



Wir zeigen Perspektiven

Jahresbericht 2010 | 2011



Die Gesundheitskasse.

BUNDESVERBAND

3 Wir zeigen Perspektiven

POLITIKBERATUNG

4 Das Neue auf den Prüfstand stellen

ÄRZTLICHE VERSORGUNG

10 Von kleinen und großen Räumen

TRANSPARENZ SCHAFFEN

14 Mehr Durchblick für souveräne Patienten

RISIKEN MESSEN UND BEHERRSCHBAR MACHEN

20 Rechnen für die Zukunft

DEMOGRAFISCHER WANDEL

24 Im Alter gut versorgt

ZAHLEN SPRECHEN LASSEN

28 Wissenschaft für die Praxis

SELBSTVERWALTUNG IM GESPRÄCH

32 Anwälte der Beitragszahler

34 Die Vorstände der AOKs

IMPRESSUM

Konzeption/Realisation: Geschäftsführungseinheit Politik/Unternehmensentwicklung des AOK-Bundesverbandes; KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG

Autoren: Timo Blöß, Annegret Himrich, Thomas Hommel, Ines Körver, Otmar Müller, Thomas Rottschäfer (KomPart) | **Redaktion:** Annegret Himrich, Bettina Nellen (KomPart)

Grafische Gestaltung: Sybilla Weidinger, Johannes Nerger (KomPart) | **Fotos:** Espen Eichhoefer, Berlin (Seite 3, 5, 11, 21, 29, 33); Andrea Katheder, Berlin (Titel, Seite 15, 25)

Druck: Druckerei Heenemann, Berlin | **Gesamtherstellung:** KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin · verlag@kompart.de · www.kompart.de

Titelfoto: Ulrike Marx, Geschäftsführungseinheit (GE) Finanzen; Katrin Nink, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO); Christian Wehner, GE Versorgung;

Elena Gomez, GE Politik/Unternehmensentwicklung; Carsten von Fintel, Geschäftsbereich DV-Steuerung | **Stand:** Juli 2011



Wir zeigen Perspektiven

Gibt es nun eigentlich zu viel oder zu wenig Ärzte? Die Diskussion um unterversorgte und überversorgte Gebiete und die Folgen für die ärztliche Bedarfsplanung beherrscht die Diskussion bis heute. Wir haben eigene Vorstellungen für die Weiterentwicklung der Bedarfsplanung aufgezeigt. Welche Perspektiven dies bietet, lesen Sie in diesem Jahresbericht.

Perspektiven, die mehr Transparenz für den Patienten entwickeln, hat der AOK-Bundesverband mit dem neuen Arzt- und mit dem weiterentwickelten Krankenhausnavigator geschaffen. Qualitätsgesicherte Patienteninformationen sind Grundlage für mehr Transparenz und unterstützen den mündigen Patienten. Wie wir an diese Qualitätsdaten kommen und wie wir die tagtäglich

anfallenden Routinedaten für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung nutzen, erfahren Sie ebenfalls in diesem Jahresbericht.

Zum Oktober dieses Jahres steht ein Generationswechsel im Geschäftsführenden Vorstand an. Auch diese neue Perspektive möchten wir Ihnen nicht vorenthalten.

Dr. Herbert Reichelt
Vorstandsvorsitzender
des AOK-Bundesverbandes
bis September 2011

Jürgen Graalmann
Geschäftsführender Vorstand
des AOK-Bundesverbandes

Uwe Deh
Geschäftsführender Vorstand
des AOK-Bundesverbandes
ab Oktober 2011

Das Neue auf den Prüfstand stellen

Konstruktiv, aber auch kritisch: Getreu dieser Devise begleitet der AOK-Bundesverband die Gesundheitsreformen der Regierungskoalition.

Der Anspruch war riesengroß. Die Zeiten, in denen Gesundheitsreformen höchstens zwei, drei Jahre Wirkung entfalteten und dann durch neue ersetzt werden müssten, seien endgültig vorbei, verkündete Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler unmittelbar nach dem Start der neuen Regierungskoalition im Herbst 2009. Union und FDP wollten ab sofort Jahrhundertwerke liefern. Leicht sei das nicht, gestand der FDP-Politiker ein.

Knapp zwei Jahre später – Philipp Rösler ist mittlerweile an die Spitze des Bundeswirtschaftsministeriums gewechselt, die Leitung des Gesundheitsministeriums hat Röslers Parteifreund Daniel Bahr übernommen – zeigt sich für Jan Carels, Geschäftsführer Politik/Unternehmensentwicklung beim AOK-Bundesverband, und sein Team: Die von der Regierungskoalition in 2010 auf den Weg gebrachten Reformen werden schneller auf den Prüfstand kommen müssen als gehofft.

Gesetze auf Zeit. Vor allem das Gesetz zur nachhaltigen, sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG) – 2010 in Form gegossen und seit Januar 2011 in Kraft – ist mit einem Haltbarkeitsdatum versehen. Mit der Reform soll das für 2011 erwartete Defizit bei den gesetzlichen Kassen in Höhe von rund zehn Milliarden Euro abgewendet werden. Dazu sei die Beitragssatzanpassung um 0,6 Prozentpunkte auf 15,5 Prozent eine unumgängliche Maßnahme gewesen, um die Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung zu erhalten, sagt Jan Carels. Diese ersetze aber noch keine nachhaltige Strukturreform zugunsten von mehr Wettbewerb, kritisiert der AOK-Politikchef gleichzeitig.

Vorfahrt für Selektivverträge. Ideen, wie dieses „Mehr an Wettbewerb“ im Gesundheitswesen umgesetzt werden kann, haben die Experten der unterschiedlichen Fachabteilungen beim AOK-Bundesverband zahlreiche – und sie haben bei

vielen Gelegenheiten dafür geworben. Zum Beispiel für den Vorschlag, den gesetzlichen Kassen endlich die Möglichkeit zu geben, planbare Behandlungen in Krankenhäusern in Form von Selektivverträgen mit einzelnen Häusern abzuschließen. Dass dies noch immer nicht möglich sei, moniert Dirk Bürger, Referent in der Geschäftsführungseinheit Politik/Unternehmensentwicklung beim AOK-Bundesverband: „Eine solche Ausweitung des Wettbewerbs wäre mit dem GKV-FinG möglich gewesen.“

Und auch wenn eine Beitragssatzerhöhung notwendig war, so hätte diese nach Ansicht von AOK-Politikchef Jan Carels doch deutlich niedriger ausfallen können, wenn der Sparbeitrag von Ärzten und Kliniken nicht nur auf etwas geringere Vergütungszuwächse beschränkt worden wäre. Experten aus den Fachabteilungen des AOK-Bundesverbandes hatten zuvor – bei Anhörungen im Gesundheitsausschuss des Deutschen



Stefan Wamprechtshammer und **Dirk Bürger**,
Referenten der Abteilung Politik in der Geschäftsführungseinheit
Politik/Unternehmensentwicklung des AOK-Bundesverbandes (v. l.)

Bundestages und bei Gesprächen mit Vertretern der Koalitionsfraktionen – immer wieder auf eine stärkere Beteiligung von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern an den Sparanstrengungen bis hin zu einer echten Nullrunde gedrungen.

Schonzeit für Ärzte. „Wir hatten gute Argumente auf unserer Seite“, betont Dirk Bürger. Nach dem milliardenschweren Honorarzuwachs

„Die schnelle Nutzenbewertung hilft, die bisherigen Umsatzsteigerungen für neue, aber nicht innovative Arzneimittel einzugrenzen.“

Helmut Schröder | Stellvertretender Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO)

der Vorjahre sei den Ärzten durchaus eine Nullrunde zuzumuten gewesen. Stattdessen: Die Honorartöpfe der Ärzte wurden weiter aufgefüllt – wenn auch weniger kräftig. Jan Carels' Fazit in Sachen GKV-FinG: „Unterm Strich wäre mehr drin gewesen.“

Aus für Mondpreise. Anders fällt die Bilanz des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes

(AMNOG) aus. Der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Dr. Herbert Reichelt, begrüßt an der Reform, dass bei der Preisbildung für neue Medikamente ab sofort der therapeutische Nutzen eine Rolle spielen muss. Damit seien die Zeiten, in denen Pharmahersteller vermeintlich innovative Medikamente zu Mondpreisen auf den deutschen Markt werfen konnten, endgültig vorbei – ein Anliegen, für das die Arzneimittelexperten des AOK-Bundesverbandes lange Zeit gekämpft haben.

Vorhandene Reserven heben. Gemeinsam mit den Kolleginnen und Kollegen der Geschäftsführungseinheiten Politik/Unternehmensentwicklung und Versorgung sowie dem Stab Medizin, dem Justitiariat und dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO) haben die Arzneimittelexperten Instrumente entwickelt, mit denen noch vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven im Arzneimittelsektor gehoben werden können, ohne dass es dabei zu Einbußen bei der Qualität der Therapie kommen muss. Dieser Gedanke findet sich nun im AMNOG wieder. So werden die Hersteller mit dem Gesetz dazu

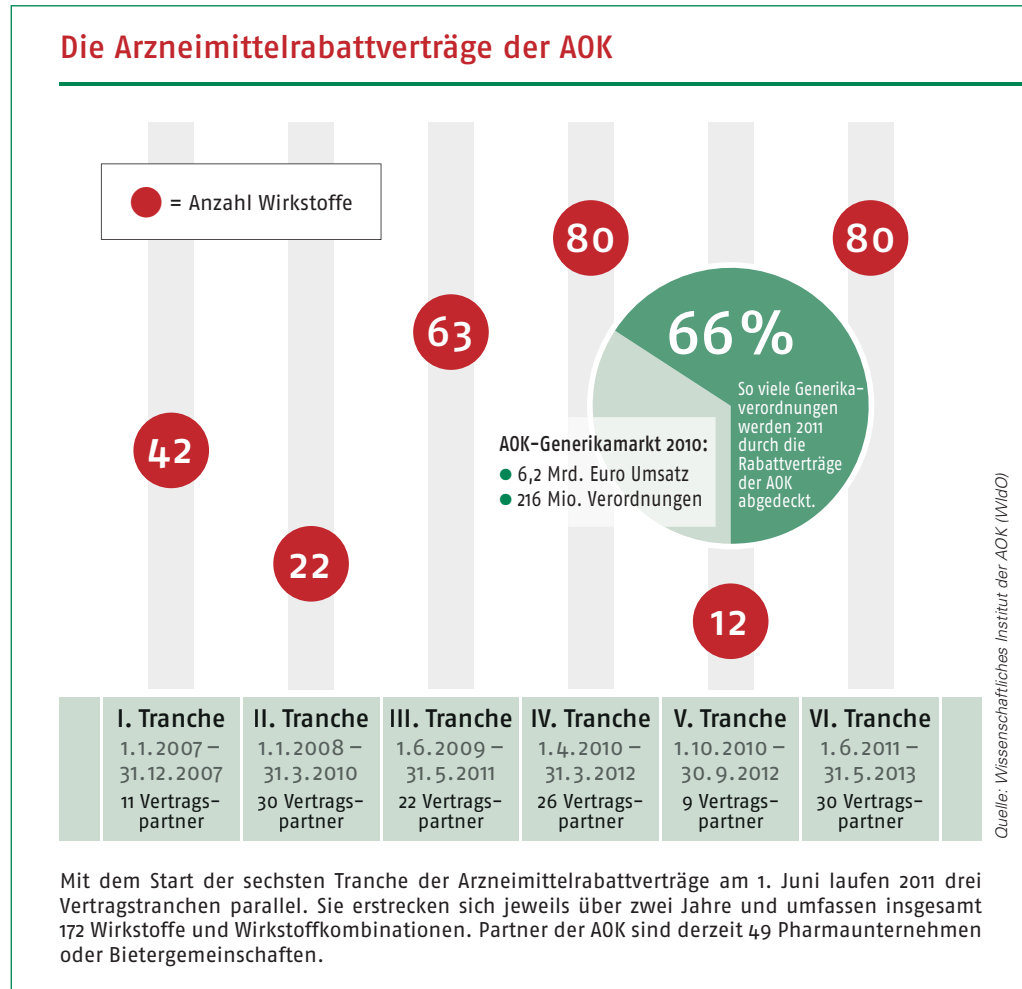
verpflichtet, zunächst den Zusatznutzen eines neu auf den Markt gebrachten Arzneimittels im Vergleich zu bereits existierenden Präparaten zu belegen, bevor sie darüber einen Preis mit den Kassen aushandeln können. Liegt kein Zusatznutzen vor, gilt für das Medikament der jeweilige Festbetrag.

