



Edition

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 49

Bernhilde Deitermann
Claudia Kemper
Falk Hoffmann
Gerd Glaeske

mit Beiträgen von Ernst Chantelau, Ingo Doneth,
Sibylle Feyerabend, Christel Schicktanz, Edda Würdemann

unter Mitarbeit von Johanna Ahlert, Angela Fritsch, Friederike Höfel,
Claudia Kretschmer, Florian Wiencek

GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2006

Auswertungsergebnisse der
GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahren 2004 und 2005

Bremen, Schwäbisch Gmünd
September 2006
Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 49



Edition

GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2006

Die Deutsche Bibliothek - CIP-Einheitsaufnahme

Gmünder ErsatzKasse:

GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2006: Auswertungsergebnisse der
GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahren 2004 und 2005

[Hrsg: GEK-Gmünder ErsatzKasse. Autoren: Bernhilde Deitermann,
Claudia Kemper, Falk Hoffmann, Gerd Glaeske].

Sankt Augustin: Asgard-Verl. Hippe. 2006.(GEK-Edition; Bd. 49)

ISBN-10: 3-537-44049-9

ISBN-13: 978-3-537-44049-5

- Herausgeber: GEK - Gmünder ErsatzKasse
Bereich Gesundheitsanalyse
Gottlieb-Daimler-Straße 19
73529 Schwäbisch Gmünd
Telefon (07171) 801-0
<http://www.gek.de>
- Autoren: Bernhilde Deitermann, Claudia Kemper,
Falk Hoffmann, Gerd Glaeske
Zentrum für Sozialpolitik (ZeS),
Forschungsschwerpunkt Arzneimittelversorgungsforschung,
Forschungseinheit Gesundheitspolitik und Evaluation
medizinischer Versorgung
Universität Bremen, Parkallee 39, 28209 Bremen
- Verlag: Asgard-Verlag, Einsteinstraße 10, 53757 St. Augustin

Inhaltsverzeichnis

I.	Einführung	8
1.	Überblick über die Heil- und Hilfsmittelausgaben in der GEK	8
2.	Material und Methoden	21
II.	Heilmittel	26
1.	Heilmittelversorgung	26
2.	Ergebnisse der Heilmittelanalysen	42
3.	Die ambulante physiotherapeutische Versorgung von RückenschmerzpatientInnen	63
4.	Ergotherapiebehandlung bei Kindern und Jugendlichen mit Hyperkinetischen Störungen	82
III.	Hilfsmittel	98
1.	Zur Versorgung von Hilfsmitteln in der Gesetzlichen Krankenversicherung	98
2.	Analysen der Hilfsmitteldaten der GEK	106
3.	Qualitätssicherung in der Hilfsmittelversorgung	130
4.	Hilfsmittel gegen Dekubitus	164
5.	Heil- und Hilfsmittel-Versorgung von Versicherten mit "diabetischem Fuß"	184
IV.	Verzeichnisse	204
1.	Tabellenverzeichnis	204
2.	Abbildungsverzeichnis	208
3.	Literaturverzeichnis	210
4.	Verzeichnis der Anhangtabellen	219

Vorwort

Die Gmünder ErsatzKasse (GEK) nimmt ihren Auftrag zur Umsetzung eines Qualitäts- und Kostenmanagements ernst. Darum machen wir auch nicht Halt vor Leistungsbereichen, in denen schon allein das Herstellen von Transparenz als Voraussetzung für Managementstrategien schwierig ist – und hierzu gehört sicherlich der Bereich der Heil- und Hilfsmittel. Es gibt nur bedingt Vordrucke wie in der Arzneimittelversorgung, die mit EDV-Unterstützung erfasst und ausgewertet werden können. Viele Abrechnungen von Sanitätshäusern, Orthopädie-Schuhmacher-Meistern oder Physiotherapeuten können nur mit Schwierigkeiten maschinell erfasst werden, zumeist müssen wir die Belege per Hand nacherfassen und individuell, je nach Vertragslage, prüfen. Und dies ist bei rund 1,5 Mio. Abrechnungen pro Jahr nicht ohne erheblichen Aufwand zu schaffen. Wir können diesen Bereich aber auch schon deshalb nicht ausblenden, weil er immer wichtiger wird, sowohl mit Blick auf die Versorgung unserer Versicherten als auch mit Blick auf die Ausgaben. 159 Mio. Euro hat die GEK im Jahre 2005 für Heil- und Hilfsmittel ausgegeben, rund 7 % ihrer Gesamtausgaben, und nicht immer stimmen Qualität und Effizienz. Auch hier gibt es, wie in anderen Leistungsbereichen, Hinweise auf Unter-, Über- und Fehlversorgung. Hierauf wurde schon in einem früheren Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hingewiesen. Dabei ging es z.B. um die Fehlversorgung bei Hörgeräten, wenn Patientinnen und Patienten nach der Verordnung eines Hörgerätes nicht mit ihrem Gerät umzugehen wussten und es deshalb nicht verwendeten. Diese Hilfsmittel wurden dann zu „Schubladengeräten“, sie wurden nicht eingesetzt, weil der Umgang mit dem Gerät nicht ausreichend geübt wurde und weil sich die Menschen mit einem eingeschränkten Hörvermögen zunächst auch auf die veränderte Geräuschkulisse in ihrer Umwelt einstellen mussten. Zur Abhilfe wurde vom Sachverständigenrat ein ärztlich zu verordnendes Kommunikationstraining nach Erstanpassung des Hörgerätes empfohlen.

Wie aktuell gerade die letztgenannte Empfehlung ist, zeigt ein Bericht der Zeitschrift „test“ aus dem Juli 2006 (Stiftung Warentest, 2006). Da wurden fünf große Ketten aus dem Bereich der Hörgeräteakustiker getestet (Seifert, Kind, Iffland, Geers und Autec), von denen zwei mit „gut“ (Seifert und Kind), eine mit befriedigend (Iffland), eine mit „ausreichend“ (Geers) und eine mit „mangelhaft“ (Autec) abschnitt. Dabei wurde auch die Anpassung des Hörgerätes nach dem Kauf geprüft. Schließlich ist bekannt, so eine Leserumfrage der Stiftung Warentest, dass nur jeder Zweite, der ein Hörgerät gekauft hatte, dies den ganzen Tag über trägt, jeder Zehnte trägt es nur gelegentlich und 6% hatten die Hörhilfen nach einiger Zeit enttäuscht zur Seite gelegt. Diese Zahlen, umgerechnet auf die schätzungsweise 2,5 Millionen Menschen, die ein Hörgerät besitzen, machen die Problematik überdeutlich. Wenn also nach dem Kauf keine vernünftige, individuelle und verständliche Anpassung im Sinne einer „Nachjustierung“ durchgeführt wird, kann es leicht dazu kommen, dass die teuren Geräte, die im Schnitt um die 2.000 Euro pro Paar kosten, nutzlos in der Schublade liegen. Die Stiftung Warentest bemängelte in ihrem Test, dass in vielen Fällen versäumt wurde, auf diesen Kundendienst nach dem Kauf hinzuweisen. Dabei hätte die Branche, die etwa 900 Mio. Euro pro Jahr mit solchen Geräten umsetzt, allen Grund dazu, diese Nachjustierung anzubieten – werden die Gewinne bei diesen Geräten doch deutlich höher eingeschätzt als bei Arzneimitteln. Hinzu kommt, dass im Jahre 2005 Festbeträge für Hörgeräte eingeführt wurden, womit bundesweit 421,28 Euro für ein Gerät und 758,30 Euro für zwei Geräte bezahlt werden. Die Kosten liegen aber häufig deutlich darüber, so dass es im Sinne der Kundenbindung zu erwarten wäre, dass sich die Hörgeräteakustiker auch nach dem Kauf um die Patientinnen und Patienten kümmern. Dies war aber bei dem Test der Stiftung Warentest nur bedingt der Fall.

Dieses Ergebnis hat die GEK zum Anlass genommen, ihre Informationen für Versicherte auch in diesem Bereich zu verstärken. Wir haben bereits Hilfsmittel-Manager, die unsere Versicherten beraten – nichts ist aber so

gut, dass es nicht verbessert werden kann. Und wir werden uns auch nicht verbieten lassen, unseren Versicherten solche Lieferanten für Hilfsmittel zu nennen, die ihre Qualität unter Beweis gestellt haben.

„Daten für Taten“ – das ist auch in diesem Leistungsbereich unser Programm: Dabei hilft uns seit langem erfolgreich die Arbeitsgruppe von Prof. Dr. Gerd Glaeske im Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen. Wir möchten uns bei ihm und bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter seiner Arbeitsgruppe bedanken und bauen darauf, dass wir diese Kooperation auch in Zukunft mit Erfolg und Engagement weiterführen werden.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Dieter Hebel', is written over a faint, light-colored rectangular stamp or watermark.

Dieter Hebel

Vorstandsvorsitzender der GEK

I. Einführung

1. Überblick über die Heil- und Hilfsmittelausgaben in der GEK

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR, 2005) hat sich in seinem Gutachten 2005 auch mit der Heil- und Hilfsmittelversorgung im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beschäftigt. Einer der wichtigen Gründe hierfür war, dass Heil- und Hilfsmittel integraler Bestandteil der Rehabilitation behinderter, chronisch kranker, älterer und hochbetagter Menschen sind, deren Zahl aufgrund der demographischen Veränderungen in unserer Population stetig zunimmt. Ein weiterer Grund lag darin, dass sich die Ausgabenanteile nach Behandlungsarten in der GKV im Vergleich der Jahre 1970 bis 2003 bezogen auf die alten Bundesländer in keinem Bereich so stark verändert haben wie im Bereich der Heil- und Hilfsmittel. Während der Ausgabenanteil im Bereich der Behandlung durch Ärzte bei -22,7% und bei Arzneimitteln bei -1,7% lag, betrug er bei der stationären Behandlung +34,9% und bei den Heil- und Hilfsmitteln +200% (SVR, 2005, Ziffer 607). Erweitert man diese Betrachtung auf ganz Deutschland, so ergibt sich eine Steigerung des Ausgabenanteils der Heil- und Hilfsmittel von 5,4% im Jahre 2001 auf 7,7% im Jahre 2003 und damit um 42,6%, während sich der Ausgabenanteil der Arzneimittelversorgung in diesem Zeitraum um 7,9% und der Anteil der stationären Versorgung lediglich um 2,1% erhöhte.

In den vergangenen Jahren ist der Heil- und Hilfsmittelbereich trotz dieser auffälligen Veränderungen wenig in den Mittelpunkt der Diskussionen gerückt, wenn es um Fragen der Qualität, Effektivität und Effizienz ging. Dies lag auch daran, dass die Transparenz in diesem Versorgungsbereich außerordentlich schwer herzustellen ist. Mehr als andere Versorgungsbereiche wird die Hilfs- und Hilfsmittelversorgung durch eine hohe Zahl von Leistungsanbietern und durch eine schwer zu überblickende Vertragslandschaft geprägt. Und noch mehr als in der

Arzneimittelversorgung, für die in der Zwischenzeit das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) die Bearbeitung der vom gemeinsamen Bundesausschuss beauftragten Bewertungen aufgenommen hat (z.B. zum Thema kurzwirksame Analoginsuline), fehlen z.B. für den Hilfsmittelbereich Bewertungen des Nutzens von Produkten mit Schlussfolgerungen zur Angemessenheit von Preisen oder Preisrelationen sowie mit Empfehlungen für Verhandlungslösungen mit den Herstellern oder Vertreibern (Sanitätshäuser, Apotheken usw.) bei bestimmten Produktgruppen. Erschwerend kommt auch hinzu, dass es bislang keine einheitlichen Abrechnungsmodalitäten gibt. Hilfsmittel, die in Apotheken abgerechnet werden, fallen unter den § 300 des 5. Sozialgesetzbuches (SGB V) und werden typischerweise auf einem normalen Verordnungsvordruck abgerechnet, der in der Regel auch eine Pharmazentralnummer für das abgegebene Produkt enthält. Der Anteil dieser Abrechnungen liegt aber unter 10%. Der Hauptanteil der Abrechnungen mit „sonstigen Leistungserbringern“ – und hierher gehören alle sonstigen Anbieter von Heil- und Hilfsmitteln – rechnen im Rahmen des § 302 SGB V ab, der keine vereinbarten Verordnungsvordrucke und eindeutigen Codierungen wie z.B. die Pharmazentralnummer bei den Arzneimitteln vorsieht. Es ist daher leicht vorstellbar, wie unterschiedlich die Unterlagen aussehen, die im Rahmen der Abrechnung von Heil- und Hilfsmitteln vorgelegt werden: Sie reichen von Rezeptvordrucken über Rechnungen und Belege im DIN A4- oder DIN A5 Format, so dass jegliche Form der maschinellen Verarbeitung erschwert wird. Den Kassen, die auch in diesem immer wichtiger werdenden Bereich Transparenz aufbauen möchten, um zu wissen, wie es mit der Qualität, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Heil- und Hilfsmittelversorgung für ihre Versicherten bestellt ist, bleibt daher in den meisten Fällen nichts anderes übrig, als die meisten der eingehenden Abrechnungsbelege per Hand einzugeben und gemäß den unterschiedlichen Verträgen mit den jeweiligen Leistungserbringern einzeln zu prüfen. Auch dieses im Vergleich zu der

