

AOK-MEDIENSERVICE

INFORMATIONEN DES AOK-BUNDESVERBANDES WWW.AOK-PRESSE.DE

01/23 POLITIK

 @AOK_Politik

ams-Interview mit Dr. Katrin Krämer Apps auf Rezept besser in die Versorgung integrieren	2
ams-Grafik: Mindestmengen Konzentrationschub bei Speiseröhren-OPs	5
ams-Interview mit Prof. Dr. Petra Thürmann, Uni Witten/Herdecke „Polypharmazie wird eher mehr werden“	6
EU-Ticker EU-Kommission will gegen Arzneimittelengpässe vorgehen	9
Zahl des Monats Um 146,12 Prozent	13
Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss	14
Gesetzgebungskalender	15
Kurzmeldungen	17

Herausgeber: Pressestelle des AOK-Bundesverbandes, Berlin
Redaktion: AOK-Mediendienst, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin, Bernhard Hoffmann (verantwortlich),
Ralf Breitgoff, Barbara Huhn, Telefon: 030/220 11-200, Telefax: 030/220 11-105, Grafik: Kerstin Conradi
E-Mail: aok-mediendienst@bv.aok.de, Internet: www.aok-presse.de

ams-Interview mit Dr. Katrin Krämer

Apps auf Rezept besser in die Versorgung integrieren

20.01.23 (ams). Wie haben sich die digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) entwickelt, die Ärztinnen und Ärzte seit rund zwei Jahren verschreiben können? Durchwachsen, resümiert Dr. Katrin Krämer, Abteilungsleiterin Versorgungsmanagement im AOK-Bundesverband, im Interview mit dem AOK Medienservice (ams). Sie würden zwar laut einer Befragung unter 2.600 AOK-Versicherten insgesamt positiv bewertet, aber hinsichtlich der Bereitschaft zur Empfehlung und des erlebten Nutzens reagierten Patienten und Patientinnen zurückhaltend.

Frau Dr. Krämer, wie fällt Ihre Bilanz zwei Jahre nach Einführung der DiGA in die Versorgung der gesetzlich Versicherten aus?

Krämer: Wir verstehen DiGA hauptsächlich als unterstützende Therapiebegleitung, was uns auch die Ergebnisse der bundesweiten Online-Befragung von AOK-Versicherten bestätigen. Sie können unsere Versicherten dahingehend unterstützen, ihre gesundheitliche Versorgung mitzugestalten. DiGA bieten die Möglichkeit, die ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung zu ergänzen. Auch können sie genutzt werden, um etwa Wartezeiten – zum Beispiel auf eine Psychotherapie – zu überbrücken. Deshalb sehen wir als gesetzliche Krankenkasse DiGA grundsätzlich positiv.

Die Befragung zeigt auch, dass die Integration der DiGA in die Versorgung noch erheblich verbessert werden kann.

Krämer: Genau. Der Studie zufolge wurde beispielsweise mehr als ein Drittel der Befragten vom behandelnden Arzt oder Therapeuten nicht über die Funktionen der genutzten DiGA informiert. Außerdem gibt es unerwünschte Entwicklungen, etwa beim Markteintritt von DiGA. Aufgrund des beschleunigten Bewertungsverfahrens beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zur Aufnahme von DiGA in die Leistungspflicht gesetzlichen Krankenkassen sind viele DiGA nur vorläufig gelistet. Das heißt, sie konnten noch keinen positiven Versorgungseffekt nachweisen.

Welche Forderungen leiten Sie daraus ab?

Krämer: Im Kern braucht es grundsätzliche Anpassungen bei den gesetzlichen Rahmenbedingungen, vor allem die Einführung eines wirklichen Nutznachweises und die Abschaffung der freien Preisfestsetzung. Dies wird meines Erachtens dann auch zu mehr Vertrauen und Akzeptanz führen, insbesondere auf Seiten der Ärzteschaft. Denn auch Ärzte sehen DiGA durchaus kritisch. So hat ein im Dezember veröffentlichtes Gutachten der KV Bayern unsere Kritikpunkte bestätigt. Demnach fehlt es den untersuchten DiGA vielfach an wissenschaftlicher Tiefe und an Evidenz über den Nutzen. Da unter anderem die Wirksamkeit sowie mögliche unerwünschte Wirkungen nicht immer geklärt seien, empfiehlt etwa die KV Bayern die Verordnung von DiGA derzeit nicht.



Dr. Katrin Krämer
leitet die Abteilung
Versorgungsmanagement
im AOK-Bundesverband

Sie wollen die Erprobungs-Regelung abschaffen.

Warum sehen Sie sie so kritisch?

Krämer: Die Nutzung dieser DiGA muss bereits während des Erprobungszeitraums von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden, obwohl es völlig unklar ist, ob sie am Ende überhaupt einen positiven Effekt auf die Versorgung haben. Leistungen wie die Apps auf Rezept sollten aber nicht nur verfügbar sein, sondern vor allem Qualität und Sicherheit für die Versicherten bieten. Deshalb sollten diese Erprobungs-DiGA im Sinne der Patientensicherheit nicht von der GKV finanziert werden müssen. Auch für digitale Anwendungen sollte – wie für alle anderen Behandlungsmethoden – gelten, dass der Nutzen nachgewiesen sein muss, bevor die Versichertengemeinschaft sie bezahlt.

