

Berlin, Juli 2020

*DGIV-Positionspapier 2020***Integrierte Versorgung im Schnittstellenbereich von ambulant und stationär stärken!****Eckpunkte:**

1. Das deutsche Gesundheitswesen hatte bisher im Corona-Jahr 2020 mannigfaltige Herausforderungen zu bestehen. Wie das gemeistert wurde, hat dem Land, seiner Administration und seinen gesundheitlichen Versorgungsstrukturen viel internationale Anerkennung eingebracht. Den durch die Corona-Krise verursachten Belastungen muss jedoch gerade auch im Gesundheitswesen durch eine effizientere und effektivere Versorgung begegnet werden.
2. Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe sektorenübergreifende Versorgung ist bisher der Aufgabenstellung des Koalitionsvertrages nicht gerecht geworden.
3. Trotz ihres großen Potenzials für eine effizientere und effektivere Versorgung werden derzeit integrierte Versorgungsstrukturen, die auf der Kooperation von Krankenhäusern und Vertragsärzten beruhen, nicht mehr weiterentwickelt.
4. Die Besorgnis des Staates in Bund und Ländern über das unklare Schicksal unwirtschaftlicher Krankenhäuser führt zu unsystematischen, einseitigen Entwicklungsversuchen auf dem Gebiet der sektorenübergreifenden Versorgung.
5. Mit Ausnahme des Wegfalls der Wirtschaftlichkeitskontrolle nach vier Jahren sind derzeit keine innovativen Entwicklungsabsichten der Bundesregierung für integrierende Selektivverträge bekannt geworden.
6. Die Rückstände des deutschen Gesundheitswesens bei der Umsetzung des Prinzips „ambulant vor stationär“ werden absehbar auch von der derzeitigen Bundesregierung nicht beseitigt werden.
7. Vermisst wird zunehmend eine konsequente Auseinandersetzung mit sektoralen Beharrungskräften in Staat und Selbstverwaltung.

- 8. Das Fehlen von wissenschaftlich begründeten lang- und mittelfristigen Konzeptionen und Zielstellungen auf staatlicher Seite hemmt wesentlich die sektorenübergreifend zu koordinierende Digitalisierung im Gesundheitswesen.**

- 9. Die Aufgaben zur Ausschöpfung des großen Potenzials des Schnittstellenbereiches von ambulant und stationär für die Steigerung von Effizienz und Effektivität der gesundheitlichen Versorgung sind komplex und mit Widerständen starker Partikularinteressen behaftet. Nicht zuletzt durch die enormen wirtschaftlichen Belastungen der Corona-Krise wird immer deutlicher, dass der Staat nicht länger diese bereits seit Jahrzehnten bekannten Aufgaben auf kommende staatliche Verantwortungsträger und kommende Generationen der deutschen Gesellschaft abschieben darf.**

1.

Das deutsche Gesundheitswesen hatte bisher im Corona-Jahr 2020 mannigfaltige Herausforderungen zu bestehen. Wie das gemeistert wurde, hat dem Land, seiner Administration und seinen gesundheitlichen Versorgungsstrukturen viel internationale Anerkennung eingebracht. Den durch die Corona-Krise verursachten Belastungen muss jedoch gerade auch im Gesundheitswesen durch eine effizientere und effektivere Versorgung begegnet werden.

In der Bekämpfung der viralen Gefahr COVID 19 haben sich die Regierungen von Bund und Ländern und auch das deutsche Gesundheitswesen bewährt. Deutschland hat bisher nachgewiesen, dass es in der Lage ist, so auf die Gefahren der Pandemie für die Gesundheit seiner Bürgerinnen und Bürger zu reagieren, dass es zu keiner Ausbreitung der Krankheit wie in anderen Ländern gekommen ist und insbesondere die gefürchteten Triage-Entscheidungen zuverlässig vermieden werden konnten. Wir haben ein hochentwickeltes Gesundheitswesen, wie sich erneut gezeigt hat.

Im Schnittstellenbereich der ambulanten und stationären Versorgungssektoren besteht dennoch sowohl in der Medizin als auch in der Altenpflege das größte Potenzial zur Steigerung der Effizienz und Effektivität der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland. Hier prallen aber auch im versorgungstheoretischen Meinungsstreit reformistische Bestrebungen zur Überwindung der sektoralen Trennung am stärksten mit sektoralen Beharrungskräften aufeinander.

Bereits vor der Corona-Krise wurde vielfach kritisch darauf hingewiesen, dass man in Deutschland angesichts des demografischen Wandels und weiterer innerhalb und außerhalb unseres Landes bestehender Herausforderungen mehr gesetzgeberische Initiative auf die Überwindung der sektoralen Versorgungsbarrieren ausrichten müsse. Vor dem Hintergrund kräftig sprudelnder Quellen von Steuern und Abgaben wurden jedoch notwendige Konzeptionen auf die lange Bank geschoben. Im Ergebnis lassen größere und nachhaltige strukturelle Entwicklungsfortschritte auf dem Weg der Beseitigung struktureller Hemmnisse immer noch auf sich warten.

Viel schneller als für möglich gehalten, hat nun COVID 19 Deutschland in eine Krise gestürzt, die die deutsche Wirtschaft schwerwiegend geschwächt und den deutschen Staat veranlasst hat, eine gewaltige Neuverschuldung aufzunehmen. Bereits heute hat deshalb die Frage der Verbesserung von Effizienz und Effektivität der für die Daseinsvorsorge der Bürge-

rinnen und Bürger ohnehin sehr kostenträchtigen gesundheitlichen Versorgung eine neue, sehr viel größere Dimension erhalten.

2.

Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe sektorenübergreifende Versorgung ist bisher der Aufgabenstellung des Koalitionsvertrages nicht gerecht geworden.

Mit Beschluss vom 21. Juni 2017 bat die Gesundheitsministerkonferenz der Länder das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), eine Bund-Länder-Reformkommission „sektorenübergreifende Versorgung“ einzurichten. Bis dahin war das BMG deutliche Reformschritte im Schnittstellenbereich von ambulant und stationär schuldig geblieben. Im Koalitionsvertrag vom 12. März 2018 nahmen dann CDU, CSU und SPD den Ländervorschlag auf.

Die DGIV hat bereits wiederholt die bisher enttäuschenden Arbeitsergebnisse der Bund-Länder-Arbeitsgruppe sektorenübergreifende Versorgung kommentiert. Diese Arbeit ist keine Nebensache, auch unter den vielfältigen Einflüssen der Corona-Krise nicht.

Eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe braucht immer Zeit - das ist allen Beteiligten bekannt. Aber gerade weil das Thema komplex und anspruchsvoll ist, mussten von vornherein auch sehr hohe Ansprüche an die Intensität, Qualität und Quantität der Arbeit der Arbeitsgruppe gestellt werden. Die bisher von der Arbeitsgruppe – zuletzt mit dem sogenannten Fortschrittsbericht vom Januar 2020 – veröffentlichten Arbeitsergebnisse vermitteln jedoch nicht den Eindruck, dass die Kommission diesen Ansprüchen gerecht werden kann. Dazu ist bereits zu viel Zeit verstrichen und die Ergebnisse der Arbeitsgruppenarbeit sind zu mangelhaft.

Viele Teilaufgaben aus dem Koalitionsvertrag werden - wenn überhaupt - nur im Vorschlag der Arbeitsgruppe angefasst, wesentliche Inhalte der Ausgestaltung des „gemeinsamen fachärztlichen Versorgungsbereiches“ an die gemeinsame Selbstverwaltung zu delegieren. Der Entwurf des Eckpunktepapieres aus dem Jahre 2019 formuliert dazu: „KBV, GKV-SV und DKG werden verpflichtet, für den durch Rechtsverordnung festzulegenden gemeinsamen fachärztlichen Versorgungsbereich einheitliche Vorgaben zur Qualität, Struktur, Dokumentation, Mindestmengen, Vergütung und zur informationstechnischen Ausstattung zu vereinbaren.“

3.

Trotz ihres großen Potenzials für eine effizientere und effektivere Versorgung werden derzeit integrierte Versorgungsstrukturen, die auf der Kooperation von Krankenhäusern und Vertragsärzten beruhen, nicht mehr weiterentwickelt.

Das Vorhaben der Bundesregierungskoalition, die Zusammenarbeit und Vernetzung im Gesundheitswesen ausbauen und verstärken zu wollen, war richtig. Zu oft war es in der Vergangenheit bei den eher zaghaften Versuchen zur Überwindung der sektoralen Barrieren geblieben: Das Belegarztwesen verkümmerte, das Honorararztwesen erwies sich als von der Bundesregierung unzureichend konzipiert, die ambulante spezialfachärztliche Versorgung wurde nicht in der Versorgungsrelevanz weiter ausgebaut, das Entlassmanagement vermag sowohl in der Medizin als auch in der Pflege immer noch nicht befriedigend die sektorale Schnittstelle zwischen stationär und ambulant zu überwinden, die für Krankenhäuser eröffneten Optionen zur Übernahme ambulanter Versorgungsaufträge in unterversorgten Gebieten wurden nicht wahrgenommen.

Die Umsetzung des Versorgungsprinzips „Integrierte Versorgung“ ist das wichtigste Instrument, um mithilfe sektorenübergreifender Versorgungslösungen die sektorale Trennung im deutschen Gesundheitswesen überwinden zu können. Die Kooperation der ehemals angestammten sektoralen Leistungserbringer, vor allem die Kooperation von Krankenhäusern und Vertragsärzten, hat dabei das größte Entwicklungspotenzial im Schnittstellenbereich. Hier muss dringend an den Rahmenbedingungen weitergearbeitet werden.

Diese Kooperation sollte auch bei den Intersektoralen Gesundheitszentren (IGZ) den Schwerpunkt bilden. Natürlich sind daneben auch Gestaltungen denkbar, IGZ nur aus Krankenhäusern oder nur aus Praxiskliniken zu entwickeln. Es muss aber bezweifelt werden, dass in diesen Fällen die Zentren die Versorgungsbreite und -relevanz erreichen können, die mit der kooperativen Gestaltung erreichbar ist.

Es ist schlicht nicht nachvollziehbar, dass es Bund und Länder in ihrer Arbeitsgruppe sektorenübergreifende Versorgung bisher nicht zu Wege gebracht haben, die bisherigen integrierenden Strukturen der Regelversorgung weiterzuentwickeln oder neue integrierende Strukturen hervorzubringen. Auch die integrierten Notfallzentren (INZ) – keine Erfindung der Arbeitsgruppe – wurden bisher nicht entscheidend vorgebracht.

Natürlich ist das Verständnis schon lange nicht mehr tragbar, dass „ambulant“ immer „Vertragsarzt“ bedeutet und „stationär“ immer „Krankenhaus“. Die Öffnung der beiden Hauptsek-

toren ambulant und stationär für die jeweils dort historisch nicht angestammten anderen Leistungserbringer ist neben der Integrierten Versorgung auch zur Überwindung der sektoralen Trennung notwendig. Die DGIV ist darauf bereits in ihrem Positionspapier zur sektorenübergreifenden Versorgung 2019 näher eingegangen (<http://dgiv.org/leistungen/positionspapier-2019-zur-sektoreneuebergreifenden-versorgung/>).

4.

Die Besorgnis des Staates in Bund und Ländern über das unklare Schicksal unwirtschaftlicher Krankenhäuser führt zu unsystematischen, einseitigen Entwicklungsversuchen auf dem Gebiet der sektorenübergreifenden Versorgung.

Der Umstand, dass die Arbeitsgruppe bisher keine Vorschläge zur Weiterentwicklung der stationären Leistungserbringung durch Vertragsärzte und – damit verbunden – der Rahmenbedingungen für Praxiskliniken sowie Beleg- und Honorarärzte vorgelegt hat, lässt Raum für Spekulationen. Hält man sich vor Augen, dass die Rahmenbedingungen und Strukturen für Krankenhäuser im Mittelpunkt der Arbeitsgruppenarbeit stehen, stellt sich automatisch die Frage, warum die Arbeitsgruppe im gesundheitspolitischen Verständnis einer nachhaltigen Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung im deutschen Gesundheitswesen den Belangen der Krankenhäuser gegenüber der integrierenden sektorenübergreifenden Kooperation von Ärzten und Krankenhäusern den Vorrang zu geben scheint und auch für die vertragsärztliche Leistungserbringung im stationären Sektor keine weiteren Entwicklungsvorschläge unterbreitet. Schließlich ignoriert die Arbeitsgruppe hier durchaus anderslautende Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung. Ca. 48 % der deutschen Krankenhausbetten stehen in Trägerschaft der öffentlichen Hand. Ist dem Staat an dieser Stelle das Hemd näher als der Rock?

5.

Mit Ausnahme des Wegfalls der Wirtschaftlichkeitskontrolle nach vier Jahren sind derzeit keine innovativen Entwicklungsabsichten der Bundesregierung für integrierende Selektivverträge bekannt geworden.

Bereits im vergangenen Jahr hieß es aus dem BMG, dass man bis Ende des I. Quartals 2020 einen Gesetzentwurf zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung vorlegen werde.

Kurz vor Ende des II. Quartals war aus der Presse zu erfahren, dass die Fraktionen von Union und SPD in einem noch nicht ressortabgestimmten Änderungsantrag zum Intensivpflege-

und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) Änderungen des § 140a und anderer Bestimmungen des SGB V planen.

Die Regierungskoalition nenne als Grund für die Initiative „Reformbedarf in der selektivvertraglichen Versorgung“.

U. a. seien folgende Änderungen vorgesehen:

- Streichung der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Verträge nach vier Jahren.
- Kassen sollen Selektivverträge auch gemeinsam abschließen oder bestehenden Verträgen beitreten können. Dies soll kassenartenübergreifend möglich sein.
- Kassen sollen besondere Versorgungsaufträge auch mit nichtärztlichen Leistungserbringern abschließen können. Bisher ist dies nur mit Ärzten in der vertragsärztlichen Versorgung möglich.
- Regionale Versorgungsaufträge werden ausdrücklich in die selektivvertragliche Versorgung aufgenommen. Die Kassen sollen Versorgungsnetze von Ärzten unterstützen und vergüten können, ohne selbst Teil der Projektstrukturen zu sein.
- Kranken- und Pflegeversicherung sollen sich mit weiteren Sozialversicherungen kurzschließen können, um Reha-Projekte oder Projekte mit Sozialhilfeträgern der Länder auflegen zu können.
- Altverträge müssen bis Ende 2021 in 140a-Verträge umgewandelt werden. Nicht betroffen sein sollen davon die strukturierten Behandlungsverträge (DMP).

Die DGIV hat diese Inhalte mit Überraschung aufgenommen. Sehr positiv ist die Streichung der gesonderten Wirtschaftlichkeitskontrolle der Projekte. Die übrigen Inhalte des Entwurfs vermögen aber nicht so zu überzeugen.

Gemeinsamer Vertragsabschluss und Vertragsbeitritt von Kassen sollte selbstverständlich möglich sein. Ein (besonderer) Vertragsabschluss der Kassen allein mit nichtärztlichen Vertragspartnern war bereits in dem seit Dezember 2019 geltenden § 140a Abs. 4a SGB V mit der diffusen Lockerung der Bindung der ärztlichen Leistungserbringung außerhalb von Krankenhäusern an die vertragsärztliche Zulassung verbunden. Der Begriff „regionale Versorgungsaufträge“ hat für sich gesehen noch keinen innovativen Charakter gegenüber dem bisherigen Regelwerk. Warum alle „Altverträge“ nach dem Entwurf zwingend bis Ende 2021 neu vereinbart werden müssen, erschließt sich gleichfalls derzeit (noch) nicht.

Auch wenn das GKV-IPReG inzwischen ohne einen solchen Änderungsantrag verabschiedet worden ist, macht dennoch der vermeintliche Anspruch der Regierungsfractionen, mit solchen Inhalten dem derzeitigen Reformbedarf in der selektivvertraglichen Versorgung entsprechen zu wollen, Sorgen. Der Wegfall der besonderen Wirtschaftlichkeitskontrolle allein wird als Anreiz für eine versorgungsrelevante Steigerung der Zahl integrierender Selektivvertragsprojekte nicht ausreichen. Unter dem Strich vermitteln jedenfalls die durch die Presse publizierten Reforminhalte zwar die Ankündigung einer Reform, bis auf eine Ausnahme aber keine überzeugenden Reformansätze, geschweige denn eine Verbesserung der belastenden wettbewerblichen Rahmenbedingungen oder Impulse für die Digitalisierung.

Wenn man schon auf staatlicher Seite nunmehr die Absicht verfolgen sollte, die Besondere Versorgung zu einer „Gemischtwaren-Handlung“ der Selektivversorgung unter weiterer Vernachlässigung der Selektivversorgungsform Integrierte Versorgung als alternatives Experimentierfeld der GKV werden zu lassen, sollte man doch zumindest auch den Gedanken verfolgen, die Modellvorhaben gemäß §§ 63 ff. SGB V gleichfalls mit dem § 140a SGB V zusammenzuführen. Es wäre jedenfalls sinnvoll, unter Vereinfachung und Vereinheitlichung der Rahmenbedingungen alle integrierenden Selektivversorgungsformen an einer Stelle des Gesetzes zu verschmelzen.

In diesem Zusammenhang sollte auch die formale Bindung an den Zulassungsstatus der Leistungserbringer beseitigt werden. Das gilt umso mehr, als offenbar der ambulante Zulassungsstatus der Krankenhäuser deutlich erweitert und der stationäre Zulassungsstatus vertragsärztlicher Leistungserbringer weiter deutlich heruntergefahren werden soll. Auch Forderungen nach einem Verbotsvorbehalt für Vertragsärzte sollte an dieser Stelle entsprochen werden.

6.

Die Rückstände des deutschen Gesundheitswesens bei der Umsetzung des Prinzips „ambulant vor stationär“ werden absehbar auch von der derzeitigen Bundesregierung nicht beseitigt werden.

Nicht erst seit 2017 ist klar, dass die Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung ganz eng mit dem seit Langem im SGB V verankerten Versorgungsprinzip „ambulant vor stationär“ verbunden ist. Deutschland hat schon seit vielen Jahren auf diesem Gebiet großen Nachholbedarf.

Dass allerdings nunmehr die Vertreter von Bund und Ländern erst während ihrer Tätigkeit in der Arbeitsgruppe sektorenübergreifende Versorgung realisieren, dass dieses Thema nicht ohne eine unabhängige Begutachtung der tatsächlichen Versorgungsverhältnisse und objektive Bewertung der hier schlummernden medizinischen Machbarkeitspotenziale bewältigt werden kann, lässt nicht vermuten, dass ein großes Interesse daran besteht, den entstandenen Rückstand nunmehr entschlossen aufzuholen.

Es ist überfällig, die Kataloge für ambulantes Operieren und stationsersetzende Leistungen von Grund auf zu überprüfen, neu zu fassen und dabei gravierend zu erweitern, wie es das MDK-Reformgesetz für § 115b SGB V nunmehr vorsieht. Dafür aber mit der Grundlagenarbeit zur Begutachtung wieder die Selbstverwaltung zu beauftragen, die bereits für die heutige unbefriedigende Situation auf diesem Gebiet verantwortlich ist, vermag nicht zu überzeugen.

