BARMER GEK die gesund experten

Claudia Kemper
Kristin Sauer
Gerd Glaeske

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

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

BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2012

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

September 2012

BARMER GEK die gesund experten

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.

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 16

BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2012

Herausgeber: BARMER GEK
Hauptverwaltung Schwäbisch Gmünd
Kompetenzzentrum Medizin und Versorgungsforschung
Gottlieb-Daimler-Straße 19
73529 Schwäbisch Gmünd
www.barmer-gek.de

Autoren: Claudia Kemper, Kristin Sauer, Gerd Glaeske
Zentrum für Sozialpolitik (ZeS),
Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung
Forschungsschwerpunkt „Versorgungsforschung im Bereich Arzneimittel und Sonstiger Leistungen“
Universität Bremen, Mary-Somerville-Str. 5, 28359 Bremen

Titelbild: Mit freundlicher Unterstützung des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten e.V. (DEV)

Verlag: Asgard Verlagsservice GmbH, Schützenstraße 4,
53721 Siegburg

ISBN: 978-3-943-74481-1

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmung und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort 5
Danksagung 7

I. Einführung 9
1. Hilfsmittel und Heilmittel in der GKV 9
2. Allgemeine Auswertungsergebnisse der BARMER GEK-Daten des Jahres 2010 22
3. Material und Methoden 31

II. Ergebnisse der Heilmittelanalysen 36

III. Ergebnisse der Hilfsmittelanalysen 51

IV. Spezifische Auswertungen 61
1. Ergotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen und Verhaltensstörungen 61
2. Heilmittelversorgung im Pflegeheim 84
3. Leistung im Porträt: Massagetherapie in Zeiten der Evidenzbasierten Medizin 102
4. Die Versorgung von Patienten mit Epicondylitis 121
5. Die konservative Therapie des Karpaltunnelsyndroms 137
6. Bandagen und Orthesen/Schienen 151

V. Verzeichnisse 166
1. Tabellenverzeichnis 166
2. Abbildungsverzeichnis 168
3. Literaturverzeichnis 171

VI. Anhang 187

Vorwort

Mit dem BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2012 setzen wir unsere Versorgungsforschung im Bereich der Heil- und Hilfsmittel fort. Um den Erkenntnisstand in diesem Leistungsbereich zu verbessern, thematisieren wir Fragen der Bedarfsgerechtigkeit in der Versorgung. Ziel ist mehr Effektivität und Effizienz in der Behandlung der Versicherten.

In diesem Jahr werden Analysen und Ergebnisse zu folgenden Schwerpunkten vorgestellt:

- Wie hat sich die Versorgung mit Heil- bzw. Hilfsmitteln bei der BARMER GEK im Vergleich zum Vorjahr entwickelt?
- Welche regionalen und geschlechtsspezifischen Auffälligkeiten sind in der Versorgung zu erkennen?
- Welche Besonderheiten lassen sich in der Versorgung mit Bandagen, Orthesen oder Massagetherapien feststellen?
- Werden Versicherte in stationärer Pflege angemessen mit Heilmitteln versorgt?
- Welchen Stellenwert hat die Ergotherapie in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen und Verhaltensstörungen?
- Wie werden Patientinnen und Patienten mit Karpaltunnelsyndrom oder Epicondylitis behandelt?

Richtig eingesetzt sind Heil- und Hilfsmittel effektive und nebenwirkungsarme Therapien. Nach unseren Analysen werden bei der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln nicht immer der patientenorientierte Nutzen und die Wirtschaftlichkeit beachtet. Der BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport will daher einen Beitrag dazu leisten, die Rationalität der Versorgung zu fördern und möchte zu weiterer dringend notwendiger Forschung anregen.

Der BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport wird erstellt in Kooperation mit dem Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) an der Universität Bremen. Unser Dank gilt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des ZeS für die Auswertungen und die Erstellung des Reports.

Wir hoffen, dass auch diese Publikation in unserer Report-Reihe auf Interesse bei den Leserinnen und Lesern stoßen wird.

Berlin, im September 2012

Dr. Christoph Straub
Vorstandsvorsitzender
der BARMER GEK

Dr. Rolf-Ulrich Schlenker
Stv. Vorstandsvorsitzender
der BARMER GEK

Prof. Dr. Gerd Glaeske
Universität Bremen

Danksagung

Der nun vorgelegte Heil- und Hilfsmittelreport erscheint zum dritten Mal in der BARMER GEK Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse auf der Basis von Daten für insgesamt knapp über 9 Mio. Menschen, die während des Jahres 2011 bei der BARMER GEK versichert waren.

Die Erstellung dieses Reports in unserer Arbeitsgruppe Versorgungsforschung im Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen wäre nicht möglich gewesen ohne die Hilfe vieler Kolleginnen und Kollegen: Wir möchten daher Angela Fritsch, Tim Jacobs, Sabine Koch, Claudia Kretschmer, Jana Schulze, Melanie Tamminga und Kathrin Tholen danken.

Zusätzlich konnten wir externe Experten für die Unterstützung bei den Kapiteln zu Bandagen und Orthesen/Schienen und Ergotherapie, nämlich Frau Susanne Dannehl und Frau Sabine George gewinnen. Für deren Mitarbeit möchten wir uns herzlich bedanken.

Dass der Heil- und Hilfsmittelreport in der bewährten Form weitergeführt und publiziert werden kann, verdanken wir der uneingeschränkten Unterstützung des Vorstandes der BARMER GEK, vor allem aber dem für die Versorgungsforschung zuständigen stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden Herrn Dr. Rolf-Ulrich Schlenker. Wie in den Jahren zuvor hoffen wir auch dieses Mal, dass die Auswahl der Daten und Analysen sowie die Kommentierungen und Interpretationen interessante Einblicke in die Versorgungsbereiche mit Heil- und Hilfsmitteln geben. Wenn dieser Report dazu nutzen kann, die patientenorientierte Versorgungsqualität zu verbessern, hat er ein wichtiges Ziel erreicht.

Dr. Claudia Kemper Kristin Sauer

Prof. Dr. Gerd Glaeske

I. Einführung

1. Hilfsmittel und Heilmittel in der GKV

Von Hilfsmitteln und Medizinprodukten – eine Nutzenbewertung ist überfällig!

Schon seit vielen Jahren gehören Analysen der Arzneimittelversorgung zum Alltag in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). In unterschiedlicher Weise werden von verschiedenen Institutionen Daten über Ausgaben und Menge der verordneten Arzneimittel veröffentlicht, meist in jährlichen Publikationen wie dem Arzneiverordnungs-Report (z. B. Schwabe & Paffrath, 2011), dem BARMER GEK Arzneimittelreport (z. B. Glaeske & Schicktanz, 2012) oder dem Arzneimittel-Atlas (z. B Häussler et al., 2011). Dies mag wegen des Ausgabenumfangs und der vielfältigen Interventionsmöglichkeiten (von Rabattverträgen über Mehrwertverträge bis hin zur Unterstützung von Pharmakotherapiezirkeln) eine nachvollziehbare Begründung haben. Zudem hat der Wunsch nach Transparenz in diesem Markt frühzeitig zu verbindlichen Codierungs- und Erfassungssystemen geführt, die eine Darstellung der Arzneimittelversorgung vereinfachen und unter Berücksichtigung der erfassten ICD-10-Diagnosen auch Hinweise auf Über-, Unter- und Fehlversorgung ermöglichen.

Der Markt der Hilfsmittel war dagegen immer ein „Stiefkind“ der Transparenz, obwohl dieses Marktsegment mehr und mehr auch unter Kosten- und Regulationsaspekten in den Mittelpunkt rückt. Darum beschäftigt sich der folgende Beitrag vor allem mit diesem Marktsegment, mit den Ausgaben, mit den Veränderungen in den letzten Jahren und mit den Notwendigkeiten gezielter Interventionen, um auch bei den Hilfsmitteln Transparenz von Menge, Art und Qualität der Versorgung herzustellen und, wo es notwendig erscheint, auch zu verbessern.

Begriffsbestimmung und Hintergrund

Im Sinne des Sozialversicherungsrechts sind Hilfsmittel Gegenstände (z. B. Hörhilfen, Körperersatzstücke, orthopädische oder andere Hilfsmittel), die beeinträchtigte Körperfunktionen wiederherstellen, ersetzen, erleichtern oder ergänzen können. Der Versorgungsanspruch ist im SGB V, SGB IX und SGB XI festgeschrieben und kann darum zu Lasten der Krankenkasse, Pflegekasse oder eines anderen Rehabilitationsträgers erfüllt werden. Zu Lasten der Krankenkassen können Hilfsmittel eingesetzt werden, um eine Krankenbehandlung zu sichern, eine drohende Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen (§ 33, SGB V). Der Behinderungsausgleich wird unterschieden in einen unmittelbaren und einen mittelbaren Behinderungsausgleich. Ein Hilfsmittel, das zum unmittelbaren Behinderungsausgleich geeignet ist, soll – wie z. B. bei einer Prothese – eine verloren gegangene Organfunktion so gut es geht ersetzen und die Teilhabe am alltäglichen Leben ermöglichen. Hilfsmittel dienen dem mittelbaren Behinderungsausgleich, wenn sie nur indirekt den Ausgleich einer fehlenden Körperfunktion herbeiführen. Sie fallen auch dann unter die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen, wenn sie benötigt werden, um Grundbedürfnisse des täglichen Lebens zu decken. Dieser unbestimmte Rechtsbegriff unterliegt dem Wandel gesellschaftlicher Verhältnisse und Anschauungen und umfasst neben Grundfunktionen wie z. B. Liegen, Sitzen, Sehen, Hören und der Nahrungsaufnahme auch erweiterte Grundbedürfnisse wie selbständiges Wohnen, Bewegungsfreiheit und Kommunikation (Kamps, 2009).

Der Rehabilitationsträger ist leistungsverpflichtet, wenn Hilfsmittel erforderlich sind, um einer drohenden Behinderung vorzubeugen, den Erfolg einer Heilbehandlung zu sichern oder eine Behinderung auszugleichen (§ 31, SGB IX). Diese Überschneidung mit der Leistungspflicht der Krankenkassen kann in Streitfragen bezüglich der Zuständigkeit der Erstattung Nachteile der Versicherten mit sich bringen. Um das zu vermeiden, regelt der § 14 SGB IX das Verfahren zur Zuständigkeitsprüfung. Dem-

nach ist ein Träger verpflichtet, den Antrag auf eine Hilfsmittelversorgung innerhalb von zwei Wochen zu prüfen und dann ggf. an den verantwortlichen Leistungsträger weiterzuleiten oder die Versorgung einzuleiten und die Kosten beim verantwortlichen Leistungsträger zur Erstattung einzureichen.

Die Pflegekassen leisten die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege, zur Linderung von Beschwerden des Pflegebedürftigen oder zur Ermöglichung einer selbstständigen Lebensführung des Betroffenen beitragen (§ 40 SGB XI).

Der Versorgung im Rahmen des SGB V geht in der Regel eine ärztliche Verordnung voraus und sie basiert auf den vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) verfassten Hilfsmittelrichtlinien, in denen neben der Verordnungsfähigkeit auch der angemessene und wirtschaftliche Einsatz von Hilfsmitteln geregelt wird. Die Verordnung von Hilfsmitteln ist nach § 73 Abs. 2 SGB V Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung, ein genereller Arztvorbehalt, wie im § 15 SGB V festgeschrieben, gilt nach aktueller Rechtsprechung jedoch nicht. Verordnende Ärzte haben auf die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Hilfsmittelversorgung zu achten, gemäß den Hilfsmittelrichtlinien die entsprechenden Vordruckmuster zu verwenden und sollen dort neben der Diagnose eine möglichst genaue Bezeichnung des Hilfsmittels mit Anzahl und Hinweisen z. B. über Zweckbestimmung, Art der Herstellung, Material und Abmessungen vornehmen (G-BA, 2009).

Die von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfassten Hilfsmittel werden gemäß § 139 SGB V im Hilfsmittelverzeichnis gelistet. Seit dem 1.7.2008 ist der GKV-Spitzenverband für die Erstellung und Fortschreibung dieses Verzeichnisses zuständig, das wegen des Genehmigungsvorbehalts der Krankenkassen keine abschließende und verbindliche Positivliste darstellt, dennoch in der Praxis weitesgehend als Entscheidungsgrundlage dient. Das Hilfsmittelverzeichnis legt

indikations- und einsatzbezogene Qualitätsanforderungen fest, die aus Funktionstauglichkeit, Sicherheit, besonderen Qualitätsanforderungen, medizinischem Nutzen, Produktinformationen und sonstigen Anforderungen bestehen. Die Gliederung erfolgt nach Produktgruppen, in denen die Hilfsmittel mit einer zehnstelligen Positionsnummer nach Anwendungsort, Untergruppe, Produktart und Bezeichnung der Einzelprodukte gelistet sind. Pflegehilfsmittel werden analog in sechs Produktgruppen mit identischer Systematik aufgelistet. Seit Juli 2012 bietet der GKV-Spitzenverband das Hilfsmittelverzeichnis auf seiner Internetseite an (GKV-Spitzenverband, 2012a). In diesem Hilfsmittelverzeichnis sind über 20.000 Hilfsmittel aus 39 Produktgruppen aufgelistet, ob Absauggeräte, Gehhilfen oder Einlagen. Auf diesen Internetseiten können sich Patientinnen und Patienten allgemein über mögliche Produkte für den Ausgleich einer bestimmten Erkrankung oder Behinderung informieren, abgebildet ist der jeweilig aktuelle Veröffentlichungsstand. In jeder Produktgruppe werden leistungsrechtliche Hinweise gegeben. Zusätzlich werden Qualitätsanforderungen veröffentlicht (siehe § 139 SGB V), die müssen in Verträgen mit den Leistungserbringern berücksichtigt werden (§ 127 SGB V). Mit diesen Anforderungen soll letztlich eine Versorgung sichergestellt werden, die sich am allgemein anerkannten Kenntnisstand orientiert, die qualitätsgesichert und bedarfsgerecht erfolgt (§§ 12 und 70 SGB V).

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

Tabelle I.1 Einteilung der Medizinprodukte anhand von europäischen Richtlinien

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

Eine weitere Besonderheit bei der Hilfsmittelerbringung zu Lasten der Krankenkassen stellen die Festbetragsregelungen dar, die seit 2005 vom GKV-Spitzenverband bundesweit auf Basis von Herstellerinformationen für bestimmte Produktgruppen festgesetzt sind und die Erstattungsobergrenze für entsprechende Hilfsmittel darstellen. Mehrkosten für Hilfsmittel, die über dieser Grenze liegen, müssen von den Versicherten selbst getragen werden. Zur Zeit gelten für die Produktgruppen Seh-, Hör- und Inkontinenzhilfen, Hilfsmittel zur Kompressionstherapie, Stomaartikel und Einlagen Festbetragsregelungen, die überhöhten Preisen entgegenwirken und somit ein Instrument zur Wirtschaftlichkeit darstellen sollen. Werden diese Festbeträge zu niedrig angesetzt, ist die Zumutbarkeit des Eigenanteils der Versicherten unter Umständen überschritten und die ausreichende Versorgung mit Hilfsmitteln nicht mehr gewährleistet. In Einzelfällen wurde bereits eine Rechtswidrigkeit der Festbeträge festgestellt, so in einem Urteil des Sozialgerichts Neubrandenburg vom 10.06.2008 (S 4 KR 7/07) und des Bundessozialgerichts vom 17.12.2009 (B 3 KR 20/08 R) zur Versorgung mit Hörgeräten.

Eine Ausnahme der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen zur Hilfsmittelversorgung nach § 33 SGB V besteht nach Urteilen des Bundessozialgerichts im Rahmen der vollstationären Pflege. Die Träger von Pflegeheimen haben dabei die für den übrigen Pflegebetrieb und zur angemessenen pflegerischen und sozialen Betreuung notwendigen Hilfs-

mittel bereitzustellen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben im Jahr 2007 einen gemäß aktueller Rechtsprechung gültigen Abgrenzungskatalog erarbeitet, der eine Zuordnung der Hilfsmittel zu den möglichen Kostenträgern enthält und im Einzelfall zur Entscheidungsfindung herangezogen werden kann (Spitzenverbände der Krankenkassen, 2007). Demnach fallen in die Vorhaltepflicht der Pflegeheime unter anderem sämtliche Pflegehilfsmittel, Anzieh-, Ess-, oder Trinkhilfen, Gehübungsgeräte, Toilettenstühle, Krankenpflegeartikel und Mobilitätshilfen. Die Abgrenzung gilt als Entscheidungshilfe und kann nicht für jeden Versorgungsfall als allgemeinverbindlich und produktspezifisch herangezogen werden.

Die Probleme der Medizinprodukte sind auch die Probleme der Hilfsmittel

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

Nach dem PIP-Skandal folgten Berichte über seit Jahren bekannte Probleme mit Hüft- und Knieprothesen. Die Kritik in all diesen Fällen: Die schlechte Überprüfung und laxe Zulassung solcher Produkte zum Markt. Es wird nämlich lediglich die Funktion, nicht aber der Nutzen für die Patienten untersucht. Ebenso wie im Arzneimittelbereich verlangen Experten daher unabhängige Kontrollen für Medizinprodukte und Zulassungsstudien wie für Arzneimittel. Zertifizierungen durch die Hersteller selber oder durch „Benannte Stellen" (wie z. B. den TÜV) sind nicht ausreichend, um den patientenorientierten Nutzen zu bestimmen. So werden Metallprothesen als Hüftgelenke angewendet, die seit Jahren als risikoreich bewertet werden (Cohen, 2012; Sedrakyan, 2012). Untersuchungen in England und Wales zeigten bei 30.000 Patientinnen und Patienten, denen Metall-auf-Metall Hüftimplantate eingesetzt worden waren, dass bei 6,2 % über fünf Jahre Revisionsoperationen durchgeführt werden mussten, bei Patientinnen und Patienten mit anderen Implantattypen, z. B. aus Metall-Polyethylen oder aus Keramik, bestand nur bei 2 % eine Revisionsnotwendigkeit. In Deutschland waren 5.500 der Metall-auf-Metall-Implantate eingesetzt worden, bevor der Hersteller DePuy, ein Tochterunternehmen von Johnson&Johnson, diese Medizinprodukte aufgrund von Materialmängeln vom Markt nehmen musste (Oberhofer, 2012). Insgesamt finden bei jährlich rund 210 Tsd. Hüft- und 175 Tsd. Kniegelenkersatz-Prozeduren 37.000 Wechseloperationen pro Jahr statt, auch ein Resultat von wenig geeigneten Implantaten. Politiker, Ärzteverbände und Behörden bleiben aber untätig – zum Schaden der Patienten. Auch bei Kniegelenken gibt es harsche Kritik von Ärztinnen und Ärzten. Für solche Gelenke wird nur die Sicherheit untersucht, nicht aber der klinische Nutzen für die Patientinnen und Patienten. Bei Herzschrittmachern muss bei einer Zulassung lediglich gezeigt werden, dass es bei seiner Anwendung nicht zu einem Kurzschluss kommt. Die Frage, ob dieser Schrittmacher wirklich Rhythmusstörungen lindern kann, hat keine Bedeutung – ein CE-Siegel reicht aus, entweder im Inland oder im Ausland erworben.

Nach all den Skandalen und Zwischenfällen der jüngsten Zeit erscheint es dringend erforderlich, die Zulassungsbedingungen für Medizinprodukte zu verschärfen, wenn nicht weiterhin Patientinnen und Patienten wegen ungenügender klinischer Prüfungen geschädigt werden sollen. Dringend erforderlich sind klinische Studien wie sie auch für die Zulassung von Arzneimitteln gefordert werden – ein kontrolliertes Studiendesign ist hierfür unerlässlich, um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten. In der Regel sollten daher randomisierte Studien mit einer adäquaten Vergleichstherapie durchgeführt werden, um den patientenorientierten Nutzen des jeweiligen Produktes besser bestimmen zu können.

Am 22. Juni 2012 hat die Verbraucherzentrale Bundesverband unter der Überschrift „Mehr Sicherheit bei Medizinprodukten“ folgenden Forderungskatalog zum Thema Medizinprodukte aufgestellt (Verbraucherzentrale Bundesverband 22. Juni 2012):

1. Europaweit einheitliche amtliche Zulassung für Medizinprodukte der Risikoklassen II b und III (Reform EU-Richtlinien)
2. Kostenübernahme der GKV für neue Medizinprodukte nur, wenn Patientennutzen im Verhältnis zu den Risiken nachgewiesen ist (Regelung SGB V analog zur frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln)
3. Unangekündigte Kontrollen zur Verbesserung der Sicherheit schon im Markt befindlicher Produkte
4. Systematische Versorgungsforschung, Langzeitüberwachung und Rückverfolgbarkeit von Produkten (Studienregister, Implantatregister, Patientenverzeichnis, zentrale Meldestelle für Probleme mit Medizinprodukten)
5. Verpflichtende Haftpflichtversicherung für Hersteller und Entschädigungsfonds analog zur EU-weiten KFZ-Haftpflicht (Medizinproduktegesetz/EU-RL)

6. Kostenloser Austausch von Implantaten bei Serienfehlern (Medizinproduktegesetz)

7. Verbesserung des Meldewesens und der Patientenaufklärung: Sanktionen; verpflichtende Aushändigung von Implantatausweisen (Patientenrechtegesetz)

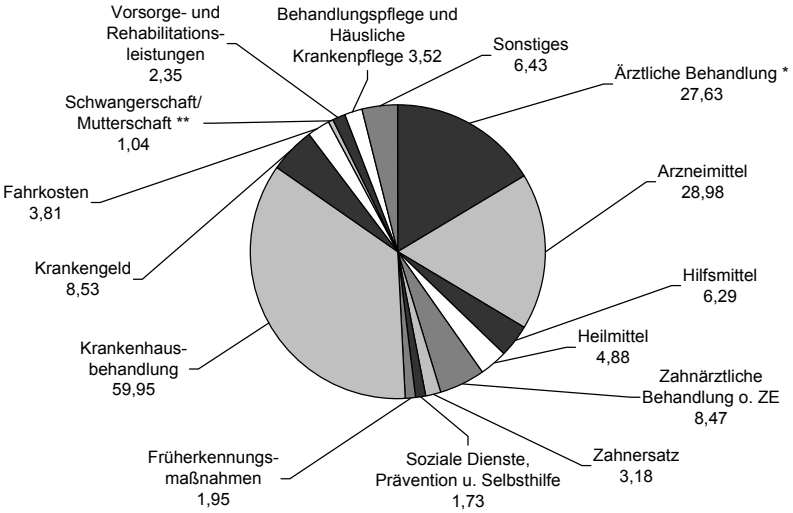
Als Fazit der bisherigen Zulassungs- und Marktüberwachungsmisere sind AMNOG-ähnliche Regelungen notwendig, wir benötigen ein Medizinproduktemarktneuordnungsgesetz (MEMNOG). Zu den häufig zu Lasten der GKV verordneten Medizinprodukten gehören auch gängige Hilfsmittel wie Bandagen und Einlagen, Prothesen und Orthesen. Bei vielen dieser Produkte fehlen Nutzenbewertungen. Es wird höchste Zeit, dass die GKV nur noch für solche Produkte zahlen muss, die sich in versorgungsrelevanten und patientenorientierten Studien im Sinne der therapeutischen Wirksamkeit und der Wirtschaftlichkeit bewährt haben.

Aktuelle Daten zur Heil- und Hilfsmittelversorgung

Neben den Medizinprodukten und Hilfsmitteln spielen auch die Heilmittel eine zunehmende Rolle in der Versorgung von Patientinnen und Patienten. Heilmittel im Sinne des SGB V sind personalintensive therapeutische und typischerweise nicht von Ärztinnen oder Ärzten erbrachte Dienstleistungen. Einige Heilmittel wie Massagen und medizinische Bäder gehören zu den ältesten Behandlungsmaßnahmen der Medizin. Noch immer werden in vielen Statistiken der gesetzlichen Krankenkassen Heil- und Hilfsmittel als ein Ausgabenblock dargestellt. Das dies nicht besonders sinnvoll ist, sollten schon bei den unterschiedlichen Leistungen auffallen – Hilfsmittel sind schließlich fertige Produkte, die zu unterschiedlichen Zwecken genutzt werden, Heilmittel sind dagegen persönlich zu erbringende Behandlungen vor allem aus den Bereichen Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie. Jeder dieser Bereiche zeigte während der vergangenen Jahre jeweils für sich genommen auffällige Ausgabenveränderungen. Daher ist es zu begrüßen, dass der GKV-Spitzenverband

die Ausgaben dieser beiden Leistungsbereiche getrennt aufführt (s. Abbildung I.1). Zusammengenommen wurden in der GKV im Jahre 2011 rund 11,2 Mrd. Euro ausgegeben (+6,7 % gegenüber dem Vorjahr), für Heilmittel 4,88 Mrd. Euro (+6,6 %), für Hilfsmittel wie Einlagen, Rollstühle, Rollatoren oder Atemgeräte 6,29 Mrd. Euro (+4,7 %).

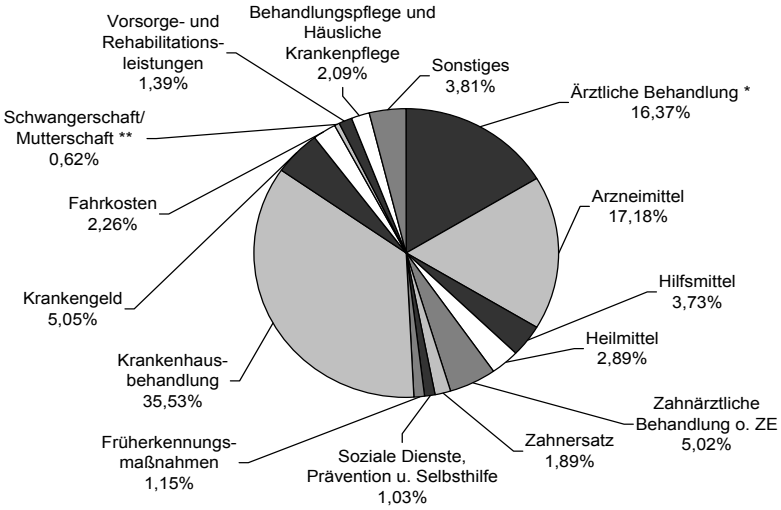
Abbildung I.1 Ausgaben für einzelne Leistungsbereiche der GKV 2011 in Mrd. Euro



* Nicht berücksichtigt wurden die gezahlten Belege für Früherkennung, Impfungen, ehemals sonstige Hilfen und Dialyse-Sachkosten
** ohne stationäre Entbindung
Quelle: eigene Darstellung, nach GKV-Spitzenverband, 2012a

Nach Prozentanteilen an den gesamten GKV-Leistungsausgaben von 168,74 Mrd. Euro im Jahre 2011 (+2,4 % gegenüber dem Vorjahr) entfallen auf die Hilfsmittel 3,73 % und auf die Heilmittel 2,89 %.

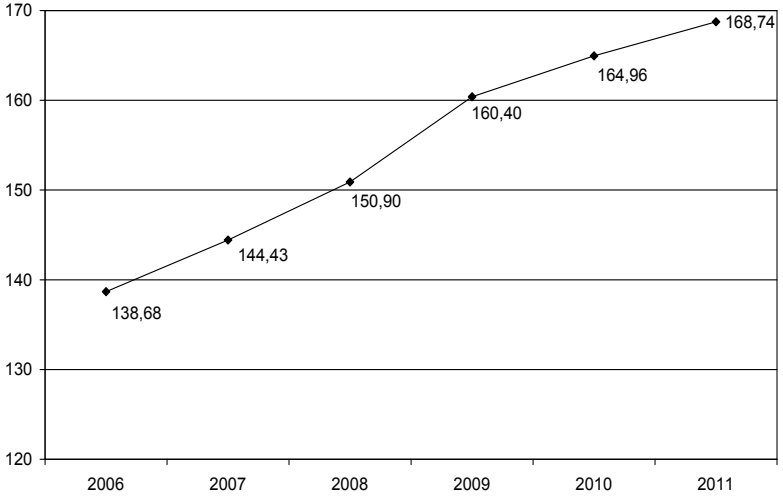
Abbildung I.2 Ausgaben für einzelne Leistungsbereiche der GKV 2011 in Prozent



* Nicht berücksichtigt wurden die gezahlten Belege für Früherkennung, Impfungen, ehemals sonstige Hilfen und Dialyse-Sachkosten
** ohne stationäre Entbindung
Quelle: eigene Darstellung, nach GKV-Spitzenverband, 2012a

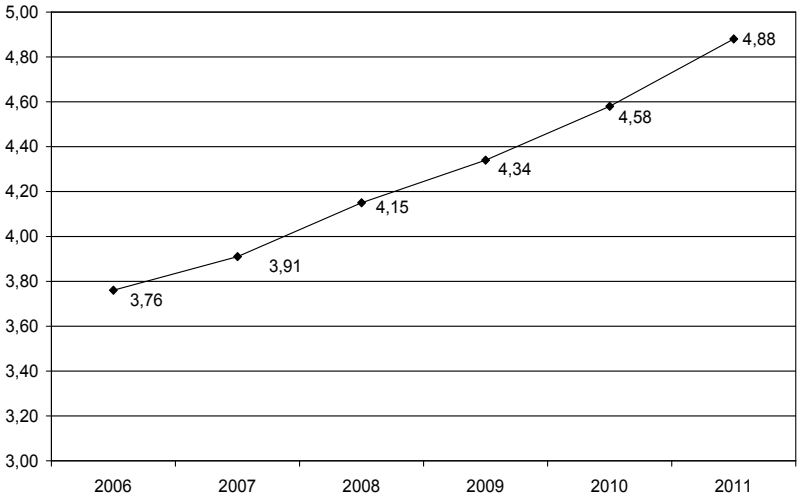
Zwischen 2006 und 2011 stiegen die GKV-Gesamtausgaben um 21,6 % an (s. Abbildung I.3), die Ausgaben für Heilmittel stiegen im gleichen Zeitraum um 29,8 % (s. Abbildung I.4) und die Ausgaben für Hilfsmittel um 19,8 % (s. Abbildung I.5).

Abbildung I.3 Leistungsausgaben der GKV von 2006 bis 2011 in Mrd. Euro



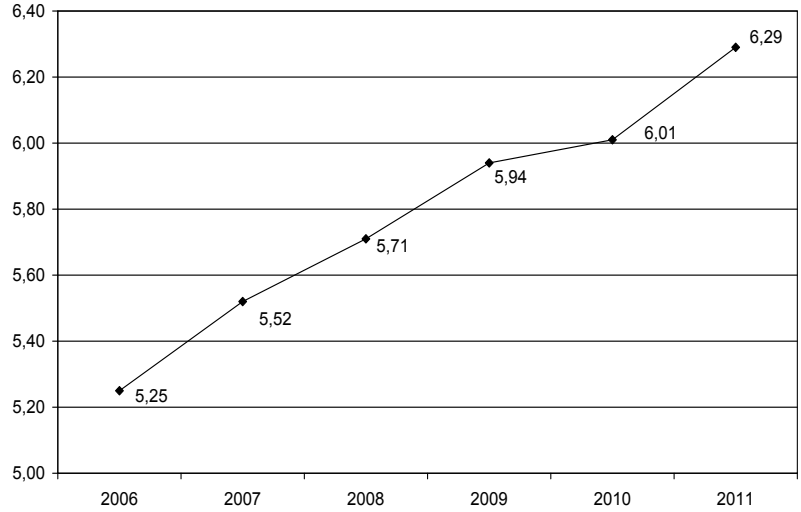
Quelle: eigene Darstellung, nach GKV-Spitzenverband, 2012a

Abbildung I.4 Ausgaben für Heilmittel der GKV von 2006 bis 2011 in Mrd. Euro



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

Abbildung I.5 Ausgaben für Hilfsmittel der GKV von 2006 bis 2011 in Mrd. Euro



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

2. Allgemeine Auswertungsergebnisse der BARMER GEK-Daten des Jahres 2010

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

Die im Folgenden ausgewerteten Daten von Heil- und Hilfsmittelverordnungen aus dem Jahre 2011, die im Vergleich mit den entsprechenden Daten aus dem Jahre 2010 vorgestellt werden, beziehen sich auf insgesamt knapp 9,1 Millionen Personen, die während des Jahres 2011 in der BARMER GEK versichert waren (+0,8 % gegenüber dem Jahr 2010; s. Tabelle I.3). Die Geschlechtsrelation weist die BARMER GEK als „Frauenkasse“ aus, 58 % der Versicherten sind weiblichen, 42 % männlichen Geschlechts (in der gesamten GKV entfallen auf die Versicherten weiblichen Geschlechts 53 % und auf die Versicherten männlichen Geschlechts 47 %). Zudem liegt der Altersdurchschnitt in der BARMER GEK mit 44,9 Jahren um ein Jahr höher als in der gesamten Gesetzlichen Krankenversicherung. Das Durchschnittsalter der männlichen Versicherten in der BARMER GEK liegt mit 41,8 Jahren deutlich unter dem der weiblichen Versicherten mit 47,1 Jahren.

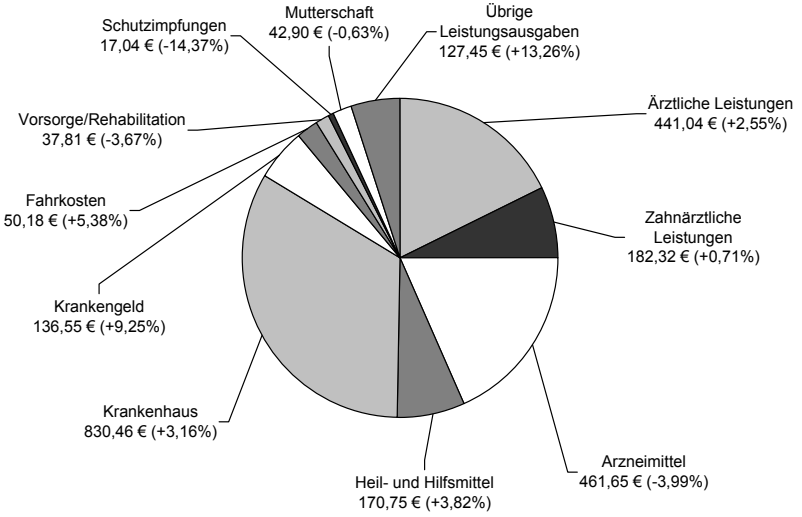
Die gesamten Leistungsausgaben der BARMER GEK lagen im Jahre 2011 bei 21,5 Mrd. Euro (+2 % gegenüber dem Vorjahr). Im Einzelnen fielen folgende Ausgaben an (BARMER GEK, 2012):

Tabelle I.2 Leistungsausgaben der BARMER GEK im Jahr 2011

Leistungsausgaben	Ausgaben in Tsd. €	Ausgaben je Versichertem in €	Veränderung der Ausgaben je Versichertem zum Vorjahr in %
Ärztliche Leistungen	3.796.816	441,04	+2,55
Zahnärztliche Leistungen	1.569.539	182,32	+0,71
Arzneimittel	3.974.224	461,65	-3,99
Heil- und Hilfsmittel	1.469.976	170,75	+3,82
Krankenhaus	7.149.251	830,46	+3,16
Krankengeld	1.175.494	136,55	+9,25
Fahrkosten	431.966	50,18	+5,38
Vorsorge/Rehabilitation	325.538	37,81	-3,67
Schutzimpfungen	146.724	17,04	-14,37
Mutterschaft	369.353	42,90	-0,63
Übrige Leistungsausgaben	1.097.167	127,45	+13,26
Gesamt	21.506.048	2.498,14	+2,01

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

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



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

Die hier dargestellten Werte können mit den Werten unserer Auswertungen differieren. Dies ist darauf zurückzuführen, dass nur solche Verordnungen in unsere Auswertungen eingehen, die im Jahr 2011 ausgestellt und bis zur Datenbereitstellung am 01.07.2012 abgerechnet wurden. Es fehlen daher Verordnungen, die zwar im Untersuchungsjahr ausgestellt, aber bis dato noch nicht abgerechnet wurden. Daher kommt es in den Gesamtsummen und den Angaben für die Ausgaben der jeweiligen Leistungsbereiche zu Unterschieden von rund 10 %. Unsere Analysen zeigen, dass die Gesamtausgaben für Heilmittel im Auswertungszeitraum 2011 612,5 Millionen Euro betrugen (+6,75 % gegenüber dem Vorjahr) und dass sich die Ausgaben für Hilfsmittel auf 672,4 Millionen Euro beliefen (+0,91 %). Interessant ist bei beiden Leistungsbereichen, dass auf die im Schnitt deutlich jüngeren Männer höhere Steigerungsraten entfielen als auf Frauen. Dies gilt auch insbesondere für Hilfsmittel, die doch zumeist im höheren Alter eher notwendig sind als in „jungen" Jahren. Bei den Männern lagen die Steigerungsraten für die Heilmittel bei 9,55 % und bei den Hilfsmitteln bei 5,40 %, bei den Frauen kam es gegenüber dem Vorjahr zu Ausgabenveränderungen von 5,53 % resp. -1,86 %. Betrachtet man die Ausgaben pro 100 Versicherte, so verkehren sich die Verhältnisse: Auf 100 Frauen entfallen in beiden Leistungsbereichen höhere Ausgaben, bei den Heilmitteln sind es 7.695 Euro gegenüber 5.440 Euro bei den Männern. Im Hilfsmittelbereich entfallen auf 100 Frauen 7.525 Euro gegenüber 7.250 Euro bei den Männern (alle Daten s. Tabelle I.3).

Insgesamt steigt der Anteil der Versicherten an, die Leistungen aus dem Heil- oder Hilfsmittelbereich verordnet bekommen haben – auffällig vor allem im Bereich der Heilmittel. 11,4 % mehr als im Vorjahr bekommen Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie oder Podologie, darunter 16 % mehr bei den männlichen Versicherten und 9,5 % mehr Frauen. Bei den Hilfsmitteln ist die Steigerung der Inanspruchnahme ähnlich stark angestiegen – 15,9 % insgesamt, 21,4 % bei den Männern und 13,1 % bei den Frauen. Insgesamt führen die uns zur Verfügung stehenden Verordnungen im Heilmittelbereich zu Ausgaben von 612,5 Millionen Euro, bei den

Hilfsmitteln zu Ausgaben von 672,4 Millionen Euro. Die im Finanzbericht 2011 der BARMER GEK ausgewiesenen Werte liegen wegen der anderen Datengrundlagen (im Finanzbericht gehen alle Ausgaben des Jahres 2011 ein) – bei Ausgaben für die Heilmittel in Höhe von 702 Millionen Euro, bei den Hilfsmitteln bei 765 Millionen Euro.

Für unsere Auswertungen wurden rund 10 Millionen Verordnungen bzw. Belege ausgewertet. Die Größenordnung dieser Auswertungsbasis für rund 13 % aller GKV-Versicherten lässt Aussagen über die Qualität der Behandlungen und auch über Unter-, Über- und Fehlversorgung zu. Mit dieser Datenbasis, die personen- und verlaufsbezogene Auswertungen zulässt, ergibt sich daher ein gutes Bild der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, die sonst noch immer von großer Intransparenz gekennzeichnet ist, insbesondere im Hinblick auf qualitative Auswertungen. Diese bilden auch den Schwerpunkt des vorliegenden Reportes in den sechs Spezialkapiteln.

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

	2010	2011	Änderung in %
Anzahl Versicherte:			
Gesamt	9.000.504	9.074.877	+ 0,83
Männer	3.757.347	3.801.655	+ 1,18
Frauen	5.243.157	5.273.212	+ 0,57
Durchschnittsalter:			
Gesamt	44,6	44,9	
Männer	41,5	41,8	
Frauen	46,8	47,1	
Versicherte mit Heilmittelleistungen:			
Gesamt	1.623.947	1.809.642	+ 11,43
Männer	496.397	575.767	+ 15,99
Frauen	1.127.278	1.233.875	+ 9,46

Tabelle I.3 Fortsetzung

	2010	2011	Änderung in %
Versicherte mit Hilfsmittelleistungen:			
Gesamt	1.655.392	1.918.050	+ 15,87
Männer	550.178	667.934	+ 21,40
Frauen	1.104.909	1.250.116	+ 13,14
Ausgaben für Heilmittel:			
Gesamt *	573.699.356,48	612.446.056,10	+ 6,75
Männer	188.670.245,05	206.681.002,29	+ 9,55
Frauen	384.517.054,09	405.765.053,81	+ 5,53
Ausgaben für Heilmittel pro 100 Versicherte:			
Gesamt	6.374,08	6.748,81	+ 5,88
Männer	5.021,37	5.436,61	+ 8,27
Frauen	7.333,69	7.694,84	+ 4,92
Ausgaben für Hilfsmittel:			
Gesamt	666.304.354,63	672.384.959,16	+ 0,91
Männer	261.478.588,85	275.602.615,63	+ 5,40
Frauen	404.303.843,16	396.782.343,53	- 1,86
Ausgaben für Hilfsmittel pro 100 Versicherte:			
Gesamt	7.402,97	7.409,30	+ 0,09
Männer	6.959,13	7.249,54	+ 4,17
Frauen	7.711,08	7.524,49	- 2,42

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

Betrachtet man die Heilmittelausgaben genauer, so wird deutlich, dass Leistungen aus dem Bereich der Physiotherapie am meisten angewendet werden (s. Tabelle I.4): 1,67 Millionen Versicherte bekommen physiotherapeutische Leistungen, pro Versichertem fallen somit Ausgaben von 280,10 Euro an, insgesamt 467,4 Millionen Euro (+6,2 % gegenüber dem Vorjahr). An zweiter Stelle rangieren die Ausgaben für ergotherapeutische Maßnahmen, für 92.441 Versicherte fielen 81,8 Millionen Euro an (+6,1 %). An dritter Stelle finden sich Ausgaben für die Logopädie – für 83.213 Versicherte 54,6 Millionen Euro. An vierter Stelle rangieren podologische Leistungen – für 57.808 Versicherte wurden 8,2 Millionen Euro ausgegeben (-7 %). Insbesondere bei den Leistungsausgaben für die Ergotherapie und die Logopädie fällt auf, dass sehr viele Kinder und Jugendliche behandelt werden. Daraus könnte der Schluss gezogen werden, dass in Kindergärten und Schulen nicht mehr ausreichend auf Konzentrations- und Planungsfähigkeiten oder Sprachentwicklung geachtet wird, sondern dass allzu oft das medizinische Versorgungssystem als „Ersatz“ für Erziehungs- oder Kommunikationskonzepte genutzt wird. Daher sollte sehr viel sorgfältiger auf der Basis diagnostischer Qualifikationen auf den wirklichen Behandlungsbedarf von Kindern und Jugendlichen geachtet werden – eine Medikalisierung mit Heilmitteln ist keineswegs das richtige Konzept, um die Alltagsfähigkeiten von Heranwachsenden zu fördern.

Die Gründe für die deutliche Ausgabensenkung für die Podologie müssen genauer analysiert werden. Diese professionelle Fußpflege ist ausschließlich beim diabetischen Fußsyndrom in Folge von Diabetes verordnungsfähig und kann insbesondere für ältere Menschen mit Diabetes sehr nützlich sein. Diese Patientengruppe ist besonders bedroht, aufgrund von oftmals unbemerkt vorkommenden Verletzungen der Füße dauerhafte Entzündungen zu erleiden, die im schlimmsten Fall zu Amputationen von Zehen oder Teilen der Füße führen können. Mit der Podologie wird aktive Prävention gegen diese belastenden Spätfolgen geleistet – dieser Behandlungsbereich sollte sich daher weiter entwickeln. Pro Versichertem,

der podologische Leistungen in Anspruch genommen hat, fallen 142,35 Euro an – dies ist gut investiertes Geld zur Vermeidung weit teurerer Folgeereignisse wie Amputationen. Am teuersten pro Versichertem sind Ergotherapie (885 Euro) und Logopädie (656 Euro). Hier sollten Nutzenstudien vorgelegt werden, um den Wert dieser beiden Therapieformen noch einmal besonders herauszustellen. Beide Verfahren werden auch häufig bei Schulkindern eingesetzt, daher sollten diese Altersstufen besonders berücksichtigt werden.

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

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

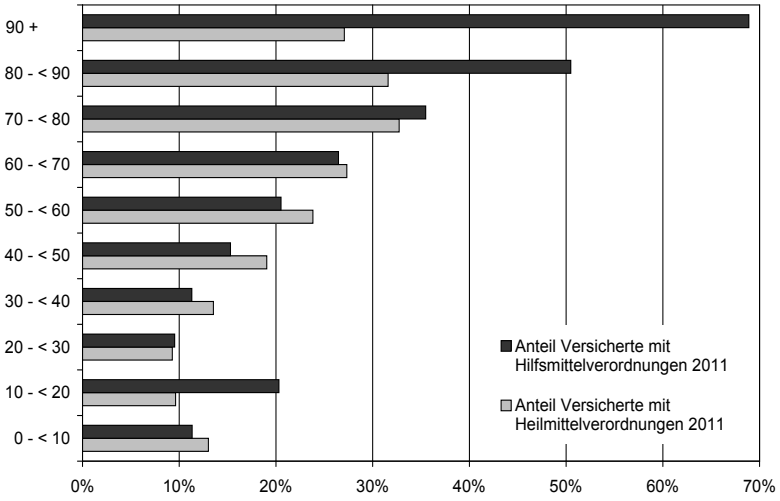
Wie schon in Tabelle I.3 zu erkennen ist, bekommt nur ein relativ kleiner Anteil von Versicherten Leistungen aus den Bereichen Heilmittel und Hilfsmittel – von den rund 9,1 Millionen Versicherten 1,8 Millionen Heilmittel und 1,9 Millionen Hilfsmittel. Differenziert man weiter nach Alter und Inanspruchnahme, so fällt auf, dass sich bei den Versicherten mit Hilfsmittelverordnungen ein mit dem Alter steigender Anteil der Verordnungen ergibt, zumindest ab einem Alter von 30 Jahren. Dies ist auch nachvollziehbar, da insbesondere im höheren Alter Beschwernisse im Alltag oder Einschränkungen durch Krankheit mit Hilfsmitteln wie Hörgeräte, Rollatoren oder Beatmungsgeräte ausgeglichen werden müssen. Die altersbezogenen Anteile bei den Heilmitteln fallen dagegen unterschiedlich und im Alter deutlich geringer aus (s. Abbildung I.7 und Tab. 3 im Anhang): In diesem Leistungsbereich sind es vor allem die über 60-Jährigen, denen häufig Leistungen aus dem Heilmittelkatalog verordnet werden. Bei den

Hilfsmitteln entfällt der höchste Anteil auf die ab 70-Jährigen. In diesem Leistungsbereich bekommt aber auch ein Fünftel der 10 bis 20-Jährigen Leistungen, hier werden besonders häufig Einlagen verordnet.

Erkennbar ist aber auch, dass zwischen 10 und 13 % der Kinder und Jugendlichen bis zum 20sten Lebensjahr häufig Heilmittelverordnungen bekommen, die sich vor allem auf ergotherapeutische und logopädische Leistungen beziehen. Eltern sind u. U. häufig in Sorge, ob die sprachlichen Fähigkeiten und die Alltagskompetenz im Hinblick auf Konzentration und Organisationsfähigkeiten ausreichend entwickelt sind oder in den Schulen adäquat gefördert werden. Denkbar ist daher, dass die Indikationen für diese Therapien großzügig gestellt werden und dass umwelt- oder beziehungsbedingte Defizite in der Entwicklung durch den Gang zum Therapeuten ausgeglichen werden sollen. Es sollte sehr sorgfältig geprüft werden, ob es sich nicht bei vielen Heilmitteltherapien für Kinder und Jugendliche um eine Fehlversorgung handelt, die mit einer am Bedarf orientierten Versorgung wenig zu tun hat.

Die Heilmittelverordnungen im höheren Alter entfallen oftmals auf physiotherapeutische oder logopädische Therapien, die z. B. bei Arthrosen oder nach Schlaganfällen sinnvoll sein können. Hier ist leider davon auszugehen, dass diese Maßnahmen nicht in dem Maße angewendet werden, wie es die vorhandene Evidenz nahe legt. Tendenziell dürfte daher gerade bei älteren Menschen eine Unterversorgung mit Heilmitteln konstatiert werden.

