

Die **Gesundheitskasse**
für Sachsen und Thüringen.

AmPuls

Informationen der AOK PLUS zur Gesundheitspolitik



Sven Nobereit
Alternierender
Vorsitzender des
Verwaltungsrates
der AOK PLUS

Liebe Leserin, lieber Leser,

kaum war das Coronavirus auch in Deutschland aufgetreten, kamen die ersten Fragen, ob die Krankenkassen finanziell gerüstet seien. Nicht nur zur schnellen Beruhigung kann ich sagen: Wir als AOK PLUS werden zur Bewältigung der Epidemie beitragen, was notwendig und sinnvoll ist. Das ist Bestandteil unseres sozialen Auftrags. Daran hat sich die AOK PLUS auch orientiert bei der Entscheidung, einem kleinen Kind die Behandlung mit dem „teuersten Medikament der Welt“ zu erstatten, obwohl das in Europa noch nicht zugelassen ist. Dass wir zur Preisbildung innovativer Medikamente aber eine gesellschaftliche Diskussion anstoßen wollen, gehört zu der Geschichte dazu, die Sie in diesem Heft lesen. Und zwar nicht, weil wir an der Versorgung unserer Versicherten sparen wollen. In die stecken wir in diesem Jahr 900 Millionen Euro mehr als 2019. Aber es ist an der Zeit, über Preisbildung für Innovationen zu sprechen, eben weil wir unsere 3,4 Millionen Versicherten auf lange Sicht hochwertig, modern und zu guten Konditionen versorgen wollen. Das ist unser Anspruch.

Herzlichst
Ihr Sven Nobereit

Neue Arzneimittel **Teurer als Gold**



- **Betriebsrenten** Kurze Fristen als Problem
- **Selbsthilfe** Wie die AOK PLUS sich engagiert

Extrem teuer und rechtlich umstritten

Das Beispiel Zolgensma zeigt: Arzneimittel für seltene Erkrankungen scheinen sich zu einem lukrativen Geschäftsfeld der Pharmaindustrie zu entwickeln. Gerät das solidarische Gesundheitssystem an seine Grenzen?

Der Patient reicht sein Rezept über den Tresen und erhält vom Apotheker das verschriebene Arzneimittel. Eine kleine Zuzahlung – das war's. Den Großteil der Kosten übernimmt die Krankenkasse. Doch damit die Beiträge zur Krankenversicherung bezahlbar bleiben, dürfen auch die Preise für Medikamente nicht ins Unendliche steigen. Aber genau diese Gefahr wächst.

Gut in Erinnerung ist noch das an spinaler Muskelatrophie (SMA)

erkrankte Baby John, das im vergangenen Herbst das in Deutschland bisher nicht zugelassene Medikament Zolgensma erhielt. Das Arzneimittel musste aus den USA importiert werden und die AOK PLUS zahlte hierfür den US-amerikanischen Preis von über zwei Millionen Euro für eine Einmalinjektion – das teuerste Arzneimittel der Welt. Zolgensma

wird in Europa voraussichtlich erst im ersten Halbjahr 2020 zugelassen werden. Nach der Markteinführung ist mit einem ähnlich exorbitanten Preis auch in Deutschland zu rechnen.



Nachgefragt

Sie haben das in Deutschland noch nicht zugelassene Medikament Zolgensma an das Baby John verabreicht. Wie hat sich Ihr Team darauf vorbereitet?

Wir haben uns an den US-amerikanischen Handlungsempfehlungen und den Fachinformationen für Zolgensma orientiert. Außerdem haben wir uns mit dem Universitätsklinikum Heidelberg ausgetauscht, wo 2019 das erste Kind in Deutschland mit Zolgensma behandelt wurde. Um das Kind in der Infektsaison zu schützen, wurde es in der stationären Phase mehrere Wochen in einem Einzelzimmer mit den Eltern isoliert, es wurden ausstehende Impfungen durchgeführt und eine nicht-invasive häusliche Beatmung eingeleitet.

Welche Rolle spielten Haftungsfragen?

Eine wichtige. Bei Einzelimport eines nicht zugelassenen Arzneimittels fällt die mögliche Gefährdungshaftung des pharmazeutischen Unternehmers für Arzneimittelschädeln aus. Der pharmazeutische Unternehmer kommt als Haftungsgegner nicht in Betracht. Das ist auch eine wesentliche Information für den Patienten. Die Indikation für den Einsatz einer nicht zugelassenen Therapie stellt der Arzt und in Folge haftet auch der Arzt beziehungsweise das Klinikum für die möglichen Folgen einer Behandlung. Über die nicht durch eine Zulassungsbehörde anerkannte Behandlung und die möglichen bekannten und vor allem unbekanntenen Risiken, zum Beispiel eine Karzinomentstehung mehrere Jahre nach einer gentherapeutischen Behandlung, muss der Arzt umfangreich aufklären und der Patient schriftlich einwilligen. Im Schadensfall kann sich der Arzt auf allgemeine Rechts-

grundsätze und den „rechtfertigenden Notstand“ berufen.

Inwiefern sind Sie in die weitere Betreuung des Kindes eingebunden?

Die poststationäre Langzeit-Nachbeobachtung erfolgt im ersten Jahr engmaschig. Zunächst wöchentlich in den ersten vier Wochen, zweiwöchentlich im zweiten und dritten Monat, bei unkompliziertem Verlauf kann die Nachsorge ab Monat zwölf nach Gentherapie auf ambulante Kontrollen alle vier Monate gestreckt werden. Es wird eine standardisierte Nachsorge über mindestens 5 Jahre nach erfolgter Genersatztherapie mit regelmäßigen und systematischen ambulanten Nachkontrollen empfohlen. Diese hoch spezialisierten Tätigkeiten, die regelmäßige Beratung und Begleitung der Familien in der Ausnahmesituation sind nicht an niedergelassene Kolleginnen und Kollegen delegierbar. Der Vor- und Nachsorgeaufwand für die Behandlungszentren unter der Gentherapie mit Onasemnogene Apeparovovec (Zolgensma) ist enorm und in der Regelversorgung nicht abzubilden. Die Beobachtung der Krankheitsverläufe bei Kindern mit spinaler Muskelatrophie fließen in das deutsche SMARtCare Register ein, eine Längsschnittdatenerhebung bei Patienten mit spinaler Muskelatrophie (smartcare.de).



Prof. Dr. Maja von der Hagen
Leiterin der Abteilung
Neuropädiatrie in der
Kinderklinik am
Universitätsklinikum
Dresden

Seit den 1970er-Jahren ist in Deutschland für alle Arzneimittel eine Zulassung notwendig, das heißt, sie müssen anhand klinischer Studien standardisiert überprüft werden. Zu belegen sind Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und Qualität. Die Zulassung ist also ein zentrales Instrument des Patientenschutzes.

Rechtlicher Graubereich

Nur in Ausnahmefällen dürfen die Krankenkassen die Kosten für noch nicht zugelassene Arzneimittel übernehmen. Dafür gibt es klare Kriterien: wenn eine Krankheit mit hoher Wahrscheinlichkeit tödlich verläuft, wenn es keine Alternativbehandlung gibt und das infrage kommende Medikament Erfolge verspricht. Hier wird jeder Einzelfall von Experten geprüft.

Wenn aber Medien ein Thema wie bei Baby John emotional hochpuschen und Anwälte alle Register ziehen, um die Interessen ihrer Klienten durchzuboxen, wächst der Druck auf Ärzte und Krankenkassen enorm, das Arzneimittel einzusetzen und zu finanzieren. Treten jedoch unerwünschte Nebenwirkungen auf, haftet bei fehlender Zulassung des Arzneimittels nicht der Hersteller, sondern der Arzt beziehungsweise die Klinik, die das Medikament einsetzt. Das Risiko aufgrund fehlender Studienlage wird auf die Patienten abgewälzt, der Konzern streicht aber bereits den Profit ein.

Forderungen an den Gesundheitsminister

Im November des vorigen Jahres hatten die Krankenkassen Gesundheitsminister Jens Spahn aufgefordert, den Umgang mit neuen, wirksamen, sehr teuren Arzneimitteln ohne Zulassung gesetzlich neu zu regeln. Die Indikationsstellung solle durch Experten im Einzelfall erfolgen. Die Arzneimittelabgabe und weitere Therapien dürften ausschließlich in spezialisierten Zentren stattfinden und die Behand-

lungverläufe seien zu dokumentieren. Der Hersteller Avexis, ein Tochterunternehmen von Novartis, solle für Zolgensma ein Härtefallprogramm auflegen und bis zur Zulassung die Kosten übernehmen. Das Haftungsrisiko dürfe nicht den behandelnden Ärzten zugeschoben werden.

Das Ministerium forderte Avexis auf, Zolgensma bis zur Zulassung in Deutschland an Kinder unter zwei Jahren mit SMA befristet kostenlos abzugeben. Seit Februar 2020 stellt

Gen- und Zelltherapien vor der Zulassung stehen. Damit rollt auch auf das deutsche Gesundheitssystem eine große Kostenlawine zu. Denn neu zugelassene Medikamente stehen zunächst unter Patentschutz.

Seit 2011 müssen die Hersteller für alle Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen sofort bei der Markteinführung in Deutschland Nachweise über den Zusatznutzen für die Patienten vorlegen. Im ersten Jahr kann der Hersteller den Preis

Statement

Die neuen Gentherapien sind zweifellos ein Segen vor allem für Patienten mit seltenen Erkrankungen. Sie sind jedoch extrem teuer. Die AOK PLUS hat beispielsweise 2018 über 100 Millionen Euro nur für Orphan Drugs ausgegeben, also für Arzneimittel, die für die Behandlung seltener Krankheiten eingesetzt werden. 2019 waren es nach vorläufigen Angaben bereits über 133 Millionen Euro. Und das waren nur die Arzneimittel, die den Betroffenen ambulant verordnet wurden. Insgesamt stiegen die Ausgaben für Arzneimittel bei der AOK PLUS in den vergangenen fünf Jahren um 23,7 Prozent. In den nächsten Jahren rechnen wir mit einer weiteren Kostenexplosion.

Heilung hat ihren Preis, das ist keine Frage. Und spektakuläre Durchbrüche in der

Forschung retten Menschen, die sonst keine Überlebenschance hätten. Die Pharmafirmen dürfen jedoch nicht ungebremst an der Preisspirale drehen und weiter die Grenzen der Zahlungsfähigkeit der solidarischen Krankenversicherung austesten.

Nur mit Versichertengeldern sind die riesigen Fortschritte in Forschung und Therapien auf Dauer nicht mehr bezahlbar. Hier stößt das System an seine Grenzen. Es ist deshalb nötig, bezahlbare Lösungen für die Finanzierung von hochpreisigen Arzneimitteln zu finden.



Rainer Striebel
Vorstand der AOK PLUS

Avexis das Arzneimittel nun kostenfrei 100 Patienten in den Ländern zur Verfügung, in denen das Medikament noch nicht zugelassen ist – per Verlozung. Dies ist ethisch fragwürdig.

In den USA wurde Zolgensma bereits im Mai 2019 zugelassen. Bis Ende 2019 machte Novartis allein mit diesem Arzneimittel einen Nettoumsatz von 361 Millionen Dollar. Die amerikanische Zulassungsbehörde geht davon aus, dass in den nächsten fünf Jahren bis zu 20 hochpreisige

frei gestalten. Erst danach gilt der zwischen Hersteller und gesetzlicher Krankenversicherung vereinbarte Erstattungsbetrag.

Der neue Guide des Forschungsinstituts IGES bietet einen informativen Einblick in die Preisbildungs- und Erstattungssysteme für Arzneimittel in Deutschland und anderen europäischen Staaten.

Jutta Béc

 iges.com

> Suchwort „Arzneimittel Erstattung“

Lob für Reform der Notfallversorgung

■ Das Bundesgesundheitsministerium hat am 9. Januar den Referentenentwurf zur Reform der Notfallversorgung in das Gesetzgebungsverfahren eingebracht. Danach sollen Patienten künftig bereits am Telefon in die angemessene Versorgungsebene gesteuert werden. Das Gemeinsame Notfallleitsystem (GNL) wird unter den Rufnummern des Rettungsdienstes 112 und der Kassenärztlichen Vereinigungen 116 117 rund um die Uhr erreichbar sein.

Auf der Basis eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens werden über das GNL je nach Schwere der Erkrankung die Notfallrettung alarmiert, Krankentransporte organisiert, telemedizinische Konsultationen ermöglicht oder der Fahrdienst des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes aktiviert. Als zentrale, jederzeit zugängliche Einrichtungen der medizinischen Notfallversorgung werden Integrierte Notfallzentren an dafür geeigneten Krankenhausstandorten eingerichtet, die von den Patienten als erste Anlaufstelle im Notfall wahrgenommen werden können. Sie werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern gemeinsam betrieben, unter fachlicher Leitung der jeweiligen KV.

Die medizinische Notfallversorgung der Rettungsdienste der Länder wird als eigenständige Leistung der medizinischen Notfallrettung anerkannt und unabhängig von der Inanspruchnahme anderer Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gewährt. Damit wird der zentralen Bedeutung der rettungsdienstlichen Notfallversorgung Rechnung getragen.

In einem zunehmend auf Spezialisierung ausgerichteten Gesundheitswesen ist es wichtig, dass Patienten im Notfall unmittelbar der geeigneten Versorgungsstruktur zur Weiterbehandlung zugeleitet werden. Hierzu sollen einheitliche Vorgaben durch den Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossen werden. Die Errichtung der GNL und deren digitale Vernetzung sollen die Kassen mit 25 Millionen Euro fördern.

Der Entwurf setzt die richtigen Akzente, indem die Notfallversorgung unter Berücksichtigung der Perspektive der Patienten neu gestaltet und qualitativ verbessert wird.

Kurze Fristen als Problem

Mit dem Ziel, die betriebliche Altersvorsorge zu stärken und für Beschäftigte attraktiver zu machen, ist zum Jahresbeginn nur wenige Tage nach seiner Verabschiedung das Betriebsrentenfreibetragsgesetz in Kraft getreten. Nötig sind Anpassungen bei den Zahlstellen und den Krankenkassen, die nicht über Nacht umgesetzt werden können.



Rechenaufgabe: Bei Betriebsrenten gibt es seit Jahresbeginn einen Freibetrag von monatlich 159,25 Euro

Das Gesetz wurde am 20. Dezember 2019 verabschiedet – kurz vor dem Inkrafttreten. Es soll pflichtversicherte Betriebsrentner spürbar entlasten, indem die bisherige Einnahmengarante durch einen Freibetrag in gleicher Höhe ergänzt wird, bis zu dem Betriebsrenten in der Krankenversicherung beitragsfrei bleiben. Die Kurzfristigkeit des Inkrafttretens führt bei den jeweiligen Zahlstellen und Krankenkassen zu großen Umsetzungsproblemen.

Staatliche Altersvorsorge

2002 hatte die rot-grüne Bundesregierung beschlossen, dass jedes Pflichtmitglied der gesetzlichen Rentenversicherung das Recht hat, Teile seines Einkommens in eine Betriebsrente umzuwandeln. Die Betriebsrente ist also eine staatlich geförderte Altersvorsorge. Für Versorgungs-

bezüge und Arbeitseinkommen, die neben der Rente erzielt werden, galt dabei eine Einnahmeuntergrenze, die jährlich der allgemeinen Einkommensentwicklung angepasst wurde. 2019 betrug die Grenze 155,75 Euro. Lagen die Versorgungsbezüge und das Arbeitseinkommen zusammengerechnet unter dieser Grenze, waren keine Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung zu zahlen. Wer jedoch höhere Versorgungsbezüge erhielt, musste auf die gesamten Einnahmen den vollen Krankenkassenbeitrag zahlen.

Was ändert sich bei Betriebsrenten?

Neu ist nun seit Januar der Freibetrag für Krankenversicherungsbeiträge in Höhe von 159,25 Euro für Betriebsrenten. Damit werden Krankenkassenbeiträge nur noch für den Anteil der Betriebsrente beitragspflichtig, die über dem Freibetrag liegen.

Wer also etwa eine Betriebsrente von monatlich 210 Euro erhält, zahlte dafür bisher einen Krankenversicherungsbeitrag von 31,92 Euro bei einem Beitragsatz von 15,2 Prozent. Künftig werden nur noch 7,71 Euro als Beiträge für die Krankenversicherung fällig. AOK-PLUS-Versicherte sparen in diesem Fall monatlich 24,21 Euro. Der Freibetrag ist an die sozialversicherungsrechtliche Bezugsgröße gekoppelt, sodass sich künftig auch die monatliche Ersparnis entsprechend erhöhen wird.

Die Mindereinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung werden in diesem Jahr aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert. Um die jährlich geplanten 1,2 Milliarden Euro auch in den Folgejahren stufenweise zu kompensieren, werden bis 2023 abnehmende Beträge aus der Liquiditätsreserve entnommen und anteilig bereits durch die Krankenkassen finanziert. Ab dem Jahr 2024 müssen die Krankenkassen die Beitragsausfälle in voller Höhe tragen.

Anpassung dauert bis zu einem Jahr

Aktuell warten viele Betriebsrentner auf den spürbaren Mehrwert im Portemonnaie. Zahlstellen von Ver-

sorgungsbezügen und Krankenkassen können die technisch notwendigen Voraussetzungen noch nicht gewährleisten. Umfangreiche technische Anpassungen sind notwendig, bei denen viele Prozessschritte ineinandergreifen, deren Umsetzung bis Ende des Jahres dauern kann.

Erstattung zu viel gezahlter Beiträge

Die Zahlstellen behalten die Beiträge für ihre Pflichtversicherten direkt ein und führen sie an die Einzugsstelle – die Krankenkasse – ab. Die Berechnung des abzuführenden Betrages muss also zunächst bei den Zahlstellen angepasst werden. Zudem muss die maschinelle Beitragsberechnung für

die Kranken- und Pflegeversicherung künftig voneinander getrennt erfolgen. Der Freibetrag gilt lediglich für die Krankenversicherung. Der Pflegeversicherungsbeitrag wird dagegen weiterhin auf die gesamte Betriebsrente fällig. Die bisherigen Programme sehen keine Berücksichtigung von Freibeträgen oder die Trennung von Kranken- und Pflegeversicherung vor. Letztlich müssen rund 46.000 Zahlstellen zeitgleich mit den Krankenkassen ihre Vorbereitungsarbeiten beendet haben, damit die Bescheide fehlerfrei erstellt werden können. Die zu viel gezahlten Beiträge werden vollständig erstattet, sobald die technischen Abläufe geregelt sind.

Jenny Füsting

128.000

Aktuelle Zahl

Versicherte der AOK PLUS profitieren von dem neuen Gesetz. Rund 100.000 Versicherte erhalten eine monatliche Betriebsrente von ihrer Zahlstelle, dazu kommen 28.000 Versicherte mit einer einmaligen Kapitalabfindung, deren Beiträge durch die Krankenkasse neu zu berechnen sind. Etwa ein Drittel der Betriebsrentner mit kleinen Betriebsrenten bleibt weiterhin beitragsfrei, ein knappes Drittel zahlt maximal noch den halben Beitrag zur Krankenversicherung; auch alle anderen profitieren.

Statements

Arbeitgeber haben Interesse daran, dass ihre Beschäftigten auch im Ruhestand gut versorgt sind. Die Betriebsrente ist ein zusätzliches und in Zukunft immer bedeutenderes Instrument, um die staatliche Rente aufzubessern. Die beschlossene Entlastung ist begrüßenswert. Jedoch ist sowohl die kurzfristige Umsetzung des Gesetzes als auch die Finanzierung kritisch zu sehen: Die vielfältigen technischen Anpassungen lassen sich nicht über Nacht realisieren. Zudem hat die Politik mit der Belastung der Krankenversicherung – die Finanzierung geht zu Lasten aller Beitragszahler – das falsche Signal gesetzt. Gegenüber Beitragszahlern, für die keine Betriebsrente besteht, ist diese Art der Umsetzung zur Beitragsentlastung unsolidarisch. Eine steuerfinanzierte Entlastung wäre der bessere Weg gewesen.



Sylvana Donath
Verwaltungsrat,
Arbeitgeberseite

Das Betriebsrentenfreibetragsgesetz ist eine wichtige Entlastung für die rund vier Millionen Betriebsrentner, insbesondere für diejenigen, die bisher über dem Freibetrag lagen und deshalb auf die gesamte Rente den Krankenversicherungsbeitrag zahlen mussten. Noch spüren die meisten Betroffenen nichts von dem seit Januar geltenden Gesetz und der damit verbundenen angekündigten Entlastung. Aber es geht kein Geld verloren und die Nachzahlung der zu viel berechneten Beiträge ist den Rentnern gewiss. Zukünftig spürbar mehr Geld im Portemonnaie zu haben ist oftmals gerade im Alter sehr entscheidend. Auch die Bereitschaft der jüngeren Generation, mit einer Betriebsrente zusätzlich vorzusorgen, steigt vielleicht mit der Aussicht, dass mehr davon übrigbleibt.



Bernd Becker
Verwaltungsrat,
Versichertenseite

Neuen Impfausweis entwickelt

Der Impfpass ist ein kleines gelbes Papierheft. Daran hängt in Deutschland der persönliche Impfschutz, denn der Pass ist laut Infektionsschutzgesetz das einzig anerkannte Dokument zum Nachweis von Immunisierungen. Nun hat die AOK PLUS eine digitale Dokumentation entwickelt: den eImpfpass.

Geht das Heft verloren, ist das mit allerhand Unannehmlichkeiten verbunden. Durch einen abgelaufenen Impfschutz und nicht abgeschlossene Impfreiheiten können bereits zurückgedrängte Erkrankungen wiederkehren. Zum anderen wird ein Arzt in der Regel alle Impfungen wiederholen, sollte der Impfstatus des Patienten unbekannt sein. Unnötige Doppelimpfungen sind eine Belastung für den Körper.

Deshalb hat die AOK PLUS zusammen mit der Kassenärztlichen Ver-

einigung Sachsen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einen elektronischen Impfpass entwickelt. Im eImpfpass werden Immunisierungen verlustfrei dokumentiert, indem die Daten im sicheren Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen gespeichert werden. Der eImpfpass prüft anhand der Empfehlungen der Impfkommmissionen, ob der Schutz vollständig ist und weist auf Impflücken hin.

Es ist das erste Angebot, das Patienten und Ärzten ermöglicht, Impfdaten auf einer gemeinsamen Plattform zu verwalten: Die Versicherten der AOK PLUS greifen in der Online-Filiale auf ihren eImpfpass zu. Mehr als 9.000 Versicherte haben sich bereits eingeschrieben. Die Gesundheitskasse steuert Impfdaten aus den vergangenen sechs Jahren bei. Zusätzlich können Versicherte ältere Impfungen aus ihrem Ausweis übertragen und von einem der rund 30 schon teilnehmenden



Impfung: Sie kann im eImpfpass dokumentiert werden

Ärzte elektronisch bestätigen lassen. Mittelfristig möchte die AOK PLUS erreichen, dass der elektronische Impfpass als gleichwertiger Impfausweis nach dem Infektionsschutzgesetz anerkannt wird. Außerdem sollen im Notfall auch Notärzte und Krankenhäuser auf die Impfdaten zugreifen können.

Katja Zeidler

Angeklickt

■ Seltene Erkrankungen – eine Herausforderung für Betroffene und Ärzte

Schätzungsweise vier Millionen Menschen in Deutschland leiden an einer seltenen Erkrankung. Jörg Jagemann, Beratungsarzt bei der AOK PLUS, hat sich intensiv mit diesem Thema beschäftigt.

presseblog.aokplus-online.de > Seltene Erkrankungen

■ Im Schlaf durchgecheckt

Im Selbstversuch wirbt Jutta Beć für die Darmkrebsvorsorge und resümiert, dass die Untersuchung im Schlaf gar nicht so schlimm ist. Immer noch nutzen zu wenige Versicherte die Früherkennungsuntersuchung: Bei der AOK PLUS haben von den anspruchsberechtigten Versicherten zuletzt nur 2,3 Prozent eine Koloskopie durchführen lassen.

presseblog.aokplus-online.de > Im Schlaf durchgecheckt

■ Plötzlich pflegebedürftig: Was muss ich tun, wer unterstützt mich?

Ein Unfall oder ein Schlaganfall sind häufig Gründe für eine unerwartete Pflegebedürftigkeit. Welche Unterstützungsmöglichkeiten die AOK PLUS bietet, steht im Presseblog.

presseblog.aokplus-online.de > Plötzlich pflegebedürftig

Treffen in Leipzig

Die Hacker kommen

■ „Wir hacken die GKV!“ Dem Aufruf folgten Krankenkassenmitarbeiter, Programmierer und Wissenschaftler aus ganz Deutschland. Sie entwickelten beim „Health Insurance Hackathon“ in Leipzig Lösungsideen für Herausforderungen des Alltags in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Themen reichten von Nachbarschaftshilfe über Prävention psychischer Erkrankungen bis zu digitaler Kompetenz. Der Leipziger Hackathon (ein Mix aus „Hacken“ und „Marathon“) ist das erste Format, das auf Krankenversicherungen zugeschnitten ist. Die AOK PLUS ist eine von vier Partnerkassen.

Engagiert für bewährte und neue Projekte

Mit rund 4,3 Millionen Euro unterstützte die AOK PLUS im vergangenen Jahr Selbsthilfeaktivitäten. Finanzielle Mittel flossen zum Beispiel in die Selbsthilfeakademie Sachsen. Das Modellprojekt bietet erstmals ein landesweites Weiterbildungsprogramm für die gesundheitsbezogene Selbsthilfe an.

Die Selbsthilfeakademie knüpft an das Thüringer Projekt „Selbsthilfe im Dialog“ an, das sich seit 2017 bewährt hat. Rund 650 Ehrenamtliche haben die Weiterbildungsangebote bereits genutzt, sich gegenseitig vernetzt und Erfahrungen ausgetauscht. In beiden Ländern werden die Projekte mit Partnern wie dem Paritätischen Wohlfahrtsverband fortgeführt und erweitert.

Zu den neuen digitalen Angeboten, an deren Entwicklung sich

die AOK PLUS beteiligt hat, gehört die MAMMUT-App. Sie ermöglicht, gezielt nach Selbsthilfegruppen in Sachsen und zukünftig auch in Thüringen zu suchen und unabhängig von Ort und Zeit Informationen oder Kontakte zu Ansprechpartnern zu bekommen, auch im Notfall. Jede Selbsthilfekontaktstelle hat darüber hinaus die Möglichkeit, über ein leicht zu bedienendes Portal Neuigkeiten, Veranstaltungen oder Gruppenanfragen in der App zu veröffentlichen.

Weitere Projekte, die jetzt von der AOK PLUS gefördert werden, sind zwei Initiativen des Leipziger Bündnisses gegen Depression: der Theaterladen und das Projekt SelBAA (Selbsthilfe stärken – Beraten – Aktivieren – Aufklären). Ziel ist, vor allem junge Leute für die Gründung von Selbsthilfegruppen mit dem Schwerpunkt Depression zu gewinnen.

www.buendnis-depression-leipzig.de/



Vernetzte Selbsthilfe: Die AOK PLUS fördert das

Anträge auf Projektförderung können ganzjährig gestellt werden. Welche Projektschwerpunkte die AOK PLUS fördert, steht im Transparenzbericht, der alljährlich veröffentlicht wird. Beides findet sich auf der Webseite der sächsisch-thüringischen Gesundheitskasse.

Jutta Béc

plus.aok.de > Suchwort „Selbsthilfe“

Telegramm

+++ Gesunder Arbeitsweg: Auch in diesem Jahr ist es das Ziel des Fahrrad-Klassikers „Mit dem Rad zur Arbeit“, möglichst viele Berufstätige zu motivieren, sich an mindestens 20 Tagen für den Arbeitsweg in den Sattel zu schwingen. Die Aktion beginnt am 1. Mai und endet am 31. August. Der Auftakt für die AOK PLUS ist am 5. Mai in Weimar geplant. **+++ Training mit den Handballstars:** Die Gewinner des Schulprojekts von DHB und AOK stehen fest: In diesem Jahr treffen die Schüler der Grundschule Am Hainich in Behringen am 22. April und die Schüler der Dr.-Belian-Grundschule in Eilenburg am 23. April prominente Handballer zum AOK Star-Training. **+++ Gesundheit stärken – auch bei Arbeitslosigkeit:** Die AOK PLUS unterstützt Jobcenter bei der Umsetzung des bundesweiten Projektes zur „Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung“, um unter anderem Arbeitssuchenden Präventionsangebote in ihrer Region aufzuzeigen. Verlängert wurde die Kooperation in Thüringen kürzlich mit dem Jobcenter Saalfeld-Rudolstadt und Mühlhausen und neu hinzu kamen die Jobcenter IIm-Kreis und Gera. **+++**

Online-Filiale

Jeder Zehnte nutzt sie

■ Mehr als 300.000 Versicherte nutzen die Online-Filiale der AOK PLUS. Auf „Meine AOK“ können sich Versicherte registrieren. Zu den am häufigsten genutzten Funktionen gehört das Hochladen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen oder das Beantragen von Kinderkrankengeld. Wer sich in der Online-Filiale registriert, kann auch yuble.de, die Gesundheitsplattform der AOK PLUS, nutzen. Sie steht nach einer erfolgreichen sechsmonatigen Pilotphase nun für Versicherte und Kursanbieter in ganz Sachsen und Thüringen zur Verfügung.

plus.meine.aok.de

Politikerin mit Pragmatismus – und mit einem Faible für Nelson Mandela und Juli Zeh

Frau Köpping, Sie waren bereits Ministerin für Gleichstellung in der sächsischen Landesregierung von 2014 bis 2019. Wie schwer oder leicht ist Ihnen der Wechsel ins Sozialministerium gefallen?

Gar nicht schwer. Bereits als Landrätin hatte ich viel Kontakt zu Ämtern auf kommunaler Ebene. Daher sind mir Strukturen aus unterschiedlichen beruflichen Stationen sehr vertraut. Ich habe zudem auch vier Jahre als Außendienstmitarbeiterin bei der Deutschen Angestellten Krankenkasse gearbeitet.

Welchen Schwerpunkten wollen Sie sich in Ihrem neuen Amt widmen?

Vielen Bereichen möchte ich mich widmen. Pflegekräfte, medizinisches Personal, Strukturen im ländlichen Raum sind nur einige Schwerpunkte. Ich werde auch das Phänomen „Einsamkeit“ mit in unsere zukünftigen Betrachtungen aufnehmen. In den letzten Jahrzehnten sind die Zahlen der älteren Menschen, die sich einsam fühlen, ziemlich stabil. Ich will, dass Menschen glücklich und möglichst lange gesund leben können. Ich will, dass unsere Kinder nicht ihre Zukunft allein aufbauen müssen, sondern dass die Großeltern und Eltern das möglichst lange gemeinsam mit ihnen machen. Gemeinsame Verantwortung führt zu einem besseren Zusammenleben aller. Dieser Anspruch zeigt sich auch im neuen Namen meines

Hauses: Es ist das Ministerium für „Soziales“ und für den „Gesellschaftlichen Zusammenhalt“. Wir wollen in den nächsten Jahren einen großen gemeinsamen Wurf von sächsischer Sozial- und Gesundheitspolitik wagen.

Was ist für Sie die größte Baustelle im deutschen Gesundheitswesen und welchen Beitrag kann Ihr Ministerium dazu leisten, dass es auf dieser Baustelle vorangeht?

Mir fällt sofort die Unübersichtlichkeit im sozialen Bereich ein. Ich glaube, dass es zu viele Strukturen gibt.

Welche Rolle spielt Geld dabei?

Unser Gesundheitssystem ist in Deutschland gut aufgestellt. Defizite gibt es ganz deutlich bei der Bezahlung von Personal.

Wer oder was hat Ihre Berufswahl entscheidend beeinflusst?

Nelson Mandela. Er war immer Vorbild für mich, ihm ging es darum, Menschen zusammenzuführen. Aber auch Pragmatismus hat mich bei meinen Entscheidungen immer geprägt.

Was ärgert Sie?

Wenn Leute nach Begründungen suchen, warum Dinge nicht gehen. Mir wäre es lieber, wenn wir gemeinsam Lösungen suchen.



Petra Köpping ist SPD-Politikerin und ist seit 2019 Sächsische Staatsministerin für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt. Von 2009 bis 2019 war sie Mitglied des Sächsischen Landtags, von 2014 bis 2019 Sächsische Staatsministerin für Gleichstellung und Integration. Zu ihren beruflichen Stationen gehört nach der Wende auch eine Tätigkeit als Außendienstmitarbeiterin bei der DAK, die sie von 1990 bis 1994 ausübte.

Wenn ich nicht Politikerin wäre, wäre ich gern ...

... Schauspielerin.

Mit wem würden Sie gern mal einen Abend verbringen?

Mit meinem Mann (lacht).

Wobei oder wie können Sie am besten entspannen?

Beim Lesen. Ich habe gerade erst Juli Zehs Roman „Leere Herzen“ verschlungen und kann das Buch sehr empfehlen.

Haben Sie eine Lebensmaxime?

Beginne jeden Tag mit einem Lächeln.

Interview: Hannelore Strobel

Ihr Draht zur AmPuls-Redaktion

Tel. 0800 10590-11141, E-Mail presse@plus.aok.de

AmPuls im Web plus.aok.de/ampuls

Newsletter per Mail gewünscht?
Einfach melden unter presse@plus.aok.de

Informationen zum Datenschutz finden Sie hier: plus.aok.de/ampuls

Datenschutzbeauftragter AOK PLUS: datenschutz@plus.aok.de

Sollten Sie kein Interesse an der weiteren Zusendung des Newsletters per E-Mail haben, können Sie sich hier abmelden: presse@plus.aok.de

Impressum

Herausgeber: Rainer Striebel, Vorsitzender des Vorstands der AOK PLUS

Verantwortlich für den Inhalt: Hannelore Strobel, Geschäftsbereichsleiterin Presse/Öffentlichkeitsarbeit der AOK PLUS

Redaktion: Jenny Füsting (AOK PLUS), Wigbert Tocha (KomPart)

Grafik: Désirée Gensrich. **Creative Director:** Sybilla Weidinger (beide KomPart)

Verlag: KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Druck: Druckhaus Dresden

Stand: 10. März 2020