

INHALT

- Flach, Spahn und Straubinger wollen Änderungen beim Sozialausgleich
- Rösler plant Gesetz gegen Mediziner-mangel auf dem Land
- EU-Parlament will Mutterschutz verlängern
- Deutsches Endoprothesenregister startet 2011
- Blickpunkt Hintergrund: Rosenthaler Gespräche 2010 zur Transparenz im Gesundheitswesen

Redaktionsschluss
dieser Ausgabe:
15. November 2010

■ Rosenthaler Gespräche: Transparenz hilft nicht nur den Patienten

Der **Arztnavigator** ist ein Musterbeispiel für vertrauenswürdige Information. Das attestierten die Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen, Regina Feldmann, und der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, der Bundestagsabgeordnete Wolfgang Zöllner, dem gemeinsamen Projekt von AOK und Weisser Liste. Sie äußerten sich entsprechend bei den Rosenthaler Gesprächen im AOK-Bundesverband. Der **Arztnavigator** soll künftig deutschlandweit eine qualifizierte Arztsuche ermöglichen, wie Fritz Schösser, Vorsitzender des Aufsichtsrates des AOK-Bundesverbandes (Versichertenvertreter), erläuterte. Dr. Volker Hansen, alternierender Aufsichtsratsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes (Arbeitgeberseite), erklärte, dass die AOK Transparenz im Sinne ihrer Versicherten gerne noch nutzbringender einsetzen würde, etwa indem sie mit den Leistungserbringern **selektive Verträge** schließt, die besonders hohe Qualität liefern. Das Forum der Selbstverwaltung beschäftigte sich mit dem Thema „Durchblick für den Patienten – Wie viel Transparenz braucht das Gesundheitswesen?“. Mehr auf Seite 7.

Infos: www.aok-bv.de

■ AMNOG und GKV-FinG: AOK bewertet Reformgesetze überwiegend positiv

Der AOK-Bundesverband hat die Ende vergangener Woche vom Bundestag verabschiedeten **Gesundheitsreformen** grundsätzlich positiv bewertet, zum Teil aber auch kritisiert. So lobte der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Dr. Herbert Reichelt, die im Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) beschlossene schnellere Nutzenbewertung von neuen Medikamenten. Die Patienten würden davon profitieren, dass der Preis eines neuen Arzneimittels künftig an dessen therapeutischen Nutzen gekoppelt würde. Auch die finanzielle Beteiligung von Pharmaunternehmen, Medikamenten-Großhändlern und Apotheken an den steigenden Kosten des Gesundheitswesens begrüßte Reichelt. Deutliche Kritik übt die AOK jedoch an den kartellrechtlichen Regelungen im AMNOG. Die AOK befürchte, dass die Pharmaindustrie jetzt noch massiver versuchen werde, bestehende und neue **Arzneimittelrabattverträge** zu blockieren. Das GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) stuft Reichelt als Notoperation ein. Er kritisierte: „Es fehlen nachhaltige Strukturreformen zu Gunsten von mehr Wettbewerb.“ Die Krankenkassen bräuchten mehr Vertragsfreiheit.

Infos: www.aok-bv.de

ZUR PERSON I



Dr. Max Kaplan ist neuer Präsident der Bayerischen Landesärztekammer. Er folgt Dr. Hellmut Koch nach, der krankheitsbedingt zurückgetreten ist. Kaplan war zuvor Vizepräsident der Kammer.



Dr. Norbert Metke wurde zum neuen Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg gewählt. Er löst Dr. Achim Hoffmann-Goldmayer ab. In anderen Kassenärztlichen Vereinigungen wurden bei entsprechenden Wahlen die bisherigen Vorsitzenden in ihren Ämtern bestätigt. Dazu gehören **Dr. Wolfgang Eckert** (Mecklenburg-Vorpommern), **Dr. Gunter Hauptmann** (Saarland) und **Dr. Klaus Heckemann** (Sachsen).

