



AOK-MEDIENSERVICE

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

12/19

POLITIK

 @AOK_Politik

Kritik am Entwurf zum GKV-FKG

- **Gute ärztliche Behandlung braucht genaue Diagnosen** 2

Fakten gegen Desinformationen

- **Arzneimittel-Engpässe: Mehr Transparenz dringend geboten** 4

ams-Grafik: GKV-Finanzergebnisse 1. bis 3. Quartal 2019

- **Von 100 Euro ...** 7

EU-Ticker

- **Fristverlängerung für weniger riskante Medizinprodukte** 8

Zahl des Monats

- **7,1 Millionen Menschen ...** 11

- **Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss** 12

- **Kurzmeldungen** 14



Kritik am Entwurf zum GKV-FKG

Gute ärztliche Behandlung braucht genaue Diagnosen

13.12.19 (ams). Typ-1-Diabetiker müssen anders behandelt werden als Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2. Geht es nach der Bundesregierung, kann dieser Unterschied künftig nicht mehr in Form von speziellen Diagnose-Codes in Verträgen zur besseren Versorgung der Patienten abgebildet werden. Die Allianz Deutscher Ärzteverbände und die AOK warnen davor, dass zahlreiche Versorgungsverträge durch geplante Änderungen der gesetzlichen Vorgaben gefährdet sind.

Die Ärzteverbände teilen das Anliegen des Gesetzgebers, dass es für Ärzte keine gesonderte Vergütung für die Dokumentation spezifischer Diagnosen ohne entsprechenden Leistungsbezug geben dürfe. Mit den geplanten Änderungen schieße der Gesetzgeber aber deutlich über das Ziel hinaus. „Hier wird das Kind mit dem Bade ausgeschüttet“, sagt Dr. Werner Baumgärtner, Vorstandsvorsitzender von MEDI GENO Deutschland und Vertreter der Allianz Deutscher Ärzteverbände. In einer Resolution hat sich die Allianz schon Anfang September gegen ein Verbot spezifischer Behandlungsdiagnosen als Voraussetzung für Leistungsvergütungen ausgesprochen. „Wenn ein Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen eine zielgenaue und adäquate Behandlung der Patienten erreichen soll, brauchen wir auch weiterhin die Möglichkeit, dass in diesen Verträgen die Diagnosen möglichst genau beschrieben werden.“

Innovative Versorgung künftig schlicht unmöglich

Das „Gesetz für einen fairen GKV-Kassenwettbewerb“ (GKV-FKG) sieht jedoch vor, dass Verträge zwischen Ärzten und Kassen, in denen bestimmte Krankheits-Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen genannt werden, künftig generell für unzulässig erklärt werden. „Trotz aller Warnungen und Proteste sind die problematischen Regelungen auch in der jüngsten Fassung des Gesetzentwurfes enthalten“, so Baumgärtner. Der Facharzt für Allgemeinmedizin spricht von drastischen Eingriffen in die Gestaltung bestehender und künftiger Versorgungsverträge. „Es besteht die Gefahr, dass besonders innovative Versorgungskonzepte künftig schlicht unmöglich gemacht werden.“

Die AOK schließt sich der Forderung der Ärzte an: „Vergütungen für Leistungen, die aus medizinischen Gründen nur für Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten vereinbart werden, sollten weiter zulässig sein“, sagt der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch. Der Text des GKV-FKG müsse aus den bereits beschriebenen Gründen geändert werden, um die erfolgreichen regionalen Versorgungsmodelle nicht zu gefährden, die die AOK in den vergangenen Jahren mit ihren ärztlichen Vertragspartnern entwickelt und umgesetzt habe. Als Beispiele nennt Litsch ein Versorgungsprogramm der AOK Sachsen-Anhalt für Patienten mit chronischen Nierenerkrankungen und das Facharzt-Programm der AOK Baden-Württemberg. Auch regionale Verträge für Patienten mit Lungenkrebs, Diabetischem Fußsyndrom oder mit psychischen Erkrankungen seien betroffen. „Die genaue Definition der Diagnosen und der erforderlichen medizinischen Maß-



nahmen sorgt dafür, dass eine faire und aufwandsgerechte Vergütung der Ärztinnen und Ärzte vereinbart werden kann“, betont Litsch und verwahrt sich gegen die Behauptung, Ärzte und Kassen nutzten diese Verträge systematisch zur Manipulation. „Diese Behauptung ist bis heute nie belegt oder gerichtlich dingfest gemacht worden.“ Dass Ärzte für ein paar Euro ihre Patienten auf dem Papier bewusst kränker machten, liegt außerhalb der Vorstellungskraft des Verbandschefs. Auch die Bundesländer hätten in ihrer Stellungnahme zum GKV-FKG Nachbesserungen bei den geplanten Regelungen gefordert.

