

Versorgungsmodelle an der Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Sektor

Stefan G. Spitzer

1.

Vor allem im Schnittstellenbereich von ambulant und stationär sollte die Integrierte Versorgung als Versorgungsprinzip der Selektiv- und Regelversorgung umfassend durchgesetzt werden.

Der Begriff Integrierte Versorgung wird derzeit noch zu einseitig nur als Rechtsform der Selektivversorgung verstanden. Es ist weitgehend bekannt, dass gemäß § 140a Abs. 1 SGB V Krankenkassen „Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung mit den in § 140b Abs. 1 SGB V genannten Vertragspartnern abschließen“ können.

Integrierte Versorgung ist aber nicht nur der Selektivversorgung und in diesem Zusammenhang auch bei weitem nicht nur der Versorgungsform gemäß §§ 140a ff. SGB V vorbehalten. Integrierte Versorgung stellt darüber hinausgehend auch ein Versorgungsprinzip für das gesamte Gesundheitswesen dar. Die ständige Verbesserung der sektorenübergreifenden und interdisziplinär-fachübergreifenden Kooperation der Leistungserbringer mit dem Ziel einer optimierten medizinischen Versorgung und Pflege ist unverzichtbar für die Bewältigung der Herausforderungen, denen sich unsere Gesellschaft auf dem Gebiet des Gesundheitswesens in den nächsten Jahrzehnten zu stellen hat.

Deshalb ist das Prinzip der Integrierten Versorgung auch durch Einbeziehung nicht medizinischer Leistungserbringer zu verwirklichen, wenn dadurch die Effizienz und Effektivität der Versorgung verbessert und der medizinische Standard qualitätsgesichert gewährleistet wird. Integrierte Versorgung ist damit auf Trägerseite nicht nur eine Angelegenheit der gesetzlichen Krankenkassen, sondern aller Leistungs- und Kostenträger auf dem Gebiet der medizinischen Versorgung und Pflege.

Mit einer gewissen Ernüchterung musste man konstatieren, dass das weitgehend am 01.01.2012 in Kraft getretene Gesetz zur Verbesserung der Versor-

ungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) die Integrierte Versorgung weder inhaltlich als Versorgungsform der Selektivversorgung noch systematisch als Versorgungsprinzip der Regel- und Selektivversorgung weiter entwickelt hat. Unter dem Strich konnte deshalb das GKV-VStG den an diese Gesetzesinitiative gerade diesbezüglich gestellten hohen Erwartungen nicht gerecht werden. Gerade den regionalen Versorgungsmodellen im Schnittstellenbereich von ambulant und stationär vermochte das Gesetz keine Impulse zu verleihen, auch nicht mit der (zu) vorsichtigen Ausgestaltung des so genannten neuen Versorgungsbereiches „ambulante spezialfachärztliche Versorgung“, mit dem der Gesetzgeber mutigere, entschlossenere Zeichen mit einer größeren Versorgungsrelevanz hätte setzen können und müssen.

2.

Die Erkenntnisse und Empfehlungen des Sondergutachtens 2012 „Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung“ des Sachverständigenrates der Bundesregierung zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen sollten als Grundlage für weitere Reformen zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen dienen.

Erst Mitte des Jahres 2012 wurde vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen in einem Sondergutachten eine wissenschaftlich fundierte Standortbestimmung zur derzeitigen Situation im Schnittstellenbereich zwischen den beiden Hauptversorgungssektoren vorgenommen. Der Rat unterbreitete zur Weiterentwicklung der innovativen Versorgungsformen konkrete Vorschläge und begründete dies mit Feststellungen über bestehende Effizienz- und Effektivitätsreserven bei diesen Versorgungsformen. Die Ausführungen machen deutlich, dass diesbezüglich auf Seiten der Bundesregierung ein Umdenken erforderlich ist. Auch wenn nicht alle Empfehlungen des Rates Königswege beschreiben (können), stellt doch dieses Dokument die derzeit beste Grundlage zur Auseinandersetzung mit den bestehenden Problemen im Schnittstellenbereich von ambulant und stationär dar.

Es ist bedauerlich, dass das Sondergutachten 2012 des Sachverständigenrates für eine Umsetzung im GKV-VStG (auch Versorgungsstrukturgesetz genannt) zu spät kam. 2013 stehen wir im Jahr der Bundestagswahlen. Die Umsetzung

der Erkenntnisse und Empfehlungen des Rates muss deshalb kommenden Reformen, mit denen wohl erst ab 2014 gerechnet werden kann, vorbehalten bleiben.

Für die Integrierte Versorgung sind das keine guten Signale. Umso mehr muss es beeindruckend sein, dass die Integrierte Versorgung als Selektivversorgungsform eine zwar (zu) langsame, aber doch stetige Entwicklung nachgewiesen hat. Das gilt sowohl für die Anzahl der von den Krankenkassen ausgewiesenen Projekte (der Sachverständigenrat hat in seinem Sondergutachten 2012 auch die Ergebnisse seiner im Vorfeld erfolgten umfangreichen Befragung von Krankenkassen und Krankenhäusern veröffentlicht) als auch für das Interesse und die Erwartungen der Krankenkassen an die Versorgungsform. Die Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V. (DGIV) hat 2012 in der zweiten Erhebungsrunde des Krankenkassenbefragungsprojektes „Monitoring I. V.“ im Ergebnis einer Auswertung durch die Freie Universität Berlin auch diesbezüglich bemerkenswerte Erkenntnisse zusammenstellen können, die insgesamt hoffnungsvoll stimmen.

Derzeit haben wir somit in Deutschland auf dem Gebiet der Integrierten Versorgung eine eher ambivalente Situation: Einerseits setzt unverändert die überwiegende Zahl der Krankenkassen auf diese Selektivversorgungsform und haben Krankenhäuser und Vertragsärzte als die derzeit (noch) Hauptvertreter von „stationär“ und „ambulant“ immer effizientere Formen der Kooperation auf dem Gebiet der stationären und ambulanten Leistungserbringung (vornehmlich bei der Versorgung von Krankenhauspatienten) hervorgebracht, andererseits wird die Durchsetzung „integrierender Versorgungsformen“ - einschließlich ihrer Förderung - von Seiten des Gesetzgebers ziemlich vernachlässigt. Die Gründe dafür mögen vielschichtig sein, auch das ändert aber an dieser nüchternen Erkenntnis nichts.

3.

Die wettbewerbliche Ausrichtung des Gesundheitswesens wurde bisher nicht ausreichend durch spezifische Rahmenbedingungen untersetzt.

„Freier Wettbewerb“ nach bisherigem Verständnis ist im Gesundheitswesen nicht möglich, da hier andere Marktbedingungen vorherrschen. Wettbewerb im Gesundheitswesen ist deshalb immer „Wettbewerb der besonderen Art“. Das gilt für den Wettbewerb der Leistungsträger und den der Leistungserbringer gleichermaßen. Auch dieser Wettbewerb muss zu einer Verbesserung der Versorgung im gesellschaftlichen Interesse führen und darf nicht vorrangig gruppenspezifische Interessen befriedigen.

Der Nachweis, dass die wettbewerbliche Ausrichtung des Gesundheitswesens ein richtiger Weg zur Verbesserung der Effizienz und Effektivität der Versorgung ist, wurde bisher noch nicht erbracht. Das liegt auch an den ungleichen Rahmenbedingungen der Versorgung in den Hauptsektoren ambulant und stationär. Die Überwindung der sektoralen Trennung in der medizinischen und pflegerischen Versorgung kann nur durch eine Angleichung der Leistungsbedingungen in den Schnittstellenbereichen der Versorgung erreicht werden. Dem muss in Zukunft konsequenter Rechnung getragen werden.

In seinem Sondergutachten 2012 stellt der Sachverständigenrat Gesundheit eine (zu) eingeschränkte Vertragsfreiheit der Parteien unter anderem auf dem Gebiet der integrierenden Versorgungsformen fest. Insbesondere auch die Bindung an die Beitragssatzstabilität engt die Vertragsfreiheit der Handelnden in diesen Bereichen weiter ein und macht es nahezu unmöglich, innovative Projekte zu initiieren. Es ist machbar und sinnvoll, die Möglichkeiten der Krankenkassen im Vertragswettbewerb weiter zu vergrößern, da die Instrumente der Selektivversorgung ansonsten wohl nicht wie erhofft angenommen und verwirklicht werden.