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



3. Material und Methoden

Das diesem Report zugrunde liegende Datenmaterial basiert auf Leistungsdaten der BARMER GEK aus den Jahren 2010 und 2011, die systematisch und versichertenbezogen erfasst worden sind. Die Daten beinhalten alle im Bezugszeitraum **verordneten** Heil- und Hilfsmittel, die bis zur Datenbereitstellung am 30. Juni des Folgejahres erbracht und abgerechnet wurden. Von der Verordnung und Leistungserbringung bis zur Abrechnung einer Leistung kann aus unterschiedlichen Gründen (z. B. Krankenhausaufenthalt des Versicherten, Prüfung der Rechnungsstellung) ein längerer Zeitraum vergehen, so dass auch nach zwei Quartalen nicht alle verordneten Heil- und Hilfsmittel eines Jahres abgerechnet sind und als Daten zur Verfügung stehen. Ein Vergleich der vorliegenden Analysen mit amtlichen Statistiken und Berichten anderer Kassen, die sich im Bezugszeitraum auf Abrechnungsdaten beziehen, ist daher nur mit Vorbehalt möglich. Als Grundgesamtheit dieses Reportes gelten alle Versicherten, die für das jeweilige Jahr mindestens einen Tag in der BARMER GEK versichert waren. Bei Berechnungen, die sich auf ganzjährig Versicherte beziehen, ist dies ausdrücklich erwähnt. Leistungen für Personen, bei denen die Angaben zu Geschlecht und Geburtsjahr nicht eindeutig dokumentiert sind, wurden bei den vorliegenden Analysen ausgeschlossen.

Bei dem verfügbaren Datenbestand handelt es sich um sogenannte Sekundärdaten, die nicht speziell für die hier vorgelegten Auswertungen erhoben wurden, sondern als Leistungsdaten zur Begründung der Abrechnung dienen. Die im Januar 2008 herausgegebenen GPS Leitlinien (GPS – Gute Praxis Sekundärdatenanalyse) der Arbeitsgruppe „Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten“ (AGENS) der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) bilden die Basis für den Umgang mit diesen Daten und wurden bei der Auswertung berücksichtigt. Sekundärdaten sind für bestimmte Fragestellungen nicht hinreichend aussagekräftig, darum bedarf die Auswertung und Interpretation der Daten großer Sorgfalt. Für die Ziele des BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreports – die

zeitnahe und verzerrungsfreie Abbildung der Versorgungsrealität – sind sie jedoch hervorragend geeignet.

Für die Analysen standen Daten auf der Basis des § 302 des 5. Sozialgesetzbuches (SGB V) zur Verfügung, die sämtliche Leistungen aus dem Bereich Heil- und Hilfsmittel umfassen. Für einige indikationsspezifische Auswertungen wurden die Abrechnungsdaten zur ambulant vertragsärztlichen Versorgung und Daten über die Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung. Die längsschnittlichen Analysen zur Versorgung Demenzerkrankter in Pflegeheimen basieren wegen der Datenverfügbarkeit und den Möglichkeiten der Datenzusammenführung auf Pflege-, sowie Heil- und Hilfsmitteldaten der ehemals GEK-Versicherten. Die versichertenbezogenen Daten sind pseudonymisiert, so dass eine personenbezogene Datenanalyse möglich ist, ohne dabei die tatsächliche Identität der Versicherten offen zu legen.

Hilfsmittel nach dem Hilfsmittelverzeichnis

Die Auswertungen zu Hilfsmitteln beziehen sich nicht nur auf die Hilfsmittelprodukte, die dem Hilfsmittelverzeichnis zugeordnet werden können. Bei Analysen, die sich auf die im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführten Produktgruppen beziehen, wurden Leistungen ausgeschlossen, die nicht eindeutig zuzuordnen sind.

Die systematische Auswertung der Hilfsmittelabrechnungsdaten wird nach wie vor durch die Verwendung von sogenannten Pseudo-Positionsnummern erschwert. Zwar gibt es verschiedene Listen wie z. B. vom vdek (Verband von Ersatzkassen e. V.), 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 zu den Hilfsmitteln erfolgt die Abrechnung von Heilmitteln einheitlich nach dem Bundeseinheitlichen Heilmittelpositionsnummernverzeichnis (GKV, 2006). Die Einteilung der Heilmittel in diejenigen, auf die sich die Heilmittelrichtlinien 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 wie z. B. Radonbäder oder 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 Leistungserbrin-

gers 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 und Leistungsfälle

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. Ein Versicherter kann innerhalb eines Jahres mehrfach zum Leistungsversicherten werden. Bei Analysen, die sich nicht auf die Personenebene beziehen, wird daher der Begriff „Leistungsfall“ verwendet.

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.

Standardisierung

Bei Analysen, die einen zeitlichen Trend abbilden sollen, wurde zur Standardisierung der Ergebnisse auf Angaben des statistischen Bundesamtes zur durchschnittlichen Bevölkerung des jeweilig ersten Analysejahres zurückgegriffen. Durch diese einheitliche Standardisierung werden Veränderungen erkennbar, die unabhängig von Änderungen der Alters- und Geschlechtsverteilung entstehen.

Für regionale Vergleiche der Inanspruchnahme von Hilfsmitteln wurden alters- und geschlechtsstandardisierte Behandlungsprävalenzen verglichen. Hierzu wurden die beobachteten Raten nach Geschlecht und Altersgruppen auf die Alters- und Geschlechtsstruktur einer Bezugsbevölkerung übertragen. Dabei werden die Effekte von Alter und Geschlecht auf die Leistungsinanspruchnahme erkennbar.

Die Auswertung der Daten erfolgte mit dem Statistikprogrammpaket SAS.

II. Ergebnisse der Heilmittelanalyse

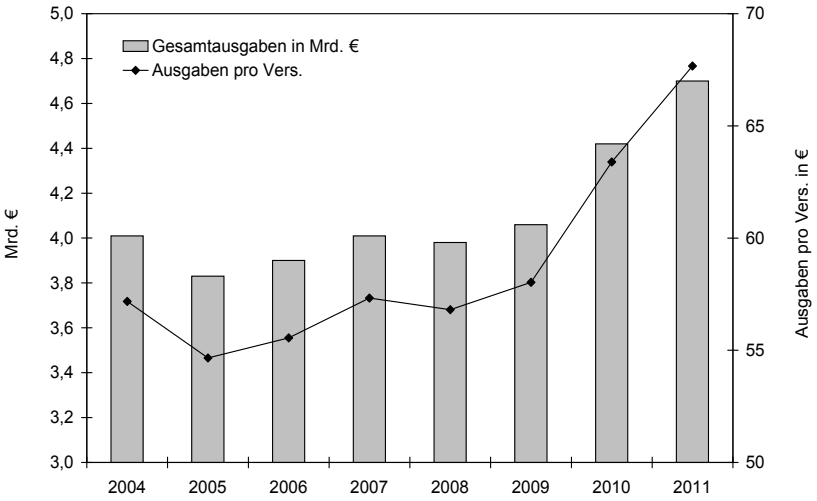
Die diesjährige Versorgungsanalyse der in den Jahren 2010 und 2011 für die BARMER GEK verordneten Heilmittel zeigt in allen Bereichen eine Steigerung der Anzahl abrechnender Heilmittelerbringer. Die zum Teil deutlichen Ausgabensteigerungen mit Ausnahme des Bereichs der Podologie gehen größtenteils darauf zurück, dass ein größerer Anteil der Versicherten Heilmittelleistungen verordnet bekommen hat. Zuwächse sind vor allem in den mittleren Altersgruppen der Männer zu erkennen, wenngleich immer noch mehr Frauen Heilmittel in Anspruch nehmen. Regional sind Heilmittelverordnungen sehr unterschiedlich verteilt: In der Physiotherapie ist beispielsweise eine deutliche Ost-West-Tendenz zu erkennen, da in östlichen Bundesländern vermehrt physikalische Therapien wie Elektrotherapie oder Massagen verordnet werden. Die indikationsbezogenen Auswertungen der Verordnungen kommen zu folgendem Ergebnis: Ergotherapeutische Verordnungen gehen zu fast 70 % auf Schädigungen des zentralen Nervensystems zurück, wie sie beispielsweise nach einem Schlaganfall entstehen können. Logopädie wurde mit 78 % vor allem für die Indikationen unter „Störungen der Sprache“ gemäß Heilmittelkatalog verordnet. In der Physiotherapie geht der größte Anteil Verordnungen (ca. 47 %) auf Wirbelsäulenerkrankungen zurück.

1.1 Ausgabenentwicklung für Heilmittel in der GKV

Die Ausgaben der GKV für Heilmittel beliefen sich im Jahr 2011 nach Angaben des Heilmittelinformationssystems auf insgesamt 4,7 Mrd. Euro. Damit hat in diesem Leistungsbereich eine Ausgabensteigerung zum Vorjahr um 6,4 % stattgefunden. Pro Leistungsversichertem (LV) wurden Ausgaben von knapp 68 Euro erreicht. Dieser Betrag hat seit 2004 um gut

18 % zugenommen, eine kurzfristige Ausgabendämpfung kam nur durch die Auswirkungen des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) von 2004 auf 2005 zustande. Neben den gestiegenen Vergütungssätzen ist vor allem die steigende Inanspruchnahme therapeutischer Leistungen verantwortlich für diese Entwicklung.

Abbildung II.1 Ausgabenentwicklung für Heilmittel in der GKV 2004 bis 2011



Quelle: eigene Darstellung nach GKV-HIS, 2012

1.2 Kennzahlen der Heilmittelversorgung

Auf der Basis aller verordneten Heilmittel aus den Jahren 2010 und 2011 zeigt sich in der BARMER GEK eine Steigerung der Anzahl abrechnender Heilmittelerbringer in allen Bereichen. In der Podologie ist der höchste Anstieg zu verzeichnen, während in der Physiotherapie im Jahr 2011 lediglich 0,33 % mehr Leistungserbringer abrechneten als im Vorjahr (s. Tabelle II.1).

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

	2010	2011	Änderung in %
Physiotherapeuten	41.008	41.145	+0,33
Logopäden	8.530	8.728	+2,32
Ergotherapeuten	7.976	8.212	+2,96
Podologen	3.820	3.963	+3,74
Kur/ambulante Versorgung	7	29	+314,29
Sonstige	50.079	51.653	+3,14

Die Kennzahlen der Heilmittelversorgung zeigen vor allem bei der Inanspruchnahme eine deutliche Steigerung von 2010 auf 2011: So stieg die Anzahl der Leistungsversicherten um 11,4 % an. In der Zwischenzeit bekommen damit 10,5 % aller BARMER GEK Versicherten Leistungen aus dem Heilmittelbereich verordnet. Im Jahre 2011 hat also fast jeder neunte Versicherte Heilmittelleistungen verordnet bekommen. Zwar nahmen die Ausgaben insgesamt um 6,8 % und die Ausgaben pro Versichertem um 5,9 % zu, die Ausgaben pro Leistungsversichertem fielen jedoch vom Jahr 2010 auf das Jahr 2011 um 4,2 % auf 338 Euro. Auf alle Versicherten umgerechnet lagen die Durchschnittsausgaben bei 67 Euro (+ 5,9 % gegenüber 2010) (s. Tabelle II.2) und liegen damit nur leicht unter den Werten für die gesamte GKV.

Tabelle II.2 Kennzahlen der Heilmittelversorgung 2010 und 2011 in der BARMER GEK

	2010	2011	Änderung in %
Leistungsversicherte	1.623.947	1.809.642	+11,43
Anzahl Rezepte	4.344.833	4.768.237	+9,75
Ausgaben in €	573.699.356,48	612.446.056,10	+6,75
Ausgaben pro LV in €	353,27	338,43	-4,20
LV zu Vers. in %	18,04	19,94	+10,52
Ausgaben pro Rezept in €	132,04	128,44	-2,72
Ausgaben pro Vers. in €	63,74	67,49	+5,88

Die steigende Anzahl von Versicherten mit Heilmittelleistungen ist vor allem bei Männern zwischen 30 und 50 Jahren mit Zuwächsen von 22 bis 28 % zwischen 2010 und 2011 zu erkennen. Insgesamt jedoch nehmen immer noch mehr Frauen diese therapeutischen Leistungen in Anspruch. Ein Rückgang des Anteils Leistungsversicherter ist allein bei den Kindern bis zu zehn Jahren erkennbar. Dabei liegt der Anteil Versicherter, denen Heilmittel verordnet wurden, bei den unter 10-jährigen Jungen immer noch bei 15,7 % und bei den Mädchen bei 10,2 %. Mit dem Alter steigt dieser Anteil an: Am höchsten liegt er mit 33 % bei den 70- bis unter 80-jährigen Versicherten (s. Tab. 4 im Anhang). Die Ausgaben pro Leistungsversichertem nahmen im Jahr 2011 allerdings bei beiden Geschlechtern insgesamt ab (s. Tab. 4 im Anhang). Die Ausgaben pro Leistungsversichertem sind bei Kindern unter zehn Jahren mit etwa 603 Euro am höchsten, was auf eine hohe Anzahl an Rezepten und Therapieeinheiten zurückzuführen ist.

Versorgungsanalyse Ergotherapie

Die Ergotherapie unterstützt die „Wiederherstellung, Entwicklung, Verbesserung, Erhaltung oder Kompensation der krankheitsbedingt gestörten motorischen, sensorischen, psychischen und kognitiven Funktionen und Fähigkeiten“ (G-BA, 2011). Sie ist gemäß dieser Vorgaben bei einer Vielzahl von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungssystems, des Nervensystems und der Psyche indiziert.

In der ergotherapeutischen Versorgung in der BARMER GEK zeigt sich im Jahre 2011 eine Ausgabensteigerung pro Versichertem zum Vorjahr um 10 %. Der Anteil Versicherter mit Ergotherapieversorgung an allen Versicherten stieg im selben Zeitraum um fast 4 %, die Ausgaben pro Leistungsversichertem nahmen um gut 6 % zu (s. Tabelle II.3). Die Zunahme der Leistungsversicherten auf 92.441 im Jahr 2011 geht vor allem auf die höhere Inanspruchnahme bei den Altersgruppen zwischen 30 und 60 Jahren zurück. Dort stieg der Anteil Versicherter mit Ergotherapie gegenüber

allen Versicherten bei den Männern um durchschnittlich 14,8 % und bei den Frauen um 9,7 % (s. Tab. 6 im Anhang). Die bundesweite Ausgabensteigerung pro 100 Versicherte um insgesamt 10,3 % differiert regional erheblich: In den Bundesländern Hamburg und Bremen lag die Zunahme bei 24 und 19 %, während in Sachsen sogar ein Ausgabenrückgang zu verzeichnen ist (s. Tab. 7 im Anhang).

Tabelle II.3 Kennzahlen der Ergotherapieversorgung 2010 und 2011 in der BARMER GEK

	2010	2011	Änderung in %
Leistungsversicherte	88.382	92.441	+ 4,59
Anzahl Rezepte	235.034	241.680	+ 2,83
Ausgaben in €	73.682.322,59	81.779.574,75	+ 10,99
Ausgaben pro LV in €	833,68	884,67	+ 6,12
LV zu Vers. in %	0,98	1,02	+ 3,74
Ausgaben pro Rezept in €	313,50	338,38	+ 7,94
Ausgaben pro Vers. in €	8,19	9,01	+ 10,08

Versorgungsanalyse Logopädie

Logopädie soll die „Kommunikationsfähigkeit, die Stimmgebung, das Sprechen, die Sprache und den Schluckakt bei krankheitsbedingten Störungen wiederherstellen“ (G-BA, 2011) und ist bei Störungen der Sprache u. a. nach einem Schlaganfall verordnungsfähig.

Die Kennzahlen der Logopädie, die auf Basis aller verordneten logopädischen Leistungen ermittelt wurden, zeigen zwischen 2010 und 2011 eine Zunahme der Ausgaben um ca. 6 %, während die Anzahl Leistungsversicherter und Rezepte sich nur geringfügig veränderten (s. Tabelle II.4). In Baden-Württemberg, Bremen und Hamburg waren mit +17 % bzw. +36 % und +13 % die höchsten Ausgabenzuwächse pro 100 Versicherte zum Vorjahr festzustellen. In Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-West-

falen ist hingegen ein Rückgang der Leistungsausgaben zu verzeichnen (s. Tab. 9 im Anhang). Erstmals ist eine Abnahme der logopädischen Versorgung bei Kindern unter zehn Jahren zu erkennen, während sich der Anteil sprachtherapeutisch behandelter Kinder und Jugendlicher bzw. junger Erwachsener bis 19 Jahren deutlich erhöht hat. Immer noch entfällt der überwiegende Anteil der Leistungsversicherten auf Jungen bis zu zehn Jahren. Zu prüfen wäre, ob der Rückgang logopädischer Versorgung bei hochbetagten Versicherten auf eine Unterversorgung zurückzuführen ist, z. B. bei Schlaganfallpatienten (s. Tab. 8 im Anhang).

Tabelle II.4 Kennzahlen der Logopädieversorgung 2010 und 2011 in der BARMER GEK

	2010	2011	Änderung in %
Leistungsversicherte	82.267	83.213	+ 1,15
Anzahl Rezepte	166.897	164.880	- 1,21
Ausgaben in €	51.662.393,48	54.561.098,16	+ 5,61
Ausgaben pro LV in €	627,98	655,68	+ 4,41
LV zu Vers. in %	0,91	0,92	+ 0,32
Ausgaben pro Rezept in €	309,55	330,91	+ 6,90
Ausgaben pro Vers. in €	5,74	6,01	+ 4,75

Versorgungsanalyse Physiotherapie

Gemäß der Heilmittelrichtlinien dient die Physiotherapie der „Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung der Leistungen der Stütz- und Bewegungsorgane, des Nervensystems und der dabei beteiligten Funktionen des Herz-/Kreislaufsystems, der Atmung und des Stoffwechsels“ (G-BA, 2011). Mit „passiven“ Therapiemethoden wie z. B. der Massage oder manuellen Therapie und „aktiven“ Techniken wie z. B. der krankengymnastischen Bewegungstherapie werden angeborene oder erworbene Schädigungen und Funktionsverluste therapiert.

In der Physiotherapie hat mit 19 % der höchste Ausgabenzuwachs bei den dargestellten Heilmittelbereichen stattgefunden (s. Tabelle II.5). Im Jahre 2011 bekamen mehr als 18 % der Versicherten mindestens ein Physiotherapierezept verordnet. Dies entspricht einem Zuwachs in der Inanspruchnahme seit 2009 allein um 3 %. Zu den ausgabenintensivsten Verordnungspositionen gehören im Jahr 2011 die „Krankengymnastik", die „Manuelle Therapie" und die „Krankengymnastik zur Behandlung zentraler Bewegungsstörungen nach Bobath". Ein Ausgabenrückgang je Leistungsversichertem hat allein bei den Kindern und vor allem bei den unter 10-Jährigen stattgefunden (-5 %) (s. Tab. 10 im Anhang). Wie bei der Logopädie zeigt sich auch in diesem Versorgungssegment, dass in Hamburg und Bremen die deutlichsten Steigerungen der Ausgaben pro 100 Versicherte mit plus 30 % und mit plus 38 % stattgefunden haben (s. Tab. 11 im Anhang).

Tabelle II.5 Kennzahlen der Physiotherapieversorgung 2010 und 2011 in der BARMER GEK

	2010	2011	Änderung in %
Leistungsversicherte	1.484.769	1.668.765	+ 12,39
Anzahl Rezepte	3.835.809	4.258.841	+ 11,03
Ausgaben in €	391.685.121,96	467.414.798,06	+ 19,33
Ausgaben pro LV in €	263,80	280,10	+ 6,18
LV zu Vers. in %	16,50	18,39	+ 11,47
Ausgaben pro Rezept in €	102,11	109,75	+ 7,48
Ausgaben pro Vers. in €	43,52	51,51	+ 18,36

Die meisten Verordnungen entfallen in diesem Bereich auf die krankengymnastische Einzelbehandlung „KG, auch Atemgymnastik, auch auf neurologischer Grundlage". Der Indikationsbereich ist groß und kann sich über Erkrankungen des Bewegungsapparates (z. B. Wirbelsäulenerkrankungen wie Bandscheibenschäden, Erkrankungen der Extremitäten nach Operationen oder dem chronischen Schmerzsyndrom) sowie über Er-

krankungen der inneren Organe (z. B. Störung der Atmung bei Mukoviszidose) und des Nervensystems (z. B. nach einem Schlaganfall) erstrecken (G-BA, 2011).

Die deutliche Zunahme an Versicherten mit physiotherapeutischer Versorgung geht vor allem auf Männer zwischen 30 und 60 Jahren zurück, wobei immer noch deutlich mehr Frauen als Männer physiotherapeutisch versorgt werden (s. Tab. 10 im Anhang). Im regionalen Vergleich fallen hier deutliche Ost-West-Unterschiede auf, denn der Anteil Leistungsversicherter mit Physiotherapie liegt in den ostdeutschen Bundesländern mit 22 bis 28 % deutlich vor den westdeutschen Bundesländern, bei denen Bremen mit 14 % den geringsten Versorgungsanteil aufweist (s. Tab. 12 im Anhang). Dies spiegelt sich nur zum Teil in den Ausgaben pro 100 Versicherte wider, wo Sachsen mit 7.169 Euro zwar den höchsten Wert und Bremen mit 3.875 Euro den niedrigsten aufweist, aber ein genereller Ost-West-Trend nicht erkennbar ist (s. Tab. 11 im Anhang). Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass in östlichen Bundesländern vermehrt Leistungen mit geringen Kosten wie z. B. Elektrotherapie oder Massagen verordnet werden.

Versorgungsanalyse Podologie

Podologische Leistungen sind im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nur bei krankhaften Veränderungen an den Füßen infolge eines Diabetes mellitus (diabetisches Fußsyndrom) verordnungsfähig.

In der Podologie sind die Ausgaben als einziger Leistungsbereich um gut 1 % leicht gesunken. Es zeigt sich aber ein Zuwachs an Leistungsversicherten von 2010 auf 2011 um gut 6 %. Der Rückgang der Ausgaben geht daher wohl auf die niedrigeren Ausgaben pro Versichertem mit podologischer Versorgung zurück, was sich mit weniger Rezepten oder Therapieeinheiten erklären lässt (s. Tabelle II.6). Eine zum Teil deutliche Zunahme der Gesamtausgaben pro 100 Versicherte zeigten sich vor allem in den Bundesländern Hamburg (+15 %) und Bremen (+39 %). Hingegen zeigen Bundesländer wie Sachsen (-15 %) und Thüringen (-11 %) einen deutlichen Rückgang der Ausgaben, wenngleich Sachsen immer noch zu den Regionen mit den höchsten Podologieausgaben pro 100 Versicherte gehört (s. Tab. 14 im Anhang). Die Podologie wird beim diabetischen Fußsyndrom, der Hauptursache für nichttraumatische Amputationen, eingesetzt. Daher stellt sie eine wichtige und notwenige Behandlung zur Vermeidung schwerwiegender Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus dar.

Tabelle II.6 Kennzahlen der Podologieversorgung 2010 und 2011 in der BARMER GEK

	2010	2011	Änderung in %
Leistungsversicherte	54.350	57.808	+6,36
Anzahl Rezepte	105.065	101.656	-3,24
Ausgaben in €	8.321.255,86	8.228.893,14	-1,11
Ausgaben pro LV in €	153,10	142,35	-7,02
LV zu Vers. in %	0,60	0,64	+5,49
Ausgaben pro Rezept in €	79,20	80,95	+2,21
Ausgaben pro Vers. in €	0,92	0,91	-1,92

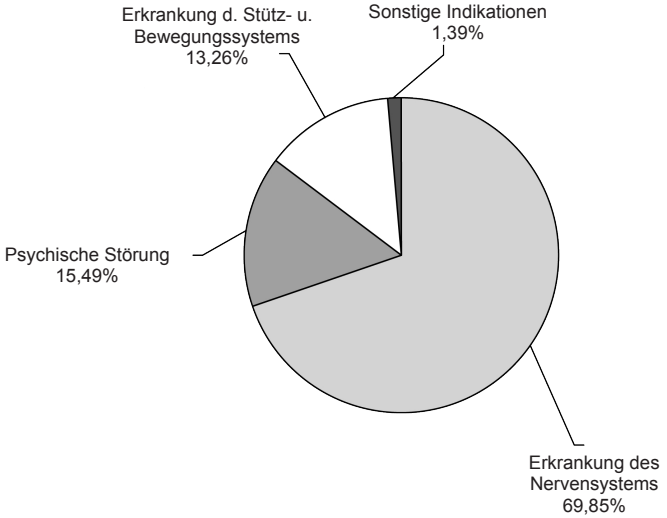
Indikationen für Heilmittel

Der Indikationsschlüssel ist gemäß Heilmittelrichtlinien eine erforderliche Einzelangabe auf den Heilmittelverordnungen und setzt sich aus der Bezeichnung der Diagnosengruppe und der Leitsymptomatik zusammen (z. B. Maßnahmen der Physikalischen Therapie „ZN1a“ für Erkrankungen des zentralen Nervensystems bis zum 18. Lebensjahr mit Bewegungsstörungen). Abweichend davon ist für die Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie für die Ergotherapie lediglich die Bezeichnung der Diagnosengruppe anzugeben.

Über die Auswertung dieser Angaben kann dargestellt werden, welche Beschwerdebilder den Verordnungen zu Grunde liegen. Die häufigsten Indikationen für Verordnungen in den verschiedenen Leistungsbereichen werden im Folgenden dargestellt und erläutert.

- Ergotherapie

Abbildung II.2 Indikationen in der Ergotherapie (BARMER GEK 2011)



Unter den Indikationsschlüsseln „EN1: ZNS-Schädigungen, -Erkrankungen und/oder Entwicklungsstörungen längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres“ und „EN2: ZNS-Schädigungen, -Erkrankungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres“ sind beispielsweise der Schlaganfall, das Schädelhirntrauma, Morbus Parkinson, Multiple Sklerose, der Gehirntumor oder die Zerebralparese zu fassen. Die ergotherapeutischen Maßnahmen bei diesen Erkrankungen haben zum Ziel, die Selbstständigkeit in der altersentsprechenden Versorgung, wie sie beim Ankleiden und der Hygiene erforderlich ist, zu erhalten oder zu verbessern. Außerdem sollen körperliche Beweglichkeit und Geschicklichkeit, Belastungsfähigkeit und Ausdauer verbessert werden. Dabei werden ebenfalls das Verhalten und die zwischenmenschlichen Beziehungen einbezogen und Kompensationsmechanismen erlernt.

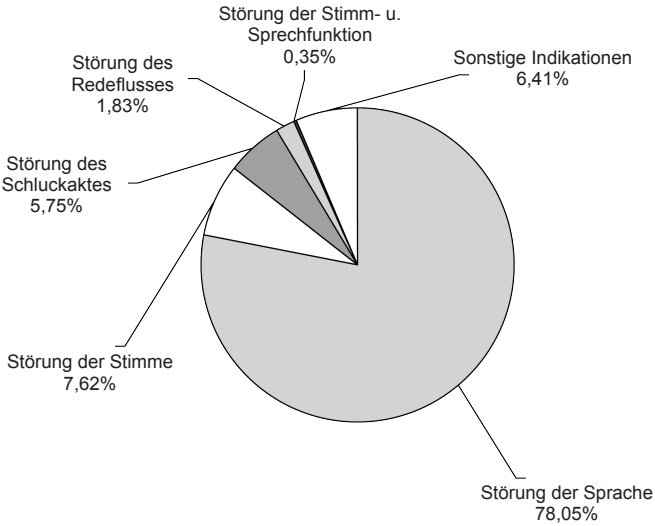
Der Schlüssel „SB“ steht für Erkrankungen des Stütz- und Bewegungssystems und bezeichnet unter anderem Störungen nach traumatischer Schädigung, nach Operationen, Verbrennungen oder Verätzungen und bezieht sich vor allem auf die Bereiche Schulter, Arm und Hand. Häufig sind aber auch Behandlungen nach Implantation von Endoprothesen notwendig. Ziel ist es auch hier, die Selbstständigkeit in der Eigenversorgung (Ankleiden/Hygiene) zu erlangen und die körperliche Beweglichkeit sowie manuelle Geschicklichkeit und Belastungsfähigkeit und Ausdauer zu verbessern oder Kompensationsmechanismen zu erlernen.

Zu dem Indikationsschlüssel Psychische Störung („PS“) zählen unter anderem geistige und psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter, Entwicklungsstörungen sowie Verhaltens- und emotionale Störungen mit dem Beginn in der Kindheit und Jugend. Beispiele sind unter anderem der frühkindliche Autismus, Störungen des Sozialverhaltens, Angst- oder depressive Störungen sowie Essstörungen. Im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit wird von einem Wandel des Krankheitsspektrums und einer Verschiebung von den somatischen zu den psychischen Krankheiten ausgegangen. Durch eine ergotherapeutische Behandlung sollen un-

ter anderem die Verbesserung des situationsgerechten Verhaltens, der Beziehungsfähigkeit und der Belastungsfähigkeit erreicht werden. Ebenfalls in diese Gruppe fallen „organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen“ mit dementiellen Syndromen, allen voran Morbus Alzheimer. Die Ergotherapie dient hier dem Erhalt und der Verbesserung der Selbstversorgung, der kognitiven Funktionen und der Orientierung zu Raum, Zeit und Personen.

- Logopädie

Abbildung II.3 Indikationen in der Logopädie (BARMER GEK 2011)



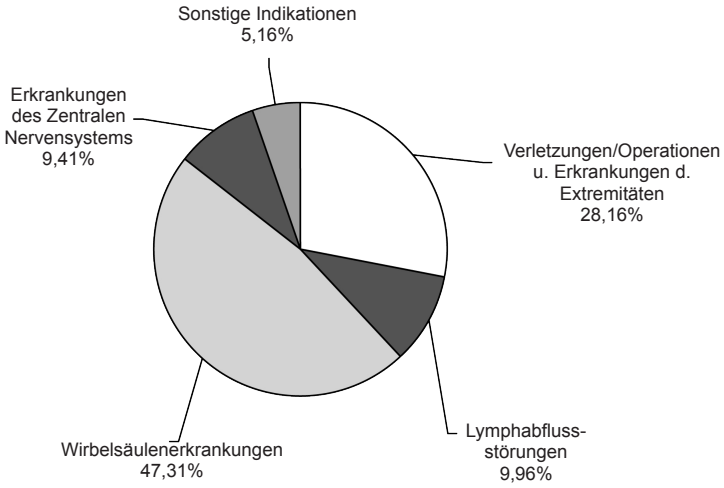
In der Logopädie geht der größte Teil aller Verordnungen auf Störungen der Sprache („SP“) zurück. Dabei handelt es sich um Störungen der Sprache vor Abschluss der Sprachentwicklung, Störungen der auditiven Wahrnehmung, Störungen der Artikulation, Störungen der Sprache bei hochgradiger Schwerhörigkeit oder Taubheit, Störungen der Sprache nach Abschluss der Sprachentwicklung und Störungen der Sprechmotorik.

Bei den frühkindlichen Sprachstörungen soll mit logopädischen Maßnahmen die Verbesserung bzw. Normalisierung der sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten erreicht werden. Zu den Störungen nach Abschluss der Sprachentwicklung gehören Aphasien und Dysphasien, wie sie beispielsweise nach einem Schlaganfall oder durch Schädel-Hirn-Traumata, bei Hirntumoren oder -operationen entstehen können. Mit logopädischen Maßnahmen sollen die Wortfindung, das Sprechen, Lesen, Schreiben, die Artikulation und das Sprachverständnis verbessert werden und, wenn nötig, nonverbale Kommunikationsmöglichkeiten erlernt werden.

Auch Schluckstörungen können durch einen Schlaganfall oder die unter „Störungen der Sprache“ aufgelisteten Erkrankungen entstehen. Es besteht die Gefahr, dass durch Verschlucken Speichel, Nahrung oder Erbrochenes in die Atemwege gelangt und diese verschließen oder Entzündungen auslösen. Ziel ist es demnach, den Schluckakt zu normalisieren und die Nahrungsaufnahme zu ermöglichen.

- Physiotherapie

Abbildung II.4 Indikationen in der Physiotherapie (BARMER GEK 2011)



In der Physiotherapie geht fast die Hälfte aller Verordnungen auf Wirbelsäulenerkrankungen zurück. Beispiele dafür sind Bandscheibenschäden, Skoliosen oder Kyphosen (starke Rotation oder Krümmung der Wirbelsäule), entzündlich-rheumatische Wirbelsäulenerkrankungen, Blockierungen der Wirbelsäule oder arthrotische Veränderungen der Wirbelsäule. Ziel der Physiotherapie ist die Funktionsverbesserung und Schmerzreduktion durch die Verringerung oder das Beseitigen der Gelenkfunktionsstörung bzw. von Blockierungen, um damit das alltägliche Leben und die Teilhabe zu erleichtern oder wiederzuerlangen.

Außerdem werden physiotherapeutische Maßnahmen häufig aufgrund von Verletzungen, Operationen und Erkrankungen der Extremitäten und des Beckens verordnet. Dabei handelt es sich beispielsweise um Frakturen, Sehnenrupturen, Beckenfrakturen, Endoprothesen oder entzündlich-rheumatischen Gelenkerkrankungen. Die Gelenkfunktionsstörungen bzw. Bewegungsstörungen sollen durch die Physiotherapie wiederhergestellt und verbessert werden.

Ein weiterer wichtiger Bestandteil der Physiotherapie ist die Behandlung von Erkrankungen oder Störungen, die durch Schädigungen des zentralen Nervensystems (ZNS) entstehen. Dazu zählen „ZNS-Erkrankungen einschließlich des Rückenmarks nach Vollendung des 18. Lebensjahres“. Bei einer Behandlung aufgrund dieser Indikation werden in der Regel neuromuskuläre Behandlungstechniken eingesetzt, um die Motorik und Bewegungswahrnehmung der Extremitäten oder Rumpf- und Kopfmuskulatur zu fördern und zu verbessern. Diese kommen vor allem nach Schlaganfällen, Schädel-Hirn- oder Rückenmarksverletzungen oder bei Multipler Sklerose zur Anwendung.

Lymphabflussstörungen werden nach kurzzeitigem oder längerfristigem Behandlungsbedarf bzw. nach chronischen Lymphabflussstörungen bei bösartigen Erkrankungen differenziert. Sie können beispielsweise nach Operationen entstehen, z. B. nach der operativen Behandlung eines

Mammakarzinoms. Die Therapie soll eine Entstauung sowie Besserung des lymphatischen Rückflusses und der aktiven Muskel-Venen-Pumpe erzielen und auch zur Vermeidung weiterer Sekundärkomplikationen beitragen.

III. Ergebnisse der Hilfsmittelanalysen

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

1.1 Ausgabenentwicklung für Hilfsmittel in der GKV

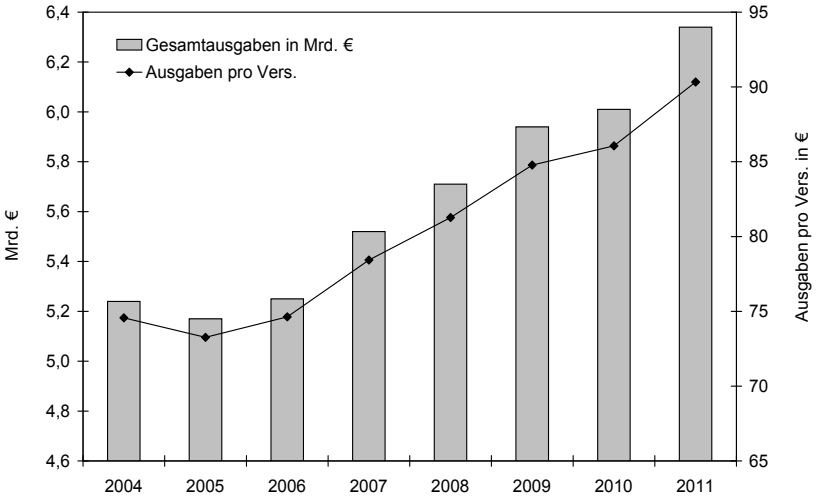
Vergleich der Ausgabenentwicklung zwischen der BARMER GEK und der GKV

Die Alters- und Geschlechtsstruktur der deutschen Bevölkerung verändert sich stetig. Diese Strukturveränderungen, die als „demografischer Wandel“ bezeichnet werden, zeigen schon jetzt erhebliche Auswirkungen auf die sozialen Sicherungssysteme, sie werden sich in den nächsten Jahren noch verstärken. Der Altersquotient (Anzahl von Personen im Rentenalter

> 65 auf 100 Personen im Erwerbsalter zwischen 20 und unter 65) stieg von 1970 bis 2009 von 25 auf 34 und wird nach Vorausberechnungen weiter deutlich ansteigen (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2011).

Daher ist es wenig erstaunlich, dass der Bereich der Hilfsmittel immer mehr an Bedeutung gewinnt und die Ausgaben im Rahmen der GKV stetig steigen (s. Abbildung III.1). In kaum einem anderen Leistungsbereich steigen Bedarf und Inanspruchnahme so deutlich mit dem Alter der Versicherten wie im Hilfsmittelbereich. Neben dem objektiv steigenden Bedarf durch chronische Erkrankungen und Einschränkungen der Alltagsfunktionen einer älter werdenden Bevölkerung entwickelt sich der Markt der Hilfsmittelprodukte auch wegen der eigenen monetären Anreize: Werbung für Treppenlifter und Rollatoren im Internet oder Zeitschriften für ältere Menschen sind unübersehbar.

Abbildung III.1 Ausgabenentwicklung für Hilfsmittel in der GKV 2004 bis 2011



Quelle: nach BMG, 2012

1.2 Kennzahlen der Hilfsmittelversorgung

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

Tabelle III.1 Ausgaben für Hilfsmittelleistungen von sonstigen Leistungserbringern

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

Obwohl sich der Anteil der Versicherten mit Hilfsmittelleistungen an den Gesamtversicherten von 2010 auf 2011 um 15 % deutlich erhöht hat, sind die Ausgaben pro Versichertem mit 74 Euro etwa gleichgeblieben. Die Anzahl der im Jahr 2011 verordneten Rezepte hat im selben Zeitraum um 7 % zugenommen, die Ausgaben pro Rezept sind jedoch gesunken (s. Tabelle III.2).

Knapp 580.000 Versicherte, also rund 30 % der Leistungsversicherten erhielten ein Rezept über Einlagen. Knapp 380.000 Versicherte, rund 20 % der Leistungsversicherten bekamen eine Bandage verordnet (s. Tab. 18 im Anhang). Mit der höheren Anzahl Leistungsversicherter ist auch die Anzahl der Hilfsmittelrezepte deutlich gestiegen.

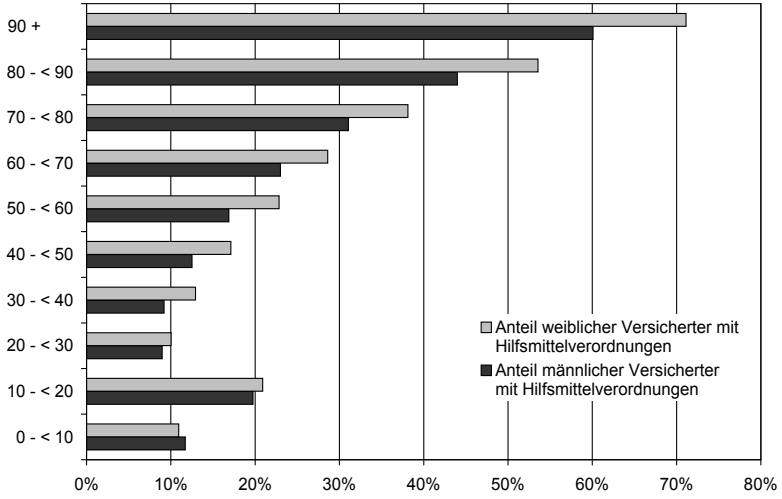
Tabelle III.2 Kennzahlen der Hilfsmittelversorgung 2010 und 2011 in der BARMER GEK

	2010	2011	Änderung in %
Leistungsversicherte	1.655.392	1.918.050	+ 15,87
Anzahl Rezepte	5.059.543	5.419.567	+ 7,12
Ausgaben in €	666.304.354,63	672.384.959,16	+ 0,91
Ausgaben pro LV in €	402,51	350,56	- 12,91
LV zu Vers. in %	18,39	21,14	+ 14,92
Ausgaben pro Rezept in €	131,69	124,07	- 5,79
Ausgaben pro Vers. in €	74,03	74,09	+ 0,09

Mit zunehmendem Alter steigt der Hilfsmittelbedarf und damit die Versorgungsprävalenz an (s. Abbildung III.2). Dies gilt sowohl für Männer wie auch für Frauen, die mit Ausnahme der Mädchen im Alter bis zu zehn Jahren einen vergleichsweise hohen Versorgungsbedarf aufweisen. Mehr als jede zweite BARMER GEK versicherte Frau über 80 Jahre erhält demnach innerhalb eines Jahres mindestens ein Hilfsmittel. Die Entwicklung der letzten Jahre zeigt allerdings eine Zunahme der Versorgungsprävalenz in den mittleren Altersgruppen (vor allem bei den 40- bis 50-Jäh-

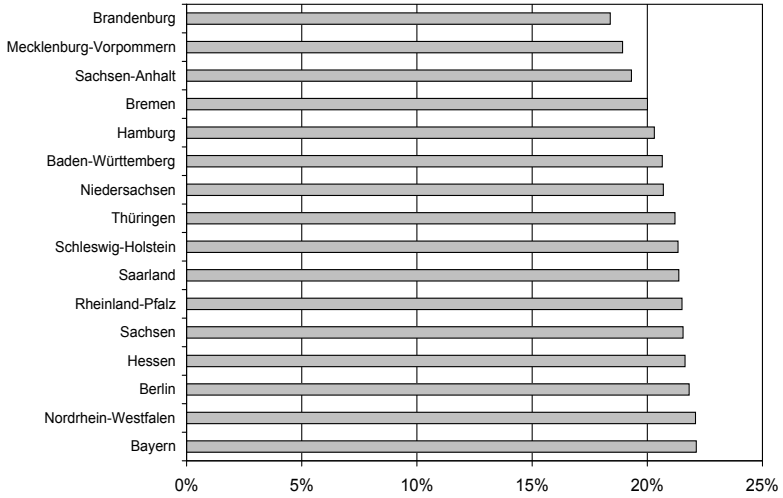
rigen). So ist der Anteil der 40- bis 49-jährigen Frauen mit Hilfsmittelversorgung von 2010 auf 2011 um 22 % gestiegen, der Anteil der Männer in dieser Altersgruppe hat um 41 % zugenommen (s. Tab. 17 im Anhang).

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



Neben geschlechtsspezifischen Differenzen sind auch regionale Unterschiede in der Hilfsmittelversorgung zu erkennen. So weisen die Bundesländer Bayern, Nordrhein-Westfalen, Berlin, Hessen und Sachsen mit rund 22 % die höchsten Anteile von Versicherten auf, die Hilfsmittel erhalten haben. Deutlich niedriger liegt diese Versorgungsrate in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt mit 18 bis 19 % (s. Abbildung III.3 und Tab. 22 im Anhang).

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

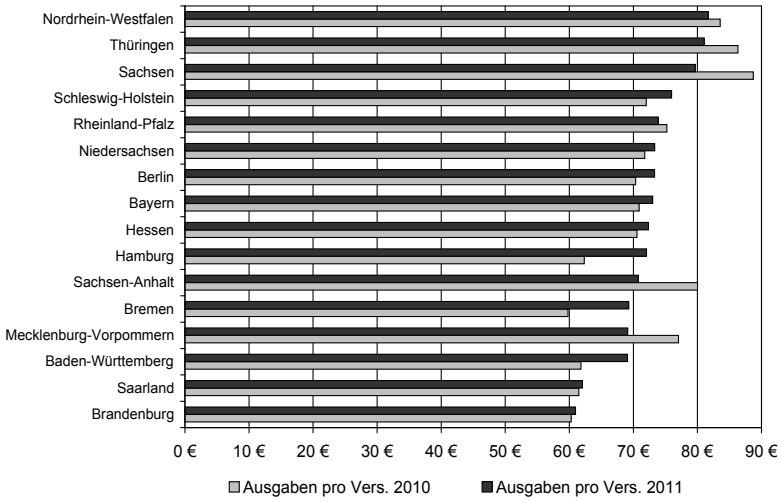


Die höchsten Ausgaben für Hilfsmittel pro Versichertem entfallen auf die Bundesländer Sachsen, Nordrhein-Westfalen und Thüringen. In allen ostdeutschen Bundesländern sind die Ausgaben pro Versichertem von 2010 auf 2011 deutlich gesunken. Zusammen mit Baden-Württemberg zeigen vor allem die Städte Bremen und Hamburg die deutlichsten Ausgabensteigerungen (s. Abbildung III.4 und Tab. 20 im Anhang). Bezüglich dieser Differenzen der Versorgungsprävalenz müssten regionale Präferenzen im Verschreibungsverhalten der Ärzte, der objektive Bedarf und eine eventuell bestehende angebotsinduzierte Nachfrage untersucht werden.

Um die Effekte der nach Bundesländern unterschiedlichen Alters- und Geschlechtsverteilung auf die Hilfsmittelversorgung messen zu können, die möglicherweise für die Versorgungsdifferenzen verantwortlich sind, wurde eine direkte Standardisierung nach Alter und Geschlecht durchgeführt. Die Inanspruchnahme von Hilfsmitteln in Brandenburg mit der niedrigsten Versorgungsprävalenz wurde mit der in Bayern verglichen, wo die höch-

ste Versorgungsrate von BARMER GEK Versicherten ermittelt wurde. Der Vergleich der alters- und geschlechtsstandardisierten Versorgungsraten zeigt jedoch immer noch eine Differenz von 2,2 %. Dies lässt vermuten, dass mehr als soziodemografische Merkmale die Präferenzen von Ärzten oder Versicherten beeinflussen und dass möglicherweise auch sozioökonomische Merkmale oder angebotsinduzierte Einflüsse beim Umfang der Hilfsmittelversorgung eine Rolle spielen.

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



1.3 Versorgungsanalyse ausgewählter Hilfsmittelproduktgruppen

Der höhere Versorgungsbedarf an medizinischen Hilfsmitteln vor allem jüngerer und mittlerer Altersgruppen ist vorwiegend auf Einlagen und Bandagen zurückzuführen, die in den letzten Jahren jeweils an erster und zweiter Stelle in der Versorgungsprävalenz von Männern und Frauen stehen. So erhielten im Jahr 2011 7,5 % der Frauen und 4,8 % der

Männer eine Einlagenversorgung mit Durchschnittskosten von 78 bis 82 Euro pro Leistungsversichertem. Die höchsten Ausgaben entfallen mit durchschnittlich 2.815 Euro pro Leistungsversichertem auf Hilfsmittel bei Tracheostoma, die vorrangig aus Trachealkanülen bestehen. Patienten mit einer zu kleinen Luftröhrenöffnung oder einer Entzündungs- oder Schrumpfungstendenz im Bereich des Tracheostomas (operativ angelegte Öffnung der Luftröhre) sind dauerhaft auf das Tragen einer solchen Kanüle angewiesen. Eine deutliche Steigerung im Anteil versorgter Versicherter ist in der Produktgruppe der Orthesen/Schienen zu erkennen. Daher wird in einem eigenen Kapitel auf Versorgungsaspekte in dieser Produktgruppe eingegangen.

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

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

Die höchsten Ausgaben im Jahre 2011 entfielen, wie im Jahr zuvor, sowohl für Männer als auch für Frauen auf Inhalations- und Atemtherapiegeräte. Diese Hilfsmittel kommen z. B. bei chronischen Erkrankungen wie Mukoviszidose, COPD (chronic obstructive pulmonary disease) oder Krebserkrankungen zum Einsatz. Insgesamt beliefen sich diese Ausgaben auf mehr als 86 Millionen Euro, was einem Betrag von circa neun Euro pro Versichertem entspricht. Inkontinenzhilfen, Hörhilfen, Kranken- und Behindertenfahrzeuge folgen auf der Rangliste der höchsten Ausgaben für Hilfsmittel für das Jahr 2011 (s. Tabelle III.4).

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

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

1.4 Zusammenfassung der Hilfsmittelanalysen

Die Ausgaben der BARMER GEK für medizinische Hilfsmittel, die im Bezugszeitraum verordnet wurden, sind von 2010 auf 2011 um 1 % angestiegen, was bei der Zunahme der Gesamtversichertenzahl, aber vor allem bei der größeren Anzahl von Versicherten, die Hilfsmittel erhalten haben, ein bemerkenswert moderater Anstieg ist. Die Ausgaben pro Ver-

sichertem bleiben deutlich unter dem Niveau in der gesamten gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Im Jahr 2011 haben im Vergleich zum Vorjahr erheblich mehr Versicherte Hilfsmittel verordnet bekommen. Diese Zunahme an Hilfsmittelrezepten zu Lasten der BARMER GEK ist vor allem auf die Produktgruppen „Einlagen“ und „Orthesen“ zurückzuführen, die neben Inhalations- und Atemtherapiegeräten zu den zehn Produktgruppen mit den höchsten Ausgaben gehören. Eine Zunahme ist in der Hilfsmittelversorgung von Versicherten zwischen 40 und 50 Jahren zu beobachten, wobei in fast allen Altersgruppen Frauen mehr Hilfsmittel verordnet bekommen als Männer. Neben dem Alter und dem Geschlecht spielen aber auch regionale Besonderheiten eine Rolle in der Hilfsmittelversorgung. So steigen die Versorgungskosten vor allem in den Bundesländern Bremen und Hamburg an. Die Hilfsmittelversorgung erfolgt neben Sanitätshäusern auch in Apotheken, die im Rahmen dieser Auswertungen jedoch nicht berücksichtigt wurden.

IV. Spezifische Auswertungen

1. Ergotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen und Verhaltensstörungen

Sabine George, Kristin Sauer, Kathrin Tholen

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

1.1 Einleitung

Neue Morbidität

Unter dem Begriff „neue Morbidität“ bei Kindern und Jugendlichen werden die Verschiebung von den somatischen hin zu den psychischen Störungen und die Zunahme chronischer gesundheitlicher Beeinträchtigungen verstanden. Da psychische Störungen eine hohe Persistenzrate aufweisen, wird bei einem beträchtlichen Anteil psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher von einer chronischen Störung ausgegangen. In Deutschland treten bei etwa 20 % der Kinder und Jugendlichen psychische Auffälligkeiten auf, wobei vor allem ein ungünstiges Familienklima und ein niedriger sozioökonomischer Status bedeutungsvolle Risikofaktoren darstellen. Dagegen weisen psychisch unauffällige Kinder stärkere personale, familiäre und soziale Ressourcen auf (Ravens-Sieberer et al., 2007). Es gibt Hinweise darauf, dass der bestehende Behandlungsbedarf nur bei einem Teil der betroffenen Kinder und Jugendlichen erkannt wird (Ravens-Sieberer et al., 2008).

Die direkten Krankheitskosten für psychische Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren führten im Jahr 2008 mit knapp 1,8 Mrd. Euro zu rund 12 % der direkten Kosten für alle Krankheiten dieser Altersgruppe (Statistisches Bundesamt, 2010).

Ätiologie und Prävalenz

Man geht davon aus, dass sowohl genetische als auch psychosoziale Einflüsse bei der Krankheitsentstehung von Bedeutung sind (Petermann, 2008). In Deutschland zeigt etwa jedes sechste Kind oder jeder sechste Jugendliche psychische Auffälligkeiten (Barkmann & Schulte-Markwort, 2010; Ihle & Esser, 2002). Nach Untersuchungen der BELLA-Studie, dem Modul „Psychische Gesundheit“ der bundesweiten KiGGS-Studie zur Kinder- und Jugendgesundheit, lagen bei insgesamt 21,9 % aller Kinder

Hinweise auf psychische Auffälligkeiten vor. Darunter traten bei 10,0 % der Kinder und Jugendlichen Ängste auf, bei 7,6 % Störungen des Sozialverhaltens, bei 5,4 % depressive Symptome und bei 2,2 % die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) (Ravens-Sieberer et al., 2007). Bei Kindern und Jugendlichen mit einer psychischen Störung liegt grundsätzlich eine wesentlich reduzierte gesundheitsbezogene Lebensqualität vor (Ravens-Sieberer et al., 2008).

Behandlung

Kinder mit emotionalen und psychischen Störungen sowie Entwicklungsstörungen und deren Familien sollten die Möglichkeit haben, von notwendigen und effektiven Therapien, die an ihre individuellen Bedürfnisse angepasst sind, zu profitieren (IACAPAP, 1992). Leitlinien zur Diagnostik und Therapie psychischer Störungen für das Jugendalter galten bisher als noch unzureichend differenziert ausgearbeitet (Petermann, 2008). Aktuell befinden sich die Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zu Angststörungen, Störungen des Sozialverhaltens und der Hyperkinetischen Störung in der Überarbeitung, ein Leitlinienvorhaben zur Behandlung von depressiven Störungen von Kindern und Jugendlichen wurde angemeldet. Kinderpsychologische Interventionen sollten grundsätzlich interdisziplinär ausgerichtet sein und berücksichtigen, dass der Krankheitsentstehung sowohl genetische als auch psychosoziale Einflüsse zugrunde liegen. Neben der Berücksichtigung der Heil- und Sonderpädagogik, der Kinderheilkunde und der Kinder- und Jugendpsychiatrie gilt die Ergotherapie als eine sinnvolle Intervention und als ein verordnungsfähiges Heilmittel bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Eine Indikation für ergotherapeutische Maßnahmen besteht, sobald eine Beeinträchtigung in den Aktivitäten des täglichen Lebens vorliegt oder aufgrund der Symptomatik droht (G-BA, 2011). Zu den wichtigsten Zielen der Ergotherapie gehört es, die psychosozialen Ressourcen zu stärken und dabei die Handlungsfähigkeit, Teilhabe und Lebensqualität zu fördern und zu verbessern (ESF, 2007).

Versorgung

Eine bedeutende Anzahl Kinder und Jugendlicher mit Behandlungsbedarf nehmen keine Gesundheitsversorgung in Anspruch (Barkmann & Schulte-Markwort, 2010). Ob eine ambulante Versorgung erfolgt, ist vermutlich abhängig von der Einstellung und der Wahrnehmung der Eltern, von deren Informationsdefiziten und Stigmatisierungsängsten, von der Erreichbarkeit der Ärzte und der Verfügbarkeit regionaler Versorgungsangebote, von Unsicherheiten bei der Diagnosestellung, sowie vom Alter, Geschlecht, Sozialstatus und Migrationshintergrund der Kinder und Jugendlichen (Kamtsiuris et al., 2007; SVR, 2009). Um betroffene Kinder und Jugendliche besser identifizieren und die Gesundheit der heranwachsenden Generation nachhaltig verbessern zu können, wird mehr Transparenz der Versorgungssituation von psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen benötigt (Ravens-Sieberer et al., 2007; RKI, 2008). Die Verfügbarkeit von Routinedatenanalysen im Bereich der ambulanten gesundheitlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist jedoch sehr begrenzt (Kamtsiuris et al., 2007).

Besonders wenig ist über die ambulante Heilmittelversorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen und Verhaltensstörungen bekannt. Aus Routinedatenuntersuchungen zu Kindern und Jugendlichen mit ADHS geht hervor, dass etwa 16 % der untersuchten 6- bis 18-Jährigen mit einer solchen Diagnose mit Ergotherapie behandelt werden. Etwa 12 % der untersuchten Kinder und Jugendlichen mit einer Stimulanzientherapie erhalten zusätzlich Ergotherapie (Gebhardt et al., 2008). Routinedaten zu weiteren spezifischen Diagnosen der „neuen Morbidität“ im Kindes- und Jugendalter und die differenzierte Beschreibung der Versorgung mit Ergotherapie dazu fehlen bislang gänzlich.

Die Ziele einer solchen Sekundärdatenanalyse wären daher ein Zugewinn an Informationen über Möglichkeiten und Maßnahmen der Ergotherapie bei Kindern mit psychischen Auffälligkeiten, über die Evidenz ihrer

Wirksamkeit sowie über die Versorgungssituation betroffener Kinder und Jugendlicher.

1.2 Darstellung der ausgewählten Krankheitsbilder

Psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter behindern wichtige Entwicklungsstadien. Sie können u. a. gravierende Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl, auf Freundschaften, auf die soziale Teilhabe, auf schulische Leistungen und auf die Lebensqualität haben – nicht nur für Kinder oder Jugendliche selber, sondern auch für deren Familien. Ihre Folgen reichen oftmals bis ins Erwachsenenalter. Eine frühe Erkennung und Behandlung solcher Störungen ist daher sehr wichtig, auch weil die Erkrankungen ein Leben lang bestehen bleiben und Folgeerkrankungen wie z. B. Suchtmittelabhängigkeit nach sich ziehen können.

Häufig kommen psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nicht isoliert vor, sondern es bestehen zusätzlich weitere Erkrankungen (Komorbiditäten), die als eine mögliche Folge auftreten können. So leiden beispielsweise etwa 30 bis 50 % der Kinder mit ADHS an einer Störung des Sozialverhaltens und 50 % an einer oppositionellen Störung im Sozialverhalten, 10 bis 40 % an affektiven Störungen wie Depressionen und 20 bis 25 % an Angststörungen (Döpfner et al., 2000; Winter & Kolberg, 2007).

Im Folgenden wird die Symptomatik dieser Krankheitsbilder kurz vorgestellt.

ADHS/Hyperkinetische Störungen

Hyperkinetische Störungen (HKS) beginnen typischerweise in den ersten fünf Lebensjahren und können bis ins Erwachsenenalter fortbestehen, wobei je nach Alter unterschiedliche Symptome dominieren (Sinzig et al., 2007; Winter & Kolberg, 2007). Die Kardinalsymptome sind Unauf-

merksamkeit, Überaktivität und gestörte Impulskontrolle: Die Kinder haben Schwierigkeiten, sich ausdauernd zu konzentrieren und Tätigkeiten abzuschließen oder still zu sitzen. Ihre Aktivitäten erscheinen mangelhaft organisiert oder reguliert und sind oft überschießend. Daneben wirken sie häufig achtlos und impulsiv, neigen zu Unfällen und zeigen Schwierigkeiten in der Handlungsplanung. Sie reagieren nicht selten sensibel oder empfindlich auf Kritik und können starke Stimmungsschwankungen zeigen. Die Eingliederung in Gruppen oder das Befolgen sozialer Regeln fällt vielen schwer (Winter & Kolberg, 2007).

Störungen des Sozialverhaltens

Störungen des Sozialverhaltens sind durch ein sich wiederholendes und anhaltendes Muster dissozialen, aggressiven und aufsässigen Verhaltens charakterisiert, das schwerwiegender ist als es den sozialen Erwartungen in dem Alter entspricht und länger als sechs Monate besteht. Beispiele sind fehlender Gehorsam mit schweren Regelverstößen, ein extremes Maß an Streiten, Tyrannisieren oder körperlichen Auseinandersetzungen, ungewöhnlich häufige und schwere Wutausbrüche, Grausamkeit gegenüber Menschen oder Tieren, Schule schwänzen, Lügen, Stehlen, Einbrüche, Weglaufen, Zündeln oder Brandstiftung, Sachbeschädigung, Anschluss an andere delinquente Kinder und Jugendliche und/oder Drogenmissbrauch (Timmer & Wortelkamp, 2009).

Angststörung

Angststörungen äußern sich in übermäßig starken oder unbegründeten und nicht kontrollierbaren Ängsten bzw. Sorgen, etwa der Angst, sich zu blamieren oder in der Schule zu versagen. Diese können sich auf unterschiedliche Situationen oder Objekte beziehen, u. a. auf die Trennung von Eltern bzw. engen Bezugspersonen (emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters), auf soziale Situationen wie den Umgang mit Fremden oder das Sprechen vor der Klasse (Störung mit sozialer Ängst-

lichkeit), auf unterschiedliche Lebensbereiche (generalisierte Angststörung des Kindesalters), die eigene Identität und weitere Faktoren (sonstige emotionale Störungen des Kindesalters). Oft gehen sie mit körperlichen Symptomen einher, etwa Erröten, Zittern und Übelkeit (soziale Ängstlichkeit), Bauch- oder Kopfschmerzen, Übelkeit und Erbrechen (Trennungsangst) sowie Nervosität, Anspannung, Ein- und Durchschlafprobleme (generalisierte Angststörung) (Schneider & In-Albon, 2006). Die Kinder und Jugendlichen neigen auf Dauer dazu, die Angst besetzten Situationen zu vermeiden oder zu verhindern.

Depression

Depressive Störungen können in Form einzelner oder wiederholter depressiver Episoden – als sogenannte rezidivierende depressive Störungen – auftreten. Je nach Lebensalter äußern sie sich in unterschiedlichen Symptomen. Typisch im Kleinkind- und Vorschulalter sind beispielsweise vermehrtes Weinen, Irritierbarkeit, Schlafstörungen, gestörtes Essverhalten und Bauchschmerzen. Im Schulalter stehen eine verminderte Mimik und Gestik, Stimmungslabilität, Introvertiertheit, Gereiztheit, Rückzugsverhalten, Schlafstörungen und ein Appetitverlust mit Gewichtsreduktion im Vordergrund. Mit zunehmendem Lebensalter nähern sich die Symptome denen bei Erwachsenen an, z. B. Antriebslosigkeit, Interessensverlust und Freudlosigkeit (Preiß & Remschmidt, 2007).

1.3 Risiko- und Schutzfaktoren

Die eben dargestellten Erkrankungen werden wahrscheinlich durch ein Aufeinandertreffen unterschiedlicher Faktoren bedingt (multifaktorielle Genese). Beispiele sind eine genetische Veranlagung, frühe Schädigungen des Zentralnervensystems (ZNS), etwa durch Sauerstoffmangel oder Suchtmittelgebrauch der Mutter während der Schwangerschaft und Störungen des Botenstoffwechsels im Gehirn. Treffen solche Voraussetzungen auf bestimmte Lebensereignisse, psychosoziale und andere Umwelt-

faktoren sowie Eigenschaften des Kindes oder des Jugendlichen, können sie psychische Erkrankungen auslösen (Huss, 2008; Nacinovich et al., 2012; Preiß & Remschmidt, 2007; Timmer & Wortelkamp, 2009; Winter & Kolberg, 2007).

Beispiele für Risikofaktoren sind Eigenschaften des Kindes wie andere chronische Erkrankungen, sein Temperament und weitere emotionale, aber auch kognitive Eigenarten. Als Lebensereignisse kommen u. a. Verlusterlebnisse wie Tod eines Elternteils, Trennung der Eltern, Misshandlung und Missbrauch in Frage. Häufig diskutierte psychosoziale Faktoren sind z. B. der Erziehungsstil und psychische Belastungen der Eltern, getrennt/allein lebende Elternteile, ein niedriger sozioökonomischer Status, Arbeitslosigkeit, Randgruppenzugehörigkeit und soziale Isolierung.

Als Schutzfaktoren spielen neben Eigenschaften des Kindes wie z. B. den kognitiven Fähigkeiten, der Selbstwirksamkeit, dem Selbstkonzept oder der sozialen Kompetenz wiederum psychosoziale Faktoren eine Rolle: Beispiele sind die soziale Unterstützung in der Familie und im erweiterten sozialen Umfeld (etwa durch Freunde), das Schulklima, aber auch ein höherer sozioökonomischer Status der Familie.

In jüngerer Zeit werden vermehrt auch Zusammenhänge zwischen der Umsetzung bestimmter Alltagsaktivitäten und der Gestaltung konkreter Handlungssituationen einerseits und der Entstehung und dem Verlauf psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter andererseits untersucht. So kann man inzwischen beispielsweise annehmen, dass bei HKS Faktoren wie große Gruppen, „Reizüberflutung“, mangelnde Struktur oder Regeln die Symptomatik verstärken und Alltagsleistungen beeinträchtigen (Desha & Ziviani, 2007; Erhart et al., 2007; Lin et al., 2011; Nacinovich et al., 2012; Pantic et al., 2012; Preiß & Remschmidt, 2007; Ravens-Sieberer et al., 2007; Simon et al., 2009; Timmer & Wortelkamp, 2009; Winter & Kolberg, 2007; Yu et al., 2010; Yu et al., 2012).

Um die Handlungsfähigkeit und Teilhabe effizient und nachhaltig zu sichern und der Entstehung von Folgeerkrankungen wie z. B. dem Suchtmittelkonsum vorzubeugen, ist es wichtig, nicht nur die Krankheitssymptome zu behandeln, sondern gezielt auch Umweltfaktoren und Aktivitäten zu verändern oder – bei positiven Auswirkungen – im Rahmen gesundheitsförderlicher Maßnahmen zu stärken. Dieser biopsychosoziale Ansatz ist elementarer Bestandteil der Ergotherapie.

1.4 Ergotherapie bei den ausgewählten Krankheitsbildern

Nach der Heilmittel-Richtlinie ist Ergotherapie bei psychischen und geistigen Störungen im Kindes- und Jugendalter u. a. dann indiziert, wenn diese zu Einschränkungen der Selbstversorgung und Alltagsbewältigung, im Verhalten, in der zwischenmenschlichen Kommunikation oder in der Beweglichkeit und Geschicklichkeit führen (G-BA, 2011). Um Angebot und Leistungsspektrum der Ergotherapie transparenter zu machen, werden diese im Folgenden kurz vorgestellt und unter dem Blickwinkel ihrer Evidenzbasierung diskutiert.

Ergotherapeutische Grundsätze, Ziele und Methoden

Ergotherapie arbeitet nach dem biopsychosozialen Modell, klientenzentriert, alltags-, handlungs- und ressourcenorientiert. Übergeordnetes Ziel ist eine optimale Handlungsfähigkeit, Teilhabe, Lebensqualität und -zufriedenheit im individuellen Alltag (AOTA, 2005; DVE, 2011; ESF, 2007; Winter, 2007b).

Welche Ziele auf Teilhabeebene im Einzelfall verfolgt werden, ist abhängig von den Anliegen der Klienten, d. h. der Kinder und Jugendlichen und ggf. auch enger Bezugspersonen wie der Eltern oder Lehrer, den individuellen Lebensumständen (Kontextfaktoren) sowie der Art und Ausprägung der Symptomatik (s. Tabelle IV.1). Sind die Anliegen der Klienten klar, besteht die ergotherapeutische Expertise darin, zu analysieren, welche

körperlichen oder mentalen (kognitiven, emotionalen) Funktionen, welche Kontextfaktoren und welche Eigenschaften der „Betätigung“ sich förderlich bzw. hinderlich auf Handlungsdurchführung und Teilhabe auswirken. Dadurch können diese gezielt verändert oder als Förderfaktoren genutzt werden (s. Tabelle IV.1).

Tabelle IV.1 Ziele der Ergotherapie nach dem biopsychosozialen Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) (Beispiele)

Teilhabe	Aktivitäten	Körperfunktionen/-strukturen
Individuelle Handlungsziele der Kinder/Jugendlichen aus allen Lebensbereichen, bei Bedarf mit engen Bezugspersonen wie Eltern, Lehrern oder Erziehern gemeinsam vereinbart oder abgestimmt, z.B. • Freunde finden • Mit anderen Kindern spielen • In die Schule gehen ohne Angst zu haben • Den Schulranzen so packen, dass alles drin ist	Zum Erreichen der Handlungsziele notwendige Aktivitäten, z.B. • Sich auf die Hausaufgaben konzentrieren • Eigene Gefühle erkennen und angemessen äußern • Eigene Leistungen, Probleme und Stärken realistisch einschätzen • Regeln einhalten • Handlungen planen • Feinmotorische Geschicklichkeit	Zum Erreichen der Handlungsziele notwendige Körperfunktionen/-strukturen, z.B. • Selbstvertrauen/Selbstwertgefühl • Aufmerksamkeit • Exekutive Funktionen • Optimismus • Kritikfähigkeit • Kompromissfähigkeit • Wahrnehmung und Verarbeitung (Integration) sensorischer Reize
Kontextfaktoren (Umwelt-/personbezogene Faktoren), Eigenschaften der Betätigung		
• Umweltfaktoren: Ungünstiger Platz für die Hausaufgaben, z.B. wegen Ablenkung; Kein Angebot an strukturierten Freizeitaktivitäten; Unbeabsichtigte Verstärkung dysfunktionaler Verhaltensweisen durch Bezugspersonen • Personbezogene Faktoren: Alter, Entwicklungsstand, Temperament • Eigenschaften der Betätigung: Räumt den Schulranzen immer erst morgens ein, dadurch Zeitdruck; Spielt selten mit anderen Kindern zusammen		

Quelle: nach WHO, 2002

Als Therapieansätze stehen die Beratung, (Psycho-) Edukation und Schulung – auch für Eltern, Lehrer und Erzieher –, die Umweltanpassung und der gezielte Einsatz von Aktivitäten zur Verfügung. Beispiele dafür sind das kognitive Training, das aufgabenorientierte Training, Rollenspiele, Projektarbeiten, spielerische und kreative Aktivitäten, verhaltenstherapeutische Elemente, sowie kompetenzzentrierte, ausdruckszentrierte und interaktionelle Methoden. Meist wird infolge der Komplexität der Einflussfaktoren auf die Handlungsfähigkeit und Teilhabe ein „Methodenmix" eingesetzt (multimodale Ergotherapie). Einen zentralen Stellenwert bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen hat zudem die Ressourcenaktivierung: Die Vermittlung von Erfolgserlebnissen und die Einbeziehung positiver Emotionen (Winter, 2007b). Bei bestimmten Voraussetzungen – etwa im Akutstadium einer depressiven Episode – kann sie für einen begrenzten Zeitraum sogar im Vordergrund stehen, um die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die Kinder und Jugendlichen überhaupt konkrete Handlungsziele formulieren können.

Evidenzbasierung ergotherapeutischer Methoden

Winter (2007a) weist darauf hin, dass die Ergotherapie die Erkenntnisse aus den Bezugswissenschaften wie der Psychologie integriert und in Zusammenhang zu der ihr eigenen handlungs- und alltagsbezogenen Zielsetzung bringt. So besuchen viele Ergotherapeuten Fortbildungen bei Psychologen, die bestimmte Trainingsmethoden oder Ansätze entwickelt haben. Dadurch liegen aus den Bezugswissenschaften bereits zahlreiche Wirksamkeitsnachweise für Bestandteile der Ergotherapie vor (zentrales adhs-netz, 2012; Bachmann et al., 2008a und 2008b). Nachteile solcher Therapieprogramme liegen aus ergotherapeutischer Sicht darin, dass sie häufig am medizinischen Störungsbild orientiert sind und dass eine biopsychosoziale, ganzheitliche Betrachtung mit Orientierung an den individuellen Ressourcen und Förderfaktoren oft wenig Beachtung findet (Winter & Arasin, 2007).

Erfreulicherweise schreitet die Akademisierung der Ergotherapie kontinuierlich voran, so dass die Publikation, Evaluation und Weiterentwicklung spezifisch ergotherapeutischer „Programme“ zunehmend Wirklichkeit wird. Am besten ist dies bei HKS zu beobachten: 2001 wurde erstmals in einer randomisierten kontrollierten Studie (RCT) eine Verbesserung der Kernsymptomatik durch ein computergestütztes Training in der Ergotherapie nachgewiesen (Shaffer et al., 2001). Auch der Effekt von Maßnahmen der Umweltanpassung wurde bereits überprüft (Pfeiffer et al., 2008; Fedewa & Erwin, 2011; Hvolby & Bilenberg, 2011). Vor kurzem zeigte eine kontrollierte Studie aus Deutschland die positiven Effekte einer multimodalen Ergotherapie auf Alltagsleistungen und die Kernsymptomatik „Hyperaktivität“ von Grundschulkindern (Arasin, 2009). Darüber hinaus wurden in den vergangenen Jahren weitere Programme veröffentlicht und in Pilotstudien – zunächst ohne Kontrollgruppe – mit positiven Ergebnissen getestet (Chu & Reynolds, 2007a und 2007b; Cordier et al., 2009; Wilkes et al., 2011; Hahn-Markowitz et al., 2011).

Dass Ergotherapie auch bei Kindern mit Angststörungen, Depressionen und Störungen des Sozialverhaltens ihre Ziele erreicht, zeigt ein RCT, bei dem diese Erkrankungen und HKS als Komorbiditäten eines fetalen Alkoholsyndroms bzw. einer Alkohol bedingten neurologischen Entwicklungsstörung auftraten (Wells et al., 2012). Ansonsten ist man bei diesen Krankheitsbildern bisher auf Studien aus dem Erwachsenenbereich (Reuster, 2006; Schene et al., 2007) oder aus den Bezugswissenschaften angewiesen.

Ziel der vorliegenden Datenauswertungen ist die Darstellung der Prävalenzen von psychischen und Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter sowie der aktuellen ergotherapeutischen Versorgung im ambulanten Bereich.

1.5 Methoden

Für die folgenden Berechnungen wurden die Diagnose- und Heilmitteldaten der BARMER GEK verwendet. Entsprechend der Thematik besteht die Grundgesamtheit aus Kindern und Jugendlichen zwischen 7 und 17 Jahren. In Anlehnung an die Methodik der BELLA-Studie bzw. der bundesweiten KiGGS-Studie zur Kinder- und Jugendgesundheit (Ravens-Sieberer & Kurth, 2008) wurden drei Altersgruppen gebildet: 7 bis 10 Jahre, 11 bis 13 Jahre und 14 bis 17 Jahre.

In einem ersten Schritt wurden aktuelle Zahlen aus 2011 zu der diagnoseunabhängigen ergotherapeutischen Versorgung der Kinder und Jugendlichen zusammengestellt, zum einen zu allen Verordnungen, zum anderen zu Verordnungen mit dem Indikationsschlüssel „PS1“ (geistige und psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter).

Im Weiteren wurden diagnosespezifische Auswertungen für 2010 durchgeführt. Es wurden gesicherte ambulante Diagnosen psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen ausgewählt (s. Tabelle IV.2) und mit Angaben zur Ergotherapieversorgung verknüpft.

Tabelle IV.2 In die Berechnungen einbezogene Diagnosen bzw. Diagnosegruppen

ICD-10-Code	Diagnose	Krankheitskomplex
F90.	Hyperkinetische Störungen	ADHS
F31.	Bipolare affektive Störungen	Depressionen
F32.	Depressive Episode	
F33.	Rezidivierende depressive Störung	
F34.1	Dysthymia	
F40.	Phobische Störungen	Angststörungen
F41.	Andere Angststörungen	
F93.0	Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters	
F93.1	Phobische Störungen des Kindesalters	
F93.2	Störungen mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters	
F93.8	Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters	
F93.9	Nicht näher bezeichnete emotionale Störungen des Kindesalters	
F91.	Störungen des Sozialverhaltens	Störungen des Sozialverhaltens
F92.	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	Kombination: Störung des Sozialverhaltens und emotionale Störungen
F43.2	Anpassungsstörungen	

Der letzte Schritt beinhaltet die Berechnung einer logistischen Regression mit 95 %igem Konfidenzintervall. Eine Ergotherapieverordnung wurde als abhängige Variable, Geschlecht, Alter und die verschiedenen Diagnosen als unabhängige Variablen definiert.

1.6 Ergebnisse

Rund 29 % aller Versicherten mit mindestens einer Ergotherapieverordnung (Leistungsversicherte = LV) und knapp 22 % aller Ausgaben für Ergotherapie im Jahr 2011 fallen auf die Altersgruppe der 7- bis 17-Jährigen.

Von diesen erhielten ca. 15 % Ergotherapie aufgrund der Indikation „PS1“ und damit wegen geistiger und psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter (s. Tabelle IV.3).

Tabelle IV.3 Kennzahlen der Ergotherapie bei Kindern 2011 in der BARMER GEK

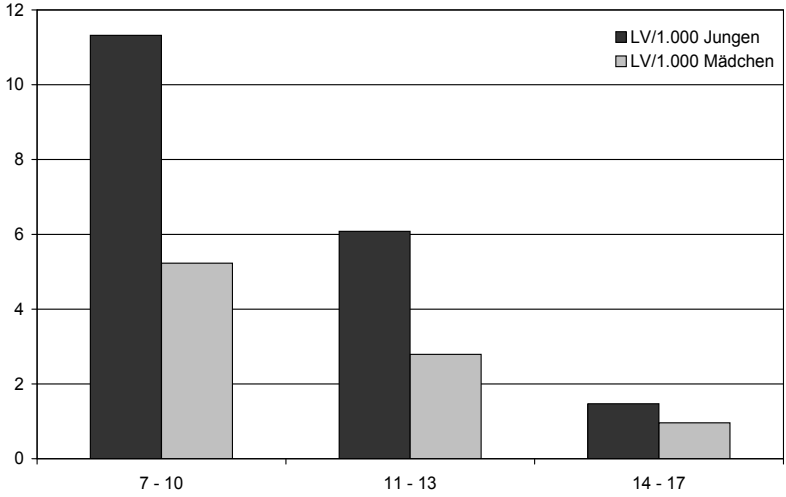
	Ergotherapie gesamt	davon mit geistigen und psychischen Störungen
Leistungsversicherte	26.799	4.025
Anzahl Rezepte	55.915	7.495
Ausgaben in €	17.787.330,29	2.652.714,68
Ausgaben pro LV in €	663,73	659,01
LV zu Vers. in %	3,02	0,45
Ausgaben pro Rezept in €	318,11	353,93
Ausgaben pro Vers. in €	20,02	2,99

78,1 % aller Ergotherapieverordnungen für Kinder im Jahr 2011 gehen auf den Indikationsschlüssel „EN1“ (ZNS-Erkrankungen und/oder Entwicklungsstörungen längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs) zurück. Die zweithäufigste Indikation (13,4 %) für eine Verordnung ist „PS1“.

Abbildung IV.1 zeigt die Alters- und Geschlechtsverteilung von Kindern und Jugendlichen, die im Jahr 2011 mindestens eine Ergotherapieverordnung aufgrund von geistigen und psychischen Störungen („PS1“) erhalten haben. Dabei wird der verhältnismäßig hohe Anteil der jüngeren Jungen deutlich: Etwa 11 von tausend männlichen Versicherten im Alter von 7 bis 10 Jahren bekamen Ergotherapie verordnet.

Bei der Betrachtung des zeitlichen Trends der Ergotherapieversorgung bei Kindern und Jugendlichen fällt auf, dass der Anteil der behandelten Kinder an allen LV für Ergotherapie in den Jahren 2007 bis 2010 um rund 14 % abnimmt.

Abbildung IV.1 Kinder mit Ergotherapieverordnungen bei „PS1“ pro tausend Versicherte nach Alter und Geschlecht in der BARMER GEK 2011



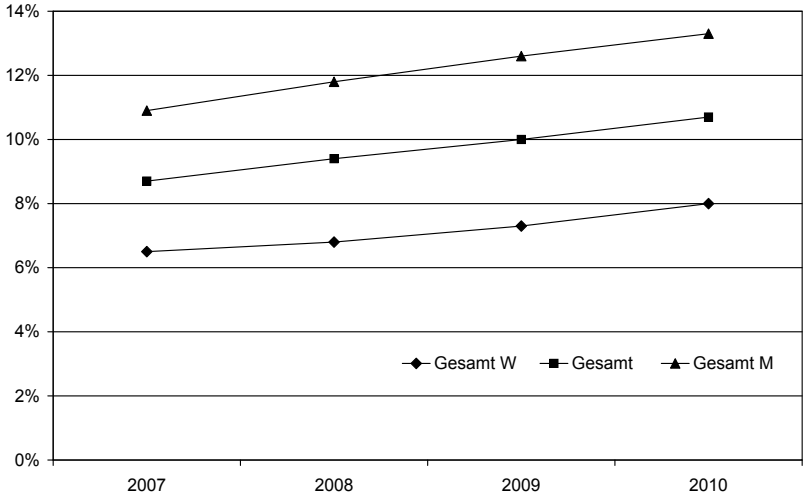
Die diagnosespezifischen Auswertungen für 2010 zeigen, dass von insgesamt 895.501 versicherten Kindern und Jugendlichen zwischen 7 und 17 Jahren 96.068 mindestens eine der aufgeführten Diagnosen gestellt bekamen (Prävalenz: 10,7 %). Am häufigsten wurde ADHS diagnostiziert (5,9 %), gefolgt von Angststörungen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

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

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

Besonders auffällig ist die ADHS-Prävalenz bei Jungen zwischen 7 und 13 Jahren – etwa jeder zehnte Junge hat im Jahre 2010 mindestens eine ADHS-Diagnose bekommen. Auch bei den Mädchen sind häufiger jüngere Altersklassen betroffen, jedoch ist die Prävalenz deutlich niedriger als bei den Jungen. Bei der Summe der Erkrankten sind Jungen häufiger betroffen, dies ist nicht nur auf die ADHS-Prävalenzen zurückzuführen, sondern auch auf die Störungen im Sozialverhalten und der Kombination aus emotionalen Störungen und Störungen des Sozialverhaltens. Bei Mädchen werden nur Depressionen etwas häufiger diagnostiziert. Angststörungen werden insgesamt etwa gleich häufig als Diagnose festgehalten. Bei den Störungen des Sozialverhaltens sind Altersunterschiede zu erkennen: Sie treten häufiger in jüngeren Jahren auf, dies gilt auch für die Angststörungen bei den Jungen. Hingegen erhöht sich die Prävalenz von Depressionen mit steigendem Alter, bei Mädchen ebenso auch die Prävalenz von Angststörungen und die Kombination aus emotionalen Störungen und Störungen des Sozialverhaltens.

Abbildung IV.2 Gesamtprävalenz von psychischen und Verhaltensstörungen nach Geschlecht von 2007 bis 2010 in Prozent



Die Gesamtprävalenz in den Jahren 2007 bis 2010 steigt von 8,7 % auf 10,7 % (s. Abbildung IV.2). Dabei haben die Jungen höhere Werte als die Mädchen. Bei den Jungen steigt die Prävalenz von 10,9 % in 2007 auf 13,3 % in 2010 – mit zusätzlich 8.316 Betroffenen ist dies eine Steigerung von 15,7 %. Bei den Mädchen steigen die Zahlen von 6,5 % auf 8,0 % – eine Steigerung von 5.148 Betroffenen bzw. 17,3 %.

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

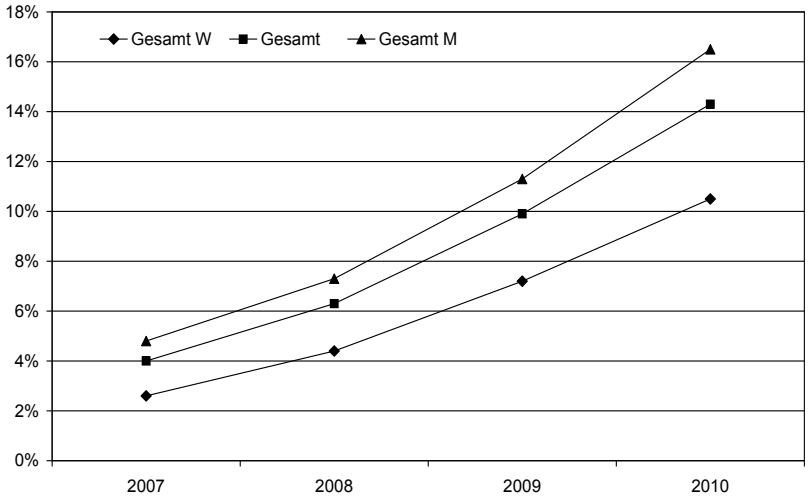
Tabelle IV.5 Behandlungsprävalenz mit Ergotherapie in 2010 nach Diagnose, Alter und Geschlecht

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

Der Jahresvergleich zeigt, dass die Behandlungsprävalenz ansteigt (s. Abbildung IV.3). Von insgesamt 4,8 % bei den Jungen und männlichen Jugendlichen und 2,6 % bei den Mädchen und weiblichen Jugendlichen in 2007 steigt die Prävalenz im Jahre 2010 auf 16,5 % bei den männlichen und auf 10,5 % bei den weiblichen Versicherten an. Die Werte der Jungen steigen um 11,7 Prozentpunkte bzw. 299 % (+7.559 Betroffene) und die der Mädchen um 7,9 Prozentpunkte bzw. 368 % (+2.882 Betroffene).

Die Wahrscheinlichkeit für eine ergotherapeutische Behandlung wurde anhand einer logistischen Regression für das Jahr 2010 berechnet. Das Ergebnis zeigt, dass alle Variablen signifikant mit einer Ergotherapie assoziiert sind (s. Tabelle IV.6). Das bedeutet, dass insbesondere Kinder zwischen 7 und 10 Jahren, und vor allem Jungen häufiger eine Ergotherapieverordnung bekommen, als zum Beispiel ältere Kinder oder Mädchen. Zudem erhöhen alle Diagnosen die Wahrscheinlichkeit einer Verordnung – vor allem für Kinder und Jugendliche mit ADHS.

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



Wird für jede Diagnose ein einzelnes Modell für die Variablen Alter und Geschlecht in die Analysen einbezogen, so ergibt sich auch hier, dass vor allem die jungen Kinder (7 bis 10 Jahre) im Vergleich zu den älteren Kindern und Jugendlichen (14 bis 17 Jahre) eine erhöhte Wahrscheinlichkeit haben, Ergotherapie verordnet zu bekommen (Odds Ratio (OR) von 6,41 bei Sozialstörungen bis hin zu 13,63 bei Depressionen). Auch der Geschlechtsunterschied ist bei allen einzelnen Modellen zu erkennen, wobei dieser bei ADHS-Patienten mit einem OR von 0,95 am geringsten ist.

Tabelle IV.6 Ergebnisse der logistischen Regression

Variable	Odds Ratio	Konfidenzintervall (95%)	p-Wert
Alter: 7-10 vs. 14-17	9,78	9,37-10,21	< 0,0001
Alter: 11-13 vs. 14-17	2,88	2,74-3,02	< 0,0001
Weibliches Geschlecht	0,59	0,57-0,60	< 0,0001
ADHS	7,96	7,73-8,19	< 0,0001
Störung des Sozialverhaltens	1,88	1,78-1,99	< 0,0001
Angst	1,78	1,70-1,87	< 0,0001
Kombination Störung des Sozialverhaltens und emotionale Störung	1,75	1,67-1,85	< 0,0001

1.7 Diskussion und Fazit

Zwar sind Aussagen über den Behandlungsbedarf aufgrund des Spontanverlaufs von psychischen und Verhaltensstörungen und der sehr unterschiedlichen Ausprägung der Einschränkungen, die daraus für betroffene Kinder und Jugendliche im alltäglichen Leben entstehen können, schwierig und allgemein kaum objektivierbar. Doch die Ergebnisse zu den Behandlungsprävalenzen lassen zumindest die Frage zu, ob psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen ausreichend in ihrem Krankheitswert erkannt und behandelt werden. Besonders bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang die deutlich sinkende ergotherapeutische Behandlungsprävalenz mit steigendem Alter. Generell nimmt der Behandlungsbedarf nämlich nicht mit steigendem Alter ab. Während Ergotherapie im stationären Bereich seit jeher zum unverzichtbaren Bestandteil der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung gehört (z. B. Timmer & Wortelkamp, 2009), erweckt die Auswertung der vorliegenden Daten den Eindruck, dass ihre Möglichkeiten im ambulanten Setting bisher nicht ausreichend ausgeschöpft werden bzw. ungleich verteilt sind.

Die Ergebnisse geben Hinweise darauf, dass bei der Entscheidung für eine ergotherapeutische Versorgung ausschlaggebend sein könnte, ob

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

Ergotherapie ist aufgrund ihrer biopsychosozialen Ausrichtung indiziert, wenn möglichst gezielt Alltagsleistungen verbessert werden sollen. Im Idealfall sollte sie Teil eines multimodalen Vorgehens darstellen und sich mit anderen Berufsgruppen in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten ergänzen.

Die Ergebnisse lassen vermuten, dass Informationen über die differenzierten Möglichkeiten in diesem Bereich teilweise unbekannt sind und es an evidenzbasierten Entscheidungshilfen für eine ergotherapeutische Verordnung bzw. Behandlung fehlt.

Ausblick

Valide Erkenntnisse zum objektiven Behandlungsbedarf und der Behandlung im Zeitverlauf sind bislang unzureichend vorhanden. Ebenso ist bisher unklar, ob Kinder und Jugendliche auf Dauer gegenüber nicht ergotherapierten Versicherten einen Nutzen von einer ergotherapeutischen Behandlung haben, weil z. B. die Prävalenzen für psychische Störungen in den Folgejahren niedriger ausfallen und soziales Verhalten und Lebensqualität ansteigen. Die Klärung dieser Fragen obliegt wissenschaftlichen

Fachgesellschaften, die multidisziplinär ausgerichtet und mit qualifizierten Angehörigen der entsprechenden Gesundheitsfachberufe aufgestellt sein sollten, um die Forschung zu ergotherapeutischen Maßnahmen voran zu treiben.

2. Heilmittelversorgung im Pflegeheim

2.1 Einleitung

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

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

Gleichzeitig mehren sich die Diskussionen um eine angemessene gesundheitliche Versorgung dieser zumeist hoch vulnerablen pflegebedürftigen Patienten (BÄK, 2011). Untersuchungen monieren z. B. eine zu geringe Facharztversorgung sowie eine verbesserungswürdige Arzneimitteltherapie (SVR, 2009; Rothgang et al., 2008). Bei Heimbewohnern handelt es sich sowohl in psychischer als auch somatischer Hinsicht um eine multimorbide Population mit einem hohen Maß an funktionellen Einbußen (van den Bussche et al., 2009). Dazu zählen zum Beispiel eine beeinträchtigte Mobilität, sensorische Beeinträchtigungen und Gebrechlichkeit (Menning & Hoffmann, 2009). Heilmittel wie Physiotherapie oder Ergotherapie können bei solchen Einschränkungen einen wichtigen Beitrag leisten, um

Funktionen und Fähigkeiten zu verbessern oder zu erhalten. Bisher gibt es jedoch nur wenige Informationen über die Versorgung von Pflegeheimbewohnern mit Heilmitteln (Leemrijse et al., 2007). An diesem Punkt soll das vorliegende Kapitel anknüpfen und die Versorgung von Heimbewohnern mit ergo- und physiotherapeutischen Leistungen untersuchen.

2.2 Ziele und Aufgaben der Ergo- und Physiotherapie

Ergotherapie

Im Fokus ergotherapeutischer Maßnahmen steht die Stärkung und/oder Verbesserung der Autonomie, Kompetenz und Lebenszufriedenheit. Ziel ist es, dass der Patient trotz Einschränkungen motorischer, sensorischer, psychischer und kognitiver Funktionen und Fähigkeiten in seinem Alltag das höchst mögliche Maß an Handlungsfähigkeit und Selbstständigkeit erreicht (Voigt-Radloff et al., 2004; G-BA, 2011). Um diese Ziele zu erreichen, bedient sich die Ergotherapie „komplexer aktivierender und handlungsorientierter Methoden und Verfahren, unter Einsatz von adaptiertem Übungsmaterial, funktionellen, spielerischen, handwerklichen und gestalterischen Techniken sowie lebenspraktischen Übungen“ (G-BA, 2011: 26). Die Anleitung von Betreuenden sowie die Hilfsmittelanpassung und auch -beratung gehören ebenso zu den Zielen der Ergotherapie.

Physiotherapie

Physiotherapeutische Maßnahmen haben zum Ziel, die Bewegungs- und Funktionsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen – dieses Ziel bezieht sich auf die gesamte Lebenszeit (WCPT, 2011). Der Begriff „Bewegung“ meint allerdings nicht nur die Bewegung im eigentlichen Sinn, sondern umfasst auch die Bewegung des Individuums im gesellschaftlichen Umfeld (Cott et al., 1995). Physiotherapeutische Maßnahmen für das Patientenkollektiv von Pflegeheimbewohnern fokussieren neben spezifischen krankheitsbedingten Einschränkungen auch den alterungsbedingten Abbau der Bewegungsfähigkeit.

Von den genannten Zielen und Aufgaben von Physio- und Ergotherapie kann das zumeist multimorbide Patientenkollektiv von Heimbewohnern besonders profitieren. Ewers und Kollegen (2012) berichten in ihrem Review zur Forschung in den Gesundheitsfachberufen über positive Ergebnisse, die die Physiotherapie im Rahmen des sogenannten „Frailty-Syndroms“ bei älteren Menschen erzielen kann. Dieses Syndrom umfasst das gleichzeitige Auftreten von mindestens drei der folgenden Symptome: Gewichtsverlust (Sarkopenie), Schwäche, Antriebslosigkeit, verlangsamte Gehgeschwindigkeit und eine verminderte körperliche Aktivität (Fried et al., 2001). Die Bewegung kann ein wichtiger therapeutischer Ansatz in der Frailty-Therapie sein (Roller-Wirnsberger, 2010). Körperliches Training zeigt in einem systematischen Review von Rydwik und Kollegen (2004) positive Effekte in Bezug auf Mobilität und Muskelkraft bei älteren Menschen im Pflegeheim, bei denen mehrere Erkrankungen diagnostiziert wurden. Die Heterogenität der Studienlage erfordere aber eine Untermauerung der Ergebnisse, so die Forderungen der Autoren.

In einer cluster-randomisierten Studie, mit der die Effekte eines dreimonatigen Behandlungsprogramms aus Maßnahmen der Physio- und Ergotherapie bei Pflegeheimbewohnern ermittelt wurden, konnte hingegen kein signifikanter Effekt auf die funktionale Unabhängigkeit und Mobilität zwischen Interventions- und Kontrollarm nachgewiesen werden (Sackley et al., 2009). Die Anwendung der Intervention basierte auf „best-practice“-Erfahrungen. Die in vielen Fällen nicht standardisierte Intervention macht eine Vergleichbarkeit von Studien allerdings schwierig (Rieckmann et al., 2009). Ewers und Kollegen (2012) berichten, dass für bestimmte eng umgrenzte chronische Krankheitsbilder, wie zum Beispiel rheumatoide Arthritis oder auch Schlaganfall, eine hohe Evidenz für bestimmte Maßnahmen der Ergo- und Physiotherapie in internationalen Studien belegt werden konnte. Weniger Evidenz bestehe, wenn die Maßnahmen breiter angewendet werden (Sackley et al., 2009). Die Übertragung der internationalen Forschungsergebnisse auf den nationalen Versorgungskontext stehe in vielen Fällen aber noch aus, so Ewers und Kollegen (2012).

Rehabilitative Maßnahmen, die sowohl die Ergo- als auch Physiotherapie übernehmen, stufen die Autoren eines Cochrane-Reviews als lohnenswert und sicher in der Minderung von Behinderungen ein (Forster et al., 2009). Die Studienlage zeigte sich insgesamt aber auch hier sehr heterogen, so dass keine abschließende Beurteilung darüber möglich ist, welche Patientengruppe von welchen Maßnahmen am meisten profitiert, so die Autoren. Insbesondere fehlen noch Langzeitergebnisse dieser Maßnahmen.

2.3 Fragestellung und Methodik

Die folgenden Analysen haben das Ziel, die Versorgung von Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen mit Leistungen der Physio- und Ergotherapie zu untersuchen. In einem weiteren Schritt werden dann diese Leistungen für die in einem Pflegeheim hoch relevante Gruppe Demenzerkrankter näher beleuchtet. Da im höheren Lebensalter Demenzerkrankungen die häufigste Ursache von Pflegebedürftigkeit sind, soll diese Population intensiver untersucht werden. Im Mittelpunkt der Analysen stehen die Verordnungen für Leistungen der Physiotherapie und Ergotherapie. Aufgrund der Verfügbarkeit der Pflegedaten im Längsschnitt wurde auf die Untersuchungspopulation Pflegebedürftiger aus den Jahren 2008 und 2009 der ehemaligen Gmünder ErsatzKasse (GEK) zurückgegriffen. Für die allgemeinen Analysen zur Verordnung physio- und ergotherapeutischer Leistungen im Pflegeheim wurden Versicherte ausgewählt, die im gesamten Jahr 2009 Leistungen der vollstationären Pflege erhielten und mindestens 65 Jahre alt waren. Die Pflegedaten ermöglichen es, die Versicherten neben der Differenzierung zwischen dem häuslichen und institutionellen Setting auch nach dem Grad ihrer Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegestufen des SGB XI hin zu untersuchen. Die Daten der Pflegeversicherung wurden in einem zweiten Schritt mit den Heilmittel-Leistungsdaten verknüpft, um die Häufigkeit und Art der Versorgung mit Heilmitteln zu analysieren. Als Leistungsversicherter gilt ein Versicherter dann, wenn er mindestens eine Verordnung des genannten Heilmittelbereichs im Untersuchungszeitraum erhielt.

2.4 Ergebnisse der allgemeinen Analysen

Im Jahr 2009 erhielten rund 2.800 Personen in allen vier Quartalen des Jahres Leistungen der vollstationären Pflege, die in der diagnoseunabhängigen Analyse als Untersuchungspopulation herangezogen werden. Wie in der Tabelle IV.7 ersichtlich, handelt es sich hierbei um ein vorwiegend weibliches Versichertenkollektiv. Die höchste Altersklasse ist mit über 40 % am stärksten vertreten, zudem befindet sich der höchste Anteil der Pflegebedürftigen in der zweiten Pflegestufe.

Tabelle IV.7 Versicherte mit Leistungen der vollstationären Pflege 2009

	Gesamt (n=2.791)	Anteil an weiblichen Versicherten (n=1.839) in %
Alter in Jahren:		
65-74	19,38%	41,04%
75-84	38,34%	64,67%
85+	42,28%	78,39%
Pflegestufe:		
1	25,22%	63,35%
2	43,25%	66,03%
3	31,53%	67,73%

Quelle: Daten der ehemaligen Gmünder ErsatzKasse

Für diese Untersuchungspopulation wurden die Verordnungen für ergotherapeutische und physiotherapeutische Leistungen untersucht. Die Analyse der Verordnungsdaten zeigt, dass im Untersuchungsjahr rund 36 % der untersuchten Pflegebedürftigen mindestens eine Verordnung für physiotherapeutische Leistungen und 5 % mindestens eine Verordnung für Leistungen der Ergotherapie erhielten. Für den physiotherapeutischen Leistungsbereich fällt auf, dass der Anteil der Leistungsversicherten mit zunehmendem Alter geringer wird, von über 40 % in der jüngsten Altersklasse bis auf rund 31 % in der höchsten Alterskategorie. Dieser Trend zeigt sich auch bei den ergotherapeutischen Leistungen: 2,5 % der 85-

Jährigen und Älteren erhält mindestens eine Verordnung für die Ergotherapie im Vergleich zu rund 11 % in der jüngsten Alterskategorie. In beiden Bereichen der untersuchten Heilmittel ist der Anteil an männlichen Leistungsversicherten im Vergleich zu den weiblichen leicht höher. Die differenzierte Auswertung nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit zeigt, dass der Anteil an Leistungsversicherten in beiden Heilmittelbereichen bis zur zweiten Pflegestufe ansteigt und in der höchsten Pflegestufe wieder abfällt.

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

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

Quelle: Daten der ehemaligen Gmünder ErsatzKasse

Nur ein kleiner Anteil der Leistungsversicherten mit knapp 4 % erhält Leistungen aus beiden Heilmittelbereichen.

Um Informationen über die Leistungsarten der Physiotherapie zu erhalten, die für die Pflegebedürftigen verordnet wurden, wurde die Abrechnungspositionsnummer aus dem Heilmittelkatalog analysiert. Auf der Ebene der Verordnungs-Positionen dominieren mit knapp über 90 % die Leistungen der Krankengymnastik.

2.5 Ergo- und physiotherapeutische Maßnahmen im Rahmen von Demenzerkrankungen

Mit ca. 1,2 Millionen Erkrankten in Deutschland zählen Demenzerkrankungen zu den häufigsten und folgenreichsten neurologischen Störungen des höheren Lebensalters (Schäufele et al., 2009). Als Demenz wird eine Störung bezeichnet, die durch den Verlust von Gedächtnisleistungen, von Leistungen der Orientierung, der Sprache und des Urteilsvermögens gekennzeichnet ist. Sie werden häufig von Veränderungen der Persönlichkeit, der emotionalen Kontrolle und des Sozialverhaltens begleitet (DIMDI, 2011). Der Anstieg in der Prävalenz von Demenzerkrankungen ist altersbedingt und betrifft wegen der geschlechtsspezifisch höheren Lebenserwartung vor allem Frauen (Pick et al., 2004).

Die Versorgung von Demenzerkrankten ist und bleibt ein hoch relevantes Thema sowohl für die Gesundheits- und Pflegepolitik als auch für die gesamte Öffentlichkeit: Bei konstanten Prävalenzraten wird davon ausgegangen, dass im Jahr 2050 mehr als doppelt so viele Menschen wie heute an einer Demenz erkrankt sein werden (Rieckmann et al., 2009). Im Verlauf der Erkrankung führen kognitive Funktionseinbußen zu einem zunehmenden Verlust der Selbstständigkeit, der in einer umfassenden Pflegebedürftigkeit und in hohem Beaufsichtigungsbedarf münden kann (Weyerer, 2005). Es wird geschätzt, dass rund 80 % der Betroffenen im Verlauf der Krankheit in einer stationären Pflegeeinrichtung versorgt werden (Weyerer & Bickel, 2007). Daher prägen Demenzerkrankungen mehr denn je den klinischen Alltag in Pflegeheimen: Nach Angaben von Bickel (2005) werden in Deutschland rund 400.000 Demenzerkrankte in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt. Da der größte Anteil der Demenzerkrankungen nicht heilbar ist, kommt der Heil- und Hilfsmittelversorgung von Menschen mit Demenz eine wichtige Rolle zu, um Bewältigungsstrategien zu erlernen oder zu festigen und gleichzeitig bestehende Fähigkeit zu erhalten oder auszubauen (Hüll & Voigt-Radloff, 2008; DEGAM, 2008).

Physiotherapie bei Demenz

Bei der Anwendung physiotherapeutischer Maßnahmen im Rahmen einer Demenzerkrankung steht die Leitsymptomatik des Erkrankten im Vordergrund. Die Leitlinie „Demenz“ der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM, 2008) betont besonders die wichtige Rolle der Physiotherapie zur Eindämmung des erhöhten Sturzrisikos im Rahmen einer Demenz (Suttanon et al., 2012; Balzer et al., 2012). Die Bewegungstherapie sowie Maßnahmen der physikalischen Therapie stehen dann im Mittelpunkt, um “pathologische Bewegungsmuster, krankhafte Muskel- und Skelettzustände sowie fehlgeleitete neuromuskuläre Übertragungen“ zu behandeln (DEGAM, 2008, S. 61).

Studien, die explizit die physiotherapeutische Rolle im Rahmen einer Demenzerkrankung untersuchen, sind rar. Christofoletti und Kollegen (2008) kamen in ihrer kontrollierten klinischen Studie zu dem Ergebnis, dass sowohl in einem interdisziplinären Behandlungsprogramm von Physio- und Ergotherapeuten oder dem rein physiotherapeutischen Behandlungsprogramm die Balance von institutionalisierten Demenzerkrankten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe verbessert werden konnte. Häufiger werden aktivierende Behandlungsansätze bei Demenzerkrankungen untersucht, in denen jedoch Physiotherapeuten nicht explizit als Behandelnde aufgeführt werden.

In einer Meta-Analyse der Cochrane-Collaboration zu körperlichen Aktivierungsverfahren bei Demenzerkrankungen weisen die Autoren darauf hin, dass es bisher nur wenige qualitativ hochwertige Studien zu diesem Themengebiet gibt (Forbes et al., 2008). Im Fokus der Untersuchung standen die Auswirkungen der Aktivierungsverfahren auf die kognitiven und körperlichen Funktionen, auf Depressivität und Mortalität. Die derzeitige Evidenzlage könne noch keine Aussage zur Wirksamkeit dieser Maßnahmen zulassen, so die Autoren. Burge und Kollegen (2012) untermauern diese Aussage: In ihrer Übersichtsarbeit identifizieren sie nur eine Studie

als qualitativ hochwertig. Diese konnte einen marginalen, aber statistisch signifikanten Effekt auf die Verzögerung der Abnahme der Fähigkeiten zur Ausübung der Aktivitäten des täglichen Lebens bei Alzheimerkranken im Pflegeheim zeigen (Rolland et al., 2007). Diese Untersuchung wurde auch bei Forbes et al. (2008) mit einbezogen.

Auch das IQWiG unterstreicht, dass der Nutzen von Verfahren zur körperlichen Aktivierung von Demenzpatienten weiterer Überprüfung bedarf, insbesondere in Hinblick auf die Wirksamkeit dieser Maßnahmen über einen längeren Zeitraum (IQWiG, 2009). Für einzelne Krankheitsbilder wurden dagegen bereits physiotherapeutische Behandlungsprogramme im Kontext von Demenzerkrankungen erarbeitet, so beispielsweise für Hüftfrakturen (Mägerl et al., 2010).

Die S3-Leitlinie der DGPPN & DGN (2009) kommt daher zu dem Schluss, dass der Einsatz körperlicher Aktivierungsmaßnahmen im Rahmen einer Demenz sinnvoll sein kann, obgleich eine systematische Anwendung bestimmter Maßnahmen aufgrund der unzureichenden Evidenzlage nicht empfohlen wird.

Ergotherapie bei Demenz

Studien aus den USA und den Niederlanden konnten eine gute Wirksamkeit ergotherapeutischer Maßnahmen bei Demenzerkrankten nachweisen, die im häuslichen Umfeld leben (Gitlin et al., 2008; Graff et al., 2006 und 2007). So wiesen Graff und Kollegen (2006) in einem einfach-blinden, monozentrischen RCT eine signifikante Wirkung in Bezug auf die Alltagsfunktionen des Erkrankten als auch auf die Belastung des pflegenden Angehörigen nach. In einer weiteren Untersuchung der gleichen Autoren (Graff et al., 2007) zeigten sich ebenso positive Effekte auf die Lebensqualität und den Gesundheits- und Gemütszustand der Demenzerkrankten. Auch die Angehörigen profitierten von den ergotherapeutischen Maßnahmen, nicht zuletzt durch eine Minderung des Pflegeaufwandes.

Daher kommen nationale wie auch internationale Leitlinien zur Demenz zum Schluss, dass der Einsatz ergotherapeutischer Maßnahmen geboten sein kann (NICE, 2011; DGPPN & DGN, 2009).

In einem HTA-Bericht des DIMDI (Rieckmann et al., 2009) wird allerdings darauf hingewiesen, dass es auch im ergotherapeutischen Bereich dringend weiterer methodisch adäquater Studien bedarf, die mit einer angemessenen Fallzahl und Studiendauer konzipiert werden, da die positiven Tendenzen, die sich bisher zeigen, weitere Forschungsbemühungen rechtfertigen. Um die internationalen Forschungsergebnisse auch in den deutschen Versorgungskontext übertragen zu können, gibt es erste Forschungsvorhaben für den Bereich der ambulant versorgten Demenzerkrankten: Die WHEDA-Studie (Wirksamkeit häuslicher Ergotherapie für Demenzerkrankte und ihre Angehörige) untersucht die Umsetzung niederländischer ergotherapeutischer Behandlungsprogramme in Deutschland (Voigt-Radloff et al., 2009). Nach ersten Erkenntnissen konnten die positiven Ergebnisse der niederländischen Studie nicht im deutschen Versorgungskontext repliziert werden (Hüll & Voigt-Radloff, 2010). Nach der Identifikation von möglichen Einflussfaktoren und einer positiven Implementierungsstudie in den Niederlanden, müsse eine deutsche Pilotstudie durchgeführt werden, so die Autoren weiter.

Verordnungsanalyse für Demenzerkrankte im Pflegeheim

Für die folgenden Analysen wurden pflegebedürftige Demenzerkrankte aus den Jahren 2008 und 2009 berücksichtigt. Um eine durchgängige Versichertenzeit der Jahre 2008 und 2009 zu gewährleisten, wurden nur Versicherte eingeschlossen, die in allen acht Quartalen des Untersuchungszeitraumes mindestens einen Tag versichert waren. Als prävalent erkrankt gilt in der vorliegenden Analyse ein Versicherter, wenn er in drei von vier Quartalen des Untersuchungsjahres eine Demenzdiagnose aus dem ambulant-ärztlichen Bereich aufweist. Die folgenden Diagnosen wurden als Demenzdiagnose in die Analysen mit aufgenommen und orientie-

ren sich an bereits vorangegangenen demenzspezifischen Auswertungen mit Routinedaten (Eisele et al., 2010):

- F00.x, F01.x, F02.0, F02.3, F03,
- G30.x, G31.0, G31.1, G31.82, G31.9 oder R54

Um als Pflegebedürftiger im Pflegeheim eingestuft zu werden, muss der Versicherte in den Jahren 2008 und 2009 durchgängig Leistungen der vollstationären Pflege erhalten. Als Pflegebedürftiger, der im ambulanten Setting versorgt wird, zählt ein Versicherter dann, wenn er in beiden Jahren durchgängig Leistungen der Pflegeversicherung erhält und einer Pflegestufe zugewiesen ist, aber im gesamten Untersuchungszeitraum keine vollstationären Pflegeleistungen erhält. Personen, bei denen die stationären Pflegeleistungen aufgrund von längeren Krankenhaus- oder Rehabilitationsaufenthalten ruhten, wurden in die aktuelle Analyse nicht mit einbezogen. Die höchste Pflegestufe des Jahres 2008 wurde als Referenzwert der Analysen herangezogen. Verordnungen für Leistungen der Physio- und Ergotherapie wurden für die folgende Verlaufsanalyse in sieben Quartalen (1. Quartal 2008 bis 3. Quartal 2009) anhand der Abrechnungspositionsnummer ausgewertet.

Ziel ist es, die Leistungen der Ergo- und Physiotherapie im Verlauf einer Demenzerkrankung näher zu beleuchten sowie die Leistungen für stationär versorgte pflegebedürftige Demenzerkrankte im Vergleich zu ambulant Versorgten zu analysieren.

2.6 Ergebnisse

Unter den im methodischen Vorgehen erläuterten Einschlusskriterien ergeben sich zwei Kohorten: Ambulant versorgte demenzerkrankte Pflegebedürftige und stationär versorgte pflegebedürftige Demenzerkrankte. In der stationären Kohorte überwiegen erneut deutlich die weiblichen Versicherten. Dies gilt auch, allerdings weniger deutlich, für die ambulant Ver-

sorgten. Bei der Betrachtung der Altersverteilung wird ersichtlich, dass die höheren Altersklassen im stationären Setting stärker vertreten sind als im ambulanten. Es war ebenfalls zu erwarten, dass die höheren Pflegestufen im stationären Setting häufiger zu finden sind.

Tabelle IV.9 Grunddaten pflegebedürftige Demenzerkrankte

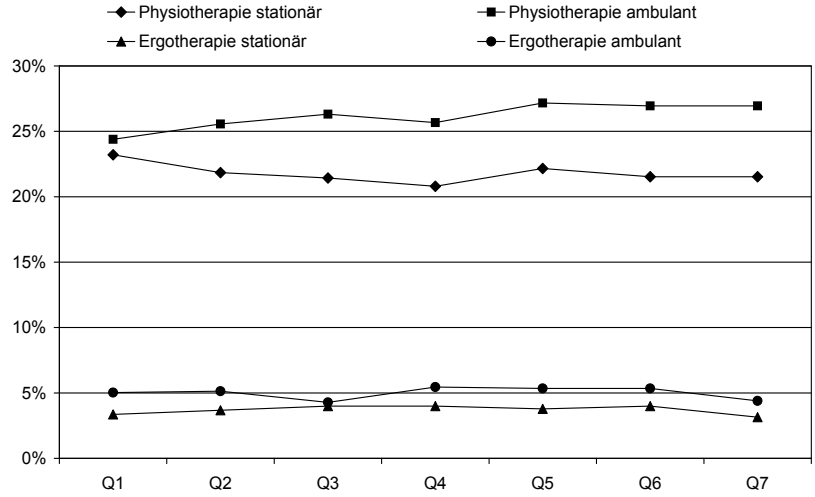
	Stationär Versorgte (n=952)	Ambulant Versorgte (n=935)
Alter im Jahr 2008:		
65-74	16,91%	26,84%
75-84	41,81%	46,31%
85+	41,28%	26,84%
Geschlecht:		
Männlich	28,36%	44,81%
Weiblich	71,64%	55,19%
Pflegestufe im Jahr 2008:		
1	20,17%	37,97%
2	44,22%	42,99%
3	35,61%	19,04%

Quelle: Daten der ehemaligen Gmünder ErsatzKasse

Quartalsbezogene Verordnungsprävalenz

Der Verlauf der Verordnungsprävalenz zeigt sich über den Zeitraum von knapp zwei Jahren für beide Heilmittelbereiche vergleichsweise konstant. Auffällig ist, dass in beiden Heilmittelbereichen die Verordnungsprävalenz im ambulanten Setting höher ausfällt als im stationären Setting. Physiotherapeutische Leistungen erhalten im Zeitverlauf zwischen 25 bis 27 % der demenzkranken Pflegebedürftigen im ambulanten Bereich und zwischen 21 bis 23 % der stationär versorgten Demenzerkrankten. Die Ergotherapie ist in beiden Settings in einem deutlich geringeren Maße vertreten. Etwa 5 % der ambulant und ca. 3 % der stationär versorgten Demenzerkrankten beziehen Leistungen der Ergotherapie.

Abbildung IV.4 Quartalsbezogene Verordnungsprävalenz ambulant und stationär versorgter demenzerkrankter Pflegebedürftiger



Quelle: Daten der ehemaligen Gmünder ErsatzKasse

Differenzierte Analyse

Wie auch schon bei den diagnoseunabhängigen Auswertungen im Setting Pflegeheim nimmt der Anteil der Leistungsversicherten mit dem Alter ab, dies gilt sowohl für die Ergo- als auch für die Physiotherapie. So verändert sich beispielsweise der Anteil der Inanspruchnahme zwischen dem ersten und fünften Untersuchungsquartal nur geringfügig. Die geschlechtsspezifische Analyse zeigt, dass mehr männliche als weibliche demenzerkrankte Pflegebedürftige Heilmittelleistungen der Ergo- und Physiotherapie erhalten. Von der ersten bis zur zweiten Pflegestufe steigt der Anteil an Leistungsversicherten in beiden Leistungsbereichen. In der dritten Pflegestufe nehmen die Verordnungsprävalenzen wieder ab.

Tabelle IV.10 Verordnungsprävalenz ergo- (ET) und physiotherapeutischer (PT) Leistungen bei pflegebedürftigen Demenzerkrankter im stationären Setting in zwei ausgewählten Quartalen

	ET stationär		PT stationär	
	Q1 (n=32)	Q5 (n=36)	Q1 (n=221)	Q5 (n=211)
Alter im Jahr 2008:				
65-74	7,45%	7,45%	29,19%	30,43%
75-84	3,27%	3,77%	23,37%	21,11%
85+	1,78%	2,29%	20,61%	19,85%
Geschlecht:				
Männlich	6,67%	6,67%	28,36%	31,11%
Weiblich	2,05%	2,64%	19,94%	18,62%
Pflegestufe im Jahr 2008:				
1	1,04%	2,60%	14,58%	10,42%
2	4,51%	4,75%	26,13%	26,84%
3	3,24%	3,24%	24,48%	23,01%

Quelle: Daten der ehemaligen Gmünder ErsatzKasse

Betrachtet man die Dauer der Heilmittelversorgung, die ein Versicherter in den zwei Untersuchungsjahren erhält, so zeigt sich ein uneinheitliches Bild. Mit 24 % erhält ein Großteil der stationären Leistungsversicherten in sieben Quartalen eine ergotherapeutische Leistung, rund 18 % der Leistungsversicherten nur in einem Quartal. In der Physiotherapie fällt die Dauer der Versorgung geringer aus: 23 % der stationären Leistungsversicherten erhielten in nur einem Quartal Physiotherapie-Leistungen, hingegen rund 17 % in zwei und sieben Quartalen. Die Analysen geben also Hinweise darauf, dass ergotherapeutische Maßnahmen seltener, aber dafür über einen längeren Zeitraum im Vergleich zu physiotherapeutischen Maßnahmen verordnet werden.

2.7 Diskussion

Die Versorgung im Setting Pflegeheim wird aufgrund demographischer Entwicklungen sowie Veränderungen im familiären Pflegepotenzial für die älteren Menschen weiter an Bedeutung gewinnen, dabei steht der Erhalt von Autonomie und Lebensqualität auch in einem von Morbidität gezeichneten Alltag der Menschen im Vordergrund der Versorgung. Folglich bekommen die Leistungen der Ergo- und Physiotherapeuten eine noch größere Bedeutung als schon bisher. Zur Versorgung dieser Population mit Heilmitteln in Deutschland gibt es aber bisher nur vereinzelte Untersuchungen. Die vorliegenden Analysen zeigen, dass es sich bei den pflegebedürftigen Heimbewohnern vor allem um Frauen im höheren Lebensalter handelt. Es konnte auch gezeigt werden, dass Pflegeheimbewohner mehr physiotherapeutische als ergotherapeutische Leistungen erhalten. Dies gilt sowohl für die allgemeine Heimbevölkerung als auch für die untersuchte Kohorte Demenzerkrankter. Ergänzend muss an dieser Stelle angeführt werden, dass die Ergotherapie grundsätzlich von einem Haus- oder Facharzt verordnet werden muss. Vollstationäre Einrichtungen bieten jedoch zusätzliche therapeutische Maßnahmen an, die dann im Rahmen des Pflegesatzes abgerechnet werden können und damit nicht in den hier genannten Verordnungsprävalenzen berücksichtigt sind (Rothgang et al., 2008; Schaade, 2012; DEGAM, 2008). Es kann daher zu einer Unterschätzung besonders der ergotherapeutischen Leistungen im vollstationären Bereich kommen.

Sowohl für die Ergo- als auch für die Physiotherapie zeigt sich, dass die Verordnungsprävalenz in beiden Analysen mit dem Alter abnimmt. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch Rothgang und Kollegen (2008). Auch unter Berücksichtigung der Pflegestufen wird deutlich, dass in der höchsten Pflegestufe der Anteil Leistungsversicherter im Vergleich zur zweiten Pflegestufe wieder abnimmt. Dies kann einerseits mit der ärztlichen Einschätzung der Therapiefähigkeit, andererseits auf eine Unterversorgung hindeuten, die in weiterführenden Untersuchungen genauer

analysiert werden müsste. Auffallend ist zudem, dass trotz des vorwiegend weiblichen Kollektivs im Pflegeheim die Verordnungsprävalenzen der beiden Therapiebereiche für die männlichen Pflegebedürftigen höher ausfallen.

Eine niederländische Studie zur Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen im Pflegeheim zeigt, dass fast 70 % der Pflegeheimbewohner Leistungen der Physiotherapie erhalten – eine deutlich höhere Verordnungsprävalenz im Vergleich zu unseren Ergebnissen, die sich auf deutsche Pflegeheime beziehen. Zu den Pflegeheimbewohnern gehören in der niederländischen Untersuchung jedoch auch Patienten, die in diesem Setting Reha-Maßnahmen erhalten, aber nicht dauerhaft pflegebedürftig sein müssen. Diese beziehen in besonderem Maße Physiotherapie, so dass die Autoren zu Bedenken geben, dass es zu einer Unterversorgung der Langzeit-Bewohner mit physiotherapeutischen Maßnahmen kommen könne – besonders von Frauen und denjenigen, die kognitiv beeinträchtigt sind (Leemrijse et al., 2007). Bisher wisse man noch zu wenig über den tatsächlichen Bedarf an Physiotherapie von Heimbewohnern, bemängeln sie. Auch Barodawala und Kollegen (2001) äußern Bedenken über eine mögliche Isolierung von Heimbewohnern in Großbritannien in Bezug auf Heilmittelleistungen. Als Prävalenzen geben sie 10 % für physiotherapeutische und 3 % für ergotherapeutische Maßnahmen an.

Untersuchungen im deutschen Versorgungskontext hat beispielsweise die PMV Forschungsgruppe auf Grundlage der Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen zur Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen bei Pflege ausgewertet (Küpper-Nybelen et al., 2005). Ein Bereich der Untersuchungen bezieht sich auch auf die Verordnungen von Heilmitteln im Jahr 2002. Nach den Ergebnissen bekommen rund 20 % sowohl der ambulant als auch stationär Gepflegten vornehmlich physiotherapeutische Leistungen. Eine weitere deutsche Untersuchung von Lauterberg und Kollegen (2007) konnte für ambulant versorgte Demenzerkrankte eine Verordnungsprävalenz von 15 % für nicht-medikamentöse Therapien, zu-

meist physiotherapeutische Leistungen, identifizieren. Aber ebenso wie in unserer aktuell durchgeführten Studie ist es schwierig, Aussagen über die Bedarfsgerechtigkeit wie auch eine mögliche Unterversorgung zu treffen.

Die Verlaufsbeobachtung der Demenzerkrankten über mehrere Quartale hinweg zeigt zudem, dass sich die Verordnungsprävalenzen für beide Therapieleistungsbereiche sowohl ambulant als auch stationär auf einem vergleichsweise konstanten Niveau halten. Der Anteil stationär versorgter Demenzerkrankter bewegt sich im physiotherapeutischen Bereich um 22 bis 23 % und im ergotherapeutischen Bereich um 3 bis 4 %. Daher stellt sich die Frage, warum bei einer progredient verlaufenden Erkrankung wie der Demenz nicht ein Anstieg der Verordnungsprävalenz über den Zeitverlauf zu sehen ist, da der Hilfebedarf weiter steigt. Die gleichen Überlegungen können in Bezug auf die Pflegestufen gemacht werden. Limitierend muss allerdings angeführt werden, dass nicht exakt bestimmt werden kann, ob die Verordnung wegen einer Demenzerkrankung erfolgte. Es soll jedoch daran erinnert werden, dass insbesondere die ergotherapeutischen Maßnahmen positive Effekte bei Demenzerkrankten gezeigt haben (Graff et al., 2006 und 2007). Die Untersuchungen bezogen sich allerdings auf ambulant versorgte Demenzerkrankte. Es bleibt weiterhin die Frage, ob zum einen die internationalen Ergebnisse auch auf das deutsche System zu übertragen sind und ob sich zum anderen die Ergebnisse auf alle Schweregrade der Demenz beziehen lassen.

Sowohl die Physio- als auch die Ergotherapie stehen in Deutschland erst am Anfang des Akademisierungs- und Professionalisierungsprozesses. Im Ausland ist dieser Prozess schon weiter fortgeschritten. In den Niederlanden und den USA spielt beispielsweise die Physiotherapie bei der Versorgung von chronisch Erkrankten im Vergleich zu Deutschland eine tragende Rolle (Greß et al., 2011). Bisher fehlt es noch an einer breiten Evidenzlage zur Wirksamkeit bestimmter physio- und ergotherapeutischer Maßnahmen im deutschen Versorgungskontext. Obgleich es für einige Maßnahmen bei einzelnen, in der Geriatrie wichtigen Krankheitsbildern,

schon gute Wirksamkeitsnachweise gibt, bedarf es weiterer methodisch adäquater Studien mit einer angemessenen Fallzahl (vgl. Ewers et al., 2012; Rieckmann et al., 2009), um den Stellenwert der Heilmitteltherapie besser bestimmen zu können. Dies hat sich gerade auch in einem HTA-Bericht (Balzer et al., 2012) zu sturzprophylaktischen Maßnahmen gezeigt: Die Qualität der Studien variiert stark und es fehlen Studien zur setting- und zielgruppenspezifischen Effektivität.

2.8 Fazit und Schlussfolgerungen

Die demographische Entwicklung wird zu einer wachsenden Zahl multimorbider, chronisch-kranker und pflegebedürftiger Patienten führen. Dies wird mit einer steigenden Nachfrage nach Pflegeleistungen einhergehen, (Pick et al., 2004) womit mehr Ressourcen für die Pflege aufgewendet werden müssen. Um Pflegebedürftigkeit einzudämmen bzw. in ihrer Entstehung zu verhindern, bedarf es der Ausschöpfung der Potenziale der Heilmitteltherapie auch in Kooperation mit pflegerischen Maßnahmen. Eine weitere wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Therapiemaßnahmen für ein pflegebedürftiges und zumeist multimorbides Patientenkollektiv ist erforderlich, um den Erkrankten die bestmögliche Therapie zukommen zu lassen und auch im Sinne einer gerechten Ressourcenverteilung nur wirksame Methoden anzuwenden. Die bestehenden Leitlinien weisen zumindest vorsichtig darauf hin, dass eine Heilmitteltherapie als Ergo- und Physiotherapie, zumindest unterstützend bei pflegebedürftigen Menschen, auch bei Menschen mit Demenz, angewendet werden sollte. Diese Empfehlung wird nach unseren Daten noch nicht ausreichend berücksichtigt, möglicherweise auch deshalb, weil die Heilmitteltherapie bei älteren pflegebedürftig dementen Patientinnen und Patienten nicht mehr als notwendig angesehen wird. Die wenigen vorliegenden Studien zeigen jedoch durchaus einen gewissen Nutzen – und der steht auch älteren Menschen zu.

3. Leistung im Porträt: Massagetherapie in Zeiten der Evidenzbasierten Medizin

Massagetherapie ist ein für fast alle Indikationen des Heilmittelkataloges verordnungsfähiges Heilmittel. Ihr Indikationsgebiet umfasst nahezu alle Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems und damit die teuersten Krankheiten. Sowohl in der BARMER GEK als auch in der GKV insgesamt gehört sie zu den ausgabenintensivsten Heilmitteln. Die aktuelle Analyse liefert Daten zur bisher fehlenden Transparenz in diesem Leistungsbereich: Frauen werden häufiger behandelt als Männer, wobei die Wirbelsäulenerkrankungen die Hauptindikation darstellen und häufig einen längerfristigen Behandlungsbedarf haben. In der Vergangenheit wurde die Klassische Massagetherapie vor allem in Verbindung mit der Behandlung chronischer Schmerzen diskutiert. Bis heute untermauert die Evidenz zur Effektivität von Massagen aber eher ihren Einsatz bei akuten und subakuten Wirbelsäulenbeschwerden. Sowohl bei akuten als auch bei chronischen Beschwerden ist die Kombination aus aktiven und passiven Maßnahmen der Physiotherapie empfehlenswert. Dabei kann diese Kombination sogar Schmerzmitteln überlegen sein. Aufgrund der aktuellen Analyse verordneter und abgerechneter Leistungen scheint es, dass kombinierte Behandlungsstrategien nur selten der Fall sind. In der evidenzbasierten Praxis spielen neben der externen wissenschaftlichen Evidenz auch die klinische Perspektive und Patientenpräferenzen eine Rolle. Ergebnisse einer Befragung von Therapeutinnen und Therapeuten ergänzen, dass Massage vor allem in Kombination mit aktivierenden oder manualtherapeutischen Maßnahmen für sinnvoll gehalten wird. Viele halten sie in Abhängigkeit von der individuellen Situation bei sowohl akuten als auch chronischen Beschwerden für sinnvoll. Die Patientenzufriedenheit bei der Massagetherapie erscheint hoch, das passive Behandeltwerden, verbunden mit einem Wohlgefühl, mag dazu beitragen.

3.1 Hintergrund

Verordnungsfähig bei nahezu allen Indikationen des Heilmittelkataloges

Massagetherapie ist als eine in der Heilmittel-Richtlinie enthaltene Maßnahme der physikalischen Therapie für fast jede Indikation des Heilmittelkataloges als ein verordnungsfähiges Heilmittel aufgeführt. Neben der klassischen Massagetherapie (KMT) werden die Bindegewebsmassage (BGM), die Segment- und Periostmassage (SM und PM), die Colonmassage (CM), die Unterwasserdruckstrahlmassage (UWM) und die Manuelle Lymphdrainage (MLD) aufgeführt (G-BA, 2011). Es gibt eine Vielzahl spezieller massagetherapeutischer Schulen, wie z. B. die Dorn-Methode, die Breuss-Massage oder die Massage nach Marnitz. Die MLD wird wegen ihres spezifischen Einsatzgebietes in diesem Kapitel jedoch nicht behandelt.

Massagetherapie gehört zu den ausgabenstärksten Heilmitteln

Laut GKV-HIS Bundesbericht 2011 gehörten die klassische Massagetherapie und Warmpackungen mit 6 % des Bruttoumsatzes zu den zehn umsatzstärksten Heilmitteln überhaupt (GKV-HIS, 2011). Im Rahmen des Heil- und Hilfsmittelreports der ehemaligen GEK aus den Jahren 2004 bis 2009 und der BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreporte 2010 und 2011 wurden Abrechnungsdaten seit dem Jahr 2003 auf die Verordnung von klassischer Massagetherapie hin analysiert. 2003 war KMT in den Ausgaben die zweitstärkste Verordnungsposition der Physiotherapie. Gleichzeitig standen die sogenannten Warmpackungen auf Platz vier (Scharnetzky et al., 2004). Im Jahr 2004 nahmen die KMT und Warmpackungen den dritten und vierten Rang der verordnungsstärksten Positionen in der Physiotherapie ein (Scharnetzky et al., 2005). In den darauf folgenden Jahren 2005 bis 2008 gelangten sie erneut auf die Plätze drei und fünf (Deitermann et al., 2006; Deitermann et al., 2007; Kemper et al., 2008;

Kemper et al., 2009). Desgleichen zeigten die Analysen der BARMER GEK-Abrechnungsdaten der Jahre 2009 und 2010 die KMT an fünfter Stelle der ausgabenstärksten Verordnungspositionen (Sauer et al., 2010; Kemper et al., 2011).

Das Indikationsgebiet umfasst die teuersten Krankheiten

Das Indikationsgebiet für die Massagetherapie erstreckt sich über beinahe alle Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems. Diese verursachen mehr als 11 % der gesamten direkten Krankheitskosten in Deutschland. Knapp ein Drittel aller direkten Kosten für die Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems gingen im Jahr 2008 auf die Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens (ICD-10: M45 bis M54) mit rund 9 Milliarden Euro zurück (rund 4 % der direkten Kosten für alle Krankheiten) (Statistisches Bundesamt, 2010). Die Erkrankungen der Wirbelsäule bilden ein wichtiges Indikationsgebiet für die Massagetherapie, allen voran die Rückenschmerzen. Dabei geht ein Großteil der medizinischen und volkswirtschaftlichen Kosten, die insgesamt durch Rückenschmerzen entstehen, auf den verhältnismäßig niedrigen Anteil von Patientinnen und Patienten mit chronischen Beschwerden zurück (RKI, 2006).

Definitionen und Wirkweisen der massagetherapeutischen Maßnahmen

Unter § 18 der Heilmittel-Richtlinie wird Massagetherapie als Maßnahme der physikalischen Therapie aufgeführt. In der Richtlinie wird ausgeführt, dass manuelle Grifftechniken, die sogenannten Streichungen, Knetungen, Reibung, Vibrationen, Klopfungen und Klatschungen zur Massagetherapie eingesetzt werden, „die in planvoll kombinierter Abfolge je nach Gewebebefund über mechanische Reizwirkung direkt Haut, Unterhaut, Muskeln, Sehnen und Bindegewebe einschließlich deren Nerven, Lymph- und Blutgefäße beeinflussen.“ Außerdem werden innere Organe indirekt über Haut-Organ-Reflexe beeinflusst.

Die Klassische Massagetherapie (KMT) wird als überwiegend muskuläre Massageform mit einer entstauenden, die Muskelspannung erhöhenden oder entspannenden, schmerzlindernden und durchblutenden Wirkung beschrieben.

Die Bindegewebs- (BGM), Segment- (SM), Periost- (PM) und Colonmassage (CM) wirken unter anderem über sogenannte Haut-Organ-Reflexe auf innere Organe und Durchblutungsstörungen. Bei der BGM wird beispielsweise ohne wesentliche Druckwirkung ein lang- oder kurz- „anhakendes“, ziehendes Durchstreichen der Haut angewendet. Sie erfolgt in bestimmten Zonen, die auf segmentaler Ebene bestimmten inneren Organen zugeordnetet sind. Die Periostbehandlung hingegen wirkt über Reflexbahnen zwischen Organen und bestimmten Flächen auf der Knochenhaut (Periost). Die Kolonmassage wird unter anderem bei chronischer Obstipation angewendet. Dazu wird eine dem Atemrhythmus angepasste Dehnungsmassage an fünf typischen Punkten des Kolons angewendet.

Bei der Unterwasserdruckstrahlmassage (UWM) wird der sich unter Wasser befindende Patient mittels Druckstrahl behandelt, um eine Verbesserung der Durchblutung, Schmerzlinderung und Muskelentspannung zu erreichen (G-BA, 2011; Roche Lexikon, 1999).

Die sogenannte Marnitz-Therapie ist eine Spezialmassage, die alternativ zur klassischen Massage und ergänzend zur Manuellen Therapie angewendet werden kann. Hierbei findet eine Tiefenmassage der mit dem Schmerzgebiet zusammenhängenden Bereiche statt (Reichwein, 2012). Auch die Dorn-Methode und die Breuss-Massage sind bekannte Spezialmassagen, die vollständig aufzuzählen den Rahmen dieses Kapitels übersteigt.

Neben den Wirkmechanismen der beschriebenen Massagearten, die im Wesentlichen auf die Funktionen der Gewebezirkulation, Gewebespannung und den Schmerz bezogen sind, wird auch ein psychischer Effekt

erreicht. Dieser entsteht durch das zunehmende Gefühl des allgemeinen oder lokalen Wohlbefindens und der Entspannung. Dieser Effekt wird allerdings eher als „Beiprodukt“ im Sinne einer Wellnessbehandlung und nicht als Ziel der klassischen Massagetherapie beschrieben (Vis et al., 2003).

Massagetherapie in Zeiten der Evidenzbasierten Medizin

Die im Versorgungsalltag angewandte Klassische Massagetherapie ist vor allem in Verbindung mit der Behandlung chronischer Beschwerdebilder, wie den chronischen Rückenschmerzen oder dem Fibromyalgiesyndrom, in die Diskussion geraten, nachdem die Evidenz in diesen Bereichen eher für aktivierende Maßnahmen als für die Anwendung von Massagetechniken spricht (Kemper et al., 2008; Sauer et al., 2011). Genesen Patienten mit akuten Rückenschmerzen langsamer als erwartet, sollte sich die Behandlungsstrategie vor allem auf die Wiederherstellung oder Verbesserung der Aktivität und Erwerbsfähigkeit, auch bei einer andauernden Schmerzsymptomatik, richten. Werden Rückenschmerzen chronisch, sind die therapeutischen Möglichkeiten begrenzt. Evidenz für besonders effektive Therapien bei chronischen Rückenschmerzen besteht kaum. Chronischen Beeinträchtigungen durch Rückenschmerzen sollte präventiv entgegengewirkt werden, um Behandlungsbedarf durch chronische Schmerzen zu vermeiden (Waddell, 2004). Eine aktuellere Studie zur Behandlung chronischer Rückenschmerzen zeigte jedoch, dass durch ein kurzfristiges Behandlungsintervall von zehn Wochen ein günstiger Effekt von Massagen auf die durch chronische Rückenschmerzen entstandenen Symptome und Beeinträchtigungen auch nach etwa sechs Monaten bestand. Die Autoren wiesen jedoch darauf hin, dass weiterhin Forschungsbedarf dazu besteht, ob die Wirkung unterschiedlicher Massagearten durch dieselben oder durch unterschiedliche Mechanismen entsteht, ob weniger erfahrene Therapeuten dieselben Ergebnisse erzielen wie erfahrene Therapeuten, ob weniger Behandlungen ähnlich gute Ergebnisse erbringen und ob zum Beispiel eine Beratung zur Stärkung

der patienteneigenen Ressourcen zur Effektivität der Massage beitragen könnte (Cherkin et al., 2011). Um die Effektivität von Massagen auf Beeinträchtigungen, die durch chronische Rückenschmerzen entstehen, zu untermauern, benötigt es weitere hochwertige Studien zu diesem Thema.

Als Teil der Manuellen Therapie werden Massagetechniken wie die Quermassage, Querdehnung oder Querfriktion unter den sogenannten Weichteiltechniken zusammengefasst (Dölken & Lorenz, 2003). Auch das Anwendungsgebiet der Manuellen Therapie ist sehr vielfältig, ihr verordnungsstärkstes Indikationsgebiet ist das der Wirbelsäulenerkrankungen. Im Spezialkapitel des BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreportes 2011 zur Manuellen Therapie wurde eine in vielen Fällen gute Wirkweise manualtherapeutischer Interventionen bei akuten und subakuten Wirbelsäulenbeschwerden beschrieben. Bei chronischen Beschwerden spielt die Manuelle Therapie dagegen eine eher untergeordnete Rolle (Hegenscheidt & Sauer, 2011). Laut einer aktuellen Studie aus den USA helfen Mobilisationen in Verbindung mit Massagetechniken und der Einsatz eines Heimübungsprogramms effektiver bei der Linderung akuter und subakuter Nackenschmerzen als nichtsteroidale Antirheumatika oder Schmerzmittel. Diese Studie, in der die drei Therapierichtungen miteinander verglichen wurden, zeigte außerdem, dass die Patientenzufriedenheit mit der manualtherapeutischen Behandlung am höchsten war (Bronfort et al., 2012).

„hands-on“ versus „hands-off“

Laut § 18 der Heilmittel-Richtlinie ist die Massagetherapie eine in Ruhelage der Patientin oder des Patienten durchgeführte Maßnahme, bei der manuelle Grifftechniken eingesetzt werden (G-BA, 2011). Damit kann die Massagetherapie mit dem Begriff “hands-on” charakterisiert werden, denn der Definition nach handelt es sich dabei um eine Behandlung, die aus manuellen Techniken oder passiv bzw. unterstützt durchgeführten Bewegungen besteht. Dagegen bezeichnet der Begriff „hands-off“-Behandlung

einen eher aktiven Ansatz bei dem selbständige Bewegungen instruiert und gefördert werden (Hignett et al., 2003). Dieser ist nicht Bestandteil der Massagetherapie. Beim „hands-off"-Ansatz wird die aktive Rolle des Patienten angesprochen und damit das Selbstmanagement im Behandlungsprozess begünstigt. Bei der Behandlung chronischer und nicht spezifischer Beschwerden nimmt diese Behandlungsstrategie einen wichtigen Stellenwert ein, um damit die Rückkehr zur normalen Aktivität zu fördern. Die Entscheidung für oder gegen eine Therapieausrichtung aufgrund der entweder akuten oder chronischen Beschwerden erscheint jedoch wenig praktikabel. Hinsichtlich der unpräzisen Dichotomie von „akuten" und „chronischen" Beschwerden ist eine exakte Trennung der Ausrichtung einer Therapie als entweder „hands-on" oder "hands-off" generell schwierig. Vielmehr steht ein Dualismus beider Strategien einem effektiven Management von Patienten mit multi-dimensionalen Problemen, wie es bei chronischen Beschwerden häufig der Fall ist, eher entgegen. Eine patientenzentrierte Herangehensweise erfordert einen individuellen Behandlungsplan und sollte damit gleichzeitig dem evidenzbasierten Handeln entsprechen (Partridge, 2007). Das heißt, dass die beste zur Verfügung stehende externe Evidenz aus Studien zur Wirksamkeit der Massagetherapie bei einem bestimmten Beschwerdebild, aber auch die klinische Expertise der Therapeutin oder des Therapeuten und nicht zuletzt die Patientenpräferenzen (im Sinne der bestmöglichen Therapie im individuellen Krankheitsgeschehen) miteinander kombiniert werden sollten, um die passende Behandlung zu finden (nach Sackett et al., 2000). Dabei sollte das sogenannte „Clinical Reasoning" angewendet werden, d. h. die klinische Entscheidung wird kritisch analysiert, beurteilt und begründet. Das eigene Denken und Vorgehen ist dabei bewusst, überprüfbar und wird in diesem Prozess stets hinterfragt (Dölken, 2006). Der verwandte Begriff der Evidenzbasierten Gesundheitsversorgung („Evidence-Based Health Care – EbHC") bedeutet, dass die Prinzipien der Evidenzbasierten Medizin auf alle Gesundheitsberufe und alle Bereiche der Gesundheitsversorgung übertragbar sind und damit auch auf Entscheidungen zur Steuerung des Gesundheitssystems angewandt werden (EBM-N, 2012).

In der Praxis der Evidenzbasierten Medizin wird die individuelle klinische Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung kombiniert (nach Sacket et al., 2000).

Abbildung IV.5 „Die Evidenzbasierte Entscheidungsfindung“



Quelle: nach EBM notebook, 2002

Ziele

Zwar konnte anhand von Analysen der BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreporte vergangener Jahre gezeigt werden, dass die Klassische Massagetherapie zu den fünf ausgabenintensivsten Verordnungspositionen in der Physiotherapie gehört. Es fehlt jedoch eine differenzierte Transparenz zu diesen Leistungen: Welche Maßnahmen sind dabei beispielsweise verordnungs- und ausgabenstark, wie können die Leistungsversicherten charakterisiert werden oder auf welche Indikationen sind die Verordnungen zurückzuführen? Informationen zur klinischen Perspektive der behandelnden Therapeutinnen/Therapeuten und zur Patientenzufriedenheit fehlen bislang gänzlich.

Ziel dieses Kapitels ist es, Transparenz in die Versorgungscharakteristika mit Massagetherapie zu schaffen und sie im Rahmen der Diskussion über Evidenzbasiertes Handeln in der Physiotherapie zu platzieren. Dazu werden neben der Darstellung der aktuellen Evidenz und Versorgungssituation auch die klinische Perspektive der Therapeutinnen und Therapeuten sowie die Patientenzufriedenheit betrachtet. Anhand einer Routinedatenanalyse und ergänzenden Daten aus einer Befragung von Therapeutinnen und Therapeuten sollen folgende Fragen untersucht werden:

- Wie viele und welche Massagetherapien werden verordnet, auf welches Alter, Geschlecht und auf welche Indikationen gehen sie zurück?
- Wie häufig wird Massage in Kombination mit anderen physiotherapeutischen Maßnahmen angewendet?
- Für wie positiv wirksam halten Therapeutinnen und Therapeuten die Massagetherapie bezogen auf ihre Patienten, die ein Massagerezept haben? Wann halten Therapeutinnen und Therapeuten aus der Praxis Massagen für sinnvoll?
- Für wie positiv wirksam halten Patienten die Massagetherapie, mit der sie behandelt werden, aus der Sicht der Behandler?

3.2 Methoden

Die Routinedatenanalyse wurde auf Basis von Heilmittelleistungsdaten der BARMER GEK aus dem Jahr 2011 vorgenommen. Für die Darstellung der Massagetherapie wurden folgende Abrechnungspositionsnummern selektiert: „20101“ bis „20108“ und „10101“ bis „10108“. Leistungsversicherte (LV) erhielten mindestens eine Verordnung innerhalb eines Jahres. Anhand dieser Datenbasis wurden Kennzahlen ermittelt und als Anteil an allen Heilmitteln dargestellt. Die Ausgaben wurden nach Alter und Geschlecht als Anteile an allen Ausgaben für Heilmittel dargestellt. Zur Berechnung des Einflusses von Alter und Geschlecht

auf die Wahrscheinlichkeit für eine Massagetherapie, wurde eine logistische Regression durchgeführt. Um die Hauptindikation für Massagetherapie zu ermitteln, wurden die Indikationsschlüssel u. a. nach Ausgaben ausgewertet und als Anteile an den Gesamtausgaben dargestellt.

Um eine begründete Annahme darüber aufstellen zu können, wie häufig Massagetherapie im Jahr 2011 als alleinige Verordnung oder in Kombination mit Krankengymnastik (KG), Manueller Therapie (MT) oder Wärme- und Kältetherapie (Wärme) ausgestellt wurde, wurden aus allen Verordnungen für die Massagetherapie Personen selektiert, die im selben Beobachtungszeitraum ebenfalls Verordnungen von KG, MT oder Wärme aufgrund derselben Indikation erhalten haben. Damit kann eine kombinierte Therapie sowohl zeitgleich als auch zeitversetzt stattgefunden haben.

Befragung

Für die Befragung von Therapeutinnen und Therapeuten wurde ein online-Fragebogen an den Deutschen Verband für Physiotherapie (ZVK) e. V. („physio Deutschland“), den Berufsverband selbstständiger Physiotherapeuten (IFK e. V.) und an den Verband physikalische Therapie (VPT) verschickt. Die Umfrage wurde entweder an die Verbandsmitglieder weitergeleitet und bzw. oder auf der Verbandshomepage veröffentlicht. Damit wurden potenziell bis zu 56.000 Therapeutinnen und Therapeuten erreicht.

Neben strukturellen Angaben zum Anteil der in der Praxis mit Massagerezept behandelten Patientinnen und Patienten eines Monats, dem Anteil Massagepatientinnen und -patienten mit mehr als einem Rezept im Jahr und persönlichen Angaben, wurde danach gefragt, für wie positiv wirksam die Therapeutinnen und Therapeuten die Massagetherapie bezogen auf ihre Patientinnen und Patienten halten. Außerdem wurde nach der Einschätzung gefragt, für wie positiv wirksam die Patientinnen und

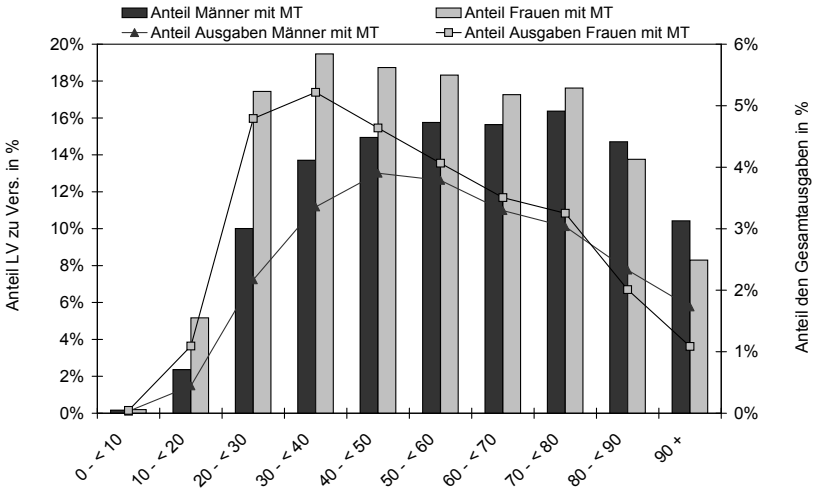
Patienten selbst die Massagetherapie halten, mit der sie behandelt werden. Es wurde gefragt, wie häufig Massagetechniken im Zusammenhang mit Krankengymnastik oder Manueller Therapie angewendet werden und für wie sinnvoll die Therapeutinnen und Therapeuten Massagetherapie als alleinige Verordnung halten. Um die vielfältigen Indikationen für Massagetherapie zu kategorisieren und weil z. B. eine spezifische Ursache chronischer Rückenschmerzen in vielen Fällen schwer zu bestimmen ist, wurde danach gefragt, wie häufig Patientinnen und Patienten mit einem Massagerezept sowohl unter chronischen und unspezifischen als auch unter akuten und spezifischen Beschwerden leiden. Anschließend wurde gefragt, wie häufig diese Patientinnen und Patienten mit Massagetherapie behandelt werden sollten.

