

„Mit einer Koalition der W mehr Regionalität ermöglic

Im Titelinterview mit „Monitor Versorgungsforschung“ räumt Daniela Teichert, die Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost, nicht nur mit Narrativen wie Ärztemangel und Krankenhaussterben auf. Ebenso zeigt sie an vielen Beispielen auf, was eine große, verantwortungsbewusste Krankenkasse im Sinne und zum Nutzen ihrer Versicherten in ihrer jeweiligen Region leisten kann, wenn sie es denn will. Ihr Petitum: „Die DNA für mehr Regionalität sollte auch geprägt sein von der Fokussierung auf wirkliche Versorgungsprobleme, auf den Menschen, auf Patienten und Patientinnen im Zentrum der Verbesserungsbemühungen sowie auf die Ergebnisorientierung. Wer vorrangig auf die Kosten schaut, wird die Qualität senken – wer auf die Qualität schaut, wird die Kosten senken.“

Im Titelinterview: Daniela Teichert, Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost.

>> Frau Teichert, nicht erst seit der Debatte um Mindestmengen bei der speziellen Versorgung von Extremfrühchen wird die Zahl der Kliniken und deren Erreichbarkeit speziell auf dem Land kritisch begleitet. So hieß es im vergangenen Jahr bei der Veröffentlichung der WiZen-Studie zur Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren, dass derartige Ergebnisse extremen Parteien noch mehr Zulauf verschaffen würden. Hintergrund des Ganzen ist, dass die Ergebnisse dieses vom Innovationsfonds geförderten und mit einem positiven Beschluss versehenen Projekts nahezu zwangsweise eine Steuerung von Krebspatient:innen in spezialisierte Zentren nahelegt. Die Patient:innen hätten dort massive Überlebensvorteile, wodurch allerdings Krankenhäuser mit ungenügendem Outcome schließen müssten. Was sagen Sie als Chefin der größten Krankenkasse im Nordosten der Bundesrepublik dazu?

Schon jetzt sind die Wege in Flächenländern wie Brandenburg oder Mecklenburg-Vorpommern eher weit. Daher wird sich für viele Patientinnen und Patienten im Rahmen der Neuregelung der Mindestmengen kaum etwas ändern. Wer in ländlichen Regionen beispielsweise an Krebs erkrankt ist und nicht ambulant behandelt werden kann, wird eine längere Anfahrt in ein spezialisiertes Behandlungszentrum in Kauf nehmen müssen. Doch das lohnt sich: Im Gegenzug vermindert sich für diese Patientinnen und Patienten die Wahrscheinlichkeit einer Komplikation ihrer Behandlung. Und auch die Wahrscheinlichkeit, an der Erkrankung sterben zu müssen, wird geringer. So haben zum Beispiel Brustkrebspatientinnen laut einer groß angelegten Studie eine zwölf Prozent höhere Überlebenswahrscheinlichkeit, wenn sie sich in einem zertifizierten Brustkrebszentrum behandeln lassen. Und das ist sicher für die meisten betroffenen Patientinnen wichtiger als eine wohnortnahe, aber dafür weniger hochwertige Behandlung.

illigen
chen“

Hinzu kommt noch ein anderer Aspekt: Die Diskussionen über Entfernungen und Wege werden vor allem von Einwohnerinnen und Einwohnern geführt, die in diesem Moment solche Behandlungen gerade gar nicht in Anspruch nehmen zu müssen. Sind sie dann irgendwann doch von solchen Erkrankungen betroffen, dann ändert sich vielleicht auch ihre Sicht auf die Frage nach der Entfernung. Ich denke schon, dass diese Betroffenen auf der Suche nach der besten Behandlung auch einen etwas längeren Anfahrtsweg in Kauf nehmen. Diese „Abstimmung mit den Füßen“ zeigen uns die vorliegenden Daten bereits heute.

Hier zeigt sich das Spannungsfeld zwischen einer möglichst wohnortnahen Versorgung einerseits, die aber andererseits auf qualitativ möglichst höchstem Niveau stattfinden soll. Ein Anspruch, der gerade in Deutschland besonders hochgehalten wird.

