

Berlin, Mai 2017

**DGIV-POSITIONSPAPIER ZUR BUNDESTAGSWAHL 2017**

- **Prinzip der Integrierten Versorgung stärker in Regelversorgungsstrukturen verwirklichen**
- **der wettbewerblichen Orientierung des Gesundheitswesens durch wettbewerblich ausgerichtete Rahmenbedingungen entsprechen**
- **bei Digitalisierung des Gesundheitswesens Wirtschaftlichkeitsgebot einhalten und Patientenrechte wahren**

**1. Gesellschaftlichen Herausforderungen mit längerfristigen Konzeptionen begegnen**

## 1.1.

Der gesellschaftliche Wandel in Deutschland hat längst begonnen. Es ist absehbar, dass über mehrere Jahrzehnte hinweg die demografischen Veränderungen - verstärkt durch weitere außerhalb und innerhalb unseres Landes wirkende Einflüsse – die öffentlichen Kassen und die gesundheitliche Versorgung in unserem Land zunehmend belasten werden.

Diesen gesellschaftlichen Herausforderungen kann nur mit langfristigen und nachhaltigen wissenschaftlich begründeten Konzeptionen begegnet werden. Die politische programmatische Vorbereitung auf die Bundestagswahlen 2017 muss deshalb auch in ihrem gesundheitspolitischen Teil Zielstellungen beinhalten, die perspektivisch deutlich über die Regierungszeit der Legislaturperiode hinausgehen und in eine transparente langfristige Konzeption eingebunden sind.

## 1.2.

Die Ergebnisse der Regierungsarbeit der letzten Legislaturperioden waren auf dem Gebiet des Gesundheitswesens – soweit ersichtlich – noch nicht im erforderlichen Maße von nachhaltigen, langfristigen, über mehrere Jahrzehnte gehenden Konzeptionen geprägt. Es ist notwendig, über kurzfristige Zielstellung für eine bevorstehende Regierungszeit hinaus zu gehen und Wege und Maßnahmen aufzuzeigen, mit denen unserer heutigen Verantwortung für die längerfristige Gestaltung eines effizienten, modernen Gesundheitssystems unter Einbeziehung beider Elemente der Krankenversicherung (GKV und PKV) ohne althergebrachte sektorale Hindernisse besser entsprochen wird als bisher.

Im Wissen um die in unserem komplexen Gesundheitssystem vielfältig „verbackenen“ verkrusteten Strukturen werden wir hier um ein schrittweises Vorgehen über mehrere Regierungszeiten hinweg nicht umhin kommen. Solange diese Schritte erkennbare Bestandteile einer logischen konzeptionellen Abfolge sind, sind auch kurzfristig noch nicht eintretende positive Wirkungen und Erfolge zu akzeptieren.

## **2. Versorgungserfordernisse konsequenter umsetzen**

### 2.1.

Im Schnittstellenbereich von ambulant und stationär bestehen nach wie vor die größten Effizienzreserven des deutschen Gesundheitssystems. Zur Ausschöpfung dieser Reserven ist es erforderlich, sich weniger von den Vorstellungen sektoraler Interessensträger leiten zu lassen, als vielmehr von den wissenschaftlich nachgewiesenen Anforderungen an eine moderne sektorenübergreifende Versorgung.

### 2.2.

Dabei sollte die Konsensfindung mit den Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung konsequenter an dem gesellschaftlichen Interesse zur Bewältigung der Herausforderungen des gesellschaftlichen Wandels in unserem Land ausgerichtet werden. Das gesundheitspolitische Programm einer Bundesregierung muss stärker als bisher von der konsequenteren Umsetzung wissenschaftlich begründeter Versorgungsnotwendigkeiten getragen sein als von einer verlustreichen Konsentierung divergierender versorgungspolitischer Positionen.

## **3. Große Herausforderungen verlangen adäquate Maßnahmen**

### 3.1.

Das Gesundheitswesen ist ein Kernbereich der sozialen Absicherung der Bürgerinnen und Bürger. Die Veränderung gesundheitlicher Versorgungsstrukturen ist eine sehr verantwortungsvolle Angelegenheit. Dennoch ist es unverzichtbar, den erheblichen Auswirkungen des Wandels in unserer Gesellschaft auch mit erheblichen, erforderlichenfalls gravierenden Modernisierungen im System der gesundheitlichen Versorgung zu entsprechen.

Es versteht sich von selbst, dass die Absicherung solcher Maßnahmen von höchster Sachkunde und Wissenschaftlichkeit getragen sein muss. Eine Bundesregierung wird auch daran gemessen, inwieweit es ihr gelingt, die Auswertungen und Empfehlungen der Versorgungswissenschaft in konkreten Gesetzesinitiativen zu verwirklichen.

### 3.2.

Es ist zu konstatieren, dass diesbezügliche Vorlagen – insbesondere des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – bisher noch nicht mit der erforderlichen Konsequenz umgesetzt worden sind. Natürlich wäre es vermessen zu verlangen, jedes dieser Gutachten in Gänze zur Grundlage der Regierungsarbeit zu machen. Nicht jeder Vorschlag aus diesen Gutachten ist umsetzbar.

Dennoch ist es bezeichnend, dass das Sondergutachten 2012 des Sachverständigenrates Gesundheit (SVR-Gesundheit, Sondergutachten 2012, Kurzfassung, [http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2012/GA2012\\_Kurzfassung.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2012/GA2012_Kurzfassung.pdf)) immer noch auch für die heutige Situation sehr aktuelle Vorschläge und Empfehlungen ausweist, die aus Sicht der DGIV in der Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens noch umgesetzt werden müssen, auch umgesetzt werden könnten, aber bisher nicht umgesetzt worden sind. Darunter zählen zum Beispiel:

- die Schaffung eines sektorenübergreifenden einheitlichen Ordnungsrahmens an der Schnittstelle ambulant-stationär (Ziff. 179),
- die Angleichung der Honorierungssystematik von stationären Kurzzeitfällen und vergleichbaren ambulanten Behandlungen, um einen Anreiz zur geringeren Auslastung und zur Beseitigung stationärer Überkapazitäten zu schaffen (Ziff. 181),
- alle Fragen der Honorarverteilung, die Selektivverträge und Bereinigung betreffen, sollten im Einvernehmen mit den Krankenkassen zu lösen sein (Ziff. 202),
- die Einbeziehung strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137 f) bis g) SGB V als Elemente in die integrierten Versorgungsformen (Ziff. 188),
- die Schaffung großer integriert tätiger Einheiten von Leistungserbringern, da diese

in der Lage sind, die spezifischen personellen, strukturellen und organisatorischen Ressourcen zu bündeln und so das vorhandene Rationalisierungspotential auszuschöpfen (Ziff. 143).

#### **4. Prinzip der Integrierten Versorgung in Regelversorgungsstrukturen umsetzen**

##### 4.1.

Die Auswertung von Projekten zur Integrierten Versorgung gemäß § 140a SGB V hat gezeigt, dass die integrierte Zusammenarbeit von Leistungserbringern verschiedener Fächer und Sektoren immer dann zu den besten Versorgungseffekten führt, wenn die Patientenversorgung in diesen Projekten auf unter modernsten medizinischen Erkenntnissen gestalteten Patientenzugängen erfolgt und die Partner der Versorgung dabei koordiniert zum Zwecke der Optimierung der Patientenversorgung zusammen arbeiten.

Es ist nicht zuletzt eines der Hauptanliegen der Förderung integrierender Versorgungsprojekte durch den Innovationsfonds, in der Selektivversorgung bewährte Versorgungslösungen in die Regelversorgung zu überführen. Aus Sicht der DGIV hat es jedenfalls bisher an einer Bereitschaft zur Überführung dieser Erkenntnisse in die Regelversorgung gemangelt.

##### 4.2.

Es ist bereits heute möglich, auch in der derzeitigen Regelversorgung Strukturen zuzulassen, die es deutlich besser als bisher ermöglichen, den Patienten sektorenübergreifende integrierte Versorgungsangebote auf besser koordinierten, gleichermaßen wirtschaftlichen wie qualitätsgesicherten Versorgungszugängen zu ermöglichen.

Dazu ist es allerdings in erster Linie erforderlich, auch in der Regelversorgung der integrierenden Selektivversorgung nachempfundene Versorgungsangebote zuzulassen.

##### 4.3.

Der Schwerpunkt sollte hier aus Sicht der DGIV zunächst bei der Schaffung von Strukturen zur deutlich erleichterten integrierten Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Vertragsärzten liegen.

Krankenhäuser und Vertragsärzte sollten in die Lage versetzt werden, sich im freien Kon-

trahieren auf individualvertraglicher Grundlage zu einem sektorenübergreifenden Verbund in Gestalt eines Leistungserbringers zusammen zu schließen. Dieser Leistungserbringer ist in bestimmten Fächern und Disziplinen insbesondere für Indikationen, deren Behandlung sektorenübergreifend oder auch sektorengleich erfolgt, mit eigenen Rahmenbedingungen und Vergütungsregelungen tätig.

#### 4.4.

Diese Struktur zeichnet sich durch vielerlei Vorteile und synergistische Effekte aus. Insbesondere stellt sie eine logische Weiterentwicklung von Elementen der bisher noch durch diverse Erschwernisse belasteten Versorgungsstrukturen ambulantes Operieren und ambulante spezialfachärztliche Versorgung, Belegarzt, Honorar- bzw. Kooperationsarzt, Praxisklinik und Entlassmanagement dar.

#### 4.5.

Der „Krankenhaus-vertragsärztlicher Leistungserbringer–Verbund“ benötigt Rahmenbedingungen, die einerseits eine flexible Leistungserbringung unter Wahrung der Erkenntnisse der modernen Medizin ermöglichen, andererseits aber u. a. auch gewährleisten müssen, dass die vertraglichen Gestaltungen nicht von der wirtschaftlich stärkeren Krankenhausseite dominiert oder durch nicht medizinisch gerechtfertigte unlautere Zuweisungen zweckentfremdet werden. Dennoch wird die neue Struktur den Partnern dieses vertraglichen Verbundes ermöglichen, wie in der integrierten Selektivversorgung den Patienten ein effizientes sektorenübergreifendes Versorgungsangebot zu unterbreiten.

Es kann auch davon ausgegangen werden, dass für das Eingehen einer solchen Gemeinschaft auf vertragsärztlicher Seite geeignete Partner zur Verfügung stehen. In vielen Fächern existieren hoch spezialisierte fachärztliche Kompetenzzentren als MVZ oder Gemeinschaftspraxen einschließlich Praxiskliniken. Nur in Ausnahmefällen waren diese bisher in der Lage, ihre Leistungsfähigkeit in nach wissenschaftlichen Grundsätzen vorgenommenen Auswertungen nachzuweisen.

#### 4.6.

Die in dieser neuen Versorgungsform zusammengeschlossenen Leistungserbringer müssen in die Lage versetzt sein, den Patienten einen ggf. sektorenübergreifenden Patientenpfad unter einem Dach zu eröffnen. Wie in der Integrierten Versorgung als Selektivversorgungsform auch könnten dazu die Patienten mit dem neuen Leistungserbringer Behand-

lungsverträge eingehen, auf deren Grundlage sie je nach Indikation und Behandlungsverlauf vom sektorenübergreifenden Versorgungsangebot ganz oder teilweise gemäß den Wirtschaftlichkeitsgeboten der §§ 12, 39 SGB V Gebrauch machen können.

Diese Gestaltungen können das Selbstbestimmungsrecht der Patienten gewährleisten, insbesondere auch dem Recht auf freie Arztwahl entsprechen. Auch muss hier die Zuführung von Patienten durchaus nicht mit berufs-, sozial- und strafrechtlichen Verboten kollidieren – im Gegenteil: Die neue Struktur eröffnet neue, flexiblere Möglichkeiten, das medizinisch Gebotene in effizienter und transparenter Art und Weise zu verwirklichen.

#### 4.7.

Ein solcher Verbund kann aus Sicht der DGIV von Krankenhäusern und auf Vertragsarztseite mit den hier gegebenen Rechtsformen MVZ und Gemeinschaftspraxis (fachgleich und/oder –übergreifend) sowie Einzelpraxis eingegangen werden.

Diese Konstruktion lediglich Krankenhäusern mit in deren Trägerschaft befindlichen (eigenen) MVZ zu eröffnen, wäre zu kurz gedacht. Gerade weil sich durch diese Gestaltungen sektorenübergreifende Kompetenzzentren, die auch angemessene Berücksichtigung in der sektorenübergreifenden Bedarfsplanung der Länder finden, herausbilden sollen, sollte hier grundsätzlich jedem geeigneten Krankenhaus und jedem geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringer die Möglichkeit zum Vertragsschluss eröffnet werden.

Auch wenn hier für die Leistungserbringer das Prinzip der Vertragsfreiheit zur Anwendung kommt, sind dennoch dafür neue spezifische Rahmenbedingungen erforderlich. Hier lassen sich aus Sicht der DGIV u. a. durchaus auch Prinzipien anwenden, die bereits den Kooperationen in Gemeinschaftspraxen zu Grunde liegen.

## **5. Einheitlichen Ordnungsrahmen schaffen**

### 5.1.

Die Frage, inwieweit Leistungserbringer im Schnittstellenbereich von ambulant und stationär zueinander im Wettbewerb stehen oder in einen solchen eintreten sollten, ist schon oft diskutiert worden. Bislang ist ein solcher Wettbewerb meist an fehlenden einheitlichen Rahmenbedingungen gescheitert.

Es ist gut, dass sich jetzt die Erkenntnis durchzusetzen scheint, dass ein Wettbewerb auch gleiche Wettbewerbsbedingungen braucht. Die DGIV begrüßt die Bestrebungen, zukünftig für einheitlichere Rahmenbedingungen in diesem wichtigen Bereich der medizinischen Versorgung zu sorgen.

## 5.2.

In diesem Zusammenhang reicht es aber nicht aus, die Bedarfsplanung und Vergütung gleicher Leistungen sektorenunabhängig zu gestalten, die sektorenübergreifende Qualitätssicherung auf der Grundlage gleicher Kriterien auszubauen und zu stärken sowie für mehr Transparenz im Leistungsgeschehen zu sorgen. Auch im Leistungsrecht und Leistungserbringungsrecht sollten die Angleichungen erfolgen, die allen Beteiligten gleichermaßen die Ausschöpfung der bestehenden Effizienzreserven ermöglichen.

Das erfordert ein grundsätzliches Umdenken im System der Finanzierung der Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen. Wenn eine Verstärkung des Trends hin zur Übertragung von Aufgaben der medizinischen Grund- und Notfallversorgung auf mehr Schultern als bisher einerseits und Konzentration fachärztlicher Ressourcen in größeren Kompetenzzentren andererseits erfolgen soll, muss dem auch – unabhängig von der Trägerschaft dieser Strukturen in vertragsärztlichen oder Krankenhaus-Händen – durch eine einheitliche Finanzierung und staatliche Förderung über Sektorengrenzen hinweg entsprochen werden. Auch hier wird man als Voraussetzung dafür nicht um eine objektive Auswertung der Leistungsergebnisse vergleichbarer Leistungserbringer umhin kommen.

## **6. Der wettbewerblichen Orientierung des Gesundheitswesens durch wettbewerblich ausgerichtete Rahmenbedingungen entsprechen**

### 6.1.

Das Bundesministerium für Gesundheit formuliert auf seiner Homepage unter <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/herausforderungen/wettbewerb.html>:

*„Wettbewerb im Gesundheitswesen nützt den Patientinnen und Patienten. Sie erhalten so eine größere Wahlfreiheit und am Ende eine bessere Behandlung. Wettbewerb im Gesundheitswesen ist also kein Selbstzweck, sondern der Weg zu einer besseren medizinischen*

*Qualität, zu mehr Effizienz und zu weniger Bürokratie. Um dies zu erreichen muss der Wettbewerbsgedanke zwischen den Anbietern medizinischer Leistungen, zwischen den Krankenkassen und im Verhältnis der Krankenkassen zu den Leistungserbringern – insbesondere zu Ärzten und Krankenhäusern – auch künftig gestärkt werden.“*

Das Streben nach besserer medizinischer Qualität, mehr Effizienz und weniger Bürokratie als Zielstellungen für den Wettbewerb im System der gesundheitlichen Versorgung hat bisher weder eine öffentliche Ausprägung noch eine öffentliche Auswertung erhalten.

Werden keine besonderen Wettbewerbsanreize von dritter Seite ausgelobt, bestimmen die Bedingungen des Marktes, ob und wie stark sich ein Marktteilnehmer wettbewerblich betätigen muss.

## 6.2.

Die wettbewerbliche Orientierung im Gesundheitswesen wird sehr viel stärker von der Bundesregierung betont als von den Krankenkassen und Leistungserbringern selbst.

Die Gründe dafür liegen immer noch in den Bedingungen des Marktes, aus denen heraus derzeit wenig Motivation zur Wettbewerbsführung bei den Akteuren der gesundheitlichen Versorgung gesehen wird.

Diese unbefriedigende Situation kann nur durch Korrekturen in den Rahmenbedingungen der Krankenkassen und Leistungserbringer erreicht werden.

Dass der Innovationsfonds hier bereits zu einer Verstärkung der **wettbewerblichen** Anstrengungen im Sinne der o. g. Zielvorgaben der Bundesregierung führen wird, muss bezweifelt werden.

## 6.3.

Vor dem Hintergrund, dass immer noch der Großteil der Leistungen der Krankenkassen und Leistungserbringer verbindlich fixiert sind, wird am ehesten mit einem Qualitätswettbewerb zu rechnen sein. Hier darf im Bestreben um Leistungstransparenz, Qualitätsauswertung und Qualitätssicherung nicht nachgelassen werden.



Absehbar ist im Qualitätswettbewerb der Kassen die größere Flexibilität im Bereich der Selektivversorgung gegeben. Hier könnten insbesondere Wahltarife unter Einschluss von Qualitätsverträgen mit speziellen Krankenhäusern und fachärztlichen Kompetenzzentren Optionen für eine Belebung des Wettbewerbes darstellen (vgl. diesjähriges Sondergutachten 75 der Monopolkommission „Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem“ unter 2.3.2.3. erläutert [http://www.monopolkommission.de/images/PDF/SG/s75\\_volltext.pdf](http://www.monopolkommission.de/images/PDF/SG/s75_volltext.pdf)).

## **7. „Ambulant vor stationär“ als Versorgungsprinzip umsetzen**

Das Prinzip „ambulant vor stationär“ muss im stärkerem Maße umgesetzt werden. Die Grenzziehungen zwischen notwendigen stationären und möglichen ambulanten Behandlungen sollten laufend durch unabhängige Expertisen hinterfragt werden. Ob die ambulante Behandlung dann im Krankenhaus oder im niedergelassenen Bereich durchgeführt wird, ist im Prinzip zweitrangig, besondere regionale Gegebenheiten sollten allerdings hierbei berücksichtigt werden.

Das deutsche gesundheitliche Versorgungssystem hat im internationalen Vergleich einen hohen Stellenwert. Die Patienten laufen nicht Gefahr, aufgrund unzureichender medizinischer Standards nicht im notwendigen Maße versorgt zu werden.

Nachholebedarf besteht aber in der raschen Überführung des medizinisch qualitätsgesichert Machbaren von der vollstationären in die teilstationäre oder ambulante Versorgung. Auf diesem Gebiet braucht es mehr wissenschaftliche Auswertung der Versorgungs- und Behandlungsergebnisse und mehr Anreize in den (einheitlichen) Vergütungssystemen.

## **8. Digitalisierung des Gesundheitswesens muss Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen und Patientenrechte wahren**

### **8.1.**

Die DGIV begrüßt, dass die Digitalisierung des Gesundheitswesens nunmehr rasch vorangetrieben werden soll. Die Umsetzung des Prinzips der Integrierten Versorgung in der gesundheitlichen Versorgung kann letztlich nur auf einer einheitlichen IT-Basis mit einem Vernetzungsgrad, der den modernen Anforderungen an eine schnelle, zuverlässige und

rechtssichere Datenverfügbarkeit entspricht, erfolgen. Auch hier muss die Entwicklung von der sektoralen hin zur populationsorientierten und - im Rahmen des Notwendigen - individualisierten Gesundheitsversorgung konsequenter umgesetzt werden.

## 8.2.

Digitalisierung im Gesundheitswesen geht weit über die elektronische Patientenakte und – als deren Bestandteil – die elektronische Gesundheitskarte hinaus. Auch diese Prozesse müssen das Wirtschaftlichkeitsgebot gem. § 12 Abs. 1 SGB V wahren, nach dem die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Die Grenzbestimmungen brauchen hier hoch sensibles und sorgfältiges Herangehen.

## 8.3.

Das gilt auch für den Umgang mit dem Patientenrecht auf informationelle Selbstbestimmung und angrenzende Datenschutzrechte im Prozess der Digitalisierung. Einerseits erhebt die fortschreitende Vernetzung im Gesundheitswesen Anspruch auf möglichst schnelle und weitgehende Verfügbarkeit von Daten, andererseits muss immer noch gewährleistet werden, dass die Patienten über die Preisgabe und Verwendung ihrer Daten selbst bestimmen können und vor Ausspähung und Missbrauch ihrer Daten geschützt werden.

Vor diesem Hintergrund muss auch definiert werden, welcher Datenzugang durch wen für eine moderne, effiziente, digitalisierte gesundheitliche Versorgung unter Wahrung des Grundrechtes auf informationelle Selbstbestimmung notwendig ist. Es ist nicht auszuschließen, dass die Auswertung der hier entstandenen wissenschaftlichen Erkenntnisse auch zu einer Modifizierung des derzeit im Datenschutz bestehenden Rechtsrahmens führt.

Dieser Prozess muss mit einer qualifizierten öffentlichen Diskussion einhergehen. Eine etwaige Einschränkung von Persönlichkeitsrechten – sei es auch nur in bestimmten Bereichen und durch gesellschaftliche sowie wissenschaftlich-technische Entwicklungen gut begründbar – verlangt eine sorgfältige wissenschaftliche Begründung, mit der man die Bürgerinnen und Bürger über hier erforderliche Modifizierungen umfassend aufklären kann.

## **9. Stärkeres Kostenbewusstsein bei Innovationen**

Auch die Digitalisierung der gesundheitlichen Versorgung muss einen beachtlichen Beitrag zur Gewährleistung der Finanzierbarkeit der Versorgung leisten.

Darüber hinaus muss die Umsetzung der Erkenntnisse des wissenschaftlich- technischen Fortschritts in der Medizin zukünftig kostenbewusster erfolgen, insbesondere präziseren Kosten-Nutzen-Bewertungen unterzogen werden.

Dabei geht es nicht nur um Arzneimittel und Medizinprodukte, sondern auch um neue medizinische Verfahren und Methoden und deren verbindliche Vorgaben für die Leistungserbringung innerhalb der Sektoren und über Sektorengrenzen hinweg.

## **10. Positionspapier zur Entwicklung der sektorenübergreifenden gesundheitlichen Versorgung und Bedarfsplanung**

Unter dieser Bezeichnung hat die DGIV am 01.12.2016 ihr Positionspapier 2016 veröffentlicht.

Das Positionspapier 2016 enthält sowohl Gedanken, die ergänzend zum Positionspapier 2017 herangezogen werden können, als auch weitere Stellungnahmen zu aktuellen Entwicklungserfordernissen im deutschen Gesundheitswesen.

Es ist unter <http://dgiv.org/positionspapier-2016/> einsehbar.

### **Impressum**

Deutsche Gesellschaft für  
Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e. V.  
Friedrichstraße 183, D-10117 Berlin  
Tel.: 0 30 / 44 72 70 80, Fax: 0 30 / 44 72 97 46  
Mail: [info@dgiv.org](mailto:info@dgiv.org), Web: [www.dgiv.org](http://www.dgiv.org)  
V. i. S. d. P.: Prof. Dr. med. Stefan G. Spitzer, Vorsitzender des Vorstandes