

Homecare – die wichtige Versorgung im Hintergrund

MTD, 02/14, S.6-9

Funktionen und Bedeutungen von Homecare bildeten den Rahmen einer MedInform-Veranstaltung im Dezember in Berlin. Es ging um die Rolle der Versorgung heute und in der Zukunft. Homecare-Unternehmen, Industrie, Ärzte und eine Krankenkasse verdeutlichten ihre Sichtweisen. Im Mittelpunkt stand unter anderem ein Leitlinien-gestütztes Homecare-Modell als zukünftiger Versorgungspfeiler.

Homecare fehlt eine gesetzliche Definition

Die derzeitigen Rahmenbedingungen und deren Defizite schilderte Rechtsanwältin Bettina Hertkorn-Ketterer. Direkt verankert ist Homecare im SGB V nicht. Einen Berührungspunkt gibt § 33, der auf die Hilfsmittel-Versorgung eingeht, aber eigentlich nur die Sachebene in der Versorgung abbildet. Hertkorn-Ketterer verwies aber auf § 2 SGB V, der den Krankenkassen im Versorgungsprozess einen

Sicherstellungsauftrag gibt. Dabei ist ihnen untersagt, selbst diese Leistungen anzubieten; sie müssen Leistungserbringer dafür beauftragen.



Bettina Hertkorn-Ketterer erläuterte die Einbettung von Homecare ins gesetzliche Umfeld.

Das SGB V gibt dazu aber wenig Vorgaben. Erst seit dem Versorgungsstrukturgesetz ist definiert, dass die Krankenhäuser für die Anschlussversorgung nach der Entlassung zuständig sind. Die Schnittstelle von stationär und ambulant ist aber weiter nicht geregelt. „Der Koordinierung bei der Entlassung muss eine Koordinierung im ambulanten Bereich gegenübergestellt werden“, so Hertkorn-Ketterer. Ihr Fazit: „Letztlich ist niemand da, der sich gesetzlich legitimiert darum kümmert; die Branche ist weiterhin nur Produktlieferant. Deshalb muss sich der Gesetzgeber darum kümmern.“

An Homecare führt kein Weg vorbei

Schon alleine wegen der demografischen Entwicklung ist Homecare ein ganz großes Thema für Prof. Dr. Bernd Reith vom Klinikum Konstanz. Die Menschen werden immer älter und mit zunehmendem Alter steigt die Pflegebedürftigkeit. Das Klinikum Konstanz hat die Problematik schon in ihr Alltagsgeschäft implementiert, hat eigens eine Person fürs Entlassmanagement eingestellt und arbeitet darüber hinaus mit einem externen Homecare-Dienstleister zusammen.

Folgende Versorgungsleistungen obliegen nach Reiths Angaben einem Homecare-Unternehmen:

- enterale und parenterale Ernährung
- onkologische Therapie
- Infusionstherapie
- Stoma- und Inkontinenzversorgung
- moderne Wundversorgung
- Dekubitusprophylaxe
- Tracheostoma- und Laryngektomietherapie
- Sauerstofftherapie
- Beatmung
- Mobilitätstherapie



Prof. Bernd Reith kann sich eine nachstationäre Versorgung ohne Homecare-Versorger nicht vorstellen.

In diesem Leistungsgefüge müssten Homecare-Unternehmen nicht nur direkt versorgen, sondern auch die Patienten in den Umgang mit der Medizintechnologie einweisen, die Koordination der Beteiligten sicherstellen und die Dokumentation sichern.

Was erwartet der Kliniker konkret vom Homecare-Bereich? Grundsätzlich soll die Entlassung möglichst früh gesichert und der Patient adäquat zur klinischen Versorgung versorgt werden. „Ein elementarer Punkt ist die Vernetzung, damit Patienten mit allen medizinischen und logistischen Produkten individuell

versorgt sind“, so Reith. Er verwies allerdings auch darauf, dass die Erlösseite unter Druck ist. Und Möglichkeiten zur Kostenreduzierung sah Reith allenfalls noch in der Logistik der Leistungserbringung.

Reith weiß die Homecare-Partner in der nachstationären Versorgung zu schätzen: „Ohne Netzwerke und Versorgungsstrukturen kann der Kostendruck auf Krankenhäuser nicht abgefangen werden.“

Aggressive Firmen schüren Ängste bei den Ärzten

Nach dem Kliniker beleuchtete der Onkologe Olav Heringer vom Medicum Facharztzentrum Wiesbaden Homecare aus Sicht des niedergelassenen Arztes. Vor allem die parenterale Ernährung ist für ihn ein wichtiger Punkt. Neben der Ernährungstherapie sind das Wundmanagement und die Schmerzpumpenbetreuung wichtig. Dabei ging er auch auf die Defizite seiner Berufskollegen ein. Von Homecare lassen die niedergelassenen Ärzte lieber die Finger. Entweder werde das

Thema ignoriert, man habe Angst vor Regressen oder es herrsche die Meinung vor, dass man die häusliche Betreuung nicht leisten kann und der Patient deshalb in die Klinik muss. „Deshalb brauchen wir Homecare-Dienstleister“, betonte Heringer.

Warum Homecare noch relativ wenig genutzt wird, hat für Heringer mehrere Ursachen. Zunächst sind die Betroffenen, also Patienten, verunsichert. Sie fühlen sich oft fremdbestimmt, begehren auf wegen des Eingriffs in die häusliche Umgebung, z. B. durch massenhafte Produktlieferungen auf ein Mal, haben Angst vor der Technik und beklagen die fehlende ärztliche Kontrolle.

Auch die Ärzte sind zurückhaltend bei Homecare-Dienstleistungen. Neben fehlender Zeit schieben viele die Verantwortung auf die Krankenhäuser, andere kennen die spezialisierten Anbieter nicht, haben Angst vor der Delegation von Leistungen an Unbekannte und dem Fehlen der Eigenkontrolle des Therapieergebnisses, und sie fürchten sich vor der eigenen Haftungsverant-

wortung bei Komplikationen. Die ablehnende Haltung komplettiert, dass zusätzlich die Angst vor Regressen wegen Budgetüberschreitungen bei Arzneimitteln (Lösungen) von außenstehenden Firmen geschürt wird, wie z. B. durch Anrufe der Fa. CareSolutions mit Panikmache in Hinblick auf unwirtschaftliches Verordnen und dem Lösungsansatz, dass sie das für den Arzt machen könne.



Onkologe Olav Heringer: Ärzte haben Berührungsangst vor Homecare.

Heringer selbst ist aber ein „Fan von Homecare“. Homecare müsse verstärkt in die medizinische Versorgung eingebunden werden. Als Gründe führte er folgende Veränderungen in der Onkologie an: Verbesserung der Behandlungsoptionen, mehr chronisch kranke Tumorpatienten und einen weiteren Ausbau der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Für ihn noch nicht abschätzbar ist die Auswirkung von Zentrenbildungen im Rahmen der neuen ambulanten spezialärztlichen Versorgung. Durch sie würden auf jeden Fall aber völlig neue Strukturen geschaffen.

Wenn sich Homecare nicht rechnet

Dennis Giesfeldt, zuständig für Krankenkassen-Management bei der Fa. Coloplast, erläuterte den Status quo und den daraus resultierenden Handlungsbedarf. Stichworte sind u. a. eine zusätzlich zum Produkt gleichberechtigte Verankerung der Dienstleistung im Hilfsmittelverzeichnis; Kassen müssten erkennen, dass bei Dienstleistung und Produkten Qualitäten und nicht nur die günstigsten Lösungen beachtet werden sollten. Die Verträge von heute würden Qualitäten nicht differenziert berücksichtigen. Primärer Zweck sei nicht die bedarfsgerechte Patienten-Versorgung, sondern die Kostenoptimierung. „Billig ist aber nicht wirtschaftlich“, betonte Giesfeldt. Wichtig sind für ihn z. B. Lebensqualität und Mobilität für die Patienten. Da will in dieses Bild gar nicht das Ansinnen

einer Kasse passen, die die billigsten, in Zitronensaft desinfizierten Katheter allen Ernstes angesprochen hatte.



Für Dennis Giesfeldt stehen Vergütungen und Qualitätsanforderungen in einem krassen Widerspruch.

Grundsätzlich hat Homecare für Giesfeldt wie auch für alle anderen Referenten große Zukunftschancen, die aber auch mit Risiken verbunden sind. Neben der Fokussierung auf Kostenoptimierungen z. B. durch Ausschreibungen sah Giesfeldt die fehlende Vertragsdifferenzierung zwischen Homecare-Unternehmen mit starker und solchen mit kaum einer Qualitätsorientierung. Die Kassen sollten die Qualitäten dann auch überprüfen.

Für Unternehmen mit Qualitätsanspruch seien die Vergütungen heute zu niedrig. Siewa als Leistungserbringer im Coloplast-Konzern habe sich z. B. aus der aufsaugenden Inkontinenz zurückgezogen, weil Siewa den Anspruch habe, aufzahlungsfrei und qualitativ gut zu versorgen. „Wir haben auch schon Verträge zur ableitenden Inkontinenz nicht unterschrieben“, untermauerte Giesfeldt die Siewa-Konsequenzen. Die Gefahr einer fehlenden Berücksichtigung

Entlassmanagement im Koalitionsvertrag

Wörtlich heißt es zum Entlassmanagement im Koalitionsvertrag: „Leistungslücken beim Übergang vom stationären in den ambulanten Versorgungsbereich wollen wir überwinden, indem das Entlassmanagement durch eine gesetzliche Koordinationsfunktion der Krankenkassen ergänzt wird. Die Möglichkeiten der Krankenhäuser, bei einer Entlassung Leistungserbringer zu verordnen, werden ausgeweitet. Krankenhäuser können eine pflegerische Übergangsvorsorge veranlassen. Wirtschaftlichkeitsvorgaben sind zu beachten, eine vorrangige Berücksichtigung von Einrichtungen der verordnenden Krankenhäuser auszuschließen.“

im sektorenübergreifenden Versorgungsprozess müsse letztlich aber der Gesetzgeber ausschließen.

Kassen zwischen Qualität und Kostenreduzierung

Zustimmendes Raunen war bei den Zuhörern aus der Leistungsebene zu hören, als Lars Schindler vom Fachreferat Hilfsmittel bei der Techniker Krankenkasse von der Notwendigkeit sprach, ein Gleichgewicht zwischen Leistung und Preis zu schaffen. Die TK kenne die Ausschreibungspreise anderer Kassen, dies würde die TK aber nicht dazu treiben, ebenfalls Ausschreibungen vorzunehmen.



Lars Schindler will Sonderverträge für Qualitätsversorger.

Im Sinne einer verbesserten Versorgung müssten auch sinnvolle Innovationen ins System implementiert werden können. Grundsätzlich ist Qualität für Schindler auf drei Ebenen angesiedelt: Struktur der Unternehmen, Ablauf der Versorgung und Ergebnis mit einhergehenden Kontrollen. Dass die Vergütungen hierbei ein Problem darstellen, ist auch Schindler bewusst. „Wenn ein Versicherter eine bessere Versorgung haben will, dann ist eine Aufzahlung nicht sittenwidrig; der Versicherte muss den gewünschten Service aber schriftlich bestätigen, dann haben wir keine Probleme damit“, so Schindler.

Qualität hat für die TK aber nicht unbedingt etwas mit den üblichen Qualitätsnachweisen zu tun. Auf die ISO-Zertifizierung als Vertragsvoraussetzung wird verzichtet. Für kleine Leistungserbringer sei diese einfach zu teuer. Der TK würden alternative Qualitätsnachweise ausreichen. Am liebsten würde sie differenzieren zwischen Qualität nach Gesetz (ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich) und Leistungen, die der Kasse einen messbaren Mehrwert bieten. Solche Leistungserbringer sollten Basis- bzw. Exzellenzverträge erhalten, die sich monetär oder durch Vereinfachungen bei der Zusammenarbeit auswirken könnten.

Die Leistungserbringer und deren Organisationen ermunterte Schindler, gemeinsam mit der TK daran zu arbeiten, Qualitäten zwar zu honorieren, sie aber auch bezahlbar zu halten. Dazu gehöre auch die Vorstellung von Versorgungsaspekten, die sich nicht nur rein finanziell auswirken. „Die TK prüft jeden Vorschlag und traut sich auch, neue Wege zu gehen, wenn das Risiko fair verteilt ist und die Idee in das Gesamtkonzept passt“, versicherte Schindler, „bleiben Sie innovativ und gestalten Sie mit.“

Behandlungspfade brauchen kein Controlling

Gemeinsam mit anderen Fachleuten entwickelte Klaus Grunau, Mitglied der Geschäftsführung der Fa. Hollister



Klaus Grunau glaubt, dass Behandlungspfade aufgrund von Leitlinien kommen werden.

Deutschland, ein neues Modell für die Hilfsmittel-Versorgung innerhalb eines sich selbst regulierenden, sektorenübergreifenden Behandlungspfades. Im Mittelpunkt stehen medizinische Leitlinien, die Hilfsmittel-Therapien im Rahmen eines sektorenübergreifenden Behandlungspfades einbinden. Dazu sollten die medizinischen Fachgesellschaften, der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Leistungserbringer und Industrie zusammenarbeiten.

Die verbindlichen Behandlungspfade sollten klare Schnittstellen zwischen den beteiligten Leistungserbringern haben. Jeder Leistungserbringer ist für sein Versorgungssegment verantwortlich. Dabei prüft der Leistungserbringer die Durchführung des direkt vorangegangenen Schrittes und übernimmt dann erst seine Aufgabe. Wenn nötig werden Unklarheiten geklärt. Grunau: „Dieses System ist selbstüberwachend und selbstregulierend, eine Managementgesellschaft ist nicht nötig.“ Notwendig sei allerdings eine zentrale Datenerfassung und -weiterleitung. Und die medizinische Gesamtverantwortung bleibe weiter beim Arzt, die ökonomische Verantwortung

bei der jeweiligen Krankenkasse. Die Vergütung der Leistungserbringer pro Abschnitt sieht Grunau analog der Vorgaben des Pfades durch ausgehandelte Gebührenordnungen.

Damit ein solches System funktionieren kann, müssen bestimmte Voraussetzungen zwingend sein. Grunau nannte eine bundesweite Gültigkeit, die Verbindlichkeit der Pfade für den Arzt, den Erhalt der Wahlfreiheit des Patienten, eine Eingrenzung der Produkt- und Dienstleistungsvielfalt (Anm. d. Red.: ein Aspekt, der bei Leistungserbringern und Herstellern auf Widerstand stoßen wird), einheitliche Datenverarbeitungssysteme und standardisierte Codes sowie eine Konsensbildung zwischen den unterschiedlichen Akteuren.

Leitlinien als Grundlage von Behandlungspfaden

Neue Wege verlangen nach Analyse. Die wissenschaftliche Begleitung bei der Erstellung von Behandlungspfaden auf Basis der Leitlinien von Fachgesellschaften beschäftigte Hans-Heiko Müller, Geschäftsführer des PFM Medical Institutes in Köln. Er grenzte Behandlungspfade von Leitlinien ab. Während Behandlungspfade lokal, individuell und



Hans-Heiko Müller will die gewonnene Lebensqualität messen.

eine klare Zielvorgabe haben, sind Leitlinien weit gefasste, übergeordnete Verfahrensweisen mit Berufsgruppenspezifischen Teilbereichen. Leitlinien sind insgesamt aber sektorenübergreifend. Die Leitlinien bilden das Fundament zum Aufbau von Behandlungspfaden.

Als Ziel haben Leitlinien und Behandlungspfade die Verbesserung der Versorgungsqualität – und die ist messbar. Müllers Tipp zur Erfolgssicherung von Behandlungspfaden: „Um verwertbare Ergebnisse bei Patientenbefragungen zu erhalten, sollte z. B. nicht nach dem Zustand der Inkontinenz, sondern nach Kriterien der Lebensqualität gefragt werden.“

RS