Erfassung der Arzneimittelverordnungen eher aufwändige Verfahren trägt sicher mit dazu bei, dass die Transparenz in diesem Ausgabenbereich nach wie vor zu wünschen übrig lässt.

Auf Bundesebene entfielen im Jahre 2005 auf den Bereich der Heil- und Hilfsmittel in der GKV 9,2 Mrd. Euro und damit etwa 7% aller Leistungsausgaben. Insgesamt waren die Ausgaben auf Bundesebene leicht rückläufig (-0,4%). Bei der GEK stiegen die Ausgaben an, sicherlich auch, weil sich die Anzahl der Versicherten im Vergleich der Jahre 2004 zu 2005 um 5,8% erhöht hat (diese und die folgenden Daten sind der Tabelle I.1 entnommen). Damit stieg zumindest auch der Anteil der Versicherten an, die Leistungen aus dem Heilmittelbereich (z.B. Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie) in Anspruch genommen haben – im Jahre 2004 waren es 216.302 Versicherte, im Jahre 2005 waren das 126.779 Frauen und 114.171 Männer (+11,39% gegenüber 2004). Dagegen hat es allerdings Veränderungen bei der Inanspruchnahme der Hilfsmittel gegeben – im Jahre 2004 gab es noch 277.909 Versicherte mit Hilfsmittelleistungen, im Jahre 2005 waren es 118.928 Frauen und 120.213 Männer (-13,95% gegenüber 2004). Insgesamt lag der Anteil der Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel prozentual mit 7% vergleichbar wie bei der gesamten GKV – in absoluten Werten 159 Mio. Euro der gesamten Leistungsausgaben in Höhe von 2,29 Mrd. Euro. Für unsere Auswertungen lagen uns Abrechnungen im „Gegenwert“ von insgesamt 144 Mio. Euro vor und damit für ca. 91% des gesamten Ausgabenaufkommens.

Tabelle I.1 Kennzahlen der Jahre 2004 und 2005 für die GEK-Versicherten

	2004	2005	in %
Anzahl Versicherte (Statusfälle)*:			
Gesamt	1.520.086	1.604.153	+5,53
Männer	826.428	860.881	+4,17
Frauen	693.658	743.272	+7,15
Anzahl versicherte Personen:			
Gesamt	1.470.049	1.554.614	+5,75
Männer	806.496	840.656	+4,24
Frauen	663.553	713.958	+7,60
Durchschnittsalter			
Gesamt	36,5	36,8	
Männer	37,5	37,7	
Frauen	35,3	35,6	
Versicherte mit Heilmittleistungen (RL)**:			
Männer	104.310	114.171	+9,45
Frauen	111.992	126.779	+13,20
Versicherte mit Hilfsmittleistungen (HMV)**:			
Männer	143.916	120.213	-16,47
Frauen	133.993	118.928	-11,24
Versicherte mit Pflegehilfsmittleistungen:			
Männer	953	1.073	+12,59
Frauen	686	756	+10,20

Tabelle I.1 Fortsetzung

	2004	2005	in %
Ausgaben für Heilmittel (RL):			
Gesamt	68.407.757,50	73.543.490,54	+7,51
Männer	35.023.896,01	37.331.399,33	+6,59
Frauen	33.383.861,49	36.212.091,21	+8,47
Ausgaben für Heilmittel (RL) pro 100 Versicherte:			
Gesamt	4.500,26	4.584,57	+1,87
Männer	4.237,99	4.336,42	+2,32
Frauen	4.812,73	4.871,98	+1,23
Ausgaben für Hilfsmittel (HMV):			
Gesamt	68.772.654,48	70.695.097,94	+2,80
Männer	39.685.024,41	40.792.430,85	+2,79
Frauen	29.087.630,07	29.902.667,09	+2,80
Ausgaben für Hilfsmittel (HMV) pro 100 Versicherte:			
Gesamt	4.524,26	4.407,00	-2,59
Männer	4.801,99	4.738,45	-1,32
Frauen	4.193,37	4.023,11	-4,06
Ausgaben für Pflegehilfsmittel:			
Gesamt	858.980,67	930.516,77	+8,33
Männer	496.146,55	531.498,97	+7,13
Frauen	362.834,12	399.017,80	+9,97
Ausgaben für Pflegehilfsmittel pro 100 Versicherte:			
Gesamt	56,51	58,01	+2,65
Männer	60,04	61,74	+2,84
Frauen	52,31	53,68	+2,63

* 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

Unsere Auswertungen für das Jahr 2005 basieren auf 73,5 Mio. Euro Ausgaben für Heilmittel (gegenüber 2004: +7,51%) und auf 70,7 Mio. Euro Ausgaben für Hilfsmittel (gegenüber 2004: +2,8%). Betrachtet man die Ausgaben pro 100 Versicherte, so fallen bei den Heilmitteln 4.585 Euro an (gegenüber dem Vorjahr +1,9%) und bei den Hilfsmitteln 4.407 Euro (-2,6% gegenüber dem Vorjahr). Während bei je 100 Frauen mit 4.872 Euro höhere Ausgaben für Heilmittel anfallen als bei Männern (4.336 Euro), ist es bei den Hilfsmitteln umgekehrt: Hier entfallen mit 4.738 Euro deutlich mehr Kosten pro 100 Männer an als bei 100 Frauen (4.023 Euro). Ein kleiner Anteil der Hilfsmittelausgaben entfällt auf die Hilfsmittel, die im Rahmen der häuslichen Pflege notwendig werden (ca. 1,3% der Hilfsmittelausgaben).