Versorgung zum Wohle der Patienten stärken

Baumgärtner weist darauf hin, dass laut der Begründung zum Gesetzestext weiter Vergütungen für bestimmte Krankheiten möglich sein sollen, sofern sie an die Kapitel oder Obergruppengliederungen des internationalen Systems zur Klassifizierung von Krankheiten (ICD) oder an einen „allgemeinen Krankheitsbegriff“ anknüpfen. „Diese scheinbare Entschärfung ist aber bei näherer Betrachtung gar keine, weil sie nicht greift“, kritisiert er und verdeutlicht dies an einem Beispiel: „Wenn man in einen Vertrag zur Versorgung von Diabetikern nur die ICD-Obergruppe Diabetes mellitus hineinschreiben darf, dann bleibt völlig unklar, welche Form des Diabetes gemeint ist. Denn unter diese Obergruppe fallen sowohl Diabetes mellitus Typ 1 als auch Diabetes mellitus Typ 2. Das sind zwei völlig unterschiedliche Krankheiten, die verschiedene Ursachen haben und unterschiedliche Patientengruppen betreffen“, so Baumgärtner. Er warnt vor einem „versorgungspolitischen Rückschritt“ durch die geplanten Änderungen: „Wir appellieren an den Gesetzgeber, die notwendigen Innovationspotenziale und Gestaltungsspielräume für eine evidenzbasierte Versorgungs- und Vertragsgestaltung zum Wohle der Patienten zu erhalten und weiter zu stärken.“

(rbr)

**WEITERE INFORMATIONEN ZU SELEKTIVVERTRÄGEN,
HAUSARZTZORIENTIERTER VERSORGUNG UND FACHARZTVERTRÄGEN IM DOSSIER:**

www.aok-bv.de

> Hintergrund > Dossiers > Ärztliche Versorgung





Fakten gegen Desinformationen

Arzneimittel-Engpässe: Mehr Transparenz dringend geboten

13.12.19 (ams). Die AOK begrüßt Pläne des Bundesgesundheitsministeriums, Arzneimittelhersteller zu verpflichten, Lieferengpässe zu melden. Forderungen von Pharmaindustrie und Apotheken nach neuen Regeln für Rabattverträge bezeichnete der Vorstandsvorsitzende AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch, hingegen als „Inszenierung“. Ursachen für Lieferengpässe seien nicht Rabattverträge, sondern technische Probleme, Rohstoffengpässe und intransparente Lieferketten. Die Lieferquote bei Präparaten, für die es einen AOK-Rabattvertrag gibt, lag laut Wissenschaftlichem Institut der AOK (WIdO) zuletzt bei 99,7 Prozent.

Litsch plädiert für verpflichtende Meldungen über Lieferengpässe auf allen Ebenen: vom Hersteller über den Großhandel bis zur Apotheke. „Es ist gut, dass das Bundesgesundheitsministerium diese Lösung anpackt.“ Außerdem müssten die Aufsichtsbehörden die Vorratshaltung von Arzneimitteln auf allen Distributionsstufen regelmäßig prüfen und hierzu mehr Kompetenzen erhalten.

Pharmaverbände und Apothekerschaft werden nicht müde zu behaupten, Arzneimittel-Rabattverträge seien eine wesentliche Ursache für Lieferengpässe bei Medikamenten. Die Zahlen, die Martin Litsch und der Vorstandsvorsitzende der AOK Baden-Württemberg, Dr. Christopher Hermann, gemeinsam mit dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) in einem Pressegespräch vorlegten, sprechen hingegen eine deutlich andere Sprache. Hermann führt seit über einem Jahrzehnt für die gesamte AOK-Gemeinschaft die Verhandlungen für die bundesweiten Rabattverträge.

Hohe Versorgungssicherheit bei patentfreien Arzneimitteln

Die WIdO-Analysen belegen, wie sehr Rabattverträge die Versorgungssicherheit der Patientinnen und Patienten stärken. Anfang September 2019 waren 99,3 Prozent der Arzneimittel, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet wurden, lieferbar. Nur 461 Arzneimittel waren laut offiziellen Meldungen, die auf freiwilligen Meldungen der Pharmaindustrie basieren, vorübergehend nicht verfügbar. Unter den 9.000 Arzneimitteln, für die es einen AOK-Rabattvertrag gibt, lag der Anteil der lieferbaren Präparate demnach sogar bei 99,7 Prozent. Der stellvertretende WIdO-Geschäftsführer Helmut Schröder unterstützt daher die Forderung, dass Hersteller Lieferschwierigkeiten verpflichtend melden müssen, wenn keine ausreichende Versorgungssicherheit im Folgemonat gewährleistet werden kann. „Es ist nicht einzusehen, dass wir heute den Weg unserer Paketsendungen online mitverfolgen können, dies aber bei der ungleich wichtigeren Arzneimittelversorgung in Deutschland nicht gelingen soll.“

Vor diesem Hintergrund fordert die AOK die Politik auf, den Kampagnen von Pharmaverbänden und Apothekern nicht einfach hinterherzulaufen und erfolgreiche Wettbewerbsinstrumente nicht zu streichen. Der Handlungsspielraum der Krankenkassen sei schon an anderen Stellen deutlich beschnitten worden. In Zukunft müsse es wieder mehr Wettbewerb



um die beste Versorgung geben dürfen, so die Vertreter der AOK. „Der wahre Grund für die Desinformationskampagnen von PharmaLobby und Apotheken liegt im Erfolg unserer Rabattverträge. Sowohl wirtschaftlich als auch für die Versorgung der Patienten“, sagt der Verbandschef. „Leider gehen Teile der Politik der Pharma-Inszenierung auf den Leim.“ So gingen Lösungsansätze meistens an den wahren Ursachen von Lieferengpässen komplett vorbei. Schlimmer noch, sie packten die wirklich drängenden Lieferengpässe im Krankenhaus nicht mal an, wo es gar keine Rabattverträge gebe.

Pharmafirmen wollen Profite maximieren

Völlig fehl gehen aus Sicht der AOK Pläne, verpflichtende Mehrfachvergaben bei den Rabattverträgen einzuführen. So sollen Kassen künftig jeden Rabattvertrag mit mindestens drei Herstellern schließen. Exklusivverträge soll es nicht mehr geben. „Nicht Liefersicherheit, sondern Profitstreben ist der Anlass für Pharmafirmen, wenn sie exklusive Rabattverträge abschaffen wollen“, hält Dr. Christopher Hermann fest. „Was soll sich verbessern, wenn drei Unternehmen den Zuschlag erhalten, deren Produkte alle aus derselben Fabrik kommen?“ Hintergrund: Die sogenannte Lohnherstellung, also die Herstellung im Auftrag eines anderen Unternehmens, ist bei europäischen Generikaanbietern die Regel. Die AOK Baden-Württemberg hat die Ausschreibungsunterlagen dahingehend ausgewertet. Unter 193 in Europa tätigen Herstellern finden sich nur elf meist kleinere, die tatsächlich für sich selbst produzieren. Von den Arzneimitteln zu 230 generischen Wirkstoffen werden 93 Prozent in der EU ausschließlich über Lohnhersteller produziert. Die meisten pharmazeutischen Unternehmer in Deutschland haben also noch nie ein Arzneimittel selbst hergestellt.

Die Analysen zeigen auch, dass der überwiegende Teil der Generikaproduktion noch immer in Deutschland stattfindet. 59 Hersteller und Lohnhersteller, die Vertragspartner der AOK sind, haben ihren Sitz in Deutschland. Das sei mehr als in jedem anderen Land, so Hermann. Forderungen nach einer verstärkten Arzneimittelproduktion „Made in Europe“ bezeichnete Hermann als Nebelkerzen, die kaum mit dem Europarecht vereinbar seien, „weil es Länder diskriminiert, mit denen Freihandelsabkommen bestehen“.

Exklusive Rabattverträge – Gut für Patienten und Hersteller

Wer exklusive Rabattverträge abschaffen möchte, würde darüber hinaus auf klare Vorteile für Patienten und Pharmahersteller gleichermaßen verzichten. Auch dafür bieten die Analyseergebnisse des WIdO zahlreiche Belege. 2018 haben 82,7 Prozent der Patienten, die ihren rabattierten Wirkstoff von einem exklusiven Rabattpartner über einen längeren Zeitraum einnehmen, ihr Medikament dauerhaft von demselben Hersteller erhalten. Bei den Wirkstoffen beziehungsweise Wirkstoffkombinationen, bei denen sich mehrere Partner die Versorgung teilen, erhielten nur 69,1 Prozent der Arzneimittelpatienten das Arzneimittel immer vom selben Hersteller. „Rabattverträge mit Exklusivpartnern vermeiden unnötige Medikamentenwechsel“, schlussfolgert WIdO-Vize Helmut Schröder. „Das fördert die Therapietreue der Patienten und den Erfolg der Therapie.“

Die Pharmafirmen wiederum können mit Exklusivverträgen ihre Absatzmengen und damit ihre wirtschaftlichen Grundlagen besser planen. Denn bei Mehrfachvergaben verteilt sich der Markt nicht einfach gleichmäßig auf die zwei oder drei Vertragspartner. Nach den Analysen des WIdO entfallen bei den Wirkstoffen und Wirkstoffkombinationen, die von drei Rabattpartnern beliefert werden, im Schnitt fast Zweidrittel der Verordnungen auf den verordnungs-



stärksten Partner, gerade einmal ein gutes Viertel auf den zweiten und nur etwas mehr als zwölf Prozent auf den verordnungsschwächsten Partner. Bei einzelnen Wirkstoffen übernimmt der verordnungsstärkste Rabattpartner sogar 93,0 Prozent, während für andere Rabattpartner nur 0,2 Prozent der Versorgung übrigbleiben.

„Die Ausschreibung im Mehrpartnermodus erschwert die Kalkulation der Anbieter deutlich“, bilanziert Schröder. Diese Unsicherheit schlägt sich in höheren Preisen nieder. Schließlich könnten Mehrfachvergaben sogar Lieferengpässen Vorschub leisten, wenn in den Apotheken einzelne der möglichen Rabattpartner bevorzugt würden und diese die Verordnungsmengen nicht eingeplant haben, gibt der Arzneimittelexperte zu bedenken. Und Christopher Hermann ergänzt: „Auch höhere Preise würden die Versorgungssicherheit nicht verbessern. Andernfalls müsste die Arzneimittelversorgung in den USA am besten sein, denn dort sind Medikamente weltweit am teuersten. Erstaunlicherweise haben die USA doppelt so viele Lieferengpässe wie Deutschland.“

(rbr)

BASISINFORMATIONEN ZU ARZNEIMITTLERABATTVERTRÄGEN IM DOSSIER:

www.aok-bv.de

> Hintergrund > Dossiers > Arzneimittelrabattverträge

WEITERE ANALYSEDATEN DES WIDO ZU ARZNEIMITTLERABATTVERTRÄGEN:

www.wido.de

> Aktuelles > Sicherere Versorgung, mehr Wettbewerb und geringere Ausgaben

FORSCHUNGSERGEBNISSE DES WIDO ZU ARZNEIMITTELN INSGESAMT

www.wido.de

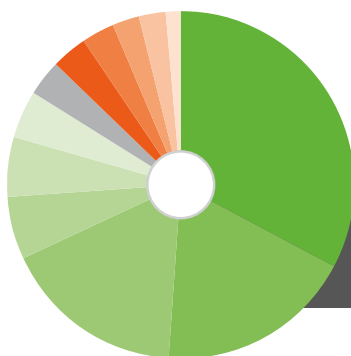
> Forschung & Projekte > Arzneimittel





ams-Grafik: GKV-Finanzergebnisse 1. bis 3. Quartal 2019

ams-Politik 12/19



Von 100 Euro
haben die Krankenkassen
ausgegeben für:

- Krankenhaus | 31,70 €
- Ärztliche Behandlung | 17,88 €
- Arzneimittel | 16,91 €
- Zahnärztliche Behandlung + Zahnersatz | 5,85 €
- Krankengeld | 5,62 €
- Nettoverwaltungskosten | 4,32 €
- Sonstiges * | 3,85 €
- Hilfsmittel | 3,70 €
- Heilmittel | 3,44 €
- Häusliche Krankenpflege | 2,70 €
- Fahrkosten | 2,54 €
- Vorsorge- und Reha-Maßnahmen | 1,48 €

* u.a. Leistungen bei Schwangerschaft / Mutterschutz, für soziale Dienste / Prävention

Quelle: Quelle: BMG/KV 45;
Grafik: AOK-Mediendienst

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat das dritte Quartal 2019 mit einem Defizit von rund 741 Millionen Euro abgeschlossen. Die Ausgaben lagen bei rund 187,9 Milliarden Euro, die Einnahmen bei etwa 187,2 Milliarden. Die Ausgaben waren damit 5,1 Prozent höher als die des Vorjahreszeitraums. Die Einnahmen stiegen um 3,6 Prozent. Die Zahl der GKV-Versicherten nahm laut Bundesgesundheitsministerium um 0,4 Prozent zu.

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



EU-Ticker

Fristverlängerung für weniger riskante Medizinprodukte

13.12.19 (ams). Der Europäische Rat hat entschieden, die in der EU-Medizinprodukteverordnung vorgesehene erstmalige Prüfung von Produkten der Risikoklasse I um vier Jahre bis zum 26. Mai 2024 zu strecken. Dies betrifft zum Beispiel Rollstühle, Patientenbetten, Verbandmittel oder wiederverwendbare chirurgische Instrumente. Der Aufschub betrifft allerdings auch digitale Gesundheitsanwendungen, die in Deutschland künftig auf Rezept verordnet werden können. „Der zuständige Ausschuss des Europaparlaments hat der Fristverlängerung am 3. Dezember zugestimmt, kritisiert aber das Verfahren als rechtlich fragwürdig“, erläutert der Vertreter der AOK in Brüssel, Evert Jan van Lente. „Im Parlament gibt es jedoch keine Mehrheit dafür, das Scharfstellen der Medizinprodukteverordnung zum 26. Mai 2020 insgesamt in Frage zu stellen. Auch die AOK lehnt dies ab.“

Die Medizinprodukteverordnung ist am 25. Mai 2017 nach vierjähriger Verhandlung in Kraft getreten. Sie regelt EU-weit die Zulassung und Sicherheitsüberprüfung von Medizinprodukten in vier Risikoklassen. Sie müssen durch sogenannte Benannte Stellen innerhalb der Übergangsfrist bis zum 26. Mai 2020 zertifiziert werden. In Deutschland sind das zum Beispiel TÜV oder Dekra. Die Benannten Stellen ihrerseits müssen erneut oder erstmals zertifiziert werden.

Laut EU-Kommission sollten bis Ende 2019 mindestens 20 Stellen zertifiziert sein, bis zum 5. Dezember waren es jedoch nur sieben, davon drei in Deutschland. „Deshalb ist es nicht zu schaffen, die Flut der Klasse-I-Produkte rechtzeitig zum 26. Mai 2020 zu zertifizieren“, sagt van Lente. „Bis 2024 reicht jetzt für Produkte dieser niedrigsten Risikoklasse eine Selbsterklärung des Herstellers. Damit werden befürchtete Versorgungsengpässe vermieden, zum Beispiel bei Skalpellen im Krankenhaus.“ Produkte einer höheren Risikoklasse mit einer gültigen Zertifizierung über den 26. Mai 2020 hinaus müssen das neue Prüfverfahren zunächst nur durchlaufen, wenn die individuelle Zertifizierungsfrist abläuft, oder wesentliche Änderungen am Produkt vorgenommen werden.

TEXT DER ÄNDERUNG DER EU-MEDIZINPRODUKTEVERORDNUNG („KORRIGENDUM“):

eur-lex.europa.eu
> Amtsblatt > 11/2019



WEITERE INFORMATIONEN IM DOSSIER MEDIZINPRODUKTE:

www.aok-bv.de
> Hintergrund > Dossiers > Medizinprodukte





Deutschland EU-Spitze bei Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit

13.12.19 (ams). Zum 1. Dezember hat EU-Gesundheitskommissar Vytenis Andriukaitis (Litauen) das Amt an seine Nachfolgerin Stella Kyriakides (Zypern) übergeben. Zum Abschluss seiner Amtszeit stellte Andriukaitis noch den aktuellen Gesundheitsbericht für Europa vor. Deutschland hat demnach im Jahr 2017 im Ländervergleich am meisten für die Gesundheitsversorgung ausgegeben: 4.300 Euro pro Kopf. Das entsprach 11,2 Prozent des Bruttoinlandsproduktes und lag rund 1.400 Euro über dem EU-Durchschnitt von 2.884 Euro. Deutschland gehört zudem zu den Ländern mit den höchsten Quoten an Krankenhausbetten, Ärzten und Krankenpflegekräften pro Einwohner in der EU.

Der von der EU-Kommission und der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit (OECD) herausgegebene Bericht „Health at a Glance: Europe 2018“ analysiert vergleichend die gesundheitliche Situation der Menschen und die Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme in den 28 EU-Mitgliedstaaten, fünf EU-Kandidatenländern sowie in Norwegen, Island und der Schweiz. Im Begleitbericht zu den Länderprofilen bezeichnet die EU-Kommission die „Impfskepsis als große Bedrohung für die öffentliche Gesundheit in ganz Europa“. Hier gelte es, die Gesundheitskompetenz der Menschen zu stärken und Desinformation zu bekämpfen.

[HEALT AT A GLANCE – DER GESUNDHEITSBERICHT AUF DER DEUTSCHEN OECD-WEBSITE](#)

www.oecd.org/berlin
> Publikationen > weitere Publikationen

[DIE LÄNDERBERICHTE UND INFOS DER EU-KOMMISSION
ZUM BERICHTSZYKLUS „HEALTH AT A GLANCE“](#)

ec.europa.eu
> Leben, Arbeiten und Reisen in der EU > Gesundheitspolitik
> Öffentliche Gesundheit > State of Health in the EU



Auch die Niederlande setzen auf das Nutri-Score-System

13.12.19 (ams). Auch die Niederlande wollen das Nutri-Score-System zur Nährwertkennzeichnung bei Lebensmitteln übernehmen. Das hat der Staatssekretär für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport, Paul Blokhuis, Ende November angekündigt. Die Verbraucherforschung habe gezeigt, dass von den in Europa verwendeten Logos der Nutri-Score am besten helfe, gesunde Entscheidungen zu treffen. Das Farbetikett soll aber nicht sofort eingeführt werden, da nach Angaben des niederländischen Ministeriums einige Aspekte des Systems nicht den dortigen Ernährungsrichtlinien entsprechen. Ein international besetztes Wissenschaftskomitee soll dies jetzt bis spätestens Mitte 2021 klären.

Der Präventionsexperte des AOK-Bundesverbandes, Dr. Kai Kolpatzik, bezeichnete die niederländische Entscheidung als wichtigen Schritt hin zu einer verbindlichen Regelung auf EU-Ebene. Es sei jedoch zu befürchten, „dass die Lebensmittelhersteller jetzt versuchen, das Nutri-Score-System zu verwässern“. Darauf deutete auch eine am 3. Dezember veröffentlichte Mitteilung des Lebensmittelverbandes Deutschland hin. Darin erklärt sich der Lobbyverband zu einer „konstruktiven Begleitung“ der Nutri-Score-Einführung in Deutschland bereit, fordert aber eine „Anpassung der Berechnungsgrundlage an tatsächliche Ernährungs-



gewohnheiten der Verbraucher“. Kolpatzik: „Beim Nutri-Score handelt es sich um eine sowohl wissenschaftlich nachgewiesene als auch von den Verbrauchern mehrheitlich befürwortete besonders verständliche Lebensmittelkennzeichnung. Die Politik sollte deshalb nicht zulassen, dass die Industrie wieder einmal mit Portionsgrößen und anderen Tricksereien zu viel Fett, Zucker oder Salz in den Produkten verschleiert.“



Zahl des Monats

7,1 Millionen Menschen ...

.... in Deutschland leiden laut Gesundheitsatlas des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) an Diabetes-Typ-2. Das sind 8,6 Prozent der insgesamt 82,7 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner. Der Gesundheitsatlas dokumentiert auch große regionale Unterschiede. In Hamburg und Schleswig-Holstein etwa liegen die Erkrankungsdaten mit 6,4 beziehungsweise 7,3 Prozent am niedrigsten. Die östlichen Bundesländer Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen weisen dagegen verhältnismäßig hohe Raten von jeweils mehr als 11,5 Prozent auf.

Auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte sind diese Unterschiede noch deutlicher ausgeprägt. Die Erkrankungsdaten reichen von 4,8 Prozent beziehungsweise 4,9 Prozent in den baden-württembergischen Städten Heidelberg und Freiburg bis zu 14,9 beziehungsweise 15,4 Prozent in den brandenburgischen Landkreisen Elbe-Elster und Prignitz. Aber nicht nur im Osten, sondern auch in einigen Kreisen des Saarlands, Rheinland-Pfalz, Nordbayerns, Nordrhein-Westfalens und Hessens zeigen sich Erkrankungsdaten, die deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegen.

Von den 7,1 Millionen Menschen mit Typ-2-Diabetes in Deutschland sind mehr als die Hälfte über 70 Jahre alt. In den Altersgruppen zwischen 80 und 90 Jahren sind mehr als ein Drittel der Männer und Frauen von der Krankheit betroffen.

Für den Gesundheitsatlas ist ein innovatives Hochrechnungsverfahren verwendet worden, das vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) in Zusammenarbeit mit der Universität Trier entwickelt wurde. Es erlaubt auf Basis der Abrechnungsdaten der AOK-Versicherten zuverlässige Aussagen zu Krankheitshäufigkeiten in der Gesamtbevölkerung bis auf die Ebene der 401 Landkreise und kreisfreien Städte. Unterschiede zwischen den AOK-Versicherten und der Gesamtbevölkerung in Bezug auf Alter, Geschlecht und Krankheitshäufigkeit werden dabei durch ein neues statistisches Verfahren herausgerechnet. Erklärtes Ziel dieser Analysen ist es, den Akteuren vor Ort fundierte Informationen über das Krankheitsgeschehen in ihrer Region bereitzustellen.

[DER GESUNDHEITSATLAS DIABETES ZUM DOWNLOAD:](#)

www.wido.de > Aktuelles





Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss

Gebärmutterhalskrebs: Screening kann wie geplant starten

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat die Dokumentationsvorgaben für das Screening auf Gebärmutterhalskrebs bis auf weiteres ausgesetzt. Somit kann das bereits im November 2018 beschlossene Programm wie geplant am 1. Januar 2020 starten. Der Beschluss erfolgte einstimmig und unter Zustimmung der Patientenvertreter im GBA.

Eigentlich ist vorgesehen, dass die im Rahmen der organisierten Früherkennungsprogramme durchgeführten Untersuchungen von den Ärztinnen und Ärzten elektronisch zu dokumentieren sind. Auf Basis der gewonnenen Daten soll das Programm beurteilt und gegebenenfalls weiterentwickelt werden. Nach Angaben des GBA hätte aber die notwendige Praxis-Software bis zum Stichtag am 1. Januar 2020 nicht zur Verfügung gestanden. Die Abrechnung der Leistungen zulasten der Krankenkassen wäre ohne die nun beschlossene Änderung nicht zulässig gewesen und der komplette Start des Screenings hätte verschoben werden müssen.

„Nach genauer Abwägung der jeweiligen Vor- und Nachteile der Handlungsoptionen sind wir jedoch zu dem Schluss gekommen, am vorgesehenen Programmstart festzuhalten, damit die anspruchsberechtigten Frauen ohne weiteren Verzug von den Vorteilen des Programms in Form von sensitiveren Testmethoden, verbesserten und qualitätsgesicherten Abklärungs-Algorithmen, Einladungen und umfassender Programminformation profitieren können“, hieß es seitens des GBA.

Die Informationsschreiben zum neuen Screening auf Gebärmutterhalskrebs werden von den Krankenkassen rechtzeitig zum Programmstart ab dem 1. Januar 2020 versendet. Arztpraxen beziehen die Versicherteninformationen über ihre jeweilige Kassenärztliche Vereinigung. Der Beschluss sieht auch eine Aussetzung der Dokumentationsvorgaben für das Darmkrebs-Screening vor und tritt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft, sofern das Bundesgesundheitsministerium keine Einwände hat.

Neue Qualitätsvorgaben bei Oberschenkelhalsbruch

Eine frühzeitige Operation ist für die Heilungschancen bei Oberschenkelhalsbruch ein wesentliches Kriterium. Mit verbindlichen Standards zu Struktur, Personal und Verfahrensabläufen will der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) sicherstellen, dass die Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur – so der Fachbegriff – künftig innerhalb von 24 Stunden operiert werden können.

Seit Jahren zeigt der im Auftrag des GBA erstellte Qualitätsreport des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) Qualitätsmängel beim Indikator „Präoperative Verweildauer bei der Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“. Das IQTIG stellt hier bundesweit einen besonderen Handlungsbedarf fest. Der GBA trägt diesem Umstand mit der Erstfassung seiner Richtlinie zu Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität der Versorgung jetzt Rechnung. Krankenhäuser müssen demnach verbindliche, interdisziplinär abgestimmte, schriftliche und jederzeit verfügbare Standard-



abläufe (Standard Operating Procedures – SOP) einführen. Diese SOP müssen dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens entsprechen. Oberschenkelhalsbrüche sind eine typische und häufige Verletzung älterer Menschen. Gründe dafür sind die meist im Alter abnehmende Festigkeit der Knochensubstanz, Osteoporose und zunehmende Bewegungsunsicherheit. Von den jährlich etwa 120.000 Brüchen entfallen rund 80 Prozent auf Menschen, die 70 Jahre und älter sind. Die neue Richtlinie tritt nach Nichtbeanstandung durch das Bundesgesundheitsministerium und Veröffentlichung im Bundesanzeiger zum 1. Juli 2020 in Kraft.

DMP für Patienten mit KHK aktualisiert

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat die Anforderungen an Disease-Management-Programme (DMP) für Patientinnen und Patienten mit koronarer Herzkrankheit (KHK) an den Stand des medizinischen Wissens angepasst. Grundlage ist insbesondere die Leitlinienrecherche des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). So hat der GBA beispielsweise die Kriterien für eine gesicherte Diagnosestellung erweitert. Sie ist Voraussetzung für die Einschreibung in ein Behandlungsprogramm. Die bisher vorgeschriebene jährliche Risikoabschätzung wird durch eine individuell festzusetzende Verlaufskontrolle ersetzt sowie die Empfehlungen zu den Kontrolluntersuchungen spezifiziert. Zudem hat der GBA die Empfehlungen für eine medikamentöse Behandlung mit Betarezeptorenblockern und Lipidsenkern/Statinen angepasst. Aufgrund der hohen Bedeutung körperlicher Aktivität für den Krankheitsverlauf bei KHK wird in den DMP-Anforderungen betont, dass allen Patientinnen und Patienten die Teilnahme an medizinisch begleiteten Sportprogrammen in Herzgruppen zu empfehlen ist. Zudem können die DMP-Anforderungen nun ausdrücklich auf KHK-relevante Patientenschulungen hinweisen. Solche spezifischen Schulungen stehen erst seit kurzem zur Verfügung. Die letzte Aktualisierung stammt aus dem Jahr 2014.

KHK gehört zu den häufigsten chronischen Erkrankungen in Deutschland. Derzeit sind zirka 1,9 Mio. gesetzlich Versicherte in ein DMP KHK eingeschrieben. Bei KHK sind die großen Blutgefäße, die das Herz mit Sauerstoff versorgen, verengt. Dies kann zu einer Unterversorgung des Herzmuskels mit Sauerstoff und in der Folge beispielsweise zu Herzinfarkten führen. Der GBA legt den Beschluss dem Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung vor. Nach Nichtbeanstandung treten die neuen Anforderungen an das am ersten Tag des auf die Veröffentlichung im Bundesanzeiger folgenden Quartals in Kraft, frühestens aber am 1. April 2020. Die laufenden DMP-Verträge müssen innerhalb eines Jahres nach Inkrafttreten des Beschlusses an die neuen Regeln angepasst werden.

[WEITERE BESCHLÜSSE DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSSES:](#)

www.g-ba.de





Kurzmeldungen

Azubis: Jeder zweite mit Beschwerden

13.12.19 (ams). Fast vier von fünf Azubis bewerten ihre Gesundheit als gut oder sehr gut. Dennoch hat etwa die Hälfte bereits gesundheitliche Probleme, die mit dem Arbeitsplatz zusammenhängen. Das hat eine aktuelle Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) unter 1.420 Nachwuchskräften zu Tage gefördert. 63,7 Prozent der Befragten berichten von körperlichen, 52,3 Prozent von psychischen Beschwerden. Jeweils etwa ein Viertel gibt an, dass sie häufig oder immer unter Verspannungen, Kopfschmerzen oder Rückenschmerzen leiden. 43,2 Prozent sagen, sie fühlten sich immer oder häufig müde und erschöpft. „Gesundheitsangebote können den Krankenstand eines Unternehmens positiv beeinflussen. Die Azubis sind dafür sehr aufgeschlossen“, sagt Studienleiter Klaus Zok. Gut 80 Prozent halten betriebliche Gesundheitsangebote für gut. Bei Frauen fällt die Zustimmung etwas höher aus als bei Männern.

[DER WIDOMONITOR 2/2019 ZUM DOWNLOAD:](#)

www.wido.de > Publikationen & Produkte > WIdOmonitor



Prävention: AOK auch bei der Qualität ganz vorn

13.12.19 (ams). Mit rund 200 von insgesamt 500 Millionen Euro hat die AOK 2017 das meiste Geld aller Krankenkassenarten in Prävention investiert. Bundesweit über 1.500 ausgebildete AOK-Präventionsfachkräfte erarbeiten Angebote, die passgenau auf die Lebensumstände der Menschen abgestimmt sind. Erstmals hat jetzt das IGES Institut im Auftrag des AOK-Bundesverbandes im „Qualitätsbericht Prävention“ das Präventionsengagement der Gesundheitskasse mit dem der übrigen Krankenkassen verglichen. Neben Partizipation, Reichweite und Ganzheitlichkeit flossen Aspekte wie Qualitätsmanagement und die Qualifikation des Personals in die Analyse mit ein. Grundlage der Auswertung waren die fast 1,7 Millionen Dokumentationsbögen, die die Krankenkassen jedes Jahr an den GKV-Spitzenverband übermitteln.

[DER AOK-QUALITÄTSBERICHT ZUM DOWNLOAD:](#)

www.aok-bv.de > Hintergrund > Dossiers > Prävention



Führungswechsel in Nordost und Baden-Württemberg

13.12.19 (ams). Mit Frank Michalak und Dr. Christopher Hermann legen mit Ablauf des Jahres 2019 zwei AOK-Urgesteine ihre Vorstandsämter nieder. Michalak wurde 2006 zunächst Vorstandsvorsitzender der AOK Brandenburg, nach zwei Fusionen 2011 Vorstandschef der AOK Nordost. Ab Januar 2020 übernimmt Daniela Teichert das Amt der Vorstandsvorsitzenden bei der AOK Nordost. Hermann gehörte seit dem Jahr 2000 dem Vorstand der AOK Baden-Württemberg an. 2003 wurde er Vorstandsvize, 2011 dann Vorstandschef. Sein Nachfolger wird Johannes Bauernfeind.



**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:
