5. Lotsen-Tagung Schlaganfall 20. September 2018 - Gütersloh

Stiftung Deutsche Schlaganfall Hilfe

Warum sinnvolles Netzwerken Patienten hilft?

Karsten Völz

Confidential | For internal use only

Inhalte/Antworten zu 9 Themen

- Beteiligte im komplexen Netzwerk Neuro-Patienten?
- Achtung Patient! Veränderungen im Markt/Ausschreibungen
- Defizite in der Versorgung -siehe FAZ/GKV Maßnahmen?
- Herausforderungen/Daten Neurologie und Alter?
- Netzwerke verstehen, die Patienten helfen?
- Prozesskette Netzwerk Hilfsmittel und Patient
- Sinnvolle Netzwerke bei Pflege und Innovation stärkt Patienten
- Netzwerk „Digitalisierung“ Patienten Mehrwerte?
- Netzwerke helfen Versorgungsprozesse zu verstehen

Confidential | For internal use only

Beteiligte im Patienten-Versorgungsprozess

Confidential | For internal use only

Folgen der Ausschreibungen

Verschlechterung der Versorgung der Patienten mit Hilfsmitteln und Unterwanderung des Sachleistungsprinzips

Ausschreibungen haben zu **Verlusten bei Produkt- und Dienstleistungsqualität**, wie beispielsweise bei der persönlichen Beratung, Anpassung und Einweisung, Hausbesuchen, Lieferterminen und Bemusterungen geführt.

Den Patienten wird von den Ausschreibungsgewinnern nur noch ein aufzahlungsfreies Hilfsmittel angeboten. Eine individuelle medizinisch notwendige Versorgung erfolgt damit nicht. Um eine ausreichende, zweckmäßige, funktionsgerechte und individuelle Versorgungsqualität zu erhalten, sind die Patienten daher vielfach gezwungen, **wirtschaftliche Aufzahlungen** zu leisten. Hierauf wird von Ausschreibungsgewinnern z. T. gezielt spekuliert und mit diesem Umstand die Angebote kalkuliert. Damit wird das **Sachleistungsprinzip „durch die Hintertür“ ausgehebelt**.

Die Preise wurden durch Ausschreibungen in der Regel soweit abgesenkt, dass sie auch für die Ausschreibungsgewinner selbst bei reduzierter Produkt-und Dienstleistungsqualität nicht kostendeckend sind. Vielmehr erkauft sich der Ausschreibungsgewinner „einen exklusiven Zugang zu den betroffenen Patienten“. Die Folge ist, dass der Versicherte/Patient durch den Ausschreibungsgewinner zur Leistung von wirtschaftlichen Aufzahlungen gezwungen wird.

Confidential | For internal use only

Spitzenverband

GKV-Spitzenverband · Reinhardtstraße 28 · 10117 Berlin
SPECTARIS- Deutscher Industrieverband für optische, medizinische und mechatronische Technologien e.V.
Werderscher Markt 15
10117 Berlin

Carla Meyerhoff-Grienberger
Referat Hilfsmittel

Ansprechpartner/-in: Ute Steinbach; Maria Wachsmann
Ref. Hilfsmittel

Tel.: 030 206288-3145; - 3185
Fax: 030 206288-83145; 83185

ute.steinbach; maria.wachsmann@
gkv-spitzenverband.de

GKV-Spitzenverband
Postfach 04 05 65 · 10063 Berlin
Reinhardtstraße 28 · 10117 Berlin
www.gkv-spitzenverband.de

01.08.2017

Fortschreibung der Produktgruppe 05 „Bandagen“, 23 „Orthesen/Schienen“ und 17 „Hilfsmittel zur Kompressionstherapie“ des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V

Confidential | For internal use only

FRANKFURTER ALLGEMEINE ZEITUNG 08/01/2018

Zahlen Krankenkassen nur für Billigprodukte?

Die Aufsichtsbehörde ermittelt, ob Patienten minderwertige Beatmungsgeräte und Inkontinenzprodukte bekommen, weil die Kassen sparen wollen.

ami. BERLIN, 7. Januar. Die Krankenkassen geraten im Zusammenhang mit der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln wie Rollstühlen oder Pflegebetten heftig unter Druck. Erst im Februar hatte der Bundestag das Heil- und Hilfsmittelrecht reformiert, nachdem es Vorwürfe gegeben hatte, die Krankenkassen würden beim Einkauf von Erwachsenenwindeln Preisdumping betreiben und ihre Patienten mit minderwertigen Produkten versorgen. Schon neun Monate nach Inkrafttreten der Verschärfungen werden nun neue Vorwürfe laut: Die Kassen achteten zu sehr auf den Preis und zu wenig auf die Qualität. Die Aufsicht ermittelt schon gegen mehrere große Ersatzkassen. „Gegenstand der aufsichtsrechtlichen Prüfung sind Verträge zur Versorgung mit Beatmungs-, Atemtherapiegeräten und zur Stomaversorgung", sagte der Präsident des Bundesversicherungsamtes, Frank Plate, dieser Zeitung. Vorwürfe gibt es gegen die Barmer Ersatzkasse, die DAK und die KKH. In einem Fall wird auch vor dem Landessozialgericht Niedersachsen/Bremen prozessiert.

Krankenkassen schreiben Hilfsmittel in großem Stil aus. Um die sogenannten Lose der regionalen Versorgung können sich der Sanitätsfachhandel oder Hersteller bewerben. Patienten, die beispielsweise einen Rollstuhl, ein Pflegebett, Windeln oder ein Beatmungsgerät benötigen, müssen sich dann an den von der Kasse ausgesuchten Lieferanten wenden. Die Kassen versprechen sich davon erhebliche Einsparungen. Der Chef der Bundesaufsicht, Plate, hält die aktuellen Ausschreibungen der Barmer für Beatmungsgeräte von Patienten mit nächtlichen Atemstörungen (Schlafapnoe) sowie für Inkontinenzprodukte durch die DAK indes für „nicht zweckmäßig". Das hat er dem für Heil- und Hilfsmittel in der Unionsfraktion zuständigen Gesundheitspolitiker Roy Kühne (CDU) mitgeteilt.

Kühne zweifelt die Rechtmäßigkeit der Ausschreibungen der beiden Kassen an und hat das Bundesversicherungsamt eingeschaltet. Wie Mediziner und Sanitätsfachhändler kritisiert er die Festlegung in den Ausschreibungen, wonach der Preis das entscheidende Kriterium beim Zuschlag sein soll. Während in der Barmer-Ausschreibung der Preis mit 90 Prozent in die Bewertung einfließen soll, sind es im Fall der DAK 80 Prozent. Das sei ein Verstoß gegen das Gesetz, sagt der CDU-Politiker. Denn dort sei festgelegt, dass der Preis nur zu 50 Prozent in die Vergabeentscheidung einfließen dürfe. Auch beklagt er, die von den Kassen vorgegebenen Qualitätsmerkmale seien zu lasch und würden den gesetzlichen Anforderungen nicht gerecht: „Das Ziel des Gesetzgebers, die Versorgung zu sichern und die Qualität zu stärken, wird damit nicht erreicht."