■ Auslieferungsquoten und Bezahlungsfunktion: Rösler macht Druck bei der eGK

Ende 2011 soll jeder zehnte gesetzlich Krankenversicherte über eine **elektronische Gesundheitskarte** (eGK) verfügen. Falls eine Krankenkasse nicht genügend Karten ausgibt, werden ihr zwei Prozent der **Verwaltungsausgaben** gestrichen. Einen entsprechenden Änderungsantrag zum GKV-Finanzierungsgesetz hat der Bundestag am 12. November beschlossen. Der **GKV-Spitzenverband** hatte im Vorfeld versucht, Gesundheitsminister Dr. Philipp Rösler von seinem Vorhaben abzubringen. Die Kassen würden mit der Maßnahme zu unwirtschaftlichem Verhalten gezwungen, so der Verband. Schließlich sei davon auszugehen, dass bis Ende nächsten Jahres nicht alle Arzt- und Zahnarztpraxen mit neuen Kartenlesegeräten ausgestattet seien, so dass die Versicherten zwei Karten bräuchten: die neue und die herkömmliche. Wenn sich Versichertendaten änderten, müssten außerdem in der Übergangszeit immer zwei Karten ausgetauscht werden. Problematisch ist laut GKV-Spitzenverband auch, dass die technischen Spezifikationen der eGK vor ihrer Online-Anwendung noch einmal verändert werden müssen. Dies verursache den Kassen unnötige Kosten von 50 Millionen Euro. Derzeit hat Rösler angekündigt, in einem für 2011 geplanten Gesetz zu verankern, dass die Praxisgebühr künftig über die eGK eingezogen werden soll. Der GKV-Spitzenverband wies darauf hin, dass diese Bezahlungsfunktion technisch nicht geplant und eine überhastete Einführung der eGK deswegen kontraproduktiv sei.

Infos: www.gkv-spitzenverband.de/Statement_Pfeiffer_101105.gkvnet

■ Sozialausgleich: Flach, Spahn und Straubinger fordern baldige Änderungen

Kurz vor Verabschiedung der Gesundheitsreformen und nahezu zeitgleich mit einem neuen Papier der SPD zur Bürgerversicherung haben die Gesundheitspolitiker Ulrike Flach (FDP), Jens Spahn (CDU) und Max Straubinger (CSU) am 4. November ein nicht betitelttes Konzept vorgelegt, in dem sie Vorschläge für die künftige Ausgestaltung des Sozialausgleichs aus Steuermitteln machen. Die Autoren plädieren dafür, nicht nur Lohn, Gehalt und Rente zu berücksichtigen, sondern auch Einnahmen aus Vermietungen und Verpachtungen, Zinsen, Dividenden sowie andere Einkommen. Damit peilen sie dieselben Einkommensarten an, die die SPD bei ihrem Modell der Bürgerversicherung vorsieht. Flach, Spahn und Straubinger halten die Berücksichtigung aller Einkommensarten für gerechter, weil so die tatsächliche finanzielle Leistungsfähigkeit eines Krankenkassenmitglieds herangezogen würde. Das Verfahren sei auch praktikabel. Bereits im Zusammenhang mit der Überforderungsklausel für **Zuzahlungen** zu Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln würden andere Einkommensarten erfolgreich mitberücksichtigt. Die Autoren forderten, spätestens bei der nächsten Finanzreform der gesetzlichen Krankenversicherung den von ihnen skizzierten Weg einzuschlagen.

Infos: www.bundesregierung.de

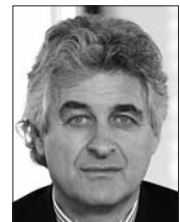
ZUR PERSON II



Andreas Zapf übernimmt den neu geschaffenen Posten des Landesarztes in Bayern. Zapf ist Präsident am Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit.



Gabriele Hartl, Leiterin des Referats Palliativmedizin und Geriatrie im Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit, ist nun Patientenbeauftragte in Bayern.



Prof. Peter Sawicki hat beim Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität Köln Aufgaben in Forschung und Lehre übernommen. Bis August war er Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.

■ KZBV-Aktion stößt auf Unverständnis

Die Ankündigung der **Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung** (KZBV), nicht notwendige Behandlungen könnten ins neue Jahr verschoben werden, weil die Budgets aufgebraucht seien, ist bei Fachleuten auf Kritik gestoßen. CDU-Gesundheitspolitiker Jens Spahn sagte, er habe „null Verständnis für diese Aktion.“ Der Parlamentarische Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium Daniel Bahr riet Betroffenen, der Krankenkasse oder dem Sozialministerium verweigernde Zahnärzte zu nennen. Die Kassenzahnärzte seien verpflichtet, ihre Patienten zu behandeln. Der GKV-Spitzenverband erklärte, es sei „unverantwortlich, die Ängste von Patienten schüren, nur um eigenen Honorarforderungen Nachdruck zu geben“. Der AOK-Bundesverband teilte mit, es sei schon immer normal gewesen, Termine mit einem gewissen Vorlauf zu vergeben. Wenn Funktionäre dies nun zum Streik umdeuteten, sei dies Unfug, so Pressesprecher Udo Barske. Das **Bundesversicherungsamt** hat angekündigt, gegen Zahnärzte vorzugehen, die ihren Patienten aus finanziellen Gründen eine Behandlung verweigern.

Infos: www.aok-bv.de

KOMMENTAR

Wie unschön, dass am Ende des Budgets noch so viel Jahr übrig ist. Diese Logik scheint der Chef der Kassenzahnärzte, Jürgen Fedderwitz, zu vertreten. Gewiss, wenn eine begrenzte Geldmenge mutwillig so verteilt wird, dass Zahnärzte in den ersten neun Monaten überdurchschnittlich viel davon erhalten, dann darf man sich nicht wundern, dass am Jahresende nichts mehr da ist. Dafür aber die Patienten in Geiselnhaft zu nehmen, ist unlauter und ungeschickt. Es ist im Übrigen auch nicht neu, dass die Kassenzahnärzte sich durch die in ihrem Bereich geltende Budgetierung eingeschränkt fühlen und das Honorarsystem als überarbeitungsbedürftig ansehen. Über solche Dinge sollte sich die KZBV aber im Bedarfsfall mit den anderen Entscheidern im Gesundheitswesen verständigen, anstatt Aktionen in der Presse zu verkünden. Das scheinen übrigens auch viele Zahnärzte so zu sehen: Sie bohren weiter wie zuvor. (ink)

■ Rösler plant Gesetz gegen Mediziner-mangel

Die ärztliche Versorgung auf dem Land will Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler mit Hilfe eines Gesetzes verbessern. Das kündigte er nach einem Treffen mit den Gesundheitsministern der Länder an. Das Gesetz soll im ersten Halbjahr 2011 kommen. Die Länder wollen daran mitarbeiten und legten bei ihrem Treffen mit Rösler konkrete Vorschläge vor. Der Minister möchte jedoch eine Kommission einsetzen und hat bereits angekündigt, dass künftig das Alter der Bevölkerung mit darüber entscheiden soll, wie viele Ärzte sich in welcher Region niederlassen dürfen. Mit einem ungewöhnlich radikalen Vorschlag für die Reform hat sich zwischenzeitlich die CSU zu Wort gemeldet: Der stellvertretende Vorsitzende der Unions-Bundestagsfraktion, Johannes Singhammer, plädierte dafür, **Zulassungssperren** für niedergelassene Ärzte komplett abzuschaffen. Der Präsident des Deutschen Pflegerats hingegen monierte, Rösler lasse bei seinen Plänen die Pflegebranche außen vor. Es müssten übergreifende Konzepte her. Dass der Minister nun aktiv wird, hängt unter anderem damit zusammen, dass nach Angaben der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung die Ärzteschaft überaltert und es 2020 rund 7.000 Hausärzte weniger geben wird. Betroffen seien vor allem ländliche Gebiete.

Infos: www.gmkonline.de/?&nav=beschluesse_83

■ PKV: Finanzprobleme wegen Nichtzahlern und niedrigen Marktzinsen

Die **private Krankenversicherung** (PKV) leidet derzeit doppelt unter Finanzproblemen. Zum einen steigt Medienberichten zufolge die Zahl derer, die ihre Beiträge nicht entrichten, so dass die PKV die Einführung eines Tarifs für Nichtzahler erwägt. Zum anderen belasten niedrige Marktzinsen die Bilanzen der Versicherungsunternehmen, was vielfach Prämienhöhungen von sechs bis acht Prozent nötig werden lässt. Einer Sprecherin der Central in Köln zufolge gibt es PKV-weit derzeit rund 150.000 Nichtzahler, was bis Ende 2010 zu Außenständen von 300 Millionen Euro führen wird. Erwogen wird ein Sondertarif von rund 100 Euro monatlich. Der **Basistarif**, in den Nichtzahler den gesetzlichen Regelungen zufolge nach einem Jahr wechseln können, beträgt derzeit 560 Euro im Monat, ist also für Zahlungsunfähige keine wirkliche Alternative. Unklar ist noch, ob für den neuen Sondertarif eine Gesetzesänderung notwendig ist. Das zweite Problem, das des Marktzinses, ist für die Versicherungsunternehmen so gravierend, weil sie Altersrückstellungen für ihre Versicherten bilden müssen. Derzeit beträgt deren Höhe 144 Milliarden Euro. Jahrzehnte lang lag der Zinssatz, den die Unternehmen dafür erzielten, bei den vom Bundesfinanzministerium vorgeschriebenen Maximalsatz von 3,5 Prozent. Aktuell erhalten die Versicherer oft nur 2,5 Prozent, garantieren aus Wettbewerbsgründen jedoch ihren Kunden weiterhin 3,5 Prozent. Erste Unternehmen haben bereits angekündigt, ihre Prämien zu verteuern.

Infos: <http://www.pkv.de/zahlen/>

■ EU-Parlament: Mutterschutz soll verlängert werden

Das EU-Parlament hat in erster Lesung eine Änderung der Mutterschafts-Richtlinie beraten und mit knapper Mehrheit dafür votiert. Danach soll die Mindestschutzzeit von 14 auf 20 Wochen angehoben werden. In dieser Zeit ist den Frauen 100 Prozent des letzten Monatseinkommens zu zahlen. Männer sollen zwei Wochen bei Fortzahlung der Bezüge frei bekommen. Auf Deutschland kämen Berechnungen des Fraunhofer-Instituts zufolge Mehrkosten in Höhe von 1,7 Milliarden Euro zu, wenn nun auch der Ministerrat die Richtlinien-Änderung absegnet. Dieser wird sich in den nächsten Monaten mit qualifizierter Mehrheit auf eine Position verständigen müssen. In Deutschland beträgt die Schutzzeit aktuell 14 Wochen. Es werden 100 Prozent des letzten Gehalts gezahlt. Wie sich die Mehrbelastungen konkret auf den Bund, die Arbeitgeber und die Krankenkassen verteilen würden, lässt sich noch nicht sagen. Bisher ist nämlich nicht klar, wer die Kosten für Selbstständige übernehmen soll. Arbeitgeberpräsident Prof. h.c. Dr. Dieter Hundt hat sich bereits gegen die Verlängerung der Schutzzeit ausgesprochen und die Abgeordneten dazu aufgefordert, dagegen zu stimmen.

Infos: www.angelika-niebler.de/htm/plenarwoche1010.htm

ZUR PERSON III



Dr. Klaus Theo Schröder wird ab dem 1. Januar 2011 neuer Ombudsmann der privaten Kranken- und Pflegeversicherung sein. In dieses Amt berief ihn der Verband der privaten Krankenversicherung. Der ehemalige Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium folgt Dr. Helmut Müller nach, der aus Altersgründen keine weitere Amtszeit anstrebt.

■ Deutsches Endoprothesenregister startet im kommenden Jahr

2011 soll das Deutsche Endoprothesenregister entstehen. Das haben die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, die AOK, die Ersatzkassen und die Medizinproduktehersteller beschlossen. Hintergrund der Initiative ist die steigende Zahl von Eingriffen, besonders an Hüften und Knien, und die damit verbundenen Kosten. Derzeit werden jährlich rund 390.000 solche Operationen vorgenommen. Die Krankenkassen geben dafür etwa 3,5 Milliarden Euro aus, wissen aber wenig über den langfristigen Erfolg der Eingriffe. Das liegt daran, dass in Deutschland nur produktbezogene Fehler gemeldet werden müssen, nicht aber patientenbezogenes Implantatversagen oder Mängel, die auf Leistungen des Krankenhauses zurückzuführen sind. „Wir freuen uns, wenn wir künftig Auffälligkeiten rasch identifizieren und somit Patienten vor Schäden schützen können. In anderen Ländern haben solche Register außerdem schon erheblich zur Kostenreduktion beigetragen, weil minderwertige Produkte schneller erkannt wurden“, erklärt dazu Jürgen Malzahn, Leiter der Abteilung Stationäre Versorgung, Rehabilitation im AOK-Bundesverband. Das Deutsche Endoprothesenregister startet mit Daten von Versicherten der AOK sowie der Ersatzkassen. Langfristig sollen auch die Versicherten aller anderen Kassen einbezogen werden können.

Infos: www.dgooc.de

■ Prävention: Immer mehr machen mit

Gesundheitsangebote der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) haben nach wie vor Hochkonjunktur. Das zeigen die Zahlen des jüngst veröffentlichten Präventionsberichts 2010. Mit Präventionsmaßnahmen konnten mittlerweile knapp zehn Millionen Menschen erreicht werden. Ein Jahr zuvor waren es noch rund eine Million weniger. Die AOK investierte im vergangenen Jahr 96 Millionen Euro und damit 31 Prozent der GKV-Ausgaben in der **Prävention**. Schwerpunkte sind unter anderem Betriebliche Gesundheitsförderung, Projekte in Kindergärten und Schulen, sowie zunehmend auch Angebote im Lebensfeld der Versicherten.

Infos: www.aok-bv.de

■ DGB: Staat trägt bald Ausgabensteigerungen

Die im Finanzierungsgesetz für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) vorgesehene Überwälzung von Kostensteigerungen auf GKV-Mitglieder wird in 15 Jahren dazu führen, dass Ausgabensteigerungen der Kassen voll aus Steuermitteln zu bestreiten sind. Zu diesem Schluss kommt eine Studie, die im Auftrag des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB) erstellt wurde. Zugrunde gelegt wurden jährliche Ausgabensteigerungen von zwei Prozent.

Infos: www.dgb.de

Vorschau

Ausgabe 11/2010

„Neue Erkenntnisse kommen zu spät in die Praxis“

Beratungsresistente Politiker, in Schubladen verschwundene Studien, ein teilweise fortschrittsfeindlicher Medizinbetrieb – Wissenschaftsexperte Gerd Antes spricht im G+G-Interview Klartext.

Fortschritt oder Nonsens?

Manche medizinischen Innovationen können Leben verlängern und verbessern, andere schaden dagegen. Jürgen Malzahn und Gerhard Schillinger fordern, dass alle Neuerungen ihren Nutzen zunächst in Studien beweisen müssen, bevor die Krankenkassen sie bezahlen.

Politischer Kopf mit handfesten Leidenschaften

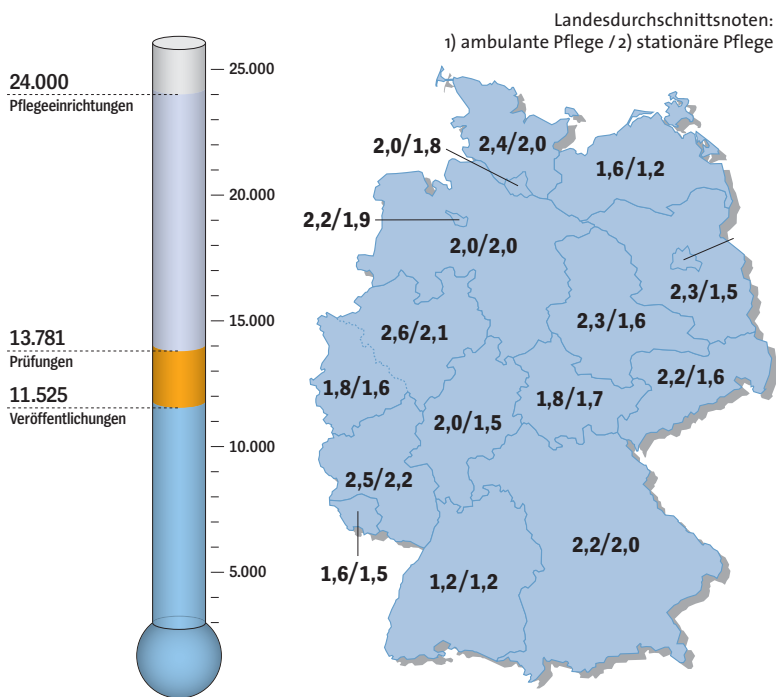
Barbara Steffens ist eine Frau mit vielen Talenten. Die nordrhein-westfälische Gesundheitsministerin versteht etwas von moderner Bürotechnik, verarbeitet Steine zu Schmuck und beherrscht das politische Handwerk. Ein Porträt der Bündnisgrünen von Monika Eschner.

Wissenschaft

Ausgabe 4/2010

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung ist der Schwerpunkt der aktuellen Ausgabe der G+G-Wissenschaft. Dabei geht es auch um die Themen Kostenerstattung und Bürgerversicherung.

So gut sind Pflegeeinrichtungen im Durchschnitt



Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) nimmt zurzeit alle Pflegeeinrichtungen in Deutschland unter die Lupe. Die Ergebnisse werden veröffentlicht. Hat der MDK in einer Region mehr als 20 Prozent der Pflegeheime und -dienste geprüft, so werden auch die Durchschnittsnoten bekannt gegeben. Diese liegen inzwischen auch im ambulanten Bereich in allen Regionen vor. Das Pflegebarometer zeigt: Über 13.000 Einrichtungen (Heime und Dienste) sind bereits geprüft.

Infos: www.aok-gesundheitspartner.de

QISA: Vier neue Bände zur Qualitätsmessung

„Wie gut ist meine Arbeit?“ Diese Frage können Ärzte künftig fundierter beantworten. Der AOK-Bundesverband und das Göttinger Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA) haben nämlich vier weitere Bände mit **Qualitätsindikatoren** herausgegeben. Diese beschäftigen sich mit den Themen Bluthochdruck, Rückenschmerzen, Krebsfrüherkennung und häusliche Palliativversorgung. Ein fünfter Band, der sich dem Diabetes Typ 2 widmet, wird in Kürze veröffentlicht. Die Veröffentlichungen sind Teil des Qualitätsindikatoren-Systems für die ambulante Versorgung (QISA), bei dem es den Autoren besonders um Praxistauglichkeit geht. Was die Indikatoren bewirken, wird derzeit gemeinsam mit der Gesundes Kinzigital GmbH eruiert. Bereits 2009 sind die ersten fünf Bände der Serie erschienen.

Infos: www.aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2010/index_o4910.html

«BLICKPUNKT HINTERGRUND»

■ Rosenthaler Gespräche: Patienten-Infos müssen vertrauenswürdig sein

Der Arztnavigator ist ein sinnvolles Angebot, Qualität wird zum Teil immer noch nicht genug bekannt gemacht, und manche Patienten würden eine Aufstellung über Behandlungsleistungen und ihre Kosten begrüßen. Das stellten die Teilnehmer der Rosenthaler Gespräche 2010 im AOK-Bundesverband am 11. November fest. Das Forum der Selbstverwaltung beschäftigte sich mit dem Thema „Durchblick für den Patienten – Wie viel Transparenz braucht das Gesundheitswesen?“.



Ziel des Arztnavigators sei es, im Überangebot von Ärzte-Listen in Boulevardzeitschriften einerseits und Einträgen in Internetforen andererseits eine verlässliche Informationsquelle zu bieten, die seriös sei und nicht auf Einzelmeinungen basiere, erklärte eingangs Fritz Schösser, Vorsitzender des Aufsichtsrats des AOK-Bundesverbandes (Versichertenvertreter). Der Arztnavigator ist ein gemeinsames Projekt von AOK und Weisser Liste und soll künftig deutschlandweit eine qualifizierte Arztsuche möglich machen. Zurzeit können Versicherte in Berlin, Hamburg und Thüringen ihre Ärzte bewerten.

» Ein Navigator mit den Ärzten, nicht gegen sie

Regina Feldmann, Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen und Mitglied im Beirat des Arztnavigators, begrüßte das Projekt trotz anfänglicher Vorbehalte auf Seiten der Ärzte ausdrücklich. „Das ist kein Navigator gegen, sondern mit Ärzten“, erklärte sie und verwies auf die Möglichkeit, dass Ärzte Einträge zu ihrer Person im Rahmen des Arztnavigators kommentieren könnten. Auch der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, der Bundestagsabgeordnete Wolfgang Zöller, sprach sich für das Projekt aus: „Je mehr seriöse Angebote, desto besser.“ Außerdem seien die Krankenkassen die Anwälte der Patienten, deswegen sei es sinnvoll, wenn sie solche Bewertungsportale initiierten.

» Qualität wird oft gemessen, aber die Ergebnisse sind unbekannt

Dass die Vertrauenswürdigkeit von Arztsuchen und anderen Internetangeboten das A und O einer jeden Gesundheits-Website sei, bekräftigte auch Prof. Joachim Szecsenyi, Geschäftsführer des Instituts für Angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA). Er beklagte, Qualität werde im Gesundheitswesen vielfach schon gemessen, sie erreiche aber die breite Öffentlichkeit nicht, insbesondere die Qualitätsbemühungen der niedergelassenen Ärzte seien noch kaum bekannt. Dr. Gerhard Schillinger, Leiter des Stabs Medizin im AOK-Bundesverband, verwies in diesem Zusammenhang darauf, dass AOK und AQUA die niedergelassenen Ärzte mit einem Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung (QISA) in ihren Qualitätsbemühungen unterstützen. Er erläuterte dabei das Engagement

der Gesundheitskasse: „Die Zeiten sind vorbei, wo Krankenkassen nur Rechnungen bezahlen.“ So habe die AOK seit langem ein eigenes Forschungsinstitut und ausgewiesene Fachleute in ihren Reihen und setze dieses Know-how ein, um die Qualität der Versorgung weiter zu steigern.

» Freie Wahl zwischen Kostenerstattung und Sachleistung

Kontrovers diskutierten die Podiumsteilnehmer die Themen **Kostenerstattung** und **Patientenquittungen**. Für beides können die Versicherten nach aktueller Gesetzeslage im System der gesetzlichen Krankenversicherung optieren. Während Dr. Volker Hansen, alternierender Aufsichtsratsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes und Arbeitgebervertreter, dafür plädierte, den Versicherten die Wahl zwischen Kostenerstattung und Sachleistung zu lassen, sprach sich Feldmann dafür aus, dass die Kassen den Patienten Quittungen über von Ärzten erbrachte Leistungen im Bedarfsfall aushändigen sollten. Die Ärzte verbrächten schon zu viel Zeit mit Bürokratie. Ihnen aufzutragen, jedem Patienten am Ende eines Praxisbesuchs eine Kostenaufstellung mitzugeben, wäre „der Super-GAU“ und würde den Arztberuf für den medizinischen Nachwuchs unattraktiv machen. Außerdem landeten „garantiert 98 Prozent der Patientenquittungen sofort im Mülleimer“.

» Patientenquittungen senken Kosten nicht

Der Medizinjournalist Dr. Michael Prang ermahnte die Diskussionsteilnehmer, hier auch an die Interessen der Patienten zu denken, die Kostenaufstellungen erhalten möchten. Er habe es sehr zu würdigen gewusst, als man ihm bei einem Arztbesuch in den USA ganz selbstverständlich am Ende eine Auflistung von Leistungen und Kosten mitgegeben habe, allerdings sei die Rechnung auch erheblich höher ausgefallen, als sie es in Deutschland wäre. Prang warnte davor, den Patienten vorzuschreiben, was sie an Transparenz zu wollen haben, und schlug einen Patientenführerschein vor, der den Menschen helfen soll, sich im Gesundheitswesen zu orientieren. Schösser erklärte, dass viele Fachleute sich von Kostenaufstellungen erhofften, dass die Ärzte dadurch immer korrekt abrechneten. In der privaten Krankenversicherung, in der Patienten eine Rechnung erhalten und diese dann bei der Versicherung einreichen, sei ein solcher Effekt aber nicht zu beobachten. Es seien gewöhnlich – ähnlich wie im System der gesetzlichen Krankenversicherung – die Versicherungen, die Ungereimtheiten bei Rechnungen aufdeckten. Szecsenyi gab zu bedenken, eine Kostenaufstellung, die einen niedrigen Betrag ausweise, könnte einen Patienten sogar dazu verleiten, noch zusätzliche Leistungen einzufordern nach dem Motto: „Mein Krankenkassenbeitrag beträgt monatlich 400 Euro, ich war aber erst für 32 Euro beim Arzt.“ Kosteneinsparungen seien aller wissenschaftlichen Erkenntnis nach von Patientenquittungen nicht zu erwarten.

Infos: www.aok-bv.de