



***Edition***

---

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 72  
Claudia Kemper  
Kristin Sauer  
Gerd Glaeske

mit Beiträgen von Bernhard Borgetto, Konstanze Löffler, Ute Merz,  
Holm Thieme und Marcel Sieberer

unter Mitarbeit von Angela Fritsch, Kathrin Kaboth, Claudia Kretschmer,  
Christian Schalauka und Melanie Tamminga

# **GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2009**

Auswertungsergebnisse der  
GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahren 2007 und 2008

Bremen, Schwäbisch Gmünd  
Oktober 2009  
Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 72



## *Edition*

---

### **GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2009**

#### **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.

- Herausgeber: GEK - Gmünder ErsatzKasse  
Bereich Gesundheitsanalyse  
Gottlieb-Daimler-Straße 19  
73529 Schwäbisch Gmünd  
Telefon (07171) 801-0  
<http://www.gek.de>
- Autoren: Claudia Kemper, Kristin Sauer, Gerd Glaeske  
Zentrum für Sozialpolitik (ZeS),  
Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und  
Versorgungsforschung  
Arbeitsbereich „Versorgungsforschung im Bereich von  
Arzneimitteln und sonstigen Leistungen“  
Universität Bremen, Parkallee 39, 28209 Bremen
- Verlag: Asgard-Verlag, Einsteinstraße 10, 53757 St. Augustin
- ISBN: 978-3-537-44072-3

## Inhaltsverzeichnis

<b>I.</b>	<b>Einführung</b> .....	<b>7</b>
1.	Allgemeine Hinweise und Daten .....	7
2.	Allgemeine Auswertungsergebnisse aus den GEK-Daten des Jahres 2008 .....	12
3.	Material und Methoden .....	26
<b>II.</b>	<b>Heilmittel</b> .....	<b>31</b>
1.	Entwicklungen im Berufsstand Physiotherapie .....	31
2.	Rahmenvorgaben und allgemeine Entwicklungen im Heilmittelbereich .....	40
3.	Ergebnisse der Heilmittelanalysen .....	46
<b>III.</b>	<b>Hilfsmittel</b> .....	<b>62</b>
1.	Gesetzliche Entwicklungen in der Hilfsmittelversorgung .....	62
2.	Ergebnisse der Hilfsmittelanalysen .....	72
<b>IV.</b>	<b>Diagnosebezogene Auswertungen</b> .....	<b>84</b>
1.	Physiotherapeutische und Ergotherapeutische Versorgung bei Rheumatoider Arthritis .....	84
2.	Physiotherapie beim Fibromyalgiesyndrom .....	97
3.	Die Rolle der Podologie beim diabetischen Fußsyndrom .....	117
4.	Heil- und Hilfsmiteleinsatz bei Mukoviszidose (Cystische Fibrose) .....	131
5.	Ergotherapie bei psychischen Erkrankungen .....	146
<b>V.</b>	<b>Verzeichnisse</b> .....	<b>160</b>
1.	Tabellenverzeichnis .....	160
2.	Abbildungsverzeichnis .....	163
3.	Literaturverzeichnis .....	165
<b>VI.</b>	<b>Anhang</b> .....	<b>179</b>

## Vorwort

Die Ausgaben der Gmünder ErsatzKasse für die Verordnungen von Heil- und Hilfsmitteln von 180 Mio. Euro rangieren zwar noch immer deutlich hinter den Ausgaben für Arzneimittel mit 487 Mio. Euro. Der Ausgabenanstieg in den vergangenen Jahren ist jedoch unübersehbar. Dies ist nicht verwunderlich: Auch in diesen Leistungsbereichen kommt es zu mehr Verordnungen, sowohl bei Kindern und Jugendlichen wie auch bei jungen und vor allem älteren Erwachsenen. Kinder und Jugendliche werden bei psychischen Erkrankungen immer häufiger ergotherapeutisch behandelt, sie bekommen bei bestimmten Erkrankungen auch Medizingeräte verordnet, bei der Mukoviszidose z.B. Sauerstofftherapiegeräte, mit denen die Atmung erleichtert und verbessert werden soll. Bei älteren Menschen kommt es z.B. nach einem Schlaganfall zu physiotherapeutischen und logopädischen Behandlungen, damit im Rahmen von Rehabilitationsmaßnahmen die Einschränkungen von Alltagsfunktionen wenn schon nicht ganz ausgeglichen, so doch verringert werden können. Insbesondere bei den Hilfsmitteln können wir auf eine verbreiterte Angebotspalette zurückgreifen, wobei aber auch hier wie in der Arzneimitteltherapie gilt: Nicht alles Neue ist auch immer besser. Wir haben daher auch im Bereich der Heil- und Hilfsmittel die Frage nach dem Nutzen zu stellen – nicht alle Angebote sind durch ausreichende Studien abgesichert. Wir stehen da am Anfang und haben eine Situation vor uns wie noch vor fünfzehn Jahren im Arzneimittelbereich. Seinerzeit haben wir begonnen, über die Nutzung von Leitlinien und der evidenzbasierten Medizin nachzudenken, um begründete Aussagen über die Effektivität und Effizienz der Maßnahmen treffen zu können.

Bei den Heil- und Hilfsmitteln stehen wir in dieser Hinsicht noch am Anfang. Studien und Bewertungen von einzelnen Heilmitteln und Hilfsmitteln sind eher selten, noch immer „regiert“ die Tradition in der Behandlung

oder die Anwendung von Hilfsmitteln ohne nachgewiesenen Nutzen. Dies muss sich ändern: Die Anbieter von Hilfsmitteln oder die Anbieter von Heilmitteln sind ebenso wie die Arzneimittelhersteller für den Nachweis der Wirksamkeit ihrer Angebote verantwortlich, wir benötigen mehr Studien in diesen Leistungsbereichen, die dann z.B. ebenso wie die Arzneimittel vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) evaluiert und vom Gemeinsamen Bundesausschuss bewertet werden. Und da dieser Leistungsbereich schon jetzt hohe Zuwachsraten erkennen lässt, sind solche Evaluationen dringend erforderlich.

Wir können mit den GEK-Daten einen Beitrag für die Versorgungsforschung leisten und könnten an Hand der Evaluation prüfen, ob die richtigen Verfahren und adäquaten Hilfsmittel auch bei den richtigen Patientinnen und Patienten eingesetzt werden. In dem hier vorliegenden Report werden z.B. die Hilfsmittelverordnungen bei Mukoviszidose und die Heilmittelverordnungen bei psychischen Erkrankungen untersucht, allerdings nur bedingt auf Basis vorhandener Leitlinien. Der Nachholbedarf zur Erstellung einer „belastbaren“ Therapieempfehlung, die auch klare Aussagen zu Unter-, Über- und Fehlversorgung zulässt, ist unübersehbar.

Wir möchten die entsprechenden Fachgesellschaften, Hersteller und Anbieter daher ermuntern, die Studienbasis für Heil- und Hilfsmittel zu erweitern und zu verbessern. Auf diesem Weg kann dann auch die Versorgung nachhaltig verbessert werden, damit die richtigen Mittel auch richtig eingesetzt werden können.

Auch in diesem Jahr hat uns die Arbeitsgruppe um Herrn Prof. Dr. Gerd Glaeske vom Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen interessante Einblicke in die Versorgung mit Heil- und Hilfsmittel zusammengestellt. Wir möchten uns für diese Analysen und die Erstellung des Heil- und Hilfsmittel-Reports bedanken. Er bietet uns eine wichtige Basis dafür,

die Qualität der Versorgung auch in diesem Bereich weiterzuentwickeln. Insofern sind solche Reporte ein gutes Beispiel für eine gelungene Kooperation zwischen einer Krankenkasse und der Wissenschaft – letztlich zum Wohle unserer Versicherten.

Schwäbisch Gmünd, im Oktober 2009



Dr. jur. Rolf-Ulrich Schlenker



Alexander Stütz

Der Vorstand der GEK

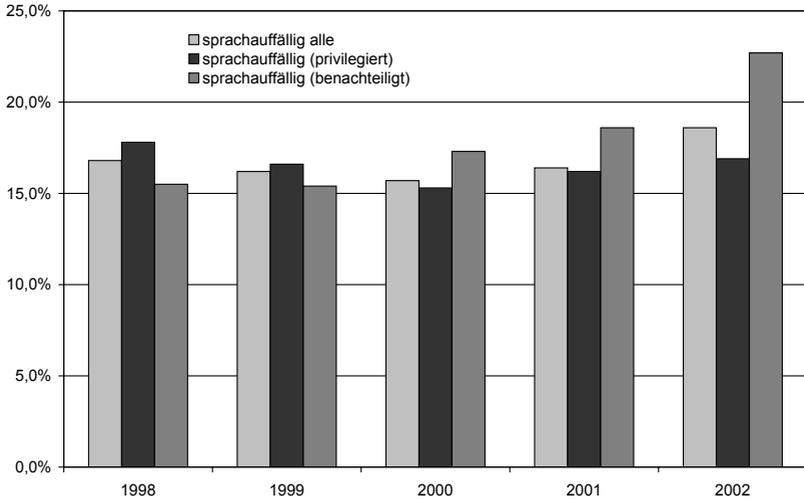
## **I. Einführung**

### **1. Allgemeine Hinweise und Daten**

Die Inanspruchnahme von Leistungen aus dem Bereich der Heil- und Hilfsmittel rückt immer mehr in den Vordergrund. Die Gründe hierfür liegen vor allem in der Veränderung unserer Gesellschaft hin zu mehr älteren Menschen mit Einschränkungen in ihren Alltagsfunktionen aufgrund von Krankheitsereignissen wie z.B. Schlaganfällen, bei denen Heilmittel wie Logopädie oder Physiotherapie ebenso wichtig sind wie z.B. Rollatoren als Gehhilfen oder Hörhilfen zur Unterstützung eines schlechter gewordenen Hörvermögens. Aber auch das Älterwerden für sich genommen kann mit Einschränkungen im Alltag verbunden sein – schlechteres Sehen oder Hören, Schwierigkeiten beim Treppensteigen oder Inkontinenz kommen im höheren Lebensalter häufiger vor, Hilfsmittel werden daher für immer mehr ältere Menschen notwendig, um körperliche Einschränkungen auszugleichen. Brillen und Hörgeräte oder Treppenlifter und Rollstühle gehören daher zu den oft verordneten Hilfsmitteln. Solche Hilfen sind auch integraler Bestandteil der Rehabilitation behinderter, chronisch kranker oder hochbetagter Menschen. Ein weiterer Grund liegt aber auch darin, dass insbesondere bestimmte Heilmittel (so z.B. Logopädie und Ergotherapie) auffällig häufig für Kinder bis zum zehnten Lebensjahr verordnet und angewendet werden, ein möglicher Hinweis darauf, dass Kinder im Rahmen ihrer Entwicklung in Familien, Kindergärten und Schulen nicht mehr ausreichend gefördert werden (können) und therapeutische Maßnahmen zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) an Bedeutung gewinnen – ein „Verschiebebahnhof“ der öffentlichen Hand zu Lasten der GKV. Daten, die bei Schuleingangsuntersuchungen erhoben werden, zeigen durchaus in dieser Hinsicht auffällige Ergebnisse: So wurden im Raum Hannover bei dem Schulanfängerjahrgang 2006/2007 (10.440 Kinder) etwa zehn Prozent der Kinder gefunden, die zum Zeitpunkt der Untersuchung eine Sprachtherapie bekamen, bei ca. fünf Prozent war

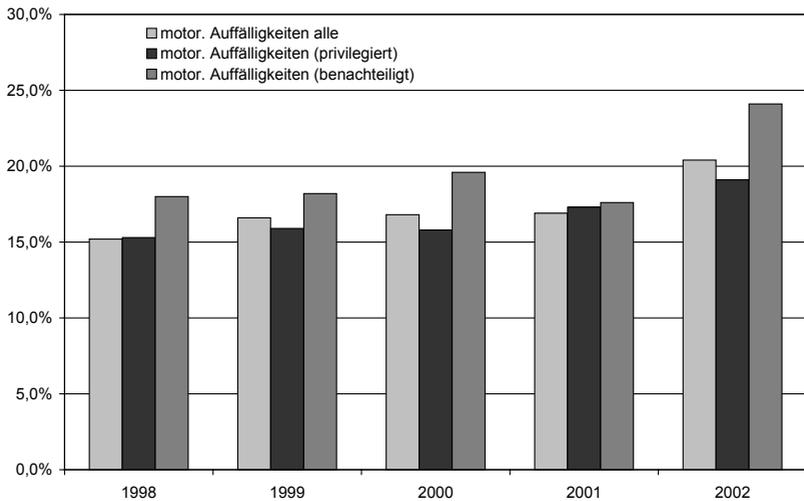
eine solche Therapie bereits abgeschlossen, sieben Prozent wiesen Befunde auf, die eine weitere Diagnostik bzw. Therapie erforderten und 19% zeigten Sprachauffälligkeiten, die allerdings (noch) keiner weiteren therapeutischen Maßnahme bedurften (Schammert-Prenzler, 2007). Ähnliche Befunde liegen aus Bremen vor, sowohl für den Bereich der Sprachauffälligkeiten als auch für die motorischen Auffälligkeiten – als therapeutische Maßnahmen kommen hier Logopädie und Ergotherapie in Frage. Auch hier liegen die Sprachauffälligkeiten in den Jahren 1998 bis 2002 zwischen 15 und 17%, die motorischen Auffälligkeiten zwischen 16 und 20%. (Die Gesamtzahl der untersuchten Schülerinnen und Schüler schwankte in den genannten Jahren zwischen 4.704 und 5.134.) Etwas anderes wird an den beiden Abbildungen deutlich (s. Abbildung I.1 und Abbildung I.2): Die Häufigkeit der Sprach- und Motorikauffälligkeiten steigt bei Kindern aus benachteiligten Schichten deutlicher an als bei Kindern aus privilegierten Schichten. Das erhöhte Gesundheitsbewusstsein, ein leichter Zugang zum Gesundheitssystem sowie ein gesundheits- und bildungsförderliches Lebensumfeld machen sich in den privilegierten Schichten offensichtlich vor allem bei den Kindern bemerkbar.

**Abbildung I.1 Sprachauffälligkeiten bei Schulanfängern aus privilegierten und benachteiligten Wohnvierteln**



Quelle: Gesundheitsamt Bremen, 2007

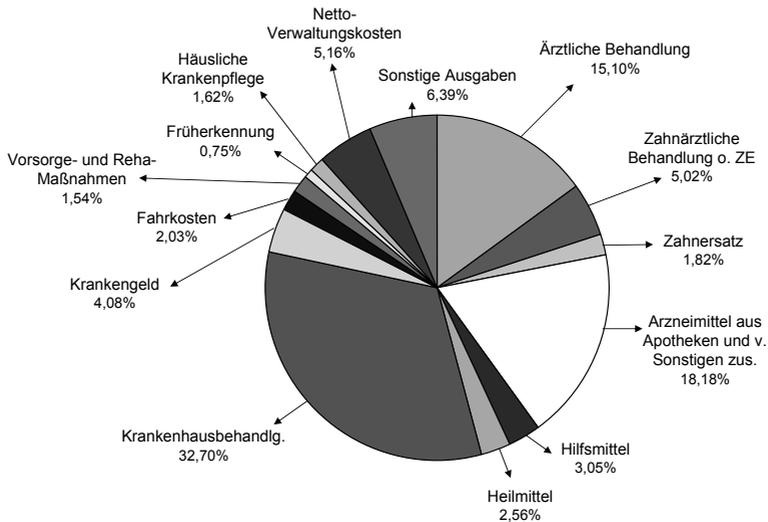
**Abbildung I.2 Motorische Auffälligkeiten bei Schulanfängern aus privilegierten und benachteiligten Wohnvierteln**



Quelle: Gesundheitsamt Bremen, 2007

Von den Ausgaben der GKV im Jahre 2008 in Höhe von 160,8 Mrd. Euro (Einnahmen der GKV 2008 161,7 Mrd. Euro) entfielen 4,91 Mrd. Euro und damit 3,05% auf die Hilfsmittel (+3,6% gegenüber 2007) und 4,11 Mrd. Euro und damit 2,56% auf die Heilmittel (+5,8% gegenüber 2007) (s. Tabelle I.1 und Abbildung I.3).

**Abbildung I.3** Anteile an den Ausgaben der GKV im Jahre 2008 in Prozent der Gesamtausgaben in Höhe von 160,8 Mrd. €



Quelle: nach BMG, 2009

**Tabelle I.1      Vorläufige Rechnungsergebnisse der GKV 2008 Gesamtausgaben**

vorläufige Rechnungsergebnisse	Gesetzliche Krankenversicherung (einschl. der landwirtschaftlichen Krankenversicherung <sup>1</sup> )		
	Bund		Veränderung 2007 bis 2008
1.-4. Quartal 2008 in Mrd. Euro	2007	2008	
<b>Einnahmen insgesamt</b>	<b>155,678</b>	<b>161,659</b>	<b>3,8%</b>
Beiträge insgesamt <sup>2</sup>	149,966	155,594	3,8%
Sonstige Einnahmen (ohne RSA)	5,713	6,066	6,2%
<b>Ausgaben insgesamt</b>	<b>153,616</b>	<b>160,762</b>	<b>4,7%</b>
Leistungen insgesamt darunter:	144,318	151,121	4,7%
Ärztliche Behandlung <sup>3</sup>	23,109	24,275	5,0%
Zahnärztliche Behandlung o. ZE	7,881	8,074	2,5%
Zahnersatz	2,835	2,918	2,9%
Zahnärztliche Behandlung insgesamt	10,716	10,992	2,6%
Apotheken	25,592	26,797	4,7%
Arzneimittel von Sonstigen	2,167	2,428	12,0%
Arzneimittel aus Apotheken und v. Sonst. zusammen	27,759	29,225	5,3%
Hilfsmittel	4,735	4,905	3,6%
Heilmittel	3,885	4,110	5,8%
Krankenhausbehandl. insg. <sup>3</sup>	50,797	52,570	3,5%
Krankgeld	6,012	6,561	9,1%
Leistungen im Ausland	0,489	0,468	-4,3%
Fahrkosten	3,022	3,258	7,8%
Vorsorge- und Reha-Maßnahmen	2,444	2,479	1,4%
Soziale Dienste/Prävention	2,059	2,323	12,8%
Früherkennungsmaßnahmen	1,024	1,210	18,1%
Schwangerschaft/Mutterschaft <sup>4</sup>	1,400	1,485	6,1%
Betriebs-, Haushaltshilfe	0,182	0,183	0,5%
Häusliche Krankenpflege	2,337	2,611	11,8%
Medizinischer Dienst, Gutachter	0,333	0,348	4,4%

**Tabelle I.1 Fortsetzung**

vorläufige Rechnungsergebnisse	Gesetzliche Krankenversicherung (einschl. der landwirtschaftlichen Krankenversicherung <sup>1</sup> )		
	Bund		Veränderung 2007 bis 2008
1.-4. Quartal 2008 in Mrd. Euro	2007	2008	
Sonst. Aufwend. ohne RSA	1,152	1,350	17,2%
Netto-Verwaltungskosten	8,132	8,291	2,0%
<b>Saldo Einn.-Ausg.<sup>5</sup></b>	<b>1,781</b>	<b>0,729</b>	

<sup>1</sup> Die landwirtschaftlichen Krankenkassen (LKK) nehmen nicht an dem zum 01.01.2009 eingeführten Gesundheitsfonds teil.

<sup>2</sup> einschl. Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung

<sup>3</sup> ohne Dialysekosten und ambl. ärztl. Behandlung auch ohne Soziotherapie

<sup>4</sup> ohne stationäre Entbindung

<sup>5</sup> um RSA-Saldo und DMP-Verwaltungskostenpauschale bereinigt

Quelle: nach BMG, 2009

Zusammengenommen entfielen auf die Heil- und Hilfsmittel im Jahre 2008 also 8,02 Mrd. Euro (5,6 % der gesamten GKV-Ausgaben). Damit liegt dieser Ausgabenblock nach den Ausgaben für das Krankenhaus, für die Arzneimittel und für das ärztliche Honorar auf Platz 4 der ausgabenstärksten Leistungen.

## **2. Allgemeine Auswertungsergebnisse aus den GEK-Daten des Jahres 2008**

Bei der GEK stiegen die Ausgaben im Jahre 2008 ebenfalls wie in der Gesamt-GKV an, allerdings ist dabei zu berücksichtigen, dass die GEK in diesem Zeitraum mit der HZK – Die Profikrankenkasse fusioniert hat und schon wegen dieser Fusion rund 90.000 Versicherte mehr zu versorgen waren. Bei der GEK alleine stieg die Anzahl der Versicherten um 17.000 Personen an. Insgesamt hat die GEK im Jahre 2008 1,75 Mio. Versicherte betreut und liegt damit derzeit auf Platz 11 in der Rangfolge der Kassen in der GKV.

Insgesamt wurden für Heilmittel 91,5 Mio. Euro im Jahre 2008 ausgegeben (+10,2% gegenüber dem Vorjahr 2007; für die „frühere GEK“ alleine wären es etwa acht Prozent mehr gewesen). Pro 100 versicherte Personen insgesamt entspricht dies Ausgaben von 5.048 Euro für Frauen und Männer zusammen (+3,5%), für 100 versicherte Männer lagen die entsprechenden Werte bei 4,680 Euro (+2,2%), bei 100 versicherten Frauen bei 5.454 Euro (+ 4,7%).

Die Ausgaben für Hilfsmittel lagen nur knapp darunter. Insgesamt wurden in diesem Leistungsbereich 90,7 Mio. Euro ausgegeben, pro 100 Versicherte 5002 Euro (+4,8% gegenüber dem Vorjahr 2007), für 100 versicherte Männer 5.480 Euro (vier Prozent), für 100 versicherte Frauen 4.475 Euro (+6,1%).

Das Durchschnittsalter der Versicherten in der GEK stieg zwar nach der Fusion mit der HZK – Die Profikrankenkasse leicht an von 37,6 auf 38,6 Jahre (Männer von 38,5 auf 39,4 Jahre; Frauen von 36,6 auf 37,7 Jahre), noch immer liegt dieses Durchschnittsalter aber deutlich unter dem Durchschnitt der GKV mit rund 42 Jahren. Als Folge der gewachsenen Versichertenanzahl stieg auch der Anteil der Versicherten an, der Leistungen aus dem Heilmittelbereich (z.B. Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie oder Podologie) in Anspruch genommen hat – im Jahre 2007 waren es 124.180 Männer und 144.813 Frauen, im Jahre 2008 waren es im Vergleich zum Vorjahr 7,3% mehr Männer und 9,3% mehr Frauen, die eine Heilmittelverordnung erhalten haben (133.218 resp. 158.270).

Bei den Versicherten, die Leistungen aus dem Hilfsmittelbereich bekommen, sind ebenfalls Steigerungen erkennbar: 2007 bekamen 132.083 männliche Versicherte Leistungen aus dem Hilfsmittelbereich, 2008 142.723 (+8,1%), bei den Frauen lagen die Werte bei 133.922 resp. 149.465 (+11,61%).

Insgesamt lagen allen nun folgenden Auswertungen die Ausgaben von rund 183 Millionen Euro zu Grunde. Dies sind etwa sieben Prozent aller Ausgaben bei der GEK im Jahre 2007.

**Tabelle I.2 Kennzahlen der Jahre 2007 und 2008 für die GEK- Versicherten**

	2007	2008		
		GEK+HZK	in %	nur GEK
<b>Anzahl Versicherte (Statusfälle)*:</b>				
Gesamt	1.701.785	1.812.254	+6,49	1.723.500
Männer	895.558	950.466	+6,13	898.927
Frauen	806.227	861.788	+6,89	824.573
<b>Anzahl versicherte Personen:</b>				
Gesamt	1.646.284	1.751.900	+6,42	1.661.605
Männer	874.187	927.850	+6,14	875.269
Frauen	772.097	824.050	+6,73	786.336
<b>Durchschnittsalter:</b>				
Gesamt	37,6	38,6		
Männer	38,5	39,4		
Frauen	36,6	37,7		
<b>Versicherte mit Heilmittelleistungen (RL) **: </b>				
Männer	124.180	133.218	+7,28	129.199
Frauen	144.813	158.270	+9,29	154.484
<b>Versicherte mit Hilfsmittelleistungen (HMV) ***: </b>				
Männer	132.083	142.723	+8,06	137.567
Frauen	133.922	149.465	+11,61	144.655
<b>Versicherte mit Leistungen nach S BG XI § 40: </b>				
Männer	1.197	1.554	+29,82	1.421
Frauen	1.182	1.638	+38,58	1.418

**Tabelle I.2 Fortsetzung**

	2007	2008		
		GEK+HZK	in %	nur GEK
Ausgaben für Heilmittel (RL):				
Gesamt	83.032.710,68	91.490.352,70	+10,19	89.772.714,85
Männer	41.018.904,92	44.485.913,00	+8,45	43.597.065,53
Frauen	42.013.805,76	47.004.439,70	+11,88	46.175.649,32
Ausgaben für Heilmittel (RL) pro 100 Versicherte:				
Gesamt	4.879,15	5.048,43	+3,47	
Männer	4.580,26	4.680,43	+2,19	
Frauen	5.211,16	5.454,29	+4,67	
Ausgaben für Hilfsmittel (HMV):				
Gesamt	81.209.246,89	90.652.031,94	+11,63	87.656.099,39
Männer	47.201.382,43	52.082.946,58	+10,34	50.275.726,18
Frauen	34.007.864,46	38.569.085,36	+13,41	37.380.373,21
Ausgaben für Hilfsmittel (HMV) pro 100 Versicherte:				
Gesamt	4.772,00	5.002,17	+4,82	
Männer	5.270,61	5.479,73	+3,97	
Frauen	4.218,15	4.475,47	+6,10	
Ausgaben für Leistungen nach SGB XI § 40:				
Gesamt	1.061.299,04	1.236.743,28	+16,53	1.154.678,85
Männer	593.456,28	676.958,46	+14,07	639.420,85
Frauen	467.842,76	559.784,82	+19,65	515.258,00
Ausgaben für Leistungen nach SGB XI § 40 pro 100 Versicherte:				
Gesamt	62,36	68,24	+9,43	
Männer	66,27	71,22	+7,48	
Frauen	58,03	64,96	+11,94	

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

\*\* Heilmittel entsprechend der Heilmittel- Richtlinien

\*\*\* Hilfsmittel aus dem Hilfsmittelverzeichnis

In der Ausgabenverteilung der 91,5 Millionen Euro bei den Heilmitteln (s. Tabelle I.2) nimmt der Leistungsbereich der Physiotherapie mit 67,1 Millionen Euro den ersten Rang ein, wobei die Ausgaben pro Versichertem im Jahre 2008 gegenüber dem Jahr 2007 um drei Prozent angestiegen sind. Ausgabensteigerungen sind pro Versichertem auch bei der Ergotherapie (+5,2%) und der Logopädie (+2,3%) zu beobachten – die Gesamtausgaben belaufen sich auf 13,1 Millionen Euro für die Ergotherapie und auf 10,5 Millionen Euro für die Logopädie. Wie schon in den vergangenen Jahren sind die Ausgaben aus dem Bereich der Podologie mit 36,4% besonders deutlich angestiegen, allerdings auf relativ niedrigem Gesamtausgabenniveau (784 Tsd. Euro). Pro Versichertem, der Heilmittelleistungen erhielt, wurden im Jahre 2008 für die Ergotherapie 852 Euro, für die Logopädie 607 Euro, für die Physiotherapie 253 Euro und für die Podologie 181 Euro ausgegeben. Die Ausgaben für podologische Leistungen können dazu beitragen, dass Menschen mit Diabetes Spätschäden an Füßen wegen schlecht heilender Wunden oder unbeabsichtigten und nicht bemerkten Verletzungen an den Füßen verhindert werden können, die immer noch oft genug zu Amputationen einzelner Gliedmaßen an den Füßen oder zu Amputationen des Vorderfußes führen.

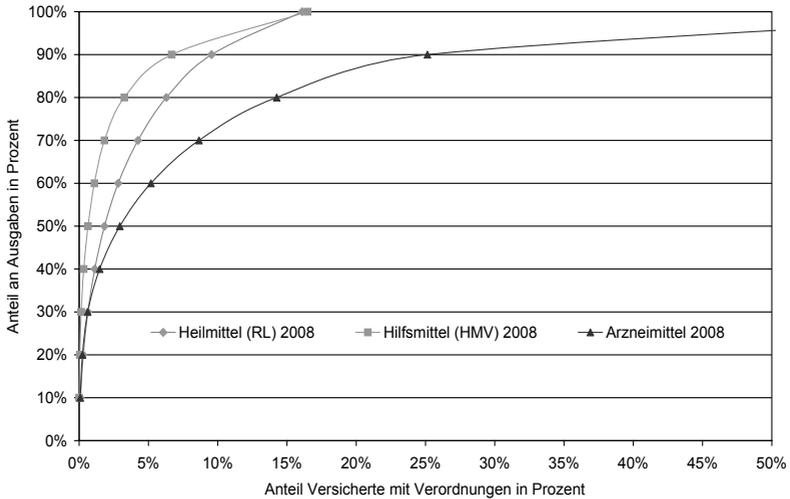
**Tabelle I.3      Ausgaben der GEK für unterschiedliche Heilmittel im Jahr 2008 in Euro**

	Anzahl Versicherte mit Leistungen	Ausgaben pro Versichertem mit Leistungen 2008	Ausgaben 2008 für die GEK	Änderungen Ausgaben je Versichertem zu 2007 in %
Ergotherapie	15.374	852,27	13.102.782,22	+5,18
Logopädie	17.285	606,87	10.489.720,24	+2,26
Physiotherapie	265.232	253,04	67.114.305,85	+3,04
Podologie	4.325	181,17	783.544,39	+36,43

Immer wieder können Asymmetrien in der Inanspruchnahme von Leistungen durch die Versicherten der GKV festgestellt werden – es gibt keine Normalverteilung, sondern immer eine schiefe Verteilung – viele nehmen nur wenige, wenige aber den Großteil der Leistungen in Anspruch. Im Vergleich zu anderen Leistungen gehört die Asymmetrie im Bereich der Heil- und Hilfsmittel zu den auffälligsten, sie ist z.B. auffälliger als im Bereich der Arzneimittelversorgung (Glaeske et al., 2009). Insgesamt bekommen nur rund 16% aller Versicherten zumindest eine Verordnung eines Heil- und/oder Hilfsmittels, aber 71% Arzneimittel – in absoluten Zahlen: 280.000 zu 1,23 Millionen (s. Abbildung I.4): So entfallen 30% der Gesamtausgaben, die im Jahre 2008 487 Mio. Euro betragen, auf nur 0,85% der Versicherten, die Arzneimittel erhalten, also auf rund 17.500 Personen mit durchschnittlichen Arzneimittelausgaben von knapp 8.600 Euro. Auf knapp 20% der Versicherten (also auf 258.374 Personen), die Arzneimittel erhielten, entfielen 80% der Ausgaben – pro Person im Durchschnitt etwa 1.560 Euro. Insgesamt zeigt sich, dass auch die Zuzahlungen im Heil- und Hilfsmittel- sowie im Arzneimittelbereich auf eine relativ kleine Gruppe von Patienten entfallen, die auf Grund ihrer Krankheiten auch dringend behandelt werden müssen. Dass diese Gruppe ausgerechnet auch den Hauptanteil der Zuzahlungen zu tragen hat und damit alle Versicherten entlastet – denn schließlich sind Zuzahlungen bis zur Überforderungsklausel Einnahmen der Kassen –, muss unter sozialen Aspekten der schon ohnehin bestehenden Belastung durch Krankheit und Behandlung immer wieder kritisch in Erinnerung gerufen werden.

60% aller Ausgaben bei den Arzneimitteln im Jahre 2008 entfallen auf 5,2% aller Versicherten, bei den Heilmitteln sind es bei diesem Ausgabenanteil lediglich 2,8% und bei den Hilfsmitteln nur noch 1,1%. 80% der Ausgaben entfallen bei den Arzneimitteln auf 14,3% der Versicherten, die Werte für die Heil- und Hilfsmittel sind 6,3% resp. 3,3%. (s. auch Tabelle I.4).

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

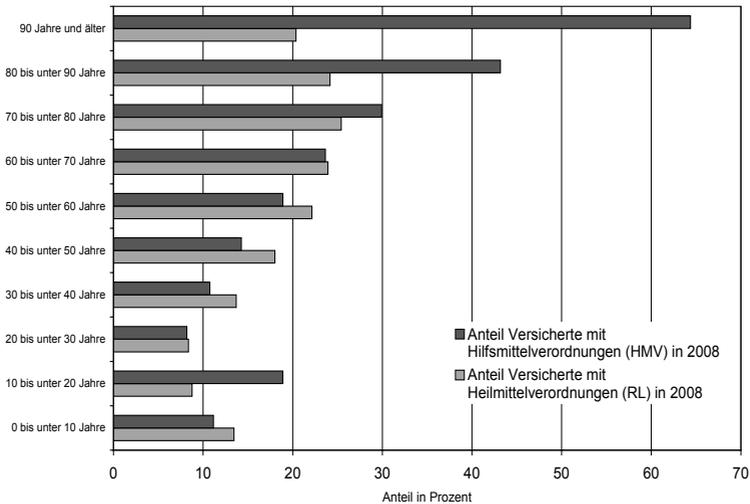


**Tabelle I.4 Prozentuale Verteilung der Ausgaben für Versicherte mit Inanspruchnahme von Heilmitteln, Hilfsmitteln und Arzneimitteln im Jahre 2008**

Anteil an den Gesamtausgaben	Anteil Versicherte mit Heilmittelverordnungen (RL) in %	Anteil Versicherte mit Hilfsmittelverordnungen (HMV) in %	Anteil Versicherte mit Arzneimittelverordnungen in %
10%	0,09	0,00	0,08
20%	0,30	0,05	0,24
30%	0,63	0,15	0,62
40%	1,13	0,33	1,48
50%	1,83	0,64	2,94
60%	2,82	1,10	5,18
70%	4,25	1,83	8,65
80%	6,30	3,26	14,26
90%	9,56	6,68	25,14
100%	16,10	16,49	73,37

Erwartungsgemäß steigt der Anteil der Leistungsversicherten bei den Hilfsmitteln deutlich mit dem Alter an, so entfallen z.B. bei den Versicherten, die Heilmittel bekommen etwa 22,1% auf Patientinnen und Patienten im Alter zwischen 50 und 60 Jahren, bei den 70- bis 80-Jährigen sind es bereits 25,4%. Bei den Hilfsmitteln sind die Unterschiede noch weit auffälliger: Da entfallen bei den Patientinnen und Patienten 18,9% auf die Altersgruppen der 50- bis 60-jährigen, 29,9% aber auf die Altersgruppen der 70- bis 80-jährigen (s. Abbildung I.5 und Tab. 7 im Anhang). Aber auch Kinder und Jugendliche bekommen bereits häufig Heil- und Hilfsmittel verordnet. So sind 13,5% aller Versicherten, die Heilmitteltherapie bekommen (z.B. Logopädie oder Ergotherapie) unter zehn Jahre alt und 11,2% der Hilfsmittelgruppe (z.B. Brillen). Bereits knapp 19% der 10- bis unter 20-Jährigen bekommen Hilfsmittel verordnet. Die 10- bis 20-Jährigen machen in den jeweiligen Patientinnen- und Patientengruppen 8,8% resp. 18,9% aus. Neben einer Vielzahl physiotherapeutischer Leistungen erhalten diese Kinder und junge Erwachsene hauptsächlich Gehhilfen, Einlagen und Bandagen. Während die Varianz bei den Hilfsmitteln besonders auffällig ist (je nach Altersgruppen schwankt die Inanspruchnahme zwischen acht und 64%), liegen die Relationen bei den Heilmitteln sehr viel näher beieinander (zwischen 8% und 25%). Der höchste Anteil der Heilmittelverordnungen wird bei den 70- bis unter 80-jährigen mit 25,4% erreicht, bei den Hilfsmittelverordnungen bei den über 90-Jährigen. Betrachtet man allerdings die alters- und geschlechtsspezifischen Behandlungsprävalenzen, so wird deutlich, wie häufig z.B. Kinder bis zum zehnten Lebensjahre Heilmittel verordnet bekommen (ca. 13%).

**Abbildung I.5 Anteil Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittelverordnungen in 2008 nach Alter**



Bei allen Kosten und Inanspruchnahmeverteilungen muss hier wie in anderen Versorgungsbereichen auch an Unter-, Über- und Fehlversorgung gedacht werden. Im vergangenen Jahr wurde auf der Basis der GEK-Abrechnungsdaten im GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report aufgezeigt, dass z.B. Patientinnen nach einer Mammakarzinom-bedingten Operation viel zu selten eine Behandlung bei Lymphödemen bekommen, und wenn eine solche Behandlung durchgeführt wird, entspricht sie oftmals nicht der vorhandenen Evidenz (siehe auch Kemper et al., 2008). Leider liegen allerdings auch oft genug keine aktuellen Leitlinien oder Therapieempfehlungen auf der Basis einer Literaturschau vor, die Versorgungsforschung im Bereich der Heil- und Hilfsmitteltherapie ist dringend verbesserungsbedürftig. Die Analysen im Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung wurden über Jahre vernachlässigt, auch allgemeine Darstellungen der Verordnungshäufigkeiten sind wenig aussagekräftig, wenn nicht personenbezogene und diagnosegestützte Informationen als Basis

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

Zur Verbesserung der Strukturqualität in der Heil- und Hilfsmittelversorgung gehören auch Strategien, die zu mehr Kooperationen in den Be-

handlungsabläufen führen. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten 2007 auf die grundsätzlich wachsende Bedeutung dieses „Professionenmix“ hingewiesen (SVR 2007, Kurzfassung Ziffern 18 ff.). Dort heißt es zur Begründung dieser Überlegungen: „Die Komplexität der Organisation des Gesundheitswesens ist hoch und hat in den letzten Jahren noch zugenommen. Vor diesem Hintergrund gilt es, angesichts der fortschreitenden Spezialisierung (Arbeitsteilung) vor allem die Integration der Tätigkeiten und Leistungen verschiedener Gesundheitsberufe zu verbessern. Weiterhin stellen demographische Entwicklungen und Veränderungen des Morbiditätsspektrums Herausforderungen für das Versorgungssystem und seine Akteure dar.“ In diesem Zusammenhang werden interprofessionelle Teams in der ambulanten Versorgung ebenso gefordert wie transsektorale Case-Management Konzepte und hochspezialisierte Behandlungsteams im Krankenhaus. Es werden ausdrücklich die Möglichkeiten angesprochen, Verordnungen von Heil- und Hilfsmitteln oder Folgeverordnungen von Medikamenten für chronisch Kranke von besonders ausgebildeten Angehörigen nichtärztlicher Gesundheitsberufe veranlassen zu können – z.B. im Rahmen der Delegation unter ärztlicher Anordnung oder Aufsicht oder der rechtlich möglichen, völlig eigenständigen Ausführung bestimmter Tätigkeiten. Solche Entwicklungen werden, und das ist durchaus aus berufspolitischer Sicht nachvollziehbar, von den meisten Ärzteverbänden entweder abgelehnt oder zumindest skeptisch gesehen. Der Sachverständigenrat empfiehlt daher, die Veränderung der Aufgabenverteilungen und Zuständigkeiten mit kleinen Schritten zu beginnen – insbesondere unter dem Aspekt der Alterung der Gesellschaft und der veränderten Krankheitsspektren hin zu chronischen Krankheiten, die sehr viel mehr dauerhafte kompetente Begleitung und Unterstützung der Patientinnen und Patienten notwendig macht: „Im ersten Schritt können über den Weg der Delegation ärztliche Aufgaben an nicht-ärztliche Gesundheitsberufe abgegeben werden. Im zweiten Schritt sollten regionale Modellprojekte zur Veränderung des Professionenmix und zur größeren Ei-

genständigkeit nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe durchgeführt und evaluiert werden. Wenn diese Modellprojekte ihre Praktikabilität beweisen, erfolgt im dritten Schritt eine breitere Einführung der Neuerung. Der Rat empfiehlt die Verankerung einer Modellklausel zur stärkeren Einbeziehung nicht ärztlicher Gesundheitsberufe in die Gesundheitsversorgung.“ (SVR 2007, Ziffer 23 der Kurzfassung).

In unserem diesjährigen Report untersuchen wir z.B. die Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Fibromyalgie oder Mukoviszidose. Hier wird deutlich, dass bei vielen Patienten Defizite durch ein sektorales Gesundheitssystem, das multiprofessionelle Behandlung und den optimalen Einsatz von z.B. Heilmitteln erschwert. Gerade in der ambulanten Versorgung könnte aber die Inanspruchnahme von Heilmitteln erleichtert werden, wenn z.B. eine bessere Vernetzung von Gesundheitsberufen gegeben wäre. Die Dokumentation solcher Defizite ist daher eine der Aufgaben der Versorgungsforschung, um Anhaltspunkte dafür zu bekommen, wo eine Optimierung der Behandlung notwendig ist.

Dazu gehört aber auch die Analyse, ob denn alle Heilmittelverordnungen, z.B. solche für Kindergarten- und Schulkinder, medizinisch notwendig und angemessen sind oder ob nicht in vielen Fällen Defizite in der Förderung von Sprachfähigkeit und Motorik durch eine „Medizinisierung“ und durch eine Verschiebung der Ausgaben der öffentlichen Hand in den Ausgabenbereich der GKV stattfindet: Die leeren Kassen der Sozial- und Kultusbehörden schaffen möglicherweise Begehrlichkeiten, den noch immer gut gefüllten Topf der GKV (2006 kamen Einnahmen von 149,5 Mrd. Euro zusammen) für die im eigenen Verantwortungs- und Gestaltungsbereich liegenden Aufgaben zu nutzen. Verschiebepbahnhöfe, die die GKV belasten – leider eine immer wieder zu beobachtende Entlastungsstrategie öffentlicher Einrichtungen!

Bereits zum sechsten Mal haben wir nun die Heil- und Hilfsmittelverordnungen für die Versicherten der GEK analysiert – im Jahr 2008 insgesamt etwa 1,9 Millionen Datensätze. Für manche Fragestellungen haben wir auch die seit dem Jahre 2004 bestehende Möglichkeit genutzt, zusätzlich zu den Heil- und Hilfsmitteldaten ambulante Diagnosedaten auszuwerten, um die pseudonymisierten, aber personenbezogenen Behandlungsabläufe besser interpretieren zu können. Damit werden die Versorgungsstrukturen immer klarer und Aussagen dazu immer genauer, trotz des grundsätzlichen Nachteils von Sekundärdaten, dass diese nicht primär zum Zwecke der Forschung, sondern zum Zwecke der Abrechnung erhoben und übermittelt werden. Versorgungsforschung auf der Basis von Sekundärdaten kann jedoch hypothesengenerierend wirken, Primärerhebungen oder gezielt durchgeführte Studien (z.B. randomisierte klinische Studien) sollten dann folgen, um die jeweiligen Defizite oder die Hinweise auf Unter-, Über- und Fehlversorgung genauer unter die Lupe nehmen zu können. Dies sei im übrigen allen Fachgesellschaften oder Berufsverbänden in diesem Leistungsbereich dringend geraten, die sich allzu leicht über Behinderungen und Barrieren in ihrer Berufsausübung beschweren, aber kaum Daten über Qualität, Angemessenheit und Outcome in ihrem Leistungsbereich vorlegen können. Wir brauchen dringend Hinweise darauf, wie plausibel und fachlich korrekt die Indikation für die jeweilige Leistung gestellt wird, weil es in einem Anbieterbereich ohne Niederlassungssteuerung und -begrenzung leicht zu Indikationsausweitungen kommen kann – die angebotsinduzierte Nachfrage ist in der medizinischen Versorgung nach wie vor Alltag. So sehr es richtig ist, dass die Kooperation von Ärztinnen und Ärzten mit den Angehörigen anderer Gesundheitsberufe in unserem Versorgungssystem verbessert werden muss (siehe auch SVR-Gutachten 2007), so dringend notwendig sind aber auch qualitätssichernde und transparenzfördernde Maßnahmen, um Notwendigkeit und Erfolg einer Behandlungsmaßnahme zu dokumentieren. Im Bereich der Heil- und Hilfsmittel besteht in diesem Zusammenhang sicherlich Nachholbedarf.

Auch in diesem Jahr haben uns erneut viele Kolleginnen und Kollegen bei der Erstellung dieses Reports geholfen: Die Firma Inter-Forum in Leipzig hat die Heil- und Hilfsmitteldaten nicht nur erfasst, von Herrn Seeber wurden sie auch so aufbereitet, dass wir sie auswerten konnten. Zum Inhalt des Reports haben Frau Löffler, Frau Merz, Herr Borgetto, Herr Sieberer und Herr Thieme beigetragen. Bei der Erstellung des Reportes in unserer Arbeitsgruppe haben uns Frau Fritsch, Frau Kaboth, Frau Kretschmer, Frau Tamminga, sowie Herr Hemmer und Herr Schalauka maßgeblich unterstützt. Allen möchten wir für ihre Unterstützung ausdrücklich danken. Und danken möchten wir nicht zuletzt dem Vorstandsvorsitzenden der GEK, Herrn Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, dem Informationen für Versicherte und Anbieter ein wirkliches Anliegen sind.

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

Bremen, im Oktober 2009



Claudia Kemper



Kristin Sauer



Gerd Glaeske

### 3. Material und Methoden

Das diesem Report zugrunde liegende Datenmaterial basiert auf Leistungsdaten der Gmünder ErsatzKasse (GEK) aus den Jahren 2007 und 2008, die systematisch und versichertenbezogen erfasst worden sind. Als Grundgesamtheit gelten alle Versicherten aus den Jahren 2007 bzw. 2008, die mindestens einen Tag in der GEK versichert waren. Bei Berechnungen, die sich auf ganzjährig Versicherte beziehen, ist dies ausdrücklich erwähnt.

Es ist zu unterscheiden zwischen den tatsächlich versicherten Personen und den so genannten Statusfällen. Die Zahl der Statusfälle übersteigt die Zahl der tatsächlich versicherten Personen, da eine versicherte Person während eines Jahres unter mehreren Statusgruppen geführt werden kann, z. B. als **familienversichert** oder **freiwillig versichert**. Da die Erfassung der Anzahl der versicherten Personen sehr komplex ist, beziehen sich die Auswertungen in dem hier vorgelegten Report in der Regel auf die Zahl der Statusfälle (**N=1.701.785 für das Jahr 2007; N=1.812.254 für das Jahr 2008**). Wird in speziellen Auswertungen auf die Anzahl der versicherten Personen Bezug genommen, ist dieses eigens ausgewiesen. Die versichertenbezogenen Daten sind pseudonymisiert, so dass eine personenbezogene Datenanalyse möglich ist, ohne dabei die tatsächliche Identität der Versicherten offen zu legen. Sofern eine Sichtung der Originalbelege im Klartext für die Auswertung erforderlich war, erfolgte diese durch eine Mitarbeiterin der GEK in deren Räumen.

Für die Analysen standen Daten auf der Basis des **§ 302 des 5. Sozialgesetzbuches (SGB V)** zur Verfügung, die nicht nur die Leistungen aus dem Bereich Heil- und Hilfsmittel, sondern auch von allen „sonstigen Leistungserbringern umfassen“. Für die Auswertungen in den Kapiteln „Polyarthritits“, „Fibromyalgie“, „Podologie“, „Mukoviszidose“ und „psychische Erkrankungen“, wurden die Abrechnungsdaten zur ambulant ver-

tragsärztlichen Versorgung von 2004 bis 2007, die stationären Abrechnungsdaten sowie die Arzneimittelabrechnungsdaten aus dem Jahr 2007 verwandt.

### **Hilfsmittel nach dem Hilfsmittelverzeichnis (HMV)**

Die Auswertungen zu Hilfsmitteln beziehen sich auf die Hilfsmittelprodukte, die dem Hilfsmittelverzeichnis zugeordnet werden können. Für den vorliegenden Heil- und Hilfsmittelreport 2009 wurden neu berechnete Daten aus dem Jahr 2007 verwendet, die von den Zahlen des letzten Reports abweichen. Die Änderungen ergeben sich aus einer verbesserten Zuordnung von Abrechnungsbelegen zu Leistungsbereichen bzw. Produktgruppen und durch Buchungskorrekturen. Außerdem wurden einige Rezepte, die im Jahr 2007 ausgestellt wurden, erst im Folgejahr bei der GEK zur Abrechnung eingereicht und sind in den neu berechneten Daten mit inbegriffen. Das ist besonders bei Hilfsmitteln der Fall, die in den letzten Quartalen des Jahres 2007 verordnet wurden. Auch bei den Hilfsmittelverordnungen werden einige Rezepte erst im Folgejahr abgerechnet.

Diese Abweichungen sind in der Mehrzahl der Fälle geringfügig. Größere Abweichungen im Vergleich zu den alten Abrechnungsdaten 2007 gibt es jedoch in der Produktgruppe 2 Adaptionshilfen und der Produktgruppe 19 Krankenpflegeartikel (vgl. Tab. 8 im Anhang).

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

## Heilmittel laut Heilmittel-Richtlinien (Heilmittel-RL)

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

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

Physiotherapie: Heilmittelposition X0101 – X2002

Logopädie: Heilmittelposition X3001 – X3401

Ergotherapie: Heilmittelposition X4001 – X4502

Podologie: Heilmittelposition X8001 – X8006

Kur/ambulante Vorsorge: Heilmittelposition X6001 – X7304

Sonstige Heilmittel: Heilmittelposition X9701 – X9936

Das ‚X‘ in der Heilmittelpositionsnummer steht für den jeweiligen Leistungserbringer, z. B. X=1 entspricht ‚Masseuren und medizinischen Bademeistern‘, X=2 ‚Krankengymnasten und Physiotherapeuten‘ usw.. Aus der Rubrik „Sonstige Heilmittel“, die im Wesentlichen ‚Mitteilungen und Berichte an den Arzt‘ und ‚Hausbesuch/Wegegeld‘ umfasst, lassen sich die meisten Heilmittel einem der Bereiche Physiotherapie, Logopä-

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

### **Standardisierte Ausgaben**

Es wurde eine so genannte interne Standardisierung der Ausgaben durchgeführt, bei der nur die Daten der GEK genutzt wurden. Es wurden jeweils die tatsächlich in einer Region im Jahr 2008 angefallenen Ausgaben mit den Ausgaben verglichen, die für diese Region nach der Entwicklung der Versichertenzahlen nach Alter und Geschlecht zu erwarten waren. Die relativen Abweichungen in den Regionen wurden als Quotient aus den tatsächlichen Ausgaben im Verhältnis zu den erwarteten Ausgaben in Prozent berechnet. In den Abbildungen wurde die Abweichung von 100% in Prozentpunkten dargestellt.

### **Leistungsversicherte**

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

## **Behandlungs- und Versorgungsprävalenz**

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

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

## **II. Heilmittel**

### **1. Entwicklungen im Berufsstand Physiotherapie**

#### **1.1 Modellvorhaben für Physiotherapeuten<sup>1</sup> – Chance für eine bessere Patientenversorgung und eine Neuverteilung der Aufgaben in der Primärversorgung**

Im Rahmen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes hat der Gesetzgeber im Juli 2008 Physiotherapeuten in Deutschland mehr Rechte bezüglich der Patientenversorgung zugesprochen (§63 Absatz 3b, SGB V). Seitdem können Physiotherapeuten so genannte Modellvorhaben mit den Krankenkassen vereinbaren, die eine eigenverantwortliche Auswahl physiotherapeutischer Leistungen beinhalten. Außerdem soll der Therapeut auch die Behandlungsdauer und -frequenz festlegen können. Bei zunehmender Knappheit der finanziellen Mittel im deutschen Gesundheitssystem ist das Ziel der Modellvorhaben eine bedarfsorientiertere und effektivere Versorgung der Patienten, ohne jedoch höhere Kosten zu verursachen. Sie sollen Behandlungskonzepte beinhalten, die sich beispielsweise auf eine Region oder eine Diagnosegruppe beziehen können. Die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung hatten sich in ihrer gemeinsamen Stellungnahme vom 10. Januar 2008 gegen den Gesetzesentwurf der Modellvorhaben ausgesprochen. Sie sehen darin eine Auflösung des Arztvorbehalts. Außerdem sehen sie keine Notwendigkeit, eine neue Versorgungsebene zu schaffen. Diagnosestellung und Behandlung von Erkrankungen könnten nicht durch nicht akademische Gesundheitsfachberufe ausgeführt werden, da es dazu einer umfassenden Ausbildung und praktischer ärztlicher Erfahrung bedürfe (KBV, 2008; Flintrop et al., 2008).

---

<sup>1</sup> die weibliche Form ist im folgenden Text mitgedacht

### **Pflegeweiterentwicklungsgesetz § 63 Abs. 3b) SGB V**

Auszug aus §63 des fünften Sozialgesetzbuches

„...Modellvorhaben nach Absatz 1 können vorsehen, dass Physiotherapeuten mit einer Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes die **Auswahl** und die **Dauer** der physikalischen Therapie und die **Frequenz** der Behandlungseinheiten bestimmen, soweit die Physiotherapeuten aufgrund ihrer Ausbildung qualifiziert sind...“

Auch wenn sich der Gesetzgeber für diese Art von Modellvorhaben ausgesprochen hat, fehlt bislang noch eine institutionalisierte Diskussions-ebene zwischen Ärzten und Gesundheitsfachberufen, die es ermöglicht, über Formen der Zusammenarbeit im Gesundheitswesen und Gestaltung der Versorgungsstrukturen, insbesondere der Arbeitsteilung, zu beraten.