„Wir müssen Freihandelszonen im SGB V einrichten und eine stärkere Nutzung der Kompetenz vor Ort sicherstellen.“

Um hier zu sinnvollen Veränderungen zu kommen, ist ein Austausch mit den anderen Beteiligten im Gesundheitswesen über konkrete Versorgungsfragen vor Ort die zentrale Voraussetzung. Ein gutes Beispiel sind die Verträge mit einem guten Dutzend Arztnetzen, die sich auch zu Kooperationen mit weiteren regionalen Anbietern von Versorgungsleistungen ausbauen lassen. Darüber hinaus haben wir erfolgreich spezielle Verträge und Innovationsfondsprojekte mit Krankenhäusern und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten abgeschlossen und dabei auch Pflegeeinrichtungen eingebunden. Auch sind wir beispielsweise in einem Joint Venture mit der KV Brandenburg für innovative Gesundheitsversorgung im Flächenland Brandenburg engagiert, wofür wir eigens die IGiB GbR gegründet haben. Ein bisher erfolgreiches Ergebnis dieser Zusammenarbeit ist das bei ambulant-stationärer Versorgung zukunftsweisende Vorzeigemodell IGiB-StimMT in Templin.

Kurz zum Templiner Vorzeigeprojekt der Strukturmigration: Wie kann es denn dann weitergehen nach dem Ausstieg der KV Brandenburg?

Betrachtet man die sachlichen Inhalte, geht es der KV Brandenburg anscheinend nicht um einen Ausstieg, sondern wohl eher um einen Umstieg. Denn es bestehen Möglichkeiten, die aufgeworfenen Fragen im gegebenen Rahmen des Konsortiums – das Sana Krankenhaus Templin, die KV Brandenburg, das Arztnetz „Gesund in Templin“ und der Bürgermeister der Stadt Templin – für die Gesundheitsregion Mittelbereich Templin zu beantworten. Wir sehen die gute Möglichkeit, dass die Mitglieder des Konsortiums im Gespräch miteinander kurzfristig die Lösungsmöglichkeiten erörtern und umsetzen.

Wie lauten die Learnings aus derartigen Kooperationen?

Der durch solche Kooperationen verbesserte Austausch macht uns als AOK Nordost schlauer. Wenn Ärzte im vertraulichen Gespräch zum Beispiel sagen, dass im DMP eher der gesunde Diabetiker willkommen ist oder dass sie ihre Zeit aus betriebswirtschaftlichen Gründen in einer unangemessenen Weise eher gesunden Patient:innen und Patienten widmen müssen und dafür betriebswirtschaftliche Gründe anführen, dann ergeben sich daraus doch Fragen. Die haben allerdings wenig bis gar nichts mit einer allgemeinen „Entökonomisierung“ des Gesundheitswesens zu tun. Diese Fragen beziehen sich vielmehr darauf, ob in unserem Gesundheitssystem etwas mit den Strukturen, den Prozessen, der Zusammenarbeit und – vor allem – den Anreizen nicht stimmt.

Und wie sieht die andere Seite der Medaille aus?

Natürlich gibt es bei diesen kooperativen Ansätzen auch Hürden und Widerstände. Die liegen aber oftmals nicht bei den Menschen, mit denen wir über Lösungen sprechen, und auch nicht an unterschiedlichen Interessen, die wir im Vertragsgeschäft mit unseren Partnerinnen und Partnern in Einklang bringen. Schwierigkeiten entstehen vielmehr häufig durch die vorgegebenen Regelungen. Deshalb müssen wir in Deutschland noch mehr Regionalität wagen, wir müssen Koalitionen der Willigen ermöglichen, Freihandelszonen

im SGB V einrichten und eine stärkere Nutzung der Kompetenz vor Ort sicherstellen.

Was heißt das konkret?

