



Wilhelm Löhe
Hochschule

Systemrelevanz von Homecare

Eine empirische Studie zur Bedeutung von
Homecare aus Sicht von PatientInnen, der Klinik
und der ambulanten Pflege
– Zusammenfassung –

16.11.2022

Durchgeführt im Auftrag der **Stiftung Mensch zu Mensch** im Rahmen des Projekts von:

Prof. Dr. Stefanie Scholz
*Professorin für Data Science in Social
Economy*
SRH Wilhelm Löhe Hochschule Fürth

Zorica Karamatic, Michael Winter
Stiftungsvorstand
*Stiftung von Mensch zu Mensch – Ihr häuslicher
Versorgungslotse*

Norbert Bertram
Mitglied des Kuratoriums
*Stiftung von Mensch zu Mensch – Ihr häuslicher
Versorgungslotse*

Merkurstraße 19
90763 Fürth
www.srh-hochschule-fuerth.de

Betriebsstrasse 4
32584 Löhne
www.mzum.org

Inhalt

1	Einführung.....	3
2	Zielsetzungen der Studie und Forschungsfragen.....	3
3	Studiendesign.....	4
4	Kurzzusammenfassung – Management Summary	4
5	Standardisierte Patientenbefragung	8
5.1	Vorgehensweise der Erhebung	8
5.2	Ergebnisse der deskriptiven Analyse	8
5.3	Limitationen der quantitativen Untersuchung.....	19
6	Qualitative Expertenbefragung	20
6.1	Limitationen der qualitativen Untersuchung	21
6.2	Ergebnisse.....	21
6.2.1	Entlassende Strukturen im stationären Sektor.....	21
6.2.2	Fachkräfte der ambulanten Pflege.....	23
6.2.3	Homecare-Fachkräfte	24
7	Literaturverzeichnis	25

1 Einführung

Homecare-Fachkräfte nehmen wie kaum ein anderer Akteur im Gesundheitswesen eine koordinative Funktion an den zahlreichen Schnittstellen bei der Versorgung (meist chronisch) schwer kranker Patienten¹ ein.

Insbesondere bei der Überleitung von Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf vom stationären in das ambulante Umfeld wird diese Sektoren-verbindende Funktion der Homecare-Fachkräfte relevant. Sobald mehrere Akteure mit jeweils unterschiedlichen Schwerpunkten und Zielsetzungen in die Versorgung eingebunden werden müssen, ist eine interdisziplinäre sowie interprofessionelle Koordination ausschlaggebend für das Gelingen des Therapiemanagements. Hierzu zählen z.B. die Erhöhung der Lebensqualität von Patienten und deren Angehörigen, die Verringerung der Rehospitalisierungen aufgrund von Komplikationen sowie die damit verbundene Kostenreduktion durch Entlastung der stationären Strukturen (Scholz et al. 2016; Richter et al. 2017). Nicht zuletzt gelingt dies auch über die individuelle, persönliche Beratung und Schulung von Patienten und deren Angehörigen durch Homecare-Fachkräfte. Gerade in der Anfangsphase der Therapie ist die Umsetzung eines standardisierten Versorgungsprozesses kaum möglich, der Schulungs- und Beratungsaufwand individuell verschieden und relativ hoch, da Patienten und/ oder Angehörige den richtigen Umgang mit den Hilfs- und Verbandmitteln lernen müssen.

Die Bedeutung von Homecare ist damit deutlich erkennbar, die nicht zuletzt auch aufgrund der steigenden Anzahl und Komplexität der Homecare-Versorgungen weiter zunehmen wird. Nicht nur der demographische Wandel, sondern auch die zunehmende Prävalenz schwerer Erkrankungen mit hohem Homecare-Versorgungsbedarf, z.B. bei onkologischen Indikationen (RKI 2019) oder Diabetes (Heidemann/Scheidt-Nave 2017), lassen dieses Patientenkontingent stetig wachsen.

Nicht erst die Corona-Pandemie hat gezeigt, dass dieser Versorgungsbereich bei gesundheitspolitischen Überlegungen kaum Beachtung findet und systemseitig nicht die ihm zustehende Wertschätzung erfährt (BVMed 2020a). Homecare ist selbst bei Health Care Professionals relativ unbekannt, besitzt mitunter ein schlechtes Image und wird seit Jahren als „Produkt-Add On“ gesehen, nicht aber als eine eigenständige, hochwertige und insbesondere hoch-komplexe Dienstleistung anerkannt (BVMed 2020b; Richter et al. 2017). Eine Verankerung im SGB V und damit eine separate Vergütung ist bisher nicht erfolgt, der Service wird lediglich indirekt über Produkte-Margen finanziert.

2 Zielsetzungen der Studie und Forschungsfragen

Anknüpfend an die Homecare-Studie von Richter et al. (2017) soll in der projektierten Erhebung „Systemrelevanz von Homecare“ Transparenz darüber hergestellt werden, welche Rolle der Homecare-Bereich bei der Umsetzung der intersektoralen Versorgung besetzt.

Forschungsfragen:

- 1) Welche Aufgabenbereiche besetzen Homecare-Fachkräfte bei der Umsetzung der intersektoralen Versorgung von Homecare-Patienten?

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird in diesem Ergebnisbericht das generische Maskulinum verwendet. Die in dieser Veröffentlichung verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich – sofern nicht anders kenntlich gemacht – auf alle Geschlechter.

- 2) Welche zentralen Tätigkeits- und Entlastungskomponenten durch HC-Fachkräfte können für Fachkräfte von ambulanten Pflegediensten und entlassende Strukturen im stationären Sektor identifiziert werden?
- 3) Welche phasenspezifischen Änderungen hinsichtlich des Beratungs- bzw. Schulungsbedarfs bei Patienten und deren Angehörigen ergeben sich während ihres Homecare-Therapieverlaufs?

Fokustherapien: ISK, Stoma, enterale und parenterale Ernährung sowie chronische Wundversorgung

3 Studiendesign

Zur Beantwortung der in Kapitel 2 vorgestellten Forschungsfragen wurde ein Mixed Methods-Studienkonzept erstellt, um den spezifischen Anforderungen der heterogenen Forschungsfragen Rechnung zu tragen. Die Perspektive der Patienten und Angehörigen steht im Fokus des quantitativen Untersuchungsdesigns und zwar in Form eines standardisierten Fragebogens.

Da die Beurteilung dieser Thematik durch Experten eine tiefergehende Befragung aufgrund des Domain-spezifischen Fachwissens nicht nur zulässt, sondern sogar erforderlich macht für aussagekräftige Ergebnisse, war die Erhebung mittels leitfadengestützter Interviews die Methode der Wahl. Die nachfolgende Abbildung zeigt den Aufbau des Studiensettings sowie die Erhebungs- bzw. Interviewzeiträume:

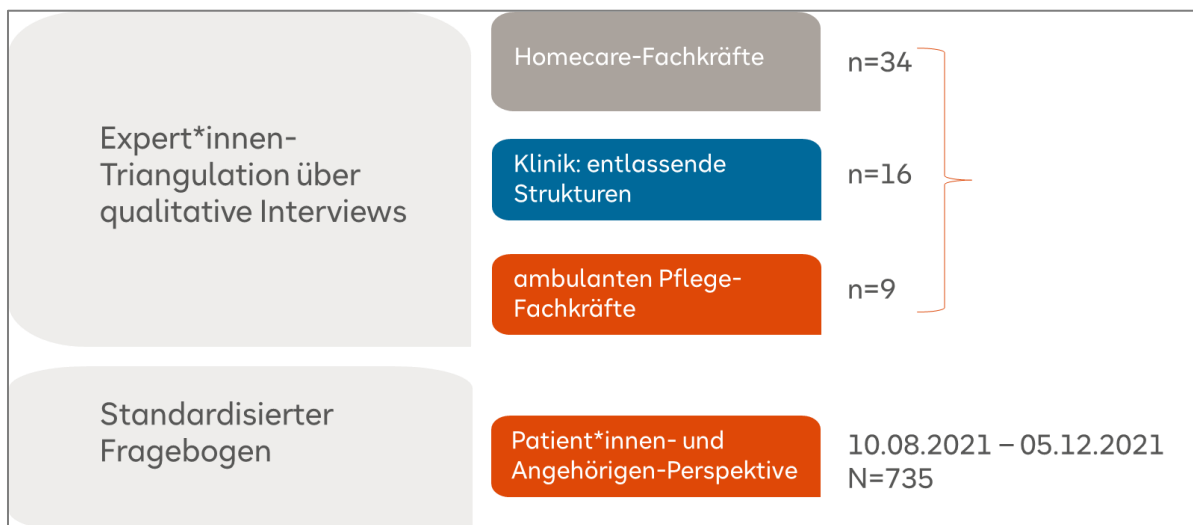


Abbildung 1: Studienaufbau, Stichproben und Erhebungszeiträume

4 Kurzzusammenfassung – Management Summary

Diese Studie nahm erstmals neben der Expertensicht auf Homecare auch die **Perspektive** von **HC-Patienten** und / oder deren **Angehöriger** auf die Rolle von HC-Fachkräften bei der Versorgung in den Fokus: Es zeigt sich deutlich, wie relevant die Unterstützung durch HC-Fachkräfte für diese Patientengruppe ist. Bei aller Wichtigkeit wurde jedoch auch klar, dass das Bewusstsein von Patienten und Angehörigen um diese die HC-Versorgung unterstützenden Tätigkeitsbereiche der Fachkräfte noch immer relativ unbekannt ist. So wurde nicht wenigen Patienten und Angehörigen erst durch diese Befragung bewusst, welche vielfältigen Aufgaben von HC-Fachkräften übernommen werden („umfrageinduzierter Erkenntnisgewinn“).

Bei den für diese Studie im Fokus stehenden HC-Therapien befinden sich Patienten und ihre Angehörigen gerade in der **Anfangsphase** kurz nach Klinikentlassung nicht nur in einer körperlichen, sondern auch psychisch-emotionalen Ausnahmesituation. In dieser Initialphase ist die Versorgung in der Häuslichkeit geprägt von Unsicherheiten und Ängsten die eigene Gesundheit betreffend. Vor allem die regelmäßige, persönliche Kontaktaufnahme durch HC-Fachkräfte helfen den Betroffenen, mit dieser Situation besser umgehen zu können und eine Entlastung zu spüren.

- ➔ Nicht nur therapie-, sondern insbesondere auch phasenspezifischer Beratungs- und Unterstützungsbedarf bei HC-Patienten und ihren Angehörigen – sowohl medizinisch-therapeutisch, als auch psycho-sozial.
- ➔ Zu den zentralen Tätigkeiten der HC-Fachkräfte zählt insbesondere in der **Anfangsphase** der HC-Therapie, aber auch im weiteren Verlauf bei notwendigen Anpassungen die **Koordinationsaufgabe**, welche eine intensive Abstimmung mit allen an der Versorgung beteiligten Akteuren beinhaltet.
- ➔ **Bedarfsgerechte Schulungen** der an der Versorgung Beteiligten sind essentiell für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen HC-Therapie, dabei sind auch immer wieder Nachschulungen nötig.
- ➔ Neben den koordinativen und schulungsbezogenen Tätigkeiten stellt die Sicherstellung der korrekten **Produktversorgung** von HC-Patienten nicht nur eine therapiebezogene wichtige Aufgabe dar, sondern ist auch vor dem Hintergrund ökonomischer Überlegungen ein zentraler Faktor zur Vermeidung einer Über- oder Unterversorgung.
- ➔ Die **medizinische Expertise der HC-Fachkräfte** wird von allen befragten Zielgruppen als zentraler Schlüsselfaktor für eine nachhaltig erfolgreiche HC-Versorgung gesehen.

Wichtige Qualitätskriterien im Versorgungsprozess – therapieübergreifend

- ➔ Persönliche, regelmäßige und ausreichend häufige Besuche der Patienten
- ➔ Hohe fachliche Qualifikation der HC-Fachkräfte sowie der Kooperationspartner
- ➔ Spezialisierung der HC-Fachkräfte
- ➔ Berufliche Erfahrung der HC-Fachkräfte, Empathie
- ➔ Versorgungskontinuität: v. a. in Bezug auf die Kontinuität der Ansprechpersonen, personelle Fluktuationen hinderlich für einen dauerhaft emotional-stabilen sowie fachlich sicheren Umgang mit der HC-Therapie
- ➔ Ermöglichen und Gewährleistung der Selbständigkeit der Patienten in der häuslichen Versorgung
- ➔ Qualitativ hochwertige Produkte

Therapiespezifische Qualitätskriterien

Oftmals ist laut interviewter HC-Fachkräfte eine individualisiertere HC-Versorgung möglich. So existieren neue Behandlungsmöglichkeiten in der Onkologie, so dass Patienten in Chemo- und Bestrahlungspausen z. B. zurück nach Hause können. Aber auch im Bereich der Ernährungstherapien gibt es enorme Weiterentwicklungen in den Ernährungswissenschaften (neues Wissen verfügbar; in Kliniken sind mehr Ernährungsberater und -mediziner verfügbar). Dies zeigt sich auch in der gestiegenen Produktvielfalt bei allen HC-Therapien (z.B. Wundauflagen). Dafür ist jedoch oben beschriebene therapiespezifische Expertise notwendig, da es kaum möglich erscheint bei all der zunehmenden Komplexität in den jeweiligen Therapien als therapieübergreifender Generalist tätig zu sein.

