

Qualitätsgesicherte Hilfsmittelversorgung durch Etablierung standardisierter, evidenzbasierter und sektorenübergreifender Behandlungspfade

Vorgelegt von:

Expertengruppe medizinische Hilfsmittel

pfm medical Institute gGmbH

vertreten durch den Geschäftsführer Hans-Heiko Müller

Abstract:

Angesichts der demographischen Entwicklung in Deutschland steht das deutsche Gesundheitswesen vor großen Herausforderungen. Der Wandel hin zu einer immer älter werdenden Bevölkerung wird zwangsläufig zu einem Anstieg von Erkrankungen mit einem entsprechenden Bedarf an medizinisch notwendigen Hilfsmitteln führen. Der Gesundheitssektor sieht sich mit einer steigenden Zahl von Nachfragern von Gesundheitsleistungen auf der einen und immer knapper werden Ressourcen konfrontiert. Hier gilt es innovative Vorschläge zu machen, wie das derzeitige System unter Bewahrung einer guten Versorgungsqualität auch zukünftig effizient und effektiv gestaltet werden kann. Ein Lösungsvorschlag für eine angemessene und qualitätsgesicherte Versorgung mit Hilfsmitteln ist die bundesweite Etablierung von standardisierten, evidenzbasierten, sektorenübergreifenden und berufsgruppenübergreifenden Behandlungspfaden. Diese sollen dazu dienen, derzeit vorhandene Schnittstellenprobleme zu beheben und eine Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Hilfsmitteln unter Berücksichtigung von Qualität und Wirtschaftlichkeit mit den zur Verfügung stehenden Mitteln mittel- und langfristig zu sichern.

Zum pfm medical Institute gGmbH:

Das im Jahr 2010 gegründete pfm medical Institute mit Sitz in Köln fördert Wissenschaft und Forschung sowie Aus-, Fort-, und Weiterbildung in den Bereichen Medizin, Pflege und Gesundheitsökonomie. Gemeinsam mit Hochschulen werden Forschungsprojekte mit den Schwerpunkten Casemanagement, sektorenübergreifende Versorgung, demographische Entwicklung und Akademisierung der Pflege durchgeführt.

Durch die Vergabe von Stipendien sowie Promotions-, Master- und Bachelorarbeiten wird der Nachwuchs im Gesundheitswesen gefördert. Studenten werden gemeinsam von der Hochschule und dem pfm medical Institute wissenschaftlich und operativ betreut. Das pfm medical Institute führt selbst und in Kooperation mit anerkannten Aus- und Fortbildungsstätten Schulungen in den Bereichen Medizin, Pflege und Gesundheitsökonomie durch.

Qualitätsgesicherte Hilfsmittelversorgung durch Etablierung standardisierter, evidenzbasierter und sektorenübergreifender Behandlungspfade

1. Ausgangslage

Einführung

Angesichts der demographischen Entwicklung in Deutschland steht das deutsche Gesundheitswesen vor großen Herausforderungen. Diesen wird sich insbesondere die Gesetzliche Krankenversicherung im Hinblick auf die zu erbringenden Gesundheitsleistungen stellen müssen. Der Wandel hin zu einer immer älter werdenden Bevölkerung wird zwangsläufig zu einem Anstieg von Erkrankungen mit einem entsprechenden Bedarf an medizinisch notwendigen Hilfsmitteln führen. Während sich die politische Diskussion in erster Linie dem Gesichtspunkt der Finanzierung bestehender Versorgungsstrukturen widmet, werden an dieser Stelle Vorschläge erarbeitet, um den Versorgungsbereich der Hilfsmittelversorgung künftig zu sichern. Dabei setzten sich die Autoren intensiv mit den sich wandelnden Rahmenbedingungen des Gesundheitsmarktes auseinander. Die bestehende Hilfsmittelversorgung wurde einer kritischen Analyse unterzogen und hierauf aufbauend innovative sektorenübergreifende Lösungen im Sinne einer qualitätsgesicherten Versorgung erarbeitet. Da es sich bei der Hilfsmittelversorgung um ein sehr heterogenes Versorgungsumfeld handelt (derzeit gibt es 33 Produktgruppen im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V) konzentrierten sich die Autoren auf die Gemeinsamkeiten in den Versorgungsstrukturen. Es ist selbstverständlich, dass die Produktpalette sehr unterschiedlich ist und eine Detailanalyse der einzelnen Produktgruppen daher gesondert erfolgen muss.

Demographische Entwicklung und ihre Konsequenzen

Die Bevölkerung in Deutschland altert. Als Folge der zunehmenden Alterung der Bevölkerung geraten die nationalen Sicherungssysteme in Schwierigkeiten und verlangen nach langfristigen Anpassungsstrategien. Die Bevölkerungsentwicklung wird erhebliche Auswirkungen auf den zukünftigen Pflegebedarf haben, da mit zunehmendem Alter das Risiko der Pflegebedürftigkeit wächst. Berechnungen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) gehen davon aus, dass es die Anzahl der Pflegebedürftigen ab 65 Jahren mit einer nach dem SGB XI anerkannten Pflegestufe sich von rund 1,7 Millionen im Jahr 2008 auf voraussichtlich 3,7 Millionen im Jahr 2060 steigern wird.

Da die Pflege personalintensiv ist und relativ geringes Potenzial für Produktivitätssteigerungen hat, könnte sich der steigende Pflegebedarf bis 2060 in einem rasanten Anstieg der Beschäftigung in diesem Bereich niederschlagen. Der künftige Personalbedarf im Pflegebereich wird jedoch auf ein begrenztes Angebot am Arbeitsmarkt stoßen. Neben dem Anstieg der Pflegebedürftigen wird durch die demographische Entwicklung die Schere zwischen Pflegebedarf und Pflegepotenzial immer weiter auseinanderklaffen. Heute sind die Fachkräfte aus dem Pflegebereich in verschiedenen Unternehmen tätig, z.B. in Kliniken, Pflegeeinrichtungen, ambulanter Pflege und in Homecare-Unternehmen. Für alle diese Unternehmen wird es zukünftig sehr viel schwerer werden, geeignetes Personal zu finden und an sich zu binden. Dies wird Druck aufbauen, Prozesse zu optimieren und die knappen Ressourcen optimal einzusetzen.

Derzeitige Hilfsmittelversorgung

Im Rahmen seiner Behandlung und zur Sicherung des Behandlungserfolges oder zur Vorbeugung bzw. zum Ausgleich einer Behinderung benötigt der Patient oft ein Hilfsmittel. Die Versorgung mit medizinischen Hilfsmitteln im Sinne des § 33 SGB V steht im Fokus dieser Betrachtung. Der konkrete Bedarf des Patienten wird über ambulant oder stationär tätige Ärzte ermittelt. Deren Diagnose löst eine definierte Hilfsmittelverordnung aus. Je nach Indikation erfolgt die therapeutische Behandlung des Patienten sowohl stationär als auch ambulant. Dabei sind die Schnittstellen zwischen den Sektoren oft nicht oder nur unzureichend ausgeprägt. Eine Abstimmung und Koordinierung zwischen den einzelnen Akteuren sieht das jetzige System nicht zwingend vor. Der Patient ist in der Regel sich selbst überlassen. Im ambulanten Bereich erfolgt die Hilfsmittelversorgung durch qualifizierte Leistungserbringer (Sanitätshäuser, Homecare-Unternehmen, Apotheken usw.) auf Basis von Verträgen zwischen diesen und den Kostenträgern.

2. Analyse des derzeitigen Systems

Die beschriebenen demographischen Entwicklungen stellen unter Zugrundelegung des derzeitigen Systems eine große Herausforderung für alle Beteiligten dar. Der Einsatz von Hilfsmitteln,

einschließlich der meist notwendigen Beratung und Einweisung, erfolgt sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich (Sektoren). Vermehrt werden Patientinnen und Patienten auch zu Hause versorgt. Die Vielzahl der Akteure, die sektorale Finanzierung durch die gesetzliche Krankenversicherung, fehlende Behandlungs- bzw. Versorgungsstandards, gepaart mit unscharfen Schnittstellen stellen dabei systemimmanente Schwachstellen dar. Die Schnittstellenproblematik führt oft zu Mehrfachdiagnosen und Informationsverlusten abgesehen von einer enormen Ressourcenverschwendung. Oft müssen Patientinnen und Patienten an den Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Behandlung die Koordination selbst in die Hand nehmen. Sie müssen den Fortgang der für sie richtigen Therapie selbst recherchieren und organisieren, weil ihnen der richtige Ansprechpartner fehlt. Wirtschaftlichkeitsreserven sind in dieser komplexen Struktur kaum aufzudecken. Als Folge davon reduzieren die Kostenträger fortlaufend die Erstattungspreise der Produkte. Eine weitere Reduktion ist jedoch nicht darstellbar, da dies zwangsläufig zu unerwünschten Qualitätseinbußen führen würde.

Der Gesetzgeber unternimmt bereits seit Jahren Anstrengungen, die Effizienz der Versorgung zu steigern. Als Beispiele seien hier „Disease Management“ und „Integrierte Versorgung“ genannt, die unter anderem durch definierte Behandlungspfade Qualität effizient und kostensparend sicherstellen sollen. Allerdings haben diese guten Ansätze insgesamt nicht zu einer nachweislichen signifikanten und flächendeckenden Verbesserung im Hilfsmittelbereich beigetragen.

Zwar existiert eine Vielzahl von Behandlungspfaden und Leitlinien, allerdings ist das derzeitige System insgesamt weit von anerkannten und durchgehend praktizierten Standards entfernt. Die Hilfsmittelversorgung, die nach bestimmten medizinischen Indikationen erforderlich wird, ist zudem nur in den seltenen Fällen Bestandteil solcher Initiativen. Die große Vielfalt und Komplexität von Hilfsmitteln erfordert spezielles Fachwissen, welches bei vielen Akteuren nicht vorhanden ist. Tausende von Schwestern und Pflägern in ambulanten Pflegediensten setzen täglich Maßnahmen an den Patientinnen und Patienten um, in die sie durch die Fachleute der Hilfsmittelleistungserbringer, Sanitätshäuser oder Homecare-Unternehmen eingewiesen wurden. Letztere übernehmen die Verantwortung und sind bei Komplikationen zuständig. Dies führt immer wieder zu Schnittstellenproblemen durch mangelnde Abstimmung und Kommunikation.

Das deutsche Gesundheitswesen ist durch starre Sektoren geprägt. Sowohl organisatorische als auch mentale Kooperationsbarrieren haben Bemühungen um eine Aufweichung der Sektorengrenzen weitgehend unmöglich gemacht. Dabei sind noch immer vor allem die Sektorenübergänge als Schwachstellen im System zu sehen. Informationsdefizite hinsichtlich der bereits erfolgten bzw. eingeleiteten Therapiemaßnahmen und der weiterzuführenden Behandlung führen zu erheblichen Ineffizienzen. So fallen z.B. Doppeluntersuchungen an oder notwendige Hilfsmittelversorgungen werden nicht oder nur mit Verzögerung umgesetzt. Dies führt zu Fehlversorgungen, unnötigen Kosten und Qualitätseinbußen.

3. Ziel

Die folgenden Ausführungen sollen einen Weg aufzeigen, wie eine medizinisch notwendige Hilfsmittelversorgung unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung mit den zur Verfügung stehenden Mitteln der GKV mittel- und langfristig sichergestellt werden kann. Das Modell beinhaltet die Sektorenübergänge und die Verantwortlichkeiten der einzelnen Akteure unter Berücksichtigung des medizinischen und technischen Fortschritts.

4. Annahmen

Aufgrund der demographischen Entwicklung werden die Fallzahlen steigen und die wirtschaftlichen Ressourcen nicht in demselben Maße wachsen. Die Autoren gehen davon aus, dass die Sektoren (stationär und ambulant) erhalten bleiben und die medizinische Verantwortung beim Arzt verbleibt. Dennoch wird es zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung notwendig sein, dass bestimmte definierte medizinische Tätigkeiten durch den Arzt an nichtärztliches medizinisches Fachpersonal übertragen bzw. delegiert werden.

Die Hilfsmittelversorgung wird weiterhin eine wichtige Rolle im Gesamtversorgungsprozess spielen und damit zwingend eine GKV-Leistung bleiben. Sie ist jedoch nicht isoliert zu betrachten, sondern als integraler Teil eines Behandlungspfades anzusehen. Der Behandlungspfad wird Berufsgruppen-übergreifend mit einem definierten Behandlungsziel unter Zugrundelegung einer definierten Behandlungsqualität und der verfügbaren Ressourcen sowie unter Festlegung der Aufgaben und der Durchführungs- und Ergebnisverantwortlichkeiten entworfen. Jeder Behandlungsschritt im Pfad wird dem jeweiligen Leistungserbringer separat vergütet. Die Etablie-

rung von standardisierten Pfaden führt zur Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei gleichbleibender Qualität. Eine durchgängige (sektorenübergreifende) elektronische Dokumentation (z.B. in Form einer elektronischen Patientenakte) ist zwingend notwendig.

5. Innovative Lösungsansätze

Unter Berücksichtigung der o.a. Annahmen ergeben sich aus Sicht der Autoren die folgenden Lösungsansätze:

Einführung standardisierter Evidenz basierter sektorenübergreifender Behandlungspfade

Um unter den knapper werdenden Ressourcen, sowohl monetärer als auch personeller Art, eine medizinisch notwendige und ökonomisch darstellbare Versorgung mit Hilfsmitteln zu gewährleisten sind Behandlungspfade notwendig. Ein standardisierter sektorenübergreifender Behandlungspfad sollte auf Evidenz basierter Grundlage erstellt werden (Leitlinie) und dabei die medizinischen und pflegerischen Parameter sowie andere Therapien (z.B. die Hilfsmitteltherapie) einbinden. Qualität- und Wirtschaftlichkeitsaspekte müssen dabei im gleichen Maße berücksichtigt werden. Ziel eines Behandlungspfades ist es, einen multidisziplinären, komplett standardisierten Behandlungsfahrplan für eine definierte Indikation dazustellen. Während die medizinischen und pflegerischen Inhalte von den jeweiligen Fachgesellschaften definiert werden müssen, ist es Aufgabe des GKV Spitzenverbandes, gemeinsam mit den maßgeblichen Verbänden, die Hilfsmittelversorgung (Qualifikation, Dienstleistung, Produkt) im Rahmen eines Behandlungspfades zu definieren.

Im Falle nicht vorhandener oder uneinheitlicher Pfade, muss der GKV Spitzenverband bzw. ein Gremium aller beteiligten Leistungserbringer die Schaffung eines Pfades in Auftrag geben. Die Einhaltung der Behandlungspfade muss für alle Beteiligten verbindlich sein. Eine Abweichung kann nur in begründeten Fällen erfolgen und muss dokumentiert werden. Zuständig für die Einhaltung der Behandlungspfade ist jeweils der für das jeweilige Versorgungssegment Verantwortliche. Insofern dienen strukturierte Behandlungspfade als Instrument der Arbeitsplanung und –einteilung und Ablaufplan für alle am Therapieprozess Beteiligten. Dabei muss ein sich selbst überwachendes System geschaffen werden, bei dem die Abfolge der einzelnen Schritte aufeinander aufbaut und die Leistungserbringer an den Schnittstellen die vorigen bzw. darauf folgenden Leistungen „abzeichnen“, d.h. der Leistungserbringer prüft die Durchführung des direkt vorigen Schrittes und übernimmt seine darauf folgende Aufgabe. Gegebenenfalls sind Unklarheiten mit den vorherigen Zuständigen zu klären.

Der Fluss der notwendigen Daten und Informationen kann nur über zentrale Datenerfassung und –speicherung erfolgen. Das erfordert bei allen Beteiligten gleiche Systeme und klar definierte und datenschutzrechtlich abgestimmte Zugriffsrechte.

Die medizinische Gesamtverantwortung liegt immer beim behandelnden Arzt. Die ökonomische Verantwortung übernimmt die jeweilige Krankenkasse durch Genehmigung des gesamten Behandlungspfades. Zusätzliche Genehmigungen von Teilabschnitten entfallen dadurch. Diese werden analog der Vorgaben des Pfades vergütet.

Voraussetzungen für die Funktionsfähigkeit des neuen Systems

Standardisierte sektorenübergreifende und bundesweit gültige Behandlungspfade basieren auf dem Folgenden:

- ▶ Verbindlichkeit der Pfade für Arzt
- ▶ Patient behält Wahlfreiheit
- ▶ Eingrenzung der Produkt- und Dienstleistungsvielfalt
- ▶ einheitliche Datenverarbeitungssysteme und standardisierte Codes
- ▶ Konsensfindung zwischen den unterschiedlichen Akteuren

Ein derartiges System kann nur funktionieren, wenn alle Beteiligten neben diesen Nachteilen auch Vorteile für sich selbst und das System erkennen und bereit sind, diese Veränderungen zu akzeptieren. Die Vorteile stellen wir wie folgt dar:

- ▶ Verbindlichkeit der Pfade für den Arzt

Der Verbindlichkeit des Pfades führen zur Vereinfachung und mehr Sicherheit. Das bedeutet für den Arzt, dass er zum einen schneller und sicherer über Versorgungsentscheidungen entscheiden kann und für solche „Standards“ keinen Regress und auch keinen Widerstand seitens der Kostenträger fürchten muss. Zudem kann er den Patienten schneller und einfacher erklären, welche Maßnahmen aus welchem Grund und zu welchem Zeitpunkt durchgeführt werden. Dies bedeutet, zusammen mit der standardisierten Dokumentation eine Zeitersparnis.

▶ **Wahlfreiheit des Patienten**

Die Wahlfreiheit der betroffenen Patienten wird nicht eingeschränkt. Es besteht weiterhin die freie Auswahl an Leistungserbringern im jeweiligen Teilabschnitt des Behandlungspfades.

▶ **Produkt- und Dienstleistungsvielfalt**

Einschränkungen in der Produkt- und Dienstleistungsvielfalt treffen besonders die Hersteller und Leistungserbringer. Deren Vorteil in einem solchen System kann deshalb nur ein einfacher und sicherer Zugang zu den Pfaden sein, der eine faire, schnelle und sichere Bezahlung ihrer Leistung sicherstellt. Ein weiterer Vorteil für diese Gruppe liegt in der bundesweiten Gültigkeit und Anerkennung der Pfade und Versorgungsleistungen. Dadurch entfallen einzelne Prüfungen und Widersprüche der Kassen.

▶ **Einheitliche Datenverarbeitungssysteme und Codes**

Einheitliche Datenverarbeitungssysteme bergen ein Potential an hohem Investitionsbedarf und datenschutzrechtlicher Fallstricke. Trotzdem sind diese sowohl aus medizinischer, als auch verwaltungstechnischer Sicht erforderlich – unabhängig von Behandlungspfaden. Die elektronische Gesundheitskarte ist ein Schritt in diese Richtung. Um solche Systeme einfach und sicher zu gestalten, sollten klare Pfad-Codes (analog DRG oder ICD) eingeführt werden. Diese erleichtern und beschleunigen die Eingabe und erlauben standardisierte Diagnosen, Indikationen und Prozesse direkt aus Datenbanken zu laden. So müssen nur noch Ausnahmen aufwändiger dokumentiert und eingegeben werden.

▶ **Konsensfindung unter den Akteuren**

Ein möglicher Lösungsansatz ist die Bildung eines interdisziplinären und multiprofessionellen Teams, das aus den verschiedenen Gruppen jeweils für einen Versorgungsbereich rekrutiert wird. Medizinisch kann der Konsens nur auf Leitlinien der entsprechenden Fachgesellschaften basieren. Für die Hilfsmittelversorgung ist darüber hinaus wichtig, auch pflegerische und medizintechnische Kompetenz einfließen zu lassen. Der Vorsitz liegt entweder bei einer neutralen Person (von den Teilnehmern zu wählen oder politisch bestimmt). Entscheidungen werden entweder im Konsens oder mehrheitlich, dann aber mit einem Vetorecht direkt Betroffener, gefällt. Auch Patientenvertreter sollen involviert werden. Die Einbeziehung aller Beteiligten führt zu einer maximal möglichen Akzeptanz des Systems und der jeweiligen Behandlungspfade und hilft somit auch bei den bereits oben angeführten Problemen und deren Lösungen.

Mögliche Umsetzungsszenarien

Aus dem Aufgeführten wird ersichtlich, dass eine Verbesserung und Weiterentwicklung des derzeitigen Systems der Hilfsmittel-Versorgung sowohl notwendig, als auch möglich erscheint. Dazu sind allerdings einige tiefgreifende Veränderungen nötig. Dazu zählen unter anderen:

- ▶ Gemeinsame gleichberechtigte Teilnahme aller Systempartner (Ärzte, Kliniken, Pflege, Kassen, sonstige Leistungserbringer, Patienten). Um dies zu gewährleisten ist zum einen eine gesetzgeberische Initiative nötig. Zum anderen müssen die Anteilgruppen entsprechende, organisierte Vertretungen sicherstellen.
- ▶ Für die beteiligten Gruppen muss ein datenschutzrechtlich einwandfreier Zugang zu den notwendigen Behandlungs- und Pfaddaten sichergestellt werden. Dabei sind ein abgestuftes Zugriffsrecht und entsprechende gesetzliche Grundlagen zu implementieren.
- ▶ Die Einhaltung der Behandlungspfade muss vorgeschrieben werden. Abweichungen sind in medizinisch begründeten Fällen möglich (z.B. bei multimorbiden Patienten), müssen

aber entsprechend dokumentiert und kommuniziert werden, um Fehler zu vermeiden. Selbstverständlich ist davon auszugehen, dass diese Behandlungspfade durch die Fachgesellschaften an den aktuellen Stand der Medizin und den (technischen) Fortschritt angepasst werden.

- ▶ Die gleichberechtigte Arbeitsteilung erfordert ein Umdenken aller Beteiligten. Dadurch wird Verantwortung übertragen. Dies muss im Rechtssystem entsprechend abgebildet werden. Hier wird von juristischer und auch jeweils standesrechtlicher Seite zu prüfen sein, welche Rechte und Pflichten den jeweiligen Akteuren zukommen. Dadurch, dass diese in den interdisziplinären Abstimmungen der Behandlungspfade festgelegt werden, scheint es überhaupt nur möglich, dass ein solcher Schritt gegangen werden kann.

Die wichtigsten Argumente für eine solche Weiterentwicklung des Systems kurz zusammengefasst:

- ▶ Für Patienten: Klare Behandlungspfade und gute Abstimmung der Akteure und Behandlungsschritte führen zu einer qualitativ hochwertigen, und sicheren Hilfsmittelversorgung ohne Versorgungsbrüche. Dadurch wird der Patient schnell und wirtschaftlich mit dem medizinisch Notwendigen versorgt. Es entstehen keine Therapiebrüche und dadurch wird nicht nur das Therapieziel effizienter verfolgt sondern auch die Lebensqualität verbessert.
- ▶ Für niedergelassene Ärzte: Sie profitieren von standardisierter Behandlung und Dokumentation, der im System etablierten umfassenden, sicheren und zeitnahen Information. Reibungsverluste sind durch eindeutige Partner mit definierten Leistungen minimiert. Die einfache Abrechnung ist sicher und vermeidet Regresse. Beim Arzt verbleibt nach wie vor die medizinische Gesamtverantwortung.
- ▶ Für Krankenhäuser: Bei diesen greifen ähnliche Argumente wie bei Ärzten, auch sie profitieren von Standardisierung und besserer Kommunikation. Darüber hinaus sind Wiedereinweisungen, die zu Fallzusammenführungen führen, minimiert.
- ▶ Für Krankenkassen: Die Vorteile liegen in Verwaltungserleichterungen und in Qualitätssicherung. Sie müssen weniger prüfen und profitieren von standardisierten Prozessen bei definierter Versorgungsqualität.
- ▶ Für sonstige Leistungserbringer: Auch bei diesen kommen vergleichbare Argumente, wie bei den Kassen und Ärzten zum Tragen: standardisierte Abrechnungen ohne Gefahr der Ablehnung, sichere und klare Versorgungen mit definiertem Umfang, umfassende Information und gleichberechtigte Einbeziehung.

6. Fazit

Die Grundzüge des jetzigen Systems sind gut und sollten ausgebaut werden. Derzeit gibt es noch zu viele parallele Strukturen, die dazu führen, dass der Behandlungsprozess als Ganzes nicht abgestimmt ist. Dadurch kann es unter Umständen zu Unter-, Über- und Fehlversorgungen kommen, die sich negativ auf die Kosten und Qualität der Versorgung auswirken. Die zukünftigen Entwicklungen erfordern demnach eine stärkere Vernetzung der einzelnen Leistungserbringer sowie standardisierte, Evidenz basierte, sektorenübergreifende Behandlungsprozesse. Diese ermöglichen es, die vorhandenen finanziellen und personellen Ressourcen effektiv und effizient einzusetzen. Für den Hilfsmittelbereich sollte daher die Einführung verbindlicher standardisierter Versorgungspfade als Teil eines sektorenübergreifenden Behandlungspfades gefördert werden. Grundsätzlich bedeutet dieses neuartige System für alle Beteiligten tiefgreifende Veränderungen. Viele Fragen z.B. bzgl. der Verantwortlichkeiten bzw. zur Vergütung innerhalb eines Pfades sind zu klären. Desweiteren wird erörtert werden müssen, inwieweit gesetzliche Veränderungen zur Etablierung dieser Neuerungen notwendig sind. Diese müssen mit den Beteiligten diskutiert und bearbeitet werden. Mögliche Rückschläge dürfen nicht dazu dienen, den Prozess zu stoppen, sondern sie sollen als Chancen zur Weiterentwicklung und Verbesserung verstanden werden.