Für die Positionierung der Krankenkassen im Versorgungsmarkt bedeutet dies, dass sie näher an die konkrete Versorgungslage in den Regionen heranrücken. Dafür müssen die Krankenkassen ihre Planung entsprechend schärfen und mit den Partnern in der Region konkrete Lösungen gestalten. Ein Beispiel dafür ist das Cardiolotsen-Projekt, das wir gemeinsam mit Vivantes entwickelt haben. Die Cardiolotsen kontaktieren die Patientinnen und Patienten unmittelbar nach einer Herz-OP noch vor Ort im Krankenhaus und stehen ihnen nach der Entlassung ein Jahr lang unterstützend und beratend zur Seite, sodass diese seltener wieder ins Krankenhaus müssen.

Natürlich gibt es weiterhin zentrale Regelungen. So wird wohl kaum jemand die Idee haben, die Zulassung und die Preise von Medikamenten und anderen Produkten plötzlich auf regionaler Ebene individuell zu regeln. Aber es sollte die Frage erlaubt sein, ob alle Versorgungsstrukturen und -prozesse bis ins letzte Detail auf der zentralen Ebene geregelt werden müssen. Wir sehen doch, dass sich gerade daran vielfach Kritik festmacht, die oft in deutliche Unzufriedenheit mündet. Andererseits ist Gesundheit trotz einer immer hybrider werdenden Versorgung immer noch ein lokales Gut. Das gilt im Kampf gegen Krankheiten ebenso wie im Hinblick auf die Ressourcen, die zur Gesunderhaltung eingesetzt werden können.

In der gesundheitlichen Versorgung werden immer wieder Defizite bemängelt. Welche sind das? Und gibt es hier einen Stadt-Land-Unterschied zwischen einerseits sogenannten ländlichen Gebieten und strukturschwachen Regionen sowie Mittelzentren und Metropolen und Ballungszentren?

Fast jeder von uns kennt das doch: Erst wartet man lange auf einen Termin beim Facharzt und wenn er dann endlich stattfindet, kommt man meist auch nicht pünktlich dran, sondern sitzt noch stundenlang im Wartezimmer. Ich kann gut verstehen, dass Patientinnen und Patienten noch Potenzial sehen in der Koordination zwischen Allgemeinmedizinern und Fachärzten, aber auch zwischen niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern und Pflegeanbietern. Von doppelten, dreifachen Anamneseprozessen und Diagnostiken will ich hier gar nicht reden. Und diese Schilderungen erreichen uns nicht nur aus den sogenannten ländlichen Gebieten oder strukturschwachen Regionen, sondern auch aus den Städten und Ballungszentren. Deshalb setzen wir uns mit unserem Programm „Gesundheitsversorgung 2030" dafür ein, die Versorgung regional, ganzheitlich und an den Patientinnen und Patienten orientiert zu gestalten. Die AOK Nordost engagiert sich hier stark und wirbt dafür, dass alle Beteiligten endlich den Aufbruch wagen und die gesundheitliche Versorgung viel vernetzter, interdisziplinärer und damit effizient und wohnortnah organisieren.

„Nicht alles im Bereich der Gesundheitsversorgung zentral und detailliert regeln, sondern den Raum für dezentrale Lösungen vergrößern und für die Ergebnisse klare Verantwortlichkeiten schaffen."

Ist eine mögliche Lösung für die Versorgung im ländlichen Raum eine stärkere Fokussierung auf den ambulanten Sektor?

Ergänzend zum Austausch mit unseren Partnern versuchen wir auf vielfältige Weise, unser Wissen über die Gesundheitsversorgung zu verbessern und unsere Kompetenz auszubauen. Wir schauen beispielsweise bei der Analyse der Behandlungen in Krankenhäusern auf die Frage, ob die dort behandelten Patientinnen und Patienten auch ambulant hätten behandelt werden können. Für die Beantwortung dieser Frage gibt es verschiedene Untersuchungsmöglichkeiten; eine davon ist der Ansatz der sogenannten Ambulant Sensitiven Krankenhausfälle (ASK), der unter anderem von Frau Professorin Sundmacher entwickelt wurde. Hier wird deutlich, dass sehr häufig der Anteil der Krankenhausfälle, die grundsätzlich auch ambulant hätten behandelt werden können, über 20 Prozent liegt und bis zu 60 Prozent reicht. Und auch wenn wir die Blickrichtung wechseln und die Krankenhausfälle von der AOK-versicherten Bevölkerung in den Mittelbereichen aus betrachten, zeigt sich, dass oftmals mehr als jeder fünfte Krankenhausfall grundsätzlich auch ambulant hätte behandelt werden können. Bei aller möglichen Kritik an solchen approximativen Indikatoren: Hier bestehen doch beträchtliche Chancen und Potenziale!