In der Ausgabenverteilung bei den Heilmitteln nimmt der Leistungsbereich Physiotherapie mit 54,27 Mio. Euro den ersten Rang ein, wobei die Ausgaben pro Versicherten nur geringfügig niedriger sind (-0,78%). Ausgabensteigerungen sind hingegen bei der Ergotherapie (+7,60%) und der Logopädie (+12,28%) pro Versicherte zu beobachten. Fast verdoppelt haben sich die Ausgaben für podologische Leistungen mit 94,14%, was auf die erwünschte höhere Inanspruchnahme zurückzuführen ist. Bei den Ausgaben pro Leistungsversichertem ist allerdings nur in diesem Leistungsbereich ein Rückgang zu verzeichnen (siehe Tabelle I.2).

Tabelle I.2 Die Ausgaben der GEK für unterschiedliche Heilmittel im Jahre 2005 in Euro

	Anzahl Versicherte mit Leistungen	Ausgaben pro Versichertem mit Leistungen 2005	Ausgaben 2005 für die GEK	Veränderung Ausgaben je Versichertem gegenüber 2004 in %
Ergotherapie	12.197	864,93	10.549.522,46	+7,69
Logopädie	14.360	592,24	8.504.593,96	+12,28
Physiotherapie	220.351	246,30	54.271.420,62	-0,78
Podologie	1.345	162,05	217.953,50	+94,14

Erstaunlich ist es, dass nur ein relativ kleiner Anteil von Versicherten überhaupt Heil- und Hilfsmittelversorgung in Anspruch nimmt – jeweils etwa 240.000 Versicherte. Dies ist ein deutlich geringerer Anteil als im Bereich der Arzneimittelversorgung (Glaeske & Janhsen, 2006), wo von den insgesamt 1,55 Mio. Versicherten immerhin 1,15 Mio. zumindest ein Arzneimittel verordnet bekamen. Daher ist bei der Verteilung der Heil- und Hilfsmittel eine sehr viel stärkere Asymmetrie der Leistungsverteilung zu beobachten (siehe Abbildung I.1): So entfielen 60% aller Ausgaben bei den Arzneimitteln im Jahre 2005 auf 6% aller Versicherten, bei den Heilmitteln sind es bei diesem Ausgabenanteil lediglich 2,8% und bei den Hilfsmitteln nur noch 1,2%. Insgesamt entfallen 100% aller Ausgaben in der Arzneimittelversorgung auf 72% der Versicherten, bei den Heil- und Hilfsmitteln sind es jeweils 15% (siehe auch Tabelle I.3).

Abbildung I.1 Verteilung der Ausgaben für Hilfs-, Heil- und Arzneimittel bei den GEK-Versicherten

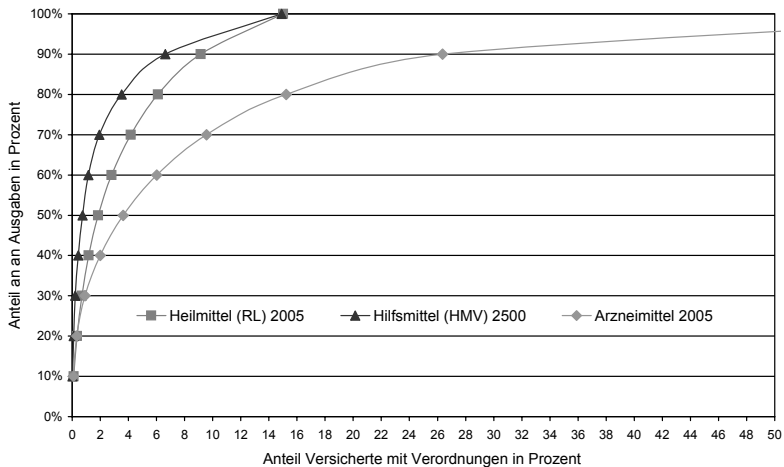
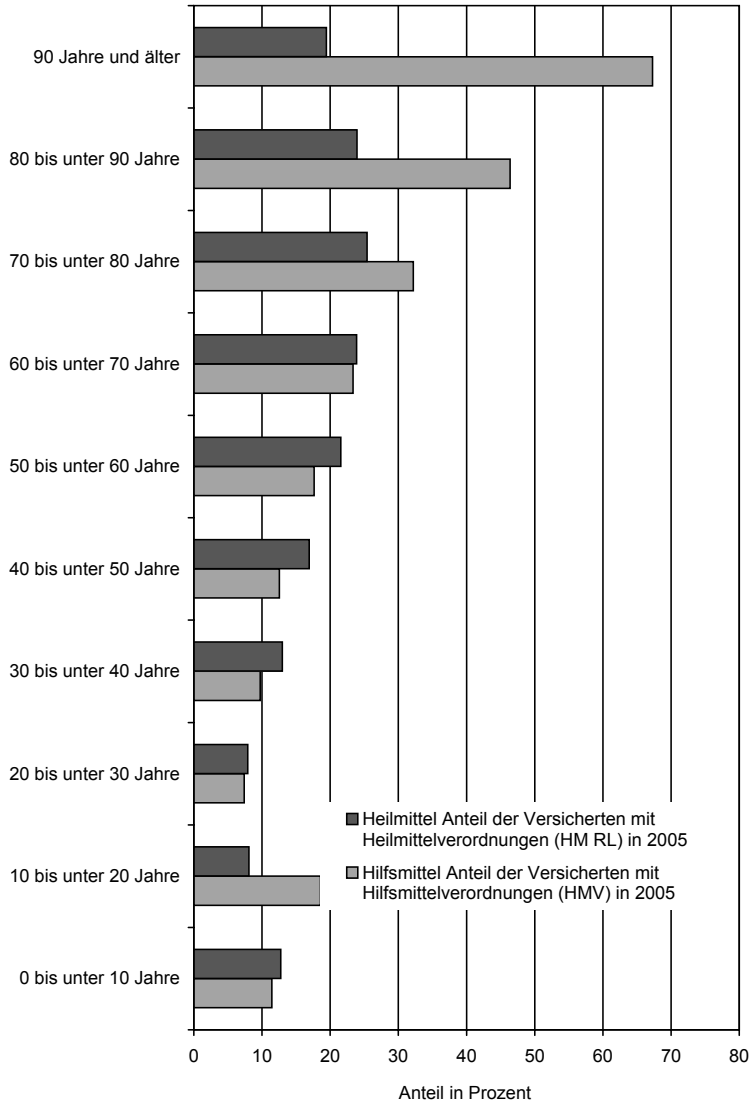


