

AOK-Medienservice

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

Politik

03/10



RÖSLER WILL BEI ARZNEIEN SPAREN	
■ Reichelt: MEHR WETTBEWERB STATT WILLKÜR	2
AMS-HINTERGRUND	
■ VOM KLUGEN UMGANG MIT GESUNDHEIT UND GELD	5
ZAHL DES MONATS	
■ 61.746 VERSCHIEDENE ARZNEIMITTEL	8
GKV-FINANZERGEBNIS	
■ VERSICHERTE PROFITIEREN VON AOK-VORREITERROLLE	9
AMS-GRAFIK	
■ AUSGABEN DER KRANKENKASSEN	11
WIDO: KRANKHEITSBEDINGTE FEHLZEITEN	
■ HÖHERER AUSFALL DURCH GRIPPE UND PSYCHE	12
KRANKENHÄUSER	
■ LÄNDER SOLLEN STRUKTURPROBLEME BERÜCKSICHTIGEN	13
AOK UND CONNECTED LIVING	
■ DIE WOHNUNG DER ZUKUNFT	14
<hr/>	
NEUES VOM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS	16
GESETZGEBUNGSKALENDER GESUNDHEITSPOLITIK	17
KURZMELDUNGEN	21

Bundesgesundheitsminister will bei Arzneimitteln sparen

Reichelt: Mehr Wettbewerb statt Willkür bei der Preisbildung

15.03.10 (ams). Unternehmer tun es, Verbraucher tun es, und Politiker tun es auch: Sie alle wägen beim Kauf einer Ware ab, ob deren Wert dem verlangten Preis entspricht. Mit dem Plan, bei der Preisbildung für Arzneimittel neue Wege zu gehen und den Wettbewerb zu fördern, hat Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler einen ersten Schritt in Richtung der von der Regierungskoalition geplanten Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) getan. Bei der AOK hat er damit die Hoffnung geweckt, dass die Versichertengemeinschaft künftig keine „Mondpreise“ mehr für Medikamente zahlen muss. Vor allem bei patentgeschützten Arzneimitteln ist es nach Worten des Vorstandsvorsitzenden des AOK-Bundesverbandes, Dr. Herbert Reichelt, dringend nötig, „die jetzige Willkür bei der Preisfestsetzung durch Wettbewerb und Verhandlungsmodelle zu ersetzen“. Deshalb begrüße es die AOK, dass der Minister gute, innovative Arzneimittel preisgünstiger machen wolle. Zugleich warnt Reichelt vor Euphorie: „Die Richtung stimmt. Aber der Teufel steckt im Detail.“



Dr. Herbert Reichelt ist Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes.

„Für uns ist es wichtig, dass jeder Patient weiterhin die besten Medikamente bekommt“, erklärte Reichelt und reagierte damit auf ein Konzept Röslers, das Pharmafirmen im Kern dazu verpflichtet, künftig mit den Kassen über den Preis für Medikamente zu verhandeln und das ein Einsparpotenzial von bis zu zwei Milliarden Euro in sich birgt. Bis Jahresende will der Minister seine Pläne in Gesetzesform gießen. Unter anderem sollen die Hersteller bei Markteinführung neuer Mittel deren Zusatznutzen für Patienten nachweisen. Zur zeitnahen Kostensenkung sieht Rösler höhere Herstellerrabatte und Preismoratorien vor.

Mittelstand profitiert von Arznei-Rabattverträgen

Derzeit können die Arzneimittelhersteller in Deutschland die Preise für Arzneimittel selbst festlegen. Während bei Generika eine Konkurrenzsituation besteht und die Krankenkassen über Rabattverträge Preise für diese Nachahmerprodukte aushandeln können, sind die Hersteller bei patentgeschützten Arzneimitteln in ihrer Preisgestaltung völlig frei. Rösler hatte in den vergangenen Wochen mit Vertretern der Kassen und der Pharmaindustrie über Einsparmöglichkeiten bei den Arzneimittelausgaben beraten und klargestellt, dass er am Instrument der Rabattverträge festhalten will. Dies unterstützt die AOK. Denn, so Reichelt: „Die AOK-Rabattverträge brechen alte Oligopole auf, fördern dadurch den Wettbewerb und unterstützen den Mittelstand.“

Nach Worten Reichelts führt die Praxis, nach der Pharmafirmen in Deutschland die Preise für patentgeschützte Medikamente frei gestalten können, bei den Kassen zu enormen Ausgabenzuwächsen. Insofern sei es richtig, „wenn hier Regulierungen eingebaut werden, insbesondere dann, wenn neu auf den Markt gebrachte Mittel keinen echten Zusatznutzen bringen“. Reichelt: „Wir wollen keine Mondpreise für Scheininnovationen zahlen, also für Medikamente, die zwar nicht besser, aber erheblich teurer sind als bereits vorhandene.“ Insofern sei das Vorhaben, Regelungen zu nutzen, „die in vielen europäischen Ländern bereits erfolgreich praktiziert werden“, positiv zu werten. Es sei sinnvoll, zwischen sogenannten Solisten – das sind Arzneimittel, für die es keine therapeutische Alternative gibt – und Nicht-Solisten zu unterscheiden und auf die Nicht-Solisten Festbetragsregelungen und kassenindividuelle Rabattverträge anzuwenden. Dazu bedürfe es entsprechender Marktordnungselemente. „Denn nur eine gute, effektive Marktordnung schafft für alle Marktteilnehmer faire Bedingungen und führt zu guten Wettbewerbsergebnissen für Versicherte, für Krankenkassen und für die Pharmaindustrie.“

Schnelle Nutzenbewertung sinnvoll

Bei Preisverhandlungen mit den Pharmaunternehmen über neue Medikamente sollte nach Reichelts Überzeugung sichergestellt werden, „dass die Erstattungshöchstgrenzen kassenübergreifend verhandelt werden, damit die Firmen die Kassen nicht gegeneinander ausspielen können“. Entscheidend sei die Frage, „welche Medikamente zusätzlichen Nutzen bringen und welche nicht“, so Reichelt. Hier sei eine schnelle Nutzenbewertung, wie im Konzept des Ministers vorgesehen, hilfreich. „Bei denen, die keinen neuen Nutzen bringen, kann man die bisherige Standardtherapie als Maßstab für den Preis nutzen. Bei echten Innovationen können auch die Preise anderer Länder, in denen das Mittel schon zugelassen ist, herangezogen werden.“

