

Häusliche Pflege/Rehatechnische Versorgung

Versorgungs-Vielfalt keine Selbstverständlichkeit

Rehatechnische Versorgungen sind oft komplex und binden viel Fachpersonal. Speziell im Rahmen der häuslichen Pflege, aber auch des Entlassmanagements vom stationären in den ambulanten Bereich, kommt den Rehafachbetrieben hier eine Schlüsselrolle zu. Gute Versorgungsnetzwerke und faire Verträge mit den Kostenträgern bilden dabei eine zentrale Grundlage. Dies ist eine der Kernbotschaften von Gerhard Greiner (Geschäftsführer des RSR und Sprecher der Arbeitsgruppe Rehatechnik im BVMed) im Gespräch mit der Fachzeitschrift MTD.

Was sind die Zielsetzungen der Projektgruppe und mit welchen Themen beschäftigt man sich derzeit?

In unserer Arbeitsgruppe haben sich Vertreter von Verbundgruppen, Herstellern und Leistungserbringern zusammenschlossen, die mit rehatechnischen Hilfsmitteln der häuslichen Pflege zu tun haben. Zurzeit sind das: Reha-Service-Ring, RehaVital, Sanitätshaus Aktuell, Sanitätshaus Müller Betten, Permobil, Sanimed, TransCare Service und Medizintechnik & Sanitätshaus Kröger.

Schwerpunktmäßig geht es uns um Produkte und Dienstleistungen, die es ermöglichen, dass Patienten durch Angehörige oder Pflegedienste zu Hause versorgt werden können. Denn die ambulante und stationäre Versorgung von Patienten mit Produkten und Dienstleistungen aus der Rehatechnik trägt maßgeblich zur Genesung bei und dazu, die Mobilität und Lebensqualität der Patienten zu erhalten.

Rehatechnik hilft aber ebenso dem pflegenden Personal bzw. den Angehörigen, die Betreuung der Patienten unter Wahrung von Hygiene und Arbeitsschutz dauerhaft leisten zu können.

Unser Ziel ist, sowohl gegenüber der Bevölkerung als auch der Politik deutlich zu machen, welche hohe Bedeutung rehatechnische Hilfsmittel in der Versorgung haben. Um die Versorgung auch in Zukunft sicherzustellen, wollen wir ihren Nutzen und den Aufwand erklären und

verhindern, dass mit diesem Thema in Krankenkassenverträgen fahrlässig umgegangen wird.

Welchen Beitrag leistet die Rehatechnik in der häuslichen Pflege?

Die meisten Menschen möchten im Pflegefall in der gewohnten häuslichen Umgebung bleiben. Das ist in vielen Fällen nur mit entsprechenden Hilfsmitteln der Rehatechnik möglich, denn sie erleichtern die Pflege und unterstützen die Pflegenden. Das hat Vorteile: Der Versicherte kann in der gewohnten Umgebung bleiben, gleichzeitig ist die häusliche Pflege die kostengünstigere Alternative zur Pflegeeinrichtung.

Viele Versicherte benötigen mehrere Hilfsmittel, wie z. B. Pflegebett, Toiletten-, Dusch- und Rollstuhl. Die Beratung, Einstellung, Erprobung, Dokumentation, endgültige Versorgung und ggf. Umversorgung ist bei vielen Hilfsmitteln – wie z. B. denen der PG 11 (Wechseldruck/Weichlagerung) und der PG 16 (Kommunikationshilfen) – von großer Bedeutung und erfordert hoch qualifiziertes Fachpersonal, das von den Betrieben der Rehatechnik vorgehalten und eingesetzt wird.

Was zeichnet die Rehatechnik aus?

Diesen Versorgungsbereich prägt eine breite Vielfalt an Produkten und Dienstleistungen. Bei den Produkten und ihren unterschiedlichen Einsatzmöglichkeiten



Gerhard Greiner pocht darauf, dass der hohe Beratungs- und Dienstleistungsanteil im Rahmen von rehatechnischen Versorgungen adäquat vergütet wird.

kommt den Mitarbeitern in der Rehatechnik eine besondere Rolle zu, denn nur Hersteller und Fachhandel haben die nötige umfassende Produktkenntnis.

Die Vielfalt der Dienstleistungen umfasst neben Lieferung, Aufbau und Montage in der Wohnung des Patienten auch die Einweisung der Kunden und ihrer Angehörigen – auch mehrfach, wenn nötig. Die Mitarbeiter sind zudem zuständig für die individuelle Anpassung der Reha-Hilfsmittel an die Behinderung und die räumlichen Gegebenheiten, die Reparatur, Instandhaltung und Wartung nach dem Medizinproduktegesetz, hygienische Aufbereitung, Abholung nach Gebrauchsende, Aufbereitung und den Wiedereinsatz.

Auch die Lagerhaltung von Krankenkasseneigentum, die Online-Verwaltung der Hilfsmittel für den betriebsübergreifenden Einsatz und der Notdienst für lebenserhaltende Hilfsmittel außerhalb der Öffnungszeiten gehören zu den Besonderheiten der Rehathechnik.

