

Berlin, Dezember 2018

Eile mit Weile ?

DGIV-Positionspapier 2018 zum Stand der Umsetzung des Versorgungsprinzips Integrierte Versorgung

I. Was (zu) lange währt, muss sich irgendwann auch mit den Folgen einer Stagnation auseinandersetzen

Die Weiterentwicklung integrierender Versorgungslösungen in der Regel- und Selektivversorgung steht derzeit auf Standby. Die Bundesregierung trägt ihren Teil dazu bei, sie trat bereits im Koalitionsvertrag auf die Bremse, offiziell um Vorschläge über die Lösung wichtiger aktueller Teilprobleme in die Hände einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe sektorenübergreifende Versorgung unter Einbeziehung der Regierungsfractionen im Deutschen Bundestag zu legen. Der Wermutstropfen: Die Vorschläge sollen bis 2020 vorgelegt werden.

Bereits im März 2018 hat die DGIV in einer Presseerklärung (<http://dgiv.org/wp-content/uploads/2016/06/Pressemitteilung-Koalitionsvertrag-März-2018.pdf>) vor einer längeren Phase des Stillstands bei der Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen im Schnittstellenbereich von ambulant und stationär, dem für die Ausschöpfung noch bestehender Effizienz- und Effektivitätsreserven wichtigsten Bereich der gesundheitlichen Versorgung, gewarnt. Die bisherige Entwicklung im Jahre 2018 gibt keine Veranlassung, die bestehende Skepsis abbauen zu können.

Einerseits muss man Verständnis dafür haben, dass die Bundesregierung augenscheinlich nunmehr ihre Reformentscheidungen auf diesem Gebiet stärker auf wissenschaftlicher Grundlage und mit größerer Nachhaltigkeit treffen will. Das hatte u. a. auch die DGIV in ihrem Positionspapier zur Bundestagswahl 2017 (<http://dgiv.org/leistungen/positionspapier-2017-zur-bundestagswahl/>) gefordert. Ein solcher „Kurswechsel“ braucht besonders dann Zeit, wenn in vorangegangenen Legislaturperioden keine durchgreifenden Reformschritte gelungen sind.

Andererseits besteht nur geringes Verständnis für die wenigen kleinen Arbeitsschritte, die seit der letzten Bundestagswahl (immerhin am 24.09.2017!) öffentlich geworden sind. Erst im September dieses Jahres fand die konstituierende Sitzung der Arbeitsgruppe statt. Auch sonst dringt über die Arbeit der Kommission kaum etwas nach außen. Das vermag natürlich nicht zu überzeugen und ist Wasser auf die Mühlen derer, die schon bei Bekanntwerden der Absichten zur Arbeitsgruppengründung den alten Spruch des Inhalts wieder bemühten, unter welchen Voraussetzungen hierzulande in der Regel ein Arbeitskreis gebildet werde.

II. Durch ein innovatives Versorgungskonzept müssen effiziente Beiträge zur Bewältigung zusätzlicher finanzieller Lasten in den kommenden Jahren geleistet werden

Die alte Frage, wann die Lage in der gesundheitlichen Versorgung zwingend durchgreifendere Gesundheitsreformen verlangt, ist heute so aktuell wie nie. Das hat nicht nur mit den Grundlagen der Finanzierung des Gesundheitswesens zu tun, sondern auch mit der Erwartungslage in der deutschen Gesellschaft. In einer Zeit, in der den Bürgerinnen und Bürgern zusätzliche Sozialabgaben, z. B. zur Pflegeversicherung, angekündigt werden, darf der Staat nicht nachlassen im Bemühen um Ausschöpfung der im Gesundheitswesen ruhenden Effizienzreserven. Erst wenn diese Möglichkeiten ausgenutzt worden sind, kann es sich als notwendig erweisen, größere finanzielle Beiträge von den Bürgerinnen und Bürgern zu verlangen.

Also müssen nicht nur die richtigen, von Kompetenz getragenen, nachhaltigen Reformentscheidungen getroffen werden, sondern das muss nun auch schnell und ohne weiteres Zögern geschehen. Die derzeitige Bundesregierung muss absichern, dass die angekündigten Weiterentwicklungen in den der Arbeitsgruppe übermittelten Bereichen unverzüglich, mindestens aber noch in dieser Legislaturperiode in gesetzlichen Weiterentwicklungen der sektorenübergreifenden Rahmenbedingungen der gesundheitlichen Versorgung umgesetzt werden.

