

INHALT

- **Rabattverträge: Einsparungen von 1,3 Milliarden Euro**
- **Arztnavigator: Techniker Kasse steigt neu ein**
- **Empfehlung an Gesundheitsberufe: Nach Fehlern ist Reden angesagt**
- **Fehlzeiten-Report: Führungsaufgabe Gesundheit**
- **Hintergrund: AOK-Patienten-Quittung sorgt für mehr Transparenz**

■ AOK: Viele Fachärzte arbeiten zu wenig für gesetzlich Krankenversicherte

Versorgungsdefizite wie zu lange Wartezeiten von gesetzlich Versicherten auf einen Facharzttermin sind vor allem auf zu geringe Arbeitsstunden für die GKV zurückzuführen. Das zeigt eine repräsentative Befragung von Haus- und Fachärzten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. Danach entfallen bei Fachärzten 39 Stunden pro Woche auf die Behandlung gesetzlich Versicherter, bei Hausärzten sind es 47 Stunden. Kalkulationsgrundlage der Vergütungsvereinbarungen zwischen **Kassenärztlichen Vereinigungen** (KVen) und Krankenkassen sind jedoch 51 Stunden pro Woche, die von den Kassen auch bezahlt worden sind. „Damit beträgt die Minderleistung vieler Fachärzte 23 Prozent“, sagte der stellvertretende Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Jürgen Graalmann, auf einem Presseseminar des Verbandes. Graalmann forderte die KVen auf, dafür zu sorgen, dass die Vertragsärzte den gesetzlich Versicherten die vereinbarte Arbeitsleistung nicht längervorenthalten. Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr sprach sich unterdessen für eine „praktikable Regelung“ der Wartezeiten mit „vernünftigen Anreizen“ aus. Die Regierungskoalition wolle deshalb die Selbstverwaltungspartner verpflichten, in ihren Mantelverträgen eine Regelung zu Wartezeiten zu vereinbaren. Medienberichte, er plane kollektive Strafen für Ärzte, die ihre Patienten lange warten ließen, wies Bahr zurück: „Dieser Vorschlag war nicht meine Idee.“

Infos: www.aok-bv.de

■ Arzneimittelausgaben sinken weiter

Die positive Entwicklung bei den Ausgaben für **Arzneimittel** in Deutschland setzt sich fort. Laut neuem Arzneiverordnungs-Report (AVR) sanken die Ausgaben im vierten Quartal 2010 um 5,5 Prozent und im ersten Quartal 2011 um 4,2 Prozent. Die rückläufigen Ausgaben der Kassen haben aber den Umsatz der Pharmabranche insgesamt nicht geschmälert. Vielmehr stieg der Umsatz mit Fertigarzneimitteln im vergangenen Jahr um 1,2 Milliarden Euro auf knapp 30 Milliarden Euro. Das entspricht einem Plus von 4,3 Prozent. Als Grund wird die Tatsache genannt, dass Patienten mit hochpreisigen Medikamenten versorgt wurden. Bei den Generika blieb die Verordnungsmenge laut Report nahezu konstant. Der Umsatz ging jedoch wegen gesunkener Preise um 2,7 Prozent zurück. Dagegen erreichte der Umsatz patentgeschützter Arzneimittel – trotz rückläufiger Verordnungen – mit 14,2 Milliarden Euro ein neues Hoch.

Infos: www.wido.de

ZUR PERSON I



■ **Prof. Ferdinand M. Gerlach** ist neuer stellvertretender Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesens. Gerlach gehört dem Gremium, das die Bundesregierung berät, seit 2007 an. Gerlach ist Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin an der Johann Wolfgang-Goethe-Universität in Frankfurt/Main.



■ **Michael Mörsch** ist neuer Leiter des Bereichs Politik bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) in Berlin. Der promovierte Volkswirt leitet das Büro des Vorstands und vertritt die Interessen der Kliniken gegenüber der Bundespolitik. Mörsch folgt in dieser Funktion Detlev Heins.

Redaktionsschluss
dieser Ausgabe:
14. September 2011

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Arzneimittelrabattverträge erzielen Einsparungen in Höhe von 1,3 Milliarden Euro

Durch **Rabattverträge** mit Pharmaunternehmen haben die gesetzlichen Krankenkassen 2010 über 1,3 Milliarden Euro weniger für Arzneimittel ausgegeben müssen. Allein bei den AOKs beläuft sich das Einsparvolumen auf rund 601 Millionen Euro. Das geht aus dem vom Bundesgesundheitsministerium veröffentlichten endgültigen Rechnungsergebnis der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für 2010 hervor. „Die Zahlen zeigen, dass die Arzneimittelrabattverträge längst zu einer tragenden Säule der GKV geworden sind. Rabattverträge ersparten vielen Versicherten 2010 den Zusatzbeitrag“, erklärte dazu der Verhandlungsführer für die bundesweiten AOK-Arzneimittelverträge, Baden-Württembergs stellvertretender AOK-Vorstandsvorsitzender Dr. Christopher Hermann. Die Veröffentlichung des Ministeriums belege zudem erneut, dass die Finanzergebnisse des Rabattgeschehens keineswegs geheim seien, wie immer behauptet werde. Am 27. August startete die AOK die siebte Ausschreibung für neue Arzneimittelrabattverträge. Sie umfasst 105 patentfreie Wirkstoffe beziehungsweise Wirkstoffkombinationen.

Infos: www.aok-bv.de

■ Kassenfusion: IKK steigt aus

Die Fusion der AOK Rheinland-Pfalz und der AOK Saarland mit der IKK Südwest zur Gesundheitskasse Südwest kommt nicht zustande. Die Innungskrankenkasse zog ihren Antrag auf Fusion zurück. Hauptgrund dafür ist nach Aussage der AOK, dass sich die IKK Südwest in dem künftigen Außenauftritt der neuen Krankenkasse nicht angemessen wiedergefunden habe. Da die geplante „Gesundheitskasse Südwest“ rechtlich „eindeutig eine AOK“ sei, müsse dies auch für „alle Bürger, Vertragspartner, Versicherte und Arbeitgeber klar erkennbar sein“, hieß es von Seiten der AOK Rheinland-Pfalz.

Infos: www.aok.de

■ Arztnavigator: TK steigt ein

Die Techniker Krankenkasse (TK) beteiligt sich als weiterer Partner an der Online-Arztuche von AOK, BARMER GEK und Weisse Liste. Ab Januar 2012 können auch die Versicherten der TK über das Portal ihre Erfahrungen beim Arztbesuch mitteilen. Damit haben ab Anfang nächsten Jahres insgesamt fast 38 Millionen Menschen die Möglichkeit, ihre Ärzte über das Portal online zu beurteilen. Das sind mehr als die Hälfte aller gesetzlich Versicherten. Die Arztuche wurde im Mai 2011 bundesweit veröffentlicht und konnte seitdem rund drei Millionen Besuche verzeichnen. Die Versicherten haben insgesamt schon mehr als 80.000 Fragebögen zu ihren Ärzten ausgefüllt. Die Ergebnisse der Befragung werden in der Arztuche zusammengeführt und zu jedem einzelnen Arzt dargestellt. In dem Portal sind alle niedergelassenen Haus- und Fachärzte verzeichnet, insgesamt rund 130.000.

Infos: www.aok-arztnavi.de

ZUR PERSON II



■ Jens Kuschel

ist neuer Pressesprecher der AOK NORDWEST. Er war zuvor zehn Jahre AOK-Sprecher in Schleswig-Holstein und ist nun auch für Westfalen-Lippe zuständig. Der bisherige Pressesprecher der AOK Westfalen-Lippe, Karl-Josef Steden, ging in den Ruhestand.



■ Carsten Sievers

ist neuer Pressesprecher AOK Niedersachsen. Der ausgebildete Sozialversicherungsangestellte und Public-Relations-Berater war zuletzt für die regionale Pressearbeit der AOK in der Region Hannover verantwortlich.



■ Carola Sraier (l.) und Gregor Bornes

sind zu Sprechern der Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientenstellen (BAGP) gewählt worden. Bornes hatte das Amt schon zuvor inne.

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Aktionsbündnis empfiehlt Ärzten und Pflegekräften: Nach Fehlern ist Reden Gold

Zu einer aktiven, ehrlichen Kommunikation nach Zwischenfällen in Medizin und Pflege hat das **Aktionsbündnis Patientensicherheit** (APS) aufgerufen. Eine entsprechende Handreichung mit dem Titel „Reden ist Gold“, die das Aktionsbündnis in Berlin vorstellte, enthält Handlungsempfehlungen an Ärzte und Pflegekräfte. Die Empfehlungen wurden von einer Arbeitsgruppe mit Mitgliedern aus Wissenschaft und Praxis unter Federführung von Dr. Jörg Lauterberg erarbeitet. Der beratende Arzt beim AOK-Bundesverband ist Gründungsmitglied des APS und unterstützt dessen Engagement für eine neue Sicherheits- und Fehlerkultur im Gesundheitswesen. Die Broschüre richtet sich primär an Krankenhäuser und Arztpraxen. Aber auch Pflegeeinrichtungen und Apotheken erhalten Hinweise, wie sie sich vorbereiten können, um nach einem Zwischenfall adäquat zu reagieren. Eine neue Kommunikationskultur, die nicht auf individuelle Schuldzuweisungen zielt, sondern nach strukturellen Ursachen zur künftigen Fehlerprävention fragt, solle den Beteiligten helfen, professionell mit Fehlern umzugehen, sagte APS-Vorsitzende Hedwig François-Kettner.

KOMMENTAR

Ärzte und Pflegekräfte haben den Anspruch, kranken Menschen zu helfen. Offen und unumwunden zuzugeben, dass es auch zu Fehlern kommt, bei denen Patienten Schaden nehmen, fällt bei diesem Berufsethos schwer. Nach Zwischenfällen in Kliniken und Heimen herrscht daher häufig beklommenes Schweigen statt aktiver, ehrlicher Information, dass etwas schief gelaufen ist. Schweigen aber ist in Medizin und Pflege, wo „jeder Fehler zählt“, da sich daraus vieles lernen lässt, der falsche Weg. Stattdessen muss gelten: Reden ist Gold. Die Handlungsanleitung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit zur Kommunikation nach Fehlern in Kliniken oder Heimen ist daher überfällig. Zu hoffen ist, dass es nicht nur bei der Lektüre der Empfehlungen bleibt. Sie müssen auch beherzigt werden. (hom)

Infos: www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de

■ Ruf nach Korrekturen am Morbi-RSA

Der Vizepräsident des Sozialverbandes VdK Deutschland, Roland Sing, hat die Bundesregierung aufgerufen, den „längst erkannten Methodenfehler“ beim derzeitigen Zuweisungsverfahren für ältere und kranke Versicherte im Gesundheitsfonds – dem morbiditätsorientierten **Risikostrukturausgleich** (Morbi-RSA) – zu korrigieren: „Es ist ein offenes Geheimnis, dass der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen auf dem Rücken von älteren, chronisch kranken und pflegebedürftigen Versicherten ausgetragen wird.“ Die Bundesregierung müsse endlich für einen Finanzausgleich zwischen den Kassen sorgen, der eine gute Versorgung aller Versicherten ermögliche. Dem Bundesgesundheitsministerium liegt seit Monaten ein Gutachten des wissenschaftlichen Beirats zu den Verteilungswirkungen des Morbi-RSA vor. Veröffentlicht ist es bislang nicht. AOK-Bundesverband, Barmer GEK, DAK, Knappschaft und drei Betriebskrankenkassen riefen Gesundheitsminister Bahr in einem gemeinsamen Brief dazu auf, Ergebnisse des Gutachtens zeitnah zu veröffentlichen.

Infos: www.sovd.de

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Bundesweit Rezepte falsch abgerechnet

Bundesweit haben wahrscheinlich mehrere Tausend Apotheken Medikamente zu Lasten der AOK abgerechnet, die nachweislich nicht auf dem Markt waren. „Die AOK prüft derzeit die Vorfälle und wird entsprechend die zuständigen Staatsanwaltschaften einschalten“, sagte dazu ein Sprecher des AOK-Bundesverbandes. Nach Angaben der Gesundheitskasse sind allein im Juni mehr als 30.000 Fälle bekannt geworden, in denen Rezepte mit einem derzeit nicht am Markt befindlichen anderen Medikament bedruckt und abgerechnet wurden. Eine akute Gesundheitsgefahr für Patienten besteht laut AOK nicht, wenn es sich bei den tatsächlich abgegebenen Medikamenten um wirkstoffgleiche Arzneimittel handelt. Diese seien grundsätzlich austauschbar. „Das im Einzelnen abgegebene Medikament muss aber insbesondere aus Gründen der Arzneimittelsicherheit zwingend auf dem Rezept vermerkt werden“, sagte der AOK-Sprecher. Die Apotheken sind daher gesetzlich verpflichtet, auf dem Rezept die **Pharmazentralnummer** des jeweils abgegebenen Medikamentes anzugeben. Nach Aussagen der AOK fallen falsch abgerechnete Arzneimittel im Regelfall nicht auf. Im konkreten Fall sei das Präparat jedoch noch nie am Markt erhältlich gewesen und der Hersteller habe dennoch Rechnungen für den gesetzlich festgelegten Großhandelsrabatt erhalten.

Infos: www.aok-bv.de

■ Fehlzeiten-Report 2011: Aufmerksame Chefs schonen die Gesundheit ihrer Mitarbeiter

Mehr Einsatz für die Mitarbeiter, mehr Feedback und öfter mal ein Lob für gute Arbeit: Das wünschen sich Beschäftigte von Führungskräften. Das geht aus dem jetzt veröffentlichten Fehlzeiten-Report 2011 hervor. Danach haben Mitarbeiter, die von Führungskräften gut informiert werden und Anerkennung erfahren, weniger gesundheitliche Beschwerden und identifizieren sich häufiger mit ihrem Unternehmen. Das erhöht auch den Unternehmenserfolg. „Doch viele Chefs verhalten sich nicht entsprechend. Selbst kleine Selbstverständlichkeiten wie ein Lob bei guter Leistung erhalten mehr als die Hälfte der Mitarbeiter nicht von ihrem Chef“, so Helmut Schröder, Mitherausgeber des Fehlzeiten-Reports 2011, der vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) in Kooperation mit der Universität Bielefeld und der Beuth Hochschule für Technik Berlin publiziert wird. Im Mittelpunkt des Reports 2011 steht die „Führungsaufgabe Gesundheit“. Dazu wurden auch Mitarbeiterbefragungen von 147 Unternehmen mit 28.223 Teilnehmern analysiert. Ergebnis: 54,5 Prozent der befragten Mitarbeiter nehmen Lob von ihrem Vorgesetzten nur selten beziehungsweise nie wahr. 41,5 Prozent sagen aus, dass ihre Meinung vom Vorgesetzten bei Entscheidungen nicht beachtet würde. Zugleich ist jedoch mehr als ein Drittel der Befragten überzeugt, dass durch mehr Einsatz des Vorgesetzten für die Mitarbeiter die gesundheitliche Situation am Arbeitsplatz verbessert werden kann.

Infos: www.wido.de

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Krankenversicherung: Linke will Beitragssatz von 10,5 Prozent

Ein **Beitragssatz** von 10,5 Prozent in der gesetzlichen Krankenversicherung und von unter zwei Prozent in der Pflegeversicherung – das ist möglich, wenn einige Änderungen am bisherigen Gesundheitssystem vorgenommen werden. Zu diesem Schluss kommt die Bundestagsfraktion der Linken. Sie stützt ihre These auf eine Simulationsrechnung, die sie bei dem Wirtschaftswissenschaftler Klaus Bartsch in Auftrag gegeben hat. Zu den Voraussetzungen für die niedrigen Beitragssätze gehören demnach die Abschaffung der privaten Krankenversicherung, die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung und die Aufhebung der **Beitragsbemessungsgrenze**. Das Modell entlaste mehr als 60 Prozent aller Menschen in Deutschland, so die Linke.

Infos: www.linksfraktion.de

■ Rösler und Bahr starten „Exportinitiative Gesundheitswirtschaft“

Die Bundesregierung will deutsche Unternehmen mit Kunden und Partnern im Ausland zusammenbringen. Zu diesem Zweck hat sie eine „Exportinitiative Gesundheit“ gestartet, die die Bundesminister Dr. Philipp Rösler (Wirtschaft) und Daniel Bahr (Gesundheit) in Berlin vorgestellt haben. Geplant ist, bereits bestehende Aktivitäten im Bereich der Außenwirtschaftsförderung der Gesundheitswirtschaft zu vernetzen und diese auf einer Internetplattform darzustellen. Ergänzende Meetings unter Beteiligung der Wirtschaft in Arbeitskreisen sind ebenfalls vorgesehen. Die Gesundheitswirtschaft gehört zu den bedeutendsten Branchen Deutschlands. Ihre Unternehmen erwirtschaften rund zehn Prozent des Bruttoinlandsprodukts und gehören mit einem Anteil von 13 Prozent zu den größten Arbeitgebern. Einer Studie zufolge, die das Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie in Auftrag gegeben hat, könnte sich der Umsatz der Branche bis 2030 mehr als verdreifachen.

Infos: www.exportinitiative-gesundheitswirtschaft.de

■ Kritik am neuen Infektionsschutzgesetz

Mit dem neuen **Infektionsschutzgesetz** regelt die Bundesregierung nach Einschätzung des Geschäftsführers des Stabs Medizin im AOK-Bundesverband, Dr. Gerhard Schillinger, zwar eine Reihe von Gesetzen im Gesundheitswesen, trägt damit aber nur zum Teil zu Verbesserungen der Hygiene bei. Als Beispiel führte Schillinger den ambulanten Sektor an: „Die Einführung einer Gebührenordnung für Screenings bei niedergelassenen Ärzten wird zu einem wilden ungezielten Screening führen, ohne dass hierfür bislang ein Nutzen nachgewiesen ist.“ Die Besiedelung mit diesen Keimen alleine habe „keinen Krankheitswert“, sagte Schillinger. „Und nach einer Sanierung kommen die Keime bei 40 Prozent bis 50 Prozent der Menschen wieder.“

Infos: www.aok-bv.de

Vorschau

G+G Gesundheit und Gesellschaft

Die Notfallspezialisten

Sie sind die ersten am Unfallort, assistieren dem Notarzt und bringen verletzte oder kranke Menschen in die Klinik. Ein Beitrag von Monika Eschner (Text) und Jürgen Schulzki (Fotos).

Versorgungsanalyse

Depression

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat ein Konzept entwickelt, das Schwachstellen in Diagnostik und Therapie aufzeigen kann. Ein Autorenteam stellt es vor.

Pay for Performance

Kliniken mit guten Behandlungsergebnissen werden im Modell der qualitätsorientierten Vergütung mit einem Bonus belohnt. Claus Fahlenbrach, Jürgen Malzahn und Kerstin Heyde zeigen anhand von Hüftgelenk-Operationen, dass sich ein solcher Zuschlag aus Einsparungen bei den Folgekosten finanzieren lässt.

GKV erzielt im ersten Halbjahr 2011 Überschuss

	GKV	AOK	EK	BKK	IKK	KBS
Vertragsärztl. Versorgung	2,3	2,1	2,6	5,0	2,5	-15,0
Behandlung durch Zahnärzte	3,0	4,6	2,0	3,5	1,9	3,2
Zahnersatz	2,3	1,1	1,7	5,8	0,8	3,1
Arzneimittel	-6,3	-8,1	-5,5	-2,7	-5,5	-13,1
Hilfsmittel	4,6	2,6	7,7	4,8	5,6	-6,6
Heilmittel	9,8	12,0	7,6	11,0	10,8	7,7
Krankenhausbehandlung	4,6	2,9	5,5	6,4	5,7	1,4
Krankengeld	9,6	10,7	8,9	9,5	11,0	7,7
Fahrtkosten	6,2	4,7	6,6	6,7	7,3	9,4
Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen	0,3	2,1	0,6	-3,3	-0,2	-5,7
Soziale Dienste/Prävention	8,2	23,6	4,5	3,0	-10,8	-11,8
Häusliche Krankenpflege	12,1	10,0	12,3	17,4	23,3	5,4
Ausgaben für Leistungen insgesamt	2,8	1,9	3,1	4,5	3,2	-0,3
Netto-Verwaltungskosten	1,3	1,2	1,1	2,5	1,7	2,4
Überschuss/Defizit in Mio.€	2.417	971	954	221	156	98

Die gesetzlichen Krankenkassen haben in den ersten sechs Monaten 2011 rund 89,3 Milliarden Euro ausgegeben und 91,7 Milliarden Euro eingenommen. Damit beläuft sich der Überschuss nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums auf 2,417 Milliarden Euro. Im Vorjahr waren es lediglich 112 Millionen Euro. Der Gesundheitsfonds verzeichnet den Angaben zufolge ein Plus von rund 460 Millionen Euro.

*Veränderungsrate je Versicherten einschließlich Renter in Prozent; EK = Ersatzkassen

(Quelle: GKV-Statistik BMG KV 45)

Infos: www.bmg.bund.de

■ Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes: MDK muss erhalten bleiben

Gegen eine Zerschlagung des **Medizinischen Dienstes der Krankenkassen** (MDK) hat sich der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes ausgesprochen. In einer Pressemitteilung lehnte er jüngst bekannt gewordene entsprechende Pläne der Regierungskoalition ab. Der Spitzenverband verwies darauf, dass sowohl Versicherte als auch Leistungserbringer die Arbeit der einzelnen Landes-MDKs schätzten. Diese seien medizinisch unabhängig. Ihre Begutachtungen und Qualitätsprüfungen basierten auf Richtlinien, die das Bundesministerium für Gesundheit rechtsverbindlich festsetze. Dadurch sei auch gewährleistet, dass sie bundeseinheitlich und qualitätsgesichert erfolgten. Der MDK ist unter anderem für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit und für die Beurteilung von Pflegeeinrichtungen zuständig.

Infos: www.gkv-spitzenverband.de

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

«BLICKPUNKT HINTERGRUND»

■ AOK-PatientenQuittung schafft mehr Transparenz für gesetzlich Versicherte

Als erste große Krankenkasse bietet die AOK NordWest ihren Versicherten in Westfalen-Lippe und Schleswig-Holstein ab sofort die Möglichkeit an, sich im Internet eine AOK-PatientenQuittung auszustellen.

Was nach einem Einkauf im Supermarkt oder nach einem Werkstattbesuch mit einem Kassenbon oder einer Quittung belegt wird, ist jetzt auch in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) möglich. Kunden der AOK NordWest können auf Wunsch ab sofort nahezu alle Leistungen einsehen, die über ihre Krankenversichertenkarte abgerechnet wurden. „Unsere AOK-Patienten-Quittung im Internet sorgt für eine hervorragende Transparenz und ist für unsere Kunden selbstverständlich kostenlos“, sagt der Vorstandsvorsitzende der Gesundheitskasse, Martin Litsch.

Die AOK-PatientenQuittung zeigt zum Beispiel übersichtlich und verständlich auf, welche Behandlungen beim Arzt oder Zahnarzt in Anspruch genommen und abgerechnet oder welche Medikamente zu welchem Preis und in welcher Apotheke in Rechnung gestellt wurden. Die Online-Abfrage ist für AOK-Kunden jederzeit möglich. Der Service wurde datenschutzrechtlich überprüft und genügt höchsten Sicherheitsanforderungen. „Hier wird ein großer Schritt hin zu mehr Transparenz für die Patienten gemacht“, betont auch der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Wolfgang Zöller.

Alles Wissenswerte rund um die neue AOK-PatientenQuittung ist in den folgenden FAQs kurz zusammengefasst:

» Was bietet die AOK-PatientenQuittung dem Versicherten?

Die AOK-PatientenQuittung ist im Internet auf Knopfdruck für die Versicherten verfügbar und bietet zunächst einmal eine strukturierte Übersicht seiner in Anspruch genommenen Leistungen und der Höhe der entstandenen Kosten. Sie umfasst neben den ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen auch die Krankenhausleistungen sowie Heil- und Hilfsmittel. Damit werden die von den Vertragspartnern erbrachten Leistungen für den Versicherten transparent dargestellt.

» Was hat die AOK von der PatientenQuittung?

Die AOK-PatientenQuittung ist ein neues Serviceangebot für die Versicherten der Gesundheitskasse. Die Quittung zeigt, dass sich Transparenz und Sachleistungsprinzip nicht ausschließen. Ziel der AOK-PatientenQuittung ist es nicht, die Versicherten zur Aufklärung von Falschabrechnungen zu instrumentalisieren. Die AOK-PatientenQuittung ist auch kein Instrument zur Qualitätsmessung. Hierfür bietet die Gesundheitskasse ihren Versicherten andere Möglichkeiten wie etwa den Arztnavigator, den Krankenhaus- und den Pflegenavigator an.

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

» Wann stehen die Daten dem Versicherten zur Verfügung?

Sobald die Abrechnungsdaten der AOK NORDWEST vorliegen, können die Versicherten der Gesundheitskasse diese online einsehen. Das geht bei Medikamenten und Krankenhausbehandlungen recht schnell. Bei Arztbesuchen kann es ein paar Monate dauern. Der Grund für die zeitliche Verzögerung liegt in der Komplexität des Abrechnungsverfahrens von Leistungen niedergelassener Ärzte.

» Stichwort Datenschutz: Wie sicher ist die AOK-PatientenQuittung?

Die AOK-PatientenQuittung ist vollständig in die bereits bestehenden Online-Angebote der AOK und ihrer Versicherten eingebunden und erfüllt damit alle Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit.

» Wer kann sich eine AOK-PatientenQuittung erstellen?

Jeder Versicherte, der älter als 15 Jahre ist, kann sich für dieses Angebot im Internet registrieren und es nutzen. Familienversicherte unter 15 Jahren werden bei dem Hauptversicherten angezeigt. Die Gesundheitskasse ist jedoch in der Lage, Ausnahmefälle, bei denen aus Datenschutzgründen keine Auskunft an den Hauptversicherten erfolgen darf, aus der AOK-PatientenQuittung herauszunehmen. Versicherte, die über keinen Internet-Zugang verfügen, können die AOK-PatientenQuittung nicht nutzen. Sie können aber wie bisher in der Geschäftsstelle nach Paragraf 305 Abs. 1 SGB V Auskunft über ihre Leistungen beantragen.

» Ab wann gibt es die PatientenQuittung bei allen zwölf AOKs?

Mit den Erfahrungen aus dem fachlichen Pilotverfahren bei der AOK NORDWEST wird die AOK-PatientenQuittung derzeit weiterentwickelt. Ab dem Jahr 2012 haben die AOKs die Möglichkeit, die PatientenQuittung ihren Versicherten anzubieten.

Infos: www.aok-patientenquittung.de