Muss denn eine Krankenkasse regional verankert sein, um sich regional für die beste Versorgung einzusetzen? Welche Voraussetzungen braucht es?

Wenn Sie nach den Voraussetzungen fragen – auf Kassenseite sind die nicht so schlecht, weil manche Krankenkassen aus ihrer Geschichte immer noch „regionale Bezüge" in ihrer DNA haben: betriebliche Schwerpunkte, regionale handwerksbezogene Schwerpunkte oder eben auch Bezüge auf Kommunen und Kreise. Aber das reicht nicht aus. Da müssen noch mehr Bausteine hinzukommen. Lassen Sie es mich mit einem kleinen Werbeblock für die AOK Nordost beantworten. Im vergangenen Monat sind in München die diesjährigen MSD-Gesundheitspreise für herausragende Veränderungen im deutschen Gesundheitswesen vergeben worden. Deren Vergabe wird nach Aussage der Jury insbesondere an drei Punkten festgemacht: Prämierte Lösungen müssen sich mit echten Defiziten in der Versorgung befassen, sie müssen den Patienten in den Mittelpunkt stellen und sie müssen ihre Ergebnisse in einer unabhängigen Evaluation belegt haben. Seit 2014 sind sechs Projekte der AOK Nordost in den Wettbewerb aufgenommen worden, sechsmal sind sie auf die Shortlist der letzten zehn Projekte gekommen, viermal haben sie einen der ersten drei Preise zuerkannt bekommen, zweimal davon den ersten Preis. Also: Die DNA für mehr Regionalität sollte auch geprägt sein von der Fokussierung auf wirkliche Versorgungsprobleme, auf den Menschen, auf den Patienten im Zentrum der Verbesserungsbemühungen sowie auf die Ergebnisorientierung. Und vielleicht noch etwas, das wir von kompetenten Ärzten aufgenommen haben: Wer vorrangig auf die Kosten schaut, wird die Qualität senken – wer auf die Qualität schaut, wird die Kosten senken.

Was erwarten Sie jetzt zur „Halbzeit" der aktuellen Regierungsperiode konkret von der Gesundheitspolitik und ganz speziell von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach?

Mein diesbezüglicher Wunsch richtet sich nicht nur an den Bundesgesundheitsminister, sondern vor allem an den Gesetzgeber, an den Bundestag. Mein Wunsch aus den Erfahrungen der vergangenen

drei, vier Jahre ist: nicht alles im Bereich der Gesundheitsversorgung zentral und detailliert zu regeln, sondern den Raum für dezentrale Lösungen zu vergrößern und für die Ergebnisse klare Verantwortlichkeiten zu schaffen.

Ein ebenso oft angeführtes Narrativ ist die Überalterung der niedergelassenen Ärzteschaft, aus der oftmals ein Ärztemangel abgeleitet wird. Ist dem tatsächlich so? Haben wir in den drei Bundesländern Ihrer Kasse, Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern, wirklich zu wenig Ärztinnen und Ärzte?

Natürlich gibt es die Boomer-Generation auch in der Ärzteschaft. Und ebenso kann nicht bestritten werden, dass der Fokus von Ärztinnen und Ärzten auf eine sogenannte „Work-Life-Balance" gewisse Auswirkungen hat. Aber wir sollten hier auch Fakten zur Kenntnis nehmen. So gab es 1990 in Deutschland 238.000 berufstätige Ärztinnen und Ärzte, zwanzig Jahre später im Jahr 2010 wurden 340.000 gezählt und im Jahr 2022 sogar 421.000 Ärztinnen und Ärzte. Zwischen 2012 und 2021 haben jedes Jahr um die 10.000 Frauen und Männer ihr Medizinstudium absolviert. Im gleichen Zeitraum stieg die Zahl der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte von 144.000 auf fast 164.000.