Tabelle I.3 Prozentuale Verteilung der Ausgaben für Versicherte mit Inanspruchnahme von Heilmitteln, Hilfsmitteln und Arzneimitteln im Jahre 2005

Anteil an den Gesamtausgaben	Anteil Versicherte mit Heilmittelverordnungen (RL) in %	Anteil Versicherte mit Hilfsmittelverordnungen (HMV) in %	Anteil Versicherte mit Arzneimittelverordnungen in %
10%	0,11	0,03	0,09
20%	0,34	0,10	0,33
30%	0,69	0,22	0,92
40%	1,17	0,43	2,00
50%	1,85	0,73	3,63
60%	2,81	1,16	6,01
70%	4,17	1,93	9,56
80%	6,10	3,51	15,23
90%	9,14	6,62	26,36
100%	15,02	14,91	71,85

Erwartungsgemäß steigt der Anteil der Leistungsversicherten bei den Hilfsmitteln deutlich mit dem Alter an, so bekommen z.B. etwa 18 % der 50- bis 60-Jährigen und 46 % der 80- bis 90-Jährigen Hilfsmittelverordnungen ausgestellt (siehe Abbildung I.2 und Tab. 10 und 11 im Anhang). Aber auch bereits knapp 19% der 10- bis 20-Jährigen bekommen Hilfsmittel verordnet. Bei den Heilmitteln ist die Varianz nach dem Alter sehr viel geringer: So bekommen bereits knapp 13% aller Kinder bis 10 Jahre eine Heilmittelverordnung, der gleiche Prozentanteil fällt bei den 30- bis 40-Jährigen an. Der höchste Anteil der Heilmittelverordnungen wird bei den 70- bis 80-Jährigen mit 25,4 % erreicht.

Abbildung I.2 Anteil Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittelverordnungen in 2005 nach Alter



Bei all diesen Kostenverteilungen muss hier wie in anderen Versorgungsbereichen auch an Unter-, Über- und Fehlversorgung gedacht werden. Hierauf wurde schon im Gutachten 2000/2001 des SVR hingewiesen (SVR, 2002). Im Einzelnen wurden folgende Beispiele genannt:

- Unzureichende bzw. falsche Verordnung von Hilfsmitteln wie Orthesen, Gehhilfen und Rollstühlen beim Post-Poliosyndrom oder bei Skoliose
- Fehlversorgung in Fällen, in denen unzureichende oder ungeeignete Rollstühle verordnet wurden, die den Belangen, etwa der Wohnsituation von Betroffenen, nicht entsprachen oder nicht adäquat angepasst wurden
- Unterversorgung bei der Verordnung von Hörgeräten für Schwerhörige (es wurde empfohlen, die Festbeträge an den Grad der Schwerhörigkeit anzupassen) und
- Fehlversorgung bei Hörgeräten, wenn Patientinnen und Patienten nach der Verordnung eines Hörgerätes nicht mit dem Gerät umzugehen wussten und es deshalb nicht verwendeten (Schubladengeräte). Zur Abhilfe wurde ein ärztlich zu verordnendes Kommunikationstraining nach Erstanpassung des Hörgerätes empfohlen.

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, obgleich 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 nicht unähnlich 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.

Neben den Hilfsmitteln bedarf auch der Heilmittelbereich weitergehender Regulierungen. Zwar gehört das Heilmittelangebot im Gegensatz zum Angebot der Hilfsmittel in die Richtlinienkompetenz des gemeinsamen Bundesausschusses – nur ein Heilmittel, das vom Gemeinsamen Bundesausschuss genehmigt ist, darf auch von den Vertragsärztinnen und -ärzten verordnet werden –, dennoch unterliegt die Niederlassung der Heilmittelerbringer keinerlei Regulationen als denen des Marktes. Und da im Gesundheitssystem nach wie vor eine angebotsinduzierte Nachfrage beklagt wird, ist in diesem Bereich zumindest ein Zusammenhang zwischen Angebotskapazitäten und Leistungsdichte zu erwarten. Hierauf wird in einem weiteren Kapitel (siehe Kapitel II.1) eingegangen werden. Aber auch hier ist es, wie bei der Hilfsmittelversorgung, unabdingbare Voraussetzung, dass Transparenz im Bereich der Heilmittelversorgung geschaffen wird, um zu einer datengestützten Bewertung kommen zu können. Hierzu gehören vor allem auch regionale Vergleiche, z.B. über die Heilmittelverordnungen pro 1.000 Versicherte, über die Heilmittelverordnungen nach Altersgruppen, nach Facharztgruppen und nach Diagnosen bzw. Funktionsstörungen. Bei medizinisch oder epidemiologisch nicht begründbaren Unterschieden („small area variations“) sollte dies Anlass für eine themengerichtete Versorgungsforschung sein.

Bereits zum dritten Mal haben wir nun die Heil- und Hilfsmittelverordnungen, die für Versicherte der GEK ausgestellt worden sind, zu analysieren – im Jahr 2005 insgesamt etwa 1,5 Mio. Datensätze. Wir haben auch für manche Fragestellungen die Möglichkeit genutzt, ambulante Diagnosedaten zusätzlich auszuwerten, um die pseudonymisierten, aber personenbezogenen Behandlungsabläufe besser interpretieren zu können. Damit werden die Versorgungsstrukturen immer klarer, Aussagen immer genauer, trotz des grundsätzlichen Nachteils von Sekundärdaten, dass diese nicht zum Zwecke der Forschung, sondern für Abrechnungszwecke erhoben und übermittelt werden. Versorgungsforschung kann jedoch auf dieser Ebene hypothesengenerierend wirken, Primärerhebungen sollten dann folgen, um die jeweiligen Defizite oder die Hinweise auf Unter-, Über- und Fehlversorgung genauer unter die Lupe nehmen zu können.

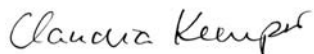
Auch in diesem Jahr haben uns erneut viele Kolleginnen und Kollegen bei der Erstellung dieses Report geholfen: Die Firma Inter-Forum in Leipzig hat die Heil- und Hilfsmitteldaten nicht nur erfasst, von Herrn Seeber wurden sie auch so aufbereitet, dass wir sie auswerten konnten. Zum Inhalt des Reports haben Prof. Dr. Ernst Chantelau, Ingo Doneth, Sibylle Feyerabend, Norbert Kamps, Christel Schicktanz, Dr. Walter Seliger und Edda Würdemann beigetragen. Bei der Erstellung des Reportes in unserer Arbeitsgruppe haben uns Frau Ahlert, Frau Fritsch, Frau Höfel, Frau Kretschmer sowie Herr Hemmer und Herr Wiencek maßgeblich unterstützt. Allen möchten wir für ihre Unterstützung ausdrücklich danken. Und danken möchten wir nicht zuletzt dem Vorstandsvorsitzenden der GEK, Herrn Dieter Hebel, dem Transparenz nach innen und nach außen ein wirkliches Anliegen ist.

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

Bremen, im September 2006



Bernhilde Deitermann



Claudia Kemper



Falk Hoffmann



Prof. Dr. Gerd Glaeske

2. Material und Methoden

Das diesem Report zugrunde liegende Datenmaterial basiert auf Leistungsdaten der Gmünder ErsatzKasse (GEK) aus den Jahren 2004 und 2005, die systematisch und versichertenbezogen erfasst worden sind. Als Grundgesamtheit gelten alle Versicherten aus den Jahren 2004 bzw. 2005, die mindestens einen Tag in der GEK versichert waren. Dabei 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. familienversichert, 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=1.520.086 für das Jahr 2004; N=1.604.153 für das Jahr 2005). Wird in speziellen Auswertungen auf die Anzahl der versicherten Personen Bezug genommen, ist dieses ausdrücklich 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 umfassen, sondern von allen „sonstigen Leistungserbringern“. Für die Auswertungen in den Kapiteln „Die ambulante physiotherapeutische Versorgung von Rückenschmerzpatienten und -patientinnen“ (II.3), „Ergotherapiebehandlung bei Kindern und Jugendlichen mit Hyperkinetischen Störungen“ (II.4), „Hilfsmittel aus Apotheken“ (III.2.2) und „Heil- und Hilfsmittel-Versorgung von Versicherten mit diabetischem Fuß“ (III.5), wurden die Abrechnungsdaten von Apotheken nach § 300 SGB V der Jahre 2004 und 2005 verwandt, die

auch dem GEK-Arzneimittel-Report 2006 zugrunde liegen. Des Weiteren wurden Abrechnungsdaten von Hilfsmitteln, die über Apotheken nach §300 SGB V abgegeben wurden, mit in die Hilfsmittel-Analysen einbezogen. Außerdem standen die ambulanten Daten der GEK für das Jahr 2004 zur Verfügung, in denen die ambulante kassenärztliche Versorgung zu Abrechnungszwecken erfasst ist.

Hilfsmittel

Für den vorliegenden Heil- und Hilfsmittelreport 2006 wurden neu berechnete Daten aus dem Jahr 2004 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. Diese Abweichungen sind in der Mehrzahl der Fälle geringfügig. Lediglich in der Produktgruppe 03 Applikationshilfen und der Produktgruppe 21 Messgeräte für Körperzustände/-funktionen weisen die neuen Abrechnungsdaten Abweichungen im zweistelligen Prozentbereich auf (vgl. Tab. 13 im Anhang), die mit der Neuordnung von so genannten Pseudo-Positionsnummern zu den jeweiligen Produktgruppen zu erklären ist. Zudem sind in der Produktgruppe 03 Produkte neu in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen worden, die bereits am Markt erhältlich und bisher mit der GEK über Pseudo-Positionsnummern abgerechnet wurden, buchungstechnisch aber nicht dem Hilfsmittelverzeichnis zugeordnet waren. Diese Neuordnungen wurden bei der systematischen Zuweisung der Abrechnungsdaten in das Hilfsmittelverzeichnis für den neuen Report berücksichtigt. Die Erfassung von Hilfsmitteln in den Abrechnungsdaten sonstiger Leistungserbringer nach § 302 Sozialgesetzbuch V wird dadurch erschwert, dass die Leistungserbringer nicht immer wie im Gesetz vorgeschrieben die Bezeichnungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach §128 SGB V, d.h. die 10stellige Hilfsmittelpositionsnummer, verwenden

sondern stattdessen die 7-stellige Pharmazentralnummer benutzen, der dann im Rahmen der Datenaufbereitung nachträglich die entsprechende Hilfsmittelpositionsnummer zugeordnet werden muss. Von verschiedenen Stellen, wie beispielsweise dem VdAK, werden weitere „Pseudo-Positionsnummern“ vergeben, die zu berücksichtigen sind. Außerdem gelten die Bundesprothesenliste und eine ganze Reihe von verschiedenen Verträgen für die Abrechnung von Hilfsmitteln.

Heilmittel laut Heilmittel-Richtlinien (Heilmittel-RL)

Im Gegensatz dazu erfolgt die Abrechnung von Heilmitteln einheitlich nach dem Bundeseinheitlichen Heilmittelpositionsnummernverzeichnis, das im Internet verfügbar ist (Bundeseinheitliches Heilmittelpositionsnummernverzeichnis, 2005). 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 oder Moorkrabbel-Bäder.

