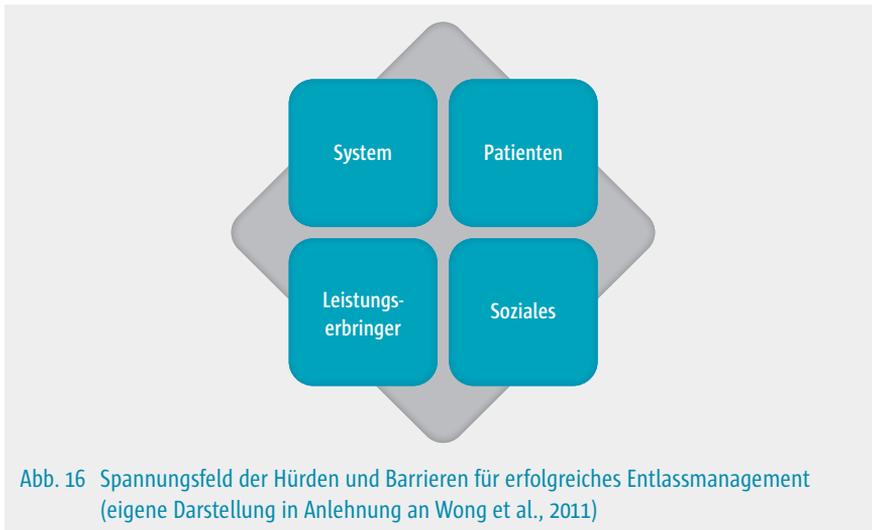
3.1.2 Hürden und Barrieren für das Entlassmanagement

Folgt man der Stellungnahme des Bundesverbands Managed Care (Deimel et al., 2012), dann gibt es folgende Gründe dafür, dass das Entlassmanagement bislang nicht ausreichend etabliert und geregelt ist:

- Die Anreize zur Durchführung und Etablierung langfristiger und spezialisierter Strukturen sind zu gering. Dadurch bedingt gibt es starke Unterschiede in der Qualität des Entlassmanagements in den Krankenhäusern.
- Es bestehen zu viele bürokratische Hürden. Als Beispiele werden etwa das aufwändige Einholen von Kostenzusagen und der Genehmigungsverbehalt der Kassen im Bereich der Rehabilitation aufgeführt.
- Patienten als auch Angehörige sind unzureichend informiert.
- Die Kontinuität der Versorgung wird durch fehlerhafte oder unvollständige Informationsweitergabe gefährdet.
- Es fehlen die Ansprechpartner für die pflegerische sowie soziale Weiterbetreuung im ambulanten Bereich.

Diese aufgeführten Hürden speisen sich deutlich aus der bereits dargestellten Komplexität des Prozesses. Dass diese Komplexität kein spezifisch deutsches Phänomen ist, zeigt sich an den Ergebnissen einer Studie von Wong et al. (2011, vgl. Abbildung 16). Sie untersuchte die aktuelle Praxis des Entlassmanagements sowie Barrieren für eine erfolgreiche Durchführung und Etablierung in Hongkong und fand vier Problemfelder.

Die Systemebene birgt Hürden durch mangelnde Infrastruktur, unzureichende rechtliche Regelungen, fehlende Richtlinien sowie fehlende Flexibilität der Regelversorgung. Die Kommunikation zwischen den Akteuren wird unnötigerweise erschwert und die Informationsweitergabe ist problematisch. Oftmals werden Patienten frühzeitig entlassen, ohne dass das System in der Lage ist, direkt erfolgreiche Anschlussbehandlungen zu garantieren. Die Leistungserbringer stellen eine Hürde dar, wenn zum Beispiel Ärzte und



Krankenschwestern sowie Pfleger nicht ausreichend über die Bedürfnisse der Patienten informiert sind oder diese Akteure die Behandlung der Patienten nicht eindeutig und ausreichend dokumentieren. Auch hier ist ein Informationsdefizit bzw. die fehlende Weitergabe der Informationen zentral. Patienten sind oftmals unzureichend aufgeklärt und können ihre Präferenzen für den Entlassungsprozess nicht formulieren. Die sozialen Aspekte, die als Hürden wahrgenommen werden, umfassen u. a. mangelnde Kommunikationsfähigkeit zwischen den Disziplinen, mangelnde Infrastruktur (z. B. mit Blick auf den Transport des Patienten aus dem Krankenhaus in die Häuslichkeit oder Ähnliches), lange Wartezeiten auf den ersten Kontakt nach Entlassung als auch die Herausforderungen bedingt durch die sozio-ökonomische Situation des Patienten (u. a. Zahlungsfähigkeit) (Wong et al., 2011).

Ähnlich sind auch die Gründe, die für das Hinauszögern der Entlassung von Patienten in den USA, sowie die vermeidbaren Einweisungen bedingt durch ungenügendes Entlassmanagement bereits weiter oben genannt wurden (Hennessey & Suter, 2011; Rennke et al., 2013; Shepperd et al., 2013):

- mangelhaftes Assessment,
- unzureichende Kenntnis des sozio-ökonomischen Status der Patienten,
- Organisations-, Koordinations- und Abstimmungsprobleme sowie
- generell mangelhafte Kommunikation.

3.1.3 Entlassmanagement in Deutschland

International ist die Relevanz von Entlassmanagement vielerorts erkannt. Wie jedoch Entlassmanagement organisiert und reguliert wird unterscheidet

det sich zum Teil stark. Im Vereinigten Königreich formulieren die NHS Richtlinien seit 2004, dass jeder Patient bereits bei Einweisung ins Krankenhaus einen Entlassungsplan erhalten sollte. In den USA sind die Krankenhäuser legal zum Entlassmanagement verpflichtet, während in Hong Kong das Entlassmanagement und die Entlassplanung vom Hausarzt initiiert wird und es keine bindenden Regelungen dazu gibt (Wong et al., 2011). Die legale Verpflichtung schlägt sich u.a. darin nieder, dass das Center for Medicare & Medicaid Services finanzielle Strafen in Höhe von bis zu 1% der Medicare-Einnahmen an Krankenhäuser verhängen kann, falls die Krankenhäuser zu hohe Wiedereinweisungsraten aufweisen (Rennke et al., 2013). Dennoch gebe es laut Rennke et al. (2013) bislang wenige effektive Entlassmanagement-Strategien. Vor allem die Vielzahl der unterschiedlichen Strategien und Herangehensweisen macht den Vergleich und die Synthese oder gar die Formulierung eines Goldstandards schwer (Rennke et al., 2013).

Im Review von Shepperd et al. (2013) zur Effektivität von Entlassmanagement zeigt sich, wie unterschiedlich es ausgestaltet sein kann. So kann das Entlassmanagement bereits vor oder bei Einweisung ins Krankenhaus oder aber erst drei Tage vor Entlassung angefangen werden. Zudem unterscheiden sich die Bereiche, die mit einbezogen werden (werden z.B. pharmakologische Aspekte ebenso bedacht wie soziale?) als auch die verantwortlichen Personen. Darauf wurde bereits im vorherigen Teil zur Komplexität eingegangen.

Rechtliche Rahmenbedingungen des Entlassmanagements in Deutschland

In der Organisation der Entlassung ist es essentiell, dass Kompetenzen und Zuständigkeiten klar definiert sind. In Deutschland hat es seit den 1960er-Jahren einen Wandel in der Zuständigkeit gegeben. Waren früher vor allem die Gemeindeschwestern für die Betreuung entlassener Patienten zuständig, wurde die Zuständigkeit in den 1980er-Jahren von unterschiedlichsten Dienstleistern, zu denen auch Sozialstationen, ambulante (zunächst freigemeinnützig tätige und seit den 1990er-Jahren vermehrt auch private) Pflegedienste getragen (Mohr, 2009). Heute liegt die Organisation des Entlassungsprozesses beim Krankenhaus und den dortigen Ärzten, unter Mitarbeit der Sozialdienste (Mohr, 2009).

Der Anspruch der Patienten auf ein Versorgungsmanagement, welches die Kontinuität der Behandlung und Betreuung garantiert, wurde im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) zum 01.04.2007 verankert. Nach § 11 Abs. 4 SGB V wird der „Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche“ definiert. Dazu gehört auch der Übergang, der mit der Entlassung aus dem Krankenhaus erfolgt. Das Entlassmanagement wurde mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz als Teil der Krankenhausbehandlung festgelegt. Laut § 39 Abs. 1a SGB V gilt:

„Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung.“

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) werden die Krankenkassen weiter in das Entlassmanagement eingebunden. Sie sind mit dem Krankenhaus in der Pflicht, die Leistungserbringer frühzeitig zu kontaktieren und so dem unmittelbaren Rechtsanspruch auf ergänzende Unterstützung des Entlassmanagements, den die Versicherten gegenüber den Krankenkassen nun erhalten haben, auszufüllen.

Um die Patienten in dem Übergangszeitraum zu versorgen werden den Krankenhäusern mit dem GKV-VSG weitreichendere Rechte, was die Verschreibung von Arznei-, Verbands- und Hilfs/Heilmitteln angeht, zugeschrieben. Bislang waren die Krankenhäuser auf Rezeptverschreibungen der niedergelassenen Ärzte angewiesen (BVMed, 2014). Dies erschwerte die Organisation und Durchführung des Entlassmanagements. Mit Blick auf die Arzneimittelverschreibung wird festgelegt, dass die kleinste Packung gemäß Packungsgrößenverordnung verordnet werden darf. Daneben darf auch häusliche Krankenpflege sowie Psychotherapie verordnet und Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden. Für einen Zeitraum von maximal sieben Tagen nach der Entlassung dürfen die Krankenhäuser ambulante Leistungen verordnen und werden somit für diesen Zeitraum den Vertragsärzten für maximal diesen Zeitraum gleichgestellt. Dennoch liegt die Verantwortung für die ambulante Versorgung nach wie vor bei den Vertragsärzten. Bislang richtet sich der Anspruch der Versicherten auf Entlassmanagement gegen die Krankenhäuser. Dies bleibt auch weiterhin bestehen. Jedoch räumt das GKV-VSG nun die Möglichkeit ein, dass die Verantwortung auch auf andere Leistungserbringer übertragen werden kann. Konkret steht nun in § 39 Abs. 1a:

„Das Krankenhaus kann mit Leistungserbringern nach § 95 Absatz 1 Satz 1 vereinbaren, dass diese Aufgaben des Entlassmanagements wahrnehmen.“

Ein Rahmenvertrag zwischen dem Spitzenverband der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft sollte bis zum 31.12.2015 die Einzelheiten der Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den Krankenkassen regeln. Da man sich nicht einigen konnte, wurde der Rahmenvertrag im Schiedsverfahren vereinbart und tritt zum 01.07.2017 in Kraft.

Das Entlassmanagement sowie die Übertragung der dafür notwendigen Daten darf nur unter Einwilligung des Versicherten erfolgen. Dazu muss der Patient vorher informiert werden und dem schriftlich zustimmen. Daher ist es in der Praxis des Entlassmanagements zentral, dass die Einverständniserklärung der Patienten vorliegt (Reus, 2012). Erst dann können Prozesse initiiert werden.

Organisatorische Umsetzung des Entlassmanagements in deutschen Krankenhäusern

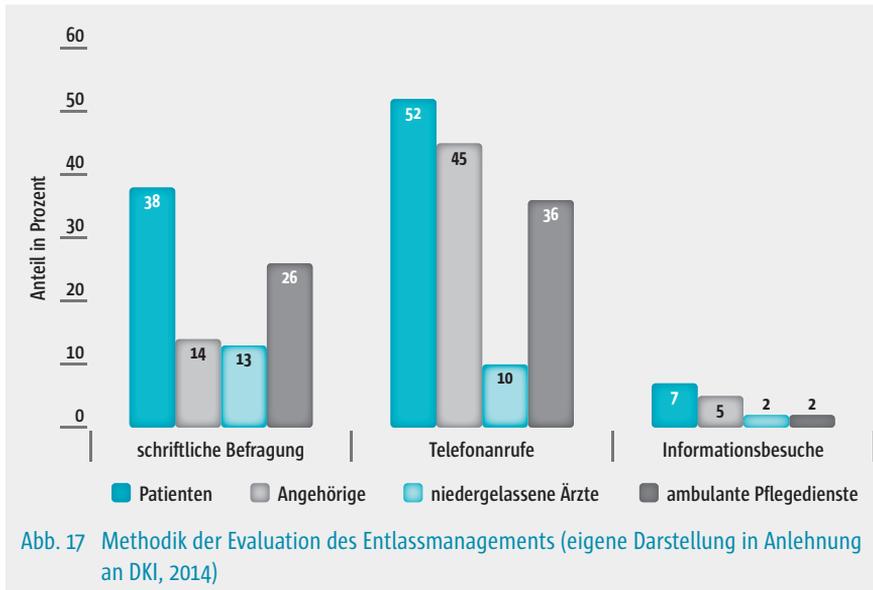
Im Zeitraum Mai 2013 bis Juni 2014 führte das Deutsche Krankenhaus Institut (DKI) im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) eine Studie zum Entlassmanagement im Krankenhaus durch. Sie basiert auf einer Vollerhebung der Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten mit einer Rücklaufquote von 43% (673 Krankenhäuser). Die Ergebnisse zeigen, dass in drei Viertel der Krankenhäuser schriftliche Standards zum Entlassmanagement vorhanden sind. Dabei wurde vor allem der Nationale Expertenstandard „Entlassmanagement in der Pflege (DNQP)“ verwendet. Dieser wurde als ein Weg zur einheitlichen und strukturierten Lösung des Entlassmanagements eingeführt (Deimel et al., 2012). Außerdem hatten mehr als die Hälfte der Krankenhäuser (zusätzlich) hauseigene Standards definiert.

Es scheint, als würde die Notwendigkeit eines qualifizierten Personals erkannt: Zwei Drittel der Krankenhäuser verfügten über speziell für das Entlassmanagement zuständige Organisationseinheiten und in 80% der Krankenhäuser wurde speziell qualifiziertes Fachpersonal eingesetzt, um das Entlassmanagement durchzuführen.

Laut der Studie gibt es in Deutschland viele regionale Initiativen zum Entlassmanagement, an denen sich gut 88% der Krankenhäuser bereits beteiligten und weitere 4% eine Beteiligung planen (DKI, 2014). Zu solchen Initiativen mag beispielhaft das Modellprojekt „Sicher nach Hause“ (SINAH) in Südhessen zählen. In diesem werden jene Patienten angesprochen, die aus dem stationären Bereich in die eigene Häuslichkeit entlassen werden und noch auf Hilfe für die Bewältigung des Alltags angewiesen sind. In diesem Modellprojekt sind die SINAH-Begleiter/innen zentral, die den Patienten über einen Zeitraum von sechs bis acht Wochen nach der Entlassung besuchen und bei Besorgungen, Formalitäten oder Antragsstellungen unterstützen. Die SINAH kommen auf Anfrage des Sozialdienstes der Krankenhäuser zum Einsatz. Die Hausärzte, die ebenfalls integriert sind, können den Patienten bereits vor dem Krankenhausaufenthalt informieren und somit frühzeitig den Entlassungsprozess vorbereiten (Bördlein, 2015).

Mit Blick auf die Weiterentwicklung und Verbesserung des Entlassmanagements ist festzuhalten, dass lediglich 50% der Krankenhäuser ihr Entlassmanagement evaluieren und darauf basierend modifizieren. Als Methoden kommen dabei schriftliche Befragungen, Telefonanrufe und Informationsbesuche am häufigsten von Patienten aber auch von Angehörigen, niedergelassenen Ärzten oder ambulanten Pflegediensten zum Einsatz (vgl. Abbildung 17).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass vor allem die Verbreitung schriftlicher Standards und auch die flächendeckende Infrastruktur an spe-



ziell zuständigen Organisationseinheiten und Stellen, sowie speziell dafür qualifizierten Fachkräften, zu den aktuellen Stärken des Entlassmanagements in Deutschland gehören. Auch die recht hohe Beteiligung an regionalen Initiativen, die Fallbesprechungen in multiprofessionellen Teams und der hohe Standardisierungsgrad in der Überleitung in stationäre Reha- und Pflegeeinrichtungen zum Beispiel werden als Stärken hervorgehoben (DKI, 2014). Dies spiegelt aktuelle Einschätzungen wieder, dass sich das Entlassmanagement in den letzten zehn Jahren bereits stark gewandelt und verbessert habe. Sei es damals noch oft ungeplant erfolgt, gibt es heute vielerorts feste Ansprechpartner für das Entlassmanagement.

Dennoch unterscheiden sich die Strukturen zwischen den Krankenhäusern zum Teil noch stark und nicht alle Krankenhäuser haben funktionierende Strukturen vorzuweisen (Osterloh, 2013). Defizite und Qualitätsunterschiede in der Organisation des Übergangs aus dem Krankenhaus bleiben mancherorts bestehen (Deimel et al., 2012). Verbesserungen scheinen derzeit insbesondere mit Blick auf die Kommunikation mit niedergelassenen Ärzten notwendig. Dort würde ein höherer Standardisierungsgrad hilfreich sein, erscheint es. Auch die Anschlussbehandlung mit Medikamenten muss nachgebessert werden, sowie die systematische Evaluation der bestehenden Herangehensweisen (DKI, 2014).

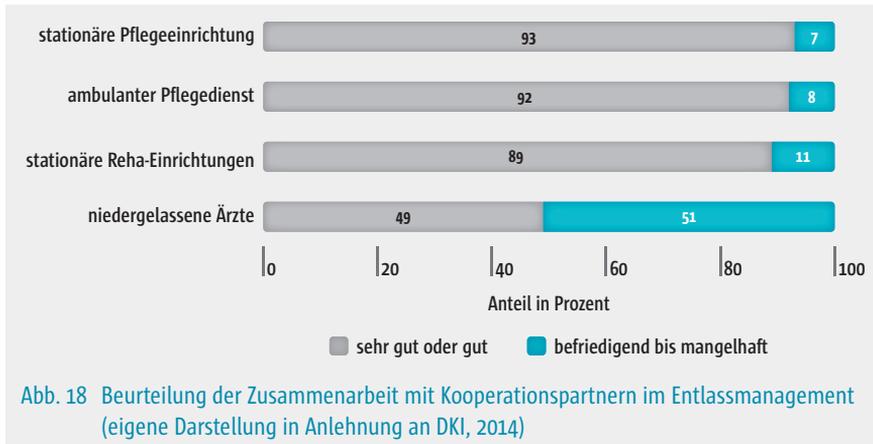
3.1.4 Die Rolle von Homecare beim Entlassmanagement

Im Prozess des Entlassmanagements ist nicht nur von Relevanz, dass die Kommunikation und Informationsweitergabe zwischen unterschiedlichen Akteuren bewerkstelligt wird. Es geht auch um die Auswahl und Bereitstellung angemessener therapeutischer Maßnahmen, die den Übergang in den häuslichen (ambulanten) Bereich ermöglichen. Dies spielt vor allem bei Patienten mit besonderem post-stationärem Pflege- und Versorgungsbedarf eine kritische Rolle. Mit dem Entlassmanagement wird oftmals die Pflege und Versorgung vom Krankenhaus ins eigene Haus verlagert. Homecare kann hier als Substitut für die Krankenhausversorgung eingesetzt werden (Richards et al., 1998). Homecare-Unternehmen versorgen Patienten nicht nur mit medizinischen Produkten, sondern unterstützen diese auch in der Therapieanwendung. Oftmals sind es in der Praxis genau diese Akteure, die ein termingerechtes Entlassmanagement überhaupt ermöglichen (BVMed, 2014).

In der internationalen Literatur werden unter dem Stichwort „hospital at home“ Ansätze subsumiert, die verschiedene pflegerische wie rehabilitative Leistungen in der Häuslichkeit des Patienten vereinen, um damit entweder die Krankenhaus-Verweildauer zu verkürzen oder eine Wiedereinweisung zu vermeiden (Richards et al., 1998). Eine Studie zur Effektivität und Akzeptanz von „hospital at home“-Ansätzen zeigte vergleichbare Ergebnisse in Interventions- und Kontrollgruppe mit Blick auf Mortalität, funktionelle Fähigkeiten und Lebensqualität. Auch wenn die Homecare-Versorgung somit kein besseres Qualitätsniveau erreichen kann, ist sie doch zumindest gleichwertig zur stationären Versorgung und kann somit sowohl substitutiv als auch ergänzend dazu in geeigneten Fällen gleich effektiv sein. Darüber hinaus äußerten Homecare-Patienten eine signifikant höhere Zufriedenheit in Bezug auf die Einbindung in Entscheidungen (Richards et al., 1998).

