

AOK-Medienservice

Informationen des AOK-Bundesverbandes www.aok-presse.de

Politik

01/10



GEMEINSAME ANSTRENGUNGEN GEGEN DIE WIRTSCHAFTSKRISE	
■ GRAALMANN: AUSGABEN BEGRENZEN	2
AMS-GRAFIK	
■ STEUERZUSCHUSS IN DEN GESUNDHEITSFONDS	4
AMS-NACHGEFRAGT: JOACHIM KLOSE, WIDO	
■ LEIDET DEUTSCHLAND AN ÄRZTEMANGEL?	5
BERLINER GESUNDHEITSPREIS 2010	
■ AUCH HELFER BRAUCHEN HILFE	7
ZAHL DES MONATS	
■ 15.600 MEDIZINISCHE DIAGNOSEN	9
FACHTAGUNG ZUM THEMA ADHERENCE	
■ BESSERE KOMMUNIKATION FÜR THERAPIEERFOLG	11
<hr/>	
NEUES VOM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS	14
GESETZGEBUNGSKALENDER GESUNDHEITSPOLITIK	15
KURZMELDUNGEN	18

Gemeinsame Anstrengungen gegen die Wirtschaftskrise

Graalman: Auch Leistungserbringer an Konsolidierung beteiligen

15.01.10 (ams). Noch stehen die Gesundheitspolitiker der schwarz-gelben Regierungskoalition am Anfang ihrer Reformbemühungen in der Gesundheitspolitik. Für die AOK ist klar: Zur Konsolidierung der gesetzlichen Krankenversicherung sollen nicht nur die Versichertengemeinschaft, sondern auch Leistungserbringer wie Pharmaindustrie, Ärzte und Krankenhäuser in die Verantwortung genommen werden. Deren Einkommenszuwachs soll an das Wirtschaftswachstum gekoppelt werden. Denn noch leidet die deutsche Wirtschaft an den Auswirkungen der Finanzkrise. Grund genug für die Gesundheitskasse, eine Politik mit Augenmaß für den Gesundheitsbereich anzunehmen. „Es muss darum gehen, eine nachhaltige Finanzierung mit sicheren Leistungen für die Versicherten und mit hoher Versorgungsqualität in Einklang zu bringen,“ beschreibt der stellvertretende Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Jürgen Graalman, die Lage. Neue Belastungen für die gesetzliche Krankenversicherung wirkten eher kontraproduktiv.



Jürgen Graalman ist stellvertretender Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes.

Nach Zahlen des Statistischen Bundesamtes erlitt die deutsche Wirtschaft 2009 mit einem Absacken des Bruttoinlandsprodukts um fünf Prozent einen historischen Einbruch. Für 2010 rechnen Experten nur mit einem Wachstum von 1,5 Prozent. Angesichts dieser Lage und vor dem Hintergrund der Klausurtagung von Gesundheitspolitikern der schwarz-gelben Regierungskoalition Mitte Januar erklärte Graalman, „wir brauchen weiterhin den barrierefreien Zugang zu medizinisch notwendigen Leistungen, und zwar unabhängig von Alter und Einkommen.“ Auch der solidarische Ausgleich innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung dürfe nicht in Frage gestellt werden. Der vom Bundeskabinett beschlossene Staatszuschuss von 3,9 Milliarden Euro zum Ausgleich der konjunkturell bedingten Einnahmeausfälle sei ein wichtiger Beitrag zur Begrenzung der Unterfinanzierung des Gesundheitsfonds 2010. Der Zuschuss trage dazu bei, dass die AOK ohne Zusatzbeiträge in das neue Jahr habe starten können, hob Graalman hervor. Allerdings klaffe trotz dieser Zuwendungen noch eine Lücke von weiteren 3,9 Milliarden Euro infolge von Ausgabensteigerungen.

Beitragszahler nicht finanziell überfordern

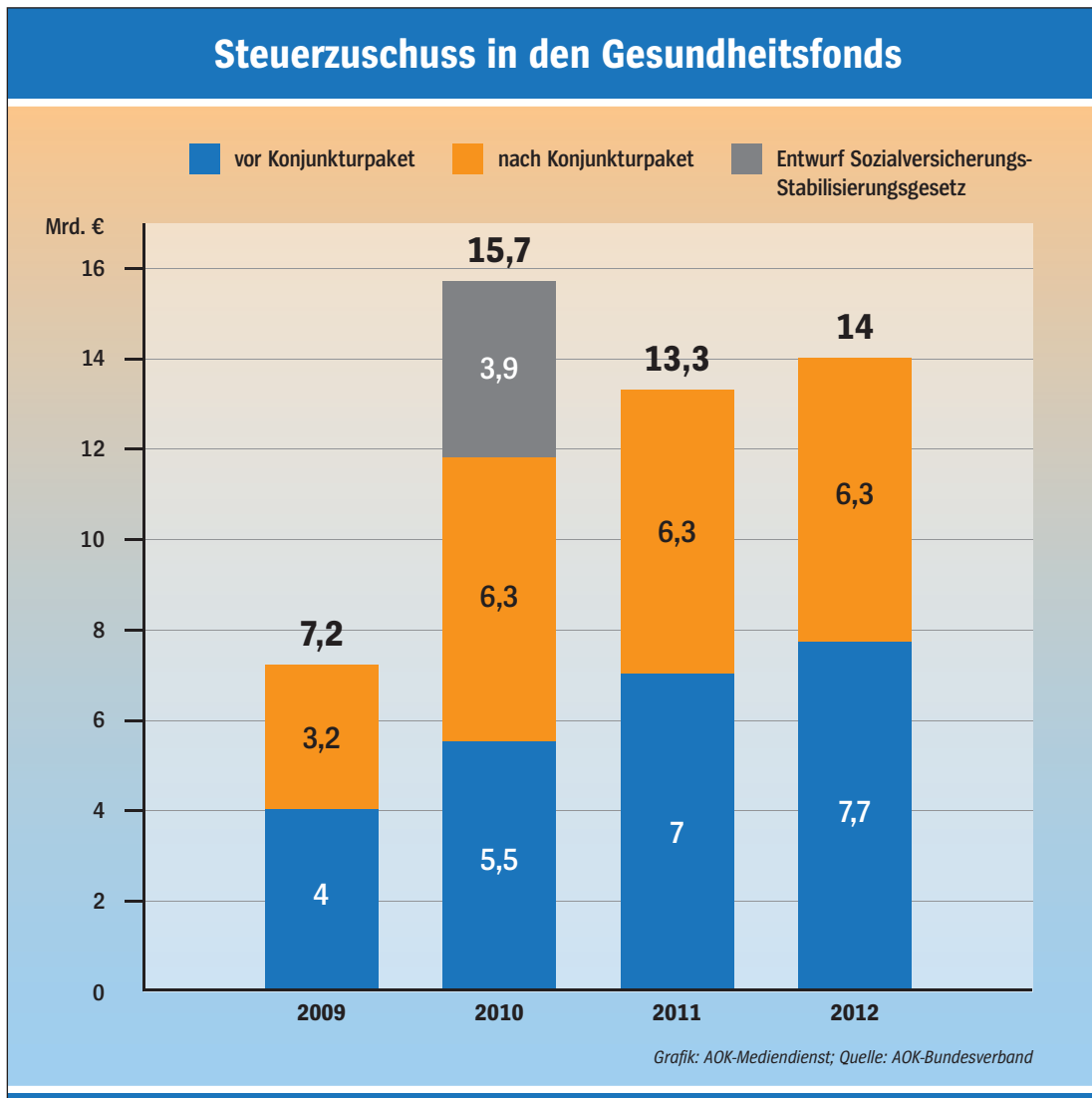
Für die AOK sei es auch nicht akzeptabel, „wenn ein schleichender Übergang von kleinen Zusatzbeiträgen zu großen Kopfpauschalen vollzogen würde, weil man den Ausgaben keine Zügel anlegt“, sagte Graalman. Er warnte vor einem ungebremsten Ausgabenwachstum, das zu einer finanziellen Überbelastung

der Beitragszahler führe. Wichtig ist es nach seinen Worten vielmehr, den gesetzlichen Krankenkassen mehr Handlungsspielraum im Wettbewerb um eine gute und wirtschaftliche Versorgung zu geben. „Es sind noch viele Wirtschaftlichkeitsreserven insbesondere im Bereich der Arzneimittelversorgung und im Bereich Krankenhaus zu heben“, sagte er. Wie das gehen könne, habe die AOK exemplarisch durch ihre Arzneimittel-Rabattverträge gezeigt.

(ter)

**Mehr Infos zu Rabattverträgen:
www.aok-bv.de > Politik > Wettbewerb**





Insgesamt 15,7 Milliarden Euro soll in diesem Jahr der Steuerzuschuss des Bundes für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) betragen. Davon sind 5,5 Milliarden Euro bereits im Zuge des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes 2007 vorgesehen gewesen. Die Bundesregierung hat im Konjunkturpaket zur Bekämpfung der Wirtschaftskrise weitere 6,3 Milliarden Euro eingeplant. Beide Positionen sind im Bundeshaushalt 2010 enthalten, den das Bundeskabinett kurz vor Weihnachten beschlossen hat – ebenso wie den Entwurf des Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetzes. Darin ist ein zusätzlicher einmaliger Zuschuss von 3,9 Milliarden Euro vorgesehen, der den prognostizierten Ausfall an Beitragseinnahmen durch die Wirtschaftskrise ausgleichen soll. Dennoch klafft in der Finanzierung der GKV 2010 eine Lücke von weiteren 3,9 Milliarden Euro, verursacht durch Ausgabensteigerungen vor allem für Arzneimittel, Arzthonorare und Krankenhauskosten.

Diese Grafik können Sie bei Quellenangabe „AOK-Mediendienst“ kostenlos verwenden:
www.aok-presse.de (AOK-Bilderservice: Gesundheitswesen)

ams-nachgefragt: Joachim Klose, Wissenschaftliches Institut der AOK

Leidet Deutschland unter Ärztemangel, Herr Klose?

„Keineswegs. Wer sich die Zahlen zur Entwicklung der Arztdichte in Deutschland genau anschaut, wird feststellen, dass es heute deutlich mehr als ein Viertel mehr berufstätige Ärzte als Anfang der 90er-Jahre gibt. Nach Daten des Statistischen Bundesamtes und der Bundesärztekammer wurden im Jahr 2008 – neuere Zahlen liegen hierzu leider noch nicht vor – mit 390 berufstätigen Ärzten je 100.000 Einwohner deutschlandweit 28,2 Prozent mehr Mediziner gezählt als im Jahr 1991 mit 304 Ärzten. Die größte Zunahme wurde dabei mit 48,1 Prozent auf 329 Ärzte je 100.000 Einwohner in Brandenburg ermittelt, das geringste Plus mit 9,5 Prozent auf 507 berufstätige Ärzte in Berlin. Mit 329 Ärzten pro 100.000 Einwohner ist Brandenburg aktuell das Bundesland mit der geringsten Arztdichte, während sich in Hamburg mit 575 Ärzten die meisten Mediziner um jeweils 100.000 Einwohner kümmern. Seit Mitte der 70er-Jahre hat sich die Arztdichte in Deutschland sogar mehr als verdoppelt, und sie steigt jedes Jahr weiter an.

Angesichts dieser Entwicklung kann ich die immer wieder aufflammende Diskussion um einen angeblichen Ärztemangel nicht nachvollziehen. Zwar gab es nach Zahlen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Anfang 2009 noch 3.620 offene Arztsitze (davon 2.026 Hausarzt-Sitze), doch dokumentieren diese Daten nicht etwa zu geringe Arztsitze, sondern restliche Zulassungsmöglichkeiten für Mediziner. So dürfen sich in Deutschland, selbst wenn in einem Planungsbereich eine Vollversorgung von 100 Prozent besteht, weitere Ärzte neu dort niederlassen, bis mit einem Versorgungsgrad von 110 Prozent eine Überversorgung der Bevölkerung mit Ärzten erreicht beziehungsweise überschritten ist. Würden alle von der KBV als offen titulierten Arztsitze besetzt, hätten wir es in Deutschland flächendeckend für alle Arztgruppen mit Überversorgung zu tun, sodass sich bundesweit kein Arzt mehr neu niederlassen dürfte.

Nach Maßstab der heutigen Bedarfsplanung für niedergelassene Ärzte herrscht insgesamt kein Mangel, eher das Gegenteil ist der Fall: Über alle Arztgruppen hinweg wird das Plansoll bundesweit um 26 Prozent übertroffen. Selbst im viel diskutierten hausärztlichen Bereich ergibt sich bundesweit ein Gesamtversorgungsgrad von 108 Prozent. Auf Landesebene gibt es nur in Sachsen-Anhalt mit 94,8 Prozent eine Unterdeckung. Insgesamt sind 47 Prozent aller Planungskreise bei Hausärzten übertroffen. Es gibt also insgesamt mehr Hausärzte, als im Rahmen der Bedarfsplanung nötig wären. Bei



Joachim Klose ist Leiter des Forschungsbereichs Ärztliche Versorgung, Betriebliche Gesundheitsförderung und Pflege im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO).

Fachärzten ist die Überversorgung noch ausgeprägter: Mit Internisten sind alle Planungskreise Überversorgt, bei den Hautärzten sind es 92 Prozent, bei Augenärzten 84 Prozent.

Starnberg bei Ärzten beliebt

Allerdings zeigen sich gerade im hausärztlichen Bereich zum Teil enorme regionale Unterschiede: Einer lokalen Unterversorgung in einigen Landstrichen steht eine massive Überversorgung in Ballungsgebieten und für Ärzte attraktiven Regionen gegenüber. Die höchsten Versorgungsgrade zeigen strukturell interessante Regionen im Südwesten auf: Starnberg mit einem Versorgungsgrad von 148,1 Prozent zeigt sich als attraktive Adresse für Hausärzte, gefolgt von Freiburg im Breisgau mit 143, Garmisch Partenkirchen (131,4), München (130,5) und der Landkreis Berchtesgadener Land mit 129 Prozent. Am unteren Ende der Skala stehen der Saalekreis mit einem Hausarzt-Versorgungsgrad von 69,1, gefolgt von Dessau/Bitterfeld mit 77,5 in Sachsen-Anhalt, dem niedersächsischen Soltau-Fallingborstel mit 78,3, Gifhorn mit 80 und dem brandenburgischen Landkreis Uckermark mit 81,6 Prozent

Wir haben es also bei den niedergelassenen Ärzten nicht mit Ärztemangel, sondern mit einem Verteilungsproblem zu tun. Dies schafft Probleme, denn die Überversorgung bindet auch Finanzmittel, die an anderer Stelle fehlen. Ohne eine regionale Umsteuerung der Finanzmittel mit Einbußen in überversorgten Gebieten wird das Verteilungsproblem nur schwer zu lösen sein.

In Bezug auf die Sicherung einer ausreichenden Versorgung der Bevölkerung greift die Analyse von Arztzahlen übrigens zu kurz. Hier müssen auch Fragen diskutiert werden, inwieweit nichtärztliche Gesundheitsberufe verstärkt (arztentlastend) eingebunden werden können und sollen – aber auch inwieweit Produktivitätspotenziale von Medizinischen Versorgungszentren oder sektorübergreifenden Versorgungsmodellen ausreichend genutzt werden.“

Berliner Gesundheitspreis 2010 ausgeschrieben

Konzepte gesucht: Auch pflegende Angehörige brauchen Hilfe

15.01.10 (ams). Mit dem Berliner Gesundheitspreis 2010 wollen der AOK-Bundesverband, die Ärztekammer Berlin und die AOK Berlin-Brandenburg den Blick der Öffentlichkeit auf die Leistung pflegender Angehöriger lenken. Denn in Deutschland ist die Familie immer noch die wichtigste Institution bei der Pflege von Angehörigen. Immerhin werden rund drei Viertel aller Pflegebedürftigen heute zu Hause gepflegt. Betroffen sind etwa 1,2 Millionen Haushalte. „Man kann hier mit Fug und Recht vom größten Pflegedienst der Nation sprechen“, so der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Dr. Herbert Reichelt, zum Start der Ausschreibung.

