

BSD report

Informationen für unsere Mitglieder

Editorial

Die lieben Finanzen

Ich erinnere mich noch, dass mich der Leiter einer SHG einmal gefragt hat, was denn der BSD für die Einzelgruppen und Landesverbände eigentlich tue. Er dachte insgeheim wohl daran, wofür er dem Dachverband für jedes seiner Mitglieder diesen einen Euro Mitgliedsbeitrag bezahlen sollte. Der Mann hatte völlig Recht mit seiner Frage, denn man kriegt das nicht so ohne weiteres mit, was ein Dachverband so alles macht.

Der Vorstand des BSD hat die Aufgabe, in den Fach- und Publikumsmedien unser Krankheitsbild publik zu machen und die Gesundheitspolitiker im Parlament und in den relevanten Behörden auf unsere Probleme hinzuweisen, etwa aktuell auf die Ausschreibungsproblematik. Wir haben dieses Jahr mit acht MdBs in Berlin ein parlamentarisches Frühstück veranstaltet und bei diesem Anlass wohl zum ersten Mal diese Abgeordneten auf das Thema Schlafapnoe aufmerksam gemacht.

Der BSD-Vorstand initiiert Podiumsdiskussionen, um Kostenträger, Industrievertreter, Schlafmediziner und Patienten zusammenzubringen. Und der BSD hält den Kontakt zur wissenschaftlichen Fachgesellschaft, der DGSM, und ihren Vertretern, wozu auch ein permanenter Kontakt und Gespräche mit Schlafmedizinern und anderen Wissenschaftlern gehören. Der BSD bemüht sich außerdem darum, neue Landesverbände als Mitglieder zu gewinnen.

In unserem Internetportal müssen wir

die Kostenträger veröffentlichen, die dem BSD Projektförderung gewährt haben. Offensichtlich wird der BSD inzwischen auch von den Kassen wahr- und ernstgenommen. So haben wir ca. 40.000 Euro für diverse Projekte erhalten.

Der BSD hat bisher diverse Flyer und DVDs/CDs für seine SHGs produziert, gibt diese aber nicht umsonst ab, sondern berechnet dafür einen geringen Preis. Vor kurzem hat mir ein Vorstandsmitglied die Frage gestellt, mit der er von Mitgliedern konfrontiert wurde, ob in dieser Förderung nicht auch die kostenlose Lieferung des Materials an die SHGs inbegriffen sei. Schön wäre es, doch die Projektförderung wird nur gewährt, wenn der BSD selbst einen gewissen Anteil finanziert. Ich liste deshalb einmal die Förderungssummen und die vom BSD zuzuschließenden Beträge auf:

TK: 14.137,20 Euro für das Projekt „Compliance-Unterstützung durch Selbsthilfegruppen“ – Erforderliche Eigenmittel 5.000 Euro

AOK: 6.000 Euro für das Projekt „Internetgestützte Selbsthilfe“ (d.h. strategische Überarbeitung des BSD-Internetportals) – Erforderliche Eigenmittel 1.000 Euro

IKK classic: 7.200 Euro für das Projekt „Broschüre Maskenratgeber“ – Erforderliche Eigenmittel 3.200 Euro

DAK: 7.500 Euro für das Projekt Audio-CD „Erholsamer Schlaf“ – Erforderliche Eigenmittel 4.700 Euro.

Der BSD-Vorstand muss also in der Summe 13.900 Euro als „Fehlbedarfsfinanzierung“ aufbringen.

Die Krankenkassen erwarten, dass der Dachverband von seinen Mitgliedern Beiträge einnimmt. Wir haben uns auf den – ich möchte beinahe sagen – symbolischen Beitrag von 1 Euro pro Einzelmitglied der Gruppen geeinigt. Selbst dieser Betrag erscheint manchen noch zu hoch. Doch das ist ein anderes Thema. Jedenfalls lässt sich mit dem Mitgliedsbeitrag die oben genannte Summe für die Realisierung der Projekte nicht decken. Auch aus diesem Grund muss der BSD leider für die abgegebenen Medien einen geringen Kostenbeitrag erbitten.

Werner Waldmann

Inhalt

■ Editorial	1
■ MDK im Kreuzfeuer der Kritik	2
■ Was will und ist der BSD	2
■ Die Zukunft der Schlafapnoe-Versorgung	3

Impressum

Herausgeber: Bundesverband Schlafapnoe und Schlafstörungen Deutschland e.V. (BSD)

Redaktion: Werner Waldmann MA (v.i.S.d.P.)
Panoramastr. 6, 73760 Ostfildern

E-Mail: w.waldmann@bsd-selbsthilfe.de
www.bsd-selbsthilfe.de
Tel.: 0711 4791608, Fax: 0711 4599495

MDK im Kreuzfeuer der Kritik

Für viele Menschen ist es eine Schicksalsfrage: Wird mir eine Pflegestufe bewilligt oder bleibt mir die Hilfe verwehrt? Erhalte ich eine bestimmte Therapie, z.B. als Schlafapnoe-Betroffener einen Luftbefeuchter? Darüber entscheiden die Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK). Unabhängig und fair sollen sie handeln. Doch daran gibt es schon lange massive Zweifel. Der MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen), im Volksmund oft als "Sparschwein" der Krankenkassen verspottet wird von den gesetzlichen Krankenkassen gemeinsam finanziert, soll aber den Kassen, die keinen medizinischen Sachverstand haben, beraten, ob sie ihren Versicherten bestimmte Hilfsmittel oder Medikamente finanzieren sollen. Laut Gesetz sind die Gutachter aber unabhängig. In Wirklichkeit befindet sich der MDK aber in der Hand der Krankenkassen und entscheidet nach deren Wünschen.

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe will nach Recherchen des ARD-Politikmagazins "Report Mainz" nach der Sommerpause ein Gesetz in Angriff

nehmen, das den Einfluss der Krankenkassen in den MDK-Verwaltungsräten auf die medizinischen Dienste zurückdrängen soll. Der Minister sagte: "Deswegen lasse ich in meinem Hause die Frage prüfen, ob wir entweder zu einer Begrenzung der Zahl der Hauptamtlichen aus Krankenkassen in diesen Gremien kommen oder gar zu einer Unvereinbarkeit einer Gremienmitgliedschaft mit einer entsprechenden hauptamtlichen Tätigkeit."

Hintergrund seiner Aussage sind Recherchen von "Report Mainz". Das ARD-Politikmagazin hatte alle MDKs bundesweit gefragt, wie viele aktuelle oder ehemalige hauptamtliche Kassenmitarbeiter derzeit in den Verwaltungsräten sitzen. Im Saarland und in Sachsen sind es fast 60 Prozent der Verwaltungsräte, beim MDK Nord über 50 Prozent und in Berlin-Brandenburg über 40 Prozent. Im Ergebnis sitzen in allen MDKs bundesweit hauptamtliche Kassenmitarbeiter in den Verwaltungsräten.

Nach Ansicht des Sozialrechtlers Professor Ingo Heberlein gefährde das die Unabhängigkeit des MDK. "Wenn die

Kassenmitarbeiter unmittelbar in den Verwaltungsräten in diesem Ausmaß das Geschehen beim MDK beeinflussen können, dann befindet sich der MDK im festen Zugriff der Krankenkassen und wird mehr und mehr zu einer Außenstelle, zu einer Zweigstelle der Krankenkassen. Und das war eigentlich ursprünglich so nicht beabsichtigt", so Heberlein, der selbst viele Jahre Geschäftsführer eines Medizinischen Dienstes war. Für die Patienten bedeute dies, "dass die Begutachtung durch den MDK eben nicht die erwünschte und gewünschte unabhängige Begutachtung sein kann".

Ein weiteres Ergebnis der bundesweiten Umfrage von "Report Mainz": In neun von 15 Medizinischen Diensten stehen hauptamtliche Kassenmitarbeiter an der Spitze des Verwaltungsrats, in Rheinland-Pfalz sind es sogar zwei Kassenchefs. "Man bringt den MDK auf Kassenlinie. Also man könnte auch sagen, das sind Zustände, in denen der MDK in den Würgegriff der Kassen kommt", so Prof. Ingo Heberlein.

(ARD)

Was ist und will der BDS?

Der Bundesverband Schlafapnoe und Schlafstörungen Deutschland e.V. (BSD) ist mit mehr als 50 Selbsthilfegruppen und inzwischen über 4.000 Mitgliedern die bundesweit größte Dachorganisation für alle Selbsthilfegruppen, die sich der von Schlafapnoe und Schlafstörungen Betroffenen annehmen.

Er unterstützt Selbsthilfegruppen mit Print- und audiovisuellen Medien, mit Know How bei öffentlichen Veranstaltungen, durch Vermittlung kompetenter Referenten und durch Hilfe bei der täglichen Öffentlichkeitsarbeit.

Wir wollen aber auch nach außen wirken und das Krankheitsbild des gestörten Schlafs ins Bewusstsein der Öffentlichkeit tragen. Dazu initiieren wir Publikationen in Fach- und Publikumsmedien, wir nutzen Social Media für die Verbreitung des Wissens um Schlafstörungen, informieren Institutionen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer über die Problematik der Schichtarbeit und die Bedeutung des erholsamen Schlafs für leistungsfähige Mitarbeiter. Nicht zuletzt versuchen wir auch neue Formen der Selbsthilfe für jüngere Zielgruppen zu entwickeln.

Ein besonderes Anliegen ist es uns, die Interessen der Patienten bei Gesundheitspolitikern und den Mitarbeitern der Kran-

kenkassen zu vertreten und Informationen über das Krankheitsbild, neue wissenschaftliche Erkenntnisse und aktuelle Therapiemöglichkeiten zu vermitteln. Dabei setzen wir uns auch mit der Problematik eines vernünftigen Umgangs mit den wirtschaftlichen Ressourcen ein und diskutieren, wie der Spagat zwischen Ethik und Ökonomie zugunsten einer menschenwürdigen Patientenversorgung zu meistern ist.

Der BSD legt ein besonderes Gewicht auf die Vernetzung der Betroffenen mit Haus- und Fachärzten, Schlafmedizinern, Schlaflaboren, Geräteherstellern und Homecare-Leistungserbringern, Gesundheitspolitikern, relevanten Institutionen und Kostenträgern.

Experten diskutieren mit SHG-Leitern aus Baden-Württemberg über den Sparkurs in der Schlafmedizin

Die Zukunft der Schlafapnoe-Versorgung

Ausschreiben oder verhandeln? Diese Frage bewegt die Gemüter, seit die Techniker Krankenkasse letztes Jahr die Versorgung ihrer Schlafapnoe-Patienten bundesweit ausgeschrieben und damit einen Flächenbrand ausgelöst hat. Die dabei erzielten Niedrigst-Versorgungspauschalen lassen befürchten, dass Menschen mit Schlafapnoe künftig nur noch eingeschränkt oder gar nicht mehr betreut werden. Doch Betreuung ist ein wesentlicher Faktor für die Therapie-treue. Hat die TK mit ihrer Ausschreibung eine Lawine losgetreten, die sich nicht mehr aufhalten lässt? Oder kann man der immer mehr um sich greifenden Ausschreibungs-Unsitten noch Einhalt gebieten? Müssen wir in der Versorgung einer wachsenden Anzahl von Schlafapnoe-Patienten künftig womöglich ganz neue Wege einschlagen?

Über dieses Problem tauschten sich Experten aus Schlafmedizin und Gesundheitswesen am 28. Juni in Esslingen in einer Podiumsdiskussion aus, die der „Bundesverband Schlafapnoe und Schlafstörungen Deutschland e.V.“ (BSD) in Zusammenarbeit mit der AOK Baden-Württemberg veranstaltete.

Im Jahr 2012 hat die Techniker Krankenkasse (TK) als erste Krankenkasse europaweit Atemtherapiegeräte ausgeschrieben, wobei als Kriterium

für einen Zuschlag der Preis mit 70 % und die Qualität lediglich mit 30 % zu Buche schlug. Wie nicht anders zu erwarten, führte das zu einer großen Verunsicherung bei den Patienten, die sich nun – wenn der Vertrag mit ihrem bisherigen Homecare-Provider ausläuft – auf einen anderen Provider umstellen müssen, was nicht selten bedeutet, dass sie dann auch ein neues CPAP-Gerät bekommen. Versorger, die kein Los gewonnen hatten, wurden mit Fragen überschüttet. Natürlich verunsichert es die Patienten, die regelmäßig ihre Therapie brauchen, wenn das Verhältnis zu ihrem bisherigen Versorger, zu dem sie Vertrauen entwickelt hatten, so abrupt endet. Da war viel Beratungsarbeit nötig.

Niedrigere Versorgungspauschale – gleichbleibende Qualität?

Und wie funktioniert die Versorgung dieser Patienten jetzt? Gewiss waren manche mit einem neuen Gerät umversorgte Patienten unzufrieden. Doch der große Aufschrei ist ausgeblieben. Wie kann das sein? Hat sich die Versorgungsqualität durch den Wechsel auf einen anderen Provider, der Service und Gerät nun zu einem sehr niedrigen Preis bereitstellen muss, denn nicht verschlechtert?

Offenbar ließ sich bisher kein bedeutender qualitativer Unterschied feststellen. Die betroffenen TK-Patienten bekamen bei der Umversorgung meistens wieder qualitativ hochwertige Geräte und Masken.

Dabei müsste die Qualität der Patientenversorgung und -betreuung doch eigentlich zwangsläufig schlechter werden, wenn die Krankenkasse dem Homecare-Provider weniger Geld dafür bezahlt. Schließlich ist jedes Wirtschaftsunternehmen darauf angewiesen, Gewinne einzufahren. Bei dieser Ausschreibung ging allerdings ein Großteil der Lose an einen großen, finanzstarken Provider, der es sich leisten kann, mit seinen Schlafapnoe-Patienten, die bei der TK versichert sind, zunächst einmal keinen Profit zu machen: Es ist eine Mischkalkulation. Die einen Kassen zahlen mehr, die anderen weniger. Und so kann der Losgewinner die Versorgung der TK-Patienten mit den großzügiger bemessenen Geldern querfinanzieren, die er von anderen Kostenträgern für die Schlafapnoe-Versorgung erhält. Auch wenn man bei der Vergütung, den die TK nach Einführung dieser Ausschreibung pro Jahr und Schlafapnoe-Patient noch bezahlt, durchaus skeptisch sein, ob das funktioniert. Eine Jahrespauschale von nur ein paar hundert Euro – das ist sehr wenig für

eine chronisch kranke Patienten Klientel

Schulung verbessert Compliance

Und eine adäquate Versorgung von Schlafapnoe-Patienten ist zeitaufwändig und dementsprechend kostspielig. Das gilt gar nicht einmal so sehr für Gerät und Maske, sondern noch viel mehr für die intensive Schulung und Beratung, die solch ein Patient braucht.

Schlafmediziner Dr. Hubert Trötschler aus Freiburg engagiert sich seit Jahren für die Verbesserung der Compliance von Schlafapnoe-Patienten (also deren Bereitschaft, Gerät und Maske regelmäßig zu nutzen). Und er weiß, dass diese Arbeit schon beginnen muss, ehe der Patient nach Stellung der Schlafapnoe-Diagnose zu einer Therapienacht mit Gerät und Maske ins Schlaflabor kommt. Denn ein „Therapieüberfall“ kann sich sehr negativ auf die Compliance auswirken: „Es darf nicht passieren, dass der Patient im Schlaflabor das erste Mal mit der Tatsache konfrontiert wird: *‘Heute Nacht kriegen Sie eine Maske.’*“

Deshalb bietet der Freiburger Schlaflaborleiter seinen Patienten zuvor gegen einen geringen Unkostenbeitrag eine Schulung an, bei der er sie ausführlich über das Krankheitsbild, die Problematik und die gesundheitlichen Folgen einer unbehandelten obstruktiven Schlafapnoe informiert.

Von dieser „Schlafschule vor dem Schlaflabor“ haben alle Beteiligten nur Vorteile: Das behandelnde Schlaflabor hat es mit einem Patienten, der bereits weiß, was auf ihn zukommt, wesentlich leichter. Der Patient profitiert natürlich ebenfalls von der Schulung, und die Krankenkassen sparen dadurch – langfristig gesehen – eine Menge Geld: „Wir konnten nachweisen, dass die Therapie auf diese Weise besser genutzt wird.“

Hier besteht noch ein großer Engpass in der Versorgung von Schlafapnoe-Patienten, meint Dr. Trötschler. Denn solche intensiven Schulungsangebote sind eher die Ausnahme als die Regel. Obwohl sie für die Compliance enorm wichtig sind: „Durch so eine motivierende Intervention kann man die größte Nutzungssteigerung erreichen – mehr als mit jeder technischen Verbesserung“, betont Trötschler.

Doch nicht nur im Hinblick auf die vorbereitende Einweisung der Patienten besteht bei uns ein großes Defizit, sondern auch in der Nachsorge. „In der technischen Versorgung haben wir dank hervorragender Geräte inzwischen einen gewissen Standard erreicht; aber die Nachsorge wird völlig vernachlässigt“, klagt er. „Der Mensch ist keine Maschine, sondern verändert sich im Lauf seines Lebens. Ein 40-jähriger Schlafapnoe-Patient mit einem Apnoe-Hypopnoe-Index von fünf pro Stunde hat – ohne Veränderung seines Lebensstils – in zehn Jahren einen AHI von 35 pro Stunde!“ Die umgekehrte Veränderung tritt ein, wenn ein übergewichtiger Schlafapnoe-Patient sich einem adipositaschirurgischen Eingriff (beispielsweise einem Magenbypass) unterzieht oder aus anderen Gründen stark abnimmt: Viele Patienten brauchen anschließend keine CPAP-Therapie mehr oder kommen zumindest mit einem wesentlich niedrigeren Druck aus.

Solche Veränderungen müsste man durch regelmäßige Nachsorgeuntersuchungen feststellen. „Durch diese Therapiekontrollen könnte man eine Menge Geld einsparen!“ Aber leider haben die Kostenträger auch hier den Rotstift angesetzt.

Kurzichtiges Silodenken

Warum haben die Krankenkassen für solche Maßnahmen kein Geld übrig,

obwohl sie dadurch langfristig Kosten sparen könnten? Warum wird die Schlafapnoe-Therapie von den Kostenträgern an allen Ecken und Enden beschnitten, obwohl doch mittlerweile hinlänglich bekannt sein müsste, dass ein unbehandelter oder inadäquat therapierter Schlafapnoe-Patient die Krankenkasse irgendwann viel Geld kosten wird – nämlich dann, wenn er aufgrund seiner schlafbezogenen Atemstörung Bluthochdruck oder Herzrhythmusstörungen entwickelt, einen Herzinfarkt oder Schlaganfall erleidet?

Tatsächlich kalkulieren Krankenversicherungen bei solchen Sparmaßnahmen oft sehr kurzfristig. Hinzu kommt, dass das „Silodenken“ bei den Kostenträgern immer noch sehr verbreitet ist: Man hat ein Budget für die medikamentöse Versorgung, ein Budget für die Hausarzt- und ein Budget für die Hilfsmittelversorgung und denkt leider oft nicht über den Tellerrand desjenigen Bereichs hinaus, für den man zuständig ist. „Es ist nicht immer so, dass der jeweilige Mitarbeiter in der Krankenkasse die Gesamtversorgung im Blick hat“, erklärt Johannes Bauernfeind, Geschäftsführer der AOK Neckar-Fils. „Er denkt nicht unbedingt daran, dass durch eine unbehandelte Schlafapnoe der Blutdruck steigen kann.“ Oder vielleicht weiß er es auch schlicht und einfach nicht.

Andererseits haben die Krankenversicherungen oft auch nicht genügend Informationen, um solche Zusammenhänge herstellen zu können. „Auf den individuellen Patienten bezogen, erfährt die Krankenkasse sehr wenig“, erklärt Bauernfeind. „Über die CPAP-Betriebsstunden wissen wir nichts; in der Abrechnung steht lediglich die Hilfsmittelverzeichnisnummer. Wir kennen also Hersteller, Gerät, Gerätetyp und die Therapiekosten; und natürlich kennen

wir auch die Diagnosen, wissen also, unter welchen Erkrankungen der Patient leidet; aber wir prüfen nicht, ob er einen Nutzen von der Therapie hat. Das können wir auch gar nicht. Wir können höchstens feststellen, dass er nach einer gewissen Zeit keine Blutdruckmedikamente mehr benötigt; aber das muss ja nicht unbedingt durch die CPAP-Therapie gekommen sein, sondern könnte auch andere Gründe haben."

Andere Kassen ziehen nach

Natürlich stellt sich die Frage, was die Techniker Krankenkasse mit ihrer Ausschreibungsstrategie bezweckt. „Will sie Geld sparen, oder geht es ihr darum, die Patienten loszuwerden? Dass sie zu einer anderen Krankenversicherung wechseln, weil sie sich bei der TK nicht mehr wohl fühlen?“, fragt Johannes Bauernfeind.

Andererseits ist die Anzahl der Schlafapnoe-Patienten – verglichen mit den Heerscharen von Menschen, die an den großen Volkskrankheiten wie Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen leiden – relativ gering. So viel Geld lässt sich mit dieser Maßnahme also gar nicht einsparen. Womöglich ist das Ganze also vielleicht eher eine Art „Versuchsballon“, um erst einmal zu testen, wie die Betroffenen reagieren – und die Ausschreibungspraxis dann irgendwann auch auf größere Patientengruppen auszuweiten?

Langfristig kann die Versorgungsqualität dadurch nur schlechter werden; denn selbst der finanzstärkste Homecare-Provider kann es sich auf die Dauer nicht leisten, nicht kostendeckend zu arbeiten. „Eine einzelne Ausschreibung konnte das Versorgungssystem noch verkraften; aber wie soll es weitergehen? Wie viele Ausschreibungen werden wir noch ohne Qualitätsverlust

über die Bühne bekommen?“, fragt Diplompsychologin Sabine Eller, die das Schlaflabor der Klinik Schillerhöhe in Gerlingen leitet.

Denn natürlich ziehen andere Krankenkassen jetzt nach – und nicht immer sind die Ausschreibungsgewinner finanziell so aufgestellt, dass sie trotz unrealistisch niedriger Preise eine zufriedenstellende Qualität bieten können. Nach der Techniker Krankenkasse kam die AOK Rheinland, die die Schlafapnoe-Versorgung ebenfalls ausgeschrieben hat, wobei die Ausschreibungsgewinner sehr unterschiedlich waren. Und jetzt geht es mit den großen Betriebskrankenkassen weiter."

Bereits im November 2007 gründeten mehrere Betriebskrankenkassen die GWQ Service Plus AG (die Abkürzung steht für „Gesellschaft für Wirtschaftlichkeit und Qualität bei Krankenkassen“) – ein privatwirtschaftliches Unternehmen, das Produkte und Dienstleistungen in den Bereichen Einkaufs-, Versorgungs-, Finanz- und Informationsmanagement anbietet. In diesem Jahr hat die GWQ Service Plus AG die Versorgung von Versicherten diverser Betriebskrankenkassen mit Hilfsmitteln zur Schlafapnoe-Therapie öffentlich ausgeschrieben. Und bei der GWQ hat keiner der großen Anbieter mehr gewonnen.. Die Geräteauswahl ist alles andere als berauschend, wie aus dem Anschreiben eines Losgewinners an die Schlafmediziner und Schlaflabore der Region Schleswig-Holstein, Hamburg, Bremen, Berlin und Brandenburg hervorgeht: "Die GWQ Service Plus AG fordert in ihrer Ausschreibung die Vorstellung von jeweils zwei CPAP- und Auto-CPAP-Systemen, von denen dem Versicherten eines nach Wahl des Patienten zur Verfügung gestellt werden soll. Im Bereich der BiLevel und Auto-BiLevel-CPAP-Systeme ist nur je ein

Gerät vorgesehen, welches der Versorger im Rahmen der Ausschreibung vorstellen soll."

Will der Patient etwas anderes, muss er in die eigene Tasche greifen: „Natürlich halten wir auch nach wie vor weitere Therapiegeräte für Ihre Patienten bereit, mit denen wir gegen einen Aufpreis als Wunschgerät versorgen können.“ Keine rosigen Aussichten für Schlafapnoe-Patienten? Oder im Gegenteil vielleicht sogar eine Chance für uns, zu beweisen, dass es so nicht funktioniert? Vielleicht muss der Karren erst mal gegen die Wand fahren, damit transparent wird, dass es hier ein Problem gibt..

Wie geht es weiter?

Ein düsteres, aber leider gar nicht so unrealistisches Zukunftsszenario:

Die TK hat mit ihrer europaweiten Ausschreibung „Pionierarbeit“ geleistet. Und da ein finanzstarker Homecare-Provider trotzdem gute Qualität liefern konnte, schien diese Strategie sogar aufzugehen. Die Patienten haben sich nicht sonderlich gegen diese Maßnahme gewehrt, weil sie nach wie vor erstklassige Geräte erhielten und kaum negative Konsequenzen der Umversorgung zu spüren bekamen.

Nun springen wohl immer mehr Krankenversicherungen auf den Zug auf; auch kleinere, finanziell schwächere Unternehmen gewinnen Lose. Und spätestens jetzt geht die Versorgungsqualität in den Keller; denn wenn immer mehr Kassen nur noch Niedrigpauschalen für die Schlafapnoe-Versorgung zahlen, gibt es keine Mischkalkulation mehr. Den Patienten weht jetzt ein rauer Wind entgegen: technisch minderwertige Geräte, geringe Auswahl, praktisch nicht mehr existente Beratung und Betreuung.

Spätestens jetzt ist es an der Zeit, die

Notbremse zu ziehen. Und diese Gegenwehr kann nur von den Patienten ausgehen: Sie müssen hellhörig werden, sobald sie merken, dass die Qualität nachlässt. Und sie müssen die hierfür zuständigen Fachgesellschaften – die Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) und die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie (DGP) – darauf hinweisen. Nur mit dieser Information können die Fachgesellschaften aktiv werden und sagen: Hier besteht ein Versorgungsdefizit

Und natürlich haben Patienten auch noch eine weitere Möglichkeit, ihre Unzufriedenheit zu zeigen und Druck auf die Kostenträger auszuüben: Sie können zu einer Krankenkasse wechseln, die auf Ausschreibungen verzichtet. „Ich bin eine mündige Patientin, und wenn meine Kasse mir einen Provider aufzwingen will, der mir nicht zusagt, dann gehe ich!“, erklärte eine empörte Schlafapnoe-Patientin im Rahmen der Podiumsdiskussion.

Auf wirklich wichtige Probleme konzentrieren!

Viele Schlafapnoe-Patienten diskutieren lange über Einzelaspekte ihrer Versorgung hin und her und verzetteln sich dabei. Sollen Krankenkassen bei der gesetzlich vorgeschriebenen Stromkostenerstattung für die CPAP-Therapie eine Pauschale bezahlen oder jedem Patienten genau die Kosten erstatten, die sein Gerät verursacht hat? Muss die Kasse einem Patienten, der für unterwegs ein kleineres Zweit-CPAP-Gerät benötigt, dieses Gerät bezahlen oder nicht? Eigentlich ist die Antwort klar: Wer das Gerät für seinen privaten Campingurlaub braucht und nicht etwa arbeitsbedingt ein Zweitgerät benötigt (wie beispielsweise ein Berufskraftfahrer), der muss dafür in die eigene Tasche greifen.

Statt sich mit solchen Einzelfragen zu

beschäftigen, sollten Patienten ihre Energie vielleicht doch lieber dafür investieren, sich mit Händen und Füßen gegen die drohende Qualitätsverschlechterung in der Schlafapnoe-Versorgung zu wehren. Denn da scheint ein wirklich gravierendes Problem auf uns zuzukommen. Dennoch: Wir haben nach wie vor das beste Gesundheitssystem weltweit: Zugang zur innovativsten Medizin und höchstmögliche Qualität bei viel kürzeren Wartezeiten als in anderen Ländern! Wir müssen diese Qualität erhalten! In kleineren Dingen sollten Schlafapnoe-Patienten also auch ab und zu einmal bereit sein, eine Eigenleistung zu erbringen, statt immer gleich nach der Krankenkasse zu rufen. Denn immerhin hat die Anzahl der Menschen, die an Schlafapnoe leiden und versorgt werden müssen, in den letzten 20 Jahren rapide zugenommen – das muss unser Gesundheitssystem auch erst einmal verkraften. Aber bei kurzfristigen Sparmaßnahmen zu Lasten der Qualität, da sollten wir energisch Nein sagen.

Wir brauchen Versorgungsforschung

Wie soll es in Zukunft weitergehen? Wie kann man eine qualitativ hochwertige Versorgung auch bei steigenden Patientenzahlen sicherstellen? Brauchen wir da vielleicht ganz neue Ansätze?

Das Problem ist, dass die Ausschreibungen gesundheitsökonomisch nicht nachverfolgt werden. Bei den Ausschreibungskassen wird Qualität nicht gemessen und transparent gemacht. Dies ist das eigentliche Problem.

Wie kann man Qualität in der Schlafapnoe-Versorgung denn überhaupt messen?

Sie bemisst sich nicht nur nach technischen Maßstäben. Einer der wichtigsten Parameter ist die Nutzungshäufig-

keit des Geräts, denn die verrät uns, wie der Patient die Therapie annimmt.

Unter diesem Aspekt ist es sicherlich mehr als befremdlich, dass manche Krankenversicherungen (beispielsweise auch die TK) auf eine Abfrage der CPAP-Betriebsstunden verzichten. Die Laufzeitkontrolle durch den Versorger ist immens wichtig. Offenbar haben manche Kassen diese Kontrolle aus dem Versorgungsprozess herausgenommen.

Außerdem muss man übergreifend beurteilen, was für Auswirkungen eine Umversorgung auf die in vielen Studien nachgewiesenen Folgeerkrankungen einer Schlafapnoe hat: Bluthochdruck, Schlaganfall, Herzinsuffizienz usw. Es gibt bereits kleinere Studien, die nahelegen, dass ein Schlafapnoe-Patient, der frühzeitig versorgt und gut nachverfolgt wird, seltener an diesen Volkskrankheiten leidet. Doch wir brauchen mehr solcher Daten und vor allem größere Versorgungsstudien. Nur so ist eine rationale Diskussion möglich.“

Das ist freilich gar nicht so einfach: Schlafapnoe ist eine Krankheit mit Langzeitkonsequenzen. Die für Sauerstoffmangel anfälligsten Organe sind Herz und Gehirn; und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, kognitive Störungen oder gar eine Demenz entwickeln sich nun mal sehr langsam.

Telemedizin: Strategie der Zukunft?

Dabei wird sicher eine telemedizinische Versorgung weiterhelfen. In der herkömmlichen medizintechnischen Versorgung läuft es normalerweise so, dass der Patient sich meldet, wenn er ein Problem hat. Erst dann greift der Provider ein und versucht das Problem des Betroffenen zu lösen – also eine reaktive Strategie. Darüber wird in der vierten Ausgabe des Schlafmagazins ausführlich berichtet werden. WW