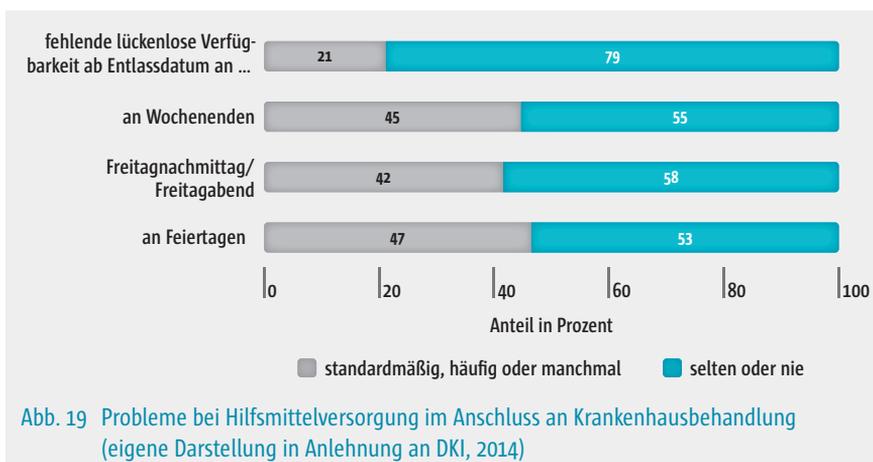
Mit Blick auf die bereits erwähnte DKI-Studie ist bezeichnend, dass in Deutschland bei Patienten mit besonderem post-stationärem Pflege- oder Versorgungsbedarf ein standardisiertes Entlassmanagement mit niedergelassenen Ärzten nur bei circa 30% der Krankenhäuser standardmäßig erfolgt (DKI, 2014). Weniger als die Hälfte der Krankenhäuser empfinden die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten als gut oder sehr gut. Insbesondere die Kontaktaufnahme und Informationsweitergabe sei dabei problematisch. Wesentlich besser gelingt im Vergleich dazu die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Pflegeeinrichtungen (vgl. Abbildung 18).

Zwar kommt die DKI-Studie zu dem Schluss, dass nach Einschätzung der Krankenhäuser die Versorgung der Patienten mit Hilfsmitteln im unmittelbaren Anschluss an die Behandlung im Krankenhaus selten ein Problem darstellt. Doch sind es immer noch zwischen 24 und 47% aller Krankenhäuser, die manchmal bis häufig von verschiedenen Problemen in der Hilfsmittelver-



sorgung betroffen sind (vgl. Abbildung 19). Die meisten Probleme entstehen dabei bei Entlassungen an Feiertagen und Wochenenden.

Noch problematischer stellt sich die Versorgung mit Medikamenten dar, was primär auf eine fehlende Finanzierung der Medikamentenmitgabe bei Entlassung und die eingeschränkten Verordnungsmöglichkeiten zurückzuführen sei. Welchen Einfluss die Änderungen, die mit dem GKV-VSG in Kraft treten, haben werden, bleibt abzuwarten. Kostenzusagen und Pflegeeinstufungen durch die Krankenkassen erfolgen zu einem Großteil zwar innerhalb einer Woche, doch dauert es bei 33–46% der Krankenhäuser auch standardmäßig länger als zwei Wochen, was für den Patienten, der mit unmittelbarem Pflegebedarf entlassen wird, eine lange Zeitspanne sein kann. Auch die fachärztliche Weiterversorgung ist durch oftmals sehr lange Wartezeiten häufig nur mit Verzögerung umsetzbar. Vor allem aber Patienten mit Homecare-Be-



darf benötigen häufig die Einbindung eines Diabetologen, Dermatologen, Urologen oder anderer Fachrichtungen.

Trotz der positiven Entwicklungen bei der organisatorischen Umsetzung des Entlassmanagements aufseiten der Krankenhäuser, ist demnach die qualitativ gleichwertige Weiterversorgung von Patienten nach der Entlassung derzeit noch mangelhaft und verbesserungsbedürftig. Homecare-Unternehmen können an dieser Stelle helfen, die Defizite insbesondere im Hinblick auf die Weiterversorgung von Patienten mit besonderem Pflege- und Versorgungsbedarf zu beseitigen. So hebt der BVMed in seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf des GKV-VSG von November 2014 die besondere Rolle von Homecare-Unternehmen in diesem Zusammenhang hervor und fordert, dass diese als Leistungserbringer in den Rahmenvertrag, der die Zuständigkeiten für das Entlassmanagement regeln soll, eingebunden werden (BVMed, 2014).

4 Fokusgruppen mit Vertretern aus Arztpraxen, Kliniken, Pflege und Homecare

Im ersten Teil der empirischen Versorgungsstudie wurden Fokusgruppen mit Vertretern von niedergelassenen Ärzten, Kliniken und Pflegekräften durchgeführt. Ziel der Untersuchung war es, möglichst viele unterschiedliche Facetten des Themas Homecare-Versorgung zur Sprache zu bringen und verallgemeinerbare Trends für die Homecare-Versorgung abzuleiten.

4.1 Methodik und Studienpopulation

Bei der Fokusgruppe handelt es sich um ein moderiertes Diskussionsverfahren in Kleingruppen. Die Stärke der Fokusgruppen-Methodik liegt in der Exploration, also der Generierung von Hypothesen.

Fokusgruppen werden häufig in der explorativen Phase von quantitativen Untersuchungen im Rahmen eines Multi-Methods-Designs eingesetzt (Schulz, 2012). Ziel dabei ist es, möglichst viele unterschiedliche Facetten eines Themas zur Sprache zu bringen. Neben explorativen Informationen können Fokusgruppen auch verallgemeinerbare Trends liefern. Mögliche Diskrepanzen zwischen den Ergebnissen von Fokusgruppen und Einzelinterviews sind beabsichtigt (Schulz, 2012). Neue Ideen können durch spontane

Äußerungen in der Gruppe eher stimuliert werden als in Einzelinterviews. Zusätzlich ist eine Gruppe aufgrund des kollektiven Wissensbestandes grundsätzlich leistungsfähiger als Einzelpersonen. Gruppenmitglieder können zwischen aktiver und passiver Beteiligung wechseln. Interviewer- und Moderatoreffekte werden erfahrungsgemäß minimiert. Einschränkend ist jedoch anzumerken, dass aufgrund der begrenzten Zeit für die einzelnen Teilnehmer relativ wenig Redezeit bleibt im Vergleich zu Einzelinterviews (Schulz, 2012).

Insgesamt haben 25 Experten aus den Bereichen Arztpraxis, Klinik, Pflege und Homecare verteilt auf zwei Gruppen an der Fokusgruppendifkussion teilgenommen. Die Verteilung der einzelnen Disziplinen wird aus Tabelle 4 ersichtlich.

Aus dem niedergelassenen Bereich waren hauptsächlich Hausärzte vertreten, die Erfahrung mit der Versorgung von Homecare-Patienten haben. Der Klinikbereich wurde sowohl von Ober- und Chefärzten als auch von Fachpflegekräften aus den Bereichen Diabetesberatung, Ernährungs- und Wundmanagement als auch Case- und Überleitmanagement und dem Sozialdienst vertreten. Die ambulante Pflege besetzten einerseits Geschäftsführer/innen sowie angestellte Pflegekräfte verschiedener Sozialstationen und ambulanter Pflegedienste. Die Frauenquote lag insgesamt bei 52%.

Auszug des Fokusgruppen-Leitfadens

Themenfeld 1: Erfahrungen der Teilnehmer/innen mit Homecare

- Welche Erfahrungen haben Sie bislang mit der Versorgung von Homecare-Patienten gemacht?
- Denken Sie, dass Homecare-Patienten ausreichend versorgt werden?
- Haben Sie das Gefühl Homecare-Patienten selbst so zu versorgen, wie Sie es für wünschenswert erachten?

Tab. 4 Disziplinäre Zusammensetzung der Fokusgruppen

Disziplin	Gruppe 1	Gruppe 2
Niedergelassene Ärzte	1	5
Klinik Ärzte und Fachpflege	4	4
Ambulante Pflege	3	1
Homecare	4	3
Gruppe gesamt	12	13

Themenfeld 2: Neugestaltung der Homecare-Versorgung

- Element 1: Homecare-Anamnese
 - Was fällt Ihnen spontan zur Homecare-Anamnese durch eine ausgebildete Homecare-Fachkraft ein? Welche Vor- und Nachteile sehen Sie darin für Ihre Arbeit?
- Element 2: Detaillierter Therapievorschlagn
 - Wie bewerten Sie die Erarbeitung eines detaillierten Therapievorschlagn durch eine ausgebildete Homecare-Fachkraft? Was finden Sie gut, was weniger? Haben Sie Verbesserungsvorschlagn?
- Element 3: Therapie-Monitoring und -Anpassung
 - Wie bewerten Sie das kontinuierliche Therapie-Monitoring durch eine ausgebildete Homecare-Fachkraft? Welche Vor- und Nachteile sehen Sie darin für Ihre Arbeit?
- Zusammenfassende Bewertung der diskutierten Elemente

Themenfeld 3: Zusammenarbeit und Kooperation in der Homecare-Versorgung

- Könnten Sie sich vorstellen mit einem Homecare-Unternehmen zusammenzuarbeiten? Wie könnte eine solche Zusammenarbeit ausgestaltet sein? Welche Vor- und Nachteile sehen Sie in einer solchen Zusammenarbeit?
- Unter welchen Bedingungen würden Sie eine solche Kooperation eingehen? Welche Eigenschaften muss ihr Kooperationspartner mitbringen?

Der Diskussionsprozess wurde durch einen Moderator geleitet und anhand eines Leitfadens strukturiert. Die offene Diskussion war in drei Themenfelder untergliedert.

Auf Grundlage eines Schrift- sowie Audioprotokolls wurde zunächst ein Transkript der beiden Fokusgruppen in Anlehnung an die Methode der zentralen Aussagen angefertigt (Ruddat, 2012). Dazu wurde das umfangreiche Material nicht wortwörtlich, sondern mittels zentraler Diskussionsaspekte zusammengefasst. Die Auswertung des Transkriptes erfolgte auf Inhaltsebene, mit Fokus auf dem Gruppenoutput (Schulz, 2012). Dies bedeutet, dass zentrale Themen der Diskussion identifiziert und zu Kategorien zusammengefasst wurden. Als zentral galt ein Diskussionsaspekt, sobald er in der Gruppendiskussion wiederholt auftauchte und in einer gewissen Tiefe und Breite besprochen wurde (Ruddat, 2012).

4.2 Ergebnisse der Fokusgruppendifkussionen

Die Erfahrungen der einzelnen Teilnehmer mit der Versorgung von Homecare-Patienten lassen sich in die drei zentrale Hauptthemen Kommunika-

tions- und Informationsdefizite, Rechtsunsicherheiten und das damit einhergehende Verantwortungsvakuum sowie die Homecare-Therapieassistenz unterteilen.

4.2.1 Kommunikations- und Informationsdefizite an der Schnittstelle ambulant-stationär

Die Teilnehmer waren sich einig, dass Homecare eng verknüpft ist mit dem Entlassmanagement im Krankenhaus. Patienten mit Homecare-Bedarf werden fast ausschließlich zuerst stationär behandelt. Das größte Defizit an der Schnittstelle zwischen dem Krankenhaus und der ambulanten Nachsorge der Patienten wird in dem mangelnden Informationsaustausch gesehen. Sowohl beim Datenaustausch „nach außen“, zwischen Klinikarzt und Hausarzt, als auch „nach innen“, zwischen den verschiedenen beteiligten Mitarbeitern der Klinik, kommt es regelmäßig und häufig zu Informationsbrüchen. Zudem erfolgt die Entlassung des Patienten häufig sehr kurzfristig und ohne Abstimmung mit verfügbaren Ressourcen der Nachsorge.

„In der Realität werden oft Patienten Freitagnachmittag entlassen, benötigen jedoch noch vom Hausarzt Rezepte für das Wochenende.“ (Arzt, Gruppe II)

Aber auch in umgekehrter Richtung beklagen die Klinikvertreter, nicht ausreichend über den weiteren Verlauf des Patienten informiert zu werden. Das wäre in vielen Fällen von Vorteil, da die Patienten häufig zu einem späteren Zeitpunkt wieder eingewiesen werden. Eine kontinuierliche, gemeinsame Dokumentation könne Abhilfe schaffen.

Gleichzeitig beklagt der Klinikbereich die mangelnde Abstimmungsbereitschaft der nachsorgenden Parteien. Die Klinik wünscht sich den besseren Einbezug des Therapieverlaufes der Klinik in den Therapieplan der Nachsorge. Teilweise entwickelt sich der Behandlungsplan eines Patienten in der Klinik über Wochen, ohne anschließend angemessen berücksichtigt zu werden.

Der Informationsaustausch innerhalb der Klinik wird vor allem durch die hohe Fluktuation der Assistenzärzte, die Rotation des Pflegepersonals in den Schichten sowie Zeitnot durch die Verdichtung der Behandlungsabläufe erschwert.

4.2.2 Rechtsunsicherheit und Verantwortungsvakuum

Auch wenn das Gesetz die Krankenhäuser zur Durchführung eines Entlassmanagements verpflichtet (§§ 11 Abs. 4 und 39 Abs. 1 SGB V), fehlt es nach Ansicht der Teilnehmer an gesetzlich definierten Vorgaben, welche Leistun-

gen ein Krankenhaus vorweisen muss, um eine Entlassmanagement darstellen zu können.

„Nach der Entlassung des Patienten aus der Klinik sieht die Klinikfachpflege die weitere Versorgung des Patienten nicht mehr in ihrem Aufgabenbereich.“ (Pflege, Gruppe I)

Während die ambulante Pflege dem Klinikbereich zu wenig Verantwortungsübernahme bei der Entlassung der Patienten vorwirft, ist die Zusammenarbeit mit den Homecare-Managern aus Sicht der Fachpflege in der Klinik eng verzahnt. Die Fachpflege kümmere sich bei der Entlassung des Patienten darum, die weiterversorgenden Homecare-Manager zu informieren. Der Informationsaustausch zwischen den beteiligten Parteien wird aus Gründen des Datenschutzes und der Datensicherheit wesentlich gehemmt.

Große rechtliche Unsicherheit besteht auch bezüglich der Delegation von Leistungen an ein Homecare-Unternehmen. Die Teilnehmer machten deutlich, dass offiziell keine offenkundige Delegation stattfindet. Die Übernahme der Leistungen durch den Homecare-Anbieter erfolgt meist ausschließlich auf Grundlage mündlicher Absprachen und der Genehmigung des Patienten oder indirekt mit Unterzeichnung des Therapieplans. Der Arzt verlässt sich u. a. darauf, dass das Homecare-Unternehmen die Qualifikation seiner Mitarbeiter sicherstellt.

4.2.3 Homecare-Therapieassistentz

Ein zentraler Diskussionspunkt fokussierte den Aspekt, dass Homecare neben der reinen Produktversorgung zunehmend umfangreiche zum Teil auch therapeutische Dienstleistungen umfasst wie z. B. die Homecare-Anamnese mit Therapievorschlag, die kontinuierliche Betreuung des Patienten oder die Koordination der beteiligten Leistungserbringer. Diskutiert wurde in diesem Zusammenhang zunächst, ob es für die Übernahme dieser Leistungen einer qualifizierten Homecare-Fachkraft bedarf und welchen Mehrwert ihr Einsatz für die Beteiligten generieren kann.

Der Klinikbereich schreibt Homecare das Potential zu, die notwendige Brücke zwischen den an der Versorgung beteiligten Akteuren zu bauen.

„Meiner Meinung nach besteht ein Bedarf für Homecare zwischen der Schnittstelle ambulante Versorgung und dem ärztlichen Sektor im stationären Bereich. Hier fehlt noch die gelebte Grundlage.“ (Klinik, Gruppe II)

Aus Sicht der niedergelassenen Ärzte entlastet Homecare deren Arbeit durch die Übernahme des Hilfsmittelmanagements. Die Kompetenz der Homecare-Anbieter bei der Auswahl der angemessenen Produkte schätzen die Ärzte

und sehen darin eine große Zeitersparnis für sich. Homecare hilft Ärzten, Kosten einzusparen und mindert die Gefahr von Regressen, indem den Ärzten die Recherchearbeit und Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung abgenommen wird.

Insgesamt sehen die niedergelassenen Ärzte keinen Nachteil durch Homecare und auch keine Gefahr der Einschränkung ihrer eigenen Therapiefreiheit. Die Homecare-Anamnese sei klar abgrenzbar von der medizinischen Anamnese und Therapiesteuerung, die in der Verantwortung des Arztes liegt. Auch im Vergleich zu Praxisassistentinnen, die für die Übernahme ärztlich delegierter Leistungen weitergebildet wurden (z.B. VerAH), sehen Ärzte einen Mehrwert durch Homecare-Fachkräfte (u.a. bessere pflegerische Kompetenz).

Die Position der Pflege bezüglich der Notwendigkeit einer Homecare-Fachkraft ist hingegen nicht eindeutig. Vielmehr zeigt sich ein gewisses Spannungsverhältnis zwischen den Professionen. Der Pflegedienst sieht sich als erster Ansprechpartner für den Patienten, der rund um die Uhr zur Verfügung steht. Die pflegerischen und koordinativen Aufgaben um den Patienten sehen sie eindeutig in ihrem Aufgabenbereich.

„Im Pflegedienst arbeiten Pflegeexperten. Die Homecarer geben den Pflegefachkräften Arbeitsanweisungen, dies empfinden die Pflegefachkräfte als störend.“ (Pflege, Gruppe I)

Vertreter der Pflegedienste bemerken zudem, dass die meisten Pflegedienste nicht über die notwendige fachliche Expertise verfügen, um die Koordination der Homecare-Versorgung zu verantworten und den Homecarer als reinen Produktversorger zu beteiligen. Dazu wären entsprechend qualifizierte Fachkräfte wie z.B. Wundmanager bei den Pflegediensten notwendig.

Insgesamt waren sich die Diskutierenden jedoch einig, dass die Homecare-Therapieassistenz sowohl von einem Pflegedienst als auch von einem Homecare-Unternehmen aus eingesetzt werden kann. Ausschlaggebend sind lediglich die fachliche Expertise des Homecare-Managers und die Orientierung der Leistungen an definierten Qualitätsstandards. Die Verbindung „Pflege-Homecare“ muss daher genauso gepflegt werden wie die Schnittstelle „ambulant-stationär“.

Bei der Diskussion um die Beauftragung der Homecare-Therapieassistenz waren sich die Parteien einig, dass zumindest rechtlich gesehen, der Patient das freie Wahlrecht über das zu beauftragende Homecare-Unternehmen hat. In der Praxis entscheiden aber häufig die Leistungserbringer zumindest darüber, ob das Hinzuziehen einer Homecare-Fachkraft angemessen ist. Eindeutige Regelungen diesbezüglich fehlen gänzlich.

„Die Entscheidung, ob ein Homecare-Manager benötigt wird, ist eine Mischung aus Bauchgefühl und Erfahrung.“ (Klinik, Gruppe I)

Aus Sicht der Klinikfachpflege würde der Patient im Idealfall vom zuständigen Homecare-Mitarbeiter bereits im Krankenhaus persönlich aufgesucht werden, um einen persönlichen Kontakt herzustellen und eine Vertrauensbasis aufzubauen. Der Homecare-Mitarbeiter soll nicht als reiner Produktlieferant ohne persönlichen Kontakt zum Patienten eingesetzt werden.

4.3 Neugestaltung der Homecare-Versorgung

Im zweiten Themenfeld beschäftigten sich die Diskussionsrunden mit Maßnahmen zur Neugestaltung der Homecare-Versorgung. Verbesserungspotential wurde insbesondere in den Bereichen Information und Aufklärung über Homecare, gesetzliche Rahmenbedingungen sowie Kontinuität der Versorgung gesehen.

4.3.1 Information und Aufklärung über Homecare

Es herrscht ein Informations- und Aufklärungsdefizit bezüglich Homecare bei vielen der an der Versorgung Beteiligten, was die Arbeit der Homecare-Fachkräfte erschwert.

„Ich würde mir mehr Aufklärung in den Praxen wünschen. Wenn ich Rezepte anfordere, wird dies häufig als störend empfunden. Dies liegt meines Erachtens an dem fehlenden Wissen über unsere Arbeit.“ (Homecare-Unternehmen, Gruppe II)

4.3.2 Gesetzliche Rahmenbedingungen

Die Diskussionsteilnehmer waren sich einig, dass die mangelnde Information und Aufmerksamkeit für den Homecare-Bereich in den fehlenden gesetzlichen Rahmenbedingungen begründet ist. Die Politik greift bislang Teilaspekte zur Verbesserung der Versorgung auf. So werden neue Delegationsmodelle wie VerAH und AGnES vorangetrieben und die Kompetenz der Pflege gestärkt – beides, um die Ärzte zu entlasten. Der Bereich Homecare allerdings bleibt weitestgehend unberührt.

Wünschenswert wäre nach Ansicht der Teilnehmer zunächst eine gesetzliche Verankerung des Homecare-Begriffes in Kombination mit der Definition von Qualitätskriterien für die Homecare-Versorgung. Die Klinikfachpflege fordert eine Zertifizierung von Homecare-Unternehmen nach einheitlichen Standards. Ebenso gilt es, Mindestanforderungen an die Qualifikation von

Homecare-Fachkräften festzulegen. Homecare-Personal benötigt eine klar definierte professionelle Rolle, die sowohl ihre Funktion und ihre Verantwortungsbereiche, als auch ihre Finanzierung regelt.

Darüber hinaus wird der Hausarzt von allen Beteiligten als der zentrale Dreh- und Angelpunkt bei der Versorgung außerhalb des Krankenhauses gesehen. Dennoch ist sich die Mehrheit einig, dass der Hausarzt nicht mehr alle von ihm verantworteten Aufgaben selbst übernehmen kann.

Die Mehrheit der niedergelassenen Ärzte wünscht sich diese Arbeitsentlastung. Damit die Delegation an Homecare-Fachkräfte jedoch nicht wie derzeit ausschließlich auf Vertrauen basiert, ist eine rechtlich einwandfreie Regelung der Delegation notwendig. Es bedarf klarer Strukturen, wer wozu befugt ist, wo dies schriftlich festzuhalten ist und welche Optionen der Vergütung es gibt.

Auch wenn Fragen der Finanzierung der Homecare-Versorgung nicht im Fokus dieser Untersuchung standen, wurden Teilaspekte im Laufe der Diskussion thematisiert. Insgesamt wird die derzeitige Finanzierungslogik über Produktmargen mehrheitlich als unbefriedigend bewertet und sollte durch einen klar definierten Abrechnungsbestandteil ersetzt werden.

4.3.3 Kontinuität der Versorgung

Als wesentlichstes Defizit in der Homecare-Versorgung wurden die Kommunikationsbrüche an den Schnittstellen der Versorgungsbereiche diskutiert. Entsprechend gab es auch eine Vielzahl von Anregungen, wie mit bereits niedrigschwelligen Maßnahmen, die Kontinuität in der Versorgung besser gewährleistet werden könnte.

Zum einen wird die Kommunikation dort erschwert, wo es an kontinuierlichen Ansprechpartnern fehlt. Insbesondere das Krankenhaus mit seiner hohen Personalrotation und -fluktuation benötigt Mitarbeiter, die die Informationen intern sammeln, sortieren, strukturieren, aufbereiten und nach außen weitergeben. Da die Stations- oder Assistenzärzte diese Rolle nur schwer übernehmen können, bedarf es einer Person, z.B. eines Entlassmanagers, die diese Aufgaben übernimmt.

Das Entlassmanagement der Klinik benötige aber auch ein Gegenstück aufseiten der Hausärzte im Sinne eines Aufnahmemanagements, z.B. mittels einer Bereitschaftspraxis.

Eine gemeinsame, einheitliche Dokumentation würde nach Ansicht einer Vielzahl der Diskussionsteilnehmer die Zusammenarbeit enorm erleichtern. Allerdings unterscheiden sich die Meinungen bezüglich eines gemeinsamen elektronischen Systems. Einerseits könne über die Verwendung von Pflicht-

feldern eine vollständige Dokumentation gefördert werden. Andererseits bezweifeln einzelne Akteure die Finanzierbarkeit eines solchen Systems.

Schließlich wurde von verschiedenen Parteien eine verbesserte Kultur des gegenseitigen Feedbacks gewünscht. Probleme und Kritik sollten offen ausgetauscht werden. Zeit für Rückkopplungen und Absprachen zwischen den einzelnen Berufsgruppen und Schnittstellen sollten fester Bestandteil des Arbeitsalltages werden.

4.4 Zusammenarbeit und Kooperation in der Homecare-Versorgung

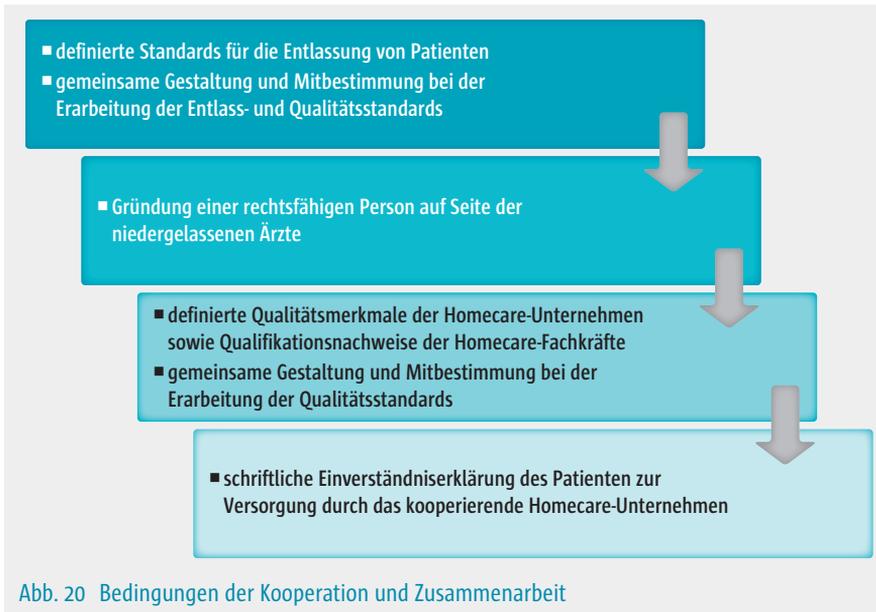
In einem letzten Teil der Fokusgruppendifkussion ging es um die Frage der Kooperation und Zusammenarbeit in der Homecare-Versorgung. Es zeigte sich, dass einige der Diskussionsteilnehmer bereits Erfahrungen mit Kooperationsvereinbarungen zwischen Klinik, Hausärzten und Homecare-Anbietern haben. Aus der Diskussion ergaben sich einige konkrete Voraussetzungen, die die Teilnehmer für eine erfolgreiche und tragfähige Kooperation als notwendig erachten (vgl. Abbildung 20). Gleichzeitig berichteten die Teilnehmer auch von Herausforderungen in der Zusammenarbeit trotz bestehender Vereinbarungen.

Zu den Kooperationsbedingungen gehören z.B. die frühzeitige Information des Hausarztes sowie die Verschreibung von Rezepten. Hier wünschen sich insbesondere die niedergelassenen Ärzte bei der Gestaltung dieser Standards die Möglichkeit der Mitbestimmung. Aus ihrer Sicht liegt die Herausforderung in erster Linie in der Bildung einer rechtsfähigen Person, die als Vertragspartner gegenüber der Klinik fungieren kann.

Ein weiteres wichtiges Kriterium stellt die Qualitätssicherung aufseiten der kooperierenden Homecare-Unternehmen dar. Hier gilt es, Qualitätsmerkmale zu bestimmen, die u.a. Mindestanforderungen an die Qualifikation der Homecare-Fachkräfte beinhalten.

Zusätzlich bedarf es, um dem freien Leistungserbringerwahlrecht der Patienten gerecht zu werden, einer schriftlichen Einverständniserklärung der Patienten, mit dem kooperierenden Homecare-Unternehmen zusammenarbeiten zu wollen.

Die Erfahrungen der Diskussionsteilnehmer zeigen, dass ein Kooperationsvertrag allein noch nicht ausreichend ist, um eine reibungslose Versorgung im Praxisalltag zu gewährleisten. Brüche entstehen nach Aussage der Teilnehmer vor allem, wenn das Klinikpersonal mit dem Kooperationsvertrag nicht vertraut ist, Altenheime involviert sind oder die Patienten mit anderen Homecare-Anbietern zusammenarbeiten möchten. Durch Fluktuation und Rotation des Klinikpersonals wissen die ständig wechselnden Ärzte häufig



nicht von den bestehenden Verträgen. Das Nebeneinander verschiedener einzelner Verträge verstärkt dieses Problem noch weiter.

4.5 Schlussfolgerungen zu den Fokusgruppen

Die Ergebnisse der Fokusgruppendifkussion liefern ein aufschlussreiches Bild über die Perspektiven der verschiedenen an der Homecare-Versorgung beteiligten Leistungserbringer. Tabelle 5 zeigt im Überblick eine Auswahl der wichtigsten Standpunkte der einzelnen Berufsgruppen – insbesondere divergierende Sichtweisen. Kontroversen zwischen den einzelnen Berufsgruppen sind zum Teil auf die Sorge vor Kompetenzverlust bzw. haftungsrechtliche Risiken zurückzuführen. Vor allem die ambulante Pflege empfindet eine große Deckungsgleichheit zwischen den Aufgaben einer Homecare-Therapieassistenz und den eigenen Tätigkeitsbereichen. Sie fürchten eine Beschneidung ihrer Kompetenzen bzw. einen Verlust ihrer Vertrauensfunktion gegenüber dem Patienten. Niedergelassene Ärzte hingegen schätzen den Mehrwert der Arbeitsentlastung durch eine kompetente Homecare-Fachkraft und geben gerne delegierbare Aufgabenbereiche ab. Sie befürchten jedoch vor allem haftungsrechtliche Schwierigkeiten, da die Aufgabendelegation bislang ausschließlich auf Vertrauen basiert.

Tab. 5 Überblick über die unterschiedlichen Standpunkte nach Stakeholdern (Auswahl)

	Niedergelassene Ärzte	Klinik/Fachpflege	Ambulante Pflege	Homecare-Unternehmen
Kommunikation und Informationsaustausch	<ul style="list-style-type: none"> mangelhafter Informationsaustausch der Klinik bei Entlassung (zu späte Information über Zeitpunkt, unvollständige Dokumentation) fehlende, konkrete Ansprechpartner in Klinik 	<ul style="list-style-type: none"> mangelhafte Informationsbereitschaft bei nachsorgenden Parteien fehlende, konkrete Ansprechpartner in Arztpraxis v.a. außerhalb der Sprechzeiten unzureichende Abstimmung der Weiterbehandlung des Patienten 	<ul style="list-style-type: none"> mangelnde Terminabsprachen von Homecarern mit Pflege 	<ul style="list-style-type: none"> Mangel an nahtloser und transparenter Kommunikation und Dokumentation Mangel an Information und Wissen über Homecare
Verantwortungsvakuum und Rechtsunsicherheit	<ul style="list-style-type: none"> Mangel an verbindlichen Vorgaben für ein Entlassmanagement Delegation von Aufgaben erfolgt auf Vertrauensbasis, Mangel an rechtlichen Rahmenbedingungen 	<ul style="list-style-type: none"> Unsicherheit über Datenaustausch und Datensicherheit Gefühl der Machtlosigkeit bei Entscheidung über Weiterbehandlung des Patienten 	<ul style="list-style-type: none"> mangelnde Vergütung für umfangreiche Dokumentationen 	<ul style="list-style-type: none"> Aufnahmemanagement in der Arztpraxis als Gegenstück zum Entlassmanagement in der Klinik
Mehrwert Homecare-Therapie-assistenz	<ul style="list-style-type: none"> Arbeitsentlastung für den Hausarzt Kompetenzvorsprung im Bereich des Spezialwissens sowie der Produkt- und Therapiewahl Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit 	<ul style="list-style-type: none"> ganzheitliche Betrachtung des Patienten Koordination der Schnittstellen stationär – ambulant 	<ul style="list-style-type: none"> Experte in Produktwahl, Einholen der Verordnung und Finanzierung Koordination der Gesamtversorgung ist Aufgabe der ambulanten Pflege 	<ul style="list-style-type: none"> breites Wissen über generische Produkte zur Berücksichtigung des Hausarztbudgets
Bedenken bzgl. Homecare-Therapie-assistenz	<ul style="list-style-type: none"> Finanzierung über Produktmargen fehlende Richtlinien zur Qualifikation für Homecare-Fachkräfte 	<ul style="list-style-type: none"> fehlende Zertifizierung von Homecare-Fachkräften und Unternehmen 	<ul style="list-style-type: none"> eigener Kompetenzzug im Bereich der pflegerischen und koordinativen Aufgaben 	<ul style="list-style-type: none"> fehlende Qualitätsstandards für Homecare-Unternehmen
Beauftragung Homecare-Therapie-assistenz	<ul style="list-style-type: none"> theoretisch freies Wahlrecht des Patienten praktisch liegt Entscheidung beim Hausarzt 	<ul style="list-style-type: none"> theoretisch freies Wahlrecht des Patienten praktisch liegt Entscheidung bei der Klinik 	<ul style="list-style-type: none"> theoretisch freies Wahlrecht des Patienten praktisch liegt Entscheidung beim Hausarzt 	<ul style="list-style-type: none"> theoretisch freies Wahlrecht des Patienten praktisch liegt Entscheidung beim Hausarzt

5 Schriftliche Befragung von Arztpraxen, Kliniken, Pflegeheimen und Pflegediensten

Aufbauend auf den Ergebnissen der Fokusgruppendifkussion wurde eine schriftliche Befragung mit Hausärzten, Kliniken, Pflegeheimen und Pflegediensten in der Region Oberfranken durchgeführt. Hierzu wurden aus den Erkenntnissen der Fokusgruppen berufsgruppenspezifische Fragebögen erstellt, um damit ein repräsentativeres Meinungsbild der einzelnen Leistungserbringergruppen abbilden zu können.

5.1 Methodik

Im Zeitraum von Juli bis September 2015 wurde eine postalische Befragung mit Vertretern aus Arztpraxen, Kliniken, Pflegeheimen und Pflegediensten durchgeführt. Die Fragebögen wurden speziell für diese Studie entwickelt. Entsprechend der vier Berufsgruppen gab es vier individuelle Fragebögen, die jeweils für die Berufsgruppe relevante Fragen beinhalteten. Durch die schriftliche Befragung konnte jeglichem Einfluss der Antworten durch die Anwesenheit eines Interviewers vorgebeugt werden. Um trotzdem weitestgehend eine Verständlichkeit der Fragen zu gewährleisten, wurden die Fragebögen auf Grundlage der Erkenntnisse aus den Fokusgruppen skizziert, diskutiert und umfassend mit Vertretern aller Berufsgruppen auf ihre Verständlichkeit und Sinnhaftigkeit geprüft. Ein erheblicher Teil der Studienzeit wurde in die Anpassung und Optimierung der Fragebögen investiert. Diese wur-

den schwerpunktmäßig an Leistungserbringer in der Metropolregion Erlangen-Nürnberg-Fürth verschickt. In anderen Regionen Oberfrankens u. a. in der Region Bayreuth wurde zusätzlich ein Teil der Fragebögen verteilt. Die potentiellen Teilnehmer wurden schriftlich und persönlich kontaktiert und informiert. Ebenfalls wurde mit mehreren postalischen und persönlichen Remindern zur Teilnahme motiviert. Die Fragebögen enthielten Fragen zur aktuellen Versorgungssituation von Homecare-Patienten, zur Zusammenarbeit der Berufsgruppen untereinander, und zu den Potentialen und Risiken der Zusammenarbeit mit externen Homecare-Dienstleistern.

5.2 Studienpopulation

An der Befragung beteiligten sich 210 niedergelassene Ärzte, 60 Mitarbeiter aus Kliniken sowie 69 bzw. 33 Mitarbeiter aus Pflegeheimen und -diensten. Insgesamt nahmen somit 372 Personen teil.

Aus Tabelle 6 wird ersichtlich, dass die vertretenen Institutionen regelmäßig Patienten aus allen Homecare-Therapiebereichen betreuen. Auf der Basis von Schätzungen der Befragten indizieren die Prozentzahlen, welcher Anteil der Befragten mindestens einen Patient in dem jeweiligen Therapiebereich betreut (bzw. dessen Institution). Dies lässt einen Aufschluss über die ungefähren Mengenverteilungen zu, wobei anzumerken ist, dass bei der Befragung weiter nach der geschätzten Patientenzahl differenziert wurde.

Jeweils am häufigsten versorgt werden Wundpatienten. Die geringsten Patientenzahlen finden sich im Bereich Tracheostoma. Alle Berufsgruppen betreuen zumeist zwischen ein bis zehn Patienten pro Therapiebereich (pro

Tab. 6 Teilnehmerzahlen nach Berufsgruppe und Anteile nach Homecare-Bereich und Versorgungsgebiet

Teilnehmer aus	Arztpraxis	Klinik	Pflegeheim	Pflegedienst
Teilnehmerzahl	210	60	69	33
Homecare-Bereiche				
Wundversorgung	85%	62%	77%	94%
Inkontinenz	80%	42%	66%	91%
Uro-/Enterostoma	77%	36%	46%	75%
Enterale Ernährung	67%	53%	72%	68%
Parenterale Ernährung	50%	59%	45%	38%
Tracheostoma	36%	33%	33%	37%
Versorgungsgebiet				
Großstädtisch	41%	77%	27%	23%
Kleinstädtisch	30%	17%	37%	43%
Ländlich	28%	6%	36%	33%

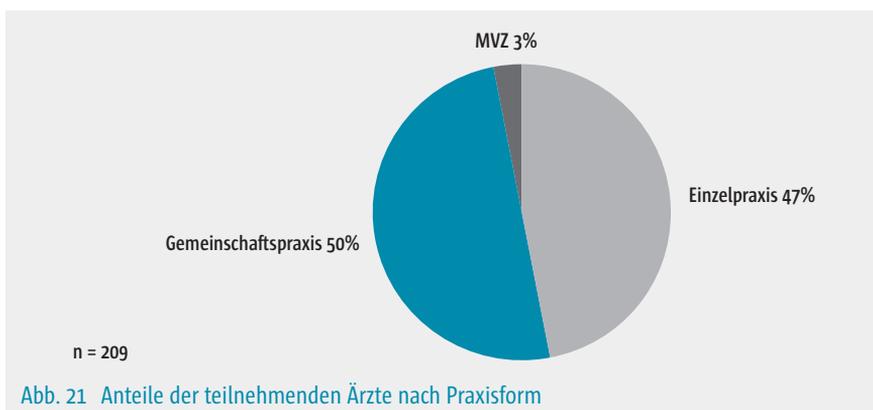
Quartal). In der stationären Pflege werden schwerpunktmäßig Pflegebedürftige im Bereich der Wund- und Inkontinenzversorgung betreut. Die ambulanten Pflegedienste betreuen relativ gesehen die meisten Homecare-Patienten. Auch hier liegt der Schwerpunkt im Bereich Wund- und Inkontinenzversorgung. Die ambulante Pflege nimmt zudem eine deutliche Leistungserhöhung im medizinisch behandlungspflegerischen Bereich wahr (55%). Etwa 36% der Befragten aus der ambulanten Pflege schätzen diese Erhöhung als mäßig ein, für 9% ist kein Unterschied feststellbar.

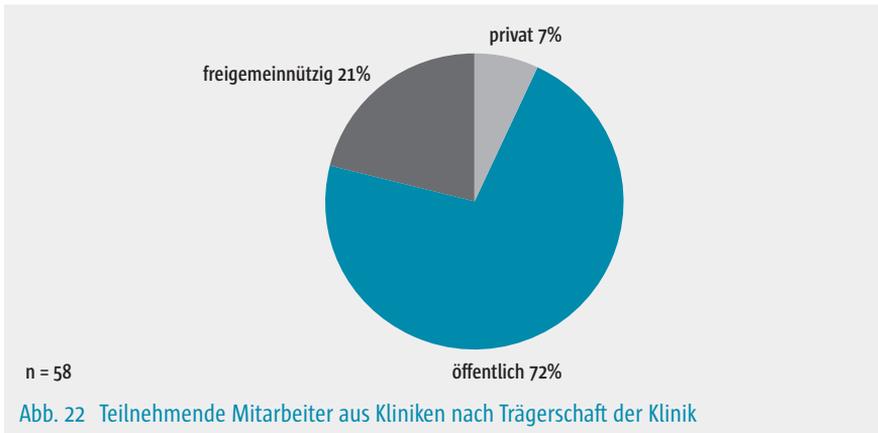
Teilnehmer aus Arztpraxen und Kliniken kamen überwiegend aus großstädtischen Versorgungsgebieten mit mehr als 50.000 Einwohnern. Pflegeheime und -dienste waren mehrheitlich aus kleinstädtischen Regionen mit 10.000 bis 50.000 Einwohnern vertreten, wobei ein nahezu gleichgroßer Anteil an Teilnehmern aus ländlichen Gegenden mit weniger als 10.000 Einwohnern gewonnen werden konnte.