Auch kurzfristige Schritte notwendig

Wenn es gelinge, die von Rösler avisierten zwei Milliarden Euro an Medikamentenausgaben ohne Qualitätseinbuße einzusparen, dann sei der Minister auf dem richtigen Weg, erklärte Reichelt weiter. Allerdings dauere es noch geraume Zeit, bis erste Einsparungen spürbar seien. „Bevor man über Milliarden einsparungen spricht, muss man die genauen Bedingungen kennen.“ Ohnehin seien „nennenswerte Einsparungen erst in zwei oder drei Jahren“ zu erzielen. „Deshalb brauchen wir kurzfristige, zusätzliche Maßnahmen. Sonst ist die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenkassen nicht mehr beherrschbar“, warnte Reichelt. „Das sind Größenordnungen, bei denen man gegensteuern muss; nicht zuletzt auf dem Pharmamarkt.“ Als einen Vor-

schlag in die „richtige Richtung“ wertet Reichelt insofern die von Rösler vorgesehenen Herstellerrabatte. Sollte eine solche Erhöhung der gesetzlichen Rabatte aber wirksam sein, sei ein Preismoratorium – wie von Rösler vorgesehen – unerlässlich. Reichelt: „Sonst holen sich die Pharmafirmen das über Rabatte entgangene Geld durch Preiserhöhungen zurück.“

(ter)

Aktuelle Infos:
www.reform-aktuell.de



ams-Hintergrund: Beispiele für Arzneimittelbewertung

Vom klugen Umgang mit Gesundheit, Patenten und Geld

15.03.10 (ams). Der Zugang zu neuen und innovativen Medikamenten ist nicht nur in Deutschland, sondern in vielen Ländern ein Thema, das Gesundheitspolitiker ebenso wie Ärzte, Patienten und Krankenversicherungen bewegt. Sie alle sind mit dem Problem konfrontiert, dass die Kosten für neue Medikamente die verfügbaren Finanzmittel über Gebühr belasten.

Vor diesem Hintergrund beschäftigen sich Forscher in der 2008 gegründeten Piperska-Gruppe mit der Frage, wie Arzneimittel sowohl in therapeutischer als auch in ökonomischer Hinsicht sinnvoll eingesetzt werden können. Dieser Gruppe, die ihren Namen von der Tagungsstätte Piperska Muren in Stockholm ableitet, gehören nach Angaben des Piperska-Mitglieds Gisbert Selke vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDo) Forscher aus 17 europäischen Staaten an. Die Mitglieder kommen aus Universitäten, Sozialversicherungen und Regierungsinstitutionen. Bei einem Treffen der Gruppe in Berlin diskutierten die Experten verschiedene interessante Ansätze, die zu einem fairen Ausgleich zwischen dem Interesse von Patienten an bezahlbaren neuen Behandlungsmöglichkeiten einerseits und von Pharma-Unternehmen an wirtschaftlichem Erfolg andererseits führen könnten. Beispielhaft stellt der AOK-Medienservice (ams) zwei Modelle zur Bewertung von patentgeschützten Arzneimitteln vor.

Schnellbewertung in Schottland....

Eine Vorreiterrolle bei der Umsetzung der Schnellbewertung von Arzneimitteln hat Schottland. Dort wird innerhalb von 16 Wochen eine Entscheidung darüber getroffen, ob ein Arzneimittel eine Erstattungsempfehlung für eine bestimmte Indikation erhält. Verfehlt das neue Medikament dieses Ziel, kann es Patienten von ihren Ärzten zwar verschrieben werden, die Kosten dafür muss der Nationale Gesundheitsdienst (National Health Service – NHS) jedoch nicht übernehmen. Zunächst geht es dabei um eine Einschätzung des therapeutischen Nutzens. Dafür stellen die Pharmaproduzenten dem Scottish Medicines Consortium (SMC) die entsprechenden Informationen über den Nutzen des Arzneimittels für die Patienten sowie die Begründung für die Preisvorstellung zur Verfügung. Zudem wird ermittelt, für welche Bevölkerungsgruppe das Medikament geeignet sein könnte, erläuterte Professor Ken Paterson, Vorsitzender des SMC. Paterson erklärt das so: „Bei einer be-

stimmten Erkrankung wirkt das am Markt eingeführte und preiswerte Medikament X in 90 Prozent der Fälle. Bei den verbleibenden zehn Prozent jedoch wirkt X nicht. Dieser Patientengruppe kann das neue und eventuell teurere Medikament Y helfen, das dann speziell für diese Zielpopulation empfohlen wird. Erweist sich das neue Arzneimittel als Medikament ohne Zusatznutzen (Me-Too-Präparat), fließt das logischerweise in den Preis ein, den zu akzeptieren wir bereit sind“, so Paterson weiter.

In Schottland verwendet man zur Bewertung die sogenannten QALYs (Quality Adjusted Life Year, übersetzt: qualitäts-adjustiertes Lebensjahr), anhand derer die durch ein Medikament gewonnene Lebenszeit (unter Berücksichtigung der Lebensqualität) ermittelt wird. Dabei zeige sich in der Regel sehr schnell, dass der versprochene Nutzen eines neuen Arzneimittels der Prüfung nicht standhalten könne. Nur rund zwölf Prozent aller in den vergangenen sieben Jahren getesteten rund 300 neuen Medikamente hätten sich als geeignet erwiesen, das Leben eines Patienten tatsächlich um mehr als ein „Qualitäts-Lebensjahr“ zu verlängern. 50 Prozent der neuen Produkte schafften in der Prüfung nur Null bis 0,1 QALYs, also nicht mehr als fünf Wochen als Zugewinn. Patersons Fazit: „Schnelle Nutzenbewertung ist nicht nur machbar, sondern notwendig. Echte Innovation muss diese Prüfung nicht fürchten.“

