

„Wir müssen den Nutzen die Qualität messbar mac

Mit diesem Interview weist Daniela Teichert, seit Januar 2020 Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost, auf die Schmerzpunkte hin, die eine große Versorgungskasse derzeit drücken. Sie macht aber auch Lösungsvorschläge, die zum einen im Positionspapier der AOK-Gemeinschaft benannt sind, zum anderen aber auch von ihren Mitarbeiter:innen und ihr selbst in diversen Modellprojekten und anhand ihrer täglichen Erfahrungen entwickelt wurden – immer mit dem Bemühen, im Rahmen der Gesetzgebung die Gesundheitsvesorgung zu verbessern. Ihre Kernforderung: „Weniger Kompetenzgerangel zwischen Bund und Ländern, stattdessen mehr mutige Entscheidungen auf der Basis von Versorgungsdaten und anhand der tatsächlichen Versorgungsbedarfe".

Im Interview: Daniela Teichert, Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost

>> „Deutschland hat mit 40,9 Prozent Abgaben für Renten-, Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung bereits eine der höchsten Belastungen der Welt“, schreibt das Handelsblatt (1) und zitiert den Wirtschaftsweisen Martin Werding, der davor warne, dass die Kosten „die immer noch einigermaßen gute Arbeitsmarktentwicklung aus dem Tritt“ bringen könnten. Zudem führten die Wirtschaftsverbände BDI und BDA (2) fast zeitgleich in einer gemeinsamen Erklärung aus, dass „dringend nachhaltige und ausgabensenkende Strukturreformen in allen Zweigen der Sozialversicherung“ benötigt würden. Denn: Schon im kommenden Jahr wird der Kapitalpuffer der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufgebraucht sein. Sicher erhöht auch Ihre Kasse die Zusatzbeiträge, wahrscheinlich aber nicht gleich auf das Doppelte des bisherigen Satzes, wie es bereits die TK getan hat. Was können Sie als Vorsitzende einer der größten AOKen Deutschlands tun, Frau Teichert, um aus dem Dreisprung zwischen Finanzierbarkeit, Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft und Überlastung der Gesellschaft einen Sprung in eine bessere Zukunft zu machen?

Die AOK-Gemeinschaft hat gerade erst ein neues Positionspapier zur Bundestagswahl 2025 herausgegeben. Da haben wir uns genau mit dieser Thematik befasst, gehen detailliert auf die aktuellen Probleme im Gesundheitswesen ein und machen konstruktive Lösungsvorschläge. Im Grunde lässt es sich grob zusammenfassen unter: „Mehr von dem, was hilft, und weniger von dem, was schadet“ – zum Beispiel mehr Qualität, mehr Effizienz, mehr Zielgenauigkeit, mehr Gerechtigkeit, mehr Miteinander, mehr Gestaltungsspielraum. Auf der anderen Seite weniger Über- und Fehlversorgung, weniger Gießkanne, weniger Gegeneinander, weniger Standes- und Silodenken, weniger Zentralismus. Das Ziel muss ein leistungsfähiges und besser aufgestelltes Gesundheitssystem sein, dem die Bürgerinnen und Bürger wieder vertrauen können. Wir müssen dem Fass wieder einen festen Boden geben. Die Ausgabenpolitik muss sich an den Einnahmen orientieren und nicht umgekehrt. Nur so können wir einem ungebremsten Anstieg der Sozialabgaben entgegenwirken.

und

chen“

Unser eigentliches Problem liegt auch nicht in der Knappheit der finanziellen und personellen Ressourcen, auch wenn diese ein unbestreitbarer Fakt ist. Wir haben vor allem ein Verteilungsproblem. Und genau darin liegt unsere große Chance. Mit knappen Ressourcen kann man sehr gute Resultate erzielen, wenn man sie klug einsetzt und Synergien erzeugt. Das Positionspapier zeigt dafür viele Beispiele auf. Eines der wichtigsten ist die qualitätsorientierte Modernisierung der Krankenhauslandschaft in Deutschland. Denn die Ausgaben für die stationäre Versorgung machen nach wie vor den Löwenanteil an allen GKV-Ausgaben aus. Mit der qualitätsorientierten Modernisierung der Krankenhauslandschaft werden wir in Zukunft die hohen Folgekosten, die aus einer schlechten Versorgung in unzureichend qualifizierten Krankenhausabteilungen entstehen, vermeiden können. Und wenn wir die ambulante und medizinisch-pflegerische Versorgung sowie die Prävention stärken, können wir unnötige Krankenhausaufenthalte von vornherein vermeiden. Das Papier fordert ganz klar die Etablierung einer interprofessionell und teambasiert aufgestellten Primärversorgung. Die Finanzierung soll über den erweiterten Bewertungsmaßstab geregelt werden. Über die Primärversorgung sollen dann alle Maßnahmen koordiniert werden. So stellen wir sicher, dass Patientinnen und Patienten ausschließlich die medizinisch-pflegerisch-therapeutische Versorgung bekommen, die sie auch wirklich benötigen. Bei Bedarf sollen Krankenhäuser Teil dieser Primärversorgung sein können.

„Die AOK Nordost steht aufgrund ihrer Struktur schon lange vor den Herausforderungen, die vielen anderen Krankenkassen jetzt erst klar zu werden scheinen.“

Was können aber nun Sie ganz persönlich als Vorsitzende der AOK Nordost tun?

Ich kann bei allen offiziellen und inoffiziellen Gesprächen und Auftritten immer wieder die wichtige Diskussion über die Zukunft unseres Gesundheitswesens anstoßen und am Laufen halten. Ich werde auch weiterhin den Beteiligten Mut machen, die ersten wichtigen Schritte für die Veränderung selbst zu gehen, und dabei mit unserer Expertise unterstützen. Das habe ich in der Vergangenheit bereits getan und das tue ich weiter. Dieses Interview ist ein gutes Beispiel dafür. Dabei weise ich genau auf die Schmerzpunkte und Lösungsvorschläge hin, die die AOK-Gemeinschaft in ihrem Positionspapier benennt.

Die seit Langem bekannt sind oder zumindest sein müssten.

Der Punkt ist jedoch, dass wir als AOK Nordost aufgrund ihrer Struktur schon lange vor den Herausforderungen stehen, die vielen anderen Krankenkassen jetzt erst klar zu werden scheinen. Entsprechend frühzeitig haben wir uns Gedanken gemacht, wie wir diesen am besten begegnen können. Fest stand: Allein können wir das nicht schaffen. Denn es wurde ziemlich schnell deutlich, dass es nicht darum ging, an ein paar Stellschrauben zu drehen oder kleinere Schönheitsreparaturen vorzunehmen. Was wir benötigen, sind echte Strukturreformen. Und für so ein Unterfangen benötigt es Verbündete. Deshalb wurde vor Jahren schon der Begriff einer „Allianz der Willigen“ geprägt. Wir haben gemeinsam mit unseren Partnern in der Region Nordost viele wichtige Projekte angestoßen und umgesetzt. Eines der wichtigsten war sicherlich das Innovationsfondsprojekt „Strukturmigration im Mittelbereich Templin“, kurz StimMT. Das Kernstück von StimMT war die Umwandlung eines Landkrankenhauses in ein ambulant-stationäres Zentrum. Während andere also noch von „mehr Ambulantisierung“ geredet haben, haben wir gemacht. Und wir haben gesehen, dass das ein guter Weg sein kann, um viele Probleme in der ländlichen Versorgung zu lösen.

Dann aber kam das Projektende und damit die Ernüchterung.

So ist es. Die politischen Rahmenbedingungen in Deutschland lassen es bislang nicht zu, dass solche innovativen und guten Projekte problemlos in die Regelversorgung übertragen werden können. Nicht einmal, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss eine eindeutige Empfehlung dafür ausspricht. Wir haben uns davon jedoch nicht entmutigen lassen, sondern gemeinsam mit der AOK-Gemeinschaft zehn Vorschläge entwickelt, wie durch eine stärkere Regionalisierung und durch die Einführung einer neuen rechtlichen Grundlage zukünftig solche wichtigen Projekte nicht nur schneller auf den Weg gebracht werden, sondern nach erfolgreichem Abschluss auch unkompliziert in die Regelversorgung implementiert werden können.

