



INHALT

- **Organspende: Parlament votiert für Zustimmungslösung**
- **Medizinprodukte-Anpassungsgesetz: Spielraum nicht ausreichend genutzt**
- **Kassen warnen vor Ausgabenanstieg**
- **Spahn will Leiharbeit in der Pflege reduzieren**
- **vzbv fordert Kostenübernahme von digitalen Pflegehelfern**
- **Bei Apps auf medizinischen Nutzen achten**
- **BGH-Urteil zur künstlichen Befruchtung**
- **Knappschaft setzt in der IT auf oscar**
- **Neuer EBM soll „sprechende Medizin“ stärken**
- **Hintergrund: Heilmittelbericht 2019: Volkskrankheit Rückenschmerz**

Redaktionsschluss dieser Ausgabe: 27. Januar 2020

■ AOK-Bundesverband begrüßt Neuerungen in der Notfallversorgung

Den Referentenentwurf zur Reform der ambulanten Notfallversorgung **bewertet der AOK-Bundesverband positiv**: „Die Notfallversorgung kann mit diesem Gesetz strukturell neu aufgestellt und qualitativ entscheidend verbessert werden“, so Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes. Das Gesetz gehe die wichtigsten Probleme der ambulanten Notfallversorgung effektiv an und greife wesentliche Forderungen der AOK-Gemeinschaft auf. Es sei genau der richtige Ansatz, dass Integrierte Notfallzentren (INZ) grundsätzlich die erste Anlaufstelle für Patienten werden und ihre Standorte durch Kassenärztliche Vereinigungen, Landeskrankenhausgesellschaften und Krankenkassen gemeinsam geplant werden sollen. Kombiniere man dies mit der Einführung eines Gemeinsamen Notfallleitsystems, könne die Patientensteuerung künftig wesentlich besser funktionieren. „Dafür ist es unerlässlich, die ambulante Notfallversorgung auf die Standorte zu konzentrieren, die dafür auch geeignet sind“, sagt Litsch. „Die gesetzlich vorgesehenen Vergütungsanreize können diese strukturellen Änderungen befördern.“ Der AOK-Bundesverband begrüßt auch, dass der Gemeinsame Bundesausschuss das Leistungsspektrum für die INZ festlegen soll sowie die bundesweite Zuordnung, welche Kliniken für Diagnosen wie Schlaganfall, Herzinfarkt oder Polytrauma überhaupt angefahren werden dürfen.

Infos: www.aok-bv.de

■ Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung wird einfacher

Mit Inkrafttreten der dritten Stufe des **Bundesteilhabegesetzes (BTHG)** reformiert der Gesetzgeber zum 1. Januar 2020 die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen. Künftig ist die Eingliederungshilfe nicht mehr Teil des Fürsorgesystems der Sozialhilfe, sondern wird zu einem **modernen Teilhaberecht** weiterentwickelt. So konzipiert das BTHG zum 1. Januar 2020 unter anderem die Regelungen zum Einsatz von Einkommen und Vermögen neu. Der Vermögensfreibetrag steigt auf rund 50.000 Euro, Partnereinkommen und -vermögen werden nicht mehr herangezogen. Zudem stärkt das Gesetz nicht nur das Wunsch- und Wahlrecht bei der Wohnform, sondern auch die Soziale Teilhabe und Teilhabe an Bildung durch eine Konkretisierung der Leistungskataloge sowie punktuelle Ergänzungen.

Infos: www.bgbl.de



jetzt **auch** als
digitales Magazin

Kostenfrei alle Inhalte
der G+G lesen.
Jetzt anmelden
und keine Ausgabe mehr
verpassen.
Newsletter inklusive

www.gg-digital.de

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Organspende: Parlament votiert für die Zustimmungslösung

Nach jahrelangen Diskussionen über die Organspendenpraxis vor dem Hintergrund des Mangels an Spenderorganen hat der Bundestag am 16. Januar die gesetzliche Grundlage geändert. Der insbesondere von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn und dem SPD-Gesundheitsexperten Prof. Karl Lauterbach vorgeschlagene fraktionsübergreifende Gesetzentwurf für die sogenannte doppelte **Widerspruchslösung** fand im Parlament keine Mehrheit. Die Widerspruchslösung sah vor, dass jeder Bürger als möglicher Organspender infrage kommt, der zu Lebzeiten keinen Widerspruch erklärt hat. Stattdessen entschied sich der Bundestag mit großer Mehrheit für den ebenfalls fraktionsübergreifenden Antrag zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende, die sogenannte **Zustimmungslösung**. Diesen Gesetzentwurf hatte eine zweite Abgeordnetengruppe um die Grünen-Vorsitzende Annalena Baerbock und die FDP-Gesundheitspolitikrkin Christine Aschenberg-Dugnus vorgelegt. Die Zustimmungslösung sieht vor, dass die Bürger regelmäßig vom Hausarzt oder bei der Abholung von Ausweisdokumenten zu einer Entscheidung für oder gegen die Organspende ermutigt werden sollen. Sie können ihre Entscheidung einfach über ein Online-Register dokumentieren und dort auch jederzeit wieder ändern. Vor den Abstimmungen hatte der Bundestag zwei Stunden ohne Fraktionszwang intensiv über beide Gesetzentwürfe diskutiert.

Infos: www.bundestag.de

■ Medizinprodukte-Anpassungsgesetz: Spielraum nicht ausreichend genutzt

Die AOK sieht im Kabinettsentwurf zum Medizinprodukte-EU-Anpassungsgesetz (MPEU-AnpG) Nachbesserungsbedarf. Der Gesetzgeber habe seinen nationalen Gestaltungsspielraum insbesondere bei den Patientenrechten nicht in Gänze genutzt. „Das betrifft vor allem die Pflicht von Ärzten und Kliniken, bei Verdacht auf Schädigung von Patienten durch fehlerhafte Medizinprodukte sofort die Krankenkasse des Patienten zu informieren“, sagte der **Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes**, Martin Litsch, anlässlich der Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages. Litsch forderte zudem eine verpflichtende Haftpflichtversicherung für Hersteller von Medizinprodukten als Voraussetzung für die Kostenübernahme durch die Krankenkassen. Positiv bewertet der AOK-Bundesverband in seiner **Stellungnahme** hingegen die durch die EU-Verordnung vorgegebene Neuordnung der Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern. Als eine der wesentlichsten positiven Änderungen durch das Medizinprodukte-EU-Anpassungsgesetz (MPEU-AnpG) nennt der Verband die künftig erweiterten Eingriffsmöglichkeiten des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in Fragen der Risikobewertung von Medizinprodukten.

Infos: www.aok-bv.de

ZUR PERSON I



Foto: Andrea Katheder

■ **Daniela Teichert** ist seit dem 1. Januar neue Vorstandsvorsitzende der AOK Nordost. Sie folgt auf Frank Michalak, der nach 13 Jahren die Führung in jüngere Hände gelegt hat. Teichert startete ihre Berufslaufbahn bei der AOK 1990 nach ihrer Ausbildung zur Sozialversicherungsfachangestellten in Cottbus, wo sie bereits mit 22 Jahren erste Führungsaufgaben übernahm.



■ **Johannes Bauernfeind** führt seit dem 1. Januar 2020 die AOK Baden-Württemberg als neuer Vorstandsvorsitzender. Er folgt auf Dr. Christopher Herrmann, der nach acht Jahren an der Spitze der AOK in den Ruhestand getreten ist. Bauernfeind startete 1996 seine Karriere bei der AOK, vor seinem Wechsel in den Vorstand war er seit 2014 Geschäftsführer der AOK-Bezirksdirektion Neckar-Fils.

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Kassen warnen vor Ausgabenanstieg

Die Krankenkassen blicken mit finanziellen Sorgen auf das neue Jahr. Grund ist das für das Gesamtjahr 2019 erwartete GKV-Defizit von über einer Milliarde Euro. „Erstmals seit 2015 werden die gesetzlichen Krankenkassen wieder ein Haushaltsjahr mit einem Minus abschließen. Das ist besonders alarmierend, weil die derzeit noch brummende Konjunktur für Rekordeinnahmen sorgt“, so die Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, Dr. Doris Pfeiffer. Im vergangenen Jahr seien die Kassenausgaben stark gestiegen, in den ersten drei Quartalen habe der Ausgabenanstieg bei 5,1 Prozent gelegen. Und die Entwicklung verschärft sich aus Sicht des AOK-Bundesverbandes in den nächsten Jahren weiter. Durch die kostspielige Gesundheitspolitik von Jens Spahn überstiegen die Ausgaben bereits 2019 die Einnahmen, so Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, in einem Interview mit dem Berliner Tagesspiegel. „2020 wird die strukturelle Lücke noch größer werden. Der Ausgabenanstieg wird die Fünf-Prozent-Marke kratzen, der Einnahmewachstum voraussichtlich bei unter drei Prozent stagnieren“, so Litsch. Der Druck auf die Beitragssätze werde sich also weiter erhöhen, während die Kassen gleichzeitig gesetzlich gezwungen seien, Rücklagen abzubauen, was sich spätestens im kommenden Jahr rächen werde. „Und derzeit ist kein politisches Konzept in Sicht, die Beiträge langfristig zu stabilisieren.“

Infos: www.gkv-spitzenverband.de

■ Spahn will Leiharbeit in der Pflege reduzieren

Mit einer bislang wenig beachteten Neuregelung im MDK-Reformgesetz, das in weiten Teilen zum 1. Januar 2020 in Kraft getreten ist, will Bundesgesundheitsminister Jens Spahn einer möglichen Fehlentwicklung in der Pflege durch vermehrte Leiharbeit entgegenwirken. Ein über das tarifliche Gehalt der in einer Klinik angestellten Pflegekräfte hinausgehendes Entgelt sowie die Vermittlungsgebühren für die Leiharbeiter können demzufolge nicht im Pflegebudget der Klinik berücksichtigt werden. Der Bundesarbeitgeberverband der Personaldienstleister (BAP) lehnt solche Einschränkungen beim Einsatz von Leiharbeitskräften in der Pflege ab. Der Plan des Ministers werde scheitern, „mit Hilfe eines ökonomischen Anreizes Pflegekräfte an die Kliniken zu binden“, sagte BAP-Präsident Sebastian Lazay dem Evangelischen Pressedienst (epd). Das, was die Zeitarbeit für Pflegekräfte attraktiv mache, sei nicht nur der Lohn, sondern seien die besseren Arbeitsbedingungen.

Infos: www.bgbl.de

KOMMENTAR

Mit Blick auf die GKV-Finzen spricht Bundesgesundheitsminister Jens Spahn gerne von einem „uneigentlichen Defizit“. Damit meint er, das Minus sei nur halb so schlimm. Schließlich hätte die GKV ja satte Rücklagen. Ein Blick auf die Zahlen zeigt aber, wie dünn des Ministers Argumentation ist. 376 Milliarden Euro betragen 2018 laut Statistischem Bundesamt die Ausgaben für Gesundheit in Deutschland insgesamt. Das sind mehr als eine Milliarde Euro pro Tag. Knapp 240 Milliarden davon gingen laut Ministerium zu Lasten der GKV, also mehr als 650 Millionen pro Tag. Die Finanzreserven der GKV beliefen sich Ende September 2019 auf rund 20,6 Milliarden Euro. Das würde gerade einmal für etwa sechs Wochen reichen. Und so wird aus einem uneigentlichen Defizit ganz schnell ein echtes. (rbr)

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Verbraucherzentrale fordert Kostenübernahme von digitalen Pflegehelfern

Die Pflege muss digitaler werden. Das fordert der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv). Pflegeroboter oder digitale Assistenzsysteme könnten Pflegende entlasten und mehr Selbstständigkeit und Sicherheit im eigenen Zuhause ermöglichen. Doch die oft hohen Kosten solcher Anwendungen müssten die Versicherten bislang in der Regel selbst bezahlen. In einem jetzt veröffentlichten **Faktenblatt zur Digitalisierung in der Pflege** fordern die Verbraucherschützer deshalb einen Diskurs über sinnvolle digitale Anwendungen in der Pflege. Neben Hausnotruf und Pflegebett sollten die Krankenkassen künftig auch die Kosten digitaler Assistenzsysteme übernehmen, wenn sie es beispielsweise den Pflegebedürftigen ermöglichen, länger in den eigenen vier Wänden zu bleiben oder die Pflege zu erleichtern und dieser Nutzen belegt ist. Der vzbv fordert zudem eine klare Regelung, wie Pflegedienstleister auf die künftigen Daten der elektronischen Patientenakte zugreifen können. Zudem bräuchte es klare Regeln für Haftung und Zulassung von robotischen Systemen in der Pflege. Der Einsatz digitaler Systeme stünde dabei natürlich immer unter dem Vorbehalt der Freiwilligkeit: „Pflegebedürftige müssen selbst entscheiden, ob sie digitale Anwendungen nutzen. Auch der Austausch ihrer Gesundheits- und Pflegedaten muss von ihrer Zustimmung abhängig sein“, so die Verbraucherschützer.

Infos: www.vzbv.de

■ Bei Apps auf medizinischen Nutzen achten

Das am 1. Januar in Kraft getretene Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) soll es Versicherten künftig ermöglichen, digitale Gesundheitsanwendungen wie etwa Apps auf Rezept zu erhalten. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat nun den Referentenentwurf für die ergänzende Digitale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung (DiGAV) vorgelegt, der AOK-Bundesverband sieht Nachbesserungsbedarf. Die DiGAV definiert Vorgaben für die Erstattungsfähigkeit digitaler Gesundheitsanwendungen und legt fest, woran Qualität und Mehrwert für die Versicherten gemessen werden sollen. Dabei reichen laut Referentenentwurf bereits sogenannte „Verfahrens- und Strukturverbesserungen“ aus, um die erforderlichen „positiven Versorgungseffekte“ zu belegen. Dem AOK-Bundesverband ist das nicht genug. „Wir begrüßen es, dass die Hersteller von digitalen Gesundheitsanwendungen verpflichtet werden sollen, die positiven Versorgungseffekte ihrer Anwendung nachzuweisen“, betont Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, in einem Statement. Doch der AOK-Chef fordert Nachbesserungen am Gesetzesentwurf: „Medizinische Anwendungen, die von den Kassen erstattet werden müssen, sollten aus unserer Sicht einen echten medizinischen Nutzen für die Versicherten bieten. Ein bisschen mehr Komfort im Alltag sollte nicht von der Solidargemeinschaft bezahlt werden.“

Infos: www.aok-bv.de

ZUR PERSON II



■ **Carolina Trautner** wird zum 1. Februar neue Staatsministerin für Familie, Arbeit und Soziales des Landes Bayern. Trautner (CSU) war zuvor Staatssekretärin in diesem Ministerium. Die bisherige Sozialministerin Kerstin Schreyer übernimmt künftig das Bayerische Staatsministerium für Wohnen, Bau und Verkehr.



■ **Georg Pfeifer** leitet seit dem 1. Januar das Verbindungsbüro des Europäischen Parlaments in Berlin. Zuvor hatte Pfeifer die Leitung des Verbindungsbüros in Wien inne.

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ BGH-Urteil zur künstlichen Befruchtung

Auch Frauen im höheren Alter haben einen Anspruch auf Kostenübernahme einer künstlichen Befruchtung. Das hat der Bundesgerichtshof (BGH) in einem jetzt veröffentlichten Urteil höchstrichterlich entschieden. Das statistisch gesehen höhere Risiko einer Fehlgeburt ist demnach allein noch kein Grund, die Übernahme der Kosten abzulehnen. In dem Fall aus Bremen hatte ein Mann seine private Krankenversicherung auf Kostenübernahme verklagt, weil er mit seiner 44-Jährigen Frau auf natürlichem Wege keine Kinder zeugen konnte. Seine Krankenversicherung hatte die Kosten für die künstliche Befruchtung von rund 17.500 Euro nicht übernehmen wollen und das vor allem mit dem Alter der Frau begründet. Fehlgeburten kämen in dieser Altersgruppe häufiger vor. Das Selbstbestimmungsrecht des Paares umfasse aber „grundsätzlich auch die Entscheidung, sich den Kinderwunsch in fortgeschrittenem Alter unter Inkaufnahme altersspezifischer Risiken zu erfüllen“, begründeten die Richter ihre Entscheidung im Urteil.

Infos: www.juris.bundesgerichtshof.de

■ Knappschaft setzt in der IT auf oscar

Anfang des Jahres hat die Knappschaft oscar als IT-Kernsystem in Betrieb genommen. Mehr als 1,5 Millionen Versicherte der Kasse werden jetzt mit der von der AOK Systems GmbH entwickelten GKV-Branchenlösung betreut. Zuvor wurden über 16 Milliarden Datensätze fehlerfrei aus dem Vorgängersystem überführt. Seit Beginn des Projektes im Frühjahr 2017 hatten rund 300 Beschäftigte der Knappschaft und viele Experten der AOK Systems am Austausch des Kernsystems gearbeitet. Im zweiten Halbjahr 2019 wurden die rund 4.600 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf das neue System geschult.

Infos: www.aok-systems.de

■ Neuer EBM soll „sprechende Medizin“ stärken

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband haben gemäß den gesetzlichen Vorgaben des **Terminservice und Versorgungsgesetzes (TSVG)** gemeinsam den **Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)** weiterentwickelt. Der EBM ist ein Verzeichnis, nach dem nahezu alle ambulanten Leistungen von Vertragsärzten und Psychotherapeuten zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abgerechnet werden. „Gerade das Patienten-Arzt-Gespräch und die persönliche Untersuchung haben für den Erfolg einer Behandlung eine herausragende Bedeutung. Ich freue mich sehr, dass wir es gemeinsam mit der KBV geschafft haben, die zuwendungsorientierte Medizin zu stärken“, so Stefanie Stoff-Ahnis, Vorstand des GKV-Spitzenverbandes. Die Reform ist ausgaben- und punktsommenneutral. Der neue EBM tritt zum 1. April 2020 in Kraft.

Infos: www.gkv-spitzenverband.de

Vorschau

G+G | 01/2020

Gesundheit und Gesellschaft

Der unterschätzte Notfall

Sepsis ist eine häufige Todesursache in hiesigen Kliniken. Qualitätsmanagement-Programme verbessern Diagnostik und Therapie der Blutvergiftung, erläutert Matthias Gründling.

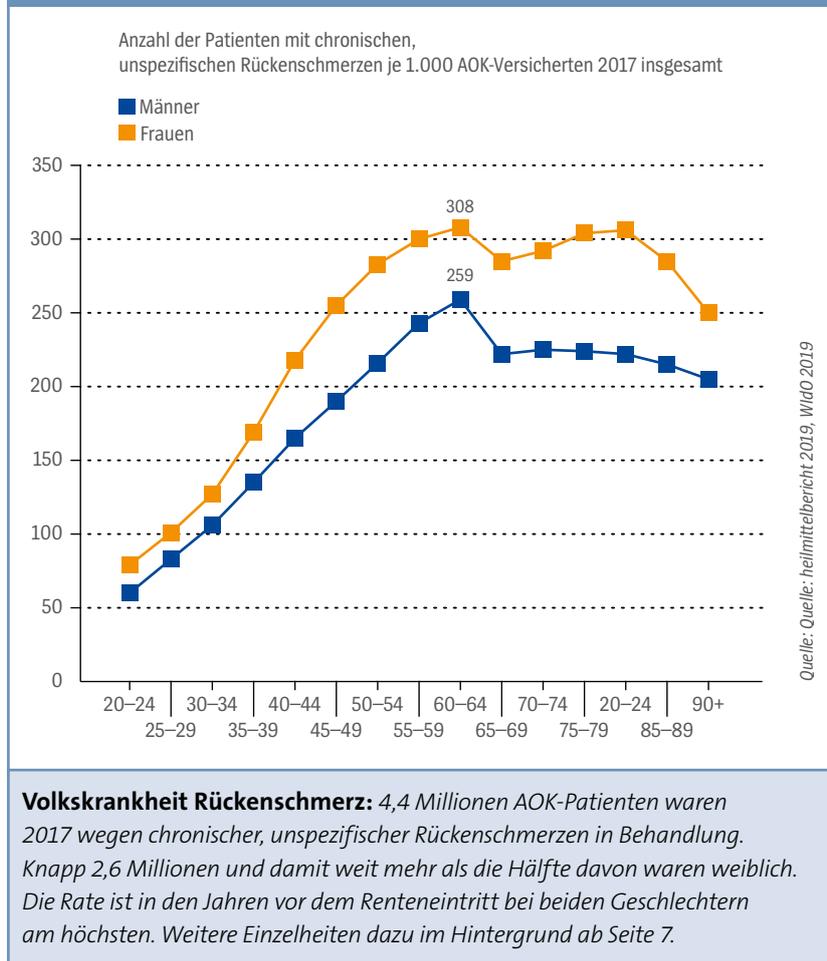
Mehr Wissen für die familiäre Pflege

Angehörige selber zu Hause zu pflegen, ist eine große Aufgabe. Daher ist die Gesundheitskompetenz der Pflegebedürftigen und der Pflegenden zu stärken, wissen Katharina Graffmann-Weschke und Annegret Paelecke.

Gesundheit für die Fläche

Was Deutschland von Finnland, Kanada und Frankreich lernen kann, um die Gesundheitsversorgung auf dem Land zu sichern, beschreiben Hannah Budde und Claudia Maier.

Frauen öfter wegen Rückenschmerzen in Behandlung



Volkskrankheit Rückenschmerz: 4,4 Millionen AOK-Patienten waren 2017 wegen chronischer, unspezifischer Rückenschmerzen in Behandlung. Knapp 2,6 Millionen und damit weit mehr als die Hälfte davon waren weiblich. Die Rate ist in den Jahren vor dem Renteneintritt bei beiden Geschlechtern am höchsten. Weitere Einzelheiten dazu im Hintergrund ab Seite 7.

Infos: www.wido.de

Zahlen und Fakten: Das gilt 2020

Wer gesetzlich pflege- und krankenversichert ist, muss 2020 auf ein Jahreseinkommen bis zu 56.250 Euro Beiträge in die Sozialversicherung zahlen. Das entspricht monatlich 4.687,50 Euro. So steht es in der „Verordnung für die Sozialversicherungsrechengrößen 2020“. 2019 lag die Beitragsbemessungsgrenze noch bei einem Jahreseinkommen von 54.450 Euro beziehungsweise 4.537,50 Euro im Monat. Auch die Versicherungspflichtgrenze in der Kranken- und Pflegeversicherung wurde angehoben: Sie beträgt in diesem Jahr 62.550 Euro. Im Jahr 2019 lag sie noch bei 60.750 Euro. Die Versicherungspflichtgrenze markiert das Einkommen, bis zu dem jeder in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) pflichtversichert ist. Nur wer mehr verdient, hat die Wahl, in der GKV zu bleiben oder in die private Krankenversicherung (PKV) zu wechseln.

Infos: www.aok-bv.de

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

» BLICKPUNKT HINTERGRUND «

■ Heilmittelbericht 2019: Volkskrankheit Rückenschmerz

Mehr als jeder sechste AOK-Versicherte ist wegen chronischer, unspezifischer Rückenschmerzen in ärztlicher Behandlung. Laut dem aktuellen Heilmittelbericht des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) war mehr als ein Viertel (26,7 Prozent) von den 4,4 Millionen Rückenschmerzpatienten deswegen in den letzten fünf Jahren dauerhaft beim Arzt, Frauen häufiger als Männer. „Die Zahlen zeigen, dass der Rückenschmerz zu Recht als Volkskrankheit bezeichnet wird. Neben der Behandlung durch Ärzte und Physiotherapeuten können Präventionsmaßnahmen gegen Bewegungsmangel und einseitige Belastungen, aber auch gegen Übergewicht helfen“, so Helmut Schröder, stellvertretender Geschäftsführer des WIdO.

Für die Definition von chronischen Rückenschmerzen hat das WIdO die Behandlungen der AOK-Versicherten von 2013 bis 2018 untersucht. Wenn ein AOK-versicherter Patient in mindestens zwei Quartalen eines Jahres wegen unspezifischer Rückenschmerzen bei einem Arzt war, dann arbeitsunfähig geschrieben und/oder auch mit Arzneimitteln oder Physiotherapie versorgt wurde, gehen die Versorgungsforscher des WIdO davon aus, dass hier ein chronischer Rückenschmerzpatient behandelt wird. Unter unspezifischen Rückenschmerzen werden alle Probleme zusammengefasst, die nicht auf Frakturen, Bandscheibenvorfälle, Krebserkrankungen oder Ähnliches zurückzuführen sind.

» Männer weniger betroffen

Chronische, unspezifische Rückenschmerzen betreffen mehr Frauen als Männer: 2017 waren knapp 2,6 Millionen der 4,4 Millionen AOK-Patienten weiblich. Insgesamt leiden somit rund 20 Prozent aller AOK-versicherten Frauen und fast 15 Prozent der Männer unter chronischen, unspezifischen Rückenschmerzen. Die Rate steigt mit zunehmendem Lebensalter kontinuierlich an und ist in den Jahren vor dem Renteneintritt bei beiden Geschlechtern am höchsten. Die Behandlung zieht sich teilweise über mehrere Jahre. Unter den AOK-versicherten Rückenschmerzpatienten des Jahres 2017 waren 65,5 Prozent bereits 2016 in Behandlung und 26,7 Prozent dauerhaft seit 2013.

» Frauen nutzen häufiger Physiotherapie

Während Schmerzmittel beiden Geschlechtern in etwa gleich hohem Umfang verordnet werden (Frauen 78,3 Prozent, Männer 76,7 Prozent), zeigen sich bei der Inanspruchnahme von physiotherapeutischen Angeboten klare Geschlechterunterschiede: Bei den Frauen nutzt rund ein Drittel der Patientinnen (33,2 Prozent) eine Physiotherapie, bei den Männern nur ein Viertel (24,6 Prozent); Frauen erhalten die meisten Verordnungen im Alter von 50 bis 54 Jahren (36,8 Prozent), Männer im Alter von 75 bis 79 Jahren (26,7 Prozent). „Auch wenn Frauen und Männer Physiotherapie sehr unterschiedlich nutzen, sind chronische, unspezifische Rückenschmerzen bei beiden Geschlechtern

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

der häufigste Grund für Krankengymnastik, Massage und Co.“, so Helmut Schröder.

» **Behandlungsprogramm für Rückenschmerzpatienten**

Für Patienten mit chronischen, unspezifischen Rückenschmerzen hat der Gemeinsame Bundesausschuss am 1. Oktober 2019 die Grundlage für sogenannte Disease-Management-Programme (DMP) verabschiedet. Die darin enthaltenen Anforderungen für die Behandlung basieren auf einer Recherche wissenschaftlicher Leitlinien und Studien. Empfohlen werden verschiedene Maßnahmen: Die Basis bildet eine Aktivierung und Lebensstiländerung, die durch individuelle Therapiemaßnahmen wie Krankengymnastik, Entspannungsverfahren, psychotherapeutische und psychosomatische Behandlungen sowie Schmerztherapie mit Arzneimitteln ergänzt werden können. Bei Erfolglosigkeit kann eine teilstationäre oder stationäre multimodale Schmerztherapie eingeleitet werden. „Damit können betroffene Patienten mit chronischen Rückenschmerzen in Zukunft noch bedarfsgerechter unterstützt werden“, so Schröder.

» **Spezielle Patientengruppen: Kinder und Senioren**

Gut 395.000 AOK-versicherte Kinder bis einschließlich 14 Jahre nahmen eine Heilmittelleistung in Anspruch. Rund 1,17 Millionen Leistungen wurden für sie abgerechnet. Für knapp 223.650 Kinder und damit für mehr als die Hälfte der Kinder mit Heilmitteltherapie waren Entwicklungsstörungen der Anlass der Verordnung. Dabei sind Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache der häufigste Behandlungsanlass. Betroffen sind 40,5 Prozent aller Kinder mit Heilmitteltherapie.

Gut 2,3 Millionen AOK-Versicherte ab 60 Jahre waren 2018 Heilmittelpatienten. Insgesamt durchliefen sie gut 8,1 Millionen Leistungen, vorrangig physiotherapeutische Maßnahmen. Dabei war mit gut 3,4 Millionen Leistungen die normale Krankengymnastik die häufigste Therapieform, sie wurde von 1,4 Millionen Versicherten dieser Altersgruppe in Anspruch genommen

» **Der Heilmittelbericht 2019 – der kurze Blick aufs Ganze**

Heilmittel umfassen physiotherapeutische, sprachtherapeutische, ergotherapeutische und podologische Leistungen, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung mit den Krankenkassen abgerechnet werden. Für den Heilmittelbericht 2019 hat das WIdO die insgesamt rund 42 Millionen Heilmittelleistungen ausgewertet, die 2018 zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet wurden. Davon entfielen 15,4 Millionen auf AOK-Versicherte. Bei durchschnittlich jeweils sieben Behandlungssitzungen haben GKV-Versicherte zusammen knapp 292 Millionen Sitzungen mit einem Therapeuten durchlaufen (AOK: 106 Millionen). Rein rechnerisch hat jeder der 72,8 Millionen GKV-Versicherten 4,01 Behandlungen erhalten (AOK: 27,1 Mio. Versicherte und 3,2 Behandlungen). Der Heilmittelumsatz erreichte insgesamt 7,25 Milliarden Euro.

Infos: www.wido.de