... und „kluge Liste“ in der Region Stockholm

Nach dem Motto „sparen ohne zu geizen“ geht die Gesundheitsbehörde in der Region Stockholm vor. Sie erstellt eine sogenannte „kluge Liste“, in der – gegliedert nach Krankheitsbildern – die für die Behandlung der häufiger auftretenden Erkrankungen geeigneten und empfohlenen Arzneimittel aufgeführt sind. Diese Liste ist auf die alltäglichen Bedürfnisse des praktizierenden Arztes zugeschnitten und gibt ihm eine Orientierung in der Vielfalt der verfügbaren Arzneimittel. Oft unterscheiden sich mehrere Arzneimittel in therapeutischer Hinsicht nur minimal oder gar nicht, werden jedoch mitunter zu sehr unterschiedlichen Preisen angeboten.

Als wichtiger Teil eines klugen Umgangs mit den vorhandenen finanziellen Ressourcen wird die Bewertung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses angesehen. Aufnahme in die „kluge Liste“ finden nur Medikamente, deren therapeutischer Wert gesichert ist und die im Vergleich mit alternativen Therapien kostengünstig sind. Die Liste ist nach Angaben von Dr. Björn Wettermark, Arzneimittelexperte für die Region, nicht rechtsverbindlich. Sie deckt einen Großteil aller Erkrankungen ab, lässt aber Ausnahmen zu. Dadurch werde erreicht, dass neue Arzneimittel für diejenigen Patienten, die sie wirklich benötigten, sofort verfügbar seien, dass aber die Ressourcen nicht durch überbewertete Therapien für die große Mehrzahl der Fälle überlastet würden. Wichtig an

dem Modell sei die Möglichkeit der Nachsteuerung, sobald sich neue Erkenntnisse und Bewertungen ergäben.

Der Weg zur Aufnahme in diese Liste führt für neue Medikamente über eine eingehende Prüfung. Ganz am Anfang des Weges steht das mittlerweile in vielen europäischen Ländern übliche „Horizon Scanning“, bei dem neue Arzneimittel weit vor ihrer Markteinführung identifiziert und in ihrer möglichen Bedeutung für das Gesundheitssystem bewertet werden. Bereits vor ihrer Marktzulassung werden die neuen Wirkstoffe ausführlich evaluiert. Anhand eines Prädiktionsmodells werden außerdem die möglichen Auswirkungen auf die Finanzierung des Gesundheitssystems abgeschätzt. Zusammen mit der Ärzteschaft der Region definiert die Stockholmer Gesundheitsbehörde dann, unter welchen Bedingungen und bei welchen Patientengruppen das neue Medikament sinnvoll eingesetzt werden kann. Sobald Erfahrungen aus der Praxis vorliegen, folgen weitere Evaluationen sowie eine gesundheitsökonomische Bewertung des neuen Arzneimittels, um die Empfehlungen weiter zu verfeinern.

(ter)

Weitere Infos zum Thema Arzneimittel:
www.wido.de > Arzneimittel

Fachinformationen für Ärzte und Krankenhäuser:
www.aok-gesundheitspartner.de > Arzneimittel



Zahl des Monats

61.746 verschiedene Arzneimittel ...

... wurden im Jahr 2008 laut dem Arzneiverordnungs-Report 2009 in Deutschland von Kassenärzten verordnet. Dabei wird jede Packungsgröße, jede Wirkstärke und auch jede Darreichungsform als einzelnes Arzneimittel gezählt. So gibt es zum Beispiel bei dem Wirkstoff Acetylsalicylsäure, kurz ASS, mit einer Wirkstärke von 500 Milligramm verschiedene Packungsgrößen von 20 Tabletten, 50 Tabletten und 100 Tabletten. Dies sind schon drei verschiedene Arzneimittel. Auch die Darreichungsform bei Acetylsalicylsäure ist unterschiedlich, zum Beispiel als Tablette oder Pulver. Insgesamt gibt es 2.510 Wirkstoffe und Wirkstoffkombinationen in Deutschland.

Beim Blick auf die Struktur des Arzneimittelmarktes muss grundsätzlich zwischen patentgeschützten Medikamenten und Generika (Nachahmer-Präparate) unterschieden werden. Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen oder einer Veränderung an einem Wirkstoff (zum Beispiel in der Galenik, also der Zubereitung und Herstellung von Arzneimitteln) genießen in der Regel noch etliche Jahre Patentschutz, wenn sie zugelassen werden. Erst nach Ablauf des Patentschutzes können Generikahersteller mit den ehemaligen Patentschutzinhabern in Wettbewerb treten.

2008 wurden insgesamt 608 Millionen Rezepte zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnet. Hiervon waren 68,6 Prozent Generika. Dementsprechend entfielen auf patentgeschützte Medikamente 31,4 Prozent aller GKV-Verordnungen.

Trotz des hohen Ordnungsanteils der Nachahmerpräparate entfielen auf die Generika lediglich 36,8 Prozent des Gesamtumsatzes von 26,7 Milliarden Euro. 63,4 Prozent entfielen auf die erheblich teureren patentgeschützten Arzneimittel.

(zna)

GKV-Finanzergebnis 2009

Reichelt: Versicherte profitieren von der Vorreiterrolle der AOK

15.03.10 (ams). Auf 1,1 Milliarden Euro beläuft sich der Überschuss, den die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) 2009 nach vorläufigen Berechnungen erwirtschaftet hat. Nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums standen den 171,9 Milliarden Euro an Einnahmen Ausgaben in Höhe von 170,8 Milliarden Euro gegenüber. Die AOK-Gemeinschaft schloss das vergangene Jahr mit einem Plus von 771 Millionen Euro ab. Für den Vorstandsvorsitzenden des AOK-Bundesverbandes, Dr. Herbert Reichelt, ein Beleg dafür, dass sich die Gesundheitskasse auf dem richtigen Weg befindet: „Die Arzneimittel-Rabattverträge der AOK und die Disease-Management-Programme für chronisch Kranke zahlen sich für Versicherte und Beitragszahler aus.“

Das Jahr eins des Gesundheitsfonds ist für die GKV insgesamt positiv verlaufen. Trotz steigender Ausgaben und trotz aufgrund der Wirtschaftskrise wegbrechender Einnahmen haben die Krankenkassen einen Überschuss verzeichnet. Allerdings wird die endgültige Bilanz für 2009 erst Ende 2010 vorliegen. So sind beispielsweise bisher die Abrechnungen der niedergelassenen Ärzte nur für das erste Halbjahr 2009 vorhanden.