Und wie im Mikrokosmos so im Makrokosmos. Mit unseren regionalen Projekten zeigen wir im Kleinen, wie es im Großen gehen kann. Wir sammeln die notwendigen Erfahrungen, erkennen die Hürden und finden Wege, wie wir sie umgehen können. Und dann teilen wir diese Erfahrungen, damit andere Regionen davon profitieren können. Denn die Herausforderungen sind im Kern überall die gleichen. Nur die regionalen beziehungsweise die lokalen Gegebenheiten unterscheiden sich. Weshalb es so wichtig ist, dass Versorgungsplanung regional und dezentral gestaltet werden kann. Das ist im Übrigen auch eine wichtige Forderung im Positionspapier.

Wo sehen Sie die besonderen Herausforderungen der Gesundheitsversorgung im Nordosten Deutschlands?

Der Nordosten steht zunächst einmal vor den gleichen Herausforderungen wie Gesamtdeutschland. Wie alle anderen Krankenkassen und Regionen leiden wir unter der verfehlten Finanzpolitik der vergangenen Jahre. Die Rücklagen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurden gesetzlich gewollt abgeschmolzen und Versichertengelder immer wieder zweckentfremdet für zahlreiche politische Vorhaben und versicherungsfremde Leistungen. Dazu kommt die ungünstige Entwicklung der Ausgaben- gegenüber der Einnahmenseite. Das alles hat der GKV mittlerweile eine gefährliche Schlagseite verliehen. Die demografische Entwicklung – die Bevölkerung schrumpft, gleichzeitig werden die Menschen immer älter und es kommt zu einer Zunahme an chronischen Erkrankungen – stellt insbesondere in den ländlichen Regionen eine große Herausforderung dar. Verbunden mit dem sich zuspitzenden Fachkräftemangel macht es das nicht einfacher. Ich spreche in diesem Zusammenhang meist von der Herausforderung des Managens der dreifachen Knappheit.

„Die Herausforderung ist das Managen der dreifachen Knappheit."

Speziell heißt das für Ihre Kasse?

Als große Versorgerkasse mit einem hohen Anteil an sogenannten vulnerablen Versicherten – Pflegebedürftige und sozial Benachteiligte – haben wir zudem das Problem der ungerechten Verteilung der Versichertenbeiträge aus dem großen GKV-Finanztopf. Mehrere wissenschaftliche Gutachten haben bestätigt, dass es hier einer dringenden Reform des Finanzausgleichs zwischen den Krankenkassen bedarf: Die sogenannte Manipulationsbremse gehört abgeschafft und es darf keine Anreize zur Risikoselektion mehr geben. Pflegebedürftige und andere vulnerable Gruppen sind im derzeitigen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich benachteiligt. Dies führt zu Finanzierungslücken bei Krankenkassen mit einem hohen Anteil an Pflegebedürftigen und sozial Benachteiligten, während Kassen mit vielen jungen und gesunden Versicherten profitieren. Diese ungleiche Verteilung gefährdet die Versorgungsgerechtigkeit und untergräbt das Solidarprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung. Um die gesundheitliche Chancengleichheit zu gewährleisten, müssen wir den Morbi-RSA versichertenbezogen anpassen und eine gerechte Mittelverteilung sicherstellen. Pflegebedürftige und andere vulnerable Versicherte sollen im RSA künftig stärker berücksichtigt werden, damit die Finanzmittel dort ankommen, wo sie für die Versorgung am dringendsten benötigt werden. Auf diese Weise verhindern wir Risikoselektion und sorgen für eine faire Finanzierung im Gesundheitssystem.

Welche Probleme kommen im nordöstlichen Teil Deutschlands hinzu?

Wir stehen tatsächlich noch vor zusätzlichen Herausforderungen, die speziell den Nordosten betreffen. So zeigt eine bundesweite Auswertung, dass die gesetzlichen Krankenkassen in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern für jede Versicherte und jeden Versicherten im Schnitt mehr ausgeben als sie einnehmen. Und das lässt sich nicht allein mit der Versichertenstruktur, also dem Alter, dem Geschlecht und den Erkrankungen erklären. In manchen Regionen werden beispielsweise Kranke zu oft unnötig in einer Klinik versorgt. Auf der anderen Seite geraten aktuell zahlreiche Kliniken in finanzielle Schwierigkeiten. Wir haben im Nordosten den höchsten Anteil an Krankenhäusern, denen Krankenkassen einen sogenannten Sicherstellungszuschlag zahlen müssen, nämlich ein Drittel aller Häuser in Deutschland.

Nun kam die Krankenhausreform kurz vor Weihnachten durch den Bundestag?

Mit der Krankenhausreform wurde ein sehr wichtiger Schritt gemacht, um die beschriebenen Herausforderungen anzugehen. Jetzt kommt es aber auf den Umgang der Flächenländer mit der Krankenhausreform an, denn dieser wird ganz elementar für die Zukunft der medizinischen Versorgung sein. Anders als früher wird beispielsweise jede Ausnahme, die Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern genehmigen, zulasten der Krankenhäuser gehen, die die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen mit hohen Kraftanstrengungen erfüllen.

„Mit einer Koalition der Willigen mehr Regionalität ermöglichen, forderten Sie im Titelinterview mit „Monitor Versorgungsforschung" Ende 2023 (3). Nun könnte man hinzufügen: „Und endlich mehr Qualität wagen". Die Frage: Wie kommen wir aus Sicht der AOK Nordost zu mehr Qualität statt ständiger Einsparungen und vor allen Dingen zu einem effizienteren und wirtschaftlicheren Einsatz von Ressourcen inklusive deren gerechter Verteilung?

Die Ausgabenentwicklungen der letzten zehn Jahre zeigen eindeutig: Es gab keine ständigen Einsparungen. Und doch wissen wir

genau, wo wir ansetzen können, um endlich mehr Qualität und vor allem einen effizienten und wirtschaftlichen Einsatz der knapper werdenden Ressourcen zu erreichen. Und dabei gleichzeitig eine gerechte Verteilung herbeizuführen. Wir brauchen auf regionaler Ebene viel mehr Möglichkeiten, die Versorgung von vornherein zielgenau und unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen sowie von der gemeinsamen Selbstverwaltung klar definierter Qualitätsvorgaben zu planen und zu steuern. Eine qualitative Versorgung bedeutet nichts anderes, als dass die vorhandenen Ressourcen so eingesetzt werden, dass sie für die Patientinnen und Patienten den größtmöglichen Nutzen in der Versorgung bringen. Im Moment ist genau das Gegenteil der Fall. Die Kosten explodieren, aber der niederschwellige Zugang und die Versorgung wird für viele Menschen gefühlt schlechter. Für mich heißt das aber auch, dass wir den Nutzen – und die Qualität – messbar machen müssen. Hier geht die AOK-Gemeinschaft auch schon seit Langem mit gutem Beispiel voran. Wir nutzen sogenannte Routinedaten sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung zur Qualitätsmessung.

Und natürlich ist ein ganz zentraler Punkt, dass die vorhandenen finanziellen Mittel dorthin gesteuert werden, wo sie tatsächlich benötigt werden und den größtmöglichen Nutzen entfalten. Also eigentlich ganz einfach: Mit der qualitätsorientierten Modernisierung der Krankenhauslandschaft, einem besseren Notfallmanagement, einem Vorantreiben der interprofessionellen Ambulantisierung und einer Stärkung der Prävention, der Früherkennung beispielsweise auch durch digitale Versorgungslösungen, können unnötige Krankenhausaufenthalte, teure Therapien und Folgekosten vermieden werden. Die freigesetzten finanziellen Ressourcen können dann wiederum an anderer Stelle sinnvoll eingesetzt werden.

Und wenn Sie da schon über finanzielle Reserven sprechen …

… müssen diese unbedingt durch einen wirtschaftlicheren Einsatz von Versichertengeldern gehoben werden können: Es braucht wieder eine Stärkung der Instrumente des Preiswettbewerbs – insbesondere mit Blick auf die Preisbildung bei patentgeschützten Arzneimitteln – und eine Nutzenbewertung von digitalen Gesundheitsanwendungen analog der Nutzenbewertung für ärztliche Methoden, Heilmittel oder Hilfsmittel. Und wenn das Geld knapper wird, fordern wir als Krankenkasse selbstverständlich wieder verstärkte Möglichkeiten zu Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Allerdings möchte ich auch klar sagen, dass wir mit Blick auf eigene Kapazitäten diese lieber für andere (sinnvollere) Aufgaben für unsere Versicherten einsetzen würden.



Daniela Teichert

ist seit mehr als 35 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.

Wie können Sie als Krankenkasse die knappen Kapazitäten sinnvoll und effizient nutzen?

Mehr Push in digitale Unterstützungsangebote – und weitergedacht auch künstliche Intelligenz – die datenschutzgerecht und sinnvoll so eingesetzt werden, dass Prozesse verschlankt, Bürokratie abgebaut und Ineffizienzen vermieden werden können.

Blicken wir einmal positiv in die nähere Zukunft. Die AOK Nordost erhält endlich den gesetzlichen Freiraum für eine zukunftsfähige und resiliente Weiterentwicklung bzw. Neustrukturierung der Versorgungslandschaft in den drei Bundesländern, in denen die AOK Nordost vertreten ist: Wie kann die AOK Nordost zeitnah die im System schlummernden Effizienzreserven heben, um den oben genannten Dreisprung zwischen Finanzierbarkeit, Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft und Überlastung der Gesellschaft zu beenden? Ansätze gäbe es doch viele: Patientenzentrierung und Ergebnisorientierung, Ambulantisierung und Dezentralisierung und vor allen Dingen Regionalisierung und wirklich integrierte Versorgung ohne Sektorengrenzen!

Gerade zum Jahresbeginn braucht es ambitionierte Ziele: Wenn wir als AOK Nordost den gesetzlichen Freiraum hätten, Versorgung zu gestalten, dann würden wir das zusammen mit den anderen Partnern der sozialen Selbstverwaltung und den Leistungserbringern tun. Die Frage nach dem Wie haben Sie im Grunde genommen schon beantwortet. Die von Ihnen aufgeführten Ansätze – Patientenzentrierung und Ergebnisorientierung, Ambulantisierung und Dezentralisierung, Regionalisierung und integrierte Versorgung ohne Sektorengrenzen – das sind alles Punkte, die ich immer wieder als Lösungsansätze für die Probleme insbesondere in der ländlichen Versorgung angeführt habe. Die AOK Nordost sieht das als wegweisende Schritte auf dem Weg zu einem leistungsfähigen, qualitätso-

rientierten Gesundheitswesen und zu einer Versorgung, die genau auf die Bedürfnisse der Menschen zugeschnitten ist. Das bedeutet eine wohnortnahe, regionale Versorgung ohne Sektorengrenzen, die in eine übergeordnete, landesweite Versorgungsplanung eingebettet ist. So können auch ökonomisch und infrastrukturell schwache Kommunen und Regionen im Sinne gleichwertiger Lebensverhältnisse versorgt werden.

„Mit Blick auf eine patientenzentrierte Versorgung mit dem übergeordneten Ziel, den größtmöglichen Nutzen für die Patientinnen und Patienten zu erreichen, sollte sich die Vergütung im Gesundheitswesen von ihrer bisherigen Mengenorientierung und Anreizwirkung lösen."

Wobei wir wieder beim Innovationsfondsprojekt StimMT angekkommen sind.

