

NORDWEST FAKTOR

Ausgabe 03/2018

INFORMATIONEN UND POSITIONEN ZUM GESUNDHEITSWESEN

Passt noch nicht ganz

Jens Spahn gibt Vollgas: Mit dem Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals hat sein zweites Gesetzespaket die parlamentarischen Hürden genommen. Die Beitragszahler kostet das Geld. Haben Sie auch was davon?



Titel: Adobe Stock
Foto: AOK NordWest



Tom Ackermann
Vorstandsvorsitzender
der AOK NordWest

Zusätzliche Stellen in der stationären Altenpflege, vollständige Finanzierung von Tarifsteigerungen und jeder zusätzlichen Pflegestelle am Krankenhausbett, Maßnahmen zur Erhöhung der Attraktivität des Pflegeberufs – der Katalog ist lang. Und teuer. Rund 1,7 Milliarden Euro zusätzlich fließen im nächsten Jahr allein aus der Krankenversicherung in das Gesamtpaket. Trotzdem bleibt der Applaus verhalten. Kommen dadurch mehr Fachkräfte in die Pflege? Kurzfristig sicher nicht, denn der Arbeitsmarkt ist leergefegt. Und da liegt ein weiterer Haken: Das Förderprogramm priorisiert die stationäre Pflege. Nicht nur Pflegefachverbände befürchten eine Personalumverteilung zu Lasten der ambulanten Pflege. Ambivalent bleibt auch die Umschichtung der 640 Millionen Euro, die als Pauschale aus der Krankenversicherung für 13.000 neue Stellen in Pflegeheimen fließt. Sie kommen nicht unbedingt einer qualifizierten Behandlungspflege zu Gute. Kurzum: Der Fachkräftemangel in der Pflege bleibt auf der Agenda, braucht eine größere Lösung. Die Erwartungen liegen jetzt auf der konzertierten Aktion in der Pflege, die Mitte nächsten Jahres ein Konzept vorlegen will.

Zusätzlicher Personaldruck entsteht in den Krankenhäusern durch Pflegepersonaluntergrenzen und den künftigen Pflegequotienten. Wichtige Schritte, um endlich Mindest- und Qualitätsstandards in der Krankenhauspflege zu etablieren. Dafür werden die Kliniken sogar von wirtschaftlichen Zwängen befreit: Ab 2020 gilt für Pflegepersonalkosten das Kostenerstattungsprinzip. Jetzt müssen die Kliniken auch liefern. Damit das zusätzliche Geld der Beitragszahler nicht in anderen Kanälen versickert, sind weitere leistungslose Quersubventionierungen – Stichwort Pflegezuschlag – auszuschließen. Die Fördermittel sind zweckgebunden, müssen nachweislich über bessere Pflege beim Patienten ankommen. Missbrauch und Tricksereien müssen sanktioniert werden. Das lehren die Erfahrungen aus den Pflegesonderprogrammen.

Auch der Krankenhausstrukturfonds verlockt zu Mitnahmeeffekten. Wir richten unseren Blick konsequent auf eine qualitätsorientiert abgestufte Krankenhauslandschaft. Die Prioritäten liegen auf der Konzentration von Leistungen und dem Abbau nicht benötigter Krankenhauskapazitäten. Auch das hilft, das wertvolle Personal in der Pflege besser einzusetzen.

• ta

INHALT

Morbi-RSA – wie geht es weiter? Tom Ackermann, Chef der AOK NordWest, im Interview.

► Seite 3

REGIONAL

Computerspiele als Profisport – als erste Kasse engagiert sich die AOK NordWest im Esports-Bereich.

► Seite 6

Die Deutschen konsumieren zu viel Zucker – der 2. Zuckerreduktionsgipfel der AOK will dem entgegen wirken.

► Seite 10

POLITIK & MEINUNG

GESETZGEBUNG

Terminservice- und Versorgungsgesetz



Foto: iStockphoto

Für schnellere Termine und eine bessere Versorgung soll es sorgen, das Terminservice- und Versorgungsgesetz – kurz TSVG. Dazu sollen unter anderem Sprechstundenzeiten erhöht, die Aufgaben der Terminservicestellen erweitert, Zuschläge für Niederlassungen in unterversorgten – insbesondere ländlichen – Regionen gezahlt und viele ärztliche Leistungen höher vergütet werden.

Heilmittelversorgung



Foto: iStockphoto

Die Versorgung mit Heilmitteln soll weiterentwickelt werden. Das sieht ein Eckpunktepapier des Gesundheitsministers vor. Zugleich sollen die Arbeitsbedingungen und die Bezahlung von Physiotherapeuten, Logopäden und Ergotherapeuten verbessert werden. Die Eckpunkte sehen dafür höhere Preise für Heilmittel, bundesweit einheitliche Verträge und Zulassungsbedingungen, Bürokratieabbau sowie eine Neuordnung der Ausbildung vor.

Schnittstelle eGK



Foto: iStockphoto

Versichertenkarten, die ab Dezember 2019 ausgegeben werden, sind mit einer kontaktlosen Schnittstelle auszustatten – das sieht ein Gesetzentwurf des Gesundheitsministeriums vor. Direkt mit mobilen Endgeräten und ohne Kartenlesegerät soll es so für Versicherte leichter werden, sich zu authentifizieren und auf ihre Daten zuzugreifen. Geschätzte Mehrkosten für die nächsten 5 Jahre: circa 50 bis 60 Millionen Euro.

ARZNEIVERORDNUNGS-REPORT 2018

Teure Nebenwirkungen

Die Kosten für patentgeschützte Arzneimittel steigen kontinuierlich, wie der AVR 2018 belegt. Das belastet die GKV – dabei ließe sich der Kostenanstieg bremsen.

Rund 18,5 Milliarden Euro hat die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) im vergangenen Jahr für patentgeschützte Medikamente ausgegeben – das zeigt der Arzneiverordnungs-Report 2018 (AVR), für den das Wissenschaftliche Institut der AOK die Daten bereitstellt. Damit hat sich der Umsatzanteil dieser Präparate in den letzten 20 Jahren von 33 auf 45 Prozent erhöht. Insgesamt gab die GKV im vergangenen Jahr 38,7 Milliarden Euro für die Versorgung mit Medikamenten aus. Ein ähnliches Bild ergibt sich in Schleswig-Holstein: Dort machten die Ausgaben für patentgeschützte Arzneimittel mit rund 594 Millionen Euro etwa 44,5 Prozent der gesamten Arzneimittelkosten aus. In Westfalen-Lippe entfielen 40,5 Prozent aller GKV-Arzneimittelausgaben – rund 1,6 Milliarden Euro – auf Originalpräparate.



Foto: iStockphoto

Trotz sinkender Verordnungszahlen steigen die Kosten für patentgeschützte Medikamente stetig und belasten die GKV. Dabei ließe sich der Anstieg bremsen. Zum Hintergrund: Für alle Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen müssen Hersteller bei der Markteinführung Nachweise über deren Zusatznutzen vorlegen. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft dann, ob ein Zusatznutzen gegenüber einer zweckmäßigen Vergleichstherapie vorliegt und wie hoch dieser ausfällt. Auf Basis der Ergebnisse vereinbaren Hersteller und GKV dann einen Erstattungsbetrag, der ab dem 13. Monat nach der Markteinführung gilt. Im ersten Jahr jedoch kann der Hersteller den Preis für seine Arznei frei gestalten.

„Wir fordern darum, dass die ausgehandelten Preise für alle neuen Medikamente rückwirkend zum ersten Tag des Markteintritts gelten. Das wäre ein Signal, dass es sich nicht lohnt, mit überhöhten Preisen in den Markt zu gehen und überzogene Ansprüche an die Kostenerstattung durch die GKV zu stellen“, sagt Hermann-Josef Becker, Unternehmensbereichsleiter ambulante Versorgung bei der AOK NORDWEST. • tb

GASTKOMMENTAR

Das System droht zu kollabieren

Im Gesundheitssystem steigen die Kosten. Das ist normal. Bei den patentgeschützten Arzneimitteln aber explodieren sie nahezu. Das geht zu Lasten der Versicherten, denen sie eigentlich helfen sollen. Dass Pharmahersteller in den ersten zwölf Monaten den Preis für neu zugelassene Arzneimittel frei festlegen dürfen, mag in einem Markt von Angebot und Nachfrage vernünftig sein. Im Gesundheitssystem aber, das nicht den Marktgesetzen folgt, ist es riskant. Zu riskant, wie sich zeigt. Es hat einen Grund, dass wir

in der Krankenversicherung solidarisch handeln. Gesundheit darf keine Frage des individuellen Einkommens sein. Sie ist aber eine Frage der insgesamt verfügbaren Mittel. Umso verantwortungsvoller müssen die Kassen mit Geld umgehen. Deshalb brauchen wir entweder eine Obergrenze der Arzneimittelpreise in den ersten zwölf Monaten oder die Preise müssen schon vor der Markteinführung mit der GKV ausgehandelt werden. Sonst kollabiert irgendwann das System. ◀



Martin Fröhlich ist Redakteur bei der Neuen Westfälischen Zeitung

Foto: Privat

REDE & ANTWORT

GUTACHTEN ZUM MORBI-RSA

Auf dem richtigen Weg

Seit langem streiten Experten darüber, wie der Morbi-RSA weiterentwickelt werden kann. Zwei wissenschaftliche Gutachten im Auftrag der Bundesregierung geben Aufschluss, wohin die Reise gehen könnte.



Herr Ackermann, der Wissenschaftliche Beirat des Bundesversicherungsamts hat zwei Gutachten zum Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) vorgelegt. Wie geht es jetzt weiter?

Im Kern geht es darum, die rund 230 Milliarden Euro aus dem Ge-

ten Zuschläge zu berücksichtigen und den Erwerbsminderungsstatus für eine Schweregrad-Differenzierung heranzuziehen. Es geht also darum, das gesamte Krankheitsspektrum in einem sogenannten Vollmodell abzubilden und die Höhe der einzelnen Morbiditätszuschläge noch genauer auszudifferenzieren.

Wie beurteilen Sie aus Sicht der AOK die Empfehlungen?

Ich unterstütze diese Empfehlungen ausdrücklich. Sie erhöhen zweifellos die Zielgenauigkeit der Zuweisungen. Auch die Vorschläge der Gutachter, die den Finanzausgleich besser gegen etwaige Manipulationen schützen, sollten umgehend umgesetzt werden. In diesem Zusammenhang begrüße ich, dass im Terminservicegesetz endlich die Grundlagen für einheitliche Kodierrichtlinien vorgesehen sind. Allerdings werden diese leider erst 2022 in der Praxis ankommen.

„Der Morbi-RSA ist als lernendes System konzipiert, eine fortlaufende Optimierung ist wichtig.“

Tom Ackermann,
Vorstandsvorsitzender
der AOK NordWest

Foto: Dirk Hoppe/KomPart

Bei den GKV-Ausgaben gibt es regionale Unterschiede. Im zweiten Gutachten schlägt der Beirat deshalb vor, den Morbi-RSA um regionale Komponenten zu erweitern.

Die Gutachter haben herausgearbeitet, dass bereits heute der größte Teil der regionalen Ausgabenunterschiede durch die Zuweisungen ausgeglichen wird. Um die verbleibenden - relativ geringen - regionalen Über- und Unterdeckungen zu verringern, schlagen sie vor, regionalstatistische Merkmale in den Morbi-RSA einzubeziehen. Das würde tendenziell dazu führen, dass künftig mehr Geld in Großstädte fließt und weniger in ländliche Kreise. Hier muss man aufpassen: Der Ausgleich regionaler Deckungsunterschiede ist kein Selbstzweck. Eine solche Umverteilung könnte bestehende Strukturen der Über-, Unter- und Fehlversorgung zementieren. Deshalb begegne ich dieser Empfehlung mit Skepsis. Auch die von den Gutachtern ins Gespräch gebrachten regionalen Beitragssätze halte ich in der Umsetzung für schwierig. Sie dürften aber auch politisch nicht mehrheitsfähig sein.

sundheitsfonds noch genauer nach dem Versorgungsbedarf der Versicherten zu verteilen. Die morbiditätsbedingten Ausgabenunterschiede zwischen den Krankenkassen sollen so gut wie möglich 'neutralisiert' werden. Das schützt die Versicherten vor Risikoselektion und schafft faire Wettbewerbsbedingungen. Die Krankenkassen sollen also um gute Versorgung konkurrieren und nicht um lukrative Versicherte. Deshalb gehen die beiden Gutachten der Frage nach, ob und wie gut der Morbi-RSA diese Zielsetzung erfüllt und wo Anpassungsbedarf besteht. Im Ergebnis stellt der Beirat fest, dass der Ausgleich bereits sehr gut funktioniert. Gleichwohl zeigt er einige Stellschrauben, mit denen diese Mechanik noch feiner justiert werden kann. Auf dieser Grundlage ist jetzt politisch über Anpassungen zu entscheiden. Das Bundesgesundheitsministerium will dazu Anfang 2019 ein Eckpunktepapier vorlegen.

Was empfiehlt der Beirat?

Ein grundlegender Umbau des Morbi-RSA ist nicht notwendig. Dennoch kann die Zielgenauigkeit der Zuweisungen noch weiter verbessert werden. Dazu empfehlen die Gutachter zum Beispiel künftig nicht mehr nur 80, sondern alle Krankheiten beim Finanzausgleich zu berücksichtigen. Auch raten die Experten dazu, das Alter der Versicherten bei der Berechnung der krankheitsbeding-

Welche Schritte sind nun aus Ihrer Sicht notwendig?

Der Morbi-RSA ist als lernendes System konzipiert, eine fortlaufende Optimierung ist wichtig. Die muss entlang der Zielsetzungen des Morbi-RSA und nach wissenschaftlichen Erkenntnissen erfolgen. Die Gutachten des Beirats und die fortlaufende Evaluation weisen dafür den Weg. Die Politik ist jetzt vor allem gefordert, sich nicht durch den Alarmismus und die interessensgeleiteten Vorschläge einiger Kassen von diesem Weg abbringen zu lassen. ◀

Das Interview führte Timo Blöß



FAKTEN & HINTERGRÜNDE

KRANKENHAUSSTRUKTURFONDS

Am Ziel vorbei?

Der Krankenhausstrukturfonds geht in die nächste Runde: Insgesamt 2 Milliarden Euro Fördermittel können die Bundesländer bis 2022 beantragen, um die Klinikstrukturen vor Ort zu verbessern. Eigentlich, so die ursprüngliche Idee, sollten damit vor allem Überkapazitäten abgebaut werden – doch gelingt das?

Es geht um viel Geld, mit dem die Strukturen der Krankenhausversorgung nachhaltig verbessert werden sollen: Jährlich 500 Millionen Euro werden dafür von 2019 bis 2022 über den Krankenhausstrukturfonds bereitgestellt. So sieht es das Pflegepersonalstärkungsgesetz vor. Die Fördermittel aus der gesetzlichen Krankenversicherung sollen die Bundesländer bei der Anpassung ihrer Krankenhausstrukturen unterstützen. Geld aus dem Fonds fließt aber nur, wenn das Land den gleichen Betrag – gegebenenfalls mit einer Eigenbeteiligung der Krankenhäuser – auch selbst einbringt.

„Wir begrüßen grundsätzlich die Neuauflage des Strukturfonds. Dieser kann und soll aber nicht die seit Jahren unzureichende Investitionsfinanzierung der Länder ersetzen und darf nicht als zusätzlicher Topf für die reguläre Krankenhausinvestitionsförderung betrachtet werden. Die Mittel sind zweckgebunden. In erster Linie sollen Kapazitäten angepasst, Wirtschaftlichkeit und Qualität gefördert werden“, sagt Thomas Fritz, Leiter des Unternehmensbereichs Krankenhäuser und Rehabilitation bei der AOK NORDWEST.

Seine Beurteilung der ersten Förderperiode von 2016 bis 2018 fällt durchwachsen aus – sowohl was die Inanspruchnahme als auch die Verwendung der Mittel angeht. Die Länder hatten bereits in diesem Zeitraum die Möglichkeit insgesamt 500 Millionen Euro aus dem Strukturfonds abzurufen. Für NRW standen nach dem „Königsteiner Schlüssel“ 105 Millionen Euro, für Schleswig-Holstein rund 17 Millionen



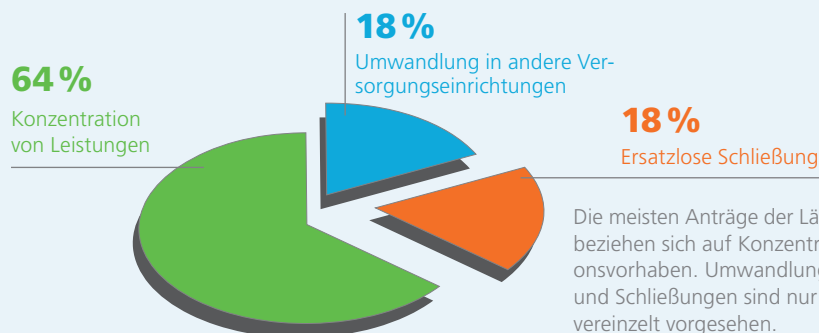
Euro zur Verfügung. Allerdings war das tatsächlich beantragte Fördervolumen höchst unterschiedlich: Nordrhein-Westfalen schöpfte die zur Verfügung stehenden Mittel mit 17 Förderanträgen nahezu vollständig aus. Davon entfallen 30 Millionen Euro auf sieben Anträge aus Westfalen-Lippe. In Schleswig-Holstein hingegen fällt die Bilanz ernüchternder aus. Dort wurden lediglich zwei Anträge gestellt, von denen dann einer wieder zurückgezogen wurde. Im Ergebnis gehen

AUF EINEN BLICK

Was mit dem Geld geschieht

Um die Klinikstrukturen zu verbessern, fördert der Krankenhausstrukturfonds unterschiedliche Ansätze. Das eigentliche Ziel, Überkapazitäten durch „ersatzlose Schließungen“ abzubauen, ist jedoch in den Hintergrund geraten: Vielerorts ist nur ein kleiner Teil der beantragten Gelder dafür vorgesehen.

Nur wenige der bisherigen Projekte zielen auf Schließungen



FAKTEN & HINTERGRÜNDE

gerade einmal 3,8 Millionen Euro in den hohen Norden.

Kritisch sieht Fritz allerdings die Verwendung der beantragten Gelder. „Das originäre Ziel ‘Kapazitätsabbau’ wurde nur in wenigen Förderprojekten umgesetzt. Insbesondere in den Ballungsgebieten ist das aber dringlich geboten, sonst kann kein Strukturwandel stattfinden“, moniert er. Die Erfahrungen zeigen, dass der Abbau von Überkapazitäten den meisten Ländern schwerfällt. So investieren viele Bundesländer wie etwa Baden-Württemberg, Bremen oder Berlin mehr als 90 Prozent der Fördermittel in Konzentrationsvorhaben. Umwandlungen und Schließungen sind eher die Ausnahme. Ein ähnliches Bild zeigt sich in NRW: Dort zielten lediglich fünf Anträge auf die ersatzlose Schließung von stationären Kapazitäten (einer in Westfalen-Lippe), vier weitere Anträge bezogen sich auf die Umwandlung in bedarfsnotwendige andere Fachabteilungen (abermals ein Antrag aus Westfalen-Lippe). Die übrigen sieben Vorhaben – fünf davon in Westfalen-Lippe – sind auf die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten ausgerichtet. Auch der Antrag aus Schleswig-Holstein hat die Konzentration stationärer Versorgung und Standorte zum Ziel.

„Der Fonds kann nicht die seit Jahren fehlende Investitionsförderung der Länder ersetzen.“

„Eine strukturbereinigende Wirkung des Fonds ist bisher kaum wahrnehmbar“, resümiert Fritz. Seine Sorge: Mit der Neuauflage des Fonds könnte die ursprüngliche Absicht, Überkapazitäten abzubauen,

noch weiter aus dem Blick geraten. Denn das Förderspektrum wird für die kommenden Jahre deutlich ausgeweitet. So können künftig u. a. auch Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen, zum Aufbau telemedizinischer Netzwerke oder zur Verbesserung der IT-Sicherheit von Krankenhäusern gefördert werden. Deshalb hätten sich die Krankenkassen auch eine klarere Fokussierung bei der Verlängerung des Krankenhausstrukturfonds gewünscht. Das müsse jetzt auf Landesebene durch entsprechende Priorisierungen nachgeholt werden.

Fritz: „Das höhere Fördervolumen bietet die Chance, den notwendigen Strukturumbau in der Krankenhauslandschaft voranzutreiben. Wir werden uns jedenfalls konstruktiv dafür einsetzen, dass Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein die zusätzlichen Finanzmittel tatsächlich nutzen und in erster Linie für strukturverbessernde Vorhaben verwenden.“

• bh/me

STANDPUNKTE

TSVG: Ein Gesetz für die Ärzte oder die Versicherten?



Georg Keppeler
Verwaltungsratsvorsitzender AN der AOK NordWest

Umfangreich ist das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG): Jenes Gesetz, das für schnellere Termine und eine bessere Versorgung insbesondere in ländlich geprägten Regionen sorgen soll. Aber ob das Gesetz seinem Namen gerecht wird und gesetzlich Versicherte tatsächlich von ihm profitieren, bleibt abzuwarten.

Abhängen wird das vor allem davon, ob die Arbeit der Terminservicestellen funktioniert, Sprechstunden wirklich ausgeweitet werden, Ärzte vermehrt neue Patienten annehmen und gezielter überweisen. Eines ist dagegen bereits jetzt klar: Die zahlreichen zusätzlichen Honorarzuschläge kosten das Geld der Beitragszahler – alleine davon wird die Versorgung aber nicht besser. ◀

Rechnungshof kritisiert teure Rettungsdienste



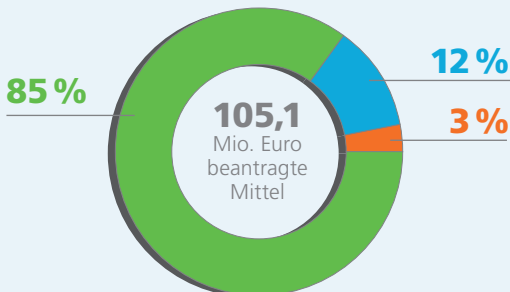
Johannes Heß
Verwaltungsratsvorsitzender AG der AOK NordWest

Länder, Kreise und Kommunen stehen sich zunehmend aus der Finanzierung der Rettungsdienste – mahnt der Bundesrechnungshof. Zwar sind sie für die Bereitstellung des Rettungsdienstes auch finanziell verantwortlich, reichen aber die Verpflichtungen an

die Beitragszahler durch. Sie legen nahezu alle Kosten einfach auf die Preise für Kranken- und Rettungstransporte um. Und hier liegt etwas im Argen: Kostenwirksame Entscheidungen über Standorte und Ausstattung der Rettungsdienste fallen die Kommunen, die finanziellen Konsequenzen tragen sie nicht. Das begünstigt auch unwirtschaftliche Strukturen. Bund und Länder müssen jetzt für Klarheit sorgen, was aus Beiträgen zu finanzieren ist und was aus Steuermitteln. Und die Kassen sind an Entscheidungen und Kalkulationen für einen bedarfsgerechten Rettungsdienst zu beteiligen. ◀

Wie NRW die Gelder aus dem Strukturfonds 2016 – 2018 verwendet

Nordrhein-Westfalen Höchstes Fördervolumen



- Konzentration von Klinikleistungen
- Umwandlung in andere Versorgungseinrichtungen
- Ersatzlose Schließung

Projektanträge: 17
Bettendichte: 675
(Bettendichte je 100.000, Einwohner 2015)

Quelle: BVA, Angaben der Gesundheitsministerien der Länder zum regulären Antragsverfahren, Grafik: KompPart Verlagsgesellschaft mbH



Illustration: istockphoto

LOKAL & REGIONAL ► WESTFALEN-LIPPE

ESPORTS

Zocken – ohne dass der Arzt kommt

Als erste gesetzliche Krankenkasse engagiert sich die AOK NordWest im Bereich der digitalen Sportarten. Mit ihren Präventionsangeboten will die Kasse Gamern einen Ausgleich zum elektronischen Sport bieten.

Der FC Schalke 04 hat einen prominenten Neuzugang: Philipp „Eisvogel“ Schermer. Mit seinen 19 Jahren gilt das Talent bereits als „kompletter Fußballspieler“. Von schweren Verletzungen ist Schermer bisher verschont geblieben – kein Wunder, bestreitet er seine Matches nicht auf matschigen Fußballplätzen, sondern als Esportler an der Playstation vor dem Bildschirm.

Esports sind ein wachsender Markt mit zunehmender Bedeutung – auch in Deutschland. Bundesweit spielen rund 30 Millionen Menschen Computerspiele. Darum engagiert sich auch die AOK NordWest als erste gesetzliche Krankenkasse in diesem Bereich. Seit Mitte 2017 ist sie Kooperationspartner des FC Schalke 04. „Wer als Esportler erfolgreich sein will, braucht körperliche und mentale Fitness.

Klickstress und starke Anspannung müssen nach dem Spiel ebenfalls abgebaut werden. Dabei wollen wir den Gamern mit unseren Angeboten helfen“, sagt Marc König, Fachbereichsleiter Marketing, Vertrieb und Prävention bei der AOK NordWest.

Die Gesundheitskasse gibt – online oder real im Kurs – nicht nur praktische Tipps für die Konzentration oder gesunde Augen, sondern auch für die nötige Balance. Denn auch im Bereich Esports wächst der Druck auf die Spieler. Es geht um hohe Preisgelder und die Erwartungen eines großen Publikums. So verfolgten beispielsweise rund 80.000 Zuschauer 2017 das WM-Finale des Spiels „League of Legend“ live im Stadion –

und weitere 58 Millionen Menschen an den Bildschirmen via Internetstream.

Die von der AOK entwickelte Internetseite „Esports Pro Guide“ etwa nimmt die Bereiche „Focus“, „Reaction“ und „Control“ in den Spielerblick. „Bei uns können Gamer spezielle Entspannungsmethoden ausprobieren und bekommen Anregungen, wie sie mehr Bewegung in ihren Alltag einbauen können. Kurzum: Wir helfen ihnen beim Runterfahren“, so König, „auch mit Tipps für ausgewogene Ernährung.“



Gaming: Sieht oftmals entspannend aus, braucht aber mentale und körperliche Fitness

Foto: Stockphoto

Die Präventionsangebote der AOK NordWest werden im Dialog mit Esportlern entwickelt und optimiert. „Wir bauen auf guten Erfahrungen auf, die wir schon in Schulen gesammelt haben. Dort sprechen wir mit Jugendlichen über ihren Medienkonsum,

der in der letzten Zeit stark angestiegen ist“, so König weiter. In Deutschland sind 12- bis 19-Jährige von Montag bis Freitag täglich 200 Minuten online. Im Jahr 2008 waren es noch 117 Minuten. Je früher ein gesundes Medienverhalten aufgebaut wird, desto besser. „Klar, dass gerade wir als Gesundheitskasse sehen, dass Computerspiele auch zur Internetsucht führen können. Umso wichtiger sind zielgerichtete Präventionsangebote, wie wir sie zusammen mit dem FC Schalke 04 anbieten“, so König. • tw



Mehr Infos:

www.esports.nordwest.aok.de

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

HPV-Impfung auch für Jungen

Die Kosten für die Impfung gegen Humane Papillomviren (HPV) übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen nun für alle Kinder zwischen 9 und 14 Jahren.

Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss beschlossen. Grundlage der geänderten Schutzimpfungs-Richtlinie ist die erweiterte Impfpflicht der Ständigen Impfkommission.



Illustration: Stockphoto

sion. Zunächst hatte das Gremium die HPV-Impfung nur für Mädchen empfohlen. Aber auch das männliche Geschlecht kann sich mit gefährlichen HPV-Viren infizieren, im schlimmsten Fall führt das zu Krebs an Penis, Rachen oder After.

Acht neue Präventionsprojekte für NRW

Mit acht neuen Präventionsprojekten soll die Gesundheit der Menschen in Nordrhein-Westfalen erhalten beziehungsweise verbessert werden. So können Famili-

en beispielsweise lernen, kostengünstig einzukaufen und sich dennoch gesund zu ernähren. In einem anderen Projekt werden aktuelle gesundheitsförderliche Angebote im Stadtteil gesichtet und miteinander vernetzt. Gemeinsam mit den Bewohnern werden mögliche Verbesserungen identifiziert, die dann in neuen Projekten umgesetzt werden sollen. Für die auf bis zu drei Jahre angelegten Ansätze haben die gesetzlichen Krankenkassen vereinbart, rund 1,2 Millionen Euro zur Verfügung zu stellen.

Mehr Informationen unter:

www.praeventionskonzept.nrw.de



LOKAL & REGIONAL ► SCHLESWIG-HOLSTEIN

INNOVATIONSPROJEKT

Gesunde Babies

Früh- und Mangelgeburten bergen gesundheitliche Risiken. Ein vom G-BA gefördertes Gemeinschaftsprojekt unter Leitung der AOK will darum deren Zahl verringern.

Psychosoziale Belastungen in der Schwangerschaft können zu Früh- und Mangelgeburten führen. In einem vom Innovationsfonds geförderten Projekt unter Federführung der AOK NORDWEST arbeiten Gynäkologen und Hebammen in Schleswig-Holstein gemeinsam daran, Schwangere frühzeitig zu unterstützen. Das Modellprojekt „M@dita – Mutterschaftsvorsorge@digital im Team von Anfang an“ geht neue Wege. Innovativ ist dabei die digitale Unterstützung der Leistungserbringer und Schwangeren.

Der für Ärzte und Hebammen zugängliche elektronische Mutterpass wird um Fragen zu möglichen Risiken erweitert. Die Schwangeren können per Smartphone-App auf die hinterlegten



Individuelle Unterstützungsangebote sollen in der M@dita-App hinterlegt werden..

Informationen zugreifen. 2.300 Schwangere sollen nach den Plänen der Projektpartner in der Modellregion an dem Programm teilnehmen. Gefördert wird M@dita vom Innovationsfonds des G-BA: Ab Mitte 2019 soll das mit rund 4,6 Millionen Euro bezuschusste Projekt starten. Neben der Gesundheitskasse sind auch der Berufsverband der Frauenärzte e.V., der Hebammenverband Schleswig-Holstein e.V., die Techniker Krankenkasse, die Universität Hamburg, und die OptiMedis AG an dem Versorgungsprojekt beteiligt. • BI

Kontakt:
Bernd.Letsch@nw.aok.de

SELBSTHILFEAKADEMIE

Der Norden zieht nach

Die Selbsthilfeakademie NRW wird fortgeführt und ausgebaut. Auch Schleswig-Holstein hat nun eine Akademie.



Foto: iStockphoto

In Workshops und Seminaren gibt es Hilfe zur Selbsthilfe

Eigentlich war die Laufzeit der Selbsthilfeakademie NRW bis Ende 2018 befristet – diese soll nun aber über ein Folgeprojekt fortgesetzt und sogar ausgebaut werden.

In der Akademie können Teilnehmer seit 2015 in Seminaren lernen, selbstbewusst mit ihrer Krankheit umzugehen und sie

besser zu akzeptieren. Es gibt Workshops für Angehörige und Kommunikations-Trainings, Schulungen für Gruppenleiter und Kurse zum Thema Öffentlichkeitsarbeit. Die Akademie wurde als Gemeinschaftsprojekt der AOK NORDWEST, der AOK Rheinland/Hamburg und der Gesundheitsselfhilfe NRW gegründet.

Auch aufgrund der großen Nachfrage hat sich das Spektrum der Akademie stetig erweitert. Die Zahl der Angebote ist von zehn im Jahr 2015 auf 23 im Jahr 2017 gestiegen. Allein im vergangenen Jahr zählte die Akademie mehr als 900 Teilnehmer.

Aufgrund der positiven Erfahrungen hat die AOK NORDWEST im Oktober 2018 gemeinsam mit dem Kooperationspartner „Paritätische Schleswig-Holstein“ die „Selbsthilfeakademie Schleswig-Holstein“ ins Leben gerufen. – zunächst mit einer Projektlaufzeit bis Ende 2021. • SK

Kontakt: Claudia.Krueger@nw.aok.de (SH) und Stefan.Krumhus@nw.aok.de (NRW)

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

Wissen über Ernährung



Ob Kurse vor Ort oder online, Einzelberatungen, Apps oder Newsletter: Angebote rund um eine gesunde Ernährung erfreuen sich nach wie vor großer Beliebtheit. Rund 10.400 Versicherte – der überwiegende Teil waren Frauen – nutzten im vergangenen Jahr die Einzelberatung durch eine der 32 Ernäh-

rungsfachkräfte der AOK NORDWEST. Wie die Einzelberatungen werden auch die Ernährungskurse vor allem von Frauen (2.800 Frauen und 560 Männer) in Anspruch genommen. Dort erfahren die Teilnehmer etwas über eine gesündere Ernährung und lernen, wie sie ihr Gewicht reduzieren können. Dabei waren die 30- bis 60-Jährigen die am stärksten vertretene Altersgruppe. Darüber hinaus lassen sich fast 5500 Abonnenten regelmäßig vom Newsletter, der „Schlemmerpost“, zu gesunder Ernährung und Lebensführung mit Rezeptideen inspirieren.

Großer Zuspruch beim „AOK-Laufwunder“

Mehr als 57.000 Kinder und Jugendliche wurden Anfang November für ihre Teilnahme beim „AOK-Laufwunder“ mit dem Laufabzeichen ausgezeichnet. Die jährlich stattfindende Veranstaltung, bei der die Kinder abhängig vom Alter eine bestimmte Zeit ohne Pause laufen, wird vom Schleswig-Holsteinischen Leichtathletik-Verband und der AOK NORDWEST in Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur des Bundeslandes veranstaltet.



INNOVATION & IMPULSE

PRAXIS



Was ist eigentlich... das DIMDI

Das „Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information“ (DIMDI) ist eine untergeordnete Behörde des Bundesgesundheitsministeriums. Seit 1969 ermöglicht die Behörde, die ihren Sitz in Köln hat, den Zugang zu unterschiedlichem Medizinwissen. In speziellen Informationssystemen und rund 50 ergänzenden Datenbanken finden Fachleute und Laien heute unter anderem aktuelle Meldungen, Forschungsergebnisse, formale und technische Daten. Dazu betreibt das DIMDI im gesetzlichen Auftrag Informationssysteme für Arzneimittel, Medizinprodukte und das Health Technology Assessment (HTA). In seinem Versandapothekenregister führt es Angaben zu allen deutschen Apotheken mit behördlicher Versandhandelserlaubnis, die auch ein zum Register verlinktes Sicherheitslogo erhalten. Das DIMDI ist Herausgeber der deutschen Versionen der medizinischen Klassifikationen wie ICD und OPS. Damit liefert es die Grundlage für Abrechnungssysteme wie die Diagnosis Related Groups (DRG). Als WHO-Kooperationszentrum beteiligt sich das Institut international an der Weiterentwicklung von Klassifikationen. Darüber hinaus betreuen die Mitarbeiter weitere für die Gesundheitstelematik wichtige Terminologien und Standards. Außerdem unterstützt das DIMDI die Versorgungsforschung. Dazu führt das Institut bestimmte Versorgungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen zusammen. Angaben zu Arzneimittelversorgung, Diagnosen oder Leistungsausgaben können dann auch von anderen Einrichtungen zu Forschungszwecken ausgewertet werden. ◀

E-Kurse: virtuell und doch real

Die Digitalisierung bringt weitreichende Veränderungen – auch im Bereich der Prävention. Doch bei weitem nicht jeder Onlinekurs taugt etwas. Was ein gutes Angebot auszeichnet, zeigt der Kurs „Rückencoaching“ der AOK.

Reales Training mit einem virtuellem Trainer oder per Videokurs – ein Trend, der im Internet unter dem Begriff „Cyberprävention“ eine immer größere Rolle spielt. Tatsächlich werden digitale Entspannungs-, Coaching- oder Bewegungsangebote immer beliebter. „Doch oftmals hapert es leider an der fachlichen Qualität der Angebote“, sagt Sus-

anne Wiltfang, den PC oder über den internetfähigen Fernseher: im Videokurs erklärt Trainer Tom Dederichs, was man für einen gesunden Rücken tun kann und demonstriert, wie es praktisch geht. Auf dem Bildschirm eingeblendet sieht der Teilnehmer stets, zu welcher Phase die aktuelle Übung gehört: Aufwärmen, Mobilisation, Stabilisation, Kräftigung oder Entspannung. Dass der Coach die Teilnehmer dabei nicht sieht und eingreifen kann, ist für Wiltfang kein Problem: „Denn es gibt stets ausführliche Infos zur korrekten Ausführung und Hinweise zu möglichen Fehlern. Anders als im Präsenzkurs lassen sich die Sequenzen beliebig oft wiederholen und nachvollziehen.“



Foto: iStockphoto

Zeit für regelmäßige Sporttermine zu finden, ist oft nicht leicht. Bei der Cyberprävention hingegen kann das Training jederzeit stattfinden.

anne Wiltfang, Präventionsexpertin der AOK NORDWEST. Weil nicht alles Gold ist, was glänzt, beziehungsweise nicht alles fit macht, was sich Fitnesskurs nennt, dürfen gesetzliche Krankenkassen Teilnahmegebühren für Kurse nur zahlen, wenn die Zentrale Prüfstelle Prävention (ZPP) diese zertifiziert hat. Zwei Drittel der Onlineangebote jedoch, so die Präventionsexpertin, würden den hohen Anforderungen nicht genügen und fallen bei der Prüfung durch.

Wie ein Angebot beschaffen sein sollte, damit vor allem die Teilnehmer und nicht die Anbieter profitieren, zeigt der Kurs „Rückencoaching“. Das ZPP-zertifizierte Programm gehört zum aktuellen Kursprogramm der AOK NORDWEST und wurde von der CyberConcept GmbH entwickelt. „Werden die acht Einheiten á 60 Minuten absolviert, übernehmen wir die Teilnahmegebühr in Höhe von 89 Euro“, sagt Wiltfang.

Damit der Kurs auch tatsächlich einen positiven Effekt auf die Lebensgestaltung und Gesundheit

hat, können die Teilnehmer bestimmte Module nicht einfach überspringen. Erst müssen sie ein Modul beenden, bevor sie das nächste starten können. Spezielle Infoteile zum Download und Vertiefen der Inhalte komplettieren die Einheiten.

„Letztlich kommt es vor allem auf die Auswahl der Übungen und deren Dosierung an. Der Rückencoaching-Kurs ist jedenfalls so konzipiert, dass eine Überforderung der Teilnehmer grundsätzlich ausgeschlossen ist“, so Wiltfang. Systematisch werden persönliche Wahrnehmung und Befindlichkeit nach jedem Modul über einen Fragebogen anonymisiert erhoben. Die Fakten dienen auch der Evaluation des Programms – so kann überprüft werden, ob es tatsächlich wirkt.

• SW

Infos und Anmeldung:
cyberpraevention.de/aok oder
aok.de/nw/kurse



INNOVATION & IMPULSE

Mindestmengen: Zu viele Ausnahmen

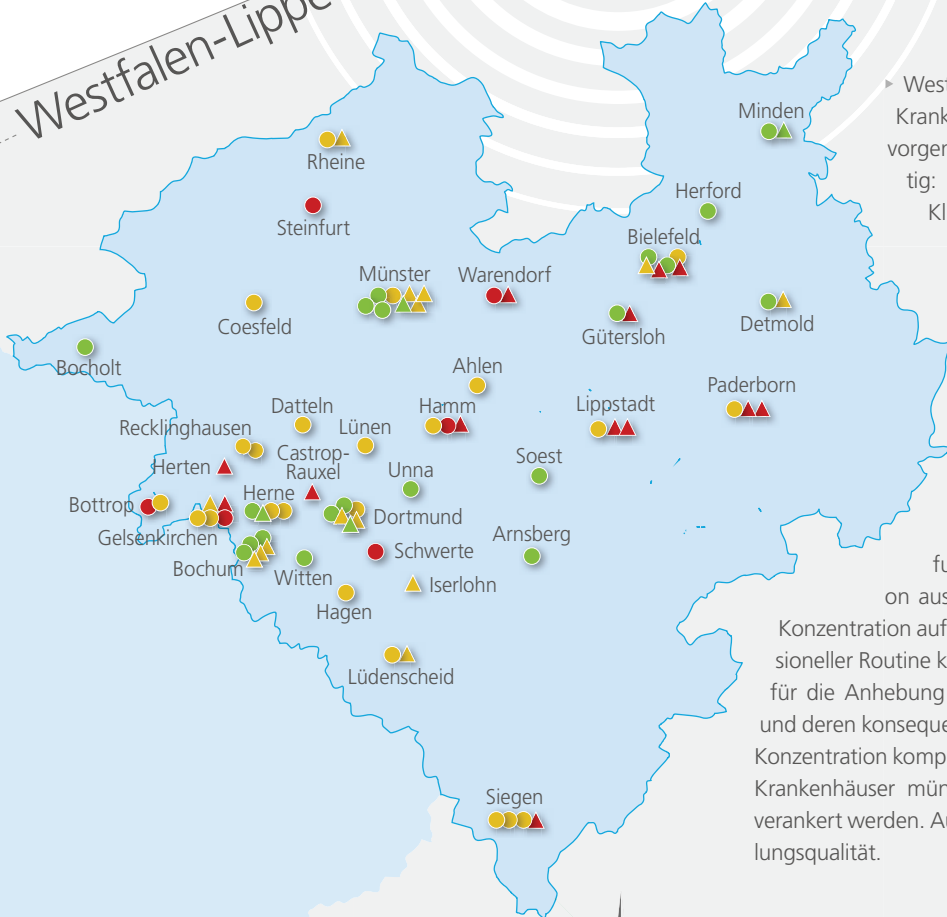
Professionelle Routine und Erfahrung kommen der Behandlungsqualität zu Gute. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat deshalb für sieben besonders komplexe Krankenhausleistungen Mindestmengen festgelegt. Sie sind ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung und sollen „Gelegenheitschirurgie“ vermeiden. So hat der G-BA beispielsweise für komplexe Eingriffe an der Bauchspeicheldrüse (Pankreas) sowie an der Speiseröhre (Ösophagus) eine Mindestmenge von zehn Behandlungsfällen pro Jahr festgelegt.

Zum Vergleich: In den Niederlanden müssen Kliniken jährlich mindestens 20 Pankreas-OPs vorweisen, um diese Leistung weiter erbringen zu dürfen. Doch trotz der im internationalen Vergleich niedrigen Mess-

latte erreichen viele deutsche Kliniken selbst diese Vorgaben nicht. Auch in Schleswig-Holstein und ▶



Schleswig-Holstein
Westfalen-Lippe



▶ Westfalen-Lippe werden solche Eingriffe in Krankenhäusern mit niedrigeren Fallzahlen vorgenommen. Die Ursachen sind vielschichtig: In Ballungszentren bieten benachbarte Kliniken oft die gleiche Leistung an und hindern sich wechselseitig daran, regelmäßig ausreichende Fallzahlen zu erreichen. Weiteres Problem: Viele Ausnahmen ermöglichen es, Leistungen trotz Unterschreitens der Mindestmenge weiter zu erbringen. Zudem können Kliniken, die solche Leistungen erstmalig oder erneut erbringen wollen, dies anzeigen und ihr Angebot ohne Prüfung der regionalen Versorgungssituation ausweiten. Dadurch wird die notwendige Konzentration auf Kliniken und Expertenteams mit professioneller Routine konterkariert. Die AOK setzt sich deshalb für die Anhebung und Ausweitung der Mindestmengen und deren konsequente Einhaltung ein. Diese müssen in der Konzentration komplexer Leistungen und Spezialisierung der Krankenhäuser münden und in der Krankenhausplanung verankert werden. Auch im Interesse einer besseren Behandlungsqualität.

Quelle: cf-marc.com
Illustration: iStockphoto, Anna Magnus, KomPart-Verlag, Berlin

FORSCHUNG & PRAXIS

ZUCKERREDUKTIONSGIPFEL

Die süße Gefahr

Die Zahl der Menschen mit Übergewicht nimmt stetig zu. Weil Folgeerkrankungen wie Diabetes dem Gesundheitswesen schwer zusetzen, suchen Wirtschaft, Wissenschaft und Politik beim Zuckerreduktionsgipfel der AOK nach Lösungen.

Maximal fünfzig Gramm Zucker täglich – mehr, sagt die Weltgesundheitsorganisation, sollten Erwachsene von dem Süßmacher nicht aufnehmen, da sie sonst ihre Gesundheit gefährden. In Deutschland fällt der durchschnittliche Pro-Kopf-Verbrauch allerdings mit 90 Gramm fast doppelt so hoch aus. Dafür sorgen vor allem Fertigprodukte, rund 80 Prozent von diesen enthalten versteckten Zucker. Wie viel genau, konnten die Besucher Ende Oktober beim 2. Deutschen Zuckerreduktionsgipfel im dort präsentierten „ersten transparenten Supermarkt“ sehen: In diesem wurde mit echtem Zucker dargestellt, wie viel von dem weißen Süßstoff in beliebten und gängigen Lebensmitteln steckt.

Mit dem von der AOK organisierten Gipfel setzt sich die Gesundheitskasse für gesunde Rahmenbedingungen und mehr Ernährungskompetenz ein. Zu Gast beim Gipfel war auch Bundesernährungsministerin Julia Klöckner. Sie sprach sich für eine Zuckerreduktion in Ferticlebensmitteln aus. Dabei verwies sie auf eine im Oktober vom Ernährungsministerium und Wirtschaftsverbänden beschlossene Grundsatzvereinbarung: Mit dieser soll auf freiwilliger Basis der Zucker-, Salz- und Fettgehalt in Ferticlebensmitteln reduziert werden. Details dazu sollen bis Ende des Jahres erarbeitet werden. Ob und wann die freiwillige Verpflichtung allerdings greifen wird, ist fraglich.

Derweil steigt die Zahl der Übergewichtigen weiter an. Schon jetzt sind dramatisch viele Personen zu dick: 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen, 67 Prozent der Männer sowie jede zweite Frau. Das bleibt nicht ohne Folgen. Mit der Diagnose Diabetes leben bundesweit 6,7 Millionen Menschen. Seit Beginn des Jahrtausends ist die Häufigkeit rasant angestiegen. Die Dunkelziffer ist hoch und liegt bei circa zwei Millionen.

Damit nicht wertvolle Zeit verstreicht, schlägt man in Schleswig-Holstein einen neuen Weg ein. Das individuelle Diabetesrisiko soll frühzeitig erkannt werden – bevor sich ein Diabetes Typ 2 manifestiert. „Isolierte Bluttests können dies kaum leisten“, weiß Dr. Monika Schliffke, Ärztin und Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KV SH). Sie setzt auf das Projekt „Diabetes mellitus – ich nicht“ (Dimini). Das vom Innovationsfonds geförderte und von Krankenkassen unterstützte Präventionsprogramm basiert auf einem simplen Test, der in den beteiligten



Foto: iStockphoto

DREI FRAGEN AN ...

Wider dem süßem Gift

Der amerikanische Arzt und Wissenschaftler Robert H. Lustig untersucht die Folgen des Zuckerkonsums.

Robert H. Lustig,
US-amerikanischer Kinderarzt und Professor für Neuroendokrinologie an der University of California.

1 Die Rate der Fettleibigen steigt weltweit dramatisch an, besonders rasch ist das bei Kindern der Fall. Was steckt dahinter?

Eine wichtige Rolle spielen industriell gefertigte Lebensmittel. Entscheidend ist die Frage, warum die Fälle von Typ-2-Diabetes und Fettleber schneller steigen als die Zahl der Fettleibigen. Außerdem gab es 1980 noch keinen

Typ-2-Diabetes bei Kindern. Heutzutage ist eine von drei Diabetesdiagnosen bei Kindern Diabetes Typ 2.

2 Warum bezeichnen Sie Zucker als „Volksfeind Nummer eins“?

Ursprünglich waren die Transfette der Volksfeind Nummer eins. Aber die US-Lebensmittelbehörde FDA hat Zucker an die oberste Stelle gesetzt. Haushaltszucker besteht aus etwa gleichen Anteilen aus Glukose und Fruktose. Obwohl beide Zuckerarten gleich viele Kalorien haben, unterscheiden sie sich völlig.



FORSCHUNG & PRAXIS



Arztpraxen durchgeführt werden kann. Es müssen lediglich acht Fragen beantwortet werden – von Diabetes in der Verwandtschaft bis zu Lebensgewohnheiten. Danach weiß man, wie hoch das persönliche Risiko ist, in den nächsten zehn Jahren an Diabetes zu erkranken. Das Gute daran: In der Arztpraxis wird nicht nur das Diabetesrisiko ermittelt und bei Bedarf das Blut auf Zucker untersucht. Im Fall der Fälle gibt es auch weitergehende Hilfe. Im Laufe von 15 Monaten erfahren „Dimini“-Teilnehmer, wie sie ihr Diabetesrisiko senken können. Aktuell setzen 111 Ärzte in Schleswig-Holstein das Programm ein. Schleswig-Holsteins Gesundheitsminister Dr. Heiner Garg ist von dem Konzept überzeugt und hat die Schirmherrschaft übernommen.

Wie effektiv die Stoffwechselkrankheit durch das Programm verhindert werden kann, wird eine wissenschaftliche Auswertung zeigen. Monika Schliffke ist jedenfalls zuversichtlich und hofft, „dass der verwendete Test Eingang in die Regelversorgung findet.“

• ik

3 Können Sie das genauer erklären?

Glukose ist unser Energielieferant. Jede Zelle verbrennt Glukose zur Energiegewinnung. Glukose ist so wichtig, dass unsere Leber sie produziert, wenn wir sie nicht zu uns nehmen. Fruktose ist zwar eine Energiequelle, hat aber sonst keine Funktion. Ist mehr Fruktose vorhanden, als die Leber verarbeiten kann, wird der Rest in Leberfett umgewandelt. Das führt zu einer Insulinresistenz und chronischen Erkrankungen wie Diabetes Typ 2. Glukose und Fruktose sind für Vorgänge verantwortlich, die die Zellen schädigen – bei Fruktose gilt das jedoch siebenmal schneller als bei Glukose. ◀

AOK & MEDIEN

Arzneiverordnungs-Report 2018

„Im Markt der teuren Biologika entwickelt sich der Wettbewerb durch Nachahmer nur sehr langsam. Durch Rabattverträge wie bei den Generika könnten die hohen Kosten deutlich gesenkt werden.“

Jürgen Klauber
Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK



Foto: AOK-Bundesverband

Interessante Apps



Kleidung

Alles beginnt mit einem Anzug mit rund 300 Vermessungspunkten – den bekommt zugeschickt, wer sich bei der App „Zozo“ anmeldet. Mit dem Anzug wird die individuelle Passform bestimmt, im Anschluss können in dazugehörigen Onlineshop Kleider bestellt werden.



Natur

Auf den Spuren von Weißstorch, Waldrapp und Bussard: Mit der App „Animal Tracker“ des Max-Planck-Instituts für Ornithologie kann man die Position und die Routen von Wildtieren auf der ganzen Welt fast in Echtzeit verfolgen.



Umwelt

Wider dem unnötigen Plastikmüll: Mit der App „Replace Plastic“ kann der Barcode eines Produkts gescannt und dem Hersteller eine vorformulierte Nachricht geschickt werden, dass man dieses Produkt lieber ohne oder mit weniger Plastik hätte. Hinter der App steht der gemeinnützige Verein „Küste gegen Plastik“.

Erhältlich in App Stores von iOS und Android.

G+G-Blickpunkt: Immer am Ball

Viele Themen bewegen die Gesundheitspolitik. Der gesundheitspolitische Newsletter „G+G Blickpunkt“ bleibt dran. Aktuell, kompakt und informativ – Monat für Monat.



Der Newsletter und weitere Informationen unter: www.aok-bv.de > Hintergrund > Gesundheit und Gesellschaft > Blickpunkt



Cover: AOK-Bundesverband

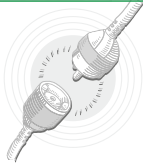


EIN & AUSBLICKE

GLOSSE



Matthias Kaufmann ist bei „Spiegel-Online“ Textchef Panorama und Wirtschaft.



Raus aus dem Trott

Neulich erwischte ich mich bei einem hässlichen Gedanken. Ein Kollege, gerade erst aus der Elternzeit zurückgekehrt, erzählte, dass er schon Weihnachten das nächste Mal aussteigt, ein halbes Jahr ins Sabbatical. Ich war neidisch und dachte: Fällt bei dem auch nicht ins Gewicht. Heute schäme ich mich für diese gartenzwergige Gefühlsaufwallung. Als ob „wichtige“ Kollegen so etwas nicht machen dürfen.

Als nüchterne Zustandsbeschreibung ist das leider richtig. Wer als große Stütze der Firma gilt, der geht viel seltener in Elternzeit, Auszeit, Sabbatical. In der Theorie gibt es all das in sehr vielen Betrieben – aber oft wird die Sache nicht ernst genommen.

Dabei gibt es keinen Grund, warum nicht auch Führungskräfte mal eine Pause brauchen. Und für alle anderen wird es leichter, je mehr Kollegen so einen Antrag stellen, egal aus welcher Etage. Was also tun? Frei nehmen, bis die Schwarte kracht! Wer es sich leisten kann, sollte Sabbaticals einlegen, Fortbildungen machen, Überstunden abbummeln. Hauptsache raus aus dem Trott. Der Kollege hat alles richtig gemacht. ◀

IMPRESSUM

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

Redaktion: Tom Ackermann (ta), Timo Blöß (tb), Andrea Elsenplässer (ae), Bernd Haindl (bh) Leiter des Stabsbereiches Politik der AOK NORDWEST (verantw.), Marion Grimm (mg), Robin Halm (roha), Iris Köhn (ik), Stefan Krumhus (sk), Bernd Letsch (bl), Melanie Eckardt (me), Anja Schmidpott (as), Tim Weiß (tw), Susanne Wiltfang (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.

KAMPAGNE

Ausgezeichnete Filme

And the winner is ... die AOK NORDWEST – gleich zwei Filmbeiträge der AOK NORDWEST sind vom Fachmagazin „Healthcare Marketing“ ausgezeichnet worden. In der Kategorie Tutorials & Storytelling hat die AOK mit ihrem Beitrag „Leon und Bernd“ aus der Serie „Wie wir das meistern“ Silber gewonnen. Bronze verlieh das Magazin der AOK in der Kategorie Awareness für den Film „Gesundheit #vorbessern“.

In „Leon und Bernd“ geht es um deren Vater-Sohn-Beziehung. Leon ist körperlich schwer behindert und wurde als Kleinkind von Bernd und seiner Frau adoptiert. Nach dem frühen Tod der Ehefrau sind die beiden nun auf sich allein gestellt. Im September durfte die AOK NORDWEST sich auch noch über den Health:Angel Award freuen, der als „Der Oscar“ in der Gesundheitskommunikation gilt. Er zeichnet die innovativsten und erfolgreichsten Projekte aus.

Die Jurorin Karin Reichl von den „health angels“ sagt über den Film: „Einfühlsame Geschichte ohne Effekthascherei und Tränendrüse. Dafür authentisch und trotz des schwierigen Themas positiv.“

Der ebenfalls vom Magazin Healthcare Marketing prämierte Spot „Gesundheit #vorbessern“ befasst sich mit der Krebsvorsorge für Männer: Der Film „Prostata-Facts“ unterstreicht auf unterhaltsame Weise die Bedeutung von Vorsorgeuntersuchungen der Prostata. Der Healthcare Marketing Filmwettbewerb prämiert Beiträge aus der Gesundheitsbranche. To be continued • mg



Adoptivsohn Leon und Vater Bernd - gemeinsam sind sie stark

Foto: AOK NordWest

Weitere Informationen unter:
<https://vorbessern.nordwest.aok.de>



Prof. Dr. Paolo Fornara
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie

Der Vorteil der Widerspruchslösung ist, dass Angehörigen die Entscheidungslast genommen wird: die Interpretation des mutmaßlichen Willens des Verstorbenen. Sie lässt jedem Bürger die volle Entscheidungsfreiheit; jeder kann sich zu Lebzeiten mit dieser Frage auseinandersetzen und aktiv widersprechen. Neben der Widerspruchslösung brauchen wir Korrekturen bei den personellen, logistischen, organisatorischen und finanziellen Rahmenbedingungen der Organspende und eine bundeseinheitliche Definition der Arbeitsbedingungen und -inhalte für Transplantationsbeauftragte.

PRO

KONTRA



Prof. Dr. Eckhard Nagel
Gschfd. Direktor des Instituts für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth

Der Blick auf die Organspende hängt vom Menschenbild ab, sodass bei ihrer Regelung eine große Meinungsvielfalt zu bedenken und die Entscheidung dem Einzelnen zu übertragen ist. Ein Problem für schwer Erkrankte entsteht, wenn Menschen sich nicht entscheiden wollen. Es gibt zwar keine Pflicht zur Spende, aber eine Pflicht zur Entscheidung. Bei dieser ethischen Pflicht ist insofern irrelevant, ob die Zustimmung- oder Widerspruchslösung gilt, als beide die individuelle Entscheidung berücksichtigen. Insgesamt wäre eine europäische Regelung wünschenswert.

Fotos: Deutsche Gesellschaft für Urologie, Uni Bayreuth