Das positive Jahresergebnis der AOK-Gemeinschaft führt der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes vor allem darauf zurück, dass die Gesundheitskasse bereits frühzeitig in Leistungs-, Qualitäts- und Kostenmanagement investiert sowie eine Vorreiterrolle für neue Vertragsmodelle und Versorgungsprogramme übernommen habe. „Das zahlt sich jetzt aus“, so Reichelt. „Jetzt profitieren unsere 24 Millionen Versicherten auch von diesen unternehmerischen Erfolgen und können auf sichere Leistungen bauen.“

Wirtschaftskrise senkt Beitragseinnahmen

Der Gesundheitsfonds jedoch schließt laut Gesundheitsministerium mit einem Minus von 2,48 Milliarden Euro ab. Der Grund: Im Fonds machen sich die Einnahmeausfälle bemerkbar, während die Kassen aus dem Fonds wie geplant ihre Zuweisungen erhalten haben. Dem GKV-Spitzenverband zufolge wurde das Defizit durch das Vorziehen der Bundeszuschüsse und der teilweisen Finanzierung von Auszahlungen für das Jahr 2009 mit Einnahmen aus dem Jahr 2010 vorläufig aufgefangen. Es bleibe als im Fonds „als Zukunftslast“ vorhanden.

Für dieses Jahr erwartet der Schätzerkreis beim Bundesversicherungsamt in der GKV ein Defizit von knapp acht Milliarden Euro, die Hälfte davon aufgrund

von sinkenden Beitragseinnahmen wegen der Wirtschaftskrise. Deshalb hat die Bundesregierung den Steuerzuschuss für 2010 einmalig um 3,9 Milliarden Euro auf insgesamt 15,7 Milliarden Euro erhöht. Die verbleibenden vier Milliarden Euro Defizit entstehen durch steigende Ausgaben. „Im Jahr 2011 rechnen wir mit einem Defizit von zwölf Milliarden Euro. Das sind Größenordnungen, bei denen man gegensteuern muss“, appelliert AOK-Chef Reichelt an die Politik. Denn diese Größenordnung „ist selbst dann nicht mehr aufzufangen, wenn alle Kassen den höchstmöglichen Zusatzbeitrag von einem Prozent des Einkommens der Versicherten erheben würden. Deshalb muss man gegensteuern, nicht zuletzt auf dem Pharmamarkt.“

Bereits 2009 verzeichnet die GKV teils hohe Steigerungsraten bei den Ausgaben. Die Kosten für die vertragsärztliche Versorgung sind im Zuge der Honorarreform nach den vorläufigen Berechnungen gegenüber dem Vorjahr um sieben Prozent gestiegen. Für Arzneimittel gaben die Kassen knapp fünf Prozent mehr aus als 2009. Die Kosten für die stationäre Versorgung erhöhten sich um 6,8 Prozent, für Krankengeld um 9,1 Prozent und für die häusliche Krankenpflege sogar um 11,5 Prozent.

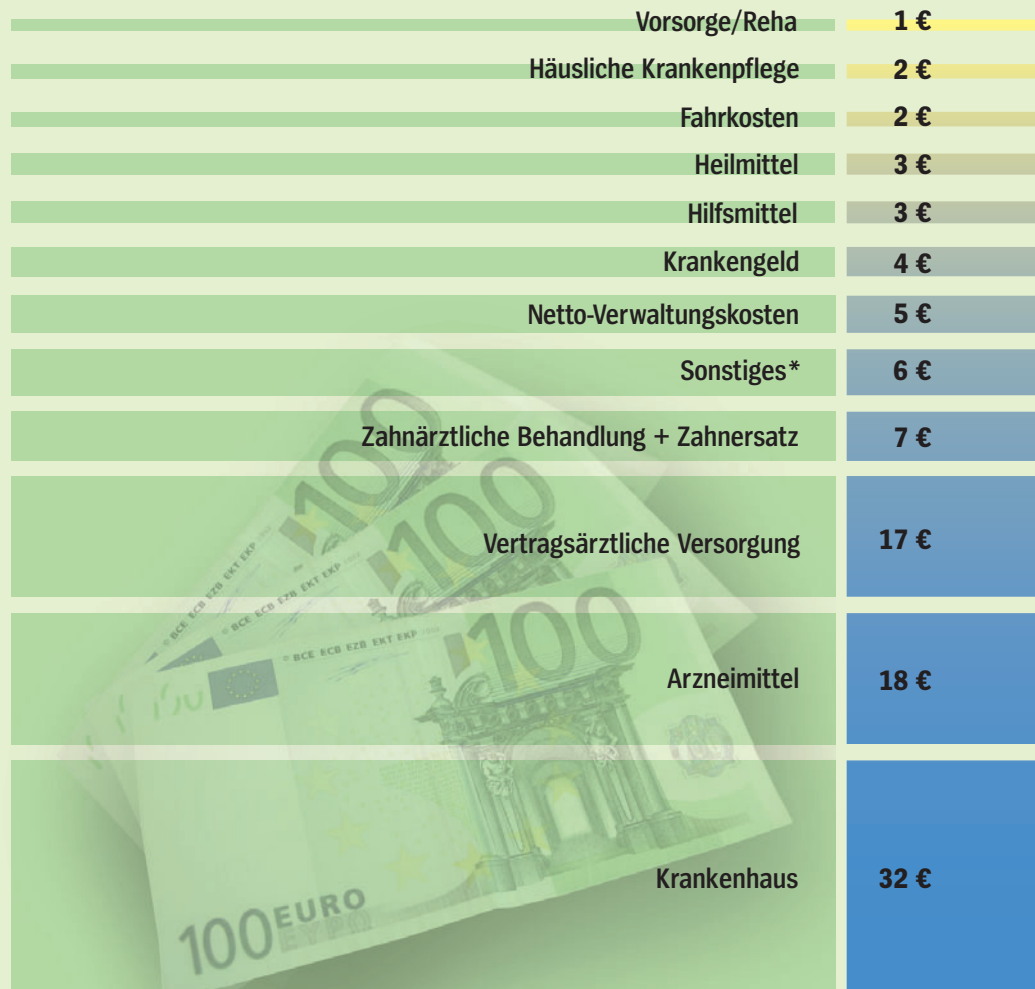
Den überdurchschnittlichen Anstieg der Netto-Verwaltungskosten begründet das Bundesgesundheitsministerium mit gestiegenen Personalkosten und mit Veränderungen bei Einführung des Gesundheitsfonds und des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs Anfang 2009. Seitdem werden die Programmkosten für Disease-Management-Programme (DMP) nicht mehr unter Leistungsausgaben verbucht, sondern unter Verwaltungskosten. Allein auf diese „buchungssystematische Umstellung“ führt das Ministerium fast zwei Drittel der Kostensteigerung zurück.

