Edition

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 38

Elke Scharnetzky
Bernhilde Deitermann
Falk Hoffmann
Gerd Glaeske

mit Beiträgen von Robert Francke, Julia Lademann,
Katrin Pruns, Christel Schicktanz

unter Mitarbeit von Angela Fritsch, Friederike Höfel, Claudia Kretschmer,
Katrin Lorek, Wiebke Scharffetter, Katharina Scharnetzky

GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2005

Auswertungsergebnisse der
GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahren 2003 und 2004

Bremen, Schwäbisch Gmünd
September 2005
Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 38

Edition

GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2005

Die Deutsche Bibliothek - CIP-Einheitsaufnahme

Gmünder Ersatzkasse:
GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2005: Auswertungsergebnisse der GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahren 2003 und 2004
[Hrsg: GEK-Gmünder ErsatzKasse. Autoren: Elke Scharnetzky, Bernhilde Deitermann, Falk Hoffmann, Gerd Glaeske].
Sankt Augustin: Asgard-Verl. Hippe. 2005.(GEK-Edition; Bd. 38)
ISBN 3-537-44038-3

Herausgeber: GEK - Gmünder ErsatzKasse
Bereich Gesundheitsanalyse
Gottlieb-Daimler-Straße 19
73529 Schwäbisch Gmünd
Telefon (07171) 801-0
http://www.gek.de

Autoren: Elke Scharnetzky, Bernhilde Deitermann,
Falk Hoffmann, Gerd Glaeske
Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP),
Forschungsschwerpunkt Arzneimittelversorgungs-
forschung, Forschungseinheit Gesundheitspolitik und
Evaluation medizinischer Versorgung
Universität Bremen, Parkallee 39, 28209 Bremen

Verlag: Asgard-Verlag, Einsteinstraße 10, 53757 St. Augustin

Inhaltverzeichnis

	Vorwort	4
1	Zur Versorgung mit Hilfsmitteln und Heilmitteln in der Gesetzlichen Krankenversicherung und in der GEK – Rahmenbedingungen, Analysen und Regelungsbedarf	6
2	Material und Methoden	45
3	Ergebnisse der Heilmittel-Analysen	51
3.1	Übersicht: Alle Heilmittel – Neufassung der Richtlinien	51
3.2	Ergotherapie	67
3.3	Logopädie	94
3.4	Physiotherapie	109
3.5	Podologie:- Leistungen bei Patienten mit Diabetes mellitus	122
4	Ergebnisse der Hilfsmittel-Analysen	131
4.1	Überblick über die Hilfsmittelversorgung in der GEK	131
4.2	Betten als Hilfsmittel	159
4.3	Stomabedarf von sonstigen Leistungserbringern und aus Apotheken	170
4.4	Hilfsmittel aus der Sicht von NutzerInnen: Pflegende Angehörige in High-Tech Home Care	186
4.5	Probleme in der Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln: Zuordnung von Hilfsmittelpositionsnummern zu Pharmazentralnummern	211
4.6	Rechtliche Würdigung der Differenzen zwischen Pharmazentralnummer und Hilfsmittelpositionsnummer	240
5	Tabellenverzeichnis	250
6	Abbildungsverzeichnis	254
7	Literatur	257
8	Anhang	*

* Die in diesem Report zitierten Anhangstabellen finden sich vollständig im Internet unter www.gek.de, Bereich „Presse - GEK Studien - Heil- und Hilfsmittel“.

Vorwort

Zum zweiten Mal legt die Gmünder ErsatzKasse (GEK) einen Heil- und Hilfsmittel-Report mit den Analysen für die Jahre 2003 und 2004 vor, nachdem der im vergangenen Jahr publizierte Report mit den Ergebnissen des Jahres 2003 für hohe Aufmerksamkeit gesorgt hat, war es doch die erste Analyse dieser Art, die von einer Gesetzlichen Krankenkasse veröffentlicht wurde. Dieser Report hat einen Leistungsbereich in den Mittelpunkt gestellt, der bisher vielfach vernachlässigt wurde, wenn es um die Diskussion von Effizienz und Qualität in der Versorgung ging. Zu intransparent und differenziert erschien der Hilfsmittelmarkt, zu unübersichtlich und schwer regulierbar die Anbieterstruktur bei den Heilmitteln. Dabei gehören die Ausgaben in diesem Bereich zu den am stärksten steigenden der vergangenen Jahre – darauf hat der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) in seinem diesjährigen Gutachten hingewiesen. Weil für diesen Leistungsbereich bisher kaum spezielle Auswertungen vorlagen, hat das Gutachten viele Ergebnisse des GEK-Heil- und Hilfsmittel-Reports 2004 einbezogen und als Quelle genutzt. Das Gutachten hat drei Forderungen in den Mittelpunkt gestellt, die uns schon im vergangenen Jahr veranlasst haben, Auswertungen in diesem Bereich wie in der Arzneimittelversorgung zu einem kontinuierlichen Schwerpunkt unserer Reporte zu machen:

1. Transparenz der Ausgaben in den einzelnen Gruppen von Heil- und Hilfsmitteln
2. Eine personenbezogene Versorgungsforschung des gesamten Behandlungsgeschehens, um besser erkennen zu können, ob z.B. Heilmittel ergänzend oder ersetzend zur Arzneimitteltherapie eingesetzt werden
3. Analysen zur Unter-, Über – und Fehlversorgung, weil auch in diesen Versorgungsbereichen Defizite in der Qualität vermutet werden müssen, schon erkennbar an den großen regionalen Unterschieden in der Nutzung von Heil- und Hilfsmitteln.

Diese Hinweise des Sachverständigenrates bestätigen uns in der Entscheidung, die Transparenz in der Versorgung unserer Versicherten weiter auszubauen – Qualitäts- und Kostenmanagement brauchen eine solide Datenbasis, um erfolgreich sein zu können. Wir sind daher sehr froh, mit Herrn Prof. Dr. Glaeske und seiner Arbeitsgruppe im Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen einen Kooperationspartner gefunden zu haben, der uns in dieser Strategie unterstützt und über die Erstellung des Reportes hinaus Anregungen für unser alltägliches „Vertrags- und Verwaltungshandeln“ gibt. Unsere Erfahrungen zeigen, dass die Verbindung von Praxis und Wissenschaft erfolgreich sein kann, wenn auf beiden Seiten der Wille zu Akzeptanz und Verständnis besteht – dies hat sich im Rahmen der Arbeit an diesem aktuellen Heil- und Hilfsmittel-Report erneut gezeigt. Daher möchte ich im Namen der GEK allen danken, die an der Erstellung dieses Reports beteiligt waren. Hoffen möchte ich, dass die Ergebnisse des Reportes als Basis für notwendige weitere Diskussionen genutzt werden, vor allem bezüglich der Transparenz im Bereich der Hilfsmittel, aber auch bezüglich der Angebotsstruktur bei den Heilmitteln. Der Report bietet eine hervorragende Basis für solche Diskussionen – er wird von uns auch genau mit diesem Ziel genutzt werden.

Dieter Hebel

Vorstandsvorsitzender der GEK

1 Zur Versorgung mit Hilfsmitteln und Heilmitteln in der Gesetzlichen Krankenversicherung und in der GEK – Rahmenbedingungen, Analysen und Regelungsbedarf

Hilfsmittel und Heilmittel werden in den Hilfsmittel- bzw. den Heilmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses definiert. Danach handelt es sich bei den Hilfsmitteln um „sächliche medizinische Leistungen“ und damit um Medizinprodukte, bei Heilmitteln dagegen um „persönlich zu erbringende medizinische Leistungen“. Obwohl es sich damit erkennbar um unterschiedliche Versorgungssegmente handelt, werden Hilfsmittel und Heilmittel üblicherweise zu dem Sammelbegriff „Heil- und Hilfsmittel“ zusammengefasst, ohne dass dieser begrifflichen Zusammenfassung ein bestimmtes versorgungspolitisches Konzept zugrunde liegt. Eine Gemeinsamkeit dieser Versorgungssegmente besteht darin, dass eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt diese Leistung verordnen muss, wenn die Leistungen nicht im stationären Rahmen erbracht werden (z.B. Logopädie oder Ergotherapie bei Schlaganfallpatienten außerhalb des Klinikaufenthaltes). Die Datenlage zu den Versorgungssegmenten „Hilfsmittel“ und „Heilmittel“ ist insbesondere im Vergleich zur Arzneimittelversorgung ausgesprochen unzureichend. Vor allem im Markt der Hilfsmittel wird aufgrund der hohen Zahl der angebotenen Produkte immer wieder und seit langem die herrschende Intransparenz beklagt (so z.B. von Neumann, 1994).

Zur Definition von Hilfsmitteln und Heilmitteln

Die Präzisierung der Produkte im Hilfsmittelmarkt aus Sicht der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) fällt oftmals schwer. Üblicherweise werden darunter Produkte verstanden, die konzeptionell für die besonderen Bedürfnisse kranker oder behinderter Menschen entwickelt und hergestellt werden und die ausschließlich oder überwiegend von diesen Personen genutzt werden. Sie können Hilfsmittel im Sinne der GKV sein (IKK Bundesverband, 2003). Jedes Hilfsmittel ist ein Medizinprodukt, aber

nicht jedes Medizinprodukt ist ein Hilfsmittel. So fällt ein Medizinprodukt dann nicht unter die GKV-Definition und wird auch nicht im Rahmen einer Hilfsmittelverordnung erstattet, wenn es sich um

- Krankenhaus- oder Praxisausstattung,
- ein in vertragsärztlichen Praxen oder stationären Einrichtungen eingesetztes technisches Produkt,
- ein Verbandmittel oder
- einen Gebrauchsgegenstand, auch wenn dieser im Sanitätsfachhandel oder in Apotheken vertrieben wird,

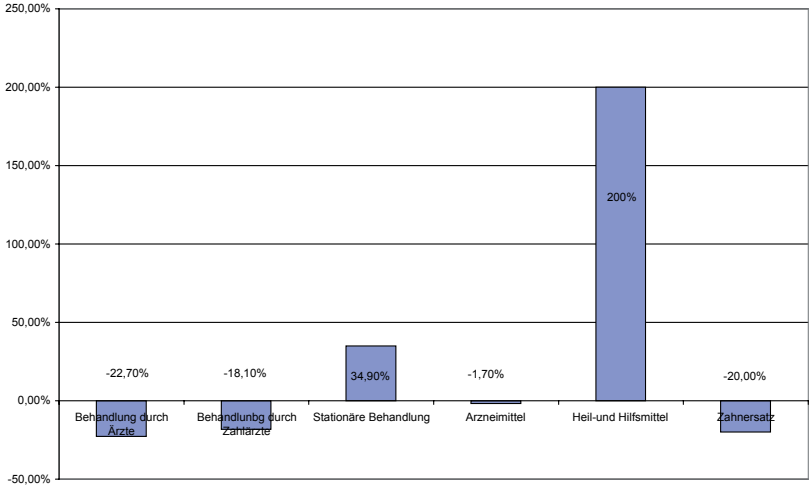
handelt. In diesen Fällen ist die Aufnahme des Produkts bzw. der Leistung in das Hilfsmittel- bzw. Pflegehilfsmittelverzeichnis nicht möglich (IKK Bundesverband, 2003). Eine Abgrenzung kann im Einzelfall aber schwierig sein, z.B. bei Hilfsmitteln, bei denen die Grenze zum Gebrauchsgegenstand nicht immer gut definierbar ist (z.B. orthopädische Schuhe).

Die Definition von Heilmitteln im Sinne des 5. Sozialgesetzbuches (SGB V) berücksichtigt personalintensive therapeutische, zumeist nicht von Ärztinnen oder Ärzten erbrachte Dienstleistungen. Einige Heilmittel, wie Massagen und medizinische Bäder, gehören zu den ältesten Behandlungsmaßnahmen der Medizin. In der Vergangenheit wurde nicht nur den Hilfsmitteln, sondern auch den Heilmitteln keine besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Dies änderte sich 1993, als das mit dem ‚Lahnstein-Kompromiss' eingeführte Gesundheits-Strukturgesetz (GSG) eine sektorale Budgetierung einführte, die sich auch auf die Heilmittel bezog. Durch das Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz (ABAG) wurden die Heilmittelbudgets Ende 2001 wieder abgeschafft und durch Heilmittelvereinbarungen (§ 84 Abs.8 SGB V) ersetzt. Als es in den folgenden Jahren zu deutlich steigenden Ausgaben im Bereich der Heilmittel kam, wurden die Heilmittel-Richtlinien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss neu gefasst. Sie traten am 1. Juli 2004 in Kraft.

Ausgabenanteile für Heil- und Hilfsmittel

Dass die Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel in der Vergangenheit so wenig aufmerksam analysiert wurden, ist kaum zu verstehen, wenn man die Anteile einzelner Behandlungsarten an den Ausgaben der GKV in den Jahren 1970 bis 2003 Revue passieren lässt. Neben dem stationären Bereich sind es nämlich vor allem die Heil- und Hilfsmittel, bei denen auffällige Anstiege zu verzeichnen sind (siehe Abbildung 1.1).

Abbildung 1.1 Entwicklung des Ausgabenanteils nach Behandlungsart in der GKV 1970-2003 (alte Bundesländer)



Quelle: Gutachten Sachverständigenrat 2005

Diese Jahresvergleiche zeigen, dass der Ausgabenanteil der Hilfsmittel und Heilmittel in den alten Bundesländern um 200% anstieg (von 2,8% im Jahr 1970 auf 8,4% im Jahr 2003 unter Einschluss der Dialyse). In keinem anderen Versorgungsbereich ist ein derart hohes Wachstum zu verzeichnen, wobei der Ausgangswert im Jahre 1970 allerdings auch sehr

niedrig lag. Neuere Daten unter Einbeziehung der neuen Bundesländer zeigen, dass der Ausgabenanteil der Hilfsmittel und Heilmittel von 5,4 % im Jahr 1991 auf 7,7% im Jahr 2003 und damit um 42,6% anstieg, während sich der Ausgabenanteil der Arzneimittelversorgung in diesem kürzeren Zeitraum um 7,9% und der Anteil der stationären Versorgung lediglich um 2,1% erhöhte. Im Jahre 2004 standen die Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel mit 8,2 Mrd. Euro (-11,15% zum Vorjahr) an 5. Position aller Leistungen.

Heil- und Hilfsmittel leisten einen wichtigen Beitrag zur Rehabilitation und Partizipation von behinderten Menschen. Insbesondere im Bezug auf die Hilfsmittel wird deren Bedeutung aufgrund der demographischen Veränderung in den kommenden Jahren noch weiter ansteigen. Hinzu kommen technologische Verbesserungen, die viele Hilfsmittel immer nützlicher für Menschen mit eingeschränkten körperlichen Funktionen machen.

Hilfsmittel im Leistungskatalog der GKV

Hilfsmittel kommen immer dann zur Anwendung, wenn die medizinische Rehabilitation gefördert oder Behinderung bzw. Pflegebedürftigkeit abgewendet, beseitigt, gemindert, ausgeglichen, ihre Verschlimmerung verhütet oder ihre Folgen gemildert werden sollen (§ 11 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Die Definition bleibt selbst im „Hilfsmittel-Paragraphen“ § 33 des SGB V unpräzise, beispielhaft genannt werden Hörhilfen, Körperersatzstücke und orthopädische Hilfsmittel. Versicherte haben auch Anspruch auf andere Hilfsmittel, „die geeignet sind, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen“ sind oder nach § 34 SGB V aus dem GKV-Leistungskatalog ausgeschlossen sind. Beim Anspruch der Versicherten auf Sehhilfen gab es im GMG eine relativ detaillierte Neuregelung des § 33 des SGB V. Dies wirkte sich auch erkennbar auf die Inanspruchnahme im Jahr 2004 aus

(siehe Tabelle 1.5) – die Ausgaben in diesem Bereich sanken auffällig. Der § 33 SGB V begrenzt nach seiner Neufassung den Leistungsanspruch bei der Versorgung mit Sehhilfen ab dem 1. Januar 2004 nämlich nur noch auf Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, sowie auf schwer sehbeeinträchtigte erwachsene Versicherte.

Im § 128 des SGB V ist festgeschrieben, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen ein Hilfsmittelverzeichnis erstellen. Bevor es dazu kommt oder auch Fortschreibungen und Aktualisierungen vorgenommen werden, bekommen die betroffenen Leistungserbringer und Hilfsmittelproduzenten Gelegenheit, Stellung zu den Regelungen des Hilfsmittelverzeichnisses zu nehmen. Wichtig ist es festzuhalten, dass dieses Hilfsmittelverzeichnis die Versorgung mit Hilfsmitteln nicht abschließend regelt, es bestehen u.U. auch Ansprüche der Versicherten auf andere, nicht gelistete Produkte – das Hilfsmittelverzeichnis hat daher nicht den Charakter einer Positivliste. Auch das Bundessozialgericht hat festgestellt, dass mit dieser Auflistung - rechtlich betrachtet - kein Ausschließlichkeitsanspruch verbunden ist (Zuck, 2003).

Die Regelung der Preise und der Kostenübernahme für Hilfsmittel ist sowohl im Rahmen von bundesweiten Festbeträgen (§ 36 SGB V) als auch mit Verträgen auf der Ebene des GKV-Landesverbandes (§127 Abs.1 SGB V) und mit Verträgen auf Krankenkassenebene (§ 127 Abs. 2 SGB V) möglich. Die Festbetragsregelung bei Hilfsmitteln entspricht der bei Arzneimitteln: Nach § 33 Abs. 2 SGB V trägt die Krankenkasse die Kosten für Hilfsmittel bis zur Höhe des Festbetrags; besteht eine Differenz zwischen dem Festbetrag und den tatsächlich anfallenden Kosten für das Hilfsmittel, so trägt der Versicherte diese Mehrkosten.

Die Vorgaben des SGB V für die Ermittlung von Festbeträgen für Arznei- und Verbandmittel in § 35 Abs. 5 und 7 gelten analog auch für Hilfsmittel (§ 36 Abs.3 SGB V). Danach sind die Festbeträge für Hilfsmittel so festzusetzen, dass sie

- im Allgemeinen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleisten,
- dazu beitragen, Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen und
- einen wirksamen Preiswettbewerb auslösen; zu diesem Zweck sollen sie sich an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten ausrichten.

Weiterhin sind Festbeträge für Hilfsmittel

- mindestens einmal jährlich zu überprüfen und
- in geeigneten Zeitabständen an eine geänderte Marktlage anzupassen.

Festbeträge für Hilfsmittel

Mit dem Gesundheits-Reformgesetz (GRG) im Jahre 1989 wurden Festbeträge für Seh- und Hörhilfen und in einzelnen Bundesländern auch für Mittel gegen Dekubitus, für Einlagen, Inkontinenzhilfen und Stomaartikel festgesetzt. Die Festbeträge lagen zum Teil so niedrig, dass es zu erheblichen und auch in der Folge kritisierten Eigenbeteiligungen von Versicherten kam. Bei der Analyse der Höhe der Festbeträge muss aber folgendes berücksichtigt werden:

Hilfsmittel müssen, anders als Arzneimittel, teilweise an die individuellen Fähigkeiten und Lebensumstände von Versicherten angepasst werden. Daher deckt der „reine“ Produktfestbetrag oftmals diese begleitend entstehenden Aufwände nicht ausreichend ab. Niedrige Festbeträge, ohne Berücksichtigung dieses Anpassungsaufwandes, könnten sich daher zuungunsten des Versicherten und der Qualität der Anwendung und des Nutzens auswirken. Wenn nun aber die Zuzahlungsnotwendigkeiten der Versicherten besonders hoch und belastend ausfallen, könnte damit auch verbunden sein, dass die Hilfsmittel gar nicht erst angeschafft und im „Versorgungsalltag“ genutzt werden können. Beide Aspekte müssen möglichst vermieden werden. Daher könnten Festbeträge, ergänzt

um Anpassungspauschalen, als Basis für „Versorgungspauschalen“ herangezogen werden, die gleichzeitig auch eine evtl. notwendige Instandsetzung oder Beratung des Versicherten beinhaltet. Hierdurch wären auch mehr Spielräume für die Anforderungen an die Qualität und für Preisgestaltungsmöglichkeiten denkbar.

Im Januar 2005 wurden bundesweite Festbeträge für die Produktbereiche Einlagen, Hörhilfen, Hilfsmittel zur Kompressionstherapie, Inkontinenzhilfen, Sehhilfen und Stomaartikel eingeführt (BMGS, 2005a; Bode & Maßing, 2005). Die Auswirkung dieser Festbeträge auf die Versorgung kann erst im Laufe des Jahres 2005 erfolgen und wird daher einer der Schwerpunkte der Analysen im „GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2006“ sein, der Mitte des Jahres 2006 erscheinen wird.

Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelverzeichnis

Die Spitzenverbände der Krankenkassen müssen „gemeinsam und einheitlich“ Qualitätsstandards für Hilfsmittel entwickeln, die im Hilfsmittelverzeichnis veröffentlicht werden (§ 139 SGB V). Über die Aufnahme von Produkten in das Verzeichnis entscheiden die Spitzenverbände ebenfalls „gemeinsam und einheitlich“, nachdem der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) die Voraussetzungen geprüft hat. Die Federführung obliegt dem IKK-Bundesverband. Er ist zugleich der Ansprechpartner für Hersteller von Hilfsmitteln im Antragsverfahren (IKK-Bundesverband, 2003).

Das Hilfsmittelverzeichnis (HMV) wird im Bereich der GKV eingesetzt, ergänzt wird es durch ein Pflegehilfsmittelverzeichnis (PHMV), das im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung (SPV) zur Anwendung kommt (§ 78 SGB XI). Das HMV mit ca. 15.000 Produkten ist in 34, das PHMV in sechs Produktgruppen gegliedert (siehe Tabelle 1.1).

Tabelle 1.1 Produktgruppen im Hilfsmittelverzeichnis und Pflegehilfsmittelverzeichnis

Bezeichnung der Produktgruppe	Produktbeispiele
01 Absauggeräte	Sekret-Absauggeräte zur Reinigung der oberen und unteren Luftwege, Milchpumpen
02 Adaptionshilfen	Hilfen im häuslichen Bereich (Ess- und Trinkhilfen, rutschfeste Unterlagen, Halterungen/Greifhilfen), Hilfen zum Lesen und Schreiben (Kopf- und Fußschreibhilfen, spezielle Tastaturadaptionen), Bedienungssensoren für elektrische Geräte, Umfeldkontrollgeräte
03 Applikationshilfen	Spritzen, Infusionspumpen und Zubehör, Insulinpumpen, Ernährungspumpen
04 Badehilfen	Badewannenlifter und –sitze, Sicherheitsgriffe, Duschhilfen
05 Bandagen	Funktionssicherungs-, Stabilisierungsbandagen
06 Bestrahlungsgeräte	Infrarottherapie-, UV-Therapie-, Lasertherapiegeräte
07 Blindenhilfsmittel	Blindenlang- (Tast-) Stöcke, Geräte zur Schriftumwandlung (Lesegeräte), elektronische Blindenleitgeräte
08 Einlagen	Schaleneinlagen, Fersenschalen, Einlagen mit Korrekturbacken
09 Elektrostimulationsgeräte	Muskelstimulations-, Schmerztherapiegeräte
10 Gehhilfen	Hand- und Gehstöcke, Unterarmgehstützen, Achselstützen, fahrbare Gehhilfen
11 Hilfsmittel gegen Dekubitus	Luftkissen, Sitz- und Liegehilfen
12 Hilfsmittel bei Tracheostoma	Trachealkanülen, Atemluftbefeuchter, Verbrauchsmaterialien
13 Hörhilfen	„Hinter dem Ohr“-Geräte, „Im Ohr“-Geräte
14 Inhalations- und Atemtherapiegeräte	Aerosol-Inhalationsgeräte bei chronischen Lungenerkrankungen
15 Inkontinenzhilfen	Katheter, Netzhosen, Vorlagen
16 Kommunikationshilfen	behinderungsgerechte Hardware und Software, Signalanlagen für Gehörlose
17 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	Kompressionsstrümpfe

Tabelle 1.1 Fortsetzung

Bezeichnung der Produktgruppe		Produktbeispiele
18	Krankenfahrzeuge	Schiebe-, Elektrorollstühle
19	Krankenpflegeartikel	Behindertengerechte Betten, Einmalhandschuhe
20	Lagerungshilfen	Lagerungsschalen für Extremitäten
21	Messgeräte für Körperzustände/-funktionen	Spirometer zur „Peak-Flow"-Bestimmung, SIDS-Monitore, Blutdruck-Messgeräte, Überwachungsgeräte für Epilepsiekranke, Blutzuckermessgeräte
22	Mobilitätshilfen	Lifter, Umsetz- und Hebehilfen
23	Orthesen	zur Zeit nicht besetzt
24	Prothesen	Brustprothesen
25	Sehhilfen	Brillengläser, Kontaktlinsen, Bildschirmlesegeräte
26	Sitzhilfen	Sitzschalen, behindertengerechte Autokindersitze
27	Sprechhilfen	Sprachverstärker, Stimmersatzhilfen
28	Stehhilfen	Stehständer zur Gelenkstabilisierung, Schrägliegebretter
29	Stomaartikel	Anus Praeter-Bandagen, spezielle Bandagen
30	Schienen	zur Zeit nicht besetzt
31	Schuhe	Orthopädische Maßschuhe
32	Therapeutische Bewegungsgeräte	Gymnastikbälle, Kniebewegungsschienen, Arm- und Beinkombinationstrainer bei Lähmungen
33	Toilettenhilfen	Sitze, Stützgestelle
50	Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege	Pflegebetten, spezielle Nachtschränke
51	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/ Hygiene	Kopf-, Ganzkörperwaschsysteme
52	Pflegehilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung/Mobilität	Hausnotrufsysteme
53	Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden	Lagerungsrollen
54	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Desinfektionsmittel, Einmalhandschuhe
98	Sonstige Pflegehilfsmittel	zur Zeit nicht besetzt
99	Verschiedenes	Blindenführhunde, Kopfschutzbandagen und –helme z.B. für Epileptiker

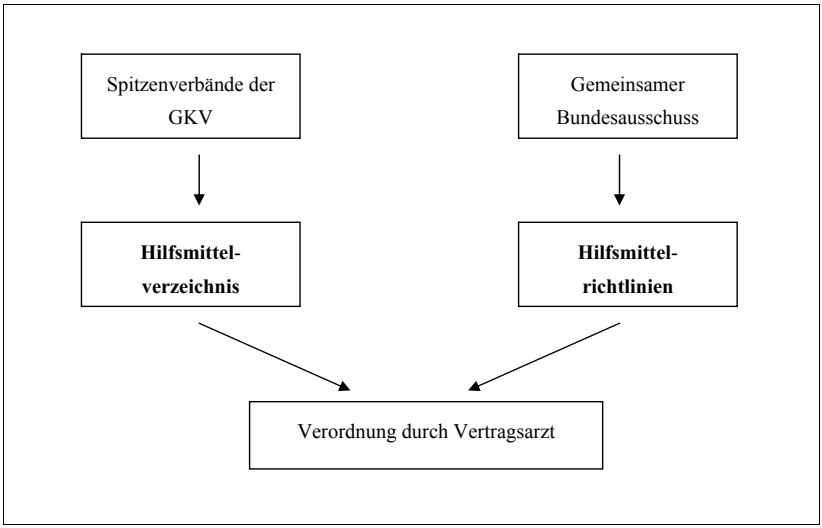
Quelle: Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelverzeichnis/IKK-Bundesverband (2005)

Bundesweit liegen Daten zur Verordnungshäufigkeit von Hilfsmitteln nur sehr ungenügend vor. Da sich die GEK entschieden hat, neben den Arzneiverordnungen auch die Hilfsmittelverordnungen zu erfassen und auszuwerten (erstmals für das Jahr 2003, siehe Scharnetzky et al., 2004), können Aufstellungen über die Verordnungshäufigkeit einzelner Hilfsmittelgruppen näheren Aufschluss über die Ausgaben in diesem Bereich bieten und Veränderungen identifizieren, die z.B. durch neu gefasste gesetzliche Rahmenbedingungen zustande kommen. Danach entfielen im Jahr 2004 die höchsten Ausgaben mit 396 Euro je 100 Versicherte auf die Produktgruppe 31 Schuhe. Aufgrund der Neufassung von § 33 SGB V durch das GMG (s.o.) wurden die Sehhilfen als größter Ausgabenposten im Jahre 2003 „abgelöst“. Die Ausgaben für orthopädische Schuhe und für Einlagen sind u.a. auf Amputationen von Zehen bzw. des Vorderfusses aufgrund von Diabetes mellitus zurückzuführen. Hierauf wird in dem Kapitel „Podologische Therapie bei DiabetikerInnen“ näher eingegangen. Die aktuellen Ausgaben und deren Veränderungen im Versorgungssegment Hilfsmittel werden ausführlich im Kapitel 4 „Hilfsmittel“ dargestellt.

Hilfsmittelrichtlinien

Wie in der Arzneimittelversorgung existieren auch für Hilfsmittel Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, die nach § 92 SGB V die Verordnung von Hilfsmitteln durch Vertragsärzte regeln. Sie enthalten neben allgemeinen Verordnungsgrundsätzen u.a. spezifische Regelungen zu Seh- und Hörhilfen. Diese Richtlinien zielen auf ein angemessenes Verordnungsverhalten der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ab und regeln damit die Rahmenbedingungen für die Anwendung der Hilfsmittel bei Patientinnen und Patienten. Damit wird erkennbar, dass die Spitzenverbände mit dem Hilfsmittelverzeichnis die Art und Qualität der Hilfsmittel steuern, die Hilfsmittelrichtlinien regeln deren Anwendung.

Abbildung 1.2 Aufgabenteilung zwischen den Spitzenverbänden der GKV und dem Gemeinsamen Bundesausschuss in der Hilfsmittelversorgung



Quelle: Gutachten Sachverständigenrat 2005

Notwendige Schritte zur Verbesserung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung

Anders als in der Arzneimittelversorgung fehlt für die Hilfsmittelversorgung eine Infrastruktur für die Nutzenbewertung. Daher liegen kaum Aussagen zur Angemessenheit von Preisen oder Preisrelationen vor. Im Arzneimittelbereich sind Standards für Studien unterschiedlicher Typen (Phase I-, II- und III-Studien im „Vormarkt“ vor der Zulassung, Anwendungsbeobachtungen im „Nachmarkt“ nach der Zulassung usw.) etabliert, es existiert eine breite Expertise von wissenschaftlichen Institutionen in der Durchführung von Wirksamkeits- und Lebensqualitätsstudien. Der Marktzugang über die Zulassungsbehörde

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ist ebenso geregelt wie die Überwachung des Arzneimittelmarktes durch die Länderbehörden (Glaeske et. al, 1993). Dies alles fehlt im Bereich der Hilfsmittel. In diesem Versorgungsbereich engagieren sich vor allem der Medizinische Dienst (MDS) und eine überschaubare Zahl an Experten bei den Verbänden der GKV und einzelnen Krankenkassen. Auch hier haben die Hersteller vor der Vermarktung als Voraussetzung für die Aufnahme von Produkten in das Hilfsmittelverzeichnis die Funktionstauglichkeit, den therapeutischen Nutzen und die Qualität nachzuweisen (siehe auch die Anforderung des § 139 SGB V), dennoch ist die Durchführung von methodisch akzeptierten und aussagekräftigen Studien wie im Arzneimittelbereich keine etablierte Praxis. Ob hierfür fehlende Ressourcen der Hersteller als Grund akzeptiert werden können, bleibt fraglich, denn auch mit Hilfsmitteln werden, wie die Ausgaben der GKV zeigen, erhebliche Umsätze generiert. Allerdings muss bedacht werden, dass bestimmte, in der Arzneimittelversorgung übliche Studienmethoden nicht angewendet werden können (Verblindungen werden kaum möglich sein), dennoch sind Vergleichsstudien zum derzeitigen Standard durchaus denkbar, um einen eventuell beanspruchten Fortschritt unter Beweis stellen zu können. In der Wissenschaft scheint die Hilfsmittelversorgung weder ein entdecktes noch ein attraktives Feld zu sein, möglicherweise auch mangels Drittmittelgeber für Projekte oder Studien. Daher hat sich auch noch kein gut ausgebildetes Verständnis für diesen in Zukunft immer wichtiger werdenden Versorgungsbereich herausgebildet. Vor diesem Hintergrund sollten Überlegungen zur Gründung einer personell und finanziell ausreichend ausgestatteten Task-Force „Hilfsmittel“ in der GKV aufgenommen werden, die den Markt beobachtet, Vorschläge für Prüfungen und Studien unterbreitet und auf nicht adäquate Hilfsmittelangebote reagieren kann – bis hin zum Verbot solcher Mittel für die Anwendung in der GKV. Prüfstellen, wie die für orthopädische Hilfsmittel bei Kriegsopfern, die im Januar 2002 an der

Klinik und Poliklinik für Technische Orthopädie und Rehabilitation der Universität Münster eingerichtet wurden (http://medweb.uni-muenster.de/institute/pruef/), können hier als Beispiel dienen, um auch den Nutzen bestimmter Hilfsmittel bei anderen Patientengruppen zu prüfen. Zu den Aufgaben der Task-Force, die aus Vertretern von Kassen, dem MDS, Ärzten, Patienten und Anbietern zusammengesetzt sein sollte, muss es gehören, Unter-, Über- und Fehlversorgung zu identifizieren sowie Qualitätsdefizite von Produkten und in der Versorgung aufzudecken, damit frühzeitig Veränderungen zugunsten der Patientinnen und Patienten stattfinden können. Dazu gehört auch die Qualifikation der Anbieter und Verordner. Es scheint in vielen Fällen notwendig, die Verordnungs- und Beratungsqualität zu verbessern, um die im Prinzip vorhandenen Hilfsmittel auch optimal nutzen zu können. In der Zwischenzeit wurden an Fachhochschulen ausbildende und qualifizierende Studiengänge für Augenoptik, Hörgeräteakustik, Medizintechnik mit Schwerpunkt Biomechanik, Orthopädie und Reha-Technik eingeführt. Auch diese Qualifikationen dienen einer dringend zu verbessernden Strukturqualität in der Hilfsmittelversorgung.

Um die Prozess- und Ergebnisqualität in der Hilfsmittelversorgung besser bewerten zu können, müsste die Gesundheitsberichterstattung in diesem Versorgungsbereich ausgebaut werden. In Kooperation mit Patienten-, Behinderten- und Selbsthilfeverbänden sollten die Kassen ein Berichtssystem aufbauen, das der weiter oben vorgeschlagenen Task-Force zur Verfügung gestellt wird, damit möglichst früh auf Versorgungsschwachstellen und Qualitätsdefizite reagiert werden kann. Dieses Berichtssystem sollte auch die Leistungsdaten in einer Form enthalten, wie sie die GEK mit diesem Report vorlegt. Diese transparenzfördernden Maßnahmen sollten darüber hinaus Hinweise über die bestehenden Verträge der Kassen mit den Hilfsmittelanbietern und Leistungserbringern enthalten. Dieser Versorgungsbereich ist nämlich durch eine extrem hohe Anzahl einzelner Verträge gekennzeichnet. Allein die GEK unterhält mit

rund 60.000 Anbietern vertragliche Beziehungen. Mit den Neuregelungen im Hilfsmittelbereich im GMG verfolgte der Gesetzgeber das Ziel, das Vertragsprinzip auf Kassenebene zu stärken und zu ermöglichen, dass Versicherte bei gleicher Qualität zu niedrigeren Preisen versorgt werden können. Der Umgang mit diesen erweiterten Spielräumen im Kassenwettbewerb sollte evaluiert werden, damit kein neuer Bereich der Intransparenz entsteht. Um mögliche Auswirkungen der Gewährung weiterer Spielräume für die kassenindividuelle Vertragsgestaltung gegenüber Leistungsanbietern abschätzen zu können, bedarf es eines Monitoring der Nutzung von vorhandenen Gestaltungsmöglichkeiten. An diesem Monitoring sollte ebenfalls die schon oben genannte Task-Force beteiligt sein, damit in einem „feed-back-Prozess“ rasch auf Fehlentwicklungen reagiert werden kann. Die Ergebnisse eines solchen „feed-back-Prozesses“ sollten dann auch in die Beratungen der einzelnen Krankenkassen Eingang finden.

Im Hinblick auf die Finanzierung von Hilfsmitteln ist die GKV mit knapp 49% der gesamten Ausgaben der wichtigste Ausgabenträger (Statistisches Bundesamt, 2003). An zweiter Stelle folgen die privaten Haushalte mit ca. 39%. Die Bedeutung anderer Ausgabenträger, darunter der privaten Krankenversicherung (4,5%) und der sozialen Pflegeversicherung SPV (2,1%), ist vergleichsweise gering. Gerade an den Schnittstellen zwischen GKV und SPV kommt es immer wieder zu Unklarheiten hinsichtlich der Finanzierungszuständigkeit für die Hilfsmittelversorgung. Aus diesem Grunde wurde von den Spitzenverbänden der Kranken- und Pflegekassen ein Abgrenzungskatalog erstellt, in dem festgestellt wird, dass die Abgrenzung „nicht allgemeinverbindlich und produktspezifisch vorgenommen werden“ kann, sondern dass „jeder einzelne Versorgungsfall insbesondere auch unter Berücksichtigung der Einrichtungsstruktur und der Bewohnerklientel der stationären Pflegeeinrichtung individuell zu prüfen“ ist. Die Abgrenzung richtet sich grundsätzlich danach, ob ein Hilfsmittel für den einzelnen Versicherten zur Verfügung gestellt werden

muss oder ob es sich um ein Hilfs- bzw. Pflegemittel handelt, das im alltäglichen Pflegebetrieb eingesetzt wird (siehe Tabelle 1.2).

Tabelle 1.2 Beispiele für die Finanzierungszuständigkeit bei Hilfs- und Pflegehilfsmitteln in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Produktgruppe (PG)	Krankenkasse nach SGB V	Pflegeeinrichtung nach SGB XI
Lesehilfen (PG 02)	x	
Rutschfeste Unterlagen (PG 02)		x
Badehilfen (PG 04)		x
Hörhilfen (PG 13)	x	
Hilfsmittel zur Kompressionstherapie (PG 17)	x	
Treppenfahrzeuge (PG 18)		x
Krankenpflegeartikel (PG 19)		x
Mobilitätshilfen (PG 22)		x
Orthesen (PG 23)	x	
Prothesen (PG 24)	x	

Quelle: Spitzenverbände der Krankenkassen (2003a)

Heilmittel im Leistungskatalog der GKV

Der Heilmittelmarkt ist völlig anders geregelt, da der gemeinsame Bundesausschuss abschließend die Art der Heilmittel beschließt, die zu Lasten der GKV angewendet werden können, Ausschlüsse sind im § 32 SGB V genannt. Zu den Heilmitteln gehören z.B. Leistungen der physikalischen Therapie, der Sprachtherapie und der Ergotherapie. Mit Zustimmung des Bundesrates kann das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS) Heilmittel mit umstrittenem therapeutischem Nutzen oder mit geringem Abgabepreis mit einer Rechtsverordnung von der Kostenübernahme durch die GKV ausschließen (§ 34 Abs. 4 SGB V). Mit dem GMG wird ab Januar 2004 bei der Erbringung von Heilmitteln im Rahmen der GKV eine Zuzahlung von 10% der Kosten und zusätzlich von 10 Euro je Verordnung erhoben (§ 61 SGB V). All diese Regelungen zeigen bereits den Unterschied zur Hilfsmittelversorgung:

Die Rechtsverbindlichkeit bei den Heilmittelangeboten ist klar im SGB V definiert, der Gemeinsame Bundesausschuss regelt, wie bei anderen therapeutischen Leistungen, die Frage, welche Maßnahmen zu Lasten der GKV abgerechnet werden dürfen. Im Bereich der Hilfsmittel erlässt der Gemeinsame Bundesausschuss lediglich Richtlinien zur Verordnung der Hilfsmittel, ein abschließender Katalog für Hilfsmittelleistungen existiert dagegen nicht, das Hilfsmittelverzeichnis wird vom IKK-Bundesverband als federführendem Kassenverband und vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände (MDS) geführt und - wo notwendig - ergänzt.

Die Heilmittelversorgung wird über Vereinbarungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. Verbänden der Ersatzkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 84 Abs. 8 SGB V) geregelt sowie über Rahmenempfehlungen, die zwischen Spitzenverbänden der Krankenkassen und Spitzenorganisationen der Heilmittelanbieter auf der Bundesebene geschlossen werden (§ 125 SGB V). Diese Rahmenempfehlungen beziehen sich vor allem

- auf den Inhalt der einzelnen Heilmittel, Umfang und Häufigkeit ihrer Anwendung und die Regelbehandlungszeit,
- auf Maßnahmen zur Qualitätssicherung, u. a. Prozess- und Ergebnisparameter,
- auf die Zusammenarbeit zwischen Vertragsarzt und Heilmittelerbringer,
- auf Maßnahmen zur Sicherung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit, und
- auf Vorgaben für Vergütungsstrukturen.

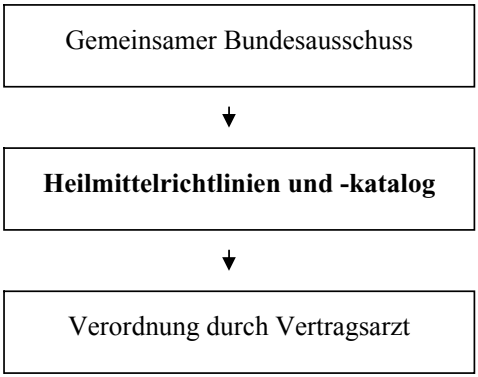
Die Heilmittelversorgung ist, wie die Versorgung in anderen Bereichen, abhängig von der Strukturqualität der Leistungserbringer, also von deren Qualifikation, aber auch deren Motivation. Im Gegensatz zu den Hilfsmitteln, die als sächlich unterstützende Leistungen gewertet werden, bilden Heilmittel persönlich zu erbringende Leistungen der Anbieter, also der Physiotherapeuten, Ergotherapeuten oder Logopäden. Der Aus-, Weiter- und Fortbildung muss daher besonderes Augenmerk geschenkt werden. Einzelheiten der Qualitätssicherung wie auch der Verpflichtung zur Fortbildung können in Verträgen der Kassenverbände mit den Heilmittelanbietern oder mit ihren Verbänden vereinbart werden (§ 125 SGB V).

Wie für die Hilfsmittel erlässt der Gemeinsame Bundesausschuss auch Heilmittelrichtlinien, diese allerdings – im Unterschied zu den Hilfsmitteln – in einem abschließenden Katalog im Rahmen seiner Richtlinienkompetenz. Darin werden auch folgende Aspekte geregelt:

- die Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen,
- Besonderheiten bei Wiederholungsverordnungen und
- Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Vertragsarztes mit dem jeweiligen Heilmittelerbringer (§ 92 Abs. 6 SGB V).

Die Heilmittelrichtlinien regeln auch die Voraussetzungen von Folge- und Langfristverordnungen. Unterschieden wird dabei zwischen Verordnungen „im Regelfall‘ und ‚außerhalb des Regelfalls“. Verordnungen „außerhalb des Regelfalls“ bedürfen einer gesonderten Begründung mit prognostischer Einschätzung und einer Genehmigung der Krankenkasse (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2004).

Abbildung 1.3 Heilmittelangebot der GKV als Bestandteil der Richtlinienkompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses



Quelle: Gutachten Sachverständigenrat 2005

Heilmittel können sowohl zu kurativen als auch zu präventiven Zwecken eingesetzt werden. Nach den Richtlinien ist eine Verordnung möglich, um

- eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern,
- eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
- einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken und
- Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.

Bei einer Verordnung muss immer geprüft werden, ob das angestrebte Behandlungsziel auch durch eigenverantwortliche Maßnahmen des Patienten (u. a. durch allgemeine sportliche Betätigung oder Änderung der Lebensführung), durch eine Hilfsmittelversorgung oder durch die Verordnung eines Arzneimittels qualitativ gleichwertig und kostengünstiger erreicht werden kann.

Im Heilmittelkatalog werden folgende Aspekte geregelt:

- Wann liegt eine Indikation vor, bei denen Heilmittel verordnungsfähig sind,
- welche Art der Heilmittel können bei diesen Indikationen verordnet werden,
- welche Menge der Heilmittel können in der jeweiligen Diagnosegruppe verordnet werden und
- welche Besonderheiten sind bei Wiederholungsverordnungen zu berücksichtigen.

Im Heilmittelkatalog sind Maßnahmen der physikalischen und podologischen Therapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie der Ergotherapie enthalten (siehe Tabelle 1.3).

Tabelle 1.3 Therapieformen im Heilmittelkatalog

Therapieform	Art des Heilmittels
Physikalische Therapie	Massagetherapie
	Bewegungstherapie, u.a. Chirotherapie und Krankengymnastik
	Traktionsbehandlung
	Elektrotherapie /-stimulation
	Kohlensäurebäder und Kohlensäuregasbäder
	Inhalationstherapie
	Thermotherapie
Podologische Therapie (bei Diabetes mellitus)	Hornhautabtragung, Nagelbearbeitung
Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	Stimmtherapie
	Sprechtherapie
	Sprachtherapie
Ergotherapie	motorisch-funktionelle Behandlung
	sensomotorisch-perzeptive Behandlung
	Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Behandlung
	psychisch-funktionelle Behandlung

Wegen der ansteigenden Prävalenz bestimmter Krankheiten, wie z.B. Diabetes mellitus, arteriellen Gefäßkrankheiten und Demenz, muss in der Zukunft sicherlich auch mit einem Anstieg der Heilmittelleistungen gerechnet werden.

Tabelle 1.4 Indikationen im Heilmittelkatalog

I. A. Indikationen für Maßnahmen der Physikalischen Therapie	
Art der Erkrankung	Diagnosegruppe
Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane	Wirbelsäulenerkrankungen
	Verletzungen/Operationen und Erkrankungen der Extremitäten und des Beckens
	Miss- und Fehlbildungen, Strukturschäden der Stütz- und Bewegungsorgane im Säuglings-, Kleinkind- und Kindesalter
	Chronifiziertes Schmerzsyndrom
Erkrankungen des Nervensystems	ZNS-Erkrankungen einschließlich des Rückenmarks
	periphere Nervenläsionen
Erkrankungen der inneren Organe	Störungen der Atmung
	arterielle Gefäßkrankheiten
	Lymphabflussstörungen
Sonstige Erkrankungen	Störung der Dickdarmfunktion
	Störungen der Ausscheidung
	Schwindel unterschiedlicher Genese und Ätiologie
	periphere trophische Störungen
	Prostatitis, Adnexitis
I.B. Indikation für Maßnahmen der Podologischen Therapie	
Diabetisches Fußsyndrom	
II. Indikationen für Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	
Art der Störung	Diagnosegruppe
Störungen der Stimme	organisch bedingte Erkrankungen (z. B. durch Kehlkopfasymmetrien, Kehlkopftraumen, Missbildungen)
	funktionell bedingte Erkrankungen
	psychogene Erkrankungen

Tabelle 1.4 Fortsetzung

II. Indikationen für Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	
Art der Erkrankung	Diagnosegruppe
Störungen der Sprache	Störungen der Artikulation
	Störungen der auditiven Wahrnehmung
	Störungen der Sprache bei hochgradiger Schwerhörigkeit oder Taubheit
	Störungen der Sprache nach Abschluss der Sprachentwicklung (z. B. bei ischämischem Insult, intracerebraler Blutung, Hirntumor, Schädel-Hirn-Trauma)
	Störungen der Sprechmotorik
Störungen des Redeflusses	Stottern (z. B. wegen himorganischer, psychischer, konstitutioneller oder traumatischer Ursachen)
	Poltern (z. B. wegen hirnorganischer oder konstitutioneller Ursachen)
Störungen der Stimm- und Sprechfunktion	
Störungen des Schluckaktes	krankhafte Störungen des Schluckaktes
	Schädigungen im Kopf-Hals-Bereich
III. Indikationen für Maßnahmen der Ergotherapie	
Art der Erkrankung oder Störung	Diagnosegruppe
Erkrankungen des Stütz- und Bewegungssystems	Wirbelsäulenerkrankungen (M. Bechterew, rheumatoide Arthritis mit Befall der Wirbelsäule, Fraktur etc.)
	Störungen nach traumatischer Schädigung, Operationen, Verbrennungen, Verätzungen
	Amputationen, angeborene Fehlbildungen
	Gelenkerkrankungen, vorwiegend Schulter, Ellbogen, Hand
	Gelenkerkrankungen / Störungen der Gelenkfunktion mit prognostisch längerem Behandlungsbedarf (z. B. Arthritis/Arthrose)
	sympathische Reflexdystrophie, CRPS
	Erkrankungen mit Gefäß-, Muskel- und Bindegewebsbeteiligung

Tabelle 1.4 Fortsetzung

III. Indikationen für Maßnahmen der Ergotherapie	
Art der Erkrankung	Diagnosegruppe
Erkrankungen des Nervensystems	ZNS-Erkrankungen und / oder Entwicklungsstörungen (bis 18. Lebensjahr)
	ZNS-Erkrankungen (ab 18. Lebensjahr; z. B. Schädelhirntrauma, Morbus Parkinson, Multiple Sklerose, Apoplex, zerebraler Tumor, Cerebralparese)
	Rückenmarkserkrankungen (z. B. Querschnittssyndrom)
	periphere Nervenläsionen
Psychische Störungen	Entwicklungsstörungen (z. B. frühkindlicher Autismus), Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend (z. B. Störung des Sozialverhaltens, depressive Störung/Angststörung, Essstörung)
	neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (z. B. Angststörung), Verhaltensauffälligkeiten (z.B. Essstörung), Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (z. B. Borderline-Störung)
	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen, affektive Störungen (z. B. depressive Episode)
	psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (z. B. Abhängigkeitssyndrom)
	demenzielle Syndrome (z. B. Morbus Alzheimer)

Im Hinblick auf die Qualität der Versorgung mit Heilmitteln wurden vom Sachverständigenrat für die Beobachtung von Unter-, Über- und Fehlversorgung vor allem folgende Gründe genannt (Gutachten 2000/2001, Band III.1, siehe Gutachten des Sachverständigenrats 2005): „Eine Unterversorgung wurde z.B. bei der Kompressionstherapie tiefer Beinvenenthrombose festgestellt, die oft bedarfsgerecht begonnen, aufgrund eines mangelnden Interesses bei Ärzten oder Patienten aber nicht immer ausreichend fortgesetzt wird. Unterversorgung wurde auch bei der Versorgung von Lymphödemen im stationären Bereich festgestellt. Stellungnahmen von Bundesländern, ärztlichen Körperschaften und Verbänden der Krankenkassen wiesen auf eine Unter- bzw. Fehlversorgung von behinderten Kindern in Behinderteneinrichtungen mit Ergotherapie, Krankengymnastik und Logopädie hin (SVR-Gutachten 2000/2001, Band III.1, Ziffer 190). Von Verbänden der Krankenkassen wurde eine regional unterschiedliche Dichte der Heilmittelpraxen, z. B. der Physio- und Ergotherapeuten sowie der Logopäden, mit der Folge lokaler Über- und Unterversorgung vermerkt (SVR-Gutachten 2000/2001, Band III.1 Ziffer 211). Von Betroffenenorganisationen wurde eine Unterversorgung mit Krankengymnastik im stationären und ambulanten Bereich, z.B. bei Skoliose und Mukoviszidose, beklagt (vgl. SVR-Gutachten 2000/2001, Band III.1 Ziffer 170). Unter- und Fehlversorgung bei Schlaganfall kann z. B. dann vorliegen, wenn eine Behandlung durch Fachtherapeuten wie Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden zu spät, zu selten oder nicht adäquat durchgeführt wird. Als Ursachen wurden genannt:

1. fehlende ambulante Folgeverordnungen nach stationärer Akut- und Anschlussheilbehandlung,
2. eine unzureichende Qualifikation der Physiotherapeuten und
3. eine regionale Unterversorgung mit Fachtherapeuten.

Eine Unterversorgung liegt nach dieser Befragung u. a. bei der Versorgung von Heimpatienten mit Physiotherapie nach erlittenem Insult vor. Empfohlen wurde die Qualitätssicherung ärztlicher, krankengymnastischer, logopädischer und ergotherapeutischer Maßnahmen nach einheitlichen Indikatoren (SVR Band III.2, Ziffer 146, 2000/2001). Als mögliche Einflussfaktoren einer Über-, Unter- und Fehlversorgung mit Heilmitteln sind vor allem zu nennen:

- der Kenntnisstand behandelnder Ärzte zur Effektivität von Heilmitteln und seine Auswirkungen auf die Indikationsstellung,
- die Qualifikation nichtärztlicher Therapeuten, z. B. im Hinblick auf die Nutzung von wissenschaftlichen Ergebnissen zur Effektivität von Heilmitteln,
- Erkenntnisse zur Effektivität von Heilmitteln z. B. aus der Versorgungsforschung,
- die Umsetzung der Heilmittelrichtlinien,
- finanzierungsrechtliche Rahmenbedingungen und Zuzahlungen,
- ein Einbezug der Heilmittelversorgung in Verträge zur integrierten Versorgung bzw. in Versorgungsprogramme für chronisch Kranke (DMP),
- regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme von Heilmitteln u. a. aufgrund der regional unterschiedlichen Verteilung von Leistungserbringern (vgl. Scharnetzky et al., 2004; Lichte et al., 2001), sowie
- Auswirkungen des DRG-Systems auf die Heilmittelversorgung.“

Ausgaben der GEK für Heil- und Hilfsmittel

Die Ausgaben für Heilmittel im Jahre 2004 sind im Vergleich zum Vorjahr um 8,9% auf 68,6 Mio. Euro angestiegen, dies zeigt sich auch bei den Ausgaben je 100 Versicherte (siehe Tabelle 1.5).

Tabelle 1.5 Kennzahlen der Jahre 2003 und 2004 für die GEK-Versicherten

	2003	2004	in %
Anzahl Versicherte (Statusfälle)*:			
Gesamt	1.413.366	1.520.086	+7,55
Männer	781.203	826.428	+5,79
Frauen	632.163	693.658	+9,73
Anzahl versicherte Personen			
Gesamt	1.380.402	1.470.020	+6,49
Männer	769.192	806.481	+4,85
Frauen	611.210	663.539	+8,56
Durchschnittsalter:			
Gesamt	36,1	36,5	
Männer	37,1	37,5	
Frauen	34,7	35,3	
Versicherte mit Heilmittelleistungen (RL)**:			
Gesamt	210.339	216.185	+2,78
Männer	103.860	104.255	+0,38
Frauen	106.492	111.936	+5,11
Versicherte mit Hilfsmittelleistungen (HMV)***:			
Gesamt	361.934	277.375	-23,36
Männer	191.554	143.335	-25,17
Frauen	170.389	134.048	-21,33
davon Versicherte mit Sehhilfen			
Gesamt	221.458	104.029	-53,03
Männer	117.033	53.851	-53,99
Frauen	104.427	50.180	-51,95
Versicherte mit Pflegehilfsmittelleistungen			
Gesamt	1.729	1.637	-5,32
Männer	1.056	953	-9,75
Frauen	673	684	+1,63

Tabelle 1.5 Fortsetzung

	2003	2004	in %
Ausgaben für Heilmittel (RL):			
Gesamt	62.965.582,53	68.565.605,04	+8,89
Männer	32.638.543,60	35.125.797,93	+7,62
Frauen	30.327.038,93	33.439.807,11	+10,26
Ausgaben für Heilmittel (RL) pro 100 Versicherte:			
Gesamt	4.455,01	4.510,64	+1,25
Männer	4.177,98	4.250,32	+1,73
Frauen	4.797,34	4.820,79	+0,49
Ausgaben für Hilfsmittel (HMV):			
Gesamt	69.387.259,71	67.750.996,03	-2,36
Männer	39.711.592,62	39.020.031,76	-1,74
Frauen	29.675.667,09	28.730.964,27	-3,18
Ausgaben für Hilfsmittel (HMV) ohne Sehhilfen			
Gesamt	56.450.078,73	61.956.117,22	+9,75
Männer	32.880.761,86	35.993.661,89	+9,47
Frauen	23.569.316,87	25.962.455,33	+10,15
Ausgaben für Hilfsmittel (HMV) pro 100 Versicherte:			
Gesamt	4.909,36	4.457,05	-9,21
Männer	5.083,39	4.721,53	-7,12
Frauen	4.694,31	4.141,95	-11,77
Ausgaben für Hilfsmittel (HMV) ohne Sehhilfen pro 100 Versicherte :			
Gesamt	3.994,02	4.075,83	+2,05
Männer	4.208,99	4.355,33	+3,48
Frauen	3.728,36	3.742,83	+0,39
Ausgaben für Pflegehilfsmittel :			
Gesamt	911.208,80	857.567,94	-5,89
Männer	555.461,28	495.806,62	-10,74
Frauen	355.747,52	361.761,32	+1,69
Ausgaben für Pflegehilfsmittel pro 100 Versicherte:			
Gesamt	64,47	56,42	-12,49
Männer	71,10	59,99	-15,63
Frauen	56,27	52,15	-7,32

*Die Zahl der Statusfälle übersteigt die Anzahl der tatsächlich versicherten Personen, weil eine versicherte Person während eines Jahres unter mehreren Statusgruppen geführt werden kann.

** Heilmittel entsprechend der Heilmittel-Richtlinien

*** Hilfsmittel aus dem Hilfsmittelverzeichnis

Hier ist der Anstieg mit 1,25% allerdings weniger ausgeprägt, weil die Anzahl der GEK-Versicherten im Vergleich der Jahre 2003 und 2004 um rund 6,5% angestiegen ist.

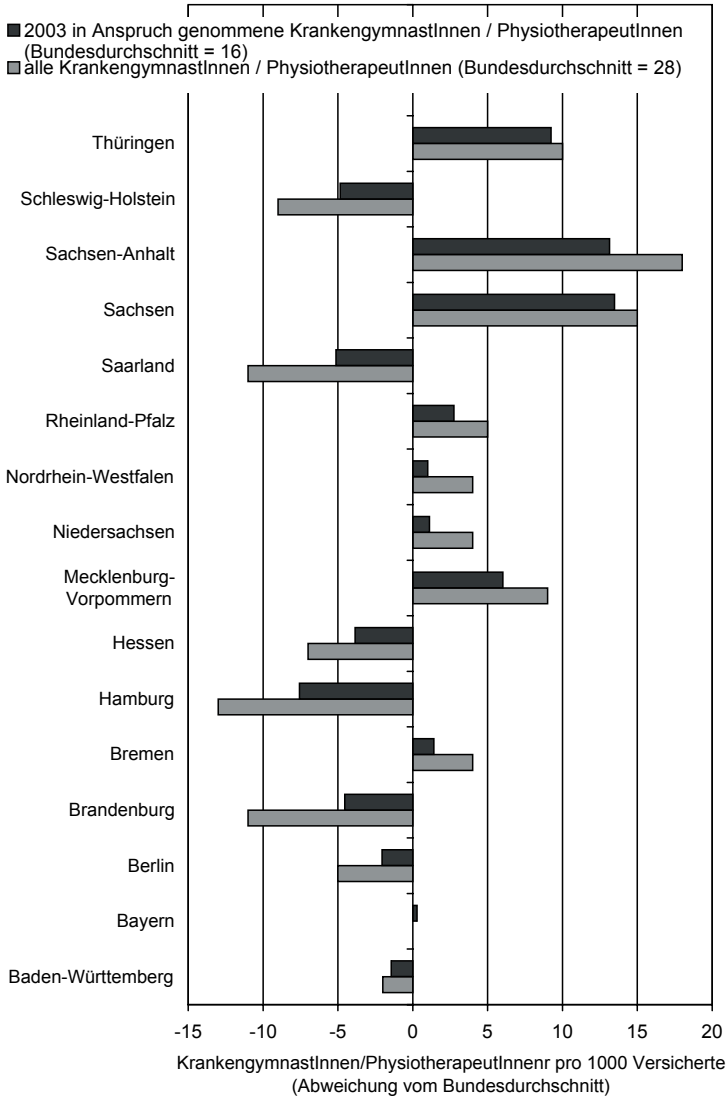
Tabelle 1.6 Die Ausgaben der GEK für unterschiedliche Heilmittel im Jahre 2004 (Ausgaben in Euro)

	Anzahl Versicherte mit Leistungen	Ausgaben pro Versichertem mit Leistungen 2004	Ausgaben 2004 gesamt für die GEK	Veränderung Ausgaben je Versichertem mit Leistungen gegenüber 2003
Ergotherapie	10.736	867,76	9.316.279,39	+25,08
Logopädie	12.190	589,95	7.191.441,48	+33,74
Physiotherapie	198.590	261,60	51.951.710,10	+10,45

Der größte Ausgabenanteil entfällt damit auf die Physiotherapie mit 51.951.710,10 Euro. Der Hauptanteil der Versicherten, die Ergotherapie erhalten, sind im Alter von 5 bis 20 Jahren (8.163 Versicherte der Gesamtgruppe von 10.736), die annähernd gleiche Verteilung findet sich bei der Logopädie: Auf die Altersgruppen 0 bis 20 Jahren entfallen bereits 11.135 Versicherte der gesamten Gruppe von 12.190 (siehe Tab. 2 und Tab. 26 im Anhang). Allein im Bereich der Physiotherapie sehen wir eine mit dem Alter ansteigende Inanspruchnahme, die allerdings bei den Hochbetagten wieder abnimmt. Es muss daher kritisch hinterfragt werden, ob diese Ballung von Ergotherapie und Logopädie im Kindes- und Jugendalter als medizinisch adäquat und in jedem Fall notwendig erachtet wird oder ob nicht andere Maßnahmen im Kindergarten oder in den Schulen solche medizinischen Leistungen ersetzen könnten.

Gleichzeitig muss auch festgehalten werden, dass die „Leistungserbringerdichte“ eine erhebliche Rolle für die Menge der verordneten Heilmittel und für die Ausgaben spielt. Dabei sind, wie unsere Daten im letzten Jahr deutlich machten, erhebliche regionale Abweichungen feststellbar. Die höchste Anbieterdichte je 1.000 Versicherte und zugleich die stärkste Inanspruchnahme durch GEK-Versicherte wurde für den Bereich Physiotherapie in den Bundesländern Sachsen und Sachsen-Anhalt festgestellt.

Abbildung 1.4 Verteilung von Krankengymnasten und Physiotherapeuten und ihre Inanspruchnahme in den Bundesländern



Quelle: GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2004

Auch im Jahre 2004 liegt die physiotherapeutische Behandlungsprävalenz in Sachsen noch erheblich über dem Bundesdurchschnitt. Sie beträgt 20,35% und liegt damit 56% (+7,29 Prozentpunkte) über dem mittleren Anteil aller KV-Bereiche (siehe Tab. 50 und Tab. 66 im Anhang). Allerdings ist die Behandlungsprävalenz in Sachsen gegenüber dem Jahr 2003 rückläufig (-2,2 Prozentpunkte). In Sachsen-Anhalt liegt die Behandlungsprävalenz im Jahr 2004 ebenfalls über dem Bundesdurchschnitt (+9% bzw. +1,15 Prozentpunkte, siehe Tab. 67 im Anhang), sie ist ebenfalls rückläufig (-1,51 Prozentpunkte gegenüber 2003).

Im Vergleich zu den Heilmitteln zeigt sich bei den Hilfsmitteln ein anderes Bild: Hier sind die Gesamtausgaben im Jahre 2004 im Vergleich zum Vorjahr um 2,4% auf 67,8 Mio. Euro gesunken – trotz der gestiegenen Anzahl der Versicherten. Diese Ausgabensenkung ist aber kaum vergleichbar mit den Gesamtausgaben für Hilfsmittel im Jahre 2003, weil durch das GKV-Modernisierungsgesetz im Bereich des größten Ausgabenblocks, nämlich der Sehhilfen, gesetzlich veränderte Rahmenbedingungen für die Kostenübernahme eingeführt wurden. So bekommen ab dem 1.1.2004 nur noch Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr Brillen zu Lasten der GKV verordnet, bei den Erwachsenen nur noch, wenn eine starke Sehbeeinträchtigung vorliegt. Dies hat dazu geführt, dass die Anzahl der Versicherten, für die Sehhilfen im Jahre 2004 abgerechnet wurden, um 53% gesunken ist – von 221.458 auf 104.029. Betrachtet man die Gesamtzahl der Versicherten, die Hilfsmittel bekommen, so machten die Versicherten, die im Jahre 2003 Sehhilfen bekamen, etwa 60% aus (221.458 von 361.934), im Jahre 2004 ist dieser Anteil auf rund 40% gesunken (104.029 von 277.375, siehe Tabelle 1.5). Im Gesamtergebnis kann es daher nicht verwundern, dass die Ausgaben für den gesamten Hilfsmittelbereich gesunken sind. Rechnet man aber sowohl 2003 wie 2004 die Sehhilfen aus den Ausgaben heraus, dann steigen die Ausgaben auch für 2004 deutlich an – von 56,5 Mio. Euro auf 62 Mio. Euro (+9,75%).

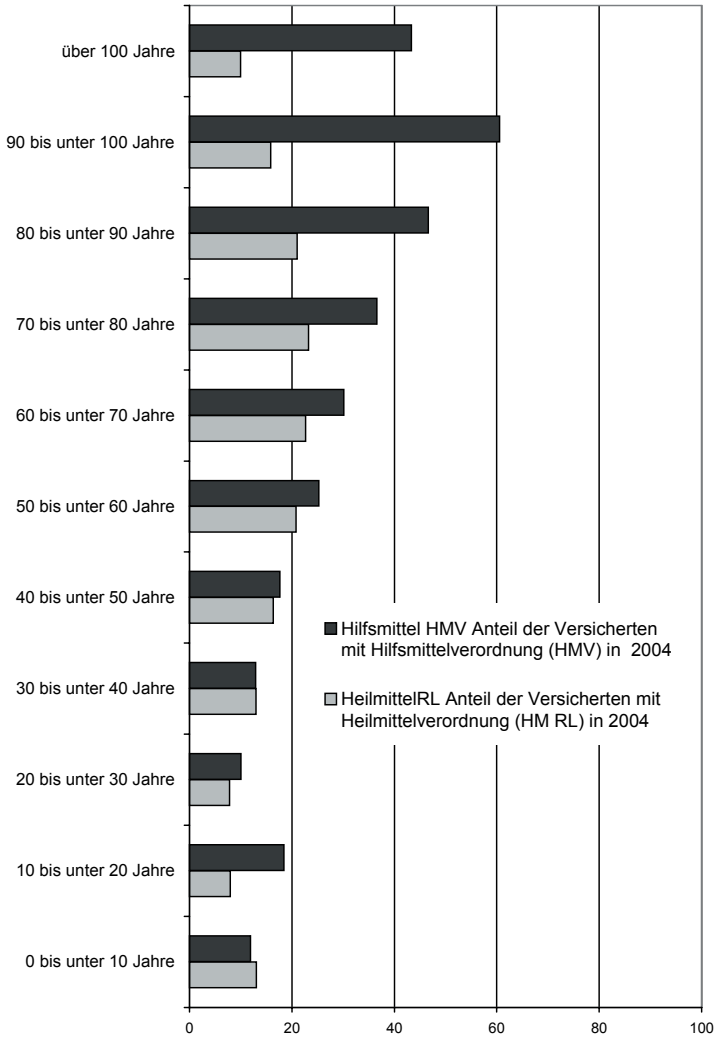
Ein Vergleich der Summen macht im übrigen deutlich, dass die Ausgaben für Sehhilfen an den gesamten Ausgaben für Hilfsmittel gering waren – für die 60% der Versicherten, die Sehhilfen im Jahre 2003 bekommen haben, fielen knapp 20% der Gesamtausgaben für Hilfsmittel an, im Jahre 2004 sank dieser Anteil auf etwa 9%.

Die Steigerungsraten bezogen auf Männer und Frauen waren unterschiedlich: Je 100 Frauen und Männer stiegen die Ausgaben bei den Hilfsmitteln (ohne Sehhilfen) bei den Frauen um 0,4% an, bei den Männern sanken sie um 14,1%, bei den Heilmitteln lag die Ausgabensteigerung umgekehrt: Hier stiegen die Ausgaben für Männer um 1,7%, bei den Frauen um 0,5%.

Für Pflegehilfsmittel (siehe Tabelle 1.5) musste die GEK im Jahre 2004 weniger als im Jahre 2003 ausgeben – die Ausgaben sanken von 911 Tsd. Euro auf 858 Tsd. Euro (-5,9%). Auch hier sanken die Ausgaben je 100 Männer deutlicher als bei den Frauen (-15,6% vs. -7,3%).

Der Anteil der Versicherten mit Hilfsmittelverordnungen liegt bei Versicherten unter 50 Jahren unterhalb von 20%, steigt aber bis auf mehr als 50% bei Versicherten über 90 Jahren an. Ein derartiger Anstieg des Versichertenanteils mit ärztlicher Verordnung in höheren Altersgruppen lässt sich in der Heilmittelversorgung nicht feststellen (siehe Abbildung 1.5).

Abbildung 1.5 Anteil der Versicherten mit Hilfs- bzw. Heilmittelverordnungen nach Alter für das Jahr 2004

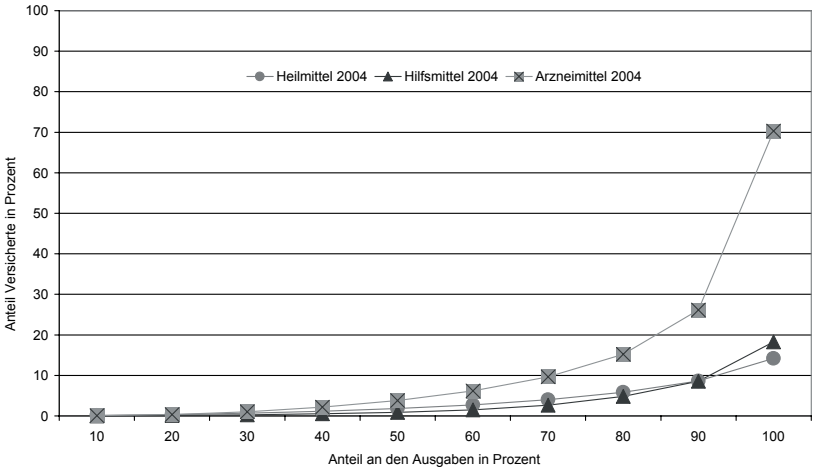


An der Verteilung und Steigerung der Hilfsmittelausgaben mit dem Alter lässt sich die Prognose treffen, dass aufgrund des demographischen Wandels in unserer Gesellschaft die Ausgaben in diesem Leistungsbereich weiter ansteigen werden. Es ist daher – wie in allen Leistungsbereichen – wichtig, darauf zu achten, dass Qualität und Effizienz dort, wo es möglich ist, verbessert werden, um unnötige Ausgaben zu vermeiden. Dies bedeutet aber gerade auch im Hilfsmittelbereich, die Qualifikation der Verordner zu verbessern, damit die Hilfsmittel richtig ausgewählt werden und zum Nutzen des Patienten zur Anwendung kommen.

Die versichertenbezogene Auswertung bei der GEK zeigt, dass sich die Hilfsmittelausgaben auf eine relativ kleine Anzahl von Versicherten konzentriert. 50% der Ausgaben des Jahres 2004 entfielen auf knapp 5% der Versicherten mit einer Hilfsmittelverordnung und auf lediglich 0,9% der Statusfälle bei den Versicherten. 80% der Ausgaben entstanden nach dieser Auswertung durch die Versorgung von ca. 4,8% der Versicherten und 100% der Ausgaben für rund 18,3% der Versicherten. Ein Vergleich des Segments „Hilfsmittel“ mit der Heil- und Arzneimittelversorgung zeigt eine geringere Konzentration als im Heilmittelbereich, aber eine deutlich höhere als in der Arzneimittelversorgung (siehe Abbildung 1.6, sowie Tab. 98 und Tab. 99 im Anhang). So entfallen etwa 90% der Ausgaben für Arzneimittel auf rund 25% der Versicherten, bei den Heil- und Hilfsmitteln sind es gerade einmal 9% der Versicherten, auf die der gleiche Ausgabenanteil entfällt.

Während Heil- und Hilfsmittel nur von etwa einem Fünftel der Versicherten in Anspruch genommen wurden, werden Arzneimittel von rund 70% der Versicherten verwendet (ohne privat finanzierte Selbstmedikation).

Abbildung 1.6 Verteilung der Ausgaben für Hilfs-, Heil- und Arzneimittel bei den GEK-Versicherten



Wie schon im Jahre 2003 (siehe Scharnetzky et al., 2004) fallen auch 2004 wieder extreme regionale Unterschiede bei den Ausgaben für Heil- und Hilfsmitteln auf. In Abbildung 1.7 und 1.8 sind die alters- und geschlechtsstandardisierten Ausgaben für Heil- bzw. Hilfsmittel im Jahr 2004 dargestellt. Es werden jeweils die tatsächlich in einer Region angefallenen Ausgaben mit den Ausgaben verglichen, die für diese Region zu erwarten wären, wenn dort die mittleren Ausgaben je Versicherte/r angefallen wären.

Dargestellt ist jeweils die Abweichung von 100% der erwarteten Ausgaben in Prozentpunkten und die absolute Abweichung als Differenz der tatsächlichen abzüglich der erwarteten Ausgaben. Bei der Bewertung ist allerdings zu berücksichtigen, dass für die östlichen Bundesländer bei den Heilmitteln teilweise andere Preise als für die westlichen Bundesländer gelten. Daher spiegeln die standardisierten Ausgaben auch diese vertraglich geregelten Preisunterschiede wider. Bei den Hilfsmitteln ist die Situation noch unübersichtlicher, da eine Vielzahl von Verträgen die Preise regelt.

Abbildung 1.7 Ausgaben für Heilmittel 2004: Abweichung in Prozentpunkten und absolut (A:) der tatsächlichen von den erwarteten Ausgaben standardisiert nach Alter und Geschlecht

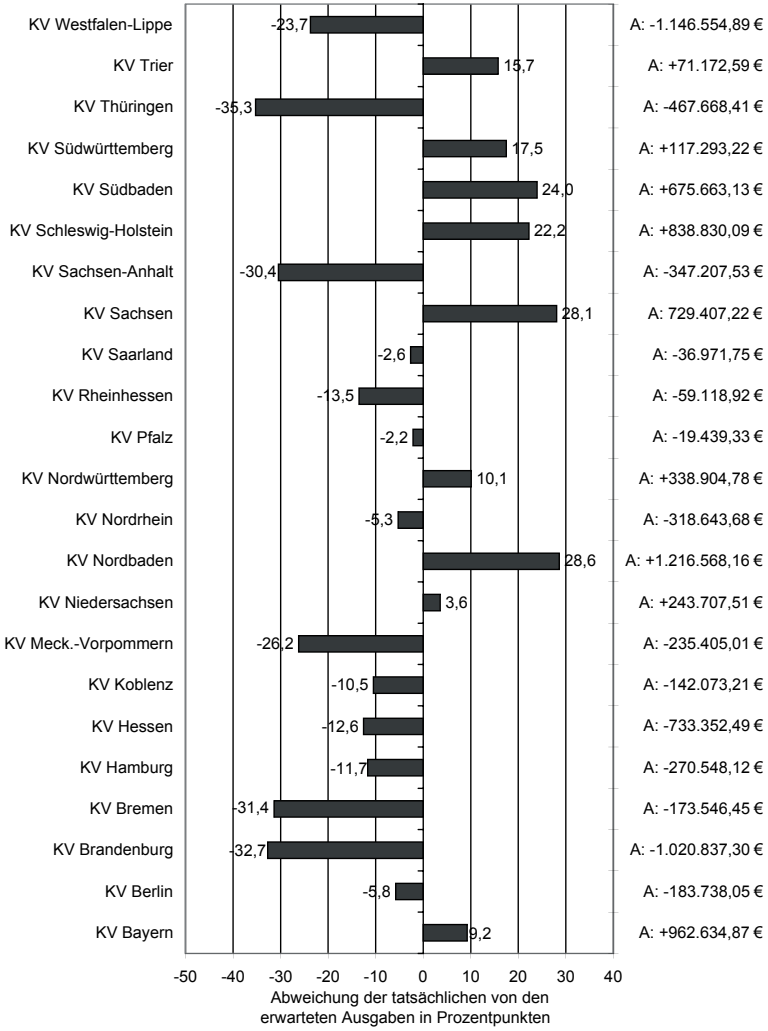
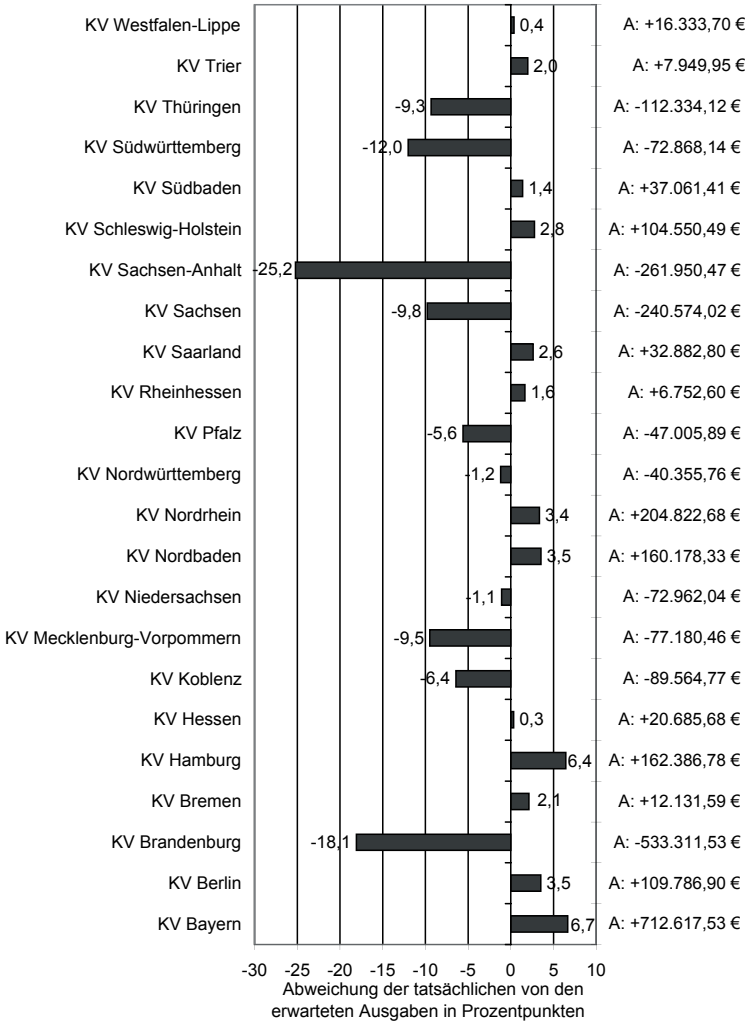


Abbildung 1.8 Ausgaben für Hilfsmittel 2004: Abweichung in Prozentpunkten und absolut (A:) der tatsächlichen von den erwarteten Ausgaben standardisiert nach Alter und Geschlecht



Bei den Heilmittelausgaben sind die Ausgabenunterschiede weit auffälliger als bei den Hilfsmitteln: Hier haben sich die „Überschreiter“ gegenüber 2003 nicht verändert – das Muster ist gleich geblieben: „Führend“ sind Nordbaden und Sachsen mit über 28% Mehrausgaben gegenüber dem Bundesschnitt, es folgen Südbaden, Schleswig-Holstein, Südwürttemberg, Trier und Bayern.

Bei den Ausgaben für Hilfsmittel hat sich das Bild für das Jahr 2004 nur unwesentlich gegenüber dem Jahr 2003 verändert. Nach wie vor liegen die Ausgaben der GEK für Hilfsmittel in den KV-Bereichen Thüringen, Südwürttemberg, Sachsen-Anhalt, Sachsen, Pfalz, Mecklenburg-Vorpommern, Koblenz und Brandenburg unter dem Bundesdurchschnitt, die KVen Westfalen-Lippe, Trier, Südbaden, Saarland oder Hessen haben dagegen die Rollen getauscht – von den Unter- zu den Überschreitern. Spitzenreiter bei den Überschreitern sind noch immer die KVen Hamburg und Bayern.

Wie in der Arzneimittelversorgung müssen Rationalität und Effizienz dieser Leistungen geprüft werden. Die hohen Unterschiede sprechen dafür, dass sowohl die Angebotsstruktur wie aber auch unterschiedliche Reaktionsweisen der Verordner zu diesen Unterschieden führen. Die Größenordnung der Leistungsausgaben – immerhin fast 50% der Heilmittelausgaben – spricht dafür, mehr auf Therapieempfehlungen und Leitlinien bei den Verordnungen von Heil- und Hilfsmitteln zu setzen und damit die vermutbare Über- und Fehlversorgung abzubauen und Unterversorgung auszugleichen.

Es erscheint wegen dieser hohen Varianzen in der Versorgung, die immer auf erhebliche Qualitätsunterschiede hindeuten, notwendig, eine kontinuierliche Berichterstattung und Versorgungsforschung in diesem Leistungsbereich zu beginnen. Die GEK hat mit ihren Datenauswertungen einen möglichen ersten Schritt gezeigt. Um letztlich steuernd wirken zu können, ist aber eine breitere Datenbasis der GKV erforderlich. Dies sollte

schon aus Gründen der Bewertung von Effizienz und Qualität in Angriff genommen werden. Diagnosebezogene Auswertungen können schließlich Auskunft darüber geben, in wie weit die angewendeten Heilmittel richtig eingesetzt und die Behandlungen erfolgreich beendet wurden. Sie können auch Auskunft darüber geben, ob in bestimmten Indikationsbereichen Arzneimittelanwendungen oder andere therapeutische Interventionen eingespart oder in Kombination erfolgreicher zugunsten der Patienten eingesetzt wurden. Und sie können Hinweise darauf geben, wo eine Verbesserung der Qualifikation der Leistungserbringer dringend notwendig erscheint, um das Ergebnis der Heilmittelanwendung zu optimieren.

Am 7.9.2005 fand in Bremen eine Expertendiskussion zu Problemen in der Qualitätssicherung und mit der Abrechnung von Hilfsmitteln in der Gesetzlichen Krankenversicherung statt. Ausgangspunkt für die Diskussion waren die Kapitel 4.5 „Probleme in der Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln: Zuordnung von Hilfsmittelpositionsnummern zu Pharmazentralnummern“ und 4.6 „Rechtliche Würdigung der Differenzen zwischen Pharmazentralnummer und Hilfsmittelpositionsnummer“ dieses Reports. Wir danken den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Expertenrunde ganz herzlich für ihre Bereitschaft, zu uns nach Bremen zu kommen und mit ihrem Wissen einen Beitrag zur Lösung der offensichtlich bestehenden Probleme zu leisten. Im Einzelnen möchten wir Herrn Ingo Doneth (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.), Frau Sibylle Feyerabend (rehaVital Gesundheitsservice GmbH), Frau Carla Grienberger (IKK-Bundesverband), Herrn Lutz Boden und Herrn Dr. Thomas Klopp (ABDATA Pharma-Daten-Service), Frau Heike Peters (Apothekerin), Frau Katrin Pruns (Institut für Gesundheits- und Medizinrecht der Universität Bremen) sowie Herrn Michael Schmitz (Servox AG) danken.

Außerdem danken wir allen, die an der Erarbeitung dieses Reports beteiligt waren: Die Datenanalyse hätten wir nicht ohne die Unterstützung der Firma Inter-Forum in Leipzig mit den Herren Seeber und Wendt und

Jens Wahls vom Institut für Public Health und Pflegeforschung in Bremen durchführen können. Zum Inhalt des Reports haben Prof. Dr. Robert Francke, Frieda Höfel, Katrin Pruns, Julia Lademann, Wiebke Scharffetter, Katharina Scharnetzky und Dr. Christel Schicktanz beigetragen. In der Ausgestaltung haben uns Angela Fritsch, Claudia Kretschmer, Katrin Lorek, und Sötje Witt tatkräftig unterstützt – bei diesen Kolleginnen möchten wir uns für das große Engagement und die Geduld bedanken.

Schließlich möchten wir dem Vorstandsvorsitzenden der GEK, Herrn Dieter Hebel, für die Möglichkeit danken, diesen Report zu erstellen. Für ihn bedeuten Auswertungen wie dieser Report nicht eine weitere Ergänzung des GEK-Broschüren-Archivs, sondern Basis und Ansporn für ein verbessertes Leistungsmanagement zugunsten der GEK-Versicherten – entsprechend seinem Leitmotiv „Daten für Taten“. Diesem Leitmotiv schließen wir uns gerne an!

Bremen, im September 2005

Elke Scharnetzky

Bernhilde Deitermann

Falk Hoffmann

Gerd Glaeske

2 Material und Methoden

Das diesem Report zugrunde liegende Datenmaterial basiert auf Leistungsdaten der Gmünder ErsatzKasse (GEK) aus den Jahren 2003 und 2004, die systematisch und versichertenbezogen erfasst worden sind. Als Grundgesamtheit werden alle Versicherten aus den Jahren 2003 und 2004 herangezogen, die mindestens einen Tag in der GEK versichert waren. Dabei ist zu unterscheiden zwischen den tatsächlich versicherten Personen und den so genannten Statusfällen. Die Zahl der Statusfälle übersteigt die Zahl der tatsächlich versicherten Personen, da eine versicherte Person während eines Jahres unter mehreren Statusgruppen geführt werden kann, z.B. bei Verlust des Arbeitsplatzes. Da die Erfassung der Anzahl der versicherten Personen sehr komplex ist, beziehen sich die Auswertungen in dem hier vorgelegten Report in der Regel auf die Zahl der Statusfälle (n=1.413.366 für das Jahr 2003; n=1.520.086 für das Jahr 2004). Wird in speziellen Auswertungen auf die Anzahl der versicherten Personen Bezug genommen, ist dieses ausdrücklich ausgewiesen. Die versichertenbezogenen Daten sind pseudonymisiert, so dass eine personenbezogene Datenanalyse möglich ist, ohne dabei die tatsächliche Identität der Versicherten offen zu legen. Sofern eine Sichtung der Originalbelege im Klartext für die Auswertung erforderlich war, erfolgte diese durch eine Mitarbeiterin der GEK in deren Räumen.

Da die Auswertungen auf Sekundärdaten beruhen, die zu Abrechnungszwecken erhoben worden sind, mussten die Untersuchungsfragen auf die vorgegebene Datenstruktur zugeschnitten werden. Für die Analysen standen Daten auf der Basis des § 302 des 5. Sozialgesetzbuches (SGB V) zur Verfügung, die nicht nur die Leistungen aus dem Bereich Heil- und Hilfsmittel umfassen, sondern von allen „sonstigen Leistungserbringern“. Für die Auswertungen zur Podologischen Therapie bei Diabetes, zur Verordnung von Stomabedarf sowie zu Hilfsmitteln aus Apotheken wurden die Abrechnungsdaten von Apotheken nach § 300 SGB V der Jahre 2003 und 2004 verwandt, die auch dem GEK-Arzneimittel-Report

2005 zugrunde liegen (Glaeske & Janhsen, 2005).

Hilfsmittel

Bei der Datenaufbereitung der Abrechnungsdaten des Jahres 2003 für den GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2004 sind aus heutiger Sicht systematische Fehler bei der Qualifizierung der Abrechnungspositionsnummern (APN) im Hilfsmittelbereich gemacht worden, die zu Abweichungen gegenüber den jetzt neu aufbereiteten Daten des Jahres 2003 geführt haben. Diese Abweichungen sind in der Mehrzahl der Fälle geringfügig, d. h. bei 17 von 33 Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses und bei Pflegehilfsmitteln liegt die Abweichung unter 1%, bei weiteren 11 Produktgruppen zwischen 1 und 5% und bei den verbleibenden 6 Produktgruppen über 5% der im Jahr 2003 abgerechneten Beträge (siehe Tab. 100 im Anhang). Bei diesen 6 Produktgruppen handelt es sich im Einzelnen um

- PG04- Badehilfen (+9,1%)
- PG06-Bestrahlungsgeräte (-18,4%)
- PG15-Inkontinenzhilfen (+6,7%)
- PG22-Mobilitätshilfen (+ 9,5%)
- PG29-Stomaartikel (+5,8%)
- PG33-Toilettenhilfen (+6,1%).

Die Erfassung von Hilfsmitteln in den Abrechnungsdaten sonstiger Leistungserbringer nach § 302 Sozialgesetzbuch V wird dadurch erschwert, dass die Leistungserbringer nicht immer, wie im Gesetz vorgeschrieben, die Bezeichnungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 128 SGB V, d.h. die 10stellige Hilfsmittelpositionsnummer, verwenden. Stattdessen wird beispielsweise von Direktlieferanten (IKK-Bundesverband, 2003) die 7stellige Pharmazentralnummer benutzt, der dann im Rahmen der Datenaufbereitung nachträglich die entsprechende Hilfsmittelpositionsnummer zugeordnet werden muss. Von verschiedenen

Stellen, wie beispielsweise dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK), werden weitere „Pseudo-Positionsnummern“ vergeben, die zu berücksichtigen sind. Außerdem gilt die Bundesprothesenliste und eine ganze Reihe von verschiedenen Verträgen für die Abrechnung von Hilfsmitteln.

Heilmittel laut Heilmittel-Richtlinien (Heilmittel-RL)

Im Gegensatz dazu erfolgt die Abrechnung von Heilmitteln einheitlich nach dem Bundeseinheitlichen Heilmittelpositionsnummernverzeichnis (2005), das im Internet verfügbar ist. Die Einteilung der Heilmittel in diejenigen, auf die sich die Richtlinien beziehen – Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Podologie –, erfolgte erstmals für diesen Report anhand der in dem Verzeichnis festgelegten Positionsnummern. Das Verzeichnis beinhaltet auch kurortspezifische bzw. ortsspezifische Heilmittel, die ausdrücklich nicht Gegenstand der Richtlinien sind. Diese Heilmittel wurden unter ‚Kur / ambulante Vorsorge‘ zusammengefasst. Hierunter fallen u. a. Leistungen wie Radonbäder, Kurmassagen oder Moorkrabbel-Bäder.

Im Einzelnen erfolgte die Zuordnung zu den jeweiligen Heilmitteln der Richtlinien folgendermaßen (die Seitenangaben beziehen sich jeweils auf das Bundeseinheitliche Heilmittelpositionsnummernverzeichnis, 2005):

Physiotherapie: Heilmittelposition X0101 – X2002 (Seite 2-6)

Logopädie: Heilmittelposition X3001 – X3401 (Seite 7-8)

Ergotherapie: Heilmittelposition X4001 – X4502 (Seite 9-10)

Podologie: Heilmittelposition X8001 – X8006 (Seite 18 oben)

Kur/ambulante Vorsorge: Heilmittelposition X6001 – X7304 (Seite 11-17)

Sonstige Heilmittel: Heilmittelposition X9701 – X9936 (Seite 18-20)

Das „X“ in der Heilmittelpositionsnummer steht für den jeweiligen

Leistungserbringer, z.B. entspricht X=1 „Masseuren und medizinischen Bademeistern“, X=2 „Krankengymnasten und Physiotherapeuten“ usw. Aus der Rubrik „Sonstige Heilmittel“, die im wesentlichen „Mitteilungen und Berichte an den Arzt“ und „Hausbesuch/Wegegeld“ umfasst, lassen sich die meisten Heilmittel einem der Bereiche Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie und Podologie anhand des jeweiligen Leistungserbringers nachträglich mit hoher Wahrscheinlichkeit zuordnen. Dies ist jedoch nicht möglich bei dem Leistungserbringer „X=6 Krankenhaus“, da Krankenhäuser Leistungen aus allen vier Leistungsbereichen der Richtlinien erbringen. Die „Sonstigen Heilmittel“ mit den Heilmittelpositionen X9701 – X9936 können grundsätzlich nicht allein verordnet und abgerechnet werden. Sie werden immer zusammen mit Leistungen, die einem bestimmten Bereich eindeutig zuzuordnen sind, auf einem Beleg abgerechnet. Daher soll für den Report des nächsten Jahres versucht werden, die Belege bzw. Verordnungen entsprechend zu kennzeichnen, um eine eindeutige Zuordnung zu den verschiedenen Heilmitteln entsprechend der Richtlinien zu ermöglichen.
Unter der Bezeichnung „Heilmittel-RL“ sind in diesem Report nur die eindeutig einem der Bereiche Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie und Podologie zuzuordnenden Leistungen zusammengefasst.

Standardisierte Ausgaben

Es wurde eine sogenannte interne Standardisierung der Ausgaben durchgeführt, bei der nur die Daten der GEK genutzt wurden. Für die Standardisierung wurden, nach Geschlechtern getrennt, 10-Jahres-Altersgruppen gebildet. Es wurden jeweils die tatsächlich in einer Region im Jahr 2004 angefallenen Ausgaben mit den Ausgaben verglichen, die für diese Region zu erwarten wären, wenn dort unter Berücksichtigung der Alters- und Geschlechtsverteilung die mittleren Ausgaben je Versichertem/Versicherter (Bundesdurchschnitt) angefallen wären. Die relativen Abweichungen in den Regionen wurden als Quotient aus den tatsächlichen Ausgaben im Verhältnis zu den erwarteten Ausgaben in

Prozent berechnet. In den Abbildungen wurde die Abweichung von 100% in Prozentpunkten dargestellt. Daneben wurde die absolute Abweichung als Differenz der tatsächlichen abzüglich der erwarteten Ausgaben ermittelt.

Bei der Bewertung ist allerdings zu berücksichtigen, dass für die östlichen Bundesländer bei den Heilmitteln teilweise andere Preise als für die westlichen Bundesländer gelten. Daher spiegeln die standardisierten Ausgaben auch diese vertraglich geregelten Preisunterschiede wider. Bei den Hilfsmitteln ist die Situation noch unübersichtlicher, da eine Vielzahl von Verträgen die Preise regelt.

Leistungsversicherte

Für die Umschreibung von Versicherten, die eine Verordnung im Bereich der Heilmittel und / oder Hilfsmittel erhalten haben, wurde der Begriff des / der Leistungs-Versicherten gewählt. In diesem Zusammenhang von Patienten oder Patientinnen zu sprechen, würde dem gesetzlichen Anspruch nicht gerecht werden, Heil- und Hilfsmittel nicht nur auf der Grundlage einer Krankenbehandlung (§27 SGB V), sondern auch im Rahmen von medizinischen Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) einzusetzen. Versicherte, die aufgrund von Vorsorgeleistungen Hilfsmittel in Anspruch nehmen, wie z.B. Frauen mit Neigung zu Krampfadern, denen das Tragen von Kompressionsstrümpfen in der Schwangerschaft verordnet wird, als PatientInnen zu bezeichnen, würde gesunde Personen zu Kranken deklarieren.

Behandlungs- und Versorgungsprävalenz

Unter der Behandlungsprävalenz versteht man die Häufigkeit, mit der eine bestimmte Behandlung in einer Personengruppe beobachtet wird. Man unterscheidet Punkt- und Periodenprävalenz. Wenn nicht anders angegeben, sind jeweils Periodenprävalenzen für das betrachtete Jahr angegeben. Bei den Hilfsmitteln beschreibt der Begriff Versorgungsprävalenz die Häufigkeit mit der Personen aus einer

bestimmten Personengruppe mit Hilfsmitteln versorgt werden. Die Angabe erfolgt in Prozent der Leistungsversicherten, bezogen auf die jeweilige Grundgesamtheit.

Medianer Preis

In einigen Abschnitten wird der mediane Preis je Verordnung benutzt, der vom arithmetischen Mittelwert abzugrenzen ist. Das arithmetische Mittel ist die Summe der Werte geteilt durch deren Anzahl. Es ist damit anfällig für so genannte „Ausreißer“, das heißt sehr hohe Werte haben starken Einfluss auf den Mittelwert. Der Median hingegen ist dadurch definiert, dass er in der Mitte aller beobachteten Werte liegt, und damit von höchstens der Hälfte unterschritten und von höchstens der Hälfte überschritten wird. Er ist damit weniger anfällig für typische Asymmetrien in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. An den Stellen des Buches, an denen er statt des Mittelwertes verwendet wurde, wird ausdrücklich vom „medianen Preis“ gesprochen.

Die Auswertung der Daten erfolgte mit den Programmen Kompass 302 und Rezept 300 der Firma Inter-Forum sowie mit dem Programmpaket Microsoft Office, welches auch zur Manuskripterstellung verwendet wurde. Außerdem wurde das Statistikprogrammpaket SAS eingesetzt.

Um der besseren Lesbarkeit willen werden nicht durchgehend die weibliche und die männliche Form benutzt, obwohl beide Geschlechter gemeint sind.

Um den Umfang dieses Reports in einer „handlichen“ Größe zu halten, haben wir uns in diesem Jahr erstmals entschieden, den Anhang aus der Druckversion herauszunehmen und stattdessen im Internet bereitzustellen. Die in diesem Report zitierten Anhangstabellen finden sich vollständig im Internet unter www.gek.de, Bereich „Presse - GEK Studien - Heil- und Hilfsmittel“.

3 Ergebnisse der Heilmittel-Analysen

3.1 Übersicht: Alle Heilmittel – Neufassung der Richtlinien

Am 1.7.2004 traten die neu gefassten Heilmittel-Richtlinien in Kraft. Die wesentlichen Gründe für die Überarbeitung der Heilmittel-Richtlinien waren einerseits die Mengenentwicklung im Heilmittelbereich, die eine dynamische Ausgabensteigerung zur Folge hatte, und andererseits Probleme in der praktischen Handhabung der alten Richtlinien, die eine Vielzahl von Einzeldiagnosen mit unterschiedlichen Mengenvorgaben für die zu verordnenden Heilmittel vorsahen. Verglichen mit der Entwicklung bei allen gesetzlichen Krankenkassen (GKV) sind in der GEK einige Besonderheiten festzustellen. Während die Gesamtausgaben in der GKV für Heilmittel im Jahr 2004 rückläufig waren (-5,5%), stiegen diese Ausgaben in der GEK an (+8,9%). Diese Ausgabensteigerung ist nur zum Teil durch die gestiegene Anzahl der Versicherten in der GEK bedingt. Die Ausgabensteigerung für logopädische Leistungen liegt in der GEK mit +22,6% um rund 85% über der Steigerungsrate aller Kassen. Im Vergleich nahmen die Ausgaben für Ergotherapie mit +16,0% noch stärker zu, die Steigerung beträgt bei der GEK mehr als das 3,5fache der GKV. Die Auswertungen zur Ergotherapie bilden daher den Schwerpunkt der Heilmittel-Analysen des diesjährigen Reports. Die weit überdurchschnittliche Ausgabenentwicklung der GEK in diesen Bereichen ist zumindest teilweise auf ihre Altersstruktur zurückzuführen. Der Anteil der unter 15Jährigen in der GEK beträgt 17,10% gegenüber 14,25% in allen GKV-Kassen. Die dynamische Ausgabenentwicklung bei ergotherapeutischen und logopädischen Leistungen gerade in den jungen Altersgruppen wirkt sich daher in der GEK stärker aus als im Durchschnitt der GKV-Kassen. Eine sichere Beurteilung der Auswirkungen der neuen Richtlinien ist derzeit noch nicht möglich.

Wie haben sich die Ausgaben für Heilmittel in der Gesetzlichen Krankenversicherung entwickelt?

Am 1.7.2004 traten die neu gefassten Heilmittel-Richtlinien in Kraft. Die Ausgabensteigerungen für die Heilmittel-Versorgung der Versicherten hatten eine grundlegende Überarbeitung der erst zum 1.7.2001 wirksam gewordenen Heilmittel-Richtlinien erforderlich gemacht. In Tabelle 3.1 ist die Ausgabenentwicklung bei Heilmitteln von 2001 bis 2004 zusammengefasst (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 2005).

Tabelle 3.1 Ausgaben für Heilmittel in der gesetzlichen Krankenversicherung (in 1.000 Euro nach KV 45 Statistik)

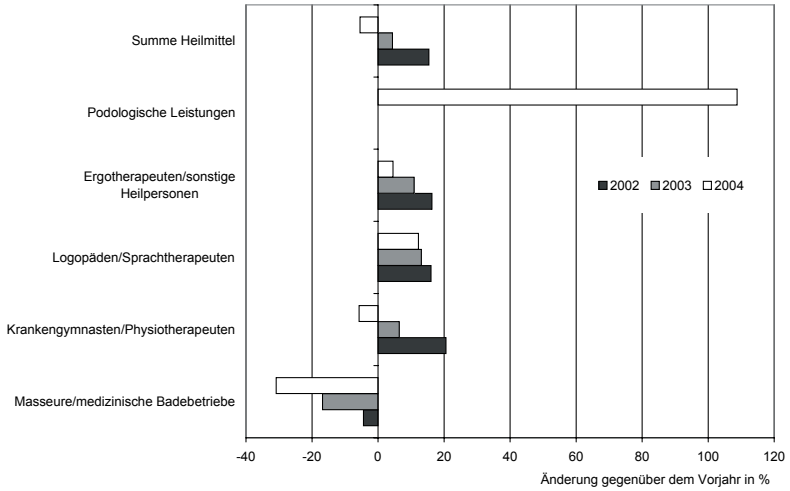
Leistungen von	2001	2002	2003	2004
Masseuren/medizinischen Badebetrieben	539.070	515.264	428.646	296.461
Krankengymnasten/Physiotherapeuten	1.948.202	2.349.132	2.499.866	2.356.582
Logopäden/Sprachtherapeuten	229.204	266.014	300.879	337.668
Ergotherapeuten/sonstigen Heilpersonen	440.000	511.781	567.587	593.332
Podologen	0	0	4.882	10.192
Summe Heilmittel	3.156.476	3.642.191	3.801.860	3.594.235

Tabelle 3.1 macht deutlich, dass die Ausgabenentwicklung bei den verschiedenen Leistungserbringergruppen von Heilmitteln sehr uneinheitlich verlaufen ist. Eine Sonderrolle nimmt die Podologie ein, die zum 1.8.2002 erstmals in die Heilmittel-Richtlinien aufgenommen wurde. Podologische Leistungen dienen ausschließlich der Behandlung krankhafter Veränderungen am Fuß infolge von Diabetes mellitus (diabetisches Fußsyndrom), wenn Patienten ohne diese Behandlung unumkehrbare Folgeschädigungen der Füße, wie Entzündungen und Wundheilungsstörungen, erleiden würden. 2003 wurden podologische Leistungen erstmals in der KV 45 Statistik erfasst. Die Steigerungsrate von

fast 110% im Jahr 2004 ist durch das niedrige Ausgangsniveau bedingt; podologische Leistungen machten 2003 nur 0,1% der Gesamtausgaben für Heilmittel aus.

Die Änderung der Ausgaben für die verschiedenen Leistungserbringer von Heilmitteln gegenüber dem Vorjahr ist in Abbildung 3.1 dargestellt.

Abbildung 3.1 Änderung der Ausgaben für Heilmittel 2002 bis 2004



Diese Darstellung zeigt, dass die Ausgaben für Masseure und medizinische Badebetriebe von 2001 bis 2004 zunehmend stärker zurückgingen, während die Kosten für Krankengymnasten und Physiotherapeuten im Jahr 2002 um fast 21% gegenüber dem Vorjahr anstiegen. Der gleichzeitige Anstieg der Gesamtausgaben für Heilmittel von über 15% war wesentlich durch diese Kostensteigerung bedingt, da die Ausgaben für Krankengymnasten und Physiotherapeuten 2002 knapp 65% der Gesamtausgaben für Heilmittel ausmachten. Der Anstieg der Gesamtausgaben für Heilmittel fiel 2003 mit 4,4% deutlich geringer aus als im Vorjahr - parallel hierzu entwickelten sich Leistungsausgaben für

Krankengymnasten und Physiotherapeuten ebenfalls schwächer (+6,4%). 2004 kam es zu einem Rückgang der Gesamtausgaben um 5,5% bei einem gleichzeitigen Rückgang der Leistungsausgaben für Krankengymnasten und Physiotherapeuten um 5,7%. Konstant hohe Steigerungsraten weisen die Ausgaben für Logopädie mit 12% (2004) bis 16% (2002) auf. Dagegen sind die Kostensteigerungen bei Ergotherapeuten und sonstigen Heilpersonen von über 16% im Jahr 2002 rückläufig auf 4,5% (2004).

Neue Heilmittel-Richtlinien ab 1.7.2004

Die Einführung der neuen Heilmittel-Richtlinien war von erheblicher kontroverser Diskussion begleitet, in der vor allem Leistungserbringerverbände zu erwartende *„drastische Verschärfungen“* und *„dramatische Auswirkungen, insbesondere für chronisch kranke Patientinnen und Patienten“* anprangerten. In Heilmittelpraxen wurden chronisch kranke Patientinnen und Patienten aufgefordert, gegen die neuen Richtlinien mit der Nennung der vom Arzt gestellten Diagnose und unter Angabe von Namen und Anschrift beim jeweiligen Bundestagsabgeordneten und dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung zu protestieren (Verband Physikalische Therapie, 2004). Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände (BHV, 2004) sah *„die primäre Aufgabe der Patientenvertreter“ im neuen Gemeinsamen Bundesausschuss darin, die „Änderung der Heilmittel-Richtlinie / des Heilmittel-Kataloges im neuen Gemeinsamen Bundesausschuss zur Überprüfung zu stellen.“* - noch bevor dieses Thema in dem Ausschuss überhaupt behandelt worden war. Zuvor hatte die BHV erfolglos versucht, mit einer Klage vor dem Sozialgericht Köln eine Verlängerung der Anhörungsfrist zur Änderung der Heilmittel-Richtlinien durchzusetzen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2003).

Am 1.12.2003 wurde die Neufassung der Heilmittel-Richtlinien vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen beschlossen. Gründe für die Überarbeitung waren einerseits die Mengenentwicklung im Heilmittelbereich, die eine dynamische Ausgabensteigerung zur Folge

hatte, und andererseits Probleme in der praktischen Handhabung der alten Richtlinien, die eine Vielzahl von Einzeldiagnosen mit unterschiedlichen Mengenvorgaben für die zu verordnenden Heilmittel vorsahen.

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) stimmte der Neufassung unter Auflagen zu. Diesen Auflagen hat der Gemeinsame Bundesausschuss mit einer Anpassung der neuen Heilmittel-Richtlinien am 16.3.2005 Rechung getragen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 16.3.2004). Im Einzelnen ging es bei den Auflagen des BMGS um die

- Möglichkeiten der längerfristigen Verordnung von Heilmitteln
- Sicherstellung einer kontinuierlichen Behandlung
- Anpassung der maximalen Verordnungsmengen, um für Patienten unnötige Praxisgebühren zu vermeiden
- Behandlung von Kindern mit zentralen Bewegungsstörungen bis zum 18. Lebensjahr
- Wechselwirkung mit Frühförderung (der Anspruch wird durch Heilmittelverordnungen nicht eingeschränkt).

Was hat sich in den Heilmittel-Richtlinien geändert?

Am 1.7.2004 traten die neuen Richtlinien in Kraft. Eine Übersicht über die Änderungen in den neuen im Vergleich zu den alten Heilmittel-Richtlinien gibt Tabelle 3.2.

Tabelle 3.2 Änderung der Heilmittel-Richtlinien zum 1.7.2004

Heilmittel-Richtlinien bis 30.06.2004	Heilmittel-Richtlinien ab 1.7.2004
Erstverordnung 1. Folgeverordnung 2. Folgeverordnung Langfristverordnung im Regelfall Langfristverordnung außerhalb des Regelfalls	Erstverordnung Folgeverordnungen (längerfristige) Verordnung außerhalb des Regelfalls
Einzeldiagnosen: z.B. 53 Diagnosen für Erkrankungen des Skelettsystems Diagnose und Leitsymptomatik müssen auf der Verordnung angegeben werden; bei Langfristverordnungen außerhalb des Regelfalls ist eine besondere Begründung ggf. mit prognostischer Einschätzung erforderlich.	Diagnosegruppen: z.B. 7 Diagnosegruppen für Erkrankungen des Skelettsystems Diagnose und Indikationsschlüssel (z.B. ZN1a) müssen auf der Verordnung angegeben werden; bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls zusätzlich eine medizinische Begründung mit prognostischer Einschätzung aufgrund einer weiterführenden Diagnostik
Verordnung von maximal 4 Maßnahmen zur Behandlung derselben Erkrankung	Verordnung von maximal 2 Maßnahmen zur Behandlung derselben Erkrankung
Begründungspflichtige Verordnungen sind der zuständigen Krankenkasse vor Fortsetzung der Therapie zur Genehmigung vorzulegen.	Begründungspflichtige Verordnungen sind der zuständigen Krankenkasse vor Fortsetzung der Therapie zur Genehmigung vorzulegen. Krankenkassen können auf die Genehmigung verzichten. Bis zur Entscheidung hierüber übernimmt die Krankenkasse die Kosten des Heilmittels.

Tabelle 3.2 Fortsetzung

Heilmittel-Richtlinien bis 30.06.2004	Heilmittel-Richtlinien ab 1.7.2004
Maximale Verordnungsmenge je Diagnose für jede einzelne Verordnung mit Ausnahme der Langfristverordnungen, für die keine Obergrenze festgelegt wurde.	Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls für jede Diagnosegruppe, maximale Verordnungsmenge für Erst- und Folgeverordnungen. Bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls ist eine ärztliche Untersuchung nach spätestens 12 Wochen erforderlich: Max. Verordnungsmenge = 12 x Anzahl der wöchentlichen Behandlungen
	Differenzierung von Diagnosegruppen in prognostisch kurzfristigen (max. 6 Therapieeinheiten) bzw. langfristigen (18, 30 oder 50 Therapieeinheiten) Behandlungsbedarf
Behandlungsfreies Intervall zwischen zwei Regelfällen: Physikalische Therapie: 6 Wochen Logopädie/ Ergotherapie:12Wochen	Behandlungsfreies Intervall zwischen zwei Regelfällen: Physikalische Therapie/ Logopädie/ Ergotherapie: 12 Wochen
Therapiebericht obligatorisch	Therapiebericht nur auf Anforderung des Arztes/ der Ärztin

Was hat sich bei den Zuzahlungen für Heilmittel geändert?

Zum 1.1.2004 wurde die Zuzahlungsregelung für Heilmittel-Verordnungen durch das GKV-Modernisierungsgesetz geändert. Seitdem müssen Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, für jede Verordnung 10 Euro pauschal und zusätzlich 10% der Kosten zuzahlen. Bis zum 31.12.2003 galt für diese Versicherten lediglich eine prozentuale Zuzahlung von allerdings 15% der Kosten. Bei Verordnungskosten von 200 Euro ist die Zuzahlung nach alter und neuer Regelung gleich, sie beträgt jeweils 30 Euro. Bei günstigeren Verordnungen war die alte Regelung für die Versicherten mit geringeren Zuzahlungen verbunden, bei teureren Verordnungen ist die neue Regelung günstiger. Im Jahr 2004 wurden auf rund 22% der Verordnungen Heilmittel für 200 Euro und mehr verordnet. Der Ausgabenanteil dieser Verordnungen betrug etwa 47% der Gesamtausgaben für Heilmittel (siehe Tabelle 3.3).

Tabelle 3.3 Heilmittel-Verordnungen über 200 Euro Gesamtkosten je Beleg im Jahr 2004

	Verordnungen < 200 Euro	Verordnungen ≥ 200 Euro
Anzahl der Verordnungen	377.782 (78,2%)	105.049 (21,8%)
Ausgaben in Euro	38.111.176,96 (52,8%)	34.108.057,27 (47,2%)

GEK-Leistungsausgaben für Heilmittel 2003 und 2004

Heilmittel werden unter Angabe der Abrechnungsziffern des bundeseinheitlichen Heilmittelpositionsnummernverzeichnisses von den Leistungserbringern abgerechnet. Im Jahr 2004 betrug die Abrechnungssumme für Heilmittel in der GEK 72.219.234,23 Euro. Von dieser Summe konnten 68.565.605,04 Euro (95%) eindeutig einem Heilmittel entsprechend den Heilmittel-Richtlinien (Heilmittel-RL), also der Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie oder der Podologie, zugeordnet werden. Weitere 3.197.839,19 Euro wurden für Hausbesuche, Wegegelder

und Mitteilungen bzw. Berichte an den Arzt abgerechnet. Dieser Betrag ist den Heilmitteln laut Richtlinien, wie in dem Kapitel Material und Methoden beschrieben, zurzeit nicht ohne weiteres sicher zuzuordnen.

Tabelle 3.4 Ausgaben in Euro für alle Heilmittel des bundeseinheitlichen Heilmittelpositionsnummernverzeichnisses

	2003	2004
Heilmittel- RL*	62.965.582,53	68.565.605,04
Kur / ambulante Vorsorge	564.360,46	454.319,65
medizinische Fußpflege	2.063,07	1.470,35
Sonstige RL**	2.908.442,36	3.197.839,19
alle Heilmittel	66.440.448,42	72.219.234,23

*Heilmittel laut Richtlinien

**sonstige Aufwendungen für Heilmittel entsprechend den Richtlinien:

- Mitteilung/ Bericht an den Arzt
- Hausbesuch/ Wegegeld

Die Verordnung von kurortspezifischen bzw. ortsspezifischen Heilmitteln ist nicht Gegenstand der Richtlinien. Diese Heilmittel sind unter „Kur / ambulante Vorsorge“ zusammengefasst. Die Heilmittel-Richtlinien sind für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte (Vertragsärzte) verbindlich. Sie gelten jedoch nicht für Zahnärzte und Kieferorthopäden. Diese Berufgruppen veranlassten 2003 und 2004 mit ihren Verordnungen lediglich einen Anteil von 0,003% der entsprechenden Heilmittelausgaben. Die Ausgaben für alle Heilmittel stiegen um 8,7%.

In Tabelle 3.5 ist die Ausgabenentwicklung für die verschiedenen Heilmittel entsprechend den Richtlinien dargestellt, wobei unter Heilmittel-RL immer die Summe von Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie und Podologie zu verstehen ist.

Tabelle 3.5 Heilmittel (laut Richtlinien) 2004

	Anzahl LV**	Änderung zu 2003 in %	Ausgaben in €	Änderung zu 2003 in %	Anzahl der Verordnungen	Änderung zu 2003 in %
Heilmittel- RL*	216.185	2,8	68.565.605,04	8,9	479.712	4,0
Ergotherapie	10.736	12,6	9.316.279,39	16,0	29.071	11,6
Logopädie	12.190	15,6	7.191.441,48	22,6	22.965	18,2
Physiotherapie	198.590	1,7	51.951.710,10	5,9	426.372	2,7
Podologie	680	155,6	106.174,07	253,8	1.318	182,8

* Heilmittel laut Richtlinien

** LV steht für Leistungsversicherte/r, d.h. Versicherte mit mindestens einer entsprechenden Leistung

Verglichen mit der eingangs dargestellten Entwicklung bei allen gesetzlichen Krankenkassen (KV 45 Statistik) sind in der GEK einige Besonderheiten festzustellen. Während die Gesamtausgaben aller Kassen (GKV) für Heilmittel im Jahr 2004 rückläufig waren (-5,5%), stiegen diese Ausgaben in der GEK an (+8,9%). Diese Ausgabensteigerung ist nur zum Teil durch die gestiegene Anzahl der Versicherten in der GEK bedingt. Eine Steigerung von 1,25% bleibt auch nach Umrechung der Ausgaben auf jeweils 100 Versicherte zu verzeichnen (siehe Tabelle 1.5). Die Ausgaben für podologische Leistungen wiesen in der GEK, wie auch in der KV 45 Statistik, die höchste Steigerungsrate auf. Dies ist durch die geringen Ausgangsbeträge bedingt sowie durch die Tatsache, dass diese Leistungen zum 1.8.2002 erstmals in die Heilmittel-Richtlinien aufgenommen wurden. Da hinsichtlich podologischer Leistungen von einer Unterversorgung ausgegangen werden muss, ist die Leistungsausweitung in diesem Bereich zu erwarten und grundsätzlich zu begrüßen. Hierauf wird im Kapitel Podologie näher eingegangen.

Die Ausgabensteigerung für logopädische Leistungen liegt in der GEK mit 22,6% um rund 85% über der Steigerungsrate aller Kassen (+12,2%). Im Vergleich noch stärker stiegen die Ausgaben für Ergotherapie mit +16,0% bei der GEK um mehr als das 3,5fache der

GKV (+4,5%). Die Auswertungen zur Ergotherapie bilden daher den Schwerpunkt der Heilmittel-Analysen des diesjährigen Reports. Die weit überdurchschnittliche Ausgabenentwicklung der GEK im Bereich der Ergotherapie und Logopädie ist zumindest teilweise auf ihre Altersstruktur zurückzuführen. Wie in den Kapiteln zur Ergotherapie und Logopädie ausgeführt wird, finden diese Behandlungen zum überwiegenden Teil bei Kindern und Jugendlichen statt. Der Anteil der unter 15Jährigen in der GEK betrug am 1.7.2004 17,10% gegenüber 14,25% in allen GKV-Kassen (GKV-Statistik KM 6). Die dynamische Ausgabenentwicklung bei den Kindern und Jugendlichen wirkt sich daher in der GEK stärker aus als im Durchschnitt der GKV-Kassen, der in der KV 45 Statistik abgebildet wird.

Der KV 45 Statistik liegen Buchungen auf Sachkonten zugrunde, die wir in dem Report des letzten Jahres ebenfalls für die Heilmittel-Auswertungen genutzt haben. Um die Vergleichbarkeit der KV 45 Statistik mit den Heilmittel-Kategorien, wie wir sie in diesem Jahr anhand der Richtlinien erstmals gebildet haben, zu überprüfen, haben wir die Buchungen der entsprechenden Sachkonten den verschiedenen Heilmitteln gegenübergestellt. Die entsprechende Tab. 101 befindet sich im Anhang. Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie werden zu mehr als 99% auf den Sachkonten der entsprechenden Leistungserbringer gebucht. Physiotherapeutische Leistungen werden im Wesentlichen, d.h. zu rund 97%, von Masseuren / medizinischen Badebetrieben und Krankengymnasten / Physiotherapeuten erbracht. Ein geringer Teil dieser Leistungen erfolgt außerdem in Krankenhäusern außerhalb der stationären Behandlung und wird auf dem entsprechenden Sachkonto gebucht. Im Ergebnis scheint die KV 45 Statistik mit den Heilmittel-Kategorien gut vergleichbar zu sein.

Latenzzeit bei der Abrechnung von Heilmittel-Leistungen

Wenn man die Auswirkungen von Veränderungen, wie neue Zuzahlungsregelungen oder Änderungen der Heilmittel-Richtlinien, auf die Ausgabenentwicklung abschätzen will, muss man die zeitliche Latenz bei der Abrechnung berücksichtigen. Nachdem der Arzt das Heilmittel am Verordnungsdatum verschrieben hat, erhält der Versicherte an aufeinander folgenden Terminen die entsprechenden Leistungen. In der Regel rechnet der Leistungserbringer erst nach Abgabe der letzten verordneten Behandlung ab, wenn er nicht von der Möglichkeit Gebrauch macht, Abschlagsrechnungen zu stellen. Je nach Anzahl der verschriebenen Behandlungen und wöchentlicher Behandlungsfrequenz ergibt sich hieraus ein unterschiedlich langes Zeitintervall. Nach den neuen Richtlinien soll dieses Intervall 12 Wochen nicht übersteigen. In den alten Heilmittel-Richtlinien war keine derartige Begrenzung vorgesehen.

Man muss sich außerdem vergegenwärtigen, dass Statistiken, wie beispielsweise die KV 45 Statistik oder unsere Auswertungen, in der Regel auf den im jeweiligen Zeitraum abgerechneten Leistungen basieren. Diese Leistungen sind nicht identisch mit den innerhalb desselben Zeitraums verordneten Leistungen. Außerdem gibt es bei den Abrechnern offenbar einige Nachzügler, die erst sehr spät abrechnen. So fanden wir bei den Abrechnungsdaten des Jahres 2004 noch geringe Beträge (insgesamt 6.935,34 Euro) für Leistungen, die in den Jahren 1998,1999 und 2000 verordnet wurden. Die exakte Gesamtsumme der in einem Jahr verordneten Heilmittel kann erst nach Abrechnung aller Verordnungen dieses Jahres, einschließlich der Nachzügler, zutreffend ermittelt werden, also zu einem sehr späten Zeitpunkt. All diese Faktoren erschweren die Beurteilung der Auswirkung von Veränderungen im Leistungsgeschehen bei Heilmitteln.

In Tabelle 3.6 ist die Verteilung der im 1. Quartal 2003 ausgestellten und bis Ende 2004 abgerechneten Heilmittelleistungen anteilig für das

jeweilige Abrechnungsquartal angegeben. Innerhalb des Verordnungs-Quartals wurden nur knapp 25% aller Heilmittel abgerechnet. Je nach Art des Heilmittels schwankt dieser Prozentsatz von knapp 6% bei logopädischen Leistungen bis knapp 30% bei der Physiotherapie. Bis auf die Podologie erfolgt die Abrechnung des größten Teils der Verordnungen in dem auf die Verordnung folgenden Quartal. Podologische Leistungen werden insgesamt mit der größten zeitlichen Verzögerung abgerechnet, in dem gleichen Quartal des Folgejahres werden noch knapp 15% der ein Jahr zuvor ausgestellten Verordnungen abgerechnet.

Tabelle 3.6 Abrechnung von Heilmittelleistungen, verordnet im 1. Quartal 2003 und abgerechnet bis zum 31.12.2004 in %

Abrechnung der Leistungen, verordnet im 1.Quartal 2003	Heilmittel RL*	Ergotherapie	Logopädie	Physiotherapie	Podologie
2003, 1. Quartal	24,83	10,06	5,64	29,79	6,67
2003, 2. Quartal	61,21	66,22	51,38	61,64	24,70
2003, 3. Quartal	11,22	21,18	29,99	7,13	25,71
2003, 4. Quartal	1,76	1,81	8,43	0,89	20,55
2004, 1. Quartal	0,64	0,45	3,02	0,36	14,82
2004, 2. Quartal	0,22	0,20	1,03	0,11	6,64
2004, 3. Quartal	0,07	0,07	0,27	0,05	0,00
2004, 4. Quartal	0,05	0,01	0,25	0,03	0,90

* Heilmittel laut Richtlinien

Welche Einflüsse auf die Heilmittel-Verordnung sind am 1.1.2004 erkennbar (Einführung der Praxisgebühr und neue Zuzahlungsregelung für Heilmittel)?

Um die Auswirkung der neuen Zuzahlungsregelung und der Einführung der Praxisgebühr abschätzen zu können, wurden die innerhalb der beiden ersten Quartale der Jahre 2003 und 2004 verordneten Leistungen miteinander verglichen. Damit die Vergleichbarkeit gewährleistet ist,

wurden nur die innerhalb des gleichen Jahres abgerechneten Leistungen in diesen Vergleich einbezogen. Diese Vergleichbarkeit ist nur unter der Voraussetzung gegeben, dass das Abrechnungsverhalten der Leistungserbringer in diesem Zeitraum annähernd konstant ist. Ob dies der Fall ist, kann frühestens im nächsten Jahr anhand der dann vorliegenden Daten des Jahres 2005 retrospektiv festgestellt werden.

Der Anstieg der Gesamtausgaben für Heilmittel war mit 7,7% im ersten Quartal 2004 geringer als im 2. Quartal (+13,4%), dies ist im Wesentlichen durch den geringeren Anstieg bei physiotherapeutischen Leistungen bedingt (+3,7%). Dieser Effekt könnte eine Auswirkung der Praxisgebühr sein, die viele Versicherte möglicherweise dazu veranlasste, ihre Arztbesuche mit den entsprechenden Verordnungen auf das 4. Quartal 2003 vorzuziehen. Bei den meisten ergotherapeutisch und logopädisch behandelten Versicherten handelt es sich um Kinder und Jugendliche, die weder von der Praxisgebühr noch von Zuzahlungen betroffen sind, so dass hier auch keine größeren Auswirkungen zu erwarten waren (siehe Kapitel 3.2 Ergotherapie und 3.3 Logopädie). Auch darüber hinaus geben diese Zahlen keinen Anhalt für eine reduzierte Inanspruchnahme von Heilmitteln. Dies wird durch die hohen Steigerungsraten bei podologischen Leistungen eindrucksvoll belegt, so dass als Fazit festzuhalten bleibt: die Praxisgebühr und die neuen Zuzahlungsregelungen haben die erwünschte Zunahme podologischer Behandlungen nicht gebremst.

Tabelle 3.7 Vergleich der im ersten Halbjahr 2003 und 2004 verordneten Heilmittel

	verordnet im	2003 verordnet und abgerechnet in €	2004 verordnet und abgerechnet in €	Veränderung zu 2003 in %
Heilmittel RL*	1. Quartal	17.024.491,79	18.333.217,63	7,7
	2. Quartal	15.263.669,55	17.310.880,39	13,4
Ergotherapie	1. Quartal	2.235.294,56	2.657.253,23	18,9
	2. Quartal	2.031.924,53	2.374.275,72	16,8
Logopädie	1. Quartal	1.609.757,97	1.986.653,66	23,4
	2. Quartal	1.299.872,15	1.628.945,14	25,3
Physiotherapie	1. Quartal	13.172.665,25	13.661.675,72	3,7
	2. Quartal	11.923.164,09	13.280.576,27	11,4
Podologie	1. Quartal	6.774,01	27.635,02	308,0
	2. Quartal	8.708,78	27.083,26	211,0

* Heilmittel laut Richtlinien

Welche Einflüsse auf die Heilmittel-Verordnung sind am 1.7.2004 mit Einführung der neuen Heilmittel-Richtlinien zu beobachten?

Um diese Frage zu beantworten, wurden das 3. und 4. Quartal der Jahre 2003 und 2004 hinsichtlich der verordneten und im gleichen Jahr abgerechneten Heilmittel miteinander verglichen. Dieser Vergleich beruht wiederum auf der (ungeprüften) Annahme, dass das Abrechnungsverhalten der Leistungserbringer keinen wesentlichen Änderungen unterworfen ist. Bei der Bewertung sollte dem 3. Quartal ein größeres Gewicht gegeben werden, weil das 4. Quartal 2003 aufgrund der Einführung der Praxisgebühr zum 1.1.2004 nicht als typisch angesehen werden kann und weil für die Vergleiche der 4. Quartale nur die – relativ wenigen – im gleichen Quartal abgerechneten Leistungen herangezogen werden können.

Tabelle 3.8 Vergleich der im zweiten Halbjahr 2003 und 2004 verordneten Heilmittel

	verordnet im	2003 verordnet und abgerechnet in €	2004 verordnet und abgerechnet in €	Veränderung zu 2003 in %
Heilmittel RL*	3. Quartal	13.820.714,78	12.704.993,58	-8,1
	4. Quartal	4.158.576,67	4.210.715,86	1,3
Ergotherapie	3. Quartal	1.554.721,52	1.525.483,50	-1,9
	4. Quartal	204.321,46	204.141,37	-0,1
Logopädie	3. Quartal	828.385,16	977.413,02	18,0
	4. Quartal	87.020,62	117.944,76	35,5
Physiotherapie	3. Quartal	11.429.458,55	10.182.335,11	-10,9
	4. Quartal	3.865.516,14	3.886.783,08	0,6
Podologie	3. Quartal	8.149,55	19.761,95	142,5
	4. Quartal	1.718,45	1.846,65	7,5

* Heilmittel laut Richtlinien

Mit Einführung der neuen Richtlinien zum 1.7.2004 ist ein Rückgang der Heilmittelausgaben von -8,1% zu beobachten. Dieser beruht vorrangig auf der Verringerung physiotherapeutischer Leistungen, während die Ausgaben für Logopädie mit +18,0% weiter stark anstiegen. Allerdings ist dieser Anstieg etwas geringer als in den ersten beiden Quartalen, wo er bei 23,4% und 25,3% lag (siehe Tabelle 3.7). Auch die Zunahme podologischer Leistungen setzt sich fort. Dagegen scheint die Ausgabensteigerung bei ergotherapeutischen Leistungen gestoppt zu sein. Die Daten der Verordnungen des 4. Quartals 2004 beruhen auf verhältnismäßig geringen Zahlen und sind daher nicht als aussagekräftig anzusehen. Insgesamt scheinen die neuen Heilmittel-Richtlinien die gewünschte Wirkung zu zeigen. Für eine endgültige Einschätzung ist es allerdings zu früh. Ob die Neufassung der Richtlinien eine nachhaltig dämpfende Wirkung auf die Ausgabenentwicklung hat, kann erst in den folgenden Jahren beurteilt werden. Möglicherweise sind weitere Änderungen, beispielsweise im Bereich der Logopädie und der Ergotherapie, notwendig. In dem Kapitel zur Ergotherapie wird hierzu Stellung genommen.

3.2 Ergotherapie

Im Jahr 2004 erhielten 7.429 männliche und 3.310 weibliche GEK-Versicherte mindestens eine Ergotherapie-Verordnung, diese hatten bei den Männern Gesamtausgaben von 6.566.084,16 Euro und bei den Frauen von 2.750.195,23 Euro zur Folge. Gegenüber dem Vorjahr stiegen die Ausgaben bei männlichen Versicherten um 850.112,92 Euro (+14,9%). Bei den weiblichen Versicherten betrug die Ausgabensteigerung 434.598,62 Euro (+18,8%). Gruppenbehandlungen finden in der Ergotherapie nur in Ausnahmefällen statt. Sie machten im Jahr 2004 lediglich 1,3% der Ausgaben aus. Dagegen waren 97,5% der Ausgaben durch Einzeltherapien bedingt. Die 5 bis unter 10 jährigen Kinder stellten bei den Jungen im Jahr 2004 60% aller ergotherapeutisch behandelten männlichen Versicherten, bei den Mädchen waren es 47%. Extrapoliert man die jährliche Zuwachsrate ergotherapeutisch behandelter Jungen im Alter zwischen 5 und unter 10, so ergibt dies, dass in rund 27 Jahren bundesweit alle Jungen behandelt werden. Im Bereich der KV Mecklenburg-Vorpommern wird eine Ergotherapie aller Jungen dieser Altersgruppe schon in 8 Jahren Realität sein, wenn die derzeitigen Zuwachsraten unverändert bleiben. Angesichts der weit überdurchschnittlichen Ausgabenentwicklung im Bereich der Ergotherapie und des hohen Anteils von Kindern mit eher unklaren Indikationen sollte von den Verantwortlichen überlegt werden, ob die Indikation zur Ergotherapie nicht enger gefasst und die Verordnung neu geregelt werden muss. Der in der Schweiz mit den Konsensuskonferenzen zur Ergotherapie bei Kindern mit Entwicklungsstörungen beschrittene Weg stellt hierfür eine mögliche Lösung dar.

In den Heilmittel-Richtlinien heißt es: „Die Maßnahmen der Ergotherapie (Beschäftigungs- und Arbeitstherapie) dienen der Wiederherstellung, Entwicklung, Verbesserung, Erhaltung oder Kompensation der krankheitsbedingt gestörten motorischen, sensorischen, psychischen und kognitiven Funktionen und Fähigkeiten.

Sie bedienen sich komplexer, aktivierender und handlungsorientierter Methoden und Verfahren, unter Einsatz von adaptiertem Übungsmaterial, funktionellen, spielerischen, handwerklichen und gestalterischen Techniken sowie lebenspraktischen Übungen.

Sie umfassen auch Beratungen zur Schul-, Arbeitsplatz-, Wohnraum- und Umfeldanpassung.“ (Kruse et al., 2005).

Maßnahmen der Ergotherapie sind im Einzelnen:

- Motorisch-funktionelle Behandlung
- Sensomotorisch-perzeptive Behandlung
- Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Behandlung
- Psychisch-funktionelle Behandlung
- Therapieergänzende Maßnahmen.

Eine motorisch-funktionelle Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Störungen der motorischen Funktionen mit und ohne Beteiligung des peripheren Nervensystems und der daraus resultierenden Fähigkeitsstörungen. Diese Maßnahme kommt beispielsweise bei Wirbelsäulenerkrankungen wie Morbus Bechterew zur Anwendung, um die selbstständige Versorgung im Haushalt zu fördern. Sie kann als Einzel- oder als Gruppenbehandlung verordnet werden. Im Jahr 2004 wurden 813 GEK-Versicherte wegen motorischer Störungen von Ergotherapeuten einzeln behandelt (siehe Tabelle 3.9). Diese Leistung stand mit 363.625,52 Euro an 3. Stelle der Ausgaben für einzelne Ergotherapie-Leistungen.

Eine entsprechende Einzelbehandlung im Krankenhaus fand bei 81 Versicherten statt.

Die sensomotorisch-perzeptive Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Störungen der sensomotorischen und perzeptiven Funktionen mit den daraus resultierenden Fähigkeitsstörungen. Sie wird z.B. bei Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen zur Verbesserung der Belastungsfähigkeit und Ausdauer oder auch zur Verbesserung im Verhalten und in zwischenmenschlichen Beziehungen eingesetzt, wobei u.a. die gestörte Aufmerksamkeit, Konzentration und Ausdauer eine Ergotherapie notwendig machen können. Auch die sensomotorisch-perzeptive Behandlung kann als Einzel- oder als Gruppenbehandlung durchgeführt werden. Die Einzelbehandlung bei sensomotorischen / perzeptiven Störungen stand im Jahr 2004 mit großem Abstand an der Spitze aller ergotherapeutischen Einzelleistungen. Rund 84 % der Gesamtausgaben für Ergotherapie entfielen auf diese Leistung, wobei nur ein geringer Anteil dieser Leistungen durch Krankenhäuser und die Mehrzahl durch Ergotherapeuten erfolgte.

Ein Hirnleistungstraining bzw. eine neuropsychologisch orientierte Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Störungen der Hirnfunktion, insbesondere der kognitiven Störungen und der daraus resultierenden Fähigkeitsstörungen. Die neuropsychologisch orientierte Behandlung wird ausschließlich als Einzeltherapie verordnet. Das Hirnleistungstraining kann als Einzel- oder Gruppenbehandlung durchgeführt werden. Zu den Diagnosen, bei denen diese Maßnahmen ggf. indiziert sind, gehören u.a. dementielle Syndrome wie Morbus Alzheimer, insbesondere im Stadium der leichten Demenz. Das ergotherapeutische Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung steht an 4. Stelle der Einzelleistungen. 216 GEK-Versicherte wurden so behandelt.

Tabelle 3.9 Ergotherapie 2004

APN*	Leistungsbezeichnung	Anzahl der Leistungen	Ausgaben in €	Anzahl verschiedene LV**
54103	Einzelbehandlung bei sensomotorischen/ perzeptiven Störungen	234.667	7.801.904,77	8.947
54105	Einzelbehandlung bei psychischen Störungen	15.176	637.654,93	718
54102	Einzelbehandlung bei motorischen Störungen	14.755	363.625,52	813
54104	Einzelbehandlung: Ergoth. Hirnleistungstraining	4.981	138.884,51	216
54002	Befunderhebung: Funktionsanalyse und Anamnese	6.777	92.867,08	4.649
54212	Gruppenbehandlung: bei psychisch-funktionellen Störungen	2.504	51.191,17	104
64103	Einzelbehandlung bei sensomotorischen/ perzeptiven Störungen	1.452	40.192,81	67
54110	Einzelbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen	295	21.628,26	28
54101	Einzelbehandlung (45 Minuten)	1.904	19.663,81	90
64212	Gruppenbehandlung: bei psychisch-funktionellen Störungen	1.453	19.174,09	27
54210	Gruppenbehandlung: bei sensomotorisch-perzeptiven Störungen	1.626	18.533,81	96
54213	Gruppenbehandlung: bei psychisch-funktionellen Störungen	452	17.542,12	7
64102	Einzelbehandlung bei motorischen Störungen	864	17.334,45	81
54111	Einzelbehandlung: Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld	195	15.750,09	184
64203	Gruppenbehandlung: bei psychischen Störungen, 90 Minuten, je Teilnehmer	577	10.322,60	12
54301	Thermische Anwendung	2.652	9.994,97	135
	Verschiedene Leistungsbezeichnungen	1.885	40.014,40	
	Alle Leistungsbezeichnungen	292.215	9.316.279,39	10.736

* Die erste Ziffer der Abrechnungspositionsnummer (APN) kennzeichnet den Leistungserbringer: so steht „5“ für Ergotherapeuten und „6“ für Krankenhäuser
** LV steht für Leistungsversicherte/r, d.h. Versicherte mit mindestens einer ergotherapeutischen Leistung 2004

Die psychisch-funktionelle Behandlung dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Störungen der psychosozialen und sozioemotionalen Funktionen und den daraus resultierenden Fähigkeitsstörungen. Sie kann als Einzel- oder als Gruppenbehandlung verordnet werden.

Die psychisch-funktionelle Behandlung wird beispielsweise bei psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (z.B. Abhängigkeitssyndrom) eingesetzt. Im Jahr 2004 stand die Einzelbehandlung bei psychischen Störungen an 2. Stelle der Ausgaben für Ergotherapie. 718 GEK-Versicherte erhielten diese Behandlung. Eine Gruppenbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen wurde deutlich seltener bei nur insgesamt 104 Versicherten durchgeführt. Sie ist allerdings die am häufigsten verordnete Gruppentherapie in der Ergotherapie.

Tabelle 3.10 Ergotherapie 2004: Einzel- oder Gruppenbehandlung?

	Anzahl der Leistungen	in % aller Leistungen	Ausgaben	in % aller Ausgaben	Anzahl verschiedene LV*
Einzelbehandlungen	275.323	94,2	9.078.977,02	97,5	10.565
Gruppenbehandlungen	7.263	2,5	124.527,17	1,3	273

* LV steht für Leistungsversicherte/r, d.h. Versicherte mit mindestens einer ergotherapeutischen Leistung 2004

Gruppenbehandlungen finden in der Ergotherapie nur in Ausnahmefällen statt. Sie machten im Jahr 2004 nur 1,3% der Ausgaben aus. Dagegen waren 97,5% der Ausgaben durch Einzeltherapien bedingt. Die restlichen Ausgaben entfielen auf Befunderhebung und andere Leistungen wie beispielsweise thermische Anwendungen als therapieergänzende Maßnahme.

Im Jahr 2004 erhielten 7.429 männliche und 3.310 weibliche GEK-Versicherte mindestens eine Ergotherapie-Verordnung, die bei den Männern Gesamtausgaben von 6.566.084,16 Euro und bei den Frauen 2.750.195,23 Euro zur Folge hatten (siehe Tab.102 und 103 im Anhang). Gegenüber dem Vorjahr stiegen die Ausgaben bei männlichen Versicherten um 850.112,92 Euro (+14,9%). Bei den weiblichen Versicherten betrug die Ausgabensteigerung 434.598,62 Euro (+18,8%). Betrachtet man die alters- und geschlechtsspezifische

Behandlungsprävalenz (siehe Abbildung 3.2), so fällt die extrem asymmetrische Verteilung auf. Der Anteil der Jungen mit mindestens einer Ergotherapie-Verordnung in der Altersgruppe von 5 bis unter 10 Jahren übertrifft die Behandlungsprävalenz in allen anderen Altersgruppen um ein Vielfaches. Gleiches gilt für die 5 bis unter 10jährigen Mädchen, deren Anteil jedoch nur bei gut einem Drittel der Jungen dieser Altersgruppe liegt. Auffällig ist weiterhin die deutliche Steigerung der Behandlungsprävalenz um +0,84 Prozentpunkte bei den 5 bis unter 10 jährigen Jungen gegenüber 2003 (siehe Tab. 2 im Anhang). Dagegen war bei den 10 bis unter 20 jährigen Männern keine Steigerung der Behandlungsprävalenz und bei den Jungen im Alter bis 5 Jahre sogar eine leichte Abnahme von -0,19 Prozentpunkten zu verzeichnen.

In Abbildung 3.3 ist die Verteilung der Gesamtausgaben für beide Geschlechter getrennt dargestellt. Wie nach der Behandlungsprävalenz zu erwarten, kommt auf die Altersgruppe der 5 bis unter 10 Jährigen bei beiden Geschlechtern der größte Anteil der Ausgaben. Insgesamt entfallen auf die Altersgruppe der unter 20 Jährigen bei den männlichen Versicherten 76% und bei weiblichen Versicherten 66% der Gesamtausgaben für Ergotherapie im Jahr 2004. Demgegenüber spielen Ausgaben bei älteren Versicherten keine vergleichbare Rolle, obwohl die durchschnittlichen Ausgaben für die älteren Versicherten mit ergotherapeutischen Leistungen höher liegen (siehe Tab. 2 im Anhang).

Abbildung 3.2 Ergotherapie: alters- und geschlechtsspezifische Behandlungsprävalenz

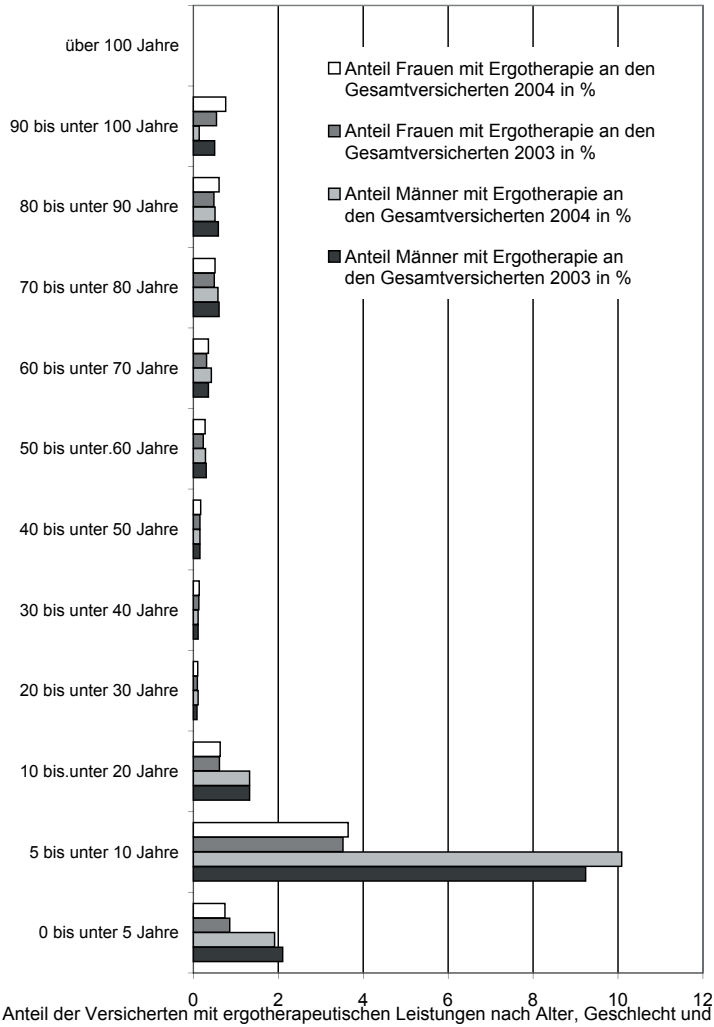
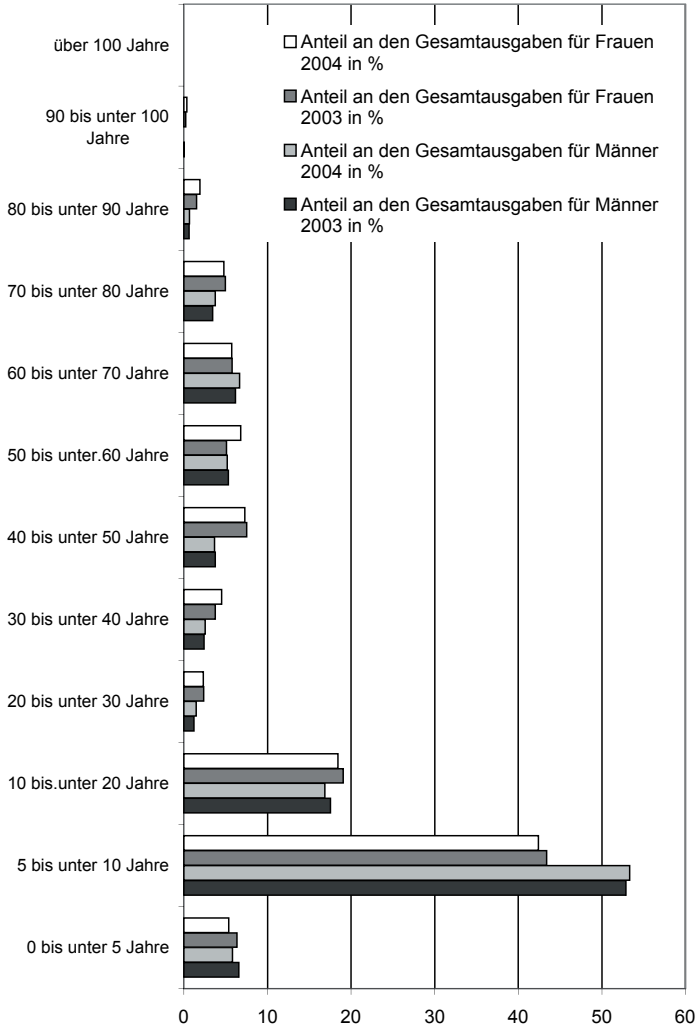


Abbildung 3.3 Ergotherapie: alters- und geschlechtsspezifische Verteilung der Gesamtausgaben



Verteilung der Gesamtausgaben für Ergotherapie nach Alter, Geschlecht und Jahr in %

Ab dem 20. Lebensjahr übersteigen die Ausgaben für einen ergotherapeutisch behandelten Mann die Ausgaben für die gleichaltrigen Frauen. Diese Relation bleibt bis zum Alter von 90 Jahren erhalten. Bei den jüngeren Altersgruppen unterscheiden sich die Ausgaben für beide Geschlechter hingegen nur unwesentlich (sieheTab.2 im Anhang).

Die Behandlungsprävalenz weist erhebliche regionale Schwankungen auf (siehe Tab. 2 bis 25 im Anhang). So wurden 2004 im Bereich der KV Schleswig-Holstein um +3,87 Prozentpunkte mehr 5 bis unter 10 jährige Jungen behandelt als im Bundesdurchschnitt, der 10,09% betrug. Bei den Mädchen betrug der Unterschied +0,77 Prozentpunkte im Vergleich zum Bundesdurchschnitt von 3,65%. Demgegenüber werden in Sachsen-Anhalt unterdurchschnittlich viele Mädchen (-1,98 Prozentpunkte) und Jungen (-6,9 Prozentpunkte) im Alter zwischen 5 bis unter 10 Jahren ergotherapeutisch behandelt.

Die Hälfte der Gesamtausgaben von 9.316.279,39 Euro für ergotherapeutische Leistungen entfiel im Jahre 2004 auf die Altersgruppe der 5 bis unter 10 jährigen Kinder. Vor diesem Hintergrund ist es umso erstaunlicher, dass in der Ergotherapie fast keine Gruppenbehandlungen stattfinden, die sich gerade bei dieser Altersgruppe anzubieten scheinen (siehe Tabelle 3.10). Mehr als 97% der Ausgaben für ergotherapeutische Leistungen in dieser Altersgruppe wurden von der Berufsgruppe der Beschäftigungs-/Suchttherapeuten (Ergotherapeuten) abgerechnet (siehe Tabelle 3.11). Im Folgenden sollen zunächst zwei Fragen untersucht bzw. diskutiert werden:

- Welche besonderen Gründe könnte es für die Ergotherapie bei den 5 bis unter 10 jährigen Kindern geben?
- Was könnte die regionalen Unterschiede in der Behandlungsprävalenz erklären?

Um mögliche Ursachen für die regional unterschiedlichen Behandlungsprävalenzen festzustellen, wurde untersucht, ob die regionale Verteilung der Ergotherapeuten als Leistungserbringer einen Einfluss auf

die regionale Behandlungsprävalenz der 5 bis unter 10jährigen Kinder hat und somit Hinweise auf eine angebotsinduzierte Nachfrage geben könnte. Bei einer angebotsinduzierten Nachfrage ist zu erwarten, dass die höchste Behandlungsprävalenz in den Regionen besteht, wo die meisten Ergotherapeuten tätig sind.

Tabelle 3.11 Leistungserbringer ergotherapeutischer Leistungen bei 5 bis unter 10jährigen Versicherten im Jahr 2004

Bezeichnung	IK*	Anzahl der Leistungserbringer mit Leistungen	Ausgaben in €	in %
Beschäftigungs-, Suchttherapeuten (Ergotherapeuten)	48	2.219	4.548.849,22	97,44
Caritative Organisationen	50	27	35.054,86	0,75
Krankengymnasten, Physiotherapeuten	44	28	28.610,29	0,61
Rehabilitationsstätten	51	22	17.484,44	0,37
Krankenhäuser	26	22	14.482,46	0,31
Logopäden	40	3	8.059,62	0,17
med. Bademeister, Masseure	43	6	6.655,25	0,14
sonstige therapeutische Hilfspersonen	49	7	6.178,15	0,13
Gesundheitsämter	17	2	1.760,22	0,04
Sozialhilfeträger	13	3	1.067,22	0,02
Gesamt		2.339	4.668.201,73	100,00

*IK= Institutionskennzeichen: die 1. und 2. Stelle steht für die Art des Leistungserbringers

Tabelle 3.12 Regionale Verteilung der Inanspruchnahme von Leistungserbringern (LE) und ergotherapeutische Behandlungsprävalenz bei 5 bis unter 10jährigen Versicherten 2004

IK*	Bundesland	Anzahl LE vorhanden mit IK=48	davon in Anspruch genommen	in %	Anzahl Versicherte (Vers)	Vers/LE vorhanden	Vers/LE in Anspruch genommen	Anteil LV** zu Vers. in %	Vielfaches des Anteils LV** zu Vers von Sachsen-Anhalt
4801	Schleswig-Holstein	276	141	51,1	5.065	18	36	9,4	3,7
4802	Hamburg	102	47	46,1	2.326	23	49	6,7	2,7
4803	Niedersachsen	672	248	36,9	9.114	14	37	7,5	3,0
4804	Bremen	53	13	24,5	577	11	44	3,5	1,4
4805	Nordrhein-Westfalen	1.056	427	40,4	15.627	15	37	6,5	2,6
4806	Hessen	514	179	34,8	7.315	14	41	6,7	2,7
4807	Rheinland-Pfalz	343	130	37,9	4.444	13	34	7,0	2,8
4808	Baden-Württemberg	788	319	40,5	14.928	19	47	6,7	2,7
4809	Bayern	980	385	39,3	13.527	14	35	8,3	3,3
4810	Saarland	137	62	45,3	1.987	15	32	6,3	2,5
4811	Berlin	158	68	43,0	3.278	21	48	6,0	2,4
4812	Brandenburg	104	33	31,7	3.075	30	93	4,4	1,8
4813	Mecklenburg-Vorpommern	94	27	28,7	900	10	33	8,1	3,2
4814	Sachsen	370	89	24,1	2.247	6	25	6,7	2,7
4815	Sachsen-Anhalt	105	19	18,1	1.151	11	61	2,5	1,0
4816	Thüringen	144	32	22,2	1.350	9	42	4,3	1,7
	Summe	5.896	2.219	37,6	86.911	15	39	6,9	2,8

* IK= Institutionskennzeichen: die 3. und 4. Stelle steht für das Bundesland

** Behandlungsprävalenz: Anteil Versicherte mit ergotherapeutischer Leistung zu allen 5 bis unter 10 jährigen Versicherten in dem jeweiligen Bundesland

Der Anteil der 5 bis unter 10 jährigen Jungen und Mädchen mit mindestens einer ergotherapeutischen Behandlung im Jahr 2004 schwankt regional um bis zu 375% (Tabelle 3.12). Während in Sachsen-Anhalt 2,5% der Kinder dieser Altersgruppe ergotherapeutisch behandelt wurden, betrug der Anteil in Schleswig-Holstein 9,4%. Es ist nicht ersichtlich, dass es medizinische Gründe für diese regional unterschiedlichen Behandlungsprävalenzen geben könnte. Ein auch nur annähernd vergleichbarer Behandlungsbedarf scheint weder bei den unter 5 noch bei den über 10 Jährigen Kindern und Jugendlichen zu bestehen, was auf eine passagere Therapiebedürftigkeit im Alter zwischen 5 und 10 Jahren hindeutet.

Welche besonderen Gründe könnte es für die Ergotherapie bei den 5 bis unter 10 jährigen Kindern geben?

Im englischsprachigen Raum ist vor rund 25 Jahren der Begriff des „clumsy child“ geprägt worden (Prontnicki & Taft, 2003). Mit diesem Begriff sind Kinder gemeint, deren Fein- bzw. Grobmotorik qualitativ der jüngerer Kinder entspricht. Die Prävalenz dieser Störung liegt bei rund 6 bis 7% der Schulkinder. Eine derartige Diagnose wird – wenn überhaupt – meist erst im Kindergarten oder mit der Einschulung gestellt. Die Kinder tun sich schwer, Bilder innerhalb der vorgegebenen Linien auszumalen, sie sind ungeschickt im Gebrauch von Schere und Stiften, später fallen sie durch eine „schlechte“ Handschrift auf. Das Binden von Schnürsenkeln bereitet ihnen Schwierigkeiten, ebenso das Zu- oder Aufknöpfen. Die Kinder sind sich ihrer motorischen Schwierigkeiten oft bewusst. Sie vermeiden sportliche Wettkämpfe mit Gleichaltrigen und leiden deshalb unter fehlender Anerkennung. Die wichtigste ärztliche Maßnahme in diesen Fällen ist die Aufklärung. Eltern und Kinder müssen lernen, mit der Ungeschicklichkeit zu leben und umzugehen. Der Hinweis, dass diese Probleme relativ viele Kinder betreffen, kann dabei hilfreich sein. Das Kind sollte an allen körperlichen Aktivitäten teilnehmen, die ihm Spaß machen – unabhängig davon wie erfolgreich es ist. In Sportarten wie

Fußball oder Schwimmen haben diese Kinder eher weniger Probleme. Mit zunehmendem Alter bessert sich die Koordination in der Regel, aber „clumsy children“ werden oft auch ungeschickte Erwachsene. Die Besserung ist durch eine Reihe von Faktoren bedingt: Durch Wiederholung werden motorische Abläufe trainiert und bei Erwachsenen wird in der Regel nicht soviel Wert auf motorische Koordinationsfähigkeit gelegt wie bei Kindern und Jugendlichen. Nur in der Schule wird von uns verlangt, dass wir Sport, Musik, Kunst, Mathematik und alle anderen Fächer annähernd gleich gut beherrschen. Von Wissenschaftlern werden aber in der Regel keine Handstände erwartet. Wichtig ist vor allem, die Entwicklung des Selbstbewusstseins bei diesen - wie bei allen anderen Kindern - zu unterstützen, damit sie in der Lage versetzt werden, sich ihrer Stärken bewusst zu werden und z.B. einen Beruf zu wählen, in dem ihre Stärken und nicht ihre Schwächen relevant sind. Eine Ergotherapie kann in schwereren Fällen in Betracht gezogen werden, dabei muss jedoch abgewogen werden, dass die Kinder eine spezielle Therapie oft als stigmatisierend empfinden (Prontnicki & Taft, 2003).

Was könnte die regionalen Unterschiede in der Behandlungsprävalenz erklären?

Eine mögliche Ursache für die beobachteten regionalen Unterschiede in der Behandlungsprävalenz ist die Anzahl der Leistungserbringer ergotherapeutischer Leistungen in den verschiedenen Regionen. Das Konzept der angebotsinduzierten Nachfrage setzt voraus, dass die „Auslastung“ der Leistungserbringer typischerweise konstant ist. Ein vermehrtes Angebot an Leistungserbringern hat dann - bis zum Erreichen dieser typischen Auslastungsgrenze – eine Steigerung der Nachfrage zur Folge. Diese gesteigerte Nachfrage müsste sich auch in einer gesteigerten Behandlungsprävalenz zeigen.

Im Bundesdurchschnitt kommen 15 GEK-versicherte Kinder im Alter zwischen 5 bis unter 10 Jahren auf einen Ergotherapeuten (siehe Tabelle

3.12). Diese Zahl variiert um den Faktor 5 regional zwischen 30 Kindern in Brandenburg und 6 in Sachsen. Von den vorhandenen Leistungserbringern haben 37,6% im Bundesdurchschnitt im Jahr 2004 mindestens ein 5 bis unter 10jähriges GEK-versichertes Kind behandelt. In Schleswig-Holstein liegt der Anteil der Ergotherapeuten, die 2004 Kinder behandelt haben mit 51% am höchsten. Gleichzeitig ist hier auch die Behandlungsprävalenz am höchsten. Dieses Ergebnis spricht gegen eine angebotsinduzierte Nachfrage, ebenso wie die Tatsache, dass in Sachsen-Anhalt mit 18% der Anteil der in Anspruch genommenen Leistungserbringer am geringsten ist und gleichzeitig die niedrigste Behandlungsprävalenz besteht. Die von uns festgestellten regionalen Unterschiede in der Behandlungsprävalenz und im Anteil der in Anspruch genommenen Ergotherapeuten sind aber mit dem Konzept der angebotsinduzierten Nachfrage nicht vereinbar.

Die Zahl der Leistungserbringer in einer Region steht in keiner erkennbaren Beziehung zu der Behandlungsprävalenz. In Sachsen-Anhalt liegt die Zahl der Kinder pro Leistungserbringer mit 11 unter dem Durchschnitt. Trotz zahlreicher Therapeuten ist der Anteil der behandelten Kinder am geringsten. In Schleswig-Holstein kommen dagegen mit 18 Kindern überdurchschnittlich viele auf einen Ergotherapeuten. Die Behandlungsprävalenz ist trotz des zahlenmäßig unterdurchschnittlichen Therapieangebots bundesweit am höchsten. Die Behandlungsprävalenzen in den östlichen Bundesländern liegen unabhängig von der Zahl der Leistungserbringer unter denen im Westen, wobei Bremen eine Ausnahme bildet. Dies gilt auch für das Geschlechterverhältnis der behandelten Kinder (siehe Tab. 104 im Anhang). Die Anzahl der in Bremen behandelten Kinder ist mit 20 allerdings gering, so dass zufällige Schwankungen dieses Ergebnis stärker beeinflussen können als in anderen Regionen, wo die Zahlen größer sind. In den übrigen Bundesländern und im Bundesdurchschnitt liegt das Verhältnis von Jungen zu Mädchen bei annähernd 3. Eine angebotsinduzierte Nachfrage ist nach den vorliegenden Ergebnissen nicht als Erklärung für die regional

sehr unterschiedlichen Behandlungsprävalenzen heranzuziehen.

Andere Faktoren, die zu berücksichtigen sind, liegen möglicherweise im unmittelbaren Umfeld der Kinder - also in Familie, Kindergarten und Grundschule. In Schleswig-Holstein gibt das Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Kultur unter dem Titel „Mein Kind kommt in die Schule“ Elterninformationen zum Schulanfang heraus (2003). Die Broschüre richtet sich an die Eltern der Kinder, die zum Schuljahr 2004/2005 schulpflichtig wurden. Beantwortet werden 13 Fragen zum Schulanfang (Landesregierung Schleswig-Holstein, 2004). Unter der Überschrift „Wie arbeiten Kindergarten und Schule zusammen?“ heißt es unter anderem: „ Die Leiterinnen und Leiter der Kindertagesstätten und die Schulleitungen koordinieren die Zusammenarbeit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Es gibt hierfür schon viele gute Beispiele in der Praxis: ... Absprachen für einzelne Kinder über zusätzliche Fördermaßnahmen vor Schuleintritt, zum Beispiel Sprachförderung, Logopädie oder Ergotherapie .“ Dass die Heilmittel Logopädie und Ergotherapie immer einer ärztlichen Verordnung bedürfen und dass diesbezügliche Absprachen über einzelne Kinder ohne Beteiligung von deren Erziehungsberechtigten nicht getroffen werden können und dürfen, findet in dieser Elterninformation ebenso wenig Erwähnung wie die Tatsache, dass die Verordnung von Heilmitteln bei Kindern in den Heilmittel-Richtlinien ausdrücklich ausgeschlossen wird, „wenn an sich störungsbildspezifische heilpädagogische / sonderpädagogische Maßnahmen zur Beeinflussung von Schädigungen geboten sind.“ Zwingend in den Richtlinien gefordert ist die medizinische Indikation, die nicht von Kindergärten und Schulen gestellt werden kann. Trotzdem beobachten Kinderärztinnen und Kinderärzte auch in anderen Bundesländern, dass die Initiative zur Verordnung von Ergotherapie sehr häufig von Betreuungspersonen in Kindergärten und Schulen ausgeht. Viele Erziehungsberechtigte, vor allem Mütter, werden hierdurch beunruhigt und verunsichert. Die Heilmittel-Richtlinien schließen im übrigen auch die Indikationen Lese- und Rechtschreibschwäche sowie

sonstige isolierte Lernstörungen ausdrücklich aus, die im schulischen Kontext häufig relevant sind. Es drängt sich daher der Verdacht auf, dass hier Aufgaben, die von der Schule und dem Kindergarten übernommen werden müssten, zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung in das Gesundheitssystem verschoben werden.

Im Kreis Rendsburg-Eckernförde (Schleswig-Holstein) findet im Rahmen der sonderpädagogischen Förderung ein Kooperationsprojekt zwischen Schule und Jugendhilfe statt. Den Lehrkräften an Regelschulen werden im Rahmen dieses Projektes über den Landesbildungsserver „Hinweise für die Feststellung von Verhaltensauffälligkeiten bei Schülerinnen und Schülern“ und eine „Checkliste Verhaltensauffälligkeiten“ an die Hand gegeben (2003), die Checkliste ist in Tab. 105 im Anhang abgebildet. In der „Handreichung für Regelschulen“ ist als ein Kriterium für die Feststellung einer Verhaltensstörung aufgeführt: „Nach Einschätzung mehrerer Personen besteht der Verdacht auf eine Aufmerksamkeitsstörung oder Kombinationsform (ADS, ADHS, usw.).“ Die „Checkliste“ ist inhaltlich hochproblematisch, weil in Analogie zu den ADHS-Fragebögen auch abgefragt wird, ob beispielsweise „fehlendes Schamgefühl“ (Punkt 29) „immer; in jeder Stunde/Pause“ – „mehrmals täglich“ – „einmal (täglich)“ – „mehrmals wöchentlich“ – „einmal wöchentlich“ – „seltener“ oder „nicht“ beobachtet wird (Checkliste in Tab. 105 im Anhang). Fragwürdig sind diese Kategorien auch bei Punkt 25 „Sozial isoliert außerhalb der Schule“. Die Möglichkeit auch positiv zu bewertendes Verhalten zu dokumentieren, fehlt in der Checkliste gänzlich. Sie lenkt die Aufmerksamkeit des Beobachters allein auf problematisches Verhalten bzw. mangelnde Unterstützung eines Kindes durch die Erziehungsberechtigten. Eine bessere Möglichkeit für Lehrkräfte, das Verhalten auffälliger Schülerinnen und Schüler über einen gewissen Zeitraum zu dokumentieren, bieten Tagebuchaufzeichnungen, die dem einzelnen Kind eher gerecht werden können. Die flächendeckende Anwendung einer wie oben beschriebenen Checkliste in einem Kreis bzw. einem Bundesland führt zwangsläufig

dazu, dass vermehrt Kinder als verhaltensauffällig „diagnostiziert“ und damit auch „behandlungsbedürftig“ werden. Die weit überdurchschnittliche ergotherapeutische Behandlungsprävalenz bei Kindern in Schleswig-Holstein ist möglicherweise auch durch derartige Aktivitäten bedingt.

Extrapoliert man die jährliche Zuwachsrate ergotherapeutisch behandelter Jungen im Alter zwischen 5 bis unter 10 (siehe Tab.2 im Anhang), so ergibt dies, dass in rund 27 Jahren bundesweit alle Jungen behandelt werden. Im Bereich der KV Schleswig-Holstein (Tab.20 im Anhang), wird eine Ergotherapie aller Jungen dieser Altersgruppe schon in 20,5 Jahren Realität sein, wenn die derzeitigen Zuwachsraten unverändert bleiben. Im Bereich der KV Mecklenburg-Vorpommern werden alle 5 bis unter 10 jährigen Jungen bereits in 8,1 Jahren behandelt werden, wenn sich die bisherigen Trends fortsetzen (Tab.10 im Anhang). Hier liegt die jährliche Behandlungsprävalenz in dieser Altersgruppe heute schon bei über 12%.

Die bisher dargestellten Ergebnisse legen zwei weitere Fragen nahe, die im Folgenden beantwortet werden sollen:

- Wie sieht die regionale Verteilung der Ausgaben für Ergotherapie aus?
- Welche Diagnosen haben zu der Verordnung von Ergotherapie geführt?

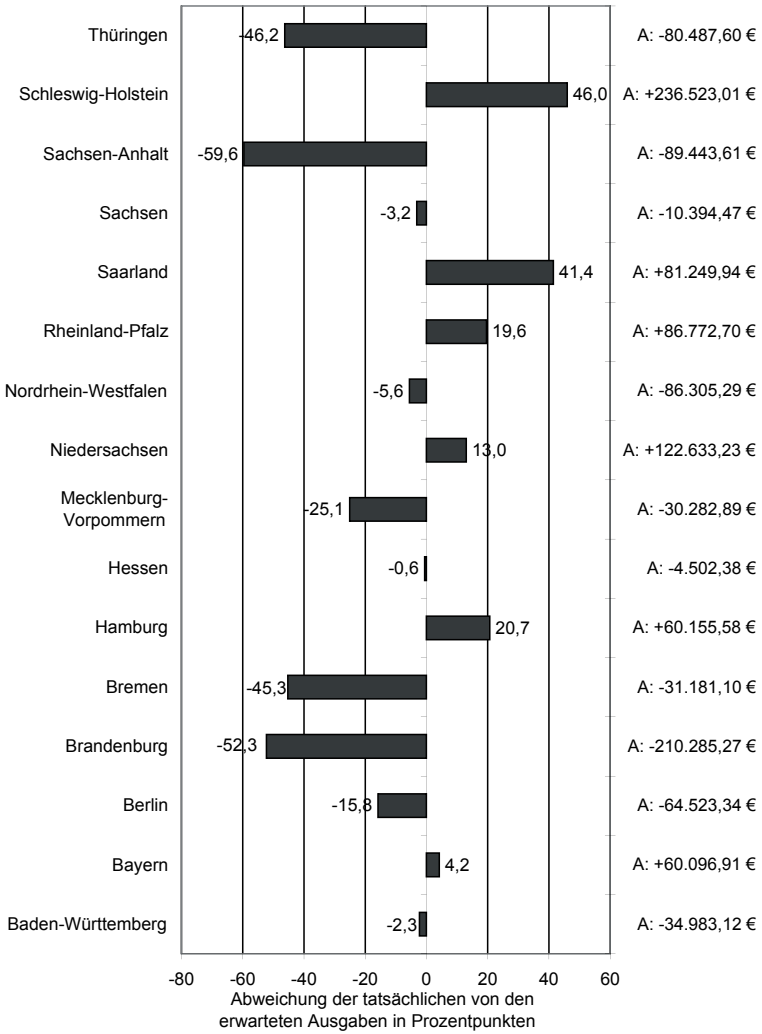
Nach den obigen Feststellungen ist zu erwarten, dass hinsichtlich der Gesamtausgaben für Ergotherapie erhebliche regionale Unterschiede bestehen, wobei für Schleswig-Holstein deutlich überdurchschnittliche und für Sachsen-Anhalt unterdurchschnittliche Ausgaben zu erwarten sind.

Wie sieht die regionale Verteilung der Ausgaben für Ergotherapie aus?

In Abbildung 3.4 sind die alters- und geschlechtsstandardisierten Ausgaben für Ergotherapie im Jahr 2004 dargestellt (siehe auch Tab. 106 im Anhang). Für die Standardisierung wurden 10-Jahres-Altersgruppen gebildet. Es wurden jeweils die tatsächlich in einer Region im Jahr 2004 angefallenen Ausgaben mit den Ausgaben verglichen, die für diese Region zu erwarten wären, wenn dort die mittleren Ausgaben je Versicherte/r (Bundesdurchschnitt) angefallen wären. Die relativen Abweichungen in den Regionen wurden als Quotient aus den tatsächlichen Ausgaben im Verhältnis zu den erwarteten Ausgaben in Prozent berechnet. In der Abbildung wurde die Abweichung von 100% dargestellt. Daneben wurde die absolute Abweichung als Differenz der tatsächlichen abzüglich der erwarteten Ausgaben ermittelt.

Bei der Bewertung ist allerdings zu berücksichtigen, dass für die östlichen Bundesländer andere Preise als für die westlichen Bundesländer gelten. Daher spiegeln die standardisierten Ausgaben auch diese vertraglich geregelten Preisunterschiede wider. Die Preise in den östlichen Bundesländern liegen durchschnittlich um 8 Prozent unter denen im Westen, so dass Ausgabenunterschiede in dieser Größenordnung keinen Hinweis auf ein unterschiedliches Verordnungsverhalten in alten und neuen Bundesländern geben können, sondern allein durch die unterschiedlichen Vertragspreise bedingt sind.

Abbildung 3.4 Ausgaben für Ergotherapie 2004: Abweichung in Prozentpunkten und absolut (A:) der tatsächlichen von den erwarteten Ausgaben standardisiert nach Alter und Geschlecht



Erwartungsgemäß liegen die Ausgaben in Schleswig-Holstein deutlich über dem erwarteten Betrag (bei 146% bzw. +236.523,01 Euro). Die Kombination einer erhöhten Behandlungsprävalenz (1,03% gegenüber 0,71% GEK gesamt, +0,32 Prozentpunkte) mit überdurchschnittlichen Behandlungskosten je Leistungsversichertem (+35,70 Euro) schlägt sich zwangsläufig in überproportionalen Gesamtausgaben nieder (siehe Tab. 20 im Anhang). In Sachsen-Anhalt dagegen liegen die Ausgaben erheblich unter dem Durchschnitt (bei rund 40% bzw. minus 89.443,61 Euro). Dies ist die Folge der Verbindung einer niedrigen Behandlungsprävalenz (-0,42 Prozentpunkte) mit unterdurchschnittlichen Ausgaben je Leistungsversichertem (-104,35 Euro, siehe Tab. 19 im Anhang).

Welche Diagnosen haben die Verordnung von Ergotherapie zur Folge?

Um die Diagnosen, die zur Verordnung von Ergotherapie Anlass gaben, erfassen zu können, wurde je eine 0,2% Zufallsstichprobe aus allen im Jahr 2003 und 2004 abgerechneten Ergotherapieverordnungen gezogen. Für das Jahr 2003 wurden 52 und für 2004 wurden 58 Verordnungen mit Hilfe eines Zufallsgenerators gezogen und anschließend ausgewertet. Die Ergebnisse der Erfassung dieser Verordnungen sind in Tab. 107 im Anhang wiedergegeben.

Um einen Eindruck zu bekommen, ob die Stichprobe in ihrer Alters- und Geschlechtsverteilung als repräsentativ für die Gesamtheit aller Versicherten mit Ergotherapie-Behandlung angesehen werden kann, wurden Stichprobe und Grundgesamtheit miteinander verglichen. Das Ergebnis ist in Tab. 108 im Anhang dargestellt. Danach entspricht die Alters- und Geschlechtsverteilung in den Stichproben annähernd der aller Versicherten mit ergotherapeutischen Leistungen.

Welche Fachärzte verordnen Ergotherapie?

Die große Mehrzahl der Verordnungen wird von Kinderärztinnen und –ärzten ausgestellt, was bei der Altersstruktur der ergotherapeutisch Behandelten zu erwarten war. An zweiter Stelle der Verordner stehen Allgemeinmediziner gefolgt von Nervenärzten.

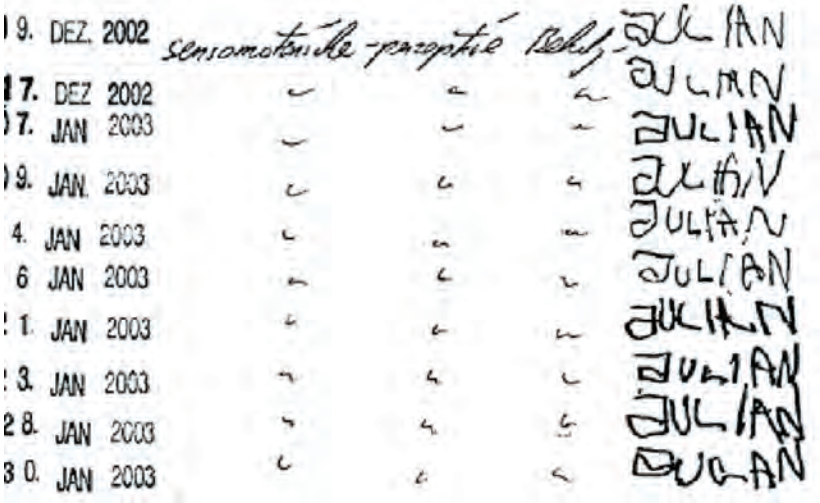
Tabelle 3.13 Facharztgruppen der Stichprobe

Facharztgruppe	Ergotherapie 2003	Ergotherapie 2004
Chirurgen	1	
Internisten	2	3
Kinderärzte	25	27
Nervenärzte	5	7
Orthopäden		1
Physik.- und rehab.Medizin		1
Kliniken/Institute	2	3
Dialyseeinrichtungen		1
Notfallärzte		1
Allgemeinärzte/praktische Ärzte	18	14

Bei der Sichtung der Stichprobe fiel auf, dass es offenbar gängige ergotherapeutische Praxis ist, die behandelten Kinder die Unterschrift zur Bestätigung der erhaltenen Therapiemaßnahme leisten zu lassen. In der Altersgruppe der 5 bis unter 10Jährigen haben bei den Jungen in der Stichprobe 45% (18 von 40) die Bestätigung selbst und allein „unterschrieben“. Bei den Mädchen waren es 31% (4 von 13).

Die „Gemeinsamen Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Abs. 1 SGB V über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln“ zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene sehen in § 18 (3) vor: „Die empfangene Maßnahme ist vom Leistungserbringer auf der Rückseite der Verordnung verständlich darzustellen und am Tage der Leistungsabgabe durch Unterschrift auf dem Verordnungsblatt zu bestätigen. Vordatierungen und Globalbestätigungen sind nicht zulässig.“ (IKK Bundesverband, 2005).

Abbildung 3.5 Ausschnitt aus der Rückseite einer Originalverordnung mit Bestätigung der Leistung durch Julian, 5 Jahre



Die „Unterschrift“ von Fünfjährigen zur Bestätigung von „sensomotorischer perzeptiver Behandlung“ erfüllt diese Bedingungen sicher nicht, in diesen Fällen ist die ergänzende Bestätigung eines Erziehungsberechtigten zwingend zu fordern, zumal ein Kind vor dem Lesealter noch nicht einmal weiß, ob es den Erhalt von Einzel- oder Gruppentherapie bestätigt.

Betrachtet man die Diagnosen, die zur Verordnung von Ergotherapie führten, so fällt auf, dass in vielen Fällen - vorwiegend bei Kindern – eine Vielzahl von Begriffen genannt wird, deren Krankheitswert unklar bleibt. Beispiele sind „V.a. Teilleistungsschwäche im grob- und feinmotorischen Bereich (7 Jahre, Junge)“, „visumotorisch Koordination und SI eingeschränkt, LRS (10 Jahre, Junge)“ oder „Entwicklungsstörung mit Störung der Körperbewegung und der Koordination (6 Jahre, Junge)“. In der Gemeinsamen Rahmenempfehlung über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln (IKK-Bundesverband, 2005) heißt es, dass die vertragsärztliche Verordnung (nur) dann ausgeführt werden kann,

wenn die für die Behandlung erforderlichen Informationen (insbesondere Diagnose und Leitsymptomatik) enthalten sind. Unsere Stichprobe, die ja nur ausgeführte und abgerechnete Verordnungen enthält, zeigt, dass entgegen dieser Vereinbarung auch unleserliche oder unvollständige Verordnungen ausgeführt werden. 50 der 110 Verordnungen (45%) entfielen auf verschiedene „Entwicklungsstörungen“ bzw. die Diagnose oder Indikation blieben unklar. Bei weiteren 19 Verordnungen (17%) lag eine Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) bzw. eine Hyperkinetische Störung (HKS) oder ein entsprechender Verdacht vor. Diese Diagnosen machen damit zusammen über 60% aller Verordnungen aus. Demgegenüber spielen schwere neurologische Erkrankungen wie Schlaganfälle, Morbus Alzheimer oder spastische Cerebralparesen bei Kindern keine annähernd vergleichbare Rolle. Insgesamt entsteht der Eindruck, dass in dem kleineren Teil der Stichprobe verschiedene schwere Krankheitsbilder bei der Verordnung zugrunde liegen, während es sich bei dem größeren Teil um eher fragliche Indikationen handelt (siehe Tabelle 3.14).

Tabelle 3.14 Diagnosen/Indikationen in der Stichprobe

Zuordnung der Diagnose/ Indikation	2003	2004
Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom/ Hyperkinetisches- Syndrom einschließlich Verdachtsfällen	6	13
Verschiedene neurologische Diagnosen (z.B. Morbus Alzheimer, Spastische Cerebralparese und andere)	3	16
Apoplex/ Schlaganfall	6	3
Schizophrenie/ Depression	2	1
Verschiedene Diagnosen	2	2
Entwicklungsstörungen bzw. unklare Diagnose/ Indikation	29	21
Nicht beurteilbar	4	2
Summe	52	58

Wie könnte die zunehmende Verordnung von Ergotherapie an Kinder gesteuert werden?

Nicht nur in Deutschland wurde eine Steigerung der Verordnungshäufigkeit von Ergotherapie bei Kindern beobachtet. Diese Steigerung gab in der Schweiz Anlass zu mehreren Konsensuskonferenzen in den Jahren 2000 bis 2003. Ausgangspunkt für diese Konferenzen war die Feststellung, dass die Krankenkassen zunehmend mit Anträgen hinsichtlich der Erstattung von Ergotherapie bei entwicklungspädiatrischen Diagnosen konfrontiert wurden (Schmid, 2001). Bei diesen Diagnosen handelte es sich um „Teilleistungs- oder Wahrnehmungsstörungen, Störungen der sensorischen Integration, der Graphomotorik, Schulleistungsprobleme, Entwicklungsauffälligkeiten der Motorik u.a.m. Verwirrend waren die Vielfalt der verwendeten Begriffe für die Umschreibung dieser Entwicklungsstörungen und unklar deren jeweiliger Krankheitswert.“ In dem Schlussbericht des Bundesamtes für Sozialversicherung (2003) wird außerdem darauf hingewiesen, dass die Abgrenzung medizinischer von pädagogischen Maßnahmen unklar sei. Dies entspricht den Ergebnissen in unserer Stichprobe, in der auch „LRS“ – vermutlich zu verstehen als Lese-Rechtschreibschwäche – als Diagnose dokumentiert ist, obwohl die Richtlinien diese Diagnose ausdrücklich ausschließen.

Auf Einladung des Bundesamtes für Sozialversicherung der Schweiz kamen Vertreterinnen und Vertreter der Pädiater, der Vertrauensärzte der Krankenversicherer und der Ergotherapeutinnen zusammen. Für die ICD-10 Diagnose F82, die durch eine schwerwiegende Beeinträchtigung der Entwicklung der motorischen Koordination gekennzeichnet ist, wurde ein geändertes Verfahren für die Verordnung von Ergotherapie beschlossen. Bei allen anderen Diagnosen wurden die Verordnungsvorschriften dagegen nicht verändert. „Für die nähere Beschreibung der Diagnose F82 und die Begründung der Indikation zur Ergotherapie wurde anhand der diagnostischen Leitlinien ein Erfassungsbogen (Score-Blatt) entwickelt

und verabschiedet“(Schmid; 2001, siehe Tab. 109 im Anhang). Bei einer Ergotherapie-Verordnung wegen der Diagnose F82 muss der Scorebogen von den Ärztinnen und Ärzten ausgefüllt und mit der Ergotherapie-Verordnung an die behandelnde Ergotherapeutin geschickt werden. Die Ergotherapeutin meldet dann die Behandlung mit diesen Unterlagen beim Vertrauensarzt der Krankenkasse an. Zur Frage der Indikation wird besonders darauf hingewiesen, dass die motorische Koordination des Kindes bei fein- oder grobmotorischen Aufgaben deutlich unterhalb des Niveaus liegen muss, welches aufgrund des Alters und der allgemeinen Intelligenz zu erwarten ist.

Der Scorebogen wurde von Juni 2001 bis Mai 2002 erprobt. Die Auswertung ergab, dass die erhobenen Daten keine verlässliche Entscheidungsgrundlage dafür lieferten, ob medizinische oder pädagogische Maßnahmen bei einem Kind indiziert waren (Bundesamt für Sozialversicherung, 2003). Außerdem konnte der Therapieverlauf nicht schlüssig dokumentiert werden. Deshalb wurde am 11.3.2003 eine zweite Version des Scoreblatts durch eine Konsensuskonferenz verabschiedet, in der eine Gewichtung der einzelnen Items und Platz für Zusatzinformationen vorgesehen wurde (siehe Tab. 110 im Anhang). Dieses Scoreblatt wird seit dem 1.8.2003 für Kinder ab 4,5 Jahren bei der Diagnose F82 verbindlich eingesetzt. Dem Vorliegen eindeutiger neurologischer Störungen (Bereich B des Scorebogens) kommt in Kombination mit „Störungen der Selbständigkeit“ (Bereich C) und/oder „Störungen der Feinmotorik und der Handlungsfähigkeit“ (Bereich D) das hauptsächliche Gewicht bei der Beurteilung der Ergotherapie-Notwendigkeit zu. Hingegen begründen Verhaltensstörungen (Bereich E), wie beispielsweise eine Aufmerksamkeitsstörung, allein keine Indikation für Ergotherapie, sie können den Krankheitswert jedoch unterstreichen.

Auch in Deutschland sehen weder die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (2003) noch eine aktuelle Übersichtsarbeit die Ergotherapie als Behandlungsmaßnahme

bei hyperkinetischen Störungen bzw. der Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) vor (Remschmidt et al., 2004). Trotzdem fanden wir in der Stichprobe eine Reihe von Verordnungen mit Diagnosen, die explizit oder implizit die hyperkinetische Verhaltensstörung meinen. Nach den Beobachtungen einer anderen Krankenversicherung werden hyperkinetische Verhaltensstörungen vorwiegend ergotherapeutisch behandelt (Hakimi, 2005). Der Autor hat in einer kleinen Serie von 24 Fällen „den Eindruck gewonnen, dass Eltern viel eher bereit sind, ihr Kind zum Ergotherapeuten zu schicken als zum Kinderpsychotherapeuten." Alle 24 Fälle wurden ergotherapeutisch behandelt und nur eins der Kinder erhielt zusätzlich eine Kinderpsychotherapie. Die große Mehrzahl der Kinder bekam somit eine inadäquate Therapie. Remschmidt (2005) betont, dass es keine Studien gibt, die den Effekt von Ergotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit hyperkinetischen Störungen belegen. Die Ergotherapie werde als entbehrliche Therapiemaßnahme eingestuft, die in der Praxis allerdings häufig angewandt werde. Die Ergotherapie zur Therapie von ADHS stellt demnach eine Fehlversorgung dar.

Angesichts der weit überdurchschnittlichen Ausgabenentwicklung im Bereich der Ergotherapie und des hohen Anteils von Kindern mit eher unklaren Indikationen in unserer Stichprobe, sollte von den Verantwortlichen überlegt werden, ob die Indikation zur Ergotherapie nicht enger gefasst und die Verordnung neu geregelt werden muss. Die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin hat am 25.6.2004 Indikationen zur Verordnung von Ergotherapie im Kindesalter verabschiedet. In diesen Richtlinien heißt es unter anderem: „Auf Grund der im aktuellen Heilmittelkatalog sehr weit gefassten Indikationen und des großen Angebotes an Ergotherapie-Praxen in Deutschland wird der Stellenwert der Ergotherapie im Kindesalter zur Zeit sehr kontrovers diskutiert. Da wissenschaftlich anerkannte Evaluationsstudien zur Wirksamkeit fehlen, können auch diese Leitlinien keine abschließende Aussage zum Stellenwert von Ergotherapie darstellen." Es wird weiter

darauf hingewiesen, dass unter Berücksichtigung streng wissenschaftlicher Kriterien im Sinne von Evidence-based-medicine bzw. Cochrane-Kriterien bisher in keiner Metaanalyse ein wissenschaftlich nachweisbarer Effekt von Ergotherapie im Kinder- und Jugendalter gezeigt werden konnte. Dem gegenüber stehen allerdings vielfältige Einzelberichte von Eltern, Erziehern und Therapeuten über deutliche Befundverbesserungen bei entwicklungsauffälligen Kindern.

Der in der Schweiz im Rahmen der Konsensuskonferenzen beschrittene Weg stellt eine mögliche Lösung der geschilderten Probleme dar. Nach Abschluss der Konsensuskonferenzen über die Ergotherapie bei Kindern mit motorischen Entwicklungsstörungen wurde dort eine paritätisch besetzte Begleitkommission gebildet, deren Aufgabe die Evaluation der Umsetzung, die Klärung strittiger Fälle und ggf. die Erarbeitung von Modifikationsvorschlägen ist (Paritätische Begleitkommission, 2004). Die Kommission stellt in ihrem Bericht fest, dass das Scoreblatt sich grundsätzlich bewährt habe. In der Kostenentwicklung zeichne sich eine Stabilisierung ab, die Zahl der ergotherapeutisch behandelten Kinder habe nicht zugenommen und die Behandlungsdauer sei rückläufig. Außerdem habe sich die Situation spürbar geklärt und beruhigt, so dass die Konsensuskonferenzen ihre Ziele im Wesentlichen erreicht haben.

3.3 Logopädie

Im Jahr 2004 erhielten 7.299 männliche und 4.892 weibliche Versicherte mindestens eine Logopädie-Verordnung. Diese Verordnungen hatten bei den Männern Ausgaben in Höhe von 4.478.613,46 Euro zur Folge und bei den Frauen 2.712.828,02 Euro. Bei den Männern stiegen die Ausgaben gegenüber 2003 um 22,3% (+817.616, 65 Euro), bei den Frauen betrug die Steigerung 22,9% (+506.365,36 Euro). Diese Steigerungsraten liegen weit über dem Durchschnitt, der für alle in den Richtlinien aufgeführten Heilmittel insgesamt 8,9% betrug. Auf Gruppenbehandlungen entfielen lediglich 0,3% der Gesamtausgaben für Logopädie. Nur 0,7% der logopädisch behandelten Versicherten, d.h. 80 Personen, wurden 2004 in Gruppen behandelt. Am häufigsten wurde die 45-minütige Einzelbehandlung verordnet, gefolgt von Einzelbehandlungen mit jeweils 60 und 30 Minuten Dauer. Der Anteil der Versicherten mit logopädischen Leistungen ist wie bei der Ergotherapie in der Gruppe der 5 bis unter 10 Jährigen mit Abstand am größten. Die Steigerungsraten logopädisch behandelter Versicherter in den beiden jüngsten Altersgruppen sind auffällig. Von 2003 zum Jahr 2004 stieg der Anteil logopädisch behandelter Jungen bei den unter 5 Jährigen um 10% (+0,33 Prozentpunkte), bei den Mädchen betrug die Steigerung 8% (+0,17 Prozentpunkte). Bei den 5 bis unter 10 jährigen Jungen stieg die Behandlungsprävalenz um rund 11% (+1,00 Prozentpunkte), die Steigerung bei den gleichaltrigen Mädchen lag bei knapp 10% (+0,56 Prozentpunkte). Demgegenüber ist in den höheren Altersgruppen keine vergleichbare Dynamik zu beobachten.

Die logopädische Behandlung umfasst laut Heilmittel-Richtlinien „die Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie“ (Kruse et al., 2005). Diese Maßnahmen entfalten ihre Wirkung auf phoniatrischen und neurophysiologischen Grundlagen und dienen dazu, die Kommunikationsfähigkeit, die Stimmgebung, das Sprechen, die Sprache und den Schluckakt bei krankheitsbedingten Störungen wiederherzustellen, zu verbessern oder eine Verschlimmerung zu vermeiden. Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sind in Abhängigkeit vom Störungsbild und der Belastbarkeit als 30-, 45- und 60-minütige Behandlung mit dem Patienten verordnungsfähig. Sie können einzeln oder in Gruppen verordnet werden. Voraussetzung für die Verordnungsfähigkeit ist jeweils eine spezielle Diagnostik, die entsprechenden diagnostischen Maßnahmen sind in den Richtlinien detailliert festgelegt.

In Tabelle 3.15 sind die im Jahr 2004 abgerechneten logopädischen Leistungen aufgeführt. Am häufigsten wurde die 45-minütige Einzelbehandlung verordnet, gefolgt von Einzelbehandlungen mit jeweils 60 und 30 Minuten Dauer. Diese Behandlungen wurden zumeist durch LogopädInnen durchgeführt, seltener durch „sonstige Sprachtherapeuten“ oder in Krankenhäusern. Weiterhin wurden die Erstuntersuchung und die Befunderhebung abgerechnet. Gruppenbehandlungen werden erheblich seltener verordnet als Einzelbehandlungen, dies gilt für Kinder und Erwachsene. Die Gruppenbehandlung bei Kindern steht hinsichtlich der Ausgaben an 10. Stelle der abgerechneten Leistungen, die Gruppenbehandlung Erwachsener an 14. Stelle.

Tabelle 3.15 Logopädie 2004

APN*	Leistungsbezeichnung	Anzahl der Leistungen	Ausgaben in €	Anzahl verschiedene LV**
33103	Einzelbehandlung 45 Minuten (Therapiezeit mit dem Patienten)	175.304	5.200.117,84	9.896
33104	Einzelbehandlung 60 Minuten (Therapiezeit mit dem Patienten)	27.884	1.059.757,42	1.633
33102	Einzelbehandlung 30 Minuten (Therapiezeit mit dem Patienten)	10.287	210.073,01	788
33002	Logop. Erstuntersuchung	7.268	186.498,44	6.758
33003	Logop. Status/Erstuntersuchung/Befunderhebung	5.791	148.350,15	5.424
43103	Einzelbehandlung 45 Minuten (Therapiezeit mit dem Patienten)	4.563	134.640,80	251
33004	Logop. Status/Erstuntersuchung bei Aphasie/ Dysarthrie	1.847	94.935,90	1.725
63103	Einzelbehandlung 45 Minuten (Therapiezeit mit dem Patienten)	1.925	49.893,86	136
63104	Einzelbehandlung 60 Minuten (Therapiezeit mit dem Patienten)	526	19.611,62	55
33207	Gruppenbehandlung: Kinder	1.135	19.344,62	71
43104	Einzelbehandlung 60 Minuten (Therapiezeit mit dem Patienten)	370	14.153,98	28
33105	Einzelbehandlung mindestens 40 Minuten (Therapiezeit am Patienten)	505	13.363,71	24
43102	Einzelbehandlung 30 Minuten (Therapiezeit mit dem Patienten)	449	9.428,80	30
33208	Gruppenbehandlung: Erwachsene	130	3.151,20	5
63102	Einzelbehandlung 30 Minuten (Therapiezeit mit dem Patienten)	161	3.096,96	19
43002	Logop. Erstuntersuchung	99	2.514,43	97
	Verschiedene Leistungsbezeichnungen	1.062	22.508,74	
	Alle Leistungsbezeichnungen	239.306	7.191.441,48	12.190

* Die erste Ziffer der Abrechnungspositionsnummer (APN) kennzeichnet den Leistungserbringer: so steht „3“ für Logopäden, „4“ für sonstige Sprachtherapeuten und „6“ für Krankenhäuser

** LV steht für Leistungsversicherte/r, d.h. Versicherte mit mindestens einer logopädischen Leistung 2004

Tabelle 3.16 Logopädie 2004: Einzel- oder Gruppenbehandlung?

	Anzahl der Leistungen	in % aller Leistungen	Ausgaben in €	in % aller Ausgaben	Anzahl verschiedene LV*	in % aller LV*
Einzelbehandlungen	222.614	93,0	6.727.002,70	93,5	11.976	98,2
Gruppenbehandlungen	1.347	0,6	23.256,62	0,3	80	0,7

* LV steht für Leistungsversicherte/r, d.h. Versicherte mit mindestens einer logopädischen Leistung 2004

In Tabelle 3.16 sind Gruppen- und Einzelbehandlungen gegenübergestellt. Danach machten Einzelbehandlungen 93,5% der Ausgaben im Jahr 2004 aus. Auf Gruppenbehandlungen entfielen lediglich 0,3% der Gesamtausgaben für Logopädie. Die fehlenden Prozente wurden für Erstuntersuchungen und Befunderhebungen ausgegeben. Der auf Gruppenbehandlungen entfallende Anteil ist somit noch geringer als in der Ergotherapie, wo er 1,3% der Ausgaben ausmachte. Nur 0,7% der logopädisch behandelten Versicherten, d.h. 80 Personen, wurden 2004 in Gruppen behandelt. Gruppenbehandlungen spielen hiernach in der Logopädie keine Rolle, der Anteil liegt noch deutlich unter dem in der Ergotherapie, wo 2,5% der Versicherten in Gruppen behandelt wurden.

Im Jahr 2004 erhielten 7.299 männliche und 4.892 weibliche Versicherte mindestens eine Logopädie-Verordnung. Diese Verordnungen hatten bei den Männern Ausgaben in Höhe von 4.478.613,46 Euro zur Folge und bei den Frauen 2.712.828,02 Euro. Bei den Männern stiegen die Ausgaben gegenüber 2003 um 22,3% (+817.616, 65 Euro), bei den Frauen betrug die Steigerung 22,9% (+506.365,36 Euro) (siehe Tab. 111 und 112 im Anhang). Diese Steigerungsraten liegen weit über dem Durchschnitt, der für alle in den Richtlinien aufgeführten Heilmittel insgesamt 8,9% betrug.

Die alters- und geschlechtspezifische logopädische Behandlungsprävalenz ist in Abbildung 3.6 dargestellt. Der Anteil der Versicherten mit logopädischen Leistungen ist wie bei der Ergotherapie in der Gruppe der 5 bis unter 10 Jährigen mit Abstand am größten, er beträgt ein Vielfaches aller anderen Altersgruppen, dies gilt für männliche und weibliche

Versicherte gleichermaßen. Der Anteil der jungen Kinder, die vor dem 5. Lebensjahr behandelt werden, ist bei der Logopädie im Vergleich zur Ergotherapie jedoch größer. 2004 wurden 3,61% der unter 5 jährigen Jungen logopädisch behandelt, Ergotherapie erhielten demgegenüber 1,91%. Bei den gleichaltrigen Mädchen betrug die Behandlungsprävalenz für Logopädie 2,21% bzw. 0,75% für Ergotherapie (siehe Tab. 111 und Tab. 112, sowie Tab. 26 im Anhang). Die Steigerungsraten logopädisch behandelter Versicherter in den beiden jüngsten Altersgruppen sind erheblich. Von 2003 zum Jahr 2004 stieg der Anteil logopädisch behandelter Jungen bei den unter 5 Jährigen um 10% (+0,33 Prozentpunkte), bei den Mädchen betrug die Steigerung 8% (+0,17 Prozentpunkte). Bei den 5 bis unter 10 jährigen Jungen stieg die Behandlungsprävalenz um rund 11% (+1,00 Prozentpunkte), die Steigerung bei den gleichaltrigen Mädchen lag bei knapp 10% (+0,56 Prozentpunkte). Demgegenüber ist in den höheren Altersgruppen keine vergleichbare Dynamik zu beobachten. Rechnet man die Steigerungsraten bei den 5 bis unter 10jährigen Jungen hoch, so ergibt dies, dass in rund 22 Jahren bundesweit alle Jungen dieser Altersgruppe logopädisch behandelt werden. In der KV Mecklenburg-Vorpommern (siehe Tab. 34 im Anhang) hat die Zahl der logopädisch behandelten 5 bis unter 10 jährigen Jungen von 35 (8,8%) im Jahr 2003 um 31 Jungen auf 13,8% im Folgejahr zugenommen. Bei diesen geringen Versichertenzahlen spielen zufällige Schwankungen naturgemäß eine größere Rolle. Sollte der jetzt beobachtete Trend in den kommenden vier bis fünf Jahren jedoch anhalten, so werden dann alle Jungen dieser Altersgruppe in Mecklenburg-Vorpommern logopädisch behandelt werden. Spätestens dann wird sich die Frage stellen, ob es sich bei dieser Behandlung in vielen Fällen nicht um eine pädagogische Aufgabe handelt, der sich Familie, Kindergarten und Schule vermehrt werden stellen müssen.

Die Verteilung der Gesamtausgaben für Logopädie ist in Abbildung 3.7 dargestellt. Erwartungsgemäß entfällt der überwiegende Anteil der Ausgaben auf die unter 20jährigen Versicherten (siehe Tab. 112 im Anhang). 2004 entstanden bei den männlichen Versicherten 83% der Ausgaben bei den unter 20Jährigen, bei den weiblichen Versicherten waren es 80%. Demgegenüber fällt die logopädische Behandlung älterer Versicherter beispielsweise nach einem Schlaganfall bei den Ausgaben nicht ins Gewicht. Bei diesen Indikationen besteht möglicherweise sogar eine Unterversorgung mit logopädischen Leistungen. Dieser Frage wird in einem der kommenden Reporte nachzugehen sein.

Abbildung 3.6 Logopädie: alters- und geschlechtspezifische Behandlungsprävalenz

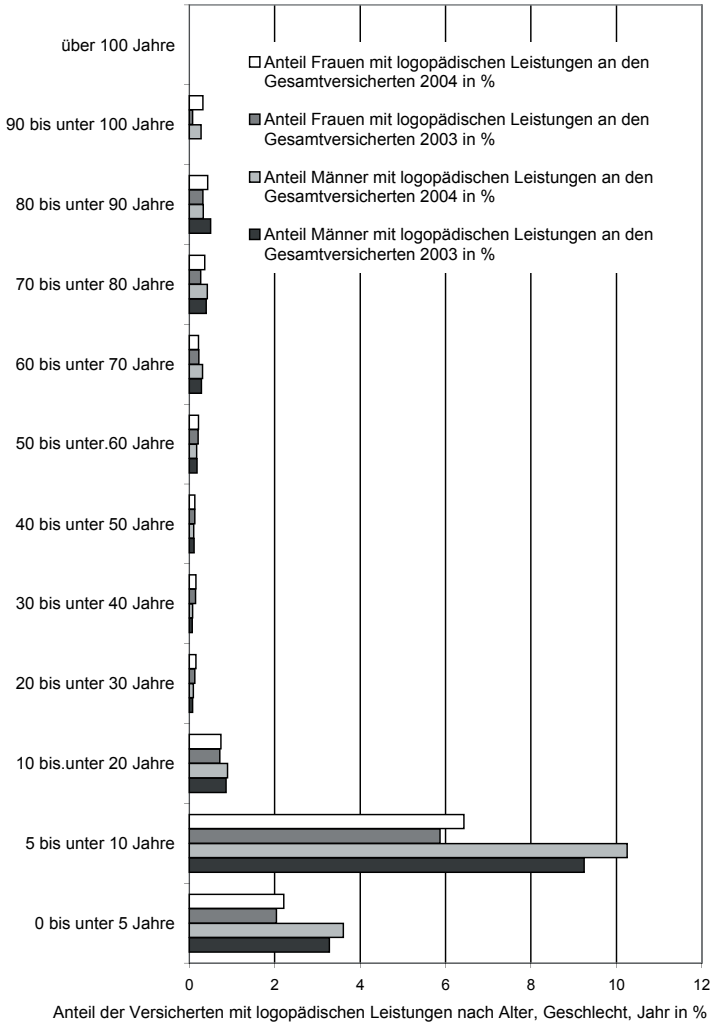
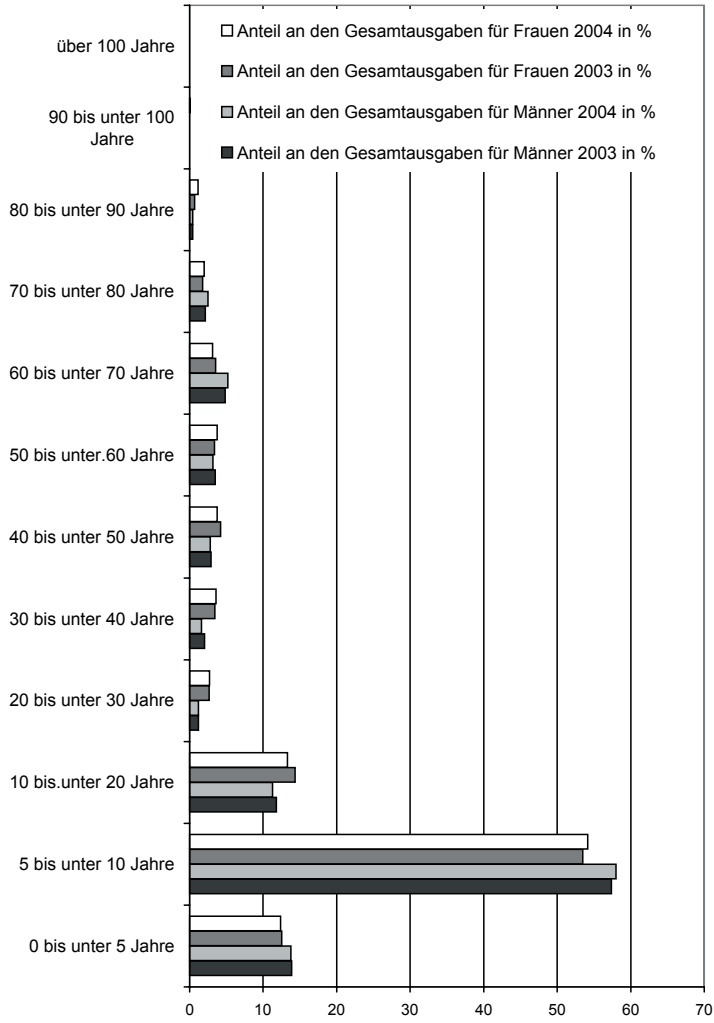


Abbildung 3.7 Logopädie: alters- und geschlechtsspezifische Verteilung der Gesamtausgaben



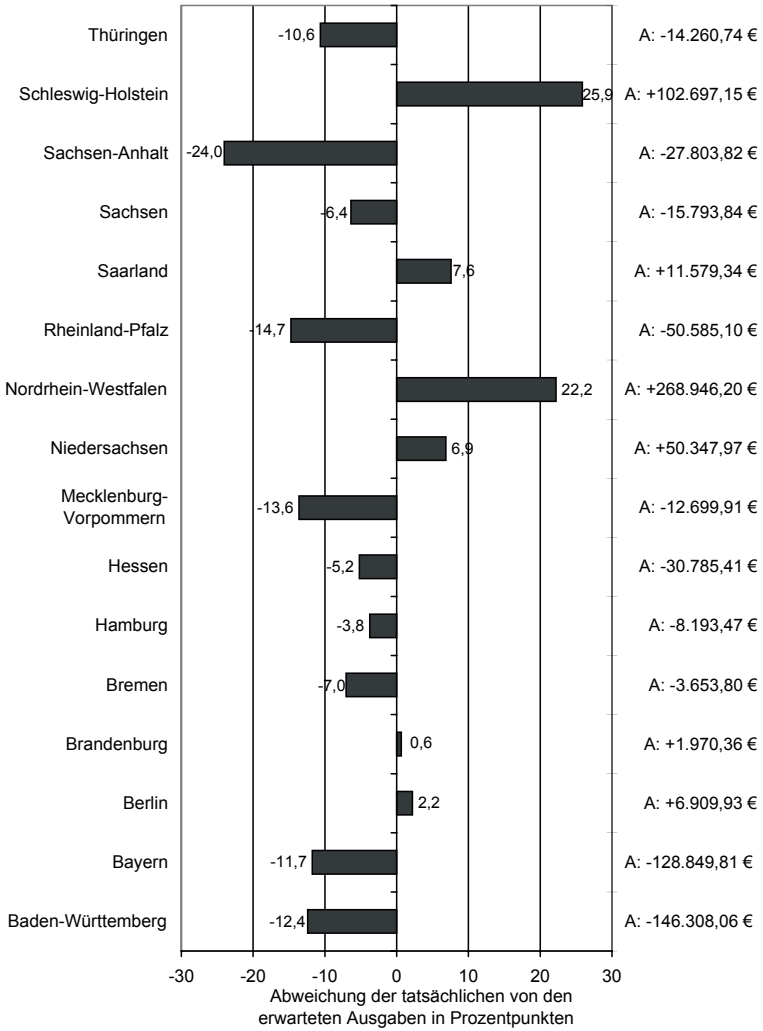
Verteilung der Gesamtausgaben für logopädische Leistungen nach Alter, Geschlecht, Jahr in %

Wie sieht die regionale Verteilung der Ausgaben für Logopädie aus?

In Abbildung 3.8 sind die alters- und geschlechtsstandardisierten Ausgaben für Logopädie im Jahr 2004 dargestellt (siehe auch Tab. 113 im Anhang). Für die Standardisierung wurden 10-Jahres-Altersgruppen gebildet. Es wurden jeweils die tatsächlich in einer Region im Jahr 2004 angefallenen Ausgaben mit den Ausgaben verglichen, die für diese Region zu erwarten waren, wenn dort die mittleren Ausgaben je Versicherte/r (Bundesdurchschnitt) angefallen wären. Die relativen Abweichungen in den Regionen wurden als Quotient aus den tatsächlichen Ausgaben im Verhältnis zu den erwarteten Ausgaben in Prozent berechnet. In der Abbildung wurde die Abweichung von 100% dargestellt. Daneben wurde die absolute Abweichung als Differenz der tatsächlichen abzüglich der erwarteten Ausgaben ermittelt.

Da für logopädische Leistungen bundeseinheitliche Preise gelten, scheiden Preisunterschiede als mögliche Erklärung für Ausgabenunterschiede zwischen den verschiedenen Bundesländern aus (Vergütungsliste logopädische/sprachtherapeutische Leistungen, 2001). Die relativen Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern sind bei den Ausgaben für Logopädie deutlich geringer als bei den Ausgaben für Ergotherapie, dies ist sicher auch durch die einheitlichen Preise bedingt. Der Quotient aus tatsächlichen und erwarteten Ausgaben ist wie bei der Ergotherapie in Schleswig-Holstein mit 125,9% am größten. Die Differenz zwischen tatsächlichen und erwarteten Ausgaben hat dagegen in Nordrhein-Westfalen mit +268.946,20 Euro ihr Maximum. Dies hängt damit zusammen, dass die Zahl der Versicherten hier größer ist als in Schleswig-Holstein.

Abbildung 3.8 Ausgaben für Logopädie 2004: Abweichung in Prozentpunkten und absolut (A:) der tatsächlichen von den erwarteten Ausgaben standardisiert nach Alter und Geschlecht



Die im relativen Vergleich der Bundesländer geringsten Ausgaben finden sich wiederum in Sachsen-Anhalt, wo die Ausgaben bei 76% des Erwartungswertes liegen. Die größte absolute Unterschreitung der Ausgaben mit -146.308,06 Euro fanden wir in Baden-Württemberg. Hier finden zahlreiche Sprachfördermaßnahmen in Kindertagesstätten und Grundschulen statt, die möglicherweise das Gesundheitssystem entlasten (Landesbildungsserver Baden-Württemberg, 2005). Die Landesstiftung Baden-Württemberg führt seit Juni 2003 das Projekt „Sprachförderung für Vorschulkinder“ durch. Um die Teilnahme am Projekt können sich alle kommunalen und freien Träger von Tageseinrichtungen für Kinder in Baden-Württemberg bewerben. Die Zielgruppe sind neben Kindern mit deutscher Muttersprache vor allem Kinder mit Migrationshintergrund.

Die Erwartungswerte in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen unterscheiden sich unwesentlich, sie liegen beide bei rund 1,2 Millionen Euro. Der Differenzbetrag der tatsächlichen Ausgaben beträgt jedoch etwa ein Drittel dieser Summe. Dieser große Unterschied spricht dafür, dass logopädische Leistungen in diesen beiden Bundesländern nicht nach den gleichen Grundsätzen verordnet werden. Eine besondere Rolle kommt in diesem Zusammenhang, wie schon oben erwähnt, Kindergärten und Grundschulen zu. So führen wir die weit überdurchschnittlichen Ausgaben in Schleswig-Holstein auf die dortige Politik zurück, die Logopädie neben der Sprachförderung und der Ergotherapie als „zusätzliche Fördermaßnahme vor Schuleintritt“ betrachtet (Landesregierung Schleswig-Holstein, 2004). Eine ausführliche Darstellung hierzu findet sich im Kapitel Ergotherapie.

Welche Kinder bekommen logopädische Behandlungen?

Sprache dient der zwischenmenschlichen Kommunikation, sie besteht daher aus den passiven und aktiven Komponenten: Zuhören und Sprechen. Eine wesentliche Ursache für eine fehlende oder verzögerte Sprachentwicklung sind Schwerhörigkeit oder sogar Taubheit, d.h. eine hochgradige Schwerhörigkeit. Je nachdem ob die Schallübertragung im

Mittelohr oder die Wahrnehmung im Innenohr gestört ist, spricht man von Schallleitungs- oder Schallempfindungsschwerhörigkeit. Die häufigste Ursache einer Schallleitungsschwerhörigkeit bei Kindern ist eine Flüssigkeitsansammlung mit Mittelohr, der sogenannte Paukenerguss, oder eine Mittelohrentzündung. In den ersten zwei Lebensjahren entwickelt sich die Sprache sehr schnell. Häufige Mittelohrentzündungen oder chronische Paukenergüsse in diesem Alter können daher eine gestörte Sprachentwicklung zur Folge haben (Shonkoff, 2003). 0,1 bis 0,2 % der Kinder in entwickelten Ländern werden mit einer hochgradigen Schwerhörigkeit geboren, in Entwicklungsländern wird dieser Anteil auf annähernd das Doppelte geschätzt. Weitere 2 bis 3 von Tausend Kindern entwickeln postnatal eine Schwerhörigkeit, so dass von rund 0,5% von höhergradiger Schwerhörigkeit betroffener Kinder auszugehen ist. Die Ursachen hierfür können erblich oder erworben sein. Eine typische Folge einer mütterlichen Rötelninfektion in der Schwangerschaft ist eine angeborene Schallempfindungsschwerhörigkeit. Die medizinische Versorgung eines schwerhörigen Kindes ist eine multidisziplinäre Aufgabe, zu der in aller Regel auch die Versorgung mit einem Hörgerät gehört. Voraussetzung für die Verordnung eines Hörgeräts ist das Vorliegen einer Kommunikationsbehinderung, die durch die Untersuchung eines Arztes für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten u.a. anhand von Messungen des Hörvermögens (Audiometrie) bestätigt werden muss. Hörgeräte gehören zu der Produktgruppe 13 des Hilfsmittelverzeichnisses (Hörhilfen).

Tabelle 3.17 Behandlung mit Logopädie und Ergotherapie sowie Kombination von Logopädie mit Hörhilfen (jeweils bei Kindern unter 15 Jahren)

Ergotherapie und Logopädie bei Jungen unter 15 Jahren 2004				
		Logopädie		Summe (Zeile)
		ja	nein	
Ergotherapie	ja	1.153	4.840	5.993
	nein	5.052	119.870	124.922
	Summe (Spalte)	6.205	124.710	130.915
Odds Ratio	**5,7**	**95% Konfidenzintervall**		**(5,3 - 6,1)**

Ergotherapie und Logopädie bei Mädchen unter 15 Jahren 2004				
		Logopädie		Summe (Zeile)
		ja	nein	
Ergotherapie	ja	441	1.760	2.201
	nein	3.426	119.296	122.722
	Summe (Spalte)	3.867	121.056	124.923
Odds Ratio	**8,7**	**95% Konfidenzintervall**		**(7,8 - 9,7)**

Hörhilfen und Logopädie bei Jungen unter 15 Jahren 2004				
		Logopädie		Summe (Zeile)
		ja	nein	
Hörhilfen	ja	94	318	412
	nein	6.111	124.392	130.503
	Summe (Spalte)	6.205	124.710	130.915
Odds Ratio	**6,0**	**95% Konfidenzintervall**		**(4,8 - 7,6)**

Hörhilfen und Logopädie bei Mädchen unter 15 Jahren 2004				
		Logopädie		Summe (Zeile)
		ja	nein	
Hörhilfen	ja	64	233	297
	nein	3.803	120.823	124.626
	Summe (Spalte)	3.867	121.056	124.923
Odds Ratio	**8,7**	**95% Konfidenzintervall**		**(6,6 - 11,5)**

Eine weitere wichtige Ursache für eine gestörte Sprachentwicklung liegt in einer Störung der geistigen Entwicklung bzw. mentalen Retardierung. In diesen Fällen ist die Sprachentwicklung des Kindes in hohem Maß von seinen kognitiven Fähigkeiten abhängig. Etwa 50% der Kinder mit einer Sprachentwicklungsverzögerung haben auch in anderen Bereichen Entwicklungsrückstände (Shonkoff, 2003). Diese Kinder werden häufig auch ergotherapeutisch behandelt.

Für die unter 15 jährigen Jungen und Mädchen wurde untersucht, ob im Jahr 2004 logopädische Behandlungen einerseits gehäuft mit der Verordnung von Hörhilfen und andererseits gemeinsam mit Ergotherapie zu beobachten waren. Die Ergebnisse sind in Tabelle 3.17 dargestellt. Das sogenannte „Odds Ratio“ ist ein Maß für die Stärke des Zusammenhangs – in diesem Fall zwischen logopädischer Behandlung und Ergotherapie bzw. Logopädie und der Verordnung von Hörgeräten. Ein Odds Ratio von 1 besagt, dass kein Zusammenhang da ist. Die ermittelten Odds Ratios liegen alle deutlich über 1, so dass in den vier untersuchten Fällen jeweils von einem starken Zusammenhang auszugehen ist. Für die gleichzeitige Behandlung durch Logopädie und Ergotherapie beträgt das Odds Ratio bei den Jungen 5,7 und bei den Mädchen 8,7, d.h. die Wahrscheinlichkeit, beide Therapien innerhalb des gleichen Jahres zu erhalten, ist für Mädchen deutlich größer als für Jungen. Dieser Unterschied zwischen Jungen und Mädchen ist auch statistisch signifikant, was daran ist zu erkennen ist, dass die jeweiligen Konfidenzintervalle nicht überlappen. Eine mögliche Interpretation ist, dass die Mädchen eher bei schwereren Störungen, die beide Therapieformen benötigen, die entsprechenden Verordnungen bekommen als Jungen, bei denen häufiger als bei Mädchen nur jeweils eines der beiden Heilmittel verordnet wird. Dies hängt möglicherweise damit zusammen, dass bei Jungen annähernd doppelt so häufig wie bei Mädchen sogenannte „externale“ Störungen zu beobachten sind, bei denen sich eine Verhaltensstörung nach außen, d.h. gegen Mitmenschen und Umwelt richtet. Beispiele sind aggressives Verhalten, ein extremes

Maß an Streiten, Grausamkeiten und Zerstören von Eigentum (Schubert & Horch, 2004, S.133 f). Die Notwendigkeit einer Therapie wird von Eltern, ErzieherInnen und LehrerInnen aufgrund dieses expansiven Verhaltens im Allgemeinen schnell gesehen. Die Ergotherapie ist eine der möglichen Optionen.

Da Hörstörungen eine häufige Ursache einer gestörten Sprachentwicklung sind, liegt es nahe anzunehmen, dass eine Kombination des Heilmittels Logopädie mit dem Hilfsmittel Hörgerät gehäuft zu beobachten ist. Die Odds Ratios von 6,0 bei den Jungen und 8,7 bei den Mädchen bestätigen diese Annahme. Dass die beiden Odds Ratios bei Mädchen identisch sind, ist durch Zufall bedingt. Auf den ersten Blick ähneln die Ergebnisse auch sonst denen im oberen Teil der Tabelle 3.17. Allerdings sind – bedingt durch die relativ geringe Anzahl an Kindern mit Hörhilfen – die Konfidenzintervalle erheblich breiter und sie überlappen, d.h. die obere Grenze des 95% Konfidenzintervalls bei den Jungen liegt mit 7,6 über der unteren Grenze von 6,6 bei den Mädchen.

Der Unterschied zwischen Jungen und Mädchen hinsichtlich der Verordnung von Logopädie und Hörhilfen ist daher nicht statistisch signifikant. Dies ist auch plausibel, denn Hörhilfen können nur bei einer erheblichen Hörstörung verordnet werden, die häufig eben auch logopädische Maßnahmen notwendig macht – unabhängig vom Geschlecht.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die logopädische Therapie in der Praxis in vielen Fällen mit anderen Heilmitteln wie Ergotherapie und mit Hilfsmitteln, insbesondere Hörhilfen, kombiniert wird. Diese Kombinationen waren nach den theoretischen Vorüberlegungen zu erwarten und erscheinen sachgerecht.

3.4 Physiotherapie

Im Jahr 2004 erhielten 92.885 männliche Versicherte für 24.014.577,40 Euro physiotherapeutische Leistungen. Die Ausgaben sind um +3,3% (+772.781,80 Euro) gestiegen, während die Zahl der Leistungsversicherten um 1.127 (-1,2%) abgenommen hat. Bei den Frauen stieg die Zahl der Versicherten mit physiotherapeutischen Leistungen - bedingt durch die gestiegenen Versichertenzahlen - im gleichen Zeitraum um 4.469 (+4,4%) auf 105.709 im Jahr 2004. Die Ausgaben erhöhten sich um 8,3% auf 27.937.132,70 Euro (+2.142.381,30 Euro). Die mittleren Ausgaben je Leistungsversichertem/r stiegen um 11,32 Euro (+4,6%) bei den Männern und 9,50 Euro (+3,7%) bei den Frauen. Bei den Männern ging der Anteil derjenigen mit physiotherapeutischen Leistungen von insgesamt 12% im Jahr 2003 zurück auf 11,2% im Folgejahr, bei den Frauen sank der entsprechende Anteil von 16% auf 15,2%. Insgesamt ist der größte Teil der Ausgaben für Physiotherapie durch Maßnahmen der Bewegungstherapie bedingt. Sie machen mehr als 60% der Gesamtausgaben aus. Auf Gruppenbehandlungen entfallen lediglich 0,56% der Gesamtausgaben. Die Vergütung für physiotherapeutische Leistungen in den östlichen Bundesländern liegt um etwa 14% unter der in den übrigen Bundesländern. Die Ausgaben in Sachsen übertreffen die Erwartungen mit +37% weit. Im Vorjahres-Report wurde die höchste Leistungserbringerdichte von Physiotherapeuten in Sachsen und Sachsen-Anhalt festgestellt. Der 2004 geäußerte Verdacht, dass in Sachsen möglicherweise eine angebotsinduzierte Nachfrage besteht, wird durch die weit überdurchschnittlichen Ausgaben des Jahres 2004 weiter untermauert.

In den Heilmittel-Richtlinien heißt es: „Maßnahmen der Physikalischen Therapie entfalten ihre Wirkung insbesondere nach physikalisch-biologischem Prinzip durch überwiegend von außen vermittelte

kinetische, mechanische, elektrische und thermische Energie. Bei Bädern und Inhalationen können auch chemische Inhaltsstoffe mitwirken“ (Kruse et al., 2005). Zu den Maßnahmen der Physikalischen Therapie gehören Massagetherapie, Bewegungstherapie, Traktionsbehandlung, Elektrotherapie/-stimulation, Kohlensäure- und -gasbäder, Inhalationstherapie, Wärme-/Kältetherapie und so genannte „Standardisierte Heilmittelkombinationen“ aus den bereits aufgeführten Einzelmaßnahmen.

Die Massagetherapie ist eine in Ruhelage des Patienten durchgeführte Behandlung, die aktive körperliche Reaktionen bewirkt. Die Massagetherapie setzt bestimmte manuelle Grifftechniken ein, die über mechanische Reizwirkung direkt Haut, Unterhaut, Muskeln, Sehnen und Bindegewebe einschließlich deren Nerven, Lymph- und Blutgefäße beeinflussen. Indirekt wird eine therapeutische Beeinflussung innerer Organe über cutiviscerale Reflexe, die über die Haut indirekt auf die inneren Organe wirken, erreicht. Die klassische Massagetherapie wird sowohl von Krankengymnasten / Physiotherapeuten und als auch von Masseuren durchgeführt. Sie steht an 3. (durch Krankengymnasten) bzw. 6. Stelle (durch Masseure) der im Jahr 2004 insgesamt für physiotherapeutische Leistungen abgerechneten Ausgaben. Krankengymnasten verabreichten 2004 etwa das Doppelte an Massagen im Vergleich zu Masseuren (siehe Tabelle 3.18).

Tabelle 3.18 Physiotherapie 2004

APN**	Leistungsbezeichnung	Anzahl der Leistungen	Ausgaben in Euro	Anzahl verschiedene LV***
20501	KG*, normal, Einzelbehandlung, auch Atemgymnastik, auch auf neurophysiologischer Grundlage	1.557.433	21.338.079,82	113.005
21201	Manuelle Therapie	237.789	3.563.089,27	22.778
20106	Klassische Massagetherapie (KMT)	371.249	3.353.669,27	40.226
21501	Warmpackungen einschl. Nachruhe	294.577	2.230.463,93	29.794
20710	Einzelbehandlung: KG zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen, erworben nach Abschluss der Hirnreife nach Bobath	110.745	2.139.853,78	2.522
10106	Klassische Massagetherapie (KMT)	184.062	1.719.582,05	19.182
20708	Einzelbehandlung: KG zur Behandlung von angeborenen oder vor Abschluss der Hirnreife erworbene Bewegungsstörungen nach Bobath	63.039	1.549.930,19	2.599
20201	Manuelle Lymphdrainage: Großbehandlung	66.227	1.365.198,59	3.425
20507	Einzelbehandlung: Gerätegestützte KG (KG Gerät), Parallele Einzelbehandlung bis zu 3 Patienten je Patient	50.025	1.249.401,41	4.116
20712	Einzelbehandlung: KG zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen, erworben nach Abschluss der Hirnreife nach PNF	48.451	934.910,02	1.395
20202	Manuelle Lymphdrainage: Ganzbehandlung	26.511	902.293,25	1.121
11501	Warmpackungen einschl. Nachruhe	110.870	869.264,36	11.558
20205	Manuelle Lymphdrainage: Teilbehandlung	61.687	852.613,80	4.644
10501	Einzelbehandlung: KG, auch Atemgymnastik, auch auf neurophysiologischer Grundlage	57.035	789.519,60	5.361
	Verschiedene Leistungsbezeichnungen	1.013.545	9.093.840,76	
	Alle Leistungsbezeichnungen	4.253.245	51.951.710,10	198.590

* KG = Krankengymnastik

** Die erste Ziffer der Abrechnungspositionsnummer (APN) kennzeichnet den Leistungserbringer: so steht „1“ für Masseure und „2“ für Krankengymnasten/Physiotherapeuten

*** LV steht für Leistungsversicherte/r, d.h. Versicherte mit mindestens einer physiotherapeutischen Leistung 2004

Lymphdrainagebehandlungen in verschiedenen Varianten zählen ebenfalls zu den Massagen. Sie gehören auch zu den 14 ausgabenstärksten Positionen der Physiotherapie.

Die Bewegungstherapie dient der Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung der Leistungen der Stütz- und Bewegungsorgane, des Nervensystems und der dabei beteiligten Funktionen des Herz- und Kreislaufsystems, der Atmung und des Stoffwechsels. Soweit krankheitsbedingt möglich, soll das Erlernen von Eigenübungsprogrammen im Vordergrund stehen. Die krankengymnastische Einzelbehandlung durch Physiotherapeuten steht wie auch schon 2003 mit 21.338.079,82 Euro, dies entspricht ~41% der Gesamtausgaben, an der Spitze der Ausgaben für physiotherapeutische Leistungen. Die manuelle Therapie folgt an 2. Stelle. Sie wird als Einzeltherapie zur Behandlung reversibler Funktionseinschränkungen der Gelenke und ihrer durch Muskelanspannung bedingten Fixierung eingesetzt. An 4. und 7. Stelle der Ausgaben stehen weitere Maßnahmen der Bewegungstherapie wie spezielle Krankengymnastikformen z.B. nach Bobath. Dabei wird zwischen vor Abschluss der Hirnreife erworbenen Bewegungsstörungen (z.B. infantile Cerebralparesen), und nach Abschluss der Hirnreife entstandenen (z.B. Hirnblutung oder -tumor) unterschieden. Gerätegestützte Krankengymnastik mittels spezieller medizinischer Trainingsgeräte folgt an 9. Stelle der Ausgaben. An 10. Stelle steht wiederum eine spezielle Krankengymnastikform, die nur zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen nach dem 18.Lebensjahr eingesetzt wird (PNF= Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation). Die krankengymnastische Einzelbehandlung durch Masseure nimmt die 14. Stelle in den Ausgaben für Physiotherapie ein. Insgesamt ist der größte Teil der Ausgaben für Physiotherapie durch Maßnahmen der Bewegungstherapie bedingt. Sie machen mehr als 60% der Gesamtausgaben aus.

Sowohl Wärme- als auch Kälteanwendungen wirken je nach Indikation schmerzlindernd, beeinflussen den Muskeltonus und wirken

reflektorisch auch auf innere Organe. Kälteanwendung wirkt zusätzlich entzündungshemmend. Die Thermotherapie steht mit 2.230.463,93 Euro an 4. Stelle der Physiotherapie-Ausgaben.

Die übrigen Einzelmaßnahmen der Physiotherapie finden sich nicht unter den 14 ausgabenstärksten Einzelpositionen. Sie sind in Tabelle 3.18 unter „verschiedene Leistungsbezeichnungen“ zusammengefasst und werden im Folgenden kurz erläutert.

Die Traktionsbehandlung wirkt als mechanischer apparativer Zug zur Entlastung komprimierter Nervenwurzeln und Gelenkstrukturen an Wirbelsäule, Becken, Knie- und Hüftgelenk.

Die Elektrotherapie wendet nieder- und mittelfrequente Stromformen an zur Schmerzlinderung, Durchblutungsverbesserung, Tonisierung und Detonisierung der Muskulatur. Besondere Stromformen haben entzündungshemmende und resorptionsfördernde Wirkung und vermögen darüber hinaus Muskeln zu kräftigen und gezielt zur Kontraktion zu bringen.

Kohlensäurebäder und Kohlensäuregasbäder wirken durchblutungsfördernd und stoffwechselstimulierend, wenn eine standardisierte Konzentration von CO2 auf die Haut einwirkt.

Die Inhalation wird ausschließlich als Einzeltherapie mittels Gerät, mit dem eine alveolengängige (d.h. die Lungenbläschen erreichende) Teilchengröße erreicht wird, angewendet.

Die sogenannten „standardisierten Heilmittelkombinationen“ aus den bisher aufgeführten einzelnen Maßnahmen können nach Maßgabe des Heilmittelkatalogs nur dann verordnet werden, wenn komplexe Schädigungsbilder vorliegen und die therapeutisch erforderliche Kombination von drei oder mehr Maßnahmen synergistisch sinnvoll ist. Soweit vom Arzt die Verordnung nicht näher spezifiziert wird, kann der Therapeut über die bei der jeweiligen Behandlung einzusetzenden Maßnahmen entscheiden.

In welchem Umfang finden in der Physiotherapie Gruppenbehandlungen statt?

Tabelle 3.19 Physiotherapie 2004: Einzel- oder Gruppenbehandlung?

	Anzahl der Leistungen	in % aller Leistungen	Ausgaben in Euro	in % aller Ausgaben	Anzahl verschiedene LV*	in % aller LV*
Bewegungstherapie / Übungsbehandlung						
Einzelbehandlungen	20.975	0,49	163.722,80	0,32	1.669	0,84
Gruppenbehandlungen	19.063	0,45	158.243,54	0,30	1.808	0,91
Krankengymnastik, normal						
Einzelbehandlungen	1.750.711	41,16	24.525.534,61	47,21	123.904	62,39
Gruppenbehandlungen	4.108	0,10	18.133,92	0,03	342	0,17
Krankengymnastik, spezial						
Einzelbehandlungen	282.027	6,63	5.992.608,68	11,53	8.055	4,06
Gruppenbehandlungen	3.334	0,08	24.634,34	0,05	184	0,09
Krankengymnastik im Bewegungsbad						
Einzelbehandlungen	10.916	0,26	151.778,99	0,29	807	0,41
Gruppenbehandlungen	12.868	0,30	94.995,38	0,18	1.173	0,59

* LV steht für Leistungsversicherte/r, d.h. Versicherte mit mindestens einer logopädischen Leistung 2004

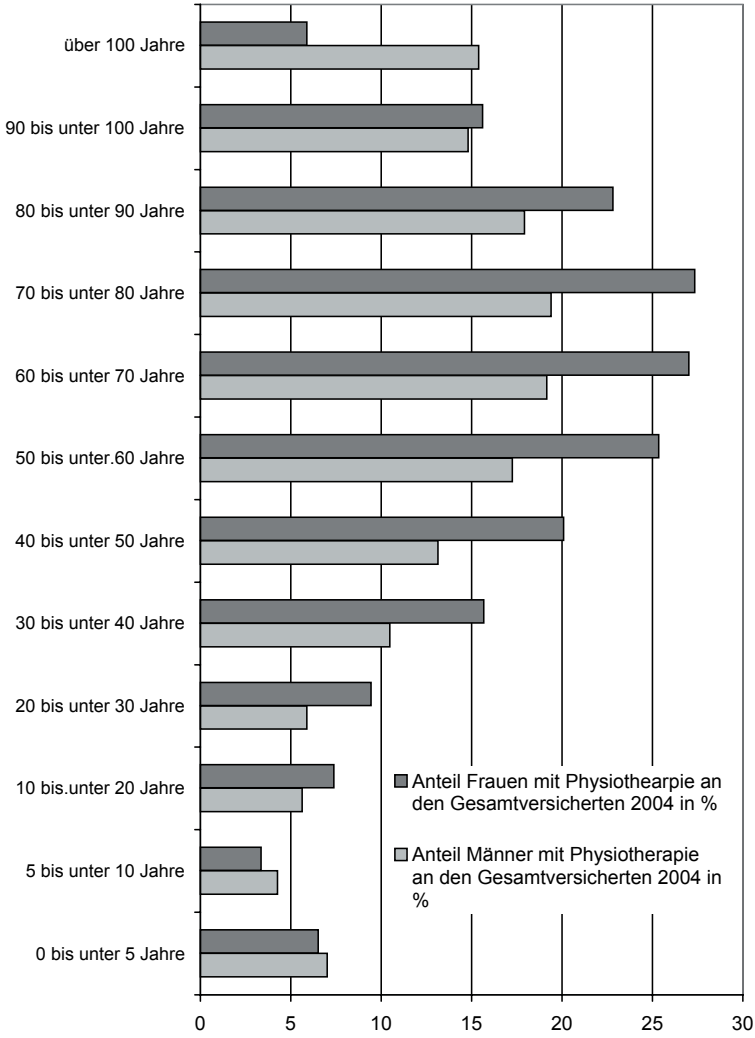
In Tabelle 3.19 sind die Einzel- den Gruppenbehandlungen gegenübergestellt. In diesen Vergleich wurden nur physiotherapeutische Leistungen einbezogen, die wahlweise als Gruppen- oder als Einzelbehandlungen durchgeführt werden können. Krankengymnastik, ob Normal- oder Spezial-Behandlung, findet praktisch ausschließlich als Einzelbehandlung statt. Da Gruppenbehandlungen preisgünstiger sind, machen sie bei den Ausgaben einen noch geringeren Anteil als hinsichtlich der Anzahl der Leistungen oder der Zahl der behandelten Patienten aus. Übungsbehandlungen und Krankengymnastik im Bewegungsbad werden dagegen zu einem erheblichen Teil als Gruppenbehandlungen durchgeführt. Die Zahl der Versicherten mit Gruppenbehandlung übersteigt in beiden Fällen die der einzeln behandelten Patienten. Diese Maßnahmen machen hinsichtlich der Gesamtausgaben allerdings nur

einen geringen Anteil aus.

Wie sieht die alters- und geschlechtsspezifische Behandlungsprävalenz in der Physiotherapie aus?

Unter der Behandlungsprävalenz versteht man die Häufigkeit mit der eine bestimmte Behandlung in einer Personengruppe beobachtet wird. In Abbildung 3.9 (siehe auch Tab. 114 im Anhang) ist der Anteil der Versicherten mit physiotherapeutischen Leistungen im Jahr 2004 nach Alter und Geschlecht getrennt aufgeführt. Die Verteilung unterscheidet sich ganz erheblich von der bei ergotherapeutischen und logopädischen Behandlungen, bei denen in der Gruppe der 5 bis unter 10jährigen Jungen und Mädchen jeweils mit Abstand die höchste Prävalenz festzustellen war. Bei der Physiotherapie hingegen ist in dieser Altersgruppe der Anteil der Leistungsversicherten am geringsten.

Abbildung 3.9 Physiotherapie: Alters- und geschlechtsspezifische Behandlungsprävalenz



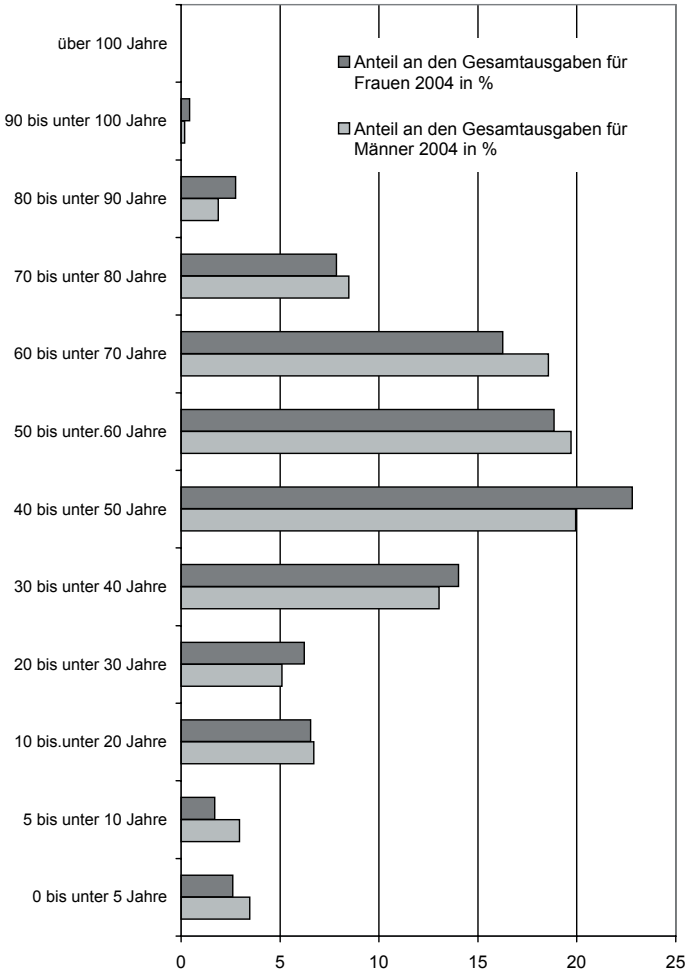
Im Alter zwischen 10 und 100 Jahren liegt die Behandlungsprävalenz bei Frauen durchgehen über der bei Männern. Im Alter zwischen 60 und 80 erhalten mehr als 27% der Frauen mindestens eine physiotherapeutische Behandlung, der entsprechende Anteil bei den Männern beträgt gut 19% und liegt damit um rund 30% niedriger als bei den Frauen. Das Maximum findet sich bei beiden Geschlechtern bei den 70 bis unter 80 Jährigen. Insgesamt ist ein Rückgang der Behandlungsprävalenz festzustellen: Bei den Männern ging der Anteil derjenigen mit physiotherapeutischen Leistungen von insgesamt 12% im Jahr 2003 zurück auf 11,2% im Folgejahr, bei den Frauen sank der entsprechende Anteil von 16% auf 15,2% (siehe Tab. 50 im Anhang).

Trotz des Rückgangs des Anteils der physiotherapeutisch behandelten Versicherten kam es zu einem Ausgabenanstieg. Die Vergütung hat sich seit dem 1.2.2002 nicht geändert, so dass höhere Preise als Ursache ausscheiden. Gründe für den Ausgabenanstieg liegen einerseits in der gestiegenen Versichertenzahl und in der Verordnung von mehr und / oder teureren Physiotherapiemaßnahmen pro Leistungsversicherter/m. Im Jahr 2004 erhielten 92.885 männliche Versicherte für 24.014.577,40 Euro physiotherapeutische Leistungen (siehe Tab. 114 und 115 im Anhang). Die Ausgaben sind um +3,3% (+772.781,80 Euro) gestiegen, während die Zahl der Leistungsversicherten um 1.127 (-1,2%) abgenommen hat. Bei den Frauen ist zwar, wie schon oben erwähnt, die Behandlungsprävalenz zurückgegangen, aber die Zahl der Versicherten mit physiotherapeutischen Leistungen stieg - bedingt durch die gestiegenen Versichtertenzahlen - im gleichen Zeitraum um 4.469 (+4,4%) auf 105.709 im Jahr 2004. Die Ausgaben erhöhten sich um 8,3% auf 27.937.132,70 Euro (+2.142.381,30 Euro). Die mittleren Ausgaben je Leistungsversichertem/r stiegen um 11,32 Euro (+4,6%) bei den Männern und 9,50 Euro (+3,7%) bei den Frauen (siehe Tab. 50 im Anhang).

Die alters- und geschlechtspezifische Verteilung der Physiotherapie-ausgaben ist in Abbildung 3.10 dargestellt (siehe Tab. 115 im Anhang).

Auf die Altersgruppe der 40 bis unter 50jährigen entfällt bei beiden Geschlechtern der größte Teil der Ausgaben.

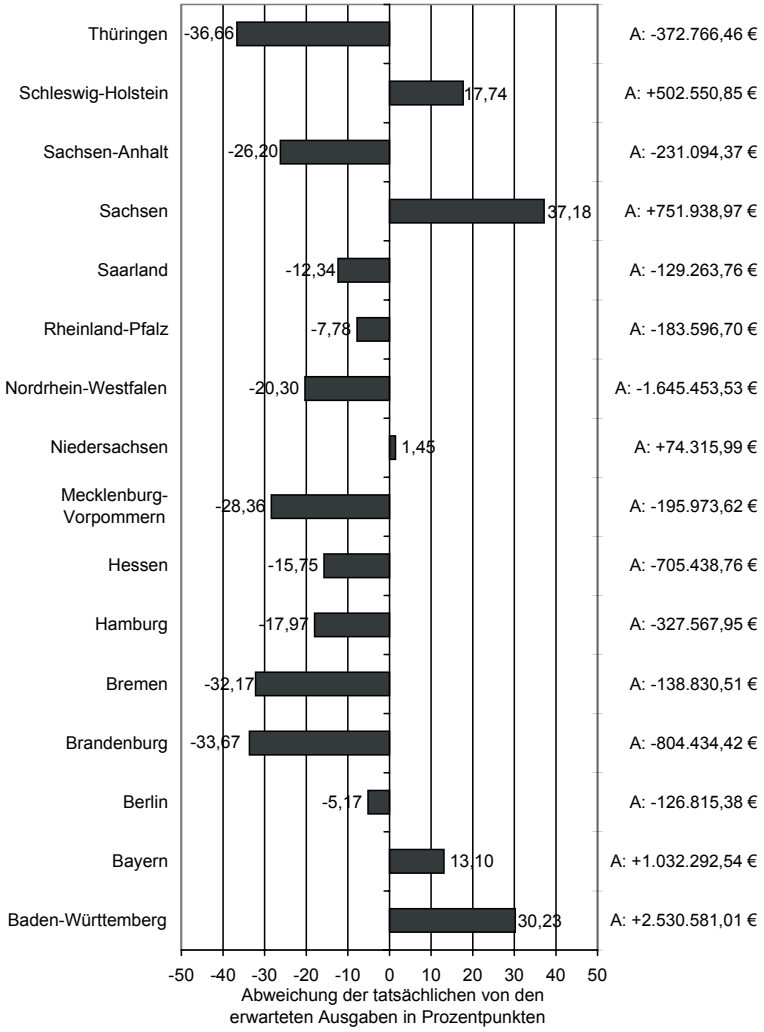
Abbildung 3.10 Physiotherapie: alters- und geschlechtsspezifische Verteilung der Gesamtausgaben



Wie sieht die regionale Verteilung der Ausgaben für Physiotherapie aus?

In Abbildung 3.11 sind die alters- und geschlechtsstandardisierten Ausgaben für Physiotherapie im Jahr 2004 dargestellt (siehe auch Tab. 116 im Anhang). Bei der Interpretation ist zu berücksichtigen, dass die Vergütung für physiotherapeutische Leistungen in den östlichen Bundesländern (Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen) um etwa 14% unter der in übrigen Bundesländern liegt. Besonders auffällig sind daher die trotz der niedrigeren Preise mit +37% weit über den Erwartungen liegenden Ausgaben in Sachsen, sowie die unterdurchschnittlichen Ausgaben in einigen westlichen Bundesländern, insbesondere Bremen, Nordrhein-Westfalen, Hamburg und Hessen. Im Vorjahres-Report (Scharnetzky et al., 2004, S.68 ff) wurde die höchste Leistungserbringerdichte von Physiotherapeuten in Sachsen und Sachsen-Anhalt festgestellt. 2004 kam es zwar zu einem Rückgang der Behandlungsprävalenz im Bereich der KV Sachsen um rund 2 Prozentpunkte bei den Männern und 2,5 Prozentpunkte bei den Frauen, aber die Prävalenzen lagen auch in diesem Jahr weit über dem bundesweiten Mittelwert (siehe Tab. 66 im Anhang). Die mittleren Ausgaben je Leistungsversichertem/r waren in Sachsen hingegen niedriger als der Durchschnitt. Die überdurchschnittlichen Ausgaben in diesem Bundesland sind daher allein durch die Behandlung eines erheblich größeren Anteils der Versicherten bedingt. Der 2004 geäußerte Verdacht, dass in Sachsen möglicherweise eine angebotsinduzierte Nachfrage besteht, wird durch die weit überdurchschnittlichen Ausgaben des Jahres 2004 weiter untermauert.

Abbildung 3.11 Ausgaben für Physiotherapie 2004: Abweichung in Prozentpunkten und absolut (A:) der tatsächlichen von den erwarteten Ausgaben standardisiert nach Alter und Geschlecht



Welche Leistungserbringer sind im Bereich der Physiotherapie tätig?

Der größte Teil der physiotherapeutischen Leistungen wird von Krankengymnasten und Physiotherapeuten erbracht. 86% aller Ausgaben und fast 88% aller Leistungsversicherten entfallen auf diese Berufsgruppe (siehe Tabelle 3.20). Dagegen entfallen auf Masseure und medizinische Bademeister nur 11% der Ausgaben und 15% der Versicherten.

Tabelle 3.20 Leistungserbringer von Physiotherapie im Jahr 2004

Leistungserbringer	Anzahl der Leistungen	in % aller Leistungen	Ausgaben in Euro	in % aller Ausgaben
Masseure u. med. Bademeister	560.152	13,17	5.773.886,85	11,11
Krankengymnasten/ Physiotherapeuten	3.552.663	83,53	44.718.620,57	86,08
Krankenhäuser	94.088	2,21	974.942,32	1,88
Leistungserbringer von ambulanten Vorsorge-leistungen in anerkannten Kurorten	44.253	1,04	452.708,31	0,87
sonstige	2.089	0,05	31.552,05	0,06
Summe	4.253.245	100,00	51.951.710,10	100,00

3.5 Podologie:- Leistungen bei Patienten mit Diabetes mellitus

Christel Schicktanz

In den Heilmittel-Richtlinien ist eine eindeutige Beschränkung der Maßnahmen einer podologischen Therapie auf die Leistungsbezieher „Diabetiker" bzw. den diabetischen Fuß vorgegeben. Gleichzeitig werden aber auch umfassende Anweisungen der zu nutzenden Therapien gegeben, um präventiv die Erkrankung des diabetischen Fußes und seine Folgeschäden einzudämmen. Dazu zählen auch Patientenaufklärung und -schulung hinsichtlich Früherkennung, Hygiene und Pflege, sowie geeignetes Schuhwerk (Dietel et al., 2003). In den Heil- und Hilfsmitteldaten der GEK von 2004 wurden für 680 Leistungsversicherte insgesamt 4.468 podologische Anwendungen mit einem Ausgabenvolumen von 106.174,07 € verordnet. Betrachtet man in diesem Zusammenhang die durchgehend versicherten Personen der GEK, die an Diabetes mellitus erkrankt sind (Verordnungsprävalenz), lassen sich zum einen zusätzliche Ausgaben in Höhe von 1.044.256,11 € aus der Hilfsmittelproduktgruppe 31 (Schuhe) diesen Versicherten zuordnen, zum anderen reduziert sich die Anzahl der podologischen Therapien auf 601 versicherte Personen und Ausgaben in Höhe von 95.123,69 €. Gemessen an der nach wie vor hohen Anzahl der z. T. dramatischen Folgen schlechter Fußpflege bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes, die sich von chronischen Wunden bis hin zu Amputationen zeigen können, wenn Veränderungen an den Füßen nicht rechtzeitig erkannt werden, erscheinen die Ausgaben für Podologie für diese Patientengruppe noch immer überraschend niedrig.

In den Heilmittel-Richtlinien werden die durchzuführenden Leistungen des qualifizierten Podologen von den ärztlichen Leistungen abgegrenzt (Kruse et al., 2005).

Die Wagner-Klassifikation unterteilt die Fußläsionen in folgende Schweregrade:

Grad 0 – Risikofuß ohne Läsion

Grad 1 – oberflächliches Ulkus mit potentieller Infektionsgefahr

Grad 2 – tiefes gelenknah infiziertes Ulkus

Grad 3 – penetrierende Infektion mit Knochenbeteiligung

Grad 4 – begrenzte Vorfuß- oder Fersennekrose

Grad 5 – Nekrose des Fußes

Die Verordnung der podologischen Therapie beim diabetischen Fußsyndrom ist nur zulässig bei vorliegender Neuro- und/ oder Angiopathie ohne Hautdefekt (Wagner-Stadium 0).

Die Therapie von Hautdefekten und Entzündungen im Bereich Wagner Stadium 1-5 sowie eingewachsene Zehennägel sind grundsätzlich ärztliche Leistungen und stellen somit keine Indikation zur Verordnung von Maßnahmen der podologischen Therapie dar (Kruse et al., 2005).

Die podologischen Leistungen umfassen zum einen die Hornhautabtragung und zum anderen die Nagelbearbeitung. Eine detaillierte Auflistung findet sich im bundeseinheitlichen Heilmittelpositionsnummernverzeichnis mit den Abrechnungsnummern 78001 bis 78006 und 68003 (podologische Komplexbehandlung im Krankenhaus). Die Vergütung richtet sich nach der Vergütungsliste für podologische Leistungen getrennt für die alten und neuen Bundesländer.

Wie die Tabelle 3.21 zeigt, lassen sich die podologischen Leistungen im Jahr 2004 für 680 Leistungsversicherte auflisten. Insgesamt wurden 4.468 podologische Anwendungen mit einem Ausgabenvolumen von 106.174,07 € verordnet.

Im Vergleich zum Vorjahr (ca. 30.000 Euro) sind die Ausgaben in dieser

Heilmittelgruppe deutlich angestiegen. Diese Erhöhung erklärt sich mit der Aufnahme der Podologie in den Leistungskatalog der Heilmittel-Richtlinien zum 1. August 2002.

Zudem stieg die Zahl der Diabetiker unter den Versicherten der GEK vom Jahr 2003 zum Jahr 2004 nur gering an (siehe Tabelle 3.22). Nach wie vor ist aber die Zahl der Amputationen bzw. der Patienten mit diabetischem Fußsyndrom immer noch hoch - allein in der GEK sind schätzungsweise 250 - 400 Amputationen an den Füßen (z. B. Zehen oder Vorderfuß) auf schlecht heilende Wunden und Durchblutungsstörungen (Makroangiopathien) zurückzuführen. Oft spüren Menschen mit Diabetes solche Veränderungen an den Füßen zu wenig (z. B. Verletzungen bei der Nagelpflege), so dass eine stärkere Nutzung einer podologischen Vorsorge und Behandlungen durchaus wünschenswert wäre.

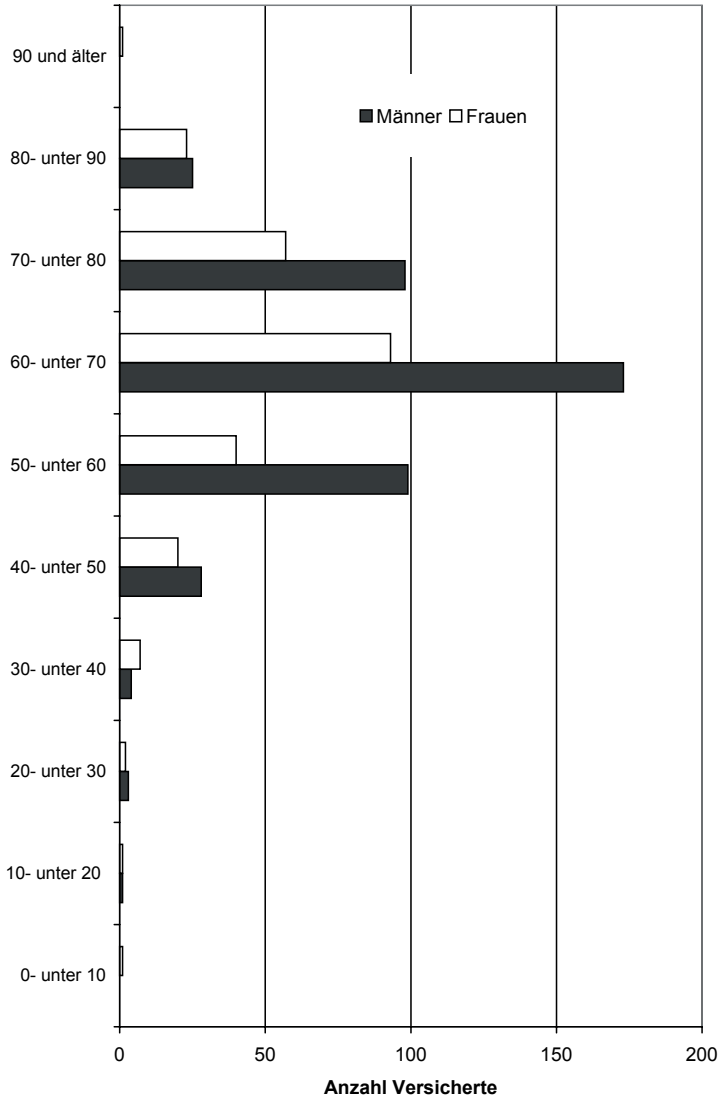
Tabelle 3.21 Podologische Leistungen im Jahr 2004

APN*	Leistungsbezeichnung	Anzahl der Leistungen	Ausgaben	Anzahl verschiedene LV**
78003	Podologische Komplexbehandlung	4.065	100.704,78	638
78001	Hornhautabtragung	181	2.587,45	28
78002	Nagelbearbeitung	134	1.778,09	37
78006	Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß	55	771,40	10
78004	Hornhautabtragung an einem Fuß	23	194,85	5
68003	Podologische Komplexbehandlung	4	94,00	2
78005	Nagelbearbeitung an einem Fuß	6	43,50	2
	Alle Leistungsbezeichnungen	4.468	106.174,07	680

*Abrechnungspositionsnummer **Leistungsversicherte

Die Alters- und Geschlechtsverteilung der Versicherten mit podologischen Leistungen entspricht den Erwartungen. Besonders ältere Versicherte sind durch die Folgeschäden eines Diabetes betroffen. Wie im Vorjahr sind auch in 2004 deutlich mehr Männer als Frauen in Behandlung (siehe Abbildung 3.12).

Abbildung 3.12 Podologische Leistungen nach Alter und Geschlecht der versicherten Personen im Jahr 2004



Für den GEK-Arzneimittel-Report 2005 fand eine Auswertung der durchgehend Versicherten (Personen, die im betrachteten Jahr ohne Unterbrechungen bei der GEK versichert waren) mit Diabetes mellitus statt. In der Tabelle 3.22 ist der Vergleich dieser Versicherten für die Jahre 2003 und 2004 hinsichtlich ihrer Verordnungsprävalenzen mit einem Antidiabetikum (Arzneimittel der Gruppe A10 des WiDO-ATC-Code) aufgezeigt. Für das Jahr 2004 zeigt sich ein geringfügiger Anstieg der Verordnungsprävalenz. Es konnten im Jahr 2004 40.195 Versicherte als Diabetiker identifiziert werden. Versicherte, die zum Beispiel als Typ-2-Diabetiker ohne Medikamente auskommen, sich allein durch eine Diät und Bewegung therapieren, wurden nicht erfasst. Außerdem muss davon ausgegangen werden, dass mindestens 1 % der Bevölkerung unerkannt an Diabetes mellitus erkrankt ist (Glaeske & Janhsen, 2004).

Tabelle 3.22 Vergleich der Diabetes-Verordnungsprävalenzen 2003 und 2004 standardisiert nach Alter und Geschlecht für versicherte Personen der GEK

	2003	2004
Gesamt		
Durchgehend Versicherte	1.225.799	1.297.120
Rohe Verordnungsprävalenz	2,96	3,10
Altersstandardisierte Verordnungsprävalenz	4,52	4,59
Männer		
Durchgehend Versicherte	692.435	720.404
Rohe Verordnungsprävalenz	3,50	3,71
Altersstandardisierte Verordnungsprävalenz	4,45	4,56
Standardisiert nach Geschlecht	4,91	5,03
Frauen		
Durchgehend Versicherte	533.364	576.716
Rohe Verordnungsprävalenz	2,27	2,33
Altersstandardisierte Verordnungsprävalenz	4,30	4,32
Standardisiert nach Geschlecht	3,87	3,88

Für die nachfolgenden Betrachtungen wurde anhand dieses Versichertenstammes an „Diabetikern“ der GEK eine personenbezogene Auswertung sowohl der podologischen Leistungen wie auch der Produktgruppe 31 (Schuhe) des Hilfsmittelverzeichnisses durchgeführt.

Für das Heilmittel Podologie ist zwangsläufig ein eindeutiger Zusammenhang der Leistungen mit der Erkrankung Diabetes mellitus zu beobachten. Von den 676 versicherten Personen mit einer podologischen Leistung im Jahr 2004 ließen sich 601 Versicherte diesen „Diabetikern“ zuordnen. Das prozentuale Verhältnis Diabetiker und Bezieher einer podologischen Therapie liegt mit 1,5 % allerdings weit unter dem erwarteten Wert einer berechtigten Inanspruchnahme dieser Leistungsgruppe.

Etwas anders ist die Situation bei der genannten Hilfsmittelproduktgruppe 31. Für die Gesunderhaltung des diabetischen Fußes wird in der Literatur neben der fachkundigen Podologiebehandlung auch das Tragen von entsprechendem Schuhwerk, wie zum Beispiel Komfortschuhe oder Diabetes-Therapieschuhe diskutiert. Von den 56.456 Verordnungen dieser Leistungsgruppe (entsprechen 21.915 Personen) waren 6.710 Verordnungen bzw. 1.902 versicherte Personen den „Diabetikern“ zuzuordnen. Diese Produkte sind natürlich nicht „diabetikerspezifisch“, interessant ist aber der Umfang der Verordnungen für dieses Krankheitsbild.

Tabelle 3.23 zeigt für das Jahr 2004 die Verteilung der Ausgaben für die podologische Therapie und die Produktgruppe 31 nach Alter und Geschlecht.

Tabelle 3.23 Verteilung der Ausgaben für podologische Leistungen und Hilfsmittel der Produktgruppe 31 für „Diabetiker“ nach Alter und Geschlecht im Jahr 2004

	Alter in Jahren	Leistungen aus Produktgruppe 31 (€)	Podologische Leistung (€)
Gesamt	0 bis unter 10	0,00	0,00
	10 bis unter 20	1.091,63	156,60
	20 bis unter 30	308,10	333,90
	30 bis unter 40	10.238,95	863,50
	40 bis unter 50	81.457,18	6.018,24
	50 bis unter 60	249.256,18	20.632,24
	60 bis unter 70	429.231,65	39.990,94
	70 bis unter 80	201.241,51	2.1028,70
	80 bis unter 90	67.193,45	6.099,57
	90 und älter	4.237,46	0,00
	Summe	1.044.256,11	95.123,69
Männer	0 bis unter 10	0,00	0,00
	10 bis unter 20	106,24	0,00
	20 bis unter 30	75,70	151,20
	30 bis unter 40	8.600,22	354,90
	40 bis unter 50	62.780,93	2.972,49
	50 bis unter 60	193.771,18	14.018,09
	60 bis unter 70	320.291,85	25.381,29
	70 bis unter 80	118.153,76	13.147,70
	80 bis unter 90	27.291,39	3.765,39
	90 und älter	158,93	0,00
	Summe	731.230,20	59.791,06
Frauen	0 bis unter 10	0,00	0,00
	10 bis unter 20	985,39	156,60
	20 bis unter 30	232,40	182,70
	30 bis unter 40	1.638,73	508,60
	40 bis unter 50	18.676,25	3.045,75
	50 bis unter 60	55.485,00	6.614,15
	60 bis unter 70	108.939,80	14.609,65
	70 bis unter 80	83.087,75	7.881,00
	80 bis unter 90	39.902,06	2.334,18
	90 und älter	4.078,53	0,00
	Summe	313.025,91	35.332,63

Die Versorgung der Versicherten mit Diabetes mellitus mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 31 (Schuhe) zeigt in den letzten zwei Jahren nur eine geringe Steigerung. Zum einen erhöhte sich die Anzahl der versicherten Personen mit einer Leistung um 137 Personen (2003=1.764 Versicherte, 2004=1.902 Versicherte), zum anderen stiegen die Ausgaben für diese Produkte in der Versichertengruppe im Jahr 2004 um ca. 75.000 € auf 1.044256,11 € an.

Deutlich zu erkennen ist in der Tabelle 3.23 auch, dass die Hilfsmittel „Schuhe“ den weitaus höheren Kostenaufwand für Diabetiker darstellen.

Ein geringer Anteil der Diabetiker bekam sowohl eine podologische Therapie wie auch eine Leistung aus der Hilfsmittelgruppe 31. Allerdings benötigen 26% der Diabetiker mit podologischen Leistungen gleichzeitig eine Hilfsmittelversorgung mit Schuhen. Die Tabelle 3.24 zeigt eine Auswahl der häufigsten Leistungen, die im Jahr 2004 für Diabetiker mit mindestens einer podologischen Maßnahme berechnet wurden.

Insgesamt bekamen 155 versicherte Personen mit mindestens einer podologischen Leistung, zusätzlich 578 Hilfsmittelleistungen aus der Produktgruppe 31 mit einem Ausgabenvolumen im Umfang von 272.235,99 Euro (siehe Tabelle 3.24). Die Häufigkeit der Verordnungen im Verhältnis zur Versichertenanzahl (3,7 Hilfsmittelleistungen pro Person) und die hohen Ausgaben (1.756,36 Euro pro Person) zeigen, wie aufwendig eine Betreuung des diabetischen Fußes ist.

Tabelle 3.24 Ausschnitt der am häufigsten verordneten Leistungspositionen der Gruppe 31 bei „Diabetikern“ mit podologischer Therapie im Jahr 2004

Leistungspositionen der Gruppe 31	Anzahl der Leistungen	Ausgaben (€)
Arbeiten zur Entlastung, Stützung, Polsterung und Schaftveränderung	66	59.288,97 €
Zusatzarbeiten für Fußbettung und -entlastung	49	27.987,82 €
Orthopädischer Straßenschuh	47	69.378,34 €
Arbeiten an der Sohle	41	14.547,37 €
Zusatzarbeiten am Blatt/Futter/Schaft	35	3.214,09 €
Zusatzarbeiten an der Sohle	33	2.694,22 €
Zusatzarbeiten am Absatz	31	1.797,83 €
Sonderarbeiten	22	2.667,33 €
Zusatzarbeiten zur Bodenversteifung	22	2.273,13 €
Arbeiten zur Schuherhöhung	19	5.107,92 €
Bettungsarbeiten	18	3.666,94 €
Orthopädischer Hausschuh	16	18.948,76 €
Therapieschuhe, konfektioniert	16	12.129,00 €
Fußteil-Entlastungsschuh	16	2.119,88 €
Arbeiten am Absatz	14	1.818,12 €
Zusatzarbeiten an der Hinterkappe	12	2.318,90 €
Leisten für orthopädischen Maßschuh	10	3.383,40 €
.....	.....	
Summe aller verordneten Leistungen	578	272.235,99 €

Gemessen an der nach wie vor hohen Anzahl der z. T. dramatischen Folgen schlechter Fußpflege bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes, die sich von chronischen Wunden bis hin zu Amputationen zeigen können, wenn Veränderungen an den Füßen nicht rechtzeitig erkannt werden, erscheinen die Ausgaben für Podologie für diese Patientengruppe noch immer überraschend niedrig und eine stärkere Nutzung dieser Heilmittelleistung wäre duchaus wünschenswert. Die rechtzeitige Anwendung des Heilmittels Podologie könnte möglicherweise dazu beitragen, die sehr viel höheren Ausgaben für die Schuhversorgung dieser Versicherten zu senken.

4 Ergebnisse der Hilfsmittel-Analysen

4.1 Überblick über die Hilfsmittelversorgung in der GEK

Im Jahre 2004 hat die GEK für Hilfsmittel, die nach § 302 SGB V abgerechnet wurden, insgesamt rund 67,8 Mio. Euro ausgegeben, 2,4% weniger als im Jahre 2003. Auch die Zahl der Versicherten mit einer Hilfsmittelverordnung ist in 2004 um 23,4% zurückgegangen. Der Verordnungs- und Ausgabenrückgang im Hilfsmittelbereich für das Jahr 2004 ist auf die Einschränkung des Leistungsanspruches der Versicherten auf Sehhilfen durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) zurückzuführen. Für das Jahr 2005 ist ein weiterer Ausgabenrückgang in der Produktgruppe Sehhilfen zu erwarten und zwar um die Summe der Verordnungen, die noch in 2003 ausgestellt und bei den Leistungserbringern eingelöst wurden, aber erst in 2004 abgerechnet worden sind. Die Auswertung der Hilfsmitteldaten nach Alter und Geschlecht zeigt, dass die männlichen Versicherten weniger aber dafür kostenintensivere Hilfsmittelleistungen in Anspruch genommen haben. Zudem wurde erwartungsgemäß ein Anstieg der Versorgungsprävalenz und der Ausgaben mit zunehmendem Alter beobachtet. In den jüngeren Altersgruppen konzentrieren sich die Ausgaben auf vergleichsweise wenige Versicherte, was vermuten lässt, dass es sich dabei um Versicherte mit schweren körperlichen Beeinträchtigungen handelt. Bei den Älteren, Alten und Hochbetagten streut die Ausgabenverteilung breiter. An der Spitze der Ausgaben stehen die orthopädischen Schuhe, gefolgt von Geräten zur Inhalations- und Atemtherapie, Einlagen und Sehhilfen. Ein regionaler Vergleich der Ausgaben für Hilfsmittel zeigt auffällige Unterschiede: Vor allem die östlichen Regionen fallen durch geringere Ausgaben für Hilfsmittel auf.

Was hat sich im Zuge des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung in der Hilfsmittelversorgung geändert?

Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung haben Versicherte einen Anspruch auf eine Versorgung mit Hilfsmitteln, um den Erfolg ihrer Krankenbehandlung zu sichern oder eine drohende bzw. bereits bestehende Behinderung abzuwenden bzw. auszugleichen. Im Zuge des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) wurden zum 01.01.2004 auch Neuregelungen im Hilfsmittelbereich eingeführt. Die größte und eine breite Versichertengruppe betreffende Veränderung im Hilfsmittelbereich ist die Einschränkung des Leistungsanspruches auf Sehhilfen. Bis zum 31.12.2003 hatten sowohl Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr als auch Erwachsene einen Leistungsanspruch auf die Versorgung mit einer Sehhilfe. Dieser Versorgungsanspruch wurde mit der Einführung des GMG zum 01.01.2004 auf Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sowie auf Erwachsene nach dem vollendeten 18. Lebensjahr mit schwerer Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlenen Klassifikation, eingeschränkt. Diese Einschränkung des Leistungsanspruches ist einerseits vor dem Hintergrund des hohen Ausgabevolumens der Gesetzlichen Krankenversicherung für Sehhilfen, andererseits vor dem Hintergrund der hohen Zuzahlungsbereitschaft - im Vergleich zu den Kosten von Brillengläsern – für Brillengestelle bei den Versicherten zu sehen. Kruse et. al (2005) führen an, dass der Sachleistungsanteil der Krankenkassen für die Versorgung bei rund 50 Euro pro Sehhilfe liegt und die medizinisch notwendige Versorgung vollständig abdeckt. Die Versicherten sind darüber hinaus im Durchschnitt bereit, etwa weitere 150 Euro für nicht medizinische Leistungen wie z.B. Entspiegelung oder Tönung von Gläsern zu investieren und tragen somit etwa 70 bis 80% der Gesamtkosten einer Sehhilfenversorgung selbst. Daraus hat der

Gesetzgeber abgeleitet, dass erwachsene Versicherte grundsätzlich nicht finanziell überfordert sind, wenn sie ihre Sehhilfenversorgung selbst bezahlen müssen (Kruse et al., 2005, S.1615).

Des Weiteren wurden neue Zuzahlungsregelungen für Hilfsmittel für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, eingeführt (§33 Abs.2 Satz 4 SGB V in Verbindung mit §61 SGB V). Bei dieser Neuregelung wird unterschieden zwischen Hilfsmitteln,

- die zum Verbrauch bestimmt sind
- und die nicht zum Verbrauch bestimmt sind.

Für Hilfsmittel, die nicht zum Verbrauch bestimmt sind, müssen Versicherte seit dem 01.01.2004 entsprechend der Arzneimittelzuzahlung 10% des Abgabepreises, mindestens fünf Euro aber höchstens zehn Euro als Zuzahlung entrichten, jedoch nicht mehr als die Gesamtkosten des abgegebenen Hilfsmittels. Die bisher geltenden Zuzahlungsregelungen für Bandagen, Einlagen und Hilfsmittel zur Kompressionstherapie in Höhe von 20% des Abgabepreises entfallen. Die Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln - darunter fallen z.B. Inkontinenzhilfen, Trachealkanülen, Ersatzbeutel für Anus Praeter-Bandagen - beträgt 10% je Packung, jedoch höchstens zehn Euro für den Monatsbedarf je Indikation. Anders als in den gemeinsamen Verlautbarungen der Spitzenverbände der Krankenkasse vom 25.11.2003 zunächst festgelegt, wird die Zuzahlung für alle zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel auf einen maximalen Monatsbetrag von zehn Euro begrenzt (Spitzenverbände der Krankenkassen, 2004). Der Bundesinnungsverband für Orthopädietechnik (BIV) hatte im Dezember 2003 darauf hingewiesen, dass zur Feststellung einer Indikation nicht der Erhalt von Produkten einer Produktgruppe maßgeblich sein kann, was am Beispiel einer typischen Stomaversorgung eines Patienten nach einer Rektum-CA-Operation verdeutlicht wurde. Dieser Patient benötigt neben den typischen Stomaprodukten auch Krankenunterlagen und Verbandsmaterial, um die Behandlung

seiner Erkrankung sicher zu stellen. Diese Hilfsmittel stammen aus unterschiedlichen Produktgruppen, so dass der Patient eine dreifache Zuzahlung trotz eines Indikationsbereiches, nämlich Stomaversorgung, leisten müsste (BIV, 2003). Um diese Mehrbelastung bei bestimmten Indikationen zu vermeiden, wurde eine Zuzahlungsbegrenzung bei Hilfsmitteln, die zum Verbrauch bestimmt sind, festgelegt.

Darüber hinaus wurde, im Rahmen der Neuregelung der Gesetzlichen Krankenversicherung, der Leistungsanspruch für Hilfsmittel begrenzt. Die Kosten für Hilfsmittel – sofern keine Festbeträge bestehen – werden nur zu einem vertraglich vereinbarten Preis übernommen. Wird vom Versicherten ein Hilfsmittel ausgewählt, dass den vertraglich vereinbarten Preis der gesetzlichen Krankenversicherungen übersteigt, muss der Versicherte die Differenz des Betrages übernehmen.

Für diese Neuerungen, die im Rahmen des GMG zum 01.01.2004 eingeführt worden sind, ist der Tag der Leistungserbringung maßgeblich, also der Tag, an dem das Hilfsmittel dem Versicherten definitiv zur Verfügung steht und vom Leistungserbringer abgegeben worden ist. Der Verordnungszeitpunkt spielt dabei keine Rolle. Somit gelten für Verordnungen, die in 2003 ausgestellt wurden, aber erst im Jahre 2004 beim Leistungserbringer eingelöst worden sind, bereits die neuen Regelungen des GMG.

Analyse der Hilfsmitteldaten

Vor dem Hintergrund dieser Neuregelungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind die nachfolgenden Analysen der Hilfsmitteldaten zu sehen. Zu den Hilfsmitteln als sächlich medizinische Leistungen zählen z.B. Körperersatzstücke, orthopädische Hilfsmittel, Seh- und Hörhilfen sowie Krankenpflegemittel, Stomaartikel und therapeutische Bewegungsgeräte. In den Abrechnungsdaten werden neben den Hilfs-

mitteln aus den Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses auch Leistungen erfasst, die zur Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln erbracht werden. Schulungen im Gebrauch von Hilfsmitteln, wie beispielsweise der Umgang mit Messgeräten oder der Gebrauch von elektrischen Rollstühlen, fallen ebenfalls in diesen Abrechnungsbereich. Die Hilfsmittel im Hilfsmittelverzeichnis sind nach Produktgruppen gegliedert, auf deren Basis die Auswertungen der GEK-Daten erfolgen (siehe Tabelle 1.1).

Die eindeutige und systematische Erfassung der Hilfsmittelleistungen ist nach wie vor schwierig, da – wie im letzten Report bereits ausführlich dargestellt - Unklarheiten bei der Zuweisung der Hilfsmittelpositionsnummern bestehen. Zum einen wird die systematische Berichterstattung durch die Verwendung von falschen Hilfsmittelpositionsnummern und so genannten Pseudopositionsnummern erschwert. Bei den Pseudopositionsnummern handelt es sich um Hilfsmittelpositionsnummern, die nicht im Hilfsmittelverzeichnis geführt werden, sondern als Behelfsnummern zur Abrechnung von den Krankenkassen eingeführt wurden und zum Teil nicht eindeutig zu identifizieren sind. Des Weiteren wird die Erfassung der Hilfsmitteldaten durch die Abgabe von Hilfsmitteln über Apotheken kompliziert und intransparent, da in Apotheken die Pharmazentralnummer (PZN) maßgeblich für die Abrechnung ist. Der Anteil der Hilfsmittel, die zu Lasten der GEK in Apotheken nach §300 abgerechnet wurden, beträgt 8% der Hilfsmittelgesamtausgaben.

Tabelle 4.1 Hilfsmittel aus Apotheken 2003 und 2004

Hilfsmittel aus Apotheken	2003	2004	Änderung in %
A. Hilfsmittel mit Pharmazentralnummer und Hilfsmittelpositionsnummer			
Anzahl verschiedene Versicherte	22.527	32.891	46,0
davon weibliche Versicherte	10.296	15.063	46,3
Anzahl Rezepte	51.705	72.181	39,6
Anzahl verschiedene PZN	4.594	5.251	14,3
Anzahl verschiedene Hilfsmittelpositions-nummern	1.653	1.841	11,4
Ausgaben in Euro	3.910.694,49	4.674.207,62	19,5
B. Miete oder Leihgebühr für Hilfsmittel (PseudoPZN=9999063)			
Anzahl verschiedene Versicherte	6.205	6.467	4,2
davon weibliche Versicherte	3.972	3.988	0,4
Anzahl Rezepte	9.498	9.706	2,2
Ausgaben in Euro	329.243,46	317.772,02	-3,5
C. Hilfsmittel ohne Pharmazentralnummer (PseudoPZN=9999028)			
Anzahl verschiedene Versicherte	11.435	7.722	-32,5
davon weibliche Versicherte	6.289	4.461	-29,1
Anzahl Rezepte	19.587	12.513	-36,1
Anzahl verschiedene Hilfsmittelpositions-nummern	882	605	-31,4
Ausgaben in Euro	1.253.780,21	961.391,13	-23,3
Gesamtausgaben für Hilfsmittel aus Apotheken in Euro	**5.493.718,16**	**5.953.370,77**	**8,4**

Bei der Auswertung der Hilfsmitteldaten aus Apotheken sind die unterschiedlichen Abrechnungsarten zu berücksichtigen: Zum einen werden Hilfsmittel abgegeben, die laut ABDA-Artikelstamm über eine Pharmazentralnummer und eine Hilfsmittelpositionsnummer zu identifizieren sind. Im Jahre 2004 wurde über diese Abrechnungsart

78,5% der Ausgaben für Hilfsmittel aus Apotheken abgerechnet, das sind 7,3 Prozentpunkte mehr als in 2003. Zum anderen entfallen 5,3 % auf Leihgebühren und Miete von Hilfsmitteln sowie 16,2% der Ausgaben auf Hilfsmittel ohne Pharmazentralnummer. Im Jahre 2004 sind im Vergleich zum Vorjahr insgesamt 36,1% weniger Hilfsmittel ohne Pharmazentralnummer abgerechnet worden. Hier hat es offensichtlich eine Verschiebung zu Gunsten der Abrechnungsart Hilfsmittelpositionsnummer und Pharmazentralnummer gegeben, was vermuten lässt, dass immer mehr Hilfsmittel mit einer regulären Hilfsmittelpositionsnummer am Markt sind. Im Anhang in der Tab. 117 „Hilfsmittel aus Apotheken nach Produktgruppen“ ist aufgelistet, welche Hilfsmittelprodukte in Apotheken in 2004 abgegeben wurden.

Welche Probleme mit den unterschiedlichen Abrechnungsarten entstehen können, zeigen die Analysen in Kapitel 4.5, welches sich unter anderem mit den Qualitätsdefiziten im Gebrauch von Hilfsmittelpositionsnummern und Pharmazentralnummern auseinandersetzt.

Die nachfolgenden allgemeinen Analysen beziehen sich ausschließlich auf die Hilfsmittelabrechnungsdaten, die von sonstigen Leistungserbringern nach § 302 SGB V abgerechnet wurden. Die Hilfsmitteldaten aus Apotheken bleiben unberücksichtigt. Lediglich im Kapitel 4.3 „Stomabedarf von sonstigen Leistungserbringern und aus Apotheken“ sind die Abrechnungsdaten zu Hilfsmitteln aus Apotheken zusätzlich zu den Hilfsmitteldaten von den sonstigen Leistungserbringern mit in die Auswertungen eingeflossen.

Ausgaben für Hilfsmittel von sonstigen Leistungserbringern

Im Jahre 2004 hat die GEK für Hilfsmittel, die nach § 302 abgerechnet werden, insgesamt 67.750.996,03 Euro ausgegeben, 2,4% weniger als im Jahre 2003. Auch die Anzahl der Versicherten mit einer Hilfsmittelverordnung ist in 2004 im Vergleich zum Vorjahr um 23,4% zurückgegangen (siehe Tabelle 4.2).

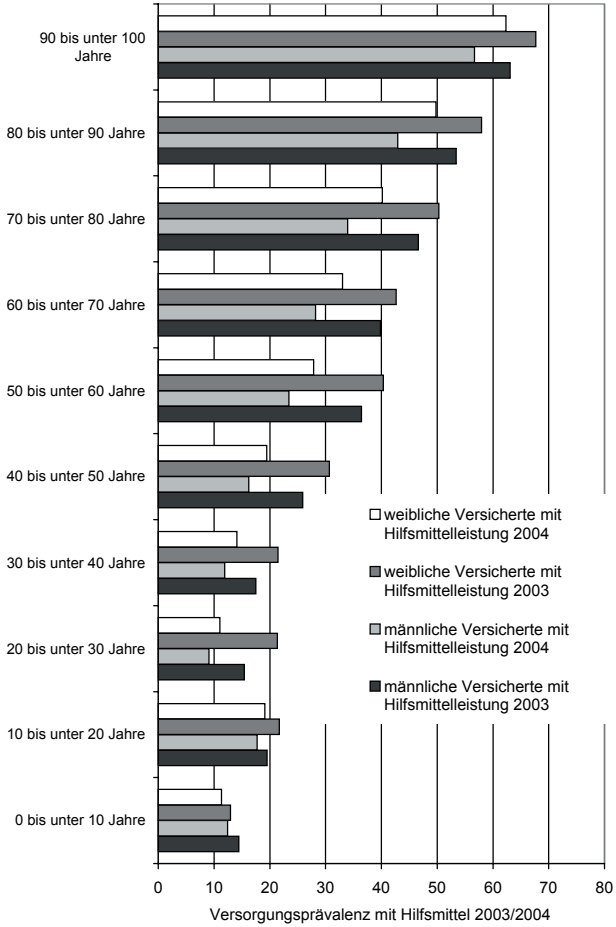
Tabelle 4.2 Kennzahlen für den Hilfsmittelbereich der Jahre 2003 und 2004 für die GEK-Versicherten

	2003	2004	in %
Versicherte mit Hilfsmittelleistungen (HMV)*:			
Gesamt	361.934	277.375	-23,36
Männer	191.554	143.335	-25,17
Frauen	170.389	134.048	-21,33
davon Versicherte mit Sehhilfen:			
Gesamt	221.458	104.029	-53,03
Männer	117.033	53.851	-53,99
Frauen	104.427	50.180	-51,95
Ausgaben für Hilfsmittel (HMV):			
Gesamt	69.387.259,71	67.750.996,03	-2,36
Männer	39.711.592,62	39.020.031,76	-1,74
Frauen	29.675.667,09	28.730.964,27	-3,18
Ausgaben für Hilfsmittel (HMV) ohne Sehhilfen:			
Gesamt	56.450.078,73	61.956.117,22	+9,75
Männer	32.880.761,86	35.993.661,89	+9,47
Frauen	23.569.316,87	25.962.455,33	+10,15
Ausgaben für Hilfsmittel (HMV) pro 100 Versicherte:			
Gesamt	4.909,36	4.457,05	-9,21
Männer	5.083,39	4.721,53	-7,12
Frauen	4.694,31	4.141,95	-11,77
Ausgaben für Hilfsmittel (HMV) ohne Sehhilfen pro 100 Versicherte:			
Gesamt	3.994,02	4.075,83	+2,05
Männer	4.208,99	4.355,33	+3,48
Frauen	3.728,36	3.742,83	+0,39

* Hilfsmittel aus dem Hilfsmittelverzeichnis

Lag die Versorgungsprävalenz in 2003 noch bei 25,6%, so haben 18,3% der GEK-Versicherten im Jahre 2004 eine Leistung aus dem Hilfsmittelbereich erhalten (siehe Tab. 74 im Anhang). Der Rückgang der Versorgungsprävalenz ist sowohl bei den männlichen wie auch weiblichen Versicherten und über alle Altersgruppen zu beobachten (siehe Abbildung 4.1).

Abbildung 4.1 Versorgungsprävalenz mit Hilfsmittelleistungen in den Jahren 2003 und 2004 nach Alter und Geschlecht



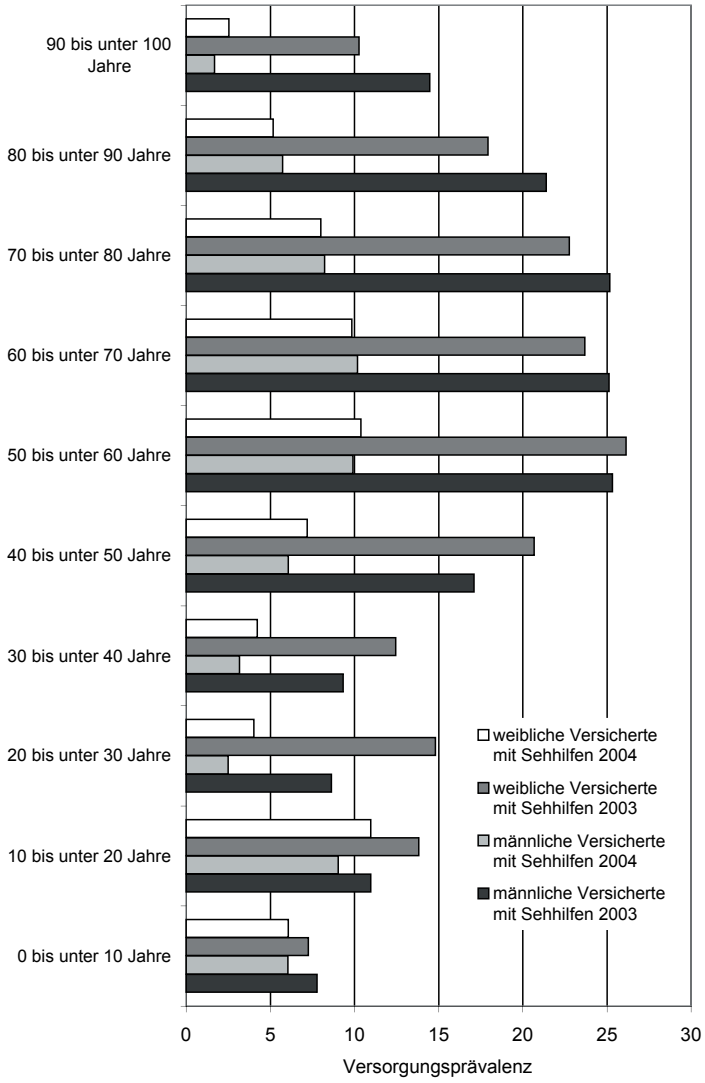
Wie in der Abbildung 4.1 sehr gut zu erkennen ist, werden vor allem ältere Versicherte mit Hilfsmittelleistungen versorgt. Bezogen auf das Jahr 2004 hat ab dem 50. Lebensjahr jeder vierte Versicherte eine Leistung aus dem

Hilfsmittelbereich in Anspruch genommen, wobei die Versorgungsprävalenz bei den weiblichen Versicherten um 4,4 Prozentpunkte mit 27,8% etwas höher liegt als bei den männlichen Versicherten in der Altersgruppe der 50 bis unter 60 Jährigen. Die Zahl der Versicherten mit Hilfsmittelleistungen steigt in den Altersgruppen dann kontinuierlich von rund 30% bei den 60 bis unter 70 Jahre alten Versicherten bis auf rund 60% bei den 90 bis unter 100 Jährigen an. Die Frauen der GEK weisen hier durchgehend eine höhere Versorgungsprävalenz als die gleichaltrigen Männer auf. Auch Kinder und Jugendliche benötigen Hilfsmittel. Die Versorgungsprävalenz liegt bei den Kindern im Alter zwischen 0 und unter 10 Jahren bei 11,9%, bei den Jugendlichen (10 bis unter 20 Jahre) bei 18,4% (siehe Abbildung 4.1). Am häufigsten werden Kinder und Jugendliche mit Hilfsmitteln aus den Produktgruppen Sehhilfen, Einlagen und Schuhe versorgt. Bandagen und Gehhilfen kommen vor allem bei Kindern und Jugendlichen in der Altersgruppe von 10 bis unter 20 Jahren zum Einsatz.

Auswirkungen der Leistungsbegrenzung bei Sehhilfen durch das GMG

Der Verordnungs- und Ausgabenrückgang im Hilfsmittelbereich für das Jahr 2004 ist auf die Einschränkung des Leistungsanspruches der Versicherten auf Sehhilfen durch das GMG zurückzuführen. Die Ausgaben für diese Produktgruppe sind von 12,9 Mio. Euro im Jahre 2003 um 55,2% auf rund 5,8 Mio. Euro in 2004 zurückgegangen (siehe Tabelle 4.4). Betroffen von der Leistungseinschränkung sind vor allem die Versicherten, die 40 Jahre und älter sind. Hier ist der Rückgang der Versorgungsprävalenz von 11 bis zu 16 Prozentpunkten von 2003 zu 2004 am deutlichsten ausgeprägt. (siehe Abbildung 4.2).

Abbildung 4.2 Versorgungsprävalenz mit Sehhilfen nach Alter und Geschlecht



Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass sich ab diesem Alter bei Sehgesunden die Alterssichtigkeit (Presbyopie) entwickelt, die auf einem Elastizitätsverlust der Linse des Auges beruht. Für das Jahr 2005 ist ein weiterer Ausgabenrückgang in der Produktgruppe Sehhilfen zu erwarten und zwar um die Summe der Verordnungen, die noch in 2003 ausgestellt wurden, aber erst im Jahr 2004 mit der GEK abgerechnet worden sind. Von den 105.329 Sehhilfenverordnungen, die in 2004 abgerechnet wurden, stammen 75% der Verordnungen aus dem Jahr 2003. In Euro ausgedrückt sind das rund 4.7 Mio. Euro, die dem Abrechnungsjahr 2004 zugeschrieben werden, inhaltlich aber dem Jahr 2003 und damit noch dem alten Leistungsanspruch auf Sehhilfen zuzuordnen sind (siehe Tabelle 4.3). Somit kann ein weiterer Ausgabenrückgang in 2005 um ca. 80% auf rund 1 Mio. Euro für die Produktgruppe Sehhilfen erwartet werden. Über das Jahr 2005 kann mit keinen weiteren Einsparungen bei Sehhilfen gerechnet werden. Zudem zeigt sich, dass mit der Änderung der Leistungsansprüche durch das GMG zwar Einsparungen im Hilfsmittelsektor erzielt wurden, es sich jedoch um einen einmaligen Effekt handelt, der nach 2005 verpuffen wird.

Tabelle 4.3 Verschiebung der tatsächlich angefallenen Ausgaben für Sehhilfen durch die Abrechnung von Verordnungen aus den Vorjahren

Ausgaben in Euro für Verordnungen sortiert nach Abrechnungsdatum	Ausgaben in Euro für Verordnungen sortiert nach Verordnungsdatum		
	2003	2004	2005
2003	11.488.325,35		
2004	4.714.774,11	1.065.470,59	
2005			Zu erwarten: ca. 1 Mio.

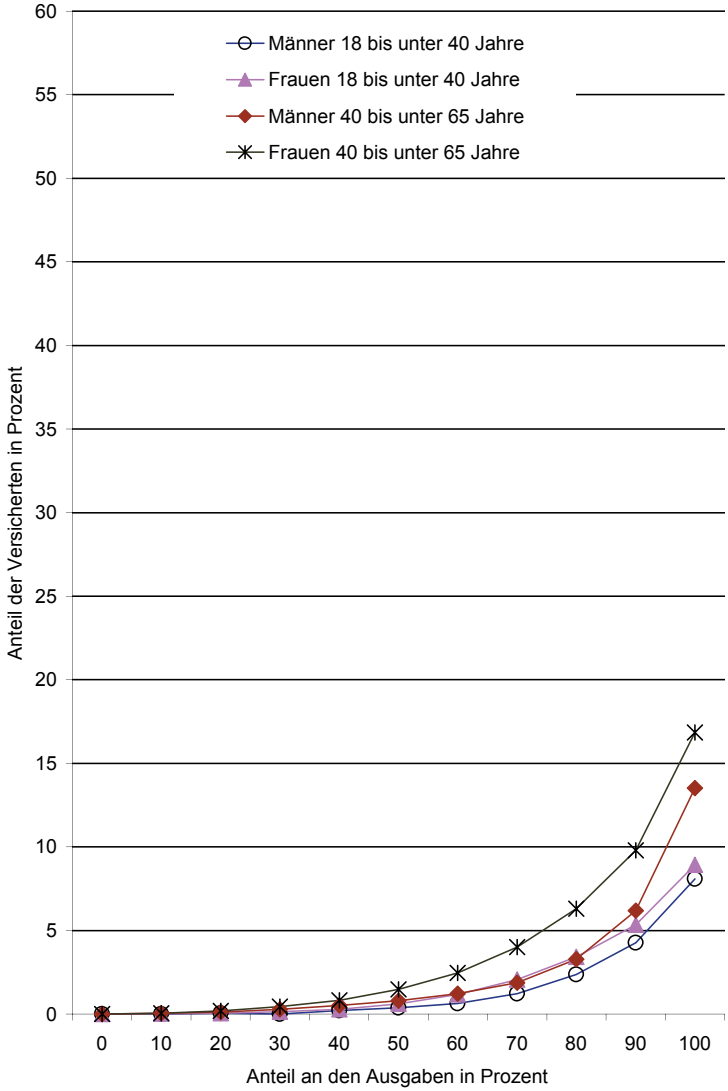
Inanspruchnahme von Hilfsmittelleistungen ohne Sehhilfen

Werden die Sehhilfen aus den Ausgabenberechnungen für 2004 herausgenommen, so zeigt sich im Vergleich zum Jahr 2003 für das Jahr 2004 ein Ausgabenanstieg um 9,75%, von rund 56,5 Mio. Euro im Jahre 2003 auf 62,0 Mio. Euro in 2004. Diese Ausgabensteigerung ist unter anderem auf die Erhöhung des weiblichen Versichertenanteils in 2004 zurückzuführen (siehe Tabelle 1.5).

Um einen Überblick zu erhalten, in welchen Altersgruppen besonders hohe Ausgaben für Hilfsmittel ohne Sehhilfen entstanden sind, wurden die Ausgaben nach vier Altersgruppen differenziert: Die erste Altersgruppe umfasst die jungen Erwachsenen von 18 bis unter 40 Jahre, gefolgt von den Erwachsenen im mittleren Lebensalter (40 bis unter 65 Jahre). Die Gruppe der Älteren und Alten bilden die 65 bis unter 80jährigen. Als Hochbetagte werden alle Versicherten ab 80 Jahre bezeichnet.

Es zeigt sich, dass in der Altersgruppe der jungen Erwachsenen 8,1% der Männer eine Hilfsmittelleistung mit einem Ausgabenvolumen von 5,4 Mio. Euro - pro männlichen Leistungsversicherten 255,03 Euro - in Anspruch genommen haben. Bei den weiblichen Versicherten dieser Altersgruppe liegt die Versorgungsprävalenz mit 8,9% etwas höher, die Ausgaben pro Leistungsversicherte mit 207,33 Euro um 18,7% niedriger. Bei den Versicherten im mittleren Lebensalter haben 13,5% der Männer und 16,9% der Frauen eine Hilfsmittelleistung erhalten (siehe Tab. 117 bis Tab. 120 im Anhang). Auch hier unterscheiden sich die Ausgaben pro Kopf zwischen Männern und Frauen, und zwar deutlich um 31,7% (355,42 Euro pro männlichem LV versus 242,80 Euro pro weiblicher LV).

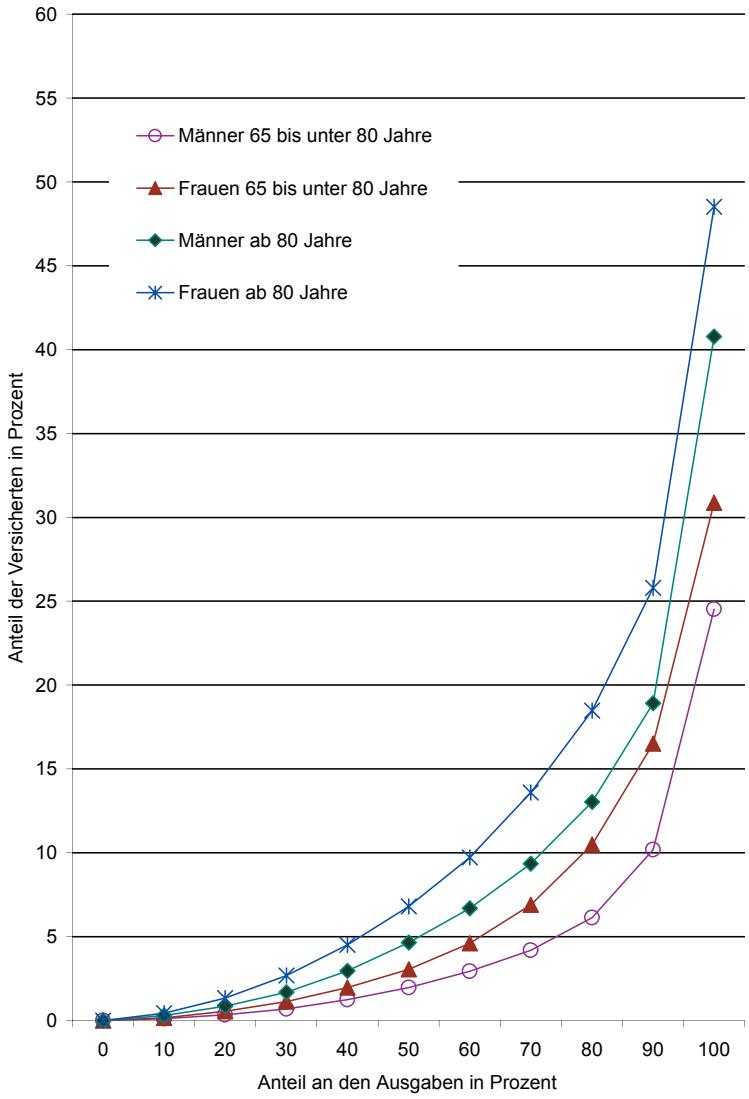
Abbildung 4.3 Prozentuale Verteilung der Ausgaben für GEK-versicherte Frauen und Männern im Alter von 18 bis unter 65 Jahre



Die prozentuale Ausgabenverteilung bei den Versicherten dieser beiden Altersgruppen zeigt, dass sich die Ausgaben auf eine vergleichsweise kleine Versichertengruppe konzentrieren. So fallen 50% der Ausgaben auf einen Versichertenanteil von unter 1% der jeweiligen Altersgruppe, bzw. auf 1,5% bei den Frauen im mittleren Lebensalter (siehe Abbildung 4.3). Bei diesen Versicherten handelt es sich wahrscheinlich um chronisch kranke bzw. behinderte Menschen mit hohem Hilfsmittelbedarf.

In der Gruppe der Älteren und Alten hat in 2004 jeder vierte männliche Versicherte und ungefähr jede dritte weibliche Versicherte eine Hilfsmittelleistung in Anspruch genommen. Die Ausgaben pro Kopf steigen in dieser Altersgruppe deutlich an: Die Ausgaben für eine Hilfsmittelleistung beträgt im Durchschnitt für den männlichen Leistungsversicherten 512,36 Euro, für die Frauen umfassen die Ausgaben 352,35 Euro – ein Ausgabenunterschied von 31,2% zwischen männlichen und weiblichen Leistungsversicherten (siehe Tab. 121 undd Tab. 122 im Anhang). Die Ausgaben streuen in dieser Altersgruppe etwas breiter: Auf knapp 2% der männlichen Versicherten und 3% der weiblichen Versicherten entfallen 50% der Ausgaben (siehe Abbildung 4.4). Mit 40,8% bei den hochbetagten Männern und 48,5% bei den hochbetagten Frauen liegt die Versorgungsprävalenz – wie erwartet – am höchsten (siehe Tab. 123 und Tab. 124 im Anhang). Die Ausgaben pro Kopf bei den männlichen Leistungsversicherten in dieser Altersgruppe betragen 559,65 Euro und sind im Vergleich zu den Älteren und Alten nicht mehr so deutlich angestiegen. Bei den sehr alten Frauen ist jedoch ein Ausgabensprung zu beobachten: Die Ausgaben in dieser Altersgruppe stiegen im Vergleich zu den Älteren und Alten um ein Drittel auf 512,38 Euro an und erreichen annähernd das Ausgabenniveau der männlichen Altersgenossen. Auf 4,6% der Männer und 6,8% der Frauen in der Gruppe der Hochbetagten entfallen 50% der Ausgaben für Hilfsmittel (siehe Abbildung 4.4).

Abbildung 4.4 Prozentuale Verteilung der Ausgaben für GEK-versicherte Männer und Frauen, die 65 Jahre und älter sind



Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die weiblichen Versicherten in allen Altersgruppen eine höhere Versorgungsprävalenz aufweisen, die Ausgaben jedoch immer unter denen der männlichen Leistungsversicherten liegen. Oder anders formuliert: Die männlichen Versicherten nehmen weniger aber dafür kostenintensivere Hilfsmittelleistungen in Anspruch. Die Ausgaben konzentrieren sich in den jüngeren Altersgruppen auf vergleichsweise wenige Versicherte, was vermuten lässt, dass es sich dabei um Versicherte mit schweren körperlichen Beeinträchtigungen handelt, die vor allem mit hoch technisierten Hilfsmitteln versorgt werden. Bei den Älteren, Alten und Hochbetagten streut die Ausgabenverteilung breiter, es sind mehr Versicherte, die Hilfsmittelleistungen in Anspruch nehmen.

Welche Hilfsmittel von den GEK-Versicherten gebraucht werden und inwieweit es Unterschiede in der Verordnung von Hilfsmittelleistungen bei Frauen und Männern gibt, zeigen die Auswertungen auf der Ebene der Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses.

Versorgungsprävalenz und Ausgabenverteilung nach Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses

Werden die Hilfsmittel nach den einzelnen Produktgruppen aufgeschlüsselt, so zeigt sich folgendes Bild: Versicherte der GEK haben in 2004 trotz der Einschränkung des Leistungsanspruches am häufigsten Sehhilfen erhalten: Diese Produktgruppe weist mit 6,84% die höchste Versorgungsprävalenz auf. Des Weiteren sind die Versicherten vor allem mit Einlagen (4,17%), Bandagen (3,32%), Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie (1,71%), Schuhen (1,45%) und Gehhilfen (1,16%) versorgt worden (siehe Tabelle 4.4).

Tabelle 4.4 Versorgungsprävalenz und Ausgaben für Hilfsmittelleistungen in 2003 und 2004 nach Produktgruppen

Produktgruppen	Anzahl LV 2004	Anteil LV zu Versicherte in %	Δ Anteil LV zu 2003	Ausgaben für Hilfsmittel in 2004	Änderung der Ausgaben zu 2003 in %
01 – Absauggeräte	648	0,04	0,01	264.515,17	7,52
02 – Adaptionshilfen	1.720	0,11	0,00	128.179,24	7,52
03 – Applikationshilfen	2.828	0,19	0,04	2.188.225,72	28,45
04 – Badehilfen	2.415	0,16	0,00	924.259,50	5,14
05 – Bandagen	50.446	3,32	-0,04	5.687.788,78	9,29
06 – Bestrahlungsgeräte	76	0,00	0,00	25.348,57	11,67
07 – Blindenhilfsmittel	68	0,00	0,00	159.640,30	6,75
08 – Einlagen	63.348	4,17	0,08	5.915.123,31	14,64
09 – Elektrostimulationsgeräte	11.300	0,74	-0,02	1.358.933,29	-6,78
10 – Gehhilfen	17.597	1,16	-0,12	901.025,14	2,74
11 - Hilfsmittel gegen Dekubitus	1.910	0,13	0,00	896.169,80	-18,01
12 - Hilfsmittel bei Tracheostoma	354	0,02	-0,01	537.998,08	14,64
13 – Hörhilfen	12.492	0,82	0,00	5.642.035,11	22,70
14 - Inhalations- und Atemtherapie	5.419	0,36	0,01	6.022.268,97	31,13
15 – Inkontinenzhilfen	7.104	0,47	0,00	3.282.150,35	11,49
16 – Kommunikationshilfen	241	0,02	0,01	220.418,32	64,38
17 - Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	26.047	1,71	0,00	4.036.464,22	15,30
18 - Krankenfahrzeuge	4.789	0,32	0,00	4.913.631,58	2,06
19 - Krankenpflegeartikel	1.282	0,08	0,01	525.754,76	100,89
20 - Lagerungshilfen	669	0,04	0,00	196.101,93	9,36

Tabelle: 4.4 Fortsetzung

Produktgruppen	Anzahl LV 2004	Anteil LV zu Versicherte in %	Δ Anteil LV zu 2003	Ausgaben für Hilfsmittel in 2004	Änderung der Ausgaben zu 2003 in %
21 - Meßgeräte für Körperzustände/-funktionen	2.129	0,14	0,01	547.849,24	0,70
22 - Mobilitätshilfen	1.107	0,07	0,01	431.117,55	39,11
23 - Orthesen/Schienen	6.019	0,40	-0,02	3.413.404,56	0,64
24 - Prothesen	3.772	0,25	-0,01	2.597.844,39	-2,48
25 - Sehhilfen	104.029	6,84	-8,83	5.794.878,81	-55,21
26 - Sitzhilfen	491	0,03	0,00	672.597,45	3,88
27 - Sprechhilfen	55	0,00	0,00	33.125,65	-21,52
28 - Stehhilfen	110	0,01	0,00	178.447,95	0,80
29 - Stomaartikel	1.408	0,09	0,00	2.727.823,80	11,47
31 - Schuhe	21.978	1,45	-0,12	6.023.782,40	-0,64
32 - Therapeutische Bewegungsgeräte	1.115	0,07	-0,02	739.374,11	-8,38
33 - Toilettenhilfen	1.723	0,11	0,00	255.407,65	5,11
99 - Verschiedenes	7.936	0,52	0,11	509.310,33	-28,08
Summe				67.750.996,03	

Alle anderen Produktgruppen weisen eine Versorgungsprävalenz von unter 1% auf. In fünf der sechs verordnungsstärksten Hilfsmittelgruppen liegt die Versorgungsprävalenz bei den weiblichen Versicherten höher als bei männlichen Versicherten. Lediglich für die Produktgruppe Gehhilfen sind mehr Verordnungen an Männer als an Frauen ausgestellt worden (siehe Tabelle 4.5).

Tabelle 4.5 Versorgungsprävalenz nach Geschlecht für ausgewählte Produktgruppen

Produktgruppen	Anteil weibl. LV zu weibl. Versicherte 2004 in %	Δ Anteil weibl. LV zu 2003	Anteil männl. LV zu männl. Versicherte 2004 in %	Δ Anteil männl. LV zu 2003
05 - Bandagen	3,46	-0,01	3,20	-0,07
08 - Einlagen	4,58	0,14	3,82	0,02
10 - Gehhilfen	1,12	-0,11	1,19	-0,13
17 - Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	2,28	-0,01	1,23	0,00
25 - Sehhilfen	7,23	-9,28	6,52	-8,47
31 - Schuhe	1,68	-0,16	1,25	-0,09

Des Weiteren kann festgehalten werden, dass sich die Versorgungsprävalenz in allen Produktgruppen – bis auf die Produktgruppe Sehhilfen – im Vergleich zum Vorjahr nicht wesentlich verändert hat. Die Produktgruppen mit den höchsten Ausgaben in 2004 stimmen nur zum Teil mit denen der höchsten Versorgungsprävalenz überein (siehe Tabellen 4.5 und 4.6). An der Spitze der Ausgaben stehen die orthopädischen Schuhe mit 396 Euro pro 100 Versicherte und lösen damit die Sehhilfen als ausgabenintensivste Produktgruppe ab. Obwohl nur 0,36% aller Versicherten in der GEK in 2004 eine Hilfsmittelleistung aus der Produktgruppe der Inhalations- und Atemtherapie erhalten haben, steht diese auf Platz 2 der Rangliste der Produktgruppen mit den höchsten Ausgaben. In dieser Gruppe ist die Anzahl der Leistungsversicherten von 2003 zu 2004 um 0,01 Prozentpunkte, die Ausgaben sind um 31,1% gestiegen. Dieser Ausgabenanstieg ist vor allem auf Systeme

zur Schlafapnoebehandlung und auf Beatmungssysteme (assistiert/kontrolliert) zurückzuführen. Die letztgenannte Produktuntergruppe kommt vor allem in der häuslichen Pflege von Schwerstpflegebedürftigen zum Einsatz. Diese in der Literatur als „High tech home care“ bezeichnete häusliche Pflege wird in Kapitel 4.4 aus der Perspektive der Betroffenen bzw. der pflegenden Angehörigen ausführlich beleuchtet.

Tabelle 4.6 Rangliste Produktgruppen sortiert nach Ausgaben: die ersten zehn Produktgruppen

Rang	Produktgruppe	Ausgaben für Hilfsmittel pro 100 Versicherte in Euro in 2004	Rangplatz in 2003
1	31 – Schuhe	396	2
2	14 - Inhalations- und Atemtherapie	396	7
3	08 – Einlagen	389	4
4	25 – Sehhilfen	381	1
5	05 – Bandagen	374	3
6	13 – Hörhilfen	371	6
7	18 – Krankenfahrzeuge	323	5
8	17 - Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	266	8
9	23 - Orthesen/Schienen	225	9
10	15 – Inkontinenzhilfen	216	10

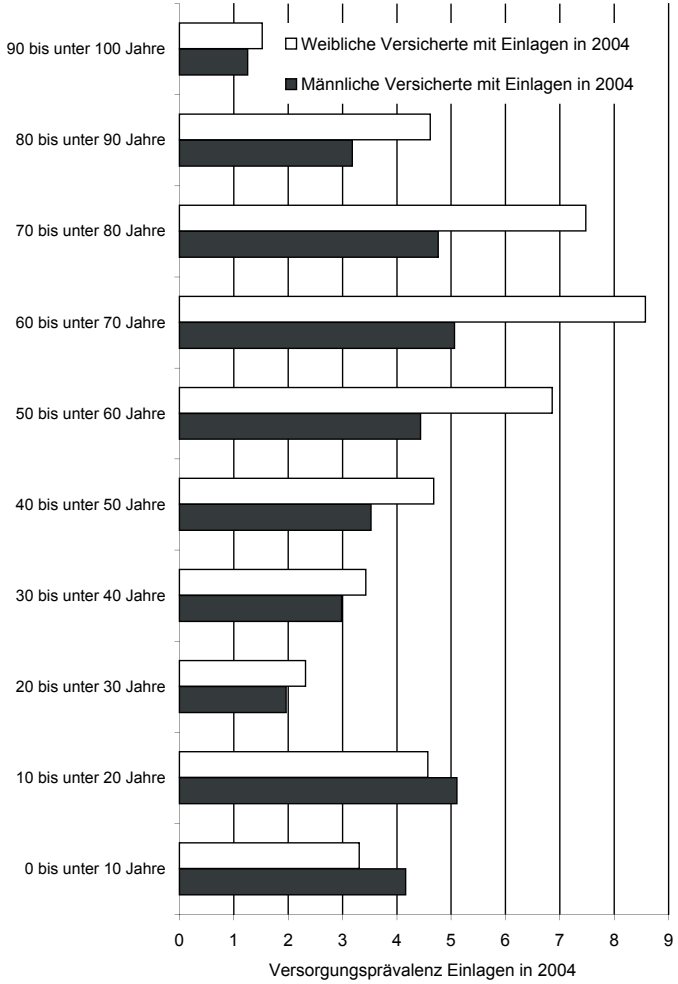
Für Einlagen und Hilfsmittel zur Kompressionstherapie wurden im Jahre 2004 rund 7% pro Versichertem mehr ausgegeben als im Vorjahr. Bei den Inkontinenzhilfen ist ein Anstieg von 3,7% zu beobachten. Für Hörhilfen stiegen die Ausgaben in 2004 sogar um 14% auf 371 Euro pro 100 Versicherte (siehe Tab. 126 im Anhang).

Einlagen: Zu häufig und falsch verordnet? Untersuchungsbedarf zur Fußgesundheit

Die Auswertung der Verordnungsdaten von Einlagen bei GEK-Versicherten im Jahre 2004 zeigt neben einer hohen Versorgung vor allem bei den Frauen zwischen 50 und 80 Jahren, eine beachtlich hohe Versorgungsprävalenz bei Kindern und Jugendlichen. Dabei erhalten mehr

Jungen als Mädchen Einlagen. In der jüngsten Altersgruppe bekommt jeder vierte von 100 Jungen und in der Altersgruppe der 10 bis unter 20 Jährigen jeder fünfte von 100 Jungen Hilfsmittel aus der Produktgruppe 08 Einlagen (siehe Abbildung 4.5).

Abbildung 4.5 Versorgungsprävalenz mit Einlagen in 2004 nach Alter und Geschlecht



Neben dem geschlechtsspezifisch auffälligen Versorgungsmuster werfen die Versorgungsprävalenzen bei den Kindern und Jugendlichen Fragen auf, denen es nachzugehen gilt: So sollte anhand einer Studie überprüft werden, ob sich die gefundene Versorgungsprävalenz bei den GEK-Versicherten bestätigen lässt oder ob hier ggf. eine Über-, Unter- oder Fehlversorgung vorliegt. Immerhin stellt die Produktgruppe Einlagen mit ihren 5,9 Mio. Euro und einem Ausgabenanstieg um 14,6% von 2003 zu 2004 eine der stärksten Ausgabengruppen im Hilfsmittelsektor der GEK dar.

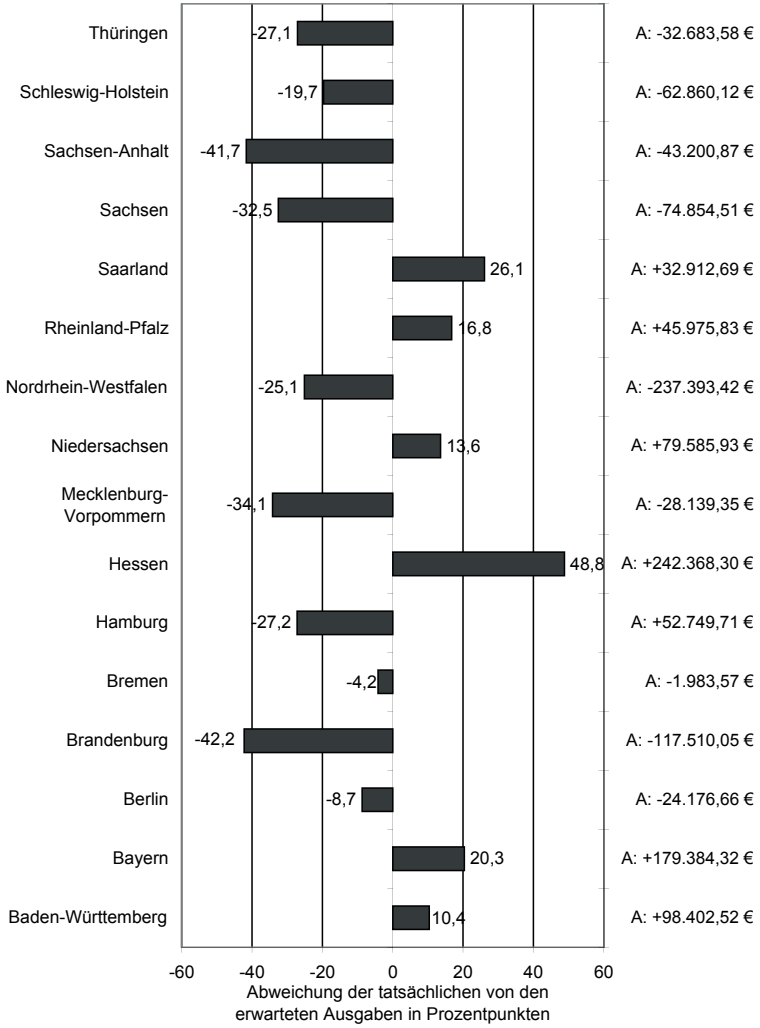
Dass eine nähere Untersuchung der Kinderfußgesundheit und die Versorgung mit Einlagen notwendig ist, zeigen die Untersuchungsergebnisse eines Pilotprojektes hessischer Betriebskrankenkassen. Bei 1.160 Kindern im Kindergartenalter wurden die Füße untersucht. Diese Überprüfung ergab, dass 17% der Kinder Schweißfüße, 11% Nagelprobleme aufwiesen. Des Weiteren waren nach Auffassung der orthopädischen Experten (Orthopäden, Orthopädietechnikern und medizinischen Fußpflegern), 15% der Kinder mit Einlagen falsch versorgt. In diesem Zusammenhang kritisierten Vertreter des Sportärzteverbandes Hessen die Verschreibungshäufigkeit von Einlagen. Ihrer Ansicht nach würden Einlagen zu schnell verordnet, ohne auf eine begleitende Bewegungsmaßnahme zu achten und regelmäßige Kontrollen der Füße durchzuführen. Zudem würde es vielen Orthopäden, die sich nicht auf Kinderorthopädie spezialisiert hätten, schwer fallen, kindliche Knick- und Plattfüße richtig zu diagnostizieren, so der Kinderorthopäde Jochen Lauen von der Frankfurter Universitätsklinik (www.journalmed.de/newsview.php?id=7952). Weitere Ergebnisse zu diesem aktuellen Projekt zur Kinderfußgesundheit werden im September 2005 auf der Homepage www.come-unicate.com veröffentlicht.

Regionale Unterschiede in der Versorgungsprävalenz – abhängig von der Arztdichte?

Ein Vergleich der Ausgaben für Hilfsmittel nach den verschiedenen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) zeigt auffällige regionale Unterschiede: So liegt die nach Alter und Geschlecht standardisierte Ausgaben für alle Hilfsmittel in den östlichen KV-Regionen wie Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Sachsen und Mecklenburg-Vorpommern sowie Thüringen zum Teil weit unter den zu erwartenden Ausgaben. Die KV-Regionen Bayern und Hamburg hingegen weisen überdurchschnittliche Ausgaben auf: Sie liegen mit rund 6% über den zu erwartenden Beträgen (siehe Abbildung 1.8). Der Erwartungswert umfasst dabei die Summe der Ausgaben, die aufgrund der alters- und geschlechtsspezifischen Struktur für die Region zu erwarten wäre - gemessen an den bundesdurchschnittlichen Beträgen (zur Methode siehe Kapitel 2).

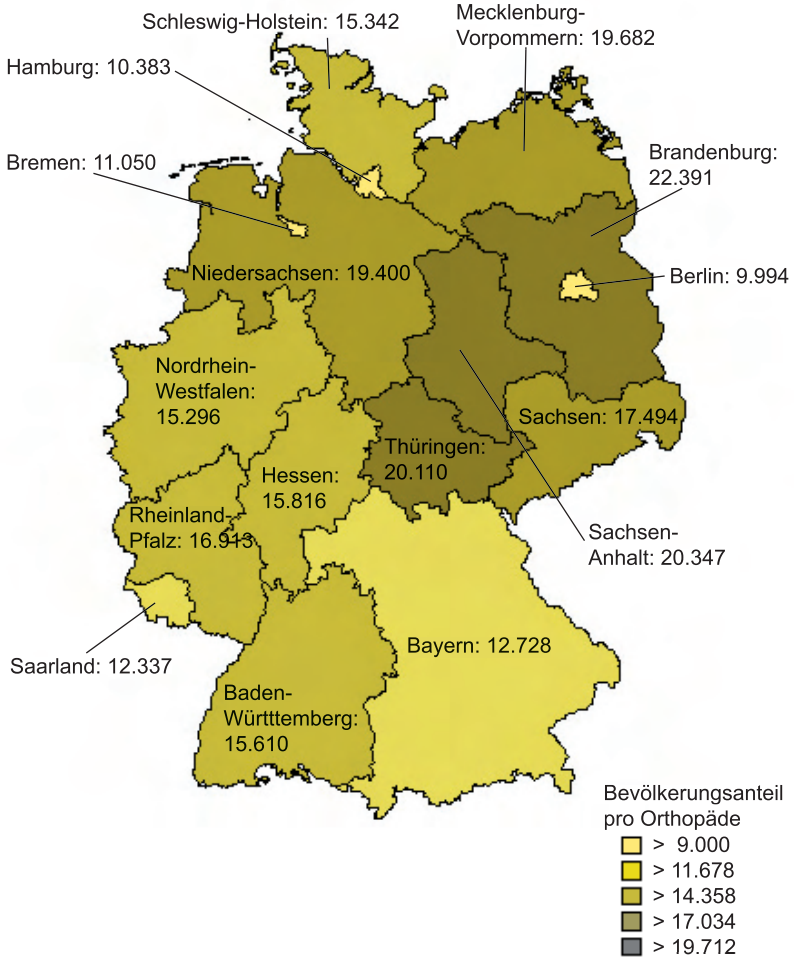
Die unterdurchschnittlichen Ausgaben in den östlichen KV-Regionen in 2004 sind zum Teil mit den bis zum 31.12.2004 regional geltenden Festbeträgen für Einlagen, Seh- und Hörhilfen sowie Inkontinenzhilfen zu erklären (vergleiche z.B. Preise der Festbetragsgruppe Einlagen für Saarland, Sachsen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein gültig ab 01.01.2002 bis 31.12.2004, www.vdak.de/heilhilfsmittel/einlagen/). Am Beispiel von Einlagen wird nachfolgend auf die länderspezifischen Festbeträge eingegangen. So lagen der Festbetrag für die Produktgruppe Einlagen in Sachsen (Summe Festbetragsgruppe: 380,50 Euro) durchschnittlich 17,5% unter dem Festbetrag des Saarlandes (Summe Festbetragsgruppe: 461,14 Euro). Diese Preisdifferenzen spiegeln sich in den regionalen Ausgaben für Einlagen wider (siehe Abbildung 4.6). Besonders auffällig sind auch die Ausgaben für Einlagen in Hessen und Brandenburg. Hessen liegt mit 48,8% weit über den zu erwartenden Durchschnittsausgaben, Brandenburg mit 42,2% weit darunter.

Abbildung 4.6 Ausgaben für Einlagen 2004: Abweichung in Prozentpunkten und absolut (A:) der tatsächlichen von den erwarteten Ausgaben standardisiert nach Alter und Geschlecht



Dass diese regionalspezifischen Festbeträge aber nicht ausschließlich die unterschiedlichen Ausgaben für Einlagen erklären, zeigt ein Ausgabenvergleich zwischen Sachsen und dem Saarland: Um die Preisdifferenz von 17,5% für Einlagen im regionalen Ausgabenvergleich zu berücksichtigen, werden von den erwarteten Ausgaben in Sachsen 17,5% des Erwartungswertes für das Saarland subtrahiert, um den günstigeren Festbeträgen in Sachsen Rechnung zu tragen. Daraus ergibt sich ein zu erwartendes Ausgabenvolumen von 208.050 Euro. Die tatsächlichen Ausgaben für Einlagen liegen in Sachsen mit 155.296,28 Euro um 25,3% aber immer noch unter den erwarteten Ausgaben, so dass neben der regionalen Preisdifferenz noch andere Faktoren für die regionalen Ausgabenunterschiede verantwortlich sind. Mit der Einführung der bundeseinheitlichen Festbeträge zum 01.01.2005 wird in den Abrechnungsdaten von 2005 noch deutlicher zu sehen sein, dass die regionalen Unterschiede nicht nur von den unterschiedlichen Preisen für Hilfsmittel verursacht werden. Hier könnte z.B. eine unterschiedliche Arztdichte oder ein differentes Verordnungsverhalten in den Regionen eine Rolle spielen. Wird die Niederlassungsquote von Orthopäden bezogen auf die Bevölkerung betrachtet, so zeigt sich, dass in den ostdeutschen Regionen der Bevölkerungsanteil pro niedergelassenem Orthopäden um einiges höher liegt als beispielsweise im Saarland oder Bayern (siehe Abbildung 4.7). Die unterschiedliche Arztdichte in den Regionen hat sicherlich Einfluss auf die Verordnung von Einlagen, erklärt aber nicht erschöpfend die regionalen Unterschiede in der Versorgungsprävalenz, was am Beispiel der Ausgaben für Einlagen in Hessen deutlich wird. Obwohl die orthopädische Versorgungsquote im Vergleich zu den anderen Bundesländern im Mittelfeld liegt, weichen die Ausgaben für Einlagen in Hessen mit 48,8% am weitesten von den erwarteten Ausgaben ab.

Abbildung 4.7 Bevölkerungsanteil pro Orthopäde



Fazit

Der Ausgabenrückgang für Hilfsmittel im Jahre 2004 ist auf die Einschränkung des Leistungsanspruchs auf Sehhilfen zurückzuführen. Dieser Einspareffekt wird sich noch in 2005 fortsetzen, dann aber verpuffen. Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung ist ein weiterer Ausgabenanstieg für Hilfsmittelleistungen in den nächsten Jahren zu erwarten - nicht nur weil die Inanspruchnahme von Hilfsmitteln bei den Älteren und Alten deutlich ansteigt, sondern auch die Ausgaben pro Leistungsversichertem mit zunehmendem Alter deutlich höher werden.

Um einerseits die Versorgungsqualität zu sichern, andererseits die Ausgaben von Hilfsmitteln in einem finanzierbaren Rahmen zu halten, sollte die Versorgung mit solchen Produkten näher beleuchtet werden, die von einer breiten Versichertengruppe in Anspruch genommen werden und hohe Ausgaben verursachen, wie z.B. die Produktgruppe 08 Einlagen.

Des Weiteren sollte den regionalen Versorgungs- und Ausgabenunterschieden noch mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden: Ein erster Schritt ist mit der Einführung von bundeseinheitlichen Festbeträgen getan. Darüber hinaus sollte der Frage nachgegangen werden, welche Faktoren - neben der Arztdichte - die regionalen Unterschiede beeinflussen.

4.2 Betten als Hilfsmittel

An Pflegebetten werden im Vergleich zu „normalen“ Betten andere Anforderungen gestellt. Sie sind einerseits auf die besonderen Bedürfnisse der Betroffenen zugeschnitten, andererseits sollen sie die Pflege erleichtern. Durch den Einsatz von weichen Schaumstoffmatratzen können Dekubiti (sog. Druckgeschwüre) verhindert werden. Pflegebetten können sowohl zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung als auch zu Lasten der Sozialen Pflegeversicherung verordnet werden. Negative Pressemeldungen im Zusammenhang mit Pflegebetten hat es in den letzten Jahren hauptsächlich durch elektrische Defekte bei motorisch verstellbaren Modellen sowie durch in Bettgittern zu Tode gekommene Pflegebedürftige gegeben.

Für 1.576 GEK-Versicherte wurden im Jahr 2004 1.736 Pflegebetten für etwa 1,06 Mio. Euro verordnet, der überwiegende Anteil an ältere Menschen. Sowohl Ausgaben als auch Mengen zeigen im Vergleich zum Vorjahr einen Anstieg (23,4% bzw. 21,4%), hauptsächlich wurden zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung mehr Betten verordnet als im Jahr 2003. Besondere geschlechtsspezifische Unterschiede lassen sich nicht beobachten. Der Großteil der verordneten Betten ist motorisch verstellbar.

Einleitung

Das Bett dient dem Gesunden als ein Ort der Erholung, in dem er sich überwiegend nachts und zum Schlafen aufhält. Für den Pflegebedürftigen spielt das Bett eine deutlich wichtigere Rolle, da er wesentlich mehr Zeit darin verbringt. Es stellt außerdem für die Pflegenden ein arbeitserleichterndes Hilfsmittel dar. Deshalb sind an Pflegebetten andere Anforderungen als an „gewöhnliche“ Betten zu richten (Huhn, 1999).

Die Liegefläche eines Pflegebettes ist normalerweise höher bzw.

idealerweise höhenverstellbar, um ein rückenschonendes Arbeiten und eine aktivierende Pflege durchführen zu können. Auch Kopf- und bestenfalls Fußteil sollten verstellbar sein. Um die Selbständigkeit des Pflegebedürftigen zu erhalten bzw. zu fördern, sollte er dies ohne fremde Hilfe tun können. Eine wichtige Anforderung an das Pflegebett ist außerdem ein physiologisches und damit ca. 100-110 cm langes Oberkörperteil (Ernst, 2004; Schröder et al., 1997). Da der Mensch im Hüftgelenk die größte Beugemöglichkeit hat, bergen zu kurze Kopfteile die Gefahr, diese beim Aufsetzen nicht zu nutzen. Durch die daraus resultierende unphysiologische Lagerung wird die Bewegungsfähigkeit des Pflegebedürftigen bei gleichzeitiger Druckerhöhung auf das Gesäß eingeschränkt. Ferner enthalten diverse Pflegebetten Zubehörteile, die ggf. auch nachrüstbar sind. Dazu zählen beispielsweise Aufrichthilfen (Bettbügel - oft als „Galgen“ bezeichnet - bzw. Bettleitern), Seitengitter aber auch Bettverkürzungen bzw. -verlängerungen (Huhn, 1999).

Der wohl wichtigste Teil des Pflegebettes ist allerdings die Matratze. Sie ist oft das Einzige, was der Pflegebedürftige von seinem Bett wahrnimmt. Sie sollte mit dem Bett und dessen Teilung kompatibel sein. Durch die Wahl der Matratze kann auch der Entstehung eines Dekubitus (sog. Druckgeschwür) vorgebeugt werden, einer Komplikation, die vor allem ältere und bettlägerige Menschen betrifft. In einem aktuellen Cochrane Review konnte gezeigt werden, dass durch den Einsatz von Spezial-schaumstoffmatratzen im Vergleich zu Standardmatratzen das Neuauftreten von Dekubiti um 60% reduziert werden kann (Cullum et al., 2004). Den Nutzen von teuren high-tech Matratzensystemen wie Wechseldruck- oder Low-Air-Loss-Matratzen zur Dekubitusprävention schätzten die Autoren hingegen als unklar ein. In einer vorherigen Version dieser Übersichtsarbeit wurde zusätzlich die Frage bearbeitet, welche Lagerungsmittel die Heilung von bereits bestehenden Druckgeschwüren fördern (Cullum et al., 2001). Lediglich für sog. Air-Fluidised-Betten, also Spezialsysteme zur Druckentlastung mittels Luftstromtherapie,

wurde ein möglicher Wirksamkeitsnachweis festgestellt. Allerdings kann eine Weichlagerung auch Nachteile mit sich bringen. Durch die weiche Matratze sind Bewegungen des Pflegebedürftigen mit mehr Kraftaufwand verbunden, weiterhin kann es nach längerem Liegen ohne Bewegung zum Verlust der Körperwahrnehmung kommen (Rosenberg, 2003; Schröder et al., 1997).

Die Erstattung der Kosten für Pflegebetten im ambulanten Sektor ist in Deutschland sowohl über die Krankenversicherung als auch über die Soziale Pflegeversicherung möglich. Durch die Verschiebung von Kosten zwischen diesen beiden Sektoren, so konstatiert auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005) in seinem aktuellen Gutachten, kann es zu unklaren Zuständigkeiten kommen, unter denen letztendlich der Betroffene zu leiden hat. Stationäre Pflegeeinrichtungen hingegen haben für die Bereitstellung der im Rahmen des üblichen Betriebes notwendigen Hilfsmittel, zu denen auch Pflegebetten zählen, selbst zu sorgen.

Im weiteren Verlauf dieses Kapitels sollen zunächst Probleme, die im Zusammenhang mit Pflegebetten in den letzten Jahren durch die Presse gingen, aufgegriffen werden. Anschließend werden die Verordnungen für die GEK-Versicherten analysiert. Dazu werden die zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) abgerechneten Leistungen zusammen betrachtet, da die GEK gemeinsamer Träger beider Versicherungszweige ist. Betten sind im Hilfsmittelverzeichnis unter der Produktgruppe (PG) „Krankenpflegeartikel“ (PG: 19) und im Pflegehilfsmittelverzeichnis unter „Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege“ (PG: 50) gelistet. Die Leistungen des Hilfsmittelverzeichnisses werden von Krankenkassen und die des Pflegehilfsmittelverzeichnisses von den Pflegekassen zur Verfügung gestellt.

Beds are burning- Gefahrenquelle Pflegebett

In den letzten Jahren hat es immer wieder Negativschlagzeilen im Zusammenhang mit Pflegebetten gegeben. Überschriften wie „Pflegefall Pflegebett“ (Bödeker, 2003) oder „Brennende Probleme mit Pflegebetten“ (Menke & Kindler, 2001) seien hier nur exemplarisch genannt. In diesen Meldungen handelt es sich um zwei potentielle Gefahrenquellen von Pflegebetten, nämlich einerseits um Brände nach elektronischen Defekten sowie andererseits um Einklemmungen in Bettgittern. Technische Fehler betreffen ausschließlich elektrisch verstellbare Pflegebetten. Als typische Gefahrenquellen werden eingequetschte elektrische Leitungen, in das Gerät eindringende Flüssigkeit (beispielsweise bei Desinfektion oder Inkontinenz) oder die Blockierung verstellbarere Teile genannt (Bödeker, 2003; Schroll, 2004). Der von den Behörden bis zur Umrüstung der Betten gemachte Vorschlag einer Netztrennung und Stromversorgung nur bei tatsächlichem Gebrauch scheint zwar effizient, jedoch für den Pflegebedürftigen wenig akzeptabel, da er zur Stromversorgung erneut auf Hilfe angewiesen ist. Vielmehr ist bei der Neuanschaffung eines Pflegebettes individuell zu berücksichtigen, ob der oder die Betroffene tatsächlich ein elektrisch verstellbares Bett benötigt (Bödeker, 2003).

Hier wird deutlich, dass Pflegebetten Hilfsmittel und damit auch Medizinprodukte sind, die den rechtlichen Vorgaben des Medizinproduktegesetzes (MPG) und der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) unterliegen. Darin sind unter anderem Überprüfungen bei Inbetriebnahme sowie beim Wiedereinsatz im häuslichen Bereich durch den Lieferanten sowie regelmäßige Kontrollen durch den Betreiber vorgeschrieben (Menke, 2002). Dies scheint vor allem bei Pflegebetten im häuslichen Bereich problematisch zu sein.

Verletzungen mit Bettgittern

Eine weitere Gefahrenquelle im Zusammenhang mit Pflegebetten stellen zugehörige oder nachgerüstete Bettgitter (auch als Seitengitter bezeichnet)

dar, bei denen es zu Einklemmungen kommen kann. Dem BfArM sind in der Zeit zwischen 1996 und Anfang 2004 39 solcher Fälle bekannt geworden, der überwiegende Teil mit tödlichem Ausgang (Behmann, 2004). Bei der zuständigen amerikanischen Behörde FDA wurden zwischen 1985 und 1999 insgesamt 371 Fälle registriert, bei denen 228 Personen verstarben (US Food and Drug Administration, 2000). Solche Berichte spiegeln in der Regel nur einen Bruchteil der tatsächlichen Vorkommnisse wider. Der größte Teil (16 von 33 Fällen) der beim BfArM registrierten Einklemmungen von Kopf oder Rumpf in Bettgittern geschah zwischen dem untersten Holm und der Liegefläche des Bettes (Behmann, 2004). Für die Abmessungen und Abstände dieser Gitter existieren in Deutschland Normen, so darf beispielsweise der Abstand zwischen Liegefläche und unterstem Holm 120 mm nicht überschreiten, bei Abweichungen von mehr als 10% dürften die Betten bis zur Beseitigung dieses Mangels nicht mehr verwendet werden (Hessisches Sozialministerium, o.J.).

Bettgitter sollen hauptsächlich zur Sturzprophylaxe dienen. In der letzten Zeit mehren sich jedoch die kritischen Stimmen von rechtlicher, ethischer, medizinischer und pflegerischer Seite zur Rolle von Bettgittern (Oliver, 2002; O´Keeffe, 2004). Ein wichtiges Argument gegen deren Einsatz ist, dass Personen trotz Seitengitter aus dem Bett fallen, und durch deren Verwendung aus deutlich größerer Höhe. Weiterhin sind bisher (Stand: Juli 2005) keine hochwertigen randomisierten kontrollierten Studien (RCTs), die bei solchen Fragestellungen als Goldstandard angesehen werden, zum Nutzen von Bettgittern durchgeführt worden.

Als Fazit bleibt bis hierher festzuhalten, dass Pflegebetten wichtige Hilfsmittel sind, an die jedoch alle Anforderungen von Medizinprodukten zu stellen sind. Kombinationen mit Zubehör wie Matratzen müssen für das jeweilige Bett geeignet und zugelassen sein, weiterhin muss auf die maximale Gesamtbelastung beider geachtet werden. Trotz erheblicher Vorteile durch elektrisch verstellbare Modelle, können vor allem beim Wiederaufbau in häuslicher Umgebung Gefahren auftreten, weshalb

über deren Notwendigkeit im individuellen Fall entschieden werden sollte. Gleiches gilt für den Einsatz von Bettgittern, wobei deren Nutzen in letzter Zeit zunehmend kritisch gesehen wird.

Analyse der GEK-Verordnungen

Insgesamt wurden im Jahr 2004 1.736 Pflegebetten zu Lasten der GEK für insgesamt 1.576 Personen abgerechnet. Dies entspricht einem Anstieg von 21,4% im Vergleich zum Vorjahr, hauptsächlich wurden deutlich mehr Betten im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben (+211,3% im Vergleich zum Vorjahr). Einen vergleichbaren Trend zeigen auch die Verordnungen von Bettenzubehör (z.B. Bettverkürzungen, Seitengitter, Bettgalgen) und Bettzurichtungen (z.B. Rückenstützen und Einlegerahmen), wobei die Verordnungen zu Lasten der Pflegeversicherung nahezu unverändert blieben. Eine Verschiebung zwischen diesen beiden Sektoren lässt sich bei Pflegebetten und deren Zubehör also nicht feststellen. Die Steigerung zu Lasten der Krankenkasse ist wahrscheinlich mit der Einführung der Abrechnung nach Diagnosis Related Groups (DRGs) in deutschen Krankenhäusern und der daraus resultierenden verkürzten Liegedauer der Patienten zu erklären. Nach einer frühzeitigen Entlassung Pflegebedürftiger aus dem Krankenhaus ist für die Versorgung daheim zumeist ein Bett nötig. Für Tabelle 4.8 wurden die stationären Daten der GEK-Versicherten analysiert, die im Jahr 2004 zu Lasten der Krankenkasse (n=447) ein Bett erhielten (nach HMV, PG: 19). Von diesen 447 Versicherten wurden 247 innerhalb von 70 Tagen vor Abgabe des Bettes aus stationärer Behandlung entlassen. Die Abgabezeitpunkte sind in Tabelle 4.8 in 10-Tages-Schritten kumulativ dargestellt. Es zeigt sich, dass 25,3% der Versicherten mit einem Bett höchstens 10 Tage vor dessen Abgabe und über 50% 50 Tage davor aus dem Krankenhaus entlassen wurden. Als Hauptdiagnosen fanden sich bei 30-35% dieser 447 Versicherten bösartige Neubildungen, bei 15-20% Krankheiten des Kreislaufsystems und ca. 10% wurden nach Verletzungen behandelt. Ein großer Teil der zu Lasten der Krankenkasse abgerechneten

Pflegebetten wurde also unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt benötigt, wobei ein Verordnungsanstieg wahrscheinlich durch die kürzeren Verweildauern zustande gekommen ist.

Tabelle 4.7 Überblick über Ausgaben- und Mengenentwicklung an verordneten Betten zu Lasten der GEK in 2004 im Vergleich zum Vorjahr

Produktgruppe	Anzahl Verordnungen (Änderung in %)	Ausgaben in € (Änderung in %)	Mittlerer Preis je Verordnung in € (Änderung in %)
Pflegebetten	1.687 (+20,8)	933.738,15 (+19,6)	562,60 (+0,0)
Kinder-/Kleinwüchsigenbetten	40 (+48,1)	84.834,74 (+18,5)	2.688,95 (-14,6)
Stehbetten	9 (+50,0)	40.565,43 (+584,5)	6.784,91 (+2456,3)
gesamt	1.736 (+21,4)	1.059.138,32 (+23,4)	562,60 (+0,0)

Tabelle 4.8 Abgabe von Betten nach Krankenhausentlassungen in Tagen 2004 (n=447 Personen)

Entlassung vor Abgabedatum des Bettes (in Tagen)	10	20	30	40	50	60	70
Kumulative Anzahl Personen (Anteil in %)	113 (25,3)	155 (34,7)	188 (42,1)	209 (46,8)	228 (51,0)	237 (53,0)	247 (55,3)

Einen Überblick über die Verordnungen und Ausgaben gibt Tabelle 4.7. Als mittlerer Preis wurde nicht der arithmetische Mittelwert gewählt, sondern der Median. Er liegt in der Mitte aller beobachteten Werte und wird von höchstens der Hälfte unterschritten und von höchstens der Hälfte überschritten. Der Median wurde dem arithmetischen Mittel deshalb vorgezogen, weil er von den typischen Asymmetrien in der Verteilung von Gesundheitsleistungen (siehe Abbildung 1.6) nicht so stark beeinflusst wird.

In Tabelle 4.7 zeigt sich weiterhin, dass die Untergruppe der Pflegebetten mit einem Anteil von etwa 97% die Verordnungen dominiert. Mit einem

Maximum von 8824,70 Euro sind die höchsten Ausgaben allerdings bei den speziellen Stehbetten zu finden. Diese Betten sind so verstellbar, dass eine Lagerung in senkrechter Position möglich ist, durch die der Auflagedruck von dekubitusgefährdeten Körperstellen reduziert werden soll. Die bei dieser Produktgruppe zwischen 2003 und 2004 aufgetretenen Preisunterschiede sollten wegen der geringen Anzahl von 9 verordneten Stehbetten in 2004 nicht überbewertet werden. Die Gesamtausgaben entwickelten sich von 858.263,04 Euro im Jahr 2003 auf 1.059.138,32 Euro, dies entspricht einem zur Anzahl vergleichbaren Anstieg von 23,4%.

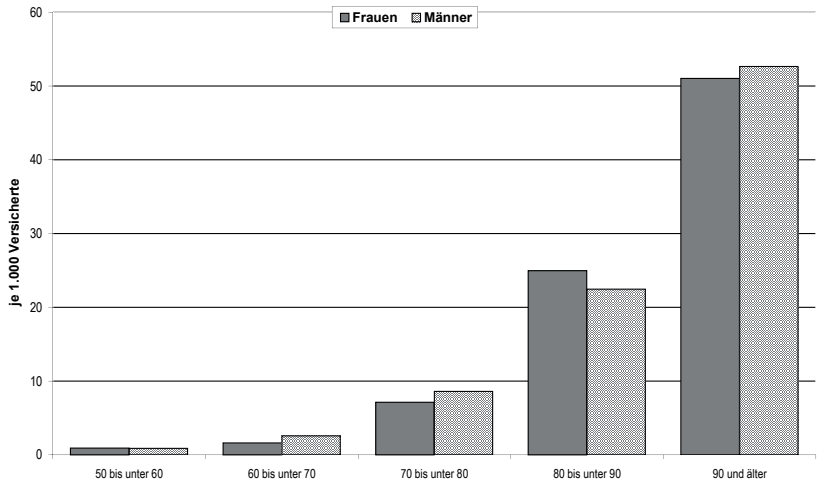
Tabelle 4.9 Verordnungen von Pflegebetten in 2004 unterteilt nach Alter und Geschlecht der Versicherten

	Männlich		Weiblich	
Altersgruppen	Anzahl Versicherte mit Verordnung	Altersspezifische Versorgungsprävalenz (je 1.000 Versicherte)	Anzahl Versicherte mit Verordnung	Altersspezifische Versorgungsprävalenz (je 1.000 Versicherte)
0 bis unter 10	16	0,20	10	0,13
10 bis unter 20	28	0,27	15	0,15
20 bis unter 30	8	0,09	13	0,15
30 bis unter 40	30	0,21	10	0,09
40 bis unter 50	44	0,27	44	0,34
50 bis unter 60	93	0,87	67	0,90
60 bis unter 70	206	2,56	83	1,63
70 bis unter 80	268	8,59	161	7,13
80 bis unter 90	161	22,48	208	24,96
90 und älter	36	52,63	75	51,02
gesamt	890		686	

Auf Basis der 1.576 Personen mit mindestens einer Verordnung im Jahr 2004 lässt sich eine rohe Versorgungsprävalenz von 1/ 1.000 Versicherte errechnen, das heißt, auf 1.000 Personen entfällt etwa ein Versicherter, der im Jahr 2004 ein Pflegebett erhielt. Tatsächlich werden Pflegeleistungen und Hilfsmittel deutlich häufiger von älteren Menschen in Anspruch

genommen. Dies lässt sich sehr gut durch Tabelle 4.9 veranschaulichen, in der die nach Alter und Geschlecht unterteilten Versorgungsprävalenzen dargestellt sind. Für beide Geschlechter steigen diese mit zunehmendem Alter stetig und exponentiell an. Besondere geschlechtsspezifische Unterschiede lassen sich in der Verteilung nicht erkennen.

Abbildung 4.8 Spezifische Versorgungsprävalenz von Pflegebetten in 2004 ab dem 50. Lebensjahr, unterteilt nach Alter und Geschlecht



Aufgrund der weiter oben beschriebenen Problematik der brennenden elektrischen Betten bzw. dem von Bödeker (2003) gemachten Vorschlag, im Individualfall zu entscheiden, ob ein solches überhaupt notwendig ist, ist es besonders interessant, die Verordnungslage der Betten in motorisch und manuell verstellbare Modelle unterteilt zu analysieren. Bei den zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Betten ist weiterhin eine Unterscheidung zwischen der Art der Verstellbarkeit von Höhe und Liegefläche machbar.

Tabelle 4.10 Darstellung der zu Lasten der GEK in 2004 verordneten Betten unterschieden nach manueller und motorischer Verstellbarkeit (n=430)

		Höhe verstellbar		
		manuell	motorisch	
Liegefläche verstellbar	manuell	60 (13,95%)	66 (15,35%)	126
	motorisch	27 (6,28%)	277 (64,42%)	304
	gesamt	87	343	430

Tabelle 4.10 zeigt eine solche Darstellung. Von den 430 verordneten Betten waren bei 64,42% sowohl die Höhe als auch die Liegefläche motorisch verstellbar, mindestens eine elektronische Komponente und damit eine Verbindung zum Stromnetz war bei etwa 70% der Modelle vorhanden. Bei den zu Lasten der Pflegeversicherung verordneten Betten, bei denen eine Unterscheidung lediglich in manuell vs. motorisch verstellbar möglich ist, waren von den 1.215 Pflegebetten noch mehr, nämlich 91,6%, motorisch verstellbar. Diese 1.215 sowie die in Tabelle 4.10 aufgeführten 430 Betten addieren sich auch unter Berücksichtigung der Kinder-/Kleinwüchsigen- sowie Stehbetten nicht zu 1.736, weil einige Betten lediglich als „Pflegebetten“ abgerechnet wurden, wodurch eine Unterteilung in manuell vs. motorisch verstellbar nicht möglich ist.

Fazit

Pflegebetten sind sowohl für die Betroffenen als auch für die pflegenden Personen ein wichtiges Hilfsmittel. An solche Betten sind alle Anforderungen eines Medizinproduktes zu stellen. Durch die Verletzungen und Todesfälle im Zusammenhang mit brennenden elektrischen Komponenten bzw. Einklemmungen in Bettgittern hat sich gezeigt, dass auch von diesen eine Gefahr ausgehen kann. Neben den zu beachtenden DIN-Normen sollten Sichtprüfungen durchgeführt werden, um die notwendige Sicherheit zu gewährleisten. Ist die motorische Verstellbarkeit der Bettteile

nicht notwendig, kann die Trennung vom Stromnetz sinnvoll sein. Im Individualfall ist vor der Bereitstellung eines Bettes zu prüfen, ob eine motorische Verstellbarkeit überhaupt notwendig ist. Ferner ist auch bei der Kombination von Bett, Matratze sowie anderen Komponenten darauf zu achten, dass diese Elemente miteinander kompatibel sind. Weiterhin sollten die Gewichtsbeschränkungen von Betten und Matratzen im Auge behalten werden.

4.3 Stomabedarf von sonstigen Leistungserbringern und aus Apotheken

Mit dem Begriff Stoma wird eine künstlich geschaffene Öffnung eines Hohlorgans nach außen beschrieben. Für die Versorgung sind im Hilfsmittelverzeichnis „Hilfsmittel bei Tracheostoma“ (PG: 12) und „Stomaartikel“ (PG: 29) gelistet. Als Tracheostoma wird eine Öffnung der Luftröhre bezeichnet, hierüber findet nach dem Eingriff die Atmung bzw. Beatmung statt. Für die Versorgung werden hauptsächlich Trachealkanülen benötigt. Unter Stomaartikeln sind Materialien zur Ableitung von Darminhalt oder Urin gelistet, hierfür sind hauptsächlich Beutel und Basisplatten notwendig. Weiterhin ist für beide Produktgruppen zahlreiches Zubehör verfügbar.

Für Tracheostomabedarf gab die GEK im Jahr 2004 insgesamt 571.102,53 Euro aus, dies ist im Vergleich zum Vorjahr ein Anstieg von 15,6%. Solche Artikel benötigten 397 Leistungsversicherte, die zum größten Teil männlichen Geschlechts sind. Auf die Produktgruppe der Stomaartikel entfielen im gleichen Jahr Ausgaben in Höhe von 3,21 Mio. Euro (+7,8% im Vergleich zum Vorjahr) für 1.718 Leistungsversicherte. Basisplatten und die dazu gehörigen Beutel machen bereits gut ein Drittel der Verordnungen und nahezu die Hälfte der gesamten Ausgaben für Stomaartikel aus. Etwa 80% der Produkte werden von Orthopädiemechanikern oder Bandagisten abgerechnet, den Berufsgruppen, die am häufigsten Sanitätshäuser betreiben. Rund 14% der Verordnungen werden von Apotheken abgegeben.

Einleitung

Das griechische Wort Stoma bedeutet wörtlich übersetzt Mund bzw. Mündung. Weiterhin wird damit eine künstlich geschaffene Öffnung eines Hohlorgans zur Körperoberfläche bezeichnet. Schmid et al. (1999) gehen für Deutschland von einer geschätzten Anzahl von 100.000 bis 150.000

Stomaträgern aus. Grundsätzlich kann man Stomata nach Dauer der Anlage sowie nach Lokalisation unterscheiden. Bezüglich der Dauer sind vorübergehende (temporäre) und endgültige (permanente) Anlagen möglich. Nach der Lokalisation lassen sich Stomata beispielsweise als Öffnung der Luftröhre (Tracheostoma), des Magens (Gastrostoma), des Krummdarms (Ileostoma), des Dickdarms (Kolostoma) oder der Harnleiter (Urostoma) unterscheiden. Die drei letztgenannten dienen der Ableitung von Darminhalt bzw. Urin, über ein Gastrostoma ist jedoch auch eine Ernährung möglich (sog. perkutane endoskopische Gastrostomie- PEG). Vom jeweiligen Stomatyp hängt die Auswahl des Versorgungsmaterials ab.

Im folgenden Text werden die im Hilfsmittelverzeichnis befindlichen Produktgruppen „Stomaartikel“ (PG: 29) und „Hilfsmittel bei Tracheostoma“ (PG: 12) separat betrachtet. Nach einigen allgemeinen Bemerkungen werden die Verordnungen analysiert, wobei aufgrund der höheren Ausgaben und Anzahl der Leistungsversicherten besonderes Augenmerk auf die Gruppe der Stomaartikel gerichtet wird. Die Ausführungen sollen nicht als umfassende Darstellung aller Aspekte der Stomaversorgung verstanden werden. Sie können ferner nur einen kurzen Überblick über die Einsatzgebiete und Funktionen der verfügbaren Hilfsmittel geben.

Hilfsmittel bei Tracheostoma

Allgemeines

Das Tracheostoma ist eine künstlich geschaffene Öffnung der Luftröhre zum Zwecke der Atmung oder Beatmung. Der dazu durchgeführte Eingriff, also die operative Eröffnung der Luftröhre, wird als Tracheotomie bezeichnet. Die zum Freihalten dieses künstlichen Atemweges eingeführte Röhre nennt man Trachealkanüle. In der Intensivmedizin hat sich in den letzten Jahren die Tracheotomie bei längerer künstlicher Beatmung im Vergleich zur herkömmlichen Intubation wegen zahlreicher potentieller Vorteile durchgesetzt (Griffiths et al., 2005). Solche Anlagen sind meist temporär,

bei Langzeitbeatmung im ambulanten Bereich wird das Tracheostoma aber ebenfalls als Methode der Wahl angesehen. Weitere Indikationen für deren Einsatz sind Tumoren im Bereich des Kehlkopfes (Larynx). Kehlkopfkrebs ist der häufigste bösartige Tumor in der Kopf-Hals-Region. Von 100.000 Männern erkranken daran jährlich etwa 7, insgesamt sind Männer sechs- bis siebenmal häufiger betroffen als Frauen (Krebs in Deutschland, 2004). Bei der operativen Entfernung des Kehlkopfes (Laryngektomie) wird die Luftröhre vom Rachen gelöst, das Atmen ist dann nur noch über das Tracheostoma möglich. Zur physiologischen Aufgabe des Kehlkopfes zählt allerdings nicht nur der Verschluss der Luftröhre beim Schluckakt, sondern er ist auch der zentrale Ort der Stimmbildung. Durch die Entfernung des Kehlkopfes können die Betroffenen keine natürliche Stimme mehr bilden, was als ein äußerst schmerzlicher Verlust erlebt wird. Laryngektomierte können zwar verschiedene Ersatzstimmen erlernen, eine Stimmqualität wie vor der Operation wird jedoch nicht mehr erreicht (Hüppi & Kast, 2004).

Der individuelle Versorgungsbedarf an Hilfsmitteln bei Tracheostoma richtet sich dementsprechend nach der Grunderkrankung bzw. der durchgeführten Operation. So gibt es bei den Trachealkanülen eine breite Palette verschiedener Ausführungen, die sich in Funktion, Material, Bauart und Zubehör unterscheiden (BVMed, 2004; Hubert, 2001). Je nach anatomischen Besonderheiten des Betroffenen können auch Sonderanfertigungen hergestellt werden. Werden Patienten über das Tracheostoma beatmet, ist der Einsatz eines sogenannten Normkonnektors notwendig, an den das Beatmungsgerät angeschlossen wird. Blockbare Trachealkanülen haben den Vorteil, dass sie durch eine aufblasbare Manschette (Cuff) die Luftröhre zusätzlich abdichten. Dadurch kann einerseits gewährleistet werden, dass bei Beatmung keine Luft entströmt, andererseits wird bei noch vorhandener Verbindung zwischen Luftröhre und Speiseröhre einem Eindringen von Nahrung in die Luftröhre (Aspiration) vorgebeugt (Hubert, 2001). Bei noch

vorhandener Stimmfunktion können sogenannte Sprechkanülen oder Sprechventile zum Einsatz kommen. Durch eine Öffnung (Siebung oder Fensterung) im Bogen der Trachealkanüle kann die Ausatemluft über den Kehlkopf geleitet werden, wodurch eine Stimmbildung möglich ist. Eine weitere bauliche Unterscheidung ist zwischen Kanülen mit bzw. ohne Innenkanüle zu machen. Durch den Einsatz von Innenkanülen ist das Wechseln der inneren Röhre möglich, während die äußere Kanüle in der Luftröhre verbleibt. Trachealkanülen können wiederverwendbar oder Einmalprodukte sein. Wenn sich das Tracheostoma nicht verengt, kann der Betroffene ohne Trachealkanüle auskommen. Da das Tracheostoma einen direkten Zugang zu den Lungen ermöglicht, gibt es spezielle Abdeckungen und Schutzzubehör, die verhindern, dass beispielsweise beim Baden Wasser in die Öffnung und damit in die Lungen gelangt (Hüppi & Kast, 2004). Die fehlende Anfeucht- und Reinigungsfunktion der Nase kann künstlich von Wärme-Feuchtigkeits-Austauschern (sog. künstliche Nasen oder HMEs) übernommen werden. Detaillierte Hinweise zu Reinigung, Desinfektion und Wechsel der Trachealkanülen finden sich in der kürzlich vom Bundesverband Medizintechnologie herausgegebenen Leitlinie (BVMed, 2004).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Tracheostomata entweder der Beatmung oder dem Freihalten der Atemwege dienen. Je nach Indikation und anatomischen Voraussetzungen sind Trachealkanülen nicht zwingend notwendig.

Analyse

Einen ersten Überblick über die Verordnungen von Hilfsmitteln bei Tracheostoma unterteilt nach Produktgruppen zu geben, gestaltet sich schwierig, da insgesamt Positionen mit 165 verschiedenen Leistungsbezeichnungen abgerechnet wurden. Tabelle 4.11 ist der Versuch, trotzdem eine Zusammenfassung über diese verschiedenen Hilfsmittel zu geben. Statt des mittleren Preises wurde erneut der Median

verwandt (siehe Erläuterung im Kapitel 2 „Material und Methoden“). Insgesamt stehen hinter den Ausgaben von 571.102,53 Euro 3.530 Verordnungen, die auf 397 Versicherte entfielen. Trotz gestiegener Kosten von 15,6% ist die Anzahl Leistungsversicherter mit Tracheostomabedarf von 485 auf 397 gefallen. Aufgrund dieser eher geringen Anzahl Personen können wenige Versicherte - und damit geringe absolute Veränderungen - eine große prozentuale Verschiebung bewirken. Die Veränderungen zwischen den Jahren 2003 und 2004 sollten mit Blick auf diese Tatsache interpretiert werden. Auf manchen Rezepten wurden mehrere Packungen bzw. größere Mengen eines Artikels abgerechnet. Bei den Analysen wurden diese Mengenangaben aufgrund mangelnder Interpretierbarkeit nicht weiter untersucht, für eine Verordnung wurden statt dessen die Produktbezeichnung sowie die damit verbundenen Kosten analysiert. Im Bereich der Apotheken wird mit der PZN abgerechnet, hier ist eine eindeutige Feststellung der verordneten Menge möglich. Im Bereich der sonstigen Leistungserbringer kennzeichnet die Hilfsmittelpositionsnummer den Artikel. Es ist aber oft unklar, ob z.B. 2 „künstliche Nasen“ oder 2 Packungen „künstliche Nasen“ gemeint sind.

Tabelle 4.11 Überblick über Ausgaben- und Mengenentwicklung von Hilfsmitteln bei Tracheostoma zu Lasten der GEK in 2004 im Vergleich zum Vorjahr

Produktgruppe	Anzahl Verordnungen (Änderung in %)	Ausgaben in € (Änderung in %)	Medianer Preis je Verordnung in € (Änderung in %)
Verbrauchsmaterialien	1.058 (+20,5)	73.738,99 (+36,1)	35,42 (+11,6)
Zubehör	593 (+2,2)	82.434,72 (+38,8)	42,40 (+26,1)
Wärme-Feuchtigkeits-Austauscher (Künstliche Nasen)	349 (+20,8)	137.844,26 (+10,3)	304,00 (-5,3)
Trachealkanülen zur Beatmung	234 (+68,4)	62.688,25 (+70,3)	204,15 (+13,7)
Lätzchen	143 (+24,4)	32.300,38 (+131,8)	96,19 (+119,6)
Trachealkanülen mit Sprechventil	111 (-25,5)	50.166,78 (-14,9)	376,85 (+19,6)
sonstige	1.042 (-12,3)	131.929,15 (-9,5)	53,66 (+0,5)
gesamt	3.530 (+5,8)	571.102,53 (+15,6)	64,25 (+16,1)

Da für 397 Leistungsversicherte 3.530 Verordnungen abgerechnet wurden und ein Teil der ambulant behandelten Tracheostomaträger dauerhaft auf Hilfsmittel angewiesen ist, wurden die Kosten pro Leistungsversichertem näher betrachtet. Durchschnittlich entfallen auf jeden Leistungsversicherten 8,9 Verordnungen bzw. Ausgaben in Höhe von 1.439 Euro. Aufgrund bekannter Asymmetrien bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (siehe Abbildung 1.6), also wenige Personen nehmen viele Leistungen in Anspruch, wird das arithmetische Mittel durch solche „Ausreißer“ stark beeinflusst. Betrachtet man, wie viele Verordnungen bzw. welche Ausgaben tatsächlich auf 50% der Leistungsversicherten entfielen (Median), zeigen sich dementsprechend niedrigere Zahlen von 4 Verordnungen bzw. 478,66 Euro.

Tabelle 4.12 Verordnungen von Hilfsmitteln bei Tracheostoma in 2004 unterteilt nach Alter und Geschlecht der Versicherten

	Männlich		Weiblich	
Altersgruppen	Anzahl Versicherte mit Verordnung	Altersspezifische Versorgungsprävalenz (je 10.000 Versicherte)	Anzahl Versicherte mit Verordnung	Altersspezifische Versorgungsprävalenz (je 10.000 Versicherte)
0 bis unter 10	11	1,39	9	1,19
10 bis unter 20	4	0,38	5	0,50
20 bis unter 30	10	1,10	2	0,23
30 bis unter 40	7	0,50	2	0,17
40 bis unter 50	22	1,33	12	0,93
50 bis unter 60	71	6,66	22	2,97
60 bis unter 70	100	12,42	11	2,17
70 bis unter 80	51	16,34	23	10,18
80 bis unter 90	17	21,66	16	19,20
90 und älter	0		2	29,90
gesamt	293		104	

In Tabelle 4.12 sind die Leistungsversicherten mit Tracheostomabedarf nach Alter und Geschlecht unterteilt. Eine weitere Darstellung, in der die Geschlechterverteilung gut sichtbar ist, liefert Abbildung 4.9. Die Versorgungsprävalenz beschreibt den Anteil der Versicherten einer bestimmten Gruppe, die Tracheostomaartikel erhielten. Erkennbar ist, dass bis zur Altersgruppe der 80-89jährigen teils erheblich mehr Männer Tracheostomabedarf in Anspruch nehmen als Frauen. Dies lässt sich mit der bereits erwähnten höheren Erkrankungshäufigkeit an Kehlkopfkrebs bei Männern erklären. Die Versorgungsprävalenz ist insgesamt allerdings niedrig, von 10.000 GEK-Versicherten nehmen also nur etwa 2,7 Tracheostomabedarf in Anspruch.

Abbildung 4.9 Spezifische Versorgungsprävalenz von Hilfsmitteln bei Tracheostoma in 2004, unterteilt nach Alter und Geschlecht

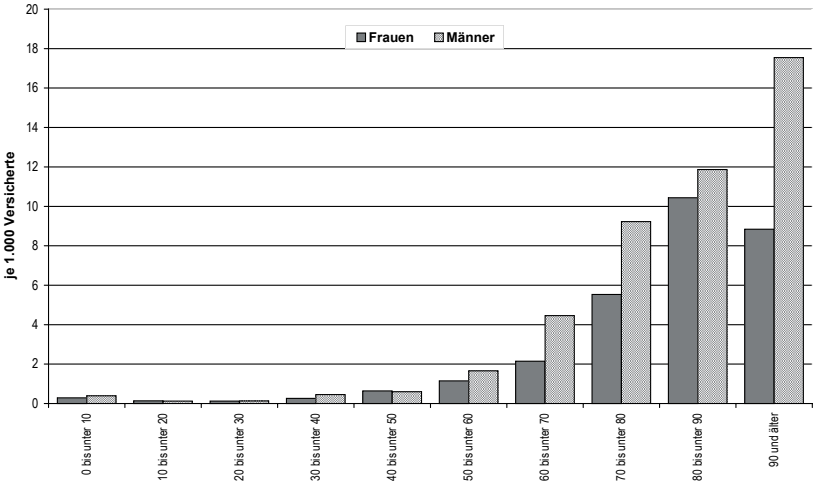


Tabelle 4.13 Darstellung der zu Lasten der GEK in 2004 verordneten Trachealkanülen zur Beatmung (n=234)

		Mit Cuff		
		ja	nein	
Mit Innenkanüle	ja	120 (51,3%)	38 (16,2%)	158
	nein	69 (29,5%)	7 (3,0%)	76
	gesamt	234	100	234

Mit 70% entfällt der überwiegende Teil der verordneten Trachealkanülen, bei denen zwischen vorhandener und nicht vorhandener Innenkanüle unterschieden werden konnte, auf Trachealkanülen zur Beatmung. Die Eigenschaften dieser 234 Kanülen sind in Tabelle 4.13 gegenüberstellt. Über die Hälfte davon ist mit einer Manschette (Cuff) ausgestattet, welche die Luftröhre zusätzlich abdichtet. Insgesamt 158, also 68% der Trachealkanülen zur Beatmung enthalten eine Innenkanüle. Dies ist bei

beatmeten Patienten deshalb sinnvoll, weil beim Kanülenwechsel eine Unterbrechung der Beatmung notwendig ist, der Betroffene also nicht mit Sauerstoff versorgt ist. Durch die Nutzung von Innenkanülen kann ein Wechsel rasch stattfinden und die Verbindung zur Beatmungsmaschine wieder hergestellt werden.

Als Fazit kann festgehalten werden, dass nur von einem geringen Teil der GEK-Versicherten Tracheostomabedarf benötigt wird. Erwartungsgemäß nehmen Männer deutlich häufiger solche Produkte in Anspruch als Frauen.

Stomaartikel

Allgemeines

Die beiden Hauptbereiche, bei denen Stomaartikel angewandt werden, sind Entero- und Urostomaanlagen, wobei erstere der Ableitung von Darminhalt und zweitgenannte der von Urin dienen (Esch, 2005). Synonym für Enterostoma werden auch die Begriffe „Anus praeter“ sowie „künstlicher Darmausgang“ verwendet. Je nach anatomischer Lage des eröffneten Darmabschnittes richtet sich auch die Lokalisation des Stomas (z.B. im linken oder rechten Oberbauch). Grundsätzlich kann ein Stoma am Dickdarm (Kolostoma) bzw. im letzten Dünndarmabschnitt (Ileostoma) angelegt sein. Je näher das Stoma dem physiologischen Darmausgang liegt, desto natürlicher ist die Konsistenz des ausgeschiedenen Stuhls (Kopp, 2000). Enterostomata können temporär oder permanent angelegt werden. Anwendungsgebiete für temporäre Anlagen sind beispielsweise chronisch entzündliche Darmerkrankungen oder Entlastung des Darms (Esch, 2005). Permanenten Stomata geht häufig eine Tumorerkrankung im Bereich des Rektums (Mastdarms) voraus. Diese , sowie Krebserkrankungen des Dickdarms, werden unter dem Begriff Darmkrebs zusammengefasst. Darmkrebs ist sowohl bei Männern als auch bei Frauen die zweithäufigste Krebserkrankung und gleichzeitig die zweithäufigste Krebstodesursache (Krebs in Deutschland, 2004). In der Chirurgie des Rektumkarzinoms

gibt es, wenn vom Befund möglich, zwei Operationsmethoden. Der bisher favorisierte Eingriff ist die schließmuskelerhaltende Operation, bei dem anderen wird ein permanenter künstlicher Darmausgang angelegt (Hoppe de Mamani & Schlag, 2004). Obwohl bei der ersten Methode der natürliche Ausscheidungsweg des Stuhls erhalten bleibt, können die Betroffenen vor allem durch Stuhldrang, häufigen Stuhlgang und Stuhlinkontinenz beeinträchtigt sein. Eine aktuelle Übersichtsarbeit legt nahe, dass der patientenrelevante Aspekt Lebensqualität bei der schließmuskelerhaltenden Operation vergleichsweise nicht besser ist als nach Anlage eines Stomas (Pachler & Wille-Jorgensen, 2005). Urostomata dienen der Ableitung von Urin aus den Harnleitern, sie werden meist nach Entfernung der Harnblase permanent angelegt. Eine wichtige Indikation dafür sind bösartige Tumoren der Blase. Gemessen an der Anzahl der Neuerkrankungen sind diese bei Männern die vierthäufigste und bei Frauen die achthäufigste Krebsart (Krebs in Deutschland, 2004). Für die Versorgung mit Hilfsmitteln gelten für Entero- und Urostomata ähnliche Prinzipien.

Ziel der Stomaanlage muss es sein, eine gute und wenn möglich selbständige Versorgungsfähigkeit zu gewährleisten. Dazu muss der Betroffene das Stoma im Sitzen bzw. Stehen einsehen können, um den Beutel selbständig leeren oder wechseln zu können (Fischer et al., 2003). Das Stoma sollte nicht in einer Hautfalte angelegt sein, weil dadurch eine Ableitung in den Beutel nicht komplikationslos gewährleistet ist und der Kontakt von Urin oder Darminhalt mit der Haut Reizungen und Hautirritationen auslösen kann (Esch, 2005; Kopp, 2000). Grundsätzlich wird zwischen einteiligen und zweiteiligen Versorgungssystemen unterschieden. Beim einteiligen System befindet sich der Hautschutz direkt am Beutel. Diese um das Stoma geklebte Platte schützt einerseits die Haut vor den Ausscheidungen, andererseits hält es den Auffangbeutel, so dass dieser nicht noch einmal separat befestigt werden muss. Beim zweiteiligen Versorgungssystem wird zunächst die Basisplatte um das

Stoma geklebt. Über ein Konnektierungssystem kann der Beutel danach auf der Platte angebracht werden. Der Vorteil der zweiteiligen Versorgung liegt im geringeren Aufwand, da nicht jeden Tag die Platte gewechselt werden muss. Das einteilige System wird hingegen von Betroffenen als angenehmer und hygienischer empfunden (Esch, 2005). Stomabeutel wiederum sind geschlossen oder als Ausstreifbeutel im Handel erhältlich. Beim Ileostoma, Urostoma sowie direkt nach der Operation werden Ausstreifbeutel empfohlen, beim Kolostoma geht man dann zu geschlossenen Beuteln über (Kopp, 2000). Ein Wechseln zwischen beiden Beutelarten ist problemlos möglich. Irrigatoren dienen zur Spülung des Darms und damit zum Schutz vor unkontrollierter Entleerung. Unter bestimmten Voraussetzungen kann dann in regelmäßigen Abständen eine Darmentleerung forciert werden, in den Zeitintervallen dazwischen kann das Stoma mit sogenannten Stomakappen verschlossen werden. Dies kann zu einem deutlichen Anstieg der Bewegungsfreiheit und der Lebensqualität der Betroffenen beitragen (Schmid et al., 1999). Filter dienen dem geruchlosen Austritt bzw. der Absorption von entstehenden Darmgasen, sie sind meist bereits in den Beuteln integriert. Weitere Hilfsmittel sind Hautschutzpasten, -streifen bzw. -ringe, die zum Ausgleich von Unebenheiten auf vernarbter Haut dienen. Gürtel können den Stomabeutel zusätzlich fixieren.

Zusammenfassend kann man die Anforderungen an ein Stomasystem prägnant mit den Worten von Kopp (2000) beschreiben: Hautfreundlich, geruchsfrei, einfach in der Handhabung, kostengünstig und im Handel problemlos erhältlich. Da Stomabedarf (z.B. Beutel, Kappen) häufig Einmalartikel sind, benötigen Stomaträger diese Produkte kontinuierlich.

Analyse

Aus der Produktgruppe der Stomaartikel wurden in 2004 25.074 Verordnungen für 1.718 Leistungsversicherte abgegeben. Die Ausgaben sind im Vergleich zum Vorjahr von 2,98 Mio. Euro auf 3,21 Mio. Euro

gestiegen, während die Anzahl der Verordnungen leicht zurückging. Insgesamt wurden für diese Produktgruppe sogar 755 verschiedene Leistungsbezeichnungen abgerechnet, mit einer Spannweite von einer bis maximal 2.418 Verordnungen je Leistungsbezeichnung. Den Versuch einer Gliederung liefert Tabelle 4.14. Sowohl bei den Ausgaben als auch bei den Verordnungen dominieren Basisplatten und dazu gehörige Beutel das Geschehen. Sie machen bereits gut ein Drittel der Verordnungen und nahezu die Hälfte der gesamten Ausgaben für Stomaartikel aus. Dies erklärt sich daraus, dass diese Produkte zum alltäglichen Versorgungsbedarf gehören. Es stellt sich jedoch die Frage, warum Basisplatten häufiger als Beutel verordnet werden, da diese Platten eigentlich einige Tage belassen werden können, während Beutel oft mehrmals täglich gewechselt werden müssen. Möglich ist jedoch, dass größere Packungen abgegeben werden, was auch die relativ hohen Ausgaben je Verordnung erklären würde. Größere Mengen haben zudem bei täglich benötigtem Versorgungsbedarf den Vorteil, dass nicht zu oft neue Rezepte ausgestellt und eingelöst werden müssen. Wird nun bei jedem Beutelwechsel auch die Basisplatte getauscht, wären im Vergleich zur einteiligen Versorgung (Beutel mit Klebefläche) deutlich höhere Kosten zu erwarten. Eine solche Versorgung wäre ineffizient. Der relativ hohe Anteil (22%) „sonstige“ in Tabelle 4.14 erklärt sich daraus, dass in 2004 insgesamt 3.270 (13%) Verordnungen lediglich als „Stomaartikel“ gekennzeichnet waren, hier ist keine nähere Unterteilung möglich.

Tabelle 4.14 Überblick über Ausgaben- und Mengenentwicklung von Stomaartikeln zu Lasten der GEK in 2004 im Vergleich zum Vorjahr

Produktgruppe	Anzahl Verordnungen (Änderung in %)	Ausgaben in € (Änderung in %)	Medianer Preis je Verordnung in € (Änderung in %)
Basisplatten	4.502 (+2,6)	889.951,83 (+12,7)	164,48 (+5,2)
Beutel für Basisplatte	3.545 (+1,7)	636.234,44 (+6,4)	153,60 (+7,3)
Hautschutzpaste/ -ringe	2.510 (+8,6)	132.977,04 (+19,5)	41,52 (+28,0)
Filter	2.242 (+3,5)	77.625,47 (+19,7)	22,40 (+21,7)
Beutel mit Klebefläche	1.475 (-6,2)	524.956,42 (+5,9)	296,80 (+10,1)
Pflasterentferner	1.092 (+2,3)	32.539,53 (+2,7)	21,38 (+2,9)
Hautschutztücher/ Pflegemittel	1.059 (+0,6)	49.944,96 (+6,4)	31,38 (+13,2)
Lotionen/ Cremes	979 (-9,8)	20.768,09 (-7,9)	13,34 (-3,1)
Gürtel	720 (-3,2)	32.866,45 (-3,3)	19,00 (-2,9)
sonstige Beutel/ Beutelbezüge	692 (+28,6)	129.235,52 (+47,3)	134,00 (+21,4)
Irrigatoren und Zubehör	517 (-8,7)	74.145,68 (+14,4)	102,67 (+0,0)
Stomakappen	247 (-18,2)	36.101,32 (-6,5)	115,50 (+7,5)
sonstige	5.494 (-5,9)	572.204,10 (-3,4)	49,28 (-5,6)
gesamt	25.074 (-0,2)	3.209.550,85 (+7,8)	73,60 (+6,7)

Die etwa 25.000 Verordnungen entfallen im Jahr 2004 auf 1.718, im Jahr 2003 auf 1.594 Leistungsversicherte. Daraus wird erneut deutlich, dass Stomaträger dauerhaft auf Hilfsmittel angewiesen sind. Trotzdem unterscheiden sich die einzelnen Versicherten in der Inanspruchnahme von Stomabedarf über ein Jahr. Eine Unterteilung nach dem Anteil der Leistungsversicherten und den resultierenden Kosten ist in Tabelle 4.15 dargestellt. Aus der Übersicht wird deutlich, dass 10% der Leistungsversicherten mit Stomabedarf jährlich höchstens Sachleistungen in Höhe von 59,40 Euro, 25% von höchstens 510,56 Euro und 50% von maximal 1468,48 Euro in Anspruch nehmen. Der teuerste Versicherte (bei 100%) erhält Stomabedarf für fast 21.000 Euro, besonders erstaunlich sind die erheblichen Spannen in dieser Tabelle.

Tabelle 4.15 Wie viel Prozent der LV mit Stoma nehmen maximal wie viele Leistungen aus dieser Produktgruppe in Anspruch?

Prozent der LV	maximale Ausgaben 2004 (in €)	Ausgaben 2003 (in €)
100%	20.929,72	13.235,26
99%	8.305,31	7.087,78
95%	5.035,91	4.983,89
90%	4.052,94	4.081,11
75%	2.704,99	2.788,81
50%	1.468,48	1.515,21
25%	510,56	501,48
10%	59,40	57,42
5%	20,78	21,60
1%	7,73	7,66

Tabelle 4.16 Verordnungen von Stomaartikeln in 2004 unterteilt nach Alter und Geschlecht der Versicherten (n=1.718)

	Männlich		Weiblich	
Altersgruppen	Anzahl Versicherte mit Verordnung	Altersspezifische Versorgungsprävalenz (je 1.000 Versicherte)	Anzahl Versicherte mit Verordnung	Altersspezifische Versorgungsprävalenz (je 1.000 Versicherte)
0 bis unter 10	31	0,39	22	0,29
10 bis unter 20	13	0,12	14	0,14
20 bis unter 30	12	0,13	11	0,13
30 bis unter 40	64	0,45	30	0,26
40 bis unter 50	99	0,60	82	0,64
50 bis unter 60	177	1,66	85	1,15
60 bis unter 70	359	4,46	109	2,15
70 bis unter 80	288	9,23	125	5,53
80 bis unter 90	85	11,87	87	10,44
90+	12	12,36	13	10,20
gesamt	1.140		578	

Bei einer Unterteilung der Leistungsempfänger nach Alter und Geschlecht zeigt sich, dass in nahezu allen Altersgruppen Männer häufiger Stomabedarf benötigen als Frauen. Eine Differenzierung nach regionalen Besonderheiten ergibt, dass in den Kassenärztlichen Vereinigungen mit den

meisten GEK-Versicherten (Bayern und Niedersachsen) logischerweise die meisten Stomaträger zu finden sind. Für eine weitere Analyse müssten die unterschiedlichen Verteilungen von Alter und Geschlecht in den KV-Regionen berücksichtigt werden. Da jedoch in einigen, wie beispielsweise den KVen Rheinhessen, Trier und Südwürttemberg, nur 3 bis 12 Leistungsversicherte vorhanden sind, ist eine nach regionalen Besonderheiten unterschiedene Analyse aufgrund der geringen Anzahl der Versicherten nicht sinnvoll.

In der Auswertung, welche Leistungserbringer Stomaartikel abrechnen (siehe Tabelle 4.17), zeigt sich ein erwartetes Bild. Sowohl in 2003 wie in 2004 wurden die meisten Artikel (80%) von Orthopädiemechanikern oder Bandagisten abgegeben, das sind die Berufsgruppen, die in der Regel ein Sanitätshaus betreiben. Apotheken rechnen immerhin noch 13 bis 15% der Verordnungen ab.

Tabelle 4.17 Leistungserbringer, die den Bereich Stomaartikel bedienen, Vergleich der Jahre 2004 und 2003

	2004		2003	
Art des Leistungserbringers	Anzahl abgegebener Verordnungen	Anteil (in %)	Anzahl abgegebener Verordnungen	Anteil (in %)
Orthopädiemechaniker, Bandagisten	20.268	80,83	19.947	79,42
Apotheken	3.389	13,52	3.890	15,49
Sonstige Erbringer von Leistungen i.S. des SGB	1.160	4,63	945	3,76
Krankenpfleger, Haushaltshilfen, Hauspfleger	71	0,28	37	0,15
Sonstige therapeutische Hilfspersonen	70	0,28	143	0,57
Orthopädieschuhmacher, Orthopäden	61	0,24	116	0,46
Logopäden, Sprachheilbehandler	41	0,16	34	0,14
Krankenhäuser, Kurheime, Sanatorien	14	0,06	0	0
Augenoptiker, Augenärzte	0	0	2	0,01
Rehabilitationsstätten, Pflegeheime, Sozialstationen	0	0	1	0,01
gesamt	25.074	100	25.115	100

Als Resümee bleibt festzuhalten, dass eine breite Palette an Stomaartikeln und Zubehör zur Versorgung zu Lasten der GEK verordnet wurde. Die Sachleistungen im Wert von ca. 3,21 Mio. Euro wurden von 1.718 Leistungsversicherten in Anspruch genommen.

Fazit

Stomaartikel sind Hilfsmittel, die in der Regel täglich benötigt und verbraucht werden. Einer Verordnung geht in der Regel die Erfassung des individuellen Bedarfs voraus. Dies geschieht häufig bereits im Krankenhaus, hier finden sich kompetente Ansprechpartner, die täglich mit der Versorgung von Stomapatienten zu tun haben. Oft tauchen Probleme aber erst im alltäglichen Umgang daheim mit den Produkten auf. Hier sind die Hausärzte häufig die Ansprechpartner, die jedoch weitaus seltener mit diesen Hilfsmitteln umgehen. Bei solchen Schwierigkeiten kann die Zusammenarbeit mit speziell ausgebildeten Stomatherapeuten vor allem dem Wohle des Patienten dienen, denn Stomatherapie ist eine interdisziplinäre Aufgabe. Wie die Praxis jedoch zeigt, findet eine solche Verzahnung im ambulanten Sektor nicht in dem Maße statt, wie es für eine patientenorientierte Versorgung nötig wäre. Da in Zukunft mit weiter verkürzten Verweildauern im Krankenhaus zu rechnen ist, wird die kompetente ambulante Betreuung dieser Patienten umso wichtiger werden. Ein weiteres Problem, welches sich hier ebenfalls negativ auswirken kann, ist die unsystematische Information der Patienten über die Hilfsmittel (siehe Kapitel 4.4). Stomaträger werden im Laufe der Zeit allerdings selbst Experten für ihre Versorgung. In Selbsthilfegruppen kann dieses Wissen an andere Betroffene weitergegeben werden.

4.4 Hilfsmittel aus der Sicht von NutzerInnen: Pflegende Angehörige in High-Tech Home Care

Julia Lademann

Die häusliche Versorgung von Schwerstpflegebedürftigen mit technikintensivem Versorgungsbedarf (high-tech home care) wird in erster Linie durch pflegende Angehörige sichergestellt. Dies bedeutet, dass die dabei eingesetzten medizinisch- und pflegerisch-technischen Hilfsmittel oftmals von Laien genutzt werden. Daher ist künftig die Berücksichtigung der Perspektive von NutzerInnen zur Optimierung der Hilfsmittelversorgung notwendig.

Einführung: High-Tech Home Care

Die medizinische Forschung hat eine Vielzahl pharmazeutischer und medizinisch-technischer Innovationen hervorgebracht, ohne die viele PatientInnen nicht bzw. nicht lange überleben könnten. Nicht selten sind Betroffene lebenslang auf eine professionelle Unterstützung angewiesen, wie dies beispielsweise im Falle einer Dialysebehandlung, einer dauerhaften künstlichen Ernährung oder Beatmung der Fall ist. Viele dieser technischen Optionen durchlaufen einen gewissen „Normalisierungsprozess“: War der Einsatz medizinischer Technologien früher weitestgehend auf den akut-stationären Sektor beschränkt, halten diese heutzutage vermehrt Einzug in den häuslichen Bereich. Daher ist in angloamerikanischen Ländern bereits seit den 1960er Jahren nicht nur von „high-tech home care“ sondern auch von „hospital at home“ die Rede (Lademann, 2000). So stellt mittlerweile beispielsweise ein mobiles Beatmungsgerät ein medizinisches Hilfsmittel dar, um beatmungspflichtigen PatientInnen ein Leben im eigenen Zuhause zu ermöglichen. Während jedoch in Ländern wie den USA, England und Australien high-tech home care als spezialisierte Form der häuslichen Schwerstkrankenpflege fest etabliert ist und wissenschaftlich untersucht, diskutiert und entsprechend weiterentwickelt wird, erfolgt die Entwicklung ambulanter Schwerstkrankenpflege in Deutschland eher schleichend und

nahezu unbemerkt. So gibt es zu dieser Thematik hierzulande weder eine breite öffentliche, noch wissenschaftliche Diskussion.

Die Indikation und Steuerungsverantwortung technikintensiver Maßnahmen und entsprechender Hilfsmittel für den häuslichen Bereich liegt im ärztlichen Aufgabenbereich, der Großteil der Durchführung und Aufrechterhaltung einer solchen Versorgung fällt in den pflegerischen Bereich. Die häusliche Versorgung von künstlich ernährten, beatmungspflichtigen und anderweitig schwerstkranken PatientInnen erfolgt in der Regel durch pflegende Angehörige – sowohl mit als auch ohne Unterstützung von ambulanten Pflegediensten.

Gemäß dem aktuellen Bericht zur Pflegestatistik im Jahr 2003 werden in Deutschland von den etwas mehr als zwei Millionen Pflegebedürftigen – nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) – 1,44 Millionen zu Hause versorgt. Von diesen werden knapp eine Million ausschließlich von Angehörigen gepflegt (Statistisches Bundesamt 2005). Pflegende Angehörige werden in erster Linie durch (Ehe)Partnerinnen, Töchter, Schwiegertöchter und Mütter gestellt; Frauen machen rund 80% aller pflegenden Angehörigen aus, während Männer als (Ehe)Partner, Söhne und Väter etwa 20% stellen (Schneekloth & Müller, 2000).

Die Bedienung von Hilfsmitteln, die im Rahmen von high-tech home care eingesetzt werden, erfolgt demnach nicht nur durch MitarbeiterInnen der Pflegedienste und ÄrztInnen, sondern auch durch pflegende Laien. Gerade im Falle der Schwerstpflegebedürftigkeit können viele der betroffenen PatientInnen sich kaum an ihrer eigenen Versorgung selbst beteiligen, weshalb die Übernahme der pflegerischen und medizinischen Tätigkeiten oft voll und ganz durch pflegende Angehörige erfolgt.

In der einschlägigen Literatur wird high-tech home care in erster Linie auf versorgungsorganisatorische Fragen hin diskutiert (z.B. die Klärung der Aufgabenbereiche verschiedener Professionen, Managementformen, ökonomische Aspekte usw.). In vielen Fällen handelt es sich um

Evaluationsstudien entsprechender Versorgungsformen, die sich auf bestimmte Krankheitsbilder oder technische Interventionsformen beziehen (exemplarisch Rink et al., 1998; Curtis, 1997; Davitt & Kaye, 1995; Smith et al., 1992). Eine explizite Berücksichtigung der Perspektive der Laien-NutzerInnen, welche die PatientInnen selbst sowie pflegende Angehörige darstellen, findet dagegen kaum statt. Es wird auch selten eine explizite Betrachtung der technikintensiven Maßnahmen und der entsprechenden Hilfsmittel vorgenommen.

Das Problem der mangelhaften Datenbasis über high-tech home care in Deutschland beginnt bereits bei den fehlenden Daten über die Verwendung von Hilfsmitteln in der häuslichen Schwerstkrankenpflege. So wurden bislang kaum quantitative und qualitative Studien über den Einsatz von und dem Umgang mit Hilfsmitteln im Rahmen von high-tech home care durchgeführt. Eine Ausnahme bildet die von Ewers (2003) durchgeführte qualitative Studie über die häusliche Infusionstherapie, in welcher die Sicht- und Handlungsweisen von professionellen Pflegekräften analysiert wurden. Möchte man sich jedoch beispielsweise ein Bild über das Ausmaß an Beatmungen oder künstlicher Ernährung im häuslichen Bereich in Deutschland machen, stehen dazu keine bundesweit auswertbaren Daten zur Verfügung.

Eine der wenigen Studien in diesem Themenbereich stellt eine vergleichende Untersuchung der häuslichen Sauerstofftherapie in fünf europäischen Ländern (Dänemark, Deutschland, England, Frankreich und Italien) dar, in der die Situation innerhalb dieser „gesundheitlichen Versorgungsnische“ transparent gemacht werden soll (Garattini, Corago & Tediosi, 2001). Hierbei wurden gesetzliche Rahmenbedingungen, die Marktsituation sowie Verschreibungs- und Lieferungsmodalitäten verglichen. Die Situation in Deutschland unterscheidet sich von anderen Ländern insofern, als die Abgabe von medizinisch-therapeutisch eingesetztem Sauerstoff und den entsprechend dazu notwendigen Hilfsmitteln nicht nur über Apotheken sondern auch über Sanitätshäuser

möglich ist; darüber hinaus haben hierzulande zum Zeitpunkt der Studie zwei führende Firmen etwa die Hälfte der Marktanteile inne. Die AutorInnen kommen zusammenfassend zu dem Schluss, dass die ausgesprochen heterogene Situation der häuslichen Sauerstofftherapie in den untersuchten Ländern eher Ausdruck örtlicher Gegebenheiten und ökonomischer Interessen der an diesem Markt Beteiligten darstellen, denn auf fachlich-inhaltliche Gründe zurückzuführen ist. Dieses Beispiel zeigt, dass wenig transparente und „exotische" Bereiche der gesundheitlichen Versorgung, die kaum untersucht werden, möglicherweise besonders gefährdet sind, nicht durch Kriterien einer bedarfsgerechten und evidenzbasierten Versorgung, sondern durch andere Faktoren gesteuert zu werden.

Zur Perspektive der NutzerInnen von Hilfsmitteln aus dem Bereich high-tech home care liegt eine qualitative Studie aus Kanada vor (Lehoux, 2004). Hier wurden PatientInnen und pflegende Angehörige als NutzerInnen von medizinisch-technischen Gerätschaften im Zusammenhang mit antibiotischer Infusionstherapie, parenteraler Ernährung, Peritonealdialyse und Sauerstofftherapie im häuslichen Bereich befragt und beobachtet. Die Autorin stellt fest, dass trotz einer hohen Akzeptanz der entsprechenden Gerätschaften und Kompetenz im Umgang diese von den NutzerInnen nicht als anwendungsfreundlich eingeschätzt werden. Dabei spielen sowohl technische Dimensionen eine Rolle, wie beispielsweise Größe, Gewicht und Lautstärke eines Gerätes, dessen Funktionalität und Sicherheit, als auch die Einschätzung eigener Fähigkeiten im Umgang mit den Geräten. Darüber hinaus ist für die NutzerInnen auch ihre Wahrnehmung hinsichtlich einer gewissen sozialen Verträglichkeit der Gerätschaften entscheidend. So fühlen sich PatientInnen und pflegende Angehörige in ihrem Sozialleben sowohl durch technische Barrieren als auch durch soziale Stigmatisierung eingeschränkt. Lehoux (2004) stellt fest, dass trotz des unbestreitbar positiven gesundheitlichen Effektes der untersuchten medizinischen Technologien das Leben der Betroffenen

durch diese deutlich eingeschränkt wird. Um zu einer Verbesserung der Situation und mehr Anwendungsfreundlichkeit der Technologien zu kommen, schlägt die Autorin zwei Lösungsansätze vor. Zum einen sollten zukünftig in der Entwicklung entsprechender Gerätschaften die Bedürfnisse der NutzerInnen berücksichtigt werden. So müssen die Geräte nicht nur zweckmäßig und sicher sein, sondern auch hinsichtlich Gewicht, Lautstärke und Ausmaß dem häuslichen Gebrauch angepasst werden, die Bedienung einfach gestaltet, Displays lesbar sein usw. Zum anderen benötigen die NutzerInnen eine gezielte und systematische Anleitung und Unterstützung in der Benutzung, damit ihre Kompetenz im Umgang mit den Gerätschaften kontinuierlich gefördert und gefestigt wird. In ihrer Schlußfolgerung warnt Lehoux (2004) davor, high-tech home care als einfache – weil im Vergleich zur stationären Versorgung – kostengünstigere Variante einzusetzen: “However, this study pinpoints the possibility that using high-tech home care without a proper patient support system might create more problems than it would solve.” (Lehoux, 2004, ohne Seitenangabe).

Um die Situation der ambulanten Schwerstkrankenpflege in Deutschland aus Sicht der Betroffenen zu beleuchten, wurde an der Universität Bremen im Rahmen des Promotionsvorhabens der Autorin des vorliegenden Beitrages eine explorative Studie durchgeführt. Da viele der betroffenen PatientInnen aufgrund schwerwiegender Erkrankungen oftmals nicht in der Lage sind, sich selbst an ihrer Versorgung zu beteiligen, ist auch ihre Sicht als eigentliche „EndverbraucherInnen“ oft nicht zu erheben. Daher wurden pflegende Angehörige als NutzerInnen von Hilfsmitteln in high-tech home care befragt, da sie die häusliche Versorgung der Schwerstpflegebedürftigen gewährleisten.

Einsatz von Hilfsmitteln in der häuslichen Schwerstkrankenpflege

Im Rahmen von high-tech home care werden vor allem PatientInnen mit folgenden Erkrankungen versorgt:

- schwere chronische und progredient verlaufende Erkrankungen, z.B. Krebserkrankungen, Erkrankungen mit zunehmenden Lähmungserscheinungen
- nach Unfällen mit bleibenden Folgen wie Lähmungen (z.B. Querschnittslähmung) oder Wachkoma
- sterbende PatientInnen mit Atemproblemen, Schmerzzuständen, Flüssigkeitsmangel
- Kinder, die schwer- und mehrfachbehindert geboren werden
- Früh- und Neugeborene mit Entwicklungsverzögerungen

Zur Versorgung dieser Gruppen an PatientInnen werden bestimmte medizinische Therapieformen eingesetzt:

- Künstliche Ernährung
- Sauerstoff- und Beatmungstherapie
- Schmerztherapie
- Monitoring zur Überwachung der Kreislauf- und Atemfunktionen
- Heimdialyse (Bauchfell- oder Peritonealdialyse)

Um diese Therapien durchführen zu können, werden entsprechende medizinische Gerätschaften benötigt. Darüber hinaus sind eine Reihe an pflegerischen Hilfsmitteln notwendig, um eine Versorgung der Schwerstpflegebedürftigen im häuslichen Umfeld verwirklichen zu können. Bei den in der Studie Befragten kamen neben den medizinisch-technischen Gerätschaften vor allem Hilfsmittel zur Mobilisation und Lagerung sowie zur Körperpflege zum Einsatz (siehe Tabelle 4.18).

Tabelle 4.18 Übersicht zu eingesetzten technischen Gerätschaften als Hilfsmittel in der ambulanten Schwerstkrankenpflege

Einsatz	Hilfsmittel (medizinisch- und pflegerisch-technische Geräte)
Medizinischer Einsatz	Beatmungsgerät Trachealkanüle (bei Luftröhrenschnitt) Sauerstoffsystem (Konzentratoren, Druck- und Flüssiggas) Absaugsystem Inhaliergerät Monitoring-Gerät (zur Messung von Puls, Blutdruck, Atemfrequenz, Sauerstoffkonzentration im Blut) System zur künstlichen Ernährung (Magensonde, Ernährungspumpe) Gerätschaft zur Bauchfelldialyse Kathetersystem zur künstlichen Urinableitung
Mobilisation und Lagerung	Pflegebett und Therapieliege Bettgitter Antidekubitusmatratze Slightmatte (zum Transfer vom Bett in den Rollstuhl) Rollator Rollstuhl (manuell, elektrisch) Rehakarre (für Kinder) Stehtrainer, Arm- und Beintrainer Körperschale und –schiene (zur Lagerung) Liftersystem (fest installiert und mobil)
Körperpflege	Duschliege und –sitz Badewannensitz Haarwaschbecken Toilettenstuhl
Kommunikationshilfen	Hausnotruf Lese- und Schreibhilfe für Erwachsene Kommunikationshilfe für Kinder

Hilfsmittelverordnungen im Rahmen von high-tech home care

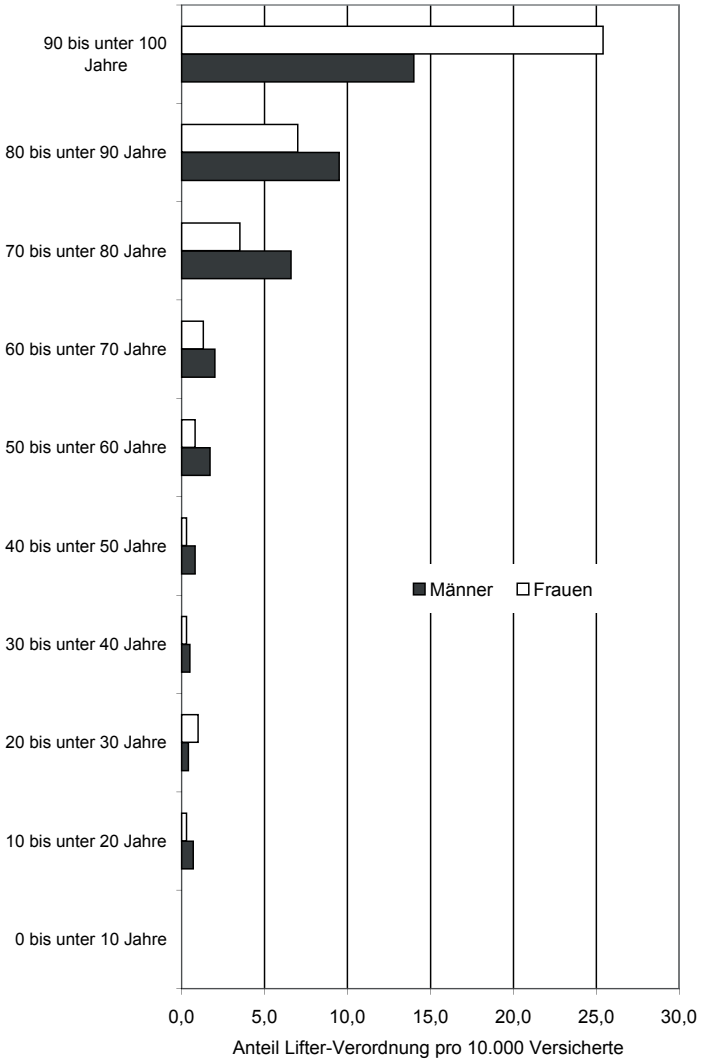
Die ambulante Schwerstkrankenpflege im Sinne von high-tech home care stellt in Deutschland keine von anderen häuslichen Pflegearrangements klar zu unterscheidende Versorgungsform dar. Daher ist es bislang nicht möglich – weder aus der Pflegeversicherungsstatistik, noch aus Statistiken der Krankenkassen – eine quantitative Beschreibung der Situation in Deutschland vorzunehmen. Um einen ersten Einblick zur Nutzung von medizinisch- und pflegerisch-technischen Gerätschaften in der Schwerstkrankenpflege zu gewinnen, werden im Folgenden exemplarisch die Verordnungsdaten der GEK einiger ausgewählter Hilfsmittel, die von sonstigen Leistungserbringern nach §302 SGB V abgerechnet wurden, dargestellt. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass es sich nur um Neuverordnungen aus dem Jahre 2004 handelt. Darüber hinaus ist zu bedenken, dass diese Daten keine Übersicht zu den Versicherten bieten kann, die aktuell solche Gerätschaften benutzen. Da häusliche Schwerstkrankenpflege nicht selten über viele Jahre erfolgen kann und benötigte Geräte auch zumeist über mehrere Jahre benutzt werden, wird die Anzahl an Versicherten, die derzeit tatsächlich die dargestellten Hilfsmittel verwenden, wesentlich größer sein.

Bei Schwerstpflegebedürftigen handelt sich überwiegend um PatientInnen, die sich kaum noch selbst bewegen können. Dennoch sind viele nicht zwingend bettlägerig und können liegend oder sitzend transportiert werden. Dies ist z.B. im Rahmen der Körperpflege notwendig und um innerhalb und außerhalb der Wohnung am sozialen Leben teilnehmen zu können. Für den Transport in und aus dem Pflegebett, dem Rollstuhl, einer fahrbaren Liege bzw. in und aus der Badewanne, der Dusche und zur Benutzung der Toilette können verschiedene Liftersysteme verwendet werden, die unter den Hilfsmitteln zu den Mobilitätshilfen zählen. Die meisten der Geräte sind so konzipiert, dass sie – mit einiger Übung –

von einer pflegenden Person alleine bedient werden können. Es werden mobile, d.h. fahrbare sowie an Wand oder Decke fest installierte Geräte unterschieden.

Bei der GEK wurden im Jahr 2004 insgesamt 145 Lifter (davon 80 % fahrbare Lifter) neu verordnet, die knapp 200.000 Euro an Kosten verursacht haben. Damit lagen die durchschnittlichen Ausgaben für eine Lifter-Verordnung pro PatientIn bei etwa 1.400 Euro. Dabei fielen die durchschnittlichen Kosten für männliche und weibliche Leistungsversicherte pro Gerät etwas unterschiedlich aus: So kostete eine Lifterverordnung pro Mann etwa 1.300 Euro, während diese pro Frau bei 1.500 Euro lag. Mehr als die Hälfte der Geräte wurde innerhalb der Altersgruppe der 50-80-Jährigen PatientInnen benötigt und mit 65% machten männliche Leistungsversicherte etwa zwei Drittel der mit Liftern Versorgten aus. Abbildung 4.10 zeigt den Anteil an Lifterverordnungen pro 10.000 versicherte Frauen und Männer der GEK in verschiedenen Altersgruppen. So entfielen beispielsweise bei den 70-80-Jährigen auf 10.000 versicherte Männer 7 Lifterverordnungen, auf 10.000 versicherte Frauen dieser Altergruppe entfielen knapp 4 solcher Verordnungen.

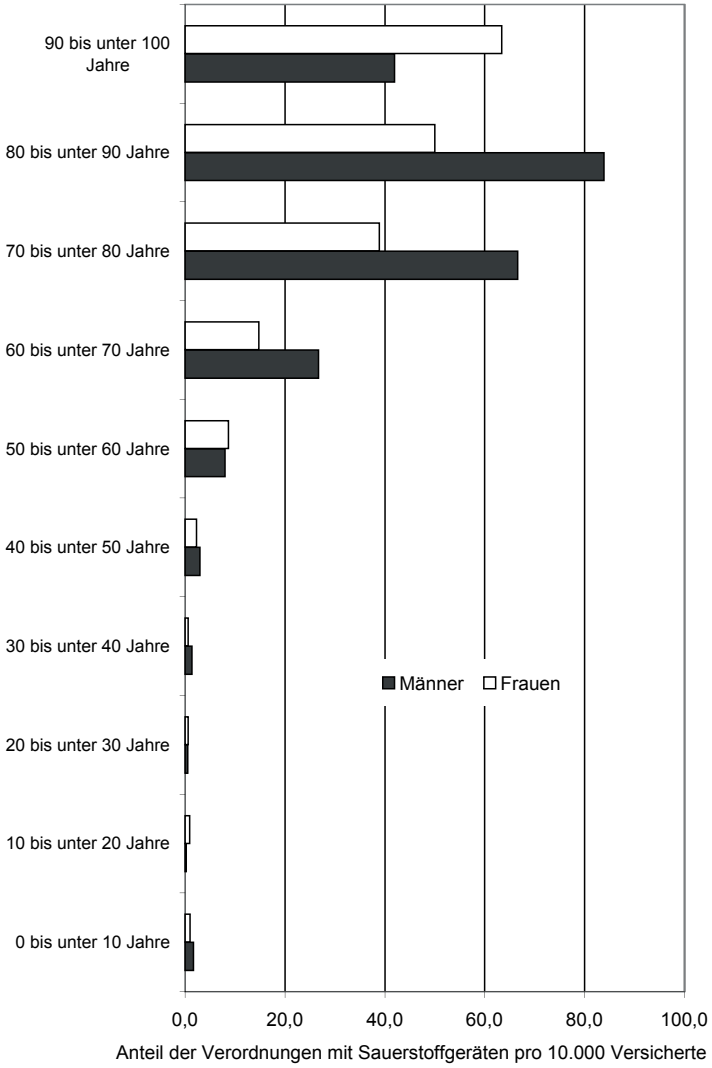
Abbildung 4.10 Anteil der Lifterverordnungen (fahrbar und fest montiert) pro 10.000 Versicherte im Jahr 2004 nach Alter und Geschlecht



PatientInnen mit Einschränkungen und Erkrankungen, die im Zusammenhang mit dem Atemwegssystem stehen, benötigen bei entsprechenden Indikationen Sauerstoffgeräte aus dem Bereich der Hilfsmittel zur Inhalations- und Atemtherapie. Zur Anwendung kommen sowohl Sauerstoffkonzentratoren, die Sauerstoff aus der Raumluft konzentrieren und damit die Atemluft der PatientInnen anreichern können, als auch Geräte, die Sauerstoff in Form von Druck- oder Flüssiggas verabreichen.

Im Jahr 2004 wurden für 659 Versicherte Geräte zur Sauerstoffanreicherung der Atemluft verordnet und für 361 Versicherte Sauerstoffgeräte zur Verwendung von Druck- und Flüssiggas. Diese Verordnungen beliefen sich auf ein Kostenvolumen von insgesamt knapp 950.000 Euro. Pro Verordnung ergaben sich damit durchschnittlich Kosten in Höhe von 924 Euro - für männliche Leistungsversicherte waren es 935 Euro, für weibliche 905 Euro. Die Ausgaben für Sauerstoffkonzentratoren (918 Euro pro PatientIn) und Geräte, die Druck- oder Flüssiggas (937 Euro pro PatientIn) verabreichen, unterschieden sich nur wenig. Über die Hälfte aller Verordnungen entfielen auf die Altersgruppe der 60-80-Jährigen und mit 66% bildeten Männer zwei Drittel der Versicherten mit einer Verordnung für ein Sauerstoffgerät. Bezogen auf die Gesamtversicherten wurden im Jahr 2004 bei der GEK beispielsweise in der Altersgruppe der 80-90-Jährigen 84 Sauerstoffgeräte pro 10.000 versicherte Männer und 50 solcher Geräte pro 10.000 versicherte Frauen verordnet (siehe Abbildung 4.11).

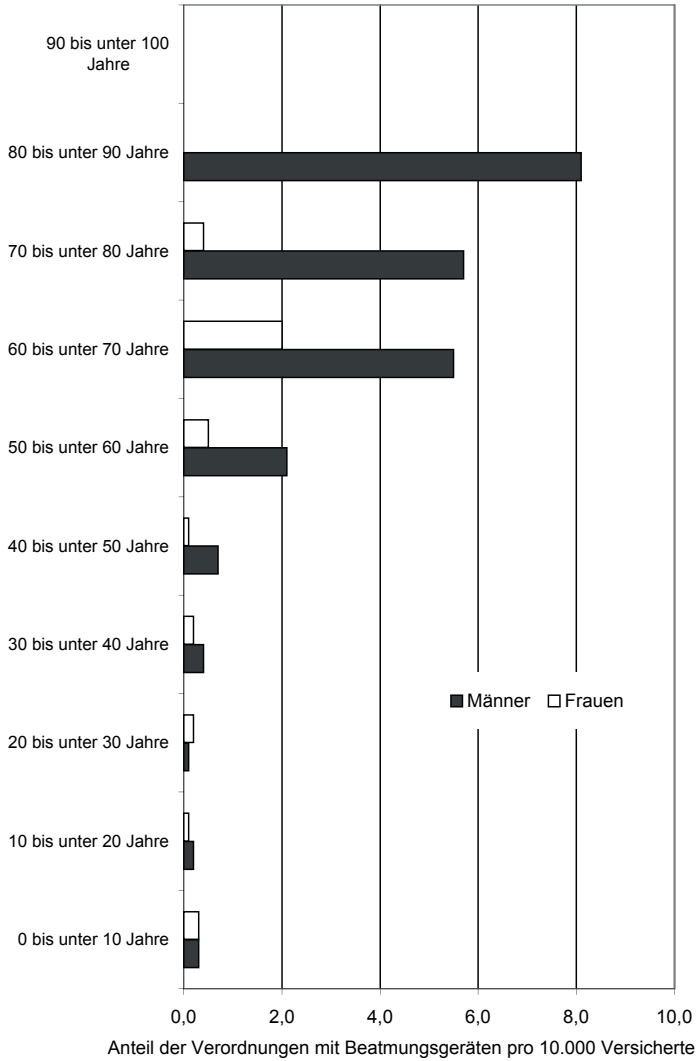
Abbildung 4.11 Anteil der Verordnungen an Sauerstoffgeräten (Konzentratoren und mit Gas) pro 10.000 Versicherte im Jahr 2004 nach Alter und Geschlecht



Als letztes Beispiel zu Hilfsmittelverordnungen, die im Zusammenhang mit high-tech home care stehen können, werden im Folgenden die Verordnungen von Beatmungsgeräten dargestellt. Im Jahr 2004 fielen bei der GEK insgesamt 138 Verordnungen für Beatmungsgeräte an. Diese verursachten Kosten in der Höhe von 675.000 Euro. Für männliche Leistungsversicherte beliefen sich die durchschnittlichen Kosten pro Gerät auf rund 4.900 Euro, für weibliche auf etwa 4.700 Euro. Die meisten Geräte (60%) wurden für 50-70-jährige PatientInnen verordnet und Männer erhielten mit 83% mehr als drei Viertel der Verordnungen. Werden die Verordnungen der Beatmungsgeräte auf alle Versicherten der GEK im Jahr 2004 bezogen, zeigt sich beispielsweise, dass pro 10.000 der 60-70-jährigen Versicherten 6 Geräte für Männer und 2 Geräte für Frauen verordnet wurden (siehe Abbildung 4.12).

Die exemplarischen Auswertungen machen deutlich, dass vor allem betagte und hochbetagte Versicherte Verordnungen für die ausgewählten Hilfsmittel erhalten. Allerdings zeigt sich auch, dass das gesamte Altersspektrum und damit auch Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene von Schwerstpflegebedürftigkeit betroffen sind, was den Einsatz solcher Hilfsmittel notwendig macht. Auffällig ist die Tatsache, dass mehr männliche als weibliche Versicherte solche Gerätschaften benötigen.

Abbildung 4.12 Anteil der Verordnungen an Beatmungsgeräten pro 10.000 Versicherte im Jahr 2004 nach Alter und Geschlecht



Vergegenwärtigt man sich zunächst die Geschlechterverteilung bei der Pflegebedürftigkeit, so zeigt sich, dass überwiegend Frauen betroffen sind: Sie machen 68% aller nach der Pflegeversicherung (SGB XI) geltenden Pflegebedürftigen aus (Statistisches Bundesamt, 2005). Als schwerstpflegebedürftig gelten diejenigen, die in Pflegestufe III eingestuft sind und hier verhält sich die Verteilung bei Frauen und Männern gleichermaßen – es gelten bei beiden Geschlechtern etwa 13% gemäß der Pflegestufe III als schwerstpflegebedürftig. Vermutlich sind sowohl Versicherte, die einen Lifter zur Mobilisation benötigen als auch diejenigen, die ein Beatmungsgerät verordnet bekommen von Schwerstpflegebedürftigkeit betroffen. Warum eher Männer diese Hilfsmittel benötigen, kann also nicht damit erklärt werden, dass sie eher schwerstpflegebedürftig sind als Frauen. Allerdings stellen Männer innerhalb der Grundgesamtheit aller Versicherten in der GEK bei den 50-80-Jährigen knapp 59%, worin zumindest teilweise eine Begründung liegen kann, dass diese im Vergleich zu den Frauen auch bei den Verordnungen überproportional vertreten sind. Darüber hinaus spielen vermutlich aber noch andere Faktoren eine Rolle. Während die Verordnung eines Lifters sowie eines Beatmungsgerätes in den meisten Fällen mit Schwerstpflegebedürftigkeit einhergeht, kann es sich im Falle des Bedarfes an einem Sauerstoffgerät auch um PatientInnen handeln, die weniger oder gar nicht pflegebedürftig sind. Daher sind es vermutlich bestimmte gesundheitliche Einschränkungen bzw. Erkrankungen, die geschlechtsspezifisch verteilt sind und deshalb dazu führen, dass mehr Männer als Frauen bestimmte Hilfsmittel im Rahmen von high-tech home care benötigen.

Hilfsmittel aus Sicht von pflegenden Angehörigen als NutzerInnen

In den folgenden Abschnitten werden einige Ergebnisse der Studie über die Sichtweise pflegender Angehöriger auf die häusliche Versorgungssituation von Schwerstpflegebedürftigen vorgestellt. Als NutzerInnen von pflegerisch- und medizinisch-technischen Hilfsmitteln im Rahmen von high-tech home care, wurde ihre Perspektive mithilfe qualitativer Interviews

erhoben. Die im folgenden dargestellten Ergebnisse fokussieren auf den Zugang zu den Hilfsmitteln, den Umgang mit den Gerätschaften und die notwendigen Anpassungsleistungen und Arrangements, welche die Befragten leisten müssen, wenn sie eine häusliche Pflege mit Hilfsmitteln aus dem Bereich high-tech home care realisieren.

Zugang zu den Hilfsmitteln

Die Beschaffung von Gerätschaften wie Sondenpumpen, Sauerstoff- und Beatmungsgeräten erfolgt in der Regel über Kliniken und niedergelassene ÄrztInnen. Zur Benutzung der meisten Geräte ist überdies eine Reihe an Verbrauchsmaterialien notwendig, die von den betreuenden ÄrztInnen zumeist immer wieder neu rezeptiert werden müssen. Einige der Angehörigen erhalten eine einmalige Dauerverordnung, was sie als ausgesprochen hilfreich empfinden, da dies Terminabsprachen und Wartezeiten erspart und die Hilfsmittel bei Bedarf direkt bei den Lieferanten bezogen werden können. Andere berichten über Schwierigkeiten, wenn sie von ihrer Krankenkasse aufgefordert werden, den Verbrauchsbedarf für einen längeren Zeitraum (mehrere Monate) im Voraus einzuschätzen und sie die Materialien nicht nach Bedarf organisieren können. Dies ist z.B. bei Hilfsmitteln wie Absaugkathetern und Windeln nicht einfach, da eine unvorhergesehene Erkältung oder plötzlicher Durchfall bei den Pflegebedürftigen den Verbrauch dieser Materialien rapide steigern kann.

Über Geräte und andere Hilfsmittel werden NutzerInnen eher unsystematisch informiert. Zumeist übernehmen sie das, was sie als Erstverordnung von der Klinik erhalten; manche Rehabilitationskliniken organisieren auch eine Präsentation von Hilfsmitteln und Geräteeinweisungen, wodurch künftig pflegende Angehörige einen ersten Einblick über Möglichkeiten der Hilfsmittelversorgung erhalten können. In der häuslichen Versorgung erfahren die NutzerInnen eher zufällig und sporadisch etwas über Hilfsmittel, z.B. über andere Betroffene oder sie bekommen Hinweise

von Pflegekräften, ÄrztInnen und anderen TherapeutInnen. Darüber hinaus bekommen sie Informationen über Sanitätshäuser, die oftmals die Hilfsmittel liefern. Allerdings informieren diese vor allem darüber, worauf die NutzerInnen Anspruch haben, was sich aber in der Versorgungssituation nicht unbedingt als sinnvoll erweisen muss. So berichten die Befragten darüber, dass falsche bzw. für ihre Situation unbrauchbare Hilfsmittel geliefert werden, deren Umtausch zeitraubend ist und teilweise vehement eingefordert werden muss:

„Nee, sag‘ ich, damit können Sie gleich wieder nach Hause gehen. Die wurden richtig grantig, weil ich gesagt hab, ich, da hab‘ ich gesagt: Ja kommen Sie rein, zeigen Sie mir mal, ich setz mich mal rein. Das, der war nur an einem Hebel zu verschieben, keine Kopfstütze. Nee, hab‘ ich gesagt, meine Tochter macht immer so [macht vor, wie der Kopf nach hinten abknickt, JL]. Na ja, dann ham’ sie‘s eingesehen, dann mussten sie’s wieder mitnehmen. Der vom Sanitätshaus, der war so grantig…“

(Interview 1, Absatz 304)

Diese befragte Mutter erzählt, wie ihr vom Sanitätshaus ein Lifter zur Mobilisation der wachkomatösen Tochter gebracht wird, der sich für ihre Belange als unbrauchbar erweist, da keine Kopfstütze vorhanden ist. Offensichtlich hat die Interviewte relativ genaue Vorstellungen darüber, welche Kriterien ein Lifter erfüllen muss, um für ihre Situation hilfreich zu sein. Erstaunlich ist, dass dieses Wissen im Vorfeld anscheinend nicht berücksichtigt wurde und dass darüber hinaus die Mutter ihr Anliegen mit einer solch nachdrücklichen Vehemenz darlegen muss, um schließlich das passende Hilfsmittel zu bekommen. Nicht selten durchlaufen Angehörige eine wahre Odyssee durch das Versorgungssystem, bis das richtige, also passende Hilfsmittel gefunden ist bzw. bis die Hilfsmittelversorgung reibungslos funktioniert, wie aus dem folgenden Zitat einer pflegenden Mutter deutlich wird:

„…das hat aber lange gedauert, bis ich auf den Weg gekommen bin, bis mir irgend einer bei der Kasse da sagen konnte: Das ist der richtige Weg (…) kann von Pontius bis Pilatus telefonieren, überall gibt es andere Aussagen, und es nervt und der Apotheker weiß auch nicht…“

(Interview 15, Abschnitte 436 und 448)

Hier spiegelt sich die Unübersichtlichkeit in der Hilfsmittelversorgung im Rahmen von high-tech home care wider, wie sie viele der Befragten erlebt haben: Es gibt keine Instanz, an die sie sich wenden können, die tatsächlich genau Bescheid weiß.

Umgang mit den Gerätschaften

Sind in der Versorgung medizinisch-technische Gerätschaften, wie Beatmungs- und Absauggeräte, Monitore, Pumpsysteme und Liftersysteme im Einsatz, werden diese den NutzerInnen in der Regel von MitarbeiterInnen der liefernden Firmen in ihrer Funktions- und Anwendungsweise erläutert. Bei einer solchen Einweisung handelt es sich um eine einmalige Angelegenheit, ein systematisches Einüben findet nicht statt. Nach Erfahrung der meisten Befragten bieten die Firmen aber den Service an, bei Problemen und Nachfragen jederzeit anrufen zu können. Darüber hinaus gibt es zumeist einen 24-Stunden-Notruf, der kontaktiert werden kann, wenn ein wichtiges Gerät ausfällt. Der unangestrengte und schließlich routinierte Umgang mit den Gerätschaften wird in erster Linie im alltäglichen Umgang gelernt, bei dem die meisten Angehörigen auf sich selbst gestellt sind, wie die folgende pflegende Mutter beschreibt:

„Ja doch, dieser Lifter auch, da war der [Mitarbeiter der Lieferfirma, JL] auch da, hat uns da eingewiesen. Obwohl, das ist immer, ja ne kurze Einweisung und dann muss man nachher selber sehen wie man damit klar kommt ne, also, das muss ich sagen, das lief eigentlich ganz gut…“

(Interview 13, Abschnitt 139)

Die zitierte Mutter erinnert sich an eine Einweisung zur Bedienung eines Liftersystem, welches zur Mobilisation der weitgehend bewegungsunfähigen schwerstpflegebedürftigen Tochter notwendig ist. In diesem Fall kommt die Befragte zu dem Schluss, dass sie im Umgang mit dem Gerät durch das praktisches Einüben in der täglichen Versorgung – bei der sie auf sich selbst gestellt ist – gut zurecht kommt. Für eine andere Interviewte stellt sich die Situation dagegen nicht ganz so einfach dar:

„Also es sind schon Sachen, wo man langsam rein wächst. Egal ob's der Lifter ist, wann da nun irgendwann aufgeladen werden muss, wie man das am besten handhabt, das kriegt man sowieso für sich selbst am besten raus. Ob's der Rollstuhl ist, wie wo was funktioniert, wie man was verändern kann, verstellen kann (…) und das wäre schöner, wenn ich da leichter mit umgehen könnte. Aber ich denke mir, das bringt die Zukunft einfach, je öfter man damit umgeht, desto mehr Routine wird man reinkriegen. Es ist ja eben wie beim Lifter auch, da hatt' ich anfangs auch meine Schwierigkeiten mit (…) da muss man sich oftmals alleine durchwuscheln da kann einem keiner Hilfestellung bei geben…"

(Interview 12, Abschnitte 115 und 126)

Diese pflegende Ehefrau erläutert zunächst, dass auch sie sich selbst mit den für sie relevanten Funktionsweisen der Gerätschaften vertraut macht. Allerdings formuliert sie gerade zu Beginn dieser Einarbeitung Schwierigkeiten und wünscht sich einen leichteren Umgang bzw. eine Hilfestellung, die sie offenbar nicht erfahren hat. Sie kommt daher zu dem Schluss, dass sie mit der für sie schwierigen Situation alleine fertig werden muss – wobei ihr ihrer Ansicht nach auch niemand helfen kann.

Eine Hilfestellung im täglichen Umgang mit den Gerätschaften können vor allem professionelle Pflegekräfte bieten, wenn ein ambulanter Pflegedienst in die Versorgung eingebunden ist. Diesbezüglich machen die Befragten sehr unterschiedliche Erfahrungen. Es gibt sowohl

Pflegekräfte, die eine kompetente Unterstützung bieten können, als auch solche, die im Umgang mit vielen Hilfsmitteln auch nicht mehr vertraut sind als pflegende Angehörige. Zum einen erschwert die nahezu unüberschaubare Auswahl an Hilfsmitteln und deren unterschiedliche Bedienungsweise es den Pflegekräften, mit allen kompetent und routiniert umzugehen. Zum anderen haben es ambulant tätige Pflegekräfte in Deutschland bislang nur in Ausnahmefällen mit high-tech home care zu tun, weshalb die Beschäftigten in den meisten Pflegediensten keine ausgesprochenen ExpertInnen für diese Versorgung sind. Oftmals haben sich sogar die pflegenden Angehörigen als Laien-NutzerInnen im Laufe der Zeit ein größeres Erfahrungswissen und damit eine spezielle Expertise im Umgang mit Gerätschaften und Hilfsmitteln erarbeitet, als es die betreuenden Pflegekräfte und ÄrztInnen haben:

„Ja, am Anfang war das alles böhmische Dörfer (…). Na ja, inzwischen ist es so, dass ich, ähnlich wie beim Computer, Anwender bin. Ich weiß was da drauf stehen muss, weiß so ungefähr was das dann heißt, was das so im Körper dann macht (…), ich kann, denk ich, damit umgehen. Ich denke, wenn irgend en Schlauch oder irgend ne Anzeige nicht funktioniert, weiß sicherlich die Kinderkrankenschwester schon auch Bescheid, aber die Fehlerquelle finde ich meistens, weil ich doch am meisten damit beschäftigt bin, wie sich das anhören muss, wie die Einstellung aussehen muss, und die mich dann auch fragen: Kuck mal ist das so richtig?“

(Interview 18, Abschnitt 112)

Zunächst erinnert sich die befragte Mutter daran, dass sie sich zu Beginn der Pflegebedürftigkeit ihrer beatmungspflichtigen Tochter hinsichtlich der eingesetzten Gerätschaften unwissend und unsicher fühlte. Schließlich hat sie sich eine sehr pragmatische Umgangsweise mit dem benutzten Beatmungsgerät angeeignet, die sie als analog zu ihrem Umgang mit dem Computer beschreibt. Obwohl sie davon ausgeht, dass professionelle

Pflegekräfte bei auftretenden Problemen weiterhelfen können, erwähnt die Mutter am Schluss des Zitates, dass dennoch meist sie selbst diejenige ist, welche mögliche Fehlerquellen am Gerät entdeckt. Sie erklärt dies mit ihrem täglichen Umgang mit der Technik, was schließlich dazu führt, dass sie als pflegende Angehörige über eine eigene Expertise verfügt, die auch von den professionellen Pflegekräften genutzt wird. Aus diesem und weiteren Interviews geht hervor, dass Angehörige, die Schwerstpflegebedürftige schon sehr lange und manchmal auch ohne professionelle Unterstützung versorgen, mit den in high-tech home care eingesetzten Gerätschaften zumeist ausgesprochen routiniert umgehen können.

Anpassungsleistungen in high-tech home care und Arrangement mit Hilfsmitteln

Um die Versorgung einer schwerstpflegebedürftigen Person im häuslichen Umfeld zu realisieren, bedarf es einer Reihe an Anpassungsleistungen. Diese beziehen sich auf entsprechende Arrangements hinsichtlich des Wohnraums, über die Gestaltung des Alltags bis hin zu sehr persönlichen Anpassungsleistungen der pflegenden Angehörigen in der Beziehung zur pflegebedürftigen Person. Aufgrund der Schwerstpflegebedürftigkeit muss eine Wohnung bestimmte Kriterien erfüllen und z.B. behindertengerecht sein, damit eine adäquate Versorgung realisiert werden kann. Es muss genügend Platz für Gerätschaften und Hilfsmittel vorhanden sein und pflegende Angehörige sowie andere, meist familiäre MitbewohnerInnen, müssen sich damit arrangieren, wenn Teile der Wohnung wie eine Intensivstation anmuten. Dabei können die Bedürfnisse pflegender Angehöriger und MitwohnerInnen nach Privatsphäre und einem gemütlichen und ruhigen Zuhause nicht selten diametral den Erfordernissen einer häuslichen Versorgung von Schwerstpflegebedürftigen entgegenstehen: Ein mit Pflegebett und Liftersystem ausgestattetes Wohnzimmer wirkt nur noch bedingt wohnlich, der zeitweise hohe oder auch ständige Geräuschpegel von Beatmungs- und

Absauggeräten oder Monitorsystemen lässt kaum zu, dass einmal Ruhe eintreten kann und schließlich kann auch die regelmäßige Anwesenheit Professioneller die Privatsphäre von Angehörigen empfindlich stören.

Hinsichtlich möglicher Platzprobleme steht folgender Interviewausschnitt exemplarisch:

„…und eine Duschliege. Damit ist natürlich das Badezimmer voll, kann schon fast gar nicht mehr von uns genutzt werden. Also so, das ist klar, nicht, das ist alles eng und mit diesen ganzen Gerätschaften – man weiß ja manchmal nicht, wo man noch was hinpacken muss. Ne, die ganzen Lagerungsmaterialien und der Lifter steht ja jetzt schon draußen im Vorflur. Das hatte ich noch mit den Nachbarn abgesprochen, dass der nach draußen kann, denn es steht ja alles rum, auch im Weg...“

(Interview 13, Absatz 94)

Für Lagerung und Benutzung von Liftersystemen, Roll- und Toilettenstühlen, Duschliegen usw. wird viel Platz benötigt, womit sich die pflegenden Angehörigen und weitere MitbewohnerInnen arrangieren müssen. Darüber hinaus müssen alle weiteren Pflegehilfsmittel oftmals auch in größerem Umfang gelagert werden, was es ebenfalls zu bedenken gilt. Neben Platzproblemen berichten die Befragten auch oft von störenden Geräuschen oder gar Lärm, der von verschiedenen medizinisch-technischen Geräten verursacht wird, wie aus dem folgenden Zitat deutlich wird:

„…das ist ne, wie so ne Waschmaschine ist so‘n Sauerstoffkonzentrator. Und ehm, ja, wir ham’ ne Drei-Zimmerwohnung gehabt – wo den hinstellen? Also (Name des pflegebedürftigen Sohnes) brauchte zum Glück nicht immer Sauerstoff, aber, ja, wo den hinstellen? Weil der ist ja laut, der produziert Wärme, denn hat man Kabel in der Wohnung rum liegen...“

(Interview 23, Absatz 13)

Die befragte Mutter weist darauf hin, dass ein solches Gerät nicht nur Platz benötigt und Lärm verursacht, sondern es müsse auch bedacht werden, dass das Gerät Wärme entwickelt und die Benutzung damit verbunden ist, dass mehrere Kabel und Leitungen in der Wohnung herumliegen. Ein solches Gerät kann also kaum dezent innerhalb eines Haushaltes platziert werden, sondern es wird deutlich, dass ein solches Gerät in der Art einer Waschmaschine mit jeder Menge Kabel und einem erheblichen Geräuschpegel die Atmosphäre eines Wohn- oder Kinderzimmers entscheidend prägt und dieses dadurch an Wohnlichkeit und Behaglichkeit einbüßt. Einige der Befragten fordern explizit Alternativen ein, gerade wenn es um eine für sie unakzeptable Lärmbelästigung durch Gerätschaften geht:

„Diese (Firmenname des Beatmungsgerätes),da hab ich von vorn herein gesagt: Nee, also das will ich nicht haben. Das macht ein Heidenlärm beim beatmen ‚puff, paff, puff, paff' und man will ja auch daneben noch ein bisschen schlafen ne…"

(Interview 15, Absatz 54)

Zusammenfassend sind folgende Bereiche hinsichtlich des Einsatzes von Hilfsmitteln im Rahmen von high-tech home care aus Sicht der NutzerInnen zu verbessern:

- Sicherstellung einer unbürokratischen Hilfsmittelversorgung (z.B. mithilfe von Dauerverordnungen, Versorgung auch bei ungeplant erhöhtem Bedarf)
- Schaffung einer Anlaufstelle mit Hilfsmittelkompetenz (Erhöhung der Transparenz über Hilfsmittel und Anwendungsmöglichkeiten)
- Angebot einer individuellen Beratung, systematischen Einarbeitung und Schulung im Umgang mit Hilfsmitteln sowie bei Bedarf einer zeitweiligen Begleitung (z.B. im Rahmen einer fallorientierten Betreuung – Case Management)

- Berücksichtigung der NutzerInnenperspektive in der Entwicklung von Hilfsmitteln hinsichtlich ihrer Anwendungsfreundlichkeit sowie hinsichtlich der Erleichterung der häuslichen Versorgung (Berücksichtigung technischer Modalitäten sowie Größe, Lärm, Gewicht der Geräte)
- Anerkennung der speziellen NutzerInnenexpertise im individuellen Versorgungsfall

Fazit

Über den Einsatz von Hilfsmitteln in der häuslichen Pflege gibt es in Deutschland bislang kaum Erkenntnisse, zumal nicht über high-tech home care, da diese Art der Versorgung hierzulande noch eine Ausnahme darstellt. Gerade diese Versorgungsform ist ohne Hilfsmittel nicht möglich; sie ist auch nicht möglich ohne das Engagement pflegender Angehöriger, da die in den meisten Fällen notwendige rund-um-die-Uhr-Versorgung ausschließlich mit professionellen Pflegediensten finanziell kaum leistbar ist. Zu den wichtigsten NutzerInnen der medizinisch- und pflegerisch-technischen Hilfsmittel im Rahmen von high-tech home care zählen daher pflegende Angehörige, da sich die PatientInnen selbst meist nicht an ihrer Versorgung beteiligen können.

Vor dem Hintergrund der vermuteten Zunahme an Pflegebedürftigkeit – nicht zuletzt durch medizinische und versorgungstechnische Fortschritte sowie der gesundheitspolitischen Prämisse „ambulant vor stationär" – wird eine Ausweitung der häuslichen Versorgung auf Schwerstpflegebedürftige mit technikintensivem Versorgungsbedarf künftig zu erwarten sein und muss entsprechend ausgebaut werden (Schaeffer & Ewers, 2002). Ebenfalls vor dem Hintergrund der vom Sachverständigenrat (2003) angemahnten Nutzerorientierung und Partizipation der Betroffenen in der gesundheitlichen Versorgung, gilt es die Sichtweise der NutzerInnen, also auch der pflegenden Angehörigen zu berücksichtigen: Damit technische Gerätschaften und andere Hilfsmittel in der Pflege sinnvoll und effektiv

eingesetzt werden können, müssen sie in der jeweils individuellen Versorgungssituation auch passend sein. Ob aber Hilfsmittel passend sind, hängt nicht nur von deren medizinisch- und pflegerisch-technischen Funktionen und einer durch die ärztliche Verordnung attestierten „objektiven“ Nützlichkeit ab, sondern auch vom individuellen und subjektiv eingeschätzten Nutzen. Aus Sicht der NutzerInnen ist ein Hilfsmittel vor allem dann nützlich, wenn es seine Funktionen sicher erfüllt und mit diesem im Alltag eine akzeptable lebensweltliche Anpassung möglich ist.

Die Berücksichtigung der NutzerInnenperspektive kann dazu beitragen, mehr Transparenz über die Möglichkeiten der Hilfsmittelversorgung in Deutschland zu erlangen. Darüber hinaus gilt es hierzulande die Entwicklung einer nutzerInnenorientierten Hilfsmittelexpertise anzustoßen, an der auch alle professionellen NutzerInnen von Hilfsmitteln, wie Pflegekräfte, ÄrztInnen und andere TherapeutInnen zu beteiligen sind.

4.5 Probleme in der Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln: Zuordnung von Hilfsmittelpositionsnummern zu Pharmazentralnummern

Das Hilfsmittelverzeichnis (HMV) dient in erster Linie der Qualitätssicherung. Voraussetzung für die Aufnahme neuer Hilfsmittel in das HMV ist nach § 139 SGB V, dass der Hersteller die Funktionstauglichkeit und den therapeutischen Nutzen des Hilfsmittels sowie seine Qualität nachweist. Um die Transparenz der Lieferkette zu gewährleisten, muss mit der Aufnahme ins HMV ein Produktverantwortlicher benannt werden, so dass klar ist, wer die rechtliche Verantwortung für die auf den Markt gebrachten Produkte trägt. Im GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2004 wurde die missbräuchliche Verwendung von Hilfsmittelpositionsnummern (HPN) erstmals thematisiert. Bei Hilfsmitteln mit PZN und HPN stimmen die Angaben im ABDA-Artikelstamm nicht immer mit den Angaben im HMV überein. Daher wurde auch für den diesjährigen Report ein Abgleich des HMV mit dem ABDA-Artikelstamm durchgeführt. Es wurden drei verschiedene Auswertungsstrategien verfolgt: Auswertung einer Zufallsstichprobe, Mehrfachnutzung von ‚regulären' HPN durch verschiedene Hersteller und Nutzung von ‚irregulären' HPN. Die Hochrechnung ergab bei konservativer Schätzung, dass 9.247 PZN (16,4% aller PZN mit HPN) im ABDA-Artikelstamm mit einer unzutreffenden HPN versehen sind. 10.672 PZN (19%) sind mit einer gleichen HPN bei mehr als einem Hersteller gelistet, obwohl die HPN nur einem einzigen zugeteilt wurde. Insgesamt scheint die Hemmschwelle für die unzutreffende Zuordnung von HPN nicht hoch genug zu sein. Die Funktion des HMV als Instrument der Qualitätssicherung ist dadurch gefährdet. Den Apotheken steht für die Abgabe von Hilfsmitteln kein zuverlässiges Verzeichnis zur Verfügung. Die Stellungnahmen der Hersteller deuten daraufhin, dass nicht nur sie selbst, sondern auch andere Beteiligte, für diese Missstände verantwortlich sind.

Das Hilfsmittelverzeichnis (HMV) dient in erster Linie der Qualitätssicherung. Voraussetzung für die Aufnahme neuer Hilfsmittel in das HMV ist nach § 139 SGB V, dass der Hersteller die Funktionstauglichkeit und den therapeutischen Nutzen des Hilfsmittels sowie seine Qualität nachweist. Um die Transparenz der Lieferkette zu gewährleisten, muss mit der Aufnahme ins HMV ein Produktverantwortlicher benannt werden, sodass klar ist, wer die rechtliche Verantwortung für die auf den Markt gebrachten Produkte trägt (IKK-Bundesverband, 2003). Bei diesem, als Hersteller eingetragenen Verantwortlichen, muss es sich nicht zwingend um den eigentlichen Fertiger des Produktes handeln, sondern um denjenigen, der für das erstmalige Inverkehrbringen im eigenen Namen verantwortlich ist. Daher können im HMV baugleiche Produkte, die von verschiedenen Herstellern unter eigenen Produktnamen vermarktet werden, mit verschiedenen Hilfsmittelpositionsnummern (HPN) aufgeführt sein. Es ist jedoch nicht zulässig, dass ein Hersteller eines baugleichen oder bauähnlichen Produktes, die bereits vorhandene HPN eines anderen Herstellers nutzt. Eine eigene Anmeldung des Produktes ist in jedem Fall erforderlich.

Die Hersteller richten ihre Anträge an den IKK-Bundesverband, der für den Bereich Hilfsmittel federführend für die Spitzenverbände der Krankenkassen tätig ist. Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) prüft im Auftrag der Spitzenverbände der Krankenkassen die Funktionstauglichkeit, den therapeutischen Nutzen und die Qualität von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln. Auf der Grundlage dieser Prüfung entscheiden die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen gemeinsam und einheitlich darüber, ob ein Produkt in das Hilfsmittel- bzw. Pflegehilfsmittelverzeichnis aufgenommen wird und damit auch über seine Erstattungsfähigkeit. Grundlage der Prüfung gemäß § 139 SGB V sind die vom MDS erarbeiteten und mit den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen abgestimmten Qualitätsstandards. Die

Prüfung erfolgt im Wesentlichen anhand der vom Hersteller eingereichten Unterlagen - das sind zum Beispiel Gutachten, Prüfberichte und Produktdokumentationen (MDS, 2004). Mit der Aufnahme in das HMV wird dem Hersteller für sein Produkt eine Hilfsmittelpositionsnummer zugeordnet. Das HMV umfasst zurzeit insgesamt 16.920 Datensätze (Stand 30.1.2005) und ist im Internet verfügbar (Hilfsmittelverzeichnis, 2005). Der Antrag, die Prüfung und die Aufnahme von Produkten in das HMV sind für die Hersteller kostenfrei. Die Kosten dieses Verfahrens werden somit durch die Versicherten der GKV mit ihren Krankenkassenbeiträgen finanziert.

Grundsätzlich ist das HMV maßgeblich für die Verordnungsfähigkeit von Hilfsmitteln und deren Abgabe in Apotheken: *„Hilfsmittel, die im Hilfsmittelverzeichnis nicht aufgeführt sind, sollen nur abgegeben werden, wenn der Apotheker den Arzt darüber informiert hat, dass das Hilfsmittel nicht im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt ist, der Arzt auf der Abgabe besteht und der Apotheker dies auf dem Verordnungsblatt vermerkt.“* (Hilfsmittellieferungsvertrag, 2004; S. 6)

Bei der Abrechnung der Apotheken mit den gesetzlichen Krankenkassen wird allerdings die Pharmazentralnummer (PZN) und nicht die Hilfsmittelpositionsnummer als Identifikationsschlüssel verwendet. Auch aus praktischen Gründen kommt der PZN daher die bestimmende Bedeutung zu, weil nur diese eine eindeutige Zuordnung von einem Hilfsmittel in einer bestimmten Größe, Farbe, Beschaffenheit, Stückzahl usw. zu einem Produkt mit einem bestimmten Preis erlaubt. Im Bereich der sonstigen Leistungserbringer, die nach § 302 SGB V abrechnen, ist grundsätzlich nach der bundeseinheitlichen zehnstelligen HPN abzurechnen. Allerdings spielt die PZN auch in diesem Bereich eine Rolle, weil in § 1 Abs. 1.6 der Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit „Sonstigen

Leistungserbringern“ geregelt ist, dass so genannte „Direktlieferanten von Arznei- und Verbandmitteln“ Hilfsmittel auch nach § 300 SGB V allerdings ‚unter Angabe der Hilfsmittelpositionsnummer‘ abrechnen können (IKK-Bundesverband, 2003). Den Grund für diese Regelung konnten wir nicht eruieren. Unklar blieb auch, was einen „Direktlieferanten“ auszeichnet und wie die Abrechnung nach § 300 SGB V ‚unter Angabe der Hilfsmittelpositionsnummer zu erfolgen hat, da bei der Arzneimittelabrechnung die PZN angegeben wird. In der Praxis wird die Möglichkeit, mit PZN abzurechnen, von sonstigen Leistungserbringern allerdings selten genutzt. Im Jahre 2004 wurden von sonstigen Leistungserbringern Ausgaben in Höhe von 67.750.996,03 EUR für Hilfsmittel mit der GEK abgerechnet, davon lediglich 315.263,13 EUR (0,5%) unter Angabe der PZN.

Die Vergabe von PZN erfolgt durch die Informationsstelle für Arzneispezialitäten (IFA GmbH) in Frankfurt. Bedingung für die Aufnahme von Artikeldaten ist ein Vertrag zwischen dem Hersteller und der IFA. *„Mit der Aufnahme eines Artikels in die IFA-Informationsdienste ist die Vergabe der sogenannten Pharmazentralnummer (PZN) verbunden, einem bundeseinheitlichen Identifikationsschlüssel für Artikel im Apothekensektor. Eine exklusive Rolle spielt die PZN für die Abrechnung der Apotheken mit den gesetzlichen Krankenkassen. Die betroffenen Spitzenverbände der Apotheken und Krankenkassen haben sich gemäß § 300 SGB Fünftes Buch vertraglich geeinigt, bei der Arzneimittelabrechnung die PZN als Identifikationsschlüssel zu verwenden. Zu diesem Zweck übertragen die Apotheken die PZN der zu Lasten der GKV abgegebenen Arzneimittel maschinenlesbar auf die Verordnungsblätter“* (IFA, 2004). Die IFA übermittelt die von ihr erfassten Daten an eine Reihe von Datenempfängern, letztlich werden die Daten u.a. von den Spitzenverbänden der Krankenkassen, Apotheken und Ärzten genutzt. Auch die Daten des ABDA-Artikelstamms der ABDATA, eines Tochterunternehmens der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerver-

bände (ABDA), basieren auf den Anbieter-Meldungen gegenüber der IFA GmbH. Der ABDA-Artikelstamm ist die Basis jeder Apotheken-Warenbewirtschaftung (Werbe- und Vertriebsgesellschaft Deutscher Apotheker, 2004).

Um für ein Produkt eine PZN zu erhalten, erteilt der Hersteller der IFA einen schriftlichen Auftrag und macht in den Anlagen zu dem Auftrag Angaben zu seinem Produkt. Zu diesen Angaben gehört unter Umständen die Angabe der eventuell vorhandenen HPN. Der Auftraggeber bestätigt mit Stempel und Unterschrift die Richtigkeit der von ihm bereitgestellten Informationen. *„Zur Qualitätssicherung lässt die IFA GmbH bestimmte rechtliche Einstufungen gemäß AMG, BtMG, MPG etc. von ABDATA Pharma-Daten-Service überprüfen. Sofern technisch möglich, prüft die IFA GmbH die Daten außerdem auf Plausibilität“* (IFA, 2004). Ein Abgleich der vom Hersteller angegebenen HPN mit dem HMV findet jedoch offensichtlich **nicht** statt, was bei einem Preis von ca. 5 Euro pro zugeteilter PZN auch nicht weiter verwundert.

Auswertungsstrategie

Im GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2004 wurde die missbräuchliche Verwendung von Hilfsmittelpositionsnummern (HPN) erstmals thematisiert (Scharnetzky et al., 2004). Bei Hilfsmitteln mit PZN und HPN stimmen die Angaben im ABDA-Artikelstamm nicht immer mit den Angaben im HMV überein. Daher wurde auch für den diesjährigen Report ein Abgleich des HMV mit dem ABDA-Artikelstamm, beide mit dem Stand vom 30. Januar 2005, durchgeführt.

Es wurden drei verschiedene Auswertungsstrategien verfolgt:

- Auswertung einer Zufallsstichprobe
- Mehrfachnutzung von „regulären“ Hilfsmittelpositionsnummern durch verschiedene Hersteller
- Nutzung von „irregulären“ Hilfsmittelpositionsnummern

Im ABDA-Artikelstamm war am 30.01.2005 bei 56.217 PZN gleichzeitig eine HPN angegeben. Aus dieser Grundgesamtheit wurde eine Zufallsstichprobe von 178 PZN gezogen. Die Angaben im ABDA-Artikelstamm wurden mit den zugehörigen Angaben im HMV als Goldstandard verglichen und die Übereinstimmung bewertet. Auf Grund der Ergebnisse konnte dann hochgerechnet werden, wie viele PZN mit HPN im ABDA-Artikelstamm mit anderen Angaben als im HMV aufgeführt sind.

Außerdem wurden die HPN im HMV in „reguläre“ und „irreguläre“ HPN unterschieden. Als „irregulär“ wurden die HPN gewertet, bei denen als Hersteller im HMV „nn“, „NN“, „Zugl. LB“, „ZUGEL.LEISTUNGSERBR.“ oder „LEISTUNGSERB“ verzeichnet ist bzw. wo kein Eintrag in der Rubrik Hersteller vorhanden ist. Die „regulären“ HPN sind hingegen immer einem konkreten Hersteller für ein bestimmtes Produkt zugeordnet.

Bei allen „regulären“ HPN wurde überprüft, ob diese HPN im ABDA-Artikelstamm von mehreren Herstellern verwendet werden.

Bei den „„irregulären“ HPN wurde eine Übersicht über die Häufigkeit nach Produktarten des HMV erstellt.

Auswertung der Zufallsstichprobe

Es wurde eine Zufallsstichprobe von 178 PZN mit Hilfsmittelpositionsnummer aus dem ABDA-Artikelstamm gezogen. Da davon auszugehen war, dass der Anteil unzutreffender HPN in den verschiedenen

Produktgruppen (PG) des Hilfsmittelverzeichnisses möglicherweise unterschiedlich ist, wurde eine gewichtete Zufallsstichprobe gezogen (siehe Tabelle 4.19).

Durch dieses Vorgehen wurde jede der 27 Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses, für die PZN im ABDA-Artikelstamm vorhanden sind, in der Stichprobe berücksichtigt. Der Eintrag im ABDA-Artikelstamm wurde dann mit dem Eintrag im Hilfsmittelverzeichnis verglichen und die Übereinstimmung nach festgelegten Bewertungskriterien beurteilt (siehe Abbildung 4.13).

Tabelle 4.19 Anteil der PZN einer Produktgruppe (PG) in der Stichprobe

Anzahl der PZN im ABDA-Artikelstamm pro PG	Anteil der PZN der jeweiligen PG, der für die Stichprobe ausgewählt wurde
Bei Produktgruppe 06 (2PZN)	100%
Bis 50 PZN	20%
Bis 100 PZN	10%
Bis 200 PZN	5%
Bis 500 PZN	2%
Bis 1000 PZN	1%
Bis 2000 PZN	0,5%
Bis 5000 PZN	0,2%
Über 5000 PZN	0,1%

In einem mehrstufigen Entscheidungsprozess, der in Abbildung 4.13 schematisch dargestellt ist, wurde für jeden einzelnen Artikel eine Bewertung vorgenommen. In einem ersten Schritt wurde überprüft, ob die im ABDA-Artikelstamm angegebene Hilfsmittelpositionsnummer im Hilfsmittelverzeichnis überhaupt vorkommt. In diesem Fall (n=177) wurden zunächst die Herstellernamen der beiden Einträge verglichen.

Hier gab es drei verschiedene Fälle: die Herstellernamen stimmten überein (n=117), die Herstellernamen stimmten nicht überein (n=38) oder im Hilfsmittelverzeichnis war die Nummer für alle zugelassenen Leistungserbringer als Abrechnungspositionsnummer (APN) vorgesehen (n=22), so dass sie keinem bestimmten Hersteller zuzuordnen war.

Nur bei Übereinstimmung der Herstellernamen wurde die Artikelbezeichnung verglichen. Dies erwies sich als schwierig, da eine vollständige Übereinstimmung nur in den wenigstens Fällen gegeben war (n=5). Oft fehlten Artikelnummern, charakteristische Bezeichnungen oder andere Zusätze in einem der Einträge, sodass im Einzelfall die Bewertung, ob es sich um das gleiche Produkt handelt, nicht immer eindeutig möglich war. Um eine einheitliche Bewertung in diesen Fällen zu gewährleisten, wurden alle Artikel (n=79), bei denen die charakteristische Bezeichnung, z.B. IMMO-Schulter, Viscospot oder Ligasano übereinstimmte, mit „zutreffend“ und dem Kommentar „Bezeichnung nicht identisch“ bewertet. Für den Fall, dass die charakteristische Bezeichnung nicht übereinstimmte, wurde die Artikelbezeichnung in der Lauer-Taxe überprüft, wo teilweise detailliertere Angaben zu finden waren. Dadurch konnte in 7 weiteren Fällen eine wahrscheinliche Übereinstimmung festgestellt werden. Die restlichen Artikel (n=26) wurden hinsichtlich der Übereinstimmung mit ‚fraglich‘ und dem Kommentar ‚fraglich anderer Artikel‘ bewertet.

Bei der Auszählung der Stichprobe wurde deutlich, dass die Entscheidung, eine gewichtete Stichprobe zu ziehen, richtig war, da der Anteil von PZN mit unzutreffenden HPN von 0% (u.a. PG 02 - Adaptionshilfen, PG 06 – Bestrahlungsgeräte) bis 100%. (u.a. PG 22 – Mobilitätshilfen, PG 33 – Toilettenhilfen) variierte (siehe Tabelle 4.20).

In Tab. 131 im Anhang wird die Stichprobe den entsprechenden Einträgen aus dem HMV gegenübergestellt und die Bewertung nach obigem Schema für jeden Artikel vorgenommen. Alle Hersteller, bei denen eine fehlende Übereinstimmung festgestellt wurde, wurden angeschrieben, auf den Sachverhalt hingewiesen und es wurde ihnen Gelegenheit zur schriftlichen Stellungnahme gegeben (siehe Tab. 133 und 134 im Anhang). Diese Anschreiben betrafen 87 Artikel. Bis auf 3 Hersteller, die insgesamt 5 Artikel vertreiben, haben alle die Möglichkeit zur Stellungnahme genutzt. Die wesentlichen Auszüge aus den diesbezüglichen Antwortschreiben sind als Fußnoten in Tab. 131 im Anhang wiedergegeben, wobei sinngemäß zitiert wurde.

Der Anteil unzutreffender HPN in den einzelnen Produktgruppen wurde zunächst ohne die fraglichen Nummern und anschließend unter Einschluss der fraglichen Nummern berechnet. Mit beiden Anteilen wurde dann eine Hochrechnung durchgeführt, um die erwartete Anzahl an falschen Hilfsmittelnummern je Produktgruppe zu ermitteln (siehe Tabelle 4.20).

Abbildung 4.13 Entscheidungsdiagramm zur Bewertung der Zufallsstichprobe

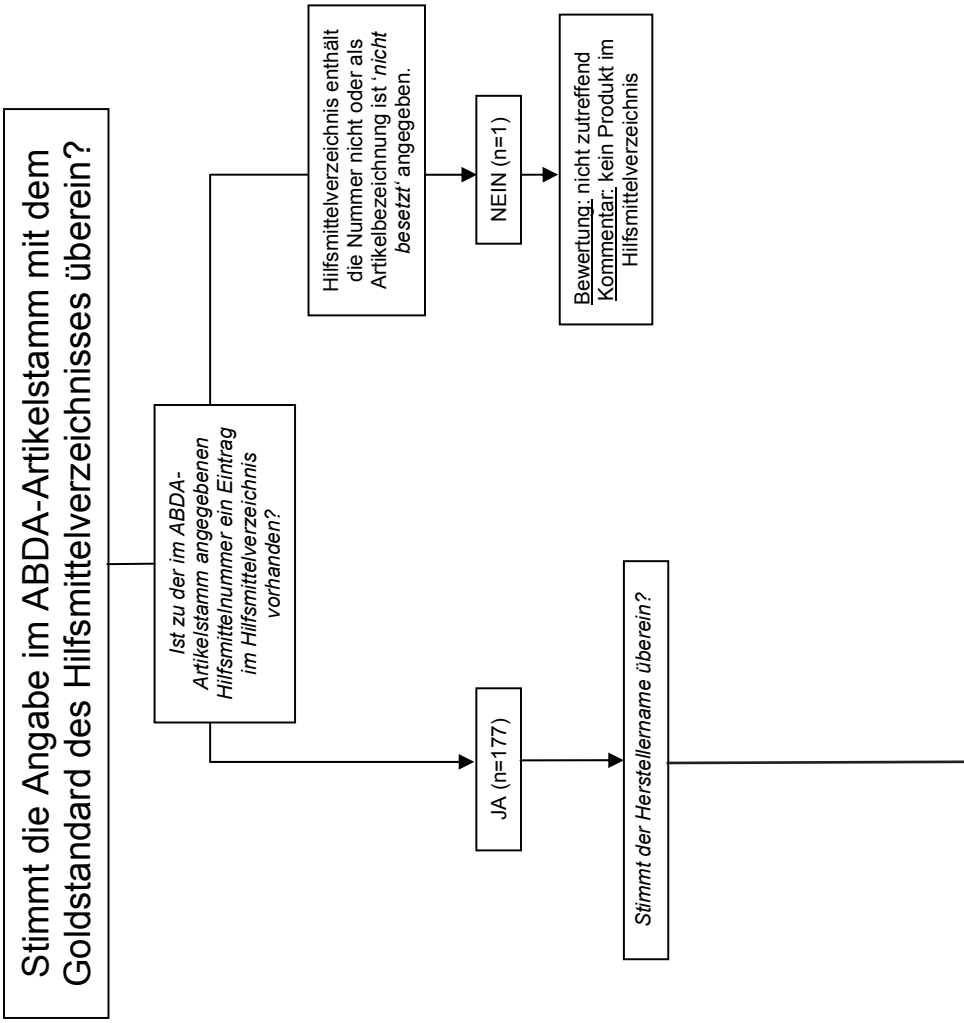


Abbildung 4.13 Fortsetzung

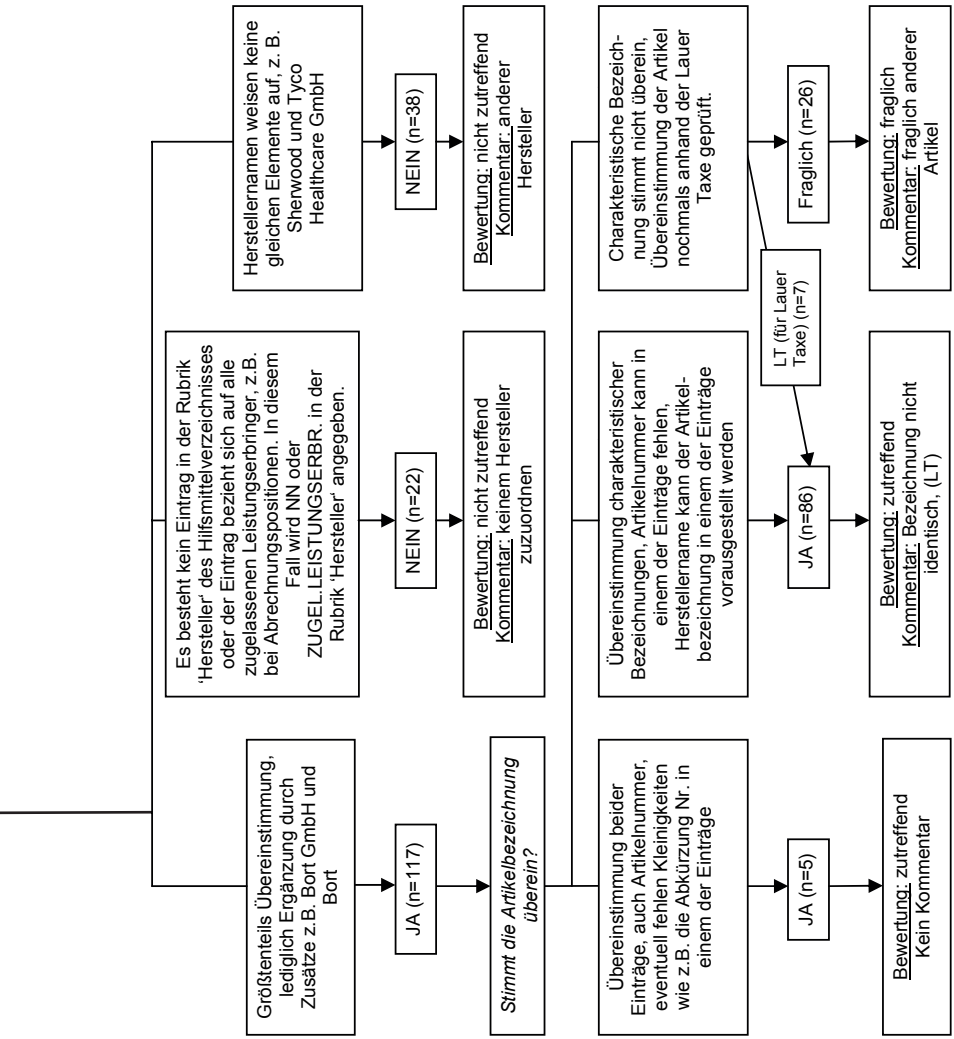


Tabelle 4.20 Stichprobe zur Hochrechnung der PZN mit unzutreffender Hilfsmittelpositionsnummer

Produkt-gruppe	Bezeichnung	Anzahl PZN	Umfang der Zufalls-stichprobe	Anteil unzutreffender Hilfsmittel-positionsnr. (ohne fraglich)	Hochrechnung (ohne fraglich)	Anteil unzutreffender Hilfsmittel-positionsnr. (mit fraglich)	Hochrechnung (mit fraglich)
01	Absauggeräte	126	6	1/6	21	1/6	21
02	Adaptionshilfen	25	5	0/5	0	0/5	0
03	Applikationshilfen	2.330	5	4/5	1.864	4/5	1.864
04	Badehilfen	20	4	3/4	15	3/4	15
05	Bandagen	3.918	8	1/8	490	2/8	980
06	Bestrahlungsgeräte	2	2	0/2	0	0/2	0
08	Einlagen	41	8	0/8	0	1/8	5
10	Gehhilfen	340	7	4/7	194	4/7	194
11	Hilfsmittel gegen Dekubitus	473	10	2/10	95	3/10	142
12	Hilfsmittel bei Tracheostoma	646	6	0/6	0	1/6	108
14	Inhalations- und Atemtherapiegeräte	66	5	2/5	26	2/5	26
15	Inkontinenzhilfen	4.495	9	3/9	1.498	3/9	1.498
17	Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	40.278	41	7/41	6.877	26/41	25.542
18	Krankenfahrzeuge	91	9	7/9	71	8/9	81
19	Krankenpflegeartikel	280	6	2/6	93	2/6	93
20	Lagerungshilfen	15	3	1/3	5	1/3	5

Tabelle 4.20 Fortsetzung

Produkt-gruppe	Bezeichnung	Anzahl PZN	Umfang der Zufalls-stichprobe	Anteil unzutreffender Hilfsmittel-positionsnr. (ohne fraglich)	Hochrechnung (ohne fraglich)	Anteil unzutreffender Hilfsmittel-positionsnr. (mit fraglich)	Hochrechnung (mit fraglich)
21	Messgeräte f. Körperzustände/-funktionen	223	5	4/5	178	5/5	223
22	Mobilitätshilfen	21	4	4/4	21	4/4	21
27	Sprechhilfen	38	8	5/8	24	5/8	24
29	Stomaartikel	2.679	5	0/5	0	0/5	0
31	Schuhe	31	6	0/6	0	1/6	5
32	Therapeutische Bewegungsgeräte	17	3	0/3	0	0/3	0
33	Toilettenhilfen	28	6	6/6	28	6/6	28
50	Pflegehilfsmittel z. Erleichterung d. Pflege	3	1	1/1	3	1/1	3
51	Pflegehilfsmittel z. Körperpflege/Hygiene	16	3	2/3	11	2/3	11
54	Pflegehilfsmittel zum Verbrauch	10	2	2/2	10	2/2	10
99	Verschiedene Hilfsmittel	5	1	0/1	0	0/1	0
	Gesamt	56.217	178		11.524		30.899
	Anteil an der Gesamtmenge		0,3%		20,5%		55,0%

Wenn die fraglichen Hilfsmittelpositionsnummern als zutreffend gerechnet werden, ergibt sich, dass geschätzte 11.524 PZN mit unzutreffenden Hilfsmittelspositionsnummern im ABDA-Artikelstamm angegeben sind. Dies entspricht 20,5% der 56.217 PZN mit Hilfsmittelpositionsnummer. (siehe Tabelle 4.20)

Werden die fraglichen Fälle als unzutreffend klassifiziert, fällt die Anzahl der PZN mit unzutreffender Hilfsmittelpositionsnummer mit 30.899 deutlich höher aus, dies ist ein Anteil von 55,0 %. Dies ist dadurch zu erklären, dass der Großteil (n=19) der fraglichen Fälle in der Produktgruppe 17 – Hilfsmittel zur Kompressionstherapie – auftrat, auf die gleichzeitig die meisten, 40.278 von 56.217, PZN mit Hilfsmittelpositionsnummer entfallen. Eine Veränderung der als zutreffend/unzutreffend klassifizierten Fälle zeigt hier also besonders große Auswirkungen. Die Stellungnahmen der Hersteller in diesen Fällen deuten allerdings daraufhin, dass dies eine erhebliche Überschätzung des Anteils der Einträge mit unzutreffender HPN darstellt.

Werden sowohl die fraglich unzutreffenden HPN wie auch die für alle zugelassenen Leistungserbringer vorgesehenen APN als zutreffend gewertet, so ergibt die Hochrechnung, dass 9.247 PZN (16,4% aller PZN mit HPN) im ABDA-Artikelstamm mit einer unzutreffenden HPN versehen sind (siehe Tabelle 4.21).

Für die Kategorie „anderer Hersteller“ ergab die Stichprobe einen Erwartungswert von 9.200 PZN, die im ABDA-Artikelstamm von einem anderen Hersteller, als dem im Hilfsmittelverzeichnis angegebenen, verwendet werden.

Zur Validierung der Stichprobe wurde der Erwartungswert 2.327 PZN für die Kategorien „kein Produkt im HMV“ und „keinem Hersteller zuzuordnen“, der sich aus der Stichprobe berechnen lässt, mit den tatsächlich auf diese Kategorien entfallenden PZN aus der Vollerhebung verglichen. Die Vollerhebung für diese Kategorien ist mit Datenbankmethoden gut durchzuführen. Aus allen Einträgen im ABDA-Artikelstamm, die sowohl eine PZN wie eine HPN enthalten, wurden diejenigen mit ‚irregulärer‘ HPN ermittelt. Es handelt sich dabei um 2.665 PZN. Der Erwartungswert der Stichprobe, 2.327 PZN, entspricht mit 87,3% annähernd der tatsächlichen gefundenen Anzahl PZN mit „irregulärer“ HPN. Diese gute Übereinstimmung der Stichprobe mit der Realität lässt vermuten, dass die Stichprobe auch in den anderen Kategorien wie „anderer Hersteller“ und „fraglich anderer Artikel“ repräsentativ ist.

Tabelle 4.21 Übersicht der Erwartungswerte für die PZN Anzahl in den verschiedenen Bewertungskategorien im ABDA-Artikelstamm

Bewertung/Kommentar	Hochrechnung PZN im ABDA-Artikelstamm	Anteil an PZN mit HPN im ABDA-Artikelstamm
nicht zutreffend:		
- ‚anderer Hersteller‘	9.200	16,4%
- ‚keinem Hersteller zuzuordnen‘	2.280	4,1%
- ‚kein Produkt im HMV‘	47	~0%
Summe ‚nicht zutreffend‘	11.527*	20,5%
fraglich zutreffend:		
- ‚fraglich anderer Artikel‘	19.375	34,5%
zutreffend:		
- ‚Bezeichnung nicht identisch‘ und ‚kein Kommentar‘	25.315	45,0%
Summe	56.217	100,0%

* Die Abweichung (um +3) von Tabelle 4.20 ist durch Rundungsdifferenzen bedingt.

Mehrfachnutzung von ‚regulären' Hilfsmittelpositionsnummern durch verschiedene Hersteller

Im HMV (Stand 30.01.2005) sind 16.920 Datensätze enthalten, davon sind 14.469 einem konkreten Hersteller eines definierten Hilfsmittels zugeordnet. Diese HPN werden im Folgenden als „reguläre" HPN bezeichnet. Als „„irreguläre" HPN wurden die Fälle gewertet, in denen „nn", „NN", „Zugl. LB", „ZUGEL.LEISTUNGSERBR.", „LEISTUNGSERB" als Hersteller angegeben waren und außerdem der Fall, dass in der Rubrik Hersteller kein Eintrag vorhanden war.

Die 14.469 Datensätze mit „regulären" HPN, unter ihnen 934 verschiedene Herstellerbezeichnungen, wurden dann mit den 56.217 Datensätzen (gültig am 30.01.2005) im ABDA-Artikelstamm, die sowohl eine PZN wie HPN enthielten, abgeglichen. Es wurde ausgewertet, wie viele dieser „regulären" HPN im ABDA-Artikelstamm von mehreren verschiedenen Herstellern verwendet werden (siehe Tabelle 4.22). Insgesamt wurden 266 HPN von verschiedenen Herstellern gleichzeitig genutzt, der Großteil, 205 HPN, von 2 verschiedenen Herstellern. Immerhin noch 54 HPN wurden von jeweils 3 Herstellern angegeben, eine vierfache Nutzung kam noch bei 6 HPN vor und eine HPN wurde sogar von sechs verschiedenen Herstellern verwendet (siehe Tabelle 4.23). Erstaunlich ist dabei, dass der im HMV für diese HPN eingetragene Hersteller nicht unter den 6 Herstellern ist, die sie im ABDA-Artikelstamm angeben, so dass davon auszugehen ist, dass diese 6 Hersteller alle nicht berechtigt sind, diese HPN zu führen.

Es ist zu vermuten, dass auch in Fällen, wo nur ein Hersteller eine HPN im ABDA-Artikelstamm nutzt, dies nicht in jedem Fall der im HMV registrierte Hersteller ist. Auf Grund unterschiedlicher Schreibweisen der Herstellerbezeichnungen in beiden Verzeichnissen stoßen Daten-

bankvergleiche bei der Prüfung dieser Frage jedoch an Grenzen. Dies hat auch die oben beschriebene Auswertung der Stichprobe gezeigt, die nur durch die sehr zeit- und personalaufwendige Sichtung der Einzeleinträge erfolgen konnte.

Tabelle 4.22 Mehrfachnutzung von „regulären“ Hilfsmittelposition snummern durch verschiedene Hersteller im ABDA-Artikelstamm

Anzahl der Hersteller, die im ABDA-Artikelstamm eine gleiche reguläre Hilfsmittel-positionsnummer führen	Anzahl der mehrfach genutzten regulären Hilfs-mittelpositionsnummern	Anzahl der auf diese Hilfsmittel-positionsnummern entfallenden PZN
2	205	10.057
3	54	505
4	6	101
5	0	0
6	1	9
Summe	266	10.672

Tabelle 4.23 Beispiel für die sechsfache Nutzung einer Hilfsmittelpositionsnummer im ABDA-Artikelstamm

Eintrag im Hilfsmittelverzeichnis			
	Artikelbezeichnung	Herstellername	Hilfsmittelpositionsnummer
	Femcon	Promed	1525190001
Einträge im ABDA-Artikelstamm mit der gleichen Hilfsmittelpositionsnummer			
PZN	Artikelbezeichnung	Herstellername	Hilfsmittelpositionsnummer
26531	Femcon Vaginalkonen 1Set	Tomed Dr Toussaint	1525190001
440704	Femcon Vaginkonstresinkont	Urotech GmbH	1525190001
2448503	Femcon Vaginalkonen Set	Onko-Syn Medizintechn.	1525190001
3930739	Femcon	Schmidt v. Rohrscheidt	1525190001
4004006	Femcon Vaginalkonen Set	Gkmed GmbH	1525190001
7203628	Femcon Plus Vaginalkon Set	Medesign GmbH	1525190001
7367502	Femcon Plus 90 Vaginalkonu	Medesign GmbH	1525190001
7367732	Femcon Plus 80 Vaginalkonu	Medesign GmbH	1525190001
7438774	Femcon Plus 100g Vag Konus	Medesign GmbH	1525190001

Nutzung von ‚irregulären' Hilfsmittelpositionsnummern

2.665 Datensätze aus dem ABDA-Artikelstamm enthalten „irreguläre" HPN, die im HMV keinem konkreten Hersteller zugeordnet sind oder HPN, die im HMV gar nicht vorkommen (siehe Tabelle 4.24) Für insgesamt 110 Hersteller sind Produkte im ABDA-Artikelstamm mit diesen HPN eingetragen. Auch diese Hersteller wurden von uns mit der Bitte um Stellungnahme angeschrieben (siehe Tab. 134 im Anhang).

Tabelle 4.24 Zuordnung der PZN mit „irregulären" Hilfsmittelpositionsnummern zu Produktarten des Hilfsmittelverzeichnisses

Produktart	Bezeichnung	Anzahl PZN
0399991	Applikationshilfen - Abrechnungspositionsnummer für Verbrauchsmaterialien	2.027
2199991	Messgeräte für Körperzustände/-funktionen - Verbrauchsmaterialien	151
1706031	Hilfsmittel zur Kompressionstherapie - Schenkelstrümpfe KKL. II	102
1099010	Gehhilfen - Zubehör	84
1899090	Krankenfahrzeuge - Rollstuhlzubehör	72
1050010	Gehhilfen - Hand-/Gehstöcke	71
1940025	Krankenpflegeartikel - Behindertengerechtes Bettenzubehör - Fixierbandagen/Fixierhilfen	64
2199990	Messgeräte für Körperzustände/-funktionen - Zubehör	34
2799991	Sprechhilfen - Abrechnungsposition für Verbrauchsmaterialien	12
0399990	Applikationshilfen - Abrechnungspositionsnummer für Zubehör	9
1224051	Hilfsmittel bei Tracheostoma - Trachealkanülen zur Beatmung mit Innenkanüle, mit Manschette	6
2926116	Stomaartikel - Sonstige Stomaartikel	6
1525154	Inkontinenzhilfen - Verweilkatheter - nicht besetzt	5
	Verschiedene Produktarten	22
Summe verschiedene PZN		2.665

Die 2.665 PZN waren 46 unterschiedlichen HPN zugeordnet. 2 dieser HPN, in den Produktgruppen 12 und 15, sind im Hilfsmittelverzeichnis gar nicht enthalten, sie werden bei insgesamt 11 PZN angegeben (siehe Tab. 132 im Anhang). Für die restlichen 44 HPN sind im HMV zugelassene Leistungserbringer, „NN“, „-“ oder kein Eintrag in der Rubrik Hersteller vorhanden. 2 dieser 44 HPN kamen im HMV sogar doppelt vor, mit unterschiedlichen Einträgen (siehe Tabelle 4.25).

Tabelle 4.25 „Irreguläre“ HPN, die im HMV doppelt vorkommen und im ABDA-Artikelstamm angegeben sind

HPN	Bezeichnung laut HMV	Hersteller
2199991000	Verbrauchsmaterialien	kein Eintrag
2199991000	Abrechnungsposition für Lanzetten	ZUGEL.LEISTUNGSERBR.
2799991000	Abrechnungsposition für Verbrauchsmaterialien	kein Eintrag
2799991000	-	NN

Ob jeder Hersteller eines entsprechenden Produktes berechtigt ist, nach eigenem Ermessen seinen Produkten Abrechnungspositionsnummern zuzuordnen und diese in der Rubrik Hilfsmittelpositionsnummer beispielsweise im ABDA-Artikelstamm zu registrieren, war zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht eindeutig geklärt. Es bleibt aber festzuhalten, dass die primäre Aufgabe des Hilfsmittelverzeichnisses im Bereich der Qualitätssicherung liegt. Die zusätzliche Funktion eines Verzeichnisses von Abrechnungspositionsnummern ist, wie die obigen Beispiele zeigen, problematisch im Hinblick auf die primäre Funktion der Qualitätssicherung. Die Beantragung einer „regulären“ Hilfsmittelpositionsnummer ist für einen Hersteller mit einem erheblichen Aufwand verbunden, so sind beispielsweise Studien in deutscher Sprache zum Nachweis der Wirkungsweise und des therapeutischen Nutzens des Hilfsmittels vorzulegen. Wie aus Tab. 132 im Anhang ersichtlich, wurden

nicht nur HPN, die als Abrechnungspositionsnummern für zugelassene Leistungserbringer vorgesehen sind, eigenmächtig zugewiesen, sondern auch andere „irreguläre“ HPN verwendet. Die Hemmschwelle für die unzutreffende Zuordnung von HPN scheint nicht hoch genug zu sein. Die Funktion der Hilfsmittelpositionsnummer als Instrument der Qualitätssicherung ist dadurch gefährdet.

Auswertung der Stellungnahmen der Hersteller

Um Ursachen und mögliche Gründe für Fehlzuordnungen von Hilfsmittelpositionsnummern (HPN) in Erfahrung zu bringen, wurden - wie schon oben beschrieben - die betroffenen Hersteller angeschrieben. Insgesamt erhielten 129 Unternehmen ein Anschreiben mit Erläuterungen des Sachverhalts. Ihnen wurde Gelegenheit zur schriftlichen Stellungnahme gegeben.

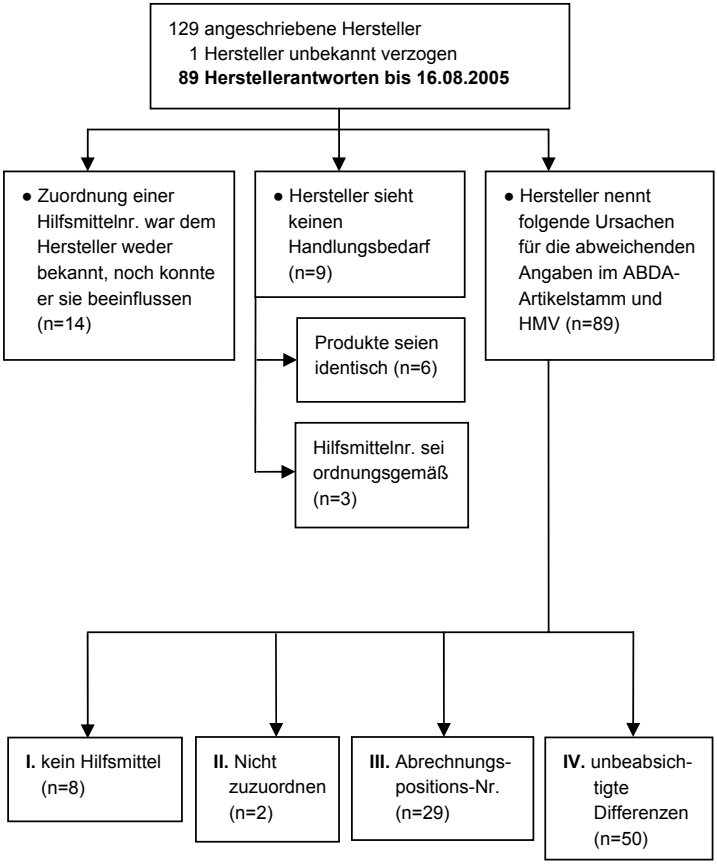
Bei Herstellern, bei denen unklar war, ob es sich bei ihren im Hilfsmittelverzeichnis und im ABDA-Artikelstamm gelisteten Produkten tatsächlich um identische Produkte handelte, interessierte uns vor allem der Grund für die unterschiedlichen Bezeichnungen. Hersteller, bei denen fraglich war, ob tatsächlich sie der Hersteller des genannten Produkts bzw. der genannten Produkte waren, wurden gebeten zu erläutern, wie die Zuordnung der HPN erfolgte und durch wen diese Zuordnung vorgenommen wurde. Die beiden Muster-Anschreiben an die Hersteller finden sich im Anhang (siehe Tab. 133 und 134).

Von den 129 angeschriebenen Herstellern, deren Postanschriften der Lauer-Taxe entnommen wurden, antworteten 89 Hersteller innerhalb eines Monats, so dass ihre Stellungnahmen bei dieser Auswertung berücksichtigt werden konnten. Ein Hersteller war unbekannt verzogen. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 69%.

Bei der Bewertung der Stellungnahmen der Hersteller ist folgendermaßen vorgegangen worden:

Es sind unterschiedliche Erklärungsmuster zu erkennen, die als Grundlage für die Einteilung dienen. Die Gruppen werden nach den am häufigsten genannten Gründen für die Differenz zwischen dem ABDA-Artikelstamm und dem Eintrag im Hilfsmittelverzeichnis gebildet. Alle Antworten der 89 Hersteller werden berücksichtigt. Einige Hersteller wurden wegen mehrerer Artikel und / oder unterschiedlicher Sachverhalte angeschrieben, so dass sie teilweise mehrere verschiedene Erklärungen dazu abgeben. Bei der Zuordnung zu den verschiedenen Gruppen kommt es deshalb zu Mehrfachnennungen von Herstellern. Wenn es die Herstelleraussagen verdeutlicht, wird aus der jeweiligen Gruppe ein Zitat angeführt. Im Folgenden wird versucht, die Antworten der Hersteller so zusammenzufassen, dass eine Struktur der Zuordnungsdiskrepanzen auf den verschiedenen Ebenen sichtbar wird.

Abbildung 4.14 Übersicht zur Einteilung der Stellungnahmen der Hersteller



Grundsätzlich sind drei unterschiedliche Haltungen in den Erklärungen der Hersteller gegenüber unseren Schreiben zu erkennen.

- In 14 Fällen war dem Hersteller die Zuordnung einer HPN weder bekannt, noch konnte er diese nach seiner Aussage beeinflussen. Dem Hersteller ist nicht klar, durch wen die Zuteilung erfolgte. *„…Die Auflistung unserer Produkte als medizinische Hilfsmittel ist uns bisher unbekannt gewesen und war auch nicht von uns beabsichtigt.“*
- Bei 9 der Antworten sieht der Hersteller das Schreiben von unserer Seite als unbegründet an. Es wird kein Handlungsbedarf erkannt.

  Im Einzelnen handelt es sich um 6 Fälle, in welchen der Hersteller wegen eines „fraglich anderen“ Artikels angeschrieben wurde. In allen 6 Fällen handelt es sich nach Aussage des Herstellers um identische Produkte. *„...die…im Datensatz der ABDA wie auch im Hilfsmittelverzeichnis (HMV) geführten Artikel unseres Hauses absolut identisch sind.“*

  In den übrigen 3 Fällen erfolgte die Zuordnung der HPN laut Hersteller ordnungsgemäß. *„Die Bezeichnung, Zuordnung und Eingruppierung, der von Ihnen bemängelten drei Hilfsmittel, ist unserer Meinung nach völlig ausreichend.“*

- In 89 Fällen können die Aussagen der Hersteller als grundsätzliche Übereinstimmung mit unserer Feststellung gewertet werden. Die Hersteller nennen Ursachen für die unterschiedlichen Angaben zu den Produkten. Diese werden weiter untergliedert (siehe Abbildung 4.14):

  I. 8 der Hersteller bezweifeln, dass es sich bei dem betreffenden Artikel bzw. den betreffenden Artikeln um ein Hilfsmittel handelt. *„…Da es sich um ein Implantat handelt, sollte sich die Frage nach einer HM-Pos-Nr. hier nicht stellen…“*

II. 2 der Antworten sind nicht so dezidiert, dass sie einer oder mehreren Gruppen zuzuordnen wären.

III. 29 Hersteller verweisen auf die Zuteilung von Abrechnungspositionsnummern (APN).

IV. Die größte Gruppe wird von den Herstellern gebildet (50), die in ihrer Stellungnahme auf verschiedenste Ursachen eingehen, die aber vor allem auf die Institutionen verweisen, welche die Zuteilung der HPN vorgenommen hatten.

Die Gruppen III und IV bedürfen der weiteren Erläuterung:

Gruppe III: Die Zuteilung der APN erfolgte laut Herstelleraussage durch verschiedene Institutionen (siehe folgende Punkte 1. und 2.), die Hersteller selbst (3.) oder aber die Verantwortlichkeit für die Zuteilung wurde nicht weiter thematisiert (4.).

1. Die ABDA teilte die APN im Rahmen der standardmäßigen Zuordnung zu (n=8). *„Die Zuordnung der Hilfsmittelpositionsnummern zu den einzelnen Artikeln in der ABDA-Artikelstamm-Datenbank erfolgt auf der Ebene der Pharmazentralnummern über den ABDATA Pharma-Datenservice...und NICHT durch den Hersteller.“*
2. Der IKK-Bundesverband legte APN fest (n=4). *„Die Hilfsmittel Nummer ist von der IKK in ihrem Katalog unter Zubehör festgelegt…“*
3. Der Hersteller selbst ordnete sich die APN zu (n=3). *„ Bei der Hilfsmittelnummer… handelt es sich um eine Abrechnungsposition-Nummer. Für diese Artikelgruppe gibt es keine Hersteller zugeordnete HMV-Nummer…haben wir die Krankenstöcke dieser Positionsnummer zugeordnet…“*
4. 14 der Hersteller, die als Begründung für die Unstimmigkeit die APN anführen, gehen nicht weiter auf die Verantwortlichkeit für die Zuteilung ein. *„…handelt es sich bei diesem Nummernkreis*

lediglich um Abrechnungspositionen, die weder medizinischen noch technischen Anforderungen entsprechen müssen…“

Gruppe IV: Hier werden wiederum ursächlich Institutionen genannt. Hierbei geht es jedoch nicht um die APN, die nach unserer Definition bei dieser Analyse zwangsläufig eine Verwendung ‚irregulärer‘ HPN nach sich ziehen, sondern um unbeabsichtigte Differenzen. Die Hersteller nehmen außer der aktiven Rolle bei der Zuteilung der APN (siehe III.3) auch eine eher passive Haltung ein, wodurch es zu Unterschieden zwischen ABDA und Eintrag im Hilfsmittelverzeichnis kommt.

1. So verweisen 12 Hersteller auf das übliche Verfahren der ABDA, den einzelnen Artikeln HPN bzw. APN zuzuordnen. Ein Hersteller weist auf die Problematik dieses Zuordnungsverfahrens hin. *„Die ABDATA ergänzt manuell die erhaltenen Datensätze, so dass mögliche Fehlinterpretationen nicht auszuschließen sind.“*

   4 weitere Hersteller sehen einen Fehler in der Zuordnung der HPN durch die ABDA. *„…liegt in der Tat ein Eingabefehler in der ABDA-Stammdatenbank vor…“*

2. 4 Hersteller nennen das Verfahren der IFA, standardmäßig HPN zuzuteilen, als Ursache dafür, dass Diskrepanzen entstanden. Die Hersteller beziehen sich auf ihre Kenntnisse der Vorgänge bei der IFA. *„…Über die IFA GmbH in Frankfurt erhalten wir die PZN, die dort eigenständig verteilt und den Hilfsmittelpositionsnummern zugeteilt werden…“*

   In einem Fall wird darauf hingewiesen, dass der Raum für die Eintragungen im Hilfsmittelverzeichnis begrenzt ist und Abkürzungen der Bezeichnungen notwendig sind. Von der IFA seien Abkürzungen vorgenommen worden, welche nicht analog zu den von den Herstellern angegebenen Abkürzungen seien. *„...Die Anzahl der Zeichen, die die IFA für eine Produktbezeichnung zur Verfügung stellt, sind begrenzt… Bei den medizinischen Kompressionsstrümpfen handelt es sich…um die Problematik der Abkürzungen…“*

3. Ein Hersteller führt die Bearbeitungsdauer für einen Antrag beim IKK-Bundesverband an, um die Unstimmigkeiten zwischen ABDA-Artikelstamm und Hilfsmittelverzeichnis zu erklären. *„…wir sind dabei alle Produkte unsererseits in das Hilfsmittelverzeichnis aufnehmen zu lassen. Leider unterliegt die Prozedur nicht unserem Einfluss. Die Einträge bei dem Verband der IKK benötigen über 1 Jahr um die Produkte zuzulassen und damit den Eintrag in das Hilfsmittelverzeichnis zu genehmigen…“*

   In einem Fall wird auf einen Fehler durch den IKK-Bundesverband bei der Zuordnung verwiesen.

   In einem weiteren Fall wird der IKK-Bundesverband genannt, ohne dass näher auf die Ursachen eingegangen wird.

4. In 17 Fällen sind Hersteller und Vertreiber unterschiedlich. Ein Vertreiber erklärt die Differenzen wie folgt: *„…Um deren Hilfsmittelnummer haben wir uns nie gekümmert; sie wurden uns vom Hersteller zugesandt/ zugestellt und wir haben sie ungeprüft übernommen…“* Die Erklärung eines anderen Vertreibers lautet *„Uns …liegt eine Genehmigung des Produzenten vor, die genannten Bandagen unter der Verwendung der bereits vorhandenen, vom Produzenten erworbenen Hilfsmittel-versorgungsnummer in Eigenaufmachung der Firma…zu erwerben, zu vertreiben und mit den Kostenträgern abzurechnen…“*

   6 Hersteller weisen darauf hin, dass die betreffenden Artikel aus dem Sortiment genommen seien. *„…möchten Ihnen mitteilen, dass wir die aufgeführten Artikel nicht mehr im Sortiment führen…“*

   In 2 Fällen wurde die Hersteller- oder Vertriebsfirma von einem Rechtsnachfolger übernommen. Eine der Firmen gibt Schwierigkeiten beim IKK-Bundesverband im Rahmen der Umstellung von einer Firma zur anderen als Grund an. *„Es ist sehr schwierig beim IKK eine Änderung auf den Namen…durchführen zu lassen, da der IKK von uns Handelsregisterauszüge haben möchte, in denen ersichtlich ist,*

dass die Firma…[X] die Firma…[Y] gekauft hat. Dies liegt uns in der Form nicht vor…“

Eine Herstellerfirma ist insolvent.

Form und Anlagen der Briefe lieferten jedoch noch weitere Informationen:

So fügen 12 Hersteller ihrem Schreiben eine gleich lautende Antwort der ABDATA bei, die deren Arbeitsweise erklärt:

„…Im Rahmen der Hilfsmittelabgabe und –abrechnung sind unsere Datenanwender, die Apotheken, unter Umständen gehalten, Hilfsmittelpositionsnummern bzw. Abrechnungsnummern anzugeben. Daher ordnen wir, soweit möglich, die Hilfsmittelpositionsnummern sowie die Abrechnungsnummern auf Ebene der Pharmazentralnummer den einzelnen Artikeln zu. Hierfür werten wir die offiziellen Bekanntmachungen und Verzeichnisse aus, nehmen aber auch entsprechende Meldungen von Anbietern entgegegen…“

3 Hersteller beziehen sich auf individuelle Antworten der ABDA.

Ein Schreiben des IKK-Bundesverbandes fügen 6 Hersteller ihren Antworten bei.

Es bleibt noch zu erwähnen, dass 18 der 89 Hersteller in ihrer Antwort den Änderungsbedarf (der Hilfsmittelnummern, des Zuteilungsverfahrens etc.) anerkennen. So haben viele aufgrund unseres Schreibens bereits eine Änderung der Eintragungen im Artikelstamm der ABDA veranlasst. Weitere haben diesen Schritt angekündigt.

Im Gesamtüberblick zeigten uns die Stellungnahmen der Hersteller, dass Schwierigkeiten vor allem in den folgenden Bereichen auftreten:

Im ABDA-Artikelstamm sind die Produkte mit Pharmazentralnummer (PZN), HPN und Anbieterangaben gelistet. Gibt es für ein Produkt sowohl einen Hersteller als auch einen Vertreiber, hat dieses Produkt bei Nennung

derselben HPN eine unterschiedliche PZN und dementsprechend einen anderen Eintrag unter „Anbieter“. Das Hilfsmittelverzeichnis sieht diese Unterscheidung nicht vor. Hier ist unter entsprechender HPN nur der „Hersteller“ eingetragen. Die Information, dass das Produkt außerdem von einem Vertreiber angeboten wird, ist nicht enthalten. Ein Abgleich ist somit unmöglich. 17 der 89 antwortenden Hersteller erwiesen sich jedoch lediglich als Vertreiber. Die Hochrechnung der Stichprobe (siehe Tabelle 4.21) ergab einen Anteil von 16,4% der PZN mit HPN, bei denen in den ABDA-Daten ein anderer Hersteller als im Hilfsmittelverzeichnis gelistet war. Einige der besagten 17 Anbieter vertreiben die in Frage kommenden Produkte allerdings unter eigener Aufmachung, so dass laut Verfahrenshandbuch (IKK Bundesverband, 2003) die Verantwortlichkeit bei ihnen liegt und sie somit auch eine eigene HPN hätten beantragen müssen.

Einen großen Anteil in unserer Analyse (29 der 89 Erklärungen) machen außerdem die Abrechnungspositionsnummern aus. Die Antworten der Hersteller zeigen, dass die Regelung zu diesen APN und deren Zuteilung unklar ist. Viele der Hersteller wussten bis zu unserem Schreiben nichts von diesem Verfahren. APN werden durch den IKK-Bundesverband veröffentlicht. Die Zuteilung erfolgte in der Regel durch den Hersteller oder die ABDATA, wobei wir insgesamt 8 Stellungnahmen erhielten, die darauf hinwiesen, dass es sich bei ihrem Produkt wohl nicht um ein Hilfsmittel handelt. Eine korrekte Zuteilung der APN durch die ABDA ist also ohne Beteiligung des Herstellers nicht gewährleistet. Diese Beteiligung findet unseres Wissens nach derzeit nicht statt.

Die Stellungnahmen der Hersteller, die aufgrund eines „fraglich anderen“ Artikels angeschrieben wurden, zeigten, dass es sich in 6 der 7 Fälle um identische Produkte handelte. Der große Anteil von 34,5% bei der Hochrechnung stellt hiernach sicher eine Überschätzung dar. In einem Fall konnte der Vorgang nicht mehr nachvollzogen werden, da der Artikel bereits seit langem nicht mehr lieferbar ist.

In allen Fällen wurden ausschließlich die Aussagen der Hersteller berücksichtigt. Informationen, die uns aufgrund der Verzeichnisse zur Verfügung standen, wurden für die Auswertung nicht berücksichtigt. Dies erschwert jedoch unter Umständen die Bewertung, da in die Problematik der Zuteilung von HPN auch die teilweise mangelhafte Kenntnis der Hersteller mit einfließt.

4.6 Rechtliche Würdigung der Differenzen zwischen Pharmazentralnummer und Hilfsmittelpositionsnummer

Robert Francke und Katrin Pruns

Der Vertragsarzt darf grundsätzlich Hilfsmittel nur verordnen, die im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt sind. Dabei gibt er auf der Verordnung lediglich die Produktart vor, indem er eine siebenstellige Hilfsmittelpositionsnummer angibt. Den Händlern von Hilfsmitteln (z.B. Apotheken) obliegt im Regelfall die Auswahl des Einzelproduktes aus der vom Arzt verordneten Produktart. Die Abgabe von Hilfsmitteln, die über die Pharmazentralnummer (PZN) abgegeben werden, die durch den MDS jedoch nicht geprüft wurden und die in das Hilfsmittelverzeichnis nicht aufgenommen sind, ist nicht automatisch rechtswidrig im Sinne des SGB V. Ob die Verordnungsfähigkeit des Hilfsmittels und die Leistungspflicht der Krankenkassen gegeben sind, richtet sich danach, ob das Hilfsmittel den gesetzlichen Anforderungen entspricht. Dies bedarf in jedem Einzelfalle der Überprüfung. Die insoweit erforderliche Prüfung auf Funktionstauglichkeit, Qualität und therapeutischen Nutzen kann die abgebende Stelle nur vornehmen, wenn sie selbst prüfen würde oder wenn sie auf zuverlässige Register bzw. auf Kennzeichen zurückgreifen könnte, die auf zuverlässige Register verweisen. Soweit ersichtlich, fehlt es aber an einem solchen zuverlässigen Register, jedenfalls insoweit die Apotheken abgebende Stellen sind und es sich um die Prüfung des konkreten abgegebenen Produkts handelt. Aus dieser Struktur ergibt sich eine Regelungslücke, deren Folge es ist, dass durch zur Abgabe berechtigte Stellen, das sind in diesem Beispielsfall Apotheken, Produkte konkret abgegeben werden können, deren Prüfung bzw. Übereinstimmung mit den rechtlich maßgeblichen Kriterien nicht nachgewiesen ist und die von der abgebenden Stelle vor dem Abgabevorgang nicht überprüft werden können. Das gilt für alle Produkte, die in

Apotheken abgegeben werden und die über eine PZN verfügen, die nicht eindeutig für dieses Produkt auf das Hilfsmittelverzeichnis verweist. Den abgebenden Stellen sind also Verpflichtungen durch Gesetz und vertragliche Regelungen auferlegt, denen sie mangels eines validen Verzeichnisses bzw. mangels valider Kennziffern, die als Prüfungsmaßstab bei der massenhaften Abgabe herangezogen werden könnten, nicht nachkommen können. Man wird also im Weiteren die Verpflichtungen der abgebenden Stellen unter dem Gesichtspunkt der Realisierbarkeit in der Praxis weiter präzisieren müssen, um das Vollzugsdefizit, das die gesetzliche Regelung notwendigerweise zum Inhalt hat, transparent zu machen und möglichst weitgehend zu beschränken.

4.6.1 Rechtliche Strukturen von PZN und Hilfsmittelverzeichnis

Hilfsmittel, die über die Apotheken abgegeben werden, tragen für jedes ihrer Produkte eine Pharmazentralnummer (PZN), die von der Informationsstelle für Arzneispezialitäten (IFA GmbH) vergeben wird. Die PZN dient in erster Linie als bundeseinheitlicher Identifikationsschlüssel für Artikel im Apothekensektor. Bei der Beantragung der PZN gab der Hersteller bis 2004 eine Hilfsmittelpositionsnummer an, die sich aus dem Hilfsmittelverzeichnis nach § 128 SGB V ergibt. Untersuchungen für den GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2004 ergaben, dass im ABDA-Datenstamm Artikel existieren, denen eine PZN zugewiesen ist, deren Hilfsmittelpositionsnummer im Hilfsmittelverzeichnis jedoch nicht oder nicht zutreffend aufzufinden ist.

Im Hilfsmittelverzeichnis (§ 128 SGB V) sind die von der Leistungspflicht der Kassen erfassten Hilfsmittel und die vorgesehenen Festbeträge (§ 36 SGB V) enthalten. Soll ein neues Hilfsmittel in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen werden, erfolgt dies im Rahmen des Verfahrens nach § 139 Abs. 2 SGB V. Voraussetzung für die Aufnahme eines neuen Hilfsmittels

in das Hilfsmittelverzeichnis ist es nach § 139 Abs. 2 Satz 1 SGB V, dass der Hersteller die Funktionsfähigkeit und den therapeutischen Nutzen des Hilfsmittels sowie seine Qualität nachweist. Über die Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis entscheiden nach § 139 Abs. 2 Satz 2 SGB V die Spitzenverbände der Krankenkassen, nachdem der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS) die Voraussetzungen nach § 139 Abs. 2 Satz 1 SGB V geprüft hat. Das Verfahren regeln die Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 139 Abs. 2 Satz 3 SGB V. Mit der Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis wird dem Hersteller für sein Produkt eine Hilfsmittelpositionsnummer zugeordnet. Einer Hilfsmittelpositionsnummer können nach den uns gemachten Angaben mehrere Hilfsmittel zugeordnet sein, die sich nicht primär nach ihrer medizinischen Funktion unterscheiden, wohl aber nach Größe, Farbe, Beschaffenheit u. a. m.

Die Abrechnung des in der Apotheke abgegebenen Hilfsmittels erfolgt nicht über die Hilfsmittelpositionsnummer, sondern über die PZN, die als bundeseinheitlicher Identifikationsschlüssel für Artikel im Apothekensektor fungiert und die die eindeutige Zuweisung von einem Hilfsmittel in einer bestimmten Größe, Farbe, Beschaffenheit, Stückzahl usw. zu einem ganz bestimmten Produkt mit einem bestimmten Preis ermöglicht. Die Artikelgenauigkeit der Hilfsmittelpositionsnummer scheint geringer zu sein als die der PZN. Die Abrechnung ist in den Hilfsmittellieferungsverträgen zu regeln, vgl. § 127 Abs. 1 SGB V. Dabei müssen die zur Abrechnung erforderlichen Daten elektronisch von den Apotheken an die Kassen übermittelt werden, vgl. § 302 SGB V. Die Heranziehung der PZN als zentraler Identifikationsschlüssel bei der Abrechnung wurde von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Deutschen Apothekerverband im Rahmen ihrer Vereinbarung nach § 300 Abs. 2 SGB V und den Hilfsmittellieferungsverträgen nach § 127 SGB V wie folgt vereinbart:

- Gemäß § 9 Abs.1 Satz 2 Hilfsmittellieferungsvertrag gelten für die Abrechnung von Hilfsmitteln die Bestimmungen und Vereinbarungen nach § 300 SGB V zur Arzneimittelabrechnung. Gemäß § 9 Abs. 2 a Hilfsmittellieferungsvertrag VdAK/AEK muss die Abrechnung u. a. die Kennzeichnung nach § 4 der Vereinbarung nach § 300 Abs. 3 SGB V (sog. Arzneimittelabrechnungsvereinbarung) enthalten.
- Die Vereinbarung nach § 300 Abs. 3 SGB V zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Deutschen Apothekerverband (sog. Arzneimittelabrechnungsvereinbarung) regelt die Verwendung eines bundeseinheitlichen Kennzeichens nach § 300 Abs. 3 Satz 1 SGB V. § 3 Abs. 1 der Vereinbarung lautet: „Als bundeseinheitliches Kennzeichen […] wird die Pharmazentralnummer [...] vereinbart."

Zu einer sachlichen Differenz zwischen Hilfsmittelpositionsnummer bzw. Hilfsmittelverzeichnis und PZN kann es kommen, weil

- sich die Abrechenbarkeit der Hilfsmittel nach der PZN richtet, d. h. nach einem Identifikationsschlüssel, der im Hilfsmittelverzeichnis nicht enthalten ist,
- es bei der Vergabe der PZN durch die IFA GmbH nicht zu einer Prüfung kommt, ob eine Hilfsmittelpositionsnummer vergeben und das Hilfsmittel in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen wurde,
- Erfassungs- und Übertragungsfehler nicht auszuschließen sind.

4.6.2 Rechtliche Funktion des Hilfsmittelverzeichnisses, Rechte und Pflichten des Herstellers

Das Hilfsmittelverzeichnis (§ 128 SGB V) dient der umfassenden Produkt- und Preistransparenz. Es ist allerdings nicht rechtlich verbindlich, es hat

für die Verordnungsfähigkeit nicht konstitutiven, sondern deklaratorischen Charakter (BSG SozR 3-2500 § 33 Nr. 44, 246/248; Maydell GK-SGB V/ *Maydell* § 128 SGB V, Rn. 6; GKV-Kommentar Maaßen u. a./*Orlowski* § 128 SGB V, Rn. 3). Es stellt lediglich eine Orientierungshilfe in der Praxis und eine Auslegungshilfe für die Gerichte dar. Die bedeutet, dass ein Hilfsmittel, das nicht im Hilfsmittelkatalog enthalten ist, nicht automatisch aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung herausfällt. Um zulasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet, abgegeben und abgerechnet werden zu können, muss das Hilfsmittel materiell den gesetzlichen Anforderungen (§ 139 Abs. 2 SGB V, Wirksamkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit) entsprechen.

Für das In-Verkehr-Bringen von Hilfsmitteln bestehen keine Zulassungsvoraussetzungen wie für Arzneimittel, allerdings sind die meisten Hilfsmittel Medizinprodukte i. S. d. Medizinproduktegesetzes (MPG) und dürfen nur in den Verkehr gebracht werden, wenn sie mit einer CE-Kennung versehen sind.

Dem Hilfsmittel-Hersteller kommt das Recht auf Bescheidung nach § 139 Abs. 2 SGB V zu (BSG NZS 2001, 364/365). D. h., er hat das Recht einen Antrag nach § 139 Abs. 2 SGB V zu stellen. Liegen die Voraussetzungen des § 139 Abs. 2 Satz 1 SGB V vor, hat er auch ein subjektiv öffentliches Recht darauf, dass sein Hilfsmittel in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen wird (BSG NZS 2001, 364/365). Er ist hingegen aus dem Gesetz (§§ 128, 139 SGB V) nicht verpflichtet, für jedes seiner Produkte ein Verfahren nach § 139 Abs. 2 SGB V einzuleiten, um sie in das Hilfsmittelverzeichnis aufnehmen und mit einer Hilfsmittelpositionsnummer versehen zu lassen.

Die Vereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen über das Verfahren zur Aufnahme von Hilfsmitteln in das Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Abs. 2 Satz 3 SGB V enthält im Wesentlichen Regelungen zu den Nachweispflichten und zur Antragstellung. Aus der Vereinbarung

ergibt sich keine Verpflichtung für den Hersteller, eine PZN oder Hilfsmittelpositionsnummer für jedes seiner Produkte beantragen zu müssen. Das Entsprechende gilt für den Mustervertrag zur Beantragung einer PZN durch einen Hilfsmittel-Hersteller bei der IFA GmbH und für den Hilfsmittellieferungsvertrag sowie für die Arzneimittel-abrechnungsvereinbarung.

Die Abgabe von Hilfsmitteln, die über die PZN abgegeben werden, die durch den MDS jedoch nicht geprüft wurden und die in das Hilfsmittelverzeichnis nicht aufgenommen sind, ist nicht automatisch rechtswidrig im Sinne des SGB V. Ob die Verordnungsfähigkeit des Hilfsmittels und die Leistungspflicht der Krankenkassen gegeben sind, richtet sich danach, ob das Hilfsmittel den gesetzlichen Anforderungen entspricht. Dies bedarf in jedem Einzelfalle der Überprüfung.

4.6.3 Pflichten von Vertragsarzt und abgebenden Stellen

Der Vertragsarzt darf grundsätzlich Hilfsmittel nur verordnen, die im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt sind, siehe Anlage 3 zu Nr. 8.2. Heil- und Hilfsmittel-Richtlinie. Dabei verordnet er grundsätzlich kein bestimmtes Hilfsmittel, sondern gibt auf der Verordnung lediglich die Produktart vor, indem er eine siebenstellige Hilfsmittelpositionsnummer angibt, vgl. Anlage 3 zu Nr. 8.2. Heil- und Hilfsmittel-Richtlinie. Den Händlern von Hilfsmitteln (medizinische Warenhäuser, Apotheken, o.ä.) obliegt im Regelfall die Auswahl des Einzelproduktes aus der vom Arzt verordneten Produktart.

Für die abgebenden Stellen ergeben sich folgende Verpflichtungen: Nach § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V ist Voraussetzung für die Zulassung als abgebende Stelle, dass eine ausreichende, zweckmäßige, funktionsgerechte und wirtschaftliche Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel gewährleistet ist und dass die für die Versorgung der Versicherten geltenden Vereinbarungen anerkannt werden. Diese

Verpflichtungen werden durch vertragliche Vereinbarung nach § 127 Abs. 1 SGB V ergänzt. Über die Verpflichtung, eine ausreichende, zweckmäßige, funktionsgerechte und wirtschaftliche Abgabe des Hilfsmittels zu gewährleisten, sind die als abgebende Stelle Beteiligten verpflichtet, das Hilfsmittel vor der Abgabe auf die Übereinstimmung mit diesen Kriterien zu prüfen. Diese Kriterien entsprechen den Kriterien des § 139 Abs. 2 Satz 1 SGB V. Eine sachliche Differenz zwischen dieser Bestimmung und der als Zulassungsvoraussetzung in § 127 I SGB V genannten Pflicht besteht, jedenfalls soweit es hier von Interesse ist, nicht. Die Folge dieser Verpflichtung ist es, dass jeder einzelne Abgabevorgang auf seine Übereinstimmung mit den genannten Voraussetzungen geprüft werden muss.

In Fällen, in denen der Arzt ein Hilfsmittel ohne Angabe einer siebenstelligen Hilfsmittelpositionsnummer verordnet hat, ist das Verfahren nach § 5 des Hilfsmittellieferungsvertrages VdAK/AEV und DAV durchzuführen: Hilfsmittel, die im Verzeichnis noch nicht aufgeführt sind, sollen nur abgegeben werden, wenn der Apotheker den Arzt darauf aufmerksam gemacht hat, dieser auf die Abgabe besteht und der Apotheker dies auf der Verordnung vermerkt, vgl. § 5 Abs. 6 Satz 1 Hilfsmittellieferungsvertrag VdAK/AEV und DAV. In diesem Fall kann die Abgabe zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung nur nach Vereinbarung zwischen den Vertragspartnern bzw. nach genehmigtem Kostenvoranschlag erfolgen, vgl. § 5 Abs. 1 Satz 1 und 3 Hilfsmittellieferungsvertrag VdAK/AEV und DAV.

In Fällen, in denen der Arzt mit einer Hilfsmittelpositionsnummer verordnet, hat die abgebende Stelle die konkrete Zuordnung des Produkts vorzunehmen. Die insoweit erforderliche Prüfung auf Funktionstauglichkeit, Qualität und therapeutischen Nutzen kann die abgebende Stelle nur vornehmen, wenn sie selbst prüfen würde oder wenn sie auf zuverlässige Register bzw. auf Kennzeichen zurückgreifen könnte, die auf zuverlässige Register verweisen. Soweit ersichtlich, fehlt

es aber an einem solchen zuverlässigen Register, jedenfalls insoweit die Apotheken abgebende Stellen sind und es sich um die Prüfung des konkreten abgegebenen Produkts handelt. Das Hilfsmittelverzeichnis ist nicht vollständig. Aus Rechtsgründen sind im Hilfsmittelverzeichnis nicht alle den gesetzlichen Verordnungs- und Abgabebestimmungen entsprechenden Hilfsmittel enthalten. Das Hilfsmittelverzeichnis ist also in der Regel hinsichtlich derjenigen Produkte, die abgegeben werden dürfen, unvollständig. Demgemäß ist die HPN kein brauchbares Kennzeichen, auf das verwiesen werden kann. Die von den Apothekern über das Verbandsrecht begründete PZN kann diese Funktion ebenso nicht erfüllen. Die PZN beschränkt sich nicht darauf, Produkte in das Verzeichnis aufzunehmen, die im Hilfsmittelverzeichnis enthalten sind. Das geschieht mit guten Gründen so, die eben darin liegen, dass das Hilfsmittelverzeichnis die verordnungsfähigen Leistungen nicht vollständig umfasst. Die Vergabe einer PZN setzt auch nicht etwa eine eigene Prüfung nach den Kriterien des § 139 oder des § 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V voraus, sodass die Übereinstimmung des Produkts mit der PZN noch keine Aussage darüber erlaubt, ob das Produkt mit den gesetzlichen und untergesetzlichen Bestimmungen über die Verordnungs- und Abgabefähigkeit übereinstimmt.

Aus dieser Struktur ergibt sich eine Regelungslücke, deren Folge es ist, dass durch zur Abgabe berechtigte Stellen, das sind in diesem Beispielsfall Apotheken, Produkte konkret abgegeben werden können, deren Prüfung bzw. Übereinstimmung mit den rechtlich maßgeblichen Kriterien nicht nachgewiesen ist und die von der abgebenden Stelle vor dem Abgabevorgang nicht überprüft werden können. Das gilt für alle Produkte, die in Apotheken abgegeben werden und die über eine PZN verfügen, die nicht eindeutig für dieses Produkt auf das Hilfsmittelverzeichnis verweist. Den abgebenden Stellen sind also Verpflichtungen durch Gesetz und vertragliche Regelungen auferlegt, denen sie mangels eines validen Verzeichnisses bzw. mangels valider Kennziffern, die als

Prüfungsmaßstab bei der massenhaften Abgabe herangezogen werden könnten, nicht nachkommen können. Die Vertragsparteien werden zu überlegen haben, ob dadurch in praktisch relevantem Umfang Prüfungsdefizite eintreten. Es kann durchaus sein, dass die im Alltag bei der Abgabe erfolgende Prüfung des Produkts auf seine Übereinstimmung mit der auf der ärztlichen Verordnung angegebenen siebenstelligen Hilfsmittelpositionsnummer ausreichende Ergebnisse erzielt. Dies könnte namentlich deswegen der Fall sein, weil die abgebende Stelle das Risiko trägt, dass die Krankenkasse auf die ärztliche Verordnung bei Abweichung nicht leistet.

Sollten sich in der Praxis relevante Defizite zeigen, so werden die Vertragsparteien zu überlegen haben, auf welche Weise im Rahmen der geltenden gesetzlichen Bestimmungen diese Regelungslücke geschlossen werden kann. Gegebenfalls wird der Gesetzgeber die Voraussetzungen für entsprechende vertragliche Vereinbarungen zu schaffen haben, wenn man denn diese Regelungslücke schließen möchte und es anders nicht könnte. Das ist allerdings vor systematische Schwierigkeiten gestellt. Die deutlich gewordene Regelungslücke ergibt sich daraus, dass das Hilfsmittelverzeichnis die verordnungs- und abgabefähigen Leistungen nicht vollständig umfassen muss und dass Apotheken aufgrund ihrer Handlungsbedingungen bei dem einzelnen Abgabevorgang nicht in der Lage sind, die Übereinstimmung des Produkts mit den gesetzlichen Kriterien zu überprüfen. Da eine gesetzliche Prüfungspflicht über § 139 SGB V für das einzelne Produkt gerade nicht besteht, dürfte es schwierig sein, die Verpflichtung der abgebenden Stellen, die Zweckmäßigkeit, Funktionsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit sowie die Qualität des abgegebenen Produkts zu überprüfen, in allen Einzelfällen einzulösen.

Man wird also im Weiteren die Verpflichtungen der abgebenden Stellen unter dem Gesichtspunkt der Realisierbarkeit in der Praxis weiter präzisieren müssen, um das Vollzugsdefizit, das die gesetzliche Regelung notwendigerweise zum Inhalt hat, transparent zu machen und

möglichst weitgehend zu beschränken. Die vorstehenden Äußerungen lassen sich aufgrund unserer Informationen über den Sachverhalt nur für die Pharmazentralnummer (PZN) machen und dürften demzufolge nur für Apotheken gelten. Ob eine entsprechende Problematik bei anderen abgebenden Stellen vorliegt, medizinischen Warenhäusern etwa, bedürfte der besonderen Prüfung.

5 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1 Produktgruppen im Hilfsmittelverzeichnis und Pflegehilfsmittelverzeichnis 13
Tabelle 1.2 Beispiele für die Finanzierungszuständigkeit bei Hilfs- und Pflegehilfsmitteln in vollstationären Pflegeeinrichtungen 20
Tabelle 1.3 Therapieformen im Heilmittelkatalog 25
Tabelle 1.4 Indikationen im Heilmittelkatalog 26
Tabelle 1.5 Kennzahlen der Jahre 2003 und 2004 für die GEK-Versicherten 31
Tabelle 1.6 Die Ausgaben der GEK für unterschiedliche Heilmittel im Jahre 2004 (Ausgaben in Euro) 33
Tabelle 3.1 Ausgaben für Heilmittel in der gesetzlichen Krankenversicherung (in 1.000 Euro nach KV 45 Statistik) 52
Tabelle 3.2 Änderung der Heilmittel-Richtlinien zum 1.7.2004 56
Tabelle 3.3 Heilmittel-Verordnungen über 200 Euro Gesamtkosten je Beleg im Jahr 2004 58
Tabelle 3.4 Ausgaben in Euro für alle Heilmittel des bundeseinheitlichen Heilmittelpositionsnummernverzeichnisses ... 59
Tabelle 3.5 Heilmittel (laut Richtlinien) 2004 60
Tabelle 3.6 Abrechnung von Heilmittelleistungen, verordnet im 1. Quartal 2003 und abgerechnet bis zum 31.12.2004 in % ... 63
Tabelle 3.7 Vergleich der im ersten Halbjahr 2003 und 2004 verordneten Heilmittel 65
Tabelle 3.8 Vergleich der im zweiten Halbjahr 2003 und 2004 verordneten Heilmittel 66
Tabelle 3.9 Ergotherapie 2004 70
Tabelle 3.10 Ergotherapie 2004: Einzel- oder Gruppenbehandlung? 71
Tabelle 3.11 Leistungserbringer ergotherapeutischer Leistungen bei 5 bis unter 10jährigen Versicherten im Jahr 2004 76
Tabelle 3.12 Regionale Verteilung der Inanspruchnahme von Leistungserbringern (LE) und ergotherapeutische Behandlungsprävalenz bei 5 bis unter 10jährigen Versicherten 2004 77
Tabelle 3.13 Facharztgruppen der Stichprobe 87

Tabelle 3.14 Diagnosen/Indikationen in der Stichprobe 89
Tabelle 3.15 Logopädie 2004 96
Tabelle 3.16 Logopädie 2004: Einzel- oder Gruppenbehandlung? 97
Tabelle 3.17 Behandlung mit Logopädie und Ergotherapie sowie Kombination von Logopädie mit Hörhilfen (jeweils bei Kindern unter 15 Jahren) 106
Tabelle 3.18 Physiotherapie 2004 111
Tabelle 3.19 Physiotherapie 2004: Einzel- oder Gruppenbehandlung? .. 114
Tabelle 3.20 Leistungserbringer von Physiotherapie im Jahr 2004 121
Tabelle 3.21 Podologische Leistungen im Jahr 2004 124
Tabelle 3.22 Vergleich der Diabetes-Verordnungsprävalenzen 2003 und 2004 standardisiert nach Alter und Geschlecht für versicherte Personen der GEK 126
Tabelle 3.23 Verteilung der Ausgaben für podologische Leistungen und Hilfsmittel der Produktgruppe 31 für „Diabetiker“ nach Alter und Geschlecht im Jahr 2004 128
Tabelle 3.24 Ausschnitt der am häufigsten verordneten Leistungspositionen der Gruppe 31 bei „Diabetikern“ mit podologischer Therapie im Jahr 2004 130
Tabelle 4.1 Hilfsmittel aus Apotheken 2003 und 2004 136
Tabelle 4.2 Kennzahlen für den Hilfsmittelbereich der Jahre 2003 und 2004 für die GEK-Versicherten 138
Tabelle 4.3 Verschiebung der tatsächlich angefallenen Ausgaben für Sehhilfen durch die Abrechnung von Verordnungen aus den Vorjahren 142
Tabelle 4.4 Versorgungsprävalenz und Ausgaben für Hilfsmittel-leistungen in 2003 und 2004 nach Produktgruppen 148
Tabelle 4.5 Versorgungsprävalenz nach Geschlecht für ausgewählte Produktgruppen 150
Tabelle 4.6 Rangliste Produktgruppen sortiert nach Ausgaben: die ersten zehn Produktgruppen 151
Tabelle 4.7 Überblick über Ausgaben- und Mengenentwicklung an verordneten Betten zu Lasten der GEK in 2004 im Vergleich zum Vorjahr 165

Tabelle 4.8 Abgabe von Betten nach Krankenhausentlassungen in Tagen 2004 (n=447 Personen) 165
Tabelle 4.9 Verordnungen von Pflegebetten in 2004 unterteilt nach Alter und Geschlecht der Versicherten..... 166
Tabelle 4.10 Darstellung der zu Lasten der GEK in 2004 verordneten Betten unterschieden nach manueller und motorischer Verstellbarkeit (n=430)..... 168
Tabelle 4.11 Überblick über Ausgaben- und Mengenentwicklung von Hilfsmitteln bei Tracheostoma zu Lasten der GEK in 2004 im Vergleich zum Vorjahr 175
Tabelle 4.12 Verordnungen von Hilfsmitteln bei Tracheostoma in 2004 unterteilt nach Alter und Geschlecht der Versicherten..... 176
Tabelle 4.13 Darstellung der zu Lasten der GEK in 2004 verordneten Trachealkanülen zur Beatmung (n=234) 177
Tabelle 4.14 Überblick über Ausgaben- und Mengenentwicklung von Stomaartikeln zu Lasten der GEK in 2004 im Vergleich zum Vorjahr..... 182
Tabelle 4.15 Wie viel Prozent der LV mit Stoma nehmen maximal wie viele Leistungen aus dieser Produktgruppe in Anspruch?..... 183
Tabelle 4.16 Verordnungen von Stomaartikeln in 2004 unterteilt nach Alter und Geschlecht der Versicherten (n=1.718)..... 183
Tabelle 4.17 Leistungserbringer, die den Bereich Stomaartikel bedienen, Vergleich der Jahre 2004 und 2003 184
Tabelle 4.18 Übersicht zu eingesetzten technischen Gerätschaften als Hilfsmittel in der ambulanten Schwerstkrankenpflege .. 192
Tabelle 4.19 Anteil der PZN einer Produktgruppe (PG) in der Stichprobe..... 217
Tabelle 4.20 Stichprobe zur Hochrechnung der PZN mit unzutreffender Hilfsmittelpositionsnummer..... 222
Tabelle 4.21 Übersicht der Erwartungswerte für die PZN Anzahl in den verschiedenen Bewertungskategorien im ABDA-Artikelstamm 225

Tabelle 4.22 Mehrfachnutzung von „regulären“ Hilfsmittelpositionsnummern durch verschiedene Hersteller im ABDA-Artikelstamm 227
Tabelle 4.23 Beispiel für die sechsfache Nutzung einer Hilfsmittelpositionsnummer im ABDA-Artikelstamm 227
Tabelle 4.24 Zuordnung der PZN mit „irregulären“ Hilfsmittelpositionsnummern zu Produktarten des Hilfsmittelverzeichnisses..... 228
Tabelle 4.25 „Irreguläre“ HPN, die im HMV doppelt vorkommen und im ABDA-Artikelstamm angegeben sind..... 229

6 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1 Entwicklung des Ausgabenanteils nach Behandlungsart in der GKV 1970-2003 (alte Bundesländer) 8

Abbildung 1.2 Aufgabenteilung zwischen den Spitzenverbänden der GKV und dem Gemeinsamen Bundesausschuss in der Hilfsmittelversorgung 16

Abbildung 1.3 Heilmittelangebot der GKV als Bestandteil der Richtlinienkompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses 23

Abbildung 1.4 Verteilung von Krankengymnasten und Physiotherapeuten und ihre Inanspruchnahme in den Bundesländern 34

Abbildung 1.5 Anteil der Versicherten mit Hilfs- bzw. Heilmittel-verordnungen nach Alter für das Jahr 2004 37

Abbildung 1.6 Verteilung der Ausgaben für Hilfs-, Heil- und Arzneimittel bei den GEK-Versicherten 39

Abbildung 1.7 Ausgaben für Heilmittel 2004: Abweichung in Prozentpunkten und absolut (A:) der tatsächlichen von den erwarteten Ausgaben standardisiert nach Alter und Geschlecht 40

Abbildung 1.8 Ausgaben für Hilfsmittel 2004: Abweichung in Prozentpunkten und absolut (A:) der tatsächlichen von den erwarteten Ausgaben standardisiert nach Alter und Geschlecht 41

Abbildung 3.1 Änderung der Ausgaben für Heilmittel 2002 bis 2004 53

Abbildung 3.2 Ergotherapie: alters- und geschlechtsspezifische Behandlungsprävalenz 73

Abbildung 3.3 Ergotherapie: alters- und geschlechtsspezifische Verteilung der Gesamtausgaben 74

Abbildung 3.4 Ausgaben für Ergotherapie 2004: Abweichung in Prozentpunkten und absolut (A:) der tatsächlichen von den erwarteten Ausgaben standardisiert nach Alter und Geschlecht 85
Abbildung 3.5 Ausschnitt aus der Rückseite einer Original-verordnung mit Bestätigung der Leistung durch Julian, 5 Jahre 88
Abbildung 3.6 Logopädie: alters- und geschlechtspezifische Behandlungsprävalenz 100
Abbildung 3.7 Logopädie: alters- und geschlechtsspezifische Verteilung der Gesamtausgaben 101
Abbildung 3.8 Ausgaben für Logopädie 2004: Abweichung in Prozentpunkten und absolut (A:) der tatsächlichen von den erwarteten Ausgaben standardisiert nach Alter und Geschlecht 103
Abbildung 3.9 Physiotherapie: Alters- und geschlechtsspezifische Behandlungsprävalenz 116
Abbildung 3.10 Physiotherapie: alters- und geschlechtsspezifische Verteilung der Gesamtausgaben 118
Abbildung 3.11 Ausgaben für Physiotherapie 2004: Abweichung in Prozentpunkten und absolut (A:) der tatsächlichen von den erwarteten Ausgaben standardisiert nach Alter und Geschlecht 120
Abbildung 3.12 Podologische Leistungen nach Alter und Geschlecht der versicherten Personen im Jahr 2004 125
Abbildung 4.1 Versorgungsprävalenz mit Hilfsmittelleistungen in den Jahren 2003 und 2004 nach Alter und Geschlecht 139
Abbildung 4.2 Versorgungsprävalenz mit Sehhilfen nach Alter und Geschlecht 141
Abbildung 4.3 Prozentuale Verteilung der Ausgaben für versicherte Frauen und Männern im Alter von 18 bis unter 65 Jahre 144
Abbildung 4.4 Prozentuale Verteilung der Ausgaben für versicherte Männer und Frauen, die 65 Jahre und älter sind 146

Abbildung 4.5 Versorgungsprävalenz mit Einlagen in 2004 nach Alter und Geschlecht 152
Abbildung 4.6 Ausgaben für Einlagen 2004: Abweichung in Prozentpunkten und absolut (A:) der tatsächlichen von den erwarteten Ausgaben standardisiert nach Alter und Geschlecht 155
Abbildung 4.7 Bevölkerungsanteil pro Orthopäde 157
Abbildung 4.8 Spezifische Versorgungsprävalenz von Pflegebetten in 2004 ab dem 50. Lebensjahr, unterteilt nach Alter und Geschlecht 167
Abbildung 4.9 Spezifische Versorgungsprävalenz von Hilfsmitteln bei Tracheostoma in 2004, unterteilt nach Alter und Geschlecht 177
Abbildung 4.10 Anteil der Lifterverordnungen (fahrbar und fest montiert) pro 10.000 Versicherte im Jahr 2004 nach Alter und Geschlecht 195
Abbildung 4.11 Anteil der Verordnungen an Sauerstoffgeräten (Konzentratoren und mit Gas) pro 10.000 Versicherte im Jahr 2004 nach Alter und Geschlecht 197
Abbildung 4.12 Anteil der Verordnungen an Beatmungsgeräten pro 10.000 Versicherte im Jahr 2004 nach Alter und Geschlecht 199
Abbildung 4.13 Entscheidungsdiagramm zur Bewertung der Zufallsstichprobe 220
Abbildung 4.14 Übersicht zur Einteilung der Stellungnahmen der Hersteller 232

7 Literatur

Behmann, I. (2004). Einklemmungen bei Kranken- und Pflegebetten. BfArM. http://www.bfarm.de/de/Medizinprodukte/mp_akt/Einkl_Pflegebetten.pdf (25.07.2005).

BMGS (2005a). Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: Basisinformationen. Stand Januar 2005.

BMGS (2005b). Informationskompendium des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung.

Bode, C. & Maßing, E. (2005). Festbeträge für Hilfsmittel – Anbieterstrategien auf Kosten der Versicherten? Die BKK, 01/2005.

Bödeker, K. (2003). Pflegefall Pflegebett. Altenpflege, 28 (7), 26-7.

Bundesamt für Sozialversicherung (2003). Ergotherapie bei Kindern mit Entwicklungsstörungen der Motorik, Schlussbericht der Konsensuskonferenzen. http://www.swiss-paediatrics.org/guidelines/f82-ge.pdf (19.8.2005).

Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände (BHV) (2004). Pressemitteilung 23.1.2004. http://www.bhv-heilmittelverbaende.de/de/_pdf/Pressemitteilung_GemBA_BHV.pdf (14.4.2005).

Bundeseinheitliches Heilmittelpositionsnummernverzeichnis (1. April 2005). http://www.datenaustausch.de/lev/pos_nr_verz/Heilmittel-050401.pdf (27.6.2005).

Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik (BIV) (2003). Schreiben vom 12.12.2003.

Bundesministerium der Justiz (2004). Bekanntmachung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über einen Beschluss zur Änderung der Richtlinien über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinien) vom 1.12.2003. Bundesanzeiger, Jg. 56, Nr. 20, 1523.

Bundesministerium der Justiz (2004). Bekanntmachung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Neufassung der Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinien) vom 1.12.2003/16.3.2004. Bundesanzeiger, Jg. 56, Nr. 106a.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2005). Informationen zu den Finanzergebnissen der GKV. http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/datenbanken/stats/4604.php (12.4.2005).

BVMed- Bundesverband Medizintechnologie e.V. (2004). Leitlinie für die Versorgung von tracheotomierten und laryngektomierten Patienten. Berlin.

Cullum, N., Nelson, E.A., Flemming, K. & Sheldon, T (2001). Systematic reviews of wound care management: (5) beds; (6) compression; (7) laser therapy, therapeutic ultrasound, electrotherapy and electromagnetic therapy. Health Technol Assess, 5(9), 1-221.

Cullum, N., McInnes, E., Bell-Syer, S.E.M. & Legood, R. (2004). Support surfaces for pressure ulcer prevention. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 3. Art. No.: CD001735.

Curtis, D. (1997). Pontefract hospitals NHS trust: Interim evaluation of the hospital-at-home scheme pilot study. Total Quality Management, 8, 205-210.

Davitt, J.K. & Kaye, L.W. (1995). High-tech home health care: Administrative and staff perspectives. Home Health Care Services Quarterly, 15, 49-66.

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (2004). Indikationen zur Verordnung von Ergotherapie im Kindesalter. http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/ll/071-011.htm (21.8.2005).

Dietel, M., Dudenhausen, J. & Suttorp, N. (2003). Harrisons Innere Medizin. Berlin, Leiben: ABW Wissenschaftsverlag GmbH.

Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.) (2003). Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. 2. überarb. Aufl. Köln: Deutscher Ärzteverlag.

Ernst, G. (2004). Krankenhaus- und Pflegebetten auf dem Prüfstand. Die Schwester/ Der Pfleger, 43(8), 580-3.

Esch, M. (2005). Stomatherapie. Beratung- Anleitung- Pflege. Stuttgart: Kohlhammer.

Ewers, M. (2003). High-Tech Home Care. Optionen für die Pflege. Sicht- und Handlungsweisen von Pflegenden in der häuslichen Infusionstherapie. Bern: Huber.

Fischer, F., Bruch, H.P., Roblick, U., Ebert, S., Benecke, C. & Schiedeck, T.H.K. (2003). Stomakomplikationen – Korrekturverfahren. Coloproctology, 25(2), 79-86.

Garattini, L., Cornago, D. & Tediosi, F. (2001). A comparative analysis of domiciliary oxygen therapy in five European countries. Health Policy, 58, 133-147.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2004). Pressemitteilung 16.3.2004. http://www.g-ba.de/cms/upload/pdf/abs5/pm/2004-03-16-Heilmittel-PM.pdf (29.8.2005).

Gemeinsamer Bundesausschuss (2004). Richtlinien über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. http://www.g-ba.de/public/GBA_Abs5/richtlinien/richtl_ hilfsmittel.php (30.8.04).

Gemeinsamer Bundesausschuss (2003). Pressemitteilung 20.11.2003. http://www.g-ba.de/cms/upload/pdf/abs5/pm/2003-11-20-ba-heilmittel.pdf (15.4.2005).

Glaeske, G., Greiser, E. & Hart, D. (1993). Arzneimittelsicherheit und Länderüberwachung. Konzeption zur strukturellen Optimierung der Länderüberwachung aus rechtlicher, pharmakologischer und gesundheitspolitischer Sicht. Baden-Baden: Nomos.

Glaeske, G. & Janhsen, K. (2004). GEK-Arzneimittel-Report 2004, St. Augustin: Asgard-Verlag.

Glaeske, G. & Janhsen, K. (2005). GEK-Arzneimittel-Report 2005, St. Augustin: Asgard-Verlag.

Griffiths, J., Barber, V.S., Morgan, L. & Young, J.D. (2005). Systematic review and meta-analysis of studies of the timing of tracheostomy in adult patients undergoing artificial ventilation. BMJ, 330(7502), 1243.

Hakimi, R. (2005). Sinn der Ergotherapie. Deutsches Ärzteblatt, 102, C 1160.

Hessisches Sozialministerium (o.J.). Sicherheitsrisiken von Kranken- und Pflegebetten. http://www.sozialministerium.hessen.de/ca/i/oo/ (25.07.2005).

Hilfsmittellieferungsvertrag (2004). http://www.vdak.de/apotheken/hlv_010402_mit_unterschriften.pdf (15.6.2004).

Hilfsmittelverzeichnis (Stand 30.1.2005). http://www.vdak.de/hilfsmittelverzeichnis.htm (18.3.05).

Hoppe de Mamani, S. & Schlag, P.M. (2004). Lebensqualität nach Rektumchirurgie. Chirurg, 75, 26-31.

Hubert, A. (2001). Das Tracheostoma. Pflegen ambulant, 12 (2), 20-22.

Hüppi, A. & Kast, D. (2004). Sprache nach Laryngektomie: Nicht stimmlos bleiben. Pflege Z, 57(5), 314-317.

Huhn, S. (1999). Das Bett als Hilfsmittel in der Pflege: Wie man sich bettet, so liegt man! Pflege Z, 52(6), 410-2.

IFA, Informationsstelle für Arzneispezialitäten GmbH. http://www.ifaffm.de/index.html. (15.6.2004).

IKK Bundesverband (2003). Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit „Sonstigen Leistungserbringern“ sowie mit Hebammen und Entbindungspflegern (§ 301 a SGB V). Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen. http://www.datenaustausch.de/lev/tp5/upload_vertraege/Ri-Text_151203.pdf (2.8.2005).

IKK Bundesverband (2003). Verfahrenshandbuch: Strukturgegebenheiten und Prozessabläufe im Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelbereich. Bergisch Gladbach.

IKK-Bundesverband (2005). Rahmenempfehlungen. http://www.ikk.de/ikk/generator/ikk/fuer-medizinberufe/heilmittel/5316,i=l.html (19.8.2005).

Kopp, G. (2000). Das Kolostoma. Die richtige Versorgung finden - Komplikationen erkennen. Pflegen ambulant, 11(3), 14-17.

Krebs in Deutschland (2004). Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland. 4. überarb., aktual. Ausgabe. Saarbrücken.

Kruse, F., Freigang K.W. & Lieschke, L. (2005). Heilmittel und Hilfsmittel. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Lademann, J. (2000). Hospital at Home: Häusliche Versorgungskonzepte für schwer kranke und intensivpflegebedürftige PatientInnen. P 00-110. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft (IPW) an der Universität Bielefeld. Bielefeld: IPW.

Landesbildungsserver Baden-Württemberg. Sprachförderung. http://www.schule-bw.de/unterricht/paedagogik/sprachfoerderung/grundschule (25.8.2005).

Landesbildungsserver Schleswig-Holstein (2003). Checkliste Verhaltensauffälligkeiten. http://foerderzentren.lernnetz1.de/seite74.php (17.8.05).

Landesbildungsserver Schleswig-Holstein. Handreichung für Regelschulen. http://foerderzentren.lernnetz1.de/seite74.php (17.8.05).

Landesregierung Schleswig-Holstein (2004). Elterninformationen zum Schulanfang. http://landesregierung.schleswig-holstein.de/coremedia/generator/Aktueller_20Bestand/MBF/Brosch_C3_BCre_20_2F_20Publikation/Schule/Mein_20Kind_20kommt_20in_20die_20Schule,version=10.html (17.8.2005).

Lehoux, P. (2004). Patients‘ perspectives on high-tech home care: A qualitative inquiry into the user-friendliness of four technologies. BMC Health Services Research, 4(1), 28.

Lichte, T., Goesmann, C. & Fischer, G.C. (2001). Budgets und Richtgrößen: Geeignete Steuerungsinstrumente bei der Arznei- und Heilmittelverordnung? Gesellschaftspolitische Kommentare Nr. 5, 6-13.

Maaßen, H.- J., Schermer, J., Wiegend, D. et. al. (2005). SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung – GKV Kommentar, Loseblatt, Stand Juli 2005, Heidelberg: v. Decker Verlag.

Maydell, B. von (Hrsg.) (2002). Gemeinschaftskommentar zum Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung (GK- SGB V), Loseblatt, Stand Oktober 2002, Neuwied u.a.: Luchterhand Verlag.

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS). http://www.mds-ev.org/index2.html (22.6.2004).

Menke, W. (2002). Todesfälle durch defekte Pflegebetten. Deutsches Ärzteblatt, 99(3), A140.

Menke, W. & Kindler, M. (2001). Brennende Probleme mit Pflegebetten. Krankenhaus Umschau, 71(10), 856-8.

Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Kultur des Landes Schleswig-Holstein (2003). Mein Kind kommt in die Schule. http://landesregierung.schleswig-holstein.de/coremedia/generator/Aktueller_20Bestand/MBF/Brosch_C3_BCre_20_2F_20Publikation/Schule/PDF/Mein_20Kind_20kommt_20in_20die_20Schule,property=pdf.pdf (17.8.05).

Neumann, T. (1994). Versicherten- und Verbraucherinteressen im Gesundheitswesen. Herausforderungen an Krankenkassen und Verbraucherorganisationen. Die Betriebskrankenkasse, Heft 11, 648-658.

O'Keeffe, S.T. (2004). Down with bedrails? Lancet, 363(9406), 343-4.

Oliver, D. (2002). Bed falls and bedrails-what should we do? Age Ageing, 31(5), 415-8.

Pachler, J. & Wille-Jorgensen, P. (2005). Quality of life after rectal resection for cancer, with or without permanent colostomy. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2, Art. No.: CD004323.

Paritätische Begleitkommission (2004). Ergotherapie bei Kindern mit motorischen Entwicklungsstörungen F82 nach ICD-10. Bericht über die Arbeit der paritätischen Begleitkommission. http://www.ergotherapie.ch/index-de.php?page=36&frameset=31 (21.8.2005).

Prontnicki, J. & Taft, L. (2003). Coordination Problems: Clumsiness to Major Motor Disorders. In: Rudolph, C.D. & Rudolph, A.M. (Hrsg.): Rudolph's Pediatrics. New York: McGraw-Hill, 481-485.

Remschmidt, H. (2005). Schlusswort. Deutsches Ärzteblatt, 102, C 1161-1162.

Remschmidt, H. & Heiser, R. (2004). Differenzierte Diagnostik und multimodale Therapie hyperkinetischer Störungen. Deutsches Ärzteblatt, 101, A 2457–2466.

Rink, E., Sims, J., Walker, R. & Pickard, L. (1998). Hospital care at home: An evaluation of scheme for orthopaedic patients. Health and Social care in the Community, 6, 158-163.

Rosenberg, G. (2003). Körperschema - Pflegerische Interventionen zur Körperorientierung. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003). Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Baden-Baden: Nomos.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002). Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung, Baden-Baden.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesens (2005). Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005. Baden-Baden: Nomos. Ziffern 683 - 757.

Schaeffer, D. & Ewers, M. (Hrsg.) (2002). Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker. Bern: Huber.

Scharnetzky, E., Deitermann, B., Michel, C. & Glaeske, G. (2004). GEK-Heil- und Hilfsmittelreport 2004. St. Augustin.

Schmid, I., Rauthe, G. & Zellmann, K. (1999). Rehabilitative Pflege in der Onkologie am Beispiel häufiger Probleme. In: Vohs, M. & Winter, I. (Hrsg.): Fachpflege Rehabilitation. München, Jena: Urban & Fischer, 214-225.

Schmid, M. (2001). Ergotherapie bei Kindern mit Entwicklungsstörungen. Schweizerische Ärztezeitung, 82, 1793-1795.

Schneekloth, U. & Müller, U. (2000). Wirkungen der Pflegeversicherung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 127. Baden-Baden: Nomos.

Schröder, G., Neander, K.D. & Bienstein, C. (1997). Lagerungen zur Dekubitusphrophylaxe. In: Bienstein, C., Schröder, G., Braun, M. & Neander, K.D. (Hrsg.): Dekubitus. Die Herausforderung für Pflegende. Stuttgart; New York: Thieme, 105-129.

Schroll, S. (2004). Gefahr erkannt, Gefahr gebannt? Altenpflege, 29(11), 26-9.

Schubert, I. & Horch, K. (2004). Gesundheit von Kindern. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI.

SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung. http://www.bmgs.bund.de/download/gesetze_web/gesetze.htm (21.8.05).

Shonkoff, J.P. (2003). Language Delay: Late Talking to Communication Disorder. In: Rudolph, C.D. & Rudolph, A.M. (Hrsg.): Rudolph's Pediatrics. New York: McGraw-Hill, 441-444.

Smith, C.E., Fernengel, K., Werkowitch, M. & Holcroft, C. (1992). Financial and psychological costs of high technology home care. Nursing Economics, 10, 369-72.

Spitzenverbände der Krankenkasse (2004). Ergänzung zu der Gemeinsamen Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) im Hilfsmittelbereich vom 25.11.2003. Aktualisierung der Zuzahlungsregelungen vom 30.März 2004.

Spitzenverbände der Krankenkassen (2003a). Abgrenzungskatalog der Spitzenverbände der Krankenkassen - zugleich handelnd als Spitzenverbände der Pflegekassen - zur Hilfsmittelversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheimen) vom 14. März 2003.

Spitzenverbände der Krankenkassen (2003b). Gemeinsame Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) im Hilfsmittelbereich vom 25. November 2003.

Spitzenverbände der Krankenkassen (2002). Vorstellungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Weiterentwicklung der Versorgung im Heilmittel- und Hilfsmittelbereich vom 18. Februar 2002.

Statistisches Bundesamt (2005). Bericht: Pflegestatistik 2003 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Zweigstelle Bonn: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2003). Gesundheit: Ausgaben und Personal 2001. Wiesbaden.

Universitätsklinikum Münster (UKM). Klinische Prüfstelle für orthopädische Hilfsmittel. http://medweb.uni-muenster.de/institute/pruef/.

US Food and Drug Administration (2000). A guide to bed safety. Department of Health and Human Services, Oct 11, 2000. http://www.fda.gov/cdrh/beds/bed_brochure.html (22.07.2005).

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (vdak). Vergütungslisten für Krankengymnastische/ physiotherapeutische Leistungen, Massagen und medizinischen Bäder (west/ ost). http://www.vdak.de/heil_hilfsmittel/physio/verguetungsliste_physio_west.pdf (29.6.2004). http://www.vdak.de/heil_hilfsmittel/physio/verguetungsliste_physio_ost.pdf (29.6.2004).

Verband Physikalische Therapie (2004). http://www.vpt-online.de/detailseite.cfm?MeldungsID=245 (14.4.2005).

Vergütungsliste für ergotherapeutische Leistungen (01.02.2002) für die Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein http://www.vdak.de/heil_hilfsmittel/ergo/ergo_west.pdf (25.8.2005).

Vergütungsliste für ergotherapeutische Leistungen (01.02.2002) für die Bundesländer Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen. http://www.vdak.de/heil_hilfsmittel/ergo/ergo_ost.pdf (25.8.2005).

Vergütungsliste für logopädische/ sprachtherapeutische Leistungen (1.5.2001). http://www.vdak.de/heil_hilfsmittel/preise_logo_010501.pdf (25.8.2005).

Werbe- und Vertriebsgesellschaft Deutscher Apotheker mbH (WUV). http://www.wuv-gmbh.de/742.htm (25.6.2004).

Zuck, R. (2003). Hilfsmittel und die rechtliche Bedeutung des Hilfsmittelverzeichnisses. MedR, Bd. 21, Heft 6, 335-338.

8 Anhang

Um den Umfang dieses Reports in einer ‚handlichen' Größe zu halten, haben wir uns in diesem Jahr erstmals entschieden, den Anhang aus der Druckversion herauszunehmen und stattdessen im Internet bereitzustellen. Die in diesem Report zitierten Anhangstabellen finden sich vollständig im Internet unter www.gek.de, Bereich „Presse - GEK Studien - Heil- und Hilfsmittel".

Die ProjektmitarbeiterInnen:

Dr. Elke Scharnetzky, MPH

*1957
Studium der Humanmedizin in Kiel und Göttingen, Promotion zum Dr. med. 1982, im gleichen Jahr medizinisches Staatsexamen und Approbation als Ärztin, ECFMG Certification. 1982 bis 1985 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universitäts-Kinderklinik Göttingen. 1986-89 Unterricht an der Kinderkrankenpflegeschule in Minden, 1996-97 Unterricht an der Berufsfachschule für Ergotherapie in Gyhum.
2001 bis 2004 Studium der Gesundheitswissenschaften an der Universität Bremen mit dem Schwerpunkt Epidemiologie, Magisterarbeit über Verletzungen und Vergiftungen bei Kindern und Jugendlichen mit Hyperkinetischen Störungen / ADHS. Seit Januar 2004 Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) in der Abteilung Arzneimittelanwendungsforschung. Seit März 2005 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Public Health und Pflegeforschung, AG Arzneimittelanwendungsforschung der Universität Bremen.

Bernhilde Deitermann, MPH

*1970
Bis 1997 Studium der Sozialwissenschaften an der Universität Hannover (Abschluss: Dipl. Sozialwiss). Von 2000-2003 Aufbaustudium der Gesundheitswissenschaften an der Medizinischen Hochschule Hannover (Abschluss: MPH). Seit 2003 Promovendin am Studiengang Öffentliche Gesundheit/Gesundheitswissenschaften an der Universität Bremen. Von 2001-2004 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Studiengang Öffentliche Gesundheit/Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen. Seit 2004 Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Zentrum für Sozialpolitik, AG Arzneimittelanwendun gsforschung der Universität Bremen. Seit März 2005 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Public Health und Pflegeforschung, AG Arzneimittelanwendungsforschung der Universität Bremen.

Falk Hoffmann

*1979
Ausbildung zum Krankenpfleger in Altenburg (Thüringen). Tätigkeit in der Psychiatrie. Seit 2001 Studium Lehramt Pflegewissenschaft mit natur- und gesundheitswissenschaftlicher Vertiefung an der Universität Bremen, z.Zt. Diplomand. Mitarbeiter der AG Arzeimittelanwendungsforschung. Seit März 2005 Mitarbeiter am Institut für Public Health und Pflegeforschung, AG Arzneimittelanwendungsforschung der Universität Bremen.

Prof. Dr. Gerd Glaeske

*1945

Studium der Pharmazie in Aachen und Hamburg, dort auch Promotion zum Dr. rer. nat., Prüfungsfächer Pharmazeutische Chemie, Pharmakologie und Wissenschaftstheorie. Ab 1981 wissenschaftlicher Mitarbeiter im Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS), dort ab 1985 Leiter der Abteilung Arzn eimittelepidemiologie, Projektleitung einer Arzneimittelbewertungsstudie (Bewertender Arzneimittelindex, hrsg. von E. Greiser). Ab 1988 Leiter von Pharmakologischen Beratungsdiensten in Krankenkassen, Leiter der Abteilung Verbandspolitik beim Verband der Angestellten Krankenkassen (VdAK), später der Abteilung für medizinisch-wissenschaftliche Grundsatzfragen, zuletzt bei der BARMER Ersatzkasse.

Ab Dezember 1999 Professor für Arzneimittelversorgungsforschung am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen. Mitglied im Direktorium des Zentrums für Public Health der Universität Bremen. Seit März 2005 Mitglied im Direktorium des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen.

Seit Juli 2003 Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (www.svr-gesundheit.de).

Mitglied in der BTM-Kommission und der Lenkungsgruppe „Off-Label“ beim BfArM.

Mitglied der Drug-Utilization-Research-Group der WHO. Mitglied in diversen medizinischen und epidemiologischen Fachgesellschaften. 1. Vorsitzender der Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimittelepidemiologie (GAA).

Autor und Mitautor sowie pharmakologischer Berater von vielen Arzneimittel-Publikationen („Bittere Pillen“, „Handbuch Medikamente“ und „Handbuch Selbstmedikation“ der Stiftung Warentest, Selbstmedikationsratgeber „Arzneimittel ohne Arzt?“ der Arbeitsgemeinschaft der Vebraucherverbände, Ratgeber „Sucht“, „Medikamente für Frauen“ usw. Autor vieler Einzelveröffentlichungen zur Arzneimittelpolitik und zur Qualität der Arzneimittelversorgung.

Prof. Dr. Robert Francke

*1941
Professor für Öffentliches Recht seit 1974. Arbeitsschwerpunkte des Gesundheits- und Medizinrechts: Sozialrecht, insbes. Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung; Krankenhausrecht; individuelle und kollektive Patientenrechte – Bürgerbeteiligung; Versorgungssteuerung durch professionelle Normung, Qualitätssicherung und medizinrechtliche Regulierung.
Institut für Gesundheits- und Medizinrecht, Universität Bremen, Fachbereich Rechtswissenschaft, Universitätsallee, GW 1, 28334 Bremen

Angela Fritsch

*1958
Studium der Geographie an der Universität Bonn. Anschließend Ausbildung zur Organisationsprogrammiererin und Anstellung in verschiedenen Softwarehäusern. Seit März 2005 Mitarbeiterin am Institut für Public Health und Pflegeforschung, AG Arzneimittelanwendungsforschung der Universität Bremen.

Friederike Höfel

*1964
Studium einiger Semester Anglistik, Kunst und Philosophie in Berlin und Bremen. Ausbildung zur Wirtschaftsassistentin, Schwerpunkt Fremdsprachen in Bremen.
Seit 2001 Studentin der Soziologie an der Universität Bremen. Seit März 2005 Studentische Mitarbeiterin am Institut für Public Health und Pflegeforschung, AG Arzneimittelanwendungsforschung der Universität Bremen.

Claudia Kretschmer

*1981
Ausbildung zur Pharmazeutisch-Technischen-Assistentin in Bremen. Anschließend Angestellte in einer öffentlichen Apotheke in Bremen. Seit November 2004 Mitarbeiterin der Gmünder ErsatzKasse im Bereich der Analyse von Rezeptdaten zur Transparenzsteigerung der Arzneimittelversorgung.

Julia Lademann, MPH

*1963
Ausbildung zur examinierten Krankenpflegekraft 1983 in Pirmasens, Berufstätigkeit in der stationären und ambulanten Krankenpflege in Mainz, Wiesbaden, Bremen und Bielefeld. Studium der Biologie in Bremen mit dem Abschluss zur Diplom-Biologin 1996. In Bielefeld Studium der Gesundheitswissenschaften mit dem Schwerpunkt Pflegewissenschaft, Abschluss Master of Public Health (Diplom-Gesundheitswissenschaftlerin) im Jahr 2000. Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Pflegewissenschaft (IPW) an der Universität Bielefeld (1999-2000) und bis 2001 am Studiengang „Lehramt Pflegewissenschaft“ an der Universität Bremen. Seitdem Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Studiengang „Public Health/Gesundheitswissenschaften“ sowie am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) an der Universität Bremen.

Katrin Lorek

*1978
Ausbildung zur Bauzeichnerin in Bremen. Seit 1999 Studium der Digitalen Medien und 2000 Studium der Informatik mit Spezialisierung auf graphische Datenverarbeitung und Bildbearbeitung an der Universität Bremen. Seit März 2005 Studentische Mitarbeiterin am Institut für Public Health und Pflegeforschung, AG Arzneimittelanwendungsforschung der Universität Bremen.

Katrin Pruns

* 1976
Ausbildung zur Sozialversicherungsfachangestellten in Hamburg. Studium der Rechtswissenschaft an der Universität Hamburg. 2004 erste juristische Staatsprüfung. Seit 2004 Doktorandin am Institut für Gesundheits- und Medizinrecht (IGMR), Universität Bremen.

Wiebke Scharffetter

*1982
Ausbildung zur Pharmazeutisch-Technischen-Assistentin in Bremen. Anschließend für einige Monate Mitarbeiterin der Gmünder ErsatzKasse im Bereich der Analyse von Rezeptdaten zur Transparenzsteigerung der Arzneimittelausgaben. Seit 2004 Studium der Pharmazie an der Universität Münster.

Katharina Scharnetzky

*1985
Seit September 2004 Studium der Mathematik am University College London.

Dr. Christel Schicktanz, MPH

*1960
Studium der Tiermedizin an der Tierärztlichen Hochschule in Hannover von 1980-1986, dort auch Promotion zum Dr. med. vet. im Jahr 1989. Von 1998-2002 Aufbaustudium der Gesundheitswissenschaften an der Universität Bremen mit dem Schwerpunkt Epidemiologie.
Von 11/2002 - 3/2004 Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialpolitik (BIPS) in der Abteilung für Sozialmedizin und Arzneimittelepidemiologie. 2004 Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) in der Abteilung Arzneimittelanwendungsforschung,
Seit März 2005 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Public Health und Pflegeforschung, AG Arzneimittelanwendungsforschung der Universität Bremen.

In der GEK-Edition, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse sind erschienen:

Bericht über die Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe ...
(vergriffen)

Nr. 1: *Werkzeugmechaniker (1994)*
Nr. 2: *Edelmetallschmiede (1993)*
Nr. 3: *Zahntechniker (1993)*
Nr. 4: *Elektroniker und Monteure im Elektrobereich (1994)*
Nr. 5: *Augenoptiker (1995)*
Nr. 6: *Zerspanungsmechaniker (1996)*
Nr. 7: *Industriemeister (1996)*
Nr. 8: *Maschinenbautechniker (1996)*
Nr. 9: *Techniker im Elektrofach (1996)*
Nr. 10: *Industriemechaniker (1996)*

Band 1: *Müller, R. et al.: Auswirkungen von Krankengeld-Kürzungen. Materielle Bestrafung und soziale Diskriminierung chronisch erkrankter Erwerbstätiger. Ergebnisse einer Befragung von GKV-Mitgliedern. 1997*
ISBN 3-930 784-02-5
Euro 9,90

Band 2: *Bitzer, E. M. et al.: Der Erfolg von Operationen aus Sicht der Patienten. – Eine retrospektive indikationsbezogene Patientenbefragung zum Outcome elektiver chirurgischer Leistungen in der stationären Versorgung – am Beispiel operativer Behandlungen von Krampfadern der unteren Extremitäten, von Nasenscheidewandverbiegungen sowie von arthroskopischen Meniskusbehandlungen. 1998*
ISBN 3-980 6187-0-6
Euro 9,90

Band 3: *Grobe, T. G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 1998. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. 1998.*
ISBN 3-537-44003 (vergriffen)
Euro 7,90

Gmünder ErsatzKasse GEK (Hrsg.): Bericht über die Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe ... Ergebnisse von Beschäftigtenbefragungen, Analyse von Arbeitsunfähigkeitsdaten und Literaturrecherchen zu Zusammenhängen von Arbeitswelt und Erkrankungen.

Band 4: *Gesundheitsbericht 11 – Werkzeugmechaniker.*
ISBN 3-537-44001
Euro 4,90

Band 5: *Gesundheitsbericht 12 – Bürofachkräfte.*
ISBN 3-537-44002
Euro 4,90

Band 6: *Gesundheitsbericht 13 – Zerspanungsmechaniker.*
ISBN 3-537-44006-5
Euro 4,90

Band 7: *Gesundheitsbericht 14 – Industriemechaniker.*
ISBN 3-537-44007-3
Euro 4,90

Band 8: *Gesundheitsbericht 15 – Zahntechniker.*
ISBN 3-537-44008-1
Euro 4,90

Band 9: *Gesundheitsbericht 16 – Augenoptiker.*
ISBN 3-537-44009-X
Euro 4,90

Band 10: *Gesundheitsbericht 17 – Edelmetallschmiede.*
ISBN 3-537-440010-3
Euro 4,90

Band 11: *Gesundheitsbericht 18 – Elektroberufe.*
ISBN 3-537-440011-1
Euro 4,90

Band 12: *Grobe, T. G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 1999. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Arbeitslosigkeit und Gesundheit. 1999.*
ISBN 3-537-44012-X
Euro 7,90

Band 13: *Marstedt, G. et al.: Young is beautiful? Zukunftsperspektiven, Belastungen und Gesundheit im Jugendalter. Ergebnisbericht zu einer Studie über Belastungen und Probleme, Gesundheitsbeschwerden und Wertorientierungen 14-25jähriger GEK-Versicherter. 2000.*
ISBN 3-537-44013-8
Euro 9,90

Band 14: *Bitzer, E. M. et al.: Lebensqualität und Patientenzufriedenheit nach Leistenbruch- und Hüftgelenkoperationen. Eine retrospektive indikationsbezogene Patientenbefragung zum Outcome häufiger chirurgischer Eingriffe in der zweiten Lebenshälfte. 2000.*
ISBN 3-537-44014-8
Euro 9,90

Band 15: *Marstedt, G. et al. (Hrsg.): Jugend, Arbeit und Gesundheit. Dokumentation eines Workshops, veranstaltet vom Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen und der Gmünder Ersatzkasse (GEK) am 20. Mai 1999 in Bremen. Mit einem Grafik- und Tabellen-Anhang „Materialien zur gesundheitlichen Lage Jugendlicher in Deutschland“. 2000.*
ISBN 3-537-44015-4
(vergriffen)

Band 16: *Grobe, T. G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 2000. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Erkrankungen des Rückens. 2000.*
ISBN 3-537-44016-X
(vergriffen)

Band 17: *Braun, B.: Rationierung und Vertrauensverlust im Gesundheitswesen – Folgen eines fahrlässigen Umgangs mit budgetierten Mitteln. Ergebnisbericht einer Befragung von GEK-Versicherten. 2000.*
ISBN 3-537-44017-4
Euro 9,90

Band 18: *Grobe, T.G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 2001. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Psychische Störungen. 2001.*

ISBN 3-537-44018-9
Euro 9,90

Band 19: *Braun, B.: Die medizinische Versorgung des Diabetes mellitus Typ 2 – unter-, über- oder fehlversorgt? Befunde zur Versorgungsqualität einer chronischen Erkrankung aus Patientensicht. 2001.*

ISBN 3-537-44019-7
Euro 9,90

Band 20: *Glaeske, G.; Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2001. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 1999 - 2000. 2001.*

ISBN 3-537-44020-0
Euro 9,90

Band 21: *Braun, B., König, Chr., Georg, A.: Arbeit und Gesundheit der Berufsgruppe der Binnenschiffer.*

ISBN 3-537-44021-9
Euro 9,90

Band 22: *Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2002. Schwerpunkt: „High Utilizer" – Potenziale für Disease Management. 2002.*

ISBN 3-537-44022-7
Euro 9,90

Band 23: *Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2002. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2000 bis 2001. 2002.*

ISBN 3-537-44023-5
Euro 9,90

Band 24: *Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2003. Schwerpunkt: Charakterisierung von Hochnutzern im Gesundheitssystem – präventive Potenziale? 2003.*

ISBN 3-537-44024-3
Euro 9,90

Band 25: *Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2003. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2001 bis 2002. 2003.*

ISBN 3-537-44025-1
Euro 9,90

Band 26: *Braun, B., Müller, R.: Auswirkungen von Vergütungsformen auf die Qualität der stationären Versorgung. Ergebnisse einer Längsschnittanalyse von GKV-Routinedaten und einer Patientenbefragung.2003*

ISBN 3-537-44026-X
Euro 9,90

Band 27: *Schmidt, Th., Schwartz, F.W. und andere: Die GEK-Nasendusche. Forschungsergebnisse zu ihrer physiologischen Wirkung und zur gesundheitsökonomischen Bewertung. 2003*

ISBN 3-537-44027-8
Euro 7,90

Band 28: *Jahn, I. (Hg.): wechseljahre multidisziplinär. was wollen Frauen – was brauchen Frauen. 2004*

ISBN 3-537-44028-6
Euro 9,90

Band 29: *Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2004. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2002 bis 2003. 2004.*

ISBN 3-537-44029-4
Euro 9,90

Band 30: *Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2004. Schwerpunkt: Gesundheitsstörungen durch Alkohol. 2004.*

ISBN 3-537-44030-8
Euro 9,90

Band 31: *Scharnetzky, E., Deitermann, B., Michel, C., Glaeske, G.: GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2004. Auswertungsergebnisse der GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus dem Jahre 2003. 2004.*

ISBN 3-537-44031-6
Euro 9,90

Band 32: *Braun, B., Müller, R.., Timm, A.: Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiographien von Pflegekräften im Krankenhaus. Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG-Einführung. 2004.*

ISBN 3-537-44032-4
Euro 9,90

Band 33: *Glaeske, Gerd et al.: Memorandum zu Nutzen und Notwendigkeit Pharmakoepidemiologischer Datenbanken in Deutschland. 2004*

ISBN 3-537-44033-2
Euro 7,90

Band 34: *Braun, B., Müller, R..: Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe Zahntechniker. 2005*

ISBN 3-537-44034-0
Euro 9,90

Band 35: *Braun, B., Müller, R..: Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe Bürofachkräfte. 2005*

ISBN 3-537-44035-9
Euro 9,90

Band 36: *Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2005. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2003 bis 2004. 2005.*

ISBN 3-537-44036-7
Euro 14,90

Band 37: *Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report akut-stationäre Versorgung 2005*.

ISBN 3-537-44037-5
Euro 9,90