Wie sollte die Evidenzbewertung für DiGA in Zukunft laufen?

Krämer: Eine grundlegende Voraussetzung für die Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis ist der vom Hersteller zu erbringende Nachweis, dass die DiGA einen positiven Effekt auf die Versorgung hat. Hier prüft das BfArM auf Antrag der Hersteller die Voraussetzungen. Aber in Bezug auf den Nachweis des Nutzens verhindern nicht nachvollziehbare Vorgaben in der entsprechenden Rechtsverordnung des BMG eine sinnvolle Bewertung durch das BfArM. So ist eine vergleichende Studie völlig ausreichend, aus der sich ergibt, dass die DiGA-Nutzung besser ist als deren Nichtanwendung – und das möglichst in retrospektiven Auswertungen und auch nur als Vorher-Nachher Vergleich. Ein Vergleich mit anderen verfügbaren Behandlungen ist explizit nicht vorgesehen. Das reicht aus unserer Sicht nicht aus.

Wie sollte die Nachweis des Nutzens aus Sicht der AOK dann laufen?

Krämer: Die DiGA soll gleich hohe Anforderungen an den Nutznachweis haben wie bei anderen GKV-Leistungen. Es kann nicht sein, dass neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bei Vertragsärzten erst dann zulasten der gesetzlichen Krankenkassen vergütet werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss aufgrund des nachgewiesenen Nutzens diese aufnimmt, die Leistung als DiGA aber ohne jeglichen Nutznachweis einfach so in die Versorgung kommt.

Das heißt?

Krämer: DiGA, die ärztliche oder psychotherapeutische Behandlungen ersetzen sollen und sich auch im Preis an diesen orientieren, müssen dieselben Anforderungen an den Nutzen erfüllen und sich derselben Bewertung durch den GBA und das IQWiG stellen. Auch macht es aus unserer Sicht keinen Sinn, gleichwertige Versorgungsleistungen von unterschiedlichen Institutionen bewerten zu lassen. Daher fordern wir, dass die Nutzenbewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden immer durch den GBA erfolgen sollte.

Halten Sie die relativ hohen Preise der DiGA weiterhin für problematisch?

Krämer: Ja, wir fordern weiterhin eine grundlegende Reform der Preisbildung bei den DiGA und somit ein Ende der freien Preisbildung durch die Hersteller im ersten Jahr nach der Markteinführung. Wir könnten uns dabei an der Vorgehensweise bei den digitalen Pflegeanwendungen orientieren. Hier sind direkt nach dem Markteintritt dreimonatige Preisverhandlungen vorgesehen, der verhandelte Preis gilt dann ab Markteinführung. So werden auch mehr Wettbewerbs- und Wirtschaftlichkeitsanreize gesetzt und insbesondere auch die Verhältnismäßigkeit zur ärztlichen Leistung gewahrt.

Die AOK fordert einen Testzugang für DiGA. Wie könnte der aussehen?

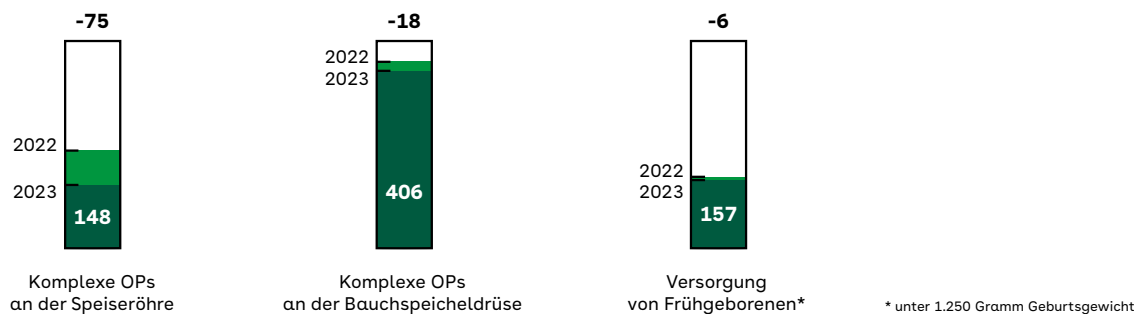
Krämer: Ein Ergebnis der Befragung ist, dass fast jeder Vierte die Nutzung der DiGA vorzeitig abgebrochen hat. Dennoch muss die GKV den vollen Preis bezahlen. Deshalb ist es aus unserer Sicht sinnvoll, dass Versicherte für einen bestimmten Zeitraum, etwa 14 Tage, die Anwendung nutzen und prüfen können, ob die Inhalte, die Verständlichkeit und der Nutzen der DiGA ihren Anforderungen entsprechen. Für diesen Zeitraum könnte dann ein geringerer Betrag an den Hersteller gezahlt werden, wobei solch ein Zugang bei digitalen Angeboten in anderen Bereichen immer kostenlos ist.

Weitere Informationen zur AOK-Befragung:
www.aok-bv.de > Presse > Pressemitteilungen



ams Grafik

Mindestmengen: Konzentrationsschub bei Speiseröhren-OPs



Quelle: AOK-Bundesverband; AOK-Mediendienst

Die Zahl der Kliniken, die Eingriffe an der Speiseröhre durchführen dürfen, ist mit Beginn des Jahres 2023 um ein Drittel gesunken, weil die Häuser mindestens 26 statt wie bisher zehn OPs pro Jahr und Standort vorweisen müssen. Auch für die Versorgung von Frühchen mit besonders geringem Geburtsgewicht steigt die Mindestfallzahl von 14 auf 20 jährlich. Hier ist die bundesweite Zahl der an der Versorgung beteiligten neonatologischen Abteilungen im Vergleich zum Vorjahr um sechs gesunken. Bei komplexen Bauchspeicheldrüsen-OPs geht die Zahl der Kliniken zurück, ohne dass sich die Vorgabe von zehn Fällen verändert hätte. Die Gesamtzahl der Standorte, an denen mit Mindestmengen belegte Behandlungen angeboten werden, sank zu Jahresbeginn auf 1.066. Im Jahr 2019 durften noch 1.201 Kliniken entsprechend komplexe Eingriffe durchführen.

Diese Grafik können Sie bei Quellenangabe „AOK-Mediendienst“ kostenlos verwenden:
www.aok-bv.de > AOK-Bilderservice > Krankenhaus

ams-Interview mit Prof. Dr. Petra Thürmann

„Polypharmazie wird eher mehr werden“

16.01.23 (ams). Die Einnahme mehrerer Medikamente gleichzeitig auch über einen längeren Zeitraum betrifft viele ältere Menschen. Welche Probleme die sogenannte Polypharmazie mit sich bringen kann, ob es dabei Unterschiede zwischen Frauen und Männern gibt, wie die elektronische Patientenakte helfen kann und welche Herausforderungen der demografische Wandel künftig mit sich bringt, erläutert Prof. Dr. Petra Thürmann im Interview.

Frau Professor Thürmann, über die Hälfte der 65-Jährigen nimmt fünf und mehr unterschiedliche Medikamente ein. Worin liegen die Risiken der Polypharmazie?

Thürmann: Jedes einzelne Medikament birgt immer das Risiko für eine Nebenwirkung in sich. Bei der Einnahme von vielen Medikamenten ist die Gefahr, tatsächliche eine Nebenwirkung zu erleiden dementsprechend höher. Außerdem steigt das Risiko für eine Wechselwirkung mit jedem Medikament. Und dadurch kann es entweder zu einer Wirkungsabschwächung oder zu Nebenwirkungen kommen. Darüber hinaus können sich bestimmte, sehr schwache Nebenwirkungen summieren und dann zu einer spürbaren Nebenwirkung zu führen. Hierzu misst man z.B. den sogenannten „Drug Burden Index“, der das Ausmaß bestimmter Effekte beschreibt, die sowohl sedierende als auch „anticholinerge“ Wirkung haben. Letzteres ist ein Sammelsurium von Effekten, die nicht nur müde machen, sondern das Denkvermögen – die Kognition – beeinträchtigen, Blasen- und Darmfunktion behindern, die Anpassung der Sehstärke beeinträchtigen, den Speichelfluss mindern und einiges andere mehr. In der Summe kann sich das einerseits tatsächlich wie eine Demenz äußern oder insgesamt das im Alter so wichtige Risiko für Stürze massiv erhöhen.

Es gibt Erkenntnisse, die Arzneimittel bei Älteren potenziell unangemessen sind.

Warum bereitet die Umsetzung Probleme?

Thürmann: Arzneimittel sind für alte Menschen „potenziell“ unangemessen, das heißt sie sind nicht immer und bei jedem unangemessen. Diese Wirkstoffe, sogenannte PIMs, weisen ein im Alter ungünstigeres Nutzen/Risiko-Verhältnis auf als bei jüngeren Menschen. Weil sie zum Beispiel das bereits erwähnte Sturzrisiko begünstigen. Wenn das Medikament jedoch zur Behandlung einer Erkrankung essenziell ist und die vorgeschlagenen Alternativen nicht wirksam sind oder auch Nebenwirkungen verursachen, dann kann man auch PIMs nicht absetzen. Die Umsetzung bereitet also aus mehreren Gründen Probleme: Manchmal wird der Tatbestand, dass ein Medikament PIM ist, übersehen, manchmal funktionieren die Alternativen nicht. Wir werden also nie auf Null Prozent PIMs kommen. Entscheidend ist, dass die Risiken und gegebenenfalls Nebenwirkungen der PIMs erkannt werden und bei Kognitionsverlust nicht ein Medikament gegen Demenz verordnet wird, bevor nicht überprüft wurde, welches der vorhandenen Medikamente vielleicht die Kognition so beeinträchtigt hat und dieses möglichst abgesetzt wird.



