

Editorial: Der Unterstützer



München – Der mündige Patient wird oft proklamiert – doch in der Praxis sind viele Betroffene vom Versorgungslabyrinth und den Herausforderungen, die ein Leben mit chronischer Erkrankung bereithält, überfordert. Ein Coach kann in diesen Fällen helfen. Wichtig ist, dass bei seiner Arbeit das Patientenwohl zentrales Motiv ist.

Eine anregende Lektüre wünscht
Ihre Ilka Einfeldt, Senior Manager Patient Relations

Schwerpunkt: Patientencoaching

▪ Lotse, kein Beschwerdensammler

Berlin – Nur eine Modeerscheinung oder sinnvolle Innovation: Was ist Patientencoaching genau? Eine Einführung in das Thema. » [Seite 2](#)

▪ Wie klappt es in der Praxis?

Berlin – Von der Theorie zur Praxis: über typische „Einsatzgebiete“ des Coachs, die Motive der Kassen sowie Chancen und Risiken der Patientenbetreuung. » [Seite 3](#)

▪ Orientierung im Versorgungslabyrinth

Bonn – Patientencoach für Rheuma-Kranke: Mit Rheuma-Lotsen will die Deutsche Rheuma-Liga die Orientierung in dem zum Teil schwer durchschaubaren Versorgungssystem erleichtern. » [Seite 4](#)

▪ Ethikrat sieht ethische und rechtliche Probleme

Berlin – Die ersten frühen Nutzenbewertungen von Arzneimitteln stehen an, unterdessen hat der Deutsche Ethikrat eine kritische Stellungnahme zu „Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen“ vorgelegt. » [Seite 5](#)

▪ Neustart der Unabhängigen Patientenberatung

Berlin – Die Unabhängige Patientenberatung (UPD) nimmt ihre Arbeit wieder auf. Auf einer Pressekonferenz teilen die Verantwortlichen mit, dass die UPD-Hotline ab Mitte Februar freigeschaltet sein soll, die Beratungsstellen öffnen im März. » [Seite 6](#)

▪ Die Petition der Deutschen Schmerzliga

Berlin – Die Deutsche Schmerzliga hat mit ihrer Petition gegen eine automatische Austauschpflicht von dem Betäubungsmittelrecht unterliegenden Schmerzmitteln eine erste Hürde übersprungen. » [Seite 7](#)

Patientencoach

Lotse, kein Beschwerdensammler

Berlin – Nur eine Modeerscheinung oder sinnvolle Innovation: Was ist Patientencoaching genau? Eine Einführung in das Thema.

In einem Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachten der Entwicklung im Gesundheitswesen ist nachzulesen, dass der Beitrag, den die institutionelle medizinische Versorgung zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation leisten kann, lediglich bis zu 40 Prozent beträgt. Weitaus größer ist dagegen der Beitrag, den Interventionen zu leisten vermögen, die Lebensstil und Konsummuster sowie die Compliance positiv beeinflussen.

Individuelle Gesundheitsziele erkennen

Um dieses Potenzial für eine verbesserte Versorgung zu nutzen, ist es notwendig, die Stellung des Patienten im Gesundheitswesen zu stärken. Ein möglicher Ansatz dafür ist das Patientencoaching. „Coaching soll Patienten nachhaltig in die Lage versetzen, ihre individuellen Gesundheitsziele zu erkennen und zu erreichen, indem sie lernen, eigene Fähigkeiten und Fertigkeiten zum Selbstmanagement der Erkrankung zu entwickeln sowie Angebote und Strukturen zielgerichtet auszuwählen und zu nutzen und damit ihre Lebensqualität zu steigern“ (Deutsche Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement, vormals: Deutsche Gesellschaft für bürgerorientierte Gesundheitsversorgung).

Intransparentes Gesundheitssystem

Beim Coaching handelt es sich um eine Dienstleistung, die meist zeitlich begrenzt ist und Beratung für individuelle Probleme bietet. Der Coach hilft dem Patienten, Kompetenz im Gesundheitswesen zu erlangen. Das ist heutzutage wichtiger denn je, da die Intransparenz des deutschen Gesundheitswesens stetig zunimmt – nicht zuletzt weil eine Reform der nächsten folgt. Immer ausgeklügeltere Versorgungsmodelle entstehen, mittlerweile gibt es eine Vielzahl von Kassentarifen und Erstattungsmodalitäten. Alles zum Wohle des Patienten, betonen Politiker und Gesundheitsakteure, doch tatsächlich sind viele Betroffene verwirrt und fühlen sich mit ihren Problemen allein gelassen.

Was Coaching nicht sein kann

Der Coach kann somit wichtige Hilfestellungen geben, allerdings ist Coaching in diesem Kontext nicht psychotherapeutische Führung oder Behandlung. Es ist auch keine Fachberatung von diagnostischen oder therapeutischen Fragen, ebenso gehört das Klären von körperlichen oder seelischen Beschwerden nicht zu den Aufgaben eines Coaches. Ferner sollte er Leistungserbringer wie Ärzte nicht persönlich bewerten, sondern neutraler Berater bleiben. Der Coach ist keine Beschwerde- und Sammelstelle für Fehlverhalten und bei Missverständnissen.

Patientencoaching und Case Management

Im speziellen Fall des Case Managements wird durch den Coach die externe organisatorische Verantwortung für eine effektive und effiziente Diagnostik und Behandlung einer konkreten Erkrankung mit dem Patienten in seiner individuellen Lebenssituation geteilt. Hier muss eine ausführliche Schulung des Coachs erfolgen, die alle Facetten des Krankheitsbildes umfasst. Während beim Patientencoaching ein sehr breites Informationsangebot vorgehalten wird, ist beim Case Management ein tiefes und fundiertes Wissen notwendig, das Information, Sicherheit und geführte Transparenz bietet.

Quellen:

E. Schmid, J.N. Weatherly, K. Meyer-Lutterloh, R. Seiler, R. Lägerl: Patientencoaching Gesundheitscoaching Case Management. Methoden im Gesundheitsmanagement von morgen. Berlin 2008.

R. Pourie, M. Schmöller: Patientencoaching: Outcomes eines Pilotprojektes. In: Monitor Versorgungsforschung 02/2010.

Realitätscheck

Wie klappt es in der Praxis?

Berlin – Von der Theorie zur Praxis: über typische „Einsatzgebiete“ des Coachs, die Motive der Kassen sowie Chancen und Risiken der Patientenbetreuung.

Prinzipiell kann beim Patientencoaching zwischen dem populations- und dem indikationsbezogenen Ansatz unterschieden werden. Bei letzterem werden Patienten betreut, die an der gleichen Erkrankung wie beispielsweise Diabetes oder Herzinsuffizienz leiden. Populationsbezogen schließt dagegen z.B. die Versicherten einer Kasse in einer bestimmten Region oder Patienten eines lokalen Ärztenetzes ein. Je nach Einsatzgebiet können sich auch die Schwerpunkte des Coachings verändern, da seitens der Patienten unterschiedliche Bedürfnisse bestehen. Bei der Tertiärprävention (Vermeidung oder Abmilderung von Rückfällen oder Folgeschäden bereits eingetretener Krankheiten) von chronischen Krankheiten dürfte der Fokus vor allem auf der Beratung des Patienten über geeignete Leistungserbringer und auf der Therapiekoordination liegen. Dagegen konzentrieren sich viele Coaches bei der Sekundärprävention (Vermeidung des Wiederauftretens einer Erkrankung) auf das Thema Compliance und Adherence. Grundsätzlich sehen Experten ein hohes Einsatzpotenzial von Patientencoaches bei chronisch erkrankten Menschen sowie im Sinne der Sekundärprävention.

Rechnet es sich?

Unabhängig davon, welche Strategie oder welches Setting gewählt wird: Im Mittelpunkt des Coaching sollte stets die Versorgungsqualität und das Patientenwohl stehen. Allerdings sei an dieser Stelle nicht verschwiegen, dass der Ansatz auch interessant sein kann, um Kosten zu senken – beispielsweise wenn es gelingt, eine Krankenhauseinweisung zu verhindern. Untersuchungen zufolge belastet mangelnde Therapietreue das Gesundheitssystem und die Solidargemeinschaft in Deutschland jährlich mit bis zu 15 Milliarden Euro. Diesen Aspekt haben Kassen sehr wohl im Blick, wenn sie auf Coaching-Initiativen setzen und dabei überlegen, welche Intervention sich am besten rechnen dürfte.

Worauf die Kassen setzen

Rückblick: 2007 haben zwei Kassen fast zeitgleich mit Coaching-Angeboten begonnen: die KKH nannte die telefonische Betreuung von chronisch Kranken durch Pflegekräfte „Gesundheits-Coaching“, die DAK sprach von einem ganzheitlichen Betreuungsprogramm mit dem Titel „Besser leben“. Beide Namen beschreiben den gleichen Ansatz: Am Telefon sprechen Beratungskräfte mit den Versicherten über ihre Gewohnheiten, ihre Therapien und ihr Befinden. Dadurch soll bei den Patienten das Bewusstsein für den Umgang mit der eigenen Krankheit geschärft werden, eine Eskalation der Erkrankung soll zudem verhindert werden. Das Motto: Wer mehr über seine Gesundheit weiß, der lebt und handelt auch gesünder. „Ziel ist dabei der informierte, mithin mündige Patient, der seine Krankheit und die Risiken genau versteht, seine Lebensweise entsprechend verändert und den Dialog mit seinem behandelnden Arzt sachlich und entspannt führt“, so drückt es die KKH Allianz (damals noch KKH) aus. Langfristig erhoffen sich die Kassen von diesem Ansatz Kosteneinsparungen. „Um es klar zu sagen: Wir wollen mit dem Programm die Lebensqualität chronisch Erkrankter verbessern. Wir wollen aber auch Kosten sparen“, fasste DAK-Chef Prof. Herbert Rebscher die Ziele damals zusammen. Wie sieht es drei Jahre später aus? Im Dezember 2010 engagiert sich die KKH Allianz weiterhin im Bereich Patientencoaching. Die DAK jedoch hat sich von ihrem Kooperationspartner, dem Coaching-Dienstleister Healthways, getrennt. Auch wenn das Projekt nicht weiter geführt wird, sollen Teile in geänderter Form in die existierenden Disease Management Programme integriert werden, so eine Sprecherin der DAK. Eine Erkenntnis des Projektes sei, dass die telefonische Beratung von den Patienten besser angenommen werde, wenn sie von Ärzten anstelle von Pflegekräften vorgenommen werde.

Quellen:

E. Schmid, J.N. Weatherly, K. Meyer-Lutterloh, R. Seiler, R. Lägel: Patientencoaching Gesundheitscoaching Case Management. Methoden im Gesundheitsmanagement von morgen. Berlin 2008.

Onlinecoaching

Der Bereich der neuen Medien wird immer wichtiger für die Patientenansprache und Betreuung. Aus diesem Grund gibt es auch immer mehr Onlinetools, die die Patienten bei der Bewältigung ihrer Erkrankung unterstützen können. So ein Online Patientcoach ist z.B. der von GlaxoSmithKline entwickelte Asthmacoach für Asthmapatienten, die bereits eine medikamentöse Dauertherapie anwenden. Unter www.asthmacoach.de lernt der Patient in drei Modulen spielerisch was genau in seinem Körper bei einer Asthmaerkrankung passiert und erhält Tipps und Konzepte für seinen persönlichen Umgang mit der Erkrankung. Der Coach greift ein in den USA bereits sehr erfolgreiches Konzept auf und ist in Deutschland im Januar gestartet.

Rheuma-Lotsen

Orientierung im Versorgungslabyrinth

Bonn – Patientencoach für Rheuma-Kranke: Mit Rheuma-Lotsen will die Deutsche Rheuma-Liga die Orientierung in dem zum Teil schwer durchschaubaren Versorgungssystem erleichtern.

„Der Rheuma-Lotse ist ein hauptamtlicher Berater, der die Betroffenen durch unser Gesundheitssystem lenken soll“, erklärt Karl Cattelaens, stellvertretender Geschäftsführer der Selbsthilfeorganisation, den Ansatz. Die Lotsen vermitteln vor Ort verschiedene Arztgruppen, Physio- oder Ergotherapien, Kliniken, Rehabilitationseinrichtungen und Angebote der Selbsthilfe. Der Lotse steht den Betroffenen zur Seite und ergänzt die ehrenamtliche Arbeit der Selbsthilfe. Ziele sind die Stärkung von Kompetenzen der Patientinnen und Patienten im Umgang mit ihrer Erkrankung sowie eine bessere regionale Vernetzung in der Versorgung. Dies geht perspektivisch einher mit einer Entlastung der Leistungsträger und -erbringer.

Bundesministerium fördert die Rheuma-Lotsen

Das 2010 gestartete Modellprojekt ist auf drei Jahre angelegt und wird durch das Bundesministerium für Gesundheit finanziell gefördert. Die Kosten für die Lotsen tragen BARMER GEK, AOK Bundesverband und DAK. Im vergangenen Jahr haben die ersten beiden Beraterinnen ihre regionale Rheuma-Lotsenarbeit in Heilbronn und Leipzig aufgenommen. Eine dritte Beraterin arbeitet als bundesweiter Lotse für seltene Erkrankungen in Wuppertal und ist dort bei der Lupus Erythematodes Selbsthilfegemeinschaft angesiedelt.

Was sich die Patienten wünschen

Die Vorbereitung: In einer Befragung war der Bedarf der Betroffenen untersucht worden. Im Ergebnis wünschen sich Patienten vor allem Informationen aus einer Hand und einen kompetenten Berater, der orientierend durch das Gesundheitssystem mit seinen verschiedenen Ärzten, Kliniken, Rehabilitationseinrichtungen, Therapiemöglichkeiten, Kostenträgern und Selbsthilfeangeboten leitet. Das Ziel des Rheuma-Lotsen-Projektes ist es daher, eine bedarfsgerechte Begleitung von Menschen mit schwerwiegenden rheumatischen Erkrankungen durch das Versorgungssystem und zugleich eine bessere Vernetzung von Versorgungssegmenten zu gewährleisten.

Das Projekt wird nach Angaben der Rheuma-Liga detailliert dokumentiert. Im Rahmen einer mehrjährigen Evaluation, die durch ein externes Institut durchgeführt wird, soll sich zeigen, ob die Arbeit der Lotsen erfolgreich ist und sich die Versorgung wirklich verbessert. Wenn sich das Modellprojekt bewährt, könnten zukünftig Rheuma-Lotsen die zahlreichen anderen Informations- und Beratungsangebote der Rheuma-Liga Verbände in allen Bundesländern ergänzen.

Arzneimittelbewertung

Ethikrat sieht ethische und rechtliche Probleme

Berlin – Die ersten frühen Nutzenbewertungen von Arzneimitteln stehen an, unterdessen hat der Deutsche Ethikrat eine kritische Stellungnahme zu „Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen“ vorgelegt.

Damit will er dazu beitragen, die schwierigen Fragen der Verteilungsgerechtigkeit am Beispiel ethisch umstrittener gesundheitsökonomischer Bewertungsmethoden in den Blick von Politik und Öffentlichkeit zu bringen.

Ethikrat verlangt offene Debatte

Der Ethikrat hält es für dringend erforderlich, Priorisierung, Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen offen zu thematisieren. Jede Form einer „verdeckten Rationierung“ medizinischer Leistungen sei abzulehnen. Notwendige Rationierungsentscheidungen dürften nicht an den einzelnen Arzt oder die einzelne Pflegekraft delegiert werden. Eine sachliche Debatte erfordere vielmehr die Einbeziehung medizinischer, ökonomischer, ethischer und juristischer Expertise in ein transparentes Verfahren. Letztlich seien Entscheidungen über den Umfang solidarisch finanzierter Leistungen ethische Entscheidungen, die im gesellschaftlichen Diskurs und auf politischem Wege getroffen werden müssen, unterstreicht das Gremium in seinem Positionspapier.

Verteilungsergebnis mit ethischen und rechtlichen Implikationen

In der Stellungnahme wird kritisiert, dass sich die überwiegend wissenschaftlich, weniger öffentlich geführte Debatte primär auf ökonomische Verfahren zur Definition, Bewertung und Umsetzung der Begriffe Nutzen und Kosten konzentriert. Nach außen werde damit der Anschein erweckt, dass ein objektives Bewertungsinstrument zur Verfügung steht. Dem widerspricht Prof. Eckhard Nagel, Mitverfasser des Papiers, entschieden. Kosten-Nutzen-Bewertungen seien keineswegs ein neutrales Verfahren, sagt er.

Vielmehr habe jedes Verteilungsergebnis, das aus solchen Bewertungen resultiere, gravierende ethische und rechtliche Implikationen.

Plädoyer für eine ausführliche Nutzenbewertung

Der Rat gibt mehrere Empfehlungen, die von den Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen bei der Gestaltung von gesetzlichen Regelungen beachtet werden sollten, um eine bestmögliche und gleichzeitig gerechte Verwendung der Mittel zu erreichen. Eine Forderung: Neben der frühen Nutzenbewertung zur Preisfestlegung muss eine ausführliche Nutzenbewertung unabhängig von Kostenerwägungen vor allem in Bezug auf die patientenrelevanten Endpunkte – Mortalität, Morbidität, Lebensqualität – durch den Gemeinsamen Bundesausschuss und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen weiterhin jederzeit möglich sein. Für wichtige Indikationsbereiche sollte eine systematische zweite Stufe der Nutzenbewertung nach einem angemessenen Zeitraum regelhaft eingeführt werden, nicht nur für Arzneimittel, sondern auch für nichtmedikamentöse Behandlungsverfahren, verlangt der Ethikrat. Ein Leistungsausschluss wegen fehlenden Nutzens müsse aus Gründen des Patientenschutzes möglich sein.

Das Gremium empfiehlt ferner, die Transfer- und die Versorgungsforschung auszubauen, ebenso die vom Hersteller unabhängige Förderung versorgungsnaher klinischer Studien nach Zulassung eines Medikaments oder Medizinprodukts.

Die Stellungnahme kann im Internet nachgelesen werden.

<http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-nutzen-und-kosten-im-gesundheitswesen.pdf>

Regelleistung

Neustart der Unabhängigen Patientenberatung

Berlin – Die Unabhängige Patientenberatung (UPD) nimmt ihre Arbeit wieder auf. Auf einer Pressekonferenz teilen die Verantwortlichen mit, dass die UPD-Hotline ab Mitte Februar freigeschaltet sein soll, die Beratungsstellen öffnen im März.

Nach zehnjähriger Erprobungsphase ist die Patientenberatung, so sieht es das Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) vor, seit dem 1. Januar 2011 eine Regelleistung. Tatsächlich konnten aber Ratsuchende über mehrere Wochen niemanden bei der UPD erreichen. Gewisse „Probleme und Schwierigkeiten“ räumt Gernot Kiefer, Vorstand des GKV-Spitzenverbandes, bei der Übergangszeit zwischen Modellphase und Regelversorgung ein. Grund ist eine lange Ausschreibungsphase des GKV-Spitzenverbandes, bei der die bisherigen Träger – Sozialverband VdK Deutschland, Verbraucherzentrale Bundesverband und Verbund unabhängige Patientenberatung – letztlich erneut den Zuschlag erhalten haben. An der europaweiten Ausschreibung für die Unabhängige Patientenberatung hatten zehn Bewerber teilgenommen.

Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Wolfgang Zöller (CSU), ist davon überzeugt, dass die Verzögerung der Qualität zugute komme. Er verweist darauf, dass die künftige UPD eine hervorragende regionale Verankerung besitze, zudem werde die Bundesgeschäftsstelle gestärkt und der Internetauftritt ausgebaut.

PKV beteiligt sich an Finanzierung

Neu ist, dass sich auch die Private Krankenversicherung (PKV) an der UPD beteiligt, bisher wurde sie ausschließlich von der Gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt. Die PKV finanziert die nächsten drei Jahre ein muttersprachliches Angebot für Bürger mit Migrationshintergrund. Der designierte UPD-Geschäftsführer Dr. Sebastian Schmidt-Kaehler strebt langfristig 100.000 Beratungen pro Jahr an. Er

versteht die UPD als unabhängigen Dienstleister für ratsuchende Patienten. „Unabhängigkeit bedeutet Parteilichkeit für den Patienten“, unterstreicht Schmidt-Kaehler.

Die „neue“ UPD im Überblick

Durch eine Aufwertung der Bundesgeschäftsstelle sollen die Berater an der Basis noch stärker entlastet werden. Von der personellen Aufstockung des Wissenmanagement-Teams erhofft man sich eine weitere Vereinheitlichung und Qualitätssicherung der Beratungsinhalte. Geplant ist ein neues Internetangebot. Die PKV finanziert eine muttersprachliche Beratung in russischer und türkischer Sprache. Von einer intensiveren Öffentlichkeitsarbeit verspricht sich der neue Geschäftsführer langfristig, die Marke von 100.000 Beratungsfällen pro Jahr zu durchbrechen. Stichwort Seismografenfunktion: Durch eine regelmäßige Berichterstattung an den Patientenbeauftragten der Bundesregierung will die UPD dazu beitragen, Defizite des Gesundheitssystems aus Sicht der Patienten aufzudecken.

Therapiesicherheit

Die Petition der Deutschen Schmerzliga

Berlin – Die Deutsche Schmerzliga hat mit ihrer Petition gegen eine automatische Austauschpflicht von dem Betäubungsmittelrecht unterliegenden Schmerzmitteln eine erste Hürde übersprungen.

Ihr Ziel ist eine öffentliche Anhörung im Petitionsausschuss des Deutschen Bundestags. Bis zum 1. Februar 2011 konnte die Geschäftsstelle der Deutschen Schmerzliga dem Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages mehr als 60.000 Unterschriften übermitteln. Tausende Ärzte, Apotheker, Patienten und viele Selbsthilfegruppen haben die Petition bislang unterzeichnet. Einen großen Anteil daran – fast 40 Prozent schätzt die Deutsche Schmerzliga – machen Apotheker aus. Damit ist es wahrscheinlich, dass die Präsidentin der Deutschen Schmerzliga, Dr. Marianne Koch, bei einer öffentlichen Sitzung des Petitionsausschusses angehört wird. Die Voraussetzungen für eine öffentliche Anhörung sind erfüllt, wenn eine Petition innerhalb von drei Wochen mindestens 50.000 Unterstützer findet. Allerdings kann der Petitionsausschuss mit einer Zweidrittelmehrheit davon absehen. Kommt es zu einer öffentlichen Anhörung, wird diese im Parlamentsfernsehen und im Internet übertragen.

Mehr Schmerzen und mehr Nebenwirkungen für die Betroffenen

Die Schmerzliga kritisiert die automatische Austauschpflicht für Schmerzmittel, denn trotz gleichen Wirkstoffs und gleicher Dosierung kämen bei diesen Medikamenten häufig Wirkungsunterschiede aufgrund unterschiedlicher Arzneimittelzubereitungen vor, sagt Koch. Für die betroffenen Patienten bedeute das mehr Schmerzen oder mehr Nebenwirkungen und eine aufwendige Neueinstellung auf das Austauschpräparat, ergänzt der Vizepräsident der Deutschen Schmerzliga, Dr. Gerhard H. H. Müller-Schwefe. Die Präsidentin der Deutschen Schmerzliga stellt klar, dass es bei der Petition nicht darum gehe, dass ausschließlich die Umstellung von einem teuren Originalpräparat auf ein billigeres Generikum, also ein wirkstoffgleiches Nachahmer-Produkt, vermieden werde. Vielmehr spreche sie sich aus rein medizinischen und pharmazeutischen Gründen gegen eine medizinisch nicht indizierte Umstellung bei gut eingestellten Patienten aus – und zwar unabhängig davon, ob diese von einem Originalpräparat auf ein Generikum, von einem Generikum auf ein anderes oder von Generikum auf Originalpräparat umgestellt werden. „Ist ein Patient auf ein starkes Schmerzmedikament individuell gut eingestellt, sollte er nicht ohne medizinischen Grund auf ein anderes Präparat umgestellt werden“, findet Koch.

Was im Gesetz steht

Die Gesetzeslage sieht vor, dass der Apotheker dem Patienten ein wirkstoffgleiches Präparat aushändigt, wenn seine Krankenkasse mit diesem Hersteller einen Rabattvertrag abgeschlossen hat – es sei denn der Arzt hat den Austausch zuvor auf dem Rezept ausgeschlossen. Das ist nach wie vor möglich. Seit dem 1. Januar können Patienten zudem ihr gewohntes Medikament gegen Aufpreis weiter erhalten (Mehrkostenregelung). Beim Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) war die Forderung der Schmerzliga, medizinisch-wissenschaftlicher Gesellschaften sowie der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, starke Schmerzmittel von der Austauschpflicht auszunehmen, nicht berücksichtigt worden.

Was die Betroffenen erleben

Im Diskussionsforum zur Online-Petition, die rund 2.500 Mitzeichner gefunden hat, beschreiben Schmerzpatienten ihre Erfahrungen mit der Umstellung. „Als Betroffener einer früheren „Rabattaktion“ durfte ich am eigenen Leib erfahren, dass „gleicher Wirkstoff“ nicht gleiche Wirkung bedeutet! (...) Nach Wochen und der Bereitschaft als Schmerzpatient weite Wege fahren zu müssen, fand ich einen neuen, verständigen Arzt, der die Meinung vertreten hat, dass es Unsinn ist, einen gut eingestellten Schmerzpatienten aus Kostengründen umzustellen (...).“

Impressum

Herausgeber

GlaxoSmithKline
GmbH & Co. KG
www.glaxosmithkline.de

vertreten durch die
GlaxoSmithKline
Verwaltungs GmbH
Theresienhöhe 11
80339 München

Geschäftsführer:
Dr. Cameron Marshall (Vors.)
Jean Vanpol
Denis Dubru
Georges Dassonville

Tel.: 0800 - 122 33 55
Fax: 0800 - 122 33 66

Registergericht:
Amtsgericht München
HReg: HRA 78754
Zuständige Aufsichtsbehörde:
Regierung von Oberbayern
Maximilianstraße 39
80538 München

Kontakt

Verantwortlich:
Roger Jaeckel (v.i.S.d.P.)
Leiter Gesundheitspolitik
Tel.: 089 - 360 44-8327
Fax: 089 - 360 44-9-8327
roger.jaeckel@gsk.com

Ilka Einfeldt
Senior Manager Patient
Relations
Tel.: 089 - 360 44-8376
Fax: 089 - 360 44-9-8376
ilka.einfeldt@gsk.com

Hinsichtlich der Nutzung des GSK-Patientenbriefs gelten unsere Nutzungsbedingungen entsprechend.
Diese können Sie auf www.patientenpolitik.de einsehen.