Eine echte integrierte Versorgung ohne Sektorengrenzen benötigt auch eine sektorenunabhängige Finanzierung. Im Rahmen des Projekts konnten wir die zur Verfügung stehenden Finanzmittel entsprechend flexibel einsetzen. Nach Beendigung des Projektes haben wir mühsam versucht, die aufgebauten innovativen und gut funktionierenden Strukturen über Selektivverträge weiter aufrechtzuerhalten. Leider ist uns das nicht vollständig gelungen. Aber wir arbeiten weiter intensiv daran. Vor diesem Problem stehen wir nicht alleine, das betrifft die meisten Innovationsfondsprojekte. Darum haben wir auch aktuell einen Flickenteppich aus Hunderten einzelnen Selektivverträgen und mosaikartigen Lösungen.

In unserem Positionspapier erneuern wir deshalb die Forderung nach einer eigenständigen Rechtsgrundlage für regionale Verträge. Sie soll es ermöglichen, dass die Partner vor Ort Gesundheitsversorgung wirklich frei gestalten können, ohne dabei an die Grenzen der Sozialgesetzbücher zu stoßen. Dazu würde beispielsweise auch zählen, dass die Finanzierung der medizinischen und pflegerischen Leistungen aus einem Topf erbracht werden kann und nicht mehr nach ambulant und stationär unterschieden würde. Damit würde auch das Fachpersonal übergreifend eingesetzt werden können, was unter den bestehenden Regelungen nicht möglich ist. Dabei sind die fachlichen Kompetenzen im Grunde genommen die gleichen – egal, ob beispielsweise die Pflegekraft in der häuslichen Pflege, im Krankenhaus oder in stationären Pflegeeinrichtungen tätig ist. Und es gibt auch keine guten Argumente mehr, gerade auch im europäischen Vergleich, diese veralteten Strukturen und Finanzierungslogiken zu verteidigen.

Ist das Innovationsfondsprojekt StimMT ein Einzelfall?

Nein, wir haben viele gute Projekte bereits angestoßen oder noch in der Pipeline, die nur darauf warten, dass wir endlich den gesetzlichen Freiraum zu ihrer Umsetzung bekommen. Die nächste Herausforderung wäre dann, die Interessenslagen aller Beteiligten unter einen Hut zu bekommen und gute Kompromisse zu finden, die mehr sind als nur der kleinste gemeinsame Nenner. Dann können wir auch die im System schlummernden Effizienzreserven heben.

In Ihrer Keynote zum 13. MVF-Fachkongress „Mit PROM und PREM zu Patient Centered Care", der im Dezember dankenswerterweise erneut in den Räumen der AOK Nordost stattfinden konnte, fragten Sie die anwesenden Teilnehmer:innen, ob alle dieselbe Vorstellung davon hätten, was patientenzentrierte Versorgung bedeutet, ob wirklich ein gemeinsamer Ansatz verfolgt würde oder ob die Vorstellungen der verschiedenen Stakeholder so unterschiedlich seien „dass am Ende wenig bis gar keine patientenzentrierte Versorgung übrig bleibt". Ein derartiges Statement einer hochrangigen Krankenkassenmanagerin ist ernüchternd. Welche Definition von patientenzentrierter Versorgung haben Sie?

Patientenzentrierte Versorgung bedeutet für mich, die Patientinnen und Patienten mit ihren Bedürfnissen, Erfordernissen und Werten in den Mittelpunkt zu stellen und die Gesundheitsversorgung individuell vom jeweiligen Menschen aus zu denken und zu steuern. Man könnte es auch so formulieren: Die Gesundheitsversorgung wird dem Patienten angepasst und nicht umgekehrt. Dabei ist es oberstes Gebot, die Menschen, die gerade medizinische Versorgung benötigen, mit Würde und Respekt zu behandeln, sie in alle Entscheidungen über ihre Gesundheit und Therapie mit einzubeziehen und sie dafür auch entsprechend gut zu informieren. Dabei können auf Patientenwunsch die An- und Zugehörigen einbezogen werden. Relevante Informationen erhalten die Patientinnen und Patienten zeitnah und auf kurzem Weg und ihre Entscheidungen werden akzeptiert und respektiert. Die höchste Priorität hat immer das physische und psychische Wohlergehen der Patientinnen und Patienten. Diese Art der Versorgung wird auch als „personenzentrierte Versorgung" bezeichnet, ein Ansatz, der eng mit den Patientenrechten verknüpft ist.

