

Im Interview: Daniela Teichert, Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost

„Mut, Dinge zu tun, obw noch nicht im Gesetz st

„NAVIGATION", „ProReVers", „ErwiN" und das Krankenhaus in Seelow, das zu einem Campus der Gesundheitsversorgung umgebaut wird: Kommt man mit Daniela Teichert, der Vorstandsvorsitzenden der AOK Nordost, ins Gespräch, fallen ihr jede Menge Innovationsfonds- und sonstig geförderte Projekte ein, die schon jetzt zeigen, dass eine andere, eine neue Art der Primärversorgung schon heute möglich ist. Doch möglich heißt nicht automatisch bereits effizient funktionierend, weil die aktuelle Gesetzgebung nur begrenzt flexibel ist. Generell vermisst sie bei Politik wie Kassen „den Mut, Dinge zu tun, obwohl sie vielleicht noch nicht explizit in einem Gesetz stehen, aber bereits erlaubt und damit möglich wären".

>> Stellen wir uns das Jahr 2040 vor, in dem Deutschland über ein nahezu perfekt funktionierendes Gesundheitssystem verfügt. Welche zentralen Errungenschaften sehen Sie aus Sicht einer Krankenkasse?

Aus Sicht der Krankenkassen läuft es genau nach unserem Wunsch. Wir sind im Jahr 2040 – also in nicht einmal 15 Jahren – im internationalen Vergleich endlich nicht mehr das Schlusslicht, was die meisten Arzt- und Patientenkontakte sowie ambulant mögliche Eingriffe betrifft. Das sind Bereiche, in denen wir momentan wirklich ganz hinten rangieren.

Wie begründen Sie diesen Optimismus?

Wir haben bis 2040 hoffentlich ein Planungssystem für die gesundheitliche Versorgung, in dem alle Ebenen der Gesundheitsversorgung – Krankenhäuser, Arztpraxen, Pflege, Therapieeinrichtungen und psychosoziale Beratungsstellen – miteinander und aufeinander abgestimmt werden. Dieses System basiert jedoch nicht auf bloßen Annahmen, sondern auf validen Erhebungen, Analysen und allen schon heute verfügbaren Daten, aus denen die konkreten Bedarfe abgeleitet werden. Das hilft uns dabei, die personellen, diagnostischen und finanziellen Ressourcen effizient einzusetzen. Dadurch schaffen wir unter anderem die Basis für eine leicht zugängliche, spezialisierte und interdisziplinäre ambulante Primärversorgung. Gut vernetzte, digital unterstützte Strukturen und eine gute Infrastruktur sorgen dafür, dass die Patientinnen und Patienten jederzeit Zugang zu der Versorgung haben, die sie gerade benötigen. Wir haben außerdem einen sorgfältigen Umgang mit Arztterminen sichergestellt, wobei ich hier eher von Praxiskontakten sprechen möchte. Denn in einer aktuellen Forsa-Umfrage des AOK-Bundesverbandes wurde festgestellt, dass Patientinnen und Patienten – unsere Versicherten – sich schon heute eine bessere Steuerung ihrer Versorgung wünschen.

wohl sie
tehen"

Diese Aussage erstaunt, weil die Patientenschaft doch angeblich die freie Arztwahl bevorzugt, um möglichst direkt einen Facharzt aufsuchen zu können. Ihre Umfrage legt nun anscheinend nahe, dass sich die Patientenschaft tatsächlich eine stärkere Steuerung und Lotsenfunktion wünscht?

In erster Linie wünschten sich die Befragten, zum richtigen Zeitpunkt in die richtige Versorgungsstufe – zum Beispiel Facharztpraxis, Krankenhaus, Rehaklinik oder Therapieeinrichtung – gesteuert zu werden. Genau das erleben viele Betroffene heute nicht, weil sie beispielsweise enorm lange Wartezeiten für Facharzttermine in Kauf nehmen müssen.

„Wir brauchen Richtlinien, die strukturelle, personelle und qualitative Anforderungen in interprofessionellen Teams definieren."

Welche politischen und strukturellen Weichenstellungen benötigen wir, damit das von Ihnen kurz angerissene Szenario in nicht einmal 15 Jahren Wirklichkeit werden kann?

Wir brauchen vor allen Dingen die Einführung eines sektorenübergreifenden Planungssystems, das stationäre, ambulante, pflegerische und therapeutische – am besten auch gleich soziale – Versorgung einschließt. Hierfür sind klare Strukturmerkmale nötig, die aber nicht ständig verändert werden dürfen. Außerdem ist es dringend notwendig, dass wir keine Strukturen mehr aufrechterhalten müssen, die nicht evident und stellenweise auch gar nicht mehr notwendig sind. Schon heute sehen wir, dass in einer gut abgestimmten Primärversorgung viele stationäre Maßnahmen bei gleicher Qualität auch ambulant durchgeführt werden könnten. Was wir ebenfalls brauchen, sind Richtlinien, die strukturelle, personelle und qualitative Anforderungen in interprofessionellen Teams definieren.

„Monitor Versorgungsforschung" hat in Ausgabe 06/25 ein Interview mit der Gesellschaft Gesundheit Österreich GmbH geführt, die vor genau zehn Jahren ein Primärversorgungssystem in Österreich eingeführt hat. Inzwischen wurden in unserem Nachbarland landesweit über 100 Primärversorgungseinheiten aufgebaut, gefördert durch 100 Millionen Euro der EU. Diese Förderung könnte sich auch Brandenburg oder Mecklenburg-Vorpommern als Modellprojekt für Deutschland sichern.

Es gibt immer Lösungen, man muss sie nur wollen und dann mutig umsetzen. Wir sind dabei. In unserem Innovationsfondsprojekt NAVIGATION beispielsweise werden Patientinnen und Patienten schon jetzt in einem Primärversorgungszentrum von einem Team aus Community Health Nurses, Hausärztinnen und -ärzten, Psychologen und Psychologinnen sowie Sozialarbeiterinnen und -arbeitern versorgt. Gemeinsam entwickeln die Fachkräfte einen individuell abgestimmten Versorgungspfad, der auch soziale Faktoren berücksichtigt. Die Community Health Nurses sind speziell ausgebildete Pflegefachkräfte, die in dem Projekt nicht nur Teil des interprofessionellen Teams sind, sondern die klinische Leitung und zentrale Steuerungsfunktion haben. Darin unterscheidet sich NAVIGATION von anderen Primärversorgungsansätzen, wo diese Rolle beispielsweise von Hausärztinnen und -ärzten übernommen wird. Die Primärversorgungszentren, die wir anstreben, sind nicht arztzentriert.

Sondern?

Wir plädieren für eine gut abstimmte Versorgung durch ein interprofessionelles Team. Das Primärversorgungszentrum, wie wir es denken, bündelt die Kompetenzen verschiedenster Gesundheitsberufe unter einem Dach und geht über das Portfolio eines Hausarztes weit hinaus. Natürlich wird es immer eine Hausärztin oder einen Hausarzt geben und sie werden auch immer genug zu tun haben.

Doch sollten wir delegierbare Leistungen und Aufgaben definieren, die auch speziell ausgebildete nichtärztliche Fachkräfte eigenständig übernehmen können – zum Beispiel eben Community Health Nurses oder ein gut ausgebildeter Physician Assistent, kurz PA. Das ist aber nur wirtschaftlich, wenn dann auch eine gewisse Anzahl von Patientenkontakten – sagen wir ein Drittel – vom Arzt weg verlagert werden kann. Das wird der Ärztin oder dem Arzt vor Ort die Möglichkeit eröffnen, sich genau um die Fälle zu kümmern, die ihre beziehungsweise seine volle Aufmerksamkeit und Zeit erfordern – was besonders im Rahmen der Ambulantisierung und bei der Behandlungsqualität eine wichtige Voraussetzung sein wird. Mit den aktuellen Vorgaben wird es allerdings recht schwierig, von der Arztzentrierung weg und hin zu einer interprofessionellen Steuerung zu kommen.