3.3 Ergebnisse

Ergebnisse der Routinedatenanalyse

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

Abbildung IV.6 Anzahl LV und Ausgaben der Massagetherapie nach Alter und Geschlecht als Anteile an allen LV und Ausgaben für Heilmittel 2011

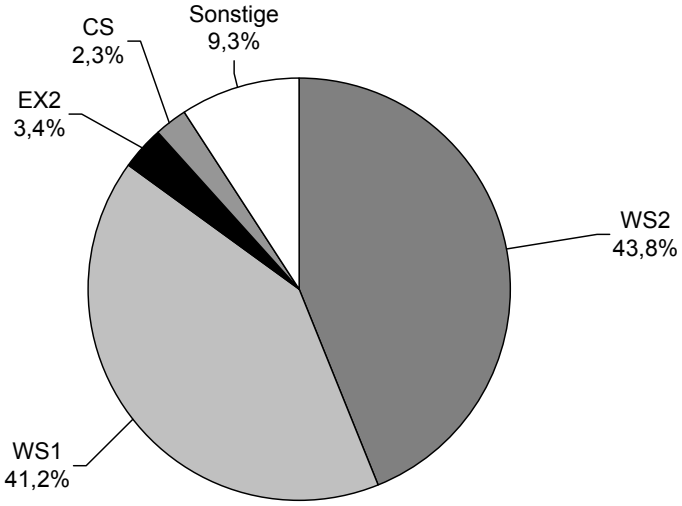


Die Abbildung IV.6 zeigt, dass der Anteil von Frauen mit Massagetherapie an allen Frauen mit Heilmitteln in überwiegend allen Alterskategorien höher ist als der von Männern. Bei den 20- bis unter 50-jährigen Frauen liegen ebenfalls besonders hohe Ausgaben als Anteil an den Gesamtausgaben für Heilmittel vor. Tatsächlich liegt die Wahrscheinlichkeit für Frauen, mit Massagetherapie behandelt zu werden, um 82 % höher als für die Männer (OR 1,82 95 %, CI 1,811-1,842).

Tabelle IV.11 Kennzahlen der Massagetherapie als Anteil an allen Heilmitteln 2011 in der BARMER GEK

	Massage	Heilmittel gesamt	Anteil in %
Leistungsversicherte	277.886	1.809.642	15,36
Anzahl Rezepte	396.086	4.768.237	8,31
Ausgaben in €	18.347.871,05	612.446.056,10	3,00
Ausgaben pro LV in €	66,03	338,43	_
Ausgaben pro Rezept in €	46,32	128,44	_

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

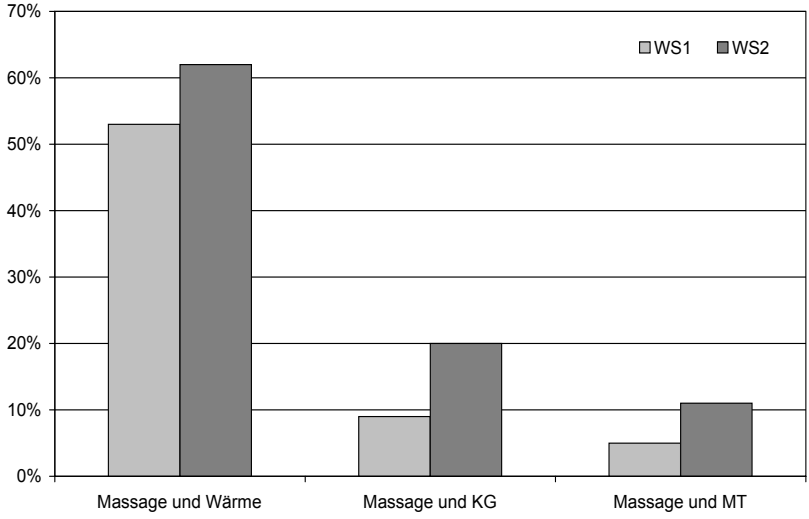


Der Anteil „Sonstige“ ergibt sich aus Schlüsseln mit kleineren Anteilen.
CS=chronifiziertes Schmerzsyndrom
EX2=Verletzungen/Operationen und Erkrankungen der Extremitäten und des Beckens
WS1=Wirbelsäulenerkrankungen mit prognostisch kurzzeitigem Behandlunsgbedarf
WS2=Wirbelsäulenerkrankungen mit prognostisch länger dauerndem Behandlungsbedarf

Die Auswertung der ausgabenstärksten Indikationsschlüssel zeigt, dass 85 % aller Ausgaben für Massagetherapie durch Wirbelsäulenerkrankungen mit prognostisch kurzzeitigem Behandlungsbedarf (WS1) und Wirbelsäulenerkrankungen mit prognostisch länger dauerndem Behandlungsbedarf (WS2) entstehen. Zu Wirbelsäulenerkrankungen mit prognostisch länger dauerndem Behandlungsbedarf (WS2) werden insbesondere Einschränkungen von relevanten Aktivitäten des täglichen Lebens, sowie Schädigungen mehrerer Strukturen oder der Funktion, gezählt. Beispiele dafür sind Bandscheibenvorfälle, entzündlich-rheumatische Wirbelsäulenerkrankungen oder sogenannte „Gleitwirbel". Zu Wirbelsäulenerkrankungen mit prognostisch kurzzeitigem Behandlungsbedarf mit dem Schlüssel „WS1" gehören beispielsweise Blockierungen, Wirbelsäulenarthrosen oder behandlungsbedürftige Haltungsstörungen.

Kleinere Ausgabenanteile entstehen durch Verletzungen/Operationen und Erkrankungen der Extremitäten und des Beckens mit prognostisch mittelfristigem Behandlungsbedarf (EX2) und durch chronifizierte Schmerzsyndrome (CS). „EX2" bezeichnet dabei insbesondere „Einschränkungen relevanter Aktivitäten des täglichen Lebens, sowie Schädigungen der Funktion oder mehrerer Strukturen, wie zum Beispiel Frakturen, Sehnenrupturen oder entzündlich-rheumatische Gelenkerkrankungen". Unter dem chronifizierten Schmerzsyndrom werden beispielsweise neuropathische Schmerzen, die durch das Chronisch regionale Schmerzsyndrom oder das Fibromyalgiesyndrom entstehen können, aber auch Phantomschmerzen nach Amputationen zusammengefasst. Damit gehen etwa 50 % aller Ausgaben für Massagetherapie auf Indikationen mit einem prognostisch längerfristigen Behandlungsbedarf zurück.

Abbildung IV.8 LV für Massagetherapie und andere Verordnungen in der BARMER GEK bei Wirbelsäulenerkrankungen mit kurzzeitigem (WS1) und länger dauerndem (WS2) Behandlungsbedarf in 2011



Die Abbildung IV.8 zeigt, dass Versicherte mit Massage innerhalb des Beobachtungszeitraumes bei Wirbelsäulenerkrankungen vor allem auch Wärmetherapie erhalten und dass eine „Kombination" mit anderen Verordnungen häufiger bei Erkrankungen mit einem länger dauerndem Behandlungsbedarf stattgefunden hat. Dabei erhielten etwa 20 % aller LV für Massage im selben Jahr auch krankengymnastische Verordnungen. Fast 11 % dieser Fälle erhielten im selben Jahr auch Verordnungen für Manuelle Therapie. Bei Wirbelsäulenerkrankungen mit einem kurzzeitigen Behandlungsbedarf ist der Anteil von LV mit kombinierten Behandlungen noch geringer. Der für die Massagetherapie typische passive „hands-on"-Ansatz wurde bei Wirbelsäulenerkrankungen demnach nur selten mit einem „hands-off"-Ansatz zur Förderung der aktiven Rolle des Patienten oder mit manualtherapeutischen Behandlungstechniken kombiniert.

Ergebnisse der Befragung

535 Personen (54 % Therapeutinnen) füllten den Fragebogen vollständig aus. Das Durchschnittsalter lag bei 49 Jahren (SD: 2,7) und die durchschnittliche Berufspraxis bei 26 Jahren (SD: 10,5). Etwa 54 % aller Therapeutinnen und Therapeuten, die an der Umfrage teilgenommen haben, halten die Massagetherapie bezogen auf ihre Patientinnen und Patienten, die ein Massagerezept haben, für ziemlich oder sehr wirksam. Etwa 42 % dagegen halten Massagetherapie für mittelmäßig bis wenig wirksam und ca. 4 % für gar nicht wirksam.

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

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

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

Am Ende der Befragung wurde Gelegenheit für Anmerkungen im Freitext gegeben. Häufig thematisierte Aspekte können wie folgt zusammengefasst werden:

Für die Befragten ist die Massagetherapie ein wichtiger Bestandteil der Physiotherapie und vielseitig einsetzbar, weil ihre Indikationen und Techniken vielfältig sind. Deshalb sollte sie nicht als sogenannte „Wohlfühlbehandlung" abgestempelt werden. Die Befragten halten Massagen teilweise nur in Kombination mit KG, MT oder auch Wärmetherapie für sinnvoll, mit der Begründung, dass eine Massagetherapie allein nicht die Ursache der Beschwerden behandeln kann.

Die Therapeutinnen und Therapeuten äußern Kritik daran, dass ihnen keine Möglichkeit zur interdisziplinären Zusammenarbeit gegeben ist, um z. B. zusammen mit Ärzten zur Diagnose und optimierten Therapieselektion zu gelangen. Dabei bemängeln sie die allgemeine Unwissenheit über die Methoden und Wirkweisen der Massage und der Verordnungsfähigkeit laut Heilmittelkatalog. Da Weichteiltechniken auch Teil der Manuellen Therapie sein können, fühlen sich einige Therapeuten in ihrer Therapieauswahl eingeschränkt, wenn ihre Patienten Massagetherapieverordnungen anstelle Manueller Therapie oder Krankengymnastik erhalten.

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

3.4 Diskussion und Fazit

Die Analyse der Routinedaten zeigt, dass die Massagetherapie als verordnungsstarkes Heilmittel mit „KMT" die am häufigsten abgerechnete Leistung darstellt. Dabei werden Frauen häufiger behandelt als Männer,

Wirbelsäulenerkrankungen sind die Hauptindikation. Etwa 50 % aller Ausgaben für Massagetherapie gehen auf Indikationen mit einem prognostisch längerfristigen Behandlungsbedarf zurück. Eine kombinierte Behandlung von Massagetherapie mit aktivierenden Ansätzen wird dabei nur selten realisiert.

Die Umfrage zur klinischen Perspektive der behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten sowie zur Patientenzufriedenheit hat ergeben, dass die behandelten Patientinnen und Patienten überwiegend von der Wirkung der Massagetherapie überzeugt sind. Therapeutinnen und Therapeuten selbst halten Massagetherapie ebenfalls mehrheitlich für wirksam und benutzen Massagetechniken in krankengymnastischen oder manualtherapeutischen Behandlungen. Dabei haben die meisten ihrer Massagepatientinnen und -patienten chronische Beschwerdebilder. Ein großer Anteil der Befragten hält sie vor allem in Kombination und bei sowohl akuten als auch chronischen Krankheitsbildern für sinnvoll. Sie merken an, dass die individuelle Situation für den Einsatz von Massagetherapie ausschlaggebend ist.

Bei der Gewichtung aktiver und passiver Maßnahmen sollte auch die Individualität des Patienten, sein Verhalten, sowie seine Einstellungen und Ziele Einfluss haben. Allerdings sollte dabei das Wenige, das an externer Evidenz vorhanden ist, auch berücksichtigt werden und klinisch begründet umgesetzt werden. Sowohl die Routinedatenanalyse als auch die Umfrage ergab, dass häufige Indikationen der Massagetherapie auf chronische Beschwerden oder solche mit einem langfristigen Behandlungsbedarf zurück gehen. Die aktuelle Evidenz zeigt aber, dass der Einsatz von Massagetherapie bei akuten und subakuten Wirbelsäulenbeschwerden effektiver und dass dabei vor allem die Anwendung in Kombination mit Maßnahmen der Manuellen Therapie oder Übungsbehandlung empfehlenswert ist. Der Einsatz von Massagetherapie wird von Therapeutinnen und Therapeuten vor allem in dieser Kombination für sinnvoll gehalten.

Ausblick

Modellvorhaben mit der Evaluation von mehr Entscheidungsfreiheit von Physiotherapeutinnen und -therapeuten auch über die Therapieauswahl bei akuten und chronischen Wirbelsäulenbeschwerden sind seit 2011 auf den Weg gebracht. Darin kann die Massage in der individuellen Situation und in Kombination mit aktivierenden Maßnahmen eine wichtige Rolle spielen.

4. Die Versorgung von Patienten mit Epicondylitis

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

Über einen Teil der Ätiologie besteht noch keine Einigkeit. Wie die Endung „-itis“ impliziert, ist man früher davon ausgegangen, dass ein entzündlicher Prozess bei der Krankheitsentstehung ursächlich ist. Verschiedene Untersuchungen haben sich im Laufe der Zeit mit diesem Thema beschäftigt. Meyer-Clement (2005, S. 105) zeigt die Ergebnisse und Theorien verschiedener Autoren auf und kommt letztlich zu folgendem Schluss: „Die histologischen Veränderungen bei der Epicondylitis lassen keine Hinweise auf entzündliche, traumatische oder mikrotraumatische Einwirkungen erkennen. Es handelt sich um einen ausschließlich degenerativen Prozess.“ Dieser Aussage schließen sich auch andere Autoren an (zum Beispiel: Orchard & Kountouris, 2011; Nagrale et al., 2009; Placzek et al., 2006). Sicher ist aber, dass eine chronische Überbeanspruchung zu der Erkrankung führt. Diese kann durch bestimmte Bewegungsabläufe beim Sport, aber auch durch arbeitsbedingte Tätigkeiten verursacht werden. Daher ist die Epicondylitis in Deutschland eine anerkannte Berufskrankheit (BK 2101) (Placzek et al., 2006).

4.1 Epidemiologie

In der aktuellen Literatur wird überwiegend auf Inzidenz- und Prävalenzzahlen aus Studien der 70er, 80er und 90er Jahre verwiesen (siehe zum Beispiel: Buchbinder et al., 2008; Meyer-Clement, 2005; Fan et al., 2009; Shiri & Viikari-Juntura, 2011). Demnach liegt die Inzidenz bzw. Prävalenz

der lateralen Epicondylitis zwischen 1 bis 3 % in der Allgemeinbevölkerung und zwischen 0,8 und 29,3 % in verschiedenen Arbeiterpopulationen. Bei der medialen Form liegt die Prävalenz zwischen 0,3 und 1,1 % bzw. 0,2 und 3,8 %. Oft wird berichtet, dass Frauen häufiger betroffen sind. Zwei neuere Studien zeigen ähnliche Ergebnisse. Shiri und Kollegen (2006) untersuchten die Prävalenz und die Einflussfaktoren der lateralen und medialen Epicondylitis mit Daten von 2000 bis 2001 in der Allgemeinbevölkerung. Untersucht wurden 4.783 Finnen zwischen 30 und 64 Jahren (Shiri et al., 2006). Die Prävalenz der lateralen Epicondylitis lag bei 1,3 % und die der medialen bei 0,4 %. Es gab keinen Unterschied zwischen Männern und Frauen in Bezug auf gesicherte Diagnosen. Werden Verdachtsdiagnosen einbezogen, so sind Frauen häufiger betroffen als Männer. Die höchste Prävalenz war bei Personen zwischen 45 und 54 Jahren zu finden. Rauchen ist mit beiden Erkrankungen assoziiert, Übergewicht von Frauen mit der medialen Epicondylitis. Das Risiko, eine mediale Epicondylitis zu entwickeln, steigt bei Männern, wenn sie „kraftvolle" Arbeitstätigkeiten (zum Beispiel das Heben schwerer Lasten) ausführen müssen und bei Frauen mit wiederholenden Bewegungen der Hand oder des Handgelenks (zum Beispiel Schreibarbeiten). Sind beide Bedingungen gegeben (kraftvolle und sich wiederholende Tätigkeiten), so steigt das Risiko für laterale Epicondylitis (Shiri et al., 2006). Walker-Bone und Kollegen (2012) legten einen Fokus auf arbeitsbedingte Expositionen. Dafür untersuchten sie Personen zwischen 25 und 64 Jahren. Sie fanden eine Prävalenz von 0,7 % für die laterale und 0,6 % für die mediale Epicondylitis. Ein Geschlechtsunterschied ist lediglich bei der medialen Epicondylitis zu sehen: Männer zeigen eine Prävalenz von 0,4 % und Frauen von 0,7 %. Auch hier liegt die höchste Prävalenz im Alter zwischen 45 und 54 Jahren. 27 % (lateral) und 24 % (medial) der Patienten berichten, dass die Erkrankung sie beim Anziehen, Tragen, Fahren oder Schlafen beeinträchtigt. 5 % der Patienten fehlten aufgrund der Erkrankung in den letzten zwölf Monaten bei der Arbeit (Median der Abwesenheitsdauer: 29 Tage). Die laterale und mediale Epicondylitis sind insbesondere mit wiederholendem Strecken und Beugen des Ellenbogens assoziiert (mehr als eine

Stunde am Tag) (Walker-Bone et al., 2012). Die Erkrankungsdauer liegt im Schnitt zwischen sechs Monaten und zwei Jahren (Murtagh, 1988; Hudak et al., 1996).

4.2 Therapie

Es gibt eine Reihe von Therapieansätzen bei einer Epicondylitis. Diese reichen von der „wait-and-see-policy" („abwarten und beobachten") und der oralen oder topischen Anwendung von nichtsteroidalen Antiphlogistika (NSAR) über die Injektion verschiedener Wirkstoffe (zum Beispiel: Kortikosteroide, Botulinumtoxin A, plättchenreiches Plasma) und Operationen bis hin zu verschiedenen Hilfsmitteln (Kinesio-Tape, Epicondylitis-Bandage, Verbände) sowie physikalischen Ansätzen (zum Beispiel: Behandlung nach Cyriax, Kälte- und Wärmetherapie, Massage, extrakorporale Stoßwellen). Bei dieser Bandbreite an Therapieansätzen ist es schwierig, einen Überblick zu behalten und herauszufinden, welche Methode/n die beste/n ist/sind. Dies verdeutlicht die Tatsache, dass es aktuell in Deutschland ausschließlich eine S1-Leitlinie zur lateralen Epicondylitis gibt. Experten der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie entwickelten diese Empfehlung im informellen Konsens, welche vom Vorstand der Fachgesellschaft verabschiedet wurde. Dort werden neben der Beratung und Aufklärung des Patienten fünf medikamentöse, zwölf physiotherapeutische, drei orthopädietechnische sowie vier operative Maßnahmen aufgeführt, wobei eine Operation erst in Betracht gezogen werden soll, wenn die Beschwerden trotz konservativem Vorgehen bestehen bleiben und ein entsprechender Leidensdruck vorhanden ist (Jerosch & Loew, 2011).

Schleicher und Kollegen erstellten 2010 ein Behandlungsschema, in dem zunächst Schonung, Beratung und Salbenverbände mit topischen NSAR empfohlen werden. Nach zwei bis sechs Wochen werden NSAR, Steroidinjektionen, Ultraschall, Akupunktur und eventuell Krankengymnastik, Lasertherapie und eine Injektion von Botulinumtoxin empfohlen. Nach

sechs Wochen bis sechs Monaten sollen Krankengymnastik und Orthesen Anwendung finden und nach mehr als sechs Monaten Stoßwellentherapie und/oder Operationen. Die vorhandene Evidenz unterstützt dieses Vorgehen allerdings nicht unbedingt. Es gibt bereits einige Reviews und Meta-Analysen zu den zahlreichen Studien der unterschiedlichen Therapieansätze. Sie helfen die aktuelle Evidenz aus den Studien zusammenzufassen und Anhaltspunkte für ein erfolgreiches therapeutisches Vorgehen zu geben.

Medikamentöse Injektionen

Kortikosteroid-Injektionen zeigen einen statistisch signifikanten Kurzzeiteffekt (≤6 Wochen). Mittel- und langfristig zeigen sich allerdings keine statistisch relevanten Ergebnisse (Smidt et al., 2002). Ähnlich sehen es andere Autoren (Barr et al., 2009; Coombes et al., 2010). Sie fanden sogar eine Überlegenheit von konservativen Ansätzen (zum Beispiel Physiotherapie) bei einer mittel- bis langfristigen Betrachtung. Deshalb raten manche Autoren von einer Kortikosteroid-Injektion ab bzw. empfehlen die Anwendung nur in Ausnahmefällen, zum Beispiel bei Studenten, die ihre Qualifikationsarbeit innerhalb von sechs Wochen fertig stellen müssen (Orchard & Kountouris, 2011; Niederländische Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin, 2009). Analysen zur Prolotherapie (spezielle Injektionstherapie zur Stärkung der Bänder) sowie zur Injektion von Hyaluron und Botulinumtoxin geben Hinweise auf eine eventuelle Wirksamkeit. Bei Injektionen sind jedoch nicht nur Anwendungsfehler des Arztes zu beachten, sondern auch unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW), wie Schmerzen oder Infektionen an der Einstichstelle. Der Patient sollte darüber aufgeklärt werden und zu alternativen Behandlungsmöglichkeiten beraten werden (Coombes et al., 2010; Holland et al., 2012). Als Beispiel sei Botulinumtoxin A genannt, das den Schmerz bis zu fünf Monate senken kann (Galvin et al., 2011; Kalichman et al., 2011). Allerdings sind die vorübergehenden Bewegungseinschränkungen (bis der Wirkstoff vom Körper abgebaut ist) bis hin zu beobachteten Bewegungsverlusten im dritten und vierten Finger unbedingt zu thematisieren (Galvin et al., 2011).

Andere medikamentöse Ansätze

Eine weitere medikamentöse Strategie besteht aus NSAR entweder in oraler oder topischer Verabreichung (Wirkstoff-Beispiele sind Ibuprofen und Diclofenac). Ein Cochrane Review kommt zu dem Schluss, dass zumindest in der Kurzzeitbeobachtung die topische Anwendung von NSAR hilfreich ist. Für die Anwendung oraler NSAR gibt es dagegen nur unzureichende Evidenz (Green et al., 2001 – letzte Überarbeitung in 2009).

Orchard und Kountouris (2011) berichten von einer Studie, in der Glyceroltrinitrat-Pflaster, welche bei Angina pectoris zugelassen sind, untersucht wurden. Sie zeigen zumindest bis zu sechs Monate eine Überlegenheit gegenüber Placebos. Jedoch ist die benötigte Menge geringer als in der zugelassenen Indikation, weshalb das Pflaster zerschnitten werden muss. Dies könnte zu Anwendungsfehlern führen, zumal ohnehin ein Einsatz außerhalb der Zulassung erfolgen würde (off-label-use). Zudem besteht das Risiko von nicht unerheblichen UAW.

Physiotherapeutische Anwendungen/Akupunktur

Physiotherapeutische Anwendungen und Kräftigungsübungen haben einen positiven Einfluss auf den Schmerz (Bisset et al., 2005) und auf die Griffstärke. Die optimale Anwendungsfrequenz und -dauer ist allerdings nicht bekannt (Raman et al., 2012). Eine typische Anwendung stellt zum Beispiel die Querfriktion dar: Die erkrankte Struktur wird mit passendem Druck quer zum Faserverlauf bewegt (Hailer, 2010). Ein Cochrane Review zur Akupunktur fand keine ausreichende Evidenz, um sich für oder gegen diese Anwendung auszusprechen (Green, 2002 – letzte Überarbeitung in 2008). Zum Thema Stoßwellentherapie hingegen besteht eine „belastbare“ Evidenz, nach der es nur geringe bzw. keine Verbesserungen gibt (Buchbinder et al., 2005 – letzte Überarbeitung 2009).

Hilfsmittel

Zur Behandlung der Epicondylitis gibt es spezielle Bandagen, Orthesen und Spangen. So werden spezielle Epicondylitisspangen zur Friktion oder Kompression der Sehnenansätze angewendet. Sie können gelenknah angelegt werden und üben Druck aus. Die Hilfsmittel sollen Schmerzen lindern und bei der Durchführung der Aktivitäten des täglichen Lebens helfen. Ein positiver Einfluss der Hilfsmittel sowie von Tapeverbänden ist noch nicht ausreichend belegt, obwohl Anhaltspunkte für eine Verbesserung gefunden wurden (Bisset et al., 2005; Borkholder et al., 2004).

Operationen

Bei den operativen Ansätzen gibt es unterschiedliche Varianten, zum Beispiel das Abtrennen der Sehne oder das Entfernen eines Teils der Sehne (Jerosch & Loew, 2011). Für Operationen besteht allerdings eine zu unsichere Evidenz, um sich für oder gegen diese Maßnahme auszusprechen (Buchbinder et al., 2011).

Fazit: Bestehende Evidenz unzureichend!

Der Großteil der Ergebnisse, Empfehlungen und Schlussfolgerungen aus den unterschiedlichen Reviews basiert auf kleinen und/oder methodisch nicht ausgereiften Studien. Deshalb wird in den meisten Reviews qualitativ hochwertige Forschung zu den verschiedenen Therapien empfohlen bzw. gefordert. Außerdem wird fast ausschließlich die laterale Epicondylitis thematisiert – es werden unbedingt Studien zur medialen Epicondylitis benötigt. Aufgrund der fehlenden Evidenz wird in einer niederländischen Leitlinie sogar eine „wait-and-see-policy“ empfohlen mit ergonomischen Ratschlägen und der Verordnung von Paracetamol oder NSAR, falls nötig (Keus et al., 2002; Niederländische Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin, 2009). Zwei Untersuchungen geben Hinweise auf Therapieerfolge bei multimodalen Therapieansätzen. Hierbei wurden Schulungen, physiothe-

rapeutische Anwendungen und Hilfsmittel/Taping (González-Iglesias et al., 2011) sowie vom Patienten selbst durchgeführte Übungen kombiniert (Nilsson et al., 2007). Allerdings bestehen bei diesen Studien erhebliche methodische Einschränkungen, zum Beispiel sehr kleine Untersuchungspopulationen, das Fehlen einer Kontrollgruppe oder einer Randomisierung.

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

4.3 Versorgungsstand

Sechs Monate nach Einführung der Epicondylitis-Leitlinie in den Niederlanden wurden Allgemeinärzte schriftlich zu Therapiepräferenzen und zu den Einflüssen auf ihre Therapiewahl sowie zu eventuellen Veränderungen in der Therapieentscheidung durch die Leitlinie befragt (Keus et al., 2002). Ungeachtet der Beschwerdedauer wurden folgende Maßnahmen am häufigsten als Therapie der Wahl genannt: Beratung und Aufklärung, Arzneimittel, Physiotherapie, Kortikosteroid-Injektionen und Hilfsmittel für den Ellenbogen. Verhältnismäßig häufig wurden auch Operationen aufgeführt, jedoch hauptsächlich bei einer Beschwerdedauer von über sechs Wochen. Die Therapiewahl wird am häufigsten von der eigenen ärztlichen Präferenz beeinflusst, danach aber auch von dem Wunsch des Patien-

ten. Obwohl 58 % der Befragten angaben, dass sie ihre Therapiestrategien nach Veröffentlichung der Leitlinie geändert haben, spielt die Leitlinie scheinbar eine eher untergeordnete Rolle in der Entscheidungsfindung (Keus et al., 2002).

Für Deutschland wurden keine Informationen zum aktuellen Versorgungsstand von Epicondylitis-Patienten gefunden. Die im Folgenden beschriebenen Auswertungen sollen nicht nur aktuelle Daten zur Prävalenz aufzeigen, sondern auch zumindest einen Teil dieser Lücke schließen und einen Überblick über die tatsächliche ambulante Versorgung geben.

4.4 Methodik

Um eventuelle Prävalenzanstiege oder -abnahmen zu sehen, werden ambulante Diagnosedaten aus den Jahren 2007 bis 2010 in Bezug zu den im jeweiligen Jahr versicherten Personen betrachtet. Dabei werden nur gesicherte Diagnosen verwendet. Für die Auswahl der Patienten dienen folgende ICD-10-Codes:

- M77.0: Epicondylitis ulnaris humeri
- M77.1: Epicondylitis radialis humeri
- M77.9: Enthesiopathie, nicht näher bezeichnet (in der deutschen S1-Leitlinie als mögliche Codierung für die laterale Epicondylitis angegeben)

Um nun die ambulante Versorgung darstellen zu können, werden für die prävalenten Fälle aus dem Jahre 2010 (mindestens eine der oben aufgeführten Diagnosen) Daten zu abgerechneten Physiotherapie-Anwendungen, Bandagen, Schienen und Orthesen (inklusive Spangen) sowie zu relevanten und mit den vorliegenden Daten abbildbaren Arzneimitteln verknüpft. In den Berechnungen werden nur Physiotherapie-Verordnungen mit den Indikationsschlüsseln „EX1“ bis „EX3“ einbezogen. Diese umfassen Verletzungen/Operationen und Erkrankungen der Extremitäten und

des Beckens mit prognostisch kurzzeitigem, mittelfristigem und längerem Behandlungsbedarf (mit Einschränkungen von relevanten Aktivitäten des täglichen Lebens und mit multistrukturellen funktionellen Störungen). Die Hilfsmittel wurden anhand der Abrechnungspositionsnummer auf den Anwendungsort „Ellenbogen“ reduziert. Darunter sind spezielle Orthesen, Spangen und Bandagen für Epicondylitis zu finden. Die Arzneimittel-Verordnungsdaten wurden auf folgende Wirkstoffe bzw. ATC-Codes reduziert:

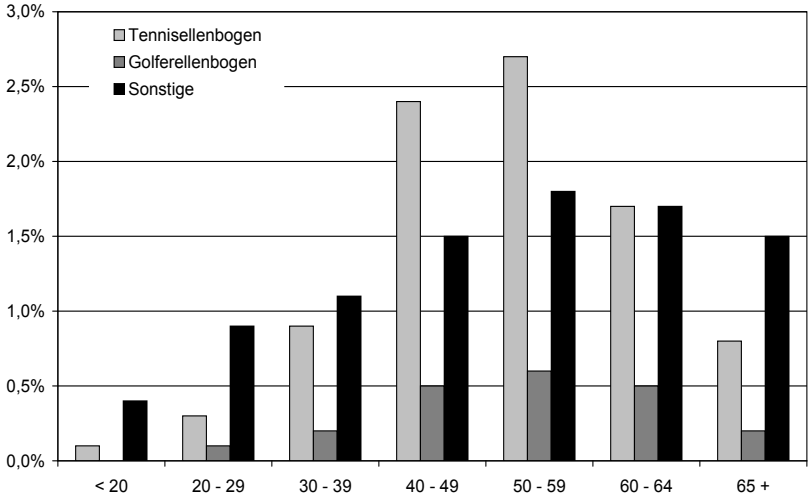
- M01A: Nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika (beschränkt auf orale Darreichungsformen)
- M01B: Nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika in Kombination mit anderen Wirkstoffen (beschränkt auf orale Darreichungsformen)
- M02AA: Nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika zur topischen Anwendung
- N02: Analgetika (beschränkt auf orale Darreichungsformen)
- C01DA02: Glyceroltrinitrat (beschränkt auf die Darreichungsform „Pflaster“)

Leider sind in den ambulanten Arzneimitteldaten keine in der Arztpraxis verabreichten Injektionen zu finden. Zudem ist bei den oben aufgeführten Arzneimitteln zu beachten, dass nicht alle Substanzen bzw. Wirkstoffmengen verordnungspflichtig sind (insbesondere die topischen NSAR) und somit sicherlich ein relevanter Anteil in der Apotheke ohne ärztliches Rezept gekauft wird. Dieser Verbrauch ist in den BARMER GEK Daten nicht dokumentiert, weil die Mittel von den Patienten selbst bezahlt werden.

4.5 Ergebnisse

Im Jahre 2010 weisen knapp 240.000 Versicherte mindestens eine der genannten Diagnosen auf. Die Prävalenz liegt in diesem Jahr bei 2,6 %. Der Altersdurchschnitt der Erkrankten liegt mit 52,4 Jahren höher als der Durchschnitt der Gesamtversicherten (44,6 Jahre). Über die Jahre gesehen verändert sich die Gesamt-Prävalenz kaum: 2007 lag sie bei 2,5 % und in den Jahren 2008 bis 2010 bei 2,6 %. Es ist durchgängig zu erkennen, dass Frauen etwas häufiger betroffen sind als Männer, was allerdings fast ausschließlich auf die Diagnose „Enthesiopathie, nicht näher bezeichnet" zurückgeführt werden kann. Hier kann insofern eine „Verzerrung" der Ergebnisse vorliegen, da unter dieser Diagnose auch andere Sehnenansatzerkrankungen erfasst sind. Bei Betrachtung der verschiedenen Altersgruppen zeigt sich, dass die Prävalenz ihren Höhepunkt im Alter zwischen 50 und 59 Jahren erreicht und wieder absinkt (s. Abbildung IV.9). Dies ist in allen beobachteten Jahren zu sehen. Ebenso ist die Prävalenz des Tennisellenbogens deutlich höher als die des Golferellenbogens (in 2010: 1,3 vs. 0,3 %). Die Prävalenz der „Enthesiopathie, nicht näher bezeichnet" ist im Vergleich zu dem Tennis- und dem Golferellenbogen in jungen Jahren und im höheren Alter etwas höher, dafür im mittleren Alter niedriger.

Abbildung IV.9 Prävalenz nach Altersgruppe und Diagnose in Prozent

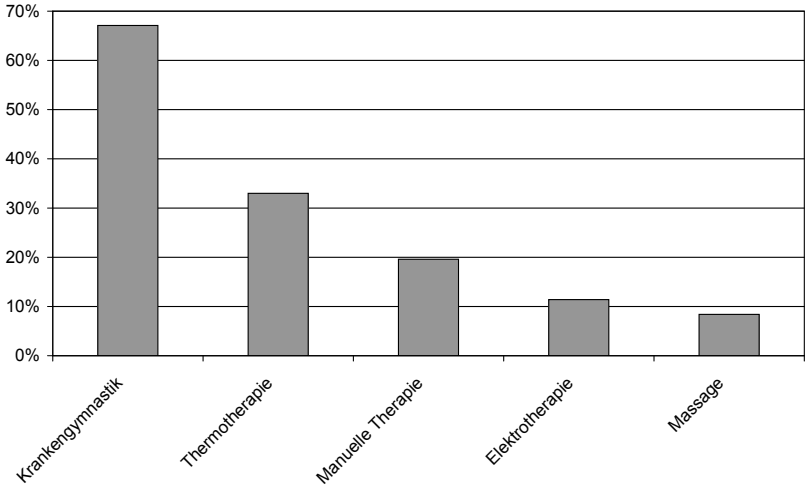


Versorgung mit Physiotherapie

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

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

Abbildung IV.10 Anteile in Prozent von Personen mit jeweils verordneter Physiotherapie-Anwendung (bezogen auf alle Personen mit Physiotherapie)



Es sind alle Anwendungen mit einem Anteil von über 5% angegeben. Aufsummiert ergeben sich über 100%, da eine Personen mehrere unterschiedliche Anwendungen verordnet bekommen kann.

Hilfsmittel

Die Verordnungsprävalenz von Hilfsmitteln bei Epicondylitis liegt im Jahre 2010 insgesamt bei 12,8 %. Mit 11,9 % werden überwiegend Bandagen verordnet. Orthesen und Schienen sind mit nur 1,0 % kaum relevant. Besonders häufig werden Epicondylitisspangen und Kompressionsbandagen verordnet. Personen zwischen 30 und 50 Jahren bekommen am häufigsten Hilfsmittel verordnet. Zwischen Männern und Frauen besteht kein großer Unterschied. Tendenziell bekommen Männer etwas häufiger eine Verordnung (13,2 % vs. 12,7 %). Zwischen den Diagnosen bestehen allerdings große Unterschiede: 23,6 % der Patienten mit Tennisellenbogen, 20,3 % der Patienten mit Golferellenbogen, jedoch nur 2,3 % der Patienten mit sonstigen Enthesiopathien bekommen mindestens eine Hilfsmittel-Verordnung. Auch hier liegt möglicherweise eine „Verzerrung“ durch die Diagnose „sonstige Enthesiopathien“ vor.

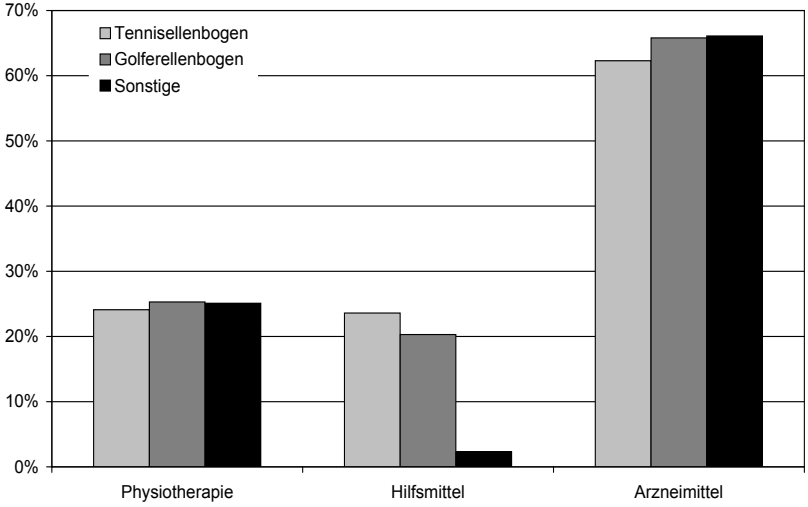
Medikamentöse Therapien

Glyceroltrinitrat-Pflaster spielen in der Versorgung von Epicondylitis-Patienten keine Rolle. Hingegen ist die Verordnungsprävalenz von oralen NSAR mit 47,0 % auffällig hoch. Schmerzmittel werden 15,3 % der Patienten verordnet. Bei beiden Wirkstoffgruppen steigt die Verordnungsprävalenz mit steigendem Alter an, Frauen bekommen häufiger eine Verordnung als Männer (NSAR: 45,4 % Männer vs. 47,9 % Frauen; Schmerzmittel: 11,8 % vs. 17,2 %). Lediglich 1,4 % der Patienten bekommen topische NSAR verordnet, wobei im Alter bis 20 Jahren die Verordnungsprävalenz bei über 4 % liegt. Die niedrigen Zahlen lassen sich dadurch erklären, dass die meisten topischen NSAR wegen des rezeptfreien Status nicht verordnungsfähig sind. Die Ausnahme bilden Kinder bis 12 Jahren und Jugendliche bis 18 Jahren mit Entwicklungsstörungen. Deshalb ist die Prävalenz in dieser Altersgruppe auch am höchsten. Insgesamt werden 63,7 % der Patienten im Jahre 2010 mit einem Arzneimittel behandelt. Zwischen den einzelnen Diagnosen bestehen keine großen Unterschiede. Problematisch bei der Interpretation der Arzneimittel-Verordnungen ist der fehlende kausale Zusammenhang. Es liegen keine Informationen zur Indikation vor. Aus diesem Grund könnte die Behandlungsprävalenz einerseits überschätzt werden. Andererseits werden viele Schmerzmittel und auch NSAR von Patienten ohne Rezept in der Apotheke gekauft. Damit könnte die Behandlungsprävalenz unterschätzt werden.

Therapie-Kombinationen

In der Abbildung IV.11 sind die Verordnungsprävalenzen der verschiedenen untersuchten Therapien nach Diagnose dargestellt. Hier ist noch einmal zu erkennen, dass es zwischen der Physiotherapie- und der Arzneimittelversorgung je nach Diagnose nur geringe Unterschiede gibt. Anders ist dies bei den Hilfsmitteln, die bei sonstigen Enthesiopathien sehr selten verordnet werden. In der Betrachtung der verschiedenen Therapieansätze ist sehr deutlich zu sehen, dass Arzneimittel häufiger verordnet werden als Physiotherapie und Hilfsmittel.

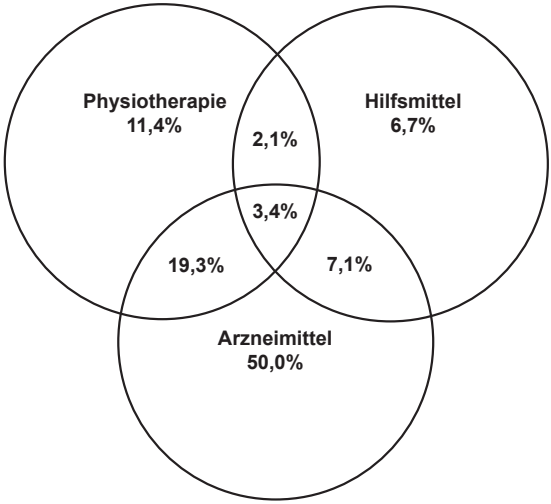
Abbildung IV.11 Verordnungsprävalenz in Prozent der verschiedenen Therapiegruppen nach Diagnose



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

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

Abbildung IV.12 Verordnungsprävalenz von Kombinationen der verschiedenen Therapieansätze



4.6 Zusammenfassung

Die Epicondylitis ist eine schmerzhafte Sehnenansatzerkrankung des Ellenbogens. Sie verursacht nicht nur beim Patienten Einschränkungen im Alltag, sondern auch hohe direkte Kosten durch die medizinische Behandlung sowie indirekte Kosten durch Arbeitsausfälle (Shiri & Viikari-Juntura, 2011). Es gibt eine Vielzahl an Studien, die verschiedene Therapieansätze untersuchen, und es liegen bereits einige Reviews und Meta-Analysen, welche die Studienlage zusammenfassen, vor. Das Ergebnis ist leider ernüchternd: Trotz der Menge an Studien kann kein optimales Therapievorgehen empfohlen werden. Zwar gibt es eine Leitlinie in Deutschland, sie ist aber „nur“ ein von Experten erarbeitetes Konsenspapier . In ihr werden viele Möglichkeiten aufgezählt, aber nur selten eine „Rangfolge“ festgelegt. Insgesamt erschwert dies den Umgang mit Epicondylitis-Patienten im täglichen ambulanten Vorgehen.

Die Auswertungen zeigen bei etwa 240.000 Versicherten mindestens eine Diagnose. Die Prävalenz von Epicondylitis lateralis lag im Jahre 2010 bei 1,3 %, von der medialen Form bei 0,3 %. Die Analysen zeigen, dass betroffene Versicherte der BARMER GEK vorwiegend mit Arzneimitteln behandelt werden. Mit 19,3 % werden am häufigsten Arzneimittel und Physiotherapie kombiniert. Etwa jeder Dritte bekommt keine Heil- oder Hilfsmittel verordnet. Der hohe Anteil an unbehandelten Patienten einerseits und der Mangel an evidenzbasierten Behandlungsleitlinien andererseits, zeigen ein erhebliches Verbesserungspotenzial in der Versorgungsqualität von Betroffenen auf.

5. Die konservative Therapie des Karpaltunnelsyndroms

Sabine Koch

5.1 Einleitung

Das Karpaltunnelsyndrom beschreibt ein Beschwerdebild, bei dem es zur Druckschädigung des Nervus medianus (N. medianus) im Karpaltunnel kommt, verursacht durch eine Diskrepanz zwischen Weite und Inhalt des Tunnels. Es gilt als das häufigste Kompressionssyndrom eines peripheren Nervs und wird dadurch zu einem beträchtlichen Kostenfaktor für konservative und operative Verfahren.

Die Beschwerdelast des Karpaltunnelsyndroms ist sehr unterschiedlich. Als Hauptsymptom gilt das nächtliche Einschlafen der Hände, welches je nach Fortschreiten der Nervenkompression weitere Symptome bis hin zu Ausfallerscheinungen im Versorgungsgebiet des N. medianus nach sich ziehen kann.

Je nach Schweregrad der Erkrankung werden in den nationalen und internationalen Leitlinien verschiedene Behandlungsansätze beschrieben. Im Frühstadium der Erkrankung sowie bei geringen Beschwerden werden konservative Behandlungsverfahren, wie das Tragen einer Handgelenksschiene und die Gabe von Kortikoid-Präparaten empfohlen. Bei fortgeschrittenen Symptomen gilt die operative Vorgehensweise mit offener oder endoskopischer Dekompression des N. medianus als das Mittel der Wahl.

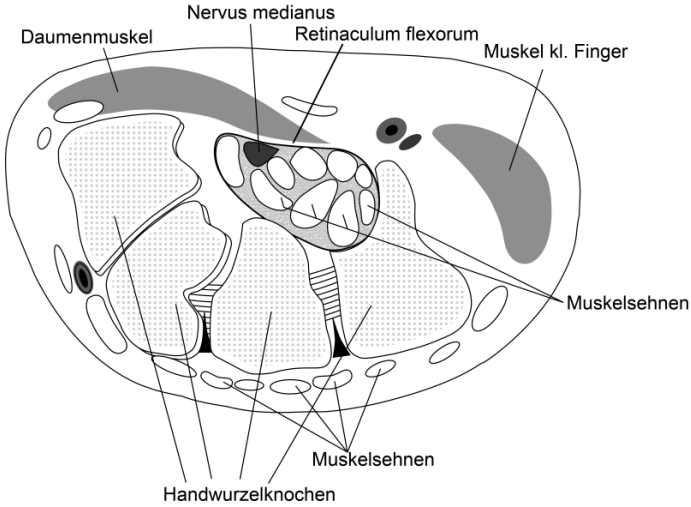
Es gibt wenige Informationen zur Versorgung von Patienten mit einem Karpaltunnelsyndrom und die Studienlage zur Heil- und Hilfsmittelversorgung weist viele Defizite auf.

5.2 Hintergrund

Anatomie

Der Karpaltunnel ist ein knöchern-bindegewebiger Kanal an der Innenseite der Handwurzel. Er wird gebildet aus den Handwurzelknochen, welche zweireihig gelagert und u-förmig gekrümmt sind, so dass sich eine Höhlung an der Innenseite des Handgelenks bildet. Die Handwurzelknochen werden überspannt von dem sogenannten „Retinaculum musculorum flexorum“, einem starken bindegewebigen Band, welches den Karpaltunnel zur Handinnenseite schließt. Durch diesen Kanal ziehen die acht Sehnen der oberflächlichen und tiefen Fingerbeugermuskeln, welche für die Beugung in allen Fingern, außer dem Daumen, sowie die Beugung im Handgelenk zuständig sind. Des Weiteren befinden sich die Sehne des M. flexor pollicis longus, welcher zur Beugung im Grund- und Endgelenk des Daumens dient, und der N. medianus im Karpaltunnel. Der Mediannerv, welcher aus einem Nervengeflecht der unteren Halswirbelsäule (Plexus brachialis) abzweigt, versorgt mit seinen motorischen Ästen Muskeln, die das Greifen unterstützen. Sensorisch innerviert er die Finger 1 bis 3 sowie meistens die innere Hälfte des vierten Fingers (Lippert, 2011).

Abbildung IV.13 Querschnitt eines Handgelenks



Quelle: eigene Darstellung, nach Wikimedia Commons, 2012

Symptome

Bei dem Krankheitsbild des Karpaltunnelsyndroms spricht man von einer Einengung des Nervus medianus im Karpaltunnel. Synonym werden auch die Begriffe „Distales Medianuskompressionssyndrom“ oder „Brachialgica paraesthetica nocturna“ verwandt. Es entsteht durch ein Missverhältnis zwischen Weite und Inhalt des Raumes zwischen den Handwurzelknochen und dem bindegewebigen Band (Retinaculum musculorum flexorum), welches den Karpaltunnel verschließt. Dieses führt zu einer Kompressionsschädigung des N. medianus. Symptomatisch kommt es, je nach Ausprägung des Reizzustandes des Nerven, zu Schmerzen, Par- und Dysästhesien wie Kribbeln, „Ameisenlaufen“ oder Taubheit im Versorgungsgebiet. Das nächtliche Einschlafen der Hände (Brachialgia paraesthetica nocturna) ist zumeist das erste Symptom, welches Patienten schildern. Bei zunehmender Druckschädigung tritt dieses auch tagsüber bei bestimmten Tätigkeiten, wie beispielsweise Radfahren oder Verrichtungen auf, bei denen die Hände stark eingesetzt werden.

