



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT



PATIENTEN BESSER VERSORGEN

SPEZIAL

# Richtig anpacken

+++ Projekte, Positionen, Perspektiven

# Inhalt

## STARTSCHUSS

### Endlich den Weg frei machen

von Martin Litsch ..... 3

## ÜBERBLICK

### Mehr Mut tut gut

von Sabine Richard ..... 4

## PATIENTENVERTRETUNG

### »Die Kliniken treten auf die Bremse«

im Gespräch mit Ilona Köster-Steinebach ..... 7

## STANDPUNKTE

### Das sagen Experten zu den

Versorgungsprojekten der AOK ..... 8

## AOK-PROJEKTE

### Qualität, die bei den

Versicherten ankommt ..... 10

## REPORTAGE

### Datenlust statt Datenlast

von Karola Schulte ..... 14

## BEHANDLUNGSQUALITÄT

### Messen und sichtbar machen

von Otmar Müller ..... 16

## BEHANDLUNGSFEHLER

### Die Wahrheit erfahren

von Nora Junghans ..... 18

## PATIENTENSCHUTZ

### »Patienten fordern ihre Rechte klar ein«

im Gespräch mit Eugen Brysch ..... 20

# Lese- und Webtipps

## Literatur

■ Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich, Jürgen Wasem (Hrsg.)

### Krankenhaus-Report 2017.

**Schwerpunkt: Zukunft gestalten**  
Stuttgart: Schattauer 2017

■ Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmei, Stefan Greß et al. (Hrsg.)

### Pflege-Report 2017. Schwerpunkt:

**Die Versorgung der Pflegebedürftigen**  
Stuttgart: Schattauer 2017

■ Ulrich Schwabe, Dieter Paffrath, Wolf-Dieter Ludwig, Jürgen Klauber (Hrsg.)

### Arzneiverordnungs-Report 2017.

**Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare**  
Berlin: Springer 2017

■ Jürgen Klauber, Christian Günster, Bettina Gerste et al. (Hrsg.)

### Versorgungs-Report 2015/16.

**Schwerpunkt: Kinder und Jugendliche**  
Stuttgart: Schattauer 2016

## Internet

### ■ [www.aok-gesundheitspartner.de](http://www.aok-gesundheitspartner.de)

Das Gesundheitspartner-Portal der AOK mit ausführlichen Fachinformationen für Profis im Gesundheitswesen.

### ■ [www.aok.de/faktenboxen](http://www.aok.de/faktenboxen)

Nahrungsergänzungsmittel, Impfungen, zusätzliche Untersuchungen oder besondere Behandlungsmethoden – was ist sinnvoll, was nicht? Die Faktenboxen der AOK stellen Nutzen und Risiken übersichtlich und verständlich dar.

### ■ [www.moodgym.de](http://www.moodgym.de)

Das von Wissenschaftlern entwickelte Selbsthilfeprogramm moodgym gibt in fünf Bausteinen Informationen und Anregungen zum besseren Umgang mit depressiven und ängstlichen Beschwerden.

### ■ [www.wido.de](http://www.wido.de)

Website des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) mit ausführlichen Informationen zu den verschiedensten Themenbereichen – von ambulanter Versorgung über Heilmittel bis zu Versorgungsanalysen.

### ■ [www.aok.de/entscheidungshilfen](http://www.aok.de/entscheidungshilfen)

In der Entscheidungshilfe Organspende hat die AOK umfangreiche Informationen zusammengetragen, um Versicherte bei ihrer persönlichen Entscheidungsfindung für oder gegen eine mögliche Organspende zu unterstützen.

### ■ [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses. Unter → *Themenschwerpunkte* → *Disease-Management-Programme* finden sich Informationen zu den strukturierten Behandlungsprogrammen.

### ■ [www.eprd.de](http://www.eprd.de)

Website des Endoprothesenregisters Deutschland (EPRD). Das Register ist ein Gemeinschaftsprojekt von Ärzten, Kliniken, Krankenkassen und Industrie. Es verknüpft Routinedaten mit neuen Informationen über den Einbau künstlicher Hüft- und Kniegelenke und wertet diese Informationen mit Blick auf die Qualität der Implantate und der medizinischen Behandlung aus.

Spezial ist eine Verlagsbeilage von G+G

Impressum: Gesundheit und Gesellschaft, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin. G+G erscheint im KomPart-Verlag ([www.kompart.de](http://www.kompart.de)).

Redaktion: Otmar Müller, Karola Schulte (verantwortlich) | Art Direction: Anja Stamer | Grafik: Thomas Schröder.

Herausgeber: Geschäftsführungseinheit Versorgung des AOK-Bundesverbandes | Stand: November 2017

# Endlich den Weg frei machen

Die AOK gestaltet das Gesundheitswesen zum Wohl ihrer Versicherten aktiv mit. AOK-Chef **Martin Litsch** fordert die Politik auf, die gesetzlichen Voraussetzungen für mehr Beteiligung endlich zu verbessern.



**M**ehr Qualität in der Versorgung – diese Forderung gehört zu den zentralen Leitmotiven unserer politischen Arbeit. Unser Ziel ist es, die Gesundheitsversorgung im Sinne der Patienten weiter zu verbessern. Um dieses Ziel durchzusetzen, will die AOK Verantwortung übernehmen und das Gesundheitswesen aktiv mitgestalten. Deshalb investieren wir schon seit Jahren in viele innovative Versorgungsprojekte – regional und bundesweit. Die AOK hat in der Qualitätsdebatte eine Vorreiterrolle eingenommen, hat Erfahrungen gesammelt und Lösungskompetenzen entwickelt.

Gemeinsam mit den anderen Akteuren im Gesundheitswesen wollen wir weiter dafür sorgen, dass die Qualität in der Versorgung in Deutschland künftig eine größere Rolle spielt. Mindestens ebenso wichtig ist für uns aber auch, die Patienten darin zu unterstützen, selbst beurteilen zu können, welcher Arzt oder Therapeut, welches Krankenhaus besonders gute oder eher schlechte Qualität bietet. Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) hat mit seiner Grundlagenforschung bereits erfolgreich die Basis für eine solche zuverlässige Qualitätstransparenz geschaffen. Mithilfe von wissenschaftlich entwickelten und international anerkannten Qualitäts-

indikatoren lassen sich die Qualitätsunterschiede in ambulanter und stationärer Versorgung schon heute messen.

Der Gesetzgeber muss in der neuen Legislaturperiode die Rahmenbedingungen für ein modernes und hochinnovatives Gesundheitswesen neu sortieren und alle Leistungsangebote, Strukturen und Prozesse konsequent auf Qualität und Nutzen ausrichten. Er muss die ersten mit dem Krankenhausstrukturgesetz gegangenen Schritte hin zu mehr Qualitätsorientierung konsequent weiterverfolgen. Dafür müssen Leistungserbringer und Krankenkassen auf Bundes-, vor allem aber auf regionaler Ebene mehr Gestaltungskompetenzen bekommen. Denn nur so lässt sich die Qualität der Versorgung nachhaltig voranbringen. Unsere Kompetenzen bringen wir gern ein: Wir stehen der Politik als Gesprächspartner zur Verfügung.

**Martin Litsch**

ist Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes.



# Mehr Mut tut gut

Die AOK versteht sich seit Jahrzehnten als Gestalter und Treiber beim Thema Versorgungsqualität. Auch von der politischen Agenda ist das Thema nicht mehr wegzudenken. Mehr Entschlossenheit und mehr Wettbewerb täten allerdings gut. Von **Sabine Richard**

**N**och nie haben die Akteure in der Gesundheitspolitik so viel über Qualität der Versorgung geredet und gestritten wie in der vergangenen Legislaturperiode, die mit der Bundestagswahl im September zu Ende gegangen ist. Schon in ihrem damaligen Koalitionsvertrag schrieb die Große Koalition fest, „in einer Qualitätsoffensive die Qualität der stationären Versorgung“ verbessern zu wollen. Mit dem Anfang 2016 in Kraft getretenen Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) schuf der Gesetzgeber dann die entsprechenden Rahmenbedingungen dafür, die zurzeit in zahlreichen Aufträgen an die gemeinsame Selbstverwaltung ausgearbeitet und konkretisiert werden. Mithilfe von Qualitätsindikatoren, Mindestmengenregelungen und den Anforderungen an sogenannte Zentren soll nun sichergestellt werden, dass sich Patientinnen und Patienten darauf verlassen können, dass Krankenhäuser für eine gewünschte Behandlung ausreichend qualifiziert sind. Indem das Gesetz erstmals Qualitätszu- und -abschläge bei der Bezahlung von Krankenhausleistungen einführt, soll das Geld der Beitragszahler künftig der Qualität folgen. Es wurde sogar eine eigene Kategorie von „Qualitätsverträgen“ zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen geschaffen.

## Die Qualitätsoffensive in der stationären Versorgung ist noch längst nicht abgeschlossen.

**Meilenstein für mehr Qualität.** Ein weiterer Meilenstein der vergangenen Legislaturperiode war die Gründung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), das im Auftrag der gemeinsamen Selbstverwaltung Instrumente zur Qualitätssicherung und -darstellung erarbeiten und die methodischen Grundlagen für die Qualitätsorientierung verbreitern soll. Mit all diesen Maßnahmen wollte die Politik sicherstellen, dass die medizinische Behandlung nach hohen qualitativen Standards erfolgen kann.

Diese Qualitätsoffensive in der stationären Versorgung ist jedoch noch längst nicht abgeschlossen. Weichmacher, Ausnahmetatbestände, regionale Abweichungsmöglichkeiten – von Beginn an gab es nicht nur in der gemeinsamen Selbstverwaltung, sondern auch in der Politik Auseinandersetzungen darüber, wie konkret und verbindlich die gesetzten Rahmenbedingungen

umzusetzen sind. Schließlich sind es ja insbesondere die Länder, die gerade in der Krankenhausversorgung die entscheidenden strukturellen Weichenstellungen verantworten und dafür sorgen müssen, dass die Qualitätsorientierung auch in der Versorgung ankommt.