(bho)

Weitere Infos:
www.aok-bv.de > Zahlen



Von 100 Euro Ausgaben der Krankenkassen entfielen 2009 auf ...



* u. a. Leistungen bei Schwangerschaft/Mutterschutz, für Soziale Dienste/Prävention
Quelle: BMG; Grafik: AOK-Mediendienst

Mit einem Anteil von rund 32 Prozent an den Ausgaben der Krankenkassen bilden die Kosten für die Krankenhausbehandlung den größten Block, gefolgt von den Ausgaben für Arzneimittel und für die vertragsärztliche Versorgung. Darunter fasst das Bundesgesundheitsministerium die ärztliche Behandlung, die Behandlung durch Belegärzte in Krankenhäusern, die ärztliche Beratung und Behandlung bei Empfängnisverhütung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch, Früherkennung, Mutterschaftsvorsorge, Dialyse-Kosten und auch die Praxisgebühr der Versicherten.

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

WIdO: Krankheitsbedingte Fehlzeiten 2009 gestiegen

Höhere Ausfallzeiten durch saisonale Grippe und psychische Erkrankungen

15.03.10 (ams). Im vergangenen Jahr haben die krankheitsbedingten Fehlzeiten erneut zugenommen, wie das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) mitteilte. Demnach hat sich der Krankenstand bei den 9,7 Millionen AOK-versicherten Arbeitnehmern im Vergleich zum Vorjahr von 4,6 auf 4,8 Prozent erhöht. Der Anstieg ist laut WIdO insbesondere auf Erkrankungen des Atmungssystems – wie beispielsweise der Grippe – zurückzuführen. „Ein Viertel aller AOK-versicherten Beschäftigten wurde 2009 mindestens einmal wegen einer Atemwegserkrankung krankgeschrieben“, so Helmut Schröder, stellvertretender Geschäftsführer des WIdO.

Dem Robert-Koch-Institut zufolge kursierte die Grippe in Deutschland vor allem zu Beginn und am Ende des vergangenen Jahres. Diese Angaben decken sich mit den Erkenntnissen des WIdO: In den Monaten Januar und November 2009 verzeichnete die AOK die meisten atemwegsbedingten Krankschreibungen. „Der Anstieg des Krankenstandes wäre ohne diese beiden Grippeperioden wesentlich moderater ausgefallen“, so Schröder. Im Schnitt dauerte eine Atemwegserkrankung 6,5 Tage und lag damit im Jahr 2009 um 11,7 Prozent über der Erkrankungsdauer des Vorjahres.

Mit 54 Prozent war mehr als die Hälfte der 9,7 Millionen AOK-versicherten Arbeitnehmer mindestens einmal im vergangenen Jahr krankgeschrieben. Dabei waren sie im Schnitt 17,3 Tage arbeitsunfähig gemeldet. 2008 lag die durchschnittliche krankheitsbedingte Ausfallszeit noch bei 16,9 Tagen. Muskel- und Skeletterkrankungen (23,0 Prozent), Atemwegserkrankungen (14,0 Prozent), Verletzungen (12,3 Prozent) und psychische Erkrankungen (8,6 Prozent) waren die häufigsten Ursachen für Krankschreibungen. Die Zunahme bei den erkrankungsbedingten Ausfallzeiten ist neben dem starken Anstieg der Atemwegserkrankungen auch auf einen erneuten Zuwachs bei den psychischen Erkrankungen zurückzuführen.

Weitere Infos:
www.wido.de



Vor allem kleine Krankenhäuser mit großen wirtschaftlichen Problemen

Malzahn: Länder sollen Strukturprobleme von Kliniken stärker berücksichtigen

15.03.10 (ams). Der Krankenhausmarkt in Deutschland weist nach Einschätzung des Klinikexperten Jürgen Malzahn einerseits „historische Ausgabensteigerungen und andererseits ein erhebliches Strukturproblem“ auf. Kleinere Krankenhäuser hätten es wirtschaftlich schwerer als große Kliniken, und dies müsse angesichts weiter sinkender Belegungstage „Auswirkungen auf die künftigen Planungsentscheidungen der Bundesländer haben“, kommentiert Malzahn, Abteilungsleiter Stationäre Versorgung im AOK-Bundesverband, die im „Krankenhaus Barometer 2009“ des Deutschen Krankenhaus Instituts (DKI) veröffentlichte Klinikumfrage.

