

Interview mit DGIV-Vorstand

"Die Sektorengrenzen zwischen den Leistungserbringern müssen aufbrechen"

Seit knapp drei Monaten hat die Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen (DGIV) einen neuen Vorstand. Welche Ziele sind der Gesellschaft wichtig – und wie blickt sie auf die aktuelle Pandemie-Situation? Der änd sprach mit dem Vorstandsvorsitzenden Prof. Eckhard Nagel (Bayreuth) und dem geschäftsführenden Vorstandsmitglied Dr. Albrecht Kloepper (Berlin).



Nagel zur Corona-Debatte: "Die Argumente sollten ausgetauscht werden, aber stets so, dass in der Bevölkerung keine Verunsicherung entsteht."

(c) DGIV

Zunächst eine Frage zur aktuellen Pandemie-Situation: Die politischen Maßnahmen von Bund und Ländern werden in der Ärzteschaft derzeit unterschiedlich bewertet. Während insbesondere die Vertreter von Marburger Bund und DIVI einen noch schärferen Lockdown-Kurs fordern, äußern zum Beispiel einige Vertretern der niedergelassenen Vertragsärzte eher Zweifel an der Wirksamkeit dieser Strategie – und würden sich einen noch gezielteren Schutz der vulnerablen Gruppen wünschen. Registrieren Sie auch diese verschiedenen Strömungen in der Ärzteschaft? Und welche Meinung unterstützen Sie?

Prof. Nagel: Ich denke, dass wir im Moment nicht nur zwei Meinungen erleben. Ich sehe eine Vielzahl von Auffassungen und Einschätzungen bei den Kollegen, die täglich mit Patienten arbeiten – und auch in der Forschung. Es ist auch gut so, dass es einen lebhaften Diskurs gibt. Er sollte von Vertretern medizinischer Institutionen in der Öffentlichkeit jedoch immer sachlich und fachgebunden geführt werden.

Was nicht immer der Fall ist?

Prof. Nagel: Sagen wir einmal so: Es ist schon ein Stück weit irritierend, dass einige Kollegen so vermessen sind, aus den Erkenntnissen ihrer jeweiligen Situation heraus politische Handlungen zu empfehlen. Das halte ich für falsch. Ein Arzt kann berichten, wie es auf der Intensivstation aussieht, welche Patienten aufgenommen werden und was die vulnerablen Gruppen sind. Ein anderer Arzt kann berichten, wie die Situation die Versorgung im ambulanten Bereich beeinflusst. Aber was das konkret für die politischen Entscheidungen bedeutet, welche Aufgaben dem öffentlichen Gesundheitsdienst zugeordnet werden und welche Lockdown-Regelungen verabschiedet werden – das ist Sache der Politik. Ich bin skeptisch, wenn zum Beispiel ein Virologe aus seiner Perspektive heraus Schulschließungen fordert. Hierzu gibt es von Pädiatern ganz andere Auffassungen. Die Argumente sollten ausgetauscht werden, aber stets so, dass in der Bevölkerung keine Verunsicherung entsteht. Hierin liegt auch eine professionelle Pflicht.

Schauen wir einmal einige Monate zurück. Kaum war die „erste Welle“ der Pandemie halbwegs überwunden, haben sich Deutsche Krankenhausgesellschaft und Kassenärztliche Bundesvereinigung schon wieder in den Haaren gelegen. Selbst habe man die Hauptlast der Versorgung übernommen – während sich die Gegenseite weggeduckt habe, hieß es. Sehen Sie in diesem klassischen „Lagerdenken“ einen am Ende vielleicht produktiven Wettbewerb für das System um die beste Patientenversorgung? Oder ist das seit jeher Sand im Getriebe unseres Gesundheitswesens?

Prof. Nagel: Unsere Fachgesellschaft hat sich ja gegründet, weil wir darin ein gravierendes Problem sehen, denn ein sinnvolles Miteinander oder ein fruchtbares Konkurrieren. Wir sind überzeugt davon, dass es nur eine umfassend für den Patienten sinnvolle Behandlungssituation geben kann, wenn wir es schaffen, diese Sektorengrenzen aufzuheben.

Deshalb ist ja eine solche nachträgliche Diskussion auch nur vergossene Milch. Es kommt ja gar nicht darauf an, wer sich was auf die Fahne zu schreiben hat. Wichtig ist, dass wir in der ersten und zweiten Phase der Pandemie medizinisch gesehen vieles richtig gemacht haben. Wenn man einmal auf die Zahl der hierzulande Infizierten und dann Verstorbenen schaut und das mit anderen Ländern vergleicht, können wir noch dankbar sein. Vielleicht ist in der Infektionsprophylaxe nicht alles optimal gelaufen – aber auch nicht viel wirklich schlecht.

Insofern glaube ich, dass das medizinische Versorgungssystem in Deutschland gezeigt hat, dass es über Sektorengrenzen hinweg in einer solchen Notsituation gut funktioniert. Das setzt aber immer voraus, dass Behandlungspfade vor Sektorengrenzen nicht halt machen und man die Stufen gemeinsam überwindet. Das ist besser gelaufen als wir es in der Vergangenheit oft erlebt haben. Im Grunde haben wir also eine Situation, die unterstreicht, dass das Miteinander der richtige Weg ist.

Vor der Pandemie hatte es ja angeregte Diskussionen darüber gegeben, ob wir weniger Kliniken in Deutschland haben sollten. Muss diese Diskussion nach der Pandemie anders geführt werden?

Prof. Nagel: Es ist sicher keine Frage, dass wir gesundheitspolitisch – und auch strukturell – neue Schlussfolgerungen ziehen müssen. Die werden sicher umfangreich sein und unterschiedliche Kontexte betreffen. Da denke ich an den medizinischen Bereich, an die Versorgungsstruktur oder die Vorhaltung bestimmter Güter. Auch das Thema Gesundheitssystem als Daseinsvorsorge war weitgehend vergessen worden und bekommt nun wieder viel Aufmerksamkeit. Wir erkennen, wie wichtig gesundheitliche Vorsorge im Sinne der Daseinssicherung ist. Das ist bereits ein Konsequenz aus der Pandemie.

Wir haben auch erlebt, wie wichtig es ist, dass sich die medizinische Versorgung nicht nur auf die Stadt konzentriert – sondern auch in ländlichen Gebieten eine wichtige Rolle spielt. Darüber wird in Zukunft diskutiert werden müssen. Wie erhält man dort nachhaltige Strukturen? Können wir es uns wirklich leisten, bestimmte Angebote nur an wenigen Standorten vorzuhalten und nur dort Ressourcen zusammenzufassen? Die Antwort ist offensichtlich: Das wird nicht funktionieren. Daher muss es eine neue Debatte darüber geben, wie wir deutschlandweit die Versorgung sichern können.

Nach Auffassung der DGIV müssen wir da über Ansätze der integrierten Versorgung sprechen. Das wird nicht durch ein einzelnes Krankenhaus gehen und nicht durch einzelne niedergelassene Ärzte. Es braucht neue, interprofessionelle Modelle, die auf wichtige Fragen eine Antwort geben können.

Dr. Kloepfer: Interprofessionalität ist ein wichtiges Stichwort. Es ist richtig, dass wir die Lasten im System besser verteilen sollten. Wir sehen ja, wo die systemrelevanten Berufsgruppen überall sitzen – und wir sehen, dass sie überlastet und nicht adäquat mit Verantwortung und finanziellen Mitteln ausgestattet werden. Corona hat wie ein Brennglas gezeigt, dass wir Ressourcen noch nicht optimal nutzen. Denken wir daran, was Apotheker oder Fachkräfte in der Pflege noch leisten könnten, wenn man ihre Kompetenz stärker nutzen würde.



Kloepfer: "Wenn man sich die Geschichte der Selektivverträge anschaut, dann haben wir im Überblick ein absolutes Flickwerk."

(c) DGIV

Wenn wir uns anschauen, was die Gesetzgebung in Sachen Interprofessionalität in den vergangenen Jahren bewegt hat, landen wir rasch bei den Selektivverträgen. Wo sehen Sie da gute Ansätze – und wo geht es in die falsche Richtung?

Dr. Kloepfer: Wenn man sich die Geschichte der Selektivverträge anschaut, dann haben wir im Überblick ein absolutes Flickwerk. Immer wieder gab es Fehlanreize im System. Dann hat man versucht, mit einem kleinen Flicker das Loch zu stopfen – und hatte dann an anderer Stelle ein neues Problem. Seit der Erfindung des §140 im SGB V versuchen wir, diesen Paragraphen gangbar zu machen. Auf der anderen Seite fürchten wir uns dann wieder vor zu viel Wettbewerb und schalten das Bundesamt für Soziale Sicherheit ein. So haben wir ein Flickwerk, das auch beteiligten Institutionen und Wirtschaftsunternehmen keine Kontinuität geben kann. Wenn sich mit der Gesetzgebung alle vier Jahre die Rahmenbedingungen ändern, können Sie keine Strukturen oder Geschäftsmodelle aufbauen.

Es fehlt da eine große, übergeordnete und verlässliche Strategie. Wir brauchen einen stabilen Korridor zur Versorgung von Patienten mit intersektorialem und interprofessionellem Ansatz.

Wir haben im Moment die ASV hier, die Tagesklinik da, die integrierte Versorgung dort – dann noch DMP-Projekte und Modelle zur Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Da greift nicht viel kohärent ineinander und einige der Konzepte widersprechen sich sogar. Jetzt kommt die ASV Rheuma – warum gibt es da kein DMP? Warum gibt es für viele chronische Krankheiten gar nichts?

Wir brauchen also – zusammenfassend – eine Gesetzgebung, die die Politik des Flickenteppichs beendet und die die bisherigen Detailansätze in einen breiten, einheitlich geregelten Korridor für intersektorale und interprofessionelle Versorgungsmodelle umwandelt.

Da eine Linie reinzubekommen, scheint eine große politische Herausforderung. Rasch wird das sicher nicht gehen...

Dr. Kloepfer: In dieser Legislaturperiode wird sich da nicht mehr viel bewegen. Aber wir stehen vor einer Bundestagswahl und hoffen natürlich, dass die Politik die Wichtigkeit erkennt und diese Punkte in die nun folgenden Debatten mit aufnimmt. Wir dürfen nicht vergessen, dass die Lösung der Probleme immer wichtiger wird. Die Zahl der chronisch Kranken nimmt zu. Das liegt sicher auch an den Fortschritten in der modernen Medizin und den Forschungserfolgen der Pharmaindustrie. Es ist gelungen, viele ehemals tödliche Erkrankungen in chronische Erkrankungen umzuwandeln.

Prof. Nagel: Es ist auch in der Corona-Zeit sehr evident, dass wir eine ganze Menge von Patienten durchs Raster fallen lassen. Menschen, die langfristig mit einer beeinträchtigenden Erkrankung leben müssen. Ihnen ist ein Leben mit einer gewissen Lebensqualität nur möglich, wenn sie auf ihrem Weg interprofessionell von verschiedenen Seiten medizinisch begleitet werden. Die Strukturen dafür sind nicht vorhanden, weil man sich nie bewusst entschieden hat, das anzugehen. Die Sektorengrenzen innerhalb des Versorgungsangebotes und zwischen den Leistungserbringern müssen aufbrechen. Dafür brauchen wir eine adäquate Gesetzgebung, die uns noch fehlt.

Nicht wenige Ärzte glauben, dass zum Erreichen solcher Ziele auch Änderungen am Honorarsystem nötig sind...

Prof. Nagel: Es ist keine Frage, dass am Ende einer gute Gesundheitsversorgung auch eine adäquate Finanzierung stehen muss und dass man beim Überschreiten von Sektorengrenzen auch andere Finanzierungsformen braucht. Ein Honorarsystem kann aber auch immer nur eine Unterstützung sein. Die Finanzierungsform richtet sich nach den Zielen und nicht die Ziele nach der Finanzierungsform. Sie kann die richtigen Anreize setzen, um das zu realisieren, was nötig ist. Teurer muss es deshalb nicht werden. Es wird aber sicher ein Umlenken der Finanzierungsströme geben müssen. Diejenigen, die sich in ihrer Finanzierungsart bequem eingerichtet haben, werden dann sicher viel dafür tun, das zu verhindern.

Also konkret: Für die gleiche Leistung in Klinik und Praxis sollten die an der Versorgung beteiligten Ärzte auch gleich bezahlt werden?

Prof. Nagel: So ist es.

Dr. Kloepfer: Ein Problem in dem Zusammenhang ist doch, dass das SGB V Ärzte im ambulanten und stationären Bereich praktisch zu Gegnern macht – weil es eben die Töpfe trennt. Das betrifft auch die Bedarfsplanung oder den Erlaubnis- und Verbotsvorbehalt. Es wäre einmal hilfreich, eine genaue Analyse zu machen, wo jeweils im SGB V die Gegnerschaft angelegt ist. Es geht ja am Ende um die Verteilung von Pfründen. In den Regionen gibt es vor Ort immer wieder den guten Willen, Dinge gemeinsam zu machen. Am Ende kommen dann die Probleme durch die gesetzlichen und auf Bundesebene festgelegten Trennungsvorgaben.

Prof. Nagel: Für die Politik bedeutet das, dass sie ein adäquates Finanzierungsmodell beschließen muss, wenn die Sektoren miteinander verschränkt werden sollen. Das kommt aber erst in einem zweiten Schritt. Zunächst muss man sich darüber verständigen, wie man die Patienten intersektoral bestmöglich versorgen kann.

Kann denn da eine Struktur in jeder Region funktionieren?

Dr. Kloepfer: Das läuft im Moment ja schon – KV-basiert – in jedem Bundesland anders. In Westfalen-Lippe gibt es eher netzbasierte Modelle, in Brandenburg MVZ-basiert. Baden-Württemberg setzt auf Hausarzt-Facharzt-Verständigung über die Selektivverträge. Jede Region baut ihren eigenen Ansatz einer integrierten Versorgung aus dem eigenen Bedarf heraus auf.

Ich dachte, dass ein Flickwerk von Modellen nicht das Ziel sei...

Dr. Kloepfer: Das betrifft die gesetzlichen Vorgaben. Wir brauchen nicht die tatsächlich derzeit faktisch bestehenden etwa 30 Einzel- und Sonderparagrafen. Wir müssen diese unterschiedlichen Ansätze in die Gesetzgebung integrieren und den Regionen ihre Möglichkeiten lassen. Wir brauchen dann einen Rechtsrahmen, der diese Entwicklungen schützt und ihnen verlässliche Entwicklungsmöglichkeiten gibt. Wir von der DGIV wollen mit den Institutionen vor Ort in den Dialog kommen, wie das aussehen kann. Dazu gehören Ärzte – aber auch Krankenkassen und Industriepartner, die Lösungen anbieten können.

Muss Ihrer Ansicht nach auch das Thema Bedarfsplanung neu gedacht werden?

Prof. Nagel: Ja, in den vergangenen Jahren haben wir in dem Bereich keine wirklich hilfreichen Entwicklungen mehr gesehen. Die Angaben in den Planungsunterlagen decken sich nicht mehr mit dem, was in der Realität vor Ort stattfindet. Bestes Beispiel ist die Versorgung im psychiatrischen Bereich. Dort, wo es laut Planung eine gute Versorgung gibt, bekommen sie als Patient über Monate keinen Termin. Da wird die Realität nicht mehr abgebildet. In der Krankenhausplanung ist das nicht anders. Es braucht eine neue Form der Vernetzung unter Berücksichtigung aller wichtiger Versorgungsdaten, die doch vorliegen. Es müssen sich alle Player an einen Tisch setzen und an einer gemeinsamen Lösung arbeiten. Wir hoffen, dass wir die Verantwortlichen in diese Richtung motivieren können.

Sprechen wir einmal über die Digitalisierung. Sehen Sie mehr Chancen für die integrierte Versorgung – oder Risiken?

Prof. Nagel: Natürlich verändert die Digitalisierung unsere gesamte Welt und so auch das klassische Arzt-Patientenverhältnis und die Kommunikation in der medizinischen Versorgung. Das hat Minister Spahn schon gut adressiert und Strukturen weitergebracht – wobei die Pandemie auch geholfen hat.

Allerdings ist die Digitalisierung kein Allheilmittel. Ich erinnere mich noch an die eine oder andere Diskussion von vor drei oder vier Jahren. Da hieß es, dass sich diese oder jene Aufgabe erledigen werde, wenn wir die Digitalisierung umsetzen. Das war zum Teil eine Fehlinterpretation der Situation. Digitale Strukturen sollen und können unterstützen. Sie können aber keine konkreten Handlungen am Patienten vollständig ersetzen. Nehmen wir einmal die Situation der älteren Leute, denen man nun die Hygieneregeln oder die Wirkung von Medikamenten näherbringen muss. Da können Sie keine App nutzen. Da kommt die Digitalisierung an ihre Grenzen und der zwischenmenschliche Betreuungsbedarf steht unverändert im Vordergrund. Auch der Anruf oder der Videokontakt zur Krankenschreibung mit der Arztpraxis ist nur der besonderen Situation geschuldet. Wir brauchen prinzipiell den zwischenmenschlichen Kontakt in der Arzt-Patientenbeziehung.

Dr. Kloepfer: Die Gefahr ist manchmal auch, dass die Digitalisierung Strukturen festschreibt, die falsch sind. Sie kann nur ein Werkzeug für das ohnehin schon Bestehende sein – und sollte keine Strukturen vorgeben. Ein Hammer muss ein Hammer bleiben. Ich warne vor zu viel Euphorie und unkritischer Planung in der Sache.

Welche Schritte haben Sie in der DGIV nun weiter geplant?

Prof. Nagel: Wir werden weiter für unser Anliegen werben und im Vorfeld der Bundestagswahl die öffentliche Debatte suchen. Wir wollen auch mit der Politik darüber sprechen, wo wir Handlungsbedarf sehen. Wir werden nicht gleich den großen SGB V-Reformentwurf vorlegen können. Aber wir werden mit Nachdruck die Diskussion über Dinge starten, die sich in der Praxis realisieren lassen und eine bessere Versorgung für die chronisch Kranken zum Ziel haben.

Dr. Kloepfer: So ist es. Ziel darf es nicht sein, dass wir ständig neue Gesetze haben, die Freiheiten beschränken und Player gegeneinander ausspielen. Wir brauchen ein prinzipielles Umdenken, dass intersektorale und interprofessionelle Versorgung Unterstützung und langfristig verlässliche Planung verdient. Wir werden vor diesem Hintergrund unsere Mitgliederbasis sicher weiter verbreitern – ein deutlicher Trend ist bereits jetzt erkennbar – und den intensiven Dialog mit der Politik in der Sache suchen.

02.02.2021 08:54, Autor: js, © änd Ärztenachrichtendienst Verlags-AG

Quelle: <https://www.aend.de/article/210242>