

Berlin, August 2019

DGIV-Positionspapier 2019 zur sektorenübergreifenden Versorgung

Ohne Integrierte Versorgung sind die Sektorengrenzen nicht zu überwinden!

Die in den letzten Wochen verlautbarten Signale aus Bund und Ländern über bestehende Absichten auf dem Gebiet der sektorenübergreifenden Versorgung vermögen noch nicht zu überzeugen. Es wächst die Besorgnis, dass es wieder nicht gelingen könnte, nachhaltige Maßnahmen zum Abbau der Sektorengrenzen zu treffen.

I.

Bereits 2017 hatte die Gesundheitsministerkonferenz die Bildung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe sektorenübergreifende Versorgung vorgeschlagen. Dem Vorschlag wurde im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD vom 12.03.2018 entsprochen. Hier formulierte man auf Seite 95 ff.:

*„Die Zusammenarbeit und Vernetzung im Gesundheitswesen müssen ausgebaut und verstärkt werden. Zur Erreichung einer sektorenübergreifenden Versorgung wollen wir nachhaltige Schritte einleiten... Die Zusammenarbeit und Vernetzung im Gesundheitswesen müssen ausgebaut und verstärkt werden. Für eine sektorenübergreifende Versorgung wollen wir weitere nachhaltige Schritte einleiten, damit sich die Behandlungsverläufe ausschließlich am medizinisch-pflegerischen Bedarf der Patientinnen und Patienten ausrichten. Wir werden eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Einbeziehung der Regierungsfractionen im Deutschen Bundestag einrichten. **Diese Arbeitsgruppe wird Vorschläge für die Weiterentwicklung zu einer sektorenübergreifenden Versorgung des stationären und ambulanten Systems im Hinblick auf Bedarfsplanung, Zulassung, Honorierung, Kodierung, Dokumentation, Kooperation der Gesundheitsberufe und Qualitätssicherung unter Berücksichtigung der telematischen Infrastruktur bis 2020 vorlegen. Dabei sollen Spielräume für regionale Ausgestaltungen ermöglicht werden.**“*

II.

Das Anliegen stimmte hoffnungsvoll, obwohl sich alle Fachleute über die Komplexität der Aufgabenstellung und die gesundheitspolitische Schwierigkeit der Umsetzung des dafür Erforderlichen im Klaren sind. Dennoch: Wenn das deutsche Gesundheitswesen nicht in wirtschaftlich und medizinisch überlebten Versorgungsstrukturen verharren will, muss es konsequent über innovative sektoren- und fächerübergreifende Versorgungslösungen den Weg zum Abbau der sektoralen Barrieren einschlagen. Diese Erkenntnis ist auch nicht neu; mindestens seit 10 Jahren sprechen sich maßgebliche Vertreter der Versorgungsforschung dafür aus.

III.

Die DGIV hat in diesen Jahren den zähen, von vielen Rückschlägen begleiteten Prozess der Entwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für eine integrierte sektorenübergreifende Zusammenarbeit mit kritischen, aber immer auch konstruktiven Beiträgen begleitet. Es entsprach dabei dem Selbstverständnis der DGIV, nachhaltige, wissenschaftlich begründete Entwicklungsschritte auf diesem Gebiet einzufordern und – in Auswertung der Erfahrungen aus den letzten 10 Jahren – davor zu warnen, dass diese anspruchsvolle Aufgabenstellung für die Steigerung der Versorgungseffizienz im wichtigsten Bereich unseres Gesundheitswesens wieder durch unentschlossenes Handeln und Verschiebetaktiken auf künftige Entscheidungsperioden versanden könnte.

Die Entwicklung in den Jahren 2018 und bisher 2019 geben keine Veranlassung, von dieser Position Abstriche zu machen.

IV.

Obwohl von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe sektorenübergreifende Versorgung immer noch keine offizielle Ergebnisverlautbarung – und sei es nur zu Teilergebnissen – vorliegt, kursiert dennoch seit Anfang Mai ein „nicht mit der Leitung des BMG abgestimmter Arbeitsentwurf für ein Eckpunktepapier der Bund-Länder-AG ‚sektorenübergreifende Versorgung‘ zur Vorbereitung der Sitzung auf Leitungsebene am 8. Mai 2019“.

Die DGIV hat diesen Arbeitsentwurf mit Enttäuschung und der Hoffnung, dass das Papier in seiner Endfassung der Aufgabenstellung für die Arbeitsgruppe besser gerecht wird, zur Kenntnis genommen.

Der Entwurf vermittelt jedenfalls den Eindruck, dass sich die Arbeitsgruppe nicht den komplexen Anforderungen ihrer Aufgabe gestellt, sondern (vorerst?) einzelnen Teilbereichen des Schnittstellenbereiches von ambulant und stationär sowie Medizin und Pflege gewidmet hat.

Würde man hier einmal unterstellen, dass es sich bei der häuslichen Krankenpflege um einen Versorgungssektor handelt, bieten lediglich die Ausführungen des Entwurfes zur besseren Koordinierung der Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegepersonal gewisse Ansätze für eine integrierte Zusammenarbeit.

V.

Ansonsten lässt der Arbeitsentwurf überraschenderweise die wissenschaftliche Erkenntnis, mit Hilfe **integrierender Versorgungslösungen** die sektorenübergreifende Versorgung weiter zu entwickeln, völlig vermissen. Die Überraschung hat nicht nur auf Seiten der DGIV rasch der Enttäuschung Platz gemacht.

Seit langem wird der Begriff „Integrierte Versorgung“ nicht nur auf die Selektivversorgungsverträge der Besonderen Versorgung gem. § 140a SGB V beschränkt. Integrierte Versorgung ist auch ein Versorgungsprinzip, das gleichermaßen auch in der Regelversorgung wirkt und in der ständigen Verbesserung der sektorenübergreifenden und interdisziplinär-fachübergreifenden **Kooperation der Leistungserbringer** mit dem Ziel einer effizienteren medizinischen Versorgung und Pflege besteht.

Die Verwirklichung dieses Prinzips ist kein Selbstzweck, sondern sie wird durch die Erkenntnis der Leistungserbringer und –träger vorangetrieben, dass die Effizienz der medizinischen Versorgung und Pflege zum Vorteil des Patienten in erster Linie durch innovative Formen der Zusammenarbeit verbessert werden kann. Mit dieser Entwicklung muss die Entwicklung der Rahmenbedingungen Schritt halten – es ist eine der wichtigsten Erwartungen an die Arbeit der Arbeitsgruppe, dass sie diesem Erfordernis auch gerecht wird.

VI.

Die Integrierte Versorgung hat in ihrem Wirken in der Regelversorgung durchaus bereits einen unverkennbaren Stand der strukturellen Ausprägung aufzuweisen, der insgesamt durch eine beachtliche Versorgungsrelevanz gekennzeichnet ist. Dabei dürfte die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) derzeit noch die geringste Versorgungsrelevanz aufweisen. Dennoch verfügt diese Versorgungsform über großes Potenzial für ähnliche, auf deutlich mehr Indikationen erweiterte Kooperationsgestaltungen durch Krankenhäuser und Vertragsärzte, insbesondere auf dem Gebiet der stationersetzenden Versorgung.

Auch die belegärztliche Versorgung und die Zusammenarbeit von Krankenhäusern mit Kooperations-/Honorarärzten hat einen ausbaufähigen und –notwendigen Entwicklungsstand erreicht, der nicht ignoriert werden kann.

Auf diesen Gebieten liegen längst Entwicklungsvorschläge auf dem Tisch; im Zusammenhang mit der immer stärker werdenden Forderung nach einheitlichen Vergütungsbestimmungen im Schnittstellenbereich von ambulant und stationär werden unter dem Begriff „Hybridversorgung“ Vorschläge über die Schaffung integrierender Versorgungsstrukturen unter Beteiligung von Krankenhäusern und vertragsärztlichen Leistungserbringern diskutiert, für die unter Berücksichtigung des Prinzips „ambulant vor stationär“ neue Versorgungsaufträge mit neuen Vergütungsregelungen in einem einheitlichen Ordnungsrahmen ausgereicht werden sollten.

Unverständlicherweise widmet sich der Arbeitsentwurf der Arbeitsgruppe weder den vorgeannten bereits bestehenden integrierenden Versorgungsstrukturen, noch unterbreitet er Vorschläge für neue integrierende Versorgungslösungen in der Regelversorgung. Aber auch die sektorenübergreifende Selektivversorgung spielt hier (noch?) keine Rolle.

VII.

Dagegen konzentriert sich der Entwurf auf Vorschläge zur Stärkung der ambulanten Versorgung durch den Ausbau dahingehender Versorgungsaufträge für Krankenhäuser – ein Gedanke, der nicht nur wegen der sich häufenden Forderungen nach Abbau von Krankenhausstrukturen viele Fragen aufwirft - und die Schaffung eines sog. „gemeinsamen fachärztlichen Versorgungsbereiches“- ein begrüßenswerter Vorschlag, der jedoch noch nicht ausgereift ist.

Die berechtigte Frage, ob angesichts der äußerst geringen Inanspruchnahme von bereits bestehenden gesetzlichen Möglichkeiten zur Übernahme von ambulanten Versorgungsaufträgen in unterversorgten oder entsprechend gefährdeten Versorgungsbereichen die Krankenhäuser in Deutschland überhaupt Willens und in der Lage sind, solchen ambulanten Versorgungsherausforderungen zu entsprechen, muss hier mangels ausreichender wissenschaftlicher Erkenntnisse noch unbeantwortet bleiben.

Die Ausweitung von Versorgungsaufträgen für Krankenhäuser und vertragsärztliche Leistungserbringer in den anderen als dem ursprünglich „angestammten“ Sektor stellt eine denkbare, aber zunächst nicht integrierte Versorgungslösung auf dem Weg zur Überwindung sektoraler Schranken dar. Ohne die Weiterentwicklung integrierender Versorgungsstrukturen können die sektoralen Schranken jedoch nicht überwunden werden. Hier liegt noch viel Arbeit vor der Arbeitsgruppe.

VIII.

Wenn die Arbeitsgruppe auf den weiteren Ausbau des Zugangs von Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung besonderes Augenmerk legt, sollte das gleichermaßen auch für den Zugang von für die stationäre Versorgung geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern (z. B. Praxiskliniken und spezialisierten Facharztzentren) zum stationären Sektor gelten. Es ist keinesfalls so, dass es dafür keine ausreichenden fachärztlichen Expertisen auf Vertragsarztseite und keine medizinischen Notwendigkeiten im stationären Sektor geben würde.

Diese Maßnahmen sollten nicht mit dem Argument, die Krankenhäuser bräuchten keine „Unterstützung“ von Seiten der niedergelassenen Ärzte bei der Erbringung stationärer Leistungen, zurückgewiesen werden. Hochqualifizierte niedergelassene Fachärzte bieten heute schon in der Qualität der stationären Leistungserbringung mindestens die gleiche Behandlungsqualität wie ihre Facharztkollegen aus den Krankenhäusern, in nicht wenigen Fällen werden sie wegen ihrer besonderen Expertise für die Erbringung allgemeiner stationärer Krankenhausbehandlungen beworben. Vielfach bringen auch niedergelassene Ärzte die im vertragsärztlichen Bereich vorzufindende hohe Effizienz der Versorgung mit in die Behandlung stationärer Patienten ein.

IX.

Weitgehend im Unklaren lässt der Arbeitsentwurf den Leser bezüglich der bestehenden Absichten im sog. „gemeinsamen fachärztlichen Versorgungsbereich“.

Zunächst ist perspektivisch der Anspruch richtig, unabhängig von der „sektoralen Herkunft“ der handelnden Ärzte einen Versorgungsrahmen zu definieren, in dem sowohl Krankenhäuser als auch vertragsärztliche Leistungserbringer fachärztlich tätig sein dürfen. Das gilt insbesondere für den Schnittstellenbereich von ambulant und stationär, der heute noch durch relativ scharf gezeichnete Grenzlinien gekennzeichnet ist.

Die DGIV begrüßt deshalb grundsätzlich ein solches Vorhaben.

Allerdings soll es sich hier nach der Diktion des Arbeitsentwurfes wohl einschränkend nur um einen „gemeinsamen **ambulanten** fachärztlichen Versorgungsbereich“ handeln, denn das Papier formuliert: *„Dazu sollten alle gemeinsamen fachärztlichen Leistungen bzw. Diagnosen dann sowohl von ambulanten als auch von stationären Leistungserbringern **ambulant** erbracht und einheitlich vergütet werden, wobei der Schweregrad der Fälle zu berücksichtigen ist, etwa durch Zuschläge für bestimmte vulnerable Patientengruppen oder Versorgungssituationen.“*

Unabhängig von der Frage zur Terminologie, ob ein stationärer Leistungserbringer, der (auch) ambulante Leistungen erbringt, dann noch ein stationärer Leistungserbringer ist, behandelt die Arbeitsgruppe (jedenfalls nach diesem Papier) gar nicht erst den nicht unerheblichen Bereich der Erbringung stationärer Leistungen durch Vertrags- und Krankenhausärzte im Rahmen des sog. „gemeinsamen fachärztlichen Versorgungsbereichs“. Als hätte es die §§ 121 (Belegärztliche Leistungen), 122 (Behandlung in Praxisklinken), SGB V und § 2 KHEntgG / analog § 2 BPfIV (zu Krankenhausleistungen durch nicht fest angestellte Ärzte) nie gegeben.

X.

Nicht befriedigen kann auch die Absicht der Arbeitsgruppe, wesentliche Inhalte der Ausgestaltung des „gemeinsamen fachärztlichen Versorgungsbereiches“ auf die gemeinsame Selbstverwaltung delegieren zu wollen. Das Papier 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.“**

Die hier von der Arbeitsgruppe zur Beantwortung durch die Selbstverwaltung vorgesehenen Punkte sind im Großen und Ganzen auch Gegenstand der vom Koalitionsvertrag formulierten Aufgabenstellung für die Arbeitsgruppe. Diese Verantwortung sollte jetzt nicht noch auf

die Selbstverwaltung, die bekanntlich bei der Zusammensetzung der Arbeitsgruppe außen vorgelassen wurde, abgeschoben werden.

Auch hat die Arbeitsgruppe einen Arbeitsauftrag, dessen Ergebnisse bis 2020 vorzulegen sind (s. o.). Man muss kein Prophet sein, um zu erkennen, dass sich die o. g. Aufgabenstellung in diesem Bereich nicht termingerecht erledigen lässt, wenn so gut wie alle von der Arbeitsgruppe dafür zu erledigenden Grundlagenaufgaben zunächst zur Selbstverwaltung weitergereicht werden. Das nährt die Besorgnis, dass diese gleichermaßen wichtige wie dringliche Arbeit erneut auf die lange Bank geschoben werden könnte.

XI.

Das im Gesetz verankerte Versorgungsprinzip „ambulant vor stationär“ prägt die Arbeit der Arbeitsgruppe wesentlich. Das ist anzuerkennen.

Dennoch gibt es hier bereits Unterschiede zu Gesetzesinitiativen aus dem BMG. So sieht der Kabinettsentwurf vom 17.07.2019 über das „MDK-Reformgesetz“ eine Änderung von § 115b SGB V (Ambulantes Operieren im Krankenhaus) mit u. a. folgendem Inhalt vor:

Die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung geben bis zum 31. März 2020 ein gemeinsames Gutachten in Auftrag, in dem der Stand der medizinischen Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen, stationersetzenden Eingriffen und stationersetzenden Behandlungen untersucht wird. Das Gutachten hat ambulant durchführbare Operationen, stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen konkret zu benennen und in Verbindung damit verschiedene Maßnahmen zur Differenzierung der Fälle nach dem Schweregrad zu analysieren.

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. Im Gutachtensauftrag ist vorzusehen, dass das Gutachten spätestens innerhalb eines Jahres, nach dem das Gutachten in Auftrag gegeben worden ist, fertigzustellen ist.

Die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung vereinbaren auf der Grundlage des Gutachtens bis zum 30. Juni 2021 einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen, einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte. In die Vereinbarung sind die in dem Gutachten benannten ambulant durchführbaren Operationen, stationersetzenden Eingriffe und stationersetzenden Behandlungen aufzunehmen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, sowie darin allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Die Vergütung ... ist nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren und erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen.

XII.

Die vom vorgenannten Gutachten erfassten „ambulant durchführbaren Operationen, stationersetzenden Eingriffe und stationersetzenden Behandlungen“ sollen also nach der Absicht des BMG bis zum 30. Juni 2021 nach gutachterlicher Untersuchung des diesbezüglichen Standes der medizinischen Erkenntnisse neu vereinbart werden. Mit der Aufgabenstellung des Koalitionsvertrages für die Arbeitsgruppe („bis 2020“) kollidiert allerdings diese Vorgabe bereits erheblich.

XIII.

So wichtig es auch ist, ambulante Operationen und stationersetzende Leistungen einer neuen grundhaften Untersuchung zu unterziehen, so wichtig wäre es auch, das in der Vertragsärzteschaft zweifellos vorhandene Potenzial für die Erbringung von voll-, kurz- und teilstationären Leistungen gleichermaßen zu untersuchen und zu überprüfen. Das hat auch Bedeutung für die bisher vernachlässigten Gestaltungen auf dem Gebiet der Hybridversorgung einschließlich der Herausbildung neuer Strukturen in Form von intersektoralen Leistungszentren, die von Krankenhäusern und niedergelassenen Fachärzten getragen werden.

In jedem Fall stellen die dafür jetzt beizubringenden gutachterlichen Untersuchungen eine große Herausforderung und Bewährungsprobe für Staat und Selbstverwaltung dar. Das beginnt schon bei der Auswahl der Aufgabenstellung für die auszuwählenden unabhängigen Gutachter. Eine Möglichkeit ist, diese Aufgabe einem unabhängigen Institut zu übertragen, wie es die BARMER in ihrem vielbeachteten 10-Punkte-Papier vorschlägt.

Die DGIV spricht sich dazu für ein ausgewogenes Verhältnis von Experten für die stationäre und für die ambulant/praxisklinische Versorgung aus. Bisher wurden hier die Schnittstellen maßgeblich von Experten für die stationäre Versorgung bestimmt, von denen in der Regel auch die Fachgesellschaften der Berufsträger getragen werden. Nicht unwesentlich sollten für die Entscheidungsfindung in dieser Angelegenheit auch die Fragen sein, wie man zu einer **objektiven Einschätzung** der qualitätsgesicherten Leistungsfähigkeiten niedergelassener Fachärzte in diesem Bereich kommt und – damit im Zusammenhang – welche Leistungen nunmehr zusätzlich als ambulant/stationersetzend anerkannt werden müssen. Hier sollten man auch die Erfahrungen der Krankenkassen aus der integrierten Selektivversorgung mit nutzen.

Es bleibt zu hoffen, dass bei alledem die Latte nicht zu niedrig gelegt wird und man sich am Ende nicht nur mit geringfügigen Ergänzungen der bestehenden Kataloge und Rahmenbedingungen begnügt. Das wäre eine vertane Chance mehr.

XIV.

Auch die bisherigen Erkenntnisse über die sog. „ambulant-sensitiven Krankenhausfälle (ASK)“ reichen bei weitem nicht aus, um heute bereits den Nachweis führen zu können, welche ambulant/stationärer ersetzenden Leistungen in konsequenter Umsetzung des Prinzips ambulant vor stationär konkret neu anerkannt werden müssen. Es geht hier auch nicht nur um „vermeidbare Krankenhausfälle“, sondern um die Ablösung stationärer Eingriffe und Behandlungen durch ambulant/stationärer ersetzende. Das Denken „Krankenhaus = stationär“ und „Vertragsarzt/MVZ = ambulant“ muss aus den Köpfen, auch der Interessenvertreter und Politiker.

XV.

Folgt man den derzeit verlautbarten Intentionen auf staatlicher Seite, verstärkt sich der Eindruck, dass zur Ausschöpfung bestehender Effizienzreserven im Schnittstellenbereich von ambulant und stationär zunehmend nicht mehr auf das Instrument des Wettbewerbs gesetzt wird, weder für die Kassen- noch für die Leistungserbringerseite. Entsprechend verzichtet man auch derzeit auf wettbewerbsfördernde Maßnahmen in den Rahmenbedingungen.

Die Integrierte Versorgung setzt sowohl als Selektivversorgungsform als auch als Versorgungsprinzip der Regelversorgung auf die ständig zu verbessernde Kooperation der Leistungserbringer in einem wettbewerblichen Umfeld mit einheitlichem Ordnungsrahmen. Ein Verharren in alten Strukturen steht einer solchen Entwicklung deutlich entgegen.

Bund und Länder werden sich entscheiden müssen, ob hier eine Abkehr von der bisher von Regierungsseiten propagierten wettbewerblichen Orientierung erfolgen soll. Vieles von den jetzt bekanntwerdenden Absichten geht jedenfalls mit diesen ursprünglichen Zielen nicht mehr zusammen.

Impressum

Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e. V.

Friedrichstraße 171, D-10117 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