Prof. Petra Thürmann
von der Universität
Witten/Herdecke
ist Mitautorin des
Arzneimittel-Kompass 2022

Wie ließen sich diese Umsetzungsprobleme lösen?

Thürmann: Zum einen durch eine elektronische Verordnungsüberprüfung, die zumindest einmal eine Warnung absetzt. Zum anderen mindestens einmal jährliche Überprüfung der Medikamente, ob sie wirklich gut vertragen werden und Dosisreduktion oder Absetzen bei Verdacht auf Nebenwirkungen. Medikationsüberprüfungen können auch von geschulten Apothekern vorgenommen werden, wichtig ist hier eine strukturierte Kommunikation zwischen den Berufsgruppen.

Besonders Frauen sind von den Gefahren der Polypharmazie betroffen. Warum?

Thürmann: In manchen Altersgruppen erhalten Frauen mehr Medikamente als Männer und sie neigen auch dazu, sich mehr rezeptfreie Arzneimittel (OTC) in der Apotheke zu besorgen. Hinzu kommt, dass Frauen in ihrem Medikationsspektrum mehr Psychopharmaka und Analgetika anwenden als Männer. Und in diesen Medikationsgruppen sind mehr PIMs als in vielen anderen Medikamentengruppen, wie zum Beispiel die häufig verordneten Blutdrucksenker, Cholesterinsenker oder Blutverdünner.

Inwieweit gibt es auch hier mit Blick auf gendersensible Medizin Nachholbedarf?

Thürmann: Wichtig ist, dass man bei Frauen und Männern auf PIMs und potenzielle Nebenwirkungen achtet. Aber es ist auch unbekannt, ob beispielsweise bestimmte sturzbegünstigende Medikamente bei Frauen häufiger als bei Männern Stürze auslösen. Bekannt ist jedoch wiederum, dass mehr Frauen als Männer Osteoporose haben und demzufolge bei Stürzen meist häufiger Frakturen erleiden.

Eine mangelnde Dokumentation und fehlender Überblick über bereits verschriebene Medikamente gelten unter anderem auch als Grund für riskante Polypharmazie. Wie könnte die elektronische Patientenakte (ePA) hier Abhilfe schaffen?

Thürmann: Die Hoffnung besteht, dass jede Ärztin und jeder Arzt bei der Verordnung sieht, was andere schon gegeben haben und somit die Medikamente besser aufeinander abstimmen können. So könnte der Hausarzt, wenn er sieht, welches Mittel ein Patient vom Urologen bekommt, schneller „schalten“ und merken, dass die Gedächtnisstörung eben nicht eine beginnende Demenz ist, sondern eine Nebenwirkung des Blasenfunktionsmittels, das der Urologe verordnet hat. Und wenn eine andere Patientin notfallmäßig ins Krankenhaus kommt, dann wüssten mit einer ePA die Krankenhausärzte sofort, dass die Patientin nicht dement ist, sondern aufgrund einer Einnahme entwässernder Medikamente bei großer Hitze so ausgetrocknet ist, dass sie nicht mehr klar denken kann. Mit dem Wissen um Diagnosen und Medikamente könnten viele Schnittstellenprobleme gelöst werden, die wir heute mühsam mit Arztbriefen, Faxen und Telefonaten überbrücken – und das leider meist mit viel Zeitverzug und unter dem Einsatz von Personalressourcen von Pflegekräften und Ärzten, die wir dringend an anderer Stelle benötigen.

Welche Herausforderungen bringt der stetig zunehmende demografische Wandel hinsichtlich Polypharmazie in Zukunft mit sich?

Thürmann: Die Polypharmazie wird nicht weniger, sondern eher mehr werden. Man denke nur zum Beispiel an die vielen oralen Tumor-Medikamente, die sich auch noch

hinzugesellen, und oftmals über lange Zeit genommen werden müssen. Diese Polypharmazie nützlich zu gestalten, ohne den Überblick zu verlieren, wird eine Herausforderung sein. Und wir werden uns auch der Frage stellen müssen, wann für bestimmte Medikamente das Nutzen/Risiko-Verhältnis so verändert ist, dass wir diese bei einem bestimmten Patienten oder einer bestimmten Patientin nicht mehr einsetzen.

Informationen zum Arzneimittel-Kompass 2022:
www.wido.de > Publikationen
> Buchreihen > Arzneimittel-Kompass



Informationen zu PIMs und zur Priscus-Liste:
www.priscus2-0.de



EU-Ticker

EU-Kommission will gegen Arzneimittelengpässe vorgehen

20.01.23 (ams). Angesichts von Lieferengpässen bei wichtigen Medikamenten will die EU-Kommission über die Arzneimittelgesetzgebung gegensteuern. Gesundheitskommissarin Stella Kyriakides kündigte für März entsprechende Vorschläge an. Dabei gehe es um strikere Lieferverpflichtungen, eine frühere Meldung von Engpässen und Marktrücknahmen sowie mehr Transparenz bei den Lagerbeständen, sagte sie am 17. Januar im Europaparlament in Straßburg. Bei Bedarf werde auch die in der Coronapandemie eingerichtete Krisenreaktionsbehörde HERA aktiv, um im Auftrag der Mitgliedstaaten eine gemeinsame Beschaffung von Medikamenten zu koordinieren.

Die von Kyriakides genannten Maßnahmen dürften im Zusammenhang mit der ausstehenden Neuordnung des EU-Arzneimittelrechts stehen. Die schon vor zwei Jahren als Baustein der Gesundheitsunion angekündigte Vorlage für eine neue Arzneimittelstrategie wollte die Kommission ursprünglich bis Ende 2022 veröffentlichen. Im November hatte Kyriakides dies auf „Anfang 2023“ verschoben. Nach Angaben der EU-Arzneimittelagentur EMA melden derzeit fast alle Unionsländer Engpässe bei Antibiotika. Angesichts der Lieferprobleme bei Schmerzmitteln und Fiebersäften für Kinder hatte der AOK-Bundesverband im Dezember ein Frühwarnsystem für Produktions- und Lieferausfälle bei Medikamenten gefordert und das deutsche System freiwilliger Lieferausfallmeldungen durch die Pharmaunternehmen als unzureichend kritisiert.

Rede von Stella Kyriakides im Europaparlament:
www.ec.europa.eu > Weitere Nachrichten



Medizinprodukte: Fristen sollen verlängert werden

20.01.23 (ams). Um Versorgungsengpässe zu vermeiden, hat die EU-Kommission am 6. Januar längere Übergangsfristen für die Neuzertifizierung von Medizinprodukten vorgeschlagen. Konformitätsbescheinigungen, die bis zum Inkrafttreten der neuen EU-Medizinprodukteverordnung am 26. Mai 2021 ausgestellt wurden, sollen danach um teilweise mehr als vier Jahre über den bisherigen Stichtag (26. Mai 2024) hinaus verlängert werden. Dadurch hätten sowohl die Unternehmen als auch die Zertifizierungsstellen (Benannte Stellen) mehr Zeit zur Umstellung auf die strengeren Vorgaben der Medizinprodukteverordnung.

Das Papier der Kommission sieht vor, dass die Zertifizierung von Produkten mit höherem Risiko (zum Beispiel Herzschrittmacher und Hüftimplantate) bis Ende 2027 und für Produkte mit mittlerem und geringerem Risiko (Spritzen oder wiederverwendbare chirurgische Instrumente) bis Ende 2028 verlängert wird. Für implantierbare Sonderanfertigungen der höchsten Risikoklasse III soll der Übergangszeitraum bis zum

26. Mai 2026 verlängert werden. Zudem will die Kommission das bislang vorgesehene Abverkaufsgebot streichen. So könnten nach altem Recht zugelassene Produktbestände weiter auf dem Markt bleiben. „Der Vorschlag ändert nichts an den geltenden Sicherheits- und Leistungsanforderungen, die in der Verordnung über Medizinprodukte festgelegt sind“, betonte EU-Gesundheitskommissarin Stella Kyriakides. Er ändere lediglich die Übergangsbestimmungen, „damit den Herstellern mehr Zeit für den Übergang von den zuvor geltenden Vorschriften zu den neuen Anforderungen der Verordnung bleibt.“ Der Europäische Rat und das Europaparlament müssten den verlängerten Fristen noch zustimmen. Wegen der Dringlichkeit ist nach Angaben der EU-Kommission ein beschleunigtes Mitentscheidungsverfahren vorgesehen.

Der Europaabgeordnete und gesundheitspolitische Sprecher der EVP-Fraktion, Peter Liese, begrüßte den Vorschlag, auf den er mehrfach auch bei Kommissionspräsidentin Ursula von der Leyen gedrängt habe. Bei bestimmten Nischenprodukten reiche aber eine Fristverlängerung nicht aus. „Da brauchen wir gezielte Regelungen, wie wir sie zum Beispiel auch bei Arzneimitteln für die Behandlung von Kinderkrankheiten haben“, so Liese.

Presseinfo der EU-Kommission
germany.representation.ec.europa.eu > Aktuelle Meldungen

Presseinfo von Peter Liese
www.peter-liese.de



Neues EU-Forschungsprojekt zu „Real World Data“

20.01.23 (ams). Mit dem auf vier Jahre angelegten Forschungsprojekt „Real4Reg“ will die EU mehr Erkenntnisse über das Einbeziehen der sogenannten „Real World Data“ (RWD) in die Entscheidung über Arzneimittelzulassungen gewinnen. „Unter anderem sollen Informationen über die Verwendung von Medikamenten durch die Bevölkerung aus Abrechnungsdaten der Krankenkassen genutzt werden“, erläuterte das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Künstliche Intelligenz solle dazu genutzt werden, die zahlreichen und komplexen Anwendungsinformationen aus der Versorgungspraxis auszuwerten. „Thema wird auch sein, wie vorhandene Methoden verbessert und neue Methoden in den Organisationen eingeführt werden können“, so das BfArM. Insgesamt gehe es darum, die Wirksamkeit und Sicherheit von Arzneimitteln in der Praxis zu verbessern. Bestehende europäische Initiativen zur RWD-Analyse sollen einbezogen werden. Das BfArM koordiniert das mit Mitteln aus dem EU-Forschungsprogramm „Horizon Europe“ geförderte Projekt. Beteiligt sind insgesamt zehn europäische Partner, darunter nationale Regulierungs- und Gesundheitstechnologiebewertungsbehörden (HTA), sowie Universitätseinrichtungen und Patientenorganisationen aus sechs EU-Ländern. Über eine öffentliche Website wollen die Partner künftig fortlaufend über Aktivitäten und Ergebnisse des Projektes berichten.

Presseinfo des BfArM:
www.bfarm.de > Presse



Schweden übernimmt die EU-Ratspräsidentschaft

20.01.23 (ams). Zu Jahresbeginn hat Schweden die EU-Ratspräsidentschaft übernommen. Als Prioritäten für die sechsmonatige Amtszeit hat die Regierung des skandinavischen Landes „Sicherheit, Widerstandsfähigkeit, Wohlstand, demokratische Werte und Rechtsstaatlichkeit“ benannt. Schweden komplettiert nach Frankreich und Tschechien die aktuelle Trio-Präsidentschaft. Im Bereich Gesundheit hatten sich die drei Länder in ihrem gemeinsamen Programm vorgenommen, einen „einheitlichen Gesundheitsansatz“ zu fördern. Dieser solle gewährleisten, „dass die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger der EU geschützt ist und die EU – vom Bereich Forschung bis zur Produktion sowie im Fall grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren durch bessere Koordinierung auf EU-Ebene – auf gesundheitliche Herausforderungen reagieren kann“. In diesem Zusammenhang hatte sich der Dreivorsitz dafür eingesetzt, die Verhandlungen über das Paket zur Europäischen Gesundheitsunion abzuschließen und zu unterstützen. Dieses war weitgehend bereits während der jeweils halbjährigen Amtsperioden Frankreichs und Tschechiens 2022 gelungen.

Infos zur Ratspräsidentschaft Schwedens:
www.swedenabroad.se > Botschaften > Deutschland, Berlin

Website der schwedischen Ratspräsidentschaft:
swedish-presidency.consilium.europa.eu

Programm der Trio-Präsidentschaft Frankreich-Tschechien-Schweden:
www.consilium.europa.eu > Recherche und Veröffentlichungen
> Dokumentensuche > 14441/21



Weltweit die strengsten Trinkwasservorgaben

20.01.23 (ams). Nach einer zweijährigen Übergangsfrist ist seit dem 12. Januar die EU-Trinkwasserrichtlinie endgültig wirksam. Damit gelten nach Angaben der EU-Kommission in der Union die weltweit strengsten Standards für die Wasserqualität. Die Mitgliedstaaten seien zudem verpflichtet, „den Zugang zu sicherem Trinkwasser für alle und insbesondere für gefährdete und marginalisierte Gruppen zu verbessern und zu erhalten“, erläuterte die Kommission. Die Richtlinie enthält strengere Vorgaben zur Kontrolle von Trinkwasserquellen, Leitungswasser und Leistungssystemen. Das Augenmerk liegt zudem verstärkt auf neuartigen Schadstoffen, darunter Mikroplastik oder Substanzen, die das menschliche Hormonsystem beeinflussen können (endokrine Disruptoren). Außerdem wurden Hygienevorschriften für Materialien verschärft, die direkt mit Trinkwasser in Kontakt kommen. Die neuen Regeln gehen auch auf die erste erfolgreiche europäische Bürgerinitiative zurück. Die Unterschriftensammlung „Right2Water“ hatten 1,6 Millionen Menschen unterschrieben.

Presseinfo der EU-Kommission
germany.representation.ec.europa.eu > Aktuelle Meldungen



„Digitales Covid-Zertifikat einzig wirksame Reiseerleichterung“

20.01.23 (ams). Aus Sicht des Europäischen Rechnungshofes (EuRH) in Luxemburg war von allen europäischen Instrumenten zur Reiseerleichterung in der Corona-Pandemie nur das digitale Covid-Zertifikat grenzübergreifend nützlich. Andere Instrumente hätten aufgrund der begrenzten Nutzung nicht die erwünschte Wirkung gezeigt. Bis Ende März 2022 wurden laut EuRH mehr als 1,7 Milliarden Covid-Zertifikate zum Nachweis einer Corona-Impfung, eines negativen Tests oder einer überstandenen Infektion ausgestellt.

Die Rechnungsprüfer nahmen neben dem digitalen Covid-Zertifikat eine Anwendung zur Nachverfolgung von Kontaktpersonen, ein digitales Formular zur Reiseanmeldung sowie die Plattform für den Austausch zwischen den EU-Ländern unter die Lupe. Für die Entwicklung dieser Instrumente zur Vereinheitlichung der Reiserregeln hatte die EU-Kommission insgesamt rund 71 Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Der Prüfbericht zu Wirkung und Finanzierung der Kriseninstrumente bezieht sich auf den Zeitraum von Oktober 2020 bis Juni 2022. Das digitale Reiseformular wurde laut EuRH-Bericht nur 27 Millionen Mal und zu über 90 Prozent der Fälle in Italien genutzt. Die EU-Austauschplattform sei fast gar nicht verwendet worden. Bei der Anwendung zur Nachverfolgung von Kontaktpersonen kamen bis Mai 2022 83 Prozent der Daten von Nutzern aus Deutschland.

Kritisch bewertete der Rechnungshof zudem, dass es keine Vorkehrungen gebe, die in der Pandemie entwickelten Instrumente längerfristig zu nutzen oder bei Bedarf schnell wieder reaktivieren zu können. So laufe die Rechtsgrundlage für das digitale Covid-Zertifikat der EU im Juni dieses Jahres aus.

Presseinfo EuRH:
www.eca.europa.eu > Kürzlich veröffentlicht



Zahl des Monats

Um 146,12 Prozent ...

19.01.23 (ams) ... - also auf fast das Zweieinhalbfache - sind die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung (SPV) im Zehn-Jahresvergleich gestiegen: von 21,9 Milliarden 2011 auf 53,9 Milliarden Euro 2021 (+ 32 Milliarden Euro). Im gleichen Zeitraum stiegen die Einnahmen lediglich um 136,49 Prozent (2011: 22,2 Milliarden Euro, 2021: 52,5 Milliarden Euro) - ein Plus von 30,3 Milliarden Euro.

Allein in den fünf Jahren von 2017 bis 2021 rutschte die SPV drei Mal in die roten Zahlen. Dabei verzeichnete sie 2018 mit 3,6 Milliarden Euro das größte Defizit. 2,4 Milliarden Euro waren es 2017 und 1,4 Milliarden Euro 2021.

Die Zahl der Leistungsempfänger lag 2021 insgesamt bei 3,76 Millionen. Allein 1,66 Millionen davon waren AOK-versichert. Das entspricht einem Anteil von 44,1 Prozent. Die AOK-Gemeinschaft ist damit weiterhin die größte Pflegekasse in Deutschland.

**Weitere Zahlen und Fakten
zur Kranken- und Pflegeversicherung:**
www.aok-bv.de > Hintergrund > Zahlen und Fakten



Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss

Versicherte erhalten höheren Festzuschuss für Zahnersatz

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat zum 1. Januar 2023 die Festzuschüsse für Zahnersatz in seiner Richtlinie angepasst. Somit erhalten Versicherte einen höheren Festzuschuss und Zahnärztinnen und Zahnärzte bekommen ein höheres Honorar. Die Erhöhung der Festzuschussbeträge orientiert sich an den Preissteigerungen von jeweils 3,45 Prozent bei den zahntechnischen und zahnärztlichen Leistungen. Die konkrete Höhe der Zuschüsse wurde zuvor zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung beziehungsweise dem Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen verhandelt.

Fristen für Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern verlängert

Um die Kinder- und Jugendärzte in der aktuellen Erkältungswelle zu entlasten, hat der Gemeinsame Bundesausschuss die Fristen für die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen U6 bis zur U9 verlängert. Ärztinnen und Ärzte können diese Untersuchungen befristet bis Ende Juni 2023 auch dann durchführen und abrechnen, wenn die vorgegebenen Untersuchungszeiträume und Toleranzzeiten überschritten sind. Die Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U5 in den ersten sechs Lebensmonaten müssen weiterhin in den vorgesehenen Zeiträumen und Toleranzzeiten in Anspruch genommen werden.

Weitere Beschlüsse und
Informationen zur Arbeit des GBA:
www.g-ba.de



Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Ein Gesetz zur Verhinderung oder zumindest Eindämmung von Lieferengpässen, eine „revolutionäre“ Krankenhausreform, eine Reform der Pflegeversicherung inklusive höherer Beiträge: All das hat Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach für 2023 bereits angekündigt. Das derzeit einzige Gesetzesprojekt, zu dem ein konkreter Entwurf vorliegt, ist das „Gesetz zur Errichtung einer Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)“. (Stand: 26. Januar 2023). Das Kabinett verabschiedete die Vorlage noch kurz vor Weihnachten. Die wichtigsten Reformgesetze seit 1989 auch im Internet: www.aok-reformdatenbank.de.

Gesetz zur Errichtung einer Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)

Die „Unabhängige Patientenberatung Deutschland“ (UPD) soll künftig durch eine rechtsfähige Stiftung bürgerlichen Rechts getragen werden. Das sieht der am 21. Dezember 2022 beschlossene Kabinettsentwurf. Die Verbändeeteiligung lief bis zum 11. November 2022. Der GKV-Spitzenverband hat eine Stellungnahme für die Kassenverbände abgegeben.

„Mit der Stiftungslösung wird insbesondere den Kriterien der Unabhängigkeit, der Staatsferne sowie der Dauerhaftigkeit der Informations- und Beratungsstrukturen in hohem Maße Rechnung getragen“, heißt es zur Begründung. Ziel der Stiftung sei es, „die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten und die Patientenorientierung im Gesundheitswesen zu stärken und mögliche Problemlagen im Gesundheitssystem aufzuzeigen“.

Finanziert werden soll die Stiftung weiterhin von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) unter Beteiligung der privaten Krankenversicherung (PKV). Wie schon der der Ministeriumsentwurf sieht auch der Entwurf der Bundesregierung eine deutliche Anhebung des jährlichen Beitrags von derzeit zehn Millionen auf 15 Millionen Euro vor. Davon soll die PKV sieben Prozent tragen.

Leiten soll die neue aufgestellte UPD dem BMG-Entwurf zufolge ein zweiköpfiger Stiftungsvorstand, der durch einen Stiftungsrat bestellt und abberufen wird. Dem elfköpfigen Stiftungsrat sollen die oder der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, zwei Mitglieder des Bundestages, je eine Vertreterin oder ein Vertreter des BMG und des Verbraucherschutzministeriums sowie des GKV-Spitzenverbandes und des PKV-Verbandes angehören. Hinzu kämen vier ehrenamtliche Vertreter von Patientenorganisationen, die nicht Mitglied des Stiftungsvorstandes sein dürften.

Laut Entwurf würde die oder der Patientenbeauftragte den Stiftungsrat im Einvernehmen mit den beiden beteiligten Ministerien benennen. Das Stimmrecht der Mit-

glieder von GKV und PKV soll sich danach auf Finanzfragen beschränken. Die Arbeit der Stiftung soll jedes Jahr durch einen unabhängigen Gutachter überprüft werden.

Im Mai 2021 hatte der alte Bundestag die fristgemäß Ende vergangenen Jahres anstehende Neuausschreibung der UPD ausgesetzt, um der neuen Bundesregierung nach der Wahl Zeit für eine grundlegende Reform zu geben. Der Auftrag für den bisherigen Anbieter Sanvartis wurde um ein Jahr bis Ende 2023 verlängert.

Der Kabinettsentwurf:

www.bundesgesundheitsministerium.de
> **Ministerium** > **Gesetze und Verordnungen**



Kurzmeldungen

Gutachten: AOK teilt Kritik der Gesundheitsweisen

(19.01.23) Das deutsche Gesundheitswesen ist in vielen Bereichen nicht nachhaltig und krisenfest aufgestellt. Zu diesem Ergebnis kommt der Sachverständigenrat zur Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (SVR) in seinem aktuellen Gutachten. Der AOK-Bundesverband teilt diese Einschätzung. „Auch wenn Deutschland vergleichsweise gut durch die Krise gekommen ist, hat die Pandemie wesentliche Schwachstellen offenbart. Dazu gehören unklare Zuständigkeiten, personelle Engpässe und ein Mangel an Datentransparenz“, sagte die Vorstandsvorsitzende Dr. Carola Reimann. Die Verbandschefin drängte auch auf mehr Transparenz bei den Klinikkapazitäten. Gleiches gelte bei der Arzneimittelversorgung. Als weitere Schlüsselaufgaben nannte sie die Bewältigung des Klimawandels und die bessere Ausstattung und Vernetzung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Das Gutachten: www.svr-gesundheit.de > Publikationen > Gutachten 2023



Werbebeschränkungen endlich umsetzen

11.01.23(ams). Der AOK-Bundesverband appelliert an Unternehmen, dem Beispiel des Discounters Lidl zu folgen, und das Kindermarketing für ungesunde Lebensmittel zu beenden. „Die Menschen brauchen mehr Unterstützung, damit sie sich gesünder ernähren können“, sagte die Vorstandsvorsitzende Dr. Carola Reimann mit Blick auf die Ergebnisse der jüngst veröffentlichten AOK-Familienstudie. Die Verbandschefin bekräftigte die AOK-Forderung nach einer verpflichtenden Werbebeschränkung für ungesunde Kinder-Lebensmittel in TV, Radio und Streaming-Diensten.

Infos: www.aok-bv.de > Positionen > Statements



AOK: Mehr Transparenz bei der Ärztevergütung

09.01.23 (ams). Der AOK-Bundesverband fordert für die Vergütungsverhandlungen mit der Ärzteschaft nachvollziehbare Kalkulationsgrundlagen. „Nur so können Kassen im Sinne der Beitragszahlenden auf Augenhöhe verhandeln. Aufwand und Ertrag sollten auch bei ärztlichen Tätigkeiten in einem angemessenen Verhältnis stehen“, sagte die Vorstandsvorsitzende Dr. Carola Reimann hinsichtlich offensichtlich überhöhter Preise für PCR-Tests während der Corona-Pandemie. Die Recherchen von WDR, NDR und Süddeutscher Zeitung belegten, worauf der AOK-Bundesverband bereits im Mai 2020 hingewiesen habe, so Reimann.

Infos: www.aok-bv.de > Positionen > Statements



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: _____

Wenn Sie künftig den AOK-Medienservice Politik nicht mehr per Post, sondern **per E-Mail** erhalten wollen, melden Sie sich bitte unter folgender Web-Adresse an:

www.aok-bv.de/presse/medienservice

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 streichen Sie mich aus dem Verteiler für die Printausgabe des AOK-Medienservice Politik.

(Ihre Daten werden umgehend gelöscht.)

Sonstige Wünsche und Bemerkungen:
