

„Wir brauchen niedrigschwellige Primärversorgung“

Frau Dr. Reimann, welche Bilanz ziehen Sie nach drei Jahren Ampel-Regierung in puncto Gesundheitspolitik?

Minister Lauterbach lag in der Problemanalyse oft richtig und hat viel angekündigt, aber letztlich ist davon relativ wenig übrig geblieben. Viele wichtige Gesetzesvorhaben sind immer wieder verschoben worden, Karl Lauterbach hat sich bei vielen Themen verzettelt. Am Ende waren viele Reformbälle gleichzeitig in der Luft, die dann alle hinten heruntergefallen sind. Um einige ist es nicht schade – besonders um das inhaltlich mehr als zweifelhafte Herz-Gesetz. Andere Reformen, wie die Verabschiedung des Notfallgesetzes oder die Reform des Rettungsdienstes mit dem Aufbau zentraler Leitstellen, wären dringend notwendig gewesen. Und bei grundlegenden und immens wichtigen Fragen wie der zukunftsfähigen und nachhaltigen Finanzierung von GKV und Pflegeversicherung ist es gar nicht vorangegangen – trotz vollmundiger Versprechen im Ampel-Koalitionsvertrag.

Was hat Bundesgesundheitsminister Lauterbach gut gemacht?

Seine größte Leistung ist sicherlich die Umsetzung der Krankenhausreform. Zumindest haben wir jetzt endlich ein solides Gesetz, das den Rahmen vorgibt – wobei allerdings die fünfzigprozentige Finanzierung des Krankenhaus-Transformationsfonds durch die GKV aus ordnungspolitischer Sicht nicht akzeptabel ist und die GKV angesichts der ohnehin prekären Finanzlage vor riesige Probleme stellt. Ob die Reform in Bezug auf die Neuordnung der Strukturen und die gewünschten Qualitätseffekte Wirkung entfaltet, hängt zudem sehr stark von der konkreten Ausgestaltung in Rechtsverordnungen ab, die noch ausstehen. Hier werden zum Beispiel die neuen Leistungsgruppen für die Krankenhäuser genau definiert.

Jetzt schauen alle auf die nächste Legislatur. Was sind die wichtigsten Forderungen der AOK im Bereich der ambulanten Versorgung?

Im Zentrum unserer Forderungen steht die Schaffung einer patientenorientierten und niedrigschwelliger Primärversorgung mit sektorenübergreifenden Elementen. Dabei sollten auch die Krankenhäuser einbezogen werden. Diese Primärversorgung darf kein Add-on zur beste-

Die AOK hat ihre Positionen für die nächste Legislaturperiode formuliert. Die Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Carola Reimann, über die Bilanz von Karl Lauterbach und über die Forderungen der AOK-Gemeinschaft an die nächste Regierung.

Das Interview führte Peter Willenborg



Dr. Carola Reimann

Seit Januar 2022 Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes.

2017 bis 2021 Niedersächsische Ministerin für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung.

2000 bis 2017 Mitglied im Deutschen Bundestag, 2005 bis 2009 gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion.

© AOK-BUNDESVERBAND

henden hausärztlichen Versorgung sein, sondern sollte diese mit umfassen. Und sie sollte interprofessionell und teambasiert aufgestellt werden. So ist es dringend notwendig, dass wir neben den Ärztinnen und Ärzten auch andere Professionen wie Pflegefachpersonen, besonders qualifizierte Medizinische Fachangestellte oder Physician Assistants in die Versorgung einbeziehen.

Um die nötigen Voraussetzungen dafür zu schaffen, muss auch die Vergütung im EBM an diesen teamorientierten Versorgungsansatz angepasst werden.

Was hätte eine solche Primärversorgung für Vorteile gegenüber der aktuellen Situation?

Sie kann nicht nur die kurative Behandlung verbessern, sondern auch die Prävention stärken. Zudem können wir Patientinnen und Patienten – insbesondere vulnerable Gruppen wie chronisch Kranke – viel besser durch das System steuern, wenn wir vernetzte und aufeinander abgestimmte Strukturen schaffen. Die GKV-Versicherten müssen in Zu-

kunft einen besseren und diskriminierungsfreieren Zugang zur ambulanten Versorgung bekommen, insbesondere zu Facharzt-Terminen.

Wie soll ein besserer Zugang zu fachärztlichen Terminen konkret funktionieren?

Wir brauchen eine verpflichtende Meldung von Arztterminen an die Terminservicestellen und verbindliche Vorgaben für die Online-Terminvermittlung. Zudem sollten auch die Krankenkassen die Möglichkeit bekommen, Termine für ihre Versicherten zu vermitteln. Dazu brauchen wir eine gebührenfreie Schnittstelle zum elektronischen Terminsystem.

Im Bereich der Versorgungsverträge wünschen Sie sich mehr Beinfreiheit für die Kassen. Was sind hier Ihre konkreten Forderungen?