Die im Barometer enthaltenen Angaben, nach denen für 2009 nur noch etwa 44 Prozent der Krankenhäuser einen Jahresüberschuss erwarten, nannte Malzahn angesichts der Tatsache, dass 2008 mehr als 61 Prozent der Kliniken ein Plus erwirtschafteten, „verwunderlich“. „Die Schwarzmalerei der Krankenhäuser passt einfach nicht zu den vorliegenden Zahlen.“ Waren die Krankenausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nach der amtlichen Statistik 2008 etwas über drei Prozent gestiegen, gingen die Prognosen von erheblich höheren Steigerungen aus. So werde die Ausgabensteigerung 2010 mindestens fünf Prozent betragen nach 6,6 Prozent im Jahr 2009, erläutert Malzahn. Insofern verzeichneten die Krankenhäuser „historische Zuwachsraten“.

Allerdings, so Malzahn weiter, werde „sowohl in der Vergangenheit als auch in der Prognose“ deutlich, „dass Krankenhäuser unter 300 Betten, Spezialkliniken einmal ausgenommen, zu hohe Gemeinkosten aufweisen“. „Dies muss Auswirkungen auf die künftigen Planungsentscheidungen der Bundesländer haben. Bei einer Belegungsquote der Krankenhäuser unter 80 Prozent im Bundesdurchschnitt und der dramatischen Unterfinanzierung der GKV sind alle gesundheitspolitisch Verantwortlichen aufgerufen, ihren Beitrag zur Konsolidierung zu leisten“, mahnt Malzahn. „Die Flächenversorgung mit Notfallleistungen in ländlichen Regionen kann auch durch ambulante Zentren sichergestellt werden.“ „Man kann nicht davon ausgehen, dass in der Intensivstation eines kleinen Kreiskrankenhauses Schwerstverletzungen behandelt werden könnten“. In der Praxis werde dort nur eine Erstversorgung geleistet, danach würden die Patienten in ein Zentrum der Hochleistungsmedizin verlegt. „Im Übrigen würde das Umwandeln kleiner Krankenhäuser auch die allgemein beschworenen Nachwuchssorgen bei Ärzten vermindern“, so Malzahn weiter. „Denn kleine Kliniken können ihr Personal nicht so effizient wie die großen Häuser einsetzen.“

(ter)

AOK und Connected Living

Die Wohnung der Zukunft – komfortabel und gesund

15.03.10 (ams). Was nach Vision klingt, könnte bald Wirklichkeit werden: die „Wohnung der Zukunft“, die das Leben nicht nur komfortabler, sondern auch gesünder gestaltet. Dazu sollen nach den Plänen des Vereins Connected Living alle Elektrogeräte im Haushalt künftig herstellerübergreifend miteinander vernetzt und zentral – etwa über den Fernseher – gesteuert werden. Wie das gehen könnte, hat der Verein, zu dessen Gründungsmitgliedern der AOK-Bundesverband gehört, auf der CeBIT in einem Showroom präsentiert. „Von Connected Living versprechen wir uns neue Möglichkeiten, älteren, kranken und immobilen Menschen ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Wohnung zu erleichtern“, so Jürgen Graalman, stellvertretender Vorstandsvorsitzender des AOK Bundesverbandes.

Die Technik macht es möglich: Im vernetzten Heim sollen den Bewohnern künftig digitale „Assistenten“ zur Seite gestellt werden. Diese sollen helfen, den Wohnkomfort zu steigern, Energie zu sparen und zugleich die Gesundheit zu fördern. Besucher der Computermesse CeBIT in Hannover konnten sich im 400 Quadratmeter großen Showroom bereits einen Eindruck verschaffen, wie das funktioniert. Dort hilft der digitale Gesundheitscoach unter anderem bei der gesunden Ernährung. Auf einem Display in der Küche schlägt der Gesundheitsassistent – angepasst an die zuvor definierten Gesundheitsziele – beispielsweise verschiedene Rezeptvorschläge für eine ausgewogene Ernährung vor. Auf Wunsch erstellt er zugleich eine Einkaufsliste, die auf das Handy übertragen werden kann.

Im Fitnessraum unterstützt der Gesundheitscoach beim Training. Um den Trainingsspaß zu steigern, werden mit Hilfe von Google Earth Trainingsstrecken durch New York oder Berlin simuliert. Dabei überwacht der Gesundheitscoach die Vitalfunktionen. Der Kalorienverbrauch beim Fahrradfahren wiederum wird in den Rezeptvorschlägen in der Küche berücksichtigt.

Neue Konzepte für Prävention und Versorgung

Die AOK leitet im Rahmen des Vereins, dem unter anderem die Deutsche Telekom, die Hersteller Miele und Loewe, die Energieversorger Vattenfall und EnBW sowie die TU-Berlin angehören, mit der „AG Gesundheit“ eine von fünf Arbeitsgruppen. „Als Mitglied von Connected Living entwickeln wir konkrete Konzepte für Prävention und Versorgung“, so Graalman, der zugleich stellvertretender Vorsitzender des Vereins ist. „Ziel unseres Engagements ist es, Assistenzsysteme für das häusliche Wohnumfeld zu entwickeln, und zwar für

verschiedenste Ziel- und Altersgruppen: von den Kindern über sportlich aktive Menschen im Erwachsenenalter bis hin zu chronisch kranken Patienten.“ Dabei sollen intelligente Assistenzsysteme nicht nur zum Gesundheitscoaching eingesetzt werden, indem sie präventiv die Beweglichkeit der Menschen in den eigenen vier Wänden fördern und Alternativen zur Bewegungsarmut schaffen. Auch älteren, kranken Menschen soll das vernetzte Heim neue Perspektiven bieten: So könnten elektronische Systeme beispielsweise helfen, den Gesundheitszustand zu Hause zu erfassen und rechtzeitig bei Angehörigen, Nachbarn oder Ärzten Hinweise zu geben, wenn Gefahr droht, so Graalmann.

(tb)

Weitere Infos unter:
www.aok-bv.de
www.connected-living.org



Von Zuhause aus mit dem Rad durch die Stadt: Besucher der CeBIT in Hannover testen den Fitnessraum von Connected Living.