### **Veränderte Versorgungsbedürfnisse erfordern innovative Versorgungsformen: Gutachten des Sachverständigenrats unterstützt die Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe**

Um auf kommende Versorgungsprobleme in Gesellschaften längeren Lebens, der damit einhergehenden häufiger auftretenden Chronizität von Krankheiten und Multimorbidität adäquat mit einer optimalen Patientenversorgung reagieren zu können, müssen die Rollen der Gesundheitsberufe neu gestaltet und den Notwendigkeiten angepasst werden. Dies beschrieb der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) bereits in seinem Gutachten 2007 zur „Koordination und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Ge-

sundheitsversorgung“. Die Definition von Rollen und die Zuteilung von Aufgaben innerhalb des Versorgungsteams, die Definition von Schnittstellen zwischen den Leistungserbringern und Versorgungsstufen gewinnen in diesem Zusammenhang an Bedeutung (Gensichen et al., 2006). Außerdem erfordern sowohl die steigende Komplexität der Organisation im Gesundheitswesen, als auch die fortschreitende medizinisch-technische Entwicklung eine neue Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsfachberufen und damit flexiblere, interdisziplinäre Versorgungsstrukturen, so der Sachverständigenrat. Da eine Arztzentriertheit im Gesundheitswesen nicht immer effizient ist (SVR, 2007), ist es erforderlich, die Tätigkeiten und Leistungen der Gesundheitsfachberufe besser im Rahmen integrierter Versorgungskonzepte zu koordinieren. Dies stellt jedoch eine Herausforderung für alle Verantwortlichen dar. Zudem wächst die Versorgungslast der Grundversorgung, so der SVR in seinem aktuellen Gutachten 2009. Die Arbeit der Hausärzte ist mit der im internationalen Vergleich auffallend hohen Kontakthäufigkeit der Patienten belastet. Das macht Veränderungen in der Organisation der Leistungserbringung, eine verstärkte Teamorientierung und Kooperation mit anderen Leistungserbringern, möglichst im Rahmen von Delegation, zwingend erforderlich (SVR, 2009).

### **Auf dem Weg zu mehr Zusammenarbeit und Arbeitsteilung im Gesundheitswesen**

Modellvorhaben ermöglichen nicht ärztlichen Gesundheitsfachberufen mehr Unabhängigkeit in ihrem Handeln. Wie bereits die Diskussion um die Modellvorhaben zeigt, sind im Zusammenhang mit dem direkten Zugang des Patienten zum Therapeuten viele Abstimmungsprozesse erforderlich: Die Modellvorhaben sind ein Schritt in Richtung Neuverteilung der Aufgaben in der Patientenversorgung. Die Evaluation der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit dieser neuen Versorgungsform liegt zum jet-

zigen Zeitpunkt noch nicht vor. Neben der inhaltlichen Konstruktion der verschiedenen Modelle, gilt es, parallel dazu Konzepte zur Evaluation der Modellvorhaben zu etablieren. Nur eine qualitativ hochwertige und methodisch einheitliche Herangehensweise der Organisation und Evaluation kann die Ergebnisse von Modellvorhaben abbilden. Die Vorsitzende des Zentralverbands der Physiotherapeuten/Krankengymnasten e.V. (ZVK), Ulrike Steinecke erklärt: „Die Modellvorhaben haben für Krankenversicherungen den Vorteil, dass sie ihren Versicherten besondere und qualitativ bessere Leistungen außerhalb der Regelversorgung anbieten können. Ich bin davon überzeugt, dass wir mit unseren Konzepten nicht nur die Qualität der Leistung verbessern können, sondern auch wirtschaftlich sind.“ (Merz, 2008). Der Berufsverband der selbstständigen Physiotherapeuten (IFK e.V.) befindet sich aktuell in der Operationalisierungsphase und hat Eckpunkte für die Modellvorhaben spezifiziert, die sich zunächst mit dem Bereich der muskulo-skelettalen Erkrankungen befassen. Die Eckpunkte beinhalten u.a. die Zieldefinition, Qualitätsstandards wie z.B. eine festgelegte Befunderhebung, die ICF-Basierung, Interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Ergebnismessung (Repschläger, 2009).

## **1.2 Direktzugang zum Physiotherapeuten im internationalen Vergleich**

Differenziert zu betrachten, aber im Zuge des Professionalisierungsprozesses der Therapieberufe an dieser Stelle erwähnenswert, sind die internationalen Entwicklungen des Direktzugangs zum Physiotherapeuten. Der sogenannte Direktzugang (direct access) ermöglicht es Patienten, physiotherapeutische Leistungen ohne ärztliche Verordnung in Anspruch zu nehmen. Diese Form des Direktzugangs ist von den aktuell anlauenden Modellvorhaben zu unterscheiden. Bei den in diesem Jahr startenden Modellvorhaben, ist nach wie vor eine ärztliche Verordnung die Grundlage der physiotherapeutischen Maßnahmen. Es ist aber ein defi-

niertes Ziel der physiotherapeutischen Berufsverbände, diesen Direktzugang, wie er in vielen Ländern praktiziert wird, auch für Patienten in Deutschland zu ermöglichen.

Der gesetzlich verankerte Direktzugang zum Physiotherapeuten besteht zum Beispiel in den Niederlanden, Schweden und in den USA seit einigen Jahren, in Australien bereits seit 30 Jahren. Der Beruf des Physiotherapeuten ist, wie in Deutschland auch, in diesen Ländern staatlich anerkannt und beinhaltet den Status des First Contact Practitioner. Allerdings unterscheiden sich die Gesundheitssysteme der einzelnen Länder grundsätzlich von dem deutschen Gesundheitssystem.

In den Niederlanden ging die Einführung des Direktzugangs des Patienten zum Physiotherapeuten mit der Entwicklung von Leitlinien einher. Diese Leitlinien stellen die Basis für das physiotherapeutische Handeln dar. Außerdem sind sie Vertragsbasis für Direktverträge mit den Krankenkassen. Desweiteren wurde in den Niederlanden eine entsprechende Weiterbildungspflicht für Physiotherapeuten eingeführt.

Die von Holdsworth & Webster (2004) durchgeführte experimentelle und qualitative Studie aus Schottland zeigt, dass der Direktzugang ein Beispiel für innovative Primärversorgung darstellt. Er ist praktikabel für Leistungserbringer und wird von Leistungsempfängern akzeptiert. Der direkte Zugang zum Physiotherapeuten weist Potenzial zur Entlastung der niedergelassenen und ambulant tätigen Ärzte auf. Aus der 1997 veröffentlichten Sekundärdatenanalyse von Mitchell et al. geht hervor, dass Behandlungsepisoden bei einem Direktzugang kürzer und wirtschaftlich günstiger waren als die Regelversorgung im Rahmen einer ärztlichen Überweisung zum Physiotherapeuten (siehe auch Swinkels et al., 2009b). Es besteht allerdings in diesem Bereich weiterhin Bedarf an Studien mit hoher Qualität. Festzuhalten ist jedoch, dass die derzeitige Datenlage die Kritik bezüglich

der sich durch einen Direktzugang ausweitenden Kosten nicht bestätigt. An dieser Stelle sollte ebenfalls erwähnt werden, dass in Großbritannien keine solche Niederlassungsfreiheit für Physiotherapeuten besteht, wie wir sie aus Deutschland oder den Niederlanden kennen.

### **Erste Evaluation des Direktzugangs**

Das niederländische Ministerium van Volksgezondheid, Welzijn en Sport formulierte folgende Ziele für den Direktzugang in der Physiotherapie:

- Entlastung der ambulanten Ärzte,
- mehr Patientenorientierung,
- eine an der Notwendigkeit orientierte Versorgung und
- eine erhöhte Entscheidungsfreiheit des Patienten (Swinkels et al., 2009a).

Die Evaluation des niederländischen Instituts für Studien im Gesundheitswesen (Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg – NIVEL) macht deutlich, dass Patienten, die den Direktzugang in Anspruch genommen hatten, durchschnittlich zwei Behandlungen weniger benötigten als Patienten, die aufgrund einer ärztlichen Verordnung den Physiotherapeuten aufgesucht hatten. Die patienteneigenen Behandlungsziele derjenigen, die den Direktzugang in Anspruch nahmen, wurden häufiger vollständig erreicht als die der Patienten mit ärztlicher Verordnung (Swinkels et al., 2009b).

Außerdem ergaben sich unterschiedliche Patientenpopulationen, je nachdem, ob Patienten den Direktzugang in Anspruch nahmen oder den Physiotherapeuten auf ärztliche Verordnung aufsuchten. Nutzer des Direktzugangs waren jünger, litten eher unter Beschwerden kurzfristiger Art, hatten einen höheren Schulabschluss, wiesen in einer Erwerbssituation

weniger Krankheitstage auf und schätzten ihre Beschwerden am Ende der Behandlungsperiode als stärker gelindert ein. Sie waren eher sehr zufrieden mit der physiotherapeutischen Behandlung und wiesen weniger Arztkontakte auf als die zum Vergleich herangezogene Patientengruppe. Ebenfalls unterschieden sich die patienteneigenen Behandlungsziele, die Art der physiotherapeutischen Maßnahmen (eher leitlinienorientiert) und die Behandlungsdauer (eher kürzer) (Holdsworth & Webster, 2004; Swinkels et al., 2009b).

### **Deutsches Gerichtsurteil ermöglicht mehr Eigenverantwortung in physiotherapeutischem Handeln**

Laut dem am 19. März 2009 ergangenen Urteil des Verwaltungsgerichtshofs Baden-Württemberg dürfen Physiotherapeuten auch ohne ärztliche Verordnung behandeln. Die Erlaubnis zur Behandlung ohne ärztliche Verordnung ist laut Verwaltungsgerichtshof nach dem Masseur- und Physiotherapeutengesetz ausreichend. In der physiotherapeutischen Ausbildung werden den Therapeuten Kenntnisse vermittelt, „die in der Ausbildung zum Arzt oder Heilpraktiker nicht zwingend enthalten sind“. Des Weiteren solle „angesichts der Komplexität und Vielgestaltigkeit der unterschiedlichen Therapieformen eines Physiotherapeuten“, die Ausübung dieses Bereiches dem Physiotherapeuten zugeordnet sein. Eine selbständige Ausübung einer physiotherapeutischen Behandlung, also ohne vorherige ärztliche Verordnung, wird vom Verwaltungsgerichtshof außerdem mit den Inhalten des Ausbildungscurriculums der Physiotherapeuten begründet. Demnach ist ein Physiotherapeut zur eigenständigen Befunderhebung in seinem Tätigkeitsfeld befähigt. Laut des Gutachters ist die eigenständige Befundung und Feststellung der adäquaten Therapieform und -intensität durch den Physiotherapeuten ohnehin auch bei ärztlicher Verordnung regelmäßig erforderlich, da sich aus den ärztlichen Verordnungen oft nur entsprechende Leitsymptome ergeben. Außerdem sei die Kontrolle der physiotherapeutischen Tätigkeiten durch den Arzt wegen der dazu erforderlichen Spezialkenntnisse nur bedingt möglich.

Das Urteil besagt weiter, dass es nicht das Berufsrecht ist, das die Verknüpfung von Behandlungen durch Physiotherapeuten an ärztliche Verordnungen vorschreibt. Vielmehr entstammt diese Verankerung dem Leistungsrecht der Gesetzlichen Krankenversicherung mit dem vorrangigen Zweck der Kostenkontrolle (§§ 15 Abs. 1 Satz 2, 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V).

Die Fähigkeit, behandlungsfeldrelevante Symptome zu erkennen, wird dem Physiotherapeuten angesichts seiner Fachausbildung vom Gericht zugesprochen. Zudem wird davon ausgegangen, dass er Patienten, deren Symptome unklar sind, an einen Arzt weiter verweist (VGH Baden-Württemberg, 2009). Zwar konnte nach dem Baden-Württemberg geltenden Urteil von einer Austrahlungswirkung ausgegangen werden (Groteloh, 2009), am 26.08.2009 hat das höchste deutsche Verwaltungsgericht allerdings ein bundesweites Urteil gefällt, das Physiotherapeuten nicht erlaubt ohne ärztliche Verordnung tätig zu werden. Die schriftliche Begründung liegt zu diesem Zeitpunkt noch nicht vor, deutlich ist jedoch, dass Physiotherapeuten laut Bundesverwaltungsgericht nur auf ärztliche Verordnung behandeln dürfen, ihnen allerdings eine für ihren Bereich eingeschränkte Heilpraktikererlaubnis zugesprochen wird, wenn sie diese über eine „eingeschränkte“ Kenntnisprüfung erwerben (BVG, 2009).

### **1.3 Neue Versorgungsmodelle und internationaler Standard: Auf dem Weg zur Professionalisierung**

Der aktuelle Prozess der Professionalisierung in Form der Akademisierung des Berufsbildes, der damit angestrebte einheitliche Ausbildungsstandard sowie ein standardisiertes Assessment und eine einheitliche Dokumentation, stellt eine bedeutende Entwicklung im Berufsstand der Physiotherapeuten dar. Außerdem ist er für die Entwicklung, Umsetzung und Evaluation von Modellvorhaben förderlich. Die Voraussetzungen für

Modellvorhaben, nämlich die intra- und interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation sowie Schulungen in standardisierter Dokumentation, Befunderhebung und speziell der Differentialdiagnostik, stellen grundsätzliche Elemente der physiotherapeutischen Patientenversorgung dar. Neben den Modellvorhaben zur Modernisierung der Patientenversorgung haben die Gesundheitsfachberufe einen weiteren Schritt in Richtung Professionalisierung vollzogen: Im Juli 2009 hat der Deutsche Bundestag einer Gesetzesinitiative zugestimmt, die vom Bundesland Nordrhein-Westfalen ausgegangen ist: Bis zum Jahr 2015 können Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden und Hebammen in Modellversuchen an einer primärqualifizierenden hochschulischen Ausbildung teilnehmen. Angestrebt wird ein international vergleichbarer und einheitlicher Ausbildungsstandard. Bisher war Deutschland das einzige Land der Europäischen Union, in dem die genannten Berufe eine Fachschulausbildung und keine akademische Ausbildung absolvieren. Zwischen 2015 und 2017 sollen die bis dahin etablierten Studiengänge für Gesundheitsfachberufe evaluiert werden. Ob nach dieser Zeit eine Akademisierung von Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden und Hebammen erfolgen wird, ist abhängig von den Evaluationsergebnissen. Ungewiss ist auch, ob und wenn ja, welche Karrieremöglichkeiten sich für die Angehörigen der einzelnen Berufsgruppen aus einem Studium ergeben werden.

Zusammengefasst kann man sagen, dass die Gesundheitsfachberufe auf die steigenden Qualitätsbedürfnisse in der Patientenversorgung reagieren, indem sie neue Versorgungsmodelle und eine dem internationalen Standard entsprechende Ausbildung ihrer Berufsangehörigen anstreben und umsetzen. Voraussetzung ist allerdings auch die Kooperation mit anderen an der Patientenversorgung beteiligten Angehörigen medizinischer Berufe. Insbesondere die Gruppe der Ärzte muss sich für solche Veränderungen öffnen und anderen Berufsgruppen mehr Eigenständigkeit in der Entscheidung der Behandlungsauswahl zugestehen.

## **2. Rahmenvorgaben und allgemeine Entwicklungen im Heilmittelbereich**

### **Zusammenfassung**

**Heilmittel wie Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie und Podologie entsprechen nach §2 SGB V dem Versorgungsanspruch gesetzlich Versicherter. Art und Umfang dieser Leistungen sind in den Heilmittelrichtlinien festgelegt. Auf der einen Seite regulieren auf ökonomischer Ebene Ausgabenvolumina und Richtgrößen die vertragsärztliche Versorgung. Auf der anderen Seite wächst die Anzahl der Beschäftigten in Gesundheitsberufen, besonders bei den Physiotherapeuten, stetig. Inzwischen ist jeder zehnte Beschäftigte in Deutschland im Gesundheitswesen tätig.**

### **2.1 Rahmenbedingungen: Die Heilmittelversorgung unter dem Wirtschaftlichkeitsgebot**

Heilmittel entsprechen als persönlich zu erbringende Dienstleistungen dem Versorgungsanspruch gesetzlich Versicherter gemäß §2 SGB V. Die Vereinbarung über die Verordnungsfähigkeit von Heilmitteln findet im Gemeinsamen Bundesausschuss statt, der nach §92 Abs. 6 SGB V Richtlinien für Heilmittel festlegt. Ziel ist eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten. Damit sind die in diesen Vereinbarungen enthaltenen Therapien der Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie (physikalische Therapie) und Podologie verordnungsfähige Heilmittel für Versicherte der GKV und im Heilmittelkatalog nach Indikationsbereich ausgewiesen. Wie bereits im Kapitel II.1 zu Modellvorhaben erwähnt, sind die Behandlungen durch Heilmittelerbringer an ärztliche Verordnungen verknüpft. Die Bindung an die ärztliche Verordnung ist in der Heilmittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses und korrespondierend in den „Gemeinsamen Rahmenempfehlungen“ geregelt.

Die Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Abs. 1 SGB V werden zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen (künftig Spitzenverband Bund) und den Berufsverbänden der Heilmittelerbringer auf Bundesebene vereinbart. Neben Empfehlungen zur Vergütungsstruktur enthalten sie auch Vereinbarungen zum Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Heilmittelerbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt. Die Höhe der Vergütungen wird zwischen den einzelnen Kassenverbänden und den jeweiligen Berufsverbänden in gesonderten Verträgen nach § 125 Abs. 2 SGB V geregelt, die sowohl auf Bundes- als auch auf regionaler Ebene existieren.

Zur wirtschaftlichen Gestaltung der vertragsärztlichen Versorgung dienen die Festlegung von Ausgabenvolumina und die daraus abgeleiteten Richtgrößen auf KV-Ebene. Diese Regelung besteht seit dem Gesetz zur Ablösung des Arzneimittel- und Heilmittelbudgets (ABAG) (01.01.2002). Richtgrößen für Heilmittel geben durchschnittliche Werte an und damit die Obergrenze für Heilmittelausgaben pro Patient eines Kalenderjahres. Diese können zwischen den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) sehr unterschiedlich sein. So konnte zum Beispiel ein Allgemeinmediziner in Hamburg im Jahr 2008 durchschnittlich 3,92 Euro (Betrag gilt für Mitglieder und Familienversicherte) pro Patient und Kalenderjahr für Heilmittelkosten veranlassen. Diese Richtgröße ist damit um 2,35% zum Vorjahr gestiegen. In Niedersachsen lag dieser Wert bei 8,81 Euro und wurde damit um fast 19% zum Vorjahr erhöht (s. Tabelle II.1). Ausgabenvolumina und Richtgrößen für Heilmittel werden von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 84 Abs. 8 SGB V arztgruppenspezifisch und fallbezogen vereinbart. Wie aus dem GEK-Heil- und Hilfsmittelreport aus dem Jahr 2007 hervorgeht, besteht ein Zusammenhang zwischen dem Ausgabenvolumen und der ärztlichen Verordnungshäufigkeit (Deitermann et al., 2007). Die Facharztgruppe der Allgemeinmediziner ist die verordnungsstärkste Gruppe (s. Tabelle II.2), Veränderungen der Verordnungshäufigkeit bei dieser Gruppe haben daher besonders

„spürbare“ Konsequenzen für das Heilmittelvolumen. Ärzte können im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen einem Regress unterzogen werden, sie kritisieren darum die Richtgrößen, u.a. mit der Begründung, dass sich dieses finanzielle Instrument zum Nachteil der Patientenversorgung auswirke (Caspers, 2009). Die Initiative „Heilmittel für Hessen“, die 2007 gegründet wurde, fordert daher, Richtgrößenprüfungen bei Heilmitteln abzuschaffen. Laut Pressemeldung vom 22. August 2008 unterschied sich die Zahl der von der Prüfungsstelle angeschriebenen Ärzte signifikant von der des Vorjahres. Dies sei durch den öffentlichen Druck und der daraus resultierenden gründlicheren Vorauswahl bei den Prüfungsstellen begründet. Die Vorstandsvorsitzenden der KV Hessen, Dr. med. Margita Bert und Dr. med. Gerd W. Zimmermann halten fest: „Selbstverständlich sind wir froh über jeden Arzt, der nicht durch dieses unsinnige Prüfverfahren von seiner Arbeit abgehalten wird. Doch unser Ziel haben wir erst dann erreicht, wenn diese praxisfremden und patientenfeindlichen Prüfungen abgeschafft sind. Dafür kämpfen wir weiter und führen zahlreiche Gespräche mit der Politik.“ (KV Hessen, 2008). Wie der Tabelle II.1 zu entnehmen ist, hat zwar eine durchschnittliche Zunahme der Richtgrößen stattgefunden, in einzelnen KVen jedoch fallen geringe Zunahmen oder sogar Abnahmen auf, wie die Differenz von -7 % in der KV Nordrhein vom Jahr 2007 zu 2008.

**Tabelle II.1 Richtgrößenentwicklung Heilmittel 2007 zu 2008 für Allgemeinärzte in Euro**

Kassenärztliche Vereinigung	2007		2008		Differenz in %	
	M/ F	R	M/F	R	M/F	R
Baden- Württemberg	10,91	26,26	11,00	26,47	+0,82	+0,80
Berlin	5,24	13,85	5,32	14,07	+1,53	+1,59
Brandenburg	5,97	10,21	6,22	10,63	+4,19	+4,11
Hamburg	3,83	9,61	3,92	9,85	+2,35	+2,50
Hessen	5,95	15,51	6,03	16,26	+1,35	+4,84
Niedersachsen	7,42	17,99	8,81	21,61	+18,73	+20,12
Nordrhein	6,13	16,57	5,70	16,71	-7,02	+0,85
Sachsen	9,46	17,66	9,46	17,66	0	0
Thüringen	5,56	11,39	5,72	11,68	+2,88	+2,55
Durchschnittswert	6,72	15,45	6,91	16,10	+2,76*	+4,15*

Mitglieder (M), Familienversicherte (F) und Rentner (R)

\* durchschnittliche Zunahme in Prozent

Quelle: Internetseiten der Kassenärztlichen Vereinigungen, Buchner & Partner GmbH

**Tabelle II.2 Hitliste Verordner von Heilmitteln 2007 und 2008**

Platz	Facharzt
1	Allgemeinarzt
2	Orthopäde
3	Kinderarzt

## 2.2 Allgemeine Entwicklungen im Heilmittelbereich

Nach dem Bericht des Statistischen Bundesamts waren zum 31. Dezember 2007 etwa 4,4 Millionen Menschen in Deutschland im Gesundheitswesen tätig. Das entspricht etwa jedem Zehnten Beschäftigten in Deutschland und einem Beschäftigungswachstum im Gesundheitswesen um etwa 1,5% zum Vorjahr. Dieser Beschäftigungsanstieg zwischen 2006 und 2007 ist außergewöhnlich hoch, seit 1997 wurde keine derart hohe Steigerung innerhalb eines Jahres festgestellt. Dieser Anstieg ist offenbar vor allem auf die zusätzlichen Arbeitsplätze in den Gesundheitsdienstberufen (z.B. Physiotherapie) zurück zu führen (Statistisches Bundesamt, 2008). Die Anzahl an Absolventen der Physiotherapieschulen zum Beispiel betrug im Schuljahrgang 2006/2007 7.327. Im Vergleich zum Jahrgang 2001/2002 fand hier eine Steigerung um rund 18% statt. Diese Entwicklung lässt sich analog zu der steigenden Anzahl Physiotherapieschulen und Studiengängen an Fachhochschulen beobachten (ZVK, 2009). Damit hängt auch zusammen, dass die Anzahl der Beschäftigten im Heilmittelbereich stetig zunimmt. Im Jahr 2007 waren 91.000 Physiotherapeuten in unterschiedlichen Einrichtungen (Gesundheitsschutz, ambulante, stationär/teilstationär und sonstige) und 25.410 in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehaeinrichtungen beschäftigt. Der Beschäftigungsanstieg von Physiotherapeuten insgesamt nahm damit zum Vorjahr um 4,6% Prozent und der in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehaeinrichtungen um 1,7% zu. Die Anzahl der Beschäftigten in anderen therapeutischen Berufen, denen unter anderem die Berufsgruppen der Logopäden und Ergotherapeuten angehören, betrug im Jahr 2006 insgesamt 68.000 Therapeuten in Einrichtungen. Im Jahr 2007 waren es 69.000 Therapeuten und damit rund 1,5% mehr als 2006 (GBE, 2009; ZVK, 2009). Die Anzahl der zugelassenen Physiotherapiepraxen nahm nach Angaben des ZVK vom Jahr 2007 zum Jahr 2008 um 2,8% zu. Vom Jahr 2006 auf 2007 waren es noch 3,7%. In der GEK ist die Entwicklung dagegen eher konstant geblieben. Zugelassene Physiotherapiepraxen, die Leistungen mit der GEK

abgerechnet haben, sind in ihrer Anzahl von 2006 zu 2007 um 3,79% gestiegen. Im Jahr 2008 waren es 3,83% mehr Praxen als im Vorjahr. Allerdings ist die Versichertenanzahl in der GEK – unter anderem durch die Kassenfusion mit der HZK – die Profikrankenkasse – im Jahr 2008 um 6,49% gestiegen. Eine andere Entwicklung fand bei den zugelassenen Praxen für Logopädie statt. Rechneten im Jahr 2007 noch 4.909 zugelassene Praxen – und damit 6,51% mehr als im Jahr 2006 – Leistungen mit der GEK ab, waren es im Jahr 2008 insgesamt 5.338 Logopädiepraxen. Damit fand eine Steigerung von 8,74% im Vergleich zum Vorjahr statt (s. Tabelle II.3).

**Tabelle II.3      Anzahl der mit der GEK abrechnenden Praxen**

	2007	2008	Änderung zum Vorjahr in %
Physiotherapeuten	29.528	30.660	+3,83
Logopäden	4.909	5.338	+8,74
Ergotherapeuten	4.285	4.681	+9,24
Podologen	1.282	1.748	+36,35

### **3. Ergebnisse der Heilmittelanalysen**

#### **Zusammenfassung**

Die Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel stehen mit 5,7% der Gesamtausgaben der GKV weiterhin auf Platz vier neben den größten Ausgabenblöcken Krankenhausbehandlungen, Arzneimittel und ärztliche Behandlungen. Die Ausgabensteigerung im Heilmittelbereich liegt mit 5,12% direkt hinter denen für ärztliche Behandlungen und Arzneimittel. Die Ausgabensteigerung für Heilmittel in der GEK lag im Jahr 2008 sogar bei 10,19%. Bleibt die in der zweiten Jahreshälfte 2008 stattgefundene Kassenfusion außer Betracht, belief sich diese Steigerung immer noch auf 8,12%. Eine besonders starke Ausgabensteigerung hat in den Bereichen Physiotherapie und Logopädie vor allem in den „neuen“ Bundesländern stattgefunden. Obwohl das Durchschnittsalter der GEK-Versicherten insgesamt gestiegen ist und der Anteil Leistungsversicherter an den Gesamtversicherten bei den 60- bis unter 80-jährigen Frauen fast 30% ausmacht, fällt besonders die Zunahme des Anteils Leistungsversicherter in der Altersgruppe der 30- bis unter 40-Jährigen auf.

#### **3.1 Übersicht und allgemeine Auswertungen der GKV und GEK**

##### **Ausgabenentwicklung für Heilmittel in der GKV**

Die Ausgaben der GKV für Heil- und Hilfsmittel beliefen sich im Jahr 2008 auf insgesamt 9,02 Mrd. Euro. Damit hat in diesem Leistungsbereich eine Ausgabensteigerung zum Vorjahr um 4,28% stattgefunden. Die Gesamtausgaben der GKV im Jahr 2008 betragen 160,76 Mrd Euro. Die Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel liegen hier bei 5,7% der Gesamtausgaben. Damit steht dieser Bereich weiterhin auf dem vierten Platz hinter den größten Ausgabenblöcken für Krankenhausbehandlungen (32,7%), Arzneimitteln

(18,2%) und für ärztliche Behandlungen (15,1%). Im Hilfsmittelbereich hat eine Ausgabensteigerung zum Vorjahr um 3,6% stattgefunden. In diesem Jahr fällt besonders die Ausgabensteigerung im Heilmittelbereich mit 5,12% auf. Sie nimmt den dritten Platz hinter den Ausgabensteigerungen für ärztliche Behandlungen (5,34%) und Arzneimittel (5,18%) ein und liegt noch vor denen für Krankenhausbehandlungen (3,38%) (BMG, 2009).

### **Ausgabenentwicklung für Heilmittel in der GEK**

Die Ausgaben der GEK für Heil- und Hilfsmittel betragen 2008 insgesamt 182,14 Mio Euro. Dabei ist die in der zweiten Jahreshälfte stattgefundenene Kassenfusion zu berücksichtigen. Die Ausgabensteigerung zum Vorjahr beträgt in diesem Bereich damit 9,83%. Wird die Kassenfusion dabei nicht berücksichtigt, hat eine Steigerung der Gesamtausgaben für Heil- und Hilfsmittel um 7,43% stattgefunden. Betrachtet man die Ausgabensteigerung nur für die Heilmittel im Jahr 2008, ist eine Steigerung von 10,19% zu verzeichnen und fällt damit im Vergleich zur GKV mit 5,12% deutlich höher aus (s. Tabelle II.4). Wird wiederum die Kassenfusion in dieser Steigerung außer Betracht gelassen, stiegen die Heilmittelausgaben im Vergleich zum Vorjahr um 8,12% an. Außerdem war im Jahr 2008 eine Zunahme im Durchschnittsalter der Versicherten der GEK von 37,6 auf 38,6 Jahren zu verzeichnen. Der Anteil der Versicherten mit Heilmittelleistungen (Leistungsversicherte (LV)) nach Alter und Geschlecht in der GEK zeigt sich vor allem in den Altersgruppen der 60- bis unter 80-jährigen Frauen mit jeweils fast 30% als besonders stark (s. Tab. 9 im Anhang). Im Alter nehmen chronische Erkrankungen wie Herz-Kreislaufkrankungen, Schlaganfall, Diabetes, muskulo-skelettale und psychische Erkrankungen (v. a. Depression) und Tumore zu. Sowohl der chronische als auch der multimorbide Charakter von Krankheiten stellen eine Herausforderung für eine effiziente Primärversorgung dar (Gensichen et al., 2006). Die bedingt durch den demografischen Alterungsprozess zukünftig häufiger auftretende Chronizität und Multimorbidität im höheren Lebens-

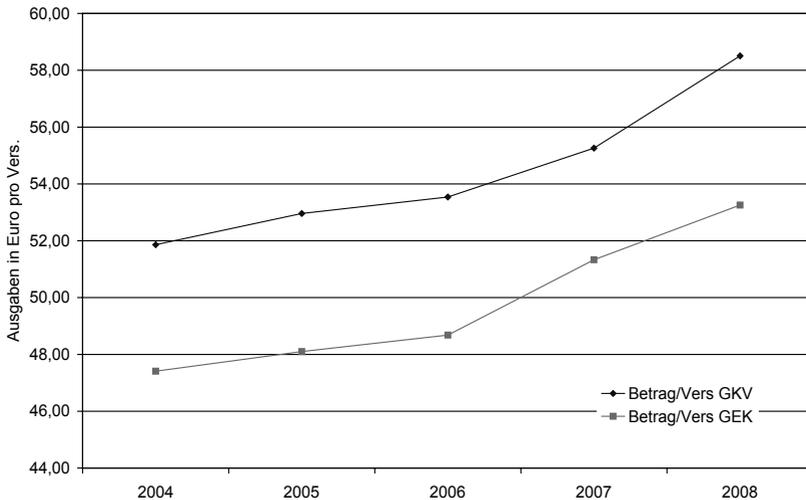
alter implizieren eine steigende volkswirtschaftliche Belastung, die sich auch im Heilmittelbedarf und in den Ausgaben dafür niederschlägt. Im Umgang mit Multimorbidität wird deutlich, dass die bestehenden Leitlinien überwiegend von Fachärzten und Spezialisten für einzelne Erkrankungen entwickelt wurden. Dem Behandlungsbedarf älterer Patienten mit chronischen und multimorbiden Erkrankungen wird eine solche Versorgung nicht gerecht (Boyd et al., 2005).

**Tabelle II.4 Kennzahlen der Heilmittelversorgung**

	2007	2008	Änderung in %
Leistungsversicherte	268.993	291.488	+8,36
Anzahl Rezepte	636.828	695.253	+9,17
Ausgaben in €	83.032.710,68	91.490.352,70	+10,19
Ausgaben pro LV in €	308,68	313,87	+1,68
LV zu Vers. in %	15,81	16,08	+1,76
Ausgaben pro Rezept in €	130,38	131,59	+0,93
Ausgaben pro Vers. in €	48,79	50,48	+3,47

Eine Zunahme des Anteils der Leistungsversicherten hat zum Jahr 2007 allerdings am stärksten in der Altersklasse zwischen 30 bis unter 40 Jahren stattgefunden. Während der Anteil der Leistungsversicherten in den Bereichen Ergotherapie und Logopädie vor allem in den jüngeren Altersklassen (0 bis unter 10 Jahre) zu verzeichnen ist, steigen die Anteile in den Bereichen Physiotherapie und Podologie mit zunehmendem Alter an. Der Anteil der Versicherten mit Heilmittelleistungen ist im Bereich Physiotherapie am höchsten (s. Tab. 13, 16, 19, 22 im Anhang).

**Abbildung II.1 Ausgabenentwicklung für Heilmittel in der GKV und GEK in Euro pro Versichertem 2004 bis 2008**



### **Kennzahlen der Heilmittelversorgung in der GEK**

Die folgenden Analysen beziehen sich auf Ausgaben für Leistungen, die in den Heilmittelrichtlinien aufgeführt sind. Diese Leistungen sind nach §92 SGB V Abs. 6 „verordnungsfähig“ und im Heilmittelkatalog festgelegt. Diese Heilmittelrichtlinien gelten für die Bereiche physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie und Podologie. Im Rahmen von Kuren und ambulanter Vorsorge kommen in der GEK außerdem Ausgaben für Leistungen zustande, die nicht in den Heilmittelrichtlinien aufgeführt sind. Solche Leistungen sind nicht Gegenstand der Analysen. Im Jahr 2008 wurden in der GEK 695.253 Heilmittelrezepte abgerechnet. Das entspricht einer Steigerung zum Vorjahr um 9,17%. Die Anzahl der Leistungsversicherten (LV) der Heilmittelversorgung nahm 2008 um 8,36% zum Vorjahr zu und entspricht damit einem Anteil von 16,08% der Gesamtversicherten der GEK. Im Jahr 2007 lag die Steigerung der Lei-

stungsversicherten bei 7,23 % und der Anteil zu den Gesamtversicherten bei 15,81 %. 2007 entfielen 2,4 Rezepte auf einen LV, dies änderte sich auch im Jahr 2008 nicht. Die Ausgaben pro Rezept sind von 130,38 Euro auf 131,59 Euro gestiegen. Noch deutlicher zeigt sich eine Ausgabensteigerung pro Versichertem um 3,47 %. Ein großer Einfluss auf die Ausgabensteigerung geht vermutlich vom gewachsenen Anteil der Leistungsversicherten in der GEK aus (s. Tabelle II.4). Vereinbarungen zu Ausgabenvolumina und Richtgrößen sind auf Landesebene unterschiedlich. Demnach zeigt sich für die Heilmittelausgaben auf regionaler Ebene ein differenziertes Bild. In Sachsen-Anhalt stiegen beispielsweise im Bereich Ergotherapie die Ausgaben pro 100 Versicherte von 2007 zu 2008 um fast 31 %. In Hessen hingegen sanken diese Ausgaben um 6,61 %. Auch in Thüringen, Brandenburg und Bremen stiegen die Ausgaben um 20 % respekt. rund 18 %. Ließe man das Bundesland Bremen außer Betracht, zeigt sich auch in den Bereichen Logopädie und Physiotherapie die stärkste Ausgabensteigerung in den „neuen Bundesländern“ (s. Tab. 14,17 und 20 im Anhang). In den „neuen Bundesländern“ liegt das Honorar von Heilmittelerbringern fast 20 % niedriger als in den alten Bundesländern. Am 11. Dezember 2008 wurde ein Änderungsantrag verabschiedet, der Schiedsregelungen für Vertragspreise im Heilmittelbereich über eine Änderung des § 125 Abs. 2 SGB V (Rahmenempfehlungen und Verträge) einführen soll (Esser, 2009). In dem Fall, dass sich die Vertragspartner – die Krankenkassen und Berufsverbände der Leistungserbringer – nicht auf eine Anpassung der Vertragspreise einigen können, sind Regelungen des Schiedsamtes vorgesehen. Der Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten (IFK e.V.) begrüßte diesen Erfolg: „...Das unabhängige Schlichtungsinstrumentarium wird bei den anstehenden Kassenverhandlungen in 2009 keine Wunder bewirken können, macht aber eine Verhandlung auf Augenhöhe wieder möglich. So können zukünftig „Nullrunden“ durch Verzögerungen der Krankenkassen verhindert und eine Vergütungsanpassung erleichtert werden.“ (IFK, 2008). Deutlich ist, dass im Jahr 2008 die Anzahl Leistungserbringer vor allem

in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Brandenburg gestiegen ist. Obwohl in Hamburg die Leistungserbringer pro 100 Versicherte lediglich um 2,24 % zunahm, liegt die Differenz der tatsächlichen und erwarteten Ausgaben für Hilfsmittel bei fast 14 % (s. Tab. 11 und 12 im Anhang). Unabhängig von der veränderten Versichertenstruktur kann dies auf eine Zunahme der Heilmittelverordnungen und eine Preissteigerung hindeuten.

### **3.2 Versorgungsanalyse Ergotherapie**

Nach den Heilmittelrichtlinien werden Maßnahmen der Ergotherapie (Beschäftigungs- und Arbeitstherapie) folgendermaßen definiert: Es handelt sich um komplexe aktivierende und handlungsorientierte Methoden unter Einsatz von adaptiertem Übungsmaterial, funktionellen, spielerischen, handwerklichen und gestalterischen Techniken sowie lebenspraktischen Übungen. Sie umfassen auch Beratungen zur Schul-, Arbeitsplatz-, Wohnraum- und Umfeldanpassung. Diese Maßnahmen der Ergotherapie dienen der Wiederherstellung, Entwicklung, Verbesserung, Erhaltung oder Kompensation der krankheitsbedingt gestörten motorischen, sensorischen, psychischen und kognitiven Funktionen und Fähigkeiten. Sie können bei vielfältigen Krankheitsbildern eingesetzt werden. Beispiele dafür sind Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparats, des Nervensystems oder psychische Erkrankungen (Heilmittelrichtlinien, 2004).

Die ausgabenintensivste Verordnungsposition mit 75,59 % der Gesamtausgaben für Ergotherapie entsteht durch Maßnahmen bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen (s. Tabelle II.5). Das sind z.B. Störungen nach traumatischen Schädigungen oder Amputationen, angeborene Fehlbildungen, Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems, Entwicklungsstörungen bis zum 18. Lebensjahr, Entwicklungsstörungen, Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend. Zu dieser Leistung zählen insbesondere wahrnehmungsfördernde Behandlungsmethoden und funktionelle, handwerkliche, spielerische und

gestalterische Behandlungstechniken. Die Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage, die Mund- und Esstherapie, das Selbsthilfetaining (Training der Aktivitäten des täglichen Lebens = ATL) und das Training der Alltagskompetenzen sind weitere Beispiele (Heilmittelrichtlinien, 2004).

**Tabelle II.5 Die ausgabenintensivsten Verordnungspositionen der Ergotherapie 2008**

APN	Leistungsbezeichnung	Ausgaben in €	Anteil an den Gesamtausgaben in %	Anzahl Rezepte	Anzahl LV
54103	Ergotherapie: bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen	9.905.036,81	75,59	31.149	11.464
54105	Ergotherapie: bei psychischen Störungen	1.446.971,05	11,04	3.591	1.606
54102	Ergotherapie: bei motorischen Störungen	864.767,85	6,60	3.886	1.856
54104	Ergotherapie: ergotherap. Hirnleistungstraining	274.075,24	2,09	998	365
54002	Befunderhebung: Funktionsanalyse und Anamnese	142.752,64	1,09	7.709	7.354

APN = Abrechnungspositionsnummer

Im Jahr 2008 erhielten 0,85 % der Versicherten der GEK ergotherapeutische Leistungen. Die Anzahl der Leistungsversicherten mit diesen Maßnahmen nahm mit 15.374 um 11,02 % zum Vorjahr zu. Während die Ausgaben für ergotherapeutische Leistungen um 12,07 % anstiegen, handelt es sich bei der Ausgabensteigerung pro Leistungsversichertem lediglich um 0,89 %. Dieses Ergebnis lässt sich mit der Steigerung der Gesamtversichertenzahl der GEK erklären. Allerdings ist der Anteil der LV zu den Gesamtversicherten ebenfalls angestiegen – um 4,25 %. So haben sich auch die Ausgaben pro Versichertem um 5,18 % erhöht (s. Tabelle II.6).

**Tabelle II.6 Kennzahlen der Ergotherapieversorgung 2007 und 2008**

	2007	2008	Änderung in %
Leistungsversicherte	13.848	15.374	+11,02
Anzahl Rezepte	36.934	41.392	+12,07
Ausgaben in €	11.697.766,25	13.102.782,22	+12,01
Ausgaben pro LV in €	844,73	852,27	+0,89
LV zu Vers. in %	0,81	0,85	+4,25
Ausgaben pro Rezept in €	316,72	316,55	-0,05
Ausgaben pro Vers. in €	6,87	7,23	+5,18

Betrachtet man den Anteil der Leistungsversicherten an den Gesamtversicherten getrennt nach Alter und Geschlecht, so fällt zunächst der Anstieg der Ausgaben je LV um 7,74 % in der der Altersklasse 90 Jahre und älter auf. Bei den Frauen nehmen die Ausgaben um 11,3 % zu, wohingegen bei den Männern eine Abnahme von 11,04 % zu verzeichnen ist. Eine naheliegende Erklärung dafür ist der in diesem Alter hohe Anteil an Frauen. Insgesamt nehmen im Alter chronische und multimorbide Erkrankungen zu. So geht aus der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes zu Gesundheit im Alter hervor, dass bei 96% der 70-Jährigen und Älteren mindestens eine Erkrankung vorlag. Bei 30% lagen fünf oder mehr Krankheitsbilder vor (RKI, 2002). Bei chronischen und multimorbiden Erkrankungen ist ein langfristiger Behandlungsbedarf und damit verbunden eine Ausgabensteigerung zu vermuten. Weiterhin auffällig sind die gestiegenen Anteile von Leistungsversicherten in den Altersklassen zwischen 30 bis unter 40 Jahren, sowie 40 bis unter 50. Insgesamt stieg dort der Anteil LV 2008 um 27,94 % und 13,58 %. Die Ausgaben je LV sind in diesen Altersklassen jedoch nicht auffällig verändert. Eine Erklärung dafür kann ein vermehrter Einsatz von Ergotherapie bei den zunehmenden chronischen Erkrankungen (wie Schlaganfall, muskulo-skelettalen Erkrankungen oder psychischen Erkrankungen) sein (s. Tab. 13 im Anhang).

In den Bereichen Logopädie und Ergotherapie ist die Behandlung von Kindern verhältnismäßig häufig. Etwa 49 % aller LV mit Ergotherapie sind unter zehn Jahre alt. In den meisten Bundesländern geht die Einschulung mit Schuleingangsuntersuchungen (S1 oder SEU) einher. Unter anderem werden das Hören, Sehen, Verhalten, die Koordination und Sprachentwicklung untersucht. Dies kann vermehrt zu Diagnosen und der Dokumentation von Indikationen in diesem Zusammenhang führen. Nach dem Schwerpunktbericht „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ des RKI in Brandenburg wiesen 25,9 % der untersuchten Schulanfänger Seh- und Hörstörungen auf. Dieser Anteil betrifft vor allem Kinder aus einem Umfeld mit niedrigen sozialen Status. Schulanfänger aus Familien mit mittlerem oder hohem sozialen Status hatten zu 19,9 % oder 17,4 % Seh- und Hörstörungen. Sprachstörungen tauchten vom niedrigen zum hohen sozialen Status zu 15,8 %, 8 % und 4,5 % auf. Psychomotorische Störungen hingegen waren bei 4,4 %, 1,6 % und 1,2 % der Kinder vorhanden (RKI, 2004). Insgesamt sollte eine verbesserte Datenlage zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und zur Epidemiologie der Sprach- und Entwicklungsstörungen angestrebt werden. Daneben sind Studien zur Nutzenbewertung der bestehenden Versorgung dringend erforderlich.

Im Zusammenhang mit den bekannt gewordenen Fällen von Kindesmisshandlung (z.B. Kevin oder Lea-Sophie) wurden in den Jahren 2007 und 2008 stärker Diskussionen um einen verbesserten Kinderschutz geführt als in den Jahren zuvor. Mit dem Ziel der Verbesserung der gesundheitlichen Vorsorge, sowie des Schutzes von Kindern und Jugendlichen sind am 16.05.2008 in Bayern die Änderung des Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetzes (GDVG) und des Bayerischen Gesetzes über das Erziehungs- und Unterrichtswesen (BayEUG) in Kraft getreten. Nach dem Art. 14 Abs. 1 des GDVG sind Eltern verpflichtet, die Teilnahme ihrer Kinder an den Früherkennungsuntersuchungen (U1 bis U9, J 1) sicherzustellen. Das Bayerische Gesetz über das Erziehungs- und Unterrichtswesen verpflichtet die Schuleingangsuntersuchung (Art. 80 Abs. 1 BayEUG).

Im Rahmen dieser Untersuchungen sollen Kindesmisshandlungen früher aufgedeckt werden. Außerdem stellen diese gesetzlichen Veränderungen Beispiele für die Zunahme verpflichtender Untersuchungen dar, was einerseits dem Kinderschutz dient und andererseits die Zunahme an Leistungsversicherten im Kindesalter erklären kann.

### **3.3 Versorgungsanalyse Logopädie**

Logopädische Maßnahmen werden über die Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie definiert. Sie wirken auf phoniatischer und neurophysiologischer Ebene und dienen der Kommunikationsfähigkeit, der Stimmgebung, dem Sprechen, der Sprache und dem Schluckakt. All dies gilt es bei krankheitsbedingten Störungen wiederherzustellen, zu verbessern oder eine Verschlimmerung zu vermeiden. Zu den Behandlungsmaßnahmen gehören unter anderem das Anleiten von Atem- und Entspannungsübungen, die schrittweise Einübung des Redeflusses bei stotternden Patienten, die Unterstützung von Kindern und Jugendlichen bei Sprachentwicklungsstörungen und die Unterstützung von Schlaganfallpatienten beim Wiederaufbau eines Wortschatzes (Heilmittelrichtlinien, 2004).

Im Jahr 2008 waren es 17.285 Versicherte, die logopädische Leistungen bekamen. Einerseits haben zwar die Leistungsversicherten zum Vorjahr um 7,74 % zugenommen, die Ausgaben stiegen um 8,9%. Andererseits zeigt sich jedoch der Anteil LV zu den Gesamtversicherten mit 0,95% nur um 0,92 % verändert. Auch die Ausgaben pro Versichertem der GEK sind lediglich um 2,26 % gestiegen (s. Tabelle II.7).

Die ausgabenintensivste Verordnungsposition der Logopädie ist die logopädische Einzelbehandlung – 45 Minuten Therapiezeit mit einem einzelnen Patienten. Sie macht 82,31 % aller Ausgaben für diesen Bereich aus (s. Tabelle II.8).

**Tabelle II.7 Kennzahlen der Logopädieversorgung 2007 und 2008**

	2007	2008	Änderung in %
Leistungsversicherte	16.083	17.285	+7,47
Anzahl Rezepte	33.302	35.984	+8,05
Ausgaben in €	9.632.849,21	10.489.720,24	+8,90
Ausgaben pro LV in €	598,95	606,87	+1,32
LV zu Vers. in %	0,95	0,95	+0,92
Ausgaben pro Rezept in €	289,26	291,51	+0,78
Ausgaben pro Vers. in €	5,66	5,79	+2,26

**Tabelle II.8 Die ausgabenintensivsten Verordnungpositionen der Logopädie 2008**

APN	Leistungsbezeichnung	Ausgaben in €	Anteil an den Gesamtausgaben in %	Anzahl Rezepte	Anzahl LV
33103	Logopädie: 45 Minuten (Therapiezeit mit dem Patienten)	8.633.849,14	82,31	31.385	15.374
33104	Logopädie: 60 Minuten (Therapiezeit mit dem Patienten)	558.313,76	5,32	1.363	685
33102	Logopädie: 30 Minuten (Therapiezeit mit dem Patienten)	275.925,03	2,63	1.499	886
33002	Logopädie: logopädische Erstuntersuchung	258.501,85	2,46	10.077	9.561
33003	Logopädie: Logop.Status/ Erstuntersuchung bei Aphasie/ Dysarthrie	198.257,70	1,89	7.764	7.411

APN = Abrechnungspositionsnummer

Etwa 65 % aller LV der Logopädie sind Kinder unter 10 Jahren. Diese Gruppe besteht zu 59 % aus Jungen und zu 41 % aus Mädchen. Eine deutliche Zunahme des Anteils an LV an den Gesamtversicherten der GEK hat in der Altersgruppe der 40- bis unter 50-Jährigen stattgefunden (s. Tab. 16 im Anhang). Nach einem Schlaganfall können ein Verlust der Sprechfähigkeit oder Schwierigkeiten, Gesprochenes zu verstehen (Aphasie) und Schluckschwierigkeiten eintreten. In Deutschland wird die Gesamtzahl an Personen nach einem Schlaganfall auf 945.000 geschätzt. Davon entfallen 58.000 Schlaganfall-Fälle auf die Altersgruppe zwischen 30 und 50 Jahren (RKI, 2005). Zu erwähnen ist allerdings, die eingeschränkte Erfassung des Schlaganfalls durch den Bundesgesundheitsurvey, da lediglich Menschen mit einem milderen Schlaganfall an der Befragung teilnehmen können. Menschen mit gravierenden Störungen sind schließlich nicht interviewfähig – in diesen Fällen könnten allerdings die Angehörigen geantwortet haben. Die Aphasieinzidenz unter Schlaganfällen liegt bei etwa 30 % (Entgelter et al., 2006).

### **3.4 Versorgungsanalyse Physiotherapie**

Maßnahmen der Physikalischen Therapie wirken insbesondere auf der physikalisch-biologischen Ebene. Es wird dabei überwiegend kinetische, mechanische, elektrische und thermische Energie von außen vermittelt. Bei Bädern und Inhalationen können auch chemische Inhaltsstoffe mitwirken. Weitere Maßnahmen dieses Heilmittelbereiches sind die Bewegungstherapie, Manuelle Lymphdrainage, Massagetherapie, Manuelle Therapie, etc. und auch die Krankengymnastik (inzwischen wird der Begriff Physiotherapie verwendet). Krankengymnastische Behandlungstechniken dienen z. B. der Behandlung von Fehlentwicklungen, Erkrankungen, Verletzungen, Verletzungsfolgen und Funktionsstörungen der Haltungs- und Bewegungsorgane sowie innerer Organe und des Nervensystems mit mobilisierenden und stabilisierenden Übungen und Techniken. Sie

dienen der Kontrakturvermeidung und -lösung, der Funktionsverbesserung bei krankhaften Muskelinsuffizienzen und -dysbalancen sowie der Atmungsregulation (Atemtherapie) (Heilmittelrichtlinien, 2004).

Im Jahr 2008 erhielten 14,64 % der Versicherten der GEK physiotherapeutische Leistungen. Die Anzahl der Leistungsversicherten mit diesen Maßnahmen nahm mit 265.232 um 8,17 % zum Vorjahr zu. Während die Ausgaben für physiotherapeutische Leistungen insgesamt um 9,73 % zunahmen, kommt es pro Leistungsversichertem zu einem Ausgabenanstieg von 1,44 %. Dieses Ergebnis kann auf Steigerung der Gesamtversichertenzahl der GEK zurückgeführt werden. Der Anteil der LV zu den Gesamtversicherten ist um 1,58 % gestiegen, die Ausgabensteigerung pro Versichertem liegt allerdings bei 3,04 % (s. Tabelle II.9).

**Tabelle II.9 Kennzahlen der Physiotherapieversorgung 2007 und 2008**

	2007	2008	Änderung in %
Leistungsversicherte	245.188	265.232	+8,17
Anzahl Rezepte	560.532	609.211	+8,68
Ausgaben in €	61.162.792,01	67.114.305,85	+9,73
Ausgaben pro LV in €	249,45	253,04	+1,44
LV zu Vers. in %	14,41	14,64	+1,58
Ausgaben pro Rezept in €	109,12	110,17	+0,96
Ausgaben pro Vers. in €	35,94	37,03	+3,04

Am häufigsten fallen in diesem Bereich Ausgaben durch die krankengymnastische Verordnung an, „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 chronisches Schmerzsyndrom) sowie über Erkran-

kungen der inneren Organe (z.B. Störung der Atmung bei Mukoviszidose) und des Nervensystems (z.B. nach einem Schlaganfall) erstrecken (Heilmittelrichtlinien, 2004) (s. Tabelle II.10).

**Tabelle II.10 Die ausgabenintensivsten Verordnungspostitionen der Physiotherapie 2008**

APN	Leistungsbezeichnung	Ausgaben in €	Anteil an den Gesamtausgaben in %	Anzahl Rezepte	Anzahl LV
20501	KG, auch Atemgymnastik, auch auf neurologischer Grundlage	27.912.265,65	41,59	313.676	158.417
21201	Physiotherapie: Manuelle Therapie	6.928.433,14	10,32	75.617	46.091
20106	Physiotherapie: Klassische Massagetherapie (KMT)	3.585.205,92	5,34	65.631	48.069
20710	Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen, erworben nach Abschluss der Hirnreife nach Bobath	3.550.113,16	5,29	15.994	3.951
21501	Wärme- und Kältetherapie: Wärmepackungen einschl. Nachruhe	2.981.047,94	4,44	64.300	41.085

APN = Abrechnungspositionsnummer

Insgesamt wurde etwa jeder siebte Versicherte der GEK physiotherapeutisch behandelt. Etwa ein Viertel aller LV der Physiotherapie gehören der Altersgruppe der 40- bis unter 50-Jährigen an. Der Frauenanteil dieser Altersgruppe überwiegt gegenüber dem der Männer mit 59% (s. Tab. 19 im Anhang).

