DGIV-Vorstandsvorsitzender Prof. Dr. med. Stefan G. Spitzer im Titel-Interview:

„Veränderungen mit Augenmaß“

Summary

- Nicht alle selektivvertraglichen Versorgungsformen bergen integrierende Bestandteile in sich.
- Insbesondere zur Förderung populationsbezogener Versorgungsprojekte müssen die Finanzierungsgrundlagen für Integrierte Versorgung wieder verbessert werden.
- Wettbewerb benötigt zwingend auch eine Verpflichtung zur Evaluation.

„Es ist richtig, bei der Reform der medizinischen Versorgung deutlich zu machen, dass im Mittelpunkt der Versorgung niemand anderes als die Bürgerinnen und Bürger steht“, hieß es in einer Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e. V. (DGIV) zum vorliegenden Referentenentwurf zum Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VSG) des Bundesgesundheitsministeriums. Daher begrüße die Gesellschaft überwiegend den Entwurf. Neben dieser positiven Reaktion stellte die DGIV jedoch auch Nachbesserungsbedarf fest. Prof. Dr. med. Stefan G. Spitzer, Facharzt für Innere Medizin/ Kardiologie und Sportmedizin und seit November 2010 Vorsitzender des Vorstandes der DGIV, stand „Monitor Versorgungsforschung“ Rede und Antwort.

>> Herr Professor Spitzer, die DGIV begreift die „Integrierte Versorgung“ als ein gesundheitspolitisches Prinzip, das in allen Bereichen der medizinischen Versorgung und Pflege durchgesetzt werden soll. Im aktuellen Gesetzentwurf fehlen jedoch laut DGIV Antworten auf wichtige Fragen der derzeitigen Versorgung. Auf welche Punkte bezieht sich die Kritik?

Wir haben uns in unserer Stellungnahme bemüht, unter anderem auch auf Problemfelder hinzuweisen, die bisher im Vorfeld des Referentenentwurfes aus unserer Sicht zu kurz gekommen sind. Dazu gehört zum Beispiel die Umsetzung des Prinzips „ambulant vor stationär“ bei der Gestaltung des Katalogs zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung oder die unbefriedigende, diffuse Rechtslage auf dem Gebiet der Zusammenarbeit von Krankenhäusern mit niedergelassenen Ärzten, die vielfach auch als Honorarärzte bezeichnet werden. Darüber hinaus haben wir auch zum Ausdruck gebracht, dass die Selektivversorgung und insbesondere die Integrierte Versorgung gemäß §§ 140a ff. SGB V im Gesetzentwurf zu kurz gekommen ist.

Wie sollte Ihrer Ansicht nach die Zukunft der selektiven Versorgungsformen aussehen?

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen ist derzeit mit einem umfangreichen Gutachten zum „Wettbewerb an den Schnittstellen der Gesundheitsversorgung“ beauftragt. Mit der Vorlage des Gutachtens wird für Dezember dieses Jahres gerechnet. Man darf sich von dieser Arbeit wichtige Erkenntnisse, auch für die Weiterentwicklung der selektiven Versorgungsformen, vor allem der Integrierten Versorgung, erwarten. Dennoch sollte die Bundesregierung die Chancen, die das Versorgungsstrukturgesetz auch für die Weiterentwicklung der Selektivversorgung bietet, nicht ungenutzt lassen. Das hieße, ein bereits mit großem Aufwand bereitetes Feld nicht weiter im erforderlichen Maße zu bestellen.

Welchen Beitrag leistet die DGIV in diesem Prozess?