Zunächst können die Beschwerden noch durch Stellungsänderung des Armes, Ausschütteln der Hände und Reiben bzw. „Pumpen“ der Finger gelindert werden. Bei fortschreitender Druckschädigung des N. medianus werden die Parästhesien oftmals permanent empfunden. Hinzu kommen elektrisierende Missempfindungen bei Greifbewegungen, welche von den Patienten als Stromschläge beschrieben werden (Dt. Ges. f. Handchirurgie et al., 2012).

Pathogenese

Der konstitutionellen Verengung des Karpaltunnels können verschiedene Ursachen zugrunde liegen. Diese betreffen u. a.

- anatomische Variationen des Karpaltunnels,
- ödematöse Zustände des Sehnengleitgewebes, hervorgerufen durch rheumatische, hormonelle oder stoffwechselbedingte Veränderungen, z. B. im Rahmen einer Gichterkrankung,
- überlastungsbedingte oder tätigkeitsbedingte Beschwerden, repetitive Arbeiten (z. B. Schreibarbeiten),
- Traumata der Handwurzelknochen oder des distalen Radius,
- arthrotische Zustände sowie
- tumoröse Raumforderungen, wie z. B. Ganglien und Lipome.

Diagnose

Grundlegend für die Diagnosestellung gilt die Anamnese gestützt durch die klinische Untersuchung, bei der Parästhesien im Versorgungsgebiet des N. medianus sowie in fortgeschrittenen Stadien die Rückbildung der Daumenballenmuskulatur, welche eine Ab- und Anspreizschwäche des Daumens nach sich zieht.

Weiterhin kommen elektrophysiologische Diagnostikverfahren zum Einsatz, um eine reduzierte Nevenleitfähigkeit des N. medianus darzustellen (Dt. Ges. f. Handchirurgie et al., 2012).

Differentialdiagnostik

Insbesondere bei asymptomatischen Befunden sind Differentialdiagnosen zu beachten. Hierbei sind insbesondere Nervenwurzelirritationen der unteren Halswirbelsäulensegmente von Bedeutung. Als weitere zu berücksichtigende Differentialdiagnosen sind Polyneuropathien, Kompartmentsyndrome sowie sonstige Nervenläsions- oder -kompressionssyndrome zu beachten (Dt. Ges. f. Handchirurgie et al., 2012).

Behandlung

Im Frühstadium sowie bei geringer Symptomausprägung wird die konservative Therapie empfohlen, welche die Verordnung einer palmaren Handgelenksschiene sowie lokale Kortikoidinfiltrationen umfasst. Laut aktueller Leitlinie, herausgegeben von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, werden in diesem Stadium weder die Gabe nichtsteroidaler Antiphlogistika noch die physiotherapeutische Behandlung als zielführend erachtet (Dt. Ges. f. Handchirurgie et al., 2012).

Bei einer Persistenz oder Progredienz der Beschwerden gilt die operative Therapie als Methode der Wahl. Hier kommen offene sowie endoskopische Verfahren zum Einsatz, bei denen keine Methode eindeutig überlegen ist.

In der postoperativen Behandlung steht die Frühmobilisation im Sinne einer funktionellen Übungsbehandlung im Mittelpunkt, welche im Rahmen physiotherapeutischer Verordnungen verwirklicht werden kann. Vom postoperativen Tragen einer Handgelenksschiene zur Immobilisation des

Handgelenks wird hier ausdrücklich abgeraten, um eine frühe Gebrauchsfähigkeit der Hand nicht zu verhindern (Gerritsen et al., 2002).

5.3 Epidemiologie

Valide Daten zur Prävalenz und Inzidenz des Karpaltunnelsyndroms in Deutschland fehlen bislang. Die bis dato vorliegenden Daten variieren je nach Definition und Art der Klassifikation des Krankheitsbildes. Dies zeigt sich auch bei der Betrachtung internationaler Ergebnisse, die sehr divergierende Angaben beinhalten. So wird beispielsweise für die erwachsene Bevölkerung Südschwedens eine Jahresprävalenz elektroneurographisch gesicherter Diagnosen von 4,9 % genannt (Atroshi et al., 1999). Weitere internationale Ergebnisse variieren zwischen einer Jahresprävalenz von 1,6 bis 41 % (Huisstede et al., 2006). Die Inzidenz des Karpaltunnelsyndroms wird mit 3,45 Fällen auf 1.000 Einwohner je Jahr angegeben (Nordstrom et al., 1998).

5.4 Versorgungsanalysen

Fragestellung und Methoden

Die vorliegende Analyse soll Auskunft über die Krankheitslast sowie die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln bei der Diagnose des Karpaltunnelsyndroms geben. Dabei sollen folgende Fragen geklärt werden:

- Wie hoch sind Prävalenz und Inzidenz des Karpaltunnelsyndroms nach Alter und Geschlecht unter den Versicherten der BARMER GEK? Dies soll insbesondere vor dem Hintergrund fehlender valider epidemiologischer Daten für die Krankheitslast des Beschwerdebildes in Deutschland erfolgen.

- Welche Therapien der Heil- und Hilfsmittelversorgung kommen nach Diagnosestellung wann und in welcher Reihenfolge zum Einsatz? Welche Kosten werden durch die Heil- und Hilfsmittelversorgung verursacht?
- Welche Evidenz liegt für die derzeitigen Behandlungsansätze vor? Erfolgt die Behandlung leitliniengerecht?
- Können anhand der zugrundeliegenden Daten Aussagen über die Bedarfsgerechtigkeit der therapeutischen Leistungen gemacht werden?

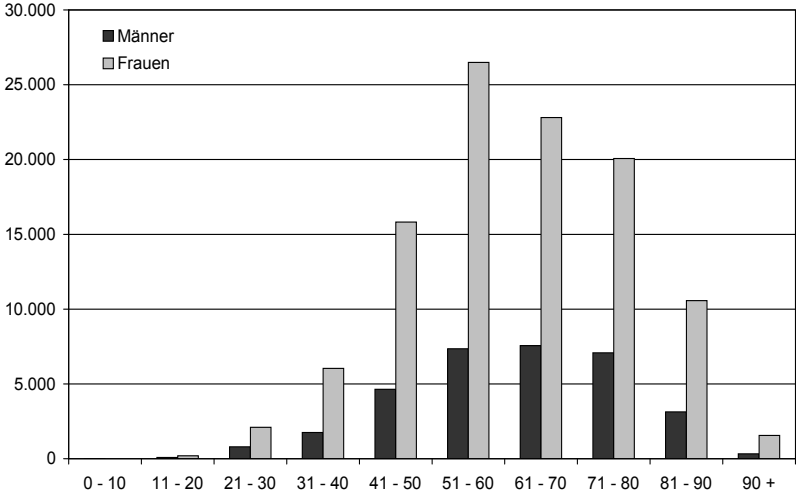
Zu diesem Zweck wurden die Heil- und Hilfsmittel-, ambulant-ärztliche Daten sowie Stammdaten der BARMER GEK Versicherten der Jahre 2010 und 2011 analysiert. Fälle wurden anhand des ICD-Codes „G56.0“ identifiziert. Als inzidente Fälle wurden Patienten mit einer ambulant-ärztlichen Karpaltunnelsyndrom-Diagnose im Jahr 2010, aber ohne das Vorliegen einer entsprechenden Diagnose im Jahr 2009 definiert.

Prävalenz des Karpaltunnelsyndrom

Für die hier vorliegenden Berechnungen wurden Fälle mit mindestens einer gesicherten ICD-10-Diagnose „G56.0“ im Jahr 2010 identifiziert. Bei 1,19 % aller Versicherten (n=138.413) liegt eine entsprechende Diagnose vor. Frauen waren mit 76 % aller Fälle deutlich häufiger betroffen als Männer.

Abbildung IV.14 stellt die Alters- und Geschlechterverteilung der vom Karpaltunnelsyndrom Betroffen dar. Es wird deutlich, dass die Erkrankung am häufigsten zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr auftritt. Die Beobachtungen des Erkrankungsalters wie auch des Geschlechterverhältnisses geht mit anderen Studienergebnissen konform (Lamberti & Light, 2002; Geoghegan et al., 2004).

Abbildung IV.14 Versicherte mit der Diagnose Karpaltunnelsyndrom nach Alter und Geschlecht (BARMER GEK 2010)

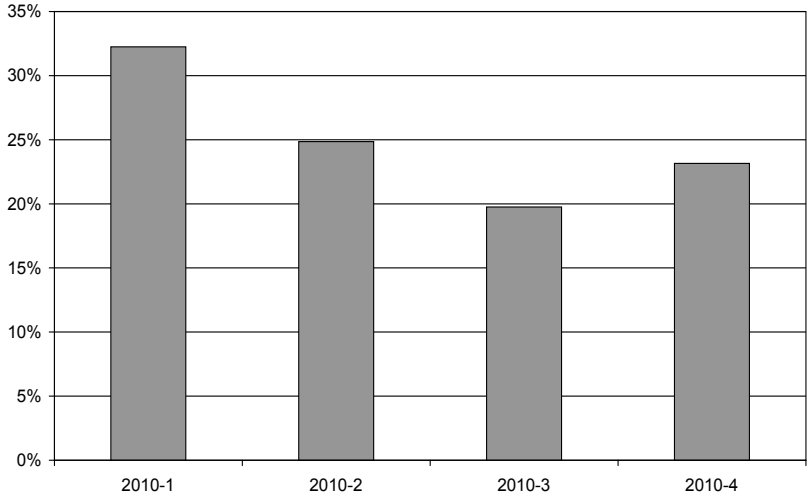


Inzidenz des Karpaltunnelsyndroms

Im Jahr 2010 waren unter den BARMER GEK Versicherten 67.552 inzidente Karpaltunnelsyndrom-Fälle zu verzeichnen. Frauen waren mit 75 % dreimal so häufig betroffen wie Männer mit 25 %. Von allen Patienten waren 40 % rechtsseitig, 25 % linksseitig sowie 35 % beidseitig betroffen.

Betrachtet man die Quartale, in denen eine entsprechende Diagnose aus der ambulant-ärztlichen Versorgung zur Abrechnung kam, erkennt man, dass sich die Abrechnungsvolumina mit nahezu gleichen Teilen auf die Quartale verteilen. Ein Drittel der Fälle wurde im ersten Quartal dokumentiert, auf das dritte Quartal entfielen 20 % der Fälle.

Abbildung IV.15 Abrechnung der Diagnose Karpaltunnelsyndrom nach Quartalen in Prozent (BARMER GEK 2010)



Das beobachtete Patientenkollektiv erhielt im Jahr 2010 insgesamt 142.383 Verordnungen über Heil- und Hilfsmittel. Die Verordnung erfolgte im Durchschnitt nach 192 Tagen, wobei die Patienten im Mittel nach 92 Tagen ein Hilfsmittel verordnet bekamen und deutlich später, nach 206 Tagen, eine physiotherapeutische Leistung.

Hilfsmittelversorgung im ersten Jahr nach Diagnosestellung

Die Verordnungen von Handgelenksbandagen (APN 050702XXXX) und -orthesen (APN 230702XXXX), welche für die Erkrankung des Karpaltunnelsyndroms nach den aktuellen Leitlinien empfohlenen werden, wurden einer genaueren Analyse unterzogen.

Im ersten Jahr nach Diagnosestellung wurden 18.259 Handgelenksbandagen oder -orthesen verordnet. Somit wurden 27 % aller inzidenten Karpaltunnelsyndrom-Fälle im ersten Jahr nach Diagnosestellung mit einem

solchen Hilfsmittel versorgt, wovon mit 97 % der größte Anteil auf Bandagen zurückzuführen ist. Die Gesamtkosten für die Verordnung von Hilfsmitteln im ersten Jahr nach Diagnosestellung beliefen sich auf 8,12 Euro pro Versichertem. Ca. 80 % der Verordnungen entfielen auf Frauen. Prozentual erhalten Frauen mit einem Anteil von 28 % mehr Verordnungen als Männer mit 22 %.

Heilmittelversorgung im ersten Jahr nach Diagnosestellung

Für die Auswertung von Heilmittelverordnungen innerhalb des ersten Jahres nach Diagnosestellung des Karpaltunnelsyndroms wurden 215.298 Physiotherapieverordnungen einer näheren Betrachtung unterzogen. Zu diesem Zweck wurden Leistungen identifiziert, welche von Physiotherapeuten oder Masseuren erbracht wurden und einen entsprechenden Diagnoseschlüssel aufwiesen. Diese verursachten Gesamtkosten von etwa 11,5 Mio. Euro, was 171 Euro pro Versichertem entspricht und damit deutlich über den Ausgaben für Hilfsmittel liegt.

Physiotherapie wird bei der Behandlung des Karpaltunnelsyndroms lediglich im postoperativen Verlauf empfohlen. Im Frühstadium ist diese laut aktueller Studienlage nicht indiziert (Muller et al., 2004). Für die vorliegenden Ergebnisse wurden Physiotherapieleistungen unabhängig von einem chirurgischen Eingriff analysiert. Um einen kausalen Zusammenhang zwischen der Karpaltunnelerkrankung und einer Physiotherapieverordnung herzuleiten, wurde der Indikationsschlüssel „EX“ für Erkrankungen der Extremitäten zugrunde gelegt.

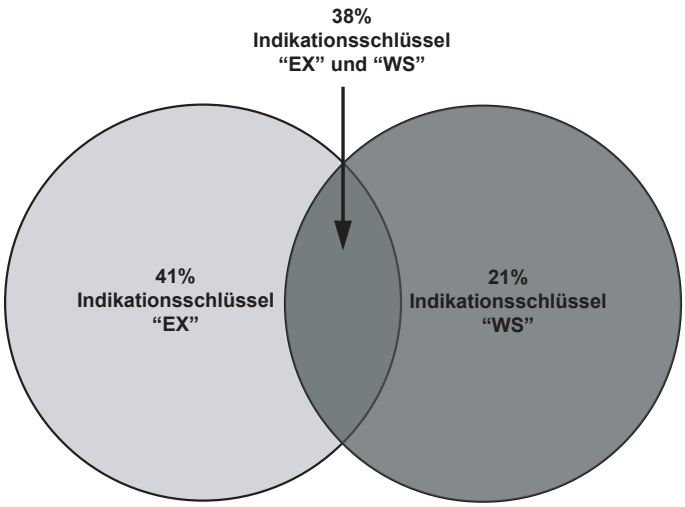
Im ersten Jahr nach Diagnosestellung wurden 56 % der Frauen und 47 % der Männer mit Karpaltunnelsyndrom physiotherapeutische Leistungen verordnet. Durchschnittlich entfallen 2,4 Physiotherapieverordnungen auf eine weibliche Patientin und 1,9 Verordnungen auf einen männlichen Betroffenen.

Tabelle IV.12 Kennzahlen der Physiotherapieversorgung von Patienten mit Karpaltunnelsyndrom nach Geschlecht

	Männer	Frauen
Leistungsversicherte	7.966	28.016
Anzahl der Rezepte	32.347	120.682
Ausgaben in €	2.395.612,58	9.134.842,11
Ausgaben pro LV in €	300,73	326,06

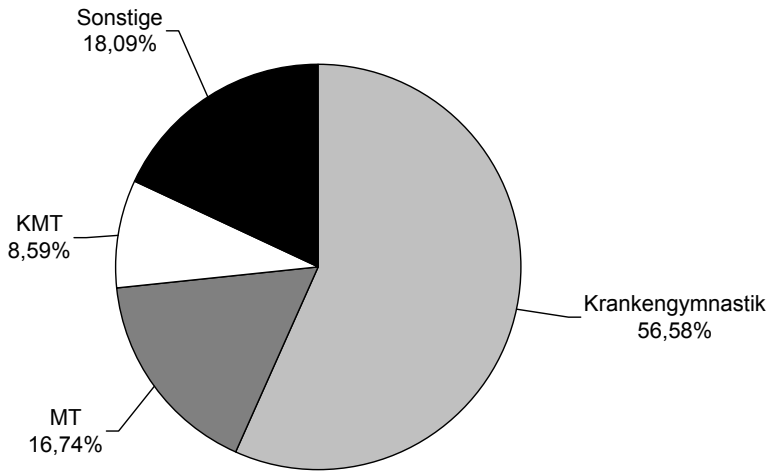
Viele Patienten, die an einem Karpaltunnelsyndrom leiden, haben ebenso Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule. Die Betrachtung der Doppelverordnungen sowohl für den Indikationsschlüssel „EX“ (Erkrankungen der Extremitäten) als auch „WS“ (Wirbelsäulenerkrankungen) zeigt, dass 38 % der Patienten nicht nur wegen des Karpaltunnelsyndroms, sondern auch wegen Rückenbeschwerden physiotherapeutisch behandelt werden.

Abbildung IV.16 Verteilung der Indikationsschlüssel „EX“ (Erkrankungen der Extremitäten) und „WS“ (Wirbelsäulenerkrankungen)



Als Heilmittel werden vorwiegend Krankengymnastik als Einzelbehandlung (57 %), Manuelle Therapie (17 %) und Klassische Massagetherapie (9 %) verordnet. Im Rahmen der Physiotherapie werden den Patienten Bewegungsübungen für das Handgelenk vermittelt, um eine Abschwächung der Daumenballenmuskulatur zu verhindern. Weiterhin werden Funktionsübungen und manualtherapeutische Mobilisationen der Handwurzelknochen und des Mediannervs, um einer Druckschädigung des Nervens entgegenzuwirken, durchgeführt (List, 2009). Für die Wirksamkeit von passiven Maßnahmen wie der Klassischen Massagetherapie gibt es derzeit keine Belege (Cook et al., 1995).

Abbildung IV.17 Physiotherapieverordnungen bei Karpaltunnelsyndrom nach Leistungsart (BARMER GEK 2010)



KMT=Klassische Massagetherapie
MT=Manuelle Therapie

5.5 Diskussion

Die Versorgung des Karpaltunnelsyndroms mit einer Handgelenksschiene wird in den nationalen Leitlinien der AWMF, wie auch in internationalen Handlungsempfehlungen, nur im Frühstadium der Erkrankung bei geringer Symptomausprägung als konservativer Behandlungsversuch empfohlen. Bei fortgeschrittenen Symptomen zeigen aktuelle Studien kaum Effekte für das Tragen einer Handgelenksschiene (Dt. Ges. F. Handchirurgie et al., 2012; AAOS, 2008). Die Betrachtung des Verordnungsverhaltens im Jahr 2010 zeigt, dass über ein Viertel der Patienten dieses Hilfsmittel innerhalb des ersten Jahres nach Diagnosestellung beziehen. Dieses könnte ein Hinweis darauf sein, dass viele Patienten nur eine geringe Beschwerdelast spüren. Bedenkt man jedoch, dass ca. 13 % aller Patienten zunächst nach im Mittel 92 Tagen nach Diagnosestellung ein Hilfsmittel und ca. 100 Tage später zusätzlich ein Heilmittel verordnet bekommen, erscheinen Bandagen und Orthesen in der Therapie des Karpaltunnelsyndroms keinen ausreichenden Effekt zu erzielen und machen eine weitere Heilmitteltherapie notwendig. Ob dieses einer mangelnden Adhärenz beim Tragen des Hilfsmittels geschuldet ist oder mangelnder Wirksamkeit, kann an dieser Stelle nicht beurteilt werden.

In den Leitlinienempfehlungen und den darin enthaltenen Hinweisen zur Differentialdiagnostik findet der Ausschluss von Nervenwurzelirritationen der unteren Halswirbelsäule ausdrückliche Erwähnung. Aufgrund des hohen Anteils von 38 % der Patienten, der sowohl wegen des Karpaltunnelsyndroms als auch wegen Wirbelsäulenbeschwerden physiotherapeutisch behandelt wurde, erscheinen Wirbelsäulenerkrankungen als Begleiterkrankungen keine Seltenheit darzustellen. Auch die hohe Zahl von beidseits vom Karpaltunnelsyndrom Betroffenen könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Symptome häufig der Ausdruck einer Affektion der unteren Halswirbelsäulensegmente im Sinne einer Radikulopathie sind. Eine differenziertere Diagnostik und Therapie ist demnach notwendig.

Für die Effekte von physikalischen Maßnahmen bei der Behandlung des Karpaltunnelsyndroms liegen bislang nur wenige wissenschaftliche Ergebnisse vor. So werden Neurale Mobilisationstechniken ebenso wie Übungsbehandlungen und Handwurzelmobilisationen diskutiert (Muller et al., 2004). Aufgrund der geringen Evidenz wurde bislang noch keine Empfehlung für den Einsatz von Physiotherapie in der präoperativen Behandlung des Karpaltunnelsyndroms ausgesprochen. Umso mehr überraschen die hohen Verordnungsvolumina. Die auffälligen Geschlechterunterschiede in der Versorgung – Frauen beziehen sowohl mehr Hilfsmittel als auch Heilmittel – entsprechen den allgemeinen Analysen zur Heil- und Hilfsmittelversorgung. Ob dieses Phänomen im Rahmen des Karpaltunnelsyndroms auf eine höhere Beschwerdelast zurückzuführen ist, kann an dieser Stelle nur vermutet werden.

5.6 Fazit

Die Analyse der Verordnungen von Heil- und Hilfsmitteln bei dem Erkrankungsbild des Karpaltunnelsyndroms gibt – gemessen an der derzeitigen Studienlage – Hinweise auf eine mögliche Fehl- und Überversorgung. Zur Beurteilung der Wirkungsweise und Effektivität der Anwendung von Bandagen als auch der physiotherapeutischen Behandlung im Frühstadium der Erkrankung besteht ein erhebliches Defizit an wissenschaftlichen Untersuchungen. Unklar bleiben die Gründe für erhebliche Geschlechterunterschiede in der Versorgung und für die kombinierte aber zeitversetzte Anwendung von zunächst Bandagen und deutlich später der Physiotherapie.

6. Bandagen und Orthesen/Schienen

6.1 Einleitung

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

Das Wort „Orthese“ leitet sich aus dem Griechischen ab und bedeutet „gerade, aufrecht, richtig“ und erklärt, warum man in unserem Sprachgebrauch diese Hilfsmittel lange als Schienen oder Stützapparate bezeichnet hat. Nach der ISO-Norm 8549-1 ist unter einer Orthese eine von außen angebrachte Vorrichtung zu verstehen, die aus einzelnen Bauteilen oder Gruppen besteht und über eines oder mehrere Gelenke die neuromuskulären und skelettalen Systeme beeinflusst. Eine funktionelle Einteilung von Orthesen mit klinischen Zielen, Anforderungen, Biomechanik und Design beinhaltet die im Jahr 2003 veröffentlichte ISO-Norm 8551:2003 (s. Tabelle IV.13).

Tabelle IV.13 Funktionelle Einteilung von Orthesen nach ISO-Norm

Fehlstellungen vorbeugen
Fehlstellungen reduzieren
Fehlstellungen halten
Gelenkbeweglichkeit begrenzen
Gelenkbeweglichkeit verbessern
Längenausgleich
Schlaffe Lähmung kompensieren
Spastische Lähmung kontrollieren
Belastung auf Gewebe reduzieren/umverteilen

Quelle: nach Specht et al., 2008, S. 3

Die Wirkung von Orthesen basiert auf biomechanischen Prinzipien durch Übertragung von Kräften auf die durch die Orthese eingeschlossenen Segmente und auf der Basis von Hebelgesetzen (Specht et al., 2008). Eine wichtige Rolle spielt das Drei-Punkt-System, bestehend aus zwei haltenden bzw. stabilisierenden Kräften und einer aktiven bzw. korrigierenden Kraft, die oberhalb und unterhalb eines Gelenkes angebracht werden, um eine Winkelveränderung in einer Ebene zu erzielen.

Bandagen (frz. bandage „Verband, Binde“) sind „körperteilumschließende oder körperteilanliegende, meist konfektionierte Hilfsmittel“ (GKV-Spitzenverband, 2012b). Sie wirken komprimierend oder funktionssichernd beispielsweise nach Prellungen oder Zerrungen. Bandagen dienen überwiegend der Behandlung von akuten, aber auch von dauerhaft anhaltenden Weichteilerkrankungen. Sie stabilisieren und stützen, fixieren den Bewegungsapparat auf bestimmte Bewegungsrichtungen und entlasten Gelenke und Bänder. Eine Vielzahl von Bandagen wird auch zur Prophylaxe eingesetzt, um Verletzungen, beispielsweise im Sport, vorzubeugen. Diese Leistungen werden nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen und fallen in den selbst zu finanzierenden Bereich.

Die zu Lasten der GKV verordnungsfähigen Orthesen und Bandagen werden im Hilfsmittelverzeichnis unter den Produktgruppen „05 Bandagen“ und „23 Orthesen/Schienen“ gelistet. Da zahlreiche Bandagen auch Stabilisierungselemente aufweisen, sind die beiden Produktgruppen eng miteinander verknüpft und wurden bis 2008 in einer Produktgruppe gelistet. Im Juni 2008 erfolgte gemäß § 139 SGB V die Bekanntmachung der Spitzenverbände der Krankenkassen über die Erstellung einer eigenen Produktgruppe „Orthesen/Schienen“ und über die Fortschreibung der Produktgruppe „Bandagen“ des Hilfsmittelverzeichnisses. Damit wurde den Unterschieden der Hilfsmittel in Indikation, Bau und Funktion Rechnung getragen.

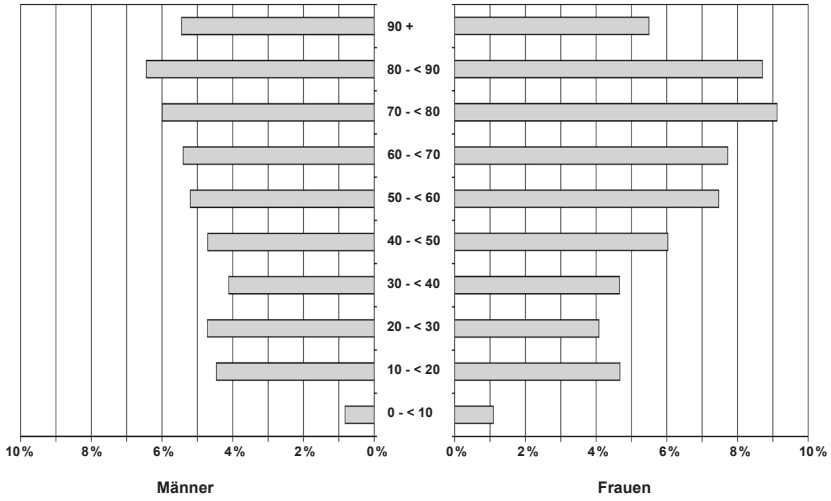
Die Wirksamkeit von Orthesen und Bandagen ist nur unzureichend nachgewiesen und hängt in großem Maß von der Akzeptanz der Hilfsmittel bei den Patienten ab. Auf der Basis wissenschaftlicher Ergebnisse wird bei einzelnen Indikationen eine Orthese empfohlen. So kann bei der Versorgung einer vorderen Kreuzbandruptur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

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

6.2 Versorgungsanalyse: Bandagen und Orthesen in der BARMER GEK

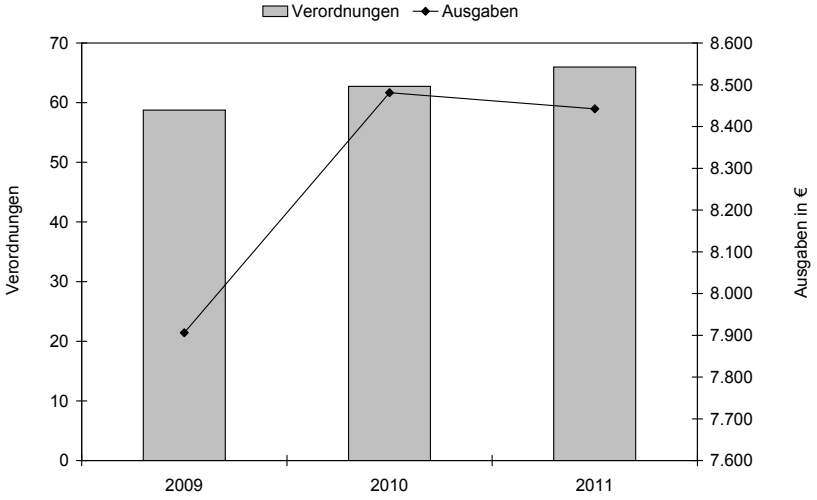
Im Jahr 2011 erhielten etwa 504.000 Versicherte der BARMER GEK Orthesen oder Bandagen. Bei Ausgaben von zusammen rund 77 Mio. Euro entfallen damit durchschnittlich 145 Euro auf jeden Leistungsversicherten. Mit 65 % ist der überwiegende Anteil der Leistungsversicherten weiblich. Die höchste Versorgungsprävalenz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

Abbildung IV.18 Anteil Leistungsversicherter mit Bandagen- oder Orthesenversorgung an Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht 2011



Während im Zuge der Umstrukturierungen in den Produktgruppen Orthesen und Bandagen und dem damit verbundenen „Umzug“ der Orthesen in die neu entstandene Produktgruppe 23 die Anzahl der Verordnungen für Bandagen zwischen 2009 und 2011 rückläufig ist, werden im selben Zeitraum deutlich mehr Orthesen verordnet. Für beide Gruppen zusammen stieg innerhalb der letzten Jahre die Anzahl der Verordnungen von 59 auf 66 pro 1.000 Versicherte. Rückläufig sind innerhalb dieses Zeitraums auch die Ausgaben für Bandagen (von 4,4 auf 3,8 Mio. Euro pro 1.000 Versicherte). Die Ausgaben für Orthesen stiegen jedoch um 30 % (von 3,5 auf 4,6 Mio. Euro pro 1.000 Versicherte). Für beide Produktgruppen zusammen zeigt sich vor allem ein deutlicher Ausgabenanstieg von 2009 auf 2010 (s. Abbildung IV.19).

Abbildung IV.19 Verordnungen und Ausgaben für Bandagen und Orthesen pro 1.000 Versicherte von 2009 bis 2011



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

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

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

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

und Sicherheit gemäß der europäischen Richtlinie 93/42 EWG, die im deutschen Medizinproduktegesetz umgesetzt ist, beachten und sich in Herstellung und Qualität an anerkannten Leitlinien bzw. Lehrmeinungen des Bundesinnungsverbandes und der Bundesfachschule orientieren. Sie müssen aber vor allem die Wiedererlangung und Erhaltung der Geh- und Stehfähigkeit der Patienten ermöglichen.

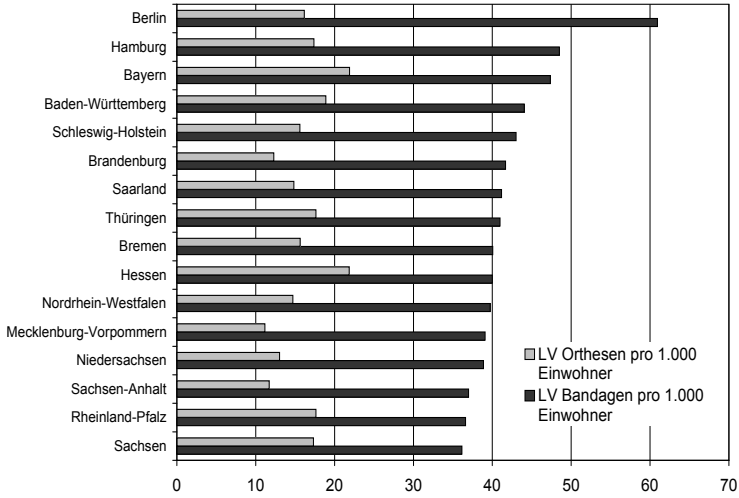
Tabelle IV.15 Orthesen nach Anwendungsort – „Top 5“ in Ausgaben und Verordnungen 2011

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

Wie in anderen Leistungsbereichen finden sich auch bei der Versorgung mit Bandagen und Orthesen regionale Unterschiede, die Fragen hinsichtlich der Versorgungspräferenzen lokaler Kliniken und Ärzte aufwerfen (s. Abbildung IV.20). Die alters- und geschlechtsstandardisierten Versorgungsraten für Bandagen zeigen, dass die Städte Berlin (61 LV pro 1.000 Einwohner) und Hamburg (49 LV pro 1.000 Einwohner) mit hoher Einwohnerdichte und einem hohen Versorgungsgrad an spezialisierten Ärzten und Kliniken weit vor den ländlich geprägten Bundesländern Sachsen (36 LV pro 1.000 Einwohner) oder Rheinland-Pfalz (37 LV pro 1.000 Einwohner) liegen.

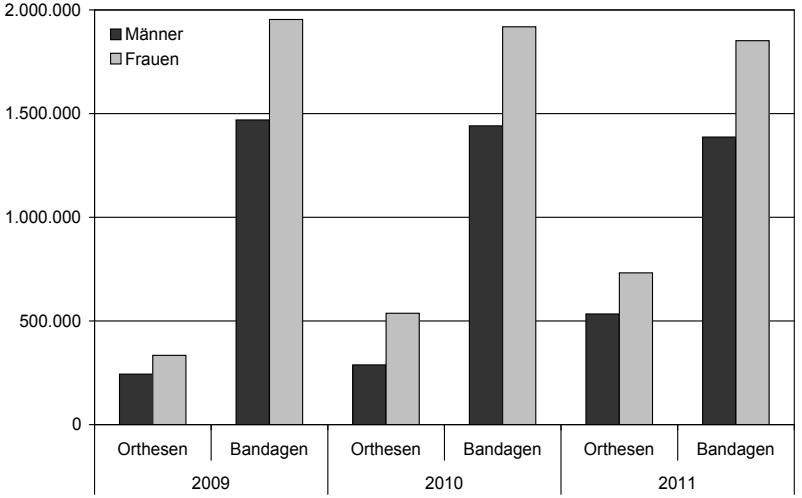
Diese Unterschiede sind in der Orthesenversorgung nicht so deutlich zu erkennen. Dabei zeigen einige ostdeutsche Bundesländer wie Mecklenburg-Vorpommern (11 LV pro 1.000 Einwohner), Sachsen-Anhalt (12 LV pro 1.000 Einwohner) und Brandenburg (12 LV pro 1.000 Einwohner) die niedrigsten standardisierten Versorgungsraten. An führender Stelle stehen die Länder Bayern und Hessen (jeweils 22 LV pro 1.000 Einwohner).

Abbildung IV.20 Bandagen- und Orthesenversorgung nach Bundesland 2011 – Leistungsversicherte pro 1.000 Einwohner (stand. D 12/2010)



Seit der Einführung der Produktgruppe „Orthesen/Schienen“ im Jahr 2008 und der Fortschreibung der Produktgruppe „Bandagen“ ist die Anzahl der mit Bandagen versorgten Patienten rückläufig. Sowohl für Männer als auch für Frauen ist diese Tendenz zwischen 2009 und 2011 nach alters- und geschlechtsstandardisierten Ergebnissen erkennbar. Der umgekehrte Trend zeigt sich in der Versorgung mit Orthesen. Hier könnten neben den Effekten der Produktgruppenfortschreibung auch Entwicklungen der Hersteller ausschlaggebend sein. Während der Markt der Bandagen sich mit Billigangeboten bei Discountern sehr in den Selbstzahlerbereich verlagert hat, bleibt die Versorgung mit Orthesen vorwiegend eine ärztlich verordnete Leistung zu Lasten der GKV.

Abbildung IV.21 Anzahl Leistungsversicherte für Bandagen bzw. Orthesen nach Geschlecht von 2009 bis 2011 (stand. D 2009)



6.3 Untersuchung der Therapiemitarbeit bei medizinischen Hilfsmitteln

Susanne Dannehl

Einleitung

In vielen Bereichen der medizinischen Versorgung bestehen Defizite in der Therapiemitarbeit von Patienten (engl. compliance), beispielsweise werden Medikamente nicht regelmäßig eingenommen oder Präventionsmaßnahmen nicht umgesetzt. Bei der Behandlung mit medizinischen Hilfsmitteln ist eine hohe Therapiemitarbeit besonders bedeutsam, weil die Patienten die komplexe Behandlung kontinuierlich und über mehrere Wochen bewerkstelligen müssen und dabei wenige medizinische Kontrollen erfolgen. Eine geringe Therapiemitarbeit wirkt sich auf die Chronizität der Beschwerden aus (WHO, 2003).

Forschungsfragen im Bereich Therapiemitarbeit

Die Therapiemitarbeit von Patienten wird nicht als primäre Zielstellung der klinischen Forschung eingeordnet. Klinisch relevante Fragestellungen, etwa zur Wirksamkeit von Behandlungen, setzen aber eine ausreichende Therapiemitarbeit voraus. In welchem Umfang die Therapiemitarbeit als ausreichend gewertet wird, ist bisher für kaum eine Indikation verbindlich festgelegt. Einige Untersuchungen zur Medikamenteneinnahme definieren eine hohe Therapiemitarbeit mit über 80 % der verordneten Dosierung, andere verlangen die vollständige Umsetzung der Verordnung (Gorenoi et al., 2007). Unregelmäßige Abweichungen vom empfohlenen Behandlungsschema werden kaum erfasst, obwohl Schwankungen des Therapieverhaltens im Verlauf einer längeren Therapiemaßnahme häufig auftreten. Die meisten Untersuchungen beschäftigen sich mit der Therapiemitarbeit in einem dichotomen Ansatz, d. h. es wird unterschieden, ob an der Behandlung teilgenommen oder nicht teilgenommen wurde.

Im Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen von 2000/2001 „Steigerung von Effizienz und Effektivität der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ wurde eine stärkere Beachtung der Einflussfaktoren auf die Therapiemitarbeit in der Versorgungsforschung gefordert. Der Fokus sollte dabei u. a. auf der Vermittlung von Bewältigungsstrategien und Selbstmanagement-Kompetenzen liegen. Maßnahmen zur Verbesserung der Therapiemitarbeit können dabei einzelne Behandlungsbereiche fokussieren, beispielsweise patientenbezogene Faktoren, therapiebezogene Faktoren und sozioökonomische Faktoren (SVR, 2002).

Studien zur Therapiemitarbeit bei Orthesen der unteren Extremität

Im vergangenen Jahr wurde an der TU Berlin in zwei Studien bei Orthesen der unteren Extremität während der Behandlung nach Knie- oder Fußoperationen die Therapiemitarbeit mit einer objektivierten Messung untersucht.

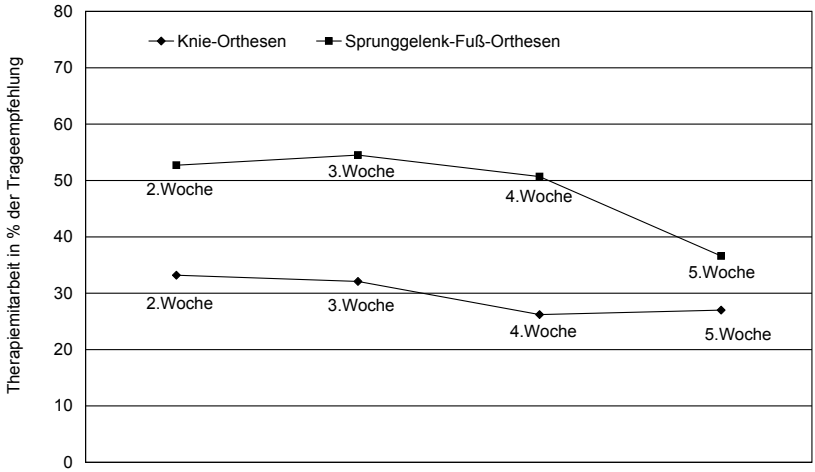
Es nahmen 105 Patienten an der sechswöchigen Befragung teil, davon 52 Patienten mit funktionellen Knie-Orthesen und 53 Patienten mit Sprunggelenk-Fuß-Orthesen. Die Erfassung der Verwendungszeit wurde mit einem Sensor-System der Firma KSW microtec durchgeführt, das eine Wärmeerfassung an den körperanliegenden Hilfsmitteln mit Zeit- und Datumsangabe ermöglichte. In Vorversuchen konnte eine Wärmeentwicklung von mindestens 28 Grad Celsius am Hilfsmittel als Kriterium für die Verwendung definiert werden. Daraus war im Therapieverlauf ersichtlich, wie lange die Orthese täglich genutzt wurde.

Die Patienten wurden zu Beginn der Behandlung mit der Orthese und nach sechswöchiger Verwendungsdauer zu ihrer Mitwirkung in der Therapie und zur Zufriedenheit mit dem Hilfsmittel befragt. Die Hälfte der Befragten erhielt eine Intervention innerhalb der zusätzlich wöchentlichen Kurzbefragungen zum Verlauf. In dieser Intervention wurde die Planung von Bewältigungsschritten angeleitet, um in der Orthesenverwendung besser zurechtzukommen.

Abbildung IV.22 Sensor an einer Knie-Orthese/Verpackung des Sensors im Nylon-Sachet (bei den Sprunggelenk-Fuß-Orthesen wurde die Sensorkarte im Innenfutter getragen)



Abbildung IV.23 Dokumentiertes Therapieverhalten im Behandlungsverlauf



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

Diskussion

Die Fragestellung der beschriebenen Untersuchungen zielte nicht darauf ab, das Trageverhalten bestmöglich vorherzusagen. Dafür hätten weitere Einflussfaktoren, wie die Therapeuten-Patienten-Beziehung einbezo-

gen werden müssen. Die Analyse wurde mit einem Schwerpunkt auf die Mensch-Technik-Interaktion durchgeführt. Es wurde jedoch deutlich, dass Orthesenmerkmale einen Einfluss auf die Therapiemitarbeit haben.

Die in den Untersuchungen benannten Verwendungsprobleme waren zum Teil aus anderen Untersuchungen an Knie-Orthesen bekannt. Jedoch waren bisher nicht die Auswirkungen auf das Therapieverhalten untersucht und die Bewältigungsstrategien der Patienten einbezogen worden. Die Orthesen wurden trotz der Verwendungsprobleme von den Patienten als ein geeignetes Hilfsmittel bewertet, um den Alltag mit gesundheitlichen Einschränkungen besser zu bewältigen.

Für beide Hilfsmittelgruppen konnten jedoch ähnliche Problembereiche festgestellt werden, die bisher in der nutzergerechten Gestaltung nicht ausreichend berücksichtigt wurden. Es zeigte sich eine schlechte Passung der Orthesen. Dadurch wurden Druckstellen, Einschnürungen oder Verrutschen begünstigt. Darüber hinaus wurden die ungünstigen mikroklimatischen Verhältnisse zwischen Haut und der Orthese kritisiert, die Materialien waren nicht atmungsaktiv. Das führte zu massiven Beeinträchtigungen des Tragekomforts.

Eine Verbesserung der Ergonomie dieser von den Patienten selbstständig genutzten Hilfsmittel ist ebenso bei der Anleitung erforderlich. Die Planungsintervention erwies sich in den Studien nicht als ein geeignetes Mittel, um die Patienten in der Verwendung zu unterstützen. Die Patienten beschrieben die gleichen Problemstellungen in den gleichen Zeitverläufen mit ähnlichen individuellen Lösungsversuchen. Dieser Beratungsbedarf kann durch verhaltensnahe Produktanleitungen in Form von Frequently Asked Questions (FAQ) sehr gut dargestellt werden.

6.4 Zusammenfassung

Bandagen und Orthesen sind häufig eingesetzte Hilfsmittel und finden vor allem bei neurologischen und orthopädisch-chirurgischen Indikationen Anwendung. Erst seit 2008 werden sie in unterschiedlichen Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses gelistet: „05 Bandagen“ und „23 Orthesen/Schienen“. Zur Beurteilung der Effektivität und Effizienz fehlt es vor allem an spezifischen Versorgungsanalysen wie auch Ergebnissen zur Patientenakzeptanz.

In der BARMER GEK entfielen im Jahr 2011 auf je 1.000 Versicherte 66 Verordnungen über Orthesen oder Bandagen. Eine zunehmende Tendenz zeichnet sich vor allem in der Versorgung von Versicherten zwischen 40 und 60 Jahren ab. Dabei spielen Produkte für Knie und Rücken eine sehr große Rolle. Vor allem die Produktgruppe der Orthesen gewinnt in der Häufigkeit von Verordnungen und den Kosten zu Lasten der Krankenkassen eine steigende Bedeutung. Daher ist es wichtig, die Therapiemitarbeit und Akzeptanz der Orthesen auf Seiten der Patienten näher zu betrachten. Die Studien der TU Berlin belegen dazu, dass entgegen der Trageempfehlungen sehr oft auf das Hilfsmittel verzichtet wird. Dabei stehen Probleme mit schlechter Passung und einem eingeschränkten Tragekomfort im Mittelpunkt, für deren Behebung der Leistungserbringer verantwortlich ist.

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

V. Verzeichnisse

1. Tabellenverzeichnis

Tabelle I.1 Einteilung der Medizinprodukte anhand von europäischen Richtlinien 13

Tabelle I.2 Leistungsausgaben der BARMER GEK im Jahr 2011 23

Tabelle I.3 Kennzahlen der in 2010 und 2011 verordneten Leistungen für die BARMER GEK Versicherten in den Leistungsbereichen Heil- und Hilfsmittel 25

Tabelle I.4 Ausgaben der BARMER GEK für unterschiedliche Heilmittel im Jahr 2011 in Euro 28

Tabelle II.1 Anzahl der mit der BARMER GEK abrechnenden Leistungserbringer 38

Tabelle II.2 Kennzahlen der Heilmittelversorgung 2010 und 2011 in der BARMER GEK 38

Tabelle II.3 Kennzahlen der Ergotherapieversorgung 2010 und 2011 in der BARMER GEK 40

Tabelle II.4 Kennzahlen der Logopädieversorgung 2010 und 2011 in der BARMER GEK 41

Tabelle II.5 Kennzahlen der Physiotherapieversorgung 2010 und 2011 in der BARMER GEK 42

Tabelle II.6 Kennzahlen der Podologieversorgung 2010 und 2011 in der BARMER GEK 44

Tabelle III.1 Ausgaben für Hilfsmittelleistungen von sonstigen Leistungserbringern 53

Tabelle III.2 Kennzahlen der Hilfsmittelversorgung 2010 und 2011 in der BARMER GEK 54

Tabelle III.3 10 Produktgruppen der höchsten Versorgungsprävalenz und Ausgaben pro Leistungsversichertem nach Geschlecht im Jahr 2011 58

Tabelle III.4 Rangliste der Ausgaben für Hilfsmittelproduktgruppen aus dem HMV (TOP 10) für das Jahr 2011 59

Tabelle IV.1 Ziele der Ergotherapie nach dem biopsychosozialen Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) 70

Tabelle IV.2 In die Berechnungen einbezogene Diagnosen bzw. Diagnosegruppen 74

Tabelle IV.3 Kennzahlen der Ergotherapie bei Kindern 2011 in der BARMER GEK 75

Tabelle IV.4 Diagnoseprävalenzen nach Alter und Geschlecht in 2010 in Prozent 77

Tabelle IV.5 Behandlungsprävalenz mit Ergotherapie in 2010 nach Diagnose, Alter und Geschlecht 79

Tabelle IV.6 Ergebnisse der logistischen Regression 81

Tabelle IV.7 Versicherte mit Leistungen der vollstationären Pflege 2009 88

Tabelle IV.8 Verordnungsprävalenz physio- und ergotherapeutischer Leistungen für Versicherte im Pflegeheim 2009 89

Tabelle IV.9 Grunddaten pflegebedürftige Demenzerkrankte 95

Tabelle IV.10 Verordnungsprävalenz ergo- (ET) und physiotherapeutischer (PT) Leistungen bei pflegebedürftigen Demenzerkrankter im stationären Setting in zwei ausgewählten Quartalen 97

Tabelle IV.11 Kennzahlen der Massagetherapie als Anteil an allen Heilmitteln 2011 in der BARMER GEK 114

Tabelle IV.12 Kennzahlen der Physiotherapieversorgung von Patienten mit Karpaltunnelsyndrom nach Geschlecht 147

Tabelle IV.13 Funktionelle Einteilung von Orthesen nach ISO-Norm 152

Tabelle IV.14 Bandagen nach Anwendungsort – „Top 5“ in Ausgaben und Verordnungen 2011 156

Tabelle IV.15 Orthesen nach Anwendungsort – „Top 5“ in Ausgaben und Verordnungen 2011 157

2. Abbildungsverzeichnis

Abbildung I.1 Ausgaben für einzelne Leistungsbereiche der GKV 2011 in Mrd. Euro 18

Abbildung I.2 Ausgaben für einzelne Leistungsbereiche der GKV 2011 in Prozent 19

Abbildung I.3 Leistungsausgaben der GKV von 2006 bis 2011 in Mrd. Euro 20

Abbildung I.4 Ausgaben für Heilmittel der GKV von 2006 bis 2011 in Mrd. Euro 20

Abbildung I.5 Ausgaben für Hilfsmittel der GKV von 2006 bis 2011 in Mrd. Euro 21

Abbildung I.6 Leistungsausgaben je Versichertem der BARMER GEK im Jahr 2011 23

Abbildung I.7 Anteil Versicherte der BARMER GEK mit Heil- bzw. Hilfsmittelverordnungen in 2011 nach Alter 30

Abbildung II.1 Ausgabenentwicklung für Heilmittel in der GKV 2004 bis 2011 37

Abbildung II.2 Indikationen in der Ergotherapie (BARMER GEK 2011) 45

Abbildung II.3 Indikationen in der Logopädie (BARMER GEK 2011) 47

Abbildung II.4 Indikationen in der Physiotherapie (BARMER GEK 2011) 48

Abbildung III.1 Ausgabenentwicklung für Hilfsmittel in der GKV 2004 bis 2011 52

Abbildung III.2 Versorgungsprävalenz mit Hilfsmitteln nach Alter und Geschlecht im Jahr 2011 55

Abbildung III.3 Leistungsversicherte mit Hilfsmitteln nach Bundesland im Jahr 2011 in Prozent 56

Abbildung III.4 Ausgaben für Hilfsmittel (HMV) pro Versichertem 2010 und 2011 nach Bundesland 57

Abbildung IV.1 Kinder mit Ergotherapieverordnungen bei „PS1“ pro tausend Versicherte nach Alter und Geschlecht in der BARMER GEK 2011 ... 76

Abbildung IV.2 Gesamtprävalenz von psychischen und Verhaltensstörungen nach Geschlecht von 2007 bis 2010 in Prozent 78

Abbildung IV.3 Behandlungsprävalenz mit Ergotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit mindestens einer der aufgeführten Diagnosen nach Geschlecht von 2007 bis 2010 in Prozent 80

Abbildung IV.4 Quartalsbezogene Verordnungsprävalenz ambulant und stationär versorgter demenzerkrankter Pflegebedürftiger 96

Abbildung IV.5 „Die Evidenzbasierte Entscheidungsfindung“ 109

Abbildung IV.6 Anzahl LV und Ausgaben der Massagetherapie nach Alter und Geschlecht als Anteile an allen LV und Ausgaben für Heilmittel 2011 113

Abbildung IV.7 Die ausgabenstärksten Indikationsschlüssel als Anteil an den Gesamtausgaben für Massagetherapie im Jahr 2011 in der BARMER GEK 114

Abbildung IV.8 LV für Massagetherapie und andere Verordnungen in der BARMER GEK bei Wirbelsäulenerkrankungen mit kurzzeitigem (WS1) und länger dauerndem (WS2) Behandlungsbedarf in 2011 ... 116

Abbildung IV.9 Prävalenz nach Altersgruppe und Diagnose in Prozent 131

Abbildung IV.10 Anteile in Prozent von Personen mit jeweils verordneter Physiotherapie-Anwendung 132

Abbildung IV.11 Verordnungsprävalenz in Prozent der verschiedenen Therapie-gruppen nach Diagnose 134

Abbildung IV.12 Verordnungsprävalenz von Kombinationen der verschiedenen Therapieansätze 135

Abbildung IV.13 Querschnitt eines Handgelenks 139

Abbildung IV.14 Versicherte mit der Diagnose Karpaltunnelsyndrom nach Alter und Geschlecht (BARMER GEK 2010) 144

Abbildung IV.15 Abrechnung der Diagnose Karpaltunnelsyndrom nach Quartalen in Prozent (BARMER GEK 2010) 145

Abbildung IV.16 Verteilung der Indikationsschlüssel „EX“ (Erkrankungen der Extremitäten) und „WS“ (Wirbelsäulenerkrankungen) 147

Abbildung IV.17 Physiotherapieverordnungen bei Karpaltunnelsyndrom nach Leistungsart (BARMER GEK 2010) 148

Abbildung IV.18 Anteil Leistungsversicherter mit Bandagen- oder Orthesenversorgung an Versicherten nach Altersgruppen und Geschlecht 2011 154

Abbildung IV.19 Verordnungen und Ausgaben für Bandagen und Orthesen pro 1.000 Versicherte von 2009 bis 2011 155

Abbildung IV.20 Bandagen- und Orthesenversorgung nach Bundesland 2011 – Leistungsversicherte pro 1.000 Einwohner (stand. D 12/2010) 158

Abbildung IV.21 Anzahl Leistungsversicherte für Bandagen bzw. Orthesen nach Geschlecht von 2009 bis 2011 (stand. D 2009) 159

Abbildung IV.22 Sensor an einer Knie-Orthese/Verpackung des Sensors im Nylon-Sachet (bei den Sprunggelenk-Fuß-Orthesen wurde die Sensorkarte im Innenfutter getragen) 162

Abbildung IV.23 Dokumentiertes Therapieverhalten im Behandlungsverlauf 163

3. Literaturverzeichnis

AAOS – American Academy of Orthopaedic Surgeons (2008). Clinical practice guideline on the treatment of carpal tunnel syndrome. Rosemont.

AOTA – American Occupational Therapy Association (Ed.) (2005). Occupational Therapy Practice Guidelines for Children With Behavioral and Psychosocial Needs. Bethesda, MD, U.S.: American Occupational Therapy Association.

Arasin B (2009). Evaluation des Ergotherapeutischen Trainingsprogramms ETP bei ADHS. Inauguraldissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln; Köln.

Arasin B, Winter B (2007). Therapiekonzepte im Vergleich. In: Winter B, Arasin B (Hrsg.). Ergotherapie bei Kindern mit ADHS. Stuttgart: Thieme: 38-48.

Atroshi I, Gummesson C, Johnsson R, Ornstein E, Ranstam J, Rosen I (1999). Prevalence of carpal tunnel syndrome in a general population. JAMA 282(2): 153-158.

AWMF – Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2008). Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie. Vordere Kreuzbandruptur. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 012/005. http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/012-005.html (letzter Zugriff: 23.07.2012).

Bachmann M, Bachmann C, Rief W, Mattejat F (2008a). Wirksamkeit psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen – Eine systematische Auswertung der Ergebnisse von Metaanalysen und Reviews. Teil I: Angststörungen und depressive Störungen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 36(5): 309-320.

Bachmann M, Bachmann C, Rief W, Mattejat F (2008b). Wirksamkeit psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen – Eine systematische Auswertung der Ergebnisse von Metaanalysen und Reviews. Teil II: ADHS und Störungen des Sozialverhaltens. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 36(5): 321-333.

BÄK – Bundesärztekammer (2011). IV – 91 Förderung innovativer Projekte in der ärztlichen Versorgung von Patienten in der stationären Pflege und in Pflegeheimen. http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.23.9278.9427.9464.9472 (letzter Zugriff: 05.08.2012).

Balzer K, Bremer M, Schramm S, Lühmann D, Raspe H (2012). Sturzprophylaxe bei älteren Menschen in ihrer persönlichen Wohnumgebung. In: DIMDI (Hrsg.): Schriftenreihe Health Technology Assessment, Band 116. http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta255_bericht_de.pdf (letzter Zugriff: 01.08.2012).

Barkmann C, Schulte-Markwort M (2010). Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: a meta-analysis. Journal of epidemiology and community health, 1-10. doi:10.1136/jech.2009.102467.

BARMER GEK (2012). BARMER GEK Geschäftsbericht 2011. http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Infothek/Daten-und-Fakten/Geschaeftsbericht/PDF-Geschaeftsbericht-2011,property=Data.pdf (letzter Zugriff: 25.07.2012).

Barodawala S, Kesavan S, Young J (2001). A survey of physiotherapy and occupational therapy provision in UK nursing homes. Clin Rehabil 15(6): 607-10.

Barr S, Cerisola F, Blanchard V (2009). Effectiveness of corticosteroid injections compared with physiotherapeutic interventions for lateral epicondylitis: A systematic review. Physiotherapy 95: 251-265.

Bickel H (2005). Epidemiologie und Gesundheitsökonomie. In: Wallesch CW, Förstl H (Hrsg). Demenzen. Referenzreihe Neurologie. Stuttgart: Thieme: 1-15.

Bisset L, Paungmali A, Vicenzino B, Beller E (2005). A systematic review and meta-analysis of clinical trials on physical interventions for lateral epicondylalgia. Br J Sports Med 39: 411-422.

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2010). Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegebericht/Fuenfter_Bericht_Entwicklung_Pflegeversicherung.pdf (letzter Zugriff: 05.08.2012).

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2012). Zahlen und Fakten zur Krankenversicherung. Kennzahlen der Gesetzlichen Krankenversicherung 2001 bis 1. Quartal 2012. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Kennzahlen_Daten/Kennzahlen_und_Faustformeln_GKV_2001-2012_120704.pdf (letzter Zugriff: 26.07.2012).

Borkholder CD, Hill VA, Fess EE (2004). The efficacy of splinting for lateral epicondylitis: a systematic review. J Hand Ther 17(2): 181-99.

Bronfort G, Evans R, Anderson AV, Svendsen KH, Bracha Y, Grimm RH (2012). Spinal manipulation, medication, or home exercise with advice for acute and subacute neck pain. A randomized trial. Ann Int Med 156(1 Pt 1): 1-10.

Buchbinder R, Green S, Struijs P (2008). Tennis elbow. Clin Evid (Online) pii:1117.

Buchbinder R, Green S, Youd J, Assendelft W, Barnsley L, Smidt N (2005). Shock wave therapy for lateral elbow pain (Review). Cochrane Database Syst Rev 4: CD003524.

Buchbinder R, Johnston R, Barnsley L, Assendelft W, Bell SN, Smidt N (2011). Surgery for lateral elbow pain (Review). Cochrane Database Syst Rev 16(3): CD003525.

Burge E, Kuhne N, Berchtold A, Maupetit C, von Gunten A (2012). Impact of physical activity on activity of daily living in moderate to severe dementia: a critical review. Eur Rev Aging Phys Act 9(1): 27-39.

Cherkin D, Sherman K, Kahn J, Wellman R, Cook AJ, Johnson E, Erro J, Delaney K, Deyo R (2011). A comparison of the effects of 2 types of massage and usual care on chronic low back pain: a randomized, controlled trial. Ann Intern Med 155(1): 1-9.

Christofoletti G, Oliani MM, Gobbi S, Stella F, Bucken Gobbi LT, Renato Canineu P (2008). A controlled clinical trial on the effects of motor intervention on balance and cognition in institutionalized elderly patients with dementia. Clin Rehabil 22(7): 618-26.

Chu S, Reynolds F (2007a). Occupational Therapy for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Part 1: A delineation Model of Practice. British Journal of Occupational Therapy 70(9): 372-383.

Chu S, Reynolds F (2007b). Occupational Therapy for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Part 2: A Multicentre Evaluation of an Assessment and Treatment Package. British Journal of Occupational Therapy 70(10): 439-448.

Cohen D (2012). How safe are metal-on-metal hip implants? BMJ 344:e1410.

Cook AC, Szabo RM, Birkholz SW, King EF (1995). Early mobilisation following carpal tunnel release. A prospective randomized study. J Hand Surg 20B(2): 228-230.

Coombes B, Bisset L, Vicenzino B (2010). Efficacy and safety of corticosteroid injections for management of tendinopathy: a systematic review of randomised controlled trials. Lancet 376(9754): 1751-1767.

Cordier R, Bundy A, Hocking C, Einfeld S (2009). A model for play-based intervention for children with ADHD. Australian Occupational Therapy Journal 56(5): 332-340.

Cott CA, Finch E, Gasner D, Yoshida K, Thomas S, Verrier M (1995). The movement continuum theory of physical therapy. Physiother Can 47: 87-95.

DEGAM – Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (2008). DEGAM-Leitlinie Nr. 12: Demenz. http://leitlinien.degam.de/uploads/media/LL-12_Langfassung_TJ_03_korr_01.pdf (letzter Zugriff: 05.08.2012).

Deitermann B, Kemper C, Hoffmann F, Glaeske G (2006). GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2006. St. Augustin: Asgard.

Deitermann B, Kemper C, Glaeske G (2007). GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2007. St. Augustin: Asgard.

Desha LN, Ziviani JM (2007). Use of time in childhood and adolescence: A literature review on the nature of activity participation and depression. Australian Occupational Therapy Journal 54(1): 4-10.

DGPPN, DGN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.) (2009). S3-Leitlinie „Demenzen". http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-013_S3_Demenzen_lang_11-2009_11-2011.pdf (letzter Zugriff: 24.07.2012).

DIMDI (2011). Kapitel V. Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99). Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09). In: ICD-10_GM Version 2011. http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2011/block-f00-f09.htm (zuletzt geprüft: 05.06.2012).

Dölken M (2006). Clinical Reasoning – Untersuchen und Behandeln als Prozess. Manuelle Medizin 44(3): 198-203.

Dölken M, Lorenz M (Hrsg.) (2003). Manuelle Therapie für Physiotherapieschulen. Ärztesemi-nar Hamm-Boppard (FAC).

Döpfner M, Lehmkuhl G, Heubrock D, Petermann F (2000). Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Hogrefe.

Dt. Ges. f. Handchirurgie, Dt. Ges. f. Neurochirurgie, Dt. Ges. f. Neurologie, Dt. Ges. f. Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (2012). Diagnostik und Therapie des Karpaltunnelsyndroms – Langfassung. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/005-003l_S3_Karpaltunnelsyndrom_Diagnostik_Therapie_2012-06.pdf (letzter Zugriff: 30.07.2012).

DVE – Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (Hrsg.) (2011). Indikationskatalog Ergotherapie: Heilmittel-Richtlinie, Ambulante Versorgung, Stationäre Versorgung, Leistungsbeschreibungen, Diagnosen nach ICD-10, Assessment-Instrumente. Idstein: Schulz-Kirchner.

EBM notebook. Haynes B, Deveraux PJ, Guyatt GH (2002). Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. Evid Based Med (7): 36-38. doi:10.1136/ebm.7.2.36.

EBM-Netzwerk – Deutsches Netzwerk für Evidenzbasierte Medizin e.V. (2011). http://www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/grundbegriffe/definitionen/ (letzter Zugriff: 30.07.2012).

Eisele M, van den Bussche H, Koller D, Wiese B, Kaduszkiewicz H, Maier W, Glaeske G, Steinmann S, Wegscheider K, Schön G (2010). Utilization patterns of ambulatory medical care before and after the diagnosis of dementia in Germany – results of a case-control study. Dement Geriatr Cogn Disord 29(6): 475-483.

Erhart M, Hölling H, Bettge S, Ravens-Sieberer U, Schlack R (2007). Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50(5/6): 800-809.

ESF (Europäischer Sozialfonds)/Claudiana. (2007). Ergotherapie. Was bietet sie heute und in Zukunft? Bozen: Claudiana www.dachs.it (letzter Zugriff: 03.08.2012).

Ewers M, Grewe T, Höppner H, Huber W, Sayn-Wittgenstein F, Stemmer R, Voigt-Radloff S, Walkenhorst U (2012). Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. Dtsch Med Wochenschr 137(Suppl 2): 37-73.

Fan ZJ, Silverstein BA, Bao S, Bonauto DK, Howard NL, Spielholz PO, Smith CK, Polissar NL, Viikari-Juntura E (2009). Quantitative exposure-response relations between physical workload and prevalence of lateral epicondylitis in a working population. Am J Ind Med 52(6): 479-90.

Fedewa AL, Erwin HE (2011). Stability balls and students with attention and hyperactivity concerns: implications for on-task and in-seat behavior. American Journal of Occupational Therapy 65(4): 393-399.

Forbes D, Forbes S, Morgan DG, Markle-Reid M, Wood J, Culum I (2008). Physical activity programs for persons with dementia. Cochrane Database Syst Rev 16(3): CD006489.

Forster A, Lambley R, Hardy J, Young J, Smith J, Green J, Burns E (2009). Rehabilitation for older people in long-term care. Cochrane Databease Syst Rev 21(1): CD004294.

Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA, Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 56(3): M146-56.

Galvin R, Callaghan C, Chan W, Dimitrov B, Fahey T (2011). Injection of Botulinum Toxin for Treatment of chronic lateral epicondylitis: systematic review and meta-analysis. Semin Arthritis Rheum 40(6): 585-587.

G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2009). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie/HilfsM-RL). http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/13/ (letzter Zugriff: 23.07.2012).

G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2011). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL). http://www.g-ba.de/downloads/62-492-532/HeilM-RL_2011-05-19_bf.pdf (letzter Zugriff: 03.08.2012).

Gebhard B, Finne E, von Rahden O, Kolip P unter der Mitarbeit von Glaeske G & Würdemann E (2008). ADHS bei Kindern und Jugendlichen. Befragungsergebnisse und Auswertungen von Daten der Gmünder Ersatzkasse GEK. St. Augustin: Asgard.

Geoghegan JM, Clark DI, Brainbridge IC, Smith C, Hubbard R (2004). Risk factors in carpal tunnel syndrome. J Hand Surg Br 29B: 315-320.

Gerritsen AAM, deVet HCW, Scholten RJPM, Bertelsmann FW, de Krom MCTFM, Bouter LM (2002). Splinting vs surgery in the treatment of carpal tunnel syndrome. A randomized controlled trial. JAMA 288: 1245-1251.

Gitlin LN, Winter L, Burke J, Chernett N, Dennis MP, Hauck WW (2008). Tailored activities to manage neuropsychiatric behaviors in persons with dementia and reduce caregiver burden: a randomized pilot study. Am J Geriatr Psychiatry 16(3): 229-239.

GKV (2006). Bundeseinheitliches Heilmittelpositionsnummernverzeichnis. www.gkv-datenaustausch.de/upload/Heilmittel-060920_7231.pdf (letzter Zugriff: 31.07.2012).

GKV-HIS (2011). Heilmittel-Schnellinformation. Bundesbericht Januar-September 2011. http://www.gkv-his.de/upload/HIS-Bericht-Bund_201103_831.pdf (letzter Zugriff: 30.07.2012).

GKV-HIS (2012). Heilmittelschnell-Information. Bundesbericht Januar-Dezember 2011. http://www.gkv-his.de/upload/HIS-Bericht-Bund_201104_871.pdf (letzter Zugriff: 01.08.2012).

GKV-Spitzenverband (2012a). Kennzahlen der Gesetzlichen Krankenversicherung. www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/zahlen_und_grafiken/gkv_kennzahlen_1/GKV_Kennzahlen_gesamt_Q1_Booklet.pdf (letzter Zugriff: 23.07.2012).

GKV-Spitzenverband (2012b). Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes. https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/ (letzter Zugriff: 03.08.2012).

Glaeske G, Schicktanz C (2012). BARMER GEK Arzneimittelreport 2012. St. Augustin: Asgard.

González-Iglesias J, Cleland JA, del Rosario Gutierrez-Vega M, Fernández-de-las-Peñas C (2011). Multimodal management of lateral epicondylalgia in rock climbers: a prospective case series. J Manipulative Physiol Ther 34(9): 635-42.

Gorenoi V, Schönermark MP, Hagen A (2007). Maßnahmen zur Verbesserung der Compliance bzw. Adherence in der Arzneimitteltherapie mit Hinblick auf den Therapieerfolg. In: Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland.

Graff MJ, Vernooij-Dassen MJ, Thijssen M, Dekker J, Hoefnagels WH, Rikkert MG (2006). Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. BMJ 333(7580): 1196.

Graff MJ, Vernooij-Dassen MJ, Thijssen M, Dekker J, Hoefnagels WH, Olderikkert MG (2007). Effects of community occupational therapy on quality of life, mood, and health status in dementia patients and their caregivers: a randomized controlled trial. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 62(9): 1002-9.

Green S, Buchbinder R, Barnsley L, Hall S, White M, Smidt N, Assendelft WJJ (2001). Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) for treating lateral elbow pain in adults (Review). Cochrane Database Syst Rev 4: CD003686.

Green S, Buchbinder R, Barnsley L, Hall S, White M, Smidt N, Assendelft WJJ (2002). Acupuncture for lateral elbow pain (Review). Cochrane Database Syst Rev 1: CD003527.

Greß S, Kiselev J, Mohokum M, Kuss K, van Wagensveld A (2011). Die Rolle der Physiotherapie bei der Versorgung chronischer Erkrankungen. Internationale Erfahrungen und nationale Defizite. Sozialer Fortschritt 60(7): 151-159.

Hahn-Markowitz J, Manor I, Maier A (2011). Effectiveness of Cognitive-Functional (Cog-Fun) Intervention With Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Pilot Study. American Journal of Occupational Therapy 65(4): 384-392.

Hailer Y (2010). Lexikon Orthopädie und Unfallchirurgie. Querfriktion. http://www.lexikon-orthopaedie.com/pdx.pl?dv=0&id=01685 (letzter Zugriff: 06.08.2012).

Häussler B, Höer A, Hempel E (2011). Arzneimittel-Atlas 2011. München: Urban und Vogel.

Hegenscheidt S, Sauer K (2011). Manuelle Therapie als Heilmittel. In: Kemper C, Sauer K, Glaeske G (2011). BARMER GEK Heil- und Hilfsmittel-Report 2011. St. Augustin: Asgard: 123-139.

Hignett S, Crumpton E, Ruszala S, Alexander P, Fray M, Fletcher B (2003). Evidence-based Patient Handling. Tasks, Equipment and Interventions. Routledge: London/New York.

Holland C, Jaeger L, Smentkowski U, Weber B, Otto C (2012). Septische und aseptische Komplikationen in Verbindung mit Kortikoid-Injektionen. Dtsch Ärztebl 109(24): 425-430.

Hudak PL, Cole DC, Haines AT (1996). Understanding prognosis to improve rehabilitation: the example of lateral elbow pain. Arch Phys Med Rehabil 77(6): 586-93.

Huisstede B, Bierma-Zeinstra S, Koes B, Verhaar J (2006). Incidence and prevalence of upper-extremity musculoskeletal disorder. A systematic appraisal of the literature. BMC Musculoskeletal Disorders 7(7): 1471-2474.

Hüll M, Voigt-Radloff S (2008). Nonmedical treatment of dementia. Nervenarzt 79(Suppl 3): 159-66.

Hüll M, Voigt-Radloff S (2010). WHEDA-Ergebnisse. http://www.dlr.de/pt/Portaldata/45/Resources/dokumente/gesundheitsforschung/BMG-2010-WHEDA_2.pdf (letzter Zugriff: 05.07.2012).

Huss M (2008). ADHS bei Kindern: Risikofaktoren, Schutzfaktoren, Versorgung, Lebensqualität: Eine kurze Übersicht. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 51(6): 602-605.

Hvolby A, Bilenberg N (2011). Use of ball blanket in attention-deficit/hyperactivity disorder sleeping problems. Nordic Journal of Psychiatry 65(2): 89-94.

IACAPAP – The International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (1992). Declaration of Budapest 1992. http://iacapap.org/wp-content/uploads/Budapest1992.pdf (letzter Zugriff: 30.07.2012).

Ihle W, Esser G (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, komorbidität und geschlechterunterschiede. Psychologische Rundschau 53: 159-169.

IQWiG – Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2009). Nichtmedikamentöse Behandlung der Alzheimer Demenz. Abschlussbericht. IQWIG-Berichte. https://www.iqwig.de/download/A05-19D_Abschlussbericht_Nichtmedikamentoese_Behandlung_der_Alzheimer_Demenz.pdf (letzter Zugriff: 05.08.2012).

Jerosch J, Loew M (2011). Epicondylopathia radialis humeri. S1-Leitlinie. http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/033-019.html (letzter Zugriff: 23.07.2012).

Kalichman L, Bannuru R, Severin M, Harvey W (2011). Injection of Botulinum Toxin for Treatment of chronic lateral epicondylitis: systematic review and meta-analysis. Semin Arthritis Rheum 40(6): 532-538.

Kamps N (2009). Grundlagen der Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung. Regensburg: Walhalla Fachverlag.

Kamtsiuris P, Bergmann E, Rattay P, Schlaud M (2007). Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50(5-6): 836-50.

Kemper C, Koller D, Glaeske G (2008). GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2008. St. Augustin: Asgard.

Kemper C, Sauer K, Glaeske G (2009). GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2009. St. Augustin: Asgard.

Kemper C, Sauer K, Glaeske G (2011). BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2011. St. Augustin: Asgard.

Keus S, Smidt N, Assendelft W (2002). Treatment of lateral epicondylitis in general practice. Results of a survey. European Journal of General Practice 8(2): 71-72.

Küpper-Nybelen J, Prüß U, Ihle P, Schubert I (2005). Ergebnisbericht »Pflege«. Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen durch Pflegeleistungsempfänger (SGB XI) auf der Basis der Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen. Vergleich zwischen Personen in ambulanter versus stationärer Pflege, zwischen Personen mit unterschiedlichen Pflegestufen und zwischen Pflegeleistungsempfängern und Nicht-Pflegeleistungsempfängern. PMV Forschungsgruppe Köln. http://www.pmvforschungsgruppe.de/pdf/02_forschung/a_ergebnis_pflege_b.pdf (zuletzt geprüft: 06.08.2012).

Lamberti PM, Light TR (2002). Carpal tunnel syndrome in children. Hand Clin 18: 331-337.

Lauterberg J, Großfeld-Schmitz M, Ruckdäschel S, Neubauer S, Mehlig H, Gaudiag M, Hruschka D, Vollmar HC, Holle R, Gräßel E (2007). Projekt IDA – Konzept und Umsetzung einer cluster-randomisierten Studie zur Demenzversorgung im häuslichen Bereich. ZaeFQ 101(1): 21-26.

Leemrijse CJ, de Boer ME, van den Ende CH, Ribbe MW, Dekker J (2007). Factors associated with physiotherapy provision in a population of elderly nursing home residents; a cross sectional study. BMC Geriatr 7: 7.

Lin JD, Tung HJ, Hsieh YH, Lin FG (2011). Interactive effects of delayed bedtime and family-associated factors on depression in elementary school children. Research in Developmental Disabilities 32(6): 2036-2044.

Lippert H (2011). Lehrbuch Anatomie. Elsevier.

List M (2009). Physiotherapie in der Traumatologie. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Mägerl A, Lämmler G, Steinhagen-Thiessen E (2010). Menschen mit Demenz nach Hüftfraktur mobilisieren: Frankfurt: Mabuse-Verlag.

Menning S, Hoffman E (2009). Funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit. In: Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T (Hrsg.). Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI.

Meyer R (2012). PIP-Brustimplantate: Kein Krebsrisiko, aber häufiger Rupturen. Dtsch Ärztebl 109(26): A1348.

Meyer-Clement M (2005). Epicondylopathia humeri radialis et ulnaris – eine Berufskrankheit? IN: Orthopädisches Forschungsinstitut (Hrsg.). Münsteraner Sachverständigengespräche. Beurteilung und Begutachtung Schulter-Arm-Schmerz. Darmstadt: Steinkopff: 89-110.

Muller M, Tsui D, Schnurr R, Biddulph-Deisroth L, Hard J, MacDermid JC (2004). Effectiveness of hand therapy interventions in primary management of carpal tunnel syndrome: a systematic review. JHand Ther 17(2): 210-228.

Murtagh JE (1988). Tennis elbow. Aust Fam Physician 17(2): 90-91.

Nacinovich R, Gadda S, Maserati E, Bomba M, Neri F (2012). Preadolescent anxiety: an epidemiological study concerning an Italian sample of 3,479 nine-year-old pupils. Child Psychiatry and Human Development 43(1): 27-34.

Nagrale A, Herd C, Ganvir S, Ramteke G (2009). Cyriax Physiotherapy Versus Phonophoresis with Supervised Exercise in Subjects with Lateral Epicondylalgia: A Randomized Clinical Trial. J Man Manip Ther 17(3): 171-8.

NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence-Social Care Institute for Excellence. Dementia (2011): A NICE-SCIE Guideline on Supporting People with Dementia and Their Carers in Health and Social Care: London.

Niederländische Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin (2009). NHG-Standaard: Epicondylitis. http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden/Samenvattingskaartje-NHGStandaard/M60_svk.htm (letzter Zugriff: 02.08.2012).

Nilsson P, Thom E, Baigi A, Marklund B, Månsson J (2007). A prospective pilot study of a multidisciplinary home training programme for lateral epicondylitis. Musculoskelet Care 5(1): 36-50.

Nordstrom DL, DeStefano F, Vierkant RA, Layde PM (1998). Incidence of diagnosed carpal tunnel syndrome in a general population. Epidemiology 9(3): 342-345.

Oberhofer E (2012). Sind Hüftimplantate aus Metall sicher? Ärzte Zeitung 22.03.2012. http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/skelett_und_weichteilkrankheiten/arthrose/article/808517/hueftimplantate-metall-sicher.html (letzter Zugriff: 26.07.2012).

Orchard J, Kountouris A (2011). The management of tennis elbow. BMJ 342:d2687.

Pantic I, Damjanovic A, Todorovic J, Tpalovic D, Bojovic-Jovic D, Ristic S, Pantic S (2012). Association between online social networking and depression in high school students: behavioral physiology viewpoint. Psychiatria Danubina 24(1): 90-93.

Partridge C (2007). Recent Advances in Physiotherapy. Chichester: John Wiley and Sons Ltd.

Petermann F (Hrsg.) (2008). Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Göttingen: Hogrefe.

Pfeiffer B, Henry A, Miller S, Witherell S (2008). Effectiveness of Disc ‚O' Sit cushions on attention to task in second-grade students with attention difficulties. American Journal of Occupational Therapy 62(3): 274-281.

Pick P, Brüggemann J, Grote C, Grünhagen E, Lampert T (2004). Pflege: Schwerpunktbericht zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI.

Placzek R, Deuretzbacher G, Meiss L (2006). Therapie der chronischen Epicondylopathia humeri radialis mit Botulinumtoxin A. Obere Extremität 1: 41-46.

Preiß M, Remschmidt H (2007). Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter – Eine Übersicht. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 35(6): 385-397.

Raman J, MacDermid J, Grewal R (2012). Effectiveness of different methods of resistance exercises in lateral epicondylitis – a systematic review. J Hand Ther 25(1): 5-26.

Ravens-Sieberer U, Kurth BM (2008). The mental health module (BELLA study) within the German Health Interview and Examination Survey of Children and Adolescents (KiGGS): study design and methods. European child & adolescent psychiatry, 17(Suppl 1): 10-21.

Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S, Erhart M (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz (5-6): 871-878.

Ravens-Sieberer U, Wille N, Erhart M, Bettge S, Wittchen HU, Rothenberger A, Herpertz-Dahlmann B, Resch F, Hölling H, Bullinger M, Barkmann C, Schulte-Markwort M, Döpfer M (2008). Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. European child & adolescent psychiatry, 17(Suppl 1): 22-33.

Reichwein V (2012). Marnitz-Therapie – Auf vegetativem Weg. physiopraxis 10(5): 52-53.

Reuster T (2006). Effektivität der Ergotherapie im psychiatrischen Krankenhaus. Mit einer Synopse zu Geschichte, Stand und aktueller Entwicklung der psychiatrischen Ergotherapie. Darmstadt: Steinkopff.

Rieckmann N, Schwarzbach C, Nocon M, Roll S, Vauth C, Willich SN, Greiner W (2009). Pflegerische Versorgungskonzepte für Personen mit Demenzerkrankungen. DIMDI (Hrsg.). Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland, Bd. 80. http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta215_bericht_de.pdf (letzter Zugriff: 06.08.2012).

RKI – Robert Koch Institut (Hrsg.) (2006). Gesundheit in Deutschland. Berlin: RKI.

RKI – Robert Koch-Institut (2008). Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/KiGGS_SVR.pdf?__blob=publicationFile (letzter Zugriff: 30.07.2012).

Roche Lexikon Medizin (1999). München: Urban & Fischer Verlag.

Rolland Y, Pillard F, Klapouszczak A, Reynish E, Thomas D, Andrieu S, Rivière D, Vellas B (2007). Exercise program for nursing home residents with Alzheimer's disease: a 1-year randomized, controlled trial. J Am Geriatr Soc 55(2): 158-65.

Roller-Wirnsberger R (2010). Krank oder nur alt? Frailty – Ein Konzept in der klinischen Praxis. WKW 5(3-4): 181-193.

Rothgang H, Borchert L, Müller R, Unger R (2008). GEK-Pflegereport 2008. Schwerpunktthema: Medizinische Versorgung in Pflegeheimen. GEK-Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 66. St. Augustin: Asgard.

Rydwik E, Frändin K, Akner G (2004). Effects of physical training on physical performance in institutionalised elderly patients (70+) with multiple diagnoses. Age Ageing 33(1): 13-23.

Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB (2000). Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM, 2nd ed. Edinburgh & New York: Churchill Livingstone.

Sackley CM, van den Berg ME, Lett K, Patel S, Hollands K, Wright CC, Hoppitt TJ (2009). Effects of a physiotherapy and occupational therapy intervention on mobility and activity in care home residents: a cluster randomised controlled trial. BMJ 339: b3123.

Sauer K, Kemper C, Glaeske G (2010). BARMER GEK Heil- und Hilfsmittel-Report 2010. St. Augustin: Asgard.

Sauer K, Kemper C, Glaeske G (2011). Fibromyalgia syndrome: Prevalence, pharmacological and non-pharmacological interventions in outpatient health care. An analysis of statutory health insurance data. Joint Bone Spine 78(1): 80-84.

Schaade G (2012). Ergotherapie bei Demenzerkrankungen. Ein Förderprogramm. Heidelberg: Springer.

Scharnetzky E, Deitermann B, Michel C, Glaeske G (2004). GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2004. St. Augustin: Asgard.

Scharnetzky E, Deitermann B, Hoffmann F, Glaeske G (2005). GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2005. St. Augustin: Asgard.

Schäufele M, Köhler L, Lode S, Weyerer S (2009). Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen: aktuelle Lebens- und Versorgungssituation. In: Schneekloth U, Wahl HW (Hrsg.). Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen. Demenz, Angehörige und Freiwillige, Beispiele für „Good practice". Stuttgart: Kohlhammer: 159-221.

Schene AH, Koeter MWJ, Kikkert MJ Swinkels JA, McCrone P (2007). Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works: Randomized trial including economic evaluation. Psychological Medicine 37(3): 351-362.

Schleicher I, Szalay G, Kordelle J (2010). Die Therapie der Epicondylitis – eine aktuelle Übersicht. Sportverletz Sportschaden 24(4): 218-24.

Schneider S, In-Albon T (2006). Die psychotherapeutische Behandlung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter – Was ist evidenzbasiert? Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 34(3): 191-201.

Schwabe U, Paffrath D (Hrsg.) (2011). Arzneiverordnungs-Report 2011. Berlin, Heidelberg: Springer.

Sedrakyan A (2012). Metal-on-Metal failures – in science, regulation, and policy. The Lancet. 379(9822): 1174-1176.

Shaffer RJ, Jacokes LE, Cassily JF, Greenspan SI, Tuchman RF, Stemmer PJ Jr (2001). Effect of interactive metronome training on children with ADHD. American Journal of Occupational Therapy 55(2): 155-62.

Shiri R, Viikari-Juntura E (2011). Lateral and medial epicondylitis: Role of occupational factors. Best Pract Res Clin Rheumatol 25(1): 43-57.

Shiri R, Viikari-Juntura E, Varonen H, Heliövaara M (2006). Prevalence and Determinants of Lateral and Medial Epicondylitis: A Population Study. Am J Epidemiol 164(11): 1065-1074.

Simon NM, Herlands NN, Marks EH, Mancini C, Letamendi A, Zhonghe L, Pollack MH, van Ameringen M, Stein MB (2009). Childhood maltreatment linked to greater symptom severity and poorer quality of life and function in social anxiety disorder. Depression and Anxiety 26(11): 1027-1032.

Sinzig J, Bruning N, Morsch D, Lehmkuhl G (2007). Altersabhängige Unterschiede in neuropsychologischen Leistungsprofilen bei ADHS und Autismus. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 35(2): 95-104.

Smidt N, Assendelft W, van der Windt D, Hay E, Buchbinder R, Bouter L (2002). Corticosteroid injections for lateral epicondylitis: a systematic review. Pain 96(1-2): 23-40.

Specht J, Schmitt M, Pfeil J (2008). Technische Orthopädie. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Spitzenverband der Krankenkassen (2007). Abgrenzungskatalog der Spitzenverbände der Krankenkassen – zugleich handelnd als Spitzenverband der Pflegekassen – zur Hilfsmittelversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheimen) vom 26. März 2007. http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hilfsmittel/himi_empfehlungen__verlautbarungen/HiMi_Verlautbarung_GKV_WSG_270307.pdf (letzter Zugriff: 26.07.2012).

Statistische Ämter des Bundes und Landes (2011). Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 1 Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung im Bund und in den Ländern. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungsHaushaltsentwicklung5871101119004.html (letzter Zugriff: 27.07.2012).

Statistisches Bundesamt (2010). Krankheitskosten 2002, 2004, 2006 und 2008. Fachserie 12, Reihe 7.2., Wiesbaden, Statistisches Bundesamt. Deutschland. http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=13548&p_sprache=d&p_uid=&p_aid=&p_lfd_nr=1 (letzter Zugriff: 30.07.2012).

Statistisches Bundesamt (2011). Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001099004.pdf?__blob=publicationFile (letzter Zugriff: 05.08.2012).

Suttanon P, Hill KD, Said CM, Logiudice D, Lautenschlager NT, Dodd KJ (2012). Balance and mobility dysfunction and falls risk in older people with mild to moderate Alzheimer disease. Am J Phys Med Rehabil 91(1): 12-23.

SVR – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002). Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. 1. Aufl. Baden-Baden: Nomos-Verlag.

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009). Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. www.svr-gesundheit.de (letzter Zugriff: 05.08.2012).

Timmer A, Wortelkamp S (2009). Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Kubny-Lüke B (Hrsg.). Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie. Stuttgart & New York: Thieme: 268-337.

Tyson SF, Kent RM (2009). Orthotic devices after stroke and other non-progressive brain lesions. Cochrane Database Syst Rev 8(3): CD003694.

van den Bussche H, Lübke N, Schröfel SD, Dietsche S (2009). Die ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland – Eine kritische Würdigung der vorliegenden Studien. ZFA 85 (6): 240-246.

Verbraucherzentrale Bundesverband (2012). Patientensicherheit hat höchste Priorität. Stellungnahme zur BT-Drs. 17/8920 vom 22. Juni 2012: Mehr Sicherheit bei Medizinprodukten. Berlin. http://www.vzbv.de/cps/rde/xbcr/vzbv/Medizinprodukte-Antraege-Stellungnahme-2012-06-22.pdf (letzter Zugriff: 23.07.2012).

Vis AJJ, Raats GJCM, Van der Voort EJ (2003). Massagetherapie. Een fysiotherapeutisch handelen. Zevenaar: Van der Voort.

Voigt-Radloff S, Graff M, Leonhart R, Schornstein K, Vernooij-Dassen M, Olde-Rikkert M, Huell M (2009). WHEDA study: effectiveness of occupational therapy at home for older people with dementia and their caregivers – the design of a pragmatic randomised controlled trial evaluating a Dutch programme in seven German centres. BMC Geriatr 9: 44.

Voigt-Radloff S, Schochat T, Heiß HW (2004). Kontrollierte Studien zur Wirksamkeit von Ergotherapie bei Älteren. Teil II: Evidenz bei priorisierten Krankheiten und Behinderungen. Z Gerontol Geriat 37: 450-458.

Waddell G (2004). The Back Pain Revolution. Churchill Livingston.

Walker-Bone K, Palmer K, Reading I, Coggon D, Cooper C (2012). Occupation and epicondylitis: a population-based study. Rheumatology 51(2): 305-310.

WCPT – World Conferderation for Physical Therapy (2011). Policy Statement. Definition of physical therapy. http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/PS_Description_PT_Sept2011.pdf (letzter Zugriff: 05.08.2012).

Wells AM, Chasnoff IJ, Schmidt CA, Telford E, Schwartz LD (2012). Neurocognitive Habilitation Therapy for children with fetal alcohol spectrum disorders: An adaptation of the Alert Program®. American Journal of Occupational Therapy 66(1): 24-34.

Weyerer S (2005). Altersdemenz. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.). Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 28. Berlin: Im Eigenverlag.

Weyerer S, Bickel H (2007). Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. Grundriss Gerontologie. Bd. 16. Stuttgart: Kohlhammer.

WHO – World Health Organization (2002). Towards a common language for Functioning, Disability and Health ICF. http://www.who.int/classifications/icf/training/icfbeginnersguide.pdf (letzter Zugriff: 29.08.2012).

WHO – World Health Organization (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization.

Wikimedia Commons (2012). Carpal-Tunnel.svg. http://dophotoshop.com/carpal-tunnel-exercises.php (letzter Zugriff: 30.08.2012).

Wilkes S, Cordier R, Bundy AC, Docking KM, Munro NA (2011). A play-based intervention for children with ADHD: a pilot study. Australian Occupational Therapy Journal 58(4): 231-240.

Winter B (2007a). Zur besonderen Situation der Ergotherapie bei ADHS. In: Winter B, Arasin B (Hrsg.). Ergotherapie bei Kindern mit ADHS. Stuttgart: Thieme: 35-36.

Winter B (2007b). Allgemeine ergotherapeutische Grundsätze. In: Winter B, Arasin B (Hrsg.). Ergotherapie bei Kindern mit ADHS. Stuttgart: Thieme: 56-58.

Winter B, Arasin B (Hrsg.) (2007). Ergotherapie bei Kindern mit ADHS. Stuttgart: Thieme.

Winter B, Kolberg A. (2007). Störungsbilder und Grundlagen. In: Winter B, Arasin B (Hrsg.). Ergotherapie bei Kindern mit ADHS. Stuttgart: Thieme: 3-10.

Yu ML, Ziviani J, Baxter J, Haynes M (2010). Time use, parenting practice and conduct problems in four- to five-year-old Australian children. Australian Occupational Therapy Journal 57(5): 284-292.

Yu ML, Ziviani J, Baxter J, Haynes M (2012). Time use differences in activity participation among children 4-5 years old with and without the risk of developing conduct problems. Research in Developmental Disabilities 33(2): 490-498.

zentrales adhs-netz (Hrsg.) (2012). Diagnostik und Therapie von ADHS bei Kindern und Jugendlichen. Leitlinienbasiertes Protokoll. Göttingen u.a.: Hogrefe.