Wenn wir einen ergänzenden Blick auf die Krankenhauslandschaft werfen …

… dann kann ein ähnliches Scheingefecht in der Debatte um die Krankenhausversorgung beobachtet werden. So wird der Eindruck erweckt, dass eine Verringerung der Krankenhauskapazitäten in Deutschland die Gesundheitsversorgung massiv gefährdet. Wir brauchen auch hier dringend Veränderungen – nicht nur, um die Versorgung zu erhalten und zu stabilisieren, sondern vor allem auch, um die Betreuung der Patientinnen und Patienten zu verbessern. Deutschland hat im Vergleich zu den Niederlanden mehr als doppelt so viele Krankenhausbetten und fast dreimal so viele Fälle, die aus einem Krankenhaus entlassen werden. Lebt es sich wirklich so gefährlich in Deutschland? Ich denke, nein. Und: In anderen europäischen Ländern sind Patientinnen und Patienten durchaus bereit, längere Fahrtzeiten zum nächsten Krankenhaus zu akzeptieren – wenn sie dort qualitativ besser versorgt werden. Wir sollten also nicht allein auf die Alterung in der Ärzteschaft blicken und daraus sorgenvolle Narrative ableiten, sondern uns fragen, ob die eigentliche Herausforderung nicht überholte Strukturen, überbordende Regelungen, ungenutztes Digitalisierungspotenzial und vor allem auch Fehlanreize sind.



Daniela Teichert

ist seit mehr als 25 Jahren für die Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) tätig. Ihre Berufslaufbahn startete sie 1990 mit ihrer Ausbildung zur Sozialversicherungsfachangestellten in Cottbus; anschließend übernahm sie bereits früh mit 22 Jahren erste Führungsaufgaben. Nach ihrem Studium der Gesundheits- und Sozialökonomie an der Verwaltungs- und Wirtschaftsakademie Berlin war sie in weiteren verschiedenen Führungspositionen und Projekten tätig. Ab April 2016 war sie Mitglied der Geschäftsleitung und verantwortlich für das Ressort Markt- und Versicherungsservice. Seit Januar 2020 ist Daniela Teichert Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost. Neben ihrer hauptberuflichen Tätigkeit für die AOK Nordost engagiert sie sich ehrenamtlich für Schulprojekte und den Jugendsport. Daniela Teichert ist verheiratet und hat zwei Kinder.

Wir leben in einer Zeit der doppelten Demografie. Nicht nur die Behandelnden und Betreuenden werden älter, sondern auch die Versicherten, wobei immer mehr Patientinnen und Patienten auch noch mehrfach erkrankt sein können. Wie stellt sich eine Kasse wie die AOK Nordost auf absehbare Problemfelder und die damit verbundenen Herausforderungen ein?

Die Leitplanken der Entwicklung unserer Gesundheitsversorgung sind meiner Auffassung nach seit langer Zeit bekannt und nicht nur von der AOK seit der Jahrtausendwende vielfach benannt worden. Allerdings scheint die Herausforderung, dass immer mehr Menschen immer älter werden, erst jetzt im breiteren Bewusstsein der Republik angekommen zu sein. Dieses sich entwickelnde Ungleichgewicht zwischen der zunehmenden Nachfrage und dem begrenzten Angebot an Gesundheitsleistungen ist nicht von einer einzelnen Krankenkasse zu lösen. Da muss schon auf allen gesellschaftlichen Ebenen nachgedacht werden. Natürlich sollte man auf positive Effekte der Digitalisierung hoffen. Und natürlich kann auch hier die gezielte Zuwanderung einen Lösungsansatz darstellen. Es geht aber vielleicht auch darum, zu klären, wie viel Finanzbeamte wir als Gesellschaft für die Produktion von Gerechtigkeit einsetzen wollen und wie viel Menschen sich um die Erhaltung von Gesundheit kümmern sollen.

Wenn dann nicht noch die überbordende Bürokratie wäre.