Es kann nicht sein, dass die Kassen zu Hausarztverträgen verdonnert werden, die sie gar nicht wollen. Die Freiwilligkeit dieser Verträge muss wieder eingeführt werden. Und die unbegrenzte Fortgeltung von bereits

gekündigten Verträgen sollte abgeschafft werden.

Die AOK setzt sich auch dafür ein, Krankenhaufälle in die ambulante Versorgung zu verlagern. Wie soll das funktionieren?

Es ist inzwischen sehr gut belegt, dass wir in Deutschland Millionen von vermeidbaren Krankenhaus-Aufenthalten haben. Viele der Fälle, die in Deutschland im Krankenhaus landen, werden in anderen Ländern ambulant versorgt. Das könnten wir auch, ohne dass es zu Qualitätsverlusten kommt. Allerdings darf die Ambulantisierung nicht dazu führen, dass Vertragsärzte nur noch lukrative ambulante Op durchführen und sich nicht mehr ausreichend in der Grundversorgung engagieren. Daher schlagen wir vor, dass die Vergütung ambulanter Op im vertragsärztlichen und im stationären Bereich angeglichen wird – und zwar auf Basis des EBM. Zugleich brauchen wir einen gesetzlichen Auftrag zur Entwicklung eines sektorengleichen Vergütungssystems für ambulantisierbare Leistungen, das auf den Eckkosten in Kliniken und Arztpraxen basiert.

Sie schlagen sogenannte sektorenübergreifende Versorger vor. Was hat es damit auf sich?

Viele Patientinnen und Patienten brauchen nach einer Krankenhaus-Behandlung zwar Pflege, aber nicht mehr das volle Krankenhaus-Programm mit intensiver ärztlicher Versorgung. Für solche Fälle sollte es sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen geben, die an der Schnittstelle von ambulanter und stationärer Versorgung für die nötige medizinisch-pflegerische Betreuung der Menschen sorgen.

Lassen Sie uns zum Schluss über die Digitalisierung im Gesundheitswesen reden. Stichwort: ePA für alle. Was ist in diesem Bereich noch zu tun?

Die Einführung der ePA für alle ist ein wichtiger Meilenstein. Diesen Erfolg kann sich Karl Lauterbach auf die Fahnen schreiben. Allerdings ist der Zugang zur Patientenakte für die Versicherten nach wie vor sehr kompliziert. Hier sollte noch nachgebessert werden. Wir halten zum Beispiel eine zentrale Bürger-ID für sinnvoll, die Zugang zu allen möglichen Services ermöglicht.

Vielen Dank für das Gespräch.



Gemeinsam besser: Interprofessionalität und Teamstrukturen verbessern die Versorgung. Doch dafür braucht es die passenden gesetzlichen Rahmenbedingungen, fordert die AOK.
© SMUKI / STOCK.ADOBE.COM

Besser, nicht teurer

Deutschland belegt bei den Gesundheitsausgaben einen Spitzenplatz, ist bei der Versorgungsqualität aber nur Mittelmaß. Die AOK-Gemeinschaft will mit Vorschlägen für eine künftige Bundesregierung dazu beitragen, dass Bürgern künftig ein leistungsfähiges Gesundheits- und Pflegesystem zur Verfügung steht.

Zunächst die Fakten: Die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung steigen dramatisch. Für 2025 sind Ausgaben in Höhe von mindestens 345 Milliarden Euro für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und etwa 74 Milliarden Euro für die soziale Pflegeversicherung (SPV) zu erwarten.

2023 hatte die GKV rund 306 Milliarden Euro zur Finanzierung des Gesundheitswesens bereitgestellt – rund 110 Milliarden Euro mehr als 2013. Im gleichen Zeitraum sind die Ausgaben für Krankenhausbehandlung von 65 auf rund 94 Milliarden Euro gestiegen. Die Arzneimittelkosten von 30 auf rund 50 Milliarden Euro, die Ausgaben für ärztliche Behandlungen von 32 auf 47 Milliarden Euro.

Gleichzeitig erleben Patienten so wie pflegebedürftige Menschen, dass Qualität und Zugang zu Gesundheits- und Pflegeangeboten unzureichend sind. Sie müssen lange auf Arzttermine warten, Notfallambulanzen sind überlastet.

Die AOK-Gemeinschaft will eine Rationierungsdebatte vermeiden. „Wir wollen keine Leistungskürzungen für Versicherte. Wir wollen nicht weniger Ärzte, nicht weniger Pfleger. Wir wollen nicht bei Versorgungsangeboten in ländlichen oder strukturschwachen Räumen sparen“, heißt es in einem Positionspapier zur Bundestagswahl. Stattdessen seien Strukturreformen zur Steigerung der Effizienz im Gesundheitswesen nötig.