### 3.4 Versorgungsanalyse Podologie

Maßnahmen der Podologischen Therapie dienen der Behandlung krankhafter Veränderungen am Fuß, v.a. infolge von Diabetes mellitus (diabetisches Fußsyndrom). Dies betrifft Schädigungen der Haut und der Zehennägel bei nachweisbaren Gefühls- und/oder Durchblutungsstörungen der Füße (Makro-, Mikroangiopathie, Neuropathie, Angioneuropathie). Die Podologische Therapie kommt nur bei den Patienten in Betracht, die ohne diese Behandlung unumkehrbare Folgeschädigungen der Füße wie Entzündungen und Wundheilungsstörungen erleiden würden. Das Behandlungsziel der Podologischen Therapie ist die Wiederherstellung, Verbesserung und Erhaltung der physiologischen Funktion von Haut und Zehennägeln an den Füßen bei dem diabetischen Fußsyndrom (Heilmittelrichtlinien, 2004).

Im Jahr 2008 waren es 4.325 Versicherte, die podologische Leistungen bekamen. Die Leistungsversicherten haben zum Vorjahr um 45,62 % zugenommen und ebenfalls die Ausgaben um 45,29 %. Der Anteil LV zu den Gesamtversicherten zeigt sich mit 0,24 % um 36,75 % erhöht. Zwar hat sich der Betrag pro LV um 0,23 % verringert, die Ausgaben pro Versichertem der GEK im Jahr 2008 haben jedoch um 36,43 % zugenommen. (s. Tabelle II.11) Versicherte der GEK werden vor allem mit steigendem Alter Leistungsversicherte mit podologischen Leistungen. Etwa 62 % aller LV der Podologie sind zwischen 60 und 80 Jahre alt. Insgesamt sind 61 % aller LV der Podologie Männer (s. Tab. 22 im Anhang). Die Alterung der Gesellschaft und die wachsende Morbiditätsbelastung, aber auch die steigende Anzahl Leistungserbringer im Gesundheitssystem tragen zu dieser Zunahme bei. Von 1.282 Podologie abrechnenden Praxen im Jahr 2007 stieg die Anzahl auf 1.748 Praxen im Jahr 2008 (s. Tabelle II. 3). Grundsätzlich gilt eine ausreichende Versorgung mit medizinischer Fußpflege zur Behandlung und Prävention von diabetes-bedingten Fußschäden als uneingeschränkt sinnvoll (s. Kapitel „Die Rolle der Podologie beim diabetischen Fußsyndrom“).

**Tabelle II.11 Kennzahlen der Podologieversorgung 2007 und 2008**

	2007	2008	Änderung in %
Leistungsversicherte	2.970	4.325	+45,62
Anzahl Rezepte	6.074	8.684	+42,97
Ausgaben in €	539.303,21	783.544,39	+45,29
Ausgaben pro LV in €	181,58	181,17	-0,23
LV zu Vers. in %	0,17	0,24	+36,75
Ausgaben pro Rezept in €	88,79	90,23	+1,62
Ausgaben pro Vers. in €	0,32	0,43	+36,43

### III. Hilfsmittel

#### 1. Gesetzliche Entwicklungen in der Hilfsmittelversorgung

##### 1.1 Verträge zur Hilfsmittelversorgung und Ausschreibungen von Hilfsmitteln

Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) hatte die Versorgungsberechtigung von Leistungserbringern im Hilfsmittelbereich zwingend an den Abschluss von Verträgen nach § 127 SGB V geknüpft, die vorrangig auf dem Weg der öffentlichen Ausschreibung zu schließen waren. Mit den Änderungen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) wurde die Verpflichtung zur Ausschreibung in eine optionale „Kann“-Regelung umgewandelt. Krankenkassen können demnach die Versorgung ihrer Versicherten mit Hilfsmitteln durch Verträge oder – sofern zweckmäßig – durch Ausschreibungen sicherstellen. Kriterien zur Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen wurden gemäß § 127 SGB V durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und Spitzenorganisationen der Leistungserbringer in gemeinsamen Empfehlungen festgelegt (GKV Spitzenverband, 2009). Folgende Punkte sprechen demzufolge gegen Ausschreibungen:

**1. Kosten- Nutzen- Relation von Ausschreibungen:** Der verwaltungstechnische Aufwand für ein Ausschreibungsverfahren steht im Missverhältnis zu dem erreichbaren Nutzen.

**2. Enger Anbieterkreis:** Die Leistung kann nur von einem engen Kreis von Anbietern erbracht werden, die dem Auftraggeber bekannt sind.

**3. Nicht standardisierbare Leistungen:** Die Leistung kann nicht standardisiert und eindeutig beschrieben werden, so dass die Abgabe von vergleichbaren Angeboten nicht möglich ist.

**4. Versorgung mit hohem Dienstleistungsanteil:** Der hohe Dienstleistungsanteil kann nicht oder nur sehr schwierig standardisiert erfasst werden.

**5. Gesundheitsrisiko für die Versicherten:** Bei der Versorgung mit Hilfsmitteln zur Lebenserhaltung kann es durch Ausschreibungen zu Störungen kommen, die ein hohes Gesundheitsrisiko für die Versicherten mit sich bringen.

**6. Störungen im Versorgungsablauf:** Ausschreibungsverträge stören die Versorgung, wenn eine praktikable Umsetzung nicht möglich ist oder wenn es sich um komplexe, übergreifende Versorgungsleistungen handelt.

Wenn eine Krankenkasse sich für Ausschreibungen entscheidet, handelt es sich um die Vergabe von öffentlichen Aufträgen. Der europäische Gerichtshof (EuGH) hatte am 11.6.2009 entschieden, dass gesetzliche Krankenkassen im Sinne des Vergaberechts öffentliche Auftraggeber sind und ihre Aufträge europaweit ausschreiben müssen. Der Schwellenwert für eine Ausschreibungspflicht liegt bei 206.000 Euro.

## **§ 33 SGB V Versorgung durch Vertragspartner der Krankenkasse**

### **Absatz 6**

(1) Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse sind.

(2) Hat die Krankenkasse Verträge nach § 127 Absatz 1 über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln geschlossen, erfolgt die Versorgung durch einen Vertragspartner, der den Versicherten von der Krankenkasse zu benennen ist.

(3) Abweichend von Satz 2 können Versicherte ausnahmsweise einen anderen Leistungserbringer wählen, wenn ein berechtigtes Interesse besteht; dadurch entstehende Mehrkosten haben sie selbst zu tragen.

Sofern keine Ausschreibungen für bestimmte Hilfsmittel vorgenommen werden, erfolgt die Versorgung auf der Basis von Verträgen. Das Wahlrecht des Versicherten bei der Hilfsmittelversorgung bleibt nur dann bestehen, wenn ein berechtigtes Interesse an der Versorgung durch einen bestimmten Leistungserbringer nachgewiesen werden kann. Andernfalls sind nur die Vertragspartner der jeweiligen Krankenkasse versorgungsberechtigt. Die Verträge zur Hilfsmittelversorgung müssen von den Krankenkassen öffentlich gemacht werden und Leistungserbringer können zu den Vertragskonditionen einem bestehenden Vertrag beitreten. Bei Hilfsmitteln, für die keine Verträge bestehen, können Krankenkassen Einzelvereinbarungen mit einem Leistungserbringer abschließen.

## **§ 127 SGB V Verträge**

### **Absatz 1**

(2) Dabei haben die Krankenkassen die Qualität der Hilfsmittel sowie die notwendige Beratung der Versicherten und sonstige erforderliche Dienstleistungen sicherzustellen und für eine wohnortnahe Versorgung der Versicherten zu sorgen.

Die Instrumente Ausschreibungen und Verträge sollen nicht allein wirtschaftlichen Interessen dienen, sondern in gleichem Maß die Qualität der Hilfsmittel und die wohnortnahe Versorgung berücksichtigen. Doch in einigen Fällen scheinen allein wirtschaftliche Interessen im Vordergrund zu stehen. In den Ausschreibungsinformationen einiger Kassen heißt es nämlich, dass der Bieter mit dem wirtschaftlichsten Angebot den Zuschlag erhält. Selbsthilfeverbände und Behindertenorganisationen bemängeln, dass im Rahmen der genannten Gesetzesänderungen die Qualität der Versorgung zum Beispiel bei Inkontinenzhilfen eine untergeordnete Rolle spielt (BVKM, 2009). Qualitätsstandards, die in den Versorgungsverträgen verankert sind, könnten auch für Krankenkassen ein Instrument sein, um nicht nur eine wirtschaftliche, sondern auch eine gleichzeitig ausreichende und zweckmäßige Versorgung ihrer Versicherten zu gewährleisten – Effizienz und Qualität müssen gemeinsam berücksichtigt werden.

### **1.2 Präqualifizierung**

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) wurde die bis dahin gültige kassenrechtliche Zulassung von Hilfsmittelerbringern aufgehoben. Die Versorgungsberechtigung wurde an den Abschluss von Verträgen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen geknüpft. Das Gesetz zur Weiterentwick-

lung der Organisationsstrukturen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) hat einige Ergänzungen und Änderungen des GKV-WSG vorgenommen, die seit dem 1. Januar 2009 die Versorgungszulassung von Leistungserbringern regeln.

So dürfen nach § 126 Abs. 1 SGB V Hilfsmittel nur auf der Grundlage von Verträgen nach § 127 SGB V abgegeben werden. Leistungserbringer können aber nur dann Vertragspartner sein, wenn sie die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen. Welche Voraussetzungen dies in konkreter Weise sind, wird vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen und durch die Verträge definiert und vor Vertragsabschluss geprüft.

### **§ 126 SGB V Versorgung durch Vertragspartner**

#### **Absatz 1**

(1) Hilfsmittel dürfen an Versicherte nur auf der Grundlage von Verträgen nach § 127 Absatz 1, 2 und 3 abgegeben werden.

(2) Vertragspartner der Krankenkassen können nur Leistungserbringer sein, die die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen.

#### **Absatz 2**

(1) Für Leistungserbringer, die am 31. März 2007 über eine Zulassung nach § 126 in der zu diesem Zeitpunkt geltenden Fassung verfügten, gelten die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 bis zum 30. Juni 2010 insoweit als erfüllt.

Ob Leistungserbringer die Voraussetzungen erfüllen, Vertragspartner von Kassen zu sein, wird zukünftig in einem Präqualifizierungsverfahren sichergestellt, das unter noch zu definierenden Kriterien die Eignung der Leistungserbringer prüft. Bis dieses Verfahren feststeht gilt nach § 126 eine Übergangsregelung, die bis zum 31. März 2007 zugelassenen Leistungserbringern ohne weitere Prüfung ermöglicht, Vertragspartner der Krankenkassen zu werden. Diese Regelung gilt bis zum 30. Juni 2010, d.h. bis dahin müssen sich der GKV-Spitzenverband und die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hilfsmittelerbringer auf ein Präqualifizierungsverfahren geeinigt haben.

### **1.3 Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten**

Im Rahmen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG), wurde auch eine Neuregelung der Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten vorgenommen. Diese Neuregelung betrifft den § 128 SGB V, der ab dem 1. April dieses Jahres Anwendung findet und sieht für unzulässige Kooperationen Sanktionsmöglichkeiten seitens der Krankenkassen vor.

### **§ 128 Unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten**

(1) Die Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten ist unzulässig, soweit es sich nicht um Hilfsmittel handelt, die zur Versorgung in Notfällen benötigt werden. Satz 1 gilt entsprechend für die Abgabe von Hilfsmitteln in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen.

(2) Leistungserbringer dürfen Vertragsärzte sowie Ärzte in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen nicht gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln beteiligen oder solche Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln gewähren. [...]

Die Gesetzesbegründung spricht von deutlichen Hinweisen für Fehlentwicklungen in der Zusammenarbeit zwischen Hilfsmittelerbringern und verordnenden Ärzten, die sich zum Beispiel in unzulässigen Zuwendungen seitens der Leistungserbringer für Hilfsmitteldepots bei Vertragsärzten äußerten. Die Medien hatten in der Vergangenheit wiederholt von solchen „Zuwendungen“ berichtet, die neben direkten „Kickback“-Zahlungen (Financial Times Deutschland vom 8.1.2009) zum Teil durch Beratungshonorare, Raummieten oder ähnliches verschleiert wurden (unter anderem „Frontal21“).

„Vor allem Orthopäden sollen im großen Stil mit Sanitätshäusern illegal zusammen arbeiten und dafür Geld kassieren. Die Masche: Rezepte für Bandagen, Krücken oder Einlagen bekommen nur Sanitätshäuser, die Ärzte schmieren. Und das geht so. Beispiel – orthopädische Schuheinlagen. Stellt ein Arzt Plattfüße fest, verschreibt er Einlagen auf Rezept. Mit diesem Rezept sollte der Patient zu einem Orthopädietechniker seiner Wahl gehen. Doch das passiert häufig nicht. Korrupte Ärzte wählen für den Patienten aus, wer die Einlagen anfertigen und verkaufen darf. Für korrupte Mediziner sind Rezepte bares Geld wert. Die Verordnungen werden weitergeleitet an Sanitätshäuser, die dafür die Ärzte am Geschäft beteiligen.“

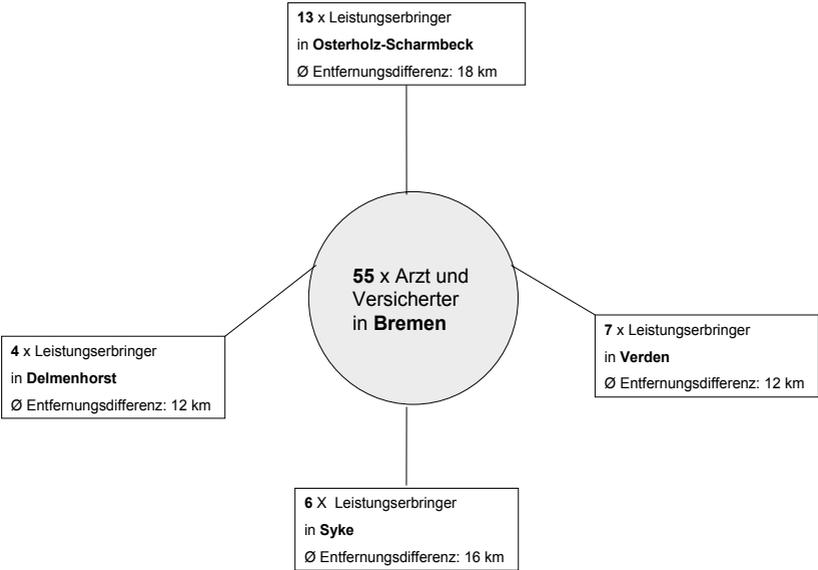
(aus: „Frontal 21“ (2007): Korruption in Weiß – Milliardenbetrug durch Sanitätshäuser und Ärzte)

Solche Praktiken schränken die Wahlfreiheit der Patientinnen bei der Inanspruchnahme von Sanitätshäusern ein und verzerren den Wettbewerb, was durch bisherige gesetzliche Regelungen offensichtlich nicht zu unterbinden war. Mit dem nun geltenden § 128 werden ausdrücklich Hilfsmitteldepots und unzulässige Zuwendungen untersagt, wobei die Vorhaltung von Hilfsmitteln zur Notfallversorgung bei Vertragsärzten eine Ausnahme darstellt. Verstöße gegen diese Regelung können von den Krankenkassen „angemessen geahndet werden“ (§ 128 Absatz 3 SGB V) und in schwerwiegenden oder wiederholten Fällen zum Verlust der Versorgungsberechtigung der Leistungserbringer führen.

Auch die GEK-Daten lassen Vermutungen auf Absprachen zwischen Vertragsärzten und Leistungserbringern zu. Eine Hilfsmittelversorgung beispielsweise für Einlagen sähe im Regelfall so aus, dass dem Patienten vom Arzt ein Rezept ausgehändigt wird, mit dem der Patient zum Sanitätshaus seiner Wahl gehen kann. Es ist daher anzunehmen, dass der

Leistungserbringer, der dieses Rezept beliefert, entweder im Wohnumfeld des Patienten oder in der Nähe der Arztpraxis angesiedelt ist. Die Differenz der Entfernung des Patientenwohnorts zum Leistungserbringer minus der Entfernung des Patienten zur Arztpraxis dürfte auf diesem Weg entweder dem Wert Null entsprechen (Arzt und Leistungserbringer am selben Ort) oder einen Wert unter Null annehmen (Leistungserbringer und Patient am selben Ort). In dem Fall, dass eine Absprache zwischen dem Arzt und einem auswärtigen Leistungserbringer vorläge, der weder in räumlicher Nähe zum Patienten noch zum Arzt ansässig ist, könnte diese Differenz einen erkennbar höheren Wert annehmen. Die Auswertung der Hilfsmittel-Versorgungsfälle im Jahr 2006 ergibt eine mittlere Differenz der räumlichen Entfernungen von „0“, das heißt, die Entfernungen des Patienten zum Arzt und zum Leistungserbringer sind identisch. Daneben liegt jedoch eine statistisch signifikante Häufung von Versorgungsfällen vor, bei denen weder der Wohnort des Patienten noch die Arztpraxis in räumlicher Nähe zum Leistungserbringer liegen (Entfernungsdifferenz bei 25% der Versorgungsfälle über 6 Kilometer). So sind im Jahr 2006 beispielsweise 55 Versorgungsfälle für Versicherte abgerechnet worden, die wie auch der verordnende Arzt in Bremen ansässig sind. In 30 dieser Fälle wurde das Hilfsmittel von Leistungserbringern im weiteren Umland abgegeben und abgerechnet, wobei die mittlere Entfernungsdifferenz 12 bis 18 Kilometer beträgt (s. Abbildung III.1).

**Abbildung III.1 Hilfsmittelversorgung Bremen mit Entfernungsdifferenz bei auswärtigen Leistungserbringern**



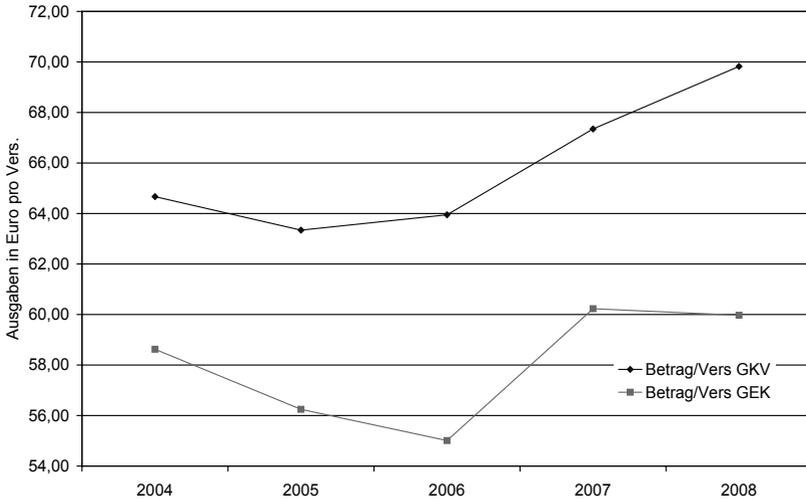
## **2. Ergebnisse der Hilfsmittelanalysen**

### **2.1 Vergleich der Ausgabenentwicklung zwischen GEK und GKV**

Mit steigendem Alter der Versicherten und durch die Zunahme von Multimorbidität erhöht sich auch der Versorgungsbedarf an medizinischen Hilfsmitteln. Demzufolge weisen die Ausgaben pro Versichertem über alle gesetzlichen Krankenkassen (GKV) in den letzten Jahren eine kontinuierliche Steigerung auf. Lediglich das Inkrafttreten des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) hatte im Jahr 2005 einen kurzzeitigen Rückgang der Ausgaben zur Folge. Wie sich die aktuellen gesetzlichen Änderungen, die weiter oben beschrieben werden (Kapitel II.1), auf das Versorgungsgeschehen und damit auf die Ausgaben der GKV auswirken, bleibt noch abzuwarten.

In der GEK bleiben die Ausgaben für Hilfsmittel pro Versichertem im Vergleich zum Vorjahr annähernd auf demselben Niveau. Von 2006 bis 2007 hatten unter anderem noch Bilanzierungseffekte für einen deutlichen Anstieg gesorgt, die sich jedoch zum Jahr 2008 nicht mehr in den Gesamtausgaben niederschlugen. Trotz steigendem Durchschnittsalter der GEK-Versicherten ist der Hilfsmittelbedarf im Vergleich zur gesamten GKV deutlich geringer. Die Ausgabendifferenzen zwischen GEK und GKV sind zu einem großen Teil auf eine unterschiedliche Alters- und Geschlechtsverteilung der Versicherten zurückzuführen, denn in der GEK sind mit einem Anteil von 47% deutlich weniger Frauen als in der GKV (53%) versichert und auch das Durchschnittsalter in der GEK liegt mit 38,6 Jahren um etwa vier Jahre unter dem der GKV-Versicherten insgesamt. Da Frauen mehr Hilfsmittel in Anspruch nehmen als Männer und auch mit zunehmendem Alter der Bedarf an Hilfsmitteln steigt, erklären sich damit auch unabhängig von Morbiditätsunterschieden die höheren Hilfsmittelausgaben der GKV.

**Abbildung III.2 Ausgabenentwicklung für Hilfsmittel in der GKV und GEK in Beträgen pro Versichertem 2004 bis 2008**



## 2.2 Kennzahlen der Hilfsmittelversorgung

Die Ausgaben der GEK für Hilfsmittel nach § 302 SGB V von sonstigen Leistungserbringern lagen im Jahr 2008 bei 108,7 Millionen Euro, was einer Zunahme zum Vorjahr um etwa sechs Prozent entspricht. Die Fusion der GEK mit der HZK – Die Profikrankenkasse im Jahr 2008 dürfte bei dieser Steigerung neben demographischen Veränderungen und krankheitsspezifischen Gründen eine Rolle spielen. Hilfsmittel, die nach dem Hilfsmittelverzeichnis (HMV) genau zugeordnet werden können, hatten einen Anteil von 83,4 % an den Gesamtausgaben, während auf Hilfsmittel, die über eine Pharmazentralnummer (PZN) abgerechnet werden, 15,1 % der Gesamtausgaben entfielen. Etwa 1,6 Millionen Euro gab die GEK im Jahr 2008 für Hilfsmittel aus, denen aus Abrechnungsgründen eine Pseudopositionsnummer (Pseudo-PN) oder einer Pseudo-PZN zugeordnet wurde und eine eindeutige Identifizierung über das Hilfsmittelverzeichnis oder die PZN-Liste nicht möglich ist.

**Tabelle III.1 Ausgaben für Hilfsmittleistungen von sonstigen Leistungserbringern nach § 302 SGB V**

	Ausgaben 2007 in €	Anteil in % an den Gesamt- ausgaben	Ausgaben 2008 in €	Anteil in % an den Gesamt- ausgaben	Änderung zu 2007 in %
Alle Leistungen	102.494.270,45		108.679.576,26		
davon:					
HMV	81.209.246,89	79,23	90.652.031,94	83,41	+5,27
Pseudo-PN	800.608,70	0,78	901.905,78	0,83	+6,24
Pseudo-PZN	975.355,07	0,95	687.491,32	0,63	-33,53
PZN	19.509.059,79	19,03	16.438.147,22	15,13	-20,54

Die folgenden Auswertungen beziehen sich ausschließlich auf Abrechnungen über sonstige Leistungserbringer nach § 302 SGB V und Hilfsmittel, die im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind. Auf Hilfsmittel, die nach § 300 SGB V über Apotheken abgegeben wurden, wird in einem eigenen Abschnitt eingegangen.

Der deutliche Ausgabenanstieg von 11,6% zum Vorjahr auf etwa 90,7 Millionen Euro ist zu einem großen Teil auf die Zunahme an GEK-Versicherten insgesamt (+6,4%) und vor allem an Versicherten mit Hilfsmittelverordnungen (Leistungsversicherte +9,84%) zurückzuführen. Der Anteil der GEK-Versicherten, die ein Hilfsmittelrezept erhalten haben, stieg demnach von 15,6% (266.005 Leistungsversicherte) im Jahre 2007 auf 16,1% (292.188 Leistungsversicherte) im Jahre 2008. Mehr als 90.000 Versicherte erhielten ein Rezept über Einlagen und machen schon fast ein Drittel der Leistungsversicherten aus. Weitere fast 76.000 Versicherte bekamen eine Bandage verordnet (s. Tab. 28 im Anhang).

Ein Teil der Ausgabensteigerung ist jedoch auch auf die Änderung der Festbeträge in den Produktgruppen „Einlagen“ und „Hilfsmittel zur Kompressionstherapie“ zurückzuführen, die im Jahr 2008 in Kraft traten. So

erhöhte sich beispielsweise der Festbetrag für Kopieeinlagen (Einlagen nach Maß oder Formabdruck) zum 1.3.2008 um 2,7 % auf 42,53 Euro, der von Kork-Leder-Einlagen um 3,5 % auf 49,25 €. Die Festbeträge für Hilfsmittel zur Kompressionstherapie wurden zum 1.1.2008 teilweise gesenkt, aber auch, z.B. bei Wadenstrümpfen der Kompressionsklasse I, um drei Prozent erhöht.

**Tabelle III.2 Kennzahlen für Hilfsmittel (HMV) 2007 und 2008**

	2007	2008	Änderung in %
Leistungsversicherte	266.005	292.188	+9,84
Anzahl Rezepte	512.026	565.623	+10,47
Ausgaben in €	81.209.246,89	90.652.031,94	+11,63
Ausgaben pro LV in €	305,29	310,25	+1,62
LV zu Vers. in %	15,63	16,12	+3,15
Ausgaben pro Rezept in €	158,60	160,27	+1,05
Ausgaben pro Vers. in €	47,72	50,02	+4,82

Auch die Entwicklung bei Hilfsmitteln nach §40 SGB V (Pflege) zeigt deutliche Steigerungen sowohl der Ausgaben insgesamt (+16,5%) als auch der Leistungsversicherten (+34,2%). Im Jahr 2008 verursachten dabei 3.192 Versicherte mit Pflegehilfsmittelleistungen Kosten in Höhe von etwa 1,2 Millionen Euro. Der deutlichen Zunahme an Empfängern von Hilfsmittelleistungen der Pflege steht eine Abnahme der Ausgaben pro Leistungsversichertem um 13,2% entgegen. Dieser Effekt könnte auf geringere Kosten für Hilfsmittel zur Pflege durch Verträge oder Ausschreibungen zurückzuführen sein.

Mit zunehmendem Alter steigt auch der Hilfsmittelbedarf und damit die Versorgungsprävalenz (s. Abbildung III.3) sowohl bei Männern wie auch bei Frauen, die mit Ausnahme von Kindern im Alter bis zu zehn Jahren

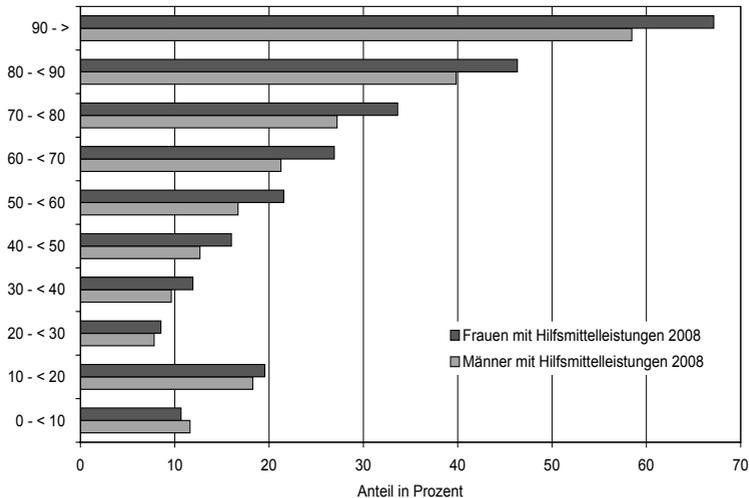
**Tabelle III.3 Kennzahlen für Pflegehilfsmittel nach SGB XI § 40**

	2007	2008	Änderung in %
Leistungsversicherte	2.379	3.192	+34,17
Anzahl Rezepte	8.371	11.233	+34,19
Ausgaben in €	1.061.299,04	1.236.743,28	+16,53
Ausgaben pro LV in €	446,11	387,45	-13,15
LV zu Vers. in %	0,14	0,18	+26,00
Ausgaben pro Rezept in €	126,78	110,10	-13,16
Ausgaben pro Vers. in €	0,62	0,68	+9,43

einen vergleichsweise hohen Versorgungsbedarf aufweisen. Etwa jede/ zweite GEK-Versicherte über 80 Jahren erhält demnach innerhalb eines Jahres mindestens ein Hilfsmittel. Die Entwicklung der letzten Jahre zeigt allerdings eine Abnahme der Hilfsmittelversorgung älterer Versicherter, während die Versorgungsprävalenz in den mittleren Altersgruppen (vor allem der 30- bis 50-Jährigen) kontinuierlich ansteigt. So ist der Anteil der 40- bis 49-jährigen Frauen mit Hilfsmittelversorgung von 2007 auf 2008 um fast sechs Prozent gestiegen, der Anteil der Männer in dieser Altersgruppe hat um etwa zwei Prozent zugenommen (s. Tab. 29 im Anhang).

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 2008 5,7% der Frauen und 4,4% der Männer eine Einlagenversorgung mit Durchschnittskosten von rund 83 Euro pro Leistungsversichertem. Die höchsten Ausgaben ziehen mit durchschnittlich 1.170 Euro pro Leistungsversichertem Verordnungen von Inhalations- und Atemtherapiegeräten nach sich, die bei chronischen Atemwegserkrankungen wie beispielsweise der Mukoviszidose (Cystische Fibrose) notwendig sind.

**Abbildung III.3 Versorgungsprävalenz mit Hilfsmitteln (HMV) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2008**



Datenbasis: s. Tab. 29 im Anhang

Neben geschlechtsspezifischen Differenzen sind auch regionale Unterschiede in der Hilfsmittelversorgung zu erkennen. So weisen die KVen Brandenburg, Sachsen-Anhalt und Thüringen mit 11,4%, 19,9% bzw. 22,7% die höchsten Steigerungsraten von 2007 auf 2008 in den Ausgaben pro Versichertem auf. Die meisten Ausgaben für Hilfsmittel entfallen jedoch auf die KVen Bremen, Hamburg und Bayerns. Diese Differenzen sind am ehesten mit Unterschieden in der Alters- und Geschlechtsverteilung der Versicherten und mit Morbiditätsunterschieden zwischen den KVen zu erklären. Aber auch regionale Differenzen im Verschreibungsverhalten der Ärzte können dabei eine Rolle spielen, wenn beispielsweise in der KV Bayerns allein für Einlagen und Bandagen 11,17 Euro pro Versichertem anfallen, während der Bundesdurchschnitt bei 8,51 Euro liegt.

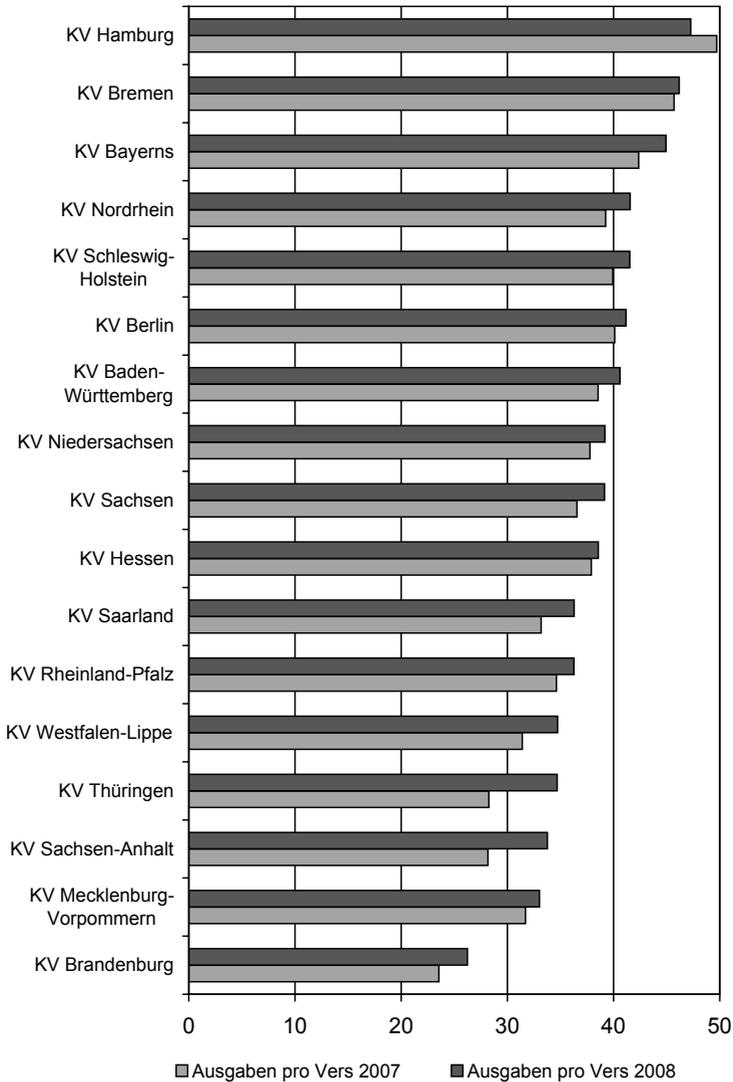
**Tabelle III.4 10 Produktgruppen der höchsten Versorgungsprävalenz und Ausgaben pro Leistungsversichertem nach Geschlecht im Jahr 2008**

Produktgruppe	Männer mit Hilfsmittelleistungen		Frauen mit Hilfsmittelleistungen	
	Anteil in %	Ausgaben pro LV in €	Anteil in %	Ausgaben pro LV in €
08 - Einlagen	4,39	84,25	5,70	81,14
05 - Bandagen	3,96	109,11	4,43	100,20
25 - Sehhilfen	1,72	49,36	2,02	43,06
17 - Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	1,42	112,28	2,55	141,58
10 - Gehhilfen	1,34	53,98	1,33	61,48
31 - Schuhe	1,02	327,99	1,25	237,54
09 - Elektrostimulationsgeräte	0,95	101,54	1,42	105,30
14 - Inhalations- und Atemtherapiegeräte	0,79	1.214,42	0,24	1.122,82
13 - Hörhilfen	0,75	629,79	0,54	613,19
15 - Inkontinenzhilfen	0,63	505,85	0,64	429,49

### **2.3 Versorgungsanalyse ausgewählter Hilfsmittelproduktgruppen**

Die höchsten Ausgaben für medizinische Hilfsmittel, die über die GEK abgerechnet wurden, entfielen auf die Produktgruppen „Inhalations- und Atemtherapiegeräte“, die bei chronischen Erkrankungen der Atemwege wie z.B. Asthma bronchiale, chronisch-obstruktiver Bronchitis oder Mukoviszidose Anwendung finden. Diese Geräte werden zur häuslichen Inhalation mit der Applikation von Medikamenten eingesetzt. In der Tabelle III.5 sind die 10 Produktgruppen aufgelistet, die auch im Vorjahr den höchsten Ausgabenanteil ausmachten. Dieser Anteil umfasst 75 % der Gesamtausgaben. Einlagen und Bandagen belegen wie im Vorjahr die Plätze zwei und drei bei den Hilfsmittelausgaben.

**Abbildung III.4 Ausgaben für Hilfsmittel pro Versichertem 2007 und 2008 nach KV-Bereichen**



Datenbasis: s. Tab. 32 im Anhang

Mehr als 90.000 GEK-Versicherte erhielten im Jahr 2008 eine Einlagenversorgung und damit liegt die Versorgungsprävalenz hier erstmals über fünf Prozent. Der größte Anteil der Verordnungen entfiel mit 61 % auf Bettungseinlagen. Den Anforderungen gemäß § 139 SGB V ist zu entnehmen, dass Bettungseinlagen unter anderem eine abstützende, sichernde und Lastumverteilende Wirkung auf den Fuß haben sollen. Der größte Teil der Leistungsversicherten befindet sich im Alter zwischen 40 und 60 Jahren, wobei allein elf Prozent der Versicherten mit Einlagenverordnung zwischen 45 und 49 Jahren alt ist. Daneben erhalten erstaunlich viele Kinder und Jugendliche ein Einlagenrezept; zwischen 10 und 14 Jahren allein über 8.000 Versicherte, was etwa neun Prozent der Leistungsversicherten entspricht.

**Tabelle III.5      Rangliste der Ausgaben für Hilfsmittelproduktgruppen aus dem HMV (TOP 10) für das Jahr 2008**

Rang 2008	Produktgruppe	Ausgaben in € in 2008	Ausgaben pro Versichertem in € in 2008	Rang 2007
1	14 - Inhalations- und Atemtherapiegeräte	11.483.607,73	6,34	1
2	05 - Bandagen	7.923.203,99	4,37	2
3	08 - Einlagen	7.497.493,78	4,14	3
4	13 - Hörhilfen	7.310.697,25	4,03	4
5	18 - Krankenfahrzeuge	6.447.221,63	3,56	7
6	03 - Applikationshilfen	6.415.255,04	3,54	6
7	31 - Schuhe	5.752.171,20	3,17	5
8	15 - Inkontinenzhilfen	5.399.817,01	2,98	8
9	23 - Orthesen/Schienen	4.676.899,75	2,58	9
10	17 - Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	4.617.000,24	2,55	10

Der Anteil der Leistungsversicherten mit Bandagenversorgung ist im Jahr 2008 auf 4,2% gewachsen, wobei allein die Rezepte für Knie- und Sprunggelenkbandagen fast die Hälfte der Verordnungen ausmachen. Die komprimierende und stabilisierende Wirkung von Bandagen soll unter anderem bei Kniearthrosen oder Sprunggelenksdistorsionen erzielt werden. Die Effektivität dieser Produkte ist jedoch durch wissenschaftliche Studien nur unzureichend belegt. Auch Bandagen werden vorwiegend Versicherten zwischen 40 und 60 Jahren verordnet, wobei allein die Gruppe der 45- bis 49-jährigen einen Anteil von zwölf Prozent der Leistungsversicherten bildet. Auch Jugendliche zwischen 15 und 19 Jahren erhielten zu einem großen Teil Bandagenrezepte und machen acht Prozent der Leistungsversicherten aus.

## **2.4 Hilfsmittel aus Apotheken**

Knapp fünf Prozent der GEK-Versicherten erhielten Hilfsmittel aus Apotheken, die Ausgaben für diesen Bereich der Hilfsmittelversorgung stiegen im Jahr 2008 um 17,3% auf 10,6 Millionen Euro. Den größten Anteil an dieser Summe hatten Inkontinenzhilfen mit rund 290 Euro pro Leistungsversichertem. Die meisten Leistungsversicherten und die höchste Steigerungsrate in den Ausgaben pro Leistungsversichertem sind in der Produktgruppe „Applikationshilfen“ zu finden, die unter anderem Insulinpens und Diabetesteststreifen umfassen. Über die Hälfte der Produkte aus Apotheken werden von Männern in Anspruch genommen, lediglich bei Hilfsmittel zur Kompressionstherapie und bei den Absauggeräten (u.a. Milchpumpen) überwiegt der Anteil weiblicher Leistungsversicherter.

**Tabelle III.6 Hilfsmittel aus Apotheken nach Produktgruppen in 2008 (Top 10)**

Produktgruppe	Anzahl LV	davon weiblich in %	Ausgaben in €	Ausgaben in € pro LV	Änderung der Ausgaben pro LV in % zu 2007
15 - Inkontinenzhilfen	10.771	47,94	3.127.859,88	290,40	-4,69
03 - Applikationshilfen	23.838	41,45	2.695.792,25	113,09	+4,54
17 - Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	9.318	66,36	1.029.024,70	110,43	-1,90
14 - Inhalations- und Atemtherapie	11.102	43,88	837.274,59	75,42	-18,10
29 - Stomaartikel	679	36,38	602.063,14	886,69	-4,85
21 - Messgeräte für Körperzustände/-funktionen	13.696	41,84	597.790,19	43,65	-0,45
05 - Bandagen	7.580	50,73	534.182,67	70,47	+0,18
19 - Krankenpflegeartikel	1.095	45,39	85.813,79	78,37	-4,86
01 - Absauggeräte	2.483	90,90	77.915,51	31,38	+0,82
12 - Hilfsmittel für Tracheostoma	121	30,58	70.560,40	583,14	-7,03

## 2.5 Zusammenfassung der Hilfsmittelanalysen

Die Ausgaben der GEK für medizinische Hilfsmittel sind von 2007 auf 2008 um sechs Prozent gestiegen, was unter anderem durch die Fusion mit der HZK – die Profikrankenkasse und der damit verbundenen Zunahme der Gesamtversichertenzahl zu erklären ist. Die Ausgaben pro Versichertem jedoch bleiben deutlich unter dem Niveau der gesamten gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Im Jahr 2008 haben im Vergleich zum Vorjahr erheblich mehr Versicherte Hilfsmittel in Anspruch genommen. Diese Zunahme an Hilfsmittelrezepten zu Lasten der GEK ist vor allem in den Produktgruppen „Einlagen“ und „Bandagen“ zu beobachten, die neben Inhalations- und Atemtherapiegeräten die Produktgruppen mit den höchsten Ausgaben darstellen. Eine Abnahme ist in der Hilfsmittelversorgung

älterer Versicherter zu beobachten, während Versicherte in den mittleren Altersgruppen vermehrt Hilfsmittel verordnet bekommen. Neben dem Alter und dem Geschlecht spielen aber auch regionale Besonderheiten eine Rolle in der Hilfsmittelversorgung. So steigt die Versorgungsprävalenz vor allem in den östlichen KVen und das Ausgabenniveau zum Beispiel für Einlagen zeigt erhebliche regionale Unterschiede. Die Hilfsmittelversorgung erfolgt neben Sanitätshäusern auch in Apotheken, die vor allem für Applikationshilfen in Anspruch genommen werden. Hierbei ist vor allem die Versorgung von DiabetikerInnen ausschlaggebend.

## **IV. Diagnosebezogene Auswertungen**

### **1. Physiotherapeutische und Ergotherapeutische Versorgung bei Rheumatoider Arthritis**

**Holm Thieme, Konstanze Löffler, Bernhard Borgetto**

#### **1.1 Einleitung**

Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises sind in Deutschland weit verbreitet. Die rheumatoide Arthritis (RA; Synonym: chronische Polyarthritis) stellt dabei die größte Diagnosegruppe unter den entzündlich rheumatischen Erkrankungen dar. Die Krankheitslast der RA spiegelt sich für die Betroffenen auf allen Ebenen der Internationalen Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) wieder (Mau et al., 2008; Weigl et al., 2008). Neben der medizinischen Versorgung nehmen rehabilitative Maßnahmen, wie die Physiotherapie und Ergotherapie, einen hohen Stellenwert in der Behandlung von Patienten mit RA ein, um Einschränkungen der Funktionsfähigkeit, sowie Aktivität und Teilhabe entgegenzuwirken.

#### **Epidemiologie**

Krankheiten des rheumatischen Formenkreises sind häufige Erkrankungen des Bewegungssystems. Der Rheumabericht der Bundesregierung (1997) schätzt, dass etwa ein Drittel aller Frührenten, ein Fünftel der Krankenhaustage und ein hoher Prozentsatz aller Arztbesuche durch rheumatische Erkrankungen begründet sind. Die rheumatoide Arthritis (RA), stellt die häufigste Diagnose unter den Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises dar.

Die Prävalenz der rheumatoiden Arthritis liegt bei 0,5 bis 1 Prozent, wobei Frauen etwa doppelt so häufig betroffen sind wie Männer. Die Angaben zur Inzidenz bei Frauen schwanken zwischen 20 und 80/100.000 Einwohner, die der Männer zwischen 10 bis 20/100.000 Einwohner. Bei Personen im Alter von über 60 Jahren steigt die Inzidenz auf 40 bzw. 70/100.000 Einwohner für Frauen bzw. Männer (Symmons et al., 2002; Zink et al., 2001b).

## **Symptome und Diagnose**

Patienten mit einer RA beschreiben im Frühstadium Schmerzen sowie Schwellungen und morgendliche Steifheit der Gelenke als häufigste Symptome (Visser et al., 2002). Die Genese der RA ist bisher unklar. Die Synovialitis (Entzündung der Gelenkschleimhäute) beginnt meist an den kleinen Gelenken der Finger und Zehen und führt bei einem längerfristigen Verlauf zur kontinuierlichen Zerstörungen des Knorpels und angrenzender Knochen. Dadurch entstehen zunehmend Gelenkdeformitäten (Verformungen der Gelenke) mit einhergehenden Gelenkkontrakturen (Muskel-, Sehnen- und Kapselverhärtungen), Muskelatrophien (Muskelabnahme) und Sehnenrupturen (Sehnenrisse). Auch extraartikuläre Manifestationen an Sehnencheiden, Gefäßen und inneren Organen sind im Verlauf zu beobachten. Typischerweise sind mindestens drei Gelenke betroffen, wobei ein symmetrisches Befallsmuster als ein Diagnosekriterium gilt. Schneider und Ibekendanz (2007) geben folgende Kriterien als Empfehlung für die Stellung einer Verdachtsdiagnose der rheumatoiden Arthritis an:

- Morgensteifheit von mehr als 60 Minuten Dauer
- Schwellung in mehr als zwei Gelenken
- Symptome seit mehr als 6 Wochen anhaltend
- Symmetrisches Verteilungsmuster der betroffenen Gelenke.

Bei Verdacht sollten die CCP-Antikörper bestimmt werden, um die Diagnose abzusichern, ggf. erfolgt eine Röntgenuntersuchung der betroffenen Gelenke (Schneider & Ibkehdanz, 2007).

## **Therapie**

Die Versorgungsangebote für Patienten mit rheumatischen Erkrankungen können im Wesentlichen vier Gruppen zugeordnet werden:

- ärztliche Behandlung durch medikamentöse, orthopädietechnische und operative Therapie sowie physikalische Immunsuppression,
- physikalische Therapie wie Wärme- und Kältetherapie sowie Physiotherapie und Ergotherapie,
- psychosoziale Angebote wie Psychotherapie (insbesondere psychologische Schmerzbewältigung) und
- Selbsthilfegruppen und andere, von Betroffenen selbst organisierte Aktivitäten und Angebote.

Die interdisziplinäre Leitlinie zum Management der frühen rheumatoiden Arthritis der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie empfiehlt die Einleitung einer entsprechenden pharmakologischen Therapie mit einer Basismedikation zeitnah der Diagnosestellung (Schneider & Ibkehdanz, 2007).

Nach aktuellen Leitlinien zählt neben der fachärztlichen Betreuung und medizinischen Behandlung die multidisziplinäre Versorgung der Patienten mit rheumatoider Arthritis zu den wichtigen Bestandteilen der Therapie (Schneider & Ibkehdanz, 2007). Physio- und Ergotherapie sind danach wohl die bedeutsamsten Interventionen im Rahmen der Heilmittelversorgung.

Klinisch-experimentelle Untersuchungen belegen die Effektivität physiotherapeutischer Maßnahmen bei Patienten mit rheumatoider Arthritis (Neuberger et al., 2007; Mangani et al., 2006; Suomi & Collier, 2003; de Jong et al., 2003; van den Ende et al., 2000; Neuberger et al., 1997). Eine systematische Literaturübersicht konnte auf der Grundlage randomisierter kontrollierter Studien eine hohe Evidenz für therapeutische Maßnahmen aufzeigen, die durch funktionelle Kräftigung sowie niedrig- und hochfrequenter Übungstherapie Schmerzen reduzieren und die allgemeine Funktionsfähigkeit der Patienten steigern (Ottawa Panel Members, 2004). Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Van den Ende et al. (1998) in ihrem Review und schlussfolgern daraus die Effektivität von therapeutischen Übungen zur Steigerung der aeroben Kapazität und Kraft. Neben diesen Ergebnissen zur Effektivität aktiver Maßnahmen ergänzen weitere Literaturübersichten zum Einfluss passiver Maßnahmen (Thermo-, Balneo- und Elektrotherapie) das Versorgungsbild. So zeigte sich die Effektivität elektrotherapeutischer Maßnahmen in Hinblick auf die Steigerung von Kraft und Ermüdungsresistenz (Brosseau et al., 2003a). Thermotherapie hatte jedoch keinen signifikanten Effekt auf objektiv erhobene Parameter (Robinson et al., 2002; Brosseau et al., 2003b). Zur Effektivität der ergotherapeutischen Behandlung bei Patienten mit rheumatoider Arthritis erstellten Steultjens et al. (2002) ein systematisches Review im Rahmen der Cochrane Collaboration. Sie kamen zu differenzierten Ergebnissen. So zeigten die Autoren, dass sich in den untersuchten Studien von hoher Qualität keine signifikanten Effekte der ergotherapeutischen Handtherapie auf die Parameter Schmerz, Funktionsfähigkeit und Handkraft ergaben. Dagegen fand sich eine limitierte Evidenz für die Effektivität von Instruktionen zum Gelenkschutz und zum effizienten Funktionsgebrauch. Zur Untersuchung der Effektivität von Unterweisungen im Hilfsmittelgebrauch konnten keine entsprechenden Daten ausgewertet werden. Die Schienenversorgung erwies sich für Patienten mit RA als effektiv in der Schmerzreduktion und zur Steigerung der Handkraft. In ihrer Schlussfolgerung empfehlen die Autoren aufgrund der unzureichenden Daten-

lage, dass mehr klinische Studien mit hoher methodischer Qualität für die Untersuchung der Effektivität ergotherapeutischer Maßnahmen bei Patienten mit rheumatoider Arthritis erstellt werden sollten. Steultjens et.al. (2004) führten ein Update des Cochrane-Reviews durch und kamen zu weiteren Ergebnissen. Demnach existiert eine starke Evidenz für die Effektivität von Instruktionen zum Gelenkschutz und limitierte Evidenz zur Effektivität „umfassender“ Ergotherapie zur Verbesserung der Funktionsfähigkeit. Des Weiteren fanden die Autoren Hinweise darauf, dass die Schienenbehandlung Schmerzen reduzieren kann. Hammond et al. (2004) untersuchten in einer randomisierten kontrollierten Studie die Effektivität ergotherapeutischer Maßnahmen gegenüber keiner Behandlung bei 326 Patienten mit früher rheumatoider Arthritis. Dabei zeigten sich keine signifikanten Gruppenunterschiede nach 6, 12 und 24 Monaten in allen Untersuchungsparametern (Funktionsfähigkeit, Schmerz und Eigeneffizienz). Insgesamt muss also festgehalten werden, dass die Datenlage zu ergotherapeutischen Maßnahmen nur sehr begrenzt auf eine mögliche Effektivität schließen lässt.

Sowohl Rheumatologen als auch Patienten mit RA schätzen physio- und ergotherapeutische Maßnahmen jedoch als wichtig bis sehr wichtig und effektiv in der Behandlung der RA ein (Mau & Müller, 2008).

## **1.2 Versorgungssituation mit Physio- und Ergotherapie**

Aufgrund der so beschriebenen Effektivität zumindest einzelner Maßnahmen unter idealen Versuchsbedingungen, scheint die Frage im Sinne der Versorgungsforschung relevant, wie sich die gegenwärtig alltägliche Versorgungssituation der Patienten mit physio- und ergotherapeutischen Maßnahmen darstellt.

Die Analyse relevanter Publikationen zeigt eine breite Variation der physiotherapeutischen Versorgungssituation in Deutschland. Thieme & Bor-

getto (2009a) untersuchten anhand einer Sekundäranalyse der RHEUMA-Dat Fragebogenerhebung die Häufigkeit der physiotherapeutischen Versorgung von Patienten mit RA. Danach waren rund 60 Prozent der Befragten in den letzten sechs Monaten vor der Befragung physiotherapeutisch versorgt worden. Laut einer Befragung von Rheumatologen und Patienten mit RA aus dem Jahre 2007 ergab sich eine Versorgungshäufigkeit von 25 % der Patienten im letzten Quartal vor der Befragung. Dabei fanden die Autoren eine Variation der Versorgungshäufigkeit unter den verschiedenen Rheumatologen von 10 bis 45 Prozent. Bei der Patientenbefragung konnte der Funktionsstatus berücksichtigt werden. Die Analyse ergab, dass 31 % der funktionell schlechtesten und 14 % der gering beeinträchtigten Patienten in den letzten zwölf Monaten Einzelkranken-gymnastik erhielten (Mau & Müller, 2008). Aus den Daten der nationalen Kerndokumentation, einem Projekt zur Erhebung epidemiologischer Aspekte und der Versorgungssituation, wurde ein Versorgungsgrad von der Hälfte bis zu zwei Drittel der Patienten mit rheumatoider Arthritis mit aktiven physiotherapeutischen Maßnahmen in Einzel- oder Gruppenbehandlungen abgeleitet (Zink et al., 2006 und 2001a). Eine ähnliche Versorgungshäufigkeit von 50 % fand sich in der Studie von Waltz (2000). Die Kerndokumentation zeigte die Steigerung der Versorgungshäufigkeit von sieben Prozent zwischen 1994 und 1999 (Zink et al., 2003) bzw. fünf Prozent zwischen 1994 und 2004 (Zink, 2007) im Vergleich von 29 rheumatologischen Versorgungseinrichtungen (Zink et al., 2003).

Die Datenlage im Bereich der ergotherapeutischen Versorgung ist deutlich schlechter als im Bereich der Physiotherapie. Nach den Ergebnissen einer Patientenbefragung aus dem Jahre 2007 erhielten in den letzten zwölf Monaten nur elf Prozent der funktionell schlechtesten und zwei bis vier Prozent der weniger ausgeprägt behinderten Patienten Ergotherapie und/oder Funktionstraining/Rehabilitationssport (Mau & Müller, 2008). Zink et al. (2001a) erfassten im Rahmen der Kerndokumentation fast 9.000 Patienten, von denen nur 15 % eine Verordnung ergotherapeuti-

scher Maßnahmen wahrnehmen konnten. Dabei zeigte sich ein Rückgang der Versorgung mit ergotherapeutischen Maßnahmen von drei Prozent im Vergleich der Jahre 1994 und 2004 (Zink, 2007).

