

INHALT

- **500 Millionen Euro mehr für Krankenhaus-Pflege**
- **Innovationsfonds: Erste Förderbekanntmachung noch 2015**
- **Regierung will spezielle eGK für Flüchtlinge**
- **Kliniken: Fortschritte beim Risikomanagement**
- **Blickpunkt Hintergrund: AVR 2015 – Gesetzesänderungen und neue Medikamente als Kostentreiber**

Redaktionsschluss dieser Ausgabe:
7. Oktober 2015

■ **Lauterbach will AMNOG-Nachbesserung**

Das Preisverhandlungssystem für Arzneimittel soll auf den Prüfstand. Wie der SPD-Fraktionsvize Prof. Karl Lauterbach erklärte, ist das **Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz** (AMNOG) zwar gut, bringt aber nicht die ursprünglich anvisierten Einsparungen. „450 Millionen Euro im Jahr liegen weit hinter dem, was wir erwartet haben“, so der SPD-Gesundheitsexperte. Der Gesetzgeber hatte sich von dem 2011 in Kraft getretenen AMNOG Einsparungen in Höhe von zwei Milliarden Euro jährlich erhofft. Nach Ansicht Lauterbachs müsse das im Gesetz geregelte Verfahren den tatsächlichen Nutzen von neuen Arzneien besser sichtbar machen. Lauterbach äußerte sich bei der Vorstellung des Arzneiverordnungs-Reports 2015. Dieser analysiert jährlich die 820 Millionen Arzneiverordnungen für AOK-Versicherte. Weitere Daten und Hintergründe zum Arzneiverordnungs-Report 2015 gibt es ab Seite 7.

Infos: www.aok-bv.de

■ **Pflegestärkungsgesetz: Wohngruppen-Förderung nicht zweckentfremden**

Die AOK unterstützt das Gesetzesvorhaben der Bundesregierung zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes, zur Weiterentwicklung der Pflegequalität und für eine bessere Pflegeberatung. „Mit dem **Pflegestärkungsgesetz II** werden langjährige Forderungen des AOK-Bundesverbandes zur Neuausrichtung der **sozialen Pflegeversicherung** umgesetzt“, heißt es in der Stellungnahme anlässlich der Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages. Schärfere Regeln fordert der Verband, um eine Zweckentfremdung der Förderung ambulanter Wohngruppen zu verhindern. Immer wieder unterliefen Träger die „gute Absicht“ des Gesetzgebers, ein längeres Leben zu Hause zu ermöglichen, indem sie im Verbund ambulante Versorgungsangebote anböten, die sich im Leistungsumfang von einer vollstationären Einrichtung nicht unterscheiden würden. Um innovative ambulante Wohn- und Pflegekonzepte zu unterstützen, erhalten Pflegebedürftige einen pauschalen Wohngruppenzuschlag, wenn sie mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe leben. Der Zuschlag beträgt derzeit 205 Euro monatlich. Er soll mit dem PSG II auf 214 Euro angehoben werden. Die AOK macht in ihrem Positionspapier auch Vorschläge zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, etwa für einen eigenständigen Anspruch auf Pflegeberatung.

Infos: www.aok-bv.de

ZUR PERSON I



■ **Dr. Francesco De Meo** bleibt Präsident des Vorstands der Initiative Qualitätsmedizin (IQM). Er wurde auf der Mitgliederversammlung wiedergewählt. Neue Mitglieder des erweiterten Vorstands sind Frank Böker und Dr. Jean-Blaise Wasserfallen.



■ **Sylvia Bühler** ist im Bundesvorstand der Dienstleistungsgewerkschaft Verdi weiterhin für Gesundheit zuständig. Die Fachbereichsleiterin 3 „Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen“ wurde auf dem Bundeskongress in Leipzig wiedergewählt. Sie gehört bereits seit März 2013 dem Bundesvorstand an. Im Amt bestätigt wurde auch Eva Welskop-Deffaa, die keinen Fachbereich repräsentiert und sich ebenfalls unter anderem mit Sozialpolitik beschäftigt. Sie gehört dem Bundesvorstand seit Juni 2013 an.