In diesem Zusammenhang stellt der Sachverständigenrat ein „Misstrauen in die Vertragsfreiheit sowie in die Effizienz- und Effektivitätsverbesserungen, die sich durch selektive Verträge und den mit ihnen einher gehenden Wettbewerb erreichen lassen“, fest. Das ist aber nur die eine Seite der Medaille. Auf der anderen Seite, trifft das „Misstrauen in die Vertragsfreiheit“ auch auf eine „Skepsis gegenüber der Vertragsfreiheit“. Einerseits bieten die derzeitigen Rahmenbedingungen noch nicht ausreichende Möglichkeiten, sich durch Selektivverträge von den Kollektivverträgen positiv abzusetzen, andererseits werden die bereits vorhandenen Möglichkeiten zur Vertragsgestaltung noch nicht wie erhofft ausgeschöpft. Verbesserte Vertragsfreiheit und geringere staatliche Regulierung in der

Selektivversorgung müssen dann auch auf mehr Vertrags- und Versorgungsbereitschaft bei den Krankenkassen und Leistungsträgern treffen. Das gilt bereits für die derzeit überwiegend anzutreffende indikationsbezogene, noch mehr aber für die angestrebte populationsbezogene Integrierte Versorgung.

Auch im Gesundheitswesen sollte der Wettbewerb maßgeblich über den Leistungsvergleich geführt werden. Die Krankenkassen benötigen dafür mehr vertragliche Freiheiten, als es die Bestimmungen des Sozialgesetzbuchs V über die Selektivversorgung derzeit ermöglichen. In den rechtlichen Rahmenbedingungen des Kassenwettbewerbes sollte darüber hinaus dem Umstand Rechnung getragen werden, dass Krankenkassen keine Unternehmen im Sinne des bisherigen deutschen Wettbewerbsrechtes sind. Der Gesetzgeber sollte hier ein wettbewerbsrechtliches Reglement für Krankenkassen installieren, das der besonderen sozialrechtlichen Funktion der Krankenkassen entspricht und dennoch im erforderlichen Maße geeignet ist, Wettbewerbsverstößen zu begegnen.

Dem spezifischen sozialrechtlichen Charakter der medizinischen Versorgung und Pflege sollte stärker beim Abbau vergaberechtlicher Beschränkungen für die Selektivversorgung entsprochen werden. Wie bei der Auswahl ihrer medizinischen Vertragspartner auch müssen Krankenkassen in die Lage versetzt werden, Industriepartner in die Verträge einzuschließen, ohne das ansonsten übliche vergaberechtliche Auswahlverfahren durchführen und das hieraus hervorgehende Unternehmen als Partner für sich und die beteiligten Leistungserbringer akzeptieren zu müssen. Auch diesbezüglich benötigen die Partner innovativer Projekte mehr Freiheiten im Kontrahieren, die ohne weiteres durch den besonderen sozialen Status dieser Verträge gerechtfertigt sind.

Der Leistungsvergleich auf Leistungserbringerseite kann nur auf der Grundlage der Erhebung einheitlich klassifizierter, transparenter Grunddaten und deren unabhängiger, wissenschaftlich gesicherter Auswertung erfolgen. Dafür müssen die entsprechenden Voraussetzungen geschaffen werden. Datentransparenz allein genügt nicht; benötigt wird auch deren öffentliche wissenschaftliche Auswertung nach einheitlichen Vorgaben, auch über Sektorengrenzen hinweg. Insbesondere die Versorgungsqualität der Leistungserbringer in den Regionen wird bisher in der öffentlichen Wahrnehmung eher „gefühlte“ als anhand objektiver Kriterien ausgewertet. Eine Versachlichung und Objektivierung in der Beurteilung der Leistungserbringung kann zu einem fairen Wettbewerb und zu einer

Förderpolitik führen, die deutlich besser als bisher der Versorgungswirklichkeit entspricht.

Ohne eine verpflichtende Evaluation der medizinischen Versorgung und Pflege nach einheitlichen Vorgaben – sowohl im kollektiv- als auch im selektivvertraglichen Bereich – können nicht diese notwendigen Fortschritte erreicht werden. Wer sich diesem Thema unter Hinweis auf fehlende finanzielle Mittel verschließt, denkt zu kurz. Auch hier gilt, dass durchgreifende, umfassende Effizienzsteigerungen mitunter zunächst erhebliche Investitionen erfordern.

4.

Die Wettbewerbsbedingungen im Schnittstellenbereich von ambulant und stationär müssen kritisch hinterfragt werden.

Im Folgenden soll sich mit wesentlichen Feststellungen des Sachverständigenrates Gesundheit zu den Wettbewerbsbedingungen an den Schnittstellen von ambulant und stationär auseinandergesetzt werden.

Der Rat hat „Effizienzverluste durch bislang ungenutzte Substitutions- bzw. Verlagerungspotenziale zwischen stationärer und ambulanter Leistungserbringung“ aufgezeigt. Das kann man nur unterstreichen. Auch hier muss das bestehende Versorgungssystem deutlich flexibler werden. Möglichkeiten zur Effizienzsteigerung dürfen nicht an strukturellen Hemmnissen scheitern. Derzeit besteht der Eindruck, dass seitens des Gesetzgebers der Zugang der stationären Leistungserbringer zum ambulanten Sektor stärker unterstützt wird als umgekehrt. Dies nur mit dem Versorgungsprinzip „ambulant vor stationär“, einem Ausfluss des Wirtschaftlichkeitsgebotes, zu erklären, wäre wohl nicht ausreichend. Schließlich bedeutet die Entwicklung in dieser Richtung derzeit noch nicht etwa die konsequente Durchsetzung stationärsersetzender Maßnahmen, sondern vielmehr überwiegend eine Ausweitung des Leistungsspektrums stationärer Leistungserbringer.

Auch bei der Verlagerung in die andere Richtung vermisst man eine konsequente Positionierung des Gesetzgebers. In der belegärztlichen Versorgung kann man mit Fug und Recht von einer Krise sprechen, aber hier bieten die Klarstel-

lungen des Gesetzgebers bezüglich der Tätigkeit von „freien Kooperationsärzten“ bei der Behandlung stationärer Krankenhauspatienten eine gewisse Entlastung für die derzeit ganz überwiegend durch unattraktive Vergütungsbestimmungen gekennzeichnete belegärztliche Tätigkeit.

Gar nicht vorangegangen ist es bei der Förderung der Praxiskliniken. § 122 SGB V wird trotz einer entsprechenden gesetzgeberischen Vorgabe bisher nicht mit Leben erfüllt. Das mag mannigfaltige Gründe haben, verhindert aber eine weitere Entwicklung dieser innovativen kurzstationären Versorgungsform.

Dem Rat ist deshalb in seiner Feststellung zuzustimmen, dass es eines „sektorenübergreifenden einheitlichen Ordnungsrahmens“ bedarf, um die Effizienzpotentiale an der Schnittstelle ambulant – stationär heben zu können.

Erfreulich ist, dass sich der Rat für „große integriert tätige Einheiten von Leistungserbringern“ ausspricht, die in der Lage sind, die spezifischen personellen, strukturellen und organisatorischen Ressourcen zu bündeln und so das vorhandene Rationalisierungspotential auszuschöpfen. Dieser Vorschlag ist nur folgerichtig, wenn man sich die Entwicklung der letzten Jahre und Monate vor Augen führt. Warum soll auch nicht die sektorenübergreifende Integrierte Versorgung unter einem Dach möglich gemacht werden? Es liegt doch auf der Hand, dass zukünftig die Leistungserbringer die effizienteste Versorgung anbieten werden, die je nach Versorgungsnotwendigkeit sowohl zur ambulanten als auch zur stationären Leistungserbringung in der Lage sind. Und es ist sehr sinnvoll, solche Versorgungsangebote durch moderne Vergütungsformen zu fördern.

Eigentlich ist es eine Binsenweisheit, dennoch ist es bisher noch nicht verwirklicht: Der Wettbewerb an der Sektorengrenze von ambulant und stationär kann sich nur dann entwickeln, wenn den betreffenden Leistungserbringern eine weitgehend gleiche Vergütung auf der Grundlage eines pauschalierten Vergütungssystems zur Verfügung steht. Dass das bis heute noch nicht so ist, wurde bereits vielfach kritisiert. Deshalb kann es nicht verwundern, dass der Sachverständigenrat auch hierauf nochmals aufmerksam machen musste. Im Übrigen geht es nicht nur um das Problem der Vergütungsangleichung, wenn Chancengleichheit im Wettbewerb der Leistungserbringer in diesem Schnittstellenbereich erreicht werden soll, sondern auch um Fragen der Investitionsförderung, der Qualitäts- und Qualifizierungsanforderungen, des Leistungserbringerrechtes u. a.

Zur Verbesserung der rechtlichen Rahmenbedingungen der Selektivversorgung hat der Rat einen Vorschlag unterbreitet, für den sich auch die DGIV schon ausgesprochen hat: die Einbeziehung der DMP in die Integrierte Versorgung gem. §§ 140a ff. SGB V. Hier sieht der Rat keine überzeugenden Gründe für die ohnehin problematische rechtliche Sonderstellung der strukturierten Behandlungsprogramme. „Die Einbeziehung dieser DMP in die integrierten Versorgungsformen nach § 140a – d SGB V würde nicht nur zu einer Gleichbehandlung der verschiedenen Indikationsbereiche führen, sondern auch die Chance bieten, bei diesen Programmen dem selektiven Vertragswettbewerb größere Chancen einzuräumen.“ Diesen Gedanken sollte man weiter verfolgen. Es ist in mehrerer Hinsicht sinnvoll, diese Rechtsformen, die ohnehin beide starke integrative Inhalte ausweisen, zusammenzuführen. Die dadurch entstehenden Synergieeffekte werden sich im Ergebnis der Evaluation der so entstandenen neuen Programme (die diesbezügliche Verpflichtung sollte von den DMP mit übernommen werden) erweisen.

Dass der Rat bezüglich der Integrierten Versorgung die sektorenübergreifende Orientierung als notwendige Bedingung favorisiert, kann man nachvollziehen. Das sollte aber nicht bedeuten, dass man auf die interdisziplinärfachübergreifende Orientierung verzichtet. Mit der zunehmenden Verwirklichung des Prinzips „ambulant vor stationär“ wird auch diese Kooperationsform in der Integrierten Versorgung zunehmen.

Interessant und diskussionswürdig ist der Vorschlag des Rates, die ambulante spezialfachärztliche Versorgung der selektiven Vertragsgestaltung zu unterstellen. Dies „würde zum einen unerwünschten Leistungsausweitungen vorbeugen und zum anderen diesem Bereich insofern Modellcharakter verleihen, als die selektive Vertragsgestaltung dann hier nicht parallel zu Kollektivverträgen, sondern als alleiniger Allokationsmechanismus fungiert“. Auch nicht lösen kann dieser Vorschlag allerdings die Frage, worin die Anreize für Krankenhäuser zum freien Kontrahieren im selektivvertraglichen Wettbewerb bei stationersetzenden Maßnahmen bestehen. Eng verbunden mit dieser Fragestellung ist auch der Vorschlag des Rates, die Honorierungssystematik von stationären Kurzzeitfällen und vergleichbaren ambulanten Behandlungen anzugleichen, um einen Anreiz zur Auslastung und zum Erhalt stationärer Überkapazitäten zu beseitigen.

Als progressiv ist auch der Vorschlag des Rates „Für ein bestimmtes Spektrum ausgewählter Krankenhausleistungen sollte für die Vertragspartner die Option zu selektiven Verträgen mit speziellen Preis- und Qualitätsvereinbarungen bestehen.“ anzusehen. Mehr Vertragsfreiheit bedeutet auch mehr Möglichkeit zur individuellen Vertragsgestaltung in der Selektivversorgung, auch durch zweiseitige Verträge zwischen Krankenkasse und Krankenhaus oder Praxisklinik oder integriertem Leistungserbringer, die als innovative Versorgungsformen ideal mit anderen Selektivvertragsformen integrativ verknüpft werden können.

5.

Innovative Methoden, Verfahren und Projekte müssen eine stärkere Unterstützung und Förderung erfahren.

Wie sich gezeigt hat, ist der rechtliche Rahmen der Möglichkeiten der Krankenkassen für innovative Projekte, die auf der Grundlage des freien Kontrahierens mit medizinischen und anderen Leistungserbringern eingegangen werden können, nicht ausreichend. Der Gesetzgeber sollte hier gesetzliche Beschränkungen verringern und den Krankenkassen mehr Freiheiten einräumen, auf vertraglicher Grundlage nach eigenem Ermessen mit geeigneten Partnern Verträge schließen zu können. In diesem Zusammenhang sollten die Krankenkassen deutlich verbesserte Möglichkeiten erhalten, die dafür benötigten finanziellen Mittel aufzunehmen und die Wirtschaftlichkeit der Projekte nach angemessenen mittleren Fristen nachweisen zu können.

Wenn der Gesetzgeber an der Zielstellung der vorrangig populationsbezogenen Ausrichtung integrierender Versorgungsformen festhalten sollte, wird dadurch nur noch deutlicher, dass Krankenkassen die Möglichkeiten haben müssen, in derartige (aber auch in indikationsbezogene) Projekte investieren zu können.

Evaluierte I.V.-Projekte wie z.B. das AOK-PLUS-Projekt „CARDIO-Integral“ zur Integrierten Versorgung kardiovaskulär erkrankter Patienten haben nachgewiesen, dass der Kostenaufwand in den Projekten zu Beginn am höchsten ist. Integrierte Versorgung ist kein Automatismus, der lediglich in Gang gesetzt werden muss, um dann wie ein Uhrwerk zu laufen. Erst wenn sich die Integrati-

on in Umsetzung der getroffenen Vereinbarungen eingespielt hat, die Partner sich aufeinander eingestellt haben und übliche Anfangsschwierigkeiten bei der Koordinierung der Abläufe überwunden worden sind, können sich die Projekte als effizient und effektiv erweisen. Hier sollte man von den Kassen keine Schnellschüsse erwarten, auch wenn es hier um die Verwendung von Mitteln der Sozialversicherung geht.

Ob zur Finanzierung der Projekte ein Innovationsfonds gebildet oder die Möglichkeit zur Bankenfinanzierung hergestellt werden muss, ist diskutabel. Aus Sicht der DGIV könnten auch beide Optionen zur Verfügung gestellt werden.

Ob bereits heute auch bei der Förderung innovativer Versorgungsformen eine Priorisierung von populationsbezogenen (indikationsübergreifenden) Versorgungskonzepten erfolgen sollte - wie es der Sachverständigenrat vorschlägt -, erscheint hingegen fraglich. Insbesondere in der Integrierten Versorgung werden derzeit ganz überwiegend indikationsbezogene Konzepte verwirklicht. Aus Sicht der DGIV führt derzeit der Weg über die verstärkte Förderung dieser Projekte hin zur populationsbezogenen Versorgung.

Mit der Bereinigung der Budgets zur stationären und ambulanten Leistungserbringung ist eine wichtige Komponente zur Gewährleistung fairer Finanzierungsbedingungen in der Selektivversorgung bisher nicht bzw. nicht befriedigend gelöst worden. Auch wenn aus den dazu vorliegenden Vorschlägen ein Königsweg derzeit noch nicht ersichtlich ist, muss dieses Thema in beiden Hauptsektoren gelöst werden, ohne dass den Leistungserbringern damit wichtige Anreize zur Teilnahme an der Selektivversorgung genommen werden.

Der Rat hat sich auch dafür ausgesprochen, innovative Versorgungskonzepte aus dem bisher vernachlässigten Bereich der Pflegeleistungen in die Förderungen einzubeziehen. Dieser Gedanke sollte in der Tat deutlich stärker in den Vordergrund gerückt werden. Zur Verwirklichung des Prinzips der Integrierten Versorgung müssen auch Leistungen der Altenpflege und andere Versorgungsleistungen (z. B. der Hospizversorgung) von vorn herein als Bestandteil ganzheitlicher integrativer Versorgungskonzepte verstanden werden. Auch hier bietet die Integrierte Versorgung als Versorgungsform der Selektivversorgung ein großes Potential für zukünftige populationsbezogene Versorgungskonzepte unter Einbeziehung der zuständigen Versicherungsträger.

6.

Die medizinische Versorgung und Pflege muss zugleich effizient und effektiv sein. Bestehende Gruppeninteressen müssen mit dem gesamtgesellschaftlichen Interesse an einer dahingehenden Versorgung im Einklang stehen.

Obwohl das deutsche Gesundheitswesen den Bürgerinnen und Bürgern auch im internationalen Vergleich eine gute Basis zur Daseinsvorsorge in diesem Bereich gewährleistet, wurden dennoch gerade hier viele bestehende Optionen zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung bis heute nicht genutzt. Mit Blick auf die Herausforderungen, denen sich unsere Gesellschaft in den nächsten Jahren zu stellen hat, sollten die politischen Parteien gerade im Jahr der Bundestagswahlen die zurückliegenden Reformen des deutschen Gesundheitswesens kritisch-konstruktiv auswerten. In ihrer programmatischen Ausrichtung sollten die Parteien dabei bestrebt sein, überlebte Strukturen zu verändern, gesetzliche Regelungen ohne oder mit geringer Versorgungsrelevanz zu korrigieren und neue, im gesamtgesellschaftlichen Interesse effiziente und effektive Weiterentwicklungen der Systeme der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung entschlossen einzufordern.

In den zurückliegenden Jahren wurde auf dem Gebiet der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens nicht das erreicht, was möglich war. Zu vieles ist der Konsensfindung im Vorfeld der Gesetzgebungsverfahren zum Opfer gefallen, zu wenig hat schließlich Eingang in neue rechtliche Rahmenbedingungen der medizinischen Versorgung und Pflege gefunden.

Im Ergebnis hat sich der Eindruck verstärkt, dass vielleicht gerade wegen des insgesamt guten Niveaus der Versorgung in Deutschland maßgebliche, grundlegende Reformen, mit denen systematisch wesentliche Versorgungshemmnisse beseitigt und neue, innovative Versorgungswege begangen werden können, bisher noch nicht erreicht worden sind.

Die DGIV erwartet deshalb von der neuen Bundesregierung auf dem Gebiet der Entwicklung des Gesundheitswesens mehr Systematik im Vorgehen, mehr (versorgungs-)wissenschaftliche Bezüge und mehr Einflussnahme auf die Gestaltung moderner, innovativer Versorgungsstrukturen.

Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung sollten vor allen anderen Prämissen Maßstab für die Ausgestaltung einer jeden Versorgungsstruktur sein.

Im Zuge der Gesundheitsreformen sollte zukünftig stärker als zuvor nicht nur dem Interesse der Patienten, Leistungsträger und Leistungserbringer, sondern auch dem gesamtgesellschaftlichen Interesse an einer effizienten und effektiven Versorgung Rechnung getragen werden. Gruppeninteressen müssen auch im Gesundheitswesen mit diesem gesellschaftlichen Interesse in Übereinstimmung zu bringen sein; diesbezüglich etwaig festzustellende Differenzen sollten erforderlichenfalls durch staatliche Einflussnahme auf der Grundlage dafür geeigneter gesetzlicher Bestimmungen ausgeräumt werden.

7.

Schlussfolgerungen

Dass die Integrierte Versorgung als Versorgungsform in ihrer inhaltlichen Entwicklung gegenwärtig auf der Stelle tritt, ist ein hausgemachtes Problem. Es ist höchste Zeit, das enorme Potential, das in dieser attraktivsten aller Versorgungsformen steckt, endlich konsequent zu nutzen und die dafür erforderlichen freieren Rahmenbedingungen zu schaffen.

Ob das Instrument des „Wettbewerbs der besonderen Art“ im Gesundheitswesen ausreicht, um effektivere und effizientere Versorgungsformen durchzusetzen, wird sich zeigen. Zukünftige Reformen werden möglicherweise mehr dem Erfordernis gerecht werden müssen, im Gesundheitswesen das gesamtgesellschaftliche Interesse an einer gleichermaßen qualitätsgesicherten wie wirtschaftlichen Versorgung – erforderlichenfalls in stärkerer Auseinandersetzung mit einzelnen Gruppeninteressen – konsequent durchzusetzen.

Die wissenschaftlich fundierten Erkenntnisse des Sondergutachtens 2012 des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen sollten noch stärker in den Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Diskussion gerückt werden. Es kann kein Zweifel daran bestehen, dass im deutschen Gesundheitswesen noch große Reserven für eine verbesserte Versorgung der Bürgerinnen und Bürger bestehen.

Der Schnittstellenbereich von ambulant und stationär kristallisiert sich immer stärker zum Brennpunkt diesbezüglicher Betrachtungen heraus. Das kommt nicht von ungefähr, denn in diesem Bereich kann man sehr anschaulich verfolgen, wie groß die Diskrepanz zwischen den sich aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot ergebenden Erfordernissen und den sich aus überholten Strukturen ergebenden tatsächlichen Machbarkeiten noch ist. Es ist eine der wichtigsten Aufgaben der nächsten Jahre für das deutsche Gesundheitswesen, diese Diskrepanz mit wirksamen Mitteln und Methoden entscheidend abzubauen.

-Literatur beim Verfasser-