Den Aspekt erleben alle, die mit Krankheit und Gesundheit zu tun haben, nahezu täglich: Es hakt an vielen Stellen im Gesundheitswesen. Bürokratische Regelungen, nicht stimmige Abläufe, organisatorische Mängel, falsch gesetzte Anreize für die Leistungserbringung – beim genauen Hinschauen wird oftmals deutlich, dass wir uns manchen Personaleinsatz ohne Qualitätsverluste sparen können und dass mit dem vorhandenen Personal auch deutlich bessere Versorgungsqualität erreicht werden kann. Um hier voranzukommen, sollte in den vielfältigen aktuellen gesetzlichen Reformbemühungen der Gesundheitsversorgung die Frage ein zentraler Baustein sein, wie die Versorgung verbessert und vermeidbarer Ressourceneinsatz auch tatsächlich vermieden wird. Vielleicht können die neuen Regelungen auf ihren Beitrag zur „Demografie-Festigkeit" geprüft werden. Hier braucht es einfache und digitalisierbare Ge-

setze, um die vom Bundeskanzler aktuell beschriebene Last zu vieler, zu komplizierter Regelungen einzudämmen.

Was heißt das konkret für eine Krankenkasse wie die AOK Nordost?

Eine solche Entwicklung ermöglicht dann auch den Krankenkassen als Vertreterinnen der Versicherten- und Patienteninteressen, sich einfacher und besser einzubringen. Nachdem sich die AOK Nordost lange dafür eingesetzt hat, die zukünftigen Ansprüche an die Gesundheitsversorgung zu ermitteln, wird seit dem 1. Oktober dieses Jahres durch AGENON und IGES im Auftrag des Landes Brandenburg eine Bedarfsermittlung in den Regionen Brandenburgs durchgeführt. Wir verbinden damit die Erwartung, dass die tatsächlichen Bedarfe heute und unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung beispielsweise in fünf und in zehn Jahren abgebildet werden und dass dann darauf die Angebote aus der Sicht der Versicherten und deren Lebenswelten, also in ihrer Region ausgerichtet werden. Technisch gesprochen sollten die Mittelbereiche die Grundlage sein und der Grundsatz der Angebotsplanung sollte aus der Sicht der Versicherten lauten: so viel ambulant wie möglich, so viel stationär wie nötig.

Weiterhin muss es einfach mehr Möglichkeiten geben, Verbesserungen zu erproben, die auf die frühe Erkennung von Krankheiten sowie auf mehr Prävention ausgerichtet sind. Ein Beispiel dafür ist das Innovationsfondsprojekt „HerzCheck". Dabei wird durch das Deutsche Herzzentrum Berlin untersucht, ob eine Herzinsuffizienz früher entdeckt werden kann: durch MRTs, die auf Trucks transportabel sind und modernste Technik eben auch in ländliche Regionen bringen. Damit verbindet sich die Hoffnung, dass durch die frühzeitige Erkennung nicht nur das individuelle Krankheitsleid, sondern auch die für die Krankheitsbekämpfung erforderlichen Ressourcen verringert werden können. Krankenkassen können, mit den richtigen Möglichkeiten ausgestattet, ein Motor einer deutlichen Veränderung sein und damit die Anpassungen an den demografischen Wandel in den Regionen unterstützen.

Blicken wir in die Zukunft, vielleicht auch im Rahmen Ihres Programms „Gesundheit 2030": Die Morbiditätsorientierung des Risikostrukturausgleichs hat längst zu einer Verlagerung des Wettbewerbs der Krankenkassen vom Versicherungsmarkt zum Versorgungsmarkt geführt. Wie muss sich eine große Kasse wie die AOK Nordost heute für die Zukunft positionieren?

Wir sind fest davon überzeugt, dass die Antwort in einer holistischen Gesundheitsversorgung liegt, die ihre Leistungen viel besser integriert und dabei stets den Menschen in den Mittelpunkt stellt – von der Gesundheitsförderung über alle Aspekte der Akutversorgung bis zur Palliativversorgung. Dabei darf es aus meiner Sicht für eine Krankenkasse auch zukünftig nicht darauf ankommen, ob jemand in der Stadt oder auf dem Land wohnt und Krankenkassen müssen sich insbesondere um Regionen kümmern können, in denen mehr Indikationen auftreten als anderswo. Die Integration der Leistungen sollte aus unserer Sicht über die Strukturen, die Indikationen und die Zielgruppen erfolgen. Im Bereich der Strukturen arbeiten wir auf der Basis unseres Programms „Gesundheit 2030" entsprechend dem schon genannten Grundsatz „so viel ambulant wie möglich, so viel stationär wie nötig" an einer Ambulantisierung. Dies bedingt auch veränderte Anforderungen an Krankenhausstrukturen. Bei den Indikationen fokussieren wir uns auf „Herzensangelegenheiten", wobei die Früherkennung von Herzinsuffizienz und die bessere Betreuung der davon betroffenen Menschen im Mittelpunkt steht. Besondere Zielgruppen sind Kinder und Menschen in stationärer Pflege. Aber auch unser Vertrag zur Verbesserung der Betreuung von Multimorbiden, mit dem wir versuchen, die entsprechende DEGAM-Empfehlung zu unterstützen, zählt hier dazu. Auch hier machen wir uns im Austausch mit der Fachgesellschaft schlau, nicht zuletzt mit Blick auf die Qualitätssicherung dieser Ansätze.

„Es könnte wirklich sinnvoll sein, die Honorierung im Gesundheitswesen wenigstens zu einem Teil an das Ergebnis zu binden und mit diesem „pay for result" auch die Ergebnisorientierung der Gesundheitsversorger zu belohnen."

Eine allerletzte Frage zu einem Thema, das in Deutschland ungern angesprochen wird: Pay for Result. Wäre es nicht endlich an der Zeit, einen gesellschaftlichen Konsens herbeizuführen oder zumindest zu diskutieren, dass Patientinnen und Patienten wie auch Ärztinnen und Ärzte gemeinsam für den Erfolg einer wie auch immer gearteten Intervention verantwortlich sind?

Damit sprechen Sie ein Thema an, das mir sehr wichtig ist. Wir sollten stärker darauf achten, was beispielsweise in der Kette von Diagnose, Therapie und Betreuung erreicht wird und was realistisch erreicht werden kann. Dies sollte zu einem Grundansatz aller unserer Gestaltungsüberlegungen werden. Und wir sollten auch viel häufiger die tatsächlich erreichten Ergebnisse mit denen vergleichen, die eigentlich erreicht werden sollten, und daraus auch möglichst schnell konkrete Schlussfolgerungen ziehen. Hier könnte es wirklich sinnvoll sein, die Honorierung im Gesundheitswesen wenigstens zu einem Teil an das Ergebnis zu binden und mit diesem „pay for result" auch die Ergebnisorientierung der Gesundheitsversorger zu belohnen. Hilfreich für diesen Ansatz können regionale Freihandelszonen sein. Dort kann freier agiert werden, weil es möglich ist, von SGB-V-Regelungen, die immer noch zu sehr alte Strukturen zementieren, in der Übereinstimmung der vor Ort Beteiligten abzuweichen. Dafür braucht es regionale Zusammenschlüsse der Leistungserbringer vor Ort und eine regionale Vereinbarung mit gesetzlichen Krankenkassen. Wir können bereits heute mit Routinedaten gut die Qualität der Versorgung messen, um eine bessere Wirtschaftlichkeit erkennbar zu machen. Um die Patientenperspektive einzubeziehen, .wären diese theoretisch um Patient-Reported Experience Measures, kurz PREMS, erweiterbar. Theoretisch, aber leider noch nicht praktisch, weil die PREMS nicht flächendeckend erhoben werden. Damit kann der Weg dann weg von einer rein sektoralen Finanzierung hin zu einer besser integrierten und stärker patientenorientierten Honorierung gehen. <<

Frau Teichert, danke für das Gespräch.

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Zitationshinweis

Teichert, D., Stegmaier, P.: „Mit einer Koalition der Willigen mehr Regionalität ermöglichen", in „Monitor Versorgungsforschung" (06/23), S. 6–10. http://doi.org/10.24945/MVF.06.23.1866-0533.2551