

KRANKENKASSEN KNAUSERN BEI SCHLAFAPNOE-THERAPIE SCHLAFMEDIZIN ADIEU

Zwei bis vier Prozent aller Deutschen leiden an schlafbezogenen Atemstörungen. Dass eine unbehandelte Schlafapnoe schwerwiegende Folgen hat, wissen wir inzwischen. Wir wissen aber auch, dass sich die Schlafapnoe mit einer CPAP-Therapie erfolgreich behandeln lässt. Doch leider fallen den Krankenkassen immer neue Methoden ein, um dabei möglichst viel Geld einzusparen.

VON WERNER WALDMANN

Wenn ab dem Jahr 2009 dank dem Gesundheitsfonds alle Krankenkassen nur noch denselben Beitragssatz verlangen dürfen, wird der Wettbewerb auf Kosten der Leistungen gehen. Entweder erhalten die Versicherten dann nur noch Billiggeräte und eine Betreuung auf Sparflamme, oder sie müssen einen Teil für ihre Therapie aus der eigenen Tasche zahlen. Vielen ist diese Konsequenz noch nicht so recht klar, weder den Schlaflaboren noch den Patienten. Es ist ratsam, die Kassen auf breiter Front davon zu überzeugen, dass der Blick auf die Versorgungsqualität letztendlich mehr einspart als kurzfristige Sparmaßnahmen.

Ohne Gesundheit geht gar nichts

Gesundheit ist das höchste Gut einer Gesellschaft, die im globalen Wettbewerb bestehen will. Denn nur physisch und psychisch intakte Bürger sind gute Arbeitnehmer und Steuerzahler. Kränkeln und Kranksein stört den Arbeitsprozess und kostet Geld, viel Geld. Konsequenterweise müssten unsere Spitzenpolitiker eigent-

lich ihr Hauptaugenmerk auf die Gesundheit aller richten und vordringlich darin investieren. Und zwar klug investieren: Es bedarf schon neuer Strategien, damit unser Gesundheitssystem durch die Einzelinteressen der Industrie, der Ärzte und Kliniken (und natürlich auch der Patienten) nicht wahllos geplündert wird. Die Steuerungsinstrumente, die sich die Politik einfallen ließ und lässt, bewirken jedoch leider eine fatale Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Sparen ist gut, doch nicht am falschen Ende.

Traditionell unterscheidet sich der Medizinbetrieb grundlegend von der industriellen Produktion. Wer krank ist, befindet sich in einer anderen Situation als jemand, der ein Auto kaufen will. Patienten sind nun einmal keine Kunden, die sich frei entscheiden können. Patienten leiden.

Diagnostik auf Sparflamme

Unser Gesundheitssystem befindet sich auf einer rasanten Talfahrt in Regionen, die mit Humanität nur noch wenig zu tun haben. In Amerika kann man tagtäglich erleben, wie es ist, wenn Renditedenken den Gesund-

heitsmarkt bestimmt. Auch wenn unser Gesundheitsministerium immer wieder beteuert, einer solchen Kosten-Nutzen-Ideologie vorbeugen zu wollen, ist in Wirklichkeit das Gegenteil der Fall. Ein Beispiel dafür ist die Versorgung der Schlafapnoe-Patienten.

Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) verbieten es, Patienten mit Verdacht auf Schlafapnoe stationär zu diagnostizieren. Das darf nur noch ambulant geschehen. Denn dafür müssen die Kassen weniger bezahlen. Die Untersuchung findet natürlich trotzdem stationär statt, denn eine Polysomnografie lässt sich heute nun einmal noch nicht zu Hause durchführen. Der Patient bringt nach wie vor von Kopf bis Fuß verkabelt seine zwei Diagnosenächte in der Klinik zu. Wenn er sein Therapiegerät dann hat, darf er noch einmal „ambulant“ im Schlaflabor kontrolliert werden. Und das war's dann – es sei denn, der Patient besucht seinen Arzt und klagt über Probleme oder neue Beschwerden. Da Schlafapnoe selten weh tut und viele Patienten ihr Gerät, wenn sie Probleme damit haben, einfach nicht mehr benutzen, hat das Schlaflabor keine Chance, die Therapie von sich aus zu kontrollieren. In vielen Fällen war dann die ganze Mühe, der ganze Aufwand, umsonst.

