

## Erfahrung mit Stammzellengesetz

Das Bundeskabinett hat den *Dritten Erfahrungsbericht der Bundesregierung über die Durchführung des Stammzellengesetzes* im Berichtszeitraum 2006 bis 2007 beschlossen. Mit dem Stammzellengesetz vom 28.06.2002 wurde die Forschung mit menschlichen embryonalen Stammzellen in Deutschland unter strengen Voraussetzungen geregelt. Mit dem Bericht werden Bundestag und Bundesrat regelmäßig über die gewonnenen Erfahrungen informiert.

Der Bericht stellt den aktuellen Forschungsstand zu embryonalen und anderen Formen menschlicher Stammzellen dar und beschäftigt sich damit, wie in Deutschland von den neuen gesetzlichen Möglichkeiten Gebrauch gemacht wurde. Bewertet werden außerdem die Erfahrungen mit dem Genehmigungsverfahren und dem sonstigen Umgang mit dem Gesetz.

Eine Schlussfolgerung des Berichts ist, dass sich die Forschung an embryonalen Stammzellen noch im Bereich der Grundlagenforschung bewegt. Zahlreiche grundlegende Fragen der Entwicklungsbioologie, Zelldifferenzierung und Nebenwirkungen in den verschiedenen Anwendungsbereichen sind noch zu klären. Zur differenzierten Bewertung besteht noch Forschungsbedarf - wie etwa zur funktionellen Vergleichbarkeit mit humanen embryonalen Stammzellen.

Im nächsten Bericht sollen die Erfahrungen mit der Änderung des Stammzellgesetzes (vom August 2008) berücksichtigt werden. Wichtigste Änderung ist die Verlegung des Stichtags für den Import embryonaler Stammzellen auf den 01.05.2007.  
[www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de)

## Institut für Patientensicherheit eröffnet

Anfang Mai 2009 wurde das Institut für Patientensicherheit (IfPS) an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn eröffnet. Das IfPS soll wissenschaftliche Erkenntnisse sammeln und auf deren Grundlage Vorschläge für Maßnahmen zur Stärkung der Patientensicherheit erarbeiten.

Dazu zählt beispielsweise, das Thema Patientensicherheit in die Ausbildung von Medizinstudenten und Gesundheitsberufen zu integrieren.

Entstanden ist das IfPS durch die Arbeit des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V. (APS), das sich als „deutsche Plattform“ versteht und sich für eine kontinuierliche Verbesserung der Patientensicherheit einsetzt. Das Aktionsbündnis entwickelt u.a. Strategien zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse in der Medizin. Zentrales Instrument zur Verbesserung der Patientensicherheit ist dabei das „gemeinsame Lernen aus Fehlern“. Gegründet wurde das Aktionsbündnis, das als gemeinnütziger Verein organisiert ist, im April 2005 von unterschiedlichen Institutionen und Vertretern von Gesundheitsberufen. Unterstützt wird es vom Bundesministerium für Gesundheit; Kooperationspartner sind Verbände, Fachgesellschaften, Krankenkassen und anderen Institutionen im Gesundheitswesen.

In den vergangenen Jahren hat das Aktionsbündnis insbesondere mit Initiativen wie „Saubere Hände“ und durch die Publikation „Aus Fehlern lernen“ zu einer neuen Fehlervermeidungs- und Lernkultur in den Gesundheitsberufen beigetragen und das Thema in die öffentliche Diskussionen gebracht.

[www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de](http://www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de)

## Alter und Gesundheit

Das Statistische Bundesamt, das Robert Koch-Institut und das Deutsche Zentrum für Altersfragen haben im Mai 2009 gemeinsam den ersten umfassenden Bericht zur „Gesundheit und Krankheit im Alter“ veröffentlicht. Diese umfangreiche und breit gefächerte Arbeit von Autoren aus den drei Herausgeberinstitutionen hat im Hinblick auf die demografische Entwicklung in Deutschland

einen herausragenden Stellenwert. Sie versucht, theoretische und empirische Antworten auf vielfältige Fragen zum Thema „Alter und Gesundheit“ zu geben.

