

Nicht jammern – neue Wege suchen

Als wir 1996 begannen, Schlafapnoepatienten mit Atemtherapiegeräten zu versorgen, schien diese Krankheit noch ziemlich selten zu sein. Die Industrie hatte gerade auch erst begonnen, Therapiegeräte und Masken zu entwickeln. Die Geräte waren damals ziemlich groß und laut und natürlich wartungsintensiv. Unseren Mitarbeitern war aber auch klar, dass unsere Patienten über die Versorgung mit Geräten und Interfaces hinaus noch etwas ganz anderes, Immaterielles brauchen: Beratung, Begleitung, Problemlösungen.



Wir werden immer mehr Patienten haben mit immer knapperen Ressourcen. Da sollten wir gemeinsam Wege finden, um bei vernünftiger Abbildung der Kostenseite und bei gutem Datenschutz für den Patienten das Beste herauszuholen.

Die CPAP-Therapie ist nicht ohne. Nach der Diagnose im Schlaflabor wurde den Patienten mitgeteilt, dass sie fortan Nacht für Nacht eine Maske tragen müssten. Die Krankheit ist nicht zu kurieren, nur ihre Symptome sind zu behandeln, um die gefährlichen nächtlichen Atemaussetzer mit der dadurch bedingten Sauerstoffminderversorgung des gesamten Organismus zu verhindern.

Von Anfang an nahmen unsere Mitarbeiter diesen Part ihrer Patientenversorgung sehr ernst. Sie berieten die Patienten hier im Unternehmen oder zu Hause, wenn diese älter und weniger mobil waren. Schnell bildeten sich auch Selbsthilfegruppen in Baden-Württemberg. Bei deren Gruppenabenden waren ausnahmslos ein oder zwei unserer Mitarbeiter, die sich auf Schlafapnoe spezialisiert hatten, anwesend und hielten im Anschluss an Vorträge eine Maskensprechstunde ab. Konkret bedeutet dies, dass die Betroffenen mit ihrem Problem kamen und um Rat suchten. Wie kann ich die Druckstellen vermeiden, welche die Maske verursacht? Weshalb bläst die Luft aus der Maske und führt zu Augenentzündungen? Oder: Das Gerät ist zu laut und stört meine Bettpartnerin. Unsere Mitarbeiter informierten und gaben Tipps, wie Leckagen zu vermeiden sind. Probierten andere Masken aus. Und vor allem: Sie machten den Patienten, die dieser Therapie gegenüber skeptisch waren, Mut, bei der Stange zu bleiben. Nebenbei wurde Geräte gewartet, Filter ausgetauscht.

Langsam wurden auch die Krankenkassen darauf aufmerksam, dass Schlafapnoe wohl doch keine eher exotische

Im Lauf der Jahre nahm die Patientenzahl zu. Es wurde deutlich, dass Schlafapnoe keine Modeerscheinung war, kein Krankheitskonstrukt, sondern eine typische Volkskrankheit. Die Wissenschaft bewies durch eine Vielzahl von Studien, dass eine nicht behandelte Schlafapnoe sehr wahrscheinlich Bluthochdruck verursacht, Diabetes mellitus, Depressionen und im schlimmsten Fall Herzinfarkt oder Schlaganfall. Wir wissen heute, dass fast jeder Patient, der mit einem Schlaganfall in die Klinik eingewiesen wird, an einer bislang noch nicht diagnostizierten und behandelten Schlafapnoe leidet.

Krankheit war, sondern, denkt man an die Millionen noch unentdeckter und damit unbehandelter Schlafapnoiker, eine wahre Volkskrankheit. Die Kassen suchten nun nach Strategien, möglicherweise ausufernde Therapiekosten einzugrenzen. Das ist nachvollziehbar. Dass Versicherten mit einem begründeten Verdacht auf eine Schlafapnoe ärztliche Hilfe nicht einfach aus Kostengründen vorenthalten werden darf, war ebenfalls klar. Doch man ließ sich einiges einfallen. Zum Beispiel definierte man die Untersuchung im Schlaflabor, das sich in der Regel in einer Klinik befand, von stationär in ambulant um. Eine ambulante Operation z.B. kostet die Kasse weniger als eine im Krankenhaus, wo der Patient nach dem Eingriff nicht nach Hause geht, sondern zumindest eine Nacht im Zimmer des Krankenhauses schläft. Ambulant vor

stationär, so die Lösung der gesetzlichen Krankenkassen. Im Fall der Schlafapnoe-Diagnostik ist das freilich reine Willkür, denn die Patienten nächtigen mit einer Unzahl von Elektroden am Körper in einem Zimmer des Krankenhauses. Nur werden die stationären Kosten nicht bezahlt!

Die „genialste“ Idee hatte als erste Kasse die Techniker Krankenkasse. Die Versorgung durch die Homecare Versorger wurde bundesweit ausgeschrieben. Ja, es wurde genauso vorgegangen wie es bei Bauvorhaben üblich ist. Firmen, die sich für einen solchen Auftrag interessieren, geben ein Angebot ab. Wer am günstigen bietet, hat das Los gewonnen und damit auf einen Schlag unter Umständen tausende neuer Patienten gewonnen. Pro Patient gibt es zwar deutlich weniger Geld, was sich aber, so die unternehmerische Kalkulation der Loggänger, durch die größere Zahl der zu betreuenden Patienten rechnet. Damals schrie die Branche auf. Auch die Patienten fürchteten um die Güte ihrer Versorgung. Doch man gewöhnte sich daran.

Andere Kassen gefiel die Methode der Ausschreibung verständlicherweise und sie zogen nach. Ausschreibungen kamen in Mode, wobei im Augenblick nichts mehr auszusprechen ist, denn die Preise sind im Keller. Tiefer geht's kaum noch: Mit einer Jahrespauschale unter 100 Euro hat der Sparstrumpf seine letzten Maschen eingebüßt. Für dieses Geld lassen sich die Patienten nicht mehr seriös versorgen. Zur Not bekommt der Patient ein gebrauchtes und wieder aufbereitetes Gerät und muss sich mit drei Maskentypen im Portfolio des Versorgers begnügen. Wenn diese drei Masken Probleme bereiten, muss sich der Patient halt eine andere Maske, die auf dem Markt angeboten wird, auf eigene Kosten anschaffen.

Mir bereitet die Betreuung der Patienten Sorgen. Die Schlaflabore haben dazu immer weniger Zeit und personelle Kapazitäten. Aber diese Betreuung ist für den Therapieerfolg unumgänglich. Eine Therapie wie die CPAP-Behandlung funktioniert umso besser, je praktikabler das Gerät ist, je weniger störend die Technik vom Patienten empfunden wird. Das ist bei älteren Geräten und bei einigen Masken sicherlich ein Problem. Doch gerade die älteren Patienten bedürfen eines teilweise höheren Betreuungsaufwands, weil Lernprozesse langsamer sind und größere Hemmungen gegenüber technischen Geräten bestehen. Um diese Probleme zu meistern, ist Geduld und Zeit nötig und qualifiziertes Personal. Nur so lassen sich viele Patienten für die CPAP-Therapie gewinnen. Unsere Mitarbeiter müssen den Patienten die Kompetenz vermitteln, ihr Gerät zu bedienen, kleinere Probleme selbst zu lösen und größere zu artikulieren und dem Homecare Versorger zur Kenntnis zu bringen.

Ich akzeptiere, dass wir als Homecare Versorger in der Pflicht sind, unseren Patienten die beste Betreuung zu bieten. Und wir wollen und müssen diese Aufgabe auch ernst nehmen. Doch dies kostet Geld. Jeder Kilometer, den einer unserer Mitarbeiter zu einem Patienten fährt, der nicht so einfach mehr zu uns in die Niederlassung kommen kann, muss bezahlt werden. Was für Service und Betreuung von den augenblicklich erstatteten Pauschalen übrig bleibt, deckt diese Kosten in keiner Weise. Darüber spricht niemand gerne. Diskutiert wird nur der hohe Qualitätsanspruch. Qualität ist aber nicht zum Nulltarif zu haben.

Jammern hilft allerdings nicht weiter. Es gibt vielversprechende Ansätze, in Zeiten knapper Ressourcen dennoch Patienten optimal zu betreuen. Die Telemedizin bietet exzellente Möglichkeiten, Patienten zu begleiten und bei Informationsdefiziten einzuspringen und weiterzuhelfen. Für COPD-Patienten beweisen die TK und das Robert Bosch-Krankenhaus seit geraumer Zeit, dass sich mit Telemonitoring beispielsweise Exazerbationen verhindern lassen und Klinikaufenthalte vermieden werden können. Bei der Betreuung unserer Schlafapnoe-Patienten sind wir noch eine ganze Wegstrecke hinterher. Die Technik steht zur Verfügung. Wir könnten exakt einzelne Nächte mit Leckagen detektieren und gegensteuern. Die Patienten sogar mit Videoclips auf ihren Smartphones oder Tablets zeigen, beispielsweise wie eine Maske korrekt angelegt wird, wie man sie reinigt. Doch wird diese Technik immer noch sehr skeptisch beurteilt.

Jemand, der eine gute Compliance zeigt und eine exzellente eingestellte Therapie hat, der muss nicht mehr kontrolliert werden. Aber die Betroffenen, die alleine leben und die Maskenleckagen nachts nicht merken, die müssen wir herausfinden und ihre Therapie optimieren. Telemonitoring ermöglicht uns dies. Ich verstehe die Sorge, dass ein Provider medizinische sensible Daten eines Patienten, überspitzt formuliert, für sich lagert und verwenden kann, ohne dass die Ärzte den Zugriff in vollem Umfang darauf haben. Das ist sicher kritisch zu sehen. Doch kann man den Datenschutzaspekten durchaus gerecht werden. Wichtig ist die Transparenz zwischen Provider und den versorgenden Ärzten.

Und machen wir uns klar: Wir werden immer mehr Patienten haben mit immer knapperen Ressourcen. Da sollten wir gemeinsam Wege finden, um bei vernünftiger Abbildung der Kostenseite und bei gutem Datenschutz für den Patienten das Beste herauszuholen.