Unsere Gesellschaft widmet sich in erster Linie den integrativen Komponenten innerhalb und in der Verknüpfung der einzelnen Versorgungsformen. Hier gibt es aus unserer Sicht noch ungenutzte Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgung. Nicht alle selektiven Versorgungsformen bergen integrierende Bestandteile in sich. Deshalb setzen wir uns besonders dafür ein, die einzelnen Versorgungsprojekte mit integrierenden Zielstellungen zu verbinden, wie zum Beispiel die Hausarztzentrierte Versorgung mit der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung oder der Integrierten Versorgung. Die Integrierte Versorgung und die Modellvorhaben gemäß §§ 63, 64 SGB V bieten hier bereits weit bessere Voraussetzungen, die durch noch flexiblere Gestaltungsmöglichkeiten für die Krankenkassen ausgebaut werden könnten. Es ist außerdem kein Geheimnis, dass es derzeit noch an ausreichenden Anreizen fehlt, mit denen Kassen, Leistungserbringer und andere Partner der Selektivprojekte zu einer Teilnahme in größerem Umfang als bisher motiviert werden könnten. Hier spielen wirtschaftliche Effekte eine nicht zu vernachlässigende Rolle. Aus unserer Sicht ist es falsch, seinen Frieden damit zu machen, dass die Phase der Anschubfinanzierung der Integrierten Versorgung vorüber ist und die Kassen eben abwägen müssen, wie viel Finanzkraft sie in ihre Projekte noch investieren können. Hier sind kluge Lösungen gefragt, und einige Vorschläge zur Verbesserung der Finanzierungssituation liegen bereits vor. Ohne mehr Anschub wird aber aus unserer Sicht die Zielstellung des Gesetzgebers, dass sich große populationsbezogene Projekte im Land etablieren sollen, in den nächsten Jahren kaum verwirklicht werden können. Die überwiegende Mehrzahl der Projekte hat derzeit eine eher kleinräumige indikationsbezogene Ausrichtung.

Welche Rolle spielen in diesem Zusammenhang Evaluation und Versorgungsforschung? Wie kann die Qualität integrierter Versorgung angemessen erfasst werden und wie sinnvoll ist eine Pflichtevaluation in der Regel- und Selektivversorgung, aber auch bei den Leistungserbringern?

Der Referentenentwurf sieht in den §§ 303 a bis e SGB V (neu) eine Novellierung der Bestimmungen über die Datentransparenz vor. Wir sagen aber: Für wettbewerbliche Strukturen im Gesundheitswesen, auch für einen Leistungsvergleich von kollektiv- und selektivvertraglicher Versorgung, ist darüber hinaus eine Verpflichtung zur Evaluation der Versorgungsergebnisse erforderlich. Wie soll man sonst einen Wettbewerb und einen Leistungsvergleich durchführen? Dass dieser Wettbewerb leistungsbezogen geführt werden muss, liegt doch auf der Hand.

Natürlich wissen wir auch, dass sich ein Wettbewerb auf Leistungserbringerseite auch auf das Patientenverhalten auswirken kann. Es ist vorstellbar, dass Qualitätsführer dann anders nachgefragt werden als bisher. Wir denken aber nicht, dass dadurch unbeherrschbare Effekte entstehen werden – im Gegenteil: Der Leistungsvergleich im Gesundheitswesen wird die Versorgung verbessern. Überdurchschnittliche Angebote werden - zum Beispiel über die Investitionsförderung - belohnt, und die Grund- und Regelversorgung wird dennoch wie bisher gewährleistet werden. Die zu evaluierenden Daten sind dafür sorgfältig auszuwählen. Medizinische wie pflegerische Leistungen sind objektiv

„Medizinische wie pflegerische Leistungen sind objektiv messbar – dieser Erkenntnis darf man sich nicht mehr verschließen.“

messbar – dieser Erkenntnis darf man sich nicht mehr verschließen.



Wenn Sie nun die Entwicklung rückblickend beurteilen würden: Hat die Integrierte Versorgung den Patienten innerhalb der letzten zehn Jahre eine bessere Versorgungsqualität gebracht? Waren die Disease-Management-Programme ein Schritt in die richtige Richtung?

Niemand kann heute mehr bestreiten, dass integrierte Versorgungsprojekte in aller Regel auch die Versorgungsqualität für die Patienten verbessert haben. Das gilt sowohl für indikations- als auch für populationsbezogene Projekte. Stationsersetzende Maßnahmen, bessere Koordinierung der Zusammenarbeit der Leistungserbringer, Vermeidung von Doppeluntersuchungen, kürzere Bestellzeiten – das sind nur einige Vorteile, die die Integrierte Versorgung auf dem Gebiet der Behandlungsqualität zu bieten hat. Es war richtig, die Integrierte Versorgung im SGB V aus ihrem Dornröschenschlaf zu wecken. Genauso war es auch richtig, die Disease-Management-Programme ins Leben zu rufen. Chronische Erkrankungen müssen in der Regel langfristig behandelt werden, auf meinem Gebiet der Herz-Kreislauf-Erkrankungen mindestens zehn Jahre, oft noch sehr viel länger. Hier leisten diese Programme gute Dienste für Kassen, Leistungserbringer und Patienten.

Die Bundesregierung plant derzeit, die DMP stärker beim Gemeinsamen Bundesausschuss zu verankern. Der G-BA soll darüber hinaus die Vorgaben für die Evaluation der Programme erarbeiten lassen. Die Chroniker-Programme durch diesen Ausschuss zu steuern, ist ein machbarer Weg. Eine andere Entwicklungsrichtung könnte aber auch sinnvoll sein: nämlich die DMP mit der Integrierten Versorgung gemäß §§ 140a ff. SGB V zusammenzuführen und gemeinsame Finanzierungsgrundlagen anzustreben; die Evaluationsvorgaben sollten ohnehin – auch für die anderen Versorgungsformen bis hin zur Regelversorgung – beim G-BA liegen.

Die DGIV will die sektorenübergreifende Versorgungsintegration vorantreiben und Schnittstellenprobleme besser in den Griff bekommen. Wo sehen Sie die aussichtsreichsten Stoßrichtungen für diese Änderungen?

Die spannendste Frage ist derzeit aus unserer Sicht: Wie viel Integrierte Versorgung traut sich der Gesetzgeber in der Regelversorgung zuzulassen? Die derzeitige Situation ist schon eigentümlich: Es besteht Einigkeit darüber, dass durch eine bessere Verzahnung der sektoralen Leistungserbringung die Versorgung in sektoralen Grenzen überwunden werden soll. Die Versorgungsform Integrierte Versorgung bietet heute bereits annähernd solche Verhältnisse, auch wenn die rechtlichen Rahmenbedingungen noch eine Reihe von Beschränkungen aufzuweisen haben. Aber dieses „Experimentierfeld der GKV" wird noch zu wenig angenommen; offensichtlich fehlt es im Ergebnis der Chancen-Risiken-Bewertung der Kassen am Ende dann doch an der nötigen Motivation.

Auf der anderen Seite stößt die Regelversorgung zunehmend an die Grenzen der über Jahrzehnte verfestigten sektoralen Strukturen. Diese Grenzen sozialverträglich aufzuweichen und zu flexibilisieren, ist die große Aufgabe, die so einfach klingt, aber so schwierig zu lösen ist. Das System der medizinischen Versorgung in Deutschland ist äußerst komplex und enthält vielfältige verflochtene Strukturen mit vielen wechselseitigen Abhängigkeiten. Im Mittelpunkt stehen die Bürgerinnen und Bürger als Patientinnen und Patienten. Gleichzeitig ist aber die Gesundheitswirtschaft der größte Bestandteil unserer Volkswirtschaft, hier geht es also unter anderem auch um Sicherung von Arbeitsplätzen, Fachkräftemangel, um Industrieproduktion und den Innovationsstandort Deutschland. Über allem steht die Erkenntnis, dass demografischer Wandel und wissenschaftlich-technischer Fortschritt in der Medizin uns heute schon dazu zwingen, die Effizienz der Versorgung deutlich zu verbessern sowie Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen.

Welche Schritte sollten als Nächstes erfolgen?

Aus Sicht der DGIV kommt es in den nächsten Jahren darauf an, stärker die Überwindung der sektoralen Leistungserbringung zu betreiben. Hier hat der vorliegende Referentenentwurf nicht alle Erwartungen erfüllt, auch in der Systematik des Herangehens. Natürlich müssen diese Veränderungen mit Augenmaß betrieben werden. Das gilt auch für das von uns wieder stärker in den Vordergrund gebrachte Prinzip „ambulant vor stationär". Wir wissen natürlich, dass man in dieser Situation die Leistungserbringung in Sektoren nicht einfach beseitigen kann. Deshalb treten wir auch immer für die Aufrechterhaltung der Balance der sektoralen Kräfte ein. Dennoch könnten bereits jetzt die bestehenden Möglichkeiten zur Zusammenarbeit der Sektoren konsequenter genutzt werden. Das bedeutet: weitere Liberalisierung, Ausbau der Zusammenarbeit von Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen und die Einbeziehung nichtmedizinischer oder -pflegerischer Leistungserbringer in diese Kooperationen. Darüber hinaus sollte diese Zusammenarbeit gerade in den sich neu herausbildenden Versorgungsformen im Schnittstellenbereich von ambulant und stationär gefördert werden, zum Beispiel im aktuell diskutierten Bereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung oder auch an den Schnittstellen von medizinischer Versorgung und Pflege.

Bleiben wir bei den Kooperationen. Wo sehen Sie die größten Schwie-

rigkeiten bei der Vernetzung und Zusammenarbeit von ambulanter und stationärer, aber auch rehabilitativer und pflegerischer Versorgung?

Die Hauptschwierigkeit liegt wohl darin, die einzelnen Gruppeninteressen in den verschiedenen Bereichen und Sektoren mit dem gesamtgesellschaftlichen Interesse in Übereinstimmung zu bringen. Im Referentenentwurf zum Versorgungsstrukturgesetz wird deutlich, dass einigen Forderungen bestimmter Interessenvertreter entsprochen wurde. Es stellt sich daher in diesem Zusammenhang auch die Frage nach dem inneren Kräfteverhältnis im Reformprozess. Auf der anderen Seite bestehen noch Zweifel, ob tatsächlich ausreichend wissenschaftliche Aufschlüsse über die richtigen, heute und in den nächsten Jahren notwendigen Reformschritte vorliegen. Diese wissenschaftliche Begleitung wurde zu stark vernachlässigt. Hier muss Deutschland auch mehr investieren. Letztlich sehen wir noch Defizite bei der Verfolgung ganzheitlicher Ansätze in der Versorgung und Pflege. Die jahrzehntelange sektorale Trennung hat tiefe Spuren, um nicht zu sagen Gräben, hinterlassen. Diese zu überwinden verlangt ein Umdenken, sowohl bei der Ausarbeitung zentraler Zielstellungen als auch bei der Bewertung des Verständnisses eigener Positionen jedes Einzelnen.

In vielen Versorgungsansätzen spielt die Hausarztzentrierte Versorgung eine große, oft dominante Rolle. Sicherlich ist der Vorrang des Medizinischen berechtigt, aber stellt sich nicht angesichts des zunehmenden Ärztemangels, des steigenden Bedarfs an Versorgungsmanagement sowie der dringend nötigen Verzahnung mit der Pflege die Frage, wer in Zukunft die zentrale Patienten-Steuerungsrolle übernehmen soll und wer über die dafür nötige Kompetenz verfügt?

Spätestens seit die Hausarztzentrierte Versorgung mit der Kontrahierungspflicht verbunden wurde, ist sie ein Dauerthema in der Diskussion der Selektivversorgungskonzepte. Auch wir verbinden Selektivversorgung eher mit dem Prinzip des freien Kontrahierens. Dennoch wird die hausärztliche Versorgung auch in den nächsten Jahren eine Versorgungsgrundlage bleiben.

Interessant ist jedoch die Bestimmung dessen, was die Hausärzte hier leisten können und sollen. In diesem Zusammenhang halte ich den Begriff der „zentralen Patienten-Steuerungsrolle“ für problematisch. In einer optimal koordinierten Zusammenarbeit der Leistungserbringer sind die Regeln der medizinischen Zusammenarbeit und der damit verbundenen Patientenpfade auf der Grundlage der jeweiligen Erkenntnisse der modernen Medizin evidenzbasiert definiert. Niemand anders als der Hausarzt, der die Erstdiagnose treffen muss, kann als erstes Glied einer Behandlungskette den nächsten Schritt des Patienten veranlassen. Das heißt aber nicht, dass der Hausarzt damit zwingend die „Steuerung“ des Patienten in der weiteren Diagnostik, Therapie und gegebenenfalls auch Rehabilitation zu verantworten hat. Hier müssen andere zweckmäßige Mechanismen im fachärztlichen Bereich, erforderlichenfalls auch in integrierender Zusammenarbeit mit den Vertretern der anderen Sektoren, greifen. Viele Projekte zur Integrierten Versorgung haben gerade auf diesem Gebiet der indikationsbezogenen Patientenpfade bereits viel geleistet. Leider werden diese Erkenntnisse noch viel zu wenig publiziert und von der Versorgungsforschung zur Kenntnis genommen.

„Die Hauptschwierigkeit liegt wohl darin, die einzelnen Gruppeninteressen in den verschiedenen Bereichen und Sektoren mit dem gesamtgesellschaftlichen Interesse in Übereinstimmung zu bringen.“

Welchen Stellenwert räumen Sie dem Thema regionaler Versorgungsmodelle ein, die mit ihren Ansätzen zur Integrierten Versorgung deutlich über die bislang existierenden klassischen IV-Verträge hinausgehen?

Ich kenne keine Rechtsform für regionale Versorgungsmodelle, die mehr zu leisten in der Lage ist, als die Integrierte Versorgung. Natürlich ist mir bekannt, dass es auf regionaler Ebene mitunter sehr vielfältige Bestrebungen gibt, konkrete regionale Besonderheiten für eine definierte „Versorgungsregion“ mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgung der Bevölkerung - über alle Kassen- zu nutzen. Meist sind große stationäre Leistungserbringer die Initiatoren dieser Projekte, für die um die Zusammenarbeit mit möglichst vielen ambulanten und stationären Partnern in der Region geworben wird.

Diese Ansinnen sind durchaus zu begrüßen, bergen sie doch – wenn sie seriös sind – durchaus Elemente der Integrierten Versorgung gemäß §§ 140a ff. SGB V in sich. Problematisch sind diese Projekte jedoch dann, wenn sie in der vertraglichen Konstruktion der Zusammenarbeit die gesetzlichen Grundlagen für die medizinische Versorgung verlassen. Nach dem Verständnis der DGIV werden solche Projekte zwangsläufig in eine Zusammenarbeit mit den Krankenkassen münden, so dass spätestens an diesem Punkt bewertet werden muss, ob die rechtlichen Anforderungen an ein Projekt zur Integrierten Versorgung gemäß §§ 140a ff. SGB V erfüllt werden.

Was wird sich bei den IV-Verträgen nach § 140b SGB V ändern, wenn pharmazeutische Unternehmen beteiligt werden? Ist dies eine große Chance oder sehen Sie diese Beteiligungsform als kritisch an?

Nicht nur die pharmazeutischen Unternehmen, sondern auch die Hersteller von Medizinprodukten im Sinne des Medizinproduktegesetzes sind als Partner von Verträgen zur Integrierten Versorgung gemäß § 140b SGB V zugelassen. Wir begrüßen das, denn es ist aus unserer Sicht unverzichtbar, diese Unternehmen an den IV-Projekten zu beteiligen. Der Gesetzgeber hat gut daran getan, den Krankenkassen und ihren Partnern in der Integrierten Versorgung die Nutzung der Innovations- und Wirtschaftskraft dieser Unternehmen zu ermöglichen. Die Befürchtung, damit würde der Übernahme von Versorgungsaufträgen durch die Industrie Tür und Tor geöffnet, teilen wir nicht. Die Integrierte Versorgung wird wie jede andere Versorgungsform auch durch gesetzliche Rahmenbedingungen bestimmt, die eine rechtmäßige Versorgung der Bürgerinnen und Bürger gewährleisten. Darüber hinaus hat der Gesetzgeber – auch im vorliegenden Referentenentwurf – für eine staatliche Aufsicht über die IV-Verträge gesorgt. Auch die DGIV erhofft sich von der Beteiligung der Industrie noch mehr Versorgungskraft, Innovation und Attraktivität für die IV-Projekte. Es ist allerdings nicht zu erwarten, dass sofort alle IV-Projekte auf Industriebeteiligung umgestellt werden und neue Projekte mit diesen neuen Partnern wie die Pilze aus dem Boden schießen. Zum einen tun sich Kassen erfahrungsgemäß mit „Erstbesteigungen“ auf dem Gebiet der Selektivversorgung eher schwer - Ausnahmen bestätigen die Regel -, sodass auch hier die Industriepartner gefragt sind, sich mit guten Argumenten zur Kosten-Nutzen-Bewertung und viel sozialrechtlichem Sachverstand als geeignete Partner der Projekte zu erweisen. Zum anderen gibt es eine Reihe von gesetzlichen Beschränkungen außerhalb des SGB V - zum Beispiel im Vergabe- oder im Kartellrecht -, die die Möglichkeiten und Verfahren zur Auswahl geeigneter Industriepartner nicht gerade einfach gestalten. Hier würden wir uns gesetzliche Erleichterungen für die Selektivversorgung wünschen, damit die Möglichkeiten zur Nutzung dieser Kooperation nicht von vorneherein deutlich begrenzt sind.

Herr Professor Spitzer, vielen Dank für das Gespräch.
Das Gespräch führte MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski