

INHALT

- **Sozialgericht kippt Apothekenabschlag**
- **Flach: Wahltarife sollen erhalten bleiben**
- **Neue Verhandlungen zum Versorgungsgesetz geplant**
- **Wahlfreiheit bei Generika bleibt ungenutzt**
- **Blickpunkt Hintergrund: AOK, BARMER GEK und Weisse Liste starten bundesweite Online-Arztuche**

■ **AOK-Arztnavigator startet deutschlandweit**

AOK und BARMER GEK haben die bisher größte Befragung von Patienten zur Zufriedenheit mit niedergelassenen Ärzten in Deutschland gestartet. Mit den Urteilen der Versicherten wird ein **Online-Portal** bestückt, das nicht kommerziell betrieben wird und Patienten künftig deutschlandweit bei der Suche nach einem geeigneten Arzt unterstützen soll. Entwickelt wurde das Portal von den beiden Krankenkassen gemeinsam mit der Weissen Liste, einem Projekt der Bertelsmann Stiftung und der Dachverbände der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen. „Das Portal lebt vom Mitmachen“, sagte der stellvertretende Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Jürgen Graalmann. „Wir, AOK und BARMER GEK, rufen unsere 30 Millionen Versicherten auf, diese Chance zu nutzen.“ Das Portal sei für Patienten entwickelt worden, richte sich aber nicht gegen Ärzte. „Im Gegenteil: Sie erhalten über das Portal ein systematisches Feedback ihrer Patienten“, so Graalmann. Eine Richtschnur bei der Entwicklung seien die **Kriterien** gewesen, die die Ärzteschaft selbst zur Qualität von Arztbewertungsportalen aufgestellt hat. Erste Befragungsergebnisse aus der Pilotphase in Berlin, Hamburg und Thüringen liegen bereits vor. Dort haben Versicherte in den vergangenen Monaten rund 45.000 Fragebögen ausgefüllt und ihre Ärzte dabei sehr positiv bewertet. Mehr dazu auf Seite 7.

Infos: www.aok-bv.de

■ **Bündnis gegen bürokratischen Sozialausgleich**

Arbeitgeber, Gewerkschaften, Kranken- und Rentenkassen und der Normenkontrollrat haben starke Kritik am Sozialausgleich geübt, mit dessen Hilfe ab 2012 Geringverdiener vor Überforderungen durch eventuell fällige Zusatzbeiträge geschützt werden sollen. Sie monieren den hohen Verwaltungsaufwand, insbesondere bei Beziehern von Einkommen beziehungsweise Renten aus mehreren Quellen. Kassenkreise schätzen die Zahl dieser Fälle auf rund 15 Millionen. Da die Krankenkassen die einzigen sind, die wissen, wie viele Beschäftigungen oder Renten jemand hat, sollen sie den Arbeitgebern, Arbeitsagenturen und Rentenkassen mitteilen, wie der Sozialausgleich im Einzelfall vorzunehmen ist. Der Arbeitsaufwand wird für enorm gehalten – und im Falle eines Machtwechsels nach der Bundestagswahl 2013 sogar unter Umständen für vergeblich, weil die Opposition den Sozialausgleich kippen könnte. Das Bundesgesundheitsministerium wies die Kritik zurück. Es handele sich überdies lediglich um fünf Millionen Menschen mit Mehrfacheinkommen oder -renten.

Infos: www.gesetze-im-internet.de

ZUR PERSON I



■ **Norbert Bischoff** bleibt auch nach der Landtagswahl in Sachsen-Anhalt in der dortigen Regierung für Gesundheit zuständig. Seine Amtsbezeichnung hat sich allerdings geändert. Er ist nun „Minister für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt“.



■ **Dr. Martin Weiser** tritt am 1. Juli in die Geschäftsführung des Bundesverbandes der Arzneimittel-Hersteller ein. Er soll als Hauptgeschäftsführer auf Dr. Mark Seidscheck folgen, der in den Ruhestand geht. Die Amtsübergabe ist für Ende September geplant. Noch ist Weiser Head Market Access and Healthcare Affairs bei Boehringer Ingelheim.

Redaktionsschluss
dieser Ausgabe:
5. Mai 2011

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Sozialgericht kippt Apothekenabschlag

Der **Apothekenabschlag** für 2009 ist aufgehoben und muss von der Schiedsstelle für Arzneimittelversorgung neu festgelegt werden. Das hat das Berliner Sozialgericht entschieden. Damit haben die gesetzlichen Krankenkassen in einem mehr als ein Jahr währenden Streit mit den Apothekern einen ersten juristischen Erfolg errungen. Er könnte ihnen Mehreinnahmen von bis zu 320 Millionen Euro bringen. Die Kassen haben stets argumentiert, dass der von der Schiedsstelle für 2009 von 2,30 auf 1,75 Euro pro Packung gesenkte Abschlag zu gering ist. Diesen müssen Apotheker von den 8,10 Euro zahlen, die sie an jeder verkauften Arzneimittelpackung verdienen. Damit sollen sie einen Beitrag zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen leisten. Das Gericht urteilte, die Schiedsstelle habe sich „nicht mit dem Umstand befasst, dass den gestiegenen Personal- und Sachkosten der Apotheken ein deutlich gesteigener Umsatz gegenüberstand“. Das Urteil ist noch nicht rechtskräftig. Die Revision hat das Gericht zugelassen. Für 2011 wurde der Abschlag gesetzlich festgelegt und liegt bei 2,05 Euro pro Packung.

Infos: www.berlin.de

■ Flach: Wahltarife sollen erhalten bleiben

„Es gibt in der Koalition keine Bestrebungen, die **Wahltarife** abzuschaffen.“ Mit dieser Äußerung hat die gesundheitspolitische Sprecherin der FDP-Fraktion, Ulrike Flach, auf Presseberichte reagiert, wonach der Bundesgesundheitsminister diesen Plan sehr wohl hegt. Hintergrund ist ein Briefwechsel zwischen dem **Bundesversicherungsamt** (BVA) und dem Bundesgesundheitsministerium (BMG). Darin hat das BVA Zweifel an der Kalkulationsgrundlage der Wahltarife angemeldet und insbesondere das Berücksichtigen sogenannter Halteeffekte kritisiert. Die gesetzlichen Krankenkassen kalkulieren bei ihrer Berechnung mit ein, dass sie mit einem Selbstbehalt-beziehungsweise Beitragsrückerstattungstarif gewöhnlich einen gut verdienenden Versicherten an sich binden und ihn nicht an die private Krankenversicherung verlieren. Laut Paragraph 53 des Fünften Sozialgesetzbuchs müssen „die Aufwendungen für jeden Wahltarif jeweils aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen aus diesen Wahlтарifen finanziert werden“. Der Halteeffekt wird mit bis zu 90 Prozent der Deckung veranschlagt. Dürfte er nicht mehr berücksichtigt werden, müssten viele Wahltarife so teuer werden, dass sie unattraktiv für Versicherte werden. Der stellvertretende Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Jürgen Graalman, hat davor gewarnt, die Berücksichtigung des Halteeffekts zu verbieten: „Die von der FDP versprochene größere Wahlfreiheit bliebe auf der Strecke. Ich kann mir nicht vorstellen, dass das die Union will.“ Noch 2010 hatte sich das BVA die Kostenkalkulationen der Krankenkassen vorlegen lassen und nicht beanstandet. Daniel Bahr, Parlamentarischer Staatssekretär im BMG, hat derweil angekündigt, den Sachverhalt mit dem BVA klären zu wollen.

Infos: www.gesetze-im-internet.de

ZUR PERSON II



■ Malu Dreyer

bleibt auch nach der Landtagswahl Gesundheitsministerin in Rheinland-Pfalz. Sie hat das Amt seit neun Jahren inne und war zuvor Sozialdezernentin in Mainz und Bürgermeisterin in Bad Kreuznach.

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Versorgungsgesetz: Neue Verhandlungen mit den Bundesländern geplant

Die Eckpunkte für das geplante **Versorgungsgesetz** werden unter Umständen noch einmal umformuliert. Wenige Tage nachdem Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler das Papier präsentiert und verkündet hatte, alle Beteiligten seien sich einig, haben die Länderminister das Gegenteil behauptet. Nun soll am 17. Mai weiterverhandelt werden. Die Länder beklagen, der mit ihnen ausgehandelte Kompromiss sei in den Eckpunkten in mehreren Passagen nicht hinnehmbar modifiziert worden. So sei es für sie unabdingbar, im Gemeinsamen Bundesausschuss nicht nur ein Mitspracherecht, sondern auch ein Initiativrecht zu erhalten. Die Länder fordern außerdem bei den **Selektivverträgen** zwischen Krankenkassen und Ärzten beziehungsweise Kliniken ein Initiativ- und Beanstandungsrecht ein. Das geplante Gesetz soll insbesondere die ambulante medizinische Versorgung verbessern.

KOMMENTAR

Neu sind Erlebnisse, wie sie die Länderminister hatten, nicht, schon gar nicht in der Politik. Im konkreten Fall hat Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler nach der Einigung mit den Ländern Zugeständnisse an Ulrike Flach und Heinz Lanfermann gemacht, die sich gegen föderale Mischkompetenzen verwahrten. Röslers Parteikollegen haben in einem Punkt Recht: Je mehr Institutionen oder Personen mitbestimmen dürfen, desto schwieriger ist es oft, schnell praktikable Lösungen für Probleme zu finden. Die AOK plädiert daher nicht von ungefähr für Deregulierung. Wenn das Paket jetzt schon noch mal aufgedröselst wird, sollte man auch gleich noch mehr wirkungsvolle Maßnahmen zum Abbau der Überversorgung beschließen und sich nicht so sehr auf die Unterversorgung konzentrieren. Schließlich gibt es in Deutschland in überversorgten Regionen 25.000 Ärzte zu viel und in unterversorgten Gebieten gerade einmal 800 zu wenig. (ink)

■ Neue BMG-Vorschläge für Novelle der Apothekenbetriebsordnung

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) unternimmt einen zweiten Versuch, eine Novelle der **Apothekenbetriebsordnung** auf den Weg zu bringen. Ein neues Papier aus dem BMG sieht vor, dass Apotheker ihre Kunden besser über Risiken und Nebenwirkungen von Arzneimitteln aufklären und den Beratungsbedarf durch Nachfragen feststellen sollen. Außerdem dürfen die Pharmazien nach BMG-Vorstellungen künftig nur so viele Kosmetika und Drogerieartikel anbieten, dass der „Eindruck einer Apotheke“ gewahrt bleibt. Einen ersten Vorschlag seines Hauses für die aus dem Jahr 1987 stammende und seit 16 Jahren fast unveränderte Apothekenbetriebsordnung hatte Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler im Sommer vergangenen Jahres gestoppt. Dieses hatte den Apothekern konkrete Obergrenzen für die Verkaufsfläche für Hustenbonbons und Hautcremes vorgeschrieben. Genaue räumliche Vorschriften waren auch für den Abstand zwischen Bedienplätzen geplant. Im neuen Papier werden die Apotheker aber immer noch angehalten, statt für Vitamintabletten mehr Raum für die diskrete Beratung ihrer Kunden zur Verfügung zu stellen, für das lukrative Nebensortiment könnten sie gegebenenfalls einen Drogeriemarkt eröffnen. Zu den Erleichterungen, die das Papier vorsieht, gehört, dass die Apotheker künftig selbst entscheiden dürfen, wie viele Laborgeräte sie für ihre Arbeit benötigen.

Infos: www.bmg.bund.de

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Union will ausländische Pfleger aus der Illegalität holen

CDU und CSU wollen ausländische Pflege-Helfer aus der Illegalität holen. In einem Eckpunktepapier für die Reform der **Pflegeversicherung** haben sie sich für ein Modell ausgesprochen, das ähnlich bereits in Österreich praktiziert wird. Betreuer sollen nach dem Unions-Vorschlag dann legal in Deutschland arbeiten dürfen, wenn die Familien ihnen einen Lohn zwischen 800 und 1.000 Euro im Monat zahlen, ein eigenes Zimmer zugestehen und sie kostenlos verpflegen. Derzeit arbeiten etwa 90 Prozent aller mittel- und osteuropäischen Pfleger und Betreuer in Deutschland schwarz. Es sind etwa 100.000 Menschen. Von Krankenkassen und paritätischen Verbänden erten CDU und CSU Lob für ihre Initiative. Kritik kam von den Grünen und der SPD. Deren gesundheitspolitischer Sprecher Professor Karl Lauterbach monierte, die Union wolle die Betreuer zu Hungelöhnen arbeiten lassen, anstatt die Pflegeberufe attraktiv zu machen und einen flächendeckenden, guten Mindestlohn anzustreben. Die Eckpunkte sehen auch Verbesserungen für Demenzkranke und pflegende Angehörige vor.

■ AOK hält an Sortierhilfen im Pflegeheimnavigator fest

Die AOK hält an den Zusatzfunktionen ihres Pflegeheimnavigators fest – obwohl einige Pflegeeinrichtungen dagegen vor Gericht ziehen. „Statt Pflegebedürftige und deren Angehörigen von der Qualität ihrer Einrichtung zu überzeugen, setzen die Betreiber dieser Heime lieber darauf, die Veröffentlichung ungünstiger Bewertungen zu verhindern“, sagte die Leiterin der Abteilung Pflege im AOK-Bundesverband, Nadine-Michèle Szepan. Die Zusatzfunktion im AOK-Pflegeheimnavigator bietet die Möglichkeit, Pflegeeinrichtungen nach neun ausgewählten Qualitätskriterien selbstständig zu sortieren. Diese Faktoren sind für die Gesundheit des Heimbewohners von besonderer Bedeutung, jedoch unter den insgesamt 82 Qualitätskriterien des Transparenzberichts nicht auf Anhieb erkennbar. „Deshalb haben wir diese Hilfe entwickelt und weisen die Nutzer des Pflegeheimnavigators in einem Textfeld ausdrücklich darauf hin, dass diese Sortierung ein zusätzliches Serviceangebot ist“, so Szepan. Gegen die selbstständige Sortierungsmöglichkeit von Bestandteilen der Transparenzberichte haben einzelne Pflegeheime bisher drei Gerichtsverfahren angestrengt. Die Sozialgerichte Detmold und Lüneburg Anfang April bestätigten die AOK-Position; das Sozialgericht Berlin hielt die Sortierung für unzulässig. Alle drei Verfahren sind noch nicht rechtskräftig entschieden, da die jeweils unterlegene Partei das zuständige Landessozialgericht angerufen hat beziehungsweise die Frist zur Einlegung der Beschwerde noch läuft. Weitere fünf Verfahren sind vor Sozialgerichten anhängig.

Infos: www.aok-gesundheitsnavi.de

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ DKG, KBV und KZBV wollen Gemeinsamen Bundesausschuss entmachten

Eine faktische Entmachtung des **Gemeinsamen Bundesausschusses** (GBA) fordern die **Deutsche Krankenhausgesellschaft** (DKG), **Kassenärztliche Bundesvereinigung** (KBV) und die **Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung** (KZBV) in einem gemeinsamen Positionspapier. Die Verbände hoffen, dass es noch beim geplanten Versorgungsgesetz berücksichtigt wird. DKG, KBV und KZBV fordern mehr Einfluss der einzelnen Organisationen und weniger Macht für den unparteiischen Vorsitzenden des GBA, dessen Letztentscheidungsrecht die Kompromissfindung behindere. In den Eckpunkten der Regierungskoalition für das Versorgungsgesetz ist bereits vorgesehen, dass die Entscheidungsstrukturen des GBA überarbeitet werden sollen. Details werden nicht genannt.

Infos: www.kbv.de

■ Raffelhüschen: Erstes Pflegejahr selbst bezahlen

Jeder Pflegebedürftige soll ein Jahr Pflege selbst bezahlen, bevor die Pflegeversicherung greift. So kann der **Beitragsatz** bis 2029 stabil gehalten werden. Das schlägt Professor Bernd Raffelhüschen in einem Gutachten für das Deutsche Institut für Altersvorsorge vor. Die Kosten für das Karenzjahr könnten durch eine kapitalgedeckte Pflichtpauschale von etwa 25 Euro pro Monat gedeckt werden, so der Freiburger Professor. Die Zahl der Pflegebedürftigen werde von heute 2,3 auf 4,4 Millionen im Jahr 2050 steigen. Raffelhüschen rechnete vor, dass der Beitrag zur Pflegeversicherung von derzeit 1,95 Prozent auf mindestens fünf Prozent im Jahr 2060 steigen würde, falls keine Vorkehrungen getroffen würden. Die Regierung plant eine Pflegereform, hat sich offiziell aber noch nicht zu finanziellen Fragen geäußert.

Infos: www.dia-vorsorge.de

■ Mehrkostenregelung bei Generika ungenutzt

Die Bundesbürger machen kaum Gebrauch von der seit Jahresbeginn geltenden Regelung, sich in der Apotheke ein anderes Medikament mit dem gleichen Wirkstoff aushändigen zu lassen als das, für das ihre Krankenkasse einen **Rabattvertrag** abgeschlossen hat. Eine Anfrage bei fünf Krankenkassen mit 23 Millionen Versicherten ergab, dass im ersten Quartal 2011 nur 2.261 Menschen die Regelung in Anspruch nahmen. Der AOK-Bundesverband hatte beim Start der Regelung darauf hingewiesen, dass die Wahl eines anderen Medikaments für Versicherte mit Mehraufwand und zusätzlichen Kosten verbunden sei: Die Versicherten müssten zunächst den vollen Betrag vorstrecken und erhielten in den Regel nur einen Teilbetrag von der Krankenkasse erstattet.

Infos: www.aok-bv.de

Vorschau

G+G Gesundheit und Gesellschaft

„Welcher Arzt passt zu mir?“

Mit dem Arztnavigator von AOK, BARMER GEK und Weisser Liste erhalten jetzt 30 Millionen gesetzlich Versicherte erstmals eine fundierte und verlässliche Orientierungshilfe, wenn sie auf Arztsuche gehen. Ein Beitrag von Peter Willenborg und Kai Kolpatzik.

Versorgungsgesetz:

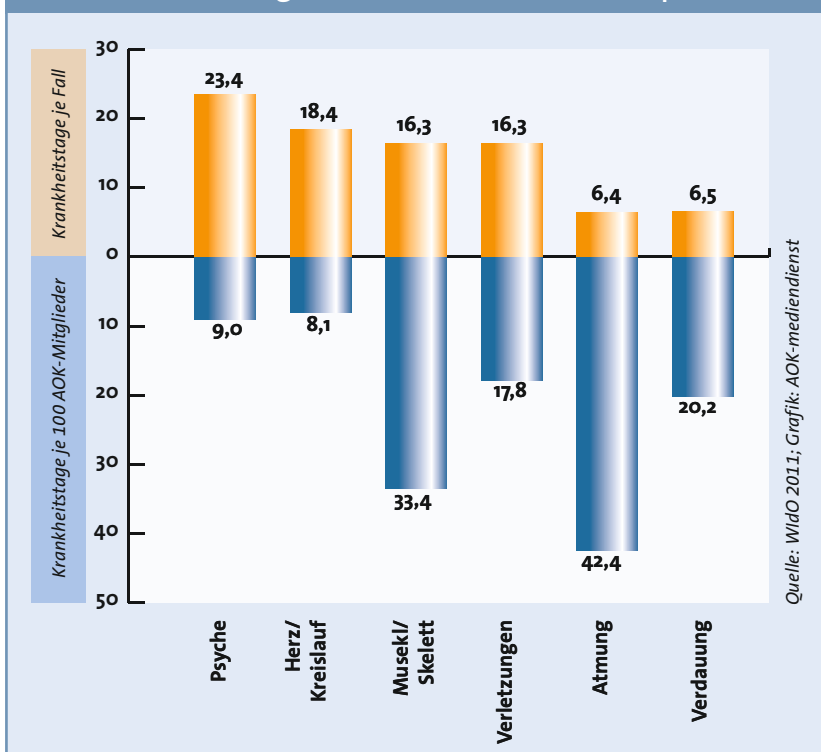
Schrauben ohne Plan

Die schwarz-gelbe Koalition hat Eckpunkte für ein Versorgungsgesetz vorgelegt. Jan Carels vermisst darin ein ordnungspolitisches Leitbild.

Sozialwahlen: Beitragszahler bestimmen mit

Am 1. Juni ist es soweit: Zum elften Mal seit 1953 entscheiden Versicherte und Arbeitgeber, wer ihre Interessen in der Selbstverwaltung der Sozialversicherungsträger wahrnimmt. Details liefert Kai Senf.

Arbeitsunfähigkeit nach Krankheitsarten | 2010



Immer mehr Menschen leiden an psychischen Erkrankungen. Zwischen 2004 und 2010 ist die Zahl der Fehltag im Zusammenhang mit der Diagnose Burnout um das Neunfache angestiegen. 2010 ging fast jeder zehnte Ausfalltag auf eine psychische Erkrankung zurück, wie eine Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIDO) ergab, die auf den Daten von über zehn Millionen AOK-versicherten Beschäftigten basiert. Der Krankenstand lag 2010 wie im Vorjahr bei 4,8 Prozent.

Infos: www.aok-bv.de

„Qualität sucht Hausarzt“: Rosenthaler Gespräche am 25. Mai

„Qualität sucht Hausarzt“ – unter diesem Motto diskutieren Politiker, Praktiker, Wissenschaftler und andere Experten am Mittwoch, den 25. Mai, ab 17 Uhr bei den Rosenthaler Gesprächen im Gebäude des AOK-Bundesverbandes. Ein wichtiges Thema wird dabei das geplante Versorgungsgesetz sein. Zu den Podiumsteilnehmern werden der gesundheitspolitische Sprecher der CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag, Jens Spahn, und die SPD-Politikerin und Vorsitzende des Bundestagsausschusses für Gesundheit, Carola Reimann, gehören. Anmeldungen nimmt der AOK-Bundesverband unter politik@bv.aok.de entgegen. Die Rosenthaler Gespräche sind ein Forum der Selbstverwaltung der Gesundheitskasse und sollen den Dialog mit der Politik und der Gesellschaft fördern.

Infos: www.aok-bv.de

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

«BLICKPUNKT HINTERGRUND»

■ AOK, BARMER GEK und Weisse Liste starten deutschlandweite Online-Arztuche

Seit diesem Monat können 30 Millionen Versicherte der AOK und der BARMER GEK online ihre Ärzte beurteilen. Möglich macht das ein Portal, das höchsten wissenschaftlichen Ansprüchen genügt, Datensicherheit gewährleistet, manipulationssicher ist und eine echte Orientierungshilfe bietet.

„Mit dem AOK-Arztnavigator setzen wir völlig neue Maßstäbe für Arztbewertungsportale im Internet.“ Jürgen Graalman, stellvertretender Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, ist sich ganz sicher, wenn er von der neuen Online-Arztuche spricht. Dass die Gesundheitskasse eine solchen gemeinsam mit Partnern entwickeln wolle, hatte er im Sommer 2009 auf einem Presseseminar angekündigt und damit eine breite öffentliche Diskussion entfacht. Neben viel Lob von Verbraucherschutz- und Patientenverbänden erntete der AOK-Vize damals auch eine Menge Kritik. So fürchtete manche Ärzteorganisation, es sollten Mediziner im AOK-Arztnavigator öffentlich an den Pranger gestellt oder gegeneinander ausgespielt werden.

» Vor der Konzeption: Versichertenbefragung und Analyse bisheriger Online-Angebote

Zwei Jahre später geht die neue Online-Arztuche nun deutschlandweit an den Start. Wissenschaftler, Ärzte, Datenschützer und Verbraucherorganisationen zeigen sich allesamt begeistert von dem Angebot. Dazu beigetragen hat, dass die Projektpartner AOK, BARMER GEK und Weisse Liste sehr umsichtig bei der Konzeption des neuen Angebots vorgegangen sind, das unter den drei Namen AOK-Arztnavigator, BARMER GEK Arztnavi und Weisse Liste firmiert. So fragte die Bertelsmann Stiftung 2008 in ihrem Gesundheitsmonitor die Bedürfnisse der Versicherten und ihre Erwartungen an eine Online-Arztuche ab. Wichtigste Ergebnisse: Die Versicherten wünschen sich mehr hilfreiche Information bei der Arztuche und legen besonderen Wert darauf, dass die Mediziner sie mit ihren Gesundheitsproblemen ernst nehmen und ihnen medizinische Sachverhalte verständlich erläutern – und das in einem freundlichen Ton.

Die Universität Nürnberg-Erlangen untersuchte 2009 bereits existierende Arztbewertungsportale und analysierte die Schwachstellen. Dabei fand sie heraus, dass Online-Arztuchen bislang nur eingeschränkt in der Lage sind, Patienten bei der Suche nach dem richtigen Mediziner zu unterstützen, etwa weil sie manipulationsanfällig sind oder der Fragenkatalog nicht reicht, um die Qualität einer Arztpraxis wirklich zu beurteilen.

» Manipulationssicher und aussagekräftig

Die Initiatoren des AOK-Arzt navigators berücksichtigten die Erkenntnisse der Befragung und der Analyse berücksichtigten. Sie entwickelten einen wissenschaftlich abgesicherten Fragebogen, der alle Leistungsbereiche innerhalb einer Arztpraxis abdeckt, mit denen Patienten in Berührung kom-

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

men: Praxispersonal, Räumlichkeiten, Praxisorganisation, medizinische Geräteausstattung, Kommunikation und die eigentliche Behandlung. Ergänzend wird der Befragte um eine Gesamteinschätzung gebeten. Freitextfelder gibt es nicht, um Schmähkritik zu vermeiden. Die Projektpartner haben auch dafür gesorgt, dass die Bewertungen einer Praxis grundsätzlich aussagekräftig sind. So müssen mindestens zehn Versicherte einen Arzt und sein Team bewertet haben, bevor die Ergebnisse online gehen. Ein Registrierungssystem verhindert, dass ein und derselbe Patient einen Mediziner gleich mehrfach bewertet, wie es bei anderen Portalen möglich ist. Auch für größtmögliche Fairness für Ärzte ist gesorgt: Diese können ihre Bewertungen sperren lassen oder kommentieren, aber auch Bilder ihrer Praxis hochladen und sich über neue Bewertungen informieren lassen.

» Von ÄZQ und Datenschützern untersucht und befürwortet

Eine Richtschnur bei der Entwicklung des neuen Angebots waren Kriterien, die die Ärzteschaft selbst zur Qualität von Bewertungsportalen für Mediziner aufgestellt hat. Die Projektpartner haben daher auch das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) gebeten, das Portal zu prüfen. Das Ergebnis: Das neue Angebot erfüllt die Qualitätsanforderungen des ÄZQ und geht an einigen Stellen sogar darüber hinaus. Dabei hat es besser abgeschnitten als alle anderen, später getesteten Portale. Das Unabhängige Landeszentrum für Datenschutz (ULD) Schleswig-Holstein hat außerdem die Manipulationsicherheit des Systems unter die Lupe genommen und bestätigt, dass sich Patienten trotz Registrierung anonym in dem Portal bewegen können. So ist ausgeschlossen, dass beispielsweise die beteiligten Krankenkassen die Identität des Nutzes erfahren.

» Feedback hilft auch den Ärzten

Erste Befragungsergebnisse aus einer Pilotphase in Berlin, Hamburg und Thüringen liegen bereits vor. Dort haben Versicherte in den vergangenen Monaten rund 45.000 Fragebögen ausgefüllt und sich insgesamt sehr positiv zu den Medizinerinnen geäußert. 90 Prozent der befragten Patienten würden den eigenen Arzt „bestimmt“ oder „wahrscheinlich“ weiterempfehlen. Bei der weiteren Analyse zeigte sich: Wird die Kommunikation mit dem Arzt positiv bewertet, ist die Zufriedenheit insgesamt hoch. „Die Praxen profitieren ebenfalls von dem neuen Angebot. Sie erhalten durch das Portal nämlich kostenlos eine faire und methodisch fundierte Rückmeldung zu ihrer Arbeit. Sie ermöglicht ihnen, gezielt einzelne Problemfelder anzugehen und ihre Qualität weiter zu steigern“, urteilt Graalmann.

Versicherte der AOK und der BARMER GEK, die 15 Jahre oder älter sind, können sich mit den Angaben auf ihrer Versichertenkarte bei dem Portal registrieren. Gesammelt und bereitgestellt werden Informationen zu allen Ärzten, zu denen Versicherte Zugang haben, mit Ausnahme von Zahnärzten und Psychotherapeuten, die noch nicht in der Befragung eingeschlossen sind. Für diese Fachgruppen wollen die Initiatoren separate Befragungsinstrumente entwickeln. Ab 2012 können sich alle anderen Krankenkassen und deren Versicherte an dem Portal beteiligen.

Infos: www.aok-arztnavi.de