**Lobbyeinfluss verwässert Agenda.** Mit der neuen gesetzlichen Grundlage sollte Qualität der Treiber für den notwendigen Umbau der Krankenhauslandschaft sein. Die Patienten sollten nur noch dort versorgt werden, wo die vom Gesetzgeber vorgegebenen Anforderungen an gute Qualität auch eingehalten werden. Diesen richtigen Ansatz setzte die Große Koalition allerdings aufgrund des Drucks der Krankenhauseite im KHSG nicht konsequent um. Dadurch müssen die Kassen weiterhin – zumindest mittelfristig – ineffiziente Strukturen finanzieren, die zudem das ohnehin knappe Klinikpersonal an den falschen Standorten unnötig binden. So konnte der Lobbyeinfluss nicht nur die Qualitätsbotschaft der Politik spürbar verwässern, sondern vor allem den Abstimmungsprozess in der Selbstverwaltung deutlich erschweren.

Im Zusammenhang mit der Qualitätsagenda des Krankenhausstrukturgesetzes schrieben die Medien viel über Blockaden der gemeinsamen Selbstverwaltung – einiges zu Recht, vieles zu Unrecht. Die Erwartungen der Politik an die Selbstverwaltung sind groß, ebenso die Ungeduld, die komplexen Aufträge möglichst schnell abzuarbeiten. Die gemeinsame Selbstverwaltung braucht hierfür allerdings widerspruchsfreie gesetzliche Aufträge und einen stabilen ordnungspolitischen Rahmen.

**Länder gehen eigene Wege.** Abzuwarten bleibt, wie schnell und verbindlich die politischen Akteure im Rahmen ihrer eigenen Kompetenzen, beispielsweise der Krankenhausplanung der Bundesländer, bereit und in der Lage sind, die Qualitätsziele tatsächlich zum Maßstab ihrer eigenen Tätigkeit zu machen. Gerade beim Umbau der Krankenhauslandschaft stehen schließlich politisch heikle Entscheidungen an. Vieles könnte jetzt schon getan werden. Doch einige Länder haben bereits signalisiert,

## »Routinedaten auf die Pflege ausweiten«



*Jürgen Klauber ist  
Geschäftsführer des  
Wissenschaftlichen Instituts  
der AOK (WIdO)*

dass sie sich an die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) nicht gebunden fühlen, sondern von ihrem Recht auf eine eigene regionale Vorgehensweise Gebrauch machen wollen. Dies stimmt nicht besonders optimistisch.

Aber der Qualitätsgeist ist aus der Flasche. Zumindest in der stationären Behandlung ist diese Entwicklung nicht mehr umkehrbar. Je mehr Wissen vorliegt, wie man Qualität strukturell verbessern und welche Risiken mit mangelnder Erfahrung oder mangelnder Ausstattung einhergehen, desto weniger können Selbstverwaltung oder Politik dies bei zukünftigen Entscheidungen ignorieren. Das Beispiel Mindestmengen macht dies besonders klar: Studien belegen, dass in Krankenhäusern, die eine bestimmte Mindestfallzahl nicht erreichen, mehr Patienten sterben. Bei Eingriffen an der Bauchspeicheldrüse etwa ist das Sterberisiko in einer Klinik, die die Anforderungen an die Mindestmenge nicht erfüllt, um fast ein Drittel (31,5 Prozent) höher als in Kliniken, die diesen Eingriff häufiger durchführen und daher mehr Erfahrung haben. Bei Nierentransplantationen verdoppelt sich das Sterberisiko nahezu. Trotzdem behandeln nach wie vor viele Kliniken Patienten, obwohl sie die vorgegebenen Standards unterschreiten. Ohnehin liegen diese Standards in anderen Ländern wesentlich höher. Während beispielsweise die Mindestmenge für Bauchspeicheldrüsen-Eingriffe in Deutschland bei mindestens zehn Operationen pro Jahr liegt, hat man sich in den Niederlanden für einen Standard von mindestens 20 Operationen entschieden, der nicht unterschritten werden soll. Auch für andere Therapiegebiete lassen sich enge Zusammenhänge zwischen Erfahrung und Ergebnisqualität zeigen.

**Mindestmengen verbessern die Ergebnisse.** Diese Erkenntnisse müssen dringend in der Versorgung berücksichtigt werden. Die fällige Konzentration der Behandlung von Patienten in qualifizierten Einrichtungen darf nicht anderen politischen Zielen geopfert werden. Es stellt sich die Frage, wie sich dieser Prozess beschleunigen lässt. Vor dem Hintergrund der beschriebenen Hemmnisse braucht es neben dem Mut der politischen Entscheidungsträger auch eine informierte Öffentlichkeit und mehr Initiativen einzelner Akteure. Diese müssen der Trägheit und den Blockaden der Entscheidungsinstanzen in gemeinsamer

### Welche Rolle spielen Daten für die Verbesserung der Versorgungsqualität?

Daten sind die elementare Grundlage, Versorgungsqualität messbar und vergleichbar zu machen. Sie machen Unterschiede transparent in der ambulanten Versorgung, bei der Arzneimitteltherapie, aber auch bei der Behandlungsqualität zwischen Kliniken oder der Pflegequalität in Pflegeheimen. Insbesondere anonymisierte Krankenkassendaten geben einen Einblick in die reale Versorgung. Sie zeigen unabhängig von einer speziellen Studiensituation, welche Diagnostik und Therapie in der Breite gemacht wird. Außerdem lässt sich mit ihnen der Weg eines Patienten anonymisiert über mehrere Jahre hinweg in den Blick nehmen – und das auch über die Sektorengrenzen hinweg. Dass durch diese Routinedaten kein zusätzlicher Verwaltungsaufwand für Ärzte, Therapeuten und Pflegenden entsteht, ist ein weiteres Plus.

### An welchen Beispielen zeigt sich konkret, wie die Analysen des WIdO zur Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen?

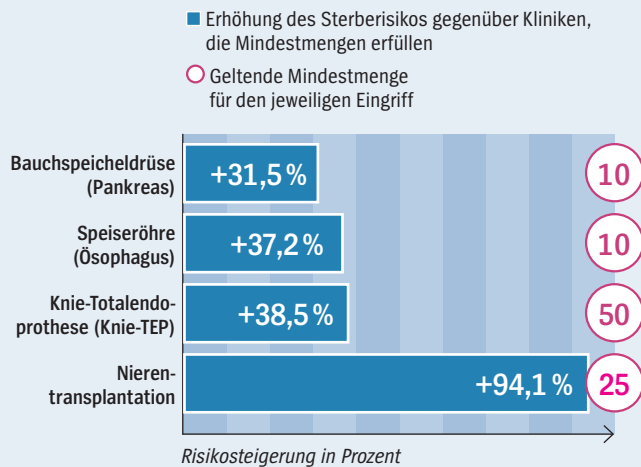
Das Projekt „Qualitätssicherung mit Routinedaten“ (QSR) hat ein wissenschaftliches Instrumentarium entwickelt, das es ermöglicht, Unterschiede in der Qualität von Krankenhausbehandlungen aufzuzeigen. Wir bereiten die QSR-Ergebnisse für die Krankenhäuser im Rahmen eines umfänglichen Klinikberichtes auf, den sie im klinikinternen Qualitätsmanagement nutzen. Unsere Ergebnisse werden außerdem im AOK-Krankenhausnavigator im Internet veröffentlicht, damit sich Patienten vor einer Operation entsprechend informieren können. Zudem informieren AOKs mit Einweiserinformationen niedergelassene Ärzte, damit sie ihre Patienten auf die Qualitätsunterschiede aufmerksam machen können.

### Was steht im WIdO als Nächstes auf der Agenda?

Ein weiterer Bereich, in dem wir uns im Rahmen unserer Versorgungsforschung neuerdings auch intensiv der Analyse von flächendeckenden Routinedaten widmen, ist die Altenpflege. Auch Versorgungsqualität nehmen wir hier in den Blick. Aus unserer Sicht sollte sich etwa die Qualitätsbewertung von stationären Pflegeeinrichtungen nicht nur auf die dort dokumentierten und für die Qualitätssicherung erhobenen Daten beschränken. Die Optionen von routinedatenbasierten Qualitätsindikatoren sind ebenso zu prüfen wie Möglichkeiten der Messung von Lebensqualität. ■

## Zu wenig Routine gefährdet Patienten

### Sterblichkeitsrate in Kliniken, die Mindestmengen nicht erfüllen



Erreichen Kliniken die Mindestmengen bei Eingriffen nicht, erhöht dies das Sterberisiko bei Operationen. Besonders deutlich wird das bei der Nierentransplantation: In Krankenhäusern, die jährlich weniger als 25 davon durchführen, verdoppelt sich das Risiko zu sterben fast.

Quelle: „Mindestmengen und Krankenhaussterblichkeit“, Nimptsch, Pescke, Mansky (2016)

Selbstverwaltung und Politik etwas entgegengesetzt. Es ist nicht nachvollziehbar, warum die Politik angesichts der immer wieder geäußerten Kritik an der Reformunfähigkeit der gemeinsamen Selbstverwaltung, insbesondere auf Bundesebene, nicht vermehrt auf dezentrale Lösungen setzt. Regionale Versorgungslösungen müssen nicht von A bis Z bundesweit vorgegeben werden. Die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung erhalten aber immer kleinteiligere Aufträge mit immer kürzeren Bearbeitungsfristen. Dadurch verschleißt der Gesetzgeber diese Gremien mit Aufgaben, die weit über die bundesweiten Erfordernisse hinausgehen. Es besteht die Gefahr, dass dadurch die Akzeptanz insbesondere des GBA leidet, der bei seinen Kernaufgaben gute Arbeit leistet.

**Unterschiede transparent machen.** Die AOK sieht ihre Rolle in der Debatte um eine bessere Versorgungsqualität in der Unterstützung einer informierten Öffentlichkeit: durch Investition in wissenschaftliche Erkenntnisse über Qualität in der Versorgung und auch durch ihre allgemeinverständliche Aufbereitung (siehe Beitrag zu den Versorgungsprojekten der AOK ab Seite 10). Mit dem Projekt „Qualitätssicherung mit Routinedaten“ (siehe Grafik auf Seite 16) hat die AOK zudem mit einer hochkarätigen wissenschaftlichen Begleitung gezeigt, wie man wichtige Qualitätsdaten über Krankenhäuser gewinnt. Diese sind im AOK-Krankenhausnavigator gegen erhebliche juristische Widerstände einzelner Krankenhäuser veröffentlicht und stehen seit 2010 der Öffentlichkeit zur Verfügung – ein wichtiger Wegbereiter auch für die Qualitätsoffensive der Bundesregierung.