Über Monate und vielfach auch über Jahre hinweg kümmern sich Familienmitglieder oder Freunde – oft rund um die Uhr – um ihre pflegebedürftigen Angehörigen. 68 Prozent von ihnen müssen die Pflege mit einer eigenen Berufstätigkeit in Einklang bringen. Dabei können für sie die belastenden Auswirkungen des Pflegens erheblich sein: Schwere Beeinträchtigungen von Gesundheit und Lebensqualität, soziale Isolation, familiäre Konflikte und finanzielle Schwierigkeiten gehören zu den Problemen, die in den Familien auftreten können. „Ärzte erleben dies täglich, lang andauerndes Pflegen kann krank machen“, sagt Dr. med. Günther Jonitz, der Präsident der Ärztekammer Berlin.

Hinzu kommen weitere Faktoren, die die Belastungen verstärken, wie etwa fehlende Informationen über unterstützende Dienste oder die Tendenz zur Selbstüberforderung. Wissenschaftliche Studien zeigen, dass pflegende Angehörige selbst einen großen Veränderungsbedarf sehen. Sie wünschen sich mehr Informations- und Beratungsangebote, weniger Bürokratie, mehr Freizeit und die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege.

Entlastung im Alltag

Deshalb sucht der Berliner Gesundheitspreis, den der AOK-Bundesverband, die AOK Berlin-Brandenburg und die Ärztekammer Berlin seit 1995 gemeinsam vergeben, bundesweit nach innovativen Projekten, die pflegende Angehörige unterstützen. Bis zum 31. Mai 2010 können sich Institutionen bewerben, die eine gesundheitliche Entlastung für diese Personengruppe bieten und ihr helfen, am sozialen Leben teilzuhaben sowie Pflege und Beruf besser vereinbaren zu können. Dabei geht es nicht ausschließlich um Menschen, die ihre älteren Angehörigen pflegen. Vielmehr ist auch an Eltern gedacht, die sich um ihre langzeit-pflegebedürftigen Kinder kümmern. „Es gibt



gute Ansätze, wie man pflegende Familien in ihrem Alltag entlastet, und genau diese suchen wir, um sie auszuzeichnen“, so Frank Michalak, Vorstandsvorsitzender der AOK Berlin-Brandenburg. Der Berliner Gesundheitspreis ist mit insgesamt 50.000 Euro dotiert.

Weitere Infos und die Ausschreibungsunterlagen:
www.berliner-gesundheitspreis.de



Zahl des Monats

15.600 medizinische Diagnosen ...

... gibt es laut dem internationalen Klassifizierungssystem ICD-10. ICD steht für „International Classification of Diseases and Related Health Problems“, zu deutsch: „Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“. Das ist ein Verfahren, mit dem Diagnosen einheitlich dargestellt und verschlüsselt werden. Niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser sind seit 2000 gesetzlich dazu verpflichtet, die Diagnosen auf Abrechnungsunterlagen oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen nach diesem System zu verschlüsseln.

So finden Patienten auf dem Teil der Krankmeldung, den sie an ihre Krankenkasse schicken, nicht den Namen ihrer Erkrankung im Klartext, sondern einen Code, bestehend aus Buchstaben und Zahlen. Der Code ist auf der Bescheinigung für den Arbeitgeber nicht enthalten, damit der nichts über die Krankheitsursache erfährt. Hat ein Patient beispielsweise eine Erkrankung der Atemwege, bezeichnet der Buchstabe am Anfang des Codes das Fachgebiet, in diesem Fall „J“ für „Krankheiten des Atmungssystems“. Die nächste Stelle des Codes gibt an, um welche Erkrankungsform es sich handelt, zum Beispiel „J01“ für eine Nebenhöhlenentzündung. Die danach folgenden Stellen in dem Code spezifizieren die Diagnose, etwa eine akute Kieferhöhlenentzündung: „J01.0“. Verwaltet wird das ICD-System vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).

Die Ursprünge dieses Verschlüsselungsverfahrens liegen im 19. Jahrhundert. 1893 wurde der Vorläufer der ICD-Klassifizierung eingeführt und nach seinem Erfinder Jacques Bertillon als „Bertillon-Klassifikation“ benannt. Anfangs diente diese als internationales Todesursachenverzeichnis. Die erste Fassung enthielt zunächst nur 44 Krankheitsbezeichnungen. Im Jahr 1948 erweiterte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Anwendung des Systems auf Krankheiten und Verletzungen und schuf die ICD-6. Etwa alle zehn Jahre mussten die Ausgaben komplett überarbeitet werden, um sie dem medizinischen Fortschritt entsprechend anzupassen. Seit der jüngsten Ausgabe (ICD-10) im Jahr 1992 wird das System jährlich auf den neuesten medizinischen Stand gebracht.