Je länger man die Öffentlichkeit über dieses sehr komplexe Vorhaben im Unklaren lässt, umso größer dürfte der Aufwand sein, die Auswirkungen einer möglicherweise über Jahre gehenden Stagnation in diesem Bereich zu beseitigen.

III. Zum SVR-Jahresgutachten 2018

Das diesjährige Jahresgutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen ist mit Spannung erwartet worden. Auch wenn das Gutachten nicht dem Anspruch der Bewertung **aller Strukturen** des Schnittstellenbereiches von ambulant und stationär hinsichtlich einer bedarfsgerechten sektorenübergreifenden Versorgung gerecht werden kann, vermittelt es dennoch wichtige Aufschlüsse über dringende Maßnahmen im Bereich der sektorenübergreifenden Versorgung.

a)

Insbesondere die Notwendigkeit sektorenübergreifender Vergütungsregelungen im Rahmen der Schaffung eines einheitlichen Ordnungsrahmens für den Schnittstellenbereich von ambulant und stationär wurde durch das Gutachten herausgestellt. Die Bundesregierung hat in diesem Jahr die „Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungswesen (KOMV)“ ins Leben gerufen. Aus Sicht der DGIV könnte die Kommission auch für diesen Schnittstellenbereich Vergütungslösungen erarbeiten. Auf dieser Grundlage können dann endlich auch neue sektorenübergreifende (Hybrid)-Versorgungslösungen im Leistungserbringerrecht verankert werden.

b)

Es ist richtig, nunmehr mit nachhaltigeren Maßnahmen als bisher den Übergang zu einem sektorenübergreifenden Vergütungssystem anzustreben und dazu u. a. auch einen Katalog von ambulanten Prozeduren zu definieren, die von Krankenhäusern und vertragsärztlichen Leistungserbringern in gleicher Höhe abgerechnet werden können. Ob diese Leistungen dann immer noch neben dem ambulanten Sektor auch „im stationären Sektor“ erbracht und abgerechnet werden, ist terminologisch diskutabel, für den Gehalt an Innovation und Abbau sektoraler Schranken eines solchen neuen Ordnungsrahmens aber nicht entscheidend.

Wichtig ist vielmehr, bei der Definition des „Katalogs von ambulanten Prozeduren“ von Anfang an größte Sorgfalt und Wissenschaftlichkeit walten zu lassen. Mit Blick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot gem. § 39 SGB V sollte in diesem Zusammenhang zugleich auch eine erneute Bewertung der Leistungsfähigkeit der Strukturen der ambulanten Versorgung hinsichtlich der weiteren, konsequenten Umsetzung des Prinzips „ambulant vor stationär“ erfolgen. Hier geht es nicht nur um die Frage, welche Leistungen qualitätsgesichert ambulant erbracht werden können, sondern vor allem um die Frage, welche Leistungen stationärserset-

zend ambulant oder kurzstationär erbracht werden **müssen**. Alle 1-2-Tages-DRGs sollten in diesem Zusammenhang auf den Prüfstand kommen.

Auch hier müssen zur Hebung bestehender Effizienzpotenziale aufgrund des rasanten Tempos des medizinischen Fortschrittes neue, unabhängige Überprüfungen angestellt werden, welche Behandlungsleistungen in den ambulanten Sektor zu verlagern sind. Die derzeit vorliegenden Kataloge spiegeln nicht (mehr) die eindeutig formulierten gesetzlichen Vorgaben des § 39 SGB V wider. Auch die derzeitigen Veröffentlichungen über ambulant sensitive Krankenhausfälle (ASK) können hier nicht als Grundlage dienen. Erforderlich sind objektiv nachweisbare Bewertungen aller Behandlungsmaßnahmen anhand wissenschaftlicher Kriterien.

c)

Mit der Einrichtung „Integrierter Notfallzentren“ besteht die Chance, einen Meilenstein auf dem Weg zur Beseitigung sektoraler Grenzen zu erreichen. Unter einem Dach die Kompetenzen und Kapazitäten als jeweilige Vorzüge von Krankenhäusern und vertragsärztlichen Leistungserbringern mit dem Ziel der unverzüglichen Zuführung zum notwendigen weiterbehandelnden Leistungserbringer zusammenzuführen, entspricht auch den Vorstellungen der DGIV über zukünftige sektorengrenzenüberschreitende Versorgungsstrukturen in der gesundheitlichen Versorgung.

