

NORDWEST

FAKTOR

AOK
Die Gesundheitskasse.

NORDWEST

Ausgabe 02/2018

INFORMATIONEN UND POSITIONEN ZUM GESUNDHEITSWESEN

Kuchen für alle?

Angesichts des GKV-Versicherungsentlastungsgesetzes von Jens Spahn stellt sich die Frage, ob im Gesundheitswesen wirklich so viel zu verteilen ist und ob er die Verbesserung der Versorgungsqualität dabei auch im Blick behält.



Titel: Stockphoto
Foto: AOK NordWest



Tom Ackermann
Vorstandsvorsitzender
der AOK NordWest

Was offenbart das erste Gesetz von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn über dessen Prioritäten und Sicht auf die Gesamtsituation? Die Antwort darauf lautet: Der Minister fördert den Preiswettbewerb unter den Krankenkassen statt den um die Versorgungsqualität.

Das Gesetz sieht die Wiedereinführung der paritätischen Finanzierung der Beiträge vor. So weit, so gut – ein Punkt im Koalitionsvertrag abgehakt. Durch diese Maßnahme kann sich Spahn zunächst der Sympathien der Versicherten sicher sein. Auch das angekündigte Abschmelzen der Finanzreserven durch Zwangsabsenkung der Zusatzbeiträge bei den Krankenkassen macht sich da ganz gut. Zumindest kurzfristig. Denn das Geld wird auch an anderer Stelle gebraucht. Zum Beispiel, um die Personalsituation in der Pflege zu verbessern – wie in seinem Sofortprogramm zur Pflege vorgesehen. Das ist wichtig und die Zielsetzung richtig.

Mehr Personal und bessere Bezahlung in der Pflege sind aber nicht zum Nulltarif zu haben. Der dafür ausgestellte Blan-

ko-Scheck wird die Beitragszahler in Pflege- und Krankenversicherung bald in die Realität zurückholen. So erzeugen diese Maßnahmen vor allem Druck bei den Krankenkassen, trotz absehbar steigender Ausgaben die Zusatzbeiträge nicht zu erhöhen und dafür im Zweifel auch die Rücklagen abzuschmelzen. Für die Gesundheitsversorgung und deren Qualität bedeutet das nichts Gutes. Denn auch der Umbau der Krankenhauslandschaft kostet Geld, ebenso der Aufbau zeitgemäßer digitaler Netzwerke im Gesundheitswesen. Fazit: Investitionen der Krankenkassen in den Aufbau effizienter Strukturen und in die Versorgungsqualität werden gehemmt. Vollkommen unverständlich ist der Ansatz, die Abschmelzung der Finanzrücklagen mit der Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs zu verbinden: Das suggeriert, dass allein der Morbi-RSA ursächlich für die Höhe der jeweiligen Finanzreserve sei. Darin finden jene Gehör, die ihren Blick auf den Beitragswettbewerb fokussieren und meinen, alle Kassen müssten gleiche Deckungsbeiträge ausweisen. Kein gutes Signal für diejenigen, die nach vorne blicken und in einen Wettbewerb um effiziente und regional ausdifferenzierte Versorgungslösungen investieren wollen. • ta

INHALT

100 Tage im Amt – Ralf Brauksiepe, Patientenbeauftragter der Bundesregierung, im Interview über seine Agenda
► Seite 3

REGIONAL

Multiresistente Keime sind ein Problem – die Kassen in NRW halten mit einer Initiative dagegen.
► Seite 6

Die Zentralisierung von medizinischen Leistungen rettet Leben – die Fahrzeiten ändern sich dadurch kaum.
► Seite 9

POLITIK & MEINUNG

GESETZGEBUNG

Im Fokus: Entlastung von Versicherten

Mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) will Bundesgesundheitsminister Jens Spahn die Versicherten entlasten. Unter anderem sollen sich Arbeitgeber künftig zu gleichen Teilen an der Finanzierung des Zusatzbeitrages beteiligen. Und es gibt noch weitere Pläne:



► Krankenkassen sollen Finanzreserven abschmelzen

Ab 2020 sollen für die Finanzreserven der Krankenkassen Höchstgrenzen gelten: Überschüsse wären dann innerhalb von drei Jahren abzubauen – zum Beispiel durch Senken der Zusatzbeiträge. Bedingung: Der Risikostrukturausgleich wird weiterentwickelt.

► Beitragsschulden reduzieren

Freiwillige Mitgliedschaften enden bisher nur bei Kündigung. Wer unbekannt verzogen ist, keine Beiträge mehr zahlt und keine weiteren Angaben macht, wird obligatorisch zum Höchstbeitrag weiterversichert. Solche „ungeklärten“ Mitgliedschaften sollen nun beendet und rückwirkend bis ins Jahr 2013 bereinigt werden. Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sind in diesen Fällen von den Krankenkassen zurückzuzahlen.

► Mindestbeiträge für Selbstständige sinken

Selbstständige mit niedrigem Einkommen sollen von geringeren Mindestbeiträgen profitieren. Geplant ist, diese zu halbieren. Viele Kleinunternehmer sind mit dem derzeitigen Beitrag von 342 Euro im Monat überfordert und haben Beitragsschulden.

PSYCHOTHERAPIE-RICHTLINIE

Schnelle Hilfe vom Therapeuten

Seit Jahren steigt die Zahl der psychisch Kranken. Um Engpässe zu vermeiden, müssen bestehende Angebote noch besser koordiniert und ausgebaut werden.

Depressionen, Angst-, Ess- und Zwangsstörungen – psychische Erkrankungen sind auf dem Vormarsch. Die Bundespsychotherapeutenkammer fordert deshalb 7.000 Praxissitze extra. Aber: Nach der Bedarfsplanung gibt es bereits mehr als genügend. Brauchen wir also mehr Praxen oder können die Kapazitäten besser genutzt werden? An dieser Frage scheiden sich die Geister. Vor gut einem Jahr wurde deshalb die Psychotherapie-Richtlinie reformiert. Psychotherapeutische Sprechstunden und Akutbehandlungen sollen seitdem einen schnelleren Zugang zu therapeutischer Hilfe ermöglichen und die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen dabei helfen, binnen vier Wochen einen Termin zu finden. Erste Erfahrungen zeigen: Das neue Angebot greift. Erstgespräche zur Klärung des Behandlungsbedarfs finden deutlich eher statt, bei psychischen Krisen kann früher interveniert werden. Aber auch Patienten



„Wir müssen bestehende Angebote weiter ausbauen.“

Bernd Marchlowitz
Fachbereichsleiter Ärzte
bei der AOK NordWest

mit weitergehendem Behandlungsbedarf sollen nicht monatelang auf eine Therapie warten. „Deshalb muss das Angebot noch besser koordiniert und genutzt werden“, sagt Bernd Marchlowitz, Fachbereichsleiter bei der AOK NordWest.

Ein wichtiger Schritt: Nach einem Gerichtsurteil müssen die Servicestellen in dringenden Fällen jetzt auch bei der Suche nach Therapieplätzen helfen. Aber das allein reicht nicht. Um Behandlungskapazitäten

besser zu nutzen, sollten insbesondere die Möglichkeiten von Gruppentherapien mehr genutzt werden. „Das Angebot ist noch ausbaufähig“, so Marchlowitz. Weitere Stellschrauben zeigt auch das Gutachten des Sachverständigenrates Gesundheit: Neben einer besseren und sektorenübergreifenden Koordination müsse die Bedarfsplanung überdacht werden. Dabei seien die tatsächlich erbrachten Therapiestunden statt der Anzahl der Praxissitze zu berücksichtigen. • sd

STUDIENPLATZ GEGEN VERPFLICHTUNG

NRW führt Landarztquote ein

Jedes Jahr gehen in Nordrhein-Westfalen etwa 450 Hausärzte in den Ruhestand, es kommen aber nur rund 200 Absolventen nach, die sie ersetzen können – ein Problem, vor allem in ländlichen Regionen. NRW will darum mit einer neuen Form der Vergabe von bis zu zehn Prozent der Medizinischen Studienplätze dafür sorgen, dass es mehr Hausärzte auf dem Land gibt. Im ersten Schritt sollen etwa 170 Studienplätze an Bewerber vergeben werden, die sich verpflichten, nach

ihrer Facharztausbildung für zehn Jahre in einer unterversorgten Region als Haus- oder Kinderarzt zu arbeiten. Derzeit sind das 120 Gemeinden, in 40 weiteren ist die hausärztliche Versorgung auf mittlere Sicht gefährdet. Das Auswahlverfahren für die „reservierten“ Studienplätze übernimmt das Landeszentrum für Gesundheit. Auswahlkriterien sollen neben der Abiturnote dabei auch die Berufserfahrung sowie vorherige Ausbildungen in medizinischen Berufen sein. ◀



REDE & ANTWORT

PATIENTENRECHTE MÜSSEN GESTÄRKT WERDEN

„Es gibt viel Streit um alles“

Seit 100 Tagen ist Ralf Brauksiepe (CDU) Patientenbeauftragter. Im FAKTOR sagt er, wo es im Gesundheitssystem hapert: Ärztemangel, Notfallversorgung, Termin-Servicestellen, Behandlungsfehler sind große Themen.



Herr Brauksiepe, im April haben Sie angekündigt, viele Gespräche führen zu wollen, um ein Gefühl für die Probleme der Patienten zu bekommen. Wie lautet Ihre Diagnose?

Ich habe den Eindruck, dass es viele unterschiedliche „Be-

Mürbegemacht fühlen sich auch gesetzlich Versicherte, wenn sie einen Facharzt aufsuchen wollen. Sie müssen bis zu 20 Wochen auf einen Orthopäden-Termin warten. Aber nicht, wenn sie sich an die Termin-Servicestellen wenden. Wir planen einen Gesetzesentwurf, der vorsieht, dass sie bald unter einer bundesweit einheitlichen Nummer von 8 bis 18 Uhr zu erreichen sind.

Also ist der Vorschlag „mehr Kassenzulassungen“ vom Tisch?

Die Regierungskoalition will zunächst die Sprechstundenzeiten von 20 auf 25 Wochenstunden erhöhen und vertraut darauf, dass die Mediziner mitziehen.

Im Juni haben Sie den „Monitor Patientenberatung 2017“ vorgestellt. Darin schildern Berater Probleme, die Patienten mit dem Gesundheitssystem haben. Gab es Überraschungen?

Ja, denn offensichtlich leidet unser Gesundheitssystem unter einem großen Kommunikationsproblem.

schwerden“ gibt. Ein Thema ist die medizinische Versorgung auf dem Land. Wer soll sich um die Kranken kümmern, wenn Hausärzte keine Nachfolger finden? Ähnlich akut ist die Notfallversorgung. Kliniken sind überlastet, weil ihre Notaufnahmen nach Praxisschluss regelrecht überrollt werden – oft von Patienten mit harmlosen Krankheiten. Wir brauchen Anlaufstellen, wo jemand fachkundig entscheidet, wer stationär aufgenommen oder ambulant behandelt werden sollte.

Das sind Punkte, die auch im Koalitionsvertrag stehen.

Korrekt. In den letzten vier Jahren hat die Regierung mehr als 24 Gesetze im Bereich Gesundheit und Pflege auf den Weg gebracht. Die müssen jetzt umgesetzt werden. Ende dieses Monats soll übrigens das Hilfsmittelverzeichnis überarbeitet sein.

Sie beziehen sich auf das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung. Patienten sollen Auswahl bei Hilfsmitteln und Anspruch auf bessere Qualität haben.

Schön wär's – aber leider gibt es immer noch Streit um alles Mögliche. Ich erhalte viele Briefe, in denen Patienten schildern, dass sie kein Hörgerät, keinen Rollstuhl, keine Prothesen bekommen. Viele fühlen sich mürbegemacht. Das darf so nicht sein.

„Patienten fühlen sich mürbegemacht. Das darf nicht sein.“

Patientenbeauftragter Ralf Brauksiepe (51) wohnt in Hattingen und sitzt seit 20 Jahren für die CDU im Bundestag

Foto: BMG/Schinkel

Es gäbe weniger Kummer, wenn Ärzte Patienten vor einer Operation besser aufklären würden – über Erfolgsaussichten, Risiken, Alternativen. Dann gäbe es vielleicht auch weniger Behandlungsfehler.

Aber die Behandlungsfehlerstatistik sagt, dass sich die Patientensicherheit enorm verbessert hat.

Das ist doch kein Widerspruch. Dennoch gibt es immer wieder Fälle, wo Ärzte etwa Herzinfarkte zu spät erkennen. Auch bei Routineeingriffen passieren Fehler. Bisher musste der Patient beweisen, dass er Opfer eines groben Behandlungsfehlers geworden ist. Doch wie soll das gehen? Meiner Meinung nach muss es einfacher werden, einen Arzt in die Haftung zu nehmen. Als Beweis muss reichen, wenn es sehr wahrscheinlich ist, dass ein Fehler einen Gesundheitsschaden ausgelöst hat.

Patienten, die von einem schweren Behandlungsfehler betroffen sind, brauchen emotionale und finanzielle Unterstützung. Wäre ein Härtefallfonds eine Lösung?

Der ist für mich nicht prioritär. Aus einem ganz einfachen Grund: Ich halte es für wichtiger, dass Patientenrechte gestärkt werden. Aber er könnte vielleicht eine sinnvolle Ergänzung sein. ◀

Das Interview führte Silvia Dahlkamp



FAKTEN & HINTERGRÜNDE

REFORM DER STATIONÄREN NOTFALLVERSORGUNG

Weniger ist mehr

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Anforderungen für die stationäre Notfallversorgung neu geregelt. Rund ein Drittel der Kliniken erfüllt die neuen Kriterien nicht. Was zunächst bedrohlich klingt, dürfte für die Patienten sogar von Vorteil sein.

Im Notfall, etwa bei einem Herzinfarkt, muss es schnell gehen. Denn mit zunehmender Zeit ohne Therapie steigt das Risiko für folgenschwere Komplikationen beziehungsweise die Gefahr, den Infarkt überhaupt nicht zu überleben. Bereits vor Ort sollte darum ein Notarzt erste Maßnahmen treffen: korrekte Lagerung, Sauerstoff über Nasensonde, falls notwendig, defibrillieren. Innerhalb von 90 bis 120 Minuten, sagen Experten, sollte der Patient dann in einem Krankenhaus weiterversorgt werden.

Trotz der gebotenen Eile sollte dies aber nicht im erstbesten Krankenhaus geschehen – die Klinik sollte über eine durchgängig besetzte kardiologische Abteilung mit einem Herzkatheterlabor verfügen. Denn nur solche Kliniken sind sofort in der Lage, eine sogenannte Aufdehnung der Herzkranzgefäße über einen Stent durchzuführen – die Therapie der Wahl bei Herzinfarkten. Das Problem hierbei: Weniger als 600 der insgesamt 1.400 Kliniken, die Herzinfarkte hierzulande behandeln, verfügen über eine solche Herzkatheterereinheit. Fehlt diese Ausstattung, muss der Patient in eine andere Klinik verlegt werden. Die Folgen: ungewiss.

Hinter diesem Beispiel steckt ein grundsätzliches Problem, das auch bei anderen Arten von Notfällen – etwa bei Schlaganfällen – zum Tragen kommt: „Allein aufgrund der unterschiedlichen Ausstattung können Notfälle nicht in jedem Krankenhaus

gleich gut und adäquat versorgt werden“, sagt Thomas Fritz, Unternehmensbereichsleiter Krankenhäuser und Rehabilitation bei der AOK NORDWEST. Weil dem so ist, hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) von der Politik den Auftrag bekommen, Mindestvorgaben für die Strukturen der stationären Notfallversorgung zu erarbeiten. Wie diese aussehen sollen, hat der G-BA nun festgelegt: Der Beschluss sieht vor, die Notfallversorgung künftig in drei Stufen mit unterschiedlichen technischen und

personellen Mindestausstattungen zu unterteilen: die Basisnotfallversorgung, die erweiterte Notfallversorgung und die umfassende Notfallversorgung. Für die Einordnung in eine der Stufen müssen unter anderem medizinisch-technische Vorgaben erfüllt werden,

bestimmte Fachabteilungen vorhanden sein und das Personal festgelegte Qualifikationen vorweisen. So gilt etwa für alle drei Stufen: Patienten dürfen nach der Aufnahme durch die Zentrale Notaufnahme nicht länger als 30 Minuten auf eine fachärztliche Untersuchung warten, bei Bedarf muss innerhalb dieser Frist auch ein Anästhesist zur Stelle sein. Wird eine Klinik aufgrund seiner personellen und technischen Ausstattung in eine der drei Kategorien eingeordnet, erhält sie für die Vorhaltekosten von Geräten, Spezialbetten und Fachärzten Zuschläge. Deren Höhe hängt von der Eingruppierung in die jeweilige Stufe ab. „Das

Nicht jede Klinik ist gleich gut bei der Versorgung von Notfällen.

AUF EINEN BLICK

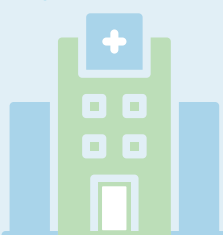
Der G-BA-Beschluss und seine Folgen

Nach ersten Modellrechnungen des GKV-Spitzenverbandes wären von den derzeit 1.748 Allgemeinkrankenhäusern künftig 822 Häuser Basisnotfallversorger, 144 Kliniken würden an der erweiterten und 97 an der umfassenden Notfallversorgung teilnehmen. Demnach würden 99,6 Prozent aller Bundesbürger innerhalb von 30 Minuten eine Notaufnahme erreichen.

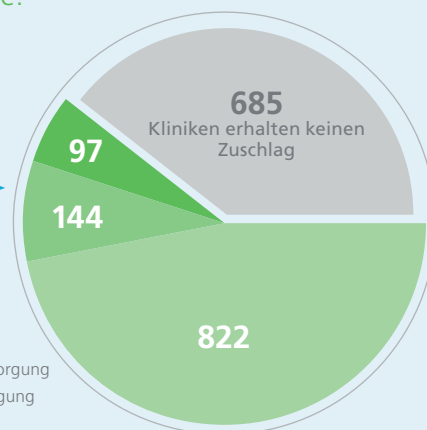
Wie viele Kliniken erhalten Zuschläge?

Von 1.748 Allgemeinkrankenhäusern werden künftig 1.063 Kliniken an der gestuften Notfallversorgung teilnehmen.

99,6 % aller Bundesbürger haben weiterhin einen Weg von **30 Min** zur Notaufnahme.



- Umfassende Notfallversorgung
- Erweiterte Notfallversorgung
- Basisnotfallversorgung



FAKTEN & HINTERGRÜNDE



Illustration: iStockphoto

Stufenkonzept ist ein Schritt in die richtige Richtung – sofern dieses am Ende zu einer flächendeckenden, qualitativ verbesserten sowie gerecht und kostenneutral vergüteten Notfallversorgung führt“, so der AOK-Experte weiter.

Finanziert werden soll das Stufensystem kostenneutral über Abschläge, die die Kliniken in Kauf nehmen müssen, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen. Wie viele das voraussichtlich sein werden, hat das Berliner IGES-Institut durchgerechnet. Dazu hat das Institut Kliniken in Deutschland zu ihren Fachabteilungen und deren Ausstattung befragt. Das Ergebnis: Etwa ein Drittel der derzeit rund 1.750 Allgemeinkrankenhäuser würde demnach die neuen Kriterien für die Teilnahme an der stationären Notfallversorgung nicht erfüllen. „Das klingt schlimmer, als es ist. Denn die meisten der betroffenen Kliniken sind schon jetzt nicht Teil der Notfallversorgung“, so Fritz. Tatsächlich wurden gerade mal fünf Prozent der behandelten Notfälle im vergangenen Jahr in diesen Kliniken versorgt, wie die IGES-Studie belegt. Fest steht: Die flächendeckende Versorgung mit Notfallkrankenhäusern bleibt gesichert. 99,6 Prozent der Bundesbürger können nach Berechnungen des IGES auch weiterhin eine Notaufnahme innerhalb von 30 Minuten erreichen.

Bis zur Umsetzung der G-BA-Vorgaben wird aber noch etwas Zeit vergehen. Denn in weiteren Schritten müssen nun der GKV-Spitzenverband, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft die Höhe der Zu- und Abschläge verhandeln. In den Pflegesatzverhandlungen zwischen den einzelnen Kliniken und den Kassen wird dann geprüft, welche Häuser die Voraussetzungen für einen Notfallzuschlag tatsächlich erfüllen. Welche Kliniken von den Zuschlägen in Westfalen-Lippe beziehungsweise in Schleswig-Holstein ausgenommen sein werden, lässt sich damit noch nicht absehen. Auch die Länder können noch Ausnahmen zulassen. „Unter Qualitätsaspekten ist es in jedem Fall sinnvoll, die Notfallversorgung bedarfsgerecht abzustufen und bestimmte Kompetenzen weiter zu konzentrieren. Das sorgt für die notwendige technische Ausstattung und ausreichende Erfahrung im Umgang mit Notfällen. Denn insbesondere in der Notaufnahme kann Erfahrung Leben retten“, meint Fritz.

Für eine qualitativ hochwertige Notfallversorgung, ist Fritz überzeugt, brauche es aber noch mehr: Für den Patienten sei es oft schwierig zu unterscheiden, ob er den ärztlichen Notdienst oder den Rettungsdienst ruft oder direkt in die Klinik fährt. „Rettungsdienst, ambulante und stationäre Versorgung müssen nahtlos ineinandergreifen. Integrierte Versorgungszentren und gemeinsame Leitstellen, wie auch vom Sachverständigenrat Gesundheit empfohlen, sind der richtige Weg.“

• tb

STANDPUNKT

Gleiche Beiträge – gleiche Verantwortung



Foto: AOK NordWest

Georg Keppeler
Verwaltungsratsvorsitzender AN der AOK NORDWEST

Endlich! Nach mehr als zehn Jahren, in denen Versicherte höhere Beiträge geschultert haben als Arbeitgeber, werden die Beitragslasten wieder je zur Hälfte getragen. Dabei geht es um mehr als Symbolpolitik: Die paritätische Finanzierung entlastet die

Versicherten um rund sechs Milliarden Euro und sorgt dafür, dass Arbeitnehmer und Arbeitgeber sich wieder in gleichem Maße an der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen beteiligen.

Und auch wenn die Arbeitgeber nicht gerade „Hurra“ schreien: Durch die guten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen und den geringen Anteil des Arbeitgeberbeitrags an den Lohnnebenkosten hat die neue Regelung keinen Einfluss auf die Wettbewerbsfähigkeit. ◀

Qualität und Sicherheit statt Masse



Foto: AOK NordWest

Johannes Heß
Verwaltungsratsvorsitzender AG der AOK NORDWEST

Manchmal ist weniger mehr. Dies gilt auch für die Zahl der zur Notfallversorgung zugelassenen Krankenhäuser. Aus Sicht der Patienten macht es Sinn, die Notfallversorgung nur solchen Kliniken zu übertragen, die die notwendigen Qualitätsanforderungen

erfüllen. Denn es kommt darauf an, dass Notfälle nicht nur schnell, sondern vor allem mit hoher Qualität versorgt werden. Die Patienten müssen sich darauf verlassen können, dass neben qualifiziertem Personal auch die erforderliche technische Ausstattung vorhanden ist. Das ist derzeit nicht immer gewährleistet. Daher geht der Beschluss des G-BA, der Zuschläge in der Notfallversorgung von bestimmten Voraussetzungen abhängig macht, in die richtige Richtung. Was jetzt folgen muss, ist die bessere Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Notfallversorgung: Patienten müssen wissen, an wen sie sich im Notfall wenden können. ◀



LOKAL & REGIONAL ► WESTFALEN-LIPPE

MULTIRESISTENTE KEIME

AOK für rationalen Einsatz von Antibiotika

Antibiotikaresistenzen werden zunehmend zu einer Gefahr – darum macht sich die AOK NORDWEST für eine rationale Antibiotikaversorgung in NRW stark.

Das Problembewusstsein nimmt zu – dennoch werden hierzulande immer noch zu viele Antibiotika verschrieben. So lag der Antibiotikaverbrauch in Nordrhein-Westfalen im vergangenen Jahr beispielsweise noch immer zehn Prozent über dem Bundesdurchschnitt. Vor diesem Hintergrund haben die Verbände der Krankenkassen in NRW auf Initiative der AOK NORDWEST vorgeschlagen, Möglichkeiten zur Verbesserung der „Rationalen Antibiotikaversorgung in NRW“ zu erarbeiten. Unterstützt wird die Initiative von NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann. Unter Federführung der AOK NORDWEST wurde in einem weiteren Schritt ein Konzept entwickelt, dessen Ziel es ist, eine rationale Antibiotikaversorgung in NRW weiter zu optimieren und Antibiotikaresistenzen zu reduzieren.

Für die Umsetzung sollen vorhandene Infrastrukturen, wie zum Beispiel spezielle Patienteninformationen, in verschiedenen Sprachen genutzt und weiterentwickelt werden. Somit sollen die Patienten stärker als bisher informiert und für das Thema sensibilisiert werden.

• cb



Antibiotika: unbedachte Verordnungen fördern multiresistente Keime

CLEARINGSTELLE GESUNDHEIT

Gut für Zugewanderte – und für die GKV

Ein multiprofessionelles, mehrsprachiges Team dient Zuwanderern als Anlaufstelle im Gesundheitswesen. Mit Erfolg – wie die Bilanz des vergangenen Jahres zeigt.

Seit knapp zwei Jahren bietet die „Clearingstelle Gesundheit“ in Dortmund ihre Unterstützung als Anlaufstelle für Zuwanderer an. Mit Erfolg, wie eine Bilanz zeigt: Allein im Jahr 2017 zählte die Clearingstelle knapp 1.150 Kontakte. In rund 330 von knapp 650 Fällen konnten der Versicherungsstatus und die damit in Verbindung stehenden Sachverhalte in enger Zusammenarbeit



Clearingstellen helfen, etwa bei Fragen zum Versicherungsstatus

mit Fachleuten der AOK NORDWEST für die Betroffenen und für die Kassen geklärt werden. „In vielen Fällen konnten mithilfe der Clearingstelle langwierige Verwaltungs- und Aufklärungsarbeiten vermieden und für die Zuwanderer ein Zugang zum Gesundheitsversorgungssystem in Deutschland sichergestellt werden“, so Maria Gollbach, Ansprechpartnerin für das Thema bei der AOK NORDWEST. In ihrer Mittlerfunktion klärt das multiprofessionell aufgestellte und mehrsprachige Team der Clearingstelle Fragen zum Versicherungsschutz in häufig problematischen Fällen, etwa bei Fragen zum Versicherungsstatus, zur Familienversicherung und zu Beitragsschulden. Auf der Grundlage der guten Erfahrungen in Dortmund wurden inzwischen weitere Clearingstellen in Münster, Gelsenkirchen, Duisburg und Köln ins Leben gerufen.

• mg

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

Krebs im Netz

Mit der Diagnose Krebs gehen oft Ängste und schwierige Entscheidungen einher. Verlässliche Informationen sind für Betroffene da besonders wertvoll. Wer im Internet recherchiert, wird häufig aber eher verunsichert. Der neue Ratgeber der Krebsgesellschaft NRW „Krebs im Netz“ bietet Patienten Hilfe bei der Online-Recherche: Betroffene finden dort Tipps und Hinweise auf seriöse Informationsangebote im Internet. Weitere Infos gibt es unter: www.krebsgesellschaft-nrw.de

„Selbsthilfe bewegt“

Unter dem Motto „Selbsthilfe bewegt in NRW“ findet bis Oktober die „NRW Selbsthilfe-Tour 2018“ statt. In vielen Städten des Bundeslandes sind die Selbsthilfekontaktstellen und Landesorganisationen mit einem Truck und einer mobilen Bühne unterwegs. Mit einem vielfältigen Programm wird dabei für das Thema Selbsthilfe geworben. Gefördert wird die Tour durch die Krankenkassen in NRW. Mehr Infos unter: www.nrw-selbsthilfe-tour.de

Tele-Visite jetzt einfacher

Der Deutsche Ärztetag hat im Mai das Fernbehandlungsverbot gelockert. Damit hat das Ärzteparlament eine wichtige Hürde für die „Tele-Visite“ beseitigt: Ärzte können ihre Patienten nun in geeigneten Fällen künftig auch ohne vorherigen persönlichen Kontakt telefonisch oder per Internet beraten. Voraussetzung dafür ist, dass die Landesärztekammern ihre Berufsordnungen – wie in Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe bereits geschehen – anpassen.



LOKAL & REGIONAL ► SCHLESWIG-HOLSTEIN

PRÄVENTION

Alt, aber selbstbestimmt

Gesundheit und Selbstständigkeit bei Senioren fördern – das wollen der Landessportverband Schleswig-Holstein und die AOK NORDWEST mit einem gemeinsamen Projekt.



Körperliche Aktivität ist gut für Körper und Geist – bis ins hohe Alter

Bewegung ist einer der Schlüsselschlüssel für Gesundheit und Wohlbefinden im Alter. Besonders bei Menschen in Pflegeheimen fördert körperliche Aktivität die Selbstständigkeit und verbessert die Lebensbedingungen. Daher engagieren sich der Landessportverband und die AOK NORDWEST in dem gemeinsamen Projekt „Alter in Bewegung“. Die Initiative bringt Sportvereine und stationäre Pflege- und Betreuungsanbieter zusammen – zum Vorteil der Senioren: Denn die Übungsleiter der Vereine bringen das Bewegungsangebot direkt zu den Bewohnern in die Einrichtung. „Wir möchten den Menschen in Pflegeheimen mit unserem Angebot die Möglichkeit geben, sportlich aktiv zu sein. Bewegung verbessert nicht nur die körperliche Fitness, sondern auch geistige Fähigkeiten. Gruppenangebote leisten zudem einen wichtigen Beitrag für das soziale Miteinander der Senioren und für die psychische Gesundheit“, sagt AOK-Landesdirektor Thomas Haeger. Für Dr. Heiner Garg, Gesundheitsminister des Landes Schleswig-Holstein, ist es ein wegweisender Ansatz, ältere Menschen professionell zu unterstützen und zu motivieren. • ae

Mehr Infos:
www.lsv-sh.de

NEUER VERSORGUNGSVERTRAG

Schneller Facharzttermin für Rheumapatienten

Eine zeitnahe Behandlung beim Rheumatologen hilft, folgenschwere Schäden zu vermeiden. In Schleswig-Holstein gibt es dafür nun ein neues Versorgungskonzept.

Die meisten kennen sie – lange Wartezeiten für einen Termin beim Facharzt. Damit es diese zumindest für Rheumapatienten nicht mehr gibt, haben die gesetzlichen Krankenkassen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein im Rahmen der Honorarvereinbarung ein neues Versorgungskonzept beschlossen. Inhaltlich geht es aber um mehr als nur Komfort für die Patienten: Bei Verdacht auf eine rheumatische Erkrankung ist die zeitnahe Vorstellung bei einem Rheumatologen notwendig, um schwerwiegende Folgeschäden, wie beispielsweise Gelenkveränderungen, zu vermeiden.



Zeitnah zum Facharzt – das ist gerade für Rheumapatienten wichtig

Das Herzstück des neuen Versorgungskonzeptes bildet ein einheitlicher Erhebungsbogen, den Hausärzte in Verdachtsfällen zukünftig nutzen können, um Patienten zeitnah an einen Facharzt zu überweisen. Dort soll daraufhin eine umgehende Terminvergabe erfolgen. Der Einsatz des Bogens sorgt außerdem dafür, dass notwendige Vorbefunde wie Laborwerte strukturiert erhoben und dem Facharzt zur Behandlung zur Verfügung gestellt werden. Umgesetzt wird das neue Versorgungskonzept bereits seit Anfang Juli. • sw

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

AOK NORDWEST bewegt



Bewegungsangebote stehen bei den Versicherten der AOK NORDWEST weiter hoch im Kurs: 28.994 Teilnehmerinnen und 8.532 Teilnehmer nutzten im vergangenen Jahr Präventionskurse, um körperlich aktiv zu werden beziehungsweise aktiv zu bleiben. 75 Prozent aller Kursteilnahmen entfielen dabei auf Bewegungsangebote, die übrigen 25 Prozent verteilten sich auf Angebote

zur Stressbewältigung, ausgewogenen Ernährung und Rauchentwöhnung.

Wertvolle Krebsregister

Wie häufig ist Krebs? Wo tritt er auf? Welche Therapien erfolgen? Antworten hierauf geben klinische Krebsregister. Auch in NRW und Schleswig-Holstein haben diese ihre Tätigkeit aufgenommen. Die Register erfassen die von Ärzten verpflichtend zu meldenden Daten, werten diese aus und geben die aus den Registerdaten gewonnenen Erkenntnisse an die Leistungserbringer zurück.

Barrierefreie Wohnung für das Leben im Alter

Da das eigene Heim und eine selbstständige Lebensführung zu mehr Lebensqualität im Alter beitragen, hat die AOK NORDWEST 2017 rund 18,5 Millionen Euro an ihre Versicherten für eine barrierefreie Umgestaltung der Wohnung gezahlt. Insgesamt waren in Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe im vergangenen Jahr mehr als 167.000 AOK-Versicherte pflegebedürftig. Rund 70 Prozent davon wurden zu Hause von Angehörigen und ambulanten Pflegediensten versorgt.



INNOVATION & IMPULSE

PRAXIS



Was ist eigentlich... das Bundesversicherungsamt?

Das Bundesversicherungsamt (BVA) ist eine Bundesoberbehörde. Es übt die Rechtsaufsicht über die bundesunmittelbaren Träger der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung sowie der sozialen Pflegeversicherung aus und ist organisatorisch dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales unterstellt. Das BVA wurde am 9. Mai 1956 durch das Bundesversicherungsamtsgesetz errichtet und hatte bis September 1999 seinen Sitz in Berlin, mittlerweile ist es in Bonn angesiedelt. Das BVA prüft Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung, Haushalte und Satzungen sämtlicher bundesunmittelbarer Krankenversicherungsträger. Von besonderer Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung sind die Verwaltung des Gesundheitsfonds und die Durchführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA). Jedes Jahr im Herbst tritt beim BVA ein Schätzerkreis zusammen, der Prognosen zur Entwicklung der Einnahmen des Gesundheitsfonds und zu den Ausgaben sowie der Versicherten- und Mitgliederzahl der gesetzlichen Krankenkassen für das kommende Jahr abgibt. Diese Schätzungen dienen als Grundlage für die Pro-Kopf-Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Kassen im Rahmen des Morbi-RSA. Nach der jüngsten GKV-Finanzreform dienen die Schätzergebnisse auch als Basis für die Festlegung des durchschnittlichen rechnerischen Zusatzbeitragssatzes im Jahr 2015 durch das Bundesgesundheitsministerium. ◀

Gripeschutzimpfung wird teurer

Alle guten Dinge sind vier – zumindest wenn es um den Schutz per Grippeimpfung geht. So erhalten gesetzlich Krankenversicherte entsprechend der geänderten Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) in diesem Jahr nun auch den Impfstoff, der vor vier Influenzastämmen – und damit insgesamt besser vor der Grippe – schützt. Dazu hat die AOK NORDWEST stellvertretend für alle gesetzlichen Krankenkassen in ihrer Region mit den Apothekerverbänden die Preise ausgehandelt.

Zum Hintergrund: Verhandlungen zwischen den Kassenverbänden und regionalen Apothekerverbänden waren notwendig, da die Kassen seit 2017 keine Rabattverträge über Grippeimpfstoffe mehr mit den Herstellern abschließen dürfen. Das Ergebnis zeigt, dass sich die Kosten so – künftig abhängig von der Region – um ein Vielfaches erhöhen. Während sich AOK und Apothekerverband in Schleswig-Holstein auf

einen Preis von 11,30 Euro je Dosis einigen konnten, gelang in Westfalen-Lippe kein Konsens mit den Apothekern. Demnach gilt dort für die Abrechnung von Grippeimpfstoffen die Berechnung nach der sogenannten Arzneimittelpreisverordnung. Das führt dazu, dass die Krankenkassen pro Impfstoffdosis nach derzeitigem Stand zwischen 11,56 Euro und 12,91 Euro zahlen müssen.

Das gesetzliche Verbot von Ausschreibungen für Grippeimpfstoffe birgt zudem das Risiko von Lieferengpässen – denn die Hersteller können aufgrund der weggefallenen Rabattverträge nur noch schwer abschätzen, wie viele Dosen des Impfstoffes in der jeweiligen Grippezeit von ihnen nachgefragt werden. • cb

„Im Notfall gut versorgt?“



Derzeit sind alle unzufrieden mit der Notfallversorgung: Patienten über lange Wartezeiten, Ärzte über Patienten, die kein Notfall sind, Kliniken über unrentable Notaufnahmen, Rettungsdienste über unnötige Einsätze und Krankenkassen über ineffektive und teure Strukturen. Die Menge macht das Problem, denn immer mehr Menschen suchen die Notaufnahmen in den

Krankenhäusern auf, die eigentlich in der ambulanten Notfallversorgung oder beim Hausarzt besser aufgehoben wären. So vielfältig die Probleme sind, so einig sind sich die Beteiligten: Die Versorgung im Notfall muss neu organisiert werden.

Aber wie? Das soll am 4. September beim diesjährigen AOK-Tag in Dortmund beleuchtet werden. Den Impuls dazu gibt Professor Wolfgang Greiner von der Universität Bielefeld und Mitglied im Sachverständigenrat Gesundheit. In seinem Referat zeigt er die künftigen Anforderungen an eine integrierte Notfallversorgung aus wissenschaftlicher Sicht auf. Anschließend diskutieren Experten aus Politik, Ärzteschaft, Krankenhäusern und Krankenkassen über ihre Positionen und die nächsten Schritte auf dem Weg zu einer integrierten Notfallversorgung. • as



INNOVATION & IMPULSE

Besser in ein Zentrum

Je schwerwiegender die Erkrankung, desto notwendiger ist es, von Spezialisten untersucht und behandelt zu werden. Insbesondere im Bereich der Onkologie zeichnet sich seit einigen Jahren der Trend zur Spezialisierung und „Zentrumsbildung“ ab. So haben inzwischen 426 Krankenhäuser in Deutschland ein oder mehrere Zertifikate der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG), verfügen also über ein oder mehrere zertifizierte Organkrebszentren. Insgesamt sind inzwischen 1.380 Zentren von der DKG zertifiziert. Diese Zentren müssen jährlich nachweisen, dass sie die fachlichen Anforderungen für die Behandlung einer Tumorerkrankung erfüllen, bestimmte Fallzahlen erreichen und zudem über ein etabliertes Qualitätsmanagementsystem verfügen.

Das Problem: Nach wie vor werden noch zu viele Patientinnen und Patienten nicht an solche Zentren überwiesen. Stattdessen werden sie in anderen, oft auch weniger geeigneten Krankenhäusern behandelt, obwohl der Weg in ein zertifiziertes Zentrum vor allem in Ballungsräumen nur wenige Kilometer länger wäre als der ins nächstgelegene Krankenhaus. Spezialisierte Zentren mit hohen Fallzahlen und entsprechender Expertise in der Behandlung weisen gegenüber Krankenhäusern mit geringem Behandlungsaufkommen ein deutlich reduziertes Mortalitätsrisiko auf. Deshalb sind weitere Zentralisierungen und Spezialisierungen notwendig. Modellrechnungen zeigen, dass sich die durchschnittlichen Anfahrtswege durch entsprechende Bündelungen nur geringfügig verlängern würden. Zudem sind die meisten Betroffenen bereit, längere Anfahrtswege für eine bessere Behandlungsqualität in Kauf zu nehmen.

Mehr Zentren für mehr Qualität

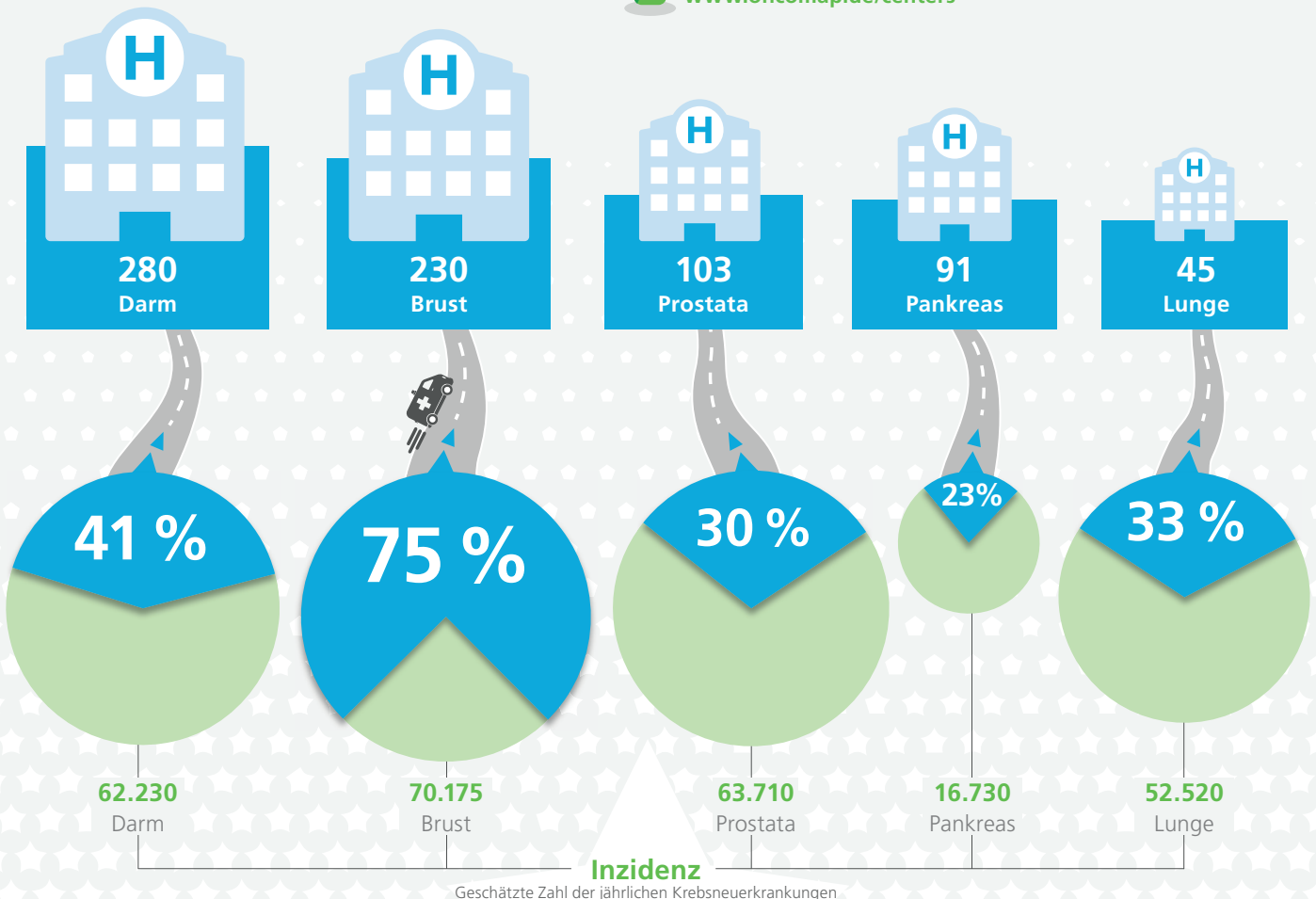
In Deutschland gibt es rund 280 von der DKG zertifizierte Darmkrebszentren. Dort werden jedoch nur 41 Prozent der Erstdiagnosen behandelt. Bei Prostatakrebspatienten ist es nicht einmal jeder Dritte. Die Zahlen verdeutlichen: Viele schwer kranke Patienten werden noch in Kliniken mit geringen Fallzahlen behandelt. Weitere Spezialisierungen und Zentralisierungen sind sinnvoll – nicht nur in der Onkologie. Mindestfallzahlen wären deshalb ein wichtiger Beitrag zu einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung.



DKG-zertifizierte Organkrebszentren

Stand 31.12.2016

Aktuelle Übersichten aller DKG-zertifizierten Zentren findet man unter: www.oncomap.de/centers



Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft, Jahresbericht Onkologische Zentren 2017, Übersicht 2.1. Die Prozentangaben beziehen sich auf das Kennzahljahr 2015. Illustration: Anna Magnus, KomPart-Verlag, Berlin



FORSCHUNG & PRAXIS

KORRUPTION IM GESUNDHEITSWESEN

„Wir gehen strikt gegen Betrüger vor“

Luftrezepte, erfundene Behandlungen, gefälschte Rechnungen – Manipulationen im Gesundheitswesen sind keine Kavaliersdelikte, im Gegenteil: Die Schäden gehen in die Millionen.

Die Ermittler staunten nicht schlecht, als sie die Abrechnungen verglichen: Danach hatte ein Pfleger fünf Rentner zur gleichen Zeit an verschiedenen Orten besucht. Wunder oder Betrug? Auf jeden Fall interessant für den Staatsanwalt. Seit rund 14 Jahren gehen „Detektive“ der AOK NORDWEST Hinweisen auf Fehlverhalten von Leistungserbringern nach. Die Betrüger sind inzwischen so gewieft und die Fälle so komplex, dass die Gesundheitskasse Spezialisten auf die Gauner ansetzt. Die Fahnder suchen Spuren, nehmen Verdächtige ins Visier und schließlich hoch. Allein in den vergangenen zwei Jahren holten sie über 3,5 Millionen Euro zurück. Aktuell verfolgen sie 1.110 Fälle. „Die meisten Leistungserbringer rechnen korrekt ab. Aber schon wenige schwarze Schafe werfen ein schlechtes Licht auf den gesamten Bereich“, sagt Rechtsanwalt Jürgen Mosler, Leiter der Stelle zur „Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ bei der AOK NORDWEST.

Viele tummeln sich in der Pflege. Sowohl in Westfalen-Lippe als auch in Schleswig-Holstein gerieten mehrere Dienste in Verdacht, dass sie Leistungen falsch abgerechnet hatten.

In einem besonders schweren Fall musste ein Pflegeunternehmen 300.000 Euro an die AOK NORDWEST zurückzahlen.

Die kriminelle Energie macht auch vor Praxen nicht halt. In einem anderen Ort steckten gleich mehrere Ärzte mit einem Betrüger unter einer Decke. Die sieben AOK-Ermittler arbeiten eng mit anderen Krankenkassen sowie der Kriminalpolizei und den Staatsanwaltschaften zusammen. Bei Verdacht auf Abrechnungsmanipulationen werten sie vorhandene Daten aus und überprüfen, ob ein System vorliegt. Besteht ein Verdacht, werden zunächst Zeugen befragt, anschließend Beweise mit anderen Gremien wie der Kassenärztlichen Vereinigung oder der gemeinsamen Prüfeinrichtung von Ärzten und Krankenkassen ausgetauscht. „Denn wir wollen nicht nur Fehlverhalten aufdecken, sondern auch zukünftige Betrugsversuche unterbinden, beziehungsweise schneller erkennen“, so Mosler. Bestätigt sich der Verdacht auf Abrechnungsmanipulation, wird die Staatsanwaltschaft informiert und der entstandene Schaden eingefordert.



DREI FRAGEN AN ...



Dem Recht auf der Spur

Kriminelle Energie im Gesundheitswesen: Das Team von AOK-Chefermittler Mosler spürt Betrüger auf.

Dr. Jürgen Mosler, Rechtsanwalt und Leiter der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei der AOK NORDWEST

1 Abrechnungsbetrag – nur ein Kavaliers-Delikt?

Ganz und gar nicht. Wir haben immer wieder besonders schwere Fälle, in denen bewusst und systematisch falsch abgerechnet wird. Dagegen muss konsequent und mit aller Härte des Gesetzes vorgegangen werden. Denn hier werden Gelder der Solidargemeinschaft veruntreut.

2 Wo sitzen die meisten schwarzen Schafe?

Schwer zu sagen, betroffen sind alle Bereiche: Ärzte, Patienten, Pflegedienste. Auch Fahrkosten werden beispielsweise falsch abgerechnet, aber die Betrüger werden immer gewiefter. Es gibt nichts, was wir noch nicht erlebt hätten.

3 Wie kann man den Betrügern das Handwerk legen?

Nach dem Vorbild von Bayern fordern wir auch in Nordrhein-Westfalen die



FORSCHUNG & PRAXIS



Foto: iStockphoto

Mosler: „Natürlich überprüfen wir auch, ob wir künftig überhaupt noch mit dem Vertragspartner zusammenarbeiten können.“

Auf der schwarzen Liste der Ermittler steht auch ein krimineller Diabetespatient. Er war aufgefallen, weil er sich bei unterschiedlichen Ärzten immer wieder Zusatzmaterialien für seine Insulinpumpe verschreiben ließ und sie dann verscherbelte. Der entstandene Schaden betrug mehr als 300.000 Euro. Den Schaden forderte die AOK NORDWEST mittlerweile erfolgreich im Rahmen der Schadensregulierung von den Ärzten zurück.

• ae

Einführung spezieller Schwerpunktstaatsanwaltschaften, die sich ausschließlich mit Wirtschaftskriminalität im Gesundheitswesen befassen. In Schleswig-Holstein ist man da schon einen Schritt weiter. Bei der Staatsanwaltschaft Lübeck wurde inzwischen eine landesweite Ermittlungsstelle errichtet. Dies wäre im Übrigen nicht nur bei den Staatsanwaltschaften, sondern auch bei den Gerichten und der Polizei sinnvoll. Ein Minimalkonsens könnten zumindest Sonderdezernate in den Wirtschaftsabteilungen der Staatsanwaltschaften sein. ◀

AOK & MEDIEN

AOK-Familienstudie 2018

„Schwimmen, Laufen, Fußballspielen – Bewegung macht Spaß und ist gesund. Aber: Sie spielt in vielen Familien keine Rolle. Dabei lernen sportliche Kinder leichter, sind ausgeglichener. Auf Bewegungsförderung setzen wir daher mit den Kommunen, denn auch das Umfeld muss passen.“

Marc König
Fachbereichsleiter Marketing, Vertrieb und Prävention



Foto: AOK NordWest

Digitales für Körper & Geist



Gewusst wo

Der „BuchschränkFinder“ hilft bei der Suche nach öffentlichen Bücherschränken. Das sind meist im Freien aufgestellte Schränke, in die jeder Bücher zum Verschenken stellen kann und mitnehmen darf, was ihm gefällt. (Android)



Sprachbegabt

Ob geschriebener oder gesprochener Text oder Unterhaltungen – schnell und fast fehlerlos übersetzt „Microsoft Übersetzer“ derzeit 60 Sprachen. Die Übersetzung erfolgt als Sprachausgabe und geschrieben – sei es lateinisch, chinesisch, arabisch, persisch oder kyrillisch. (iOS, Android)



Zu Fuß gehen

Die beste Art, eine Stadt zu erkunden, ist zu Fuß. „Sidekick“ hilft dabei, interessante Orte zu entdecken. Essen, Sport, Kunst oder Kino, tags oder nachts – die App kennt alle Geheimtipps und führt den Nutzer zielsicher hin. Außerdem stellt sie interessante Wege vor. (iOS, Android)

Erhältlich in App Stores von iOS und Android.

IGeL-Monitor 2018: Viel Schatten, wenig Licht

Oft angeboten, häufig genutzt: Individuelle Gesundheitsleistungen – kurz IGeL, die in der Arztpraxis selbst bezahlt werden müssen. Diese hat der Medizinische Dienst der Krankenkassen aktuell auf den Prüfstand gestellt und festgestellt: Viele der Topseller – wie z.B. Augeninnendruckmessung oder Ultraschall der Eierstöcke – widersprechen Empfehlungen medizinischer Fachverbände, weil ihr Schaden den Nutzen überwiegt.



Mehr Infos:
www.igel-monitor.de



EIN & AUSBLICKE

GLOSSE



Markus Barth ist Autor und Stand-up-Comedian. Im Fernsehen ist er regelmäßig zu sehen, unter anderem im „Quatsch-Comedy-Club“.

Der possierliche Griller

Der Griller ist ein scheues Wesen, das sich zwar gerne mit Artgenossen umgibt, aber ungern mit ihnen in Kontakt tritt. Viel lieber widmet sich der Griller stumm seiner Bestimmung im Rudel: der Erwärmung von mehr oder weniger toten Lebensmitteln.

Forscher streiten noch, ob es dabei wirklich um die Zubereitung von Nahrung geht oder um einen religiösen Akt. Schließlich ist die Tätigkeit mit einer Art Weihrauchentwicklung verbunden und untereinander haben die Griller ein Kastensystem etabliert: Während Holz- und Gasgriller in etwa gleich hoch anerkannt sind, werden Elektrogriller traditionell verspottet, von Gesprächen ausgeschlossen und an den Rand des Rudels gedrängt.

Nach vollbrachter Tätigkeit wird der Griller vom Rest des Rudels mit Aufmerksamkeit bedacht – Getränke, Lob, Sex – und schiebt sein Arbeitsgerät bedächtig zurück in seine Höhle. Aus dieser taucht er dann erst wieder auf, wenn ihm die äußeren Umstände als geeignet erscheinen und er sich wieder in der Lage sieht, sein kräftezehrendes Werk zu vollbringen. In der Regel also am nächsten Tag. ◀

Aus dem Buch „Grillen! Soll das so dunkel?“ (Lappan Verlag)

IMPRESSUM

NORDWESTFAKTOR – Hrg.: AOK NordWest, 44269 Dortmund, Kopenhagenerstr. 1, Tel.: 0231 4193-0

Redaktion: Tom Ackermann (ta), Cornelia Beimfohr (cb), Timo Blöb (tb), Silvia Dahlkamp (sd), Andrea Eisenplässer (ae), Maria Gollbach (mg), Bernd Haindl, Leiter des Stabsbereiches Politik der AOK NordWest (verantwortl.), Robin Halm (roha), Bernd Letsch (bl), Anja Schmidtpott (as), Sabine Wrangel (sw) **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

Neuer Mut mit MoodGYM

Ohne Antrieb, erschöpft, niedergeschlagen und missmutig – das können Anzeichen einer Depression sein. Laut Stiftung Deutsche Depressionshilfe erkranken in Deutschland jedes Jahr etwa 4,9 Millionen Menschen an einer Depression. Betroffene benötigen schnell Hilfe, für sie ist zumeist der Hausarzt die erste Anlaufstelle. Hilfe gibt es aber auch von dem vom AOK-Bundesverband geförderten Online-Selbsthilfeprogramm MoodGYM. Dieses können Betroffene kostenfrei und ohne bürokratische Hürden zur Vorbeugung und Linderung von depressiven Symptomen nutzen. Das Programm ist kein Ersatz für eine ärztliche oder psychotherapeutische Beratung, allerdings ist die Wirksamkeit des von australischen Wissenschaftlern entwickelten MoodGYMs – zu deutsch:



Abbildung: ehub Health Pty Ltd

„Fitness für die Stimmung“ – durch Studien belegt. Nun steht Patienten auch die deutsche Version zur Verfügung – ins Deutsche übersetzt und wissenschaftlich getestet vom Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health der Universität Leipzig. Das Programm arbeitet mit fünf Bausteinen und behandelt Themen wie den Zusammenhang von Gedanken und Gefühlen, Beziehungsprobleme, Stressbewältigung und vermittelt Entspannungstechniken, die in selbst gewählter Geschwindigkeit und Intensität bearbeitet werden können. Anhand unterschiedlicher Übungen lernen die Nutzer, negative Gedankenmuster zu erkennen und zu verändern. • bl

Weitere Informationen unter:
www.moodgym.de/

Ist eine Zuckersteuer sinnvoll?

Foto: Privat



PRO

Dietrich Monstadt

CDU-Abgeordneter im Bundestag und Mitglied des Gesundheits- und Verbraucherschutzsausschusses

Über 23 Prozent aller Erwachsenen in Deutschland sind übergewichtig. Unsere heutige Welt fördert Übergewicht: Werbung, die suggeriert, Trinkjoghurt sei eine gesunde Alternative, stressige Arbeitstage, die wenig Raum für Sport lassen und Fertiggerichte, die oft viel Zucker enthalten. Eine Zuckersteuer soll nicht das Steueraufkommen erhöhen, sondern Hersteller motivieren, ihre Rezeptur um die hohen Zuckerbestandteile zu reduzieren. In Großbritannien hat das bei Einführung einer Steuer auf zuckerhaltige Getränke funktioniert. Das wünsche ich mir auch für Deutschland.



KONTRA

Günter Tissen

Hauptgeschäftsführer der Wirtschaftlichen Vereinigung Zucker e.V.

Übergewicht ist ein zentraler gesundheitlicher Risikofaktor und Wurzel vieler Zivilisationskrankheiten. Eine Strafsteuer auf Zucker schürt die Illusion, allein der Zuckerverzehr mache uns dick und nur der Verzicht darauf mache uns schlank und gesund. Aber so einfach ist das nicht, denn es kommt auf das Gesamtpaket aus Ernährung und Bewegung an. Entscheidend für das Körpergewicht ist die persönliche Kalorienbilanz. Wer mehr isst, als er verbraucht, nimmt zu. Deshalb müssen wir die Menschen für ihre persönliche Kalorienbilanz sensibilisieren.

Foto: WZV/GEZ