Die WHO hat mit der ICD ein Verfahren geschaffen, das die Erstellung von international vergleichbaren Statistiken zu Todesursachen und Krankheitsentwicklungen ermöglicht. In Deutschland wird dafür zum einen die ICD-10-WHO eingesetzt. Dieses System ist die Grundlage für die amtliche Todesursachen-

statistik. Zum anderen werden die Krankheitsbezeichnungen in der ambulanten sowie stationären Versorgung mit der ICD-10-GM klassifiziert. „GM“ steht für „German Modification“. Dabei handelt es sich um eine an das deutsche Gesundheitswesen angepasste Version der WHO-Vorgaben.

Wichtig ist die ICD-10 auch für die Verteilung von Finanzmitteln in der gesetzlichen Krankenversicherung. Denn die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds richten sich unter anderem nach dem Krankheitszustand (der Morbidität) der Versicherten. Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) gleicht Unterschiede in den Risikostrukturen der Kassen aus, indem die Kassen Zuschläge für Versicherte mit bestimmten Erkrankungen erhalten. Dabei werden nach den gesetzlichen Vorgaben 80 schwerwiegende und kostenintensive Krankheiten berücksichtigt. Damit soll erreicht werden, dass Beitragsgelder dorthin fließen, wo sie zur Versorgung Kranker benötigt werden. Um die Versicherten in diese Morbiditätsgruppen einordnen zu können, werden die Diagnosen nach dem ICD-10-Standard verwendet. Sie bilden die Basis für eine zielgenaue Verteilung der Fonds-Gelder an die Krankenkassen. Von den 15.600 möglichen ICD-10-Codes wird im Morbi-RSA knapp ein Viertel berücksichtigt.

(ks)

**Liste der ICD-10-Codes und der dazugehörigen
Diagnosen für Fachpersonal:
www.aok-krankenhausnavigator.de > Fachkatalog**

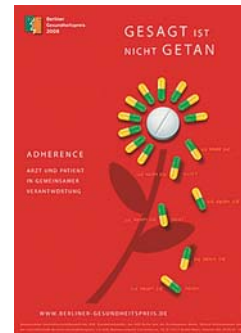
**ICD-Diagnose-Auskunft für Versicherte:
www.aok.de > Gesundheit > Gesundheitsinfos >
Medizinische Infos > ICD-Diagnose-Auskunft**



Fachtagung Adherence

Durch bessere Kommunikation zum Therapieerfolg

15.01.10 (ams). Viele Behandlungsabbrüche, gescheiterte Lebensstiländerungen und weggeworfene Arzneimittel im Wert von bis zu zehn Milliarden Euro belegen – Patienten setzen häufig nicht die Therapieanweisungen ihrer Ärzte um. Dies geschieht nicht zuletzt, weil die Mediziner noch zu oft ohne Rücksprache mit den Patienten eine Behandlung „von oben herab“ verordnen. Dem entgegenwirken soll die Adherence: Durch eine partnerschaftliche Kommunikation mit dem Arzt soll den Patienten die Möglichkeit gegeben werden, ihre Behandlung mitzugestalten, wobei es im Kern um die Motivation zu einer Therapie oder Maßnahme geht. „In der Folge beteiligen sich diese nachweislich stärker im Therapieprozess. Voraussetzung dafür ist, dass Ärzte ihre Patienten als mündige Partner akzeptieren“, sagte Kai Kolpatzik, Leiter der Abteilung Prävention im AOK-Bundesverband, auf einer Fachtagung in Berlin.



Weil die Bedeutung der Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten noch immer unterschätzt wird, hatte der AOK-Bundesverband gemeinsam mit der AOK Berlin und der Berliner Ärztekammer bereits im Rahmen des „Berliner Gesundheitspreises 2008“ Projekte prämiert, die eine partnerschaftliche Kommunikation zwischen Arzt und Patient fördern und die Therapiemotivation erhöhen. Preisträger und Experten diskutierten jetzt auf Basis der ausgezeichneten Projekte über Einsatzmöglichkeiten und das Potenzial der Adherence ihre Praxiserfahrung.

Ohne Fragen keine Antworten

„Bei uns rufen in erster Linie Patienten an, bei denen Adherence vollkommen gescheitert ist“, erklärte die Allgemeinmedizinerin Michaela Schwabe von der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD). „Wir wären schon ganz froh, wenn die Kommunikation insgesamt einfach besser laufen würde“, so Schwabe weiter. Ein Ziel müsse es darum sein, die Patienten mental zu stärken, damit diese beim Arzt selbstbewusster auftreten. „Wenn keine Fragen gestellt werden, kann der Arzt auch keine beantworten.“ Patienten sollten nachfragen, wenn sie etwas nicht verstanden haben. Auch sollten sie es zum Ausdruck bringen, wenn sie eine bestimmte Therapie ablehnen. „Wir erleben es ganz oft, dass Betroffene bei uns anrufen, die wochen- oder jahrelang Medikamente nehmen, ohne zu wissen, warum sie dies tun und diese nicht mehr nehmen wollen. Sie trauen sich jedoch nicht, dies ihrem Arzt mitzuteilen.“ Aber auch die Ärzte würden ihre Patienten häufig nur mangelhaft auf-

klären und informieren, wie sie aus einer Vielzahl von Anrufen bei der Patientenberatung weiß. Darum rät sie den Ärzten: „Es ist ganz wichtig, wie viel Zeit sich ein Arzt für den Patienten nimmt, um diesen aufzuklären. Und auch wichtig ist, wie viel Empathie den Betroffenen dabei entgegengebracht wird.“

