

Berlin, Mai 2021

Positionspapier zur Bundestagswahl 2021

Das deutsche Gesundheitssystem im Aufbruch

**Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung
im Gesundheitswesen e.V. (DGIV)**

Executive Summary

Mit dem vorliegenden Positionspapier nimmt die Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V. (DGIV) Stellung zu den unzureichenden und komplizierter werdenden Rahmenbedingungen für eine am tatsächlichen Versorgungsbedarf orientierte Patientenversorgung und formuliert politische Grundforderungen für die kommende Legislaturperiode. Nicht zuletzt hat die Corona-Pandemie gezeigt, mit welchen speziellen Herausforderungen das deutsche Gesundheitssystem zu kämpfen hat und wo – auch jenseits einer pandemischen Lage – die Schwierigkeiten einer kontinuierlichen, bedarfsgerechten Patientenbehandlung liegen.

Medizinischer Fortschritt und demografischer Wandel haben bereits vor der Pandemie grundlegend neue Anforderungen definiert. Charakteristisch ist die Fokussierung unseres Systems auf die Akutversorgung, wie sie zu dessen historischer Entstehungszeit als der Normalfall gegeben war. Die Versorgung chronisch kranker Patienten, die heute dominierend für die Ausgabenstruktur der Krankenkassen ist, war in den Gründungsjahren des Rechtsrahmens, der dem heutigen SGB V entspricht, die Ausnahme. Heute ist sie die Regel. Doch sollte das Modell der integrierten, sektorenunabhängigen Versorgung auch in komplexen Lagen der Akutversorgung zwischenzeitlich längst Standard geworden sein. Doch auch davon sind wir noch weit entfernt.

Aus diesen Erkenntnissen leitet die DGIV folgende politische Grundforderungen für die kommende Legislaturperiode ab:

1. Orientierung des Gesundheitssystems am konkreten Versorgungsbedarf vor allem chronisch kranker Patientinnen und Patienten.
2. Vereinfachung des SGB V durch Formulierung eines eigenständigen Kapitels „für Menschen mit interdisziplinären, intersektoralen und interprofessionellen Behandlungsbedarf“.
3. Freiheiten für die Versorgungsakteure und Vertragspartner zur Ausgestaltung und Weiterentwicklung regionaler Versorgungsstrukturen am konkreten Bedarf vor Ort.
4. Vereinheitlichung der Aufsichtssituation für alle Krankenkassen
5. Streichung der Wirtschaftlichkeitsprüfung für neue Versorgungsansätze. Aufsichtsrechtliche Orientierung ausschließlich an evaluierten, patientenorientierten Ergebnissen.
6. Weiterentwicklung der gemeinsamen Selbstverwaltung durch einen reformierten und erweiterten Gemeinsamen Bundesausschuss und durch gestärkte regionale Entscheidungsgremien.
7. Bestandssicherung für alle bislang entwickelten und positiv evaluierten intersektoralen Versorgungsansätze.
8. Etablierung einer allen Akteuren zugänglichen interoperablen digitalen Infrastruktur auf der Grundlage geschützter interner Kommunikationswege.
9. Aufbau datenschutzrechtlicher Rahmenbedingungen, die die Patientensouveränität und die Patientensicherheit in den Mittelpunkt stellen.
10. Etablierung integrierter Konzepte und Modellversuche zu einer gemeinsamen Grundausbildung aller akademischen Gesundheitsberufe.

Langfassung

Gliederung:

- Erkenntnisse aus der Corona-Krise
- Regionalität und Patientenbedarf
- Veränderte Versorgungsaufgaben
- Verstetigung und Planungssicherheit
- Digitalisierung und Interoperabilität
- Anpassungsbedarf im SGB V – Gemeinsam statt gegeneinander
- Zehn politische Forderungen der DGIV