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ 500 Millionen Euro mehr für die Krankenhaus-Pflege

Union und SPD wollen dem drohenden Pflegenotstand in den Kliniken Einhalt gebieten. 500 Millionen Euro zusätzlich sollen die Krankenkassen dafür zur Verfügung stellen. Darauf hat sich die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur **Krankenhaus-Strukturreform** jetzt geeinigt. Vorgesehen ist, die Pflegezuschüsse für Krankenhäuser künftig verstärkt nach deren Budgets für Pflegepersonal auszurichten. „Krankenhäuser, die nicht am Pflegepersonal sparen oder gespart haben, bekommen künftig mehr Geld – Personalabbau wird dagegen bestraft“, so SPD-Fraktionsvize Prof. Karl Lauterbach. Die Kliniken sollen so verpflichtet werden, ihre jährlichen Kosten für Pflegepersonal bei den **Budgetverhandlungen** „explizit auszuweisen“. Lauterbach will das Pflegepaket als Anreiz verstanden wissen, nicht genutzte Fördergelder für zusätzliches Pflegepersonal abzurufen. Er sprach von „Zuckerbrot und Peitsche“. Um die sich ständig verschlechternde Pflegesituation in Krankenhäusern zu verbessern, setze man nun auf „Daumenschrauben“.

Infos: www.afp.com

■ Erste Förderbekanntmachung für den Innovationsfonds noch in diesem Jahr

Für Dezember 2015 ist die erste Förderbekanntmachung des Innovationsfonds geplant. Das hat der unparteiische Vorsitzende des **Gemeinsamen Bundesausschusses** (GBA), Prof. Josef Hecken, jüngst bei einem Kongress in Berlin bekannt gegeben. Der für die Vergabe der insgesamt 1,2 Milliarden Euro zuständige Innovationsausschuss werde sich vermutlich Mitte Oktober konstituieren. Alle Mitglieder des zehnköpfigen Gremiums seien bereits benannt. Eine Geschäfts- und Verfahrensordnung sei ebenfalls in Abstimmung, so Hecken weiter. Das **Bundesgesundheitsministerium** stelle gerade den Expertenbeirat zusammen, der maximal zehn Mitglieder haben solle. Da das **Bundesversicherungsamt** (BVA) die Mittel für den Innovationsfonds verwaltet, werde ein Mitarbeiter des BVA zum GBA abgeordnet. Laut Hecken handelt es sich um denjenigen Mitarbeiter, mit dem zusammen er selbst seinerzeit die Details des **Gesundheitsfonds** ausgearbeitet hat. Hecken pocht weiterhin auf eine Übertragbarkeit der Gelder, weil man sonst schon zu Beginn des Innovationsfonds entscheiden müsste, wie man sie in der vorgesehenen Zeitspanne von 2016 bis 2019 ausbe. Von zwei Gutachten zu diesem Thema sage eines, nach Gesetzeslage dürfe er die Mittel transferieren, das andere schließe dies aus. Hecken mahnt deswegen eine Klarstellung per Gesetz an. Auf dem Kongress gab er sich zuversichtlich, dass diese kommen wird. Dem Innovationsfonds stehen jährlich 225 Millionen Euro für die Förderung innovativer Versorgungskonzepte und 75 Millionen Euro für **Versorgungsforschung** zur Verfügung. Evaluiert werden sollen dabei auch Richtlinien des GBA selbst, etwa zur spezialisierten ambulanten **Palliativversorgung**, so Hecken.

Infos: www.bmcev.de

ZUR PERSON II



Foto: BMG/Steffen Kugler

■ **Annette Widmann-Mauz** leitet nun die Frauenunion. Sie wurde beim Bundesdelegiertentag der CDU-Organisation gewählt und folgt im neuen Amt auf Maria Böhmer, die nicht mehr kandidierte. Widmann-Mauz ist Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium.



■ **Christian Amsinck** ist jetzt alternierender Vorstandsvorsitzender (Arbeitgebervertreter) der Deutschen Rentenversicherung Bund. Er löst Dr. Hartmann Kleiner ab. Amsinck ist Hauptgeschäftsführer des Verbandes der Metall- und Elektroindustrie in Berlin und Brandenburg sowie der Vereinigung der Unternehmensverbände in Berlin und Brandenburg. Der Diplom-Volkswirt war bislang stellvertretendes Mitglied im Vorstand.

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Regierung will spezielle Gesundheitskarte für Flüchtlinge

Die Bundesregierung will die Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen verbessern. Die Länder sollen künftig Krankenkassen verpflichten können, die Versorgung von Asylbewerbern zu übernehmen. Sie sollen sie auch verpflichten dürfen, eine Gesundheitskarte mit dem Vermerk des Flüchtlingsstatus auszustellen. Die Asylsuchenden sollen weiterhin nur einen Anspruch auf die Behandlung von akuten Krankheiten und Schmerzen haben. Genehmigungspflichtige Leistungen wie Zahnersatz oder Psychotherapie sollen nicht zum Leistungsumfang gehören. Bislang müssen die Sozialämter im Einzelfall prüfen, ob der Asylsuchende zum Arzt gehen darf oder nicht. Wenn die Kassen künftig zur Versorgung verpflichtet würden, aber keine eGK ausstellen dürften, müssten sie die Bedarfsprüfung übernehmen. Bremen und Hamburg geben bereits Gesundheitskarten ohne Sondervermerke an Flüchtlinge aus, in Nordrhein-Westfalen soll dies ab 2016 geschehen.

Infos: www.aok-bv.de

KOMMENTAR

Eine Gesundheitskarte light für die Flüchtlinge soll es nun richten. Gegenüber den bisherigen Behandlungsscheinen wäre dies schon einmal ein Fortschritt. Wenn sich Länder aber gegen die Karte entscheiden und die Einzelfallprüfung nur von den Sozialämtern auf die Kassen verlagert wird, ist nicht viel gewonnen: Der Verwaltungsaufwand wird dann nur verlagert, und kranke Flüchtlinge verlieren unter Umständen wertvolle Zeit. Besser wäre also, die Asylsuchenden mit einer ganz normalen Gesundheitskarte direkt zum Arzt gehen zu lassen, wie es auch die AOK-Gemeinschaft fordert. Die AOK Bremen war hier Vorreiter. Sie hat gezeigt, dass das geht und nicht zu Auswüchsen führt. Gut ist, dass nun auch andere Kassen zur Verantwortungsübernahme verpflichtet werden sollen. Einige wollen sich davor nämlich drücken. Klar sollte dabei sein: Die Extra-Aufgaben dürfen die Versichertengemeinschaft nicht zusätzlich belasten. (ink)

■ Kliniken: Fortschritte bei Risikomanagement

Die **Patientensicherheit** an deutschen Kliniken nimmt zu. Das zeigt eine aktuelle Umfrage des **Instituts für Patientensicherheit (IfPS)** der Universitätsklinik Bonn unter 572 deutschen in Deutschland. Danach nutzen inzwischen deutlich mehr Krankenhäuser Instrumente des klinischen Risikomanagements (kRM) als noch 2010 – zum Zeitpunkt der Vorgängerbefragung. Besonders stark ist der Anstieg bei den Patientenbefragungen gewesen: Wurde 2010 nur jeder zweite Patient befragt, so ist es heute fast jeder. Auf einigen Gebieten gibt es aber immer noch Nachholbedarf. So sind Verfahren der prospektiven Risikoanalyse noch Mangelware, fast die Hälfte der Krankenhäuser hat sich damit noch gar nicht befasst. Im Rahmen der Studie wurde auch nach den wichtigsten Risikoschwerpunkten im Klinikalltag gefragt. An oberster Stelle stehen wie schon 2010 Schnittstellenprobleme bei Aufnahme, Entlassung, Abteilungswechsel und Übergabe, an Platz 2 nach wie vor Risiken bei der Arzneimitteltherapie. Auf Platz 3 folgen diesmal aber diagnostische und therapeutische Risiken (2010: Rang 6). Durchgeführt wurde die Umfrage in Kooperation mit dem **Aktionsbündnis Patientensicherheit**, dem AOK-Bundesverband und der Techniker Krankenkasse. Siehe Seite 6.