Das Selbstbewusstsein der Patienten stärken

Wie Schwabe will auch die AOK die Patienten in ihrem Auftreten beim Arzt stärken: „Wir wollen Versicherte kompetenter und sprachfähiger machen“, erklärte Kolpatzik. Ein Ziel sei es dabei, dass der Nutzen und die Risiken einer Therapie für Patienten laiengerecht vermittelt würden. „Das ist die Grundlage, auf der Patienten dann stärker in Therapieentscheidungen einbezogen werden können.“ Als wichtigen Baustein sieht die Gesundheitskasse hierbei Entscheidungshilfen: „Wir haben unter anderem Entscheidungshilfen zum Brustkrebs umgesetzt. Dabei werden die Chancen und Risiken der brusterhaltenden Therapie mit denen einer Brustentfernung bei kleinen Tumoren verglichen“, so Kolpatzik.

Mittels der Entscheidungshilfen können sich Patienten umfangreich informieren und dann den einen oder anderen Weg wählen, der insbesondere ihre eigenen Präferenzen berücksichtigt. Über das Internet stellt die AOK ihren Versicherten die Entscheidungshilfen gebündelt zur Verfügung. „Unter anderem haben wir dazu im Internet das AOK-Gesundheitsnavi ins Leben gerufen. Mit dem Navigator geben wir eine Orientierungshilfe in Gesundheitsfragen in neuer Qualität“, so Kolpatzik weiter.

Steigende Erwartungshaltung mit negativen Folgen

Doch die geteilte Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient hat auch ihre Grenzen, wie der niedergelassene Allgemeinmediziner aus Bremen, Dr. med. Günther Egidi, auf der Tagung verdeutlichte: „Wir haben massive Interessen, massive pathologisierende Interessen beispielsweise seitens der Pharmaindustrie und seitens eines Großteils der Medien, die die Menschen krank machen, krank reden, krank definieren“, so Egidi. Dies wecke eine enorme Erwartungshaltung: In der Folge verlangten Patienten nicht selten teure, umfangreiche, aber zum Teil gar nicht notwendige medizinische Maßnahmen.

Dennoch sei es auch für die Ärzte „unter dem Strich befriedigender“, nach dem Prinzip der Adherence zu arbeiten und ein Stück der Verantwortung an die Patienten abzugeben – auch wenn die Mediziner dabei das eigene Machtempfinden in Frage stellen müssten. Zugleich wies Egidi darauf hin, dass Ansätze wie die Adherence in der ärztlichen Ausbildung bisher nicht berücksichtigt werden: „Da ist überhaupt nichts da – es kann da nur besser werden.“

Wenn man Westeuropa anschaut, gibt es kaum ein Land, wo die Schulung der Ärzte, die Bedürfnisse der Patienten zu begreifen, schlechter ist als in Deutschland“, so Egidi weiter.

(tb)

Weitere Infos:
www.berliner-gesundheitspreis.de > Wettbewerb 2008



Neues vom Gemeinsamen Bundesausschuss

Wirtschaftlichkeit von Arzneimitteln auf dem Prüfstand

Arzneimittel werden in Deutschland künftig nicht nur auf ihre Wirkung, sondern auch auf Wirtschaftlichkeit geprüft. Als erstes stehen vier Medikamente gegen Depression auf dem Prüfstand, die Venlafaxin, Duloxetin, Bupropion und Mirtazapin enthalten. Der GBA beauftragte das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Kosten-Nutzen-Bewertung dieser Wirkstoffe im Vergleich mit anderen medikamentösen Behandlungen der Depression. Außerdem soll das IQWiG die Wirtschaftlichkeit der Kombinationstherapie von Clopidogrel und Acetylsalicylsäure (ASS) bei akuten Herzkrankheiten und der Clopidogrel-Monotherapie bei der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (Schaufensterkrankheit) untersuchen. Auf Grundlage von Kosten-Nutzen-Bewertungen kann der GKV-Spitzenverband künftig für nicht-festbetragsfähige Arzneimittel erstattungsfähige Höchstpreise festlegen oder Verordnungseinschränkungen und Therapiehinweise beschließen.

Therapiehinweise für Cholesterin- und Blutdrucksenker

Ärzte müssen bei der Verordnung von Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Ezetimib und Aliskiren zur Senkung von Cholesterin und Bluthochdruck künftig neue Therapiehinweise bezüglich der Wirtschaftlichkeit beachten. Die Verordnung von Ezetimib als Monotherapie bei zu hohen Cholesterinwerten soll danach nur bei Patienten erfolgen, die Statine – etwa Simvastatin – wegen Unverträglichkeit oder anderen Nebenwirkungen nicht nehmen können. Ezetimib darf in Kombination mit Statinen außerdem nur in genau beschriebenen Ausnahmefällen auch Patienten mit schwerwiegenden Fettstoffwechselstörungen verordnet werden. Der Wirkstoff Aliskiren gegen Bluthochdruck soll nur noch verordnet werden, wenn Kombinationstherapien mit anderen Blutdrucksenkern wegen Nebenwirkungen und Kontraindikationen ausgeschöpft sind. Voraussetzung ist auch, dass die Patienten gut mitarbeiten, da Aliskiren immer mit einer leichten Mahlzeit und zur gleichen Tageszeit genommen werden muss. Eine Behandlung mit Ezetimib oder Aliskiren ist im Vergleich zu anderen bei hohen Cholesterinwerten und Bluthochdruck einsetzbaren Wirkstoffen fünf- bis zehnmal teurer. Für Aliskiren gibt es zudem keine Langzeitstudien über Wirksamkeit und Sicherheit.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) ist das wichtigste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Von seinen Beschlüssen sind alle Versicherten betroffen. Denn der GBA entscheidet unter anderem, welche ambulanten oder stationären Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Die Beschlüsse treten in der Regel erst nach Nichtbeanstandung durch das Bundesgesundheitsministerium und Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft. Der AOK-Mediendienst informiert regelmäßig über wichtige Entscheidungen des GBA.

Mehr Infos: www.g-ba.de



Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Die Regierungskoalition von CDU, CSU und FDP hat sich in der Gesundheits- und Sozialpolitik zahlreiche Aufgaben vorgenommen. Der AOK-Mediendienst bietet einen Überblick über die wichtigsten laufenden und geplanten Gesetzesvorhaben auf Bundesebene und auf EU-Ebene (Stand: 13. Januar 2010). Diese und ältere Stichworte finden Sie auch im Internet: www.aok-bv.de/politik/gesetze.

Arzneimittel-Informationen (EU-Vorschläge)

Der Bundesrat ist gegen europaweit einheitliche Regeln für Werbung und Information über Arzneimittel, die auch Pharma-Herstellern die Information der breiten Öffentlichkeit erlauben. Pharma-Unternehmer hätten ein Absatzinteresse, das dem Erstellen von objektiven Informationen zuwiderlaufe, heißt es in der Stellungnahme des Bundesrats zum Vorschlag der EU-Kommission, den Pharma-Unternehmen durch Änderung einer EU-Verordnung und einer EU-Richtlinie mehr Möglichkeiten für Information und Werbung einzuräumen. Das werde zum Schutz und Wohl der von Krankheit betroffenen Patienten abgelehnt, so der Bundesratsbeschluss vom 6. März 2009. Die Beratungen der Kommissionsvorschläge (2008/0255 und 2008/0663) im EU-Parlament werden voraussichtlich noch bis mindestens Februar 2010 dauern.

Die EU-Verordnungs- und Richtlinienvorschläge:
www.bundesrat.de > Parlamentsmaterialien > Drucksachen 18/09 und 19/09

Die Stellungnahme des Bundesrates:
www.bundesrat.de > Parlamentsmaterialien > Drucksache 18/09(B)



Organtransplantationen (EU-Richtlinie)

Die von der EU-Kommission im Dezember 2008 vorgeschlagene EU-Transplantationsrichtlinie zur Verbesserung des grenzüberschreitenden Organ-austausches stößt im Bundesrat auf Vorbehalte. Die Länderkammer begrüßte in einer am 13. Februar 2009 beschlossenen Stellungnahme zwar die Absicht, die Qualitäts- und Sicherheitsanforderungen sowie den Patientenschutz bei der Organtransplantation zu verbessern. Für viele Aspekte des Richtlinien-vorschlags sei die Kommission jedoch nicht zuständig. Das gelte insbesondere für geplante Behörden und Kompetenzzentren. Vorrangig sei, die Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten zu stärken, die noch kein ausreichend

entwickeltes Transplantationssystem hätten. Die osteuropäischen Staaten brauchten zum Beispiel Unterstützung beim Aufbau ihrer Gesundheitssysteme, um den internationalen Organhandel bekämpfen zu können. Die EU-Kommission hat unter anderem vorgeschlagen, europaweit alle Daten über Spenderorgane und Transplantationen – auch über Beschaffung, Testung, Charakterisierung, Konservierung und Beförderung – zu erfassen.

Der EU-Richtlinienentwurf:
www.bundesrat.de > **Parlamentsmaterialien** > **Drucksache 964/08**

Die Stellungnahme des Bundesrates:
<http://dipbt.bundestag.de> > **Dokumente** > **erweiterte Suche** > **964/08(B) und 16/11781**



Patientenrechte-Richtlinie der EU

Über die von der EU-Kommission bereits 2008 vorgelegte „Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung“ wird weiter gestritten. Die EU-Gesundheitsminister konnten sich Anfang Dezember 2009 in Brüssel nicht auf eine gemeinsame Position einigen. Es wird erwartet, dass erst im zweiten Halbjahr 2010 erneut über die EU-Richtlinie verhandelt wird. Das Europaparlament hat die Richtlinie der EU-Kommission im April 2009 in erster Lesung mit zahlreichen Änderungen gebilligt. Der Richtlinien-Vorschlag sieht vor, dass EU-Bürger in allen anderen EU-Ländern wie Einheimische Zugang zu den dortigen Gesundheitsleistungen erhalten. Die Behandlungskosten im Ausland sollen den Versicherten ohne vorherige Genehmigung von ihrer nationalen Krankenkasse bis zu der Höhe erstattet werden, die auch im Heimatland angefallen wäre. In Deutschland ist die Kostenerstattung für Auslandsbehandlungen seit 2004 gesetzlich festgelegt, geplante stationäre Behandlungen im Ausland müssen vorab genehmigt werden. Bundestag und Bundesrat hatten den EU-Richtlinienvorschlag im November 2008 begrüßt. Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler bedauerte, dass es vorerst zu keinem einheitlichen Rechtsrahmen komme, von dem nach seiner Meinung die deutschen Leistungserbringer, die Patienten aus dem europäischen Ausland behandeln, profitieren hätten.