Patientenzentrierte Versorgung sollte eine Grundhaltung aller Professionen im Gesundheitswesen sein und gelebt werden. Die konsequente patientenzentrierte Versorgung führt zu einer Steigerung der Gesundheitskompetenz sowie zu einer Verbesserung der Patientensicherheit. Und ich bin überzeugt davon, dass dies auch im Sinne der meisten am Patienten tätigen Fachkräfte ist. Darauf sollte bei allen Transformationsinitiativen der gemeinsame Fokus liegen.

Das führt zur Frage, ob angesichts unterschiedlicher Vorstellungen und im Zuge eines sich anscheinend immer weiter verschärfenden Kampfes um einen möglichst immer größeren Teil des Budgets nicht ein Systembruch nötig wäre: weg von Wettbewerb und Bezahlung nach Einzelleistung hin zu einer wirklich patientenzentrierten Gesundheitsversorgung mit einem konsequenten Pay-for-Result-Ansatz.

Absolut richtig und auch wegweisend. Mit Blick auf eine patientenzentrierte Versorgung mit dem übergeordneten Ziel, den größtmöglichen Nutzen für die Patientinnen und Patienten zu erreichen, sollte sich die Vergütung im Gesundheitswesen von ihrer bisherigen Mengenorientierung und Anreizwirkung lösen und stärker ergebnis- und qualitätsabhängige Elemente honorieren. Durch die Finanzierungslogik sollten Anreize für mehr Patientenorientierung in der Versorgung und zur Kooperation der Gesundheitsakteure gesetzt werden. Die Vergütung sollte grundsätzlich sektorenübergreifend für alle Gesundheitsakteure gelten und sich an dem Versorgungsbedarf der Bevölkerung in einer zu definierenden Versorgungsregion orientieren. Dabei sind weitere Aspekte, wie die Versorgungsstrukturen, die konkreten Krankheitsbilder und spezifische Patientengruppen, beispiels-

weise geriatrische und multimorbide Patientinnen und Patienten, zu beachten.

Es gibt jedoch meiner Kenntnis nach kein aktuelles und validiertes Modell mit Regionalbudgets.

Noch nicht! Ein wichtiger Punkt in solch einem Modell – an dem ich sehr gern mitarbeiten würde – wären aus meiner Sicht erfolgsabhängige Vergütungsbestandteile: Um ein Pay-for-Result zu erreichen, könnten als Erfolgskriterien einerseits Patient Reported Outcome Measures und Patient Reported Experience Measures sowie andererseits quantitativ messbare Zielgrößen genutzt werden.

Anlässlich der Kongresseröffnung sagten Sie unter anderem auch, dass Ihre Kolleg:innen und Sie „die Versorgungsforschung als einen wichtigen Hebel" begreifen würden, um die Qualität und die Effizienz unseres Gesundheitssystems zu verbessern. An welchem Angelpunkt sollte Ihrer Meinung nach die Versorgungsforschung – frei nach Archimedes (4) – den längsten Hebel ansetzen?

Die AOK Nordost legt den Fokus auf die Erprobung regionaler Versorgungsverbünde. Der Innovationsfonds bietet uns hier die notwendigen – auch finanziellen – Gestaltungsspielräume, mit denen die Sektorierung überwunden sowie regionale Versorgungsbedarfe und -strukturen adressiert werden können. Die AOK Nordost engagiert sich aktuell insbesondere in Innovationsfondsprojekten, die darauf abzielen, ärztliche und pflegerische Ressourcen so einzusetzen, dass möglichst viele Patientinnen und Patienten weiterhin die bestmögliche Versorgung erhalten – trotz Fachkräftemangel und trotz demografischer und finanzieller Herausforderungen.

Zum Beispiel entwickeln wir in dem aktuell laufenden Forschungsprojekt „ProReVers – Prospektive regionale sektorenübergreifende Versorgungsplanung" praxistaugliche Instrumente und Verfahren für die systematische Erstellung und Umsetzung einer kleinräumigen sektorenübergreifenden Versorgungsplanung. Diese Instrumente werden zunächst bezogen auf die Projektregionen, die Landkreise Prignitz und Ostprignitz-Ruppin, entwickelt, sollen aber perspektivisch auf weitere Regionen anwendbar sein. Im Innovationsfondsprojekt „ErwiN – Erweiterte Übertragung von arztentlastenden Tätigkeiten in Arztnetzen" erproben wir die „Substitution" ärztlicher Leistungen durch andere Professionen, insbesondere durch Pflegefachkräfte.

Außerdem unterstützen wir die Medizinische Universität Lausitz Carl Thiem bei ihrem perspektivischen Forschungsauftrag.

Die Weichen der Krankenhausstrukturreform- und der Notfallreform sind gestellt, bei der Notfallreform gibt es weiter Verzögerungen. Was erwarten Sie – Stand heute – für 2025 und die folgenden Jahre?

Die Entwicklung, die beide Reformen genommen haben, untermauert einmal mehr die Wichtigkeit unserer Forderung: In der kommenden Legislaturperiode muss weniger Kompetenzgerangel zwischen Bund und Ländern stattfinden. Stattdessen sind für einen nachhaltigen Strukturwandel mehr mutige Entscheidungen auf der Basis von Versorgungsdaten und anhand der tatsächlichen Versorgungsbedarfe erforderlich.

Zur Umsetzung der Krankenhausreform wird es drei Rechtsverordnungen geben, die der Zustimmung des Bundesrates, also der Länder, bedürfen: zur Ausgestaltung der Leistungsgruppen, zur Regelung der Mindestvorhaltezahlen und zum Transformationsfonds. Wir erwarten hier, dass alle Beteiligten zügig und mutig die notwendigen Schritte gehen, um diese wichtige Strukturreform voranzutreiben.

Die Krankenhausreform ist eine wesentliche, Ausgaben senkende Strukturreform innerhalb der GKV, die wir dringend benötigen, um insgesamt und langfristig die Ausgabenlast zu senken. Nur so können letztlich für jede und jeden Einzelnen Versicherten und deren Arbeitgeber am Ende die finanziellen Belastungen gesenkt werden.

Hinsichtlich einer Reform des Rettungsdienstes und der Notfallversorgung erwarten wir von der nächsten Bundesregierung, dass das Thema gleich zu Anfang der Legislatur angegangen wird. Der wichtigste Punkt ist dabei die gut abgestimmte Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen sowie dem Rettungsdienst.

Ihr Fazit?

Die bisherigen Strukturen sind ineffizient und Fehlanreize kosten die Versicherten Milliarden. Die Problematik ist bekannt und es liegen auch Lösungsvorschläge beziehungsweise Eckpunktepapiere vor – sowohl aus der Zeit der Ampelkoalition als auch bereits aus der Vorgängerregierung unter Gesundheitsminister Jens Spahn. Hier kann und sollte es also gleich losgehen.

Frau Teichert, danke für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Literatur/Links:

1: https://www.handelsblatt.com/politik/deutschland/gesundheit-krankenkassen-erwarten-2025-bisher-hoechsten-anstieg-der-zusatzbeitraege/100031951.html
2: https://arbeitgeber.de/muenchner-spitzengespraech-zehn-punkte-um-vertrauen-zurueckzugewinnen-und-den-standort-deutschland-zu-staerken/
3: https://www.monitor-versorgungsforschung.de/wp-content/uploads/2023/11/MOVS-0623_Teichert.pdf
4: „Gebt mir einen Hebel, der lang genug, und einen Angelpunkt, der stark genug ist, dann kann ich die Welt mit einer Hand bewegen." Archimedes (287-212)

Zitationshinweis

Teichert, D., Stegmaier, P.: „Wir müssen den Nutzen und die Qualität messbar machen", in „Monitor Versorgungsforschung" (01/25), S. 6–11. http://doi.org/10.24945/MVF.01.25.1866-0533.2683