Die AOK-Ziele: Mehr qualitativ hochwertige Versorgungsangebote, mehr Unterstützung für die Versicherten im Krankheits- oder Pflegefall – und das in allen Regionen des Landes. Die Solidargemeinschaft aus Versicherten und Arbeitgebern habe

einen Anspruch auf mehr Gegenleistungen für ihre hohen Beiträge. Erreichen möchte die AOK-Gemeinschaft diese Ziele auf verschiedenen Wegen. Ausführlich erläutert hat die Krankenkasse ihre Strategien in einem umfangreichen Positionspapier.

Mehr Effizienz

Die wirtschaftliche Verwendung von GKV-Beitragsgeldern müsse gestärkt werden. „Wir brauchen im Gesundheitswesen mehr Steuerungsmöglichkeiten. Begrenzte Ressourcen wie Fachkräfte und finanzielle Mittel müssen wieder gezielt eingesetzt werden – und zwar dort, wo sie den größten Nutzen und die qualitativ beste Medizin garantieren.“

Mehr Freiraum

Staatliche Vorgaben in der Gesundheitsversorgung müssten reduziert werden. Die gemeinsame Selbstverwaltung solle ohne politische Einflussnahme medizinisch evidenzbasierte Leistungen und klare Qualitäts- und Strukturvoraussetzungen im Gesundheitswesen festlegen können. Weiter heißt es: „In der kommenden Legislaturperiode muss weniger Kompetenzangel zwischen Bund und Ländern stattfinden. Stattdessen sollte sich das Gesundheitssystem mehr an Patientenbedürfnissen orientieren und Versorgungssicherheit gewährleisten.“

Mehr Primärversorgung

Ein weiterer Kritikpunkt: Die Versorgungslandschaft sei fragmentiert,

Versorgungsangebote zu wenig koordiniert. Viele Patienten fänden nicht den richtigen Zugang zu benötigten Versorgungsangeboten. Zudem würden GKV-Versicherte bei der Terminvergabe in Facharztpraxen gegenüber PKV-Versicherten und Selbstzahlern systematisch benachteiligt. „Mehr Primärversorgung kann nicht nur die kurative Behandlung verbessern, sondern auch präventive und soziale Bereiche stärken“, so die AOK. Man strebe gemeinsam mit den Leistungsbringern an, mehr vernetzte und abgestimmte Strukturen zu schaffen (siehe Interview Seite 26).

Mehr Stabilität

Soziale Sicherheit und die wirtschaftliche Entwicklung des Landes müssten zusammengedacht werden. Wenn Gelder der Beitragszahlenden ineffizient verwendet würden oder die Politik planlos einzelne Leistungsanbieter fördere, verlören Beitragszahler Vertrauen in das Gesundheitssystem. Außerdem gewinnen die Pflegeversicherung durch den demografischen Wandel immer mehr an Bedeutung. Trotz der steigenden Zahl von Pflegebedürftigen und dem zunehmenden Mangel an Pflegepersonal, entlaste die Pflegeversicherung auch Versicherte und Arbeitgeber, so die AOK. Ein funktionierendes Gesundheits- und Pflegesystem ziehe Investitionen an, fördere die Ansiedlung neuer Unternehmen und treibe so das Wachstum der Volkswirtschaft voran. Wachstum wiederum ziehe Fachkräfte ins

Land, die ebenfalls hochwertige medizinische Leistungen benötigten.

Mehr Interprofessionalität

Im Gesundheitssystem brauche es weniger Berufsgruppenendenken, sondern mehr moderne und sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen. „Interprofessionelle Zusammenarbeit muss durch gezielte Regelungen des Gesetzgebers unterstützt werden.“ So müssten gesetzliche Rahmenbedingungen teamorientierte Versorgung komplexer Bedarfe (medizinisch, pflegerisch, sozial) in Form von teambasierten Versorgungsstrukturen bis zu sektorenunabhängigen Angebotsstrukturen ermöglichen.

Mehr Qualität bei DiGAs

Der Markt für Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) wachse stetig, konstatiert die AOK. Im November 2024 waren den Angaben zufolge 55 Anwendungen zugelassen. Doch der Nutzen sei bisher zweifelhaft, das gelte besonders für die sogenannten Erprobungs-DiGA. Die derzeitige freie Preisbildung verursache zusätzlich ein erhebliches Missverhältnis zwischen Innovation und Wirtschaftlichkeit. „Wenn Hersteller – wie bereits geschehen – Insolvenz anmelden, trägt die GKV ein hohes Ausfallrisiko“, kritisiert die Kasse. Man brauche mehr Versorgungsqualität und mehr Wirtschaftlichkeit. „So sollten Nutzenbewertungen medizinischer Apps und digitaler Produkte denselben Anforderungen unterliegen wie die Nutzenbewertung für ärztliche Methoden, Heilmittel oder Hilfsmittel.“ DiGA ohne positiven Nutznachweis dürften grundsätzlich nicht – auch nicht zur Erprobung – in den GKV-Leistungskatalog aufgenommen werden. (fb)