Im Fall der Kaufmännischen Krankenkasse KKH, die erstmals Beatmungsgeräte für Schwerstkranke und Behinderte im Wettbewerb der Bieter kaufen will, hält Kühne die Ausschreibung komplett für unzulässig. Denn für die Betreuung dieser Patienten sei ein so hoher Dienstleistungsanteil nötig, dass die Ausschreibung „nicht zweckmäßig" sei. Gleiches gelte für die Ausschreibung von Standard- und Leichtgewichtsrollstühlen. Bei der Erstversorgung sei eine intensive Beratung notwendig, die beim Versand durch Lieferdienste nicht gewährleistet sei.

Viele Pflegepatienten sind auf Hilfsmittel wie Rollatoren angewiesen. Foto Frank Röth

Die Kassen weisen die Vorwürfe zurück. Das Vergaberecht führe nicht zu Qualitätsdefiziten, sondern erhöhe die Chancengleichheit der Marktteilnehmer, schreibt die KKH und „verwahrt sich gegen den Vorwurf des rechtswidrigen Verhaltens". Die DAK sieht sich im Recht und zitiert den Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung. Der habe ihr bestätigt, in ihren Ausschreibungen „besonderen Wert und große Sorgfalt" auf die Versorgung der Stomapatienten genommen zu haben. Die Barmer weist ebenfalls jede Schuld von sich. Auch die Vorgabe, wonach die Qualität mindestens zur Hälfte in die Vergabeentscheidung einfließen müsse, werde durch die Ausschreibung eingehalten.

Kern der Auseinandersetzung sind die unterschiedlichen Bewertungen der Wirtschaftlichkeit, zu denen die Kassen per Gesetz verpflichtet sind, sowie der Qualität der Versorgung. Der Chef der Bundesaufsicht, Plate, hat festgestellt, „dass Rechtsunsicherheiten bei den Krankenkassen über die Anforderungen an Ausschreibungen in der Hilfsmittelversorgung nach den gesetzlichen Neuregelungen durch das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz bestehen". Es gebe ein Spannungsfeld zwischen dem Wirtschaftlichkeitsgrundsatz der Kassen und dem Ziel, die Qualität in der Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Kühne sieht diesen Widerspruch auch, hat aber keine Zweifel, dass er zu Gunsten der Qualität der Versorgung aufgelöst werden müsse. „Gegebenenfalls werden wir das Gesetz noch einmal ändern müssen."

Unterstützung erfährt Kühne vom nordrhein-westfälischen Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann. Der CDU-Politiker, der früher Patientenbeauftragter der Bundesregierung war, hatte die Reform des Heil- und Hilfsmittelgesetzes vorangetrieben. Dieser Zeitung sagte er: „Die gesetzlichen Vorgaben sind glasklar, und die Krankenkassen stehen in der Pflicht, sie einzuhalten." Die Aufsicht müsse Verstößen nachgehen und konsequent kontrollieren. „Wenn hier tatsächlich einige Kassen auf Kosten der Versicherten sparen wollen und gegen Recht und Gesetz verstoßen, müssen sie deutliche Konsequenzen spüren. Wir dürfen uns hier nicht auf der Nase herumtanzen lassen."

Confidential | For internal use only

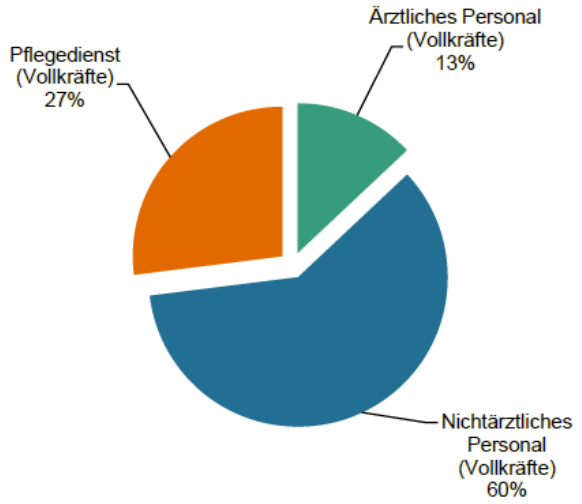
Zahlen, Daten, Fakten

Szenario 1 - Krankenhaus

Ende 2015 gab es in Deutschland

- 1.956 Krankenhäuser
  - 35,8% in privater Trägerschaft
  - 29,5 in öffentlicher Trägerschaft
  - 34,7% in freigemeinnütziger Trägerschaft
- 499.400 Betten
- 19,2 Millionen Patienten
  - Durchschnittliche Verweildauer: 7,3 Tagen
- Rund 800 Medizinische Versorgungszentren

- **120.400 Beschäftigte in Krankenhäusern**:



Confidential | For internal use only

Zahlen, Daten, Fakten

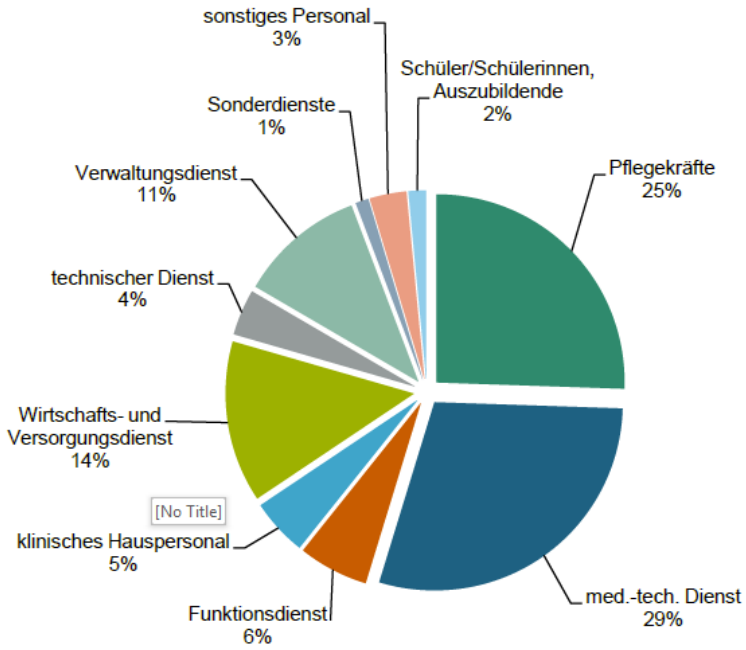
Szenario 2 - Rehabilitation

Ende 2015 gab es in Deutschland

- 1.151 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen
  - 54% wurden von privaten Trägern unterhalten
  - 26% wurde von einer freigemeinnützigen Trägerschaft unterhalten
  - 19,9% wurden von öffentlichen Trägern unterhalten
- 164.500 Betten

- Versorgung von 2 Millionen Patientinnen und Patienten
  - Durchschnittliche Behandlungszeit: 25,3 Tage

- **120.400 Beschäftigte in der Rehabilitation**:



Confidential | For internal use only

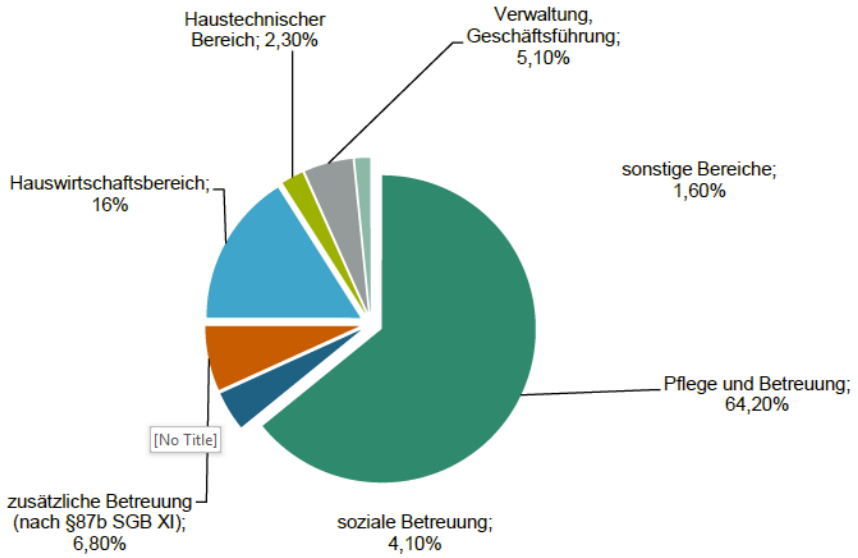
Zahlen, Daten, Fakten

Szenario 3 – Stationäre Pflege

Ende 2015 gab es in Deutschland:

- 13.596 Pflegeeinrichtungen
  - 53% in freigemeinnütziger Trägerschaft
  - 42% private Träger
  - 5% öffentliche Träger
- 783.000 betreute Pflegebedürftige
- 928.939 Verfügbare Plätze
  - 866.300 Dauerpflege
  - 10.816 Kurzzeitpflege
  - 51.406 Tagespflege
  - 417 Nachtpflege

- **730.000 Beschäftigte in stationären Pflegeeinrichtungen:**



Confidential | For internal use only

Confidential | For internal use only

§11 Abs. 4 SGB V

Leistungsarten

„[…] Versicherte haben **Anspruch auf ein Versorgungsmanagement** insbesondere zur Lösung von Problemen beim **Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche**; dies umfasst auch die fachärztliche Anschlussversorgung. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine **sachgerechte Anschlussversorgung** des Versicherten und **übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen**. Sie sind zur Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen zu unterstützen.

In das Versorgungsmanagement sind die Pflegeeinrichtungen einzubeziehen; dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit Pflegeberater und Pflegeberaterinnen nach §7a des Elften Buches zu gewährleisten. Das **Versorgungsmanagement** und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf nur mit **Einwilligung und nach vorheriger Information** des Versicherten **erfolgen**.[…]“.

Confidential | For internal use only

Defizite laut Befragung Aqua Institut und des DKI

2008 - 2015

- Unklarheiten in den Verantwortlichkeiten
- mangelnde personelle Ressourcen
- fehlende Festlegung Entlassungsdatum
- Entlassungen vor oder am Wochenende
- zu späte Kontaktaufnahme mit Nachversorger
- fehlende Überleitung an und von Hausärzten
- Kommunikationsprobleme innerhalb der Klinik
- ungenaue Entlassungsbriefe
- fehlende Möglichkeiten der Verordnung
- u.v.m.

Confidential | For internal use only

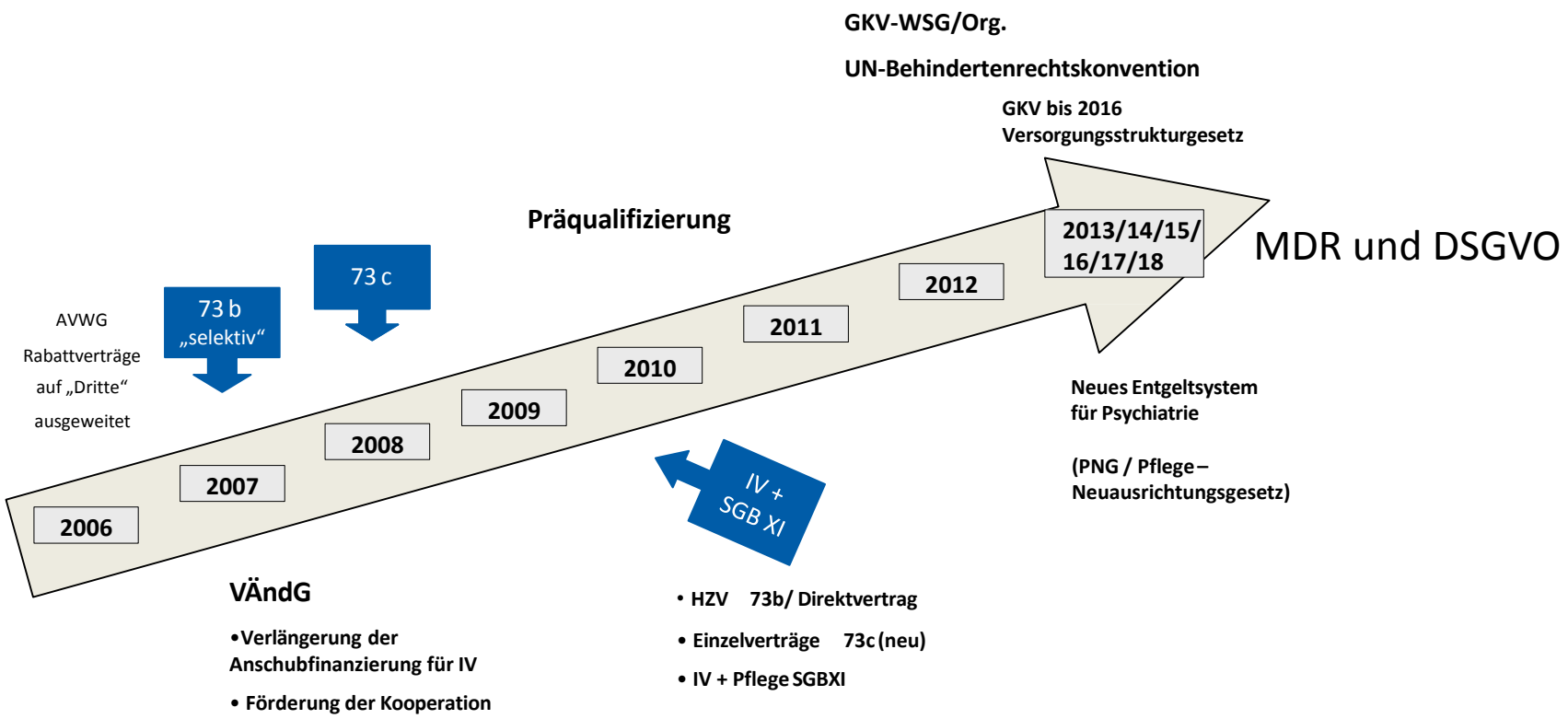
§39 Abs. 1a SGB V

Pflicht der Krankenkassen

„Die **Krankenhausbehandlung** umfasst ein **Entlassmanagement** zur Unterstützung einer **sektorenübergreifenden Versorgung** der Versicherten beim **Übergang in die Versorgung** nach Krankenhausbehandlung. […] Das **Krankenhaus kann mit Leistungserbringern** nach §95 Absatz 1 Satz 1 vereinbaren, dass diese Aufgaben des **Entlassmanagement wahrnehmen**. […] Der Versicherte hat gegenüber der **Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung** des Entlassmanagement […] soweit Hilfen durch die Pflegeversicherung in Betracht kommen, kooperieren Kranken-und Pflegekassen miteinander.