Jetzt kommt es darauf an, diese Chance nicht zu vertun, sondern mutig, entschlossen und konsequent diese Struktur auszugestalten. Dabei wird es ganz wesentlich darauf ankommen, Rahmenbedingungen zu schaffen, die es stationären, kurzstationären und ambulanten Leistungserbringern **im freien Kontrahieren** ermöglichen, Versorgungsangebote entsprechend dem regionalen Versorgungsbedarf zu unterbreiten. Die Sicherstellung dieser Versorgungsaufträge sollte den Krankenkassen übertragen werden. Die Kooperation von Krankenkassen mit Krankenhäusern und vertragsärztlichen Leistungserbringern im Rahmen der Selektivversorgung, insbesondere der Besonderen Versorgung gem. § 140 a SGB V, ist sehr gut geeignet, dieses Versorgungsproblem mit den Mitteln der Integrierten Versorgung zu lösen.

Die hier erlangten Erkenntnisse und Erfahrungen werden zudem hilfreich sein für die Entwicklung eines einheitlichen Ordnungsrahmens im Schnittstellenbereich von ambulant und

stationär und die Überführung der hier gefundenen Versorgungslösungen in die Regelversorgung.

Dabei geht es nicht etwa um die Schaffung eines neuen sektorenübergreifenden Versorgungssektors, sondern um die Schaffung neuer Versorgungsbereiche, in denen die Sektorengrenzen bereits weitgehend überwunden sind.

d)

Die hausärztliche Versorgung spielt in der Umsetzung des Prinzips der Integrierten Versorgung eine sehr wichtige Rolle, sowohl bezüglich der fächerübergreifenden Zusammenarbeit als auch bezüglich der sektorenübergreifenden Kooperation. Der Gedanke, den Hausarzt gegenüber den Patienten als Gatekeeper bzw. Lotsen einzusetzen, ist nicht neu, liegt er doch bereits Versorgungsformen zu Grunde, die die Patienten für sich wählen können. Neu dagegen ist, dass nunmehr diese Aufgaben zwingender in einer gesetzlichen Strukturierung verankert werden sollen.

Die gesundheitliche Versorgung ist auch in Deutschland durch ein rasantes Tempo des wissenschaftlich-technischen Fortschritts und eine immer stärker werdende Spezialisierung innerhalb der Fächer und Disziplinen gekennzeichnet. Das erfordert von vorn herein eine Verstärkung der **arbeitsteiligen Zusammenarbeit** innerhalb der medizinischen Versorgung und Pflege. Die gem. § 12 SGB V gebotene **ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche, das Maß des Notwendigen nicht überschreitende gesundheitliche Versorgung** sollte deshalb in der Regel dadurch gekennzeichnet sein, dass der Patientenpfad durch integrierte Zusammenarbeit aller zuständigen Ärzte vorgegeben ist.

Dabei ergeben sich Zuweisungserfordernisse je nach Dringlichkeit durch die diagnostischen und therapeutischen Behandlungsergebnisse im jeweiligen Fach oder Sektor entsprechend den bestehenden Leitlinien. Die Zusammenarbeit der ambulanten Leistungserbringer ist bereits heute durch ein sehr komplexes Regelwerk gekennzeichnet.

Selektivprojekte zur Integrierten Versorgung legen vielfach ein besonderes Augenmerk auf die bessere Koordinierung der wechselseitigen Kooperation Hausarzt – Facharzt. Dabei spielen neben dem großen Gebiet der Verbesserung der fachlichen Zusammenarbeit einschließlich des optimierten zielgerichteten Austausches von Patienten-/Behandlungsdaten sehr oft auch Regelungen zur Verkürzung der Behandlungs- und Wartezeiten eine Rolle.

Dennoch können Verträge zur Integrierten Selektivversorgung in der Regel nicht durch Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung ersetzt werden. Es ist richtig, die Koordinierungsfunktion des Hausarztes insbesondere zur dringend erforderlichen Unterstützung der Patienten bei der Erlangung von Facharztterminen zu stärken. Die medizinische Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Facharzt ist jedoch auch in der Regelversorgung ein sehr weites, durch **wechselseitige Beziehungen** geprägtes Feld, das durch eine gesetzliche Lotsenfunktion des Hausarztes als Case-Manager nicht ausreichend verbessert bestellt werden kann. Hier sollten weitere in der Integrierten Selektivversorgung gewonnene Erkenntnisse bei der Übernahme in die Regelversorgung mit einbezogen werden.

Die vorgeschlagene Kontaktgebühr für jeden Facharztbesuch lässt sich nur dann rechtfertigen, wenn sie einen Einfluss auf das Nachfrageverhalten des Patienten besitzt. Vor diesem Hintergrund spricht mehr dafür, den Patienten die **freie** Wahl zu belassen, ihren Hausarzt auch in dessen Eigenschaft als Gatekeeper bzw. Lotse in Anspruch zu nehmen.

IV. Bestehende integrierende Versorgungsstrukturen weiterentwickeln

Es ist an der Zeit, dass die Sektorentrennung in der gesundheitlichen Versorgung durch geeignete gesetzgeberische Maßnahmen entschlossener und konsequenter als bisher überwunden wird. Derzeit ist leider noch festzustellen, dass die deutliche Mehrheit aller Versorgungslösungen – auch der durch den Innovationsfonds geförderten – noch die Sektorentrennung wie selbstverständlich akzeptiert.

Die Überwindung der sektoralen Trennung erfordert, dass Krankenhäusern und vertragsärztlichen Leistungserbringern auch zunehmend die Möglichkeit zur Leistungserbringung im jeweils anderen als dem „angestammten“ Sektor eingeräumt wird. Derzeit liegt hier überwiegend das Augenmerk auf der Eröffnung von Versorgungswegen im ambulanten Sektor für Krankenhäuser.

a)

Die Eröffnung von Versorgungswegen im stationären Sektor für vertragsärztliche Leistungserbringer bleibt bei dieser Entwicklung deutlich zurück. Insbesondere stagniert die **Versorgung mit stationersetzenden Maßnahmen**, die derzeit auch nur wenig politische und ge-

setzgeberische Unterstützung und Entwicklung erfährt. So kommt es nicht von ungefähr, dass weder im AOP-Katalog noch in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung konsequent am Ausbau stationersetzender Maßnahmen gearbeitet wird.

b)

Auch musste man inzwischen wohl jede Hoffnung fahren lassen, dass **§ 122 SGB V**, der einen Katalog von in Praxiskliniken nach § 115 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 ambulant oder stationär durchführbaren stationersetzenden Behandlungen, vorsieht, jemals mit versorgungsrelevantem Leben erfüllt wird – ein brach liegendes Vorhaben, das trotz seiner gesetzlichen Verankerung seit Jahren mehr oder weniger ignoriert wird.

Bereits in ihrem Positionspapier 2014 (<http://dgiv.org/leistungen/positionspapier-2014/>) hat die DGIV betont, dass in Deutschland eine erhebliche Zahl von zumeist ambulant operierenden Fachärzten und Praxiskliniken besteht, von denen sich ein beträchtlicher Teil bereits auch als (Kern-)Leistungserbringer in Selektivverträgen, auch zur Integrierten Versorgung, engagiert. Nicht nur Krankenhäuser, sondern auch Fachärzte und Gemeinschaften zur hochspezialisierten fachärztlichen Berufsausübung, die in der Regel auch die Voraussetzungen zur praxisklinischen Behandlung aufweisen, sind als – insbesondere stationersetzende – Leistungserbringer geeignet.

c)

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Erbringung allgemeiner Krankenhausleistungen durch niedergelassene **Kooperations- bzw. „Honorarärzte“** bedürfen dringend der weiteren Liberalisierung. So begrüßenswert es war, dass diese Form der Leistungserbringung durch § 2 Abs. 1 und 3 KHEntgG einige wichtige Klarstellungen erfahren hat, so unbefriedigend ist es doch zu erleben, wie schwer sich Fachkreise und Gerichte damit tun, den mutmaßlichen Willen des Gesetzgebers im Übrigen im Zusammenhang mit diesen Regelungen aufzuspüren. Das Ergebnis ist eine öffentliche Diskussion, in der kaum eine Interpretation – und sei sie noch so abwegig – ausgelassen wird. Hier muss der Gesetzgeber dringend handeln; und zwar nicht, indem er diese Versorgungsstrukturen wieder stärker reglementiert, sondern indem er umstrittene Rechtsfragen durch weitere klarstellende Liberalisierungen beantwortet.

d)

Die traditionelle sektorenübergreifende Versorgungsform **Belegarztwesen** kränkelt. Kuriert werden kann dieser Patient nur durch eine grundlegende Reform. Vorschläge liegen dazu bereits auf dem Tisch. Besondere Maßnahmen brauchen vor allem die inzwischen vernachlässigten Vergütungsregelungen und die diesbezüglichen Regelungen in den Ländern.

V. Sektorenübergreifende Bedarfsplanung

Die sektorenübergreifende Bedarfsplanung sollte Ländersache bleiben, aber nach vom Bundesgesetzgeber vorzugebenden Rahmenbedingungen erfolgen. Dabei müssen die Länder in der Lage sein, regionalen Versorgungsspezifika mit ausreichendem Handlungsspielraum zu entsprechen. Nur wenn es sich herausstellen sollte, dass vom Instrument der sektorenübergreifenden Bedarfsplanung nicht oder nicht genügend Gebrauch gemacht wird, sollten diese Aufgaben (auch) in die Bundeskompetenz verlagert werden.

Wichtig ist vor allem, Inhalt und Zweck der sektorenübergreifenden Bedarfsplanung durch klare Aufgabenstellungen deutlich zu machen. Derzeit besteht der Eindruck, dass es noch vielfach in den Ländern diesbezüglich an Einsicht in die Notwendigkeit fehlt. Auch hier scheitert modernes Versorgungsdenken oft noch an den Sektorengrenzen in den Köpfen. Hinzu kommt nicht selten auch das Fehlen von Informationen über geeignete Versorgungsangebote im Schnittstellenbereich von ambulant und stationär. Wenn aber bereits eine qualifizierte Versorgungsanalyse fehlt, wird es kaum gelingen, die Potenziale der sektorenübergreifenden Bedarfsplanung zu erschließen.

VI. Zum Kabinettsentwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes vom 26.09.2018

Der Entwurf ist zu recht nicht unumstritten. Er stellt keine große, systematische Versorgungsreform dar, sondern formuliert ausgewählte Maßnahmen, die nicht mit der Aufgabenstellung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe sektorenübergreifende Versorgung kollidieren. Anders gesagt: Der Entwurf beinhaltet derzeit keine großen Versorgungslösungen der wichtigsten Versorgungsprobleme unserer Zeit. Dennoch beinhaltet der Entwurf auch richtige Versorgungsmaßnahmen neben Gestaltungen, deren Effizienz fraglich ist.

a)

Zunächst ist das Vorhaben richtig, allen Patienten in angemessener Frist einen gleichwertigen Zugang zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zu verschaffen und dazu das Sprechstundenangebot zu verbessern. Die dafür ins Auge gefassten Maßnahmen vermögen jedoch nicht zu überzeugen. Insbesondere ist es nicht konsequent genug, zusätzliche Sprechstundenangebote durch extrabudgetäre Vergütungen zu honorieren, wenn das den zuweisenden und behandelnden Ärzten immer noch genügend Spielraum lässt, ihre Tätigkeitsfelder durch einfache organisatorische Entscheidungen stärker auf diese extrabudgetär honorierten Versorgungsangebote auszurichten.

Solange die Budgetierung der vertragsärztlichen ambulanten Vergütung bestehen bleibt, wird es kaum gelingen, versorgungssteuernde Maßnahmen zu generieren, die die Ärzte veranlassen, **zusätzlich** zu ihrem bisherigen Arbeitsaufkommen ihr Tätigkeitsfeld auszuweiten. Das dürfte schon deshalb nicht funktionieren, weil sich die Lösung der ungenügenden Deckung der bestehenden Nachfrage nach ambulanten vertragsärztlichen Leistungen nicht auf die schlichte These reduzieren lässt, die Vertragsärzte müssten einfach mehr arbeiten.

Zusätzliche Sprechstundenangebote im angestrebten Umfang wird man unter den Bedingungen der bestehenden Bedarfsplanung und Regelleistungsvolumina, den derzeitigen Zeitprofilen und den drohenden Konsequenzen aus Überschreitungen der festgeschriebenen Plausibilitätsgrundlagen wohl kaum erreichen. Das Thema der ambulanten vertragsärztlichen Bedarfsdeckung ist zu komplex, um mit den vorgesehenen Maßnahmen gelöst werden zu können. Nachhaltige Lösungen werden hier nur dann möglich, wenn Bedarfsplanung, Budgetierung und Kalkulation der vertragsärztlichen Tätigkeit grundlegend überdacht werden.

Dazu müssen **alle** bestehenden Grundregelungen auf unabhängiger wissenschaftlicher Grundlage überprüft werden. Wenn heute z. B. noch Gerichte feststellen können, dass der EBM als Normensetzungsvertrag nur eingeschränkt gerichtlich überprüfbar ist und deshalb die durch den Bewertungsausschuss aufgestellten Zeitprofile grundsätzlich nicht gerichtlich überprüfbar sind, solange nicht der weite Ermessensspielraum des Ausschusses überschritten worden ist, kann es nicht gelingen, die nach Überzeugung der Fachkreise bereits im Normenkatalog liegenden Effizienzreserven überhaupt zu untersuchen.

Natürlich müssen Maßnahmen gegen überlange Wartezeiten auf einen Facharzttermin, darunter auch gegen ungerechtfertigte Inanspruchnahmen von Fachärzten durch Patienten, getroffen werden. Ob das jedoch bedeuten muss, dass jeder Patient immer erst eine hausärztliche Behandlung/Untersuchung absolvieren soll, bevor der Hausarzt eine Untersuchung beim Facharzt koordiniert (wie es der SVR-Gesundheit vorschlägt), ist fraglich, zumal der Hausarzt bekanntlich auch keine „Blindüberweisung“ ausstellen darf.

Der Hausarzt sollte hier nicht überbeansprucht werden, weder in seiner Leistungsfähigkeit, noch institutionell.

Die Versorgungsangebote der Ärzte in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung sind systembedingt. Ob die vorgeschlagenen finanziellen Anreize oder auch eine Verstärkung der Hausarztzentrierten Versorgung als systemändernde Maßnahmen für die o. g. Zielstellung ausreichen, muss bezweifelt werden.

b)

Dafür, die Rahmenbedingungen für MVZ und Vertragsärzte weiter anzugleichen, spricht vieles. Deshalb ist es nachvollziehbar, dass der Zulassungsausschuss auch bei der Nachbesetzung einer genehmigten MVZ-Anstellung prüfen soll, ob ein Bedarf für die Nachbesetzung besteht. Dennoch bleibt bestehen, dass - anders als bei der Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes - der Zulassungsausschuss nur über das „ob“ und nicht über das „wie“ der Nachbesetzung entscheidet und ein MVZ seine angestellten Ärztinnen und Ärzte weiterhin selbst auswählen kann. Diese Regelung sollte nunmehr auch den Vertragsärzten offen stehen.

c)

An den Regelungen, wer MVZ-Gründer sein darf, sollte weiter gearbeitet werden. „Anerkannten Praxisnetzen“ soll nunmehr die Möglichkeit eingeräumt werden, „in unterversorgten Regionen MVZ zu gründen“. Aus Sicht der DGIV ist diese Regelung nicht konsequent genug. Jede zugelassene Gemeinschaft von Leistungserbringern bzw. Trägern gem. § 95 Abs. 1a SGB V sollten berechtigt sein, in der hierfür im Gesetz zugelassenen Rechtsform MVZ zu gründen. Auch „anerkannte Praxisnetze“ zugelassener Vertragsärzte sollten deshalb ohne die Beschränkung auf unterversorgte Regionen MVZ gründen können.

d)

Heute wird zunehmend eine Entwicklung diskutiert, die zum Aufkauf von Vertragsarztsitzen durch Investoren führt, die selbst über keine Zulassung zur gesundheitlichen Versorgung verfügen. Häufig kommt bei der Diskussion nicht deutlich genug zum Ausdruck, dass es sich hierbei um Träger zugelassener Krankenhäuser handelt, die aufgrund ihrer Gründereigenschaft gem. § 95 Abs. 1a SGB V auch MVZ-Träger sein dürfen.

Das Problem liegt somit nicht in den Zulassungsbestimmungen für MVZ-Gründer bzw. –Träger, sondern in den Zulassungsbestimmungen für Krankenhausgründer bzw. –träger. Um weiteren Missbräuchen vorzubeugen, spricht viel dafür, über Regelungen nachzudenken, die die Krankenhausträgerschaft in ähnlicher Weise betreffen wie die MVZ-Trägerschaft.

VII. Datenschutz versus Informationsfreiheit?

In letzter Zeit, nicht zufällig besonders im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten der Datenschutzgrundverordnung, sind die Reibungspunkte zwischen dem öffentlichen Bedürfnis nach Information und den Schutzinteressen der Träger sensibler, insbesondere personenbezogener Daten stark und engagiert diskutiert worden. Es wäre zu einfach, dieses gesellschaftliche Phänomen nur damit erklären zu wollen, dass das Bewusstsein über die Rechte auf informationelle Selbstbestimmung in unserer Gesellschaft noch zu unterentwickelt war, was vorübergehend zu einer Aufregungswelle führte, die sich bald wieder legen werde.

Nicht nur die Bürgerinnen und Bürger in unternehmerischer Verantwortung für personenbezogene Daten spüren, dass der Prozess der Balancefindung zwischen Schutz und Freiheit von Informationen/Daten längst noch nicht abgeschlossen ist. Derzeit scheint der Datenschutz in diesem Verhältnis zu dominieren. Inwieweit das für die Weiterentwicklung der immer stärkeren Vernetzung, Kommunikation und Kooperation in unserer Gesellschaft in der aktuell definierten Fassung und Gestaltung notwendig ist, sollte weiter diskutiert werden.

Das gilt umso mehr, als die dem Prozess der Digitalisierung immanenten Chancen bereits in der Investitionsphase möglichst optimal ausgeschöpft werden sollten. Gerade auch im Gesundheitswesen sollten hier die Entwicklung des Verhältnisses von Datenschutz und öffentli-

chem Informationsbedürfnis mit der Entwicklung von Techniken und Technologien im Digitalisierungsprozess Schritt halten.

VIII. Im Mittelpunkt steht das Patientenwohl

Bei allem Verständnis für die Belange von Staat und Selbstverwaltung im zähen Ringen der Konsentierung vieler gesundheitspolitischer Maßnahmen ist es auch aus Sicht der DGIV heute mehr denn je geboten, darauf hinzuweisen, dass das Patientenwohl im Mittelpunkt der gesundheitlichen Versorgung steht und sich die Interessenslagen aller am Versorgungsgeschehen Beteiligten an dieser Prämisse ausrichten müssen. Die DGIV teilt ausdrücklich den diesbezüglichen Standpunkt des Deutschen Ethikrates und des Sachverständigenrates Gesundheit.

Auch innerhalb der gemeinsamen Selbstverwaltung haben die Bürgerinnen und Bürger in ihrer Eigenschaft als potenzielle Patienten formell kein Stimmrecht. Umso mehr muss es insbesondere Sache des Staates und der Körperschaften des öffentlichen Rechtes sein, in all ihren Handlungen auch dem Patientenwohl zu entsprechen.

Die Wahrung dieses ethischen Leitprinzipes sollten darüber hinaus alle an der Versorgung Beteiligten auch als Selbstverpflichtung verstehen. Insbesondere aber die gesetzgeberischen Maßnahmen, mit denen auch auf dem Gebiet des Gesundheitswesens große gesellschaftliche Herausforderungen gemeistert werden sollen, müssen diesem anspruchsvollem Leitbild überzeugend und nachhaltig gerecht werden.

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, Web: www.dgiv.org
V. i. S. d. P.: Prof. Dr. med. Stefan G. Spitzer, Vorsitzender des Vorstandes