

Sparmanie, Ausschreibungs-Chaos, unzufriedene Patienten

# Wie sieht die Zukunft der Schlafapnoe aus?

Dass manche Krankenkassen die Versorgung ihrer Schlafapnoe-Patienten jetzt ausschreiben, scheint eher höhere Kosten zu verursachen als Kosten einzusparen – und stellenweise zu einem echten Versorgungschaos zu führen. Werner Waldmann, Mitherausgeber der Zeitschrift „Das Schlafmagazin“, sprach mit Dr. med. Ulrich Brandenburg, Marketingleiter bei der Firma Heinen + Löwenstein, dem größten Losgewinner der bundesweiten Ausschreibung der Techniker Krankenkasse. Das Interview erschien in der Ausgabe 4/2014 der Zeitschrift „Das Schlafmagazin“. Der MTD-Verlag erhielt freundlicherweise eine Nachdruckerlaubnis.

*Schlafapnoe verursacht nicht nur Tages-schläfrigkeit, sondern geht auch oft mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Bluthochdruck, Arteriosklerose, Herzrhythmusstörungen und Herzinsuffizienz einher: Die nächtlichen Atemstillstände und die ständigen Sauerstoffentsättigungen belasten das Herz. Kann man diese Folgeerkrankungen durch eine adäquate Behandlung der Schlafapnoe eindämmen?*

Ja. Die CPAP-Therapie und andere gleich wirksame Behandlungsmethoden sind in der Lage, die meisten dieser Erkrankungen zurückzudrängen. Fast alle wissenschaftlichen Studien, die zu diesem Thema durchgeführt wurden, zeigen: Bei Patienten, die mit CPAP behandelt werden, gibt es weniger Zwischenfälle im Herz-Kreislauf-System. Wir können den Blutdruck zumindest günstig beeinflussen, die Herzleistung steigern; und man kann sicherlich auch die Tages-schläfrigkeit abbauen und die Lebensqualität der Patienten verbessern.

*Aber natürlich nur dann, wenn die Patienten ihr Gerät auch nutzen. Wie gut ist Ihrer Erfahrung nach die Compliance, also die Therapietreue von Schlafapnoe-Patienten?*

Von qualitativ hochwertigen Schlaflaboren wissen wir schon seit Langem, dass die Compliance der Patienten in Deutschland außerordentlich gut ist. 84 Prozent aller Schlafapnoiker, denen ein solches Gerät verschrieben wird, nehmen es mit, und nach 12 Monaten nutzen es immer noch 71 Prozent länger als fünf Stunden pro Nacht. Das entspricht in etwa unseren eigenen Erfahrungen: Wir kontrollieren die Betriebsstunden bei mehr als 250.000 Patienten und können sagen, dass über 85 Prozent ihr CPAP-Gerät regelmäßig nutzen. Im internationalen Vergleich stehen wir damit glänzend da.

*Aber trotz guter Compliance – und obwohl eine CPAP-Therapie nachweislich das Risiko für Folgeerkrankungen senkt – scheinen viele Krankenkassen eine Heidenangst vor den Kosten einer Schlafapnoe-Therapie zu haben.*

Stimmt, dafür haben wir auch Verständnis. Wir werden immer älter – das ist ein Problem für die Kassen. Und neben der Überalterung haben wir auch noch ein zweites Problem: nämlich das zunehmende Übergewicht in unserer westlichen Wohlstandsgesellschaft. Beides begünstigt die Entstehung von Schlafapnoe. Mittlerweile sind über eine Million Schlafapnoe-Patienten diagnostiziert; nicht alle sind unmittelbar behandlungspflichtig, aber die Häufigkeit dieser Erkrankung steigt durch das Alter und das Übergewicht. Da fragen sich die Kassen



Elektromobile - Akkuprogramm - Schiebehilfen - Zubehör

EMG  
Elektromobile  
GmbH & Co. KG  
Beerenstraße 5 - 33803 Steinhagen / Westf.  
Fon: 05204-87190-0 - Fax: 05204-87190-20

www.emg-elektromobile.com



natürlich: „Wie wollen wir all diese vielen Patienten in Deutschland mit CPAP versorgen?“ – und viele verfallen dann in eine eher kurzfristige Sparpolitik.

In Amerika sind die Verhältnisse anders. Da überprüfen die Kassen: Was kostet uns ein Patient nach der Diagnose? Es gibt z. B. eine Eisenbahnerkrankenkasse in den USA, die 22.000 Versicherte untersucht hat, 11 Prozent davon hatten Schlafapnoe. Die Hälfte dieser Patienten wurde mit CPAP behandelt und die andere Hälfte nicht. Die Gruppe mit der CPAP-Therapie kostete die Krankenversicherung 609 Dollar im Monat, die ohne CPAP 783 Dollar – das heißt, die therapierten Patienten waren billiger.

In einer anderen Studie hat man bei 15.000 mit CPAP behandelten Schlafapnoe-Patienten über Jahre hinweg geprüft: Wie viele nutzen ihr Gerät regelmäßig, und bei wie vielen ist die Compliance nicht so gut? Die Studie ergab, dass die regelmäßigen CPAP-Nutzer 705 Dollar im Monat kosten und die unregelmäßigen 786 Dollar – also ganz ähnliche Zahlen wie in der ersten Studie. Inzwischen bezahlen die Krankenkassen in Amerika aufgrund dieser Erkenntnis wieder mehr für die CPAP-Therapie, weil es ihnen wichtig ist, dass die Patienten ihr Gerät auch wirklich nutzen.

#### **Was für CPAP-Versorgungsmodelle gibt es in Deutschland? Können Sie das aus Sicht der Patienten einmal schildern?**

Mehr als 60 Prozent aller Kassen – z. B. die Barmer, die DAK, die AOK Bayern, um ein paar große zu nennen – arbeiten mit pauschalierten Verträgen. Dabei bleibt das Gerät im Besitz der Versorgerfirma, und jede Firma erhält die gleiche oder eine sehr ähnliche Pauschale. Das heißt, der Arzt kann das Gerät für seinen Patienten auswählen; und auch der Patient hat ein Mitspracherecht.

Und was viele gar nicht wissen: Der Patient kann die Versorgerfirma später wechseln. Wenn die Pauschale aufgebraucht ist, kann er sagen: „Bei euch hat es mir überhaupt nicht gefallen, ich gehe zu einem anderen Leistungserbringer, der einen Vertrag hat.“

Andere Krankenkassen arbeiten mit einem Kauf-Wiedereinsatz-Modell. Diese Kassen kaufen CPAP-Geräte, und am Anfang, wenn es neue Geräte gibt, ist das auch ganz vorteilhaft; aber irgendwann sind es halt gebrauchte Geräte, die, wenn der Patient Pech hat, sechs, sieben, acht oder zehn Jahre alt sind. Auch diese Geräte müssen dann zumeist noch eingesetzt werden, wobei die Mehrzahl der Kassen da sehr kulant und versichertenorientiert vorgeht. Dieses Modell hat auch den Vorteil, dass zu Beginn der Versorgung zumeist noch Wahlfreiheit besteht.

#### **Neuerdings gibt es ja aber auch Kassen, die die CPAP-Therapie ausschreiben; wie funktioniert das?**

Bei diesem Versorgungsmodell tritt eine Kasse an die Öffentlichkeit und sagt: „So und so viele Patienten müssen versorgt werden“, und dann können interessierte Geräteversorger ein Angebot machen; sie haben aber keine Möglichkeit, über Vertragsinhalte zu diskutieren. Die Leistungserbringer bieten auf die Verträge, weil ihnen ökonomisch letztlich keine andere Wahl bleibt, sonst steigt man komplett aus der Versorgung aus. Das Problem dabei ist: Wenn der Patient bei seiner Krankenkasse bleiben möchte, dann ist er an den Leistungserbringer gekettet, der in seiner Region das Los gewonnen hat. Denn

# EXPOLIFE INTERNATIONAL

Internationale Fachmesse für Sanitäts-,  
Reha-, Orthopädie-Technik- und  
Orthopädie-Schuhtechnikfachhändler

10. JUBILÄUM

16. – 18. APRIL 2015

MESSE KASSEL

WWW.EXPOLIFE.DE

## DER PFLICHTTERMIN FÜR SIE UND IHRE MITARBEITER!

- ▶ **Vergrößerte Ausstellungsfläche** mit über 250 Ausstellern
- ▶ **Umfassender Überblick über Trends und Innovationen** auf dem Hilfsmittelmarkt
- ▶ **Seminare und Workshops** zu neuen Versorgungstechniken und betriebswirtschaftlichen Themen
- ▶ **Eintritt frei** zur legendären **Messe-Party** am Freitag, dem 17. April ab 17 Uhr

Fordern Sie Ihre **Eintrittskarten-Gutscheine** einfach **kostenfrei** per E-Mail [info@expolife.de](mailto:info@expolife.de) oder per Fax unter **+49 89 4705364** an.

**Schicken Sie mir \_\_\_\_\_ kostenlose/n  
Eintrittskarten-Gutschein/e.**

Firma \_\_\_\_\_

Ansprechpartner \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

MTD



## Bildung ändert alles.

Helfen auch Sie mit einer Spende oder Patenschaft. Damit Kinder weltweit lernen, ihr Leben selbst in die Hand zu nehmen.

Kindernothilfe.  
Gemeinsam wirken.

Bank für Kirche und  
Diakonie eG – KD-Bank  
Spendenkonto 45 45 40  
BLZ 350 601 90  
IBAN: DE92 3506 0190 0000 4545 40



www.kindernothilfe.de

im Rahmen der Ausschreibung wurde dem Homecare-Provider zugesagt, dass er alle Patienten in dieser Region versorgen darf; aus Sicht des Patienten stellt sich das dann leider wie ein Monopol dar.

Natürlich kann der Patient die Krankenkasse wechseln; aber das ist leichter gesagt als getan, wenn er ansonsten mit vielen Leistungen seiner Kasse zufrieden ist. Wichtig ist dabei zu wissen, dass der Gesetzgeber dieses Modell seinerzeit bewusst eingeführt hat, um für mehr Wettbewerb zwischen den Kassen zu sorgen. Das System wurde nicht von den Krankenkassen geschaffen.

**Geht es bei solchen Ausschreibungen wirklich auch um Qualität, wie die Kassen behaupten, oder nur um den Preis?**

Diese Ausschreibungen sind de facto leider ein reiner Preiswettbewerb: Der billigste Anbieter gewinnt. Bei vielen Losgebern müssen Patienten, die mit deren Produktangebot nicht zufrieden sind, den Differenzbetrag aus eigener Tasche zahlen, wenn sie ein anderes Gerät oder eine andere Maske haben möchten. Dies wird jedoch sehr unterschiedlich durch die Firmen gehandhabt.

**Wie sieht die Versorgungsrealität bei solchen Ausschreibungen denn nun wirklich aus?**

Auch das ist sehr unterschiedlich. Der Patient ist der Qualität des Leistungserbringers ausgeliefert – und die kann von „ziemlich gut“ bis „ziemlich schlecht“ reichen. Bei einigen Ausschreibungen besteht die Realität aus sehr preisgünstiger Ausrüstung, extremen Planungsschwierigkeiten, manchmal sogar unerfüllten Vertragsleistungen – das heißt, dass die Patienten monatelang kein neues Gerät bekommen. So kommt es zu Beschwerden, Klagen, Kassenwechseln und schlimmstenfalls Therapieabbrüchen – mit allen negativen Folgen, die das für den Betroffenen hat. Andere Leistungserbringer sind deutlich besser, die Abläufe klappen.

**Es gibt nun aber auch zunehmend kritische Stimmen aus den medizinischen Fachgesellschaften und von vielen Ärzten, die besagen, dass die Praxis der Umversorgung von Therapien in den Ausschreibungen medizinisch überhaupt nicht zulässig ist. Können Sie erläutern, worum es dabei geht?**

Nun, der Ausschreibungsgewinner hat den Auftrag, für einen gewissen Zeitraum die Versorgung vollumfänglich durchzuführen. Der Patient erhält ein Anschreiben von der Kasse, dass sich der Leistungserbringer zu einem bestimmten Datum ändert. In der Regel holt dann der bisherige Leistungserbringer zu diesem Zeitpunkt Gerät und Maske ab, da er diese ja bisher vermietet hatte, oder der Patient gibt die Ausrüstung wieder ab. Der neue Leistungserbringer muss dann unverzüglich oder möglichst noch vorher eine neue Ausrüstung liefern. Dieses Verfahren nennt man Umversorgung.

**Stimmt es, dass dabei Geräte und auch Masken gegen andere Modelle getauscht werden? Und wäre das dann nicht auch mit medizinischen Risiken verbunden?**

Der Austausch von Gerätemodellen und Masken wird unterschiedlich von den Leistungserbringern durchgeführt, ist aber zugegebenermaßen eher die Regel als die Ausnahme. Die Patienten bekommen häufig ein anderes Gerät und leider manchmal auch eine andere Maske, wobei es sich in der Regel um preisgünstigere Produkte handeln wird. Die Produktauswahl trifft also der Leistungserbringer nach ökonomischen Gesichtspunkten, weder Arzt noch Patient können unmittelbar Einfluss darauf nehmen. Das ist nun einmal sozusagen das Wesen des Ausschreibungsmodells.

**Sie sind nicht auf meine Frage nach den medizinischen Risiken eingegangen.**

Als Leistungserbringer in der Medizintechnik können wir medizinische Risiken im Einzelfall nicht einschätzen. Wir haben nur medizintechnische Expertise. Der Austausch von Masken und Therapiegerät ist spätestens ab APAP medizintechnisch und wahrscheinlich mittelbar auch juristisch ein Problem, weil ein Auto-CPAP-Gerät oder eine Maske der Firma A nun mal nicht das Gleiche sind wie die der Firma B.

Das sehen übrigens mittlerweile auch die führenden medizinischen Fachgesellschaften in Deutschland – die Deut-

sche Gesellschaft für Pneumologie und die Deutsche Gesellschaft für Schlaforschung und Schlafmedizin (DGSM) – so: „Eine Umversorgung bei APAP-, BPAP-, ASV-Geräten unterschiedlicher Bauart, Typen oder Hersteller ist nur nach Neueinleitung im Schlaflabor möglich“, schreiben sie in ihrem Positionspapier zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen bei Erwachsenen.

Das heißt, dass diese Umversorgungen, wie sie zurzeit praktiziert werden – ohne neue Therapieeinstellung im Schlaflabor –, medizinisch gesehen aus Sicht der Fachgesellschaften gar nicht haltbar sind. Durch die Veröffentlichung dieses Positionspapiers ist da eine völlig neue Situation entstanden, die uns als Leistungserbringer erhebliche Sorgen und Schwierigkeiten bereitet. Wir stecken in einem politisch intendierten Versorgungsmodell, was offenbar im Kern der wissenschaftlich begründeten Auffassung

der medizinischen Experten zuwiderläuft. Dies bringt in der täglichen Arbeit natürlich immer mehr Konflikte mit sich.

**Haben die ausschreibenden Krankenkassen diese Aussagen der medizinischen Experten aufgegriffen?**

Auch dies ist schwer zu beurteilen. Einige Kassen haben sich möglicherweise wegen des Positionspapiers bewusst gegen weitere Ausschreibungen entschieden, weil sie zukünftige Risiken sehen. Einige Kassen weisen aber darauf hin, dass das Positionspapier der Mediziner für sie keinen bindenden Charakter hat, da es ja keine Leitlinie darstellt.

**Es wird weiterhin von Patienten kritisiert, dass die Leistungserbringer anscheinend unter einem sehr hohen Zeitdruck stehen, zum Beispiel bei der Einweisung. Können Sie das bestätigen?**

Das ist sicher nicht wünschenswert. Gerade im ersten Jahr muss ein Homecare-Provider sich bei einer Neuversorgung ja normalerweise sehr intensiv mit dem Patienten beschäftigen. Ein so hoher Dienstleistungsanteil ist aber bei einer Ausschreibung, bei der der billigste Anbieter gewinnt, nur schwer abzubilden. Die Spitzenverbände der Kassen wissen das, eigentlich soll es daher ja auch keine Ausschreibungsmodelle in Versorgungen mit hohem Dienstleistungsanteil geben.

Zu diesem Fazit kommt übrigens auch das bereits erwähnte Positionspapier: „Die Betreuung des Schlafapnoe-Patienten ist [...] nicht standardisierbar, beinhaltet einen hohen Anteil an personenbezogenen Dienstleistungen und ist übergreifend. Eine ineffektive Therapie oder der Behandlungsabbruch stellt ein gesundheitliches Risiko sowohl kurz- als auch langfristig dar. Damit sind Ausschreibungen für die Versorgung bei schlafbezogenen Atmungsstörungen ungeeignet.“ >

Abrechnung

Software

Beratung

Marketing

# ABRECHNUNG MIT AKTIVSCHUTZ

Ihr neuer Schutz vor Kürzungen



Neu und exklusiv bei  
opta data: AktivSchutz

Endlich weniger Rückläufer und Kürzungen mit dem AktivSchutz für Ihre Abrechnung: Unsere Rückläufer-Services garantieren Ihnen 100% Ausfallschutz – ob bei der Abrechnung mit Krankenkassen oder Privatpersonen. Und mit der Abrechnungsvorbereitung setzt unser Sicherheitssystem noch früher an und erspart Ihnen zusätzlich eine Menge Aufwand.

Wie gesagt, das ist nicht primär unsere Auffassung, sondern die Meinung der führenden medizinischen Fachgesellschaften Deutschlands.

### **Gibt es noch weitere praktische Probleme bei der Umversorgung?**

Das muss man wohl einräumen. Nicht zuletzt aus Datenschutzgründen werden die Schlaflabore, die diese Patienten ursprünglich versorgt hatten, bei so einer Umversorgung nicht informiert. Der damalige versorgende Arzt bekommt also keine Rückmeldung, und die Therapie-daten sind meistens auch nicht vorhanden – das heißt, bei jeder Umversorgung auf ein neues CPAP-Gerät muss das bisherige Gerät des Patienten ausgelesen werden. Das ist aber für viele Leistungsanbieter schon alleine aus technischen und logistischen Gründen schwierig. Eigentlich sind diese Ausschreibungen ein teures Verfahren.

Die Krankenkassen stöhnen wahrscheinlich insgeheim auch schon über den hohen administrativen Aufwand. Ich denke, dass man diese praktischen Probleme und die realen Kosten vor der Ausschreibung einfach völlig unterschätzt. Beschwerden bei den Kassen und bei uns sind häufige Folge, obwohl sicher die Mitarbeiter auf beiden Seiten hochmotiviert sind, um das Konstrukt in der Praxis dann wieder in den Griff zu kriegen. Und schließlich ist auch eines klar: Wenn nur der billigste Anbieter gewinnt, wird es keine modernen und innovativen Therapiegeräte mehr geben. Das ist nun einmal der Preis für das billigste Versorgungsmodell, kann aber nicht den Leistungserbringern angelastet werden.

Es ist ökonomisch wahrscheinlich unsinnig, einem Patienten, der viele Jahre lang mit seiner Therapie zufrieden war, sein Gerät und seine Maske wegzunehmen: Jetzt hat die alte Firma ein gebrauchtes CPAP-Gerät am Hals; und stattdessen kommt ein anderer Provider und gibt dem Patienten ein neues – das ergibt keinen Sinn. Mittelfristig wird dies auf die Preise bei den Ausschreibungen umgelegt werden müssen. Wir erwarten daher, dass zukünftig die Preise in dem Bereich Ausschreibungsmodell deutlich

ansteigen werden und den scheinbaren ökonomischen Vorteil weitgehend eliminieren.

### **Wenn man ein Gerät nicht ohne Weiteres gegen ein anderes austauschen kann – wer übernimmt denn dann letztendlich, wenn etwas passiert, die juristische Verantwortung?**

Das wissen wir noch nicht. Zurzeit sind offenbar zwei entsprechende Verfahren anhängig. Über diese Fälle ist bisher aber noch nicht entschieden worden. Diese juristischen Fragen sind zurzeit noch völlig ungeklärt.

### **Wie sollten Schlafapnoe-Patienten Ihrer Meinung nach versorgt werden? Welches ist das beste Versorgungsmodell?**

Wir haben eigentlich ein ganz hervorragendes Modell: Das sind die pauschalierten Verträge. Vielleicht wird der Patient auch bei diesen Verträgen in Zukunft mal das eine oder andere zuzahlen müssen. Aber wissen Sie, was der Vorteil dabei ist? Sie können als Patient ins Internet gehen oder den Nachbarn fragen: „Was musst du denn dafür zahlen?“ und jederzeit den Leistungserbringer wechseln, wenn Ihre Zuzahlungen zu hoch sind. Das heißt, der Patient kann mit den Füßen abstimmen, er hat die Möglichkeit, sich zu wehren – so etwas nennt man Leistungswettbewerb.

Kommen wir nun zu den Zahlen: Die derzeitigen Tagestherapiekosten für diese Verträge betragen je nach Vertragsinhalt maximal noch 1 Euro am Tag, bei vielen großen Kassen liegen die Kosten deutlich darunter. Da ist aber alles drin – mit voller Wahlfreiheit und fast allem, was der Patient haben will. So teuer ist diese Therapie also gar nicht.

Dem Versorgungsmodell mit dem Kauf-Wiedereinsatz stehe ich absolut neutral gegenüber. Es steht uns als Leistungserbringer eigentlich nicht zu, ein Versorgungsmodell grundsätzlich zu kritisieren, wir haben es lediglich auszuführen und umzusetzen. Aber wir müssen doch festhalten, dass wir bei den Ausschreibungen neben einiger praktischer Probleme doch im Hinblick auf die Umversorgung der Patienten eine Art Systemfehler haben, da die medizinische Fachwelt die jetzige Praxis ablehnt.

Es wäre aus meiner Sicht verkehrt, dies nun den Ausschreibungskassen nachträglich anzuhängen. Vielmehr gilt es, in eine Diskussion mit den Medizinern zu treten, um diesen eigentlich ja unmöglichen Zustand irgendwie zu beenden, und zwar mit den Kassen und nicht gegen die Kassen. Dieses Problem können wir als Leistungserbringer bei allem guten Willen schlicht nicht lösen. Wir sind dazu überhaupt nicht in der Position.

### **Wie wird Ihrer Einschätzung nach die Zukunft der Schlafapnoe-Versorgung aussehen?**

Die Zukunftsperspektive der CPAP-Therapie ist unklar – vor allem, was den Geldbeutel der Patienten anbetrifft. Aber schließlich können Patienten sich organisieren. Das erkennen auch die Mediziner in zunehmendem Maße. Das heißt, Patienten und Mediziner werden zusammen eine Koalition bilden und irgendwie versuchen müssen, einen gemeinsamen Weg zu finden, der medizinisch und gesundheitsökonomisch sinnvoll ist. Wünschenswert wäre es, wenn Gesundheitspolitiker das Thema Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich endlich ernster nehmen.



**QVH**  
Wir schützen Qualität

Seminartermine 2015

- Keime & Co. – Hygieneanforderungen in der Hilfsmittelversorgung  
12. März 2015, Berlin
- Kunden- und Verkaufsgespräche erfolgreich führen  
17. März bis 18. März 2015, Berlin
- Schulung Medizingeräteberater nach § 31 MPG  
24. März 2015 und 26. November 2015, Berlin
- Sanitätshaus 4.0 „vernetzt.ermündigt.gestärkt“  
21. April 2015, Berlin
- Anwender- und Betreiberpflichten von Pflegefachkräften beim Umgang mit Beatmungsgeräten  
28. April bis 29. April 2015, Berlin
- Heute schon abgerechnet? – Hilfsmittelabrechnung ein komplexer Prozess  
3. Juni 2015, Berlin



Qualitätsverbund Hilfsmittel e.V.  
Werderscher Markt 15 | 10117 Berlin  
Tel.: +49 (0)30 41 40 21 - 70 www.qvh.de