Infos: www.aok-bv.de

ZUR PERSON III



Foto: BPI

■ **Joachim Odenbach** ist seit Oktober Leiter des Geschäftsbereiches Presse und Öffentlichkeitsarbeit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Er wechselt vom Bundesverband der pharmazeutischen Industrie (BPI). Dort war Odenbach seit 2009 Pressesprecher

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Gesundheitsfonds: Bundesbank rechnet mit geringerem Defizit

Die Bundesbank rechnet damit, dass das Defizit des **Gesundheitsfonds** 2015 etwas geringer ausfällt als vom Schätzerkreis erwartet. Dieser war von 2,5 Milliarden Euro ausgegangen. Grund des möglicherweise geringeren Defizits sei die Beschäftigungs- und Entgeltentwicklung. Die sei besser verlaufen als prognostiziert, so die Bundesbank in ihrem September-Monatsbericht.

Infos: www.bundesbank.de

■ Unabhängige Patientenberatung: Sanvartis erhält Zuschlag

Sanvartis hat den Zuschlag für die Unabhängige Patientenberatung Deutschland erhalten. Zuvor hatte die Vergabekammer des Bundes dem GKV-Spitzenverband bestätigt, dass bei der Neuvergabe alles mit rechten Dingen zugegangen sei. Der **Patientenbeauftragte des Bundes**, Karl-Josef Laumann, begründete die Entscheidung zugunsten von Sanvartis damit, dass der neue Betreiber ein besseres Angebot gemacht habe. Dazu gehörten ausgedehnte Öffnungszeiten, mehr Standorte, Beratungsmobile und fremdsprachige Mitarbeiter. Aus Protest gegen die Vergabe des Auftrags an das auch für Krankenkassen arbeitende Unternehmen traten zwei Mitglieder des Beirats, Prof. Rolf Rosenbrock und Prof. Marie-Luise Dierks, zurück.

Infos: www.gkv-spitzenverband.de

■ Ambulante Vergütung: 1,35 Milliarden Euro mehr von den Kassen

Die **Vergütung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten** steigt im kommenden Jahr insgesamt um 3,8 Prozent. Darauf haben sich GKV-Spitzenverband und **Kassenärztliche Bundesvereinigung** geeinigt. Um 500 Millionen Euro steigt die Vergütung der Vertragsärzte aufgrund einer Erhöhung des sogenannten Orientierungswertes um 1,6 Prozent, also der höheren Bezahlung der einzelnen Leistung. Hinzu kommen Honorarzuwächse aus dem Ausgleich für den Anstieg der **Morbidität** sowie der Vergütungsverbesserung für die Psychotherapie. Dies beläuft sich zusammen auf ca. 850 Millionen Euro. Insgesamt stellt die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) 2016 für die ambulante Versorgung also 1,35 Milliarden Euro bereit. Auf Basis der Vereinbarungen auf Bundesebene folgen die Verhandlungen auf Landesebene über die regionalen Abschlüsse. Diese müssen laut Paragraph 87 Absatz 2e des Fünften Sozialgesetzbuches bis zum 31. Oktober abgeschlossen sein.

Infos: www.gkv-spitzenverband.de

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Gesundheits-Apps: Unionsfraktion fordert Sicherheitsvorgaben

Für verbindliche Sicherheitsvorgaben für Gesundheits-Apps hat sich die Unionsfraktion ausgesprochen. In einem Brief an die zuständigen Minister fordern die stellvertretenden Fraktionschefs Gitta Connemann und Georg Nüßlein ein „Siegel für Apps“. Dieses solle belegen, dass die Daten „in der Hoheit der Nutzer“ bleiben und nicht weitergegeben werden dürfen. Auf EU-Ebene müsse sich die Regierung für verbindliche Standards einsetzen, „um möglicherweise gesundheitsgefährdende Anwendungen zu verhindern“. Derweil hat eine Umfrage des Marktforschungsinstituts Ipsos zusammen mit der Medienhochschule in Hamburg ergeben, dass jeder sechste Deutsche zwischen 16 und 70 Jahren bereits Gesundheits-Apps nutzt. Einer repräsentativen Umfrage des Infas Instituts für Angewandte Sozialforschung zufolge ist es sogar schon jeder Vierte.

Infos: www.ipsos.de

■ Kaiserschnitt rate regional unterschiedlich

Im Jahr 2014 wurden 31,8 Prozent der Krankenhausentbindungen als Kaiserschnitte durchgeführt. Das entspricht dem Prozentsatz von 2013. Das hat das **Statistische Bundesamt** mitgeteilt. Die Kaiserschnitt rate war im Saarland mit 40,2 Prozent am höchsten und in Sachsen mit 24,2 Prozent am niedrigsten. Die Zahl der im Jahr 2014 in Kliniken geborenen Kinder beziffert das Amt jetzt auf 706.174, die Zahl der Entbindungen auf 692.096. Mehrlingsgeburten werden dabei als eine Entbindung erfasst. Die zunächst bekannt gegebenen vorläufigen Zahlen waren höher gewesen.

Infos: www.destatis.de

■ Google kauft sich in Krankenversicherung ein

Google hat sich erstmalig bei einer Krankenversicherung eingekauft, und zwar mit 32,5 Millionen US-Dollar in die US-amerikanische Krankenversicherung Oscar. Der Gesamtfirmenwert beträgt laut Wall Street Journal 1,75 Milliarden Dollar. Bisher sind bei Oscar 40.000 Menschen in New York und New Jersey versichert. Ab 2016 will Oscar aber auch in Kalifornien und Texas tätig werden. David Lawee von Google Capital erklärte: „Was uns am meisten erfreut, sind Firmen, die die Kostenkurve durch Technologie absenken.“ Genau dies tue auch Oscar. Der Versicherer beschäftigt 45 Ingenieure, die an Programmen arbeiten, die die Kosten bei Aufrechterhaltung der Versorgungsqualität senken sollen. Die Versicherten erhalten Geräte, mit denen sie Fitness-Fortschritte messen können. Wer die Übungsziele erreicht, erhält einen Bonus von 20 Dollar im Monat. Erst kürzlich war Google mehrere Kooperationen in Sachen Diabetes eingegangen.

Infos: blogs.wsj.com

Vorschau

G+G | 10/2015

Gesundheit und Gesellschaft

Titelthema: **Rettung für die Notfallmedizin**

Die Notfallversorgung in Deutschland bedarf einer Reform. Ein Vorbild ist Dänemark: Dort bündeln Zentren Kompetenzen und Ressourcen und haben damit die Sterblichkeit bei Herzinfarkt und Schlaganfall gesenkt.

Von Boris Augurzky und Andreas Beivers.

Interview: **„Die Altenpflege geht nicht vor die Hunde“**

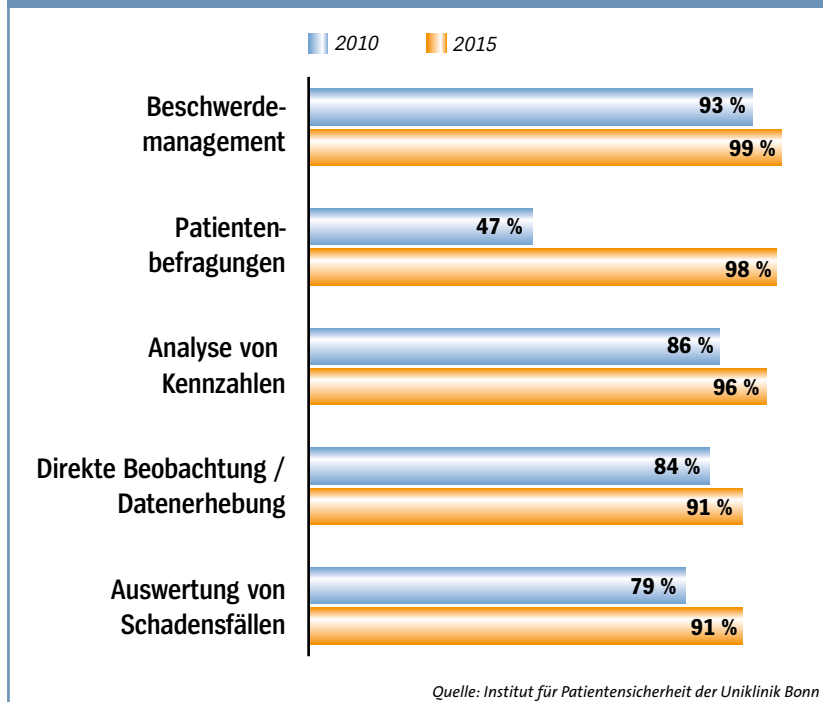
Aus drei mach' eine: Bund und Länder wollen die bislang getrennte Pflegeausbildungen zusammenlegen. Der Pflegeforscher Frank Weidner sieht darin eine große Chance für seine Profession und das Ende eines nationalen Sonderweges.

G+G | 4/2015

Wissenschaft

Diese Ausgabe dreht sich ums große Geld. Es geht um das Prinzip der paritätischen Finanzierung, um die Tendenz des Bundes, den Beitragszahlern immer mehr Finanzverantwortung für gesamtgesellschaftliche Aufgaben aufzubürden, sowie um den Risikostrukturausgleich. Die Autoren der drei Analysen sind Hartmut Reiners, Stefan Greß und Klaus Jacobs.

Kliniken nutzen vermehrt Mittel zur Risikoidentifikation



Die Krankenhäuser haben in den vergangenen Jahren in ihrem Bemühen um die Identifikation von Risiken zugelegt. Den größten Sprung machten sie bei der Nutzung von Patientenerhebungen. Auch in der Risikobewältigung werden sie besser: 91 Prozent führen inzwischen ein systematisches MRSA-Screening von Risikopatienten durch. Fünf Jahre zuvor waren es noch 72 Prozent. Außerdem werden immer mehr Fehlermeldesysteme genutzt (2015: 68 Prozent; 2010: 34 Prozent).

Infos: www.aok-bv.de

■ **WldO-monitor:** **Generation 50 plus sorgt sich um Pflege**

Mehr als zwei Drittel (71,9 Prozent) der Generation 50 plus schätzt die Frage der Versorgung im Pflegefall als sehr wichtig ein, jeder Zweite (50,1 Prozent) macht sich Sorgen über das Thema Pflegebedürftigkeit. Allerdings hat sich die Mehrheit noch nicht um konkrete Versorgungsmöglichkeiten im Pflegefall gekümmert. Das geht aus dem neuesten WldO-monitor „Wahrnehmung der eigenen Pflegebedürftigkeit“ des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WldO) hervor. Dieser zeigt auch: 35,3 Prozent der über 50-Jährigen pflegen mindestens einen Angehörigen, 33,6 Prozent waren bereits mit Pflege konfrontiert, 3,1 Prozent sind selbst pflegebedürftig. 27,9 Prozent haben bislang keinen Bezug zur Pflege.

Infos: www.aok-bv.de

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

«BLICKPUNKT HINTERGRUND»

■ AVR 2015: Gesetzesänderungen und neue Medikamente als Kostentreiber

Die Arzneimittelausgaben haben 2014 um 3,3 Milliarden Euro zugelegt und mit 35,4 Milliarden Euro ein Rekordhoch erreicht. Was zu dem Ausgabenanstieg führte und wo Einsparpotenziale liegen, erklärten Experten bei der Vorstellung des Arzneiverordnungs-Reports (AVR) 2015.

„Wenn die Preise für neue patentgeschützte Medikamente weiterhin so steigen, stoßen wir an die Grenzen der Bezahlbarkeit.“ Mit diesen Worten hat der Interims-Vorstand des AOK-Bundesverbandes Martin Litsch auf Probleme im **Arzneimittelbereich** aufmerksam gemacht. Anlass war die Pressekonferenz zur Vorstellung des AVR 2015. Dessen Autoren analysieren und kommentieren jährlich die Medikamentenverordnungen von rund 200.000 Ärzten und Zahnärzten. Deutlich wurde bei der Buchvorstellung, dass die Arzneimittelausgaben der Krankenkassen nach einigen Jahren vergleichsweise moderater Zuwächse 2014 mit 10,3 Prozent unverhältnismäßig stark gestiegen sind. Jürgen Klauber, Geschäftsführer des am Report beteiligten **Wissenschaftlichen Instituts der AOK** (WIdO), geht davon aus, dass die Arzneimittelausgaben am Ende des Jahres 2015 innerhalb von zwei Jahren um mehr als fünf Milliarden Euro gestiegen sein werden.

» Gesetzesänderungen als Kostentreiber

Die Analysen des AVR und des WIdO zeigen, dass ein erheblicher Teil der Mehrkosten auf Gesetzesänderungen zurückzuführen sind. Eine davon war das **GKV-Änderungsgesetz**, in dessen Rahmen der Herstellerabschlag für Nichtfestbetrags-Arzneimittel ab 2014 von 16 auf sechs Prozent gesenkt wurde. Prof. Ulrich Schwabe, einer der Herausgeber des Reports, veranschlagt dafür eine Milliarde Euro Mehrkosten. Eine weitere Belastung für das System kam mit dem **14. SGB-V-Änderungsgesetz**, das die Nutzenbewertung des Bestandsmarktes aufhob. Aus Sicht Schwabes hat es die gesetzliche Krankenversicherung noch stärker betroffen als das GKV-Änderungsgesetz. Er verweist darauf, schon 2012 gezeigt zu haben, dass allein zehn führende Analogpräparate ein jährliches Einsparpotenzial von 1,3 Milliarden Euro haben. Dieses Potenzial werde nun dauerhaft nicht gehoben.

» Starker Preisanstieg in sechs Arzneimittelgruppen

Ausgewirkt habe sich darüber hinaus der massive Preisanstieg bei Medikamenten. Schwabe zufolge haben nur sechs Arzneimittelgruppen 2,1 Milliarden Euro Mehrkosten verursacht. Dies sind Antidiabetika (Mehrkosten: 129,1 Millionen Euro), Antithrombotika (Mehrkosten: 254,2 Millionen Euro), andere Nervenmittel (Mehrkosten: 240,4 Millionen Euro), antivirale Mittel (Mehrkosten: 622,0 Millionen), Immunsuppressiva (Mehrkosten: 638,8 Millionen Euro) und Onkologika (Mehrkosten: 253,6 Millionen Euro). Bei den Antidiabetika entfällt der Anstieg vor allem auf Gliptine, die seit Jahren kritisch bewertet werden, unter anderem weil lange keine Endpunktstudien dazu vorlagen.

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

Nun hat eine gerade erschienene Endpunktstudie gezeigt hat, dass der Arzneistoff Sitagliptin keinen Effekt auf kardiovaskuläre Ereignisse hat, dafür aber die Zahl akuter Pankreatitisfälle verdoppelt. Bei den Antithrombotika sind neue orale Antikoagulatoren die Kostentreiber. Diese sind 20-fach teurer als Mittel wie Marcumar und gelten als risikoträchtig. Allein 2014 wurden 244 Todesfälle gemeldet. Bei den anderen Nervenmitteln beruht die Steigerung vor allem auf einem Medikament zur Behandlung der Multiplen Sklerose. Das hat im Jahr seiner Einführung bei den Verordnungen alle anderen überholt, obwohl es am teuersten war, und wurde im Rahmen der Nutzenbewertung als „ohne Zusatznutzen“ eingestuft, was dann immerhin zu einer Preisenkung um 42 Prozent führte. Bei den antiviralen Mitteln war das Hepatitis-C-Präparat Sofosbuvir (Sovaldi) wesentlich, das mit mindestens 62.000 Euro pro Therapie und mit 424 Millionen Euro insgesamt zu Buche schlägt. Bei den Immunsuppressiva beruht der Kostenschub vor allem auf vier Mitteln zur Behandlung der rheumatoiden Arthritis, die Schwabe als „hervorragend wirksam, aber auch zu teuer“ bezeichnet.

» Mehrfachen Handlungsbedarf ausgemacht

Für Litsch zeigt die Analyse der Arzneiverordnungen des Jahres 2014 einigen Handlungsbedarf auf. Kritisch bewertet er zum Beispiel, dass zunehmend beschleunigte Zulassungsverfahren durchgeführt werden. Dies berge die Gefahr, dass so immer mehr Arzneimittel auf den Markt gelangten, die noch nicht umfassend auf ihren potenziellen Schaden getestet worden seien. Von Seiten der Pharmaindustrie werde immer wieder behauptet, jede Neueinführung sei eine Innovation und müsse deswegen so schnell wie möglich beim Patienten ankommen. Dass das normale Zulassungsverfahren und insbesondere die **frühe Nutzenbewertung** grundsätzlich sinnvoll seien und eine Beschleunigung Risiken für die Patienten bedeuten könne, werde aber regelmäßig unterschlagen. Litsch kritisiert auch die freie Preisbildung, die für neue Arzneimittel im ersten Jahr der Zulassung gilt. Händler könnten, so Litsch, Mondpreise verlangen und täten dies auch zunehmend, wie das Beispiel Sovaldi zeige. Der Vorsitzende der **Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft**, Prof. Wolf-Dieter Ludwig, monierte auf der Pressekonferenz darüber hinaus die zunehmende Orphanisierung des Arzneimittelmarktes. Nach geltender Rechtslage muss ein neues Medikament nur für die Behandlung einer seltene Erkrankung (englisch: orphan disease) gemacht sein, dann gilt sein Zusatznutzen nach dem **Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz** (AMNOG) schon durch die Zulassung als belegt. Als selten gilt eine Krankheit, wenn weniger als einer von 2.000 EU-Bürgern darunter leidet; die genaue Festlegung trifft die **EU-Arzneimittelbehörde EMA**. Die Regelung soll eigentlich Pharmafirmen motivieren, auch für kleine Patientengruppen Präparate zu entwickeln. Zunehmend deklarieren aber Arzneimittelhersteller Untergruppen von Krankheiten zu seltenen Krankheiten und erhalten so den Orphan-Drug-Status. Der SPD-Gesundheitsexperte Prof. Karl Lauterbach erklärte bei der Vorstellung des Reports, er wolle sich für Änderungen am Bewertungssystem für Arzneimittel einsetzen. Für 2017 sei eine Gesetzesinitiative geplant.

Infos: www.aok-bv.de