



NORDWEST

FAKTOR

AOK
Die Gesundheitskasse.

NORDWEST

Ausgabe 01/2018

INFORMATIONEN UND POSITIONEN ZUM GESUNDHEITSWESEN

Der grobe Plan für das Gesundheitswesen

Das geplante Regierungsprogramm stellt im Bereich der Gesundheitspolitik und Pflege die Weichen richtig, um Effizienzverluste zu minimieren, die Qualitätsorientierung zu steigern und ein Verharren in Sektorengrenzen zu überwinden.



Titel: iStockphoto
Foto: AOK NordWest

Tom Ackermann
Vorstandsvorsitzender
der AOK NordWest

Ohne Zweifel: Der von Union und SPD ausgehandelte Koalitionsvertrag setzt viele wichtige und auch richtige Schwerpunkte für die neue Legislatur. Darunter sind einige Vorhaben mit einer hohen strukturellen Relevanz. Diese dulden keinen Aufschub, denn bevor sie umsetzungsreif sind und Wirkung entfalten können, wird noch einige Zeit vergehen.

Der drohende Fachkräftemangel in der Pflege oder beim Hausärztenachwuchs auf dem Land lässt sich auch mit mehr Geld nicht von heute auf morgen auflösen. Neben Sofortmaßnahmen sind deshalb vor allem nachhaltige Lösungen erforderlich, die über die Legislatur hinausgehen. Vorangetrieben werden muss der Ausbau der Infrastruktur für die Digitalisierung: Elektronische Patientenakten und telemedizinische Angebote gehören in unseren Nachbarländern bereits zum Versorgungsalltag. Konsequenterweise wollen die Koalitionäre den qualitätsorientierten Umbau der Krankenhauslandschaft. Es ist richtig, Zentralisierungen und Spezialisierungen im Sinne einer besseren Behandlungsqua-

lität und Effizienz voranzutreiben. Doch trotz der angekündigten Verlängerung des Strukturfonds bleiben die Länder in der Pflicht, die Krankenhausplanung neu auszurichten und ausreichend und zielgerichtet in den notwendigen Wandel zu investieren.

Vernünftig ist die Entscheidung, die Reform des ärztlichen Vergütungssystems zurückzustellen und dann auf Grundlage einer wissenschaftlichen Expertise zu beraten. Ebenso zu begrüßen ist das klare Bekenntnis zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Er ist das Rückgrat der solidarisch finanzierten Krankenversicherung und unentbehrlich für einen Wettbewerb, von dem die Versicherten profitieren.

Der grobe Plan stimmt insoweit – nun ist noch viel Feinschliff erforderlich, damit die Vorhaben auch spürbar im Versorgungsalltag ankommen. In diesem Sinne werden wir unseren Beitrag leisten und unsere Vorschläge und Konzepte konstruktiv einbringen. Wie beispielsweise eine sektorenübergreifende Notfallversorgung aussehen könnte, zeigen wir anhand vielversprechender Ansätze in Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe in dieser Ausgabe.

• ta

INHALT

Seit einem Jahr kann Cannabis auf Rezept verschrieben werden. Die AOK NordWest zieht eine Bilanz.

► Seite 3

REGIONAL

Ein deutsch-dänisches Projekt mindert Gesundheitsrisiken für ältere Menschen in der Grenzregion.

► Seite 7

Orphan-Arzneimittel kosten viel Geld – obwohl der medizinische Zusatznutzen oftmals nicht belegt ist.

► Seite 10

POLITIK & MEINUNG

GESETZGEBUNG

Cannabis auf Kassenrezept



Foto: iStockphoto

Vor knapp einem Jahr hat der Gesetzgeber die Voraussetzungen überarbeitet, unter denen cannabis-haltige Arzneimittel vom Arzt verordnet werden können. In der Folge ist die Inanspruchnahme enorm gestiegen: Wurden vor Inkrafttreten des Gesetzes bei der AOK NORDWEST 178 Patienten mit Cannabispräparaten behandelt, waren es im Dezember 2017 bereits über 600 Patienten. Rechnet man diese Zahlen auf die GKV hoch, dürften inzwischen rund 14.000 Patienten Cannabispräparate als Kassenleistung erhalten.

Europäische Nutzenbewertung



Foto: iStockphoto

Die EU will die Nutzenbewertung von Arzneimitteln und Medizinprodukten zentralisieren:

Ab 2024 sollen neu auf den Markt gekommene Arzneimittel und Medizinprodukte automatisch von der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) bewertet werden. Eine Nutzenbewertung auf nationaler Ebene – in Deutschland durchgeführt vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen – soll es nach den EU-Plänen künftig nicht mehr geben. Die AOK kritisiert die Reformpläne.

Eine Milliarde Euro pro Tag



Foto: iStockphoto

Im Jahr 2017 gab Deutschland rund 374,2 Milliarden Euro für Gesundheit aus. Damit wurde laut

Statistischem Bundesamt erstmals die Schwelle von einer Milliarde Euro pro Tag überschritten. Die Ausgaben stiegen gegenüber 2016 um 4,9 Prozent. Nach Angaben der Statistiker ist der Anstieg vor allem auf das Pflege-stärkungsgesetz zurückzuführen.

KRANKENHAUSPLANUNG

Stärker am Bedarf orientieren

Mit dem „Entfesselungspaket I“ will die Landesregierung in Nordrhein-Westfalen auch die Krankenhausplanung auf neue Füße stellen. Wie dies im Sinne der Patienten aussehen könnte, zeigt ein Konzept der Krankenkassen.

„Qualitätsorientiert, verbindlich und schnell“ – das soll die künftige Krankenhausplanung in NRW sein. Festgeschrieben hat die Landesregierung das im „Entfesselungspaket I“. Das Gesetzespaket soll Vorschriften in unterschiedlichen Bereichen effizienter machen, so auch die Vorgaben für die Krankenhausplanung.

Die AOK NORDWEST begrüßt diesen Ansatz: „Wir sehen darin eine Chance für den notwendigen Umbau der Krankenhauslandschaft. Wie der nachhaltig gelingen kann, zeigt das gemeinsam mit anderen Krankenkassen eingebrachte Konzept zur perspektivischen Krankenhausplanung“, sagt Thomas Fritz, Leiter des Unternehmensbereichs Krankenhäuser und Rehabilitation bei der AOK NORDWEST. Im Zentrum des Konzepts steht eine „gestufte“ Versorgung für die Grund-, Regel und Maximalversorgung: So sollen für jede Planungsregion bedarfsgerechte Versorgungsaufträge und Standorte auf jeder Versorgungsstufe festgelegt werden. Um eine patientenorientierte Versorgung sicherzustellen,



Foto: iStockphoto

Mindestfallzahlen für komplexe Eingriffe können dazu beitragen, die Behandlungsqualität zu erhöhen.

sollen die jeweiligen Versorgungsaufträge an Krankheitsbildern ausgerichtet werden. Die wohnortnahe Grundversorgung soll dabei insbesondere die Gebiete Innere Medizin und Chirurgie beinhalten. Auf Ebene der Regel- und Maximalversorgung empfehlen die Kassen die Spezialisierung der Kliniken zu fördern und Mindestfallzahlen festzulegen. „Das würde Kooperationen vorantreiben und unnötige Parallelstrukturen abbauen“, so Fritz.

• me

GASTKOMMENTAR

Überfällige Korrekturen

Karl Lauterbach gehört nicht zu den Politikern, die auch einmal eigene Fehler einräumen. Doch jüngst gab der sonst von seinem Tun sehr überzeugte SPD-Mann zu, sich geirrt zu haben. Als er mitgeholfen habe, in den Kliniken die Fallpauschalen einzuführen, habe auch er nicht die Gefahr eines Ausblutens der Pflege gesehen. Eine Korrektur sei daher überfällig.

Die Ausgliederung der Pflegekosten aus den Fallpauschalen ist die Überraschung des Koalitionsvertrags und stellt einen Paradigmenwechsel dar. Nach dem Motto „Ärzte bringen Geld, Pflege kostet“

haben die Kliniken jahrelang eine für Beschäftigte und Patienten verheerende Personalpolitik betrieben. Dem wird mit dem neuen System, kombiniert mit konkreten Stellenvorgaben, ein Riegel vorgeschoben. Sicher, der Systemwechsel führt zunächst zu Mehrkosten. Doch langfristig wird er sich auszahlen: Die Pflege am Bett ist kein notwendiges Übel, sondern ein wichtiger Bestandteil der Genesung. Nicht zuletzt könnte die Umstellung helfen, die hierzulande grassierende Operationitis einzudämmen. ◀



Foto: Dumont

Timot Szent-Ivanyi
Dumont-Verlag,
Hauptstadtredaktion



REDE & ANTWORT

CANNABIS AUF REZEPT

„Überzogene Erwartungen“

Seit knapp einem Jahr können Ärzte Cannabispräparate zu Therapiezwecken auf Kosten der Kassen verschreiben. Dies geschieht häufiger, als von der Politik erwartet – und nicht immer im Sinne einer guten Versorgung.

Warum hat der Gesetzgeber Cannabis in den Leistungskatalog aufgenommen?

Damit sollte vor allem für schwer kranke Patienten eine weitere Behandlungsoption geschaffen werden, bei denen andere Therapieformen nicht infrage kommen, aber die Aussicht besteht, dass Cannabis eine positive Wirkung auf die Krankheit oder deren Symptome entfalten kann. Die Regelung ist also auf Ausnahmefälle angelegt.

Bei welchen Indikationen kann Cannabis denn auf Kassenkosten verschrieben werden?

Bisher gibt es nur für wenige Indikationen einen Nachweis über die Wirksamkeit von Cannabisprodukten, beispielsweise gegen Spastiken bei Multipler Sklerose

mussten die Kosten dafür aber selbst tragen. Seit einem Jahr kann Cannabis unter den genannten Voraussetzungen zulasten der GKV verschrieben werden. Davon profitieren meistens auch diejenigen, die bisher eine Ausnahmegenehmigung brauchten.

Und wie wirkt sich das auf die Verschreibungspraxis aus?

Die Zahl der mit Cannabis behandelten Patienten ist rasant gestiegen. Bei uns hat sich die Zahl der Versicherten, die mit Cannabisprodukten behandelt wird, mehr als verdreifacht. Bei der AOK wurden bundesweit seither über 5.000 Anträge genehmigt. Diese Dimension liegt vor allem daran, dass Cannabispräparate nun auch für diverse andere Indikationen beantragt werden, für die eine Wirksamkeit nicht belegt ist. Rückmeldungen aus der Ärzteschaft zeigen auch, dass die Erwartungen an Cannabis häufig überzogen sind und viele Patienten die Therapie wegen Nebenwirkungen abbrechen. Wir brauchen daher dringend weitere Studien, um Nutzen und Wirksamkeit von Cannabis besser einschätzen zu können.



„Die therapeutische Wirkung von Cannabis wird häufig überschätzt.“

Sabine Wittkewitz-Richter
Apothekerin für Arzneimittel-
information bei der AOK NordWest

Foto: AOK NordWest

Lässt sich beziffern, was die Neuregelung kosten wird?

Der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung hatten für 2017 Mehrausgaben von 18 Millionen Euro veranschlagt. Aufgrund der Entwicklung dürften diese Schätzungen eher zu niedrig sein. Im Durchschnitt betragen die monatlichen Therapiekosten rund 550 Euro, allerdings schwanken diese je nach Tagesdosis und Darreichungsform enorm. Legt man die festgesetzten Höchstmengen zugrunde, schlägt ein cannabishaltiges Fertigarzneimittel etwa mit 420 Euro im Monat zu Buche,

eine Cannabisblütenrezeptur dagegen mit über 2.000 Euro.

oder gegen Übelkeit und Erbrechen bei Tumorpatienten. Dafür stehen zugelassene cannabishaltige Medikamente zur Verfügung. Nun kann Cannabis aber auch trotz fehlender Wirksamkeitsnachweise, die ja eigentlich die Voraussetzung für eine Kostenübernahme seitens der GKV sind, bei anderen schwerwiegenden Erkrankungen verschrieben werden. Allerdings sieht die gesetzliche Regelung vor, dass Cannabis erst zum Einsatz kommen soll, wenn für den Patienten eine allgemein anerkannte Therapie nicht zur Verfügung steht oder z. B. wegen der Nebenwirkungen nicht angewendet werden kann.

Was bedeutet die neue Regelung für die Patienten?

Ärzte konnten auch vorher cannabishaltige Arzneimittel in den zugelassenen Indikationen verschreiben. Daneben hatten bundesweit 1.100 Patienten eine Ausnahmegenehmigung vom Bundesinstitut für Arzneimittel zum Eigenerwerb von Cannabis,

Die Kassen, sagen Kritiker, lehnen zu viele Anträge auf Kostenübernahme ab!

Unterm Strich wurden bisher zwei Drittel der Anträge positiv beschieden. Damit die Kassen die Kosten übernehmen können, müssen – entsprechend dem Gesetz – bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein. Der Medizinische Dienst stellt aber immer wieder fest, dass etwa zugelassene Standardtherapien nicht zum Einsatz kamen bzw. eine Begründung fehlt, warum eine Standardtherapie nicht infrage kommt. Zum Teil liegen sogar medizinische Kontraindikationen vor. Oft scheitert der Antrag schlicht an unvollständigen Unterlagen. In all diesen Fällen können die Kassen den Antrag gar nicht genehmigen. Vor diesem Hintergrund halte ich eine pauschale Kritik an der Bewilligungspraxis für nicht angebracht. ◀

Das Interview führte tb



FAKTEN & HINTERGRÜNDE

NOTFALLVERSORGUNG

Notaufnahmen in Not

Aufgrund falscher Inanspruchnahme sind viele Notaufnahmen in Deutschland überlastet. Ärzte und Kliniken fordern daher eine bessere Steuerung der Patientenströme. Wie das gehen könnte, zeigt die AOK mit ihrem Notfallkonzept.

Sonntagnachmittag, eine Notaufnahme irgendwo in Norddeutschland: Der Rufdienst meldet den diensthabenden Ärzten, dass der Rettungsdienst gleich einen verunglückten Motorradfahrer bringt. Der Schockraum wird hochgefahren, das interdisziplinäre Team steht bereit. Kurze Übergabe mit den Rettungsdienstlern: diverse Knochenbrüche, offene Wunde, innere Verletzungen und vermutlich auch Schäden an der Wirbelsäule und am Schädel; kurz: Polytrauma. Es besteht Lebensgefahr. Zwei Stunden später ist der Patient zunächst einmal stabil. Das Team verlässt den Schockraum und wird auf dem Flur von einem Mittvierziger harsch angegangen: Er hat seit fünf Tagen leichte Rückenschmerzen und wartet jetzt schon seit einer Stunde auf einen Arzt.

Szenen wie diese gehören mittlerweile zum Klinikalltag. Denn immer mehr Patienten suchen die Notaufnahme auf, gänzlich ohne Not. Stress, überarbeitete Mitarbeiter und lange Wartezeiten sind die Folge. Welcher Patient aber ist nun ein Notfall? Und welcher Patient kann in Ruhe seinen Hausarzt aufsuchen? „Diese Unterscheidung“, sagt Tom Ackermann, Vorstandsvorsitzender der AOK NORDWEST, „fällt nicht immer leicht.“ Per Definition gilt jemand als Notfall, wenn er „körperliche oder psychische Veränderungen im Gesundheitszustand aufweist, für welche er selbst oder eine Drittperson unverzügliche medizinische und pflegerische Betreuung als notwendig erachtet“.

Doch davon sind viele Patienten in Deutschlands Notaufnahmen weit entfernt. Der typische Patient – das zeigen die Ergebnisse der PINO-Nord-Studie, die das Institut für Allgemeinmedizin am Uniklinikum Hamburg-Eppendorf im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) Hamburg und Schleswig-Holstein durchgeführt hat – ist im Durchschnitt knapp 42 Jahre alt, männlich und hat in knapp der Hälfte der Fälle keine dringliche Behandlungsnotwendigkeit. Für die im September 2017 veröffentlichte Studie hat das Institut Patienten in Notaufnahmen in Flensburg, Hamburg und Lübeck befragt. Bestehende Alternativen zur Notaufnahme im Krankenhaus, so ergab die Befragung weiter, sind den meisten nicht bekannt: Zwar kennen rund 96 Prozent der Befragten den für lebensbedrohliche Situationen zuständigen Rettungsdienst (112), aber nur 31 Prozent wussten um den ärztlichen Bereitschaftsdienst, der unter der Nummer 116117 gerufen werden kann.

Aber nicht nur diese Unkenntnis führt zu einer Überlastung der Notaufnahmen. „Es gehen viele Patienten selbst dann direkt in die Notaufnahmen der Kliniken, wenn die Praxen der niedergelassenen Ärzte geöffnet haben“, so Ackermann. Tatsächlich ist die Zahl der ambulant versorgten Notfälle in den Notaufnahmen der Kliniken seit 2009 um 20 Prozent gestiegen. Im gleichen Zeitraum haben die behandelten Notfälle in den ambulanten Praxen um zwölf Prozent abgenommen. Weitere Folge: Unnötige Krankenhausaufnahmen, die viel Geld

Foto: iStockphoto

AUF EINEN BLICK

Das AOK Konzept der „integrierten Notfalleinheit“

Nach Vorstellung der AOK sollen künftig die ambulanten und stationären Kapazitäten der Notfallversorgung in „integrierten Notfalleinheiten“ zusammengeführt werden, die für die Patienten als zentrale Anlaufstelle fungieren. An einem gemeinsamen Tresen entscheiden niedergelassene Ärzte und Klinikärzte, ob der Patient in den ambulaten oder stationären Notfallkapazitäten versorgt wird.



Das Konzept der INE setzt auf der Grundidee der „Portalpraxen“ auf. Diese sollen 24/7 verfügbar sein und übernehmen somit in der Notfallversorgung auch Aufgaben einer Akut- beziehungsweise Notfallpraxis.

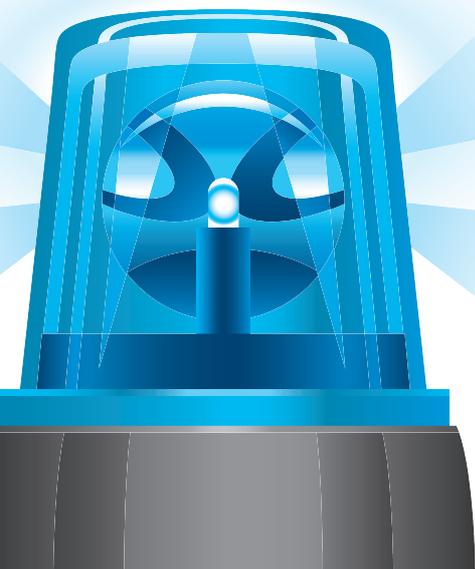
*Triage: Priorisierung und Einteilung der Patienten nach ihrem Behandlungsbedarf

Illustrationen: AOK NordWest/iStockphoto

Quelle: AOK NordWest



FAKTEN & HINTERGRÜNDE



kosten. Bundesweit, schätzt das Berliner IGES-Institut, wären jährlich rund 3,5 Millionen Notaufnahmen vermeidbar.

Um diesen Selbsteinweisereffekt zu reduzieren und die Notaufnahmen zu entlasten, wurden inzwischen an vielen Klinikstandorten sogenannte Anlaufpraxen eingerichtet, in denen niedergelassene Ärzte Akutpatienten behandeln. Diese sind zwar in Kliniken oder in deren unmittelbarem Umfeld angesiedelt, stehen aber unter der Obhut der Kassenärztlichen Vereinigungen. 31 solcher Einrichtungen direkt an Kliniken gibt es bis dato in Schleswig-Holstein, in Westfalen-Lippe sind es 58. Bisher können diese jedoch nur außerhalb der Sprechstundenzeiten der niedergelassenen Ärzte Patienten

versorgen. Das will die Jamaika-Koalition in Schleswig-Holstein mit einer Bundesratsinitiative ändern und hat dazu Anfang März dieses Jahres eine Gesetzesvorlage eingebracht.

Für Tom Ackermann ein pragmatischer Schritt in die richtige Richtung, denn „rund um die Uhr verfügbare Anlaufpraxen kommen den Patienten zugute und können helfen, unnötige Selbsteinweisungen zu vermeiden“, so der AOK-Chef. „Doch darüber hinaus braucht es insgesamt eine besser abgestimmte und verzahnte Notfallversorgung“, so Tom Ackermann.

Jährlich 3,5 Millionen Patienten gehen ohne Not in die Notaufnahme

Abhilfe schaffen könnten nach Meinung der AOK sogenannte integrierte Notfalleinheiten (s. Grafik). Durch diese sollen Patienten eine einheitliche Anlaufstelle im Krankenhaus erhalten: An einem gemeinsamen Tresen entscheidet speziell ausgebildetes medizinisches Fachpersonal, ob es sich um einen Fall mit oder ohne Lebensgefahr handelt und leitet den Patienten dann entsprechend in die stationären oder ambulanten Notfallstrukturen. Abhängig vom Gesundheitszustand kann der Patient zur Akutbehandlung auch in die reguläre stationäre Versorgung verlegt oder in die vertragsärztliche Regelversorgung verwiesen werden.

Mittlerweile haben sich einige Anlaufpraxen an den Kliniken zu sogenannten Portalpraxen entwickelt. Diese werden zusammen von niedergelassenen Vertragsärzten und Krankenhausärzten betrieben. Vier solcher Praxen gibt es in Schleswig-Holstein, in Westfalen-Lippe sind es 13. „Die Erfahrungen zeigen, dass der gemeinsame Tresen dabei hilft, die Notaufnahmen zu entlasten und die Patienten bedarfsgerecht zu versorgen“, so Tom Ackermann weiter. Darum spricht er sich dafür aus, dieses Prinzip an weiteren Kliniken zu etablieren.

Ziel müsse eine koordinierte Planung sein, mit deren Hilfe entschieden wird, an welchem Krankenhaus solche integrierten Notfalleinheiten eingerichtet werden. „Die Politik sollte den zuständigen Gemeinsamen Bundesausschuss von Ärzten, Kassen und Patienten damit beauftragen, die dafür notwendigen Kriterien zu erarbeiten“, sagt Ackermann. Die bedarfsgerechte Standortplanung und Ausstattung müsse aber von den Beteiligten auf Landesebene erfolgen.

• mw

STANDPUNKT

Staat in der Verantwortung



Foto: AOK NordWest

Georg Keppeler
Verwaltungsratsvorsitzender AN der AOK NordWest

Seit 2005 hat der Bund mehrfach an den Grundlagen für die Beiträge der Arbeitslosengeld-II-Empfänger geschraubt – stets zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Das Ergebnis: Der GKV fehlen jedes Jahr rund zehn Milliarden Euro.

Rund 100 Euro Pauschalbeitrag überweist der Fiskus monatlich pro ALG-II-Empfänger an die GKV. Kostendeckend aber wären bis zu 290 Euro, wie ein auf Druck der Länder im Auftrag des Gesundheitsministeriums erstelltes Gutachten belegt. Die jährliche Lücke von rund 9,6 Milliarden Euro finanzieren die GKV-Beitragszahler. Bei der privaten Krankenversicherung hingegen zahlt Vater Staat bis zu 345 Euro monatlich. Eine untragbare Ungleichbehandlung. Deshalb ist es überfällig, dass die Groko „schrittweise“ kostendeckende Beiträge einführen will – es müssen große und schnelle Schritte sein. ◀

Lehrmeister Erfahrung



Foto: AOK NordWest

Johannes Heß
Verwaltungsratsvorsitzender AG der AOK NordWest

In brenzligen Situationen macht die Erfahrung den Unterschied – das gilt beispielsweise für Piloten, aber eben auch für Ärzte. Machen sie einen Fehler, hat dies oftmals schwerwiegende Folgen.

Viele Patienten sterben zu früh oder erleben unnötige Komplikationen, weil sie etwa in Kliniken operiert werden, die bestimmte OPs zu selten durchführen. So wären allein bei akutem Herzinfarkt mehr als 1.300 Todesfälle jedes Jahr vermeidbar. Patienten haben ein Recht auf gute Qualität und sie sind bereit, dafür weitere Wege auf sich zu nehmen. Worin liegt der Sinn, wenn benachbarte Kliniken um hochspezialisierte Behandlungen buhlen, jede dadurch aber gerade so die notwendigen Mindestmengen erfüllt? Die konsequente Anwendung von Mindestmengen und deren Ausbau sowie die damit einhergehende Bildung von spezialisierten Zentren ist die einzig richtige Lösung. ◀



LOKAL & REGIONAL ► WESTFALEN-LIPPE

VERSORGUNGSMANAGEMENT

Notizen helfen gegen das Vergessen

Die Neuauflage eines Notizbuches speziell für an Demenz Erkrankte und deren Angehörige ist erschienen.

Sich Dinge aufzuschreiben, um sie nicht zu vergessen, ist für jeden ein probates Mittel – insbesondere aber für an Demenz erkrankte Menschen. Jetzt ist die Neuauflage des „Logbuch Demenz“ erschienen. Es handelt sich um eine Art Tagebuch, in dem Betroffene und deren Angehörige sämtliche persönliche Daten im Zeitverlauf festhalten können. Neben der Medikation lassen sich beispielsweise Angaben, Termine und Weisungen von Ärzten oder Krankenhäusern, Ansprechpartnern und Institutionen notieren. Das entsprechend strukturierte Buch bietet genauso

Raum, die gesundheitliche, pflegerische und rechtliche Situation des Betroffenen zu dokumentieren wie Wissenswertes zur Lebensgeschichte, zu den Alltagsaktivitäten oder zur Wohnsituation. Das Logbuch Demenz wurde im Rahmen des Modellvorhabens „Ambulante Basisversorgung Demenz im Lotsentandem“ mit Unterstützung der AOK NORDWEST entwickelt. Basierend auf den bislang gewonnenen Erfahrungen wurde es überarbeitet und liegt jetzt in einer Neuauflage vor. Es kann zu einem Preis von 11,80 Euro über den Buchhandel bezogen werden. ISBN 978-3-86216-362-5 ◀

Weitere Informationen erhalten Sie unter:
www.projekt-lotta.de



Foto: iStockphoto
Hilfe im Alltag: Notizen.

HONORARVERHANDLUNGEN

Gutes Ergebnis für eine gute Versorgung

165 Millionen Euro mehr für 2017 und 2018 – darauf können sich Ärzte in Westfalen-Lippe freuen.

Wenn es ums Geld geht, wird es bekanntlich schwierig – da haben auch die Honorarverhandlungen für 2017 zwischen den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung in Westfalen-Lippe keine Ausnahme gemacht. Am Ende des mehrmonatigen Verhandlungsmarathons aber steht nun ein gemeinsam getragenes Ergebnis. Für die Vertragsärzte und -psychotherapeuten bedeutet dieses ein Honorarplus von 115 Millionen Euro für das Jahr 2017. Darin enthalten ist die basiswirksame und damit dauerhaft wirkende Erhöhung des Aufsatzwertes um 61 Millionen Euro, die unter dem Stichwort „Konvergenz“ die Verhandlungen in diesem Jahr besonders prägte. „Trotz dieses schwierigen Themas waren die Gespräche stets fair, lösungsorientiert und partnerschaftlich“, resümiert Tom Ackermann, Vorstandsvorsitzender der AOK NORDWEST. „Mit dem Abschluss haben wir eine gute Lösung gefunden. Wichtig ist uns, dass ein Teil des Geldes für die Stärkung der ärztlichen Versorgung in den ländlichen Regionen eingesetzt wird.“ Der Honorarabschluss für 2018 wurde gleichzeitig unter Dach und Fach gebracht. Er sieht ein Honorarplus von rund 50 Millionen Euro vor. ◀



Foto: iStockphoto
Honorarverhandlungen: Ein Teil des Geldes fließt aufs Land.

+++ KURZ GEMELDET AUS WESTFALEN-LIPPE UND SCHLESWIG-HOLSTEIN +++

Fast 19 Millionen Euro für ambulante Hospizdienste

Rund 19 Millionen Euro haben die gesetzlichen Krankenkassen in NRW im vergangenen Jahr für die ambulanten Hospizdienste zur Verfügung gestellt. Die ehrenamtlichen Sterbebegleiter stehen Kranken sowie ihren Angehörigen und Freunden in ihrer schweren Situation bei. Die Unterstützung der ambulanten Hospizdienste macht es schwer kranken Menschen möglich,

die verbliebene Zeit bis zum Tod in ihrem gewohnten häuslichen Umfeld zu verbringen.

Preis für AOK-Projekt „natürlich erleben“

Das von der AOK NORDWEST initiierte Projekt „natürlich erleben“ ist vom Bundesumweltministerium mit einer Auszeichnung der Vereinten Nationen (UN) geehrt worden. Das Projekt bietet Schülern der siebten und achten Klassen einen erlebnisorientierten Unterricht im Freien an, bei dem

es unter anderem um Umweltbildung, Bewegung und Reflexion geht. Auf diese Weise sollen dem zunehmenden Bewegungsmangel begegnet und die Kenntnisse über die Natur gestärkt werden. In vorbildlicher Weise verbinde das AOK-Projekt Gesundheitsprävention

Jugendlicher mit Naturerlebnissen und trage so dazu bei, diesen Ansatz in Schulen zu etablieren, hieß es in der Begründung.



Illustrationen: iStockphoto



LOKAL & REGIONAL ► SCHLESWIG-HOLSTEIN

PRÄVENTION

Gesundheit bis ins hohe Alter fördern

Ein deutsch-dänisches Projekt mit Beteiligung der AOK NORDWEST will Gesundheitsrisiken für Ältere minimieren

Der demografische Wandel stellt die Kommunen und den Gesundheitssektor vor große Herausforderungen. Dabei birgt die Früherkennung von Risiken für ältere Bürger großes Potenzial, Behinderungen und gesundheitliche Folgen zu vermeiden und so ein aktives und gesundes Altern zu fördern. Das EU finanzierte, deutsch-dänische Innovationsprojekt „WIPP – Welfare Innovation in Primary Prevention“ entwickelt hierzu erstmalig evidenz-basierte Instrumente und Maßnahmen.



Foto: iStockphoto
Prävention im Alter: Gesundheitliche Risiken lassen sich minimieren

Mit dem grenzüberschreitenden Projekt sollen Strategien entwickelt werden, mit denen die Unabhängigkeit und soziale Teilhabe von älteren Menschen erhalten werden können. In zwei Kieler Stadtteilen sollen dazu bei Hausbesuchen die Bedürfnisse älterer Bürger zur Steigerung der Lebensqualität erfragt werden. Dies dient als Basis für die Anpassung bestehender sowie für die Entwicklung neuer Angebote. Gemeinsam mit den Senioren sollen so gezielte Maßnahmen erarbeitet werden, die beispielsweise dafür sorgen, dass ältere Menschen ausreichend Bewegung in ihren Alltag integrieren. Denn körperliche Betätigung ist ein Schlüssel für die Gesundheit und das geistige und soziale Wohlbefinden. ◀

Mehr Infos:
www.wipp-online.eu/de

KONTRASTMITTEL

Ausschreibungen mit Erfolg umgesetzt

Kontrastmittel helfen, bestimmte Krankheiten zu diagnostizieren. Sie sind wichtig, aber oftmals viel zu teuer

„Seit September letzten Jahres sind alle für die Behandlung notwendigen Kontrastmittel unter Vertrag. Das ist eine gute Nachricht für unsere Versicherten“, sagt Dr. Dieter Herzig, Abteilungsleiter im Pharmabereich der AOK NORDWEST. Damit habe die AOK eine hochwertige medizinische Versorgung zu fairen Preisen organisieren können.



Foto: iStockphoto
Den Durchblick behalten – das lohnt sich bei Kontrastmittelpreisen

Zum Hintergrund: Ende 2015 begann die AOK NORDWEST federführend für alle gesetzlichen Krankenkassen für den Landesteil Schleswig-Holstein mit der Ausschreibungsvorbereitung. Bis zur Umsetzung mussten die Kassen die von der Pharmaindustrie vorgegebenen Preise zahlen. „Es fehlte der Preiswettbewerb – darum haben wir uns für Ausschreibungen entschieden“, so Herzig. Schnell habe sich abgezeichnet, dass die Industrie versuche, Ausschreibungen im bisher für sie so lukrativen Markt zu blockieren. So waren vier Termine vor der Vergabekammer des Bundes, ein Termin beim Oberlandesgericht Düsseldorf und ein Verfahren vor dem Bundeskartellamt notwendig, bevor der Weg für die neuen Rabattverträge frei war. Seit März laufen die Vorbereitungen für Folgeausschreibungen. ◀

KURZ GEMELDET AUS WESTFALEN-LIPPE UND SCHLESWIG-HOLSTEIN +++ KURZ

Pilotprojekt zur Televi-site bald in Lauenburg

Zum April des Jahres soll eVi – die elektronische Visite – als Pilotprojekt der AOK NORDWEST und der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein im Praxisnetz Herzogtum Lauenburg gestartet werden. Die am Projekt beteiligten Ärzte können dann mit ihren Patienten in den Pflegeeinrichtungen direkt über webbasierte Videokonferenzen elektronische Visiten abhalten. Dabei sollen zum Beispiel Medikationsfragen geklärt, chronische Wunden beurteilt oder The-



rapievorschläge besprochen werden. In weiteren Schritten sollen dann auch Vitalparameter wie Herzrhythmus, Sauerstoffsättigung oder Körpertemperatur bei der elektronischen Visite kontrolliert werden können.

AOK unterstützt Projekt „Enlight KHK“

Über-, Unter- und Fehlversorgung abbauen und die Versorgungsstruktur insgesamt verbessern – das will das

Forschungsprojekt „Enlight KHK“ für Patienten mit der Verdachtsdiagnose koronare Herzerkrankung. Im Rahmen des Projekts, das von der AOK NORDWEST unterstützt wird, werden Kosten- und Routinedaten, klinische Daten sowie Ergebnisse von Patientenbefragungen erfasst, um Leitlinienabweichungen zu analysieren. Das soll helfen, Versorgungsdefizite zu identifizieren und potenzielle Behandlungslaufpfade zu evaluieren. Gefördert wird das Projekt für drei Jahre mit rund 1,7 Millionen Euro aus Mitteln des Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss.



INNOVATION & IMPULSE

PRAXIS



Was ist eigentlich...

... das IQWiG?

Das „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ (IQWiG) ist ein Kind der Gesundheitsreform aus dem Jahr 2004. Aufgaben und Ziele des IQWiG sind die objektive Prüfung von Vor- und Nachteilen medizinischer Leistungen. Dazu erstellt das Institut unabhängige und evidenzbasierte Gutachten zu Arzneimitteln, Behandlungsmethoden, Verfahren zur Diagnose und Früherkennung, Behandlungsleitlinien und DMPs. Weitere Aufgabe ist die Bereitstellung von allgemein verständlichen Gesundheitsinformationen. Auftraggeber sind ausschließlich der Gemeinsame Bundesausschuss und das Bundesgesundheitsministerium. Das IQWiG kann aber auch selbst Themen aufgreifen. Es publiziert alle Ergebnisse in Form von frei zugänglichen Berichten, Rapid Reports, Dossierbewertungen und Arbeitspapiere in allgemein verständlicher Form. Die Publikationen richten sich an Fachleute und Akteure aus dem Gesundheitswesen sowie an die Bürger. Die gesetzlichen Grundlagen und Aufgaben des Instituts sind im Sozialgesetzbuch V (SGB V) festgelegt und wurden in weiteren Gesundheitsreformen angepasst und erweitert. Finanziert wird das Institut durch Zuschläge für stationäre und ambulante medizinische Behandlungen. Träger des Instituts ist die „Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“. Der Stiftungsrat ist Repräsentant der Trägerverbände. Die zwölf Mitglieder des Stiftungsrats sind je zur Hälfte Vertreter des GKV-Spitzenverbands und der Leistungserbringer, also Ärzte und Kliniken. ◀

Neues DMP in Vorbereitung

Bis zu drei Millionen Menschen in Deutschland leiden an einer Herzinsuffizienz, sprich -schwäche. Für diese Patienten wird ein eigenes Disease-Management-Programm eingeführt. Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) soll im Juli 2018 in Kraft treten.

Danach beginnen die Vertragsverhandlungen und die technisch-organisatorischen Vorbereitungen. Mit dem Start des Programms ist im nächsten Jahr zu rechnen.

Bei einer Herzinsuffizienz schafft es das Herz nicht mehr, den Körper ausreichend mit Blut und somit Sauerstoff zu versorgen. Betroffene fühlen sich darum oft abgeschlagen. Später kommen Luftnot, Schmerzen und ein Engegefühl in der Brust hinzu. Bisher werden Patienten in das DMP Koronare Herzkrankheit eingeschrieben, was voraussetzt, dass sie faktisch unter einer koronaren Herzkrankheit leiden. Das trifft aber nur etwa



Foto: iStockphoto

auf ein Drittel der Patienten mit Herzschwäche zu. „Die Herzschwäche vieler Patienten hat oft gänzlich andere Ursachen“, erklärt Bernd Letsch, Referent im Geschäftsbereich Ambulante Versorgung bei der AOK NORDWEST. „Beispielsweise Bluthochdruck, eine Erkrankung des Herzmuskels, der Herzklappen oder Herz-

rhythmusstörungen. Durch das neue DMP Herzinsuffizienz erhalten auch diese Patienten zukünftig die Garantie auf eine engmaschige ambulante Betreuung und leitliniengerechte Versorgung.“

Die bisher bestehenden sechs DMPs wurden zwischen 2002 und 2005 eingeführt. Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und 2, einer Koronaren Herzkrankheit, Asthma, COPD und Brustkrebs erhalten seither eine strukturierte Behandlung, die regelmäßige Arzttermine, die Steuerung durch den Haus- oder Facharzt, eine koordinierte Zusammenarbeit aller Ärzte und Experten und eine evidenzbasierte Therapie vorsieht. • mg

Digitale Patientenakte der AOK

Den Datenaustausch zwischen Patienten, niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern für eine bessere Versorgung ermöglichen – das will die AOK mit ihrem digitalen Gesundheitsnetzwerk, das sie Ende letzten Jahres gestartet hat. Kern des Netzwerkes ist eine digitale Patientenakte, über die sich medizinische Informationen und Dokumente sektorenübergreifend bereitstellen und abrufen lassen. Ziel ist ein bundesweites Angebot für die AOK-Versicherten, das regional unterschiedlich ausgestaltet wird. Je nach regionaler Situation können so verschiedene Anwendungen umgesetzt werden.

Das Gesundheitsnetzwerk ist zunächst in Berlin und Mecklenburg-Vorpommern als Pilot gestartet. In der aktuellen Phase finden dort praxisnahe Tests in den beteiligten Arztpraxen und Krankenhäusern statt, um vor der Einschreibung grö-

ßerer Patientenzahlen erste Erfahrungen zu sammeln und die Abläufe optimieren zu können. Unter Einbeziehung von Testnutzern werden Technik und Prozesse



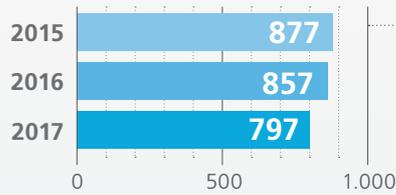
Foto: iStockphoto

„auf Herz und Nieren“ geprüft. Außerdem finden Schulungen des Praxis- und Krankenhauspersonals statt. Im Laufe des ersten Halbjahres 2018 können sich dann interessierte Patienten einschreiben, die in den beteiligten Arztpraxen und Kliniken behandelt werden. • ae



INNOVATION & IMPULSE

Transplantierte Organe*



Spender und gespendete Organe** Deutschland



* ohne Transplantationen nach Lebendspende, ohne Dominotransplantationen. Vorläufige Zahlen für 2017.

** Organe in Deutschland entnommen und in Deutschland sowie im Ausland transplantiert; ohne Lebendspenden. Vorläufige Zahlen für 2017.

Organspende

In Deutschland hoffen mehr als 10.000 schwer kranke Menschen auf die Transplantation eines Organs. „Für sie ist die Transplantation die einzige Möglichkeit, um zu überleben oder die Lebensqualität erheblich zu verbessern. Dies ist jedoch nur möglich, wenn Menschen bereit sind, ihre Organe nach dem Tod zu spenden“, heißt es auf der Homepage der Deutschen Stiftung für Organspende (DSO). Jährlich gibt die DSO als Koordinierungsstelle Daten und Fakten zur Organspende in Deutschland heraus. Über den Zeitverlauf betrachtet ist die ernüchternde Erkenntnis, dass die Bereitschaft zur Organspende in Deutschland sinkt. Waren es im Jahr 2011 noch über 1.200 Spender, sank deren Zahl aktuell auf 797 im

Jahr 2017. In Deutschland werden gegenwärtig weniger Organe pro Jahr gespendet als transplantiert. Die DSO leistet unermüdlich Aufklärungsarbeit, um die Spendebereitschaft zu erhöhen, denn – wie die Grafik zeigt – ist die Zahl der Menschen auf den Wartelisten für ein Organ deutlich höher als die zur Verfügung stehenden Spenden. Die Spendebereitschaft war nach den Skandalen im Jahr 2011 eingebrochen, als bekannt wurde, dass in mehreren Kliniken Daten manipuliert wurden, um potenzielle Empfänger von Organen auf entsprechenden Listen mit Priorität zu versehen. Die Zahl der Organspender ist in anderen europäischen Staaten, in denen eine Widerspruchslösung gilt, deutlich höher.



ORPHAN-ARZNEIMITTEL

Selten verordnet, oftmals überteuert

Bei Arzneimitteln gegen seltene Erkrankungen ist der Zusatznutzen oftmals nicht wissenschaftlich belegt. Die Kassen müssen dafür dennoch viel Geld bezahlen.

Menschen, die an einer seltenen Erkrankung leiden, haben es schwer – nicht nur, weil es sich dabei meist um ernste Erkrankungen handelt. Sie haben es auch schwer, weil es für deren Behandlung kaum Medikamente gibt. Damit aber auch diese Patienten von neuen Medikamenten profitieren können, hat die Politik für sogenannte Orphan-Drugs eine Sonderregelung erlassen. „Eine gute Idee – aber leider mit einem Haken“, sagt Andreas Heeke, Geschäftsleiter Pharma der AOK NORDWEST.

Dahinter verbirgt sich ein grundsätzliches Problem: Da der Patientenkreis nur klein ist – man spricht von einer seltenen Erkrankung, wenn nicht mehr als fünf von 10.000 Menschen an dieser leiden – ist das Interesse der Pharmaindustrie in diesen Bereichen zu forschen, überschaubar. Die geringen Patientenzahlen machen es zudem schwer, die für die Zulassung notwendigen Studien durchzuführen und Informationen über Wirksamkeit und Nebenwirkungen zu sammeln.

Mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz hat die Politik den Umgang mit Orphan-Drugs darum überarbeitet. Seitdem

gilt für diese Arzneimittel ein Zusatznutzen automatisch als belegt, sobald es in Europa zugelassen ist. In der Folge quantifizieren Ärzte, Kassen und Patienten im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA), wie hoch der Zusatznutzen ausfällt. Anders als bei anderen Arzneimittelinnovationen ist die Nutzenbewertung für Orphan-Arzneimittel dabei vereinfacht. Erst wenn der Hersteller damit mehr als 50 Millionen Euro pro Jahr umsetzt – und dabei bleiben bisher sogar die in den Kliniken angewendeten Arzneimittel unberücksichtigt –, muss das Arzneimittel eine Nutzenbewertung nach dem üblichen Verfahren durchlaufen.

„Das Anliegen, die Behandlung von seltenen Erkrankungen zu verbessern, ist richtig. Doch nach derzeitigem Wissen ist das bei vielen der zugelasse-



DREI FRAGEN AN ...

Zehn Jahre Mammografie-Screening

Thomas Haeger leitet das landesweite Netzwerk „Betrifft Brust“ in Schleswig-Holstein und zieht Bilanz

Thomas Haeger
Bevollmächtigter
des Vorstandes der
AOK NORDWEST und
Vorsitzender des lan-
desweiten Netzwerks
„Betrifft Brust“

1 Zehn Jahre wird das Früherkennungsprogramm in SH angeboten. Wie hat es sich bewährt?

Die Ergebnisse können sich sehen lassen: In der vergangenen Dekade wurden rund 850.000 Früherkennungsuntersuchungen auf Brustkrebs durchgeführt – dabei wurden bei etwa 6.200 Frauen Karzinome entdeckt. In den meisten Fällen waren

die Karzinome in einem sehr frühen Stadium, was die Heilungschance erhöht, weil Lymphknoten beispielsweise dann oftmals noch nicht befallen sind.

2 Welche Vorteile bietet das Brustkrebs-Screening?

Durch das Screening-Programm wird Brustkrebs jetzt viel häufiger in einem sehr frühen Stadium entdeckt. Das verbessert die Prognose und ermöglicht schonendere Therapien. Bundesweite Zahlen der Kooperationsgemeinschaft Mammografie zeigen, dass 80 Prozent



FORSCHUNG & PRAXIS



nen Orphan-Arzneimitteln nicht der Fall“, mahnt Heeke. So weist beispielsweise der Arzneiverordnungs-Report 2017 auf Datengrundlage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK darauf hin, dass der GBA 2016 bei sieben von neun Orphan-Arzneimitteln nur einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen festgestellt habe. Unter den 31 Neueinführungen 2016 waren neun Orphan-Arzneimittel. Auch wenn diese aufgrund der geringen Patientenzahl nur einen kleinen Verordnungsanteil ausmachen, betragen die Ausgaben allein 2016 rund 1,81 Milliarden Euro. Entsprechend den hohen durchschnittlichen Tageskosten für die Orphan-Arzneimittel sind diese Medikamente 33-fach teurer als patentgeschützte „normale“ Medikamente.

Daher fordert Heeke für Orphan-Arzneimittel eine frühzeitige Nutzenbewertung und Preiskorrektive. Man müsse verhindern, dass der erleichterte Zulassungsprozess zur Preistreiberei ausgenutzt werde. „Auch muss vermieden werden, dass Produkte auf den Markt kommen, deren medizinischer Nutzen nicht belegt ist und bei deren Anwendung eine mögliche Gefährdung der Patienten nicht ausgeschlossen werden kann.“

• red



der beim Screening entdeckten Karzinome kleiner als zwei Zentimeter sind. Vor Einführung des Screenings lag diese Quote bei 50 Prozent.

3 Also eine Erfolgsgeschichte durch und durch?

Die Teilnehmerquote liegt derzeit bei rund 46 Prozent. Keine schlechte Quote, aber damit wollen wir uns nicht zufrieden geben. Deshalb appellieren wir an alle Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren, das kostenlose Angebot zur Krebs-Früherkennung zu nutzen. ◀

AOK & MEDIEN

Zentralisierung unumgänglich

„Der Zusammenhang zwischen Häufigkeit der Leistungserbringung und Ergebnisqualität ist durch viele Studien gut belegt. Nun muss die Krankenhausplanung den Geist des KHSG umsetzen, Krankenhausleistungen zu zentralisieren.“

Jürgen Klauber
Geschäftsführer des WlO und Herausgeber des jährlichen Krankenhaus-Reports



Foto: AOK-Bundesverband

Digitales für Körper & Geist: Die AOK-Apps



Blog „A Few good Friends“

Gute Freunde helfen dabei, wenn einem das Leben über den Kopf wächst. Gleiches macht das digitale Angebot der AOK: Egal, ob es um Stress im Job oder das Glück in der Beziehung geht – die Blogposts der „Few good Friends“ geben wertvolle Denkanstöße.



Mehr Infos: <https://friends.aok.de>



Esports Pro Guide

Rund vier Millionen Esportler gibt es in Deutschland. Wichtig für sie in offiziellen Wettkämpfen sind vor allem Konzentration, Reaktionsvermögen und starke Nerven. Der Esports Pro Guide hilft den Spielern, genau jene Fähigkeiten zu verbessern.



Mehr Infos: <https://esports.nordwest.aok.de>



Ovy – Pille war gestern

Frauen mit Babywunsch und Frauen, die ohne Nebenwirkungen verhüten wollen, können dies mit „Ovy“ tun. Ovy verbindet Zyklus-App und Basalthermometer und berechnet so den Zyklus. Dazu wertet die App unter anderem die Aufwachtemperatur sowie den Zervixschleim aus.

Erhältlich in App Stores von iOS und Android.

„Blickpunkt Klinik“: Wie der Pflegeberuf attraktiver wird

Alle sind sich einig: Die Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte in Kliniken müssen weiter verbessert werden. Wie kann dieses Ziel erreicht werden? Damit befasst sich Ausgabe 1/2018 von „Blickpunkt Klinik“, dem Krankenhaus-Newsletter des AOK-Bundesverbandes.



Mehr Infos: www.blickpunkt-klinik.de



EIN & AUSBLICKE

GLOSSE



Foto:illing & Vosbeck

Dr. Robert Nehring, Chefredakteur des Magazins Das Büro und des Blogs OFFICE-ROXX.de



Alle Tassen im Schrank?

Die Bürotasse ist etwas Besonderes. Sie trotz dem gegenwärtigen Trend zur digital vernetzten Arbeit, der viele Büroklassiker alt aussehen lässt. Die private Kaffeetasse im Büro teilt das Schicksal von Tippex und Fax vorerst nicht. Der Kulturhistoriker Matthias Henkel stellte 1997 in einer Studie fest, dass 70 Prozent der Angestellten über eine persönliche Tasse am Arbeitsplatz verfügen. Dabei werden sie oft mit einer Bedeutung aufgeladen, die sie gar nicht haben. Küchenpsychologen meinen: Sie sind das Stück Zuhause im Büro. Dabei wird meist übersehen, dass nur die wenigsten Privattassen auch von ihren Besitzern favorisiert werden. Viele sind Geschenke von Freunden, Kollegen, Dienstleistern, die nicht sofort weggeworfen werden dürfen. Sie werden oft ins Büro verbannt, weil man sie auf keinen Fall zu Hause haben möchte.

Die private Bürotasse wird weiterleben, auch wenn es schon Versuche gab, sie zu verbieten. Aber nicht als verlängerte Wohnlichkeit, persönliches Statement oder aus Liebe zum Kitsch. Sondern weil viele mit ihrem Mund einfach nicht dahin möchten, wo vorher schon andere mit ihrem waren. ◀

IMPRESSUM

NORDWESTFAKTOR – Hrg.: AOK NordWest, 44269 Dortmund, Koppenhagenerstr. 1, Tel.: 0231 4193-0 Redaktion: Tom Ackermann (ta), Timo Blöß (tb), Silvia Dahlkamp (sd), Meleanie Eckardt (me), Andrea Eisenplässer (ae), Maria Gollbach (mg), Bernd Haindl, Leiter des Stabsbereiches Politik der AOK NordWest (verantw.), Robin Halm (roha), Anja Schmidtpott (as), Michael Wolters (mw) Grafik: Anna Magnus Druck: Albersdruck, Düsseldorf Verlag: KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin, Tel.: 030 220 11-103 Nachdruck nur mit Genehmigung.

PRÄVENTION

„Lebe Balance“: Bevor das Leben aus dem Gleichgewicht gerät

Das Leben besteht aus Spannungspolen, zwischen denen wir uns bewegen. Aber leider nur selten ziehen sich diese wie Magneten an. Entsprechend wichtig ist es darum, die richtige Balance zu finden, beispielsweise zwischen Arbeit und Freizeit. Gelingt das über einen längeren Zeitraum nicht, drohen seelische und körperliche Leiden. Mit weitreichenden Folgen – sowohl für den Arbeitnehmer als auch für den Arbeitgeber. Darum hat die AOK das Programm „Lebe Balance“ zur betrieblichen Gesundheitsförderung ins Leben gerufen. „Lebe Balance“ hilft Betroffenen, die Widerstandskraft gegen Stress und negative Gedankenmuster zu stärken.



Lebe Balance aktiviert und stärkt nachhaltig die Stressresistenz

Unternehmen in Deutschland verzeichnen jährlich rund 53 Millionen Krankheitstage aufgrund psychischer Störungen. „Das bedeutet neben individuellem Leid meist eine große Belastung für das Unternehmen. Deswegen ist die Aufgabe der Prävention und Früherkennung im betrieblichen Gesundheitsmanagement von hoher Bedeutung“, sagt Prof.

Matthias Berger vom Uniklinikum Freiburg, der das Projekt wissenschaftlich begleitet. Im Rahmen von „Lebe Balance“ schickt die AOK zertifizierte Trainer in die Unternehmen, die die Beschäftigten in Seminaren für Themen wie Achtsamkeit, Werte im Leben und soziales Umfeld sensibilisieren. ◀

Soll der Versandhandel von Arzneien verboten werden?



Foto: Oliver Pohl

PRO

Peter Preuß Gesundheitspolitischer Sprecher der CDU-Landtagsfraktion in Nordrhein-Westfalen

Ich bin für ein Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln und für den Erhalt der vorhandenen Strukturen der Apotheken. Auch mit dem unterzeichneten Koalitionsvertrag setzen sich CDU, CSU und SPD für das Verbot auf Bundesebene ein.

Die Apotheken leisten einen wichtigen Beitrag zur medizinischen Versorgung. Dabei ist die fachliche Beratung vor Ort ein wichtiger Faktor für die Patientensicherheit. Versandapotheken können diese notwendige Beratung nicht gewährleisten. Weiterhin leistet der Apotheken-Notdienst einen unverzichtbaren Anteil an der Notfallversorgung.



Foto: BVDVA

KONTRA

Christian Buse Vorsitzender des Bundesverbandes Deutscher Versandapotheken (BVDVA)

Als Apotheker mit Versandhandel kann ich nur mit Nein antworten. Apotheken in Deutschland beziehen ihre Arzneimittel vom Großhandel oder Herstellern. Das sind die gleichen Medikamente, die wir in den Ladenapotheken abgeben. Versandapotheken haben sich seit jeher für die Sicherheit der Prozesskette engagiert. Qualitätssicherungssysteme wurden implementiert, bevor es verpflichtend wurde. Bei Zulassung des Arzneimittelversandes wurde behauptet, es würden massenhaft Fälschungen kommen. Das Gegenteil ist der Fall. Die Debatte um ein Verbot des Versands rezeptpflichtiger Arzneimittel ist der Versuch, den Wettbewerb und eine zeitgemäße Versorgungsform zurückzudrehen.

