

INHALT

- **Arzneimittel:**
36 Bieter bei fünfter Rabattrunde der AOK
- **Krankenkassen wollen Begrenzung der Ausgaben**
- **Studie der Uni Mainz:**
Fast jeder zweite Arzt auf der Honorarliste der Pharmaindustrie
- **Private Krankenversicherung wird teurer**
- **Neue Rubrik „Blickpunkt Hintergrund“:**
AOK-Arztnavigator – schnelle Hilfe für Patienten

■ Gesundheitsreform: Zweites Rösler-Konzept kommt spätestens Mitte Juli

Auch nachdem Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler beauftragt hat, bis zur parlamentarischen Sommerpause Mitte Juli ein neues Konzept zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu erarbeiten, streiten die Parteien der Regierungskoalition weiter. Insbesondere legen sie die Absprachen der Parteichefs von CDU, CSU und FDP unterschiedlich aus. Während der CSU-Vorsitzende Horst Seehofer erklärte, die von Rösler geplante **Kopfpauschale** sei dadurch unfinanzierbar geworden, dass man sich darauf geeinigt habe, keine Steuermittel für einen Sozialausgleich zur Verfügung zu stellen, ließ Merkel ihren Regierungssprecher Ulrich Wilhelm erklären, dass über die Ausgestaltung des Sozialausgleichs noch keine Entscheidung getroffen worden sei. Derweil hat die Bundesregierung Eckpunkte für einen Haushaltsentwurf 2011 und einen Finanzplan bis 2014 erarbeitet. In den Unterlagen dazu ist ein zuvor bereits von Rösler thematisierter erhöhter **Bundeszuschuss** aufgeführt. Unter der Rubrik „Neujustierung von Sozialgesetzen“ wird einmalig ein „zusätzlicher Steuerzuschuss GKV“ für 2011 in Höhe von zwei Milliarden Euro gebucht.

Infos: www.aok-bv.de

■ AOK-Arztnavigator: Befragung gestartet

Mit dem Beginn der Befragung von rund 2,8 Millionen AOK-Versicherten ist der Startschuss für den AOK-Arztnavigator auf Basis der Weissen Liste gefallen. Ab sofort können Versicherte der Gesundheitskasse in den Pilotregionen Hamburg, Berlin und Thüringen einen Online-Fragebogen ausfüllen, um ihre Erfahrungen mit Ärzten mitzuteilen. Ab Herbst 2010 soll das Online-Portal dann für die Arztsuche genutzt werden können. Ziel der AOK ist es – nach Angaben des stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden des AOK-Bundesverbandes, Jürgen Graalman, „eine leicht verständliche Online-Arztsuche neuer Qualität“ anzubieten, die wissenschaftlich fundiert ist und eine faire Beurteilung von Ärzten möglich macht. Die Ärzteschaft reagierte zum Teil sehr positiv auf das neue Angebot. Dr. Carl-Heinz Müller, Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, erklärte: „Wir begrüßen das Portal. Eine faire Bewertung von Ärzten durch Patienten ist sinnvoll.“ Dr. Frank-Ulich Montgomery, Vizepräsident der Bundesärztekammer, sagte, das Portal erfülle fast alle Kriterien, die das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin für **Arztbewertungsportale** aufgestellt habe. Mehr zum Thema auf Seite 7.

Infos: www.aok-arztnavi.de

ZUR PERSON I



Prof. Dr. Jürgen Windeler leitet vorbehaltlich der Zustimmung des Bundesgesundheitsministeriums ab dem 1. September 2010 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Er soll Prof. Peter Sawicki ablösen. Windeler ist seit 2004 Vizechef des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.



Prof. Dr. Irene Krämer ist neue Präsidentin des Bundesverbandes Deutscher Krankenhausapotheker. Erster Vizepräsident wurde Dr. Torsten Hoppe-Tichy. Der bisherige Präsident Holger Hennig bekleidet jetzt satzungsgemäß das Amt des zweiten Vizepräsidenten.

Redaktionsschluss dieser Ausgabe:
14. Juni 2010

■ Viele Bieter bei fünfter Runde der AOK-Arzneimittel-Rabattverträge

Die mittlerweile fünfte Ausschreibung von **Arzneimittel-Rabattverträgen** des AOK-Systems ist auf breites Interesse in der Pharmaindustrie gestoßen. Bis zum Ende der Angebotsfrist am 7. Juni gingen für die zwölf ausgeschriebenen Wirkstoffe aus dem patentfreien Arzneimittelmarkt insgesamt 36 Angebote ein, teilt die Gesundheitskasse mit. Im April hatte die AOK-Gemeinschaft die Vertragsofferte mit einer Laufzeit von insgesamt zwei Jahren ausgeschrieben. Startschuss soll der 1. Oktober 2010 sein. Allein durch die fünfte Rabattrunde erwartet das AOK-System Einsparungen von 200 Millionen Euro. Die letzte Tranche für die Jahre 2010 bis 2012 begann im April dieses Jahres, einschließlich der dritten Runde (Laufzeit bis Mai 2011) sind derzeit damit insgesamt 143 ausgeschriebene Wirkstoffe mit einem Ausgabenvolumen von 3,5 Milliarden Euro im AOK-System rabattiert. Bis Jahresende wird das AOK-System rund eine Milliarde Euro durch die Arzneimittel-Rabattverträge eingespart haben.

Infos: www.aok-bv.de

■ Krankenkassen wollen Ausgabenbegrenzung

Angesichts des im nächsten Jahr drohenden Milliardendefizits in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben die Krankenkassen Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler Vorschläge für eine Ausgabenbegrenzung vorgelegt. Diese sehen unter anderem Kürzungen von jeweils zwei Milliarden Euro im ambulanten und im stationären Bereich vor. Bei den Vertragsärzten soll die Vergütung um 2,5 Prozent (das entspricht 800 Millionen Euro) abgesenkt werden. Außerdem würden „durch einen Verzicht auf eine Erhöhung der **Gesamtvergütung** 2011 zusätzliche Ausgaben in Höhe von weiteren 1,2 Milliarden Euro vermieden“, wie der **GKV-Spitzenverband** in seinem Schreiben formulierte. Den Kliniken solle nichts weggenommen, sondern nur zusätzliches Geld vorenthalten werden, so die Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbands, Dr. Doris Pfeiffer. Die Krankenkassen argumentieren damit, dass Ärzte und Kliniken in den vergangenen Jahren erheblich mehr Geld erhalten haben. „In den Jahren 2008 bis 2010 sind die Vertragsärzte mit rund zehn Milliarden Euro zusätzlich vergütet worden“, schreibt der GKV-Spitzenverband in seinem Brief. Im Krankenhausbereich seien die Ausgaben alleine im vergangenen Jahr um sechs Prozent (das sind 3,5 Milliarden Euro) gestiegen. Ähnlich äußert sich auch der AOK-Bundesverband. Ihm zufolge sind die Vergütungen der Vertragsärzte und Krankenhäuser in den vergangenen fünf Jahren um 20 Prozent (das entspricht 30 Milliarden Euro) gestiegen. Der AOK-Bundesverband setzt sich für eine Kopplung der Gesamtausgaben der GKV für die Leistungserbringer an die Wirtschaftsentwicklung bis einschließlich 2013 ein.

Infos: www.aok-bv.de

ZUR PERSON II



Prof. Dr. Werner Schlake wurde erneut zum Präsidenten des Bundesverbandes Deutscher Pathologen gewählt. Es wird seine dritte Amtsperiode.

Anne Demberg übernimmt übergangsweise die Leitung der Verbandsgeschäftsstelle Berlin von Pro Generika. Sie war bis 2009 Stellvertretende Vorstandsvorsitzende von Pro Generika. Der Vorstand des Verbandes hatte den bisherigen Geschäftsführer Peter Schmidt fristlos von seinen Aufgaben entbunden.

■ Studie der Uni Mainz: Fast jeder zweite Arzt auf der Honorarliste der Pharmaindustrie

„Eine kritischere Haltung der Ärzte gegenüber den Einflussversuchen der pharmazeutischen Industrie könnte zu einer rationaleren und möglicherweise günstigeren Arzneimitteltherapie führen.“ So lautet das Fazit einer Untersuchung der Universität Mainz. Dabei handelt es sich nach Angaben der Autoren um die erste unabhängige Studie in Deutschland, die systematisch Ein-

stellungen der Mediziner im Umgang mit der Vertretern der Pharmaindustrie analysiert. Laut Untersuchung werden 77 Prozent der Ärzte mindestens einmal die Woche von Pharmavertretern besucht. 76 Prozent der Ärzte gehen davon aus, dass die Vertreter sie immer oder häufig beeinflussen wollen, doch halten sich nur sechs Prozent für häufig oder immer beeinflussbar. Allerdings trauen 21 Prozent eine derartige Beeinflussbarkeit ihren

Berufskollegen zu. Fast jeder zweite Mediziner steht laut Studie bei der Arzneimittelindustrie auf der Honorarliste, und zwar für **Anwendungsbeobachtungen**, gewöhnlich mit einem Verdienst von 1.000 bis 2.000 Euro pro Jahr. Dabei meinen 54 Prozent der Befragten, dass derartige Studien über Arzneimittel nach ihrer Zulassung selten oder nie medizinisch relevante Informationen zu Tage fördern. An der Untersuchung nahmen 83 Nervenärzte, 76 Allgemeinmediziner und 49 Kardiologen teil.

Infos: www.aerzteblatt.de

■ AOK begrüßt Arzneimittel-Gesetz, kritisiert aber Anwendung des Kartellrechts

Laut AOK-Bundesverband geht der Anfang Juni vorgelegte Referentenentwurf für das geplante Arzneimittel-Neuordnungsgesetz in die richtige Richtung. Besonders positiv bewertet die Gesundheitskasse, dass sich die Preisgestaltung bei neuen patentgeschützten Medikamenten demnächst stärker am therapeutischen Nutzen orientieren soll. Der AOK-Bundesverband warnt aber davor, kartellrechtliche Vorschriften weitestgehend auf die gesetzlichen Krankenkassen zu übertragen. Dies sei problematisch, weil das Sozialrecht vorschreibe, dass die Krankenkassen zusammenarbeiten sollen. Außerdem habe das europäische Kartellrecht Vorrang vor dem deutschen, und der Europäische Gerichtshof habe den Kassen schon mehrfach Unternehmenseigenschaften abgesprochen.

Infos: www.aok-bv.de

KOMMENTAR

Kein Zweifel, die Studie nagt am Image der Mediziner. Diese vermitteln gerne den Eindruck, dass sie ihre medikamentösen Entscheidungen zwar natürlich im Einklang mit irgendwelchen gesundheitspolitischen Vorgaben, aber ansonsten aus therapeutischen Gründen fällen. Die Untersuchung lässt daran zweifeln, dass das wirklich immer so ist. Insbesondere wenn man liest, dass mehr als die Hälfte der Ärzte meint, Anwendungsbeobachtungen seien Blödsinn, aber ein Viertel derer, die das sagen, trotzdem fleißig mitmacht. Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft kritisiert seit geraumer Zeit den Pharma-Einfluss und mahnt zu Recht mehr Evidanzbasierung an. Es zeugt von einem Umdenken innerhalb der Zunft, wenn nun auch das Standesorgan eine solche Studie veröffentlicht. Chapeau! (ink)

■ Private Krankenversicherung wird teurer

Wer sich privat versichern will, muss immer tiefer in die Tasche greifen. 2010 zahlen Bestandskunden 7,4 Prozent mehr als im Vorjahr, geht aus einer Analyse der Ratingagentur Assekurata hervor. Diese untersuchte alle privaten Versicherer, für die sie ein Rating erstellt. Doch auch Neukunden werden stärker zur Kasse gebeten. Männliche Neukunden müssen 2009 und 2010 jeweils über fünf Prozent mehr bezahlen, wie die Ratingagentur Morgen & Morgen errechnete. Auch für Frauen sind die Prämien überdurchschnittlich gestiegen. Als Grund für die hohen Anpassungen nennt Morgen & Morgen die Gesundheitsreform 2007. Wegen neuer Regelungen, unter anderem beim Wechsel des Versicherers, gäben viele der privaten Unternehmen zusätzliche Kosten nur zeitverzögert an die Kunden weiter, so Morgen & Morgen.

Infos: www.aok-bv.de

■ Fünf Jahre Mammographie-Screening: Rösler lobt das Programm

Als „Erfolg der gemeinsamen Selbstverwaltung“ hat Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler das Mammographie-Screening-Programm anlässlich seines fünfjährigen Bestehens bezeichnet. Auch Dr. Wolfgang Aubke, Beiratsvorsitzender der Kooperationsgemeinschaft Mammographie, zeigte sich zufrieden mit dem von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung durchgeführten Programm. Es habe die „Erwartungen bisher vorbildlich erfüllt“, so Aubke. Rund 9,2 Millionen Frauen sind bis Dezember 2009 zum Mammographie-Screening eingeladen worden. Mehr als jede zweite Frau ist hingegangen. Bundesweit sollen alle Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren alle zwei Jahre zur Früherkennungsuntersuchung auf Brustkrebs eingeladen werden.

Infos: www.mammo-programm.de

■ Generikaabschlag: GKV-Spitzenverband rät zu Rechnerkürzung

Da viele Arzneimittelhersteller den sogenannten **Generikaabschlag** verweigern, hat der GKV-Spitzenverband den Krankenkassen empfohlen, Apothekenrechnungen entsprechend zu kürzen. Hintergrund des Streits, bei dem es um rund 250 Millionen Euro geht, ist die seit April 2006 bestehende Verpflichtung der Pharma-Unternehmen, den gesetzlichen Krankenkassen einen Abschlag in Höhe von zehn Prozent des Herstellerabgabepreises auf patentfreie, wirkstoffgleiche Arzneimittel zu gewähren. Voraussetzung ist allerdings eine entsprechende Kennzeichnung der Medikamente durch die Hersteller. Im März 2009 hatte der GKV-Spitzenverband die unplausible Kennzeichnungen von rund 1.500 Arzneimitteln bei etwa 100 Herstellern reklamiert. Diese haben aber nur zum Teil reagiert.

Infos: www.gkv-spitzenverband.de

■ Experten fordern mehr Bewusstsein für die Sozialversicherungswahlen

Experten haben auf ein mangelndes Bewusstsein der Bedeutung von Sozialversicherungswahlen hingewiesen. Bei einer Veranstaltung im Bundesministerium für Arbeit und Soziales plädierte der Bundeswahlbeauftragte Gerald Weiß daher dafür, den Sozialversicherungswahlen und der Selbstverwaltung in der Öffentlichkeit mehr Raum zu geben. Fritz Schösser, in diesem Jahr amtierender Aufsichtsratsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, kritisierte, es gebe kaum Möglichkeiten zu inhaltlicher Differenzierung. Zudem halte er es für problematisch, dass sich die Kritik an der Durchführung der **Sozialversicherungswahlen** ausschließlich auf die Versicherungsseite konzentriere, aber akzeptiert würde, dass auf Arbeitgeberseite keine Urwahlen stattfänden. Auch Bundesarbeitsministerin Dr. Ursula von der Leyen ermunterte zu Kritik, etwa an der geringen Zahl von Urwahlen und an den Rahmenbedingungen. Sie betonte jedoch zugleich, dass sich Mitbestimmung und soziale Balance in der Krise als Basis der Stabilität erweisen hätten. Die nächsten Sozialversicherungswahlen finden am 1. Juni 2011 statt.

Infos: www.bmas.de

■ Neue Insuline: BMG stoppt Erstattungsverbot

Das Bundesgesundheitsministerium hat ein vom **Gemeinsamen Bundesausschuss** (GBA) verhängtes Erstattungsverbot für teure Diabetesmittel nicht akzeptiert. Die Krankenkassen müssen die Kosten für zwei neuartige Insulinpräparate zunächst also weiterhin tragen. Bei den Medikamenten handelt es sich um Lantus von Sanofi Aventus und Levemir von Novo Nordisk. Der GBA hatte im März entschieden, dass die Mittel nur noch von den Kassen bezahlt werden dürfen, wenn sie nicht teurer sind als herkömmliches Insulin; schließlich sei ein Zusatznutzen nicht erkennbar. Die Preisdifferenz der beiden Mittel zu herkömmlichen Insulinen hatte der GBA auf bis zu 70 Prozent beziffert. Sanofi Aventis hatte daraufhin Verträge mit 88 Krankenkassen geschlossen, in denen der Pharmakonzern zusicherte, dass die Gesamttherapiekosten mit seinem Produkt nicht höher sei als mit gewöhnlichem Insulin. Diese Argumentation griff das Bundesgesundheitsministerium auf. In einem Schreiben forderte der zuständige Abteilungsleiter Dr. Ulrich Orłowski den GBA auf, die Wirtschaftlichkeit von Lantus genauer zu untersuchen und dabei nicht nur den Apothekenverkaufspreis zu berücksichtigen. Der AOK-Bundesverband hat bereits öffentlich die Ergebnisse einer Studie von Sanofi Aventis bezweifelt, wonach mit Lantus Geld gespart werden kann. Nach Berechnungen der Gesundheitskasse liegen die Gesamttherapiekosten für eine bestimmte Gruppe von Lantus-Patienten um 30 Prozent höher als die von Diabetikern, die herkömmliches Insulin verwenden. Aus AOK-Sicht hat die Studie von Sanofi Aventis wesentliche Parameter nicht berücksichtigt.

Infos: www.g-ba.de/informationen/beschluesse

Vorschau

Ausgabe 6/2010

Kinder erwünscht

Job und Kids unter einen Hut bringen – wie einige Kliniken mit familienfreundlichen Arbeitsbedingungen um Schwestern und Ärztinnen werben, schildert Uwe Lötzerich.

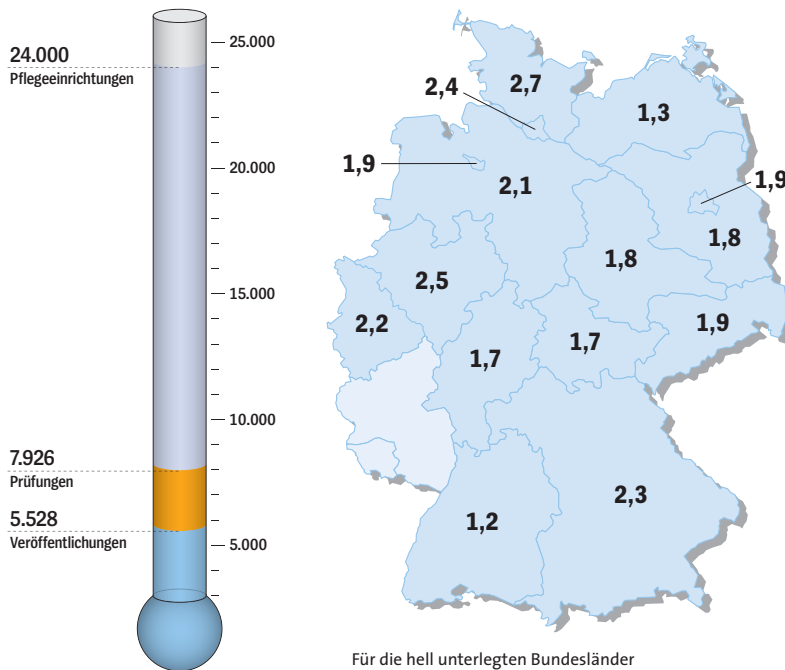
Darf's noch etwas mehr sein?

Zahnersatz, Hörgeräte, Reha: Wählen Patienten Alternativen zur Regelversorgung, tragen sie die Mehrkosten. Schwarz-Gelb will dies forcieren. Bisherige Erahrungen mit dem Thema schildern Klaus Jacobs, Caroline Kip und Sabine Schulze.

Fest verwurzelt im Vogtland

Krankenhausplan, Hausärzte-Nachwuchs – die thüringische Sozialministerin Heike Taubert hat dazu klare Positionen. Ein Porträt der SPD-Politikerin zeichnet Monika Eschner.

So gut sind Pflegeheime im Durchschnitt



Für die hell unterlegten Bundesländer liegt noch keine Benotung vor.

Quelle: Verbände der Kranken- und Pflegekassen, Stand: Juni 2010

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) nimmt zurzeit alle Pflegeeinrichtungen in Deutschland unter die Lupe. Die Ergebnisse werden veröffentlicht. Hat der MDK in einer Region mehr als 20 Prozent der Pflegeheime und -dienste geprüft, so werden auch die Durchschnittswerte bekannt gegeben. Diese stehen für die Heime in den meisten Regionen bereits fest. Das Pflegebarometer zeigt: Fast ein Drittel aller Einrichtungen (Heime und Dienste) ist bereits geprüft.

■ WIdO: Zahl der Todesfälle bei Frühgeburten lässt sich senken

Das **Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO)** unterstützt die Forderung nach höheren Mindestmengen bei der Versorgung von Frühgeborenen. Bei einem gemeinsamen Expertengespräch der Deutschen Kinderhilfe und des Bundesverbandes „Das frühgeborene Kind e.V.“ erklärte Dr. Günther Heller vom WIdO: „Je höher die vereinbarte Mindestmenge, desto mehr Todesfälle sind vermeidbar“. Schreibe man bei der Versorgung von Kindern unter 1.250 Gramm Geburtsgewicht beispielsweise eine Mindestmenge von 30 vor, ließen sich jährlich mögliche 95 Todesfälle vermeiden. Derzeit müssen Perinatalzentren in Deutschland mindestens 14 Frühgeborene mit einem Gewicht unter 1.250 Gramm behandeln. Diese Zahl ist nach Ansicht der Deutschen Kinderhilfe und des Elternverbandes eindeutig zu gering. Sie fordern vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) eine deutliche Anhebung auf mindestens 50 Versorgungsfälle. Der GBA will am 17. Juni erneut über das Thema beraten.

Infos: www.fruehgeborene.de

«BLICKPUNKT HINTERGRUND»

■ Der AOK-Arztnavigator: Schnelle Hilfe für Patienten

Ab Herbst 2010 startet eine Online-Arztsuche neuer Qualität: der AOK-Arztnavigator auf Basis der Weissen Liste. Grundlage sind Befragungsergebnisse von Versicherten. Bereits jetzt können AOK-Mitglieder in drei Pilotregionen ihre Erfahrungen mit Ärzten online mitteilen.

Es sind zehn Minuten, die sich lohnen. In dieser Zeit lassen sich unter www.aok-arztnavi.de die 33 Fragen beantworten, die die Basis für das neue nicht-kommerzielle Internetportal bilden soll, das ab Herbst veröffentlicht wird. In den Pilotregionen Berlin und Hamburg fiel der Startschuss für die zugrunde liegende Versicherten-Befragung Ende Mai, in Thüringen einige Tage später. Initiatoren des Portals sind die AOK und die Weisse Liste, ein Projekt der Bertelsmann Stiftung und der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen. Der Fragebogen für die Versicherten gliedert sich in vier Bereiche: „Personal und Praxis“, „Arztkommunikation“, „Behandlung“ und „Gesamteindruck“. Freitextfelder sind nicht vorgesehen. Durch ein spezielles Login-Verfahren wird sichergestellt, dass jeder Versicherte nur jeweils eine Bewertung für einen Arzt abgeben kann. Die Befragung erfolgt anonym. Niemand erfährt, wer teilgenommen hat: weder die AOK noch der bewertete Arzt oder die Bertelsmann Stiftung als Portalbetreiber.

» Alle niedergelassenen Ärzte können bewertet werden

Im AOK-Arztnavigator auf Basis der Weissen Liste sollen Befragungsergebnisse für alle niedergelassenen Ärzte abrufbar sein. Voraussetzung für die Veröffentlichung ist, dass eine mindestens zweistellige Anzahl an Bewertungen vorliegt. Ärzte, die keinen regelmäßigen persönlichen Kontakt zu Patienten haben (zum Beispiel Laborärzte oder Pathologen) können nicht beurteilt werden. Auch **Zahnärzte** und **Psychotherapeuten** wurden im ersten Schritt nicht mit einbezogen, sollen aber nach Abschluss der Pilotphase mit einem eigens entwickelten Fragebogen ebenfalls bewertet werden können. Ab Herbst 2010 sind in der Arztsuche zunächst die Befragungsergebnisse aus den drei Pilotregionen abrufbar. Nach der Pilotphase sollen dann Schritt für Schritt Bewertungen aus ganz Deutschland in den AOK-Arztnavigator einfließen und den Informationsbedarf der Versicherten decken helfen.

» Studien belegen hohen Informationsbedarf

In einer Befragung im Rahmen des **Gesundheitsmonitors** der Bertelsmann Stiftung gaben rund 95 Prozent der Teilnehmer an, dass sie sich Informationen zur Qualität von Fachärzten wünschen, mehr als 80 Prozent möchten mehr wissen zur Qualität von Hausärzten. Hochgerechnet etwa 17.000 Mal am Tag oder sechs Millionen Mal im Jahr stellen sich Patienten die Frage: „Wie finde

ich einen guten Arzt?“ – zum Beispiel, weil sie den Wohnort gewechselt haben oder weil seit ihrem letzten Facharztbesuch längere Zeit vergangen ist.

Dieser hohe Informationsbedarf wird derzeit noch nicht ausreichend gedeckt. Nach einer Studie sind zwei Drittel der Bevölkerung der Meinung, dass das Informationsangebot zu Ärzten – zumindest teilweise – verbesserungswürdig ist. Patienten gründen ihre Arztwahl gern auf soziale und kommunikative Aspekte – doch gerade zu diesen Aspekten sind derzeit keine oder kaum Informationen verfügbar. Eine Studie der Universität Nürnberg-Erlangen aus dem Jahr 2009 hat gezeigt, dass die bestehenden Portale nur eingeschränkt in der Lage sind, Patienten bei der Arztsuche zu unterstützen – zum Beispiel, weil sie anfällig für Manipulationen und Missbrauch, etwa durch Falsch- oder Mehrfachbewertungen, sind. Dies waren gute Gründe für die AOK und die Weisse Liste, aktiv zu werden und auf eine hohe Qualität ihres Angebots zu achten.

» Informationen, die für Patienten wichtig sind

Ihr Befragungsinstrument haben die Beteiligten daher nach höchsten wissenschaftlichen Standards in einem mehrstufigen Verfahren entwickelt und auf seine Aussagekraft überprüft. Neben wissenschaftlichen Experten waren an der Entwicklung Ärztevertreter, die AOK, die Bertelsmann Stiftung und Patientenvertreter beteiligt. Verantwortlich für die Umsetzung war das unabhängige IGES-Institut. Im Mittelpunkt der Entwicklung stand die Frage, welche Informationen für Patienten bedeutsam sind, die einen Arzt suchen.

Die Experten werteten zunächst die vorhandene wissenschaftliche Literatur zum Thema Patientenzufriedenheit und zur Arztbewertung im Internet aus. Im zweiten Schritt führten die Fachleute ausführliche Einzelgespräche mit mehr als 30 Patienten über das individuelle Vorgehen und die jeweiligen Erfahrungen bei der Arztsuche. Die Ergebnisse dieser Interviews wurden in einem Expertenteam analysiert. Alle aus den ersten beiden Schritten gewonnenen Erkenntnisse flossen in einen umfangreichen vorläufigen Fragenkatalog ein. Dieser wurde in erneuten Gesprächen mit Patienten daraufhin überprüft, wie verständlich und alltagsnah die Fragen sind. Es folgte ein großer Praxistest mit insgesamt 1.500 Patienten. Danach wurde der Fragenkatalog nochmals überarbeitet und auf die wichtigsten Fragen verdichtet. Zuletzt wurde die Qualität der Ergebnisse mit denen eines Fragebogens verglichen, der sich als Instrument zur Messung von Patientenzufriedenheit bereits bewährt hat. Hierbei stellte sich heraus, dass das neue Befragungsinstrument zuverlässige Ergebnisse liefert.

Jetzt sind die Versicherten am Zug. Jürgen Graalman, stellvertretender Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, ist überzeugt, dass nicht nur Arztsuchende, sondern auch die Mediziner selbst von dem künftigen Angebot profitieren: „Ärzte erhalten wertvolle Rückmeldungen der Patienten, die sie für interne Verbesserungen und die positive Darstellung nach außen nutzen können.“

Infos: www.aok-arztnavi.de