Warum sollte ein Arzt oder ein PA in einem Primärversorgungszentrum arbeiten und nicht woanders?

Weil diese neuen Primärversorgungszentren attraktiv für sie sind. Viele Gesundheitsberufe werden es anerkennen, wenn ihre Kompetenzen anders gefordert, gefördert und mehr als bisher geschätzt werden, etwa durch eigenverantwortliche Tätigkeiten. Es geht dann aber auch darum, dies in ein Konzept und Umfeld einzubauen, dass sich die Patienten daran gewöhnen und es auch schätzen. Das wird uns gelingen, wenn den Patientinnen und Patienten das Gefühl gegeben wird: „Es ist keine schlechtere Behandlung, nur weil es nicht mehr der Arzt macht." Das muss man adäquat kommunizieren. Und natürlich in der konkreten Umsetzung immer wieder beweisen.

Ist das nicht auch eine Chance für eine höhere Attraktivität vieler Professionen im Gesundheitsbereich?

Aber sicher. Ein großer Vorteil wird sein, dass wir wieder junge Menschen in diese Berufe holen können, die diese aktuell vielleicht ausschließen, weil sie nicht so wertgeschätzt werden, wie es sein sollte. Dort, wo Praxen bereits so ähnlich arbeiten, sehen wir jedenfalls, dass sie weder Nachwuchs- noch Rekrutierungsprobleme haben.

Bei alldem drängt sich die Frage auf: Wo ist der berühmte Haken?

Das Risiko aus unserer Sicht ist, dass Primärversorgung kein eigener neuer Sektor werden darf. Unserer Vorstellung nach muss ein neues Primärversorgungssystem in die sektorübergreifende Gesamtplanung eingebunden werden und rein aus der Bedarfsnotwendigkeit heraus entstehen. Es wird damit immer eine bedarfsgerechte Alternative sein, aber es darf – das muss ich betonen – kein neuer Sektor geschaffen werden, weil sich in den anderen Sektoren dann nichts, aber absolut gar nichts ändern wird.

Wieso?

Nehmen wir das Beispiel ambulanter Operationen im Krankenhaus: Wenn Kliniken ambulante Operationen mit den gleichen Operateuren und im gleichen Setting durchführen sollen wie bisher, haben sie schlicht ein Kostenproblem, weil sie es dann genauso machen, wie sie es gelernt und immer schon gemacht haben. So wird man aber nie Effizienzvorteile herausarbeiten können, wie sie in rein ambulanten Einrichtungen durchaus möglich sind, die dabei keine schlechtere Qualität liefern. Will heißen: Wenn ein neuer Sektor entsteht, wird der vielleicht funktionieren, aber die anderen werden weiterarbeiten wie bisher. Wie soll so Innovation in die Regelversorgung kommen?

Die Gefahr könnte jedoch darin bestehen, dass die Patientenschaft Primärversorgung als Sparmaßnahme begreift und sagt: „Jetzt wird alles noch schlechter."

Es liegt in unserer Hand, das zu verhindern: indem die Qualität nicht schlechter, sondern sogar besser wird. Unser Innovationsfondsprojekt „ErwiN – Erweiterte Übertragung von arztentlastenden Tätigkeiten in ArztNetzen" zeigt, dass die Patientinnen und Patienten zufrieden sind, wenn sie von einer qualifizierten Pflegekraft bei bestimmten Indikationen vollumfänglich – und in Abstimmung mit einem Arzt – versorgt werden. Wohlgemerkt: Im häuslichen Umfeld und ohne dafür in die nächste Stadt in eine Arztpraxis fahren zu müssen.

„Ich vermisse den Mut in der Politik, klar zu sagen: ‚Unsere Strukturen müssen sich verändern, und das ist gut so, weil die Versorgung dadurch nicht schlechter, sondern besser wird.'"

Wie erkennt man denn, welche Patient:innen eigentlich nicht in die Arztpraxis gehören?