Foto: Connected Living

Neues vom Gemeinsamen Bundesausschuss

Herzchirurgie für Kinder und Jugendliche soll besser werden

Für die herzchirurgische Behandlung von Kindern und Jugendlichen wird es künftig verbindliche Qualitätsstandards geben. Das bedeutet, dass Früh- und Neugeborene, Säuglinge, Kinder und Jugendliche mit schweren Herzfehlern herzchirurgisch nur noch in Krankenhäusern versorgt werden dürfen, in denen mindestens zwei Kinderherzchirurgen und vier Kinderkardiologen angestellt sind. Die Herzchirurgen müssen über eine mindestens dreijährige einschlägige Erfahrung verfügen. Außerdem müssen für die pädiatrische Intensivpflege weitergebildete Pflegekräfte sowie Sozialpädagogen, Sozialarbeiter oder Psychologen für die Betreuung der Patienten und Angehörigen im Krankenhaus vorhanden sein. Mit den vom GBA beschlossenen Qualitätskriterien soll insbesondere die sogenannte herzchirurgische Gelegenheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen ausgeschlossen werden.

Knorpelzellimplantation am Sprunggelenk nur mit Studie

Die Implantation von autologen Chondrozyten in Sprunggelenken zur Behandlung von Knorpelschäden wird von den gesetzlichen Krankenkassen nur noch dann bezahlt, wenn sie im Rahmen klinischer Studien erfolgt. Bei der Autologen Chondrozyten-Implantation (ACI) wird dem Patienten gesunde eigene (autologe) Knorpelmasse entnommen, diese in Kulturen vermehrt und dann in erkrankte Gelenke implantiert. Am Sprunggelenk ist dies eine sehr aufwändige und komplizierte Operation, die entsprechende Risiken beinhaltet. Der Nutzen ist laut GBA bisher völlig unzureichend untersucht worden und nicht erwiesen. Daher soll das Verfahren auf klinische Studien beschränkt bleiben, bis darüber mehr Erkenntnisse vorliegen.

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 zum Gemeinsamen Bundesausschuss:
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: 11. März 2010). Diese und ältere Stichworte finden Sie auch im Internet: www.aok-bv.de/politik/gesetze.

Arzneimittel-Informationen (EU-Vorschläge)

Der Gesundheitsausschuss des Europaparlaments wird sich voraussichtlich im Mai mit europaweit einheitlichen Regeln für die Werbung und Information über Arzneimittel befassen. Grundlage sind Vorschläge der EU-Kommission, die der Pharmaindustrie mehr Möglichkeiten für die Information der breiten Öffentlichkeit einräumen will. Der Deutsche Bundesrat ist dagegen. Pharmaunternehmer hätten ein Absatzinteresse, das dem Erstellen von objektiven Informationen zuwiderlaufe, heißt es in einer Stellungnahme des Bundesrats vom 6. März 2009. Die Kommissionsvorschläge zur Änderung einer EU-Verordnung und einer EU-Richtlinie (2008/0662 und 2008/0663) seien deshalb zum Schutz und Wohl der von Krankheit betroffenen Patienten abzulehnen.

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)



GKV-Änderungsgesetz

Ambulante ärztliche Leistungen sollen noch bis Mitte 2011 über private Abrechnungsstellen mit den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden können. Der Gesetzentwurf zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKV-Änderungsgesetz/GKV-ÄndG) des Bundesgesundheitsministeriums sieht vor, die dafür geltenden Übergangsregelungen, die vor allem im Rahmen von Hausarztverträgen genutzt werden, bei denen die Leistungen nicht über die Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet werden, um ein Jahr zu verlängern. Darüber hinaus enthält der Gesetzentwurf eine Reihe von Anpassungen und Klarstellungen. Diese betreffen unter anderem die Zusammensetzung des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenver-

bandes, die Insolvenzsicherung von Wertguthaben für Altersteilzeit der Krankenkassenbeschäftigten, die Kostenaufteilung von Prüfdiensten sowie Nachverhandlungen von Personalstellen in der Psychiatrie. Außerdem sollen einige Straf- und Bußgeldvorschriften konkretisiert und berufszulassungsrechtliche Regelungen der Apotheker, Ärzte, Zahnärzte, Berufe in der Krankenpflege sowie Hebammen geändert werden. Letzteres betrifft unter anderem die Anerkennungsverfahren von Diplomen aus Nicht-EU-Staaten. Der Gesetzentwurf, den das Bundeskabinett am 24. Februar beschlossen hat, liegt zurzeit dem Bundesrat zur Stellungnahme vor. Die Beratung im Bundestag beginnt voraussichtlich im April.

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung:
www.bundesrat.de > Parlamentsmaterialien > Drucksache 96/10



Operationstechnische Assistenten

Die Bundesländer fordern eine gesetzliche Regelung der Ausbildung von Operationstechnischen Assistenten/innen (OTA). Die Ausbildung soll drei Jahre dauern und von den Krankenkassen finanziert werden. Der Bundesrat hat am 12. Februar 2010 entschieden, dem Bundestag seinen dazu im Vorjahr beschlossenen Gesetzentwurf erneut zuzuleiten, der wegen der Bundestagswahl 2009 nicht mehr beraten worden war. Bisher werden Operationstechnische Assistenten ohne staatliche Anerkennung der Berufsbezeichnung nur auf Grundlage von Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft ausgebildet. Laut Gesetzentwurf gab es 2008 bundesweit 73 OTA-Schulen an Krankenhäusern mit 1.342 Ausbildungsplätzen. Die Finanzierung der Ausbildung durch die Krankenhausträger sei angesichts ihrer schwierigen Finanzlage nicht mehr gesichert, so die Länder. Wegen der Zunahme der apparativen Versorgung und der Komplexität der Versorgung sei die Ausbildung von Spezialisten für die Operationstechnische Assistenz aber notwendig.