IV. Anhang

Tab. 1 Rechnungsergebnisse der GKV im Jahr 2011 Gesamtausgaben in Mrd. Euro 189

Tab. 2 Anzahl Versicherte im Jahr 2011 nach Alter und Geschlecht der BARMER GEK 190

Tab. 3 Anteil Versicherte der BARMER GEK mit Heil- bzw. Hilfsmittelverordnungen im Jahr 2011 nach Alter in Prozent 190

Tab. 4 Anteil der BARMER GEK Versicherten mit Heilmittel-Verordnungen im Jahr 2011 nach Alter und Geschlecht 191

Tab. 5 Veränderung der Ausgaben für Heilmittel pro 100 Versicherte der BARMER GEK Versicherten nach Bundesland von 2010 zu 2011 192

Tab. 6 Anteil der BARMER GEK Versicherten mit Ergotherapie-Verordnungen im Jahr 2011 nach Alter und Geschlecht 193

Tab. 7 Regionale Entwicklung der Ausgaben pro 100 BARMER GEK Versicherte von 2010 zu 2011 in der Ergotherapie 194

Tab. 8 Anteil der BARMER GEK Versicherten mit Logopädie-Verordnungen im Jahr 2011 nach Alter und Geschlecht 195

Tab. 9 Regionale Entwicklung der Ausgaben pro 100 BARMER GEK Versicherte von 2010 zu 2011 in der Logopädie 196

Tab. 10 Anteil der BARMER GEK Versicherten mit Physiotherapie-Verordnungen im Jahr 2011 nach Alter und Geschlecht 197

Tab. 11 Regionale Entwicklung der Ausgaben pro 100 BARMER GEK Versicherte von 2010 zu 2011 in der Physiotherapie 198

Tab. 12 Leistungsversicherte mit Physiotherapie nach Bundesland im Jahr 2011 in Prozent 199

Tab. 13 Anteil der BARMER GEK Versicherten mit Podologie-Verordnungen im Jahr 2011 nach Alter und Geschlecht 200

Tab. 14 Regionale Entwicklung der Ausgaben pro 100 BARMER GEK Versicherte von 2010 zu 2011 in der Podologie 201

Tab. 15 Anteil Versicherte der BARMER GEK mit Heilmittelleistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2011 in Prozent 202

Tab. 16 Anteil Versicherte der BARMER GEK mit Heilmittelverordnungen im Jahr 2011 nach Alter und Geschlecht in Prozent 202

Tab. 17 Anteil der BARMER GEK Versicherten mit Hilfsmittel-Verordnungen im Jahr 2011 nach Alter und Geschlecht 203

Tab. 18 Versorgungsprävalenz und Ausgaben für Hilfsmittelleistungen in 2010 und 2011 nach Produktgruppen 204

Tab. 19 Regionale Entwicklung der Ausgaben pro 100 BARMER GEK Versicherte von 2010 zu 2011 von Hilfsmitteln 206

Tab. 20 Ausgaben für Hilfsmittel pro Versichertem der BARMER GEK in den Jahren 2010 und 2011 nach Bundesland 207

Tab. 21 Anteil Versicherte der BARMER GEK mit Hilfsmittelverordnungen im Jahr 2011 nach Alter und Geschlecht in Prozent 207

Tab. 22 Leistungsversicherte mit Hilfsmitteln nach Bundesland im Jahr 2011 in Prozent 208

Tab. 1 Rechnungsergebnisse der GKV im Jahr 2011 Gesamtausgaben in Mrd. Euro

	2010 in Mrd. €	2011 in Mrd. €	Veränderung von 2010 zu 2011
Ausgaben insgesamt mit Zuzahlungen der Versicherten	175,99	179,61	+2,06%
Leistungen insgesamt darunter:	164,96	168,74	+2,29%
Ärztliche Behandlung [1]	27,09	27,63	+1,99%
Zahnärztliche Behandlung o. ZE	8,30	8,47	+2,05%
Zahnersatz	3,12	3,18	+1,92%
Zahnärztliche Behandlung insgesamt	11,42	11,65	+2,01%
Arzneimittel	30,18	28,98	-3,98%
Hilfsmittel	6,01	6,29	+4,66%
Heilmittel	4,58	4,88	+6,55%
Krankenhausbehandlung insgesamt	58,13	59,95	+3,13%
Krankengeld	7,80	8,53	+9,36%
Leistungen im Ausland	0,67	0,79	+17,91%
Fahrkosten	3,60	3,81	+5,83%
Vorsorge- u. Rehabilitationsleistungen	2,39	2,36	-1,26%
Soziale Dienste, Prävention u. Selbsthilfe	1,60	1,73	+8,13%
Schwangerschaft/Mutterschaft [2]	1,03	1,04	+0,97%
Betriebs-, Haushaltshilfe	0,18	0,17	-5,56%
Behandlungspflege u. Häusliche Krankenpflege	3,20	3,61	+12,81%
Sonst. Aufwendungen ohne RSA	1,52	1,43	-5,92%
Netto-Verwaltungskosten	9,51	9,44	-0,74%

[1] ohne Dialysesachkonto u. Soziotherapie, mit Belegärzten und Ausgaben für ärztliche Behandlung bei Empfängnisverhütung etc.
[2] ohne Entbindungsanstaltspflege und Ärztliche Betreuung
Quelle: nach BMG, 2012

Tab. 2 Anzahl Versicherte im Jahr 2011 nach Alter und Geschlecht der BARMER GEK

Alter in Jahren	Anzahl Versicherte				
	Gesamt	Männer	Anteil in %	Frauen	Anteil in %
0 bis unter 5	337.323	172.586	51,16	164.737	48,84
5 bis unter 10	355.132	182.488	51,39	172.644	48,61
10 bis unter 15	412.976	211.802	51,29	201.174	48,71
15 bis unter 20	446.505	226.961	50,83	219.544	49,17
20 bis unter 25	561.002	269.587	48,05	291.415	51,95
25 bis unter 30	548.093	257.903	47,05	290.190	52,95
30 bis unter 35	517.432	234.955	45,41	282.477	54,59
35 bis unter 40	458.178	191.524	41,80	266.654	58,20
40 bis unter 45	617.049	246.011	39,87	371.038	60,13
45 bis unter 50	742.473	290.615	39,14	451.858	60,86
50 bis unter 55	706.954	274.387	38,81	432.567	61,19
55 bis unter 60	650.095	252.659	38,86	397.436	61,14
60 bis unter 65	597.170	231.753	38,81	365.417	61,19
65 bis unter 70	530.177	200.336	37,79	329.841	62,21
70 bis unter 75	645.566	239.917	37,16	405.649	62,84
75 bis unter 80	403.256	153.554	38,08	249.702	61,92
80 bis unter 85	271.385	98.222	36,19	173.163	63,81
85 bis unter 90	183.257	48.029	26,21	135.228	73,79
90 bis unter 95	71.679	15.192	21,19	56.487	78,81
95 bis unter 100	16.592	2.842	17,13	13.750	82,87
100 und älter	2.583	342	13,24	2.241	86,76
0 bis über 100	9.074.877	3.801.665	41,89	5.273.212	58,11

Tab. 3 Anteil Versicherte der BARMER GEK mit Heil- bzw. Hilfsmittelverordnungen im Jahr 2011 nach Alter in Prozent

Alter in Jahren	Anteil Versicherte mit Heilmittelverordnungen	Anteil Versicherte mit Hilfsmittelverordnungen
0 bis unter 10 Jahre	13,01	11,34
10 bis unter 20 Jahre	9,62	20,31
20 bis unter 30 Jahre	9,28	9,53
30 bis unter 40 Jahre	13,53	11,30
40 bis unter 50 Jahre	19,05	15,30
50 bis unter 60 Jahre	23,82	20,53
60 bis unter 70 Jahre	27,33	26,46
70 bis unter 80 Jahre	32,73	35,48
80 bis unter 90 Jahre	31,59	50,48
90 Jahre und älter	27,07	68,89

Tab. 4 Anteil der BARMER GEK Versicherten mit Heilmittel-Verordnungen im Jahr 2011 nach Alter und Geschlecht

Alter in Jahren	Anzahl LV	Anteil LV/ Vers in %	Δ Anteil zu 2010	Ausgaben je LV in €	Δ Ausgaben je LV zu 2010 in €
Insgesamt	1.809.642	19,94	+ 10,54	338,43	- 14,58
0 bis unter 10 Jahre	90.115	13,01	- 0,96	603,33	- 23,52
10 bis unter 20 Jahre	82.686	9,62	+ 11,35	357,71	- 18,39
20 bis unter 30 Jahre	102.938	9,28	+ 14,81	210,86	- 5,66
30 bis unter 40 Jahre	132.001	13,53	+ 14,43	224,00	- 8,31
40 bis unter 50 Jahre	258.985	19,05	+ 17,26	249,88	- 7,89
50 bis unter 60 Jahre	323.267	23,82	+ 12,78	284,19	- 5,99
60 bis unter 70 Jahre	308.089	27,33	+ 7,20	335,68	- 8,40
70 bis unter 80 Jahre	343.326	32,73	+ 6,63	380,71	- 9,34
80 bis unter 90 Jahre	143.644	31,59	+ 5,52	500,57	- 28,49
90 Jahre und älter	24.591	27,07	+ 3,26	594,12	- 27,25
Männer	575.767	15,15	+ 14,64	358,97	- 21,11
0 bis unter 10 Jahre	55.610	15,66	- 0,46	628,47	- 28,57
10 bis unter 20 Jahre	39.419	8,98	+ 9,15	406,47	- 20,07
20 bis unter 30 Jahre	37.022	7,02	+ 15,18	242,70	- 9,58
30 bis unter 40 Jahre	39.675	9,30	+ 22,35	239,18	- 14,40
40 bis unter 50 Jahre	70.121	13,07	+ 28,37	246,36	- 9,02
50 bis unter 60 Jahre	90.846	17,24	+ 22,56	277,46	- 5,46
60 bis unter 70 Jahre	93.416	21,62	+ 13,74	341,10	- 8,53
70 bis unter 80 Jahre	104.828	26,64	+ 9,72	390,50	- 8,04
80 bis unter 90 Jahre	40.255	27,52	+ 7,67	483,46	- 27,59
90 Jahre und älter	4.575	24,90	+ 7,40	544,68	- 29,35
Frauen	1.233.875	23,40	+ 8,83	328,85	- 12,25
0 bis unter 10 Jahre	34.505	10,23	- 1,71	562,82	- 15,95
10 bis unter 20 Jahre	43.267	10,28	+ 13,47	313,28	- 15,29
20 bis unter 30 Jahre	65.916	11,33	+ 14,73	192,98	- 3,65
30 bis unter 40 Jahre	92.326	16,81	+ 12,27	217,48	- 6,77
40 bis unter 50 Jahre	188.864	22,95	+ 13,83	251,19	- 7,37
50 bis unter 60 Jahre	232.421	28,00	+ 9,44	286,82	- 5,88
60 bis unter 70 Jahre	214.673	30,88	+ 4,66	333,32	- 8,56
70 bis unter 80 Jahre	238.498	36,39	+ 5,19	376,40	- 10,03
80 bis unter 90 Jahre	103.389	33,53	+ 4,97	507,23	- 28,40
90 Jahre und älter	20.016	27,62	+ 2,37	605,42	- 26,22

Tab. 5 Veränderung der Ausgaben für Heilmittel pro 100 Versicherte der BARMER GEK Versicherten nach Bundesland von 2010 zu 2011

Bundesland	Ergotherapie	Logopädie	Physiotherapie
Baden-Württemberg	+ 18,17	+ 17,35	+ 28,44
Bayern	+ 10,89	+ 8,70	+ 15,63
Berlin	+ 11,09	+ 2,61	+ 14,44
Brandenburg	+ 9,12	+ 7,18	+ 19,47
Bremen	+ 19,35	+ 36,39	+ 37,70
Hamburg	+ 23,97	+ 12,83	+ 29,96
Hessen	+ 12,50	+ 3,11	+ 17,44
Mecklenburg-Vorpommern	+ 9,24	- 2,00	+ 19,57
Niedersachsen	+ 12,53	+ 8,20	+ 23,22
Nordrhein-Westfalen	+ 5,78	- 1,48	+ 13,89
Rheinland-Pfalz	+ 11,46	+ 2,97	+ 18,16
Saarland	+ 18,79	+ 9,71	+ 24,77
Sachsen	- 0,08	+ 5,11	+ 14,49
Sachsen-Anhalt	+ 13,15	+ 6,20	+ 17,24
Schleswig-Holstein	+ 12,01	+ 11,13	+ 23,59
Thüringen	+ 11,10	+ 3,15	+ 17,12
Durchschnitt	+ 10,27	+ 4,86	+ 18,47

Tab. 6 Anteil der BARMER GEK Versicherten mit Ergotherapie-Verordnungen im Jahr 2011 nach Alter und Geschlecht

Alter in Jahren	Anzahl LV	Anteil LV/ Vers in %	Δ Anteil zu 2010	Ausgaben je LV in €	Δ Ausgaben je LV zu 2010 in €
Insgesamt	92.441	1,02	+ 3,74	884,67	+ 52,24
0 bis unter 10 Jahre	27.991	4,04	- 4,03	665,22	- 20,82
10 bis unter 20 Jahre	12.210	1,42	+ 8,15	676,75	- 24,09
20 bis unter 30 Jahre	2.971	0,27	+ 5,88	849,96	+ 22,54
30 bis unter 40 Jahre	3.414	0,35	+ 11,69	966,07	+ 7,58
40 bis unter 50 Jahre	6.301	0,46	+ 10,28	979,49	+ 39,97
50 bis unter 60 Jahre	9.310	0,69	+ 11,31	969,51	+ 75,54
60 bis unter 70 Jahre	9.557	0,85	+ 7,27	1.034,96	+ 98,96
70 bis unter 80 Jahre	12.338	1,18	+ 6,01	1.108,51	+ 137,42
80 bis unter 90 Jahre	7.007	1,54	+ 4,55	1.226,75	+ 155,49
90 Jahre und älter	1.342	1,48	+ 5,59	1.275,24	+ 186,08
Männer	46.228	1,22	+ 2,30	854,55	+ 48,79
0 bis unter 10 Jahre	20.155	5,68	- 2,61	663,37	- 28,35
10 bis unter 20 Jahre	7.996	1,82	+ 6,96	673,66	- 22,13
20 bis unter 30 Jahre	1.341	0,25	+ 5,61	895,32	+ 53,99
30 bis unter 40 Jahre	1.223	0,29	+ 16,90	1.040,09	+ 28,30
40 bis unter 50 Jahre	1.855	0,35	+ 13,67	1.105,23	+ 100,13
50 bis unter 60 Jahre	2.921	0,55	+ 13,71	1.115,99	+ 152,23
60 bis unter 70 Jahre	3.581	0,83	+ 10,14	1.188,29	+ 145,09
70 bis unter 80 Jahre	4.683	1,19	+ 4,69	1.220,57	+ 194,95
80 bis unter 90 Jahre	2.232	1,53	+ 3,04	1.215,69	+ 172,66
90 Jahre und älter	241	1,31	+ 15,08	1.161,03	+ 165,38
Frauen	46.213	0,88	+ 5,10	914,80	+ 55,12
0 bis unter 10 Jahre	7.836	2,32	- 7,41	669,97	- 2,15
10 bis unter 20 Jahre	4.214	1,00	+ 10,21	682,61	- 28,05
20 bis unter 30 Jahre	1.630	0,28	+ 6,14	812,64	- 3,34
30 bis unter 40 Jahre	2.191	0,40	+ 9,59	924,75	- 6,91
40 bis unter 50 Jahre	4.446	0,54	+ 9,09	927,03	+ 13,50
50 bis unter 60 Jahre	6.389	0,77	+ 10,29	902,54	+ 39,40
60 bis unter 70 Jahre	5.976	0,86	+ 5,64	943,08	+ 68,34
70 bis unter 80 Jahre	7.655	1,17	+ 6,85	1.039,95	+ 103,30
80 bis unter 90 Jahre	4.775	1,55	+ 5,26	1.231,93	+ 147,72
90 Jahre und älter	1.101	1,52	+ 3,74	1.300,24	+ 192,69

Tab. 7 Regionale Entwicklung der Ausgaben pro 100 BARMER GEK Versicherte von 2010 zu 2011 in der Ergotherapie

Bundesland	Ausgaben 2010 in €	Ausgaben 2011 in €	Ausgaben pro 100 Versicherte 2010	Ausgaben pro 100 Versicherte 2011	Änderung der Ausgaben pro 100 Versicherte zu 2010 in %
Baden-Württemberg	5.783.516,25	6.875.790,11	716,45	846,62	+ 18,17
Bayern	8.715.658,75	9.657.128,62	783,48	868,82	+ 10,89
Berlin	3.983.651,31	4.523.420,01	924,46	1.026,99	+ 11,09
Brandenburg	2.913.631,94	3.265.704,26	696,49	759,99	+ 9,12
Bremen	171.640,27	203.171,30	442,22	527,79	+ 19,35
Hamburg	1.733.977,68	2.162.128,78	921,81	1.142,76	+ 23,97
Hessen	4.824.740,84	5.478.559,63	649,63	730,87	+ 12,50
Mecklenburg-Vorpommern	1.674.436,96	1.883.224,05	695,00	759,25	+ 9,24
Niedersachsen	7.350.194,12	8.365.829,78	951,90	1.071,16	+ 12,53
Nordrhein-Westfalen	17.484.993,17	18.527.979,39	783,31	828,58	+ 5,78
Rheinland-Pfalz	3.977.573,25	4.467.423,78	862,17	961,00	+ 11,46
Saarland	1.117.388,84	1.338.892,59	868,66	1.031,93	+ 18,79
Sachsen	5.289.787,26	5.329.537,25	1.258,42	1.257,38	- 0,08
Sachsen-Anhalt	2.763.896,49	3.150.012,65	896,05	1.013,88	+ 13,15
Schleswig-Holstein	3.592.953,86	4.076.063,95	947,46	1.061,27	+ 12,01
Thüringen	2.175.097,25	2.446.200,88	843,01	936,58	+ 11,10

Tab. 8 Anteil der BARMER GEK Versicherten mit Logopädie-Verordnungen im Jahr 2011 nach Alter und Geschlecht

Alter in Jahren	Anzahl LV	Anteil LV/ Vers in %	Δ Anteil zu 2010	Ausgaben je LV in €	Δ Ausgaben je LV zu 2010 in €
Insgesamt	83.213	0,92	+0,32	655,68	+28,18
0 bis unter 10 Jahre	43.561	6,29	-1,01	573,72	-11,51
10 bis unter 20 Jahre	12.744	1,48	+9,25	519,54	-12,07
20 bis unter 30 Jahre	2.328	0,21	+1,56	618,20	+47,41
30 bis unter 40 Jahre	1.787	0,18	-3,89	695,40	+85,27
40 bis unter 50 Jahre	3.089	0,23	+2,85	723,09	+60,16
50 bis unter 60 Jahre	4.158	0,31	+2,64	813,31	+95,19
60 bis unter 70 Jahre	4.781	0,42	+4,07	915,58	+103,83
70 bis unter 80 Jahre	6.463	0,62	+2,42	965,83	+122,81
80 bis unter 90 Jahre	3.682	0,81	-0,96	951,92	+172,75
90 Jahre und älter	620	0,68	-7,52	848,95	+201,23
Männer	44.343	1,17	-0,03	656,30	+23,22
0 bis unter 10 Jahre	26.849	7,56	-0,59	578,71	-12,62
10 bis unter 20 Jahre	7.066	1,61	+6,86	535,51	-9,34
20 bis unter 30 Jahre	922	0,17	-2,05	734,58	+77,32
30 bis unter 40 Jahre	624	0,15	+3,71	846,78	+133,27
40 bis unter 50 Jahre	896	0,17	+2,54	912,07	+151,62
50 bis unter 60 Jahre	1.403	0,27	+8,54	949,34	+119,00
60 bis unter 70 Jahre	2.144	0,50	+6,09	996,89	+115,50
70 bis unter 80 Jahre	2.937	0,75	+1,52	993,32	+134,69
80 bis unter 90 Jahre	1.351	0,92	+0,56	930,82	+166,00
90 Jahre und älter	151	0,82	+12,09	749,96	+80,14
Frauen	38.870	0,74	+0,57	654,98	+33,84
0 bis unter 10 Jahre	16.712	4,95	-1,64	565,71	-9,81
10 bis unter 20 Jahre	5.678	1,35	+12,30	499,67	-14,72
20 bis unter 30 Jahre	1.406	0,24	+4,15	541,88	+31,02
30 bis unter 40 Jahre	1.163	0,21	-6,93	614,17	+51,92
40 bis unter 50 Jahre	2.193	0,27	+3,13	645,87	+22,61
50 bis unter 60 Jahre	2.755	0,33	-0,09	744,03	+78,32
60 bis unter 70 Jahre	2.637	0,38	+2,43	849,47	+92,06
70 bis unter 80 Jahre	3.526	0,54	+3,36	942,94	+113,29
80 bis unter 90 Jahre	2.331	0,76	-2,06	964,15	+177,19
90 Jahre und älter	469	0,65	-12,46	880,82	+238,64

Tab. 9 Regionale Entwicklung der Ausgaben pro 100 BARMER GEK Versicherte von 2010 zu 2011 in der Logopädie

Bundesland	Ausgaben 2010 in €	Ausgaben 2011 in €	Ausgaben pro 100 Versicherte 2010	Ausgaben pro 100 Versicherte 2011	Änderung der Ausgaben pro 100 Versicherte zu 2010 in %
Baden-Württemberg	3.768.196,32	4.448.838,67	466,80	547,79	+ 17,35
Bayern	4.989.138,38	5.418.876,17	448,49	487,52	+ 8,70
Berlin	2.959.526,00	3.103.910,93	686,80	704,71	+ 2,61
Brandenburg	2.637.075,39	2.903.212,43	630,38	675,63	+ 7,18
Bremen	135.602,91	183.438,97	349,37	476,53	+ 36,39
Hamburg	971.769,91	1.102.874,51	516,61	582,91	+ 12,83
Hessen	3.639.573,15	3.787.541,27	490,05	505,28	+ 3,11
Mecklenburg-Vorpommern	1.375.019,25	1.387.250,49	570,73	559,29	- 2,00
Niedersachsen	4.456.882,24	4.877.365,50	577,19	624,50	+ 8,20
Nordrhein-Westfalen	14.682.086,09	14.489.820,63	657,74	647,99	- 1,48
Rheinland-Pfalz	2.601.742,93	2.699.459,65	563,95	580,69	+ 2,97
Saarland	679.060,90	751.455,74	527,91	579,17	+ 9,71
Sachsen	2.750.699,19	2.915.268,68	654,38	687,79	+ 5,11
Sachsen-Anhalt	1.987.152,65	2.125.682,63	644,23	684,19	+ 6,20
Schleswig-Holstein	2.445.997,52	2.752.927,83	645,01	716,77	+ 11,13
Thüringen	1.517.346,37	1.584.378,64	588,08	606,61	+ 3,15

Tab. 10 Anteil der BARMER GEK Versicherten mit Physiotherapie-Verordnungen im Jahr 2011 nach Alter und Geschlecht

Alter in Jahren	Anzahl LV	Anteil LV/ Vers in %	Δ Anteil zu 2010	Ausgaben je LV in €	Δ Ausgaben je LV zu 2010 in €
Insgesamt	1.668.765	18,39	+ 11,47	280,10	+ 16,49
0 bis unter 10 Jahre	30.377	4,39	+ 0,88	352,08	- 4,65
10 bis unter 20 Jahre	63.239	7,36	+ 11,91	230,49	- 2,23
20 bis unter 30 Jahre	99.871	9,00	+ 15,36	177,23	+ 7,23
30 bis unter 40 Jahre	129.157	13,24	+ 14,73	193,35	+ 2,39
40 bis unter 50 Jahre	254.072	18,69	+ 17,60	220,55	+ 4,03
50 bis unter 60 Jahre	314.753	23,19	+ 13,14	249,67	+ 7,48
60 bis unter 70 Jahre	295.155	26,18	+ 7,55	295,08	+ 11,70
70 bis unter 80 Jahre	325.464	31,03	+ 6,92	330,44	+ 27,55
80 bis unter 90 Jahre	133.904	29,45	+ 5,63	434,00	+ 75,65
90 Jahre und älter	22.773	25,07	+ 3,28	531,27	+ 131,53
Männer	497.996	13,10	+ 17,17	269,46	+ 17,75
0 bis unter 10 Jahre	16.661	4,69	+ 0,13	360,26	- 7,20
10 bis unter 20 Jahre	27.485	6,26	+ 9,92	246,78	- 2,43
20 bis unter 30 Jahre	35.738	6,78	+ 15,91	198,34	+ 8,89
30 bis unter 40 Jahre	38.623	9,06	+ 22,75	198,55	+ 2,10
40 bis unter 50 Jahre	68.430	12,75	+ 29,09	208,81	+ 7,05
50 bis unter 60 Jahre	87.266	16,56	+ 23,59	231,32	+ 11,69
60 bis unter 70 Jahre	86.893	20,11	+ 14,91	281,07	+ 19,35
70 bis unter 80 Jahre	96.062	24,41	+ 10,31	320,54	+ 36,34
80 bis unter 90 Jahre	36.645	25,06	+ 7,98	406,84	+ 70,93
90 Jahre und älter	4.193	22,82	+ 6,62	488,59	+ 122,79
Frauen	1.170.769	22,20	+ 9,33	284,62	+ 16,31
0 bis unter 10 Jahre	13.716	4,07	+ 1,82	342,15	- 1,32
10 bis unter 20 Jahre	35.754	8,50	+ 13,55	217,97	- 1,72
20 bis unter 30 Jahre	64.133	11,03	+ 15,18	165,47	+ 6,17
30 bis unter 40 Jahre	90.534	16,49	+ 12,56	191,12	+ 2,23
40 bis unter 50 Jahre	185.642	22,56	+ 14,09	224,87	+ 3,60
50 bis unter 60 Jahre	227.487	27,41	+ 9,66	256,71	+ 6,87
60 bis unter 70 Jahre	208.262	29,95	+ 4,83	300,92	+ 9,34
70 bis unter 80 Jahre	229.402	35,00	+ 5,42	334,58	+ 24,14
80 bis unter 90 Jahre	97.259	31,54	+ 5,08	444,23	+ 77,97
90 Jahre und älter	18.580	25,64	+ 2,57	540,90	+ 133,82

Tab. 11 Regionale Entwicklung der Ausgaben pro 100 BARMER GEK Versicherte von 2010 zu 2011 in der Physiotherapie

Bundesland	Ausgaben 2010 in €	Ausgaben 2011 in €	Ausgaben pro 100 Versicherte 2010	Ausgaben pro 100 Versicherte 2011	Änderung der Ausgaben pro 100 Versicherte zu 2010 in %
Baden-Württemberg	37.355.188,01	48.270.884,05	4.627,50	5.943,61	+ 28,44
Bayern	51.400.408,99	59.383.427,26	4.620,54	5.342,51	+ 15,63
Berlin	25.884.347,48	30.278.258,33	6.006,83	6.874,31	+ 14,44
Brandenburg	16.178.915,85	19.854.245,19	3.867,50	4.620,46	+ 19,47
Bremen	1.092.088,80	1.491.516,72	2.813,72	3.874,57	+ 37,70
Hamburg	8.012.323,75	10.473.500,03	4.259,47	5.535,62	+ 29,96
Hessen	30.003.083,45	35.564.300,44	4.039,80	4.744,45	+ 17,44
Mecklenburg-Vorpommern	9.159.572,79	11.275.188,71	3.801,84	4.545,73	+ 19,57
Niedersachsen	33.650.386,94	41.939.468,98	4.357,94	5.369,94	+ 23,22
Nordrhein-Westfalen	83.180.659,76	94.898.713,29	3.726,42	4.243,90	+ 13,89
Rheinland-Pfalz	21.567.129,52	25.677.698,23	4.674,85	5.523,59	+ 18,16
Saarland	4.408.615,26	5.548.178,66	3.427,28	4.276,15	+ 24,77
Sachsen	26.319.717,19	30.385.831,82	6.261,38	7.168,85	+ 14,49
Sachsen-Anhalt	14.564.457,18	17.199.252,97	4.721,76	5.535,86	+ 17,24
Schleswig-Holstein	18.297.688,67	22.903.009,42	4.825,11	5.963,19	+ 23,59
Thüringen	10.118.869,98	11.996.949,85	3.921,81	4.593,28	+ 17,12

Tab. 12 Leistungsversicherte mit Physiotherapie nach Bundesland im Jahr 2011 in Prozent

Bundesland	Anteil Leistungsversicherte in %
Baden-Württemberg	19,57%
Bayern	19,31%
Berlin	20,33%
Brandenburg	22,34%
Bremen	14,15%
Hamburg	15,39%
Hessen	15,76%
Mecklenburg-Vorpommern	22,68%
Niedersachsen	17,93%
Nordrhein-Westfalen	14,21%
Rheinland-Pfalz	18,50%
Saarland	14,68%
Sachsen	28,65%
Sachsen-Anhalt	25,21%
Schleswig-Holstein	19,60%
Thüringen	23,55%

Tab. 13 Anteil der BARMER GEK Versicherten mit Podologie-Verordnungen im Jahr 2011 nach Alter und Geschlecht

Alter in Jahren	Anzahl LV	Anteil LV/ Vers in %	Δ Anteil zu 2010	Ausgaben je LV in €	Δ Ausgaben je LV zu 2010 in €
Insgesamt	57.808	0,64	+5,49	142,35	-10,56
0 bis unter 10 Jahre	0	0,00	-100,00	0,00	0,00
10 bis unter 20 Jahre	25	0,00	+0,35	80,78	-16,63
20 bis unter 30 Jahre	105	0,01	+12,75	117,55	+0,14
30 bis unter 40 Jahre	335	0,03	+0,71	124,17	-11,74
40 bis unter 50 Jahre	1.697	0,12	+0,27	129,96	-11,82
50 bis unter 60 Jahre	6.305	0,46	+0,43	134,17	-10,43
60 bis unter 70 Jahre	14.651	1,30	+1,39	138,67	-15,46
70 bis unter 80 Jahre	22.272	2,12	+3,32	142,63	-13,67
80 bis unter 90 Jahre	10.757	2,37	+7,97	152,50	-0,83
90 Jahre und älter	1.661	1,83	+8,77	155,22	+9,32
Männer	26.824	0,71	+6,40	137,17	-9,79
0 bis unter 10 Jahre	0	0,00	-100,00	0,00	0,00
10 bis unter 20 Jahre	13	0,00	+8,44	99,74	+3,97
20 bis unter 30 Jahre	43	0,01	+18,90	126,63	-2,82
30 bis unter 40 Jahre	125	0,03	-5,54	114,44	-10,88
40 bis unter 50 Jahre	781	0,15	-0,35	127,96	-9,51
50 bis unter 60 Jahre	3.202	0,61	+1,80	132,26	-7,29
60 bis unter 70 Jahre	7.639	1,77	+2,85	135,85	-13,17
70 bis unter 80 Jahre	10.649	2,71	+5,26	138,76	-11,07
80 bis unter 90 Jahre	4.023	2,75	+8,31	142,02	-3,88
90 Jahre und älter	349	1,90	+13,76	137,99	+8,30
Frauen	30.984	0,59	+4,67	146,83	-11,12
0 bis unter 10 Jahre	0	0,00	-100,00	0,00	0,00
10 bis unter 20 Jahre	12	0,00	-7,13	60,24	-38,67
20 bis unter 30 Jahre	62	0,01	+8,93	111,25	+1,46
30 bis unter 40 Jahre	210	0,04	+5,09	129,95	-12,69
40 bis unter 50 Jahre	916	0,11	+0,67	131,67	-13,79
50 bis unter 60 Jahre	3.103	0,37	-1,03	136,14	-13,51
60 bis unter 70 Jahre	7.012	1,01	-0,31	141,73	-17,75
70 bis unter 80 Jahre	11.623	1,77	+1,80	146,17	-15,93
80 bis unter 90 Jahre	6.734	2,18	+7,42	158,76	+1,21
90 Jahre und älter	1.312	1,81	+7,51	159,80	+9,84

Tab. 14 Regionale Entwicklung der Ausgaben pro 100 BARMER GEK Versicherte von 2010 zu 2011 in der Podologie

Bundesland	Ausgaben 2010 in €	Ausgaben 2011 in €	Ausgaben pro 100 Versicherte 2010	Ausgaben pro 100 Versicherte 2011	Änderung der Ausgaben pro 100 Versicherte zu 2010 in %
Baden-Württemberg	443.917,92	467.032,83	54,99	57,51	+4,57
Bayern	883.109,16	918.892,98	79,39	82,67	+4,14
Berlin	440.204,40	421.407,55	102,16	95,68	-6,34
Brandenburg	247.704,71	242.580,52	59,21	56,45	-4,66
Bremen	17.687,13	24.341,45	45,57	63,23	+38,76
Hamburg	138.240,15	160.331,87	73,49	84,74	+15,31
Hessen	428.795,23	455.322,53	57,74	60,74	+5,21
Mecklenburg-Vorpommern	215.401,85	207.796,80	89,41	83,78	-6,30
Niedersachsen	808.275,39	803.623,26	104,68	102,90	-1,70
Nordrhein-Westfalen	2.499.427,72	2.504.507,75	111,97	112,00	+0,03
Rheinland-Pfalz	364.537,20	374.829,09	79,02	80,63	+2,04
Saarland	132.711,76	126.500,87	103,17	97,50	-5,50
Sachsen	797.458,06	680.989,20	189,71	160,66	-15,31
Sachsen-Anhalt	386.820,49	348.219,34	125,41	112,08	-10,63
Schleswig-Holstein	253.336,93	265.041,23	66,81	69,01	+3,30
Thüringen	250.026,20	224.244,87	96,90	85,86	-11,40

Tab. 15 Anteil Versicherte der BARMER GEK mit Heilmittelleistungen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2011 in Prozent

Alter in Jahren	Ergotherapie		Logopädie		Physiotherapie		Podologie	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0 bis unter 10	5,68	2,32	7,56	4,95	4,69	4,07	0,00	0,00
10 bis unter 20	1,82	1,00	1,61	1,35	6,26	8,50	0,00	0,00
20 bis unter 30	0,25	0,28	0,17	0,24	6,78	11,03	0,01	0,01
30 bis unter 40	0,29	0,40	0,15	0,21	9,06	16,49	0,03	0,04
40 bis unter 50	0,35	0,54	0,17	0,27	12,75	22,56	0,15	0,11
50 bis unter 60	0,55	0,77	0,27	0,33	16,56	27,41	0,61	0,37
60 bis unter 70	0,83	0,86	0,50	0,38	20,11	29,95	1,77	1,01
70 bis unter 80	1,19	1,17	0,75	0,54	24,41	35,00	2,71	1,77
80 bis unter 90	1,53	1,55	0,92	0,76	25,06	31,54	2,75	2,18
90 und älter	1,31	1,52	0,82	0,65	22,82	25,64	1,90	1,81

Tab. 16 Anteil Versicherte der BARMER GEK mit Heilmittelverordnungen im Jahr 2011 nach Alter und Geschlecht in Prozent

Alter in Jahren	Anteil männlicher Versicherter mit Heilmittelverordnungen	Anteil weiblicher Versicherter mit Heilmittelverordnungen
0 bis unter 10	15,66	10,23
10 bis unter 20	8,98	10,28
20 bis unter 30	7,02	11,33
30 bis unter 40	9,30	16,81
40 bis unter 50	13,07	22,95
50 bis unter 60	17,24	28,00
60 bis unter 70	21,62	30,88
70 bis unter 80	26,64	36,39
80 bis unter 90	27,52	33,53
90 und älter	24,90	27,62

Tab. 17 Anteil der BARMER GEK Versicherten mit Hilfsmittel-Verordnungen im Jahr 2011 nach Alter und Geschlecht

Alter in Jahren	Anzahl LV	Anteil LV/ Vers in %	Δ Anteil zu 2010	Ausgaben je LV in €	Δ Ausgaben je LV zu 2010 in €
Insgesamt	1.918.050	21,14	+ 14,94	350,56	- 51,71
0 bis unter 10 Jahre	78.499	11,34	+ 13,81	284,11	- 32,86
10 bis unter 20 Jahre	174.546	20,31	+ 21,39	186,95	- 20,52
20 bis unter 30 Jahre	105.650	9,53	+ 24,51	231,82	- 37,42
30 bis unter 40 Jahre	110.230	11,30	+ 23,79	241,84	- 47,65
40 bis unter 50 Jahre	207.999	15,30	+ 27,09	257,71	- 45,29
50 bis unter 60 Jahre	278.565	20,53	+ 19,51	311,50	- 44,76
60 bis unter 70 Jahre	298.334	26,46	+ 9,60	384,72	- 40,93
70 bis unter 80 Jahre	372.130	35,48	+ 7,14	432,50	- 48,97
80 bis unter 90 Jahre	229.505	50,48	+ 4,18	509,89	- 69,67
90 Jahre und älter	62.592	68,89	+ 1,93	530,16	- 79,56
Männer	667.934	17,57	+ 19,99	412,62	- 62,66
0 bis unter 10 Jahre	41.601	11,72	+ 12,84	297,07	- 37,13
10 bis unter 20 Jahre	86.631	19,74	+ 20,32	198,04	- 22,60
20 bis unter 30 Jahre	47.362	8,98	+ 24,41	265,84	- 44,99
30 bis unter 40 Jahre	39.247	9,20	+ 30,55	290,11	- 68,54
40 bis unter 50 Jahre	67.185	12,52	+ 40,53	322,93	- 79,49
50 bis unter 60 Jahre	88.934	16,87	+ 28,94	414,39	- 72,67
60 bis unter 70 Jahre	99.360	23,00	+ 15,84	518,48	- 73,07
70 bis unter 80 Jahre	122.221	31,06	+ 10,46	559,96	- 56,62
80 bis unter 90 Jahre	64.351	44,00	+ 7,20	579,70	- 65,80
90 Jahre und älter	11.042	60,09	+ 3,96	570,76	- 44,72
Frauen	1.250.116	23,71	+ 12,50	317,40	- 48,52
0 bis unter 10 Jahre	36.898	10,94	+ 14,93	269,49	- 27,67
10 bis unter 20 Jahre	87.915	20,90	+ 22,49	176,02	- 18,31
20 bis unter 30 Jahre	58.288	10,02	+ 24,62	204,18	- 31,41
30 bis unter 40 Jahre	70.983	12,93	+ 21,03	215,15	- 40,25
40 bis unter 50 Jahre	140.814	17,11	+ 21,72	226,59	- 35,74
50 bis unter 60 Jahre	189.631	22,85	+ 15,61	263,25	- 38,21
60 bis unter 70 Jahre	198.974	28,62	+ 6,79	317,93	- 31,80
70 bis unter 80 Jahre	249.909	38,13	+ 5,49	370,16	- 47,51
80 bis unter 90 Jahre	165.154	53,55	+ 3,32	482,69	- 73,08
90 Jahre und älter	51.550	71,13	+ 1,52	521,46	- 87,06

Tab. 18 Versorgungsprävalenz und Ausgaben für Hilfsmittelleistungen in 2010 und 2011 nach Produktgruppen

Produktgruppe	Anzahl LV 2011	Anteil LV zu Versicherte in %	Ausgaben in € in 2011	Ausgaben pro LV in € in 2011	Änderung der Ausgaben pro LV zu 2010 in %	Ausgaben pro Versichertem in 2011	Änderung der Ausgaben pro Versichertem zu 2010 in %
01 - Absauggeräte	8.093	0,09	4.156.192,58	513,55	-1,14	0,46	+20,49
02 - Adaptionshilfen	33.077	0,36	1.743.967,55	52,72	-8,36	0,19	+3,40
03 - Applikationshilfen	22.450	0,25	25.360.093,82	1.129,63	+4,79	2,79	-1,86
04 - Badehilfen	71.294	0,79	10.677.917,67	149,77	-6,76	1,18	+0,78
05 - Bandagen	379.260	4,18	34.549.770,37	91,10	-5,37	3,81	+11,15
06 - Bestrahlungsgeräte	312	0,00	76.031,43	243,69	-3,00	0,01	+1,06
07 - Blindenhilfsmittel	1.335	0,01	2.045.536,04	1.532,24	+12,56	0,23	+26,84
08 - Einlagen	577.106	6,36	45.535.239,35	78,90	+1,66	5,02	+22,85
09 - Elektrostimulationsgeräte	115.561	1,27	7.671.778,25	66,39	-18,04	0,85	+2,52
10 - Gehhilfen	191.551	2,11	9.865.297,78	51,50	-12,81	1,09	-1,00
11 - Hilfsmittel gegen Dekubitus	27.755	0,31	11.218.329,55	404,19	-0,56	1,24	+2,76
12 - Hilfsmittel bei Tracheostoma	3.633	0,04	10.228.091,13	2.815,33	+0,18	1,13	+12,35
13 - Hörhilfen	75.733	0,83	59.060.347,13	779,85	-0,54	6,51	+1,61
14 - Inhalations- und Atemtherapiegeräte	91.081	1,00	86.072.346,30	945,01	+2,61	9,48	+17,45
15 - Inkontinenzhilfen	222.152	2,45	75.152.125,09	338,29	+3,29	8,28	+11,48
16 - Kommunikationshilfen	1.626	0,02	2.014.902,65	1.239,18	-20,00	0,22	-17,24
17 - Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	288.768	3,18	39.663.026,69	137,35	+1,61	4,37	+17,93
18 - Kranken-/ Behindertenfahrzeuge	82.360	0,91	57.944.961,03	703,56	-10,53	6,39	-2,34
19 - Krankenpflegeartikel	15.405	0,17	6.468.104,05	419,87	+50,50	0,71	+389,67
20 - Lagerungshilfen	7.858	0,09	1.236.883,96	157,40	-14,03	0,14	-16,71

Tab. 18 Fortsetzung

Produktgruppe	Anzahl LV 2011	Anteil LV zu Versicherte in %	Ausgaben in € in 2011	Ausgaben pro LV in € in 2011	Änderung der Ausgaben pro LV zu 2010 in %	Ausgaben pro Versichertem in 2011	Änderung der Ausgaben pro Versichertem zu 2010 in %
21 - Messgeräte für Körperzustände/-funktionen	15.155	0,17	5.119.939,64	337,84	+9,11	0,56	-10,89
22 - Mobilitätshilfen	6.179	0,07	3.310.593,93	535,78	-3,55	0,36	+7,21
23 - Orthesen/Schienen	149.936	1,65	41.075.996,16	273,96	-19,79	4,53	+30,36
24 - Prothesen	50.477	0,56	24.168.591,58	478,80	-1,21	2,66	+7,10
25 - Sehhilfen	135.348	1,49	9.183.777,98	67,85	-2,13	1,01	+10,55
26 - Sitzhilfen	5.953	0,07	4.854.637,41	815,49	-19,24	0,53	-12,73
27 - Sprechhilfen	923	0,01	365.450,36	395,94	-40,26	0,04	+19,94
28 - Stehhilfen	576	0,01	893.007,07	1.550,36	+1,98	0,10	+2,03
29 - Stomaartikel	19.002	0,21	38.158.716,25	2.008,14	-2,11	4,20	+5,28
30 - Nicht besetzt	526	0,01	69.244,50	131,64	+12,78	0,01	-36,81
31 - Schuhe	131.156	1,45	34.069.003,45	259,76	-9,98	3,75	-2,66
32 - Therapeutische Bewegungsgeräte	11.277	0,12	4.821.940,98	427,59	-6,44	0,53	+22,63
33 - Toilettenhilfen	36.551	0,40	3.204.606,74	87,67	-8,13	0,35	+1,44

Tab. 19 Regionale Entwicklung der Ausgaben pro 100 BARMER GEK Versicherte von 2010 zu 2011 von Hilfsmitteln

Bundesland	Ausgaben 2010 in €	Ausgaben 2011 in €	Ausgaben pro 100 Versicherte 2010	Ausgaben pro 100 Versicherte 2011	Änderung der Ausgaben pro 100 Versicherte zu 2010 in %
Baden-Württemberg	49.908.409,80	56.107.471,34	6.182,57	6.908,54	+11,74
Bayern	78.861.539,17	81.170.756,04	7.089,10	7.302,64	+3,01
Berlin	30.314.265,54	32.289.054,79	7.034,86	7.330,84	+4,21
Brandenburg	25.219.027,15	26.195.180,32	6.028,50	6.096,11	+1,12
Bremen	2.320.576,94	2.666.958,73	5.978,87	6.928,07	+15,88
Hamburg	11.723.245,96	13.632.562,80	6.232,26	7.205,30	+15,61
Hessen	52.401.059,23	54.243.691,78	7.055,60	7.236,37	+2,56
Mecklenburg-Vorpommern	18.560.992,09	17.144.562,50	7.704,05	6.912,04	-10,28
Niedersachsen	55.419.326,31	57.267.798,07	7.177,15	7.332,58	+2,17
Nordrhein-Westfalen	186.472.637,29	182.647.476,86	8.353,81	8.168,05	-2,22
Rheinland-Pfalz	34.707.826,17	34.341.851,34	7.523,20	7.387,36	-1,81
Saarland	7.908.639,25	8.048.978,58	6.148,22	6.203,60	+0,90
Sachsen	37.294.338,28	33.763.677,51	8.872,21	7.965,78	-10,22
Sachsen-Anhalt	24.682.635,38	21.980.213,05	8.002,05	7.074,69	-11,59
Schleswig-Holstein	27.309.456,54	29.178.125,80	7.201,52	7.597,03	+5,49
Thüringen	22.272.522,19	21.168.830,54	8.632,26	8.104,92	-6,11

Tab. 20 Ausgaben für Hilfsmittel pro Versichertem der BARMER GEK in den Jahren 2010 und 2011 nach Bundesland

Bundesland	2010	2011	Änderung in %
Baden-Württemberg	61,83	69,09	+ 11,74
Bayern	70,89	73,03	+ 3,01
Berlin	70,35	73,31	+ 4,21
Brandenburg	60,29	60,96	+ 1,12
Bremen	59,79	69,28	+ 15,88
Hamburg	62,32	72,05	+ 15,61
Hessen	70,56	72,36	+ 2,56
Mecklenburg-Vorpommern	77,04	69,12	- 10,28
Niedersachsen	71,77	73,33	+ 2,17
Nordrhein-Westfalen	83,54	81,68	- 2,22
Rheinland-Pfalz	75,23	73,87	- 1,81
Saarland	61,48	62,04	+ 0,90
Sachsen	88,72	79,66	- 10,22
Sachsen-Anhalt	80,02	70,75	- 11,59
Schleswig-Holstein	72,02	75,97	+ 5,49
Thüringen	86,32	81,05	- 6,11

Tab. 21 Anteil Versicherte der BARMER GEK mit Hilfsmittelverordnungen im Jahr 2011 nach Alter und Geschlecht in Prozent

Alter in Jahren	Anteil männlicher Versicherter mit Hilfsmittelverordnungen	Anteil weiblicher Versicherter mit Hilfsmittelverordnungen
0 bis unter 10	11,72	10,94
10 bis unter 20	19,74	20,90
20 bis unter 30	8,98	10,02
30 bis unter 40	9,20	12,93
40 bis unter 50	12,52	17,11
50 bis unter 60	16,87	22,85
60 bis unter 70	23,00	28,62
70 bis unter 80	31,06	38,13
80 bis unter 90	44,00	53,55
90 und älter	60,09	71,13

Tab. 22 Leistungsversicherte mit Hilfsmitteln nach Bundesland im Jahr 2011 in Prozent

Bundesland	Anteil Leistungsversicherte in %
Baden-Württemberg	20,65%
Bayern	22,13%
Berlin	21,81%
Brandenburg	18,39%
Bremen	20,01%
Hamburg	20,30%
Hessen	21,64%
Mecklenburg-Vorpommern	18,93%
Niedersachsen	20,70%
Nordrhein-Westfalen	22,09%
Rheinland-Pfalz	21,51%
Saarland	21,37%
Sachsen	21,55%
Sachsen-Anhalt	19,31%
Schleswig-Holstein	21,33%
Thüringen	21,20%

Die ProjektmitarbeiterInnen:

Dr. PH Claudia Kemper, MPH

*1967

Von 1990 bis 1994 Studium der Religionspädagogik in Paderborn. Anschließend Ausbildung zur Physiotherapeutin und Arbeit in verschiedenen Praxen. 2004 bis 2006 Studium der Gesundheitswissenschaften (Public Health) an der Universität Bremen mit dem Schwerpunkt Epidemiologie. 2011 Promotion (Dr. PH) zur Versorgung Pflegebedürftiger nach Schlaganfall. Seit 2006 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung der Universität Bremen.

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 im Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung der Universität Bremen.

Jana Schulze, MPH

*1984

Bachelor of Nursing mit integrierter Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin von 2004 bis 2008 in Berlin. Von 2008 bis März 2011 Masterstudium der Gesundheitswissenschaften (Public Health) mit dem Schwerpunkt Versorgungsforschung an der Universität Bremen. Seit April 2011 wissenschaftliche Mitarbeiterin im 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 Arzneimittelepidemiologie, Projektleitung einer Arzneimittelbewertungsstudie (Bewertender Arzneimittelindex, hrsg. von E. Greiser). Ab 1988 Leiter von Pharmakologischen Beratungsdiensten in Krankenkassen, Leiter der Abteilung Verbandspolitik beim Verband der Angestellten Krankenkassen (VdAK), später der Abteilung für medizinisch-wissenschaftliche Grundsatzfragen, zuletzt bei der BARMER Ersatzkasse.

Ab Dezember 1999 Professor für Arzneimittelversorgungsforschung am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen. Seit 2007 Co-Leiter der Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen.
Von 2003 bis 2009 vom Gesundheitsminister berufenes Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (www.svr-gesundheit.de), ab 2003 Mitglied im wissenschaftlichen Beirat der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und Mitglied in der BTM-Kommission des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Von 2007 bis zum Rücktritt am 25. März 2008 von der Gesundheitsministerin berufenes Mitglied und gewählter Vorsitzender im wissenschaftlichen Beirat des BVA zur Erstellung eines Gutachtens zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich.
Mitglied der Drug-Utilization-Research-Group der WHO, seit 2005 nach vierjähriger Tätigkeit als 1. Vorsitzender der Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimittelepidemiologie (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 der Kommission für rationale Arzneimitteltherapie.

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.

Susanne Dannehl, approbierte psychologische Psychotherapeutin (VT)

*1978

Von 1998 bis 2004 Studium der Psychologie an der E.-M.-A.-Universität Greifswald. Von 2004 bis 2009 als klinische Psychologin in Akut- und Rehabilitationskliniken tätig. Von 2009 bis 2012 Promotionsstipendiatin der DFG an der Technischen Universität Berlin.

Angela Fritsch

*1958

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

Sabine George, Ergotherapeutin

*1976

Ausbildung zur Ergotherapeutin von 1995 bis 1998. Von 1998 bis 2006 Tätigkeit als Ergotherapeutin und leitende Ergotherapeutin im Neurologischen Krankenhaus München (Schön Klinik München-Schwabing). Seit 2006 Vorstandsmitglied für Standards und Qualität im Deutschen Verband der Ergotherapeuten e.V.

Tim Jacobs

*1980

Ausbildung zum IT-Systemkaufmann, anschließend Zivil-Dienst in einem Reha-Zentrum. Studium der Digitalen Medien an der Hochschule Bremen. Seit September 2010 studentischer Mitarbeiter im Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung der Universität Bremen.

Sabine Koch, B. A.

*1983

Ausbildung zur Physiotherapeutin. Seit 2006 im Gesundheitszentrum für Mitarbeiter der Daimler AG Bremen tätig. Von 2007 bis 2010 Bachelorstudium der Gesundheitswissenschaften (Public Health) an der Universität Bremen. Seit 2010 Masterstudium mit dem Schwerpunkt Versorgungsforschung.

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.

Melanie Tamminga

*1986

Ausbildung zur medizinischen Fachangestellten. Von 2007 bis 2010 Bachelorstudium der Gesundheitswissenschaften (Public Health) an der Universität Bremen. Seit 2010 Studium des Masterstudiengangs mit dem Schwerpunkt Versorgungsforschung an der Universität Bremen. Seit September 2009 studentische Mitarbeiterin im Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung der Universität Bremen.

Kathrin Tholen, MPH

*1982

Von 2004 bis 2007 Bachelorstudium der Gesundheitswissenschaften (Public Health) an der Universität Bremen mit dem Schwerpunkt Gesundheitsförderung und Prävention. Anschließend bis 2010 Masterstudium der Gesundheitswissenschaften mit dem Schwerpunkt Versorgungsforschung. Seit Oktober 2009 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung der Universität Bremen.

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., Schicktanz, 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

Band 4: Sauer, K., Kemper, C., Kaboth, K., Glaeske, G.: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittel-Report 2010. 2010
ISBN 978-3-537-44104-1 Euro 14,90

Band 5: Rothgang, H., Iwansky, S., Müller, R., Sauer, S., Unger, R.: BARMER GEK Pflegereport 2010. 2010
ISBN 978-3-537-44105-8 Euro 14,90

Band 6: Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Arztreport 2011. 2011
ISBN 978-3-537-44106-5 Euro 14,90

Band 7: Schäfer, T., Schneider, A., Mieth, I.: BARMER GEK Zahnreport 2011. 2011
ISBN 978-3-537-44107-2 Euro 14,90

Band 8: Glaeske, G., Schicktanz, C.: BARMER GEK Arzneimittelreport 2011. 2011
ISBN 978-3-537-44108-9 Euro 14,90

Band 9: Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Neusser, S., Mieth, I., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Report Krankenhaus 2011. 2011
ISBN 978-3-537-44109-6 Euro 14,90

Band 10: Sauer, K., Kemper, C., Glaeske, G.: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2011. 2011
ISBN 978-3-537-44110-2 Euro 14,90

Band 11: Rothgang, H., Iwansky, S., Müller, R., Sauer, S., Unger, R.: BARMER GEK Pflegereport 2011. 2011
ISBN 978-3-537-44111-9 Euro 14,90

Band 12: Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Arztreport 2012. 2012
ISBN 978-3-537-44112-6 Euro 14,90

Band 13: Schäfer, T., Schneider, A., Hussein, R., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Zahnreport 2012. 2012
ISBN 978-3-943-74478-1 Euro 14,90

Band 14: Glaeske, G., Schicktanz, C.: BARMER GEK Arzneimittelreport 2012. 2012
ISBN 978-3-943-74479-8 Euro 14,90

Band 15: Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Neusser, S., Lorenz, C.: BARMER GEK Report Krankenhaus 2012. 2012
ISBN 978-3-943-74480-4 Euro 14,90