

Report

▼ Event

Deutsche Gesellschaft
für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V. (DGIV)
21. DGIV-Bundeskongress: „Gesundheit ohne Grenzen –
Wann wird das Notwendige zur Wirklichkeit?“
Berlin
28.11.2024

Mit:

- Corinna Beutel, Versorgungsmanagement der AOK Sachsen-Anhalt (eingesprungen für die erkrankte Anne-Kathrin Klemm (BKK-Dachverband))
- Sabine Dittmar MdB, Parlamentarische Staatssekretärin im BMG
- Prof. Dr. Alex Friedrich, Vorstandsvorsitzender, Universitätsklinikum Münster,
- Prof. Dr. mult. Eckhard Nagel, Vorsitzender der DGIV
- Prof. Dr. Thomas Schlegel, Kanzlei für Gesundheitsrecht, Ffm
- Birgit Pätzmann-Sietas, Präsidium Deutscher Pflegerat
- Andrea Stewig-Nitschke, Pflegedirektorin, Medizinische Universität Lausitz – Klinikum Carl Thiem

Moderation: Dr. Albrecht Klöpfer, gf. Vorstandsmitglied der DGIV

▼ Essentials

„Unser Gesundheitssystem hat das klare Ziel, den Patienten in den Mittelpunkt zu stellen und eine barrierefreie sowie qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Leider zeigt die Realität ein anderes Bild: Wir sehen aktuelle Sektorenbrüche innerhalb, aber auch zwischen den Sozialgesetzbüchern, und diese erschweren eine nahtlose Patient Journey, führen zu Schnittstellenproblemen und Kommunikationsbrüchen in der Patientenversorgung.“

Der Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach bemüht sich mit verschiedenen Gesetzesentwürfen, diese Probleme anzugehen, um die unübersichtliche Versorgungslandschaft in Deutschland neu zu ordnen und zu strukturieren. ... Es stellt sich die Frage, ob bis zum Ende der Legislaturperiode hier tatsächlich signifikante Fortschritte erzielt werden können.“ (Prof. Nagel in der Einladung)

Nagel betonte in seiner kurzen Begrüßung, dass der Bundestag jetzt doch sehr schnell seine Arbeit eingestellt habe und sich alle Blicke auf die neue Wahlperiode richten. Diese Tagung werde sich daher auch schwerpunktmäßig mit der Frage beschäftigen, was in der nächsten Legislatur in der Gesundheitspolitik notwendig sei.

Dittmar sprach in ihrer Videobotschaft vom Ende der Ampel in „turbulenten Zeiten“. Es treffe viele Gesetzesprojekte „auf der Zielgeraden“. Sie freue sich daher umso mehr, dass das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) doch noch verabschiedet worden sei. Sie hob hervor, dass in dieser Wahlperiode die Einführung der Hybrid-DRGs ein wichtiger Beitrag zur Auflösung der Sektorengrenzen sei. Ein zweites Beispiel dafür sei auch die Einführung der „sektorenübergreifenden Einrichtungen“ im KHVVG.

Schlegel hielt den Impulsvortrag mit dem Titel „Die Vereinssatzung stimmt nicht! Sozialgesetzgebung als Treiber der Sektorentrennung“. Der Vortrag beruhe auf einem Gutachten, das er im Auftrag der DGIV erstelle. Untersucht werden solle, wie sich die Sektorentrennung in den Gesetzen widerspiegeln bzw. verhärten und wie man das ggf. ändern könne.

Das Leistungsversprechen der GKV adressiere in § 2 SGB V ausdrücklich chronisch kranke Menschen, für die eine sektorenübergreifende Koordination der Leistungen essentiell sei. Mit der Einführung des Gesundheitsfonds und der RSA-Zuweisung der Finanzmittel sei der Morbiditätsbezug auf der Einnahmenseite der Kassen bereits hergestellt worden (um die den Krankheiten entsprechenden Leistungen zu bezahlen). „Spiegelbildlich“ fehle es aber an einer „morbiditätsabhängigen Adjustierung“ auf der Leistungsseite. Die entsprechenden Regelungen orientierten sich am Verhältnis der Kassen zu bestimmten Leistungserbringern und eben nicht an den Patientenbedürfnissen. Nur mit mehr Geld könne man die Strukturprobleme und Brüche im System nicht heilen. Man müsse die gesetzlichen Regelungen ändern und „Gesundheitsversorgung als Teil der Daseinsvorsorge begreifen“.

Die Regelungen zur Zulassung und Leistungserbringung seien im SGB V fast alle sektorenspezifisch ausgerichtet („bilaterale („gekapselte“) Leistungsbeziehungen zwischen Leistungserbringergruppen und Krankenkassen“). Das betreffe auch die Vergütungsregelungen. Es gebe nur ganz wenige Regelungen, die explizit sektorenübergreifend orientiert seien. Das ziehe sich durch das gesamte 4. Kapitel des SGB V durch („Beziehungen der Kassen zu den Leistungserbringern“). Dabei seien die sektorenübergreifenden Regelungen alle „optional“, d.h. nicht verpflichtend umzusetzen. Daher seien die meisten diese Regelungen „tote Paragraphen“. Beim § 140a gebe es jedoch noch viele Möglichkeiten, die allerdings zu wenig genutzt würden. Hier sei nämlich das Versorgungsziel der Integration explizit benannt und müsste von den (potentiellen) Vertragspartnern nur entsprechend konkretisiert werden. Daher müsste die „Struktur des SGB V zur versorgungsübergreifenden Versorgung umgebaut“ werden. Die „Beziehungsebenen“ müssten nach „Versorgungssystemen modular neu geordnet“ werden. Vor allem die Abschnitte 8 und 11 („Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern“ und „sonstige Beziehungen zu Leistungserbringern“ (bestehend allein aus § 140a) böten eigentlich gute Ansätze und sollten nur besser strukturiert werden. „Wir brauchen neuen Denkmuster“ und: Weitere ausschließlich „sektorale

Reformüberlegungen“ seien „toxisch“. Schließlich sprach sich Schlegel für eine krankheitsbezogene, die verschiedenen Sozialversicherungszweige übergreifende Zusammenarbeit aus.

Klöpfer: Das „versäulte System“ sollte man um 90 Grad drehen und dann die Ebenen nach Krankheitsbildern neu sortieren bzw. schichten. ...

Podiumsdiskussion (Was ist wichtig für die nächste Wahlperiode?)

Pätzmann-Sietas beschreibt den stark wachsenden Pflegebedarf und erklärt, dafür brauche man „regional abgestimmte Versorgungskonzepte“. Die Pflege müsse – allein schon wegen des Personalmangels im Gesundheitswesen – mit „heilkundlichen Befugnissen“ ausgestattet werden. Das (am Ende der Ampel gescheiterte) Pflegekompetenzgesetz hätte etwas für die Heilkundeübertragung gebracht. Das müsse unbedingt wieder aufgegriffen werden (z.B. im Hinblick auf die Versorgung von Demenz und Diabetes). Das gelte auch für das Pflege-Fachassistenz-Gesetz; man brauche hier dringend bundeseinheitliche Regelungen für die Ausbildung.

Friedrich (aus der Perspektive einer Uniklinik und mit 12 Jahren Erfahrung in Groningen (NL)) erklärt, die Prävention sei in Deutschland defizitär. Die Demographie bringe es mit sich, dass es immer mehr Behandlungs- und Pflegebedarf gebe, aber immer weniger Menschen für diese Versorgung zur Verfügung stünden. Es müsse eine Obergrenze für den Anteil der Menschen geben, die im Gesundheitswesen arbeiten. Dieser Anteil dürfe nicht weiter steigen. Daher müssten sich die Kompetenzen ändern, die Berufsgruppen wandeln und die Grenzen überwunden werden. Wir hätten in Deutschland nicht zu wenig Personal, sondern setzten es falsch ein. Es gebe z.B. 20 Prozent mehr Pflegekräfte als in Holland, aber auf viermal so viele Betten verteilt. Man müsse das System „austricksen“ und mit regionalen Initiativen die „oft nur vermeintlichen“ Hürden überwinden. Das KHVVG biete dafür gute Chancen. Man müsse es nur mutig nutzen.

Stewig-Nitschke berichtet, die Universität Cottbus sei Teil der Regionalisierung in Brandenburg; man müsse und wolle „interprofessionelle Beiträge“ für die Regionen entwickeln. Das sei auch Ziel des Brandenburgischen Universitätsgesetzes. Ihre Uni habe den expliziten Auftrag, Gesundheitssystemforschung auf allen Ebenen (mikro-, meso- und makro) durchzuführen, unter besonderer Berücksichtigung des ländlichen Raumes.

Beutel weist darauf hin, dass auch in den Kassen alles nach den Sektoren eingeteilt sei. Man solle besser von „Gesundheitsreise“ der Versicherten sprechen als von „patient journey“. Denn dann sei die Prävention mit eingeschlossen, bevor der Versicherte zum Patienten würde. Für die Prävention müsse man aber über § 140a, der sich ja nur auf die im SGB V berücksichtigten Leistungserbringer beziehe, hinausgehen und z.B. die Kommunen miteinbeziehen. Die Kassen hätten hier jetzt neue Möglichkeiten: Sie hätten alle Daten aus der Abrechnung und dürften inzwischen die Versicherten gezielt ansprechen und auf Versorgungsmöglichkeiten aufmerksam machen.

Nagel wies (eher grundsätzlich) darauf hin, dass sich die (fragmentierte) Wirklichkeit am Tag nach der Wahl nicht viel anders darstellen werde, wie heute. Da würde sich nichts schlagartig ändern. Auch in der neuen Bundesregierung würden Leute das Sagen haben, die auch bisher schon den Status quo verwaltet hätten. Die Parole „Wir machen alles besser“ tue ja so, als sei im Moment alles schlecht. Das sei aber nicht der Fall. Jedenfalls müsse die DGIV am Ball bleiben und weitermachen. Vielleicht ergäben sich ja Chancen für „neue Gemeinsamkeiten“ zur regionalen Zusammenarbeit.

Friedrich berichtet, die Leistungsgruppen in den NRW-Krankenhäusern seien auf ganz unterschiedlichen Ebenen geplant. Wenn in drei Kliniken die Fälle zusammengeführt würden, die vorher in 11 Kliniken behandelt worden seien, führe das zu erheblichen Problemen. Zum Beispiel, wenn die Patienten zentralisiert würden, aber das nötige und fachkundige Personal nicht mitkomme. Man müsse durch Kooperation Zwischenlösungen schaffen. Der gesamte Prozess brauche nicht nur zehn Jahre, wie der Förderzeitraum des Transformationsfonds (im KHVVG) glauben machen wolle. Das brauche viel länger. – Außerdem: Wenn man die Versorgung zentralisiert plane, müsse man auch in der fachärztlichen Weiterbildung darauf reagieren. Die müsse dann auch entsprechend geplant werden, damit der künftige Facharzt an das ganze Spektrum seines Faches herangeführt werden könne.

Klöpfer (zum Abschluss): Was sagen wir der neuen Bundesregierung?

Beutel: „Im Gesamtzusammenhang denken!“

Friedrich: Die „Mutigen“ sollen mit regionalen Initiativen vorangehen. Es gehe mehr als man glaube.

Stewig-Nitschke: „Alle Berufsgruppen einbinden!“

Pätzmann-Sietas: Vor allem die Pflege einbinden und den Versorgungs-Bedarf von Kindern und Jugendlichen nicht vergessen.

Preisverleihung

Der „Innovationspreis“ der DGIV wurde an **Bettina Janko** für ihre Masterarbeit verliehen. Sie behandelt das Thema „Das Konzept der ambulanten Intermediate Care Services in England – ein Modell für die deutsche Gesundheitsversorgung?“

▼ Summary

Die Tagung sollte ursprünglich klären, wieweit bis zum Ende der *aktuellen* Legislaturperiode „signifikante Fortschritte“ in Sachen sektorenübergreifende Integration erzielt worden seien. Durch das Ende der Ampel-Koalition wurde sie unversehens zum Forum für die von den Referenten gesehene „Notwendigkeiten“ und Wünsche für die *kommende* Wahlperiode.

Im Zentrum stand dabei ein von der DGIV in Auftrag gegebenes Gutachten bei **Prof. Schlegel** (Ffm), das durch die Entwicklung eine ungeahnte Aktualität erfährt: Es sollte unter dem Titel „Untersuchung der Regelungssystematik des SGB V zur Identifikation der Sektorentrennungsregelungen und Ausblick auf eine sektorenüberwindende Regelungsmechanik“ noch vor der Bundestagswahl herauskommen. Die wesentlichen Botschaften sind: Das Leistungsversprechen der GKV adressiere zwar in § 2 SGB V ausdrücklich chronisch kranke Menschen, die eine sektorenübergreifende Koordination der Leistungen dringend brauchen. Die Regelungen zur Zulassung, Leistungserbringung und Vergütung seien im SGB V jedoch fast alle sektorenspezifisch ausgerichtet. Nur beim § 140a gebe es sektorenübergreifende (Vertrags-)Möglichkeiten, die allerdings zu wenig genutzt würden. – Die „Beziehungsebenen“ müssten daher nach „Versorgungssystemen modular neu geordnet“ werden. Auch wenn diese „Lösung“ etwas wolkig blieb, wird doch eine Richtung gewiesen. „Wir brauchen neuen Denkmuster“, so Schlegel.

Etwas Wasser in den Wein goss der DGIV-Vorsitzende **Prof. Nagel**: Die (fragmentierte) Wirklichkeit werde sich am Tag nach der Wahl nicht viel anders darstellen als heute. Auch in der neuen Bundesregierung würden Leute das Sagen haben, die bisher den Status quo verwaltet hätten. Umso mehr müsse die DGIV am Ball bleiben und weitermachen. Vielleicht ergäben sich ja Chancen für „neue Gemeinsamkeiten“ zur regionalen Zusammenarbeit.

▼ Tipps

Im Was-Feld finden Sie das Programm der Tagung, außerdem das Gutachten von Prof. Thomas Schlegel nebst Präsentation und eine Pressemitteilung des Veranstalters.