Scheininnovationen begrenzen. „Die schnelle Nutzenbewertung hilft, die Umsatzsteigerungen für neue, aber nicht innovative Arzneimittel einzugrenzen“, ist Helmut Schröder, stellvertretender Geschäftsführer des WiDO, überzeugt. Da die Arzneimittelausgaben in diesem Marktsegment geradezu explodiert seien, sei damit das lange erwartete Signal für mehr Wirtschaftlichkeit gesetzt worden, findet Schröder. Die Solidargemeinschaft der Versicherten, pflichtet Dr. Michael John Neumann, Referent für Gesundheitspolitik beim AOK-Bundesverband bei, habe ein „Anrecht darauf, für ihre Arzneimittelausgaben auch eine angemessene Leistung zu erhalten“. Dazu müsse der Nutzen eines neuen Wirkstoffs mit demjenigen verglichen werden, den eine bereits vorhandene Standardtherapie biete.

Rabattverträge weiter auf Erfolgskurs. Nach den letzten Gesundheitsreformen hatten die

Kassen mit den Rabattverträgen ein Instrument an die Hand bekommen, um mit der Pharmaindustrie wirtschaftlich sinnvolle Vereinbarungen über Generika – wirkstoffgleiche Nachahmerpräparate von auf dem Markt befindlichen Arzneimitteln – zu treffen. Nicht zuletzt dem Engagement der AOK ist dies zu verdanken. Die Gesundheitskasse, betont Dr. Christopher Hermann, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg und AOK-Verhandlungsführer der bundesweiten Arzneimittelrabattverträge, habe den Generikawettbewerb „vom Bummelzug in den ICE gesetzt“ (siehe Abbildung rechts). Die inzwischen sechste Tranche der AOK-Rabattverträge für Generika ist am 1. Juni 2011 „pünktlich gestartet“.

AOK hat rechtzeitig reagiert. Zusammen mit den Vertragstranchen IV und V haben die AOKs aktuell 172 Wirkstoffe unter Vertrag. Allein für 2011 erwartet die AOK-Gemeinschaft durch die Rabattverträge Einsparungen von über 700 Millionen Euro. „Die Fortsetzung der Erfolgsgeschichte der AOK-Rabattverträge ist auch darauf zurückzuführen, dass wir uns rechtzeitig auf die weiter verschärften gesetzlichen Rahmenbedingungen, insbesondere die umfassende Geltung des Kartellrechts, ein-



gestellt haben“, so Dr. Christopher Hermann. Die AOK habe bei der jüngsten Ausschreibung erneut „proaktiv“ die Interessen mittelständischer und kleinerer Unternehmen aufgegriffen. Die Zahl der Gebietslose pro Wirkstoff sei von fünf auf sieben erweitert worden.

Und es geht weiter. Mit Spannung blicken die Fachleute im AOK-Bundesverband nun auf von der Regierungskoalition angekündigte weitere Reformen im Gesundheitswesen.

„Es gibt zwar eine Vielzahl gesetzlicher Regelungen und eine noch umfassendere Rechtsprechung zu den Rechten und Pflichten eines Patienten. Aber es fehlen allgemeinverbindliche Rechtsnormen.“

Jürgen Graalman | Geschäftsführender Vorstand
des AOK-Bundesverbandes

Ein GKV-Versorgungsgesetz, eine Reform der Pflegeversicherung und ein Patientenrechtgesetz stehen auf der Agenda. Jürgen Graalman, stellvertretender Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, setzt bei den anstehenden Gesetzesänderungen auch auf den Nachfolger von Philipp Rösler an der Spitze des Bundes-

gesundheitsministeriums. „Daniel Bahr kennt sich gut aus in der Gesundheitspolitik – ich schätze ihn als kompetenten Gesprächspartner.“

Bedarfsgerechte Ärzteverteilung. Im Haus des AOK-Bundesverbandes war Daniel Bahr bereits mehrfach zu Gast – zum Beispiel bei Veranstaltungen wie den „Rosenthaler Gesprächen“ oder „AOK im Dialog“. Auch bei solchen Gelegenheiten hat Bahr immer wieder eine Botschaft mit auf den Weg bekommen: Die Pläne für ein Versorgungsgesetz konzentrieren sich zu sehr auf das Problem der ärztlichen Unterversorgung in manchen ländlichen Räumen. Was fehlt, sind „durchschlagende Ideen“, wie man die hohen Ärztezahlen in Städten und Ballungsgebieten reduziert und eine „bedarfs-

gerechte Ärzteverteilung“ hinbekommt. Karl-Heinz Schönbach, Geschäftsführer Versorgung beim AOK-Bundesverband, skizziert das Konzept des Bundesverbandes: „In Bezirken, für die Überversorgung droht, sollten Zulassungen für Ärzte nur noch zeitgebunden erteilt werden, damit der Arzt dem Bedarf folgen kann und die Bei-

träge und Steuern von Versicherten und Bürgern nicht unwirtschaftliche Strukturen finanzieren. Für spezialärztliche Leistungen muss die zeitliche Bindung generell gelten.“

Lösungen vor Ort. AOK-Vorstandsvize Jürgen Graalman setzt auf regionale Lösungen. „Vor Ort sollte entschieden werden, wie der Versorgungsbedarf gesichert wird. Das können mal niedergelassene Fachärzte, mal Medizinische Versorgungszentren, mal Ambulanzen in Kliniken sein.“ Entscheidend sei, so Jürgen Graalman, „dass die Versicherten schnellen Zugang zum hochwertigen Angebot haben“. Dass die Landesbehörden Mitsprache-, Initiativ- und Beanstandungsrechte in den Ausschüssen zur Bedarfsplanung erhalten sollen, findet Karl-Heinz Schönbach grundsätzlich in Ordnung – wenn es funktional bei der Rolle als Aufsicht bleibt. Die bestehende Fehlverteilung werde durch eine neuartige Bedarfsplanung aber nicht gelöst, sondern „nur offensichtlicher“.

Frischkur für die Pflege. Beim zweiten großen Projekt – der Pflegereform – mahnen die Experten des AOK-Bundesverbandes bei der Politik vor allem die Einhaltung einer Prämisse an: Sorgfalt statt Aktionismus. Ganz wichtig

sei, mehr Entlastung für pflegende Angehörige zu schaffen. „Sie betreuen – oft über Jahre hinweg – Familienmitglieder oder Freunde, was teilweise mit einer erheblichen Einschränkung der eigenen Lebensqualität verbunden ist“, sagt AOK-Vorstandsvorsitzender Dr. Herbert Reichelt. Bei der AOK steht das Thema schon lange auf der Tagesordnung. Mit dem Berliner Gesundheitspreis 2010 „Auch Helfer brauchen Hilfe“ ehrte sie Anfang des Jahres Projekte, die speziell pflegende Angehörige unterstützen. Eine weitere Aufgabe für die Politik sieht Reichelt darin, das Leistungsspektrum der Pflegeversicherung auf Menschen mit Demenz zu erweitern. Zwar habe das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 hier schon eine wesentliche Verbesserung gebracht, der Pflegebedürftigkeitsbegriff müsse aber erweitert werden, meint Reichelt. Dazu müssten auch die Möglichkeiten einer nachhaltigen Finanzierung genau geprüft werden.

Neuer Pflegebegriff muss her. Langfristig gesehen werde der Finanzierungsbedarf in der Pflege steigen, betont WIdO-Geschäftsführer Dr. Klaus Jacobs. „Es besteht ja zum Beispiel Einigkeit darüber, dass der Begriff der Pflegebedürftigkeit neu gefasst wird, damit Demenz-

krankte mehr Leistungen erhalten können.“ Die Politik müsse jetzt so ehrlich und mutig sein, diesen Zusammenhang zwischen wachsendem Bedarf einerseits und steigenden Kosten andererseits deutlich zu machen.

Patientenrechte stärken. Mehr als wohlfeile Worte erwartet der AOK-Bundesverband auch beim geplanten Patientenrechtegesetz. Dass ein solches Gesetz nötig ist, steht für Jürgen Graalman außer Frage. „Es gibt zwar eine Vielzahl gesetzlicher Regelungen und eine noch umfassendere Rechtsprechung zu den Rechten und Pflichten eines Patienten. Aber es fehlen allgemein verbindliche Rechtsnormen. Deshalb setzt sich die AOK seit Langem für ein eigenständiges Patientenrechtegesetz ein, das die Souveränität und Autonomie des Patienten stärkt.“ Ein solches Gesetz müsse aber mehr leisten, als bestehende Regelungen aneinanzureihen, betont Monika Schneider, Referentin in der Geschäftsführungseinheit Politik/Unternehmensentwicklung des AOK-Bundesverbandes. Neu und verbindlich festschreiben müsse der Gesetzgeber das Recht der Patienten auf verständliche und vollständige Informationen zu Diagnose und Behandlung. Dabei seien nicht allein die Ärzte gefragt. Auch

die Kassen müssten Patienten ihre Erkenntnisse aus dem Medizinbetrieb allgemein zugänglich und verständlich zur Verfügung stellen. „Die AOK beherzigt dies“, sagt Monika Schneider. „Wir unterstützen schon jetzt unsere Versicherten bei ihrer Entscheidungsfindung, indem wir mit den AOK-Gesundheitsnavigatoren wichtige Informationen liefern.“

Medizinersuche mit dem Arztnavigator. Besonders stolz ist AOK-Vorstandsvize Jürgen Graalman auf die Arzt-Onlinesuche der AOK, die Anfang Mai bundesweit an den Start gegangen ist und bei der mehr als 30 Millionen Versicherte der AOK und Barmer GEK ihre Haus- und Fachärzte beurteilen können. Das Portal sei für Patienten entwickelt worden, richte sich aber nicht gegen Ärzte, unterstreicht Jürgen Graalman. „Im Gegenteil: Ärzte erhalten über das Portal ein systematisches Feedback ihrer Patienten.“

Stillstand ist in der Gesundheitspolitik in der nächsten Zeit nicht zu erwarten. Ob Versorgungsgesetz, Pflegereform oder Patientenrechte: Der AOK-Bundesverband wird den Interessen der AOK-Gemeinschaft und ihrer Versicherten weiter Gehör verschaffen. ■

Von kleinen und großen Räumen

Sie steht in der Kritik: die Bedarfsplanung. Der AOK-Bundesverband bringt die Vorstellungen der AOK-Gemeinschaft in die politische Diskussion darüber ein, was sich auf diesem Feld ändern muss.

Wie viele Ärzte braucht das Land? Haben wir zu wenig oder zu viele Mediziner? Sind diese jeweils am richtigen Ort, oder sollten einige besser woanders praktizieren? Wie stellt man den Bedarf überhaupt fest? Spätestens seitdem die Bundesregierung angekündigt hat, im Jahr 2011 ein Gesetz auf den Weg zu bringen, das die medizinische Versorgung der Bürger verbessern soll, werden diese Fragen in gesundheitspolitischen Kreisen wieder besonders intensiv diskutiert. Dabei kommen auch Regelungen auf den Prüfstand, die der AOK-Bundesverband und das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) seit Jahren kritisieren. Manche, aber zu wenige ihrer Verbesserungsvorschläge fanden Aufnahme in den Referentenentwurf für das Versorgungsgesetz.

Jahrzehntelang galt sie als heilige Kuh der Gesundheitspolitik: die Bedarfsplanung. Seit 1993 gibt sie vor, wie viele Ärzte einer bestimmten Fachrichtung sich in einer Region niederlassen dürfen.

Ihr Ziel war es, eine weitere Zunahme der Überversorgung mit ambulanten Mediziner zu verhindern. Um den Bedarf zu ermitteln, wurden damals auf Grundlage des bundesweiten Ist-Stands am 31. Dezember 1990 Verhältniszahlen von Ärzten einer bestimmten Fachrichtung zu Einwohnern für 395 Planungsbereiche errechnet. Ein Planungsbereich wurde als „geschlossen“ definiert, wenn die vorgegebene Arzt-Einwohner-Relation um zehn Prozent überschritten war. Dann durfte sich dort kein Arzt der entsprechenden Fachrichtung mehr niederlassen.

Die Bedarfsplanung hat weder Überversorgung abgebaut noch Unterversorgung verhindert. Zum einen nehmen aktuell rund 25.000 Ärzte mehr an der vertragsärztlichen Versorgung teil, als nach derzeit gültigen Planungsbereichen erforderlich ist. Seit 1990 ist die Zahl der niedergelassenen Ärzte um rund 46.000 gestiegen. Das sind etwa 50 Prozent zusätzlich. Zum anderen lassen sich

Ärzte besonders oft in attraktiven städtischen Regionen nieder. Freie Arztsitze in wirtschaftlich unattraktiven Bezirken und in ländlichen Regionen hingegen sind nur schwer zu besetzen. Außerdem werden einige Fachrichtungen von der Bedarfsplanung gar nicht erfasst. In die gehen nämlich nur Arztgruppen ein, die mindestens 1.000 Mediziner umfassen.

Kleine Räume, kurze Wege. Wegen der vielen Unzulänglichkeiten hat der AOK-Bundesverband ein eigenes Konzept für eine Weiterentwicklung der Bedarfsplanung vorgelegt. Es sieht vor, den Bedarf vor Ort flexibler nach Kriterien zu gestalten, die der Gemeinsame Bundesausschuss vorgibt. Es werden alle Ärzte in die Bedarfsplanung aufgenommen und, je nachdem um welche Art der Versorgung es geht, unterschiedlich große Räume gebildet. Vorgesehen sind drei Ebenen: ärztliche Primärversorgung, fachärztliche Versorgung und spezialärztliche Versorgung, wobei die

Karl-Heinz Schönbach, Geschäftsführer Versorgung,
und **Birgit Schliemann**, ebenfalls Geschäftsführungs-
einheit Versorgung des AOK-Bundesverbandes

ersten beiden jeweils noch einmal in zwei Stufen unterschieden werden. „Das Konzept sieht für die ärztliche Primärversorgung der Stufe I – dabei geht es zum Beispiel um die Versorgung mit Allgemeinmedizinern und hausärztlich tätigen Internisten – kleine Räume und kurze Wege für die Patienten vor. Schließlich handelt es sich um Ärzte, die häufig aufgesucht, oft kurzfristig gebraucht werden und daher schnell erreichbar sein müssen“, erläutert Birgit Schliemann von der Geschäftsführungseinheit Versorgung im AOK-Bundesverband und fährt fort: „Ganz anders sieht jedoch unser Vorschlag für die Raumgröße bei der spezialisierten Versorgung aus. Da die Patienten entsprechende Ärzte, etwa für eine ambulante Operation, sehr selten und nahezu ausschließlich geplant aufsuchen, halten wir hier große Planungsräume für angemessen.“ Das Modell des AOK-Bundesverbandes plädiert für einen Neuzuschnitt der Arztgruppen nach Versorgungsstufen, für die es eine rein ambulante oder sektorübergreifende Planung geben soll, je nach dem, ob eine Arztgruppe der Primärversorgung, der fachärztlichen oder der spezialärztlichen Versorgung zuzurechnen ist. Je nach Versorgungsstufe und Grad der Spezialisierung sollen in den Planungsräumen außerdem Wegezeiten, der öffentliche Nahverkehr, Demografie und Morbidität für die Ermittlung der Arztdichte berücksichtigt und der Arztsitz an den Ort der Zulassung gebunden werden. Das



Modell des AOK-Bundesverbandes unterscheidet darüber hinaus auch noch nach Leistungen, für die es eine rein ambulante (Primärversorgung) oder sektorübergreifende Bedarfsplanung (fachärztliche und spezialärztliche Versorgung) geben soll.

„Manche unserer Vorschläge hat die Bundesregierung im Referentenentwurf für das Versorgungsgesetz aufgegriffen“, analysiert Karl-Heinz Schönbach, Geschäftsführer Versorgung im AOK-Bundesverband: „So sieht der Referentenentwurf vor, die Planungsbereiche zu flexibilisieren.“

„Wie in den Gesetzen der vergangenen Jahre sollen mehr Ärzte und mehr Geld zu einer besseren Versorgung führen. Das hat bislang nicht geklappt und klappt auch in Zukunft nicht.“

Jan Carels | Geschäftsführer
Politik/Unternehmensentwicklung

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll dabei nach hausärztlicher, fachärztlicher und spezialisierter fachärztlicher Versorgung differenzieren dürfen sowie die demografische Entwicklung berücksichtigen. Außerdem kann er andere Faktoren, die wichtig fürs Versorgungsgeschehen sind, einbeziehen. Künftig sollen außerdem Ärzte

sektorübergreifend bei der Berechnung des Versorgungsgrads berücksichtigt werden.“

Ein Papier voller Ideen. Mit dem Bedarfsplanungskonzept erschöpfen sich die Vorschläge des AOK-Bundesverbandes zur Vermeidung von Über- und Unterversorgung und für eine bessere Verteilung der Ärzte jedoch nicht. Denn das mit den AOKs abgestimmte Positionspapier „Zukunft der Bedarfsplanung und Gestaltung der Versorgung“ vom Januar 2011 enthält weitergehende Anregungen. Gefordert wird dort die Rückführung

des Bewertungsausschusses zugunsten der regionalen Vertragspartner, die regionale Vergütungslösungen ohne bundeseinheitliche „Gleichmacherei“ ermöglicht. Diese Anregung ist eins zu eins umgesetzt worden.

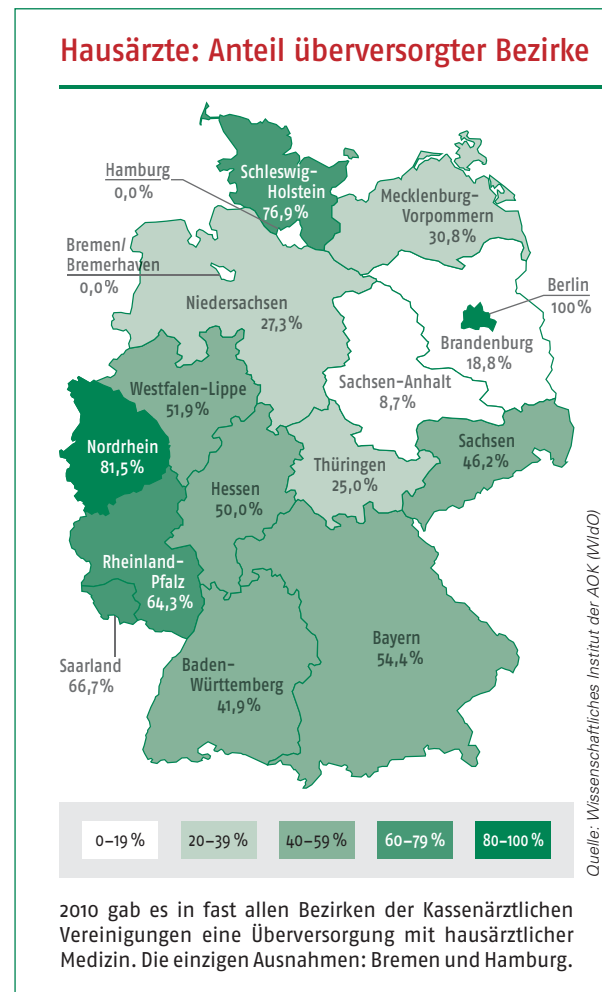
Außerdem regt der AOK-Bundesverband an, „wirkungsvolle Regeln zu treffen, die eine Wiederbesetzung von Arztsitzen in überversorgten Planungsbezirken ausschließen“. Inzwischen thematisiert auch der Referentenentwurf die Fehlverteilung der Ärzte und sieht einige sol-

cher Maßnahmen vor. So sollen Kassenärztliche Vereinigungen den freiwilligen Verzicht auf die Zulassung künftig finanziell stärker fördern und ein Vorkaufsrecht bei Praxen haben, wenn die Inhaber sie nicht an ihr Kind, ihre Gatten oder Lebenspartner vererben. Der AOK-Bundesverband plädiert im Positionspapier außerdem dafür, auch bei der Zusammenarbeit mit Ärzten vom Zulassungs- auf das Vertragsprinzip überzugehen. Dieses habe sich schließlich bei der Hilfsmittelversorgung bewährt. Nach Ansicht des AOK-Bundesverbandes soll für die Zusammenarbeit mit einem Leistungserbringer nicht mehr ausschlaggebend sein, ob dieser eine Zulassung hat, die ihn automatisch zur Teilhabe an der Gesamtvergütung der niedergelassenen Ärzte berechtigt. Stattdessen solle die Leistung vom Ergebnis und von den Versorgungsnotwendigkeiten her betrachtet werden. Das bisherige System habe zu einer „extensiven Versorgung und hohem Ressourcenverbrauch“ geführt. Mit dem Übergang zum Vertragsprinzip könnten die AOKs die Versicherungsgelder wirtschaftlicher und zielgenauer einsetzen. „Die Regierung hat unserem Ansinnen zwar nicht expressis verbis entsprochen, aber sie redet im Referentenentwurf erstmals von der Möglichkeit, befristete Zulas-

sungen auszustellen. Das ist ein erster wichtiger Schritt in Richtung Vertragsprinzip“, so die Einschätzung Schönbachs.

Es gibt noch viel zu tun. Auch wenn die Politik einige Vorschläge des AOK-Bundesverbandes aufgegriffen hat, bleiben Baustellen. „Die Vorarbeiten der Politik für das Versorgungsgesetz fußen auf der Logik: ‚Geht es den Ärzten gut, dann geht es auch den Versicherten und Patienten gut.‘ Wie in den Gesetzen der vergangenen Jahre sollen mehr Ärzte und mehr Geld zu einer besseren Versorgung führen. Das hat bislang nicht geklappt und klappt auch in Zukunft nicht“, so Jan Carels, Geschäftsführer Politik/Unternehmensentwicklung im AOK-Bundesverband. Er meint außerdem: „In der Diskussion der vergangenen Monate ist das Wort Unterversorgung viel zu häufig aufgetaucht. Das ist schade, denn wir haben vor allem ein Verteilungsproblem: Einigen wenigen unterversorgten stehen sehr viele überversorgte Regionen gegenüber. Das zeigen auch die Auswertungen des WIdO immer wieder. Die Unterversorgung ist wirklich regional sehr begrenzt und droht auch trotz allen gegenteiligen Bekundungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) in den nächsten Jahren kein großflächiges Phänomen

zu werden.“ So hatte die KBV einen Rückgang der Radiologenzahl ab 2005 prognostiziert, tatsächlich gab es 2009 jedoch 25,9 Prozent mehr Radiologen als noch 2000. Ziel des AOK-Bundesverbandes ist es daher, die Diskussion von der Unterversorgung weg auf Verteilungs- und Überversorgungsprobleme zu lenken und Instrumente vorzuschlagen, wie sich die medizinische Versorgung wirklich verbessern lässt. Dazu gehört auch die Ausweitung von Direktverträgen mit einem Übergang vom Zulassungs- auf das Vertragsrecht. „Dann ließen sich auch Unterschiede in der ärztlichen Leistungsfähigkeit viel besser berücksichtigen“, sagt Dr. Klaus Jacobs, Geschäftsführer des WIdO, das zu dem Thema im April 2011 ein Buch herausgebracht hat. „In manch anderen Staaten schafft ein Arzt deutlich mehr, weil er von zeitraubenden Tätigkeiten, die er gar nicht selbst erledigen müsste, entlastet wird, beispielsweise indem er Hausbesuche delegiert oder auf Telerouting zurückgreift. Hier schlummert noch sehr viel Potenzial“, so Jacobs. ■



Mehr Durchblick für souveräne Patienten

Auf vielfache Weise sorgt die AOK für mehr Transparenz im Gesundheitswesen. Damit stärkt sie die Rechte ihrer Versicherten und erfüllt das Bedürfnis nach unabhängigen Informationen.

Verlässliche Informationen. Wer Rat in Sachen Gesundheit sucht, ist einer wahren Informationsflut ausgesetzt, sei es in Zeitschriften, im Fernsehen oder im Internet. Doch nicht alle Angebote tragen zur Aufklärung bei. Dabei tun gerade in einem so sensiblen Bereich wie der Gesundheit verlässliche Auskünfte not. „Wir wissen, dass sich Versicherte mehr Orientierung in medizinischen Fragen wünschen“, sagt Jürgen Graalman, stellvertretender Vorsitzender des AOK-Bundesverbandes. Die Gesundheitskasse trägt diesem Bedürfnis Rechnung. Ihre Internetnavigatoren für die Bereiche Krankenhaus, Arzt, Pflege und Arzneimittel liefern qualitätsgesicherte Patienteninformationen. In den vergangenen Jahren wurde das Angebot unter www.aok-gesundheitsnavi.de nach und nach erweitert. Die technischen Aspekte steuert die Abteilung Marketing/Kommunikation der Geschäftsführungseinheit Markt/Produkte, allen voran Immo Schmidt, Referatsleiter für

Online-Medien. Ihm obliegt auch die Integration der Navigatoren in das zentrale Online-Angebot der AOK. In wenigen Monaten geht die Seite mit neuer Struktur an den Start, um die Angebote für die Nutzer noch komfortabler zu machen.

Deutschlandweite Arztsuche. Das jüngste Angebot, der Arztnavigator, ist seit Mai 2011 online. Das Portal ist eine gemeinsame Entwicklung des AOK-Bundesverbandes und der Weissen Liste, einem Projekt der Bertelsmann-Stiftung und der Dachverbände der größten deutschen Patienten- und Verbraucherorganisationen. Mit dem nicht-kommerziellen Arztnavigator können Patienten in ganz Deutschland nach einem geeigneten Arzt suchen. Seit Mai ist auch die Barmer GEK dabei, sodass rund 30 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland das Angebot nutzen und ihre Ärzte online beurteilen können. „Besonders wichtig ist Patienten die Kommunikation mit dem Arzt. Er soll sich Zeit nehmen, auf Fra-

gen eingehen, die Krankheit und notwendige Therapien verständlich erklären. Die Versicherten können in der Befragung etwa angeben, ob der Arzt sie in Entscheidungen einbezieht, ob ihre Intimsphäre gewahrt wird oder ob sie den Arzt an Freunde weiterempfehlen würden“, sagt Peter Willenborg, zuständig für Kommunikation im Projekt Arztnavigator. Gemeinsam mit Marco Dege aus der Geschäftsführungseinheit Politik/Unternehmensentwicklung und Kai Kolpatzik, Leiter der Abteilung Prävention, gehört er zum Projektleitungsteam Arztnavigator. Erste Befragungsergebnisse aus einer Pilotphase in Berlin, Hamburg und Thüringen liegen vor. Der Arztnavigator führt die Ergebnisse der Versichertenbefragungen zusammen und stellt sie zu jedem einzelnen niedergelassenen Haus- oder Facharzt dar. So kann jeder Nutzer auf der Grundlage von Kriterien suchen, die ihm persönlich wichtig sind. Ärzte erhalten über das Portal ein systematisches Feedback ihrer Patienten, das sie für ihre

Anja Mertens, Justitiariat, **Klaus Zok**, Forschungsbereich Marktanalysen/
Mitarbeiterbefragungen im Wid0, und **Immo Schmidt**, Referatsleiter für
Online-Medien in der Geschäftsführungseinheit Markt/Produkte des
AOK-Bundesverbandes (v.l.)



Arbeit nutzen können. „Eine Richtschnur bei der Entwicklung der Fragen waren Kriterien, die die Ärzte selbst zur Qualität von Arztbewertungsportalen aufgestellt haben“, erklärt Marco Dege. An einigen Stellen geht das Portal sogar über diese Kriterien hinaus, etwa mit dem Verzicht auf Freitextfelder. Unsachliche Kritik ist so ausgeschlossen. In der neuen Arztsuche sind alle niedergelassenen Ärzte verzeichnet. Ergebnisse zu einem Arzt werden erst veröffentlicht, wenn

„Besonders wichtig ist Patienten die Kommunikation mit dem Arzt. Er soll sich Zeit nehmen, auf Fragen eingehen, die Krankheit und notwendige Therapien verständlich erklären.“

Peter Willenborg
Geschäftsführungseinheit Versorgung

mindestens zehn Beurteilungen vorliegen. Die Rückmeldungen aus den Pilotregionen zeigen: Die Patientenzufriedenheit ist im Durchschnitt erfreulich hoch, trotzdem werden Unterschiede in der Bewertung zwischen den einzelnen Ärzten deutlich. Jürgen Graalman wünscht sich, dass möglichst viele Versicherte die Chance nutzen und ihre Ärzte beurteilen, denn: „Das Portal

lebt vom Mitmachen. Je mehr Patienten sich beteiligen, desto aussagekräftiger werden die Ergebnisse.“

Hilfe bei der Kliniksuche. Nicht nur bei der Arzt-, auch bei der Krankenhaussuche unterstützt die AOK die Versicherten. Millionen Menschen stehen jedes Jahr vor der Frage, in welches Krankenhaus sie gehen sollen. „Sie wollen eine Klinik, die für ihre Erkrankung eine gute Behandlung mit hoher Qualität anbietet.

Die Auswahl ist aber nicht leicht – weder für den einweisenden Arzt noch für die Patienten. In dieser Situation liefert der Krankenhausnavigator handfeste Informationen“, sagt Jürgen Malzahn, Leiter der Abteilung stationäre Versorgung, Rehabilitation beim AOK-Bundesverband und zuständig für den Krankenhausnavigator. Die Online-Suche erfolgt durch die Eingabe des Behandlungswunsches, verbunden mit der Postleitzahl des Wohnortes. Auf der Ergebnisseite erscheinen dann neben den infrage kommenden Kliniken auch die Qualitätsberichte der einzelnen Häuser zum

Herunterladen. Jürgen Malzahn: „Ein Blick in diese Berichte lohnt vor allem, wenn sich Versicherte ein Gesamtbild von einem bestimmten Krankenhaus machen wollen.“ Doch damit nicht genug. Auf Basis der Weissen Liste bietet der AOK-Krankenhausnavigator mittlerweile auch die Suche nach Behandlungsergebnissen aus dem QSR-Verfahren an. QSR steht für „Qualitätssicherung mit Routinedaten“ – ein Verfahren, mit dem die Qualität von Krankenhäusern bewertet werden kann, zum Beispiel bei bestimmten Krankheiten. In Deutschland etwa müssen sich beispielsweise jedes Jahr mehr als 360.000 Patienten einer Operation unterziehen, um ihre Hüft- oder Kniegelenke ersetzen zu lassen. Wer eine solche Operation benötigt, kann ab sofort überall in Deutschland die QSR-Informationen des Krankenhausnavigators nutzen. Doch was haben die Versicherten davon? Christian Günster, Leiter des QSR-Teams im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO): „Das besondere an QSR ist die konsequente Berücksichtigung aller Krankenhausbehandlungen eines Patienten bis zu einem Jahr nach dem ersten Eingriff. So wird etwa untersucht, wie oft chirurgische Komplikationen, Thrombosen oder Lungenembolien auftreten. Für planbare Eingriffe wie den Ein-

satz neuer Knie- oder Hüftgelenke stellt der AOK-Krankenhausnavigator deutschlandweit Behandlungsergebnisse zur Verfügung.“ Diese Daten tragen dazu bei, dass sich AOK-Versicherte und andere Interessierte schnell und einfach über die medizinische Qualität einer Klinik informieren können. Mit diesem Wissen sind sie gut gerüstet für das Gespräch mit dem Arzt, wenn es darum geht, eine Klinik auszuwählen. Im Herbst 2011 sollen im Krankenhausnavigator auch QSR-Daten zur Gallenblasenentfernung veröffentlicht werden.

Leistungen der Pflegeheime vergleichen. Ein Service nicht nur für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen, sondern auch für die AOKs ist der bundesweite Pflegenavigator mit umfangreichen Online-Informationen über mehr als 13.000 Pflegeeinrichtungen und über 13.500 Pflegedienste. Betreut werden Pflegeheim- und Pflegedienstnavigator von Marco Priewisch, Referent für Pflegeinformationsdienste bei der Geschäftsführungseinheit Versorgung im AOK-Bundesverband. Der Pflegeheimnavigator informiert über die Leistungen der Pflegekassen sowie die Leistungen der Pflegeheime und deren Preise. Und er ermöglicht es, die Qualität der von

Die Navigatorenwelt der AOK

www.aok-gesundheitsnavi.de



**ARZT
NAVIGATOR**

**KRANKENHAUS
NAVIGATOR**



**ARZNEIMITTEL
NAVIGATOR**

**APOTHEKEN
NAVIGATOR**



**PFLEGEHEIM
NAVIGATOR**

**PFLEGEDIENST
NAVIGATOR**



Die AOK-Navigatoren bieten Unterstützung in unterschiedlichen Lebenslagen. Bei der Mediziner-suche am neuen Wohnort etwa gibt der Arztnavigator nützliche Hinweise. Der Krankenhausnavigator hilft bei der Wahl einer geeigneten Klinik für einen bestimmten Eingriff. Wer ein passendes Pflegeheim oder einen Pflegedienst sucht, findet im Pflegenavigator zahlreiche Informationen. Über Anwendungsgebiete, Wirkstoffe und Preise einzelner Medikamente informiert der Arzneimittelnavigator. Und welche Apotheke am nächsten ist oder gerade Notdienst hat, weiß der Apothekennavigator.

Quelle: AOK-Bundesverband

den Pflegeheimen erbrachten Leistungen zu vergleichen. Grundlage dafür sind die Pflegenoten, die der Medizinische Dienst der Krankenkassen bei seinen Qualitätsprüfungen vergibt und die als Transparenzberichte veröffentlicht werden. Suchkriterien im Pflegeheimnavigator sind neben Ort, Postleitzahl und Umkreis auch die Art der Pflege und pflegfachliche Schwerpunkte. Seit September 2010 können Nutzer außerdem eine Sortierfunktion verwenden, die einzelne

„Die Entscheidungshilfen sollen Versicherten und Patienten dabei helfen, Risiken und Nutzen gegeneinander abzuwägen.“

Dr. Gerhard Schillinger
Geschäftsführer Stab Medizin

pflegerelevante Kriterien aus dem Transparenzbericht, wie etwa Maßnahmen zur Vermeidung von Druckgeschwüren oder Stürzen und die Unterstützung der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung, verwenden.

Mit diesem Service, der den Nutzern bei der Auswahl einer Einrichtung helfen soll, sind nicht alle

Pflegeheime und Pflegeverbände einverstanden und verfolgen deshalb vor den Sozialgerichten das Ziel, die Sortierfunktion untersagen zu lassen. „Es wird behauptet, dass die AOK damit gegen die Pflege-transparenzvereinbarung verstoße. So soll erreicht werden, dass ungünstige risikorelevante Einzelnoten dieser Einrichtungen nicht mehr aufgerufen und verglichen werden können“, erklärt Anja Mertens vom Justitiariat des AOK-Bundesverbandes. Hierzu liegen bereits erste Entscheidungen im einstweiligen Rechtsschutzverfahren vor – mit unterschiedlichen Ergebnissen. Der Ausgang der Hauptsacheverfahren ist noch offen. Am Erfolg des Pflegeheimnavigators ändert das nichts: „Rund 100.000-mal wird die Seite pro Monat aufgerufen“, sagt Marco Priewisch.

Risiken und Nebenwirkungen. Auch ihren Arzneimittelnavigator hat die AOK erweitert und noch besser auf das Informationsbedürfnis der Versicherten abgestimmt. Die Online-Suchmaschine bietet jetzt auch Angaben zu den Anwendungsgebieten von Medikamenten. Das

hilft Versicherten, sich einen schnellen Überblick zu verschaffen: Welches Arzneimittel ist für eine bestimmte Erkrankung geeignet? Welche Anbieter gibt es für einen Wirkstoff? Wie hoch ist der Preis? Dabei arbeitet die AOK weiter mit der Stiftung Warentest zusammen, die die Informationen über Wirkstoffe und Wirkstärken sowie Hinweise zur Anwendung und zu Vorsichtsmaßnahmen bereitstellt. Wer sich im Arzneimittelnavigator als AOK-Versicherter registrieren lässt, erhält neben diesen Angaben auch eine kurze Bewertung der Qualität. Dabei bezieht die Stiftung Warentest Wirksamkeitsnachweise und Qualitätsdaten mit ein, beispielsweise über Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten, Gegenanzeigen oder unerwünschte Wirkungen. Auch besondere Lebenslagen wie eine Schwangerschaft werden berücksichtigt. Nach wie vor können Nutzer ein Arzneimittel nach dem Medikamentennamen, dem Wirkstoff oder der Pharmazentralnummer suchen.

Neben den Gesundheitsnavigatoren leisten auch die sechs Online-Entscheidungshilfen einen Beitrag zur unabhängigen Patienteninformation. Sie stehen für die Themen Masern-Mumps-Röteln-Impfung, Gebärmutterhalskrebs-Impfung,

Brusterhaltende Therapie oder Brustentfernung, Brustentfernung: Was kommt danach?, PSA-Test und Sondenernährung zur Verfügung. „Die Entscheidungshilfen sollen Versicherten und Patienten dabei helfen, Risiken und Nutzen gegeneinander abzuwägen“, erläutert Dr. Gerhard Schillinger, Leiter des Stabs Medizin beim AOK-Bundesverband.

Was Versicherte denken. Licht in aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen bringen die Versichertenbefragungen, die das WIdO seit 1998 ein- bis zweimal pro Jahr durchführt. Themen sind etwa die Einstellung der GKV-Versicherten zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), zu individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) oder Zusatzbeiträgen. Die Resultate der Umfragen erscheinen in komprimierter Form im WIdO-monitor, einer Beilage zur Zeitschrift „Gesundheit und Gesellschaft“, dem AOK-Forum für Wissenschaft und Praxis, sind aber auch im Internet zugänglich.

In der Presse stoßen die repräsentativen Umfragen immer wieder auf große Resonanz. Verantwortlich für die Versichertenbefragungen ist Klaus Zok aus dem Bereich Marktanalysen, Mitarbeiter-

befragungen des WIdO. „Die Umfragen sollen Zustimmung, Kritik und Veränderungswünsche der Versicherten und Patienten transportieren und in die gesundheitspolitischen Gestaltungsprozesse tragen. Damit lässt sich die Teilhabe der als Beitragszahler oder Patienten betroffenen Menschen stärken“, sagt der Sozialwissenschaftler. Zu den jüngsten Beispielen gehört eine Umfrage zu privaten Zusatzleistungen in der Arztpraxis. Sie zeigt: Immer öfter bieten Ärzte ihren Patienten Leistungen an, die sie selbst zahlen müssen. Sogar Standardleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung stellen manche Mediziner ihren Patienten in Rechnung. Die Zusatzeinnahmen der Ärzte sind dadurch beträchtlich gewachsen: 1,5 Milliarden Euro waren es 2010. Dabei belasten die Privatleistungen oft das Arzt-Patienten-Verhältnis.

„Mit der Umfrage zu IGeL-Angeboten konnten wir Licht in diesen doch sehr undurchsichtigen Markt bringen“, ist sich Klaus Zok sicher. Aufschlussreich ist auch die aktuellste WIdO-Umfrage zur Pflegeversicherung: Den Versicherten ist die soziale Pflegeversicherung wichtig und sie haben hohe Erwartungen an die zukünftige inhaltliche und finanzielle Ausgestaltung. ■

Social Media – neue Wege der Kommunikation

In sozialen Online-Netzwerken wie Twitter oder Facebook verbreitet heute in Deutschland gut jeder Dritte Meinungen und Inhalte. Die AOK nutzt diese neuen Kommunikationsformen schon seit längerem – ihr Engagement in diesem Bereich findet immer mehr Beachtung. Im Fachprojekt „Social Media“, dem Teilnehmer aus allen AOKs angehören, werden Projekte in den sozialen Netzwerken gemeinsam entwickelt und umgesetzt.

So gibt es seit Frühjahr 2011 auf Facebook eine spezielle Seite für Jugendliche. Nur drei Monate nach dem Start der Seite hatte die Gesundheitskasse bereits mehr als 5.000 „Fans“. Die Twitter-Meldungen des AOK-Bundesverbandes haben knapp 3.200 „Follower“ abonniert, keine andere gesetzliche Krankenkasse erreicht ähnliche Werte. Mithilfe eines Software-Tools werden im AOK-Bundesverband täglich Einträge zur AOK in den sozialen Netzwerken ausgewertet und an die zuständigen AOKs weitergeleitet oder beantwortet.

Rechnen für die Zukunft

Mit vielfältigen Dienstleistungen macht der AOK-Bundesverband die Herausforderungen von morgen kalkulierbar. Im zunehmenden Wettbewerb hilft das den AOKs, sich richtig zu positionieren.

Schon jetzt an morgen denken. Wer Weichen stellen will, braucht einen Überblick, sonst drohen unvorhergesehene Ereignisse. Auch eine Krankenkasse muss bei zukunftsweisenden Entscheidungen im Auge haben, wie es um das Unternehmen bestellt ist. Schwieriger ist dies für die AOKs, seit sie ihre Gelder aus dem Gesundheitsfonds erhalten. Hier hilft der AOK-Bundesverband ihnen, den Überblick zu behalten: „Wir schauen in die Zukunft und analysieren, wie sich die Fondszuweisungen in den einzelnen Kassen entwickeln werden. So können die AOKs Entwicklungen rechtzeitig erkennen und steuern“, sagt Dorothee Schawo, Geschäftsführerin Finanzen im AOK-Bundesverband.

Seit 2009 werden die Beiträge der Versicherten im Gesundheitsfonds gesammelt und von dort an die Krankenkassen überwiesen. Dass diese so viel Geld bekommen, wie sie für die Versorgung ihrer Versicherten benötigen, dafür sorgt der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich

(Morbi-RSA). Er berücksichtigt bei der Verteilung neben Alter und Geschlecht auch den Gesundheitszustand der Versicherten. „Das sorgt für eine gerechtere Verteilung der Gelder. Durch die neue Finanzierung aber mussten die bekannten Muster der Einnahmen- und Ausgabenplanung weiterentwickelt werden“, sagt Timm Paulus, Leiter der Abteilung Gesundheitsfonds, Morbi-RSA beim AOK-Bundesverband. Im Zuge dessen hat der AOK-Bundesverband kontinuierlich das Know-how für eine verlässliche Voraussage der Finanzentwicklung gesammelt.

Know-how aus einer Hand. Das AOK-System profitiert auch von dem gebündelten Wissen, wenn es darum geht, die Interessen der AOK-Gemeinschaft auf der politischen Bühne zu vertreten. Bedeutende Zukunftsfragen wie die Mittelausstattung des Gesundheitsfonds oder die Einführung eines Sozialausgleichs werden fachübergreifend bewertet. So kann der AOK-Bundesverband die Politik

auf Fehlentwicklungen hinweisen und Lösungsvorschläge unterbreiten. Aber auch Detailanpassungen können große finanzielle Effekte haben: „Es gehört zu den zentralen Herausforderungen für unsere Abteilung, dass die immer wieder notwendige Feinjustierung beim Morbi-RSA methodisch sauber geschieht“, so Paulus. Dazu arbeiten die Experten parallel an mehreren Baustellen.

Voraussetzung für das Morbi-RSA-Verfahren etwa ist die Weiterentwicklung der sogenannten Datenselektionsprogramme. Mit ihnen lassen sich die erforderlichen Informationen zum Ausgleich der Risikostrukturen und zum Berechnen der Fondszuweisungen erheben. „Hier kommt es besonders darauf an, sowohl neue übergeordnete Gesetzesvorgaben als auch lokale Versorgungsverträge und die damit verbundenen Datenmeldungen korrekt zu berücksichtigen“, erklärt Paulus. Der Austausch mit den Fachexperten im AOK-Bundesverband ist dabei genauso unverzichtbar wie der

Olaf Zehmisch, stellvertretender Geschäftsführer
Finanzen, und **Aron Koch**, Referatsleiter
Frühwarnsystem in der Geschäfts-
führungseinheit Finanzen des
AOK-Bundesverbandes
(v. l.)



enge Kontakt zu den AOKs und die dauernde Qualitätssicherung der Selektionsprogramme. Denn erst mit den ausgewählten Daten lassen sich die Morbiditätsstruktur der Versicherten einer Krankenkasse bestimmen und die Gesundheitsfondszuweisungen beim zuständigen Bundesversicherungsamt (BVA) berechnen. Insgesamt werden so routinemäßig jedes Jahr mehr als zwei Milliarden anonymisierte Daten im AOK-System erhoben. „Bevor das BVA die Daten verarbeitet, prüfen wir sie auf Herz und Nieren. So bekommt das BVA von uns nur plausible Angaben. Andernfalls bekäme die AOK keine oder geringere Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds“, so Paulus.

Wertvolle Berechnungen. Abgeleitet von dieser Vielzahl an Informationen werden die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die einzelnen Kassen im AOK-System kalkuliert. „Dabei entwickeln unsere Experten Prognosemodelle, mit denen die AOKs Zuweisungen in naher und mittlerer Zukunft berechnen können“, so Paulus. Zwar liegen amtliche Berechnungen zu den Fondszuweisungen vom BVA vor. Aber sie berücksichtigen nicht die aktuellen Ausgabenentwicklungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Auch die aktuellsten AOK-Daten, wie etwa die neuesten Versichertenzahlen,

kann das BVA nicht miteinbeziehen. Doch gerade hier hat die Zu- oder Abnahme Folgen für die Höhe der Fondszuweisungen. „Umso wertvoller macht das die Berechnungen der AOK-Experten, die diese auf Grundlage der aktuellen Marktsituation sowie Versichertenbewegungen machen“, sagt Olaf Zehmisch, stellvertretender Geschäftsführer Finanzen des AOK-Bundesverbandes.

Eine besondere Bedeutung hat auch die Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Morbi-RSA. Es schreibt fest, nach welchen Regeln die Versicherten den Risikomerkmale des Morbi-RSA zugeordnet werden. Diese müssen jedes Jahr überprüft und an neue Gegebenheiten in der medizinischen Versorgung oder Diagnostik angepasst werden. „Die Herausforderung besteht darin, das Modell so weiterzuentwickeln, dass die Krankheitsrisiken zwischen den Kassen besser ausgeglichen werden“, so Zehmisch. So konnte der AOK-Bundesverband etwa darauf hinwirken, dass Patienten, die eine Dialyse brauchen oder an der Bluterkrankheit leiden, besser in der Versichertenstruktur abgebildet werden. Voraussetzung dafür ist die enge Zusammenarbeit mit den Kolleginnen und Kollegen des Stabs Medizin im AOK-Bundesverband.

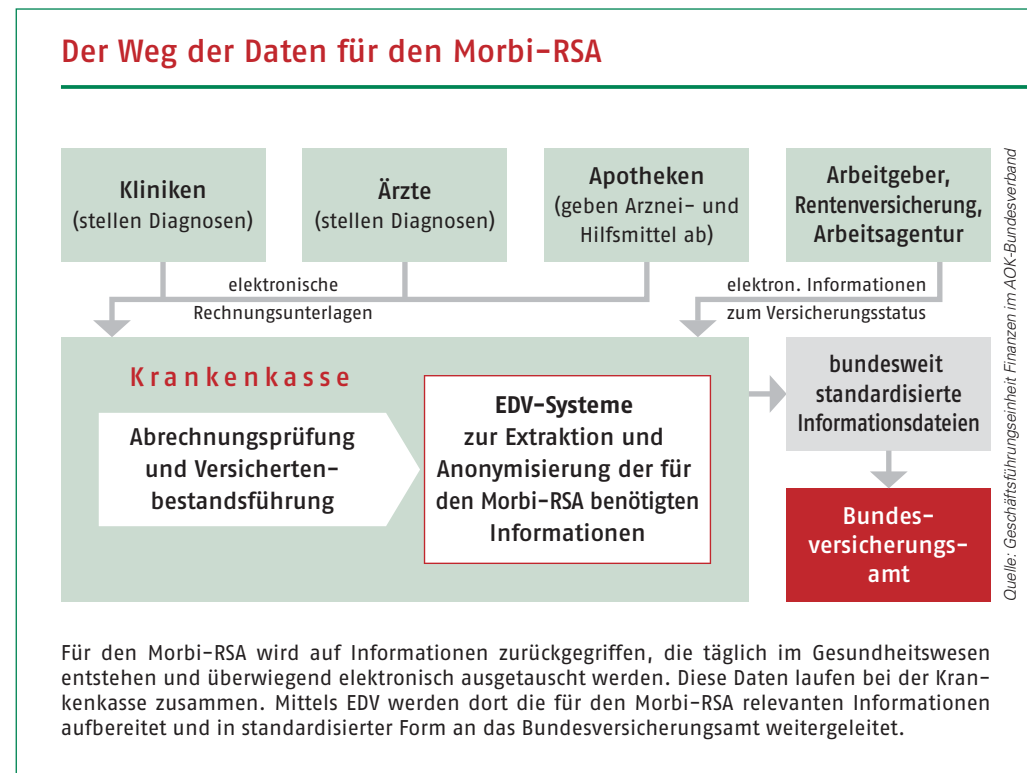
Daten pflegen und Wissen verknüpfen. Eine wichtige Rolle spielt dabei auch das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO). Im Data-Warehouse des AOK-Bundesverbandes analysieren Experten verschiedenster Professionen die anonymisierten Daten der rund 24 Millionen AOK-Versicherten. Dabei gewinnen sie wertvolle Erkenntnisse, etwa über die Versorgung von Patienten in Abhängigkeit vom Schweregrad ihrer Erkrankung. Besonders therapieintensive Formen können identifiziert und mit typischen Arzneimitteln oder Behandlungsverläufen in Verbindung gebracht werden. Mit seinem Datenschatz kann das WIdO solche Fälle aufspüren: „Unser Vorteil besteht darin, dass wir die Leistungsdaten mit unseren aktuellen medizinischen oder pharmakologischen Katalogdaten verknüpfen können, um damit etwa Fehlversorgung zu identifizieren. Diese Analysen ermöglichen es dem AOK-System, die Versorgung seiner Versicherten weiter zu verbessern“, erklärt Helmut Schröder, stellvertretender Geschäftsführer des WIdO. Das durch die gemeinsame Arbeit gesammelte Wissen nutzt der AOK-Bundesverband auch, um das „lernende System“ Morbi-RSA zu gestalten und Mängel bei den Fondszuweisungen auszubessern. „Der Morbi-RSA ist heute zielgenauer als noch vor zwei Jahren. Auch haben viele kleine Detaillösungen

dazu geführt, dass die Fondszuweisungen heute geringeren Schwankungen unterliegen und besser kalkulierbar sind“, so Dorothee Schawo.

Risiken erkennen und vermeiden. Eine weitere Aufgabe übernimmt der AOK-Bundesverband mit dem Risikomanagement. Mit der Einführung des Gesundheitsfonds haben sich die Rahmenbedingungen der Insolvenzfähigkeit der Krankenkassen geändert. Seit 2010 wurde das Schließungsrecht um die Anwendung der Insolvenzordnung erweitert. „Bei einer Insolvenz haften zunächst die übrigen Kassen derselben Kassenart für ungedeckte Verpflichtungen“, erläutert Aron Koch aus der Abteilung Risikomanagement der Geschäftsführungseinheit Finanzen. Erst wenn sie diese Verpflichtungen über eine gesetzlich definierte Schwelle übersteigen, haften auch die übrigen Kassenarten. Durch die neuen Insolvenzregeln muss der AOK-Bundesverband für seine Gesellschafter die notwendige Datentransparenz schaffen – als Grundlage für ein präventives Haftungs- und Risikomanagement. „Zusammen mit den AOKs haben wir ein Frühwarnsystem entwickelt, das Entwicklungen erkennt, die Risiken für die AOK-Gemeinschaft als Haftungsverbund bergen“, erklärt Koch. Im Fokus stehen dabei die Zahlungsfähigkeit

und die Ergebnis- und Vermögenssituation jeder AOK. Der dazu nötige Informationsaustausch erfolgt über engmaschige, standardisierte Prozesse. Die Ergebnisse sind für den Erweiterten Vorstand des AOK-Bundesverbandes die Grundlage, um

über konkrete Maßnahmen zur Risikovermeidung und -minimierung zu beraten. Bei sich ändernden Rahmenbedingungen wird das Frühwarnsystem kontinuierlich weiterentwickelt. So lassen sich Risiken von morgen erkennen und beherrschen. ■



Im Alter gut versorgt

Eine älter werdende Gesellschaft mit immer mehr chronisch kranken und pflegebedürftigen Menschen – unser Gesundheitswesen steht vor großen Veränderungen. Die AOK stellt sich dieser Herausforderung.

Die Deutschen werden älter. Im Jahr 2050 wird die durchschnittliche Lebenserwartung eines Mannes bei 85,4 Jahren, die einer Frau bei knapp 90 Jahren liegen. Die Bevölkerungszahl wird dabei sinken – von heute rund 81 Millionen auf dann nur noch knapp 74 Millionen Einwohner. Die Folgen dieser Entwicklung zeigen sich schon jetzt.

Nadine-Michèle Szepan leitet die Abteilung Pflege im AOK-Bundesverband, ihr ist der Blick in die demografische Zukunft vertraut: „Die Zahl pflegebedürftiger älterer Menschen wird steigen. Gegenwärtig sind etwa 2,4 Millionen Menschen auf Hilfe angewiesen. Im Jahr 2020 werden es rund 3,4 Millionen und 2050 sogar 4,5 Millionen sein. Diesen Menschen steht eine geringer werdende Zahl Erwerbstätiger gegenüber. In der Pflege macht sich deshalb schon heute ein beginnender Fachkräftemangel bemerkbar.“ Sie befasst sich mit möglichen Lösungsansätzen. Dazu gehören eine Reform der Pflegeausbildung, eine bessere

Vereinbarkeit von Beruf und Familie, eine größere Wertschätzung des Berufsbildes und eine verbesserte gesundheitliche Prävention.

Angehörige unterstützen. Die Hauptlast der Pflege aber liegt auf den Schultern der Angehörigen, die gut zwei Drittel der Pflegebedürftigen zu Hause betreuen. Eine besondere Herausforderung ist dabei die Pflege demenzkranker Menschen, deren Zahl ebenfalls steigen wird: von derzeit 1,2 Millionen auf geschätzte 2,5 Millionen Menschen im Jahr 2060. Doch die Bereitschaft zu pflegen nimmt ab. Denn die häusliche Pflege eines Menschen bedeutet eine erhebliche Einschränkung persönlicher Freiräume, verbunden mit materiellen, seelischen und körperlichen Belastungen. „Deshalb dürfen pflegende Menschen nicht allein gelassen werden. Sie brauchen Hilfe von außen“, sagt Christian Hassel aus der Abteilung Pflege des AOK-Bundesverbandes. Ein flächendeckendes Netz von AOK-Pflegeberatern unterstützt deshalb Angehörige dabei, passende

Hilfsangebote zu finden und diese unbürokratisch zu beanspruchen. Sie fungieren als Mittler zwischen Familien, Ärzten und Betreuungseinrichtungen. Christian Hassel: „Sie helfen Betroffenen, eine Selbsthilfeorganisation oder ehrenamtliche Unterstützung in ihrer Nähe zu finden. Und auch bei der Suche nach einem Pflegedienst oder einem Heim geben die Pflegeberater der AOKs Hilfen an die Hand.“ Dabei unterstützt sie die AOK-Pflegenavigatoren, für die beim Bundesverband Marco Priewisch aus der Abteilung Pflege der Geschäftsführungseinheit Versorgung zuständig ist (siehe Seite 14: „Mehr Durchblick für souveräne Patienten“).

Um Hilfsangebote für pflegende Angehörige ging es auch beim mit 50.000 Euro dotierten Berliner Gesundheitspreis 2010. Unter dem Motto „Auch Helfer brauchen Hilfe“ wurde die Auszeichnung von AOK-Bundesverband, AOK Nordost und Ärztekammer Berlin Anfang 2011 verliehen. Den

Nadine-Michèle Szepan, Leiterin der Abteilung
Pflege in der Geschäftsführungseinheit Versorgung
des AOK-Bundesverbandes

ersten Platz teilten sich die Berliner Organisation „Pflege in Not“, eine Anlaufstelle für pflegende Angehörige, die in Konflikt- oder Gewaltsituationen geraten sind, und das Münchener Kontaktnetzwerk „alfa beta“ für alleinerziehende Mütter mit behinderten Kindern. Den zweiten Preis erhielt die Bürgerinitiative Stendal, die sich der ehrenamtlichen Betreuung hilfs- und pflegebedürftiger Senioren verschrieben hat. Jürgen Graalman, stellvertretender Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, spricht sich dafür aus, solche beispielhaften Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige auszuweiten: „Mit Geld allein werden wir die Situation nicht lösen. Wir brauchen viele solcher engagierten Plattformen, um ein würdiges Altern zu organisieren, ohne die junge Generation zu überfordern.“

Um herauszufinden, welche Hilfen Demenzkranke und ihre Angehörigen brauchen, haben der AOK-Bundesverband, die AOK Bayern und die forschenden Pharmaunternehmen Pfizer und Eisai die Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin, kurz IDA, aufgebaut. Die bisher erste Studie dieser Art fand zwischen 2005 und 2009 statt, seit 2010 liegt nun der Abschlussbericht vor. Ein Ergebnis: Die Versorgung Demenz-



kranker muss besser strukturiert und koordiniert werden. Hilfsangebote für Angehörige müssen an diese herangetragen werden, etwa durch den Hausarzt oder die gesetzliche Pflegeberatung der Pflegekassen beziehungsweise die Pflegestützpunkte. Denn von sich aus Hilfe zu suchen, fällt den Betroffenen schwer. IDA belegt auch, dass Demenz eine der teuersten Krankheiten überhaupt ist. „Die Leistungen pflegender Angehöriger sind unbezahlbar. Würde man sie zu Marktpreisen

„Die Leistungen pflegender Angehöriger sind unbezahlbar. Würde man sie zu Marktpreisen einkaufen, würden die Kosten ausufern.“

Dr. Jörg Lauterberg
Stab Medizin

einkaufen, würden die Kosten ausufern. Allein die Pflege der in der Studie untersuchten leichten und mittelschweren Fälle macht jedes Jahr rund 37.500 Euro aus“, erklärt Dr. Jörg Lauterberg vom Stab Medizin, der für den AOK-Bundesverband an IDA mitgearbeitet hat. Die Ergebnisse dieser und anderer Studien sowie zahlreiche Kontakte zu renommierten Altersforschern und Pflegewis-

senschaftlern begreift der AOK-Bundesverband auch als Dienstleistung für die AOKs.

Connected Living. Einen ganz anderen Weg geht die AOK mit dem Projekt „Connected Living“. Hier erproben Wissenschaftler der Technischen Universität Berlin unter anderem, wie Computer und Internet dazu beitragen können, dass ältere Menschen länger zu Hause leben. Der AOK-Bundesverband ist Partner des Projekts, das das Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie unterstützt. In einer Musterwohnung werden Haushalts- und medizinische Geräte vernetzt. So soll älteren, kranken oder pflegebedürftigen Menschen ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Wohnung erleichtert werden. Elektronische Assistenten etwa können den Gesundheitszustand erfassen und medizinische Daten wie Blutzucker oder Blutdruck automatisch an den Arzt oder Pflegedienst übermitteln.

Eine weitere Herausforderung, die eine alternde Gesellschaft mit sich bringt, nennt Martina Sitte aus der Geschäftsführungseinheit Politik/Unter-

nehmensentwicklung beim AOK-Bundesverband: „Ärzte haben es heute immer mehr mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus Typ 2 oder Herzschwäche zu tun. Sie betreffen häufig ältere Menschen, die noch dazu oft an mehreren Erkrankungen leiden.“ Eine Konsequenz daraus ist für den AOK-Bundesverband die Stärkung der hausärztlichen Versorgung. Die Disease-Management-Programme (DMP) der AOK, an denen derzeit fast drei Millionen Versicherte teilnehmen, füllen diese Forderung mit Leben. Um Patienten mit mehreren Erkrankungen noch zielgenauer zu versorgen, gibt es seit 2010 das DMP-Zusatzmodul für die Koronare Herzkrankheit, eine häufige Begleiterkrankung bei Diabetes mellitus Typ 2. Weitere Zusatzmodule sollen folgen.

Schnittstellen überwinden. Damit die medizinische Versorgung älterer Menschen der demografischen Entwicklung gerecht wird, müssen aus Sicht des AOK-Bundesverbandes aber auch die Grenzen zwischen dem ambulanten und stationären Behandlungssektor durchlässiger werden. „Gerade die Schnittstellen zwischen diesen beiden Bereichen führen oft zu unnötigen Untersuchungen und schlecht abgestimmten Therapien. Besonders multimorbide ältere Menschen benötigen eine op-

timal abgestimmte Versorgung im Krankheitsfall“, so Martina Sitte. Mit der medizinischen Behandlung über Sektorengrenzen hinweg befasst sich deshalb der Versorgungs-Report, eine neue jährliche Buchreihe aus dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO), die in Zusammenarbeit mit dem Stab Medizin des AOK-Bundesverbandes entsteht. „Gesundheit im Alter“ heißt der Schwerpunkt des nächsten Reports, der im Herbst 2011 erscheint. Darin geht es um die Frage, wie sich der demografische Wandel auf die Gesundheitsversorgung insbesondere älterer Menschen auswirken wird und wo hier neue Schwerpunkte liegen werden. Schon heute will beantwortet sein, welche Gesundheitsleistungen Ältere beanspruchen und wie sich angesichts zunehmender Multimorbidität ihre Versorgung gestalten lässt. Im Report werden dafür Routinedaten aus dem ambulanten und stationären Bereich ausgewertet. Herausgeber sind die WIdO-Mitarbeiter Christian Günster, Leiter des Forschungsbereichs Integrierte Analysen, und Joachim Klose, Leiter des Forschungsbereichs Ärztliche Versorgung und Pflege, sowie Professor Norbert Schmacke, Leiter der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung der Universität Bremen. Der Stabsbereich Medizin des AOK-Bundesverbandes ist an der Konzeption beteiligt.

Sichere Arzneimittel. Wichtig für ältere Menschen ist auch die Arzneimittelsicherheit, ebenfalls Thema im Versorgungs-Report. Denn oft müssen sie viele unterschiedliche Medikamente schlucken. Auch reagieren sie anders auf Arzneimittel, was zusätzliche Risiken bergen kann. Mit diesen Risiken beschäftigt sich das WIdO in einer Analyse der Arzneimittelversorgung älterer Patienten. Das Ergebnis: Ältere Menschen erhalten zu viele und oft auch ungeeignete Medikamente (siehe Abbildung Seite 31). „Wenn wir die Arzneimittelsicherheit im Alter verbessern wollen, müssen wir diesen Erkenntnissen in der Praxis Rechnung tragen. Das kann Kassen und Ärzten nur gemeinsam gelingen“, meint die WIdO-Pharmakologin Dr. Anette Zawinell.

Die AOK wird sich weiter für eine gute Versorgung älterer und pflegebedürftiger Menschen einsetzen. „Wir dürfen alte Menschen nicht vom medizinischen Fortschritt ausschließen“, resümiert Dr. Herbert Reichelt, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes. Deshalb tritt die Gesundheitskasse in den Wettbewerb um die beste Versorgung dieser Menschen – mit dem Engagement ihrer Mitarbeiter, wissenschaftlichem Know-how und innovativen Konzepten und Projekten. ■

Prävention für Pflegeberufe

„Gesunde Mitarbeiter – Erfolgsfaktor in der Pflege“ heißt die bundesweite AOK-Kampagne für die stationäre Altenpflege. Einblick in die gesundheitliche Situation der dort Beschäftigten gibt der vom AOK-Bundesverband veröffentlichte „Report Pflege“. Er zeigt: Große körperliche und psychische Belastungen prägen den Alltag von Menschen in Pflegeberufen, oft mit negativen Folgen für die Gesundheit. Hinzu kommt, dass nach Expertenschätzungen bis 2020 allein im stationären Bereich bundesweit rund 50.000 zusätzliche Pflegekräfte gebraucht werden. Die Kampagne will deshalb gesundheits-erhaltende und -fördernde Maßnahmen umsetzen. Dazu gehören Arbeitsplatz-begehungen und Mitarbeiterbefragungen. Anschließend werden mithilfe von AOK-Experten passgenaue Maßnahmen umgesetzt, die die Organisation eines Betriebs und das Verhalten der Führungskräfte und Mitarbeiter betreffen. Für körperlich und psychisch stark belastete Mitarbeiter hält die AOK weitere Angebote bereit, wie etwa Kurse zum Umgang mit Zeitdruck oder ein Hebetraining für den Transport und das Umbetten hilfsbedürftiger Menschen.

Wissenschaft für die Praxis


Die Experten des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) werten jedes Jahr viele Milliarden Daten zur Gesundheitsversorgung in Deutschland aus – und sorgen so für mehr Transparenz.

Wissenschaft, die Wissen schafft. Für die meisten Menschen sind Statistiken eine Ansammlung komplizierter Zahlen – für das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) erzählen sie spannende Geschichten. Von Über- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen, von innovativen Arzneimitteln, die so gar nichts Neues an sich haben, oder von Komplikationen bei einem Klinikaufenthalt. Fachmännisch ausgewertet zeigen sie Zusammenhänge, die sonst verborgen blieben. „In einem so komplexen Gebilde wie dem deutschen Gesundheitswesen steht vor jeder neuen Reform die Analyse. Wer das Gesundheitssystem verbessern will, muss deshalb die Fakten kennen“, sagt WIdO-Geschäftsführer Jürgen Klauber. Die WIdO-Wissenschaftler werten jedes Jahr Milliarden Daten zur Gesundheitsversorgung aus und bringen diese so zum Sprechen. Ob für das AOK-System, für die Partner im Gesundheitswesen oder für die Politik: Das WIdO bietet Analysen für jeden Leistungsbereich der Gesundheitsversorgung.

Lotse im Arzneimittel-Dschungel. Ein Arzt muss für jeden seiner Patienten immer wieder neu entscheiden: Welches Arzneimittel ist das richtige? Gibt es eines, das gut kombinierbar ist mit anderen Medikamenten, etwa wenn der Patient verschiedene Krankheiten hat? Vertragen auch ältere Patienten das ausgewählte Arzneimittel? Und sind die neuesten Medikamente auch wirklich die besten? „Für den Arzt sind solche Fragen oft schwer zu beantworten. Denn es gibt in Deutschland mehr als 50.000 Medikamente, die insgesamt 2.500 verschiedene Wirkstoffe oder Wirkstoffkombinationen beinhalten“, erklärt Arzneimittelexperte Gisbert Selke vom WIdO. Eine kaum zu überblickende Menge – und jedes Jahr kommen im Schnitt noch einmal rund 30 neue Wirkstoffe hinzu. Da können auch erfahrene Ärzte schon mal den Überblick verlieren.

Die WIdO-Analysen der Arzneimittelverordnungen in Deutschlands Arztpraxen zeigen: Zu

viele Patienten erhalten Medikamente, die sie nicht brauchen oder die für sie sogar ungeeignet sind. Und zu viele Ärzte verordnen frisch auf den Markt gekommene Medikamente in der Hoffnung, dass diese Arzneimittel auch besonders gut wirken, wie es die Pharmaindustrie verspricht. Das Problem: Viele der vermeintlich innovativen Pillen sind tatsächlich nur minimal abgewandelte Variationen bereits vorhandener, in der Versorgung bewährter Medikamente. Sie sind zwar teurer, haben aber keinen therapeutischen Zusatznutzen für den Patienten. Um für eine pharmunabhängige Beratung zu sorgen, bietet das WIdO den Ärzten deshalb Unterstützung an. „Wenn sich ein Arzt an uns wendet, kommen Beratungsapotheker der AOK zu ihm und analysieren seine Verordnungen“, sagt Irene Langner, beim WIdO für das Projekt „pharmPRO“ zuständig. Für die Analyse nutzen die Beratungsapotheker die vom WIdO entwickelte Software pharmPRO, die seit mehr als 15 Jahren erfolgreich im Einsatz ist. So erhält

A photograph of two women standing on a balcony or mezzanine level of a modern building. The woman on the left has dark hair and is wearing a purple top under a dark blazer. The woman on the right has blonde hair and is wearing a white shirt under a dark blazer. They are both looking towards the right. In the background, there is a large, multi-level staircase with glass railings and a modern architectural design with recessed ceiling lights.

Valentina Coca,
Forschungsbereich Arznei-
mittel, und **Dr. Elke Jeschke,**
Forschungsbereich Integrierte Analysen
des Wissenschaftlichen Instituts der
AOK, WIdO (v. l.)

der Arzt Unterstützung und kann die Qualität seiner Arzneimitteltherapie optimieren, ohne die Wirtschaftlichkeit aus den Augen zu verlieren. Die AOK-Experten geben zum Beispiel Hinweise, wo sich der Wechsel auf ein qualitativ gleichwertiges, aber günstigeres Medikament anbietet. Und sie informieren, ob der Einsatz eines Arzneimittels für bestimmte Patienten ungeeignet ist. So ist etwa bei Arzneimitteln, die auf der sogenannten Priscus-Liste stehen, das Risiko unerwünschter Wirkungen bei älteren Patienten besonders hoch (siehe Abbildung). „Nur gemeinsam kann es Ärzten und Kassen gelingen, die wissenschaftlichen Erkenntnisse schnell in der Praxis umzusetzen“, sagt Valentina Coca vom Forschungsbereich Arzneimittel im WIdO. So kann das WIdO die Ärzte nicht nur dabei unterstützen, die Arzneimitteltherapie zu verbessern. Darüber hinaus ermitteln die AOK-Beratungspotheker auch Einsparpotenziale, die die Versorgungsqualität nicht verschlechtern. So sorgt das WIdO für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung: von der Wissenschaft für die Praxis.

Qualität lässt sich messen. Auch zur Qualitätssicherung forscht das Institut seit Jahren erfolgreich. Etwa mit dem Verfahren „Qualitäts-

sicherung mit Routinedaten“ (QSR). Das Forschungsprojekt vom WIdO, 2002 gestartet als Kooperation mit den HELIOS Kliniken und dem Forschungs- und Entwicklungsinstitut für das Sozial- und Gesundheitswesen Sachsen-Anhalt, misst und vergleicht die medizinische Qualität von Kliniken. Dazu Dr. Elke Jeschke vom Forschungsbereich Integrierte Analysen des WIdO: „Ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand können mit den Routinedaten von 24 Millionen Versicherten der AOK zuverlässige Aussagen zur Krankenhausqualität getroffen werden.“ Das WIdO führt nun die Daten zu häufigen Operationen aus ganz Deutschland zusammen und wertet sie aus. Neben der Sterblichkeit werden weitere Ereignisse analysiert, wie etwa Komplikationen während des Eingriffs oder Folgeoperationen nach dem Einbau künstlicher Gelenke. Das Besondere daran: Diese Qualitätsindikatoren werden nicht nur für den Klinikaufenthalt im Anschluss an den Eingriff ausgewiesen, sondern auch für Zeiträume von einem, drei und zwölf Monaten danach. So können die WIdO-Experten Spätkomplikationen von Operationen erfassen, und das unabhängig davon, ob die Nachbehandlung im gleichen oder in einem anderen Krankenhaus vorgenommen wurde. Dadurch kann das WIdO zuverlässige

Aussagen über die Versorgungsqualität jeder einzelnen Klinik treffen.

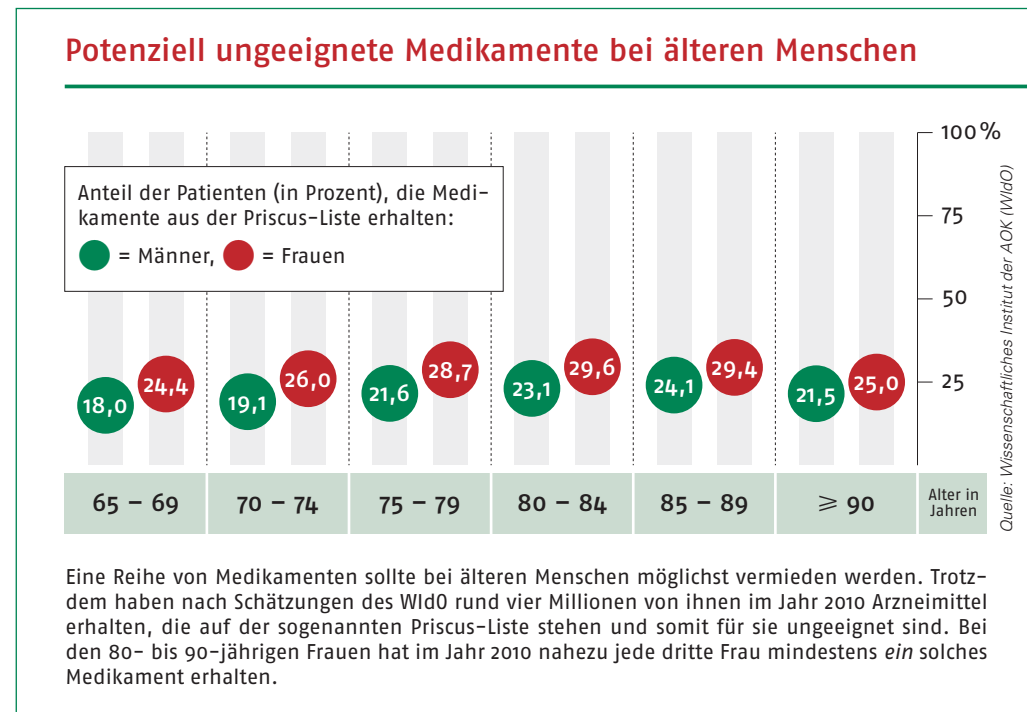
Für die AOK sind die Ergebnisse des QSR-Verfahrens zweifach interessant. Zum einen nutzt die Gesundheitskasse die Erkenntnisse für die Versichertenkommunikation. Mit dem AOK-Krankenhausnavigator erhalten Interessierte Informationen zur Qualität einer Klinik und können diese bei der Planung eines stationären Eingriffs berücksichtigen. Zum anderen sind die Qualitätsdaten auch für das AOK-System selbst interessant. Denn jede AOK erhält dadurch Aussagen über die Qualität der Kliniken in ihrem Einzugsgebiet. Dieses Wissen kann sie bei Vertragsverhandlungen mit Kliniken und künftig auch im Rahmen selektiver Verträge nutzen. Auch die Kliniken erhalten diese Ergebnisse und bekommen so mit dem QSR-Klinikbericht nicht nur Auskunft über ihre Qualität jenseits des Entlassungstages, sondern auch einen direkten Vergleich mit anderen Häusern.

Internationale Kooperationen. Das WIdO versteht sich als Bindeglied zwischen Wissenschaft und Praxis. Ein wissenschaftlicher Beirat festigt den Bezug zu universitären Standards. Er besteht aus namhaften Köpfen der Gesundheits- und Sozial-

politik, der Ökonomie und Medizin. Die Mitglieder bringen ihre Erfahrungen in die Arbeit des WIdO ein und fördern die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen der Forschung und Lehre. Neben erfolgreichen Kooperationen innerhalb Deutschlands engagiert sich das WIdO zudem im Bereich der internationalen Zusammenarbeit, etwa beim europäischen Projekt „European Surveillance of Antimicrobial Consumption“ (ESAC). „Pharm-Experten aus 34 europäischen Staaten analysieren vor dem Hintergrund zunehmender Resistenzen den Antibiotikaverbrauch in jedem einzelnen Land. Das WIdO ist neben der Universität Freiburg und dem Robert-Koch-Institut deutscher Kooperationspartner von ESAC“, erklärt Katrin Nink, Arzneimittelexpertin im WIdO. Ein weiteres Beispiel für grenzüberschreitende Forschungskoope- ration des WIdO ist die Piperska-Gruppe. Der Zu- sammenschluss industrieunabhängiger Forscher aus 17 europäischen Ländern will den Einsatz von Arzneimitteln und anderen Therapieformen nach wissenschaftlichen Kriterien fördern und eine wirtschaftliche Gesundheitsversorgung aller Bürger auf hohem Qualitätsniveau sicherstellen. Die Wissenschaftler bereiten Forschungsergebnisse praxisnah auf, um so politische Entscheidungen in die richtige Richtung zu lenken. Und was hat die

gesetzliche Krankenversicherung davon? Sehr viel, denn die Arbeit der Piperska-Gruppe wurde für einige grundlegende Änderungen verwendet, die das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) zu Beginn dieses Jahres in Deutschland etabliert hat, wie die Einführung einer frühen Nutzenbewertung bei der Zulassung von Medikamenten.

All diese Beispiele zeigen: Das WIdO sorgt mit seiner Forschung seit über 30 Jahren dafür, die Zusammenhänge im Gesundheitswesen besser zu verstehen. Um aus Fehlern zu lernen und eine wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung für die Zukunft zu sichern. ■



Anwälte der Beitragszahler

? Im Juni 2011 hat die Sozialwahl stattgefunden. Die AOKs haben ihre Vertreter für die Selbstverwaltung in einer „Friedenswahl“ bestimmt, das heißt, es gab nicht mehr Kandidaten als Mandate. Fühlen Sie sich dadurch ausreichend legitimiert, Herr Schösser?

Schösser: Ohne Zweifel, denn keine Organisation – weder auf Gewerkschafts- noch auf Arbeitgeberseite – kann eine Kandidatenliste einreichen, ohne zuvor in der eigenen Organisation entsprechende Wahlmöglichkeiten hergestellt zu haben.

? Wo Versicherte aktiv wählen konnten, etwa in der Rentenversicherung, wurde die Sozialwahl mehrheitlich ignoriert. Kaum jemand scheint zu glauben, dass er Einfluss nehmen kann. Können Sie das nachvollziehen?

Schösser: Da ist was dran. Die jetzt gewählte Selbstverwaltung muss deshalb noch deutlicher machen, wo und wie sie den Interessen der Versicherten Gehör verschafft – insbesondere in Versorgungsfragen. Da geht es um Behandlungsfehlermanagement genauso wie um Fehlverhalten von Leistungserbringern. Auch die

Krankenkassen selbst sind ja Leistungserbringer. Bevor zum Beispiel ein Sozialgericht darüber befindet, ob eine Leistung zu Recht oder Unrecht abgelehnt wurde, muss der Vorgang im Widerspruchsausschuss der Krankenkasse erörtert werden. Das ist gelebte Demokratie und bestimmt den Alltag der Selbstverwaltungsarbeit. Aber klar ist: An der Kommunikation müssen wir weiter arbeiten. Ein Baustein ist das Internetportal der AOK. Dort kann jeder Versicherte direkt mit der Selbstverwaltung in Kontakt treten.

? Herr Dr. Hansen, was steht auf dem Programm der Arbeitgeber für die nächsten sieben Jahre?

Dr. Hansen: Die Arbeitgeberseite ist sehr heterogen. Viele Unternehmen und Verbände leben vom Gesundheitswesen oder sind Teil davon. Zum Beispiel die Pharmaindustrie, Bereiche des Handwerks und die Pflegeeinrichtungen. Die Interessenvertretung für alle Unternehmen verlangt deshalb manchmal einen Spagat. Ziel ist und bleibt aber ein modernes und solides Gesundheitswesen.

? Aber allen Arbeitgebern geht es darum, die Kosten im Griff zu behalten ...

Dr. Hansen: Das ist richtig. Deshalb sind auch wir an Fragen der Versorgungsqualität interessiert. Denn Qualität bedeutet ja nichts anderes als gute Leistungen. Gute Hilfsmittel, die lange halten, senken die Kosten in der gesetzlichen Krankenversicherung eben auch. Wir plädieren für mehr Wettbewerb unter den Leistungsanbietern. Natürlich sind auch hier Qualitätsaspekte zu berücksichtigen. Auch der Leistungskatalog ist ein Thema: Welche Leistungen sind wichtig, auf welche könnte man künftig verzichten? Da berühren wir Fragen des Selbsthalts und der Eigenverantwortung der Versicherten.

? Was sind die gemeinsamen sozialpolitischen Positionen des Deutschen Gewerkschaftsbundes und der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände?

Schösser: Die Selbstverwaltung ist dazu da, für ihre Krankenkasse die von der Politik gesetzten Rahmenbedingungen möglichst klug umzusetzen. Wir helfen der eigenen Kasse, im Wettbewerb zu bestehen. Wir entscheiden mit, ob die AOK bessere Versorgungsmodelle anbietet. Auch gute Selektivverträge mit Pharmaherstellern oder Ärzten und die Qualität der Präventionsangebote sind

Dr. Volker Hansen und **Fritz Schösser**,
Aufsichtsratsvorsitzende des
AOK-Bundesverbandes (v. l.)



wettbewerbsrelevant. Und wenn es um die Frage der Eigenbeteiligung, sprich Zusatzbeiträge, geht, die politisch gewollt sind, dann geht es für die Selbstverwaltung primär darum, sie zu vermeiden oder möglichst gering zu halten.

Dr. Hansen: Das sehe ich auch so. Es geht schlicht darum, Schaden vom Unternehmen AOK abzuwenden. Da sind sich Versicherten- und Arbeitgebervertreter einig, gerade in Haushaltsfragen zum Wohl des Unternehmens und der Versicherten das Beste daraus zu machen. Das ist klassische Selbstverwaltungsarbeit und beschreibt das schöne Wort der Sozialpartnerschaft im besten Sinne.

? **Als Vorsitzende des Aufsichtsrats stehen Sie an der Spitze des AOK-Bundesverbandes. Wie steht der Verband vier Jahre nach der Neuordnung der Kassenlandschaft da?**

Schösser: Der AOK-Bundesverband hat die organisatorische Neuaufstellung mit Erfolg gemeistert. Er erfüllt seine Aufgaben als Sachwalter der AOK-Interessen gegenüber der Politik und Öffentlichkeit oder in den Gremien der Selbstverwaltung sehr effektiv. Darüber hinaus etabliert er sich immer stärker als Dienstleister der AOK-Gemeinschaft. Ich denke dabei insbesondere an die Unterstützung der AOKs bei der Entwicklung

neuer Vertragsformen, bei komplizierten Ausschreibungsverfahren, in der Rechtsberatung oder im bundesweiten Zielgruppenmarketing.

Dr. Hansen: Nicht zu vergessen die Bereiche Finanzen und IT. Ich glaube, dass wir die Weichen erfolgreich gestellt haben und niemand mehr einen schlagkräftigen AOK-Bundesverband in Berlin infrage stellt. Vorstand und Aufsichtsrat, also Hauptamt und Selbstverwaltung, führen den Bundesverband effizient. Ich bin sicher, dass sich dies auch nach dem Generationswechsel im Vorstand von Dr. Herbert Reichelt zu Jürgen Graalman und Uwe Deh fortsetzen wird. ■

Die Vorstände der AOKs



AOK Baden-Württemberg

Dr. Rolf Hoberg
Vorstandsvorsitzender (bis 30.9.2011)
Dr. Christopher Hermann
Stellv. Vorstandsvorsitzender
(ab 1.10.2011 Vorstandsvorsitzender)
Siegmar Nesch
Stellv. Vorstandsvorsitzender (ab 1.10.2011)
Heilbronner Straße 184 | 70191 Stuttgart
Telefon: 0711 2593-0
www.aok.de/baden-wuerttemberg



AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen

Fritz Müller
Vorstandsvorsitzender
Detlef Lamm
Stellv. Vorstandsvorsitzender
Basler Straße 2 | 61352 Bad Homburg
Telefon: 06172 272-0
www.aok.de/hessen



AOK NORDWEST – Die Gesundheitskasse

Martin Litsch
Vorstandsvorsitzender
Dr. Dieter Paffrath
Stellv. Vorstandsvorsitzender
Dr. Martina Niemeyer
Mitglied des Vorstandes
Nortkirchenstraße 103-105 | 44263 Dortmund
Telefon: 0231 4193-0
Landesdirektion Schleswig-Holstein
Edisonstraße 70 | 24145 Kiel
Telefon: 0431 605-0 | www.aok.de/nordwest



AOK – Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz

Walter Bockemühl
Vorstandsvorsitzender
Jupp Weismüller
Stellv. Vorstandsvorsitzender
Virchowstraße 30 | 67304 Eisenberg
Telefon: 06351 403-0
www.aok.de/rheinland-pfalz



AOK Bayern – Die Gesundheitskasse

Dr. Helmut Platzer
Vorstandsvorsitzender
Hubertus Råde
Stellv. Vorstandsvorsitzender
Carl-Wery-Straße 28 | 81739 München
Telefon: 089 627 30-0
www.aok.de/bayern



AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen

Dr. Jürgen Peter
Vorstand
Hildesheimer Straße 273
30519 Hannover
Telefon: 0511 8701-0
www.aok.de/niedersachsen



AOK PLUS – Ihre Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen

Rolf Steinbronn
Vorstandsvorsitzender
Rainer Striebel
Stellv. Vorstandsvorsitzender
Sternplatz 7
01067 Dresden
Telefon: 01802 471000*
www.aok.plus-online.de



AOK – Die Gesundheitskasse im Saarland

Karlheinz Delarber
Vorstand
Halbergstraße 1
66121 Saarbrücken
Telefon: 0681 6001-0
www.aok.de/saarland



AOK Bremen/Bremerhaven

Norbert Kaufhold
Vorstandsvorsitzender
Heinzpeter Mühl
Stellv. Vorstandsvorsitzender
Bürgermeister-Smidt-Straße 95
28195 Bremen
Telefon: 0421 1761-0
www.aok.de/bremen



AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

Frank Michalak
Vorstandsvorsitzender
Gerlinde König
Stellv. Vorstandsvorsitzende
Friedrich Wilhelm Bluschke
Mitglied des Vorstandes
Behlerstraße 33 a | 14467 Potsdam
Telefon: 0331 2772-0
www.aok.de/nordost



AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

Wilfried Jacobs
Vorstandsvorsitzender
Günter Wältermann
Stellv. Vorstandsvorsitzender
Rolf Buchwitz
Mitglied des Vorstandes
Kasernenstraße 61 | 40213 Düsseldorf
Telefon: 0211 8791-0
www.aok.de/rheinland-hamburg



AOK Sachsen-Anhalt – Die Gesundheitskasse

Uwe Deh
Vorstand (bis 30.9.2011)
Ralf Dralle
Vorstand (ab 1.10.2011)
Lüneburger Straße 4 | 39106 Magdeburg
Telefon: 01802 265726*
www.aok.de/sachsen-anhalt

Die AOK-Landschaft



www.aok-bv.de