Es bleibt die Besorgnis, dass im Ergebnis einer groß aufgemachten Kampagne nur eine vergleichsweise geringe und kaum versorgungsrelevante Modifizierung des bereits vorhandenen Kataloges zu Stande kommt.

Das wäre ohnehin zu erwarten, wenn Grundlage der Gutachtertätigkeit nur die Bewertung stationärer Leistungen durch auf Seiten der Krankenhäuser tätige Ärzte und Fachleute wäre, wie es bisher bereits bei den ambulant-sensitiven Krankenhausfällen der Fall war. Für die dringend notwendige Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Versorgung im Schnittstellenbereich von ambulant und stationär ist es deshalb erforderlich, auch und vor allem die im Rahmen dieser Kataloge (auch in der Selektivversorgung) tätigen niedergelassenen Fachärzte in die Erarbeitung der Neufassungen einzuschließen. Dabei sollte nicht nur der AOP-Katalog, sondern auch die Leistungskataloge für belegärztliche und praxisklinische Leistungen im Mittelpunkt stehen.

Die Begutachtung der hier zu klärenden Fragen in erster Linie durch Befragungen und Interviews vorzunehmen wäre ohnehin unakzeptabel. Entscheidend für die wissenschaftliche Arbeit an diesem Thema ist die Datenlage. Dazu ist es erforderlich, sich einen möglichst präzisen Überblick über alle relevanten Versorgungsergebnisse in allen Versorgungsformen der im Schnittstellenbereich von ambulant und stationär existierenden Leistungserbringern – auch in allen Kooperationsformen von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten – zu verschaffen. Ergebnisse in diesem Bereich müssen gemessen, nicht gefühlt werden.

Wichtig ist auch der internationale Vergleich. Deutschland fährt hier mit seiner gesundheitlichen Versorgung zwar immer in der Spitzengruppe. Bei der Umsetzung des Prinzips ambu-

lant vor stationär können wir aber durchaus von den Erfahrungen und Ergebnissen Anderer lernen.

Wie stark man sich in Staat und Selbstverwaltung derzeit für die Lösung dieser Probleme engagiert, merkt man auch daran, dass die Bundesregierung bezüglich der ursprünglich erfreulich konsequenten Vorgaben des erst in diesem Jahr in Kraft getretenen MDK-Reformgesetzes schon wieder auf die Bremse getreten ist:

- Die Bestimmung, dass die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung das Gutachten bereits bis zum 31.03.2020 zu beauftragen hatten, wurde nunmehr durch die Formulierung „leiten bis zum 30. Juni 2020 das Verfahren für die Vergabe eines gemeinsamen Gutachtens ein“ ersetzt.
- Die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung vereinbaren auf der Grundlage des Gutachtens den Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen sowie einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte nicht wie ursprünglich formuliert bis zum 30. Juni 2021, sondern nunmehr bis zum 31.01.2022.
- Der Satz „Wird das Gutachten nicht bis zum 31. März 2020 in Auftrag gegeben, legt das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a den Inhalt des Gutachtensauftrags innerhalb von sechs Wochen fest.“ wird gestrichen.

(vgl. Zweites Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 19.05.2020)

Dieses Vorgehen allein mit den Auswirkungen der Corona-Krise zu begründen, spiegelt nicht die hier vorzufindende Tatsachen- und Interessenlage richtig wider.

7.

Vermisst wird zunehmend eine konsequente Auseinandersetzung mit sektoralen Beharrungskräften in Staat und Selbstverwaltung.

Die Überwindung der sektoralen Trennung im deutschen Gesundheitswesen ist in erster Linie deshalb so schwierig, weil die durch die sektorale Trennung der Leistungserbringung entstandenen Versorgungsstrukturen aufgrund eines vielfältig verflochtenen Systems öffentlich rechtlicher Rahmenbedingungen eine weitgehende Autonomie gegenüber Einflussnahmen im gesamtgesellschaftlichen Interesse aufzuweisen haben. Diese Konstellation, die vor Jahrzehnten noch als moderne Errungenschaft eines hoch entwickelten Gesundheitswesens

gefeiert werden durfte, stellt sich heute zunehmend als äußerst schwer überwindbares Hemmnis für eine innovative Umstrukturierung der Versorgung heraus.

So sind auch die staatlichen Maßnahmen der letzten Jahrzehnte zur Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgungsstrukturen zu interpretieren oder anders formuliert: So muss man das interpretieren, was der Staat bis heute an von der Versorgungswissenschaft empfohlenen strukturellen Veränderungen nicht durchgeführt hat.

Das ist bei weitem nicht nur durch die große wechselseitige Abhängigkeit von Staat und Selbstverwaltung, die in diesen Beziehungen bei Reformbestrebungen immer wieder zu Patt-Situationen führt, zu erklären. Auch der Staat selbst verfolgt auf diesem Gebiet mitunter Interessen, die einer zügigen Überwindung der sektoralen Trennung im Wege stehen. Differenzieren muss man dabei zwischen Bund und Ländern. Nicht zum ersten Mal wird hier bei der Konsentierung zentraler und regionaler staatlicher Interessen deutlich, dass starke Eigeninteressen der Länder das Beschreiten eines gemeinsamen Weges zur Überwindung der sektoralen Barrieren in der gesundheitlichen Versorgung fast unmöglich machen.

Vor diesem Hintergrund müssen auch die bisherigen Ergebnisse der Arbeit der Bund-Länder-Arbeitsgruppe sektorenübergreifende Versorgung gesehen werden. Ein gemeinsames Interesse an einer systematischen Weiterentwicklung der Strukturen der sektorenübergreifenden, insbesondere integrierten Versorgung ist hier nicht zu erkennen.

Deshalb sollte nicht nur die Bundesregierung, sondern ebenso die Regierungen der Bundesländer zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen im Schnittstellenbereich von ambulant und stationär in die Pflicht genommen werden. Das, was bisher deren gemeinsame Arbeit hervorgebracht hat, überzeugt nicht. Es geht um die Wahrnehmung einer gemeinsamen Verantwortung für das deutsche Gesundheitswesen. Der hier erhoffte Neustart sollte endlich stattfinden.

8.

Das Fehlen von wissenschaftlich begründeten lang- und mittelfristigen Konzeptionen und Zielstellungen auf staatlicher Seite hemmt wesentlich die sektorenübergreifend zu koordinierende Digitalisierung im Gesundheitswesen.

In letzter Zeit waren immer wieder Stimmen zu vernehmen, die erklärten, dass die Digitalisierung des Gesundheitswesens letztlich auch zur Überwindung der sektoralen Trennung führen werde.

Diesen Standpunkt teilt die DGIV nicht. Die Digitalisierung allein kann nicht das Problem der sektoralen Versorgung lösen; sie kann aber durchaus an sektoralen Beharrungskräften scheitern. Seit Jahren wird von den Vertretern der Industrie bemängelt, dass es für eine durchgreifende Digitalisierung in den Schnittstellenbereichen an ausreichend konkreten Zielvorgaben für das zukünftige strukturelle Zusammenwirken und die damit im Zusammenhang stehenden Prozessanforderungen und deren Umsetzung fehlt.

Die Digitalisierung ist zwar in der Lage, für ihre Umsetzung bestehende sektorale strukturelle Hemmnisse aufzuzeigen. Sie kann aber nicht die Regierungsarbeit auf dem Gebiet der Weiterentwicklung moderner Versorgungsstrukturen leisten.

Auch hier wird der Staat in Bund und Ländern nicht darauf verzichten können, lang- und mittelfristige wissenschaftlich begründete konzeptionelle Vorgaben für eine digitalisierte Versorgungslandschaft in der Welt von morgen zu machen.

Die damit zu verbindende gesellschaftliche Diskussion sollte schnellstmöglich beginnen.

9.

Die Aufgaben zur Ausschöpfung des großen Potenzials des Schnittstellenbereiches von ambulant und stationär für die Steigerung von Effizienz und Effektivität der gesundheitlichen Versorgung sind komplex und mit Widerständen starker Partikularinteressen behaftet. Nicht zuletzt durch die enormen wirtschaftlichen Belastungen der Corona-Krise wird immer deutlicher, dass der Staat nicht länger diese bereits seit Jahrzehnten bekannten Aufgaben auf kommende staatliche Verantwortungsträger und kommende Generationen der deutschen Gesellschaft abschieben darf.

Die bisherigen Erfolge bei der Bekämpfung der Corona-Krise haben erneut aufgezeigt, wozu unsere Exekutive und die Strukturen der gesundheitlichen Versorgung in der Lage sind. Das ist zu Recht sehr gewürdigt worden, darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass unser Gesundheitswesen einer weiteren Modernisierung bedarf. Corona hat diese Notwendigkeit sogar noch stärker in den Vordergrund gerückt.

Von Sachverständigenseite ist längst aufgezeigt worden, wo in unserem Versorgungssystem die größten Verbesserungspotenziale bestehen. Andere – wie der BKK-Dachverband und der Spitzenverband Fachärzte Deutschland – haben Vorschläge für umfassendere Reformen unterbreitet. Manch „heißes Eisen“ wurde jedoch von Regierungsseite auf die lange Bank

geschoben und hat sich dabei dennoch nicht abgekühlt. Der Schmelztiegel dafür ist der Schnittstellenbereich von ambulant und stationär, und im Brennpunkt steht die integrierende – weil kooperierende – sektorenübergreifende Versorgung ehemals angestammter ambulanter und stationärer Leistungserbringer.

Man muss kein Prophet sein, um festzustellen, dass es der Bundesregierung in dieser Legislaturperiode wieder nicht gelingen wird, ein umfassendes Programm zur sektorenübergreifenden Versorgung mit nachhaltigen Arbeitsschritten auf einen Weg zur Überwindung der Sektorengrenzen aufzulegen. Dafür gehen die bisher gewählten Arbeitsansätze auch einfach nicht weit genug.

Die Stimmen nach umfassenderen Reformen des SGB V werden lauter. Es wird immer deutlicher, dass wir für eine innovativere gesundheitliche Versorgung in erster Linie innovativer gesetzlicher Rahmenbedingungen bedürfen. Vieles ist hier inzwischen überlebt. Um an diesen Verhältnissen etwas entscheidend zu ändern, muss man in der Lage sein, Rahmenbedingungen grundhaft zu überprüfen und dabei auch langjährig Vertrautes in Frage zu stellen.

Gedacht werden muss dabei von den Patienten aus und von den zur Wahrung des Patientenwohls notwendigen Leistungen. Dieser Prämisse müssen die Versorgungsstrukturen folgen und nicht umgekehrt. Dazu braucht es nicht nur Kompetenz und Willen, sondern auch die Bereitschaft, Konzepte über den Tellerrand eigener Regierungszeiten hinweg konkret zu formulieren.

Wenn es eine Bundesregierung nicht vermag, den Schnittstellenbereich von ambulant und stationär zum Arbeitsschwerpunkt für durchgreifende und nachhaltige Entwicklungsschritte zu bestimmen, wird uns in diesem Bereich die Politik der kleinen Schritte von unklarer Versorgungsrelevanz noch lange begleiten. Früher konnten wir uns das noch leisten. Heute auch noch?

Impressum

Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e. V.
Wartburgstraße 11, 10823 Berlin
Tel.: 0 30 / 44 72 70 80, Fax: 0 30 / 44 72 97 46
Mail: info@dgiv.org, Web: www.dgiv.org
V. i. S. d. P.: Prof. Dr. med. Stefan G. Spitzer, Vorsitzender des Vorstandes