

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 Verbesserungsvorschläge?
- 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 kümmert 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 vollständigere 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

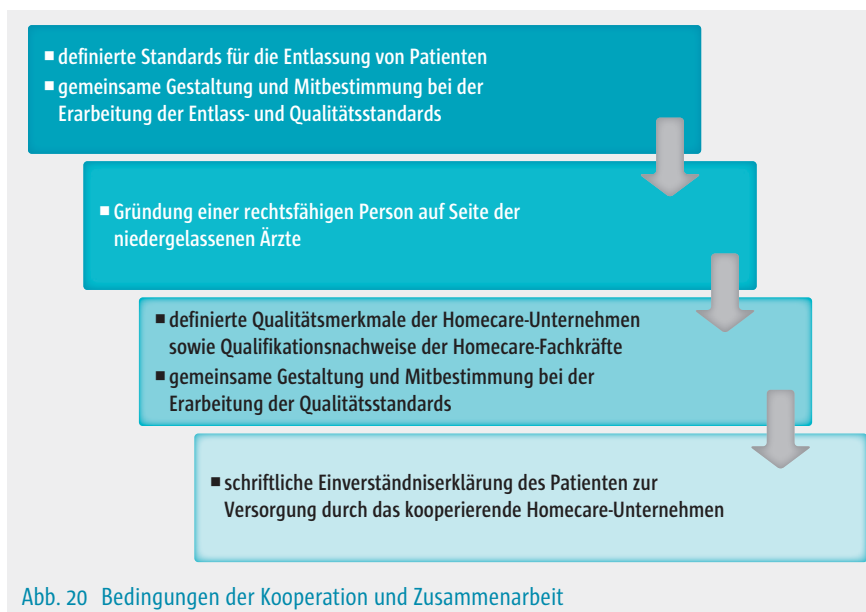
In einem letzten Teil der Fokusgruppendifkussion ging es um die Frage der Kooperation und Zusammenarbeit in der Homecare-Versorgung. Es zeigte sich, dass einige der Diskussionsteilnehmer bereits Erfahrungen mit Kooperationsvereinbarungen zwischen Klinik, Hausärzten und Homecare-Anbietern haben. Aus der 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-Therapieassistenz	<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-Therapieassistenz	<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-Therapieassistenz	<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