



# Zielbild der Hilfsmittel – Leistungserbringer in der respiratorischen Heimtherapie

Das folgende Zielbild wurde im Auftrag der SPECTARIS-Fachgruppe  
„Respiratorische Heimtherapie“ erarbeitet.

*SPECTARIS ist der Deutsche Industrieverband für Optik, Photonik, Analysen- und Medizintechnik mit Sitz in Berlin. Der Verband vertritt rd. 400 überwiegend mittelständisch geprägte, deutsche Unternehmen.*

*Der Fachverband Medizintechnik im Deutschen Industrieverband SPECTARIS vertritt rund 130 vorwiegend mittelständische Mitgliedsunternehmen. Diese sind innovative Hersteller von Medizinprodukten und Medizintechnik sowie qualitätsorientierte nicht-ärztliche Leistungserbringer aus dem Bereich der respiratorischen Heimtherapie.*

*In der Fachgruppe Respiratorische Heimtherapie sind sowohl Hersteller als auch Leistungserbringer aus dem Versorgungsbereich der respiratorischen Heimtherapie organisiert. Die Mitglieder der Fachgruppe RHT decken ca. 80 Prozent des deutschen Marktes in diesem Versorgungsbereich ab.*

## HERAUSGEBER

SPECTARIS e. V. – Deutscher Industrieverband  
für Optik, Photonik, Analysen- und Medizintechnik  
Werderscher Markt 15  
10117 Berlin  
[www.spectaris.de](http://www.spectaris.de)

## REDAKTION UND KONTAKT

Marcus Kuhlmann  
Leiter Fachverband Medizintechnik  
Tel.: 030 – 41 40 21 17  
[kuhlmann@spectaris.de](mailto:kuhlmann@spectaris.de)

APRIL 2022

# Homecare-Provider in der respiratorischen Heimtherapie sind unerlässliche Partner in der Versorgung von Menschen mit Atemwegserkrankungen

**A**temwegserkrankungen gehören neben Knochen- und Gelenkerkrankungen sowie Diabetes zu den häufigsten chronischen Krankheiten in Deutschland.

So leiden schätzungsweise insgesamt rund 4 Millionen Menschen hierzulande unter einem Schlafapnoe-Syndrom (Atemaussetzer im Schlaf), wovon allerdings nur etwa 1 Million Patienten<sup>1</sup> in Behandlung sind bzw. eine Schlafapnoe-Therapie durchführen.<sup>2</sup>

Darüber hinaus leiden in Deutschland schätzungsweise etwa 450.000 Menschen so schwer unter Atemwegserkrankungen, dass sie außerklinisch mit medizinischem Sauerstoff (ca. 365.000 Patienten) versorgt oder beatmet (ca. 85.000 Patienten<sup>3</sup>) werden müssen.<sup>3</sup>

Im Unterschied zur Volkskrankheit Diabetes finden Atemwegserkrankungen in der öffentlichen Diskussion bislang jedoch kaum statt. Weitestgehend unbekannt ist zum Beispiel die Tatsache, dass ein Großteil der Patienten mit respiratorischer Insuffizienz nicht im Krankenhaus, sondern zu Hause leben kann und dort von sogenannten Homecare-Providern bzw. nicht-ärztlichen Leistungserbringern versorgt werden.

Im Zuge der zunehmenden Verlagerung von Versorgungsleistungen vom stationären in den ambulanten Sektor ist davon auszugehen, dass die Zahl der außerklinisch versorgten Patienten in den nächsten Jahren deutlich zunehmen wird. Damit wird auch die Bedeutung der Homecare-Provider in der Gesundheitsversorgung weiter wachsen. Die Homecare-Provider spielen dabei eine wichtige Rolle neben weiteren Hilfsmittelversorgern, den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, der Pflege und den therapeutischen Berufen.

Um die Sichtbarkeit der Homecare-Provider und die Anerkennung der von ihnen erbrachten Leistungen im gesundheitlichen Versorgungsprozess zu erhöhen, wurde das vorliegende Zielbild entwickelt.

<sup>1</sup> Der Begriff „Patienten“ wird hier grundsätzlich genderneutral und im Plural verwendet.

<sup>2</sup> Quelle: <https://deusthestiftungschlaf.org/gesunder-schlaf/wann-schlaf-krank-macht/schlafapnoe/>

<sup>3</sup> Quelle: SPECTARIS

## Krankheitsbilder und Therapiebereiche der respiratorischen Heimtherapie

Atemwegserkrankungen sind nicht nur Ursache für chronisches Leiden, sondern zugleich die dritthäufigste Todesursache in Deutschland: Mehr als 12 Prozent aller Sterbefälle gehen auf respiratorische Erkrankungen zurück. Gemäß Schätzungen des Robert-Koch-Instituts (RKI) belaufen sich die durch Atemwegserkrankungen verursachten Kosten auf jährlich mehr als 15 Milliarden Euro.<sup>4</sup>

Es ist davon auszugehen, dass im Zuge des Long-Covid-Syndroms, von dem schätzungsweise rund 10 Prozent aller Covid-Erkrankten betroffen sind, in Zukunft auch die Zahl derjenigen Patienten zunehmen wird, die unter chronischer Atemnot, Fatigue-Syndrom, Schlafstörungen sowie eingeschränkter körperlicher oder geistiger Leistungsfähigkeit leiden und von denen einige auch auf respiratorische Therapien zu Hause angewiesen sein könnten.<sup>5</sup>

Atemwegserkrankungen liegen diverse Krankheitsbilder zugrunde, von chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) über Asthma bis hin zu akuten Atemwegsinfektionen und obstruktiver Schlafapnoe. Besonders verbreitet ist dabei die vor allem durch das Rauchen verursachte Lungenkrankheit COPD, unter der alleine in Deutschland 3,4 Millionen Menschen leiden. Dies entspricht einer Prävalenz von 7,1 Prozent in der Bevölkerungsgruppe der über 40jährigen.<sup>6</sup> In fortgeschrittenen Stadien von COPD treten oft plötzliche Verschlechterungen des Gesundheitszustands, sog. Exazerbationen auf, die zu akuter Atemnot und

<sup>4</sup> Vgl. RKI (Hrsg.), Journal of Health Monitoring, 03/2017; [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloads/J/Journal-of-Health-Monitoring\\_03\\_2017\\_Gesundheitliche\\_Lage\\_2.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloads/J/Journal-of-Health-Monitoring_03_2017_Gesundheitliche_Lage_2.pdf?__blob=publicationFile): Man beachte, dass sich das RKI bei dieser Angabe auf Zahlen aus dem Jahr 2008 stützt, weshalb davon auszugehen ist, dass die Kosten inzwischen deutlich höher liegen dürften.

<sup>5</sup> Vgl. S1-Leitlinie Post-COVID/Long-COVID (Stand 12.07.2021), publiziert bei AWMF Online: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/020-027I\\_S1\\_Post\\_COVID\\_Long\\_COVID\\_2021-07.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-027I_S1_Post_COVID_Long_COVID_2021-07.pdf); außerdem: <https://www.pharma-fakten.de/news/details/1101-long-covid-hat-ein-sehr-gutes-rueckbildungspotenzial/>

<sup>6</sup> Vgl. Gesundheitsatlas COPD des Wissenschaftlichen Instituts der AOK, veröffentlicht am 31.5.2021 (<https://www.wido.de/news-events/aktuelles/2021/gesundheitsatlas-copd/>)

chronisch-respiratorischer Insuffizienz führen können.<sup>7</sup>

In Deutschland sterben jedes Jahr rund 25.000 Menschen an COPD. COPD ist damit weltweit eine der drei häufigsten Todesursachen. Unter den zehn häufigsten, zum Tod führenden Krankheiten ist sie die einzige, deren Häufigkeit zunimmt.<sup>8</sup>

Da diese chronisch-kranken Atemwegs-Patienten häufig auch medizintechnische Hilfsmittel für ihre Therapie benötigen, werden sie durch die nicht-ärztlichen Leistungserbringer, die sogenannten Homecare-Provider, in ihrer häuslichen Umgebung versorgt. Homecare-Provider begleiten die Therapie im Alltag der Patienten über den gesamten Verlauf ihrer Erkrankung hinweg.

» **Die respiratorische Heimtherapie umfasst dabei folgende Therapiebereiche:**

**Langzeit-Sauerstofftherapie:** 80 Prozent der Patienten, die mit einer Sauerstoff-Langzeittherapie behandelt werden, leiden unter COPD. Die **High-Flow-Sauerstoff-Therapie**, kurz **HFOT**, ist eine nicht-invasive Form der Atmungsunterstützung für Patienten mit hypoxämischer respiratorischer Insuffizienz. Dabei wird ein Sauerstoff-Gasgemisch über eine spezielle, dafür vorgesehene Nasensonde oder Maske mit einem Gasfluss (Flow) von mehr als 15 Liter/min appliziert.

Die **außerklinische Beatmung** ist vor allem bei chronischen Atemwegserkrankungen erforderlich, wie zum Beispiel bei COPD, Obesitas Hypoventilationssyndrom, neuromuskulären Erkrankungen sowie Thoraxdeformitäten, die zu einer Schädigung des Lungengewebes oder einer Überbeanspruchung der Atemmuskulatur und in der Folge zu einer ventilatorischen Insuffizienz führen. Durch die außerklinische Beatmung wird eine Verbesserung der Symptomatik, der Lebensqualität und – je nach Krankheitsbild – auch eine erhebliche Lebensverlängerung erreicht.

Die **obstruktive Schlafapnoe (OSA)** ist eine schlafbezogene Atmungsstörung, bei der es durch plötzliche kurzzeitige partielle oder komplette Verschlüsse der oberen Atemwege zu Einschränkungen oder zum Stillstand des Atemflusses kommt. Diese Atempausen können mehrere hundert Mal pro Nacht auftreten und bis zu Minuten andauern. Durch den Kollaps im Bereich der oberen Atemwege kommt es zu einem Abfall der Sauerstoffkonzentration im Blut und einer Minderversorgung der Organe. Die wirksamste Behandlung einer schweren Schlafapnoe ist die sogenannte CPAP-Therapie (Continuous Positive Airway Pressure). Bei dieser Behandlung wird nachts mit einem leichten Überdruck Raumluft in die Atemwege gepumpt, die sogenannte pneumatische Schienung. Die Betroffenen tragen während des Schlafs eine Therapiemaske, die an ein Therapiegerät angeschlossen ist. Der leichte Über-

<sup>7</sup> Vgl. IQWiG-Berichte Nr. 1125, High-Flow-Therapie zur Selbstanwendung bei fortgeschrittener chronisch obstruktiver Lungenerkrankung oder chronischer respiratorischer Insuffizienz Typ 1

<sup>8</sup> Quelle: WHO; [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))

druck hält die oberen Atemwege offen. Wer das Gerät nutzt, hat keine oder nur noch wenige Atemaussetzer.

## Teil I: Rolle und Leistungen der Homecare-Leistungserbringer in der respiratorischen Heimtherapie

### 1 . Homecare-Leistungserbringer leisten einen zentralen Beitrag zur Versorgung von Patienten mit chronisch respiratorischen Erkrankungen

Die Hilfsmittel-Leistungserbringer sind eine zentrale Säule der ambulanten Versorgung. Sie leisten einen immensen Beitrag zur flächendeckenden und wohnortnahen Gesundheitsversorgung sowie zur Entlastung der stationären Versorgung, etwa indem sie Hospitalisierungen verhindern und eine zügige und funktionierende Entlassung aus dem stationären Bereich gewährleisten.

Von herausragender Bedeutung innerhalb des Homecare-Sektors ist die respiratorische Heimtherapie: Darunter verstehen wir vor allem die außerklinische Beatmung sowie die Versorgung mit Sauerstoff- und Schlafapnoe-Therapiegeräten.

Es sind die nicht-ärztlichen Leistungserbringer, die die Dienstleistung rund um diese Medizinprodukte zu den Patienten nach Hause bringen und in Abstimmung mit allen an der Betreuung des Patienten beteiligten Berufsgruppen (wie Pflegefachkräfte, Atmungs- und Physiotherapeuten, Logopäden etc.) die Therapie begleiten.

Während die Pflegefachkräfte in der Beatmungspflege u. a. die Versorgung eines Luftröhrenschnitts, das Wechseln von Trachealkanülen, das Absaugen von Sekret sowie die Überprüfung von Blutgaswerten übernehmen, erbringen die Homecare-Provider im Rahmen der respiratorischen Heimtherapie ein breites Spektrum von therapiebegleitenden nicht-ärztlichen Leistungen, die über die unmittelbar gerätebezogenen Leistungen weit hinausgehen.

**Obwohl der Personalaufwand in der respiratorischen Heimtherapie im Vergleich zur Anzahl der Beschäftigten in der ambulanten Pflege nur rund 2 Prozent beträgt, leistet die ambulante Versorgung durch die Homecare-Leistungserbringer einen großen Beitrag zur Entlastung der Krankenhäuser und – nicht zuletzt in finanzieller Hinsicht – der Krankenversicherungen.**

Ohne die Betreuung durch ein Homecare-Unternehmen mit qualifiziertem Personal, das sich um alle benötigten Medizinprodukte und -technik kümmert, Angehörige, Patienten und Pflegepersonal in deren Umgang schult und alle Beteiligten koordiniert, müssten viele Patienten, die zu Hause mit Sauerstoff oder intensiv beatmet versorgt werden, dauerhaft im Krankenhaus verweilen. Dies würde für die Patienten weniger Mobilität, fehlende gesellschaftliche Teilhabe und für das Gesundheitssystem einen enormen zusätzlichen Kostenaufwand bedeuten.

Mit einer qualitativ hochwertigen Homecare-Versorgung hingegen kann die im Krankenhaus eingeleitete Therapie im häuslichen Umfeld und in familiärer Atmosphäre unter Berücksichtigung und Integration der ggf. auch beteiligten Pflegefachkräfte fortgesetzt werden. Dies bedeutet für Betroffene und deren Angehörige eine große emotionale und organisatorische Erleichterung und schafft Perspektiven für mehr Lebensqualität.

Um eine reibungslose und sichere Entlassung in die Häuslichkeit zu gewährleisten, müssen alle am Versorgungsprozess beteiligten Akteure (Krankenversicherungen, Intensiv-Pflegekräfte, niedergelassene Fachärzte, Physio-, Ergo- oder Atmungstherapeuten und Logopäden) rechtzeitig vor Entlassung aus der Klinik in das durch das Krankenhaus koordinierte Entlassmanagement eingebunden werden. Diese Koordination findet häufig in enger Abstimmung mit dem Homecare-Provider statt. Dies ist jedoch nur ein erster Schritt.

Im Einzelnen umfassen die Leistungen, die die Homecare-Provider während der lebenslang erforderlichen Therapie erbringen, insbesondere die im Kasten dargestellten Tätigkeiten:

- » Erprobung des ausgewählten Therapie-Geräts sowie Therapieeinleitung und -einstellung (noch während des stationären Aufenthalts) nach ärztlicher Verordnung
- » Koordination mit den jeweils behandelnden Ärzten und ambulanten Pflegefachkräften bezüglich des Therapieverlaufs
- » Aufstellung und Adaption der Therapiegeräte am finalen Wohnort des Patienten
- » Einweisung und Schulung des Patienten, der Angehörigen und der Pflegefachkräfte in Handhabung und Pflege von Therapiegeräten, Zubehör und Verbrauchsmaterialien
- » Regelmäßige Hausbesuche inkl. deren Dokumentation
- » Weitere erforderliche Dienstleistungen wie zum Beispiel das Nachfüllen des Sauerstoffs, die herstellerseitig und vertraglich geforderten regelmäßigen Wartungen und sicherheitstechnischen Kontrollen der Geräte
- » Erfassung der Gerätedaten und Dokumentation aller für die Versorgung des Versicherten unmittelbar notwendigen Daten
- » Vorhaltung einer telefonischen Hotline für Fragestellungen von Patienten
- » Vorhaltung eines technischen Notdienstes (24/7)
- » Reparaturen von Medizinprodukten gemäß Herstellerangaben entweder vor Ort oder mit Überlassung eines baugleichen Leihgerätes zur reibungslosen Weiterführung der Therapie in einer entsprechend ausgerüsteten Werkstatt

Wenn man den finanziellen Aufwand der oben genannten Versorgungsleistungen mit dem Aufwand für das eingesetzte Hilfsmittel und Zubehör ins Verhältnis setzt, so übersteigt je nach Versorgungsbereich der Dienstleistungsanteil den Materialwert

deutlich. In den aktuellen Versorgungsverträgen zwischen Krankenversicherungen und Leistungserbringern wird allerdings der wesentlich größere Kostenblock „Dienstleistungen“ bislang nur unzureichend berücksichtigt. **Mit anderen Worten: Ein wesentlicher Teil der von den Homecare-Providern de facto erbrachten Leistungen wird – im Unterschied zu den fachärztlichen und stationären Versorgungsleistungen – im deutschen Gesundheits- und Erstattungssystem bislang nicht sichtbar und findet auch in den Verträgen mit den Kostenträgern kaum oder keine Berücksichtigung.**

Auch die erheblichen Steigerungen bei Energiekosten und Einkaufspreisen, u. a. aufgrund steigender Rohstoffpreise, werden bislang nicht in den Verträgen mit den Kostenträgern berücksichtigt (so sind z. B. mobile Sauerstoffkonzentratoren bis zu 20 Prozent teurer geworden, Flüssigsauerstoff sogar bis zu 40 Prozent).

Dies ist umso unverständlicher, als Leistungserbringer der respiratorischen Heimtherapie ausnahmslos fachlich qualifiziertes Personal einsetzen, u. a. Pflegefachkräfte (ggf. mit Intensivzusatzausbildung), Atmungstherapeuten sowie – für die Wartung und Reparatur von Hilfsmitteln – geschulte Servicetechniker. Neben ggf. eingebundenen Pflegefachkräften, die die pflegerische Betreuung der Patienten übernehmen, ist die Fachexpertise der Leistungserbringer unverzichtbar. Für die optimale Versorgung von invasiv und nicht-invasiv beatmeten Personen ist umfangreiches Wissen über die Zusammenhänge von Atmungsregulation, Atemmechanik, Gasaustausch, Atempumpe und über die gegenseitige Beeinflussung von respiratorischer Funktion und anderen Organfunktionen erforderlich, um einen optimalen Therapieerfolg zu erzielen.

Das Qualifikationsniveau des Fachpersonals sowie die oben beschriebenen Dienstleistungen sind daher eine wesentliche Voraussetzung für die hohe Versorgungsqualität im Bereich der respiratorischen Heimtherapie.

## 2. Die respiratorische Heimtherapie – Schlüssel zu mehr Lebensqualität der Patienten

In ihrer täglichen Arbeit tragen die Homecare-Provider der respiratorischen Heimtherapie neben dem ambulanten Pflegepersonal wesentlich zur Entlastung der Krankenhäuser bei, insbesondere in akuten Notsituationen wie der aktuellen Corona-Pandemie. So ist davon auszugehen, dass von den rund 85.000 außerklinisch beatmeten Patienten in Deutschland mindestens ein Drittel abhängig beatmet wird. Diese rund 28.000 Patienten müssten – wenn nicht außerklinisch beatmet – auf der Intensivstation beatmet werden. **Im Klartext heißt das: Die Zahl der Beatmungsplätze auf Intensivstationen müsste mehr als verdoppelt werden, wenn die ambulanten Beatmungsmöglichkeiten nicht vorhanden wären.**

Vor allem aber leistet die respiratorische Heimtherapie einen zentralen Beitrag für das Patientenwohl: So ermöglicht z. B. die ambulante Sauerstoff-Langzeittherapie nicht nur eine Verdoppelung der Überlebensrate, wie bereits durch ältere Studien



nachgewiesen werden konnte<sup>9</sup>, sondern erhöht auch signifikant die Lebensqualität der Patienten: Patientenbefragungen, die von SPECTARIS-Mitgliedsunternehmen durchgeführt wurden, zeigen deutlich, dass die Sauerstoff-Langzeittherapie den Patienten ein signifikant höheres Maß an Mobilität, Selbstständigkeit und sozialer Teilhabe ermöglicht – und ihnen darüber hinaus die große Sorge nimmt, als Notfall in ein Krankenhaus eingewiesen zu werden und die Therapie nicht in den eigenen vier Wänden fortsetzen zu können.

Vor diesem Hintergrund begrüßen wir die Absicht der neuen Bundesregierung, das Intensiv- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPREG) dahingehend zu überprüfen, dass die freie Wahl des Wohnorts für Patienten, die zu Hause intensivpflegerisch versorgt werden möchten, auch in Zukunft erhalten bleibt.<sup>10</sup> Die aktuell im IPREG geplante einseitige Streichung des Eigenanteils (von 3.000 Euro pro Monat) für stationäre Pflegeeinrichtungen ist nicht zuletzt deshalb auch kritisch zu bewerten, da dadurch die ambulante und stationäre Versorgung nicht länger gleich gestellt sind und die Wahlfreiheit der Betroffenen und ihrer Angehörigen ggfs. zu Lasten der ambulanten Versorgung und dem weiteren Verbleib in der Häuslichkeit ausgehebelt wird.



<sup>9</sup> Vgl. hierzu u. a. : Medical Research Council. Long-term domiciliary oxygen therapy in chronic cor pulmonale complicating chronic bronchitis and emphysema. Lancet 1981; 1:681-85; Obwohl bereits vor mehreren Jahrzehnten veröffentlicht, sind die Befunde dieser Studie nach wie vor valide und genügen den heutigen Evidenzstandard.

<sup>10</sup> Vgl. Koalitionsvertrag der Ampelkoalition: [https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag\\_2021-2025.pdf](https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf), S. 81

## Teil II: Blick in die Zukunft

### Die Zukunft der respiratorischen Heimtherapie: Vernetzt, individuell, sektorenübergreifend – zum Wohle der Patienten

Wie wird sich die respiratorische Heimtherapie in den nächsten Jahren weiterentwickeln? Und was wird sich aus Sicht der Patienten konkret verändern?

Wagen wir einen **Blick in die Zukunft** – ins Jahr 2026 – und versuchen uns vorzustellen, was bis dahin technologisch möglich ist und welche Chancen für Patienten und das Gesundheitssystem daraus erwachsen.

In Zukunft werden

- » Telemedizin und E-Health Standard in der ambulanten Versorgung sein
- » Patienten mehr und stärker mit- und selbstbestimmen können
- » eine sektorübergreifende Vernetzung und individuelle Behandlungspfade die Regel sein

#### » Telemedizin und E-Health sind Standard in der ambulanten Versorgung

Mit Hilfe telemedizinischer Anwendungen kann ein großer Teil der Diagnose- und Therapieleistungen, die bislang manuell oder analog erfolgten, inzwischen bequem orts- und zeitunabhängig digital und online vollzogen werden: So ermöglichen online-gestützte Ferndiagnosen und Telekonsultationen eine frühzeitige und schnellere Diagnostik, bieten unterstützendes Therapiemanagement und ersparen lange Wartezeiten beim Facharzt. Die Patienten werden darüber hinaus proaktiv und frühzeitig kontaktiert, noch bevor er oder sie selbst ein Problem verspürt. Im Falle eines technischen Problems ermöglicht der virtuelle Zugriff auf das Gerät außerdem eine schnelle Fehlerdiagnostik und kann dadurch unnötige Notdienste oder Krankenhauseinweisungen vermeiden.

Online- und cloudfähige medizintechnische Hilfsmittel ergänzen dabei die Videosprechstunden: Bei der Fernbetreuung von chronisch kranken Patienten kann eine automatisierte Therapiedatenabfrage, beispielsweise zu Nutzungsintensität des Therapiegeräts, die Bewertung des Patientenzustands und die Therapieempfehlung maßgeblich unterstützen. Dies wirkt sich unmittelbar auf den Therapieerfolg aus: Zahlreiche Studien belegen, dass Patienten mit chronischen Erkrankungen, die telemonitorisch oder telemedizinisch begleitet werden, seltener die Therapie abbrechen bzw. diese effektiver nutzen. Beispiel Schlafapnoe: Schätzungsweise ca. 15 Prozent der Patienten in Deutschland brechen die Therapie nach 6, spätestens nach 12 Monaten ab – nach einer häufig kostenintensiven Diagnosephase (Schlaflabor, Therapieeinstellung etc.) zu Beginn. Eine telemonitorisch begleitete (proaktive) Betreuung durch den medizintechnischen Hilfsmittel-Leistungserbringer kann dagegen die Abbruchraten auf unter 10 Prozent senken – und damit den

Therapieerfolg nachhaltig erhöhen. Die dadurch ermöglichten Kosteneinsparungen sind erheblich: McKinsey bezifferte in einer Studie (2018) das Einsparungspotential, das alleine durch höhere Therapietreue entsteht, auf 3,3 Mrd. Euro!<sup>11</sup>

Im Falle von schlafbezogenen Atmungsstörungen ist zudem klar belegt, dass Komorbiditäten wie Herz-Kreislaufkrankungen stark reduziert werden und sich die Lebensqualität der Betroffenen deutlich verbessert. Begleitaspekte wie reduzierte Unfallrisiken im Straßenverkehr oder am Arbeitsplatz gehen damit einher.<sup>12</sup> Die effektive und frühzeitige Therapie der obstruktiven Schlafapnoe wirkt damit kostendämpfend auf das Gesundheitssystem, während eine Nichtbehandlung zu einer weiteren Kostensteigerung führt.<sup>13</sup>

#### » Stärkere Selbstbestimmung der Patienten

Die elektronische Patientenakte (ePA) ist im Jahr 2026 flächendeckend Standard in Deutschland. Die Selbstbestimmung der Patienten wird dadurch deutlich gestärkt: Jeder Versicherte kann nicht nur frei entscheiden, welche Daten in seiner ePA gespeichert werden und wer darauf zugreifen darf. Digitale Tools wie Wearables sorgen dafür, dass die Versicherten ihren Gesundheitszustand und Therapieverlauf selbst verfolgen und im Bedarfsfall schnell mit ihrem Leistungserbringer verbunden werden können.<sup>14</sup>

Mehr noch: Die Versicherten werden im Rahmen der digitalen Verordnung frühzeitig in die Wahl des Hilfsmittel-Leistungserbringers eingebunden – so können sie sich selbst ein Bild über verschiedene Versorgungsangebote und Therapielösungen machen und werden in die Lage versetzt, gemeinsam mit ihren Fachärztinnen und -ärzten informierte Entscheidungen etwa zu geeigneten Homecare-Providern und angemessenen Therapieangeboten zu treffen.

Da auch die Interoperabilität von gesundheitsrelevanten Daten inzwischen Realität ist, können die Versicherten ganz nach ihren Wünschen Daten mit unterschiedlichen Leistungserbrin-

<sup>11</sup> Vgl. dazu das Spectaris-Positionspapier „Digitalisierung in der Hilfsmittelversorgung – Chancen und Barrieren“, März 2021

<sup>12</sup> Vgl. McKinsey&Company, The price of fatigue: the surprising economic costs of unmanaged sleep apnea. [https://sleep.med.harvard.edu/file\\_download/100](https://sleep.med.harvard.edu/file_download/100) 2010. Ein Literatur-Review ergab, dass etwa Berufskraftfahrer mit Schlafapnoe im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ein um bis zu 300 Prozent höheres Risiko für Verkehrsunfälle aufwiesen (vgl. Obstructive Sleep Apnoea Working Group, New Standards and Guidelines for Drivers with Obstructive Sleep Apnoea syndrome. 2013)

<sup>13</sup> Vgl. S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen – Kapitel „Schlagbezogene Atmungsstörungen“, Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin, S.101ff

<sup>14</sup> Vgl. hierzu auch: Jan Benedikt Brönneke u. a., Digitalisierte Gesundheitsversorgung im Jahr 2030 – ein mögliches Szenario“, <https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-021-03416-8>;

gern austauschen, unabhängig von der von ihnen genutzten IT-Infrastruktur.

Mit der Mit- und Selbstbestimmung einher geht auch ein größerer Komfort für die Versicherten: Die Patienten können sich inzwischen das E-Rezept per App direkt auf dem Smartphone anzeigen lassen; auch Überweisungen zum Facharzt werden nun direkt und schnell auf elektronischem Weg übermittelt und verkürzen Terminvereinbarungen und Wartezeiten beim Facharzt.

#### » Sektorenübergreifende Vernetzung und individuelle Behandlungspfade

Onlinefähige Hilfsmittel sind im Jahr 2026 vollständig in die Telematikinfrastruktur integriert und Teil der ePA. Damit ist nun der Weg frei für eine sektorenübergreifende Vernetzung aller stationären und ambulanten Akteure. Alle Gesundheitsdaten, die für die respiratorische Therapie der Patienten benötigt werden, stehen damit allen ärztlichen- und nicht-ärztlichen Fachkräften in Echtzeit zur Verfügung.

Cloud-basierte Lösungen erlauben eine umfassende, dezentrale und sichere Speicherung und Verarbeitung von hochwertigen, bereinigten und anonymisierten Datensätzen und bilden eine zuverlässige Basis für innovative Technologien wie KI.

Und auch auf Seiten der Kostenträger haben sich die Strukturen und Prozesse weiter entwickelt: Versicherte und ihr Therapiebedarf werden nun ganzheitlich betrachtet. Die Fachabteilungen wurden inzwischen abgeschafft; was nun zählt, ist allein der Therapie-Mehrwert/-erfolg für die Versicherten und die Kosteneffizienz über den gesamten Therapieverlauf hinweg. Alle Akteure sind sich nunmehr einig darin, dass die Digitalisierung es ermöglicht, hohe Versorgungsqualität mit Kosteneffizienz – zum Wohle der Patienten – zu kombinieren.

Inzwischen sind die Sektorengrenzen insofern überwunden, als Anreize zur verstärkten Zusammenarbeit der Akteure auf Basis von patientenindividuellen, outcome-basierten<sup>15</sup> Vergütungsmodellen geschaffen wurden.<sup>16</sup> Diese stellen im Vergleich zu den herkömmlichen Fallpauschalen und individuell abrechenbaren Leistungen einen Großteil der Vergütung dar.

Die Basis hierfür bildet die bessere Bewertung von „Outcomes“, also des konkreten Therapieerfolgs aus Sicht der Patienten. In diesem Zuge haben insbesondere die gesteigerte Gesundheitskompetenz, die Therapietreue (Adhärenz) und leitlinientreue Versorgung als zentrale Erfolgsfaktoren deutlich an Bedeutung gewonnen.

<sup>15</sup> Man unterscheidet in diesem Zusammenhang zwischen patientenrelevanten Ergebnissen, den sogenannten PREMs, die die Zufriedenheit der Patienten bezüglich der Dienstleistung und des Prozessablaufs messen, und den PROMs, die den Therapieerfolg messen (z. B. Überlebensrate, Genesungsniveau- und dauer, langfristige Konsequenzen der Behandlung)

<sup>16</sup> Vgl. Brönneke

## Teil III: Zielbild & politische Empfehlungen

### 1. Zielbild der Hilfsmittel-Leistungserbringer in der respiratorischen Heimtherapie

Basierend auf diesem Zukunfts-Szenario haben die Unterzeichner dieses Zielbild für die Hilfsmittel-Leistungserbringer in der respiratorischen Heimtherapie formuliert:

» Für uns stehen die Patienten und ihr Therapieerfolg im Mittelpunkt unserer Leistungen. Unser Anspruch als Homecare-Leistungserbringer der respiratorischen Heimtherapie ist es, in Zusammenarbeit mit Patientenorganisationen, Verordnern, ggfs. Pflegefachkräften und Kostenträgern eine bedarfsgerechte Versorgung von chronisch kranken Patienten zu gewährleisten, die sich am Therapieerfolg und an der Kosteneffizienz über die gesamte Therapiedauer hinweg ausrichtet. Dabei sollen Potenziale der Digitalisierung in der respiratorischen Heimtherapie voll genutzt werden. Wir machen uns außerdem dafür stark, dass Patienten proaktiv in Entscheidungen, die ihre Therapie betreffen, eingebunden werden, und so ihre Therapietreue weiter erhöht werden kann. «

### 2. Politische Kernforderungen zur Sicherung der Versorgungsqualität in der respiratorischen Heimtherapie

Um im Jahr 2026 die zuvor skizzierte Versorgungssituation in der respiratorischen Heimtherapie vorzufinden und eine hohe Versorgungsqualität zu gewährleisten, sollten insbesondere die Chancen der Digitalisierung für die respiratorische Heimtherapie noch konsequenter genutzt werden, wie es auch im Koalitionsvertrag der Ampel-Regierung vereinbart wurde. Zur Sicherung der Versorgungsqualität im Bereich der respiratorischen Heimtherapie fordern die SPECTARIS-Mitgliedsunternehmen von der Politik, die folgenden Maßnahmen in der 20. Legislaturperiode umzusetzen:

#### » Stimme der Patienten stärken!

Wir unterstützen die Pläne der neuen Bundesregierung, die Stimme der Patienten in den Gremien der Selbstverwaltung zu stärken. Die Patientenorganisationen sollten ein eigenes und vollwertiges Stimmrecht im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erhalten – und damit unmittelbar auch in die Entscheidungen zur häuslichen Hilfsmittelversorgung eingebunden werden. Denn eine starke „Stimme“ der Patienten in den Gremien der Selbstverwaltung ist eine wesentliche Voraussetzung für eine qualitätsgesicherte Versorgung, die sich am Wohl und dem Nutzen für die Patienten orientiert.

#### » Hilfsmittel-Leistungserbringer politisch anerkennen und Gleichberechtigung herstellen!

Während der Corona-Pandemie wurde deutlich, dass die Rolle der Hilfsmittel-Leistungserbringer in der ambulanten Versorgung bislang in Politik und Öffentlichkeit kaum wahrgenommen wird. Es ist daher überfällig, dass die Hilfsmittel-Leistungserbringer als systemrelevant eingestuft werden und im Krisenfälle prioritären Zugang zu Schutzmaßnahmen erhalten und den pandemiebedingten Mehraufwand erstattet bekommen. Die Homecare-Provider sollten darüber hinaus bei Gesetzesvorhaben oder gesundheitlichen Notlagen gleichberechtigt mit anderen zentralen Akteuren im Gesundheitswesen berücksichtigt werden. Den Hilfsmittel-Leistungserbringern sollte außerdem ein Mitspracherecht und eine aktive Beteiligung in den Selbstverwaltungsorganen des Gesundheitswesens (insbesondere G-BA) eingeräumt werden.

#### » Digitalisierung der respiratorischen Heimtherapie konsequent vorantreiben

Die Digitalisierung eröffnet auch im Bereich der respiratorischen Heimtherapie vielfältige neue Chancen. Mit Hilfe von digitalen Tools können heute bereits Therapiegeräte eine Vielzahl von Therapiedaten übermitteln – so erhalten die Hilfsmittel-Leistungserbringer erste Hinweise bei Problemfällen und die Ärzte Zugriff auf die Therapiedaten. Obwohl diese Möglichkeiten technisch bereits existieren und fragmentiert zur Verfügung stehen, gibt es hierzu noch kein bundesweit umgesetztes Modell. Daher gilt es, die vorhandenen gesetzlichen Regelungen in handhabbare Standards umzusetzen. Nur so können die Leistungserbringer ohne Wettbewerbsverzerrungen eine ganzheitliche und reibungslose Versorgung sicherstellen.

Darüber hinaus sollten neue Vergütungsmodelle für den Einsatz von digitalen bzw. telemonitoring-fähigen Hilfsmitteln und Serviceleistungen (wie Videosprechstunden, Telekonsile, Telemonitoring) geschaffen werden, deren Nutzen (z. B. höhere Therapietreue und -erfolg) kontinuierlich überprüft und bewertet werden sollte. Das Hilfsmittelverzeichnis ist dementsprechend fortzuschreiben und um Hilfsmittel mit digitalen Komponenten zu erweitern. Die Erstattung der für Hard- und Softwareausrüstung notwendigen Investitionen ist wie im DVPMG beschlossen sicherzustellen. Außerdem sollten die Hilfsmittel-Leistungserbringer frühzeitig an die Telematik-Infrastruktur angebunden werden.

#### » Hilfsmittelversorgung im häuslichen Bereich im SGB V verankern

Der stetig zunehmende Anteil von Patientenversorgungen im häuslichen Bereich sollte neben dem stationären Bereich und der ambulanten Pflege verstärkt mitgedacht und im Sinne eines strukturierten Versorgungsmanagements (gemäß § 11 Abs. 4 SGB V) besser mit anderen Sektoren verzahnt werden. Dienstleistungen der Hilfsmittel-Leistungserbringer im häuslichen Bereich sind als Ergänzung zur Hilfsmittelversorgung als Homecare-Leistungen im SGB V zu verankern – mit dem Ziel, dass

Patienten und Versicherte einen gesicherten Anspruch auf die nicht entkopplungsfähige Bereitstellung von Hilfsmitteln und dazugehörigen Dienstleistungen erhalten.

#### » Anreize schaffen für innovative Versorgungs-Allianzen und –konzepte

Konzepte für eine wohnortnahe, qualitätsgesicherte und effiziente Versorgung – gerade auch im ländlichen Bereich – scheitern bislang viel zu häufig an tradierten Sektorengrenzen und Wettbewerb unter den Kassen. Daher sollten die gesetzlichen Krankenkassen durch Anreize ermutigt werden, innovative Versorgungskonzepte gemeinsam zu gestalten und umzusetzen. Sie sollten zudem die Innovations-Angebote aus dem Bereich der Hilfsmittelversorgung aktiv nutzen und an die Versicherten kommunizieren (§ 68b, Abs. 2 SGB V). Grundsätzlich sollten hierbei innovative Versorgungskonzepte in angemessener Zeit umgesetzt und flexibel auf besondere (regionale) Versorgungsbedarfe angepasst werden.

#### » Externe Faktoren in Hilfsmittel-Verträgen berücksichtigen

Die Corona-Pandemie hat die Hilfsmittel-Leistungserbringer vor die Herausforderung gestellt, kurzfristig auf veränderte externe Rahmenbedingungen zu reagieren und trotzdem eine durchgehend hohe Versorgungsqualität für alle Patienten zu gewährleisten. Der Mehraufwand für Schutzausrüstung und höhere Kosten beim Materialeinkauf lag dabei einseitig auf Seiten der Leistungserbringer. Um künftig flexibler auf unvorhersehbare externe Effekte (wie z. B. Preissteigerungen, Rohstoff- und Materialengpässe usw.) reagieren zu können, sollten die zumeist mehrjährigen Verträge zwischen Kassen und Hilfsmittel-Leistungserbringern flexibler an kurzfristig veränderte Rahmenbedingungen angepasst werden. Als objektive und transparente Bemessungsgrundlage wird die Einführung eines Hilfsmittel-Kostenindex empfohlen. Dazu wäre eine ergänzende Regelung im § 127 SGB V denkbar und analog des § 130a, Abs. 3a SGB V möglich.