I. Erkenntnisse aus der Corona-Krise

Wie unter einem Brennglas lässt die Corona-Pandemie die Potentiale aber auch die Probleme des deutschen Gesundheitssystems erkennen. Vor allem in der so genannten ersten Corona-Welle schlugen dem deutsche Versorgungsbeispiel aus aller Welt Bewunderung und Aufmerksamkeit für seine Leistungsfähigkeit entgegen. Tatsächlich ist es in Deutschland gelungen, die Zahl der Corona-Patienten mit akutem Versorgungsbedarf nahezu verzögerungsfrei und an der richtigen Stelle einer suffizienten medizinischen Behandlung zuzuführen. Ursächlich dafür waren und sind nicht nur eine nach wie vor gute Erreichbarkeit medizinischer Einrichtungen in der Fläche, sondern vor allem auch ein starkes ambulantes ärztliches Angebot, mit dem es gelungen ist, einen Großteil des medizinischen Versorgungsbedarfs zu decken. Nur in wirklich notwendigen Fällen musste auf die Krankenhäuser als adäquate Versorgungsebene für an SARS-CoV-2 erkrankte Patienten zurückgegriffen werden. Die häufig beklagten Sektorengrenzen ließen sich in dieser Ausnahmesituation weitestgehend überschreiten und das Miteinander spiegelte eine medizinische Leistungsfähigkeit wider, die in vielen anderen Gesundheitssystemen – gerade mit der primären Konzentration auf stationäre Einrichtungen – nicht gegeben ist.

Zugleich hat sich aber im weiteren Pandemie-Verlauf auch gezeigt, mit welchen speziellen Herausforderungen das deutsche Gesundheitssystem zu kämpfen hat und wo – auch jenseits einer pandemischen Lage – die Schwierigkeiten einer kontinuierlichen, bedarfsgerechten Patientenbehandlung liegen. Vor allem Abstimmungs-, Kompetenz- und Planungsbrüche zwischen Bund, Ländern und Kommunen haben zu gravierenden Problemen geführt, deren Spitze sich u. a. in der kontroversen Diskussion um Impfstoffzuteilung und -verantwortung zwischen Impfböden und der Vertragsärzteschaft abbildete.

Aber auch die Notwendigkeit, zielgerichtet sogenannte LongCovid-Patienten während und nach ihrer Infektion – im Sinne eines kontinuierlichen Behandlungsprozesses – adäquat zu betreuen, verdeutlicht: Die vielfachen Brüche zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, die mangelnde Kooperation zwischen den Berufsgruppen oder die unzureichende Integration von Prävention, Rehabilitation und Öffentlichem Gesundheitswesen stellen eine konkrete Gefährdung für die Bürger dar.

II. Regionalität und Patientenbedarf

Die im internationalen Durchschnitt relativ gute Gesamtgesundheit der deutschen Bevölkerung hängt im Wesentlichen mit dem vergleichsweise geografisch und medizinisch dichten Netz einer ambulanten und stationären Versorgung zusammen. Darüber hinaus kennt das deutsche Gesundheitssystem kaum Zugangsbarrieren: Im Rahmen einer gesetzlichen Versicherungspflicht ist ein unmittelbarer Versorgungszugang – in der Regel auch ohne größere Wartezeiten an nahezu allen Orten der Bundesrepublik – für jeden Bürger gewährleistet. Alle Überlegungen zu einer notwendigen Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems haben sich an diesen Grundpfeilern zu orientieren.

Gleichwohl gibt es natürlich kontinuierlichen und zum Teil gravierenden Änderungs- und Anpassungsbedarf. Dabei dürfen aus der Pandemie nicht die falschen Schlüsse gezogen werden: Die heterogene Diskussion über eine bundesweite Steuerung vs. föderaler, lokaler Organisation übersieht nicht selten, dass im Gesundheitswesen primär lokale Gegebenheiten die Versorgungsherausforderungen bestimmen. Dementsprechend braucht es eine Bundesgesetzgebung, die dies respektiert und den Verantwortlichen in der Region flexible Handlungsspielräume eröffnet.