Im bisherigen System ist das leider gar nicht möglich. Patientinnen und Patienten haben im Moment ein medizinisches oder vielleicht auch ein soziales Versorgungsproblem, das sie nur gelöst bekommen, wenn sie in eine Arztpraxis gehen. Das sollte nicht mehr so sein.

Wo sehen Sie die größeren Schwierigkeiten, was notwendige Veränderungen betrifft: beim fehlenden Mut der Politik, eine wirkliche Strukturveränderung herbeizuführen? Oder beim Beharrungsvermögen der tätigen Akteure? Oder vielleicht in der seit Jahrzehnten etablierten Kultur unseres Gesundheitswesens?

Der Politik ist schon klar, dass sich die Strukturen verändern müssen, um die Versorgung zu sichern und auch besser zu machen. Leider ist unser Gesundheitswesen sehr sektoral aufgestellt. Gerade wird die Krankenhausreform umgesetzt, jetzt folgt die Notfallreform und bald die Primärversorgung. Das muss sinnvollerweise eigentlich aus einem Guss kommen und in gemeinsamen Planungs- und Versorgungsprozessen abgebildet werden. Und natürlich braucht es den Mut, Prozesse und Strukturen dann auch wirklich zu verändern. Stattdessen werden wichtige Strukturinnovationen immer wieder durch Bewahrungstendenzen und finanzielle Partikularinteressen konterkariert. Ich vermisse aber auch die breite Basis der Ärzteschaft, die sagt: „Wir können so nicht weitermachen. Wir müssen uns und unsere Praxisorganisation anpassen, mehr delegieren und substituieren." Das gilt ebenso für die Einbeziehung weiterer Akteure, wie etwa die Apotheken und die Pflege. Die Bereitschaft,

Aufgaben in der Region anders zu verteilen, erlebe ich bisher nur sehr selten und meist nur regional, nämlich dort, wo die Schmerzpunkte am größten sind. Wo auch der Letzte endlich verstanden hat: Mit den bestehenden Strukturen schaffen wir das nicht mehr. Dabei ist Veränderungsbereitschaft überall notwendig, nicht nur in unterversorgten oder ländlichen Strukturen. Auch in urbanen Strukturen gibt es Probleme und nicht erfüllte Bedarfe.

Wie kommt man aus diesem ermüdenden Kreislauf heraus, der fast zwangsläufig zu einem immer schlechteren Ergebnis führen muss?

Wir brauchen den Mut, Dinge zu tun, obwohl sie vielleicht noch nicht explizit in einem Gesetz stehen, aber bereits erlaubt und damit möglich wären. Das ist übrigens auch bei uns Kassen so: Man möchte etwas tun, aber weil die gesetzliche Grundlage fehlt, wird erst einmal nichts oder nicht das eigentlich bereits Mögliche getan. Ich bewundere den Mut einiger Akteure in der Gesundheitsversorgung, Projekte wie die Umwandlung eines Krankenhauses in ein Ambulant-Stationäres Zentrum einfach anzugehen und zu sagen: „Wir finden schon irgendwie eine Lösung." Wir müssen viel mehr über solche positiven Beispiele und Ansätze sprechen, denn das macht Mut und kann vielleicht ein Stück weit die aktuell spürbare Lähmung und Mutlosigkeit der Politik auffangen.

Neben Mut und Gestaltungswillen: Was braucht es noch?

Ein regelmäßiger Austausch zwischen allen relevanten Akteuren ist enorm wichtig. Das Land Brandenburg zum Beispiel hat mit dem Projekt "Versorgungsbedarfsanalysen Brandenburg" die Strukturen in fünf Versorgungsregionen analysieren lassen und über regionale Foren und Projektgruppen erste Gespräche mit den Akteuren vor Ort angestoßen. Nur so werden wir weiterkommen. Wir müssen den Akteuren vor Ort eine Idee zur Umsetzung geben, wie sie die Prozesse in den Praxen oder Einrichtungen übergreifend verändern und an die realen Bedarfe anpassen können.

Und wie wollen Sie diese realen Bedarfe herausfinden?

Dafür haben wir beispielsweise das Innovationsfondsprojekt ProReVers – Prospektive Regionale sektorenübergreifende Versorgungsplanung – ins Leben gerufen. Es verfolgt die zentrale Fragestellung: Wie kann die Gesundheitsversorgung – insbesondere in einer stark ländlich geprägten Region – bei immer knapper werdenden Ressourcen stabilisiert werden? Das lässt sich nur dann fundiert beantworten, wenn die gegenwärtige Problemlage gut analysiert und beschrieben ist. Hier zeigt sich in ProReVers, dass eine Befragung der Versorgenden und der Bevölkerung vor Ort zu ihren Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung wichtige zusätzliche Erkenntnisse liefert. Auf Basis dieser Analyse zur regionalen Problemlage hat man sich in sogenannten regionalen Planungskonferenzen mit den Akteuren vor Ort getroffen und gemeinsam konkrete Empfehlungen für versorgungsstrukturelle Anpassungen – in sektorenübergreifender Sicht – entwickelt. Die Möglichkeiten und regionalen Herausforderungen für die Ambulantisierung von Leistungen standen dabei besonders im Fokus. Aber nicht nur der Austausch ist sehr wichtig.

Was noch?

In den ländlichen Gebieten von Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern – aber auch in anderen Bundesländern – gibt es beispielsweise immer wieder Krankenhäuser, die kurz vor der Insolvenz stehen oder deren Gesellschafter aus ökonomischen Gründen oder wegen Anforderungen aus der Krankenhausreform ganz oder aber einzelne Abteilungen schließen wollen. Darauf gibt es in der Politik und in den Kommunen vor Ort meist sofort die reflexartige Gegenreaktion: „Das geht auf keinen Fall, wir müssen die bestehenden Strukturen aufrechterhalten." Egal ob das sinnvoll ist oder nicht. Die Reaktion ist auch nachvollziehbar. Die Menschen haben Angst, dass im Zweifel ihre medizinische Versorgung nicht mehr gewährleistet ist oder sie in Zukunft dafür sehr weite Wege in Kauf nehmen müssen. Die Ärzteschaft und andere Gesundheitsberufe befürchten vielleicht negative Auswirkungen auf ihre eigene Arbeit. Die Landes- und Kommunalpolitik möchte ihrer Daseinsvorsorgepflicht gerecht werden und die Wählerinnen und Wähler nicht vor den Kopf stoßen. Deshalb muss man bei solchen Veränderungsprozessen alle Beteiligten vor Ort von Anfang an einbinden und eine gute Alternative aufzei-



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.

gen. Damit sie wissen, da wird nicht nur einfach etwas dichtgemacht, sondern da wird etwas Besseres entstehen.

Haben Sie ein Beispiel, wie das gut funktionieren kann?

Wie das gehen kann, zeigt gerade das Krankenhaus in Seelow. Dort haben wir mit allen Akteuren gesprochen und gemeinsam eine Lösung erarbeitet. An diesem Standort wird nun ein Campus der Gesundheitsversorgung aufgebaut. Der wird nicht mehr nur stationär agieren, sondern viel breiter aufgestellt sein, multiprofessionell, inklusive Kurzzeitpflege, Apotheke und Sanitätshaus. Damit wird eine neue, zukunftsfähige Struktur aufgebaut, die eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung ermöglicht.

Könnte das ein Modell für alle Regionen in Deutschland sein?

Sicher. Die Idee des bedarfsgerechten Umbaus von Krankenhäusern kann eigentlich überall umgesetzt werden, wenn man es denn wirklich will. Damit würde auch die Krankenhausreform besser funktionieren, als wenn immer gleich von Standort- oder Abteilungsschließung gesprochen wird. Wichtig ist vor allem die positive Botschaft einer bedarfsgerechten Veränderung.

Neben Seelow haben Sie vorhin das Innovationsfondsprojekt „ErwiN" als ein solches Beispiel für eine bedarfsgerechte Veränderung genannt. Können Sie da noch etwas mehr zu sagen?

Genau, ErwiN steht wie gesagt für die erweiterte Übertragung von arztentlastenden Tätigkeiten in Arztnetzen. In der Projektlaufzeit soll eine staatlich anerkannte Zusatzausbildung für Spezialisierte Pflegefachpersonen, kurz SPFP, entwickelt und umgesetzt werden. Wir bekommen das Feedback von den Patientinnen und Patienten, dass sie sich in dem Projekt sehr gut versorgt fühlen, weil sie nicht mehr unbedingt die Arztpraxis aufsuchen müssen, sondern – nach Abstimmung mit dem behandelnden Arzt – von speziell ausgebildeten Pflegekräften im häuslichen Umfeld versorgt werden. Aber das Projekt hat uns auch Grenzen aufgezeigt, die eigentlich nicht sein müssten.

Welche wären das?

Bei den teilnehmenden Patientinnen und Patienten handelt es sich oft um ältere Menschen, von denen viele in ländlichen Gebieten mit schlechter Infrastruktur wohnen. Denen hilft es schon enorm, sich nicht mehr ständig darum kümmern zu müssen, wie sie überhaupt zum nächsten Arzt kommen. Doch diese Menschen stellen dann eben mitunter die durchaus nachvollziehbare Frage: „Können Sie mich nicht gleich auch impfen?" Das aber muss dann die gut ausgebildete Pflegekraft derzeit ablehnen, da Impfen nur in einer Arztpraxis erlaubt ist, obwohl auch dort der Arzt nicht immer persönlich anwesend ist.

Müsste man hier nicht stärker auf die Landes- statt auf die Bundespolitik setzen, oder ist es immer gleich eine SGB-V-Frage?

Beim genannten Beispiel geht es explizit um eine notwendige Änderung des entsprechenden Paragrafen. Genau deshalb setzen wir uns an mehreren Stellen für eine Änderung des SGB V ein, nicht nur in Bezug auf die Impfsituation, sondern insbesondere bei der sektorübergreifenden Versorgungsplanung. Dafür braucht es jedoch den politischen Willen. Nur so kommen wir weg von den vielen Modellvorhaben, die zwar gut gemeint sind, aber immer an die harte Realität der Gesetzesnormen stoßen. Solange die Politik nicht explizit festlegt, dass positiv evaluierte Ergebnisse in die Regelversorgung aufgenommen werden müssen, wird wenig oder gar nichts geschehen.

Sie haben demnächst die ersten Ergebnisse des Projekts „ProReVers – Prospektive regionale sektorenübergreifende Versorgungsplanung" auf dem Tisch. Was erhoffen Sie sich davon?

Wir hoffen, dass die im Forschungsprojekt ProReVers entwickelten Instrumente und Verfahrensweisen auch für weitere Regionen Anwendung finden. Bedingung ist, dass sich in einer Region Willige finden, die bereit sind, neue Wege zu gehen. Und natürlich müssen die Rahmenbedingungen so sein, dass in den Regionen abweichende beziehungsweise neue Versorgungsansätze vereinbart und umgesetzt werden können. Eine Vielzahl von Lösungen wäre bereits gesetzlich möglich, schafft es aber momentan aufgrund der Starrheit der Systeme nicht in die Umsetzung. Auch dafür werden im Projekt Vorschläge formuliert. Dank ProReVers können wir mit den Versorgenden vor Ort konkrete Ideen entwickeln, wie die kommunalen und lokalen, oft recht unterschiedlichen Bedarfe in Zukunft gedeckt werden können. Wir sollten aber künftig nicht mehr nur auf Arztpraxis, Versorgungszentrum und Krankenhaus schauen, sondern wir müssen auch andere Versorgungsstrukturen betrachten und hinzuziehen. Dazu braucht es eine gesetzliche Öffnung der Delegation und Substitution. Dann darf es aber auch kein Nebeneinander, sondern es muss immer ein Miteinander sein. Es muss zudem absolut klar sein, wer was macht und wer verantwortlich ist. All das kann nur funktionieren, wenn dieses System auf einem Vertrauensverhältnis aufgebaut ist.

Und wie sieht es mit Anreizen aus?

Sicher. Die brauchen wir auch. Aber die gibt es bereits. Wir haben zum Beispiel die Entbudgetierung in der hausärztlichen Versorgung. Eine niedergelassene Ärztin oder ein niedergelassener Arzt könnte demnach viel mehr Patienten als bislang versorgen. Aber sie erkennen dann: Das schaffe ich ja allein gar nicht. Also wird beispielsweise ein Physician Assistant eingestellt. Das bedeutet aber auch: Man muss auf einmal Delegation oder Substitution organisieren, weil sich das Ganze sonst nicht lohnt. Das heißt: Die Ärztin oder der Arzt wird aus rein finanziellem Eigeninteresse bestimmte Leistungen abgeben, wenn sie oder er es denn darf.

Dieses System kann doch heute schon funktionieren.

Durch die Entbudgetierung dürfte es für die hausarztzentrierte Versorgung kein Problem geben. Bei den Fachärzten ist es ein Thema der Verteilung. Deshalb sage ich: Es darf keinen separaten Sektor geben. Das Geld ist nur einmal da. Solange das auf der Basis von Daten und realen Bedarfen passiert, kann jedoch der Verteilmechanismus anders organisiert werden. Was aber auch heißt, dass gewisse Besitzstände infrage gestellt werden.

Können Sie diese Bereitschaft bereits erkennen?

Wir haben noch einen weiten Weg vor uns. Aber zumindest in Brandenburg haben wir schon weit mehr als den berühmten ersten, schwierigsten Schritt getan. Durch die im Rahmen von „ProReVers"

initiierten Regionalkonferenzen haben wir zum ersten Mal überhaupt alle Stakeholder für eine Versorgungsregion an einen Tisch bringen können. Vorher gab es zwar separate Planungsstrukturen für die stationäre und die ambulante Schiene, aber es gab keine Abstimmung untereinander. Nun aber sind wir in der Lage, eine sektorenübergreifende Sicht einzunehmen und die in der Region vorhandenen personellen Ressourcen entsprechend einzusetzen – bedarfsgerecht und effizient.

Fehlt da nicht nur noch ein Konzept, wie die vielen nötigen Primärversorgungszentren am besten strukturiert werden können, um angehende Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte zu begeistern?

Das wäre natürlich die Krönung des Ganzen. Wir sind schon froh, wenn wir miteinander reden, gemeinsam die Daten analysieren, zu einem Konsens kommen und dann gemeinsam für die Zukunft planen.

Woran würden Sie den Erfolg festmachen, wenn diese Primärversorgungszentren einmal eingeführt sind?

Ein Indikator wären beispielsweise weniger Arzt-Patienten-Kontakte bei zumindest gleichbleibender – wenn nicht gar besserer – Versorgungsqualität mit zeitnaher Terminvereinbarung und hoher Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten. Laufende Befragungen der Patientinnen und Patienten und der Leistungserbringenden müssen uns zeigen, dass gesteuerte Versorgung besser funktioniert. Wenn das nicht der Fall sein sollte, dann müssten wir etwas nachsteuern.

Es ist doch schade: Wir investieren so viel Geld in die Gesundheitsversorgung, aber wir messen so wenig das Ergebnis.

In jeder anderen Branche wird das getan: Wer investiert, will sehen, wie es um den Return on Investment steht. Im Gesundheitssystem hingegen wird immer mehr Geld in die gleichen Strukturen gegeben, ohne zu fragen, warum eigentlich. Daher ist mein Wunsch: Lasst uns statt der bisherigen Gießkannen-Budgets nur noch in bedarfsgerechte Strukturen investieren, die wirklich die Regelversorgung verändern. Das sollen keine Sparmaßnahmen sein, sondern ganz ausdrücklich qualitätsverbessernde Maßnahmen. Wir müssen glaubwürdig vermitteln, dass Effizienz in der Versorgung gleichzeitig auch Prozessoptimierung ist.

Frau Teichert, danke für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Zitationshinweis

Teichert, D., Stegmaier, P.: „Mut, Dinge zu tun, obwohl sie noch nicht im Gesetz stehen", in „Monitor Versorgungsforschung" (06/25), S. 6–11. http://doi.org/10.24945/MVF.01.26.1866-0533.2790

Telemedizin: Chancen und Hürden

>> Die pädiatrische Versorgung steht vor einem digitalen Umbruch. Während die Telemedizin während der Covid-19-Pandemie aus der Notwendigkeit heraus einen massiven Schub erlebte, untersuchen Expert:innen nun, wie Virtuelle Visiten (VVs) dauerhaft und effektiv in den klinischen Alltag integriert werden können. Eine aktuelle spanische Studie (1) eines Forscherteams um Isabel Castro Garrido vom Department of Pediatrics des Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, zeichnet ein klares Bild: Die Bereitschaft der über 300 befragten Fachkräfte ist hoch, doch die technische Infrastruktur und die digitale Kompetenz hinken vielerorts noch hinterher.

Die Akzeptanz unter Kinderärzten und Pflegepersonal ist beeindruckend: fast 90% der Befragten befürworten, dass ihr Arbeitsplatz virtuelle Visiten anbieten sollte. Dabei wird die Technologie primär als Ergänzung zur persönlichen Betreuung und nicht als Ersatz gesehen. Besonders nützlich werden nach Einschätzung der Befragten VVs bei der Besprechung von Testergebnissen (81,6%), bei Nachsorgeterminen (74,5%) und der Überwachung chronischer Erkrankungen eingestuft. Dabei variiert der wahrgenommene Nutzen stark mit dem Alter der Patient:innen: Während VVs für Jugendliche als sehr geeignet (86,5%) empfunden werden, sieht das Fachpersonal bei Säuglingen (39,7%) aufgrund der Notwendigkeit körperlicher Untersuchungen deutlich engere Grenzen.

Trotz der positiven Grundstimmung identifiziert die Studie signifikante Hindernisse. An erster Stelle stehen technische Probleme wie instabile Internetverbindungen (52,6%) und Bedenken hinsichtlich der Datensicherheit (37,4%). Ein weit tieferliegendes Problem ist jedoch das menschliche Element: Etwa ein Viertel der Fachkräfte gab an, dass ihnen das Vertrauen im Umgang mit digitalen Werkzeugen fehlt.

Damit die digitale Transformation gelingt, fordern die Autor:innen der in dem Open Access-Medium „Children" veröffentlichten Studie gezielte Maßnahmen: Immerhin über 72% der Fachkräfte signalisieren Interesse an spezifischen Schulungsprogrammen. <<

Link: 1: https://doi.org/10.3390/children13010031

Was passiert, wenn ChatGPT Health kommt?

>> „Strukturwandel mit ChatGPT Health – ein Startschuss für Substitution und Produktivitätssprung?", lautet der Titel eines neuen Linkedin-Beitrags von Prof. Dr. Axel Mühlbacher, Professor für Health Economics und Health Care Management an der Hochschule Neubrandenburg. In seinem Artikel befasst er sich mit der Ankündigung des US-Unternehmens OpenAI mit „ChatGPT Health" (zunächst ohne EWR/Schweiz/UK) einen separaten Gesundheitsbereich in ChatGPT aufzubauen, in dem Nutzer Gesundheitsfragen stellen und (je nach Region) Unterlagen sowie Daten aus Apps anbinden können.

„ChatGPT Health" soll als eigener Bereich innerhalb von ChatGPT angelegt werden, getrennt von normalen Chats, mit erhöhten Datenschutzvorkehrungen. Nutzer sollen dort z. B. Laborwerte besser verstehen, sich auf Arztgespräche vorbereiten oder Muster über die Zeit erkennen. Mühlbacher: „Disruption heißt nicht ‚KI ersetzt Ärzte oder menschliches Know How'. Disruption heißt: Ein neuer Player übernimmt große Teile der Vor- und Nebenarbeit rund um Versorgung – und verschiebt Macht, Prozesse, Rollen und Wertschöpfung." <<