Der Gesetzentwurf des Bundesrates:
<http://dipbt.bundestag.de> > Suche > Drucksache > 111/09



Organtransplantationen (EU-Richtlinie)

Das Europaparlament will die EU-Transplantationsrichtlinie zur Verbesserung des grenzüberschreitenden Organaustausches möglichst bis Juni in erster Lesung verabschieden. Nach Informationen aus dem Gesundheitsausschuss des Parlaments soll zuvor mit dem Ministerrat über Änderungen und einen ergänzenden Aktionsplan verhandelt werden. Die Transplantationsricht-

linie war im Dezember 2008 von der EU-Kommission vorgelegt worden. Vorgesehen ist unter anderem, europaweit alle Daten über Spenderorgane und Transplantationen – auch über Beschaffung, Testung, Charakterisierung, Konservierung und Beförderung – zu erfassen. Der Deutsche Bundesrat hatte in einer am 13. Februar 2009 beschlossenen Stellungnahme Vorbehalte gegen die Richtlinie geäußert und die Zuständigkeit der EU infrage gestellt, insbesondere für geplante Behörden und Kompetenzzentren. Vorrangig müsse sein, die Zusammenarbeit mit den EU-Staaten zu stärken, die noch kein ausreichend entwickeltes Transplantationssystem haben. Die osteuropäischen Staaten brauchten zum Beispiel Hilfe beim Aufbau ihrer Gesundheitssysteme, um den internationalen Organhandel bekämpfen zu können.

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

Die EU-Richtlinie über gleiche Patientenrechte in der Europäischen Union liegt auf Eis. Die EU-Gesundheitsminister werden sich voraussichtlich erst im zweiten Halbjahr 2010 erneut mit dem Thema befassen, nachdem sie sich im Dezember 2009 darüber nicht einigen konnten. Das Europaparlament hatte die von der EU-Kommission vorgeschlagene Richtlinie bereits im April 2009 in erster Lesung mit zahlreichen Änderungen gebilligt. Vorgesehen ist insbesondere, dass EU-Bürger in allen EU-Ländern wie Einheimische Zugang zu den dortigen Gesundheitsleistungen erhalten. 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.

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**



Privat versicherte Hartz-IV-Empfänger entlasten

Die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen will die Beitragsbelastung von Arbeitslosengeld-II-Empfängern in der privaten Krankenversicherung (PKV) verringern. Hartz-IV-Empfänger, die nicht mehr in eine gesetzliche Krankenkasse zurückkönnen, sollen künftig im PKV-Basistarif statt 290 Euro monatlich nur noch 126 Euro zahlen. Das entspricht der Höhe des Hartz-IV-Zuschusses für hilfsbedürftige Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung. Auch der Beitrag zur privaten Pflegeversicherung soll für diesen Personenkreis entsprechend gesenkt werden. Um dies zu erreichen, sieht der Gesetzentwurf der Grünen entsprechende Änderungen im Versicherungsaufsichtsgesetz (Paragraf 12) und im Sozialgesetzbuch (SGB) XI vor. Laut Gesetzentwurf, der nach der ersten Lesung im Bundestag am 25. Februar 2010 jetzt in den zuständigen Ausschüssen beraten wird, müssten die privaten Krankenversicherungen bei rund 2.700 im PKV-Basistarif versicherten Hartz-IV-Empfängern (Stand August 2009) jährlich auf 5,8 Millionen Euro Beitragseinnahmen verzichten.

Der Gesetzentwurf von Bündnis 90/Die Grünen:
<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 17/548



Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetz

Der Gesundheitsfonds wird in diesem Jahr insgesamt 15,7 Milliarden Euro und damit 3,9 Milliarden Euro mehr als bisher vorgesehen aus dem Bundeshaushalt erhalten. Mit der zusätzlichen Finanzspritze gleicht der Bund in diesem Jahr erwartete konjunkturbedingte Mindereinnahmen der gesetzlichen Krankenkassen teilweise aus. Das vom Bundestag am 5. März 2010 beschlossene Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetz entlastet auch die Arbeitslosenversicherung, die für 2010 jetzt mit einem Bundeszuschuss von 12,8 Milliarden Euro rechnen kann. Das entspricht der Höhe des 2010 konjunkturbedingt erwarteten Defizits. Weitere Teile des Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetzes sind die Erhöhung der Altersfreibeträge für Hartz-IV-Empfänger und Hilfen für Milchbauern. Der Zuschuss an den Gesundheitsfonds wird in zwölf gleichen Monatsraten gezahlt. Der Bundestag billigte den Gesetzentwurf der Bundesregierung ohne Änderungen. Der Bundesrat wird das Gesetz am 26. März abschließend beraten.

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung:
<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 17/507



Kurzmeldungen

Pflegetransparenzberichte im Netz sind rechtens

15.03.10 (ams). Wie das Landessozialgericht Sachsen in einem Beschluss bestätigt, ist die Veröffentlichung von Transparenzberichten für Pflegeheime im Internet durch die Pflegekassen rechtens. „Mit diesem Richterspruch sehen wir uns auf unserem Weg hin zu mehr Transparenz für unsere Versicherten bestätigt“, so der Leiter der Abteilung Pflege im AOK-Bundesverband, Harald Kesselheim.

Weitere Informationen:
www.aok-bv.de > Gesundheit > Pflege



Aktionsbündnis „Seltene Erkrankungen“ gestartet

15.03.10 (ams). Mit einer gemeinsamen Erklärung von Partnern und Unterstützern hat das Nationale Aktionsbündnis für Menschen mit Seltene Erkrankungen (NAMSE) seine Arbeit offiziell aufgenommen. Das vom Bundesgesundheitsministerium ins Leben gerufene Aktionsbündnis soll – ausgehend von bereits bestehenden Strukturen und anhand europäischer Erfahrungen – Vorschläge für einen nationalen Aktionsplan für seltene Erkrankungen erarbeiten.

Weitere Informationen zum Thema:
G+G-Spezial Selbsthilfe 12/09
unter www.aok-bv.de > Politik > Versicherte



Zahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen nimmt zu

15.03.10 (ams). Die Zahl der im Gesundheitswesen Beschäftigten nimmt weiter zu: Demnach waren Ende 2008 insgesamt 4,6 Millionen Menschen – und damit 76.000 mehr als im Jahr zuvor – im Gesundheitswesen tätig, wie das Statistische Bundesamt (Destatis) mitteilte.

Weitere Informationen:
www.destatis.de



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:

Adressänderung 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: