

# DIE INTERNET-ZEITUNG FÜR INSIDER IM GESUNDHEITSWESEN

Presseinformationsdienst Gesundheitswesen

29. März 2018

u n a b h ä n g i g - ü b e r p a r t e i l i c h

## Investitionsbedarf der Krankenhäuser - aktuelle Auswertung bestätigt Unterfinanzierung durch die Bundesländer

eine sogenannte Investitionsbewertungsrelation zugeordnet. Diese Verhältniswerte stellen den notwendigen Investiti-

tungen und für das Klinikpersonal. Die Bundesländer hingegen zeichnen für die Investitionen verantwortlich.



Berlin. Der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) haben sich auf den Katalog von Investitionsbewertungsrelationen für das Jahr 2018 geeinigt. Mit diesem zum fünften Mal vorgelegten Katalog werden die leistungsbezogenen Investitionsbedarfe für die unterschiedlichen Fallpauschalen aufgezeigt.

Die empirisch erhobenen Zahlen belegen - wie auch in den vergangenen Jahren - dass der bestandserhaltende Investitionsbedarf der Krankenhäuser bundesweit bei sechs Milliarden Euro liegt. Gerade einmal die Hälfte wird derzeit von den Bundesländern gedeckt.

Der Katalog der Investitionspauschalen basiert auf Kalkulationen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Dabei wird jedem Fall

onsbedarf eines Krankenhauses dar. Durch diesen Katalog ist es möglich, die Investitionsmittel leistungsbezogen den Krankenhäusern zuzuordnen. Doch die Nutzung des Instruments liegt in der Entscheidung des jeweiligen Bundeslandes.

Zudem entscheiden allein die Bundesländer auch bei Anwendung der Verhältniszahlen über die Höhe des für Investitionen bereitgestellten Finanzvolumens. Bisher werden die Investitionsbewertungsrelationen in Berlin und Hessen angewendet.

### Hintergrund: Unzureichende Finanzierung der Investitionen

Die Finanzierung von Krankenhäusern erfolgt in Deutschland über zwei Säulen. Die gesetzlichen Krankenkassen und die Private Krankenversicherung tragen die Betriebskosten, wie z. B. die Kosten für die abrechneten medizinischen Leis-

Von zentraler Bedeutung ist deshalb die Höhe der vom jeweiligen Bundesland bereitgestellten Mittel. Auch wenn dies von Land zu Land durchaus unterschiedlich ist, ist in der Gesamtheit festzustellen, dass unzureichend Investitionsmittel zur Verfügung gestellt werden. Auch die letzte Krankenhausreform hat daran leider nichts geändert.

Wie groß das Problem bereits ist, zeigt sich besonders deutlich, wenn man die Mittel der Länder in Bezug zu den Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung stellt. Entsprechen die Investitionsmittel Anfang der 70er Jahre noch 25 Prozent der Gesamtausgaben der GKV, liegen sie heute bei unter vier Prozent. Wie auch in den Vorjahren ist festzustellen, dass die Bundesländer ihrer Verpflichtung zur Finanzierung der Investitionen nicht nachkommen.

# DIE INTERNET-ZEITUNG FÜR INSIDER IM GESUNDHEITSWESEN

Presseinformationsdienst Gesundheitswesen

29. März 2018

u n a b h ä n g i g - ü b e r p a r t e i l i c h

## **Kriedel zum Telematik-Rollout: Politik muss den Tatsachen ins Auge sehen**

Berlin. Wegen Lieferschwierigkeiten der Industrie fordert die KBV eine Fristverlängerung zur Ausstattung der Praxen für die Telematikinfrastruktur (TI). Auch finanziell müsse nachverhandelt werden, sagt KBV-Vorstandsmitglied Dr. Thomas Kriedel.

"Angesichts der aktuellen Situation sehen wir uns gezwungen, die Fristen sowie die Finanzierung der Praxisausstattung für die TI neu zu definieren. Wir können nicht hinnehmen, dass die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten die Probleme ausbaden müssen, die der Markt verursacht. Hier muss der Gesetzgeber den Tatsachen ins Auge sehen." Das hat Dr. Thomas Kriedel, Mitglied des Vorstands der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dort zuständig für den Bereich Telematik und Digitalisierung, gestern in Berlin erklärt.

Nach wie vor gibt es nur einen Anbieter, der die Konnektoren für den Anschluss der Praxen an die TI bereitstellt. Zwar haben für dieses Frühjahr weitere Hersteller ihren Markteintritt angekündigt, doch auch das ist fraglich. Selbst wenn die Hard-

ware zur Verfügung stünde, wäre es unrealistisch, alle 100.000 Praxen bis zum Ende des Jahres - wie vom Gesetzgeber vorgegeben - an die TI



**KASSENÄRZTLICHE  
BUNDESVEREINIGUNG**

anzubinden, so Kriedel. "Zum anderen ist absehbar, dass die Preise für die Komponenten sich nicht so entwickeln werden, wie es in der ursprünglichen Kalkulation der Erstattungsbeträge berechnet war. Wir haben es hier mit einer möglichen Unterdeckung im vierstelligen Bereich pro Praxis zu tun. Damit ergeben sich zwei Arten von Risiken für die Ärzte: Zum einen das Preisrisiko, wobei die Praxis auf einem Teil der Kosten sitzenbleibt. Zum anderen das Sanktionsrisiko. Hier droht ein Abzug von einem Prozent des ärztlichen Honorars, wenn das Datenmanagement nicht ab 1. Januar 2019 über die TI durchgeführt wird", erläuterte Kriedel.

Die KBV habe deshalb erneut Verhandlungen mit dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen, um die aktuelle

Marktsituation bei der Finanzierung der TI-Komponenten zu berücksichtigen. So ist es auch in der TI-Finanzierungsvereinbarung vorgesehen.

Parallel zur Fristwahrung habe die KBV das Schiedsamt angerufen, so Kriedel. Um das Sankti-

onsrisiko zu entschärfen, will die KBV außerdem beim Gesetzgeber eine erneute Fristverlängerung um mindestens ein halbes Jahr, also bis Mitte 2019, erwirken. "Ursprünglich waren ohnehin zwei Jahre für den technischen Rollout der TI vorgesehen. Die Schuld, dass dieser Zeitraum immer weiter zusammengeschrumpft ist und die Fristen nicht eingehalten werden können, liegt nicht bei den Ärzten, sondern es ist der Markt, der aktuell nicht ausreichend liefern kann", betonte Kriedel.

Eine weitere Baustelle bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens ist die elektronische Patientenakte (ePA). Zum Inhalt der ePA sagte Kriedel: "Laut Gesetz soll die ePA Arztbriefe, die Notfalldaten und den Medikationsplan enthalten. Das ist auf mittlere Sicht für eine echte Patientenakte natürlich zu wenig. Ein

# DIE INTERNET-ZEITUNG FÜR INSIDER IM GESUNDHEITSWESEN

Presseinformationsdienst Gesundheitswesen

29. März 2018

u n a b h ä n g i g - ü b e r p a r t e i l i c h

elektronischer Impfpass sowie weitere medizinische und pflegerische Informationen gehören ebenfalls dazu. Außerdem brauchen wir einen separaten Bereich für hochsensible Informationen, zum Beispiel psychiatrische Diagnosen."

Damit die Patientenakte im Sinne der Interoperabilität funktioniert müssen folgende Anforderungen aus Sicht der KBV erfüllt sein:

- Für jeden Patienten darf es nur eine Akte geben,
- keine Insel- oder Parallelösungen,
- einheitliche technisch-semantische Standards sowie
- ein sinnvolles Zugriffs- und Berechtigungskonzept.

"Für technische Fragen und solche der Interoperabilität ist und bleibt aus unserer Sicht die gematik der zentrale Akteur. Die Inhalte und die damit verbundene Vergütung sollten aber diejenigen regeln, die die ärztliche Kompetenz haben sowie diejenigen, die die Finanzierung tragen, also KBV und Krankenkassen. Beides ist nicht getrennt zu behandeln. Dafür brauchen wir nicht lauter Einzelgesetze, sondern einen verbindlichen Rechtsrahmen, innerhalb dessen die Selbstverwaltung agieren kann", so KBV-Vorstandsmitglied Kriedel.

## Verbindung zur Telematikinfrastruktur

*Ärztliche Behandlung der Versicherten, Abrechnung der Leistungserbringer und Sicherheit in der Telematikinfrastruktur waren zu jeder Zeit gewährleistet.*

Berlin. Die Ursache der am 19. März 2018 von der gematik



**gematik**

Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH

bekanntgegebenen Störung der Verbindung zur Telematikinfrastruktur (TI) wurde gemeinsam mit den beteiligten Anbietern der TI noch am gleichen Tag erfolgreich behoben. Die von der Störung betroffenen Konnektoren konnten im Laufe derselben Woche die Verbindung in die TI wieder erfolgreich aufbauen.

Die Störung hat zu keiner Zeit die ärztliche Behandlung der Versicherten beeinflusst. Das Versichertenstammdaten-Management ermöglicht online automatisiert zu überprüfen, ob die auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeicherten Versichertenstammdaten aktuell sind und diese ggf. online zu aktualisieren (wenn der Krankenkasse neue Stammdaten vorliegen).

Während der Störung ist der automatische Online-Abgleich der Versichertenstammdaten nicht erfolgt, das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte und die Übertragung in das Primärsystem waren während dieser Zeit jedoch uneingeschränkt möglich. Somit konnte auch für den Zeitraum dieser Störung der Verbindung zur TI ein gültiger Prüfnachweis für die Abrechnung erzeugt werden.

Die Sicherheit der TI war zu keiner Zeit gefährdet. Die Blockierung der Online-Verbindung durch die Konnektoren geht auf einen Sicherheitsmechanismus zurück. Die Online-Verbindung wird verhindert, wenn dem Konnektor keine ausreichend aktuelle Zertifikats-Sperrliste zur Verfügung steht.

Die gematik legt verbindliche Methoden und Verfahren zur Zusammenarbeit mit den Herstellern und Anbietern der TI auch nach der Inbetriebnahme fest. Dadurch wird gewährleistet, dass Betriebsstörungen durch gemeinsames Handeln zügig beseitigt werden und das erforderliche Datenschutz- und Informationssicherheitsniveau während des laufenden Betriebs aufrechterhalten bleibt.

# DIE INTERNET-ZEITUNG FÜR INSIDER IM GESUNDHEITSWESEN

Presseinformationsdienst Gesundheitswesen

29. März 2018

u n a b h ä n g i g - ü b e r p a r t e i l i c h

## Optimierte Arzneimitteltherapie im Modellprojekt AdAM: Die ersten Polypharmazie-Patienten profitieren bereits

**KVWL** Kassenärztliche  
Vereinigung  
Westfalen-Lippe

Dortmund. Je mehr Medikamente Patienten einnehmen müssen, desto mehr Risiken birgt ihre Arzneimitteltherapie. Dabei ist es im Versorgungsalltag für den Hausarzt oft sehr schwierig, einen Überblick über alle Arzneimittelverordnungen eines Patienten zu haben. An diesem Punkt setzt das Modellprojekt „AdAM“ an, das die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) und die BARMER Ende 2016 gestartet haben. AdAM steht für „Anwendung für digital unterstütztes Arzneimitteltherapie-Management“ und kommt jetzt – nach intensiven Vorarbeiten – seit Anfang Februar 2018 in mehr als 100 westfälischen Hausarztpraxen zum Einsatz. Weitere Praxen in Westfalen-Lippe folgen sukzessive.

„AdAM gibt uns Hausärzten sinnvolle technische Hilfsmittel an die Hand, mit deren Hilfe wir unserer Funktion als Primärärzte und Lotsen durch die ambulante Versorgung gerecht werden können“, sagt

Anke Richter, Hausärztin in Bad Oeynhausen und AdAM-Ärztin der ersten Stunde. Die Medikation der eingeschriebenen

heute dafür, dass sich möglichst viele Ärztinnen und Ärzte für eine Teilnahme an AdAM entscheiden.“

**BARMER**

BARMER-Patienten werde mit Hilfe der eigens entwickelten Software sehr übersichtlich dargestellt, berichtet Richter. Das System führe per Maus-klick Risikoanalysen durch, gebe spezifische Hinweise zu Kontraindikationen, mache Optimierungsvorschläge bei der Medikation und liste aktuelle Rote-Hand-Briefe auf. „Vor allem aber sorgt AdAM für lückenlose Transparenz. Denn sämtliche Verordnungen aller beteiligten Ärzte, Facharztbesuche und Krankenhausaufenthalte werden bei der Datenzusammenstellung berücksichtigt“, so die Hausärztin.

„Wir bringen die Informationen zu den Hausärzten, die ihnen bislang fehlen. So packen wir das Problem mangelnder Arzneimitteltherapiesicherheit bei der Wurzel“ betont Dr. med. Mani Rafii, Mitglied des Vorstandes der BARMER. Er sei froh, in der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe einen innovationsfreudigen Partner gefunden zu haben. Rafii: „Gemeinsam werben wir

„Nutzen Sie die Möglichkeiten, die AdAM Ihnen bietet. Informieren Sie sich und schreiben Sie sich ein“, appelliert Dr.

med. Wolfgang-Axel Dryden, 1. Vorsitzender der KVWL, an die Hausärzte in Westfalen-Lippe. Voraussetzung zur Teilnahme am AdAM-Projekt ist, dass der Hausarzt einen Zugang zum geschützten Mitgliederportal der KVWL hat und eine ausreichende Zahl von BARMER-Versicherten mit Polypharmazie versorgt. Dryden: „Im Zeitalter der Digitalisierung sollten Hausärzte die Möglichkeit haben, papierlos eine Risikoanalyse der Arzneimitteltherapie auf Basis einer vollständigen Medikationsliste mit dem Patienten durchzuführen.

AdAM stärkt die Therapiekompetenz des Arztes und ermöglicht es, den Patienten noch besser zu beraten und sicher zu therapieren.“

Das AdAM-Projekt ist auf drei Jahre angelegt und wird mit circa 16 Millionen Euro aus dem Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert. Die innovative

# DIE INTERNET-ZEITUNG FÜR INSIDER IM GESUNDHEITSWESEN

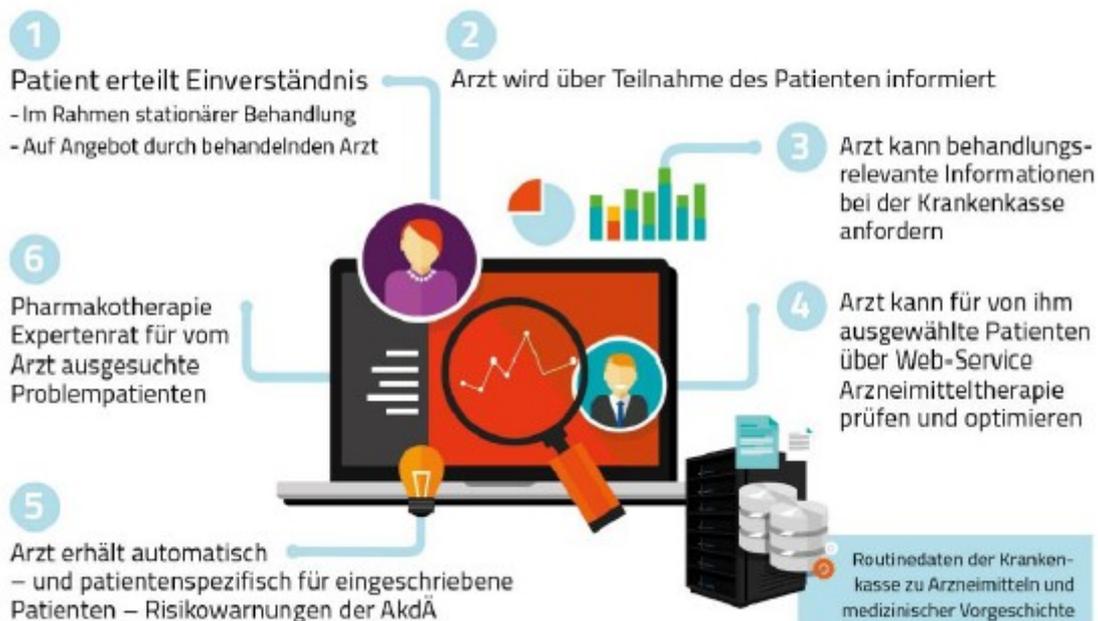
Presseinformationsdienst Gesundheitswesen

29. März 2018

u n a b h ä n g i g - ü b e r p a r t e i l i c h

## AdAM – mehr Sicherheit bei Arzneimitteln

So funktioniert das digital unterstützte Arzneimitteltherapie-Management für Patienten mit Polypharmazie



Quelle: BARMER GEK

Software liefert die Firma Rp-Doc Solutions aus Saarbrücken. Partner des Projekts sind neben der KVWL und der BARMER die Universitäten Köln, Frankfurt/Main, Bochum, Wuppertal und Bielefeld. Sie sorgen für die Evaluation der Projektergebnisse: „Hier geht es darum, wissenschaftlich zu belegen, dass die Intervention des Hausarztes auf Basis von AdAM der Nichtintervention in

einer Kontrollgruppe überlegen ist“, erläutert Prof. Dr. med. Daniel Grandt, Vorstand der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Die Handlungsempfehlungen für die Ärzte zur Intervention bei Polypharmazie kommen dabei von der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, die hier mit mehr als 20 weiteren Fachgesellschaften (unter anderem der Deutschen Gesell-

schaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin) kooperiert. Ist der Nachweis erbracht, sollte das Projekt möglichst nahtlos in die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung überführt werden.

### Arzneimittel: Mehr Aufzahlungen für Patienten

Berlin. Patienten müssen ab dem 1. April möglicherweise

# DIE INTERNET-ZEITUNG FÜR INSIDER IM GESUNDHEITSWESEN

Presseinformationsdienst Gesundheitswesen

29. März 2018

u n a b h ä n g i g - ü b e r p a r t e i l i c h

weitere Aufzahlungen für Arzneimittel leisten. Denn der GKV-Spitzenverband hat die Erstattungshöchstgrenzen für 18 Festbetragsgruppen abge-

senkt. „Die Erstattungshöchstgrenzen bei Arzneimitteln, die unter Festbetragsgruppen fallen, sin-

ken von Jahr zu Jahr“, kritisiert Dr. Hermann Kortland, stellvertretender Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes der Arzneimittel-Hersteller e.V. (BAH). Dies habe auch Auswirkungen auf die Arzneimittelversorgung.

„Die immer niedrigeren Preise haben zur Folge, dass Arzneimittel-Hersteller nicht mehr wirtschaftlich zum Festbetrag produzieren können. Deshalb werden die Arzneimittel oftmals aufzahlungspflichtig oder müssen im schlechtesten Fall vom Markt genommen werden und stehen der Patientenversorgung nicht mehr zur Verfügung“, sagt Kortland.

Mit dem Immunsuppressivum Infiximab fällt auch erstmals ein monoklonaler Antikörper als hochkomplexes biologisches Arzneimittel in eine Festbetragsgruppe. Der Wirkstoff wird bei schweren Krankheitsverläufen eingesetzt, bei de-

nen eine konventionelle Therapie nicht mehr anschlägt, etwa bei rheumatoider Arthritis und Morbus Crohn. „Obwohl

die Gesetzliche Krankenversicherung 2017 ein Rekordplus von 28 Milliarden Euro verzeichnete, spart sie mit der aktuellen Festbetragsabsenkung weiter. Das ist nicht nachvollziehbar“, so Kortland.

**Zum Hintergrund:**

Im Festbetragsystem erstatten gesetzliche Krankenkassen nur einen vom GKV-Spitzenverband festgelegten Höchstbetrag. Ist das Arzneimittel teurer als der Festbetrag, müssen Patienten eine Aufzahlung leisten.

**GKV-Spitzenverband: Mehr Sprechstunden sind nicht zu viel verlangt**

Berlin. Im Gespräch mit der Berliner Zeitung äußert sich die



Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes u. a. zum Plan der Koalition, die Sprechstunden für Kassenpatienten zu erhöhen: „Es ist doch wohl nicht übertrieben, dass ein Arzt 25 Stunden pro Woche für Sprechstunden aufbringt, um

90 Prozent der Bevölkerung zu versorgen. Natürlich weiß ich auch, dass ein Arzt länger arbeitet als die reine Sprechstundenzeit, auch für GKV-Versicherte. Aber er behandelt auch Privatpatienten, schreibt Gutachten für Gerichte oder Versicherungen und verkauft Zusatzleistungen von zweifelhaftem Wert – alles gegen gutes Geld. Es ist nicht zu viel verlangt, dass er seine Arbeitszeit zu Gunsten von mehr Sprechstunden umschichtet.“

**Geburtenanstieg setzte sich 2016 fort**



Wiesbaden. 2016 wurden in Deutschland 792.131 Kinder geboren. Das waren 54.556 Babys oder 7 % mehr als 2015 (737.575). Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) weiter mitteilt, stieg die Anzahl der Geborenen damit das fünfte Jahr in Folge und erreichte wieder das Niveau von 1996. In allen Bundesländern kamen 2016 mehr Kinder zur Welt als im Vorjahr. In den westdeutschen Flächenländern und in den Stadtstaaten stieg die Geborenanzahl durchschnittlich um 8 %, während sie in den ostdeutschen Flächenländern

# DIE INTERNET-ZEITUNG FÜR INSIDER IM GESUNDHEITSWESEN

Presseinformationsdienst Gesundheitswesen

29. März 2018

u n a b h ä n g i g - ü b e r p a r t e i l i c h

mit + 4 % etwas schwächer zu-

nahm. Deutsche Mütter haben rund 607.500 Kinder zur Welt gebracht, 3 % mehr als 2015. Damit setzt sich der Geburtenanstieg der letzten Jahre fort. Diese Entwicklung ist vor allem darauf zurückzuführen, dass

Frauen im Alter zwischen 30 und 37 Jahren häufiger Kinder bekommen. Sie hatten im jüngeren Alter deutlich weniger Kinder zur Welt gebracht als Frauen älterer Jahrgänge und realisieren derzeit unter günstigen familienpolitischen und wirtschaftlichen Bedingungen

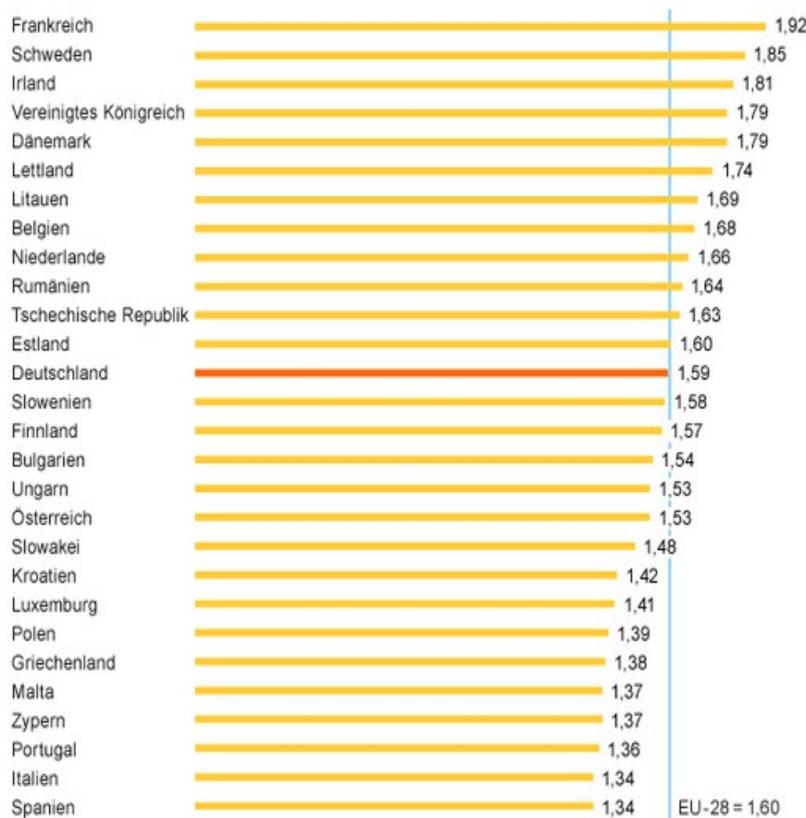
ihre Kinderwünsche mit höherer Intensität. Hinzu kommt, dass es aktuell mehr potenzielle Mütter in diesem wichtigen gebärfähigen Alter gibt.

Mütter mit ausländischer Staatsangehörigkeit haben 184.660 Kinder geboren, das ist ein Anstieg von 25 % gegenüber 2015. Dazu trugen die Veränderungen in der Anzahl und Zusammensetzung der potenziellen ausländischen Mütter nach der Staatsangehörigkeit bei. Die Anzahl der Frauen aus Ländern mit traditionell relativ hoher Geburtenneigung ist dabei gestiegen. Außerdem hat 2016 die Geburtenhäufigkeit aller ausländischen Frauen insgesamt zugenommen.

Die zusammengefasste Geburtenziffer lag 2016 bei 1,59 Kindern je Frau. Das ist der höchste seit 1973 gemessene Wert und deutlich höher als 2015 (1,50 Kinder je Frau). Bei den deutschen Frauen stieg die Geburtenziffer von 1,43 Kindern je Frau im Jahr 2015 auf 1,46 Kinder je Frau im Jahr 2016. Bei den Frauen mit ausländischer Staatsangehörigkeit nahm sie von 1,95 auf 2,28 Kinder je Frau zu.

Mit der aktuellen Geburtenziffer von 1,59 Kindern je Frau rückte Deutschland ins europäische Mittelfeld auf. Im EU-

**Zusammengefasste Geburtenziffer 2016**  
Kinder je Frau



Quelle: Eurostat, Statistisches Bundesamt (Destatis)

© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2018

# DIE INTERNET-ZEITUNG FÜR INSIDER IM GESUNDHEITSWESEN

Presseinformationsdienst Gesundheitswesen

29. März 2018

u n a b h ä n g i g - ü b e r p a r t e i l i c h

Durchschnitt betrug 2016 die zusammengefasste Geburtenziffer nach Angaben des Europäischen Statistikamtes (Eurostat) 1,60 Kinder je Frau. Die höchste Geburtenhäufigkeit in der EU hatten Frauen in Frankreich mit 1,92, die niedrigste in Spanien und Italien mit 1,34 Kindern je Frau.

## **Keine Änderung: In Deutschland wird viel zu viel getrunken**

*DHS Jahrbuch Sucht 2018 erschienen.*

Berlin/Hamm. Der Alkoholkonsum in Deutschland sinkt – doch nur von einem extrem hohen zu einem sehr hohen Verbrauch. Nach wie vor trinkt hierzulande jede Person über 15 Jahren 10,7 Liter Reinalkohol. Alkohol ist kein Heilmittel, im Gegenteil: Er verringert die Lebensqualität und verkürzt drastisch die Lebenszeit. Je weniger Alkohol getrunken wird, desto geringer die Gefahr für Krebs- und Kreislauferkrankungen.

Der Alkoholkonsum in Deutschland ist – wie in weiteren Nationen - kontinuierlich seit 1972 gesunken, doch Entwarnung kann nicht gegeben werden. Er betrug zuletzt im Jahr 2015 10,7

Liter Reinalkohol pro Bundesbürger und -bürgerin im Alter ab 15 Jahren. Eine kürzlich verbesserte Ermittlung des Gesamtverbrauchs an Trinkalkohol lässt sogar darauf schließen, dass dies immer noch eine Unterschätzung ist. Das heißt: Der Alkoholkonsum liegt weiterhin auf sehr hohem Niveau. Und dieser ist mit der Lebenserwartung und der Krankheitslast für Deutschland eng verknüpft.

Alkoholtrinken gehört neben Tabakrauchen, Bewegungsmangel und unausgewogener Ernährung zu den TOP 4 der Verhaltensweisen, die die Gesundheit ruinieren. Aber Alkoholkonsum führt im Leben besonders früh zum Tod und wurde daher als gefährlich klassifiziert. 200 Krankheiten werden durch den Konsum mitverursacht. Trotzdem wird Alkohol als attraktiv vermarktet. In

Deutschland sind dementsprechend die sozialen Normen zu alkoholorientiert und die Alkoholwerbung ein Problem für die Gesundheit aller. Ziel muss die Senkung des Alkoholkonsums der ganzen Nation sein. Wirksame Vorkehrungen zur Senkung des Alkoholkonsums sind sehr gut bekannt. Sie dienen dazu, ein Gesundheitsimage an die Stelle eines unreflektierten Konsumimages zu setzen. Ein positives Gesundheitsimage und hohe Lebensqualität werden – obwohl auf den ersten Blick unattraktiv erscheinend – am stärksten durch gesetzliche Maßnahmen gefördert, darunter Steuererhöhungen, gesundheitsförderliche Regeln der Verfügbarkeit, ein effektiver Jugendschutz und Verbote der Werbung für gefährliche Produkte. Doch all diese Maßnahmen fehlen in Deutschland weitestgehend. Obwohl diese Maßnahmen der Prävention und Erhöhung der Lebenserwartung seit Jahrzehnten bekannt sind, rührt sich in Deutschland so gut wie nichts.

Tatsache ist

- Die Trinkmenge und -häufigkeit stehen in einer stetigen Beziehung mit dem Risiko



# DIE INTERNET-ZEITUNG FÜR INSIDER IM GESUNDHEITSWESEN

Presseinformationsdienst Gesundheitswesen

29. März 2018

u n a b h ä n g i g - ü b e r p a r t e i l i c h

für Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen.

- Je höher der Alkoholkonsum, desto größer z. B. das Risiko, Bluthochdruck zu entwickeln.
- Alkoholkonsum ist mit dem Risiko, eine Krebserkrankung zu erleiden in einer Dosisbeziehung - auch bei kleinen Mengen - verknüpft. Das gilt besonders für die größte Krebsbedrohung der Frauen: Brustkrebs.
- Die Höhe des Alkoholkonsums in der Gesamtbevölkerung bestimmt maßgeblich die alkoholbezogenen gesundheitlichen Schäden. Sinkt der Gesamtkonsum der Bevölkerung, wird auch der Anteil der Menschen geringer, die Probleme infolge ihres Alkoholkonsums erfahren.

Dementsprechend muss es ein Ziel sein, den Alkoholkonsum in der Bevölkerung zu reduzieren, um die Gesundheit, die Lebensqualität und die Lebenserwartung aller Bürgerinnen und Bürger in

Deutschland zu erhöhen.

Folgende Ziele ergeben sich für die Gesellschaft:

- ➔ 1. Initiativen zur öffentlichen Gesundheit in Deutschland, die wirksam zur Verringerung des Alkoholkonsums beitragen, müssen geför-

dert werden. Gesundheitliche Aufklärung wird geleistet. Doch wir brauchen dringend effektive Gesetze. Unbedingt müssen der Jugendschutz verbessert und weitere gesetzliche Maßnahmen in Angriff genommen werden.

- ➔ 2. Die internationale Zusammenarbeit muss gestärkt werden, um den Alkoholkonsum zu senken. Dadurch kann Einfluss auf Deutschland ausgeübt werden, wie die beispielhafte internationale Kooperation in der Eindämmung des Tabakrauchens zeigt.
- ➔ 3. Es sollte ein kritisches Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung gefördert werden. Jedem einzelnen Menschen sollten unabhängige gesundheitsförderliche Entscheidungen ermöglicht werden. Das ist nur unter Lebensbedingungen möglich, in denen Anreize zum Alkoholkonsum geringer sind, als das in Deutschland der Fall ist.
- ➔ 4. Alkoholkonsum ist stets in Zusammenhang mit Tabakrauchen, Bewegungsmangel und Übergewicht zu sehen. Diese vier gesundheitsriskanten Verhaltensweisen können einander gegenseitig verstärken.

## Daten und Fakten Suchtbericht 2018



Deutsche Hauptstelle für  
Suchtfragen e.V.

Das DHS Jahrbuch Sucht 2018 der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. liefert die neuesten Zahlen, Fakten und Trends zum Konsum legaler und illegaler Drogen sowie zu abhängigem Verhalten.

➔ Alkohol

In diesem Jahrbuch greifen wir erstmals auf eine verbesserte Ermittlung des Gesamtverbrauches an Trinkalkohol in Deutschland zurück. Im Jahr 2015 betrug der Alkoholkonsum 10,7 Liter Reinalkohol pro Bundesbürgerin oder -bürger im Lebensalter ab 15 Jahren. Der Gesamtverbrauch an alkoholischen Getränken sank im Jahr 2016 gegenüber dem Vorjahr um 1,25 % auf 133,8 Liter pro Kopf der Bevölkerung. Auf den gesamten Alkoholkonsum, gemessen in Reinalkohol pro Kopf, entfallen 5,0 Liter auf Bier, 2,3 Liter auf Wein, 1,8 Liter auf Spirituosen und 0,4 Liter auf Schaumwein.

Trotz eines geringen Konsumrückgangs kann keine Entwar-

# DIE INTERNET-ZEITUNG FÜR INSIDER IM GESUNDHEITSWESEN

Presseinformationsdienst Gesundheitswesen

29. März 2018

u n a b h ä n g i g   -   ü b e r p a r t e i l i c h

nung gegeben werden. Wie die Ergebnisse repräsentativer Umfragen und Hochrechnungen des Statistischen Bundesamtes zeigen, sind insgesamt 3,38 Mio. Erwachsene in Deutschland von einer alkoholbezogenen Störung in den letzten zwölf Monaten betroffen (Missbrauch: 1,61 Mio.; Abhängigkeit: 1,77 Mio.) 74.000 Todesfälle werden jährlich durch Alkoholkonsum oder den kombinierten Konsum von Tabak und Alkohol verursacht. Die Zahlen der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die in 2016 aufgrund eines akuten Alkoholmissbrauchs in Krankenhäusern stationär behandelt wurden, bleibt weiterhin hoch: Mit 22.309 Patienten zwischen 10 und 20 Jahren ist die Zahl sogar um 1,8 % zum Vorjahreswert gestiegen. Im Vergleich zur Behandlungszahl des Jahres 2000 (ca. 9.500 Behandlungsfälle) entspricht dies einer Steigerung von 134,5 %. Mit 322.608 Behandlungsfällen wurde im Jahr 2016 die Diagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F 10)“ als zweithäufigste Hauptdiagnose in Krankenhäusern gestellt. Bei Männern war dies die häufigste Hauptdiagnose in Krankenhäusern (234.785 Behandlungsfälle).

Eine aktuelle Untersuchung beziffert die direkten und indirekten Kosten des Alkoholkonsums in Deutschland auf rund 40 Mrd. Euro. Dem stehen Einnahmen des Staates aus alkoholbezogenen Steuern von nur 3,165 Mrd. Euro (2016) gegenüber.

Die Ausgaben für Alkoholwerbung in TV, Rundfunk, auf Plakaten und in der Presse belaufen sich 2016 auf 557 Mio. Euro, ungeachtet der Ausgaben für Sponsoring und Werbung im Internet.

#### ➔ Tabak und E-Zigaretten

Der Verbrauch von Zigaretten und von Pfeifentabak ist 2017 wieder gestiegen: In Deutschland wurden 75.838 Millionen Zigaretten konsumiert. Im Vergleich zu 75.016 Millionen Stück im Vorjahr entspricht dies einer Erhöhung um 1,1 %. Außerordentlich stark zugenommen hat der Konsum von Pfeifentabak. Der Anstieg von 2.521 Tonnen im Jahr 2016 auf 3.245 Tonnen in 2017 entspricht 28,7 %. Der Feinschnittverbrauch sank um 3,7 %, von 25.188 Tonnen auf 24.258 Tonnen. Ebenso ist der Konsum von Zigarren und Zigarillos auf 2.823 Millionen Stück (im Vorjahr 3.049 Millionen Stück; -7,4 %) zurückgegangen.

Einer im Mai 2016 durchgeführten Befragung zufolge hat

jede/r achte Deutsche ab 14 Jahren (11,8 %) schon einmal E-Zigaretten probiert. Bei Männern lag der entsprechende Anteil mit rund 15 % gegenüber 9 % deutlich höher als bei Frauen. Bei einem Großteil blieb es jedoch bei einmaligem Konsum: lediglich 1,4 % aller Personen verwendeten E-Zigaretten aktuell zum Zeitpunkt der Befragung, 2,2 % haben in der Vergangenheit regelmäßig E-Zigaretten genutzt.

Im Jahr 2013 starben rund 121.000 Menschen an den Folgen des Rauchens. Das waren 13,5 % aller Todesfälle. Hinzu kommen schätzungsweise 3.300 Todesfälle durch Passivrauchen.

Die durch das Rauchen entstandenen Kosten belaufen sich in Deutschland jährlich auf 79,09 Mrd. Euro, davon sind 25,41 Mrd. Euro direkte Kosten zum Beispiel für die Behandlungen tabakbedingter Krankheiten, Arzneimittel etc. und 53,7 Mrd. Euro indirekte Kosten zum Beispiel durch Produktivitätsausfälle.

#### ➔ Psychotrope Medikamente

Im Jahre 2016 wurden in der Bundesrepublik Deutschland rund 1,54 Milliarden Arzneimittelpackungen verkauft (keine Veränderung gegenüber dem Vorjahr). Der Anteil der rezeptpflichtigen und nicht rezept-

# DIE INTERNET-ZEITUNG FÜR INSIDER IM GESUNDHEITSWESEN

Presseinformationsdienst Gesundheitswesen

29. März 2018

u n a b h ä n g i g - ü b e r p a r t e i l i c h

pflichtigen Mittel hält sich bei den Mengen die Waage, auf die jeweiligen Kategorien entfallen je etwa 50 %, also jeweils um die 750 Mio. Packungen.

Die Umsätze der pharmazeutischen Unternehmer stiegen im Jahre 2016 auf 31,5 Mrd. Euro (+3,1 %), über Apotheken wurden 1,5 Milliarden Packungen verkauft. Die GKV und die privaten Krankenversicherungen sind die „Hauptnachfrager“ rezeptpflichtiger Mittel. Zu Lasten der GKV wurden 2016 für rund 36 Mrd. Euro Arzneimittel in den Apotheken abgegeben (ohne Einrechnung der Rezepturen der Onkologie von knapp 2 Mrd. Euro).

Wenn es um Missbrauch und Abhängigkeit von Arzneimitteln geht, zeigt sich die übliche Situation: Die Langzeitanwendung von Tranquilizern und Schlafmitteln (z.B. mit den Wirkstoffen Lorazepam, Diazepam, Zolpidem und Zopiclon) steht im Mittelpunkt, wenn es um die Ursachen für die Arzneimittelabhängigkeit von etwa 1,2 bis 1,5 Millionen Menschen in Deutschland geht. Dazu zählen überwiegend ältere Menschen, davon sind die meisten Frauen.

## ➔ **Illegale Drogen**

Basierend auf den aktuellsten Bevölkerungssurveys des Jahres 2015 haben in Deutschland

etwa 479.000 Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren sowie 14,4 Mio. Erwachsene im Alter von 18 bis 64 Jahren zumindest einmal in ihrem Leben eine illegale Droge konsumiert. Nach wie vor ist Cannabis in allen Altersgruppen die am weitesten verbreitete illegale Droge und wurde von 7,3 % der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen und 6,1 % der 18- bis 64-jährigen Erwachsenen im Zeitraum der letzten 12 Monate konsumiert. Über den Zeitraum der letzten 25 Jahre zeigen die Prävalenz des Konsums irgendeiner illegalen Droge sowie die Cannabisprävalenz bei 18- bis 59-jährigen Erwachsenen bei einem wellenförmigen Verlauf einen insgesamt zunehmenden Trend.

Im Jahr 2016 wurden in Deutschland 1.333 drogenbedingte Todesfälle polizeilich registriert. Dies entspricht einem Anstieg von 8,7 % gegenüber dem Vorjahr. Damit ist die Zahl der drogenbedingten Todesfälle im vierten Jahr in Folge erneut gestiegen. Diese Entwicklung steht einem zuvor mehrere Jahre zu beobachtenden rückläufigen Trend drogenbedingter Todesfälle gegenüber.

## ➔ **Pathologisches Glücksspiel**

Die Lebenszeit-Prävalenz der Teilnahme an irgendeinem

Glücksspiel ist in der Bevölkerung seit 2009 von 87,1 % auf 75,3 % im Jahr 2017 zurückgegangen. Die 12-Monats-Prävalenz hat sich im Vergleich zu der Vorerhebung bei 37,3 % stabilisiert. Nach aktuellen Prävalenzzahlen ist bei 0,56 % der bundesdeutschen Bevölkerung (326.000 Personen) ein problematisches Spielverhalten und bei 0,31 % (180.000 Personen) ein pathologisches Spielverhalten erkennbar.

Die ambulante Beratungsnachfrage durch pathologische Spieler/-innen hat sich leicht erhöht. Ihr Anteil in den Suchtberatungsstellen lag, bezogen auf Einzeldiagnosen, bei 8,0 % (2015: 7,8 %), der Anteil der Hauptdiagnosen betrug 7,0 % (2015: 6,8 %). Eine Hochrechnung auf die Gesamtzahl der betreuten Spieler/-innen in ambulanten Suchtberatungsstellen verweist auf rund 24.100 Fälle mit der Einzeldiagnose „Pathologisches Spielen“ (Hauptdiagnose: 21.000), nach 23.600 im Jahr 2015. Spieler/-innen an Geldspielautomaten bilden mit 72,3 % nach wie vor mit Abstand die größte Gruppe. In stationären Einrichtungen ist nach den Einzel- und Hauptdiagnosen der Anteil pathologischer Spieler/-innen an der Gesamtzahl der Patienten im

# DIE INTERNET-ZEITUNG FÜR INSIDER IM GESUNDHEITSWESEN

Presseinformationsdienst Gesundheitswesen

29. März 2018

u n a b h ä n g i g - ü b e r p a r t e i l i c h

Vergleich zum Vorjahr von 5,3 % auf 6,9 % bzw. von 2,6 % auf 3,8 % gestiegen.

Die Umsätze (Spieleinsätze) auf dem legalen deutschen Glücksspiel-Markt sind 2016 im Vergleich zum Vorjahr um 6,3 % auf 45,2 Mrd. Euro gestiegen. Einen Anstieg des Umsatzes und Bruttospielertrags um 8,7 % auf 29,9 Mrd. Euro bzw. 6,85 Mrd. Euro verzeichneten die 264.000 aufgestellten gewerblichen Geldspielautomaten in Spielhallen und gastronomischen Betrieben. Seit der Novellierung der Spielverordnung im Jahr 2006, der Erhöhung der Spielanreize und der Expansion des Angebots hat sich der Ertrag um 191,5 % erhöht.

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) stellt fest:

Nach wie vor sind die legalen Drogen Alkohol, Tabak und Medikamente für den größten Teil der Suchtproblematik in Deutschland verantwortlich. Die nur geringfügigen Konsumveränderungen

bestätigen zum wiederholten Male die Forderungen der DHS nach effektiven Präventionsmaßnahmen, wie Preiserhöhungen, Angebotsreduzierung und Werbeeinschränkungen. Zudem sind die Optimierung des Jugendschutzes und das

Verbot der Abgabe an Jugendliche unter 18 Jahren notwendig. Verhaltens- und Verhältnisprävention müssen flächendeckend und kontinuierlich eingesetzt werden, damit Deutschland endlich die internationalen Spitzenplätze im

gesundheitsschädlichen Konsum legaler Drogen verlässt. Darüber hinaus müssen in der Prävention die unterschiedlichen Problemlagen von Männern und Frauen sowie die soziale Benachteiligung stärker berücksichtigt werden.