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

Physiotherapie: Heilmittelposition X0101 – X2002

Logopädie: Heilmittelposition X3001 – X3401

Ergotherapie: Heilmittelposition X4001 – X4502

Podologie: Heilmittelposition X8001 – X8006

Kur/ambulante Vorsorge: Heilmittelposition X6001 – X7304

Sonstige Heilmittel: Heilmittelposition X9701 – X9936

Das „X“ in der Heilmittelpositionsnummer steht für den jeweiligen Leistungserbringer, z.B. X=1 entspricht „Masseuren und medizinischen Bademeistern“ X=2 „Krankengymnasten und Physiotherapeuten“ usw. Aus der Rubrik sonstige Heilmittel, die im Wesentlichen „Mitteilungen und Berichte an den Arzt“ und „Hausbesuch/Wegegeld“ umfasst, lassen sich die meisten Heilmittel einem der Bereiche Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie und Podologie anhand des jeweiligen Leistungserbringers nachträglich mit hoher Wahrscheinlichkeit zuordnen. Dies ist jedoch nicht möglich bei dem Leistungserbringer „X=6 Krankenhaus“, da Krankenhäuser Leistungen aus allen vier Leistungsbereichen der Richtlinien erbringen. Die „Sonstigen Heilmittel“ mit den Heilmittelpositionen X9701 – X9936 können grundsätzlich nicht allein verordnet und abgerechnet werden. Sie werden immer zusammen mit Leistungen, die einem bestimmten Bereich eindeutig zuzuordnen sind, auf einem Beleg abgerechnet. Unter der Bezeichnung „Heilmittel-RL“ sind in diesem Report nur die eindeutig einem der Bereiche Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie und Podologie zuzuordnenden Leistungen zusammengefasst.

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 2005 angefallenen Ausgaben mit den Ausgaben verglichen, die für diese Region nach der Entwicklung der Versichertenzahlen 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.

Leistungsversicherte

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

Behandlungs- und Versorgungsprävalenz

Unter der Behandlungsprävalenz versteht man die Häufigkeit, mit der eine bestimmte Behandlung in einer Personengruppe beobachtet wird. Man unterscheidet Punkt- und Periodenprävalenz. Wenn nicht anders angegeben, sind jeweils Periodenprävalenzen für das betrachtete Jahr angegeben. Bei Hilfsmitteln ist der entsprechende Begriff die Versorgungsprävalenz. Die Angabe erfolgt 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 Programmpaket Microsoft Office, welches auch zur Manuskripterstellung verwendet wurde. Außerdem wurde das Statistikprogrammpaket SAS eingesetzt.

II. Heilmittel

1. Heilmittelversorgung

1.1 Was sind Heilmittel?

Während im alltäglichen Sprachgebrauch das Wort „Heilmittel“ für viele Substanzen und Methoden benutzt wird, die Heilen zum Ziel haben, gibt es in der Schulmedizin eine deutliche Abgrenzung zu Arzneien oder so genannten „alternativen“ Methoden. In unserem Gesundheitswesen und nach unserer Sozialgesetzgebung versteht man unter Heilmittel „persönlich zu erbringende medizinische Leistungen“ (Heilmittel-Richtlinien, 2004), dazu gehören:

- Maßnahmen der physikalischen Therapie
z.B. Bewegungstherapie, Massagetherapie, Elektrotherapie;
- Maßnahmen der Ergotherapie
z.B. motorisch-funktionelle Behandlung, sensomotorisch-perzeptive Behandlung;
- Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie;
- Maßnahmen der podologischen Therapie.

Sinn und Zweck von Heilmitteln ist nicht allein eine kurative Wirkung, sondern ebenso die Prävention sowie die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit. Soweit Heilmittel über die gesetzliche Krankenversicherung abgerechnet werden, liegt eine vertragsärztliche Verordnung zugrunde. Die Leistungserbringer, also Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden und Podologen, müssen über eine berufsrechtlich geregelte qualifizierte Ausbildung verfügen, wobei einige Heilmittel eine Weiterqualifikation im Sinne der Zulassungserweiterung verlangen.

§ 124 Abs. 2 Satz 1 SGB V

Zugelassen ist, wer

1. die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis besitzt.
2. über eine Praxisausstattung verfügt, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung gewährleistet, und
3. die für die Versorgung der Versicherten geltenden Vereinbarungen anerkennt.

Die Zulassung als Heilmittelerbringer in eigener Praxis erfolgt nur dann, wenn die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam verfassten Bedingungen erfüllt sind. Die Erteilung von sämtlichen Zulassungen fällt in die Zuständigkeit der Landesverbände der Krankenkassen. Ansonsten ist die Zulassung nicht begrenzt, anders als bei den Vertragsärzten.

1.2 Die Rahmenbedingungen

Heilmittel-Richtlinien

Das Fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V) beschreibt den Anspruch der Versicherten im Gesundheitswesen auf Versorgung mit Heilmitteln.

§ 32 Abs. 1 Satz 1 SGB V

Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln, soweit sie nicht nach § 34 ausgeschlossen sind.

Auf welche Heilmittel sich dieser Anspruch bezieht und welche von der Versorgung ausgenommen sind, entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss. Er bestimmt über die Verordnungsfähigkeit neuer Heilmittel und damit darüber, welche Heilmittel zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen angewendet werden dürfen.

§ 138 SGB V

Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte dürfen neue Heilmittel nur verordnen, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss zuvor ihren therapeutischen Nutzen anerkannt [...] hat.

Damit soll die notwendige Behandlung sichergestellt und dafür gesorgt werden, dass sie im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 2 SGB V) ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich erfolgt. Ausdrücklich soll dabei auf die Bedürfnisse behinderter oder von Behinderung bedrohter Personen, sowie psychisch Kranke geachtet werden. Diesem gesetzlichen Auftrag kommt der Gemeinsame Bundesausschuss damit nach, dass er Richtlinien erlässt. Die aktuelle Version stammt vom 16.3.2004.

Die im § 92 genannten Regelungen werden im Rahmen der Richtlinien im Heilmittelkatalog erfasst und bilden die Grundlage für die Beziehungen zwischen Leistungserbringern, Leistungsträgern und verordnenden Ärzten.

§ 92 Abs. 1 Satz 1 SGB V

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten.

Heilmittelkatalog

Der Heilmittelkatalog oder Katalog verordnungsfähiger Heilmittel (nach §92 Absatz 6 Satz 1 SGBV) regelt die Indikation, bei denen Heilmittel verordnungsfähig sind, die Art der verordnungsfähigen Heilmittel bei den entsprechenden Indikationen, die Menge der verordnungsfähigen Heilmittel je Diagnosegruppe und die Besonderheiten bei Wiederholungsverordnungen (Folgeverordnungen).

