

## **Grußwort – Staatssekretär Dr. Alexander Wilhelm**

(Es gilt das gesprochene Wort.)

Sehr geehrter Herr Schneider,

sehr geehrte Damen Abgeordnete Dr. Machalet, Thelen und Dr. Groß,

meine sehr geehrten Damen und Herren,

vielen Dank für die freundliche Begrüßung und die Möglichkeit, bei diesem Ersatzkassenforum ein Grußwort sprechen zu dürfen. Die Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung ist ein wichtiges Anliegen der Landesregierung. Auch auf Bundesebene wird, unter Beteiligung der Länder, derzeit ein neuer Anlauf genommen, um die historisch gewachsene Trennung der Versorgungssektoren zu überwinden.

An der von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder eingeforderten und im Koalitionsvertrag auf Bundesebene vereinbarten Bund-Länder-Arbeitsgruppe „sektorenübergreifende Versorgung“ wirken auch wir als rheinland-pfälzisches Gesundheitsministerium mit. Die konstituierende Sitzung hat Ende September stattgefunden. Eine weitere Sitzung fand Ende Oktober auf Arbeitsebene statt.

Obwohl natürlich noch keine Ergebnisse der anlaufenden Beratungen vorliegen, ist der Zeitpunkt der heutigen

Veranstaltung gut gewählt. Derzeit werden noch die Eckpfeiler für die Beratungen gesetzt und zunächst ein Grundgerüst für Maßnahmen zur Überwindung der Sektorengrenzen beraten und entwickelt, bevor es in die Diskussionsphase geht. Hier kann und sollte die heutige Veranstaltung durchaus noch Anregungen liefern.

Die sektorenübergreifende Versorgung ist also derzeit – zumindest in der gesundheitspolitischen Szene – in aller Munde. Viele Akteure, auch die Krankenkassen, haben sich positioniert. Das Thema ist, wie Martin Schneider im Vorwort zum Einladungsflyer dieser Veranstaltung zutreffend feststellt, nicht neu. Es gibt bei dieser Thematik auch nicht wirklich ein Erkenntnisproblem.

So hat sich beispielsweise der Gesundheits-Sachverständigenrat bereits in seinem Sondergutachten aus dem Jahr 1995 mit dem Titel: „Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000“ unter anderem mit der Kooperation und Integration der Versorgungsbereiche befasst und festgestellt:

„Medizinische und wirtschaftliche Probleme der Kooperation der Versorgungsbereiche liegen u.a. in

- unnötigen Parallel- und Doppeluntersuchungen und
- fehlenden Anreizen zur Umsetzung des Prinzips ‚ambulant vor stationär‘ auch innerhalb des Krankenhauses. (...)

Als verbesserungsbedürftig wird insbesondere die Kooperation zwischen ambulanter und stationärer Versorgung angesehen. Es gilt, Reibungsverluste, Informationslücken und Doppelkosten abzubauen.“

Und als Fazit der „Betroffenen-Befragung“ des Sachverständigenrates für das Gutachten 2000/2001 zur Über-, Unter-, und Fehlversorgung wurde die „mangelnde Kooperation und eine unzureichende sektoren- bzw. schnittstellenübergreifende Versorgung“ festgestellt.

Dass die mangelnde Verzahnung der Versorgungssektoren ein grundlegendes Problem des deutschen Gesundheitswesens ist, ist also fast schon Allgemeingut, und alle gesundheitspolitischen Akteure sprechen sich dafür aus, diesen Zustand zu ändern. Das Aufbrechen dieser Sektorengrenzen ist aber alles andere als trivial. Und die Tatsache, dass natürlich auch die Interessen der betroffenen Akteure an vielen Stellen auseinandergehen, je weiter man sich von der allgemeinen Zielvorstellung entfernt und je konkreter man wird, macht die Sache nicht einfacher.

Sehr geehrte Damen und Herren,

man kann nicht behaupten, dass die Politik auf diesem Gebiet untätig geblieben ist. Es wurden verschiedene Anläufe unternommen, um die Sektorengrenzen zumindest ein Stück

weit aufzubrechen. Bereits mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 wurde die integrierte Versorgung eingeführt und diese mit dem GKV-Modernisierungsgesetz 2004 um eine Anschubfinanzierung ergänzt. Damit wurde bereits damals das Ziel verfolgt „die bisherige Abschottung der einzelnen Leistungsbereiche zu überwinden, Substitutionsmöglichkeiten über verschiedene Leistungssektoren hinweg zu nutzen und Schnittstellenprobleme so besser in den Griff zu bekommen“.

Daneben wurden Medizinische Versorgungszentren als neue zunächst fachgruppenübergreifende Versorgungsform ins Leben gerufen.

Auch mit der Einführung

- der Disease Management Programme (DMP) für verschiedene chronische Erkrankungen,
- der immer wieder nachjustierten gesetzlichen Vorgaben zum Entlassmanagement der Krankenhäuser,
- erweiterter ambulanter Behandlungsoptionen für Krankenhäuser,
- und der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)

wurden von Seiten der Gesundheitspolitik Schritte unternommen, um die Bedürfnisse der Patienten stärker in den Mittelpunkt und Sektorengrenzen in den Hintergrund zu rücken.

Die Umsetzung der Regelungen über die gemeinsame Selbstverwaltung auf Bundesebene erweist sich aber häufig als langwierig und zäh. So gelten die Vorgaben zur ASV als zu bürokratisch.

In der Folge bleibt die Entwicklung dieses Versorgungsbereichs bisher hinter den Erwartungen zurück.

In Rheinland-Pfalz gibt es jedoch wunderbare sektorenverbindende Ansätze, wie z.B. in Meisenheim mit dem dortigen Gesundheitszentrum. Oder bald auch an der Universitätsmedizin Mainz mit der von der KV Rheinland-Pfalz geplanten **Allgemeinmedizinischen Praxis am Campus (APC)** zur besseren Steuerung der Notfallversorgung. Ich nehme an, dass Herr Dr. Gaß und Herr Dr. Heinz als maßgebliche Treiber der beiden Modelle bei der Podiumsdiskussion auch auf diese positiven Beispiele eingehen werden.

Außerdem hat der Innovationsfonds einen eindrucksvollen Wettbewerb um die Entwicklung neuer patientenzentrierter und zumeist berufsgruppenübergreifender Versorgungsformen ausgelöst. Zahlreiche innovative Versorgungsideen aus Rheinland-Pfalz können nun mit finanzieller Unterstützung aus dem Innovationsfonds umgesetzt werden.

Bundesweit benötigen wir allerdings weniger Insellösungen, sondern Rahmenbedingungen, die eine bedarfsgerechte

Versorgung der Patientinnen und Patienten, unabhängig von Sektorengrenzen in der Regelversorgung, ermöglichen. Denn nach Analyse des Sachverständigenrates erfolgt die ambulante-stationäre Arbeitsteilung immer noch vorrangig entlang ökonomischer Interessen und weniger unter Versorgungsgesichtspunkten.

Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder hat in ihren Beschlüssen die wichtigsten Problembereiche genannt und auch der Koalitionsvertrag enthält hierzu Aussagen. Demnach geht es im Überlappungsbereich von stationärer und ambulanter Versorgung, also weniger in der haus- und fachärztlichen Versorgung, sondern vorrangig in der spezialfachärztlichen Versorgung, darum, die bislang getrennte Bedarfsplanung zusammenzuführen und die Honorierungssysteme anzugleichen.

Auch die zwischen den Sektoren unterschiedliche Qualitätssicherung sowie die Kodierung und Dokumentation gilt es zu harmonisieren. Daneben muss auch die Kommunikation der Leistungserbringer insbesondere mit Hilfe einer einheitlichen elektronischen Patientenakte weiter optimiert werden.

Bei der Honorierung spezialärztlicher Leistungen dürfte bei der konkreten Ausgestaltung m.E. die Kunst darin bestehen, wirksame Anreize für eine ambulante Erbringung dieser Leistungen zu setzen, gleichzeitig aber auch eine erforderliche

Behandlung durch das Krankenhaus, etwa bei einer besonderen Schwere des Falles, auskömmlich zu vergüten.

Ein sehr offensichtliches und dringliches Problem gibt es in der Notfallversorgung. Es besteht zwischen Bund und Ländern Einvernehmen, dass in diesem Bereich mit einer Umsetzung von Lösungen nicht bis zum vollständigen Abschluss der Beratungen der Bund-Länder-AG gewartet werden soll.

Es liegen auch bereits konkrete Vorschläge für eine bessere Integration der Versorgungsbereiche vor – wie zum Beispiel die Einrichtung von Integrierten Notfallzentren, als zentrale Anlaufstelle für Notfallpatientinnen und –patienten, mit einem „Tresen“, wo eine Ersteinschätzung zu Dringlichkeit und Behandlungsbedarf vorgenommen wird.

Ich sehe in dieser Legislaturperiode die Chance, dass wirklich tiefgreifende und nachhaltig wirksame Reformschritte vereinbart werden. Es liegen inzwischen zahlreiche Gutachten und Expertenpapiere vor, die sich nicht auf eine Analyse beschränken, sondern konkrete Umsetzungsvorschläge unterbreiten.

Sicher scheint angesichts der Komplexität der Materie zu sein: Die Umsetzung wird nicht in einem Schritt erfolgen, doch der Weg – so meine Prognose – wird mit Abschluss der Beratungen der Bund-Länder-AG vorgezeichnet sein.

Ich wünsche nun allen mit der heutigen Veranstaltung viele gute Impulse für den weiteren Diskussionsprozess, der sich nicht nur auf die Bund-Länder-AG beschränken wird. Das Thema wird uns alle in den nächsten Jahren begleiten. Wenn die für das Jahr 2020 angestrebten Ergebnisse der Bund-Länder-AG vorliegen, werden wir über die adäquate gesetzestechnische Umsetzung der Ergebnisse und im weiteren Verlauf über die Umsetzung in die Versorgungspraxis, auch auf Landesebene, gemeinsam diskutieren.

Vielen Dank.