

Patientensteuerung im Stomabereich durch Krankenkassen seit Einführung GKV-WSG

Norbert Schütze
noma^omed

• • • •

Versorgungsstruktur durch Homecare- Unternehmen

- **Stomaversorgung ist ein sehr sensibles und beratungsintensives Thema für alle Betroffenen.**
- **Bereits in der Klinik werden Homecare-Unternehmen eingeschaltet, um Betroffene anzuleiten und auf die Entlassung vorzubereiten**
- **Homecare-Unternehmen verbinden alle an der Versorgung beteiligten Bereiche miteinander (Klinik, Hausarzt, Pflege)**
- **Der hohe Beratungsstandard und die ständige Begleitung bei der Versorgung verbindet Patient und Versorger miteinander.**
- **Der Patient entscheidet selbst, welche Dienstleistung er in Anspruch nehmen will und von welchem Unternehmen er versorgt werden möchte.**

• • • •

Neuregelung durch GKV-WSG

- Durch GKV-WSG sind Krankenkassen angehalten, die einzelnen Produktgruppen auszuschreiben oder Verträge mit Leistungserbringern zu schließen.
- Ab 2009 sind nur noch Unternehmen zur Abgabe von Hilfsmitteln berechtigt, die einen Vertrag mit den Krankenkassen haben oder ausschließlich nur der Ausschreibungsgewinner.
- Alle anderen Leistungserbringer sind nicht mehr versorgungsberechtigt.
- In den Verträgen sollen die Dienstleistung, die Versorgung mit Hilfsmitteln und der Preis geregelt werden.

....

Neuregelung durch GKV-WSG

- Für den Leistungserbringer bedeutet dies, mit ca. 250 Krankenkassen für die verschiedenen Bereiche Verträge zu schließen.
- Dass die Krankenkassen mit allen Versorgern Verträge schließen wollen, ist nicht zu erwarten. Es kommt zwangsläufig zum Ausschluss von einigen Leistungserbringern.

**Der Versicherte darf in Zukunft
nicht mehr selbst das Unternehmen
seines Vertrauens wählen.**

....

Vorgehensweise der KK am Beispiel der HEK

- Patienten sollen im Stomabereich durch Fallpauschalen mit Hilfsmitteln versorgt werden.
- Die Verträge der HEK zielen ausschließlich auf einen niedrigen Preis ab. Die Qualität und die Dienstleistung bei der Versorgung spielt keine Rolle.
- Dabei versucht die HEK rigoros ihre Versicherten an den vermeintlich billigsten Leistungserbringer umzuleiten.
- Versicherte werden durch persönliche Anrufe und Briefe massiv unter Druck gesetzt.

• • • •

Vorgehensweise der KK am Beispiel der HEK

- Patienten wird gedroht, die Mehrkosten der Hilfsmittel selbst zu tragen, wenn er nicht den Versorger wechselt.
- Dies geschieht so lange, bis der Versicherte so verunsichert ist, dass er nachgibt.
- Das Wahlrecht des Patienten wird dabei völlig missachtet. Stattdessen wird für den Vertragspartner ein Termin mit dem Versicherten vereinbart.

• • • •

Fazit bei der Vorgehensweise der HEK

- Die sinnvollen Strukturen bei der Versorgung von Betroffenen werden zerstört.
- Eine frühe Anleitung und die rechtzeitige Versorgung mit Hilfsmitteln ist nicht mehr gewährleistet.
- Der Betroffene muss mit dem zufrieden sein, was der vorgeschriebene Vertragspartner anbietet.
- Der Versicherte hat keine Wahlmöglichkeit mehr.

• • • •

Fazit bei der Vorgehensweise der HEK

- Die Versicherten, die verschiedene Hilfsmittel benötigen, müssen sich auf unterschiedliche Versorger einstellen.
- Der Betroffene kann unter Umständen sein favorisiertes Hilfsmittel nicht mehr selbst bestimmen.

**Durch den niedrigen Vertragspreis
wird zwangsläufig die Qualität
der Versorgung sinken.**

• • • •

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!!!**

.....