Dies schließt Zentrenbildung für seltene und hochspezialisiert zu behandelnde Erkrankungen nicht aus. Die Grundversorgung allerdings muss auch zukünftig in der Fläche gewährleistet sein und sollte von ambulanten/teil-stationären/stationären Versorgungseinrichtungen abgedeckt werden. Voraussetzung dafür ist eine Neujustierung der sektorenunabhängig gedachten Aufgaben. Das Entweder/Oder aus niedergelassener vertragsärztlicher Praxis auf der einen und stationärer Krankenhausversorgung auf der anderen Seite hat sich aus den verschiedensten Gründen überlebt. Die Zukunft wird bestimmt durch ein weitgehend sektorenunabhängiges Versorgungskontinuum.

Notwendig dafür ist ein neues Versorgungleitbild: Bislang getrennte Verwaltungsbereiche müssen zusammengeführt werden. Dabei sind Vergütung, Bedarfsplanung und Qualitätssicherung die wichtigsten Organisationsfelder, um ein bislang an tradierten Verwaltungsstrukturen ausgerichtetes System zu einem Bereich moderner, patientenzentrierter Daseinsfürsorge zu machen.

III. Veränderte Versorgungsaufgaben

Medizinischer Fortschritt und demografischer Wandel haben im Gesundheitswesen bereits vor der Pandemie grundlegend neue Anforderungen definiert. Zu den größten und nach wie vor wachsenden Herausforderungen für das deutsche Gesundheitssystem gehört die zunehmende Zahl chronisch erkrankter Patienten. Die Botschaft, die sich hinter dieser Herausforderung verbirgt, ist zunächst eine gute: Immer besser gelingt es, Menschen trotz einer schwerwiegenden Erkrankung die aktive Teilhabe am (Berufs-) Leben und ein vergleichsweise beschwerdefreies Leben bis ins hohe Alter zu ermöglichen. Dies erweitert jedoch den Versorgungsbedarf, der grundsätzlich über die Akutversorgung hinausgeht, an der sich unser Gesundheitssystem in seinen historischen Grundlagen bis heute orientiert: Menschen mit chronischem Behandlungsbedarf sind beispielsweise auf kontinuierliche Betreuung in verschiedenen Versorgungszusammenhängen angewiesen. Im Zuge der zunehmenden Digitalisierung braucht es also auch eine kontinuierliche Verfügbarkeit der gesundheitsbezogenen Daten an jedem Behandlungsort. Eine lückenlose und

zügige Kommunikation zwischen den unterschiedlichen Behandlern und die reibungsarme Koordination der verschiedenen Behandlungsebenen sind zwingend erforderlich. Nichts von alledem ist strukturell im deutschen Gesundheitssystem realisiert oder gar eingeübte Praxis.

Diese Defizite führen dazu, dass Behandlungsergebnisse hinter dem Möglichen zurückbleiben und dass finanzielle Ressourcen nicht optimal eingesetzt werden können. Zudem besteht die Gefahr, dass auch die intrinsische Motivation des medizinischen und pflegerischen Personals im Gesundheitssystem leidet. Die kontinuierliche und konzentrierte Beseitigung der zahllosen Systembrüche ist also nicht nur aus medizinischer Sicht geboten. Sie ist letztlich auch zur finanziellen Stabilisierung des Systems selbst und zur Sicherung seines Fachkräfte-Nachwuchses dringend erforderlich.

Obwohl diese Erkenntnisse spätestens mit dem Gutachten zur „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ des Sachverständigenrats Gesundheit seit mehr als 20 Jahren bekannt sind, hat sich an der erkennbaren Fehlausrichtung unseres Gesundheitswesens wenig geändert: Charakteristisch für dieses System ist die Fokussierung auf die Akutversorgung, wie sie zur historischen Entstehungszeit unseres Systems als der Normalfall gegeben war. Die Versorgung chronisch kranker Patienten, die heute dominierend für die Ausgabenstruktur der Krankenkassen ist, war in den Gründungsjahren des Rechtsrahmens, der dem heutigen SGB V entspricht, die Ausnahme. Heute ist sie die Regel.

Auf diesen grundlegenden Paradigmenwechsel hat das System zu keinem Zeitpunkt mit angemessener Entschlossenheit reagiert: Zwar gab es in der Nachfolge des erwähnten SVR-Gutachtens zahlreiche Versuche, die tatsächlichen Versorgungsbedarfe auch durch entsprechende Rechtsbefugnisse zu flankieren. Dabei ist aber ein inzwischen nahezu unübersehbarer Flickenteppich an teils auch widersprüchlichen Sonderregelungen entstanden. Mit diesen *Ausnahmen* soll organisiert werden, was doch inzwischen die *Regel* geworden ist: Termini wie Integrierte Versorgung, Hausarztzentrierte Versorgung, Ambulant-spezialfachärztliche Versorgung, Spezialisierte ambulante Palliativversorgung und diverse Spezialformen der ambulanten Versorgung am Krankenhaus suggerieren, dass hier im Wesentlichen *Sonderfälle* behandelt werden, statt den zwischenzeitlichen *Normalfällen* der Versorgungsrealität einen angemessenen rechtlichen Rahmen zur Verfügung zu stellen.

Auch aus diesem grundlegend veränderten *medizinischen* Versorgungsbedarf lässt sich ein Leitbild zeichnen, wie es bereits dem oben skizzierten *regionalen* Versorgungsbedarf entspricht: ein sektoren- und weitgehend barrierefreies Versorgungskontinuum. In letzter Konsequenz stellt sich hier die für Patienten grundsätzlich irrelevante Frage nach „ambulant“ oder „stationär“ nicht mehr. Der individuelle Patient wird stattdessen zu jeder Zeit – ggf. unter Führung des Hausarztes oder eines anderen „Lotsen“ – in die für ihn angemessene Versorgungsebene geleitet.

Wichtige (Neben-)Aspekte eines solche Systems wären nicht nur eine gesteigerte Patientensicherheit sondern auch eine wachsende Zufriedenheit der sogenannten *Healthcare Professionals*, also der medizinischen, heilberuflichen und pflegerischen Fachkräfte. Unser aktuelles Gesundheitssystem zwingt sie derzeit dazu, sich nicht an einer erwünschten und vom Patienten erwarteten *Versorgungsvernunft* zu orientieren, sondern an einer fehlgeleiteten und bürokratisch überformten Verwaltungs- und Vergütungs-„Vernunft“. Es kann davon ausgegangen werden, dass Gesundheits-Profis ihre Patienten gut und angemessen (und vermutlich auch wirtschaftlich) versorgen *wollen*. Dass unser gegenwärtiges System sie in hohem Maße davon abhält, dies

auch zu *können* und sie stattdessen dazu zwingt, externen, nicht-medizinischen Parametern und Rahmensetzungen zu folgen, dürfte nicht nur für den vergleichsweise hohen Krankenstand im Gesundheitswesen (mit-)verantwortlich sein: Viele Gesundheits-Profis haben längst innerlich gekündigt, weil ihnen im Laufe ihres Berufslebens sehr deutlich geworden ist, dass sich unsere Rahmenvorgaben für Verwaltung und Vergütung schon lange nicht mehr an den Erfordernissen einer patientenzentrierten Versorgung orientieren.

Basis einer entsprechenden System-Umsteuerung muss daher auch ein Vergütungssystem sein, das eine entsprechende neue Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsakteure unterstützt. Grundlage eines solchen versorgungs-orientierten Vergütungssystems kann nur eine Orientierung an über längere Behandlungszeiträume hinweg erhobenen patientenorientierten Outcomes sein. Weder im stationären noch im ambulanten Bereich sind solche Vergütungssysteme bislang umgesetzt. Ein sektorenübergreifendes Vergütungssystem fehlt in der Regelversorgung – bis auf wenige Ausnahmen – komplett.

Schließlich muss aber eine entsprechende Umsteuerung im System auch Konsequenzen für die Ausbildungsgrundlagen unseres gegenwärtigen Gesundheitsfachkräfte haben. Denn die Desintegration der verschiedenen Sektoren, Disziplinen und Professionen spiegelt sich auch in der jeweiligen Ausbildungssituation wider. Allein die strikte Trennung zwischen akademischen und nicht-akademischen Heilberufen ist den gegenwärtigen Versorgungsherausforderungen nicht mehr angemessen. Die zumindest partielle Akademisierung der Gesundheits- und Pflegeberufe auch jenseits der Ärzteschaft ist also ein begrüßenswerter Trend, dem aber für eine *echte* Integration aller versorgenden Gesundheitsberufe ein weiterer Schritt in Form einer *gemeinsamen* grundständigen Ausbildung zu Beginn des Studiums folgen muss. Die DGIV regt also die schrittweise Etablierung grundständiger interprofessioneller Ausbildungskonzepte in Modellversuchen nach Art eines „Gesundheits-Campus“ an, der alle akademischen Gesundheits- und Pflegeberufe zumindest in der Grundausbildung zu einem gemeinsamen Studium zusammenführt.

Ein reformiertes zeitgemäßes Versorgungs-, Vergütungs- und Ausbildungssystem würde also nicht nur auf die Belange der Patienten, auf die Wirtschaftlichkeit und Finanzierbarkeit für die Versicherten, sondern auch auf die Erfordernisse und Erwartungen der gegenwärtig und der zukünftig versorgenden Professionen adäquat reagieren. Von alledem sind wir noch immer weit entfernt.

IV. Verstetigung und Planungssicherheit

Es hat in den letzten zwei Jahrzehnten diverse Versuche gegeben, die skizzierte Situation zu verbessern und weitgehend sektorenfrei abgestuften Versorgungskonzepten rechtlich abgesicherte Umsetzungsräume zur Verfügung zu stellen. An erster Stelle ist hier der §140a SGB V zu nennen, dem auch die Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung ihren Gründungsimpuls verdankt. Bereits vorher hatte die Politik mit Modellversuchen nach §64 SGB V die Situation erstmals zu verbessern versucht. In rascher Folge haben sich vor allem in den „Nuller“ Jahren unter Ulla Schmidt mit unterschiedlichen Erfolgen weitere Regelungsversuche angeschlossen: Disease Management Programmen (§ 137f), Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b), Fachärztli-

che Versorgung (§73c), Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (§37b und §132d), Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§116b) und andere mehr.

Diese Initiativen wurden flankiert von einer zunehmend unübersichtlich werdenden Liberalisierung der Leistungserbringerformen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Nur beispielhaft seien genannt: Medizinische Versorgungszentren (§95), Praxiskliniken (§ 122), Hochschulambulanzen (§117b), Geriatrische Institutsambulanzen (§118a), Medizinische Behandlungszentren (§119c) und weitere.

Entstanden ist auf diese Weise ein für Rechtslaien kaum zu überblickender Paragraphendschungel von etwa 30 Einzelregelungen im SGB V (und den entsprechenden untergesetzlichen Verordnungen und Bundesmantelverträgen), die alle die Sektorengrenzen adressieren bzw. sich zum Ziel setzen, diese zu überwinden. Von Ansätzen, die über die Grenzen der verschiedenen Sozialgesetzbücher angelegt sind, ist dabei noch gar nicht die Rede. Und kaum eine dieser Regelungen ist darüber hinaus im Laufe der Jahre und im Wechsel der Regierungskonstellation ohne Anpassung, vermeintliche Korrekturen, Ergänzungen oder auch Rücknahme dieser Ergänzungen geblieben.

Allen gemein ist aber diesen zahllosen Ansätzen, dass buchstäblich *keiner* von ihnen das bundesweite und kassenübergreifende Versorgungsgeschehen grundlegend und nachhaltig in Richtung Intersektoralität und Integration beeinflusst. Selbst Ausnahmen dieser Regel, beispielsweise die Ansätze zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg, haben es nach wie vor schwer. Sie strahlen weder auf andere Kassenarten noch auf andere Regionen aus.