5.2.1 Teilnehmende niedergelassene Ärzte

Die Mehrheit der niedergelassenen Ärzte (66%) war zwischen 40 und 59 Jahre alt. Ärzte älter als 60 Jahre machten knapp ein Drittel der Studienpopulation aus, während lediglich 3% jünger als 39 Jahre waren. Der Anteil an weiblichen Teilnehmern lag bei 28%. Die teilnehmenden Ärzte waren zum Großteil (62%) Allgemeinmediziner. Die am zweithäufigsten vertretene Fachrichtung war die Innere Medizin mit einem Anteil von 16%, gefolgt von Urologen mit 6%. Der restliche Anteil verteilte sich auf verschiedene andere Disziplinen wie HNO-Heilkunde, Dermatologie oder Neurochirurgie. Abbildung 21 zeigt die Verteilung der teilnehmenden Ärzte auf die verschiedenen Praxisformen.

Die größte Gruppe von Ärzten (36%) betreuen pro Tag durchschnittlich mehr als 75 Patienten. 51 bis 75 Patienten pro Tag werden von 28% der Ärzte betreut,





26 bis 50 Patienten von 31%. 5% der Befragten betreuen durchschnittlich weniger als 25 Patienten pro Tag.

5.2.2 Teilnehmer aus dem Klinikbereich

Unter den Klinikmitarbeitern waren 28% im Sozialdienst tätig. 13% gaben an im Bereich Wundversorgung und Ernährungsmanagement zu arbeiten. Weitere 13% gehörten der Pflegedienstleitung oder der Stationsleitung an. Jeweils 12% waren als Gesundheits- bzw. Krankenpfleger oder Casemanager tätig. Die restlichen Befragten verteilten sich auf die Disziplinen Arzt (5%), Qualitätsmanagement (1,7%), Angehörigencoach (1,7%) und Studienassistentin (1,7%). Die Trägerstruktur wird aus Abbildung 22 ersichtlich. Die Mehrheit der Befragten (72%) arbeitete in Kliniken öffentlicher Trägerschaft.

Jeweils circa 30% der Befragten vertraten Kliniken mit mehr als 1.000 Betten und 500 bis 1.000 Betten. 16% der Befragten arbeiten in Häusern mit 300 bis 500 Betten, 21% in Häusern mit 100 bis 300 Betten und lediglich 2% in Kliniken mit bis zu 100 Betten. Abbildung 23 zeigt die Verteilung der teilnehmenden Mitarbeiter aus Kliniken nach der jeweiligen Versorgungsstufe der Klinik.

Abbildung 24 veranschaulicht, in welchen Bereichen die in den Kliniken arbeitenden Fachkräfte tätig sind, die nach Angaben der Befragten schwerpunktmäßig für die Homecare-Therapie zuständig ist.

Der Großteil der Befragten gab an, ein für Homecare zuständiges Wundteam in ihrer Klinik zu haben. Aber auch andere Disziplinen wie Ernährungs- und Diabetestteams sowie Stoma-, Schmerz- und Palliativteams sind in der Mehrzahl der vertretenen Kliniken vorhanden. 61% der Befragten gaben zudem an, dass ihre Klinik über mindestens einen Case-Manager verfügt. Bei 52% der Befragten sind mehrere Case-Manager in der Klinik angestellt. Ein Sozialdienst ist in den Kliniken aller Befragten vorhanden.

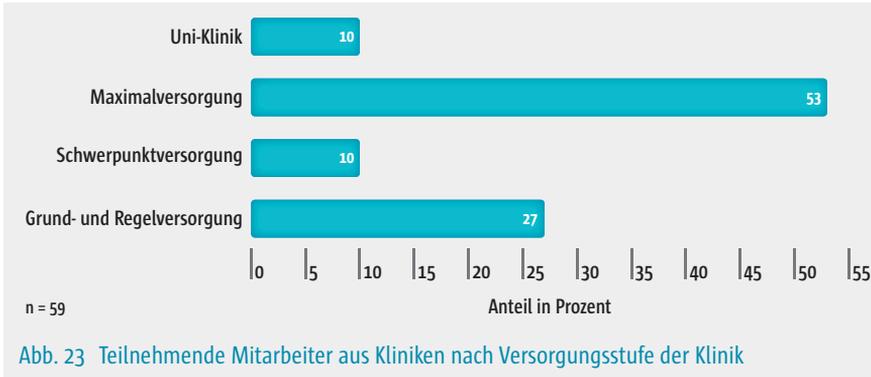


Abb. 23 Teilnehmende Mitarbeiter aus Kliniken nach Versorgungsstufe der Klinik

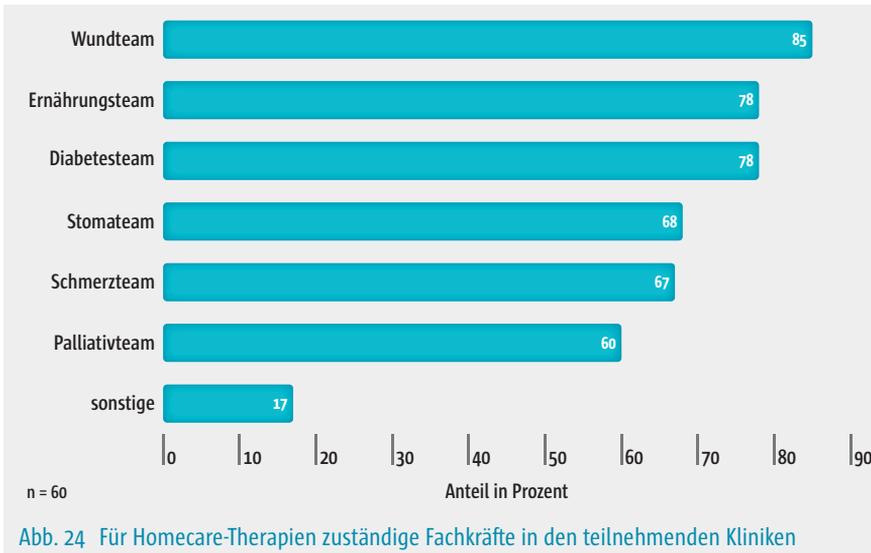


Abb. 24 Für Homecare-Therapien zuständige Fachkräfte in den teilnehmenden Kliniken

5.2.3 Teilnehmer aus der stationären Pflege

Der größte Teil der Mitarbeiter aus stationärer Pflege (74%) war in der Pflegedienst- oder Wohnbereichsleitung tätig (vgl. Abbildung 25).

Über die Hälfte der befragten Mitarbeiter (58%) arbeitete in Einrichtungen aus öffentlicher Trägerschaft, 37% kamen aus freigemeinnützig geführten Einrichtungen und 5% aus privaten Institutionen. Pflegemitarbeiter aus Einrichtungen mit mehr als 100, 51 bis 100 und bis zu 50 Plätzen waren jeweils zu 32%, 52% und 15% vertreten.

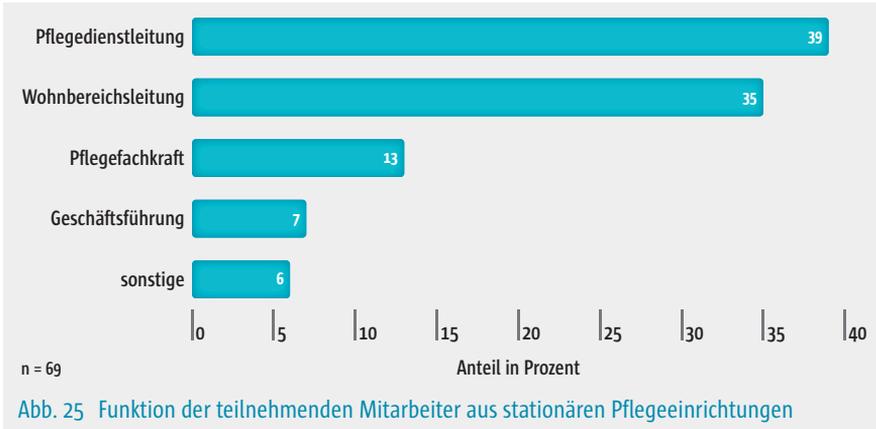


Abb. 25 Funktion der teilnehmenden Mitarbeiter aus stationären Pflegeeinrichtungen

5.2.4 Teilnehmer aus der ambulanten Pflege

Im Bereich der ambulanten Pflegedienste kam der überwiegende Teil der Befragten aus der (stellvertretenden) Pflegedienstleitung (70%) und der Geschäftsführung (21%). Die übrigen Prozent verteilen sich auf sonstige Funktionen im Bereich der Pflege. Abbildung 26 zeigt die Anteile der Befragten nach der Anzahl der Pflegebedürftigen, die der jeweilige Pflegedienst durchschnittlich betreut.

Die Hälfte der Befragten arbeitete in freigemeinnützigen, 38% in privaten und 13% in öffentlich geführten Pflegediensten.

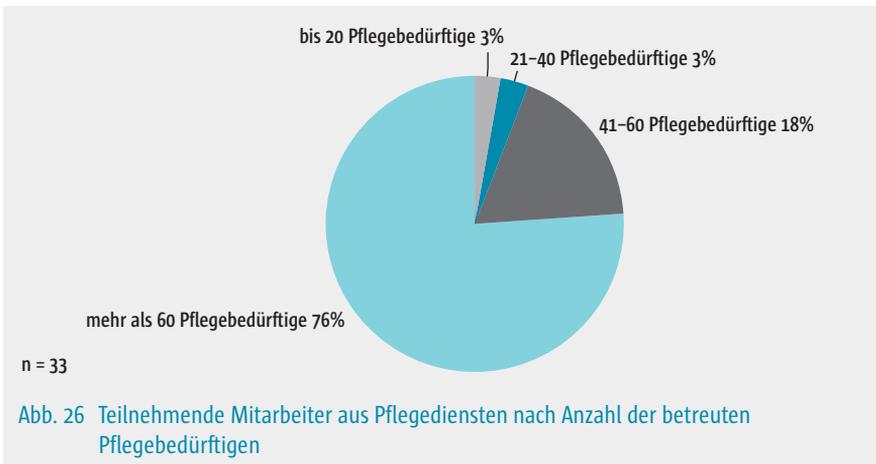


Abb. 26 Teilnehmende Mitarbeiter aus Pflegediensten nach Anzahl der betreuten Pflegebedürftigen

5.3 Homecare im Versorgungsalltag

Unter den niedergelassenen Ärzten schätzen 48% die Bedeutung von Homecare in ihrem Versorgungsalltag als ziemlich bis sehr relevant ein (vgl. Abbildung 27). Unter den übrigen Teilnehmergruppen wird die Relevanz mit Anteilen zwischen 70 und 77% von deutlich mehr Befragten hoch eingeschätzt. Knapp ein Fünftel der Ärzte sieht wenig bis keine Relevanz in diesem Versorgungsbereich. Im Klinikbereich sind es knapp 12%. Die Nennungen aus dem Pflegebereich sind vernachlässigbar.

Der unter allen Berufsgruppen am häufigsten genannte Grund für die Bedeutung von Homecare im Versorgungsalltag ist die Komplexität der benötigten Behandlung gefolgt von der Anzahl der betroffenen Patienten bzw. Pflegebedürftigen. Klinikmitarbeiter heben zudem den sozialen Hintergrund des Patienten sowie das erhöhte Risiko eines Drehtüreffekts bei einer komplexen Versorgungslage vor (jeweils 61%). Die Verantwortung gegenüber dem Patienten ist für 54% der Klinikmitarbeiter ein Grund für die Bedeutung von Homecare, die Anzahl der betroffenen Patienten für 51%. Die Auswirkungen auf die Verweildauer bzw. auf das Klinikbudget spielen für 48% eine Rolle. Für Mitarbeiter aus der stationären Pflege sind der vergleichsweise hohe Koordinationsaufwand mit den behandelnden Ärzten und die Verantwortung gegenüber den Bewohnern mit 45% bzw. 43% zusätzlich relevante Gründe. In der ambulanten Pflege werden die zwei zuletzt genannten Gründe zu 36% und 33% genannt. 29% der niedergelassenen Ärzte empfinden ebenso die Auswir-

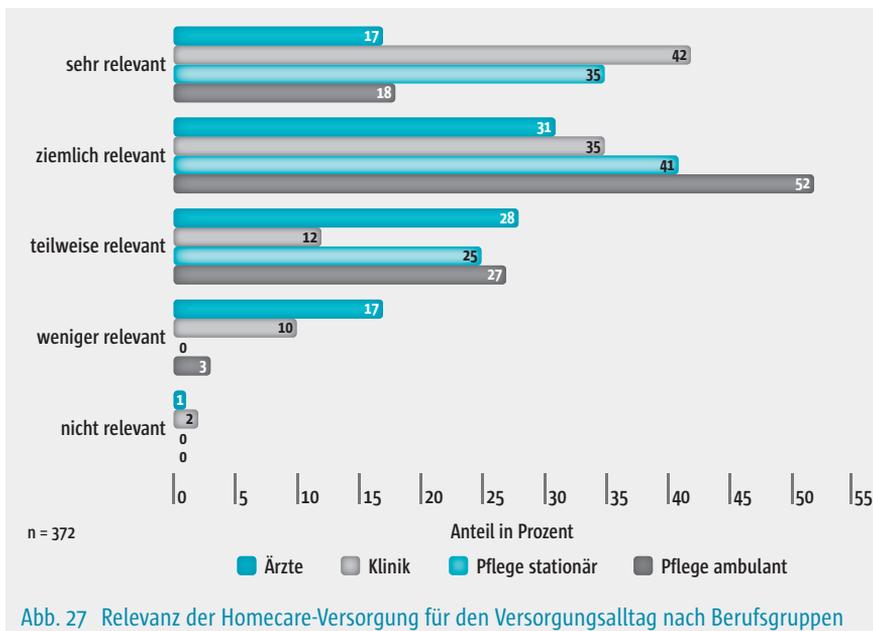
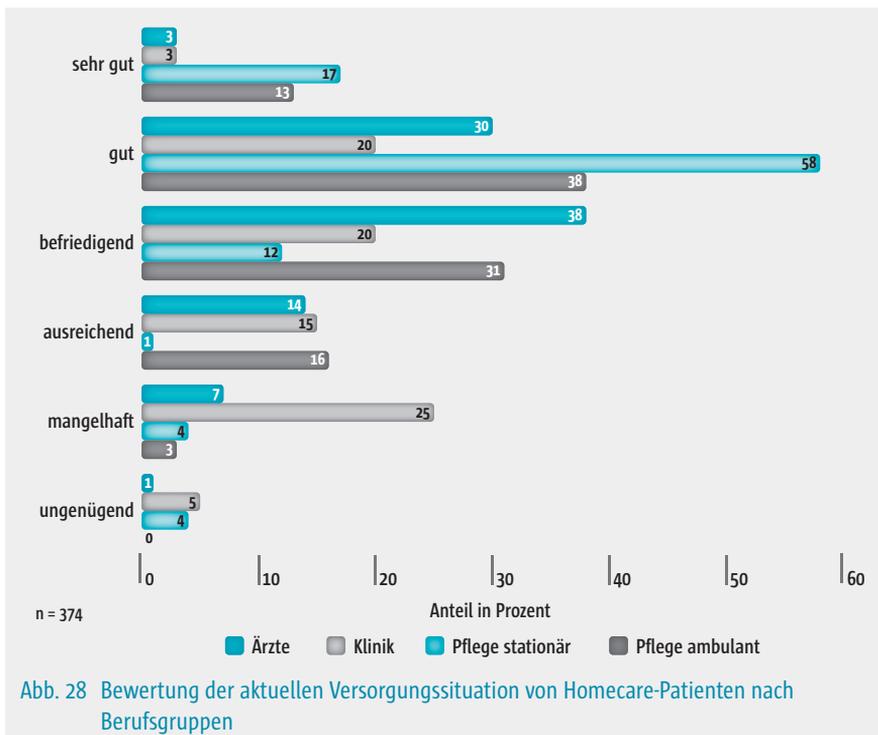


Abb. 27 Relevanz der Homecare-Versorgung für den Versorgungsalltag nach Berufsgruppen

kungen von Homecare auf ihr Praxisbudget als maßgeblich für dessen Relevanz.

Unter den niedergelassenen Ärzten und den Klinikvertretern fällt die Bewertung der aktuellen Versorgung von Homecare-Patienten im deutschen Gesundheitswesen relativ schlecht aus (vgl. Abbildung 28). Lediglich jeweils 3% der beiden Berufsgruppen empfinden die aktuelle Versorgung als sehr gut. Der Großteil der Befragten (circa 60% der Ärzte und 66% aus Klinik) schätzt die Versorgungssituation von Homecare-Patienten als höchstens befriedigend ein. Im Gegensatz dazu bewerten Mitarbeiter aus den Pflegebereichen die aktuelle Situation wesentlich positiver. In der stationären und ambulanten Pflege wird die Homecare-Versorgung zumeist als sehr gut (17%, 13%) und gut (58%, 38%) beurteilt.

Für niedergelassene Ärzte und Vertreter aus stationärer Pflege lässt sich zeigen, dass die Bewertung der aktuellen Versorgung im positiven Zusammenhang mit der Einschätzung der Relevanz der Versorgung steht. Jene Personen, die die aktuelle Versorgung besser bewerten, schätzen deren Relevanz auch höher ein (Ärzte: Ordinalmaß Gamma = 0,171; p-Wert = 0,047; n = 188; stationäre Pflege: Ordinalmaß Gamma = 0,520; p-Wert = 0,001; n = 67). Somit liegt die Vermutung nahe, dass schlechte oder mangelnde Erfahrungen mit



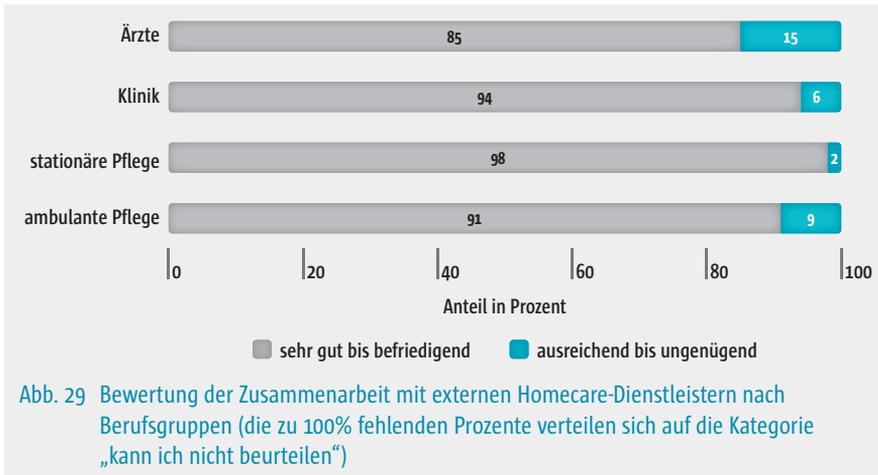
Homecare-Patienten zu einer Unterschätzung der Bedeutung dieses Versorgungsbereiches führen oder umgekehrt. Dieser Zusammenhang lässt sich jedoch nicht für Teilnehmer aus der Klinik sowie der ambulanten Pflege zeigen.

Im Rahmen der Fokusgruppendifkussionen erwies sich aus Sicht der Teilnehmer die Auswahl eines Homecare-Dienstleisters als besonders kritisch und wurde damit in die schriftliche Befragung aufgenommen. Auch in der schriftlichen Befragung zeigt sich hier eine relativ große Meinungsverschiedenheit zwischen den einzelnen Berufsgruppen. Nach Angaben der Ärzte erfolgt die Auswahl und Information eines Homecare-Dienstleisters zu einem weiten Prozentsatz vornehmlich durch die Klinik (67%). Dies deckt sich zunächst mit den Ansichten der Mitarbeiter aus der Klinik, die angeben in 51% der Fälle, den Homecare-Dienstleister zu wählen. Während 45% der Ärzte angeben, dass sie selbst den Homecare-Dienstleister kontaktieren, bestätigen das Mitarbeiter aus der Klinik jedoch nur in 21% der Fälle. Die Kliniken heben im Vergleich dazu die Rolle von Angehörigen mehr hervor. 26% der teilnehmenden Klinikmitarbeiter sehen die Entscheidung bei den Angehörigen, wobei es nur 2% der niedergelassenen Ärzte so sehen. Mitarbeiter aus stationärer und ambulanter Pflege geben an, zu 97% bzw. 76% verantwortlich zu sein für die Ansprache eines Homecare-Dienstleisters, sofern notwendig. Während die Mitarbeiter aus ambulanter Pflege zu einem gleichen Prozentsatz auch angeben, dass die Ansprache durch die Klinik erfolgt, sind es in der stationären Pflege nur 18% der Befragten. Lediglich 17–24% beider Berufsgruppen gibt an, dass dies durch den niedergelassenen Arzt erfolgt. Mehrfachantworten bei allen Berufsgruppen deuten insgesamt darauf hin, dass die Entscheidung häufig von verschiedenen Akteuren getroffen wird und klare Verantwortlichkeiten zu fehlen scheinen.

5.4 Zusammenarbeit mit externen Homecare-Dienstleistern

Zum Zeitpunkt der Umfrage arbeiteten 74% der niedergelassenen Ärzte mit Homecare-Fachkräften zusammen, die nicht bei ihnen angestellt sind. Von diesen planten 6% die Zusammenarbeit in Zukunft auszubauen. Etwas mehr als die Hälfte der befragten Ärzte arbeitete mit mehr als einem Homecare-Dienstleister zusammen. Von den 26% der Ärzte, die zum Befragungszeitpunkt nicht mit externen Homecare-Fachkräften zusammenarbeiteten, planten lediglich 4% dies in der Zukunft zu ändern. Dabei lässt sich kein Zusammenhang der Kooperationsbereitschaft der Ärzte mit deren Alter feststellen.

Die Zusammenarbeit mit dem Homecare-Dienstleister wurde von 56% der Ärzte als gut oder sehr gut bewertet – 19% halten sie für befriedigend, nur 5% empfinden sie als ungenügend oder mangelhaft. Abbildung 29 zeigt eine



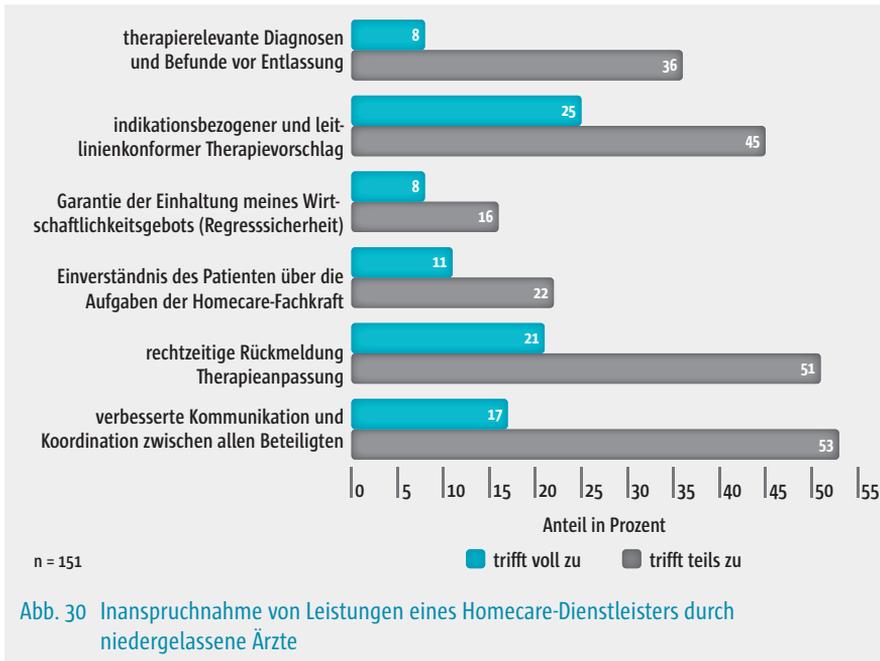
Übersicht der Bewertung der Zusammenarbeit mit externen Homecare-Dienstleistern der einzelnen Berufsgruppen.

Die Bewertung fällt bei allen Berufsgruppen sehr positiv aus. Nur ein kleiner Bruchteil der Befragten je Berufsgruppe empfindet die Zusammenarbeit mit dem Homecare-Dienstleister schlechter als befriedigend. Unter den Ärzten sind noch die meisten Personen zu finden, die unzufrieden sind (13%). Im Vergleich mit der Bewertung der Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen untereinander, schneidet der Homecare-Dienstleister insgesamt ebenfalls am besten ab. Die Bewertung der Zusammenarbeit der Ärzte mit dem Homecare-Dienstleister steht dabei in Zusammenhang mit der Auswahl des Dienstleisters (Nominalmaß Cramer-V = 0,265; p-Wert = 0,017; n = 171).

Der Großteil der Befragten aller Berufsgruppen arbeitet mit mehr als einem Homecare-Dienstleister zusammen: 51% der Ärzte, 54% der Klinikmitarbeiter, 35% der Mitarbeiter aus stationärer Pflege und 67% der Mitarbeiter aus ambulanter Pflege. Insgesamt sind die Befragten mit der Zusammenarbeit ebenso zufrieden, auch wenn die Bewertung geringfügig schlechter ausfällt.

Die niedergelassenen Ärzte wurden zudem nach den Leistungen befragt, die sie derzeit von externen Homecare-Dienstleistern in Anspruch nehmen. Unter denen, die mit externen Homecare-Dienstleistern zusammenarbeiten, zählen die meisten Ärzte Leistungen wie indikationsbezogene und leitlinienkonforme Therapievorschläge, Rückmeldung zur Therapieanpassung sowie eine verbesserte Kommunikation und Koordination zwischen den Beteiligten voll oder teilweise zu den Leistungen ihres Homecare-Dienstleisters (vgl. Abbildung 30).

Ein gemischtes Bild ergibt sich bei der Bereitstellung therapierelevanter Diagnosen und Befunde rechtzeitig vor Entlassung des Patienten aus dem Kran-



kenhaus. Dies wird von 43% der Ärzte ganz oder teilweise zu den Leistungen ihres Homecare-Dienstleisters gezählt. Eine eindeutige Mehrheit (76% und 67%) sieht die Garantie des Homecare-Dienstleisters gegenüber dem Arzt zur Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der Vorbeugung von Regress bei der Produktauswahl sowie das Einholen eines schriftlichen Einverständnisses des Patienten über die Tätigkeitsbefugnisse der Homecare-Fachkraft derzeit nicht als Aufgabe ihres Homecare-Dienstleisters.

Die Daten zeigen, dass die Inanspruchnahme von Homecare-Leistungen und die Bewertung der aktuellen Versorgung von Homecare-Patienten voneinander abhängig sind. Die Bereitstellung indikationsbezogener Therapievor schläge, Garantien zur Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots sowie die rechtzeitige Rückmeldung zur Therapieanpassung stehen in stark positivem Zusammenhang mit der positiven Bewertung der aktuellen Versorgungssituation durch die Ärzte (vgl. Tabelle 7).

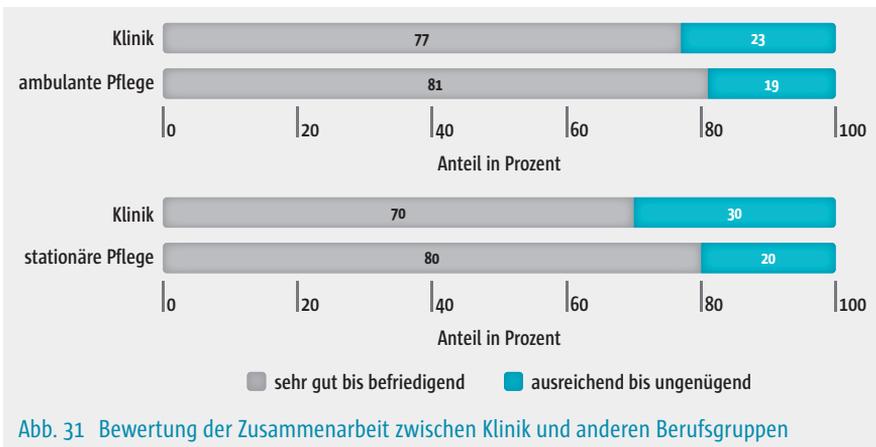
5.5 Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen

Die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Berufsgruppen im Rahmen der Homecare-Versorgung wird ebenfalls überwiegend als gut bewertet, wenn auch mit leichten Abstufungen. Abbildung 31 zeigt die gegenseitige Bewertung der Zusammenarbeit zwischen Klinik und Pflege, die von der Mehrheit auf beiden Seiten positiv bewertet wird. Die Zusammenarbeit zwischen Kli-

Tab. 7 Zusammenhang zwischen Leistungsanspruchnahme und Bewertung der Homecare-Versorgung (n = 135 bis 143)

Leistungen des Homecare-Dienstleisters	Bewertung der Homecare-Versorgung
	Gamma (p-Wert)
Therapierelevante Diagnosen und Befunde	0,170 (0,163)
Indikationsbezogener Therapievorschlag	0,383 (0,000)***
Garantie der Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes	0,408 (0,004)**
Einverständnis des Patienten	0,098 (0,471)
Rückmeldung zur Therapieanpassung	0,263 (0,021)*
Kommunikation und Koordination der Beteiligten	0,175 (0,166)

*** p-Wert ≤ 0,001, ** p-Wert ≤ 0,005, * p-Wert ≤ 0,05



nik und ambulanter Pflege scheint etwas besser zu funktionieren. Erstaunlich ist die dichte Übereinstimmung der Ansichten der jeweiligen Berufsgruppen – 70% der Klinikmitarbeiter bewerten die Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege als gut genauso wie 76% der Vertreter in der ambulanten Pflege.

Etwas größere Diskrepanzen gibt es bei der Einschätzung der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und anderen Berufsgruppen wie aus Abbildung 32 ersichtlich wird. Die größte Diskrepanz besteht zwischen den Ansichten der Ärzte und der ambulanten Pflege. Dennoch wird insgesamt die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und anderen Berufsgruppen überwiegend positiv bewertet. Den größten Anteil negativer Bewertungen erhalten die Ärzte von Mitarbeitern aus dem Klinikbereich. Jeweils 27% schätzen die Zusammen-

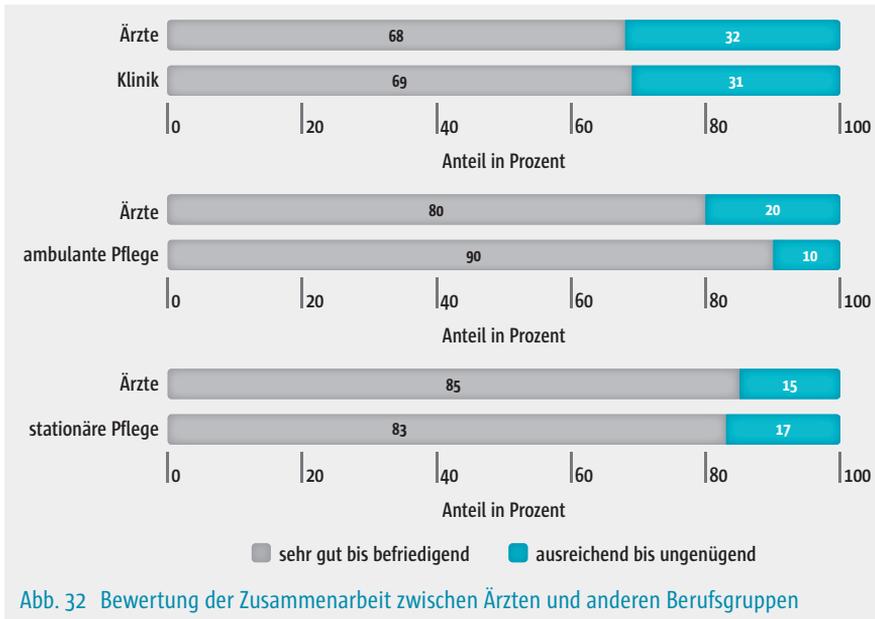


Abb. 32 Bewertung der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und anderen Berufsgruppen

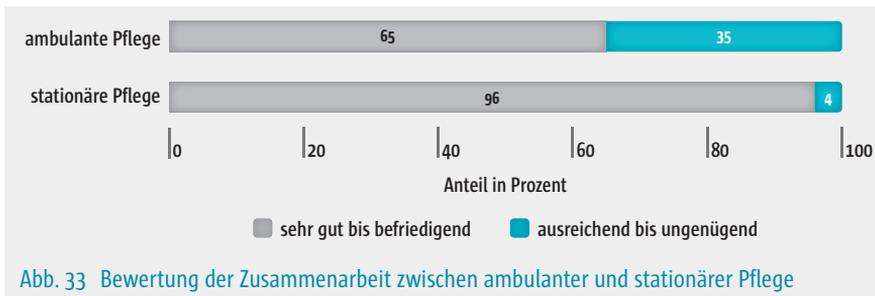


Abb. 33 Bewertung der Zusammenarbeit zwischen ambulanter und stationärer Pflege

arbeit nicht mehr als ausreichend ein. 60% der Klinikmitarbeiter empfinden die Zusammenarbeit mit Ärzten hingegen sehr gut bis befriedigend.

Am auffälligsten zeigt sich die Einschätzung der Zusammenarbeit der beiden Pflegebereiche untereinander (vgl. Abbildung 33). Hierbei ist darauf zu achten, dass etwa die Hälfte der jeweiligen Teilnehmer, keine Bewertung abgegeben hat. Dies könnte darauf hinweisen, dass ambulante und stationäre Pflege bislang nicht unmittelbar miteinander zusammenarbeiten. 36% der Teilnehmer aus dem Bereich der ambulanten Pflege bewerten die Zusammenarbeit zwischen ambulanter und stationärer Pflege mit sehr gut bis befriedigend. Mit 49% scheint die stationäre Pflege wesentlich zufriedener mit der Zusammenarbeit.

Die Zusammenarbeit mit Hilfsmittelversorgern wurde ebenfalls abgefragt und überwiegend als positiv bewertet. Es zeigt sich, dass Ärzte, die mehr Leistungen von Homecare-Anbietern in Anspruch nehmen, die Zusammenarbeit mit Akteuren im Rahmen der Homecare-Versorgung grundsätzlich positiver bewerten – dies gilt insbesondere für die Bewertung der Zusammenarbeit mit den Homecare-Dienstleistern. Tabelle 8 zeigt sämtliche signifikante Zusammenhänge.

Für Ärzte haben insbesondere die verbesserte Kommunikation und Koordination, die rechtzeitige Rückmeldung zur Therapieanpassung sowie die Garantie zur Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes einen positiven Einfluss auf die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit. Tabelle 8 zeigt weiterhin, dass die Inanspruchnahme von Leistungen eines Homecare-Dienstleisters auch zur Zufriedenheit der Ärzte mit der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen führen kann. Dies ergibt sich aus den signifikanten Zusammenhängen in den letzten drei Spalten. Den stärksten Effekt hat dabei die Garantie des Wirtschaftlichkeitsgebotes auf die Zusammenarbeit mit dem Hilfsmittellieferant, was unmittelbar intuitiv erscheint.

Tab. 8 Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme von Homecare-Dienstleistungen und der Bewertung der Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren (n = 129 bis 145)

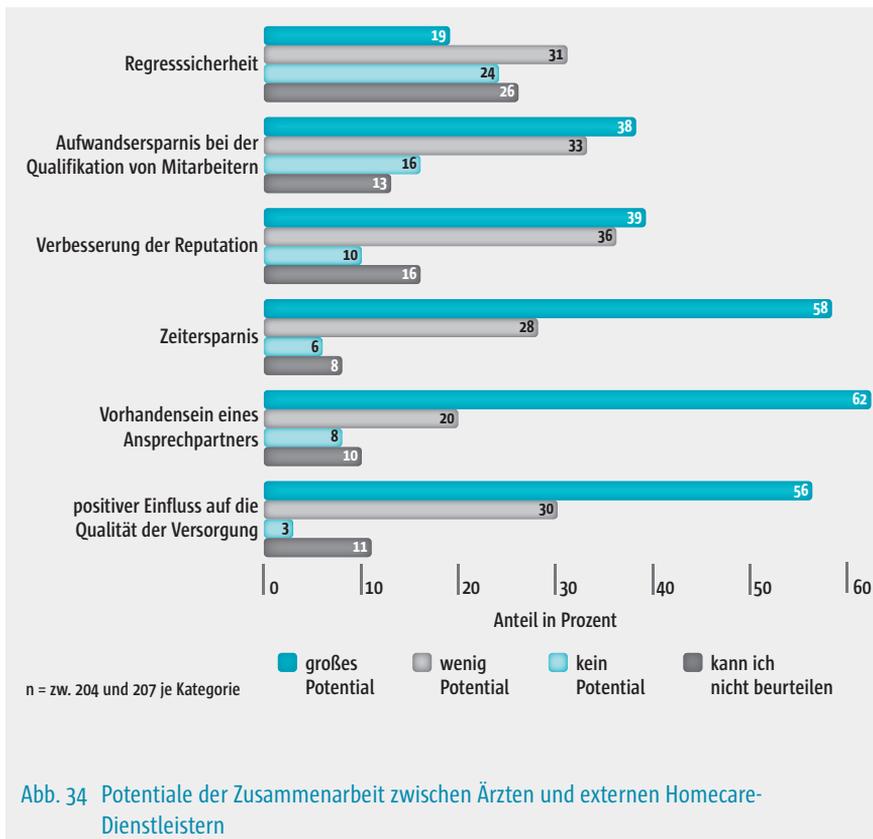
Inanspruchnahme von Leistungen	2. Homecare-				
	1. Homecare-Dienstleister Gamma (p-Wert)	Dienstleister**** Gamma (p-Wert)	Hilfsmittelversorger Gamma (p-Wert)	Ambulante Pflege Gamma (p-Wert)	Klinik Gamma (p-Wert)
Therapierelevante Diagnosen und Befunde	0,258 (0,040)*	0,439 (0,004)**	0,460 (0,000)***	–	0,262 (0,017)*
Indikationsbezogener Therapieverschlagn	0,345 (0,002)**	0,579 (0,000)***	0,274 (0,013)*	0,343 (0,006)*	–
Garantie der Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes	0,444 (0,002)***	–	0,532 (0,000)***	–	–
Einverständnis des Patienten	0,288 (0,040)*	0,413 (0,016)*	0,447 (0,000)***	–	–
Rückmeldung zur Therapieanpassung	0,631 (0,000)***	0,526 (0,000)***	–	–	–
Kommunikation und Koordination der Beteiligten	0,567 (0,000)***	0,448 (0,002)**	0,434 (0,000)***	0,376 (0,002)**	–

**** n = 84 bis 88, *** p-Wert ≤ 0,001, ** p-Wert ≤ 0,005, * p-Wert ≤ 0,05

5.6 Potentiale der Zusammenarbeit mit externen Homecare-Dienstleistern

5.6.1 Einschätzung des Potentials durch niedergelassene Ärzte

Ärzte sehen das größte Potential in der Zusammenarbeit mit externen Homecare-Dienstleistern im Vorhandensein eines Ansprechpartners (62%), in der Zeitersparnis (58%) sowie dem positiven Einfluss auf die Qualität (56%) (vgl. Abbildung 34). Hingegen erwartet die Mehrheit der Ärzte keine Aufwandsersparnis bei der Qualifikation eigener Mitarbeiter und auch keine Verbesserung der eigenen Reputation durch die Zusammenarbeit mit einem externen Homecare-Dienstleister. Ein sehr gemischtes Bild ergibt sich bei der Einschätzung hinsichtlich einer verstärkten Regresssicherheit durch einen Homecare-Dienstleister: Während 19% der Ärzte glauben, dass die Regresssicherheit durch eine Zusammenarbeit verbessert werden kann, sehen 54% hierin nur ein geringes bzw. kein Potential.



Tab. 9 Zusammenhang zwischen den Potentialen der Zusammenarbeit mit externen Homecare-Dienstleistern und der Relevanz von Homecare im Versorgungsalltag (n = 174 bis 187)

Potentiale der Zusammenarbeit mit externen Homecare-Dienstleistern	Relevanz von Homecare im Versorgungsalltag Gamma (p-Wert)
Regresssicherheit****	0,428 (0,000)***
Aufwandsersparnis bei der Qualifikation von Mitarbeitern	0,236 (0,011)*
Verbesserung der Reputation	0,348 (0,000)***
Zeitersparnis	0,324 (0,002)**
Vorhandensein eines Ansprechpartners	0,368 (0,001)***
Positiver Einfluss auf die Qualität der Versorgung	0,444 (0,000)***

**** n = 148, *** p-Wert ≤ 0,001, ** p-Wert ≤ 0,005, * p-Wert ≤ 0,05

Interessant ist ein eindeutiger Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Potentiale in der Zusammenarbeit mit externen Homecare-Dienstleistern und der empfundenen Relevanz von Homecare im Versorgungsalltag. Aus Tabelle 9 wird ersichtlich, dass Ärzte, die Homecare als relevant erachten, auch tendenziell ein großes Potential in der Zusammenarbeit mit externen Homecare-Dienstleistern sehen.

Auch die Inanspruchnahme von Homecare-Leistungen steht in Zusammenhang mit der Einschätzung der Potentiale der Zusammenarbeit durch die Ärzte. Tabelle 10 stellt die signifikanten Zusammenhänge dar.

Je höher das Potential der Zusammenarbeit eingeschätzt wird, desto eher werden entsprechende Leistungen eines Homecare-Anbieters in Anspruch genommen. Am stärksten zeigt sich der Zusammenhang im Potential eines Ansprechpartners mit der Inanspruchnahme der Rückmeldung zur Therapieanpassung. Ärzte, die von ihrem Homecare-Anbieter über die Änderung von Befunden und Therapien informiert werden, sehen im Vorhandensein eines festen Ansprechpartners eher ein großes Potential, als Ärzte, die diese Leistungen nicht erhalten. Erfahrungen in der Inanspruchnahme von Leistungen führen demnach zu positiven Einschätzungen bzgl. der Homecare-Potentiale – und umgekehrt fördern positive Erwartungen an die Zusammenarbeit wiederum die Nutzung von Homecare-Dienstleistungen. Ein noch deutlicheres Bild zeigt sich bei der Gegenüberstellung von den erwarteten Potentialen und den tatsächlichen Erfahrungen der Ärzte in der Zusammenarbeit mit externen Homecare-Dienstleistern. Insbesondere sehen die Ärzte großes Potential im Vorhandensein eines Ansprechpartners, in der Zeitersparnis sowie auch in der Verbesserung der eigenen Reputation, die posi-

Tab. 10 Zusammenhänge zwischen den Potentialen der Zusammenarbeit mit externen Homecare-Dienstleistern und der Inanspruchnahme von Homecare-Dienstleistungen (n = 110 bis 144)

Potentiale der Zusammenarbeit	In Anspruch genommene Homecare-Dienstleistung					
	Diagnosen/Befunde	Therapie-vorschlag	Wirtschaft-lichkeitsga-rantie	Emp-fang von Rezepten	Therapie-anpassung	Kommuni-kation
	Gamma (p-Wert)	Gamma (p-Wert)	Gamma (p-Wert)	Gamma (p-Wert)	Gamma (p-Wert)	Gamma (p-Wert)
Steigerung der Versorgungs-qualität	-	-	-	-	0,333 (0,022)*	-
Ansprech-partner	0,341 (0,026)*	0,418 (0,002)**	0,382 (0,036)*	-	0,458 (0,001)***	0,298 (0,048)*
Zeitersparnis	-	0,270 (0,049)*	-	-	0,347 (0,010)*	0,297 (0,030)*
Verbesserte Reputation	-	-	0,375 (0,017)*	0,304 (0,036)*	0,300 (0,020)*	0,394 (0,003)**
Aufwands-ersparnis bei Mitarbeiter-qualifikation	-	-	-	-	0,338 (0,009)*	-
Regress-sicherheit	0,324 (0,025)*	-	0,489 (0,002)**	0,426 (0,005)**	-	-

*** p-Wert ≤ 0,001, ** p-Wert ≤ 0,005, * p-Wert ≤ 0,05

tivere Erfahrungen mit ihrem Homecare-Dienstleister gemacht haben, als jene Ärzte, die hier geringere oder keine Potentiale sehen (vgl. Tabelle 11).

5.6.2 Einschätzung des Potentials durch Vertreter anderer Berufsgruppen

Im Vergleich zu den Ärzten sehen weit mehr Klinikmitarbeiter große Potentiale in der Zusammenarbeit mit externen Homecare-Dienstleistern (vgl. Abbildung 35). Hierbei spielen das Vorhandensein eines Ansprechpartners, ein positiver Einfluss auf die Qualität der Versorgung sowie die Erhöhung der Patientenzufriedenheit eine Rolle. Auch eine Zeitersparnis und Entlastung des Personals sowie die Verbesserung der Klinikreputation und die Möglichkeit eines geregelten Haftungsübergangs sehen mindestens 50% der Befragten als große Potentiale.

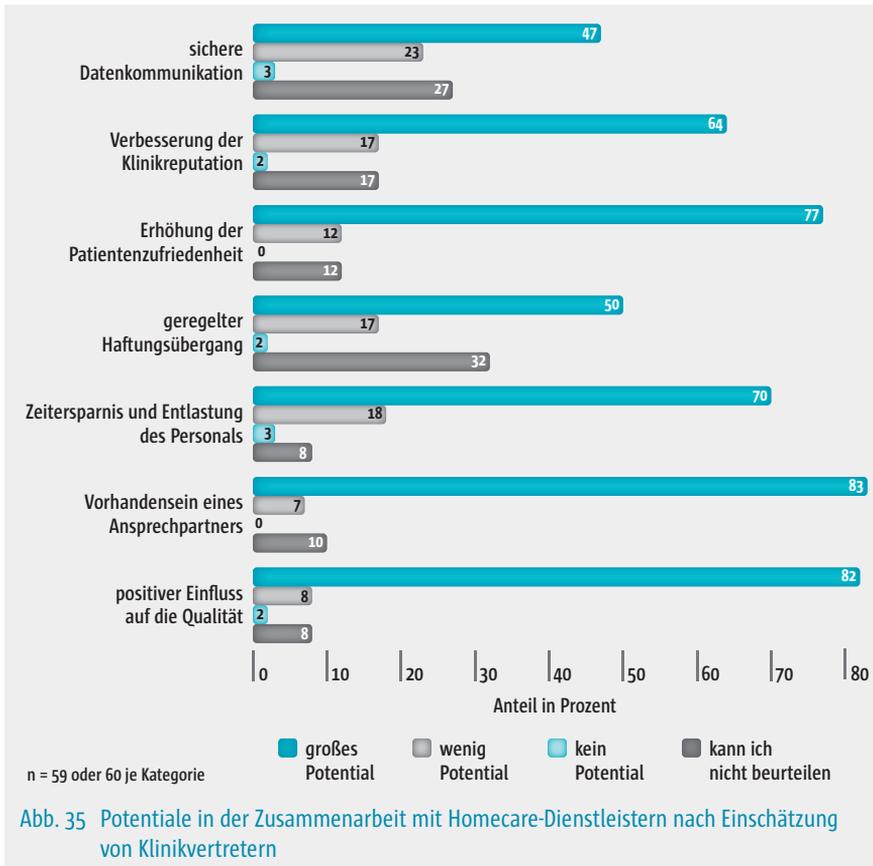
Tab. 11 Zusammenhang zwischen den Potentialen der Zusammenarbeit mit externen Homecare-Dienstleistern und der Bewertung der Zusammenarbeit mit dem ersten Homecare-Dienstleister (n = 135 bis 168)

Potentiale der Zusammenarbeit	1. Homecare-Dienstleister Gamma (p-Wert)
Steigerung der Versorgungsqualität	0,565 (0,000)***
Ansprechpartner	0,436 (0,000)***
Zeitersparnis	0,381 (0,001)***
Verbesserte Reputation	0,397 (0,000)***
Aufwandsersparnis bei Mitarbeiterqualifikation	0,249 (0,026)*
Regresssicherheit	0,241 (0,048)*

*** p-Wert ≤ 0,001, ** p-Wert ≤ 0,005, * p-Wert ≤ 0,05

In diesem Zusammenhang wurden die Klinikmitarbeiter auch dazu befragt, welches Potential die Zusammenarbeit mit externen Homecare-Dienstleistern für die Beziehungsqualität mit den zuweisenden Ärzten der Klinik haben könnte. Große Potentiale werden hierbei insbesondere in der umgehenden Weiterleitung aller therapielevanten Daten an den weiterbehandelnden Arzt (70%) und der Funktion der Homecare-Fachkraft als koordinierende Therapie-Assistenz zwischen Klinik und hausärztlicher Versorgung (68%) gesehen. Der Ausbau und die Verbesserung der Kommunikation auch beim Zuweisermanagement werden von 61% der Klinikmitarbeiter als großes Potential gesehen.

Aus Sicht der stationären und ambulanten Pflege zeichnet sich ein ähnlich positives Bild ab. Die Mehrheit der Befragten sieht in der Zusammenarbeit mit externen Homecare-Dienstleistern großes Potential für die Produktversorgung. Leistungen wie die ausführliche Einweisung und Schulung des Pflegepersonals bezüglich der Anwendung der Produkte und Materialien, Rezeptmanagement, termingerechte und zuverlässige Lieferung von Produkten sowie das Vorhandensein eines schriftlichen Therapieplans werden von den meisten positiv bewertet. Neben den Potentialen für die Produktversorgung wurden die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen auch nach den Potentialen für die organisatorischen und behandlungspflegerischen Tätigkeiten bei Homecare-Patienten mit komplexer Versorgungssituation befragt. Auch hier sehen viele Befragte große Potentiale. Sie liegen insbesondere im Vorhandensein eines Ansprechpartners, in der Durchführung von Fortbildungen und Schulungen zu medizinischen und produktspezifischen Themen sowie in bedarfsgerechten und regelmäßig abgestimmten Therapievisiten. Am wenigsten Potential wird dem Aspekt der Aufwandsersparnis durch

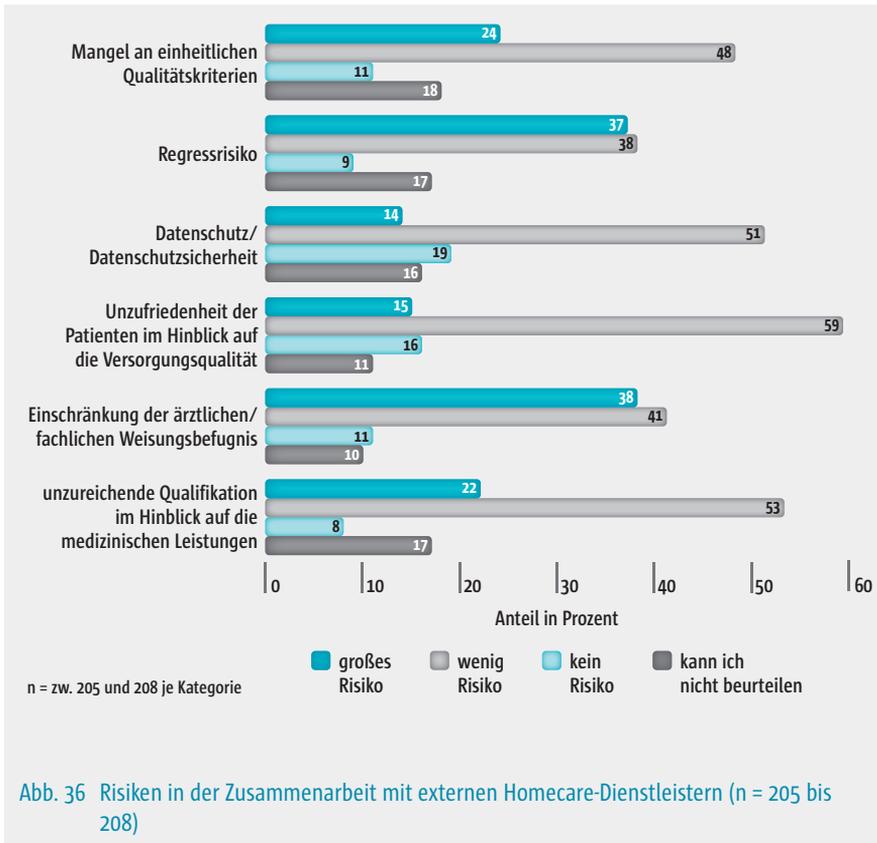


die Zusammenarbeit mit externen Homecare-Dienstleistern zugesprochen. Lediglich 37% der Befragten aus stationärer und 44% aus ambulanter Pflege sehen hier ein großes Potential.

5.7 Risiken der Zusammenarbeit mit externen Homecare-Dienstleistern

5.7.1 Einschätzung der Risiken durch niedergelassene Ärzte

Befragt man die niedergelassenen Ärzte zu den möglichen Gefahren, die sie in der Zusammenarbeit mit externen Homecare-Dienstleistern vermuten, wird keines der abgefragten Risiken mehrheitlich als groß wahrgenommen (vgl. Abbildung 36). Allerdings sieht die Mehrheit jeweils kleinere Risiken, die wenigsten vermuten gar keine Risiken in Bezug auf die einzelnen Aspekte. Die meisten Ärzte (79%) befürchten in ihrer ärztlichen Weisungsbefugnis eingeschränkt zu werden – darunter schätzten 38% das Risiko als groß



ein. Ebenso sieht die Mehrheit der Ärzte eine Gefahr in der unzureichenden Qualifikation der Homecare-Mitarbeiter im Hinblick auf medizinische Leistungen, der Unzufriedenheit der Patienten mit der Versorgungsqualität (74–75%) sowie in dem wirtschaftlichen Risiko für die Praxis (Regressrisiko) (74%). Interessant ist, dass der Aspekt des Datenschutzes und der Datensicherheit von am wenigsten als ein Risiko eingeschätzt wird. Auffällig ist bei dieser Frage jedoch auch der insgesamt relativ hohe Teil an „kann ich nicht beurteilen“-Antworten. Möglicherweise zeigt sich hier, dass Ärzte zu wenig über die möglichen Risiken, ihre Rechte und ihre Pflichten in der Zusammenarbeit mit externen Homecare-Unternehmen informiert sind und nicht wissen, wie sie sich effektiv vor den genannten Risiken absichern können.

Tabelle 12 zeigt die signifikanten durchgehend negativ Zusammenhänge zwischen der Bewertung der Risiken und der Inanspruchnahme von Homecare-Dienstleistungen durch die Ärzte. Auffällig ist, dass insbesondere Ärzte, die eine Einschränkung ihrer Weisungsbefugnis als Gefahr sehen, weniger Homecare-Dienstleistungen in Anspruch nehmen.

Tab. 12 Zusammenhang zwischen den Risiken der Zusammenarbeit und der Inanspruchnahme von Homecare-Leistungen (n = 118 bis 138)

Risiken der Zusammenarbeit	In Anspruch genommene Homecare-Dienstleistung					
	Diagnosen/ Befunde	Therapie- vorschlag	Wirtschaft- lichkeitsga- rantie	Empfang von Rezep- ten	Therapiean- passung	Kommuni- kation
	Gamma (p-Wert)	Gamma (p-Wert)	Gamma (p-Wert)	Gamma (p-Wert)	Gamma (p-Wert)	Gamma (p-Wert)
Unzureichende Qualifikation	-0,359 (0,019)*	-	-	-	-	-
Einschränkung der Weisungsbefugnis	-0,333 (0,011)*	-0,247 (0,043)*	-0,397 (0,010)*	-0,327 (0,018)*	-0,480 (0,000)***	-0,476 (0,000)***
Regressrisiko	-	-	-0,542 (0,001)***	-	-0,308 (0,022)*	-0,295 (0,018)*
Mangel an Qualitätskriterien	-0,372 (0,012)*	-	-0,493 (0,002)**	-0,304 (0,038)*	-	-0,311 (0,038)*

*** p-Wert ≤ 0,001, ** p-Wert ≤ 0,005, * p-Wert ≤ 0,05

Ebenso sind Ärzte, die große Risiken in der Homecare-Zusammenarbeit befürchten, auch diejenigen die eher von negativen Erfahrungen mit ihrem Homecare-Dienstleister berichten. Insbesondere die Gefahren der Einschränkung der Weisungsbefugnis, unzufriedener Patienten sowie mangelnder Qualitätskriterien werden nach schlechten oder auch nur nicht vorhandenen Erfahrungen mit dem Dienstleistern höher eingeschätzt (vgl. Tabelle 13).

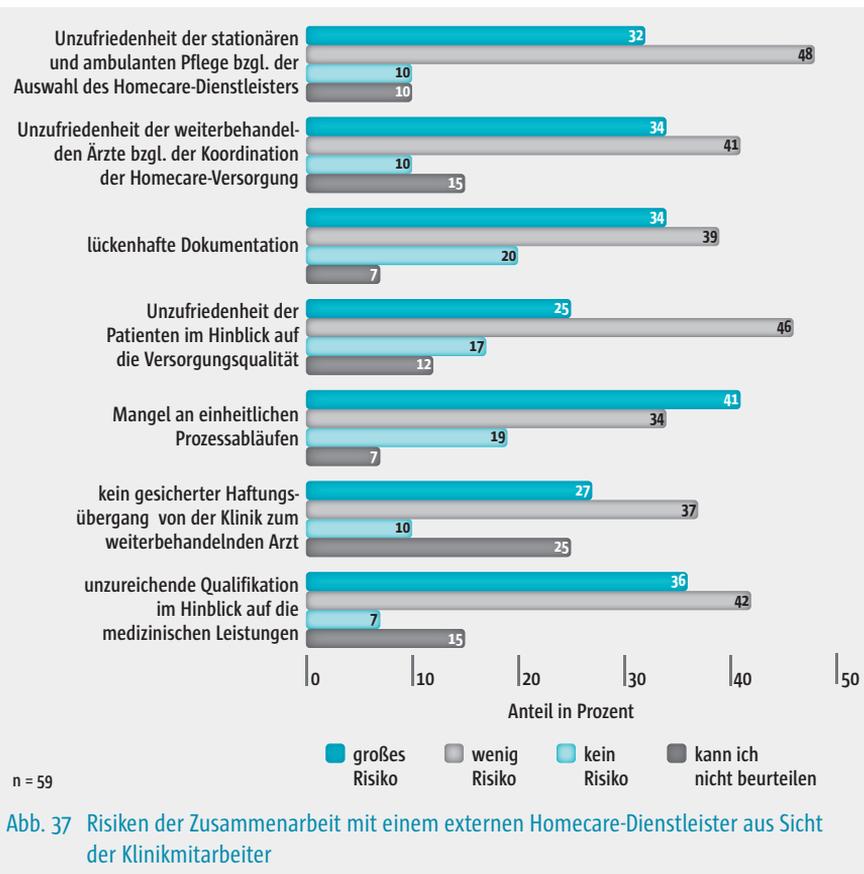
5.7.2 Einschätzung der Risiken durch Vertreter anderer Berufsgruppen

Risiken, die von den Klinikmitarbeitern in der Zusammenarbeit mit externen Homecare-Dienstleistern gesehen werden, sind in Abbildung 37 dargestellt. Insgesamt werden die Risiken mehrheitlich als gering oder nicht vorhanden eingestuft. Am häufigsten wird ein Risiko im Mangel an einheitlichen Prozessabläufen gesehen (41% großes Risiko, 34% geringes Risiko). Eine unzureichende Qualifikation im Hinblick auf die medizinischen Leistungen wird von 36% als großes Risiko eingeschätzt, 49% sehen hierin ein geringes oder kein Risiko. Ein ungesicherter Haftungsübergang von der Klinik zum Arzt sowie die Unzufriedenheit der Patienten bzgl. der Versorgungsqualität werden von den wenigsten Klinikmitarbeitern als Risiken angesehen. 37% bzw. 10% sehen hier nur geringe bzw. keine Risiken.

