

Pressemitteilung 28/2011

Berlin/ Hamburg/Wiesbaden: 02. März 2011
Sperrfrist: entfällt

Steigerung der Effizienz ist zwingende Voraussetzung für eine bedarfsgerechtere Versorgung im Gesundheitswesen

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e. V. zur Reform der medizinischen Versorgung in Deutschland

I.

Das deutsche Gesundheitswesen steht vor großen Herausforderungen. Medizinischer Fortschritt und demografischer Wandel führen zu Prognosen, nach denen bereits in den kommenden Jahren und Jahrzehnten die verfügbaren finanziellen Mittel äußerst rationell eingesetzt werden müssen. Hier sind Verbesserungen möglich, denn das Gesundheitswesen ist heute nicht so optimal organisiert, dass nicht noch Reserven für eine effektivere Versorgung erschlossen werden können.

Die Bundesregierung hat mit dem GKV-Versorgungsgesetz eine Reform der medizinischen Versorgung in Deutschland angekündigt. Die Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen begrüßt diese Bestrebungen und weist zugleich darauf hin, dass aufgrund der bereits erkannten Differenzen zwischen Finanzierungsbedarf und Finanzierungsaufkommen jeder Eingriff in das System der gesetzlichen Krankenversicherung daran gemessen werden muss, wie er die Effizienz der Versorgung zu steigern vermag. Eine Reform der GKV-Versorgung muss immer auch ein Garant für die Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung sein.

II.

In diesem Zusammenhang ist es richtig, die Zweckmäßigkeit der derzeitigen Bedarfsplanung zu überprüfen, diese Planung zukünftig sektorenübergreifend vorzunehmen und stärker an

den regionalen Gegebenheiten auszurichten. Es ist auch denkbar, die Planungsverantwortung in die Hände regionaler Versorgungsausschüsse zu legen. In diesem Zusammenhang ist es aber geboten, klare gesetzliche Vorgaben für die Arbeit dieser Ausschüsse – einschließlich ihrer Willensbildung – zu machen. Eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung durch ein kollektives Organ muss unmittelbar den objektiven Gegebenheiten und Erfordernissen des Versorgungsbedarfs entsprechen und darf nicht lediglich als Kompromisslösung divergierender Gruppeninteressen ausfallen. Das gilt auch dann, wenn diese Ausschüsse selbst nicht entscheidend, sondern lediglich beratend tätig werden sollten. Derzeit ist auch noch unklar, welche Rolle hier das für die gesundheitliche Versorgung zuständige Landesministerium – u. U. selbst Träger großer regionaler Leistungserbringer und zuständige Aufsichtsbehörde zugleich – einnehmen soll.

III.

Die Gestaltung einer neuen, sektorenübergreifenden Bedarfsplanung muss mit entsprechenden Änderungen rechtlicher Rahmenbedingungen einhergehen. Das gilt insbesondere für die Leistungserbringung im Schnittstellenbereich von ambulant und stationär. Vieles spricht im Bedarfsfall für eine Bündelung der Kräfte aus beiden Sektoren. Für die Zusammenarbeit von Krankenhäusern mit vertragsärztlichen Leistungserbringern stellt sich die Rechtslage heute diffus dar. Das gilt besonders für die Kooperation mit ambulant operierenden Fächern. Hier muss dringend Rechtssicherheit mit einem ausreichenden Gestaltungsspielraum für die Partner dieser Zusammenarbeit geschaffen werden.

Es sollte den Krankenhäusern ermöglicht werden, zur Gewährleistung ihres regionalen Versorgungsauftrages weitergehend als bisher Kooperationen mit geeigneten niedergelassenen Fachärzten einzugehen. Wer die Vorteile einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung und Versorgung erschließen will, muss auch dafür geeignete Bedingungen für Leistungserbringer und Leistungserbringung schaffen. So sollte z. B. die Zusammenarbeit von vertragsärztlichen Leistungserbringern mit Krankenhäusern nicht als Nebentätigkeit benachteiligt werden.

IV.

Eine regionale sektorenübergreifende Bedarfsplanung erfordert ausreichenden Raum für die Verwirklichung des Wettbewerbs zwischen den Leistungserbringern, insbesondere auch zwischen den Sektoren ambulant und stationär. Dieser Wettbewerb muss sich auch stärker an der Verwirklichung des Prinzips „ambulant vor stationär“ ausrichten. Dafür sind wiederum gerechtere Rahmenbedingungen erforderlich. Gleiche Wettbewerbschancen sind insbesondere auf den Gebieten der Finanzierung, der Investitionsförderung, der Qualitäts- und Qualifizierungsanforderungen und beim Zugang zum jeweils anderen Sektor zu gewährleisten.

Den Möglichkeiten der Krankenhäuser, ambulante Leistungen zu übernehmen, stehen derzeit noch im geringeren Umfang Möglichkeiten für eine stationäre Leistungserbringung durch niedergelassene Fachärzte und deren Gemeinschaften gegenüber. Es ist fraglich, ob das Belegarztwesen hier ein ausbaufähiges Instrument für Fachärzte zur Verbesserung des Zugangs zum stationären Sektor darstellt. Die Praxis zeigt, dass die belegärztliche Tätigkeit auf immer weniger Akzeptanz stößt und direktere Formen der unmittelbaren Zusammenarbeit mit dem stationären Sektor nachgefragt werden. Dem sollte der Gesetzgeber mit der erforderlichen Regelungstiefe entsprechen.

Schon vor zwei Jahren hat der Gesetzgeber erkannt, dass die Rolle der Praxiskliniken gestärkt werden muss und im März 2009 mit § 122 SGB V einen entsprechenden Auftrag formuliert, der jedoch bis heute nicht umgesetzt wurde. Damit wurde bisher auch eine Chance vergeben, den unmittelbaren Wettbewerb von ambulant und stationär weiter zu befördern.

V.

Zur Beurteilung der Effektivität der Versorgung ist eine Auswertung der Versorgungsleistungen der Leistungserbringer unverzichtbar. Das wurde jedoch bisher stark vernachlässigt. Es müssen deshalb Gestaltungen vorgenommen werden, die gewährleisten, dass selektivvertragliche Projekte (über die Modellvorhaben hinaus) im möglichst großen Umfang evaluiert und die Ergebnisse der Versorgungsforschung zugänglich gemacht werden.

Das gilt aber auch für die Leistungserbringung in der Regelversorgung. Nur mit einer wissenschaftlichen Auswertung und Forschung lassen sich die gleichermaßen komplizierten wie komplexen Prozesse einer modernen medizinischen Versorgung und Pflege zielführend entwickeln. Für diesen Aufgabenbereich sollten auch die Kapazitäten der an der Gesundheitswirtschaft beteiligten Industriepartner genutzt werden.

Auf der Grundlage der Evaluationsergebnisse ist auch eine begründete Neuordnung des Verhältnisses von Kollektiv- und Selektivverträgen möglich.

VI.

Zur Entfaltung eines Versorgungswettbewerbes müssen die Teilnehmer über ausreichend freie Existenzbedingungen verfügen können. Für eine flexible Handlungsfähigkeit – auch als Reaktion auf einen sich verändernden Versorgungsbedarf – enthält die derzeitige Bedarfsplanung im ambulanten Sektor noch zu viele Hemmnisse. Das betrifft z. B. die erheblichen Beschränkungen bei der Übertragung vertragsärztlicher Konzessionen durch vertragsärztliche Leistungserbringer und deren Gemeinschaften. Hier sollte der Gesetzgeber die Ungleichheiten zwischen Vertragsärzten und Medizinischen Versorgungszentren beseitigen und die Übertragung der Zulassungen und Genehmigungen insgesamt deutlich liberaler ausgestalten.

Ein solches Vorgehen wäre nur eine konsequente Fortführung eines bereits eingeschlagenen Weges.

Auch wenn auf den ersten Blick der Eindruck entstehen könnte, die DGIV spreche sich gegen eine „Integrierte Versorgung unter einem Dach“ aus, hält es die DGIV unverändert nicht für sinnvoll, die Zulassung einer Ärztegemeinschaft in der Rechtsform der GmbH an die Anforderung „fachübergreifend“ zu binden. Auch ein Medizinisches Versorgungszentrum sollte fachgleich zusammengesetzt sein dürfen. Dem Anspruch der Integrierten Versorgung wird dadurch nicht zuwider gehandelt, denn es steht auch diesen vertragsärztlichen Leistungserbringern frei, bei Bedarf fachübergreifende Kooperationen und Gemeinschaften einzugehen.

VII.

Die DGIV setzt sich seit längerem dafür ein, die Integrierte Versorgung nicht nur als konkrete Versorgungsform gemäß §§ 140a ff. SGB V zu verstehen, sondern als gesundheitspolitisches Prinzip in allen Bereichen der medizinischen Versorgung und Pflege – somit auch in der derzeitigen Regelversorgung sowie in den anderen selektiven Versorgungsformen bzw. deren Verknüpfungen – durchzusetzen.

Mit der bevorstehenden Reform durch das GKV-Versorgungsgesetz bietet sich die Chance, die Planung und Deckung des Versorgungsbedarfes unter Verwirklichung dieses Prinzips auszugestalten. Zur effektiveren Nutzung der vorhandenen Versorgungskapazitäten ist das aus Sicht der DGIV unverzichtbar.

Das gilt umso mehr, als eine Steigerung der Effizienz der Versorgung kein Selbstzweck ist, sondern in erster Linie den Bürgerinnen und Bürgern – auch bevor sie zu Patienten werden – dient.

Das GKV-Versorgungsgesetz sollte deshalb auch den Weg zu einer transparenteren Versorgung weisen, die den Bürgern bessere Möglichkeiten einräumt, medizinische Leistungen und die Erfüllung medizinischer Versorgungsaufträge zu beurteilen und bei der Verwirklichung ihres Rechtes auf Selbstbestimmung interessensgerechte (Wahl-) Entscheidungen über ihre medizinische Versorgung und Pflege zu treffen.

**Deutsche Gesellschaft für
Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e. V.**

Kronenstraße 18, 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. Stefan G. Spitzer, Vorsitzender des Vorstands DGIV e.V.