

BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2012

Pressekonferenz der BARMER GEK

Berlin, 18. September 2012

Teilnehmer:

Dr. Rolf-Ulrich Schlenker,

Stellv. Vorsitzender des Vorstandes der BARMER GEK

Prof. Gerd Glaeske

Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen

Dr. Kai Behrens

Stellv. Leiter Unternehmenskommunikation BARMER GEK (Moderation)

Berlin, 18. September 2012

BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2012

Mehr Ergotherapie, weniger Massagen

Die Heil- und Hilfsmittelversorgung geht noch vielfach am Patientenbedarf vorbei. Das zeigen neue Analysen des BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreports 2012. Ob Ergotherapien, Massagen oder Bandagen – besonders Kinder, Rückenranke und Pflegebedürftige sind von Über-, Unter- oder Fehlversorgung betroffen. Das Wachstum in diesem Bereich ist allerdings beträchtlich.

Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung sind die Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel binnen fünf Jahren um 22 bzw. 30 Prozent gestiegen. Allein die Hilfsmittelausgaben legten im letzten Jahr um 4,7 Prozent auf insgesamt 6,3 Milliarden Euro zu. Die Aufwendungen für Heilmittel kletterten sogar um 6,6 Prozent auf 4,9 Milliarden Euro. Der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der BARMER GEK, Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, stellt fest: „Wir haben es mit einem Wachstumsmarkt erster Güte zu tun. Allerdings sollten Transparenz und medizinische Evidenz mitwachsen. Denn trotz einer insgesamt guten Versorgungslage gerät der Einsatz von Heil- und Hilfsmitteln noch oft zum wohlgemeinten therapeutischen Streuschuss.“

Mehr Patientensicherheit bei Medizinprodukten

Als Reaktion auf den PIP-Skandal und schadhafte Endoprothesen fordert Schlenker eine umfassende Reform des Zulassungsrechts für Hilfsmittel und Medizinprodukte. Nach dem Vorbild des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes AMNOG sollte auch bei ihnen eine patientenorientierte Nutzenbewertung vor der Marktzulassung erfolgen: „Nicht nur um Produktsicherheit, sondern um Patientennutzen muss es gehen. Wir brauchen ein modernes Medizinprodukterecht – niedergeschrieben in einem Gesetz zur Neuordnung des Medizinproduktemarktes, kurz MEMNOG!“ Für risikoreiche Medizinprodukte bedürfe es eines strengen behördlichen Zulassungs- und Überwachungsverfahrens sowie obligatorischer klinischer Prüfungen.

Pressestelle

Lichtscheider Straße 89
42285 Wuppertal

Tel.: 0800 33 20 60 99 14 01
Fax: 0800 33 20 60 99 14 59
presse@barmer-gek.de
www.barmer-gek.de/presse

Athanasios Drougias (Ltg.)
Tel.: 0800 33 20 60 99 14 21
athanasios.drougias@barmer-gek.de

Dr. Kai Behrens
Tel.: 0800 33 20 60 44 30 20
kai.behrens@barmer-gek.de

Mehr Ergotherapie bei ADHS

2010 stellten Ärzte bei elf Prozent aller BARMER GEK Versicherten zwischen sieben und 17 Jahren eine psychische Erkrankung fest. Aber nur jeder siebte der betroffenen Kinder und Jugendlichen erhielt eine Ergotherapie-Verordnung (14 Prozent). Über die Hälfte der Psycho-Diagnosen entfielen dabei auf die Aufmerksamkeitsdefizitstörung ADHS. Auch hier kamen Ergotherapien nur bei 20 Prozent der Kinder zum Einsatz.

Reportautor Professor Gerd Glaeske vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen erklärt: „Für die Arzneimitteltherapie gegen psychische Erkrankungen von Kindern gibt es Leitlinien und Studienergebnisse, die ärztliche Entscheidungen unterstützen. Beim Einsatz von Ergotherapie herrscht dagegen medizinische Unsicherheit, noch immer fehlen evidenzbasierte Entscheidungshilfen. Gerade die Behandlung von ADHS braucht neben Ritalin & Co ergänzende oder alternative Therapieoptionen.“

Massagen allein helfen kaum

Klassische Massagen gehören zu den umsatzstärksten Heilmitteln. Für rund 280.000 BARMER GEK Versicherte wurden letztes Jahr rund 400.000 Verordnungen ausgestellt. Dabei ist die Bedarfsgerechtigkeit oftmals fraglich. Rund 85 Prozent der Ausgaben für klassische Massagen entfallen auf Wirbelsäulenerkrankungen, davon rund die Hälfte für Beschwerden mit akutem Behandlungsbedarf (Blockaden, Haltungstörungen, Arthrosen). Die andere Hälfte geht auf das Konto von chronischen Beschwerden (Bandscheibenvorfall, Rheuma etc.). Das ist laut Glaeske problematisch, denn die klassischen Massagen („hands-on“) reichen als alleinige Therapie bei chronischen Beschwerden nicht aus. Sie wirken nur in Kombination mit manualtherapeutischen oder aktivierenden Ansätzen.

Lückenhafte Versorgung von Pflegeheimbewohnern

Eine Unterversorgung mit Heilmitteln dürfte bei Patienten in Pflegeheimen bestehen. So erhalten 36 Prozent Physiotherapie und nur fünf Prozent Ergotherapie. Alarmierend ist, dass die Behandlungen mit zunehmendem Alter abnehmen: von 40 Prozent bei den 65- bis 74-Jährigen auf 31 Prozent bei den über 85-Jährigen (Physiotherapie) und von 11 auf 2,5 Prozent in denselben Altersgruppen für Ergotherapie. Dabei erscheint körperliche Aktivierung insbesondere bei Demenzpatienten sinnvoll. Dennoch ist der Verord-

Pressestelle

Lichtscheider Straße 89
42285 Wuppertal

Tel.: 0800 33 20 60 99 14 01
Fax: 0800 33 20 60 99 14 59
presse@barmer-gek.de
www.barmer-gek.de/presse

Athanasios Drougias (Ltg.)
Tel.: 0800 33 20 60 99 14 21
athanasios.drougias@barmer-gek.de

Dr. Kai Behrens
Tel.: 0800 33 20 60 44 30 20
kai.behrens@barmer-gek.de

nungsanteil von Physiotherapie und Ergotherapie bei Demenzkranken über den Beobachtungszeitraum von zwei Jahren konstant niedrig geblieben – sowohl im ambulanten (Physiotherapie: 25 bis 27 Prozent; Ergotherapie: 5 Prozent) als auch im klinischen Bereich (Physiotherapie: 21 bis 23 Prozent; Ergotherapie: 3 Prozent).

Medizinische Massenprodukte falsch eingesetzt

Zu den Hilfsmitteln mit den höchsten Versorgungsanteilen gehören Bandagen und Orthesen. Für über 500.000 BARMER GEK Versicherte wurden letztes Jahr entsprechende Verordnungen im Gesamtwert von 77 Millionen Euro ausgestellt. 4,7 Prozent aller Frauen erhielten Bandagen, ebenso wie 3,5 Prozent aller Männer.

Bei Orthesen, wie zum Beispiel Stützschiene, liegt der Versorgungsanteil bei 1,4 Prozent aller Frauen und 1,8 Prozent der Männer. Auch auf diesem Gebiet kommt es immer wieder zur Fehlversorgung: So liegen die größten Ausgabenanteile bei Produkten für Knie und Rücken, obwohl sie in den bestehenden Leitlinien praktisch keine Rolle spielen. Zudem zeigen sich viele Beispiele für schlechte Anpassung und mangelnde Beratung. „Das beeinträchtigt wiederum die Therapiemitarbeit der Patienten“, so Glaeske.

„Tennisellenbogen“ schlecht behandelt

Bei 240.000 Versicherten der BARMER GEK wurde 2010 Epicondylitis, eine schmerzhafte Erkrankung des Sehnenansatzes des Ellenbogens, diagnostiziert. Die Analysen zeigen, dass Betroffene vor allem mit Arzneimittel (rd. 50 Prozent) behandelt werden. Bei 19 Prozent werden Arzneimittel mit Physiotherapie kombiniert, etwa ein Drittel bekommt gar keine Heil- und Hilfsmittel. Nicht-Behandlung und der Mangel an medizinischer Evidenz zeigen hier erhebliches Verbesserungspotential.

Alle weiteren Informationen zum Heil- und Hilfsmittelreport 2012 inklusive Grafiken und eines Audio-Files in mp3-Format auf www.barmer-gek.de/presse.

Pressestelle

Lichtscheider Straße 89
42285 Wuppertal

Tel.: 0800 33 20 60 99 14 01
Fax: 0800 33 20 60 99 14 59
presse@barmer-gek.de
www.barmer-gek.de/presse

Athanasios Drougias (Ltg.)
Tel.: 0800 33 20 60 99 14 21
athanasios.drougias@barmer-gek.de

Dr. Kai Behrens
Tel.: 0800 33 20 60 44 30 20
kai.behrens@barmer-gek.de

Statement

BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2012

**Mehr Transparenz und Evidenz
Medizinprodukterecht reformbedürftig
Zeit für ein „MEMNOG“**

von Dr. Rolf-Ulrich Schlenker
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der BARMER GEK

anlässlich der Pressekonferenz
am 18. September 2012 in Berlin

Heil- und Hilfsmittelsektor als Wachstumsmarkt

Mit dem Heil- und Hilfsmittelreport beleuchten wir Versorgungsbereiche, die im Schatten der großen Ausgabenblöcke ausgesprochen gut gedeihen. In keinem anderen Leistungsbereich ist hohes Wachstum so beständig. Seit 2006 wuchsen die Ausgaben für Heilmittel insgesamt um 22 Prozent, für Hilfsmittel gar um 30 Prozent. Im letzten Jahr wendeten die gesetzlichen Krankenkassen insgesamt 11,2 Milliarden Euro für beide Bereiche auf. Beinahe gleichauf mit zahnärztlichen Behandlungen gehören die Heil- und Hilfsmittel zu den „Big Five“ der großen Ausgabenblöcke der gesetzlichen Krankenversicherung. Ihr Anteil an den Gesamtausgaben beträgt knapp sieben Prozent, wobei Hilfsmittel mit 6,3 Milliarden Euro und Heilmittel mit 4,9 Milliarden Euro zu Buche schlagen.

Moderne Therapieansätze wie Ergo- und Logopädie sowie teure Medizintechnik wie Atemtherapiegeräte und Hörgeräte prägen dieses immer wichtiger werdende Versorgungsfeld. Mindestens genauso charakteristisch sind Mengenprodukte wie Bandagen und Inkontinenzhilfen oder klassische Verfahren wie die gute alte Massage. Heil- und Hilfsmittel bedeuten also immer auch ein gesundheitswirtschaftliches Massengeschäft. 500.000 BARMER GEK Versicherte bekamen letztes Jahr Bandagen und Orthesen, 280.000 erhielten klassische Massagen. Demographiebedingt und technikgetrieben wird der Einsatz von Heil- und Hilfsmitteln immer breiter, ihr Versorgungsanteil insbesondere in den älteren Generationen immer größer. Aber wird auch die Versorgungsqualität besser? Kommt dieses „Mehr“ bei denjenigen an, die wirklich einen Nutzen davon hätten?

Intransparenz und Fehlversorgung

Wer den Heil- und Hilfsmittelreport durchliest, den beschleichen Zweifel. Das Versorgungsfeld wirkt zunächst unübersichtlich. Nehmen es Versorgungsforscher aber genauer unter die Lupe, werden sie schnell fündig. Die Beispiele für Über-, Unter- und Fehlversorgung sind zahlreich – trotz aller Erfolge, die mit dem Einsatz von Hilfsmitteln und physiotherapeutischen Maßnahmen erzielt werden.

Vor allem mangelt es an Passgenauigkeit. Zum Beispiel wäre gegen die massenhafte Verschreibung von Massagen für chronisch Rückenranke generell nichts einzuwenden – wenn diese leitliniengerecht mit aktivierenden Therapiemaßnahmen kombiniert werden würde. So aber muss ihre Wirkung verpuffen. Auch der Einsatz von Bandagen und Orthesen kann medizinisch sinnvoll sein – aber eben nicht an Knie und Rücken. Und natürlich

brauchen wir Ergotherapie – aber warum kommt davon bei psychisch auffälligen Kindern so wenig an?

Oft keine medizinische Evidenz bei Heilmitteln

Lassen Sie mich noch auf eine Analyse zum „Tennis- oder Golferellenbogen“ eingehen, die wir in diesem Report vorgenommen haben. Dieses Kapitel ist symptomatisch für die gesamte Heil- und Hilfsmittelversorgung: Kaum ein Mensch weiß auf Anhieb, worum es sich bei der Diagnose Epicondylitis eigentlich handelt. Gleichwohl dürften davon Millionen Bürger betroffen sein, allein in der BARMER GEK waren es 2011 rund 240.000 Versicherte. Über die Eingrenzung der Diagnose und angemessene Behandlung scheint man unter Medizinern indes uneins zu sein, evidenzbasierte Leitlinien sind Mangelware.

Die einzige S1-Leitlinie, entwickelt von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, führt fünf medikamentöse, zwölf physiotherapeutische, drei orthopädietechnische sowie vier operative Maßnahmen parallel. Neben kontrolliertem Abwarten, Operationen, Entzündungshemmern, Ultraschall und Akupunktur können zahlreiche Heil- und Hilfsmittel angewendet werden: Kälte- und Wärmetherapien, Massagen, Krankengymnastik, Tapes, Bandagen, Orthesen usw. Am Ende bleibt der Eindruck, dass es eine Reihe von koexistierenden oder konkurrierenden Therapieansätzen gibt – aber für eine weit verbreitete Erkrankung keine etablierte Behandlung.

Die Modernisierung des Medizinprodukterechts ist überfällig

Seit Jahren fordert die BARMER GEK in ihrem Heil- und Hilfsmittelreport für Medizinprodukte mehr Transparenz, Qualitätssicherung und Patientensicherheit. Jetzt scheint sich zumindest auf dem Feld der Hochrisiko-Medizinprodukte endlich etwas zu bewegen. Offenbar haben die Skandale um fehlerhafte Brustimplantate und risikoreiche künstliche Hüftgelenke zu einem Umdenken geführt.

Die Europäische Kommission will das Medizinprodukterecht reformieren und dazu am 26. September einen eigenen Verordnungsvorschlag vorlegen. Wir Kassen begrüßen das Vorhaben und haben uns eindeutig positioniert. Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes hat am 5. September ein Forderungspapier zur Reform der Zulassung, Überwachung und Nutzenbewertung von Medizinprodukten beschlossen, das die BARMER GEK im vollen Umfang unterstützt.

Auf europäischer Ebene brauchen wir eine unabhängige Zulassungsbehörde sowie obligatorische klinische Prüfungen. Diese sollen die unverbindlichen Erklärungen der Hersteller ersetzen und regelmäßig nach klaren Standards publiziert werden. Auch fordern wir ein zentrales Implantateregister.

Auf nationaler Regelungsebene muss das Medizinproduktegesetz gründlich reformiert werden. Wir fordern eine erweiterte Überwachung und eine Verschärfung der Meldepflichten bei Vorkommnissen. Und nicht zuletzt brauchen wir endlich die systematische Nutzenbewertung von Medizinprodukten, analog dem AMNOG. Es ist also höchste Zeit für ein Gesetz zur Neuordnung des Medizinproduktemarktes, kurz MEMNOG!

Ein besseres Medizinprodukterecht als Chance für die Gesundheitswirtschaft

Solch eine Gesetzesinitiative kann sich auch segensreich auf unzählige Hilfsmittel-Produktgruppen auswirken, die größtenteils unter das Medizinproduktegesetz fallen. Sie könnte die Streuverluste der Versorgung eindämmen und die Bedarfsgerechtigkeit erhöhen.

Umso verwunderlicher ist die aktuelle Haltung des Branchenverbandes BVMed. In dessen Pressemitteilung vom 12. September 2012 heißt es: „Die gesetzlichen Marktzugangsregelungen, die durch die EU-Richtlinien und das Medizinprodukterecht in Deutschland vorgeschrieben sind, haben sich nach Meinung des BVMed insgesamt bewährt.“ Verbessert werden soll lediglich die Überwachung. Im Wesentlichen soll aber alles so bleiben wie es ist – und das nach dem PIP-Skandal!

Wir meinen: Das reicht nicht! Ein echtes Zulassungsverfahren mit einer ergänzenden Nutzenbewertung ist ebenso erforderlich wie eine strikte Einhaltung der Überwachungspflichten für risikobehaftete Medizinprodukte. Das müssten eigentlich auch die weltweit agierenden Unternehmen der deutschen Medizintechnik so sehen. Denn nur sichere und nützliche Produkte dienen dem Patientenwohl und stärken einen erfolgreichen Industriezweig, dessen Innovationskraft wir erst vor kurzem bei den Paralympics in London bewundern durften.

Laut Gesundheitsminister Daniel Bahr soll Deutschland Leitmarkt in der Medizintechnik bleiben. Dann aber darf das große Vertrauen der Menschen in die Produkte nicht durch ein lasches Zulassungs- und Überwachungsverfahren untergraben werden.

Berlin, den 18.09.2012

BARMERGEK Heil- und Hilfsmittelreport 2012

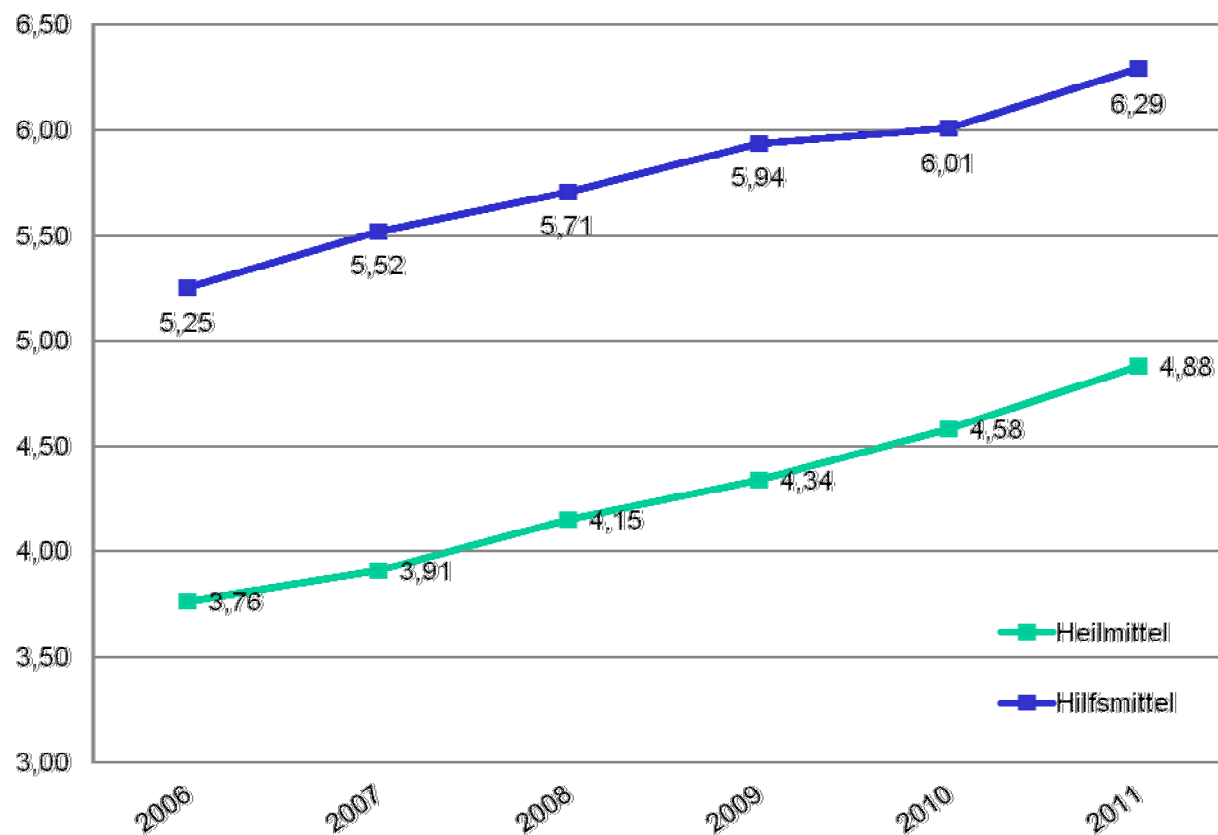
Claudia Kemper, Kristin Sauer, Prof. Dr. Gerd Glaeske
Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS)

Kein Interessenskonflikt im Sinne der Uniform Requirements for Manuscripts submitted to Biomedical Journals der ICMJE

Von Hilfsmitteln und Medizinprodukten: Nutzenbewertung überfällig!

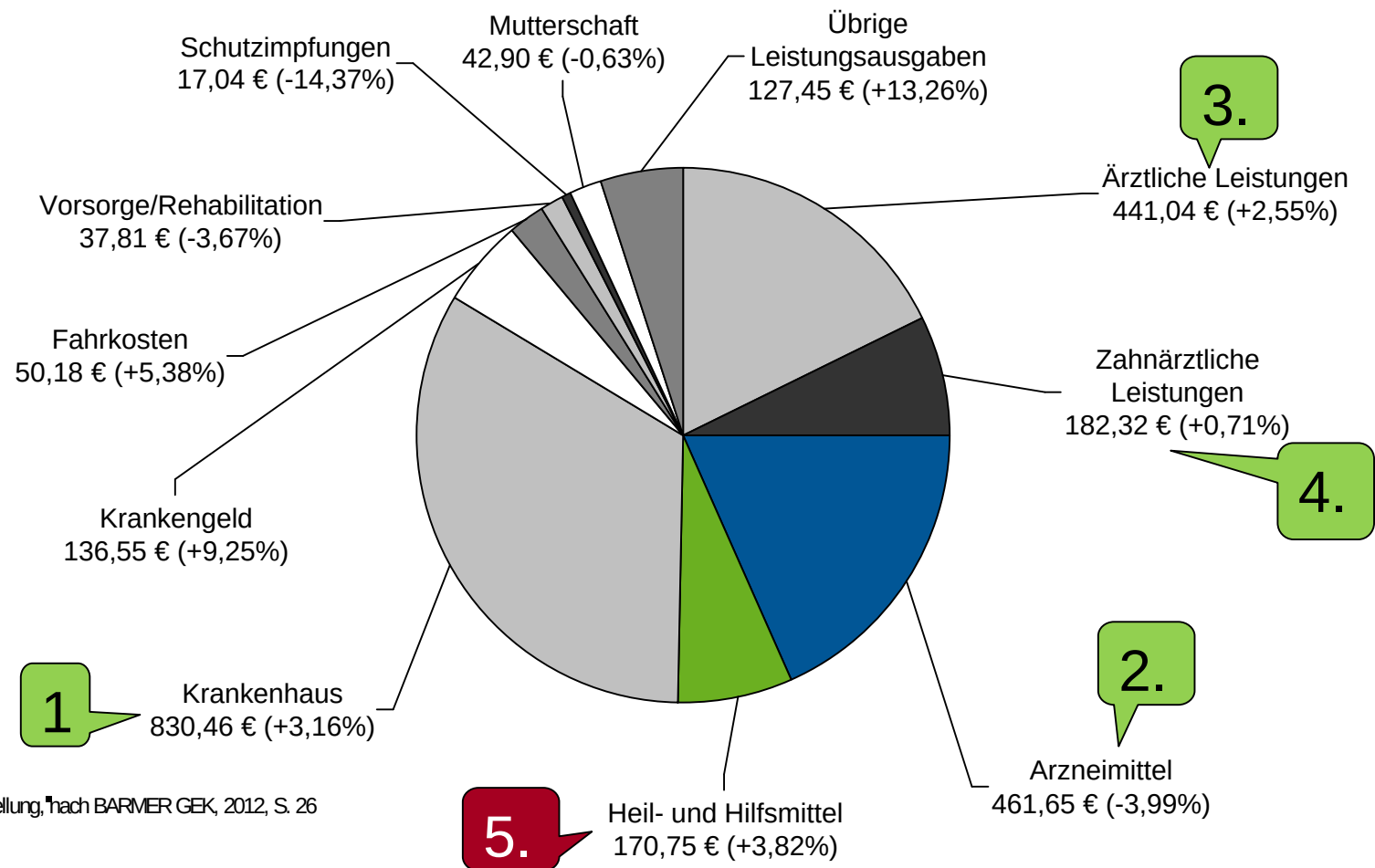
- § Strukturelle und wissenschaftliche Defizite:
- § CE Kennzeichen reichen nicht – PIP-Skandal, Metallprothesen etc.
- § Fehlende Transparenz in Versorgungsumfang, Qualität und Gesamtkosten
- § Fehlende Infrastruktur zur Bewertung von Effektivität und Effizienz
- § Keine eindeutige Bezeichnung von Produkten im Hilfsmittelverzeichnis
- § Fehlende oder mangelhafte Studien zum Nutzen – AMNOG als Beispiel
- § Zu viele von Herstellern geförderte Studien
- § Bei 90% der GKV-finanzierten Hilfsmittel ist **keine unabhängige Prüfung** der Produktqualität erforderlich, Studien zu Produkten der Risikoklasse III (Hüftprothesen, Herzkatheter etc.) unverzichtbar

Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel der GKV von 2006 bis 2011 in Mrd. Euro



Quelle: eigene Darstellung, nach GKV-Spitzenverband, 2012a

Leistungsausgaben je Versichertem der BARMER GEK im Jahr 2011 (+/- prozentuale Veränderung zum Vorjahr)



Quelle: eigene Darstellung, nach BARMER GEK, 2012, S. 26

Kennzahlen der in 2010 und 2011 verordneten Leistungen für die BARMER GEK Versicherten in den Leistungsbereichen Heil- und Hilfsmittel

	2010	2011	Änderung in %
Versicherte mit Heilmittelleistungen:			
Gesamt	1.623.947	1.809.642	+11,43
Männer	496.397	575.767	+15,99
Frauen	1.127.278	1.233.875	+9,46
Versicherte mit Hilfsmittelleistungen:			
Gesamt	1.655.392	1.918.050	+15,87
Männer	550.178	667.934	+21,40
Frauen	1.104.909	1.250.116	+13,14
Ausgaben für Heilmittel:			
Gesamt *	573.699.356,48	612.446.056,10	+6,75
Männer	188.670.245,05	206.681.002,29	+9,55
Frauen	384.517.054,09	405.765.053,81	+5,53
Ausgaben für Hilfsmittel:			
Gesamt	666.304.354,63	672.384.959,16	+0,91
Männer	261.478.588,85	275.602.615,63	+5,40
Frauen	404.303.843,16	396.782.343,53	-1,86

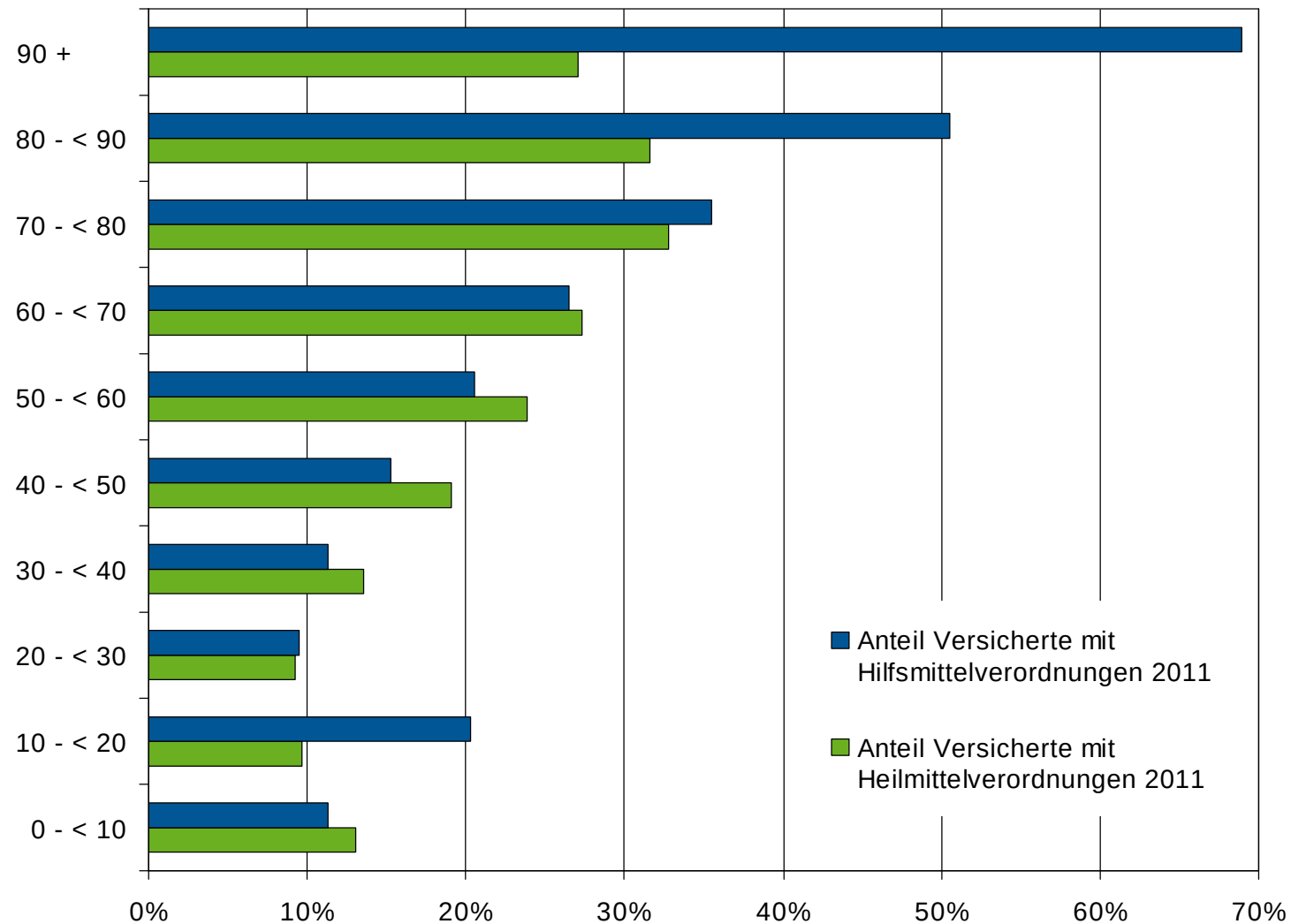
* einschließlich Leistungen ohne eindeutige Zuordnung zu den Leistungsbereichen Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie und Podologie

Ausgaben der BARMER GEK für unterschiedliche Heilmittel im Jahr 2011 in Euro

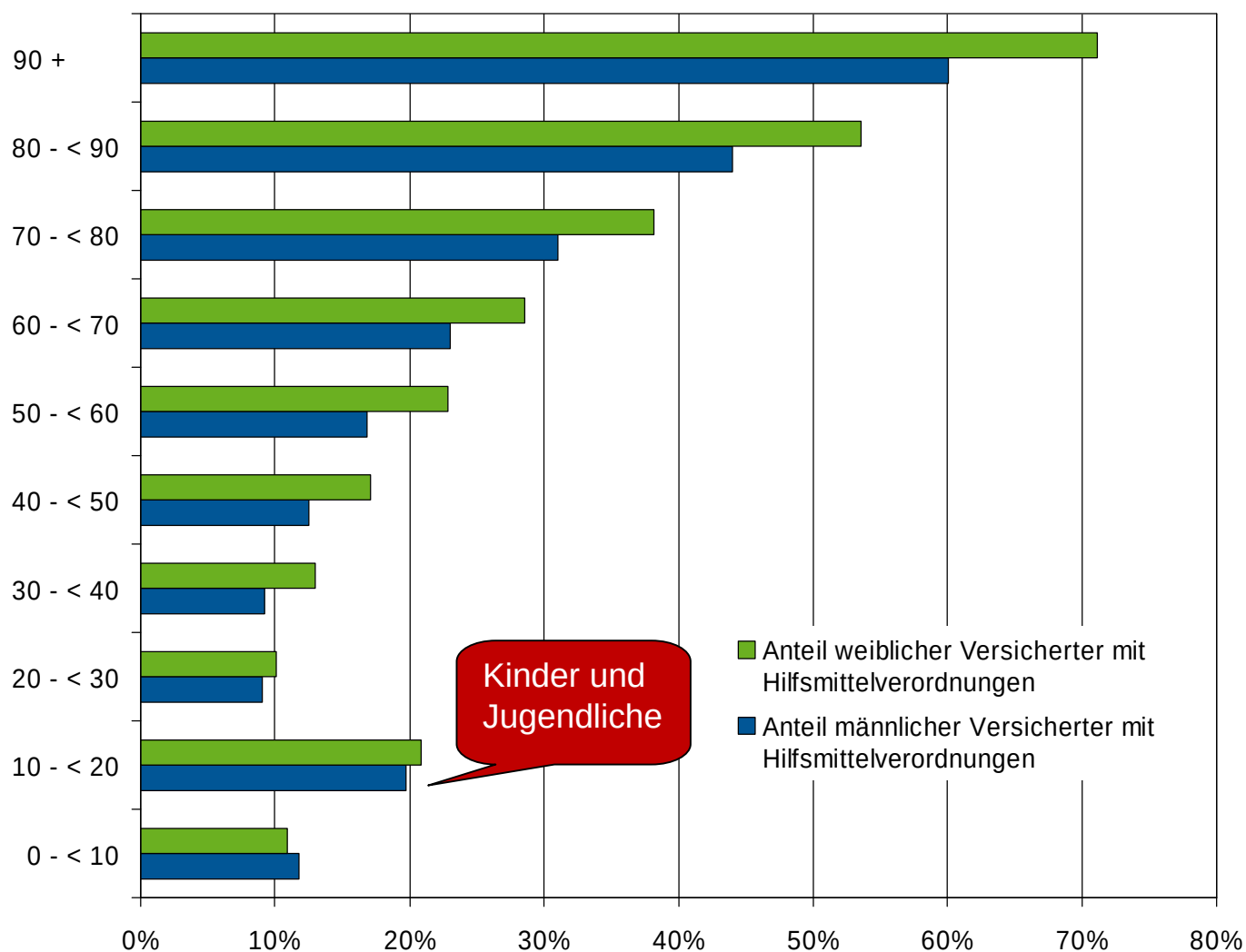
	Anzahl Versicherte mit Leistungen	Ausgaben pro Versichertem mit Leistungen 2011	Ausgaben 2011 für die BARMER GEK	Änderung Ausgaben je Versichertem mit Leistung zu 2010 in %
Ergotherapie	92.441	884,67	81.779.574,75	+6,12
Logopädie	83.213	655,68	54.561.098,16	+4,41
Physiotherapie	1.668.765	280,10	467.414.798,06	+6,18
Podologie	57.808	142,35	8.228.893,14	-7,02

Ein nicht erwünschter
Rückgang –

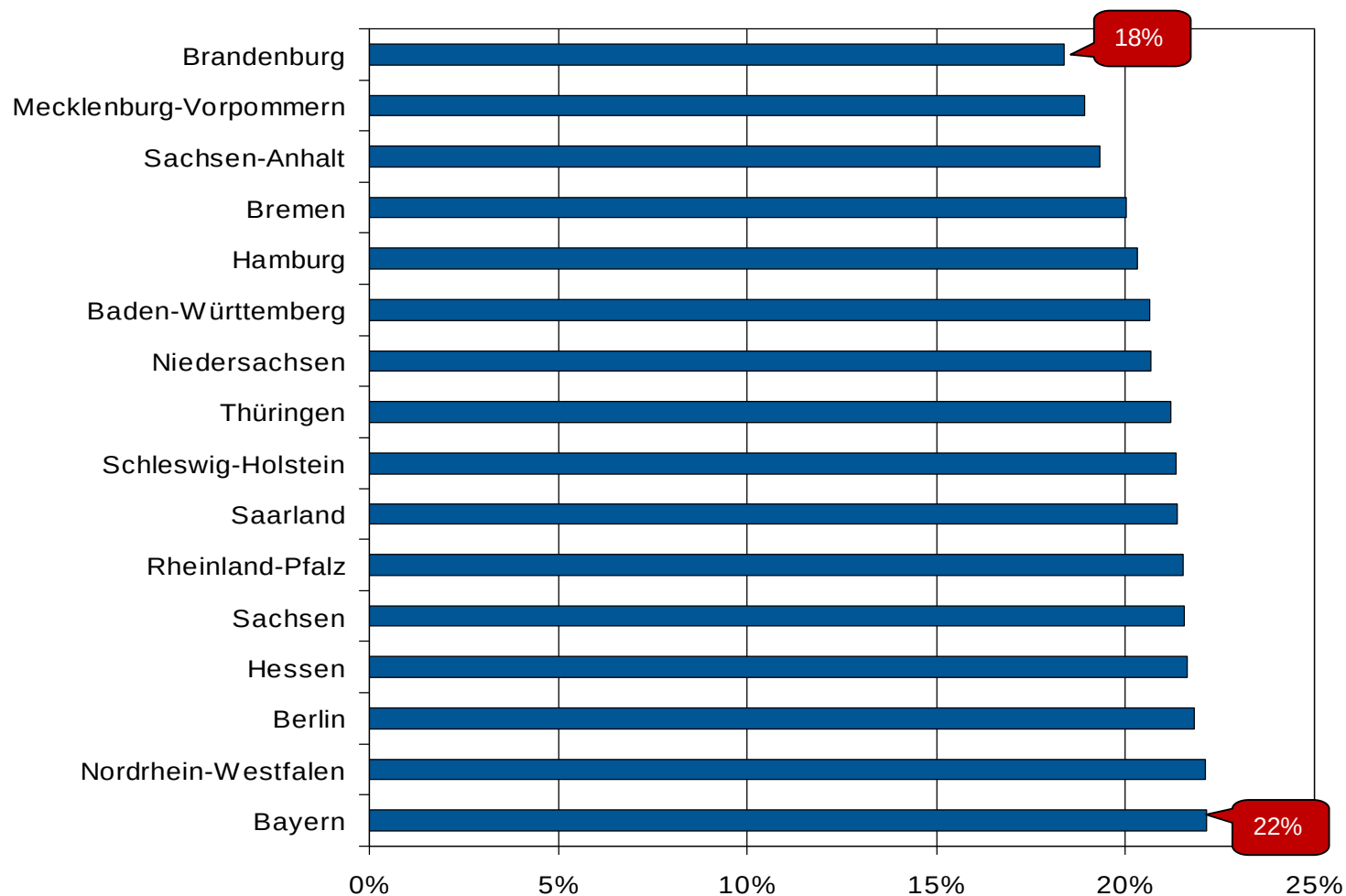
Anteil Versicherte der BARMER GEK mit Heil- bzw. Hilfsmittelverordnungen in 2011 nach Alter



Versorgungsprävalenz mit Hilfsmitteln nach Alter und Geschlecht im Jahr 2011



Leistungsversicherte mit Hilfsmitteln nach Bundesland im Jahr 2011 in Prozent



10 Produktgruppen der höchsten Versorgungsprävalenz und Ausgaben pro Leistungsversichertem nach Geschlecht im Jahr 2011

Produktgruppe	Männer mit Hilfsmittelleistungen		Frauen mit Hilfsmittelleistungen	
	Anteil in %	Ausgaben pro LV in €	Anteil in %	Ausgaben pro LV in €
08 - Einlagen	4,80	81,48	7,48	77,71
05 - Bandagen	3,47	94,02	4,69	89,54
17 - Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	1,85	112,04	4,14	145,49
15 - Inkontinenzhilfen	1,80	364,04	2,92	326,86
10 - Gehhilfen	1,76	48,04	2,36	53,36
25 - Sehhilfen	1,64	59,89	1,38	74,66
14 - Inhalations- und Atemtherapiegeräte	1,54	942,09	0,62	950,22
23 - Orthesen/Schienen	1,35	309,88	1,87	255,23
31 - Schuhe	1,07	323,59	1,72	231,05
13 - Hörhilfen	0,83	783,43	0,84	777,28

Spezielle Analysen im Heil- und Hilfsmittelreport 2012

- **Ergotherapie bei Kindern und Jugendlichen (0 - <18 Jahre) mit psychischen und Verhaltensstörungen**
- Heilmittelversorgung im Pflegeheim
- **Massagetherapien**
- Epicondylitis („Tennis“- bzw. „Golfer“-Ellbogen)
- Karpaltunnelsyndrom
- **Bandagen und Orthesen**

Spezielle Analysen I:

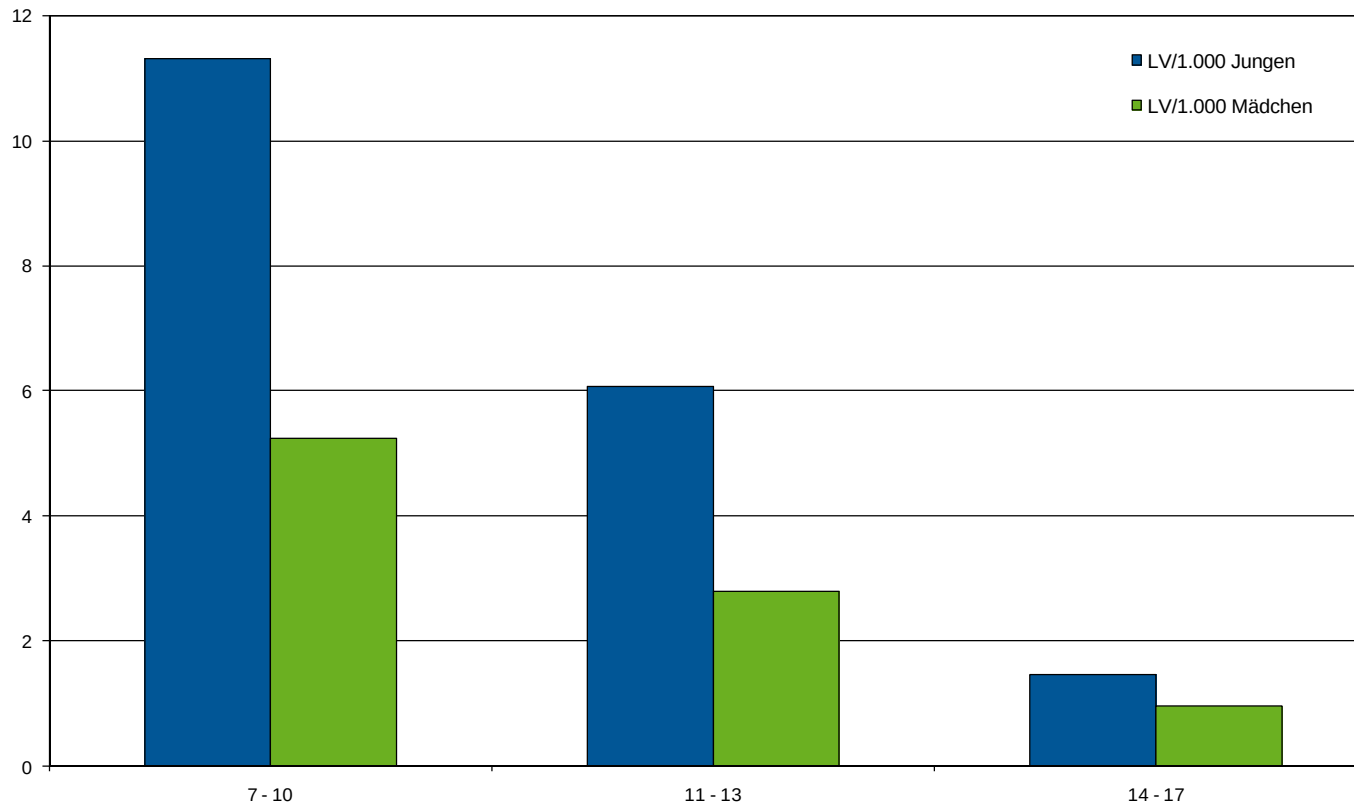
Ergotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen und Verhaltensstörungen – Medizinisierung von Alltagsproblemen zu Hause und in der Schule?

- Etwa jedes sechste Kind oder Jugendliche in Deutschland leidet an psychischen Auffälligkeiten.
- Folgen: reduzierte gesundheitsbezogene Lebensqualität.
- Nur ein Teil der betroffenen Kinder und Jugendlichen wird entsprechend behandelt.
- Notwendig sind differenzierte Angebote für den speziellen Versorgungsbedarf der unterschiedlichen psychischen Erkrankungen.
- Ergotherapie ist indiziert bei z.B. Einschränkungen der Alltagsbewältigung, des Verhaltens oder der Kommunikation.
- Studienlage zur Effektivität defizitär.

Ergotherapie bei Kindern und Jugendlichen 2011 in der BARMER GEK

	Ergotherapie gesamt	davon mit geistigen und psychischen Störungen
Leistungsversicherte	26.799	4.025
Anzahl Rezepte	55.915	7.495
Ausgaben in €	17.787.330,29	2.652.714,68
Ausgaben pro LV in €	663,73	659,01
LV zu Vers. in %	3,02	0,45
Ausgaben pro Rezept in €	318,11	353,93
Ausgaben pro Vers. in €	20,02	2,99

Kinder und Jugendliche mit Ergotherapieverordnungen bei „geistigen und psychischen Störungen“ / pro 1000 versicherten Kinder und Jugendlichen nach Alter und Geschlecht in der BARMER GEK 2011

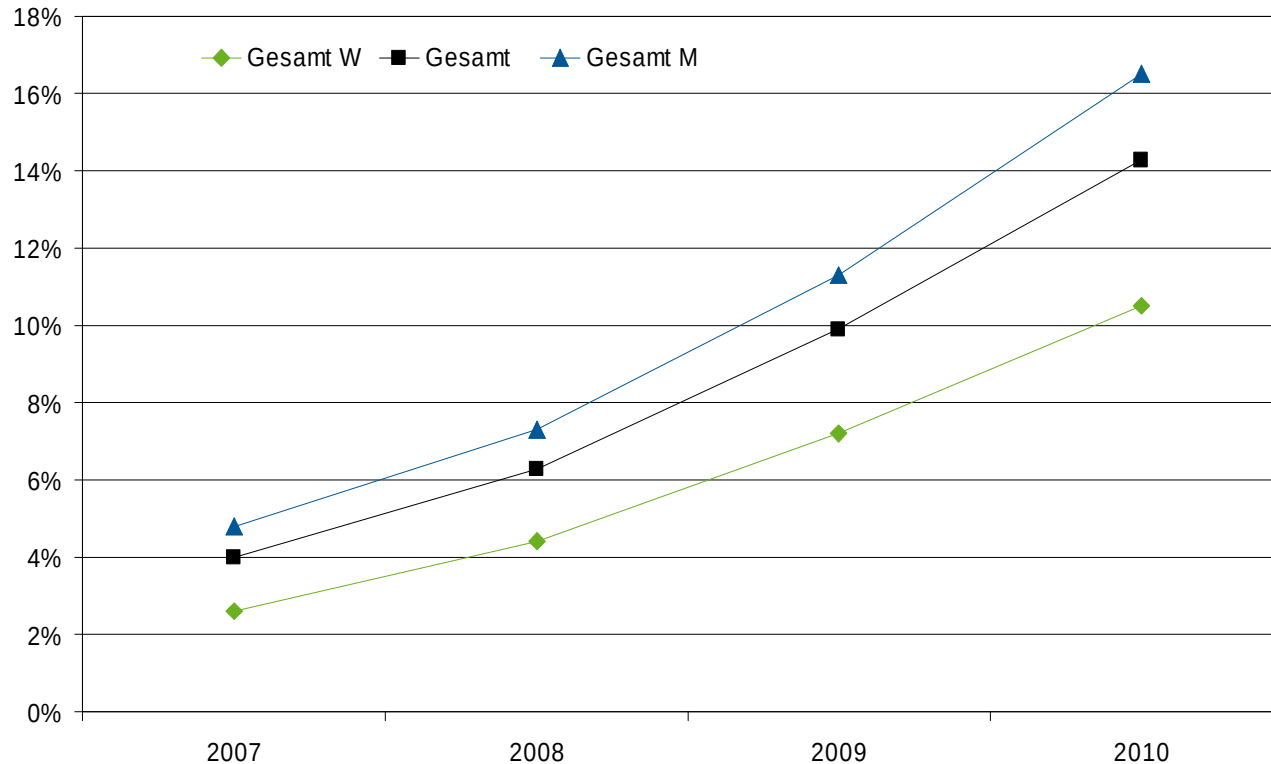


Behandlungsprävalenz mit Ergotherapie in 2010 nach Diagnose, Alter und Geschlecht

	Alter	ADHS	Depression	Angst	Sozialstörung	Kombination	Gesamt
Jungen	7-10	35,5	19,8	22,9	27,2	25,8	29,8
	11-13	13,7	8,3	9,6	12,5	11,0	11,6
	14-17	4,7	1,9	3,5	5,3	3,2	3,8
	Alle	19,8	6,7	13,5	17,4	14,1	16,5
Mädchen	7-10	33,9	13,6	13,8	18,9	18,0	21,9
	11-13	13,4	5,4	5,6	9,2	6,4	8,2
	14-17	4,8	1,1	1,8	3,9	1,9	2,1
	Alle	20,5	2,7	6,7	11,8	7,9	10,5
Gesamt		20,0 (n=10.596)	4,4 (n=397)	10,1 (n=2.561)	15,7 (n=2.205)	11,5 (n=2.449)	14,3 (n=13.753)

Allein oder in
Kombination mit
Arzneimitteln

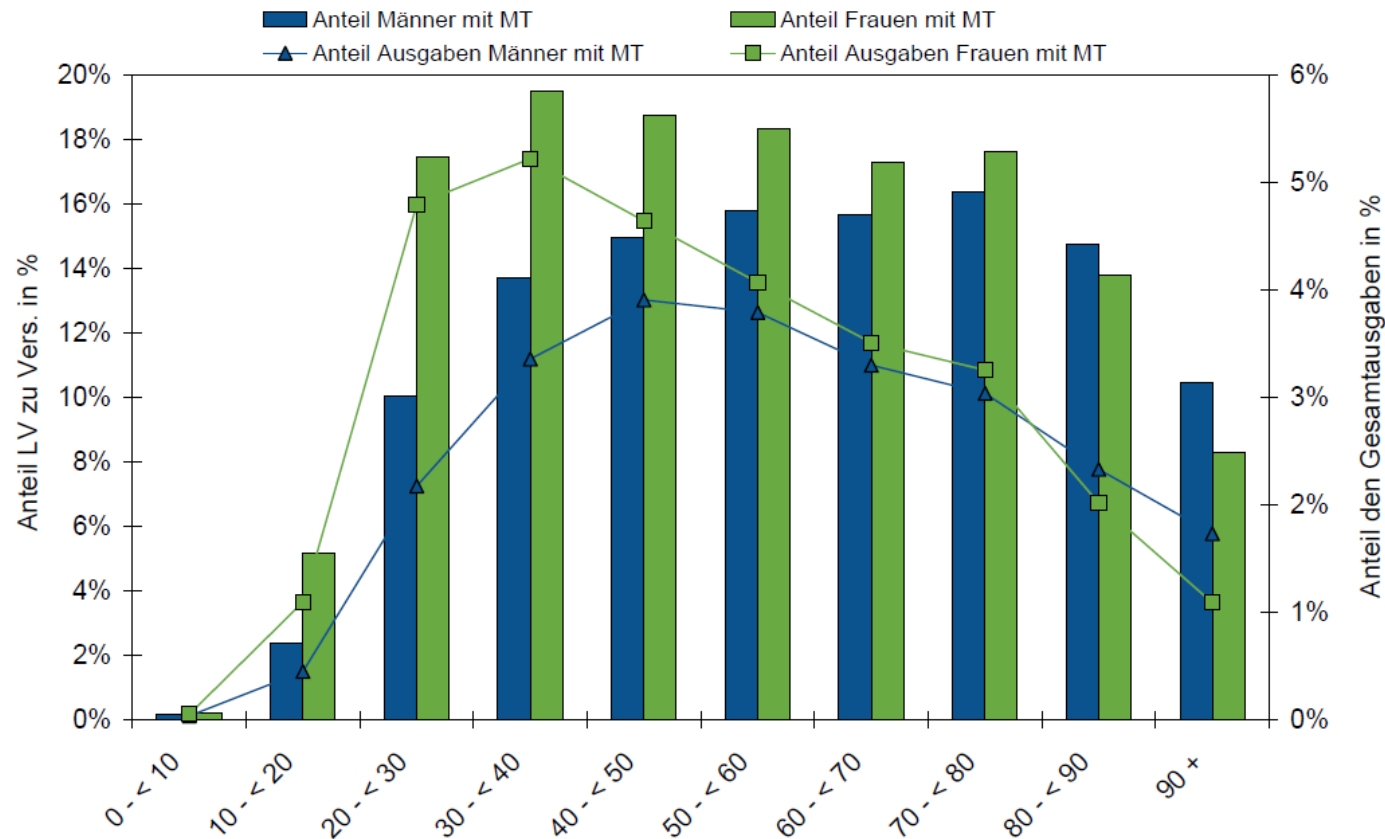
Behandlungsprävalenz mit Ergotherapie bei Kindern und Jugendlichen nach Geschlecht von 2007 bis 2010 in Prozent



Jungen und jüngere Kinder haben eine höhere Wahrscheinlichkeit für eine Behandlung.
Hohe Therapiewahrscheinlichkeit bei der Diagnose ADHS.

Spezielle Analysen II: Massagetherapien

Anzahl der Leistungsversicherten und Ausgaben nach Alter und Geschlecht



Massageverordnungen vor allem bei Wirbelsäulenerkrankungen!

- 85% der Ausgaben für Massagen (Gesamt 18,4 Mio. €) entfallen auf Wirbelsäulenerkrankungen, 50% allein auf chronische Beschwerden. **Als alleinige Therapie und bei Chronifizierung nach Leitlinien jedoch nicht empfohlen.**
- Effektiv nur in Kombination mit aktivierenden Therapien oder Manueller Therapie. Mehr als die Hälfte der Verordnungen aber nur in Kombination mit Wärmeanwendungen – **keine belastbare Evidenz!**
- Ergebnisse einer Therapeutenbefragung:
 - Patienten von Massage überzeugt
 - Chronische Beschwerden häufigster Therapieanlass – **Evidenz?**
 - Rd. 50% der Therapeuten halten alleinige Massagetechniken für wenig oder gar nicht sinnvoll – Ergebnisse einer eigenen Befragung!

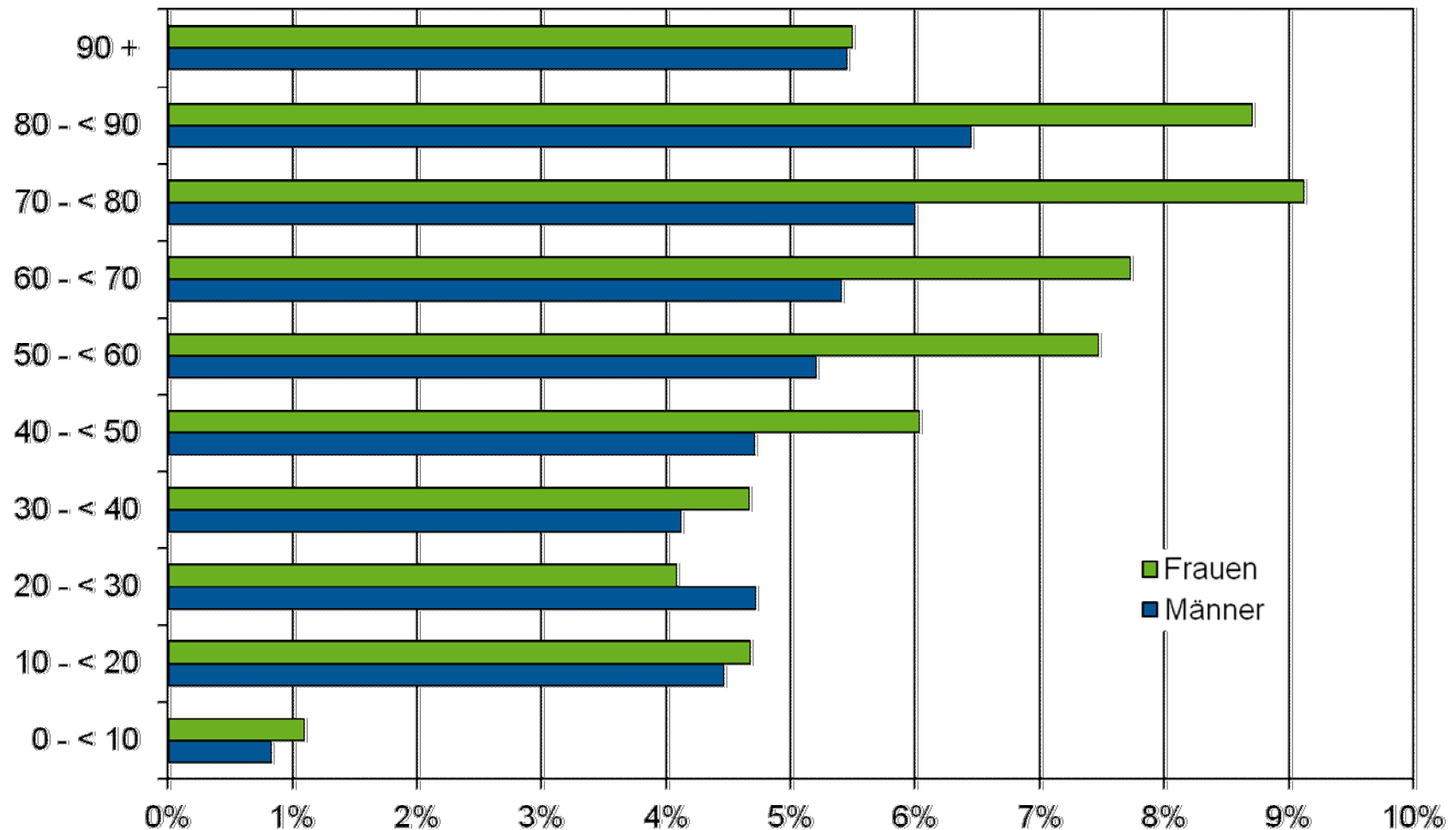
Spezielle Analysen III: Bandagen und Orthesen

- Stabilisierende, komprimierende und funktionssichernde Hilfsmittel, die bei vielen orthopädisch und neurologisch bedingten Beeinträchtigungen eingesetzt werden
- Seit 2008 in getrennten Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses
- Zusatznutzen von neuen Entwicklungen unklar
- Wirksamkeit unzureichend nachgewiesen und abhängig von der Akzeptanz bei den Patienten

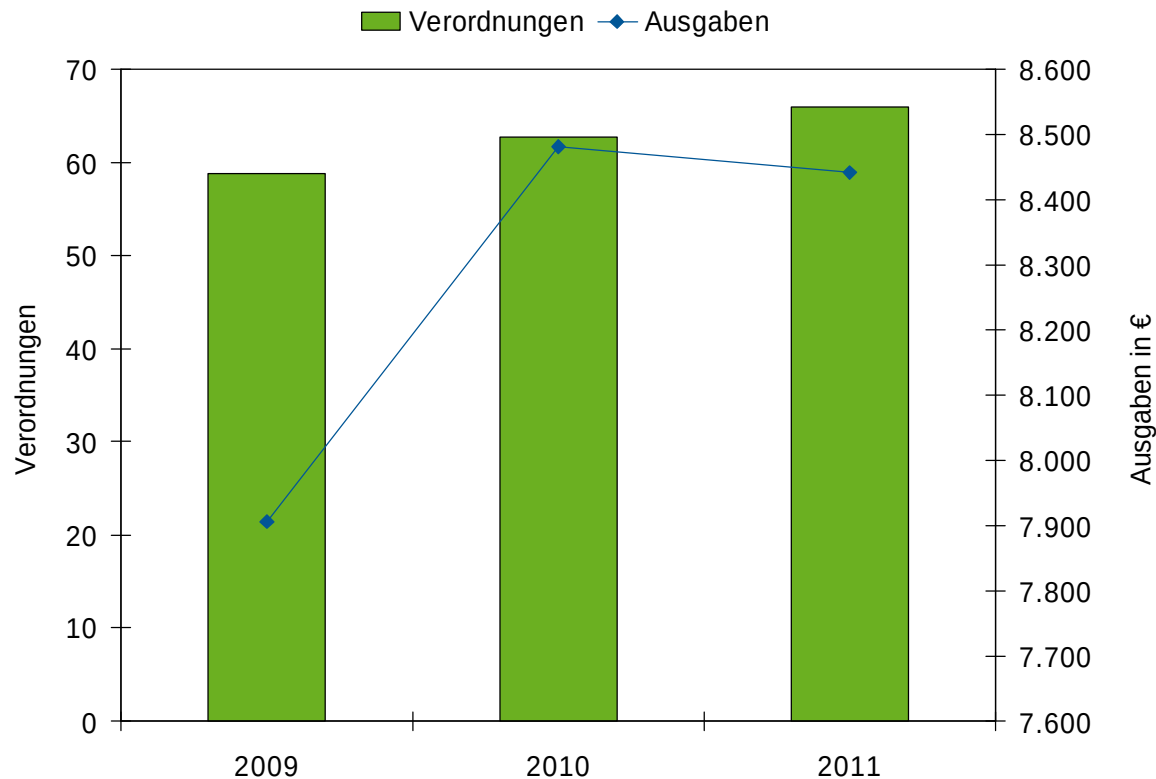
Knieorthese
z.B. Donjoy
ca. 520 €



Anteil Leistungsversicherter mit Bandagen- oder Orthesenversorgung an Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht 2011



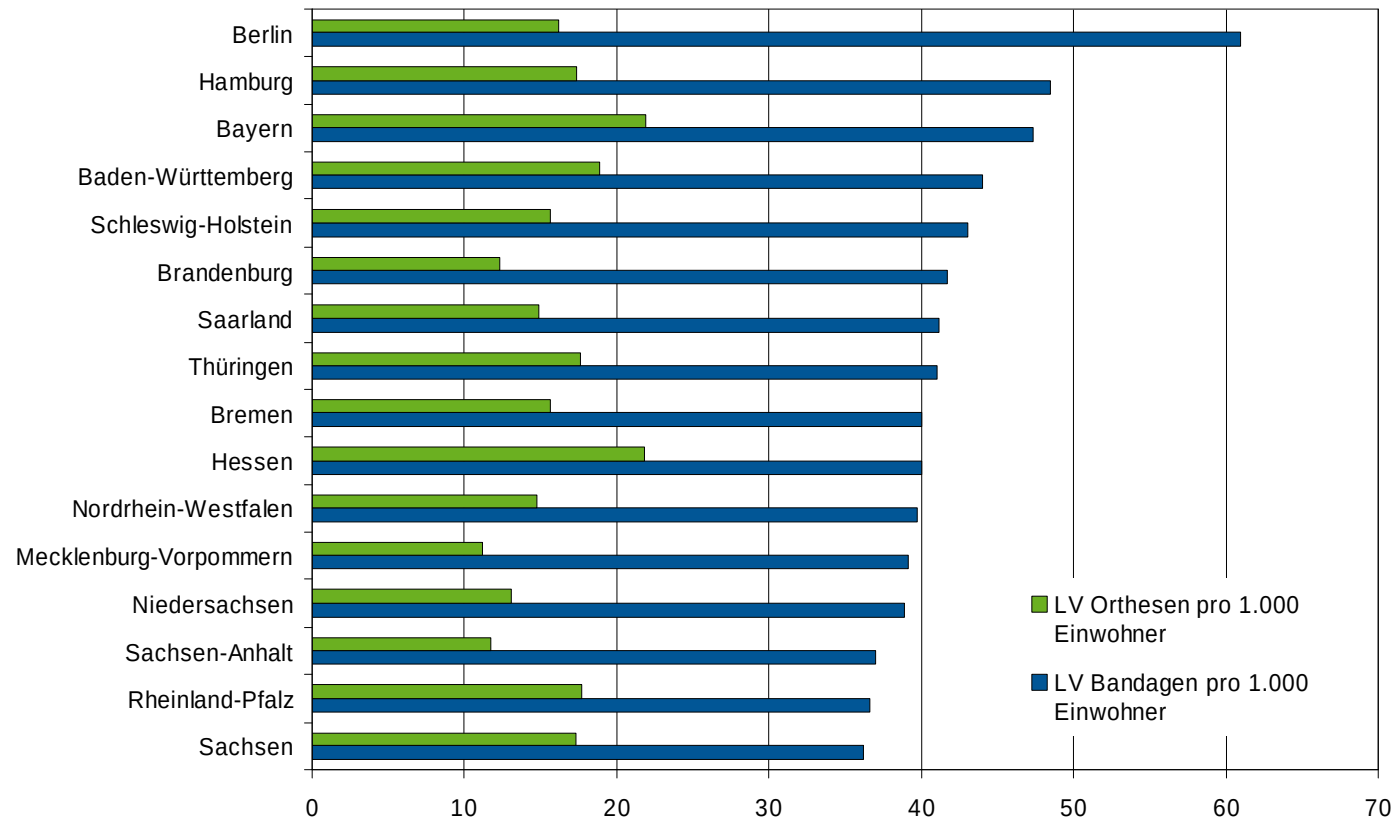
Verordnungen und Ausgaben für Bandagen und Orthesen pro 1.000 Versicherte von 2009 bis 2011



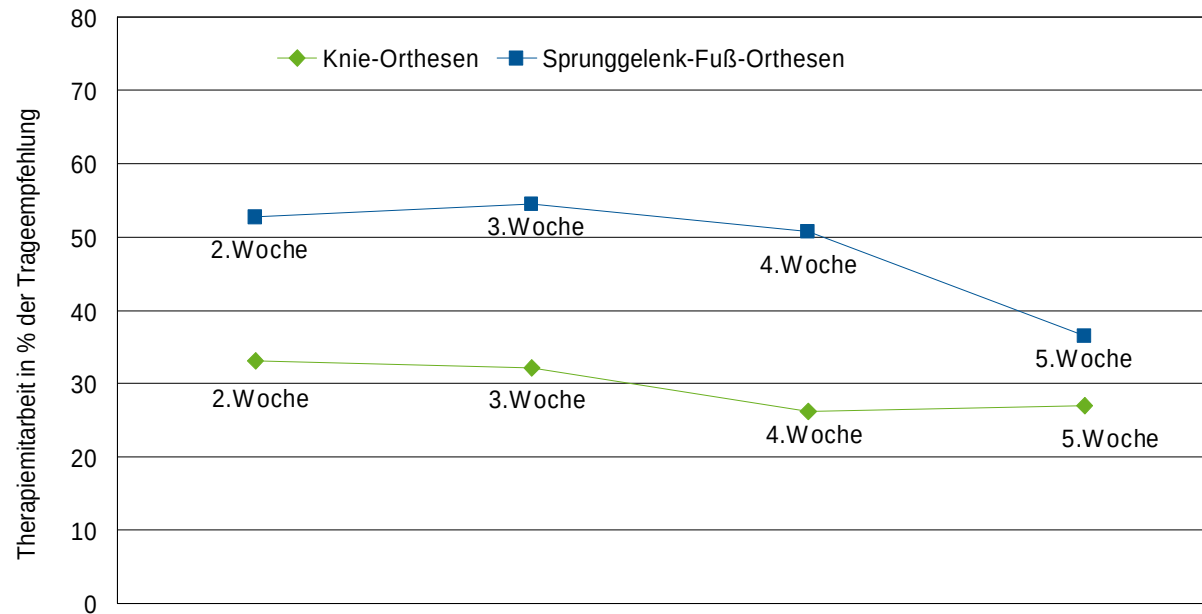
Die größten Ausgabenanteile haben Produkte für Knie und Rücken, obschon sie in bestehenden Leitlinienempfehlungen kaum eine Rolle spielen – **Beispiel für Fehlversorgung!**

Bandagen- und Orthesen nach Bundesland 2011

Leistungsversicherte pro 1.000 Einwohner (stand. D 12/2010)



Studie der TU Berlin: Dokumentiertes Therapieverhalten im Behandlungsverlauf – die „Compliance“ ist schlecht - teure „Schubladenprodukte“



Problembereiche: schlechte Passung (Druckstellen, Einschnürungen, Verrutschen) und ungünstige mikroklimatische Verhältnisse.
Notwendig sind bessere Beratung und ergonomische Anpassung durch die Leistungserbringer.

Fazit: Evidenz, Leitlinienorientierung und Versorgungsforschung fördern!



- § Bestehende Evidenz unzureichend! Z.B. wenig Studien zur Therapie der Epicondylitis „Tennisellbogen“ (1,3% vs. „Golferellbogen“ (0,3%)! – v.a. Thermotherapie?
- § Regionale Differenzen in z.B. der Hilfsmittelversorgung: Brandenburg 18%, Bayern 22%
- § Geschlechtsspezifische Differenzen: Frauen bekommen mehr Heil- und Hilfsmittel, Steigerungsraten bei Männern höher
- § Altersspezifische Differenzen: z.B. deutliche Steigerungen der Versorgung von 40- bis 60-Jährigen mit Einlagen und Bandagen
- § Heilmittelversorgung bei Kindern/Jugendlichen auffällig hoch (Über-/Fehlversorgung?), bei älteren Menschen (z.B. mit Demenz) zu wenig – Unterversorgung?
- § Massagen – nice to have, aber sinnvoll? Teure Orthesen oft als Schubladenprodukte!



Es gibt also noch viel zu tun, um Unter-, Über- und Fehlversorgung in der Heil- und Hilfsmittelversorgung abzubauen!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2012

- Infografiken

Inhalt:

› Infografik 1

Jedes zehnte Kind mit Psycho-Diagnose? 

› Infografik 2

Zuwenig Ergotherapie für psychisch kranke Kinder?

› Infografik 3

Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel

› Infografik 4

Ausgaben für verschiedene Heilmittel

› Infografik 5

Versicherte mit Hilfsmitteln

› Infografik 6

Hilfsmittelausgaben nach Ländern

› Infografik 7

Ergo- und Physiotherapie im Pflegeheim

› Infografik 8

Massagen: Allein wirkungslos?

› Infografik 9

Tennisellenbogen: 240.000 Betroffene

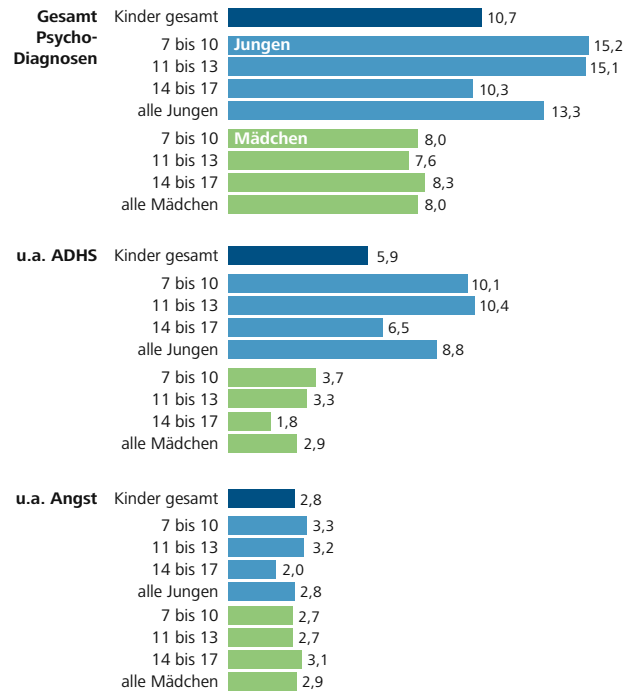
› Infografik 10

500.000 Bandagen und Orthesen

Infografiken (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken.  Auf Wunsch (E-Mail an: andreas.grosse-stoltenberg@barmer-gek.de ) auch als editierbare Indesign-CS5-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.

Jedes zehnte Kind mit Psycho-Diagnose?

Diagnoseprävalenzen nach Alter und Geschlecht 2010



Quelle: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2012

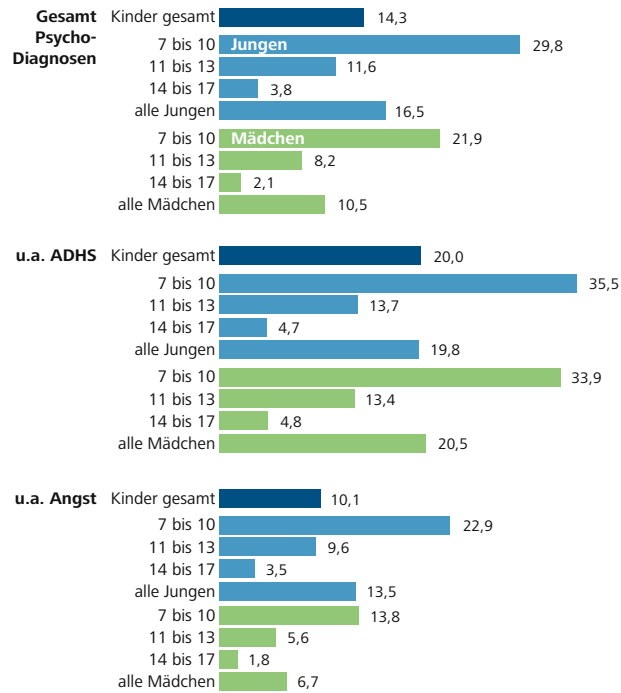
[Zurück zum Inhalt](#)



Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken.  Auf Wunsch (E-Mail an: andreas.grosse-stoltenberg@barmer-gek.de ) auch als editierbare Indesign-CS5-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.

Zuwenig Ergotherapie für psychisch kranke Kinder?

Versorgungsanteil bei Ergotherapie, 2010

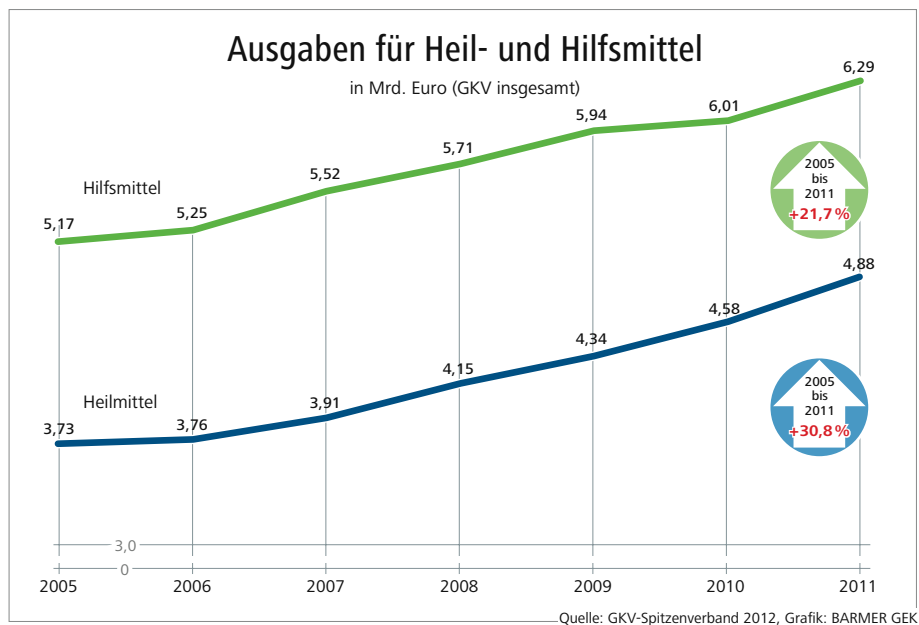


Quelle: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2012

[Zurück zum Inhalt](#)



Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken. 
Auf Wunsch (E-Mail an: andreas.grosse-stoltenberg@barmer-gek.de) auch als editierbare Indesign-CS5-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.



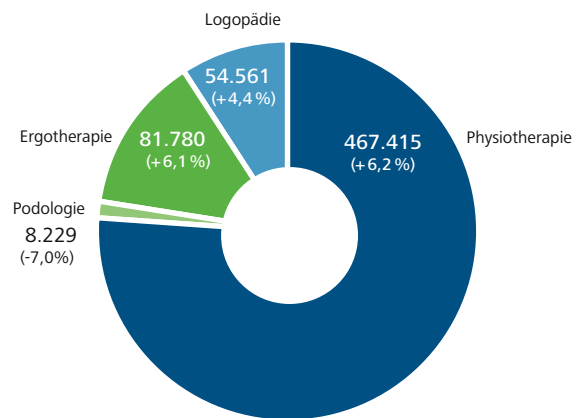
Zurück zum Inhalt

Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken.

Auf Wunsch (E-Mail an: andreas.grosse-stoltenberg@barmer-gek.de)) auch als editierbare Indesign-CS5-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.

Ausgaben für verschiedene Heilmittel

Ausgaben der BARMER GEK 2011 in Tausend Euro (gerundet)
in Klammern: Änderung der Ausgaben je Versicherten gegenüber Vorjahr



Quelle: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2012

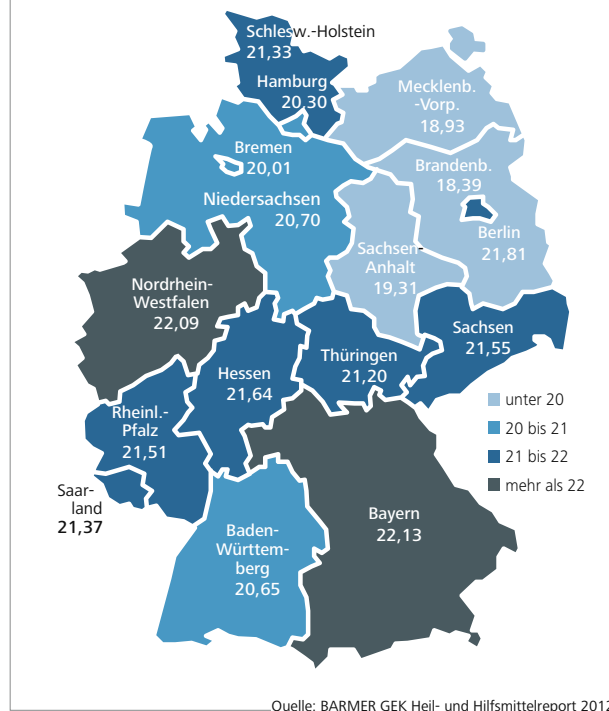
[Zurück zum Inhalt](#)



Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken. 
Auf Wunsch (E-Mail an: andreas.grosse-stoltenberg@barmer-gek.de ) auch als editierbare Indesign-CS5-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.

Versicherte mit Hilfsmitteln

Von 100 Versicherten der BARMER GEK erhielten 2011
Leistungen für Hilfsmittel...



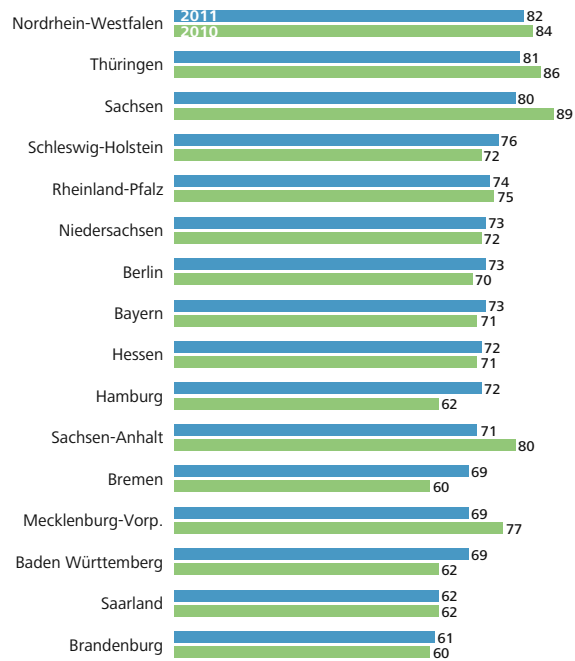
[Zurück zum Inhalt](#)



Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken. 
Auf Wunsch (E-Mail an: andreas.grosse-stoltenberg@barmer-gek.de) auch als editierbare Indesign-CS5-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.

Hilfsmittelausgaben nach Ländern

Ausgaben für Hilfsmittel pro Versicherten der BARMER GEK
2010 und 2011 in Euro (gerundet)

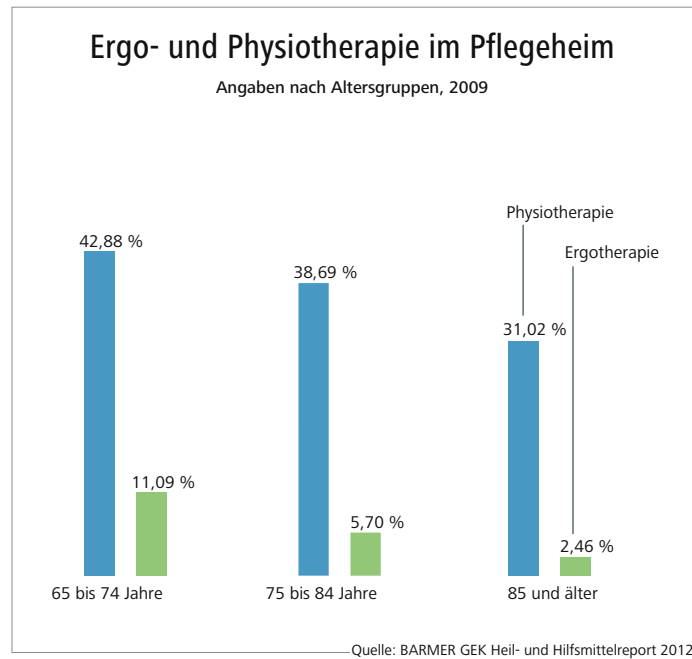


Quelle: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2012

[Zurück zum Inhalt](#)



Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken. 
Auf Wunsch (E-Mail an: andreas.grosse-stoltenberg@barmer-gek.de) auch als editierbare Indesign-CS5-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.

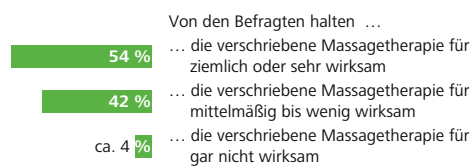


[Zurück zum Inhalt](#)

Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken. 
Auf Wunsch (E-Mail an: andreas.grosse-stoltenberg@barmer-gek.de ) auch als editierbare Indesign-CS5-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.

Massagen: Allein wirkungslos?

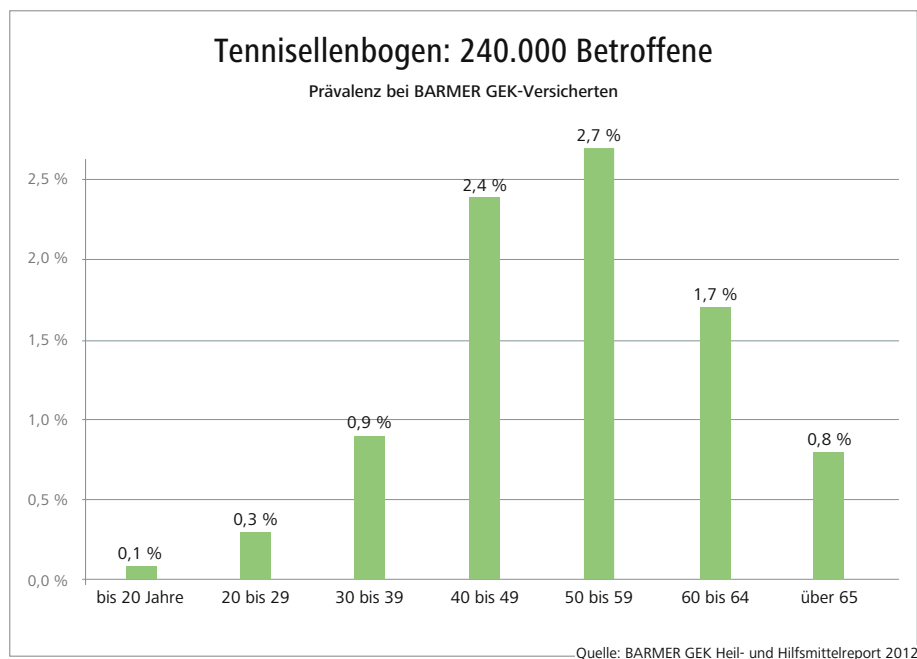
Ergebnisse einer Befragung unter Physiotherapeuten



Quelle: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2012

[Zurück zum Inhalt](#)



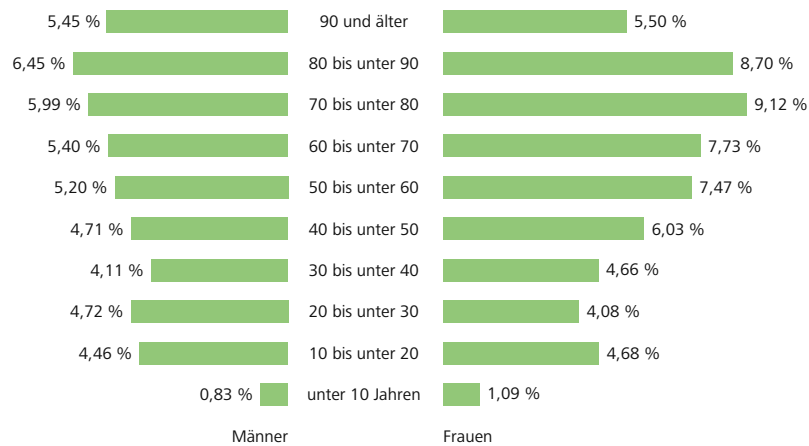


[Zurück zum Inhalt](#)

Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarf freien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken. 
Auf Wunsch (E-Mail an: andreas.grosse-stoltenberg@barmer-gek.de ) auch als editierbare Indesign-CS5-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.

500.000 Bandagen und Orthesen

Verordnungsanteile und Altersverteilung 2011



Quelle: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2012

[Zurück zum Inhalt](#)



Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken. 
 Auf Wunsch (E-Mail an: andreas.grosse-stoltenberg@barmer-gek.de ) auch als editierbare Indesign-CS5-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 16

Claudia Kemper
Kristin Sauer
Gerd Glaeske

mit Beiträgen von Susanne Dannehl, Sabine George,
Sabine Koch, Jana Schulze und Kathrin Tholen

unter Mitarbeit von Angela Fritsch, Tim Jacobs,
Claudia Kretschmer und Melanie Tamminga

BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2012

Auswertungsergebnisse der
BARMER GEK Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahren 2010 bis 2011

September 2012

**Kurzfassung für die Pressekonferenz
am 18. September 2012**

Die im Text genannten Ziffern für die Abbildungen und Tabellen verweisen auf die Nummerierungen im Original-Report. Das gleiche gilt für die Literaturangaben.

Von Hilfsmitteln und Medizinprodukten – die Klassifizierung von Risikoklassen

Der Markt der Hilfsmittel bleibt ein „Stiefkind“ in punkto Transparenz – obwohl dieses Marktsegment mehr und mehr auch unter Kosten- und Regulationsaspekten in den Mittelpunkt rückt. Die meisten Hilfsmittel fallen unter das Medizinproduktegesetz (MPG), das 1995 in Kraft trat und die technischen, medizinischen und Informationsanforderungen für das In-Verkehr-bringen von Medizinprodukten regelt. Produkte dürfen demnach nur in Umlauf gebracht werden, wenn sie über ein CE-Kennzeichen („Communauté Européenne“) verfügen. Dieses Kennzeichen bescheinigt, dass Produkte die Anforderungen der EG-Richtlinien erfüllen. Die entsprechende Konformitätsbewertung erfolgt nach Risikoklassen (I für ein geringes Risiko bis III für ein sehr hohes Risiko), wobei etwa 90% der GKV-finanzierten Hilfsmittel in Risikogruppe I fallen, in der Hersteller die EG-Konformitätserklärung ohne eine unabhängige Prüfung der Produktqualität selbst abgeben können.

Tabelle I.1 Einteilung der Medizinprodukte anhand von europäischen Richtlinien

Klasse	Risiko	Beispiele
I, I steril, I mit Messfunktion	Geringes Risiko	Lesebrillen, Rollstühle, Mullbinden, Fieberthermometer
II a	Mittleres Risiko	Zahnfüllungen, Röntgenfilme, Hörgeräte, Ultraschallgeräte
II b	Hohes Risiko	Intraokularlinsen, Kondome, Röntgengeräte, Infusionspumpen
III	Sehr hohes Risiko	Hüftprothesen, Herzkatheter, Arzneistoffe abgebende Stents

Die Probleme der Medizinprodukte sind auch die Probleme der Hilfsmittel

Es gibt mittlerweile eine Reihe von Skandalen im Bereich der Medizinprodukte. Prominent sind die jüngsten Fälle von Brustimplantaten, die zwar eine CE-Kennzeichnung besaßen, gleichwohl erhebliche gesundheitliche Schäden bei Frauen verursacht haben. Denn implantiert wurden besonders kostengünstige, aber defekte Präparate des französischen Herstellers PIP, die bei vielen Frauen platzten und zu erheblichen Beschwerden und Schmerzen geführt haben. In der Folge wurden Operationen notwendig, um die schadhaften Implantate zu entfernen und durch neue, qualitativ hochwertige zu ersetzen. Die PIP-Implantate zeigten ein erhöhtes Risiko für Silikonaustritte („bleeds“), dieses Silikon wurde jedoch weder als gewebeschädigend noch als krebserregend eingestuft. Das Rupturrisiko soll zwei- bis sechsfach höher sein als bei anderen Implantaten, ein Unterschied, der sich nach etwa fünf Jahren bemerkbar macht. Danach haben nach fünf Jahren etwa 1,2% der PIP-Implantate Rupturen gegenüber 0,2 bis 0,4% bei anderen Implantaten. Nach zehn Jahren waren es 3,1% gegenüber 0,5 bis 1,1%. Es gibt jedoch eine erhebliche Dunkelziffer: Man schätzt die Versagensrate bei den PIP-Implantaten auf 6 bis 12% nach fünf und auf 15 bis 30% nach zehn Jahren (Meyer, 2012).

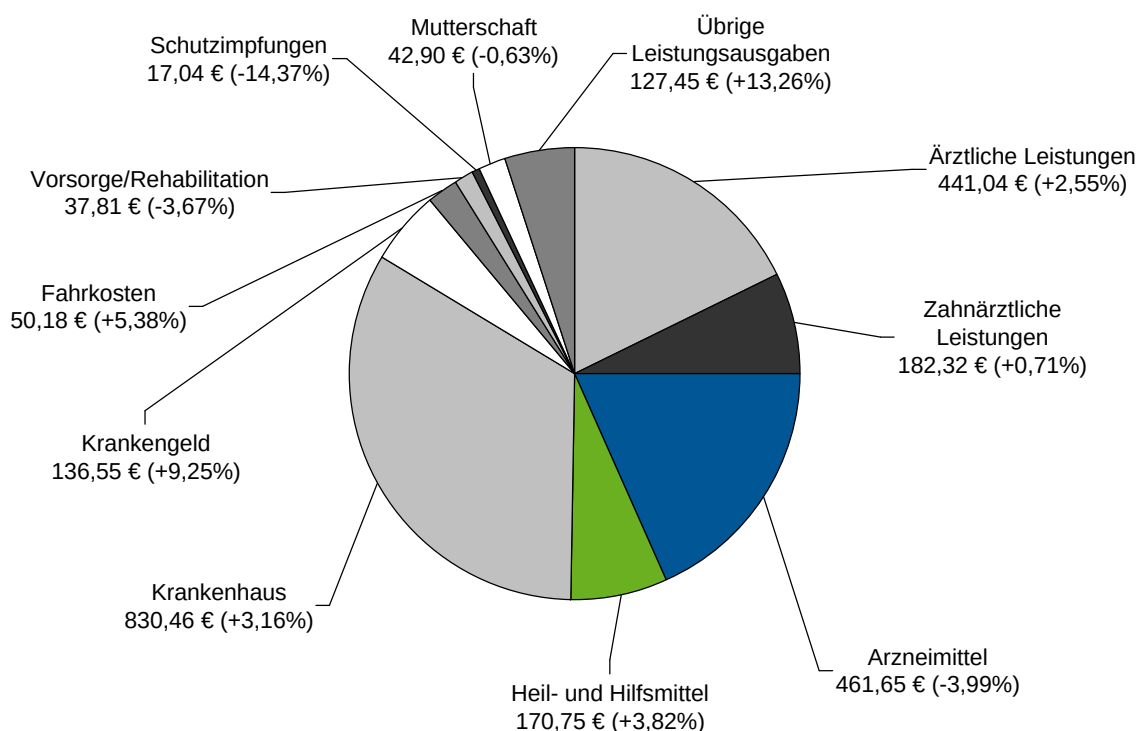
Die Kritik in all diesen Fällen: Die schlechte Überprüfung und laxe Zulassung solcher Produkte zum Markt. Es wird nämlich lediglich die Funktion, nicht aber der Nutzen für die Patienten untersucht. Ebenso wie im Arzneimittelbereich verlangen Experten daher unabhängige Kontrollen für Medizinprodukte und Zulassungsstudien wie für Arzneimittel. Zertifizierungen durch die Hersteller selber oder durch „Benannte Stellen“ (wie z. B. den TÜV) sind nicht ausreichend, um den patientenorientierten Nutzen zu bestimmen.

Nach dem PIP-Skandal folgten Berichte über seit Jahren bekannte Probleme mit Hüft- und Knieprothesen. So kamen Metallprothesen als Hüftgelenke zum Einsatz, die seit Jahren als risikoreich bewertet werden (Cohen, 2012; Sedrakyan, 2012). Untersuchungen in England und Wales zeigten bei 30.000 Patientinnen und Patienten, denen Metall-auf-Metall-Hüftimplantate eingesetzt worden waren, dass bei 6,2% über fünf Jahre Revisionsoperationen durchgeführt werden mussten, bei Patientinnen und Patienten mit anderen Implantattypen, z. B. aus Metall-Polyethylen oder aus Keramik, bestand nur bei 2% eine Revisionsnotwendigkeit. In Deutschland waren 5.500 der Metall-auf-Metall-Implantate eingesetzt worden, bevor der Hersteller DePuy, ein Tochterunternehmen von Johnson&Johnson, diese Medizinprodukte aufgrund von Materialmängeln vom Markt nehmen musste (Oberhofer, 2012). Insgesamt finden bei jährlich rund 210 Tsd. Hüft- und 175 Tsd. Kniegelenkersatz-Prozeduren 37.000 Wechseloperationen statt, auch ein Resultat von wenig geeigneten Implantaten.

Politiker, Ärzteverbände und Behörden bleiben aber untätig – zum Schaden der Patienten. Auch bei Kniegelenken gibt es harsche Kritik von Ärztinnen und Ärzten. Für solche Gelenke wird nur die Sicherheit untersucht, nicht aber der klinische Nutzen für die Patientinnen und Patienten. Bei Herzschrittmachern muss bei einer Zulassung lediglich gezeigt werden, dass es bei seiner Anwendung nicht zu einem Kurzschluss kommt. Als Fazit der bisherigen Zulassungs- und Marktüberwachungsmisere sind AMNOG-ähnliche Regelungen notwendig, wir benötigen ein Medizinprodukte-marktneuordnungsgesetz (MEMNOG). Denn zu den häufig zu Lasten der GKV verordneten Medizinprodukten gehören auch gängige Hilfsmittel wie Bandagen und Einlagen, Prothesen und Orthesen. Bei vielen dieser Produkte fehlen Nutzenbewertungen. Es wird höchste Zeit, dass die GKV nur noch für solche Produkte zahlen muss, die sich in versorgungsrelevanten und patientenorientierten Studien im Sinne der therapeutischen Wirksamkeit und der Wirtschaftlichkeit bewährt haben.

Allgemeine Auswertungsergebnisse der BARMER GEK Daten der Jahre 2010 und 2011

Abbildung I.6 Leistungsausgaben je Versichertem der BARMER GEK im Jahr 2011 (+/- prozentuale Veränderung zum Vorjahr)



Quelle: eigene Darstellung, nach BARMER GEK, 2012, S. 26

Heilmittel plus 7%, Hilfsmittel plus 1% – Ausgabensteigerungen vor allem für Männer

Die im Folgenden ausgewerteten Daten von Heil- und Hilfsmittelverordnungen aus dem Jahre 2011, die im Vergleich mit den entsprechenden Daten aus dem Jahre 2010 vorgestellt werden, beziehen sich auf insgesamt knapp 9,1 Millionen Personen, die während des Jahres 2011 in der BARMER GEK versichert waren (+0,8% gegenüber dem Jahr 2010; s. Tabelle I.3).

Unsere Analysen zeigen, dass die Gesamtausgaben für Heilmittel im Auswertungszeitraum 2011 612,5 Millionen Euro betrugen (+6,75% gegenüber dem Vorjahr) und dass sich die Ausgaben für Hilfsmittel auf 672,4 Millionen Euro beliefen (+0,91%). Interessant ist bei beiden Leistungsbereichen, dass auf die im Schnitt deutlich jüngeren Männer höhere Steigerungsraten entfielen als auf Frauen. Dies gilt auch insbesondere für Hilfsmittel, die doch zumeist im höheren Alter eher notwendig sind als in „jungen“ Jahren. Bei den Männern lagen die Steigerungsraten für die Heilmittel

bei 9,55% und bei den Hilfsmitteln bei 5,40%, bei den Frauen kam es gegenüber dem Vorjahr zu Ausgabenveränderungen von 5,53% resp. -1,86%. Betrachtet man die Ausgaben pro 100 Versicherte, so verkehren sich die Verhältnisse: Auf 100 Frauen entfallen in beiden Leistungsbereichen höhere Ausgaben, bei den Heilmitteln sind es 7.695 Euro gegenüber 5.440 Euro bei den Männern. Im Hilfsmittelbereich entfallen auf 100 Frauen 7.525 Euro gegenüber 7.250 Euro bei den Männern (alle Daten s. Tabelle I.3).

Insgesamt steigt der Anteil der Versicherten an, die Leistungen aus dem Heil- oder Hilfsmittelbereich verordnet bekommen haben – auffällig vor allem im Bereich der Heilmittel. 11,4% mehr als im Vorjahr bekommen Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie oder Podologie, darunter 16 % mehr bei den männlichen Versicherten und 9,5% mehr Frauen. Bei den Hilfsmitteln ist die Steigerung der Inanspruchnahme ähnlich stark – 15,9% insgesamt, 21,4% bei den Männern und 13,1% bei den Frauen.

Tabelle I.3 Kennzahlen der in 2010 und 2011 verordneten Leistungen für die BARMER GEK Versicherten in den Leistungsbereichen Heil- und Hilfsmittel

	2010	2011	Änderung in %
Anzahl Versicherte:			
Gesamt	9.000.504	9.074.877	+ 0,83
Männer	3.757.347	3.801.655	+ 1,18
Frauen	5.243.157	5.273.212	+ 0,57
Durchschnittsalter:			
Gesamt	44,6	44,9	
Männer	41,5	41,8	
Frauen	46,8	47,1	
Versicherte mit Heilmittelleistungen:			
Gesamt	1.623.947	1.809.642	+ 11,43
Männer	496.397	575.767	+ 15,99
Frauen	1.127.278	1.233.875	+ 9,46
Versicherte mit Hilfsmittelleistungen:			
Gesamt	1.655.392	1.918.050	+ 15,87
Männer	550.178	667.934	+ 21,40
Frauen	1.104.909	1.250.116	+ 13,14
Ausgaben für Heilmittel:			
Gesamt *	573.699.356,48	612.446.056,10	+ 6,75
Männer	188.670.245,05	206.681.002,29	+ 9,55
Frauen	384.517.054,09	405.765.053,81	+ 5,53
Ausgaben für Heilmittel pro 100 Versicherte:			
Gesamt	6.374,08	6.748,81	+ 5,88
Männer	5.021,37	5.436,61	+ 8,27
Frauen	7.333,69	7.694,84	+ 4,92
Ausgaben für Hilfsmittel:			
Gesamt	666.304.354,63	672.384.959,16	+ 0,91
Männer	261.478.588,85	275.602.615,63	+ 5,40
Frauen	404.303.843,16	396.782.343,53	- 1,86
Ausgaben für Hilfsmittel pro 100 Versicherte:			
Gesamt	7.402,97	7.409,30	+ 0,09
Männer	6.959,13	7.249,54	+ 4,17
Frauen	7.711,08	7.524,49	- 2,42

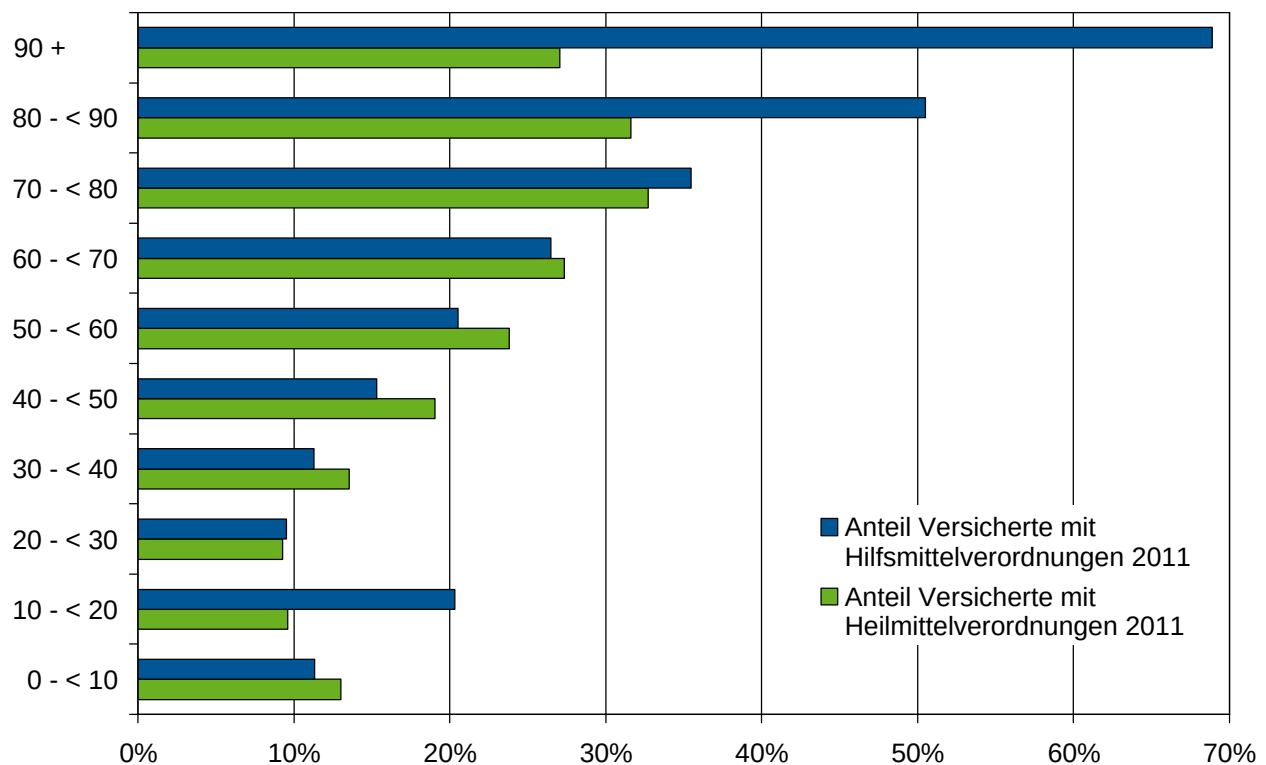
* einschließlich Leistungen ohne eindeutige Zuordnung zu den Leistungsbereichen Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie und Podologie

Differenziert man weiter nach Alter und Inanspruchnahme, so fällt auf, dass sich bei den Versicherten mit Hilfsmittelverordnungen ein mit dem Alter steigender Anteil der Verordnungen ergibt, zumindest ab einem Alter von 30 Jahren. In diesem Leistungsbereich bekommt aber auch ein Fünftel der 10 bis 20-Jährigen Leistungen, hier werden besonders häufig Einlagen verordnet.

Die Heilmittelverordnungen im höheren Alter entfallen oftmals auf physiotherapeutische oder logopädische Therapien, die z. B. bei Arthrosen oder nach Schlaganfällen sinnvoll sein können. Hier ist leider davon auszugehen, dass diese Maßnahmen nicht in dem Maße angewendet werden, wie es

die vorhandene Evidenz nahe legt. Tendenziell dürfte daher gerade bei älteren Menschen eine Unterversorgung mit Heilmitteln konstatiert werden.

Abbildung I.7 Anteil Versicherte der BARMER GEK mit Heil- bzw. Hilfsmittelverordnungen in 2011 nach Alter



Ergebnisse der Heilmittelanalysen

Tabelle I.4 Ausgaben der BARMER GEK für unterschiedliche Heilmittel im Jahr 2011 in Euro

	Anzahl Versicherte mit Leistungen	Ausgaben pro Versichertem mit Leistungen 2011	Ausgaben 2011 für die BARMER GEK	Änderung Ausgaben je Versichertem mit Leistung zu 2010 in %
Ergotherapie	92.441	884,67	81.779.574,75	+ 6,12
Logopädie	83.213	655,68	54.561.098,16	+ 4,41
Physiotherapie	1.668.765	280,10	467.414.798,06	+ 6,18
Podologie	57.808	142,35	8.228.893,14	- 7,02

Die Versorgungsanalyse der in den Jahren 2010 und 2011 für die BARMER GEK verordneten Heilmittel zeigt in allen Bereichen eine Steigerung der Anzahl abrechnender Heilmittelerbringer. Die zum Teil deutlichen Ausgabensteigerungen, mit Ausnahme des Bereichs der Podologie, gehen

größtenteils darauf zurück, dass ein größerer Anteil der Versicherten Heilmittelleistungen verordnet bekommen hat. Zuwächse sind vor allem in den mittleren Altersgruppen der Männer zu erkennen, wenngleich immer noch mehr Frauen Heilmittel in Anspruch nehmen. Regional sind Heilmittelverordnungen sehr unterschiedlich verteilt: In der Physiotherapie ist beispielsweise eine deutliche Ost-West-Tendenz zu erkennen, da in östlichen Bundesländern vermehrt physikalische Therapien wie Elektrotherapie oder Massagen verordnet werden. Die indikationsbezogenen Auswertungen der Verordnungen kommen zu folgendem Ergebnis: Ergotherapeutische Verordnungen gehen zu fast 70% auf Schädigungen des zentralen Nervensystems zurück, wie sie beispielsweise nach einem Schlaganfall entstehen können. Logopädie wurde mit 78% vor allem für die Indikationen unter „Störungen der Sprache“ gemäß Heilmittelkatalog verordnet. In der Physiotherapie geht der größte Anteil der Verordnungen (ca. 47%) auf Wirbelsäulenerkrankungen zurück.

Ergebnisse der Hilfsmittelanalysen

Im Jahr 2011 wurden 1.918.050 Versicherte der BARMER GEK mit Hilfsmitteln versorgt, wobei mehr Frauen als Männer ein Hilfsmittel verordnet bekamen (65% vs. 35%). Eine Ausnahme bildet die Altersgruppe der Kinder im Alter bis zu zehn Jahren, in der mehr Jungen als Mädchen Hilfsmittel erhielten. Bei den Ausgaben verhält es sich umgekehrt: Hier entfällt ein größerer Anteil auf die Männer. Der Anteil der mit Hilfsmitteln versorgten Versicherten stieg zum Vorjahr deutlich auf nun 21% (2010: 18%). Die mit Abstand höchsten Ausgaben gingen auf die Inhalations- und Atemtherapiegeräte zurück, aber auch die Ausgaben für Inkontinenzhilfen oder Kompressionshilfsmittel sind beträchtlich und zum Vorjahr deutlich gestiegen. Die höchste Versorgungsprävalenz zeigt sich im Bereich der Einlagen und Bandagen. Im regionalen Vergleich der Ausgaben liegen Bundesländer mit höherem Durchschnittsalter wie Sachsen (46 Jahre) deutlich vor Bundesländern mit niedrigerem Durchschnittsalter wie z. B. Baden-Württemberg (42 Jahre). Wegen der starken Altersabhängigkeit für einen Hilfsmittelbedarf ist in den kommenden Jahren mit einem weiteren Zuwachs in der Hilfsmittelversorgung zu rechnen.

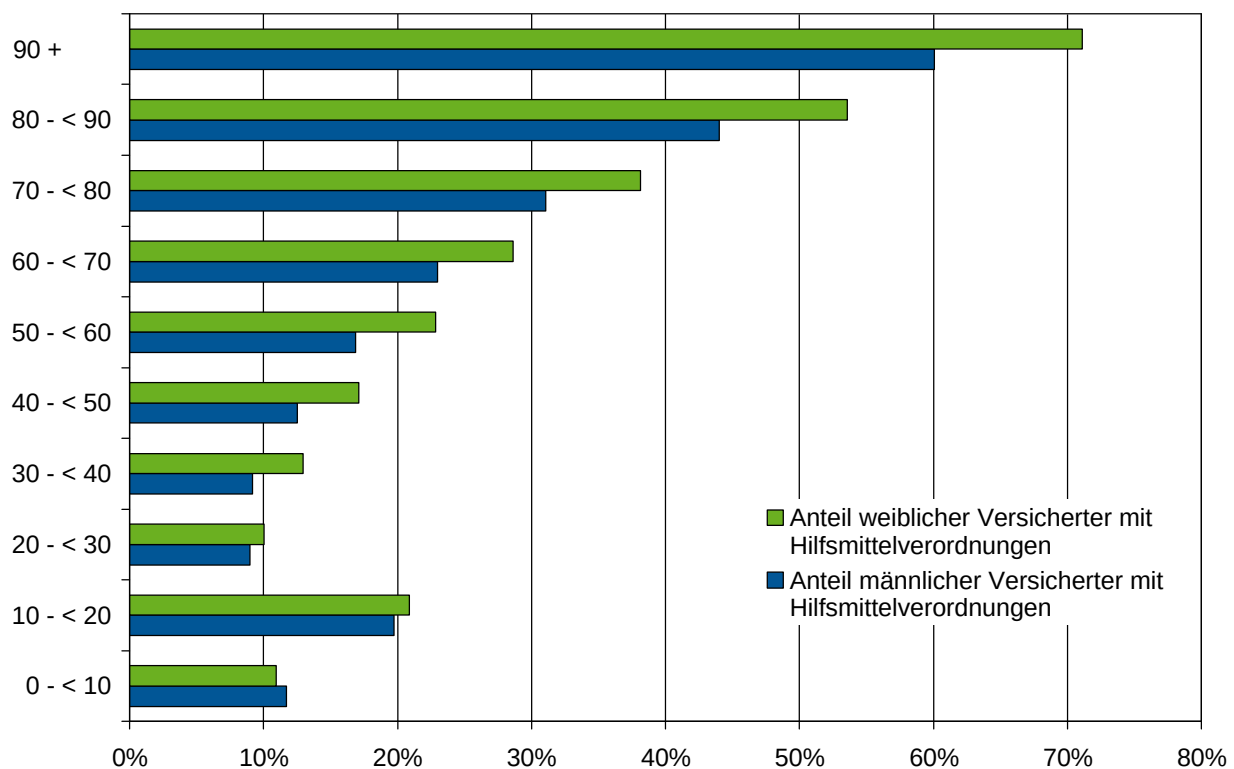
Ausgabenentwicklung für Hilfsmittel

Im Jahre 2011 sind für Versicherte der BARMER GEK Hilfsmittel im Wert von 672,4 Millionen Euro verordnet worden, was einer Zunahme zum Vorjahr um 1% entspricht. Da bis zur Datenbereitstellung noch nicht alle verordneten Hilfsmittel des Jahres 2011 abgerechnet waren, dürfte das tatsächliche Verordnungsvolumen etwas höher liegen. Mehr als die Hälfte der Ausgaben geht auf Leistungen von Orthopädiemechanikern und Bandagisten zurück. Hilfsmittel von Orthopädienschuhmachern machen gut 9% der Ausgaben aus (s. Tabelle III.1).

Tabelle III.1 Ausgaben für Hilfsmittleistungen von sonstigen Leistungserbringern

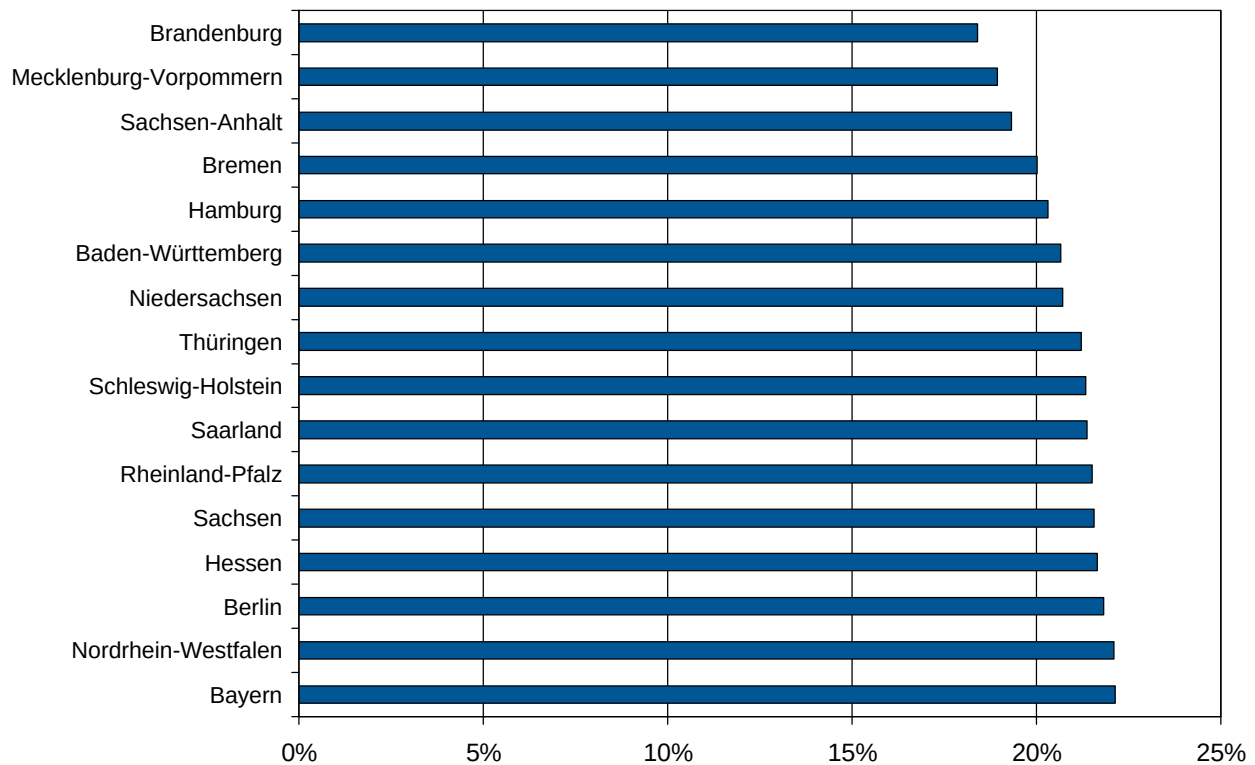
Leistungserbringer	Ausgaben 2010 in €	Anteil an den Gesamtaus- gaben in %	Ausgaben 2011 in €	Anteil an den Gesamtaus- gaben in %	Änderung zu 2010 in %
Orthopädie- mechaniker, Bandagisten	353.854.873,44	53,11	345.526.064,14	51,39	- 2,35
Sonstige Erbringer von Leistungen i.S. des SGB	168.144.817,30	25,24	173.238.701,36	25,76	+ 3,03
Orthopädieschuhmacher, Orthopäden (als Erbringer von Leistungen, z.B. Einlagen)	57.452.978,09	8,62	62.844.974,49	9,35	+ 9,39
Hörgeräte-Akustiker	56.641.127,61	8,50	57.256.901,45	8,52	+ 1,09
Rehabilitationsstätten, Pflegeheime, Sozialstationen	17.515.228,52	2,63	19.516.484,75	2,90	+ 11,43
Augenoptiker, Augenärzte (als Erbringer von Leistungen)	7.065.264,14	1,06	7.853.477,24	1,17	+ 11,16
Sonstige	5.630.065,53	0,84	6.148.355,73	0,91	+ 9,21

Mit zunehmendem Alter steigt der Hilfsmittelbedarf und damit die Versorgungsprävalenz an (s. Abbildung III.2).

Abbildung III.2 Versorgungsprävalenz mit Hilfsmitteln nach Alter und Geschlecht im Jahr 2011

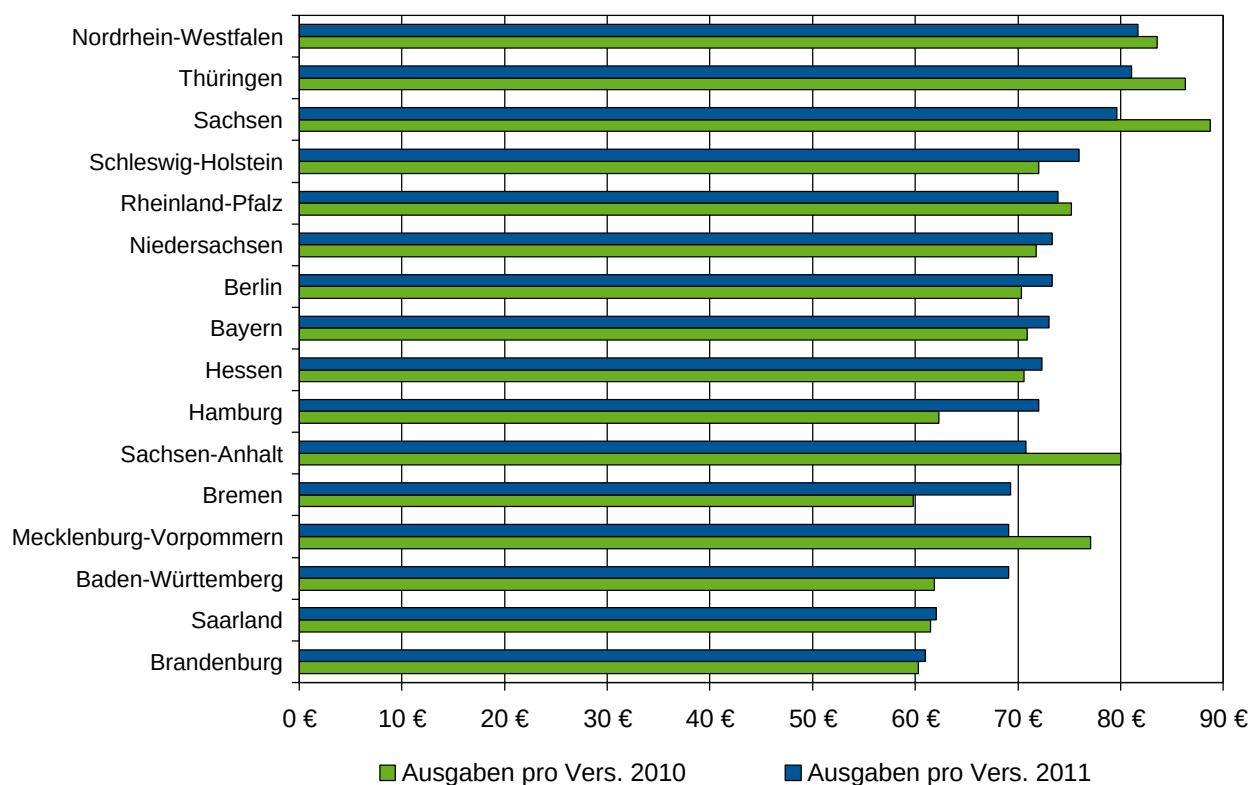
Neben geschlechtsspezifischen Differenzen sind auch regionale Unterschiede in der Hilfsmittelversorgung zu erkennen. So weisen die Bundesländer Bayern, Nordrhein-Westfalen, Berlin, Hessen und Sachsen mit rund 22 % die höchsten Anteile von Versicherten auf, die Hilfsmittel erhalten haben.

Abbildung III.3 Ausgaben Leistungsversicherte mit Hilfsmitteln nach Bundesland im Jahr 2011 in Prozent



Die höchsten Ausgaben für Hilfsmittel pro Versichertem entfallen auf die Bundesländer Sachsen, Nordrhein-Westfalen und Thüringen. In allen ostdeutschen Bundesländern sind die Ausgaben pro Versichertem von 2010 auf 2011 deutlich gesunken. Zusammen mit Baden-Württemberg zeigen vor allem die Städte Bremen und Hamburg die deutlichsten Ausgabensteigerungen (s. Abbildung III.4).

Abbildung III.4 Ausgaben für Hilfsmittel (HMM) pro Versichertem 2010 und 2011 nach Bundesland



Versorgungsanalyse ausgewählter Hilfsmittelproduktgruppen

Tabelle III.3 10 Produktgruppen der höchsten Versorgungsprävalenz und Ausgaben pro Leistungsversichertem nach Geschlecht im Jahr 2011

Produktgruppe	Männer mit Hilfsmittleistungen		Frauen mit Hilfsmittleistungen	
	Anteil in %	Ausgaben pro LV in €	Anteil in %	Ausgaben pro LV in €
08 - Einlagen	4,80	81,48	7,48	77,71
05 - Bandagen	3,47	94,02	4,69	89,54
17 - Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	1,85	112,04	4,14	145,49
15 - Inkontinenzhilfen	1,80	364,04	2,92	326,86
10 - Gehhilfen	1,76	48,04	2,36	53,36
25 - Sehhilfen	1,64	59,89	1,38	74,66
14 - Inhalations- und Atemtherapiegeräte	1,54	942,09	0,62	950,22
23 - Orthesen/Schienen	1,35	309,88	1,87	255,23
31 - Schuhe	1,07	323,59	1,72	231,05
13 - Hörhilfen	0,83	783,43	0,84	777,28

Die höchsten Ausgaben im Jahre 2011 entfielen, wie im Jahr zuvor, sowohl für Männer als auch für Frauen auf Inhalations- und Atemtherapiegeräte. Diese Hilfsmittel kommen z. B. bei chronischen Erkrankungen wie Mukoviszidose, COPD (chronic obstructive pulmonary disease) oder Krebserkrankungen zum Einsatz (s. Tabelle III.4).

Tabelle III.4 Rangliste der Ausgaben für Hilfsmittelproduktgruppen aus dem HMV (TOP 10) für das Jahr 2011

Rang 2011	Produktgruppe	Ausgaben in € in 2011	Ausgaben pro Versichertem in 2011 in €	Rang 2010
1	14 - Inhalations- und Atemtherapiegeräte	86.072.346,30	9,48	1
2	15 - Inkontinenzhilfen	75.152.125,09	8,28	2
3	13 - Hörhilfen	59.060.347,13	6,51	4
4	18 - Kranken-/Behindertenfahrzeuge	57.944.961,03	6,39	3
5	08 - Einlagen	45.535.239,35	5,02	5
6	23 - Orthesen/Schienen	41.075.996,16	4,53	10
7	17 - Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	39.663.026,69	4,37	8
8	29 - Stomaartikel	38.158.716,25	4,20	6
9	05 - Bandagen	34.549.770,37	3,81	9
10	31 - Schuhe	34.069.003,45	3,75	7

Ergotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen und Verhaltensstörungen

In Deutschland leiden etwa 20% der Kinder und Jugendlichen an psychischen Auffälligkeiten und damit einhergehend an einer reduzierten gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Ravens-Sieberer et al., 2007). Es gibt Hinweise darauf, dass der bestehende Behandlungsbedarf nur bei einem Teil der betroffenen Kinder und Jugendlichen erkannt wird (Ravens-Sieberer et al., 2008). Differenzierte Angebote für den speziellen Versorgungsbedarf der unterschiedlichen psychischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen sowie Untersuchungen zur Evidenz der Behandlungskonzepte sind unentbehrlich. Die Ergotherapie beruht auf einem biopsychosozialen Konzept. Zwar steigt die Zahl der Untersuchungen, die sich mit ergotherapeutischen Maßnahmen beschäftigen, jedoch ist die Studienlage noch nicht befriedigend. Die Analysen der BARMER GEK Routinedaten zeigen, dass knapp 11% der versicherten Kinder und Jugendlichen im Alter von 7 bis 17 Jahren Diagnosen psychischer Störungen aufweisen, mit 6% tritt darunter besonders häufig die Diagnose ADHS auf. Insgesamt werden nur rund 14% der betroffenen Kinder und Jugendlichen mit einem deutlichen Unterschied in Alter und Geschlecht mit Ergotherapie behandelt. Jungen und jüngere Kinder haben eine höhere Wahrscheinlichkeit für eine Behandlung. Dabei ist vor allem die Diagnose ADHS ausschlaggebend. Die Ergebnisse geben Hinweise darauf, dass die differenzierte Behandlung spezifischer psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen nicht ausreichend stattfindet. Außerdem fehlt es an evidenzbasierten Entscheidungshilfen für die ergotherapeutische Verordnung.

Die diagnosespezifischen Auswertungen für 2010 zeigen, dass von insgesamt 895.501 versicherten Kindern und Jugendlichen zwischen 7 und 17 Jahren 96.068 mindestens eine ambulante Diagnose zu psychischen und Verhaltensstörungen gestellt bekamen (Prävalenz: 10,7%). Am häufigsten wurde ADHS diagnostiziert (5,9%), gefolgt von Angststörungen (2,8%), Kombinationen aus Störungen des Sozialverhaltens und emotionalen Störungen (2,4%) sowie alleinigen Störungen des Sozialverhaltens (1,6%). Mit einer Prävalenz von 1,0% wurden Depressionen am seltensten diagnostiziert. Die Diagnoseprävalenzen nach Alter und Geschlecht sind in Tabelle IV.4 zu sehen.

Tabelle IV.4 Diagnoseprävalenzen nach Alter und Geschlecht in 2010 in Prozent

	Alter	ADHS	Depression	Angst	Sozialstörung	Kombination	Gesamt
Jungen	7-10	10,1	0,4	3,3	2,8	2,9	15,2
	11-13	10,4	0,8	3,2	2,3	3,1	15,1
	14-17	6,5	1,2	2,0	1,4	2,2	10,3
	Alle	8,8	0,8	2,8	2,1	2,7	13,3
Mädchen	7-10	3,7	0,3	2,7	1,3	1,8	8,0
	11-13	3,3	0,6	2,7	0,9	1,8	7,6
	14-17	1,8	2,5	3,1	0,8	2,4	8,3
	Alle	2,9	1,2	2,9	1,0	2,1	8,0
Gesamt		5,9	1,0	2,8	1,6	2,4	10,7

Besonders auffällig ist die ADHS-Prävalenz bei Jungen zwischen 7 und 13 Jahren – etwa jeder zehnte Junge hat im Jahre 2010 mindestens eine ADHS-Diagnose bekommen. Auch bei den Mädchen sind häufiger jüngere Altersklassen betroffen, jedoch ist die Prävalenz deutlich niedriger als bei den Jungen.

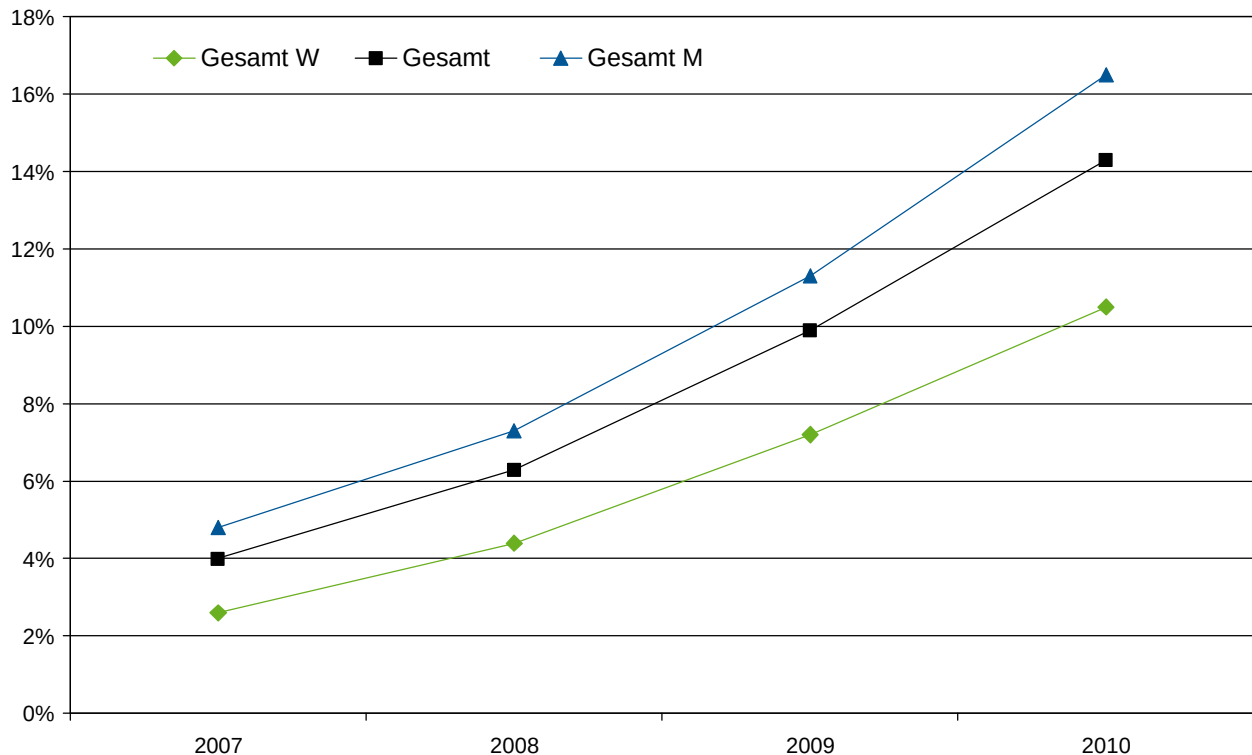
Von den 96.068 Kindern und Jugendlichen mit einer der hier analysierten Diagnosen im Jahre 2010 haben 13.753 mindestens eine Ergotherapieverordnung bekommen (14,3%) (s. Tabelle IV.5). Es ist durchgängig eine deutlich höhere Behandlungsprävalenz in jüngeren Jahren zu erkennen, ebenso werden Jungen häufiger behandelt als Mädchen. Kinder mit ADHS bekommen am häufigsten eine Verordnung, danach Kinder mit Sozialstörungen, einer Kombination aus emotionalen Störungen und Sozialstörungen, sowie Angststörungen. Am seltensten werden Kinder und Jugendliche mit Depressionen ergotherapeutisch behandelt.

Tabelle IV.5 Behandlungsprävalenz mit Ergotherapie in 2010 nach Diagnose, Alter und Geschlecht

	Alter	ADHS	Depression	Angst	Sozialstörung	Kombination	Gesamt
Jungen	7-10	35,5	19,8	22,9	27,2	25,8	29,8
	11-13	13,7	8,3	9,6	12,5	11,0	11,6
	14-17	4,7	1,9	3,5	5,3	3,2	3,8
	Alle	19,8	6,7	13,5	17,4	14,1	16,5
Mädchen	7-10	33,9	13,6	13,8	18,9	18,0	21,9
	11-13	13,4	5,4	5,6	9,2	6,4	8,2
	14-17	4,8	1,1	1,8	3,9	1,9	2,1
	Alle	20,5	2,7	6,7	11,8	7,9	10,5
Gesamt		20,0 (n=10.596)	4,4 (n=397)	10,1 (n=2.561)	15,7 (n=2.205)	11,5 (n=2.449)	14,3 (n=13.753)

Der Jahresvergleich zeigt, dass die Behandlungsprävalenz ansteigt (s. Abbildung IV.3).

Abbildung IV.3 **Behandlungsprävalenz mit Ergotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit mindestens einer der aufgeführten Diagnosen nach Geschlecht von 2007 bis 2010 in Prozent**



Die Ergebnisse geben Hinweise darauf, dass bei der Entscheidung für eine ergotherapeutische Versorgung ausschlaggebend sein könnte, ob es sich um ein externalisierendes Störungsbild handelt: Kinder und Jugendliche mit Angst- oder depressiven Störungen fallen in ihrem Verhalten weniger unangenehm auf als Kinder und Jugendliche mit externalisierenden Störungsbildern wie ADHS oder Störungen des Sozialverhaltens. Das medizinische Versorgungssystem sollte jedoch nicht als „Ersatz“ für Erziehungskonzepte genutzt werden, vielmehr sollte auf der Basis einer sorgfältigen Diagnosestellung der wirkliche Behandlungsbedarf von Kindern und Jugendlichen gedeckt werden. Außerdem gilt es, psychischen Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter frühzeitig präventiv zu begegnen und im Rahmen von Maßnahmen der Gesundheitsförderung die personalen und sozialen Ressourcen der Kinder zu stärken, damit nicht erst im Fall einer Erkrankung behandelt werden muss.

Heilmittelversorgung im Pflegeheim

Angesichts der zunehmenden Alterung unserer Gesellschaft – und damit auch der Zunahme chronisch kranker Menschen – gewinnt das Thema Pflegebedürftigkeit gesundheitspolitisch stetig an Bedeutung. Derzeitig leben in Deutschland rund 2,3 Millionen Pflegebedürftige im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) (Statistisches Bundesamt, 2011). Unter der Annahme einer konstanten altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeit wird sich die Anzahl Pflegebedürftiger bis zum Jahre 2040 auf 3,6 Mio. erhöhen (BMG, 2010).

Ein Großteil der Pflegebedürftigen wird derzeit im häuslichen Umfeld gepflegt. Die Geschäftsstatistik der Pflegekassen gibt an, dass zum Ende des Jahres 2010 1,58 Mio. Pflegebedürftige ambulante und 0,71 Mio. Pflegebedürftige stationäre Leistungen der sozialen Pflegeversicherung bezogen haben (BMG, 2010). Der Bedarf wird ansteigen, da die demographisch bedeutenden Altersverschiebungen unserer Gesellschaft in Verbindung mit den Änderungen der Familienstrukturen die Nachfrage nach stationären Pflegeleistungen steigern werden (Pick et al., 2004).

Gleichzeitig mehrten sich die Diskussionen um eine angemessene gesundheitliche Versorgung dieser zumeist hoch vulnerablen pflegebedürftigen Patienten (BÄK, 2011). Untersuchungen monieren z. B. eine zu geringe Facharztversorgung sowie eine verbesserungswürdige Arzneimitteltherapie (SVR, 2009; Rothgang et al., 2008). Bei Heimbewohnern handelt es sich sowohl in psychischer als auch somatischer Hinsicht um eine multimorbide Population mit einem hohen Maß an funktionellen Einbußen (van den Bussche et al., 2009). Dazu zählen zum Beispiel eine beeinträchtigte Mobilität, sensorische Beeinträchtigungen und Gebrechlichkeit (Menning & Hoffmann, 2009). Heilmittel wie Physiotherapie oder Ergotherapie können bei solchen Einschränkungen einen wichtigen Beitrag leisten, um Funktionen und Fähigkeiten zu verbessern oder zu erhalten. Bisher gibt es jedoch nur wenige Informationen über die Versorgung von Pflegeheimbewohnern mit Heilmitteln (Leemrijse et al., 2007). An diesem Punkt soll das vorliegende Kapitel anknüpfen und die Versorgung von Heimbewohnern mit ergo- und physiotherapeutischen Leistungen untersuchen.

Ziele und Aufgaben der Ergo- und Physiotherapie

Im Fokus ergotherapeutischer Maßnahmen steht die Stärkung und/oder Verbesserung der Autonomie, Kompetenz und Lebenszufriedenheit. Ziel ist es, dass der Patient trotz Einschränkungen motorischer, sensorischer, psychischer und kognitiver Funktionen und Fähigkeiten in seinem Alltag das höchst mögliche Maß an Handlungsfähigkeit und Selbstständigkeit erreicht (Voigt-Radloff et al., 2004; G-BA, 2011). Um diese Ziele zu erreichen, bedient sich die Ergotherapie „komplexer aktivierender und handlungsorientierter Methoden und Verfahren, unter Einsatz von adaptiertem Übungsmaterial, funktionellen, spielerischen, handwerklichen und gestalterischen Techniken sowie

lebenspraktischen Übungen“ (G-BA, 2011: 26). Die Anleitung von Betreuenden sowie die Hilfsmittelanpassung und auch -beratung gehören ebenso zu den Zielen der Ergotherapie.

Die Analyse der Verordnungsdaten zeigt, dass im Untersuchungsjahr 2009 rund 36% der untersuchten Pflegebedürftigen mindestens eine Verordnung für physiotherapeutische Leistungen und 5% mindestens eine Verordnung für Leistungen der Ergotherapie erhielten. Für den physiotherapeutischen Leistungsbereich fällt auf, dass der Anteil der Leistungsversicherten mit zunehmendem Alter geringer wird, von über 40% in der jüngsten Altersklasse bis auf rund 31% in der höchsten Alterskategorie. Dieser Trend zeigt sich auch bei den ergotherapeutischen Leistungen: 2,5% der 85-Jährigen und Älteren erhält mindestens eine Verordnung für die Ergotherapie im Vergleich zu rund 11% in der jüngsten Alterskategorie. In beiden Bereichen der untersuchten Heilmittel ist der Anteil an männlichen Leistungsversicherten im Vergleich zu den weiblichen leicht höher. Die differenzierte Auswertung nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit zeigt, dass der Anteil an Leistungsversicherten in beiden Heilmittelbereichen bis zur zweiten Pflegestufe ansteigt und in der höchsten Pflegestufe wieder abfällt.

Tabelle IV.8 Verordnungsprävalenz physio- und ergotherapeutischer Leistungen für Versicherte im Pflegeheim 2009

	Physiotherapie (n=1.012)	Ergotherapie (n=150)
Alter in Jahren:		
65-74	42,88%	11,09%
75-84	38,69%	5,70%
85+	31,02%	2,46%
Geschlecht:		
Männlich	38,66%	7,04%
Weiblich	35,02%	4,51%
Pflegestufe:		
1	28,98%	3,27%
2	39,52%	6,21%
3	37,61%	5,91%
Gesamt	36,26%	5,37%

Quelle: Daten der ehemaligen Gmünder ErsatzKasse

Die Versorgung von Demenzerkrankten ist und bleibt ein hoch relevantes Thema sowohl für die Gesundheits- und Pflegepolitik als auch für die gesamte Öffentlichkeit: Bei konstanten Prävalenzraten wird davon ausgegangen, dass im Jahr 2050 mehr als doppelt so viele Menschen wie heute an einer Demenz erkrankt sein werden (Rieckmann et al., 2009). Studien, die explizit die physiotherapeutische Rolle im Rahmen einer Demenzerkrankung untersuchen, sind rar. Christofolletti und Kollegen (2008) kamen in ihrer kontrollierten klinischen Studie zu dem Ergebnis, dass sowohl in

einem interdisziplinären Behandlungsprogramm von Physio- und Ergotherapeuten oder dem rein physiotherapeutischen Behandlungsprogramm die Balance von institutionalisierten Demenzerkrankten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe verbessert werden konnte. Die S3-Leitlinie der DGPPN & DGN (2009) kommt zu dem Schluss, dass der Einsatz körperlicher Aktivierungsmaßnahmen im Rahmen einer Demenz sinnvoll sein kann, obgleich eine systematische Anwendung bestimmter Maßnahmen aufgrund der unzureichenden Evidenzlage nicht empfohlen wird. Der Verlauf der Versorgungsprävalenz zeigt sich über den Zeitraum von knapp zwei Jahren für beide Heilmittelbereiche vergleichsweise konstant. Auffällig ist, dass in beiden Heilmittelbereichen die Versorgungsprävalenz im ambulanten Setting höher ausfällt als im stationären Setting. Physiotherapeutische Leistungen erhalten im Zeitverlauf 2008 bis 2009 zwischen 25 und 27% der demenzerkrankten Pflegebedürftigen im ambulanten Bereich und zwischen 21 und 23% der stationär versorgten Demenzerkrankten. Die Ergotherapie ist in beiden Settings in einem deutlich geringeren Maße vertreten. Etwa 5% der ambulant und ca. 3% der stationär versorgten Demenzerkrankten beziehen Leistungen der Ergotherapie.

Die bestehenden Leitlinien weisen zumindest vorsichtig darauf hin, dass eine Heilmitteltherapie, als Ergo- und Physiotherapie, zumindest unterstützend bei pflegebedürftigen Menschen, auch bei Menschen mit Demenz, angewendet werden sollte. Diese Empfehlung wird nach unseren Daten noch nicht ausreichend berücksichtigt, möglicherweise auch deshalb, weil die Heilmitteltherapie bei älteren pflegebedürftig dementen Patientinnen und Patienten nicht mehr als notwendig angesehen wird. Die wenigen vorliegenden Studien zeigen jedoch durchaus einen gewissen Nutzen – und der steht auch älteren Menschen zu.

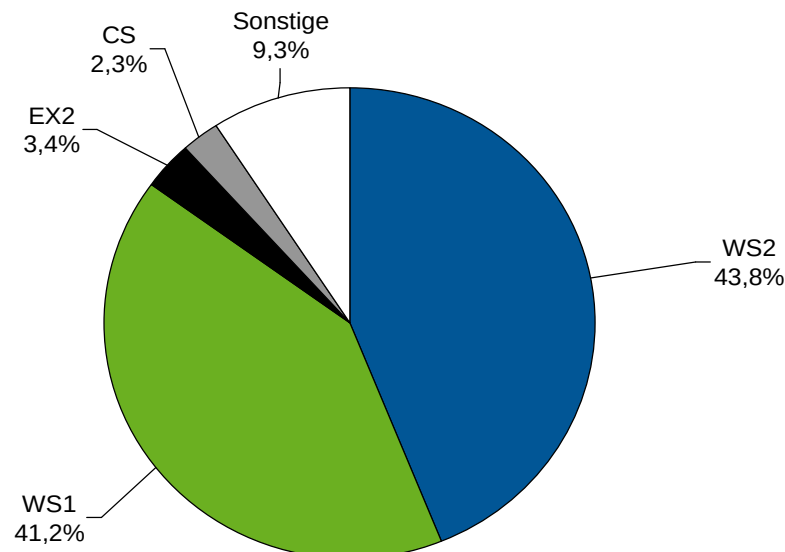
Massagetherapie in Zeiten der Evidenzbasierten Medizin

Massagetherapie ist ein für fast alle Indikationen des Heilmittelkataloges verordnungsfähiges Heilmittel. Ihr Indikationsgebiet umfasst nahezu alle Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems und damit die teuersten Krankheiten. Sowohl in der BARMER GEK als auch in der GKV insgesamt gehört sie zu den ausgabenintensivsten Heilmitteln. Die aktuelle Analyse liefert Daten zur bisher fehlenden Transparenz in diesem Leistungsbereich: Frauen werden häufiger behandelt als Männer, wobei die Wirbelsäulenerkrankungen die Hauptindikation darstellen und häufig einen längerfristigen Behandlungsbedarf haben. In der Vergangenheit wurde die klassische Massagetherapie vor allem in Verbindung mit der Behandlung chronischer Schmerzen diskutiert. Bis heute untermauert die Evidenz zur Effektivität von Massagen aber eher ihren Einsatz bei akuten und subakuten Wirbelsäulenbeschwerden. Sowohl bei akuten als auch bei chronischen Beschwerden ist

die Kombination aus aktiven und passiven Maßnahmen der Physiotherapie empfehlenswert. Dabei kann diese Kombination sogar Schmerzmitteln überlegen sein. Aufgrund der aktuellen Analyse verordneter und abgerechneter Leistungen scheint es, dass kombinierte Behandlungsstrategien nur selten der Fall sind. In der evidenzbasierten Praxis spielen neben der externen wissenschaftlichen Evidenz auch die klinische Perspektive und Patientenpräferenzen eine Rolle. Ergebnisse einer Befragung von Therapeutinnen und Therapeuten ergänzen, dass Massage vor allem in Kombination mit aktivierenden oder manualtherapeutischen Maßnahmen für sinnvoll gehalten wird. Viele halten sie in Abhängigkeit von der individuellen Situation bei sowohl akuten als auch chronischen Beschwerden für sinnvoll. Die Patientenzufriedenheit bei der Massagetherapie erscheint hoch, das passive Behandeltwerden, verbunden mit einem Wohlgefühl, mag dazu beitragen.

Im Jahr 2011 wurden für Versicherte der BARMER GEK 396.086 Verordnungen für Massagetherapie ausgestellt. Davon wurden etwa 86% von Physiotherapeuten abgerechnet und 14% von Masseuren. In 96% aller Verordnungen wurde die klassische Massagetherapie verschrieben, in 2% die Bindegewebsmassage, in 1,3% die Colonmassage und in 0,6% die Unterwasserdruckstrahlmassage.

Abbildung IV.7 Die ausgabenstärksten Indikationsschlüssel als Anteil an den Gesamtausgaben für Massagetherapie im Jahr 2011 in der BARMER GEK



Der Anteil „Sonstige“ ergibt sich aus Schlüsseln mit kleineren Anteilen.

CS=chronifiziertes Schmerzsyndrom; EX2=Verletzungen/Operationen und Erkrankungen der Extremitäten und des Beckens;

WS1=Wirbelsäulenerkrankungen mit prognostisch kurzzeitigem Behandlungsbedarf

WS2=Wirbelsäulenerkrankungen mit prognostisch länger dauerndem Behandlungsbedarf

Die Auswertung der ausgabenstärksten Indikationsschlüssel zeigt, dass 85% aller Ausgaben für Massagetherapie durch Wirbelsäulenerkrankungen wie z.B. Bandscheibenvorfälle, entzündlich-rheumatische Wirbelsäulenerkrankungen oder Wirbelsäulenarthrosen entstehen. Etwa 50% aller Ausgaben für Massagetherapie gehen auf Indikationen mit einem prognostisch längerfristigen Behandlungsbedarf zurück. Dabei wäre eine kombinierte Behandlung mit Massagetherapie und aktivierenden Ansätzen sinnvoll, die aber nur bei jedem fünften Patienten realisiert wird.

Ergebnisse der Befragung

Für den Heil- und Hilfsmittelreport 2012 wurden Therapeutinnen und Therapeuten zu ihren Erfahrungen mit der Massagetherapie befragt. 535 Personen (54% Therapeutinnen) füllten den Fragebogen vollständig aus. Das Durchschnittsalter lag bei 49 Jahren und die durchschnittliche Berufspraxis bei 26 Jahren. Etwa 54% aller Therapeutinnen und Therapeuten, die an der Umfrage teilgenommen haben, halten die Massagetherapie bezogen auf ihre Patientinnen und Patienten, die ein Massagerezept haben, für ziemlich oder sehr wirksam. Etwa 42% dagegen halten Massagetherapie für mittelmäßig bis wenig wirksam und ca. 4% für gar nicht wirksam.

Nach Aussage der befragten Therapeutinnen und Therapeuten halten jedoch knapp 84% der Patienten die Massagetherapie, mit der sie behandelt wurden, für ziemlich oder sehr wirksam. Zu dieser Frage wurde in den Anmerkungen ergänzt, dass Massage bei Patienten sehr beliebt ist. Es gibt eine hohe Bereitschaft der Patientinnen und Patienten, Massagen als privat gezahlte Leistung in Anspruch zu nehmen.

59% der Therapeutinnen und Therapeuten wenden Massagetechniken im Zusammenhang mit Krankengymnastik oder Manueller Therapie an. Rund 50% halten Massagetherapie als alleinige Verordnung für wenig oder überhaupt nicht sinnvoll. Nur rund 20% halten dies für ziemlich oder sehr sinnvoll.

Knapp 60% antworteten, dass es sich bei Patienten mit Massagerezept oft oder immer um Patienten mit chronischen und unspezifischen Beschwerden handelt. Nach Angaben von rund 40% handelt es sich bei Patientinnen und Patienten mit Massagerezept um solche mit akuten und spezifischen Beschwerden. Das Meinungsbild darüber, wie häufig diese Patienten mit Massagetherapie behandelt werden sollten, zeichnet sich für beide Kategorien ähnlich ab: Ca. 30% antworteten, dass Massagetherapie in beiden Fällen oft oder immer zum Einsatz kommen sollte. Ebenso finden rund 30% Massagetherapie selten oder gar nicht sinnvoll.

Die Therapeutinnen und Therapeuten äußern Kritik daran, dass ihnen keine Möglichkeit zur interdisziplinären Zusammenarbeit gegeben ist, um z. B. zusammen mit Ärzten zur Diagnose und opti-

mierten Therapieselektion zu gelangen. Dabei bemängeln sie die allgemeine Unwissenheit über die Methoden und Wirkweisen der Massage und der Verordnungsfähigkeit laut Heilmittelkatalog. Da Weichteiltechniken auch Teil der Manuellen Therapie sein können, fühlen sich einige Therapeuten in ihrer Therapieauswahl eingeschränkt, wenn ihre Patienten Massagetherapieverordnungen anstelle Manueller Therapie oder Krankengymnastik erhalten.

Den psychischen, entspannenden Effekt der Massage halten einige Therapeutinnen und Therapeuten für sehr wichtig im physiotherapeutischen Behandlungsprozess. Die Gesprächszeit während der Massage bietet ein Mittel zur Kontaktaufnahme und die Möglichkeit, einen umfassenden Eindruck des Beschwerdebildes zu erhalten.

Die Versorgung von Patienten mit Epicondylitis

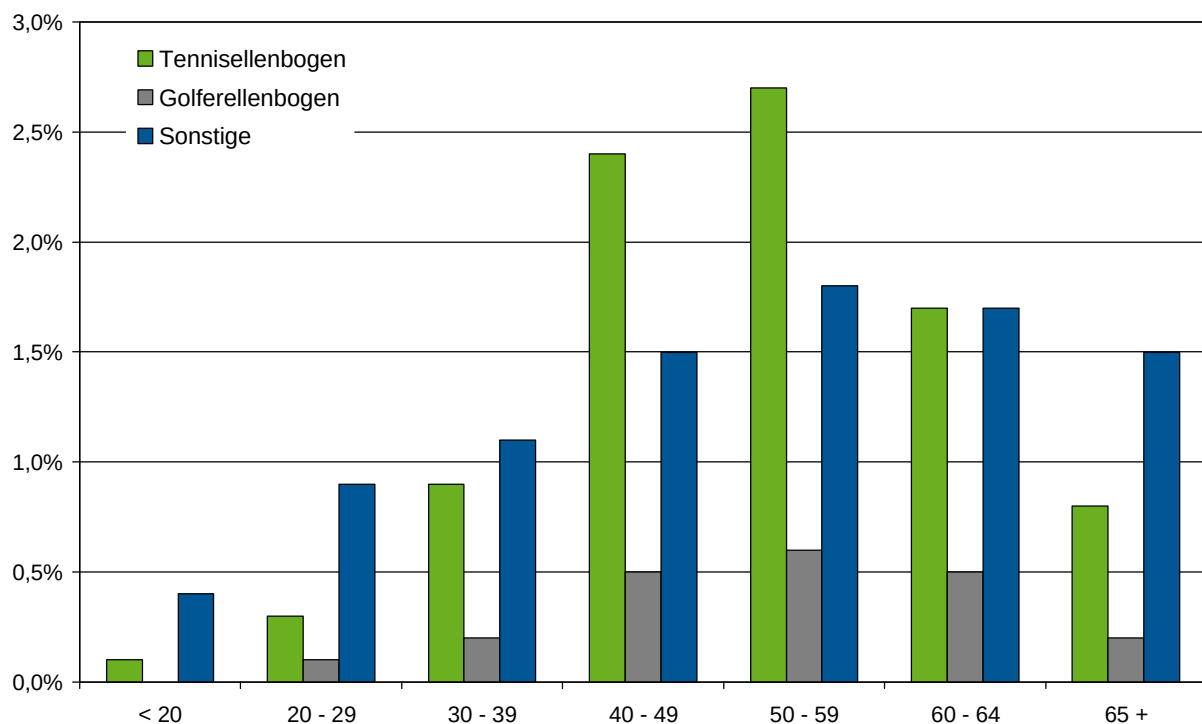
Die Epicondylitis, auch als Epikondylopathie oder Epikondylalgie bezeichnet, ist eine schmerzhaftes Sehnenansatzerkrankung (Enthesiopathie) am Ellenbogen. Man unterscheidet zum einen die Epicondylitis radialis oder lateralis an der Außenseite des Ellenbogens („Tennisellenbogen“) und zum anderen die Epicondylitis medialis oder ulnaris an der Innenseite („Golfer- bzw. Werferellenbogen“). Typisch ist ein Druckschmerz an der betroffenen Stelle, sowie Schmerzsymptome bei Belastung.

Zusammenfassend und im Hinblick auf die möglichen Risiken für den Patienten sollte der zu frühe Einsatz von Therapien, deren Erfolg nicht ausreichend belegt und noch dazu mit einigen unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) verbunden ist, sehr gut überdacht werden (insbesondere bei Injektionen). Es sollte frühzeitig eine Therapie mit nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) und Physiotherapie eingeleitet werden, wenn die Beschwerden es erfordern und/oder sich nach einer gewissen Zeit des Abwartens nicht verbessern. Insbesondere die Operationen scheinen eine Option zu sein, die nur in Ausnahmefällen (zum Beispiel bei einer langen Erkrankungsdauer) angewandt werden sollte. Hilfsmittel könnten eine mögliche Therapieoption darstellen: Es besteht zwar keine klare Evidenz, aber mit ihrer Anwendung sind zumindest keine schwerwiegenden unerwünschten Wirkungen verbunden.

Im Jahre 2010 weisen knapp 240.000 Versicherte mindestens eine der genannten Diagnosen auf. Die Prävalenz liegt in diesem Jahr bei 2,6%. Der Altersdurchschnitt der Erkrankten liegt mit 52,4 Jahren höher als der Durchschnitt der Gesamtversicherten (44,6 Jahre). Über die Jahre gesehen verändert sich die Gesamt-Prävalenz kaum: 2007 lag sie bei 2,5% und in den Jahren 2008 bis 2010 bei 2,6%. Es ist durchgängig zu erkennen, dass Frauen etwas häufiger betroffen sind als

Männer, was allerdings fast ausschließlich auf die Diagnose „Enthesiopathie, nicht näher bezeichnet“ zurückgeführt werden kann. Hier kann insofern eine „Verzerrung“ der Ergebnisse vorliegen, da unter dieser Diagnose auch andere Sehnenansatzerkrankungen erfasst sind. Bei Betrachtung der verschiedenen Altersgruppen zeigt sich, dass die Prävalenz ihren Höhepunkt im Alter zwischen 50 und 59 Jahren erreicht und wieder absinkt (s. Abbildung IV.9). Dies ist in allen beobachteten Jahren zu sehen. Ebenso ist die Prävalenz des Tennisellenbogens deutlich höher als die des Golferellenbogens (in 2010: 1,3 vs. 0,3%). Die Prävalenz der „Enthesiopathie, nicht näher bezeichnet“ ist im Vergleich zu dem Tennis- und dem Golferellenbogen in jungen Jahren und im höheren Alter etwas höher, dafür im mittleren Alter niedriger.

Abbildung IV.9 Prävalenz nach Altersgruppe und Diagnose in Prozent



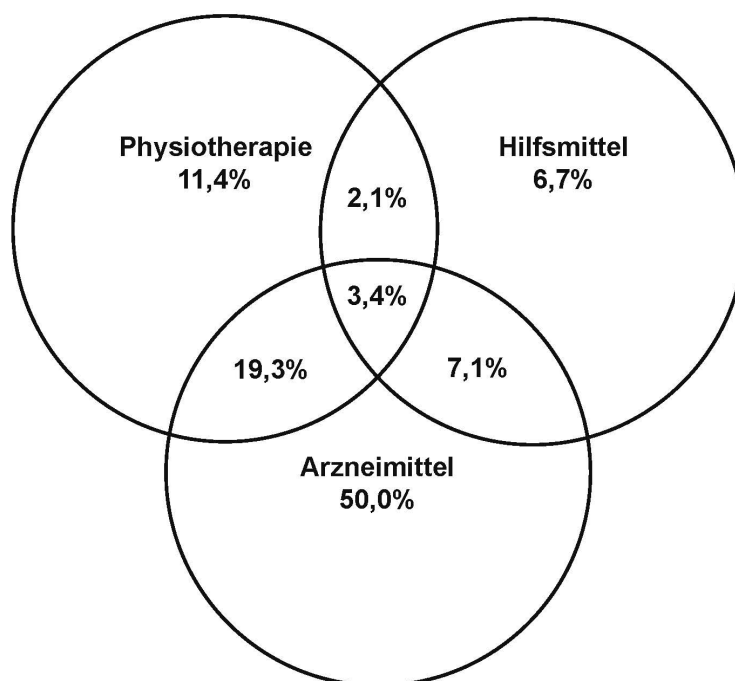
Die Behandlungsprävalenz von Patienten mit Physiotherapie liegt in 2010 bei 24,1%. Die Prävalenz steigt mit dem Alter an und ist bei Frauen größer als bei Männern. Differenziert nach den einzelnen Diagnosen sind nur geringe Unterschiede zu erkennen. Krankengymnastik, Thermotherapie und Manuelle Therapie sind die am häufigsten verordneten Leistungen (s. Abbildung IV.10).

Am auffälligsten ist die Thermotherapie: Etwa jeder Dritte mit Physiotherapie behandelte Epicondylitis-Patient bekommt Thermotherapie-Anwendungen. Abgesehen von der Nennung dieser Therapie in der erwähnten S1-Leitlinie wird diese Leistung in der Literatur kaum beachtet.

Berechnet man die Therapieprävalenz insgesamt (mindestens eine Physiotherapie-, Hilfsmittel- oder Arzneimittelverordnung), so zeigt sich, dass 66,5% der Patienten mit den genannten Diagnosen therapiert werden und somit 33,5% der Patienten keine der analysierten Therapien bekommen. Die Verordnungsprävalenzen von Kombinationen verschiedener Therapieansätze sind in Abbildung IV.12 zu sehen.

Es ist zu erkennen, dass die Hälfte aller Patienten mit einer verordneten Therapie nur mit Arzneimitteln behandelt werden, 11,4% nur mit Physiotherapie und 6,7% nur mit Hilfsmitteln. Am häufigsten werden Arzneimittel mit Physiotherapie kombiniert (19,3%). Nur 7,1% bekommen Arzneimittel und Hilfsmittel verordnet und lediglich 2,1% bekommen eine Physiotherapie- und Hilfsmittelverordnung. Eine Kombination aus allen drei Therapiebereichen bekommen mit 3,4% nur sehr wenige Patienten.

Abbildung IV.12 Verordnungsprävalenz von Kombinationen der verschiedenen Therapieansätze



Der hohe Anteil an unbehandelten Patienten einerseits und der Mangel an evidenzbasierten Behandlungsleitlinien andererseits, zeigen ein erhebliches Verbesserungspotenzial in der Versorgungsqualität von Betroffenen auf.

Bandagen und Orthesen/Schienen

Bandagen und Orthesen bzw. Schienen spielen in der Versorgung von Patienten mit orthopädischen und neurologischen Erkrankungen eine wichtige Rolle. So sind beispielsweise bei Paresen infolge eines Schlaganfalls Orthesen für die untere Extremität notwendig, um das Stehen und Gehen weitestgehend zu ermöglichen. Bandagen für die obere Extremität sollen Gelenkkomplikationen durch einen verringerten und erhöhten Muskeltonus vermeiden. Die Versorgung ist sowohl in den akuten Phasen nach einem Schlaganfall als auch im weiteren Verlauf bei entsprechender Indikation sinnvoll und effektiv (Tyson & Kent, 2009).

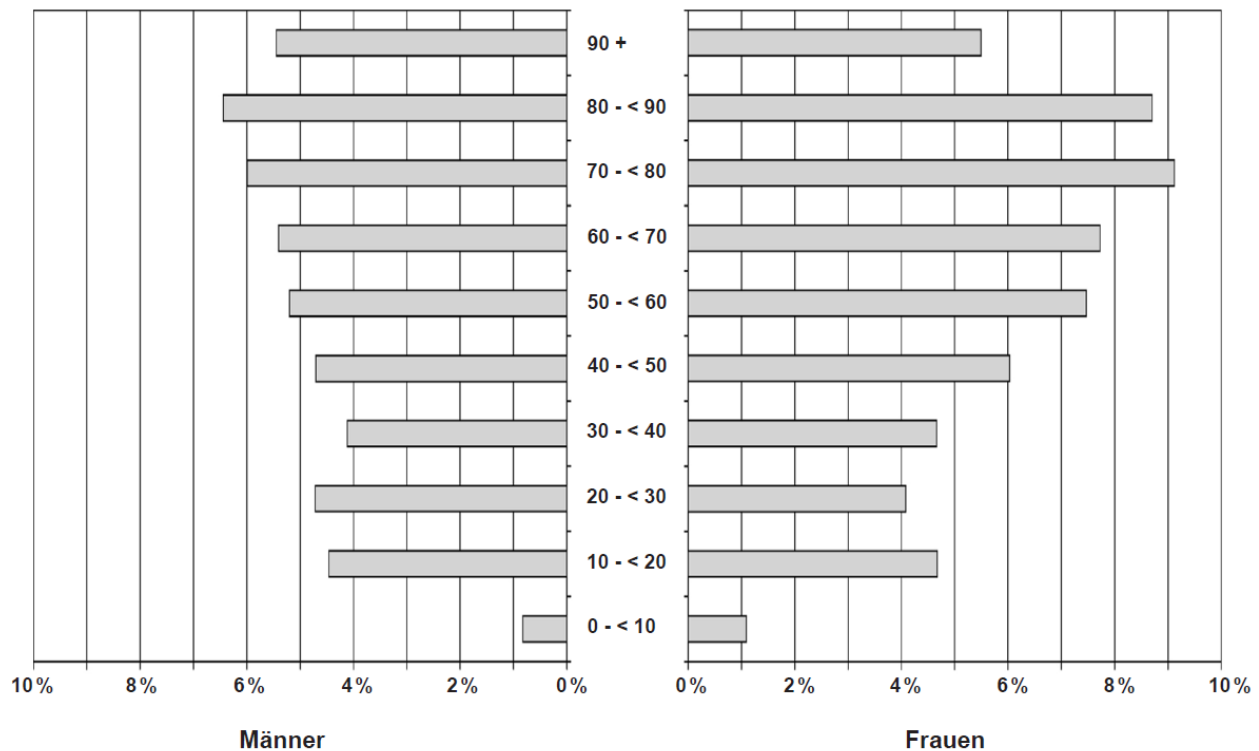
Die Wirksamkeit von Orthesen und Bandagen ist nur unzureichend nachgewiesen und hängt in großem Maß von der Akzeptanz der Hilfsmittel bei den Patienten ab. Auf der Basis wissenschaftlicher Ergebnisse wird bei einzelnen Indikationen eine Orthese empfohlen. So kann bei der Versorgung einer vorderen Kreuzbandruptur eine Orthese sowohl bei der konservativen Behandlung als auch postoperativ funktionssichernd wirken (AWMF, 2008). Der Zusatznutzen von Orthesen einzelner Untergruppen oder neuerer Entwicklungen bleibt jedoch unklar.

Neben den mangelnden Wirksamkeitsnachweisen sind bislang Versorgungsaspekte und die Frage der Patientenakzeptanz (Compliance bzw. Adhärenz) wenig untersucht worden. Daher werden im Folgenden zunächst die Ergebnisse einer Versorgungsanalyse der Produktgruppen Bandagen und Orthesen/Schienen auf Basis der BARMER GEK Daten vorgestellt. Es folgt eine Untersuchung zur Therapiemitarbeit bei Orthesen. Die Ergebnisse sollen veranschaulichen, dass Versorgungsforschung im Bereich Hilfsmittel dringend um Studien zur Patientenakzeptanz erweitert werden sollte, um wichtige Hinweise zur Wirksamkeit dieser Produkte zu erhalten.

Im Jahr 2011 erhielten etwa 504.000 Versicherte der BARMER GEK Orthesen oder Bandagen. Bei Ausgaben von zusammen rund 77 Mio. Euro entfallen damit durchschnittlich 145 Euro auf jeden Leistungsversicherten. Mit 65% ist der überwiegende Anteil der Leistungsversicherten weiblich. Die höchste Versorgungsprävalenz findet sich mit 9,1% bei Frauen zwischen 70 und 79 Jahren (s. Abbildung IV.18). Sowohl bei Männern wie auch bei Frauen zeigt sich eine deutliche Altersabhängigkeit in der Versorgung, wobei in den letzten Jahren vor allem die mittleren Altersgruppen zwischen 40 und 60 Jahren die größten Steigerungen in der Versorgung mit Bandagen und Orthesen aufweisen.

Abbildung IV.18

Anteil Leistungsversicherter mit Bandagen- oder Orthesenversorgung an Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht 2011



Den größten Ausgabenanteil bei den Bandagenverordnungen haben Kniebandagen (s. Tabelle IV.14). Dazu zählen unter anderem die Kniebandagen mit Pelotten (Polster) zur Weichteilkompression, die eine Entlastung der Patella (Kniescheibe) durch Druck auf die Patellasehne bewirken sollen. An zweiter Stelle folgen Bandagen für die Lendenwirbelsäule, die stabilisierend wirken sollen. Viele dieser Produkte verfügen ebenfalls über eine Pelotte, die eine Massagewirkung bei Rückenschmerzen ausüben soll. In nationalen wie internationalen Leitlinien zur Behandlung von Rückenschmerzen wird die Versorgung mit Bandagen jedoch nicht empfohlen. Sowohl Knie- als auch Rückenbandagen werden bei arthrotischen Gelenkveränderungen angewendet, obschon sie in Therapieempfehlungen bei Arthrose eine geringe Rolle spielen. Angesichts der Zunahme von Patienten mit Gelenkarthrosen ist auch die anhaltende Nachfrage nach Bandagen erklärbar.

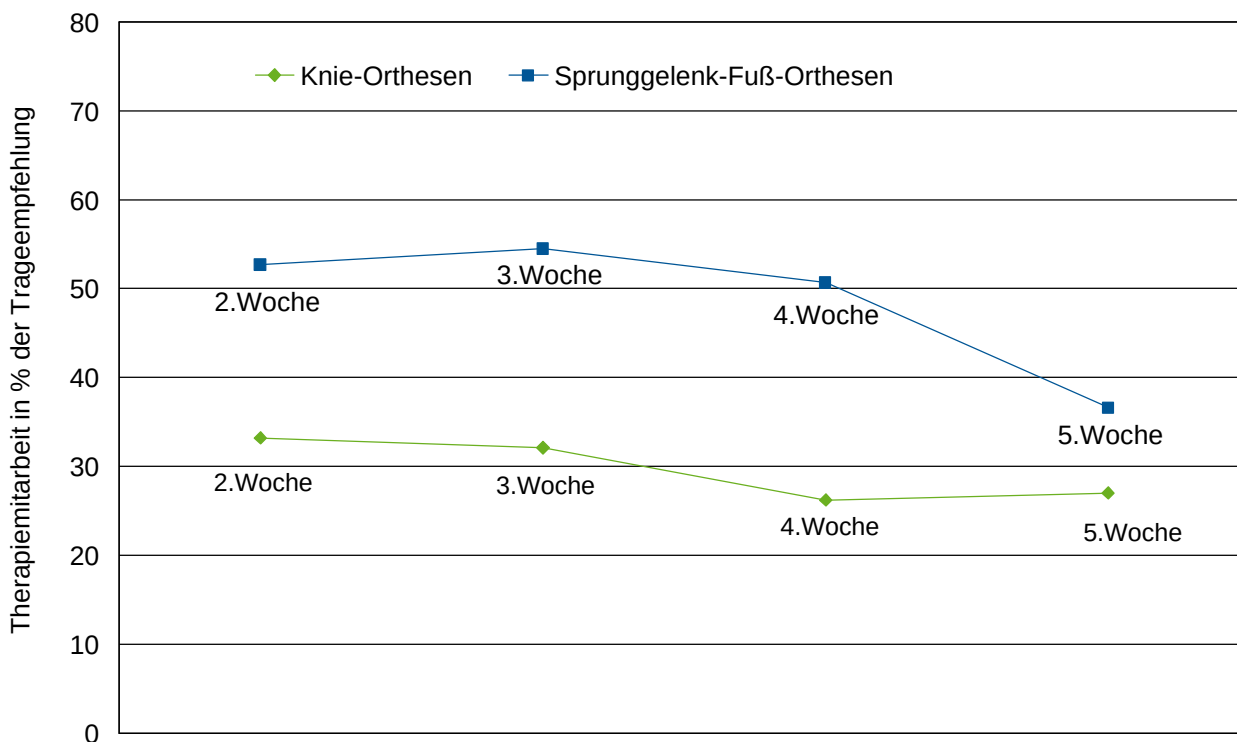
Tabelle IV.14 Bandagen nach Anwendungsort – „Top 5“ in Ausgaben und Verordnungen 2011

Anwendungsort	Anteil an den Gesamtausgaben in % (n)	Anteil an den Gesamtverordnungen in % (n)
Knie	28,7 (10,02 Mio. €)	25,3 (108.757)
Lendenwirbelsäule	18,9 (6,59 Mio. €)	10,8 (46.512)
Sprunggelenk	16,8 (5,85 Mio. €)	19,1 (82.397)
Hand	14,1 (4,91 Mio. €)	20,3 (87.389)
Ellbogen	5,6 (1,97 Mio. €)	9,2 (39.788)

Auch im Bereich der Orthesenversorgung sind Produkte für Knie und Wirbelsäule die ausgabenintensivsten Hilfsmittel (s. Tabelle IV.15). Im Unterschied zu den Bandagen werden bei Orthesen mit einem Ausgabenanteil von 10,2% häufig Beinorthesen verordnet. Diese Gruppe besteht zu einem großen Teil aus Unterschenkel-Fuß-Orthesen, wie sie bei einer beinbetonten Hemiparese nach einem Schlaganfall notwendig sein können, und wird häufig individuell gefertigt.

Tabelle IV.15 Orthesen nach Anwendungsort – „Top 5“ in Ausgaben und Verordnungen 2011

Anwendungsort	Anteil an den Gesamtausgaben in % (n)	Anteil an den Gesamtverordnungen in % (n)
Knie	12,0 (5 Mio. €)	11,5 (19.250)
Lendenwirbelsäule	11,8 (4,91 Mio. €)	13,6 (22.837)
Wirbelsäule	11,2 (4,65 Mio. €)	4,4 (7.389)
Fuß	10,4 (4,35 Mio. €)	5,0 (8.463)
Bein	10,2 (4,26 Mio. €)	6,3 (10.636)

Abbildung IV.23 Dokumentiertes Therapieverhalten im Behandlungsverlauf

Patienten mit Sprunggelenk-Fuß-Orthesen setzten die Therapievorgaben regelmäßiger um als die Patienten mit Knie-Orthesen. Die gemessene Verwendungszeit wurde jeweils an der Trageempfehlung relativiert. Die Patienten beschrieben häufig das Bedürfnis, ihr Bein von der Tragesituation zu entlasten und gaben dabei ein Schonverhalten an. Die Befragung der Patienten zeigte, dass Ruhephasen, in denen das Hilfsmittel abgelegt wurde (u. a. „zum Lüften“ bei mikroklimatisch ungünstigen Bedingungen in der Orthese), ein Risiko dafür darstellten, „für kleinere Wege, z. B. zur Toilette“, ebenfalls auf das Hilfsmittel zu verzichten. Die Patienten räumten in den Beschreibungen selbst ein, dass sie sich damit der Gefahr ausgesetzt hatten, durch ein Stolpern o. ä. Verletzungen zu erleiden.

Mit der wachsenden Bedeutung von Orthesen in der Versorgung von Patienten mit vor allem neurologischen und orthopädisch-chirurgischen Krankheitsfolgen sollten auch Maßnahmen zur Optimierung der Therapiemitarbeit der Patienten erfolgen. Dazu werfen regionale als auch alters- und geschlechtsspezifische Versorgungsdifferenzen Fragen einer am objektiven Bedarf orientierten Versorgung mit Bandagen und Orthesen auf.