## **Einflussfaktoren auf die Versorgung**

Derzeit sind nur wenige Einflussfaktoren auf die physio- und ergotherapeutische Versorgung von Patienten mit RA in Deutschland publiziert. Thieme & Borgetto (2009a) fanden ein niedrigeres Alter und eine stärker limitierte Funktionsfähigkeit mit einer höheren physiotherapeutischen Versorgungshäufigkeit assoziiert. Bezogen auf die Versorgungshäufigkeit mit physiotherapeutischen Maßnahmen in Deutschland und den Niederlanden fand Waltz (2000) eine geringe Abhängigkeit der Versorgungshäufigkeit von der Krankheitsaktivität in der Hinsicht, dass Patienten in aktiven Arthritis-Stadien häufiger Physiotherapie in Anspruch nahmen. Ein schwereres Fatigue (Müdigkeitssyndrom) und stärkere funktionelle Probleme waren in dieser Studie wichtige Prädiktoren für die physiotherapeutische Versorgung. Es bestanden keine nationalen Unterschiede. Auch Mau & Müller (2008) stellten eine größere Versorgungshäufigkeit sowohl bei physio- als auch ergotherapeutischen Maßnahmen bei schwer betroffenen Patienten fest.

Die aktuelle physiotherapeutische Routineversorgung scheint bei Patienten mit RA, außer im Bezug auf die Verbesserung der Lebensqualität, nur wenig effektiv zu sein (Thieme & Borgetto, 2009b).

### **1.3 Fragestellungen der vorliegenden Analyse**

Aufgrund der bisher geschilderten Datenlage zur Versorgungssituation von RA-Patienten mit physio- und ergotherapeutischen Maßnahmen soll mittels der GEK-Daten die vorhandene Datenlücke weiter geschlossen werden. Dabei liegt der Fokus der Auswertung primär auf der Versor-

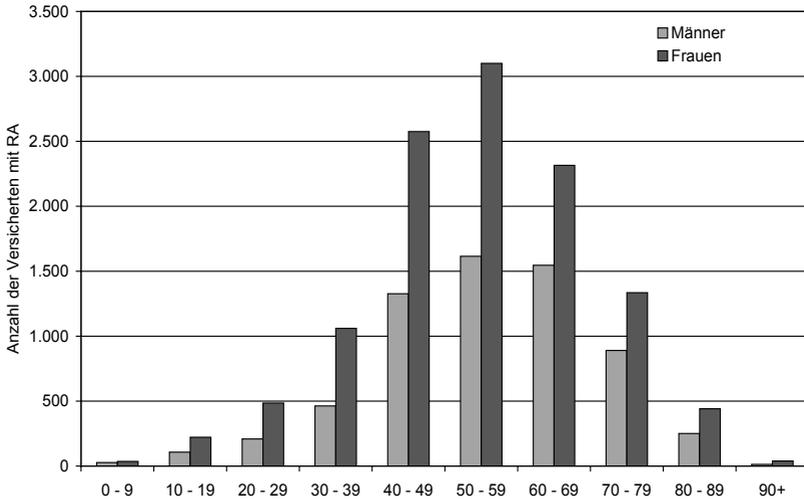
gungshäufigkeit im ambulanten Sektor. Neben der Versorgungshäufigkeit sollen die Daten weiterhin Aufschluss über die verordneten Maßnahmen, sowie die Abhängigkeit von der Betreuung durch verschiedene Fachärzte geben.

#### **1.4 Physio- und Ergotherapeutische Versorgung bei GEK-Versicherten**

##### **Prävalenz der rheumatoiden Arthritis der GEK-Versicherten**

Insgesamt wurden die Daten von 18.056 GEK-Versicherten mit der Diagnose rheumatoide Polyarthritiden im Jahr 2007 ausgewertet. Die Berechnung der Prävalenz erfolgte auf Grundlage der ICD-10 Klassifizierung M05.0 bis M05.9 und M06.0 bis M06.9. Abbildung IV.1 stellt die Prävalenz der seropositiven und sonstigen Polyarthritiden in den verschiedenen Altersgruppen dar. Auffallend sind die fast doppelt so große Erkrankungshäufigkeit bei Frauen und der Prävalenzgipfel der Erkrankung zwischen dem 40. und 70. Lebensjahr.

**Abbildung IV.1 Prävalenz der rheumatoiden Arthritis nach Geschlecht in Altersstufen**



## Physiotherapeutische Versorgung

Insgesamt wurden im Jahr 2007 560.532 Rezepte mit physiotherapeutischen Maßnahmen für die GEK-Versicherten ausgestellt. 20.447 Rezepte entfielen auf 6.860 Patienten mit RA, wobei nicht ausgeschlossen werden kann, dass diese Verordnungen auch wegen anderer Erkrankungen erfolgten, weil die ärztlichen Diagnosen nicht routinemäßig in den Daten erfasst werden. Demnach erhielt rund ein Drittel der Versicherten mit RA physiotherapeutische Maßnahmen im Rahmen der ambulanten Versorgung. Nach Sichtung einer einprozentigen Stichprobe (202 Rezepte, davon 199 eingeschlossen) und Auswertungen der dokumentierten Diagnosen, konnten lediglich 64% der Rezepte direkt auf die Diagnose RA oder mögliche Folgeerkrankungen zurückgeführt werden. Für die gesamte physiotherapeutische Versorgung von RA-Patienten ließe sich daraus

eine Behandlungsprävalenz von rund 25% ableiten, die damit deutlich unter den bisher veröffentlichten Ergebnissen liegt.

**Tabelle IV.1      Physiotherapeutische Verordnungen nach Leistungsart**

Leistungsart	Anzahl	Prozent
Bewegungstherapie	177	0,7
Elektrotherapie	671	2,6
Thermotherapie	5.068	19,3
Krankengymnastik (KG)	12.017	45,7
KG-Bewegungsbad	246	0,9
Manuelle Lymphdrainage	2.015	7,7
Manuelle Therapie	2.395	9,1
Massage	3.069	11,7
Traktion	344	1,3
Sonstige	297	1,0
Summe	26.299	100,0

In Tabelle IV.1 sind die physiotherapeutischen Verordnungen nach Leistungsarten aufgelistet. Die meisten Verordnungen entfielen auf „Krankengymnastik“ (45,7%), „Thermotherapie“ (19,3%) und „Massage“ (11,7%).

### **Ergotherapeutische Versorgung**

Von 36.934 Rezepten zur Ergotherapie entfielen 521 auf Patienten mit RA. Insgesamt wurden damit 210 Patienten ergotherapeutisch versorgt, also rund 1,2% der GEK-Versicherten mit RA.

Tabelle IV.2 listet die ergotherapeutischen Leistungen nach Abrechnungspositionen auf. Die häufigsten Positionen waren die ergotherapeutische Einzelbehandlung bei motorischen (265), sowie sensomotorischen-perzeptiven (168) Störungen.

**Tabelle IV.2 Ergotherapeutische Verordnungen nach Abrechnungsposition**

Abrechnungsposition	Anzahl	davon im KH	Prozent
Funktionsanalyse/Anamnese	123	2	17,3
EB motorisch-funktionelle Behandlung .	289	24	40,6
EB sensomotor.- perzeptive Behandlung	169	1	23,7
EB Hirnleistungstraining	15	2	2,1
EB psychisch-funktionelle Behandlung	31	0	4,4
GB psychisch-funktionelle Behandlung	6	4	0,8
Thermische Anwendung	58	3	8,1
Schienenbehandlung	21	7	3,0
Summe	712	43	100,0

KH= Krankenhaus, EB=Einzelbehandlung, GB=Gruppenbehandlung

### **Verordnende Fachärzte**

In Tabelle IV.3 sind die verordneten Heilmittel den einzelnen Facharztgruppen zugeordnet, auf einem Rezept können zwei oder mehr Heilmittel verordnet werden. Demnach werden physiotherapeutische Maßnahmen größtenteils durch Allgemeinmediziner (37,5%) und Orthopäden/Unfallchirurgen (28,5%) verordnet. Ein deutlich geringerer Teil der Verordnungen geht auf Fachärzte für Innere Medizin (darunter Rheumatologen) zurück (15,1%). Ein anderes Bild ergibt sich bei den Verordnungen ergotherapeutischer Maßnahmen. Hier wird der größte Anteil der Ergotherapien durch Fachärzte für Innere Medizin (30,9%) verordnet, gefolgt von Allgemeinmedizinern (29,1%).

**Tabelle IV.3 Verordnete Heilmittel nach Facharztgruppen**

Facharztgruppe	Physiotherapie		Ergotherapie	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Allgemeinmedizin	9.869	37,5	207	29,1
Innere Medizin	3.979	15,1	220	30,9
Orthopädie	7.491	28,5	93	13,1
Chirurgie	1.448	5,5	47	6,6
Andere	3.512	13,4	145	20,3
Summe	20.299	100,0	712	100,0

## 1.5 Diskussion und Schlussfolgerung

Bei der Analyse der GEK-Versicherten zeigte sich eine Verteilung der Geschlechts- und Altersprävalenz, die den Angaben für Deutschland entspricht. Damit kann von einer Repräsentanz der Daten ausgegangen werden. Insgesamt wurde lediglich ein Drittel der Versicherten mit RA physiotherapeutisch, nur zwei Prozent ergotherapeutisch versorgt. Diese Versorgungshäufigkeit liegt unter den Angaben, welche in anderen Analysen festgestellt wurde (Thieme & Borgetto, 2009a; Mau & Müller, 2008; Zink et al., 2001b und 2007). Dabei muss beachtet werden, dass in der vorliegenden Analyse lediglich ambulante Maßnahmen nach dem SGB V (gesetzliche Krankenversicherung) ausgewertet wurden. Daten zur Heilmittelversorgung im stationären Sektor oder im Rahmen von Rehabilitationen (SGB IX) liegen nicht vor. Ebenso konnte die Krankheitsschwere in den Analysen nicht berücksichtigt werden. Alle bisherigen Daten deuten jedoch auf eine Unterversorgung der Patienten mit physio- und ergotherapeutischen Leistungen hin. Die Effektivität zumindest eines Teils dieser Leistungen konnte in verschiedenen klinisch-experimentellen Untersuchungen belegt werden. Die Krankheitslast von Patienten mit RA könnte gerade im Bereich der funktionellen Störungen durch physio- und ergo-

therapeutische Maßnahmen erheblich verringert werden. Diskutiert werden sollten in diesem Zusammenhang neben der Qualifikation der verordnenden Fachärzte sowie die der Physio- und Ergotherapeuten auch die Richtgrößen des Heilmittelbudgets. So werden die Heilmittelrichtgrößen von Rheumatologen in einigen KVen auf einem sehr niedrigen Niveau angegeben, was dazu führt, dass 62% der Rheumatologen weniger Heilmittel verordnen, als sie für medizinisch sinnvoll erachten (Mau & Müller, 2008). Interessanterweise verordneten in den analysierten Daten Fachärzte für Innere Medizin (darunter Rheumatologen) den größten Teil ergotherapeutischer Maßnahmen. Physiotherapie wird hingegen vor allem von Allgemeinmedizinern und Orthopäden verordnet. Auch hier kann vermutet werden, dass dies mit der Heilmittelbudgetierung der einzelnen Facharztgruppen in Zusammenhang steht. So haben Internisten oftmals eine deutlich geringere Richtgröße für Heilmittel als Allgemeinmediziner und Orthopäden. Die Indikation für ergotherapeutische Maßnahmen (z.B. Schienenversorgung) könnte unter Umständen schwieriger zu stellen sein als bei physiotherapeutischen Maßnahmen und wird daher vorrangig von Internisten vorgenommen.

Aus den Analysen der GEK-Daten lässt sich demnach die Schlussfolgerung ziehen, dass Defizite in der Heilmittelversorgung, insbesondere mit Physio- und Ergotherapie, bei Patienten mit RA existieren. Neben einer geringen Behandlungsprävalenz zeigen sich Praxisvariationen in Abhängigkeit von den verordnenden Facharztgruppen, die unter Umständen beeinflusst werden von ihrer jeweiligen Qualifikationen und Heilmittelrichtgrößen. Aufgrund der bisherigen Datenlage zur Effektivität physio- und ergotherapeutischer Maßnahmen zur Verminderung der Krankheitslast bei Patienten mit RA, sollten die Rahmenbedingungen für Heilmittelverordnungen speziell für Internisten/ Rheumatologen diskutiert werden.

## 2. Physiotherapie beim Fibromyalgiesyndrom

Das Fibromyalgiesyndrom (FMS) ist ein Krankheitsbild ohne eindeutige Ursachen, aber offenbar gibt es viele Betroffene. Etwa ein bis zwei Prozent der erwachsenen Bevölkerung leiden an FMS-Symptomen, z.B. an chronischen Schmerzen. Frauen sind sechsmal häufiger betroffen als Männer. Das FMS ist durch seinen Langzeitverlauf und häufig auftretende Komorbiditäten gekennzeichnet. Bei den Erkrankten liegen eine verminderte Lebensqualität und erhebliche körperliche und psychische Beeinträchtigungen vor. Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Kosten sind vergleichbar mit denen von Patienten mit Diabetes mellitus, dem chronischen unspezifischen Rückenschmerz oder der Rheumatoiden Arthritis. Das FMS ist als biopsychosoziale Erkrankung anzusehen. Deshalb kommt sowohl die somatische als auch die psychologische Behandlung in Frage. Innerhalb eines multimodalen und multidisziplinären Ansatzes wird die Versorgung mit Heilmitteln, vor allem die aktivierende Bewegungstherapie im Rahmen der Physiotherapie, empfohlen.

Aus den GEK-Daten geht hervor, dass der Anteil der mit dem FMS diagnostizierten GEK-Versicherten in den Jahren 2005 bis 2007 erheblich angestiegen ist. Als mögliche Ursache wird die Medikalisierung des Krankheitsbildes herangezogen. Etwa die Hälfte der im Jahr 2007 mit FMS Diagnostizierten litt zusätzlich an einer Depression. Insgesamt wurden diese Versicherten zu 60% mit physiotherapeutischen Maßnahmen versorgt. Neben der Krankengymnastik wurden vor allem passive Maßnahmen verordnet. Die Patienten wurden nur bedingt mit den empfohlenen Arzneimitteln versorgt. Auffällig ist der hohe Anteil Leistungsversicherter für Kortikosteroide und Antirheumatika, welche nicht zu den empfohlenen Mitteln gehören.

## 2.1 Einleitung

Ob und wie eine Klassifikation des Fibromyalgiesyndroms (FMS) – ein Syndrom, für das zur Zeit kein erklärender Krankheitsfaktor existiert – stattfinden sollte, wird in unterschiedlicher Weise diskutiert (vgl. Widder et al., 2008; Goldenberg, 1999). Erkennbar ist jedoch, dass es viele Betroffene gibt: etwa ein bis zwei Prozent der erwachsenen Bevölkerung leiden am FMS und damit an Symptomen wie chronischen Schmerzen in mehreren Körperregionen. Das Verhältnis von Frauen zu Männern beträgt dabei mindestens 6:1 (Brückle, 2009). Es ist deutlich, dass die Diagnose des FMS zum Versorgungsalltag gehört und Menschen, die von solchen Symptomen betroffen sind, medizinische Hilfe suchen und damit zu Patienten werden. Der Verlauf der Beeinträchtigungen und Beschwerden ist stabil und langfristig (Köllner et al., 2009). Die Folgen sind nicht nur von großem Einfluss auf das Leben des Einzelnen, sondern auch, wie im Folgenden beschrieben wird, von gesamtgesellschaftlicher Bedeutung. Zum einen stehen chronische Schmerzen oft im Zusammenhang mit einer niedrigen gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Gustorff et al., 2008; Gormsen et al., 2009; Bellach et al., 2000). Das FMS verursacht bei den Betroffenen erhebliche körperliche und psychische Beeinträchtigungen und folglich eine eingeschränkte Partizipation am Berufs- und sozialen Leben (Gormsen et al., 2009; Neumann et al., 2000). Das FMS ist nicht nur durch seinen chronischen Verlauf gekennzeichnet, häufig treten auch Komorbiditäten auf und das Krankheitsbild kann damit einen multimorbiden Charakter annehmen. FMS-Patienten sind beispielsweise häufiger depressiv als sonst gesunde Menschen (Gormsen et al., 2009).

Zum anderen ist das FMS mit einem deutlich erhöhten Risiko auf Krankenschreibungen assoziiert (Kivimäki et al., 2007). Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen geschieht vergleichbar häufig wie bei Patienten mit anderen chronischen Erkrankungen, z.B. mit Diabetes mellitus oder mit chronischem unspezifischem Rückenschmerz (Boonen et al., 2005).

Direkte Kosten, die durch das FMS entstehen, sind vergleichbar mit denen, die durch Rheumatoide Arthritis und chronische unspezifische Rückenschmerzen entstehen (Silverman et al., 2009; Boonen et al., 2005). Indirekte Kosten, die durch Behinderung und Komorbiditäten beim FMS entstehen, erhöhen die Krankheitslast erheblich (Robinson et al., 2004).

## **2.2 Definition, Diagnose und Behandlung**

In der Definition nach ICD-10 fällt das FMS (M79.7) unter „sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, andernorts nicht klassifiziert“. Außerdem wird es unter dem Symptomkomplex der „Chronischen Schmerzen in mehreren Körperregionen“ (chronic widespread pain, CWP) klassifiziert (AWMF, 2008).

In der Diagnostik werden häufig die von Wolfe et al. entwickelten Klassifikationskriterien des American College of Rheumatology verwendet (1990). Zu diesen Klassifikationskriterien gehören die mindestens seit drei Monaten bestehenden ausgedehnten Schmerzen mit der Lokalisation an mindestens 11 von 18 druckschmerzhaften Punkten, auch Tenderpoints genannt, der Muskulatur und der Sehnenansätze. Neben Beschwerden wie Druckschmerzempfindlichkeit treten auch Steifigkeits- und Schwellungsgefühle der Hände der Füße und des Gesichts auf. Zusätzlich existieren häufig multiple autonome Funktionsstörungen wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Depressivität, Ängstlichkeit und Einschränkungen der kognitiven Funktionen (AWMF, 2008; Conrad, 2003; Diener, Putzki, 2008). Es bestehen außerdem Überschneidungen mit anderen Krankheitsbildern wie z.B. mit dem chronischen Müdigkeitssyndrom, dem Reizdarmsyndrom, der Reizblase, dem „Restless-legs-Syndrom“ oder der multiplen Chemikalienunverträglichkeit (Conrad, 2003; Eich et al., 2008; Jones et al., 2008).

Zur Diagnosestellung des FMS findet ein Ausschluss anderer mit rheumatologischen, neurologischen und psychiatrischen Krankheiten assoziierter Symptome statt. Es sollten keine Befunde aus den gängigen Labor- und Röntgenuntersuchungen vorliegen. Die Ätiologie ist unklar (Gormsen et al., 2009; Conrad, 2003; Gur & Oktayoglu, 2008). Es werden verschiedene pathophysiologische Veränderungen diskutiert, die dem Fibromyalgiesyndrom zugrunde liegen können (vgl. McLean et al., 2005; Bradley, 2008; Harris et al., 2007; Köllner et al., 2009). Eine Ursache-Wirkung-Relation geht aus diesen Studien allerdings nicht hervor.

Chronische Schmerzen sind als biopsychosoziale Erkrankung anzusehen, deshalb kommt sowohl eine somatische wie auch psychologische Behandlung in Frage. Das FMS sollte als komplexes, heterogenes und multimodales Krankheitsbild betrachtet werden und erfordert daher auch eine multidimensionale Behandlung (Turk et al., 1989; Carville et al., 2007). Durch die Multimodale Therapie (MT) – eine Kombination aus einem Schulungselement oder der Psychotherapie mit mindestens einem Element der aktiven Bewegungstherapie – können einige typische Symptome des FMS, wie Schmerzen, Müdigkeit und die depressive Stimmung reduziert werden, sowie die Selbstwirksamkeit und körperliche Fitness gesteigert werden (Häuser et al., 2009). Die American Pain Society und die Deutsche internationale Leitlinie zum Management von Fibromyalgie empfehlen die Anwendung der MT, dazu gehört auch die häufig in der Literatur beschriebene Arzneimitteltherapie. Tramadol und andere leichte Schmerzmittel können zum Management des FMS eingesetzt werden. Kortikosteroide und starke Opoide werden in diesem Fall nicht empfohlen. Antidepressiva, wie Amitriptylin, Fluoxetin, Duloxetin, Milnacipran, Moclobemid und Pirlindol reduzieren Schmerzen und verbessern oft die Funktion. Damit sind sie ebenfalls für die Therapie beim FMS empfehlenswert. Das gleiche gilt für Tropicsetron, Pramipexol und Pregabalin (Carville et al., 2007; AWMF, 2008).

Ein individuell angepasster multidisziplinärer pharmakologischer, rehabilitativer (aktive Bewegungstherapie) und verhaltenstherapeutischer Behandlungsansatz scheint im Management von FMS am effektivsten zu sein (Sarzi-Puttini et al., 2008; Carville et al., 2007, Häuser et al., 2009). Diese drei Therapierichtungen sind als einzelne Bestandteile und in ihrer Kombination als Teil in der klinischen Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) enthalten. Die Entwicklung der Leitlinie wurde von der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Schmerztherapie (DIVS) initiiert und koordiniert. Neben der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. (DGSS) haben sich folgende deutsche Gesellschaften an der Leitlinie beteiligt: Neurologie (DGN), Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR), Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF), Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM), Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR), Rheumatologie (DGRh), Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM). Die Leitlinie empfiehlt eine vom Hausarzt koordinierte Versorgung und die Anwendung dieser Therapieverfahren in drei Schritten mit sechsmonatigem Rhythmus: die Basistherapie, die weiterführende Behandlung und die Langzeitbetreuung. Die Grundlage dafür bilden patientenzentrierte Kommunikation, Beratung, Unterstützung sowie die Stärkung des Selbstmanagements durch die Förderung von Ressourcen und Selbstregulationsmöglichkeiten der Beschwerden (AWMF, 2008).

### **Physiotherapie: aktiver Ansatz**

Physische Aktivität beim FMS verbessert die Lebensqualität und steigert die körperliche Belastbarkeit dieser Patienten, sie ist damit Teil der Sekundärprävention bei diesem Krankheitsbild (Karmisholt & Gøtzsche, 2005). Durch eine angemessen und selbständig dosierte sowie an die

Beschwerden angepasste Bewegungstherapie und Training kann beim FMS eine verbesserte Gesundheit, Fitness und Symptomreduktion erreicht werden (Jones et al., 2006; Carville et al., 2007). Dazu gehören Krafttraining und aerobes Ausdauertraining mit niedriger Intensität (Busch et al., 2008; Brosseau et al., 2008; Busch et al., 2007; Jones et al., 2006; Schiltenswolf et al., 2008). Dieser Behandlungsansatz fördert die Selbstwirksamkeit. Außerdem kann der Nutzen von aktivem Training durch die Schulung im Selbstmanagement der Beschwerden noch erhöht werden (Rooks et al., 2007).

### **2.3 Versorgungsstruktur der ambulanten Schmerztherapie in Deutschland**

Chronische Schmerzen stellen eine Indikation zur „Speziellen Schmerztherapie“ dar. In einer Umfrage zur Struktur der ambulanten Schmerztherapie in Deutschland von Kayser et al. (2008) wurden Fachärzte und Mitglieder der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS), der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) und des Berufsverbandes deutscher Anästhesisten e.V. (BDA) befragt. Die DGSS steht nicht nur für Ärzte offen, sondern auch für Psycho- und Physiotherapeuten. Nach der eigenen Darstellung der Befragten findet die schmerztherapeutische Behandlung in Deutschland in Einzel- und Gemeinschaftspraxen, Klinikambulanzen, Schmerzpraxen, Medizinischen Versorgungszentren und Polikliniken statt. Die Patienten werden häufig länger als zwei Jahre in diesen Einrichtungen betreut. Etwa 80% der befragten Einrichtungen gaben an, die Patienten multimodal zu behandeln. Es besteht zwar keine durchgängig verwendete Definition der MT (Häuser et al., 2009), allerdings fehlt bei 48,3% der Einrichtungen eines der drei zentralen Elemente der multimodalen Therapie, entweder die Psychotherapie oder die Arzneimittel- bzw. die Physiotherapie. Die ambulanten schmerztherapeutischen Einrichtungen sind teilweise auf regionaler Ebene sehr unterschiedlich verteilt. So werden beispielsweise in

Thüringen etwa 9,4 Patienten auf 1.000 Einwohner schmerztherapeutisch versorgt. In Bayern sind es hingegen nur 2,8 Patienten. Bei diesen Daten muss allerdings berücksichtigt werden, dass Unterschiede zwischen den Einrichtungen, die geantwortet haben und denen, die nicht geantwortet haben, nicht identifiziert werden konnten. Damit ist ein Selektionsbias möglich (Kayser et al., 2008).

Die Datenlage zu Versorgungsformen, die neben der fachärztlichen schmerztherapeutischen Versorgung oder durch registrierte Mitglieder der Gesellschaften stattfinden, wie die der hausärztlichen Versorgung chronischer Schmerzpatienten, ist nicht ergiebig.

## **2.4 Auswertungen mit GEK-Daten: Datenbasis und Methode**

Es liegen kaum Daten zur Versorgungssituation von FMS erkrankten vor, insbesondere nicht zur physiotherapeutischen Versorgung dieser Patientengruppe. Zu den folgenden Darstellungen wurden ambulante GEK-Daten aus den Jahren 2005 bis 2007 herangezogen. Für Prävalenzberechnungen wurde jeder Versicherte mit mindestens einer ICD-10 Diagnose „M79.7“ eines Jahres berücksichtigt. Für die Inzidenzberechnung hingegen wurden nur solche Versicherte selektiert, die innerhalb des gesamten Zeitraumes zwischen 2005 und 2007 durchgängig versichert waren und ein Jahr zuvor keine Diagnose M79.7 hatten. Zudem war die Anforderung, dass nach der Erstdiagnose in den folgenden vier Quartalen die Diagnose erneut kodiert wurde. Die Erstdiagnose kann damit also im Zeitraum des ersten Quartales 2006 bis zum ersten Quartal 2007 gestellt worden sein. Zur Berechnung der Anteile der Ko-Erkrankung Depression wurde die ICD-10 Kodierungen F32 für die depressive Episode und F33 für die rezidivierende depressive Störung verwendet (Bramesfeld et al., 2007; Bramesfeld et al., 2009). Aus den Heilmittel- und Arzneimitteldaten ist allerdings nicht direkt ersichtlich, aufgrund welcher Diagnose diese verordnet wurden.

## 2.5 Ergebnisse der GEK-Daten

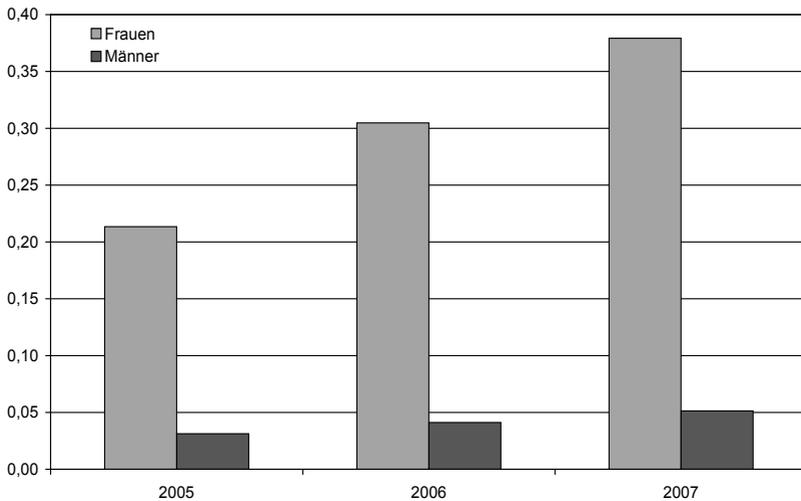
### Erkrankungen am Fibromyalgiesyndrom (Prävalenz)

Im Jahr 2007 wurde bei 3.377 der GEK Versicherten das FMS diagnostiziert. Dieser Anteil ist gegenüber dem Jahr 2005 um fast 89 % gestiegen. Betrachtet man die nach Geschlecht standardisierte Erkrankungsrate, ergibt sich, dass die Erkrankungshäufigkeit im Jahr 2007 ebenfalls um 88 % höher liegt als im Jahr 2005. Diese Maßzahl setzt die tatsächliche Anzahl der Erkrankungen in Beziehung zu denen, die man erwartet hätte, wenn bei gleicher Geschlechterverteilung der Versicherten die Erkrankungshäufigkeit zum Jahr 2007 gleich geblieben wäre. Vermutlich haben hierbei Differenzen in der Kodierung stattgefunden. Wie später noch erläutert wird, hat sich der ICD-10-Code in den Jahren 2004 zu 2005 verändert. Seit 2005 gehört das FMS nicht mehr zur Kategorie „Rheumatismus, nicht näher bezeichnet“, sondern ist eigenständig aufgeführt. Außerdem wurde das FMS im darauf folgenden Jahr mit näheren Bezeichnungen ergänzt, was darauf hinweisen kann, dass das FMS im Rahmen der Medikalisierung des Krankheitsbildes zumindest an Bekanntheit, möglicherweise auch an Anerkennung gewonnen hat. Die geschlechtsstandardisierte Erkrankungsrate, die sich auf den Anstieg der Erkrankungshäufigkeit im Jahr 2007 zum Jahr 2006 bezieht, liegt bei 27 %. Die einfachen Differenzen der Erkrankungshäufigkeiten belaufen sich vom Jahr 2005 zu 2006 auf 48 % und vom Jahr 2006 zu 2007 auf 27 % (s. Tabelle IV.4).

**Tabelle IV.4 Anzahl GEK-Versicherte gesamt und mit der Diagnose FMS (M79.7)**

Anzahl Versicherte	2005	2006	2007	2005 zu 2006 in %	2006 zu 2007 in %
Insgesamt	1.554.614	1.620.193	1.646.284	+4,22	+1,61
mit FMS	1.787	2.650	3.377	+48,29	+27,43
Männer gesamt	840.656	867.857	874.187	+3,24	+0,73
Männer mit FMS	263	357	449	+35,74	+25,77
Frauen gesamt	713.958	752.336	772.097	+5,38	+2,63
Frauen mit FMS	1.524	2.293	2928	+50,46	+27,69

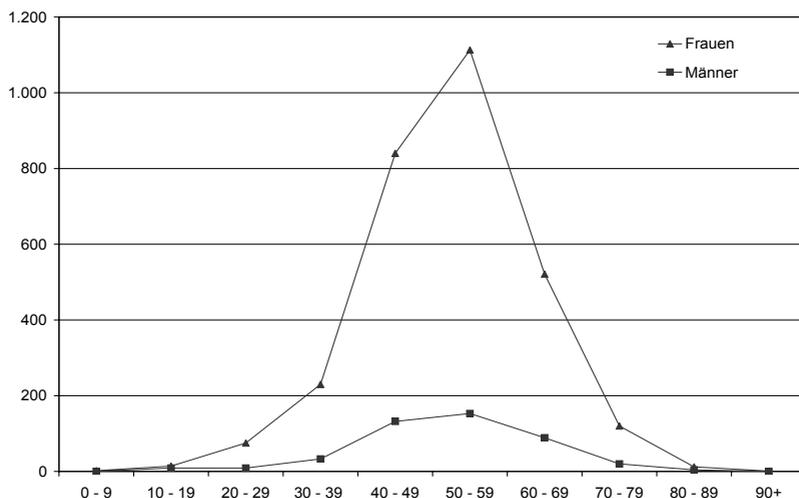
**Abbildung IV.2 Anteil GEK-Versicherte mit FMS in Prozent nach Geschlecht in den Jahren 2005 bis 2007**



Datenbasis: Alle GEK-Versicherten mit mindestens einer Diagnose ICD-10 M79.7 als Anteil der Gesamtversicherten in den Jahren 2005 bis 2007

Neben dem Anstieg der Diagnosen insgesamt fällt vor allem der hohe Anteil an Frauen auf, die von dieser Diagnose betroffen sind. Im Jahr 2007 war er mehr als sechs Mal höher als bei den Männern. Vor allem in den Altersgruppen der 40- bis 70-Jährigen ist dieser Unterschied auffällig und hat zwischen 50 und 60 Jahren seinen Höhepunkt (s. Tabelle IV.4, Abbildung IV.2 und Abbildung IV.3).

**Abbildung IV.3 GEK-Versicherte mit FMS im Jahr 2007 nach Alter und Geschlecht**



Datenbasis: Alle Versicherten mit mindestens einer Diagnose ICD-10 M79.7 im Jahr 2007

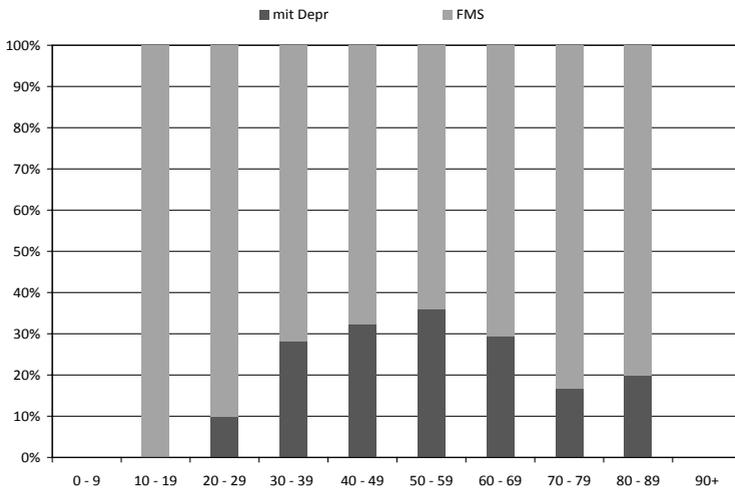
### **Neuerkrankungen (Inzidenz)**

Vom ersten Quartal des Jahres 2006 bis einschließlich des ersten Quartals 2007 sind insgesamt 1.484 GEK-Versicherte neu am FMS erkrankt. Der Anteil der Frauen lag dabei bei 85,7% und der Anteil der Männer bei 14,3% (s. Tab. 35 im Anhang).

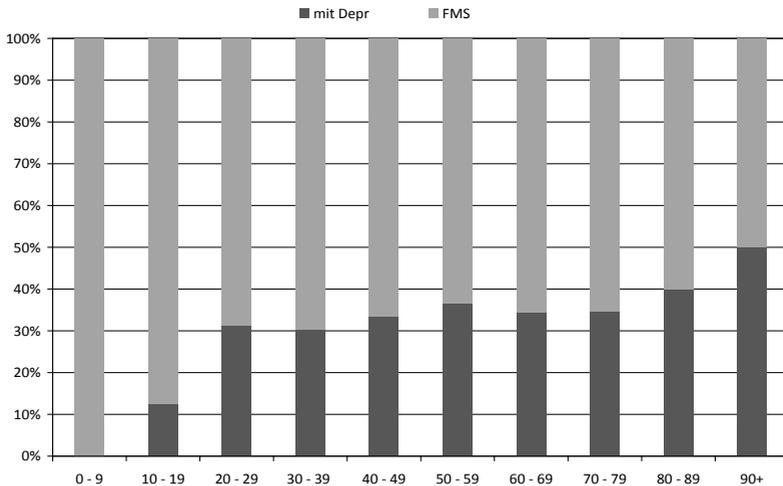
## Komorbidität Depression

Wie bereits erwähnt tritt eine Depression häufiger mit FMS auf als bei Kontrollgruppen. Diese Komorbidität tritt auch bei den GEK-Versicherten auf und ist vor allem bei Frauen erkennbar. Das Risiko an einer Depression zu erkranken liegt nach den GEK-Daten für Frauen, die am FMS erkrankt sind, um ca. 33% höher als für Männer mit FMS. Dieser Unterschied im Erkrankungsrisiko ist signifikant. In der Altersgruppe der 50- bis 60-Jährigen steigt der Anteil derer, die neben dem FMS auch an einer Depression leiden, sowohl bei Männern als auch bei Frauen auf fast 40% an (s. Abbildung IV.4 und IV.5). Insgesamt wurde im Jahr 2007 bei 51,9% der an FMS erkrankten Versicherten zusätzlich eine Depression diagnostiziert.

**Abbildung IV.4 Männliche GEK-Versicherte mit FMS und Depression nach Altersgruppen 2007**



**Abbildung IV.5 Weibliche GEK-Versicherte mit FMS und Depression nach Altersgruppen 2007**



Datenbasis: Alle Versicherten mit mindestens einer Diagnose FMS und zusätzlich mindestens einer Diagnose ICD-10 F32/F 32 im Jahr 2007

## 2.6 Die ambulante Versorgungssituation von FMS-Patienten in der GEK

### Physiotherapie

Im Jahr 2007 waren 2.010 der 3.377 Versicherten mit der Diagnose FMS Leistungsversicherte (LV) mit Physiotherapieversorgung. Das bedeutet, dass knapp 60% der Erkrankten mit Physiotherapie versorgt wurden. Von diesen LV waren 89,4% Frauen und 10,6% Männer (s. Tabelle IV.5).

**Tabelle IV.5 GEK-Versicherte und Leistungsversicherte für Physiotherapie mit der Diagnose FMS (M79.7) nach Depression und Heilmittelversorgung 2007**

Anzahl Versicherte	mit Depression	ohne Depression
Insgesamt	1.751	1.626
Männer	205	244
Frauen	1.546	1.382
Insgesamt LV	1.103	907
LV Männer	103	110
LV Frauen	1.000	797

Von den 2.010 LV waren 55 % zusätzlich zum FMS an einer Depression erkrankt. Die zusätzliche Erkrankung an einer Depression erhöht für Patienten mit dem FMS die Wahrscheinlichkeit zum Leistungsversicherten für Physiotherapie zu werden, um fast 35 % Insgesamt wurden diesen Leistungsversicherten 7.233 Physiotherapie-Rezepte verordnet. Das macht pro Patient ca. 6,2 Rezepte im Jahr. Die unterschiedlichen Heilmittel, bzw. Leistungsarten, die auch als Kombination auf einem Rezept auftreten können, wurden in folgendem Verhältnis verordnet:

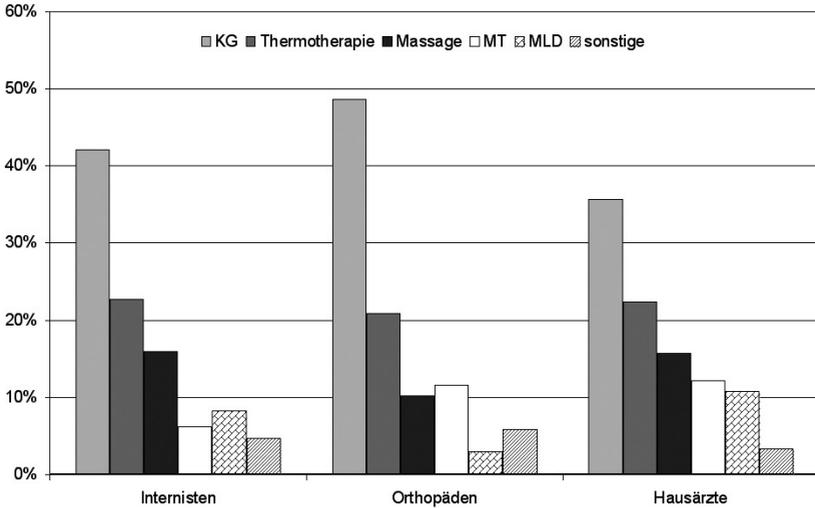
1. Krankengymnastik 41,6%
2. Thermotherapie 20,7%
3. Massagetherapie 12,8%
4. Manuelle Therapie 11%
5. Manuelle Lymphdrainage 9,3%
6. Sonstige 4,6 %

Krankengymnastische Behandlungstechniken bestehen vor allem aus mobilisierenden und stabilisierenden Übungen und Techniken. Die Massage-therapie ist eine Maßnahme, die in Ruhelage des Patienten durchgeführt wird. Die Thermo-therapie beinhaltet sowohl Wärme- als auch Kälteanwendungen mittels Kaltpackungen, Kaltgas, Kaltluft, Heißluft, heißer Rolle, Ultraschall, Wärmepackungen mit Peloiden (z. B. Fango), Paraffin oder Paraffin-Peloidgemischen, Voll- und Teilbäder mit Peloiden/Paraffin. Die Manuelle Lymphdrainage (MLD) dient der Entstauung bei Ödemen. Manuelle Therapie ist gekennzeichnet durch die gezielte Mobilisation oder Anwendung von Weichteiltechniken durch den Therapeuten (Heilmittelrichtlinien, 2004). Bis auf die krankengymnastischen Maßnahmen, die der Definition nach aktive Übungen beinhalten, können alle anderen genannten Maßnahmen eher zu den passiven Techniken gezählt werden.

Im Schnitt erhalten die Leistungsversicherten ihre Rezepte von ein bis zwei unterschiedlichen Ärzten und Fachärzten. Betrachtet man die verordnenden Ärzte, wird erkennbar, dass Hausärzte, Orthopäden (einschl. orthopädischer Rheumatologie) und Internisten (einschl. Rheumatologie) dabei zu den verordnungsstärksten Facharztgruppen gehören (s. Tab.36 im Anhang). Ärzten aus Einrichtungen der ambulanten Schmerztherapie, auch Schmerzambulanzen, kann eine persönliche Ermächtigung von der KV erteilt werden. Etwa 0,61 % der Leistungen erfolgten im Jahr 2007 durch die Verordnung von persönlich ermächtigten Internisten, 0,46 % von Orthopäden und 0,34 % von Anästhesisten mit persönlicher Ermächtigung. Obwohl die schmerztherapeutische Behandlung in Deutschland unter anderem auch in Einzel-, Gemeinschaftspraxen, Medizinischen Versorgungszentren und Polikliniken stattfinden kann und die Datenlage zur Versorgung allgemein kein differenziertes Bild zulässt, scheint der Anteil der Versorgung in Schmerzambulanzen hiermit sehr gering.

Nach Leistungsart aufgeteilt ergibt sich für die verordnungsstärksten Facharztgruppen folgendes Bild:

**Abbildung IV.6 Verordnungen nach Facharztgruppe und Leistungsart in Prozent**



Datenbasis: Alle verordneten physiotherapeutischen Leistungsarten bei 2010 Versicherten mit dem FMS nach den meistverordnenden Fachärzten im Jahr 2007, s. Tab. 34 im Anhang

Die verordnungsstärkste Facharztgruppe der Hausärzte verschreibt vor allem Krankengymnastik mit einem Anteil von ca. 36 % ihrer verordneten Leistungen. An zweiter Stelle steht die Verordnung der Thermo mit einem Anteil von ca. 22%, gefolgt von Massagen, die einen Anteil von fast 16% der verordneten Leistungen ausmachen. Seltener werden Manuelle Therapie (12%) und Manuelle Lymphdrainage (ca. 11%) verschrieben.

Orthopäden verschreiben in fast 50% der Fälle Krankengymnastik, gefolgt von Thermo mit fast 21%, sowie Manuelle Therapie und Massage mit 10% und fast 12%.

Internisten verschreiben ebenfalls vor allem Krankengymnastik, welche einen Anteil von ca. 42% der verordneten Leistungen ausmacht. Wieder steht die Verordnung der Thermotherapie an zweiter Stelle mit einem Anteil von fast 23%. Massage wird in diesem Fall zu fast 16% verordnet, Manuelle Therapie und Manuelle Lymphdrainage ergeben zusammen fast 15% (s. Abbildung IV.6).

## **Arzneimittel**

Insgesamt waren 3.258 (96%) der Versicherten mit dem FMS auch Leistungsversicherte für Arzneimittel jeglicher Art. Freiverkäufliche Arzneimittel (OTC, over the counter) sind in den Daten nicht erfasst, werden aber im Bereich der Schmerzmittel wahrscheinlich nicht selten von FMS-Patienten erworben. Die bei diesem Krankheitsbild empfohlenen Arzneimittel und -gruppen, wie Antidepressiva, das Opioid Tramadol, das Antimimetikum Tropisetron, der Dopamin-Agonist Pramipexol oder das Antiepileptikum Pregabalin (Carville et al. 2007; AWMF, 2008) wurden im Jahr 2007 mit geringen Anteilen der an FMS erkrankten Versicherten verschrieben (s. Tabelle IV.6).

Für die Auswertung wurden alle Arzneimittelgruppen betrachtet, die ein Prozent und mehr der gesamten Abrechnungspositionen ausmachten. Dabei fiel auf, dass für knapp 30% der Erkrankten die nicht empfohlenen Kortikosteroide und für etwa 58% Antirheumatika verschrieben wurden. Werden die bei der Behandlung des FMS empfohlenen Arzneimittel in ihren Gruppen zusammengefasst, ergibt sich eine Versorgungsprävalenz von 65% der erkrankten Versicherten. Die Kombination der empfohlenen Arzneimittel mit Physiotherapie findet bei 42% der LV statt (s. Abbildung IV.7).

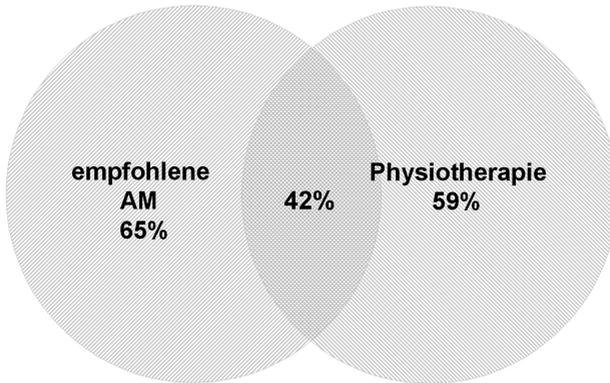
Der Anteil der LV mit der Komorbidität Depression liegt im Schnitt bei 60 bis 70%.

**Tabelle IV.6 GEK- Leistungsversicherte für empfohlene Arzneimittel beim FMS (M79.7) nach Geschlecht 2007**

Anzahl Versicherte	Männer	Frauen	Anteil LV für AM an allen Erkrankten in %	Anteil LV für AM und PT an allen Erkrankten in %
Antidepressiva	447	1.126	46,58	29,6
andere Analgetika/ Antipyretika	390	612	29,67	20,2
Tramadol	126	222	10,31	6,9
Opioide	346	533	26,00	17,2
Tropisetron	1	1	< 0,10	<0,1
Antimimetika/ andere Mittel gegen Übelkeit	8	11	<1	<1
Pramipexol	5	16	<1	<1
Dopaminerge-Mittel	35	65	2,96	2
Pregabalin	52	132	5,45	4
Antiepileptika	98	216	9,3	6,4

Datenbasis: Alle Arzneimittel und Physiotherapie bei Versicherten mit dem FMS im Jahr 2007

**Abbildung IV.7 Anteil LV an allen am FMS erkrankten Versicherten für die empfohlenen Arzneimittelgruppen und für Physiotherapie im Jahr 2007 in Prozent**



Datenbasis: Alle Arzneimittel und Physiotherapie bei Versicherten mit dem FMS im Jahr 2007

## **Diskussion**

Menschen, die am FMS leiden, gehören zu den noch zu wenig untersuchten und in Therapiestudien oftmals unterrepräsentierten Subpopulationen (Jones et al., 2006). Der Anteil der am FMS erkrankten GEK-Versicherten hat innerhalb von zwei Jahren jedoch erheblich zugenommen und weist auf eine für die öffentliche Gesundheit immer bedeutender werdende Patientenpopulation hin. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass vom Jahr 2004 zu 2005 eine Umstellung in der ICD-10 Kodierung stattgefunden hat. Fiel das FMS im Jahr 2004 noch unter die Kodierung M79.0 („Rheumatismus, nicht näher bezeichnet: Fibromyalgie; Fibrositis“), wurde es in den Jahren 2005 bis 2007 mit dem Code M79.7 („Fibromyalgie“) klassifiziert. In den Jahren 2004 und 2005 wurde „Fibromyalgie“ noch mit

Fibrositis näher bezeichnet. In den Jahren 2006 und 2007 wurde diese nähere Bezeichnung der Fibromyalgie durch Fibromyositis, Fibrositis, Juvenile Fibromyalgie und Myofibrositis ergänzt (DIMDI: Onlinefassungen der Klassifikationen ICD-10-GM und der ICD-10-WHO 2004 bis 2007). Möglicherweise hat eine Medikalisierung des FMS stattgefunden, so dass es in den Jahren 2004 bis 2007 sowohl bekannter als auch anerkannter geworden ist. Die online-Version der interdisziplinären S3-Leitlinie zum FMS der AWMF wurde 2008 erstellt, ist also noch verhältnismäßig neu. Ebenfalls vorstellbar sind Unterschiede in der Kodierung, die aufgrund der fehlenden Möglichkeit der Zuordnung einer Krankheitsursache entstanden sind. Trotz all dieser Kodierungsunsicherheiten scheint eine steigende Tendenz der Häufigkeit bei den an FMS erkrankten GEK-Versicherten vorzuliegen, so zumindest unsere Auswertungen für die Jahre 2006 bis 2007.

## **2.7 Fazit: Häufig passive Verordnungen beim FMS**

Eine „belastbare“ Evidenz zum Nutzen von passiven physiotherapeutischen Maßnahmen, wie Manuelle Lymphdrainage oder Massage bei Patienten, die am FMS leiden, fehlt (Köllner et al., 2009). Die Datenlage zur Wirksamkeit von aktiven Maßnahmen im Bezug auf diese Patientenpopulation wie Kraft- und Ausdauertraining, die Teil der Krankengymnastik sein können, ist aussagekräftiger (vgl. Karmisholt & Götzsche, 2005; Jones et al., 2006; Carville et al., 2007; Busch et al., 2008; Brosseau et al., 2008; Busch et al., 2007; Jones et al., 2006; Schiltenswolf et al., 2008). Die Evidenz für diese Therapieform wird sogar als stark bezeichnet (Köllner et al., 2009), sie wird daher auf nationaler und internationaler Ebene empfohlen (vgl. Carville et al., 2007; AWMF, 2008). Allerdings wird deutlich, dass die aktiven Maßnahmen im Versorgungsalltag von FMS-Patienten lediglich 41,6% der verordneten Heilmittel ausmachen. Hier ist dringend eine Anpassung der Verordnungen an den anerkannten Kenntnisstand erforderlich.

Die Komorbidität Depression tritt bei 55 % der Leistungsversicherten auf. Im Management vom FMS wird der multidisziplinäre pharmakologische, verhaltenstherapeutische und rehabilitative Behandlungsansatz empfohlen – die aktive Physiotherapie inbegriffen (Sarzi-Puttini et al., 2008; Carville et al., 2007; Häuser et al., 2009). Auffällig ist der geringe Anteil von Patienten, die erstens mit den empfohlenen Arzneimitteln versorgt werden und diese zweitens in Kombination mit physiotherapeutischen Maßnahmen erhalten. Die Wirksamkeit einer multimodalen und multidisziplinären Behandlung mit interdisziplinärer Zusammenarbeit ist beim FMS nachgewiesen (Arnold et al., 2009). Es sei vor allem die Entwicklung von Strategien angezeigt, positive Langzeiteffekte der kombinierten Therapie-modalitäten zu erreichen (Häuser et al., 2009).

Die Krankheitsfolgen der Patienten mit Symptomen, die diesem Krankheitsbild zugeordnet werden, sind sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher Ebene erheblich. Im Versorgungsalltag wird deutlich, dass häufig auch Therapieformen verwendet werden, zu deren Nutzen keine Studien vorliegen. Hinsichtlich des langfristigen Verlaufs der Beschwerden beim FMS, sollte die aktive Bewältigungsstrategie ein wichtiges Ziel zur bestmöglichen Partizipation am beruflichen und sozialen Leben darstellen. Es bedarf jedoch weiterer Forschung zum langfristigen Nutzen der Therapieformen und zur differenzierten Beschreibung der Versorgungssituation von FMS-Patienten.

### **3. Die Rolle der Podologie beim diabetischen Fußsyndrom**

Das diabetische Fußsyndrom (DFS) zählt als Komplikation des Diabetes mellitus zu den diabetischen Mikroangiopathien und führt für betroffene PatientInnen einen hohen medizinischen Versorgungsbedarf und erhebliche Einschränkungen der Lebensqualität mit sich. Die Podologie gilt als effektive und effiziente Maßnahme in der Prävention und Therapie des DFS und ist seit 2002 als Heilmittel in der ambulanten Regelversorgung verordnungsfähig. Die GEK-Daten zeigen, dass 79% der DiabetikerInnen mit erhöhtem Risiko für ein DFS mit Podologie versorgt werden. Allerdings liegt die Versorgungsrate gerade im Alter über 70 Jahren trotz erhöhtem Risiko unter dem Durchschnitt. Die Analyse der 2006 abgegebenen Rezepte zur Podologie ergibt, dass dieses Heilmittel bedarfsgerecht auch zur Prävention eines DFS eingesetzt wird. Dennoch zeigt die Zahl der diabetesbedingten Amputationen, dass in der Prävention und Therapie von Fußkomplikationen bei Diabetes bei weitem nicht alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden.

#### **3.1 Einführung: Diabetes und Folgeerkrankungen**

Der Diabetes mellitus ist eine häufige und chronische Stoffwechselerkrankung, die auf einem Mangel an Insulin beruht. Bei mehr als 90% der DiabetikerInnen liegt der Diabetes Typ 2 vor, der durch eine gestörte Insulinsekretion oder eine herabgesetzte Insulinwirkung (Insulinresistenz) gekennzeichnet ist (Herold, 2008). In Deutschland beträgt die Zahl der DiabetikerInnen etwa vier bis sechs Millionen und damit ist für die Gesamtbevölkerung von einer Prävalenz von circa 4,8% auszugehen (Häussler et al., 2006). Das Alter spielt bei der Prävalenz allerdings eine erhebliche Rolle. So wurde in der DETECT-Studie – eine Erhebung von Hausarzt-patientInnen – in der Altersgruppe der 70- bis 74-Jährigen bei 28,3% die gesicherte Diagnose Diabetes gestellt (Pittrow et al., 2007).

Die Komplikationen in Folge des Diabetes werden eingeteilt in Makro- und Mikroangiopathien. Bedingt durch Makroangiopathien kommt es bei einer Vielzahl der DiabetikerInnen zu koronaren Herzkrankheiten (KHK), peripheren arteriellen Verschlusskrankheiten (Thrombosen) oder arteriellen Verschlusskrankheiten der Hirnarterien (Schlaganfall). Diabetische Mikroangiopathien führen unter anderem zu Nephropathien (Nierenerkrankung), Retinopathien (Netzhauterkrankung), Neuropathien (Schädigung der Nervenendungen) oder zum diabetischen Fußsyndrom ggf. mit resultierenden Amputationen. Das Risiko für diese Erkrankungen ist vor allem bei Typ 2-DiabetikerInnen um ein vielfaches höher als bei NichtdiabetikerInnen, bedingt auch durch Korrelation mit anderen relevanten Risikofaktoren, weshalb die Inzidenz der Komplikationen bei DiabetikerInnen hoch ausfällt (Häussler et al., 2006).

**Tabelle IV.7      Geschätzte Inzidenz pro Jahr für Komplikationen bei DiabetikerInnen**

Komplikation	Inzidenz pro Jahr bei DiabetikerInnen
Herzinfarkt	20.000
Schlaganfall	44.000
Erblindung	3.100
Amputation	23.000 bis 29.000
Dialysepflichtigkeit	2.100

Quelle: Häussler et al., 2006

Die DETECT-Studie beschreibt die Prävalenzen einiger Folgeerkrankungen auf der Basis hausärztlicher Diagnosen. Demnach litten zwei Prozent aller PatientInnen unabhängig von Diabetes an einer Retinopathie, 3,6% an einer Neuropathie, 1,8% an einer Nephropathie, bei 0,3% wurde eine Gliedmaßenamputation durchgeführt und das diabetische Fußsyndrom betraf 1,4% der PatientInnen (Pittrow et al., 2007).

Die Folgeerkrankungen des Diabetes haben eine deutliche Auswirkung auf die Lebenserwartung der PatientInnen in Abhängigkeit vom Alter bei Diagnosestellung. So ermittelte z.B. eine Studie aus den USA unabhängig von bestimmten Komplikationen einen Verlust von 7 Lebensjahren bei Männern und 7,5 Jahren bei Frauen (Morgan et al., 2000). Die dort ebenfalls erfassten häufigsten Todesursachen bei Diabetes sind kardiovaskuläre Erkrankungen mit 49,1% im Vergleich zu 36,2% in der nicht-diabetischen Bevölkerung. Diese Unterschiede machen deutlich, wie bedeutsam der Diabetes und seine Folgeerkrankungen in Bezug auf Verlust bzw. Verringerung von Lebensqualität und Lebenserwartung ist.

### **Hintergrund:**

Im Jahr 1989 wurde auf Initiative der WHO und der Internationalen Diabeteskonföderation (IDF) in San Vincente von einem Expertengremium eine Deklaration mit Gesundheitszielen für DiabetikerInnen herausgegeben. Diese Ziele, die später von allen europäischen Gesundheitsministern unterzeichnet wurden, umfassen unter anderem:

- Verminderung der Erblindung durch Diabetes um ein Drittel.
- Verminderung der terminalen Niereninsuffizienz um ein Drittel.
- Verminderung der Amputationen um 50%.
- Verminderung der KHK-Morbidität und -Mortalität.

Keines dieser Ziele wurde bis heute nur annähernd erreicht.

### 3.2 Das diabetische Fußsyndrom

Neben den Netzhaut- und Nierenerkrankungen stellt das diabetische Fußsyndrom (DFS) die folgenschwerste Komplikation des Diabetes dar. Dabei handelt es sich um Läsionen am Fuß, die über Wundheilungsstörungen und infektiösen Ulcerationen auch Amputationen notwendig machen. Das DFS entsteht durch Polyneuropathien (Charcot-Fuss), durch periphere arterielle Verschlusskrankheiten oder durch eine Mischform aus beidem. Zu diesen intrinsischen Risikofaktoren kommen oftmals extrinsische Faktoren wie z.B. schlecht sitzendes Schuhwerk oder Bagatelltraumata als eigentlicher Auslöser hinzu. Die entstehenden Läsionen werden in Schweregrade nach Wagner eingeteilt, wobei der Grad 0 einen Risikofuß ohne Läsion beschreibt, während der Grad 5 eine Nekrose des gesamten Fußes meint.

Die Lebenszeitprävalenz des DFS unter DiabetikerInnen beträgt weltweit über fünf Prozent (Rathur & Boulton, 2007), die Wahrscheinlichkeit, als DiabetikerIn im Laufe des Lebens ein DFS zu entwickeln, liegt über 25 % (Singh et al., 2005). Trotz aller Bemühungen in der Prävention und Therapie führt das DFS immer noch zu einer hohen Zahl von Amputationen. Etwa 85 % aller Amputationen geht eine diabetesbedingte Fußläsion voraus (Rathur et al., 2007). Damit ist der Diabetes die Hauptursache für nichttraumatische Amputationen in Deutschland, aber auch in den meisten westlichen Industrieländern (Boulton, 2008). Die Anzahl der Amputationen bei DiabetikerInnen ist in Deutschland aber im Vergleich zu anderen europäischen Ländern sehr hoch, von etwa 60.000 Amputationen bundesweit sind etwa 40.000 diabetesbedingt (DDU, 2008; Spraul, 2009). Damit hat das DFS nicht nur gravierende Folgen für die Betroffenen, sondern auch erhebliche gesundheitsökonomische Konsequenzen. Durch ein erhöhtes Risiko von Rezidiven bei vorliegenden Läsionen bis hin zu Amputationen mit einer Vielzahl von Komplikationen entstehen vor allem hohe stationäre Kosten (Boulton et al., 2005), 25 % der gesamten Behandlungsko-

sten des Diabetes gehen auf das DFS und seine Folgen zurück (Eckardt & Lobmann, 2005). Die Auswirkungen für die betroffenen PatientInnen werden mit einem Verlust von Lebensqualität wegen vermehrter Schmerzen, sozialer und psychischer Einschränkungen beschrieben (Herber et al., 2007).

### **3.3 Medizinische Fußpflege (Podologie) als Prävention des diabetischen Fußes**

Die Internationale Arbeitsgemeinschaft Diabetischer Fuß (International Working Group on the Diabetic Foot, IWGDF) hat sich die Implementierung eines international anerkannten Konsens über den diabetischen Fuß zum Ziel gesetzt. Der „International Consensus on the Diabetic Foot“ mit den „Practical Guidelines on the management and the Prevention of the Diabetic Foot“ wurden erstmals 1999 veröffentlicht. In der überarbeiteten Version von 2007 wird für Patienten, die durch pathologische Veränderungen der Haut, der Hornhaut oder der Nägel unter dem Risiko stehen, eine Ulceration am Fuß zu erleiden, eine regelmäßige spezialisierte Fußpflege empfohlen (Apelqvist et al., 2008). Zu den präventiven Maßnahmen gehört daneben die regelmäßige Untersuchung der Füße, die Identifikation von „Risiko-Füßen“, Patientenschulungen sowie eine geeignete Schuh- bzw. Einlagenversorgung.

Auch die nationale Versorgungsleitlinie „Typ-2-Diabetes“ (ÄZQ, 2008) empfiehlt zur Prävention von Fußläsionen bei Diabetikern mit erhöhtem Risiko eine regelmäßige podologische Untersuchung und ggf. eine Behandlung. Ein erhöhtes Risiko liegt demnach – wie schon von der IWGDF festgelegt – bei Patienten mit sensorischer Neuropathie, bei zusätzlichen Zeichen einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit und/oder Fußdeformitäten vor.

Die Podologie hat also inzwischen in nationale wie internationale Leitlinien Eingang gefunden, weil zunehmend Studien die Effektivität und Effizienz vor allem in der Prävention des DFS aufzeigen. Zu den effektiven Maßnahmen der medizinischen Fußpflege gehört z.B. die Hornhautabtragung. Diese Behandlung von Hyperkeratosen senkt die Druckbelastung der betroffenen Bereiche an der Fußsohle um circa 26 % (Singh et al., 2005) und reduziert damit deutlich das Risiko von Läsionen. Einige Studien – darunter Berechnungen nach dem Markov-Modell – belegen auch, dass diese Art der Prävention des diabetischen Fußes die Lebenserwartung und die Lebensqualität der Patienten erhöht, Fußkomplikationen erfolgreich vermeidet und Versorgungskosten senkt (Ortegon et al., 2004; Matricali et al., 2007). Wichtig ist jedoch, dass die Podologie eingebettet ist in ein multidisziplinäres Behandlungs-Management (Professionenmix). Denn nur als Teil eines gemeinsam mit Ärzten, Orthopädietechnikern und anderen abgestimmten Vorgehens kann die Podologie dazu beitragen, die Zahl der Fußkomplikationen und Amputationen unter DiabetikerInnen zu senken (Spraul, 2009).

### **3.4 Die medizinische Fußpflege (Podologie) in Deutschland**

Der anerkannte Heilberuf des Podologen/der Podologin ist seit 2002 im Rahmen des Podologengesetzes bundeseinheitlich geregelt. In Abgrenzung zur kosmetischen Fußpflege ist es Aufgabe der PodologInnen, medizinisch notwendige Behandlung, Prophylaxe und Beratung vorzunehmen.

Mit dem Jahr 2002 ist die Podologie bei der Indikation „diabetisches Fußsyndrom“ auch als Heilmittel nach den Heilmittelrichtlinien verordnungsfähig. Die Vergütung beträgt im Verband der Ersatzkassen (VdEK) zurzeit 7,25 Euro (bzw. 5,80 Euro in den alten Bundesländern) für eine Nagelbearbeitung eines Fußes (Regelbehandlungszeit 10 bis 20 Minuten), und bis zu 26,20 Euro (bzw. 21,15 Euro in den alten Bundesländern) für eine

Komplexbehandlung (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) beider Füße (Regelbehandlungszeit 40 bis 50 Minuten) (VdEK, 2007). Der Heilmittelkatalog sieht bei entsprechender Symptomatik eine Behandlung in Abständen von vier bis sechs Wochen vor.

**Tabelle IV.8      Umfang der podologischen Therapie (VdAK/AEV 2002)<sup>2</sup>**

Hilfeleistung	beim An- und Ausziehen, Platzierung des Patienten, Fußbad
Individueller Behandlungsplan	Planung gemäß einer Eingangsuntersuchung und unter Berücksichtigung der Verordnung
Podologische Maßnahmen	Auswahl der Technik, Dauer, Intensität und Umfang gemäß aktuellem Befund und Behandlungsplan; Kontrolle der Schuhe und Einlagen
Regelbehandlungszeit	gemäß der Richtwerte einschließlich Vor- und Nachbereitung
Hygienemaßnahmen	Desinfektion der Füße vor und nach der Behandlung. Reinigung des Arbeitsplatzes und des Instrumentariums nach jeder Behandlung
Verlaufsdokumentation/ Mitteilung an den Arzt	Leistungen, Besonderheiten, Reaktion und Material zu jeder Therapieeinheit
Beratung	für PatientInnen und/oder Bezugsperson über Ziele, Wirkungen, Therapieverlauf und eigenständigem Verhalten (Eduktion)

Die Behandlung von DiabetikerInnen ist seit dem Jahr 2002 zunehmend im Rahmen von Disease-Management-Programmen (DMP) geregelt. Aktuell werden 2.353 solcher Programme für Diabetes Typ 2 mit 2.923.348 eingeschriebenen Versicherten durchgeführt (Bundesversicherungsamt, 2009). Die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Ausgestaltung dieser Programme widmen dem diabetischen Fußsyndrom zwar einen Abschnitt, der die Bedeutung dieser Folgeerkrankung hervorhebt, allerdings wird die medizinische Fußpflege mit keinem Wort erwähnt. Dennoch ist auch hierzulande die Podologie als Bestandteil der Versorgung von vor allem älterer DiabetikerInnen nicht mehr wegzudenken, denn „die professionelle Fußpflege ist mit entscheidend für die Verhinderung von Fußläsionen“ (Spraul, 2009).

<sup>2</sup> seit 2009 Verband der Ersatzkassen (VdEK)

### **3.5 Die podologische Versorgung von DiabetikerInnen in der GEK**

Im Jahr 2006 wurde bei 77.213 von 1.620.193 GEK-Versicherten eine Diabetes-Diagnose dokumentiert (s. Tabelle IV.9). Die sich daraus ergebende Prävalenz von 4,62 % beruht allein auf ärztlichen Diagnosen, was zwar eine Unterschätzung der tatsächlichen Prävalenz bedeutend kann, aber wahrscheinlich den Anteil der versorgungsrelevanten Versicherten abbildet. Wie erwartet steigt die Prävalenz mit dem Alter an und erreicht mit 27,81 % in der Altersgruppe der 80- bis 89-Jährigen ihren Höhepunkt. Fast zwei Drittel (64,3 %) der DiabetikerInnen sind Männer, wobei die Diabetes-Prävalenz unter Männern mit 5,72 % deutlich höher ist als die der Frauen mit 3,66 %.

Nach Auswertung der ICD-10 Diagnosen aus der ambulant-ärztlichen Versorgung hatten von den 77.213 DiabetikerInnen insgesamt 3.058 Versicherte (vier Prozent) zusätzlich neurologische oder peripher-vaskuläre Komplikationen und sind darum als RisikopatientInnen für das diabetische Fußsyndrom anzusehen. Im selben Jahr erhielten 2.406 Versicherte eine Verordnung über eine podologische Leistung. Damit waren etwa 79 % der RisikopatientInnen in podologischer Behandlung. Die Behandlungsprävalenz unter allen DiabetikerInnen betrug 3,12% (s. Tabelle IV.10), wobei deutlich mehr Männer als Frauen ein entsprechendes Rezept erhielten. Das Durchschnittsalter der PodologiepatientInnen liegt bei etwa 64 Jahren, die meisten Leistungsversicherten (35 %) sind in der Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen zu finden. Die Behandlungsprävalenz fällt in den höheren Altersgruppen wieder ab, was angesichts eines steigenden Versorgungsbedarfs im höheren Alter nicht zu erwarten wäre. Auf jede/n Leistungsversicherte/n entfielen im Durchschnitt zwei Podologierezepte mit durchschnittlich 3,55 Behandlungen, was einer durchschnittlichen Behandlungsfrequenz von circa sieben Wochen entspricht und deutlich unter den Vorgaben des Heilmittelkatalogs liegt. Das meistverordnete Heilmittel

war mit 96 % die podologische Komplexbehandlung, die vorgesehen ist, wenn die gleichzeitige Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung medizinisch erforderlich sind (Heilmittelrichtlinien, 2004).

**Tabelle IV.9 GEK-Versicherte mit Diabetes<sup>1</sup> nach Alter und Geschlecht im Jahr 2006**

Altersgruppen	männlich	weiblich	Summe	Prävalenz in %
0 bis 9	105	81	186	0,11
10 bis 19	348	364	712	0,31
20 bis 29	461	577	1.038	0,46
30 bis 39	1.616	1.119	2.735	1,07
40 bis 49	5.824	3.057	8.881	2,60
50 bis 59	12.574	5.880	18.454	8,29
60 bis 69	15.774	7.348	23.122	16,29
70 bis 79	10.126	5.977	16.103	24,97
80 bis 89	2.673	2.790	5.463	27,81
90 und älter	144	375	519	24,98
Summe	49.645	27.568	77.213	4,62

<sup>1</sup> mindestens 2 Diagnosen (ICD10 E10 bis E14) aus ambulant-ärztlicher Versorgung

**Tabelle IV.10 Diabetiker mit podologischer Versorgung im Jahr 2006 nach Alter und Geschlecht**

Altersgruppen	männlich	weiblich	Summe	Behandlungsprävalenz in %
0 bis 9	1	0	1	0,54
10 bis 19	2	3	5	0,70
20 bis 29	5	7	12	1,16
30 bis 39	16	21	37	1,35
40 bis 49	102	84	186	2,09
50 bis 59	362	192	554	3,00
60 bis 69	566	276	842	3,64
70 bis 79	346	223	569	3,53
80 bis 89	93	91	184	3,37
90 und älter	3	13	16	3,08
Summe	1.496	910	2.406	3,12

Da das diabetische Fußsyndrom keine eigene ICD-Codierung hat, ist eine Prävalenz des DFS unter DiabetikerInnen anhand von Routinedaten schlecht zu ermitteln. Das DFS beim Diabetes wird unter „peripheren vaskulären Komplikationen“ zusammen mit Gangrän und peripherer Angiopathie subsummiert. Diese Diagnose wurde im Jahr 2006 bei 1,4 % (n=1.074) der DiabetikerInnen gestellt. Die tatsächliche Anzahl der PatientInnen mit DFS dürfte jedoch höher liegen, denn bei 58 % (n=1.406) der 2.406 Versicherten mit podologischer Verordnung wurde auf dem Rezept die Indikation „diabetisches Fußsyndrom“ angegeben. Diese Zahl würde – unter der Annahme, dass allen Betroffenen Podologie verordnet wurde – einer Prävalenz von 1,82 % entsprechen, was bereits über den Ergebnissen der DETECT-Studie liegt. Diese Resultate belegen: Es liegt ein hoher Versorgungsbedarf an medizinischer Fußpflege vor, und trotz der steigenden Inanspruchnahme kommt es noch immer zu einer Vielzahl an Amputationen. Von den 235 davon betroffenen GEK-Versicherten im

Jahr 2006 waren 83% Männer (s. Tabelle IV.11). In über 60% der Fälle wurde eine Zehnamputation durchgeführt (s. Tabelle IV.12), die übrigen Operationen betrafen den Mittelfußbereich, was einer langwierigen und aufwändigen Nachsorge bedarf, die unter anderem auch den Einsatz von Hilfsmitteln wie Prothesen und Orthesen nach sich zieht.

**Tabelle IV.11 Diabetiker mit Amputationen/Exartikulationen am Fuß im Jahr 2006 nach Alter und Geschlecht**

Altersgruppen	männlich	weiblich	Summe
40 bis 49	9	0	9
50 bis 59	38	6	44
60 bis 69	67	14	81
70 bis 79	55	13	68
80 bis 89	26	4	30
90 und älter	1	2	3
Summe	196	39	235

**Tabelle IV.12 Amputationen/Exartikulationen am Fuß bei Diabetikern im Jahr 2006 nach OPS-Schlüssel (Operationen- und Prozedurenschlüssel)**

OPS-Schlüssel	Bezeichnung	Anzahl	Anteil (%)
5-865.1	Fußamputation, n.n.bez.	1	0,43
5-865.3	Fußamputation nach Pirogoff	1	0,43
5-865.4	Vorfußamputation nach Chopart	10	4,26
5-865.5	Mittelfußamputation nach Lisfranc	3	1,28
5-865.6	Amputation transmetatarsal	48	20,43
5-865.7	Zehnamputation	143	60,85
5-865.8	Zehenstrahlresektion	25	10,64
5-865.x	Sonstige	4	1,70
Summe		235	100,00

Um einen genaueren Einblick in die Art der podologischen Verordnung und in die zugrunde liegenden Diagnosen zu erhalten, wurden alle Podologierezepte, die im Jahr 2006 verordnet wurden, von einer Mitarbeiterin der GEK gesichtet. Der Anteil von relevanten Diabetes bedingten Komplikationen wird – wie am Beispiel des Ulcus bereits gezeigt – nur ungenau in den ärztlichen Behandlungsdiagnosen wiedergegeben. Die Heilmittelrezepte geben dafür einen genaueren Einblick in Folgeerkrankungen des Diabetes, die dann zu einer entsprechenden Verordnung geführt haben.

Für das Jahr 2006 konnten 4.849 Rezepte zur medizinischen Fußpflege gesichtet und ausgewertet werden. 62 Verordnungen waren unleserlich oder konnten aus anderen Gründen nicht in die Auswertung einbezogen werden. Bei den gesichteten Rezepten wurde unter anderem die Angabe des Indikationsschlüssels bewertet. Dieser ist auf dem Verordnungsblatt einzutragen, nach Vorgabe des Heilmittelkataloges 3 oder 4 Zeichen lang und ergibt sich aus der Diagnosengruppe sowie der Leitsymptomatik. Der Indikationsschlüssel hat keinen Bezug zum ICD, gibt aber vor, welche Heilmittel dazu verordnungsfähig sind. Nach dem Heilmittelkatalog ist Podologie mit dem Indikationsschlüssel „DF“ für „diabetisches Fußsyndrom“ mit der Leitsymptomatik Hyperkeratose und/oder pathologisches Nagelwachstum zu verordnen. Diesen Vorgaben entsprachen 85% der 2006 ausgestellten Rezepte. Drei Prozent (n=143) wiesen einen fehlenden oder fehlerhaften Indikationsschlüssel auf. Die übrigen zwölf Prozent (n=584) der Verordnungen hatten einen Schlüssel aus dem Bereich der physikalischen Therapie, wenngleich alle Leistungsversicherten wegen Diabetes in ärztlicher Behandlung waren.

DiabetikerInnen in podologischer Therapie weisen gemäß der Angaben der Verordnung zu über 90% eine Diabetes bedingte Komplikation auf: Neben den erwähnten 1.406 Versicherten (58%) mit diabetischem Fußsyndrom ist bei 46% der Betroffenen Polyneuropathie, bei 49% eine

Hyperkeratose und bei 37 % ein pathologisches Nagelwachstum dokumentiert (s. Tabelle IV.13). Alle Komplikationen sind erheblich häufiger bei Männern als bei Frauen zu finden.

Die podologische Therapie erfolgte demnach bei mehr als der Hälfte der PatientInnen im Zusammenhang mit einem bestehenden diabetischem Fußsyndrom, während die Behandlung bei den übrigen 42 % als Prävention einer weiteren Fußkomplikation anzusehen ist.

**Tabelle IV.13 Diabetiker mit podologischer Versorgung und Komplikationen im Jahr 2006 nach Geschlecht**

Komplikationen	männlich	weiblich	Summe	Anteil der Podologie-Patienten in %
Diabetisches Fußsyndrom	883	523	1.406	58,44
Polyneuropathie	706	396	1.102	45,80
Hyperkeratosen	725	441	1.166	48,46
pathologisches Nagelwachstum	558	331	889	36,95

### 3.6 Zusammenfassung

Das diabetische Fußsyndrom (DFS) gehört zu den Hauptkomplikationen des Diabetes und zieht nicht nur einen hohen medizinischen Versorgungsbedarf nach sich, sondern bedeutet für die Betroffenen eine erhebliche Einschränkung, insbesondere wenn im Verlauf der Erkrankung eine Amputation notwendig wird. Nationale wie internationale Leitlinien empfehlen vor allem zur Prävention des DFS und zur Senkung der Amputationsrate insbesondere bei RisikopatientInnen eine regelmäßige medizinische Fußpflege. Die Podologie – vor allem, wenn sie eingebettet ist in ein multidisziplinäres und -professionelles Management – ist eine effektive und effiziente Maßnahme der Prävention und der Therapie des DFS.

Darum ist sie bei dieser Indikation seit 2002 ein anerkanntes Heilmittel im Rahmen der ambulanten Regelversorgung, in den Disease-Management Programmen ist sie jedoch nicht grundsätzlich verankert.

In der GEK sind nach Auswertung ambulant-ärztlicher Diagnosen vier Prozent der DiabetikerInnen als RisikopatientInnen für ein DFS einzustufen. 79 % davon erhielten im Jahr 2006 podologische Therapie, wobei die meisten Leistungsversicherten 60 bis 70 Jahre alt waren. Trotz erhöhter Risikofaktoren im Alter ist keine Steigerung der Behandlungsprävalenz in den höheren Altersgruppen zu erkennen. Die Frequenz der Therapien liegt mit einem Durchschnitt von etwa sieben Wochen unter den Vorgaben des Heilmittelkatalogs, was die Frage aufwirft, ob bei einer Prävalenz des DFS von etwa zwei Prozent und 235 Amputationen innerhalb eines Jahres alle Möglichkeiten der Prävention u.a. mit der medizinischen Fußpflege ausgeschöpft werden.

Ein erkennbarer Mangel bei den podologischen Verordnungen ist, dass die auf den Rezepten eingetragenen Angaben zur Indikation und zur Leit-symptomatik teilweise nicht dem Heilmittelkatalog entsprechen. Positiv zu bewerten ist, dass bei podologisch behandelten DiabetikerInnen ein objektiver Bedarf an Podologie besteht und neben der Behandlung eines DFS bei vielen Verordnungen die Prävention im Vordergrund steht.

Insgesamt sind Abweichungen zwischen den Vorgaben des Heilmittelkatalogs und der Versorgungspraxis zu erkennen, was durchaus mit Umsetzungsproblemen im Hinblick auf die Richtlinien bzw. offiziellen Vorgaben einerseits und dem realen Versorgungsalltag mit z.B. Complianceproblemen und Informationslücken im ambulanten Sektor andererseits zu erklären sein könnte. Ein optimales Management des Diabetes und der Folgeerkrankung DFS ist am besten im Rahmen multidisziplinärer Strukturen unter Einbindung der Podologie zu ermöglichen.

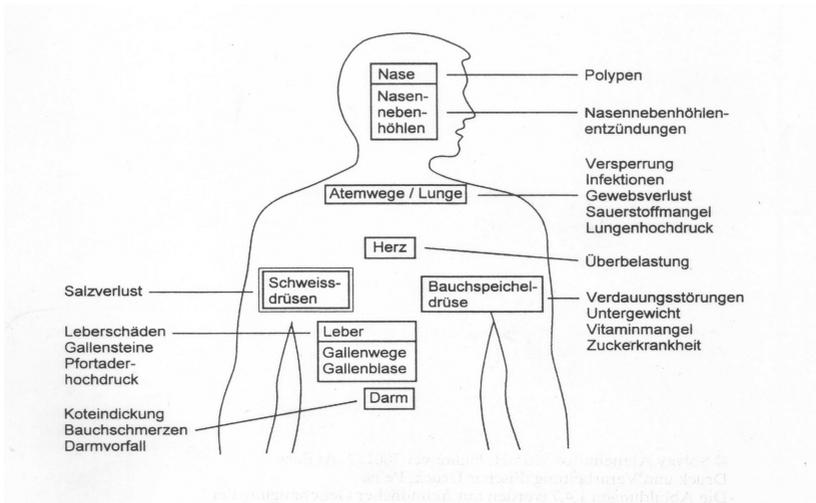
#### **4. Heil- und Hilfsmittleinsatz bei Mukoviszidose (Cystische Fibrose)**

**Die Mukoviszidose ist eine schwerwiegende Stoffwechselerkrankung, die unter anderem schwerste Komplikationen der Atmungsfunktion verursacht. Mit der steigenden Lebenserwartung der Betroffenen durch verbesserte Therapieoptionen steigt auch der Bedarf an Heilmittelleistungen (Atemtherapie) und Hilfsmitteln (Inhalations- und Atemhilfsmitteln). Die GEK-Daten zeigen einen zunehmenden Anteil physiotherapeutisch versorgter PatientInnen, wobei ein Drittel von ihnen keine ambulante Atemtherapie erhält. In der Hilfsmittelversorgung nimmt vor allem der Gebrauch von Sauerstofftherapiegeräten zu, was mit erhöhten Atemwegskomplikationen bei längerer Krankheitsdauer zu erklären ist. Die Analysen zeigen vor allem für erwachsene PatientInnen mit Mukoviszidose Lücken in der Versorgung durch Spezialambulanzen und in der Heil- und Hilfsmittelversorgung.**

##### **4.1 Einleitung**

Die Mukoviszidose (Cystische Fibrose) ist eine Stoffwechselerkrankung und gilt als monogenetische Erbkrankheit mit autosomal-rezessivem Erbgang. Durch einen Gendefekt kommt es zur Störung der Resorption oder Sekretion von Chloridionen. Folge ist die Bildung von zähem Sekret vor allem in der Lunge, Pankreas und Leber, das chronische Entzündungsprozesse verursacht. Die Krankheitserscheinungen reichen von Sauerstoffmangel durch wiederholte Lungenentzündungen bis zu Verdauungsstörungen und Darmverschluss (s. Abbildung IV.8).

**Abbildung IV.8 Betroffene Organe durch Mukoviszidose und resultierende Krankheitserscheinungen**



Quelle: Solvay Arzneimittel, 2007

Nach offiziellen Angaben waren im Jahr 2004 in den 27 EU-Staaten etwa 36.000 Mukoviszidosefälle diagnostiziert, auf Deutschland entfielen dabei etwa 7.000 Fälle (Farrell, 2008). Die Inzidenz der meist in den ersten beiden Lebensjahren diagnostizierten Erkrankung wird für Deutschland mit 1:2.000 bis 1:3.000 Neugeborenen angegeben (Hauber et al., 2001).

Die Lebenserwartung der PatientInnen war bis vor etwa 20 Jahren noch auf das Kindesalter beschränkt. Heute geht man davon aus, dass bei optimaler medizinischer Versorgung und Therapie 80% der Betroffenen das 45. Lebensjahr erreichen können (Stuhrmann et al., 1999). Da also MukoviszidosepatientInnen inzwischen länger leben, kommt der Gesundheitsversorgung im Erwachsenenalter eine Schlüsselrolle zu. „Mit den Erfolgen der Therapie verlagern sich auch die Komplikationen der Erkrankung

in das Erwachsenenalter“ (Stuhrmann et al., 1999). Das bedeutet eine überproportionale Zunahme der Morbidität und der vor allem pulmonalen Komplikationen bei erwachsenen PatientInnen (Hirche et al., 2005). Auch Koerkrankungen wie der mukoviszidose-bedingte Diabetes, die Osteopenie oder Osteoporose kommen durch die steigende Lebenserwartung gehäuft vor und führen u.a. eine schlechtere Prognose hinsichtlich Atemwegskomplikationen mit sich (Strausbaugh et al., 2007).

Sehr wenig Beachtung erfährt – trotz der schlechten Prognose für PatientInnen mit Mukoviszidose – die Palliativversorgung der Betroffenen. Die meisten PatientInnen leben nicht nur mit einer Vielzahl an stationären Aufenthalten, sondern sterben auch im Krankenhaus (Kremer et al., 2008). Die inzwischen auf den Weg gebrachte ambulante Palliativversorgung in Deutschland kann daher auch für MukoviszidosepatientInnen die Möglichkeit bieten, von geschultem Personal eine geeignete Betreuung bis zum Tod im familiären Umfeld zu erfahren.

Neben der ambulant-ärztlichen Versorgung erfolgt die Therapie der Mukoviszidose vorrangig in spezialisierten Ambulanzen, die an Kliniken angesiedelt sind und dementsprechend über qualifiziertes Personal verfügen. Ein europäisches Konsensuskomitee hat Standards für die Versorgung an Mukoviszidose-Zentren erarbeitet, wonach die Therapie durch ein multidisziplinäres Team aus Ärzten, Pflegepersonal, Physiotherapeuten, Ernährungsberatern, Sozialarbeitern, Psychologen, Pharmazeuten und Mikrobiologen bestehen sollte (Kerem et al., 2005). Zur Zeit gibt es in Deutschland etwa 90 Spezialambulanzen, die in der Regel an Kinderkliniken angesiedelt sind und etwa 20 Ambulanzen für Erwachsene PatientInnen ([www.mukoviszidose.de](http://www.mukoviszidose.de)). Da inzwischen jede/r zweite MukoviszidosepatientIn über 18 Jahre alt ist, entspricht diese Tatsache einer Unterversorgung im Bereich der spezialisierten Erwachsenentherapie. Auch zeigt das Beispiel der Universitätskinderklinik Tübingen, dass das von den

Krankenkassen zur Verfügung gestellte Budget für die Spezialambulanzen bei weitem nicht ausreicht, um die anfallenden Kosten zu decken und in der personellen Ausstattung den europäischen Konsensusvorgaben zu entsprechen (Eidt et al., 2009; Landtag Baden-Württemberg, 2009).

#### **4.2 Erkrankung der Atemwege und der Lunge**

Der schwerwiegendste Krankheitsmechanismus infolge einer Mukoviszidose betrifft die Bronchien und die Lunge, denn die Schleimdrüsen der Bronchien produzieren einen abnorm zähen Schleim, der die Atemwege verstopft und so zu rezidivierenden Infekten führt. Da die betroffene Bronchialschleimhaut nicht in der Lage ist, aus eigener Kraft die Infektionen zu beseitigen, kommt es zum Umbau und Zerstörung von Lungengewebe und damit zur Bildung von Bronchiektasen (sackförmige oder zylindrische Ausweitungen der Atemwege), Fibrosen (Vermehrung von unelastischem Bindegewebe in der Lunge) und Emphysemen (irreversible Überblähung der Lunge). Beschwerden und Symptome im Bereich der Atemwege wie Husten und wiederkehrende Entzündungen führen in den meisten Fällen zur Diagnose in den ersten Lebensjahren, wenngleich auch bei einem geringen Teil der PatientInnen die Diagnose erst im Erwachsenenalter gestellt wird. Von dieser pulmonalen Manifestation der Mukoviszidose geht das größte Krankheitsrisiko für Betroffene aus. Fast 90 % der krankheitsspezifischen Mortalität geht darauf zurück (Paul et al., 2001). Zu den Hauptzielen der Therapie gehören daher auch die Verflüssigung und Mobilisation der Sekrete und die Eindämmung von Infektionen der Lunge mit Hilfe von Medikamenten, Atemhilfsmitteln und Physiotherapie.

#### **4.3 Therapiestrategien: Physiotherapie und Atemhilfsmittel**

Grundpfeiler der Behandlung von MukoviszidosepatientInnen sind die Sekretminderung, die Behandlung von Infektionen, Energie-, Enzym- und Vitaminsubstitution sowie die Vorbeugung von Darmverstopfungen (Bou-

cher, 2001). Im Rahmen der Sekretlösung spielt die Physiotherapie eine große Rolle. Die Therapieziele dabei sind neben der Sekretmobilisation auch eine Beweglichkeitsverbesserung des Brustkorbs, sowie die Dehnung, Entspannung und Kräftigung der Atemmuskulatur (Lindemann et al., 2004). Als Maßnahmen zum Erreichen dieser Ziele werden passive Techniken, die nur mit Hilfe von außen durchführbar sind, und aktive Techniken, die eigenständig durchführbar sind, angewandt. Aktuelle Leitlinien im Auftrag der "Cystic Fibrosis Foundation" haben die gängigsten Techniken zur Sekretelimination, wie z.B. die Lagerungsdrainage, die autogene Drainage oder die PEP-Atmung (Positive Expiratory Pressure) bewertet. Eine Übersicht der Techniken findet sich in Tabelle IV.14. Das Leitlinienkomitee kam zu dem Schluss, dass die Evidenzlage für viele Therapien ungenügend ist, dass nach aktuellem Stand der Forschung keine Technik einer anderen überlegen ist und dass aerobes Training einen großen Zusatznutzen für den gesamten Gesundheitszustand der PatientInnen hat (Flume et al., 2009). Außerdem empfiehlt die Leitlinie eine durchaus frühe Schulung der Betroffenen oder der Eltern in Atemtherapietechniken, eine subjektive Wahl der geeigneten Technik, die Schulung durch geschultes Personal ggf. in Kliniken oder Ambulanzen und die regelmäßige Überprüfung des Bedarfs an Therapieunterstützung.

**Tabelle IV.14 Atemtherapie-Techniken zur Sekretlimination bei Mukoviszidose**

Technik	Methode
Lagerungsdrainage	Lagerung mit Klopfen oder Vibration
PEP-Atmung (Positive Expiratory Pressure)	Ausatmung gegen Widerstand
Aktiver Atemtherapie-Cicle	1. Thoraxdehnübungen 2. kontrollierte Atmung zur Belüftung der Bronchialäste 3. Forcierte Ausatmungsübungen
Autogene Drainage	kontrollierte Ausatmung zum Transport des Sekrets aus der Peripherie in die zentralen Atemwege
Oszillierende PEP-Atmung	intermittierende Ausatmung mit Hilfsmittel (z.B. Flutter)
Oszillierende Kompression	Oszillationstechnik mit Hilfe einer Weste
Sport	aerobes (niedrige Intensität) und anaerobes (hohe Intensität) Training

Die regelmäßige, d.h. die ein- bis zweimal täglich durchgeführte Atemtherapie wird unabhängig von der Technik u.a. von Leitlinien zum physiotherapeutischen Management der Mukoviszidose aus Großbritannien empfohlen (Association of Chartered Physiotherapists in Cystic Fibrosis, 2002). Dabei stehen aktive Techniken im Vordergrund, die eigenverantwortlich und selbständig durchführbar sind und lediglich in größeren Zeitabständen von TherapeutInnen überprüft werden sollten. Von PhysiotherapeutInnen angeleitete Atemtherapie kann in unserem Gesundheitssystem bei stationären Aufenthalten oder ambulant im Rahmen der Therapie in Mukoviszidoseambulanzen bzw. durch ärztliche Verordnung erfolgen. Nach dem Heilmittelkatalog ist bei Mukoviszidose Bindegewebsmassage, Inhalation, Krankengymnastik (Atemtherapie), spezielle Krankengymnastik (Atemtherapie) zur Behandlung von Mukoviszidose, klassische Massagetherapie und Wärmetherapie (z.B. Fango, Heißluft) verordnungsfähig (Heilmittelrichtlinien 2004). Die spezielle Mukoviszidose-Atemtherapie ist dabei das vorrangige Heilmittel und kann im Regelfall bis zu 50 mal mit

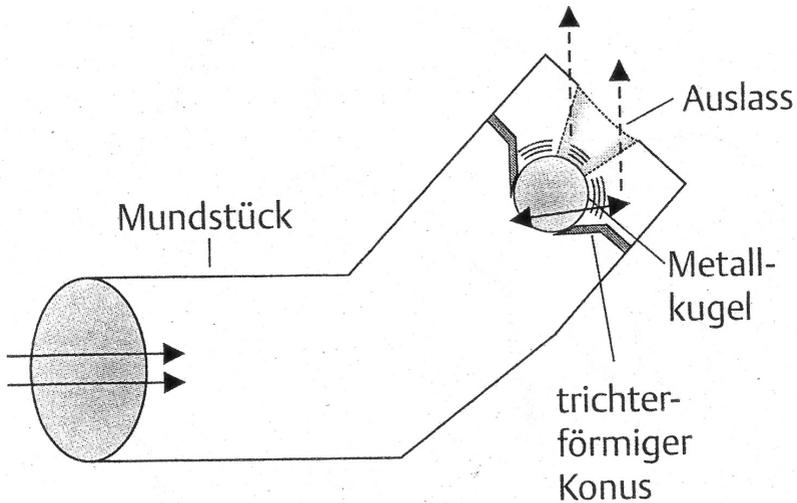
einer Therapiefrequenz von mindestens einmal wöchentlich verordnet werden. Die Rahmenempfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und die Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer (nach § 125 Abs. 1 SGB V) zur Heilmittelversorgung spezifizieren die Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose. Demnach dient die Therapie unter anderem der Verbesserung der Ventilation und der Compliance. Zu den Leistungen gehört ein individuell erstellter Therapieplan und die Anleitung zur autogenen Drainage, zum Gebrauch von Atemhilfsgeräten bzw. der Inhalation (Anlage 1a zu den Rahmenempfehlungen; GKV-Spitzenverband, 2007). Eine spezielle Fortbildung zur Abrechnung dieser Leistungen, wie sie etwa für die Manuelle Therapie gefordert wird, ist bei der Atemtherapie nicht notwendig.

Atemtherapiehilfsmittel wie z.B. die „Flutter“ (s. Abbildung IV.9), die in der Oszillationstechnik angewandt wird, sind vor allem deswegen von großer Bedeutung, weil sie die selbständige Atemtherapie ermöglichen. Studien zur Wirksamkeit dieser Atemhilfsmittel im Vergleich zur konventionellen physiotherapeutischen Atemtherapie zeigen allerdings keine Überlegenheit der Hilfsmittel, zudem zeigen sie methodische Mängel. Dennoch ermöglicht die Vielzahl der Geräte die Wahl des subjektiv am besten geeigneten Hilfsmittels (Marks, 2007). Die aktiven Therapiehilfsmittel können auf diese Weise die notwendige Compliance und Adherence in der Atemtherapie unterstützen.

Auch bei der Inhalations- und Sauerstofftherapie spielen Hilfsmittel eine wichtige Rolle. Die Inhalation wird vorzugsweise im Rahmen von Atemtherapieübungen durchgeführt und ermöglicht die gleichzeitige Applikation von z.B. Bronchospasmolytika oder inhalativen Antibiotika. Die modernen Geräte unterstützen zudem eine elektronisch gesteuerte Verneblung bei der Einatmung mit individuell regelbarem Volumen (Lindemann et al., 2004). Liegt bei fortgeschrittener Erkrankung eine Sauerstoffunterversorgung vor, ist die Sauerstofftherapie indiziert. Die dazu verfügbaren Gerä-

te mit Nachfülleinheiten sind inzwischen soweit entwickelt, dass sie den PatientInnen eine weitgehende Mobilität ermöglichen. Die Versorgung mit Atemhilfsmitteln erfolgt auf ärztliche Verordnung, wobei sich die Krankenkassen im Einzelfall eine Prüfung der Verordnung vorbehalten und die Versorgung erst nach Genehmigung möglich ist.

**Abbildung IV.9** Skizze zur „Flutter“



#### 4.4 Mukoviszidose in der GEK

##### Prävalenz, Inzidenz und Facharztbehandlung

Im Jahr 2007 waren 149 GEK-Versicherte wegen Mukoviszidose in ambulant-ärztlicher Behandlung, wovon mehr als die Hälfte zu dem Zeitpunkt unter 20 Jahre alt waren. Das Geschlechterverhältnis liegt bei 54 % weibliche Versicherte zu 46 % männlicher Versicherter. Die Prävalenz bei männlichen Versicherten bis 20 Jahre beträgt 0,035 %, die bei den weib-

lichen Versicherten in der Altersgruppe 0,044 %. Die Gesamtprävalenz von 0,022 % bei Versicherten unter 20 Jahren hat sich seit 2004 nicht verändert.

**Tabelle IV.15 Versicherte mit Mukoviszidose 2007 nach Alter und Geschlecht**

Altersgruppe	Männer	Frauen	Gesamt
0 bis 9	14	20	34
10 bis 19	24	20	44
20 bis 29	16	21	37
30 bis 39	6	10	16
40 bis 49	4	4	8
50 bis 59	2	2	4
60 bis 69	2	1	3
70 bis 79	0	3	3
Summe	68	81	149

Im Jahr 2007 wurde bei 35 Personen erstmals eine entsprechende Diagnose gestellt, davon waren 14 Versicherte unter fünf Jahre alt. Auf circa 5.000 GEK-versicherte Kinder unter fünf Jahre kommt also ein Kind mit Mukoviszidose. Die Anzahl der inzidenten Mukoviszidosefälle in der GEK liegt demnach unter den bislang veröffentlichten Zahlen für Deutschland. Bei etwa der Hälfte der Neuerkrankten wurde die Diagnose erst ab dem zehnten Lebensjahr gestellt.

Die ambulant-ärztliche Versorgung der MukoviszidosepatientInnen erfolgt zum größten Teil durch Pädiater, da die Krankheit in den meisten Fällen im Kindesalter diagnostiziert wird. Wegen der steigenden Lebenserwartung der Betroffenen und den Mangel an Spezialeinrichtungen für erwachsene Mukoviszidose-PatientInnen erfolgt häufig auch im Erwachsenenalter die ärztliche Behandlung durch Kinderärzte bzw. in Kinderkliniken (SVR, 2009).

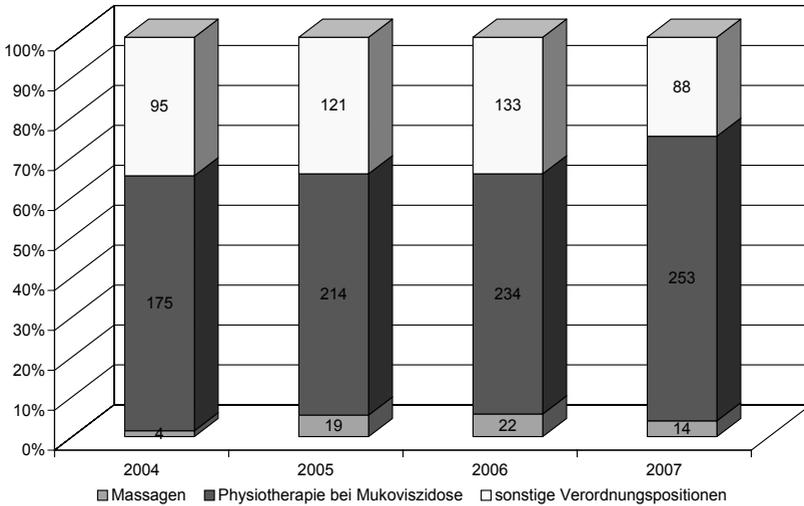
Von den GEK-Versicherten mit Mukoviszidose über 18 Jahren wurden im Laufe des Jahres 2007 immerhin noch neun Prozent von Kinderärzten therapiert. Lediglich zwölf Prozent aller PatientInnen wurden in Spezialambulanzen behandelt, obwohl die Behandlung in spezialisierten Einrichtungen nachweislich einen positiven Nutzen auf die Lebenserwartung und Lebensqualität hat (Kerem et al., 2005).

#### **4.5 Physiotherapeutische Maßnahmen**

Von den im Jahr 2007 an Mukoviszidose erkrankten GEK-Versicherten erhielten 62% eine physiotherapeutische Verordnung. Insgesamt wurden innerhalb eines Jahres 355 Physiotherapie-Rezepte für Mukoviszidose-PatientInnen ausgestellt. Damit entfielen auf jede/n Leistungsversicherte/n durchschnittlich vier Rezepte, was einer Behandlungsfrequenz von etwa einer Therapie in zwei Wochen entspricht.

Die Behandlungsprävalenz ist 2007 im Vergleich zu den Vorjahren um sieben Prozent angestiegen, sie lag noch in den Jahren 2004 bis 2006 bei jeweils 55%. Zugenommen hat vor allem die Verordnungshäufigkeit der „krankengymnastischen Einzelbehandlungen – auch Atemtherapie – bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen“ (Behandlungsdauer 60 Minuten), die einzige Therapieform, die gemäß dem Heilmittelkatalog spezifisch bei dieser Erkrankung verordnungsfähig ist. Während diese Mukoviszidose-Therapie im Jahr 2004 175-mal verordnet wurde und damit 64% aller Verordnungspositionen ausmachte, waren es im Jahr 2007 253 Verordnungen mit einem Verordnungsanteil von 71%. Daneben werden in geringem Umfang auch Massagen verordnet. Deren Anteil ist seit 2004 ebenfalls angestiegen und lag im Jahr 2007 bei vier Prozent.

**Abbildung IV.10 Verordnungpositionen Physiotherapie 2004 bis 2007**



### **Inhalations- und Atemtherapiegeräte**

Hilfsmittel für die Atembehandlung und zur Inhalation sind sehr wichtig zur Lösung des Sekrets in den Bronchialwegen und damit zur Erhaltung bzw. Verbesserung der Lungenfunktion von MukoviszidosepatientInnen. Von den betroffenen GEK-Versicherten hat im Jahre 2007 etwa jede/r Vierte (n=35) ein solches Hilfsmittel aus der Produktgruppe 14 (Atemhilfsgeräte) erhalten. Die meisten dieser Leistungsversicherten waren unter 20 Jahre alt. Von den insgesamt 82 abgerechneten Positionen entfielen mehr als die Hälfte auf Inhalationsgeräte für die tiefen Atemwege und Nachfülleinheiten zur Sauerstofftherapie. An erster Stelle bei der Verordnungshäufigkeit steht das Inhalationsgerät „eFlow rapid“ (Hilfsmittelpositionsnummer 14.24.01.0071), das auch bei Asthma oder Lungenemphysem verordnungsfähig ist. Es beinhaltet eine Verneblereinheit zur Erzeugung von Medikamentenaerosolen, wobei die erzeugten Tröpfchen den Mikrometerbereich erreichen und so auch in den tiefen Atemwegen wirksam

werden können (s. Abbildung IV.11). An zweiter Stelle stehen ein mobiles Sauerstoffgerät und die dazugehörigen Nachfülleinheiten. Durch dieses tragbare Gerät mit einem Gesamtgewicht von drei bis vier Kilogramm wird PatientInnen, die auf Sauerstoffgabe angewiesen sind, eine höhere Mobilität ermöglicht.

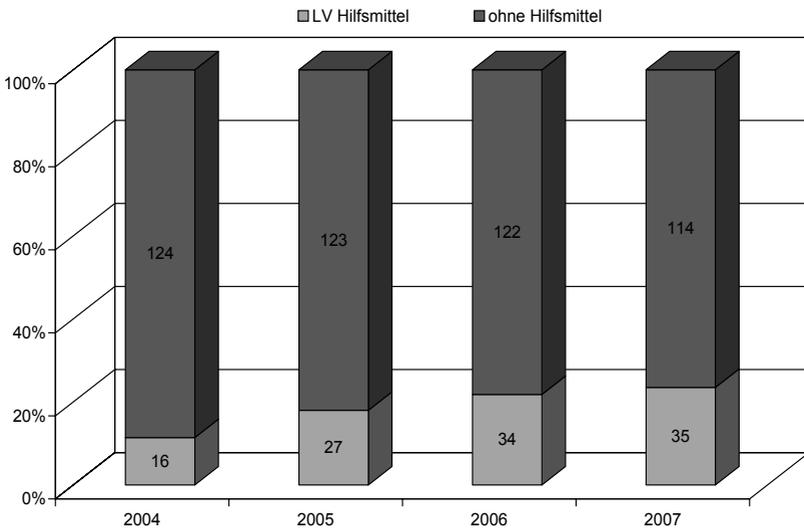
**Abbildung IV.11 Inhalationsgerät „eFlow rapid“**



Foto: PARI Pharma GmbH

Im Vergleich zu den Vorjahren ist die Verordnungsprävalenz von Atemhilfsmitteln bei Mukoviszidose deutlich angestiegen (s. Abbildung IV.12). Dabei ist der Anteil der verordneten Inhalationsgeräte zwar geringer geworden, der Anteil der Hilfsmittel zur Sauerstofftherapie hat dagegen zugenommen. Dieses Ergebnis kann mit den zwar verbesserten, aber deutlich teureren Inhalationsgeräten einerseits und mit den verbesserten Möglichkeiten der mobilen Sauerstofftherapie andererseits zusammenhängen.

**Abbildung IV.12 Verordnungsprävalenz von Atemhilfsmitteln bei Mukoviszidose 2004 bis 2007**



## 4.6 Zusammenfassung

Die Mukoviszidose (Cystische Fibrose) ist trotz innovativer Diagnose- und Therapiemöglichkeiten und steigender Lebenserwartung der Betroffenen eine schwerwiegende Erkrankung. Nachdem bislang die erkrankten Kinder keine hohe Lebenserwartung hatten, sondern zu meist noch im Kindesalter starben, steigt mit der nun verbesserten Prognose auch der Bedarf an Therapieangeboten für erwachsene PatientInnen, der Bedarf an geschultem Personal auch in der ambulanten Versorgung und der gesamte Lebenszeittherapiebedarf. Für die Berücksichtigung dieses Bedarfs stehen – wie das Beispiel der Ambulanz in Tübingen zeigt – nicht immer ausreichend finanzielle Mittel zur Verfügung.

Trotz der großen Bedeutung von Heil- und Hilfsmitteln in der Gesundheitsversorgung von MukoviszidosepatientInnen, ist die Evidenzlage für beide Bereiche als schwach zu bezeichnen. Die Vorgaben zur Heilmittelversorgung bei Cystischer Fibrose sehen Therapien vor, deren Nutzen nach aktuellen Leitlinien und Reviews bei dieser Indikation nicht belegt ist (z.B. Massagen) und die im Einzelfall auch im Rahmen der speziellen Physiotherapie/Atemtherapie mit 60 Minuten Behandlungszeit Anwendung finden können. Die notwendigen Kenntnisse für diese spezifische Therapie muss nicht durch ein Zertifikat belegt werden, wie es z.B. bei der Manuellen Therapie vorgesehen ist.

Die Analysen der GEK-Daten zeigen seit 2004 eine gleichbleibende Prävalenz der Mukoviszidose. Die Therapie an Spezialambulanzen erfolgt nur bei etwa jeder/m achten Patienten/in innerhalb eines Jahres und Erwachsene werden ambulant nicht selten noch von Pädiatern behandelt. Der Anteil von physiotherapeutisch versorgten PatientInnen ist seit 2004 gestiegen, wobei allerdings etwa ein Drittel der Betroffenen keine Verordnung über Physiotherapie erhalten hat. Dies kann auf eine Unterversorgung durch niedergelassene ÄrztInnen hinweisen, aber auch an

einer mangelnden Compliance der MukoviszidosepatientInnen liegen. Den größten Teil der Rezepte macht die spezielle Physiotherapie/Atemtherapie aus, passive Therapien wie die Massage bilden einen geringen aber steigenden Anteil der Verordnungen. Im Rahmen der Hilfsmittelversorgung erhalten GEK-Versicherte mit Mukoviszidose vorrangig Inhalations- und Sauerstofftherapiegeräte. Atemhilfsmittel wie z.B. die „Flutter“ werden fast gar nicht verordnet, obwohl ihr Einsatz im Rahmen physiotherapeutischer Maßnahmen auch in internationalen Leitlinien empfohlen wird. Die Zunahme der Versorgung mit Sauerstofftherapiegeräten seit 2004 kann mit der steigenden Lebenserwartung mit Cystischer Fibrose zusammenhängen, denn erwachsene PatientInnen sind mit Atemwegskomplikationen unter Umständen über viele Jahre auf Sauerstoffsubstitution angewiesen.

#### **4.7 Fazit**

Die Erfolge der letzten Jahrzehnte bezüglich der Prognose bei Mukoviszidose ziehen einen veränderten und zum Teil erhöhten Therapiebedarf nach sich. Dem wird in Angeboten vor allem für Erwachsene PatientInnen und in der Finanzierung bestehender Einrichtungen nicht entsprochen. Auch die Vorgaben zur physiotherapeutischen Versorgung zeigen Mängel gemessen an internationalen Leitlinien. Die GEK-Daten geben Hinweise auf eine mögliche Unterversorgung oder Compliance-Probleme bei der ambulanten Versorgung mit physiotherapeutischen Maßnahmen und mit Atemhilfsmitteln.

## 5. Ergotherapie bei psychischen Erkrankungen

**Marcel Sieberer**

### 5.1 Einleitung

In der stationären Behandlung psychischer Störungen nimmt die Ergotherapie einen herausragenden Stellenwert ein, da sie neben einem breiten Indikationsspektrum die Vorteile eines handlungs- und alltagsorientierten Verfahrens bietet. Der Begriff *Ergotherapie* (ET) ist von dem griechischen Wort „Ergon“ abgeleitet, was soviel bedeutet wie Tätigkeit, Beschäftigung oder Werk. Nach einer Definition des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten e.V. (DVE) ist das „Ziel der Ergotherapie [...], Betätigung zu erreichen. Gleichzeitig wird Betätigung als therapeutisches Medium eingesetzt.“ (DVE/Miesen, 2004a). Insbesondere in der arbeitsbezogenen Ergotherapie wird die „Bedeutung vom Tätigsein“ für das Gesundsein und –werden des Individuums betont, was vor allem in den Behandlungskonzepten der ET zur beruflichen Rehabilitation seinen Ausdruck findet (Mecklenburg, 2003). Unter Ergotherapie werden in Deutschland – seit 10 Jahren auch berufsrechtlich festgeschrieben – die *Beschäftigungstherapie* und die *Arbeitstherapie* verstanden (Scheepers et al., 1999). Das breitgefächerte methodische Repertoire der Ergotherapie erlaubt dabei eine differenzierte Verordnung verschiedener ergotherapeutischer Therapieformen, wodurch individuell unterschiedliche Krankheitsausprägungen und persönliche Neigungen der Patienten berücksichtigt werden können. Nicht zuletzt aus diesem Grund zählt die Ergotherapie in der stationären Behandlung psychischer Störungen unbestritten zu den therapeutischen Basis- und Standardverfahren, die wohl ausnahmslos an jeder psychiatrischen Klinik in Deutschland in irgendeiner Form zum Einsatz kommen. Im ambulanten Bereich ist der Einsatz der Ergotherapie zwar noch weniger verbreitet als im stationären Setting, aber neue Anbieter und

Versorgungsformen sprechen dafür, dass die Zahl ambulanter Ergotherapieverordnungen in nächster Zeit voraussichtlich weiter zunehmen wird (Mecklenburg, 2003).

Wissenschaftlich wurde die Effektivität von Ergotherapie in der Behandlung psychischer Störungen bisher noch erstaunlich wenig untersucht. Letztlich sind kaum Therapiestudien zu diesem Gegenstand zu finden, die überhaupt den geltenden Maßstäben guter wissenschaftlicher Praxis entsprechen. Um die Verordnungscharakteristika und -häufigkeiten für Ergotherapie bei psychischen Störungen beurteilen zu können, wurden Routinedaten der GEK hinsichtlich der Verordnungen ergotherapeutischer Leistungen im Jahr 2006 für Versicherte mit den Diagnosen „Depression“ und „Schizophrenie“ ausgewertet. Die Ergebnisse der Datenanalyse werden im Folgenden dargestellt und der gegenwärtige wissenschaftliche Kenntnisstand diskutiert.

## **5.2 Verordnung von Ergotherapie bei depressiv Erkrankten**

Im Jahr 2006 wurde bei insgesamt 81.342 GEK-Versicherten die Diagnose einer Depression (ICD-10: F32-34) gestellt. Bei 1.671.642 GEK-Versicherten im Jahr 2006 entspricht dies einer Prävalenz von 4,9%. Knapp die Hälfte aller depressiv erkrankten Versicherten waren zwischen 40 und 59 Jahre alt mit einem deutlichen Überwiegen des weiblichen Geschlechts (s. Tabelle IV.16). Von allen an einer Depression erkrankten Versicherten erhielten 344 Personen mindestens eine Ergotherapieverordnung, was einer Behandlungsprävalenz von 0,42% entspricht. Im Geschlechtervergleich wurde den männlichen Versicherten mit der Diagnose Depression relativ etwas häufiger Ergotherapie verordnet als den weiblichen Versicherten (0,48% vs. 0,38%).

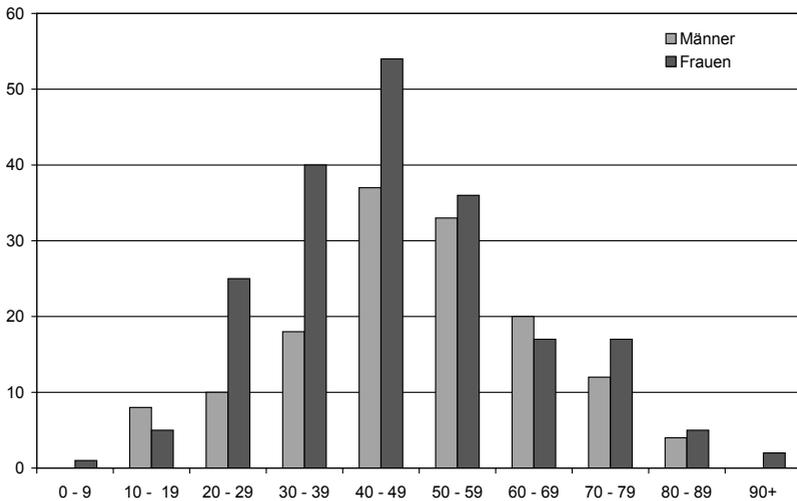
**Tabelle IV.16      Versicherte mit Depression (Diagnosen F32.X, F33.X oder F34.X nach ICD-10) im Jahr 2006 nach Alter und Geschlecht**

Altersgruppe (Jahre)	Männer	Frauen	Gesamt
0 bis 9	45	28	73
10 bis 19	460	884	1.344
20 bis 29	1.571	4.092	5.663
30 bis 39	3.503	7.171	10.674
40 bis 49	7.013	13.570	20.583
50 bis 59	7.796	12.227	20.023
60 bis 69	5.478	7.855	13.333
70 bis 79	2.593	4.589	7.182
80 bis 89	894	2.036	2.930
90 und älter	56	277	333
<b>Gesamt</b>	<b>29.409</b>	<b>52.729</b>	<b>82.138</b>

Quelle: Eigene Berechnung

In Abbildung IV.13 sind die Ergotherapieverordnungen (Anzahl der Verordnungen) nach Altersgruppen graphisch dargestellt. Für die relative Verordnungshäufigkeit fällt aber auf, dass die ET-Verordnungen in den Altersgruppen der bis zu 70-jährigen mit zunehmendem Alter stetig abnehmen: Beispielsweise erhalten die als depressiv diagnostizierten 60- bis 69-jährigen in 0,3% ambulante Ergotherapie, was nur gut einem Drittel der Verordnungen entspricht, die depressiv Erkrankte im Alter von 10 bis 19 Jahren erhalten (1,0%). Das Durchschnittsalter der mit Ergotherapie behandelten depressiv erkrankten Versicherten lag im Berichtszeitraum bei 47,5 Jahren und damit etwas unter dem Durchschnittsalter aller an einer Depression erkrankten Versicherten (51,1 Jahre).

**Abbildung IV.13 Ergotherapieverordnungen bei Depressiven Störungen nach Alter und Geschlecht**



Datenbasis: GEK-Versicherte mit Depressiven Störungen (ICD-10: F32-F34, prävalente Fälle) mit mind. einer Ergotherapieverordnung im Jahr 2006 (N = 901)

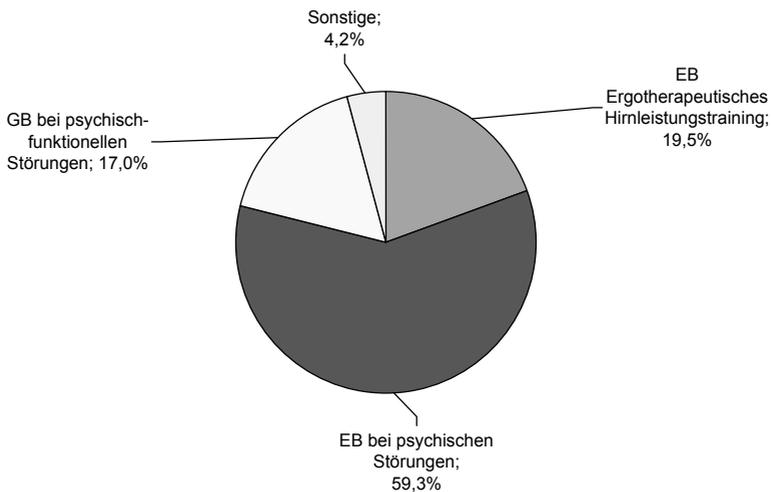
Die verordneten ergotherapeutischen Leistungen waren hauptsächlich „Einzelbehandlungen bei psychischen Störungen“ mit 59,3 % aller Verordnungen, gefolgt von „Ergotherapeutischem Hirnleistungstraining“ als Einzeltherapie (19,5%) und der ergotherapeutischen „Gruppenbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen“ mit 17,0 % (vgl. Tabelle IV.17 und Abbildung IV.14). Im Übrigen wurden über zehn Prozent aller verordneten Ergotherapieleistungen von einer Krankenhausinstitution erbracht.

**Tabelle IV.17 Verordnete Ergotherapieleistungen bei an Depression erkrankten GEK-Versicherten im Jahr 2006**

Leistungsbezeichnung	Rezepte (Anzahl)	Anteil in Prozent
<b>Einzelbehandlung</b>		
Ergotherap. Hirnleistungstraining	176	19,5
bei psychischen Störungen	534	59,3
bei psych.-funktionellen Störungen (Belastungserprobung)	17	1,9
<b>Gruppenbehandlung</b>		
bei psychischen Störungen (90 min je Teilnehmer)	8	0,9
Hirnleistungstraining	2	0,2
bei psychisch-funktionellen Störungen	153	17,0
bei psych.-funktionellen Störungen (Belastungserprobung)	11	1,2
<b>Summe</b>	<b>901</b>	<b>100,0</b>

Quelle: Eigene Berechnung

**Abbildung IV.14 Verordnete Ergotherapieleistungen (prozentual) bei GEK-Versicherten mit Depression im Jahr 2006**



EB=Einzelbehandlung, GB=Gruppenbehandlung

### 5.3 Verordnung von Ergotherapie bei schizophren Erkrankten

Im Berichtszeitraum lag die Prävalenz für die Diagnose „Schizophrenie“ bei den GEK-Versicherten bei 0,29%, was 4.887 Personen entsprach (vgl. Tabelle IV.18). Davon waren 26 % (n=1.278) in 2006 neu diagnostizierte, also inzidente Fälle, bei denen diese Diagnose im Jahr zuvor entsprechend nicht gestellt wurde. Mindestens eine Ergotherapieverordnung erhielten 1,8% aller prävalenten Fälle, wobei das Durchschnittsalter der mit Ergotherapie Behandelten bei 39,5 Jahren und damit unterhalb des Durchschnittsalters von 45,2 Jahren aller Versicherten mit der Diagnose Schizophrenie lag.

**Tabelle IV.18 Versicherte mit Schizophrenie (Diagnosegruppe F20.X nach ICD-10) im Jahr 2006 nach Alter und Geschlecht**

Altersgruppe (Jahre)	Männer	Frauen	Gesamt
0 bis 9	7	4	11
10 bis 19	61	40	101
20 bis 29	457	199	656
30 bis 39	652	339	991
40 bis 49	760	639	1.399
50 bis 59	450	456	906
60 bis 69	225	267	492
70 bis 79	95	138	233
80 bis 89	32	49	81
90 und älter	1	16	17
Gesamt	2.740	2.147	4.887

Quelle: Eigene Berechnung

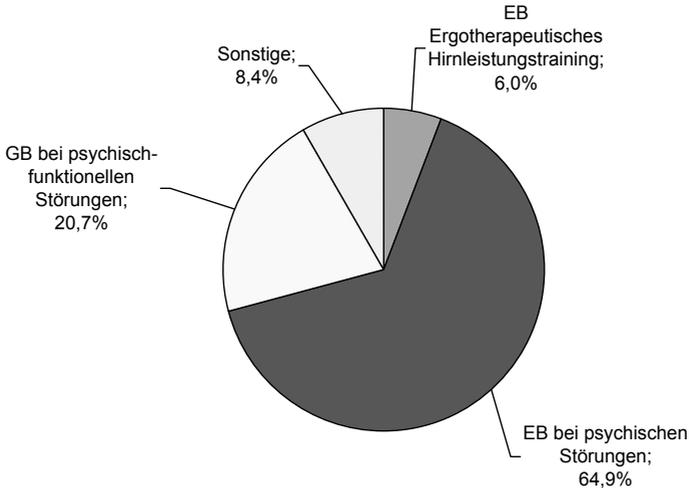
Hauptsächlich wurden den schizophren Erkrankten ergotherapeutische „Einzelbehandlungen bei psychischen Störungen“ (64,9% aller Rezepte) verordnet. Mit 20,7% war die „Gruppenbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen“ die zweithäufigste Ergotherapieleistung bei dieser Patientengruppe (s. Tabelle IV.19 und Abbildung IV.15). Mit 67,8% wurde ein Großteil dieser ergotherapeutischen Gruppenbehandlungen an Krankenhäusern ambulant erbracht.

**Tabelle IV.19 Verordnete Ergotherapieleistungen bei an Schizophrenie erkrankten GEK-Versicherten im Jahr 2006**

Leistungsbezeichnung	Rezepte (Anzahl)	Anteil in Prozent
<b>Einzelbehandlung</b>		
Ergotherap. Hirnleistungstraining	17	6,0
bei psychischen Störungen	185	64,9
bei psych.-funktionellen Störungen (Belastungserprobung)	9	3,2
<b>Gruppenbehandlung</b>		
bei psychischen Störungen (90 min je Teilnehmer)	1	0,3
bei psychisch-funktionellen Störungen	59	20,7
bei psych.-funktionellen Störungen (Belastungserprobung)	14	4,9
<b>Summe</b>	<b>285</b>	<b>100,0</b>

Quelle: Eigene Berechnung

**Abbildung IV.15 Verordnete Ergotherapieleistungen (prozentual) bei GEK-Versicherten mit Schizophrenie in 2006**



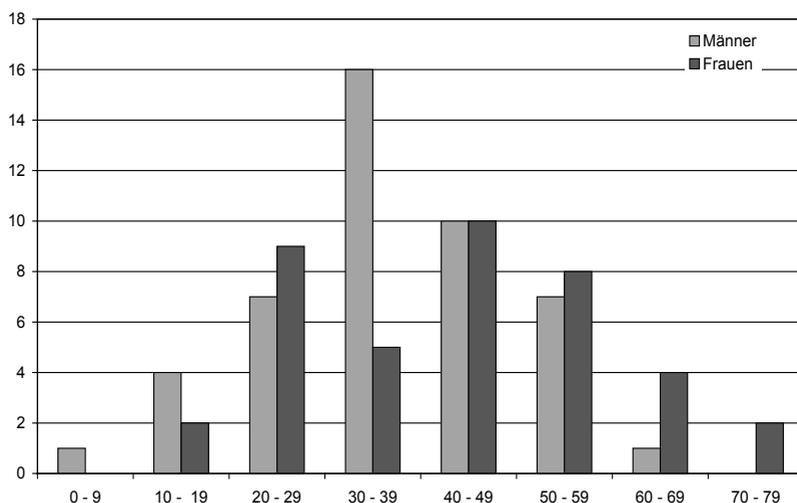
Zur Altersstruktur fällt auf, dass vor allem die Patienten mittleren Alters eine ergotherapeutische Behandlung verordnet bekamen, während die Verordnungshäufigkeit mit Erreichen des 60. Lebensjahrs deutlich abnahm (s. Abbildung IV.16). Insgesamt erhielten weibliche Versicherte mit Schizophrenie durchschnittlich etwas häufiger Ergotherapie verordnet als die schizophren erkrankten Männer (1,9% vs. 1,7%).

## 5.4 Diskussion

Ergotherapie (ET) kann in Deutschland jeweils als Einzel- oder als Gruppenbehandlung mit den Schwerpunkten „ergotherapeutisches Hirnleistungstraining“, „ET bei psychischen Störungen“ und „ET bei psychisch-funktionellen Störungen“ zu Lasten der Krankenversicherungen verordnet werden. Das ergotherapeutische Hirnleistungstraining zielt auf eine Verbesserung oder den Erhalt kognitiver Funktionen wie beispielsweise Konzentration, Gedächtnis oder Aufmerksamkeit, den Erwerb von Grund-

arbeitsfähigkeiten und die Verbesserung einer eigenständigen Lebensführung ab. Die psychisch-funktionelle Behandlung dient der gezielten Verbesserung von psychosozialen und sozioemotionalen Funktionsstörungen, die aus der indizierenden Erkrankung resultieren. Dabei geht es gemäß den „Heilmittel-Richtlinien“ in der gültigen Fassung unter anderem um eine Verbesserung der Selbst- und Fremdwahrnehmung, des Selbstvertrauens, psychischer Grundleistungsfunktionen oder auch der Körperwahrnehmung und anderer körperlicher Funktionen (vgl. DVE, 2004b). Das Indikationsspektrum reicht in Abhängigkeit von Akuität und Schwere der psychischen Erkrankungen von „kompetenzorientierten“ über „interaktionelle“ bis hin zu „ausdruckszentrierten“ Methoden (Mecklenburg, 2003). Durch Ergotherapie sollen die Wiedereingliederung der behandelten Patienten in ihr soziales Umfeld und die Arbeitswelt erleichtert, Selbstständigkeit gefördert, neue Sinnhaftigkeit im Dasein gestiftet und letztlich die Lebensqualität verbessert werden (Schmidt, 2002).

**Abbildung IV.16 Ergotherapieverordnungen bei Schizophrenie nach Alter und Geschlecht**



Datenbasis: GEK-Versicherte mit Schizophrenie und mit mindestens einer Ergotherapieverordnung im Jahr 2006 (N = 285)

Eine deutsche Studie zur Effektivität von Ergotherapie im stationären Bereich konnte gewisse Symptomverbesserungen für die Gruppe der depressiv Erkrankten und eine Verbesserung einzelner Parameter des subjektiven Befindens bei den schizophrenen Patienten durch eine regelmäßige Ergotherapie nachweisen, allerdings wurden diese Ergebnisse aufgrund der relativ geringen statistischen Effekte hinsichtlich einer Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse von dem Autor selbst kritisch bewertet (Reuster, 2006).

### **Ergotherapie bei depressiven Störungen**

In einem kleinen, nicht-systematischen Review von 1992 kamen die Autoren zu dem Schluss, dass die bis dahin publizierten Arbeiten über Ergotherapie in der Behandlung von Depressionen zwar die Annahme stützten, dass ET depressive Symptome reduzieren könne, sie sahen aber gleichzeitig eine Notwendigkeit für größere kontrollierte Therapiestudien zu diesem Gegenstand (Devereaux & Carlson, 1992). Letztlich liegen aber auch heute für die Anwendung von ET bei depressiven Patienten noch zu wenige Studien vor, die eine ausreichende Evidenz beispielsweise für verbindliche Differentialindikationen liefern würden. In einer offenen Studie zu ET verbesserten sich die Depressionssymptome der behandelten Patienten, wobei vor allem ein Zuwachs an sozialer Kompetenz mit einer Verbesserung der Depressivität einherging (Schwegler et al., 2003). Angesichts einer vergleichsweise guten Evidenzlage für positive Effekte von ET bei gesunden Älteren auf psychosoziale Aktivitäten und die gesundheitsbezogene Lebensqualität erscheinen die Potentiale einer gezielt eingesetzten ET vor allem für ältere depressive Patienten bisher noch zu wenig genutzt beziehungsweise unzureichend untersucht (Voigt-Radloff et al., 2004). Allerdings konnte eine ergotherapeutische Beschäftigungstherapie bei älteren Pflegeheimbewohnern keine Abnahme depressiver Symptome und keine Verbesserung einer bestehenden Pflegeabhängigkeit oder der Lebensqualität erzielen (Mozley et al., 2007).

Die vorliegenden Routinedaten der GEK weisen darauf hin, dass in der Praxis bei älteren Patienten mit den genannten psychischen Erkrankungen Ergotherapie insgesamt deutlich seltener verordnet wird als bei den jüngeren Patienten. Ob es sich dabei um eine bewusste, erfahrungsgeleitete Verordnungspraxis (z.B. beobachtete geringere Behandlungserfolge) handelt, oder eher andere, sekundäre Gründe dafür verantwortlich sind, lässt sich anhand der vorliegenden Zahlen allerdings nicht beantworten.

Eine Untersuchung zu „Occupational Therapy“ als adjuvante Therapie bei Depressionen in einem ambulanten Setting konnte keine positiven Effekte der ergotherapeutischen Behandlung auf Depressionssymptome oder Arbeitsunfähigkeitszeiten zeigen, sondern lediglich einen Anstieg der Behandlungskosten (Schene et al., 2007). Möglicherweise spiegeln die genannten negativen Untersuchungsergebnisse zum Einsatz von ET bei Depressionen eine mangelnde Diskrimination der Einflussgrößen und Effekte sowie eine bisher unzureichende Charakterisierung von Patientensubgruppen wider, die von einer ET profitieren könnten. Beispielsweise gibt es Hinweise darauf, dass depressive Patienten mit kürzerer Krankheitsdauer besser von ET profitieren als die länger Erkrankten (Reuster & Winiecki, 2005).

### **Ergotherapie bei Schizophrenie**

Eine Studie aus Brasilien fand für eine kleine Patientengruppe (n=26) mit sogenannten therapieresistenten Schizophrenien heraus, dass eine zusätzliche ambulante Ergotherapie im Vergleich zu einer alleinigen Behandlung mit dem Neuroleptikum Clozapin über einen Behandlungszeitraum von sechs Monaten zu gewissen Verbesserungen auf der Handlungs- und Interaktionsebene führte (Buchain et al., 2003). Diese Studie hat jedoch aufgrund methodischer Schwächen allenfalls Bedeutung als eine Art Pilotstudie, d.h. eine Verallgemeinerung der Ergebnisse auf die Gesamtpopulation der schizophren Erkrankten ist nicht möglich. Eine frü-

here Vergleichsstudie zu einem Training sozialer Fertigkeiten mittels Ergotherapie bei Patienten mit therapieresistenten Schizophrenien (n=80) ergab, dass das Fertigkeitentraining hinsichtlich der Fähigkeiten zu einer unabhängigen Lebensführung deutlichere Verbesserungen erzielte als die ET (Lieberman et al., 1998). Allerdings muss bei der Interpretation dieser Ergebnisse berücksichtigt werden, dass der US-amerikanischen „Ergotherapie“ („Occupational Therapy“) eine andere Tradition und Konzeptualisierung zugrunde liegt, wodurch eine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die hierzulande angewandten Methoden nicht ohne weiteres erfolgen kann. Eine erst kürzlich publizierte Studie aus Großbritannien zu ambulanter ET bei psychotischen Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis konnte zumindest in einigen Subskalen des sozialen Funktionsniveaus (SF) eine zusätzliche Verbesserung durch ET im Vergleich zu einer definierten Standardbehandlung feststellen, obgleich in den Globalscores des SFs und einer Skala zur Erfassung von Negativsymptomen keine signifikanten Gruppenunterschiede messbar waren (Cook et al., 2009).

In einer differentiellen Wirksamkeitsprüfung untersuchten nun Wiedl et al., welche schizophrenen Patienten von einer Arbeitstherapie (AT) profitieren und welche nicht (Wiedl et al., 2005). Zusammenfassend identifizierte diese Untersuchung vor allem neurokognitive Variablen als mögliche Prädiktoren für ein günstigeres Behandlungsergebnis, wobei sich hinsichtlich des Outcomes gleichzeitig keine Überlegenheit einer AT im Vergleich zu einer kreativitätsorientierten ET nachweisen ließ. In ähnlicher Weise hatte bereits eine frühere Untersuchung ergeben, dass eingeschränkte kognitive Fähigkeiten neben der Negativ-Symptomatik schizophrener Patienten mit schlechteren Ergebnissen bei einer arbeitstherapeutischen Maßnahme korrelieren und daher möglicherweise als Prädiktoren für das Gelingen dieser Therapie herangezogen werden könnten (Suslow et al., 2000).

Auf dem Hintergrund der dargestellten Studienlage fallen bei der Auswertung der vorliegenden Routinedaten der GEK-Versicherten einige Aspekte auf: Zunächst fällt auf, dass ambulante Ergotherapie bei den genannten psychiatrischen Erkrankungen nur zu einem geringen Prozentsatz verordnet wird, während ET im stationären Setting nach wie vor die mit Abstand am häufigsten eingesetzte psychosoziale Therapieform darstellt. Warum die Ergotherapie ambulant kaum (weiter)verordnet wird, lässt sich mit den vorliegenden Daten nicht beantworten. Zudem fällt auf, dass gerade ältere Versicherte weniger Ergotherapie mit psychiatrischer Indikation erhalten als jüngere Patienten, wofür sich zumindest aus den bisherigen Ergebnissen wissenschaftlicher Studien keine Rationale ableiten lässt. Und ein weiteres erwähnenswertes Ergebnis ist, dass bei Schizophrenie ergotherapeutisches Hirnleistungstraining nur vergleichsweise selten verordnet wird, obwohl einzelne Studien ja gerade die Relevanz kognitiver Leistungsminderungen für die Symptomatik und das Outcome der Therapie bei schizophrenen Patienten betonen.

Zusammenfassend ist die Datenlage zur Wirksamkeit von Ergotherapie auf die Symptomatik einzelner psychischer Störungen bis heute also ausgesprochen spärlich und uneinheitlich. Zwar hat Ergotherapie vor allem im stationären Setting und in der psychiatrischen Rehabilitation einen zumindest zeitlich großen Stellenwert. In der von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) herausgegebenen 280 Seiten starken „Behandlungsleitlinie Schizophrenie“ findet Ergotherapie allerdings nur am Rande auf knapp einer halben Buchseite als empirisch nur wenig gesicherte Therapieform Erwähnung (DGPPN, 2006). In vielen modernen Lehrbüchern wird die Ergotherapie als Behandlungsmethode bei Depressionen gar nicht mehr erwähnt (Reuster, 2005). Zur Verbesserung der Evidenzlage sind daher noch erhebliche Anstrengungen durch wissenschaftliche Untersuchungen erforderlich, in denen die verschiedenen und in den letzten Jahrzehnten einem

erheblichen Wandel unterworfenen Konzepte sowie auch international unterschiedliche Traditionen, Methoden und Auffassungen über die therapeutischen Anwendungsgebiete der Ergotherapie berücksichtigt werden müssen.

## **5.5 Schlussfolgerungen**

Untersuchungen mit einem robusten Studiendesign, die einen wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweis der Ergotherapie in der Behandlung von Depressionen oder Schizophrenien erbringen könnten, stehen bisher aus. Der theoretische Anspruch der psychiatrischen Ergotherapie und der nahezu flächendeckende Einsatz von Ergotherapie in Psychiatrischen Kliniken und zunehmend auch im ambulanten Bereich kontrastiert daher mit dem nur geringen Grad der wissenschaftlichen Evidenz.

Die Verordnungscharakteristika ergotherapeutischer Leistungen bei psychischen Erkrankungen sprechen in gewisser Weise dafür, dass die Ergebnisse bisheriger Studien, beispielsweise hinsichtlich einer differenzierten Methodenindikation bei Schizophrenie oder der Behandlungsergebnisse bei älteren Menschen, bei der Verordnung ergotherapeutischer Leistungen bisher nicht durchgängig berücksichtigt werden oder wegen der teils widersprüchlichen Ergebnisse vielleicht auch nicht berücksichtigt werden können.

Zukünftige Forschungsanstrengungen auf diesem Feld sind nötig, damit aus einer etablierten auch eine evidenzbasierte Behandlungsmethode werden kann. Nicht zuletzt sind dabei auch gesundheitsökonomische Fragen zu beantworten, die sich heutzutage beim Einsatz einer nur wenig evidenzbasierten Behandlungsmethode zwangsläufig stellen.

## V. Verzeichnisse

### 1. Tabellenverzeichnis

Tabelle I.1	Vorläufige Rechnungsergebnisse der GKV 2008 Gesamtausgaben.....	11
Tabelle I.2	Kennzahlen der Jahre 2007 und 2008 für die GEK-Versicherten ...	14
Tabelle I.3	Ausgaben der GEK für unterschiedliche Heilmittel im Jahr 2008 in Euro.....	16
Tabelle I.4	Prozentuale Verteilung der Ausgaben für Versicherte mit Inanspruchnahme von Heilmitteln, Hilfsmitteln und Arzneimitteln im Jahre 2008 .....	18
Tabelle II.1	Richtgrößenentwicklung Heilmittel 2007 zu 2008 für Allgemeinärzte in Euro.....	43
Tabelle II.2	Hitliste Verordner von Heilmitteln 2007 und 2008.....	43
Tabelle II.3	Anzahl der mit der GEK abrechnenden Praxen.....	45
Tabelle II.4	Kennzahlen der Heilmittelversorgung .....	48
Tabelle II.5	Die ausgabenintensivsten Verordnungspositionen der Ergotherapie 2008 .....	52
Tabelle II.6	Kennzahlen der Ergotherapieversorgung 2007 und 2008 .....	53
Tabelle II.7	Kennzahlen der Logopädieversorgung 2007 und 2008.....	56
Tabelle II.8	Die ausgabenintensivsten Verordnungspositionen der Logopädie 2008 .....	56
Tabelle II.9	Kennzahlen der Physiotherapieversorgung 2007 und 2008 .....	58
Tabelle II.10	Die ausgabenintensivsten Verordnungspositionen der Physiotherapie 2008 .....	59
Tabelle II.11	Kennzahlen der Podologieversorgung 2007 und 2008.....	61

Tabelle III.1	Ausgaben für Hilfsmittelleistungen von sonstigen Leistungserbringern nach § 302 SGB V .....	74
Tabelle III.2	Kennzahlen für Hilfsmittel (HMV) 2007 und 2008.....	75
Tabelle III.3	Kennzahlen für Pflegehilfsmittel nach SGB XI §40 .....	76
Tabelle III.4	10 Produktgruppen der höchsten Versorgungsprävalenz und Ausgaben pro Leistungsversichertem nach Geschlecht im Jahr 2008 .....	78
Tabelle III.5	Rangliste der Ausgaben für Hilfsmittelproduktgruppen aus dem HMV (TOP 10) für das Jahr 2008 .....	80
Tabelle III.6	Hilfsmittel aus Apotheken nach Produktgruppen in 2008 .....	82
Tabelle IV.1	Physiotherapeutische Verordnungen nach Leistungsart.....	93
Tabelle IV.2	Ergotherapeutische Verordnungen nach Abrechnungsposition .....	94
Tabelle IV.3	Verordnete Heilmittel nach Facharztgruppen.....	95
Tabelle IV.4	Anzahl GEK-Versicherte gesamt und mit der Diagnose FMS .....	105
Tabelle IV.5	GEK-Versicherte und Leistungsversicherte für Physiotherapie mit der Diagnose FMS (M79.7) nach Depression und Heilmittelversorgung 2007 .....	109
Tabelle IV.6	GEK- Leistungsversicherte für empfohlene Arzneimittel beim FMS (M79.7) nach Geschlecht 2007 .....	113
Tabelle IV.7	Geschätzte Inzidenz pro Jahr für Komplikationen bei DiabetikerInnen.....	118
Tabelle IV.8	Umfang der podologischen Therapie (VdAK/AEV 2002).....	123
Tabelle IV.9	GEK-Versicherte mit Diabetes nach Alter und Geschlecht im Jahr 2006 .....	125
Tabelle IV.10	Diabetiker mit podologischer Versorgung im Jahr 2006 nach Alter und Geschlecht.....	126
Tabelle IV.11	Diabetiker mit Amputationen/Exartikulationen am Fuß im Jahr 2006 nach Alter und Geschlecht.....	127

Tabelle IV.12	Amputationen/Exartikulationen am Fuß bei Diabetikern im Jahr 2006 nach OPS-Schlüssel .....	127
Tabelle IV.13	Diabetiker mit podologischer Versorgung und Komplikationen im Jahr 2006 nach Geschlecht .....	129
Tabelle IV.14	Atemtherapie-Techniken zur Sekretlimination bei Mukoviszidose ..	136
Tabelle IV.15	Versicherte mit Mukoviszidose 2007 nach Alter und Geschlecht....	139
Tabelle IV.16	Versicherte mit Depression im Jahr 2006 nach Alter und Geschlecht .....	148
Tabelle IV.17	Verordnete Ergotherapieleistungen bei an Depression erkrankten GEK-Versicherten im Jahr 2006 .....	150
Tabelle IV.18	Versicherte mit Schizophrenie im Jahr 2006 nach Alter und Geschlecht.....	151
Tabelle IV.19	Verordnete Ergotherapieleistungen bei an Schizophrenie erkrankten GEK-Versicherten im Jahr 2006 .....	152

## 2. Abbildungsverzeichnis

Abbildung I.1	Sprachauffälligkeiten bei Schulanfängern aus privilegierten und benachteiligten Wohnvierteln.....	9
Abbildung I.2	Motorische Auffälligkeiten bei Schulanfängern aus privilegierten und benachteiligten Wohnvierteln.....	9
Abbildung I.3	Anteile an den Ausgaben der GKV im Jahre 2008 in Prozent der Gesamtausgaben in Höhe von 160,8 Mrd. €.....	10
Abbildung I.4	Verteilung der Ausgaben für Hilfs-, Heil- und Arzneimittel bei den GEK-Versicherten.....	18
Abbildung I.5	Anteil Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittelverordnungen in 2008 nach Alter.....	20
Abbildung II.1	Ausgabenentwicklung für Heilmittel in der GKV und GEK in Euro pro Versichertem 2004 bis 2008.....	49
Abbildung III.1	Hilfsmittelversorgung Bremen mit Entfernungsdifferenz bei auswärtigen Leistungserbringern.....	71
Abbildung III.2	Ausgabenentwicklung für Hilfsmittel in der GKV und GEK in Beträgen pro Versichertem 2004 bis 2008.....	73
Abbildung III.3	Versorgungsprävalenz mit Hilfsmitteln (HMV) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2008.....	77
Abbildung III.4	Ausgaben für Hilfsmittel pro Versichertem 2007 und 2008 nach KV-Bereichen.....	79
Abbildung IV.1	Prävalenz der rheumatoiden Arthritis nach Geschlecht in Altersstufen.....	92
Abbildung IV.2	Anteil GEK-Versicherte mit FMS in Prozent nach Geschlecht in den Jahren 2005 bis 2007.....	105
Abbildung IV.3	GEK-Versicherte mit FMS im Jahr 2007 nach Alter und Geschlecht.....	106
Abbildung IV.4	Männliche GEK-Versicherte mit FMS und Depression nach Altersgruppen 2007.....	107
Abbildung IV.5	Weibliche GEK-Versicherte mit FMS und Depression nach Altersgruppen 2007.....	108

Abbildung IV.6	Verordnungen nach Facharztgruppe und Leistungsart in Prozent..	111
Abbildung IV.7	Anteil LV an allen am FMS erkrankten Versicherten für die empfohlenen Arzneimittelgruppen und für Physiotherapie im Jahr 2007 in Prozent.....	114
Abbildung IV.8	Betroffene Organe durch Mukoviszidose und resultierende Krankheitserscheinungen .....	132
Abbildung IV.9	Skizze zur „Flutter“.....	138
Abbildung IV.10	Verordnungspositionen Physiotherapie 2004 bis 2007.....	141
Abbildung IV.11	Inhalationsgerät „eFlow rapid“ .....	142
Abbildung IV.12	Verordnungsprävalenz von Atemhilfsmitteln bei Mukoviszidose 2004 bis 2007.....	143
Abbildung IV.13	Ergotherapieverordnungen bei Depressiven Störungen nach Alter und Geschlecht .....	149
Abbildung IV.14	Verordnete Ergotherapieleistungen (prozentual) bei GEK-Versicherten mit Depression im Jahr 2006 .....	150
Abbildung IV.15	Verordnete Ergotherapieleistungen (prozentual) bei GEK-Versicherten mit Schizophrenie in 2006.....	153
Abbildung IV.16	Ergotherapieverordnungen bei Schizophrenie nach Alter und Geschlecht.....	154

### 3. Literaturverzeichnis

- Apelqvist J, Bakker K, van Houtum WH, Schaper NC (2008). Practical guidelines on the management and prevention of the diabetic foot. *Diabetes/ Metabolism research and reviews* 24:181-187.
- Association of Chartered Physiotherapists in Cystic Fibrosis (2002). Clinical guidelines for the physiotherapy management of cystic fibrosis. Verfügbar unter: <https://www.cebp.nl/media/m322.pdf> (letzter Zugriff: 16.09.2009).
- AWMF – Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Hrsg.) (2008). S3- Leitlinie: Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms. <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/041-004.htm> (letzter Zugriff: 10.08.2009).
- ÄZQ – Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (2008). Nationale Versorgungsleitlinie Typ-2-Diabetes. Version 2.6. Verfügbar unter: <http://www.diabetes-versorgungsleitlinien.de/> (letzter Zugriff: 18.09.2009).
- Bellach BM, Ellert U, Radoschewski M (2000). Epidemiologie des Schmerzes – Ergebnisse des Bundesgesundheitsurvey 1998. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 43:421-431.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2009). Vorläufige Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung nach der Statistik KV45 (1998 bis 2007; 1. bis 4. Quartal 2008). Verfügbar unter: [http://www.bmg.bund.de/cln\\_091/nn\\_1168278/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken/Gesetzliche-Krankenversicherung/Kennzahlen-und-Faustformeln/Kennzahlen-und-Faustformeln.templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Kennzahlen-und-Faustformeln.pdf](http://www.bmg.bund.de/cln_091/nn_1168278/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken/Gesetzliche-Krankenversicherung/Kennzahlen-und-Faustformeln/Kennzahlen-und-Faustformeln.templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Kennzahlen-und-Faustformeln.pdf) (letzter Zugriff: 11.08.2009).
- Boonen A, van den Heuvel R, van Tubergen A, Goossens M, Severens JL, van der Heijde D, van der Linden S (2005). Large differences in cost of illness and wellbeing between patients with fibromyalgia, chronic low back pain, or ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 64(3):396-402.
- Boucher RC (2001). Zystische Fibrose. In: Dietel M, Dudenhausen J, Suttrop N. *Harrisons innere Medizin*. ABW Wissenschaftsverlag: Berlin.
- Boulton AJM, Vileikyte L, Ragnarson-Tennvall G, Apelqvist JV (2005). The global burden of diabetic foot disease. *Lancet* 366(9498):1719-24.

- Boulton AJM (2008). The diabetic foot: grand overview, epidemiology and pathogenesis. *Diabetes/ Metabolism Research and Reviews* 24(1):3-6.
- Boyd CM, Darer J, Boulton CH, Fried LP, Boulton L, Wu AW (2005). Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients with Multiple Comorbid Diseases: Implications for Pay for Performance. *JAMA* 294:716-724.
- Bradley LA (2008). Pathophysiologic mechanisms of fibromyalgia and its related disorders. *J Clin Psychiatry* 69(2):6-13.
- Bramesfeld A, Grobe T, Schwartz FW (2007). Who is treated, and how, for depression? An analysis of statutory health insurance data in Germany. *Soc Psychiatr Epidemiol* 42:740-746
- Bramesfeld A, Grobe T, Schwartz FW (2009). Prevalence of depression diagnosis and prescription of antidepressants in East and West Germany: an analysis health insurance data. *Soc Psychiatr Epidemiol*. Verfügbar unter: <http://www.springerlink.com/content/06602338k31v1107/> (letzter Zugriff: 10.08.2009)
- Brosseau L, Wells GA, Tugwell P, Egan M, Wilson KG, Dubouloz CJ, Casimiro L, Robinson VA, McGowan J, Busch A, Poitras S, Moldofsky H, Harth M, Finestone HM, Nielson W, Haines-Wangda A, Russell-Doreleyers M, Lambert K, Marshall AD, Veilleux L (2008). Ottawa Panel evidence-based clinical practice guidelines for strengthening exercises in the management of fibromyalgia: part 2 (with systematic review). *Physical Therapy* 88(7):873-886.
- Brosseau L, Judd MG, Marchand S, Robinson VA, Tugwell P, Wells G, Yonge K (2003a) Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for the treatment of rheumatoid arthritis in the hand. *Cochrane Database Syst Rev*: CD004377.
- Brosseau L, Yonge KA, Robinson V, Marchand S, Judd M, Wells G, Tugwell P (2003b) Thermotherapy for treatment of osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev*: CD004522.
- Brückle W (2009). Fibromyalgiesyndrom – die neue Leitlinie. *Z Rheumatol*. Verfügbar unter: <http://www.springerlink.com/content/23124p487xm72704/> (letzter Zugriff: 10.08.2009).
- Buchain PC, Vizzotto ADB, Neto JH, Elkis H (2003). Randomized controlled trial of occupational therapy in patients with treatment-resistant schizophrenia. *Rev Bras Psiquiatr* 25(1):26-30.

- Bundesversicherungsamt (2009). Zulassung der Disease-Management-Programme (DMP) durch das Bundesversicherungsamt (BVA). Verfügbar unter: [http://www.bundesversicherungsamt.de/clin\\_100/nn\\_1045774/DE/DMP/dmp\\_\\_inhalt.html?\\_nnn=true](http://www.bundesversicherungsamt.de/clin_100/nn_1045774/DE/DMP/dmp__inhalt.html?_nnn=true) (letzter Zugriff: 16.09.2009).
- Busch AJ, Barber KAR, Overend TJ, Peloso PM, Schachter CL (2007). Exercise for treating fibromyalgia syndrome (Cochrane review). Cochrane Database of Systematic Reviews 17(4):CD003786.
- Busch AJ, Schachter CL, Overend TJ, Peloso PM, Barber KAR (2008). Exercise for fibromyalgia: a systematic review. The Journal of Rheumatology 35(6):1130-1144.
- BVG – Bundesverwaltungsgericht BVerwG 3 C 19.08. – Urteil vom 26. August 2009. Pressemitteilung. Verfügbar unter: [http://www.bundesverwaltungsgericht.de/enid/44449b3b633f4c03720989fcd\\_d7f5546\\_ed703a7365617263685f646973706c6179436f6e7461696e6572092\\_d093132323038093a095f7472636964092d09353737/Pressemitteilungen/Pr\\_essemitteilungen\\_9d.html](http://www.bundesverwaltungsgericht.de/enid/44449b3b633f4c03720989fcd_d7f5546_ed703a7365617263685f646973706c6179436f6e7461696e6572092_d093132323038093a095f7472636964092d09353737/Pressemitteilungen/Pr_essemitteilungen_9d.html) (letzter Zugriff: 21.09.2009).
- BVKM (2009). Argumentationshilfe im Falle unzureichender Versorgung mit Inkontinenzhilfen. Verfügbar unter: [http://www.bvkm.de/0-10/recht\\_argumentationshilfen,Versorgungn\\_g\\_mit\\_Inkontinenzhilfen,index.html](http://www.bvkm.de/0-10/recht_argumentationshilfen,Versorgungn_g_mit_Inkontinenzhilfen,index.html) (letzter Zugriff: 17.09.2009).
- Carville SF, Arendt-Nielsen S, Bliddal H, Blotman F, Branco JC, Buskilla D, Da Silva JA, Danneskiold-Samsøe B, Dincer F, Henriksson C, Henriksson K, Kosek K, Longley K, McCarthy GM, Perrot S, Puszczewicz MJ, Sarzi-Puttini P, Silman A, Spaeth M, Choy EH (2007). EULAR evidence based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. Verfügbar unter: <http://www.myalgia.com/Treatment/EULAR%20revommendations%20for%20treatment%202007.pdf> (letzter Zugriff: 21.09.2009).
- Caspers U (2009). Brief zum Interview: Verletzung der Grundrechte. Verfügbar unter: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/65377> (letzter Zugriff: 23.07.2009).
- Conrad I (2003). Diagnose und Klinik der Fibromyalgie. Schmerz 17:464-474.
- Cook S, Chambers E, Coleman JH (2009). Occupational therapy for people with psychotic conditions in community settings: a pilot randomized controlled trial. Clin Rehabil 23(1):40-52.
- DDU – Deutsche Diabetes-Union (2008). Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2008. Verfügbar unter: [http://www.diabetesstiftung.de/fileadmin/dds\\_user/dokumente/DDU\\_Gesundheitsbericht\\_2008.pdf](http://www.diabetesstiftung.de/fileadmin/dds_user/dokumente/DDU_Gesundheitsbericht_2008.pdf) (letzter Zugriff: 21.09.2009).

- de Jong Z, Munneke M, Zwinderman A, Kroon H, Jansen A, Runday K, van Schaardenburg D, Dijkmans B, Van den Ende C, Breedveld F (2003). Is a long-term high-intensity exercise program effective and safe in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* (48):2415-2424.
- Deitermann B, Kemper C, Glaeske G (2007). GEK-Heil- und Hilfsmittelreport 2007. St. Augustin: Asgard.
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V., Miesen M (Hrsg.) (2004a). *Berufsprofil Ergotherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (2004b). *Indikationskatalog Ambulante Ergotherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Devereaux E & Carlson M (1992). The role of occupational therapy in the management of depression. *Am J Occup Ther* 46(2):175-180.
- DGPPN (Hrsg.) (2006). *Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie*. Darmstadt: Steinkopff Verlag.
- Diener HC, Putzki N (2008). *Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- DIMDI (2009). *Onlinefassungen der Klassifikationen ICD-10-GM und der ICD-10-WHO 2004 bis 2007*. Verfügbar unter: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/Is-icdhtml.htm> (letzter Zugriff: 10.08.2009).
- Eckardt A, Lobmann R (2005). *Der diabetische Fuß – interdisziplinäre Diagnostik und Therapie*. Berlin: Springer.
- Eich W, Häuser W, Friedel E, Klement A, Herrmann M, Petzke F, Offenbächer M, Sciltenwolf M, Sommer C, Tölle T, Henningsen P (2008). Definition, Klassifikation und Diagnose des Fibromyalgiesyndroms. *Zeitschrift für Rheumatologie* 67:665-676.
- Eidt D, Mittendorf T, Wagner T, Reimann A, von der Schulenburg JM (2009). Evaluation von Kosten der ambulanten Behandlung bei Mukoviszidose in Deutschland. *Medizinische Klinik* 104(7):529-535.
- Entgelter ST, Gostynski M, Papa S, Frei M, Born C, Ajdacic-Gross V, Gutzwiller F, Lyrer PA (2006). Epidemiology of aphasia attributable to first ischemic stroke. *Stroke* 37:1379-1384.
- Esser HC (2009). Angemessene Vergütungen auch im Heilmittelbereich – sind Schiedsverfahren die Lösung? *ZVK Journal* 01:18-19.

- Farrell PM (2008). The prevalence of cystic fibrosis in the European Union. *Journal of Cystic Fibrosis* 7(5):450-453.
- Flintrop J, Merten M, Gerst T (2008). Delegation ärztlicher Leistungen: Mangel macht vieles möglich. *Deutsches Ärzteblatt* 109(19):979-981.
- Flume PA, Robinson K, O'Sullivan B, Finder J, Vender R, Willey-Courand DB, White T (2009). Cystic fibrosis pulmonary guidelines: airway clearance therapies. *Respiratory care* 54(4):522-537.
- GBE - Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2009). Gesundheitsversorgung, Beschäftigte und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, Personal im Gesundheitswesen, Gesundheitspersonalrechnung. Ad-hoc-Tabelle: Beschäftigte im Gesundheitswesen in 1.000. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Art der Einrichtung, Berufe. Verfügbar unter: <http://www.gbe-bund.de> (letzter Zugriff: 19.08.2009).
- Gensichen J, Muth C, Butzlaff M, Rosemann T, Raspe H, Müller de Comejo G, Beyer M, Härter M, Müller UA, Angermann CE, Gerlach FM, Wagner E (2006). Die Zukunft ist chronisch: Das Chronic Care-Modell in der deutschen Primärversorgung. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 100:365-374.
- Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.) (2007). Gefährdete Kindheit. Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf die Entwicklungschancen von Kindern in Bremen. Verfügbar unter: [http://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/media.php/13/4\\_bericht\\_zu\\_kindergesundheit.pdf](http://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/media.php/13/4_bericht_zu_kindergesundheit.pdf) (letzter Zugriff: 21.09.2009).
- GKV-Spitzenverband (2007). Anlage 1a zu den Rahmenempfehlungen nach § 125 Abs. 1 SGB V. Verfügbar unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/upload/125\\_Anlage\\_1a\\_208.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/upload/125_Anlage_1a_208.pdf) (letzter Zugriff: 18.09.2009).
- GKV-Spitzenverband (2009). Empfehlungen gemäß § 127 Abs. 1a SGB V. Zur Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen. Verfügbar unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/Hilfsmittel\\_Verlaubarungen.gkvnet](https://www.gkv-spitzenverband.de/Hilfsmittel_Verlaubarungen.gkvnet) (letzter Zugriff: 25.09.2009)
- Glaeske G, Schickanz C, Janhsen K (2009). GEK-Arzneimittel-Report 2009. St. Augustin: Asgard-Verlag.
- Goldenberg DL (1999). Fibromyalgia Syndrome a Decade Later – What have we learned? *Arch Intern Med* 159:777-785.

- Gormsen L, Rosenberg R, Bach F, Jensen T (2009). Depression, anxiety, health-related quality of life and pain in patients with chronic fibromyalgia and neuropathic pain. Verfügbar unter: [http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ArticleURL&\\_udi=B6WFF3-4WCK0DT-1&\\_user=963894&\\_rdoc=1&\\_fmt=&\\_orig=search&\\_sort=d&\\_docanchor=&view=c&\\_acct=C000049504&\\_version=1&\\_urlVersion=0&\\_userid=963894&md5=60a62b706eadb3391c742a89d972a912](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6WFF3-4WCK0DT-1&_user=963894&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_acct=C000049504&_version=1&_urlVersion=0&_userid=963894&md5=60a62b706eadb3391c742a89d972a912) (letzter Zugriff: 21.09.2009).
- Groteloh P (2009). Zukunftsweisendes Urteil. *Physiopraxis* 6:10-11.
- Gur A, Oktayoglu P (2008). Central nervous system abnormalities in fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: new concepts in treatment. *Curr Pharm Des* 14(13):1274-94.
- Gustorff B, Dorner T, Likar R, Grisold W, Lawrence K, Schwarz F, Rieder A (2008). Prevalence of self-reported neuropathic pain and impact on quality of life: a prospective representative survey. *Acta Anaesthesiol Scand* 52(1):132-6.
- Hammond A, Young A, Kidao R (2004). A randomised controlled trial of occupational therapy for people with early rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* (63):23-30.
- Harris RE, Clauw DJ, Scott DJ, McLean SA, Gracely RH, Zubieta JK (2007). Decreased central mu-opioid receptor availability in fibromyalgia. *J Neurosci* 27(37):10000-10006.
- Hauber HP, Reinhardt D, Pforte A (2001). Epidemiologie der CF-Erkrankung. In: Reinhard D, Götz M, Kraemer R, Schöni MH (Hrsg.). *Cystische Fibrose*. Springer: Berlin.
- Häuser W, Bernardy K, Arnold B, Offenbächer M, Schiltenswolf M (2009). The efficacy of multicomponent treatment in Fibromyalgia Syndrome: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Arthritis & Rheumatism* 61(2):216-224.
- Häussler B, Hagemeyer EG, Storz P, Jessel S (2006). *Weißbuch Diabetes in Deutschland*. Stuttgart: Thieme.
- Heilmittelrichtlinien (2004). Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. Verfügbar unter: <http://www.g-ba.de/downloads/62-492-65/RL-Heilmittel-04-12-21.pdf> (letzter Zugriff: 11.08.2009).
- Herber OR, Schnepf W, Rieger M (2007). A systematic review on the impact of leg ulceration on patients' quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes* 5:44.
- Herold G (2008). *Innere Medizin*. Köln: Gerd Herold-Verlag.

- Hirche TO, Loitsch S, Smaczny C, Wagner TOF (2005). Neue Konzepte zur Pathophysiologie und Therapie der Mukoviszidose. *Pneumologie* 59:811-818.
- Holdsworth LK, Webster VS (2004). Direct access to physiotherapy in primary care: now? – and into the future? *Physiotherapy* 90(2):64-72.
- IKF – Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten (2009). Übersicht GKV-Finanzentwicklung. Verfügbar unter: [http://www.ifk.de/inhalt/images/stories/Dokumente/Aktuell/09-03-03-17\\_anlagen\\_pm\\_kv45\\_4q08\\_final.pdf](http://www.ifk.de/inhalt/images/stories/Dokumente/Aktuell/09-03-03-17_anlagen_pm_kv45_4q08_final.pdf) (letzter Zugriff: 21.09.2009).
- IFK – Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten (2008). Meldung vom 17.12.2008: Durchbruch bei Schiedsverfahren. Verfügbar unter: [http://www.ifk.de/inhalt/index.php?option=com\\_content&task=view&id=853&Itemid=17](http://www.ifk.de/inhalt/index.php?option=com_content&task=view&id=853&Itemid=17) (letzter Zugriff: 20.07.2009).
- Jones KD, Adams D, Winters Stone K, Burckhardt CS (2006). A comprehensive review of 46 exercise treatment studies in fibromyalgia (1988 to 2005). *Health and Quality of Life Outcomes* 4:67.
- Jones J, Rutledge D, Jones J, Matallana L, Rooks D (2008). Self-assessed physical function levels of women with fibromyalgia. A national survey. *Womens Health's Issues* 18(5):406-412.
- Karmisholt K, Gøtzsche PC (2005). Physical activity for secondary prevention of disease. Systematic reviews of randomized clinical trials. *Dan Med Bull* 52(2):90-4.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2008). Gemeinsame Stellungnahme der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – PfwG). 12-19. Verfügbar unter: [http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Pflege\\_Weiterentwicklungsgesetz.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Pflege_Weiterentwicklungsgesetz.pdf) (letzter Zugriff: 01.06.2009).
- Kayser H, Thoma R, Mertens E, Sorgatz H, Zenz M, Lindena G (2008). Struktur der ambulanten Schmerztherapie in Deutschland. *Schmerz* 22(4):424-432.
- Kemper C, Koller D, Glaeske G (2008). GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2008. St. Augustin: Asgard-Verlag.
- Kerem E, Conway S, Elborn S, Heijerman H (2005). Standards of care for patients with cystic fibrosis: a European consensus. *Journal of Cystic Fibrosis* 4(1):7-26.
- Kivimäki M, Leino-Arjas P, Kaila-Kangas L, Virtanen M, Elovainio M, Puttonen S, Keltikangas-Järvinen L, Pentti J, Vahtera J (2007). Increased absence due to sickness among employees with fibromyalgia. *Annals of the Rheumatic Diseases* 66:65-69.

- Köllner V, Bernardy K, Sommer C, Häuser W (2009). Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 134:1163- 1174.
- Kremer TM, Zwerdling RG, Michelson PH, O'Sullivan BP (2008). Intensive care management of the patients with cystic fibrosis. *Journal of intensive care medicine* 23(3):159-177.
- KV Hessen (2008). „Initiative Heilmittel für Hessen“ erzielt nächsten Teilerfolg: Weniger Ärzte von Regressforderungen bedroht. Pressemitteilung vom 22. August 2008. Verfügbar unter: <http://www.kv.hessen.de> (letzter Zugriff: 23.07.2009).
- Landtag Baden-Württemberg, Drucksache 14/4180 (2009). Kleine Anfrage der Abg. Rita Haller-Haid und Rudolf Hausmann (SPD) und Antwort des Ministeriums für Wissenschaft, Forschung und Kunst. Verfügbar unter: [www.landtag-bw.de/WP14/Drucksachen/4000/14\\_4180\\_d.pdf](http://www.landtag-bw.de/WP14/Drucksachen/4000/14_4180_d.pdf) (letzter Zugriff: 16.09.2009).
- Liberman RP, Wallace CJ, Blackwell G, Kopelowicz A, Vaccaro JV, Mintz J (1998). Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. *Am J Psychiatry* 155:1087-1091.
- Lindemann H, Tümmler B, Dockter G (2004). *Mukoviszidose – Zystische Fibrose*. Thieme Verlag: Stuttgart.
- Mangani I, Cesari M, Kritchevsky SB, Maraldi C, Carter CS, Atkinson HH, Penninx BWHJ, Marchionni N, Pahor M (2006). Physical exercise and comorbidity. Results from the Fitness and Arthritis in Seniors Trial (FAST). *Aging Clin Exp Res* 18:374-380.
- Marks JH (2007). Airway clearance devices in cystic fibrosis. *Paediatric respiratory reviews* 8:17-23.
- Matricali GA, Dereymaeker G, Muls E, Flour M, Mathieu C (2007). Economic aspects of diabetic foot care in a multidisciplinary setting: a review. *Diabetes/ Metabolism Research and Reviews* 23(5):339-47.
- Mau W, Beyer W, Ehlebracht-König I, Engel M, Genth E, Greitemann B, Jäckel W, Zink A (2008). Krankheitslast: Erste Routineberichterstattung zu sozialmedizinischen Folgen entzündlich-rheumatischer Erkrankungen in Deutschland. *Z f Rheumatol* 67:157-164.
- Mau W, Müller A (2008). Rehabilitative und ambulante physikalisch-medizinische Versorgung von Rheumakranken. *Z f Rheumatol* 67:542-553.
- McLean SA, Williams DA, Harris RE , Kop WJ, Groner KH, Ambrose K, Lyden AK, Gracely RH, Crofford LJ, Geisser ME, Sen A, Biswas P, Clauw DJ (2005). Momentary Relationship Between Cortisol Secretion and Symptoms in Patients With Fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism* 52(11):3660–3669.

- Mecklenburg H (2003). Aufgaben der Ergotherapie im Rahmen der Behandlung psychisch Kranker. *Psychoneuro* 29(4):184-186.
- Merz U (2008). Mit Berufsverbänden im Gespräch. Modellvorhaben – Stand der Dinge. *Physiopraxis* 12-13:12-14.
- Mitchell JM, de Lissovoy G (1997). A comparison of recourse use and cost in direct access versus physician referral episodes of physical therapy. *Phys Ther* 77(1):10-8.
- Morgan C, Craig JC, Peters JR (2000). Relationship between diabetes and mortality. *Diabetes care* 23(8):1103-1107.
- Mozley CG, Schneider J, Cordingley L, Molineux M, Duggan S, Hart C, Stoker B, Williamson R, Lovegrove R, Cruickshank A (2007). The care home activity project: does introducing an occupational therapy programme reduce depression in care homes? *Aging Ment Health* 11(1):99-107.
- Neuberger GB, Press AN, Lindsley HB, Hinton R, Cagle PE, Carlson K, Scott S, Dahl J, Kramer B (1997). Effects of exercise on fatigue, aerobic fitness, and disease activity measures in persons with rheumatoid arthritis. *Res Nurs Health* 20:195-204.
- Neuberger GB, Aaronson LS, Gajewski B, Embretson SE, Cagle PE, Loudon JK, Miller PA (2007). Predictors of exercise and effects of exercise on symptoms, function, aerobic fitness, and disease outcomes of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 57:943-952.
- Neumann L, Berzak A, Buskila D (2000). Measuring health status in Israeli patients with fibromyalgia syndrome and widespread pain and healthy individuals: utility of the short form 36-item health survey (SF-36). *Semin Arthritis Rheum* 29(6):400-8.
- Ortegon MM, Redekop WK, Niessen LW (2004). Cost-Effectiveness of prevention and treatment of the diabetic foot. *Diabetes care* 27(4):901-907.
- Ottawa Panel Members (2004). Ottawa Panel evidence-based clinical practice guidelines for therapeutic exercises in the management of rheumatoid arthritis in adults. *Phys Ther* (84):934-972.
- Paul K, Ratjen F, Schuster A (2001). Pulmonale Manifestation der zystischen Fibrose. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 149(3):222-238.
- Pittrow D, Pieper L, Klotsche J, Wittchen HU (2007). *DETECT*. München: Elsevier.
- Rathur HM, Boulton AJM (2007). The diabetic foot. *Clinics in Dermatology* 25(1):109-120.
- Repschläger U (2009). Mehr Autonomie für Physiotherapeuten. Die neuen Modellvorhaben – Chance für die Physiotherapie. Vortrag vom 12.06.2009. Bundesverband selbständiger Physiotherapeuten – IFK e. V.

- Reuster T, Winiecki P (2005). Ergotherapie. In: Lehofer M, Stuppäck C (Hrsg.). Depressionstherapien. Stuttgart, New York: Thieme Verlag.
- Reuster T (2006). Effektivität der Ergotherapie im psychiatrischen Krankenhaus. Darmstadt: Steinkopff-Verlag.
- Rheumabericht der Bundesregierung 1997. Bundestags-Drucksache 13/8434. Verfügbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/13/084/1308434.pdf> (letzter Zugriff: 21.09.2009).
- RKI – Robert Koch Institut (Hrsg.) (2002). Heft 10: Gesundheit im Alter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Verfügbar unter: [http://www.rki.de/cln\\_091/nn\\_199850/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/gesundheit\\_im\\_alter.html](http://www.rki.de/cln_091/nn_199850/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/gesundheit_im_alter.html). (letzter Zugriff: 11.08.2009).
- RKI – Robert Koch Institut (Hrsg.) (2004). Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Verfügbar unter: [http://www.rki.de/cln\\_091/nn\\_196348/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/gesundheit\\_von\\_kinder\\_und\\_jugendlichen.html](http://www.rki.de/cln_091/nn_196348/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/gesundheit_von_kinder_und_jugendlichen.html) (letzter Zugriff: 11.08.2009).
- RKI – Robert Koch Institut (Hrsg.) (2005). Auswertungsergebnisse: Herz- und Kreislauf-Krankheiten. Schlaganfall: Prävalenz, Inzidenz, Trend, Ost-West-Vergleich. Verfügbar unter: [www.rki.de/cln\\_100/nn\\_197444/DE/Content/GBE/Auswertungsergebnisse/nichtuebertragbareKrankheiten/HerzKreislaufKrankheiten/hkk\\_inhalt.html?\\_\\_nnn=true](http://www.rki.de/cln_100/nn_197444/DE/Content/GBE/Auswertungsergebnisse/nichtuebertragbareKrankheiten/HerzKreislaufKrankheiten/hkk_inhalt.html?__nnn=true) (letzter Zugriff: 11.08.2009).
- Robinson V, Brosseau L, Casimiro L, Judd M, Shea B, Wells G, Tugwell P (2002). Thermotherapy for treating rheumatoid arthritis. Cochrane Database Syst Rev: CD002826.
- Rooks SD, Gautam S, Romeling M, Cross ML, Stratigakis D, Evans B, Goldenberg DL, Iversen MD, Katz JN (2007). Group exercise, education, and combination of self-management on woman with fibromyalgia. Arch Intern Med 167(20):2192-2199.
- Sarzi-Puttini P, Buskila D, Carrabba M, Doria A, Atzeni F (2008). Treatment strategy in fibromyalgia syndrome: where are we now? Seminars in Arthritis and Rheumatism 37(6):353-365.
- Schammert-Prenzler A (2007). Daten aus Schuleingangsuntersuchungen. Abstract und Vortrag zur Veranstaltung „Sprachentwicklungsstörungen und ihre Therapie“. IKK-Landesverband, Akademie für Sozialmedizin 12. Juli 2007, Hannover

- Scheepers C, Steding-Albrecht U, Jehn P (Hrsg.) (1999). Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln. Stuttgart, New York: Thieme Verlag.
- Schene AH, Koeter MW, Kikkert MJ, Swinkels JA, McCrone P (2007). Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works: randomized trial including economic evaluation. *Psychol Med* 37(3):351-362.
- Schiltewolf M, Häuser W, Felde E, Flügge C, Häfner R, Settan M, Offenbächer M (2008). Physiotherapy, exercise and strength training and physical therapies in the treatment of fibromyalgia. *Schmerz* 22(3):303-12.
- Schmidt, JU (2002). Gesundheitsinformationen: Ergotherapie. Verfügbar unter: <http://www.psychiatrie-aktuell.de/bgdisplay.html?itemname=ergotherapie> (letzter Zugriff: 01.09.2009).
- Schneider M, Ibkendanz S (2007). Interdisziplinäre Leitlinie Management der frühen rheumatoiden Arthritis. Darmstadt: Steinkopff.
- Schwegler K, Hell D, Witschi T, Kampli U, Böker H (2003). Die Rolle der Handlungs- und Sozialkompetenz in der stationären Ergotherapie depressiv Erkrankter: eine empirische Verlaufsstudie. *Krankenhauspsychiatrie* 14:14-18.
- Silverman S, Dukes EM, Johnston SS, Brandenburg NA, Sadosky A, Huse DM (2009). The economic burden of fibromyalgia: comparative analysis with rheumatoid arthritis. *Curr Med Res Opin* 25(4):829-40.
- Singh N, Armstrong DG, Lipsky BA (2005). Preventing foot ulcers in patients with diabetes. *JAMA* 293(2):217-28.
- Solvay Arzneimittel (2007). Mukoviszidose. Eine Einführung für Patienten und Angehörige. Kreon Informationsmaterial.
- Spraul M (2009). Interdisziplinäre Behandlung des diabetischen Fußsyndroms. *Diabetologie* 5(2):78-90.
- Statistisches Bundesamt (2008). Gesundheitspersonal. Beschäftigung im Gesundheitswesen steigt weiter an. Pressemitteilung Nr.490 vom 17.12.2008. Verfügbar unter: [http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2008/12/PD08\\_\\_490\\_\\_23621,templateId=renderPrint.psm1](http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2008/12/PD08__490__23621,templateId=renderPrint.psm1) (letzter Zugriff: 11.08.2009).
- Stieltjens EMJ, Dekker J, Bouter LM, van Schaardenburg D, van Kuyk MH, van den Ende CHM (2002). Occupational therapy for rheumatoid arthritis: a systematic review. *Arthritis Rheum* 47:672-685.

- Steultjens EMJ, Dekker J, Bouter LM, van Schaardenburg D, van Kuyk MAH, van den Ende CHM (2004). Occupational therapy for rheumatoid arthritis. Cochrane Database Syst Rev: CD003114.
- Strausbaugh SD, Davis PB (2007). Cystic Fibrosis: A Review of Epidemiology and Pathobiology. *Clinical chest medicine* 28:279-288.
- Stuhrmann M, von der Hardt H, Fabel H (1999). Mukoviszidose. *Der Internist* 40(5):476-485.
- Suomi R, Collier D (2003). Effects of arthritis exercise programs on functional fitness and perceived activities of daily living measures in older adults with arthritis. *Arch Phys Med Rehabil* (84):1589-1594.
- Suslow T, Schonauer K, Ohrmann P, Eikelmann B, Reker T (2000). Prediction of work performance by clinical symptoms and cognitive skills in schizophrenic outpatients. *J Nerv Ment Disease* 188(2):116-118.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007). Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. Verfügbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf> (letzter Zugriff: 11.08.2009). -> In Kristins Kapitel nach dieser Lit-angabe schauen und in SVR ändern! gleiches gilt für untere Angabe!
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009). Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Gutachten 2009. Verfügbar unter: <http://svr-gesundheit.de/Gutachten/%DCbersicht/GA2009-LF.pdf> (letzter Zugriff: 11.08.2009).
- Swinkels I, Kooijman MK, Leemrijse CJ (2009a). Steeds meer fysiotherapiepatienten komen zonder verwijfsbrief. Factsheet. Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg. Utrecht: NIVEL. <http://www.nivel.nl/pdf/Factsheet-zonder-verwijfsbrief-naar-fysiotherapeut.pdf> (letzter Zugriff: 11.08.2009).
- Swinkels I, Kooijman MK, Leemrijse CJ (2009b). Patienten die rechtstreeks bij de fysiotherapeut komen behalen vaker de behandeldoelen. Factsheet. Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg. Utrecht: NIVEL. Verfügbar unter: [http://www.nivel.nl/pdf/Factsheet\\_directe\\_toegang\\_fysio\\_behandeling.pdf](http://www.nivel.nl/pdf/Factsheet_directe_toegang_fysio_behandeling.pdf) (letzter Zugriff: 11.08.2009).
- Symmons D, Turner G, Webb R, Asten P, Barrett E, Lunt M, Scott D, Silman A (2002). The prevalence of rheumatoid arthritis in the United Kingdom: new estimates for a new century. *Rheumatology* (41):793-800.

- Thieme H, Borgetto B (2009a). Physiotherapeutische Versorgung von Menschen mit rheumatischen Erkrankungen. In: Borgetto B, Stößel U (Hrsg.) Gemeinschaftliche Selbsthilfe und medizinische Versorgung rheumakrankter Menschen. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung der Ergebnisqualität der Selbsthilfeaktivitäten und Versorgungsangebote der Rheuma-Liga Baden-Württemberg und der rheumatologischen Versorgung rheumakrankter Menschen. Münster, Hamburg, Berlin: LIT-Verlag; im Druck.
- Thieme H, Borgetto B (2009b). Physiotherapeutische Routineversorgung von Patienten mit rheumatischen Erkrankungen – Auswirkungen auf Schmerz, Funktionsfähigkeit und Lebensqualität. *Akt Rheumatol* 34:226-233.
- Turk DC, Flor H (1989). Primary fibromyalgia is greater than tender points: toward a multiaxial taxonomy. *JRheumatol* 19:80-86.
- van den Ende C, Vliet Vieland T, Munneke M, Hazes J (1998). Dynamic exercise therapy in rheumatoid arthritis: a systematic review. *Rheumatology* 37:677-687.
- van den Ende CH, Breedveld FC, le Cessie S, Dijkmans BA, de Mug AW, Hazes JM (2000). Effect of intensive exercise on patients with active rheumatoid arthritis: a randomised clinical trial. *Ann Rheum Dis* 59:615-621.
- VdEK (2007). Rahmenvertrag mit den Berufsverbänden für Podologie. Verfügbar unter: <http://www.vdek.de> (letzter Zugriff: 16.09.2009).
- Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg (2009). Urteil vom 19.03.2009, 9 S. 1413/08.
- Visser H, Cessie S, Vos K, Breedveld F, Hazes J (2002). How to diagnose rheumatoid arthritis early. *Arthritis Rheum* 46:357-365.
- Voigt-Radloff S, Schochat T, Heiß HW (2004). Kontrollierte Studien zur Wirksamkeit von Ergotherapie bei Älteren. *Z Gerontol Geriat* 37:450-458.
- Waltz M (2000). The disease process and utilization of health services in rheumatoid arthritis: the relative contributions of various markers of disease severity in explaining consumption patterns. *Arthritis Care Res* 13:74-88.
- Weigl M, Schwarzkopf S, Stucki G (2008). Anwendung der ICF in der rheumatologischen Rehabilitation. *Z f Rheumatol* 67:565-574.

- Widder B, Hausotter W, Husstedt IW, Marx P, Puhlmann HU (2008). Sichtbarmachung einer Fiktion – die neue S3-Leitlinie Fibromyalgiesyndrom. Leserbrief des Vorstands der Arbeitsgemeinschaft Neurologische Begutachtung (ANB) e.V. zur im Juni 2008 in der Zeitschrift „Der Schmerz“ publizierten interdisziplinären AWMF-Leitlinie Fibromyalgiesyndrom. Verfügbar unter: <http://www.anb-ev.de/aktuelles/> (letzter Zugriff: 10.08.2009).
- Wiedl KH, Kemper K, Uhlhorn S, Schöttke H (2005). Welche schizophrenen Patienten verbessern sich unter Arbeitstherapie, welche nicht? Ein Beitrag zur differenziellen Wirksamkeitsprüfung. *Fortschr Neurol Psychiatr* 73:647-680.
- Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, Tugwell P, Campbell SM, Abeles M, Clark P, et al. (1990). The American College of Rheumatology criteria for the classification of fibromyalgia: report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum* 33:160–72.
- Zink A, Listing J, Niewerth M, Zeidler H (2001a). The national database of the German Collaborative Arthritis Centres: II. Treatment of patients with rheumatoid arthritis. *Ann. Rheum Dis* 60:207-213.
- Zink A, Mau W, Schneider M (2001b). Epidemiologische und sozialmedizinische Aspekte entzündlich-rheumatischer Systemerkrankungen. *Der Internist* 42:211-222.
- Zink A, Huscher D, Listing J (2003). Die Kerndokumentation der Regionalen Kooperativen Rheumazentren als Instrument der klinischen Epidemiologie und der Qualitätssicherung der rheumatologischen Versorgung. *Z ärztl Fortbild Quallsich* 97:399-406.
- Zink A, Thiele K, Huscher D, Listing J, Sieper J, Krause A, Gromnica-Ihle E, von Hinueber U, Wassenberg S, Genth E (2006). Healthcare and burden of disease in psoriatic arthritis. A comparison with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *J Rheumatol* 33:86-90.
- Zink A (2007). Entwicklungen bei der Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen. Fachtagung der Deutschen Rheumaliga: Zukunft der Rehabilitation rheumakranker Menschen 19.10.2007 Berlin. Verfügbar unter: [http://www.rheuma-liga.de/uploads/0/box/zink\\_rehabilitation\\_191007.pdf](http://www.rheuma-liga.de/uploads/0/box/zink_rehabilitation_191007.pdf) (letzter Zugriff: 17.09.2009).
- ZVK homepage (2009). Beruf und Bildung: Zahlen, Daten, Fakten. Verfügbar unter: <http://www.zvk.org/s/content.php?area=650&sub=742>. (letzter Zugriff: 20.07.2009).

## **VI. Anhang**

Tab. 1	Anzahl Versicherte (Statusfälle) nach Alter und Geschlecht.....	181
Tab. 2	Anzahl Versicherte für 2008 nach Alter und Geschlecht.....	182
Tab. 3	Prozentuale Verteilung der Ausgaben für Versicherte mit Inanspruchnahme von Heilmitteln, Hilfsmitteln und Hilfsmitteln nach SGB XI § 40 (Pflege) im Jahr 2008 .....	183
Tab. 4	Prozentuale Verteilung der Ausgaben für Versicherte mit Inanspruchnahme von Hilfsmitteln (HMV) im Jahr 2008 .....	183
Tab. 5	Prozentuale Verteilung der Ausgaben für Versicherte mit Inanspruchnahme von Heilmitteln (RL) im Jahr 2008.....	184
Tab. 6	Prozentuale Verteilung der Ausgaben für Versicherte mit Inanspruchnahme von Hilfsmitteln nach SGB XI § 40 (Pflege) im Jahr 2008 .....	184
Tab. 7	Anteil Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittelverordnungen in 2008 nach Alter .....	185
Tab. 8	Änderung der Ausgaben für Hilfsmittel durch die Neuaufbereitung der Abrechnungsdaten des Jahres 2007 .....	186
Tab. 9	Anteil der GEK-Versicherten mit Heilmittel-Verordnungen (RL) in 2008 nach Alter und Geschlecht .....	187
Tab. 10	Veränderung der Ausgaben pro 100 Versicherte in Prozent nach KV-Bereichen von 2007 zu 2008 .....	188
Tab. 11	Abweichungen der tatsächlichen von den erwarteten Ausgaben in Prozent nach KV-Bereichen für 2008.....	188
Tab. 12	Veränderung der Anzahl der Leistungserbringer pro 100 Versicherte .....	189
Tab. 13	Anteil der GEK-Versicherten mit Ergotherapie-Verordnungen in 2008 nach Alter und Geschlecht .....	190
Tab. 14	Regionale Entwicklung der Ausgaben pro 100 Versicherte von 2007 zu 2008 in der Ergotherapie.....	191
Tab. 15	Tatsächliche und erwartete Ausgaben für Ergotherapie 2008 .....	192
Tab. 16	Anteil der GEK-Versicherten mit Logopädie-Verordnungen in 2008 nach Alter und Geschlecht .....	193
Tab. 17	Regionale Entwicklung der Ausgaben pro 100 Versicherte von 2007 zu 2008 in der Logopädie .....	194
Tab. 18	Tatsächliche und erwartete Ausgaben für Logopädie 2008 .....	195

Tab. 19	Anteil der GEK-Versicherten mit Physiotherapie-Verordnungen in 2008 nach Alter und Geschlecht.....	196
Tab. 20	Regionale Entwicklung der Ausgaben pro 100 Versicherte von 2007 zu 2008 in der Physiotherapie .....	197
Tab. 21	Tatsächliche und erwartete Ausgaben für Physiotherapie 2008 .....	198
Tab. 22	Anteil der GEK-Versicherten mit Podologie-Verordnungen in 2008 nach Alter und Geschlecht.....	199
Tab. 23	Regionale Entwicklung der Ausgaben pro 100 Versicherte von 2007 zu 2008 in der Podologie .....	200
Tab. 24	Anteil Versicherte mit Heilmittelleistungen nach Alter und Geschlecht 2008 in Prozent.....	201
Tab. 25	Anteil der GEK-Versicherten mit Hilfsmittel-Verordnungen (HMV) in 2008 nach Alter und Geschlecht .....	202
Tab. 26	Anteil der GEK-Versicherten mit Verordnungen nach SGB XI § 40 in 2008 nach Alter und Geschlecht .....	203
Tab. 27	Produktgruppen im Hilfsmittelverzeichnis und Pflegehilfsmittelverzeichnis.....	204
Tab. 28	Versorgungsprävalenz und Ausgaben für Hilfsmittelleistungen in 2007 und 2008 nach Produktgruppen.....	206
Tab. 29	Versorgungsprävalenz mit Hilfsmitteln (HMV) nach Alter und Geschlecht .....	208
Tab. 30	Regionale Entwicklung der Ausgaben pro 100 Versicherte von 2007 zu 2008 von Hilfsmitteln (HMV) .....	209
Tab. 31	Tatsächliche und erwartete Ausgaben für Hilfsmittel (HMV) 2008 .....	210
Tab. 32	Ausgaben für Hilfsmittel pro Versichertem 2007 und 2008 nach KV-Bereichen ..	210
Tab. 33	Hilfsmittel aus Apotheken 2007 und 2008.....	211
Tab. 34	Verordnungen bei FMS nach Facharztgruppe und Leistungsart in Prozent .....	211
Tab. 35	Inzidenz von mind. einer Diagnose (M79.7) im Zeitraum vom 1. Quartal 2006 bis einschließlich 1. Quartal 2007 nach Alter und Geschlecht.....	212
Tab. 36	Verordnungshäufigkeit der Abrechnungspositionen nach Facharztgruppen 2007.....	212

**Tab. 1 Anzahl Versicherte (Statusfälle) nach Alter und Geschlecht**

Alter in Jahren	2007	2008	Änderung zu 2007 in %
<b>Insgesamt</b>	<b>1.701.785</b>	<b>1.812.254</b>	<b>+6,49</b>
0 bis unter 10 Jahre	164.747	168.595	+2,34
10 bis unter 20 Jahre	230.855	235.239	+1,90
20 bis unter 30 Jahre	235.800	254.589	+7,97
30 bis unter 40 Jahre	242.273	238.990	-1,36
40 bis unter 50 Jahre	348.933	363.197	+4,09
50 bis unter 60 Jahre	236.855	259.501	+9,56
60 bis unter 70 Jahre	147.401	166.901	+13,23
70 bis unter 80 Jahre	71.063	94.298	+32,70
80 bis unter 90 Jahre	21.892	28.631	+30,78
90 Jahre und älter	1.966	2.313	+17,65
<b>Männer</b>	<b>895.558</b>	<b>950.466</b>	<b>+6,13</b>
0 bis unter 10 Jahre	84.335	86.503	+2,57
10 bis unter 20 Jahre	118.310	120.479	+1,83
20 bis unter 30 Jahre	114.294	123.621	+8,16
30 bis unter 40 Jahre	124.495	121.584	-2,34
40 bis unter 50 Jahre	183.595	190.081	+3,53
50 bis unter 60 Jahre	131.253	142.191	+8,33
60 bis unter 70 Jahre	86.455	96.760	+11,92
70 bis unter 80 Jahre	41.409	54.577	+31,80
80 bis unter 90 Jahre	10.781	13.931	+29,22
90 Jahre und älter	631	739	+17,12
<b>Frauen</b>	<b>806.227</b>	<b>861.788</b>	<b>+6,89</b>
0 bis unter 10 Jahre	80.412	82.092	+2,09
10 bis unter 20 Jahre	112.545	114.760	+1,97
20 bis unter 30 Jahre	121.506	130.968	+7,79
30 bis unter 40 Jahre	117.778	117.406	-0,32
40 bis unter 50 Jahre	165.338	173.116	+4,70
50 bis unter 60 Jahre	105.602	117.310	+11,09
60 bis unter 70 Jahre	60.946	70.141	+15,09
70 bis unter 80 Jahre	29.654	39.721	+33,95
80 bis unter 90 Jahre	11.111	14.700	+32,30
90 Jahre und älter	1.335	1.574	+17,90

**Tab. 2 Anzahl Versicherte für 2008 nach Alter (5-Jahres-Altersgruppen) und Geschlecht**

Alter in Jahren	Anzahl versicherte Personen		
	Gesamt	Männer	Frauen
0 bis unter 5	74.470	38.184	36.286
5 bis unter 10	90.407	46.405	44.002
10 bis unter 15	100.431	51.472	48.959
15 bis unter 20	118.711	60.605	58.106
20 bis unter 25	124.309	61.240	63.069
25 bis unter 30	109.784	52.858	56.926
30 bis unter 35	102.197	51.882	50.315
35 bis unter 40	131.247	69.082	62.165
40 bis unter 45	178.634	94.349	84.285
45 bis unter 50	177.335	94.891	82.444
50 bis unter 55	141.201	77.991	63.210
55 bis unter 60	113.840	63.056	50.784
60 bis unter 65	80.722	47.090	33.632
65 bis unter 70	83.272	49.329	33.943
70 bis unter 75	61.699	36.443	25.256
75 bis unter 80	32.682	18.281	14.401
80 bis unter 85	19.893	10.268	9.625
85 bis unter 90	8.752	3.684	5.068
90 bis unter 95	1.701	591	1.110
95 bis unter 100	558	137	421
100 und älter	55	12	43
0 bis über 100	1.751.900	927.850	824.050

**Tab. 3 Prozentuale Verteilung der Ausgaben für Versicherte mit Inanspruchnahme von Heilmitteln, Hilfsmitteln und Hilfsmitteln nach SGB XI § 40 (Pflege) im Jahr 2008**

Anteil an den Gesamtausgaben (Gesamt: 206.427.611,80€)	Ausgaben in €	Anteil Versicherte mit Verordnungen in % (n=481.917)		Anteil Versicherte in % (n=1.812.254)
10%	20.643.715,19	0,13	619	0,03
20%	41.288.847,39	0,66	3158	0,17
30%	61.930.090,24	1,72	8279	0,46
40%	82.572.653,17	3,60	17.368	0,96
50%	103.214.706,43	6,53	31.480	1,74
60%	123.856.702,61	10,71	51.601	2,85
70%	144.499.606,52	17,16	82.720	4,56
80%	165.142.188,32	27,84	134.159	7,40
90%	185.784.893,08	47,11	227.028	12,53
100%	206.427.611,80	100,00	481.917	26,59

**Tab. 4 Prozentuale Verteilung der Ausgaben für Versicherte mit Inanspruchnahme von Hilfsmitteln (HMV) im Jahr 2008**

Anteil an den Hilfsmittelgesamtausgaben (Gesamt: 108.679.576,26€)	Ausgaben in €	Anteil Versicherte mit Hilfsmittelverordnungen (HMV) in % (n=298.761)		Anteil Versicherte in % (n=1.812.254)
10%	10.888.473,36	0,04	105	0,01
20%	21.743.046,46	0,32	951	0,05
30%	32.606.300,04	0,91	2.721	0,15
40%	43.474.098,37	1,97	5.915	0,33
50%	54.340.849,97	3,89	11.625	0,64
60%	65.208.885,16	6,68	19.960	1,10
70%	76.075.837,03	11,08	33.102	1,83
80%	86.943.751,54	19,76	59.080	3,26
90%	97.811.738,29	40,52	121.064	6,68
100%	108.679.576,26	100,00	298.761	16,49

**Tab. 5 Prozentuale Verteilung der Ausgaben für Versicherte mit Inanspruchnahme von Heilmitteln (RL) im Jahr 2008**

Anteil an den Heilmittelgesamtausgaben (Gesamt: 96.511.292,26€)	Ausgaben in €	Anteil Versicherte mit Heilmittelverordnungen (RL) in % (n=291.860)		Anteil Versicherte in % (n=1.812.254)
10%	9.652.879,15	0,55	1.615	0,09
20%	19.304.159,09	1,84	5.366	0,30
30%	28.953.501,45	3,94	11.486	0,63
40%	38.605.232,62	7,01	20.472	1,13
50%	48.256.196,73	11,37	33.184	1,83
60%	57.907.064,26	17,49	51.044	2,82
70%	67.557.938,89	26,40	77.054	4,25
80%	77.209.231,75	39,14	114.221	6,30
90%	86.860.231,93	59,33	173.162	9,56
100%	96.511.292,26	100,00	291.860	16,10

**Tab. 6 Prozentuale Verteilung der Ausgaben für Versicherte mit Inanspruchnahme von Hilfsmitteln nach SGB XI § 40 (Pflege) im Jahr 2008**

Anteil an den Gesamtausgaben nach SGB XI § 40 (Gesamt: 1.236.743,28€)	Ausgaben in €	Anteil Versicherte mit Verordnungen nach SGB XI § 40 in % (n=3.192)		Anteil Versicherte in % (n=1.812.254)
10%	126.811,17	0,81	26	0,00
20%	247.985,74	3,07	98	0,00
30%	371.100,14	8,11	259	0,01
40%	495.024,55	15,04	480	0,03
50%	618.515,61	22,49	718	0,04
60%	742.169,71	29,98	957	0,05
70%	866.068,15	38,91	1.242	0,07
80%	989.747,07	48,40	1.545	0,09
90%	1.113.256,99	63,31	2.021	0,11
100%	1.236.743,28	100,00	3.192	0,18

**Tab. 7 Anteil Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittelverordnungen in 2008 nach Alter**

Alter in Jahren	Anteil Versicherte mit Heilmittelverordnungen (RL)	Anteil Versicherte mit Hilfsmittelverordnungen (HMV)
0 bis unter 10 Jahre	13,45	11,16
10 bis unter 20 Jahre	8,77	18,89
20 bis unter 30 Jahre	8,37	8,19
30 bis unter 40 Jahre	13,70	10,76
40 bis unter 50 Jahre	18,01	14,27
50 bis unter 60 Jahre	22,14	18,90
60 bis unter 70 Jahre	23,92	23,64
70 bis unter 80 Jahre	25,41	29,92
80 bis unter 90 Jahre	24,16	43,17
90 Jahre und älter	20,36	64,38

**Tab. 8 Änderung der Ausgaben für Hilfsmittel durch die Neuaufbereitung der Abrechnungsdaten des Jahres 2007**

Produktgruppe	Report 2008 Ausgaben in €	Report 2009 Ausgaben in €	Differenz in %
01 - Absauggeräte	381.572,04	387.436,64	+1,54
02 - Adaptionshilfen	158.703,66	170.332,19	+7,33
03 - Applikationshilfen	5.781.526,75	5.818.979,71	+0,65
04 - Badehilfen	1.020.192,80	1.027.376,39	+0,70
05 - Bandagen	7.030.610,00	7.043.631,81	+0,19
06 - Bestrahlungsgeräte	18.818,81	19.388,26	+3,03
07 - Blindenhilfsmittel	169.944,55	170.048,78	+0,06
08 - Einlagen	6.537.825,97	6.542.508,30	+0,07
09 - Elektrostimulationsgeräte	1.854.398,03	1.859.372,09	+0,27
10 - Gehhilfen	1.112.579,64	1.119.672,08	+0,64
11 - Hilfsmittel gegen Dekubitus	804.813,78	813.116,19	+1,03
12 - Hilfsmittel bei Tracheostoma	1.207.386,47	1.213.243,34	+0,49
13 - Hörhilfen	6.484.139,69	6.488.685,56	+0,07
14 - Inhalations- und Atemtherapie	9.598.440,35	9.660.682,72	+0,65
15 - Inkontinenzhilfen	4.775.274,67	4.783.014,53	+0,16
16 - Kommunikationshilfen	337.604,76	338.801,04	+0,35
17 - Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	3.728.884,43	3.737.818,68	+0,24
18 - Krankenfahrzeuge	5.563.756,69	5.572.120,71	+0,15
19 - Krankenpflegeartikel	755.686,32	790.519,35	+4,61
20 - Lagerungshilfen	241.911,42	245.741,31	+1,58
21 - Meßgeräte für Körperzustände/-funktionen	720.020,26	724.359,30	+0,60
22 - Mobilitätshilfen	431.403,17	442.481,26	+2,57
23 - Orthesen/Schienen	4.035.274,41	4.076.654,99	+1,03
24 - Prothesen	3.615.775,38	3.635.276,66	+0,54
25 - Sehhilfen	1.559.293,63	1.561.146,06	+0,12
26 - Sitzhilfen	889.085,46	900.695,20	+1,31
27 - Sprechhilfen	44.826,34	44.826,34	0,00
28 - Stehhilfen	177.648,13	179.650,42	+1,13
29 - Stomaartikel	3.456.472,33	3.469.856,24	+0,39
31 - Schuhe	6.120.993,67	6.130.103,52	+0,15
32 - Therapeutische Bewegungsgeräte	906.776,02	912.701,50	+0,65
33 - Toilettenhilfen	284.431,64	285.305,94	+0,31
99 - Verschiedenes	849.732,04	860.371,46	+1,25

**Tab. 9 Anteil der GEK-Versicherten mit Heilmittel-Verordnungen (RL) in 2008 nach Alter und Geschlecht**

Alter in Jahren	Anzahl LV	Anteil LV/ Vers in %	Δ Anteil zu 2007	Ausgaben je LV in €	Δ Ausgaben je LV zu 2007 in €
Insgesamt	291.488	16,08	+1,76	313,87	+1,68
0 bis unter 10 Jahre	22.677	13,45	+1,41	662,65	+0,13
10 bis unter 20 Jahre	20.627	8,77	+4,08	357,84	+2,25
20 bis unter 30 Jahre	21.320	8,37	+1,17	209,41	+1,29
30 bis unter 40 Jahre	32.736	13,70	+0,60	219,46	+4,44
40 bis unter 50 Jahre	65.413	18,01	+1,34	245,49	+2,85
50 bis unter 60 Jahre	57.446	22,14	+0,98	281,01	+1,69
60 bis unter 70 Jahre	39.916	23,92	-2,40	329,29	+0,56
70 bis unter 80 Jahre	23.964	25,41	-5,93	371,41	-1,33
80 bis unter 90 Jahre	6.918	24,16	-3,95	427,09	-0,54
90 Jahre und älter	471	20,36	-6,24	495,24	-7,45
<b>Männer</b>	<b>133.218</b>	<b>14,02</b>	<b>+1,08</b>	<b>333,93</b>	<b>+1,09</b>
0 bis unter 10 Jahre	14.134	16,34	+0,49	701,37	-0,01
10 bis unter 20 Jahre	10.062	8,35	+5,09	409,81	+2,68
20 bis unter 30 Jahre	7.909	6,40	+0,18	227,46	+0,13
30 bis unter 40 Jahre	12.980	10,68	+0,37	217,02	+1,45
40 bis unter 50 Jahre	27.042	14,23	+0,07	235,72	+1,64
50 bis unter 60 Jahre	25.594	18,00	+0,06	275,13	+1,22
60 bis unter 70 Jahre	20.077	20,75	-2,27	326,65	+1,11
70 bis unter 80 Jahre	12.224	22,40	-5,97	368,07	-1,05
80 bis unter 90 Jahre	3.068	22,02	-3,91	423,71	+1,73
90 Jahre und älter	128	17,32	-11,14	467,11	-0,09
<b>Frauen</b>	<b>158.270</b>	<b>18,37</b>	<b>+2,25</b>	<b>296,99</b>	<b>+2,37</b>
0 bis unter 10 Jahre	8.543	10,41	+2,83	598,59	+0,60
10 bis unter 20 Jahre	10.565	9,21	+3,13	308,33	+1,45
20 bis unter 30 Jahre	13.411	10,24	+1,83	198,76	+2,17
30 bis unter 40 Jahre	19.756	16,83	+0,37	221,06	+6,49
40 bis unter 50 Jahre	38.371	22,16	+2,05	252,37	+3,59
50 bis unter 60 Jahre	31.852	27,15	+1,26	285,74	+2,00
60 bis unter 70 Jahre	19.839	28,28	-2,97	331,97	+0,00
70 bis unter 80 Jahre	11.740	29,56	-6,09	374,90	-1,63
80 bis unter 90 Jahre	3.850	26,19	-4,15	429,78	-2,31
90 Jahre und älter	343	21,79	-4,30	505,74	-10,09

**Tab. 10 Veränderung der Ausgaben pro 100 Versicherte in Prozent nach KV-Bereichen von 2007 zu 2008**

KV-Bereiche	Ergotherapie	Logopädie	Physiotherapie
KV Baden-Württemberg	+11,80	+5,74	+7,58
KV Bayerns	+0,06	-1,18	+1,19
KV Berlin	+11,18	+5,48	+2,33
KV Brandenburg	+17,66	+24,01	+6,50
KV Bremen	+17,91	-16,25	+7,41
KV Hamburg	+10,10	-0,75	+3,85
KV Hessen	-6,61	-11,67	+0,50
KV Mecklenburg-Vorpommern	-0,75	-8,33	-2,28
KV Niedersachsen	-1,77	-1,91	-3,78
KV Nordrhein	+7,57	-0,76	+2,92
KV Rheinland-Pfalz	-0,04	+8,95	+4,07
KV Saarland	-0,29	+10,61	+6,34
KV Sachsen	+6,18	+14,36	+6,97
KV Sachsen-Anhalt	+30,80	+17,73	+7,33
KV Schleswig-Holstein	+7,55	-3,96	+1,17
KV Thüringen	+20,66	+6,17	+12,65
KV Westfalen-Lippe	+7,04	+3,83	+3,60
Durchschnitt	+5,20	+2,27	+3,02

**Tab. 11 Abweichungen der tatsächlichen von den erwarteten Ausgaben in Prozent nach KV-Bereichen für 2008**

KV-Bereiche	Ergotherapie	Logopädie	Physiotherapie
KV Baden-Württemberg	+13,17	+9,38	+5,40
KV Bayerns	+0,74	+1,44	-2,31
KV Berlin	+14,06	+6,89	+1,79
KV Brandenburg	+15,32	+20,50	+2,66
KV Bremen	+24,58	-17,54	+0,03
KV Hamburg	+12,59	+28,24	+13,85
KV Hessen	-5,17	-11,21	-3,60
KV Mecklenburg-Vorpommern	-1,46	-13,49	-5,91
KV Niedersachsen	-1,75	-1,10	-9,38
KV Nordrhein	+6,78	-2,14	-3,76
KV Rheinland-Pfalz	-0,99	+6,07	-0,84
KV Saarland	+0,98	+14,38	+3,92
KV Sachsen	+4,61	+9,86	+3,48
KV Sachsen-Anhalt	+30,80	+15,34	+5,54
KV Schleswig-Holstein	+8,93	-1,04	-3,82
KV Thüringen	+17,99	+5,03	+6,97
KV Westfalen-Lippe	+5,41	+6,65	-1,32

**Tab. 12 Veränderung der Anzahl der Leistungserbringer pro 100 Versicherte (alle Heilmittel)**

KV-Bereiche	Änderung zum Vorjahr in %
KV Sachsen	+6,47
KV Brandenburg	+5,48
KV Sachsen-Anhalt	+4,86
KV Baden-Württemberg	+3,27
KV Hamburg	+2,24
KV Saarland	+1,41
KV Westfalen-Lippe	-0,40
KV Rheinland-Pfalz	-0,72
KV Bayerns	-0,81
KV Mecklenburg-Vorpommern	-1,49
KV Berlin	-1,78
KV Thüringen	-2,53
KV Hessen	-4,83
KV Nordrhein	-4,86
KV Niedersachsen	-5,00
KV Schleswig-Holstein	-5,19
KV Bremen	-5,98

**Tab. 13 Anteil der GEK-Versicherten mit Ergotherapie-Verordnungen in 2008 nach Alter und Geschlecht**

Alter in Jahren	Anzahl LV	Anteil LV/ Vers in %	Δ Anteil zu 2007	Ausgaben je LV in €	Δ Ausgaben je LV zu 2007 in €
Insgesamt	15.374	0,85	+4,25	852,27	+0,89
0 bis unter 10 Jahre	7.504	4,45	+1,55	766,35	-0,68
10 bis unter 20 Jahre	2.930	1,25	+10,59	752,42	-0,01
20 bis unter 30 Jahre	409	0,16	+2,94	871,54	+3,33
30 bis unter 40 Jahre	525	0,22	+27,94	935,76	-1,85
40 bis unter 50 Jahre	947	0,26	+13,58	990,00	+3,53
50 bis unter 60 Jahre	1.095	0,42	+5,76	1.036,97	+3,08
60 bis unter 70 Jahre	924	0,55	+8,09	1.096,24	-0,29
70 bis unter 80 Jahre	729	0,77	+5,65	1.177,95	-5,62
80 bis unter 90 Jahre	286	1,00	+11,01	1.124,74	-6,10
90 Jahre und älter	25	1,11	-14,79	1.338,11	+7,74
<b>Männer</b>	<b>9.995</b>	<b>1,05</b>	<b>+1,45</b>	<b>865,52</b>	<b>+0,99</b>
0 bis unter 10 Jahre	5.437	6,29	-0,34	770,46	-0,89
10 bis unter 20 Jahre	1.999	1,66	+9,91	758,34	+1,71
20 bis unter 30 Jahre	198	0,16	+0,03	922,96	+4,17
30 bis unter 40 Jahre	216	0,18	+26,38	1.039,46	-11,22
40 bis unter 50 Jahre	415	0,22	+0,71	1.151,73	+8,85
50 bis unter 60 Jahre	560	0,39	-1,54	1.185,64	+3,78
60 bis unter 70 Jahre	552	0,57	+8,64	1.185,83	-2,29
70 bis unter 80 Jahre	468	0,86	+6,31	1.195,82	-6,78
80 bis unter 90 Jahre	142	1,02	+5,67	1.200,01	+10,13
90 Jahre und älter	8	1,10	+36,89	1.520,70	-11,04
<b>Frauen</b>	<b>5.379</b>	<b>0,62</b>	<b>+10,23</b>	<b>827,64</b>	<b>+0,97</b>
0 bis unter 10 Jahre	2.067	2,52	+6,45	755,53	+0,02
10 bis unter 20 Jahre	931	0,81	+12,17	739,70	-3,63
20 bis unter 30 Jahre	211	0,16	+5,81	823,29	+2,73
30 bis unter 40 Jahre	309	0,26	+28,62	863,27	+8,50
40 bis unter 50 Jahre	532	0,31	+26,08	863,84	+0,96
50 bis unter 60 Jahre	535	0,46	+14,67	881,35	+5,50
60 bis unter 70 Jahre	372	0,53	+7,39	963,31	+3,88
70 bis unter 80 Jahre	261	0,66	+4,76	1.145,92	-3,35
80 bis unter 90 Jahre	144	0,98	+17,03	1.050,52	-20,35
90 Jahre und älter	17	1,11	-27,71	1.252,18	+11,30

**Tab. 14 Regionale Entwicklung der Ausgaben pro 100 Versicherte von 2007 zu 2008 in der Ergotherapie**

KV-Bereiche	Ausgaben 2007 in €	Ausgaben 2008 in €	Ausgaben 2007 pro 100 Versicherte	Ausgaben 2008 pro 100 Versicherte	Änderung der Ausgaben pro 100 Versicherte zu 2007 in %
KV Baden-Württemberg	1.909.856,02	2.188.113,13	674,08	753,61	+11,80
KV Bayerns	1.887.763,54	1.992.325,13	733,89	734,33	+0,06
KV Berlin	470.405,99	565.042,34	574,97	639,25	+11,18
KV Brandenburg	474.950,18	581.131,68	559,48	658,30	+17,66
KV Bremen	55.149,33	71.370,55	433,36	510,96	+17,91
KV Hamburg	382.798,48	499.627,26	748,69	824,30	+10,10
KV Hessen	936.590,70	970.166,54	666,90	622,85	-6,61
KV Mecklenburg-Vorpommern	154.622,26	168.644,57	615,14	610,52	-0,75
KV Niedersachsen	1.397.006,98	1.510.285,74	823,18	808,63	-1,77
KV Nordrhein	691.094,72	794.837,77	489,88	526,95	+7,57
KV Rheinland-Pfalz	662.160,77	720.346,33	868,78	868,43	-0,04
KV Saarland	302.010,53	302.863,72	823,39	821,04	-0,29
KV Sachsen	535.079,64	561.865,71	955,67	1.014,75	+6,18
KV Sachsen-Anhalt	144.021,92	195.402,85	463,38	606,09	+30,80
KV Schleswig-Holstein	805.288,26	973.802,90	923,27	992,95	+7,55
KV Thüringen	180.315,57	208.580,44	490,55	591,89	+20,66
KV Westfalen-Lippe	698.990,47	789.981,24	560,22	599,65	+7,04

**Tab. 15 Tatsächliche und erwartete Ausgaben für Ergotherapie 2008**

KV-Bereiche	Tatsächliche Ausgaben in €	Erwartete Ausgaben in €	Differenz*
KV Baden-Württemberg	2.176.089,97	1.922.871,07	+253.218,90
KV Bayerns	1.985.845,73	1.971.275,30	+14.570,43
KV Berlin	624.492,98	547.528,45	+76.964,53
KV Brandenburg	508.730,95	441.158,18	+67.572,77
KV Bremen	90.361,78	72.533,51	+17.828,27
KV Hamburg	548.199,36	486.897,88	+61.301,48
KV Hessen	954.168,10	1.006.173,93	-52.005,83
KV Mecklenburg-Vorpommern	167.358,96	169.844,89	-2.485,93
KV Niedersachsen	1.482.037,33	1.508.407,55	-26.370,22
KV Nordrhein	788.094,72	738.034,45	+50.060,27
KV Rheinland-Pfalz	702.057,80	709.062,58	-7.004,78
KV Saarland	320.762,90	317.645,07	+3.117,83
KV Sachsen	552.585,47	528.257,37	+24.328,10
KV Sachsen-Anhalt	195.413,86	149.398,42	+46.015,44
KV Schleswig-Holstein	925.921,79	850.008,58	+75.913,21
KV Thüringen	211.444,17	179.210,41	+32.233,76
KV Westfalen-Lippe	758.923,95	719.967,88	+38.956,07

\*Differenz = Tatsächliche – erwartete Ausgaben

**Tab. 16 Anteil der GEK-Versicherten mit Logopädie-Verordnungen in 2008 nach Alter und Geschlecht**

Alter in Jahren	Anzahl LV	Anteil LV/ Vers in %	Δ Anteil zu 2007	Ausgaben je LV in €	Δ Ausgaben je LV zu 2007 in €
Insgesamt	17.285	0,95	+0,92	606,87	+1,32
0 bis unter 10 Jahre	11.274	6,69	+0,77	596,84	+1,31
10 bis unter 20 Jahre	2.997	1,27	+13,56	535,19	+3,64
20 bis unter 30 Jahre	375	0,15	+7,20	546,05	-5,92
30 bis unter 40 Jahre	320	0,13	+8,49	580,39	-1,00
40 bis unter 50 Jahre	574	0,16	+17,58	670,34	-1,71
50 bis unter 60 Jahre	586	0,23	+6,97	769,06	+1,36
60 bis unter 70 Jahre	522	0,31	-4,95	807,51	-2,55
70 bis unter 80 Jahre	450	0,48	-2,27	832,59	+3,33
80 bis unter 90 Jahre	176	0,61	+6,80	722,61	-10,91
90 Jahre und älter	11	0,49	-14,79	697,64	-12,09
Männer	10.261	1,08	0,79	628,44	+1,09
0 bis unter 10 Jahre	7.015	8,11	+0,43	608,89	+0,91
10 bis unter 20 Jahre	1.682	1,40	+14,23	554,22	+4,78
20 bis unter 30 Jahre	133	0,11	+7,86	640,58	-6,86
30 bis unter 40 Jahre	132	0,11	+12,63	612,07	-8,17
40 bis unter 50 Jahre	250	0,13	+20,13	781,52	-5,47
50 bis unter 60 Jahre	305	0,21	+2,01	834,83	-1,26
60 bis unter 70 Jahre	342	0,35	-4,80	870,45	-0,82
70 bis unter 80 Jahre	308	0,56	-0,56	839,29	+1,87
80 bis unter 90 Jahre	90	0,65	+3,95	775,31	-3,12
90 Jahre und älter	4	0,55	+71,11	730,65	-28,23
Frauen	7.024	0,82	+1,23	575,35	+1,76
0 bis unter 10 Jahre	4.259	5,19	+1,21	576,99	+2,01
10 bis unter 20 Jahre	1.315	1,15	+12,73	510,86	+2,06
20 bis unter 30 Jahre	242	0,18	+6,91	494,10	-5,37
30 bis unter 40 Jahre	188	0,16	+5,36	558,14	+4,83
40 bis unter 50 Jahre	324	0,19	+15,46	584,56	+1,94
50 bis unter 60 Jahre	281	0,24	+12,93	697,67	+7,04
60 bis unter 70 Jahre	180	0,26	-4,63	687,93	-6,11
70 bis unter 80 Jahre	142	0,36	-5,35	818,08	+6,55
80 bis unter 90 Jahre	86	0,59	+10,17	667,47	-18,94
90 Jahre und älter	7	0,46	-33,86	678,78	-8,73

**Tab. 17 Regionale Entwicklung der Ausgaben pro 100 Versicherte von 2007 zu 2008 in der Logopädie**

KV-Bereiche	Ausgaben 2007		Ausgaben 2008		Ausgaben 2007 pro		Ausgaben 2008 pro		Änderung der Ausgaben pro 100 Versicherte zu 2007 in %
	in €		in €		100 Versicherte		100 Versicherte		
KV Baden-Württemberg	1.432.789,28	1.552.544,25	505,70	534,71	+5,74				
KV Bayerns	1.431.517,41	1.492.125,93	556,52	549,96	-1,18				
KV Berlin	439.658,49	501.053,49	537,39	566,86	+5,48				
KV Brandenburg	502.713,84	648.266,72	592,18	734,35	+24,01				
KV Bremen	66.227,40	60.875,92	520,41	435,82	-16,25				
KV Hamburg	292.236,72	343.844,81	571,57	567,29	-0,75				
KV Hessen	722.301,31	707.590,81	514,32	454,28	-11,67				
KV Mecklenburg-Vorpommern	152.063,62	153.191,07	604,96	554,58	-8,33				
KV Niedersachsen	1.025.961,04	1.107.587,35	604,54	593,02	-1,91				
KV Nordrhein	919.447,38	975.648,72	651,75	646,82	-0,76				
KV Rheinland-Pfalz	375.089,87	444.751,16	492,13	536,18	+8,95				
KV Saarland	196.356,22	218.433,32	535,34	592,15	+10,61				
KV Sachsen	358.143,17	405.042,77	639,66	731,52	+14,36				
KV Sachsen-Anhalt	163.154,77	199.244,37	524,93	618,00	+17,73				
KV Schleswig-Holstein	620.972,34	670.562,75	711,95	683,75	-3,96				
KV Thüringen	170.752,81	173.794,24	464,53	493,17	+6,17				
KV Westfalen-Lippe	757.571,79	830.497,57	607,17	630,41	+3,83				

**Tab. 18 Tatsächliche und erwartete Ausgaben für Logopädie 2008**

KV-Bereiche	Tatsächliche Ausgaben in €	Erwartete Ausgaben in €	Differenz*
KV Baden-Württemberg	1.426.862,75	1.304.498,07	+122.364,68
KV Bayerns	1.434.054,52	1.413.748,42	+20.306,10
KV Berlin	507.700,73	474.976,01	+32.724,72
KV Brandenburg	576.530,26	478.462,93	+98.067,33
KV Bremen	70.847,91	85.917,87	-15.069,96
KV Hamburg	378.457,08	295.107,42	+83.349,66
KV Hessen	657.530,13	740.521,52	-82.991,39
KV Mecklenburg-Vorpommern	133.853,45	154.733,03	-20.879,58
KV Niedersachsen	1.044.093,01	1.055.715,48	-11.622,47
KV Nordrhein	906.082,39	925.907,16	-19.824,77
KV Rheinland-Pfalz	409.756,94	386.325,82	+23.431,12
KV Saarland	217.797,80	190.416,25	+27.381,55
KV Sachsen	374.102,46	340.533,15	+33.569,31
KV Sachsen-Anhalt	190.443,22	165.116,15	+25.327,07
KV Schleswig-Holstein	597.555,19	603.864,87	-6.309,68
KV Thüringen	171.305,79	163.095,72	+8.210,07
KV Westfalen-Lippe	729.583,44	684.077,33	+45.506,11

\*Differenz = Tatsächliche – erwartete Ausgaben

**Tab. 19 Anteil der GEK-Versicherten mit Physiotherapie-Verordnungen in 2008 nach Alter und Geschlecht**

Alter in Jahren	Anzahl LV	Anteil LV/ Vers in %	Δ Anteil zu 2007	Ausgaben je LV in €	Δ Ausgaben je LV zu 2007 in €
Insgesamt	265.232	14,64	+1,58	253,04	+1,44
0 bis unter 10 Jahre	7.142	4,24	+2,93	356,69	-1,27
10 bis unter 20 Jahre	15.795	6,71	+1,68	226,07	-1,85
20 bis unter 30 Jahre	20.806	8,17	+0,97	187,47	+1,21
30 bis unter 40 Jahre	32.244	13,49	+0,29	201,51	+3,37
40 bis unter 50 Jahre	64.605	17,79	+1,19	227,39	+1,94
50 bis unter 60 Jahre	56.306	21,70	+0,75	255,65	+1,06
60 bis unter 70 Jahre	38.548	23,10	-2,88	296,89	+0,02
70 bis unter 80 Jahre	22.816	24,20	-6,76	325,98	-2,25
80 bis unter 90 Jahre	6.531	22,81	-4,72	374,03	-1,40
90 Jahre und älter	439	18,98	-6,95	428,40	-7,15
<b>Männer</b>	<b>116.672</b>	<b>12,28</b>	<b>+0,80</b>	<b>247,75</b>	<b>+0,93</b>
0 bis unter 10 Jahre	3.931	4,54	+2,23	369,59	+0,77
10 bis unter 20 Jahre	7.019	5,83	+2,13	238,57	-2,76
20 bis unter 30 Jahre	7.695	6,22	-0,15	198,76	-0,04
30 bis unter 40 Jahre	12.762	10,50	-0,16	196,46	+1,01
40 bis unter 50 Jahre	26.676	14,03	-0,05	212,76	+0,69
50 bis unter 60 Jahre	24.920	17,53	-0,36	241,58	+1,16
60 bis unter 70 Jahre	19.182	19,82	-2,88	283,02	+0,48
70 bis unter 80 Jahre	11.497	21,07	-6,99	308,24	-2,23
80 bis unter 90 Jahre	2.870	20,60	-4,96	358,45	-0,58
90 Jahre und älter	120	16,24	-13,17	371,42	-5,57
<b>Frauen</b>	<b>148.560</b>	<b>17,24</b>	<b>+2,09</b>	<b>257,19</b>	<b>+1,80</b>
0 bis unter 10 Jahre	3.211	3,91	+3,77	340,90	-3,83
10 bis unter 20 Jahre	8.776	7,65	+1,30	216,07	-1,08
20 bis unter 30 Jahre	13.111	10,01	+1,70	180,84	+2,11
30 bis unter 40 Jahre	19.482	16,59	+0,20	204,81	+4,91
40 bis unter 50 Jahre	37.929	21,91	+1,87	237,69	+2,63
50 bis unter 60 Jahre	31.386	26,75	+1,17	266,82	+0,81
60 bis unter 70 Jahre	19.366	27,61	-3,32	310,62	-0,50
70 bis unter 80 Jahre	11.319	28,50	-6,75	344,01	-2,37
80 bis unter 90 Jahre	3.661	24,90	-4,71	386,25	-2,09
90 Jahre und älter	319	20,27	-4,39	449,83	-8,16

**Tab. 20 Regionale Entwicklung der Ausgaben pro 100 Versicherte von 2007 zu 2008 in der Physiotherapie**

KV-Bereiche	Ausgaben 2007 in €	Ausgaben 2008 in €	Ausgaben 2007 pro 100 Versicherte	Ausgaben 2008 pro 100 Versicherte	Änderung der Ausgaben pro 100 Versicherte zu 2007 in %
KV Baden-Württemberg	12.972.117,50	14.301.212,94	4.578,48	4.925,47	+7,58
KV Bayerns	10.693.128,70	11.412.899,02	4.157,06	4.206,54	+1,19
KV Berlin	3.292.519,56	3.640.114,76	4.024,40	4.118,20	+2,33
KV Brandenburg	2.444.387,38	2.706.998,88	2.879,41	3.066,45	+6,50
KV Bremen	338.651,57	399.263,38	2.661,10	2.858,41	+7,41
KV Hamburg	1.777.701,04	2.188.469,85	3.476,89	3.610,62	+3,85
KV Hessen	4.701.241,43	5.240.213,20	3.347,53	3.364,24	+0,50
KV Mecklenburg-Vorpommern	667.061,66	716.345,07	2.653,81	2.593,29	-2,28
KV Niedersachsen	6.544.579,60	6.930.667,86	3.856,38	3.710,78	-3,78
KV Nordrhein	3.900.709,08	4.292.310,73	2.765,01	2.845,64	+2,92
KV Rheinland-Pfalz	2.563.635,29	2.903.729,30	3.363,60	3.500,66	+4,07
KV Saarland	1.000.016,11	1.069.523,82	2.726,40	2.899,38	+6,34
KV Sachsen	2.370.889,77	2.507.987,67	4.234,49	4.529,51	+6,97
KV Sachsen-Anhalt	920.787,24	1.025.133,42	2.962,54	3.179,69	+7,33
KV Schleswig-Holstein	3.476.236,05	3.954.508,65	3.985,55	4.032,25	+1,17
KV Thüringen	892.950,91	964.346,41	2.429,27	2.736,51	+12,65
KV Westfalen-Lippe	2.543.605,52	2.782.487,16	2.038,62	2.112,11	+3,60

**Tab. 21 Tatsächliche und erwartete Ausgaben für Physiotherapie 2008**

KV-Bereiche	Tatsächliche Ausgaben in €	Erwartete Ausgaben in €	Differenz*
KV Baden-Württemberg	14.105.360,30	13.382.832,73	+722.527,57
KV Bayerns	11.685.219,64	11.961.353,22	-276.133,58
KV Berlin	3.848.148,32	3.780.562,14	+67.586,18
KV Brandenburg	2.359.306,45	2.298.069,02	+61.237,43
KV Bremen	430.371,66	430.262,41	+109,25
KV Hamburg	2.348.492,58	2.062.749,57	+285.743,01
KV Hessen	4.903.475,25	5.086.816,95	-183.341,70
KV Mecklenburg-Vorpommern	715.914,56	760.846,85	-44.932,29
KV Niedersachsen	6.809.163,86	7.513.711,95	-704.548,09
KV Nordrhein	4.163.383,18	4.326.045,94	-162.662,76
KV Rheinland-Pfalz	2.772.420,44	2.795.834,50	-23.414,06
KV Saarland	1.054.991,71	1.015.187,59	+39.804,12
KV Sachsen	2.445.103,75	2.362.896,31	+82.207,44
KV Sachsen-Anhalt	997.965,19	945.576,16	+52.389,03
KV Schleswig-Holstein	3.725.899,02	3.873.940,90	-148.041,88
KV Thüringen	928.729,57	868.189,10	+60.540,47
KV Westfalen-Lippe	2.581.992,06	2.616.493,60	-34.501,54

\*Differenz = Tatsächliche – erwartete Ausgaben

**Tab. 22 Anteil der GEK-Versicherten mit Podologie-Verordnungen in 2008 nach Alter und Geschlecht**

Alter in Jahren	Anzahl LV	Anteil LV/ Vers in %	Δ Anteil zu 2007	Ausgaben je LV in €	Δ Ausgaben je LV zu 2007 in €
<b>Insgesamt</b>	4.325	0,24	+36,75	181,17	-0,23
0 bis unter 10 Jahre	1	0,00	0,00	26,20	0,00
10 bis unter 20 Jahre	9	0,00	+26,18	195,83	+66,78
20 bis unter 30 Jahre	21	0,01	+76,82	136,23	-17,97
30 bis unter 40 Jahre	57	0,02	+20,38	171,50	+29,48
40 bis unter 50 Jahre	264	0,07	+26,18	170,09	+1,56
50 bis unter 60 Jahre	920	0,35	+27,04	176,55	+0,71
60 bis unter 70 Jahre	1.414	0,85	+21,36	187,62	+0,89
70 bis unter 80 Jahre	1.255	1,33	+21,72	182,89	-3,46
80 bis unter 90 Jahre	361	1,26	+27,79	174,26	-2,27
90 Jahre und älter	23	1,02	-2,01	176,68	-4,35
<b>Männer</b>	2.645	0,28	+36,11	181,77	+0,61
0 bis unter 10 Jahre	0	0,00	0,00	0,00	0,00
10 bis unter 20 Jahre	5	0,00	-1,80	181,25	+134,60
20 bis unter 30 Jahre	11	0,01	+154,25	146,09	-33,99
30 bis unter 40 Jahre	25	0,02	+34,73	175,54	+33,96
40 bis unter 50 Jahre	147	0,08	+22,40	172,82	+7,55
50 bis unter 60 Jahre	581	0,41	+31,13	177,14	+1,40
60 bis unter 70 Jahre	934	0,97	+22,36	189,66	+2,15
70 bis unter 80 Jahre	761	1,39	+20,29	180,42	-3,91
80 bis unter 90 Jahre	179	1,28	+23,68	173,11	-1,62
90 Jahre und älter	2	0,28	-57,22	65,50	-48,58
<b>Frauen</b>	1.680	0,19	+37,99	180,21	-1,55
0 bis unter 10 Jahre	1	0,00	0,00	26,20	0,00
10 bis unter 20 Jahre	4	0,00	+96,14	214,05	-1,72
20 bis unter 30 Jahre	10	0,01	+32,54	125,39	-6,78
30 bis unter 40 Jahre	32	0,03	+10,69	168,35	+26,22
40 bis unter 50 Jahre	117	0,07	+31,46	166,66	-5,70
50 bis unter 60 Jahre	339	0,29	+21,10	175,55	-0,43
60 bis unter 70 Jahre	480	0,68	+20,19	183,63	-1,55
70 bis unter 80 Jahre	494	1,24	+24,17	186,69	-2,85
80 bis unter 90 Jahre	182	1,24	+32,27	175,39	-3,02
90 Jahre und älter	21	1,37	+11,62	187,26	-5,91

**Tab. 23 Regionale Entwicklung der Ausgaben pro 100 Versicherte von 2007 zu 2008 in der Podologie**

KV-Bereiche	Ausgaben 2007 in €	Ausgaben 2008 in €	Ausgaben 2007 pro 100 Versicherte	Ausgaben 2008 pro 100 Versicherte	Änderung der Ausgaben pro 100 Versicherte zu 2007 in %
KV Baden-Württemberg	77.346,61	107.305,31	27,30	36,96	+35,38
KV Bayerns	80.279,24	116.935,33	31,21	43,10	+38,10
KV Berlin	27.237,30	41.148,05	33,29	46,55	+39,83
KV Brandenburg	14.028,39	19.669,32	16,52	22,28	+34,83
KV Bremen	4.823,15	7.073,70	37,90	50,64	+33,62
KV Hamburg	22.796,95	32.501,45	44,59	53,62	+20,26
KV Hessen	35.076,76	50.561,26	24,98	32,46	+29,96
KV Mecklenburg-Vorpommern	4.951,25	7.285,80	19,70	26,38	+33,90
KV Niedersachsen	71.239,88	103.437,42	41,98	55,38	+31,93
KV Nordrhein	47.818,52	68.759,37	33,90	45,58	+34,48
KV Rheinland-Pfalz	19.446,16	32.517,86	25,51	39,20	+53,65
KV Saarland	11.385,61	18.651,33	31,04	50,56	+62,89
KV Sachsen	36.090,15	48.197,45	64,46	87,05	+35,04
KV Sachsen-Anhalt	11.853,74	17.050,98	38,14	52,89	+38,67
KV Schleswig-Holstein	29.488,83	43.769,81	33,81	44,63	+32,01
KV Thüringen	6.248,56	11.354,99	17,00	32,22	+89,55
KV Westfalen-Lippe	38.643,41	56.762,21	30,97	43,09	+39,12

**Tab. 24 Anteil Versicherte mit Heilmittelleistungen nach Alter und Geschlecht 2008 in Prozent**

Alter in Jahren	Ergotherapie		Logopädie		Physiotherapie		Podologie	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0 bis unter 10 Jahre	6,29	2,52	8,11	5,19	4,54	3,91	0,00	0,00
10 bis unter 20 Jahre	1,66	0,81	1,40	1,15	5,83	7,65	0,00	0,00
20 bis unter 30 Jahre	0,16	0,16	0,11	0,18	6,22	10,01	0,01	0,01
30 bis unter 40 Jahre	0,18	0,26	0,11	0,16	10,50	16,59	0,02	0,03
40 bis unter 50 Jahre	0,22	0,31	0,13	0,19	14,03	21,91	0,08	0,07
50 bis unter 60 Jahre	0,39	0,46	0,21	0,24	17,53	26,75	0,41	0,29
60 bis unter 70 Jahre	0,57	0,53	0,35	0,26	19,82	27,61	0,97	0,68
70 bis unter 80 Jahre	0,86	0,66	0,56	0,36	21,07	28,50	1,39	1,24
80 bis unter 90 Jahre	1,02	0,98	0,65	0,59	20,60	24,90	1,28	1,24
90 Jahre und älter	1,10	1,11	0,55	0,46	16,24	20,27	0,28	1,37

**Tab. 25 Anteil der GEK-Versicherten mit Hilfsmittel-Verordnungen (HMV) in 2008 nach Alter und Geschlecht**

Alter in Jahren	Anzahl LV	Anteil LV/ Vers in %	Δ Anteil zu 2007	Ausgaben je LV in €	Δ Ausgaben je LV zu 2007 in €
Insgesamt	292.188	16,12	+3,15	310,25	+1,62
0 bis unter 10 Jahre	18.816	11,16	-1,37	293,64	+3,75
10 bis unter 20 Jahre	44.437	18,89	+2,25	183,22	+4,92
20 bis unter 30 Jahre	20.844	8,19	+4,29	223,68	-3,10
30 bis unter 40 Jahre	25.721	10,76	+3,18	244,65	+0,96
40 bis unter 50 Jahre	51.817	14,27	+3,97	254,21	-1,21
50 bis unter 60 Jahre	49.042	18,90	+1,82	323,60	+0,72
60 bis unter 70 Jahre	39.449	23,64	-1,39	404,59	+0,60
70 bis unter 80 Jahre	28.214	29,92	-5,91	474,93	-4,14
80 bis unter 90 Jahre	12.359	43,17	-4,20	542,99	-0,98
90 Jahre und älter	1.489	64,38	-2,49	615,78	-3,80
<b>Männer</b>	<b>142.723</b>	<b>15,02</b>	<b>+1,81</b>	<b>364,92</b>	<b>+2,12</b>
0 bis unter 10 Jahre	10.055	11,62	-2,35	316,60	+9,14
10 bis unter 20 Jahre	22.012	18,27	+0,34	201,04	+6,88
20 bis unter 30 Jahre	9.668	7,82	+2,82	243,03	-2,08
30 bis unter 40 Jahre	11.718	9,64	+2,46	286,62	-3,48
40 bis unter 50 Jahre	24.101	12,68	+1,78	299,08	-1,38
50 bis unter 60 Jahre	23.765	16,71	+0,96	400,85	+0,66
60 bis unter 70 Jahre	20.570	21,26	-1,84	505,24	+1,97
70 bis unter 80 Jahre	14.853	27,21	-5,88	555,88	-5,12
80 bis unter 90 Jahre	5.549	39,83	-2,71	560,07	-0,44
90 Jahre und älter	432	58,46	-4,69	636,00	+3,25
<b>Frauen</b>	<b>149.465</b>	<b>17,34</b>	<b>+4,41</b>	<b>258,05</b>	<b>+1,62</b>
0 bis unter 10 Jahre	8.761	10,67	-0,24	267,28	-2,72
10 bis unter 20 Jahre	22.425	19,54	+4,20	165,73	+3,01
20 bis unter 30 Jahre	11.176	8,53	+5,61	206,94	-3,96
30 bis unter 40 Jahre	14.003	11,93	+3,59	209,52	+7,37
40 bis unter 50 Jahre	27.716	16,01	+5,84	215,18	-0,05
50 bis unter 60 Jahre	25.277	21,55	+2,33	250,98	+1,98
60 bis unter 70 Jahre	18.879	26,92	-1,22	294,93	-0,68
70 bis unter 80 Jahre	13.361	33,64	-6,12	384,94	-2,19
80 bis unter 90 Jahre	6.810	46,33	-5,55	529,07	-1,44
90 Jahre und älter	1.057	67,15	-1,59	607,52	-6,59

**Tab. 26 Anteil der GEK-Versicherten mit Verordnungen nach SGB XI § 40 in 2008 nach Alter und Geschlecht**

Alter in Jahren	Anzahl LV	Anteil LV/ Vers in %	Δ Anteil zu 2007	Ausgaben je LV in €	Δ Ausgaben je LV zu 2007 in €
Insgesamt	3.192	0,18	+26,00	387,45	-13,15
0 bis unter 10 Jahre	29	0,02	+57,43	1.935,70	-8,41
10 bis unter 20 Jahre	47	0,02	+4,83	774,05	+8,47
20 bis unter 30 Jahre	45	0,02	+4,20	523,97	+6,07
30 bis unter 40 Jahre	46	0,02	-2,85	517,82	-30,15
40 bis unter 50 Jahre	164	0,05	+26,05	459,13	+19,42
50 bis unter 60 Jahre	266	0,10	+27,11	470,95	+8,02
60 bis unter 70 Jahre	454	0,27	+12,63	394,83	-15,81
70 bis unter 80 Jahre	843	0,89	+3,47	364,77	-18,24
80 bis unter 90 Jahre	1.076	3,76	+10,88	321,71	-18,38
90 Jahre und älter	222	9,60	-6,12	285,38	-20,18
<b>Männer</b>	<b>1.554</b>	<b>0,16</b>	<b>+22,32</b>	<b>435,62</b>	<b>-12,13</b>
0 bis unter 10 Jahre	20	0,02	+77,26	1.735,46	-16,05
10 bis unter 20 Jahre	25	0,02	-5,58	794,21	-19,52
20 bis unter 30 Jahre	27	0,02	+66,42	298,53	-48,67
30 bis unter 40 Jahre	27	0,02	-16,22	656,24	+7,69
40 bis unter 50 Jahre	84	0,04	+44,88	422,29	+2,76
50 bis unter 60 Jahre	154	0,11	+29,23	540,73	+30,98
60 bis unter 70 Jahre	293	0,30	+10,46	423,27	-14,49
70 bis unter 80 Jahre	473	0,87	+1,38	397,58	-20,55
80 bis unter 90 Jahre	388	2,79	+2,48	379,39	-12,67
90 Jahre und älter	63	8,53	-13,24	295,13	-29,76
<b>Frauen</b>	<b>1.638</b>	<b>0,19</b>	<b>+29,64</b>	<b>341,75</b>	<b>-13,66</b>
0 bis unter 10 Jahre	9	0,01	+25,94	2.380,66	+8,91
10 bis unter 20 Jahre	22	0,02	+19,86	751,14	+135,51
20 bis unter 30 Jahre	18	0,01	-33,20	862,12	+95,32
30 bis unter 40 Jahre	19	0,02	+27,07	321,12	-68,88
40 bis unter 50 Jahre	80	0,05	+10,73	497,81	+37,16
50 bis unter 60 Jahre	112	0,10	+24,47	375,00	-19,77
60 bis unter 70 Jahre	161	0,23	+17,56	343,08	-17,75
70 bis unter 80 Jahre	370	0,93	+6,24	322,82	-13,28
80 bis unter 90 Jahre	688	4,68	+15,82	289,17	-21,38
90 Jahre und älter	159	10,10	-5,38	281,51	-14,58

**Tab. 27 Produktgruppen im Hilfsmittelverzeichnis und Pflegehilfsmittelverzeichnis**

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

**Tab. 27 Fortsetzung**

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

**Tab. 28 Versorgungsprävalenz und Ausgaben für Hilfsmittleistungen in 2007 und 2008 nach Produktgruppen**

Produktgruppe	Anzahl LV 2008	Anteil LV zu Versicherte in %	Ausgaben in € in 2008	Ausgaben pro LV in 2008	Änderung der Ausgaben pro LV zu 2007 in %	Ausgaben pro Versichertem in 2008	Änderung der Ausgaben pro Versichertem zu 2007 in %
01 - Absauggeräte	1.299	0,07	444.394,83	342,11	-4,19	0,25	+7,71
02 - Adaptionshilfen	3.103	0,17	227.698,31	73,38	+11,92	0,13	+25,53
03 - Applikationshilfen	6.172	0,34	6.415.255,04	1.039,41	+0,39	3,54	+3,53
04 - Badehilfen	4.042	0,22	1.095.656,07	271,07	-11,69	0,60	+0,15
05 - Bandagen	75.734	4,18	7.923.203,99	104,62	+0,79	4,37	+5,63
06 - Bestrahlungsgeräte	80	0,00	23.106,48	288,83	-1,68	0,01	+11,91
07 - Blindenhilfsmittel	133	0,01	186.718,16	1.403,90	-8,36	0,10	+3,11
08 - Einlagen	90.806	5,01	7.497.493,78	82,57	+2,89	4,14	+7,61
09 - Elektrostimulationsgeräte	21.200	1,17	2.198.474,37	103,70	-0,90	1,21	+11,03
10 - Gehhilfen	24.134	1,33	1.388.528,37	57,53	+9,81	0,77	+16,45
11 - Hilfsmittel gegen Dekubitus	2.657	0,15	996.092,43	374,89	+3,42	0,55	+15,04
12 - Hilfsmittel bei Tracheostoma	596	0,03	1.324.771,58	2.222,77	-11,51	0,73	+2,54
13 - Hörhilfen	11.730	0,65	7.310.697,25	623,25	+6,94	4,03	5,80
14 - Inhalations- und Atemtherapiegeräte	9.616	0,53	11.483.607,73	1.194,22	+10,36	6,34	+11,62
15 - Inkontinenzhilfen	11.510	0,64	5.399.817,01	469,14	-5,98	2,98	+6,01
16 - Kommunikationshilfen	363	0,02	356.919,52	983,25	-15,55	0,20	-1,07
17 - Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	35.396	1,95	4.617.000,24	130,44	+6,75	2,55	+15,99
18 - Krankenfahrzeuge	6.996	0,39	6.447.221,63	921,56	-2,54	3,56	+8,65
19 - Krankenpflegeartikel	2.004	0,11	762.119,96	380,30	-6,77	0,42	-9,47
20 - Lagerungshilfen	1.229	0,07	274.151,99	223,07	-10,95	0,15	+4,76
21 - Meßgeräte für Körperzustand/-funktionen	3.773	0,21	802.920,10	212,81	+3,88	0,44	+4,09
22 - Mobilitätshilfen	627	0,03	533.304,32	850,57	-0,62	0,29	+13,18

**Tab. 28 Fortsetzung**

Produktgruppe	Anzahl LV 2008	Anteil LV zu Versicherte in %	Ausgaben in € in 2008	Ausgaben pro LV in 2008	Änderung der Ausgaben pro LV zu 2007 in %	Ausgaben pro Versichertem in 2008	Änderung der Ausgaben pro Versichertem zu 2007 in %
23 - Orthesen/Schienen	8.900	0,49	4.676.899,75	525,49	-0,82	2,58	+7,73
24 - Prothesen	5.122	0,28	3.678.879,47	718,25	-12,26	2,03	-4,97
25 - Sehhilfen	33.726	1,86	1.555.065,50	46,11	-2,85	0,86	-6,46
26 - Sitzhilfen	756	0,04	997.024,43	1.318,82	-9,51	0,55	+3,95
27 - Sprechhilfen	84	0,00	62.020,40	738,34	+0,47	0,03	+29,92
28 - Stehhilfen	112	0,01	208.964,95	1.865,76	+20,47	0,12	+9,23
29 - Stomaartikel	2.114	0,12	3.656.326,42	1.729,58	-8,73	2,02	-1,05
31 - Schuhe	20.512	1,13	5.752.171,20	280,43	+5,52	3,17	-11,89
32 - Therapeutische Bewegungsgeräte	1.661	0,09	984.801,09	592,90	-3,21	0,54	+1,32
33 - Toilettenhilfen	3.012	0,17	350.190,17	116,26	-3,50	0,19	+15,26
99 - Verschiedenes	5.167	0,29	790.759,68	+153,04	-1,71	0,44	-13,69

**Tab. 29 Versorgungsprävalenz mit Hilfsmitteln (HMV) nach Alter und Geschlecht**

	2008	Änderung zu 2007 in %
<b>Männer</b>		
Insgesamt	15,02	+1,81
0 bis unter 10 Jahre	11,62	-2,35
10 bis unter 20 Jahre	18,27	+0,34
20 bis unter 30 Jahre	7,82	+2,82
30 bis unter 40 Jahre	9,64	+2,46
40 bis unter 50 Jahre	12,68	+1,78
50 bis unter 60 Jahre	16,71	+0,96
60 bis unter 70 Jahre	21,26	-1,84
70 bis unter 80 Jahre	27,21	-5,88
80 bis unter 90 Jahre	39,83	-2,71
90 Jahre und älter	58,46	-4,69
<b>Frauen</b>		
Insgesamt	17,34	+4,41
0 bis unter 10 Jahre	10,67	-0,24
10 bis unter 20 Jahre	19,54	+4,20
20 bis unter 30 Jahre	8,53	+5,61
30 bis unter 40 Jahre	11,93	+3,59
40 bis unter 50 Jahre	16,01	+5,84
50 bis unter 60 Jahre	21,55	+2,33
60 bis unter 70 Jahre	26,92	-1,22
70 bis unter 80 Jahre	33,64	-6,12
80 bis unter 90 Jahre	46,33	-5,55
90 Jahre und älter	67,15	-1,59

**Tab. 30 Regionale Entwicklung der Ausgaben pro 100 Versicherte von 2007 zu 2008 von Hilfsmitteln (HMV)**

KV-Bereiche	Ausgaben 2007 in €	Ausgaben 2008 in €	Ausgaben 2007 pro 100 Versicherte	Ausgaben 2008 pro 100 Versicherte	Änderung der Ausgaben pro 100 Versicherte zu 2007 in %
KV Baden-Württemberg	13.505.950,16	14.573.127,00	4.766,90	5.019,12	+5,29
KV Bayerns	13.347.085,02	14.972.859,98	5.188,81	5.518,67	+6,36
KV Berlin	3.879.685,76	4.193.135,92	4.742,08	4.743,85	+0,04
KV Brandenburg	3.048.573,26	3.352.188,87	3.591,12	3.797,31	+5,74
KV Bremen	665.363,99	699.334,56	5.228,38	5.006,69	-4,24
KV Hamburg	3.067.037,61	3.435.076,84	5.998,63	5.667,32	-5,52
KV Hessen	7.047.352,97	8.118.793,29	5.018,09	5.212,31	+3,87
KV Mecklenburg-Vorpommern	943.230,95	1.209.851,38	3.752,51	4.379,87	+16,72
KV Niedersachsen	8.082.492,17	9.128.712,83	4.762,59	4.887,65	+2,63
KV Nordrhein	7.558.341,81	8.241.475,11	5.357,71	5.463,79	+1,98
KV Rheinland-Pfalz	3.407.599,09	3.854.438,74	4.470,92	4.646,81	+3,93
KV Saarland	1.558.096,40	1.582.617,11	4.247,92	4.290,33	+1,00
KV Sachsen	2.515.655,74	2.661.348,41	4.493,04	4.806,48	+6,98
KV Sachsen-Anhalt	1.089.668,32	1.372.481,86	3.505,90	4.257,08	+21,43
KV Schleswig-Holstein	4.593.026,42	5.449.752,84	5.265,96	5.556,89	+5,52
KV Thüringen	1.453.239,02	1.592.046,68	3.953,53	4.517,73	+14,27
KV Westfalen-Lippe	5.377.228,89	6.117.709,37	4.309,68	4.643,78	+7,75

**Tab. 31 Tatsächliche und erwartete Ausgaben für Hilfsmittel (HMV) 2008**

KV-Bereiche	Tatsächliche Ausgaben in €	Erwartete Ausgaben in €	Differenz*	Differenz in %
KV Baden-Württemberg	11.788.874,86	11.432.711,14	+356.163,72	+3,12
KV Bayerns	12.191.840,84	11.854.723,15	+337.117,69	+2,84
KV Berlin	3.639.233,12	3.592.190,66	+47.042,46	+1,31
KV Brandenburg	2.316.643,29	2.150.059,57	+166.583,72	+7,75
KV Bremen	644.991,05	682.316,69	-37.325,64	-5,47
KV Hamburg	2.865.262,58	3.159.067,54	-293.804,96	-9,30
KV Hessen	6.007.416,95	6.322.532,03	-315.115,08	-4,98
KV Mecklenburg-Vorpommern	912.016,96	913.868,42	-1.851,46	-0,20
KV Niedersachsen	7.318.929,76	7.606.104,77	-287.175,01	-3,78
KV Nordrhein	6.269.529,52	6.196.134,92	+73.394,60	+1,18
KV Rheinland-Pfalz	3.007.788,79	3.084.944,94	-77.156,15	-2,50
KV Saarland	1.338.273,19	1.255.216,02	+83.057,17	+6,62
KV Sachsen	2.167.701,04	2.087.520,27	+80.180,77	+3,84
KV Sachsen-Anhalt	1.088.708,16	941.859,10	+146.849,06	+15,59
KV Schleswig-Holstein	4.073.533,69	4.190.931,86	-117.398,17	-2,80
KV Thüringen	1.222.524,38	1.054.089,57	+168.434,81	+15,98
KV Westfalen-Lippe	4.574.787,03	4.390.102,25	+184.684,78	+4,21

\*Differenz = Tatsächliche – erwartete Ausgaben

**Tab. 32 Ausgaben für Hilfsmittel pro Versichertem 2007 und 2008 nach KV-Bereichen**

KV-Bereich	2007	2008	Änderung in %
KV Brandenburg	23,55	26,24	+11,42
KV Mecklenburg-Vorpommern	31,70	33,02	+4,16
KV Sachsen-Anhalt	28,17	33,77	+19,88
KV Thüringen	28,26	34,69	+22,74
KV Westfalen-Lippe	31,39	34,73	+10,61
KV Rheinland-Pfalz	34,62	36,26	+4,73
KV Saarland	33,17	36,28	+9,36
KV Hessen	37,91	38,57	+1,74
KV Sachsen	36,55	39,15	+7,10
KV Niedersachsen	37,77	39,19	+3,74
KV Baden-Württemberg	38,55	40,60	+5,32
KV Berlin	40,11	41,17	+2,65
KV Schleswig-Holstein	39,92	41,54	+4,04
KV Nordrhein	39,26	41,56	+5,88
KV Bayerns	42,36	44,94	+6,07
KV Bremen	45,71	46,18	+1,02
KV Hamburg	49,71	47,27	-4,90

**Tab. 33 Hilfsmittel aus Apotheken 2007 und 2008**

Hilfsmittel aus Apotheken	2007	2008	Änderung in %
<b>A: Hilfsmittel mit Pharmazentralnummer und Hilfsmittelpositionsnummer</b>			
Anzahl verschiedene Versicherte	56.652	67.821	+19,72
davon weibliche Versicherte	26.654	32.367	+21,43
Anzahl Rezepte	129.096	155.722	+20,62
Anzahl verschiedene PZN	7.373	8.358	+13,36
Anzahl verschiedene Hilfsmittelpositionsnummern	2.078	2.322	+11,74
Ausgaben in €	7.546.749,13	8.920.769,93	+18,21
<b>B: Miete oder Leihgebühr für Hilfsmittel (Pseudo-PZN = 9999063)</b>			
Anzahl verschiedene Versicherte	8.689	9.085	+4,56
davon weibliche Versicherte	5.489	5.860	+6,76
Anzahl Rezepte	13.466	14.124	+4,89
Ausgaben in €	457.811,27	507.834,61	+10,93
<b>C: Hilfsmittel ohne PZN (Pseudo-PZN = 9999028)</b>			
Anzahl verschiedene Versicherte	8.916	10.231	+14,75
davon weibliche Versicherte	5.144	5.902	+14,74
Anzahl Rezepte	14.223	15.855	+11,47
Anzahl verschiedene Hilfsmittelpositionsnummern	1.072	1.143	+6,62
Ausgaben in €	1.061.545,84	1.207.918,87	+13,79
Gesamtausgaben für Hilfsmitteln aus Apotheken in €	9.066.106,24	10.636.523,41	+17,32
Gesamtausgaben für Hilfsmittel pro Versichertem in €	5,33	5,87	+10,17
Gesamtanzahl LV mit Hilfsmitteln zu Vers. in %	4,4	4,8	+10,19

**Tab. 34 Verordnungen bei FMS nach Facharztgruppe und Leistungsart in Prozent**

	Internisten	Orthopäden	Hausärzte
KG	42,13	48,64	35,64
Thermotherapie	22,72	20,82	22,38
Massage	15,98	10,21	15,69
MT	6,15	11,55	12,17
MLD	8,28	2,95	10,83
Sonstige	4,74	5,83	3,29

**Tab. 35 Inzidenz von mind. einer Diagnose (M79.7) im Zeitraum vom 1. Quartal 2006 bis einschließlich 1. Quartal 2007 nach Alter und Geschlecht**

Alter in Jahren	Anzahl Versicherte	Männer	Frauen	Anteil Männer in %	Anteil Frauen in %
0 bis unter 10 Jahre	1	1	0	100,00	0
10 bis unter 20 Jahre	11	2	9	18,18	81,82
20 bis unter 30 Jahre	40	7	33	17,50	82,50
30 bis unter 40 Jahre	122	18	104	14,75	85,25
40 bis unter 50 Jahre	447	58	389	12,98	87,02
50 bis unter 60 Jahre	529	72	457	13,61	86,39
60 bis unter 70 Jahre	261	33	228	12,64	87,36
70 bis unter 80 Jahre	64	20	44	31,25	68,75
80 bis unter 90 Jahre	9	1	8	11,11	88,89
90 Jahre und älter	0	0	0	0	0
Insgesamt	1.484	212	1.272	14,29	85,71

**Tab. 36 Verordnungshäufigkeit der Abrechnungspositionen nach Facharztgruppen 2007**

Facharzt	Häufigkeit	Anteil in %
Allgemeinmediziner	3.441	36,80
Orthopäden	2.767	29,58
Internisten	1.116	11,93
sonstige	2.155	21,69
Gesamt	9.479	100,00

## **Die ProjektmitarbeiterInnen:**

### **Claudia Kemper, MPH**

\*1967

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

### **Kristin Sauer**

\*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. Seit 2007 Studium Master Public Health/ Pflegewissenschaften an der Universität Bremen mit dem Schwerpunkt Versorgungsforschung. Seit April 2009 Mitarbeiterin am Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung der Universität Bremen.

## **Prof. Dr. Gerd Glaeske**

\*1945

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

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

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

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

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

## **Angela Fritsch**

\*1958

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

## **Prof. Dr. Bernhard Bogetto**

\*1963

Studium der Soziologie, Volkswirtschaftslehre und Pädagogik in Frankfurt/ M. und Israel. Promotion in Medizinsoziologie in Heidelberg und Habilitation in Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld. Nach wissenschaftlicher Mitarbeit in der Abteilung für Medizinische Soziologie an der Universität Gießen und wissenschaftlicher Assistenz an der Abteilung für Medizinische Soziologie in der Universität Freiburg, Professur für Gesundheitsförderung und Prävention. Seitdem Leitung des Studiengangs Master of Science in Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie an der FH Hildesheim, Holmünden und Göttingen. Leiter des Instituts für gesundheits- und sozialwissenschaftliche Forschung und Beratung e.V. (IFB).

## **Kathrin Kaboth, B. A.**

\*1982

Seit 2004 Studium Public Health/Gesundheitswissenschaften an der Universität Bremen (erster Abschluss B. A. im Jahr 2007), GEK-Hansepreis für die Bachelor Abschlussarbeit. Seit Oktober 2007 studentische Mitarbeiterin am Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung der Universität Bremen.

## **Claudia Kretschmer**

\*1981

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

## **Konstanze Löffler**

\*1974

Ausbildung zur Ergotherapeutin 1998, Bachelor (HAWK) seit 2003. Studium der Ergotherapie berufsbegleitend mit dem Schwerpunkt „Gesundheitsförderung und Prävention“ an der HAWK Hildesheim von 2006 bis 2009. Seitdem Mitglied der ForschungsAG ELP der HAWK. Derzeit tätig im Projekt zur Arbeitsreintegration psychische Gesunderer am Klinikum Region Hannover.

## **Christian Schalauka**

\*1984

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

## **Dr. Marcel Sieberer**

\*1969

Studium der Humanmedizin von 1991 bis 1997 (Gießen). In 1999 Promotion am Institut für Klinische Pathophysiologie und Experimentelle Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen. Tätigkeiten als Arzt und wissenschaftlicher Mitarbeiter u.a. an der Klinik für Neurologie am Universitätsklinikum Lübeck und an der Klinik für Psychiatrie des Universitätsklinikums Münster. Seit 2007 wissenschaftlicher Mitarbeiter der Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover. Facharzt für Neurologie (seit 2004) und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (seit 2009).

## **Melanie Tamminga**

\*1986

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

## **Holm Thieme**

\*1980

Ausbildung zum Physiotherapeut von 1999 bis 2002. Anschließend Tätigkeit als Physiotherapeut. Von 2003 bis 2008 Studium zum Bachelor of Science und Master of Science (Physiotherapy) an der HAWK. Seit 2006 Lehrkraft der Europäischen Schule für Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Seit 2007 Lehrbeauftragter der Fachhochschulen Senftenberg und Hildesheim. Seit 2009 Geschäftsführer der Arbeitsgruppe Forschung Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie an der HAWK der Fachhochschule Hildesheim und Lehrbeauftragter an der Fernhochschule Hamburg und dem Studienzentrum Kassel.

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

Bericht über die Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe ...  
(vergriffen)

Nr. 1: *Werkzeugmechaniker (1994)*

Nr. 2: *Edelmetallschmiede (1993)*

Nr. 3: *Zahntechniker (1993)*

Nr. 4: *Elektroniker und Monteure im Elektrobereich (1994)*

Nr. 5: *Augenoptiker (1995)*

Nr. 6: *Zerspanungsmechaniker (1996)*

Nr. 7: *Industriemeister (1996)*

Nr. 8: *Maschinenbautechniker (1996)*

Nr. 9: *Techniker im Elektrofach (1996)*

Nr. 10: *Industriemechaniker (1996)*

Band 1: Müller, R. et al.: Auswirkungen von Krankengeld-Kürzungen. Materielle Bestrafung und soziale Diskriminierung chronisch erkrankter Erwerbstätiger. Ergebnisse einer Befragung von GKV-Mitgliedern. 1997  
ISBN 3-930 784-02-5 Euro 9,90

Band 2: Bitzer, E. M. et al.: Der Erfolg von Operationen aus Sicht der Patienten.  
– Eine retrospektive indikationsbezogene Patientenbefragung zum Outcome elektiver chirurgischer Leistungen in der stationären Versorgung – am Beispiel operativer Behandlungen von Krampfadern der unteren Extremitäten, von Nasenscheidewandverbiegungen sowie von arthroskopischen Meniskusbehandlungen. 1998  
ISBN 3-980 6187-0-6 Euro 9,90

Band 3: Grobe, T. G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 1998. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. 1998.  
ISBN 3-537-44003 (vergriffen) Euro 7,90

Gmünder ErsatzKasse GEK (Hrsg.): Bericht über die Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe ... Ergebnisse von Beschäftigtenbefragungen, Analyse von Arbeitsfähigkeitsdaten und Literaturrecherchen zu Zusammenhängen von Arbeitswelt und Erkrankungen.

Band 4:	Gesundheitsbericht 11 – Werkzeugmechaniker. ISBN 3-537-44001-4	Euro 4,90
Band 5:	Gesundheitsbericht 12 – Bürofachkräfte. ISBN 3-537-44002	Euro 4,90
Band 6:	Gesundheitsbericht 13 – Zerspanungsmechaniker. ISBN 3-537-44006-5	Euro 4,90
Band 7:	Gesundheitsbericht 14 – Industriemechaniker. ISBN 3-537-44007-3	Euro 4,90
Band 8:	Gesundheitsbericht 15 – Zahntechniker. ISBN 3-537-44008-1	Euro 4,90
Band 9:	Gesundheitsbericht 16 – Augenoptiker. ISBN 3-537-44009-X	Euro 4,90
Band 10:	Gesundheitsbericht 17 – Edelmetallschmiede. ISBN 3-537-440010-3	Euro 4,90
Band 11:	Gesundheitsbericht 18 – Elektroberufe. ISBN 3-537-440011-1	Euro 4,90
Band 12:	Grobe, T. G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 1999. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Arbeitslosigkeit und Gesundheit. 1999. ISBN 3-537-44012-X	Euro 7,90

- Band 13: Marstedt, G. et al.: Young is beautiful? **Zukunftsperspektiven, Belastungen und Gesundheit im Jugendalter.** Ergebnisbericht zu einer Studie über Belastungen und Probleme, Gesundheitsbeschwerden und Wertorientierungen 14-25jähriger GEK-Versicherter. 2000.  
ISBN 3-537-44013-8 Euro 9,90
- Band 14: Bitzer, E. M. et al.: Lebensqualität und Patientenzufriedenheit nach Leistenbruch- und Hüftgelenkoperationen. Eine retrospektive indikationsbezogene Patientenbefragung zum Outcome häufiger chirurgischer Eingriffe in der zweiten Lebenshälfte. 2000.  
ISBN 3-537-44014-8 Euro 9,90
- Band 15: Marstedt, G. et al. (Hrsg.): Jugend, Arbeit und Gesundheit. Dokumentation eines Workshops, veranstaltet vom Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen und der Gmünder Ersatzkasse (GEK) am 20. Mai 1999 in Bremen. Mit einem Grafik- und Tabellen-Anhang „Materialien zur gesundheitlichen Lage Jugendlicher in Deutschland“. 2000.  
ISBN 3-537-44015-4 (vergriffen)
- Band 16: Grobe, T. G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 2000. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Erkrankungen des Rückens. 2000.  
ISBN 3-537-44016-X (vergriffen)
- Band 17: Braun, B.: Rationierung und Vertrauensverlust im Gesundheitswesen – Folgen eines fahrlässigen Umgangs mit budgetierten Mitteln. Ergebnisbericht einer Befragung von GEK-Versicherten. 2000.  
ISBN 3-537-44017-0 Euro 9,90
- Band 18: Grobe, T.G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 2001. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Psychische Störungen. 2001.  
ISBN 3-537-44018-9 Euro 9,90
- Band 19: Braun, B.: Die medizinische Versorgung des Diabetes mellitus Typ 2 – unter-, über- oder fehlversorgt? Befunde zur Versorgungsqualität einer chronischen Erkrankung aus Patientensicht. 2001.  
ISBN 3-537-44019-7 Euro 9,90

- Band 20: Glaeske, G.; Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2001. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 1999 - 2000. 2001. ISBN 3-537-44020-0 Euro 9,90
- Band 21: Braun, B., König, Chr., Georg, A.: Arbeit und Gesundheit der Berufsgruppe der Binnenschiffer. ISBN 3-537-44021-9 Euro 9,90
- Band 22: Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2002. Schwerpunkt: "High Utilizer" – Potenziale für Disease Management. 2002. ISBN 3-537-44022-7 Euro 9,90
- Band 23: Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2002. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2000 bis 2001. 2002. ISBN 3-537-44023-5 Euro 9,90
- Band 24: Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2003. Schwerpunkt: Charakterisierung von Hochnutzern im Gesundheitssystem – präventive Potenziale? 2003. ISBN 3-537-44024-3 Euro 9,90
- Band 25: Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2003. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2001 bis 2002. 2003. ISBN 3-537-44025-1 Euro 9,90
- Band 26: Braun, B., Müller, R.: Auswirkungen von Vergütungsformen auf die Qualität der stationären Versorgung. Ergebnisse einer Längsschnittanalyse von GKV-Routinedaten und einer Patientenbefragung. 2003. ISBN 3-537-44026-X Euro 9,90
- Band 27: Schmidt, Th., Schwartz, F.W. und andere: Die GEK-Nasendusche. Forschungsergebnisse zu ihrer physiologischen Wirkung und zur gesundheitsökonomischen Bewertung. 2003. ISBN 3-537-44027-8 Euro 7,90

- Band 28: Jahn, I. (Hg.): wechselljahre multidisziplinär. was wollen Frauen – was brauchen Frauen. 2004  
ISBN 3-537-44028-6 Euro 9,90
- Band 29: Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2004. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2002 bis 2003. 2004.  
ISBN 3-537-44029-4 Euro 9,90
- Band 30: Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2004. Schwerpunkt: Gesundheitsstörungen durch Alkohol. 2004.  
ISBN 3-537-44030-8 Euro 9,90
- Band 31: Scharnetzky, E., Deitermann, B., Michel, C., Glaeske, G.: GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2004. Auswertungsergebnisse der GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus dem Jahre 2003. 2004.  
ISBN 3-537-44031-6 Euro 9,90
- Band 32: Braun, B., Müller, R., Timm, A.: Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiographien von Pflegekräften im Krankenhaus. Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG-Einführung. 2004.  
ISBN 3-537-44032-4 Euro 9,90
- Band 33: Glaeske, Gerd et al.: Memorandum zu Nutzen und Notwendigkeit Pharmakoepidemiologischer Datenbanken in Deutschland. 2004  
ISBN 3-537-44033-2 Euro 7,90
- Band 34: Braun, B., Müller, R.: Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe Zahntechniker. 2005  
ISBN 3-537-44034-0 Euro 9,90
- Band 35: Braun, B., Müller, R.: Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe Bürofachkräfte. 2005  
ISBN 3-537-44035-9 Euro 9,90
- Band 36: Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2005. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2003 bis 2004. 2005.  
ISBN 3-537-44036-7 Euro 14,90

- Band 37: Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report akut-stationäre Versorgung 2005.  
ISBN 3-537-44037-5 Euro 9,90
- Band 38: Scharnetzky, E., Deitermann, B., Hoffmann, F., Glaeske, G.: GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2005. Auswertungsergebnisse der GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahre 2003/2004. 2005  
ISBN 3-537-44038-3 Euro 14,90
- Band 39: Samsel, W., Marstedt G., Möller H., Müller R.: Musiker-Gesundheit. Ergebnisse einer Befragung junger Musiker über Berufsperspektiven, Belastungen und Gesundheit. 2005  
ISBN 3-537-44039-1 Euro 9,90
- Band 40: Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2005. 2005  
ISBN 3-537-44040-5 Euro 9,90
- Band 41: Samsel, W., Böcking, A.: Prognostische und therapeutische Bedeutung der DNA-Zytometrie beim Prostatakarzinom. 2006  
ISBN 3-537-44041-3 Euro 12,90
- Band 42: Lutz, U., Kolip, P.: Die GEK-Kaiserschnittstudie. 2006  
ISBN 3-537-44042-1 Euro 14,90
- Band 43: Braun, B.: Geburten und Geburtshilfe in Deutschland. 2006  
ISBN 3-537-44043-X Euro 14,90
- Band 44: Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2006. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2004 bis 2005. 2006.  
ISBN 3-537-44044-8 Euro 14,90
- Band 45: Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report akut-stationäre Versorgung 2006. 2006  
ISBN 3-537-44045-6 Euro 14,90

- Band 46: Braun, B., Müller, R.: Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten. 2006.  
ISBN 3-537-44046-4 Euro 14,90
- Band 47: Spintge, R., u.a.: Musik im Gesundheitswesen. 2006  
ISBN 3-537-44047-2 Euro 14,90
- Band 48: Böcking, A.: Mit Zellen statt Skalpellen - Wie sich Krebs früh und ohne Operation erkennen lässt. 2006  
ISBN 3-86541-177-0, ISBN 9783-86541-177-8 Euro 19,90
- Band 49: Deitermann, B. , Kemper, C., Hoffmann, F., Glaeske, G.: GEK-Heil- und Hilfsmittelreport 2006. Auswertungsergebnisse der GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahren 2004 und 2005. 2006  
ISBN 3-537-44049-9, ISBN 978-3-537-44049-5 Euro 14,90
- Band 50: Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report ambulanzärztliche Versorgung 2006. 2006  
ISBN 3-537-44050-2, ISBN 978-3-537-44050-1 Euro 14,90
- Band 51: Müller, R., Braun, B.: Vom Quer- zum Längsschnitt mit GKV-Daten. 2006  
ISBN 3-537-44051-0, ISBN 978-3-537-44051-8 Euro 14,90
- Band 52: Bichler, K.-H., Strohmaier, W.L., Eipper, E., Lahme, S.: Das Harnsteinleiden. 2007.  
ISBN 978-3-86541-165-5 Euro 45,00
- Band 53: Kleinert, J., Lobinger, B., Sulprizio, M.: Organisationsformen und gesundheitliche Effekte von Walking. 2007.  
ISBN 978-3-537-44053-2 Euro 14,90
- Band 54: Glaeske, G., Trittin, C.: Weichenstellung: Die GKV der Zukunft. Bessere Koordination, mehr Qualität, stabile Finanzierung. 2007.  
ISBN 978-3-537-44054-9 Euro 14,90

- Band 55: Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2007. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2005 bis 2006. 2007. ISBN 978-3-537-44055-6 Euro 14,90
- Band 56: Hacker, E.W., Löbig, S. (Hg.): Musikphysiologie im Probenalltag. Dokumentation eines Workshops - veranstaltet vom Zentrum für Musik, Gesundheit und Prävention. 2007 ISBN 978-3-537-44056-3 Euro 14,90
- Band 57: Deitermann, B., Kemper, C., Glaeske, G.: GEK-Heil- und Hilfsmittelreport 2007. Auswertungsergebnisse der GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahren 2005 und 2006. 2007 ISBN 978-3-537-44057-0 Euro 14,90
- Band 58: Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report akut-stationäre Versorgung 2007. 2007 ISBN 978-3-537-44058-7 Euro 14,90
- Band 59: Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2007. 2007 ISBN 978-3-537-44059-4 Euro 14,90
- Band 60: Braun, B., Buhr, P., Müller, R.: Pflegearbeit im Krankenhaus, Ergebnisse einer wiederholten Pflegekräftebefragung und einer Längsschnittanalyse von GEK-Routinedaten. 2008. ISBN 978-3-537-44060-0 Euro 14,90
- Band 61: Glaeske, G., Schickanz, C., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2008. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2006 bis 2007. 2008. ISBN 978-3-537-44061-7 Euro 14,90
- Band 62: Glaeske, G., Trittin, C.: Weichenstellung: Altern in unserer Gesellschaft. Neue Herausforderungen für das Gesundheitswesen. 2008. ISBN 978-3-537-44062-4 Euro 14,90

- Band 63: Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Neusser, S., Dörning, H., Schwartz, F.W.:  
GEK-Report akut-stationäre Versorgung 2008. 2008  
ISBN 978-3-537-44063-1 Euro 14,90
- Band 64: Kemper, C., Koller, D., Glaeske, G.: GEK-Heil- und  
Hilfsmittelreport 2008. Auswertungsergebnisse der GEK-Heil- und  
Hilfsmitteldaten aus den Jahren 2006 und 2007. 2008  
ISBN 978-3-537-44064-8 Euro 14,90
- Band 65: Kolip, P., Glaeske, G., u.a.: ADHS bei Kindern und Jugendlichen.  
2008  
ISBN 978-3-537-44065-5 Euro 14,90
- Band 66: Rothgang, H., Borchert, L., Müller, R., Unger, R.:  
GEK-Pflegereport 2008. 2008  
ISBN 978-3-537-44066-2 Euro 14,90
- Band 67: Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report ambulanz-  
ärztliche Versorgung 2008. 2008  
ISBN 978-3-537-44067-9 Euro 14,90
- Band 68: Glaeske, G., Schicktanz, C., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report  
2009. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den  
Jahren 2007 bis 2008. 2009.  
ISBN 978-3-537-44068-6 Euro 14,90
- Band 69: Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Schilling, E., Dörning, H., Schwartz, F.W.:  
GEK-Report Krankenhaus 2009. 2009  
ISBN 978-3-537-44069-3 Euro 14,90
- Band 70: Bauknecht, M., Braun, B., Müller, R.: GEK-Bandscheiben-Report. 2009  
ISBN 978-3-537-44070-9 Euro 14,90
- Band 71: Reuter, C., Kapustin, P.: Vernetzte Gesundheitserziehung im  
Grundschulalter. 2009  
ISBN 978-3-537-44071-6 Euro 14,90