Was also alle Akteure dringend brauchen, ist eine *Vereinfachung* der intersektoralen Regelungsflut – am besten in *einem* Kapitel des SGB V, das alle vielfältig gewachsenen Versorgungsformen zulässt und vor allem auch eine *Verstetigung* der Regelungen unterstützt. Die Administration patientenorientierter Versorgungsansätze darf nicht länger aufwendiger sein, als die Versorgung selbst. Jeder Aufbau eines Versorgungsansatzes entspricht der Gründung eines mindestens mittelständischen Unternehmens. Es ist Akteuren und Investoren schlicht nicht zuzumuten, Engagement und Finanzen in einer Branche zu investieren, die sich den politischen Geschicken der jeweiligen Regierungskonstellationen ausgesetzt sieht.

V. Digitalisierung und Interoperabilität

Um die oben beschriebenen Zielsetzungen zu erreichen, wird die Digitalisierung des Gesundheitswesens einen wichtigen Beitrag leisten. Durch zahlreiche Gesetzesinitiativen in der aktuellen Legislaturperiode ist das Gesundheitswesen endlich auf einem konsequenten Digitalisierungskurs. Und dennoch ist bis heute offen, ob die Erwartungshaltungen an eine zielgenauere und effizientere Patientenversorgung realisiert werden können. Sicherlich ist es dazu notwendig, eine Neustrukturierung der Angebote auf den Weg zu bringen. Die Interoperabilität der Daten-systeme spielt hier eine entscheidende Rolle, denn einer Manifestierung bereits bestehender (Daten-)Silos, wie sie sich auch einer unreflektierten Übernahme der bestehenden Versorgungsstrukturen ergeben könnte, ist entschieden entgegenzutreten. Darüber hinaus ist allerdings auch Aufmerksamkeit geboten, wie und wohin die Mittel und Daten aus dem GKV-System fließen. Dies ist insbesondere für die Anwendungen im Bereich des Machine Learnings wichtig, da Er-

kenntnisse aus den Daten der Solidargemeinschaft auch ein Treiber für die verbesserte Versorgung ihrer Mitglieder sein sollten.

Für die Integration von Versorgung ist daher besonders die einheitliche, interoperable Infrastruktur einer treuhänderisch neutralen Digital-Plattform ein essenzieller Baustein. Erst eine solche gesicherte Umgebung schafft das nötige herstellerunabhängige „Backend“, um integrierte patientenorientierte Prozesse, aber auch die einfache und sichere Kommunikation der Gesundheitsakteure untereinander zu ermöglichen. Dies kann vor allem durch einen dringend notwendigen offenen Wettbewerb um die besten digitalen Mehrwertdienste zu einer flächendeckenden Steigerung der Funktionalität und Anwenderfreundlichkeit führen.

Besonderer Aufmerksamkeit kommt in diesem Zusammenhang auch der Formulierung versorgungsangemessener datenschutzrechtlicher Rahmenbedingungen zu. Auch aus Gründen der Patientensicherheit ist dafür Sorge zu tragen, dass der Datenaustausch im gesamten Behandlungssetting bruchlos gewährleistet ist – wenn der Patient dem zustimmt. Dabei muss auch ein direkter (Daten-)Austausch zwischen den verschiedenen Mitgliedern der behandelnden Teams ermöglicht werden, der nicht in jedem Einzelfall das legitimierende Einverständnis des Patienten erforderlich macht. Handlungsleitend sollten in diesem Zusammenhang die Erkenntnisse des Sachverständigenrats Gesundheit sein, der in seinem letzten Gutachten die Herausforderungen sehr klar benannt hat: „Es gilt, Datenschutz im Gesundheitswesen als *Teil* von Lebens- und Gesundheitsschutz auszugestalten, nicht als deren *Gegenteil*.“

VI. Anpassungsbedarf im SGB V – Gemeinsam statt gegeneinander

Entscheidend für die dauerhafte Überwindung der beschriebenen Defizite ist also – sowohl aus Sicht der Patienten und Versicherten, als auch aus Sicht der Akteure – eine substanzielle Neuformulierung des Sozialgesetzbuch V. Sowohl aus medizinischer als auch aus organisatorischer Perspektive ist in diesem Sinne zumindest ein eigener Regelungsabschnitt für Patienten mit dauerhaftem interdisziplinären, intersektoralen und interprofessionellen Versorgungsbedarf angezeigt. Nur auf diesem Weg kann der an der Akutversorgung orientierten Grundtendenz des SGB V eine dem heutigen Bedarf angemessene Formulierung entgegengestellt werden.

Geregelt und geändert werden müssen in diesem Kontext aber auch alle Textteile des Gesetzbuches, die ambulant und stationär nicht nur explizit ausformulieren, sondern die die beiden Versorgungssektoren implizit zu Gegnern machen, weil sie ihnen unterschiedliche Planungs- und Regelungshoheiten zugrunde legen. Dies betrifft vor allem die Bereiche Vergütung, Bedarfsplanung, Qualitätssicherung und Aufsicht. In diesem Zusammenhang sind auch die Fragen von Erlaubnis- und Verbotsvorbehalt neu zu regeln.

Neben den notwendigen Anpassungen im SGB V schlägt die DGIV vor, die Entscheidungen über die Strukturen und Abläufe einer interdisziplinären, intersektoralen und interprofessionellen Versorgung auf einer eigenen, rechtlich abgesicherten Versorgungsebene zu übertragen. In der Formulierung dieses neuen dynamischen Versorgungsbereichs wird erkennbar, dass sich auch der Proporz im Gemeinsamen Bundesausschuss nicht mehr an der bisherigen Zusammensetzung der Bänke orientieren können. Langfristig wird aus Sicht der DGIV eine Überwindung der Sektorengrenze nur dann erfolgreich gelingen, wenn auch in der gemeinsamen Selbstverwaltung das Denken in ambulant und stationär obsolet geworden ist. In diesem Zusammenhang

regt die DGIV an, diesen Intermediären Versorgungsbereich entweder mit einem eigenen Vertretungsanspruch in der gemeinsamen Selbstverwaltung zu implementieren oder das bereits erwähnte eigenständig neue Kapitel des SGB V außerhalb der gemeinsamen Selbstverwaltung und nicht mehr ausschließlich auf Bundesebene auszugestalten. So könnten und sollten beispielsweise Fragen der Zulassung und der Bedarfsplanung – bei entsprechender bundesweiter Rahmensetzung – deutlich besser und angemessener in regionaler Kompetenz entschieden werden.

VII. Zehn politische Forderungen der DGIV

Aus den genannten zunehmend unzureichenden und komplizierter werdenden Rahmenbedingungen für eine am tatsächlichen Versorgungsbedarf orientierte Patientenversorgung leitet die DGIV folgende politische Grundforderungen für die kommende Legislaturperiode ab:

1. Orientierung des Gesundheitssystems am konkreten Versorgungsbedarf vor allem chronisch kranker Patientinnen und Patienten.
2. Vereinfachung des SGB V durch Formulierung eines eigenständigen Kapitels „für Menschen mit interdisziplinären, intersektoralen und interprofessionellen Behandlungsbedarf“.
3. Freiheiten für die Versorgungsakteure und Vertragspartner zur Ausgestaltung und Weiterentwicklung regionaler Versorgungsstrukturen am konkreten Bedarf vor Ort.
4. Vereinheitlichung der Aufsichtssituation für alle Krankenkassen
5. Streichung der Wirtschaftlichkeitsprüfung für neue Versorgungsansätze. Aufsichtsrechtliche Orientierung ausschließlich an evaluierten, patientenorientierten Ergebnissen.
6. Weiterentwicklung der gemeinsamen Selbstverwaltung durch einen reformierten und erweiterten Gemeinsamen Bundesausschuss und durch gestärkte regionale Entscheidungsgremien.
7. Bestandssicherung für alle bislang entwickelten und positiv evaluierten intersektoralen Versorgungsansätze.
8. Etablierung einer allen Akteuren zugänglichen interoperablen digitalen Infrastruktur auf der Grundlage geschützter interner Kommunikationswege.
9. Aufbau datenschutzrechtlicher Rahmenbedingungen, die die Patientensouveränität und die Patientensicherheit in den Mittelpunkt stellen.
10. Etablierung integrierter Konzepte und Modellversuche zu einer gemeinsamen Grundausbildung aller akademischen Gesundheitsberufe.

Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V.

Der Vorstand