Confidential | For internal use only

…alles von einer Hand vorbereitet



Confidential | For internal use only

Herausforderungen der Neurologie in Europa

50 Mio. neurologisch Kranke **in Europa** belasten die Volkswirtschaft mit ca. 390 Mrd. € im Jahr!
Das sind **30%** der gesamten Gesundheitsausgaben!!!

- 41 Mio. Kopfschmerzpatienten
- 5 Mio. Demenzpatienten
- 2,6 Mio. Epilepsie
- 1,2 Mio. Parkinson
- 1,1 Mio. Schlaganfälle

Confidential | For internal use only

Netzwerke die dem Patienten helfen

BAG Selbsthilfe	**116** Organisationen plus 13 Landesarbeits-gemeinschaften, 5 Fachverbände mit mehr als 1.000.000 Menschen (Sitz Düsseldorf)
LAG SB NRW	**121** Verbände der Behinderten-Selbsthilfe mit ca. 200.000 Einzelmitgliedern (Sitz Münster)
BG BONN	**42** Organisationen mit ca. 5.000 Einzelmitgliedern (Sitz Bonn)

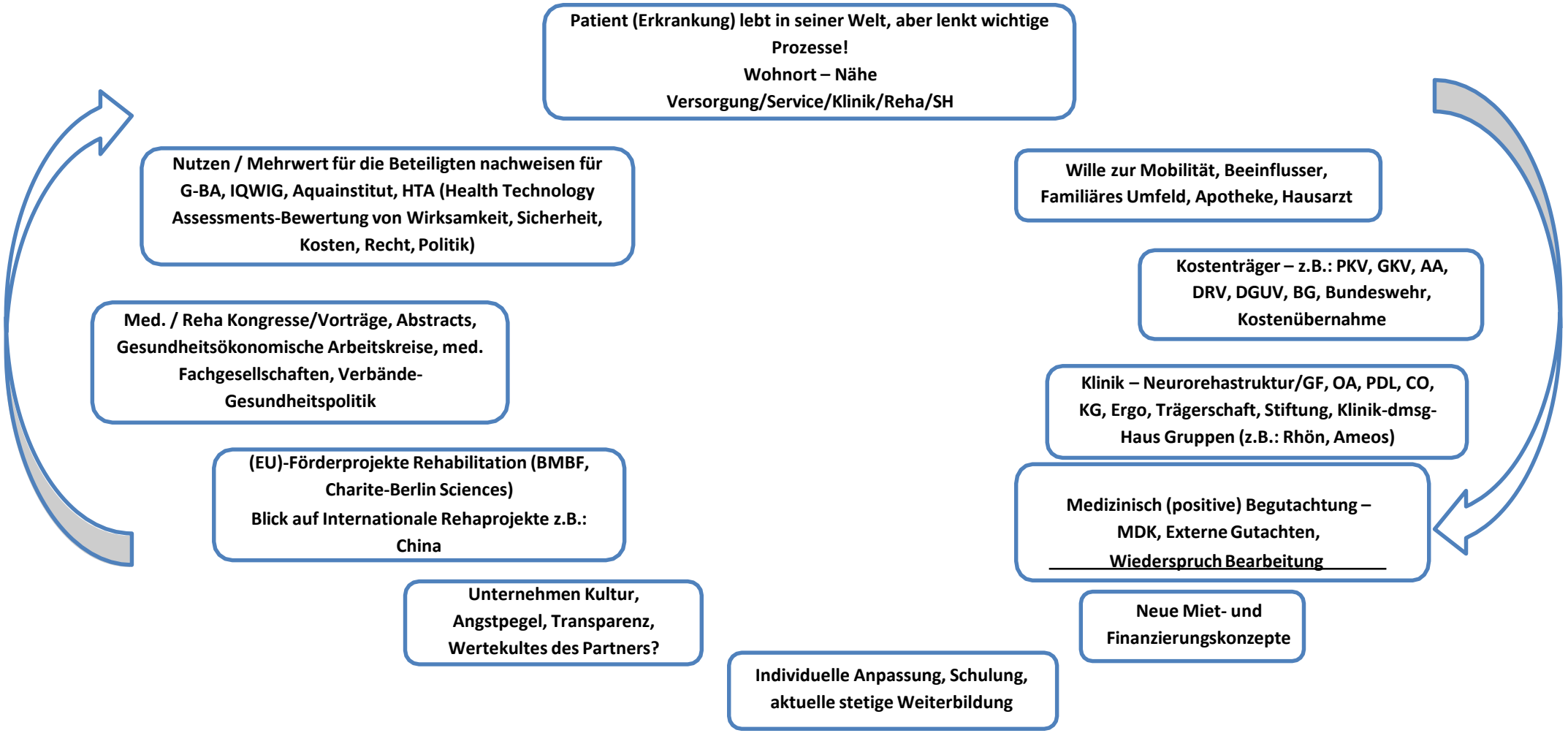
Confidential | For internal use only

ViP-Schlüssel: Netzwerker sein und Entscheider nutzen

BG/QS-Zentren	26 Stück
Neuro-Reha Kliniken	ca. 240 Stück in BRD
Berufsförderungswerke	28 Stück
Berufsbildungswerke	52 Stück
Reha-Arbeitsagenturen	18 Stück
PKV	ca. 50 Stück in BRD
DRV	2012 ca. 4 Millionen Euro für berufliche Reha ausgegeben!
Bundeswehr	5 Hauptstandorte und Kliniken

Confidential | For internal use only

Hilfsmittel Prozesskette / Netzwerke verstehen!



Confidential | For internal use only

Was erwarten wir vom Alter?