Inhaltlicher Ausgangspunkt sind Beiträge über theoretische Positionen zum Alter und Altern. Ein zentraler Teil des Buchs setzt sich mit der empirisch nach wie vor nicht endgültig entschiedenen Frage auseinander, ob der demografische Wandel zu einer Kompression oder Expansion der Morbidität führen wird. Im dritten Teil stehen Themen wie gesundheitsrelevante Lebenslagen und Lebensstile sowie die Fragen nach der Bedeutung von Prävention im Mittelpunkt. Aspekte der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung für alte Menschen werden im vierten Teil diskutiert. Den Abschluss bilden Aufsätze zur gesellschaftlich, politisch und ökonomisch zentrale Frage, ob die Gesundheitsversorgung unter den Bedingungen der demografischen Entwicklung und des medizinisch-technischen Fortschritts auch zukünftig bezahlbar sein wird. Empirisch hinterlegt sind die Artikel mit einer Fülle von Daten, die bisher in einer solchen Konzentration in Deutschland nicht verfügbar waren.

Die Herausgeber wünschen sich in ihrem Vorwort, aus der Resonanz auf dieses Buch Motivation für die Fortsetzung ihrer Arbeit schöpfen zu können. Nicht nur dies ist ihnen zu wünschen, sondern auch, dass Programme und Institutionen, die sich einem der zentralen gesellschaftlichen Aspekt der kommenden Dekaden widmen, weiterhin mit staatlichen Mitteln gefördert werden. Zu hoffen bleibt, dass sich die Gesundheitspolitiker im nächsten Deutschen Bundestag mit diesem Buch auseinander setzen. Sie entgehen damit vielleicht dem Risiko Gesetze zu beschließen, die zu Lasten von alten und kranken Menschen gehen.

[www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)  
[www.dza.de](http://www.dza.de)  
[www.rki.de/gbe/](http://www.rki.de/gbe/)

## Apotheken-Fremdbe- sitzverbot bleibt er- halten

Der Besitz und Betrieb einer Apotheke ist in Deutschland weiterhin nur durch approbierte Apotheker möglich, dies hat der Europäische Gerichtshof (EuGH) am 19. Mai 2009 in einem mit Spannung erwarteten Urteil entschieden. Der EuGH hatte über die Frage zu entscheiden, ob die deutschen (und italienischen) Vorschriften - das sog. Fremdbesitzverbot - dem europäischen Gemeinschaftsrecht entgegensteht.

Der EuGH stellt in seinem Urteil klar, dass es zwar eine Beschränkung der Niederlassungsfreiheit und des freien Kapitalverkehrs darstellt, wenn Nichtapotheker vom Erwerb oder Betrieb einer Apotheke in Deutschland ausgeschlossen werden, diese Beschränkung sich jedoch mit dem Ziel rechtfertigen lässt, eine „*sichere und qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung der Bevölkerung sicherzustellen*“. Für den EuGH haben Arzneimittel einen besonderen Charakter, deren therapeutische Wirkung sie substanzial von anderen Waren unterscheidet. Weil Nichtapotheker nicht die Ausbildung, Erfahrung und Verantwortung eines Apothekers haben, bieten sie auch nicht die gleichen Garantien wie ein Apotheker. Der EuGH folgert in seinem Urteil daraus, dass ein Mitgliedsstaat der Ansicht sein kann, dass der Betrieb einer Apotheke durch einen Nichtapotheker „*eine Gefahr für die Gesundheit, insbesondere für die Sicherheit und Qualität des Einzelhandelsvertriebs der Arzneimittel, darstellen kann*“.

Das Verfahren vor dem EuGH geht zurück auf eine Klage der Apothekerkammer des Saarlandes u.a. gegen die Entscheidung des saarländischen Gesundheitsministeriums, der niederländischen Aktiengesellschaft Doc-Morris in Saarbrücken den Betrieb einer Filialapotheke zu genehmigen. Mit seiner Entscheidung hat sich der EuGH den Stellungnahmen der meisten EU-Mitgliedsstaaten – darunter auch Deutschland – angeschlossen. [www.curia.europa.eu](http://www.curia.europa.eu)

## Forderungen der Kas- senärztlichen Bun- desvereinigung zur Bundestagswahl

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat Mitte Mai im Rahmen des Deutschen Ärztetags die Eckpunkte ihrer gesundheitspolitischen Vorstellungen veröffentlicht. In ihrem „Strategie- und Forderungspapier“ zeigen sich KBV und Kassenärztliche Vereinigungen offen für eine Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsstruktur. Basis der ambulanten ärztlichen Versorgung bleibt nach den KBV-Vorstellungen allerdings der Kollektivvertrag, der differenziert und ergänzt werden kann durch selektive Verträge.

Nach den Vorstellungen der Spitzenorganisation der Vertragsärzte sollen zukünftig die gesetzlich Versicherten zwischen drei Arten von Kollektivtarifen wählen können. Der Kollektivtarif I entspricht dabei der heutigen Regelversorgung mit freier Arztwahl und freiem Zugang zur nächsten Versorgungsebene sowie dem Sachleistungsprinzip. Der Kollektivvertrag II schränkt den Zugang zur nächsten Versorgungsebene ein - nur über die hausärztliche Überweisung ist hier der Zugang zum Facharzt möglich. Im Kollektivvertrag III gilt das Kostenerstattungsprinzip. In diesem System sind nach den Vorstellungen der KBV ergänzende Verträge möglich, die das sektoren- und fachübergreifende Versorgungsgeschehen bei chronischen Erkrankungen verbessern sollen.

Das bestehende Nebeneinander von Kollektiv- und Selektivverträgen führt nach Einschätzung der KBV zu einer „Zerfaserung der Versorgungslandschaft“ und gefährdet die freie Arztwahl und die Qualitätssicherung. Der Sicherstellungsauftrag muss deshalb, so die KBV-Forderung, wieder vollständig in ihre Hände gelegt werden. [www.kbv.de](http://www.kbv.de)

## Wahlprogramm der FDP verabschiedet

Im gesundheitspolitischen Teil ihres Wahlprogramms fordert die FDP einen Richtungswechsel („Umsteuern“) in ein „*freiheitliches System, das Solidarität und Eigenverantwortung in Einklang bringt*“. Patienten und Bürger sollen mehr Gestaltungsspielraum für ihre Versicherungs- und Therapieentscheidungen bekommen.

Finanziert werden soll die GKV zukünftig nicht mehr nach dem Umlageverfahren, sondern über eine Kapitaldeckung auf Basis eines leistungsgerechten Prämiensystems, das eine generationengerechte Verteilung der Lasten sichern soll. Darüber hinaus gibt es nach den Vorstellungen der Freien Demokraten eine Pflicht zur Versicherung der Risiken, die den Einzelnen im Krankheitsfall überfordern würden. Der soziale Ausgleich soll nicht mehr innerhalb der Krankenversicherung, sondern über das Steuer- und Transfersystem stattfinden. Der Gesundheitsfonds soll abgeschafft und die Beitragsautonomie an die Krankenkassen zurückgegeben werden. Ebenfalls abgeschafft werden soll die Praxisgebühr, weil sie bürokratisch ist und keine Steuerungsfunktion hat. Stattdessen sollen die Anreize so gesetzt werden, dass Leistungen verantwortlich in Anspruch genommen werden.

Auch bei der Pflegeversicherung fordert die FDP den Umstieg in ein kapitalgedecktes und prämienvfinanziertes System mit einem steuerfinanzierten sozialen Ausgleich, um Überforderungen bei einkommensunabhängigen Prämien zu vermeiden. Eine ergänzende private Vorsorge für den Pflegefall soll durch steuerliche Regelungen gefördert werden.

[www.fdp.de](http://www.fdp.de)

## Mehr Transparenz über die Qualität der Pflege

Die Weichen für mehr Transparenz in der Pflege und damit für eine bessere Pflegequalität haben der GKV-Spitzenverband und Vertreter von Pflegeeinrichtungen Mitte Mai mit der Unterzeichnung von Transparenzvereinbarungen gestellt. Diese Vereinbarungen sind eine wesentliche Grundlage für die gesetzlich vorgeschriebene Veröffentlichung der Qualität von Pflegeeinrichtungen. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes werden zukünftig mit den Noten sehr gut bis mangelhaft dargestellt und farblich in Abstufungen von sehr hell bis tieforange hinterlegt.

Im Spätsommer 2009 können die ersten Transparenzberichte im Internet und in den Pflegeeinrichtungen nachgelesen werden. Dazu müssen die Richtlinien für Qualitätsprüfungen an die Transparenzvereinbarungen angepasst werden. Dies soll im Rahmen eines Beteiligungsverfahrens und unter Einbezug von Experten geschehen. Die Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätsprüfung soll wissenschaftlich evaluiert werden, um eine Weiterentwicklung der Transparenzvereinbarung zu ermöglichen.

[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

## Verdienste in Deutschland und Arbeitskosten im EU-Vergleich

Das Statistische Bundesamt (Destatis) hat einen Bericht über die Verdienste und Arbeitskosten im EU-Vergleich vorgelegt. Danach verdienten vollzeitbeschäftigte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Deutschland im Produzierenden Gewerbe und im Dienstleistungsbe reich im Jahr 2008 durchschnittlich 41.509 Euro brutto. Das waren 2,8% mehr als 2007. In den ostdeutschen Bundesländern stiegen die Verdienste mit 3,0% auf 30.151 Euro geringfügig

stärker als im früheren Bundesgebiet (2,8% auf 43.310 Euro). Die ostdeutschen Arbeitnehmer erreichen 70% des Verdienstniveaus ihrer westdeutschen Kollegen.

Die Verdienste sind 2008 insgesamt um 0,2 Prozentpunkte stärker gestiegen als die Verbraucherpreise (+ 2,6%). Nicht alle Arbeitnehmergruppen haben davon gleichermaßen profitiert. Im Verarbeitenden Gewerbe (+ 2,3%), im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen (+ 2,4%) sowie besonders im Gastgewerbe (+ 1,7%) gab es reale Verluste. Die höchsten Verdienstzuwächse gab es im Kredit- und Versicherungsgewerbe mit 4,6% sowie im Bergbau mit 4,4%.

Die Arbeitskosten nahmen nur moderat zu. Gemessen in der jeweiligen Landeswährung hatte Deutschland in der Privatwirtschaft mit + 2,5% im Vergleich zum Vorjahr hinter Malta (+ 1,8%) das geringste Wachstum aller EU-Staaten. Damit setzt sich in Deutschland 2008 der Trend fort, seit 2001 stets zu den EU-Staaten mit den geringsten Wachstumsraten der Arbeitskosten zu zählen. Frankreich (+ 2,6%), Italien (+ 4,4%) sowie Spanien (+ 5,0%) hatten höhere Anstiege, Lettland (+ 22,9%) hat EU-weit den größten. Im Vereinigten Königreich und in Schweden führten teils massive Abwertungen der heimischen Währungen gegenüber dem Euro zu sinkenden Arbeitskosten.

Arbeitgeber bezahlten 2008 in der deutschen Wirtschaft durchschnittlich 29,80 Euro für eine Arbeitsstunde. Im EU-Vergleich lag das Arbeitskostenniveau in Deutschland damit nach Dänemark, Luxemburg, Belgien, Schweden, Frankreich und den Niederlanden gemeinsam mit Österreich auf Rang sieben. Dänemark wies mit 36,50 Euro die höchsten, Bulgarien mit 2,50 Euro die niedrigsten Arbeitskosten je geleistete Stunde auf. Im Verarbeitenden Gewerbe, das besonders im internationalen Wettbewerb steht, kostete eine Arbeitsstunde in Deutschland durchschnittlich 33,90 Euro. Damit lag Deutschland hinter Belgien, Dänemark und Schweden auf Rang vier in der EU.

Auf 100 Euro Bruttoverdienst zahlten die Arbeitgeber 2008 in Deutsch-

land 32 Euro Lohnnebenkosten. Damit lag Deutschland unter dem europäischen Durchschnitt von 36 Euro und nahm einen Mittelplatz in der EU ein. In Frankreich und Schweden entfielen auf 100 Euro Lohn zusätzlich 50 Euro beziehungsweise 48 Euro Lohnnebenkosten, in Malta waren es nur neun Euro.

[www.eds.destatis.de](http://www.eds.destatis.de)

## Alkoholwerbung steigert Alkoholkonsum von Jugendlichen

Der Kontakt mit Alkoholwerbung wird vielfach als einer von vielen Faktoren gesehen, die Jugendliche zum Konsum alkoholhaltiger Getränke animieren. Jetzt bestätigt eine Anfang Mai 2009 veröffentlichte und im Auftrag der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) erstellte Studie diese These. Sie kommt zum Ergebnis, dass ein positiver Zusammenhang zwischen dem Kontakt mit Alkoholwerbung und dem Trinkverhalten bei Kindern und Jugendlichen besteht. Je höher die „Dosis“ an Alkoholwerbung ist, desto höher ist der Alkoholkonsum bzw. die Alkoholempfänglichkeit.

Ziel der wissenschaftlichen Studie war es, den Zusammenhang zwischen Alkoholwerbung, Einstellungen gegenüber Alkohol und Alkoholkonsum zu untersuchen. An der Stichprobe waren über 3.400 Schüler und Schülerinnen der 6. – 8. Klassenstufe aus Brandenburg, Hamburg und Schleswig-Holstein beteiligt.

Die Autoren (Institut für Therapie und Gesundheitsforschung) leiten aus ihrer Untersuchung u.a. folgendes ab: es ist so gut wie unmöglich, als Jugendlicher nicht in Kontakt mit Alkoholwerbung zu kommen; Jungen nehmen Alkoholwerbung eher wahr als Mädchen; Jungen trinken häufiger und mehr als Mädchen; die Einstellung gegenüber Alkohol korreliert deutlich mit der Werbung für Alkohol.

Aufgrund der Studienergebnisse wird nun konsequenteres Handeln gefordert. Dabei sollen Politik und Werbewirtschaft entschieden han-

deln, um Kinder und Jugendliche vor dem exzessiven Konsum zu schützen. Unter anderem könnte Alkoholwerbung vor der Aussendung im Fernsehen auf festgelegte Regeln kontrolliert werden.

[www.dak.de](http://www.dak.de)

## „Gesundheitspolitische Agenda 2009“ fordert Stärkung der Kassenärztlichen Vereinigung

Das „Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung“ (igsf) fordert in einer „Gesundheitspolitischen Agenda 2009“ ein Konzept für ein verlässliches, solidarisches und gerechtes Gesundheitswesen. Die zukünftige Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung soll dabei auf Grundlage des bestehenden Kollektivvertragssystems durch die Kassenärztlichen Vereinigungen stattfinden. Dazu müssten die „Kassenärztlichen Vereinigungen wieder voll funktionsfähig gemacht werden“. Die Autoren der sog. Agenda 2009 lehnen mehr Markt und Wettbewerb ebenso ab wie ein staatlich reguliertes und kontrolliertes Gesundheitssystem. Gleichfalls erteilen sie einer Weiterentwicklung auf Basis der beiden letzten Gesundheitsreformen (GKV-Modernisierungsgesetz und GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) eine Absage, weil dies zu Budgetierung, Wartezeiten, stiller Rationierung und dem Ende der Privaten Krankenversicherung führen würde.

Pessimistisch sind die Autoren hinsichtlich der Entwicklung des GKV-Beitragssatzes, den sie bis 2050 bis auf zwischen 27 und 44 Prozentpunkte steigen sehen, wenn die Politik nicht reagiert.

Vorschläge der Arbeitsgruppe für ein „verlässliches Gesundheitswesen“ in Bezug auf die GKV sind u.a. die Abschaffung des Gesundheitsfonds und einheitlichen Beitragssatzes sowie des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Der Leistungskatalog der GKV soll auf Vorschlag des Gemeinsamen Bundesausschusses auf

Grundleistungen reduziert, Zuzahlungen erhöht und Härtefallregelungen aufgehoben werden. Wieder abgeschafft werden sollen Regelungen der PKV, wie der Basistarif und die Wartezeit für den Wechsel in die PKV.

[www.igsf.de](http://www.igsf.de)

## Programm von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur Bundestagswahl

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN fordern in ihrem Wahlprogramm einen deutlichen Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung auf allen Ebenen. Verlangt wird ein Richtungswechsel in der Gesundheitspolitik: „*Weg vom Gesundheitswesen als bloßer Reparaturbetrieb hin zu einem Gesundheitswesen mit mehr Prävention und Gesundheitsförderung*“.

Wieder abgeschafft werden soll der Gesundheitsfonds, weil er nach Überzeugung der GRÜNEN als Einstieg in eine kleine Kopfpauschale und zur Einschränkung notwendiger Leistungen dient. Stattdessen will die Partei eine „grüne Bürgerversicherung“ einführen, in der alle Menschen in die solidarische Finanzierung einbezogen werden. Dabei sollen auch Kapitaleinkommen und Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung berücksichtigt werden. Praxisgebühr und Zuzahlung für Medikamente sollen ebenfalls wieder beseitigt werden. Mehr Wettbewerb zwischen den Kassen und mehr Qualitätswettbewerb zwischen den Leistungserbringern betrachten die GRÜNEN als sinnvoll.

Für die Pflege fordern die GRÜNEN den Ausbau von flexiblen Wohn-, Pflege- und Hilfeangeboten, damit Pflegebedürftige in ihrer vertrauten Umgebung gepflegt werden können. Für pflegende Angehörige und Freunde soll eine dreimonatige Pflegezeit mit einer Lohnersatzleistung eingeführt werden. Ebenso wie in der GKV soll die Pflegeversicherung zu einer Bürgerversicherung weiterentwickelt werden.

[www.gruene.de](http://www.gruene.de)

## Forderungen des Sozialverband VdK Deutschland zur Bundestagswahl

Der Sozialverband VdK Deutschland lehnt Kürzungen im Sozialbereich zur Bewältigung der Finanz- und Wirtschaftskrise strikt ab. Die Krise sei nicht durch Arbeitnehmer, Rentner, Kranke und Pflegebedürftige verursacht worden, deshalb „*dürfen sie auch nicht zu deren Opfer werden*“. Weiterer Sozialabbau fördere die Politikverdrossenheit und gefährte den inneren Frieden, so der VdK.

Der VdK fordert insbesondere Maßnahmen zur Bekämpfung von Altersarmut. Es müsse sichergestellt werden, dass „*nach langjähriger vollzeitnahe Erwerbstätigkeit die gesetzliche Rente deutlich über dem Grundsicherungsniveau liegt*“.

In der Gesundheitspolitik spricht sich der VdK für die Abschaffung des Gesundheitsfonds aus, weil er zu mehr staatlichem Einfluss führt und bei der angesichts der Finanzkrise zu erwartenden Unterfinanzierung die Versorgung verschlechtern und die Eigenbeteiligung der Patienten erhöhen würde. Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich und Steuerzuschuss werden vom VdK begrüßt.

Für den Bereich der Pflegeversicherung fordert der Sozialverband, dass die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht zu einer Verschlechterung der Leistungen führen darf. Zur Finanzierung sollte deshalb die private Pflegeversicherung herangezogen werden. Auch über eine Anhebung des Beitragssatzes müsse nachgedacht werden. Die Pflegeleistungen müssen sofort und nicht erst 2015 dynamisiert werden.

[www.vdk.de](http://www.vdk.de)

## Arzneimittelrabattverträge der AOK gelten ab 1. Juni 2009

Nach langem juristischem Tauziehen vor Vergabekammern und Gerichten können die zwischen 22 phar-

mazeutischen Unternehmen und der AOK ausgehandelten Rabattverträge ab 1. Juni 2009 mit einer einmonatigen Übergangsfrist umgesetzt werden. Die neuen Rabattverträge haben eine Laufzeit von zwei Jahren und gelten für 63 der am meisten verordneten Arzneimittel-Wirkstoffe und Wirkstoffkombinationen im patentfreien Arzneimittelbereich (Generika). Die knapp 25 Millionen Versicherten der AOK erhalten dann in der Regel in Apotheken nur noch die Arzneimittel der Generika-Hersteller, für die es einen Rabattvertrag gibt.

Die AOK rechnet mit Einsparungen während der zweijährigen Laufzeit der Rabattverträge, der sich im „höheren“ dreistelligen Millionenbereich bewegt.

Vorausgegangen war ein monatlanges juristisches Tauziehen vor Vergabekammern und Gerichten um die Rechtmäßigkeit der AOK-Rabattverträge. In mehr als 40 Verfahren unterlagen die klagenden Hersteller der AOK. Deshalb musste der Start der Rabattverträge um zwei Monate verschoben werden. Für die Arzneimittelrabattverträge setzt die AOK auf die enge Partnerschaft mit dem Deutschen Apotheker Verband (DAV). [www.aok.de](http://www.aok.de)

## Drogen- und Suchtbericht 2009: Alkohol weiter ein Problem von Jugendlichen

Der Anfang Mai 2009 veröffentlichte Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Sabine Bätzing, verdeutlicht, dass sich der Alkoholkonsum von Jugendlichen weiterhin auf einem sehr hohen Niveau befindet. Fast jeder 10. Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren weist einen riskanten oder gefährlichen Alkoholkonsum auf (exzessives Rauschtrinken oder sog. „Komasaufen“). In der Alkoholprävention sind, so der Drogen- und Suchtbericht, im Jahr 2008 aber auch Erfolge erzielt worden. So ist der Anteil der Jugendlichen, die wöchent-

lich mindestens ein alkoholisches Getränk zu sich genommen haben, von 21,2% (2004) auf 17,4% durchschnittlich zurückgegangen. Beim Tabakkonsum unter Jugendlichen weist der Suchtbericht einen weiterhin positiven Trend zum Nichtrauchen aus. So ist die Raucherquote der Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren von 2001 von 28% auf 15,4% im Jahr 2008 gesunken. Die Drogenbeauftragte Bätzing betrachtet diese Trends als Erfolge der Drogen- und Suchtpolitik der vergangenen Jahre.

Ob das sogenannte Komasaufen tatsächlich zurückgegangen ist, wird nach Einschätzung von Experten bezweifelt. Legt man z.B. Statistiken der Krankenkassen zugrunde, so hat sich auch 2008 und 2009 der Aufwärtstrend bei den Notaufnahmen von Jugendlichen, die mit einer Alkoholvergiftung in ein Krankenhaus eingeliefert wurden, fortgesetzt. Die Zahlen zum Komasaufen im Drogen- und Suchtbericht basieren auf telefonischen Umfragen bei Jugendlichen und könnten deshalb ein positiveres Bild als das tatsächliche Geschehen vermitteln.

[www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de)

heit zum 1. Januar 2010 für amtlich erklärt.

Das umfassende Klassifikationssystem basiert auf dem international geltenden anatomisch-therapeutisch-chemischen (ATC) System der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und wurde speziell an die Situation des deutschen Arzneimittelmarktes angepasst und erweitert. Seit nunmehr acht Jahren wird die Systematik einschließlich der vollständigen Methodik der ATC-Klassifikation und DDD-Festlegung jährlich veröffentlicht und hat sich in der Fachwelt als methodischer „Goldstandard“ bei der Durchführung von Arzneimittelanalysen und in der Arzneimittelverbrauchsrecherche etabliert.

Seit 1981 analysiert der GKV-Arzneimittelindex im WIdO den deutschen Arzneimittelmarkt. Ziel ist eine verbesserte Anwendungs- und Markttransparenz. Erst die eindeutige Zuordnung von Arzneimitteln mit Hilfe der ATC-Systematik und die Messung der verordneten Arzneimittelmenge mit Hilfe definierter Tagesdosen (defined daily doses, DDD) ermöglicht eine tiefergehende und reproduzierbare Analyse der Verordnungsdaten in Deutschland. [www.wido.de](http://www.wido.de)

## Arzneimittelindex des Wissenschaftlichen Instituts der AOK

Der GKV-Arzneimittelindex im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) hat die aktuelle Klassifikation der deutschen Arzneimittel mit Tagesdosen für 2009 veröffentlicht. Die Systematik ermöglicht Experten aus Wissenschaft und Praxis herauszufinden, welche Arzneimittel mit welchen Wirkstoffen in welchen Mengen verbraucht wurden. Damit können zentrale Fragen der Arzneimittelverbrauchsrecherche beantwortet werden. Seit 2009 dient sie auch zur Identifikation erkrankter Versicherter im Rahmen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Die Klassifikation wird außerdem unter Einbindung von Krankenkassen, Ärzten und Pharmaindustrie im Rahmen der Arbeitsgruppe ATC/DDD vom Bundesministerium für Gesund-