Tab. 13 Zusammenhang zwischen den erwarteten Risiken und der Bewertung der Zusammenarbeit von Homecare-Dienstleistern (n = 149 bis 163)

Risiken der Zusammenarbeit	1. Homecare-Dienstleister Gamma (p-Wert)	2. Homecare-Dienstleister**** Gamma (p-Wert)
Unzureichende Qualifikation	-0,201 (0,096)	-0,333 (0,025)*
Einschränkung der Weisungs- befugnis	-0,389 (0,000)***	-0,483 (0,000)***
Unzufriedenheit der Patienten	-0,452 (0,000)***	-0,161 (0,321)
Datenschutzsicherheit	-0,280 (0,019)*	-0,440 (0,004)**
Regressrisiko	-0,352 (0,002)**	-0,217 (0,132)
Mangel an Qualitätskriterien	-0,343 (0,002)**	-0,418 (0,001)***

**** n = 91 bis 100, *** p-Wert ≤ 0,001, ** p-Wert ≤ 0,005, * p-Wert ≤ 0,05



Negative Zusammenhänge lassen sich auch hier zwischen den wahrgenommenen Risiken und der Bewertung der Zusammenarbeit mit dem Homecare-Dienstleister nachweisen. Wie Tabelle 14 zeigt, haben Klinikmitarbeiter, die große Risiken in der Zusammenarbeit mit Homecare-Dienstleistern in den aufgelisteten Aspekten sehen, eher negative Erfahrungen mit ihrem Homecare-Dienstleister gesammelt als jene, die diese Risiken geringer bzw. als nicht vorhanden einschätzen.

Insgesamt noch weniger Risiken sehen Vertreter aus stationärer Pflege in der Zusammenarbeit mit externen Homecare-Dienstleistern (vgl. Abbildung 38). Gefahren werden am ehesten in dem Mangel an einheitlichen Qualitätskriterien (22%), unzureichende Qualifikation im Hinblick auf die medizinischen Leistungen (17%) sowie einer lückenhaften Dokumentation (16%) gesehen. Der Anteil, der diese Aspekte als geringe oder keine Risiken einschätzt, liegt jedoch mit 74%, 77% und 79% der Befragten deutlich höher. Aspekte des Datenschutzes spielen bei der Einschätzung der Risiken die geringste Rolle.

Sehr ähnliche Größenordnungen lassen sich für den ambulanten Pflegebereich zeigen.

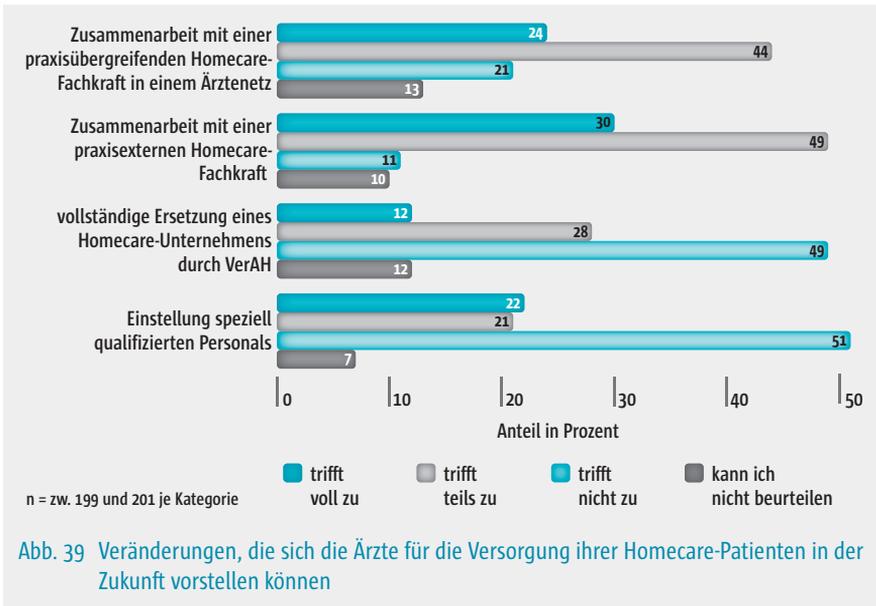
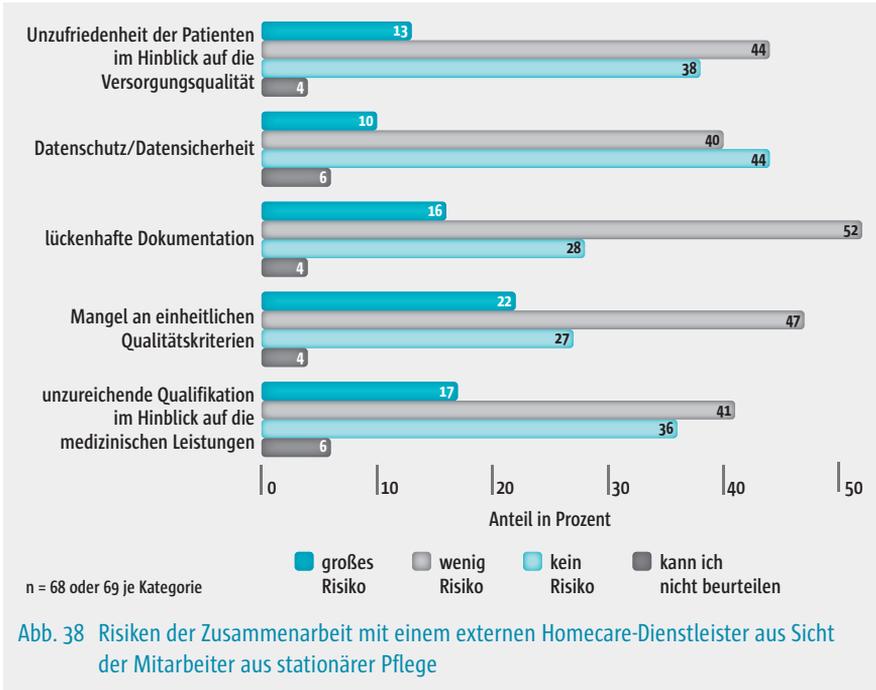
5.8 Zukunft der Homecare-Versorgung

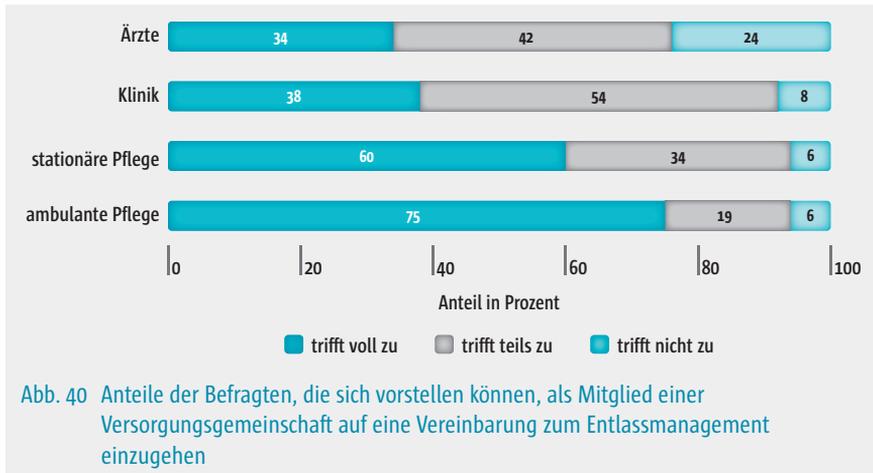
Etwa die Hälfte der Ärzte denkt nicht, dass eine VerAH die Dienstleistungen eines externen Homecare-Unternehmens vollständig ersetzen kann und hält daher auch die Einstellung von speziell qualifiziertem Personal (z.B. eine VerAH) in ihrer eigenen Praxis für keine geeignete Maßnahme zur Verbesserung der Versorgung ihrer Homecare-Patienten (vgl. Abbildung 39). 79% der Ärzte können sich ganz oder teilweise vorstellen, mit einer praxisexternen

Tab. 14 Zusammenhang zwischen den Risiken der Zusammenarbeit und der Bewertung der Zusammenarbeit mit Homecare-Dienstleistern (n = 38 bis 48)

Risiken der Zusammenarbeit	1. Homecare-Dienstleister Gamma (p-Wert)
Unzureichende Qualifikation im Hinblick auf die medizinischen Leistungen	-0,444 (0,040)*
Kein gesicherter Haftungsübergang von der Klinik zum weiterbehandelnden Arzt	-0,463 (0,018)*
Unzufriedenheit der Patienten im Hinblick auf die Versorgungsqualität	-0,520 (0,012)*
Lückenhafte Dokumentation	-0,444 (0,018)*

*** p-Wert \leq 0,001, ** p-Wert \leq 0,005, * p-Wert \leq 0,05





Homecare-Fachkraft zusammenzuarbeiten, die die notwendigen Qualifikationen und Kompetenzen besitzt. Für 67% der Ärzte ist es eine Option, mit einer qualifizierten Homecare-Fachkraft zusammenzuarbeiten, die praxisübergreifend in einem Ärztenetz eingebunden ist.

67% der Ärzte können sich vorstellen, als Mitglied einer Versorgungsgemeinschaft eine Vereinbarung über das Entlassmanagement mit einer Klinik abzuschließen (vgl. Abbildung 40). In der stationären Pflege sind 57% bereit dazu, in der ambulanten Pflege sogar 72%. Im Gegensatz dazu wären nur 35% der Befragten aus Kliniken dazu bereit, wobei es für knapp die Hälfte der Befragten zumindest teilweise eine Option darstellt.

Ebenfalls 67% der Ärzte können sich vorstellen, dass Krankenkassen künftig eine gesonderte Vergütung der Homecare-Dienstleistung vorsehen werden. Im Klinikbereich glauben 32% daran und 24% teilweise. In der stationären und ambulanten Pflege glauben jeweils 35% bzw. 40% der Befragten an diese Option.

6 Diskussion der Ergebnisse

Die Mehrzahl der befragten Vertreter aller Berufsgruppen bestätigt die Relevanz von Homecare in ihrem Versorgungsalltag. Einerseits versorgt der Großteil regelmäßig mindestens zwischen 1 bis 10 Patienten in jedem Homecare-Therapiebereich. Andererseits nennen die Befragten auch die Komplexität der Homecare-Behandlung als Hauptgrund für die hohe Bedeutung von Homecare im Versorgungsalltag. Im Gegensatz zu dem Eindruck, der aus den Fokusgruppen gewonnen wurde und in der Literatur vorherrscht, werden Aspekte in Bezug auf die Verantwortung gegenüber den Patienten sowie der Versorgungsqualität in allen Berufsgruppen wesentlich mehr in den Vordergrund gestellt als wirtschaftliche Motive mit Blick auf die Relevanz der Homecare-Versorgung.

Trotz der generell hohen Aufmerksamkeit für den Bereich Homecare schätzen niedergelassene Ärzte die Bedeutung in ihrem Versorgungsalltag vergleichsweise geringer ein als die übrigen Berufsgruppen. Knapp ein Fünftel sieht wenig bis keine Relevanz in diesem Versorgungsbereich.

Im Gegensatz dazu besitzt der Großteil der vertretenen Kliniken spezialisierte Wund-, Ernährungs-, Diabetes-, Stoma-, Schmerz- und Palliativteams, die für die Übernahme von Homecare-Leistungen verantwortlich sind. Ebenso verfügt die Mehrheit über mindestens einen Case-Manager. Dies scheint zu bestätigen, dass Kliniken die Bedeutung von Homecare bereits erkannt haben und entsprechende Strukturen vorsehen. Einschränkend ist hierbei jedoch

anzumerken, dass in der Studienpopulation vorrangig maximalversorgende große Kliniken aus großstädtischen Bereichen vertreten waren. Diese Kliniken haben möglicherweise allein aufgrund ihrer Größe und der Breite ihres Aufgabenspektrums eine besondere Aufmerksamkeit für die Thematik. Denn Klinikvertreter sehen in Homecare zwar eine deutlich höhere Relevanz als niedergelassene Ärzte, aber nur ein Bruchteil der Befragten kann wirklich beurteilen, wie viele Patienten in der jeweiligen Klinik durchschnittlich im Quartal in Homecare-Therapien entlassen werden. Dokumentierte Angaben über die Anzahl an Patienten, die aus der Klinik in eine Homecare-Therapie entlassen werden, liegen lediglich bei 22% der befragten Klinikmitarbeiter für den eigenen Bereich vor. Keinem der befragten Mitarbeiter sind bereichsübergreifende Statistiken für die gesamte Klinik bekannt.

Betrachtet man die Zahl der Patienten bzw. Pflegebedürftigen, die regelmäßig von den vertretenen Institutionen versorgt werden und deren Verteilung auf die einzelnen Homecare-Therapiebereiche, ist die Zahl im Vergleich zur Gesamtzahl der Patienten eher klein. Beispielsweise versorgen die meisten Ärzte pro Tag durchschnittlich mehr als 75 Patienten. Allerdings sind nur ein bis maximal 10 Patienten pro Homecare-Therapiebereich darunter. Noch deutlicher wird die Situation bei den Kliniken. Mit dem größten Anteil an Kliniken mit 500 bis 1.000 Betten betreuen die meisten jedoch auch lediglich ein bis zehn Patienten pro Therapiebereich im Quartal. Ein ähnliches Bild ergibt sich im Bereich der stationären und ambulanten Pflege. Dies bestätigt die Problematik, dass Homecare einen relativ geringen Anteil an Patienten ausmacht, der jedoch einer sehr spezifischen Behandlung bedarf. Jeder Therapiebereich erfordert eigenes Wissen, dass bei durchschnittlich ein bis zehn Patienten angewendet wird. Jeweils am häufigsten versorgt werden Wundpatienten. Die geringsten Patientenzahlen finden sich im Bereich Tracheostoma.

Die Bewertung der Zusammenarbeit mit externen Homecare-Dienstleistern fällt bei allen Berufsgruppen sehr positiv aus. Nur ein kleiner Bruchteil der Befragten je Berufsgruppe empfindet die Zusammenarbeit mit dem Homecare-Dienstleister schlechter als befriedigend darunter am ehesten Ärzte. Im Vergleich mit der Bewertung der Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen untereinander, schneidet der Homecare-Dienstleister insgesamt am besten ab. Weit mehr als die Hälfte aller Befragten arbeitet mit mehr als einem Homecare-Dienstleister zusammen. Gleichzeitig werden zu einem überwiegenden Teil die Leistungen von Homecare-Dienstleistern „teilweise“ in Anspruch genommen. Dies legt die Vermutung nahe, dass die Qualitätsunterschiede bzw. auch das Leistungsangebot der Homecare-Dienstleister sehr heterogen sind und Ärzte nur mit einem Teil ihrer kooperierenden Partner gewisse Leistungen in Anspruch nehmen. Dies spiegelt sich auch in einer leicht geringeren Zufriedenheit der Ärzte mit der Zusammenarbeit mit dem

zweiten Homecare-Dienstleister (sofern vorhanden) im Vergleich zum ersten Dienstleistungspartner wider.

Mehrheitlich zeigt sich, dass weder schriftliche Einverständniserklärungen des Patienten noch Garantien des Homecare-Dienstleisters gegenüber der Arztpraxis zur Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes bei der Produktwahl in der Praxis zum Einsatz kommen. Insbesondere Leistungen wie indikationsbezogene und leitlinienkonforme Therapievorschläge, Garantien zur Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots sowie rechtzeitige Rückmeldungen zu notwendigen Therapieanpassungen stehen hingegen im Zusammenhang mit einer erhöhten Zufriedenheit der Ärzte mit der Homecare-Versorgung. Die positiven Zusammenhänge zwischen der Inanspruchnahme von Homecare-Leistungen und der Bewertung der Homecare-Dienstleister legt die Vermutung nahe, dass die Leistungen der Homecare-Dienstleister von den Ärzten positiv wahrgenommen werden. Im Umkehrschluss können die Ergebnisse bedeuten, dass umso mehr Leistungen von Homecare-Dienstleistern nachgefragt werden, je positivere Erfahrungen in der Zusammenarbeit gesammelt wurden.

Bei der Auswahl des Homecare-Dienstleisters herrscht eine relativ große Meinungsverschiedenheit zwischen den einzelnen Berufsgruppen. Am häufigsten wird die entlassende Klinik in der Verantwortung gesehen, doch tendenziell bewertet jeder Akteur seine eigene Verantwortlichkeit mit am höchsten. Angehörige spielen nach Ansicht der Kliniken ebenfalls eine entscheidende Rolle. Mit Ausnahme der Ärzte selbst sehen die übrigen Berufsgruppen, den weiterbehandelnden Arzt eher weniger in der Verantwortung zur Auswahl des Homecare-Dienstleisters. Mehrfachantworten deuten darauf hin, dass die Entscheidung häufig von verschiedenen Akteuren getroffen wird. Aus den Daten lässt sich jedoch nicht ablesen, ob dies ein Indiz für eine gemeinschaftlich abgestimmte Entscheidung mehrerer Beteiligter ist oder ob die Verantwortlichkeiten hier wie anfänglich diskutiert nicht eindeutig geregelt sind. Der Blick auf einen möglichen Zusammenhang zwischen der Bewertung der Zusammenarbeit mit einem Akteur und der Auswahl des Dienstleisters durch diesen Akteur kann etwas mehr Aufschluss geben. Hier zeigen sich jedoch überwiegend keine signifikanten Zusammenhänge, was eher die zweite Theorie der fehlenden Verantwortlichkeit über die Auswahl des Dienstleisters bestätigt. Lediglich wenn der Arzt selbst den Homecare-Dienstleister auswählt besteht ein signifikanter Zusammenhang mit der Zufriedenheit des Arztes mit dem Homecare-Dienstleister. Dies bestätigt die Vermutung, dass Ärzte auf Dienstleister zurückgreifen, wenn sie mit der Qualität der Zusammenarbeit zufrieden sind.

Die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen untereinander bewerten die Ärzte überwiegend als gut bis sehr gut. Am besten gelingt die Zusammenarbeit mit ambulanten Pflegediensten gefolgt von Hilfsmittelversorgern und Homecare-Dienstleistern. Relativ dazu wird die Zusammenarbeit mit Klini-

ken von den Ärzten jedoch deutlich negativer bewertet. Die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Homecare-Dienstleister scheint dabei auch zu einer besseren Zusammenarbeit zwischen dem Arzt und weiteren Akteuren, insbesondere Hilfsmittelversorgern, zu führen. Eine mögliche Interpretation ist, dass Ärzte die Zusammenarbeit mit den Hilfsmittelversorgern besser bewerten, wenn sie koordinierende und/oder kontrollierende Leistungen von Homecare-Fachkräften in Anspruch nehmen, da hierdurch reibungslosere Arbeitsabläufe zwischen Arzt und Hilfsmittelanbieter entstehen.

Die größten Potentiale in der Zusammenarbeit mit externen Homecare-Dienstleistern liegen aus Sicht der Ärzte:

- im Vorhandensein eines Ansprechpartners,
- in der Zeitersparnis sowie
- in dem positiven Einfluss auf die Versorgungsqualität.

Weniger Einfluss hat die Zusammenarbeit auf die Zeit, die Ärzte in die Qualifikation ihrer Mitarbeiter investieren sowie auf die Reputation der eigenen Praxis. Erfahrungen in der Inanspruchnahme von Leistungen führen zu positiven Einschätzungen bzgl. der Homecare-Potentiale – und umgekehrt fördern positive Erwartungen an die Zusammenarbeit wiederum die Nutzung von Homecare-Leistungen. Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass fehlende oder schlechte Erfahrungen mit der Homecare-Versorgung dazu führen können, dass die Relevanz von Homecare im Versorgungsalltag geringer eingeschätzt wird. Dabei bleibt die Frage der Richtung der Kausalität jedoch offen. Es ist unklar, ob Akteure, die grundsätzlich eine positive Einstellung gegenüber der Sache haben und das Potential der Zusammenarbeit schätzen auch entsprechend dazu beitragen, dass die Zusammenarbeit gut gelingt oder ob positive Erfahrungen in der erlebten Zusammenarbeit auch zu einer positiven Einschätzung des Potentials insgesamt führen.

Im Vergleich zu den Ärzten sehen weit mehr Klinikmitarbeiter große Potentiale in der Zusammenarbeit mit externen Homecare-Dienstleistern. Hierbei spielen das Vorhandensein eines Ansprechpartners, ein positiver Einfluss auf die Qualität der Versorgung sowie die Erhöhung der Patientenzufriedenheit eine Rolle. Klinikmitarbeiter sehen insbesondere auch die Möglichkeit über die Zusammenarbeit mit externen Homecare-Dienstleistern die Beziehung zu ihren zuweisenden Ärzten zu verbessern. Ebenso sehen Mitarbeiter aus stationärer und ambulanter Pflege mehrheitlich große Potentiale für die Zusammenarbeit mit externen Homecare-Anbietern.

Größte Gefahren vermuten die niedergelassenen Ärzte in der Zusammenarbeit mit externen Homecare-Dienstleistern im Regressrisiko, in der Einschränkung der Weisungsbefugnis sowie in der unzureichenden Qualifikation der Homecare-Mitarbeiter im Hinblick auf medizinische Leistungen. Die Mehrheit der Risiken wird jedoch eher als gering eingeschätzt und viele

geben an, die Risiken nicht beurteilen zu können. Eine Überwindung der Gefahren erscheint demnach durch entsprechende Maßnahmen möglich. Ärzte müssen verstärkter über die möglichen Risiken, ihre Rechte und ihre Pflichten in der Zusammenarbeit mit externen Homecare-Unternehmen informiert werden und wissen, wie sie sich effektiv vor den genannten Risiken absichern können. Datenschutzrisiken scheinen eher eine untergeordnete Rolle zu spielen.

Der Sorge um den Erhalt der ärztlichen Weisungsbefugnis ist für Ärzte ein sehr wichtiges Hemmnis für die Zusammenarbeit mit Homecare-Dienstleistern. Ärzte die darin eine große Gefahr sehen, nehmen deutlich weniger Leistungen von externen Homecare-Dienstleistern in Anspruch. Möglicherweise haben diese Ärzte aber auch bereits schlechte Erfahrungen im Hinblick darauf gemacht. Die Einschätzung der Risiken steht zumindest im Zusammenhang mit negativen Erfahrungen mit Homecare-Dienstleistern. Ein ähnlicher Zusammenhang lässt sich im Bereich der Klinikvertreter zeigen. Stationäre wie ambulante Pflege sehen in der Mehrheit nur geringe bzw. keine Risiken in der Zusammenarbeit mit externen Homecare-Dienstleistern. Vorhandene Bedenken betreffen wenn dann qualitative Aspekte der Versorgung. Datenschutz und Datensicherheit werden hingegen nur von sehr wenigen als Risiko wahrgenommen.

Mit Blick auf die künftige Gestaltung der Homecare-Versorgung sieht etwa die Hälfte der Ärzte nicht, dass eine VerAH die Dienstleistungen eines externen Homecare-Unternehmens vollständig ersetzen kann. Der überwiegende Großteil der Ärzte kann sich vorstellen, mit einer praxisexternen Homecare-Fachkraft zusammenzuarbeiten, die gegebenenfalls praxisübergreifend in einem Ärztenetz eingebunden ist. Ebenfalls wäre die Mehrheit der Ärzte bereit, als Mitglied einer Versorgungsgemeinschaft eine Vereinbarung über das Entlassmanagement mit einer Klinik abzuschließen. Auch Vertreter der stationären und insbesondere der ambulanten Pflege können sich dies für die künftige Homecare-Versorgung vorstellen. Im Gegensatz dazu zweifelt ein größerer Teil der Klinikvertreter an einer solchen Lösung und würde nur teilweise zustimmen. Es bleibt offen, was die genauen Hintergründe dieser Ablehnung sind, bei der insgesamt positiven Einschätzung der Relevanz und der Potentiale der Homecare-Versorgung. Möglicherweise sehen die Klinikvertreter weniger Notwendigkeit in der Veränderung der bisherigen Praktiken. Dagegen spricht jedoch, dass 44% der Klinikmitarbeiter die aktuelle Versorgung von Homecare-Patienten lediglich mit ausreichend bis ungenügend bewerten.

Insgesamt lässt die schriftliche Befragung schon ein weit repräsentativeres Bild der Meinungslage der einzelnen Berufsgruppen zu als die Fokusgruppendifkussionen. Dennoch ist auch hier aufgrund der Freiwilligkeit der Teilnahme damit zu rechnen, dass insbesondere Meinungsvertreter unter den Teilnehmern sind, die bereits eine besondere Aufmerksamkeit für das Thema

besitzen und sich engagieren und daher auch bereit sind, Zeit in die Teilnahme an der Befragung zu investieren. Zudem basieren die Einschätzungen grundsätzlich nur auf dem subjektiven Bild eines oder mehrerer Mitarbeiter eines Leistungserbringers und bilden nicht zwangsläufig die Meinung in der gesamten Institution ab.

7 Fazit

Sechs Millionen Menschen in Deutschland werden im Rahmen einer ärztlich angeordneten Therapie in der Häuslichkeit bzw. im Pflegeheim medizinisch betreut und mit Hilfsmitteln versorgt.

Der medizinisch-technische Fortschritt macht es möglich, dass immer komplexere Therapien, wie z.B. die künstliche Beatmung, im ambulanten Setting umgesetzt werden können. Die Patienten sind dabei aber zumeist auf sich allein gestellt. Homecare schließt diese Lücke, indem es nicht nur die stationäre Versorgung mit der ambulanten Nachsorge verbindet, sondern sämtliche weitere Versorger in die Koordination der Versorgung einschließt. Damit wird Homecare das Potential einer sektorenverbindenden Versorgungsform zugeschrieben. Im Rahmen dieser umfassenden empirischen Studie wurde aus Perspektive von Vertretern niedergelassenen Ärzten, Kliniken und stationärer sowie ambulanter Pflege untersucht, inwieweit dieses Potential im Versorgungsalltag der beteiligten Leistungserbringer schon umgesetzt wird und welche Potentiale und Risiken die Akteure sich für die Zukunft vorstellen können.

Die Studienergebnisse zeigen, dass die Leistungserbringer das Potential von Homecare als sektorenverbindende Versorgungsform erkannt haben und bereit sind bzw. bereits schon aktiv sind, sich gemeinsam zu Kooperations-

gemeinschaften im Sinne einer besser strukturierten und abgestimmten Versorgung von Homecare-Patienten zusammenschließen, um dem offensichtlichen Handlungsbedarf zu begegnen. Es wird eindrücklich ersichtlich, dass viele der Unstimmigkeiten auf das Fehlen klarer Strukturen und gesetzlich definierter Rahmenbedingungen fußen. Bislang funktioniert die Zusammenarbeit vor allem auf Grundlage von gegenseitigem Vertrauen, das wiederum im Rahmen gemeinsamer positiver Erfahrungen aufgebaut wurde. Leistungserbringer, die unzufrieden mit der Zusammenarbeit waren oder noch keine Erfahrungen in dem Bereich haben, sind eher skeptisch demgegenüber. Auch über mögliche Risiken herrscht große Unsicherheit. Ein Großteil dieser Unsicherheiten könnte durch entsprechende regulative Maßnahmen wie beispielsweise einheitliche Qualitätsstandards und Qualifizierungsanforderungen an Homecarer entscheidend abgefedert werden. Weiterhin könnten bereits durch einfache, niedrighschwellige Maßnahmen, wie das Austauschen von Kontaktlisten oder die Pflege einer Feedbackkultur entscheidende Verbesserungen im Sinne einer kontinuierlichen Versorgung für die Patienten erreicht werden. Die Studie macht deutlich, dass noch ein langer Weg zu gehen ist, der Anfang jedoch von sehr engagierten Leistungserbringern und ihren regionalen Initiativen gemacht ist und weiterverfolgt werden sollte.

Ein Dank geht an dieser Stelle nochmals an alle Beteiligten, die mit ihrer Teilnahme zum Gelingen dieser Studie wesentlich beigetragen haben.

Literatur

- Abad-Corpa, E., Royo-Morales, T., Iniesta-Sánchez, J., Carrillo-Alcaraz, A., Rodríguez-Mondejar, J.J., Saez-Soto, A.R. & Vivo-Molina, M.C. (2013). Evaluation of the effectiveness of hospital discharge planning and follow-up in the primary care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 669–680.
- Abeln, M., Pitassi, A. (2012). An interdisciplinary wound team in home health: the role of the physical therapist in wound care, *Home Healthcare Nurse*, 30(3),161-169.
- Berg, N. v.d., Heymann, R., Meinke, C., Baumeister, S.E., Flessa, S. & Hoffmann, W. (2012). Effect of the delegation of GP-home visits on the development of the number of patients in an ambulatory healthcare centre in Germany. *BMC Health Services Research*, 12(355).
- BMG (2014). Häusliche Krankenpflege: Welche Pflegeleistungen werden von der Krankenkasse bezahlt? (<http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/leistungen/haeusliche-krankenpflege.html>)
- Bördlein, I. (2015). Entlassmanagement: Hilfe für Ältere nach Klinikaufenthalt. (<http://www.genios.de/fachzeitschriften/artikel/AEZT/20150401/entlassmanagement-hilfe-fuer-ltere-/000882827.html>)
- Bussche, H. v.d., Jahncke-Latdeck, Ä.D., Ernst, A., Tetzlaff, B., Wiese, B. & Schramm, U. (2013). Zufriedene Hausärzte und kritische Pflegenden – Probleme bei der interprofessionellen Zusammenarbeit bei der Versorgung zu Hause lebender Menschen mit Demenz. *Gesundheitswesen*, 75, 328–333.
- BVMed (2011). Zu Hause gut versorgt – Ein Leitfaden: Rechtliche Grundlagen der nicht-ärztlichen ambulanten Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (2 ed.): Bundesverband Medizintechnologie e.V.
- BVMed (2014). BVMed: Stärkung des Entlassmanagements muss Homecare-Dienstleistungen einbeziehen: Referentenentwurf zum GKV-VSG. (<http://www.bvmed.de/de/bvmed/presse/pressemeldungen/bvmed-zu-entlassmanagement-homecare-anhoerung-gkv-vsg>)
- BVMed (2015a): Homecare. Ambulante Perspektiven. Bundesverband Medizintechnologie e.V. (<http://www.perspektive-homecare.de/ph-de/homecare-aktuelles>)
- BVMed (2015b): Portal für Medizintechnik. Bundesverband Medizintechnologie e.V. (<http://www.bvmed.de/>)
- CDU, CSU & SPD (2013). Koalitionsvertrag. Deutschlands Zukunft gestalten. 18. Legislaturperiode.
- Close, H., Hancock, H., Mason, J.M., Murphy, J.J., Fuat, A., Belder, M. d. & Hungin, A.P. (2013). It's Somebody else's responsibility – perceptions of general practitioners, heart failure nurses, care home staff, and residents towards heart failure diagnosis and management for older people in long-term care: a qualitative interview study. *BMC Geriatrics*, 13(69).
- ConAlliance. (2014). Industrieexpertise Homecare. (<http://www.conalliance.com/krankenhaus-pflege/homecare.html>)
- Deimel, D., Kuß, A. & Ossege, M. (2012). Positionspapier: Entlassmanagement im Krankenhaus. Berlin: Bundesverband Managed Care e.V.
- Deutscher Bundestag (2015). Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG).
- Dini, L., Sarganas, G., Heintze, C. & Braun, V. (2012). Home visit delegation in primary care: acceptability to general practitioners in the state of Mecklenburg-Western Pomerania, Germany. *Deutsche Ärzteblatt International*, 109(46), 795–801.
- DKI (2014). Entlassmanagement im Krankenhaus. Abschlussbericht der DKI-Krankenhausbefragung. (https://www.dki.de/sites/default/files/publikationen/entlassmanagement_im_krankenhaus.pdf)
- Döring, C. (2014). Sicherstellung der Versorgungsqualität im Rahmen der ambulanten Hilfsmittelversorgung – Aus Sicht des Homecare-Unternehmens. Paper presented at the Homecare-Management-Kongress, Berlin.
- Dreier, A., Rogalski, H., Oppermann, R.F. & Hoffmann, W. (2012). Delegation und Substitution spezifischer medizinischer Tätigkeiten als künftiger Versorgungsansatz. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 106, 656–662.
- Flux, J. (2010). Chancen und Grenzen klinischer Pfade: Exemplarisch am Beispiel eines Patientenpfades einer Klinik der Grund- und Regelversorgung (D.I. z. W. f. T.-i. u. A.-i. i. d. M. e.V. Ed.): Grin.
- Fox, M.T., Persaud, M., Maimets, I., Brooks, D., O'Brien, K. & Tregunno, D. (2013). Effectiveness of early discharge planning in acutely ill or injured hospitalized older adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 13(70).

- Götze, H., Perner, A., Anders, D. & Brähler, E. (2010). Die Kommunikation untereinander ist häufig nicht vorhanden – Interviews mit Pflegedienstmitarbeitern zur ambulanten Palliativversorgung. *Gesundheitswesen*, 72, e60-e64.
- Grap, U. (2014). Schnittstellenmanagement – Realität und Notwendigkeit – Entwicklung von Lösungsansätzen aus Sicht der Pflege.
- Harbord, A. (2009). Ernährung in der ambulanten häuslichen Versorgung. In C. v. Reibnitz (Ed.), *Homecare* (2 ed., pp. 47–58). Bern: Verlag Hans Huber.
- Hennessey, B., Suter, P. (2011). The community-based Transitions Model: one agency's experience. *Home Healthcare Nurse*, 29(4), 218–230.
- infas (2014). Ärztemonitor – Ergebnisse zur zweiten Befragung im Frühjahr 2014. (http://www.kvsh.de/db2b/upload/news/infas_Praesentat_1.pdf)
- IQWiG (2006). Zusammenhang zwischen Menge der erbrachten Leistung und der Ergebnisqualität für die Indikation „Elektiver Eingriff Bauchaortenaneurysma“. (https://www.iqwig.de/download/Q05-01A_Vorbereicht_Menge_erbrachter_Leistungen_und_Qualitaet_der_Behandlung_des_BAA.pdf)
- KBV & GKV-Bund (2013). Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V, Anlage 24 des Bundesmantelvertrags-Ärzte. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband (GKV-Bund).
- KBV (2015). Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem. § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V. Anlage 8 BMV-Ä.
- Kuhlmeiy, A., Dräger, D., Winter, M. & Beikirch, E. (2010). COMPASS – Versichertenbefragung zu Erwartungen und Wünschen an eine qualitativ gute Pflege. Deutsches Zentrum für Altersfragen: Informationsdienst Altersfragen, 37(4), 4–11. (<https://www.dza.de/>)
- Künstner, J. (2009). Rechtliche Grundlagen und Finanzierung von Homecare. In C. v. Reibnitz (Ed.), *Homecare* (2 ed., pp. 19–28). Bern: Verlag Hans Huber.
- Mohr, A. (2009). Integrierte Versorgung – eine Perspektive für Homecare. In C. v. Reibnitz (Ed.), *Homecare* (2 ed., pp. 176–177). Bern: Verlag Hans Huber.
- Mundiger, M.O., Kane, R.L., Lenz, E.R., Totten, A.M., Tsai, W.Y., Cleary, P.D., Friedewald, W.T., Siu, A.L. & Shelanski, M.L. (2000). Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 1(283), 59–68.
- Neumann, K., Gierling, P. & Dietzel, J. (2014). Gute Praxis in der ambulanten Versorgung: Anregungen für Deutschland auf Basis internationaler Beispiele.
- Nielandt, J. (2009). Rehabilitation braucht Homecare. In C. v. Reibnitz (Ed.), *Homecare* (2 ed., pp. 179–185). Bern: Verlag Hans Huber.
- Niezen, M.G., Mathijssen, J.J. (2014). Reframing professional boundaries in healthcare: a systematic review of facilitators and barriers to task reallocation from the domain of medicine to the nursing domain. *Health Policy*, 117, 151–169.
- Nowossadek, E. (2012). Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen. (<http://www.rki.de/gbe-kompakt>)
- Nussbaumer, G. (2009). Interdisziplinäre Weiterbildungskonzepte für Homecare. In C. v. Reibnitz (Ed.), *Homecare* (2 ed., pp. 167–178). Bern: Verlag Hans Huber.
- Osterbrink, J., Hemling, S., Nestler, N., Becker, R., Hofmeister, U. & Gnass, I. (2013). Schmerzmanagement bei Menschen mit Tumorerkrankung: Die Sicht einzelner Netzwerkakteure. *Schmerz*, 27, 141–148.
- Osterloh, F. (2013). Entlassmanagement: „Nur durch ständigen Dialog hat sich manches verändert“. (<http://www.aerzteblatt.de/archiv/138065/Entlassmanagement-Nur-durch-staendigen-Dialog-hat-sich-manches-veraendert>)
- Pietsch, B., Matthias, K. & Gruber, S. (2013). Evidenz von Volume-Outcome-Beziehungen und Mindestmengen: Diskussion in der aktuellen Literatur. 5. QS-Konferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses. (https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3578/2013-10-14_PV5_1_Pietsch.pdf)
- Pype, P., Symons, L., Wens, J., Eynden, B. v.d., Stess, A., Cherry, G. & Deveugele, M. (2013). Healthcare professionals' perceptions toward interprofessional collaboration in palliative home care: a view from Belgium. *Journal of Interprofessional Care*, 27, 313–319.

- Reibnitz, C. v. (2007). Das geht auch zu Hause! Enterale und parenterale Ernährung. *Heilberufe*, 4, 48–49.
- Reibnitz, C. v. (2009). Einführung. In C. v. Reibnitz (Ed.), *Homecare* (2 ed., pp. 11–17). Bern: Verlag Hans Huber.
- Renne, S., Nguyen, O.K., Shoeb, M.H., Magan, Y., Wachter, R.M. & Ranji, S.R. (2013). Hospital-initiated transitional care interventions as a patient safety strategy: a systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 158(5), 433–440.
- Reus, U. (2012). Entlassmanagement in deutschen Krankenhäusern. (https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3355/3_Reus.pdf)
- Richards, S.H., Coast, J., Gunnell, D.J., Peters, T.J., Pounsford, J. & Darlow, M.A. (1998). Randomised controlled trial comparing effectiveness and acceptability of an early discharge, hospital at home scheme with acute hospital care. *BMJ*, 316, 1796–1814.
- Rothgang, H., Müller, R., Mundhenk, R. & Unger, R. (2014). Barmer GEK Pflegereport 2014: Schwerpunkt: Zahnärztliche Versorgung Pflegebedürftiger. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, (29). <http://presse.barmer-gek.de/> Retrieved from <http://presse.barmer-gek.de/>
- Ruddat, M. (2012): Auswertung von Fokusgruppen mittels Zusammenfassung zentraler Diskussionsaspekte. In: Schulz, M., Mack, B., Renn, O. (Hg.): Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft: Von der Konzeption bis zur Auswertung. Stuttgart, S. 195–206.
- Sauer, K., Rothgang, H. & Glaeske, G. (2014). Barmer GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2014. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, (28). (<http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2014/140916-Heil-und-Hilfsmittelreport/PDF-Heil-und-Hilfsmittelreport-2014>)
- Schaeffer, D. & Kuhlmeier, A. (2012). Neue Modelle für die pflegerische Versorgung alter Menschen – Herausforderungen in der ambulanten Pflege. In C. Günster, J. Klose & N. Schmacke (Eds.), *Versorgungs-Report 2012* (pp. 177–192). Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Schanz, M. (2009). Rechtliche Aspekte der künstlichen Ernährung in der häuslichen Versorgung. In C. v. Reibnitz (Ed.), *Homecare* (2 ed., pp. 59–70). Bern: Verlag Hans Huber.
- Schelhase, T. (2007). Statistische Krankenhausdaten: Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 2004. In J. Klauber, B.P. Robra & H. Schellschmidt (Eds.), *Krankenhaus-Report 2006* (pp. 303–342). Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Schelhase, T. (2014). Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2011. In J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich & J. Wasem (Eds.), *Krankenhaus-Report 2014* (pp. 293–356). Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Schulz, M. (2012): Quick and easy!? Fokusgruppen in der angewandten Sozialwissenschaft. In: Schulz, M., Mack, B., Renn, O. (Hg.): Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft: Von der Konzeption bis zur Auswertung. Stuttgart, S. 9–22.
- Shepperd, S., Lannin, N.A., Clemson, L.M., McCluskey, A., Cameron, I.D. & Barras, S.L. (2013). Discharge planning from hospital to home. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1.
- Summary Seven (2014). Market Report – Homecare. Summary Seven Healthcare Consulting GmbH. Nicht veröffentlicht.
- SVR (2007). Kooperation und Verantwortung: Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. (<http://www.svr-gesundheit.de/>)
- SVR (2014). Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. (<http://www.svr-gesundheit.de/>)
- Velasco-Garrido, M., Busse, R. (2004). Förderung der Qualität in deutschen Krankenhäusern?: Eine kritische Diskussion der ersten Mindestmengenvereinbarung. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 58 (5/6), 10–20.
- Wong, E.L., Yam, C.H., Cheung, A.W., Leung, M.C., Chan, F.W., Wong, F.Y. & Yeoh, E.K. (2011). Barriers to effective discharge planning: a qualitative study investigating the perspectives of frontline healthcare professionals. *BMC Health Services Research*, 11(242).