Eine besondere Herausforderung ist dabei die Lieferung zur Krankenhaus-Entlassung. Sie muss ggf. ohne vorherige Genehmigung durch die Krankenkassen erfolgen, denn ohne ihre Hilfsmittel könnten die Patienten nicht nach Hause entlassen werden. Diese Versorgung wird dann zum wirtschaftlichen Risiko des Leistungserbringers.

Die Betriebe kümmern sich hier u. a. um die Information der Patienten und die Abstimmung der Produkte, außerdem um deren Anpassung, Einweisung, Wartung und Wiederaufbereitung.

Von wie vielen rehathechnischen Versorgungen im Jahr geht die Branche aus?

Eine konkrete Zahl können wir zurzeit nicht nennen. Da rehathechnische Versorgungen im häuslichen Umfeld aber ein zentraler Bestandteil der ambulanten Versorgung sind, gehen wir von hohen Zahlen aus. Pro Jahr werden z. B. mehr als 200.000 Badewannenlifter benötigt.

Können Sie anhand eines Beispiels verdeutlichen, warum der Aufwand für eine rehathechnische Versorgung so groß ist?

Viele Pflegebedürftige benötigen ein Pflegebett sowie eine passende Matratze, z. B. eine Dekubitusmatratze. Das Bett muss, wie bereits erwähnt, oft kurzfristig geliefert werden. Für Lieferung und Aufbau sind z. T. mehrere Personen notwendig, diese müssen alles oft durch enge Treppenhäuser und schmale Türen transportieren.

Es muss entschieden werden, ob eine Standard- oder eine Dekubitusmatratze benötigt wird, als Folge bei der Dekubitusmatratze ggf. auch eine Seitengittererhöhung. Hier muss wiederum geklärt werden, wer diese liefert. Mitunter stellt sich auch die Frage, ob ein Einlegerahmen oder ein Pflegebett, ein Bett in der Größe XL oder ein Schwerlastbett vonnöten ist.

Weitere Aspekte sind der Austausch, die Sicherheitstechnische Kontrolle (STK) und die Wartung des Pflegebetts.

In welchem Netzwerk bewegen sich Leistungserbringer hier?

Es gibt viele Akteure, mit denen die Betriebe bei der Versorgung mit rehathechnischen Hilfsmitteln kommunizieren, u. a. sind das Patienten und Angehörige, ambulante Pflegedienste, Kliniken, Krankenkassen und Ärzte.

Insbesondere beim Entlassmanagement kommt der Kommunikation mit Klinik, Angehörigen und Krankenkasse eine besondere Bedeutung zu, denn die jeweiligen Zielrichtungen dieser Akteure, z. B. hinsichtlich Qualität, Kosten oder Zeit, driften oft weit auseinander.

Ein zentraler Baustein des GKV-VSG sind diverse Neuregelungen im Rahmen des Entlassmanagements (§ 39 SGB V). Wie beurteilen Sie diese Neuregelungen?

Eine Stärkung des Entlassmanagements sehen wir grundsätzlich positiv. Die aktuellen Diskussionen um die Ausgestaltung des Entlassmanagements zeigen jedoch, dass die derzeitige Regelung auch zu Unsicherheiten am Markt und bei den beteiligten Akteuren geführt hat.

Für ein erfolgreiches Entlassmanagement ist es notwendig, dass Patienten auch kurzfristig ihre Hilfsmittelversorgung bekommen – so z. B. vor Wochenenden oder Feiertagen, wenn die Kliniken ihre Patienten gern noch schnell entlassen möchten. Die Leistungserbringer sorgen mit ihren Strukturen und Prozessen und mit ihrer Fachexpertise für einen reibungslosen Ablauf der Hilfsmittelversorgung am Entlassstag.

Das Entlassmanagement muss auch mit der Neuregelung so ausgestaltet sein, dass diese Strukturen weiterhin genutzt werden. Wir setzen uns in unserer Arbeitsgruppe hierfür ein.

Mitte Dezember hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) festgelegt, dass Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements künftig u. a. auch Hilfsmittel für einen Zeitraum von in der Regel bis zu sieben Tagen verordnen können. Ende März sind die entsprechenden Regelungen in Kraft getreten. Welche Vorteile sehen Sie hier für die Leistungserbringer?

Mit dieser Regelung der Krankenhausverordnung wurde gesetzlich nachvollzogen, was bereits gelebt wird. Allerdings ist

die 7-Tage-Regelung bei vielen Hilfsmitteln unsinnig, der G-BA hat das auch berücksichtigt. Deshalb können Hilfsmittel, die nicht individuell angefertigt werden müssen (z. B. Krankenbetten), vom Krankenhaus auch dauerhaft verordnet werden.

Ein Problem sind Genehmigungsfristen von Kassenseite im Rahmen des Entlassmanagements. Viele Leistungserbringer gehen deshalb oft notgedrungen in Vorleistung, um die Versorgung der Patienten sicherzustellen. Wie stellt sich die Situation aktuell dar?

Dieses Risiko ist nach wie vor vorhanden und führt bei manchen Kostenträgern zu erheblichen Zahlungsausfällen zulasten der Leistungserbringer. Hier sehen wir eine große Lücke zwischen Theorie und Praxis, die es zu schließen gilt.

Es gibt zwar auf Kassenseite entsprechend bemühte Mitarbeiter, ebenso gibt es aber strukturelle und verwaltungstechnische Schwierigkeiten, die ein optimales Miteinander erschweren. Das führt dann dazu, dass die Versorgung des Patienten wegen der Genehmigungsfristen erheblich verzögert wird.

Die sozialrechtlichen Regelungen gehen hier an der Realität vorbei und sehen eine schnelle Lieferung entlassungsrelevanter Hilfsmittel nicht vor. Flexibles, patientenorientiertes Handeln der Leistungserbringer wird aber bei einigen Kassen unterbunden, indem sie die Zahlung verweigern, wenn die Lieferung vor der Genehmigung erfolgte. Das hat zur Folge, dass Versicherte zukünftig länger im Krankenhaus bleiben müssen, bis die Genehmigung vorliegt.

Das erscheint uns völlig unsinnig, wenn man bedenkt, dass die Genehmigung für ein Pflegebett häufig fünf Wochen und länger dauert. In der Praxis sieht es dann oft so aus, dass entweder der Leistungserbringer oder die Angehörigen das wirtschaftliche Risiko übernehmen.

Denken Sie, dass die vorhin angesprochene Möglichkeit der Verordnung von Hilfsmitteln durch Krankenhäuser hier für Entspannung sorgt?

Nein, da ist keine Lösung in Sicht. Denn die Genehmigung muss dennoch erfolgen, die Verträge sehen zurzeit solche Konstellationen nicht vor.

Die Leistungserbringerseite kritisiert auch schon lange, dass sich der hohe Dienstleistungs- und Beratungsanteil nicht in den vertraglichen Vergütungen widerspiegelt. Ist hier mehr Einsicht auf Kassenseite zu beobachten?

Leider nicht. Nach wie vor ist sowohl bei Ausschreibungen als auch bei Verhandlungsverträgen allein der Preis entscheidend. Ein Vorteil bei den Verhandlungsverträgen ist allerdings, dass wir Argumente vortragen können, die mitunter berücksichtigt werden.

Unsere Erfahrung zeigt, dass Vertragsverhandlungen immer wieder zu einem besseren Verständnis zwischen den Vertragsparteien und damit zu besseren Lösungen führen. Vertragsdiktate, die nur das Interesse der Kostenträger widerspiegeln, müssen unbedingt verhindert werden.

Wie sollte eine angemessene Vertragsstruktur aussehen, um dieser Forderung von Leistungserbringerseite mehr gerecht zu werden?

Die Vertragsstrukturen selbst sind eigentlich in Ordnung. Allerdings sollte es bei der Preisbildung Änderungen geben. So halten wir es für erforderlich, dass die Krankenkassen überprüfen müssen, ob die angebotenen Preise überhaupt „machbar“ sind.

Wir sehen in einigen Produktbereichen inzwischen eine schleichende Aufweichung des Sachleistungsprinzips hin zu einem „Kassenzuschuss“. Letztendlich müssen die Versicherten in solchen Fällen die Differenz in Form von Aufzahlungen bezahlen.

Sie sprachen an, dass Sie sich in Ihrer BVMed-Arbeitsgruppe auch mit dem Thema Qualifizierung beschäftigen. Inwiefern ist dies weiterhin ein Thema, mehr als fünf Jahre nach Einführung des Präqualifizierungsverfahrens?

Qualifizierung ist ein wichtiges Thema in unserer Gruppe. Unter anderem befassen wir uns damit, weil es im Präqualifizierungsverfahren regelmäßig mit der Definition des Fachlichen Leiters im Rehabereich Diskussionen gibt. Personal-

wechsel und die Ausbildung von Nachwuchskräften stellen unsere Betriebe ständig vor neue Herausforderungen. Wir wollen erreichen, dass zum Beispiel langjährige Berufserfahrungen in größerem Umfang berücksichtigt werden.

Auf welche Entwicklungen stellt sich die Reha-technik in der Zukunft ein? Wo liegen aus Ihrer Sicht Chancen, wo Risiken?

Chancen und Risiken sind in der Reha-technik aus unserer Sicht die gleichen, wie in der gesamten Hilfsmittelbranche: Der demografische Wandel und die steigende Lebenserwartung der Menschen werden dazu führen, dass der Bedarf an Reha-Hilfsmitteln steigen wird.

Wir befürchten aber, dass die Kostenträger weiter unter Preisdruck geraten und damit die Preise und die Qualität sinken werden. Das größte Risiko für uns Leistungserbringer sind Krankenkassen, die aus rein strategischen und wirtschaftlichen Interessen agieren.

Herr Greiner, danke für das Gespräch.

wds