Ausschreibungen à la Aldi

Inzwischen hat sich die Politik noch eine weitere Raffinesse einfallen lassen, um den Krankenkassen Kosten einsparen zu helfen. Die Kassen müssen jetzt nicht mehr das vom Schlaflabor verordnete Gerät und den dazugehörigen Service bezahlen: Sie können diese Leistung – also Gerät

Patienten müssen immer mehr aus eigener Tasche zahlen

Den gesetzlich krankenversicherten Patienten wird zwar vielfach vorgegaukelt, dass sie 13,5% ihres Bruttoeinkommens als Beitrag für ihre Krankenkasse bezahlen und dafür alles bekommen, was sie brauchen. Doch das stimmt nicht. Bei Hilfsmitteln wie Brillen werden die Leistungen schon seit Jahren immer bescheidener. Bei Hörgeräten zahlt die Kasse nur noch einen Festzuschuss von 350 Euro. Der durchschnittliche Verkaufspreis eines dem technischen Standard entsprechenden Hörgeräts liegt jedoch bei 1350 Euro. Den Differenzbetrag muss der Patient selbst bezahlen. Die Möglichkeit, sich an den Kosten für ein CPAP-Gerät selbst zu beteiligen, wird nicht umgesetzt. Der Stand der Technik und die Qualität von Gerät und Dienstleistung sind für den Patienten intransparent. Ihm wird nur zugestanden, was seine spezielle Krankenkasse ausgehandelt hat.

und Patientenbetreuung – ausschreiben, so wie ein Lebensmittel-discounter per Ausschreibung die kostengünstigsten Brötchenfabriken sucht. Der billigste Anbieter kriegt dann den Job. Dieses Verfahren soll jetzt auch auf dem Terrain der schlafmedizinischen Versorgung zulässig sein.

Die bekannteste „Gesundheitskasse“ namens AOK ist auch hier wieder Vorreiter. Dabei ist noch ein Nord/Süd- und Ost/West-Gefälle spürbar. Die AOK Mecklenburg-Vorpommern und die AOK Sachsen haben eine solche Ausschreibung erfolgreich hinter sich. Dabei gibt es so genannte Gebietslose, die auf mehrere Anbieter aufgeteilt werden. Die AOK Mecklenburg-Vorpommern hatte zwei Lose im Angebot und die AOK Sachsen deren fünf. Jedes Unternehmen konnte höchstens auf zwei Lose bieten. Insgesamt haben nun vier Firmen die Ausschreibung gewonnen. Die beiden Kassen dürfen sich freuen: Das Preisniveau liegt im untersten Bereich. Gewonnen haben neben einem weltweit agierenden Unternehmen kleine lokale Anbieter, die kein Renommee haben und noch nicht einmal in Sachsen bekannt sind.

Schaut man sich die Preise an, zu denen die Gewinner ihre Geräte liefern müssen, so fragt man sich, wie die Firmen dies umsetzen sollen. Ein gutes CPAP-Gerät und kompetente Betreuung haben nun einmal ihren Preis. Und was die Kassen nun erstatten, reicht dafür nicht. Da bleibt den Firmen nur eines: ihre Patienten mit gebrauchten Geräten zu versorgen. Alter und Zustand der Geräte ist den Kassen egal. Seriöse, qualitätsorientierte Firmen können aus diesem Dilemma nur einen Ausweg finden, indem sie versuchen, die Patienten zu einer Aufzahlung zu motivieren, um so an ein gutes Gerät und an eine kompetente, rasche Betreuung zu kommen. Eigenleistungen sind für gesetzlich Versicherte schließlich nichts Neues. Man denke nur an Rollstühle und Hörgeräte.

