

Pressemitteilung

AOK-Bundesverband fordert Nachbesserungen am Prozess der Ambulantisierung

Berlin, 1. April 2021

Anlässlich des veröffentlichten IGES-Gutachtens zum aktuellen Stand der ambulant durchführbaren Operationen sowie stationsersetzenden Eingriffe und Behandlungen in Deutschland fordert die Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Dr. Carola Reimann, gesetzliche Nachbesserungen.

„Die Ambulantisierung von bisher stationär erbrachten Leistungen ist eines der wesentlichen Vorhaben auf dem Weg zu einer besseren und effizienteren Gesundheitsversorgung in Deutschland und gleichzeitig ein wichtiger erster Schritt zu einer sektorenübergreifenden Versorgung. Angesichts der angespannten Finanzsituation der Gesetzlichen Krankenversicherung und des wachsenden Fachkräftemangels in der medizinischen Versorgung sollte Deutschland die positiven Erfahrungen anderer europäischer Länder aufgreifen und seine Versorgungsangebote entsprechend modernisieren. Das Gutachten ist hierfür ein Anfang.“

Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes reichen die bisherigen gesetzlichen Regelungen indes nicht aus, um das Ziel der verstärkten Ambulantisierung tatsächlich zu erreichen. Derzeit sei lediglich vorgesehen, dass sich Vertragsärzte, Krankenhäuser und Kassen auf Bundesebene über einen Katalog und ein Vergütungssystem verständigen. Auf der regionalen Ebene können Krankenhäuser und Vertragsärzte dann entscheiden, ob sie diese ambulanten Leistungen anbieten.

„Das bisherige Ambulantisierungsdefizit soll bisher allein über finanzielle Anreize beseitigt werden. Ein „Wer kann, der darf“-Ansatz trägt aber nicht zu effizienten regionalen Versorgungsangeboten bei und führt auf Dauer zu deutlich überteuerten Honoraren. Dabei sollte die Ambulantisierung der erste Anwendungsfall einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung sein, die im Koalitionsvertrag vorgesehen ist“, so Reimann.

In diesem Zusammenhang kritisiert die Verbandschefin auch die unausgewogene Besetzung des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums. Dort könnten sich im Konfliktfall die Krankenhäuser und die Vertragsärzte gemeinsam gegen die Interessen der Beitragszahler durchsetzen. „Wenn zwei Stimmen der Krankenkassen, zwei Stimmen der Ärzte und zwei Stimmen der Krankenhäuser gegenüberstehen, kann es zu keinem fairen Interessenausgleich kommen, und es wird keine ausgewogenen Entscheidungen geben. Es bedarf hier schnell einer gesetzlichen Neuregelung.“