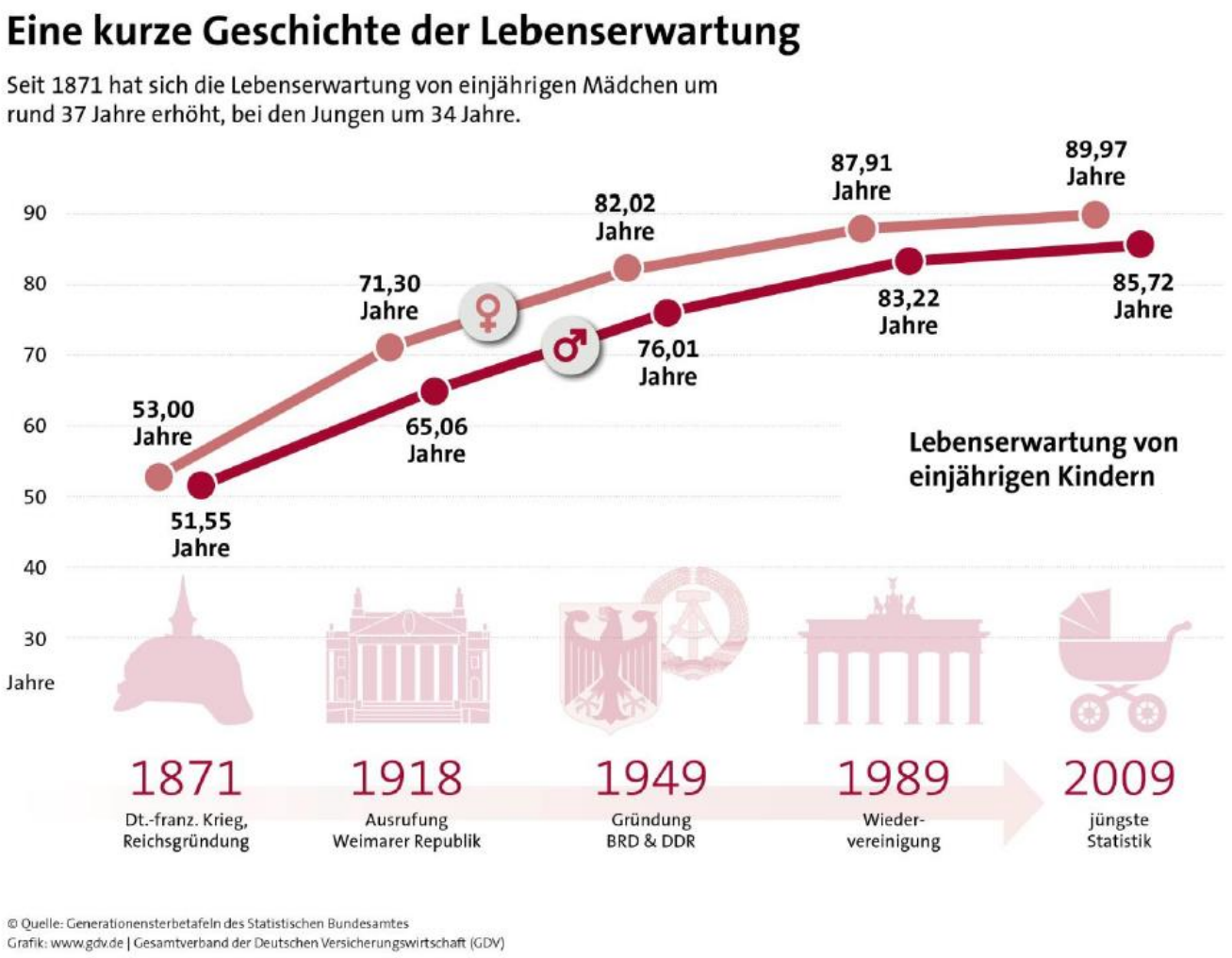
Es kommt nicht nur darauf an wie **alt** wir werden,
sondern insbesondere **wie** wir alt werden.

Unsere Wünsche

Nicht nur dem Leben **Jahre** geben,
sondern insbesondere den Jahren **Leben**.

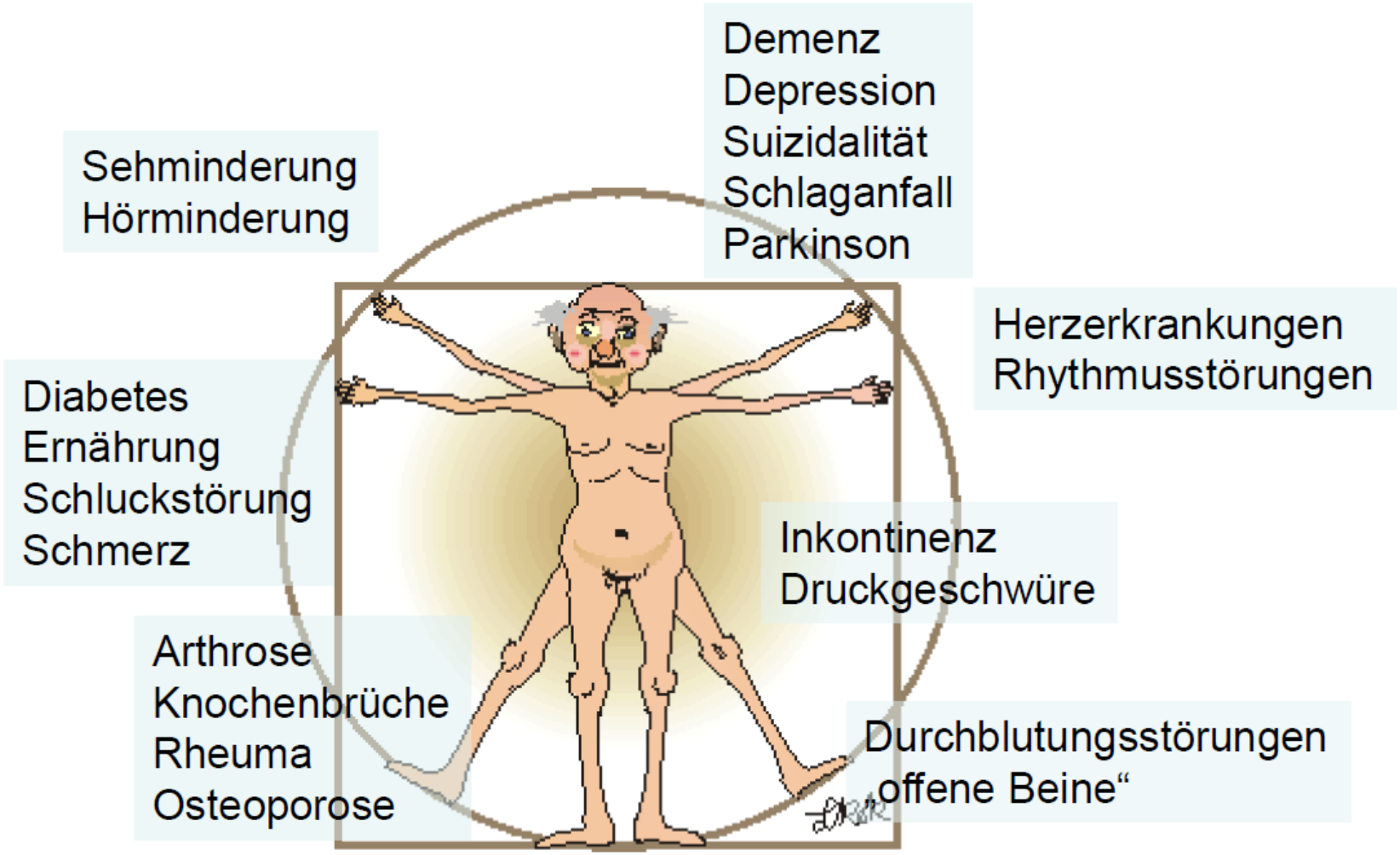
Confidential | For internal use only

Was ist Alter? Was ist Geriatrie?



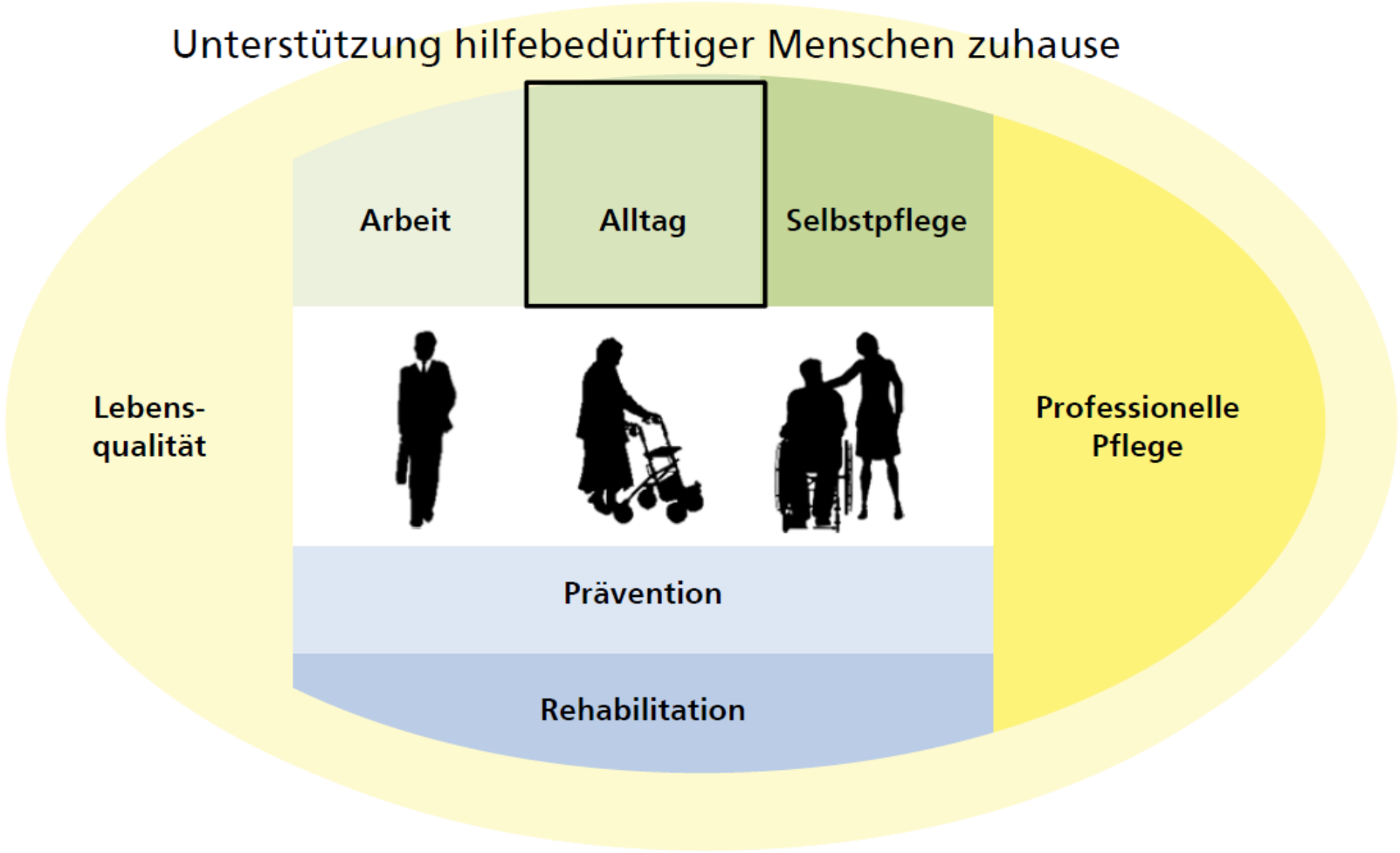
Confidential | For internal use only

Alterserkrankungen



Confidential | For internal use only

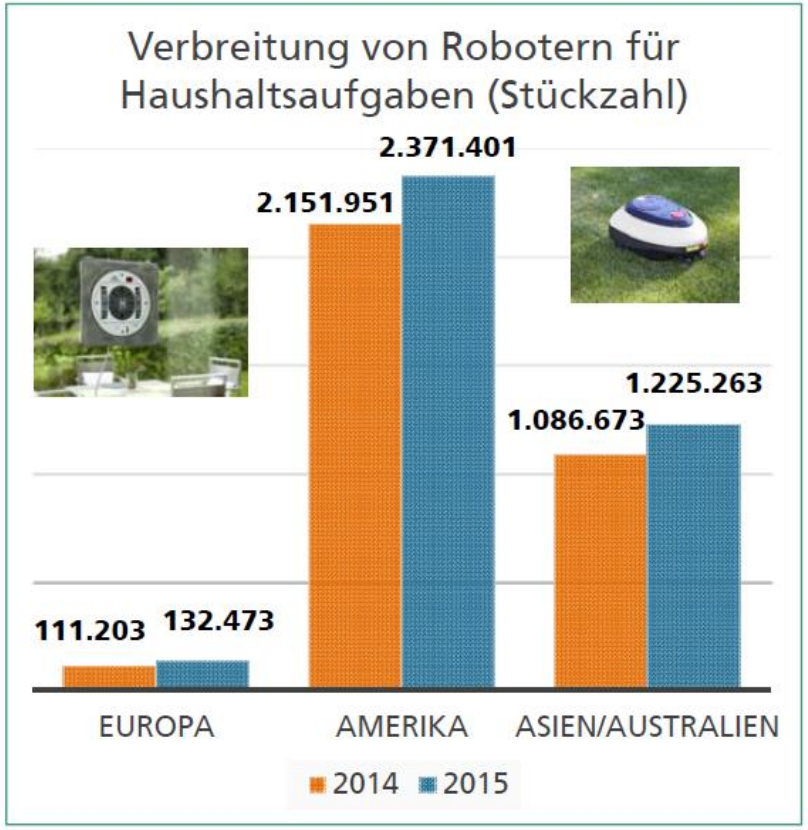
Serviceroboter in der Pflege – mögliche Einsatzfelder



Confidential | For internal use only

Unterstützung hilfebedürftiger Personen - Produkte

Verbreitung von privaten/häuslichen Servicerobotern nach Kontinenten

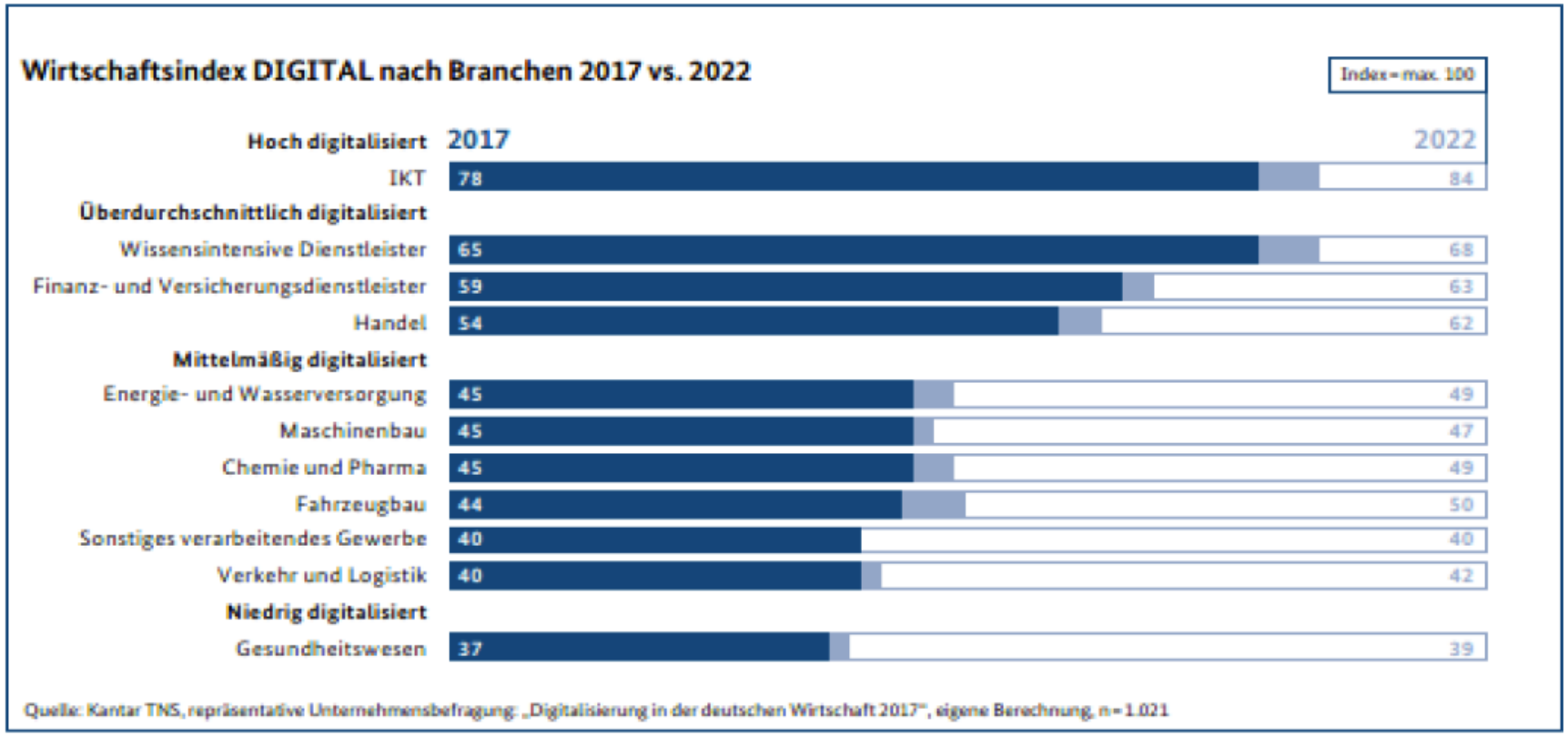


Quelle: IFR -Statistical Department, http://www.worldrobotics.org/

Confidential | For internal use only

Gesundheitswesen ist wenig digitalisiert

BMWI-Monitoring Report 2017



Confidential | For internal use only

Welche Verbesserungen verspricht Digitalisierung?

Beschleunigung ✓

- Vereinbarung von Arzttermin via Smartphone-App
- Schnellere Diagnosen durch ePatientenakte / Apps

Vereinfachung ✓

- Kauf der Medikamente via eRezept
- Datenerhebung in klinischen Studien durch Apps

Qualitätssteigerung ✓

- Verbesserte Prävention
- Durch Analyse von Big Data präzisere Therapien und Früherkennung

Kostensenkung ?

- Ersetzt Online-Konsultation den Arztbesuch?
- Zusatzkosten durch Gewährleistung von IT-Sicherheit

Confidential | For internal use only

Netzwerk-Digitalisierung - Nutzen Patient?

Möglichkeiten zur Effizienzsteigerung werden genutzt

Unternehmen

- Verbesserung der Prozesse
- Industrie 4.0
- Digitalisierung der Medizintechnik und-produkte

Krankenkassen

- Optimierung der Verwaltung (z.B. Abrechnungen)
- Optimierung durch Datenauswertung

Apotheken

- Optimierte Bestellsysteme
- Verbesserung der Verfügbarkeit

Ärzte

- Elektronische Patientenakte
- Automatisierte Abrechnungen

Krankenhäuser

- Optimierung der Geräteverfügbarkeit
- Schnellerer Zugriff auf Patientendaten
- Abrechnungssysteme

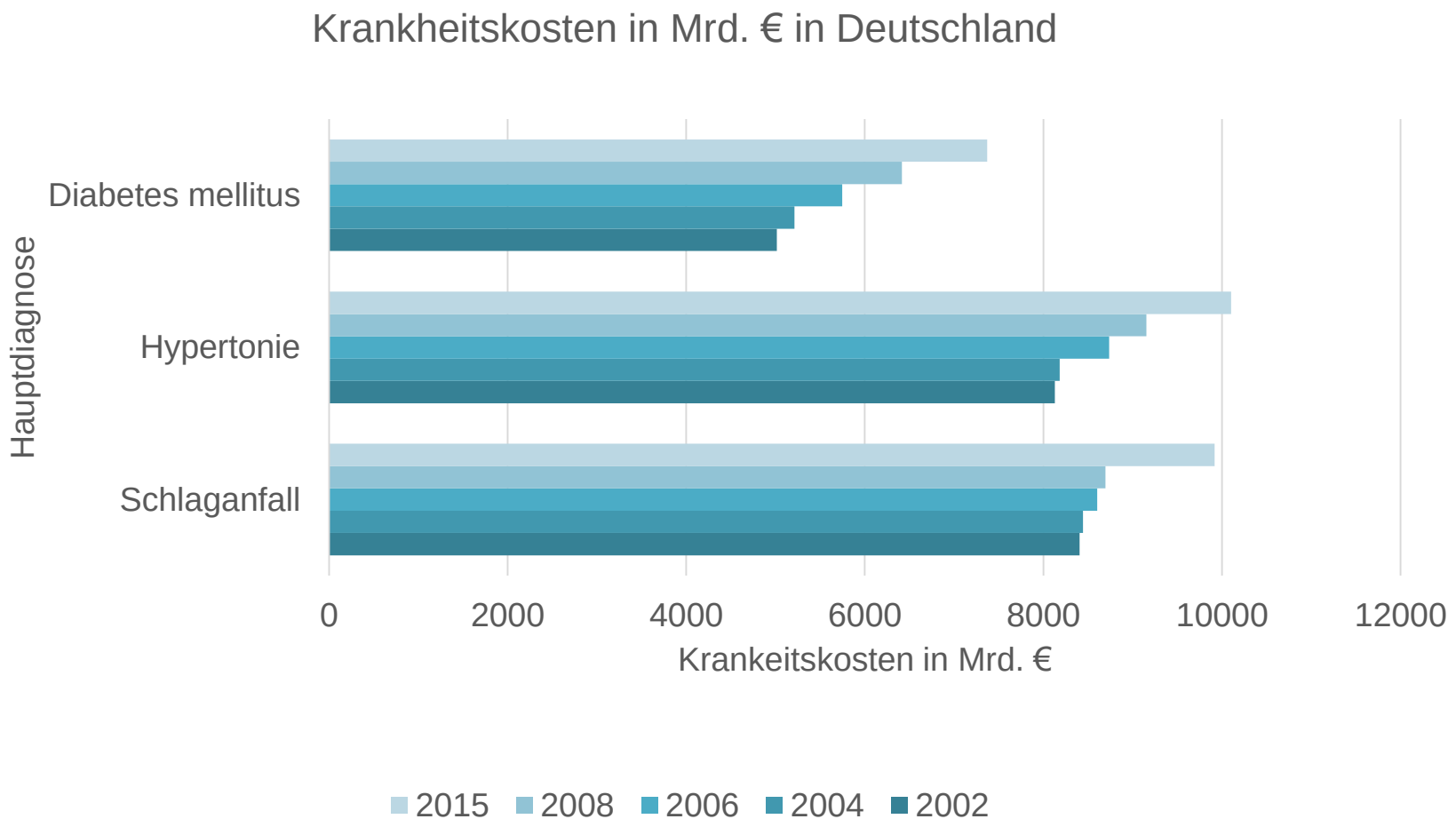
Confidential | For internal use only

Weniger ist mehr – Politik soll sich in der gesundheitspolitischen Regulierung zurückhalten, hochwertige Versorgung brauche hochwertige Kooperation