Die AOK investiert darüber hinaus in die Entwicklung eines Maßnahmenplans zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Menschen. Die AOKs sehen es als eine wichtige Aufgabe an,

ihre Versicherten im Krankheitsfall bei schwierigen Wahlentscheidungen zu unterstützen, sei es bei der Entscheidung zwischen mehreren Therapieoptionen oder bei der Auswahl eines qualifizierten Behandlers. Die vielen Erkenntnisse und Informationen, die in den vergangenen Jahren über die Determinanten und Indikatoren von Qualität gewonnen werden konnten, dürfen nicht im Kleingedruckten von GBA-Beschlüssen verschwinden. Die Versicherten brauchen stattdessen Informationen, die so professionell aufbereitet sind, dass auch medizinische Laien sofort erkennen können, wo sie sehr gute oder eben doch nur mittelmäßige Behandlungsqualität erwarten können. Mit dem Onlineangebot der Faktenboxen hat die AOK zudem komplexe Informationen zu verschiedenen gesundheitlichen Fragen oder Behandlungsoptionen seit Mai 2015 so verständlich aufbereitet, dass der Patient sie in einer Entscheidungssituation auch nutzen kann. Auch die Bundesregierung hat inzwischen eine Allianz für Gesundheitskompetenz gegründet und angekündigt, ein Nationales Gesundheitsportal für unabhängiges Gesundheitswissen zu gründen. Allerdings ist die Umsetzungsperspektive hier noch ungewiss.

**Bei regionalen Angeboten auf Qualität setzen.** Ein weiterer Hebel sind die Versorgungsinitiativen der Krankenkassen. Patienten müssen sich in schwierigen Situationen darauf verlassen können, dass ihre Kasse bei ihren Versorgungsangeboten auf Qualität setzt. Was in der kollektiven Regelversorgung oft nur schwer durchsetzbar ist, lässt sich mit einzelnen Behandlern oder Netzen in Selektivverträgen auf regionaler Ebene deutlich einfacher vertraglich regeln: konkrete Qualitätsziele, Zweitmeinungsangebote oder besondere Koordinationsleistungen, welche die Patienten im konkreten Fall unterstützen. Versorgungsinitiativen der Krankenkassen wären auch ein wichtiger Treiber für eine schnellere Umsetzung von Qualitätszielen in der Krankenhausversorgung, beispielsweise die Steuerung von Patienten in diejenigen Kliniken, die über ausreichend Erfahrungen bei komplexen Eingriffen verfügen und daher die Mindestmengenregelung einhalten.

Umso bedauerlicher ist es, dass der Gesetzgeber im Krankenhausstrukturgesetz mit den neu eingeführten „Qualitätsverträgen“ nicht mehr Mut bewiesen hat. Diese wurden in ein enges Korsett zentral definierter Vorgaben gepresst, auf gerade mal vier Indikationen begrenzt und stehen im Abarbeitungsprozess der gemeinsamen Selbstverwaltung an letzter Stelle. Jede wettbewerbliche Initiative wird von vornherein erschwert.

Aus Sicht der AOK wird es Zeit, dass die Politik ihre Skepsis gegenüber wettbewerblichen Impulsen ablegt. Mehr Transparenz über die Qualität der Versorgung ist nicht nur eine essenzielle Grundlage für bessere Entscheidungen in der gemeinsamen Selbstverwaltung, sondern erleichtert auch die Entwicklung von neuen Versorgungsangeboten im Wettbewerb. ■

Dr. Sabine Richard leitet die Geschäftsführungseinheit Versorgung beim AOK-Bundesverband.





















Das persönliche Gespräch fördert die intensive Auseinandersetzung mit dem Thema Qualität. Da sind sich Dr. Herbert Fenzel (links), Merle Ulbrich und Dr. Andreas Lipécz einig.

Die Hausärztin Natalia Rohr macht sich mit QuATRO vertraut – den ersten Feedbackbericht bekommt sie 2018.



versorgt ist. 85 Prozent der KHK-Patienten sollten es bekommen. Bei den restlichen 15 geht man davon aus, dass etwas dagegen spricht, etwa gesundheitliche Risiken.

**Verschiedenste Vergleiche möglich.** Einmal im Jahr bekommt jedes der mittlerweile 25 Netze, die sich an QuATRO beteiligen, einen Gesamtbericht. Vergleiche von Praxen innerhalb des Netzes sind genauso möglich wie von Netz zu Netz. Eine spezielle Software ermöglicht zusätzlich detaillierte Auswertungen pro Praxis. Damit erstellt Netzmanagerin Merle Ulbrich für jede der 30 Hausarztpraxen, die dem Netz QuE angehören, einen individuellen Feedbackbericht. Einen Großteil der Praxen besuchte sie mittlerweile, um den Bericht zu besprechen: Wie hat sich die Praxis im Vergleich zum vergangenen Jahr entwickelt? Wo steht sie im Vergleich zu den anderen im Netz und zu landesweiten Werten? Das Ergebnis lässt sich für jede Indikation leicht ablesen. Für Ulbrichs Gespräche legte der Vorstand des Netzes zudem fünf Schwerpunkte fest: Bei einigen gilt es, Potenziale zu nutzen, bei anderen, die guten Werte zu halten. Dazu gehören etwa eine hohe Quote von Augenhintergrund-Untersuchungen bei Diabetes, der regelmäßige Einsatz von Standard-Tests zu Mobilität und Hirnleistung im geriatrischen Basisassessment und das Vermeiden von ungeeigneten Medikamenten bei Senioren.

### » Bei der Qualität dranzubleiben, lohnt sich für die Patienten.«

**Persönlicher Austausch sensibilisiert.** Ulbrich möchte mit den Ärzten ins Gespräch kommen. Deshalb bekamen sie den Feedbackbericht bereits vorab per Post. Im Brief dazu kündigte sie die Schwerpunkte an. „Natürlich bedeuten die persönlichen Gespräche Aufwand. Aber wir glauben, dass wir unsere Ärzte so besser sensibilisieren können“, sagt die Betriebswirtin mit Schwerpunkt Gesundheitsmanagement. Lipécz und Fenzel bestätigen das. „Käme der Bericht nur per Post, würden wir viel überlesen.“ So sind sie vorbereitet: „Das geriatrische Basisassessment machen wir einfach zu wenig. Wir werden das ab jetzt besser im Blick haben“, sagt Fenzel. Überrascht sind sie, dass ihre Diabetes-Patienten nicht alle bei der Augenuntersuchung waren. „Sie haben auf jeden Fall alle einen Überweisungsschein bekommen, das haben wir nachgeprüft“, sagt Lipécz. Weil sämtliche ambulante Abrechnungsdaten in die Berechnung einfließen, zeigt QuATRO an dieser Stelle die Versorgung auch jenseits der Praxis Lipécz-Fenzel. Die Ärzte nehmen sich vor, künftig auf Nummer sicher zu gehen und bei Patienten und

Augenärzten nachzuhaken. Insgesamt schneiden die beiden sehr gut ab. Auch das spricht Ulbrich ausführlich an. Bei der Influenza-Impfquote liegen sie weit über dem Zielwert. Dasselbe gilt für das Vermeiden von Polymedikation, also der Gabe von gleichzeitig mehr als fünf Wirkstoffen bei über 65-Jährigen. „Wie schaffen Sie das?“, hakt Ulbrich nach. Über die Feedback-Gespräche hinaus sammelt sie Anregungen für das gesamte Netz: Wovon können andere profitieren? Wie kann das Netzmanagement die Ärzte unterstützen? Welche Themen sollten gezielt in Qualitätszirkeln aufgegriffen werden? Auch die Frage nach sinnvollen Veränderungen beim Messen gehört dazu. „Die Netze und die AOK wünschen sich solche Infos, um QuATRO weiterzuentwickeln“, sagt Ulbrich. Am Ende des Treffens lassen Fenzel und Lipécz keinen Zweifel: „Bei der Qualität muss man einfach dranbleiben, denn es lohnt sich für die Patienten“.

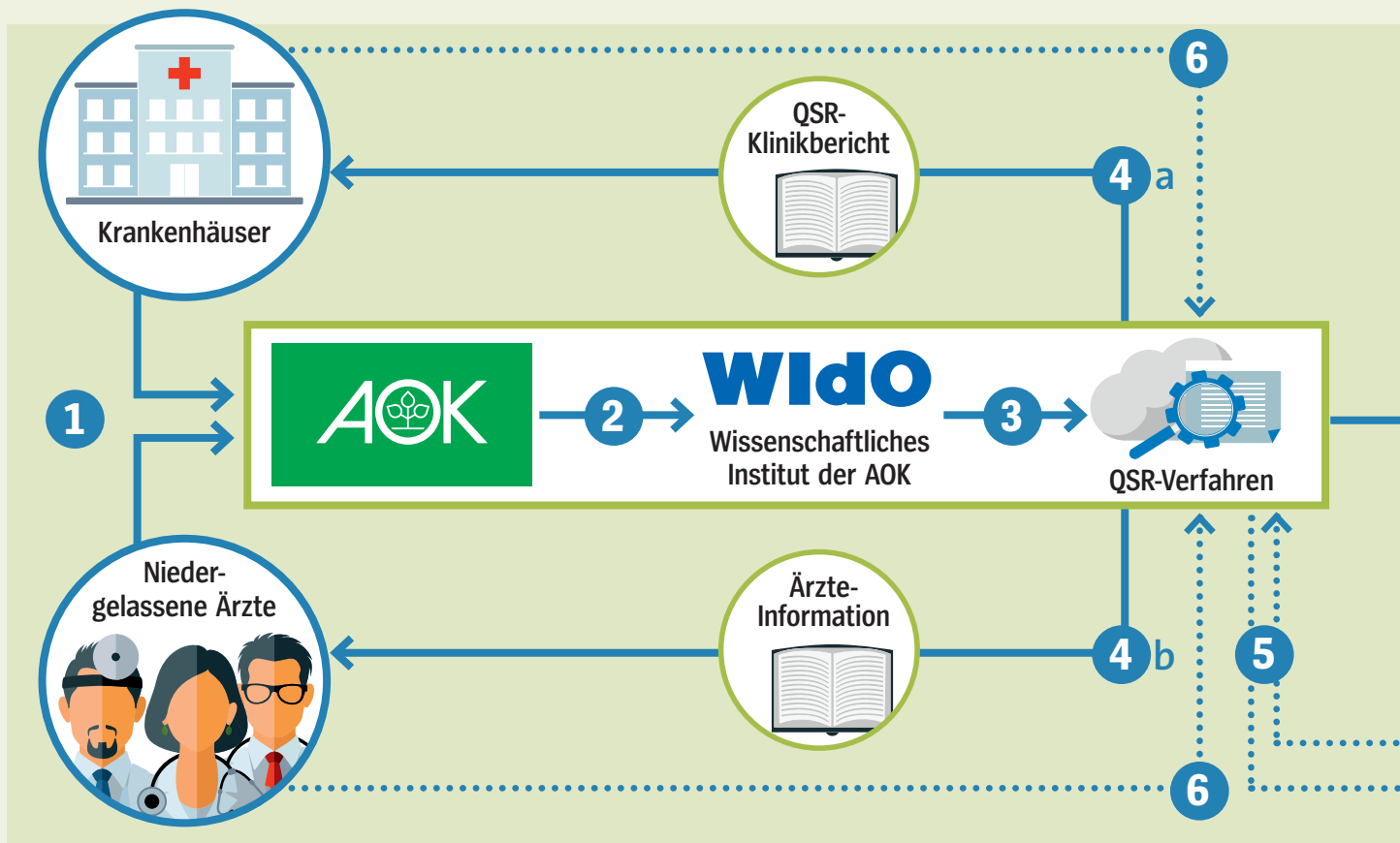
**Aus Vermuten wird Wissen.** Natalia Rohr ist davon genauso überzeugt. Es ist einer der Gründe, warum die Medizinerin dem QuE-Netz beitrug. Die Ärztin ist heute die Zweite, die Merle Ulbrich besucht. Von der Praxis Lipécz-Fenzel zum Stresemannplatz in Nürnberg sind es nur ein paar Autominuten. Die frühere

Klinikärztin Rohr hat ihre Praxis noch nicht so lange, deshalb reichen ihre Daten noch nicht für die QuATRO-Auswertung aus. Trotzdem möchte Merle Ulbrich sie schon mit der Qualitätsmessung vertraut machen. Dazu geht die Netzmanagerin mit ihr die Diagnosen durch. Dabei erfährt Rohr zum Beispiel: Im Netzdurchschnitt haben 17 Prozent der Patienten Diabetes, landesweit nur zehn. Rohr vermutet: „Das wird bei mir ähnlich sein.“ Bei der Augenhintergrunduntersuchung, da ist sich die Internistin sicher, wird sie gut abschneiden. Auch beim Thema Krankenhauseinweisungen ist sie optimistisch. Unterstützung vom Netzmanagement wünscht sie sich dagegen bei der Aufklärung: „Meine Patienten nutzen gern Infoblätter. Ich glaube, damit könnten wir viele unnötige Untersuchungen wie Röntgenbilder bei Rückenschmerzen vermeiden.“

Nach dem Parcours durch den Gesamtbericht ist Natalia Rohr erleichtert: „Es ist alles sehr logisch und übersichtlich bei QuATRO. Bei keinem Indikator hatte ich den Eindruck, dass ich in meinem Alltag etwas ganz falsch mache. Trotzdem wird es sicher die eine oder andere Überraschung geben.“ Genau weiß sie das erst im nächsten Sommer: Dann wird Merle Ulbrich sich mit ihr verabreden, um ihren ersten eigenen Feedbackbericht zu besprechen. ■

# Messen und sichtbar machen

Das Verfahren „Qualitätssicherung mit Routinedaten“ (QSR) des wissenschaftlichen Instituts der AOK macht die Qualität von Klinikleistungen transparent. Anders als die klassische Qualitätssicherung wertet es auch Komplikationen nach dem Klinikaufenthalt aus. Ziel ist es, die Versorgung zu verbessern.



## 1 Routinedaten liefern

- **Krankenhäuser** rechnen ihre Leistungen mit der AOK ab. Dabei liefern sie mit der Abrechnung zu jedem Krankenhausfall Daten über Operationen, Erkrankungen und Komplikationen.
- **Niedergelassene Ärzte** dokumentieren zu jedem Patienten Diagnosen, ambulante Eingriffe und Medikamente. So erhält die AOK mit Routinedaten Informationen zu Vorerkrankungen und ambulanter Nachsorge, die für die Bewertung des Klinikaufenthalts wichtig sein können.

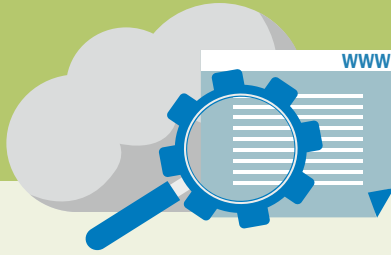
## 2 Daten anonymisieren

Die AOK sendet die vollständig anonymisierten **Datensätze eines Jahres** an das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIDO). Die Routinedaten der 26 Millionen AOK-Versicherten betreffen jährlich rund sieben Millionen Krankenhausfälle und mehr als 200 Millionen ambulante Abrechnungsfälle pro Jahr.

## 3 Routinedaten analysieren

Das WIDO führt **alle ambulanten und stationären Daten** zu jedem einzelnen anonymisierten Fall zusammen. Um die Behandlungsqualität zu messen, nutzt das WIDO Qualitätsindikatoren für aktuell 18 verschiedene Klinikleistungen. Durch die Nutzung der Routinedaten lassen sich nach einer Operation auch diejenigen Behandlungen in die Analyse miteinbeziehen, die außerhalb der operierenden Klinik stattgefunden haben – beispielsweise Komplikationen nach einem Eingriff, die ambulant oder in einer anderen Klinik nachbehandelt wurden.





Patienten  
nutzen den

## Krankenhaus- navigator



4

## Wissen- schaftlicher Beirat und Expertenpanels



### 4 Im Krankenhausnavigator veröffentlichen

Mit dem Navigator können Patienten im Internet gezielt nach Kliniken suchen, die eine bestimmte Operation oder Behandlung anbieten. Der Navigator bietet derzeit Qualitätsinfos für acht überwiegend gut planbare Operationen oder Behandlungen – leicht verständlich aufbereitet und auf Wunsch regional gefiltert oder mit bundesweiten Ergebnissen.

### 4 a QSR-Klinikbericht verfassen

Das WIdO erstellt für jede Klinik einen individuellen Qualitätsbericht. Dieser QSR-Klinikbericht enthält die detaillierten Ergebnisse des Krankenhauses zu allen 18 Leistungen der QSR-Qualitätsmessung. Die Kliniken können den Bericht kostenfrei bei ihrer AOK anfordern. Der Qualitätsbericht richtet sich vor allem an das Qualitätsmanagement der Kliniken – so können die Krankenhäuser anhand der Berichte ihre stationären Abläufe und Verfahren auf den Prüfstand stellen.

### 4 b Ärztinformation bereitstellen

Für niedergelassene Ärzte erstellen WIdO und AOK Informationsbroschüren zur Qualität der Kliniken ihrer jeweiligen Region. Die Broschüren decken dabei acht stationäre Operationen oder Behandlungen ab. So können die Ärzte ihre Patienten im Vorfeld einer geplanten Operation bestmöglich zur Qualität der infrage kommenden Kliniken beraten.

### 5 Qualitätsindikatoren entwickeln

Mit Klinikern und Qualitätsexperten entwickelt das WIdO in den Expertenpanels Qualitätsindikatoren, die speziell für die Anwendung auf Routinedaten zugeschnitten sind. Auf dem aktuellen Wissensstand definieren die Experten Indikatoren, die vermeidbare Komplikationen oder andere unerwünschte Ereignisse in der medizinischen Behandlung erfassen. Der wissenschaftliche Beirat gibt Empfehlungen zur Auswahl der Leistungen und Weiterentwicklung des Verfahrens.

### 6 Feedback geben

Hinweisen aus Kliniken und ärztlichen Fachgesellschaften zur QSR-Methodik wird im WIdO und in den Expertenpanels nachgegangen. So lassen sich neue Erkenntnisse aus der Praxis bei der Weiterentwicklung der Indikatoren berücksichtigen. Zusätzlich überprüft das WIdO jährlich die Systematik im Hinblick auf Änderungen in den Abrechnungsverfahren.

# Die Wahrheit erfahren

Wissen, was wirklich passiert ist – darum geht es den meisten Patienten, wenn sie den Verdacht auf einen Behandlungsfehler haben. Die AOK lässt ihre Versicherten in dieser Situation nicht allein. Sie prüft die Unterlagen, beauftragt Gutachter und berät individuell. Von **Nora Junghans**

**H**erzinfarkte, Schlaganfälle oder Blinddarmentzündungen, die zu spät erkannt wurden; ein Kind, das aufgrund eines zu spät durchgeführten Kaiserschnitts dauerhaft schwerbehindert ist; Komplikationen nach einer Operation, weil die Ärzte eine wichtige Kontrolluntersuchung nicht durchführten – das sind klassische Beispiele aus der täglichen Arbeit des Behandlungsfehlermanagements bei der AOK. Bereits seit dem Jahr 2000 unterstützt die AOK ihre Versicherten mit umfangreicher medizinischer und juristischer Fachkompetenz dabei, medizinische Behandlungsabläufe und Pflegeprozesse richtig einzuschätzen und zu bewerten. Auch wenn der Gesetzgeber die Krankenkassen erst 2013 mit dem Patientenrechtegesetz zur Unterstützung ihrer Versicherten bei Behandlungs- oder Pflegefehlern verpflichtet hat, ist dies bei der AOK schon seit mehr als 17 Jahren ein selbstverständlicher Service.

**Mehr als 250.000 Versicherte haben das Serviceangebot der AOK bereits in Anspruch genommen.**

**Individuelle und vertrauliche Beratung.** Hoch spezialisierte und erfahrene AOK-Experten mit medizinischer, medizinrechtlicher und pflegerischer Fachkompetenz bearbeiten jedes Jahr mehr als 15.000 Fälle, bei denen Versicherte um Unterstützung gebeten haben. Oft wenden sich Versicherte an die AOK, wenn sie beim Verdacht auf einen Fehler Einsicht in ihre Patientenakte nehmen wollen und ihnen dies von ihrem Behandler grundlos verwehrt wird – und das, obwohl das Einsichtsrecht des Patienten bereits seit über vier Jahren ganz klar gesetzlich geregelt ist. Bei der Unterstützung ihrer Versicherten legt die Gesundheitskasse großen Wert darauf, dass sie diese individuell und vor allem absolut vertraulich berät. Oberste Priorität ist es, den Verdacht auf einen Behandlungs- oder Pflegefehler schnell und sauber abzuklären. Den Versicherten geht es in den meisten Fällen darum, das Vertrauen zum behandelnden Arzt wiederherzustellen und zu erfahren, ob – und wenn ja, von wem – ein vermeidbarer Fehler gemacht wurde und wie es dazu kommen konnte. Das Thema Schadensersatzzahlungen spielt hingegen oft eine untergeordnete Rolle, zumal die größte Hürde für betroffene Patienten der Nachweis der Kausalität zwischen Fehler und Schaden ist.

**AOK trägt Gutachterkosten.** Weit mehr als 250.000 Versicherte haben in den vergangenen 17 Jahren das Serviceangebot der AOK in Anspruch genommen – dabei hat die Nachfrage in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Auf Wunsch übernehmen die Behandlungsfehler-Experten der AOK für ihre Versicherten die gesamte Korrespondenz mit den Leistungserbringern zur Herausgabe der Patientenakte und prüfen die entsprechenden Unterlagen. Erhärtet sich dabei der Verdacht auf einen Fehler,

lässt die AOK die Dokumente medizinisch bewerten, etwa durch spezielle Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), und übernimmt hierfür die Kosten. Sie unterzieht die gutachterlichen Ergebnisse einer

strengen Qualitätskontrolle – der Versicherte erhält das Ergebnis erst, wenn die Bewertung vollständig und widerspruchsfrei ist. Bei entsprechend eindeutigem Gutachten geben die AOK-Experten Hinweise zum möglichen Verjährungseintritt, zur etwaigen Beweislastumkehr oder auch zu Fragen des materiellen Schadensersatzanspruchs. Sie unterstützen die Versicherten aktiv dabei, außergerichtlich und gerichtlich Schadensersatzansprüche durchzusetzen. Außerdem helfen sie bei der Suche nach einem Fachanwalt für Medizinrecht.

**Kooperation mit Fachanwälten.** Scheitert eine außergerichtliche Regulierung des Schadens, nimmt die AOK ihren Versicherten in geeigneten Fallkonstellationen die Last des prozessualen und finanziellen Risikos von der Schulter – sie klagt zunächst die der Versichertengemeinschaft entstandenen Kosten selbst vor Gericht ein. Der Patient kann den Ausgang dieses Rechtsstreits abwarten und sich daran orientieren, wenn er seine eigenen Ansprüche verfolgt. Führen Versicherte und AOK zeitgleich und voneinander unabhängig einen Rechtsstreit, bietet die AOK ihren Versicherten an, beim Gericht einen Antrag auf Verbindung der beiden Verfahren zu stellen, um so gemeinsam für die Durchsetzung der Ansprüche zu kämpfen. Generell arbeitet die AOK dabei in ganz Deutschland mit Fachanwälten für Medizinrecht wie beispielsweise Dr. Roland Uphoff zusammen (*siehe Interview auf Seite 19*). Um den hohen Anforderungen an die

## »Den Weg konsequent zu Ende gehen«

Beratung der Versicherten gerecht zu werden, bilden sich die Spezialisten in den Serviceteams der AOKs sowohl medizinisch als auch juristisch regelmäßig fort. So bleiben sie trotz sich zum Teil schnell ändernder medizinischer Standards und der permanent aktualisierten Rechtsprechung immer auf dem Laufenden.

**Jeder vierte Verdachtsfall bestätigt sich.** In der überwiegenden Mehrzahl beziehen sich die der AOK gemeldeten Verdachtsfälle auf die Fachbereiche Orthopädie/Chirurgie, Innere Medizin, Zahnheilkunde und Geburtshilfe. Bei rund jedem vierten Verdachtsfall lässt sich der Behandlungsfehler im Laufe des Verfahrens bestätigen.

Neben dem Behandlungsfehlermanagement, mit dem die AOK ihre Versicherten konkret unterstützt, setzt sie sich aber auch auf politischer Ebene dafür ein, Patientenrechte zu stärken – etwa, indem sie in Gesetzgebungsverfahren Ideen und Vorschläge zur Stärkung der Patientensicherheit einbringt. Denn trotz des 2013 verabschiedeten Patientenrechtegesetzes gibt es noch viel zu tun: Die Politik muss zum einen dafür sorgen, dass bereits bestehende Rechtsnormen konsequent umgesetzt werden, und zum anderen die Patientenrechte weiterentwickeln.

**Einsichtsrecht umsetzen und ausbauen.** So setzt sich die AOK beispielsweise für gesetzlich verankerte Sanktionen ein, wenn Behandler ihren Patienten keine Kopie des Aufklärungsbogens aushändigen oder ihnen grundlos die Einsicht in die Patientenakte verweigern. Darüber hinaus muss sich das Einsichtsrecht im Patienteninteresse auch auf weitere Unterlagen erstrecken, hinsichtlich derer ein Zusammenhang mit der Behandlung des Patienten besteht beziehungsweise bestehen kann. Dies können auch Unterlagen sein, die nicht ausschließlich patientenbezogen geführt werden, beispielsweise die Dokumentation zur Einhaltung der Hygienevorschriften oder das Medizinproduktebuch.

Dringenden Handlungsbedarf gibt es auch zur Frage, warum grundsätzlich der Patient den Behandlungsfehler, den Schaden und die Kausalität zwischen Fehler und Schaden nachweisen muss. Die Chancen für betroffene Patienten, ihre berechtigten Schadensersatzansprüche durchsetzen zu können, müssen künftig dringend verbessert werden. Darüber hinaus ist auch die Aufklärung über den Nutzen von Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) nicht ausreichend geregelt. Die Politik sollte deshalb die neue Legislaturperiode nutzen, um die Rechte der Patienten nachhaltig zu stärken und bestehende Defizite zu beheben. ■

**Nora Junghans** ist Referentin für Behandlungsfehlermanagement beim AOK-Bundesverband.



*Dr. Roland Uphoff, Master of Medicine, Ethics and Law, betreibt in Bonn eine Kanzlei als Fachanwalt für Medizinrecht.*

### Wenn ein Behandlungsfehler gutachterlich belegt ist: Wie gut stehen die Chancen auf eine außergerichtliche Einigung?

In mehr als einem Drittel unserer Fälle erreichen wir, dass die Versicherungen der betroffenen Ärzte einen Schadensersatz zahlen, ohne dass wir einen Prozess führen müssen. In einem Drittel der Fälle empfehlen wir, den Schadensersatz bei Gericht einzuklagen, weil sich die Versicherung weigert, Schadensersatz zu zahlen. In den übrigen Fällen sehen wir keine gute Chance, Schadensersatz durchzusetzen, weil wir aller Voraussicht nach nicht bei Gericht beweisen können, dass dem Arzt ein Behandlungsfehler unterlaufen ist.

### Was sind in der täglichen Praxis die größten Schwierigkeiten, um einen Behandlungsfehler anerkannt und Schadensersatz zugesprochen zu bekommen?

Viele Versicherer spielen auf Zeit. Auch wenn die versicherungseigenen Experten intern bereits den Fehler bestätigt haben, lehnen sie die Haftung noch ab. Sogar wenn ganz eindeutige Fälle in der ersten Instanz als Fehler bestätigt werden, gehen viele Versicherer in Berufung und Revision. So können sich die Prozesse über Jahre hinziehen. Für die Betroffenen stellt das eine erhebliche Belastung dar. Trotzdem lohnt es sich, diesen Weg konsequent zu Ende zu gehen – nur so bekommen die Betroffenen Antworten, was genau passiert ist und wie es zum Fehler kommen konnte. Außerdem geht es gerade bei Geburtsschäden auch darum, schwerstgeschädigte Kinder finanziell so abzusichern, dass sie beispielsweise trotz einer Behinderung lebenslang gut versorgt sind.

### Was müsste sich strukturell ändern, um Fehler besser zu vermeiden?

Gerade im Bereich der Geburtshilfe zeigt sich, dass die Krankenhäuser Know-how und Erfahrung zentralisieren müssen. Nur in großen und entsprechend strukturell ausgestatteten Geburtskliniken mit mindestens 1.500 Geburten pro Jahr wird genügend Erfahrung gebündelt und Routine entwickelt, dass sich eine gute Geburtshilfe gewährleisten lässt. Portugal, noch vor einigen Jahren ein Schwellenland in der EU, hat in den 90er Jahren kleinere Geburtskliniken mit weniger als 1.500 Geburten pro Jahr per Gesetz schließen lassen. Inzwischen sind die Neugeborenenraten in Portugal besser als in Deutschland. ■



Eugen Brysch  
ist Vorstand der  
Deutschen Stiftung  
Patientenschutz

## »Patienten fordern ihre Rechte klar ein«

Ungleichheit in der Behandlungspflege, kein Härtefallfonds für Behandlungsfehler, Traumnoten für schlechte Pflege – **Eugen Brysch** weiß, wo bei den Patienten der Schuh drückt. Für ihn ist klar: Die Politik muss in der nächsten Legislaturperiode an vielen Stellen nachbessern.

### Sind Patienten heute selbstbewusster und kritischer als vor zehn Jahren?

Ja, Patienten treten heutzutage kritischer auf. Sie informieren sich häufig selbstständig, hinterfragen viele Entscheidungen von Ärzten genauer und fordern ihre Rechte klar ein. Das ist auch gut so. Sicher hängt das mit der fortschreitenden Digitalisierung zusammen. So suchen im Jahr rund 40 Millionen Menschen in Deutschland online nach Informationen zum Thema Gesundheit. Das ist ein Zuwachs um etwa elf Prozent im Vergleich zu 2010. Zunächst wird also „Doktor-Google“ befragt, danach erst ein Arzt besucht. Es ist sicher vernünftig, sich zusätzliches Wissen anzueignen. Einen Arztbesuch ersetzt das aber nicht. Und gerade ältere, pflegebedürftige und schwerstkranke Menschen sind auf Unterstützung von Experten angewiesen. Sie werden sonst schnell von der Gesellschaft abgeschnitten.

### Sind wir bei der Qualitätssicherung in Deutschland gut aufgestellt?

Oftmals werden Missstände oder Fehler im System erst durch schwerwiegende Einzelfälle offenkundig. Allein drei Beispiele zeigen, dass es quer durch die Versorgungslandschaft in Deutschland zahlreiche Bereiche gibt, in denen Verbesserungen bei der Qualität und Sicherheit notwendig sind. So müssen zum Beispiel die 300 deutschen Schwerpunkt Apotheken, die individuelle Krebsmedikamente herstellen, besser kontrolliert werden. Die gesetzlichen Regelungen reichen hier nicht aus. Auch sind Kliniken auf die wachsende Zahl alter und demenzkranker Menschen kaum vorbereitet. Es fehlen Bezugspersonen, und die fremde Umge-

bung, Hektik sowie mangelnde Kommunikation fördern Angstzustände der Betroffenen. Darüber hinaus gibt es aufgrund der zurückliegenden Transplantationsskandale eine große Verunsicherung für schwerstkranke Menschen, die auf ein

### » Es gibt viele offene Baustellen bei der Versorgung schwerstkranker Menschen. «

Organ warten. Um Patienten zu schützen und Gerechtigkeit herzustellen, muss das Transplantationssystem in staatliche Hände übergeben werden.

### Beispiel Pflege: Um die Versorgungsqualität transparent zu machen, wurden 2009 Pflegenoten eingeführt. Eine gute Idee?

Nein, der derzeitige Pflege-TÜV ist Mist. Traumnoten am Fließband verschleiern Missstände und haben mit der Realität nichts zu tun. Für die Pflegenoten in Pflegeheimen werden 77 Kriterien bewertet und zu einer Gesamtnote zusammengefügt. Mängel in der medizinischen Pflege lassen sich beispielsweise durch einen gut lesbaren Speiseplan ausgleichen. Das führt dann zu einer bundesweiten Durchschnittsnote von 1,2 für die Pflegeheime. Wir brauchen ein neues, praktikables Bewertungssystem, das sich auf die zentralen Indikatoren beschränkt. Dazu zählen die medizinische und medi-

kamentöse Versorgung und die Therapie von Wunden. Auch besondere Hilfen für Demenzkranke und Sterbende müssen eine herausragende Rolle spielen.

### Hat das Patientenrechtegesetz geholfen, dass Patienten ihre Rechte besser geltend machen können?

Das Gesetz ist ein Anfang, es geht aber noch lange nicht weit genug. Nehmen wir zum Beispiel das Thema Behandlungsfehler. Jährlich sind bis zu 170.000 Patienten von Behandlungsfehlern betroffen. Grundsätzlich hat aber der Patient einen Behandlungsfehler nachzuweisen. Und wir wissen, dass dieser Nachweis extrem schwierig ist. Daher muss die Beweislast nicht nur bei groben Fehlern zugunsten der Opfer umgekehrt werden. Ebenso fehlt noch immer ein Härtefallfonds, der bei tragischen Behandlungsfehlern sofort greift.

### Wo sehen Sie die Politik in der Pflicht zu handeln?

Die genannten Beispiele zeigen, dass die Politik auch in der kommenden Legislaturperiode einiges zu tun hat. Aber es gibt viele weitere Baustellen bei der Versorgung schwerstkranker, pflegebedürftiger und sterbender Menschen. Ein großes Problem ist auch die Gleichstellung der Sterbenden in Pflegeheimen, die palliative und hospizliche Begleitung benötigen. Zudem gilt es, die Ungleichheit in der medizinischen Behandlungspflege zu beseitigen. Bei den Patienten daheim tragen die Krankenkassen die Kosten. Bewohner im Pflegeheim müssen die Kosten für Medikamentengabe, Blutdruckmessung oder Wundversorgung dagegen selbst tragen. ■



# Qualität, die bei den Versicherten ankommt

## Online-Coaches



Mit verschiedenen webbasierten interaktiven Programmen motiviert und unterstützt die AOK ihre Versicherten beispielsweise dabei, abzunehmen, körperlich aktiv zu werden oder das Rauchen aufzugeben. Der Online-Coach „moodgym“ soll Menschen mit depressiven Beschwerden helfen und wurde von der Universität Leipzig gemeinsam mit der AOK PLUS evaluiert. Es gibt 13.000 registrierte Nutzer, jeden Monat kommen 1.000 neue dazu. Der „ADHS-Elterstrainer“ hilft Eltern schwierige Erziehungssituationen zu meistern. Etwa 40.000 Betroffene nutzen den ADHS-Elterstrainer innerhalb eines Jahres. Die Seite „Stress im Griff“ wurde im Jahr 2016 von rund 35.000 Besuchern genutzt. Knapp 80.000 Besucher waren 2016 auf den Seiten des Online-Programms „Ich werde Nichtraucher“. Alle AOK-Programme sind evaluiert.

**Laufend in Form:** Seit 2002 haben knapp **120.000 AOK-Versicherte** am Programm teilgenommen.



Die Seite **Abnehmen mit Genuss** wird jährlich **300.000 Mal** angeschaut. Insgesamt haben bereits **40.000 Teilnehmer** das Online-programm erfolgreich genutzt.

- 1 Versicherte unterstützen & beraten

## Faktenboxen

Die Faktenboxen der AOK beantworten im Internet komplexe Fragen zu Nutzen und Risiken von medizinischen Behandlungen, Früherkennungen oder Nahrungsergänzungsmitteln. Sie informieren Nutzer auf schnelle Weise verständlich und einprägsam über den aktuellen Stand der medizinischen Forschung.



Die **20 Faktenboxen** wurden bislang insgesamt **230.000 Mal** geklickt.

- 1 Versicherte unterstützen & beraten

## Selektivverträge

Mit über **400 Selektivverträgen** gestaltet die AOK in ganz Deutschland Versorgung im Sinne ihrer Versicherten.

Selektivverträge sind Verträge zwischen AOK und besonders qualifizierten Leistungserbringern, wie Kliniken oder Arztnetzen. So profitieren AOK-Versicherte unter bestimmten Voraussetzungen von einer besonderen Versorgung. In diesen Versorgungsprojekten sind die Teilnahme und teilweise auch die Höhe der Bezahlung bestimmter medizinischer Leistungen an die Versorgungsqualität gekoppelt.

- 5 Vertragliche Rahmenbedingungen gestalten

## QuATRo · QISA

Anhand des von der AOK in Auftrag gegebenen, wissenschaftlich fundierten QISA-Indikatorensystems wird im QuATRo-Projekt die Qualität in der ambulanten Versorgung gemessen. Teilnehmende Arztnetze und Projekte der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) erhalten mittels circa 50 Qualitätsindikatoren Feedback zu ihrer Qualität in elf Leistungsbereichen. Die AOKs Bayern, Nordost und Rheinland/Hamburg initiierten das Projekt.

**1.400 Hausärzte** und **640 Fachärzte** in 25 Arztnetzen und einer HzV beteiligen sich. Rund **270.000 Patienten** profitieren von einer besseren Behandlung.



- 2 Leistungserbringer unterstützen & beraten
- 6 Grundlagen & Transparenz schaffen
- 8 Messen & vergleichen

## WiDo-Report-Reihen

Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDo) misst und analysiert Entwicklungen im Gesundheitswesen. Es veröffentlicht seine Forschungsergebnisse in diversen Publikationen, etwa dem Versorgungs-Report, dem Krankenhaus-Report, dem Arzneiverordnungs-Report oder dem Pflege-Report. Die Bücherreihen verstehen sich als Diskussionsforum auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse und bearbeiten jedes Jahr ein anderes Schwerpunktthema. Allein in den vergangenen sechs Jahren veröffentlichte das WiDo rund 400 Publikationen. Die Analysen des Instituts dienen den AOKs dazu, die medizinische Versorgung immer weiter zu verbessern.



- 6 Grundlagen & Transparenz schaffen
- 7 Forschen & Evidenz sichern

## Disease-Management-Programme – DMP

Die AOK setzt sich seit 15 Jahren für die Entwicklung einer strukturierten Versorgung von chronisch erkrankten Menschen ein. Die Programme führen zu einer deutlich verbesserten Behandlung der Betroffenen. Auf Basis der besten verfügbaren Evidenz werden sie erfolgreich angewendet und fortlaufend weiterentwickelt. Durch DMP konnte so die Häufigkeit von Herzinfarkten und Schlaganfällen halbiert und die Zahl der Amputationen bei Diabetikern deutlich reduziert werden. Die AOK berät die über 3,4 Millionen eingeschriebenen Versicherten unter anderem mit verschiedenen Broschüren.

- 1 Versicherte unterstützen & beraten
- 2 Leistungserbringer unterstützen & beraten
- 8 Messen & vergleichen

## Navigatoren der AOK

Ob Arzt-, Krankenhaus- oder Pflegenavigator – mit den digitalen Navigatoren der AOK finden Nutzer rund um die Uhr schnell und einfach ambulante, stationäre und pflegerische Leistungserbringer in ihrer Region. Die Navigatoren bieten dabei auch vielfältige Infos zur Qualität dieser Ärzte, Krankenhäuser und Pflegeanbieter.



Der **Pflegenavigator** listet 15.400 Pflegeheime und 14.500 Pflegedienste auf. **1,2 Millionen** Nutzer klickten sich rund **5,5 Millionen** Mal durch die Seiten des Pflegenavigators.

- 1 Versicherte unterstützen & beraten

## Entscheidungshilfen

Für wichtige medizinische Themen wie bestimmte Impfungen oder zur Organspende bietet die AOK Entscheidungshilfen an, die es Patienten ermöglichen, auf Basis der besten verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse gemeinsam mit ihrem Arzt Entscheidungen zu treffen.



Die Entscheidungshilfe **Organspende** hatte in den letzten zwei Jahren **16.758 Nutzer**.

- 1 Versicherte unterstützen & beraten

- 1 Versicherte unterstützen & beraten
- 2 Leistungserbringer unterstützen & beraten
- 3 Politische Rahmenbedingungen gestalten
- 4 Technische Rahmenbedingungen gestalten
- 5 Vertragliche Rahmenbedingungen gestalten
- 6 Grundlagen & Transparenz schaffen
- 7 Forschen & Evidenz sichern
- 8 Messen & vergleichen

## JolinchensKids

JolinchensKids ist ein Kita-Programm zur Förderung der Gesundheit von Kindern bis zu sechs Jahren. Im Fokus stehen die Themen Ernährung, Bewegung und seelisches Wohlbefinden. Ebenso viel Wert legt JolinchensKids darauf, die Eltern aktiv einzubeziehen und die Gesundheit der Erzieherinnen zu fördern.

**98 %** 98 Prozent der im Rahmen einer wissenschaftlichen Evaluation befragten Kita-Mitarbeiterinnen beurteilen JolinchensKids als „hilfreich“ oder „sehr hilfreich“.

**73 %** 73 Prozent würden **anderen Kitas empfehlen**, JolinchensKids einzuführen.

**100 %** Alle Befragten gaben an, JolinchensKids sei in den Kita-Alltag **integrierbar**.

Seit dem Programmstart 2014 nutzten 2.800 Kitas das Programm. So konnten über 180.000 Familien erreicht werden.



- 1 Versicherte unterstützen & beraten

## Zweite Meinung

Schwerwiegende Diagnosen wie Krebs verändern das Leben der Betroffenen massiv. Die AOK bietet ihren Versicherten das Zweitmeinungsverfahren an, bei dem renommierte Spezialisten der benötigten Fachrichtung innerhalb kurzer Zeit ihre Einschätzung zur Diagnose und zu den vorgeschlagenen Behandlungsmethoden abgeben.



- 1 Versicherte unterstützen & beraten

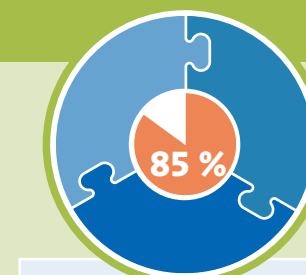
## Gremienarbeit

Qualität kommt nicht von allein in die Versorgung, sondern hierzu bedarf es konkreter Initiativen: Die AOK setzt sich in diversen Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung in Bund und Ländern für eine gute medizinische Versorgung ein.

- 3 Politische Rahmenbedingungen gestalten

## S3C-Schnittstelle

Die S3C-Schnittstelle ist ein IT-Standard, der Ärzte dabei unterstützt, für ihre Patienten eine bestmögliche Versorgung sicherzustellen. Die AOK-Tochter gevko stellt den Herstellern von Praxissoftware die von ihr spezialisierte Schnittstelle kostenlos zur Verfügung. Die Hersteller können diese in ihre eigenen Programme für niedergelassene Ärzte integrieren. Die Ärzte bekommen so über ihre Praxissoftware unter anderem direkten Zugang zu allen Versorgungsverträgen für AOK-Versicherte. Auch das von der AOK PLUS gemeinsam mit Ärzten und Apothekern entwickelte Medikationsmanagement (ARMIN) baut auf Funktionalitäten dieser Schnittstelle auf.



Die **S3C-Schnittstelle** ist bereits in der Praxissoftware von 85 Prozent der Arztpraxen **verfügbar**.

- 2 Leistungserbringer unterstützen & beraten
- 4 Technische Rahmenbedingungen gestalten

## AOK-Gesundheitsnetzwerk

Mit zwei Piloten in Mecklenburg-Vorpommern und Berlin startet die AOK ihr digitales Gesundheitsnetzwerk zum Datenaustausch zwischen Patienten, Ärzten und Kliniken. Kern des Netzwerks ist eine digitale Akte, mit der sich medizinische Informationen und Dokumente jederzeit bereitstellen und abrufen lassen. Dabei entscheidet der Patient, welcher Arzt und welche Klinik was einsehen darf. Der sektorenübergreifende Austausch soll die Behandlung unterstützen und zu mehr Patientensicherheit führen. Ziel ist ein bundesweites Angebot für AOK-Versicherte, das regional unterschiedlich ausgestaltet wird.

- 1 Versicherte unterstützen & beraten
- 2 Leistungserbringer unterstützen & beraten
- 4 Technische Rahmenbedingungen gestalten

## Qualitätssicherung mit Routedaten · QSR

Anhand von 84 Qualitätsindikatoren misst das WiDo mithilfe von Routineabrechnungsdaten der Kliniken die Qualität von 18 verschiedenen stationären Behandlungen beziehungsweise Operationen. Mit diesen 18 Leistungsbereichen sind bereits 23 Prozent aller Operationen im Krankenhaus abgedeckt. An QSR teilnehmende Krankenhäuser erhalten einen Überblick über ihre Qualität und einen Vergleich mit dem Durchschnitt anderer Kliniken.

Das WiDo wertet für die Qualitätsmessungen mit QSR die Routedaten von **1.370 Krankenhäusern** aus.

- 2 Leistungserbringer unterstützen & beraten
- 3 Messen & vergleichen

## Gesundheitspartner-Portal · GPP

Ob Vereinbarungen zu Qualität und Preisen auf regionaler Ebene, Ausschreibungen, Hilfestellungen zur Umsetzung gesetzlicher Bestimmungen – das GPP bietet zielgenau aufbereitete Fachinfos für Apotheker, Ärzte und Praxisteams, Zahnärzte, Heil- und Hilfsmittelanbieter, Kliniken, Krankentransportanbieter, Pflegeheime und Rehazentren.

Innerhalb eines Jahres wurden allein die bundesweiten Seiten des GPP rund **5,2 Millionen mal** aufgerufen.

- 2 Leistungserbringer unterstützen & beraten

## Endoprothesenregister Deutschland · EPRD

Das EPRD sammelt die Daten von Operationen, bei denen ein künstliches Gelenk in der Hüfte oder im Knie eingesetzt wurde. Das EPRD hat das Ziel, mithilfe der Daten die Qualität der Versorgung mit künstlichen Gelenken zu verbessern. Die AOK unterstützt den Aufbau und die Arbeit des EPRD von Beginn an.

- 7 Forschen & Evidenz sichern
- 8 Messen & vergleichen

## Medizin-Infos am Telefon

Im medizinischen Informationsservice der AOK beantwortet ein Team aus Fachärzten, Krankenschwestern und Pharmakologen den AOK-Versicherten Fragen zum Thema Gesundheit – rund um die Uhr, an 365 Tagen im Jahr.

Rund **300.000 Menschen** wenden sich jedes Jahr mit medizinischen Fragen an die Gesundheitsexperten der **AOK-Telefoncenter**.



- 1 Versicherte unterstützen & beraten

Das EPRD sammelte die Daten von **über 550.000 Operationen** mit Knie- und Hüftprothesen. Knapp **700 Kliniken** liefern freiwillig Daten.





# den Versorgungsprojekten der AOK

Dr. Dirk Hochlenert ist niedergelassener Diabetologe in Köln.



Das Diabetische Fußsyndrom (DFS) ist eine der häufigsten Folgeerkrankungen bei Diabetes und die bundesweit häufigste Ursache für Amputationen am Bein. Durch eine frühzeitige, multidisziplinär koordinierte Versorgung von Patienten mit Diabetes im Fußnetzwerk können wir viele schwerwiegende Verläufe verhindern und die Zahl der Krankenhausaufenthalte und Amputationen senken. Ein Diabetologe steuert und begleitet in diesem Versorgungsprojekt der AOK Rheinland/Hamburg die gesamte Behandlung über alle Sektoren hinweg. Dazu zählen eine funktionierende Entlastung, qualifiziertes Wundmanagement, die regelhafte Zweitmeinung, die bedarfsorientierte, professionelle Schuhversorgung sowie die Wundversorgung von immobilen Patienten im häuslichen Umfeld. Studien zeigen den Erfolg: Die Zahl der Amputationen ist jährlich um fast zehn Prozent gesunken. Zudem wurden Betroffene seltener arbeitsunfähig und pflegebedürftig.

Faktenboxen haben das Ziel, Patienten – und natürlich auch Ärzte – möglichst wertfrei über die unterschiedlichsten Gesundheitsthemen zu informieren. Sie versorgen den Verbraucher mit Informationen auf dem aktuellsten Stand der wissenschaftlichen Forschung, erläutern beispielsweise Nutzen und Risiken einer bestimmten medizinischen Behandlungsmethode und ermöglichen so eine fundierte Entscheidung für oder gegen diese Therapie. Die in Faktenboxen präsentierten Erkenntnisse sollten den höchsten wissenschaftlichen Ansprüchen genügen und gleichzeitig so aufbereitet sein, dass ihre Inhalte auch für Laien verständlich sind. Gut aufbereitete Faktenboxen, wie etwa die der AOK, sind damit genau das richtige Instrument, Verbrauchern evidenzbasiertes, unabhängiges und qualitätsgesichertes Wissen zu verschiedenen Gesundheitsthemen schnell und einfach zugänglich zu machen und so ihre Gesundheitskompetenz zu stärken.



Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig ist Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft.

# Datenlust statt Datenlast

Nicht nur im Krankenhaus, sondern auch in der Arztpraxis lässt sich Qualität messen. Im AOK-Projekt QuATRo erfahren Ärzte, wo sie stehen. Bei den Praktikern kommt das gut an. Von **Karola Schulte**

Doktor Herbert Fenzel und Doktor Andreas Lipécz hören zu, fragen nach und wägen ab, bevor sie eine Antwort geben. Die beiden Hausärzte gehören zu jenen Medizinerinnen, die ihre eigene Arbeit lieber einmal zu viel als einmal zu wenig hinterfragen. Dafür lassen sie sogar messen, wie gut sie ihre Patienten versorgen. Und scheuen dabei auch nicht den Vergleich mit ihren Kollegen – sowohl innerhalb als auch außerhalb des Arztnetzes Qualität und Effizienz (QuE), dem sie im Nürnberger Norden mit ihrer internistischen Gemeinschaftspraxis angehören.

Ein solcher Vergleich steht heute an. Dazu sind die beiden mit der QuE-Netzmanagerin Merle Ulbrich verabredet. Eineinhalb Stunden haben die drei für das Treffen eingeplant. Auf den ersten Blick hat die 34-Jährige für den Termin in Lipéczs Sprechzimmer nur kleines Gepäck dabei: Gut 90 Seiten Papier, einen Stift, einen Vordruck fürs Protokoll. Doch hat dieser Stapel es in sich. Auf Schaubildern und in Tabellen listet der Feedbackbericht auf, ob die Ärzte ihre mehr als 300 eingeschriebenen AOK-Versicherten nach dem Stand aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse versorgen, ob sie die Zielwerte erreichen – und wo sie bei der Versorgungsqualität im Vergleich zu Hausärzten im eigenen Netz und außerhalb davon stehen. Die ausgewerteten Indikationen reichen von Asthma, Diabetes und Herz-

erkrankungen über Depression und Rückenschmerz bis zu Polymedikation. „Es kommen sämtliche Erkrankungen vor, mit denen wir es im Alltag zu tun haben“, sagt Fenzel. Auf die Idee, dass sie das bevorstehende Bewerten und Vergleichen auf Datenbasis als Kritik und Kontrolle empfinden könnten, scheinen die beiden noch gar nicht gekommen zu sein: „Wir sehen darin eine große Chance“, sagt Lipécz stattdessen.

**Von Leitlinien zu Rechengrößen.** Diese Chance können Ärzte, die in Netzen zusammengeschlossen sind, seit 2013 nutzen. Damals starteten der AOK-Bundesverband und mehrere AOKs das Projekt „Qualität in Arztnetzen – Transparenz mit Routinedaten“, kurz QuATRo. Mit Hilfe von Abrechnungsdaten der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung sowie Abrechnungsdaten von Krankenhäusern und für Arzneimittel – also ohne dass die Ärzte dafür zusätzlich etwas dokumentieren müssen – berechnet die AOK für ihre in die Teilnehmernetze eingeschriebenen Versicherten, ob sie leitliniengerecht versorgt wurden. Damit Leitlinien zu messbaren Rechengrößen werden, entwickelten der AOK-Bundesverband und Wissenschaftler daraus fast 50 Indikatoren. So ist beispielsweise die Einnahme von cholesterinsenkenden Statinen bei QuATRo ein wichtiger Indikator dafür, ob ein Patient mit koronarer Herzkrankheit gut



Erklären, diskutieren, sensibilisieren: Netzmanagerin Merle Ulbrich möchte, dass sowohl die einzelnen Ärzte als auch das gesamte Netz von QuATRo profitieren.



Fotos: Michael Meyer

Dr. Ilona Köster-Steinebach ist Gesundheitsreferentin beim Verbraucherzentrale Bundesverband und Patientinnenvertreterin im Gemeinsamen Bundesausschuss



# »Die Kliniken treten auf die Bremse«

Qualität muss in unserem Gesundheitssystem eine wichtigere Rolle spielen, fordert **Ilona Köster-Steinebach**. Das Krankenhausstrukturgesetz bewertet sie als Paradigmenwechsel und drängt nun auf schnelle Umsetzung.

## Wodurch zeichnet sich eine gute medizinische Versorgung aus?

Patienten interessiert vor allem, wie gut am Ende das Ergebnis einer Behandlung ist. Diese Ergebnisqualität lässt sich zumindest in Teilaspekten auch messen, zum Beispiel über die Komplikationsrate oder die Sterblichkeit. Doch man sollte sich nicht allein auf das Endergebnis fokussieren. Struktur-, Prozess- und Indikationsqualität sind wichtige Parameter, um zu analysieren, wie ein Ergebnis zustande kommt. Ein Beispiel: Mangelhafte Strukturen in einem Krankenhaus wie schlecht ausgebildetes Personal oder veraltete Technik können der Grund für eine schlechte Behandlungsqualität sein. Es könnte aber auch an der Qualität der Indikationsstellung liegen: In Deutschland werden jährlich Hunderte Bandscheibenoperationen durchgeführt, obwohl die Patienten keine Lähmungserscheinungen hatten und man mit Physiotherapie wohl ein besseres Ergebnis hätte erzielen können.

## »Das Krankenhaus-Strukturgesetz hat einen Paradigmenwechsel eingeläutet.«

## Welche Rolle spielt Qualität in unserem Gesundheitssystem?

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz hat die Politik erstmals anerkannt, dass Versorgungsqualität eine wichtigere Rolle einnehmen muss. Das Gesetz sieht vor, für die Kliniken finanzielle Zu- oder Abschläge einzuführen, abhängig von der erbrachten Behandlungsqualität. Damit wurde erstmals die Diskussion in Gang gesetzt, wie wir gute Qualität überhaupt definieren wollen. Insofern hat das Gesetz einen regelrechten Paradigmenwechsel eingeläutet. Jetzt kommt es darauf an, wie die Selbstverwaltung die gesetzlichen Vorgaben umsetzt.

## Wer sind in der Selbstverwaltung die Impulsgeber für mehr Qualität?

Die Krankenhausvertreter in Gestalt der Deutschen Krankenhausgesellschaft tun sich mit der Qualitätsdebatte sehr schwer

## Das sind gute Aussichten. Aber wie finde ich heraus, welche Klinik schon heute gute Ergebnisse liefert?

Im Rahmen der gesetzlich festgelegten Qualitätsberichterstattung müssen Kliniken Qualitätsberichte veröffentlichen. Diese sollen so formuliert sein, dass Patienten sie auch verstehen. In der Praxis funktioniert das aber nicht, die Berichte sind für Laien größtenteils unverständlich.

und treten mächtig auf die Bremse. Die Krankenkassen fordern lautstark mehr Qualität, stehen sich dabei aber im Kasennettwettbewerb teilweise selbst im Wege. Die stärksten Treiber sind sicherlich die Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA), doch sie werden immer wieder ausgebremst. So hat es etwa sechs Jahre gedauert, bis ein Antrag der Patientenvertreter im GBA zur Entwicklung eines neuen Qualitätssicherungsverfahrens beim gutartigen Prostata-syndrom überhaupt einmal bearbeitet wurde. Geht das nun endlich eingeleitete Prüfverfahren positiv aus, wird es wohl weitere fünf Jahre dauern, bis das neue Verfahren tatsächlich in der Patientenversorgung ankommt.

## Wo sehen Sie die Politik in der Pflicht?

Die Politik muss zunächst einmal deutlich machen, dass das Krankenhausstrukturgesetz keine Eintagsfliege war. Sie sollte die Rolle des Treibers einnehmen und sich beispielsweise regelmäßig im Gesundheitsausschuss berichten lassen, wie die Selbstverwaltung die Gesetzesvorgaben umsetzt. Zum anderen müssten die Entscheidungsstrukturen im GBA angegangen werden, wenn es um das Thema stationäre Qualität geht. Die Kliniken haben aus ihrer eigenen Perspektive nachvollziehbare Gründe, beim Thema Qualitätstransparenz zu mauern. Insofern ist es kontraproduktiv, dass die Kliniken dauerhaft 50 Prozent der Stimmen haben, um über dieses Thema mitzuzentscheiden. Wir lassen ja auch die Pharmaindustrie nicht im GBA mit der Hälfte des Stimmgewichts über den Nutzen ihrer eigenen Medikamente entscheiden. Hier ist die Selbstverwaltung überfordert und die Politik muss eingreifen. ■

# Das sagen Experten zu



Gute medizinische Versorgung muss passgenau sein. Insbesondere chronisch kranke Menschen, die regelmäßig zum Arzt gehen, benötigen umfassende Behandlungskonzepte, die leitliniengerecht, sektorenübergreifend und qualitativ hochwertig sind. Seit 2002 leisten die strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) der Krankenkassen dazu einen erheblichen Beitrag. Insbesondere die AOKs sind als Versorgerkassen seit Beginn an ein Motor für die DMP. Die Anzahl der Teilnehmer ist mittlerweile auf knapp acht Millionen Versicherte deutschlandweit gestiegen. Es gibt Programme für sechs Krankheiten und weitere sind beim Gemeinsamen Bundesausschuss, der für die inhaltlichen Anforderungen zuständig ist, in Vorbereitung. Ich wünsche mir, dass es bald für noch mehr chronische Erkrankungen strukturierte Behandlungsprogramme gibt. Schließlich sollen so viele Menschen wie möglich von den Vorteilen profitieren und unkoordiniertes Nebeneinander und Doppeluntersuchungen vermieden werden.



Karin Maag ist CDU-Gesundheitspolitikerin.



Wenn die Ziele der hausarztzentrierten Versorgung, wie seit 2008 in Baden-Württemberg, konsequent und nachhaltig verfolgt werden, lassen sich die Erfolge von Jahr zu Jahr deutlicher erkennen. So konnte zum Beispiel für 119.000 am AOK-Hausarztvertrag teilnehmende Diabetiker gezeigt werden, dass innerhalb von nur drei Jahren über 1.700 schwerwiegende Komplikationen wie Fußamputationen, Erblindungen oder Schlaganfälle vermieden werden können. Eine enge und kontinuierliche Bindung der Patienten an die Hausarztpraxis, eine bessere Kooperation zwischen Haus- und Fachärzten sowie die Teilnahme an Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie führen zu einer insgesamt strukturierten und besseren Betreuung. Die AOK Baden-Württemberg hat hier eine bundesweite Vorreiterfunktion übernommen. Die dortigen Erfahrungen und vielversprechenden Ergebnisse sollten auch andernorts als wegweisend verstanden werden.



Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach, MPH, ist Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main.



Viele Patienten wollen heutzutage zu Recht im Behandlungsprozess mitentscheiden. Damit Patienten souverän urteilen können, bedarf es unabhängiger und neutraler Informationen über die Qualität der Versorgung. Mit Instrumenten wie den AOK-Navigatoren haben Patienten die Möglichkeit, Ärzte, Krankenhäuser oder Pflegeeinrichtungen für sich passend auszuwählen und können diese auch besser bewerten. Ich denke, dass diese Art der Patienteninformation im Hinblick auf Verständlichkeit und Transparenz einen wertvollen Beitrag für die selbstbestimmte Entscheidungsfindung und Gesundheitskompetenz leistet. Ich freue mich, dass es solche Angebote wie die der AOK-Navigatoren gibt. Unser Augenmerk muss dabei immer darauf liegen, dass Patienten und Versicherten verständliche, aber vor allem neutrale und unabhängige Informationen bekommen. Denn nur diese sind die Basis für eine patientenorientierte medizinische Versorgung in höchster Qualität.



Ingrid Fischbach ist 2017 Patientinnenbeauftragte und Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung.