

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 4

Kristin Sauer
Claudia Kemper
Kathrin Kaboth
Gerd Glaeske

mit Beiträgen von Marion Burckhardt, Peter Nieland,
Reina Tholen und Ursula Walkenhorst

unter Mitarbeit von Angela Fritsch, Uwe Glatthar, Claudia Kretschmer,
Christian Schalauka und Melanie Tamminga

BARMER GEK Heil- und Hilfsmittel- Report 2010

Auswertungsergebnisse der
BARMER GEK Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahren 2008 bis 2009

Oktober 2010

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 4

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet unter <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

BARMER GEK Heil- und Hilfsmittel-Report 2010

- Herausgeber: BARMER GEK
Hauptverwaltung Schwäbisch Gmünd
Gottlieb-Daimler-Straße 19
73529 Schwäbisch Gmünd
www.barmer-gek.de
- Autoren: Kristin Sauer, Claudia Kemper, Kathrin Kaboth, Gerd Glaeske
Zentrum für Sozialpolitik (ZeS),
Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und
Versorgungsforschung
Forschungsschwerpunkt „Versorgungsforschung im Bereich
Arzneimittel und Sonstiger Leistungen“
Universität Bremen, Parkallee 39, 28209 Bremen
- Titelbild: Mit freundlicher Unterstützung des Deutschen Verbandes für
Physiotherapie (ZVK)
- Verlag: Asgard-Verlag, Einsteinstraße 10, 53757 St. Augustin
- ISBN: 978-3-537-44104-1

Inhaltsverzeichnis

I.	Einführung	7
1.	Heilmittel und Hilfsmittel in der GKV.....	7
2.	Allgemeine Auswertungsergebnisse aus den BARMER GEK-Daten des Jahres 2009	19
3.	Material und Methoden.....	29
II.	Heilmittel	33
1.	Die Akademisierung der Ergotherapie – neue Anforderungen und Möglichkeiten.....	33
2.	Allgemeine Entwicklungen im Heilmittelbereich und Ergebnisse der Heilmittelanalysen	49
III.	Hilfsmittel	67
1.	Ergebnisse der Hilfsmittelanalysen	67
IV.	Spezifische Auswertungen	78
1.	Physiotherapie bei Kindern: eine Analyse der ambulanten Versorgung	78
2.	Hilfsmittel für Kinder	99
3.	Hilfsmittel in der Dekubitusversorgung	116
4.	Heilmittelversorgung im Bereich Palliativmedizin	142
5.	Multiple Sklerose in der ambulanten Versorgung	161
V.	Verzeichnisse	177
1.	Tabellenverzeichnis	177
2.	Abbildungsverzeichnis.....	180
3.	Literaturverzeichnis	182
IV.	Anhang	191

Vorwort

Versorgungsforschung als Erkenntnisgewinn!

Die BARMER und die GEK haben sich zum 1. Januar 2010 zur größten gesetzlichen Krankenkasse in Deutschland vereinigt. Das schließt die Zusammenführung der vorhandenen Versorgungsforschungs-Kompetenz beider Kassen ein und ermöglicht die Fortführung dieses Heil- und Hilfsmittel-Reports, wie er ursprünglich im Hause der GEK entwickelt und unterstützt wurde. Es wird damit eine Basis für Analysen innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geschaffen, die mit 8,8 Millionen Versicherten für fast 13% der GKV-Population steht und damit ein mehr und mehr repräsentatives Bild der Entwicklungen in der Versorgung der Patientinnen und Patienten abbilden kann.

Der BARMER GEK Heil- und Hilfsmittel-Report 2010 enthält erstmals Auswertungen, die neben Daten der GEK auch Daten der BARMER berücksichtigen. Dies soll im Jahr 2011 erheblich ausgebaut werden. Dabei geht es um die Darstellung der Entwicklung in einem Versorgungsbereich, der als einer der wenigen, noch immer nicht ausreichend im Hinblick auf das Verordnungsgeschehen, die Notwendigkeit, die Wirtschaftlichkeit, die Qualität und Evidenz, transparent gemacht werden kann – die Erfassungs- und Auswertungsprozeduren sind deutlich schwieriger als in der Arzneimittelversorgung, die doch bereits einen hohen Grad der Standardisierung und der Codiergenauigkeit aufweist. Daher kann es auch nicht verwundern, dass der BARMER GEK Heil- und Hilfsmittel-Report die derzeit noch einzige Publikation ist, die personenbezogenen Behandlungsverläufe darstellt und mit der die, wenn auch nur in geringem Umfang, vorliegenden Evidenz abgeglichen werden kann. Auf diese Weise können dann auch Über-, Unter- und Fehlversorgung aufgezeigt werden, wie z.B. in diesem Report bei Kindern, die doch häufiger als nach der gängigen und wissenschaftlich begründeten Häufigkeitserwartung Einlagen verordnet bekommen. Selbst Orthopädietechniker stellen in diesem Zusammen-

hang die Frage: „Einlagen für Kinder: Nützlich, nutzlos, schädlich?“ Dieser Report beschäftigt sich sehr umfangreich mit den Hilfsmitteln für Kinder, also der Versorgung am Lebensbeginn, und mit der Heilmittelversorgung am Lebensende in der Palliativ- und Hospizversorgung.

Dies entspricht unserem Wunsch, die medizinische Versorgung an einem Lebensphasenkonzept zu orientieren, weil in unterschiedlichen Lebensphasen auch unterschiedliche Prioritäten in der Behandlung zu berücksichtigen sind. Wir möchten uns als BARMER GEK dafür einsetzen, dass die patientenorientierte Versorgungs- und Lebensqualität unabhängig von Alter und Geschlecht optimal organisiert wird – bestimmte Möglichkeiten der Vertragsgestaltung können diese Strategie unterstützen.

Wenn die Versorgungsforschung darauf hinweist, dass gerade bei Menschen in ihrer letzten Lebensphase bestimmte Möglichkeiten der Physiotherapie einen erkennbaren Beitrag zur Lebensqualität bieten können, werden wir uns dafür einsetzen, dass die Heilmittelversorgung in den Hospizen verbessert wird. Versorgungsforschung bietet somit einen Erkenntnisgewinn für unser Vertragshandeln.

Der diesjährige Heil- und Hilfsmittel-Report zeigt wiederum einen Anstieg der Ausgaben in diesem Versorgungsbereich. Die Aufmerksamkeit für diese Leistungen, ob für die Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie oder für Hilfsmittel wie Atemtherapiegeräte, Kommunikationshilfen wie Hörgeräte oder Einlagen ist noch immer deutlich geringer als für Arzneimittel. Dabei wird dieser Versorgungsbereich auch aufgrund des demographischen Wandels und des technischen Fortschritts anwachsen. Außerdem gibt es einen weiteren Grund: Viele Leistungen werden in den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) „delegiert“, obwohl sie in den Bereich der Förderung in Kindergärten oder Schulen gehören (Sprachauffälligkeiten oder Bewegungsstörungen). Die GKV kann aber nicht als Korrektiv für gesellschaftliche Versäumnisse „einspringen“, hier sind andere Institutionen verantwortlich. Auch hierauf weist der Report 2010 hin.

Der BARMER GEK Heil- und Hilfsmittel-Report wird erstellt in Kooperation mit dem Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen. Wir danken Herrn Prof. Glaeske und seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für die sorgfältige Erstellung des Reports.

Schwäbisch Gmünd/Wuppertal, im Oktober 2010

Der Vorstand der BARMER GEK

Dr. jur. Rolf-Ulrich Schlenker

Birgit Fischer

Jürgen Rothmaier

I. Einführung

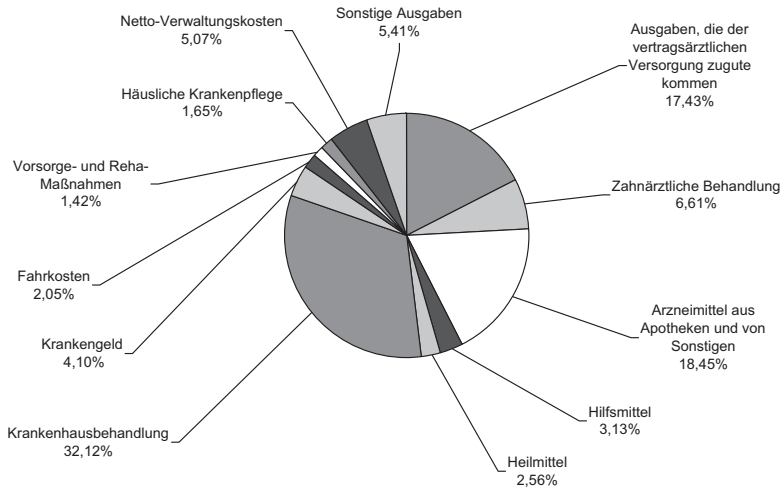
1. Heilmittel und Hilfsmittel in der GKV

Die Versorgungsforschung, die Gesundheitspolitik und die Gesundheitsberichterstattung sollten sich der Versorgungssegmente „Hilfsmittel“ und „Heilmittel“ vermehrt mit dem Ziel annehmen, die Transparenz, Effizienz und Effektivität der Versorgung zu verbessern. Dafür spricht u.a., dass Hilfsmittel und Heilmittel integrale Bestandteile der Rehabilitation behinderter, chronisch kranker, älterer und hochbetagter Menschen sind, deren Zahl aufgrund des demographischen Wandels ansteigen wird (siehe SVR, 2009a).

Bei dem Angebot an Hilfsmitteln als Ausschnitt aus dem Markt für Medizinprodukte und den Heilmitteln als persönlich zu erbringenden Dienstleistungen, handelt es sich um verschiedene Versorgungssegmente mit jeweils eigenen Gestaltungsproblemen. Vor allem das Versorgungssegment „Hilfsmittel“ setzt sich aus verschiedenen Teilmärkten zusammen und ist durch eine hohe Heterogenität gekennzeichnet. Die inhaltlichen Verbindungen zur Rehabilitation sollten in der Abgrenzung von Aufgaben-, Kompetenz- und Verantwortungsbereichen z.B. bei den Trägern der Sozialversicherung berücksichtigt werden.

Von den Ausgaben der GKV im Jahre 2009 in Höhe von 175,6 Mrd. Euro entfielen 5,5 Mrd. Euro bzw. 3,13 % auf die Hilfsmittel (+5,8 % gegenüber 2008) und 4,5 Mrd. Euro und damit 2,56 % auf die Heilmittel (+2,3 % gegenüber 2008) (s. Abbildung I.1 und Tab. 1 im Anhang).

Abbildung I.1 Anteile an den Ausgaben der GKV im Jahre 2009 in Prozent der Gesamtausgaben in Höhe von 175,6 Mrd. Euro



Quelle: nach BMG, März 2010a

Zusammengenommen entfielen auf die Heil- und Hilfsmittel im Jahre 2009 genau 10 Mrd. Euro (inklusive der Zuzahlung der Versicherten), dies entspricht rund 5,7% der gesamten GKV-Ausgaben. Damit liegt der Ausgabenblock der Hilfsmittel auf Platz 6 der GKV-Leistungsausgaben, die Heilmittel auf Platz 7 – nach den Ausgaben für das Krankenhaus, für die Arzneimittel, für das ärztliche Honorar, für die zahnärztliche Behandlung und für das Krankengeld. Bezogen auf die BARMER und die GEK ist erkennbar, dass in der BARMER auf die Heil- und Hilfsmittel verglichen mit den GKV-Werten mit 6,3% der Gesamtausgaben von 17,96 Mrd. Euro leicht überdurchschnittliche Ausgaben im Jahre 2009 zusammenkamen, während bei der GEK mit 5,8% der Gesamtausgaben von 3,57 Mrd. Euro etwa die GKV-Durchschnittsausgaben erreicht wurden (s. Abbildungen I.2 und I.3 bzw. die Tab. 2 und 3 im Anhang).

Abbildung I.2 Anteile an den Ausgaben der GEK im Jahre 2009 in Prozent der Gesamtausgaben in Höhe von 3,57 Mrd. Euro

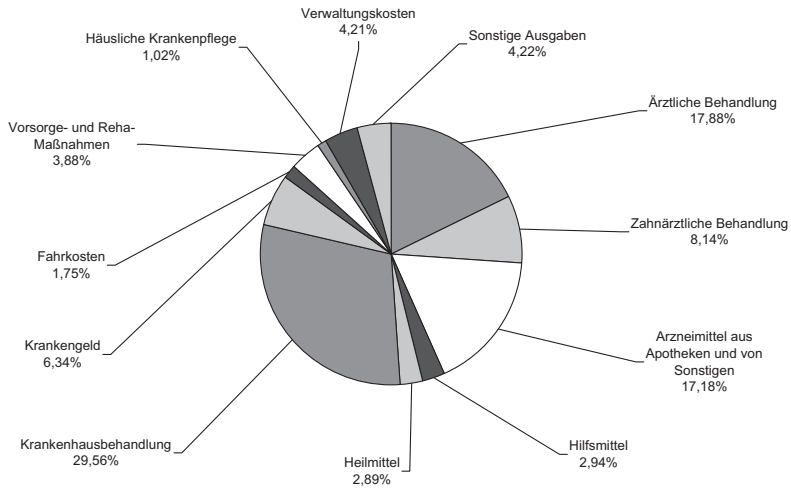
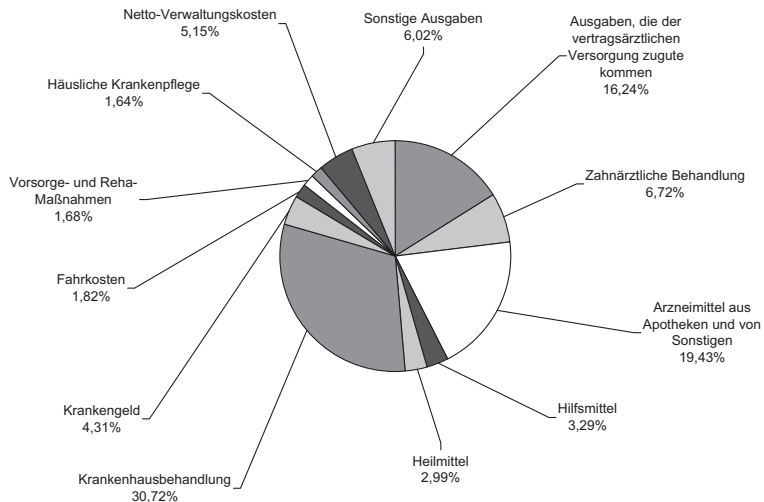


Abbildung I.3 Anteile an den Ausgaben der BARMER im Jahre 2009 in Prozent der Gesamtausgaben in Höhe von 17,96 Mrd. Euro



Mehr als andere Versorgungsbereiche wird die Hilfs- und Heilmittelversorgung durch eine hohe Zahl von Verträgen mit Leistungsanbietern vor allem auf der Ebene der einzelnen Krankenkasse und durch eine schwierig zu überblickende Vertragslandschaft geprägt. Mit den Neuregelungen im Hilfsmittelbereich, die im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) festgehalten sind, verfolgte der Gesetzgeber das Ziel, das Vertragsprinzip auf Kassenebene zu stärken und zu ermöglichen, dass Versicherte bei gleicher Qualität zu niedrigeren Preisen versorgt werden. Der Umgang mit diesen Spielräumen sollte aber auch mit dem Ziel evaluiert werden, die Qualität und Effizienz der Hilfsmittelversorgung zu sichern. Der BAR-MER GEK Heil- und Hilfsmittel-Report bietet eine solche Evaluation für ausgewählte Teile der Heil- und Hilfsmittelversorgung an, die auf der Basis personenbezogener Verläufe auch Hinweise auf Unter-, Über- und Fehlversorgung geben kann. Um denkbare Auswirkungen einer Gewährung weiterer Spielräume für die kassenindividuelle Vertragsgestaltung gegenüber Leistungsanbietern abschätzen zu können, bedarf es eines Monitorings der Nutzung von vorhandenen Gestaltungsmöglichkeiten – die Versorgungsforschung muss sich auch dringend dieses Bereichs annehmen, der wegen der fehlenden Codierungsstandards noch immer schwieriger zu bearbeiten ist als der Bereich der Arzneimittelversorgung. Hochaggregierte Daten, wie sie auf der Basis von Verbandsdaten z.B. im Rahmen der AOKen vorliegen, bilden allenfalls einen Überblick über Art und Mengen der Verordnungen, nicht aber über die personenbezogene Qualität und Effizienz in der Versorgung. Solche Projekte im Rahmen der Versorgungsforschung sollten u.a. auch in Kooperation mit den Verbänden der Selbsthilfe und Behindertenverbände sowie mit den Patienten- und Behindertenbeauftragten der Bundesregierung durchgeführt werden. Insbesondere der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Behinderten, derzeit nimmt der Bundestagsabgeordnete Hubert Hüppe dieses Amt wahr, hat schließlich die Aufgabe, sich für eine adäquate Hilfsmittelversorgung für behinderte Menschen, aber auch für die Heilmittelversorgung mit Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie entsprechend dem herrschenden Kenntnisstand in der Medizin einzusetzen. Deshalb

ist auch für ihn die Transparenz in diesem Bereich eine besondere Voraussetzung für eine erfolgreiche Tätigkeit. Die Daten von Krankenkassen können ihm bei dieser Aufgabe eine wertvolle Hilfe sein.

Noch mehr als in der Arzneimittelversorgung fehlt in der Hilfsmittelversorgung eine Infrastruktur, die eine Bewertung des Nutzens von Produkten mit Schlussfolgerungen zur Angemessenheit von Preisen bzw. Preisrelationen ermöglicht. Unter diesen Voraussetzungen wird die Gründung einer Task Force vorgeschlagen, die sich aus Experten des Spitzenverbandes Bund der GKV, einzelner Krankenkassen und des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zusammensetzt und weitere Fachleute sowie Patientinnen und Patienten mit einbezieht. Themenabhängig können auch Vertreter von Herstellern bei solchen Diskussionsrunden einbezogen werden. Vorrangige Aufgaben dieses Gremiums wären Fragen der Qualitätssicherung, die Aktualisierung und Pflege des Hilfsmittelverzeichnisses und dabei vor allem die Bildung von Produktgruppen und Formulierung von Qualitätsstandards, die Verbesserung der Kalkulationsgrundlagen für Festbeträge und Versorgungspauschalen sowie die Wiederverwendbarkeit von Hilfsmitteln. Ergebnisse der Arbeitsgruppe, vor allem zur Methodik der Technologiebewertung (Health Technology Assessment, HTA) bei Hilfsmitteln, zur Aufnahme von Produkten in das Hilfsmittelverzeichnis und zur Kalkulation von Festbeträgen, sollten im Internet dokumentiert werden. Die Richtlinienkompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses umfasst zwar die Verordnungsfähigkeit von Hilfsmitteln durch Vertragsärzte, aber nicht die Erstellung und Pflege des Hilfsmittelverzeichnisses. Da dem Bundesausschuss aber die Konkretisierung des im SGB V nur allgemein abgegrenzten GKV-Leistungskatalogs obliegt, sollte er in eine solche Task Force einbezogen werden.

Die Bedeutung des Hilfsmittelverzeichnisses als das wichtigste Instrument zur Strukturierung des Marktes und zur Erhöhung der Transparenz des Hilfsmittelangebots darf keinesfalls unterschätzt werden, sie ist daher zu stärken. Die Krankenkassen, ihre Verbände und die Leistungsanbieter

einschließlich des Handels und der Apotheken sollten das Hilfsmittelverzeichnis grundsätzlich zur Marktbeobachtung, in Vertragsverhandlungen, zur Abrechnung von Leistungen und für statistische Zwecke verwenden. Dabei ist zu prüfen, ob zur eindeutigen Bezeichnung von Produkten eine Erweiterung des Verzeichnisses um zusätzliche Ebenen sinnvoll ist, auch um eine Fehlnutzung von Hilfsmittelpositionsnummern zu unterbinden. Eine kontinuierliche Fortschreibung, Aktualisierung und Bereinigung des Verzeichnisses muss sichergestellt werden. Dazu kann auch eine zeitliche Befristung der Nutzung von Hilfsmittelpositionsnummern beitragen.

Das Hilfsmittelverzeichnis sollte außer um zusätzliche Produktinformationen schrittweise auch um die in § 128 SGB V bereits vorgesehenen Preisinformationen sowie um die bundesweit gültigen Festbeträge ergänzt werden. Im Falle deutlicher Preisvariationen können Preisspannen sowie Durchschnittswerte ausgewiesen werden.

Für Versicherte und ihre Ärzte sind über das Hilfsmittelverzeichnis und Recherchemöglichkeiten wie z.B. die Hilfsmitteldatenbank des REHA-DAT-Informationssystems hinaus noch weitere Informationsangebote zur Hilfsmittelversorgung zu entwickeln. Dabei sollten auch die Testergebnisse von Produkten einbezogen werden, die z.B. bei der Stiftung Warentest geprüft wurden. Rollstühle, Blutdruck- und Blutzuckermessgeräte sowie Hörgeräte gehören z.B. zu den Produktgruppen, zu denen die Stiftung Testberichte publiziert hat. Es wäre sogar anzustreben, dass die gesetzlichen Krankenkassen der Stiftung Warentest Vorschläge zu Produktgruppen machen, die durch deren technikbasierte Prüfmethodik untersucht werden könnten. Im Idealfall würde eine für alle an der Hilfsmittelversorgung interessierten Gruppen (vor allem Hersteller, Fachhandel, Versicherte und Angehörige, Selbsthilfe-, Patienten-, Behinderten- und Verbraucherverbände bzw. -einrichtungen, niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen, Pflegedienste und „home care“-Unternehmen) über das Internet zugängliche qualitätsgesicherte Informationsbasis entstehen, die für unterschiedlich detaillierte Informationsnachfragen nutzbar ist und sowohl einen ersten Überblick ermöglicht

als auch spezielle Informationen bereitstellt. Das Informationsangebot könnte sich auf Produkt- und Qualitätseigenschaften, Studienergebnisse, Praxis- und Testberichte, Preise, Festbeträge, die Selbstbeteiligung von Versicherten und besondere Angebote von Krankenkassen im Hilfsmittelmanagement erstrecken. Dabei sind prinzipiell ausländische Hersteller aus dem EU-Raum zu berücksichtigen, um Vorteile des gemeinsamen Marktes sowohl für Patienten bzw. Menschen mit Behinderung als auch für die Versicherer zu nutzen. Mit einem derartigen Informationsangebot würden sich die Voraussetzungen für eine sachgerechte Entscheidungsfindung durch Ärzte, Versicherte und Krankenkassen und für eine effiziente Verordnungs- und Versorgungspraxis verbessern. In die Konzeption eines solchen Angebots sollten vor allem Menschen mit Behinderung, verordnende Ärzte und Experten aus der Sozialversicherung einbezogen werden.

Für die Krankenkassen könnten in ihrer Vertragspolitik im Hilfsmittelbereich folgende Kriterien von Bedeutung sein – einige davon werden auch bereits berücksichtigt:

- Orientierung an Produktgruppen und Qualitätsstandards im Hilfsmittelverzeichnis, prinzipiell Berücksichtigung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses der Hilfsmittelversorgung an Stelle der reinen Anschaffungskosten und dabei Berücksichtigung des Instandhaltungs- bzw. Ersatzbeschaffungsaufwands,
- Sicherstellung einer qualifizierten Beratung, individuellen Anpassung von Hilfsmitteln und Betreuung von Versicherten in der Kalkulation von Festbeträgen, in Verträgen mit Hilfsmittelanbietern und im Rahmen der integrierten Versorgung,
- Vereinbarung von Versorgungspauschalen für definierte Zeiträume anstelle von (bzw. aufbauend auf) Festbeträgen vor allem dann, wenn Hilfsmittel individuelle Beratung und Anpassung bzw. Instandhaltung erfordern, wenn gebrauchte Hilfsmittel weiter verwendbar sind oder wenn innovative Wege des Hilfsmittelmanagements erprobt werden sollen, und

- Erstellung von Informationsangeboten für Versicherte über Produktcharakteristika, komplementäre Dienstleistungen wie Beratung und Anpassung, Distributionswege, Preise und Festbeträge sowie Versorgungs- bzw. Hilfsmittelmanagementverträge der jeweiligen Krankenkasse u.a. im Internet.

Die Versorgungsforschung und die Gesundheitsberichterstattung muss die Versorgungssegmente Hilfsmittel und Heilmittel vermehrt berücksichtigen. Anders als zur ambulanten ärztlichen Versorgung, zur Krankenhaus- und zur Arzneimittelversorgung stehen relativ wenige Analysen und Daten zur Verfügung, die eine fundierte Einschätzung des Versorgungsgeschehens und der Marktentwicklungen erlauben. In eine solche Gesundheitsberichterstattung sollten auch Struktur- und Leistungsdaten zum Heilmittelbereich aufgenommen werden mit dem Ziel, regionale Unterschiede in der Leistungserbringerdichte und in der Leistungsstruktur darzustellen. Auf diese Weise werden Anknüpfungspunkte für die Versorgungsforschung und die Gestaltung von regionalen Versorgungsstrukturen geschaffen. Dazu kann vor allem eine Veröffentlichung von Daten aus dem geplanten Heilmittel-Informationssystem der GKV beitragen.

Krankenkassen bzw. ihre Verbände sollten Möglichkeiten suchen und nutzen, um durch ihre Vertragspolitik regionale Anbieterstrukturen in der Heilmittelversorgung zu beeinflussen, und um gegebenenfalls bestehende Über- oder Unterkapazitäten auszugleichen. Als Instrumente kommen die regionalen Heilmittelvereinbarungen nach § 84 Abs. 8 SGB V in Betracht und dabei vor allem die Anpassungsparameter für Arzneimittelvereinbarungen, die analog auch auf Heilmittel anzuwenden sind (vgl. § 84 Abs. 2 und 8 SGB V), sowie Daten zur Leistungsstruktur aus dem neuen Heilmittel-Informationssystem und Ergebnisse der Versorgungsforschung.

Versorgungsforschung und Technologiebewertung (HTA) sollten im Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung weiter ausgebaut werden. Die Effektivität, Angemessenheit und Effizienz des Hilfs- und Heilmiteleinsetzes bietet sich als ein Gegenstand von Versorgungsforschungs- und

HTA-Projekten an. Da beide Versorgungssegmente zur Rehabilitation chronisch kranker und behinderter Menschen beitragen, sollte sich auch die Rehabilitationsforschung vermehrt dieser Versorgungsbereiche annehmen. Prinzipiell stellen derartige Forschungsprojekte aufgrund ihrer Bedeutung für die Analyse und Gestaltung des Leistungsspektrums der Sozialversicherung auch eine Aufgabe der GKV, der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und gegebenenfalls weiterer Sozialversicherungsträger dar. Forschungsvorhaben sollten an Einschränkungen der Funktionsfähigkeit und dabei an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) anknüpfen. Eine Verwendung der ICF wird die internationale Vergleichbarkeit bzw. Verwertbarkeit von Studienergebnissen verbessern.

Für Hilfs- und Heilmittelverordnungen ist, wie auch generell für die Rehabilitation, weniger die medizinische Diagnose als die Klassifikation der Funktionsfähigkeit im Sinne der ICF ausschlaggebend. Dabei ist es wichtig, neben den Defiziten die Ressourcen und Lebensbedingungen des Patienten zu erfassen. Ärzte müssen über Kenntnisse der Funktionsfähigkeitsdiagnostik auf der Basis der ICF sowie der Effektivität von Hilfsmitteln und Heilmitteln verfügen. Die Verordnungsfähigkeit zumindest von aufwändigen Hilfs- bzw. Heilmitteln sollte an Qualifikations- und Fortbildungsnachweise geknüpft, die Begründung von Hilfsmittelverordnungen bei hochwertigen Produkten mit einer Nutzungsprognose verbunden werden. Zur Auswahl eines geeigneten Hilfsmittels kann auch eine Erprobungsphase beitragen.

Ärzte sollten sich in ihrer Aus- bzw. Weiter- und Fortbildung vertiefte Kenntnisse der Hilfsmittel- und Heilmittelversorgung aneignen. Um auch Angehörige nichtärztlicher Gesundheitsberufe, z.B. Absolventen von Berufsfachschulen, vermehrt wissenschaftlich zu qualifizieren und zur Forschung sowie Nutzung von Studienergebnissen zu befähigen, sollten Universitäten und/oder Fachhochschulen vermehrt berufsbegleitende

Studiengänge einrichten. Dafür kommen u.a. Institute für Rehabilitationswissenschaften, Physikalische Medizin und Rehabilitation, Epidemiologie und Gesundheitswissenschaften in Betracht.

Ohnehin erscheint es notwendig, gerade im Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung die Koordination und die Integration der Versorgung zu verbessern. Der „Professionenmix“ aus z.B. Ärztinnen und Ärzten sowie Angehörigen pflegerischer Berufe, von Heilmittelerbringern wie Physio- und Ergotherapeuten oder Logopäden kann sich positiv auf die Behandlungsqualität und -intensität auswirken. Angehörige pflegerischer Berufe sind nämlich bei einer entsprechenden Qualifikation ebenso in der Lage, über die Anwendung des richtigen Hilfsmittels zu entscheiden wie Heilmittelerbringer im Rahmen von Modellvorhaben über die Anwendung der richtigen Therapie, z.B. im Rahmen der Rehabilitation nach einem Schlaganfall. Allerdings muss das Ziel verfolgt werden, die Anwendung von Hilfs- und Heilmitteln auf einer besseren Evidenz als heute aufzubauen – es fehlen in wichtigen Leistungsbereichen nach wie vor „belastbare“ Studienergebnisse. Dies schadet nicht nur der Akzeptanz der jeweiligen Berufsangehörigen, sondern vor allem den Patientinnen und Patienten, die weniger eine auf Evidenz aufgebaute Behandlung bekommen, sondern vielfach mit einer Therapie auf Erfahrungsbasis behandelt werden („eminenzbasiert“). Die kann allerdings – wie manche Beispiele zeigen – nicht immer mit der spärlich publizierten Evidenz in Einklang gebracht werden. Berichte aus der Versorgungsforschung, wie dem hier vorgelegte BARMER GEK Heil- und Hilfsmittel-Report können genutzt werden, um Defizite in der Qualität aufzudecken und Ansätze zur Effizienzoptimierung vorzuschlagen. Solche Berichte sollten mehr als bisher von den Verantwortlichen in der Gesundheits- und Berufspolitik genutzt werden, um die Versorgung von Patientinnen und Patienten dort, wo es notwendig erscheint, verbessern zu helfen.

Bereits zum siebten Mal haben wir nun Heil- und Hilfsmittelverordnungen analysiert, zum ersten Mal nach der Vereinigung der BARMER und

der GEK für beide Kassen in einigen Bereichen gemeinsam. Für manche Fragestellungen haben wir auch die seit dem Jahre 2004 bestehende Möglichkeit genutzt, zusätzlich zu den Heil- und Hilfsmitteldaten der GEK ambulante Diagnosedaten auszuwerten, um die pseudonymisierten, aber personenbezogenen Behandlungsabläufe besser interpretieren zu können. Für manche Fragestellungen wurden auch Arzneimitteldaten mit den Heil- und Hilfsmitteldaten verknüpft. Damit werden die Versorgungsstrukturen immer klarer und Aussagen zu Versorgungsabläufen immer genauer, trotz des grundsätzlichen Nachteils von Sekundärdaten, dass diese nicht primär zum Zwecke der Forschung, sondern zum Zwecke der Abrechnung erhoben und übermittelt werden. Versorgungsforschung auf der Basis von Sekundärdaten kann jedoch hypothesengenerierend wirken, Primärerhebungen oder gezielt durchgeführte Studien (z.B. randomisierte klinische Studien) sollten dann folgen, um die jeweiligen Defizite oder die Hinweise auf Unter-, Über- und Fehlversorgung genauer unter die Lupe nehmen zu können. Dies sei im übrigen allen Fachgesellschaften oder Berufsverbänden in diesem Leistungsbereich dringend geraten, die sich allzu leicht über Behinderungen und Barrieren in ihrer Berufsausübung beschweren, aber kaum Daten über Qualität, Angemessenheit und Outcome in ihrem Leistungsbereich vorlegen können. Wir brauchen dringend Hinweise darauf, wie plausibel und fachlich korrekt die Indikation für die jeweilige Leistung gestellt wird, weil es in einem Anbieterbereich ohne Niederlassungssteuerung und -begrenzung leicht zu Indikationsausweitungen kommen kann – die angebotsinduzierte Nachfrage ist in der medizinischen Versorgung nach wie vor Alltag. Dringend notwendig sind daher auch qualitätssichernde und transparenzfördernde Maßnahmen, um Notwendigkeit und Erfolg einer Behandlungsmaßnahme zu dokumentieren. Im Bereich der Heil- und Hilfsmittel besteht in diesem Zusammenhang ohne Zweifel erheblicher Nachholbedarf.

Auch in diesem Jahr haben uns erneut viele Kolleginnen und Kollegen bei der Erstellung dieses Reports geholfen: Die Firma Inter-Forum in Leipzig hat die Heil- und Hilfsmitteldaten nicht nur erfasst, von Herrn Seeber wur-

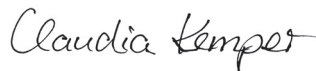
den sie auch so aufbereitet, dass wir sie auswerten konnten. Zum Inhalt des Reports haben externe Experten Beiträge geliefert. In diesem Zusammenhang sind wir Marion Burckhardt, Peter Nieland und Reina Tholen und Prof. Dr. Ursula Walkenhorst für ihre Unterstützung sehr dankbar. Bei der Erstellung des Reportes in unserer Arbeitsgruppe haben uns Frau Fritsch, Frau Kretschmer, Frau Tamminga, sowie Herr Hemmer, Herr Schalauka und bei der Bereitstellung der Daten der BARMER Herr Glattchar von der BARMER GEK maßgeblich unterstützt. Allen möchten wir für ihre Unterstützung ausdrücklich danken. Und danken möchten wir nicht zuletzt dem Vorstand der BARMER GEK, Frau Birgit Fischer, Herrn Dr. Rolf-Ulrich Schlenker und Herrn Jürgen Rothmaier, denen Informationen für Versicherte und Anbieter ein wirkliches Anliegen sind.

Wir hoffen, dass die Leserinnen und Leser auch in diesem Jahr brauchbare und nützliche Informationen in unserem Report finden werden.

Bremen, im Oktober 2010



Kristin Sauer



Claudia Kemper



Kathrin Kaboth



Gerd Glaeske

2. Allgemeine Auswertungsergebnisse aus den BARMER GEK-Daten des Jahres 2009

Die Kennzahlen in diesem BARMER GEK Heil- und Hilfsmittel-Report sind durch die Addition der jeweiligen Werte der BARMER und der GEK entstanden – auch im Bezug auf den Vergleich der Jahre 2008 zur 2009 (s. Tabelle I.1) Die einzelnen Werte für die BARMER und die GEK sind im Anhang dokumentiert (s. Tab. 6 und 7 im Anhang). Danach haben beide Kassen zusammengenommen im Jahre 2009 8,77 Millionen Menschen versichert. Der Zugewinn seit dem Jahr 2008 fiel in der Addition der beiden Kassen marginal aus (+0,03%), auf die einzelnen Kassen bezogen gab es einen geringen Verlust bei der BARMER und einen Zuwachs um 1,3% bei der GEK. Das Durchschnittsalter der Versicherten lag bei 42,4 Jahren (Männer 40,8; Frauen 43,2), für die BARMER ergab sich damit eine deutliche Senkung des vorherigen Durchschnittsalters von 45,6 Jahren (Männer 41,6; Frauen 48,1), für die GEK ausgehend von 39,1 Jahren ein ebenso deutlicher Anstieg (Männer 39,9; Frauen 38,2). Erkennbar ist auch, dass die geschlechtsspezifische Verteilung der BARMER GEK deutlich der BARMER-Charakteristik als „Frauenkasse“ folgt und dass die GEK mit ihrer bisher männerdominierten Versichertenverteilung nicht mehr erkennbar ist: Die BARMER GEK ist eine „Frauenkasse“ – die Geschlechtsverteilung zeigt 3,62 Millionen Männer und 5,16 Millionen Frauen. Die genauen Daten zum Aufbau der Versichertenpopulation der GEK ist im Anhang dokumentiert (s. Tab. 4 und 5 im Anhang). Die Ausgabenzuwächse bei den Heil- und Hilfsmitteln zeigen ein sehr unterschiedliches Bild: Die Ausgaben für Heilmittel stiegen um 4,3% auf 618,4 Millionen Euro an, die für Hilfsmittel um 8,4% auf 670,7 Millionen Euro. Bei der BARMER allein lagen die Steigerungen bei 3 bzw. 7,6%, bei der GEK bei 11,2% resp. 13,1%. Die Ausgaben pro 100 Versicherte verzeichneten ganz ähnliche Steigerungsraten: Bei den Heilmitteln + 4,3%, bei den Hilfsmitteln +8,4%. Pro 100 Frauen wurde in beiden Leistungsbereichen absolut mehr ausgegeben als für 100 Männer: Bei den Heilmitteln 5.908 Euro für Männer und 7.698 Euro für Frauen, bei den Hilfsmitteln lagen die

Werte mit 7.501 Euro bzw. 7.583 Euro nah beieinander. Die Ausgaben für Hilfsmittel im pflegerischen Bereich (nach SGB XI §40) waren demgegenüber deutlich niedriger und betragen nur bei rund vier Prozent der Ausgaben nach dem SGB V.

Tabelle I.1 Kennzahlen der Jahre 2008 und 2009 für die BARMER GEK-Versicherten

	2008	2009	Änderung in %
Anzahl Versicherte (Statusfälle)*:			
Gesamt	8.884.614	8.884.927	+0,004
Männer	3.652.024	3.665.007	+0,36
Frauen	5.232.590	5.219.920	-0,24
Anzahl versicherte Personen:			
Gesamt	8.772.298	8.775.100	+0,03
Männer	3.602.536	3.616.774	+0,40
Frauen	5.169.762	5.158.326	-0,22
Durchschnittsalter:			
Gesamt	42,0	42,4	
Männer	40,4	40,8	
Frauen	42,7	43,2	
Versicherte mit Heilmittelleistungen (RL)**:			
Männer	554.019	569.977	+2,88
Frauen	1.192.814	1.208.374	+1,30
Versicherte mit Hilfsmittelleistungen (HMV)**:			
Männer	609.645	622.783	+2,16
Frauen	1.162.770	1.179.874	+1,47
Versicherte mit Leistungen nach SGB XI §40:			
Männer	19.320	21.800	+12,84
Frauen	31.612	34.960	+10,59

Tabelle I.1 Fortsetzung

	2008	2009	Änderung in %
Ausgaben für Heilmittel (RL):			
Gesamt	592.904.627,27	618.353.401,00	+4,29
Männer	207.363.335,52	216.535.541,06	+4,42
Frauen	385.541.291,75	401.817.859,94	+4,22
Ausgaben für Heilmittel (RL) pro 100 Versicherte:			
Gesamt	6.673,39	6.959,58	+4,29
Männer	5.678,04	5.908,19	+4,05
Frauen	7.368,08	7.697,78	+4,47
Ausgaben für Hilfsmittel (HMV):			
Gesamt	618.943.299,86	670.731.658,59	+8,37
Männer	249.988.402,23	274.913.228,76	+9,97
Frauen	368.954.897,63	395.818.429,83	+7,28
Ausgaben für Hilfsmittel (HMV) pro 100 Versicherte:			
Gesamt	6.966,46	7.549,10	+8,36
Männer	6.845,20	7.501,03	+9,58
Frauen	7.051,10	7.582,84	+7,54
Ausgaben für Leistungen nach SGB XI §40:			
Gesamt	22.528.266,97	26.664.292,07	+18,36
Männer	8.944.914,95	10.734.931,70	+20,01
Frauen	13.583.352,02	15.929.360,37	+17,27
Ausgaben für Leistungen nach SGB XI §40 pro 100 Versicherte:			
Gesamt	253,56	300,11	+18,36
Männer	244,93	292,90	+19,59
Frauen	259,59	305,16	+17,56

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

** Heilmittel entsprechend der Heilmittel-Richtlinien

*** Hilfsmittel aus dem Hilfsmittelverzeichnis

Die Analyse der Ausgaben für die unterschiedlichen Heilmittel in der BARMER GEK zeigt, dass die Physiotherapie mit 442,6 Millionen Euro auf Platz eins rangiert, während auf Leistungen aus dem Bereich der Ergotherapie, die an der zweiten Stelle der Ausgaben stehen, „nur“ 83,3 Millionen Euro entfallen. Es folgen danach die Logopädie mit 59,2 Millionen Euro und die Podologie mit 8,4 Millionen Euro. Während die Steigerungsraten bei den ersten drei genannten Heilmitteln lediglich zwischen vier und fünf Prozent ausmachen, hat die Podologie um 27,7 % bei den Ausgaben „zugelegt“. Diese Steigerung der Ausgaben, die auch bereits in den vergangenen Jahren zu beobachten war, sind aus präventiver Sicht aber sinnvoll. Die podologische Behandlung kann nämlich dazu beitragen, dass Spätschäden an den Füßen wegen schlecht heilender Wunden oder unbeabsichtigten und nicht bemerkten Verletzungen bei Menschen mit Diabetes verhindert werden können. Da solche Fußschäden häufig zu Amputationen einzelner Gliedmaßen an den Füßen oder zu Amputationen des Vorderfußes führen, kann durch eine konsequente Podologie die Rate der Amputationen gesenkt werden. Die Ausgaben pro Versichertem, der Heilmittelbehandlungen in Anspruch nimmt, betragen bei der Ergotherapie 961 Euro (86.719 Versicherte), bei der Logopädie 662 Euro (89.407 Versicherte), bei der Physiotherapie 283 Euro (1,57 Mio. Versicherte) und bei der Podologie 179 Euro (46.754 Versicherte) (s. Tabelle I.2). Während bei der BARMER die Steigerungsraten der Ausgaben etwas geringer und bei der GEK deutlich höher als bei der BARMER GEK ausfallen, sind die pro Kopf-Ausgaben bei der BARMER im Jahre 2009 etwas höher gewesen (s. Tab. 8 und 9 im Anhang).

Tabelle I.2 Ausgaben der BARMER GEK für unterschiedliche Heilmittel im Jahr 2009 in Euro

	Anzahl Versicherte mit Leistungen	Ausgaben in € pro Versichertem mit Leistungen 2009	Ausgaben in € 2009 für die BARMER GEK	Änderung Ausgaben in € je Versichertem zu 2008 in %
Ergotherapie	86.719	961,07	83.343.081,79	+4,56
Logopädie	89.407	661,75	59.164.679,48	+4,27
Physiotherapie	1.566.036	282,64	442.625.806,94	+4,64
Podologie	46.754	178,61	8.350.633,04	+27,65

Immer wieder können Asymmetrien in der Inanspruchnahme von Leistungen durch die Versicherten der GKV festgestellt werden – es gibt keine Normalverteilung, sondern immer eine schiefe Verteilung – viele nehmen nur wenige, wenige aber den Großteil der Leistungen in Anspruch. Im Vergleich zu anderen Leistungen gehört die Asymmetrie im Bereich der Heil- und Hilfsmittel zu den auffälligsten, sie ist z.B. auffälliger als im Bereich der Arzneimittelversorgung (Glaeske et al., 2009). Insgesamt bekamen nur etwa 17 % und damit 313 Tsd. aller Versicherten der GEK zumindest eine Verordnung eines Heil- bzw. Hilfsmittels (s. Tab. 12 bzw. 13 im Anhang), bei den Arzneimitteln liegt der entsprechende Prozentsatz immerhin bei 75 %, für die BARMER liegen die Werte etwas höher: Knapp 21 % bekommen zumindest einmal im Jahr 2009 eine Verordnungen eines Heil- oder Hilfsmittels, aber 81 % zumindest eine Verordnung eines Arzneimittels. So entfallen z.B. bei der GEK im Jahre 2009 30 % der Gesamtausgaben für Heilmittel auf 0,65 % der Versicherten, die eine Heilmittelverordnung bekommen haben, 30 % der Ausgaben für die Hilfsmittel entfallen auf lediglich 0,14 % der Versicherten mit Hilfsmittelverordnungen. Der entsprechende Wert für die Arzneimittel liegt bei 0,6 %. 80 % der Ausgaben in den genannten Bereichen entfallen auf 6,60 %, auf 3,14 % und auf 13,83 % der Versicherten mit den jeweiligen Verordnungen. Die entsprechenden Werte für die BARMER liegen nur leicht höher. Insgesamt fällt also auf, dass auf nur eine kleine Gruppe von Versicherten viele der verordneten Leistungen entfallen (s. Tabelle I.3 und Abbildung I.4 und

Tab. 10 im Anhang). In der Konsequenz bedeutet dies aber auch, dass die Zuzahlungen im Heil- und Hilfsmittel- sowie im Arzneimittelbereich auf eine relativ kleine Gruppe von Patienten entfallen, die auf Grund ihrer Krankheiten offensichtlich notwendigerweise behandelt werden müssen, ansonsten dürften die Vertragsärztinnen und -ärzte keine Verordnungen zu Lasten einer gesetzlichen Krankenkassen ausstellen. Dass diese Gruppe ausgerechnet auch den Hauptanteil der Zuzahlungen zu tragen hat und damit alle Versicherten entlastet – denn schließlich sind Zuzahlungen bis zur Überforderungsklausel Einnahmen der Kassen –, muss unter sozialen Aspekten der schon ohnehin bestehenden Belastung durch Krankheit und Behandlung immer wieder kritisch in Erinnerung gerufen werden. Wenn Ärztinnen und Ärzte aber Verordnungen ausstellen, gibt es kaum einen Spielraum dafür, dass Zuzahlungen als zusätzliche finanzielle Belastungen eine steuernde Wirkung entfalten können. Zuzahlungen sind daher in ersten Linie zusätzliche Finanzierungsquellen zur Entlastung des Gesamtsystems mit Wirkung auf den Beitragssatz: Der kann nämlich dann für die Versicherten, die keine Leistungen in Anspruch nehmen, eher niedrig gehalten werden (Braun et al., 2010).

Abbildung I.4 Verteilung der Ausgaben für Hilfs-, Heil- und Arzneimittel bei den GEK-Versicherten

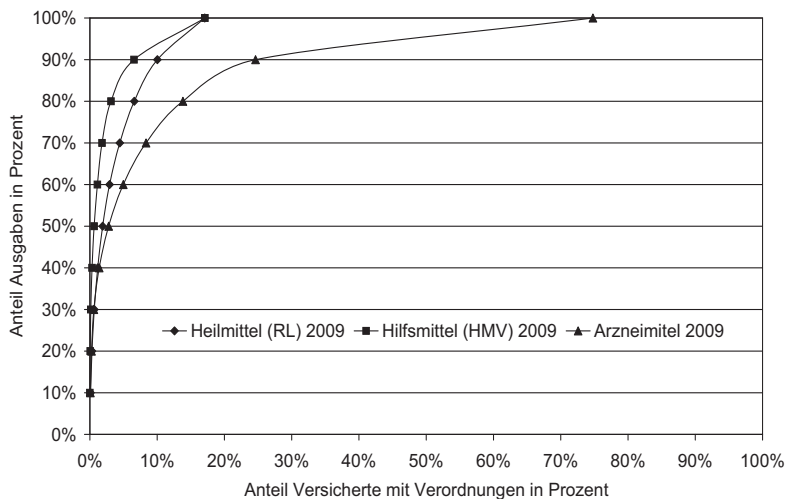


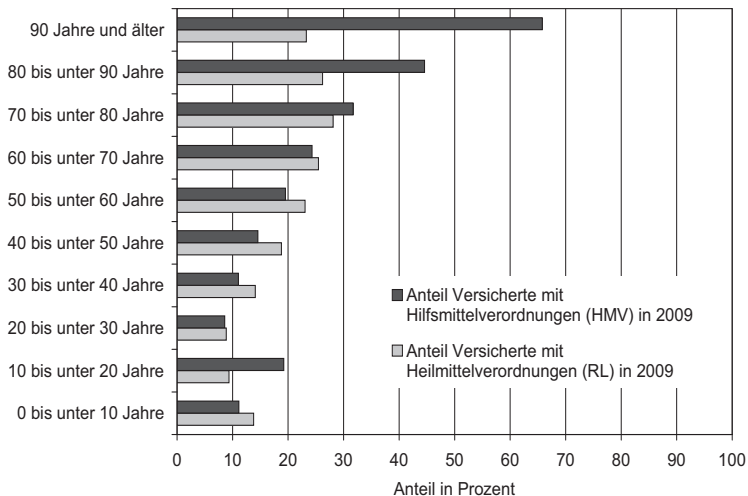
Tabelle I.3 Prozentuale Verteilung der Ausgaben für Versicherte der GEK mit Inanspruchnahme von Heilmitteln, Hilfsmitteln und Arzneimitteln im Jahre 2009

Anteil an den Gesamtausgaben	Anteil Versicherte mit Heilmittelverordnungen (RL) in %	Anteil Versicherte mit Hilfsmittelverordnungen (HMV) in %	Anteil Versicherte mit Arzneimittelverordnungen in %
10%	0,10	0,00	0,08
20%	0,31	0,05	0,24
30%	0,65	0,14	0,59
40%	1,17	0,32	1,39
50%	1,90	0,63	2,79
60%	2,93	1,12	4,97
70%	4,44	1,81	8,35
80%	6,60	3,14	13,83
90%	10,03	6,56	24,63
100%	17,07	17,11	74,78

Erwartungsgemäß steigt der Anteil der Leistungsversicherten bei den Hilfsmitteln deutlich mit dem Alter an. So bekommen z.B. 19,5 % der GEK-Versicherten im Alter von 50 bis 60 Jahren ein Hilfsmittel, bei den 70- bis 80-Jährigen sind es bereits 31,7 %. Bei den Heilmitteln sind die Unterschiede in den jüngeren Altersgruppen höher, sie steigen dann aber nicht mehr so stark an: Da entfallen bei den Patientinnen und Patienten 23,6 % auf die Altersgruppen der 50- bis 60-Jährigen und 28,1 % auf die Altersgruppen der 70- bis 80-Jährigen (s. Abbildung I.5 und Tab. 15 im Anhang). Auffällig sind aber in beiden Leistungsbereichen die Verordnungsanteile für Kinder. So sind bei der GEK 13,8 % aller Versicherten, die Heilmitteltherapie bekommen (z.B. Logopädie oder Ergotherapie), unter zehn Jahre alt, in der gleichen Altersgruppe erhalten 11,1 % Hilfsmittel (z.B. Brillen). Bereits knapp 19,2 % der 10- bis unter 20-Jährigen bekommen Hilfsmittel verordnet, 9,4 % Heilmittel. Neben einer Vielzahl physiotherapeutischer Leistungen erhalten diese Kinder und jungen Erwachsenen hauptsächlich Gehhilfen, Einlagen und Bandagen. Während die Varianz bei den Hilfsmitteln besonders auffällig ist (je nach Altersgruppen schwankt die Inan-

spruchnahme zwischen 8 % und 64 %), liegen die Relationen bei den Heilmitteln sehr viel näher beieinander (zwischen 8 % und 25 %). Der höchste Anteil der Heilmittelverordnungen wird bei den 70- bis 80-Jährigen mit rund 28 % erreicht, bei den Hilfsmittelverordnungen liegt der höchste Anteil bei den über 90-Jährigen bei rund 66 %. Betrachtet man allerdings die alters- und geschlechtsspezifischen Behandlungsprävalenzen, so wird deutlich, wie häufig z.B. Kinder bis zum zehnten Lebensjahre Heilmittel verordnet bekommen (ca. 13 %). Die Anteile bei der BARMER im Jahre 2009 liegen ganz ähnlich, allerdings liegen die Inanspruchnahmeraten ab dem 70. Lebensjahr deutlich höher als bei der GEK und erreichen etwa 35 % bei den Heilmitteln und bis zu 96 % bei den Hilfsmitteln (s. Tab. 16 im Anhang).

Abbildung I.5 Anteil Versicherte der GEK mit Heil- bzw. Hilfsmittelverordnungen in 2009 nach Alter



Die Analysen im Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung wurden über Jahre vernachlässigt, auch allgemeine Darstellungen der Verordnungshäufigkeiten sind wenig aussagekräftig, wenn nicht personenbezogene und diagnosegestützte Informationen als Basis für Auswertungen vorliegen. Ohne Zweifel ist der Bereich der Heil- und Hilfsmittel bislang weniger transparent und einheitlich codiert als der Arzneimittelbereich. Erschwerend kommt hinzu, dass z.B. Hilfsmittel sowohl in Apotheken (Daten nach § 300 SGB V) als auch in Sanitätshäusern (Daten nach § 302 SGB V) abgegeben werden dürfen. Und während in Apotheken Hilfsmittel auf Grund einer Verordnung auf einem standardisierten Rezeptvordruck (Muster 16) beliefert und bei der Belieferung die entsprechenden Codierungen (Pharmazentralnummern/PZN) aufgetragen werden, sind die Verordnungen aus Sanitätshäusern oder anderen Abgabestellen im Format nicht standardisiert, was eine Erfassung und Auswertung der Verordnungen erheblich erschwert. Transparenz braucht als Voraussetzung eben auch eine leicht zugängliche Datengrundlage. Insgesamt ist im Hilfsmittelbereich eine Infrastruktur erforderlich, die eine Nutzen- und Kostenbewertung durchführt. Während in der Arzneimittelversorgung mehr und mehr strukturelle Verbesserungen zur Nutzenbewertung eingeführt werden und in den vorliegenden Eckpunkten zur Gesundheitsreform auch die Kosten-Nutzen-Bewertung für Arzneimittel vorgesehen ist, fehlen derartige Ansätze in der Hilfsmittelversorgung. Und das, obwohl der Bereich wegen des steigenden Anteils älterer Menschen in unserer Gesellschaft, die mehr und mehr Hilfsmittel zum Ausgleich von körperlichen Einschränkungen nutzen werden, an Bedeutung zunimmt. Zurzeit engagieren sich vor allem der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) und eine eher überschaubare Anzahl von Experten bei den Verbänden und einzelnen Kassen der GKV in diesem Bereich. Es sollten aber Prüfabläufe für Hilfsmittel geschaffen werden, die den Zulassungsstudien für Arzneimittel ähnlich sind. Erst dann könnte zumindest eine Strukturqualität erwartet werden, die gute Voraussetzungen dafür bietet, dass sich bei sach- und indikationsgerechter Anwendung auch ein Erfolg einstellt.

In unserem diesjährigen Report untersuchen wir z.B. die Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Multiple Sklerose (MS). Hier wird deutlich, dass bei vielen Patienten Defizite durch ein sektorales Gesundheitssystem zu beklagen sind, das multiprofessionelle Behandlung und den optimalen Einsatz von z.B. Heilmitteln erschwert. Gerade in der ambulanten Versorgung könnte aber die Inanspruchnahme von Heilmitteln erleichtert werden, wenn z.B. eine bessere Vernetzung von Gesundheitsberufen gegeben wäre. Die Dokumentation solcher Defizite ist daher eine der Aufgaben der Versorgungsforschung, um Anhaltspunkte dafür zu bekommen, wo eine Optimierung der Behandlung notwendig ist. Dazu gehört aber auch die Analyse, ob denn alle Heilmittelverordnungen, z.B. solche für Kindergarten- und Schulkinder, medizinisch notwendig und angemessen sind oder ob nicht in vielen Fällen Defizite in der Förderung von Sprachfähigkeit und Motorik durch eine „Medizinisierung“ und durch eine Verschiebung der Ausgaben der öffentlichen Hand in den Ausgabenbereich der GKV stattfindet: Die leeren Kassen der Sozial- und Kultusbehörden schaffen möglicherweise Begehrlichkeiten, den noch immer gut gefüllten Topf der GKV (2009 kamen Ausgaben von 175,6 Mrd. Euro zusammen) für die im eigenen Verantwortungs- und Gestaltungsbereich liegenden Aufgaben zu nutzen. Es kommt zu „Verschiebebahnhöfen“, die die GKV belasten – leider eine immer wieder zu beobachtende Entlastungsstrategie öffentlicher Einrichtungen!

3. Material und Methoden

Am 1. Januar 2010 fand die Fusion der Gmünder ErsatzKasse (GEK) und der BARMER zur BARMER GEK statt. Das diesem Report zugrunde liegende Datenmaterial basiert hauptsächlich auf Leistungsdaten der Gmünder ErsatzKasse (GEK) aus den Jahren 2008 und 2009, die systematisch und versichertenbezogen erfasst worden sind. Als Grundgesamtheit gelten alle Versicherten aus den Jahren 2008 bzw. 2009, die mindestens einen Tag in der GEK versichert waren. Bei Berechnungen, die sich auf ganzjährig Versicherte beziehen, ist dies ausdrücklich erwähnt. Einige Übersichtstabellen bauen jedoch auf den addierten Daten der beiden Kassen aus den Jahren 2008 und 2009 auf und sind entsprechend gekennzeichnet.

Es ist zu unterscheiden zwischen den tatsächlich versicherten Personen und den so genannten Statusfällen. Die Zahl der Statusfälle übersteigt die Zahl der tatsächlich versicherten Personen, da eine versicherte Person während eines Jahres unter mehreren Statusgruppen geführt werden kann, z.B. als familienversichert oder freiwillig versichert. Da die Erfassung der Anzahl der versicherten Personen sehr komplex ist, beziehen sich die Auswertungen in dem hier vorgelegten Report in der Regel auf die Zahl der Statusfälle der GEK ($n = 1.812.416$ für das Jahr 2008; $n = 1.834.561$ für das Jahr 2009). Wird in speziellen Auswertungen auf die Anzahl der versicherten Personen Bezug genommen, ist dies eigens ausgewiesen. Die versichertenbezogenen Daten sind pseudonymisiert, so dass eine personenbezogene Datenanalyse möglich ist, ohne dabei die tatsächliche Identität der Versicherten offen zu legen. Sofern eine Sichtung der Originalbelege im Klartext für die Auswertung erforderlich war, erfolgte diese durch eine Mitarbeiterin der BARMER GEK in deren Räumen.

Für die Analysen standen Daten auf der Basis des § 302 des 5. Sozialgesetzbuches (SGB V) zur Verfügung, die nicht nur die Leistungen aus dem Bereich Heil- und Hilfsmittel, sondern auch von allen „sonstigen

Leistungserbringern“ umfassen. Für die Auswertungen in den Kapiteln „Physiotherapie bei Kindern“, „Hilfsmittel für Kinder“, „Hilfsmittel in der Dekubitusversorgung“, „Heilmittelversorgung in terminaler Lebensphase“ und „Multiple Sklerose in der ambulanten Versorgung“, wurden die Abrechnungsdaten zur ambulant vertragsärztlichen Versorgung sowie die Arzneimittelabrechnungsdaten verwandt.

Hilfsmittel nach dem Hilfsmittelverzeichnis (HMV)

Die Auswertungen zu Hilfsmitteln beziehen sich auf die Hilfsmittelprodukte, die dem Hilfsmittelverzeichnis zugeordnet werden können. Für den vorliegenden Heil- und Hilfsmittelreport 2010 wurden neu berechnete Daten aus dem Jahr 2008 verwendet, die von den Zahlen des letzten Reports abweichen. Die Änderungen ergeben sich aus einer verbesserten Zuordnung von Abrechnungsbelegen zu Leistungsbereichen bzw. Produktgruppen und durch Buchungskorrekturen. Außerdem wurden einige Rezepte, die im Jahr 2008 ausgestellt wurden, erst im Folgejahr bei der GEK zur Abrechnung eingereicht und sind in den neu berechneten Daten mit inbegriffen. Das ist besonders bei Hilfsmitteln der Fall, die in den letzten Quartalen des Jahres 2008 verordnet wurden. Auch bei den Hilfsmittelverordnungen werden einige Rezepte erst im Folgejahr abgerechnet. Diese Abweichungen sind in der Mehrzahl der Fälle geringfügig.

Die systematische Auswertung der Hilfsmittelabrechnungsdaten wird nach wie vor durch die Verwendung von so genannten Pseudo-Positionsnummern erschwert. Zwar gibt es verschiedene Listen wie z.B. vom VDEK, die diese Pseudo-Positionsnummern klassifizieren. Eine Identifizierung auf Produktebene, wie es das Hilfsmittelverzeichnis vorsieht, ist jedoch bei diesen Nummern nicht möglich.

Heilmittel laut Heilmittel-Richtlinien (Heilmittel-RL)

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

Im Einzelnen erfolgte die Zuordnung zu den einzelnen Heilmitteln der Richtlinien folgendermaßen:

Physiotherapie: Heilmittelposition X0101 – X2002

Logopädie: Heilmittelposition X3001 – X3401

Ergotherapie: Heilmittelposition X4001 – X4502

Podologie: Heilmittelposition X8001 – X8006

Kur/ambulante Vorsorge: Heilmittelposition X6001 – X7304

Sonstige Heilmittel: Heilmittelposition X9701 – X9936

Das „X“ in der Heilmittelpositionsnummer steht für den jeweiligen Leistungserbringer, z.B. X=1 entspricht „Masseuren und medizinischen Bademeistern“, X=2 „Krankengymnasten und Physiotherapeuten“ usw. Aus der Rubrik „Sonstige Heilmittel“, die im Wesentlichen „Mitteilungen und Berichte an den Arzt“ und „Hausbesuch/Wegegeld“ umfasst, lassen sich die meisten Heilmittel einem der Bereiche Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie und Podologie anhand des jeweiligen Leistungserbringers nachträglich mit hoher Wahrscheinlichkeit zuordnen. Dies ist jedoch nicht

möglich bei dem Leistungserbringer „X=6 Krankenhaus“, da Krankenhäuser Leistungen aus allen vier Leistungsbereichen der Richtlinien erbringen. Die „Sonstigen Heilmittel“ mit den Heilmittelpositionen X9701 – X9936 können grundsätzlich nicht allein verordnet und abgerechnet werden. Sie werden immer zusammen mit Leistungen, die einem bestimmten Bereich eindeutig zuzuordnen sind, auf einem Beleg abgerechnet. Unter der Bezeichnung „Heilmittel-RL“ sind in diesem Report nur die eindeutig einem der Bereiche Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie und Podologie zuzuordnenden Leistungen zusammengefasst.

Leistungsversicherte

Für die Umschreibung von Versicherten, die eine Verordnung im Bereich der Heilmittel und/oder Hilfsmittel erhalten haben, wurde der Begriff des/der Leistungsversicherten (LV) gewählt.

Behandlungs- und Versorgungsprävalenz

Unter Behandlungsprävalenz versteht man die Häufigkeit, mit der eine bestimmte Behandlung in einer Personengruppe in einem umschriebenen Zeitraum beobachtet wird. Man unterscheidet Punkt- und Periodenprävalenz. Wenn nicht anders angegeben, sind jeweils Periodenprävalenzen für das betrachtete Jahr angegeben. Bei den Hilfsmitteln beschreibt der Begriff Versorgungsprävalenz die Häufigkeit, mit der Personen aus einer bestimmten Personengruppe mit Hilfsmitteln versorgt werden. Die Angaben erfolgen in Prozent der Leistungsversicherten, bezogen auf die jeweilige Grundgesamtheit.

Die Auswertung der Daten erfolgte mit den Programmen Kompass 302 und Rezept 300 der Firma Inter-Forum sowie mit dem Statistikprogramm-paket SAS.

II. Heilmittel

1. Die Akademisierung der Ergotherapie – neue Anforderungen und Möglichkeiten

Ursula Walkenhorst

Die Bedeutung der therapeutischen Gesundheitsfachberufe, zu denen die Ergotherapie zählt, hat in den letzten Jahren erkennbar zugenommen. Nicht nur ihre Erwähnung und die gezielten Analysen ergotherapeutischer Versorgungsleistungen im Rahmen der Heil- und Hilfsmittelreporte, sondern insbesondere die zunehmenden Qualifizierungsmöglichkeiten in Form von Bachelor- und Masterstudiengängen an deutschen Hochschulen, machen die Entwicklungen deutlich. Die Ergebnisse der zunehmenden Akademisierung und damit der Möglichkeit, Forschung und Wissenschaft aufzubauen, zeigen sich in vielfältigen Forschungsergebnissen sowie einer steigenden Anzahl an Publikationen. In der neueren Entwicklung der Akademisierung der Gesundheitsberufe ist insbesondere die Verabschiedung des Gesetzes zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten (ModellKIG) im September 2009 von Bedeutung. Es ermöglicht, die zeitlich befristete Erprobung von Ausbildungsangeboten, die der Weiterentwicklung der genannten Gesundheitsberufe unter Berücksichtigung der berufsfeldspezifischen Anforderungen dienen. Dies bedeutet, dass Hochschulen die Verantwortung für die Ausbildung in Theorie und Praxis übernehmen dürfen, die Ausbildung darüber in ein Studium integriert werden kann und der Erwerb der Berufszulassung sowie des akademischen Bachelorgrades in dem Studiengang möglich ist. Mit dieser Modellklausel werden dem Professionalisierungs- und Akademisierungsprozess der Gesundheitsfachberufe neue Entwicklungsoptionen gegeben, die von den Hochschulen (ggf. in Kooperation mit Berufsfachschulen) mit entsprechenden Gesundheitseinrichtungen umgesetzt werden können.

Im folgenden Beitrag wird der aktuelle Stand der Akademisierung der Ergotherapie vor dem Hintergrund einer sich verändernden Versorgungssituation, neuer Qualifikationsbedarfe im Bereich der Gesundheitsberufe sowie professionstheoretischer Grundlagen aufgezeigt. Am Beispiel des Bachelor-Studienganges Ergotherapie an der neu gegründeten Hochschule für Gesundheit in Bochum wird eine Möglichkeit zur Umsetzung der Modellklausel verdeutlicht, die die Veränderungen im Versorgungs- und Qualifikationsbedarf berücksichtigt.

1.1 Veränderungen in der Versorgungssituation

Zu den grundlegenden Fragen, die aus der Perspektive der Versorgungsforschung gestellt werden, gehören neben der Frage nach dem Versorgungsbedarf und den Versorgungsbedürfnissen der Bevölkerung auch Fragen, die sich im Hinblick auf die zukünftig zu versorgenden Gruppen sowie die dafür erforderlichen Versorgungsstrukturen stellen. Die Gutachten des Sachverständigenrates zur Entwicklung im Gesundheitswesen aus den Jahren 2005, 2007 und 2009 geben hier konkrete Empfehlungen und zeigen relevante Entwicklungen und erforderliche Veränderungen auf (SVR, 2005; SVR, 2007; SVR, 2009b). Die Versorgungssituation der Zukunft wird zunächst einmal gekennzeichnet sein durch den demografischen Wandel in der Bevölkerung, der einen höheren Versorgungs- und Pflegebedarf mit sich bringt. Ein größerer Anteil an pflegebedürftigen älteren und alten Menschen macht ein entsprechend qualifiziertes und ausreichendes Gesundheitspersonal in den verschiedenen Professionen erforderlich. Zudem ist davon auszugehen, dass chronische Erkrankungen in der Bevölkerung sowie Multimorbidität im Alter steigen werden. Beides trägt zu einem veränderten Versorgungsbedarf und der Anforderung an die Entwicklung neuer Versorgungskonzepte bei. Als zukünftig stärker erwartete zu versorgende Gruppen seien hier insbesondere Menschen mit Migrationshintergrund, Personen mit psychischen Erkrankungen sowie vulnerable Gruppen wie z.B. Obdachlose, Arbeitslose oder sozial benachteiligte Gruppen zu nennen.

All diese Veränderungen im Versorgungssystem werden vor dem Hintergrund abnehmender Ressourcen im Gesundheitswesen geschehen und erfordern ein systematisches Umdenken bzgl. der Versorgungsstrukturen. Im Vordergrund sind zukünftige Versorgungsstrukturen deshalb sowohl zielgruppen- als auch generationsspezifisch zu denken. Versorgungsüberlegungen bedürfen einer integrierten Perspektive, die sowohl sektorübergreifend als auch populationsorientiert ausgerichtet ist. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass Menschen und deren Erkrankungen immer in ihrer Lebensspanne gesehen werden müssen. Treten z.B. chronische Erkrankungen in jungen Jahren auf, bedarf es einer sorgfältigen Gestaltung der Versorgungsübergänge („transitional care“). Hier ist aus einer ergotherapeutischen Perspektive das vieldiskutierte Krankheitsbild der ADHS zu nennen. Werden Kinder bereits früh behandelt, dann müssen auch die Übergänge, die Menschen in jungen Jahren vollziehen (Kindergarten, Grundschule, weiterführende Schule, Ausbildung) mit in den Blick genommen werden. Dabei bedarf es z.B. einer engen Zusammenarbeit verschiedener Mediziner und Therapeuten und eines sinnvoll aufeinander abgestimmten Übergangs zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen. Ein gelungenes Schnittstellenmanagement sowie eine gelingende Kommunikation zwischen den Gesundheitsprofessionen sind hier zwingend erforderlich. Ähnliches gilt für den Bereich der Rehabilitation – auch hier bedarf es einer engeren Vernetzung zwischen der beruflichen, medizinischen und sozialen Rehabilitation. Eine gelungene kardiologische Operation ohne eine anschließende stufenweise Wiedereingliederung in den Alltag und das Berufsleben bei enger Absprache aller Akteure, führt langfristig zu höheren Kosten im Gesundheitswesen, als eine Operation mit darauf folgender Wiedereingliederung.

Das Bedürfnis von erkrankten Menschen, in ihrem direkten Umfeld zu gesunden und bis ins hohe Alter in ihrem eigenen häuslichen Bereich leben zu wollen, wird weiter steigen. Hier ist der Auf- und Ausbau gesundheits- und personenbezogener Dienstleistungen im häuslichen Bereich erforderlich sowie eine Stärkung der familiären Unterstützungsangebote.

Die bereits geführten Diskussionen um die Einrichtung von Pflege- und Gesundheitsstützpunkten sowie der Stärkung des Konzeptes der Primärversorgung unterstreichen diese Versorgungsperspektive. Dabei stehen insbesondere die Beratung, Anleitung und Edukation von Nutzern und deren Systeme bei gesundheitsbezogenen Fragestellungen im Mittelpunkt. Eine gemeindenahe Versorgung, die diese Bedürfnisse aufgreifen kann, bzw. eine Versorgung mit einem starken regionalen Bezug, stärkt die vorgenannten Überlegungen. Das Konzept der „community based care“ wird international in der Ergotherapie seit vielen Jahren diskutiert und in weiten Teilen bereits umgesetzt. Hier ist es möglich, ergotherapeutische Dienstleistungen auch außerhalb des klassischen medizinischen Kontextes im eigenen Umfeld in Anspruch zu nehmen. Ergotherapeutische Versorgungsleistungen werden dann auch auf kommunaler Ebene angeboten und Ergotherapeuten sind in kommunalen Einrichtungen (z.B. Kindergarten, Schule) ein fester Bestandteil des Personals. Parallel zu dem Bedürfnis nach einer Versorgung in der bekannten häuslichen Umgebung und dem vertrauten Umfeld ist es notwendig, Strukturen, die zu sozialer Ungleichheit führen, weiter abzubauen. Dem Konzept der Sozialen Ungleichheit (Hradil, 2005) und dem Konzept der Verwirklichungschancen (Volkert, 2005), die beide implizit eine stärkere Vernetzung der Systeme Gesundheit, Bildung und Soziales beinhalten, lässt sich aus einer ergotherapeutischen Perspektive der Ansatz der „Betätigungsgerechtigkeit“ („occupational justice“) (Townsend & Wilcock, 2004; Kronenberg et al., 2004) gegenüberstellen: In welcher Form sind Lebens- und Versorgungsstrukturen vorhanden, die es Menschen ermöglichen, sich den für sie sinnvollen und bedeutsamen Betätigungen zuzuwenden oder in welcher Form werden Betätigungsbarrieren in den Lebensbereichen Freizeit, Produktivität oder Selbstversorgung aufgebaut, die die Lebensqualität und die Gesundheit von Menschen beeinträchtigen? (Wilcock, 1998).

Diesen Fragen liegen anthropologische Annahmen zugrunde, die den Kern der Ergotherapie betreffen. Hierzu gehören die Annahmen, dass Menschen ein Recht haben auf eine sinnvolle Lebensführung und auf

Entscheidungsmöglichkeiten über die eigene Verwirklichung (im Sinne von sich zu betätigen und teilzuhaben an der Gesellschaft). Ebenso gehört die Annahme dazu, dass Gesundheit einhergeht mit der Fähigkeit, in einer ausgeglichenen Anzahl an Rollen und Tätigkeiten angemessen zu funktionieren und daraus ein Gefühl der Befriedigung zu gewinnen (Hack, 2004).

Mit dem Blick auf das Versorgungsangebot der Ergotherapie lassen sich aus der Perspektive der aufgezeigten zukünftigen Versorgungssituation verschiedene Fragen stellen:

- In welcher Form sind ergotherapeutische Dienstleistungen bei den genannten zukünftig zu versorgenden Gruppen vorhanden – welche gilt es zu entwickeln?
- Welche ergotherapeutischen Konzepte liegen für die zukünftig notwendigen Versorgungsstrukturen und -anforderungen vor?
- In welcher Form werden in Deutschland gemeindenahe Versorgungsbedarfe in der Ergotherapie umgesetzt? Wo gibt es bereits erste Strukturen?
- In welcher Form wird das Thema der Sozialen Ungleichheit im ergotherapeutischen Versorgungsbereich berücksichtigt?
- Wie kann sich Ergotherapie an gelingenden Übergangsmodellen in der Lebensspanne beteiligen?
- Wie lassen sich ergotherapeutische Versorgungsleistungen mit den Systemen Bildung und Soziales vernetzen?
- Wie lässt sich die Betätigungsperspektive sinnvoll in bestehende Konzepte integrieren bzw. ergänzen?
- In welcher Form kann sich die Ergotherapie an einer effektiven Primärversorgung beteiligen?

1.2 Neue Aufgaben für und Anforderungen an die Gesundheitsberufe

Eine veränderte Versorgungssituation bedarf eines entsprechend veränderten professionellen Verhaltens auf der Seite der Gesundheitsberufe. In den letzten Jahren ist dieser Anspruch zum einen aus der Qualitätsperspektive und zum anderen aus der Perspektive einer notwendigen Veränderung des Ausbildungsniveaus diskutiert worden. Die ersten Akademisierungsüberlegungen zu den Gesundheitsfachberufen lassen sich bereits 1973 in den Überlegungen des Wissenschaftsrates finden, während die Qualitätsdebatte und die Entwicklung entsprechender Anforderungen an qualitativ hochwertige, d.h. an eine effektive und effiziente Versorgung, in den 80er und 90er Jahren ihre Hochphase in der Diskussion der Gesundheitsberufe fand. Dies gilt auch für die Ergotherapie (Walkenhorst, 2008). Der Ruf nach Wirksamkeitsstudien, die Forderung nach einer evidenzbasierten Praxis, die Entwicklung von Leitlinien und Clinical Pathways haben nicht nur das Qualitätsbewusstsein in den Gesundheitsberufen verändert, sondern auch die Frage nach der Ausbildungsqualität. In welcher Form müssen die Gesundheitsberufe qualifiziert sein, um diesen Ansprüchen gerecht zu werden? Welche Art der Ausbildung – akademisch/nicht-akademisch – entspricht der Erfüllung der neuen Qualitätsansprüche? In welcher Form bedarf es fachspezifischer und berufsfeldspezifischer Anteile?

Die wieder aufgegriffenen akademischen Qualifizierungsüberlegungen wurden in den therapeutischen Gesundheitsberufen (Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie) mit Ende der 90er Jahre umgesetzt. Es entwickelte sich eine große Zahl an verschiedenen Studiengangsmodellen, die zu einem unterschiedlichen Profil der Absolvent/-innen beitragen (u.a. additive Studiengangsmodelle, die einen Studiengang ergänzend zu der Ausbildung anbieten, Studiengangsmodelle mit internationalen Partnern, Studiengangsmodelle, die eine abgeschlossene Ausbildung voraussetzen). Offen bleiben bis heute empirische Belege zu einer veränderten Versorgungsqualität bzw. einer veränderten Qualität der Arbeit in den Gesund-

heitseinrichtungen. Hier gibt es heute und in den nächsten Jahren einen hohen Bedarf an Forschungs- und Evaluationsprojekten, die diese Form des Nachweises erbringen. Bisherige Absolventenstudien geben Hinweise darauf, dass zum Teil neue Aufgabenbereiche übernommen werden, Studiengangabsolvent/-innen übergeordnete Tätigkeiten ausüben oder sich konkret an wissenschaftlichen Projekten beteiligen. Als Begründung der noch weiter angestrebten breiteren Akademisierung reicht dies noch nicht aus. Allerdings darf der Anspruch an dieser Stelle nicht zu hoch gesteckt werden, da der Aufbau der Studiengänge, die Rekrutierung des wissenschaftlichen Personals sowie die notwendige Darstellung und Präsenz der neuen Studiengänge in der Fach- und allgemeinen Öffentlichkeit, die Ressourcen der Hochschulvertreter/-innen in hohem Maße beansprucht haben. Im Jahr 2010 lässt sich an der Stelle jedoch bemerken, dass die Vertreter/-innen der therapeutischen Gesundheitsberufe ihren Platz in wichtigen wissenschaftlichen und politischen Gremien eingenommen haben und die Akzeptanz der Studiengänge neben den bereits bestehenden Studiengängen im Gesundheitswesen erkennbar zugenommen hat.

Die ersten Akademisierungsprozesse fanden dabei jedoch unter einer eher fachspezifischen Perspektive statt. Alle Gesundheitsberufe sind bestrebt, ihre wissenschaftlichen Disziplinen zu entwickeln, Forschungsstrukturen aufzubauen und den wissenschaftlichen Nachwuchs zu unterstützen. Eine klare Versorgungsperspektive, die über die Interessen einer einzelnen Berufsgruppe hinausgeht und aus der Perspektive des Nutzers eingenommen wird, steht im Moment zuweilen eher im Hintergrund. An einer Veränderung dieser Perspektive werden sich die Akademisierungsbestrebungen in den nächsten Jahren messen lassen müssen. Hier lassen sich auch Ergebnisse aus Analysen des Akademisierungs- und Professionalisierungsprozesses der Pflege hinzuziehen (Schaeffer, 1994). Pflegewissenschaftlerinnen reflektieren selbstkritisch die starke Betonung des eigenen Interesses (bis zur Situation des „um sich selber Kreisens“) und sehen hierin auch eine Ursache der Akzeptanz der Studiengänge in der Fachöffentlichkeit. Moderne professionssoziologische Erkenntnisse

unterstützen ebenfalls diese Perspektive und unterstreichen insbesondere die Notwendigkeit, die Identifizierung der Handlungslogiken in den Berufen in den Mittelpunkt zu stellen (Pfadenhauer, 2005).

Die aufgezeigten Veränderungen im Versorgungssystem, die Komplexität und systemisches Denken erfordern, haben Konsequenzen für die Koordination und Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe, die über eine fachspezifische Perspektive hinausgehen. Der Aufbau einer effektiven Primärversorgung („Primary Health Care“), die Stärkung einer regionalen und gemeindenahen Versorgung sowie die Modelle zur Integrierten Versorgung bedürfen einer interdisziplinären Zusammenarbeit, einer neuen Aufgabenverteilung sowie effektiver Kommunikationsstrukturen, die bisher auf der Ebene der Organisationen erst in Ansätzen umgesetzt wird. Eine gelungene Zusammenarbeit ist bisher primär von dem professionellen Handeln jedes einzelnen Akteurs abhängig und wird weniger durch entsprechende Konzepte in den Ausbildungen, Studiengängen und Organisationen unterstützt. Der optimale Qualifikationsmix bzw. „Professionenmix“ („collaborative care“) stellt eine potenzielle zentrale Arbeitsstruktur dar und bringt eine Veränderung der Berufsbilder mit sich (Bourgeault et al., 2008). Dies beinhaltet direkt eine Ausweitung von Aufgaben oder Qualifikationen und die Delegation von Verantwortung sowie indirekt Veränderungen an den Schnittstellen zwischen den Angeboten am Versorgungsort. Begründen lässt sich dies neben den bereits aufgeführten Aspekten des qualitativen Aspektes der Versorgungsqualität auch aus quantitativen Erfordernissen, nämlich knappen Ressourcen, einer stärkeren Kostenwirksamkeit sowie Verteilungsproblemen (ebd.).

Die Entwicklung von effektiven Konzepten zum Qualifikationsmix setzt allerdings zum jetzigen Zeitpunkt bei den therapeutischen Gesundheitsberufen einige Analysen voraus, die den Akademisierungsprozess in den nächsten Jahren beeinflussen werden. Bereits der Sachverständigenrat zur Entwicklung im Gesundheitswesen wies in seinem Gutachten 2007 darauf hin, dass eine Identifizierung und Benennung der Kern- und

Poolkompetenzen einer Berufsgruppe erforderlich ist. Konkret gilt es zu beantworten: Was tut eine Ergotherapeut/in? In welchen Bereichen sind ihre Tätigkeiten ähnlich zu angrenzenden Berufsgruppen (z.B. der Physiotherapie)? Welche Aufgaben könnten Ergotherapeut/-innen aus anderen Berufsgruppen übernehmen? Um welche Aufgaben ließe sich das Berufsbild erweitern? Welche Aufgaben ließen sich übertragen? Welche Qualifikationen würden hierfür benötigt? Welchen Handlungslogiken folgt ergotherapeutisches Tun?

Mit der Beantwortung dieser Fragen ließen sich dann die Berufsbilder beschreiben und Konzepte für den Mix der Professionen entwickeln. Dies wäre nicht nur aus Versorgungsperspektive wichtig, sondern auch aus der Perspektive der weiteren Akademisierungsbestrebungen. Die Absolvent/-innen der neuen Studiengänge, die sowohl auf Bachelor- als auch auf Masterebene ausgebildet sind, treffen auf ein bisher wenig für sie vorbereitetes Handlungsfeld. Der Arbeitsmarkt entwickelt sich an den Kompetenzen und den Profilen der neuen Berufe und hält nicht explizit Arbeitsplätze für diese vor. Dies bringt neben den Fragen der Absolvent/-innen nach ihrem Handlungsort und ihrem Platz in dem sozialen Gefüge auch die Frage nach Haftungs-, Verantwortungs- und Tätigkeitsbereichen mit sich. Bei der Betrachtung des derzeitigen Gesundheitsmarkts lässt sich die Unterscheidung der verschiedenen Absolvent/-innen noch nicht eindeutig beantworten und stellt sowohl Arbeitnehmer/-innen als auch Arbeitgeber/-innen vor entsprechende Herausforderungen. Der „Qualifikationsmix“ hat in den letzten Jahren bereits innerhalb einer Berufsgruppe stattgefunden und trägt zu vielen Diskussionen unter den Berufsangehörigen bei. Was unterscheidet die bisher am stärksten vertretenen Berufsfachschulabsolvent/-innen von den Bachelorabsolvent/-innen? Wo enden die Befugnisse der Berufsfachschulabsolventen/-innen in Abgrenzung zu den akademisch ausgebildeten Kollegen/-innen?

Wenn überprüft werden soll, welche Delegations- und Substitutionsaufgaben übernommen werden können, müssen zunächst die grundlegenden Prozesse, Strukturen, Kompetenzen und Handlungslogiken in den einzelnen Berufen benannt werden.

Unabdingbar ist es jedoch bereits zum jetzigen Zeitpunkt über eine interprofessionelle Kompetenz zu verfügen. Eine enge und vernetzte Zusammenarbeit stellt heute ein Qualitätsmerkmal für die Arbeit im Gesundheitswesen dar. Hierzu gehört einerseits die Kompetenz, die eigenen Leistungen im Team kompetent und transparent darzustellen sowie andererseits sich mit den Kompetenzen und Leistungen der anderen Berufsgruppen konstruktiv auseinanderzusetzen. Um diese Kompetenzen auszubilden, bedarf es sowohl fachdidaktischer als auch berufsfelddidaktischer Überlegungen in den Studiengängen.

Mit dem Blick aus der Qualifikationsperspektive und vor dem Hintergrund der aufgezeigten neuen Aufgaben und Anforderungen an die Gesundheitsberufe lassen sich an das Berufsbild der Ergotherapie folgende Fragen stellen:

- Welche Qualifikationsprofile hält die Ergotherapie derzeit vor, die den neuen Anforderungen entsprechen?
- Welche Qualifikationsprofile werden benötigt und in welchem Umfang?
- Welche akademischen und nicht-akademischen Kompetenzen werden benötigt?
- Was verantworten Ergotherapeut/-innen und wofür werden sie haftbar gemacht im Rahmen der unterschiedlichen Qualifikationsprofile?
- Welche Erkenntnisse gibt es über die Pool- und Kernkompetenzen von Ergotherapeut/-innen?

- Welche interprofessionelle Kompetenz liegt vor bzw. in welcher Form findet die Ausbildung einer interprofessionellen Kompetenz Berücksichtigung in den Studiengängen?

1.3 Neue Qualifizierungsmodelle in den Gesundheitsberufen – Grundständiger Studiengang Ergotherapie an der Hochschule für Gesundheit Bochum

Die Akademisierungsdiskussion ist mit der Verabschiedung der sogenannten Modellklausel im September 2009 in eine neue Phase getreten. Diese ermöglicht es Hochschulen grundständige bzw. primärqualifizierende Studiengänge in den Berufen der Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie sowie im Hebammenwesen anzubieten und durchzuführen. Studierende erlangen darüber die Möglichkeit sowohl die Berufszulassung durch die Absolvierung der Staatlichen Prüfung als auch den akademischen Grad des Bachelors zu erwerben. Diese Konstruktion, die die Verantwortung der gesamten theoretischen und praktischen Ausbildung sowie die Durchführung der Staatlichen Prüfung in die Hände der Hochschulen legt, unterscheidet sich von allen bisherigen Studiengangsmodellen.

Die Diskussionen zur und letztendlich die Verabschiedung der Modellklausel ist zentral durch das Bundesland Nordrhein-Westfalen (NRW) unterstützt worden. Bedenkensträger dieses Vorhabens fanden sich u.a. bei den Gewerkschaften (ver.di) als auch bei der Bundesärztekammer (BÄK) und der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Nach dem Gesetzesentwurf erstattet das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) dem Deutschen Bundestag bis zum 31. Dezember 2015 über die Ergebnisse der Modellvorhaben Bericht und die Länder übermitteln dem BMG die für die Erstellung dieses Berichts erforderlichen Ergebnisse der Auswertung. Hierfür werden systematische und umfassende wissenschaftliche Evaluationen durchgeführt, die in ihren Inhalten durch das BMG vorgegeben sind. Erst dann wird sich zeigen, in welcher Form die Einführung

der Modellklausel den Anforderungen des Arbeitsmarktes, aber auch der Versorgungssituation Rechnung trägt, und die Bedenken ausgeräumt werden können. Die Modellklausel ist zunächst bis zum 31. Dezember 2017 gültig.

Das Land NRW hat die neue gesetzliche Grundlage aufgegriffen und die Gründung einer ersten staatlichen Hochschule für Gesundheit in der Stadt Bochum forciert. Seit November 2009 ist die Hochschule offiziell gegründet und erstmalig werden im Wintersemester 2010/2011 Bachelorstudiengänge für die Berufsgruppen der Ergotherapie, Physiotherapie, Pflege, Hebammenkunde und der Logopädie angeboten. Insgesamt werden in der ersten Kohorte 200 Studienplätze vorgehalten.

Im Folgenden wird in zentralen Aspekten skizziert, in welcher Form im Rahmen des Bachelorstudienganges Ergotherapie an der Hochschule für Gesundheit die veränderten Anforderungen an die zukünftige Versorgungssituation sowie der aufgezeigte Qualifikationsbedarf der interprofessionellen Kompetenz in den Gesundheitsberufen curricular umgesetzt werden sollen. Es wird gleichzeitig auf zentrale Herausforderungen eingegangen, die die Konstruktion des Studienganges beeinflussen.

Der Bachelorstudiengang Ergotherapie umfasst 28 Module, die aus fachspezifischen theoretischen und praktischen Studienphasen, interprofessionellen Modulen, Wahlpflichtmodulen sowie einem Wahlmodul bestehen. Die Studierenden absolvieren am Ende des sechsten Semesters Modulprüfungen, die äquivalent sind zu den staatlichen Prüfungen und beenden das Studium nach dem siebten Semester mit der Erstellung einer Bachelorarbeit. Die Entwicklung des Curriculums basiert sowohl auf der Analyse internationaler Ergotherapiestudiengänge als auch auf den Vorgaben der Modellklausel (insbesondere die Vorgaben zur Umsetzung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, die die Voraussetzung für die Vergabe der Berufszulassung ist). Die praktischen Studienphasen in einem Umfang von 1.700 Stunden und die dabei vorgegebenen fachli-

chen Schwerpunkte sind den Vorgaben der Modellklausel geschuldet und werden in dieser Form umgesetzt. Die Abweichungen im sogenannten theoretischen und praktischen Unterricht von der Ausbildungs- und Prüfungsordnung sowie die Durchführung der Modellstudiengänge obliegen der Genehmigung der jeweiligen Landesministerien.

Bei der Konstruktion des Studiengangs wurde systematisch eine Versorgungs- und Nutzer- (Klienten-) perspektive eingenommen, die mit den Erkenntnissen zu einem modernen ergotherapeutischen Verständnis verbunden wurden. Dies bedeutet konkret, dass die Studierenden vom ersten Tag an Grundlagen der Gesundheitsversorgung kennenlernen und das Berufsbild der Ergotherapie in das Versorgungssystem einordnen und kritisch reflektieren können. Sie lernen, ihr zukünftiges Berufsbild aus der Perspektive des Beitrages zur Gesundheitsversorgung zu betrachten und eine einseitig berufsbezogene Haltung zu vermeiden. Ihr Blick auf ergotherapeutische Leistungen soll durch Fragen gekennzeichnet sein, die den Nutzen für den Klienten und das Gesundheitssystem in den Mittelpunkt stellen. Ebenfalls findet mit Beginn des Studiums in den Modulen eine enge Verzahnung zwischen den theoretischen Grundlagen, dem Erwerb fachpraktischer Fertigkeiten und Fähigkeiten (Skills-lab-training) und konkreten praktischen Einsätzen und Übungen statt. Daraus resultiert keine einseitige theoretische Bildung, sondern eine Theorie-Praxis-Vernetzung, die es ihnen ermöglicht, sich am Arbeitsmarkt mit ihren erweiterten Kompetenzen zu etablieren.

Aus einer kompetenz- und handlungsorientierten Perspektive sind die didaktischen Konzepte für die einzelnen Phasen aufgebaut und stützen insbesondere den Erwerb der beruflichen Handlungskompetenz vor dem Hintergrund einer wissenschaftlich reflektierten und evidenzbasierten Denk- und Handlungsweise.

Die Studierenden werden im Rahmen von Projekten mit kommunalen Bildungs-, Gesundheits- und Sozialeinrichtungen früh eine gemeindenähe

Versorgungsperspektive aufbauen und die unterschiedlichen Zielgruppen im Versorgungsbereich kennenlernen. Dabei soll der Blick auf die Lebensspanne eines Menschen zentral sein und die relevanten Institutionen und Akteure eingeordnet und verglichen werden können. Der Aufbau von Strukturen zur Gewährleistung gelingender Übergänge ergotherapeutischer Leistungen zwischen den Versorgungssektoren und Entwicklungsphasen der Klient/-innen stellt dabei eine wichtige Aufgabe dar. Hierfür lernen die Studierenden im Studiengang Grundlagen der Konzeptentwicklung und des Projektmanagements kennen, das es ihnen ermöglicht, später an der Entwicklung und Modifizierung von Versorgungskonzepten mitzuarbeiten. Da es weiterhin eine Aufgabe für das Berufsbild der Ergotherapie bleibt, die Betätigungsperspektive in das Versorgungsgeschehen einzubringen und mit vorhandenen Konzepten zu vernetzen, werden sie mit Grundlagen zur Öffentlichkeitsarbeit, aber auch zum Marketing vertraut gemacht. Grundlagen des Qualitätsmanagements sowie zur Evaluation erwerben sie im Rahmen des Studienganges genauso wie die Kompetenz, wissenschaftlich zu denken und zu arbeiten.

Zentral für den Studiengang in der Hochschule für Gesundheit, ist jedoch die Chance, in Kooperation mit den anderen Bachelorstudiengängen eine interprofessionelle Kompetenz aufzubauen. Hierzu wird curricular ein Konzept des „Interprofessional education“ (IPE) entwickelt, das sowohl das Studieren gemeinsamer Module als auch die Durchführung interprofessioneller Projekte beinhaltet. Die Studierenden in der Ergotherapie erleben sich in ihrer beruflichen Identitätsentwicklung immer in der direkten Diskussion mit den Studierenden aus den übrigen Studiengängen. Dies ermöglicht es ihnen, in der zukünftigen Versorgungssituation eng mit den anderen Berufsgruppen zusammenzuarbeiten und sich ihrer Kern- und Poolkompetenzen bewusst zu sein.

Dies bedeutet, dass die Studiengänge sowohl eine fachspezifische als auch eine berufsfeldspezifische Perspektive (Berufsfeld Gesundheit) beinhalten, die von allen Lehrenden der Hochschule mitgetragen werden.

Interprofessionelles Lehren und Lernen setzt diese gemeinsame Haltung voraus, die auch nach außen erkennbar sein muss. Die Kooperation mit den Partnern aus den Gesundheitseinrichtungen erfolgt immer aus der Perspektive, Rahmenbedingungen aufzubauen, die für alle Studiengänge von Bedeutung sind.

Dies gilt neben der Lehre auch für den Bereich der Forschung. In Forschungsprojekten sollen interprofessionell und interdisziplinär Themen bearbeitet werden und die Ergebnisse auch aus einer transdisziplinären Perspektive analysiert und interpretiert werden. Studierende werden mit Beginn des Studiums in dieser Perspektive und Haltung ausgebildet und in Forschungsaktivitäten der Hochschule integriert.

Ausblick

Die Akademisierung der Ergotherapie erfolgt vor dem Hintergrund einer sich stetig verändernden Versorgungssituation und eines steigenden Qualifikationsbedarfes. Dies wird in den nächsten Jahren die Studiengangsmodelle, aber auch alle Konzepte zu interdisziplinärer und interprofessioneller Arbeit beeinflussen. Für die Akademisierung ergeben sich einige zentrale Herausforderungen, die ggf. durch die Ergebnisse der Evaluation der Modellklausel zur Reflexion der Berufsgesetze führen können und damit neue Optionen für die Entwicklung von international anschlussfähigen Modellen ermöglichen würden. Hier seien wesentlich die Vorgaben zur Einhaltung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, die Integration und Durchführung der Staatlichen Prüfung als in der bisherigen Form eher studiengangsfremdes Element, der Umfang und die Vorgaben der praktischen Studienphasenstunden und -inhalte genannt, sowie die häufig voneinander abweichenden Vorstellungen einer Akkreditierungsagentur und der verantwortlichen Gesundheitsministerien zu Präsenz- und Selbstlernzeiten. All diese Strukturen stellen hohe Anforderungen an die Hochschulen, sich der Konstruktion von grundständigen Studiengängen zu widmen und diese im Sinne der Verbesserung der Ver-

sorgungsqualität und eines adäquaten Curriculums zu gestalten. Die Evaluationsergebnisse der Studiengänge, die durchzuführenden Absolvent/-innenstudien, die Befragung von Arbeitgeber/-innen und die Befragung der Nutzer/-innen werden in den kommenden Jahren wegweisend für die weiteren Akademisierungsprozesse in der Ergotherapie sein. Unabdingbar bleibt für alle Beteiligten, sich der Beschreibung der Kompetenzprofile und der Unterschiede zwischen den verschiedenen Qualifikationsstufen zu widmen. Nur hieraus lassen sich notwendige Verantwortungs-, Haftungs- und Tätigkeitsbereiche ableiten, die zu einer Eindeutigkeit in der Arbeitssituation führen.

2. Allgemeine Entwicklungen im Heilmittelbereich und Ergebnisse der Heilmittelanalysen

Die zentrale Ressource bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten ist die menschliche Arbeitskraft. Ihre Bedeutung für die Qualität in der gesundheitlichen Versorgung ist groß, die Anzahl der Beschäftigten wächst vor allem bei den PhysiotherapeutInnen und AltenpflegerInnen stark an. Der Prozess der Akademisierung von Gesundheitsberufen schreitet fort: elf Prozent aller Physiotherapie-Absolventinnen und -Absolventen haben 2008 einen akademischen Abschluss erreicht.

Die Heilmittelanalysen für die GEK ergaben die größten Ausgabensteigerungen im Vergleich der Jahre 2008 zu 2009 im Bereich der Physiotherapie (+10,1%). Bei der Ergotherapie und Logopädie fielen die Steigerungen geringer aus – sie betragen 8,66% und 7,31%. In Hamburg gab es die größten, in Bayern und Baden-Württemberg die niedrigsten Ausgabensteigerungen oder sogar -senkungen, die vor allem die Logopädie betrafen. Die meisten Leistungsversicherten (LV) für Heilmittel gab es in Schleswig-Holstein und Sachsen.

Zwar gehörte etwa die Hälfte aller LV für Ergotherapie und Logopädie der Altersgruppe der 0- bis unter 10-Jährigen an. Die Ausgaben je LV haben sich im Vergleich der Jahre 2008 und 2009 bei den Kindern unter zehn Jahren jedoch nur wenig verändert. Der Anteil der LV zu den Versicherten stieg bei der Ergotherapie vor allem in der Altersgruppe der 40- bis unter 50-Jährigen und bei der Logopädie vor allem bei den 60- bis unter 90-Jährigen an.

2.1 Beschäftigte im Gesundheitswesen

Nach den aktuellen Zahlen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes wächst die Anzahl Beschäftigter im Gesundheitswesen weiter. Zahlen für das Jahr 2009 liegen leider noch nicht vor. Im Jahr 2008 betrug diese Anzahl 4,6 Millionen (umgerechnet in Vollzeitkräfte allerdings nur 3,2 Millionen). Dies bedeutet, dass im Jahre 2008 etwa jeder neunte Beschäftigte in Deutschland und 76.000 Menschen (1,7 %) mehr als im Jahr 2007 im Gesundheitswesen tätig waren. Seit dem Jahr 2000 ist die Anzahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen um insgesamt 12,2 % gestiegen. Die Bedeutung der menschlichen Arbeitskraft in der gesundheitlichen Versorgung ist groß. Sie ist die zentrale Ressource in der Leistungserbringung. Das „Gesundheitspersonal“ nahm in den Jahren 2000 bis 2008 vor allem im Bereich der Physiotherapie zu. Dort stieg die Anzahl der Beschäftigten um 74,9 % oder 49.000 Personen auf jetzt 115.000 an. Die Zahl der Altenpflegerinnen und Altenpfleger erhöhte sich in diesem Zeitraum vergleichsweise um rund 50 % und damit um 121.000 auf jetzt 363.000 Personen (Statistisches Bundesamt, 2010a).

Laut dem Deutschen Verband für Physiotherapie und Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten (ZVK) e.V., der die Veröffentlichung berufsrelevanter Statistiken (unter anderem auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes) pflegt, stieg die Anzahl der Beschäftigten Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten im Jahr 2008 auf 115.000 und damit um 5,51 % im Vergleich zu 2007. Auch die in den letzten Jahren verzeichnete Steigerung der Absolventinnen und Absolventen blieb bestehen. Aus dem Schuljahrgang 2006/2007 gingen 7.327 examinierte Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten hervor und damit fast 4 % mehr als im Vorjahr. Im Jahrgang 2007/2008 waren es 7.415 Absolventinnen und Absolventen und damit 1,02 % mehr als im Vorjahr. Bis Ende 2008 haben 915 Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten einen akademischen Abschluss erreicht und machen damit einen Anteil von elf Prozent an allen Absolventinnen und Absolventen dieses Jahres aus. Aus

Schulen und Fachhochschulen zusammen kamen im Jahr 2008 13,68 % mehr Absolventinnen und Absolventen als im Jahr 2007 (ZVK, 2010).

In der Ergotherapie lag die Zahl der Schulabsolventen/innen im Schuljahr 2007/2008 nach Zahlen des Statistischen Bundesamtes bei insgesamt 3.631 (Berufsfachschulen und Schulen des Gesundheitswesens) (Statistisches Bundesamt, 2010b). Die Anzahl akademisierter Therapeutinnen und Therapeuten nimmt auch in diesem Leistungsbereich zu.

Laut dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten e. V. (DVE) hatten bis Ende 2009, also in einem Zeitraum von elf Jahren (der erste Ergotherapie-Studiengang startete Ende 1998), insgesamt 1.457 Berufsangehörige einen Bachelor- oder Diplom-Studiengang mit der Fachrichtung Ergotherapie abgeschlossen. Dieser wurde in der Regel aufbauend zur berufsfachschulischen Ausbildung bzw. Ausbildung an der Ergotherapie-Schule durchlaufen.

Heilmittelkatalog 2010

Ende des Jahres 2009 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschlossen, die bisherigen Heilmittelrichtlinien zu überarbeiten. Kurz darauf hat er den Verbänden der Heilmittelerbringer einen Entwurf für eine Neufassung vorgelegt. Laut diesem Entwurf soll der Heilmittelkatalog nicht verändert werden, die jetzige „Heilmittel-Richtlinie“ soll jedoch eine neue Strukturierung bekommen. Dabei sollen unter anderem die formalen Anforderungen an eine Heilmittelverordnung erhöht werden. In Zukunft müssen die Diagnosen auf den Verordnungen konkreter sein, nur dann ist die Verordnung auch gültig. Die Bezeichnung „LWS-Syndrom“ würde dann beispielsweise nicht mehr ausreichen. Diese Konkretisierung wird mit dem § 3, Absatz 5 im Richtlinien-Text „Voraussetzung der Verordnung“ gefordert: „Die Indikation für die Verordnung von Heilmitteln ergibt sich nicht aus der Diagnose allein, sondern nur dann, wenn unter Gesamtbetrachtungen (ICF) der funktionellen/strukturellen Schädigung“

gen, der Beeinträchtigung der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) unter Berücksichtigung der individuellen Kontextfaktoren in Bezug auf Person und Umwelt eine Heilmittelanwendung notwendig ist.“ Im Zusammenhang mit den vorgeschlagenen Änderungen des G-BA für die Heilmittelrichtlinie ist die 2010 durch das Bundessozialgericht (BSG) eingeführte Prüfpflicht für Physiotherapeuten zu nennen. Sie besagt, dass Physiotherapeuten in Zukunft verpflichtet sind, den Inhalt der Verordnungen auf ihre Vollständigkeit und Plausibilität hin zu prüfen und dass davon der Vergütungsanspruch abhängt. Damit geht der Vorschlag für mehr Genauigkeit und bessere Begründung im Verantwortungsbereich der Verordner mit der Einführung der Prüfpflicht bei den Leistungserbringern einher. Der neue Richtlinienentwurf liegt zu diesem Zeitpunkt noch nicht vor. Die Anforderungen an die Kommunikation und Koordination zwischen Ärzten und Leistungserbringern in der Physiotherapie werden in jedem Fall steigen. Zu hoffen ist, dass der vermehrte formale und zeitliche Aufwand nicht bedeutet, dass die Hürde, Heilmittel zu verordnen, wächst.

2.2 Kennzahlen der Heilmittelversorgung

Während die Ausgaben in der GKV vom Jahr 2008 auf 2009 im Heilmittelbereich um 4,6% gestiegen sind, beläuft sich dieser Anstieg in der GEK im selben Zeitraum auf 11,18%. Ebenso deutlich wird dieser Unterschied bei den Ausgaben pro Versichertem. Diese betragen in der GKV 4,7% und in der GEK 9,8% mehr als im Vorjahr (BMG, 2010b). Dieser Unterschied ist aus den Vorjahren bekannt und vermutlich auf die unterschiedlichen Alters- und Geschlechtsverteilungen der GKV und der GEK zurückzuführen.

In der GEK zeigt sich weiterhin ein Anstieg von abrechnenden Praxen in den Heilmittelbereichen. Dieser Anstieg betrifft vor allem die abrechnenden Physiotherapiepraxen. Fand im Jahr 2008 ein Anstieg zum Vorjahr um +3,83% statt, so betrug der Zuwachs im Jahre 2009 sogar 4,47%. Hoch sind auch die Veränderungen der Anzahl der mit der GEK abrechnenden

Podologiepraxen mit +24,4 % gegenüber dem Vorjahr. Diese Steigerung ist deutlich geringer als der Anstieg von 36,35 % im Vergleich der Jahre 2007 zu 2008. Eine ähnliche Entwicklung ist bei der Anzahl abrechnender Ergotherapie- und Logopädiepraxen zu verzeichnen. Im Jahre 2008 kam es zu einem Zuwachs von 396 Ergotherapiepraxen (+9,24 %), im Jahre 2009 kamen „nur“ 321 Praxen hinzu (+6,86 %). Im Jahr 2008 rechneten noch 429 (+8,74 %) mehr Logopädiepraxen mit der GEK ab als 2007. Im Jahre 2009 betrug der Zuwachs 301 Praxen (+5,64 %) mehr als im Vorjahr (s. Tabelle II.1).

Tabelle II.1 Anzahl der mit der GEK abrechnenden Praxen

	2008	2009	Änderung zum Vorjahr in %
Physiotherapeuten	30.660	32.029	+4,47
Logopäden	5.338	5.639	+5,64
Ergotherapeuten	4.681	5.002	+6,86
Podologen	1.750	2.177	+24,40

Die Kennzahlen der Heilmittelversorgung für die Jahre 2008 und 2009 haben sich in einigen Bereichen gegenüber dem Betrachtungszeitraum 2007/2008 deutlich verändert (s. Tabelle II.2): So liegen die Ausgaben für Heilmittel pro Versichertem im Jahr 2009 um 9,84 % höher als im Jahr 2008. Im Jahre 2008 betrug die Steigerung gegenüber dem Jahr 2007 nur 3,47 %. So sind auch die Ausgaben pro LV in diesem Jahr um 3,57 % und im Jahr davor nur um 1,68 % gestiegen. Der Anteil der LV zu Versicherten lag im Jahr 2008 1,76% höher als im Vorjahr. Im Jahre 2009 gab es 6,05 % mehr LV im Bezug auf alle Versicherten. Insgesamt hat die Anzahl LV um 7,35 % zugenommen und liegt damit etwas unter dem Wert vom Vorjahr (8,36 %).

Tabelle II.2 Kennzahlen der Heilmittelversorgung 2008 und 2009 in der GEK

	2008	2009	Änderung in %
Leistungsversicherte (LV)	291.490	312.915	+7,35
Anzahl Rezepte	695.271	770.084	+10,76
Ausgaben in €	91.497.359,47	101.728.277,92	+11,18
Ausgaben pro LV in €	313,90	325,10	+3,57
LV zu Vers. in %	16,08	17,06	+6,05
Ausgaben pro Rezept in €	131,60	132,10	+0,38
Ausgaben pro Vers. in €	50,48	55,45	+9,84

2.3 Versorgungsanalyse Ergotherapie

Ergotherapie kann bei vielfältigen Beeinträchtigungen eingesetzt werden. So können Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, des Nervensystems und psychische Erkrankungen laut Heilmittelrichtlinien Indikationen für Ergotherapie darstellen. Bei ergotherapeutischen Maßnahmen handelt es sich um komplexe, aktivierende und handlungsorientierte Methoden. Das Behandlungsrepertoire ist breitgefächert. Innerhalb eines lebenspraktischen Ansatzes werden adaptives Übungsmaterial sowie funktionelle, spielerische, handwerkliche und gestalterische Techniken eingesetzt. Es können auch Beratungen zur Schul-, Arbeitsplatz-, Wohnraum- und Umfeldanpassung stattfinden. Ziel ist es vor allem, gestörte motorische, sensorische, psychische und kognitive Fähigkeiten wiederherzustellen, zu entwickeln, zu verbessern oder zu erhalten (Heilmittelrichtlinien, 2004).

Tabelle II.3 Kennzahlen der Ergotherapieversorgung 2008 und 2009 in der GEK

	2008	2009	Änderung in %
Leistungsversicherte (LV)	15.374	16.664	+8,39
Anzahl Rezepte	41.393	45.184	+9,16
Ausgaben in €	13.103.618,85	14.408.787,51	+9,96
Ausgaben pro LV in €	852,32	864,67	+1,45
LV zu Vers. in %	0,85	0,91	+7,08
Ausgaben pro Rezept in €	316,57	318,89	+0,73
Ausgaben pro Vers. in €	7,23	7,85	+8,63

Im Jahr 2009 wurde etwa jedes zwanzigste bei der GEK versicherte Kind unter zehn Jahren ergotherapeutisch behandelt. Damit gehört etwa die Hälfte aller LV für Ergotherapie in diese Altersgruppe. Davon waren fast drei Viertel Jungen. Die Ausgaben je LV haben sich im Vergleich der Jahre 2008 und 2009 bei den Kindern unter zehn Jahren kaum verändert (+0,24%). Wie im Jahr zuvor stieg der Anteil der LV zu den Versicherten zum Vorjahr vor allem in der Altersgruppe der 40- bis unter 50-Jährigen. Allerdings sind die Ausgaben für diese Altersgruppe von 2008 auf 2009 um circa drei Prozent gesunken (s. Tab. 20 im Anhang).

Die Abbildung II.1 zeigt, dass die Anteile der LV im Alter bis zu 13 Jahren zu den Versicherten dieser Altersgruppe in den Bundesländern Schleswig-Holstein, Sachsen und Sachsen-Anhalt im Jahr 2009 am höchsten waren. Der Anteil LV zu allen Versicherten ihrer Altersgruppe nahm zwischen 5,61% und 4,91% zu. In Thüringen, Bayern und Bremen waren diese Anteile mit 3,42%, 3,60% und 3,61% am geringsten.

Im Vergleich zum Anteil der LV zu Versicherten aller Altersgruppen führen ebenfalls Sachsen mit 1,34% und Schleswig-Holstein mit 1,23%. Bremen (0,64%), Hessen (0,80%) und das Saarland (0,83%) liegen hier auf den letzten Plätzen.

Abbildung II.1 Ergotherapie für Kinder bis 13 Jahren: Leistungsversicherte zu Versicherte in Prozent im Jahr 2009



2.4 Versorgungsanalyse Logopädie

Logopädie wird bei Störungen der Stimme, des Sprechens und der Sprache eingesetzt. Abhängig vom Störungsbild und der Belastbarkeit können 30-, 45- oder 60-minütige Behandlungen als Einzel- oder Gruppentherapie eingesetzt werden. Beispiele für Störungsbilder, die eine Indikation für Logopädie darstellen, sind Sprachentwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen oder die Aphasie (Sprachstörung) unter anderem bei Schlaganfallpatienten. Bei logopädischen Maßnahmen kann es sich auch um Atem- und Entspannungsübungen handeln. Die Sprechtherapie dient beispielsweise der Wiederherstellung, der Besserung und dem Erhalt der koordinativen, motorischen sowie sensorischen Sprechleistung (u.a. Artikulation und Sprechgeschwindigkeit). Die Sprachtherapie dient auch der Wiederherstellung, Besserung und dem Erhalt der sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten sowie des Schluckvorganges. Dazu gehören unter anderem die Anbahnung sprachlicher Äußerungen, der Aufbau des Sprachverständnisses, die Ausbildung der Lautsprache oder die Verbesserung der auditiven Wahrnehmungsfähigkeit. Die Wirkung logopädischer Maßnahmen findet auf phoniatischer und neurophysiologischer Ebene statt. Ziel ist es insbesondere, die gestörte Kommunikationsfähigkeit, die Stimmgebung, das gestörte Sprechen, die Sprache und das Schlucken zu verbessern oder eine Verschlimmerung zu vermeiden (Heilmittelrichtlinien, 2004).

Tabelle II.4 Kennzahlen der Logopädieversorgung 2008 und 2009 in der GEK

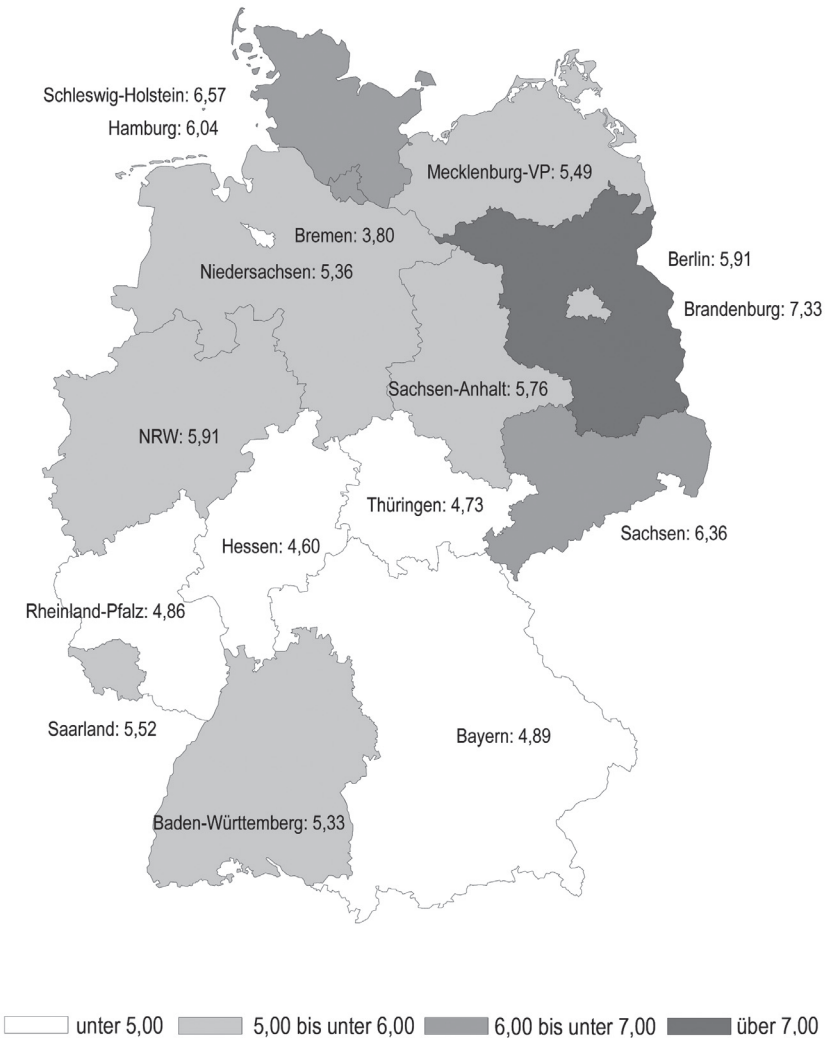
	2008	2009	Änderung in %
Leistungsversicherte (LV)	17.286	18.129	+4,88
Anzahl Rezepte	35.989	38.896	+8,08
Ausgaben in €	10.493.455,54	11.398.552,84	+8,63
Ausgaben pro LV in €	607,05	628,75	+3,57
LV zu Vers. in %	0,95	0,99	+3,61
Ausgaben pro Rezept in €	291,57	293,05	+0,51
Ausgaben pro Vers.in €	5,79	6,21	+7,31

Im Jahr 2009 gehörten ca. 63 % aller LV für Logopädie der Altersgruppe der Kinder bis unter zehn Jahren an. Der Anteil der LV an allen Versicherten dieses Alters ist zum Vorjahr um 3,32 % gestiegen. Knapp 61 % dieser LV waren Jungen. Insgesamt hat der Anteil LV zu den restlichen Versicherten vor allem in den älteren Altersgruppen zugenommen. Bei den 60- bis unter 90-Jährigen hat dieser Anteil im Jahr 2009 zwischen 10 % und 16 % zugenommen. In der Altersgruppe der 20- bis unter 30-Jährigen kam es zu einem Anstieg der Ausgaben um 10,4 %. Einen Anstieg der Ausgaben gab es auch bei den 80- bis unter 90-Jährigen: Hier betrug der Zuwachs 11,6 % (s. Tab. 22 im Anhang).

Die Anteile der LV im Alter bis zu 13 Jahren zu den Versicherten dieser Altersgruppe waren 2009 in den Bundesländern Brandenburg, Schleswig-Holstein, Berlin und Sachsen am höchsten. Die LV für Logopädie im Alter bis zu 13 Jahren nahmen hier einen Anteil zwischen 5,76 % und 7,33 % aller Versicherten ihrer Altersgruppe ein. In Bremen war dieser Anteil mit 3,8 % am geringsten (s. Abbildung II.2).

Werden alle Altersgruppen betrachtet, liegt wiederum Bremen mit 0,64 % LV an letzter Stelle. In Brandenburg, Schleswig-Holstein und Sachsen gab es im Jahr 2009 zwischen 1,22 % und 1,10 % LV unter Berücksichtigung aller Versicherten.

Abbildung II.2 Logopädie für Kinder bis 13 Jahren: Leistungsversicherte zu Versicherte im Jahr 2009



2.5 Versorgungsanalyse Physiotherapie

Physiotherapie wird unter anderem zur Behandlung von Fehlentwicklungen, Erkrankungen, Verletzungen und deren Folgen sowie bei Funktionsstörungen der Haltungs- und Bewegungsorgane und des Nervensystems eingesetzt. Der Indikationsbereich ist groß und kann sich über Erkrankungen des Bewegungsapparates (z.B. Wirbelsäulenerkrankungen, die Wiederherstellung nach Luxationen, Knochenbrüchen und Operationen, aber auch Osteoporose und rheumatischen Erkrankungen), Erkrankungen der inneren Organe (z.B. die Störung der Atmung bei Mukoviszidose) und des Nervensystems (z.B. bei einer gestörten Entwicklung im Kindesalter oder nach einem Schlaganfall) erstrecken. Neben „Krankengymnastik“ können unter anderem auch Maßnahmen der „Manuellen Therapie“, der „Manuellen Lymphdrainage“, der „Klassischen Massagetherapie“ oder der „Wärme- und Kältetherapie“ verordnet werden. Vor allem bei den krankengymnastischen Maßnahmen handelt es sich um mobilisierende und aktivierende Techniken und Übungen, die in vielen Fällen auch zur Eigenübung angeleitet werden. Ziele können die Kontrakturvermeidung und Funktionsverbesserung sein, sowie die Verbesserung und Erhaltung der Atmungsregulation. Die physiotherapeutische Behandlung fällt in den Bereich der Physikalischen Therapie, zu der auch Bäder und Inhalationen gehören können (Heilmittelrichtlinien, 2004).

Tabelle II.5 Kennzahlen der Physiotherapieversorgung 2008 und 2009 in der GEK

	2008	2009	Änderung in %
Leistungsversicherte (LV)	265.234	284.583	+7,30
Anzahl Rezepte	609.223	673.214	+10,50
Ausgaben in €	67.116.714,49	74.758.912,84	+11,39
Ausgaben pro LV in €	253,05	262,70	+3,81
LV zu Vers. in %	14,64	15,51	+5,99
Ausgaben pro Rezept in €	110,17	111,05	+0,80
Ausgaben pro Vers. in €	37,03	40,75	+10,04

Wie im Jahr 2008 gehörte auch im Jahr 2009 etwa ein Viertel aller LV für Physiotherapie der Altersgruppe der 40- bis unter 50-Jährigen an. Davon waren im Jahr 2009 59% Frauen. Die größten Ausgabensteigerungen je LV finden sich allerdings in den Altersgruppen der 70-Jährigen und älteren (zwischen fünf und fast sieben Prozent) (s. Tab. 24 im Anhang).

Die Krankengymnastik (KG) zeigt sich als ausgabenintensivste Verordnungssposition. Stand die „Klassische Massagetherapie“ im Jahr 2008 noch an dritter Stelle bei den Ausgaben und vor der Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen, fällt sie im Jahr 2009 auf Platz fünf ab (s. Tabelle II.6).

In der Abbildung II.3 ist zu sehen, dass die LV im Alter bis zu 13 Jahren in Schleswig-Holstein und Sachsen 2009 zwischen 6,97% und 8,13% aller Versicherten dieser Altersgruppe ausmachten. In Bremen und Hessen liegt dieser Anteil bei etwa dreieinhalb Prozent.

Der Anteil der LV zu den Versicherten aller Altersgruppen war im Jahre 2009 ebenfalls in Brandenburg und Sachsen mit 18% bis 22% am höchsten, aber auch Sachsen-Anhalt und Thüringen liegen mit ca. 18% im oberen Bereich. Nordrhein-Westfalen und Bremen hatten mit circa zehn Prozent die geringsten Anteile von LV zu den Versicherten im Bundeslandvergleich.

Abbildung II.3 Physiotherapie für Kinder bis zu 13 Jahren: Leistungsversicherte zu Versicherte im Jahr 2009

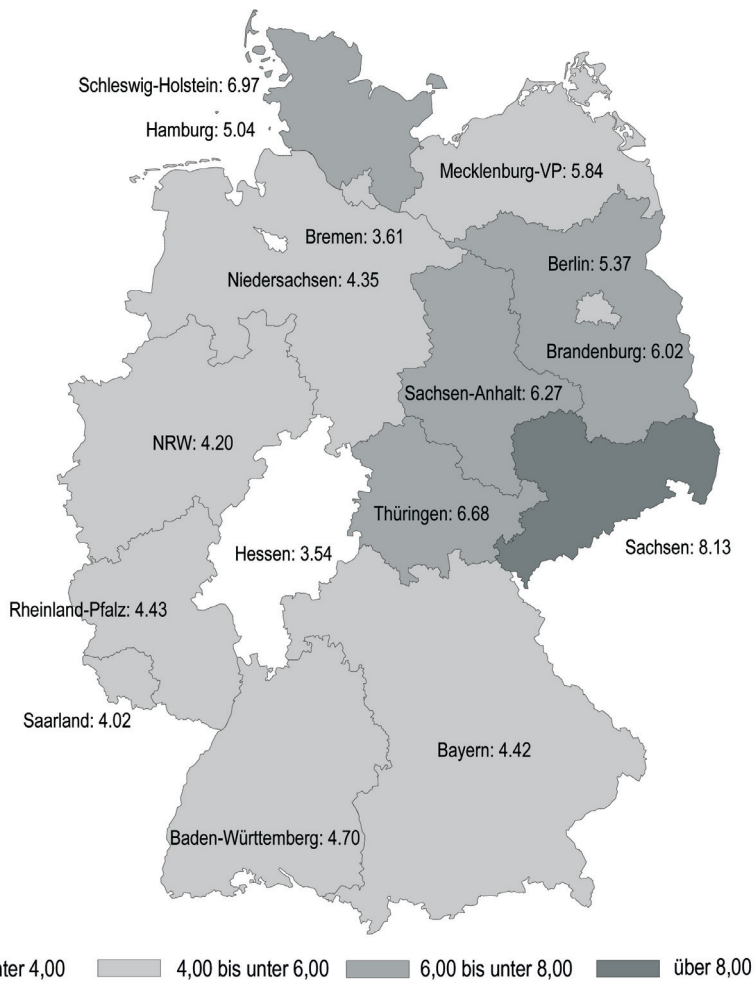


Tabelle II.6 Die ausgabenintensivsten Verordnungspositionen der Physiotherapie 2009 in der GEK

APN	Leistungsbezeichnung	Ausgaben in €	Anteil an den Gesamtausgaben in %	Anzahl Rezepte	Anzahl LV
20501	KG, auch Atemgymnastik, auch auf neurologischer Grundlage	31.468.463,14 €	42,09	351.573	172.960
21201	Physiotherapie: Manuelle Therapie	8.240.767,51 €	11,02	89.916	54.053
20710	Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen, erworben nach Abschluss der Hirnreife nach Bobath	4.164.290,30 €	5,57	19.068	4.511
20201	Physiotherapie: Manuelle Lymphdrainage, Großbehandlung	3.649.158,51 €	4,88	22.071	8.209
20106	Physiotherapie: Klassische Massagetherapie (KMT)	3.591.957,87 €	4,80	65.433	47.855

2.6 Versorgungsanalyse Podologie

Podologie wird zur Behandlung von krankhaften Veränderungen am Fuß eingesetzt, die vor allem infolge von Diabetes mellitus entstehen können. Diese krankhaften Veränderungen können in Form von Schädigungen der Haut und Zehennägel auftreten, wenn die Wahrnehmung (Neuropathie) und Durchblutung (Makro-, Mikroangiopathie) der Füße gestört sind. Die Indikation für eine podologische Behandlung ist gegeben, wenn ohne diese Behandlung unabänderliche Folgeschäden, Entzündungen und Wundheilungsstörungen drohen. Ziel ist es, die physiologische Funktion der Haut und Zehennägel wiederherzustellen, zu verbessern und zu erhalten (Heilmittelrichtlinien, 2004).

Im Jahr 2009 gehörten die meisten LV für Podologie den Altersgruppen der 50-Jährigen und älteren an. Davon waren 61 % Männer (s. Tab. 26 im Anhang).

Tabelle II.7 Kennzahlen der Podologieversorgung 2008 und 2009 in der GEK

	2008	2009	Änderung in %
Leistungsversicherte (LV)	4.325	6.137	+41,90
Anzahl Rezepte	8.684	12.807	+47,48
Ausgaben in €	783.570,59	1.162.024,73	+48,30
Ausgaben pro LV in €	181,17	189,35	+4,51
LV zu Vers. in %	0,24	0,33	+40,18
Ausgaben pro Rezept in €	90,23	90,73	+0,56
Ausgaben pro Vers. in €	0,43	0,63	+46,51

2.7 Auswertungen nach Bundesland

In den Abbildungen II.1 bis II.3 wurden die LV im Alter von bis zu 13 Jahren pro Versicherte dieser Altersgruppe nach Bundesland für die Bereiche Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie dargestellt. Für alle Bereiche haben Schleswig-Holstein und Sachsen die meisten LV im Verhältnis zu den Versicherten. Dies gilt nicht nur für die Kinder im Alter von bis zu 13 Jahren, sondern auch für die älteren Altersgruppen.

Wie in Tabelle II.8 dargestellt, hat Sachsen im Jahre 2009 zwar die meisten Leistungserbringer pro 100 Versicherte (5,54), dagegen rechnen in Schleswig-Holstein mit 2,56 die wenigsten Leistungserbringer pro 100 Versicherte ab. Ein statistischer Zusammenhang lässt sich aus den Zahlen zur Anzahl Leistungserbringer und zu den Ausgaben nicht ableiten.

Insgesamt gab es im Jahre 2009 im Durchschnitt 3,27 Leistungserbringer pro 100 Versicherte (SD: 0,92). Der Mittelwert der Ausgaben pro 100 Versicherte belief sich auf 5.406,69 Euro (SD: 895,60).

Wie Tab. 19 im Anhang zeigt, sind die Ausgaben pro 100 Versicherte von 2008 zu 2009 insgesamt vor allem im Bereich der Physiotherapie (+10,1%) angestiegen. Bei der Ergotherapie und der Logopädie haben

etwas geringere Steigerungen stattgefunden – 8,66 % resp. 7,31 %. Dabei fällt vor allem das Bundesland Hamburg auf, denn dort sind in allen Bereichen die größten Ausgabensteigerungen mit ca. 24 % und 28 % zu verzeichnen. In Schleswig-Holstein sind die Ausgaben von 2008 auf 2009 ebenfalls in allen drei Bereichen Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie zwischen 15,5 % und 12,23 % angestiegen. In Bayern und Baden-Württemberg waren diese Steigerungen bei Logopädie und Physiotherapie mit 5,63 % und 3,55 %, resp. 1,15 % und 7,14 % besonders niedrig. In Baden-Württemberg ist es im Bereich der Ergotherapie sogar zu einer Abnahme gekommen, in Bayern hat eine lediglich 0,11 %-ige Steigerung stattgefunden. In Bremen sind die Ausgaben im Bereich der Ergotherapie um fast 18 % angestiegen, im Bereich der Logopädie haben die Ausgaben jedoch um 1,47 % abgenommen.

Tabelle II.8 Leistungserbringer und Ausgaben pro 100 Versicherte der GEK für die Bereiche Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie und Podologie im Jahr 2009

Bundesland	Leistungserbringer/100 Vers	Betrag/100 Vers
Baden-Württemberg	2,63	6.461,40
Bayern	2,99	5.862,06
Berlin	2,73	6.239,65
Brandenburg	2,60	4.921,78
Bremen	3,38	4.266,60
Hamburg	1,95	6.329,44
Hessen	2,69	5.223,98
Mecklenburg-Vorpommern	3,70	4.262,70
Niedersachsen	3,20	5.628,08
Nordrhein-Westfalen	3,02	4.203,49
Rheinland-Pfalz	3,71	5.619,76
Saarland	2,67	4.671,11
Sachsen	5,54	6.755,38
Sachsen-Anhalt	4,49	5.095,57
Schleswig-Holstein	2,56	6.550,44
Thüringen	4,47	4.415,65

III. Hilfsmittel

1. Ergebnisse der Hilfsmittelanalysen

Zusammenfassung

Im Jahr 2009 wurden 307.078 Versicherte der GEK mit Hilfsmitteln versorgt, wobei mehr Frauen als Männer ein Hilfsmittel verordnet bekamen (52%). Eine Ausnahme bildet die Altersgruppe der Kinder im Alter bis zu zehn Jahren, bei denen mehr Jungen als Mädchen Hilfsmittel erhielten. Trotzdem gingen nicht grundsätzlich mehr Ausgaben auf die Versorgung von Frauen zurück. Im Vergleich zwischen der GEK und GKV zeigt sich der Ausgabenanstieg pro Versichertem in der GEK als besonders stark und geht vor allem auf das zunehmende Durchschnittsalter der Versicherten zurück. Diesem Ergebnis liegt insbesondere die unterschiedliche Versichertenstruktur der GKV und der GEK zu Grunde. Die Ausgaben pro Versichertem in der GEK bleiben aber dennoch deutlich unter dem Niveau der GKV.

Die mit Abstand höchsten Ausgaben gingen auf die Inhalations- und Atemtherapiegeräte zurück, aber auch die Ausgaben für Bandagen, Einlagen und Hörhilfen sind beträchtlich. Die höchste Versorgungsprävalenz zeigte sich im Bereich der Einlagen und Bandagen. Während im Jahr 2008 noch der hohe Zuwachs an Versicherten mit Hilfsmitteln auffiel, sind es im Jahr 2009 eher die Ausgaben pro Rezept und Versichertem, die ins Gewicht fallen. Die Ausgaben pro Versichertem sind besonders bei den Inhalations- und Atemtherapiegeräten sowie den Kommunikationshilfen auffällig gestiegen, nämlich um ca. 30%.

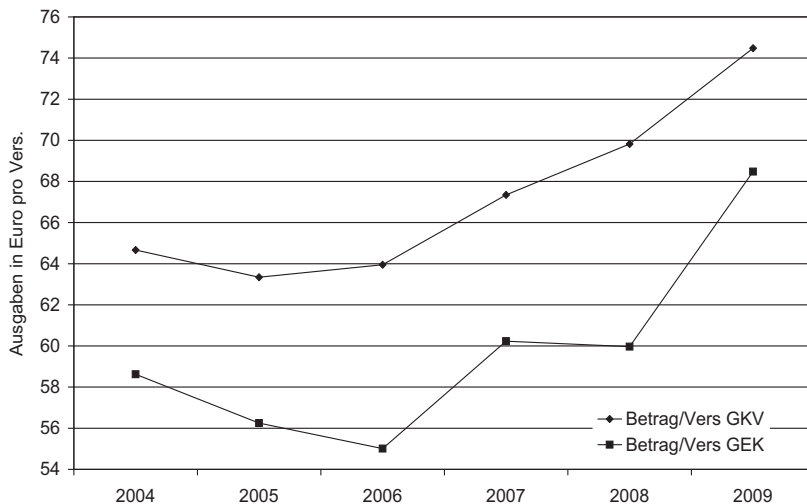
1.1 Vergleich der Ausgabenentwicklung zwischen GEK und GKV

In der GEK hat sich die Ausgabenentwicklung für Hilfsmittel vom Jahr 2008 zu 2009 deutlich verändert. Bewegten sich die Ausgaben zwischen 2007 und 2008 noch auf einem annähernd gleichen Niveau, zeigt sich im Jahre 2009 eine deutliche Zunahme gegenüber dem Jahr 2008 (s. Abbildung III.1). Während in der GKV im Jahre 2009 eine Zunahme der Ausgaben pro Versichertem um ca. 6,7% stattgefunden hat, liegt der Ausgabenanstieg bei der GEK mit 14,2% deutlich darüber. Der starke Ausgabenzuwachs in der GEK liegt vor allem am steigenden Durchschnittsalter der Versicherten und dem steigenden Anteil Frauen: Mit zunehmendem Alter steigt der Bedarf an Hilfsmitteln an und Frauen nehmen mehr Hilfsmittel in Anspruch als Männer. Die Ausgabendifferenzen zwischen der GEK und der GKV sind vor allem auf die unterschiedlichen Alters- und Geschlechtsverteilungen zurückzuführen. Trotzdem wird sowohl in der GKV als auch in der GEK die kontinuierliche Ausgabensteigerung in den letzten Jahren deutlich. Eine Ausnahme stellt der kurzzeitige Rückgang durch die Auswirkungen des GKV-Modernisierungs-Gesetzes (GMG) aus dem Jahr 2004 dar. Die Ausgabenrückgänge sind im Jahre 2005 erstmals erkennbar.

1.2 Kennzahlen der Hilfsmittelversorgung

Im Jahre 2009 sind in der GEK insgesamt 125,6 Millionen Euro für Hilfsmittel von sonstigen Leistungserbringern (hier sind die Apotheken ausgenommen) nach § 302 SGB V abgerechnet worden. Davon entfielen 81% auf Leistungen, die dem Hilfsmittelverzeichnis (HMV) eindeutig zugeordnet werden konnten. 16,39% der Gesamtausgaben gehen auf Hilfsmittel zurück, die über eine Pharmazentralnummer (PZN) abgerechnet wurden. Die restlichen Ausgaben entstanden für Produkte, die aus abrechnungstechnischen Gründen eine Pseudo-PZN oder eine Pseudopositionsnummer (Pseudo-PN) erhalten haben, eine Produktidentifikation über das Hilfsmittelverzeichnis jedoch nicht zulassen (s. Tabelle III.1).

Abbildung III.1 Ausgabenentwicklung für Hilfsmittel in der GKV und GEK in Beträgen pro Versichertem 2004 bis 2009



Quelle: nach BMG, 2010c

Tabelle III.1 Ausgaben für Hilfsmittelleistungen von sonstigen Leistungserbringern nach § 302 SGB V in der GEK

	Ausgaben 2008 in €	Anteil an den Gesamt- ausgaben in %	Ausgaben 2009 in €	Anteil an den Gesamt- ausgaben in %	Änderung zu 2008 in %
Alle Leistungen	108.608.680,90		125.632.629,08		
davon:					
HMV	90.584.016,86	83,40	102.402.771,59	81,51	-2,27
Pseudo-PN	871.472,90	0,80	1.357.209,98	1,08	+34,63
Pseudo-PZN	688.521,53	0,63	1.277.533,22	1,02	+60,40
PZN	16.464.669,61	15,16	20.595.114,29	16,39	+8,14

Die nachfolgenden Auswertungen beziehen sich deshalb ausschließlich auf Hilfsmittelabrechnungsdaten, die von sonstigen Leistungserbringern nach § 302 SGB V abgerechnet wurden und den Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses eindeutig zugeordnet werden konnten. Hilfsmittel, die nach § 300 SGB V über Apotheken abgegeben wurden, werden in Abschnitt 1.4 behandelt.

Obwohl die Ausgaben pro Versichertem vom Jahr 2008 zu 2009 um 11,68% angewachsen sind und damit eine Verdopplung der Ausgabensteigerung vom Vorjahr (4,82%) stattgefunden hat, gibt es kaum Unterschiede in der Relation der Leistungsversicherten zu Versicherten. Dieses Ergebnis geht eher auf die Ausgaben pro Rezept und damit auf die Ausgabensteigerung auf Produktebene zurück. Insgesamt hat ein Ausgabenzuwachs für Hilfsmittel von 13% und damit um 1,4% mehr als im Vorjahr stattgefunden – im Jahre 2008 waren es noch 11,6%. Die Anzahl der im Jahr 2009 abgerechneten Rezepte hat um zwei Prozent weniger zugenommen als im Jahr 2008 (s. Tabelle III.2). Der Ausgabenanstieg pro Versichertem ist besonders bei den Inhalations- und Atemtherapiegeräten und Kommunikationshilfen zu erkennen (ca. 30%). Insgesamt haben 11.705 Versicherte (0,64% an allen LV) Inhalations- und Atemtherapiegeräte und 404 Versicherte (0,02% an allen LV) Kommunikationshilfen bekommen. Die Anzahl der Versicherten mit Einlagen und Bandagen nehmen mit 96.632 und 79.412 Versicherten einen vergleichsweise hohen Anteil an allen LV (5,27% und 4,33%) ein, jedoch haben sich die Ausgaben pro Versichertem mit +7,36% resp. +5,14% weniger stark verändert als bei den zuvor genannten Produkten (s. Tab. 31 im Anhang).

Tabelle III.2 Kennzahlen der Hilfsmittelversorgung 2008 und 2009 in der GEK

	2008	2009	Änderung in %
Leistungsversicherte	292.158	307.078	+5,11
Anzahl Rezepte	565.585	614.400	+8,63
Ausgaben in €	90.584.016,86	102.402.771,59	+13,05
Ausgaben pro LV in €	310,05	333,47	+7,55
LV zu Vers. in %	16,12	16,74	+3,83
Ausgaben pro Rezept in €	160,16	166,67	+4,07
Ausgaben pro Vers. in €	49,98	55,82	+11,68

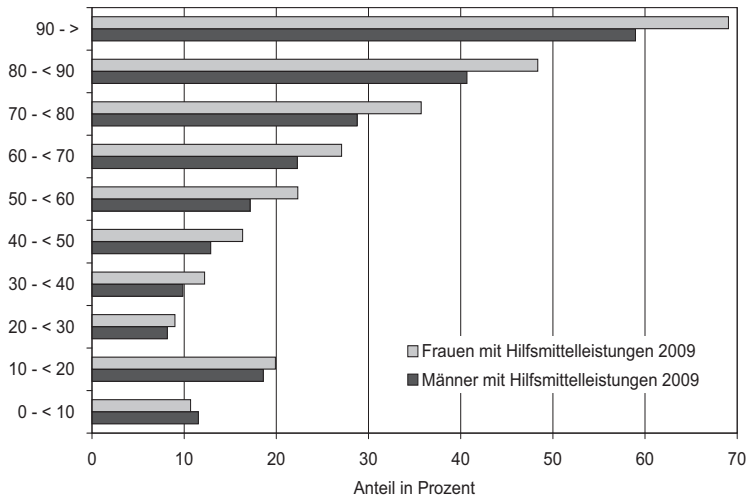
Ebenso zeigt sich eine Entwicklung von Ausgabensteigerungen bei Hilfsmitteln nach §40 SGB XI (Pflegehilfsmittel): hier sind es vom Jahr 2008 zu 2009 sogar 20 %. Allerdings liegt dem eher der Zuwachs an Leistungsversicherten und Rezepten von fast 20 % bzw. 30 % als eine Ausgabensteigerung pro LV oder Rezept zugrunde (s. Tabelle III.3). Geringere Kosten für Hilfsmittel zur Pflege durch Verträge oder Ausschreibungen könnten hier ausschlaggebend gewesen sein.

Tabelle III.3 Kennzahlen für Pflegehilfsmittel 2008 und 2009 in der GEK

	2008	2009	Änderung in %
Leistungsversicherte	3.191	3.794	+18,90
Anzahl Rezepte	11.235	14.310	+27,37
Ausgaben in €	1.236.107,35	1.483.504,84	+20,01
Ausgaben pro LV in €	387,37	391,01	+0,94
LV zu Vers. in %	0,18	0,21	+17,46
Ausgaben pro Rezept in €	110,02	103,67	-5,77
Ausgaben pro Vers. in €	0,68	0,81	+18,57

Abbildung III.2 zeigt, dass mit zunehmendem Alter auch der Bedarf an Hilfsmitteln steigt. Nach Geschlecht betrachtet wird deutlich, dass im Jahr 2009 mehr Frauen als Männer Hilfsmittel erhalten haben. Eine Ausnahme bilden die in der GEK versicherten Jungen und Mädchen im Alter bis zu zehn Jahren. Insgesamt bewegen sich die Zunahmen an weiblichen gegenüber männlichen LV zum Jahr 2008 jedoch auf ähnlichem Niveau (+3,82% und +3,75%). Deutliche Unterschiede zeigen sich im Alter von 60 bis unter 70 Jahren: Im Jahr 2009 bekamen 4,79% mehr Männer Hilfsmittel als 2008 und 0,62% mehr Frauen (s. Tab. 32 im Anhang).

Abbildung III.2 Versorgungsprävalenz mit Hilfsmitteln (HMV) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2009 der GEK



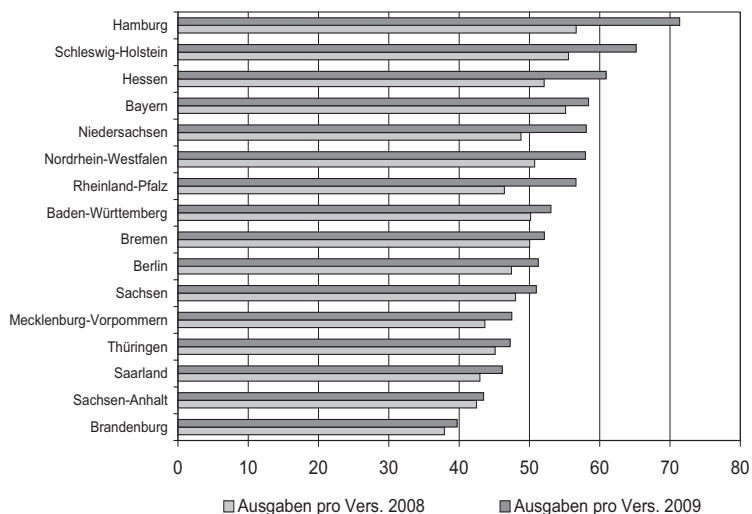
1.3 Versorgungsanalyse ausgewählter Hilfsmittelproduktgruppen

In Tabelle III.4 wird die Hilfsmittelversorgung differenziert nach Produktgruppen der höchsten Versorgungsprävalenz und Ausgaben nach Geschlecht dargestellt. Im Jahr 2009 hat sich die Rangfolge der Produkte nach der Versorgungsprävalenz gegenüber dem Jahr 2008 insofern verändert, als dass Inkontinenzhilfen nicht mehr an zehnter und letzter, sondern an achter Stelle bei den Frauen und an neunter Stelle bei den Männern stehen. Am häufigsten werden immer noch Bandagen und Einlagen verordnet. Im Jahr 2009 erhielten 4,57% der Männer und 6,03% der Frauen aller GEK-Versicherten eine Einlagenversorgung. Dabei entstanden Kosten von bis zu 86 Euro pro LV. Auffällig ist der hohe Anteil von Einlagen für Kinder: Daher geht das Kapitel IV.2 insbesondere auf diese auffällig hohe Versorgungsprävalenz bei Kindern im Alter von bis zu 13 Jahren ein. Die Anteile der Hilfsmittelversorgung von Frauen sind beinahe durchgängig höher als die von Männern. Davon ausgenommen sind die Hörhilfen, die etwas häufiger für Männer verordnet wurden (0,72% zu 0,52%). Der höhere Versorgungsanteil bei Frauen ist allerdings nicht zwangsläufig mit höheren Ausgaben verbunden. Die Ausgaben pro weiblichem Versicherten sind in vielen der aufgeführten Produktgruppen geringer als die Ausgaben, die pro männlichem Versicherten entstanden sind. Die Grunderkrankung, die der Versorgung mit Hilfsmitteln zugrunde liegt, bestimmt das Ausmaß der Kosten maßgeblich. So können Unterschiede bei den Ausgaben zwischen Frauen und Männern auf die unterschiedlichen Indikationen für Hilfsmittel zurückgeführt werden.

Tabelle III.4 10 Produktgruppen der höchsten Versorgungsprävalenz und Ausgaben pro Leistungsverichertem der GEK nach Geschlecht im Jahr 2009

Produktgruppe	Männer mit Hilfsmittleistungen		Frauen mit Hilfsmittleistungen	
	Anteil in %	Ausgaben pro LV in €	Anteil in %	Ausgaben pro LV in €
08 - Einlagen	4,57	85,67	6,03	83,10
05 - Bandagen	4,05	110,42	4,63	102,08
17 - Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	1,50	114,82	2,66	145,99
25 - Sehhilfen	1,66	50,67	1,95	44,03
10 - Gehhilfen	1,44	53,41	1,42	56,57
09 - Elektrostimulationsgeräte	0,94	86,60	1,42	89,09
31 - Schuhe	1,02	349,61	1,22	236,00
15 - Inkontinenzhilfen	0,71	500,05	0,71	423,53
23 - Orthesen/Schienen	0,59	502,30	0,64	444,08
13 - Hörhilfen	0,72	747,48	0,52	728,24

Abbildung III.3 Ausgaben in Euro für Hilfsmittel (HMV) pro Versichertem der GEK 2008 und 2009 nach Bundesland



Die höchsten Ausgaben im Jahre 2009 wurden, wie im Jahr zuvor, sowohl für Männer als auch für Frauen durch Inhalations- und Atemtherapiegeräte verursacht. Diese Hilfsmittel kommen vor allem bei chronischen Erkrankungen wie Mukoviszidose, COPD (chronic obstructive pulmonary disease) oder Krebserkrankungen zum Einsatz. Insgesamt beliefen sich diese Ausgaben auf mehr als 15 Millionen Euro, was einem Betrag von ca. 8 Euro pro Versichertem entspricht. Hörhilfen, Bandagen und Einlagen folgen auf der Rangliste der höchsten Ausgaben für Hilfsmittel für das Jahr 2009 (s. Tabelle III.5).

Neben geschlechtsspezifischen Differenzen sind auch regionale Unterschiede in der Versorgung mit Hilfsmitteln im Jahre 2009 zu erkennen. Die Bundesländer Hamburg, Rheinland-Pfalz, Niedersachsen, Schleswig-Holstein, Hessen und Nordrhein-Westfalen zeigen dabei der Reihenfolge nach die höchsten Steigerungsraten der Ausgaben pro Versichertem – sie liegen zwischen 26 % und 14 % (s. Tab. 34 im Anhang und Abbildung III.3).

Tabelle III.5 Rangliste der Ausgaben der GEK für Hilfsmittelproduktgruppen aus dem HMV (TOP 10) für das Jahr 2009

Rang 2009	Produktgruppe	Ausgaben in € in 2009	Ausgaben pro Versichertem in 2009 in €	Rang 2008
1	14 - Inhalations- und Atemtherapiegeräte	15.103.335,80	8,23	1
2	13 - Hörhilfen	8.485.839,76	4,63	4
3	05 - Bandagen	8.429.306,61	4,59	2
4	08 - Einlagen	8.142.065,02	4,44	3
5	18 - Krankenfahrzeuge	7.213.646,93	3,93	5
6	03 - Applikationshilfen	6.950.281,51	3,79	6
7	15 - Inkontinenzhilfen	6.026.742,32	3,29	8
8	31 - Schuhe	5.928.476,21	3,23	7
9	23 - Orthesen/Schienen	5.346.005,66	2,91	9
10	17 - Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	5.063.300,22	2,76	10

1.4 Hilfsmittel aus Apotheken

Im Jahr 2009 wurden von der GEK 11,7 Millionen Euro für Hilfsmittel aus Apotheken ausgegeben, welche an etwa 5,2% der GEK-Versicherten abgegeben wurden. Sowohl die Ausgaben, als auch die Anzahl Versicherter, die ihre Hilfsmittel aus Apotheken bezogen haben, sind um 10,42% resp. 7% gestiegen (s. Tab. 35 im Anhang). Die meisten Versicherten erhielten dabei Applikationshilfen, Messgeräte für Körperzustände/-funktionen, Produkte für die Inhalations- und Atemtherapie und Inkontinenzhilfen. Letztere verursachten mit 3,4 Millionen Euro die höchsten Ausgaben, dicht gefolgt von den Applikationshilfen mit Ausgaben in Höhe von 3,2 Millionen Euro. Im Vergleich zum Jahr 2008 fand die größte Ausgabensteigerung bei den Applikationshilfen (9,48%) statt. Im Vergleich der Jahre 2007 und 2008 betrug der Zuwachs lediglich 4,45%. Fand von 2007 zu 2008 eine Abnahme der Ausgaben von Inhalations- und Atemtherapiegeräten um 18,10% statt, lag diese vom Jahr 2008 zu 2009 nur noch bei 1,84% (s. Tabelle III.6).

Tabelle III.6 Hilfsmittel aus Apotheken nach Produktgruppen in 2009 (Top 10), Rangliste nach Ausgaben der GEK

Produktgruppe	Anzahl LV	davon weiblich in %	Ausgaben in €	Ausgaben in € pro LV	Änderung der Ausgaben pro LV in % zu 2008
15 - Inkontinenzhilfen	11.198	46,87	3.377.741,97	301,64	+3,87
03 - Applikationshilfen	25.867	41,42	3.202.578,97	123,81	+9,48
17 - Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	10.227	66,51	1.114.264,89	108,95	-1,34
14 - Inhalations- und Atemtherapie	12.811	44,67	948.450,55	74,03	-1,84
21- Messgeräte für Körperzustände/-funktionen	15.820	41,68	660.326,05	41,74	-4,38
29 - Stomaartikel	677	37,37	618.689,24	913,87	+3,07
05 - Bandagen	6.705	51,10	459.608,10	68,55	-2,73
23 - Orthesen/Schienen	1.272	51,18	88.981,85	69,95	*
01 - Absauggeräte	2.729	92,63	86.243,87	31,60	+0,71
19 - Krankenpflegeartikel	1.070	43,46	82.349,27	76,96	-1,80

* Produktgruppe 23 war im Jahr 2008 nicht besetzt

IV. Spezifische Auswertungen

1. Physiotherapie bei Kindern: eine Analyse der ambulanten Versorgung

Reina Tholen, Kristin Sauer

Im Jahr 2008 wurden 4,7% aller in der GEK versicherten Kinder im Alter bis zu 13 Jahren mit Physiotherapie behandelt. Die meistverordneten Leistungen waren „Krankengymnastik“ im Grundschulalter und in der Pubertät, gefolgt von „Krankengymnastik, spezial“ im Säuglings- und Kleinkindalter.

Die häufigsten Diagnosen im Verordnungszeitraum sind den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems zuzuordnen. Dabei finden sich die meisten Leistungsversicherten für Physiotherapie bei den Diagnosen „Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens“ oder „Rückenschmerzen“.

Unspezifische Rückenschmerzen stellen einen Forschungsgegenstand bei Kindern dar, die aktuelle Datenlage dazu ist unterschiedlich. Psychosoziale Faktoren, ein verändertes Bewegungsverhalten und Übergewicht gehören zu den wichtigsten Ursachen. Etwa 2,2% aller Kinder in der GEK wurden im Jahr 2008 mit Rückenschmerzen diagnostiziert. 28% dieser Kinder, vor allem im Grundschulalter und in der Pubertät, wurden mit Physiotherapie behandelt, über 50% erhielten Schmerzmittel. Ein Viertel der Kinder, denen Arzneimittel verordnet wurden, erhielt zusätzlich Physiotherapie. Um eine Fehlversorgung zu vermeiden und eine Medizinisierung zu reduzieren, sollten physiotherapeutische Interventionen im Rahmen eines salutogenetischen Ansatzes zur Steigerung der Ressourcen von Kindern erfolgen.

1.1 Einleitung

Physiotherapie bei Kindern beschäftigt sich mit Erkrankungen und Störungen, welche die kindliche Entwicklung negativ beeinflussen. Auswirkungen von Erkrankungen oder Störungen treffen den sich entwickelnden Organismus, können sich auf alle Entwicklungsbereiche beziehen und weitere Entwicklungsschritte hemmen. Erwachsene verarbeiten diese Auswirkungen anders, sie können aufgrund ihrer Erfahrung bereits entwickelte Fähigkeiten leichter wieder erlernen, selbst wenn sie „verschüttet“ waren. Das Fördern einer normalen Entwicklung ist demnach das zentrale Ziel der Physiotherapie im Kindesalter (Hüter-Becker & Dölken, 2005a). Die Heilmittelrichtlinien (2004) legen fest, dass Physiotherapie zu Lasten der Krankenkassen nicht nur verordnet werden kann, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, sondern auch, um eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken. Der auf diesen Richtlinien begründete Heilmittelkatalog ist nach Indikationsgruppen gegliedert: Zum Bereich der Wirbelsäulenerkrankungen mit prognostisch kurzzeitigem Verlauf gehören physiotherapeutische Indikationen wie Discopathien, Myotendopathien, Skoliosen, behandlungsbedürftige Haltungstörungen oder statische Störungen.

Im Zusammenhang mit der Entwicklung der heutigen Kinder im Vergleich zu früheren Generationen werden häufig das veränderte Bewegungsverhalten, ein zunehmender Bewegungsmangel, vermehrt auftretende Haltungsschäden und koordinative Schwächen als Stör- und Risikofaktoren diskutiert (Hüter-Becker & Dölken, 2005b).

Wie bereits im GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2007 berichtet wurde, handelt es sich bei Rückenschmerzen auch bei Kindern um ein zunehmendes Gesundheitsproblem und zählt bei Jugendlichen und jungen Er-

wachsenen bereits zu den Hauptgründen für die Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung. Der Einsatz von Physiotherapie bei Rückenschmerzen kann die patienteneigenen Ressourcen stärken, aktive Bewältigungsstrategien von Kindern unterstützen und damit das Bewegungs- und Gesundheitsverhalten nachhaltig fördern. Der Heilmittelkatalog, der bis heute eher medizinisch-kurativ als bio-psycho-sozial ausgerichtet ist, bietet in diesem Sinne unzureichende Therapiemöglichkeiten an (Deitermann et al., 2007).

Folgende Fragen zu den Verordnungscharakteristika von Physiotherapie bei Kindern in der GEK sollen in den drei folgenden Abschnitten bearbeitet und beantwortet werden:

Wie groß ist das Verordnungsausmaß?

Welche Leistungen werden hauptsächlich verordnet?

Wie sind die Alters- und Geschlechterverteilungen bei diesen Leistungen?

Welche Diagnosen treten im Verordnungszeitraum auf?

Abschnitt 1.4 widmet sich dann dem Forschungsstand zu unspezifischen Rückenschmerzen bei Kindern und Jugendlichen. Es folgt eine Routinedatenanalyse zur Prävalenz und ambulanten Versorgung mit Physiotherapie bei Kindern mit „Rückenschmerzen“. Hierzu wurden die Verordnungscharakteristika der Physiotherapie- und Arzneimittelversorgung beschrieben. Die Ergebnisse für die Kinder mit Rückenschmerzen werden vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstands diskutiert.

1.2 Methodik der Routinedatenanalyse

Datenbasis

Die Datenbasis liefern die Leistungsdaten für Heilmittel und Arzneimittel sowie die ambulanten Diagnose- und Stammdaten der GEK aus dem Zeitraum 2004 bis 2008.

Das Alter von null bis dreizehn Jahren dient in der folgenden Datenanalyse zur Definition eines Kindes. Kinder im Alter bis zu zwei Jahren werden der Kategorie „Säugling/Kleinkind“ zugeteilt, Kinder von drei bis sechs Jahren der Alterskategorie „Vorschule“, Sieben- bis Zehnjährige der „Grundschule“ und Elf- bis Dreizehnjährige der „Pubertät“ (vgl. Kurth, 2007).

0 bis 2 Jahre	→ Altersgruppe „Kleinkind/Säugling“
3 bis 6 Jahre	→ Altersgruppe „Vorschule“
7 bis 10 Jahre	→ Altersgruppe „Grundschule“
11 bis 13 Jahre	→ Altersgruppe „Pubertät“

Diagnosen

Die ICD-10-kodierten Diagnosen der Kinder stammen aus den ambulanten Daten von 2004 bis 2008. Aus den Leistungsdaten ist nicht direkt ersichtlich, welche Diagnose im zeitlichen Zusammenhang mit einer Verordnung steht. Bei der Verknüpfung von Verordnungen mit den ambulanten Diagnosen wurden daher nur Diagnosen selektiert, deren Quartal mit dem Verordnungsquartal übereinstimmte. Die Häufigkeiten wurden schließlich anhand des ersten Quartals 2008 dargestellt.

Prävalenz

Die Prävalenz von „Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens“ (ICD-10: M40 bis M43), „sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert“ oder „Rückenschmerzen“ (M53 und M54) und „Arthropathien“ (M20 bis M25), werden als Fälle mit mindestens einer solchen ambulanten Diagnose im Jahr 2008 definiert.

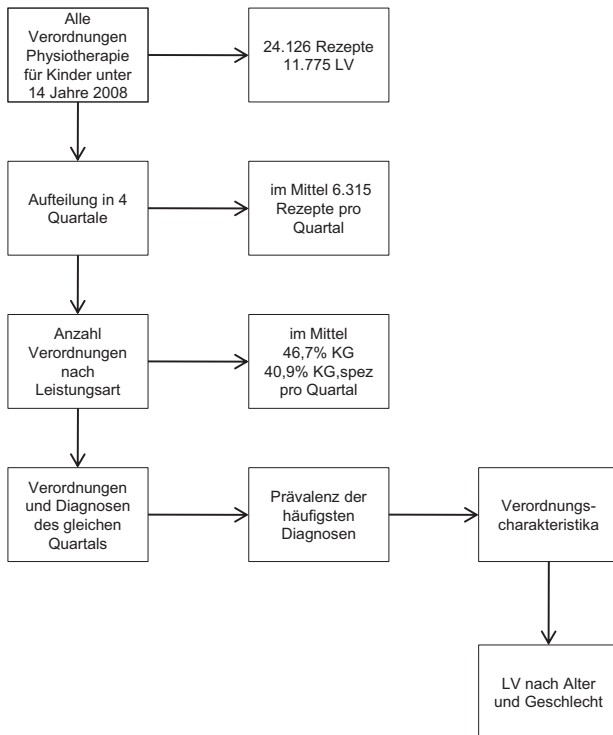
Leistungsversicherte

Kinder mit mindestens einer Verordnung für Physiotherapie oder Arzneimittel im Jahr werden als Leistungsversicherte (LV) bezeichnet.

Vorgehen

Wie in Abbildung IV.1 beschrieben, wurde ein exploratives Vorgehen für die Analyse der ambulanten Versorgung mit Physiotherapie bei Kindern gewählt. Zu Beginn wurden alle Leistungsdaten für Physiotherapie aus dem Jahr 2008 von Kindern unter 14 Jahren selektiert und hinsichtlich der Anzahl Verordnungen, der Leistungsart sowie des Alters und Geschlechts der LV ausgewertet. Es wurden die häufigsten Diagnosen im selben Quartal, in dem auch die Verordnungen ausgestellt wurden, analysiert und danach die Prävalenz ausgewählter Diagnosen bestimmt. Dabei treten besonders die „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“ in den Vordergrund, die auch im Mittelpunkt dieses Kapitels stehen. Für die Gruppe der Kinder mit der Diagnose „sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert“ oder „Rückenschmerzen“ (ICD-10 M53 und M54) wurden Leistungsdaten der Physiotherapie und ausgewählter Arzneimittel hinsichtlich der Anzahl Verordnungen, der Leistungsart sowie nach Alter und Geschlecht der Leistungsversicherten ausgewertet.

Abbildung IV.1 Vorgehensweise zur Analyse der ambulanten Versorgung mit Physiotherapie bei Kindern



1.3 Ergebnisse der Routinedatenanalyse

Im Jahr 2008 wurden Kindern im Alter bis einschließlich 13 Jahren insgesamt 26.126 Rezepte aus dem Leistungsbereich der Physiotherapie verordnet. Diese Verordnungen entfielen auf 11.775 LV. Damit entsteht in diesem Jahr eine Verordnungsprävalenz bei Kindern in der GEK von 4,71%. Auswertungen auf Basis der Abrechnungspositionsnummern (APN) zeigten, dass 46,65% aller Verordnungspositionen auf „Krankengymnastik, normal“ (KG) und 40,91% auf „Krankengymnastik, spezial“ (KG, spezial) zurückzuführen sind. Unter „KG, spezial“ fällt unter anderem die Behandlung zentraler Bewegungsstörungen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Die 6.598 LV des Anteils an KG gingen auf annähernd gleiche Anteile Jungen und Mädchen (49,03 und 50,97%), jedoch vor allem auf die Altersgruppen „Pubertät“ (43,68%) und „Grundschule“ (32,46%) zurück. Die 4.457 LV des Anteils an „KG, spezial“, setzten sich aus 57,42% Jungen und 42,58% Mädchen zusammen und waren vor allem in der Altersgruppe „Säugling/Kleinkind“ (58,18%) vertreten (s. Tabelle IV.1).

Tabelle IV.1 Kinder mit „KG“ und „KG spezial“ 2008 nach Altersgruppe

Anzahl LV je Altersgruppe	KG	KG spezial
	Mädchen/Jungen	Mädchen/Jungen
Säugling/Kleinkind	281/340	1.144/1.449
Vorschule	433/520	319/519
Grundschule	1.091/1.051	285/405
Pubertät	1.558/1.324	150/186
Summe	6.598	4.457

Datenbasis: alle Heilmittelleistungsdaten von Kindern im Jahr 2008

Wie in Abbildung IV.1 beschrieben, wurden den Verordnungen alle ICD-10 Diagnosen eines Quartals zugeordnet. Die häufigsten Diagnosen kommen vor allem im Bereich der Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes vor, darunter vor allem „Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“ (M40 bis M54), „Arthropathien“ (M20 bis M25, unter anderem Fuß- und Zehenfehlstellungen) und „sonstige Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems und des Bindegewebes“ (s. Tabelle IV.2 und IV.3). Die Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens bestehen aus „Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens“, wie z.B. Kyphosen, Lordosen und Skoliosen (M40 bis M43, 35,95 %). Außerdem zählen „Spondylopathien“, wie z.B. Entzündungen der Wirbelsäule, dazu (M45 bis M49, 0,52 %), sowie „Rückenschmerzen“ und die so genannten sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, die anderenorts nicht klassifiziert sind (M50 bis M54, 9,98 %).

Tabelle IV.2 Topliste der häufigsten Diagnosen im selben Quartal der Verordnungen für Physiotherapie bei Kindern (0 bis 13 Jahre)

ICD-10 Code	Bezeichnung	Anteil in %
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	14,12
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	12,50
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	10,90
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	9,50
H00-H95	Krankheiten der Augen und Ohren	7,65
Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	6,89
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	6,80
A00-B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	4,34
L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	3,61
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	2,59

Datenbasis: Alle Heilmittelleistungsdaten und ambulante Diagnosen von Kindern im Jahr 2008

Tabelle IV.3 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes im selben Quartal der Verordnungen für Physiotherapie bei Kindern (0 bis 13 Jahre)

ICD-10 Code	Bezeichnung	Anteil in %
M00-M25	Arthropathien	21,35
M30-M36	Systemkrankheiten des Bindegewebes	0,67
M40-M54	Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	46,45
M60-M79	Krankheiten der Weichteilgewebe	13,38
M80-M84	Osteopathien und Chondropathien	0,37
M95-M99	Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	14,65

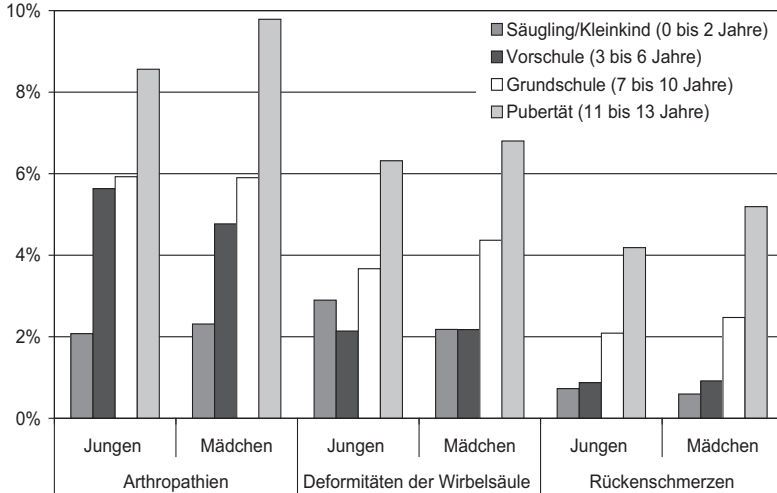
Datenbasis: Alle Heilmittelleistungsdaten und ambulante Diagnosen von Kindern im Jahr 2008

Kinder mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems

Prävalenz

Die Prävalenz von „Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens“ (M40 bis M43) beträgt unabhängig davon, ob ein Kind im Jahr 2008 Physiotherapie verordnet bekam, 3,89 % (9.540 Kinder). Bei 5.406 und damit bei 2,21 % aller Kinder war im Jahre 2008 mindestens eine Diagnose „sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert“ oder „Rückenschmerzen“ (M53 und M54) dokumentiert. „Arthropathien“ (M20 bis M25), zu denen neben Fuß- und Zehenfehlstellungen auch Krankheiten der Kniescheibe und des Knies, wie Meniskus- und Bänderschäden zählen, treten bei 5,87 % (14.392) der Kinder bis 13 Jahren auf (s. Abbildung IV.2). Die Anteile von Mädchen und Jungen sind bei diesen Diagnosen annähernd gleich, die Altersgruppen „Grundschule“ und „Pubertät“ sind bei allen am häufigsten betroffen.

Abbildung IV.2 Prävalenz von Kindern mit den Diagnosen „Arthropathien“ (M20 bis M25), „Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens“ (M40 bis M43) und „sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert“ oder „Rückenschmerzen“ (M53 und M54)



Physiotherapieversorgung

Zwar ist die Prävalenz von „Arthropathien“ mit 5,87 % höher als die der „Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens“ (3,89 %) oder „Rückenschmerzen“ (2,21 %), es wird jedoch in Tabelle IV.3 deutlich, dass diese Diagnosen häufiger im Quartal der Physiotherapieverordnungen auftreten als „Arthropathien“. 17,37 % aller Kinder mit der Diagnose „Arthropathien“ erhalten mindestens eine Verordnung für Physiotherapie im Jahr. Für Kinder mit Deformitäten der Wirbelsäule beträgt der Anteil LV 38,11 % und für Kinder mit Rückenschmerzen und anderenorts nicht klassifizierten Krankheiten der Wirbelsäule 28,75 %.

Im folgenden Abschnitt wird der aktuelle Forschungsstand zu unspezifischen Rückenschmerzen bei Kindern und Jugendlichen dargestellt.

1.4 Unspezifische Rückenschmerzen bei Kindern und Jugendlichen

Einführung

In den westlichen Industriestaaten sind Rückenschmerzen ein schwerwiegendes Gesundheitsproblem. Betroffen sind überwiegend Erwachsene. Doch in zunehmendem Maße treten auch Kinder und Jugendliche mit Rückenschmerzen in den Fokus der Medizin und der Gesundheitswissenschaften. So dokumentieren verschiedene Studien (Jones et al., 2003; Kovacs et al., 2003; Roth-Isigkeit et al., 2003; Watson et al., 2003) eine Rückenschmerzhäufigkeit bei Kindern und Jugendlichen von bis zu 50%. Als Hauptursachen dafür gelten Bewegungsmangel und Übergewicht.

Prävalenz von Rückenschmerzen in jungen Jahren

Bei den jüngeren Altersstufen erfolgt wie bei erwachsenen Rückenschmerzpatienten eine Unterscheidung zwischen spezifischem und unspezifischem Rückenschmerz. Untersuchungen zur Prävalenz, also die Häufigkeit der Erkrankungsfälle, beziehen sich dabei vorwiegend auf die unspezifischen Symptome. Während sich spezifische Rückenschmerzen eindeutig auf einen pathologischen Befund, wie zum Beispiel eine Infektion, Fraktur, Osteoporose, Spondylarthritis oder dem Cauda Equina Syndrom (neurologische Ausfälle durch eine Kompression des unteren Rückenmarksende) zurückführen lassen, fehlt bei unspezifischen Schmerzen eine erkennbare Pathologie. Nach internationalen Angaben sind etwa 80 bis 85% der Rückenschmerzen als unspezifisch zu betrachten. Das trifft auch für Kinder und Jugendliche zu (Gunzburg et al., 1999; Jones & Macfarlane, 2005).

Die Prävalenz zu unspezifischem Rückenschmerz bei Kindern und Jugendlichen beruht meist auf Querschnittsstudien mit Eigenangaben der Betroffenen. Problematisch ist hier, dass von der 7-Tage-Prävalenz (Rück-

kenschmerzen innerhalb der letzten Woche) bis zur Lebensprävalenz (generelle Rückenschmerzerfahrung) ganz verschiedene Zeiträume angegeben werden und auch sehr unterschiedliche Altersgruppen betrachtet werden. Das erschwert einen Vergleich der Untersuchungen.

International schwanken die Prävalenzangaben zurzeit zwischen 18 und 33 % (3-Monats-Prävalenz oder Jahresprävalenz), wobei sich auf nationaler Ebene das Ergebnis laut Roth-Isigkeit et al. (2003) mit 32,9 % Rückenschmerzprävalenz (3-Monats-Prävalenz) im oberen Bereich bewegt. Ihre epidemiologische Erhebung zu Schmerzen schloss 1.077 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen drei und 20 Jahren ein. Die vom Robert Koch Institut durchgeführte KIGGS-Studie (2003 bis 2006 mit ca. 20.000 Kindern) zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland stellte für die Altersgruppe von 11 bis 17 Jahren dagegen nur eine Prävalenz von 13% in Bezug auf die Frage nach dem Hauptschmerz fest. Interessant dabei ist, dass im Gegensatz zu den internationalen Studien die deutschen Mädchen geringere Werte als die Jungen aufweisen, wobei mehr als ein Drittel (35,9%) der Kinder und Jugendlichen im Alter zwischen 11 und 17 Jahren mit Rückenschmerzerfahrung ärztliche Hilfe in Anspruch nahmen (Ellert et al., 2007).

Aber auch im internationalen Vergleich findet man sehr unterschiedliche Angaben. Bei einer englischen Studie von Watson et al. (2002) mit Schulkindern zwischen 11 und 14 Jahren gaben 24 % der befragten Kinder an, innerhalb der letzten vier Wochen (1-Monats-Prävalenz) Rückenschmerzen gehabt zu haben. In der spanischen Studie von Kovacs et al. (2003) gaben 50,9% bei den Jungen und 69,3% bei den Mädchen an, schon einmal Rückenschmerzen gehabt zu haben (Lebenszeitprävalenz). Bei der Frage nach den Rückenschmerzerfahrungen innerhalb der letzten sieben Tage (7-Tage-Prävalenz) antworteten 17,1 % bei den Jungen und 33 % bei den Mädchen mit ja. Die Erhebung bezog sich auf alle mallorquinischen Schulkinder zwischen 13 und 15 Jahren (16.357 Kinder).

Einen umfangreichen internationalen Prävalenz-Überblick bietet die HBSC-Studie (Health Behavior in School-Aged Children) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). An diesem internationalen Gesundheitssurvey beteiligen sich insgesamt 24 Länder. Da der Schwerpunkt sich aber mit jeder Befragungswelle ändert, liegen hier nur Zahlen von 1997/1998 vor, die selbst angegebene Rückenschmerzen (mindestens ein Mal die Woche) von 11-, 13- und 15-jährigen Schulkindern beschreiben. Auch hier geben mehr Mädchen (16 % bei den 11-Jährigen, 20 % bei den 13-Jährigen und 22 % bei den 15-Jährigen) als Jungen (13 % bei den 11-Jährigen, 16 % bei den 13-Jährigen und 19 % bei den 15-Jährigen) in Deutschland Rückenschmerzen an. Bei beiden Geschlechtern steigt die Rückenschmerzprävalenz mit dem Alter (WHO, 2000).

Risikofaktoren für Rückenschmerzen bei Kindern und Jugendlichen

Um effektive Behandlungsformen und Interventionen gegen Rückenschmerzen bei Kindern und Jugendlichen entwickeln zu können, ist es unumgänglich die Risikofaktoren zu ermitteln, die mit der Entstehung der Beschwerden zusammenhängen. Allerdings handelt es sich bei den Studien, die zur Bestimmung von Risikofaktoren durchgeführt wurden, hauptsächlich um Querschnittsstudien. Ihre methodische Qualität reicht jedoch nicht aus, um daraus differenzierte Risiken ableiten zu können.

Dennoch existieren Übersichtsarbeiten zu Risikofaktoren, die Aspekte zum Thema Rückenschmerzen bei Kindern und Jugendlichen aufzeigen. So erstellten Cardon und Balgué 2004 im Auftrag der European Cooperation in the field of Scientific and Technical Research Working Group on Guidelines in Low Back Pain (COST B13) einen Review zu Risikofaktoren von Rückenschmerzen bei Schulkindern. Darin nahmen sie eine Differenzierung in vier Gruppen vor:

1. Lifestyle-Faktoren:
Übergewicht, Rauchen, Alkoholkonsum, Essgewohnheiten, körperliche Arbeit, Sport, körperlich nicht bzw. wenig aktiv und sitzende Aktivitäten
2. Körperliche Faktoren:
körperliche Fitness, Beweglichkeit und Muskelkraft
3. Schulfaktoren:
Schulranzen und Schulmöbel
4. Psychologische Faktoren:
Familie, soziale Umwelt, soziale Ressourcen (z.B. gute Freunde oder Unterstützung von Eltern oder anderen Erwachsenen) und emotionale Faktoren, wie Depressionen, Schlafprobleme, Hyperaktivität und Verhaltensauffälligkeiten

Eine weitere Übersicht zu den Risikofaktoren für Rückenschmerzen von Roth-Isigkeit et al. (2005) zeigt außerdem, dass nicht einzelne Faktoren für Rückenschmerzen entscheidend sind, sondern dass es sich um ein Zusammenspiel mehrerer Faktoren handelt. In diesem Zusammenhang tritt wieder einmal die Diskussion über den Einfluss sozialer Ungleichheit auf die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen in den Fokus. Kinder aus den unteren sozialen Schichten leiden offenbar häufiger unter Rückenschmerzen als Kinder der Mittel- und Oberschicht.

Wandel der Kindheit

Als einen wichtigen Punkt bei der Entwicklung der heutigen Kinder im Vergleich zu früheren Generationen wird immer wieder ein verändertes Bewegungsverhalten genannt. Der Forschungsstand zum Bewegungsverhalten von Kindern zeigt leider eher ein diffuses Bild, obwohl bereits zahlreiche Untersuchungen dazu vorliegen. Tendenziell beginnen die Kinder heute früher mit ihrer sportlichen Karriere (bereits mit drei bis sechs Jahren), wechseln dafür aber öfter zwischen den verschiedenen Sportar-

ten und scheiden dann relativ früh (nach dem 11. Schuljahr) wieder aus (Schmidt, 2003). Verschiedene Studien belegen, dass Europas Kinder immer inaktiver werden (Tomkinson et al., 2003; WHO, 2000). In der Folge sind die Heranwachsenden sowohl physisch weniger fit, als auch häufiger übergewichtig als frühere Kindergenerationen. Bewegungsmangel zählt aber zu den Hauptrisikofaktoren für die steigende Prävalenz von Rückenschmerzen bei Kindern.

Die HBSC-Studie von 2001/2002 erhob das Bewegungsverhalten mit der Frage, wie viele der Probanden 60 Minuten an fünf oder mehr Tagen in der Woche sportlich aktiv sind. Im Durchschnitt traf das auf 34 % der Kinder und Jugendlichen zu, wobei es hier starke regionale Unterschiede gab (World Health Organisation Europe, 2006). Bei der deutschen Stichprobe der HBSC-Befragung lautete das Ergebnis 32,0 % der Jungen und 20,2 % der Mädchen.

Tabelle IV.4 Körperliche Aktivität nach Klassenstufen (in Prozent)

	Gesamt		Klasse 5		Klasse 7		Klasse 9	
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen
Weniger als 2 Tage/Woche	10,6	15,2	8,5	13,3	11,9	13,9	11,7	18,7
2 bis weniger als 5 Tage/Woche	57,4	64,6	56,2	63,2	57,3	67,4	58,9	63,4
Mind. 5 Tage/Woche	32,0	20,2	35,3	23,5	30,8	18,7	29,4	17,9

Quelle: HBSC 2002: Daten für Deutschland (N=5.650) in Richter & Settertobulte (2003)

Die Studie zeigt zudem einen Anstieg der sitzenden Tätigkeit (TV-Konsum und Computernutzung). Demnach verbringen 26 % der weltweit Befragten an Wochentagen bis zu vier Stunden vor dem Fernseher, wobei der Wert an den Wochenenden auf 45 % steigt.

Diese Ergebnisse spiegeln sich teilweise auch in den Ausführungen der sportpädagogischen Kindheitsforschung zum heutigen Lebensstil in Verbindung mit Bewegungsmangel von Kindern und Jugendlichen wider. Woll (2006) beschreibt den Wandel der Kindheit folgendermaßen:

- **Verlust der Straßenkindheit**, aus Sicherheitsaspekten, weniger öffentliche Räume (Sport- und Spielplätze) und veränderte Interessen der Kinder,
- **Verinselung der Lebenswelt**, durch weniger Leben in der unmittelbaren Nachbarschaft,
- **Verhäuslichung der Kindheit**, weil die Kinder ihre Freizeit immer öfter in geschlossenen Räumen verbringen,
- **Medialisierung der Kindheit** in Form von audiovisuellen Medien und einer Vielzahl von Computerprogrammen.

Die sportpädagogische Kindheitsforschung stellt zwar immer wieder heraus, dass die hier beschriebenen Entwicklungen nicht generalisiert werden dürfen. Dennoch sind sie zum Teil verantwortlich für einen zunehmenden Bewegungsmangel, vermehrt auftretenden Haltungsschäden und koordinativen Schwächen der Kinder. Darüber hinaus betonen Pädagogen, dass unmittelbare, körperbezogene Spiel- und Bewegungserfahrungen elementare Bedeutung für die motorische, emotionale, soziale und kognitive Entwicklung eines Kindes haben. In der Umsetzung bedeutet das eine Verknüpfung von Bewegung, Wahrnehmung, Umwelterfahrung und Lernen, zum Beispiel durch die Bereitstellung von anregenden, herausfordernden und gut erreichbaren Spielräumen und somit die Reintegration von Spiel und Sport in das Alltagsleben.

Versorgung von Kindern mit Rückenschmerzen

Physiotherapie

Die LV mit den Diagnosen „sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert“ oder „Rückenschmerzen“ (M53 und M54) gehen auf 1.121 LV für „KG“, 188 LV „KG, spezial“ und 169 LV für Manuelle Therapie zurück. Ein Kind kann LV für mehrere Therapien sein, das heißt, dass es neben KG gleichzeitig auch Manuelle Therapie erhalten kann (s. Tabelle IV.5).

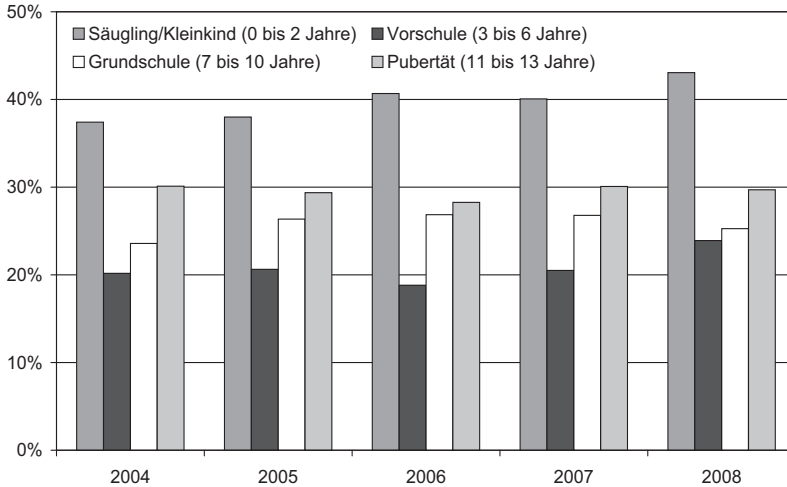
Tabelle IV.5 Anteil LV für KG an allen Kindern mit der Diagnose „sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert“ oder „Rückenschmerzen“ (M53 und M54) nach Alter und Geschlecht

Altersgruppe	Mädchen (in %)	Jungen (in %)
Säugling/Kleinkind	13 (10,32)	12 (7,41)
Vorschule	42 (14,74)	44 (15,38)
Grundschule	186 (20,15)	143 (17,40)
Pubertät	404 (26,68)	277 (21,51)
Summe	645	476

Datenbasis: alle Heilmittelleistungsdaten von Kindern im Jahr 2008, ambulante Diagnosen 2008

Der Anteil LV für Physiotherapie an allen Kindern mit der Diagnose „M53“ oder „M54“ ist zwischen 2004 und 2008 von 27,40 % auf 28,75 % gestiegen. Bei der Auswertung nach Altersgruppen wird deutlich, dass eine leichte Zunahme in der Pubertät stattgefunden hat (s. Abbildung IV.3).

Abbildung IV.3 Anteil LV für Physiotherapie an allen Kindern mit der Diagnose „M53“ oder „M54“ zwischen 2004 und 2008 nach dem Alter



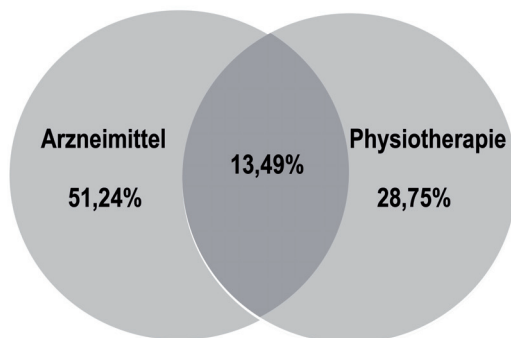
Datenbasis: alle Heilmittelleistungsdaten und ambulanten Diagnosen aus 2004 bis 2008

Arzneimittel

51,24 % (2.770) der 5.406 Kinder, mit der Diagnose M53 oder M54, haben im Jahr 2008 mindestens eine Verordnung von Ibuprofen (1.912, 35%), Diclofenac (344, 6,36 %) oder Paracetamol erhalten (1.242, 22,97 %). 729 der 2.770 LV für Arzneimittel und damit 13,49 % aller Kinder mit Diagnose haben zusätzlich Physiotherapie erhalten (s. Abbildung IV.4).

Bei jedem der aufgeführten Arzneimittel sind es vor allem die Kinder im Grundschulalter und der Pubertät, auf die diese Verordnungen entfallen. Die Anteile von Jungen und Mädchen sind hier annähernd gleich (Jungen im Mittel zu 47,47 %; Mädchen gemittelt zu 52,53 %).

Abbildung IV.4 Anteil LV für Physiotherapie und Arzneimittel* an allen Kindern mit der Diagnose „M53“ oder „M54“ im Jahr 2008



* Ibuprofen, Diclofenac und Paracetamol

1.5 Fazit

In diesem Kapitel standen die „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“ im Mittelpunkt. Die selektierten Fälle mit „Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“ wurden hinsichtlich ihrer physiotherapeutischen Versorgung analysiert, der Schwerpunkt lag dabei auf den Rückenschmerzen. In der Betrachtung des Gesamtverordnungsvolumens fällt neben dem größten Anteil KG-Verordnungen der Anteil an Verordnungen „KG, spezial“, vor allem bei Säuglingen (die Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen unter Einsatz der Techniken nach Bobath oder Vojta), auf. Dieser sollte Gegenstand einer eigenen Analyse darstellen.

Der Forschungsstand bei unspezifischen Rückenschmerzen von Kindern und Jugendlichen basiert auf einer eher unsicheren Datenlage. Dies spiegelt sich – national und international – in der sehr unterschiedlichen Prävalenz wider. Die Ursachen sind vielschichtig und es deutet vieles darauf hin, dass vor allem psychosoziale Faktoren, ein verändertes Bewegungsverhalten und Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen zu Rückenschmerzen führen. Um eine Medizinisierung bei jungen Altersgruppen zu reduzieren bzw. ganz zu vermeiden, sollten sich physiotherapeutische Interventionen auf den so genannten salutogenetischen Ansatz konzentrieren. Das bedeutet, den Blick ganzheitlich auf Gesundheit, auf die Förderung individueller Ressourcen und insbesondere auf die Berücksichtigung psychosozialer Faktoren (wie zum Beispiel die soziale Unterstützung, die Fähigkeit zum nachhaltigen Umgang mit eigenen Ressourcen oder die Einstellungen zum Leben) zu richten. In Bezug auf die Behandlung und Prävention von Rückenschmerzen bei Kindern und Jugendlichen steht fest, dass es dabei nicht um rückenspezifische Interventionen geht, sondern vielmehr um die Vermittlung eines gesunden Ernährungs- und Bewegungsverhaltens in einer sozialverträglichen Umgebung.

Zwar werden die Entwicklung und Implementierung gesundheitlich orientierter und präventiver Programme in Kindergärten und Grundschulen gefördert. Die Problematik von unspezifischen Rückenschmerzen bei Kindern und ihre Versorgung im medizinisch-kurativen System bleiben dennoch aktuell. Wie bereits im Jahr 2007 berichtet wurde, bietet der Heilmittelkatalog wenig Möglichkeit für eine bio-psycho-sozial und salutogenetisch ausgerichtete Physiotherapie bei Kindern mit Rückenschmerzen (Deitermann et al., 2007). Bei etwa zwei Prozent der in der GEK versicherten Kinder bis 13 Jahren wurden im Jahr 2008 Rückenschmerzen oder anderenorts nicht klassifizierte Krankheiten des Rückens diagnostiziert. Etwa 28 % der Kinder mit einer solchen Diagnose wurden im selben Jahr mit Physiotherapie behandelt. Die Behandlungsprävalenz ist zwischen 2004 und 2008 kaum gestiegen, findet jedoch vermehrt bei Kindern in der Pubertät (elf bis dreizehn Jahre) statt. Im Jahr 2008 wurden mehr als

51 % der Kinder mit einer Diagnose die aufgeführten schmerzlindernden Arzneimittel verordnet. Fast drei Viertel dieser Kinder haben, außer den genannten Arzneimitteln, keine zusätzliche Physiotherapie erhalten. Zwar fehlen differenzierte Leitlinien zum medizinisch-therapeutischen Umgang mit unspezifischen Rückenschmerzen bei Kindern. Vor dem Hintergrund einer salutogenetischen Sichtweise und der Vermittlung aktiver Bewältigungsstrategien sollten diese Ergebnisse der Versorgungsanalyse von Kindern mit Rückenschmerzen jedoch kritisch betrachtet werden und Anlass für weitere Untersuchungen bieten. Die Behandlung von Rückenschmerzen im weitesten Sinne, die auch gesellschaftliche Ursachen haben, ist ein Beispiel, wie Fehlentwicklungen im Kindes- und Jugendalter pathologisiert und in den Behandlungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) „verschoben“ werden. Defizite in Kindergärten, Schulen oder auch im familiären Umfeld sollten nicht durch therapeutische Interventionen „beantwortet“ werden. Vielmehr sind die hier vorgelegten Ergebnisse ein Hinweis und eine Aufforderung dafür, stärker als bislang zielgruppenspezifische Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention zu verfolgen, um vermeidbare Krankheitssymptome, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen mit den richtigen Konzepten vorher zu begegnen, um nicht nachträglich behandeln zu müssen.

2. Hilfsmittel für Kinder

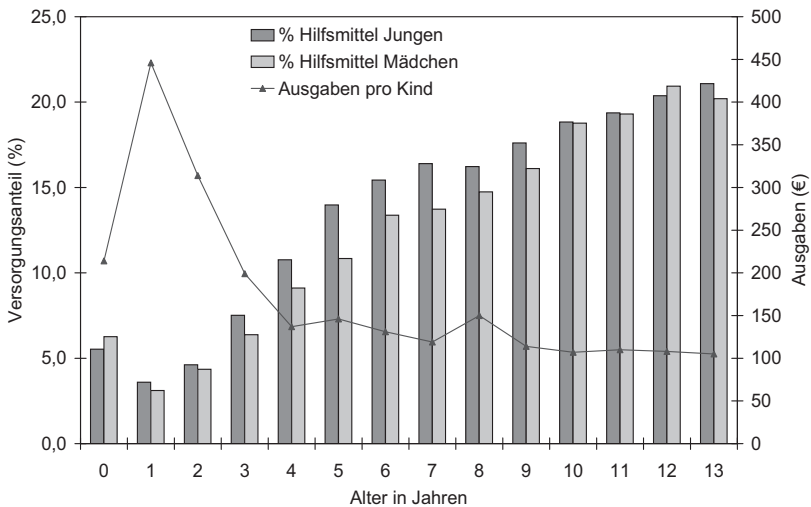
2.1 Einführung

Hilfsmittel werden von etwa einem Sechstel der GKV-Versicherten in Anspruch genommen und stellen damit hinter Krankenhausbehandlungen, ambulant- oder zahnärztlichen Behandlungen und Arzneimitteln den fünftgrößten Ausgabenbereich der GKV dar. Der Leistungsanspruch ist im SGB V festgeschrieben, wonach die Hilfsmittel dazu dienen sollen, „den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen“ (SGB V, § 33 Abs. 1). Nach der Definition der Hilfsmittelrichtlinien handelt es sich bei Hilfsmitteln um „sächliche Mittel oder technische Produkte, die individuell gefertigt oder als serienmäßig hergestellte Ware in unverändertem Zustand oder als Basisprodukt mit entsprechender handwerklicher Zurichtung, Ergänzung bzw. Abänderung von den Leistungserbringern abgegeben werden“ (G-BA, 2009). Kinder stellen nach Analysen der GEK-Daten etwa zehn Prozent der Leistungsversicherten und sind aus unterschiedlichsten Gründen auf den Einsatz von Hilfsmitteln angewiesen. Der Bedarf leitet sich dabei nicht allein aus ärztlicher Diagnose ab, sondern ebenso gemäß der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) aus funktioneller/struktureller Schädigung, Beeinträchtigung der Aktivitäten, noch verbliebener Aktivitäten und einer störungsabhängigen Diagnostik (G-BA, 2009). Ein großer Teil der Kinder, die Hilfsmittel in Anspruch nehmen, sind ebenso Leistungsempfänger der Pflegekassen, d.h. sie werden in Pflegestatistiken als Pflegebedürftige bezeichnet. Im Jahr 2007 waren mehr als 63.000 Kinder unter 15 Jahren pflegebedürftig (Statistisches Bundesamt, 2008). Diese Anzahl ist im Vergleich zum Jahre 2005 um 2,4 % gestiegen. Da die meisten dieser Kinder auch auf Hilfsmittel angewiesen sind, ist auch in Zukunft von einem wachsenden Hilfsmittelbedarf bei Kindern auszugehen.

2.2 Hilfsmittel für Kinder: Allgemeine Analysen der GEK-Daten

Im Jahr 2007 wurde für 30.771 Kinder unter 14 Jahren ein Hilfsmittel abgerechnet. Der Anteil von Jungen lag bei 53%. Die dafür erbrachten 80.206 Hilfsmittelpositionen führten zu Ausgaben von gut 3,7 Mio. Euro. Die Versorgungsprävalenz nimmt mit jedem Lebensjahr zu, die Kosten dagegen ab: die Hilfsmittelausgaben liegen ab dem vierten Lebensjahr bei etwa 100 Euro pro Leistungsversichertem, während die Kinder unter vier Jahren im Durchschnitt etwa 300 Euro pro Person an Hilfsmitteln benötigen. Die Versorgungsrate von Jungen liegt bei fast allen Altersstufen über der von Mädchen, in der Einschulungsphase beträgt die Differenz etwa vier Prozent.

Abbildung IV.5 Hilfsmittel für Kinder nach Alter und Geschlecht im Jahr 2007



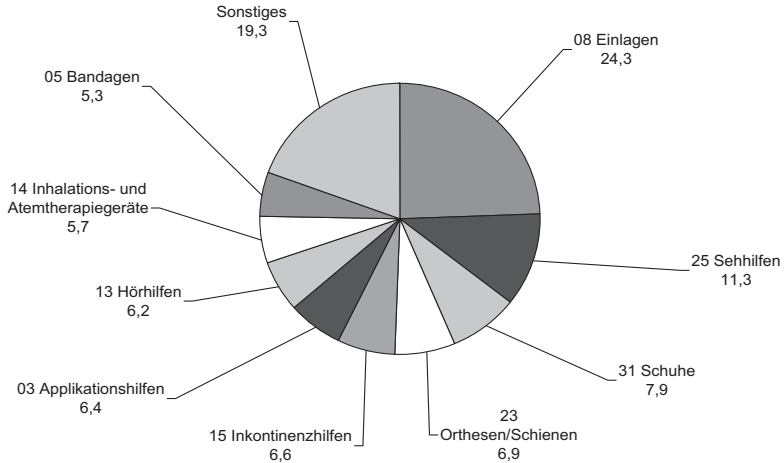
Eine regionale Differenzierung der Hilfsmittelversorgung von Kindern ergibt eine Spanne in der Versorgungsprävalenz von 12,24% in Baden-Württemberg und 18,84% in Mecklenburg-Vorpommern, wo auch die Hilfsmittelausgaben insgesamt zum Vorjahr mit 17% deutlich angestiegen sind.

Tabelle IV.6 Versorgungsprävalenz nach Gebieten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) (Kinder unter 14 Jahren)

KV	Versorgungsprävalenz in %
Baden-Württemberg	12,24
Bayerns	14,16
Berlin	12,72
Brandenburg	12,79
Bremen	14,52
Hamburg	14,20
Hessen	14,87
Mecklenburg-Vorpommern	18,84
Niedersachsen	15,58
Nordrhein	13,44
Rheinland-Pfalz	16,10
Saarland	18,71
Sachsen	13,34
Sachsen-Anhalt	12,88
Schleswig-Holstein	16,73
Thüringen	13,10
Westfalen-Lippe	16,42

Von den abgerechneten Verordnungspostitionen im Jahr 2007 wurden 36% von Orthopäden verschrieben, 25% von Augenärzten und 11% von Kinderärzten. Den höchsten Ausgabenanteil haben mit 24% die Produktgruppe „08 Einlagen“, die im folgenden Abschnitt im Mittelpunkt stehen.

Abbildung IV.6 Ausgabenanteile einzelner Produktgruppen in Prozent für Kinder unter 14 Jahren



Zur genaueren Analyse der Versorgungsstruktur wird in den folgenden Abschnitten beispielhaft auf zwei Diagnosegruppen eingegangen, nämlich auf die „Fußdeformitäten“, da sie sowohl mit einer hohen Prävalenz als auch mit einem hohen Hilfsmittelbedarf im Bereich Einlagen einhergehen, und auf die „infantile Zerebralparese“, die zwar eher selten vorkommt, jedoch eine umfangreiche Hilfsmittelversorgung mit sich bringt.

2.3 Diagnosegruppe „Fußdeformitäten“

Einführung

Die Füße sind vor allem in der Entwicklung des Kindes ein wichtiger Körperteil. Sie helfen bei der Aufrichtung und bestimmen das Körperverhalten mit Statik, Balance, Bewegungsmuster und Gangbild (Hien, 2003). Darum sind Probleme mit den Füßen, die im Kindes- und Jugendalter häufig auftreten, ernst zu nehmen, wenngleich prognostisch günstige Fehlhaltungen nur dann einer Therapie bedürfen, wenn subjektive Beschwerden hinzukommen (Niethard, 2010). Zu den kindlichen Fußdeformitäten gehören der Klumpfuß, der Plattfuß und der Sichelfuß.

Definitionen

Klumpfuß: Angeborene oder erworbene schwere Fußdeformität mit komplexen Teilkomponenten. Er tritt bei etwa einem von 1.000 Neugeborenen auf und betrifft vor allem Jungen. Die Therapie reicht je nach Schweregrad von der passiven Korrektur bis zu operativen Verfahren.

Plattfuß: Sammelbegriff für eine meist physiologische und flexible Fehlförmigkeit, bei der das Absinken des Fußlängsgewölbes im Mittelpunkt steht. Ursachen sind neben schwachen Bandstrukturen auch unzureichende muskuläre Kontrolle. Sofern eine Therapie notwendig ist, kommen je nach Schweregrad sowohl konservative Methoden (Fußgymnastik, Einlagen, Schuhe) als auch operative Verfahren in Frage.

Sichelfuß: Eine flexible Fehlstellung mit nach innen gedrehtem Vorfuß, bei der in 80 bis 90 % der Fälle eine Korrektur spontan erfolgt. Bei rigiden Formen können Fußgymnastik, Schienen, Schuhe oder Einlagen im Rahmen einer konservativen Therapie angewendet werden.

Quelle: Niethard, 2010

Nur ein geringer Teil der Fußdeformitäten bei Kindern ist als schwerwiegend zu bezeichnen und geht auf angeborene Defekte oder sekundäre Störungen (Unfälle, Entzündungen, Tumore oder neuromuskuläre Erkrankungen) zurück (Niethard, 2010). Dagegen gibt es eine Vielzahl an physiologischen und flexiblen Fehlstellungen, die durch Band- oder Muskellaxität entstehen, aber auch durch falsches Bewegungsverhalten und falsche Schuhversorgung begünstigt werden. Zur Förderung einer gesunden Fußentwicklung sind darum ausreichend körperliche Aktivität,

variabler Untergrund beim Laufen sowie die Unterstützung spielerischer bzw. sportlicher Aktivitäten wie z.B. Inlineskaten oder Schlittschuhlaufen zu empfehlen (Hien, 2003).

Unter den konservativen Therapieoptionen wird die Einlagenversorgung in vielen Lehrbüchern als geeignetes Mittel bei den meisten kindlichen Fußfehlstellungen beschrieben. Die Einlage bildet mit dem Schuh eine Einheit und ist darum auch nur in einem geeigneten Schuhwerk sinnvoll (Hien, 2003). In der Orthopädietechnik wird unterschieden zwischen Korrektur-, Stütz- und Bettungseinlagen.

Definitionen

Korrekturereinlagen: Werden eingesetzt zur Verbesserung krankhafter Fußstellungen und zur Verhinderung von Fehlwachstum.

Stützeinlagen: Werden eingesetzt zur Anhebung des Fußgewölbes. Die gestützte Fußform wird gehalten und damit eine Entlastung vor allem beim Abrollen erreicht.

Bettungseinlagen: Werden eingesetzt bei lokalen und schmerzhaften Fußproblemen zur flächenhaften Druckverteilung, Schmerzreduktion und gleichmäßigen Belastung der Fußsohle.

Quelle: Wolansky, 2008

Nutzen und Bedarf vieler Einlagenversorgungen bei Kindern werden durchaus in Frage gestellt. Unter dem Titel „Einlagen für Kinder: Nützlich, nutzlos, schädlich?“ verweist ein Orthopädietechniker auf gravierende Fehler in Orthopädie-Lehrbüchern. So seien Versorgungsmöglichkeiten mit Einlagen aufgeführt, die bei den genannten Indikationen gänzlich schädlich seien (Reinhardt, 2003). Eine umfangreiche Studie bei Schul-

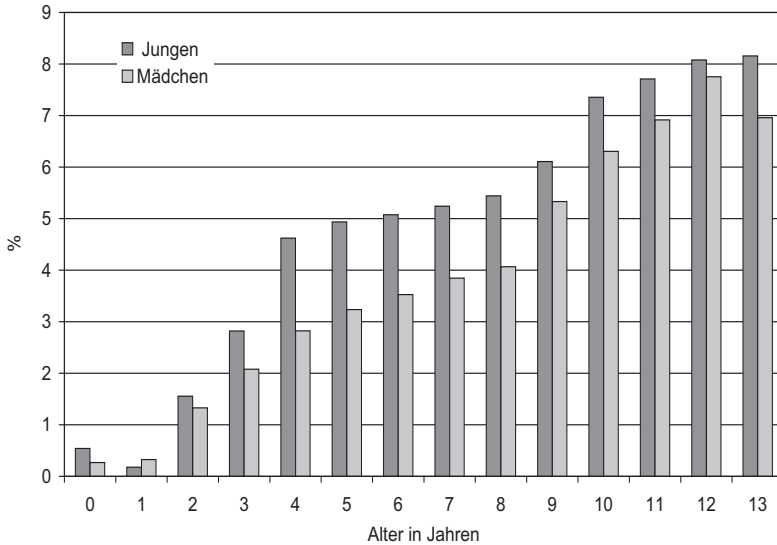
Kindern unter 14 Jahren kam schon im Jahr 1999 zu dem Ergebnis, dass die Prävalenz von Fußdeformitäten wie dem Plattfuß bei 2,7 % lag, jedoch 14,2 % der Kinder mit Einlagen versorgt waren (Garcia-Rodriguez et al., 1999). Die Autoren schlussfolgern, dass mit einem erheblichen Anteil der Einlagen ein unnötiger Kostenaufwand für Eltern und Gesundheitssystem verbunden ist.

Analysen der GEK-Daten

Einlagen stehen in der Hilfsmittelversorgung GEK-versicherter Kinder bezüglich Versorgungsanteil und Kosten an erster Stelle. Von mehr als 80.000 abgerechneten Hilfsmittelpositionen im Jahr 2007 entfielen 40 % auf diese Produktgruppe und machen damit 24 % der Gesamtausgaben in diesem Leistungsbereich und für diese Altersgruppe aus. Der Anteil der Leistungsversicherten an allen versicherten Kindern liegt bei 4,9 %. Die Anzahl der Kinder, die nach ärztlicher Diagnose und allgemeinen Empfehlungen einen objektiven Bedarf einer Einlagenversorgung haben, liegt deutlich darunter, denn nur bei 1,3 % der Kinder (n=2.770) wurde auf der Basis ambulant-ärztlicher Daten ein Plattfuß diagnostiziert. Der Klumpfuß als angeborene Fußdeformität lag in der Häufigkeit bei 0,3 % (n=548). Die Ergebnisse der Einlagenversorgung nach Alter und Geschlecht legen zudem nahe, dass vor allem erworbene Fußfehlstellungen den Anlass für die Verordnung darstellen, denn die Versorgungsprävalenz steigt deutlich mit jedem Lebensjahr und verdoppelt sich vom vierten bis zum 13. Lebensjahr.

Neben den alters- und geschlechtsspezifischen Auffälligkeiten sind auch regionale Unterschiede erkennbar. Die niedrigste Versorgungsprävalenz findet sich mit 3,7 % in Baden-Württemberg, die höchste mit 7,6 % in Mecklenburg-Vorpommern. Die Gründe für diese deutlichen Differenzen dürften nicht allein in Morbiditätsunterschieden zu finden sein, Diagnoseunsicherheiten und eine versuchsweise Verordnung von Einlagen dürften hinzukommen (s. Abbildung IV.8).

Abbildung IV.7 Einlagen für Kinder nach Alter und Geschlecht in Prozent im Jahr 2007



Um einen genaueren Einblick darüber zu bekommen, welche Diagnosen der Versorgung mit Einlagen zu Grunde liegen, wurden 100 Rezepte aus dem Jahr 2007 gesichtet. Bei 80 der 100 Rezepte lassen sich die Diagnosenennungen unter dem Sammelbegriff „Plattfuß“ subsumieren, der als physiologischer oder flexibler Plattfuß „bei den meisten Kindern als normale Entwicklungsstufe nach Beginn des Laufenlernens auftritt“ (Niet-hard, 2010, Seite 171). Klumpfuß und Sichelfuß werden nur bei drei Rezepten als Diagnose genannt.

Bei den verordneten Hilfsmittelpositionen entfielen 40 % auf Schaleneinlagen, die nach dem Hilfsmittelverzeichnis bei Kindern und Jugendlichen bis zum Wachstumsende indiziert sind. Allerdings wurden mit 41 % Einlagen verordnet, die nach dem Hilfsmittelverzeichnis nicht für Kinder, sondern frühestens ab dem späten Jugendalter angezeigt sind (s. Abbildung IV.9).

Abbildung IV.8 Versorgungsprävalenz von Einlagen für Kinder nach Gebieten der Kassenärztlichen Vereinigung (KV)

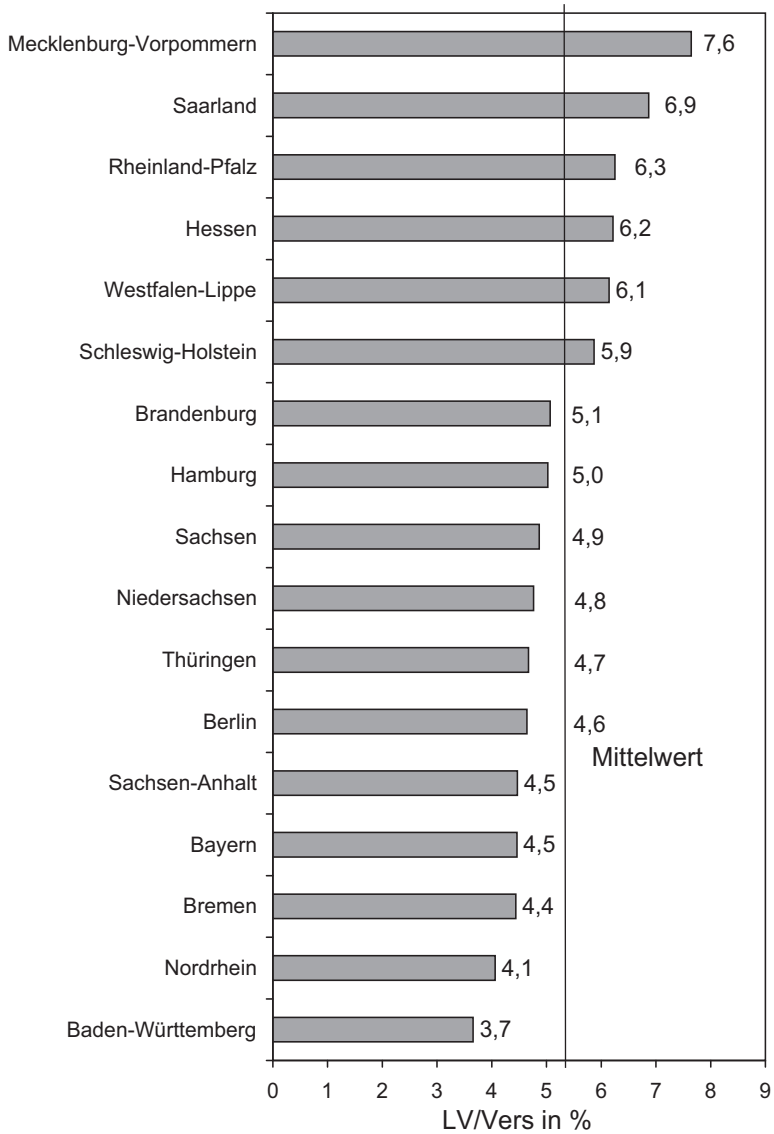
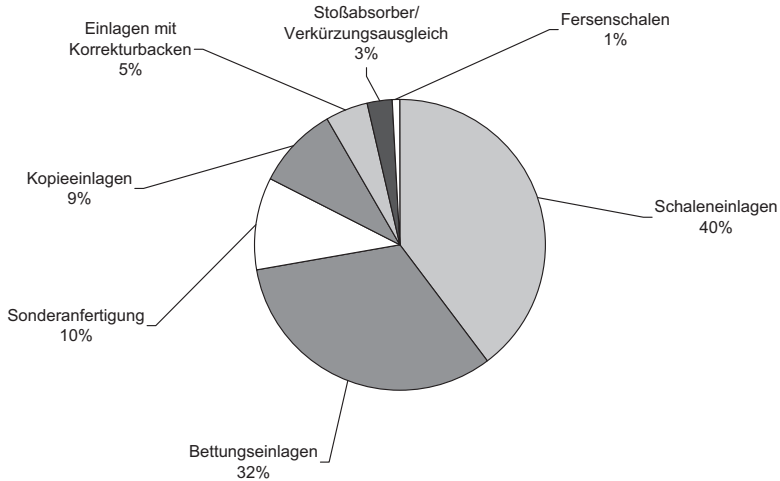


Abbildung IV.9 Anteile der Produktuntergruppen bei den gesichteten Verordnungen



Zusammenfassung

Fußdeformitäten bzw. Fehlstellungen bei Kindern sind häufig, aber nur in einem geringen Ausmaß behandlungsbedürftig. Analysen der GEK-Daten bestätigen eine Studie aus dem Jahr 1999, in der ebenfalls eine deutlich höhere Rate an einlagenversorgten Kindern im Vergleich zu therapiebedürftigen Fußdeformitäten ermittelt werden konnte. Bei 80 von 100 Einlagenrezepten liegt die Diagnose „Plattfuß“ zugrunde, bei dem nur in schweren Fällen und bei subjektiven Beschwerden Einlagen notwendig sind. Ein großer Anteil der verordneten Einlagen ist nach den Hilfsmittelrichtlinien nicht bei Kindern indiziert. Diese Einlagen mögen im Einzelfall angemessen sein, sie können jedoch auch der natürlichen Fußentwicklung des Kindes schaden und tragen damit zur Medizinisierung von Symptomen bei, die besser mit Bewegung und Sport „behandelt“ würden.

2.4 Diagnosegruppe „Infantile Zerebralparese“

Einführung

Bei der infantilen Zerebralparese (ICP) handelt es sich um einen Symptomenkomplex, der gekennzeichnet ist durch motorische Störungen (Spastik, Athetose, Ataxie), eine fehlende Progredienz des zugrunde liegenden Prozesses und eine Entstehung in der frühkindlichen Phase. Als Ursachen der ICP werden angeborene und erworbene Gründe unterschieden. So können sowohl Hirnfehlbildungen in der pränatalen Phase, Geburtskomplikationen mit einer Sauerstoffunterversorgung des Kindes als auch entzündliche Erkrankungen oder Schädel-Hirn-Verletzungen nach der Geburt zu Hirnschädigungen führen, die unter dem Begriff der ICP subsumiert werden (Niethard, 2010).

Die ICP tritt mit einer Häufigkeit von etwa zwei bis drei Fällen pro 1.000 Neugeborenen auf (Bode, 2001). Untersuchungen der SCPE-Gruppe (Surveillance of Cerebral Palsy in Europe) ergaben eine unveränderte Tendenz der Prävalenz, da sich zwar die Erkrankungshäufigkeit verringert, aber auch die Mortalität der betroffenen Kinder deutlich gesunken ist (Sellier et al., 2010).

Definitionen

Spastik: Erhöhung des Muskeltonus gegen passive Bewegung, meist begleitet von gesteigerten Muskelreflexen, bei zentralen Lähmungen infolge von Hirn- oder Rückenmarksschäden.

Ataxie: Verlust der Bewegungskoordination; Gehen, Handbewegungen und Rumpfstabilität sind ungezielt; häufige Ursache sind Kleinhirnschädigungen.

Athetose: Unwillkürliche, langsame, schraubende Bewegungen infolge einer Stammganglienschädigung.

Quelle: Holtmann, 2008

Die ICP ist eine neurologische Erkrankung, bei der es sich immer auch um eine motorische Störung mit erhöhtem oder erniedrigtem Tonus handelt (Senst, 2010). Im Rahmen der konservativen Therapieoptionen ist neben der physio- und ergotherapeutischen Behandlung die Hilfsmittelversorgung von großer Bedeutung. Dazu zählt die Versorgung mit Orthesen, Einlagen, orthopädischen Schuhen, Geh- und Stehhilfen, therapeutischen Bewegungsgeräten und Behindertenfahrzeugen. Der Bedarf richtet sich vor allem nach dem Grad der Behinderung und muss in enger Zusammenarbeit von Angehörigen, Therapeuten, Arzt und Orthopädietechnikern erfolgen (Niethard, 2010). Die Versorgung mit Schuhen, Orthesen oder Einlagen für die Korrektur der Fußstellung ist auch bei Patienten wichtig, bei denen das Gehen nicht im Mittelpunkt steht, da Fußdeformitäten das Sitzen erschweren können und auch bei Schwerstbehinderten der Transfer über den Stand sehr sinnvoll ist (Senst, 2010).

Für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Hilfsmitteln (§ 12 SGB V) gelten ähnliche Prinzipien wie beispielsweise in der Medikamentenversorgung, nämlich

- die richtige Wahl des Mittels,
- die geeignete Dosierung,
- die Berücksichtigung der Verträglichkeit,
- die Wirtschaftlichkeit und
- die Compliance bzw. Adhärenz (Kalbe ,1992).

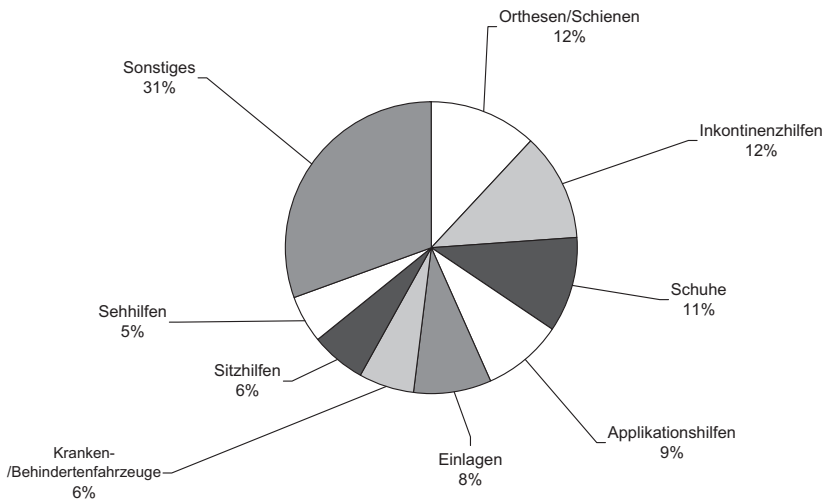
Die Wahl des Hilfsmittels stellt für Ärzte, Pädagogen und Therapeuten eine gemeinsame Aufgabe mit dem Kind und den Eltern dar, wobei Funktions- und Passgerechtigkeit gleichermaßen berücksichtigt werden sollten (Feldkamp, 1987). Für die Dosierung gilt der Grundsatz: Soviel Hilfe wie nötig, so wenig wie möglich (Kalbe, 1995). Eine Überversorgung kann Möglichkeiten der Weiterentwicklung des Kindes behindern, während bei einer Unterversorgung Chancen der Weiterentwicklung ungenutzt bleiben können. Die Verträglichkeit steht bei Fehlversorgungen und Komplikationen durch Anwendung eines Hilfsmittels in Frage. So kann beispielsweise eine ungeeignete Sitzfläche im Rollstuhl zu Ulzerationen führen und so „nicht nur vermeidbares Leid verursachen, sondern auch erhebliche zusätzliche Kosten“ (Kalbe, 1995, S. 4). Leistungserbringer wie Kostenträger haben nach der Sozialgesetzgebung gemäß dem Wirtschaftlichkeitsgebot darauf zu achten, dass die Versorgung angemessen ist und das Maß des Notwendigen nicht überschritten wird. Im Bereich der Hilfsmittel ist vor allem auf die Abgrenzung zu „Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens“ (§ 33 Abs. 1, SGB V) zu achten. Ebenso haben Krankenkassen die Möglichkeit, Hilfsmittel leihweise zu überlassen (§ 33 Abs. 5, SGB V), um eine teurere Neuversorgung zu vermeiden. Die Compliance (Adhärenz) bzw. Akzeptanz eines Hilfsmittels bei Kindern und Eltern ist eine grundlegende Bedingung für eine erfolgreiche Versorgung. Der Einbezug der Eltern und Kinder bei der Auswahl des Hilfsmittels und eine kindgerechte Gestaltung sind unter anderem Möglichkeiten zur Sicherstellung der Akzeptanz.

Analysen der GEK-Daten

Auf der Basis ambulanter Diagnosen kamen im Jahr 2008 auf 1.000 Kinder unter 14 Jahren 4 Kinder mit ICP (ICD-10 G80). Von den 907 betroffenen Kindern waren 59 % männlich, damit betrug die Prävalenz bei Jungen 0,45 %, bei Mädchen 0,33 %.

Für 368 der prävalenten Fälle des Jahres 2008 wurden 3.790 Hilfsmittelpositionen abgerechnet, was einer Versorgungsprävalenz von 41 % entspricht. Die meisten Positionen fielen dabei auf die Produktgruppen „Orthesen/Schienen“ und „Inkontinenzhilfen“ mit jeweils zwölf Prozent. Abbildung IV.10 zeigt die Anteile der Produktgruppen über fünf Prozent.

Abbildung IV.10 Versorgungsanteile der Produktgruppen nach dem Hilfsmittelverzeichnis



Auf die Hilfsmittelversorgung der Kinder mit ICP entfielen Ausgaben in Höhe von 405.950 Euro und damit elf Prozent der Hilfsmittelausgaben für Kinder im Jahr 2008. Der Anteil der Leistungsversicherten mit dieser Diagnose an allen Leistungsversicherten entspricht 1,3%. Diese Ergebnisse unterstreichen den hohen Hilfsmittelbedarf und die Wichtigkeit dieses Versorgungssegments bei der Zerebralparese.

Tabelle IV.7 Ausgabenanteile der Produktgruppen nach dem Hilfsmittelverzeichnis

Produktgruppe	Ausgaben in €	Ausgabenanteil in %
Orthesen/Schienen	78.675	19,4
Applikationshilfen	68.733	16,9
Schuhe	45.436	11,2
Inkontinenzhilfen	32.155	7,9
Krankenfahrzeuge	29.568	7,3
Sitzhilfen	28.298	7,0
Einlagen	16.319	4,0
Messgeräte für Körperzustände/-funktionen	14.155	3,5
Gehhilfen	12.136	3,0
Inhalations- und Atemtherapiegeräte	9.128	2,2
Therapeutische Bewegungsgeräte	8.418	2,1

Zusammenfassung

Da beim Symptomenkomplex der ICP motorische Störungen im Mittelpunkt stehen, kommt der Hilfsmittelversorgung zur Unterstützung und Weiterentwicklung der Kinder je nach Grad der Behinderung eine große Bedeutung zu. Damit die Versorgung mit Hilfsmitteln bedarfsgerecht erfolgt und den Vorgaben „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ entspricht, ist eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit in Abstimmung mit den Eltern und Kindern notwendig. Die Analysen der GEK-Daten zei-

gen, dass 41 % der prävalenten Fälle unter 14 Jahren innerhalb des Jahres 2008 ein Hilfsmittel bekommen haben. Der höchste Versorgungs- und Ausgabenanteil entfällt auf die Produktgruppe „Orthesen/Schienen“, die stabilisierend und korrigierend vor allem auf die Gelenkfunktionen der unteren Extremitäten Einfluss nehmen.

Definition

Orthesen/Schienen sind Stützen, die von außen zur Formkorrektur oder zur Kontrolle der auf den Bewegungsapparat einwirkenden Kräfte angebracht werden. In der Neuroorthopädie erfüllen sie immer zwei Funktionen: Sie vermitteln Stabilität und korrigieren gleichzeitig die Funktion und/oder die Form.

Quelle: Brunner, 2009

Orthesen im Unterschenkel- und Fußbereich sollen auch die Sensomotorik beeinflussen und den Muskeltonus senken. Hier ist vor allem das Konzept von Nancy Hilton mit den gleichnamigen Orthesen zu nennen, die über eine sensorische Rückmeldung einen tonushemmenden Einfluss haben sollen (Fuchs & Döderlein, 2004).

2.5 Fazit

Hilfsmittel nehmen auch in der Versorgung von Kindern einen großen Stellenwert ein. Etwa fünf Prozent der Hilfsmittelausgaben der GEK entfallen auf Produkte für Kinder und sowohl in den Ausgaben wie auch in der Versorgungsprävalenz ist ein Anstieg über die letzten Jahre zu erkennen. Hilfsmittel sind unter anderem bei neurologischen Erkrankungen wie der infantilen Zerebralparese unverzichtbar, um motorische Störungen auszugleichen, Lebensqualität zu sichern und Weiterentwicklung zu ermöglichen. Jedoch wird auch eine Vielzahl an Hilfsmitteln wie zum Beispiel aus

dem Bereich der Einlagen verordnet, wo die Bedarfsgerechtigkeit fraglich ist, da Hinweise für eine Über- und Fehlversorgung vorliegen. „Grundsätzlich dürfen [...] Einlagen nicht leichtfertig verordnet werden“ (Brunner, 2009, S. 722). Dieser Appell scheint notwendig zu sein, damit Hilfsmittel für manche Kinder nicht nutzlos oder sogar schädlich sind.

3. Hilfsmittel in der Dekubitusversorgung

Marion Burckhardt, Claudia Kemper

3.1 Einleitung

Wenn ein Druck länger auf das Gewebe eines Menschen ausgeübt wird, entsteht daraus ein gestörter Zellmetabolismus mit einem daraus folgendem Dekubitus. Dekubitalgeschwüre sind Leiden, welche die gesundheitsbezogene Lebensqualität der betroffenen Menschen in vielen Bereichen signifikant einschränken. Die Erkrankten sind psychisch, physisch, sozial und finanziell beeinflusst. Sie leiden unter zahlreichen Begleitsymptomen und unter der Auswirkung der Wunde auf den generellen Gesundheitsstatus (Gorecki et al., 2009). Basismaßnahme, sowohl zur Vermeidung als auch zur Heilung des Dekubitus, ist die Druckreduktion, bzw. Vermeidung von Druck.

3.2 Hintergrund

Definition

Die Definition der 2009 neu überarbeiteten internationalen Leitlinie der European Pressure Ulcer Advisory Panel/National Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP/NPUAP) findet weltweit allgemeine Akzeptanz:

„Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Scherkräften. Es gibt eine Reihe weiterer Faktoren, welche tatsächlich oder mutmaßlich mit Dekubitus assoziiert sind; deren Bedeutung ist aber noch zu klären.“ (EPUAP/NPUAP, 2009).

Ätiologie

Hauptverantwortlicher Faktor für die Entstehung eines Dekubitus ist die auf das Gewebe einwirkende mechanische Kraft. Das EPUAP unterscheidet dabei zwischen dem direkt auf die Oberfläche der Haut einwirkenden Druck und parallel zwischen der Hautoberfläche und unterliegendem Gewebe entstehenden Scherkräften (EPUAP/NPUAP, 2009). Dabei führt anhaltender Druck nicht unbedingt zu einer Progression von der oberflächlichen Hautläsion zum tiefen Ulcus. Vielmehr entstehen Dekubitalulzera häufig in der Tiefe des Gewebes und durchbrechen erst im weiteren Verlauf die äußere Hautschicht.

Es ist davon auszugehen, dass die Gewebebelastung je nach Beschaffenheit der betroffenen Körperstruktur und Zusammensetzung des Gewebes in der Tiefe zunimmt bzw. durch interne, im Gewebe entstehende Scherkräfte und Deformationen verstärkt wird (Bader & Oomens, 2006). Es gilt als allgemein akzeptiert, dass das Ausmaß des Schadens von der Stärke der Gewebebelastung, der einwirkenden Zeit sowie von der Widerstandskraft des Gewebes abhängt. Auf die Hautoberfläche ausgeübte Reibung kann, häufig begünstigt durch Mazeration, die Barrierefunktion der Haut beeinflussen und zu oberflächlichen Hautläsionen führen, wird aber als Ursache für Dekubitus kritisch diskutiert (Kottner et al., 2009).

Eine Reihe von Risikofaktoren wirken sich begünstigend auf die Entstehung von Dekubitalulzera aus. Hier sind in erster Linie solche zu nennen, die sich mindernd auf die Fähigkeit auswirken, die eigene Lage bei Bedarf zu verändern, um das Gewebe zu entlasten. Immobilität, verursacht durch körperliche Beeinträchtigung, aber auch durch Störung der Wahrnehmung gilt als einer der Hauptrisikofaktoren (Anders et al., 2010). Ältere, unterernährte, schwerstkranke und querschnittgelähmte Patienten sind durch diese Einschränkungen am häufigsten von Dekubitus betroffen (Lindgren et al., 2004; Gelis et al., 2009). Ein erhöhtes Risiko besteht während sowie nach chirurgischen Eingriffen, wobei das Risiko hierbei vom Allge-

meinzustand des Patienten, der OP-Dauer und der Lagerung abhängt (Lindgren et al., 2005; Aronovitch, 2007; Feuchtinger et al., 2005).

Generell wird in Leitlinien und Übersichtsarbeiten davon ausgegangen, dass spezifische Faktoren wie mangelnde Ernährung, Flüssigkeitszufuhr und/oder ein veränderter Hautzustand eine Schlüsselrolle spielen. Diese Faktoren können die Gewebetoleranz gegen Druck ebenso herabsetzen, wie verminderte Gewebepfusion infolge von Krankheiten (z.B. Herz-Kreislaufkrankungen, COPD) oder Medikamente (z.B. Katecholamine) (EPUAP/NPUAP, 2009; Jaul, 2010; Nijs et al., 2009).

Pathophysiologie

Das Ausmaß des Schadens, der im Gewebe entstehen kann, hängt von komplexen, in ihrer Wirkung und gegenseitigen Beeinflussung noch nicht endgültig erforschten Faktoren ab. Derzeit werden folgende überwiegend in Modellversuchen entwickelte Theorien zur Erklärung der pathophysiologischen Mechanismen auf zellulärer Ebene in Literaturübersichten diskutiert (EPUAP/NPUAP, 2009; Bader & Oomens, 2006):

- Lokale Gewebsischämie: Verursacht durch Kapillarokklusion in Folge von Druck und Scherkräften. Der Zellmetabolismus ist durch die mangelnde Zufuhr von Sauerstoff und Nährstoffen unterbrochen.
- Verringerter Lymphtransport: Verschiebung des pH-Wertes in der Zelle, verursacht durch mangelnden Abtransport saurer Stoffwechselprodukte, führt zu Zellschädigungen.
- Reperfusionsschaden: Durch Wiederherstellung der Perfusion nach längerer Kapillarokklusion (z.B. durch Umlagerung) kommt es zum Anstieg zellschädigender freier Sauerstoffradikale.
- Zelldeformation: Die Deformation und Ruptur des Zytoskeletts führt zum Untergang der Muskelzellen.

Obwohl nicht endgültig erforscht, ist anzunehmen, dass alle der oben genannten Mechanismen einen Beitrag zu der Zellschädigung leisten. Die Mechanismen führen auf zellulärer Ebene zu einer lokalen Entzündungsreaktion, mit Erhöhung der Kapillardurchlässigkeit und daraus entstehendem Ödem. Weiter anhaltender Druck führt zu Untergang und Nekrosen von Kapillaren und Geweben, welche ihrerseits die Verteilung der Kraft im Gewebe und die Perfusion zum Nachteil verändern und zu einer weiteren Schädigung beitragen können. Gefährdet sind vor allem Körperstellen mit „prominenten“ Knochen wie Kreuzbein oder Fersen. Aber auch das Gesäß ist wegen starker Scherkraftbelastung, vor allem in Sitzposition, stark gefährdet.

Inzidenz und Prävalenz

Daten zu Prävalenz und Inzidenz in Deutschland variieren je nach Versorgungsbereich und Setting. Im Jahr 1998 wurde in Hamburg bei einer Querschnittserhebung im Rahmen von 10.222 Leichenschauen eine Gesamtprävalenz von 11,2% ermittelt (Heinemann et al., 2000). In einer deutschlandweiten Erhebung der Berliner Charité wurden im Jahr 2008 ca. 60% der Pflegeheimbewohner und ca. 39% der Klinikpatienten als Risikopatienten eingestuft. Dabei ist das Risiko im klinischen Setting am größten bei intensivmedizinisch betreuten und geriatrischen Patienten. Aus dieser Risikogruppe entwickelten 297 Personen einen Dekubitus (n=3.192), was einer Gesamtprävalenz von 9,3% entspricht (7,3% in Pflegeheimen und 12,7% in Krankenhäusern) (Dassen, 2009).

Klinisches Bild/Schweregrade

Es existieren unterschiedliche Schweregradeinteilungen. Die aktuelle ICD-GM-2010 Version ist an eine frühere Version der EPUAP angelehnt und in Tabelle IV.8 dargestellt:

Die nach Erstellung der ICD-Version publizierte Neufassung der NPUAP/ EPUAP unterteilt die Schweregrade ausführlicher, ist aber vergleichbar (EPUAP/NPUAP, 2009).

Tabelle IV.8 ICD-GM-Version 2010 Dekubitalgeschwür

ICD-10	Grad Dekubitus	Beschreibung
L 89.0	Dekubitus 1. Grades	Druckzone mit nicht wegdrückbarer Rötung bei intakter Haut
L 89.1-	Dekubitus 2. Grades	Dekubitus [Druckgeschwür] mit: Abschürfung Blase Teilverlust der Haut mit Einbeziehung von Epidermis und/oder Dermis Hautverlust o.n.A.
L 89.2-	Dekubitus 3. Grades	Dekubitus [Druckgeschwür] mit Verlust aller Hautschichten mit Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes, die bis auf die darunterliegende Faszie reichen kann
L 89.3-	Dekubitus 4. Grades	Dekubitus [Druckgeschwür] mit Nekrose von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z.B. Sehnen oder Gelenkkapseln)
L 89.9-	Dekubitus Grad nicht näher bezeichnet	Dekubitus [Druckgeschwür] ohne Angabe eines Grades

Quelle: DIMDI, 2010

Komplikationen

Dekubitalulzera können Eintrittspforten für Erreger sein. Diese können durch Streuung in die Blutbahn zu Infektionen oder Knochenabszessen bis hin zur Sepsis, mit allen damit verbundenen Komplikationen, führen. Der Verlust von eiweißreichem Wundexsudat kann bei größeren Geschwüren zu Eiweiß- und Nährstoffmangelzuständen führen, mit daraus folgender Reduktion der körperlichen Abwehr und Progression des Wundheilungsverlaufs (Eberhardt et al., 2005).

Diagnose/Screening

Das Risiko, einen Dekubitus zu entwickeln, ist bei jedem Erstkontakt des Patienten zu erheben. Das Risiko kann sich je nach Gesundheitszustand des Patienten in kürzester Zeit verändern und ist dann erneut zu erheben.

EPUAP/NPUAP empfehlen ein strukturiertes Vorgehen (durchgehend Grad C Empfehlungen):

- Erfassung des Hautzustandes: Hydratation, Hautschäden, frühe Anzeichen von Druckschäden
- Erfassung von Ernährungsindikatoren: Serumalbumin, Gewicht, aufgenommene Nahrungsmenge, Hämoglobin
- Klinische Einschätzung des individuellen Risikos: Mobilität, Faktoren welche die Gewebsperfusion- und Oxygenierung beeinflussen, Alter
- Beachtung weiterer möglicher Risikofaktoren: Reibung- und Scherkräfte, sensorisches Empfindungsvermögen, allgemeiner Gesundheitsstatus, Körpertemperatur

Der alleinige Einsatz von Risikoskalen ist wegen unzureichend nachgewiesenem Nutzen nicht zu empfehlen (Moore & Cowman, 2008). Sie können jedoch zur Unterstützung hinzugezogen werden.

Ein weiteres wichtiges in Deutschland genutztes Qualitätsinstrument der Pflegeberufe ist der Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“. Dieser derzeit in der Aktualisierungsphase befindliche Expertenstandard empfiehlt ebenfalls ein systematisches Risikoassessment der Patienten/Bewohner in Krankenhäusern oder Pflegeheimen, bei denen ein Risiko durch die Einwirkung von Druck und/oder Scherkräften nicht ausgeschlossen werden kann (DNQP, 2010).

Besonderer Wert wird in beiden Instrumenten auf die Implementierung von Standards gelegt, die Präventions- und Maßnahmenpläne, Qualifizierung des Personals sowie Patientenschulung beinhalten.

Prognose

Bei unverzüglicher Druckentlastung ist die Prognose günstig. Eine oberflächliche epidermale Schädigung kann problemlos abheilen, ohne sich

je zur chronischen Wunde zu entwickeln. Bleibt die konsequente Druckentlastung jedoch aus, kann es zu chronischen, nicht selten mehrjährigen Verläufen mit erheblichen Komplikationen und Einschränkungen der Lebensqualität kommen.

In Leitlinien empfohlene Hilfsmittel zur Druckentlastung

Wesentliche Maßnahmen zur Prävention sind die konsequente Erfassung und Behandlung oben genannter Risikofaktoren. Die Leitlinie EPUAP/NPUAP gibt hierzu eine Reihe von Empfehlungen zu Haut- und Risikoassessment, Hautpflege, Positionierung des Körpers in Sitz- und Liegepositionen und Bewegungsförderung. Weiter werden zahlreiche Empfehlungen zur Erfassung und Verbesserung des Ernährungszustandes gegeben.

Die Leitlinie gibt in mehreren Bereichen Empfehlungen zur Hinzuziehung von weiterem Fachpersonal ab, z.B. zur Durchführung von Krankengymnastik, zu Bewegungsförderung oder zur Ernährungsberatung.

Hohe Bedeutungen kommen auch geeigneten Lagerungshilfsmitteln und speziellen Auflagen zu. Zu unterscheiden sind dabei die Druckverteilung (durch Vergrößerung der Auflagefläche reduziert sich der Auflagedruck) und eine Druckentlastung (Körperteil wird gänzlich von Druck und Scherkräften befreit) (DNQP, 2010). Da auch geringer Druck über längere Zeit Schäden verursachen kann, ist die Konsequenz, dass die Weichlagerung die Druckentlastung nur unzureichend ersetzen kann. Neben allgemeinen Statements, welche den adäquaten Einsatz und den fachgerechten Umgang mit Hilfsmitteln betreffen, geben EPUAP/NPUAP zahlreiche auf unterschiedlichem Evidenzgrad beruhende Empfehlungen ab, von denen nachfolgend nur jene dargestellt sind, welche den Einsatz von Hilfsmitteln im weitesten Sinne betreffen. Weitere Empfehlungen sind der Leitlinie zu entnehmen.

Lagerung zur Dekubitusprophylaxe:

Um die Dauer und das Ausmaß von Druck auf gefährdete Körperregionen zu verringern, sollte eine Wechsellagerung durchgeführt werden. (Stärke der Evidenz = A)

Diese Empfehlung entspricht der generellen Wechsellagerung und ist nicht zu verwechseln mit entsprechenden Matratzensystemen. Die Leitlinie setzt die notwendige Häufigkeit und Technik der Wechsellagerung u.a. in Beziehung zum Gesundheitszustand des Patienten, den individuellen Gesundheitszielen und der Matratzenart. In einer Übersichtsarbeit ergaben sich Hinweise dafür, dass die Lagerungshäufigkeit, wenngleich sie niemals sicher bestimmt werden kann, durch den Einsatz druckreduzierender Unterlagen verringert werden kann (Krapfl & Gray, 2008).

Die Häufigkeit der Wechsellagerung ist von der verwendeten Unterlage abhängig. (Stärke der Evidenz = A)

Wird eine Matratze verwendet, bei der keine Druckverteilung stattfindet, so sollte die Umlagerung häufiger erfolgen als bei der Verwendung einer visko-elastischen Schaummatratze.

Quelle: EPUAP/NPUAP, 2009

Die Haut sollte nicht Druck- und Scherkräften ausgesetzt werden.
(Stärke der Evidenz = C)

Verwenden Sie zum Transfer Hilfsmittel, um Reibung und Scherkräfte auf der Haut zu verringern. Personen sollen angehoben anstatt über die Unterlage gezogen werden. (Stärke der Evidenz = C)

Quelle: EPUAP/NPUAP, 2009

Empfehlungen zu druckverteilenden Unterlagen:

Allgemeine Aussagen

Solange ein Dekubitusrisiko besteht, sollten Präventionsmaßnahmen kontinuierlich durchgeführt werden. (Stärke der Evidenz = C)

Die Auswahl druckverteilender Unterlagen sollte nicht allein aufgrund der Höhe des Dekubitusrisikos oder der Dekubituskategorie erfolgen. (Stärke der Evidenz = C)

Bei der Auswahl druckverteilender Unterlagen sollten Faktoren wie die Mobilität des Patienten im Bett, Komfort, Kontrolle des Mikroklimas sowie die Gegebenheiten der Pflegeeinrichtung berücksichtigt werden.

Quelle: EPUAP/NPUAP, 2009

Verwendung von Betten und Matratzen in der Dekubitusprävention

Für Personen mit Dekubitusrisiko sollen spezielle Schaumstoffmatratzen statt Standard-Krankenhausmatratzen verwendet werden. (Stärke der Evidenz = A)

Spezielle Schaumstoffmatratzen scheinen die Entstehung von Dekubitus effektiver verhindern zu können als Standard-Schaumstoffmatratzen, wie sie im Krankenhaus verwendet werden.

Es gibt keine Evidenz dafür, dass eine spezielle Schaumstoffmatratze der anderen überlegen wäre. (Stärke der Evidenz = A)

Quelle: EPUAP/NPUAP, 2009

Der Expertenstandard setzt den unverzüglichen Einsatz von druckverteilenden Hilfsmitteln voraus, wenn der Zustand des Patienten eine ausreichende Bewegungsförderung und Druckentlastung nicht zulässt (DNQP, 2010).

Für Patienten mit einem erhöhten Dekubitusrisiko, bei denen eine häufige manuelle Umlagerung nicht möglich ist, soll eine aktive druckverteilende Unterlage (Auflage oder Matratze) verwendet werden. (Stärke der Evidenz = B)

Bei Hochrisiko-Patienten, die nicht manuell umgelagert werden können, sind aktive Auflagen/Matratzen erforderlich, da sie ihre Druckverteilung verändern können.

Wechseldruckauflagen und Wechseldruckmatratzen sind bezogen auf die Dekubitusinzidenz gleich effektiv. (Stärke der Evidenz = A)

Kleinzellige Wechseldruckmatratzen oder -auflagen sollen nicht verwendet werden. (Stärke der Evidenz = C)

Quelle: EPUAP/NPUAP, 2009

Benutzung Druck reduzierender Hilfsmittel zur Prävention von Dekubitus an den Fersen

Es soll sichergestellt werden, dass die Fersen frei und nicht auf der Bettauflage liegen. (Stärke der Evidenz = C)

Quelle: EPUAP/NPUAP, 2009

Zur Anhebung der Ferse sollte ein Kissen unter der Wade platziert werden („frei liegende Fersen“). (Stärke der Evidenz = C)

Quelle: EPUAP/NPUAP, 2009

Eine hochwertige Evidenz für spezielle Fersenschoner ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht vorhanden.

Die Ferse ist aufgrund ihrer speziellen konvexen Anatomie, selbst bei Weichlagerung, hoher Druckbelastung ausgesetzt. Experten empfehlen daher nur Hilfsmittel, welche die Hohllagerung ermöglichen. Diese sind nach praktischen Gesichtspunkten je nach Patientenanforderungen auszuwählen (Junkin & Gray, 2009).

Benutzung Druck verteilender Unterlagen zur Prävention von Dekubitus beim Sitzen

Personen, die im Stuhl sitzen und deren Mobilität eingeschränkt ist und die somit dekubitusgefährdet sind, sollen ein Sitzkissen zur Druckverteilung erhalten. (Stärke der Evidenz = B)

Verschiedene Studien zeigen, dass die Verwendung eines Sitzkissens, das eine Druckverteilung gewährleistet, der Entstehung von Dekubitus vorbeugt.

Quelle: EPUAP/NPUAP, 2009

Behandlung bestehender Dekubitalulzera

Die Behandlung des Dekubitus ist vielfältig und umfangreich, da sie vom Wundheilungsstadium und klinischen Bild abhängt. Die folgende Übersicht orientiert sich daher auf die Fragestellung der empfohlenen außerklinisch eingesetzten Hilfsmittel zur Dekubitusbehandlung. Da eine mit der EPUAP abgeklärte deutsche Übersetzung noch nicht vorliegt, sind die folgenden Empfehlungen nicht wörtlich, sondern als Zusammenfassung mit Angabe der entsprechenden Seitenzahl der Langversion „Pressure Ulcer Prevention and Treatment. Clinical Practice Guideline“ (EPUAP/NPUAP, 2009), wiedergegeben.

Tabelle IV.9 Allgemeine Empfehlung Heilmittel

Heilmittel	Evidenzgrad	Ziel	Seite
Ernährungsberatung, Diätassistenz	C	Assessment und Verbesserung Ernährungsstatus	57-60f
Krankengymnastik		Förderung Mobilität	
Entspannungs- und Gesprächstherapeutische Interventionen	C	Schmerzlinderung	62
Physikalische Anwendung (Wärme, Nervenstimulation)	C	Schmerzlinderung	63

Die Empfehlungen der Leitlinie beziehen sich generell auf die Behandlung von Risikofaktoren (z.B. Verbesserung des Ernährungszustandes), Schmerzbehandlung und Druckreduktion.

Empfehlungen zu Lagerungshilfsmitteln und Matratzenauflagen entsprechen weitgehend den Empfehlungen zu oben genanntem fachgerechten Einsatz von Hilfsmitteln. Sie sind nach individuellen Therapiezielen unter Beachtung von erforderlichem Mikroklima auszuwählen.

Eine zentrale Empfehlung betrifft die wann immer mögliche konsequente Freilagerung der Wunde sowie die Vermeidung von Scherkräften und Reibung bei der Lagerung mittels mechanischen Lifts und Transferhilfen und Umlagerungshilfen. (Stärke der Evidenz = C; S. 61; S.67, S.69)

Quelle: EPUAP/NPUAP, 2009

Folgende Tabelle gibt eine Auswahl der Empfehlungen, die sich auf druckentlastende oder druckreduzierende Hilfsmittel beziehen. Die Auswahl der Auflageart kann nicht auf Basis der Gradeinteilung des Dekubitus getroffen werden.

Tabelle IV.10 Druckentlastende Hilfsmittel mod. EPUAP/NPUAP

Hilfsmittel	Evidenz	Ziel	Seite
Mechanische Lifte, Umlagerungshilfen, Transferhilfen	C	Reduktion von Reibung und Scherkräften	61, 67,73
Unterlage Auswahl nach Risiko, Art und Lokalisation der Ulzeration und weiteren Anforderungen	C	Bsp. Ulzerationen ab Grad III können höherwertige Auflagen benötigen (Low Air loss, Wechseldruck etc.) Manche Patienten benötigen Thermo- oder Feuchtigkeitsmodulation	65
Hochwertige Schaumstoffweichlagerung oder einfache (nicht motorisierte) Weichlagerungsmatratzen	C	Bei hämodynamisch stabilen Patienten mit Grad I+II bei geringem Risiko	67
Sitzkissen vorzugsweise mit hoher Schaumstoffdicke oder nicht motorisierte Luftkissenlagerung	C	Patienten mit Grad I+II bei geringem Risiko	68
Kissen (kurzzeitig, bei kooperativen Patienten) oder Hilfsmittel zur Fersenhohlagerung (Langzeitanwendung wenn Hohlagerung nicht gewährleistet ist)	B	Druckentlastung bei Grad I+II Fersendekubitus	69
Sonstige höherwertige Matratzensysteme: Dekubitalulzera ab Grad III sind frei zu lagern. Ist das nicht möglich, ist eine Matratze zu wählen, die den Erfordernissen der Druckreduktion, Scherkraftminderung und Mikroklimakontrolle am Besten entspricht	B	Dazu können Matratzen wie Luftstrommatratzen, Wechseldruckmatratzen und andere motorisierte und nicht motorisierte höherwertige Matratzen zum Einsatz kommen.	69ff
Empfehlungen zu Dekubitus bei querschnittgelähmten Patienten: Sitzkissen die sich der Körperkontur des Gesäßes gleichförmig anpassen, bzw. belastete Stellen entlasten.	B	Effektive, gleichmäßige Druckentlastung des Gesäßes unter Beachtung ergonomischer, anthropometrischer und funktioneller Prinzipien. Dabei sollte bei bestehenden Ulcera die maximale Druckreduktion- oder Druckentlastung erreicht werden.	72
Wechseldrucksysteme je nach Abwägung der Vorteile der Druckentlastung gegen potentiell entstehende Scherkräfte.	C		
Empfehlungen für stark übergewichtige Patienten mit Ulzerationen: Bett/Matratzensystem/Rollstuhl muss Größe und Gewicht entsprechen Gehhilfen, Bettgalgen mit Triangel u.a.	C	Mobilität sollte gewährleistet und gefördert sein.	74

Grundsätzlich ist die Auswahl der Hilfsmittel komplex und vom Gesundheitszustand und damit verbundenen Therapiezielen, des Risikos weitere Ulzerationen zu entwickeln und von den individuellen Bedürfnissen des Patienten abhängig.

Die Empfehlungen der EPUAP/NPUAP bleiben bezüglich der Matratzenauswahl höhergradiger Dekubitalulzerationen wegen mangelnder Evidenz unklar. Hier wird lediglich darauf verwiesen, dass der Einsatz von weiteren Matratzen und Auflagen wie z.B. höherwertige (motorisierte) Luftstrommatratzen, Wecheldruckmatratzen oder andere kombinierte Matratzensysteme zu erwägen sind, wenn die Erfordernisse des Patienten (z.B. Hämodynamik, Respiration, Transpiration) ihren Einsatz rechtfertigen. Sie verweisen im Begleittext darauf, dass diese Art von Matratzensystemen immer dann zum Einsatz kommen kann, wenn eine Freilagerung bestehender (evtl. multipler) Ulzerationen nicht möglich ist.

Wundbehandlung

Die systematische Vorgehensweise der „Wound bed Preparation“ ist eine allgemein akzeptierte Vorgehensweise zur Behandlung chronischer Wunden. Es handelt sich dabei um ein modifiziertes Konzept das die Wundbehandlung in vier Hauptbereiche einteilt, die durch das Akronym TIME repräsentiert sind (Falanga, 2000; Schultz et al., 2003):

Tissue: z.B. Behandlung von nekrotischem Gewebe, Débridement

Infection/Inflamation: Infektionskontrolle und Behandlung

Moisture: Optimal an Wundbedürfnisse angepasstes Exsudatmanagement

Epithelium: Beseitigung von Einflüssen welche die Epithelisierung behindern.

Unter Berücksichtigung dieser allgemein anerkannten Vorgehensweise enthält die Leitlinie eine Vielzahl von Empfehlungen zu modernen Wundauflagen. Generell ist der Einsatz moderner Wundauflagen und topischen Anwendungen bei Dekubitalulzera nur durch eine relativ niedrige Evidenz untermauert (Reddy et al., 2008).

Zur besseren Übersicht sind die wichtigsten Empfehlungen, die die Heil- und Hilfsmittel betreffen, mit Evidenzlevel in Tabellenform kurz zusammengefasst.

Tabelle IV.11 Allgemeine Empfehlung Wundauflagen mod. EPUAP/NPUAP

Art der Wundauflage	Evidenzstärke	Einsatz/Ziel	Seite
Feuchte Wundauflagen, nicht verklebend, wundabdeckend: z.B.: Hydrokolloid, Hydrogel; Alginat; Polymere; Schaum; Soft Silikon; Ibuprofen imprägnierte Auflagen	B	Schmerzvermeidung, Ausnahme: Festhaftende abgetrocknete Krusten sollten nicht befeuchtet werden	62

Wundreinigung und Débridement

Mit dem Hinweis teilweise aus ethischer Sicht limitierter Evidenz betont die Leitlinie die Notwendigkeit des Débridements zur Unterstützung der Wundheilung. Beläge wie Fibrin oder Nekrosen sind ein Herd für Infektionen, unterhalten einen chronischen Entzündungsprozess und verhindern sowohl Zellaufbau als auch die abschließende Epithelisierung des Wundgrundes. Zudem können Beläge die wahre Tiefe und das Ausmaß der Wunde verdecken. Die Art der Wundreinigung und des Débridements sollte je nach Behandlungsziel ausgewählt werden, wobei das scharfe Débridement (konsequentes operatives Abtragen der Nekrosen und Freilegen der Wunde) als das effektivste empfohlen wird. Steriles Vorgehen und vorherige medizinische Abklärung der Grunderkrankung ist obligat.

Tabelle IV.12 Hilfsmittel zu Wundreinigung und Débridement mod. EPUAP/ NPUAP

Hilfsmittel	Evidenzgrad	Einsatz/Ziel	Seite
„Tensidhaltige Wundreinigungslösung“	C	Reinigung bei Verdacht auf Infektion, Kolonisation, Débris und bestätigter Infektion	76
Biochirurgie, Enzyme, Autolyse	C	Wenn sofortiges Débridement nicht zwingend notwendig	79
Sterile Instrumente	C	Débridement	79
Wundantiseptika	C	Limitierte Zeit, in richtiger Konzentration. Auswahl in Abhängigkeit zu Zelltoxizität und Nebenwirkung. Zur Kontrolle der bakteriellen Belastung, bei nicht heilenden Wunden.	88
Ultraschall 22,5; 25; 35 kHz	C	Débridement weicher Nekrosen	92
Hydrotherapie	C	Wundreinigung	94

Seit den 60er Jahren ist die feuchte Wundbehandlung allgemein akzeptiert. Seither sind eine Vielzahl von „modernen Wundauflagen“ mit unterschiedlicher Funktion und Exsudataufnahmevermögen entwickelt worden. Trotz vielfach fehlender oder nur indirekt abzuleitender Evidenz werden sie in der Leitlinie als „zentrale Komponente der Wundversorgung“ bezeichnet. Ihre Auswahl sollte sich nach Art und Menge des Exsudats und des vorliegenden Wundstatus richten.

Tabelle IV.13 Hilfsmittel zu Wundauflagen mod. EPUAP/NPUAP

Hilfsmittel	Evidenzgrad	Einsatz/Ziel	Seite
Hydrokolloid	B	Saubere, oberflächliche wenig exsudierende Grad II-III Ulzerationen, an Körperstellen, an denen sie nicht zu Faltenbildung tendieren. Sekundärverband.	80
	C	Schutz gegen Pflasterschäden/Reibung	
Folien	C	Schutz gegen Pflasterschäden/Reibung Sekundärverband	81
Hydrogelverbände	B	Oberflächliche, wenig exsudierende, granulierende, infektiionsfreie Wunden	82
	C	Zum Befeuchten, bei schmerzenden Wunden	
Alginat	B	Moderat und stark exsudierende Wunden	82
	C	Infektiöse Wunden	
Schaumverbände	B	Bei oberflächlichen, exsudierenden Grad II-III Ulzerationen	82f
	C	Zur Reduktion von Scherkräften	
Polymermembran (Schaum kombiniert mit Glycerin)	C	Grad II oder oberflächliche Grad II Ulzerationen	83
Silberimprägnierte Wundauflagen	B	Bei Infektion oder stark kolonisierten bzw. infektgefährdeten Wunden	83
Honigimprägnierte Wundauflagen	C	Grad II-III Ulzerationen	84
		Bei multipler Kolonisation	88
Cadexomer Jod Auflagen	C	Bei stärker exsudierenden Wunden, nicht geeignet bei Allergie oder tiefen Wundhöhlen.	84
Gaze	C	Sollten vermieden werden, da die Gefahr von Rückständen und Austrocknung droht. Sollten, wenn genutzt, dann angefeuchtet oder imprägniert sein und nicht antrocknen.	84
Silikon Auflagen	B	Zu atraumatischem Verbandwechsel bei fragiler Haut	85
Collagen Matrix Auflagen	C	Bei nicht heilenden Grad III-IV Ulzerationen	85
Wachstumsfaktoren (PDGF)	B	Keine Empfehlung für Routinegebrauch	95

3.3 Dekubitus bei GEK Versicherten

Fragestellung und Methode

Wenngleich die Versorgung mit Hilfsmitteln ein wichtiger Bestandteil der Leitlinien zur Dekubitusprävention und -therapie darstellt, ist über diesen Versorgungsbereich wenig bekannt. Anhand der Routinedaten der GEK soll darum neben der Prävalenz und Inzidenz des Dekubitus die ambulante Inanspruchnahme von Verbandstoffen und Hilfsmitteln der Produktgruppe 11 des Hilfsmittelverzeichnisses (Hilfsmittel gegen Dekubitus) bei inzidenten Dekubitalulzerationen im Jahr 2008 analysiert werden. Als Datenbasis dienen zunächst die ambulanten Diagnosedaten, die eine Identifizierung ambulanter Fälle auf der Basis der ICD10-Kodierung (L89.-) ermöglichen. Im zweiten Schritt wird die Hilfsmittelversorgung dieser Patientengruppe mit Hilfe der Abrechnungsdaten zu Hilfs- und Arzneimitteln untersucht. Ziel der Analysen ist in erster Linie die Verbesserung der Transparenz in einem Leistungssektor, der auch für das Krankheitsbild Dekubitus bislang sowohl in Wirksamkeitsstudien wie auch in der Versorgungsforschung wenig berücksichtigt wurde.

Prävalenz und Inzidenz des Dekubitus

Im Jahr 2008 wurde bei 5.312 Versicherten im Rahmen der ambulant-ärztlichen Versorgung ein Dekubitus diagnostiziert. Mit 55 % ist der größte Teil davon männlich und das durchschnittliche Alter betrug 70 Jahre. Etwa 61 % der Fälle traten ab dem 70. Lebensjahr auf, von diesen Betroffenen verstarben 34 % innerhalb von 24 Monaten nach der Diagnose (im Mittel nach sechs Monaten).

Tabelle IV.14 Dekubitus-Patienten im Jahr 2008 nach Alter und Geschlecht

Alter	Männlich	Weiblich	Summe
0 bis 9	13	3	16
10 bis 19	46	37	83
20 bis 29	67	49	116
30 bis 39	83	46	129
40 bis 49	156	135	291
50 bis 59	471	214	685
60 bis 69	557	218	775
70 bis 79	764	531	1.295
80 bis 89	675	886	1.561
90 und älter	83	278	361
Summe	2.915	2.397	5.312

Ein Vergleich mit den Diagnosedaten der Jahre 2006 und 2007 zeigt eine leicht rückläufige Tendenz. So fiel die Dekubitusprävalenz bei 70- bis 79-Jährigen von 1,65 % auf 1,37 %, bei über 90-Jährigen sogar von 20,14 % auf 15,60 %.

Tabelle IV.15 Dekubitusprävalenz 2006 bis 2008 bei GEK Versicherten ab 70 Jahren

Alter	Prävalenz 2006	Prävalenz 2007	Prävalenz 2008
70 bis 79	1,65 %	1,62 %	1,37 %
80 bis 89	6,34 %	6,02 %	5,45 %
90 und älter	20,14 %	19,09 %	15,60 %

Die geschlechtsspezifische Analyse ergibt von 2006 bis 2008 eine fast gleichbleibende Prävalenzrate bei den über 70-jährigen Männern, während diese bei den weiblichen Versicherten um einen Prozentpunkt von 4,03 % auf 3,03 % gesunken ist.

Tabelle IV.16 Dekubitusfälle 2006 bis 2008 nach Schweregrad

Dekubitusgrad	2006		2007		2008	
	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)
1. Grades	622	13,83	719	14,90	801	15,08
2. Grades	620	13,78	724	15,00	781	14,70
3. Grades	277	6,16	276	5,72	366	6,89
4. Grades	109	2,42	120	2,49	131	2,47
Grad nicht näher bezeichnet	2.871	63,81	2.988	61,90	3.233	60,86

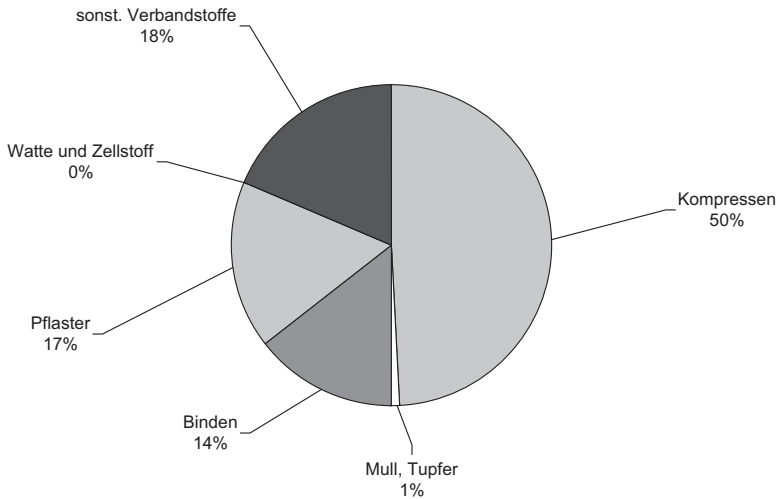
In über 60 % der Fälle wird in der Diagnose der Schweregrad des Dekubitus nicht eindeutig verschlüsselt. Dieser Anteil ist seit 2006 rückläufig und legt die Vermutung nahe, dass die Genauigkeit der Diagnose einschließlich Schweregradbezeichnung zugenommen hat.

Bei 2.767 Versicherten wurde im Jahr 2008 erstmals ein Dekubitus diagnostiziert, darunter bei 15 Kindern unter zehn Jahren. Das Durchschnittsalter dieser Betroffenen liegt bei 70 Jahren. Sowohl der Schweregrad als auch die Lokalisation des Dekubitus wird bei der Diagnose nur bei etwa jedem zweiten Fall mit angegeben. Bezogen auf einen Zeitraum von 12 Monaten kommen auf 1.000 Versicherte ab einem Lebensalter von 70 Jahren 13 Fälle mit einem neu auftretenden Dekubitus.

Versorgung mit Verbandstoffen

Von den 2.767 inzidenten Dekubituspatienten erhielten im Jahr 2008 57 % im Rahmen der ambulanten Versorgung eine Verordnung über Verbandstoffe, die zur Wundbehandlung bei bestehenden Dekubitalulzerationen unerlässlich sind. Von den insgesamt 6.861 Verordnungen für diese Patientengruppe entfiel fast die Hälfte auf Kompressen.

Abbildung IV.11 Verbandstoffe für inzidente Dekubituspatienten 2008 nach Warengruppe



Erwartungsgemäß steigt der Bedarf an Verbandstoffen mit dem Schweregrad, bei einem Dekubitus ersten Grades kommt es zu 2,2 Verordnungen pro Versichertem, während beim Dekubitus vierten Grades 3,4 Verordnungen pro Versichertem ausgestellt werden.

Versorgung mit Hilfsmitteln gegen Dekubitus (PG 11 des Hilfsmittelverzeichnis)

Im Jahr 2005 wurde die Produktgruppe 11 des Hilfsmittelverzeichnis neu überarbeitet und löste die seit 1992 bestehenden Ausführungen zur hilfsmittelgestützten Versorgung von drohenden und bestehenden Dekubitalulzerationen ab. Mit der neuen Gliederung der Produktgruppe 11 liegt eine differenzierte Darstellung von über 90 Produktarten vor, die unter Berücksichtigung des individuellen Gesundheitszustands der Patienten, wie z.B. Immobilität, Allgemeinzustand oder bestehende Hautdefekte, eine Versorgungshilfe darstellen. Wie das gesamte Hilfsmittelverzeichnis

stellen die aufgeführten Produkte keine „Positivliste“ im Sinne einer Leistungspflicht im Rahmen der GKV dar, sondern sind als Handlungsempfehlung zu verstehen (Kamps, 2005). So heißt es in den Hilfsmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA, 2009): „Das Hilfsmittelverzeichnis dient [...] als Orientierungs- und Auslegungshilfe und bietet einen für Vergleichszwecke geeigneten Überblick“ (§6 Abs. 5).

Die GEK hat im Jahr 2009 gut 1 Mio. Euro für Dekubitus Hilfsmittel ausgegeben (s. Tabelle IV.17). Diese Summe ist seit 2006 um 30% gestiegen. Die Anzahl der Leistungsversicherten hat im selben Zeitraum um sogar 48% auf 3.212 Personen zugenommen, was für das Jahr 2009 einen Anteil von 0,18% an allen Versicherten entspricht. Die Ausgaben für Dekubitus Hilfsmittel pro Person sind von 384 Euro im Jahr 2006 auf 341 Euro im Jahr 2009 gesunken. Da für die Produktgruppe 11 keine Festbetragsregelung besteht, könnte diese Entwicklung auf eine günstige Vertragsgestaltung beruhen, die mit gesetzlichen Änderungen seit 2009 möglich und seit 2010 verpflichtend ist.

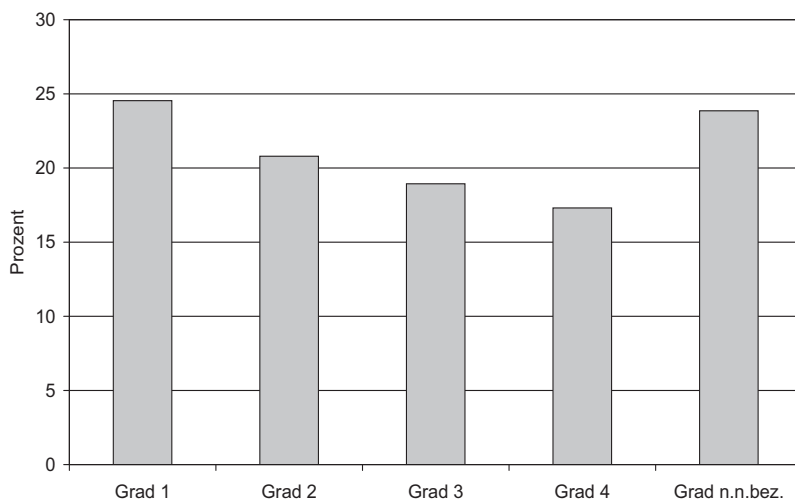
Tabelle IV.17 Kennzahlen für Hilfsmittel gegen Dekubitus (Produktgruppe 11 des Hilfsmittelverzeichnisses) in der GEK

	2006	2007	2008	2009
Leistungsversicherte	2.166	2.243	2.657	3.212
Ausgaben pro LV in €	384	363	375	341
Anzahl Rezepte	2.581	2.732	3.379	4.248
Versicherte	1.620.193	1.646.284	1.751.900	1.774.631
LV zu Vers in %	0,13	0,14	0,15	0,18
Ausgaben pro Rezept in €	322,26	298,03	294,87	257,84
Ausgaben in €	831.444	813.116	996.821	1.094.047

Das meistverordnete Hilfsmittel der Produktgruppe 11 war im Jahr 2009 eine Wechselluft-Matratzenauflage, die aus wechselseitig aufpumpbaren Luftkammern besteht und damit eine permanente und gesteuerte Druckentlastung erzielt.

Von den 2.767 inzidenten Dekubitus-Patienten im Jahr 2008 erhielten 23 % im selben Jahr ein Hilfsmittel der Produktgruppe 11. Die höchste Versorgungsprävalenz ist mit 24,5 % bei Patienten mit Dekubitus Grad 1 zu finden (s. Abbildung IV.12).

Abbildung IV.12 Hilfsmittel gegen Dekubitus–Versorgungsprävalenz 2008 nach Schweregrad



Wechselluftsysteme stellen bei allen Dekubitus-Schweregraden die am häufigsten verordneten Hilfsmittel dar. Bei Schweregrad 1 stellen sie 39 % der Dekubitus-Hilfsmittel, während bei Schweregrad 4 sogar 67 % der abgerechneten Positionen aus Wechselluftsystemen bestehen.

3.4 Zusammenfassung

Dekubitalulzerationen stellen eine schwerwiegende Komplikation dar, die durch Immobilität der betroffenen Personen entsteht. Angesichts eines steigenden Anteils pflegebedürftiger Personen stellt das Risiko eines Dekubitus ein im wahrsten Sinn des Wortes „drückendes“ Problem dar, das besonders Ärzte und Pflegefachkräfte vor verantwortliche Aufgaben stellt. Hierzu zählt unter anderem die geeignete Versorgung mit Hilfsmitteln zur Prävention eines Dekubitus, aber auch zur Therapie bestehender Ulzerationen. Dass im Bereich des Risikoassessments und in der Therapie erhebliche Defizite bestehen, ergibt sich unter anderem aus einem Bericht des MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen) über die Qualität der ambulanten und stationären Pflege (MDS 2007). Dort wurden bei 35,5% der Bewohner von Pflegeheimen Mängel z.B. bezüglich der Prophylaxe und des Hilfsmiteleinsatzes festgestellt.

Die Leitlinie der EPUAP/NPUAP empfiehlt zur Prävention und zur Therapie bei bestehenden Dekubitalulzerationen Lagerungshilfsmittel zur Druckverteilung (z.B. Wechseldrucksysteme) und Druckentlastung (z.B. Weichlagerungsmatratzen). Die Freilagerung der Wunde steht allerdings bei bestehenden Ulzerationen im Mittelpunkt. Die Evidenz im Bereich der Hilfsmittel reicht vor allem bei höhergradigen Dekubitalulzerationen nicht aus, um eindeutige Empfehlungen mit hohem Evidenzgrad abzugeben. Die optimale Wundversorgung von Dekubitalulzerationen mit Verbänden, Auflagen etc. ist vor allem bei offenen Wunden ab Schweregrad 3 obligat, um Komplikationen wie z.B. Infektionen zu vermeiden.

Die Analyse der GEK-Daten zeigt eine leicht zurückgehende Prävalenz bei Versicherten ab 70 Jahren. Doch eine Rate von 13 Neuerkrankungen pro 1.000 Versicherten macht bei der zunehmenden Anzahl von Pflegebedürftigen deutlich, wie groß die Bedeutung dieser Erkrankung für Betroffene, Pflegende und das GKV-System insgesamt ist. Mit 43% der inzidenten Fälle 2008 bekommt ein großer Anteil keine Verbandstoffe

zur Wundversorgung. Diese Versorgung könnte jedoch auch über Pflegeheime, Pflegedienste, Krankenhäuser oder über die ambulant-ärztliche Versorgung abgedeckt sein. Zudem ist eine solche Versorgung bei Schweregrad 1 und 2 (geschlossenen Wunden) nicht zwangsläufig notwendig. Die Ausgaben für Dekubitus-Hilfsmittel der Produktgruppe 11 des Hilfsmittelverzeichnisses sind seit 2006 erheblich gestiegen, wenngleich die Kosten für einzelne Verordnungen zurückgegangen sind. Nur ein Viertel der inzidenten Fälle wurden mit diesen Hilfsmitteln trotz der Leitlinienempfehlungen versorgt. Eine Bewertung auf der Basis vorliegender Daten ist jedoch schwierig, da eine Versorgung durchaus über z.B. Pflegeeinrichtungen oder durch Privatanschaffungen gewährleistet sein kann. Der hohe Verordnungsanteil von Wechseldrucksystemen entspricht den Leitlinienempfehlungen. Diese Produkte sind auch durch den technischen Fortschritt ein geeignetes Mittel vor allem zur Vermeidung weiterer Ulzerationen bzw. von Rezidiven.

4. Heilmittelversorgung im Bereich Palliativmedizin

Peter Nieland, Kathrin Kaboth

Zusammenfassung

In der palliativen Versorgung geht es um eine aktive, ganzheitliche Behandlung von unheilbar erkrankten Patienten¹ mit dem Ziel der Symptomkontrolle und der Erhaltung bzw. Steigerung der Lebensqualität. Notwendig sind multiprofessionell vernetzte und regional tätige palliativ geschulte Teams, die eine einheitliche Dokumentation der einzelnen Therapiemaßnahmen und ihrer Wirkungen pflegen. Einen Bereich der Therapiemaßnahmen decken die Heilmittelerbringer ab. Besonders die Physiotherapie ist hier ein wichtiger Bestandteil. Beobachtungen aus der Praxis zeigen positive Wirkungen von verschiedenen Ansätzen der Physiotherapie. Die Versorgungssituation ist allerdings teilweise als kritisch anzusehen. Der Heilmittelkatalog ist nicht ausreichend für die palliative Versorgung ausgelegt und sollte angepasst werden.

Die Auswertungen der GEK-Daten aus 2008 zeigen, dass verstorbene Krebspatienten zu 18% in der terminalen Lebensphase mit Heilmitteln versorgt wurden. Jedoch bestehen teilweise deutliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern, sowie nach Altersgruppen, nach der Lokalisation des Tumors und nach Bundesland. Teilweise spiegeln sich hier die unterschiedlich ausgebauten regionalen Strukturen wider. Insgesamt ist die Versorgung als defizitär anzusehen. Sie sollte ausgebaut und die Strukturen der palliativen Versorgung sollten in Deutschland gestärkt werden.

¹ Im vorliegenden Text werden aufgrund einer besseren Lesbarkeit nur männliche Formen verwendet. Jedoch sind Frauen gleichermaßen angesprochen.

4.1 Einführung

Nach den Definitionen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP, 2010) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2010) bezieht sich Palliativmedizin/Palliative Care (PC) auf eine aktive und ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer unheilbaren progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung, welche nicht mehr auf kurative Therapien anspricht. Es besteht eine begrenzte Lebenserwartung – die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen besitzt höchste Priorität. Zielsetzung ist die Behandlung belastender Symptome mit, nach Möglichkeit, Lebensqualitätserhaltung bzw. -steigerung im Lebensabschnitt Sterben. PC „bejaht das Leben und sieht das Sterben als einen natürlichen Prozess“ (DGP, 2010). Sie lehnt aktive Sterbehilfe in jeder Form ab und erfordert zwingend multiprofessionell vernetzte und regional tätige palliativ geschulte Teams. Diese bestehen als qualitatives Mindestkriterium aus speziell geschulten und palliativ tätigen Medizinern, Pflegekräften, Physiotherapeuten, psychosozialen Diensten, Seelsorgern und dem unterstützenden Ehrenamt. Sie bilden das klassische international gültige Palliative Care Team (PCT), welches sich den Palliativpatienten, den mitbetroffenen Angehörigen und in Form von Self Care den eigenen Berufsgruppen und dem Ehrenamt widmet. Jeder Bundesbürger findet inzwischen stationäre und ambulante allgemeine palliative Versorgung (APV) über die ärztliche Regelversorgung in häuslichen, aber auch in ambulanten und stationären multiprofessionellen palliativen Versorgungsstrukturen, wie Palliativstationen, im Hospiz und im Heim. Somit ist die APV eine klassische Regelversorgung der Krankenkassen, die bisher keiner gesetzlichen Regelung bedarf.

Die formalen und normativen Grundlagen für die spezialisierte ambulante palliative Versorgung (SAPV) – die Basis zur Umsetzung von regionalen PC Strukturen – wurden durch den Erlass der Richtlinie zur Verordnung von SAPV Ende 2007 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

und durch die Bekanntgabe der Gemeinsamen Empfehlungen der Krankenkassen nach § 132d Abs. 2 SGB V in 2008 geregelt. Bei besonders schwierigen und aufwendigen Behandlungen unterstützen oder übernehmen spezialisierte ambulante PC Teams in Form der SAPV die Versorgung. Seit April 2007 gibt es darauf einen Gesetzesanspruch (§ 37b und § 132d, SGB V).

In PC werden drei Phasen unterschieden (Kern & Nauck, 2006). Die Rehabilitationsphase ist definiert als die Phase der letzten Monate, selten Jahre, in der trotz der Erkrankung ein weitgehend normales, aktives Leben möglich ist. Während der zeitbegrenzten Rehabilitation wird eine Wiederherstellung/längerfristige Erhaltung der Mobilität der Patienten angestrebt. Gleichzeitig wird durch den ganzheitlichen Therapieansatz mit psychosozialer und spiritueller Begleitung sowie der Auseinandersetzung mit der Erkrankung eine Rehabilitation der geistigen Leistungsfähigkeiten der Patienten gefördert. Dies geschieht u.a. mit dem Ziel, dass der Patient bis zuletzt sein Leben so aktiv wie möglich gestalten kann. Die Terminalphase beschreibt den Zeitpunkt von einigen Wochen, manchmal Monaten, vor dem Tod, in denen die Aktivität aufgrund der Erkrankung trotz guter Schmerztherapie und Symptomkontrolle zunehmend eingeschränkt wird. Der Begriff (Prä-) Finalphase umschreibt die eigentliche Sterbephase und bezieht sich auf die letzten 72 Stunden des Lebens.

Die Physiotherapie (PT) wird als notwendig in der Heilmittelversorgung in der palliativen Lebensphase angesehen. Die PT in PC stellt einen unverzichtbaren palliativ tätigen Baustein in multiprofessionellen PCT Teams dar. Dazu dienen neben einem multiprofessionellen Assessment eine physiotherapeutische Befundaufnahme, eine Verlaufs- und Endbefundung und die elektronische Dokumentation der erbrachten Leistung und ihrer Wirkungen beim Patienten. Der palliativ tätige Physiotherapeut versteht unter Rehabilitation somit Maßnahmen zur Linderung von schweren gesundheitlichen, seltener auch sozialen Störungen (Pschyrembel, 2007).

Da ein Ziel immer der möglichst lange häusliche vor dem klinischen Aufenthalt ist, sind insbesondere Kenntnisse über die unterstützende PT für alle in der palliativen Versorgung tätigen Personen wichtig. Viele Therapien wie leichte krankengymnastische Übungen, Mobilisation, Entspannung, Massage, Körperwahrnehmung, Atemtherapie, Ödemtherapie, Reflexzonentherapie, Hydrotherapie, Anziehtraining, Kolonmassagen und medizinische Bäder sowie Kenntnisse in der Hilfsmittelversorgung werden angefragt. Dabei ist der Patient immer täglich dort abzuholen, wo er sich gerade physisch und psychisch befindet. Therapieziele sind immer wieder aktuell, realistisch und niedrig anzusetzen. Die erwünschten psychischen Wirkungen durch den körperlich engen taktilen Reiz und die Nähe zum Patienten in berührungsarmer Umwelt ist zu berücksichtigen. Orientierung im Raum und adaptierte Hilfe, auch für die mitbetroffenen Angehörigen, sind durchzuführen.

Folgende Indikationen bieten sich dem Arzt, der Pflege und dem physiotherapeutischen Personal, die PT unterstützend über den gesamten Zeitraum in den palliativen Therapieplan einzubauen (Nieland, 2008):

1. Vorbereitung auf medikamentöse, operative, Bestrahlungstherapien oder andere Maßnahmen durch die PT (Pneumonieprophylaxen, Stoffwechsel- und Kreislauftraining, Atrophie- und Kontrakturprophylaxe).
2. Begleitung der laufenden medikamentösen oder anderen Therapien, einschließlich der Behandlung von primären oder sekundären Nebenwirkungen (Prophylaxen, detonisierende Massagen, Kolonmassagen, Lymphdrainagen, Krankengymnastik (KG), Elektrotherapie, Hydrotherapie, Kryotherapie).
3. Primärer Einsatz von PT zur Behandlung von Schmerzsymptomen (Muskel- und Gelenkschmerz), Dyspnoe, Obstipation, Ödemen, Parästhesien u.v.m.

4. Einsatz von PT nach der medikamentösen Therapie zur Regeneration, bzw. unterstützend für den Transfer in den ambulanten, häuslichen Bereich (Hilfsmittelversorgung, Anlernen der Angehörigen im Umgang des Patienten, Organisation der ambulanten Weiterbehandlung durch selbstständige Kollegen auch in Form von Hausbesuchen).

Palliativpatienten weisen häufig sekundäre Schmerzsyndrome auf. Sie entstehen oft durch Tumore und/oder durch eine lange, ungewohnte Bettlägerigkeit, die mit Immobilität und Kräfteverfall sowie verspannter und geschwächter Muskulatur einhergeht.

Im Folgenden werden Beobachtungen aus der stationären Praxis für die Behandlungsplanung und den Verlauf nach häufig auftretenden sekundären Schmerzsymptomen beschrieben, dabei war eine Grundvoraussetzung immer die vorherige ärztlich kontrollierte, angepasste medikamentöse Schmerztherapie für die primäre Schmerzursache (Grundlage: Hospiz- und Palliativfassung – HOPE) (Lindena et al., 2009):

- Kopfschmerz und Nackenschmerz

Auffälligkeiten: Verschieden ausstrahlende Lokalisation, Verschieblichkeit der Kopfschwarte, stärkere Schmerzhaftigkeit entlang der Hinterhauptschuppe/im Bereich der Stirnhöhlen, Muskelverspannung der Nacken-Schulter-Region

Therapien: Kombinationen/Behandlungsserien vorsichtig ableitender Kopf-Nacken-Rückenmassage; Manuelle Lymphdrainage (MLD) von Kopf und Schulter; Reflexzonenmassage; Kneippsche Güsse; Atemtherapie; funktionelle, mobilisierende Therapie

- Rückenschmerzen

Therapie: Rotlichtbestrahlung/kleine Fangopackung mit klassischer Massage; Reizstromtherapie (Interferenz); Bewegungsbad; KG; isometrische Spannungsübungen; Rückenschule mit Lagerungsänderung; Atemtherapie

Beobachtung: Bei vielen Patienten direkt spürbare Erleichterung und Schmerzreduzierung

- Muskel- und Gelenkschmerz

Therapie: passive (assistive) bis hin zu aktiver und resistiver KG; detonisierende Massagen; Wärmeapplikation durch Fangopackung oder Rotlicht; Kontraktur-/Pneumonieprophylaxe; Manuelle Therapie; Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF); funktionelle Bewegungslehre

Beobachtung: Schmerzlinderung häufig unmittelbar spürbar, wodurch ein größerer Bewegungsradius gegeben war

- Spannungsschmerz durch Ödeme

Therapie: MLD; Kompression mit passiver und aktiver KG; Lagerung der Extremität über Herzniveau; Hautpflege

Häufige Probleme: Falsche Lagerung; keine Kompression möglich; einengende Kleidung/Unterwäsche; Wunden durch Spritzen, Blutentnahmen, venöse Zugänge; Behandlungserfolg abhängig vom Wachstum des Tumors

- Bauchschmerzen durch Obstipation und Blähungsschmerz

Therapie: Kombination aus Kolonmassage, leichter KG, Fango und eingebauter Atemtherapie

- Neurogener Schmerz durch Parästhesien

Therapie: Reizstromtherapie (z.B. TENS, Hochvolt-Therapie, Interferenz) bei nicht überstarken Schmerzsituationen; passive, assistive bis zur aktiven, resistiven KG; Kontraktur-/Athropieprophylaxe

- Entzündungsschmerz

Therapie: Kurzzeitige Eisanwendung; Ultraschalltherapie

- Thoraxschmerz durch Lungeninsuffizienz

Therapie: Manuelle Atemtherapie (z.B. Kontaktatmung, Dehnlagerung, manuelle Perkussionen) unterstützt durch Hilfsmittel (z.B. Flow, Giebelrohr, Bird, VRP1); aktive KG-Intercostalausstreichungen; detonisierende Massagen; Kneippsche Güsse; Inhalationstherapie

Die beschriebenen Therapien wurden nach Möglichkeit täglich durchgeführt, und nur unterbrochen, wenn es der Patient ablehnte oder die multiprofessionelle Therapie es nicht zuließ. Diese Unterbrechungen sind zu akzeptieren und zu respektieren. Essentiell ist eine gute Dokumentation, die dem behandelnden Arzt und der Pflege sowie dem Team jederzeit zugänglich ist (z.B. Optiplan[®], Visitenbuch o.ä.). Das Einbinden der Angehörigen in die Therapie ist für die Betroffenen wichtig und ermöglicht dem therapeutischen Personal eine bessere Beurteilung der früheren Ressourcen und der momentanen häuslichen Situation. Dies wird nötig, falls eine Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln nach der Entlassung aus der Klinik ansteht. Informationsaustausch bei der Entlassung und die Übergabe des Erkrankten an ambulant tätige Therapeuten ist gerade in der physiotherapeutischen palliativen Therapie Pflicht. Grundsätzlich ist zu sagen, dass die beschriebenen Therapien kein pauschales festes Wirkprinzip garantieren. Gerade bei Palliativpatienten spielen sehr viele körperliche und seelische Einflüsse eine entscheidende Rolle. Viele Therapieideen sind aus Rücksicht auf die Situation des Patienten nicht weiter verfolgt worden. Die beschriebenen Behandlungen haben den Patienten in vielen Fällen geholfen, einige davon direkt und unmittelbar und einige (z.B. Fußreflexzonenmassage), obwohl ihre Wirksamkeit nicht wissenschaftlich bewiesen ist.

Nähert sich der Patient dem Finalstadium, zieht sich der Therapeut oft im Sinne der Betroffenen und Angehörigen zurück. Wenn er doch bleiben sollte, steht das „Dasein“ an erster Stelle. Man muss sich aber gut auf eine solche Bitte vorbereiten. Eine Vorbereitung darauf ist wichtig, denn man kann auch als Mitmensch und Therapeut mit dieser Bitte überlastet sein

und sollte dies im palliativen Team ansprechen. Die Angehörigen dürfen im komplexen Geschehen nicht vergessen werden. Immer häufiger zeigt sich eine körperlich-seelische Überlastung. Hier kann die Möglichkeit der PT in Form einer eigenen Stärkung und Stabilisierung für die veränderte Lebenssituation hilfreich sein.

Resümee

Oft kann PT durch regelmäßigen, engen, körperlich-taktilen Kontakt durch physikalische Reize zum Palliativpatienten lindernde hilfreiche Effekte erzielen. Dabei spielt das Beziehungshormon Oxytocin, welches von der Hirnanhangsdrüse (Hypophyse) produziert wird, eine entscheidende Rolle. Es stimuliert nicht nur Nerven und Muskeln, sondern baut auch durch die taktilen Reize Vertrauen auf und unterstützt die Zusammenarbeit mit den Palliativpatienten.

Als „kritisch“ müssen wir heute die ambulante physiotherapeutische Versorgungssituation für die palliativen GKV-versicherten Patienten betrachten, da der Heilmittelkatalog 2004/2008 die häusliche PT von Schwerkranken und Sterbenden nur mangelhaft abdeckt. Palliativpatienten benötigen z.B. wesentlich flexiblere, bedürfnisorientierte physiotherapeutische Behandlungskombinationen aufgrund von Multimorbidität. Der Hausarzt wird in der Therapieentscheidung zusätzlich durch Richtgrößen und Regress beeinflusst. Auf Patienten und ihre Angehörigen kommen teilweise mühsame Genehmigungsverfahren um Ausnahmeregelungen bei Krankenkassen zu, was in inadäquaten Behandlungsrhythmen mündet. Dies erzeugt eine schlechte palliative Therapiesituation. Eine derzeitige Stellungnahme des Zentralverbandes der Physiotherapeuten (ZVK), des AK PT der DGP und des Bundesheilmittelverbandes (BHV) für den G-BA nährt die Hoffnung, erstmals die palliative Versorgung im Heilmittelkatalog verankern zu können.

4.2 Heilmittelversorgung krebskranker Patienten in terminaler Lebensphase

Hintergrund und Fragestellung

In Deutschland starben 2008 844.439 Personen. Die 20 häufigsten Todesursachen wurden von den Herz-Kreislaufkrankungen und den Tumorerkrankungen dominiert, allen voran die chronisch ischämische Herzkrankheit (72.683 Todesfälle), der akute Myokardinfarkt (56.775 Todesfälle) sowie bösartige Neubildungen der Lunge und der Bronchien (42.319 Todesfälle) (gbe, 2009). 12,5 % der Verstorbenen wurden in einem Hospiz oder palliativ begleitet. Davon entfielen 6,1 % auf ambulante ehrenamtliche Hospizdienste, die die Betroffenen zu Hause (3,1 %), im Pflegeheim (1,7 %) oder im Krankenhaus (2,2 %) betreuten. 2,3 % bekamen eine Sterbebegleitung im stationären Hospiz und weitere 4,1 % auf Palliativstationen. Es wird davon ausgegangen, dass ca. 60 % aller Sterbenden eine solche Begleitung benötigen. Daran gemessen mussten im Jahr 2008 ca. 79 % (393.000 Personen) ohne eine benötigte palliative Betreuung auskommen (Deutsche Hospiz Stiftung, 2009).

Die Palliativpatienten leiden am häufigsten unter bösartigen Neubildungen (Krebserkrankungen) (90,3 %), worauf die Herz-Kreislaufkrankungen (25,6 %) folgen (Lindena et al., 2009). Wegen dieser Dominanz der Tumorerkrankungen im Bereich der Palliativversorgung stellt die nachfolgende Untersuchung die verstorbenen Patienten mit einer vorherigen Krebs-Diagnose in den Mittelpunkt. Krebskranke Menschen haben im Verlauf ihrer Erkrankung mit vielen Symptomen, Beschwerden und funktionellen Einschränkungen zu kämpfen. Vor allem der Schmerz ist eine dieser besonders lebensqualitätseinschränkenden Beschwerden: bis zu 50 % der Patienten im Frühstadium, 70 % im fortgeschrittenen Stadium und bis zu 80 % im Terminalstadium leiden unter z.T. unerträglichen Schmerzen (Zenz et al., 2007). Als Therapie neben der medikamentösen Behandlung können Heilmittel helfen die Schmerzintensität zu reduzie-

ren und mit dem Schmerz besser umzugehen (siehe 4.1). Damit kann die Lebensqualität, zum Beispiel durch Verbesserungen in der Ausübung der Aktivitäten des täglichen Lebens, gesteigert werden (Yoshioka, 1994; Garrard et al., 2004; Montagnini et al., 2003).

In der folgenden Auswertung wird untersucht, ob und wie Tumorpatienten in terminaler Lebensphase mit Heilmitteln versorgt werden. Des Weiteren sollen mögliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern und den Altersgruppen sowie nach der Lokalisation des Tumors und der regionalen Zugehörigkeit analysiert werden.

Methodik

Zunächst wurden Versicherte selektiert, die im Jahr 2008 verstorben sind, den Versichertenstatus „Mitglied“ aufwiesen und nicht jünger als 20 Jahre alt waren. Der Versichertenstatus ist insofern wichtig, da mitversicherte Familienangehörige ebenfalls die Zuordnung „ausgeschieden aufgrund von Todesfall“ bekommen könnten, wenn „nur“ der Hauptversicherte aus diesem Grund ausscheidet. Ein Alter ab 20 wird gewählt, da nur wenig Personen unter 20 nicht familienversichert sind. Die Gruppe der unter 20-jährigen Verstorbenen wäre somit zu klein für sinnvolle Auswertungen. Es entsteht zudem eine Unterrepräsentativität von Frauen, da diese häufig familienversichert sind und somit nicht in die Untersuchung eingehen können.

Zu den bereits vorliegenden Stammdaten wurden ambulante Diagnosedaten zugespielt. Die Diagnosen werden anhand des ICD-10-Kodierungsschemas eingeordnet. Verstorbene, für die nicht mindestens eine gesicherte Diagnose aus dem Bereich „Bösartige Neubildungen“ (C00-C97) in dem Quartal vor oder dem gleichen Quartal des Versterbens dokumentiert ist, scheiden aus der Untersuchungsgruppe aus. Leider ist in den vorliegenden Daten keine direkte Todesursache angegeben, weshalb die Diagnosen aus vorigen Zeitabschnitten herangezogen werden müssen.

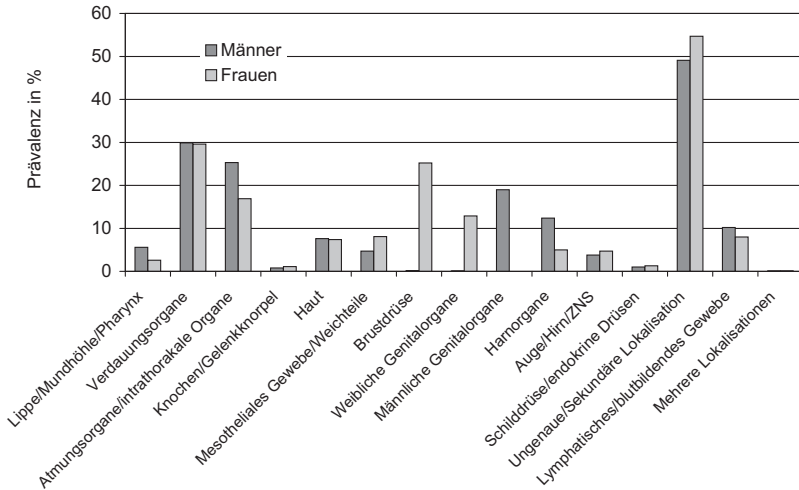
Für diese Patienten wurden ambulante Daten zu Heilmittelverordnungen der letzten drei Monate vor dem Tod analysiert. Damit wird die terminale Lebensphase als die letzten drei Lebensmonate definiert. Es werden die Verordnungsprävalenzen nach unterschiedlichen Gesichtspunkten dargestellt: Altersgruppen, Geschlecht, Tumor-Lokalisation und Bundesland. Die Zuordnung zu einem Bundesland wird anhand der Zugehörigkeit zu der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) getroffen.

Ergebnisse

Im Jahre 2008 sind 7.579 GEK-Mitglieder verstorben, die mindestens 20 Jahre alt waren. Davon konnten insgesamt 2.864 Personen identifiziert werden, bei denen innerhalb des gleichen oder des vorherigen Quartals des Todestages mindestens eine gesicherte Diagnose „bösartige Neubildung“ dokumentiert war. Diese sind zu 71,2% männlich (n=2.040) und zu 28,8% weiblich (n=824). Das Durchschnittsalter lag bei 69,5 Jahren.

Die drei häufigsten Diagnosen entfallen auf bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisation (C76-C80: 50,7%) sowie auf bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (C15-C26: 29,8%) und der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe (C30-C39: 22,8%) (s. Abbildung IV.13). Einer Person können mehrere Diagnosen zugeordnet sein. Bei manchen Lokalisationen bestehen deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

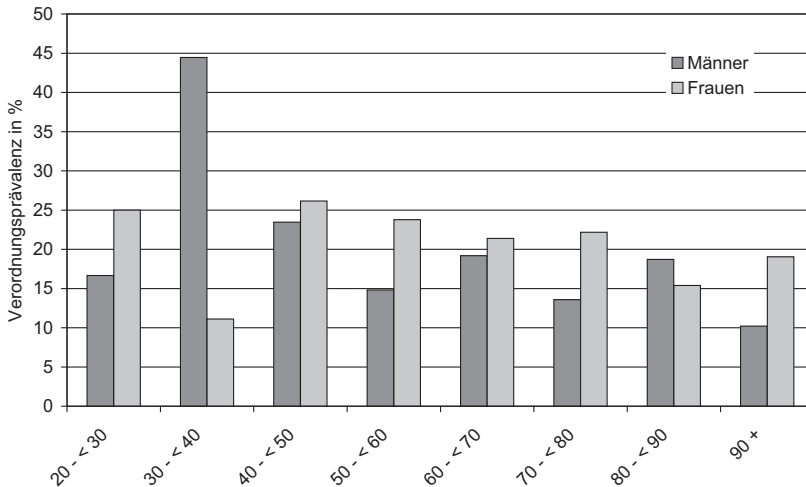
Abbildung IV.13 Prävalenz bestimmter Tumorerkrankungen in der Gruppe Verstorbenen mit Tumordiagnose in Prozent, nach Geschlecht (Mehrfacheinordnungen sind möglich)



Von den 2.864 Verstorbenen mit Tumor-Diagnose bekamen 515 mindestens eine Heilmittel-Verordnung (17,98 %). Zwischen Männern und Frauen gibt es deutliche Unterschiede: der Anteil der männlichen Verstorbenen mit Heilmittel-Verordnung liegt bei 16,81 % (n=343), der Anteil unter den weiblichen Verstorbenen liegt bei 20,87 % (n=172). Das Durchschnittsalter liegt bei 68,4 Jahren und somit gut ein Jahr niedriger als bei allen Verstorbenen mit Tumor-Diagnose. Personen mit mindestens einer Heilmittel-Verordnung werden im folgenden Leistungsversicherte (LV) genannt.

Gesplittet nach Altersgruppen ist zu erkennen, dass die Verordnungsprävalenz mit steigendem Alter leicht abnimmt. In fast allen Altersgruppen bekommen Frauen häufiger Heilmittel-Verordnungen als Männer (s. Abbildung IV.14). Besonders in den ersten beiden Altersgruppen sind die Fallzahlen gering, weshalb hohe Werte zustande kommen. Diese sind nicht als repräsentativ anzusehen, aber eine Tendenz lässt sich ableiten.

Abbildung IV.14 Heilmittel-Verordnungsprävalenz nach Alter und Geschlecht



Am häufigsten wurde Physiotherapie verordnet – 470 LV bekamen mindestens eine solche Verordnung. Ergotherapie oder Logopädie bekamen hingegen nur 41 bzw. 27 Verstorbene. 39 LV bekamen Verordnungen aus mindestens zwei dieser Bereiche, davon 4 LV, die Logopädie-, Physio- und Ergotherapie-Verordnungen bekamen. Für 410 LV wurden Leistungen aus anderen Heilmittel-Bereichen abgerechnet (fast ausschließlich Hausbesuche und Wegegeld). Diese überschneiden sich logischerweise nahezu komplett mit den anderen LV – sie bekamen mindestens eine weitere Verordnung aus dem Bereich Logopädie, Physio- oder Ergotherapie.

Welche Anwendungen in den einzelnen Bereichen verordnet wurden zeigen die Tabellen IV.18 (Physiotherapie), IV.19 (Ergotherapie) und IV.20 (Logopädie). Bei der Physiotherapie entfallen die meisten Verordnungen auf Krankengymnastik (KG) und Manuelle Lymphdrainage (MLD). Die Ergotherapie wurde hauptsächlich im Rahmen einer Einzelbehandlung durchgeführt, die Logopädie im Rahmen von Einzelbehandlungen und Erstuntersuchungen. Die Verordnungsprävalenz unterscheidet sich bezüglich der Tumor-Diagnose (s. Abbildung IV.15).

Tabelle IV.18 Aufschlüsselung der Physiotherapie-Verordnungen

Physiotherapie-Anwendungen	Anzahl (n)	Anteil an allen Tumor-Verstorbenen in %	Anteil an allen LV in %
Krankengymnastik	252	8,80	48,93
Manuelle Lymphdrainage	166	5,80	32,23
KG Spezial	55	1,92	10,68
Massagen	28	0,98	5,44
Wärme-/Kältetherapie	26	0,91	5,05
Manuelle Therapie	18	0,63	3,50
Elektrotherapie	4	0,14	0,78
Traktions-/Extensionstherapie	3	0,10	0,58
Standardisierte Heilmittelkombination	3	0,10	0,58
KG im Bewegungsbad	1	0,03	0,19
Bewegungstherapie	1	0,03	0,19
Hydrotherapie	0	0,00	0,00
Medizinische Bäder	0	0,00	0,00
Inhalationstherapie	0	0,00	0,00
Lichttherapie	0	0,00	0,00
Sonstiges	0	0,00	0,00
Physiotherapie Gesamt*	470	16,41	91,26

* Ein LV kann bei mehreren Anwendungen aufgezählt werden, in der Gesamtsumme jedoch nur einmal

Am höchsten liegen die Verordnungsanteile (bezogen auf alle Verstorbenen mit Tumor-Diagnose) bei Personen mit bösartigen Tumoren des Auges, des Gehirns und sonstiger Teile des Zentralnervensystems (26,50 %), mit Tumoren der weiblichen Genitalorgane (25,23 %) und der Schilddrüsen und anderen endokrinen Drüsen (25,00 %). Verstorbene mit den Diagnosen bösartige Tumore der Haut (15,74 %), der Atmungsorgane und intrathorakale Organe (15,90 %) sowie der Verdauungsorgane (16,18 %) bekamen eher selten Heilmittel-Verordnungen. Aufgrund einer zu geringen Fallzahl bei der Diagnose von Tumoren an mehreren Lokalisationen

(drei Verstorbene und ein LV) kann die Verordnungsprävalenz hier nicht sinnvoll interpretiert werden.

Tabelle IV.19 Aufschlüsselung der Ergotherapie-Verordnungen

Ergotherapie-Anwendungen	Anzahl (n)	Anteil an allen Tumor-Verstorbenen in %	Anteil an allen LV in %
Einzelbehandlung	39	1,36	7,57
Befunderhebung	15	0,52	2,91
Schienen	2	0,07	0,39
Thermische Anwendung	0	0,00	0,00
Gruppenbehandlung	0	0,00	0,00
Sonstiges	0	0,00	0,00
Ergotherapie Gesamt*	41	1,43	7,96

* Ein LV kann bei mehreren Anwendungen aufgezählt werden, in der Gesamtsumme jedoch nur einmal

Tabelle IV.20 Aufschlüsselung der Logopädie-Verordnungen

Logopädie-Anwendungen	Anzahl (n)	Anteil an allen Tumor-Verstorbenen in %	Anteil an allen LV in %
Einzelbehandlung	22	0,77	4,27
Erstuntersuchung	20	0,70	3,88
Gruppenbehandlung	0	0,00	0,00
Ausführlicher Bericht	0	0,00	0,00
Beratung	0	0,00	0,00
Logopädie Gesamt*	27	0,94	5,24

* Ein LV kann bei mehreren Anwendungen aufgezählt werden, in der Gesamtsumme jedoch nur einmal

Neben Differenzen bei Alter, Geschlecht und Lokalisation sind auch regionale Unterschiede zu finden (s. Abbildung IV.16). Besonders hoch liegt die Prävalenz in dem Kollektiv der Verstorbenen mit Tumor-Diagnose in Thüringen (30,43%) – wobei hier nur geringe Fallzahlen vorliegen – in Sachsen (24,14%) und in Berlin (23,74%). Hingegen sind die Verordnungen in Nordrhein-Westfalen (13,38%), Hessen (13,66%) und Rheinland-Pfalz (13,91%) deutlich niedriger.

Abbildung IV.15 Heilmittel-Verordnungsprävalenz nach Lokalisation

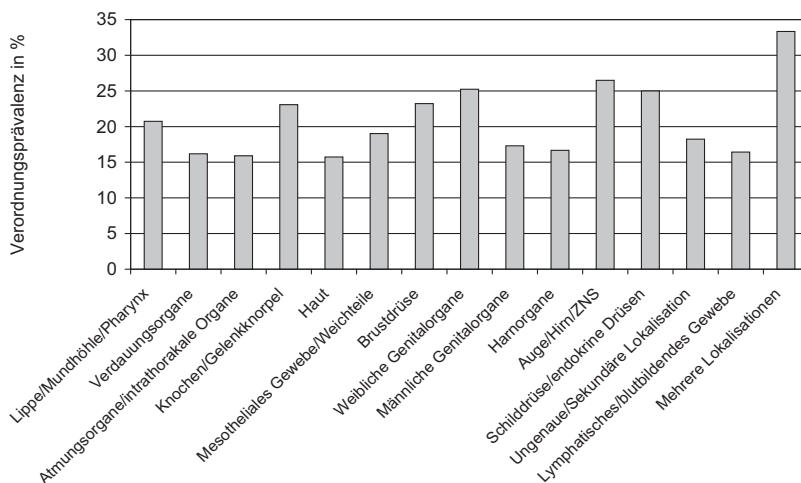
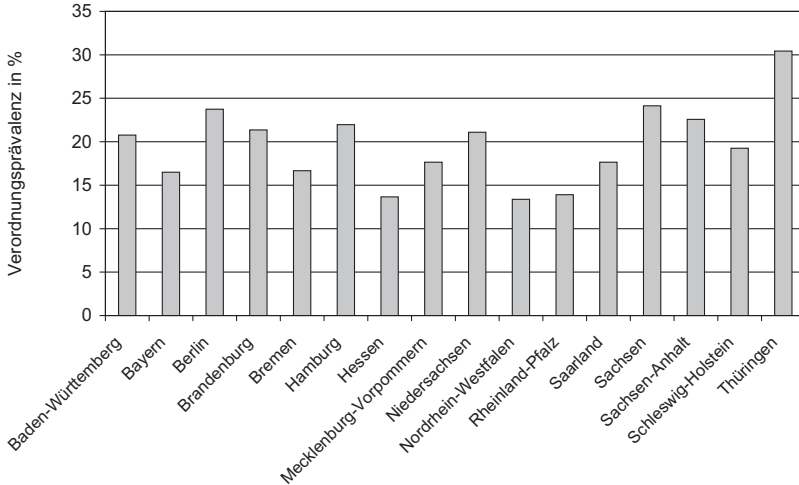


Abbildung IV.16 Heilmittel-Verordnungsprävalenz nach Bundesland



Fazit

Es sind teilweise deutliche Unterschiede in der Verordnungsprävalenz nach Geschlecht, Alter, Lokalisation des Tumors und regionaler Zugehörigkeit zu erkennen. Das zeigt, wie unterschiedlich entwickelt bzw. „unterentwickelt“ der Bereich Heilmitteltherapie in der Palliativversorgung in Deutschland ist. Die Tatsache, dass Frauen aus verschiedenen Gründen eher häufiger Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen und diese auch eher verschrieben bekommen, scheint sich auch bei der Heilmittelversorgung in der terminalen Lebensphase zu bestätigen. Die Unterschiede in den Altersgruppen kommen u.U. aufgrund der eingeschränkten Mobilität im Alter zustande. Dass es Unterschiede nach Lokalisation des Tumors gibt, scheint einerseits plausibel zu sein, da verschiedene Tumorarten unterschiedliche Beschwerden und Symptome mit sich bringen. Daraus resultieren mehrere Vorgehensweisen und Therapiestrategien aus dem Bereich der Physiotherapie. Andererseits können alle Betroffenen unabhängig von der Lokalisation des Tumors von Heilmitteln profitieren. Die

regionalen Ungleichheiten lassen sich vermutlich anhand der verschiedenen ausgeprägten Palliativstrukturen erklären (Diemer & Burchert, 2002). Damit sind auch Unterschiede in der Wahrnehmung und dem Wissensstand über die palliative Behandlung in der Gesellschaft und bei den ambulant tätigen Ärzten verbunden. Insbesondere die Kompetenz der Ärzte scheint ein wesentlicher Faktor für die Strukturqualität der Palliativmedizin zu sein. Leider sind diese Kompetenzen häufig nicht ausreichend vorhanden (Ensink, 2001).

Grundsätzlich ist die physiotherapeutische Versorgung von Tumorerkrankten in terminaler Lebensphase als gering zu bezeichnen. Sie muss unbedingt gestärkt werden. Dabei ist jedoch zu bedenken, dass einige Versicherte sicherlich auch in stationären Einrichtungen versorgt wurden und somit nicht in diese Auswertungen eingingen. Dies kann ein Grund für die sinkende Ordnungsprävalenz im Alter sein. Ältere Personen weisen womöglich mehrere Erkrankungen neben der Krebserkrankung auf und/oder haben nur noch wenige Angehörige, die sich außerhalb von stationären Einrichtungen kümmern könnten.

Frauen und junge Erwachsene sind aufgrund der Methodik unterrepräsentiert. Ihre Versorgung kann somit nicht in dem Maße dargestellt werden, wie für die männlichen und älteren Versicherten – verlässliche Aussagen über diesen Personenkreis sind daher nicht möglich.

Die Strukturen der palliativen Versorgung in Deutschland sollten im Interesse aller an der Versorgung Teilnehmenden ausgebaut und optimiert werden. Der Gedanke von Palliative Care sollte in der ambulanten Versorgung von Sterbenden gestärkt werden. Grundlage dafür wäre die Verankerung der Palliativversorgung im Heilmittelkatalog – bisher ist dies nicht geschehen. Ein weiteres Augenmerk sollte unbedingt auf die Fort- und Weiterbildung von Leistungserbringern gelegt werden, damit diese nicht nur selber eine an die Patientensituation angepasste und eine der Krankheit angemessene Behandlung durchführen können, sondern auch

an entsprechende Stellen vermitteln können – ganz im Sinne der Multidisziplinarität, die einen entscheidenden Faktor für den Erfolg einer palliativen Therapie darstellt. Deshalb sollte das Thema unbedingt in adäquater Form in die Lehrpläne des Medizinstudiums eingebaut werden. Schließlich sind die Ärzte die ersten Ansprechpartner, welche dann entsprechende Maßnahmen einleiten müssen. Auf Seiten der Patienten sollten Angebote geschaffen werden, die das Empowerment stärken und positiv auf eine Partizipation bei der eigenen Behandlung einwirken.

Ein ebenfalls wichtiger Punkt wäre die weitere Forschung in diesem Bereich – Deutschland ist in dieser Hinsicht noch immer „Entwicklungsland“. Um Defizite auszugleichen und die Versorgung zu verbessern, müssen die defizitären Strukturen zunächst genau benannt und analysiert werden. Eine patientenorientierte Palliativmedizin ist dringend notwendig, um die Lebensqualität bis zum Lebensende zu stärken und um eine würdevolle terminale Lebenssituation aufrecht zu erhalten. Ein solches Ziel ist nur über den Ausbau der Palliativstrukturen und eine damit einhergehende multiprofessionelle Anstrengung zu erreichen.

5. Multiple Sklerose in der ambulanten Versorgung

In Deutschland wird die Prävalenz der Multiplen Sklerose (MS) auf mindestens 100.000 Personen geschätzt (ca. 0,12%). Betroffene sind häufig in ihren Fähigkeiten im alltäglichen Leben und in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt. Dabei können sehr unterschiedliche Körperfunktionen betroffen sein, wodurch die Notwendigkeit einer interdisziplinären Therapie an Bedeutung gewinnt. Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie bieten vielfältige Methoden, die individuell abgestimmt werden können, um die unterschiedlichen Krankheitssymptome und -ausprägungen zu behandeln.

Die Prävalenz von MS in der GEK lag in den Jahren 2004 bis 2007 zwischen 0,23% (3.047) und 0,24% (3.676). 46% (1.395) bis 49% (1.790) der MS-Erkrankten erhielten Physiotherapieverordnungen, 4% (120) bis 6% (222) Ergotherapie und 1% (33) bis 1,3% (47) erhielten Logopädie; 78% der Versicherten, die Muskelrelaxanzien oder urologische Spasmolytika erhielten, wurden in Kombination mit Physiotherapie behandelt (505 und 233, 13% und 6% aller Fälle).

Obwohl die Heilmitteltherapie ein wichtiges Element in der Behandlung von MS darstellt, ist der gegenwärtige wissenschaftliche Kenntnisstand zur Wirksamkeit, vor allem im Bereich Ergotherapie und Logopädie, gering. Es sind randomisierte kontrollierte Studien zur Dauer, Frequenz und Kombination der unterschiedlichen Methoden und Langzeitergebnisse erforderlich, um eine bedarfsgerechte und interdisziplinäre Versorgung bei MS zu gewährleisten.

5.1 Hintergrund

In Deutschland sind mindestens 100.000 Menschen an MS erkrankt (Pugliatti et al., 2006). Betroffen sind alle Altersgruppen, festgestellt wird die Erkrankung jedoch meist zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr. Im Jugendalter ist MS die wahrscheinlich häufigste Ursache für neurologisch bedingte Behinderungen. Die Lebenserwartung ist durch die Erkrankung um fünf bis zehn Jahre herabgesetzt (Compston & Coles, 2008).

MS ist eine Autoimmunkrankheit des Zentralen Nervensystems (ZNS), die durch demyelinisierende Entzündungsherde gekennzeichnet ist. Damit Nervensignale weitergeleitet werden können, sind Axone, die faserartigen Fortsätze der Nervenzelle, in eine Hülle aus einer isolierenden Substanz eingebettet – die Myelinscheide. Axone mit beschädigter Myelinscheide können Nervenimpulse nicht mehr ausreichend weitergeben. Die für MS typischen unterschiedlichen neuronalen Ausfälle treten infolge der Läsionen an verschiedenen Hirnstrukturen zeitlich unabhängig auf. Diese Ausfälle führen zu Störungen der Motorik und der Koordination, der Hirnnervenfunktionen, der vegetativen, neuropsychologischen und kognitiven Funktionen. Typische Symptome dabei sind Schmerzen und epileptische Anfälle, Blasenfunktionsstörungen, Gefühls- und Gleichgewichtsstörungen, Fatigue (Ermüdungssyndrom), Leistungsminderung, Depressionen und Sehstörungen. Klingt eine lokale Entzündung ab, können sich Läsionen teilweise zurückbilden. Findet jedoch eine schwere und dauerhafte Demyelinisierung statt, werden Nervenzellen zerstört, bevor die Myelinscheide wieder aufgebaut werden kann, die Ausfälle bleiben dann bestehen (Silbernagl & Lang, 1998; Compston & Coles, 2008). Neben der schubförmigen Verlaufsform ist die sekundär chronisch-progrediente Verlaufsform demnach durch das ständige Fortschreiten der Beeinträchtigungen gekennzeichnet. Frauen erkranken bei der schubförmig verlaufenden MS etwa doppelt so häufig wie Männer. Liegt noch keine gesicherte MS Diagnose vor, spricht man von klinisch isolierten Ereignissen (clinically isolated syndrome, CIS). Die Zeit vor der ersten Diagnosestellung wird auf ca. 3,5 Jahre geschätzt. Etwa die Hälfte der Betroffenen leidet unter

der schubförmigen Verlaufsform (Stuke et al., 2009). Die höchsten Prävalenzraten sind in den Altersgruppen der 35- bis 49-Jährigen zu finden (Pugliatti et al., 2006).

Die symptomatische Therapie der MS bildet einen wichtigen Schwerpunkt in der Behandlung. Wesentliche Ziele sind die Reduktion von Krankheits-symptomen, welche die Fähigkeiten der Betroffenen im alltäglichen Leben und ihre Lebensqualität beeinträchtigen. Außerdem sollen sekundäre Schäden und damit weitere Fähigkeitsstörungen vermieden werden. Der zeit- und situationsgerechte Einsatz einer multimodalen Betreuung durch Hausärzte, Spezialisten, Psychologen, Physiotherapeuten, Ergo-therapeuten, Logopäden, Sozialarbeiter und Pflegekräfte sollte individuell abgestimmt sein. Die interdisziplinären Schnittstellen erfordern eine einheitliche Dokumentation und interdisziplinäre Kommunikation. Um die große Informationslücke zum individuellen Krankheitsverlauf unter den Bedingungen des klinischen Alltags zu schließen, wird empfohlen, dass sich Patienten mindestens einmal im Jahr in einem regionalen MS-Kompetenzzentrum vorstellen, das möglichst am Registerprojekt der Deutschen Multiplen Sklerose Gesellschaft beteiligt sein sollte (Albrecht et al., 2004).

Die jährlichen Kosten pro Patient belaufen sich in Deutschland auf etwa 40.000 Euro im Jahr. Sie setzen sich aus direkten und indirekten Kosten zusammen. Direkte Kosten entstehen durch die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen, sowie durch Transportkosten oder die Anschaffung von Hilfsmitteln. Indirekte Kosten gehen vor allem auf den Produktivitätsverlust bei Arbeitsunfähigkeit zurück. Der wichtigste Faktor, der die Krankheitskosten der MS beeinflusst, ist das Maß der Behinderung (Kobelt et al., 2006 a, b).

Der Heilmiteleinsatz dient der Vermeidung und Verbesserung von Störungen der Körperfunktionen und -strukturen, der Beeinträchtigung von Aktivitäten des alltäglichen Lebens (z.B. Waschen, Ankleiden, Kochen) und der Partizipation im sozialen und beruflichen Leben.

Die Heilmittelversorgung, die zum interdisziplinären Management der sehr unterschiedlichen Beeinträchtigungen bei MS eingesetzt wird, steht in diesem Kapitel im Vordergrund. Die in Abschnitt 5.4 beschriebene Datenbasis wurde verwendet, um die Prävalenz der Diagnose MS zu ermitteln, sowie die Verordnungsraten und -charakteristika für Heilmittel, auch in Kombination mit Arzneimitteln der Basis-, Schub- und symptomatischen Therapie und die Alters- und Geschlechtsverteilung der Patienten festzustellen. An MS erkrankte Männer und Frauen werden hinsichtlich ihrer Inanspruchnahme (Arztkontakte) und zusätzlicher Diagnosen analysiert. Dabei wird berücksichtigt, ob sie eine physiotherapeutische Behandlung erhalten haben. Zu Beginn wird der gegenwärtige Forschungsstand zur Heilmitteltherapie dargestellt und in Verbindung mit den Ergebnissen diskutiert.

5.2 Stand der Forschung zum Heilmittleinsatz

Physiotherapie

Die Physiotherapie wird bei MS vor allem eingesetzt im Zusammenhang mit auftretenden Muskelspastiken, Fatigue (Ermüdungssyndrom), Schmerzen, Blasenfunktionstörungen und Ataxie (Störung der Bewegungskoordination). Die Gestaltung komplexer Bewegungsabläufe wie zum Beispiel das Gehen, die Kräftigung und Muskelkoordination gehören zum aktiven Behandlungskonzept und sind auf die selbständige Alltagsbewältigung ausgerichtet. Zu den in Deutschland traditionell bei MS eingesetzten physiotherapeutischen Behandlungsmethoden gehören das Bobath-Konzept, die Vojta-Therapie und die Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF). Motorbetriebene Fahrräder zur Durchführung passiver Tretbewegungen, die Laufbandtherapie, das Krafttraining und Aerobes Fitnesstraining sind Beispiele der physiotherapeutischen Techniken, die zur Verbesserung von Kraftreserven, Koordination, kardiovaskulärer Fitness und Wohlbefinden eingesetzt werden können (Albrecht et al., 2004). Die Evidenz für die Trainingstherapie bei MS, die der Alternati-

ve „keine Therapie“ hinsichtlich der Verbesserung der Muskelfunktion und Mobilität überlegen ist, gilt aufgrund eines Cochrane-Reviews ebenfalls als stark. Eingeschlossene Therapiemaßnahmen waren beispielsweise die Gangschule, Zirkeltraining, Balanceübungen, Aerobic, Dehnung, Hantel- und Ergometertraining (Rietberg et al., 2009). Ein weiterer Review fasst zusammen, dass die Evidenz zur Behandlung von Ataxie bei MS dagegen zu wenig überzeugt, um eine Aussage über die Wirksamkeit von Medikamenten oder Physiotherapie zuzulassen (Mills et al., 2009).

Ergotherapie

In Deutschland entwickelte sich die Ergotherapie aus der Zusammenlegung von Arbeits- und Beschäftigungstherapie. Sie dient bei MS unter anderem der Behandlung von sensomotorisch-perzeptiven Störungen, sowie Beeinträchtigungen der Feinmotorik und kognitiven Störungen. Laut Heilmittelkatalog gehören zur Ergotherapie aktivierende und handlungsorientierte Methoden mit lebenspraktischen Übungen und funktionellen, spielerischen, handwerklichen und gestalterischen Techniken. Der Einsatz findet bei Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, des Nervensystems und bei psychischen Erkrankungen statt und ist damit bei MS indiziert (Heilmittelrichtlinien, 2004). Im Bereich der Ergotherapie gehören die Verbesserung der Fein- und Grobmotorik und der Gleichgewichtsempfindungen, der Koordination und Umsetzung der Sinneswahrnehmungen, Übungen zur Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit sowie Gedächtnistraining und Entspannungstechniken zu Behandlungsinhalten. Der Transfer zum Erhalten und Verbessern der Fähigkeiten des täglichen Lebens und der Partizipation geschieht über das gezielte Trainieren von Alltagsaktivitäten, wie beispielsweise der Körperpflege, Haus- und Küchenarbeit oder gegebenenfalls sogar durch das Wiedererlernen von Lesen und Schreiben. Zurzeit besteht keine belastbare Evidenz zur Wirksamkeit von Ergotherapie in Bezug auf Funktionsstörungen, soziale Partizipation und gesundheitsbezogene Lebensqualität bei MS Patienten (Stultjens et al., 2009).

Logopädie

Die Logopädie wird in Fällen von Dysarthrie (Sprechstörung), Dysphonie (Stimmstörung) und Dysphagie (Schluckstörung) eingesetzt. Sie beinhaltet Maßnahmen zur Wiederherstellung, zur Besserung und zum Erhalt der koordinierten motorischen und sensorischen Sprechleistung, des Schluckvorganges, sowie der sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten (Heimittelrichtlinien, 2004). Die Behandlungsindikation zur Logopädie besteht zum Beispiel, wenn die Sprechstörung die Kommunikation beeinträchtigt und dadurch die Lebensqualität und die soziale Partizipation eingeschränkt oder sogar soziale Isolation oder Arbeitsplatzverlust die Folge sind. Oftmals werden die Techniken kombiniert eingesetzt und dienen der Steuerung der Sprechgeschwindigkeit, des Stimmtons, der Phrasenübergänge oder der Verstärkung der Stimme. Ergänzende Maßnahmen sind die Korrektur von Körperhaltung, Lautstärke und Tonhöhe, sowie die Koordination von Atmung und Lautstärke. Das Tastbrett zum Einüben des adäquaten Sprechtempos, ein Metronom oder PC-Programme stellen Hilfsmittel der Logopädie bei MS dar. Außerdem kann die Schlucktherapie bei MS eingesetzt werden. Dabei werden Bewegungen stimuliert oder gehemmt, Haltungsänderungen des Kopfes und Schlucktechniken einbezogen (Albrecht et al., 2004). Die Datenlage zu Logopädie bei MS ist spärlich. In einer Studie aus den U.S.A. wurde die Wirksamkeit von Training der Expirationsmuskulatur hinsichtlich einer erwarteten Verbesserung der Stimmstörung untersucht. Es konnte zwar für eine kleine Patientengruppe (n=17) mit milden bis moderaten Krankheitsausprägungen – allerdings ebenso für die Kontrollgruppe (n=14) – eine Verbesserung hinsichtlich der Muskelkraft festgestellt werden, jedoch nicht in Bezug auf die Stimmstörung (Chiara et al., 2007).

5.3 Multidisziplinäre Behandlung

Aus einem systematischen Literaturreview der Cochrane Collaboration aus dem Jahr 2008 geht hervor, dass die Evidenz zur multidisziplinären

Rehabilitation hinsichtlich der Verbesserung von Aktivitäten und Partizipation als stark bezeichnet werden kann. Die Definition der multidisziplinären Rehabilitation wird dabei erfüllt, wenn zwei oder mehr Disziplinen in Verbindung mit ärztlicher Konsultation zur Verbesserung der Aktivitäten und Partizipation eingesetzt werden. Die stationären und ambulanten Rehabilitationsprogramme enthielten Elemente der Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychologie, der kognitiven Therapie oder Verhaltenstherapie, der Sozialarbeit, Ernährungsberatung und des Hilfsmiteilsatzes oder der Beratung im beruflichen Umfeld. Die verfügbare Evidenz belegt zwar die Wirksamkeit der stationären Therapie, die Evidenz zur ambulanten Therapie ist jedoch nicht ausreichend, um diesbezüglich Schlussfolgerungen zur Effektivität zuzulassen. Es besteht daher Forschungsbedarf bezüglich angemessener outcome-Parameter und damit verbunden zur Intensität, Frequenz, Effektivität und Kosten von rehabilitativer Langzeittherapie. Es besteht außerdem Bedarf an Studien von guter wissenschaftlicher Praxis zur Rehabilitation bei MS (Khan et al., 2008).

5.4 Methode

Datenbasis

Den Auswertungen liegen die Versichertendaten der GEK aus dem Zeitraum 2004 bis 2007 zu Grunde. In diesen Jahren waren zwischen 1.470.049 und 1.646.284 Personen in der GEK versichert. In die Analysen wurden nur Versicherte eingeschlossen, die eine gesicherte Diagnose MS nach dem ICD-10 Code G35 aufwiesen und die innerhalb eines Jahres als durchgängig versichert identifiziert werden konnten.

Prävalenz

Die Prävalenz wurde über die Fälle definiert, welche mindestens eine gesicherte Diagnose G35 im jeweiligen Jahr aufwiesen. Personen galten als durchgängig versichert, wenn sie mindestens einen Tag in jedem Quar-

tal des jeweiligen Jahres versichert waren. Dazu wurden die ambulanten Diagnosedaten mit den Stammdaten verknüpft. Für das Jahr 2007 wurden die Alters- und Geschlechtsverteilungen dargestellt (s. Abbildung IV.17).

Ambulante Versorgung

PatientInnen gelten als Leistungsversicherte (LV), wenn sie mindestens eine Verordnung der aufgeführten Heil- oder Arzneimittel innerhalb des jeweiligen Jahres erhalten haben. Die LV der drei Heilmittelbereiche wurden für die Jahre 2004 bis 2007 dargestellt. Dazu wurde jeweils der Anteil an allen an MS erkrankten Versicherten verwendet.

Die weitere Analyse von Leistungsdaten der Heilmittel und Arzneimittel wurde auf die prävalente Gruppe des Jahres 2007 bezogen. Dabei wurde die Versorgung mit Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie desselben Jahres nach ihrer Abrechnungspositionsnummer (APN) bzw. den entsprechenden Leistungsarten analysiert. Zusätzlich wurde die medikamentöse Versorgung, wie sie im BARMER GEK Arzneimittel-Report 2010 analysiert wurde, einbezogen und die Kombination mit Physiotherapie untersucht. Bei der medikamentösen Versorgung wurden die Basistherapie mit krankheitsmodifizierenden Immuntherapeutika (Interferone, Glatiramer, Azathioprin, Natalizumab, Mitoxantron, intravenöse Immunglobuline), die Akuttherapie mit Glucocorticoiden sowie die symptomatische Behandlung mit Muskelrelaxanzien, urologischen Spasmolytika und Antidepressiva (SSRI und Trizyklika) einbezogen (Windt, 2010).

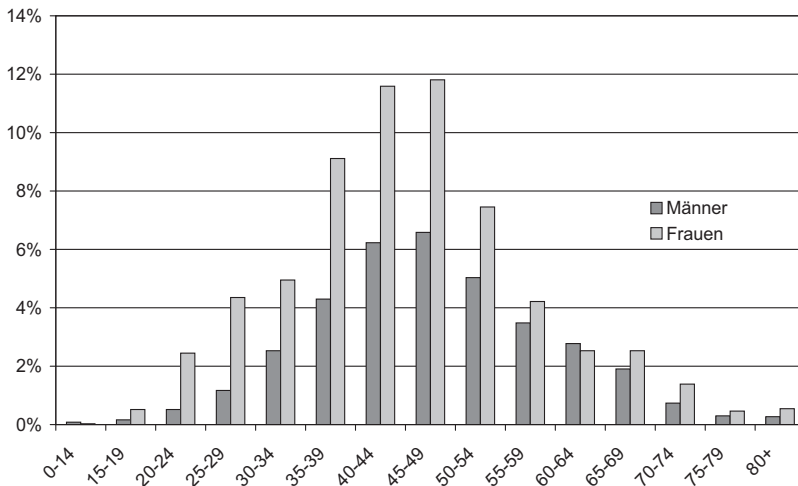
Für die Analyse der Gruppen der LV und nicht LV für Physiotherapie hinsichtlich ihrer Inanspruchnahme und weiterer Diagnosen wurden die Anzahl der Arztkontakte und Diagnosen pro Person und nach Geschlecht ausgewertet.

5.5 Ergebnisse

Prävalenz

In der GEK wiesen in den Jahren 2004 bis 2007 zwischen 3.047 und 3.376 Versicherte die Diagnose MS auf. Das Durchschnittsalter betrug ca. 45 Jahre. Der weibliche Anteil lag zwischen 59,9% (1.826) und 63,9% (2.350) aller an MS erkrankter Versicherten (s. Abbildung IV.17).

Abbildung IV.17 Prävalenz von MS in der GEK nach Alter und Geschlecht in 2007

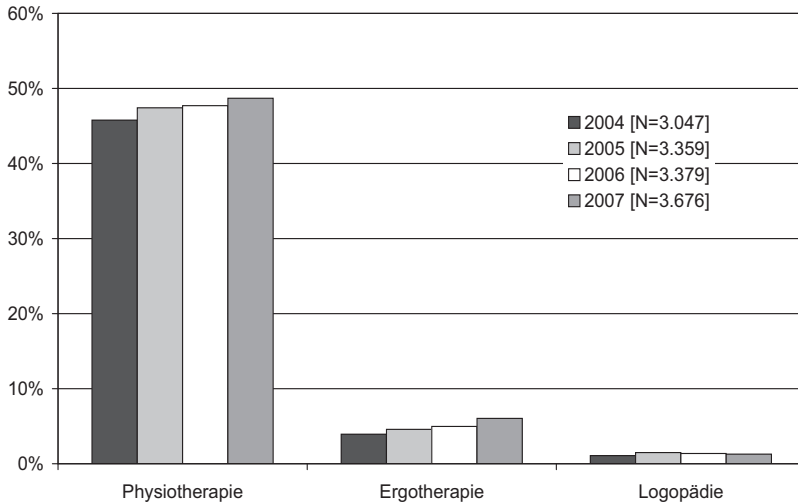


Datenbasis: 3.676 GEK-Versicherte mit mindestens einer gesicherten Diagnose MS im Jahr 2007

Heilmittelversorgung

Physiotherapie ist die am häufigsten verordnete Heilmitteltherapie bei MS. In den Jahren 2004 bis 2007 betrifft dies mit steigenden Anteilen zwischen 46% und fast 49% der MS-PatientInnen. Der Anteil LV für Ergotherapie ist zwar ebenfalls steigend, allerdings liegt er zwischen 4% und 6%, LV mit Logopädie machten in den jeweiligen Jahren 1% bis 1,3% der MS-PatientInnen aus (s. Abbildung IV.18).

Abbildung IV.18 Anteile LV an GEK-Versicherten mit MS für Heilmittel 2004 bis 2007

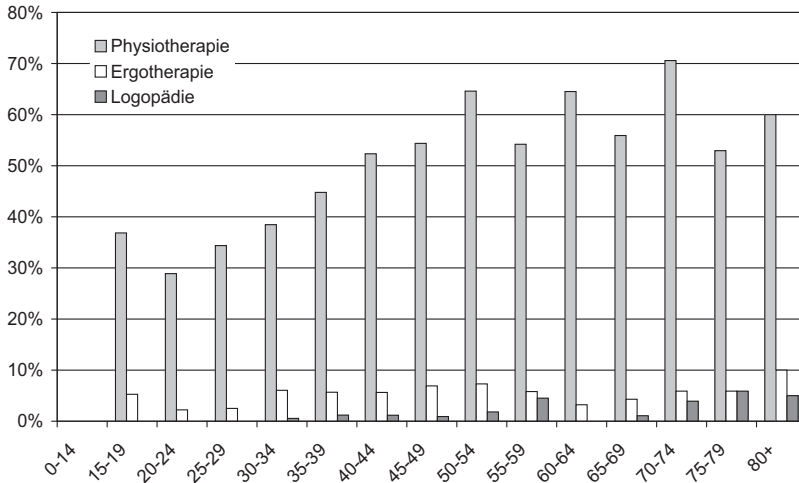


Datenbasis: GEK-Versicherte mit mindestens einer gesicherten Diagnose MS und mindestens einer Heilmittelverordnung im jeweiligen Jahr

Im Jahr 2007 zeigt sich bei den weiblichen MS-Erkrankten, dass in den Altersgruppen der 40- bis unter 80-Jährigen über 50 % bis 70 % aller Patientinnen Physiotherapie erhalten haben (s. Abbildung IV.19). Bei den männlichen MS-Patienten fällt dieser Anteil etwas geringer aus und liegt in den Altersgruppen der 40- bis unter 80-Jährigen zwischen 50 % bis 60 % (s. Abbildung IV.20). Die Altersgruppen der bis unter 15- und über 80-Jährigen werden aufgrund der geringen Fallzahl außer Betracht gelassen. Insgesamt erhielten im Jahr 2007 593 Männer und 1.197 Frauen Physiotherapie. Der Anteil weiblicher LV an allen an MS erkrankten Frauen liegt daher bei 51 % und bei den Männern bei ca. 45 %.

Die Chance für Frauen mit Physiotherapie behandelt zu werden, liegt um 46 % höher als die für Männer (OR=1,46, 95 %, CI 1,25 – 1,69).

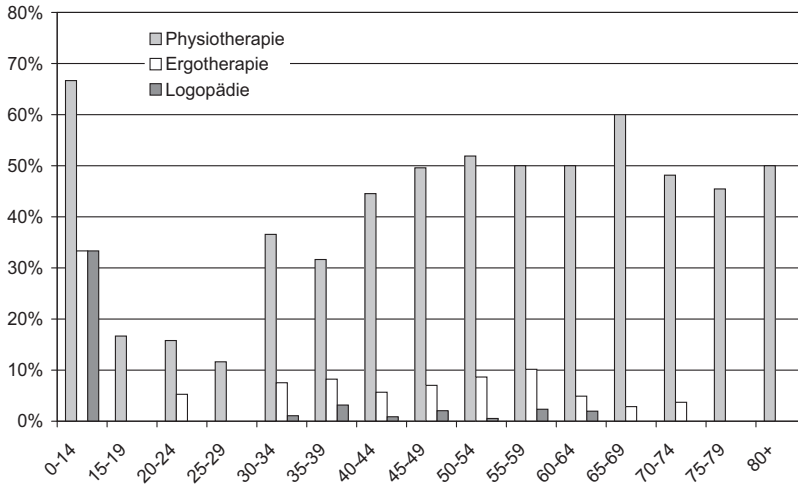
Abbildung IV.19 Anteile weiblicher LV an GEK-versicherten Frauen mit MS für Heilmittel 2007 nach Alter



Datenbasis: 2.350 weibliche Versicherte der GEK mit der Diagnose MS und Heilmittelleistungsdaten 2007.

Den 1.790 LV für Physiotherapie wurden im Jahr 2007 vor allem Krankengymnastik (KG) speziell (41 %) und normal (33 %) verordnet. Zur speziellen KG gehören unter anderem die Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage, auch Atemtherapie, Physiotherapie bei zentralen Bewegungsstörungen, nach Bobath, Vojta und PNF. Thermotherapie, Manuelle Lymphdrainage (MLD) und Klassische Massage nehmen die Plätze drei, vier und fünf der häufigsten Verordnungen ein (s. Abbildung IV.21).

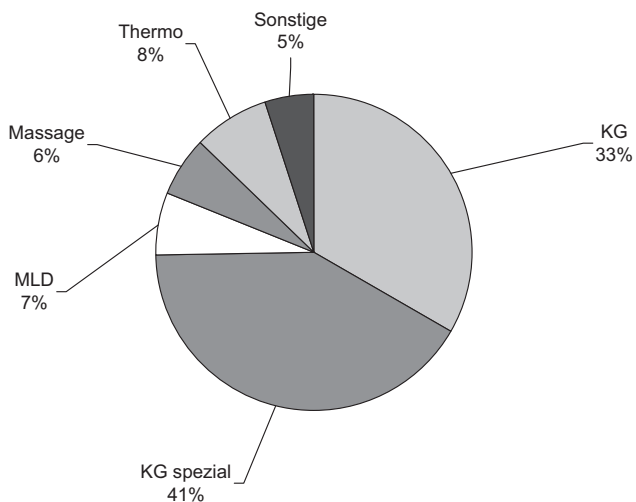
Abbildung IV.20 Anteile männlicher LV an GEK-versicherten Männern mit MS für Heilmittel 2007 nach Alter



Datenbasis: 1.326 männliche Versicherte der GEK mit der Diagnose MS und Heilmittelleistungsdaten 2007

In den Tabellen IV.21 und IV.22 werden die Verordnungspositionen in den Bereichen Ergotherapie und Logopädie aufgeführt. Bei den Ergotherapieverordnungen fällt der hohe Anteil der „Ergotherapie bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen“ (63 %) auf. Bei der Logopädie wird deutlich, dass etwa die Hälfte der Verordnungen, in denen auch die logopädische Befunderhebung enthalten ist, auf die Behandlung von 45 Minuten zurückgehen (eine nähere Leistungsbezeichnung ist aufgrund der APN nicht möglich). Die allgemeinen und nicht MS-bezogenen Auswertungen zu den ausgabenintensivsten Verordnungspositionen der Ergotherapie im Jahr 2007 nehmen bei sensomotorisch-perzeptiven Störungen 78,05 % ein (Kemper et al., 2008). Nach Daten aus dem Jahr 2006 gingen 82 % aller logopädischer Verordnungen auf 45 Minuten Therapiezeit und nur 2,53 und 2,03 % auf die Befunderhebung zurück (Deitermann et al., 2007).

Abbildung IV.21 Anteile der Verordnungsposten Physiotherapie 2007 bei LV mit MS



Datenbasis: Alle Physiotherapieverordnungen von 1.790 LV der GEK mit MS im Jahr 2007

Tabelle IV.21 Verordnungsposten Ergotherapie 2007

Leistungsart	Anzahl Positionen	Anteil aller Positionen in %
Befunderhebung	86	8,40
EB* bei motorischen Störungen	109	10,64
EB* bei sensomotor. Störungen	647	63,18
Hirnleistungstraining	61	5,96
EB* bei psychischen Störungen	32	3,13
Sonstige	89	8,69
Summe	1.024	100,00

* Einzelbehandlung

Datenbasis: alle Ergotherapieverordnungen bei 879 LV mit MS aus dem Jahr 2007

Tabelle IV.22 Verordnungspositionen Logopädie 2007

Leistungsart	Anzahl Positionen	Anteil aller Positionen in %
Befunderhebung	46	24,86
Einzelbehandlung 30 Minuten	34	18,38
Einzelbehandlung 45 Minuten	88	47,57
Einzelbehandlung 60 Minuten	17	9,19
Summe	185	100,00

Datenbasis: alle Logopädieverordnungen bei 140 LV mit MS aus dem Jahr 2007

Frauen mit MS weisen im Mittel knapp 39 Arztkontakte pro Person und Jahr auf (Männer ca. 33). Dabei gehen 75 % aller Frauen bis zu 117-mal im Jahr und 75 % aller Männer nur bis zu 43-mal zum Arzt. Die Anzahl unterschiedlicher Diagnosen, welche die MS-PatientInnen zusätzlich innerhalb eines Jahres erhalten haben, liegt bei Männern im Mittel bei ca. 12 und bei Frauen bei ca. 17 Diagnosen pro Person. 75 % aller Frauen erhalten bis zu 22 unterschiedliche Diagnosen und 75 % aller Männer bis zu 17 (s. Tab. 36 im Anhang). Die Anzahl Arztkontakte und zusätzliche Diagnosen pro Person und Jahr zeigen sowohl für Männer als auch für Frauen eine geringe Korrelation mit der gleichzeitigen physiotherapeutischen Behandlung.

Bei den Ergebnissen zur kombinierten Behandlung von Physiotherapie und den bei MS empfohlenen Arzneimitteln fällt erneut auf, dass LV zum größeren Teil weiblich sind. Eine Kombination aus Physiotherapie und Arzneimitteln findet besonders häufig in der symptomatischen Therapie mit Muskelrelaxanzien und urologischen Spasmolytika statt. Dort belaufen sich die Anteile auf 79 % der LV für diese Arzneimittel (s. Tabelle IV.23). Es besteht sowohl für Männer als auch für Frauen ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Behandlung mit Physiotherapie und Medikamenten der symptomatischen Therapie. Dieser Zusammenhang besteht ebenfalls zwischen Physiotherapie und der Behandlung mit Glucocorticoiden. An dieser Stelle rückt die Bedeutung interdisziplinärer Schnittstellen und Kommunikation besonders in den Vordergrund. Patienten, die sowohl

Arzneimittel, als auch Physiotherapie in Anspruch nehmen, zeichnen sich durch ihren stärkeren Bedarf an medizinischer Versorgung aus und machen bis zu 15% aller MS Erkrankten aus.

