

AOK-Medienservice

Informationen des AOK-Bundesverbandes www.aok-presse.de

Politik

12/15

 @AOK_Politik



DEUTSCHER PFLEGETAG 2016	
■ EINE STARKE LOBBY FÜR DIE PFLEGE	2
AMS-HINTERGRUND: 20 JAHRE FREIE KASSENWAHL	
■ WIE SICH DER WETTBEWERB VERÄNDERT HAT	4
AMS-GRAFIK: KV 45	
■ GKV-AUSGABEN: 1. BIS 3. QUARTAL 2015	8
ZAHL DES MONATS	
■ 359.782.929.000 EURO ...	9
<hr/>	
NEUES VOM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS	10
KURZMELDUNGEN	12

Deutscher Pfl egetag 10. bis 12. März 2016

Eine starke Lobby für Pfle gende und Pflegebedürftige

16.12.15 (ams). Der Deutsche Pfl egetag hat sich endgültig als zentrale Veranstaltung zur Pflege in Deutschland etabliert. Nach mehr als 4.500 Besuchern im Jahr 2015, rechnen die Veranstalter für den Pfl egetag 2016 mit beinahe doppelt so vielen Teilnehmern. Schirmherr der Veranstaltung im März ist Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe. „Das stärkt die Position des Deutschen Pfl egetags als ein im Gesundheitswesen einmaliges Treffen des gesellschaftlichen Miteinanders“, freut sich Jürgen Graalman, Mitinitiator und Sprecher der Geschäftsleitung des Deutschen Pfl egetags.

Gerade erst hat der Bundestag mit dem Pflegestärkungsgesetz II weitreichende Änderungen für die Pflege beschlossen: So soll die Pflegebedürftigkeit ab 2017 nicht mehr in drei Pflegestufen sondern fünf Pflegegraden – und damit individueller an die jeweiligen Bedürfnissen angepasst – festgelegt werden. Dabei sollen alle Pflegebedürftigen gleichberechtigten Zugang zu pflegerischen Leistungen bekommen, egal, ob sie körperlich pflegebedürftig oder demenziell erkrankt sind. Finanziert werden soll das mit jährlich fünf Milliarden Euro zusätzlich. Und dennoch bleibt die Pflege eine der zentralen gesellschaftspolitischen Aufgaben der nächsten Jahrzehnte, wie ein Blick auf die Prognosen zur Pflegebedürftigkeit in Deutschland verdeutlicht: Denn die Zahl der Pflegebedürftigen soll von derzeit rund 2,6 Millionen auf 3,2 Millionen im Jahr 2030 steigen. Wie man die damit verbundenen Herausforderungen meistern kann, darum wird es auch beim Pfl egetag vom 10. bis zum 12. März 2016 gehen. In über 40 Veranstaltungen – verschiedenen Vorträgen, Seminaren und Expertengesprächen werden Themen diskutiert wie „Das Präventionsgesetz in der Praxis“, „Personalbemessung – wie viele sind genug?“ oder „Welche Pflege braucht die Wirtschaft?“. Darüber hinaus gibt es eine Fachmesse mit rund 80 Ausstellern rund um das Thema „Pflege“.

AOK ist die größte Pflegekasse

Der AOK-Bundesverband ist auch mit einem Messestand vertreten. Er gehört zu den Mitbegründern der 2014 ins Leben gerufenen, jährlichen Veranstaltung. Nicht ohne Grund – denn rund 50 Prozent aller Pflegebedürftigen sind im AOK-System versichert. Der Verband lädt wie in den beiden vergangenen Jahren neben eigenen Fachveranstaltungen auch wieder zu einem Abend für pflegende Angehörige und professionell Pflegende ein.

Der Pfl egetag ist zu einem wichtigen Forum für Pflegende, Politik, aber auch Pflegebedürftige geworden. Deutlich wird dies nicht zuletzt am Engagement

des Bundesgesundheitsministers: „Ich habe gerne die Schirmherrschaft für den Pflageitag 2016 übernommen und freue mich auf den Austausch mit allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern“, ließ Gröhe verlauten. Er wird das Grußwort zur Kongresseröffnung sprechen. Neben dem Bundesgesundheitsminister wird auch der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, Staatssekretär Karl-Josef Laumann, an verschiedenen Programmpunkten des Pflageitags teilnehmen.

In neuem Ambiente

Mit der STATION-Berlin haben die Organisatoren mittlerweile einen neuen Standort gefunden, um die zentrale Veranstaltung der Pflege im vorgesehenen Umfang auszurichten. Der neue Veranstaltungsort in unmittelbarer Nähe zum Potsdamer Platz löst damit das ursprünglich vorgesehene Flughafengebiet Berlin-Tempelhof ab, das der Senat zur Unterbringung von Flüchtlingen benötigt. „Die STATION-Berlin hat sich mit Großevents wie der re:publica oder Bundesparteitagen als ein Ort etabliert, an dem man Innovationen schafft und gemeinsam nach vorne schaut. Ein tolles und inspirierendes Umfeld, um die Weichen für die Zukunft der Pflege zu stellen“, freut sich Jürgen Graalmann.

**Das Programm des den Deutschen Pflageitag 2016
und weitere Informationen unter:
www.deutscher-pflageitag.de**



**sowie zur Soziale Pflegeversicherung im Dossier:
www.aok-presse.de > Gesundheit > Pflege**



ams-Hintergrund: 20 Jahre freie Kassenwahl

Wie sich der Wettbewerb verändert hat

16.12.15 (ams). Vier von fünf Krankenkassen sind in den vergangenen 20 Jahren verschwunden. 1996 gab es noch 642 Kassen. Jetzt, Ende 2015, sind es noch 123. Grund ist das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1993. Es sollte die Kassenlandschaft unter anderem neu ordnen und durch Wettbewerb die Kosten senken. Alle gesetzlich Versicherten durften fortan ihre Krankenkasse frei wählen. Der Wettbewerb konzentrierte sich danach fast ausschließlich auf die Beitragshöhe. Mittlerweile hat sich der Preiswettbewerb beruhigt, dank eines ausgewogenen Finanzausgleichs, der den Gesundheitszustand der Versicherten berücksichtigt. Deshalb plädierte Prof. Dr. Klaus Jacobs, Geschäftsführer Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO), jüngst im Interview mit dem AOK-Medienservice (ams) erneut dafür, den Kassen mehr Instrumente für wirksamen Vertragswettbewerb an die Hand zu geben.

Als der Startschuss für den Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) am 1. Januar 1996 offiziell fiel, war das GSG bereits drei Jahre in Kraft. Verabschiedet hatten es die schwarz-gelbe Bundesregierung und die SPD-Opposition 1992 unter Kanzler Helmut Kohl und Gesundheitsminister Horst Seehofer. Der sehr kleinteiligen Kassenlandschaft sollte Zeit gegeben werden, sich auf den kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleich (RSA) und die neuen Regeln einzustellen. Der RSA sollte Wettbewerbsverzerrungen vermeiden, da die Kassen durch ihre unterschiedliche Mitgliederstruktur unterschiedliche finanzielle Lasten zu tragen hatten. Der RSA richtete sich an vier Kriterien aus: Alter, Geschlecht, Berufs-/Erwerbsunfähigkeits-Status sowie Krankengeldansprüchen.

Fusionsprozess bereinigt die Kassenlandschaft

Folge des GSG war zunächst ein Fusionsprozess, der bis heute anhält. Zwischen 1993 und 1996 halbierte sich die Zahl der Kassen von 1.221 auf eben jene 642. Aus den 269 Allgemeinen Ortskrankenkassen zu Beginn des Jahres 1993 sind mittlerweile elf länderübergreifende AOKs geworden. Übrig geblieben sind bis heute 123. Mit Umsetzung der Organisationsreform wurde das bis dato bestehende System der automatischen Zuweisung von Arbeitern in Primärkassen wie AOK, Innungs- (IKK) oder Betriebskrankenkasse (BKK) und der Möglichkeit für Angestellte, eine Ersatzkasse wie die Barmer Ersatzkasse (BEK) oder die Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK) zu wählen, beendet. Der Beitragssatz wurde zum bestimmenden Wettbewerbselement in der GKV. Da für den RSA der Krankheitszustand der Versicherten anfangs noch keine

entscheidende Rolle spielte, standen vor allem gesunde und damit meist auch junge Mitglieder im Fokus.

Der Wettbewerb trug mitunter skurrile Blüten. So versuchten Kassen, durch Wellnessangebote oder gar Bauchtanzkurse Mitglieder für sich zu gewinnen. Einige Kassen gründeten sich gar neu, wie etwa 2003 die IKK direkt. Diese Kassen betrieben eine höchst offensive Beitragspolitik und machten Risiko-selektion zu ihrem Geschäftsmodell. Jung und gesund, hohe Beitragseinnahmen und kaum Ausgaben, das war ihre Klientel. Als Direktkrankenkassen verzichteten sie oft auf ein Geschäftsstellennetz.

Risikoselektion: Das gescheiterte Geschäftsmodell

Diese Geschäftsmodelle erwiesen sich vordergründig zunächst als durchaus erfolgreich. Zum Vergleich: Die Mitgliederzahl der traditionsreichen Innungskrankenkassen stieg von 1995 bis 2008 – also dem letzten Jahr ohne Morbi-RSA – insgesamt um 1,6 Millionen. Allein die IKK direkt betreute damals nach eigenen Angaben mehr als 900.000 Mitglieder. Am 1. Januar 2009, also nach nicht einmal sechs Jahren, musste die IKK-Direkt mit der Techniker Krankenkasse (TK) aus dem Lager der Ersatzkassen für Angestellte fusionieren. Die IKK direkt begründete die Fusion damals mit der Einführung des Gesundheitsfonds und des einheitlichen Beitragssatzes. Damit könne die IKK direkt ihre Preisführerschaft am Markt nicht mehr halten, hieß es damals offiziell. Ohne Beitragswettbewerb bezeichnete sich die Kasse also selbst als nicht wettbewerbsfähig. Ähnliche Phänomene gab es bei den Betriebskrankenkassen.

Versorgungswettbewerb gewinnt an Bedeutung

Gleichzeitig hatten Kassen, die früher systembedingt eher ältere und damit tendenziell kränkere Versicherte zugewiesen bekamen, deutlich geringere Startchancen im Wettbewerb. Erst 2009, mit Einführung Gesundheitsfonds, wurde der RSA um eine am Krankheitszustand der Versicherten, eine morbiditätsorientierte Komponente erweitert. Der RSA wurde zum Morbi-RSA.

Der Morbi-RSA sollte ungleiche Wettbewerbsbedingungen aufgrund der Krankheitsstruktur einer Kasse ausgleichen werden. Zudem sorgte der einheitliche Beitragssatz dafür, dass das Versorgungsangebot, das eine Krankenkasse ihrem Mitglied machen konnte, im Verhältnis zum Beitragssatz bei der Wahl der Krankenkasse wichtiger wurde. Der allgemeine Beitragssatz betrug 15,5 Prozent. 14,6 Prozent finanzierten Arbeitgeber und Arbeitnehmer jeweils zur Hälfte. Einen Sonderbeitrag von 0,9 Prozent trug fortan allein der Arbeitnehmer. Denn die finanzielle Wettbewerbskomponente verlagert der Gesetzgeber auf die Erhebung von Zusatzbeiträgen.

Seit 1996 sind die Mitglieder und Versicherten immer mehr zu Kunden geworden. Forciert wurde diese Entwicklung noch einmal mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG). Ab 2004 konnten Krankenkassen Bonuspro-

gramme anbieten und durften freiwillig Versicherten Beitragsrückzahlungen und Selbstbehalte gewähren. Sie dürfen seitdem zusammen mit Privatversicherern Zusatzversicherungen anbieten. Die Errichtung medizinischer Versorgungszentren wurde gefördert, und die Kassen durften mit einzelnen Gruppen von Leistungsanbietern Verträge über integrierte Versorgung abschließen. Ab dem 1. April 2007 erweiterte das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) den Spielraum für Wahltarife. Krankenkassen können allen Versicherten zum Beispiel sowohl Selbstbehalt- oder Kostenerstattungstarife als auch Prämienzahlungen anbieten, wenn keine Leistungen in Anspruch genommen werden. Hinzu kommen Zusatztarife für Arzneimittel besonderer Therapierichtungen (zum Beispiel Homöopathie, Phytotherapie oder Anthroposophie).

Beitragspreizung ist geringer geworden

Mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) 2014 wurden pauschale Zusatzbeiträge abgeschafft. Der bisherige Sonderbeitrag wandelte sich zum kassenindividuellen Zusatzbeitrag, wiederum nur zu Lasten der GKV-Mitglieder, nicht der Arbeitgeber. Die Beitragshöhe bleibt ein Wettbewerbselement, ragt aber nicht mehr so weit heraus. Lag die Beitragspanne in den Hochjahren des Preiswettbewerbs und der Risikoselektion zwischen 11,7 und 17,5 Prozentpunkten, schwankt sie aktuell zwischen 14,6 und 15,9. Bei Kassen, die vor dem Morbi-RSA aufgrund der Krankheitslast ihrer Versicherten benachteiligt waren, kommt jetzt die Versorgungskompetenz und –effizienz zum tragen. Sie haben gelernt, mit verhältnismäßig wenig gut auszukommen.

Erfahrung, die sich auszahlt

Im Bereich der Arzneimittel-Rabattverträge ist etwa die AOK von Beginn an führend. Insgesamt sparte die GKV durch entsprechende Vereinbarungen seit 2009 gut 9,2 Milliarden Euro. Auf die AOK entfielen davon allein mehr als 4,2 Milliarden Euro.

Arzneimittel-Rabattverträge. Ähnlich verhält es sich bei strukturierten Behandlungsprogrammen, sogenannten Disease-Management-Programmen (DMP). Von den rund 7,5 Millionen DMP-Patienten insgesamt sind mehr als drei Millionen bei der AOK versichert. Zugleich hat die AOK Verträge mit 40.000 Ärzten und 1.100 Kliniken abgeschlossen. Seit 2003 bietet die AOK DMP an und war damit damals die erste Krankenkasse überhaupt.

Der Wettbewerb um bessere Versorgung und Verträge mit einzelnen Leistungserbringern ist in den vergangenen Jahren wieder etwas ins Stocken geraten. So dürfen seit dem GKV-WSG Bonuszahlungen an Versicherte 600 Euro nicht überschreiten. Neben den freiwillig von der jeweiligen Kasse angebotenen Tarifen gibt es jetzt verpflichtende Angebote. So müssen alle Krankenkassen

Tarife für besondere Versorgungsformen anbieten, etwa für die Behandlung.
Das schränkt den Wettbewerb zumindest ein.

(rbr)

Weitere Informationen rund um den Wettbewerb in der GKV:

im Dossier „Morbi-RSA“

www.aok-presse.de > Politik > Finanzierung > Morbi-RSA

im Dossier „Arzneimittel-Rabattverträge“:

>Politik > Wettbewerb

in der Geschichte der Reformen:

> Politik > Reform aktuell > Geschichte der Reformen



Ausgaben der GKV im 1 – 3. Quartal 2015



Quelle: BMG, KV 45; Grafik: AOK-Mediendienst

Weiter im Minus. Die Ausgaben pro Versicherten stiegen in den ersten drei Quartalen im Vergleich zum Vorjahresjahreszeitraum um 3,8 Prozent. Steigende Versichertenzahlen trugen dazu bei, dass die absoluten Zuwächse höher ausfielen als bei den Pro-Kopf-Ausgaben.

Diese Grafik können Sie bei Quellenangabe „AOK-Mediendienst“ kostenlos verwenden:
www.aok-presse.de (AOK-Bilderservice: Gesundheitswesen)

Zahl des Monats

359.782.929.000 Euro ...

16.12.15 (ams) ... hat die soziale Pflegeversicherung (SPV) seit Ihrer Gründung 1995 für die Versorgung von Pflegebedürftigen aufgewendet. Dem gegenüber stehen Einnahmen von 365,78 Milliarden Euro. Die Ausgaben der fünften Säule der Sozialversicherung haben sich seit 1995 in mehr als verfünffacht: Betrug die Aufwendungen im Gründungsjahr noch 4,97 Milliarden Euro beliefen sich diese 2014 auf 25,45 Milliarden Euro. Die Einnahmen haben sich im gleichen Zeitraum in etwa verdreifacht (von 8,41 Milliarden Euro auf 25,91 Milliarden Euro).

Die höchsten Steigerungsraten entfallen auf die Jahre 1996 und 1997. Zum Hintergrund: Da die SPV bei der Einführung 1995 noch über keinerlei Mittel verfügte, wurde die Versicherung in zwei Stufen eingeführt: Im Rahmen der ersten Stufe bestand ab 1995 zwar eine Beitragspflicht, jedoch erst ab April 1995 konnten Leistungen zunächst der häuslichen Pflege beansprucht werden. Im zweiten Schritt bestand dann ab Juli 1996 auch ein Anspruch auf stationäre Pflegeleistungen. Ab 1997 wurden erstmals ganzjährig ambulante und stationäre Leistungen von der Pflegeversicherung mitfinanziert. Nachdem sich die Ausgaben von 1995 auf 1996 auf 10,86 Milliarden Euro entsprechend verdoppelt hatten, nahmen sie im darauffolgenden Jahr noch einmal um 4,28 Milliarden Euro zu. 1997, dem ersten vollständigen Jahr mit Pflegeleistungen, betrug die Einnahmen dann 15,94 Milliarden Euro, die Ausgaben lagen bei 15,14 Milliarden Euro. In den anschließenden 17 Jahren sind die Ausgaben dann lediglich nur um 10,77 Milliarden angestiegen. Um Defizite in den Folgejahren abzufangen, bauten die Pflegekassen bis einschließlich 1998 ein Finanzpolster von knapp fünf Milliarden Euro auf. Ende 2014 belief sich der Mittelbestand auf 6,63 Milliarden Euro. Im selben Jahr verzeichnete die SPV einen Überschuss von 455 Millionen Euro. Während die Einnahmen um 3,8 Prozent gegenüber dem Vorjahr gestiegen sind (auf 25,91 Milliarden Euro), nahmen die Ausgaben im selben Zeitraum um 4,6 Prozent zu.

Rund 70 Millionen Deutsche sind durch die soziale Pflegeversicherung abgesichert. Insgesamt 2,73 Millionen Menschen erhalten jeden Monat Leistungen aus der sozialen und privaten Pflegeversicherung – davon 1,93 Millionen ambulant und etwa 788.000 stationär.

weitere Information und Details zur Sozialen Pflegeversicherung im Dossier:
www.aok-presse.de > **Gesundheit** > **Versorgungsbereiche** > **Pflege**



Neues vom Gemeinsamen Bundesausschuss

Verfahren zur Therapie der Kniegelenk-Arthrose gestrichen

Bestimmte Verfahren der Gelenkspiegelungen zur Behandlung einer Arthrose des Kniegelenks können fortan nicht mehr zulasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden. In hochwertigen Studien konnten keine wissenschaftlichen Belege für den Nutzen der Verfahren zur Behandlung der sogenannten Gonarthrose gefunden werden, heißt es in der Begründung des GBA. Bei der therapeutischen Arthroskopie wird der Gelenkspalt zunächst mit einer Miniaturkamera inspiziert und danach werden, je nach Befund, unterschiedliche Behandlungsmaßnahmen, zum Beispiel eine Gelenkspülung, durchgeführt.

Die Gonarthrose ist eine chronisch fortschreitende Erkrankung, die zu einer zunehmenden Zerstörung des Gelenkknorpels und anderer Gelenkstrukturen führt. Ziel der therapeutischen Arthroskopie ist es, die mit der Erkrankung einhergehenden Schmerzen zu lindern und die Beweglichkeit des Knies wieder herzustellen. Abhängig vom Befund können dann unterschiedliche therapeutische Maßnahmen ergriffen werden. Therapieansätze wie die Gelenkspülung, das Abtragen der Gelenkschleimhaut, die Knorpelglättung und die Meniskusentfernung wurden auf Wirksamkeit untersucht. Analysiert wurde beispielsweise, ob die Beschwerden durch den Eingriff gelindert werden können und wie groß ist das Risiko von Nebenwirkungen wie Infektionen ist. Die Auswertung der wissenschaftlichen Studien belege, so der GBA, dass die untersuchten arthroskopischen Verfahren im Vergleich zu Scheinoperationen oder einer Nichtbehandlung keinen Vorteil biete. Damit sei die Voraussetzung für den Verbleib im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen nicht gegeben. In den Beschlüssen wird jedoch auch klargestellt, dass es Konstellationen gibt, die nicht vom GBA überprüft wurden und in denen die arthroskopischen Verfahren daher grundsätzlich weiterhin angewendet werden können.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) ist das wichtigste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Von seinen Beschlüssen sind alle Versicherten betroffen. Denn der GBA entscheidet unter anderem, welche ambulanten oder stationären Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Die Beschlüsse treten in der Regel erst nach Nichtbeanstandung durch das Bundesgesundheitsministerium und Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft. Der AOK-Mediendienst informiert regelmäßig über wichtige Entscheidungen des GBA.

Antikörper-Stents bei koronarer Herzkrankheit ohne Nutzen

Der Einsatz von Gefäßstützen – sogenannten Stents – die mit Antikörpern beschichtet sind (AK-Stents), gehört für Patienten, die unter einer Verengung der Herzkranzgefäße leiden, nicht mehr zu stationären Behandlung. Der Ausschluss gilt für alle Patienten, für die ein medikamentenbeschichteter Stent (DE-Stent) als Behandlungsalternative in Frage kommt – unabhängig davon, ob ein hohes oder ein niedriges Risiko für erneute Gefäßverengung vorliegt.

Stents sind künstliche Gefäßstützen, die in Herzkranzgefäße eingesetzt werden, um einen Verschluss zu verhindern. Die mit Antikörpern beschichteten

Stents wurden als mögliche Alternative zu unbeschichteten Metallstents und zu DE-Stents entwickelt. Die AK-Stents, so die Annahme bei der Entwicklung, sollten schneller einheilen und dadurch das Risiko einer erneuten Gefäßverengung beziehungsweise eines Blutgerinnsels im Stent verringern. Doch auch bei Patienten, die nur ein geringes Risiko für eine erneute Verengung haben, ließ sich ein solcher Zusatznutzen nicht belegen. 2013 hatte der GBA die AK-Stents bereits bei Patienten ausgeschlossen, die alternativ auch mit DE-Stents behandelt werden können und ein hohes Risiko für eine erneute Gefäßverengung haben. Bei diesen Patienten hatte sich mit AK-Stents ein höheres Schadenspotenzial als mit DE-Stents gezeigt. „Insofern dient der Leistungsausschluss ganz klar dem Patientenschutz, denn nicht alles was neu ist, ist auch gut und sicher“, so Harald Deisler, unparteiisches Mitglied im GBA und Vorsitzender des zuständigen Ausschusses für Methodenbewertung.

Weitere Informationen zu Verfahren und Entscheidungen des GBA unter:
www.g-ba.de



Kurzmeldungen

AOK-Bundesverband: Martin Litsch wird Vorstandschef

16.12.15 (ams). Martin Litsch übernimmt zum Jahresbeginn 2016 den Vorstandsvorsitz im AOK-Bundesverband. Der Aufsichtsrat wählte den aktuellen Vorstandsvorsitzenden der AOK NORDWEST einstimmig. „Es ist uns gelungen, unter vielen guten Köpfen den passenden zu finden“, sagte der Aufsichtsratsvorsitzende der Arbeitgeberseite, Dr. Volker Hansen. „Mit Martin Litsch gewinnt der AOK-Bundesverband einen erfahrenen Kassenmanager und eine ausgewiesene Führungspersönlichkeit“, ergänzte sein Pendant der Versichertenseite, Fritz Schösser.

Weitere Informationen unter:
www.aok-presse.de > Presse > Pressemitteilungen



Selbsthilfe für junge Leute attraktiver machen

16.12.15 (ams). Junge Menschen wissen zu wenig über die Angebote der gesundheitlichen Selbsthilfe. Deshalb muss vor allem die Öffentlichkeitsarbeit für diese Zielgruppe verstärkt werden. Dies ist eins der Ergebnisse der elften Selbsthilfetagung des AOK-Bundesverbandes. Die Zahl der Aktiven in der gesundheitlichen Selbsthilfe nimmt ab, das Durchschnittsalter steigt. „Wir wollen unter anderem mithilfe dieser Tagung aktiv etwas dazu beitragen, die Selbsthilfe für die junge Generation interessanter zu machen“, erklärte Claudia Schick, Selbsthilfereferentin im AOK-Bundesverband.

Ausführliche Informationen zum Engagement in der Selbsthilfe:
www.aok-selbsthilfe.de



Interaktives Trainingsprogramm bei Rückenschmerzen

16.12.15 (ams). Im nordrhein-westfälischen Bad Driburg ist das bundesweit einmalige Forschungsprogramm „DigiTrain“ gestartet. Das telemedizinische Training zur Reha-Nachsorge bei chronischen Rückenschmerzen ist aus dem Projekt Gesundheitscoach entstanden. Die AOK NORDWEST, der AOK-Bundesverband, das Forschungsinstitut Fraunhofer FOKUS und die Marcus-Klinik haben „DigiTrain“ entwickelt. Nach ein interaktiver Therapeut (Avatar) begleitet Patienten drei Monate lang beim individuellen Training, um den Therapie-Erfolg der Reha sicherzustellen.

Weitere Informationen unter:
www.aok.de/nordwest > Presse > Aktuelle Pressemitteilungen Westfalen-Lippel



Dialog-Fax: 030/220 11-105
Telefon: 030/220 11-200

AOK-Medienservice

Informationen des AOK-Bundesverbandes www.aok-presse.de

Redaktion
AOK-Mediendienst
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Name: _____

Redaktion: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Adressenänderung

Bitte senden Sie den AOK-Medienservice Politik künftig an folgende Adresse:

Name: _____

Redaktion: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel./Fax: _____

Ich will den **Informationsvorsprung von drei Tagen** nutzen. Bitte senden Sie mir den AOK-Medienservice Politik künftig nicht mehr per Post, sondern **per E-Mail**:

@

Ich interessiere mich auch für die Ratgeber-Ausgabe des AOK-Medienservice:

Bitte schicken Sie mir den AOK-Medienservice Ratgeber **per Post** an obige Adresse.

Bitte schicken Sie mir den AOK-Medienservice Ratgeber **per E-Mail** an folgende Adresse:

@

Bitte streichen Sie mich aus dem Verteiler für den AOK-Medienservice Politik.

Sonstige Wünsche und Bemerkungen:

