

BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2011

Pressekonferenz der BARMER GEK

Berlin, 21. September 2011

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, 21. September 2011

BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2011

Dynamische Blackbox der gesetzlichen Krankenversicherung

Ausgabendynamik, vernachlässigte Therapieoptionen und technikgetriebene Innovationen – die Bilanz des diese Woche in Berlin vorgestellten BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreports 2011 fällt gemischt aus. „Im Grunde ist der Heil- und Hilfsmittelmarkt immer noch eine teure Blackbox, über die wir zu wenig wissen“, sagte der Vorstands-Vize der BARMER GEK Dr. Rolf-Ulrich Schlenker.

Insbesondere bei Venenerkrankungen, Harninkontinenz und Arthrose werden Behandlungsalternativen im Heil- und Hilfsmittelbereich zu spät, sparsam oder gar nicht wahrgenommen. So wäre die Behandlung mit Kompressionsstrümpfen bei Venenerkrankungen oft effektiver als das weit verbreitete „Venenstrippen“, eine Krampfader-Operation. Bei Harninkontinenz wirkt konsequentes Beckenbodentraining prophylaktisch und kurativ. Und auch bei Arthrose wären physiotherapeutische Maßnahmen häufig vorteilhafter als verfrühte Hüft- oder Knie-Operationen. Schlenker: „Der gezielte Einsatz von Heil- und Hilfsmitteln könnte den Patienten unnötige oder verfrühte Krankenhausaufenthalte und überflüssige chirurgische Eingriffe im großen Stil ersparen.“

Demographische Entwicklung treibt Ausgaben

Fast sieben Prozent der Gesamtkosten entfallen mittlerweile auf Heil- und Hilfsmittel. Die Heilmittel hatten 2010 einen Anteil von rund 3,2 Prozent an den Gesamtausgaben der BARMER GEK, die Hilfsmittel sogar von 3,5 Prozent (GKV gesamt: Heilmittel 2,8 Prozent, Hilfsmittel 3,6 Prozent). Bei 573 Millionen Euro gab Deutschlands größte Krankenkasse im vergangenen Jahr rund 7,8 Prozent mehr für Heilmittel aus als im Vorjahr. Die Ausgaben für Hilfsmittel stiegen um 5,1 Prozent auf 666 Millionen Euro. Pro Versichertem ergab sich ein Plus von 4,4 Prozent bei Heilmitteln und 1,9 Prozent bei

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

Hilfsmitteln. In der GKV insgesamt wurden 6 Milliarden Euro für Hilfsmittel und 4,6 Milliarden Euro für Heilmittel aufgewandt.

Damit setzt sich der Trend fort, dass die Heil- und Hilfsmittelausgaben kontinuierlich zulegen. Zwischen 2004 und 2010 verzeichnen Heilmittel in der GKV einen Anstieg um 26,4 Prozent, Hilfsmittel um 14,7 Prozent. „Die demographische Entwicklung und technische Innovationen treiben die Ausgaben in beiden GKV-Marktsegmenten kontinuierlich nach oben. Wir müssen aufpassen, dass dabei die Versorgungsqualität nicht auf der Strecke bleibt“, warnt Studienautor Professor Gerd Glaeske vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen (ZeS). Offenbar bleibe Versorgungspotential ungenutzt. Ein evidenzbasierter Einsatz könne erhebliche Effizienzreserven heben, so Glaeske.

Hinweise für einen ineffizienten bzw. medizinisch fragwürdigen Einsatz von Beitragsgeldern fanden die Autoren vom ZeS in beiden Bereichen. Glaeske sieht einen Lösungsansatz in einer ausgeweiteten Gesundheitsberichterstattung. „Sie kann Grundlage für Bedarfsanalysen und eine Qualitätsanalyse sein, die eine Steuerung nicht nur über Preise, Budgets und Leistungsvolumina, sondern auch über Qualitätsindikatoren erlaubt.“

GKV-Versorgungsstrukturgesetz im Rückwärtsgang

BARMER GEK Vizechef Schlenker betont, wie wichtig das Instrument der Ausschreibung im Bereich der Hilfsmittelversorgung sei. „Wir nutzen hier unsere Einflussmöglichkeit auf eine gute und günstige Breitenversorgung der Versicherten.“ Nach Bekanntwerden der Änderungsanträge zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz übt er Kritik am Koalitionskurs: „Dieses Gesetz bekommt immer mehr Schlagseite. Sinnvolle Ansätze wie die spezialärztliche Versorgung werden auf die lange Bank geschoben und fragwürdige Initiativen wie der Medikationskatalog werden in letzter Minute platziert.“

Gleichzeitig stelle man die Gestaltungsoptionen der Krankenkassen über Ausschreibungen in Frage und erschwere das Vertragshandeln der Kassen bei Verträgen zur Integrierten Versorgung.

Alle weiteren Informationen zum Heil- und Hilfsmittelreport 2011 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

Ausgewählte Ergebnisse des Heil- und Hilfsmittelreports 2011

Kompressionsstrümpfe statt Krampfader-OP

Venenerkrankungen sind weit verbreitet. In einem Jahr werden 25 von 1.000 Versicherten erstmals wegen einer „Venenerkrankung“ behandelt. Hochgerechnet auf alle Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ergibt das mehr als 470.000 Neuerkrankungen. Besonders betroffen sind Frauen und ältere Personen. Die Therapie wird von Kompressionsbehandlung, Arzneimitteln, manueller Lymphdrainage und chirurgischen Eingriffen bestimmt. Die Therapiekosten für neue Venenerkrankungen in der GKV liegen jährlich bei rund 62,3 Millionen Euro. Dabei wird bei zwei Prozent der Betroffenen ein chirurgischer Eingriff durchgeführt, der Ausgabenanteil dieser Gruppe liegt bei 28 Prozent. Glaeske: „Obwohl es kaum Belege über die Wirksamkeit von chirurgischen Eingriffen gibt, wird häufig operiert. Kompressionsstrümpfe würden besser helfen – vorausgesetzt, die Patienten tragen sie auch.“

Harninkontinenz: Mehr Training, weniger Operationen

Die Deutsche Kontinenz Gesellschaft schätzt die Zahl der Harninkontinenz-Patienten auf sechs bis acht Millionen Menschen in Deutschland. Insbesondere Frauen sind betroffen. Im Jahr 2008 wurde bei 28 von 1.000 weiblichen Versicherten die Diagnose erstmals gestellt. Auffällig ist die Altersabhängigkeit: Ab dem 30. Lebensjahr steigt die Rate der Neuerkrankungen um das 14-fache von zunächst 12 pro 1.000 auf 168 pro 1.000 Frauen ab dem 90. Lebensjahr. Glaeske: „Die Kosten für Inkontinenzvorlagen und operative Eingriffe ließen sich durch frühzeitigere Versorgung und ein besseres Therapiemanagement reduzieren. Beckenbodentraining oder Elektrostimulanzgeräte etwa finden in Deutschland zu wenig Beachtung.“

Physiotherapie gegen Arthrose

Die Kostendimension von Hüft- und Kniegelenk-Operationen hat im vergangenen Jahr der BARMER GEK Report Krankenhaus herausgestellt: rund drei Milliarden Euro für Erstimplantationen. Der BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2011 verdeutlicht den Versorgungsbedarf im Alter: Zwischen 50 und 55 Jahren wird bei rund acht Prozent der Versicherten Hüft- oder Kniearthrose diagnostiziert, zwischen 60 und 65 bei rund 17 Prozent und ab 80 bei rund 25

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

Prozent. Glaeske unterstreicht die vorbeugende Wirkung der Physiotherapie: „Sie sollte bei Arthrose-Erkrankungen verstärkt eingesetzt werden.“

Schlafapnoe – Männerkrankheit Schnarchen

Schnarchen und schwere Atmungsstörungen im Schlaf fassen Mediziner als obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (OSAS) zusammen. Mit zunehmender Erforschung steigen die Fallzahlen der Schlafapnoe. Die Analyse zeigt eine Verdopplung der Erkrankungshäufigkeit von 0,6 Prozent aller Versicherten im Jahr 2004 auf 1,2 Prozent im Jahr 2009, die höchsten Erkrankungsraten liegen zwischen dem 40. und 70. Lebensjahr. Dabei handelt es sich um eine Krankheit der Männer, bei denen sie viermal häufiger vorkommt. Therapieoption Nr. 1 sind sogenannte CPAP-Geräte. Mit Anschaffungskosten zwischen 1.000 und 5.000 Euro gehören sie zu den teuren Hilfsmitteln. Auf die 2.324 BARMER GEK Versicherten, die im Jahr 2004 ein Gerät erhielten, entfielen rund 2,6 Millionen Euro. Im Jahr 2008 waren es bereits 6,7 Millionen Euro – eine Steigerung auf das 2,6-fache. Allerdings werden nur 16 Prozent der neu Erkrankten mit einem CPAP-Gerät innerhalb eines Jahres nach Erstdiagnose versorgt. Glaeske: „Es sollte vermehrt eingesetzt werden, um das Risiko von Folgeerkrankungen wie Bluthochdruck, Herzinfarkt oder Schlaganfall zu vermindern.“ Allerdings müsse die Patientencompliance optimiert werden. Noch wichtiger sei die Prävention der Schlafapnoe, was insbesondere auf eine Verringerung der Adipositas schon im Kindesalter hinausläuft.

Elektrotherapie – eine Präferenz des Ostens

Im Jahr 2010 erhielten knapp ein Prozent aller BARMER GEK Versicherten eine Verordnung für Elektrotherapie, die Ausgaben lagen bei 9,3 Millionen Euro. Die meisten Elektrostimulationsgeräte werden zur Schmerzlinderung bei Wirbelsäulenpatienten eingesetzt. Genau dieser Behandlungsart fehlt es aber an wissenschaftlicher Evidenz, weshalb sie in den internationalen Leitlinien nicht empfohlen wird. Glaeske: „Die Elektrotherapie eignet sich weniger zur passiven Therapie von Muskel-Skeletterkrankungen als vielmehr zur Muskelstimulation bei neurologischen Erkrankungen.“ Auffällig sind die Unterschiede bei Geschlecht und Region. 68 Prozent der Elektrotherapiebehandlungen gehen aufs Konto weiblicher Versicherter. 57 Prozent der Gesamtausgaben entfallen auf die östlichen Bundesländer. Eine medizinische Rechtfertigung dieser Differenzen sieht Glaeske nicht: „Dieses Ordnungsverhalten ist womöglich ein Relikt aus der Vorwendezeit, als Arzneimittel knapp waren.“

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 2011

Dynamischer Markt mit Therapiepotential

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

anlässlich der Pressekonferenz
am 21. September 2011 in Berlin

Ausgabendynamik und Intransparenz

Mit jedem neuen BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport wird die Bedeutung dieses Versorgungsbereichs deutlicher. Die Zahlen für 2010 untermauern das Bild eines stetig wachsenden Marktes, die Ausgabenentwicklung zeigt deutlich nach oben. Und auch die jüngsten Kennzahlen aus dem ersten Halbjahr 2011 kennen nur eine Richtung – der Zuwachs je Versichertem liegt in der BARMER GEK bei 7,8 Prozent bei Heilmitteln bzw. 7 Prozent bei Hilfsmitteln gegenüber dem Vorjahreszeitraum.

Beide Segmente sollten wir künftig noch genauer analysieren. Nicht nur, weil ihre Versorgungsrelevanz augenfällig ist. Gleichzeitig stechen immer wieder etliche Beispiele für Unter-, Über- und Fehlversorgung hervor. Wachstum und Innovation auf der einen Seite, Intransparenz und Ineffizienz auf der anderen – das sind die zwei Gesichter der Heil- und Hilfsmittelversorgung. Nach wie vor gelten Attribute wie „undurchsichtig“, „uneinheitlich“ oder „durchwachsen“. Es gibt kaum einen Bereich im Gesundheitswesen, in dem die Schere zwischen ökonomischer Dynamik und medizinischer Evidenz so groß ist. Wir müssen zusehen, dass Wissen und Wachstum nicht noch weiter auseinanderlaufen.

Behandlungsoptionen durch gezielten Heil- und Hilfsmiteleinsatz

Der aktuelle Report zeigt viele Stellen, an denen die Versorgungsqualität der wirtschaftlichen Dynamik hinterherhinkt. Häufig werden Heil- und Hilfsmittel zu spät, sparsam oder gar nicht eingesetzt, wie die Analysen zur Harninkontinenz, zu Venenerkrankungen oder zur Arthrose zeigen: Harninkontinenz ließe sich durch gezieltes Beckenbodentraining mildern oder verhindern. Das erspart manches Medikament oder den chirurgischen Eingriff. Um Venenerkrankungen zu lindern oder gar zu vermeiden, würde oft die regelmäßige Anwendung von Kompressionsstrümpfen ausreichen. Risikoreiche Operationen wie das "Strippenziehen" erübrigten sich. Und ein konsequenter Einsatz von Physiotherapie zur Vorbeugung von Arthrose könnte viele der allzu häufig vorgenommenen Hüft- und Knieoperationen vermeiden oder verzögern.

All das setzt ein überlegteres Ordnungsverhalten der Ärzte voraus. Aber auch die Therapietreue der Patienten muss sich wandeln. Solange Kompressionsstrümpfe oder Beckenbodentraining nicht konsequent angewendet werden oder aktivierende Physiotherapie kaum akzeptiert wird, stellen sie keine echte Alternative zu überflüssigen und verfrühten Operationen dar. Hier müssen Ärzte, aber auch Krankenkassen, mehr aufklären.

Besonders auffällig: Auch wenn die mittleren Altersgruppen diesmal überdurchschnittlichen Anteil am Zuwachs haben, bleibt unverkennbar, dass sich der Trend zur „Heilung“ der Kindheit durch Logo- und Ergotherapie fortsetzt. Die versichertenbezogenen Ausgabenanstiege von 7,7 Prozent in der Logopädie und 8 Prozent in der Ergotherapie sind beachtlich. Ob das kontinuierliche Wachstum in diesen Kernbereichen der Heilmittelversorgung immer gerechtfertigt ist, bleibt offen.

Auf jeden Fall gibt es Optimierungsbedarf und Effizienzpotenzial. Und eines muss man immer wieder klarstellen: Die gesetzliche Krankenversicherung dient nicht als therapeutische Kompensation für erzieherische Defizite. Hier gehen verunsicherte Eltern, überforderte Erzieher, ambitionierte Ergotherapeuten und allzu dienstfertige Ärzte eine unheilige Allianz ein.

Ausschreibungen können Wirtschaftlichkeitsreserven aktivieren

Im Hilfsmittelbereich zeigt sich ein weites Produktfeld, auf dem sich etliche technische Neuerungen und viele vertragliche Optionen ergeben. Auch hier wäre zu prüfen, ob nicht eine Nutzenbewertung à la AMNOG für Hilfsmittel sinnvoll sein könnte. Jedenfalls gestalten Kassen die Versorgung und engagieren sich einzelvertraglich. In den Bereichen, in denen eigenständig Verträge verhandelt werden, zum Beispiel bei den Hilfsmitteln zur Inkontinenzversorgung, Orthopädietechnik, Reha-technik usw., legen wir unser Hauptaugenmerk auf qualitativ hochwertige Leistungen. So ist etwa die Kompressionstherapie durch kasseneigene Verträge geregelt. Vollversorgungsverträge gewährleisten also eine flächendeckende und umfassende Versorgung.

Das Instrument der Ausschreibung nach Paragraph 127 SGB V wird dabei immer wichtiger. Die Verbreitung der Harninkontinenz und Relevanz von Hilfsmitteln zur Inkontinenzversorgung verdeutlicht ein Beitrag im Report. Soeben haben wir eine Ausschreibung für aufsaugende Inkontinenzartikel veröffentlicht. Dabei schauen wir nicht etwa nur auf den Preis. Ebenso ausschlaggebend ist die Versorgungsqualität des Angebots. Auf jeden Fall nutzen wir das Instrument der Ausschreibung und damit unsere Einflussmöglichkeit auf eine gute Breitenversorgung unserer Versicherten.

Versorgungsgesetz aus dem Lot

Die BARMER GEK hat die Stärken des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes aufgelistet. Auch seine problematischen Seiten wurden vielfach benannt und konstruktiv kritisiert: das Missverhältnis der Maßnahmen zum Abbau der Unter- und Überversorgung, die Überregionalisierung wettbewerbsrelevanter Fragen, die fehlende Bedarfsplanung in der spezialärztlichen Versorgung. Mittlerweile droht das Gesetzgebungsverfahren die Balance vollends zu verlieren. Anstatt für die spezialärztliche Versorgung eine Bedarfsplanung und Mengensteuerung vorzusehen, wird sie vielleicht auf Betreiben der Länder ausgeklammert und auf die lange Bank geschoben. Und KBV und ABDA dürfen in letzter Minute eine Positivliste, genannt „Medikationskatalog“ platzieren. Das ist keine ambitionierte Versorgungsgesetzgebung, sondern der befürchtete Rollback zu einer interessengeleiteten und dirigistischen Gesundheitspolitik.

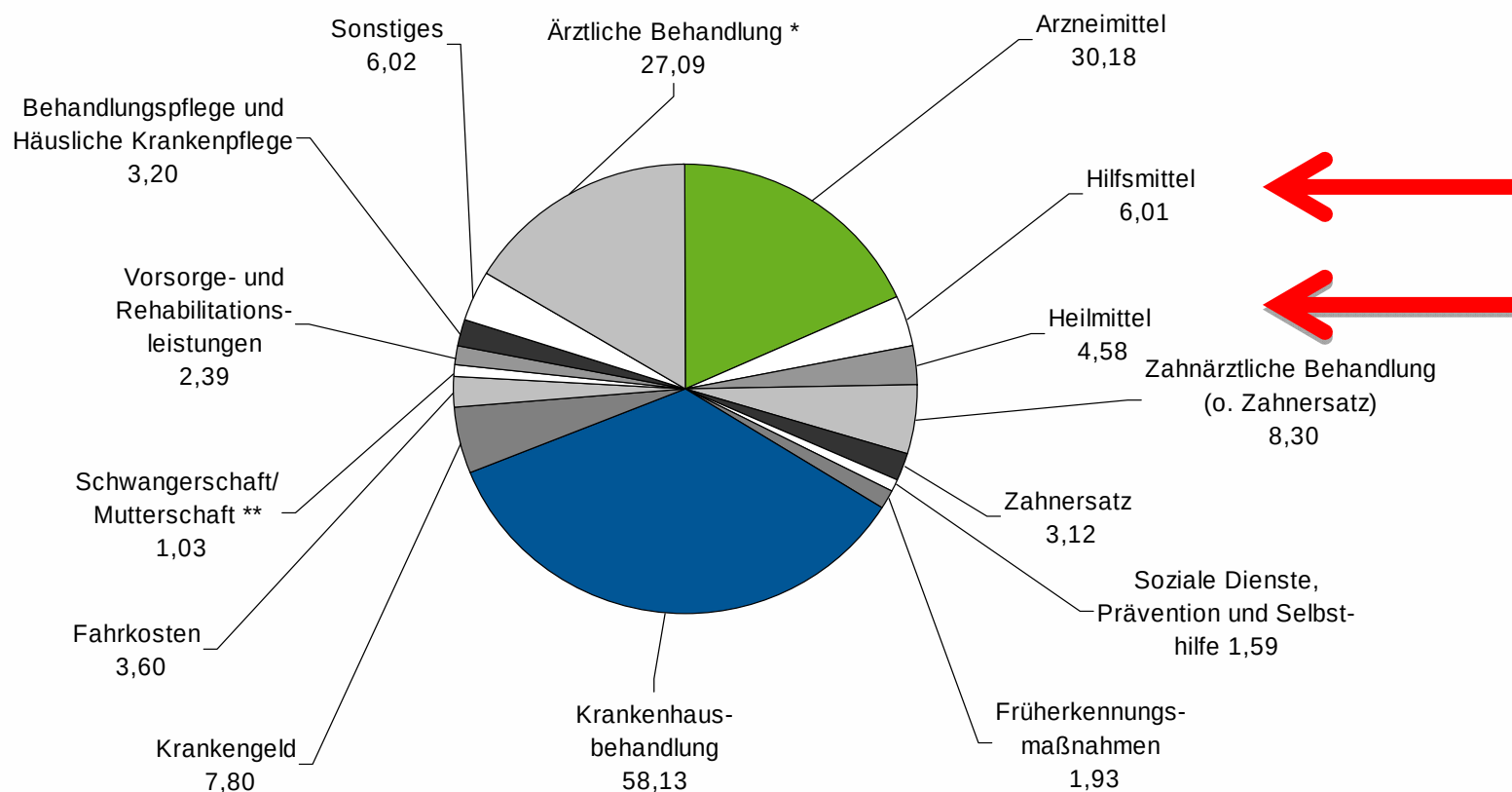
Berlin, den 21.09.2011

BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2011

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

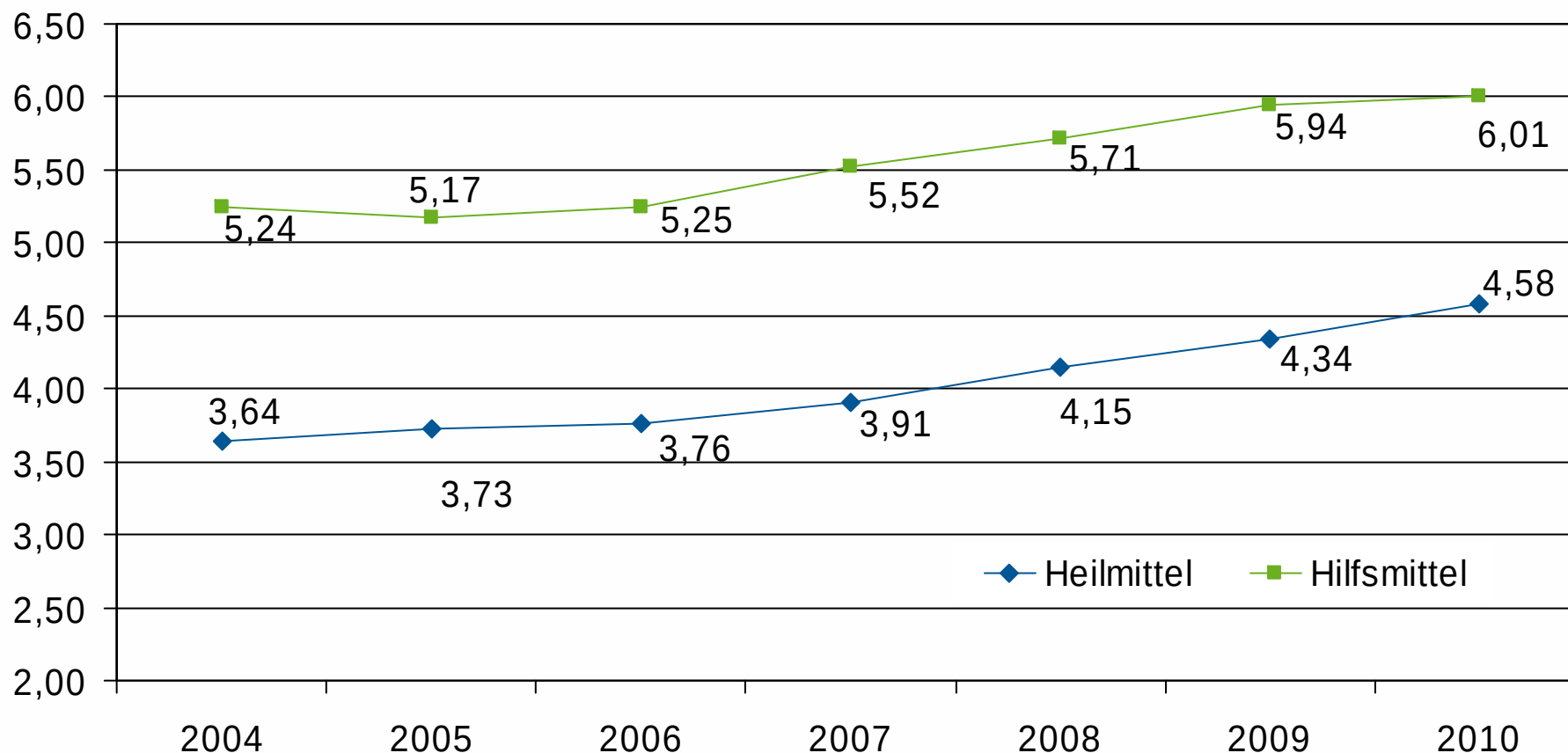
Kein Interessenskonflikt im Sinne der Uniform Requirements for Manuscripts submitted to Biomedical Journals der ICMJE

Ausgaben für einzelne Leistungsbereiche der GKV 2010 in Mrd. Euro



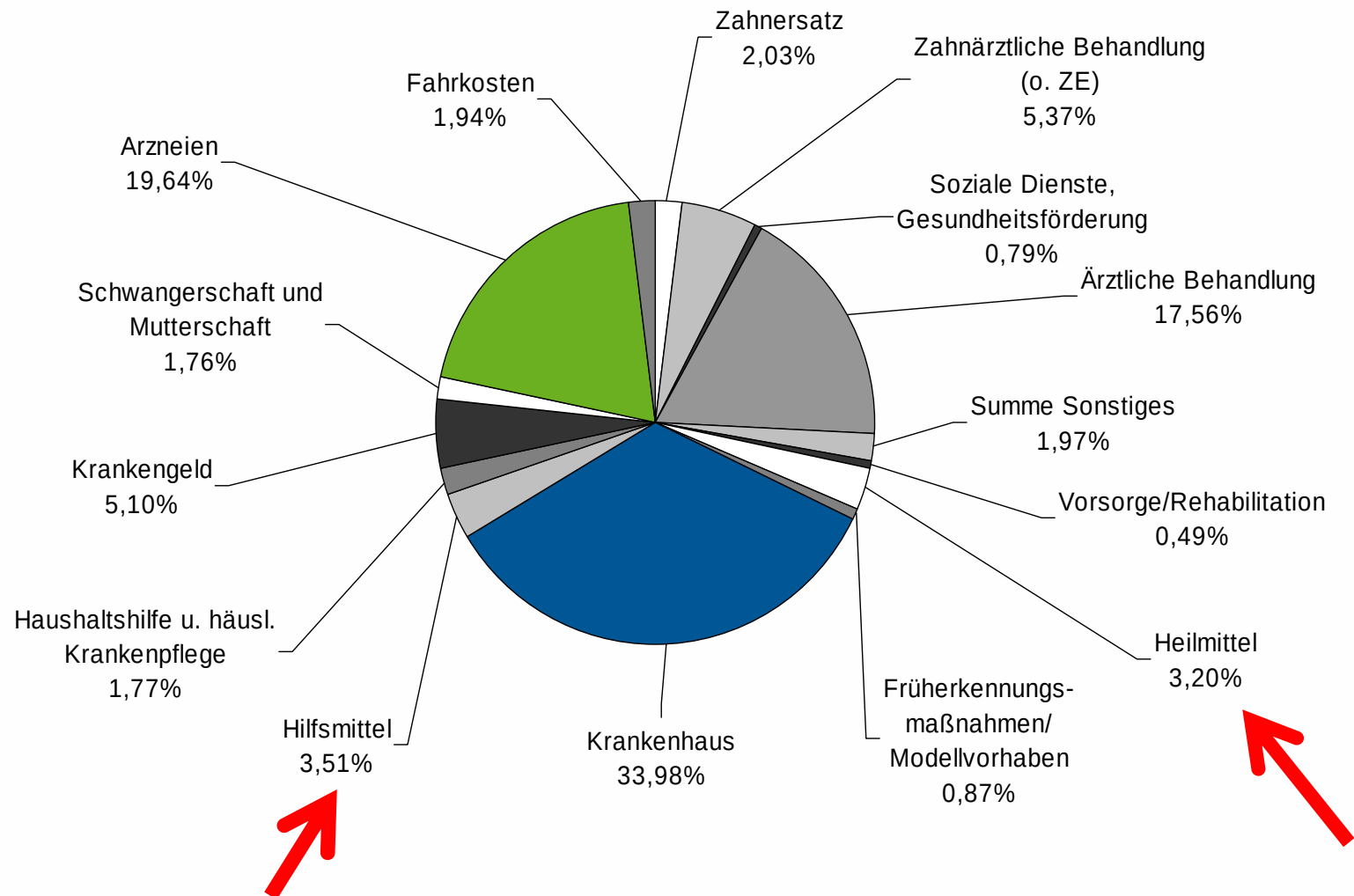
* Nicht berücksichtigt wurden die gezahlten Belege für Früherkennung, Impfungen, ehemals sonstige Hilfen und Dialyse-Sachkosten
 ** ohne stationäre Entbindung
 Quelle: nach GKV-Spitzenverband, 2011

Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel der GKV von 2004 bis 2010 in Mrd. Euro



Quelle: eigene Darstellung, nach GKV-Spitzenverband, 2011

Ausgaben für die einzelnen Leistungsbereiche der BARMER GEK 2010 in Prozent



Kennzahlen der in 2009 und 2010 verordneten Leistungen für die BARMER GEK Versicherten

	2009	2010	Änderung in %
Anzahl Versicherte:			
Gesamt	8.793.714	9.074.128	+3,19
Männer	3.647.502	3.799.130	+4,16
Frauen	5.146.212	5.274.998	+2,50
Durchschnittsalter:			
Gesamt	44,6	44,6	
Männer	41,5	41,4	
Frauen	46,9	46,9	
Versicherte mit Heilmittleistungen:			
Gesamt *	1.470.031	1.623.947	+10,47
Männer	430.838	496.397	+15,22
Frauen	1.039.108	1.127.278	+8,49
Versicherte mit Hilfsmittleistungen:			
Gesamt *	1.557.071	1.655.392	+6,31
Männer	501.937	550.178	+9,61
Frauen	1.055.083	1.104.909	+4,72

* Einschließlich Personen ohne eindeutige Angaben von Geburtsjahr und Geschlecht.

Kennzahlen der in 2009 und 2010 verordneten Leistungen für die BARMER GEK-Versicherten

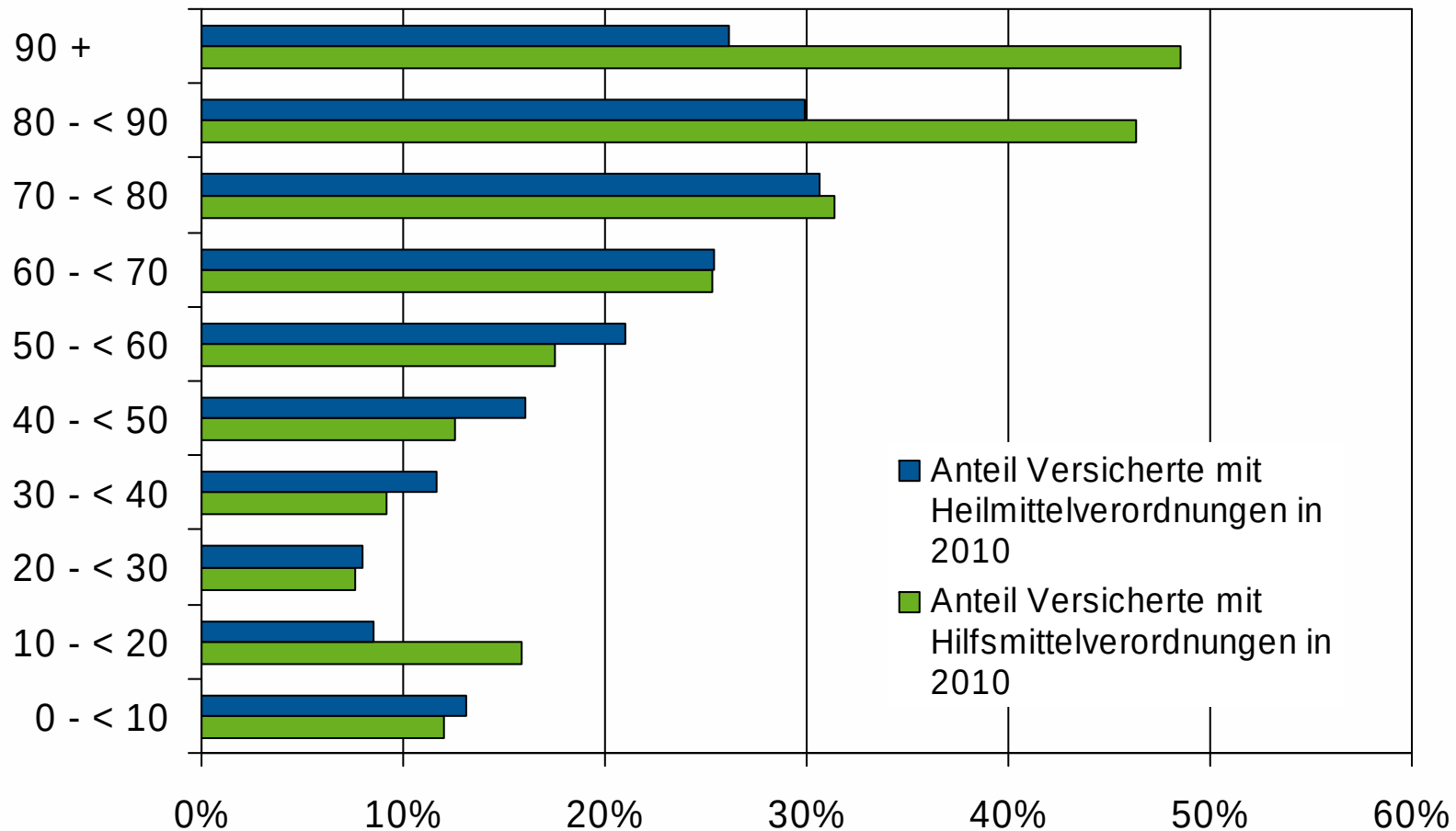
	2009	2010	Änderung in %
Ausgaben für Heilmittel in Euro:			
→ Gesamt **	532.362.742,82	573.699.356,48	+7,76
Männer	173.119.380,10	188.670.245,05	+8,98
Frauen	358.356.978,21	384.517.054,09	+7,30
Ausgaben für Heilmittel pro 100 Versicherte in Euro:			
Gesamt	6.053,90	6.322,36	+4,43
Männer	4.746,24	4.966,14	+4,63
Frauen	6.963,51	7.289,43	+4,68
Ausgaben für Hilfsmittel in Euro:			
→ Gesamt	633.920.924,55	666.304.354,63	+5,11
Männer	241.661.118,33	261.487.588,85	+8,20
Frauen	390.687.996,56	404.303.843,16	+3,49
Ausgaben für Hilfsmittel pro 100 Versicherte in Euro:			
Gesamt	7.208,80	7.342,90	+1,86
Männer	6.625,39	6.882,83	+3,89
Frauen	7.591,76	7.664,53	+0,96

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

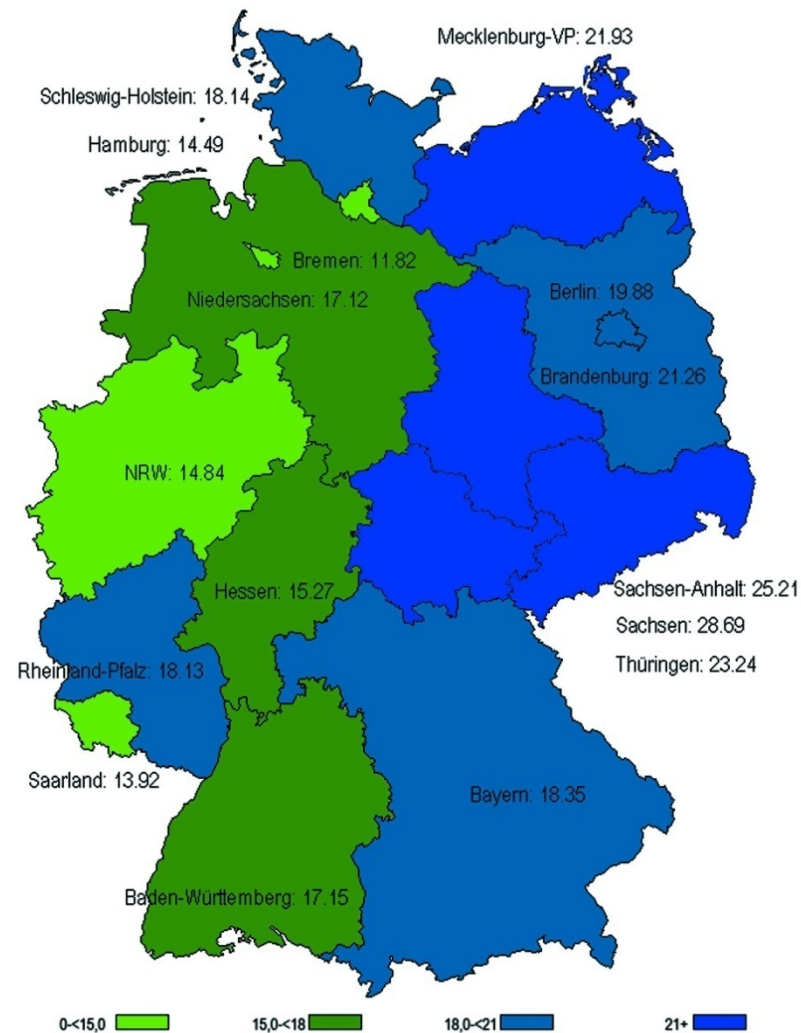
Ausgaben der BARMER GEK für unterschiedliche Heilmittel im Jahr 2010 in Euro

	Anzahl Versicherte mit Leistungen	Ausgaben pro Versichertem mit Leistungen 2010	Ausgaben 2010 für die BARMER GEK	Änderung Ausgaben je Versicherten zu 2009 in %
Ergotherapie	88.382	833,68	73.682.322,59	+8,04
Logopädie	82.267	627,98	51.662.393,48	+7,72
Physiotherapie	1.484.769	263,80	391.685.121,96	+3,20
Podologie	54.350	153,10	8.321.255,86	+5,86

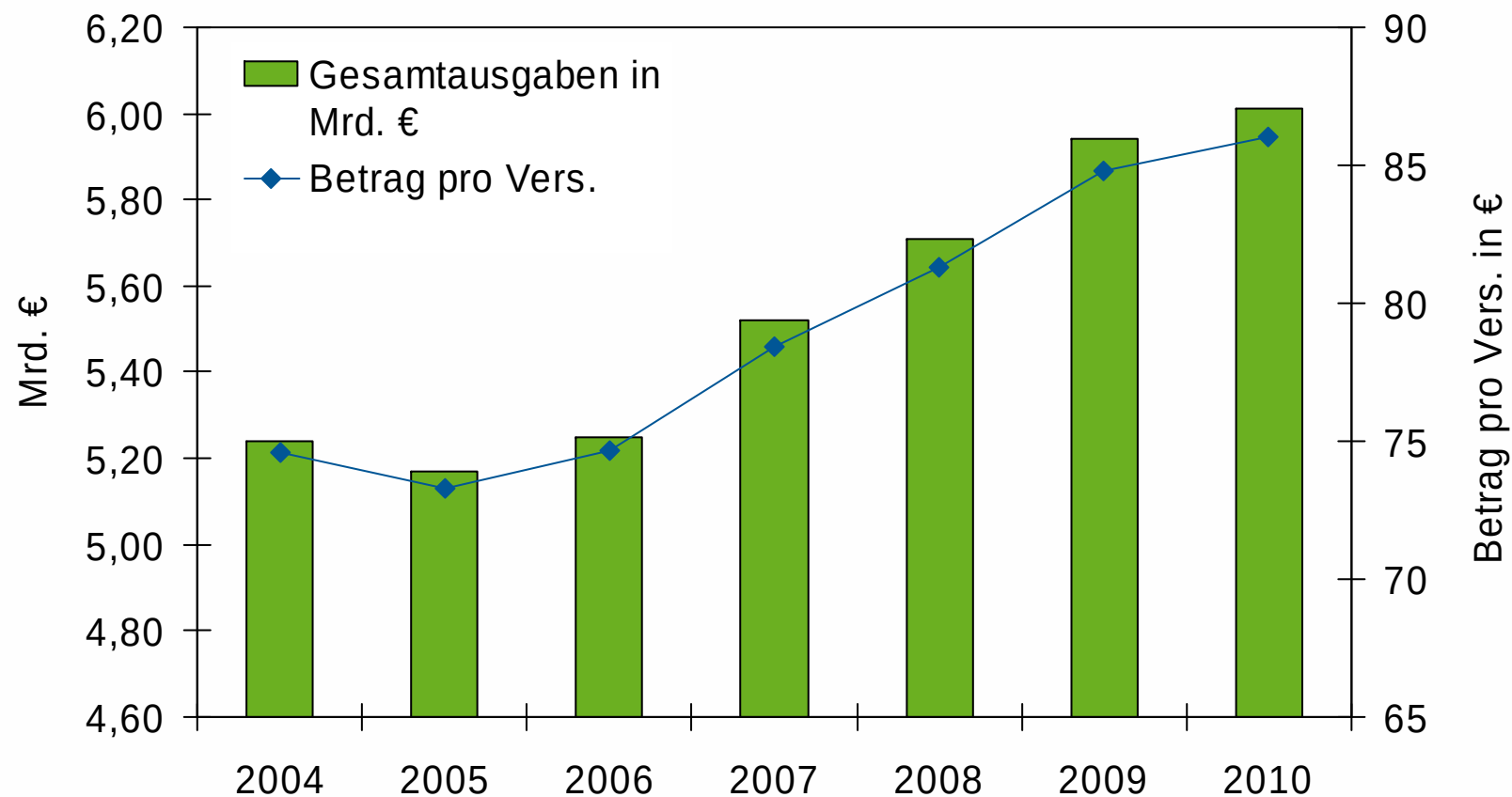
Anteil Versicherte der BARMER GEK mit Heil- bzw. Hilfsmittelverordnungen in 2010 nach Alter



Leistungserbringer für Heilmittel zu Versicherten in Prozent nach Bundesland in der BARMER GEK im Jahr 2010



Ausgabenentwicklung für Hilfsmittel in der GKV 2004 bis 2009



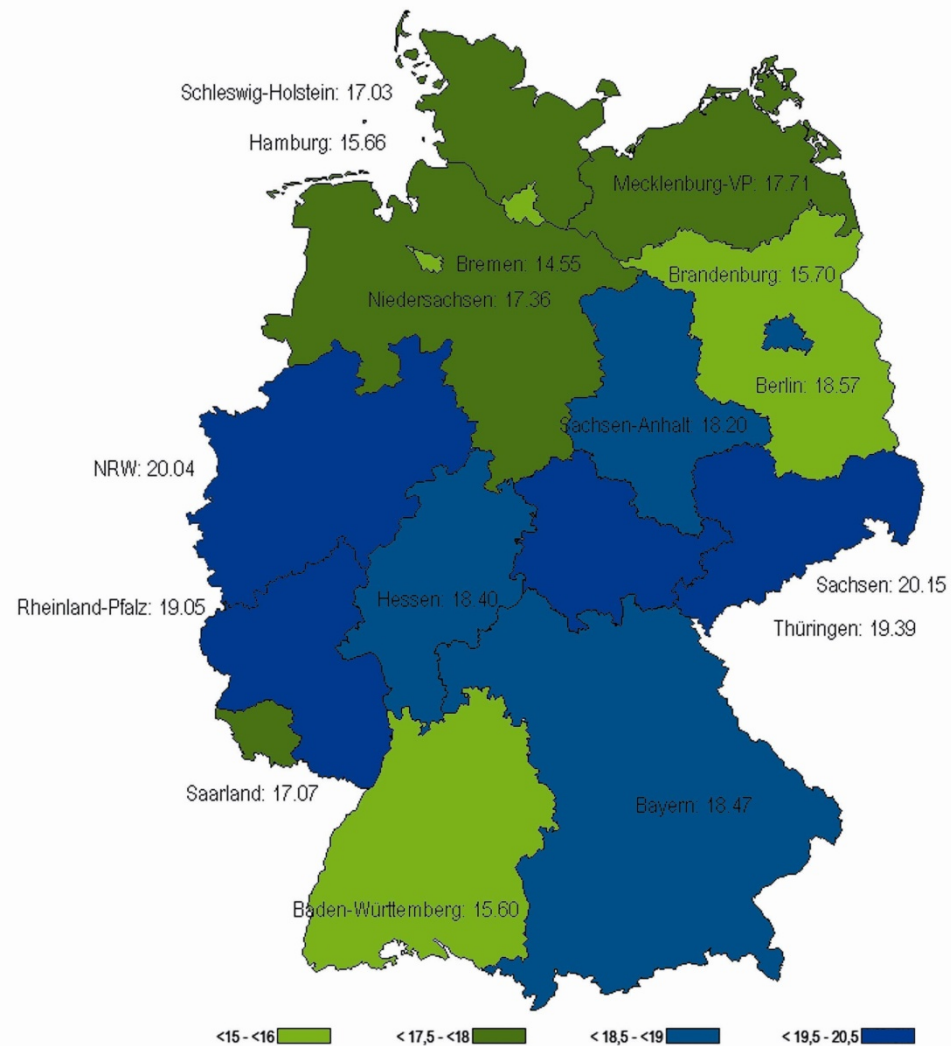
10 Produktgruppen der höchsten Versorgungsprävalenz und Ausgaben pro Leistungsversichertem nach Alter und Geschlecht im Jahr 2010

Produktgruppe	Männer mit Hilfsmittleistungen		Frauen mit Hilfsmittleistungen	
	Anteil in %	Ausgaben pro LV in €	Anteil in %	Ausgaben pro LV in €
08 - Einlagen	3,69	80,47	6,32	76,41
05 - Bandagen	2,69	100,69	4,13	94,18
17 - Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	1,46	113,41	3,63	141,49
15 - Inkontinenzhilfen	1,58	349,86	2,73	318,22
10 - Gehhilfen	1,41	56,58	2,15	60,25
31 - Schuhe	0,93	368,67	1,61	255,02
09 – Elektrostimulationsgeräte	0,61	79,22	1,30	81,60
25 - Sehhilfen	1,45	59,96	1,21	77,45
23 - Orthesen/Schienen	0,76	412,72	1,19	308,89
18 - Kranken-/Behindertenfahrzeuge	0,65	940,17	0,95	710,62

Rangliste der Ausgaben für Hilfsmittelproduktgruppen (TOP 10 für das Jahr 2010)

Rang 2010	Produktgruppe	Ausgaben in € in 2010	Ausgaben pro Versichertem in 2010 in €	Rang 2009
1	14 - Inhalations- und Atemtherapiegeräte	72.686.379,82	8,01	1
2	15 - Inkontinenzhilfen	66.857.998,21	7,37	2
3	18 - Kranken-/Behindertenfahrzeuge	58.847.834,75	6,49	3
4	13 - Hörhilfen	57.646.019,10	6,35	4
5	08 - Einlagen	36.761.271,55	4,05	6
6	29 - Stomaartikel	35.948.408,11	3,96	7
7	31 - Schuhe	34.712.983,33	3,83	5
8	17 - Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	33.357.028,93	3,68	9
9	23 - Orthesen/Schienen	31.251.186,34	3,44	10
10	05 - Bandagen	30.827.878,84	3,40	8

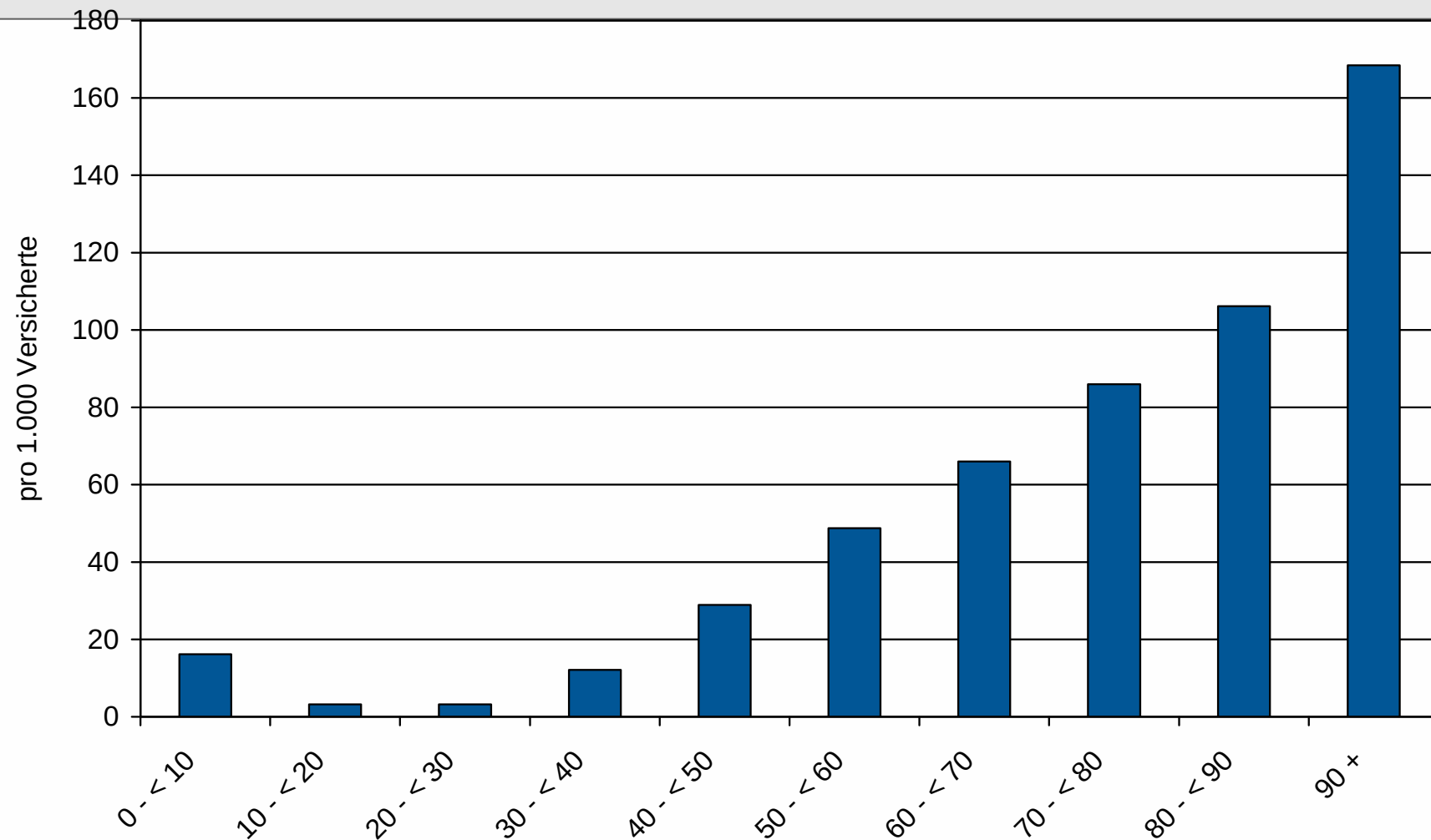
Leistungsversicherte (LV) für Hilfsmittel nach Bundesland (LV/Versicherte in %)



Spezialthema 1: Harninkontinenz

- Anzahl der Patientinnen und Patienten: ca. 6 – 8 Mio. in Deutschland, insbesondere Frauen
- Hohe Altersabhängigkeit: Verdoppelung der Inzidenz zwischen 50 und 80 Jahren
- Versorgung vorrangig mit Hilfsmitteln (Inkontinenzvorlagen), konservative Therapie mit Heilmitteln (Beckenbodengymnastik) findet kaum statt – Hilfsmittelverordnungen ohne Budgetbegrenzung, Heilmittel begrenzt durch § 84 SGB V!
- Kosten ein Jahr nach Erstdiagnose: Heilmittel 2%, OPs 45%, Hilfsmittel 28%
- 68% der Patientinnen ohne Therapie innerhalb eines Jahres
- Inkontinenz wird nicht behandelt, sondern versorgt!

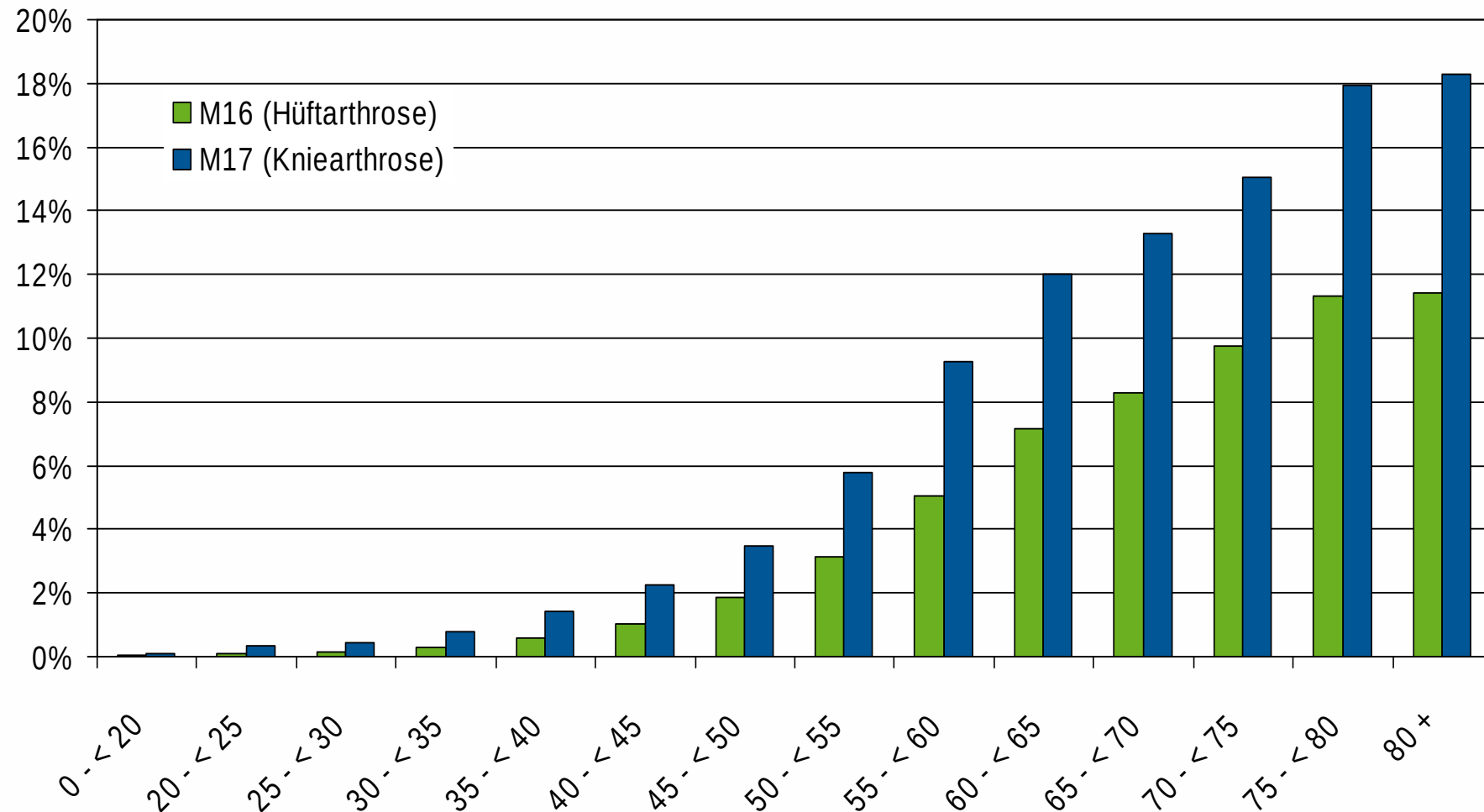
Inzidenzrate der Harninkontinenz bei Frauen im Jahr 2008



Spezialthema 2: Arthrose der Hüft- und Kniegelenke

- GKV-Kosten durch Erstimplantationen von Hüft- und Kniegelenken im Jahre 2009: ca. 3 – 3,5 Mrd. Euro
- 2009 rund 209.000 Hüft- und 175.000 Knieprothesen, zwischen 2003 und 2009 Hüftgelenke + 18%, Kniegelenke + 43%
- Hüftgelenke 1,4 -1,6 Mrd. Euro, Kniegelenke 1,0-1,3 Mrd. Euro
- Implantationen sollten erst dann stattfinden, wenn Maßnahmen wie Physiotherapie und medikamentöse Behandlungen keine ausreichende Linderung und Bewegungsfähigkeit bringen
- Die Möglichkeiten der Physiotherapie als Prävention werden offenbar nicht ausreichend genutzt – bei Männern noch weniger als bei Frauen
- Allerdings: Wenig geeignete passive Maßnahmen werden bevorzugt

Versicherte mit Hüft- oder Kniearthrose (Anteil an allen Versicherten nach Altersgruppen in Prozent)



Evidenzlevel für die Bewertung der Therapiemöglichkeiten und ihre Empfehlungen bei Hüft- und Kniearthrose

Therapie	Level	Empfehlung
Training	1	zur Schmerzlinderung, Steigerung der körperlichen Belastbarkeit
Patientenschulung und Maßnahmen zur gesteigerten Selbstwirksamkeit in Kombination mit Trainingstherapie	2	zur Schmerzlinderung, Steigerung der körperlichen Belastbarkeit
Massage	2	nicht empfohlen
aktive Hydro-, Balneotherapie	1	weder Schaden noch Nutzen
Wärme- oder Kältetherapie	4	zur Schmerzlinderung, Steigerung der körperlichen Belastbarkeit

Quelle: KNGF, 2010

Leistungsversicherte für Physiotherapie und Arzneimittel bei Knie- oder Hüftarthrose

Leistungsversicherte mit Arthrose (in %)	
Physiotherapie	
Krankengymnastik	34.250 (33,89)
Wärmetherapie	16.342 (15,70)
Massagetherapie	10.709 (10,28)
Manuelle Therapie	7.868 (7,76)
Manuelle Lymphdrainage	4.950 (4,75)
Elektrotherapie	3.189 (3,06)
Traktion	1.488 (1,43)
Gesamt*	45.667 (43,85)
Arzneimittel**	
Paracetamol	245 (0,24)
Metamizol	15.514 (14,90)
NSAID's, SYSADOA	55.533 (53,33)
Opioidanalgetika	104.135 (100)
Glucocorticoid	11.592 (11,13)
Gesamt*	104.135 (100)

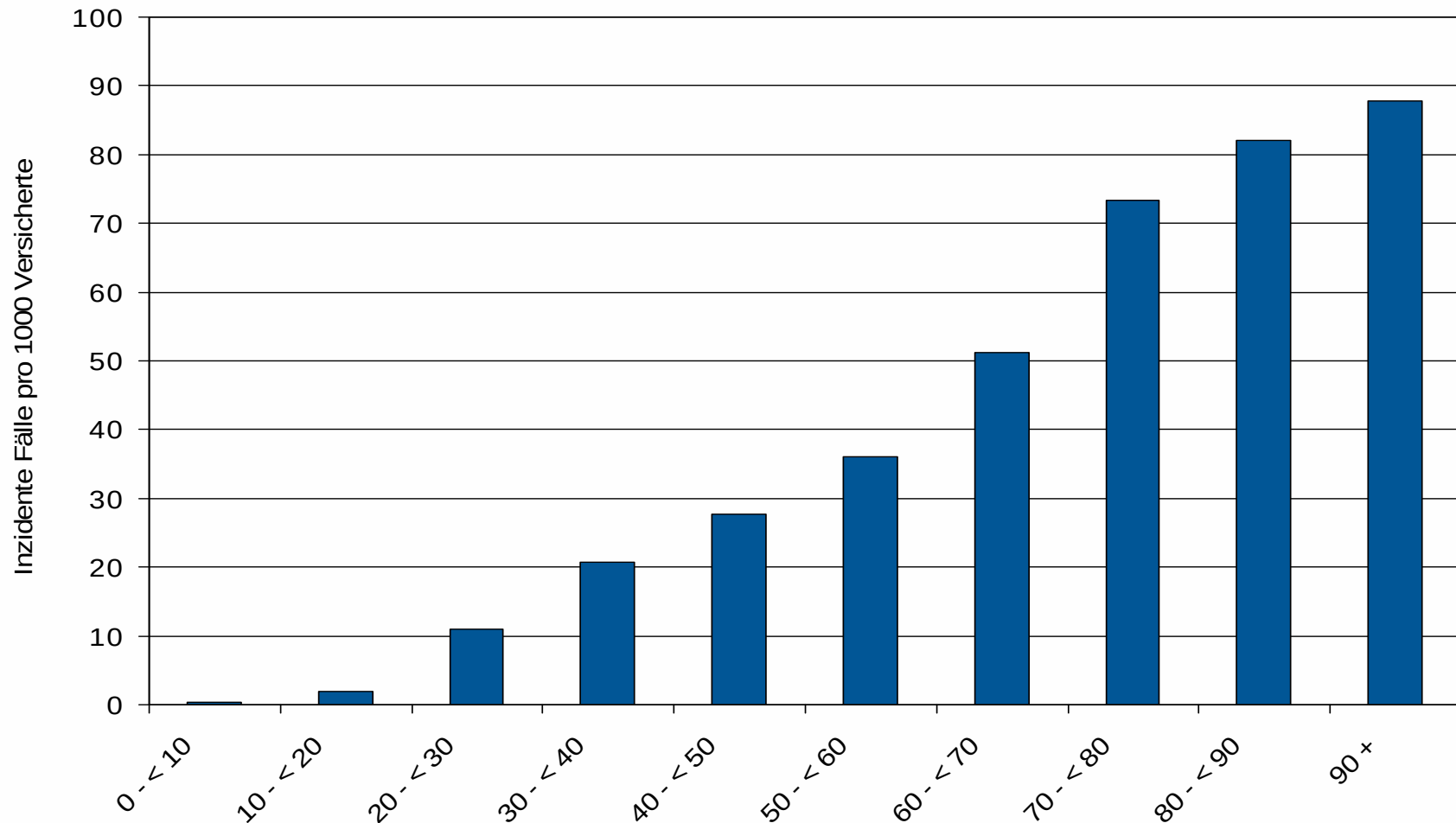
*Versicherte können mehrere der aufgeführten Leistungsarten / Arzneimittel erhalten haben.

**Ergebnisse für Vitamin E, Phytotherapeutika und Hyaluronsäure wurden aufgrund der geringen Anzahl nicht aufgeführt.

Spezialthema 3: Venenerkrankungen

- Etwa 470.000 Neuerkrankungen pro Jahr, 25 von 1.000 Versicherten werden erstmals pro Jahr wegen einer Venenerkrankung behandelt, vor allem Frauen und ältere Personen
- Kosten für die Neuerkrankungen pro Jahr rund 62,3 Mio. Euro
- Operative Intervention: 2% der Patienten, allerdings 28% der Kosten – zweifelhafter Langzeitnutzen!
- Die Evidenz von Arzneimitteln ebenfalls zweifelhaft
- Hilfsmittel wie Kompressionsstrümpfe am ehesten effektiv, wenn sie denn auch getragen werden
- Frauen nehmen eher Kompressionstherapie und Lymphdrainage in Anspruch, Männer Operationen und Arzneimittel

Inzidenz von Venenerkrankungen der unteren Extremitäten nach Altersgruppen im Jahr 2008



Häufigkeit der klinischen Stadien nach der CEAP-Klassifikation – Ergebnisse der Bonner Venenstudie (Anteile in Prozent)

CEAP-Stadium	% Männer	% Frauen	% Gesamt
C0: Keine sichtbaren Zeichen einer Venenkrankheit	13,6	6,4	9,6
C1: Besenreiser und retikuläre Varizen	58,4	59,5	59,0
C2: Varikose ohne Zeichen einer CVI	12,4	15,8	14,3
C3: Ödem	11,6	14,9	13,4
C4: Hautveränderungen	3,1	2,7	2,9
C5: Abgeheiltes Ulcus cruris	0,6	0,6	0,6
C6: Florides Ulcus cruris	0,1	0,1	0,1

Quelle: Rabe et. al., 2003, S. 8

Wirksamkeit des medizinischen Kompressionsstrumpfs nach Indikation und Empfehlungsgrad

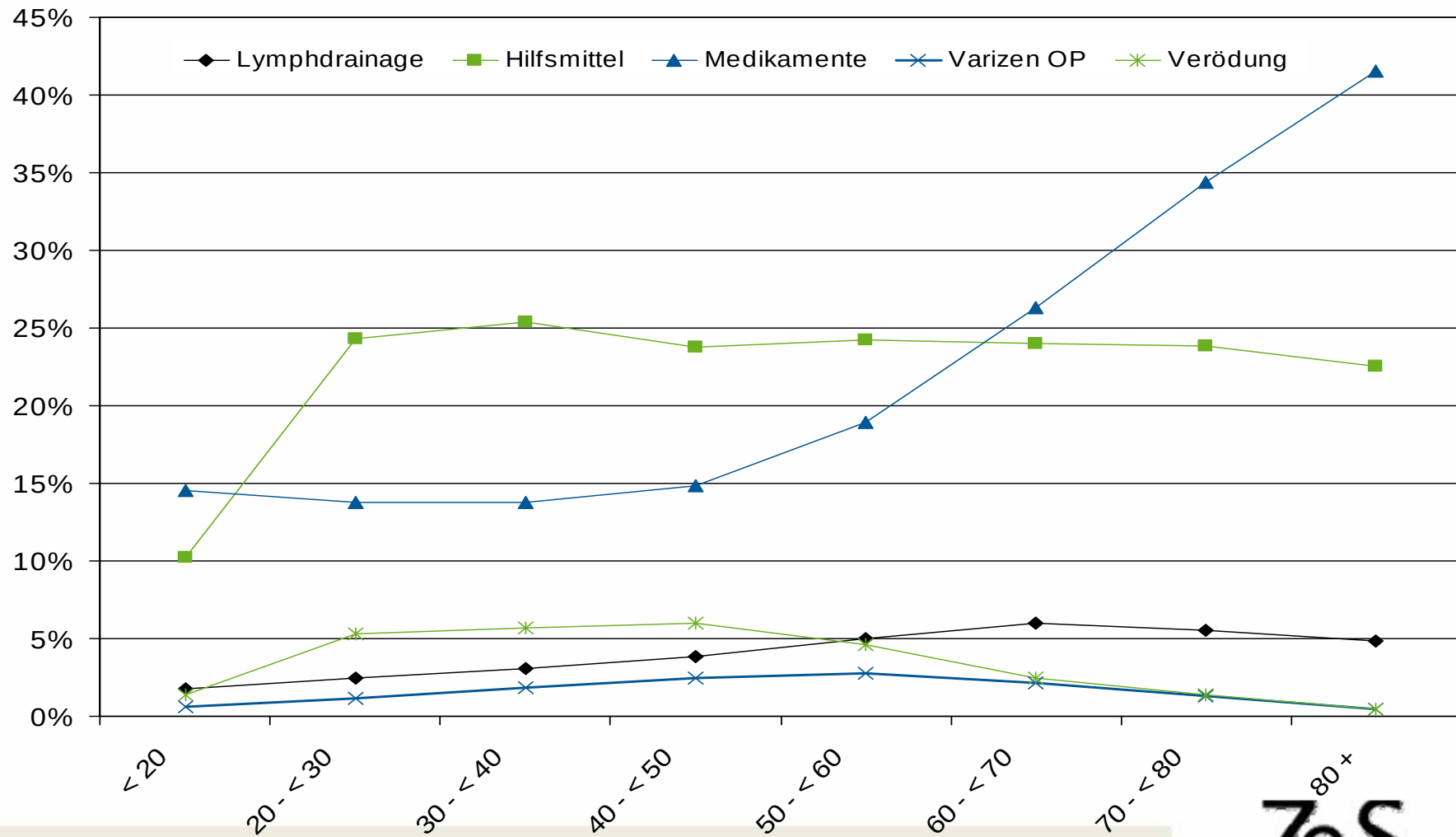
Indikation	Empfehlungsgrad
Postthrombotisches Syndrom	EM-GR A* für Risikoreduktion
Ulcus cruris Rezidiv	EM-GR B ** für Risikoreduktion eines Rezidivs
Varizenchirurgie	EM-GR B** für Risikoreduktion eines Rezidivs und einer Thrombophlebitis
Tiefe Beinvenenthrombose	EM-GR A * für Schmerz- und Ödemreduktion
Venöse Symptome	EM-GR A* für Reduktion eines Beinödems und Verbesserung der Lebensqualität

Quelle: Wienert et al., 2006

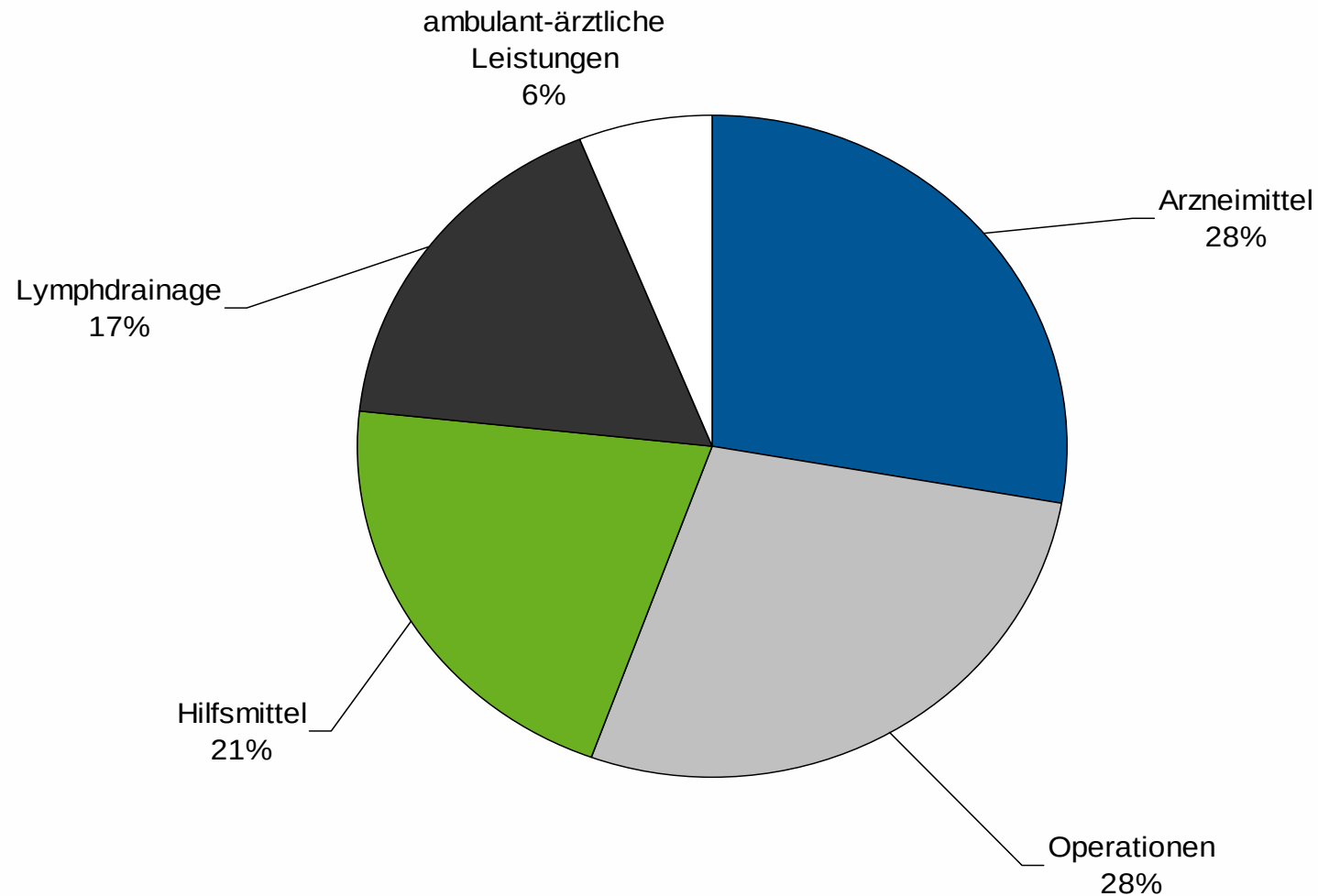
*Empfehlungsgrad A = sehr gut fundiert durch z.B. Metaanalyse oder systematischer Review von RCTs.

**Empfehlungsgrad B = mittelmäßig fundiert durch z.B. Kohortenstudien mit Kontrollgruppe oder nicht randomisierte CT.

Inanspruchnahme therapeutischer Optionen nach Altersgruppen – Anteile an inzidenten Fällen in Prozent



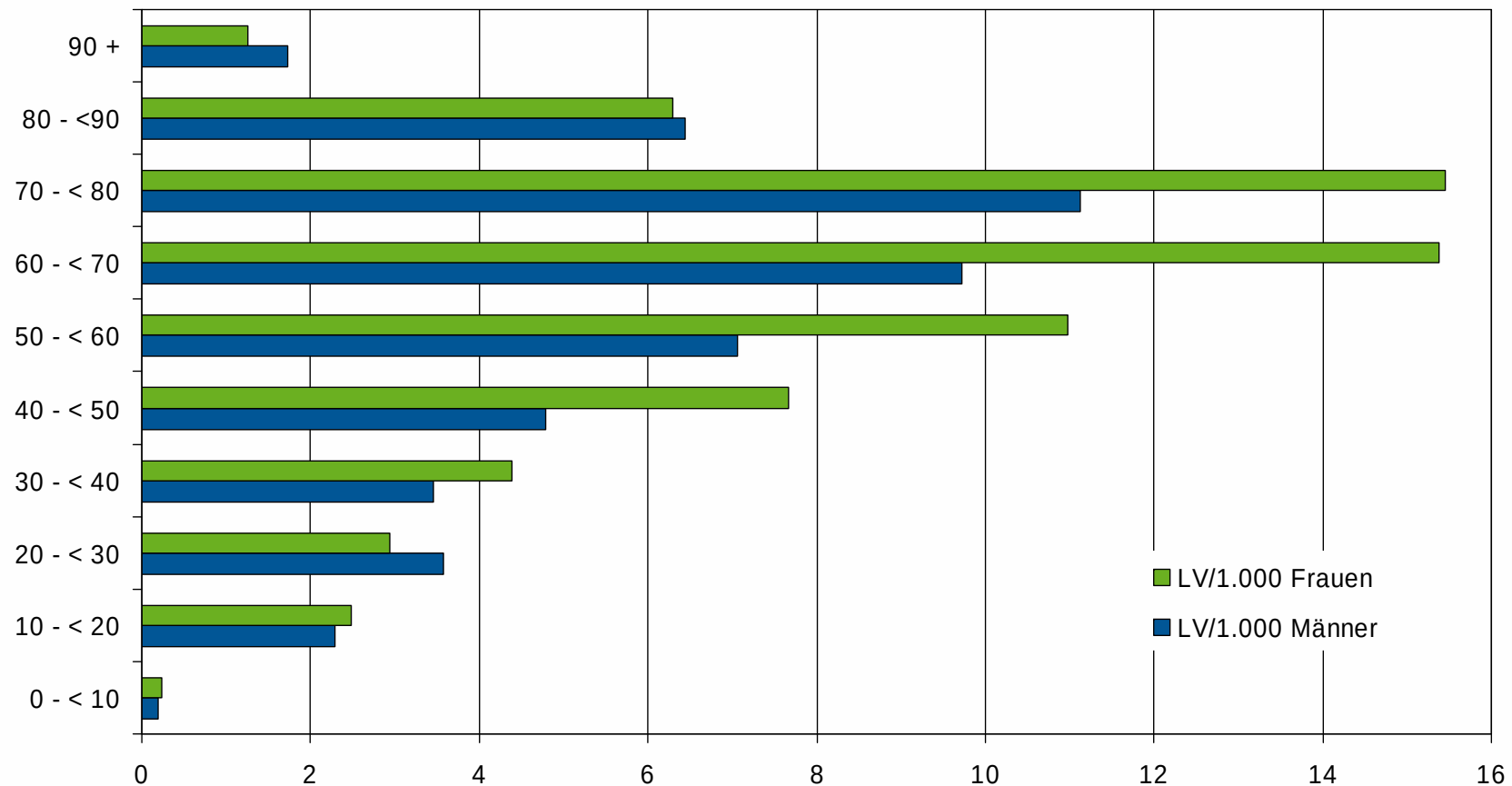
Gesamtkosten für Venenerkrankungen nach Leistungsbereichen in Prozent



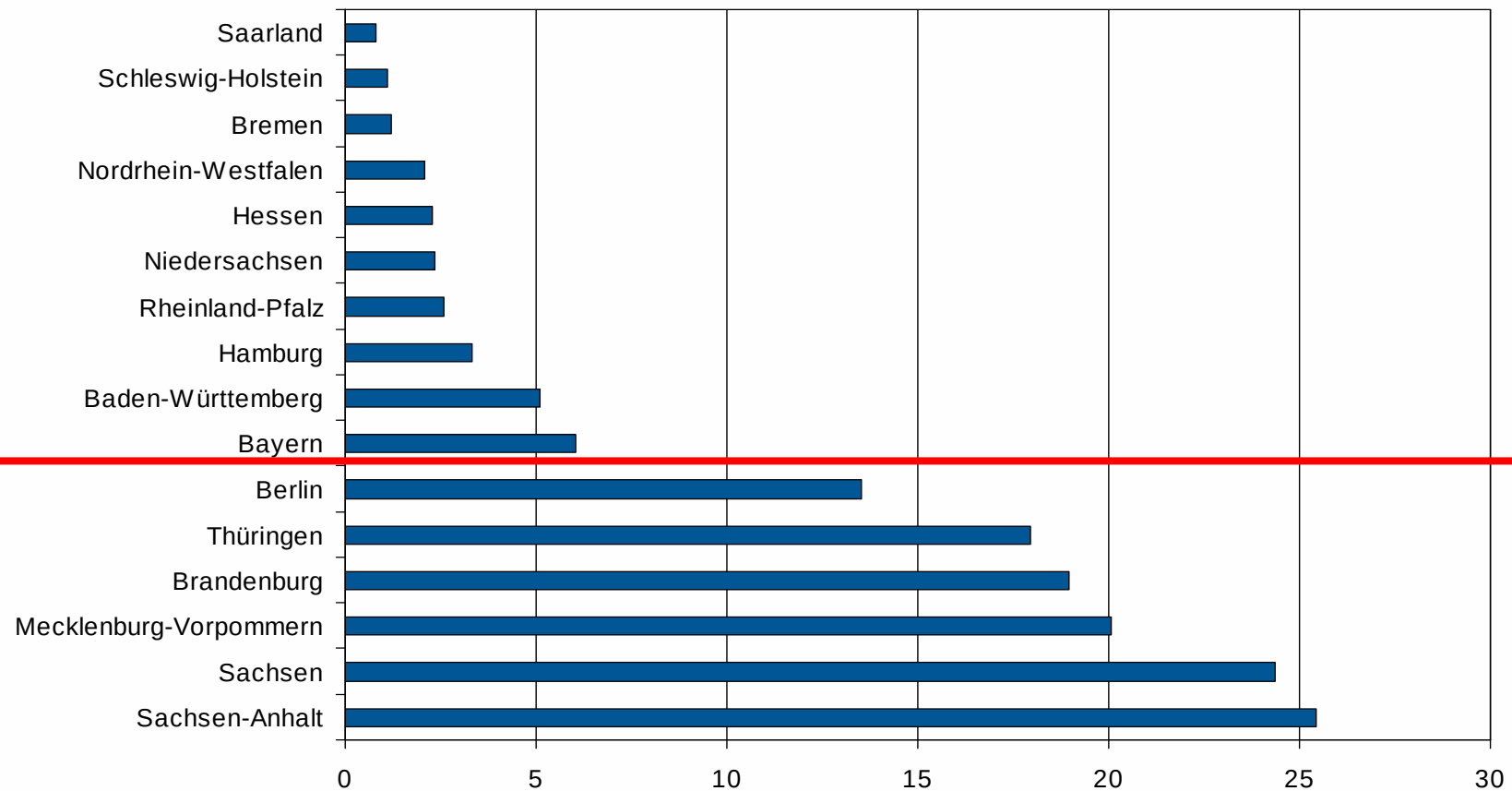
Spezialthema 4: Elektrotherapie

- Die Elektrotherapie (als Heilmittel oder als Elektrostimulationsgerät) wird eingesetzt beispielsweise zur Schmerzlinderung, zur Durchblutungsverbesserung oder zur Tonisierung der Muskulatur
- Im Jahre 2010 erhielten 1% aller BARMER GEK Versicherten eine Verordnung für Elektrotherapie, Kosten 9,3 Mio. Euro
- Elektrostimulationsgeräte werden vorrangig zur Schmerztherapie verordnet, bei mangelhafter Evidenz! Gleiches gilt für die Behandlung von Wirbelsäulenpatienten mit dem Heilmittel Elektrotherapie – Über- und Fehlversorgung!
- Unterversorgung dagegen im Bereich der Muskelstimulation bei neurologischen Erkrankungen als aktivierende Maßnahme
- Besonderheit: erhebliche Ost-West-Unterschiede

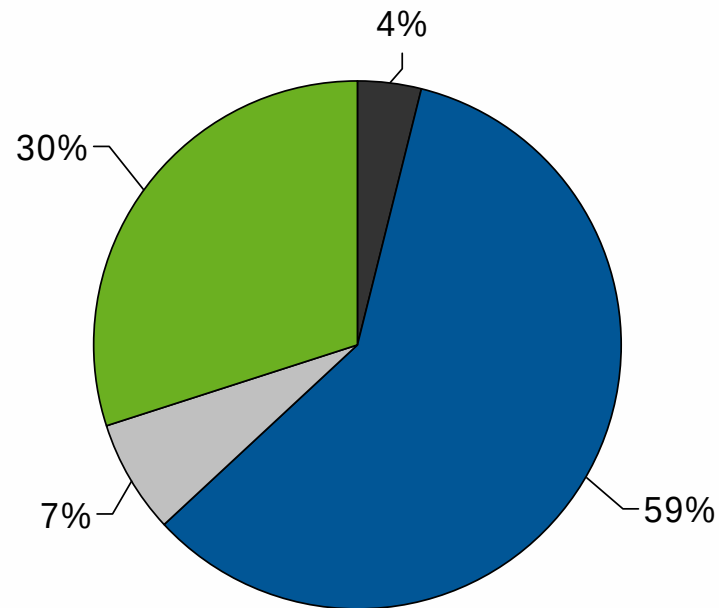
Heilmittelversorgung Elektrotherapie nach Altersgruppen und Geschlecht



Heilmittelversorgung Elektrotherapie pro 1.000 Versicherte im Jahr 2010 nach Bundesland

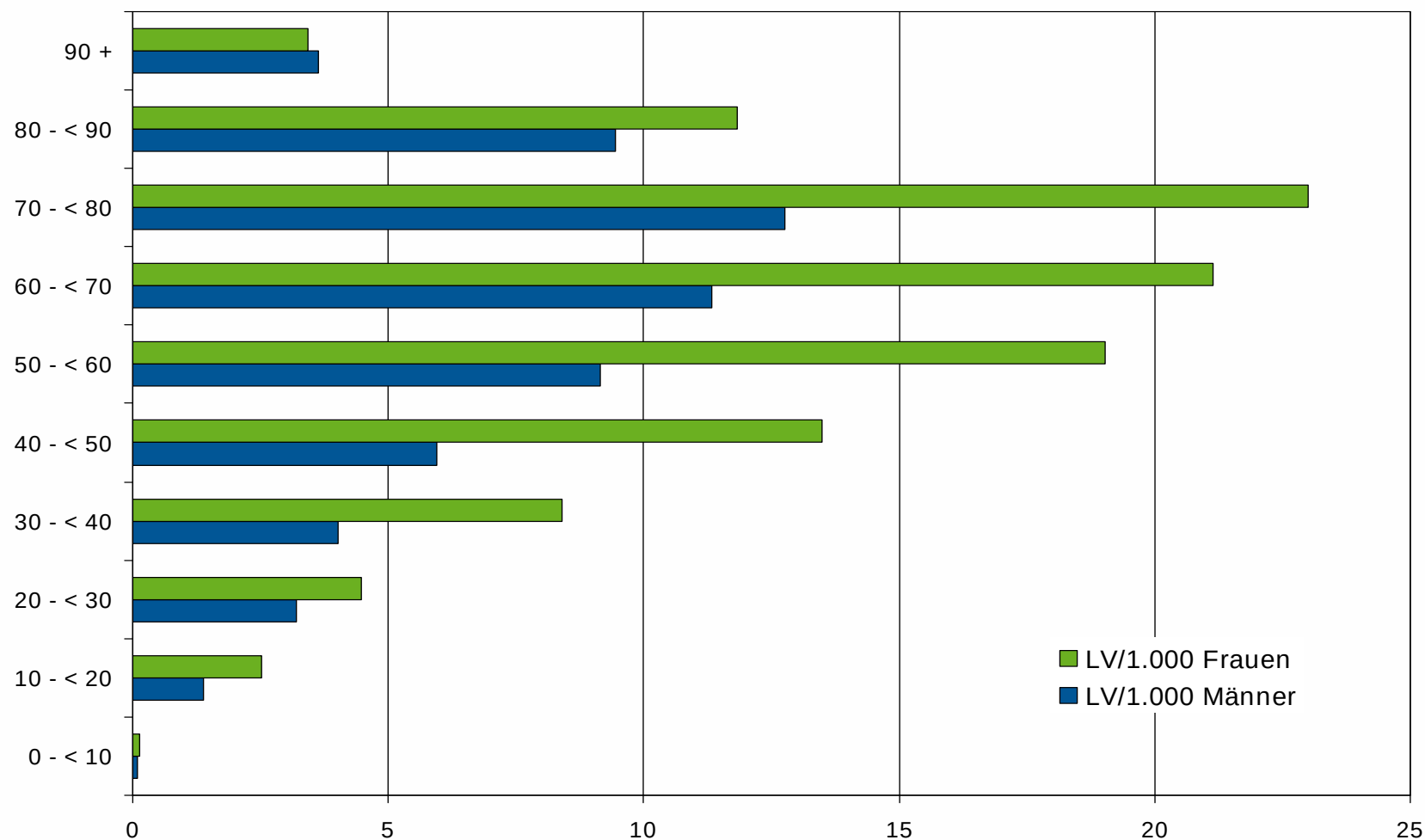


Heilmittelverordnungen Elektrotherapie nach Indikationsbereich in Prozent der Verordnungen im Jahr 2010

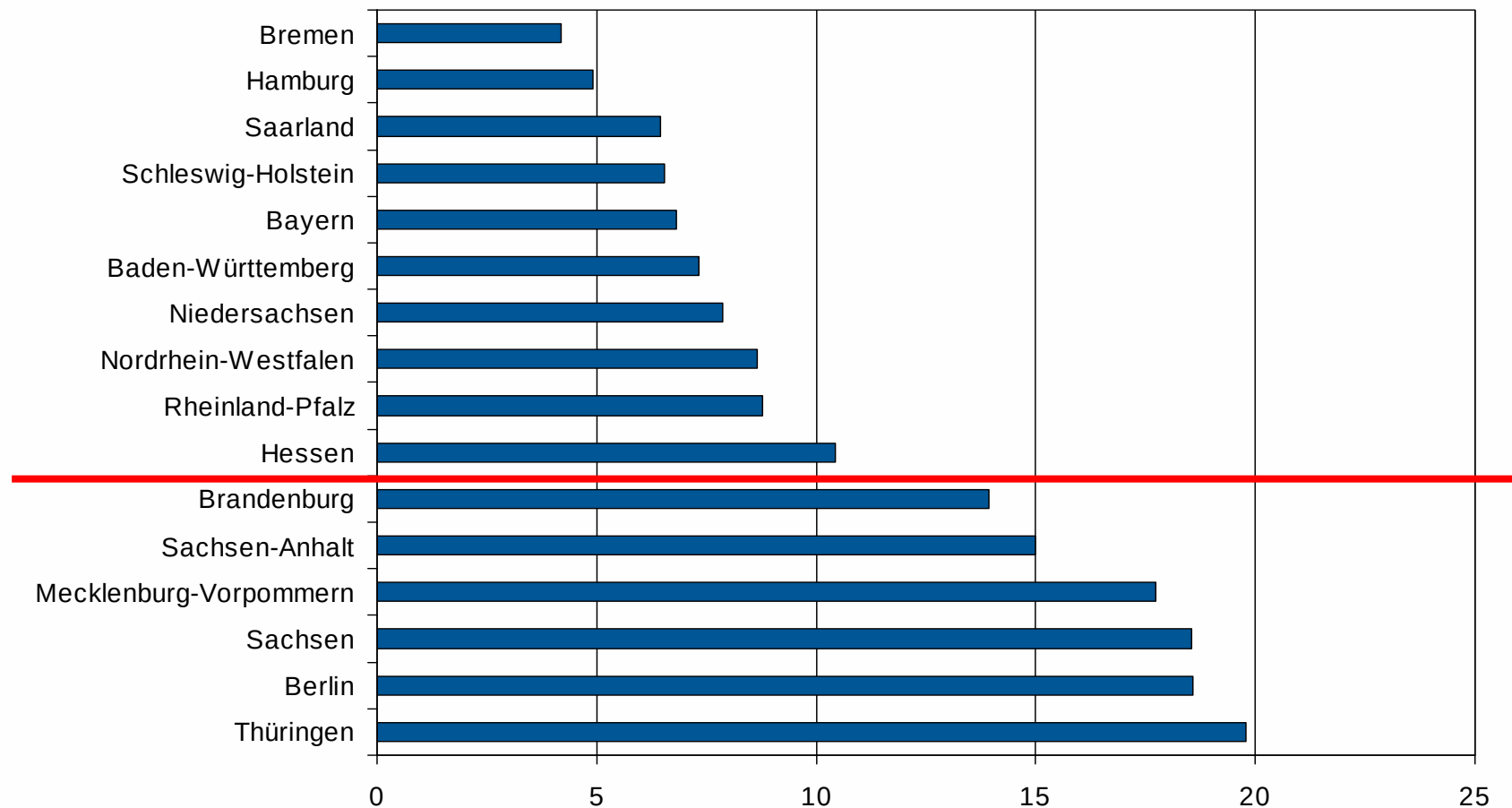


- periphere Nervenläsionen
- Verletzungen/Operationen/Erkrankungen d. Extremitäten u. d. Beckens
- Sonstiges
- Wirbelsäulenerkrankungen

Versorgung mit Elektrostimulationsgeräten nach Altersgruppen und Geschlecht



Versorgung mit Elektrostimulationsgeräten pro 1.000 Versicherte im Jahr 2010 nach Bundesland





Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit...



BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2011

- Infografiken

Inhalt:

› Infografik 1

Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel



› Infografik 2

Heil- und Hilfsmittel nach Alter

› Infografik 3

Ausgaben für verschiedene Heilmittel

› Infografik 4

Heilmittelausgaben nach Ländern

› Infografik 5

Versicherte mit Heilmitteln

› Infografik 6

Die Hilfsmittel-Top-10

› Infografik 7

Versicherte mit Hilfsmitteln

› Infografik 8

Hilfsmittelausgaben nach Ländern

› Infografik 9

Venenerkrankungen nach Alter

› Infografik 10

Harninkontinenz bei Frauen

› Infografik 11

Arthrose in Knie und Hüfte

› Infografik 12

Männerkrankheit Schnarchen

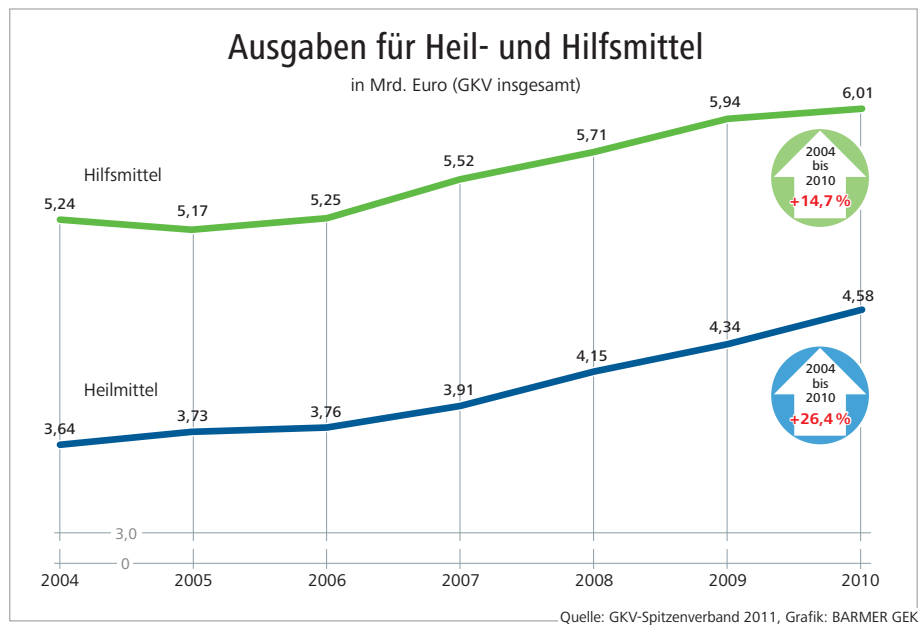
› Infografik 13

Ausgaben für CPAP-Geräte

› Infografik 14

Elektrotherapie: Domäne des Ostens

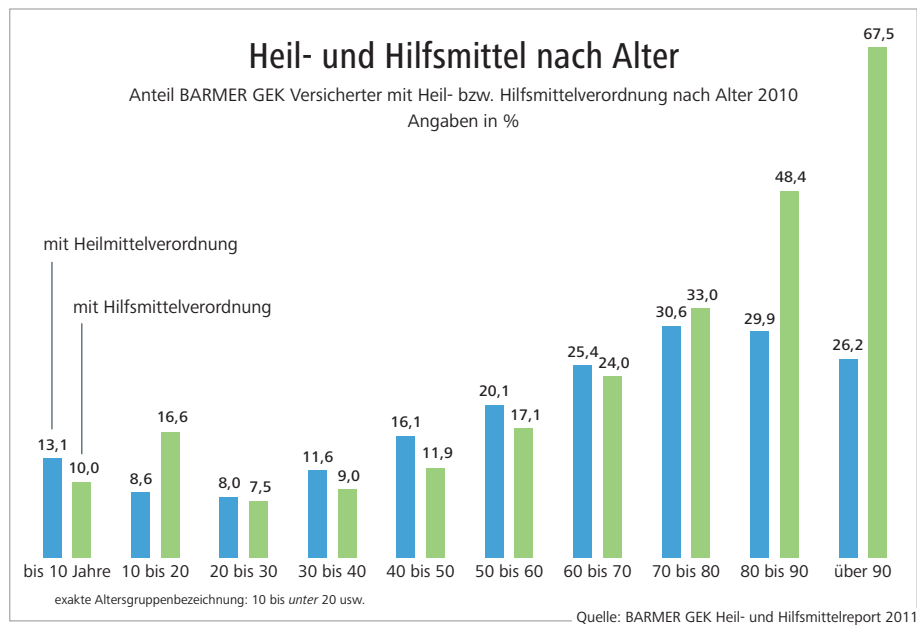
Infografiken (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken. Auf Wunsch (E-Mail an: andreas.grosse-stoltenberg@barmer-gek.de) auch als editierbare Indesign-CS5-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung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



[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.



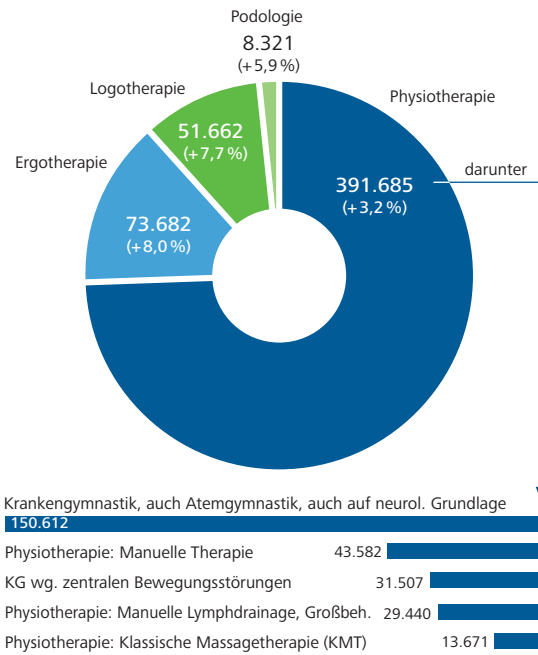
Zurück zum Inhalt

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 2010 in Tausend Euro (gerundet)
in Klammern: Änderung der Ausgaben je Versicherten



Quelle: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2011

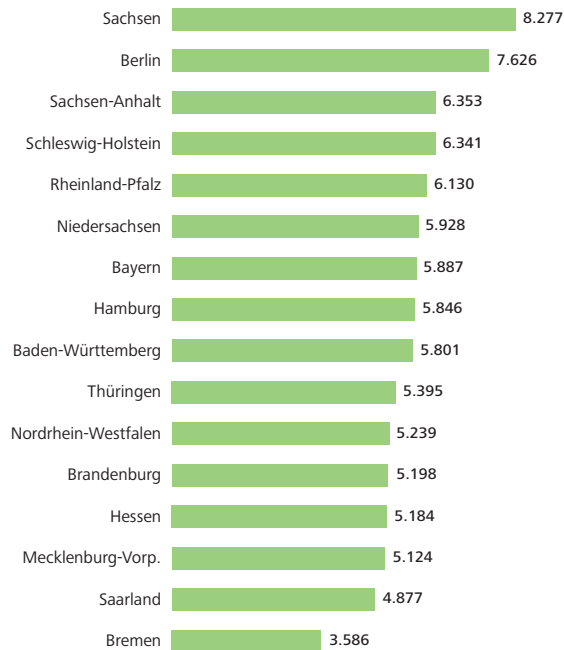
[Zurück zum Inhalt](#)



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.

Heilmittelausgaben nach Ländern

Ausgaben für Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie und Podologie
pro 100 Versicherte der BARMER GEK 2010 in Euro (gerundet)



Quelle: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2011

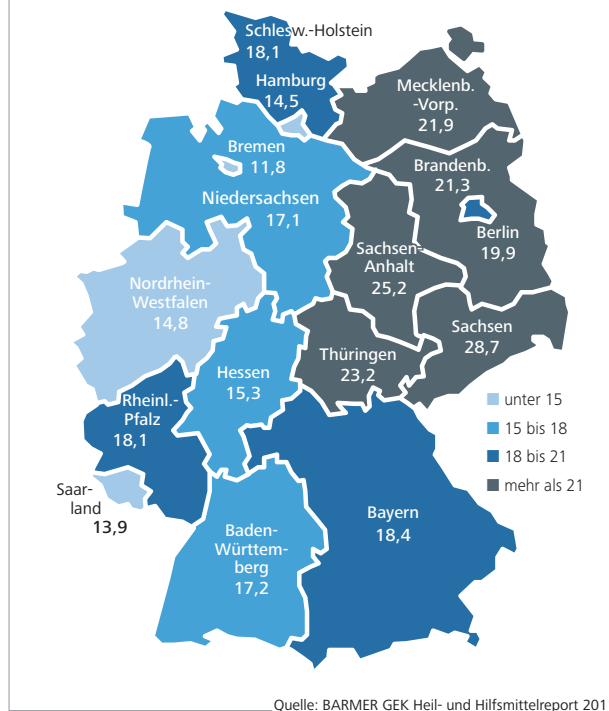
[Zurück zum Inhalt](#)



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 Heilmitteln

Von 100 Versicherten der BARMER GEK erhielten 2010
Leistungen für Heilmittel...

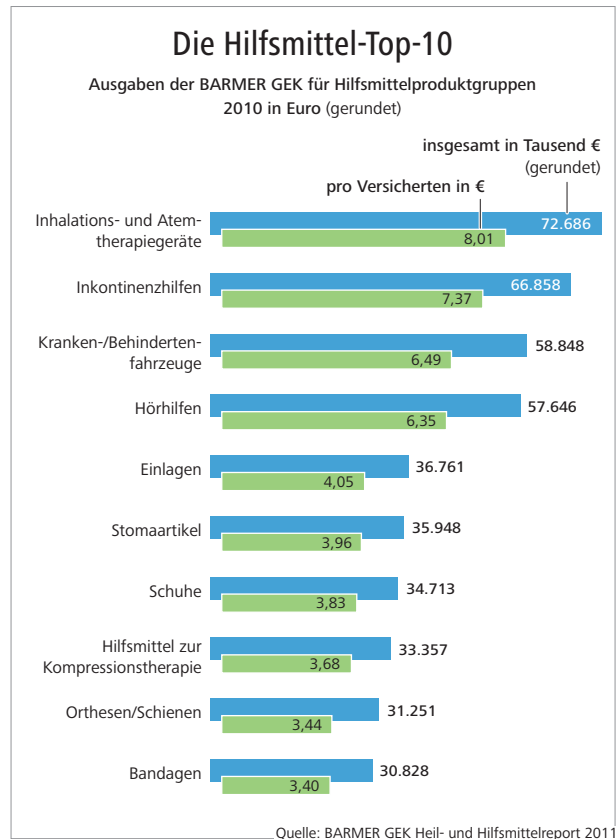


Quelle: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2011

[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.



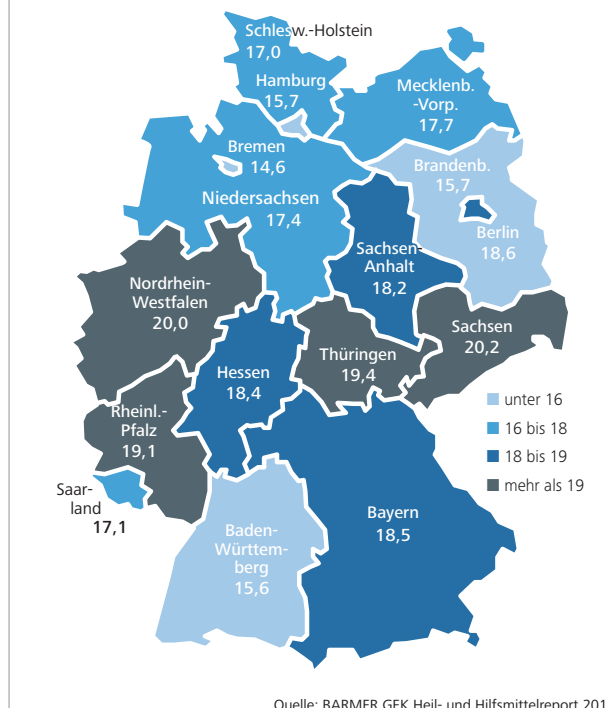
Zurück zum Inhalt

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.

Versicherte mit Hilfsmitteln

Von 100 Versicherten der BARMER GEK erhielten 2010
Leistungen für Hilfsmittel...



Quelle: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2011

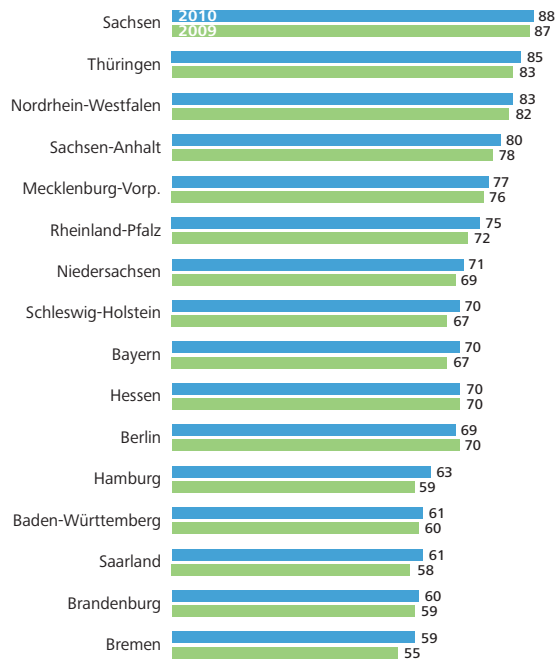
[Zurück zum Inhalt](#)



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
2009 und 2010 in Euro (gerundet)

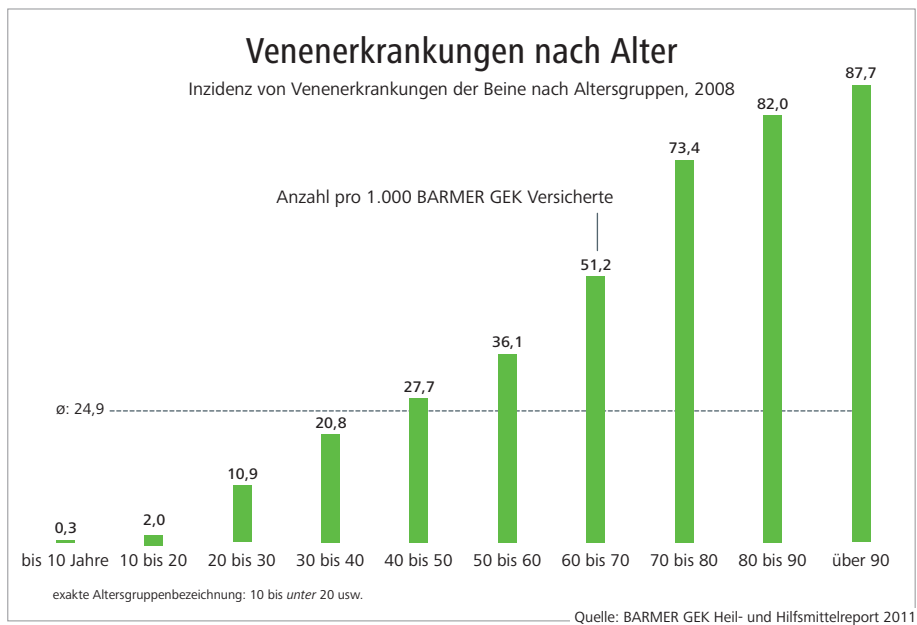


Quelle: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2011

[Zurück zum Inhalt](#)

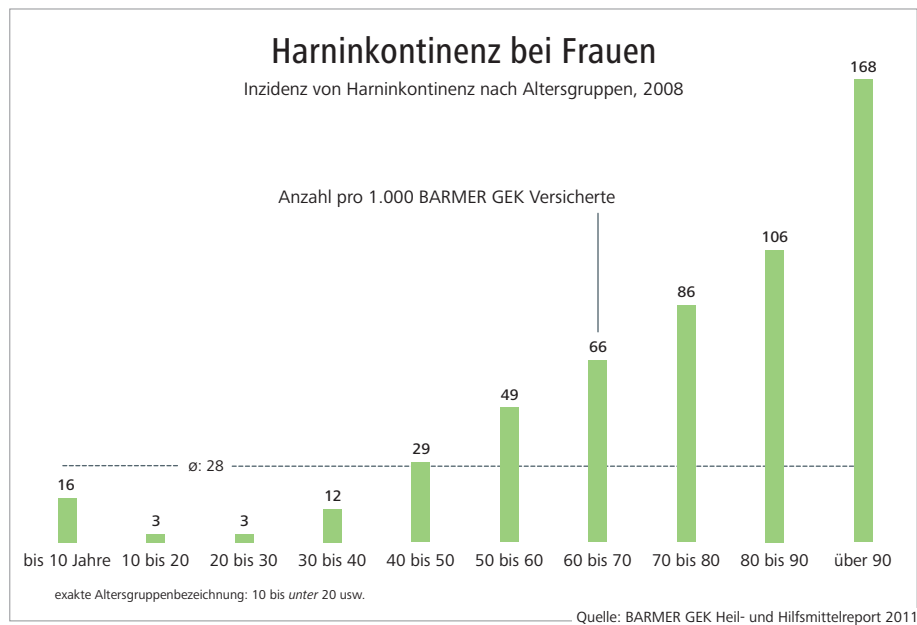


Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken. 
Auf Wunsch (E-Mail an: andreas.grosse-stoltenberg@barmer-gek.de) auch als editierbare Indesign-CS5-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung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



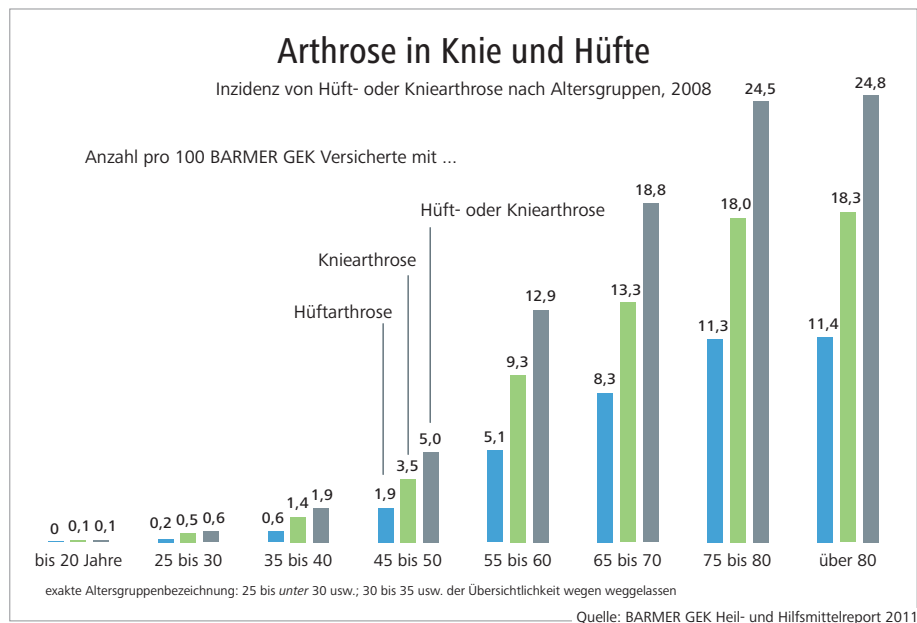
Zurück zum Inhalt 

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.



[Zurück zum Inhalt](#)

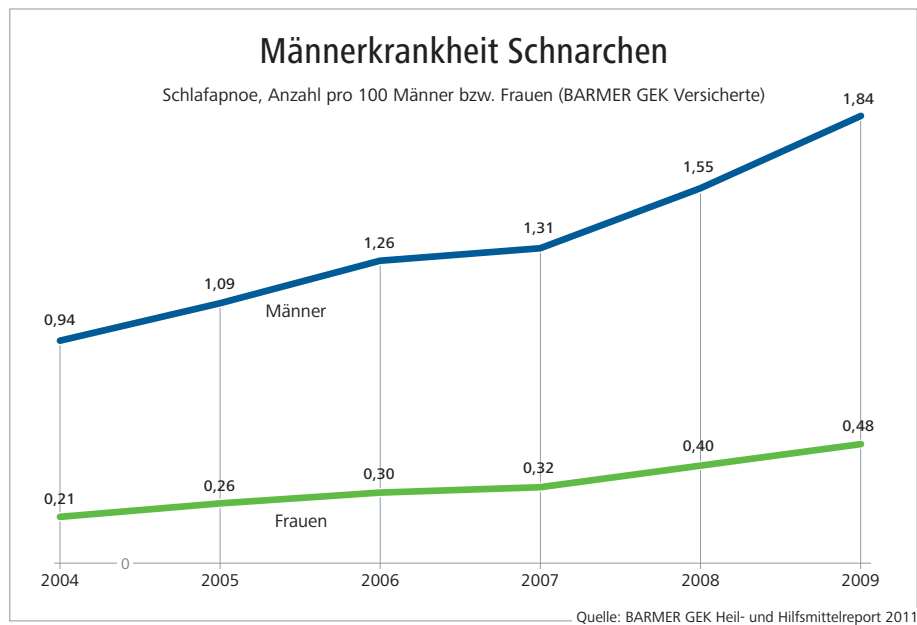
Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken. 
Auf Wunsch (E-Mail an: andreas.grosse-stoltenberg@barmer-gek.de ) auch als editierbare Indesign-CS5-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung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

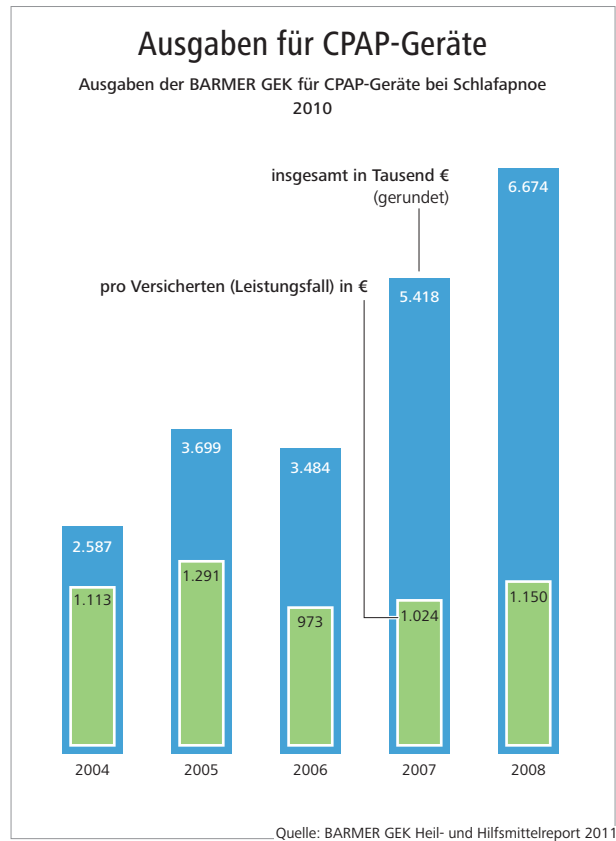
Auf Wunsch (E-Mail an: andreas.grosse-stoltenberg@barmer-gek.de) auch als editierbare Indesign-CS5-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.



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.

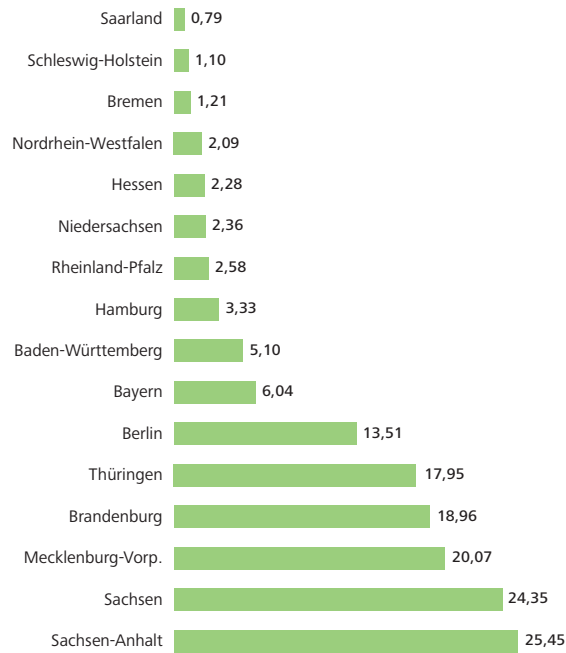


[Zurück zum Inhalt](#)

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.

Elektrotherapie: Domäne des Ostens

Heilmittelversorgung Elektrotherapie pro 1.000 BARMER GEK Versicherte
2010



Quelle: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2011

[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 10

Claudia Kemper
Kristin Sauer
Gerd Glaeske

mit Beiträgen von Henrike Greuel, Martina Grosch,
Stefan Hegenscheidt, Jana Schulze und Kathrin Tholen

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

BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2011

Auswertungsergebnisse der
BARMER GEK Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahren 2009 bis 2010

September 2011

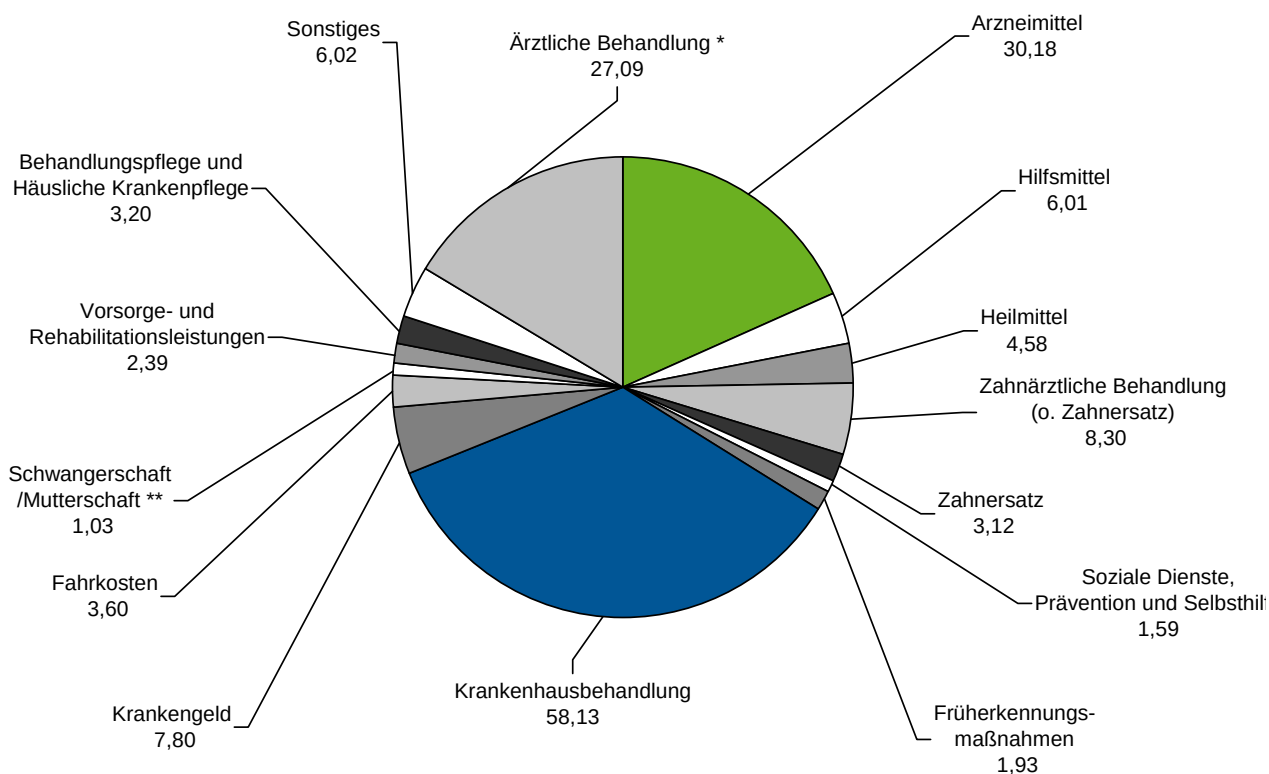
**Kurzfassung für die Pressekonferenz
am 21. September 2011
(ohne Literaturzitate)**

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

Hilfsmittel und Heilmittel in der GKV

Leistungen aus den Bereichen „Hilfsmittel“ und „Heilmittel“ kommen mehr und mehr in den Mittelpunkt, wenn über die Ausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gesprochen wird. Die Fortschritte bei den Hilfsmitteln und der Behandlungsbedarf für Patientinnen und Patienten in Gesellschaften längeren Lebens sowohl mit Hilfs-, aber auch mit Heilmitteln haben in den vergangenen Jahren zu einem deutlichen Anstieg der Kosten in diesen beiden Leistungsbereichen geführt und auch dazu, dass die beiden in der Vergangenheit immer zusammen genannten Bereiche nun auch getrennt betrachtet und analysiert werden.

Abbildung I.1 Ausgaben für einzelne Leistungsbereiche der GKV 2010 in Mrd. Euro



* Nicht berücksichtigt wurden die gezahlten Beträge für Früherkennung, Impfungen, ehemals Sonstige Hilfen und Dialyse-Sachkosten.

** ohne stationäre Entbindung.

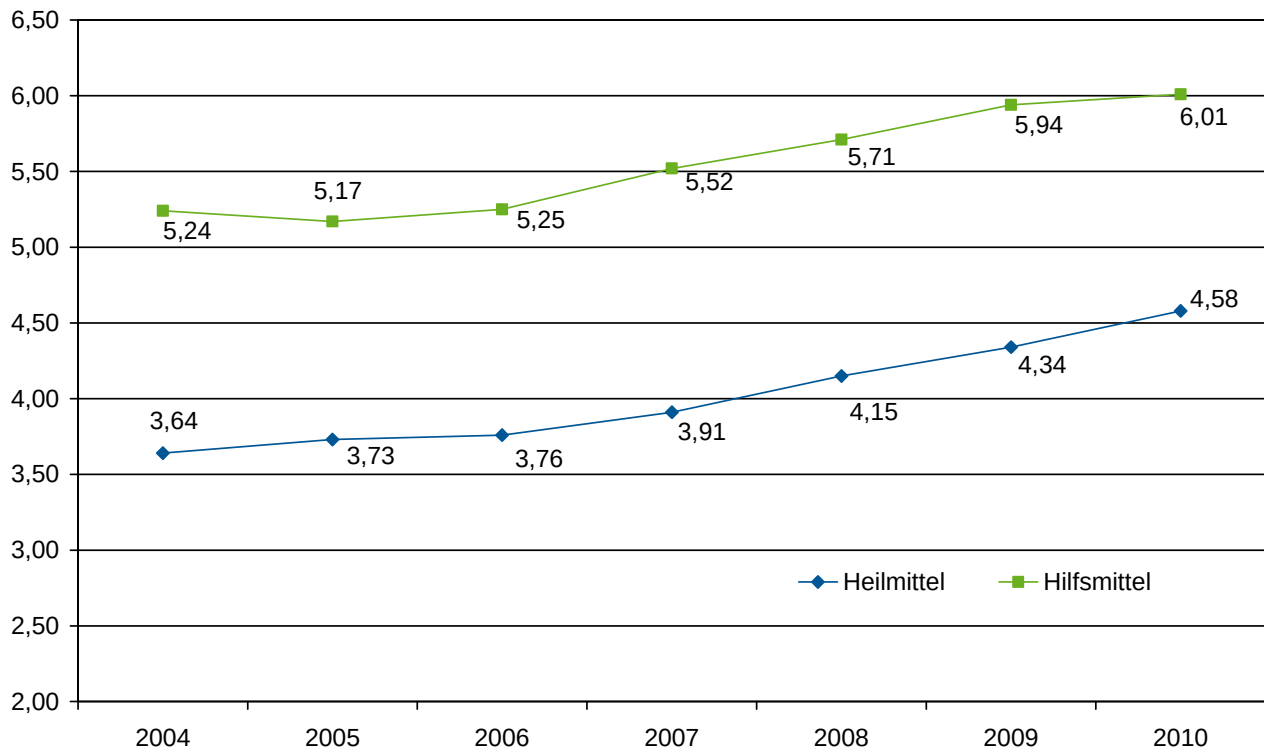
Quelle: nach GKV-Spitzenverband, 2011

Im Jahre 2010 wurden insgesamt 6,01 Mrd. Euro in der GKV für Hilfsmittel ausgegeben – und damit für Produkte wie Rollstühle, Rollatoren, Seh- und Hörhilfen, Einlagen oder Gehhilfen. Für Heilmittel fielen 4,58 Mrd. Euro an – und damit für Leistungen wie Physiotherapie, Logopädie oder Podologie.

Betrachtet man die Gesamtausgaben der GKV für Leistungen in Höhe von 165 Mrd. Euro, so entfielen 3,7% auf die Hilfsmittel und 2,8% auf die Heilmittel. Der Anstieg der Ausgaben von Jahr

zu Jahr ist unverkennbar: Zwischen 2004 und 2010 stiegen die GKV-Gesamtausgaben um 26,7% an, die Ausgaben für Heilmittel im gleichen Zeitraum um 26,4% und die Ausgaben für Hilfsmittel um 14,7%.

Abbildung I.4 Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel der GKV von 2004 bis 2010 in Mrd. Euro



Quelle: eigene Darstellung, nach GKV-Spitzenverband, 2011

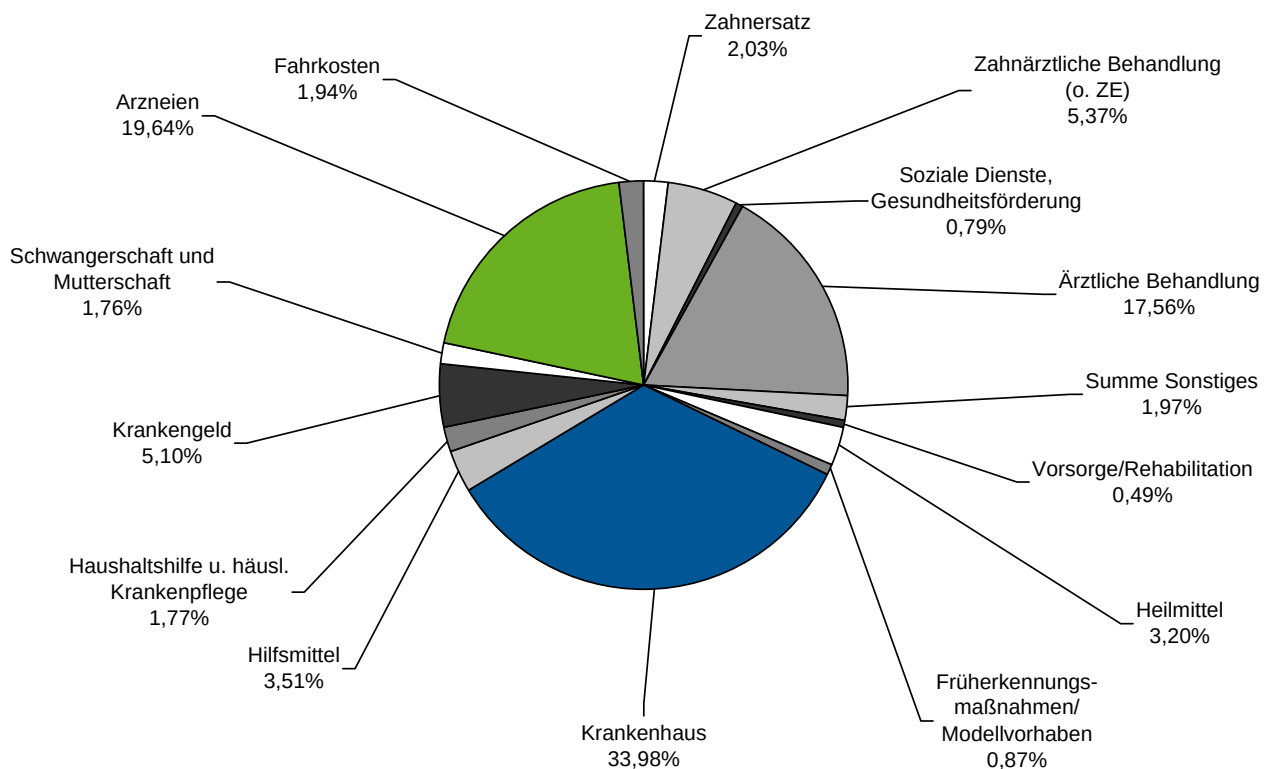
Allgemeine Auswertungsergebnisse der BARMER GEK-Daten des Jahres 2010

Heilmittel plus 8%, Hilfsmittel plus 5% – Ausgabensteigerungen für mehr Patienten

Das Durchschnittsalter in der BARMER GEK ist deutlich höher als in der Gesamt-GKV – 44,6 Jahre gegenüber etwa 42,5 Jahre. Dieser Aspekt und der auffällig hohe Anteil von Frauen in der BARMER GEK („Frauenkasse“) von 58% (gegenüber 53% in der Gesamt-GKV) hat einen bedeutenden Einfluss auf die Leistungsausgaben im Heil- und Hilfsmittelbereich, da die Leistungsausgaben mit dem Alter ansteigen und die Ausgaben für Frauen auffällig hoch sind: So liegen die Ausgaben im Bereich der Heilmittel für 100 versicherte Männer bei 4.966 Euro, für 100 versicherte Frauen aber bei 7.289 Euro und damit um 46% (!) höher. Die Unterschiede bei den Hilfsmitteln sind auch erkennbar, aber weniger dramatisch: Für 100 versicherte Männer fielen im Jahre 2010 6.883 Euro an, für 100 versicherte Frauen 7.665 Euro (+11%). Zusammengerechnet

sind die Ausgaben für Hilfsmittel im Jahre 2010 für die BARMER GEK 666,3 Mio. Euro (+5,11% gegenüber 2009) und für Heilmittel 573,7 Mio. Euro (+7,76% gegenüber 2009). Allerdings: Es werden im Jahre 2010 in beiden Leistungsbereichen auch mehr Patienten gegenüber 2009 behandelt: 10,5% mehr bei den Heilmitteln und 6,3% mehr bei den Hilfsmitteln. In beiden Bereichen sind es deutlich mehr Frauen, die Leistungen bekommen: Die Relation liegt bei etwa zwei Drittel zu einem Drittel. Insgesamt entfallen damit auf die beiden Leistungsbereiche 1,24 Mrd. Euro (+6% gegenüber 2009). Diese Ausgabensteigerung hängt allerdings auch damit zusammen, dass die BARMER GEK im Jahre 2010 3,2% mehr Versicherte betreut hat. Dieser Ausgabenblock macht 6,7% der gesamten abgerechneten Leistungsausgaben in der BARMER GEK im Jahre 2010 aus – die lagen bei 18,5 Mrd. Euro.

Abbildung I.5 Ausgaben für die einzelnen Leistungsbereiche der BARMER GEK 2010 in Prozent



Bei der genaueren Aufschlüsselung der Heilmittelausgaben wird deutlich, dass die Physiotherapie mit weitem Abstand die höchsten Ausgaben verursacht – sowohl absolut wie aber auch umgerechnet auf die durchschnittlichen Ausgaben pro Versichertem. Insgesamt kommen Ausgaben von 391,7 Mio. Euro zusammen, der Durchschnittswert pro Versichertem liegt bei 2,64 Euro und damit um 3,2% höher als noch im Jahre 2009. An zweiter Stelle der Ausgaben steht die Ergotherapie, es folgen die Logopädie und die Podologie (s. Tabelle I.2). Insbesondere bei den Leistungsausgaben für die Ergotherapie und die Logopädie fällt auf, dass sehr viele Kinder und

Jugendliche behandelt werden. Daraus könnte der Schluss gezogen werden, dass in Kindergärten und Schulen nicht mehr ausreichend auf Konzentrations- und Planungsfähigkeiten oder Sprachentwicklung geachtet wird, sondern dass allzu oft das medizinische Versorgungssystem als „Ersatz“ für Erziehungs- oder Kommunikationskonzepte genutzt wird. Daher sollte sehr viel sorgfältiger auf der Basis diagnostischer Qualifikationen auf den wirklichen Behandlungsbedarf von Kindern und Jugendlichen geachtet werden – eine Medikalisierung mit Heilmitteln ist keineswegs das richtige Konzept, um die Alltagsfähigkeiten von Heranwachsenden zu fördern.

Tabelle I.1 Kennzahlen der in 2009 und 2010 verordneten Leistungen für die BARMER GEK- Versicherten

	2009	2010	Änderung in %
Anzahl Versicherte:			
Gesamt	8.793.714	9.074.128	+3,19
Männer	3.647.502	3.799.130	+4,16
Frauen	5.146.212	5.274.998	+2,50
Durchschnittsalter:			
Gesamt	44,6	44,6	
Männer	41,5	41,4	
Frauen	46,9	46,9	
Versicherte mit Heilmittleistungen:			
Gesamt *	1.470.031	1.623.947	+10,47
Männer	430.838	496.397	+15,22
Frauen	1.039.108	1.127.278	+8,49
Versicherte mit Hilfsmittleistungen:			
Gesamt *	1.557.071	1.655.392	+6,31
Männer	501.937	550.178	+9,61
Frauen	1.055.083	1.104.909	+4,72
Ausgaben für Heilmittel:			
Gesamt **	532.362.742,82	573.699.356,48	+7,76
Männer	173.119.380,10	188.670.245,05	+8,98
Frauen	358.356.978,21	384.517.054,09	+7,30
Ausgaben für Heilmittel pro 100 Versicherte:			
Gesamt	6.053,90	6.322,36	+4,43
Männer	4.746,24	4.966,14	+4,63
Frauen	6.963,51	7.289,43	+4,68
Ausgaben für Hilfsmittel:			
Gesamt	633.920.924,55	666.304.354,63	+5,11
Männer	241.661.118,33	261.487.588,85	+8,20
Frauen	390.687.996,56	404.303.843,16	+3,49
Ausgaben für Hilfsmittel pro 100 Versicherte:			
Gesamt	7.208,80	7.342,90	+1,86
Männer	6.625,39	6.882,83	+3,89
Frauen	7.591,76	7.664,53	+0,96

* Einschließlich Personen ohne eindeutige Angaben von Geburtsjahr und Geschlecht.

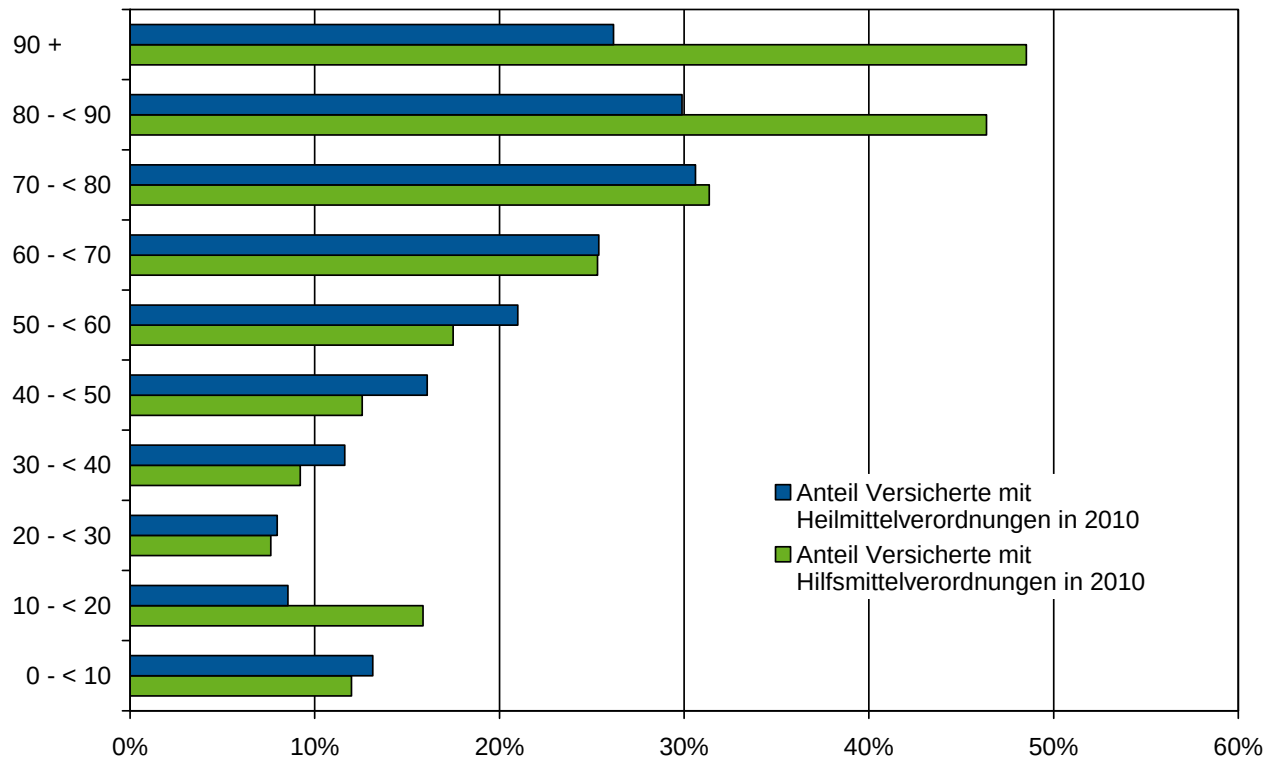
** Einschließlich Leistungen ohne eindeutige Zuordnung zu den Leistungsbereichen Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie und Podologie.

Die Steigerungsraten bei der Podologie hängen mit der höheren Aufmerksamkeit für die professionelle Fußpflege zusammen, die ausschließlich beim diabetischen Fußsyndrom in Folge von Diabetes verordnungsfähig ist. Diese Patientengruppe ist besonders bedroht, aufgrund von oftmals unbemerkt vorkommenden Verletzungen der Füße, dauerhafte Entzündungen zu erleiden, die im schlimmsten Fall zu Amputationen von Zehen oder Teilen der Füße führen können. Mit der Podologie wird aktive Prävention gegen diese belastenden Spätfolgen geleistet – dieser Behandlungsbereich sollte sich weiter entwickeln. Insgesamt steigen die Ausgaben pro Versichertem, bei der Ergotherapie um 8%, bei der Logopädie um 7,7%, bei der Podologie um 5,9% und bei der Physiotherapie um 3,2% an – insgesamt kann daher der Gesamtanstieg bei den Ausgaben für die Heilmittel um 7,8 auf 573,7 Mio. Euro nicht erstaunen.

Tabelle I.2 Ausgaben der BARMER GEK für unterschiedliche Heilmittel im Jahr 2010 in Euro

	Anzahl Versicherte mit Leistungen	Ausgaben pro Versichertem mit Leistungen 2010	Ausgaben 2010 für die BARMER GEK	Änderung Ausgaben je Versichertem zu 2009 in %
Ergotherapie	88.382	833,68	73.682.322,59	+8,04
Logopädie	82.267	627,98	51.662.393,48	+7,72
Physiotherapie	1.484.769	263,80	391.685.121,96	+3,20
Podologie	54.350	153,10	8.321.255,86	+5,86

Abbildung I.6 Anteil Versicherte der BARMER GEK mit Heil- bzw. Hilfsmittelverordnungen in 2010 nach Alter



Kennzahlen der Heilmittelversorgung

Auf der Basis aller verordneten Heilmittel aus den Jahren 2009 und 2010 zeigt sich in der BARMER GEK eine Steigerung der Anzahl abrechnender Heilmittelerbringer in allen Bereichen. In der Podologie ist der höchste Anstieg zu verzeichnen, während in der Physiotherapie im Jahr 2010 lediglich 1,11% mehr Leistungserbringer abrechneten als im Vorjahr.

Tabelle II.1 Anzahl der mit der BARMER GEK abrechnenden Leistungserbringer

	2009	2010	Änderung zum Vorjahr in %
Physiotherapeuten	40.556	41.008	+1,11
Logopäden	8.166	8.530	+4,46
Ergotherapeuten	7.558	7.976	+5,53
Podologen	3.512	3.820	+8,77
Kur/ambulante Versorgung	6	7	+16,67
Sonstige	48.327	50.079	+3,63

Die Kennzahlen der Heilmittelversorgung zeigen vor allem bei der Anzahl der Leistungsversicherten (Versicherte, die Leistungen in Anspruch genommen haben) eine deutliche Steigerung von 10,5%. Zwar nahmen die Ausgaben insgesamt um 7,8% und die Ausgaben pro Versichertem um 4,4% zu, die Ausgaben pro Leistungsversichertem fielen jedoch vom Jahr 2009 auf das Jahr 2010 um 2,5% auf 353,27 Euro. Die Durchschnittsausgaben bei allen Versicherten lagen bei 63,22 Euro (+4,4% gegenüber 2009) (s. Tabelle II.2). Der Anteil Versicherter, denen Heilmittel verordnet wurden, liegt bei den unter 10-jährigen Jungen bei 15,6% und bei den Mädchen bei 10,5%. Mit dem Alter steigt dieser Anteil an: Am höchsten liegt der Anteil mit 34,5% bei den 70- bis unter 80-jährigen Versicherten und da vor allem bei den Frauen (s. Tab. 16 im Anhang). Der Anstieg gegenüber dem Vorjahr fällt bei den Männern mit rund 11% höher aus als bei den Frauen mit knapp 6%. Die Ausgaben pro Leistungsversichertem nahmen im Jahr 2010 allerdings bei beiden Geschlechtern insgesamt ab (s. Tab. 5 im Anhang). Die Ausgaben pro Versichertem lagen in der GKV für Heilmittel bei 62 Euro im Jahr 2009 und knapp 66 Euro im Jahr 2010 (KJ1, 2010).

Tabelle II.2 Kennzahlen der Heilmittelversorgung 2009 und 2010 in der BARMER GEK

	2009	2010	Änderung in %
Leistungsversicherte	1.470.031	1.623.947	+10,47
Anzahl Rezepte	4.085.287	4.344.833	+6,35
Ausgaben in €	532.362.742,82	573.699.356,48	+7,76
Ausgaben pro LV in €	362,14	353,27	-2,45
LV zu Vers. in %	16,72	17,90	+7,06
Ausgaben pro Rezept in €	130,31	132,04	+1,33
Ausgaben pro Vers. in €	60,54	63,22	+4,43

Versorgungsanalyse Physiotherapie

In der Physiotherapie hat mit 6,5% der geringste Ausgabenzuwachs bei den dargestellten Heilmittelbereichen stattgefunden (s. Tabelle II.5). Die fünf ausgabenintensivsten Verordnungspositionen waren im Jahr 2010 die „Krankengymnastik“, die „Manuelle Therapie“, die „Krankengymnastik zur Behandlung zentraler Bewegungsstörungen nach Bobath“, die „Manuelle Lymphdrainage“ und die „Klassische Massagetherapie“ (s. Tabelle II.6). Der Ausgabenrückgang je LV hat vor allem bei den Kindern bzw. bei den unter 10-Jährigen stattgefunden (-12%). Am wenigsten war dieser Rückgang bei den 60-Jährigen und älteren Versicherten erkennbar (um 1%) (s. Tab. 11 im Anhang). Auch in diesem Versorgungssegment wird deutlich, dass in Hamburg und in Niedersachsen die deutlichsten Steigerungen der Ausgaben pro 100 Versicherte mit plus 8% und mit plus 6% stattgefunden haben.

Tabelle II.5 Kennzahlen der Physiotherapieversorgung 2009 und 2010 in der BARMER GEK

	2009	2010	Änderung in %
Leistungsversicherte	1.354.255	1.484.769	+9,64
Anzahl Rezepte	3.621.061	3.835.809	+5,93
Ausgaben in €	367.814.232,60	391.685.121,96	+6,49
Ausgaben pro LV in €	271,60	263,80	-2,87
LV zu Vers. in %	15,40	16,36	+6,25
Ausgaben pro Rezept in €	101,58	102,11	+0,53
Ausgaben pro Vers. in €	41,83	43,17	+3,20

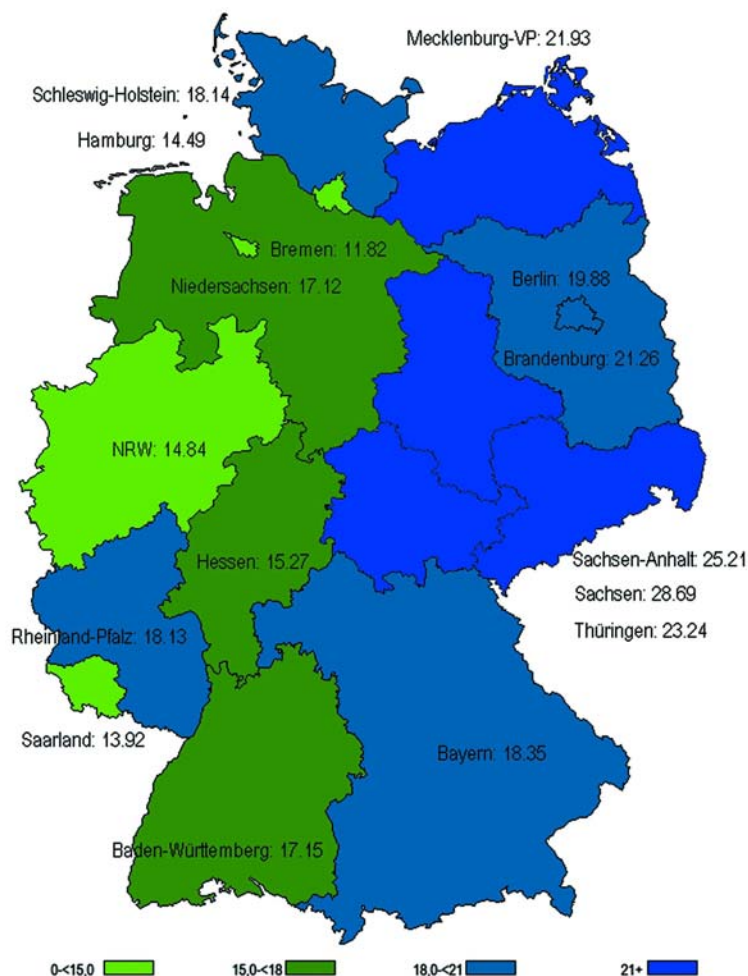
Tabelle II.6 Die ausgabenintensivsten Verordnungspositionen der Physiotherapie 2010

APN	Leistungsbezeichnung	Ausgaben in €	Anteil an den Gesamtausgaben in %	Anzahl Rezepte	Anzahl LV
20501	KG, auch Atemgymnastik, auch auf neurologischer Grundlage	150.611.754,18	38,45	1.917.520	879.567
21201	Physiotherapie: Manuelle Therapie	43.581.781,40	11,13	567.021	327.206
20710	Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen, erworben nach Abschluss der Hirnreife nach Bobath	31.507.494,81	8,04	149.745	38.002
20201	Physiotherapie: Manuelle Lymphdrainage, Großbehandlung	29.440.211,48	7,52	189.771	68.847
20106	Physiotherapie: Klassische Massagetherapie (KMT)	13.671.045,66	3,49	308.389	220.866

Versorgungsanalyse nach Bundesland

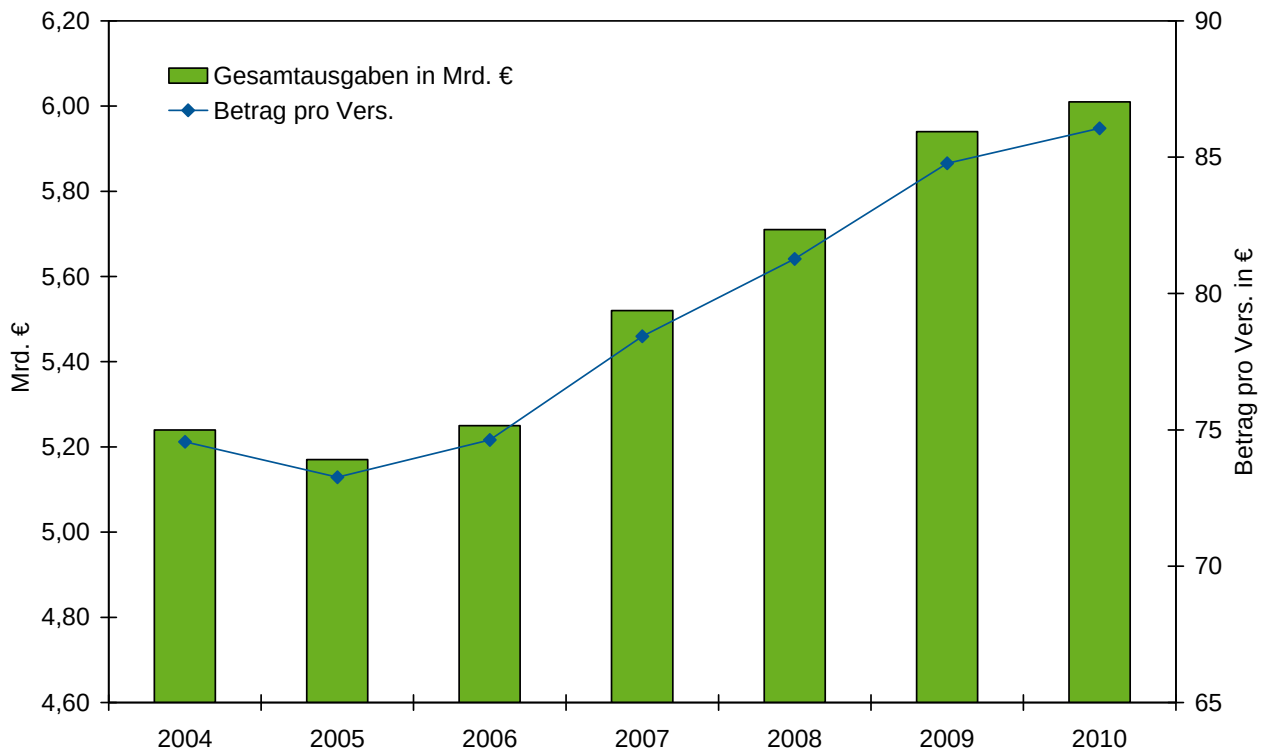
In der Abbildung II.1 wird anhand einer Deutschlandkarte deutlich, dass die Anteile der Versicherten, die Heilmittel verordnet bekommen, an allen Versicherten regional sehr unterschiedlich sind. Relativ geringe Anteile sind in Bremen, Hamburg, Nordrhein-Westfalen und im Saarland zu beobachten, wohingegen in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern die höchsten Anteile erkennbar sind. Allen voran ist das Bundesland Bremen die Region mit den meisten Leistungserbringern pro 100 Versicherten, aber den niedrigsten Ausgaben pro 100 Versicherten. In Mecklenburg-Vorpommern, ein Bundesland mit einem eher hohen Anteil Leistungsversicherten zu Versicherten, rechneten nach den Verordnungen aus dem Jahr 2010 vergleichsweise wenige Leistungserbringer mit der BARMER GEK ab (s. Tabelle II.8). Diese Ergebnisse sprechen für eine regional sehr unterschiedliche Verschreibungspraxis und Angebotsstruktur von Heilmitteln sowie für eine unterschiedliche Inanspruchnahme der Heilmittelerbringer.

Abbildung II.1 Leistungsversicherte für Heilmittel zu Versicherten in Prozent nach Bundesland in der BARMER GEK im Jahr 2010



Ergebnisse der Hilfsmittelanalysen

Abbildung III.1 Ausgabenentwicklung für Hilfsmittel in der GKV 2004 bis 2009



Kennzahlen der Hilfsmittelversorgung

Die Ausgaben der BARMER GEK für Hilfsmittel von sonstigen Leistungserbringern – hier sind die Hilfsmittel aus Apotheken (z.B. Stützstrümpfe oder Bandagen) noch nicht eingeschlossen – lagen im Jahr 2010 bei 666,3 Millionen Euro, was einer Zunahme zum Vorjahr um etwa 5% entspricht. Leistungen von Orthopädiemechanikern und Bandagisten machen dabei rund 53% der Ausgaben aus.

Die folgenden Auswertungen beziehen sich ausschließlich auf Abrechnungen über „sonstige Leistungserbringer“, die zur Hilfsmittelabgabe berechtigt sind (s. Tabelle III.1) und Hilfsmittel, die im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind. Hilfsmittel, die über Apotheken abgegeben wurden, sind in den Analysen nicht erfasst.

Der Ausgabenanstieg von 5,1% zum Vorjahr ist zu einem großen Teil auf die Zunahme an BARMER GEK-Versicherten insgesamt (+3,2%) und vor allem an Versicherten mit Hilfsmittelverordnungen (Leistungsversicherte +6,3%) zurückzuführen. Der Anteil der BARMER GEK-Versicherten, die ein Hilfsmittelrezept erhalten haben, stieg demnach von 17,7% im Jahre

2009 auf 18,2% im Jahre 2010. Knapp 500.000 Versicherte erhielten ein Rezept über Einlagen, die damit schon 29% der Leistungsversicherten ausmachen. Mehr als 320.000 Versicherte bekamen eine Bandage verordnet (s. Tab. 18 im Anhang). Mit der höheren Anzahl Leistungsversicherter ist auch die Anzahl der Hilfsmittelrezepte deutlich gestiegen (+5,3%).

Tabelle III.1 Ausgaben für Hilfsmittleistungen von sonstigen Leistungserbringern

Leistungserbringer	Ausgaben 2009 in €	Anteil an den Gesamtaus- gaben in %	Ausgaben 2010 in €	Anteil an den Gesamtaus- gaben in %	Änderung zu 2009 in %
Orthopädiemechaniker, Bandagisten	331.607.317,95	52,31	353.854.873,44	53,11	+1,52
Sonstige Erbringer von Leistungen i.S. des SGB	160.169.158,14	25,27	168.144.817,30	25,24	-0,12
Orthopädieschuhmacher, Orthopäden (als Erbringer von Leistungen, z.B. Einlagen)	57.175.732,95	9,02	57.452.978,09	8,62	-4,40
Hörgeräte-Akustiker	55.138.097,66	8,70	56.641.127,61	8,50	-2,27
Rehabilitationsstätten, Pflegeheime, Sozialstation	17.298.119,49	2,73	17.515.228,52	2,63	-3,67
Augenoptiker, Augenärzte (als Erbringer von Leistungen)	7.082.663,79	1,12	7.065.264,14	1,06	-5,09
Sonstige	5.449.834,57	0,86	5.630.065,53	0,84	-1,71

Tabelle III.2 Kennzahlen der Hilfsmittelversorgung 2009 und 2010 in der BARMER GEK

	2009	2010	Änderung in %
Leistungsversicherte	1.557.071	1.655.392	+6,31
Anzahl Rezepte	4.804.082	5.059.543	+5,32
Ausgaben in €	633.920.924,55	666.304.354,63	+5,11
Ausgaben pro LV in €	407,12	402,51	-1,13
LV zu Vers. in %	17,71	18,24	+3,03
Ausgaben pro Rezept in €	131,95	131,69	-0,40
Ausgaben pro Vers. in €	72,09	73,43	+1,86

Mit zunehmendem Alter steigt auch der Hilfsmittelbedarf und damit die Versorgungsprävalenz sowohl bei Männern wie auch bei Frauen, die mit Ausnahme von Kindern im Alter bis zu zehn Jahren einen vergleichsweise hohen Versorgungsbedarf aufweisen. Etwa jede zweite BARMER GEK-versicherte Frau über 80 Jahren erhält demnach innerhalb eines Jahres mindestens ein Hilfsmittel. Der Anteil leistungsversicherter Männer liegt in dieser Altersgruppe bei etwa 40%. Die Entwicklung der letzten Jahre zeigt allerdings eine Abnahme der Hilfsmittelversorgung für ältere Versicherte, während die Versorgungsprävalenz in den mittleren Altersgruppen (vor allem bei den 40- bis 50-Jährigen) kontinuierlich ansteigt. So ist der Anteil der 40- bis 49-jährigen Frauen mit Hilfsmittelversorgung von 2009 auf 2010 um fast 6% gestiegen, der Anteil der Männer in dieser Altersgruppe hat sogar um etwa 11% zugenommen (s. Tab. 17 im Anhang).

Abbildung III.2 Versorgungsprävalenz mit Hilfsmitteln nach Alter und Geschlecht im Jahr 2010

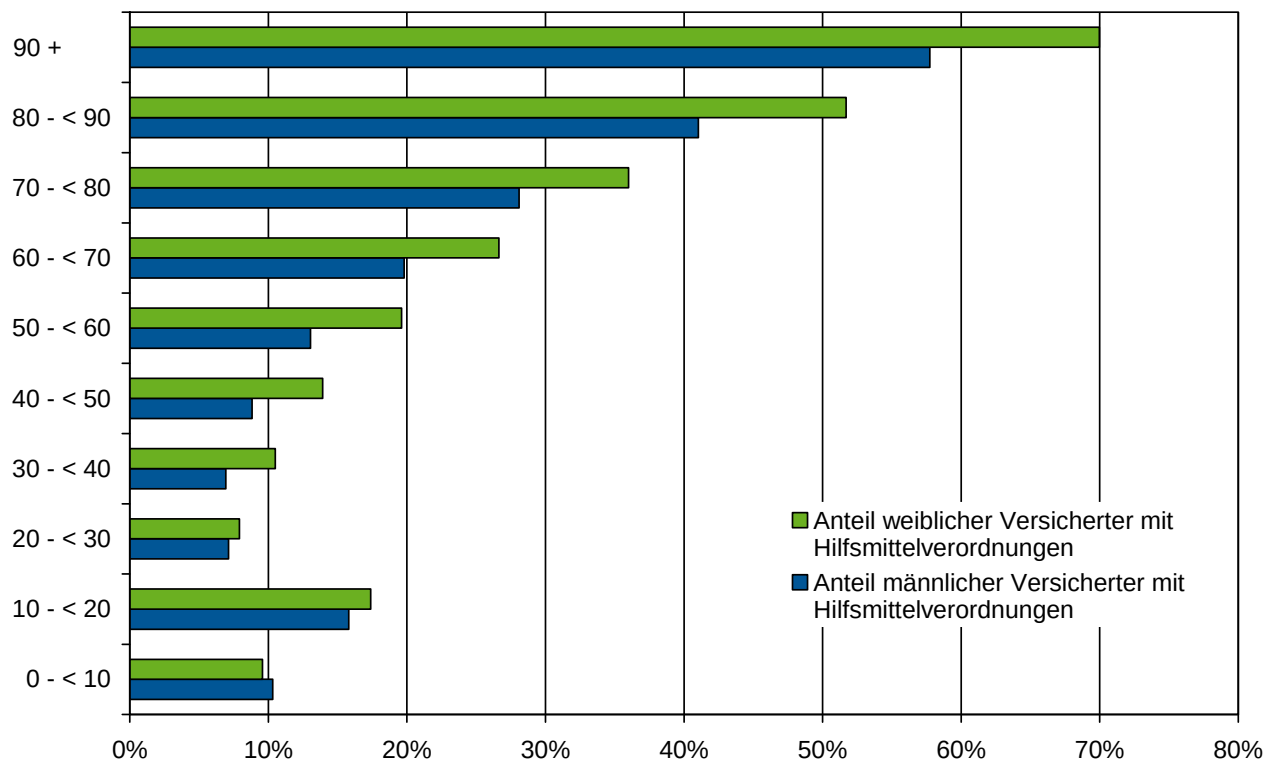
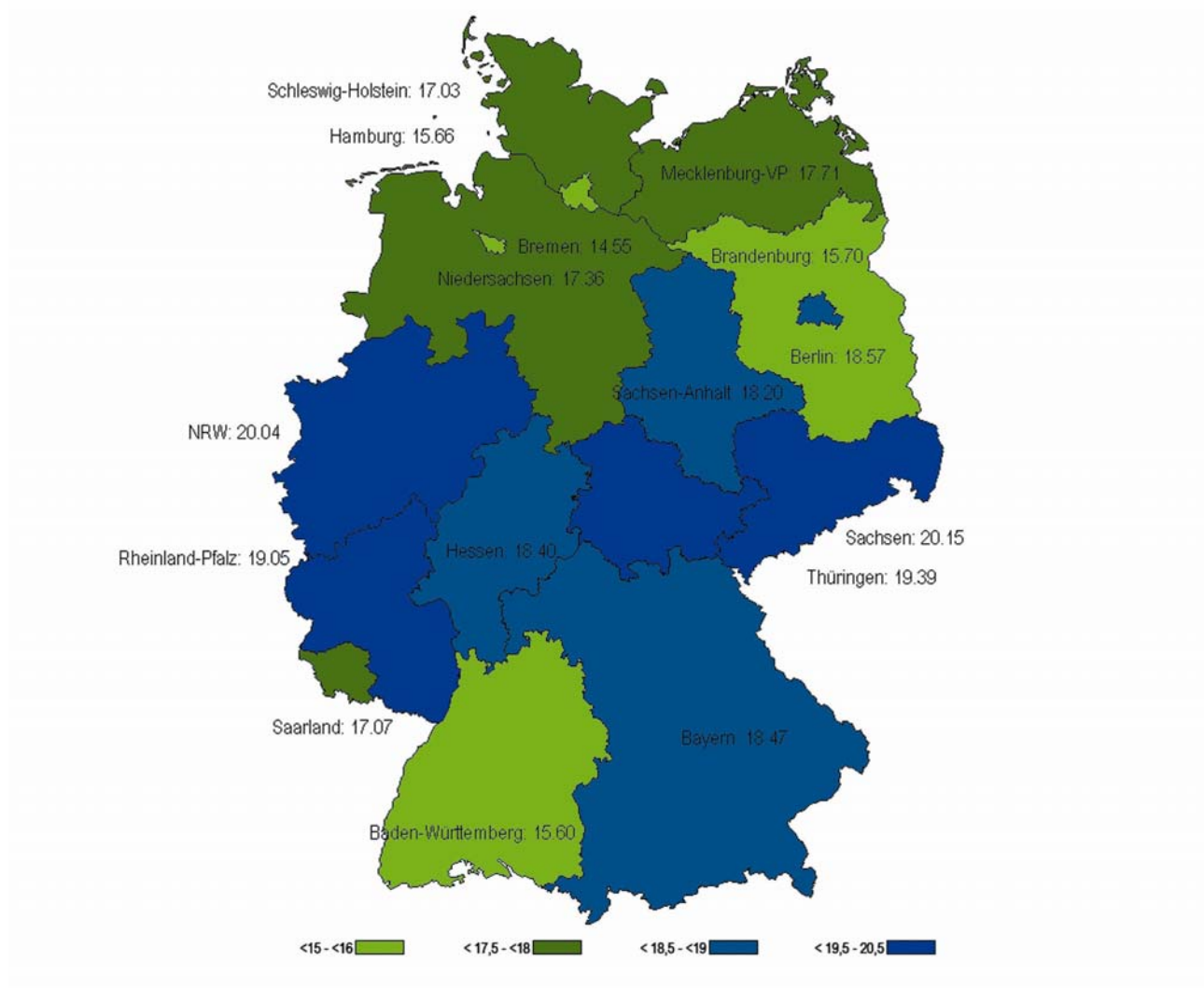


Tabelle III.3 10 Produktgruppen der höchsten Versorgungsprävalenz und Ausgaben pro Leistungsversichertem nach Geschlecht im Jahr 2010

Produktgruppe	Männer mit Hilfsmittleistungen		Frauen mit Hilfsmittleistungen	
	Anteil in %	Ausgaben pro LV in €	Anteil in %	Ausgaben pro LV in €
08 - Einlagen	3,69	80,47	6,32	76,41
05 - Bandagen	2,69	100,69	4,13	94,18
17 - Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	1,46	113,41	3,63	141,49
15 - Inkontinenzhilfen	1,58	349,86	2,73	318,22
10 - Gehhilfen	1,41	56,58	2,15	60,25
31 - Schuhe	0,93	368,67	1,61	255,02
09 - Elektrostimulationsgeräte	0,61	79,22	1,30	81,60
25 - Sehhilfen	1,45	59,96	1,21	77,45
23 - Orthesen/Schienen	0,76	412,72	1,19	308,89
18 - Kranken-/Behindertenfahrzeuge	0,65	940,17	0,95	710,62

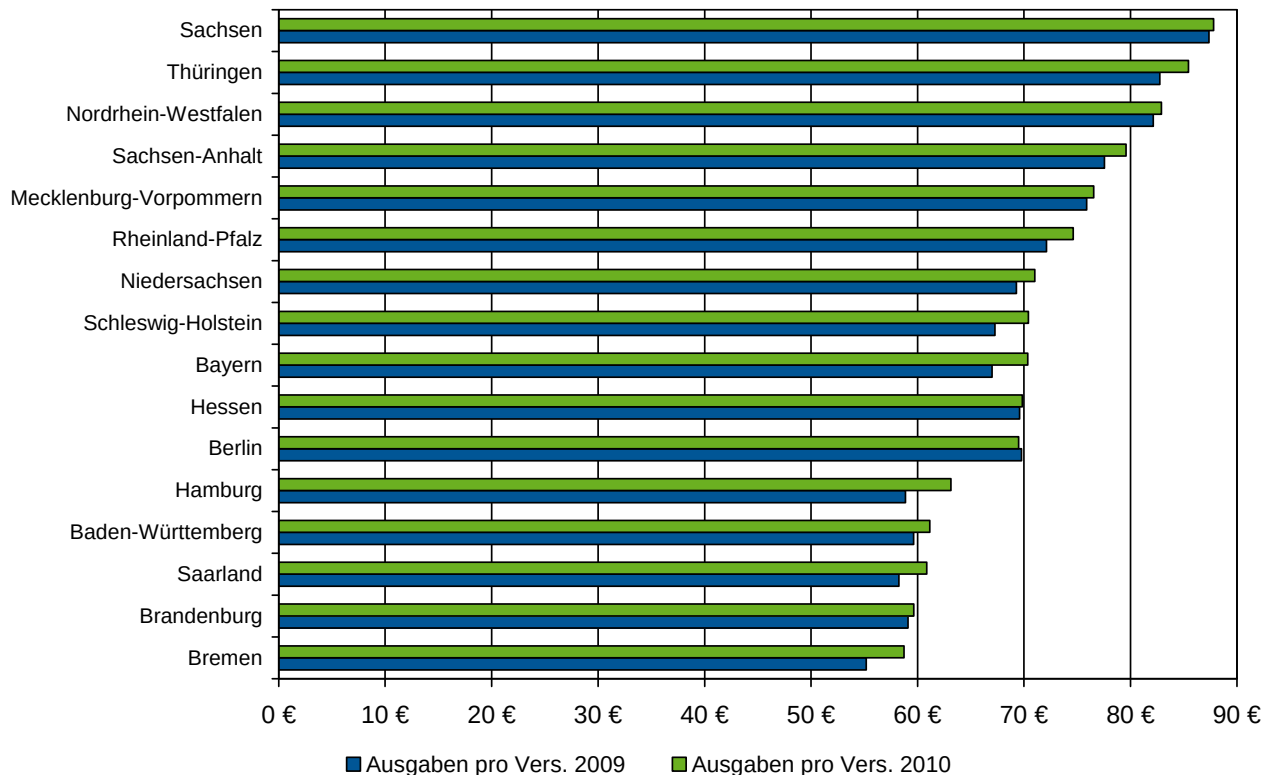
Neben geschlechtsspezifischen Differenzen sind auch regionale Unterschiede in der Hilfsmittelversorgung zu erkennen. So weisen die Bundesländer Sachsen, Nordrhein-Westfalen, Thüringen und Rheinland-Pfalz mit 19,05% bis 20,15% die höchsten Anteile von Versicherten auf, die Hilfsmittel erhalten haben.

Abbildung III.3 Leistungsversicherte für Hilfsmittel nach Bundesland



Die höchsten Ausgaben pro Versichertem für Hilfsmittel entfallen auf die Bundesländer Sachsen, Nordrhein-Westfalen und Thüringen, wobei nur die Länder Bremen und Hamburg eine Zunahme von 2009 auf 2010 um mehr als 6% zu verzeichnen haben. Diese Differenzen sind am ehesten mit Unterschieden in der Alters- und Geschlechtsverteilung der Versicherten und mit Morbiditätsunterschieden zwischen den Bundesländern zu erklären (siehe dazu auch BARMER GEK „Gesundheitswesen aktuell“ 2011). Die Ausgabendifferenzen können aber auch in unterschiedlichem Versorgungsverhalten der Leistungsanbieter begründet sein (insbesondere bei Verbrauchsmaterialien, die bisher vertraglich nicht durch pauschalisierte Vergütungen geregelt sind).

Abbildung III.4 Ausgaben für Hilfsmittel pro Versichertem 2009 und 2010 nach Bundesland



Versorgungsanalyse ausgewählter Hilfsmittelproduktgruppen

Die höchsten Ausgaben für medizinische Hilfsmittel, die über die BARMER GEK abgerechnet wurden, entfielen auf die Produktgruppen „Inhalations- und Atemtherapiegeräte“, die bei chronischen Erkrankungen der Atemwege wie z.B. Asthma bronchiale, chronisch-obstruktiver Bronchitis oder Mukoviszidose Anwendung finden. Diese Geräte werden zur häuslichen Inhalation von Medikamenten eingesetzt. In der folgenden Tabelle III.4 sind die 10 Produktgruppen aufgelistet, die wie im Vorjahr den höchsten Ausgabenanteil ausmachten. Dieser Anteil umfasst 69% der Gesamtausgaben. Inkontinenzhilfen und Kranken- bzw. Behindertenfahrzeuge belegen wie im Vorjahr die Plätze zwei und drei bei den Hilfsmittelausgaben.

Tabelle III.4 Rangliste der Ausgaben für Hilfsmittelproduktgruppen aus dem HMV (TOP 10) für das Jahr 2010

Rang 2010	Produktgruppe	Ausgaben in € in 2010	Ausgaben pro Versichertem in 2010 in €	Rang 2009
1	14 - Inhalations- und Atemtherapiegeräte	72.686.379,82	8,01	1
2	15 - Inkontinenzhilfen	66.857.998,21	7,37	2
3	18 - Kranken-/Behindertenfahrzeuge	58.847.834,75	6,49	3
4	13 - Hörhilfen	57.646.019,10	6,35	4
5	08 - Einlagen	36.761.271,55	4,05	6
6	29 - Stomaartikel	35.948.408,11	3,96	7
7	31 - Schuhe	34.712.983,33	3,83	5
8	17 - Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	33.357.028,93	3,68	9
9	23 - Orthesen/Schienen	31.251.186,34	3,44	10
10	05 - Bandagen	30.827.878,84	3,40	8

Fast 474.000 BARMER GEK-Versicherte erhielten im Jahr 2010 eine Einlagenversorgung. Damit liegt die Versorgungsprävalenz hier erstmals über 5%. Auch Hilfsmittel zur Kompressionstherapie nehmen einen steigenden Versorgungsrahmen ein. Um knapp 6% sind die Ausgaben pro Versichertem für vorwiegend Kompressionsstrümpfe von 2009 auf 2010 gestiegen. Die 33,4 Mio. Euro für Kompressionshilfsmittel entfielen auf 2,7% der Versicherten.

Die Therapie von Venenerkrankungen der Beine

Krankhafte Veränderungen am Venensystem gehören zu den weit verbreiteten Gesundheitseinschränkungen in Deutschland: Nur etwa 10% der deutschen Bevölkerung gibt keine Beschwerden und Auffälligkeiten an, dagegen berichten 59% über Besenreiser, Krampfadern oder zurückliegende Thrombosen (RKI, 2009b). Unter chronischen Erkrankungen der Venen mit schwerwiegenden Symptomen wie Ödemen oder Ulzerationen leiden 30% der Bevölkerung. Im Rahmen des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 berichteten etwa 4% der Befragten über eine zurückliegende Thrombose. Pro Jahr versterben mehr als 7.000 Bundesbürgerinnen und -bürger an einer Lungenembolie, die auf eine Beinvenenthrombose zurückzuführen ist.

Die Krankheitskosten für Venen- und Lymphkrankungen zusammen betrugen im Jahr 2006 2,18 Mrd. Euro; 37% davon entfielen allein auf die Behandlung von Krampfadernerkrankungen (RKI, 2009b). Ein großer Anteil der Ausgaben entfällt auf die stationäre Behandlung (600 Mio. Euro), die jedoch im Vergleich zum Jahr 2002 einen deutlich rückläufigen Trend verzeichnet. Dies ist zum einen auf eine rückläufige Anzahl der stationären Leistungen bei Varizenerkrankungen zu erklären, lässt aber zum anderen auf eine Zunahme der ambulanten Operationen im Krankenhaus

schließen. Genaue Zahlen für ambulante Eingriffe bei Venenerkrankungen sind bundesweit jedoch nicht verfügbar.

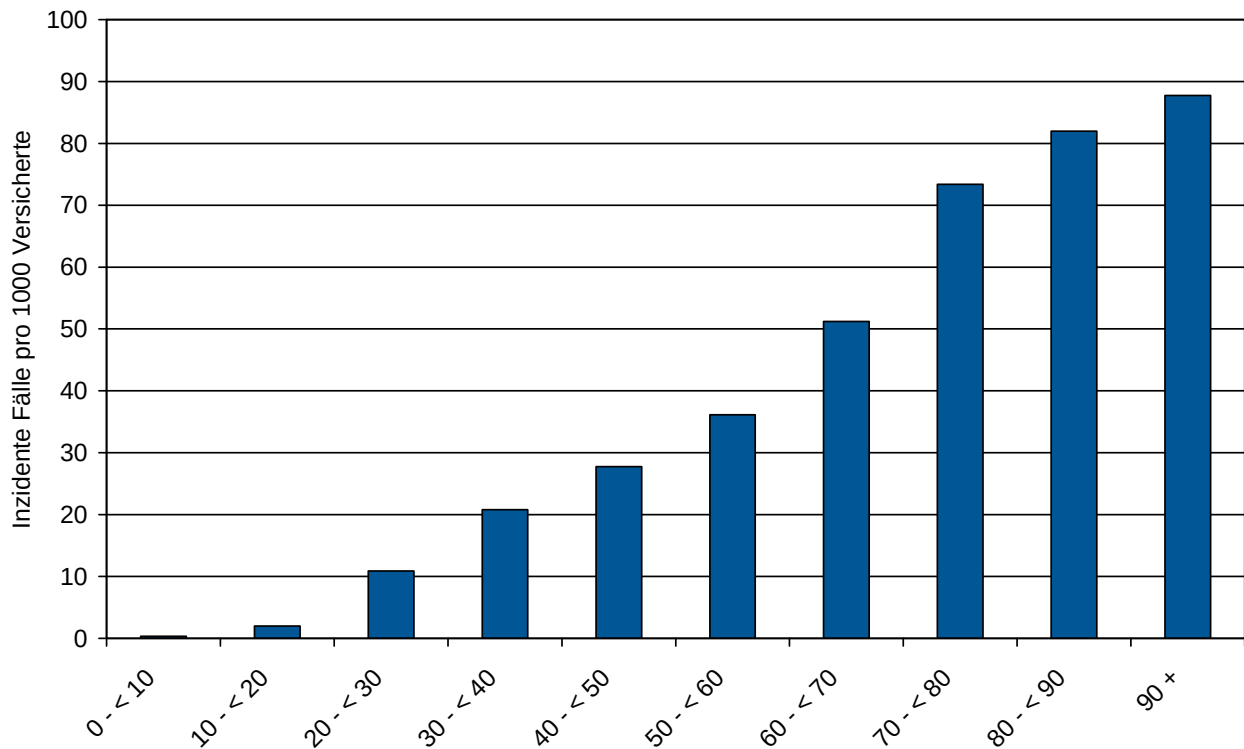
Stationär werden in Deutschland jährlich etwa 300.000 Operationen der Krampfadern vorgenommen, der Anteil der Kosten für chronische Venenerkrankungen insgesamt beläuft sich vor allem durch behandlungsintensive venöse Ulzerationen auf 1% bis 3% der gesamten Gesundheitsausgaben (Partsch, 2009).

Zusammenfassend kann man von einer schwachen Evidenz für Effektivität und langfristige Effekte bei chirurgischen Eingriffen sprechen, während sich konservative Maßnahmen als effizient hinsichtlich Behinderung und Schmerz erwiesen haben (Murad et al., 2011). Die häufigste konservative Maßnahme stellt die Kompressionsbehandlung dar, die vermehrt bei Frauen, bei Betroffenen höheren Alters und bei höhergradigen Erkrankungen angewendet wird (Pannier et al., 2007). Der gemäß Studienlage zu erwartende positive Effekt wird jedoch eingeschränkt durch die schlechte Patienten-Adhärenz bei der Anwendung von Kompressionsstrümpfen. Eine Studie aus dem Jahr 2007 berichtet davon, dass nur 37% der Patienten die Strümpfe zumindest zeitweise tragen. Zu den Hauptgründen für die Ablehnung der Therapie zählt das subjektive Gefühl der Ineffektivität und ein schlechter Tragekomfort (Raju et al., 2007).

Im Jahr 2008 wurde durchschnittlich bei 25 von 1.000 Versicherten erstmals die Diagnose „Venenerkrankung“ dokumentiert. Hochgerechnet auf alle Versicherten der Gesetzlichen Krankenkassen 2008 ergäbe dies mehr als 470.000 Neuerkrankungen innerhalb eines Jahres.

In allen analysierten Diagnosegruppen überwiegt der Anteil weiblicher Versicherter mit mindestens einer ärztlichen Diagnose. So liegt bei Thrombosen der Anteil der betroffenen Frauen bei 55% und bei Patienten mit Varizen der unteren Extremität sind 67% weiblich. Doch neben dem weiblichen Geschlecht ist vor allem ein höheres Lebensalter entscheidend für das Auftreten von Venenerkrankungen. Allein zwischen dem 40. und 70. Lebensjahr verdoppelt sich die Wahrscheinlichkeit für Erkrankungen des Venensystems.

Abbildung IV.1 Inzidenz von Venenerkrankungen der unteren Extremität nach Altersgruppen im Jahr 2008

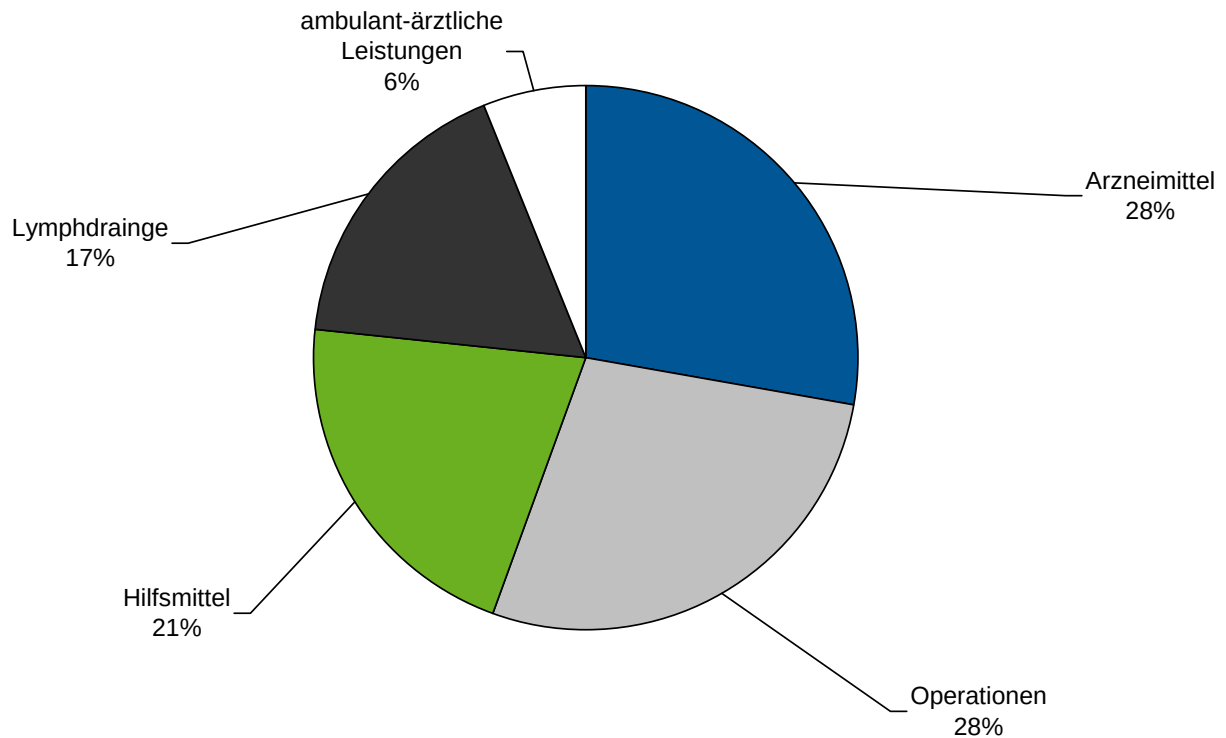


Mit einem Anteil von 68% sind es vor allem Varizen der unteren Extremität, die als Venenerkrankungen diagnostiziert werden. Davon treten 10% mit einer Entzündung oder sogar einer Ulzeration auf. Die chronisch venöse Insuffizienz wird nach ICD-10 unter „sonstigen Venenerkrankungen“ aufgeführt, die – genauso wie Thrombosen – insgesamt einen Anteil von 13% an allen Venenerkrankungen ausmachen.

Die Inanspruchnahme therapeutischer Optionen bei Venenerkrankungen innerhalb eines Jahres nach Erstdiagnose variiert sehr stark: Mit 2% werden stationäre chirurgische Eingriffe bei dem geringsten Anteil der Betroffenen durchgeführt, machen jedoch 28% der jährlichen Gesamtausgaben für Venenerkrankungen aus. Spezielle ambulant-ärztliche Leistungen machen bei hoher Versorgungsprävalenz mit 6% der Ausgaben den kleinsten Kostenfaktor aus. Die höchsten Ausgaben pro Leistungsversichertem entstehen nach den chirurgischen Eingriffen durch die manuelle Lymphdrainage.

Für alle GKV-Versicherten liegen die jährlichen Gesamtkosten für die hier analysierten Leistungsbereiche hochgerechnet bei etwa 62,3 Mio. Euro allein für inzidente Fälle.

Abbildung IV.5 Gesamtkosten für Venenerkrankungen nach Leistungsbereichen in Prozent



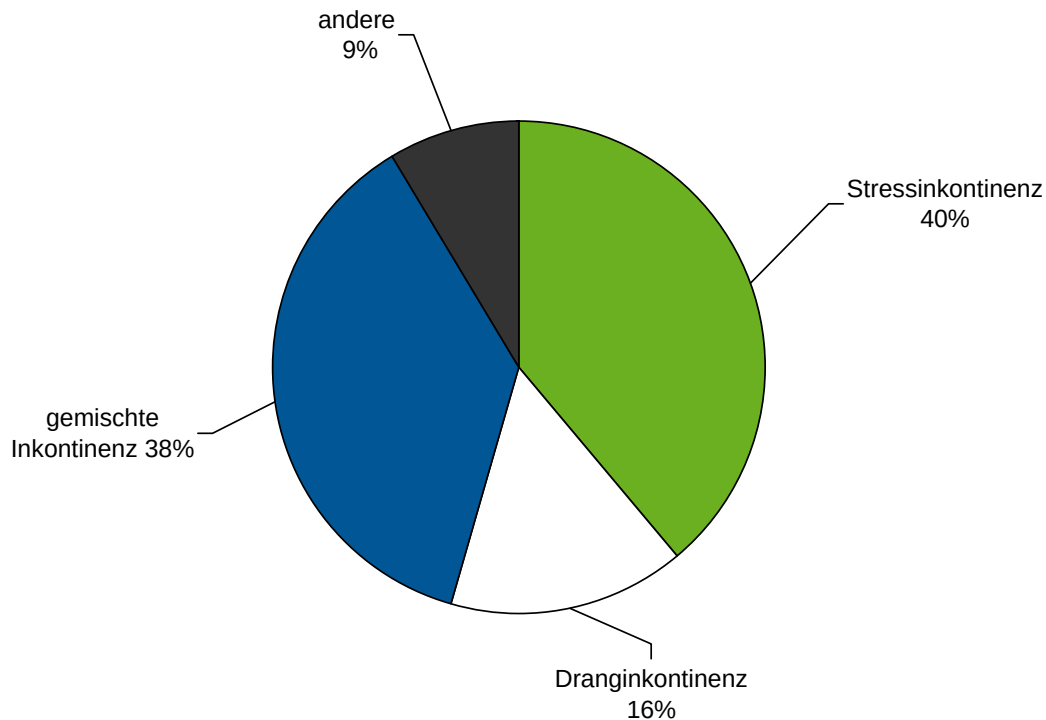
Die Analysen der BARMER GEK-Daten zeigen, dass 25 von 1.000 Versicherten innerhalb eines Jahres erstmals wegen Venenerkrankungen ärztlich behandelt werden. Innerhalb eines Jahres nach der Erstdiagnose wird vorrangig die Kompressionstherapie angewendet, die 21% der Ausgaben ausmacht. Weit weniger Patienten erhalten Lymphdrainage zur Behandlung von Ödemen und unterziehen sich chirurgischen Eingriffen. Beide Leistungsbereiche kommen auf insgesamt 45% der jährlichen Gesamtkosten für inzidente Fälle. Damit stehen in Bezug auf die Ausgaben Maßnahmen im Vordergrund, für die der wissenschaftliche Nachweis zur langfristigen Wirksamkeit nur unzureichend erbracht ist. Vorliegende Evidenz wird keineswegs ausreichend berücksichtigt – zum Schaden für die Patienten und mit monetären Folgen für unser Versorgungssystem. Allein für Heilmittel und Operationen bei Varizen entstanden im Jahr 2006 bundesweit Kosten in Höhe von 342 Mio. Euro (RKI, 2009b); Ausgaben für – nach aktuellen wissenschaftlichen Ergebnissen – ineffiziente Therapien, da der Nachweis des langfristigen Nutzens fehlt.

Die stärkere Betonung einer qualitativ hochwertigen Kompressionstherapie, die eingebettet ist in geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Adhärenz, könnte zur Vermeidung von schweren Erkrankungen und Komplikationen beitragen. Vergleichsweise teure Maßnahmen wie Lymphdrainage oder Operationen wären dann obsolet.

Die Therapie der Harninkontinenz

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bezeichnet die Harninkontinenz als eine weltweite Volkskrankheit und als eines der letzten medizinischen Tabus. Es ist derzeit davon auszugehen, dass ca. sechs bis acht Millionen Menschen in Deutschland von einer Harninkontinenz betroffen sind (Deutsche Kontinenz Gesellschaft, 2009). Der Anteil von Frauen überwiegt deutlich aufgrund der anatomischen Gegebenheiten und ihrer Gebärfähigkeit. Der weit verbreitete Irrglaube, die Harninkontinenz sei ein natürlicher Bestandteil des Alterns, führt zu einer „Verschleppung“ des Problems und zu höheren Folgekosten, da einfache konservative Behandlungsmöglichkeiten nicht mehr greifen (Niederstadt & Doering, 2004). Die immer noch bestehende Tabuisierung der Erkrankung und die Schamgefühle bei den Patientinnen führen zu einer späten Inanspruchnahme von Leistungen. Bestehende Informationsdefizite bei Leistungsanbietern und Patientinnen über präventive und therapeutische Behandlungsmöglichkeiten und die fehlende Vernetzung und Integration der Versorgung verhindern, dass wirksame Behandlungsmethoden frühzeitig greifen. Es ist davon auszugehen, dass eine Inkontinenzerkrankung, die nicht adäquat und frühzeitig behandelt wird, hohe Folgekosten im Hilfsmittelbereich insbesondere für Inkontinenzvorlagen verursacht. Die Kostenlawine, die verstärkt durch den demografischen Wandel in den nächsten Jahren zu erwarten ist, dürfte erheblich sein. Die Auswertung der Daten der BARMER GEK zeigt, dass der Stellenwert der unterschiedlichen Therapieoptionen auf eine erhebliche Fehlversorgung schließen lässt, und dass eine bessere und frühzeitiger einsetzende Behandlung Einsparpotentiale beinhaltet.

Abbildung IV.8 Verhältnis der Inkontinenztypen bei prävalenten Frauen in Deutschland



Quelle: Hunskaar et al., 2004

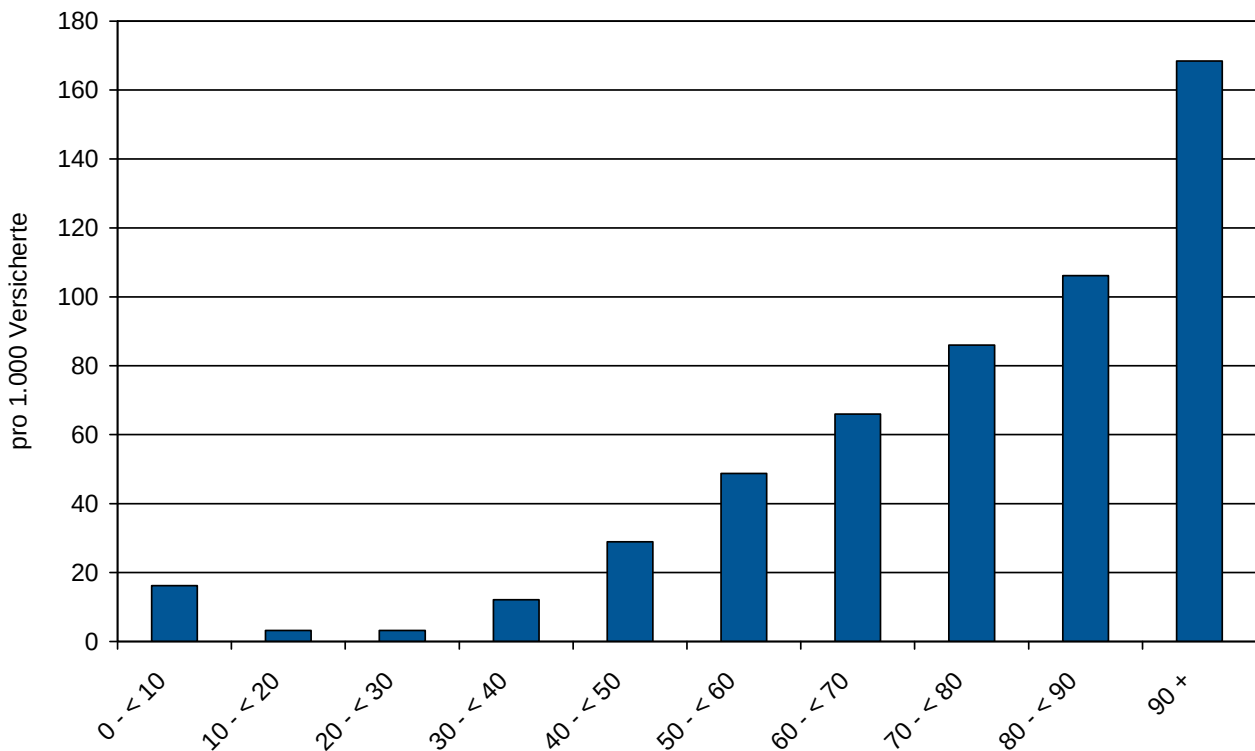
Epidemiologie und Versorgung der Harninkontinenz: Analysen der BARMER GEK-Daten

Im Jahr 2008 wurde bei 28 von 1.000 weiblichen Versicherten im Rahmen der ambulant-ärztlichen Versorgung erstmals die Diagnose der Harninkontinenz gestellt. Die Abbildung IV.9 stellt die Anzahl der Neuerkrankungen nach Altersgruppen dar. Ab dem 30. Lebensjahr steigt die Rate der Neuerkrankungen von zunächst 12 pro 1.000 um das 14-fache auf 168 pro 1.000 bei Frauen ab 90 Jahren und zeigt damit deutlich die Altersabhängigkeit der Inkontinenz.

Die gesamtgesellschaftliche Bedeutung der Inkontinenz ist erheblich. Die Kosten, die in Zukunft von dieser Erkrankung ausgehen, sind beträchtlich und werden durch den demografischen Wandel weiter steigen. Um eine bedarfsgerechte Versorgung betroffener Patienten sicherzustellen, gilt es Fehl-, Unter- aber auch Überversorgungen zu vermeiden. Die konservative Therapie, die anerkanntermaßen den Verlauf der Inkontinenz günstig beeinflussen kann, findet in Deutschland kaum Beachtung. Neue Verantwortlichkeiten im Gesundheitswesen, gekoppelt mit neuen Versorgungswegen, könnten dazu beitragen, die konservative Therapie der weiblichen

Harninkontinenz aufzuwerten. Eine frühzeitigere Versorgung und ein besseres Therapiemanagement, welches ein abgestuftes Vorgehen einzelner Diagnose- und Therapieoptionen beinhaltet, könnten die Versorgungsqualität verbessern. Die hohen Kosten im Bereich der Hilfsmittel und operativen Eingriffe ließen sich durch zeitnahe therapeutische Interventionen reduzieren.

Abbildung IV.9 Inzidenzrate pro 1.000 Versicherte der Harninkontinenz bei Frauen im Jahr 2008



Arthrose der Hüft- und Kniegelenke

Die Anzahl von operativen Eingriffen mit künstlichem Gelenkersatz nimmt jährlich zu. Die Kosten, die für die Gesetzlichen Krankenkassen durch die stationäre Behandlung bei Erstimplantationen der Hüft- und Kniegelenke entstehen, beliefen sich im Jahr 2009 auf fast drei Milliarden Euro. Das Statistische Bundesamt berichtet, dass für die Behandlungen von Arthrosen im Jahr 2002 rund sieben Milliarden Euro und damit fast 30% der direkten Kosten, die insgesamt durch Muskel- und Skeletterkrankungen entstehen, verursacht wurden. Die in diesem Zusammenhang aufkommenden Arbeitsunfähigkeitstage, Rehabilitationsmaßnahmen und Frühberentungen sind bedeutend. Da das Risiko, an Arthrose zu erkranken, mit dem Alter zunimmt, sind vor dem

Hintergrund der demografischen Entwicklung eine steigende Anzahl Betroffener und damit ein erhöhter Versorgungsbedarf zu erwarten.

Ein Gelenkersatz erfolgt, wenn Maßnahmen wie Physiotherapie oder die medikamentöse Behandlung nicht ausreichend Linderung und Bewegungsfähigkeit verschaffen. Vor allem aktive Maßnahmen der Physiotherapie können aber die Konsequenzen der Krankheit, wie die eingeschränkte Aktivität und Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben, verbessern.

Die Auswertungen zeigen hohe Anteile Versicherter mit einer Hüft- oder Kniearthrose und zusätzlichen Diagnosen, die Risikofaktoren für das klinische Fortschreiten einer Arthrose darstellen. Männer gehören zu der Zielgruppe, die verstärkt mit Physiotherapie behandelt werden sollte, bevor eine Operation stattfindet. Außerdem werden noch zu viele passive gegenüber aktiven Maßnahmen verordnet.

Die Kosten für Erstimplantationen von Hüft- bzw. Kniegelenken belaufen sich in Deutschland jährlich auf insgesamt ca. 1,4 bis 1,6 Milliarden bzw. 1,0 bis 1,3 Milliarden Euro. Darin sind die Kosten für die medizinische Rehabilitation und die ambulante Nachbehandlung nicht eingeschlossen. Dies geht aus Hochrechnungen des BARMER GEK Report Krankenhaus 2010 hervor. Die Erstimplantation hat vor allem bei den Kniegelenken deutlich zugenommen, nämlich um 43% im untersuchten Zeitraum zwischen 2003 und 2009. Frauen werden zwar häufiger operiert als Männer, die Steigerungsrate bei den Männern ist jedoch höher als bei den Frauen. Es wurde gezeigt, dass bei 80% bzw. 96% der Erstimplantationen eines Hüft- oder Kniegelenks auch die Hüft- oder Kniearthrose als relevante Entlassungshauptdiagnose verzeichnet wurde. Wird davon ausgegangen, dass der Anteil der Bevölkerung, der von Arthrose betroffen ist, nicht plötzlich angestiegen ist, deutet dies auf zunehmende Entscheidungen für eine Implantation hin (Bitzer et al., 2010).

Die Rolle der Physiotherapie

Der natürliche Verlauf der Arthrose ist sehr heterogen. Perioden, in denen kaum Symptome auftreten, können sich mit starken Schmerzen und Bewegungseinschränkungen abwechseln. Die physiotherapeutische Behandlung kann in verschiedenen Stadien der Krankheit eine Rolle spielen. PhysiotherapeutInnen können PatientInnen im Krankheitsprozess begleiten und Hilfestellung im Umgang mit den Beschwerden bieten, z.B. durch die gemeinsame Erarbeitung der persönlichen Bewältigungsstrategie und durch die Stärkung der patienteneigenen Ressourcen. Bis heute gibt es weder pharmakologische noch therapeutische Möglichkeiten, die das radiologische Fortschreiten

der Arthrose nachweislich aufhalten können. Jedoch können durch die Physiotherapie die Konsequenzen der Krankheit, wie die eingeschränkte Aktivität und Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben und die verminderte Belastbarkeit durch beispielsweise eine erhöhte Trainingstoleranz und Muskelkraft verbessert werden. In diesem Rahmen kann Physiotherapie ihren Beitrag zur tertiären Prävention leisten, nämlich zur Vorbeugung des weiteren Fortschreitens oder der Komplikationen der Erkrankung, sowie zur Verbesserung der Selbstwirksamkeit der Betroffenen. PhysiotherapeutInnen können bei der Vorbereitung auf eine gelenkersetzende Operation und ihrer Nachsorge zur schnellstmöglichen Eingliederung in den Alltag und das häusliche Umfeld von Bedeutung sein. Zu den physiotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen bei Hüft- oder Kniearthrose gehören die Information über die Erkrankung und Beratung im Umgang mit den Krankheitsfolgen, die individuell oder in Gruppen durchgeführte Trainingstherapie, auch Hydrotherapie und physikalische Maßnahmen (Wärme-, Kälteanwendungen) oder die Manuelle Therapie zur Schmerzlinderung, sowie Entlastung und Verbesserung der Beweglichkeit. Nach Bedarf werden schmerzstillende Medikamente eingesetzt.

Ein Gelenkersatz erfolgt schließlich, wenn die vorangegangenen Maßnahmen nicht ausreichend Linderung verschaffen (KNGF, 2010; AWMF, 2009).

Die Evidenz für die unterschiedlichen physiotherapeutischen Maßnahmen zur Schmerzlinderung und Steigerung der körperlichen Belastbarkeit bei Hüft- und Kniearthrose kann folgendermaßen zusammengefasst werden, dabei wird Level 1 als beste externe Evidenz und Level 4 als Expertenmeinung angesehen:

Tabelle IV.8 Evidenzlevel für die Bewertung der Therapiemöglichkeiten und ihre Empfehlung bei Hüft- und Kniearthrose

Therapie	Level	Empfehlung
Training	1	zur Schmerzlinderung, Steigerung der körperlichen Belastbarkeit
Patientenschulung und Maßnahmen zur gesteigerten Selbstwirksamkeit in Kombination mit Trainingstherapie	2	zur Schmerzlinderung, Steigerung der körperlichen Belastbarkeit
Massage	2	nicht empfohlen
aktive Hydro-, Balneotherapie	1	weder Schaden noch Nutzen
Wärme- oder Kältetherapie	4	zur Schmerzlinderung, Steigerung der körperlichen Belastbarkeit

Quelle: KNGF, 2010

Abbildung IV.14 Versicherte mit Hüft- (M16) und/oder Kniearthrose (M17) als Anteil an allen Versicherten nach Altersgruppen in Prozent

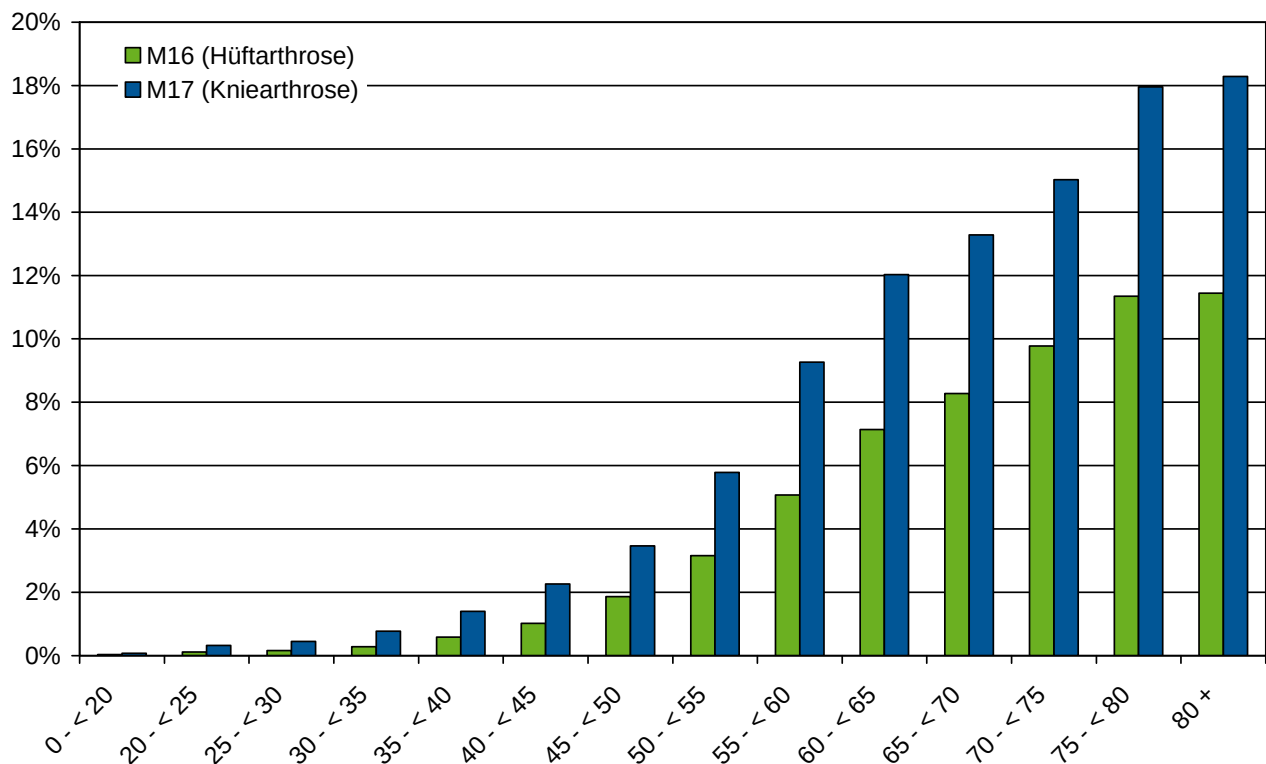
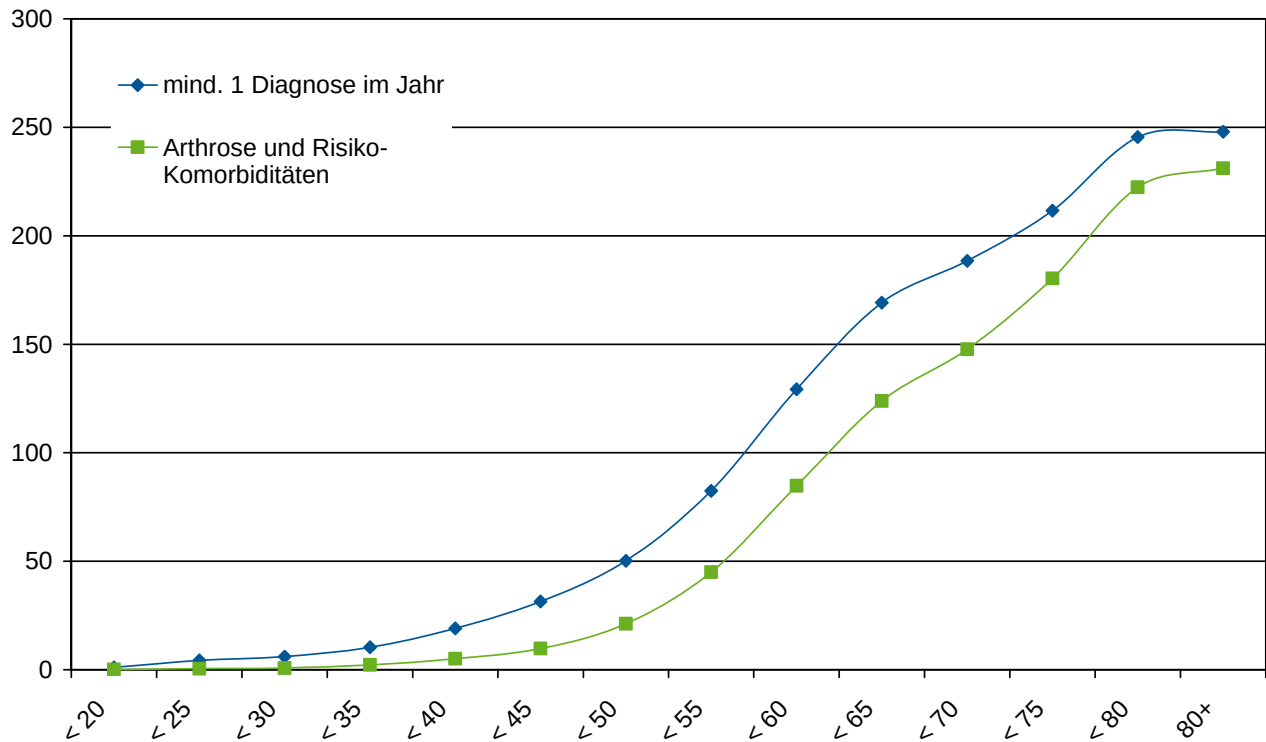


Abbildung IV.15 Anzahl Versicherte mit Hüft- oder Kniearthrose pro 1.000 Versicherte nach Altersgruppen



Nicht nur vor dem Hintergrund einer alternden Bevölkerung und einem steigenden Versorgungsbedarf müssen Versorgungsstrukturen ausgebaut werden und den betriebs- und volkswirtschaftlichen Belastungen durch Arthrose entgegengewirkt werden. Die bereits hohen Kosten für Erstimplantationen und die zunehmende Indikationsstellung machen deutlich, dass sinnvolle Behandlungsstrategien, wie die Physiotherapie, die ihren Beitrag im Rahmen tertiärer Prävention leisten können, genutzt werden sollten. Dadurch kann dem weiteren Fortschreiten oder Komplikationen der Erkrankung vorgebeugt, sowie die Selbstwirksamkeit und der Gesundheitszustand der Betroffenen gestärkt werden.

Die Auswertungen zeigen nicht nur hohe Anteile Versicherter, die von einer Hüft- oder Kniearthrose betroffen sind, sondern auch solcher, die zusätzlich noch Diagnosen aufweisen, die als Risikofaktoren für das klinische Fortschreiten einer Arthrose bekannt sind. Diese Versicherten werden zwar eher physiotherapeutisch behandelt als Versicherte ohne die speziellen Zusatzdiagnosen, jedoch ist nicht klar, ob die Anteile angemessen sind und das Potenzial der Physiotherapie damit ausgeschöpft wird. Deutlich ist, dass Frauen eher behandelt werden als Männer und hinsichtlich der hohen Steigerungsrate für Erstimplantationen bei Männern von einer Zielgruppe gesprochen werden kann, die verstärkt in die Prävention mittels Physiotherapie eingebunden werden könnte, bevor eine Operation stattfindet. Außerdem besteht die Hälfte aller physiotherapeutischen Verordnungspositionen aus passiven Maßnahmen, die nur eingeschränkt

dazu beitragen können, dass die Selbstwirksamkeit und der Gesundheitszustand nachhaltig verbessert werden.

CPAP-Geräte in der Versorgung von Patienten mit Schlafapnoe

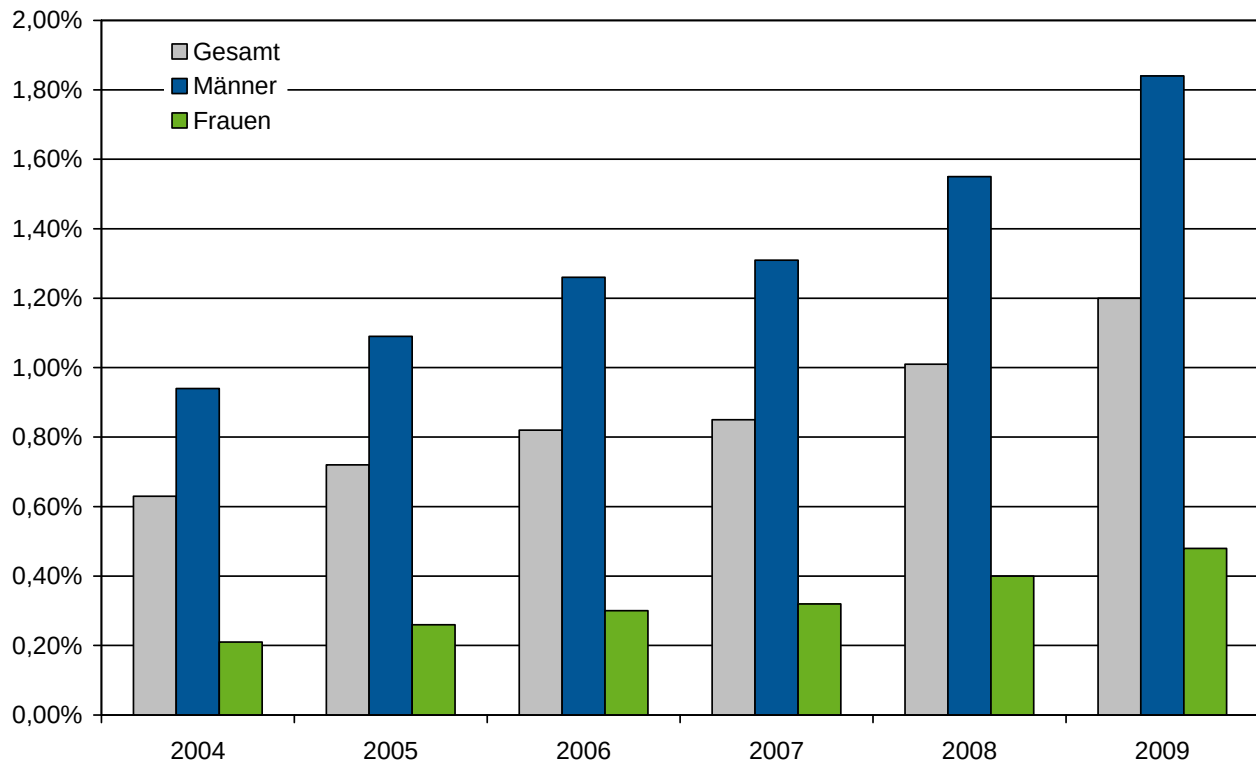
Das obstruktive Schlafapnoe-Syndrom (OSAS) als schlafbezogene Atmungsstörung gewinnt aufgrund steigender Erkrankungszahlen und der zunehmenden Erforschung ihrer Pathogenese an Bedeutung. Bleibt das OSAS unbehandelt, können schwerwiegende zerebro- und kardiovaskuläre Folgeerkrankungen auftreten. Der Erkrankung steht eine wirksame und effektive Therapie mit einem CPAP-Gerät (Continuous Positive Airway Pressure) gegenüber. Leitlinien empfehlen einheitlich den Einsatz von CPAP-Geräten als Mittel der Wahl. Ihre Wirksamkeit ist wesentlich von ihrem kontinuierlichen Einsatz abhängig.

Die Analysen der Daten zeigen, dass die Erkrankungsprävalenz der Schlafapnoe von 0,6% der Versicherten im Jahre 2004 auf 1,2% im Jahre 2009 ansteigt. Dabei wird deutlich, dass die Schlafapnoe vor allem eine Erkrankung des männlichen Geschlechts ist. Die höchste Erkrankungsrate liegt zwischen dem 40. und 70. Lebensjahr.

Die CPAP-Geräte gehören zu den Hilfsmitteln mit vergleichsweise hohen Anschaffungskosten. Im Jahr 2010 gab die BARMER GEK 40,3 Mio. Euro für CPAP-Geräte aus. Eine Untersuchung der Verordnung von CPAP-Geräten im Jahr der Neuerkrankung ergibt, dass nur 16% der Neuerkrankten mit einem CPAP-Gerät versorgt werden und dass 2,2-mal mehr Männer als Frauen ein CPAP-Gerät erhalten.

Eine zukünftige Aufgabe muss in der Prävention Schlafapnoe begünstigender Faktoren (z.B. Adipositas), in einer grundsätzlichen Sensibilisierung für das komplexe Thema der Schlafapnoe und einer zeitnahen Hilfsmittelversorgung liegen.

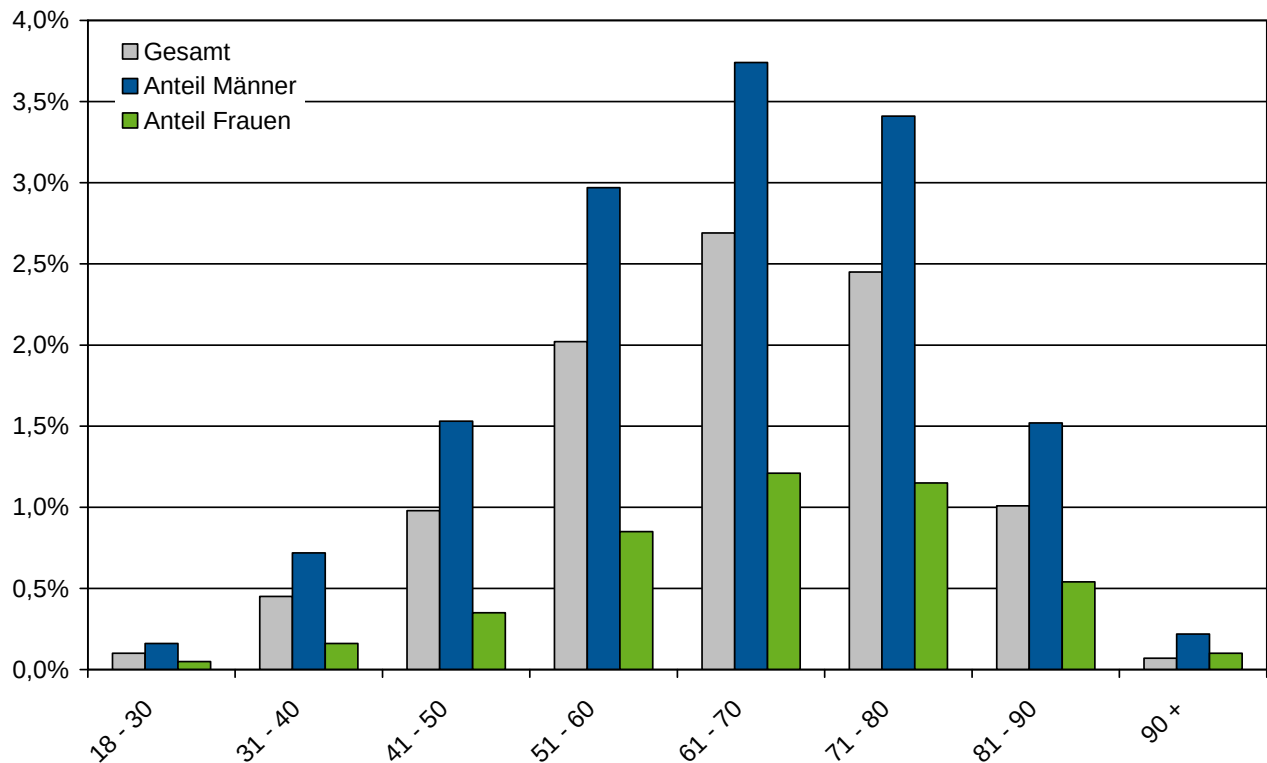
Abbildung IV.28 Entwicklung der Krankheitsprävalenz der Schlafapnoe in den Jahren 2004 bis 2009



Betrachtet man die Erkrankungsprävalenz differenziert nach dem Geschlecht, so wird deutlich, dass die Schlafapnoe vor allem eine Erkrankung des männlichen Geschlechts ist. Zu allen Messzeitpunkten liegt die Erkrankungsprävalenz bei den Männern um das 4-fache höher als bei den Frauen. Die Erkrankungsprävalenz bei den Frauen über den Untersuchungszeitraum hinweg steigt allerdings auch an: Von 0,2% auf 0,5%.

Führt man die differenzierte Erkrankungsanalyse fort und betrachtet die Erkrankung in Abhängigkeit vom Alter, so wird deutlich, dass die Schlafapnoe eine Erkrankung des mittleren Lebensalters ist. Besonders häufig tritt sie in den Altersgruppen 40 bis 70 Jahre auf.

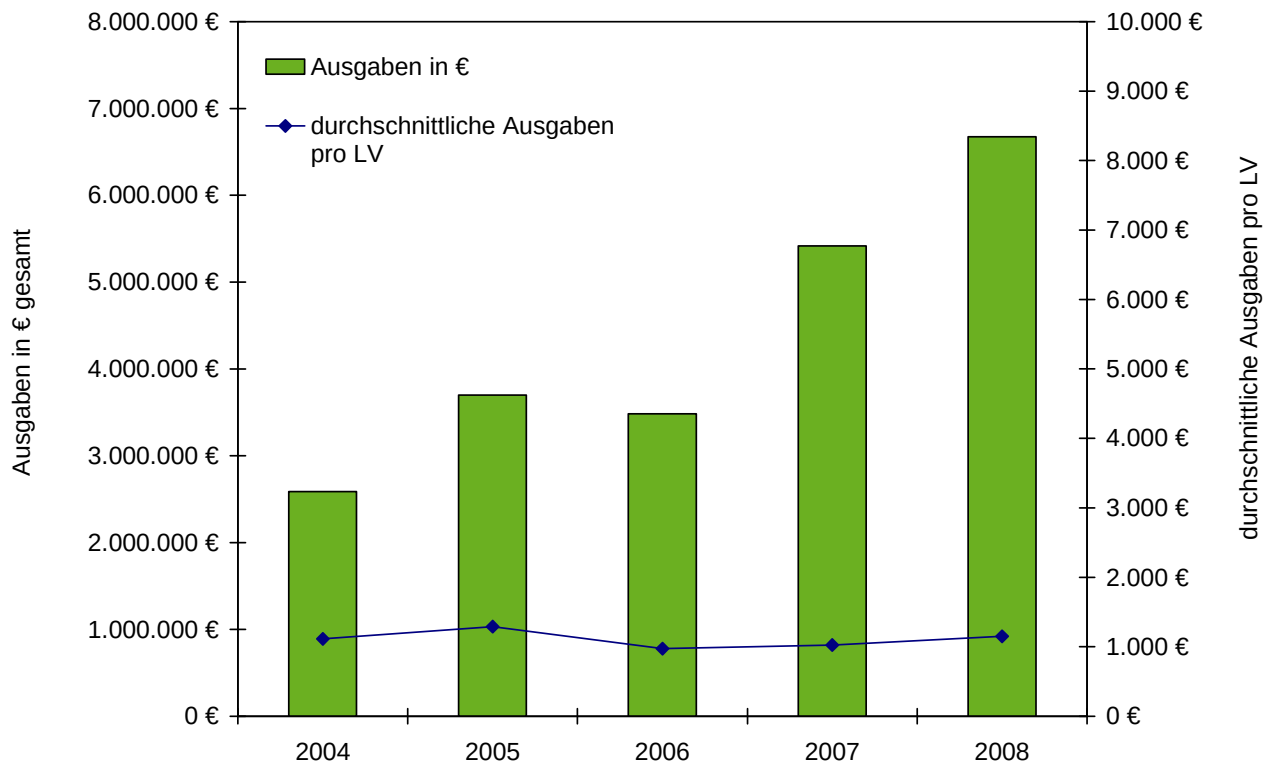
Abbildung IV.29 Prävalenz der Schlafapnoe differenziert nach Alter und Geschlecht im Jahr 2009



Kosten

Die CPAP-Geräte, die zur Behandlung der Schlafapnoe eingesetzt werden, gehören zu den Hilfsmitteln mit vergleichsweise hohen Anschaffungskosten. Ein CPAP-Gerät kostet im Durchschnitt zwischen 1.000 Euro und 5.000 Euro, die zugehörigen Masken verursachen Kosten von 125 bis 300 Euro (N.N., 2004). Wegen der rapide ansteigenden Erkrankungsprävalenz steigen auch die Ausgaben für CPAP-Geräte stark an. So wurden im Jahr 2004 für 2.324 Leistungsversicherte ca. 2,6 Millionen Euro aufgewendet. Die durchschnittlichen Kosten für ein CPAP-Gerät und das Zubehör lagen in diesem Jahr bei 1.113 Euro. Im weiteren Untersuchungsverlauf steigen die jährlichen Ausgaben: Im Jahr 2007 entfallen auf die CPAP-Geräte schon 5,4 Millionen Euro und schließlich 6,7 Millionen im Jahr 2008. Die Ausgaben nahmen folglich von 2004 bis 2008 um das 2,6-fache zu. Die durchschnittlichen Ausgaben pro Leistungsversichertem bleiben im Untersuchungszeitraum in einem Ausgabenspektrum von ca. 970 Euro bis 1.300 Euro relativ ähnlich. Nach der Vereinigung der BARMER und der GEK im Jahr 2010 konnten Kosten von 40,3 Mio. Euro für CPAP-Geräte und Zubehör ermittelt werden.

Abbildung IV.30 Ausgaben für CPAP-Geräte im Jahresverlauf von 2004 bis 2008 bei Schlafapnoe-Erkrankten



Versorgung inzident Erkrankter mit CPAP-Geräten

Der klare Anstieg der Erkrankungsprävalenz, der in der Literatur dargestellt wird, lässt sich auch in der vorliegenden Analyse wiederfinden. Eine Steigerung der Erkrankungshäufigkeit um 50% innerhalb der sechs Untersuchungsjahre dokumentiert diesen Anstieg und macht die Relevanz einer effektiven und adäquaten gesundheitlichen Versorgung deutlich. Denn wesentliche Einflussfaktoren wie Alter und BMI werden sich zukünftig so entwickeln, dass ein weiterer Anstieg der Schlafapnoe-Erkrankten zu erwarten ist. Eine wichtige Versorgungsaufgabe wird es also sein, z.B. Adipositaserkrankungen schon im Kindesalter einzudämmen, um unter anderem das Risiko eines OSAS und dessen Folgeerkrankungen zu reduzieren (Bradley & Floras, 2009). Durch die wachsende Evidenz eines kausalen Zusammenhangs zwischen dem OSAS und Hypertonie, Infarkten sowie zerebralen Insulten erhält das Thema der Folgeerkrankungen des OSAS besondere Brisanz und Aktualität. Daher muss ein zukünftiges Augenmerk auf die frühzeitige Erkennung und zeitnahe Behandlung des OSAS gelegt werden – schließlich gibt es mit den CPAP-Geräten eine wirksame Therapie. Die Effektivität der Maßnahme ist wissenschaftlich gut belegt und wird von Leitlinien als Mittel der Wahl empfohlen. Die Ergebnisse zur Verordnung der CPAP-Geräte im Jahr der Neuerkrankung sind unter diesem Aspekt ernüchternd. Nur 16% der neu

Erkrankten erhalten ein CPAP-Gerät innerhalb eines Jahres nach Erstdiagnose. Besonders auffällig ist die Diskrepanz in der Versorgung zwischen Männern und Frauen – 2,2-mal mehr Männer als Frauen bekommen im Jahr der Inzidenz ein CPAP-Gerät. Bei diesen Angaben konnte jedoch keine Schweregradeinteilung der Schlafapnoe sowie eine exaktere Spezifizierung der Diagnose berücksichtigt werden. Dennoch deuten die Ergebnisse der Analyse auf eine Unterversorgung der Schlafapnoe-Erkrankten mit CPAP-Geräten hin. Die aktuelle Literatur betont sogar eine generelle Unterdiagnostik der Schlafapnoe, besonders bei Frauen. Zum Schluss lassen sich also folgende Anforderungen für eine künftige Versorgung zusammenfassen:

- Es sollte mehr Augenmerk auf die frühzeitige Erkennung und Prävention der Schlafapnoe begünstigenden Faktoren gelegt werden.
- Die Sensibilisierung für die Erkrankung der Schlafapnoe muss erhöht werden.
- Die Versorgung mit einem CPAP-Gerät im Jahr der Inzidenz erfolgt in einem nur sehr geringen Maße – dies gilt im besonderen für Frauen. Die gut untersuchte Wirksamkeit und Kosteneffektivität des Gerätes sollte daher vermehrt zu einem indikationsgerechten Einsatz führen, um Folgeerkrankungen zu vermeiden.
- Um die Wirksamkeit des CPAP-Gerätes auf Dauer zu gewährleisten, muss die Compliance in der Therapie verbessert werden.

Versorgungsanalyse Elektrotherapie

Die Elektrotherapie wird für vielfältige Behandlungsziele, wie beispielsweise zur Schmerzlinderung, zur Durchblutungsverbesserung oder zur Tonisierung der Muskulatur in der medizinischen Behandlung eingesetzt und hat damit ein breites Wirkspektrum. Sie gehört allerdings zu den eher selten verschriebenen Heil- oder Hilfsmitteln. Im Jahre 2010 erhielt nur knapp 1% aller BARMER GEK-Versicherten eine Verordnung für Elektrotherapie. Dennoch machen diese Therapien einen erheblichen Anteil der Ausgaben aus, im Jahre 2010 lagen sie bei 9,3 Millionen Euro.

Bei der Analyse der Verordnungen von Elektrotherapie zeigen sich nicht nur deutliche Geschlechterunterschiede, sondern auch bundesweite Variationen.

Der größte Anteil der Elektrostimulationsgeräte wird zur Schmerzlinderung eingesetzt, allerdings ist die Evidenz in diesem Bereich eher mangelhaft. Auffällig ist auch die hohe Anzahl der Wirbelsäulenpatienten, die mit dem Heilmittel Elektrotherapie behandelt werden. Auch hier zeigt sich eine ungenügende Evidenz. Die Behandlung zur Schmerzlinderung bei Wirbelsäulenpatienten wird darum in internationalen Leitlinien einhellig abgelehnt. Hier ist daher eine Über- und Fehlversorgung der Patienten zu konstatieren.

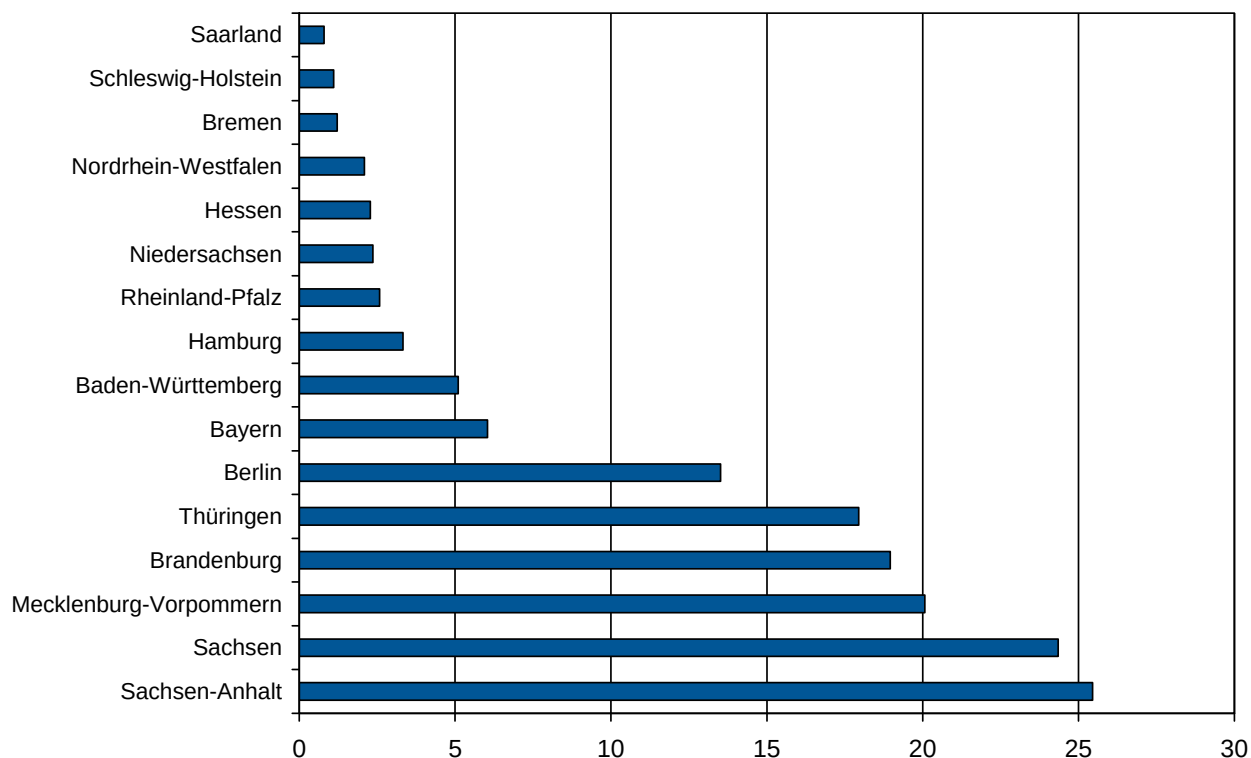
Die Elektrotherapie wird dagegen nur selten im Bereich der Muskelstimulation eingesetzt, genau in diesem Indikationsbereich gilt sie aber als effektiv. Sie sollte daher weniger zur passiven Therapie bei Muskel- und Skeletterkrankungen eingesetzt werden, sondern eher im Bereich der Muskelstimulation bei neurologischen Erkrankungen.

Elektrotherapie wird in den Bereichen der medizinischen Heil- wie auch der Hilfsmittel eingesetzt. Bei der Elektrotherapie als Heilmittel wird der Patient mit einer Stromtherapie behandelt, die Elektrodenanlage und die Durchführung der Therapie erfolgt durch einen geschulten Therapeuten. Wird dem Patienten ein eigenes Stromgerät zur Verfügung gestellt, so dass der Patient die Strombehandlung selbstständig durchführen kann, fällt dies in den Bereich der Hilfsmittelversorgung.

Insgesamt erhielten 20.048 Männer und 43.232 Frauen Elektrotherapie als Heilmittel. Damit entfielen 68,3% der gesamten Elektrotherapiebehandlungen auf weibliche Versicherte. Es zeigt aber auch, dass Frauen häufiger passive Maßnahmen verordnet werden als Männern, was nicht nur in dem Bereich der Elektrotherapie, sondern auch bei der Verordnung von Lymphdrainagen, Massagen und manuellen Therapien erkennbar wird.

Bundesweit entfallen 57,2% der Gesamtausgaben auf östliche Bundesländer (Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen). Durchschnittlich werden 20 Patienten pro 1.000 Versicherte in den östlichen Bundesländern mit dem Heilmittel Elektrotherapie versorgt, während in den restlichen Bundesländern durchschnittlich 2,6 Patienten pro 1.000 Versicherte das Heilmittel Elektrotherapie erhalten (s. Abbildung IV.33). Hier wird eine Behandlungs-Präferenz verordnender Ärzte in ostdeutschen Bundesländern hinsichtlich physikalischer Therapien erkennbar.

Abbildung IV.33 Heilmittelversorgung Elektrotherapie pro 1.000 Versicherte im Jahr 2010 nach Bundesland



Im Bereich der Elektrotherapie zeigt sich eine auffällig heterogene Studienlage, insbesondere bei der Elektrostimulation zur Behandlung von peripheren Nervenläsionen. Deutlich wird zudem, dass die Elektrotherapie im Bereich der Schmerzlinderung keine eindeutig positiven Ergebnisse erzielt.

Innerhalb eines Jahres fallen bei der BARMER GEK Ausgaben in Höhe von 6,1 Mio. Euro für Elektrostimulationsgeräte zur Schmerzlinderung an. Hier wird eine Fehlversorgung der Patienten deutlich, die wahrscheinlich das „Maß des Notwendigen“ (§12 SGB V) überschreitet.

Bedenklich erscheint ebenso, dass 30% der Heilmittel im Bereich der Elektrotherapie auf Patienten mit Wirbelsäulenerkrankungen entfallen, obwohl derzeit keine ausreichende Evidenz für die Schmerzlinderung durch Elektrotherapie bei Wirbelsäulenpatienten vorliegt. Ebenso wenig findet sich ein positiver Effekt der Elektrostimulationsbehandlung bei idiopathischer Skoliose (Lenssinck et al., 2004) oder eine Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit durch Elektrotherapie (Lin et al., 2008). Derzeit wird jedoch im Heilmittelkatalog bei der Behandlung von Wirbelsäulenerkrankungen Elektrotherapie als ergänzende Maßnahme für die Schmerzlinderung wie auch zur Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit benannt (Heilmittelkatalog, 2011). Diese Vorgaben entsprechen nicht den aktuellen wissenschaftlichen Standards der Versorgung von Wirbelsäulenpatienten und sollten dringend korrigiert und der Evidenzlage angepasst werden.

In Anwendungsbereichen, in denen Studien einen positiven Effekt der Elektrotherapie aufzeigen, ist sie gemäß dem Heilmittelkatalog nicht verordnungsfähig. Studien zeigen nämlich, dass bei Hemiplegie-Patienten, die mit Elektrotherapie behandelt werden, eine signifikante Verbesserung der Muskelkraft erreicht werden kann (Glanz et al., 1995). Auch bei Kindern mit einer Rhizotomie, einer operativen Durchtrennung der Wurzeln von Rückenmarksnerven zur Hemmung einer Spastik, wurde eine signifikante Verbesserung durch die Behandlung mit Elektrotherapie erreicht (Steinbok et al., 1997). Ebenso positiv zeigt sich der Einfluss der Elektrotherapie auf Multiple Sklerose Patienten (Paul et al., 2008). Dennoch sieht der Heilmittelkatalog derzeit für solche Erkrankungen des zentralen Nervensystems keine Verordnung der Elektrotherapie vor.

Deutliche regionale Differenzen stellen zudem die Indikationsstellung zur Elektrotherapie in Frage. Im Durchschnitt erhalten in ostdeutschen Bundesländern 20 von 1.000 Versicherten Elektrotherapien im Heilmittelbereich, in der restlichen Bundesrepublik sind es nur 2,6 pro 1.000. Dieses unterschiedliche Ordnungsverhalten der Ärzte geht möglicherweise auf die Zeit vor der Wiedervereinigung zurück, als die Elektrotherapie wegen der eingeschränkten Verfügbarkeit bestimmter Arzneimittel vermehrt zur Schmerztherapie oder bei motorischen Störungen eingesetzt wurde. Regelmäßiger interdisziplinärer Austausch hatte dazu beigetragen, diesen Stellenwert der Elektrotherapie hochzuhalten. Aus medizinischer und wissenschaftlicher Sicht sind solche tradierten und regionalen, aber nicht evidenzbasierten Präferenzen jedoch nicht mehr begründbar.

Die Elektrotherapie ist eine Behandlungsform, die bei vielen Indikationen, zu denen sie derzeit eingesetzt wird, nach aktuellen wissenschaftlichen Ergebnissen keinen patientenorientierten Nutzen aufweist. Vor allem der Einsatz zur Schmerzbehandlung, wie sie in den entsprechenden Ordnungsrichtlinien vorgesehen ist, erscheint fragwürdig. Die Elektrotherapie sollte weniger als passives Heil- und Hilfsmittel bei Muskel- und Skeletterkrankungen, sondern eher im Bereich der neurologischen Behandlung verordnet werden. Diese Indikation fehlt jedoch bislang im Heilmittelkatalog und müsste unter den Erkrankungen des zentralen Nervensystems ergänzt werden.