Bei der AOK Mecklenburg-Vorpommern ist die Situation noch dramatischer, denn da erhalten die Leistungserbringer eine Komplexpauschale, d. h., sie bekommen das gleiche Geld, egal, was für ein Gerät sie liefern – ob es sich um ein ganz normales CPAP-Gerät oder ein komple-

xes Spezialbeatmungsgerät für Patienten mit Cheyne-Stokes-Atmung handelt. Die Kasse bezahlt für alles die gleiche Vergütung. Da müssen die Leistungserbringer gewissermaßen eine Mischkalkulation vornehmen. Denn auch für ein teures, qualitativ hochwertiges Gerät bekommt der Leistungserbringer nur seine niedrige Komplexpauschale.

Qualität nicht mehr entscheidend

Man darf gespannt sein, wie die Versorgung in Ostdeutschland nun funktionieren wird. Gebraucht- oder Billiggeräte lassen sich leicht beschaffen. Doch wie sieht es mit dem Service aus? Wenn ein Patient damit nicht zurechtkommt und nach Beratung ruft? Wenn die Maske nicht passt? Wenn das Gerät kaputtgeht? Einer der Leistungsanbieter kommt sogar aus dem Saarland. Man kann jetzt rätseln, wie der in Sachsen die Patienten der AOK zeitnah versorgen will. Das gewonnene Gebiet liegt ja nicht gerade um die Ecke.

Offiziell legen die Kassen Wert auf Qualität. Sie behaupten das zumindest. Doch bei den bisherigen Ausschreibungen waren zu 80% der Preis, zu 5% die Patientenbetreuung, zu 10% die Qualifikation der Mitarbeiter und zu weiteren 5% die notwendigen Serviceleistungen in die Zuschlagsbewertung eingeflossen. Unter solchen Prämissen eine qualitativ hochwertige Versorgung aufrechterhalten zu wollen, ist eine Illusion. Natürlich gibt es Therapieprotokollbögen – doch Papier ist geduldig. Bei diesem Preisniveau kann man keine großen Sprünge machen. Eine seriöse Patientenberatung muss da zwangsläufig Wunschdenken bleiben. Die AOK Sachsen möchte sogar, so wird kolportiert, zu einer klassischen Hilfsmittelversorgung hinkommen, d. h., der Patient wird im Schlaflabor diagnostiziert, sein Therapiedruck und sein Gerät werden festgelegt und auf die Verordnung geschrieben – als ob ein CPAP-Gerät ein Rollator oder eine Bettpfanne wäre. Dann wird der Patient nach Hause geschickt, und später werden

Jeder Kostenträger denkt nur an sein eigenes Budget

„Manche Kostenträger geben im privaten Gespräch unumwunden zu“, so ein Branchenkenner, „dass sie nicht das Geld haben, um die vielen Schlafapnoe-Patienten effektiv zu behandeln. Freilich tun sie nach außen hin so, als sei alles in Ordnung und als könnten sich die Versicherten auf eine optimale Versorgung verlassen. Und jetzt soll das Problem über Ausschreibungen gelöst werden? Den Gedanken an Qualität ignoriert man dabei ganz bewusst! Sicherlich muss die Industrie ihre Kosten- und Versorgungsstrukturen überdenken; doch der Aldi-Weg ist eine dramatische Fehlentwicklung. Dass man mit einer hervorragenden CPAP-Therapie und entsprechenden Kontrollen zur Aufrechterhaltung der Therapietreue Herzinfarkte und Schlaganfälle verhindern kann, ist zwar bislang keine im streng wissenschaftlichen Sinn bewiesene, also evidente Erkenntnis, jedoch gibt es in der Praxis mehr als genügend Beweise dafür. Aber Reha-Maßnahmen nach einem Herzinfarkt oder Schlaganfall werden nun mal aus einem anderen Topf bezahlt. Das geht die Krankenkassen nichts an. Und deshalb besteht bei den Kassen auch kein Interesse, eine solche Prävention zu finanzieren.“

ihm dann Gerät und Maske geliefert. Beratung, Betreuung, Service – all das ist nicht mehr vorgesehen.

Den Sachbearbeitern der Kassen ist bewusst, dass ein Patient unter diesen Bedingungen auch einmal eine Woche warten muss, bis er ein neues CPAP-Gerät oder – bei Geräteausfall – ein Ersatzgerät bekommt, denn die Firmen können für dieses Geld nicht 24 Stunden am Tag für ihre Patienten präsent sein. Im Extremfall passiert es dann eben, dass ein Patient eine Woche wartet und so lange keine Therapie erhält.

Das kann problematisch sein: Ein Berufskraftfahrer zum Beispiel müsste in dieser Zeit erst einmal arbeitsunfähig geschrieben werden, denn ohne CPAP-Therapie darf er nicht mehr fahren. Der Kasse ist das egal, denn dafür kommt der Arbeitgeber auf. Die Krankenversicherung muss bei Krankheit erst nach sechs Wochen zahlen.

Krankenkassen achten nur auf das eigene Budget. Eine ökonomische Verantwortung für das Ganze interessiert sie nicht. Und Sachsen ist ein Gebiet, das sich nicht gerade durch eine hohe Erwerbsquote auszeichnet. Da sind vielleicht auch Menschen darunter, die nicht krankgeschrieben werden wollen, weil sie Angst vor einer Kündigung haben ...

Wehe, wenn sie losgelassen

Gott sei Dank sind Ausschreibungen auf dem Schlafapnoe-Gebiet bislang noch eine Seltenheit. Renommiertere

KKH

BRUNNEN
KRAFT
APPSCHAFT

Geld sparen – doch mit Verstand

Eine sinnvolle Sparstrategie könnte beispielsweise darin bestehen, dass die Krankenkassen das Therapieergebnis honorieren. Das heißt, die Kassen sind dem Hersteller, dem Serviceunternehmen oder dem Schlaflabor gegenüber nur dann zur Zahlung verpflichtet, wenn nicht nur die Therapiestunden dokumentiert sind, sondern der Patient auch nachhaltig, regelmäßig und kompetent kontrolliert wird (beispielsweise jedes halbe Jahr). So ließe sich die Spreu vom Weizen trennen: Unbedeutende, unprofessionelle Firmen, die irgendwelche Ausschreibungen mit Dumpingpreisen für Billigeräte und Minimalbetreuung gewinnen, hätten dann auf dem Markt keine Chance mehr. Denn eine regelmäßige Nachbetreuung der Patienten ist – entgegen den aktuellen Vorschriften des Gemeinsamen Bundesausschusses – unabdingbar. Gerade bei Schlafapnoe-Patienten hängt eine erfolgreiche Therapie, die meist lebenslang durchgeführt werden muss, von rigiden Kontrollen ab. Wer darauf verzichtet, wirft das Geld für Diagnose und Geräte zum Fenster hinaus.

Krankenkassen haben ein solches Verfahren sogar *expressis verbis* abgelehnt. Doch kleinere Kassen kommen schon langsam auf den Geschmack, nachdem sie von dem Preis gehört haben, den die Ost-AOKs erzielt haben. Es steht zu vermuten, dass weder die Schlaflabore noch die Patienten ahnen, was da auf sie zukommt.

Werden die Ausschreibungen im Osten auch bei uns im Westen Schule machen? Die Antwort fällt schwer. Der Aufwand für Ausschreibungen ist für die Krankenkassen ziemlich hoch, weil ganz bestimmte, sehr strenge formale Vorgaben beachtet werden müssen. Die großen Kassen diskutieren diese Option hinter verschlossenen Türen natürlich auch. Sollte sich dieses Vorgehen allmählich etablieren, so wird die Qualität der Geräte und der Versorgung dramatisch sinken.

Was ist den Patienten ihre Therapie wert?

Sind die Patienten bereit, für bessere Geräte zu zahlen? Das ist eine gute Frage. Eine Kundenbefragung unter mehreren hundert Patienten hat ergeben, dass die Leute dazu durchaus bereit zu sein scheinen. Allerdings waren das nur Statements am Telefon – man weiß nicht, ob wirklich so viele Leute im Ernstfall zu Eigenleistungen bereit wären.

Das Problem ist, dass die Betroffenen erst im Nachhinein die Erfahrung machen, dass eine wirklich gute Versorgung ihr Geld wert ist. Am Anfang seiner CPAP-Karriere weiß der

Patient noch nicht, was auf ihn zukommt. Ihm zu erläutern, warum und wozu er einen zusätzlichen Obulus zu seiner Therapie leisten soll, ist schwierig.

