



## INHALT

- **AOK lehnt EU-Pläne zur Bewertung von Gesundheits-Technologie ab**
- **Deutscher Pflage tag 2018: Kompetenz verbindet**
- **Koalitionsvertrag: Richtige Ansätze – stärkere Vernetzung überfällig**
- **Organspende: Niederlande entscheiden sich für Widerspruchslösung**
- **Ärztin klagt erfolgreich auf Löschung aus Internetportal**
- **Apothekenautomat verstößt gegen Wettbewerbsrecht**
- **Kassen 2017 mit 3,1 Milliarden Euro im Plus**
- **Gesundheitsausgaben auf Rekordhöhe**
- **Hintergrund: Cannabis als Medikament – AOK mahnt zur Vorsicht**

Redaktionsschluss dieser Ausgabe:  
22. Februar 2018

## ■ Gesundheitswissen fördern und stärken

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe hat den „Nationalen Aktionsplan **Gesundheitskompetenz**“ entgegengenommen. Ein Expertenteam aus Wissenschaft und Praxis um Doris Schaeffer und Ullrich Bauer von der **Universität Bielefeld**, Klaus Hurrelmann von der **Hertie School of Governance** sowie Kai Kolpatzik vom AOK-Bundesverband hat den Plan entwickelt. Hintergrund: Jeder und jede Zweite in Deutschland tut sich schwer, gesundheitsrelevante Informationen zu verstehen und angemessen damit umzugehen. „Mit dem Nationalen Aktionsplan gibt es nun einen wissenschaftlichen Leitfaden, der zeigt, wie die Gesundheitskompetenz in unserem Land bei der Bildung, Ernährung und Arbeit, aber auch durch einen verständlicheren Austausch zwischen Arzt und Patient gestärkt werden kann“, lobte Gröhe. Der Plan umfasst 15 konkrete Empfehlungen, die alle gesellschaftlichen Akteure einbinden und darauf abzielen, sowohl das Gesundheitssystem nutzerfreundlicher zu gestalten also auch die Gesundheitskompetenz des Einzelnen zu fördern. Der „Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ geht auf eine Initiative der beteiligten Wissenschaftler zurück und steht unter der Schirmherrschaft des Bundesgesundheitsministers. Die Robert Bosch Stiftung und der AOK-Bundesverband haben die Arbeit gefördert.

Infos: [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de)

## ■ Weniger private Krankenversicherungen

Die Zahl der Einzel- und Gruppenversicherungen in der privaten Krankheitskostenvollversicherung ist seit 2010 leicht gesunken. Wie sich aus einer Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Fraktion Die Linke ergibt, ging deren Zahl von rund 8,9 Millionen im Jahr 2010 auf 8,6 Millionen im Jahr 2016 zurück. Größtes Unternehmen in diesem Bereich ist die Debeka, die ihren Bestand von rund 2,1 Millionen Versicherungen im Jahr 2010 auf rund 2,3 Millionen im Jahr 2016 steigern konnte. Mit nur 800 Verträgen war die „St. Martinus Kranken“ der kleinste Anbieter. Der durchschnittliche Beitrag je Versicherten betrug im Jahr 2010 nach Angaben der Bundesregierung 223 Euro. 2016 waren es bereits 242 Euro, ein Plus von fast neun Prozent.

Infos: <http://dipbt.bundestag.de>

## ZUR PERSON I



■ **Erwin Rüdell**  
ist neuer Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheit im Deutschen Bundestag. Der Unionspolitiker ist Nachfolger von Prof. Dr. Edgar Franke (SPD).



■ **Dr. Gerald Quitterer**  
ist neuer Präsident der Bayerischen Landesärztekammer. Der 61-jährige Allgemeinarzt aus Eggenfelden/Niederbayern wird Nachfolger von Dr. Max Kaplan. Kaplan hatte sich nicht mehr zur Wahl gestellt. Mit Quitterer steht erneut ein Allgemeinmediziner an der Spitze der bayerischen Ärzteschaft.

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

## ■ AOK lehnt EU-Pläne zur Bewertung von Gesundheitstechnologie ab

Der AOK-Bundesverband hat den Vorschlag der EU-Kommission für eine Verordnung zur Bewertung von Gesundheitstechnologie (**Health-Technology-Assessment**, kurz HTA) kritisiert. „Die EU-Pläne würden unser bewährtes Verfahren zur Bewertung des Zusatznutzens neuer Arzneimittel und **Medizinprodukte** aushebeln und den Patientenschutz gefährden“, warnte Vorstandschef Martin Litsch nach der Veröffentlichung des Kommissionsentwurfes am 31. Januar. Kommt die Neuregelung, wären alle Mitgliedsländer nach sechs Jahren verpflichtet, die unter Regie der als wirtschaftsnah geltenden EU-Kommission durchgeführte Bewertung des medizinischen Zusatznutzens neu auf den Markt kommender Arzneimittel und vieler Medizinprodukte zu übernehmen. Nationale Bewertungen des Zusatznutzens – in Deutschland erfolgen sie durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses – würde es nur noch in Ausnahmefällen geben. Laut Verordnungsvorschlag sollen die HTA-Berichte gemeinsam durch nationale Experten nach Vorgaben der Kommission erarbeitet werden. Strittige Themen sollen mit einer einfachen Mehrheit der Mitgliedsstaaten entschieden werden. „Es ist mit weniger Stringenz in der Bewertung zu rechnen und damit mit einem Absenken des deutschen Standards“, kritisiert der Vertreter der AOK in Brüssel, Jan van Lente. „Dadurch gäbe es weniger Transparenz für Ärzte und Patienten über den Nutzen neuer Produkte, und potenziell drohen höhere Preise.“ Auch der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen und der **Gemeinsame Bundesausschuss** (GBA) lehnen den Vorschlag der EU-Kommission ab.

Infos: [www.ec.europa.eu/germany](http://www.ec.europa.eu/germany)

## ■ Deutscher Pflageetag 2018: Kompetenz verbindet

Pflegeberatung, Prävention, technische Assistenzsysteme in der Pflege sowie Kinder und Jugendliche mit Pflegeverantwortung: Das sind die thematischen Schwerpunkte des AOK-Bundesverbandes auf dem Deutschen Pflageetag vom 15. bis 17. März in Berlin. Mit Fachvorträgen, Podiumsdiskussionen und Workshops informiert der Deutsche Pflageetag über die neuesten Themen und Trends in der Pflege. Die dazugehörige Fachausstellung bietet eine Plattform zum intensiven Erfahrungsaustausch über alle Bereiche der Pflege. Das **Angebot und der Stand des AOK-Bundesverbandes** stehen unter dem Motto: „Pflege – Kompetenz verbindet“. Der Deutsche Pflageetag ist die zentrale Branchenveranstaltung für die Pflege und richtet sich an Manager, Pflegefachkräfte, Pflegeschüler oder Pflegeinteressierte gleichermaßen.

Infos: [www.deutscher-pflageetag.de](http://www.deutscher-pflageetag.de)

### ZUR PERSON II



■ **Barbara Steffens**, ehemalige Gesundheitsministerin von Nordrhein-Westfalen, wird zum 1. Juli 2018 Leiterin der Landesvertretung Nordrhein-Westfalen der Techniker Krankenkasse (TK). Steffens folgt auf Günter van Aalst und wird künftig an den Geschäftsbereichsleiter Versorgungsinnovation, Daniel Cardinal, berichten.



■ **Dr. Martina Niemeyer** übernimmt den Vorstandsvorsitz bei der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Die 51-Jährige tritt ihr neues Amt voraussichtlich am 1. April 2018. Derzeit ist Niemeyer noch stellvertretende Vorstandsvorsitzende der AOK NORDWEST. Sie folgt auf Dr. Irmgard Stippler, die im März als Vorstandschefin zur AOK Bayern wechselt.

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

## ■ Koalitionsvertrag: Richtige Ansätze – stärkere Vernetzung überfällig

Der AOK-Bundesverband sieht im **Koalitionsvereinbarung** zwischen Union und SPD richtige Ansätze für eine bessere Versorgung. „Sektorenübergreifende Versorgung, Digitalisierung, Pflegepersonalbedarf, Qualitätsoffensive, Beitragsgerechtigkeit – das sind die Felder, auf denen wir endlich vorankommen müssen“, betonte Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes. Die medizinische Versorgung in Deutschland verharre in starren Sektoren und produziere zu viele Qualitäts- und Effizienzverluste. Die geplante Initiative zur stärkeren Vernetzung und Zusammenarbeit sei überfällig. „Ich hätte mir allerdings gewünscht, dass der Koalitionsvertrag mehr Wettbewerbsinstrumente vorsieht und die Krankenkassen nicht nur als Zahler aufruft“, so Litsch. Die Verbesserung der Personalsituation in Krankenhäusern und Altenpflegeheimen zum Schlüsselthema zu machen, nennt der Verbandschef plausibel. Die zusätzlichen Mittel müssten aber allein dem Pflegepersonal zugute kommen und dürften nicht auf dem Konto von Pflegeheimbetreibern oder in der medizinischen Ausstattung landen. Dass der Koalitionsvertrag das Bekenntnis zur Qualitätsorientierung im Krankenhaus noch einmal bekräftige, sei ebenfalls zu begrüßen. „Das Thema Qualität darf aber nicht als Vorwand dazu dienen, bei der Neuordnung der Krankenhauslandschaft nachzulassen oder gar das Selbstkostendeckungsprinzip über die Hintertür einzuführen“, bekräftigte Litsch.

Infos: [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de)

## ■ Organspende: Niederlande entscheiden sich für Widerspruchslösung

Die erste Kammer des niederländischen Parlaments hat mit knapper Mehrheit ein neues Gesetz zur Registrierung von Organ Spendern verabschiedet. 38 Abgeordnete stimmten dafür, 36 dagegen. Demnach wird jeder volljährige Bürger automatisch als Organspender registriert. Wer das ablehnt, muss widersprechen. Bislang mussten sich ähnlich wie in Deutschland Menschen aktiv ihren Willen bekunden, nach ihrem Tod Organe für Transplantationen spenden zu wollen. Die Initiatoren der Gesetzesnovelle hoffen auf mehr Spenderorgane. Auch bei der neuen Regelung sollen Angehörige in Zweifelsfällen über eine Entnahme von Organen mitbestimmen dürfen. Die Zweite Kammer hatte bereits mit nur einer Stimme Mehrheit zugestimmt.

### KOMMENTAR

Bei allen guten Ansätzen ist der Koalitionsvertrag auch ein gutes Beispiel dafür, wie die Politik funktioniert. 2016 wollten Gesundheitsminister Hermann Gröhe und die Union den Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln verbieten. Das Verbot scheiterte jedoch am Widerstand der SPD. „Wir werden aus allen Rohren schießen“, kündigten daraufhin die Apothekerverbände ihren Widerstand an und starteten eine massive Kampagne für ein Verbot. Jetzt steht das Verbot wieder im Koalitionsvertrag. Man wolle die Apotheken vor Ort stärken, freut sich Hermann Gröhe in den sozialen Netzwerken. Patienteninteressen werden allerdings nicht gestärkt. Insbesondere chronisch Kranken und Menschen im ländlichen Raum nimmt das Verbot eine zusätzliche Möglichkeit, ihre Arzneimittelversorgung ergänzend sicherzustellen. (rbr)

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

## ■ Ärztin klagt erfolgreich auf Löschung aus Internetportal

Das Arztbewertungsportal Jameda muss das Profil einer Hautärztin entfernen. Das hat der Bundesgerichtshof (BGH) entschieden. Jameda habe die für Bewertungsportale gebotene Neutralität verlassen, weil es Mediziner begünstige, die sich dort Werbeplatz kaufen, so der BGH. Die Betreiber müssen nun ihre Anzeigenprodukte anpassen und für Gleichbehandlung zwischen zahlenden und nicht zahlenden Ärzten sorgen. Die Dermatologin war gegen ihren Willen auf Jameda geführt worden und musste auf ihrem Profil als Nichtzahlerin Einblendungen der Konkurrenz dulden. Ärzte hingegen, die sich als Jameda-Premiumkunden gegen Geld ausführlich dort präsentieren, waren bislang vor Werbung von Wettbewerbern auf ihrem Profil geschützt. Ein grundsätzlicher Anspruch, aus solchen Portalen entfernt zu werden, besteht jedoch weiterhin nicht, solange sich ein Bewertungsportal wie ein neutraler Informationsvermittler verhalte, betonte der Vorsitzende Richter. Der BGH halte hier an der Grundsatzentscheidung dazu von 2014 ausdrücklich fest. Aus Sicht der „**Weissen Liste**“ stärkt die Entscheidung das Modell eines unabhängigen nichtkommerziellen Bewertungsportals. Die Weisse Liste ist ein gemeinsames Projekt der Bertelsmann Stiftung und der Dachverbände der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen. Zusammen mit der Weissen Liste hat die AOK auch ihren Arztnavigator entwickelt. Bezahlte Platzierungen sind im **AOK-Arztnavigator** nicht möglich. Versicherte können hier ihren Arzt bewerten und so anderen Nutzern bei der Arztsuche helfen. Ärzte und Praxisteams erhalten eine faire Rückmeldung.

Infos: [www.bundesgerichtshof.de](http://www.bundesgerichtshof.de)

## ■ Apothekenautomat verstößt gegen Wettbewerbsrecht

Im Rechtsstreit um einen Apothekenautomaten im baden-württembergischen Hüffenhardt hat das Landgericht Mosbach dem niederländischen Versandhändler DocMorris und der Mieterin der Räume den Betrieb des Automaten verboten. Die praktizierte Abgabe und Lagerung von Medizin verstoße gegen das **Arzneimittelgesetz** und sei wettbewerbswidrig. Die Abgabe sei nur in einer Apotheke oder durch den Versandhandel einer Apotheke zulässig. DocMorris hatte in der 2.000-Seelen-Gemeinde nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel verkauft. Mitarbeiter in den Niederlanden gaben die Medikamente per Knopfdruck frei. Beraten wurde per Videochat. Es handele sich beim Geschäft mit nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimitteln um Versandhandel, argumentierte das Unternehmen. Dem widersprach das Gericht. Allein der Umstand, dass die Medikamente nach einer Videoschaltung freigegeben würden, mache deren Abgabe nicht zum Versandhandel. Geklagt hatten ein Versandapotheker sowie drei Apotheker aus dem Umkreis und ein Apotheker-Landesverband.

Infos: [www.landgericht-mosbach.de](http://www.landgericht-mosbach.de)

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

## ■ Kassen 2017 mit 3,1 Milliarden Euro im Plus

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat im vergangenen Jahr nach einem Bericht der Frankfurter Allgemeinen Zeitung (FAZ) ein Plus von 3,1 Milliarden Euro erwirtschaftet. Demnach stiegen die Rücklagen und Reserven auf 19 Milliarden Euro. Zusammen mit den von Fachleuten auf neun Milliarden Euro kalkulierten Rücklagen im Gesundheitsfonds liege die Gesamtreserve im Gesundheitssystem bei 28 Milliarden Euro. „Der GKV geht es so gut wie lange nicht mehr“, sagte der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes Martin Litsch. Grund dafür sei auch die gute Konjunktur, „die die Kassen nutzen sollten, um für schlechtere Zeiten vorzusorgen und an der eigenen Wettbewerbsfähigkeit zu arbeiten“. Die AOK verzeichnete laut FAZ einen Überschuss von 1,45 Milliarden Euro, die **Ersatzkassen** kamen auf 1,2 Milliarden Euro, gefolgt von den **Betriebskrankenkassen** mit 295 Millionen Euro und der Knappschaft mit 102 Millionen Euro. Die **Innungskassen** erzielten 174 Millionen Euro Überschuss.

Infos: [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de)

## ■ Nutzenbewertung für Arzneimittel im Krankenhaus

Auch Medikamente, die ausschließlich im stationären Bereich verordnet werden, müssen künftig eine **Nutzenbewertung** durchlaufen. Dazu wird der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) seine Vorgehensweise im Rahmen der frühen Nutzenbewertung anpassen. Dabei entscheidet der GBA über den medizinischen Zusatznutzen eines neuen Medikaments im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie. Die Nutzenbewertung für ausschließlich in der Krankenhausversorgung genutzte Medikamente wurde durch eine Änderung des **Arzneimittel-Versorgungsgesetzes** (AMVSG) 2017 möglich.

Infos: [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

## ■ Gesundheitsausgaben auf Rekordhöhe

Die Gesundheitsausgaben haben nach Schätzungen des Statistischen Bundesamtes 2017 erstmals die Marke von einer Milliarde Euro pro Tag überschritten. Das Amt prognostiziert Ausgaben von 374,2 Milliarden Euro und begründet das höhere Wachstum mit den **drei Pflegestärkungsgesetzen**. Durch die Pflege-reform erhalten unter anderem mehr Demenzkranke als bisher Leistungen aus der Pflegeversicherung. Laut Destatis hat die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) mit 212,4 Milliarden Euro am meisten in die Gesundheit investiert. Es folgten Privathaushalte und private Organisationen (48,5 Milliarden), die Pflegeversicherung (39,5 Milliarden), die private Krankenversicherung (31,6 Milliarden), die öffentlichen Haushalte (16,2 Milliarden), die Arbeitgeber (15,6 Milliarden), die gesetzliche Unfallversicherung (5,8 Milliarden) und die Rentenversicherung (4,6 Milliarden Euro).

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

## Vorschau

**G+G** | 02/2018

Gesundheit und Gesellschaft

### Wissen nach Plan:

Informationen zu Gesundheit und Krankheit finden, verstehen und anwenden – der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz schließt Wissenslücken.

Von Doris Schaeffer,  
Klaus Hurrelmann,  
Ulrich Bauer und Kai Kolpatzik

### Mit allen Sinnen

Lernen und erforschen, was gesund ist – das ist das Ziel von ScienceKids. Das Programm vermittelt Kindern und Jugendlichen alltagsnahe Gesundheitsbildung.

Von Thomas Hommel

### Training für die Teamarbeit

Um chronisch kranke und alte Menschen gut zu versorgen, müssen die Gesundheitsberufe kooperieren. Eine interprofessionelle Ausbildung fördert das.

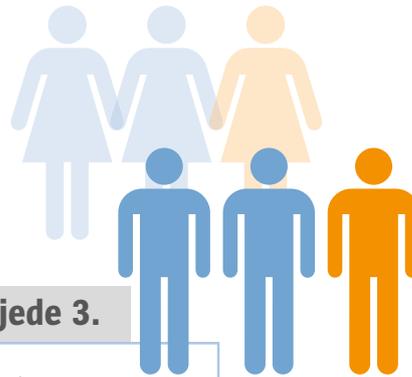
Von Florian Staeck

**G+G** | 1/2014

Wissenschaft

Die Gutachten zum Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich sind der Schwerpunkt der neuen Ausgabe. Dabei geht es insbesondere um den Kassenwettbewerb und die Regionalisierungsdebatte.

## Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz



Nur etwa **jeder/jede 3.**

sieht sich dazu in der Lage,  
im Internet nach seriösen und unseriösen  
Gesundheitsinformationen zu unterscheiden

**2.048 Personen** hat das Institut YouGov Deutschland zwischen dem 12. und dem 15. Januar 2018 im Auftrag des AOK-Bundesverbandes repräsentativ befragt.

Infos: [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de)

## ■ Studienreisen 2018: Pflege in Skandinavien und E-Health in Estland

Selbstbewusste Pflegekräfte mit Hochschulabschluss, die im Team mit Ärzten und Therapeuten Patienten betreuen: Was in Deutschland noch die Ausnahme ist, ist in Skandinavien längst die Regel. Wie es gelingt, gute, interdisziplinäre Versorgung im Alltag zu etablieren, steht im Mittelpunkt der Studienreise des AOK-Forums „Gesundheit und Gesellschaft“ (G+G) vom 6. bis 8. Juni 2018 nach Malmö und Kopenhagen. Die zweite Studienreise vom 17. bis 19. September 2018 geht ins estnische Tallinn. Das kleine Land im Baltikum schreibt Digitalisierung groß. Auch im Gesundheitswesen ist der Einsatz moderner Informationstechnologie weit fortgeschritten. In Kooperation mit dem führenden E-Health- und IT-Unternehmen des Landes, „Nortal“, bietet die Studienreise tiefe Einblicke in den Einsatz von E-Health-Anwendungen in Krankenhäusern und Arztpraxen.

Infos: [www.kompart.de](http://www.kompart.de)

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

## «BLICKPUNKT HINTERGRUND»

### ■ Cannabis als Medikament – AOK mahnt zur Vorsicht

**Seit März 2017 können Ärztinnen und Ärzte Cannabis-Präparate auf Kosten der Krankenkassen verschreiben, selbst wenn diese keines der üblichen Zulassungsverfahren durchlaufen haben. Möglich wurde das durch die Reform des Betäubungsmittelgesetzes. Die Zahl der mit Cannabis behandelten Patienten ist seither deutlich gestiegen. Allein bei den AOKs gingen bundesweit knapp 9.000 Anträge ein, rund 64 Prozent davon wurden positiv beschieden (Stand Februar 2018). Dr. Bettina Dubbick, Referentin für Arzneimittel beim AOK-Bundesverband, mahnt zur Vorsicht: „Für einen breiten Einsatz von Cannabis mangelt es nach wie vor an Belegen zur Wirksamkeit und Sicherheit.“**

Cannabis ist in Europa die am häufigsten konsumierte illegale Substanz. Ihre Inhaltsstoffe können Rauschzustände auslösen, und ein intensiver Gebrauch kann in die Abhängigkeit führen, insbesondere wenn Cannabis geraucht oder inhaliert wird. Einzelne Studien legen aber auch nahe, dass die Cannabinoide eine medizinische Wirkung haben. Für einige wenige Diagnosen stehen dem Arzt Fertigarzneimittel zur Verfügung, die im Rahmen der jeweiligen Zulassung verschrieben werden dürfen: Das Spray Sativex bessert beispielsweise die Krampfsymptomatik bei Patienten mit Multipler Sklerose (MS), die Kapseln Canemes mildern bei Krebspatienten Übelkeit und Erbrechen nach einer Chemotherapie.

Wer Cannabis jedoch für andere Erkrankungen verwenden will, musste dies vor der Gesetzesreform bei der Bundesopiumstelle des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) beantragen. Mit einem positiven Bescheid konnte der Patient dann Cannabis legal in einer Apotheke beziehen – allerdings auf eigene Kosten. Rund 1.060 Ausnahmegenehmigungen waren 2016 über alle Kassen hinweg erteilt worden.

#### » Cannabis-Einsatz nur bei Fehlen einer Therapiealternative

Dieses Vorgehen ist mit der Reform des „Gesetzes zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften“ im Frühjahr 2017 überholt. Ärzte schwerkranker Patienten können seitdem Cannabis einsetzen, wenn sie es für medizinisch sinnvoll erachten und die gesetzlichen Voraussetzungen gegeben sind. Eine Zulassung der cannabis-haltigen Arzneimittel ist nicht erforderlich. Voraussetzung ist jedoch, dass es keine Therapiealternativen gibt beziehungsweise zur Anwendung kommen können und deutliche Aussichten auf einen positiven Verlauf bestehen. Vor Beginn der Behandlung mit Cannabis muss bei der Krankenkasse ein Antrag gestellt werden. Die Krankenkasse prüft dann, ob die Voraussetzungen für den Leistungsanspruch gegeben sind.

Zwischenzeitlich haben die Kassen ein Prüfverfahren aufgebaut, in dem sie jeden Einzelfall, häufig in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

der Krankenversicherung, begutachten. Im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) darf sich das Genehmigungsverfahren nicht länger als drei Tage hinziehen, in allen anderen Fällen kann es jedoch bis zu fünf Wochen dauern. Der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) kalkulierten die zusätzlichen Kosten für 2017 auf rund 18 Millionen Euro. Ursprünglich war der Gesetzgeber von 647 Patienten pro Jahr sowie von zusätzlichen Kosten in Höhe von 156.000 Euro ausgegangen.

#### » Cannabis hat nicht wie andere Arzneimittel ein Zulassungsverfahren durchlaufen

„Die intensive öffentliche Berichterstattung hat bei den Patienten überzogene Erwartungen geweckt, wann eine Cannabis-Therapie auf Rezept möglich ist“, sagt AOK-Referentin Dubbick. Die AOK-Genehmigungsquote liegt bei 64 Prozent. „Das ist hoch für eine Therapie, für die bis heute keine ausreichende Evidenz vorliegt und die bis auf wenige Ausnahmen keines der üblichen Zulassungsverfahren durchlaufen hat“, sagt sie.

Aus ihrer Sicht sind auch die Ärzte intensiver aufzuklären, damit sie eine fundierte Therapieentscheidung treffen können und nicht nur dem Druck des Patienten nachgeben. Besonders in den ersten Monaten seien die Anträge häufig unzureichend begründet oder unvollständig gewesen. Doch auch heute ist die Qualität der Anträge noch sehr unterschiedlich.

#### » „Unklare und abstrakte Formulierungen erschweren die Umsetzung“

Auch das Gesetz selbst hat laut Dubbick einige Schwächen. Beispielsweise sei völlig unklar, was als „schwerwiegende Symptomatik“ einzustufen ist. „Die unklaren und oft abstrakten Formulierungen erschweren für alle Beteiligten die Umsetzung“, sagt sie. Skeptisch bewertet die Pharmazeutin auch den Nutzen der Begleiterhebung, die mit der Reform auf den Weg gebracht worden ist.

Im Fall einer Cannabis-Therapie sind die begleitenden Ärztinnen und Ärzte dazu verpflichtet, über fünf Jahre hinweg den Verlauf der Behandlung anonymisiert an das BfArM zu melden. So soll die nötige Datenbasis geschaffen werden, um langfristig über eine dauerhafte Leistungspflicht der Krankenkassen zu entscheiden. „Um den Stellenwert von Cannabis in der Medizin objektiv bewerten zu können, brauchen wir jedoch dringend zusätzlich hochwertige und aussagekräftige Studien“, sagt Dubbick.

Infos: [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de)