Die EU-Richtlinie mit Änderungen durch das Parlament
www.europarl.europa.eu > **Suche** > **P6_TA(2009)0286**

Entwurf der EU-Kommission und Stellungnahme von Bundesrat und Bundestag:
<http://dipbt.bundestag.de> > **Dokumente** > **erweiterte Suche** > **487/08 und 16/10911**



Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetz

Das Bundeskabinett hat am 16. Dezember 2009 den Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Finanzlage der Sozialversicherungssysteme (Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetz) beschlossen. Ziel ist es, Unternehmen und Arbeitnehmer vor steigenden Sozialversicherungsbeiträgen durch die anhaltende Wirtschaftskrise zu bewahren. Dazu erhält der Gesundheitsfonds 2010 einen weiteren Steuerzuschuss in Höhe von 3,9 Milliarden Euro. Das für 2010 bisher vorgesehene Darlehen des Bundes an die Bundesagentur für Arbeit wird in einen Zuschuss umgewandelt. Außerdem werden mit diesem Gesetz für Arbeitssuchende die Freibeträge für Altersvorsorgevermögen in der Grundsicherung erhöht und ein Sonderprogramm mit Maßnahmen für Milchviehhalter beschlossen.

Die erste Lesung des Gesetzentwurfs im Bundestag ist für 28. Januar 2010 geplant; die 2. und die 3. Lesung sollen am 5. März erfolgen. Der Bundesrat wird sich am 12. Februar mit dem Regierungsentwurf im ersten Durchgang befassen. Die Verabschiedung des Gesetzes in der Länderkammer ist für den 26. März vorgesehen.

Der Kabinettsentwurf:

www.bundesfinanzministerium.de > Aktuelles > Gesetze > Meldung vom 16.12.09



Kurzmeldungen

Arznei-Rabattverträge für 2010 bis 2012 stehen

15.01.10 (ams). Mehr als drei Monate vor dem geplanten Start der AOK-Rabattverträge für die Jahre 2010 bis 2012 hat die AOK-Gemeinschaft für fast alle der insgesamt 87 ausgeschriebenen Wirkstoffe Verträge abgeschlossen. Damit startet am 1. April 2010 die Abgabe der Rabattvertrags-Arzneimittel wie geplant mit mindestens 76 Substanzen. Nach Angaben der für die Rabattverträge federführenden AOK Baden-Württemberg hatten sich insgesamt 90 Bieter- und Bietergemeinschaften an der europaweiten Ausschreibung beteiligt.

Weitere Infos:
www.aok-bv.de > Politik > Wettbewerb



AOK Niedersachsen mit neuem Hausarztvertrag

15.01.10 (ams). Die AOK Niedersachsen hat mit einer Bietergemeinschaft aus den Hausärzterverbänden Niedersachsen und Braunschweig und der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen einen neuen Hausarztvertrag geschlossen. Der Vertrag sei künftig Garant dafür, „dass Versicherte der AOK Niedersachsen eine besondere Versorgung durch qualifizierte Hausärzte ihres Vertrauens erhalten“, so die AOK. Versicherte können ab 1. April teilnehmen.

Weitere Infos:
www.aok.de/niedersachsen > Presse



Gemeinsamer Bundesausschuss jetzt in Berlin

15.01.10 (ams). Seit Anfang Januar hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) seinen Sitz in Berlin. Nach etwas mehr als einem Jahr Bauzeit haben die rund 80 Beschäftigten in der Geschäftsstelle im KPM-Quartier Charlottenburg aufgenommen. Der GBA ist das wichtigste Gremium in der gemeinsamen Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Dialog-Fax: 030/220 11-105
Telefon: 030/220 11-200

Redaktion
AOK-Mediendienst
Rosenthaler Straße 31

10178 Berlin

Name:

Redaktion:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Adressenänderung Bitte senden Sie

den AOK-Medienservice Politik künftig an folgende Adresse:

Name:

Redaktion:

Straße:

PLZ/Ort:

Tel./Fax:

Ich will den **Informationsvorsprung von drei Tagen** nutzen. Bitte senden Sie mir den AOK-Medienservice Politik künftig nicht mehr per Post, sondern **per E-Mail**:

@

Ich interessiere mich auch für die Ratgeber-Ausgabe des AOK-Medienservice:

Bitte schicken Sie mir den AOK-Medienservice Ratgeber **per Post** an obige Adresse.

Bitte schicken Sie mir den AOK-Medienservice Ratgeber **per E-Mail** an folgende Adresse:

@

Bitte streichen Sie mich aus dem Verteiler für den AOK-Medienservice Politik.

Sonstige Wünsche und Bemerkungen: