

1 Die Homecare-Versorgung in Deutschland

Im Jahr 2014 waren sechs Millionen Menschen in Deutschland auf Homecare-Leistungen angewiesen – darunter Multimorbide, Ältere, aber auch Neugeborene und Kinder. Homecare steht für die Versorgung von Patienten, die entweder aufgrund einer chronischen Erkrankung auf aktive und kontinuierliche Unterstützung angewiesen sind, oder die bei einer akuten Erkrankung eine poststationäre Versorgung benötigen (BVMed, 2015b). Die Anzahl chronisch kranker, multimorbider und pflegebedürftiger Menschen nimmt kontinuierlich zu (Nowossadeck, 2012). Auch wenn diese Menschen auf eine unterstützende Betreuung angewiesen sind, möchten sie gleichzeitig möglichst lange ein selbständiges Leben in der gewohnten häuslichen Umgebung führen (Kuhlmey, Dräger, Winter & Beikirch, 2010; Rothgang, Müller, Mundhenk & Unger, 2014). Für Homecare bedeutet dies, dass zum Jahr 2030 ein Anstieg von über 64% auf 9,3 Millionen Betroffene erwartet wird (BVMed, 2015a).

Eine Homecare-Therapie ist Bestandteil der ambulanten Patientenversorgung, die ärztlich angeordnet in der Häuslichkeit des Patienten bzw. im Pflege- oder Altenheim stattfindet (BVMed, 2015b).

Patienten sind bei der Entlassung aus dem Krankenhaus meist auf sich allein gestellt, können aber gleichzeitig aufgrund ihrer chronischen Erkrankung oder gar Pflegebedürftigkeit die Weiterbehandlung nicht selbst koordinieren. Homecare schließt diese Lücke, indem es nicht nur die stationäre Versorgung mit der ambulanten Nachsorge verbindet, sondern sämtliche weitere Versorger wie Hilfsmittelhersteller, Apotheker, ambulante und stationäre Pflege oder Sozialdienste in die Koordination mit einschließt. Somit versorgt Homecare die Patienten nicht nur mit Produkten, sondern hilft bei der Koordination der ambulanten Behandlung (Reibnitz, 2009).

Homecare wird damit das Potential einer sektorenverbindenden Versorgungsform zugeschrieben, welche die schon lange angestrebte Verzahnung zwischen den einzelnen Leistungssektoren und Leistungserbringern schaffen kann (BVMed, 2015a). Inwieweit dieses Potential im Versorgungsalltag der beteiligten Leistungserbringer bereits umgesetzt wird, wurde im Rahmen einer umfassenden Versorgungsstudie untersucht. Der vorliegende Bericht zeigt die Ergebnisse der Studie in zwei Hauptteilen. Der erste Teil (Kapitel 1 bis 3) gibt einen umfassenden Überblick über die derzeitige Situation im Homecare-Bereich, die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Gesundheitsberufen sowie dem Entlassmanagement im deutschen Gesundheitswesen. Die Ausführungen zeigen relevante Begriffsdefinitionen auf und skizzieren rechtliche Rahmenbedingungen. Der zweite Teil umfasst die Darstellung der empirischen Studie. In Kapitel 4 werden zunächst Ergebnisse von Fokusgruppendifkussionen mit Vertretern aus Arztpraxen, Kliniken und Pflege dargestellt. Kapitel 5 beinhaltet die darauf aufbauenden Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von Vertretern der genannten Berufsgruppen. Kapitel 6 diskutiert die gewonnenen Ergebnisse abschließend im Gesamtkontext.

Die Anzahl chronisch kranker, multimorbider und pflegebedürftiger Menschen nimmt kontinuierlich zu (Nowossadeck, 2012). Sie sind auf eine unterstützende Betreuung angewiesen, die die zahlreichen Versorgungsbereiche koordiniert und miteinander verzahnt (Reibnitz, 2009). Dabei möchte ein überwiegender Teil der Betroffenen so lange wie möglich ein möglichst unabhängiges, selbständiges Leben in der gewohnten häuslichen Umgebung führen (SVR, 2014).

1.1 Was ist Homecare?

Homecare ist ein noch relativ junger Versorgungsbereich. Demnach mangelt es bislang an einer eindeutigen Definition oder gar gesetzlichen Verankerung von Homecare im deutschen Gesundheitswesen (Reibnitz, 2009).

Der BVMed definiert Homecare als

„[...] die Versorgung von Patienten mit medizinischen Hilfsmitteln, Verbandmitteln sowie medizinischer Ernährung zu Hause und in Pflege- oder Altenheimen.“ (BVMed, 2015b)

Die Homecare-Versorgung eines Patienten erfolgt durch geschultes Fachpersonal im Rahmen einer ärztlichen ambulanten Therapie mit dem Ziel, die Versorgungsqualität der Klinik beizubehalten. Homecare ist somit Bestandteil der ambulanten Patientenversorgung – steht jedoch für eine sektorenverbindende Versorgungsform, die dem gesundheitspolitischen Ziel „ambulant vor stationär“ gerecht wird.

Homecare ist für Patienten relevant, die aufgrund einer chronischen Erkrankung auf aktive und kontinuierliche Unterstützung angewiesen sind oder die bei einer akuten Erkrankung eine poststationäre Versorgung benötigen (BVMed, 2015a). Die in der Klinik begonnene Therapie wird dann im Pflegeumfeld des Patienten weitergeführt, mit dem Ziel, das Behandlungsniveau qualitativ beizubehalten und eine erneute Einweisung in das Krankenhaus vorzubeugen (Harbord, 2009; Reibnitz, 2007).

Die Homecare-Versorgung umfasst die in Abbildung 1 beschriebenen Therapiebereiche.

Patienten sind bei der Entlassung aus dem Krankenhaus meist auf sich allein gestellt, können aber gleichzeitig aufgrund ihrer chronischen Erkrankung oder gar Pflegebedürftigkeit die Weiterbehandlung nicht selbst koordinieren. Es mangelt an Kenntnissen über alternative Therapieformen, verantwortliche Kostenträger sowie passende Einrichtungen oder Experten zur

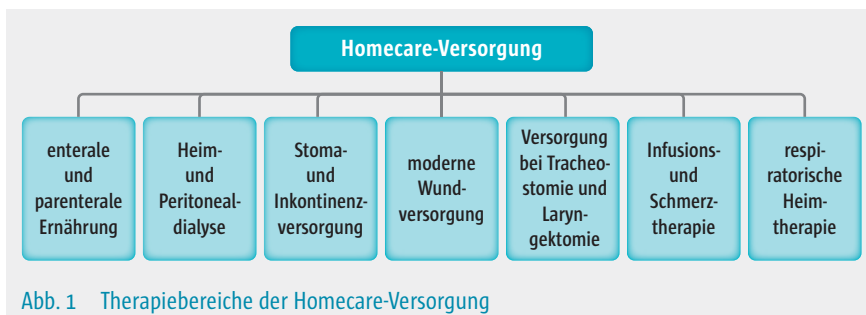


Abb. 1 Therapiebereiche der Homecare-Versorgung



Weiterversorgung. Homecare-Unternehmen schließen diese Lücke, indem sie den Patienten nicht nur mit dem Produkt versorgen und ihn dahingehend beraten und betreuen. Sie übernehmen zunehmend auch die Koordination der ambulanten Behandlung. Homecare verbindet demnach das Produkt mit der notwendigen Dienstleistung (vgl. Abbildung 2) (Reibnitz, 2009).

Eine qualifizierte Fachkraft versorgt den Patienten und dessen Betreuer mit Informationen zum Krankheitsbild und den damit verbundenen Therapieoptionen. Sie leitet den Patienten zur Selbsthilfe an und betreut ihn kontinuierlich. Dadurch wird auch der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses möglich, welches insbesondere bei psychisch belastenden Erkrankungen an Bedeutung gewinnt (Reibnitz, 2009).

Darüber hinaus übernimmt Homecare Aufgaben wie:

- Kontaktaufnahme mit dem zuständigen Hausarzt,
- termingerechte Bereitstellung der Produkte bei Entlassung,
- Koordination mit ambulantem Pflegedienst,
- Abgleich der häuslichen Gegebenheiten mit den individuellen Patientenbedürfnissen und
- die kontinuierliche Überprüfung des Therapieplans und ggfs. Empfehlung zur Anpassung oder Produktumstellung.

Homecare-Unternehmen koordinieren die Aktivitäten sämtlicher an der Patientenversorgung beteiligter Leistungserbringer.

1.2 Der Homecare-Versorgungsanspruch

Homecare hat keine eigenständige Rechtsgrundlage. Allerdings ergibt sich ein Versorgungsanspruch für Versicherte im Rahmen der gesetzlichen Sozialversicherung aus unterschiedlichen Regelungen in Bezug auf die einzelnen Produkte, die Homecare umfasst (vgl. Tabelle 1).

Tab. 1 Unterschiedliche Regelungen des Homecare-Versorgungsanspruches (eigene Darstellung in Anlehnung an Reibnitz, 2009)

Verbandmittel	Arzneimittel	Diätetika	Hilfsmittel
§ 31 I 1 SGB V	§ 31 I 1 SGB V	§ 31 I 2 SGB V	§ 33 I SGB V

Im Wesentlichen schließt die Homecare-Versorgung Medizinprodukte, Arzneimittel und Ernährungstherapeutika ein (Künstner, 2009). Medizinprodukte unterteilen sich in Hilfsmittel und Verbandmittel, die jeweils unterschiedlichen Regelungen der Erstattungsfähigkeit unterliegen. Bei den Ernährungstherapeutika gibt es für bestimmte Produkte Sonderregelungen in Verbindung mit der Arzneimittelrichtlinie. Arzneimittel unterliegen der komplexesten Regelung zur Erstattung und sollen daher in den folgenden Ausführungen nicht gesondert betrachtet werden. Die unterschiedlichen Regelungsgrundlagen bedingen die Komplexität des Homecare-Bereiches und dessen Gestaltung.

Unter den Leistungserbringern, die einen entsprechenden Vertrag mit der Krankenkasse haben, haben Versicherte das Recht auf freie Leistungserbringerwahl (BVMed, 2011).

Das Vertragssystem gilt seit dem 01. Januar 2010. Bis zum 01. April 2007 und einer Übergangsfrist bis zum 01. Januar 2010 galt noch die uneingeschränkte freie Leistungserbringerwahl für die Versicherten. Einzige Voraussetzung war die Zulassung als Leistungserbringer gemäß der Sozialgesetzgebung.

1.2.1 Versorgung mit Hilfsmitteln

Nach § 33 SGB V haben Versicherte einen Anspruch auf eine Versorgung mit Hilfsmitteln gegenüber der Krankenkasse. Der Anspruch umfasst:

- das Hilfsmittel selbst,
- Ersatzbeschaffung, Wartung und technische Kontrollen sowie
- die Ausbildung im Gebrauch des Hilfsmittels.

Hilfsmittel im Sinne des § 31 SGB XI sind Gegenstände, die von den Leistungsempfängern getragen oder mitgeführt oder bei einem Wohnungswechsel mitgenommen werden können. Für die Einschätzung der Erforderlichkeit sind stets die Umstände des Einzelfalls maßgebend. Hilfsmittel zielen darauf ab, einer drohenden Behinderung vorzubeugen, den Erfolg einer Heilbehandlung zu sichern oder eine Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen. Allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens sind davon ausgeschlossen (BVMed, 2011).

Hilfsmittel sind immer sächliche Mittel wie Geräte, Gegenstände oder Apparate. Demzufolge sind sie von Heilmitteln abzugrenzen, zu denen persönliche medizinische Dienstleistungen zählen, die von nicht-ärztlichen Leistungserbringern erbracht werden, wie z.B. Physio- oder Logotherapie. Neben dem Produkt hat der Versicherte auch den Anspruch auf eine Ausbildung im Gebrauch des Hilfsmittels. In der Praxis zeigt sich jedoch, dass Krankenkassen die Kosten für solche Kurse oftmals nicht ohne weiteren Druck übernehmen.

1.2.2 Versorgung mit Verbandmitteln und Ernährungstherapeutika

Verbandmittel dienen der Verhütung und Versorgung von Wunden bzw. der Stabilisierung, Immobilisation, funktionalen Mobilisation bzw. Kompression von Körperteilen (Künstner, 2009). GKV-Versicherte haben nach § 31 Abs. 1 SGB V einen Anspruch auf die Versorgung mit Verbandmitteln bei ärztlicher Verordnung. Im Unterschied zu Hilfsmitteln sind Verbandmittel für den Arzt richtgrößenrelevant.

Nach § 31 Abs. 1 Satz 1–2 SGB V haben Versicherte Anspruch auf eine Versorgung mit Ernährungstherapeutika zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Ernährungstherapeutika dienen der Zufuhr von Nahrungssubstraten entweder unter Nutzung des verbliebenen Verdauungstrakts (enteral) oder direkt über zentral- oder periphervenöse Katheter (parenteral) (Harbord, 2009). Die Produkte gelten weder als Arzneimittel noch als Verband- oder Hilfsmittel und wurden daher ausnahmsweise als eigene Leistungskategorie in die bestehende Richtlinie zur Arzneimittelversorgung aufgenommen (Künstner, 2009). Eine ambulante Ernährungstherapie sollte grundsätzlich vom behandelnden Arzt verordnet werden.

1.2.3 Abgrenzung zur ambulanten und stationären Pflege

Die Homecare-Therapie ist eine Krankenbehandlung, die vom Arzt verordnet wird und speziell qualifiziertes Fachpersonal benötigt. Sie ist damit eindeutig von der (häuslichen) Pflege abzugrenzen, die neben der Behandlung auch die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung umfasst (BMG, 2014; Reibnitz, 2009). Während die Behandlungspflege die Durchführung von medizinischen Leistungen von geschultem Fachpersonal ausschließlich nach ärztlicher Delegation beinhaltet, bedeutet Grundpflege die Versorgung eines Pflegebedürftigen beispielsweise durch die Unterstützung beim Waschen, der Mundhygiene sowie bei der Nahrungszufuhr (Reibnitz, 2009).

Bei Patienten mit Homecare-Versorgungsbedarf in Pflegeheimen stellt sich zusätzlich die Frage, ob Krankenkassen oder Pflegeheime die Kosten für die Versorgung zu tragen haben (BVMed, 2011). Die Pflegeversicherung hat gemäß § 69 SGB XI dafür zu sorgen, dass die Pflegebedürftigen „nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse ausreichend und

angemessen gepflegt werden“ (§ 69 SGB XI). Die Pflegekassen sind für die Umsetzung dessen verantwortlich und erbringen Sach- und Geldleistungen. Zu den Sachleistungen gemäß SGB XI gehört auch die Ausstattung mit Hilfsmitteln. Hierzu schließen Pflegekassen mit Trägern von Pflegeeinrichtungen Leistungsverträge ab, wodurch sie ihren Versorgungsauftrag auf die Pflegeheime übertragen und im Gegenzug ein Entgelt zahlen. Heimbewohner können gemäß § 33 Absatz 1 Satz 1 SGB V jedoch im Krankheitsfall einen Anspruch auf individuelle Versorgung mit Hilfsmitteln haben. Hier muss zwischen der Leistungspflicht der Krankenkassen und der des Pflegeheims abgegrenzt werden. Maßgebend ist, ob das Hilfsmittel für die Behandlungs- oder Grundpflege zum Einsatz kommt. Im Rahmen der Behandlungspflege ist grundsätzlich die Krankenkasse in der Leistungspflicht. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn das Hilfsmittel medizinisch notwendig sowie individuell für den einzelnen Versicherten angepasst ist und nur für ihn bestimmt und verwendet wird. Dagegen tragen die Pflegeheime die Kosten für Hilfsmittel, die für die Grundpflege benutzt werden. Die Abgrenzung kann jedoch nicht allgemeinverbindlich oder produktspezifisch vorgenommen werden, weswegen jeder einzelne Versorgungsfall individuell zu prüfen ist (BVMed, 2011).

1.3 Finanzierung der Homecare-Versorgung

Kostenträger für Homecare-Leistungen ist die GKV. Bei der Erstattung von Hilfsmitteln verhandeln die Homecare-Leistungserbringer mit den einzelnen Krankenkassen Vertragspreise im Rahmen von Verträgen nach § 127 SGB V. Für sechs Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnis gelten bundesweite Festbeträge. Diese Festbeträge stellen eine Obergrenze für die Erstattung von Hilfsmitteln dar. Dies bedeutet, dass die Krankenkasse den jeweils verhandelten Vertragspreis maximal bis zur Höhe des Festbetrags übernimmt (Künstner, 2009). Wenn ein Produkt ausgewählt wird, dessen Preis den Festbetrag übersteigt, hat der Versicherte den Differenzbetrag als Eigenanteil selbst zu zahlen (BVMed, 2011).

Für Verbandmittel und Ernährungstherapeutika gibt es derzeit keine Festbeträge. Die Erstattungshöhe ergibt sich hier ausschließlich aus den individuellen Verträgen zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer (Künstner, 2009). Voraussetzungen für die Erstattung eines Hilfsmittels durch die GKV sind:

1. die Hilfsmittelleigenschaft nach dem Sozialgesetzbuch und
2. die Erforderlichkeit des Hilfsmittels im Einzelfall.

Die Hilfsmittelleigenschaft ergibt sich aus der Definition nach § 31 SGB XI. Grundlage bildet das Hilfsmittelverzeichnis (§ 139 SGB V), das von der Leistungspflicht der GKV eingeschlossene Hilfsmittel beinhaltet und Mindeststandards für die Produkt- und Versorgungsqualität definiert. Das Verzeichnis dient Ärzten als Orientierungshilfe, ist jedoch keine verbindliche Positivliste.

Darüber hinaus ist die Erforderlichkeit des Hilfsmittels im Einzelfall zu prüfen. D.h., das Hilfsmittel muss geeignet und notwendig und im Vergleich zu anderen Hilfsmitteln wirtschaftlich sein, um die Behandlungsziele zu erreichen. Hierbei sind die individuellen Verhältnisse des Patienten wesentlich.

Die Krankenkasse prüft die Voraussetzungen und genehmigt die Erstattung der angeforderten Hilfsmittel auf Grundlage des durch den Leistungserbringer eingereichten Kostenvoranschlags. Kann die Krankenkasse in Einzelfällen nicht allein bewerten, ob sie die Erstattung genehmigt, schaltet sie den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung hinzu (BVMed, 2011).

Homecare-Dienstleistungen werden allein über die Erstattung der Produktkosten finanziert (BVMed, 2015a). Insbesondere in diesem Zusammenhang sind jedoch die kontinuierlich fallenden Vergütungspreise für die Produkte kritisch zu betrachten. Langfristig wird dies zu einer Veränderung der Qualität der begleitenden Dienstleistungen führen. Vor allem stellt sich die Frage, wie viel Dienstleistung sich künftig überhaupt noch erbringen lässt und ob alternative Wege der Finanzierung denkbar sind (Künstler, 2009).

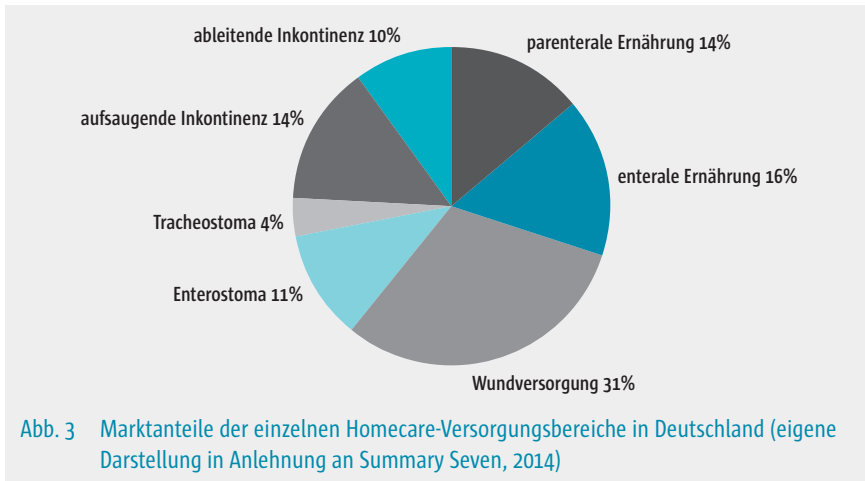
1.4 Der Homecare-Markt in Deutschland

Der Homecare-Markt gewinnt in Deutschland an Bedeutung. Waren im Jahr 2014 etwa sechs Millionen Menschen auf Homecare-Leistungen angewiesen, werden es bis zum Jahr 2030 Prognosen zufolge 9,3 Millionen Betroffene sein, was einem Anstieg von etwa 64% entspricht (BVMed, 2015a). Etwa die Hälfte der Betroffenen leidet derzeit unter chronischen Wunden. Ein Zehntel benötigt aufsaugende Inkontinenzprodukte und circa 8% werden mit medizinisch enteralen Ernährungsprodukten versorgt (BVMed, 2015a).

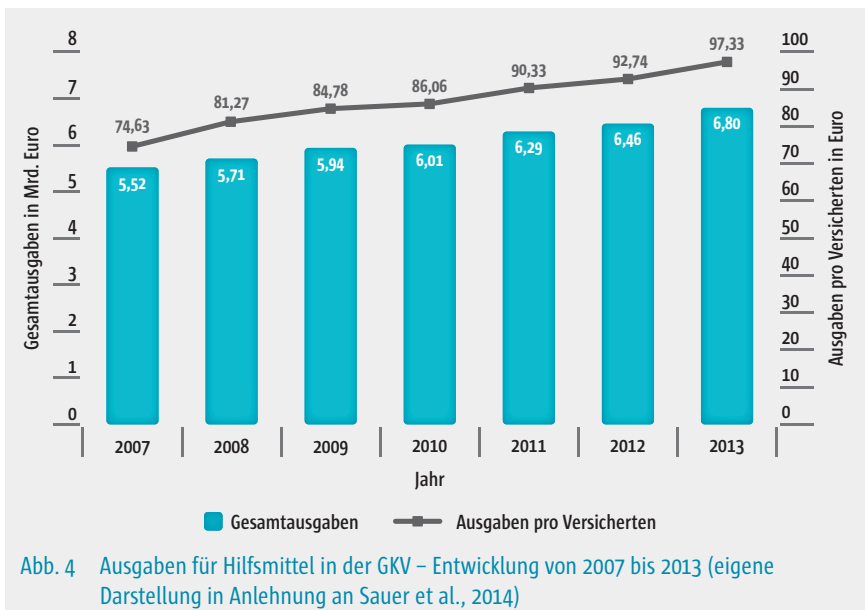
1.4.1 Wachstumsmarkt Homecare

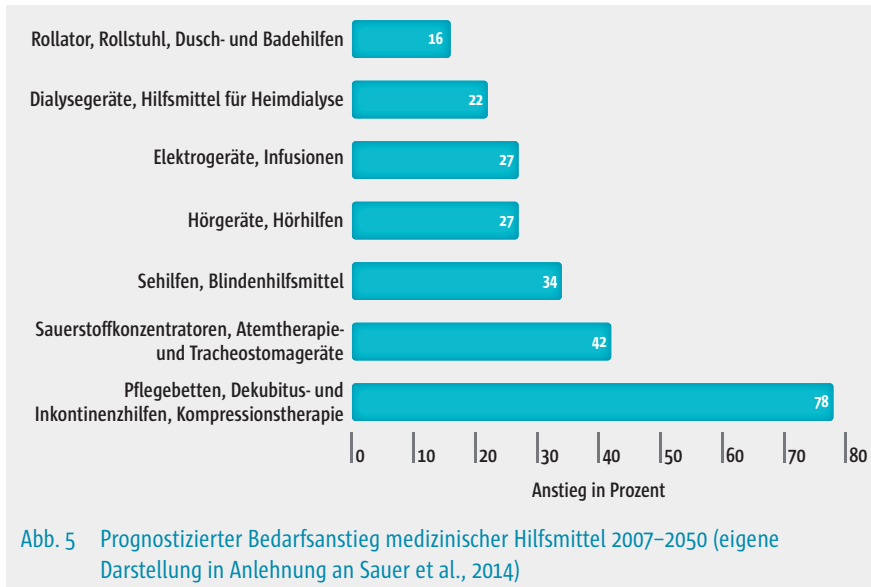
Die zunehmende Bedeutung von Homecare spiegelt sich auch im wachsenden Marktvolumen wider, das im Jahr 2013 weltweit bei circa 225 Milliarden US Dollar lag. Laut Schätzungen wird das Marktvolumen bis 2016 auf 295 Milliarden US Dollar ansteigen. Der EU-Markt für Homecare hatte im Jahr 2013 ein Volumen von 50 Milliarden US Dollar. Dies macht die EU zum zweitgrößten Markt mit einem Anteil von 23%. Dabei zählen vor allem Deutschland, Frankreich und Großbritannien zu den Ländern mit dem größten Homecare-Markt in der EU (ConAlliance, 2014).

In Deutschland wird der Homecare-Markt auf rund 2,5 Milliarden Euro (Erstattungspreise) geschätzt und nach Prognosen in den nächsten Jahren voraussichtlich um 3 bis 5% wachsen (Summary Seven, 2014). Den größten Anteil am Marktvolumen hat die Wundversorgung mit 31%, gefolgt von der enteralen Ernährung mit 16% (vgl. Abbildung 3).



Die Ausgabenanteile von Hilfsmitteln an den Gesamtausgaben der GKV bestätigen den Aufwärtstrend der Homecare-Branche. Zwar sind die Ausgabenanteile von Hilfsmitteln an den Gesamtausgaben mit knapp 4% relativ gering, so wachsen sie jedoch beständig. Im Jahr 2013 stiegen die Leistungsausgaben für Hilfsmittel auf 6,8 Milliarden Euro, was einem Zuwachs von mehr als 5% gegenüber dem Vorjahr entspricht. Bereits nach den ersten drei Quartalen 2014 zeigte sich erneut eine Erhöhung um 9,3% (BVMed, 2015). Seit 2007 ist ein Ausgabenanstieg von über 23% für Hilfsmittel (inklusive Hilfsmittel aus Apotheken) zu verzeichnen (vgl. Abbildung 4). Pro GKV-Versichertem gab die





GKV im Jahr 2013 97 Euro für Hilfsmittel (gegenüber knapp 93 Euro im Jahr 2012) aus (Rothgang et al., 2014; Sauer et al., 2014).

Durch treibende Faktoren wie insbesondere den erwarteten demografischen Entwicklungen, dem sich verändernden Morbiditätsspektrum sowie dem medizinisch-technischen Fortschritt wird auch in der GKV mit einem weiter steigenden Bedarf an Hilfsmitteln gerechnet – bei Zuwachsraten mit bis zu 78% (vgl. Abbildung 5).

Das künftige Wachstum ist so betrachtet jedoch in erheblichem Umfang von der Entwicklung der Erstattungspreise abhängig (Sauer et al., 2014). Gemäß Branchenprognosen wird der Versorgungsbereich der enteralen Ernährung – geprägt von Mengenausweitungen und Preisreduktionen – durchschnittlich um 4% jährlich sinken. Hingegen wird dem Bereich der Wundversorgung ein großes Wachstumspotential zugeschrieben, da die Erstattungspreise der Kassen für moderne Wundversorgungsprodukte kontinuierlich steigen und noch etwa zwei Drittel der Patienten klassisch versorgt werden (Summary Seven, 2014).

1.4.2 Wachstumstreibende Faktoren

Veränderung des Alters- und Krankheitsspektrums

Ein langes Leben wird immer häufiger zur gesellschaftlichen Realität. Während im Jahr 2012 noch circa 20,5 Millionen Menschen in Deutschland über