Entwicklungen hinsichtlich der HC-Versorgungen

Die Komplexität ist laut Interviewpartner unabhängig von der jeweiligen HC-Therapie grundsätzlich gestiegen:

- ➔ Der medizinisch-technische Fortschritt erweitert das Produktspektrum und erfordert höhere Fachkenntnis der HC-Fachkräfte
- ➔ Durch DRG-System frühere Entlassungen
- ➔ Steigende Anzahl „jüngerer“ Patienten zwischen 30 und 60 Jahren u.a. bedingt durch den Anstieg von Krebserkrankungen
- ➔ Gleichzeitig steigt die Anzahl älterer, sozial isolierter und multimorbider HC-Patienten, deren Versorgungsbedarf weit über das reine Koordinieren der Produktversorgung hinausgeht

Typische Phasen eines HC-Patienten

Der idealtypische Verlauf einer HC-Versorgung wird von den interviewten HC-Fachkräften wie folgt skizziert:

- ➔ Besuch in der Klinik, z.B. bei Stoma präoperativ zur Unterstützung bei der Stomaanlage
- ➔ Therapiefestlegung innerhalb der Klinik (z.B. Einstellung auf definiertes Ernährungsregime)
- ➔ Entlassplanung gemeinsam mit Fachpflege und klinischem Sozialdienst
- ➔ Anstoßen der Produktbeschaffung: erste Abstimmungen mit Hausarzt für Rezeptmanagement
- ➔ Kommunikation mit Angehörigen und ambulanten Pflegedienst
- ➔ nach Entlassung Schulung der Patienten und Angehörigen in der Häuslichkeit
- ➔ nach Stabilisierung regelmäßige Kontrollbesuche (bei PE z. B. wöchentlich zum Portnadelwechsel) oder nach Bedarf

Änderungen des Beratungs- und Schulungsbedarfs

Laut HC-Fachkräften dauert die Schulung des Patienten und ggfs. der in die Versorgung involvierten Angehörigen ca. 1,5 – 2 Stunden (je nach Therapie). Die **initiale Phase** in der Häuslichkeit wird von den meisten Interviewpartnern auf ca. **3-4 Wochen** festgelegt – innerhalb dieser Phase sind meist noch Anpassungen und Nachschulungen notwendig, der Beratungsbedarf ist entsprechend hoch in dieser Phase. Im Idealfall erfolgt nach dieser Phase die **Stabilisierungsphase** mit einer zunehmenden selbständigen Kontrolle durch den Patienten, es sind nur noch wenig Informationen nötig (außer bei Komplikationen). Die HC-Fachkraft kommt zu Routinebesuchen vorbei, um den Therapieverlauf aus Expertensicht zu beurteilen und ggfs. frühzeitig auf Entgleisungen oder sich anbahnende Komplikationen reagieren zu können.

Gründe für Rehospitalisierungen

Die möglichen Gründe für Wiedereinweisungen in die Klinik sind äußerst vielfältig:

- ➔ Rückfälle der Grunderkrankung oder eine sich verschlechternde Immunsituation
- ➔ Unverträglichkeiten bestimmter Medikamente, „Verdrängung“ / zu späte Meldung von Verschlechterungen des Gesundheitszustandes
- ➔ Fehler des ambulanten Pflegedienstes (insb. mangelnde Qualifikation, hohe Fluktuation) bzw. der Angehörigen (Überforderung)

Insgesamt werden die persönliche Schulung und Einweisung sowie der persönliche Kontakt zum Patienten bzw. seinen Angehörigen als therapieübergreifend als extrem relevant erachtet. Ohne ein Vertrauensverhältnis zwischen dem Patienten, seinen Angehörigen und der HC-Fachkraft kann eine hochwertige und nachhaltig gute Versorgung nicht gelingen.

Stellenwert der Digitalisierung im Versorgungsprozess

Hier muss zunächst unterschieden werden, ob Prozessbestandteile tatsächlich „ersetzt“ oder vielmehr durch Digitalisierung „ergänzt“ (Add-on) werden können:

„ersetzt“:

- Bestimmte Präsenz-Abstimmungen oder Informationsaustausch mit niedergelassenen Ärzten, ambulanten PD durch **digitale Konferenzsysteme, telefonische Absprachen, E-Mail-Verkehr**; Problem: die i. d. R. bereits sehr gut digitalisierten HC-Unternehmen sind mit den alten Infrastrukturen der anderen Akteure konfrontiert
- **(Zwischen-)Absprachen mit Patienten und Angehörigen zum Monitoring des aktuellen Gesundheitszustandes** (insb. Versenden von Wundbildern / Stoma an die HC-Fachkräfte; kann den Hausbesuch vor Ort aber nicht ersetzen, v. a. da einige Komponenten (Geruch der Wunde, Stimmung des Patienten) nicht über ein Bild vermittelbar sind)
- Das **eRezept** als hilfreiche Alternative zur analogen Rezeptierung
- **Digitalisierung der Bestellprozesse** von Hilfsmitteln im Vertrieb
- Digitalisierung der Dokumentation

„ergänzt“:

- **Schulung** von Pflegedienst oder Patienten/Angehörigen (Erklärvideos)
- Digitale Informationsangebote zu den HC-Therapien sowie zu präventiven Maßnahmen
- Digitaler Stomapass

Ausblick

- **Änderung der Vergütung von HC-Fachkräften**, d. h. entweder wieder Erhöhung der Hilfsmittelpauschalen oder Trennung von Dienstleistungs- und Hilfsmittelvergütung. Letztere Option hätte zudem den Vorteil, die HC-Dienstleistung als eigenständige Aufgabe anzuerkennen bzw. zu würdigen. Eine Einzelleistungsvergütung in diesem Sinne könnte dann auch die individuellen Versorgungs- und Beratungsbedarfe der Patienten berücksichtigen.
- **Deutschlandweit einheitliche Zertifizierung („Qualitätssiegel“) der HC-Fachkräfte** für eine klare, abgrenzbare Definition und Vergütung dieser Fachkräfte
- **Erhöhung des Bekanntheitsgrades, der Anerkennung und Wertschätzung von HC-Fachkräften**
- Verankerung von Homecare im **SGB V**
- **Vereinheitlichung** der extrem unterschiedlichen **Vergütungsstrukturen** der Krankenkassen
- Sektorenübergreifende und patientenzentrierte Arbeit der Krankenkassen
- Vergütung der lebensnotwendigen Produkte durch die Krankenkassen (weniger „Selbstzahler“)
- therapiespezifisch: **Ausstellen von Verordnungen durch HC-Fachkräfte**
- **Verbesserung der Qualifizierung der ambulanten Pflegedienste**

Schließlich war es einigen Interviewpartnern noch ein Anliegen zu verdeutlichen, dass die Tätigkeitsbereiche engagierter HC-Fachkräfte weit über die ohnehin schon komplexe Organisation und Koordination der HC-Therapie hinausgeht. Neben therapiespezifischen Angelegenheiten sind die oben beschriebenen psycho-sozialen sowie emotionalen Themen genauso relevant wie finanzielle Fragestellungen der Patienten oder Aspekte die allgemeine Lebensqualität betreffend.

5 Standardisierte Patientenbefragung

Im Folgenden werden zunächst die Vorgehensweise sowie Ergebnisse der standardisierten Patientenbefragung dargelegt, um hiernach die Limitationen dieser quantitativen Untersuchung zu diskutieren.

5.1 Vorgehensweise der Erhebung

Zur Erfassung der Patienten- und Angehörigenperspektive auf den sich im Zeitverlauf anpassenden Informations- und Betreuungsbedarf bezüglich der HC-Therapie wurde im Zeitraum vom 10.08.2021 bis 05.12.2021 eine standardisierte Online-Befragung durchgeführt. Deren Programmierung wurde im Umfragesoftwaretool LimeSurvey realisiert und auf einem lokalen Server gehostet. Die Eingabe der Beantwortungen von Patienten bzw. Angehörigen erfolgte durch die betreuenden Homecare-Fachkräfte via Tablets im häuslichen Umfeld der Patienten. Jenseits dessen konnten die Beantwortungen in einer als PDF-Export verfügbaren Paper-Pencil-Version des Online-Fragebogens (vgl. Anhang A) eingetragen werden, welche anschließend in die Online-Befragung überführt wurden. Der Fragebogen umfasste die folgenden vier thematischen Bereiche (für die jeweiligen Unterfragen siehe Anhang A):

- I Screening-Fragen
- II Fragen zu Homecare-Therapie und Unterstützung durch HC-Assistenz
- III Wichtigkeit der Aufgaben der HC-Assistenz in den Therapiephasen
- IV Gefühl durch Unterstützung der HC-Assistenz sowie Anmerkungen

Nach Ende des Befragungszeitraumes war ein Rücklauf von N=717 vollständigen und N=240 unvollständigen Antworten² zu verzeichnen. Sofern die zweitgenannten einen weitgehend kompletten Satz der zu untersuchenden Variablen aufwiesen, wurden diese in die Auswertung einbezogen. Demgemäß bildet eine Grundgesamtheit von N=735 Beantwortungen die Basis der nachstehenden deskriptiven Analyse.

5.2 Ergebnisse der deskriptiven Analyse

Die folgenden Abschnitte zeigen die Ergebnisse der standardisierten Patientenbefragung auf und geben sowohl eine Beschreibung der Grundgesamtheit (N=735) als auch eine nach den HC-Therapien differenzierte sowie vergleichende Auswertung wieder.

² Zu unvollständigen Antworten zählen Datensätze mit ausgelassenen Items sowie aufgrund technischer Komplikationen abgebrochene bzw. erneut begonnene Beantwortungen.

Beschreibung der Grundgesamtheit

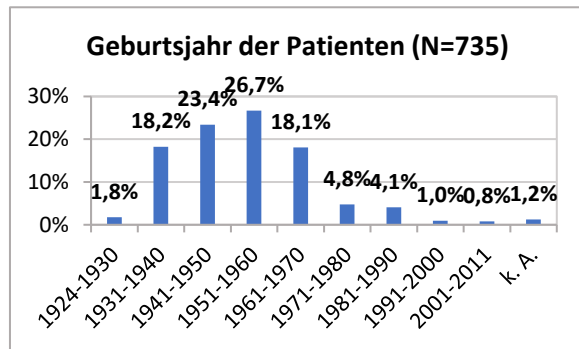
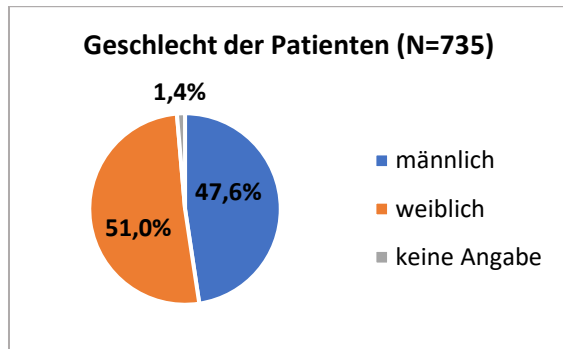


Abbildung 2: Geschlecht der Patienten.

Abbildung 3: Geburtsjahr der Patienten (GG).

In der Grundgesamtheit zeigt sich eine nahezu ausgeglichene Geschlechterverteilung. Mit 51,0% ist die knappe Mehrheit der Befragten weiblich, 47,6% der Patienten sind männlich, 1,4% machen keine Angabe zum Geschlecht. Die Hälfte der Befragten (50,1%) gehört entweder den Geburtsjahrgängen 1951-1960 (26,7%) oder 1941-1950 (23,4%) an. Die Jahrgänge 1931-1940 und 1961-1970 sind mit jeweils 18% in der Stichprobe vorhanden. Die mittlere Altersgruppe (1971-1990) umfasst einen Anteil von 8,9%, die jüngere (1991-2011) sowie hochaltrige Altersgruppe (1924-1930) nehmen jeweils einen geringeren Anteil von 1,8% ein.

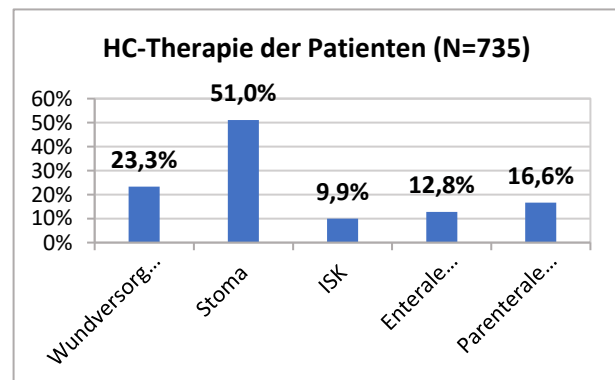
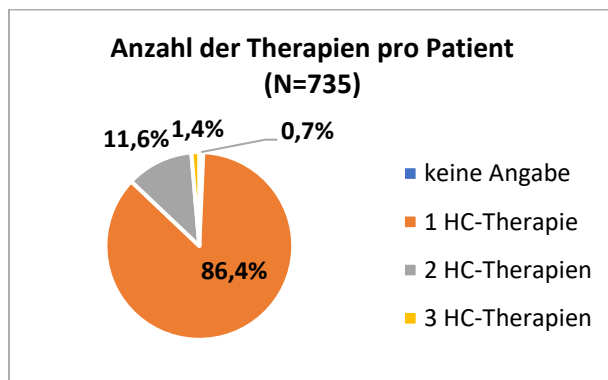


Abbildung 4: Anzahl der Therapien pro Patient.

Abbildung 5: HC-Therapie der Patienten (GG).

Mit 86,4% erhält die überwiegende Mehrheit der Befragten eine der untersuchten HC-Therapien (Wundversorgung, Stomaversorgung, Intermittierender Selbstkatheterismus, enterale Ernährung, parenterale Ernährung). 11,6% nehmen zwei und lediglich 1,4% der Stichprobe drei dieser HC-Therapien in Anspruch. 0,7% machen keine Angabe zu ihrer HC-Therapie. Die Betrachtung der Grundgesamtheit (N=735) offenbart, dass hiervon mit 51,0% (n=375) die meisten Befragten eine Stomaversorgung erhalten. Am zweithäufigsten sind mit 23,3% (n=171) Patienten der Wundversorgung vertreten. Diese werden gefolgt von Patienten der parenteralen Ernährung (16,6%, n=122), der enteralen Ernährung (12,8%, n=94) sowie der ISK-Versorgung (9,9%, n=73).

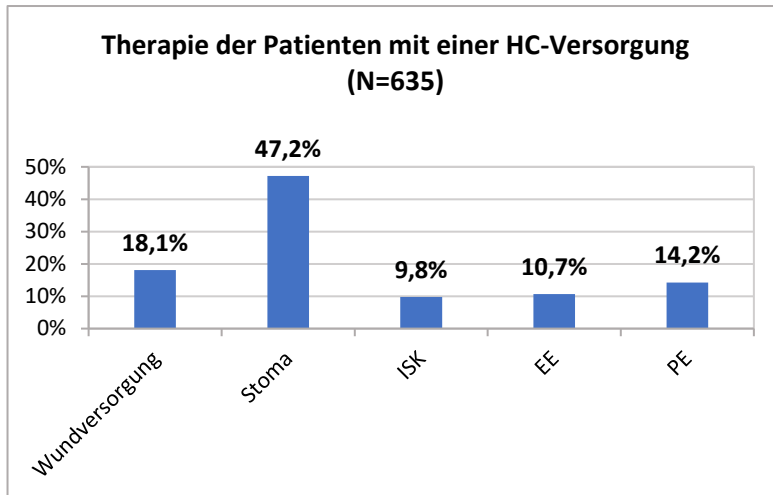


Abbildung 6: Therapie der Patienten mit einer HC-Versorgung (Grundgesamtheit).

Werden ausschließlich diejenigen Patienten in den Blick genommen, welche lediglich eine HC-Therapie in Anspruch nehmen (vgl. Abbildung 6), ergibt sich eine zur Abbildung 4 analoge Verteilung: 47,2% (n=300) der Befragten erhalten Stomaversorgung, gefolgt von 18,1% (n=115) mit Wundversorgung, 14,2% (n=90) mit parenteraler Ernährung, 10,7% (n=68) mit enteraler Ernährung und 9,8% (n=62) mit ISK-Versorgung. *Diese Patientenzahlen werden als konsistente Datenbasis für die therapiedifferenzierte Auswertung herangezogen.*

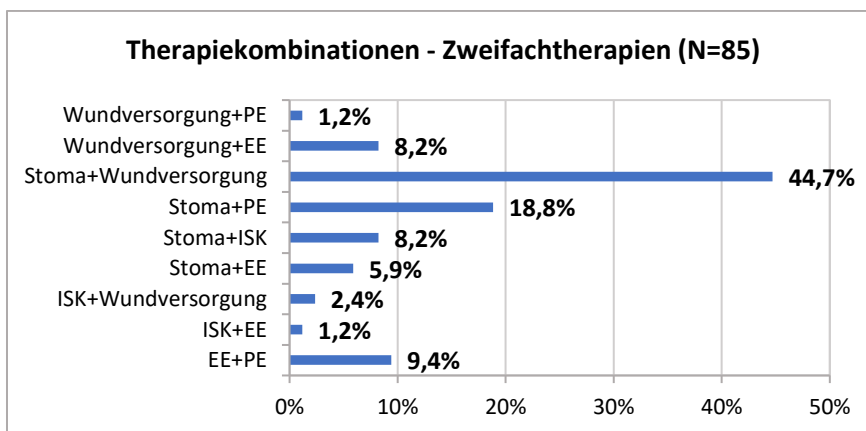


Abbildung 7: Therapiekombinationen - Zweifachtherapien (Grundgesamtheit).

Die isolierte Analyse derjenigen Patienten, welche genau zwei HC-Therapien erhalten (N=85), legt offen, dass es sich bei der gleichzeitigen Inanspruchnahme von Stoma- und Wundversorgung mit 44,7% (n=38) um die häufigste Therapiekombination handelt. Konstellationen aus Stomatherapie und parenteraler Ernährung stellen danach die zweithäufigste (18,8%; n=16) bzw. aus enteraler und parenteraler Ernährung die dritthäufigste (9,4%; n=8) Mehrfachversorgung dar.

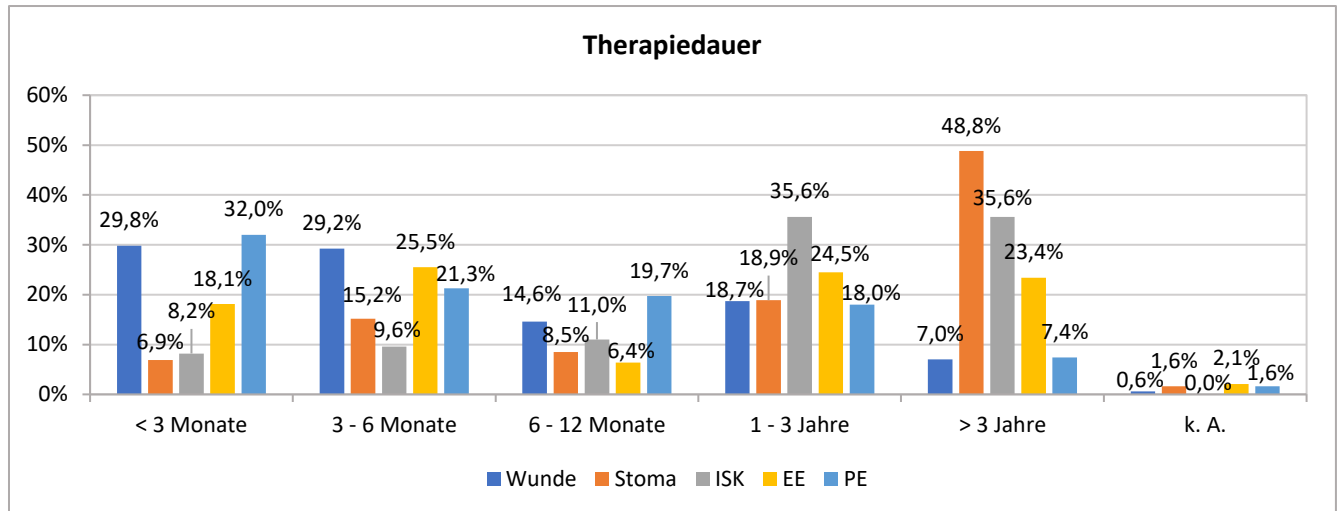


Abbildung 8. Therapiedauer (HC-Therapien im Vergleich).

Bezüglich der Therapiedauern zeigt sich, dass bei ISK und Stoma, aber auch bei EE der Großteil Langzeitpatienten sind. In der Wundversorgung und parenteraler Ernährung finden sich die kürzesten Versorgungszeiträume.

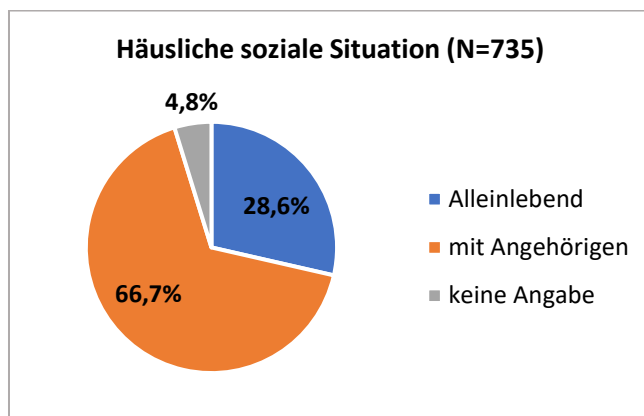


Abbildung 9: Häusliche soziale Situation (Grundgesamtheit).

Wie Abbildung 9 zu entnehmen ist, leben zwei Drittel (66,7%) der Befragten zusammen mit Angehörigen und 28,6% allein in einem Haushalt. 4,8% machen keine Angabe zur sozialen Situation in der Häuslichkeit. Die häusliche Versorgungssituation der Befragten ist dadurch gekennzeichnet, dass sich 54,6% der Patienten selbständig versorgen und 31,8% durch Angehörige betreut werden. 13,6% machen keine Angabe zur Versorgungssituation in der Häuslichkeit.

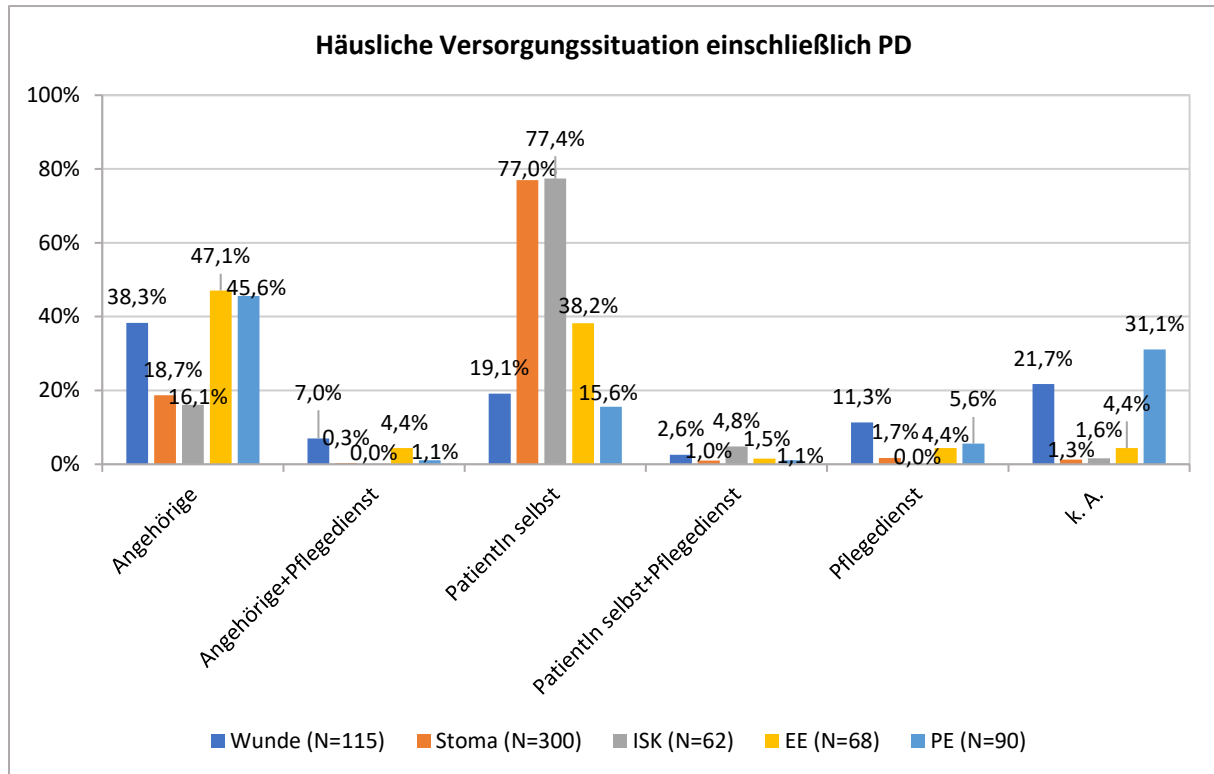


Abbildung 10: Häusliche Versorgungssituation einschließlich PD (HC-Therapien im Vergleich).

Berücksichtigt man bezüglich der häuslichen Versorgungssituation (vgl. Abbildung 10) auch die Betreuung durch einen ambulanten Pflege-/Betreuungsdienst, werden weitere therapiespezifische Versorgungsszenarien ersichtlich. Auffällig ist, dass die eigenständige Versorgung der Patienten bei den betrachteten HC-Therapien – verglichen mit der Versorgungsart der pflegebedürftigen Personen in Deutschland – einen gemeinhin großen Stellenwert einnimmt und damit einhergehend die Betreuung ausschließlich durch Angehörige bzw. durch Angehörige zusammen mit ambulanten Pflegediensten von geringerer Bedeutung ist. So werden von den in der Häuslichkeit versorgten Pflegebedürftigen in Deutschland (3,3 Mio.) 64,0% ausschließlich durch Angehörige sowie 29,7% durch Angehörige zusammen mit ambulanten Pflegediensten betreut (vgl. DESTATIS 2020).

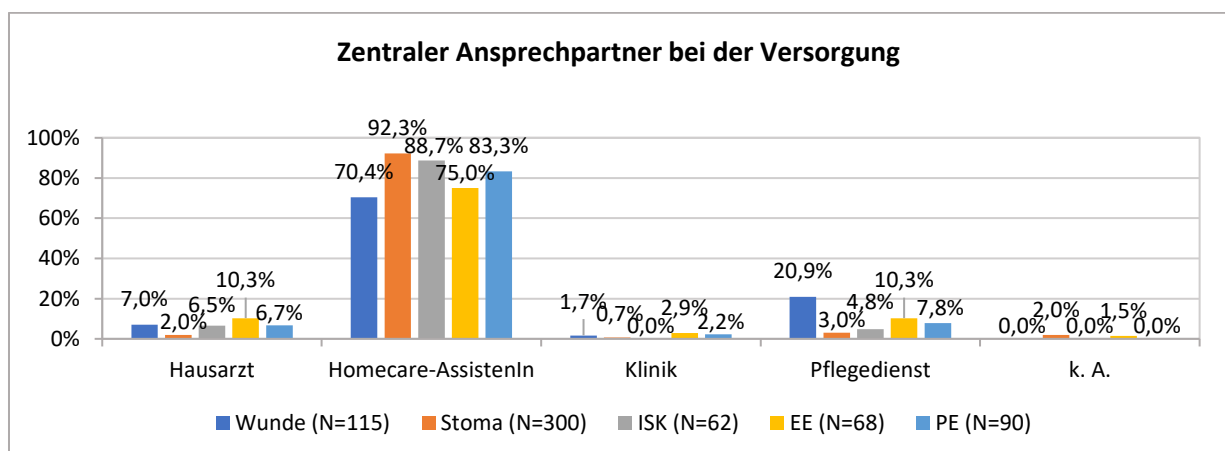


Abbildung 11: Zentraler Ansprechpartner bei der Versorgung (HC-Therapien im Vergleich).

Die HC-Fachkraft ist bei den meisten Befragten der zentrale Ansprechpartner bei der Versorgung.

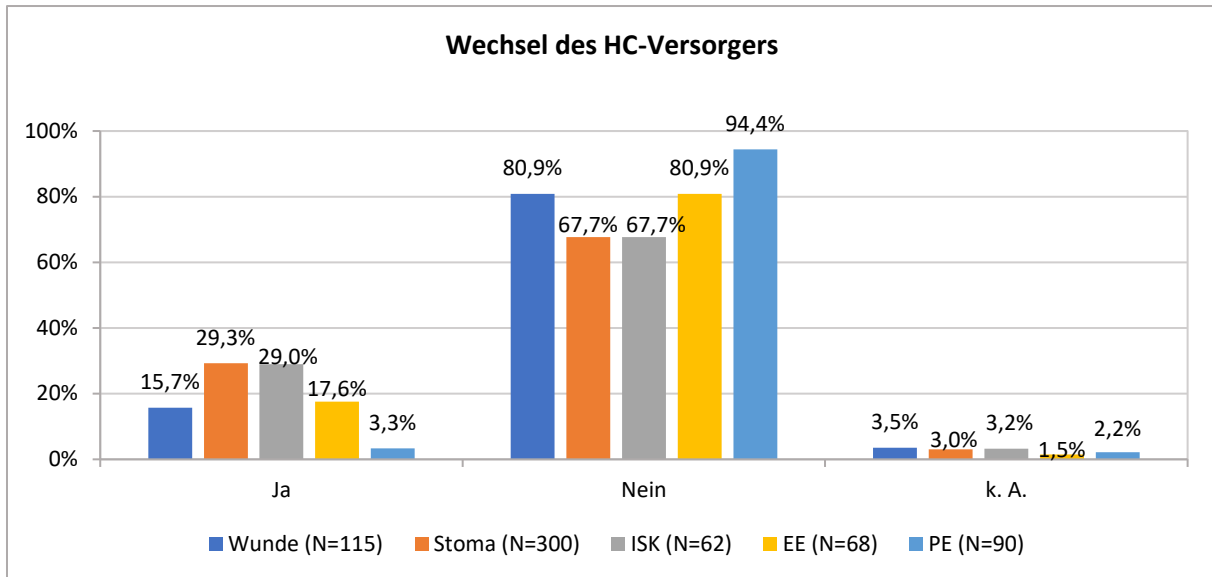


Abbildung 12: Wechsel des HC-Versorgers (HC-Therapien im Vergleich).

Weniger oder nur knapp mehr als ein Viertel der Befragten hat bereits einmal den HC-Versorger gewechselt. In den Therapien Stoma und ISK sind Wechsel am häufigsten vertreten.

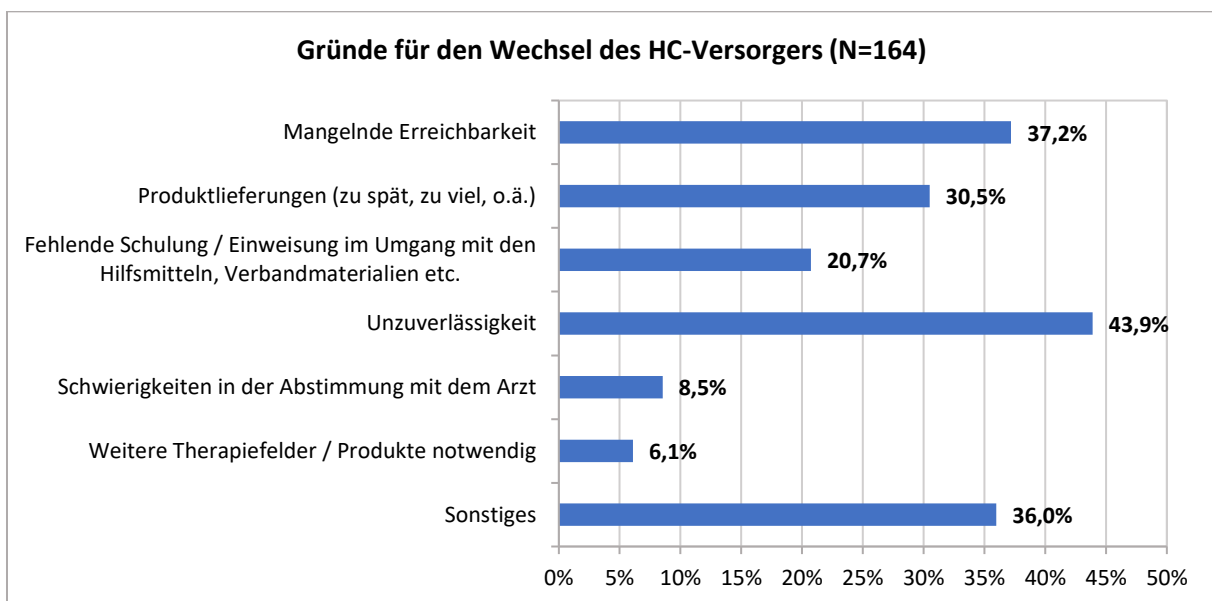


Abbildung 13: Gründe für den Wechsel des HC-Versorgers (Grundgesamtheit).

Gründe für den Wechsel des HC-Versorgers konnten mehrfach durch die Befragten angegeben werden. Unzuverlässigkeit (43,9%), mangelnde Erreichbarkeit (37,2%) und unzureichende Produktlieferungen (zu spät, zu viel, o.ä.) des HC-Versorgers (30,5%) sind dabei die häufigsten Anlässe für einen Versorger-Wechsel. Die fehlende Schulung / Einweisung im Umgang mit den Hilfsmitteln, Verbandmaterialien etc. wird von mehr als ein Fünftel (20,7%) der Befragten als Wechsel-Grund genannt.

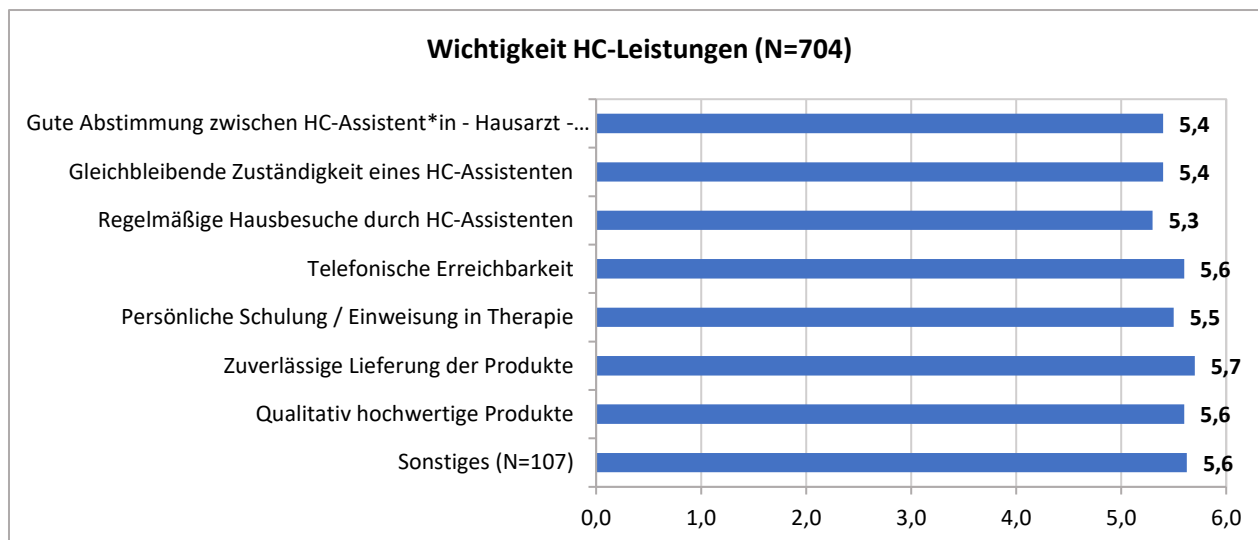


Abbildung 14: Wichtigkeit der HC-Leistungen (Grundgesamtheit).

Wie in Abbildung 14 veranschaulicht ist, weisen auf einer Skala von „1=sehr unwichtig“ bis „6=sehr wichtig“ alle der vorgegeben HC-Leistungen einen hohen Wert von über 5 auf. In diesem Zusammenhang sind die drei wichtigsten HC-Leistungen die zuverlässige Lieferung der Produkte (5,7), die telefonische Erreichbarkeit (5,6) sowie die Bereitstellung qualitativ hochwertiger Produkte (5,6). Der vergleichsweise geringste Wichtigkeitswert (5,3) in der Grundgesamtheit kommt den regelmäßigen Hausbesuchen durch die HC-Assistenten zu.

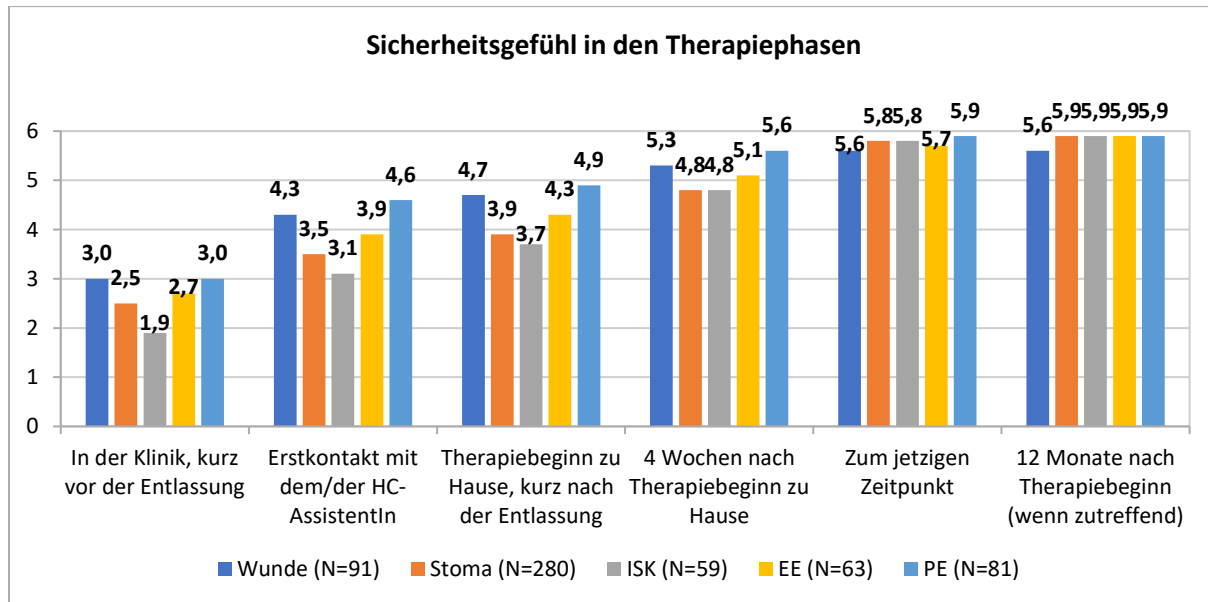


Abbildung 15: Sicherheitsgefühl in den Therapiephasen (HC-Therapien im Vergleich).

Auf einer Skala von „1=sehr unsicher“ bis „6=sehr sicher“ stufen die Befragten das Sicherheitsgefühl in der Klinik, kurz vor der Entlassung, am geringsten ein. Hiernach ist eine sprunghafte Verbesserung des Sicherheitsgefühls nach dem Erstkontakt mit der HC-Assistenz zu beobachten, welche sich mit der Betreuung im häuslichen Umfeld näherungsweise linear fortsetzt, sodass zum Zeitpunkt der Befragung bzw. 12 Monate nach Therapiebeginn (sofern zutreffend) fast das größtmögliche Sicherheitsgefühl erreicht wird.

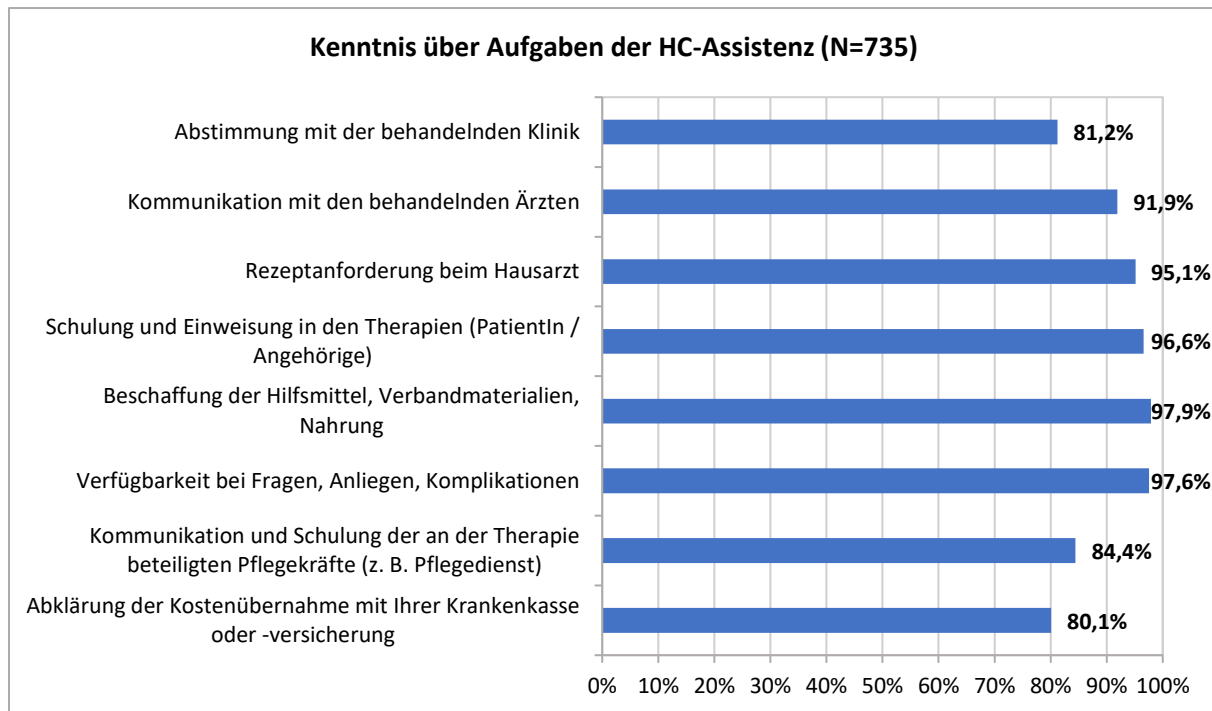


Abbildung 16: Kenntnis über Aufgaben der HC-Assistenz (Grundgesamtheit).

Die in der Befragung vorgegebenen Aufgaben der HC-Assistenz (vgl. Abbildung 16) sind der großen Mehrheit ($\geq 80\%$) der teilnehmenden Patienten durchgehend bekannt. Als die drei bekanntesten Tätigkeitsfelder sind die Beschaffung der Hilfsmittel, Verbandmaterialien, Nahrung (97,9%), die Verfügbarkeit bei Fragen, Anliegen, Komplikationen (97,6%) sowie die Schulung und Einweisung in den Therapien (96,6%) hervorzuheben. Die Freitext-Anmerkungen der Patienten in Abschnitt IV der Befragung verdeutlichen zudem, dass deren Bewusstsein für die Leistungsbereiche der HC-Assistenz durch die Befragungsteilnahme zusätzlich geschärft wurde: „Erst jetzt durch die Fragen werden mir die Aufgaben des HC richtig bewusst, vor Versorgungsbeginn wusste ich das nicht.“ (ID-Nr. 833).

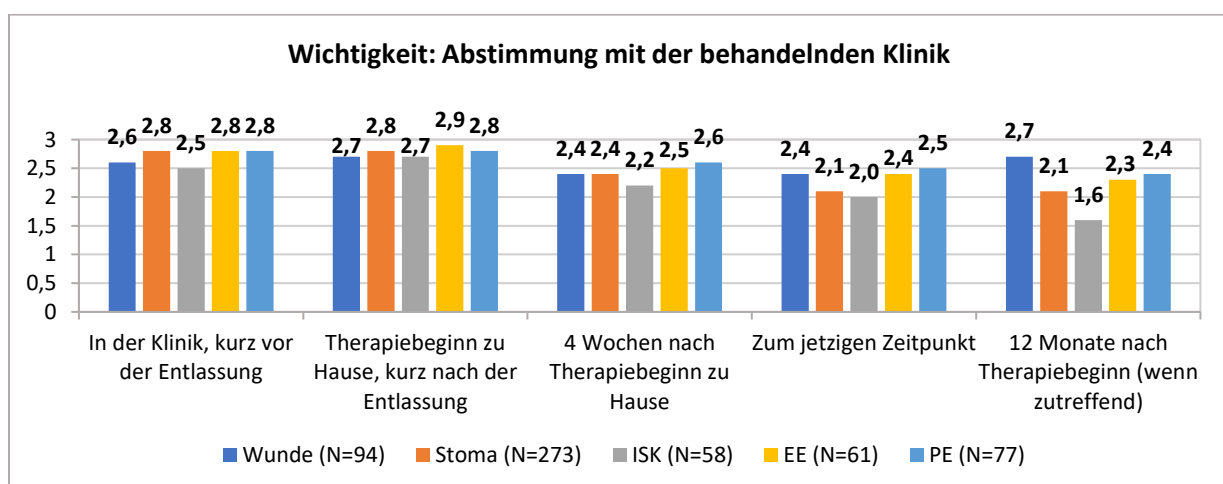


Abbildung 17: Wichtigkeit: Abstimmung mit der behandelnden Klinik (HC-Therapien im Vergleich).

Die durch die HC-Fachkraft übernommene Aufgabe „Abstimmung mit der behandelnden Klinik“ wird auf einer Skala von „1=unwichtig“ über „2=weder noch“ bis „3=wichtig“ in den Therapiephasen „in der Klinik, kurz vor der Entlassung“ und „Therapiebeginn zu Hause, kurz nach der Entlassung“ als besonders

wichtig bewertet. Diese Relevanz nimmt in den folgenden Therapiephasen ab – außer in der Wundversorgung.

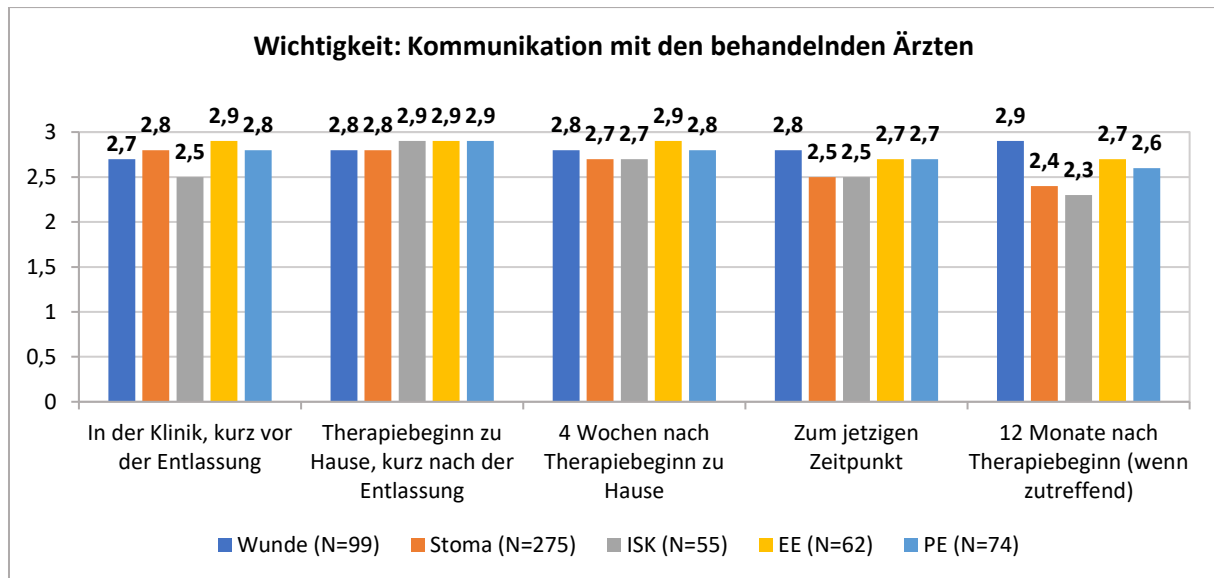


Abbildung 18: Wichtigkeit: Kommunikation mit den behandelnden Ärzten (HC-Therapien im Vergleich).

Die Aufgabe „Kommunikation mit den behandelnden Ärzten“ beurteilen die Befragungsteilnehmer ebenfalls in den Therapiephasen „in der Klinik, kurz vor der Entlassung“, aber auch bei „Therapiebeginn zu Hause, kurz nach der Entlassung“ als besonders wichtig. Auffällig ist, dass die Relevanz dieses Leistungsbereiches auch in den darauffolgenden Therapiephasen vor allem in der Wundversorgung auf einem hohen Niveau verbleibt.

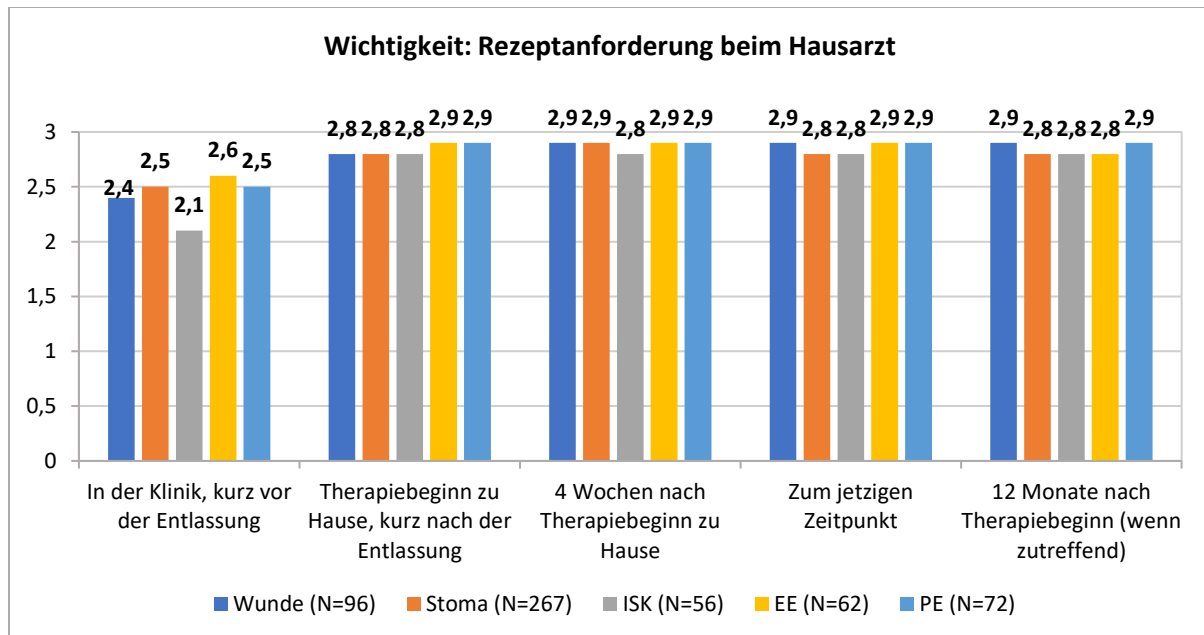


Abbildung 19: Wichtigkeit: Rezeptanforderung beim Hausarzt (HC-Therapien im Vergleich).

Der Aufgabe „Rezeptanforderung beim Hausarzt“ messen die Befragten insb. kurz nach der Entlassung, aber auch im weiteren Therapieverlauf eine hohe Relevanz bei.

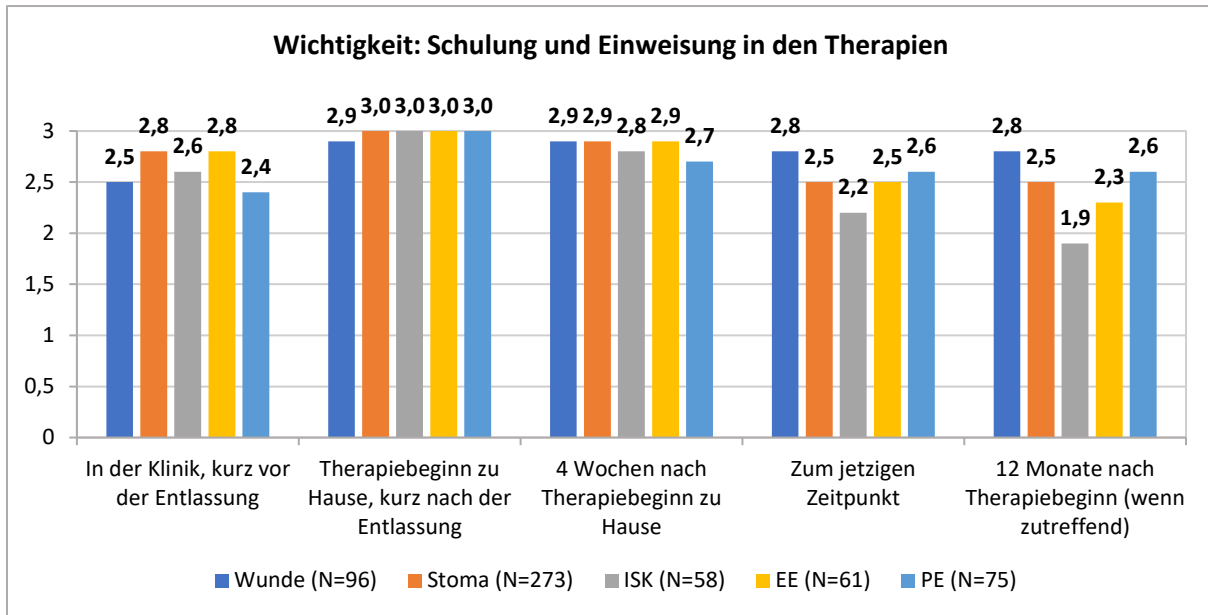


Abbildung 20: Wichtigkeit: Schulung und Einweisung in den Therapien (HC-Therapien im Vergleich).

Die Aufgabe „Schulung und Einweisung in den Therapien“ ist bereits „in der Klinik, kurz vor der Entlassung“ relevant, wird aber insb. mit dem Übergang in die häusliche Versorgung bzw. dem „Therapiebeginn zu Hause, kurz nach der Entlassung“ maximal relevant (3,0). Im weiteren Therapieverlauf erlangen die Patienten bzw. deren Angehörige zunehmend Fertigkeiten sowie Expertise zur HC-Therapie, so dass die Schulung und Einweisung durch die HC-Assistenz in den nachfolgenden Therapiephasen geringfügig weniger bedeutsam sind.

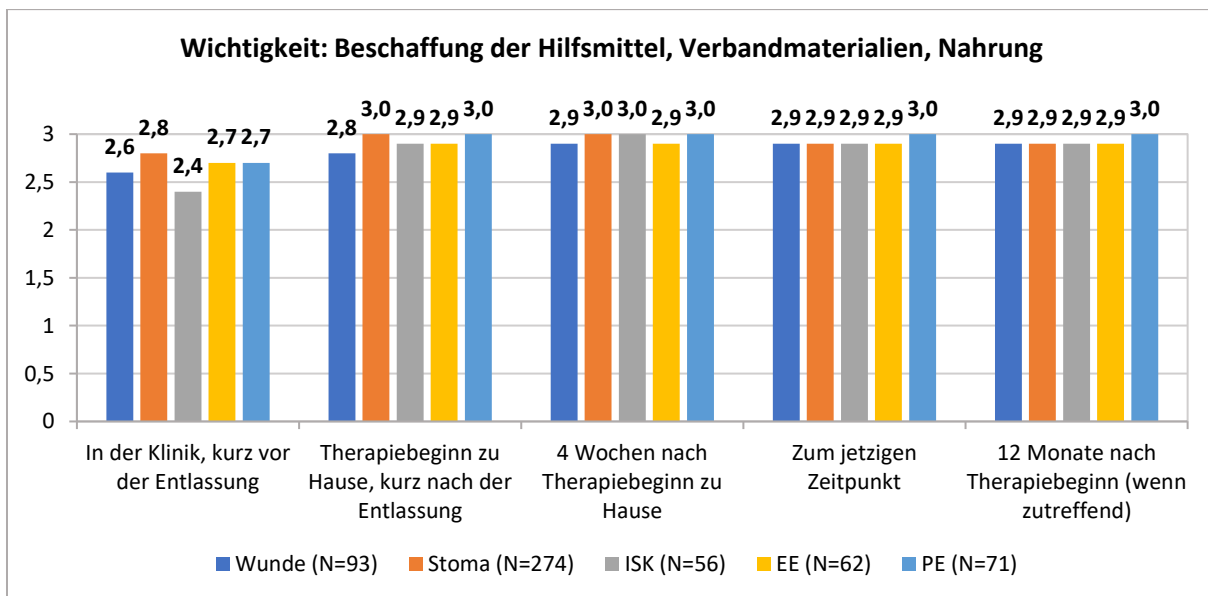


Abbildung 21: Wichtigkeit: Beschaffung der Hilfsmittel, Verbandmaterialien, Nahrung (HC-Therapien im Vergleich).

Die Wichtigkeit der Aufgabe „Beschaffung der Hilfsmittel, Verbandmaterialien, Nahrung“ schätzen die Befragten „in der Klinik, kurz vor der Entlassung“ durchschnittlich hoch ein. In den sich daran anschließenden Therapiephasen kommt diesem Leistungsbereich eine noch größere, permanente Bedeutung zu.

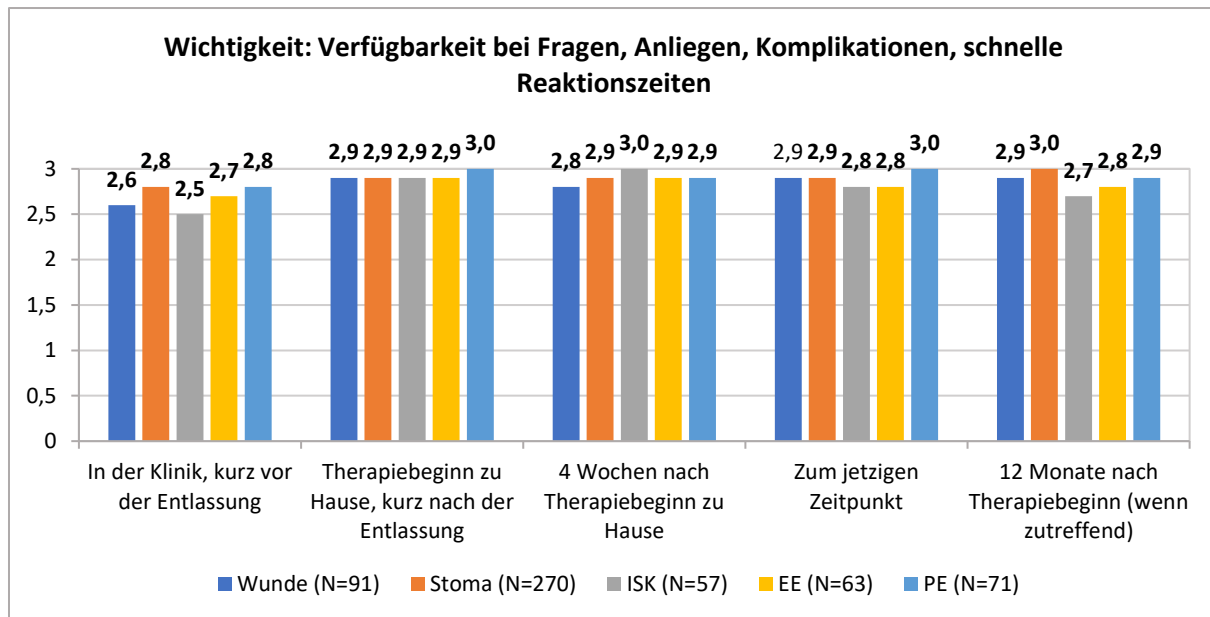


Abbildung 22: Wichtigkeit: Verfügbarkeit bei Fragen, Anliegen, Komplikationen, schnelle Reaktionszeiten.

Bezüglich der Aufgabe „Verfügbarkeit bei Fragen, Anliegen, Komplikationen, schnelle Reaktionszeiten“ ergibt sich das gleiche Bild wie bei der Beurteilung der „Beschaffung der Hilfsmittel, Verbandmaterialien, Nahrung“.

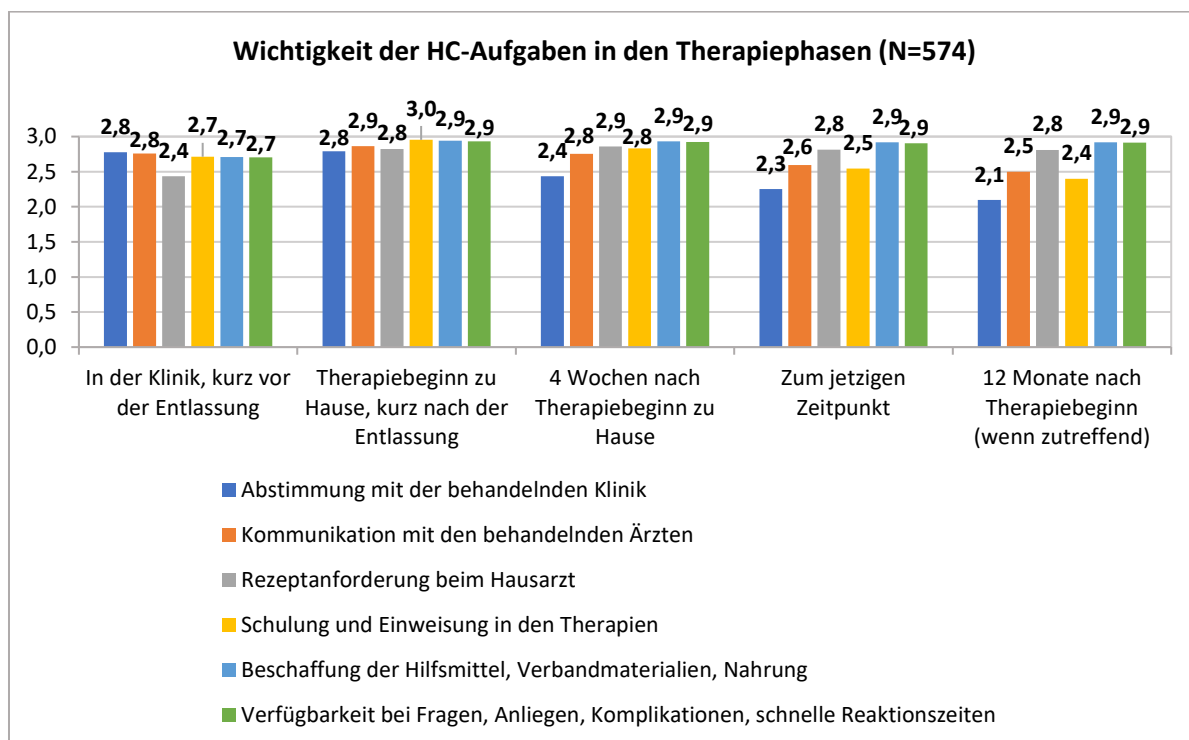


Abbildung 23: Wichtigkeit der HC-Aufgaben zu den unterschiedlichen Therapiephasen (Grundgesamtheit).

Abbildung 23 fasst den oben erläuterten Abschnitt III grafisch zusammen und zeigt hierdurch auf einen Blick die in den jeweiligen Therapiephasen (un)wichtigsten Aufgaben der HC-Assistenz. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Einschätzungen der Befragten den charakteristischen Verlauf sowie die Besonderheiten von Patient Journeys im HC-Bereich sehr kohärent abbilden. Dieses schlüssige

Antwortverhalten ist zugleich als Indikator für die Validität des Fragebogens und somit als Stärke der vorliegenden Untersuchung anzusehen.

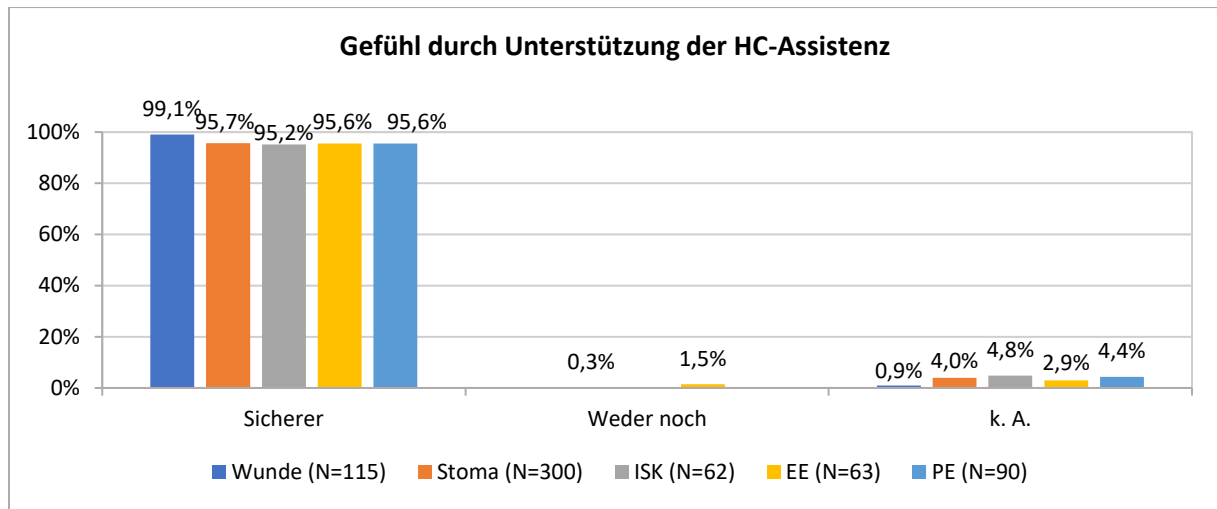


Abbildung 24: Gefühl durch Unterstützung der HC-Assistenz (HC-Therapien im Vergleich).

Die große Mehrheit der Befragten fühlt sich durch die Unterstützung der HC-Assistenz sicherer, die wird auch in den ausgewählten Statements der Patienten und Angehörigen deutlich:

<p>EE</p> <p>„Für mich ist es sehr wichtig, außerhalb der Klinik und unabhängig vom HA, einen persönlichen Ansprechpartner gerade bei Komplikationen zu haben.“</p> <p>„Ich empfinde große Dankbarkeit und bin froh das es Homecare Assistenten gibt.“</p> <p>„Meine HC Assistentin bringt mir die Nahrung, wenn sich die eigentlich geplante Lieferung verspätet oder beschädigt wurde“</p>	<p>PE</p> <p>„Bin zufrieden und dankbar das alles so gut läuft. Besonders die Zusammenarbeit mit HC-Assistent und Pflegedienst. Wir haben großes Glück solche kompetenten und einfühlsamen Menschen kennen gelernt zu haben.“</p> <p>„Ich war schon mit mehreren Pausen 2-3x in Versorgung. In Klinik fühlte ich mich nicht so sicher, grad im sterilem Umgang mit meinem Port. Da ich auch schon Portinfekt hatte. Zu Hause mit HC fühle ich mich total sicher und gut aufgehoben. Da ich jederzeit anrufen kann, immer jemanden erreiche. Gut, daß es HC gibt, die sich um alles kümmern.“</p>	<p>ISK</p> <p>„Dank meiner HC-Assistentin habe ich mehr Lebensgefühl und traue mich in die Öffentlichkeit.“</p> <p>„Schön das meine HC-Schwester telef. schnell erreichbar ist, mein Urologe ist es leider nicht.“</p> <p>„Ich als Betroffene bin richtig glücklich meine HCassistentin zu haben, da sie mir immer hilft, mich nicht allein lässt, zuverlässig ist. Ich fühle mich sehr gut aufgehoben und versorgt. Bei Fragen kann ich jederzeit anrufen.“</p>
<p>Stoma</p> <p>„Der persönliche Kontakt zur Stoma-Schwester ist mir sehr wichtig. Nur telefonisch würde vieles nicht besprochen werden.“</p> <p>„Die Stomaschwester ist mir eine sehr wichtige Vertrauensperson, durch ihre Hilfe habe ich Lebensqualität zurück bekommen, nach sehr schlimmer Diagnose und langem Klinikaufenthalt. Seit 8 Jahren bin ich Stomaträgerin, seit dieser Zeit werde ich ständig umfassend beraten. Dieser persönliche Kontakt ist mir sehr wichtig, auch wenn die Besuchsintervalle größer geworden sind. Ein Segen für uns Stomaträger.“</p> <p>"Ich bin froh jemanden an meiner Seite zu haben die mich in einer schweren und ungewohnten sehr intimen Situation von Anfang an so gut unterstützt und auch weiter begleitet . Möchte sie nicht missen. Denn man geht mit unangenehmen intimen Fragen nur zu einer Vertrauensperson"</p>		<p>Wundversorgung</p> <p>Der Verbandwechsel wird durch den Pflegedienst vorgenommen.</p> <p>Leider haben wir nicht gewusst, dass es die professionelle Unterstützung durch die xyz-Wundmanagerin gibt. Wir hätten die gute Hilfe schon früher in Anspruch genommen.</p>

Abbildung 25: Zitate aus der Patientenbefragung

5.3 Limitationen der quantitativen Untersuchung

Wie sämtliche empirische Erhebungen, weist auch diese quantitative Untersuchung Limitationen auf. Im Hinblick auf Vorgehensweise bei der Datenerhebung ist die Befragung der Patienten durch die HC-Fachkräfte anzuführen. Diese Methodik kann einen sog. *Interviewer-Bias* implizieren, d. h. die Probanden geben Antworten, von denen sie meinen, dass der Interviewer diese erwartet. Darüber hinaus

kann eine Verzerrung des Antwortverhaltens aufgrund des sog. *strategischen Bias* als nicht unwahrscheinlich angenommen werden. Dies bedeutet, dass die Probanden höhere / niedrigere Werte angeben, um eigene Interessen zu verfolgen (vgl. Graf von der Schulenburg / Greiner 2007, S. 251). Jenseits dessen ist bei Vergleichen der therapiedifferenzierten Auswertungen mit der Grundgesamtheit zu beachten, dass die untersuchten HC-Therapien nicht zu gleichen Anteilen in der Stichprobe vertreten sind (*convenience sampling*) und die Werte der Grundgesamtheit daher in unterschiedlichem Maße prägen. Gleichwohl liefern diese Gegenüberstellungen erste Hinweise auf therapiespezifische Versorgungscharakteristika, insbesondere da aktuelle und belastbare Vergleichszahlen für die deutsche HC-Versorgungslandschaft nicht verfügbar sind. Hieraus leitet sich die Notwendigkeit einer repräsentativen, systematischen Erfassung der HC-Versorgungen in Deutschland als Implikation für weiterführende Forschungsvorhaben ab.

6 Qualitative Expertenbefragung

Bei der ausgewählten Stichprobe (gesamt 59 Personen) handelt es sich um ein Convenience Sample aus Kontakten der Mitgliedsunternehmen der Auftraggeberin (Stiftung von Mensch zu Mensch). Die Zielgrößen für die Interviewpartner der qualitativen Expertenbefragung waren wie folgt quotiert:

	HC-Fachkräfte	Entlassende Strukturen KH	Pflegedienst
Anzahl Interviews	34	16	9
Durchschnittsdauer in Minuten	43	42	26
Enterale Ernährung	10	4	0
ISK	9	5	0
Parenterale Ernährung	12	5	2
Stoma	11	7	0
Wundversorgung	10	4	6
Therapieübergreifend	11	10	3

Tabelle 1: Übersicht Interviewpartner.

Der Screener für die Rekrutierung der Interviewpartner umfasste zudem eine Berufserfahrung von mindestens fünf Jahren in diesem Gebiet, um Fragen nach der Entwicklung der Versorgungssituation entsprechend beantworten zu können. Um eine möglichst hohe „innere Repräsentativität“ zu erreichen, so dass unterschiedliche Perspektiven auf die Fragestellungen möglichst gut vertreten sind (Helfferich, 2011, S.173), wurden Personen aus drei unterschiedlichen Berufsgruppen sowie Tätigkeitsbereichen rekrutiert:

- Interviewpartner aus dem Bereich der Patientenversorgung im Homecare-Bereich („Homecare-Fachkräfte“)
- Interviewpartner aus entlassenden Strukturen im akut-stationären Klinikumfeld
- Interviewpartner aus dem ambulanten Pflegesektor (Pflegedienste)

Der Interviewleitfaden umfasste im Wesentlichen vier Sektionen:

- I) Allgemeine Angaben zu Aspekten des Interviewpartners die Berufsausübung betreffend
- II) Wahrnehmung der Relevanz von Tätigkeiten der Homecare-Fachkräfte

- III) Therapiespezifische Aspekte bei der Homecare-Versorgung
- IV) Zukünftige Perspektive auf die Versorgung von Homecare-Patienten

6.1 Limitationen der qualitativen Untersuchung

Um mögliche Einschränkungen bei der Interpretation der Ergebnisse aus der qualitativen Studie möglichst transparent darzulegen ist es wichtig, folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- **Keine Interrater-Reliabilität** (fehlende Ressourcen) – zusammenfassende Paraphrasierung zentraler Ergebnisse aber immer in Abgleich mit jeweiliger Synthese pro Interviewer
- Ungleiche Verteilung der **Anzahl der Interviewpartner** – insb. **ambulanter PD unterrepräsentiert**, Akquise durch Stiftung und Studienpartner nicht erfolgreich; aufgrund hoher therapiespezifischer Homogenität bei der Zielgruppe dennoch inhaltliche Sättigung bei Interviews erreicht.
- **Convenience Sample**, da alle Interviewpartner über das Kontaktnetzwerk der Mitgliedsunternehmen der Stiftung identifiziert wurden: Tendenziell positivere Einstellungen / höheres Involvement bzgl. HC-Thema.

6.2 Ergebnisse

6.2.1 Entlassende Strukturen im stationären Sektor

Eine **Entlastung** durch Homecare-Fachkräfte wird von Klinikmitarbeitenden in folgenden Punkten gesehen:

- Kontaktaufnahme mit Patienten während des KH-Aufenthalts → z.T. auch kritisch gesehen (Compliance), z.T. geregelt über Outsourcing über Dienstleistungs-Verträge (z.B. prä-operative Stoma-Markierung)
- sehr gute Erreichbarkeit,
- erweitertes Serviceportfolio (z.B. mehrsprachige Infomaterialien),
- Kontaktaufnahme mit niedergelassenen Ärzten,
- Abstimmung mit Kostenträgern

Auf die Frage nach klar von Homecare-Fachkräften **abzugrenzenden Tätigkeiten** wurden insbesondere folgende Aspekte genannt:

- Alleinige Tätigkeiten der Klinik: Abwicklung und Organisation des Entlassmanagements, Ermöglichung Patienten-Wahlrecht bzgl. Nachversorger (eingeschränkt), Festlegung der Therapie, Ausfüllen Überleitbogen, Verordnungen bis sieben Tage, Anbahnung von Kooperationsverträgen zwischen der Klinik und den HC-Unternehmen
- Gemeinsame Tätigkeiten KH & HC: Organisation & Durchführung des Patienten-Erstkontakts innerhalb der Klinik (nur ½ aller interviewten KH lassen Erstkontakt in KH zu)
- Alleinige Tätigkeiten HC: Ersttermin in Häuslichkeit, Rezeptmanagement, Weiterversorgung und Anpassung der Therapie („HC als Bindeglied zwischen Ärzten, Apotheken und PD“), Feedback an KH insb. für EE/PE/STO-Fachpflege wichtig, z.T. bei „klassischem“ Sozialdienst eher untergeordnet („Zuständigkeit endet mit Entlassung“)

Im Hinblick auf die **Entwicklungen in den letzten zehn Jahren** standen folgende Aspekte im Fokus:

- Regionale Veränderungen der HC-Marktsituationen: Fusionen, Konzentration → wahrnehmbare „Effizienzbestrebungen“ (z.B. weniger Hausbesuche, dafür mehr Telefon), aber auch verbesserter Service durch Wettbewerb, steigende Fluktuation und sinkende Qualifikation bei HC-Fachkräften
- Zunahme der Bürokratie: führt zu Abstimmungsproblemen, nimmt mehr Zeit in Anspruch
- Verbesserung der Versorgungsqualität: z.B. bei Wundversorgung → Verringerung der Drehtüreffekte
- Anleitung von Patienten in stationärer Reha aufwändiger durch frühe Entlassungen aus akutstationären Häusern
- Steigende Bürokratie & Komplexität (Zuständigkeiten Kostenträger, unübersichtliche Kassenvergütungen, häusliche Settings, Kompensation der gravierenden Qualitätsdefizite in der amb. Pflege)

Identifizierte Qualitätskriterien im Versorgungsprozess von Homecare-Patienten sind aus der Sicht der interviewten Klinikmitarbeiter:

- Möglichkeit zur schnellen Kontaktaufnahme mit den HC-Fachkräften („Serviceorientierung“)
- persönlicher Kontakt (Hausbesuche), bei Bedarf verlässliche Rückkopplung von Informationen an Klinik
- Transparenz durch Übermittlung des dokumentierten Therapieverlaufs
- Versorgungskontinuität (ebenfalls im Hinblick auf die Ansprechpartner, geringere Fluktuation erwünscht)
- funktionierende Versorgungskette (Rezeptmanagement, Belieferung mit Produkten – auch kurzfristig, Schulung der Angehörigen bzw. der involvierten Pflegekräfte, Abstimmung mit den Krankenkassen, wenn nötig)
- Zertifizierung der KH-Fachkräfte im Stoma-Bereich erforderlich
- auch Verpflichtung der HC-Fachkräfte zur (Re-)Zertifizierung
- Patientenwohl sollte im Fokus der HC-Unternehmen stehen und nicht der Profit (in Verbindung mit zunehmender Konsolidierung des HC-Marktes wird dies von beinahe allen Interviewpartnern kritisch angemerkt)

Abschließend wurden die Interviewpartner gefragt, was sich aus ihrer Sicht **in Zukunft ändern** müsste, um die HC-Versorgung allgemein, aber auch therapiespezifisch zu verbessern.

- Veränderung des Betreuungsschlüssels: eine HC-Fachkraft sollte nicht für zu viele Patienten zuständig sein, um eine bessere, therapiespezifische Versorgung gewährleisten zu können
- HC-Fachkräfte sollten größere Entscheidungsbefugnis zur Patientenversorgung bekommen, da Therapiekennnisse weitaus umfassender sind als in der ambulanten ärztlichen Versorgung
- Professionelle und einheitliche Feedbacksysteme der HC-Unternehmen – im Idealfall angebunden an das KIS, so dass jederzeit ein Zugriff auf relevante Dokumentationen möglich ist. Insbesondere auch bei Wiedereinweisungen relevant.
- Höhere Transparenz bezüglich der Versorgungsqualität: Es wird aus Klinik Sicht immer schwieriger, zuverlässige und langfristige HC-Partner zu finden; Konsolidierungsentwicklungen im Markt führen zum Teil zu undurchsichtigen Geschäftsbeziehungen (Beispiel: Vertrag mit geprüften HC-Partner, dieser vergibt aber Unterauftrag an unbekanntem Dienstleister)

- Geringerer Fokus auf monetäre Aspekte und Produktversorgung: extrem kompetitive Marktsituation führt bei Klinikmitarbeitern teilweise zu Unbehagen in der Kommunikation mit HC-Dienstleistern
- Der Patient muss wieder mehr im Mittelpunkt stehen, dafür auch Abbau von Bürokratie notwendig

6.2.2 Fachkräfte der ambulanten Pflege

Allgemeine Hinweise und wahrgenommene Rolle sowie Aufgabenverteilung:

- Bereitschaft für Interviews geringer und Einstellung zur Thematik relativ kritisch; Fokustherapie ausschließlich Wundversorgung
- Entlastung bei Dokumentation und Einweisung in die Therapie
- Alleinige Tätigkeiten des PD: tägliche Versorgung, aber bei gemeinsamen Besuchen mit HC erfolgt Verbandswechsel meist ausschließlich durch HC
- Gemeinsame Tätigkeiten: Schulung, Anpassung der Therapie in Abstimmung
- Alleinige Tätigkeiten HC: Kommunikation mit Ärzten, Produktmanagement (Bestandskontrolle, Rezeptanforderung, Bestellung, Lieferung)

Hinsichtlich relevanter, **versorgungsbezogener Veränderungen im Therapieverlauf** nannten die Interviewpartner folgende Punkte:

- Schulungs- & Beratungsaufwand nach Entlassung am größten
- emotionale und psychische Aspekte wie Überforderung, Verunsicherung bis hin zu Ängsten erschweren sachliche Kommunikation
- gerade dann Kooperation zwischen PD & HC hilfreich, um Patienten Sicherheit zu geben
- insb. bei Wunde sind Anpassung der Therapie und Nachschulungen relevant
- Gründe für Wiedereinweisungen: mangelnde Compliance bei Patienten

Aspekte in Bezug auf die **Entwicklung in den letzten zehn Jahren**:

- Zunehmende Versorgungs-Komplexität: soziale Settings, verfrühte Entlassungen → intensivere Zusammenarbeit von HC & PD nötig
- Positiver Trend bei Kommunikation zwischen KH – PD – niedergelassenen Ärzten (auch unterstützt durch HC)

Bei der Frage nach **wünschenswerten Veränderungen** in der zukünftigen Versorgung wurden folgende Aspekte genannt:

- Vereinfachte Kommunikation zwischen allen an der Versorgung beteiligten Akteuren
- Kritischer Blick auf Finanzierung und hohen Wettbewerbsdruck der HC-Versorgungsleistungen → weniger angespannte wirtschaftliche Lage in der Versorgung wünschenswert
- Der zentrale Aspekt im Hinblick auf die Verbesserung der HC-Versorgung sind persönliche Besuche, insbesondere im Bereich der Wundversorgung, bei Ernährungstherapien und zu Beginn einer Stomaversorgung wird dies explizit erwähnt. Derzeit wird tendenziell ein Rückgang der Besuchsfrequenz wahrgenommen.

6.2.3 Homecare-Fachkräfte

Aus Sicht der HC-Fachkräfte umfasst das **Aufgabenspektrum** folgende Bereiche:

- Eigenwahrnehmung: „Moderatoren“, „Lotsen“, „Kordinatoren“ in der Patientenversorgung; „Bindeglied“, „Netzwerker“ zwischen allen Akteuren → „Case Management“-Funktion
- Zentrale Überleitungstätigkeiten, Ermöglichung von „Ambulant vor Stationär“ (§ 39 SGB V)
- Fachliche, psycho-soziale Beratung, Schulung von Patienten, deren Angehörigen sowie des PD
- „Supply Chain Management“ bzw. Logistik: Hilfsmittel-, Produktbeschaffung sowie -versorgung (auch Auswahl) inkl. Bestandsmonitoring und logistische Aspekte wie Belieferung

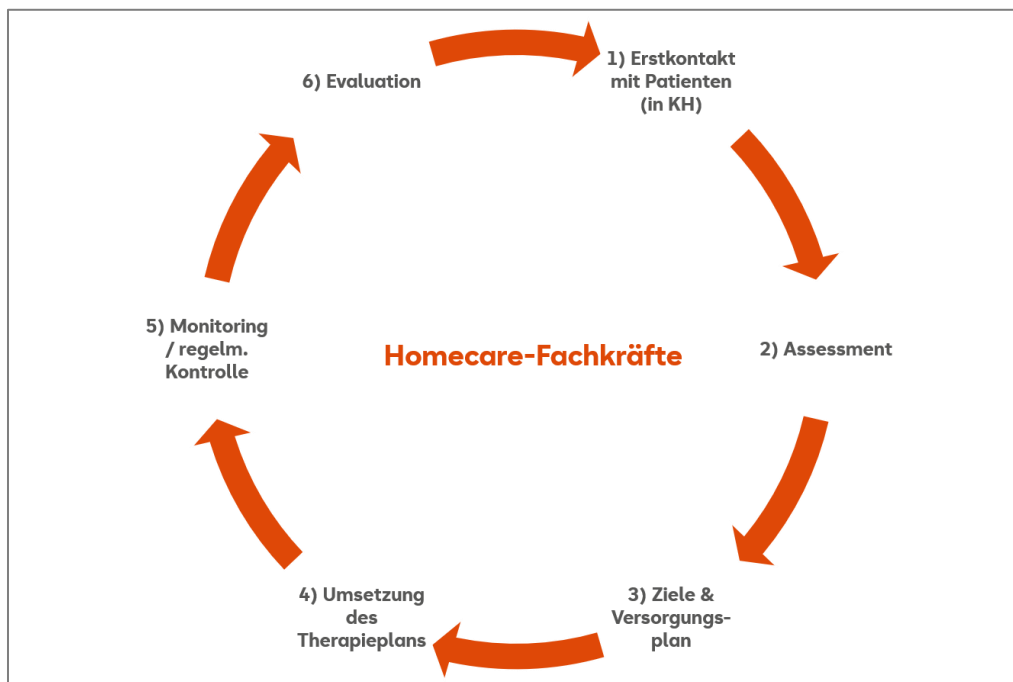


Abbildung 26: Wahrnehmung der HC-Tätigkeiten durch HC-Fachkräfte

In den letzten zehn Jahren haben HC-Fachkräfte folgende Veränderungen wahrgenommen:

- Vergrößerung des Tätigkeitsbereichs → insb. durch zunehmende Kompensation von Defiziten in anderen Versorgungsbereichen (PD, Entlassmanagement)
- Zunehmende Versorgungskomplexität durch vermehrt alleinstehende Patienten, aufwändigere Versorgungen, frühe Entlassungen, Zunahme onkologischer Erkrankungen
- Veränderte Anspruchshaltung der KH (Erwartung sofortiger Verfügbarkeit)
- komplexere Dokumentations- und Medizinproduktvorgaben sowie eine wachsende Produktvielfalt mit Potenzial für bessere Therapieerfolge
- Verbesserte Kommunikation mit KH (Dank Digitalisierung, aber auch unpersönlich)
- Wahrnehmung der Tätigkeit als Homecare-Fachkraft von unterschiedlichen Akteuren

7 Literaturverzeichnis

- BVMed (2020a), COVID-19 | BVMed schreibt an GKV-Spitzenverband | Kosten für Schutzausrüstung für Homecare übernehmen, <https://www.bvmed.de/de/bvmed/presse/pressemeldungen/kosten-fuer-schutzausruestung-fuer-homecare-uebernehmen>, aufgerufen am 15.11.2022.
- BVMed (2020b), Homecare-Kongress des BVMed: Gesundheitspolitiker fordern mehr Wertschätzung für Homecare-Versorgung | Homecare im SGB V verankern, <https://www.bvmed.de/de/bvmed/presse/pressemeldungen/homecare-kongress-des-bvmed-gesundheitspolitiker-fordern-mehr-wertschaetzung-fuer-homecare-versorgung-homecare-im-sgb-v-verankern>, aufgerufen am 15.11.2022.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (2021): Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement) in der Fassung der 7. Änderungsvereinbarung vom 24.11.2021 zwischen dem GKV-Spitzenverband als Spitzenverband Bund der Krankenkassen und als Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Lesefassung_des_Rahmenvertrages_Entlassmanagement_i.d.F._der_7._Aenderungvereinbarung.pdf, aufgerufen am 15.11.2022.
- DESTATIS – Statistisches Bundesamt (2020), Pflege – Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegegrade, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe.html;jsessionid=97EC5797CF8FCD8CCC925D6F3DDC5066.live722>, aufgerufen am 15.11.2022.
- Graf von der Schulenburg, J.-M., Greiner, W. (2007), Gesundheitsökonomik, 2. Auflage, Mohr Siebeck, Tübingen.
- Heidemann, C., Scheidt-Nave, C. (2017), Prävalenz, Inzidenz und Mortalität von Diabetes mellitus bei Erwachsenen in Deutschland – Bestandsaufnahme zur Diabetes-Surveillance, *Journal of Health Monitoring*, 2017 2(3), DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-050, 105-129.
- Helferich, C. (2011), Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews, 4. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Richter, U., Reichert, A., Urbanski, D., Scholz, S., Amelung, V.E (2016), Homecare: Die Rolle der Hausärzte im Entlassmanagement, Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.
- RKI (2019), Zentrum für Krebsregisterdaten - Übersichten zu den Krebsneuerkrankungs- und Krebssterbefällen, https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Krebs_gesamt/krebs_gesamt_node.html, aufgerufen am 15.11.2022.
- Scholz, S., Cifrain, M., Richter, U. (2016), Neue Kooperationsmodelle für eine wohnortnahe und qualitätsgesicherte Homecare-Versorgung, in: Pfannstiel, M. A., Focke, A., Mehlich, H. (Hrsg.), Management von Gesundheitsregionen I, 111-120, Springer, Wiesbaden.