Die Kassen überzeugen, statt zu klagen

Natürlich müssen wir auch die Kassen verstehen. Die Zeiten, wo jeder Arzt verordnen konnte, was er wollte – ohne einen Beweis, dass die Therapie tatsächlich wirkt –, sind vorbei. Heute will man genau wissen, ob Patienten von einer Behandlung auch wirklich einen Vorteil haben. Man nennt das evidenzbasierte Medizin.

Die Ausschreibungen haben freilich nichts mit diesem Streben nach Evidenz und sinnvoller Wirtschaftlichkeit zu tun, sondern bewirken eher das Gegenteil. „Gesundheitsversorgung nach dem Aldi-Prinzip“ – das bedeutet, Unternehmen zu fördern, die mit simplen Geräten und nachlässiger Versorgung den schnellen Euro verdienen wollen. Um seriöse Forschung betreiben zu kön-

nen, müssen Unternehmen schlichtweg auch Geld verdienen. Wenn wir in einen Billigmarkt abrutschen, ist es damit vorbei. Dies kann nicht im Interesse der Patienten und der Schlaflabore sein. Doch viele Patienten wissen das nicht.

Die Firmen müssen versuchen, den Kostenträgern nachzuweisen, dass die CPAP-Therapie tatsächlich wirkt – dass sie gesundheitsökonomisch einen wichtigen Beitrag leistet und dass die Gesamtgesundheitskosten für die damit behandelten Patienten am Ende geringer ausfallen. Noch wichtiger ist dies bei neu entwickelten, komplexen und dementsprechend teuren Beatmungsformen wie z. B. der adaptiven Servoventilation für Patienten mit Cheyne-Stokes-Atmung. Wenn man diesen Beweis erbringt, kann es auch eine eigene Pauschalvergütung (DRG) für die entsprechende Therapie geben, und sie wird dann auch in die Leitlinien aufgenommen. Anders formuliert: Die Medizin muss beweisen, dass das, was sie tut, auch wirklich einen nachhaltigen Effekt für die Gesundheit und die Kosten hat. Das kann sie aber nur im Rahmen groß angelegter klinischer Studien tun – und die kosten Geld und sind in einer Welt der medizinischen Billigversorgung nicht mehr möglich.

Man muss wissen, mit wem man zusammenarbeitet

Zwei CPAP-Firmen waren in Sachsen seit etwa 15 Jahren auf dem Markt. Durch die Ausschreibung stehen sie nun plötzlich vor dem Aus. Vermutlich haben sie über all die Jahre gute Arbeit geleistet und bei den betreuten Patienten Vertrauen erworben. All das gilt nun plötzlich nichts mehr – die beiden Unternehmen sind jetzt „weg vom Fenster“ und müssen den Firmen Platz machen, die die Lose in der Ausschreibung gewonnen haben. Die AOK Sachsen finanziert sich aus Mitgliedsbeiträgen des Landes Sachsen. Die beiden ausgebooteten Firmen beschäftigen Mitarbeiter in Sachsen und haben in diesen Standort Geld und Arbeit investiert und sie haben bei den Patienten Vertrauen erworben. Und das geht nicht über Nacht. In zwei Jahren wird dort wieder eine Ausschreibung stattfinden, bei der vielleicht andere Unternehmen den Zuschlag bekommen – weil sie ihre Geräte und Dienstleistungen noch billiger anbieten. Dann werden die Firmen, die sich jetzt dort etabliert, Mitarbeiter engagiert und eingearbeitet haben, wieder aus dem Markt gedrängt, den sie sich gerade erschließen. Was wird aus den Mitarbeitern, die diese Firmen dann ebenso von einem Tag auf den anderen wieder aus dem Gebiet abziehen müssen? Was wird aus den Patienten, die alle paar Jahre von einer anderen Firma betreut werden? Ist ein solches Geschäftsgebaren noch ehrenwert zu nennen? Mag sein, dass solche Praktiken in der Industrie gang und gäbe sind. Doch passt diese Hire-&-Fire-Philosophie in unser Gesundheitssystem, das doch vor allem von einem vertrauensvollen Miteinander leben muss?