Maßgeblich komme es künftig auf die durchlässige **Kooperation und Vernetzung** der Akteure im Gesundheitswesen an. Dabei müssen sich die Prozesse sektorenübergreifend ausrichten und konsequent an Ergebnisqualität und Versorgungseffizienz orientiert sein. Diese seien von Prävention bis Pflege künftig von einer Strategie der Gesundheitsorientierung getragen. Patientenpräferenzen seien feste Bestandteile der Qualitätsorientierung. Digitalisierung hat dabei Treiberfunktion. Mehr Spielräume für neue Versorgungsformen müssten geschaffen werden. Das sind die wesentlichen Ergebnisse des Heidelberger Forum Gesundheitsversorgung am 19.1.2018.

Quelle: Heidelberger Forum Gesundheitsverordnung

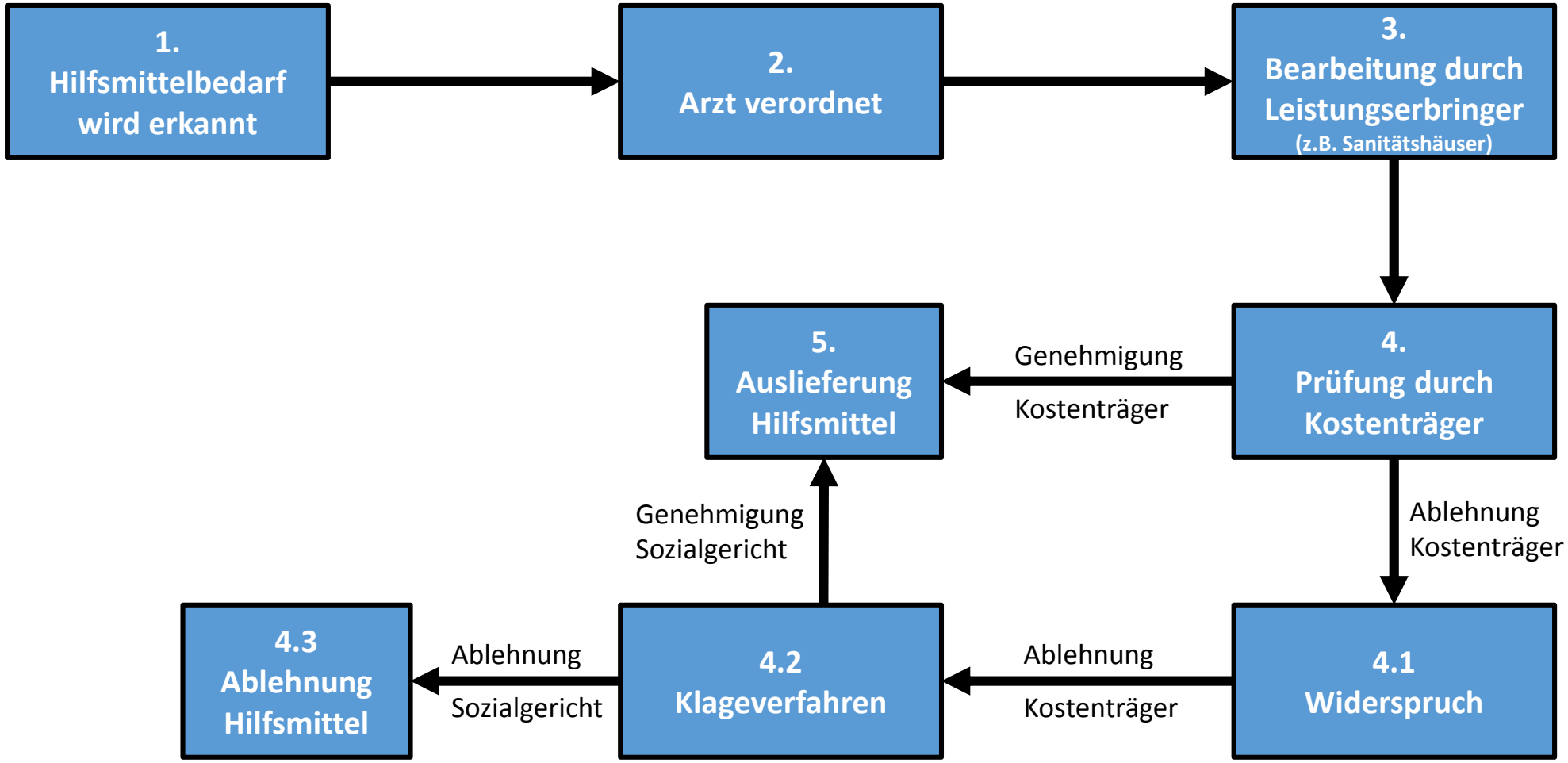
Confidential | For internal use only



Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017, eigene Darstellung.

Confidential | For internal use only

Verordnungsprozess von Hilfsmitteln



Quelle: eigene Darstellung.

Confidential | For internal use only

Übersicht der Versorgungsdefizite

Prozessschritte der Hilfsmittelversorgung	Versorgungsdefizite
Hilfsmittelbedarf wird erkannt (Prozessschritt 1)	1. Intransparentes/fehlendes Informationsangebot 2. Fehlendes Fachwissen bei beteiligten Berufsgruppen 3. Gestörter Informationsfluss zwischen Beteiligten 4. Angebot zur Bedarfsdeckung nicht vorhanden
Arzt verordnet (Prozessschritt 2)	5. Fehlender Einbezug von ICF-Kriterien 6. Verordnungshoheit des behandelnden Arztes
Bearbeitung Leistungserbringer (Prozessschritt 3)	7. Lückenhafte Versorgungsstrukturen 8. Imageprobleme bei Sanitätshäusern
Prüfung Kostenträger (Prozessschritt 4)	9. Fehlende Prozessqualität bei Wirtschaftlichkeitsprüfung 10. Unzureichende Versorgung durch Serienprodukte 11. Entscheidung bei unzureichender Informationslage
Auslieferung Hilfsmittel (Prozessschritt 5)	12. Zeitverzögerte Lieferung durch den Transport
Widerspruch, Klageverfahren, Ablehnung (Prozessschritte 4.1-4.3)	13. Bürokratische Hürden beim Widerspruch

Quelle: eigene Darstellung.

Confidential | For internal use only

Danke für Ihre Aufmerksamkeit

Confidential | For internal use only