Tabelle IV.23 Leistungversicherte für Arzneimittel (AM) und Physiotherapie (PT) im Jahr 2007, die Anteile an allen erkrankten Versicherten in Prozent* und die Anteile an allen LV für die aufgeführten Arzneimittel**

Arzneimittel	LV AM (%)	LV PT + AM (%)	LV PT + AM weiblich (%)
Muskelrelaxanzien	641 (17,43)*	505 (11,65)**	303 (6,99)**
Urologische Spasmolytika	297 (8,08)*	233 (5,37)**	164 (3,78)**
Trizyklika/ SSRI	749 (20,38)*	419 (9,67)**	300 (6,92)**
Interferon	1.015 (27,61)*	471 (10,86)**	333 (7,68)**
Glatiramer	313 (8,51)*	149 (3,44)**	96 (2,21)**
Natalizumab	67 (1,82)*	41 (0,95)**	30 (0,69)**
Azathioprin	148 (4,03)*	77 (1,76)**	43 (0,99)**
Mitoxantron	9 (0,25)*	5 (0,12)**	3 (0,07)**
i.v. Immunglobuline	29 (0,79)*	15 (0,35)**	13 (0,30)**
Systemische Glucokortikoide	1.068 (29,05)*	582 (13,42)**	389 (8,97)**

Datenbasis: alle Verordnungen von Physiotherapie und Arzneimitteln der Basis-, schub- und symptomatischen Therapie bei Versicherten mit MS aus dem Jahr 2007

5.6 Diskussion

Die Heilmitteltherapie wird zum Erhalt von Funktionen und Fähigkeiten im alltäglichen sowie sozialen und beruflichen Leben der Betroffenen eingesetzt und ermöglicht außerdem eine interdisziplinäre Behandlung der sehr unterschiedlichen Beeinträchtigungen, die typisch sind für MS. Sie fordert Koordination und Kommunikation zwischen den unterschiedlichen Disziplinen. Allerdings ist über den klinischen Alltag von Betroffenen kaum etwas bekannt. Der wichtigste Faktor, der die Krankheitskosten der MS beeinflusst, ist das Maß der Behinderung (Kobelt et al., 2006 a,b). Der Einsatz von den im Vergleich zu Arzneimitteln eher kostengünstigen Heilmitteln ist deshalb auch aus ökonomischer Sicht interessant.

Frauen mit MS weisen mehr Arztkontakte pro Person und im Jahr auf als Männer. Die Anzahl der Arztkontakte oder zusätzlicher Diagnosen steht sowohl für Männer als auch für Frauen in einem schwachen Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Physiotherapie. Bis zu 15% aller MS Erkrankten werden sowohl mit Physiotherapie als auch mit Arzneimitteln behandelt und stellen eine Patientengruppe mit erhöhtem interdisziplinärem Behandlungsbedarf dar. Es wird zwar deutlich, dass eher Frauen mit Physiotherapie behandelt werden als Männer, doch über den Behandlungsbedarf aus Sicht der Betroffenen und die weitere Definition einer bedarfsgerechten Heilmittelversorgung bei MS ist wenig bekannt. Das Potenzial einer früh einsetzenden Heilmitteltherapie, die geeignet erscheint, Funktionen und Fähigkeiten zu erhalten und zu fördern, sowie die Heilmittelversorgung schwerstkranker und sterbender MS-Patienten, findet noch wenig Beachtung.

Die Behandlungstechniken im Heilmittelbereich sind breit gefächert und ständigen Entwicklungen unterworfen. Obwohl die Heilmitteltherapie ein wichtiges Element in der Behandlung von MS darstellt, ist der gegenwärtige wissenschaftliche Kenntnisstand zur Wirksamkeit, vor allem im Bereich Ergotherapie und Logopädie, gering. Physiotherapie gehört zu den am besten mittels randomisierter kontrollierter Studien überprüften Behandlungsmöglichkeiten bei MS und ebenfalls zur am häufigsten eingesetzten Therapie aus dem Heilmittelbereich (49% aller MS-Patienten). Anzumerken ist, dass den vielfältigen Methoden der Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie bei MS international unterschiedliche Traditionen und Entwicklungen zu Grunde liegen können. Internationale Ergebnisse sind daher nicht immer übertragbar.

Es werden randomisierte kontrollierte Studien zur Dauer, Frequenz und Kombination der unterschiedlichen Methoden und Langzeitergebnisse benötigt, um den Einsatz therapeutisch sinnvoller Therapien und eine interdisziplinäre Versorgung bei MS zu gewährleisten.

V. Verzeichnisse

1. Tabellenverzeichnis

Tabelle I.1	Kennzahlen der Jahre 2008 und 2009 für die BARMER GEK-Versicherten	20
Tabelle I.2	Ausgaben der BARMER GEK für unterschiedliche Heilmittel im Jahr 2009 in Euro	23
Tabelle I.3	Prozentuale Verteilung der Ausgaben für Versicherte der GEK mit Inanspruchnahme von Heilmitteln, Hilfsmitteln und Arzneimitteln im Jahre 2009	25
Tabelle II.1	Anzahl der mit der GEK abrechnenden Praxen	53
Tabelle II.2	Kennzahlen der Heilmittelversorgung 2008 und 2009 in der GEK	54
Tabelle II.3	Kennzahlen der Ergotherapieversorgung 2008 und 2009 in der GEK	55
Tabelle II.4	Kennzahlen der Logopädieversorgung 2008 und 2009 in der GEK	57
Tabelle II.5	Kennzahlen der Physiotherapieversorgung 2008 und 2009 in der GEK	60
Tabelle II.6	Die ausgabenintensivsten Verordnungspositionen der Physiotherapie 2009 in der GEK	63
Tabelle II.7	Kennzahlen der Podologieversorgung 2008 und 2009 in der GEK	64
Tabelle II.8	Leistungserbringer und Ausgaben pro 100 Versicherte der GEK für die Bereiche Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie und Podologie im Jahr 2009	66
Tabelle III.1	Ausgaben für Hilfsmittleistungen von sonstigen Leistungserbringern nach § 302 SGB V in der GEK	69
Tabelle III.2	Kennzahlen der Hilfsmittelversorgung 2008 und 2009 in der GEK	71
Tabelle III.3	Kennzahlen für Pflegehilfsmittel 2008 und 2009 in der GEK	71

Tabelle III.4	10 Produktgruppen der höchsten Versorgungsprävalenz und Ausgaben pro Leistungsversichertem der GEK nach Geschlecht im Jahr 2009	74
Tabelle III.5	Rangliste der Ausgaben der GEK für Hilfsmittelproduktgruppen aus dem HMV (TOP 10) für das Jahr 2009	75
Tabelle III.6	Hilfsmittel aus Apotheken nach Produktgruppen in 2009 (Top 10), Rangliste nach Ausgaben der GEK	77
Tabelle IV.1	Kinder mit „KG“ und „KG spezial“ 2008 nach Altersgruppe	84
Tabelle IV.2	Topliste der häufigsten Diagnosen im selben Quartal der Verordnungen für Physiotherapie bei Kindern (0 bis 13 Jahre)	85
Tabelle IV.3	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes im selben Quartal der Verordnungen für Physiotherapie bei Kindern (0 bis 13 Jahre)	86
Tabelle IV.4	Körperliche Aktivität nach Klassenstufen (in Prozent)	92
Tabelle IV.5	Anteil LV für KG an allen Kindern mit der Diagnose „sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert“ oder „Rückenschmerzen“ (M53 und M54) nach Alter und Geschlecht	94
Tabelle IV.6	Versorgungsprävalenz nach Gebieten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) (Kinder unter 14 Jahren)	101
Tabelle IV.7	Ausgabenanteile der Produktgruppen nach dem Hilfsmittelverzeichnis	113
Tabelle IV.8	ICD-GM-Version 2010 Dekubitalgeschwür	120
Tabelle IV.9	Allgemeine Empfehlung Heilmittel	128
Tabelle IV.10	Druckentlastende Hilfsmittel mod. EPUAP/NPUAP	129
Tabelle IV.11	Allgemeine Empfehlung Wundauflagen mod. EPUAP/NPUAP	131
Tabelle IV.12	Hilfsmittel zu Wundreinigung und Débridement mod. EPUAP/NPUAP	132
Tabelle IV.13	Hilfsmittel zu Wundauflagen mod. EPUAP/NPUAP	133
Tabelle IV.14	Dekubitus-Patienten im Jahr 2008 nach Alter und Geschlecht	135

Tabelle IV.15	Dekubitusprävalenz 2006 bis 2008 bei GEK Versicherten ab 70 Jahren	135
Tabelle IV.16	Dekubitusfälle 2006 bis 2008 nach Schweregrad	136
Tabelle IV.17	Kennzahlen für Hilfsmittel gegen Dekubitus (Produktgruppe 11 des Hilfsmittelverzeichnisses) in der GEK	138
Tabelle IV.18	Aufschlüsselung der Physiotherapie-Verordnungen	155
Tabelle IV.19	Aufschlüsselung der Ergotherapie-Verordnungen	156
Tabelle IV.20	Aufschlüsselung der Logopädie-Verordnungen	156
Tabelle IV.21	Verordnungspositionen Ergotherapie 2007	173
Tabelle IV.22	Verordnungspositionen Logopädie 2007	174
Tabelle IV.23	Leistungsversicherte für Arzneimittel (AM) und Physiotherapie (PT) im Jahr 2007, die Anteile an allen erkrankten Versicherten in Prozent und die Anteile an allen LV für die aufgeführten Arzneimittel	175

2. Abbildungsverzeichnis

Abbildung I.1	Anteile an den Ausgaben der GKV im Jahre 2009 in Prozent der Gesamtausgaben in Höhe von 175,6 Mrd. Euro	8
Abbildung I.2	Anteile an den Ausgaben der GEK im Jahre 2009 in Prozent der Gesamtausgaben in Höhe von 3,57 Mrd. Euro	9
Abbildung I.3	Anteile an den Ausgaben der BARMER im Jahre 2009 in Prozent der Gesamtausgaben in Höhe von 17,96 Mrd. Euro	9
Abbildung I.4	Verteilung der Ausgaben für Hilfs-, Heil- und Arzneimittel bei den GEK-Versicherten	24
Abbildung I.5	Anteil Versicherte der GEK mit Heil- bzw. Hilfsmittelverordnungen in 2009 nach Alter	26
Abbildung II.1	Ergotherapie für Kinder bis 13 Jahren: Leistungsversicherte zu Versicherte in Prozent im Jahr 2009	56
Abbildung II.2	Logopädie für Kinder bis 13 Jahren: Leistungsversicherte zu Versicherte im Jahr 2009	59
Abbildung II.3	Physiotherapie für Kindern bis zu 13 Jahren: Leistungsversicherte zu Versicherte im Jahr 2009	62
Abbildung III.1	Ausgabenentwicklung für Hilfsmittel in der GKV und GEK in Beträgen pro Versichertem 2004 bis 2009	69
Abbildung III.2	Versorgungsprävalenz mit Hilfsmitteln (HMV) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2009 der GEK	72
Abbildung III.3	Ausgaben in Euro für Hilfsmittel (HMV) pro Versichertem der GEK 2008 und 2009 nach Bundesland	74
Abbildung IV.1	Vorgehensweise zur Analyse der ambulanten Versorgung mit Physiotherapie bei Kindern	83
Abbildung IV.2	Prävalenz von Kindern mit den Diagnosen „Arthropathien“ (M20 bis M25), „Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens“ (M40 bis M43) und „sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert“ oder „Rückenschmerzen“ ...	87
Abbildung IV.3	Anteil LV für Physiotherapie an allen Kindern mit der Diagnose „M53“ oder „M54“ zwischen 2004 und 2008 nach dem Alter	95
Abbildung IV.4	Anteil LV für Physiotherapie und Arzneimittel an allen Kindern mit der Diagnose „M53“ oder „M54“ im Jahr 2008	96

Abbildung IV.5	Hilfsmittel für Kinder nach Alter und Geschlecht im Jahr 2007	100
Abbildung IV.6	Ausgabenanteile einzelner Produktgruppen in Prozent für Kinder unter 14 Jahren	102
Abbildung IV.7	Einlagen für Kinder nach Alter und Geschlecht in Prozent im Jahr 2007	106
Abbildung IV.8	Versorgungsprävalenz von Einlagen bei Kindern nach Gebieten der Kassenärztlichen Vereinigung (KV)	107
Abbildung IV.9	Anteile der Produktuntergruppen bei den gesichteten Verordnungen	108
Abbildung IV.10	Versorgungsanteile der Produktgruppen nach dem Hilfsmittelverzeichnis	112
Abbildung IV.11	Verbandstoffe für inzidente Dekubituspatienten 2008 nach Warengruppe	137
Abbildung IV.12	Hilfsmittel gegen Dekubitus–Versorgungsprävalenz 2008 nach Schweregrad	139
Abbildung IV.13	Prävalenz bestimmter Tumorerkrankungen in der Gruppe Verstorbener mit Tumordiagnose in Prozent, nach Geschlecht (Mehrfacheinordnungen sind möglich).....	153
Abbildung IV.14	Heilmittel-Verordnungsprävalenz nach Alter und Geschlecht	154
Abbildung IV.15	Heilmittel-Verordnungsprävalenz nach Lokalisation	157
Abbildung IV.16	Heilmittel-Verordnungsprävalenz nach Bundesland	158
Abbildung IV.17	Prävalenz von MS in der GEK nach Alter und Geschlecht in 2007	169
Abbildung IV.18	Anteile LV an GEK-Versicherten mit MS für Heilmittel 2004 bis 2007	170
Abbildung IV.19	Anteile weiblicher LV an GEK-versicherten Frauen mit MS für Heilmittel 2007 nach Alter	171
Abbildung IV.20	Anteile männlicher LV an GEK-versicherten Männern mit MS für Heilmittel 2007 nach Alter	172
Abbildung IV.21	Anteile der Ordnungspositionen Physiotherapie 2007 bei LV mit MS	173

3. Literaturverzeichnis

- Albrecht H, Feneberg W, Haas J, Hauptus M, Henze T, Kabus C, Kesselring J, König N, Kristoferitsch W, Mauritz KH, Pette M, Pöllmann W, Pieckmann P, Seidel D, Starck M, Steinbrecher A, Voltz R, Zettl UK, Toyka KV (2004). Symptomatische Therapie der Multiplen Sklerose.
- Anders J, Heinemann A, Leffmann C, Leutenegger M, Profener F, von Renteln-Kruse W (2010). Decubitus ulcers: pathophysiology and primary prevention. Deutsches Ärzteblatt 107(21): 371-381.
- Aronovitch SA (2007). Intraoperatively acquired pressure ulcers: are there common risk factors? Ostomy Wound Manage 53(2): 57-69.
- Bader D, Oomens C (2006). Recent Advances in Pressure Ulcer Research. In: Romanelli M, Clark M, Cherry G, Colin D, Defloor T (2006). Science and Practice of Pressure Ulcer Management. London: Springer Verlag. 11-26.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2010a). Pressemitteilung: Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung im Krisenjahr 2009 besser als erwartet. www.bmg.bund.de/nn_1168294/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2010/pm-10-03-10-ausgaben-gkv-kv-45.html?__nnn=true (letzter Zugriff: 07.09.2010).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2010b). Vorläufige Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung nach der Statistik KV 45 (1998 bis 2008; 1. bis 4. Quartal 2009). www.bmg.bund.de/cln_178/nn_1168248/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken/Gesetzliche-Krankenversicherung/Finanzergebnisse/KV-45-4-Quartal-2009,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/KV-45-4-Quartal-2009.pdf (letzter Zugriff: 06.09.2010).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2010c). Gesetzliche Krankenversicherung Endgültige Rechnungsergebnisse 2009. http://www.bmg.bund.de/cln_178/nn_1168248/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken/Gesetzliche-Krankenversicherung/Finanzergebnisse/rechnungsergebniss2009,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/rechnungsergebniss2009.pdf (letzter Zugriff: 02.08.2010).
- Bode H (2001). Sozioökonomische Aspekte. In: Heinen F, Bartens W (Hrsg). Das Kind und die Spastik, Erkenntnisse der evidence based medicine zur Cerebralparese, S49-59. Bern: Hans Huber.
- Bourgeault I, Kuhlmann E, Neitermann E, Wrede S (2008). Wie kann ein optimaler Qualifikationsmix effektiv verwirklicht werden – und warum? Grundsatzpapier WHO. Weltgesundheitsorganisation im Namen des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik.

- Braun B, Glaeske G, Holst J, Marstedt G (2010). Steigerung der Therapietreue – Arzneimittelzuzahlungen sind mehr Problem als Lösung. Die Ersatzkasse 3: 108-111.
- Brunner R (2009). Hilfsmittel. In: Hefti F. Kinderorthopädie in der Praxis. Springer: Berlin.
- Chiara T, Martin D, Sapienza C (2007). Expiratory muscle strength training: speech production outcomes in patients with multiple sclerosis. *Neurorehabilitation and neural repair*. 21: 239-249.
- Compston A, Coles A (2008). Multiple sclerosis. *The Lancet*. 372: 1502-1517.
- COST B13 (2004). European guidelines for prevention in low back pain. www.backpaineurope.org.
- Dassen T (2009). Prävalenzerhebung 2008. Pflegeabhängigkeit, Sturzereignisse, Inkontinenz, Dekubitus. Charité Universitätsmedizin Berlin; Institut für Medizin-Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft.
- Deitermann B, Kemper C, Glaeske G (2007). GEK- Heil- und Hilfsmittel-Report 2007. St. Augustin: Asgard-Verlag.
- Deutsche Hospiz Stiftung (2009). HPCV-Studie: Hospizliche Begleitung und Palliative-Care-Versorgung in Deutschland 2008. www.hospize.de/docs/hib/Sonder_HIB_02_09.pdf (letzter Zugriff: 06.08.2010).
- DGP (2010). Ziele und Aufgaben der DGP, Satzung, Mitgliedschaft und Beiträge, Vorstand. www.dgpalliativmedizin.de/diverses/wir-ueber-uns.html (letzter Zugriff: 26.07.2010).
- Diemer W, Burchert H (2002). Chronische Schmerzen – Kopf- und Rückenschmerzen, Tumorschmerzen. Robert Koch-Institut: Berlin.
- DIMDI (2010). ICD-10-GM Version 2010. www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2010/block-I80-I99.htm (letzter Zugriff: 07.07.2010).
- DNQP (2010). Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, editor. Osnabrück.
- Eberhardt S, Heinemann A, Kulp W, Greiner W, Leffmann C, Leutenegger M, Anders J, Profener F, Balmaceda U, Cordes O, Zimmermann U, Graf von der Schuldenberg JM (2005). Health Technology Assessment Report: HTA-Bericht. Dekubitusprophylaxe und –therapie. DIMDI, editor. 2005. Köln. 7-7-1010.

- Ellert U, Neuhauser H, Roth-Isigkeit A (2007). Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Prävalenz und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 50: 711-717.
- Ensink FBM (2001). Das Projekt SUPPORT – Eine Möglichkeit zur Optimierung der palliativmedizinischen Versorgung als ethisch zu präferierende Alternative zur Sterbehilfe. Vortrag. www.user.gwdg.de/~pctgoe/Seiten/Publikation/SUPPORTethics.pdf (letzter Zugriff: 15.08.2010).
- EPUAP/NPUAP (2009). National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel (2009). Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel. www.epuap.org/guidelines/Final_Quick_Treatment.pdf. (letzter Zugriff: 02.08.2010).
- Falanga V (2000). Classifications for wound bed preparation and stimulation of chronic wounds. Wound Repair Regen 8(5): 347-352.
- Feldkamp M (1987). Hilfsmittelversorgung für Kinder mit Zerebralpareesen. Zeitschrift für Krankengymnastik 39:385-392.
- Feuchtinger J, Halfens RJ, Dassen T (2005). Pressure ulcer risk factors in cardiac surgery: a review of the research literature. Heart Lung 34(6): 375-385.
- Fuchs A, Döderlein L (2004). Orthopädietechnik und ICP. Orthopäde 33: 1173-1182.
- Garcia-Rodriguez A, Martin-Jimenez F, Carnero-Varo M, Gomez-Gracia E, Gomez-Aracena J, Fernandez-Crehuet J (1999). Flexible flat feet in children: A real problem?. Pediatrics 103(6).
- Garrard P, Farnham C, Thompson AJ, Playford ED (2004). Rehabilitation of the cancer patient: experience in a neurological unit. Neurorehabil Neural Repair 18(2): 76-79.
- G-BA (2009). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. www.g-ba.de/informationen/richtlinien/13/ (letzter Zugriff 20.08.2010).

- Gbe – Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2009). Tabelle: Sterbeziffer häufigste Todesursachen ab 1998, beide Geschlechter, alle Altersgruppen, altersstandardisiert. www.gbe-bund.de/gbe10/trecherche.prc_them_rech2?tk=3600&tk2=3800&ut_string=Mortalit%E4t_und_Todesursachen&ber=1&tab=1&gra=1&def=1&link=1&son=1&anz_ber=23&anz_tab=49&anz_gra=4&anz_def=14&anz_link=0&anz_son=11&p_sprache=D&x=&p_news=&button=1&p_uid=gastg&p_aid=35083596&cb_wk=dummy&p_th_id=3900&p_bread_fid=&p_item_news=&next_tr=21&erg_art=TAB (letzter Zugriff: 06.08.2010).
- Gelis A, Dupeyron A, Legros P, Benaim C, Pelissier J, Fattal C (2009). Pressure ulcer risk factors in persons with spinal cord injury part 2: the chronic stage. *Spinal Cord* 47(9): 651-661.
- Glaeske G, Schickanz C, Janhsen K (2009). GEK-Arzneimittel-Report 2009. St. Augustin: Asgard-Verlag.
- Gorecki C, Brown JM, Nelson EA, Briggs M, Schoonhoven L, Dealey C, Deflora T, Nixon J (2009). Impact of pressure ulcers on quality of life in older patients: a systematic review. *J Am Geriatr Soc* 57(7): 1175-1183.
- Gunzburg R, Balague F, Nordin M, Szpalki M, Duyck D, Bull D, Melot C (1999). Low back pain in a population of school children. *European spine journal* 8: 439-443.
- Hack (2004). *Ethik in der Ergotherapie*. Springer Verlag.
- Heilmittelrichtlinien (2004). Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. (Letzter Zugriff: 08.06.2010).
- Heinemann A, Lockemann U, Matschke J, Tsokos M, Puschel K (2000). [Decubitus ulcer in the terminal phase: epidemiologic, medicolegal and ethical aspects]. *Dtsch.Med. Wochenschr.*, 125(3): 45-51.
- Hien NM (2003). Einlagen- und Schuhversorgung bei Fußdeformitäten. *Der Orthopäde* 32: 119-132.
- Holtmann M (2008). *Psychiatrische Syndrome nach Hirnfunktionsstörungen*. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Hradil S (2005). *Soziale Ungleichheit in Deutschland*. 8. Auflage. VS Verlag.
- Hüter-Becker A, Dölken M (Hrsg.) (2005a). *Physiotherapie in der Pädiatrie*. Stuttgart, New York: Thieme. 3-4.
- Hüter-Becker A, Dölken M (Hrsg.) (2005b). *Physiotherapie in der Pädiatrie*. Stuttgart, New York: Thieme. 465-468.

- Jaul E (2010). Assessment and management of pressure ulcers in the elderly: current strategies. *Drugs Aging* 1;27(4): 311-325.
- Jones G, Macfarlane G (2005). Epidemiology of low back pain in children and adolescents. *Archives of disease in childhood* (90): 312-316.
- Jones G, Watson K, Silman A, Symmons D, Macfarlane G (2003). Predictors of low back pain in british schoolchildren: a population-based prospective cohort study. *Pediatrics* 111(4): 822-828.
- Junkin J, Gray M (2009). Are pressure redistribution surfaces or heel protection devices effective for preventing heel pressure ulcers? *J Wound Ostomy Continence Nurs* 36(6): 602-608.
- Kalbe U (1992). *Die Zerebral-Parese im Kindesalter*. Stuttgart: Fischer.
- Kalbe U (1995). *Hilfsmittelversorgung bei Kindern mit Körperbehinderungen*. Stuttgart: Fischer.
- Kamps N (2005). Dekubitusversorgung auf Basis der Produktgruppe 11 des Hilfsmittelverzeichnisses. *BVMed – Bundesverband Medizintechnologie e. V.* www.bvmed.de/publikationen/publ_hilfsmittel/ (letzter Zugriff: 26.08.2010).
- Kemper C, Koller D, Glaeske G (2008). *GEK- Heil- und Hilfsmittel-Report 2008*. St. Augustin: Asgard-Verlag.
- Kern M, Nauck F (2006). Die letzte Lebensphase. Definitionen und Begriffe. www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/fachkompetenz/Die%20letzte%20Lebensphase%20-%20fachliche%20Kompetenz.pdf (letzter Zugriff: 26.07.2010).
- Khan F, Turner-Stokes L, Ng L, Kilpatrick T (2008). Multidisciplinary rehabilitation for adults with multiple sclerosis. *Postgraduate medical journal*. 84: 385.
- Kobelt G, Berg J, Lindgren P, Jönsson B (2006a). Costs and quality of life in multiple sclerosis in Europe: method of assessment and analysis. *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care*. 7 Suppl 2: 5-13.
- Kobelt G, Berg J, Lindgren P, Elias WG, Flachenecker P, Freidel M, König N, Limmroth V, Straube E (2006b). Costs and quality of life of multiple sclerosis in Germany. *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care*. 7 Suppl 2: 34-44.
- Kottner J, Balzer K, Dassen T, Heinze S (2009). Pressure ulcers: a critical review of definitions and classifications. *Ostomy Wound Manage* 55(9): 22-29.

- Kovacs FM, Gestoso M, Gil del Real MT, Lopez J, Mufraggi N, Mendez JI (2003). Risk factors for non-specific low back pain in schoolchildren and their parents: a population based study. *Pain* 103: 259-268.
- Krapfl LA, Gray M (2008). Does regular repositioning prevent pressure ulcers? *J Wound Ostomy Continence Nurs* 35(6): 571-577.
- Kronenberg F, Algado S, Pollard N (2004). *Occupational Therapy without Borders. Learning from the Spirit of Survivors*. Elsevier-Churchill Livingstone.
- Kurth BM (2007). Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Ein Überblick über Planung, Durchführung und Ergebnisse unter Berücksichtigung von Aspekten eines Qualitätsmanagements. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz*. 50: 533-546.
- Lindena G, Woskanjan S, Fahland R (2009). HOPE 2009. www.hope-clara.de/download/GesamtberichtHOPE2009_allgemein.pdf (letzter Zugriff: 26.07.2010).
- Lindgren M, Unosson M, Fredrikson M, Ek AC (2004). Immobility-a major risk factor for development of pressure ulcers among adult hospitalized patients: a prospective study. *Scand J Caring Sci* 18(1): 57-64.
- Lindgren M, Unosson M, Krantz AM, Ek AC (2005). Pressure ulcer risk factors in patients undergoing surgery. *J Adv Nurs* 50(6): 605-612.
- MDS (2007). Qualität der ambulanten und stationären Pflege. 2. Bericht des MDS nach §118 Abs. 4 SGB XI. www.mds-ev.de/Qualitaetsbericht%20des%20MDS.htm.
- Mills RJ, Yap L, Young CA (2009). Treatment for ataxia in multiple sclerosis. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*. CD005029.
- Montagnini M, Lodhi M, Born W (2003). The utilization of physical therapy in a palliative care unit. *J Palliat Med* 6(1): 11-17.
- Moore ZE, Cowman S (2008). Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers. *Cochrane Database Syst Rev* 16(3): CD006471.
- Nieland P (2008). Physiotherapie in der Schmerzbehandlung. IN: Aulbert E, Nauck F, Radbruch L (Hrsg.). *Lehrbuch der Palliativmedizin*. 2. Auflage. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Niethard FU (2010). *Kinderorthopädie*. Stuttgart: Thieme-Verlag.
- Nijs N, Toppets A, Defloor T, Bernaerts K, Milisen K, Van Den Berghe G (2009). Incidence and risk factors for pressure ulcers in the intensive care unit. *J Clin Nurs* 18(9): 1258-1266.

- Pfadenhauer M (2005). Professionelles Handeln. Leske+Buderich.
- Pschyrembel (2007). Klinisches Wörterbuch. Berlin, New York: de Gruyter.
- Pugliatti M, Rosati G, Carton H, Riise T, Drulovic J, Vecsei L, Milanov I (2006). The epidemiology of multiple sclerosis in Europe. *European journal of neurology: the official journal of the European Federation of Neurological Societies*; 13: 700-722.
- Reddy M, Gill SS, Kalkar SR, Wu W, Anderson PJ, Rochon PA (2008). Treatment of pressure ulcers: a systematic review. *JAMA* 300(22): 2647-2662.
- Reinhardt K (2003). Einlagen für Kinder: Nützlich, nutzlos, schädlich?. *Orthopädiotechnik* 2:115-118.
- Richter M, Settertobulte W (2003). Gesundheits- und Freizeitverhalten von Jugendlichen. In: Hurrelmann K, Klocke A, Melzer W, Ravens-Sieberer (Hrsg.). *Jugendgesundheitsurvey – Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. Juventa Verlag Weinheim und München, 99-157.
- Rietberg MB, Brooks D, Uitdehaag BMJ, Kwakkel G (2009). Exercise therapy for multiple sclerosis. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*. CD003980.
- Roth-Isigkeit A, Raspe HH, Stöven H, Thyen U, Schmucker P (2003). Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse einer explorativen epidemiologischen Studie. *Schmerz* 3: 171-178.
- Roth-Isigkeit A, Schwarzenberger J, Baumeier W, Meier T, Lindig M, Schmucker P (2005). Risikofaktoren für Rückenschmerzen bei Kindern und Jugendlichen in Industrienationen. *Schmerz* 19(6): 535-543.
- Schaeffer D (1994). Zur Professionalisierbarkeit von Public Health und Pflege. In: Schaeffer D, Moers M, Rosenbrock R (Hrsg.). *Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen*. Edition Sigma.
- Schmidt W (2003). Kindersport im Wandel der Zeit. In: Schmidt W, Hartmann-Tews I, Bretschneider WD (Hrsg.), *Erster Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht* Schorndorf: Hofmann, 109-126.
- Schultz GS, Sibbald RG, Falanga V, Ayello EA, Dowsett C, Harding K, Romanelli M, Stacey MC, Teot L, Vanscheit W (2003). Wound bed preparation: a systematic approach to wound management. *Wound Repair Regen* 11(1): 1-28.

- Sellier E, Surmann G, Himmelmann K, Andersen G, Colver A, Krägeloh-Mann I, De-la-Cruz J, Cans C (2010). Trends in prevalence of cerebral palsy in children born with a birthweight of 2,500 g or over in Europe from 1980 to 1998. *European journal of epidemiology*. DOI: 10.1007/s10654-010-9474-0.
- Senst S (2010). Neurogene Fußdeformitäten. *Orthopäde* 39(1):31-37.
- Silbernagl S, Lang F (1998). *Taschenatlas der Pathophysiologie*. Stuttgart: Thieme.
- Statistisches Bundesamt (2008). *Pflegestatistik 2007*. www.destatis.de. (letzter Zugriff: 19.08.2010).
- Statistisches Bundesamt. (2010a) *Gesundheit Personal 2000 bis 2008*. © Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt. (2010b) *Berufliche Schulen Schuljahr 2008/9, Fachserie 11 Reihe 2*. S. 222. © Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Steuiljens EMJ, Dekker J, Bouter LM, Cardol M, Van de Nes JCM, Van den Ende CHM (2009). Occupational therapy for multiple sclerosis. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*. CD003608.
- Stuke K, Flachenecker P, Zettl UK, Elias EG, Freidel M, Haas J, Pitschnau-Michel D, Schimrigk S, Riechmann P (2009). Symptomatology of MS: results from the German MS Registry. *Journal of neurology*; 256: 1932-1935.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005). *Koordination und Qualität im Gesundheitswesen*. Kurzfassung. Nomos Verlag.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007). *Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. Kurzfassung. Nomos Verlag.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009a). *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*. www.svr-gesundheit.de. (letzter Zugriff: 13.09.2010).
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009b). *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*. Sondergutachten. Kurzfassung. Nomos Verlag.
- Tomkinson GR, Léger LA, Olds TS, Cazorla G (2003). Secular trends in the performance of children and adolescents (1980-2000): An analysis of 55 studies of the 20 m shuttle run in 11 countries. *Sports Medicine* 33: 285-300.

- Townsend E, Wilcock A (2004). Occupational justice and client-centred practice: a dialogue in progress. In: Canadian Journal of Occupational Therapy. Apr;71(2):75-87.
- Volkert J (2005). Armut und Reichtum an Verwirklichungschancen: Amartya Sens Capability-Konzept als Grundlage der Armuts- und Reichtumsberichterstattung. VS Verlag.
- Walkenhorst U (2008). Potenziale der Ergotherapie in der Gesundheits- und Krankenversorgung - eine handlungsorientierte professionssoziologische Analyse. Schulz-Kirchner Verlag.
- Watson K, Papageorgiou G, Jones G, Taylor S, Symmons D, Silman A, Macfarlane G (2002). Low back pain in schoolchildren: occurrence and characteristic. Pain 97: 87-92.
- Watson K, Papageorgiou G, Jones G, Taylor S, Symmons D, Silman A, Macfarlane G (2003). Low back pain in schoolchildren: the role of mechanical and psychosocial factors. Archives of disease in childhood 88: 12-17.
- Wilcock A (1998). An Occupational Perspective of Health. Slack Incorporated.
- Windt R (2010). Multiple Sklerose. In: Glaeske G, Schickanz C (Hrsg.). BARMER GEK Arzneimittel-Report 2010: Auswertungsergebnisse der BARMER GEK Arzneimitteldaten aus den Jahren 2008 bis 2009. Asgard: St. Augustin: 124-136.
- Wolansky R (2008). Orthopädieschuhtechnik für Podologen. Schattauer: Stuttgart.
- Woll A (2006). Bewegung und Sport - Ein Beitrag zur gesunden Entwicklung von Kindern. www.stuttgart.de/sde/global/images/mdb/publ/10050/7448.pdf. (Letzter Zugriff: 21.02.2008).
- World Health Organisation Europe – WHO (2000). Health Behaviour in School-aged Children: a WHO Cross-National Study (HBSC) International Report. Copenhagen.
- World Health Organisation Europe – WHO (2006). Addressing the socioeconomic determinants of healthy eating habits and physical activity levels among adolescents. WHO Collaborating Centre for Health Promotion and Public Health Development (NHS Health Scotland).
- World Health Organisation – WHO (2010). WHO Definition of Palliative Care. www.who.int/cancer/palliative/definition/en/ (letzter Zugriff: 26.07.2010).
- Yoshioka H (1994). Rehabilitation for the terminal cancer patient. Am J Phys Med Rehabil 73(3): 199-206.
- Zenz M, Strumpf M, Willweber-Strumpf A (2007). Taschenbuch der Schmerztherapie. 3. Auflage. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Stuttgart.
- ZVK Homepage (2010). Beruf und Bildung: Zahlen, Daten, Katen. Verfügbar unter: www.zvk.org/s/content.php?area=650&sub=742 (letzter Zugriff 30.08.2010).

VI. Anhang

Tab. 1	Rechnungsergebnisse der GKV 2009 Gesamtausgaben in Mrd. Euro	194
Tab. 2	Gesamtausgaben der GEK in Euro im Jahr 2009.....	195
Tab. 3	Gesamtausgaben der BARMER in Euro im Jahr 2009.....	195
Tab. 4	Anzahl Versicherte (Statusfälle) der GEK nach Alter und Geschlecht.....	196
Tab. 5	Anzahl Versicherte der GEK für 2009 nach Alter (5-Jahres-Altersgruppen) und Geschlecht.....	197
Tab. 6	Kennzahlen der Jahre 2008 und 2009 für die GEK-Versicherten	198
Tab. 7	Kennzahlen der Jahre 2008 und 2009 für die BARMER- Versicherten	200
Tab. 8	Ausgaben der GEK für unterschiedliche Heilmittel im Jahr 2009 in Euro.....	201
Tab. 9	Ausgaben der BARMER für unterschiedliche Heilmittel im Jahr 2009 in Euro.....	201
Tab. 10	Prozentuale Verteilung der Ausgaben für Versicherte der BARMER mit Inanspruchnahme von Heilmitteln, Hilfsmitteln und Arzneimitteln im Jahr 2009	202
Tab. 11	Prozentuale Verteilung der Ausgaben für Versicherte der GEK mit Inanspruchnahme von Heilmitteln, Hilfsmitteln und Hilfsmitteln nach SGB XI §40 (Pflege) im Jahr 2009	202
Tab. 12	Prozentuale Verteilung der Ausgaben für Versicherte der GEK mit Inanspruchnahme von Hilfsmitteln (HMV) im Jahr 2009.....	203
Tab. 13	Prozentuale Verteilung der Ausgaben für Versicherte der GEK mit Inanspruchnahme von Heilmitteln (RL) im Jahr 2009.....	203
Tab. 14	Prozentuale Verteilung der Ausgaben für Versicherte der GEK mit Inanspruchnahme von Hilfsmitteln nach SGB XI §40 (Pflege) im Jahr 2009.....	204
Tab. 15	Anteil Versicherte der GEK mit Heil- bzw. Hilfsmittelverordnungen in 2009 nach Alter	205

Tab. 16	Anteil Versicherte der BARMER mit Heil- bzw. Hilfsmittelverordnungen in 2009 nach Alter	205
Tab. 17	Änderung der Ausgaben für Hilfsmittel durch die Neuaufbereitung der Abrechnungsdaten des Jahres 2008 in der GEK	206
Tab. 18	Anteil der GEK-Versicherten mit Heilmittel-Verordnungen (RL) in 2009 nach Alter und Geschlecht	207
Tab. 19	Veränderung der Ausgaben pro 100 GEK-Versicherte in Prozent nach Bundesland von 2008 zu 2009.....	208
Tab. 20	Anteil der GEK-Versicherten mit Ergotherapie-Verordnungen in 2009 nach Alter und Geschlecht	209
Tab. 21	Regionale Entwicklung der Ausgaben pro 100 GEK-Versicherte von 2008 zu 2009 in der Ergotherapie.....	210
Tab. 22	Anteil der GEK-Versicherten mit Logopädie-Verordnungen in 2009 nach Alter und Geschlecht	211
Tab. 23	Regionale Entwicklung der Ausgaben pro 100 GEK-Versicherte von 2008 zu 2009 in der Logopädie.....	212
Tab. 24	Anteil der GEK-Versicherten mit Physiotherapie-Verordnungen in 2009 nach Alter und Geschlecht	213
Tab. 25	Regionale Entwicklung der Ausgaben pro 100 GEK-Versicherte von 2008 zu 2009 in der Physiotherapie.....	214
Tab. 26	Anteil der GEK-Versicherten mit Podologie-Verordnungen in 2009 nach Alter und Geschlecht	215
Tab. 27	Regionale Entwicklung der Ausgaben pro 100 GEK-Versicherte von 2008 zu 2009 in der Podologie	216
Tab. 28	Anteil Versicherte der GEK mit Heilmittelleistungen nach Alter und Geschlecht 2009 in Prozent.....	217
Tab. 29	Anteil der GEK-Versicherten mit Hilfsmittel-Verordnungen (HMV) in 2009 nach Alter und Geschlecht	218
Tab. 30	Anteil der GEK-Versicherten mit Verordnungen nach SGB XI §40 in 2009 nach Alter und Geschlecht	219
Tab. 31	Versorgungsprävalenz und Ausgaben für Hilfsmittelleistungen in 2008 und 2009 nach Produktgruppen in der GEK	220

Tab. 32	Versorgungsprävalenz mit Hilfsmitteln (HMV) nach Alter und Geschlecht in der GEK	222
Tab. 33	Regionale Entwicklung der Ausgaben pro 100 GEK-Versicherte von 2008 zu 2009 von Hilfsmitteln (HMV).....	223
Tab. 34	Ausgaben für Hilfsmittel (HMV) pro Versicherten der GEK in 2008 und 2009 nach Bundesland	224
Tab. 35	Hilfsmittel aus Apotheken 2008 und 2009 für die GEK-Versicherten	225
Tab. 36	Arztkontakte und Diagnosen pro MS-Patient nach Geschlecht 2007 in der GEK	225

Tab. 1 Rechnungsergebnisse der GKV 2009 Gesamtausgaben in Mrd. Euro

1. -4. Quartal 2009 in Mrd. Euro	2008	2009	Veränderung 2008 zu 2009
Ausgaben insgesamt mit Zuzahlungen der Versicherten	165,6	175,6	+6,2%
Leistungen insgesamt darunter mit Zuzahlungen der Versicherten:	151,1	160,6	+6,3%
Ausgaben, die der vertragsärztlichen Versorgung zugute kommen ¹	28,6	30,6	+7,0%
Zahnärztliche Behandlung o. ZE	8,4	8,5	+1,2%
Zahnersatz	3,0	3,1	+3,3%
Zahnärztliche Behandlung insgesamt	11,4	11,6	+1,8%
Arzneimittel aus Apotheken und v. Sonstigen zusammen	30,9	32,4	+4,9%
Hilfsmittel	5,2	5,5	+5,8%
Heilmittel	4,4	4,5	+2,3%
Krankenhausbehandlungen	52,8	56,4	+6,8%
Krankengeld	6,6	7,2	+9,1%
Leistungen im Ausland	0,5	0,5	0,0%
Fahrkosten	3,3	3,6	+9,1%
Vorsorge- und Reha-Maßnahmen	2,5	2,5	0,0%
Soziale Dienste/Prävention/Impfungen	2,3	2,4	+4,3%
Schwangerschaft/Mutterschaft ²	0,9	1,0	+11,1%
Betriebs-, Haushaltshilfe	0,2	0,2	0,0%
Häusliche Krankenpflege	2,6	2,9	+11,5%
Sonstige Leistungsausgaben	3,8	4,2	+10,5%
Sonstige Aufwendungen	1,4	1,2	-14,3%
Netto-Verwaltungskosten	8,3	8,9	+7,2%

¹ in dieser Ausgabenposition sind enthalten: ärztliche Behandlung, Behandlung durch Belegärzte in Krankenhäusern, ärztliche Beratung und Behandlung bei Empfängnisverhütung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch, Früherkennung, Mutterschaftsvorsorge, Dialyse-Sachkosten sowie von den Versicherten geleistete Zuzahlungen (Praxisgebühr)

² ohne stationäre Entbindung und ärztliche Leistungen

Quelle: nach BMG, März 2010a

Tab. 2 Gesamtausgaben der GEK in Euro im Jahr 2009

1. -4. Quartal 2009 in Euro	
Ausgaben insgesamt mit Zuzahlungen der Versicherten	3.577.470.775
Ärztliche Behandlung	639.484.897
Zahnärztliche Behandlung	291.281.560
Arzneimittel aus Apotheken und von Sonstigen	614.637.398
Hilfsmittel	105.154.532
Heilmittel	103.348.875
Krankenhausbehandlung	1.057.444.462
Krankengeld	226.888.747
Fahrkosten	62.475.716
Vorsorge- und Reha-Maßnahmen	138.732.341
Häusliche Krankenpflege	36.521.126
Verwaltungskosten	150.498.081
Sonstige Ausgaben (Mutterschaft, sonstige Leistungen, sonstige Aufwendungen)	151.003.039

Tab. 3 Gesamtausgaben der BARMER in Euro im Jahr 2009

1. -4. Quartal 2009 in Euro	
Ausgaben insgesamt mit Zuzahlungen der Versicherten	17.958.244.709,31
Ärztliche Behandlung	2.915.790.252,04
Leistungen der Zahnärzte	1.206.883.381,77
Arzneimittel aus Apotheken und von Sonstigen	3.489.226.605,44
Hilfsmittel	590.415.558,32
Heilmittel	536.560.476,54
Krankenhausbehandlung	5.517.073.933,25
Krankengeld	774.372.471,71
Fahrkosten	327.424.681,94
Vorsorge- und Reha-Maßnahmen	300.921.475,54
Häusliche Krankenpflege	293.680.693,40
Netto-Verwaltungskosten	924.322.000,00
Sonstige Ausgaben (Mutterschaft, sonstige Leistung, sonstige Aufwendungen)	1.081.573.179,36

Tab. 4 Anzahl Versicherte (Statusfälle) der GEK nach Alter und Geschlecht

Alter in Jahren	2008	2009	Änderung zu 2008 in %
Insgesamt	1.812.416	1.834.561	+1,22
0 bis unter 10 Jahre	168.596	166.917	-1,00
10 bis unter 20 Jahre	235.241	229.994	-2,23
20 bis unter 30 Jahre	254.603	263.607	+3,54
30 bis unter 40 Jahre	239.034	230.404	-3,61
40 bis unter 50 Jahre	363.246	361.708	-0,42
50 bis unter 60 Jahre	259.523	272.871	+5,14
60 bis unter 70 Jahre	166.919	171.404	+2,69
70 bis unter 80 Jahre	94.310	103.440	+9,68
80 bis unter 90 Jahre	28.631	31.545	+10,18
90 Jahre und älter	2.313	2.671	+15,48
Männer	950.601	956.719	+0,64
0 bis unter 10 Jahre	86.503	85.637	-1,00
10 bis unter 20 Jahre	120.480	117.538	-2,44
20 bis unter 30 Jahre	123.631	127.859	+3,42
30 bis unter 40 Jahre	121.622	115.401	-5,12
40 bis unter 50 Jahre	190.124	187.814	-1,21
50 bis unter 60 Jahre	142.211	148.169	+4,19
60 bis unter 70 Jahre	96.773	98.315	+1,59
70 bis unter 80 Jahre	54.587	59.612	+9,21
80 bis unter 90 Jahre	13.931	15.509	+11,33
90 Jahre und älter	739	865	+17,05
Frauen	861.815	877.842	+1,86
0 bis unter 10 Jahre	82.093	81.280	-0,99
10 bis unter 20 Jahre	114.761	112.456	-2,01
20 bis unter 30 Jahre	130.972	135.748	+3,65
30 bis unter 40 Jahre	117.412	115.003	-2,05
40 bis unter 50 Jahre	173.122	173.894	+0,45
50 bis unter 60 Jahre	117.312	124.702	+6,30
60 bis unter 70 Jahre	70.146	73.089	+4,20
70 bis unter 80 Jahre	39.723	43.828	+10,33
80 bis unter 90 Jahre	14.700	16.036	+9,09
90 Jahre und älter	1.574	1.806	+14,74

Tab. 5 Anzahl Versicherte der GEK für 2009 nach Alter (5-Jahres-Altersgruppen) und Geschlecht

Alter in Jahren	Anzahl versicherte Personen		
	Gesamt	Männer	Frauen
0 bis unter 5	75.396	38.457	36.939
5 bis unter 10	88.003	45.389	42.614
10 bis unter 15	100.884	51.593	49.291
15 bis unter 20	114.298	58.395	55.903
20 bis unter 25	128.298	63.339	64.959
25 bis unter 30	113.951	54.493	59.458
30 bis unter 35	103.070	50.956	52.114
35 bis unter 40	121.942	63.720	58.222
40 bis unter 45	172.422	90.265	82.157
45 bis unter 50	182.160	96.600	85.560
50 bis unter 55	149.792	81.902	67.890
55 bis unter 60	118.440	65.053	53.387
60 bis unter 65	85.526	49.231	36.295
65 bis unter 70	82.675	48.642	34.033
70 bis unter 75	67.745	39.513	28.232
75 bis unter 80	35.817	20.244	15.573
80 bis unter 85	21.951	11.501	10.450
85 bis unter 90	9.592	4.034	5.558
90 bis unter 95	1.984	703	1.281
95 bis unter 100	620	147	473
100 und älter	65	17	48
0 bis über 100	1.774.631	934.194	840.437

Tab. 6 Kennzahlen der Jahre 2008 und 2009 für die GEK-Versicherten

	2008	2009	Änderung in %
Anzahl Versicherte (Statusfälle)*:			
Gesamt	1.812.416	1.834.561	+1,22
Männer	950.601	956.719	+0,64
Frauen	861.815	877.842	+1,86
Anzahl versicherte Personen:			
Gesamt	1.751.900	1.774.631	+1,30
Männer	927.850	934.194	+0,68
Frauen	824.050	840.437	+1,99
Durchschnittsalter:			
Gesamt	38,6	39,1	
Männer	39,4	39,9	
Frauen	37,7	38,2	
Versicherte mit Heilmittelleistungen (RL)**:			
Männer	133.220	142.383	+6,88
Frauen	158.270	170.532	+7,75
Versicherte mit Hilfsmittelleistungen (HMV)***:			
Männer	142.710	149.030	+4,43
Frauen	149.448	158.048	+5,75
Versicherte mit Leistungen nach SGB XI §40:			
Männer	1.553	1.878	+20,93
Frauen	1.638	1.916	+16,97
Ausgaben für Heilmittel (RL):			
Gesamt	91.497.359,47	101.728.277,92	+11,18
Männer	44.488.636,48	49.093.861,97	+10,35
Frauen	47.008.722,99	52.634.415,95	+11,97
Ausgaben für Heilmittel (RL) pro 100 Versicherte:			
Gesamt	5.048,36	5.545,10	+9,84
Männer	4.680,05	5.131,48	+9,65
Frauen	5.454,62	5.995,89	+9,92
Ausgaben für Hilfsmittel (HMV):			
Gesamt	90.584.016,86	102.402.771,59	+13,05
Männer	52.040.687,23	59.293.258,76	+13,94
Frauen	38.543.329,63	43.109.512,83	+11,85

Tab. 6 Fortsetzung

	2008	2009	Änderung in %
Ausgaben für Hilfsmittel (HMV) pro 100 Versicherte:			
Gesamt	4.997,97	5.581,87	+11,68
Männer	5.474,50	6.197,56	+13,21
Frauen	4.472,34	4.910,85	+9,80
Ausgaben für Leistungen nach SGB XI §40:			
Gesamt	1.236.107,35	1.483.504,84	+20,01
Männer	677.246,95	820.366,10	+21,13
Frauen	558.860,40	663.138,74	+18,66
Ausgaben für Leistungen nach SGB XI §40 pro 100 Versicherte:			
Gesamt	68,20	80,86	+18,57
Männer	71,24	85,75	+20,36
Frauen	64,85	75,54	+16,49

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

** Heilmittel entsprechend der Heilmittel- Richtlinien

*** Hilfsmittel aus dem Hilfsmittelverzeichnis

Tab. 7 Kennzahlen der Jahre 2008 und 2009 für die BARMER-Versicherten

	2008	2009	Änderung in %
Anzahl Versicherte (Statusfälle)*:			
Gesamt	7.072.198	7.050.366	-0,31
Männer	2.701.423	2.708.288	+0,25
Frauen	4.370.775	4.342.078	-0,66
Anzahl versicherte Personen:			
Gesamt	7.020.398	7.000.469	-0,28
Männer	2.674.686	2.682.580	+0,30
Frauen	4.345.712	4.317.889	-0,64
Durchschnittsalter:			
Gesamt	45,3	45,6	
Männer	41,3	41,6	
Frauen	47,7	48,1	
Versicherte mit Heilmittelleistungen (RL)**:			
Männer	420.799	427.594	+1,61
Frauen	1.034.544	1.037.842	+0,32
Versicherte mit Hilfsmittelleistungen (HMV)**:			
Männer	466.935	473.753	+1,46
Frauen	1.013.322	1.021.826	+0,84
Versicherte mit Leistungen nach SGB XI §40:			
Männer	17.767	19.922	+12,13
Frauen	29.974	33.044	+10,24
Ausgaben für Heilmittel (RL):			
Gesamt	501.407.267,80	516.625.123,08	+3,04
Männer	162.874.699,04	167.441.679,09	+2,80
Frauen	338.532.568,76	349.183.443,99	+3,15
Ausgaben für Heilmittel (RL) pro 100 Versicherte:			
Gesamt	7.089,84	7.327,64	+3,35
Männer	6.029,22	6.182,57	+2,54
Frauen	7.745,37	8.041,85	+3,83
Ausgaben für Hilfsmittel (HMV):			
Gesamt	528.359.283,00	568.328.887,00	+7,56
Männer	197.947.715,00	215.619.970,00	+8,93
Frauen	330.411.568,00	352.708.917,00	+6,75

Tab. 7 Fortsetzung

	2008	2009	Änderung in %
Ausgaben für Hilfsmittel (HMV) pro 100 Versicherte:			
Gesamt	7.470,93	8.060,98	+7,90
Männer	7.327,53	7.961,49	+8,65
Frauen	7.559,56	8.123,04	+7,45
Ausgaben für Leistungen nach SGB XI §40:			
Gesamt	21.292.159,62	25.180.787,23	+18,26
Männer	8.267.668,00	9.914.565,60	+19,92
Frauen	13.024.491,62	15.266.221,63	+17,21
Ausgaben für Leistungen nach SGB XI §40 pro 100 Versicherte:			
Gesamt	301,07	357,16	+18,63
Männer	306,05	366,08	+19,62
Frauen	297,99	351,59	+17,99

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

** Heilmittel entsprechend der Heilmittel- Richtlinien

*** Hilfsmittel aus dem Hilfsmittelverzeichnis

Tab. 8 Ausgaben der GEK für unterschiedliche Heilmittel im Jahr 2009 in Euro

	Anzahl Versicherte mit Leistungen	Ausgaben in € pro Versichertem mit Leistungen 2009	Ausgaben in € 2009 für die GEK	Änderung Ausgaben in € je Versichertem zu 2008 in %
Ergotherapie	16.664	864,67	14.408.787,51	+8,63
Logopädie	18.129	628,75	11.398.552,84	+7,31
Physiotherapie	284.583	262,70	74.758.912,84	+10,04
Podologie	6.137	189,35	1.162.024,73	+46,51

Tab. 9 Ausgaben der BARMER für unterschiedliche Heilmittel im Jahr 2009 in Euro

	Anzahl Versicherte mit Leistungen	Ausgaben in € pro Versichertem mit Leistungen 2009	Ausgaben in € 2009 für die BARMER	Änderung Ausgaben in € je Versichertem zu 2008 in %
Ergotherapie	70.055	984,00	68.934.294,28	+3,82
Logopädie	71.278	670,14	47.766.126,64	+3,61
Physiotherapie	1.281.453	287,07	367.866.894,10	+3,69
Podologie	40.617	176,99	7.188.608,31	+25,23

Tab. 10 Prozentuale Verteilung der Ausgaben für Versicherte der BARMER mit Inanspruchnahme von Heilmitteln, Hilfsmitteln und Arzneimitteln im Jahr 2009

Anteil an den Gesamtausgaben	Anteil Versicherte mit Heilmittelverordnungen (RL) in %	Anteil Versicherte mit Hilfsmittelverordnungen (HMV) in %	Anteil Versicherte mit Arzneimittelverordnungen in %
10%	0,06%	0,11%	0,12%
20%	0,22%	0,32%	0,38%
30%	0,47%	0,67%	0,96%
40%	0,87%	1,17%	2,15%
50%	1,48%	1,89%	4,03%
60%	2,29%	2,93%	6,79%
70%	3,48%	4,52%	10,83%
80%	5,40%	6,98%	16,98%
90%	9,10%	11,09%	27,87%
100%	20,51%	20,81%	80,50%

Tab. 11 Prozentuale Verteilung der Ausgaben für Versicherte der GEK mit Inanspruchnahme von Heilmitteln, Hilfsmitteln und Hilfsmitteln nach SGB XI §40 (Pflege) im Jahr 2009

Anteil an den Gesamtausgaben (Gesamt: 234.604.756,06€)	Ausgaben in €	Anteil Versicherte mit Verordnungen in % (n=508.209)		Anteil Versicherte in % (n=1.834.561)
10%	23.462.411,25	0,10	530	0,03
20%	46.922.791,08	0,61	3.125	0,17
30%	70.383.100,03	1,62	8.236	0,45
40%	93.842.206,48	3,41	17.235	0,94
50%	117.303.290,23	6,28	31.914	1,74
60%	140.763.709,61	10,32	52.428	2,86
70%	164.223.720,50	16,55	84.118	4,59
80%	187.684.083,28	26,95	136.964	7,47
90%	211.144.447,86	46,04	233.984	12,75
100%	234.604.756,06	100,00	508.209	27,70

Tab. 12 Prozentuale Verteilung der Ausgaben für Versicherte der GEK mit Inanspruchnahme von Hilfsmitteln (HMV) im Jahr 2009

Anteil an den Gesamtausgaben (Gesamt: 125.632.629,08€)	Ausgaben in €	Anteil Versicherte mit Hilfsmittelverordnungen (HMV) in % (n=313.829)		Anteil Versicherte in % (n=1.834.561)
10%	12.605.867,85	0,02	75	0,00
20%	25.131.291,32	0,27	843	0,05
30%	37.689.980,07	0,84	2.650	0,14
40%	50.255.488,14	1,85	5.814	0,32
50%	62.817.376,88	3,67	11.515	0,63
60%	75.379.712,84	6,53	20.484	1,12
70%	87.943.252,18	10,58	33.211	1,81
80%	100.506.202,20	18,38	57.675	3,14
90%	113.069.407,37	38,36	120.389	6,56
100%	125.632.629,08	100,00	313.829	17,11

Tab. 13 Prozentuale Verteilung der Ausgaben für Versicherte der GEK mit Inanspruchnahme von Heilmitteln (RL) im Jahr 2009

Anteil an den Gesamtausgaben (Gesamt: 107.488.622,14 €)	Ausgaben in €	Anteil Versicherte mit Heilmittelverordnungen (RL) in % (n= 313.236)		Anteil Versicherte in % (n=1.834.561)
10%	10.750.707,04	0,56	1.757	0,10
20%	21.499.487,67	1,80	5.641	0,31
30%	32.247.064,49	3,84	12.015	0,65
40%	42.996.012,52	6,85	21.460	1,17
50%	53.744.971,57	11,14	34.883	1,90
60%	64.493.608,04	17,15	53.720	2,93
70%	75.242.268,45	25,98	81.383	4,44
80%	85.990.922,14	38,65	121.054	6,60
90%	96.739.875,14	58,73	183.955	10,03
100%	107.488.622,14	100,00	313.236	17,07

Tab. 14 Prozentuale Verteilung der Ausgaben für Versicherte der GEK mit Inanspruchnahme von Hilfsmitteln nach SGB XI §40 (Pflege) im Jahr 2009

Anteil an den Gesamtausgaben (Gesamt: 1.483.504,84€)	Ausgaben in €	Anteil Versicherte mit Verordnungen nach SGB XI §40 in % (n=3.794)		Anteil Versicherte in % (n=1.834.561)
10%	148.781,97	0,66	25	0,00
20%	297.772,46	2,58	98	0,00
30%	445.133,40	6,98	265	0,01
40%	593.412,59	13,71	520	0,03
50%	741.996,16	21,27	807	0,04
60%	890.248,60	29,49	1.119	0,06
70%	1.038.520,79	38,96	1.478	0,08
80%	1.187.038,76	49,10	1.863	0,10
90%	1.335.275,21	65,55	2.487	0,14
100%	1.483.504,84	100,00	3.794	0,21

Tab. 15 Anteil Versicherte der GEK mit Heil- bzw. Hilfsmittelverordnungen in 2009 nach Alter

Alter in Jahren	Anteil Versicherte mit Heilmittelverordnungen (RL)	Anteil Versicherte mit Hilfsmittelverordnungen (HMV)
0 bis unter 10 Jahre	13,80	11,13
10 bis unter 20 Jahre	9,36	19,23
20 bis unter 30 Jahre	8,85	8,59
30 bis unter 40 Jahre	14,10	11,05
40 bis unter 50 Jahre	18,80	14,55
50 bis unter 60 Jahre	23,06	19,51
60 bis unter 70 Jahre	25,47	24,33
70 bis unter 80 Jahre	28,10	31,71
80 bis unter 90 Jahre	26,21	44,59
90 Jahre und älter	23,29	65,78

Tab. 16 Anteil Versicherte der BARMER mit Heil- bzw. Hilfsmittelverordnungen in 2009 nach Alter

Alter in Jahren	Anteil Versicherte mit Heilmittelverordnungen (RL)	Anteil Versicherte mit Hilfsmittelverordnungen (HMV)
0 bis unter 10 Jahre	15,50	12,75
10 bis unter 20 Jahre	10,46	21,41
20 bis unter 30 Jahre	10,30	10,12
30 bis unter 40 Jahre	14,63	11,65
40 bis unter 50 Jahre	19,79	15,15
50 bis unter 60 Jahre	24,81	20,55
60 bis unter 70 Jahre	28,98	27,50
70 bis unter 80 Jahre	33,91	36,86
80 bis unter 90 Jahre	34,11	57,04
90 Jahre und älter	35,06	96,29

Tab. 17 Änderung der Ausgaben für Hilfsmittel durch die Neuaufbereitung der Abrechnungsdaten des Jahres 2008 in der GEK

Produktgruppe	Report 2009 Ausgaben in €	Report 2010 Ausgaben in €	Differenz in %
01 - Absauggeräte	444.394,83	443.820,33	-0,13
02 - Adaptionshilfen	227.698,31	227.397,36	-0,13
03 - Applikationshilfen	6.415.255,04	6.404.191,99	-0,17
04 - Badehilfen	1.095.656,07	1.095.296,31	-0,03
05 - Bandagen	7.923.203,99	7.920.467,45	-0,03
06 - Bestrahlungsgeräte	23.106,48	23.106,48	0,00
07 - Blindenhilfsmittel	186.718,16	186.617,76	-0,05
08 - Einlagen	7.497.493,78	7.492.625,06	-0,06
09 - Elektrostimulationsgeräte	2.198.474,37	2.197.512,73	-0,04
10 - Gehhilfen	1.388.528,37	1.386.751,29	-0,13
11 - Hilfsmittel gegen Dekubitus	996.092,43	996.820,67	+0,07
12 - Hilfsmittel bei Tracheostoma	1.324.771,58	1.323.828,00	-0,07
13 - Hörhilfen	7.310.697,25	7.307.166,21	-0,05
14 - Inhalations- und Atemtherapiegeräte	11.483.607,73	11.495.150,51	+0,10
15 - Inkontinenzhilfen	5.399.817,01	5.396.943,62	-0,05
16 - Kommunikationshilfen	356.919,52	356.749,23	-0,05
17 - Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	4.617.000,24	4.599.419,88	-0,38
18 - Krankenfahrzeuge	6.447.221,63	6.440.263,85	-0,11
19 - Krankenpflegeartikel	762.119,96	761.752,06	-0,05
20 - Lagerungshilfen	274.151,99	274.365,23	+0,08
21 - Meßgeräte für Körperzustände/-funktionen	802.920,10	803.043,72	+0,02
22 - Mobilitätshilfen	533.304,32	531.896,72	-0,26
23 - Orthesen/Schienen	4.676.899,75	4.668.870,04	-0,17
24 - Prothesen	3.678.879,47	3.681.610,73	+0,07
25 - Sehhilfen	1.555.065,50	1.554.267,30	-0,05
26 - Sitzhilfen	997.024,43	997.007,14	0,00
27 - Sprechhilfen	62.020,40	61.870,00	-0,24
28 - Stehhilfen	208.964,95	208.994,70	+0,01
29 - Stomaartikel	3.656.326,42	3.660.075,03	+0,10
31 - Schuhe	5.752.171,20	5.749.468,75	-0,05
32 - Therapeutische Bewegungsgeräte	984.801,09	984.375,55	-0,04
33 - Toilettenhilfen	350.190,17	349.921,67	-0,08
99 - Verschiedenes	790.759,68	772.674,66	-2,29

Tab. 18 Anteil der GEK-Versicherten mit Heilmittel-Verordnungen (RL) in 2009 nach Alter und Geschlecht

Alter in Jahren	Anzahl LV	Anteil LV/ Vers in %	Δ Anteil zu 2008	Ausgaben je LV in €	Δ Ausgaben je LV zu 2008 in €
Insgesamt	312.915	17,06	+6,05	325,10	+3,57
0 bis unter 10 Jahre	23.029	13,80	+2,58	667,73	+0,76
10 bis unter 20 Jahre	21.524	9,36	+6,73	368,71	+3,06
20 bis unter 30 Jahre	23.336	8,85	+5,71	213,76	+2,08
30 bis unter 40 Jahre	32.476	14,10	+2,91	223,64	+1,89
40 bis unter 50 Jahre	68.006	18,80	+4,39	253,87	+3,40
50 bis unter 60 Jahre	62.934	23,06	+4,19	290,61	+3,40
60 bis unter 70 Jahre	43.649	25,47	+6,48	347,05	+5,38
70 bis unter 80 Jahre	29.070	28,10	+10,59	390,63	+5,17
80 bis unter 90 Jahre	8.269	26,21	+8,49	456,77	+6,95
90 Jahre und älter	622	23,29	+14,36	528,79	+6,78
Männer	142.383	14,88	+6,18	344,80	+3,25
0 bis unter 10 Jahre	14.232	16,62	+1,71	707,93	+0,93
10 bis unter 20 Jahre	10.460	8,90	+6,56	423,87	+3,46
20 bis unter 30 Jahre	8.577	6,71	+4,86	233,84	+2,80
30 bis unter 40 Jahre	12.644	10,96	2,63	224,30	+3,33
40 bis unter 50 Jahre	28.156	14,99	+5,38	246,26	+4,47
50 bis unter 60 Jahre	27.859	18,80	+4,46	281,53	+2,31
60 bis unter 70 Jahre	21.898	22,28	+7,35	345,68	+5,80
70 bis unter 80 Jahre	14.713	24,68	+10,20	384,87	+4,57
80 bis unter 90 Jahre	3.674	23,69	+7,57	449,10	+5,99
90 Jahre und älter	170	19,65	+13,47	493,82	+5,72
Frauen	170.532	19,43	+5,78	308,65	+3,92
0 bis unter 10 Jahre	8.797	10,82	+4,01	602,71	+0,68
10 bis unter 20 Jahre	11.064	9,84	+6,87	316,55	+2,68
20 bis unter 30 Jahre	14.759	10,87	+6,18	202,10	+1,68
30 bis unter 40 Jahre	19.832	17,25	+2,49	223,21	+0,97
40 bis unter 50 Jahre	39.850	22,92	+3,39	259,25	+2,70
50 bis unter 60 Jahre	35.075	28,13	+3,60	297,81	+4,22
60 bis unter 70 Jahre	21.751	29,76	+5,22	348,43	+4,95
70 bis unter 80 Jahre	14.357	32,76	+10,83	396,53	+5,76
80 bis unter 90 Jahre	4.595	28,65	+9,41	462,91	+7,71
90 Jahre und älter	452	25,03	+14,85	541,95	+7,16

Tab. 19 Veränderung der Ausgaben pro 100 GEK-Versicherte in Prozent nach Bundesland von 2008 zu 2009

Bundesland	Ergotherapie	Logopädie	Physiotherapie
Baden-Württemberg	-0,94	+5,63	+3,55
Bayern	+0,11	+1,15	+7,14
Berlin	+24,33	+24,21	+13,42
Brandenburg	+10,31	+6,88	+10,31
Bremen	+17,85	-1,47	+10,78
Hamburg	+27,63	+26,93	+23,79
Hessen	+16,15	+9,76	+17,26
Mecklenburg-Vorpommern	+10,68	+13,10	+12,79
Niedersachsen	+5,33	+1,50	+10,23
Nordrhein-Westfalen	+14,84	+7,52	+12,08
Rheinland-Pfalz	+9,15	+0,04	+16,38
Saarland	-0,65	+8,09	+8,55
Sachsen	+4,28	-0,28	+7,27
Sachsen-Anhalt	+32,65	+8,35	+11,91
Schleswig-Holstein	+12,23	+15,50	+13,52
Thüringen	+16,18	+11,27	+14,85
Durchschnitt	+8,66	+7,31	+10,07

Tab. 20 Anteil der GEK-Versicherten mit Ergotherapie-Verordnungen in 2009 nach Alter und Geschlecht

Alter in Jahren	Anzahl LV	Anteil LV/Vers in %	Δ Anteil zu 2008	Ausgaben je LV in €	Δ Ausgaben je LV zu 2008 in €
Insgesamt	16.664	0,91	+7,08	864,67	+1,45
0 bis unter 10 Jahre	7.484	4,48	+0,74	768,23	+0,24
10 bis unter 20 Jahre	3.201	1,39	+11,74	749,21	-0,43
20 bis unter 30 Jahre	462	0,18	+9,10	916,08	+5,11
30 bis unter 40 Jahre	552	0,24	+9,07	906,98	-3,08
40 bis unter 50 Jahre	1.177	0,33	+24,80	959,01	-3,13
50 bis unter 60 Jahre	1.362	0,50	+18,29	1.025,39	-1,12
60 bis unter 70 Jahre	1.105	0,64	+16,46	1.109,67	+1,19
70 bis unter 80 Jahre	937	0,91	+17,17	1.188,22	+0,87
80 bis unter 90 Jahre	355	1,13	+12,66	1.213,85	+7,92
90 Jahre und älter	29	1,09	-1,94	1.428,12	+1,45
Männer	10.686	1,12	+6,22	875,09	+1,10
0 bis unter 10 Jahre	5.411	6,32	+0,53	775,93	+0,70
10 bis unter 20 Jahre	2.200	1,87	+12,81	748,20	-1,34
20 bis unter 30 Jahre	207	0,16	+1,08	957,28	+3,72
30 bis unter 40 Jahre	242	0,21	+18,04	997,07	-4,08
40 bis unter 50 Jahre	550	0,29	+34,13	1.055,65	-8,34
50 bis unter 60 Jahre	665	0,45	+13,96	1.155,53	-2,54
60 bis unter 70 Jahre	652	0,66	+16,26	1.226,73	+3,44
70 bis unter 80 Jahre	567	0,95	+10,92	1.211,43	+1,30
80 bis unter 90 Jahre	182	1,17	+15,13	1.188,48	-0,96
90 Jahre und älter	10	1,18	+7,16	1.515,09	-0,37
Frauen	5.978	0,68	+9,11	846,03	+2,21
0 bis unter 10 Jahre	2.073	2,55	+1,30	748,15	-0,98
10 bis unter 20 Jahre	1.001	0,89	+9,72	751,43	+1,59
20 bis unter 30 Jahre	255	0,19	+16,60	882,63	+7,21
30 bis unter 40 Jahre	310	0,27	+2,42	836,65	-3,08
40 bis unter 50 Jahre	627	0,36	+17,33	874,24	+1,20
50 bis unter 60 Jahre	697	0,56	+22,56	901,22	+2,25
60 bis unter 70 Jahre	453	0,62	+16,87	941,19	-2,38
70 bis unter 80 Jahre	370	0,84	+28,48	1.152,65	+0,59
80 bis unter 90 Jahre	173	1,08	+10,13	1.240,55	+18,09
90 Jahre und älter	19	1,05	-5,25	1.382,35	+10,40

Tab. 21 Regionale Entwicklung der Ausgaben pro 100 GEK-Versicherte von 2008 zu 2009 in der Ergotherapie

Bundesland	Ausgaben 2008 in €	Ausgaben 2009 in €	Ausgaben pro 100 Versicherte 2008	Ausgaben pro 100 Versicherte 2009	Änderung der Ausgaben pro 100 Versicherte zu 2008 in %
Baden-Württemberg	2.188.141,07	2.179.735,29	753,62	746,57	-0,94
Bayern	1.992.336,04	2.007.683,77	734,33	735,10	+0,11
Berlin	565.042,34	705.118,29	639,19	794,70	+24,33
Brandenburg	581.131,68	652.841,48	658,04	725,89	+10,31
Bremen	71.370,55	85.870,49	510,96	602,18	+17,85
Hamburg	499.627,26	653.161,39	824,30	1.052,03	+27,63
Hessen	970.171,24	1.143.133,91	622,85	723,42	+16,15
Mecklenburg-Vorpommern	168.644,57	192.174,62	609,49	674,58	+10,68
Niedersachsen	1.510.793,49	1.615.447,03	808,90	852,01	+5,33
Nordrhein-Westfalen	1.584.852,62	1.839.951,92	560,85	644,10	+14,84
Rheinland-Pfalz	720.595,70	794.157,87	868,73	948,23	+9,15
Saarland	302.863,72	301.503,79	821,04	815,69	-0,65
Sachsen	561.865,71	609.383,26	1.014,49	1.057,96	+4,28
Sachsen-Anhalt	195.402,85	268.634,62	605,54	803,24	+32,65
Schleswig-Holstein	973.805,25	1.112.502,33	992,95	1.114,37	+12,23
Thüringen	208.580,44	240.931,79	591,43	687,10	+16,18

Tab. 22 Anteil der GEK-Versicherten mit Logopädie-Verordnungen in 2009 nach Alter und Geschlecht

Alter in Jahren	Anzahl LV	Anteil LV/ Vers in %	Δ Anteil zu 2008	Ausgaben je LV in €	Δ Ausgaben je LV zu 2008 in €
Insgesamt	18.129	0,99	+3,61	628,75	+3,57
0 bis unter 10 Jahre	11.533	6,91	+3,32	611,68	+2,47
10 bis unter 20 Jahre	3.194	1,39	+9,01	549,99	+2,74
20 bis unter 30 Jahre	415	0,16	+6,88	602,76	+10,39
30 bis unter 40 Jahre	314	0,14	+1,79	604,57	+4,17
40 bis unter 50 Jahre	624	0,17	+9,16	689,83	+2,81
50 bis unter 60 Jahre	629	0,23	+2,08	814,28	+5,72
60 bis unter 70 Jahre	623	0,36	+16,22	873,07	+7,93
70 bis unter 80 Jahre	561	0,54	+13,65	846,05	+1,62
80 bis unter 90 Jahre	214	0,68	+10,36	806,85	+11,58
90 Jahre und älter	22	0,84	+73,29	616,40	-11,65
Männer	10.614	1,11	+2,77	652,59	+3,80
0 bis unter 10 Jahre	7.071	8,26	+1,82	621,40	+2,04
10 bis unter 20 Jahre	1.779	1,51	+8,42	569,06	+2,64
20 bis unter 30 Jahre	151	0,12	+9,78	711,00	+10,99
30 bis unter 40 Jahre	134	0,12	+6,96	714,04	+16,66
40 bis unter 50 Jahre	267	0,14	+8,09	881,61	+12,81
50 bis unter 60 Jahre	318	0,21	+0,06	911,32	+8,87
60 bis unter 70 Jahre	398	0,40	+14,54	936,84	+7,36
70 bis unter 80 Jahre	372	0,62	+10,58	838,81	-0,06
80 bis unter 90 Jahre	117	0,75	+16,77	870,16	+12,10
90 Jahre und älter	7	0,83	+50,03	759,11	+3,90
Frauen	7.515	0,86	+5,02	595,08	+3,41
0 bis unter 10 Jahre	4.462	5,49	+5,79	596,27	+3,33
10 bis unter 20 Jahre	1.415	1,26	+9,81	526,00	+2,96
20 bis unter 30 Jahre	264	0,19	+5,25	540,85	+9,46
30 bis unter 40 Jahre	180	0,16	-2,25	523,08	-6,28
40 bis unter 50 Jahre	357	0,21	+9,70	546,40	-6,70
50 bis unter 60 Jahre	311	0,25	+4,12	715,06	+2,49
60 bis unter 70 Jahre	225	0,31	+19,97	760,26	+10,52
70 bis unter 80 Jahre	189	0,43	+20,63	860,31	+5,16
80 bis unter 90 Jahre	97	0,60	+3,39	730,49	+9,44
90 Jahre und älter	15	0,85	+86,62	549,80	-19,00

Tab. 23 Regionale Entwicklung der Ausgaben pro 100 GEK-Versicherte von 2008 zu 2009 in der Logopädie

Bundesland	Ausgaben 2008 in €	Ausgaben 2009 in €	Ausgaben pro 100 Versicherte 2008	Ausgaben pro 100 Versicherte 2009	Änderung der Ausgaben pro 100 Versicherte zu 2008 in %
Baden-Württemberg	1.553.141,45	1.649.754,62	534,92	565,05	+5,63
Bayern	1.492.713,58	1.519.855,33	550,18	556,49	+1,15
Berlin	501.403,67	625.117,26	567,20	704,53	+24,21
Brandenburg	648.266,72	705.625,06	734,06	784,58	+6,88
Bremen	60.875,92	61.232,88	435,82	429,40	-1,47
Hamburg	343.844,81	447.068,75	567,29	720,08	+26,93
Hessen	707.590,81	787.940,13	454,28	498,64	+9,76
Mecklenburg-Vorpommern	153.923,95	179.232,64	556,28	629,15	+13,10
Niedersachsen	1.107.720,37	1.141.407,69	593,09	602,00	+1,50
Nordrhein-Westfalen	1.806.322,18	1.963.397,59	639,23	687,31	+7,52
Rheinland-Pfalz	444.840,74	449.312,82	536,29	536,48	+0,04
Saarland	218.433,32	236.587,30	592,15	640,07	+8,09
Sachsen	406.081,81	421.143,71	733,21	731,15	-0,28
Sachsen-Anhalt	199.244,37	223.736,74	617,45	668,99	+8,35
Schleswig-Holstein	670.592,61	788.448,89	683,78	789,78	+15,50
Thüringen	173.794,24	192.269,62	492,80	548,32	+11,27

Tab. 24 Anteil der GEK-Versicherten mit Physiotherapie-Verordnungen in 2009 nach Alter und Geschlecht

Alter in Jahren	Anzahl LV	Anteil LV/ Vers in %	Δ Anteil zu 2008	Ausgaben je LV in €	Δ Ausgaben je LV zu 2008 in €
Insgesamt	284.583	15,51	+5,99	262,70	+3,81
0 bis unter 10 Jahre	7.297	4,37	+3,20	352,65	-1,10
10 bis unter 20 Jahre	16.362	7,11	+5,95	231,02	+2,25
20 bis unter 30 Jahre	22.788	8,64	+5,78	189,20	+0,92
30 bis unter 40 Jahre	31.968	13,88	+2,84	205,24	+1,84
40 bis unter 50 Jahre	67.005	18,53	+4,14	233,50	+2,67
50 bis unter 60 Jahre	61.563	22,56	+3,98	262,60	+2,71
60 bis unter 70 Jahre	41.890	24,44	+5,82	310,29	+4,51
70 bis unter 80 Jahre	27.434	26,52	+9,61	342,39	+5,03
80 bis unter 90 Jahre	7.691	24,38	+6,88	398,11	+6,44
90 Jahre und älter	585	21,90	+15,40	458,11	+6,94
Männer	124.705	13,04	+6,19	257,45	+3,92
0 bis unter 10 Jahre	4.058	4,74	+4,28	365,39	-1,09
10 bis unter 20 Jahre	7.195	6,12	+5,08	246,65	+3,49
20 bis unter 30 Jahre	8.351	6,53	+4,93	203,35	+2,31
30 bis unter 40 Jahre	12.412	10,76	+2,47	200,94	+2,26
40 bis unter 50 Jahre	27.676	14,74	+5,00	219,74	+3,28
50 bis unter 60 Jahre	27.059	18,26	+4,21	245,81	+1,74
60 bis unter 70 Jahre	20.749	21,11	+6,46	296,43	+4,73
70 bis unter 80 Jahre	13.662	22,92	+8,79	324,39	+5,24
80 bis unter 90 Jahre	3.383	21,81	+5,88	377,56	+5,33
90 Jahre und älter	160	18,50	+13,91	389,90	+4,98
Frauen	159.878	18,21	+5,65	266,79	+3,72
0 bis unter 10 Jahre	3.239	3,99	+1,88	336,69	-1,21
10 bis unter 20 Jahre	9.167	8,15	+6,60	218,76	+1,26
20 bis unter 30 Jahre	14.437	10,64	+6,24	181,01	+0,09
30 bis unter 40 Jahre	19.556	17,01	+2,48	207,97	+1,53
40 bis unter 50 Jahre	39.329	22,62	+3,23	243,18	+2,29
50 bis unter 60 Jahre	34.504	27,67	+3,42	275,77	+3,35
60 bis unter 70 Jahre	21.141	28,93	+4,77	323,89	+4,27
70 bis unter 80 Jahre	13.772	31,42	+10,27	360,25	+4,71
80 bis unter 90 Jahre	4.308	26,86	+7,87	414,25	+7,25
90 Jahre und älter	425	23,53	+16,11	483,79	+7,55

Tab. 25 Regionale Entwicklung der Ausgaben pro 100 GEK-Versicherte von 2008 zu 2009 in der Physiotherapie

Bundesland	Ausgaben 2008 in €	Ausgaben 2009 in €	Ausgaben pro 100 Versicherte 2008	Ausgaben pro 100 Versicherte 2009	Änderung der Ausgaben pro 100 Versicherte zu 2008 in %
Baden-Württemberg	14.301.447,87	14.891.175,33	4.925,56	5.100,28	+3,55
Bayern	11.413.272,03	12.309.399,32	4.206,67	4.507,01	+7,14
Berlin	3.640.399,67	4.144.183,35	4.118,10	4.670,66	+13,42
Brandenburg	2.707.459,94	3.041.623,73	3.065,75	3.381,95	+10,31
Bremen	399.449,30	451.741,69	2.859,75	3.167,89	+10,78
Hamburg	2.188.512,36	2.775.058,80	3.610,69	4.469,70	+23,79
Hessen	5.239.822,80	6.233.483,77	3.363,99	3.944,77	+17,26
Mecklenburg-Vorpommern	716.407,75	831.930,16	2.589,11	2.920,28	+12,79
Niedersachsen	6.930.569,36	7.755.344,07	3.710,73	4.090,29	+10,23
Nordrhein-Westfalen	7.075.942,28	8.017.376,50	2.504,07	2.806,58	+12,08
Rheinland-Pfalz	2.903.988,90	3.412.516,04	3.500,95	4.074,55	+16,38
Saarland	1.069.871,52	1.163.691,02	2.900,32	3.148,26	+8,55
Sachsen	2.508.021,50	2.798.057,89	4.528,42	4.857,74	+7,27
Sachsen-Anhalt	1.025.133,42	1.189.002,86	3.176,84	3.555,21	+11,91
Schleswig-Holstein	3.953.818,24	4.569.122,35	4.031,55	4.576,81	+13,52
Thüringen	964.523,62	1.101.375,60	2.734,92	3.140,95	+14,85

Tab. 26 Anteil der GEK-Versicherten mit Podologie-Verordnungen in 2009 nach Alter und Geschlecht

Alter in Jahren	Anzahl LV	Anteil LV/ Vers in %	Δ Anteil zu 2008	Ausgaben je LV in €	Δ Ausgaben je LV zu 2008 in €
Insgesamt	6.137	0,33	+40,18	189,35	+4,51
0 bis unter 10 Jahre	0	0,00	-100,00	0,00	-100,00
10 bis unter 20 Jahre	9	0,00	+2,28	128,08	-34,60
20 bis unter 30 Jahre	23	0,01	+5,78	155,12	+13,87
30 bis unter 40 Jahre	72	0,03	+31,03	156,04	-9,02
40 bis unter 50 Jahre	354	0,10	+34,65	169,07	-0,60
50 bis unter 60 Jahre	1.140	0,42	+17,85	187,56	+6,23
60 bis unter 70 Jahre	1.968	1,15	+35,53	193,29	+3,01
70 bis unter 80 Jahre	1.922	1,86	+39,61	194,85	+6,54
80 bis unter 90 Jahre	613	1,94	+54,12	182,02	+4,45
90 Jahre und älter	36	1,35	+32,32	164,94	-6,64
Männer	3.779	0,40	+41,94	188,23	+3,55
0 bis unter 10 Jahre	0	0,00	0,00	0,00	0,00
10 bis unter 20 Jahre	5	0,00	+2,50	129,30	-28,66
20 bis unter 30 Jahre	11	0,01	-3,31	175,17	+19,91
30 bis unter 40 Jahre	31	0,03	+30,65	160,88	-8,35
40 bis unter 50 Jahre	215	0,11	+48,03	168,41	-2,55
50 bis unter 60 Jahre	715	0,48	+18,10	186,83	+5,47
60 bis unter 70 Jahre	1.291	1,31	+36,05	190,79	+0,58
70 bis unter 80 Jahre	1.205	2,02	+44,97	192,49	+6,69
80 bis unter 90 Jahre	299	1,93	+50,04	182,62	+5,49
90 Jahre und älter	7	0,83	+200,06	157,20	+140,00
Frauen	2.358	0,27	+37,80	191,14	+6,06
0 bis unter 10 Jahre	0	0,00	-100,00	0,00	-100,00
10 bis unter 20 Jahre	4	0,00	+2,05	126,55	-40,88
20 bis unter 30 Jahre	12	0,01	+15,78	136,74	+9,05
30 bis unter 40 Jahre	41	0,04	+30,81	152,38	-9,49
40 bis unter 50 Jahre	139	0,08	+18,28	170,10	+2,06
50 bis unter 60 Jahre	425	0,34	+17,94	188,78	+7,53
60 bis unter 70 Jahre	677	0,93	+35,36	198,04	+7,85
70 bis unter 80 Jahre	717	1,64	+31,54	198,82	+6,49
80 bis unter 90 Jahre	314	1,96	+58,15	181,46	+3,46
90 Jahre und älter	29	1,61	+17,07	166,80	-10,93

Tab. 27 Regionale Entwicklung der Ausgaben pro 100 GEK-Versicherte von 2008 zu 2009 in der Podologie

Bundesland	Ausgaben 2008 in €	Ausgaben 2009 in €	Ausgaben pro 100 Versicherte 2008	Ausgaben pro 100 Versicherte 2009	Änderung der Ausgaben pro 100 Versicherte zu 2008 in %
Baden-Württemberg	107.305,31	144.566,66	36,96	49,51	+33,98
Bayern	116.935,33	173.335,45	43,10	63,47	+47,25
Berlin	41.148,05	61.896,55	46,55	69,76	+49,87
Brandenburg	19.669,32	26.412,96	22,27	29,37	+31,86
Bremen	7.073,70	9.572,60	50,64	67,13	+32,56
Hamburg	32.501,45	54.406,60	53,62	87,63	+63,42
Hessen	50.587,46	90.317,14	32,48	57,16	+75,99
Mecklenburg-Vorpommern	7.285,80	11.021,40	26,33	38,69	+46,93
Niedersachsen	103.437,42	158.872,29	55,38	83,79	+51,30
Nordrhein-Westfalen	125.521,58	187.118,21	44,42	65,50	+47,46
Rheinland-Pfalz	32.517,86	50.676,00	39,20	60,51	+54,34
Saarland	18.651,33	24.798,24	50,56	67,09	+32,69
Sachsen	48.197,45	62.514,75	87,02	108,53	+24,72
Sachsen-Anhalt	17.050,98	22.787,08	52,84	68,14	+28,95
Schleswig-Holstein	43.769,81	69.361,49	44,63	69,48	+55,68
Thüringen	11.354,99	13.768,81	32,20	39,27	+21,96

Tab. 28 Anteil Versicherte der GEK mit Heilmittelleistungen nach Alter und Geschlecht 2009 in Prozent

Alter in Jahren	Ergotherapie		Logopädie		Physiotherapie		Podologie	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0 bis unter 10 Jahre	6,32	2,55	8,26	5,49	4,74	3,99	0,00	0,00
10 bis unter 20 Jahre	1,87	0,89	1,51	1,26	6,12	8,15	0,00	0,00
20 bis unter 30 Jahre	0,16	0,19	0,12	0,19	6,53	10,64	0,01	0,01
30 bis unter 40 Jahre	0,21	0,27	0,12	0,16	10,76	17,01	0,03	0,04
40 bis unter 50 Jahre	0,29	0,36	0,14	0,21	14,74	22,62	0,11	0,08
50 bis unter 60 Jahre	0,45	0,56	0,21	0,25	18,26	27,67	0,48	0,34
60 bis unter 70 Jahre	0,66	0,62	0,40	0,31	21,11	28,93	1,31	0,93
70 bis unter 80 Jahre	0,95	0,84	0,62	0,43	22,92	31,42	2,02	1,64
80 bis unter 90 Jahre	1,17	1,08	0,75	0,60	21,81	26,86	1,93	1,96
90 Jahre und älter	1,16	1,05	0,81	0,83	18,50	23,53	0,81	1,61

Tab. 29 Anteil der GEK-Versicherten mit Hilfsmittel-Verordnungen (HMV) in 2009 nach Alter und Geschlecht

Alter in Jahren	Anzahl LV	Anteil LV/ Vers in %	Δ Anteil zu 2008	Ausgaben je LV in €	Δ Ausgaben je LV zu 2008 in €
Insgesamt	307.078	16,74	+3,83	333,47	+7,55
0 bis unter 10 Jahre	18.577	11,13	-0,25	301,33	+2,64
10 bis unter 20 Jahre	44.223	19,23	+1,81	194,14	+6,14
20 bis unter 30 Jahre	22.655	8,59	+4,99	230,50	+3,14
30 bis unter 40 Jahre	25.448	11,05	+2,67	250,44	+2,46
40 bis unter 50 Jahre	52.624	14,55	+1,99	271,83	+7,03
50 bis unter 60 Jahre	53.239	19,51	+3,24	340,20	+5,16
60 bis unter 70 Jahre	41.694	24,33	+2,92	442,09	+9,36
70 bis unter 80 Jahre	32.796	31,71	+5,96	513,01	+8,03
80 bis unter 90 Jahre	14.065	44,59	+3,29	558,94	+3,03
90 Jahre und älter	1.757	65,78	+2,18	619,75	+0,66
Männer	149.030	15,58	+3,75	397,86	+9,10
0 bis unter 10 Jahre	9.879	11,54	-0,73	314,65	-0,61
10 bis unter 20 Jahre	21.845	18,59	+1,75	209,45	+4,45
20 bis unter 30 Jahre	10.446	8,17	+4,48	260,24	+7,25
30 bis unter 40 Jahre	11.394	9,87	+2,48	295,53	+3,18
40 bis unter 50 Jahre	24.199	12,89	+1,64	334,90	+12,05
50 bis unter 60 Jahre	25.401	17,14	+2,57	424,84	+6,01
60 bis unter 70 Jahre	21.901	22,28	+4,79	547,31	+8,39
70 bis unter 80 Jahre	17.146	28,76	+5,68	611,49	+10,08
80 bis unter 90 Jahre	6.309	40,68	+2,13	605,23	+8,18
90 Jahre und älter	510	58,96	+0,86	663,48	+4,39
Frauen	158.048	18,00	+3,82	272,76	+5,76
0 bis unter 10 Jahre	8.698	10,70	+0,30	286,20	+7,10
10 bis unter 20 Jahre	22.378	19,90	+1,85	179,20	+8,21
20 bis unter 30 Jahre	12.209	8,99	+5,43	205,07	-0,88
30 bis unter 40 Jahre	14.054	12,22	+2,50	213,89	+2,20
40 bis unter 50 Jahre	28.425	16,35	+2,12	218,13	+1,48
50 bis unter 60 Jahre	27.838	22,32	+3,61	262,96	+4,83
60 bis unter 70 Jahre	19.793	27,08	+0,62	325,66	+10,58
70 bis unter 80 Jahre	15.650	35,71	+6,15	405,12	+5,14
80 bis unter 90 Jahre	7.756	48,37	+4,40	521,28	-1,41
90 Jahre und älter	1.247	69,05	+2,82	601,86	-0,94

Tab. 30 Anteil der GEK-Versicherten mit Verordnungen nach SGB XI §40 in 2009 nach Alter und Geschlecht

Alter in Jahren	Anzahl LV	Anteil LV/ Vers in %	Δ Anteil zu 2008	Ausgaben je LV in €	Δ Ausgaben je LV zu 2008 in €
Insgesamt	3.794	0,21	+17,46	391,01	+0,94
0 bis unter 10 Jahre	35	0,02	+26,26	2.204,76	+9,97
10 bis unter 20 Jahre	63	0,03	+37,10	872,76	+12,75
20 bis unter 30 Jahre	60	0,02	+28,78	481,48	-8,11
30 bis unter 40 Jahre	52	0,02	+17,26	877,48	+67,94
40 bis unter 50 Jahre	170	0,05	+4,09	439,65	-4,27
50 bis unter 60 Jahre	299	0,11	+6,90	419,71	-10,88
60 bis unter 70 Jahre	491	0,29	+5,32	387,66	-1,82
70 bis unter 80 Jahre	1.047	1,01	+13,22	365,02	+0,21
80 bis unter 90 Jahre	1.313	4,16	+10,75	328,29	+2,17
90 Jahre und älter	264	9,88	+2,98	276,65	-3,03
Männer	1.878	0,20	+20,14	436,83	+0,17
0 bis unter 10 Jahre	19	0,02	+1,01	2.601,62	+42,41
10 bis unter 20 Jahre	42	0,04	+72,21	808,06	+1,74
20 bis unter 30 Jahre	34	0,03	+21,76	637,06	+113,40
30 bis unter 40 Jahre	38	0,03	+48,29	989,29	+48,94
40 bis unter 50 Jahre	87	0,05	+4,83	392,88	-7,01
50 bis unter 60 Jahre	176	0,12	+9,68	454,14	-16,01
60 bis unter 70 Jahre	308	0,31	+3,47	403,45	-4,68
70 bis unter 80 Jahre	581	0,97	+12,46	399,19	+0,38
80 bis unter 90 Jahre	506	3,26	+17,14	363,41	-4,21
90 Jahre und älter	87	10,06	+17,98	270,76	-8,26
Frauen	1.916	0,22	+14,84	346,11	+1,44
0 bis unter 10 Jahre	16	0,02	+79,56	1.733,47	-27,19
10 bis unter 20 Jahre	21	0,02	-2,59	1.002,15	+33,42
20 bis unter 30 Jahre	26	0,02	+39,36	278,03	-67,75
30 bis unter 40 Jahre	14	0,01	-24,77	573,97	+78,74
40 bis unter 50 Jahre	83	0,05	+3,29	488,68	-1,84
50 bis unter 60 Jahre	123	0,10	+3,32	370,45	-1,21
60 bis unter 70 Jahre	183	0,25	+9,09	361,09	+5,25
70 bis unter 80 Jahre	466	1,06	+14,15	322,42	+0,27
80 bis unter 90 Jahre	807	5,03	+7,52	306,27	+6,14
90 Jahre und älter	177	9,80	-2,98	279,55	-0,66

Tab. 31 Versorgungsprävalenz und Ausgaben für Hilfsmittelleistungen in 2008 und 2009 nach Produktgruppen in der GEK

Produktgruppe	Anzahl LV 2009	Anteil LV zu Versicherte in %	Ausgaben in € in 2009	Ausgaben pro LV in 2009	Änderung Ausgaben pro LV zu 2008 in %	Ausgaben pro Versichertem in 2009	Änderung der Ausgaben pro Versichertem zu 2008 in %
01 - Absauggeräte	1.353	0,07	514.597,00	380,34	+11,32	0,28	+14,55
02 - Adaptionshilfen	3.645	0,20	267.806,61	73,47	+0,32	0,15	+16,35
03 - Applikationshilfen	6.024	0,33	6.950.281,51	1.153,77	+11,25	3,79	+7,22
04 - Badehilfen	4.850	0,26	1.189.816,93	245,32	-9,45	0,65	+7,32
05 - Bandagen	79.412	4,33	8.429.306,61	106,15	+1,50	4,59	+5,14
06 - Bestrahlungsgeräte	60	0,00	17.237,96	287,30	-0,53	0,01	-26,30
07 - Blindenhilfsmittel	119	0,01	150.548,74	1.265,12	-9,84	0,08	-20,30
08 - Einlagen	96.632	5,27	8.142.065,02	84,26	+2,12	4,44	+7,36
09 - Elektrostimulationsgeräte	21.449	1,17	1.888.496,27	88,05	-15,06	1,03	-15,10
10 - Gehhilfen	26.237	1,43	1.440.681,37	54,91	-4,44	0,79	+2,63
11 - Hilfsmittel gegen Dekubitus	3.212	0,18	1.094.046,86	340,61	-9,21	0,60	+8,43
12 - Hilfsmittel bei Tracheostoma	595	0,03	1.514.946,83	2.546,13	+14,63	0,83	+13,06
13 - Hörhilfen	11.470	0,63	8.485.839,76	739,83	+18,74	4,63	+14,73
14 - Inhalations- und Atemtherapiegeräte	11.705	0,64	15.103.335,80	1.290,33	+7,91	8,23	+29,80
15 - Inkontinenzhilfen	13.011	0,71	6.026.742,32	463,20	-1,22	3,29	+10,32
16 - Kommunikationshilfen	404	0,02	477.496,34	1.181,92	+20,26	0,26	+32,23
17 - Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	37.749	2,06	5.063.300,22	134,13	+3,23	2,76	+8,76
18 - Krankenfahrzeuge	8.117	0,44	7.213.646,93	888,71	-3,46	3,93	+10,66
19 - Krankenpflegeartikel	2.172	0,12	764.545,56	352,00	-7,21	0,42	-0,84
20 - Lagerungshilfen	1.605	0,09	313.846,78	195,54	-12,34	0,17	+13,01
21 - Meßgeräte für Körperzustände/-funktionen	3.809	0,21	855.344,00	224,56	+5,51	0,47	+5,23
22 - Mobilitätshilfen	697	0,04	567.889,51	814,76	-3,96	0,31	+5,48

Tab. 31 Fortsetzung

Produktgruppe	Anzahl LV 2009	Anteil LV zu Versicherte in %	Ausgaben in € in 2009	Ausgaben pro LV in 2009	Änderung der Ausgaben pro LV zu 2008 in %	Ausgaben pro Versichertem in 2009	Änderung der Ausgaben pro Versichertem zu 2008 in %
23 - Orthesen/Schienen	11.295	0,62	5.346.005,66	473,31	-9,85	2,91	+13,12
24 - Prothesen	5.485	0,30	4.093.366,39	746,28	+3,87	2,23	+9,84
25 - Sehhilfen	32.968	1,80	1.557.093,20	47,23	+2,48	0,85	-1,03
26 - Sitzhilfen	850	0,05	1.063.861,74	1.251,60	-5,09	0,58	+5,42
27 - Sprechhilfen	83	0,00	74.636,58	899,24	+20,63	0,04	+19,18
28 - Stehhilfen	117	0,01	249.688,37	2.134,09	+14,37	0,14	+18,03
29 - Stomaartikel	2.321	0,13	4.288.259,65	1.847,59	+6,71	2,34	+15,75
31 - Schuhe	20.443	1,11	5.928.476,21	290,00	+3,46	3,23	+1,87
32 - Therapeutische Bewegungsgeräte	1.969	0,11	1.075.452,33	546,19	-7,84	0,59	+7,93
33 - Toilettenhilfen	3.393	0,18	405.193,00	119,42	+2,79	0,22	+14,40
99 - Verschiedenes	4.657	0,25	734.799,77	157,78	+2,82	0,40	-6,05

Tab. 32 Versorgungsprävalenz mit Hilfsmitteln (HMV) nach Alter und Geschlecht in der GEK

	2009	Änderung zu 2008 in %
Männer		
Insgesamt	15,58	+3,75
0 bis unter 10 Jahre	11,54	-0,73
10 bis unter 20 Jahre	18,59	+1,75
20 bis unter 30 Jahre	8,17	+4,48
30 bis unter 40 Jahre	9,87	+2,48
40 bis unter 50 Jahre	12,89	+1,64
50 bis unter 60 Jahre	17,14	+2,57
60 bis unter 70 Jahre	22,28	+4,79
70 bis unter 80 Jahre	28,76	+5,68
80 bis unter 90 Jahre	40,68	+2,13
90 Jahre und älter	58,96	+0,86
Frauen		
Insgesamt	18,00	+3,82
0 bis unter 10 Jahre	10,70	+0,30
10 bis unter 20 Jahre	19,90	+1,85
20 bis unter 30 Jahre	8,99	+5,43
30 bis unter 40 Jahre	12,22	+2,50
40 bis unter 50 Jahre	16,35	+2,12
50 bis unter 60 Jahre	22,32	+3,61
60 bis unter 70 Jahre	27,08	+0,62
70 bis unter 80 Jahre	35,71	+6,15
80 bis unter 90 Jahre	48,37	+4,40
90 Jahre und älter	69,05	+2,82

Tab. 33 Regionale Entwicklung der Ausgaben pro 100 GEK-Versicherte von 2008 zu 2009 von Hilfsmitteln (HMV)

Bundesland	Ausgaben 2008 in €	Ausgaben 2009 in €	Ausgaben pro 100 Versicherte 2008	Ausgaben pro 100 Versicherte 2009	Änderung der Ausgaben pro 100 Versicherte zu 2008 in %
Baden-Württemberg	14.564.688,41	15.493.833,36	5.016,22	5.306,69	+5,79
Bayern	14.963.128,93	15.956.116,74	5.515,06	5.842,23	+5,93
Berlin	4.193.569,56	4.547.617,20	4.743,86	5.125,35	+8,04
Brandenburg	3.348.173,75	3.571.756,91	3.791,26	3.971,40	+4,75
Bremen	698.934,93	743.383,75	5.003,83	5.213,07	+4,18
Hamburg	3.433.109,14	4.431.838,21	5.664,08	7.138,22	+26,03
Hessen	8.112.604,24	9.624.951,66	5.208,33	6.091,01	+16,95
Mecklenburg-Vorpommern	1.208.196,63	1.352.896,60	4.366,45	4.749,01	+8,76
Niedersachsen	9.116.067,26	11.013.234,59	4.880,88	5.808,55	+19,01
Nordrhein-Westfalen	14.342.522,69	16.561.044,99	5.075,60	5.797,39	+14,22
Rheinland-Pfalz	3.852.190,42	4.743.046,74	4.644,10	5.663,20	+21,94
Saarland	1.584.441,15	1.705.490,49	4.295,28	4.614,05	+7,42
Sachsen	2.659.516,07	2.936.483,28	4.801,96	5.098,06	+6,17
Sachsen-Anhalt	1.370.915,86	1.454.201,48	4.248,40	4.348,17	+2,35
Schleswig-Holstein	5.447.742,59	6.507.559,65	5.554,84	6.518,51	+17,35
Thüringen	1.591.134,08	1.656.603,14	4.511,68	4.724,38	+4,71

Tab. 34 Ausgaben für Hilfsmittel (HMV) pro Versichertem der GEK in 2008 und 2009 nach Bundesland

Bundesland	2008	2009	Änderung in %
Baden-Württemberg	50,16	53,07	+5,79
Bayern	55,15	58,42	+5,93
Berlin	47,44	51,25	+8,04
Brandenburg	37,91	39,71	+4,75
Bremen	50,04	52,13	+4,18
Hamburg	56,64	71,38	+26,03
Hessen	52,08	60,91	+16,95
Mecklenburg-Vorpommern	43,66	47,49	+8,76
Niedersachsen	48,81	58,09	+19,01
Nordrhein-Westfalen	50,76	57,97	+14,22
Rheinland-Pfalz	46,44	56,63	+21,94
Saarland	42,95	46,14	+7,42
Sachsen	48,02	50,98	+6,17
Sachsen-Anhalt	42,48	43,48	+2,35
Schleswig-Holstein	55,55	65,19	+17,35
Thüringen	45,12	47,24	+4,71

Tab. 35 Hilfsmittel aus Apotheken 2008 und 2009 für die GEK-Versicherten

Hilfsmittel aus Apotheken	2008	2009	Änderung in %
A: Hilfsmittel mit Pharmazentralnummer und Hilfsmittelpositionsnummer			
Anzahl verschiedene Versicherte	67.821	74.001	+9,11
davon weibliche Versicherte	32.367	35.410	+9,40
Anzahl Rezepte	155.722	176.142	+13,11
Anzahl verschiedene PZN	8.358	8.844	+5,81
Anzahl verschiedener Hilfsmittelpositionsnummern	2.322	2.428	+4,57
Ausgaben in €	8.920.769,93	9.848.360,34	+10,40
B: Miete oder Leihgebühr für Hilfsmittel (Pseudo-PZN = 9999063)			
Anzahl verschiedene Versicherte	9.085	9.630	+6,00
davon weibliche Versicherte	5.860	6.244	+6,55
Anzahl Rezepte	14.124	15.168	+7,39
Ausgaben in €	507.834,61	537.702,73	+5,88
C: Hilfsmittel ohne PZN (Pseudo-PZN = 9999028)			
Anzahl verschiedene Versicherte	10.231	10.987	+7,39
davon weibliche Versicherte	5.902	6.415	+8,69
Anzahl Rezepte	15.855	17.541	+10,63
Anzahl verschiedener Hilfsmittelpositionsnummern	1.143	1.294	+13,21
Ausgaben in €	1.207.918,87	1.358.444,26	+12,46
Gesamtausgaben für Hilfsmittel aus Apotheken in €	10.636.523,41	11.744.507,33	+10,42
Gesamtausgaben für Hilfsmittel pro Versichertem in €	5,87	6,40	+9,07
Gesamtanzahl LV mit Hilfsmitteln zu Vers. in %	4,81	5,16	+7,27

**Tab. 36 Arztkontakte und Diagnosen pro MS-Patient nach Geschlecht 2007 in der
GEK**

Frauen	Arztkontakte	Männer
38,99 (23,86)	Mittelwert (SD)	33,34 (24,45)
22	1. Quartil	16
35	2. Quartil	28
117	3. Quartil	43
189	4. Quartil	178
Diagnosen		
17 (9,25)	Mittelwert (SD)	12,34 (8)
11	1. Quartil	6
16	2. Quartil	11
22	3. Quartil	17
64	4. Quartil	68

Datenbasis: 1.326 Männer und Frauen mit MS, ambulante Diagnosen und Arztkontakte im Jahr 2007

Die ProjektmitarbeiterInnen:

Kristin Sauer, MPH

*1980

Studium der Physiotherapie an der Hanze University of Applied Science Groningen, Niederlande 2001 bis 2005. Anschließend Arbeit in verschiedenen Physiotherapiepraxen und als Lehrkraft für Physiotherapie. 2007 bis 2009 Studium Master Public Health/ Pflegewissenschaften an der Universität Bremen mit dem Schwerpunkt Versorgungsforschung. Seit April 2009 Mitarbeiterin und November 2009 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung der Universität Bremen.

Claudia Kemper, MPH

*1967

Studium der Religionspädagogik in Paderborn. Anschließend Ausbildung zur Physiotherapeutin und Arbeit in verschiedenen Krankengymnastikpraxen. Studium der Gesundheitswissenschaften an der Universität Bremen und seit April 2006 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung der Universität Bremen.

Kathrin Kaboth, MPH

*1982

Von 2004 bis 2007 Bachelor-Studium der Gesundheitswissenschaften an der Universität Bremen mit dem Schwerpunkt „Gesundheitsförderung und Prävention“. Auszeichnung der Bachelor-Abschlussarbeit mit dem GEK-Hansepreis. Anschließend bis 2010 Master-Studium der Gesundheitswissenschaften mit dem Schwerpunkt Versorgungsforschung. Seit Oktober 2009 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung der Universität Bremen.

Prof. Dr. Gerd Glaeske

*1945

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

Ab Dezember 1999 Professor für Arzneimittelversorgungsforschung am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen. Seit 2007 Co-Leiter der Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen.

Von 2003 bis September 2009 Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (www.svr-gesundheit.de), im wissenschaftlichen Beirat der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und Mitglied in der BTM-Kommission des BfArM. Mitglied der Drug-Utilization-Research-Group der WHO, seit 2005 nach vierjähriger Tätigkeit als 1. Vorsitzender der Gesellschaft für Arzneimittel anwendungs-forschung und Arzneimittel epidemiologie (GAA) nun Berater des Vorstands, seit Mai 2006 Mitglied im geschäftsführenden Vorstand des Deutschen Netzwerkes Versorgungsforschung (DNVF). Mitglied in diversen medizinischen und epidemiologischen Fachgesellschaften. Ab 2009 vom österreichischen Bundesminister für Gesundheit berufenes Mitglied des Kommission für rationale Arzneimitteltherapie.

Seit 2007 bis zum Rücktritt am 25. März 2008 Mitglied und Vorsitzender im wissenschaftlichen Beirat des BVA zur Erstellung eines Gutachtens zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich.

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

Marion Burckhardt

*1967

Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin (RbP). Von 2008 bis 2010 Studium Bachelor of Business Administration Gesundheits- und Sozialwesen. Seit 2008 zertifizierte Wundtherapeutin WTCert DGfW, Leitlinienkordinatorin und Dozentin.

Angela Fritsch

*1958

Studium der Geographie an der Universität Bonn (Abschluss: Dipl. Geograph.). Anschließend Ausbildung zur Organisationsprogrammiererin am Control Data Institut in Dortmund (Abschluss: Organisationsprogrammiererin). Danach Anstellung in verschiedenen Softwarehäusern. Seit März 2005 Mitarbeiterin am Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung der Universität Bremen.

Claudia Kretschmer

*1981

Ausbildung zur Pharmazeutisch-Technischen-Assistentin in Bremen. Anschließend Angestellte in einer öffentlichen Apotheke in Bremen. Seit November 2004 Mitarbeiterin der Gmünder ErsatzKasse/BARMER GEK im Bereich der Analyse von Rezeptdaten zur Transparenzsteigerung der Arzneimittelausgaben.

Peter Nieland

*1962

Leiter der Physiotherapie am Malteser Krankenhaus Bonn/Rhein-Sieg; Leiter des Arbeitskreises Physiotherapie der DGP (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin); Mitglied der EACP Task Force Physiotherapie (European Association for Palliative Care).

Christian Schalauka

*1984

Ausbildung zum Vermessungstechniker von 2000 bis 2003. Zivildienst und Abitur 2003 bis 2005. Anschließend Studium an der Hochschule Bremen im Studiengang Digitale Medien mit dem Abschluss Bachelor of Science. Seit September 2008 studentischer Mitarbeiter am Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung der Universität Bremen.

Melanie Tamminga

*1986

Ausbildung zur medizinischen Fachangestellten von 2002 bis 2005. Seit Oktober 2007 Studium der Gesundheitswissenschaften (Public Health) Bachelor of Science, an der Universität Bremen. Mitarbeit von 2007 bis 2009 in einer gynäkologischen Arztpraxis im Bereich Praxismarketingassistentin und Management im Patientenservice und Kommunikation. Seit September 2009 studentische Mitarbeiterin am Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung der Universität Bremen.

Reina Andrea Tholen, Dipl. Geogr./MPH

*1966

Studium der Geographie von 1991 bis 1998. Aufbaustudium Gesundheitswissenschaften von 2004 bis 2007. Seit 2009 wissenschaftliche Mitarbeiterin beim Deutschen Verband für Physiotherapie – Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten (ZVK).

Prof. Dr. Ursula Walkenhorst

*1963

Studium der Erziehungswissenschaften (Schwerpunkt: Rehabilitationswissenschaften) an der Universität Dortmund. Abschluss als Ergotherapeutin Berufsfachschule für Ergotherapie Dortmund. Promotion in den Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld. 2002 bis 2006 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fachbereich Pflege und Gesundheit an der Fachhochschule Bielefeld. 2006 bis 2010 Professorin für das Lehrgebiet Therapie- und Rehabilitationswissenschaften (Schwerpunkt: Didaktik) (FH Bielefeld – Fachbereich Wirtschaft und Gesundheit). Seit März 2010 Professorin und Studiengangsleiterin für den Studiengang Ergotherapie an der Hochschule für Gesundheit in Bochum.

In der BARMER GEK-Edition, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, sind bisher erschienen:

- Band 1: Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Arztreport. 2010
ISBN 978-3-537-44101-0 Euro 14,90
- Band 2: Glaeske, G., Schick Tanz, C.: BARMER GEK Arzneimittel-Report 2010. 2010
ISBN 978-3-537-44102-7 Euro 14,90
- Band 3: Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Report Krankenhaus 2010. 2010
ISBN 978-3-537-44103-4 Euro 14,90