§92 Abs. 6 Satz 1 SGB V

In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 ist insbesondere zu regeln

1. der Katalog verordnungsfähiger Heilmittel,
2. die Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen,
3. die Besonderheiten bei Wiederholungsverordnungen und
4. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Vertragsarztes mit dem jeweiligen Heilmittelerbringer.

Die Indikation ist auf den zu benutzenden Verordnungsvordrucken als Indikationsschlüssel einzutragen, der als Kürzel die Diagnosegruppe und Leitsymptomatik wiedergibt.

Eine wichtige Unterscheidung besteht bei Verordnungen im beziehungsweise außerhalb des Regelfalls. Eine Heilmittelverordnung im Regelfall liegt dann vor, „wenn die Auswahl zwischen den im jeweiligen Abschnitt des Heilmittelkatalogs angegebenen Heilmitteln getroffen wird und die dort festgelegten Verordnungsmengen je Diagnosegruppe nicht überschritten wird“ (Heilmittel-Richtlinien, 2004).

Verordnungen, die über die Auswahl der Heilmittel und der Verordnungsmenge im Rahmen des Katalogs hinausgehen, sind auf den Vordrucken als „Verordnung außerhalb des Regelfalls“ gekennzeichnet und sind mit medizinischer Begründung des Verordners der zuständigen Kasse zur Genehmigung vorzulegen. Auf dieses Genehmigungsverfahren verzichtet ein Großteil der Kassen, was einerseits eine Verkürzung des bürokratischen Aufwands bedeutet, andererseits aber auch einen Verzicht auf ein Steuerungsinstrument der Kassen darstellt. In der Praxis haben die unterschiedlichen Regelungen der Kassen Verunsicherungen bei Verordnern, Leistungserbringern und Patienten zur Folge. Eine klare und einheitliche Regelung wäre hier im Interesse aller von Vorteil.

Tabelle II.1 Heilmittelkatalog: Beispiel aus dem Bereich der physikalischen Therapie

Indikation	Ziel der Therapie	Heilmittelverordnung im Regelfall	Verordnungsmengen je Diagnose
Diagnosegruppe	Leitsymptomatik	A. vorrangiges Heilmittel B. Optionales Heilmittel C. Ergänzendes Heilmittel D. Standardisierte Heilmittelkombination	Diagnose Weitere Hinweise
WS1	Wirbelsäulen- erkrankungen mit prognostisch kurzzeitigem Verlauf [...]	<p>a Funktionsstörung durch Gelenkfunktionsstörung</p> <p>b Funktionsstörung durch Fehl- oder Überbelastung</p> <p>c Muskeldysbalance, -insuffizienz</p> <p>d segmentale Bewegungsstörung</p> <p>e Funktionsstörung durch Muskelspannungsstörung</p>	<p>Erstverordnung: Bis zu 6*/VO</p> <p>Gesamt- Verordnungsmenge des Regelfalls: Bis zu 6 Einheiten</p> <p>Frequenzempfehlung: Min. 2 mal wöchentlich</p> <p>Ziel: Erlernen eines Eigenübungsprogramms</p>
		<p>A. KG /MT C. Traktion/ Wärme/Kältetherapie</p> <p>A. KG C. Traktion</p> <p>A. KG / KG-Gerät B. Übungsbehandlung</p> <p>A. KG / MT B. Übungsbehandlung C. Wärme / Kältetherapie</p> <p>A. KMT B. UWM / SM / PM / BGM C. Elektro- /Wärme- / Kältetherapie / hydroelektrische Bäder</p>	

Quelle: Heilmittelkatalog 2004

Rahmenempfehlungen

Die Rahmenempfehlungen werden zwischen den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene vereinbart. Sie sollen unter Berücksichtigung der Richtlinien einen einheitlichen Standard bezogen auf die Heilmittelerbringung definieren.

§ 125 Abs. 1 Satz 4 SGB V

In den Rahmenempfehlungen sind insbesondere zu regeln:

1. Inhalt der einzelnen Heilmittel einschließlich Umfang und Häufigkeit ihrer Anwendung im Regelfall sowie deren Regelbehandlungszeit,
2. Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung, die die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse umfassen,
3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Heilmittelerbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt,
4. Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung und
5. Vorgaben für Vergütungsstrukturen.

Rahmenvorgaben

Zur Steuerung der Heilmittelausgaben legen die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung jährlich Vorgaben für den Abschluss regionaler Heilmittel-Vereinbarungen fest. Die Rahmenvorgaben enthalten KV-bezogene Ausgabenvolumina nach §84 Abs. 7 in Verbindung mit Abs. 8 SGB V. Für das Jahr 2006 sollen demnach die Ausgaben für Heilmittel bundesweit 3,25 Mrd. Euro nicht überschreiten. Im Jahr 2004 betrug das gesamte Ausgabenvolumen noch 3,45 Mrd. Euro. Erstmals erfolgte die Festlegung der Rahmenvor-

Tabelle II.2 Rahmenvorgaben 2004-2006 nach KVen

Kassenärztliche Vereinigung	Ausgabenvolumen 2004 in €	Ausgabenvolumen 2005 in €	Ausgabenvolumen 2006 in €	
Bayern	559.289.182	518.760.981	526.866.621	
Berlin	130.010.854	120.589.778	122.473.993	
Brandenburg	69.296.668	64.275.171	65.279.470	
Bremen	28.057.953	26.024.768	26.431.405	
Hamburg	70.027.677	65.184.257	66.202.405	
Hessen	210.834.048	195.556.218	198.611.784	
Mecklenburg- Vorpommern	55.696.522	51.660.542	52.467.738	
Niedersachsen	361.958.706	335.729.814	340.975.592	
Nordrhein	379.419.850	351.925.658	357.424.497	
Rhein- land- pfalz*	Koblenz	58.980.476	54.706.529	164.634.746
	Pfalz	67.058.032	62.198.754	
	Rheinhessen	24.541.662	22.763.280	
	Trier	24.185.945	22.433.341	
	Saarland	44.886.825	41.634.156	42.284.690
	Sachsen	239.509.508	222.153.747	225.624.899
	Sachsen-Anhalt	77.167.096	71.575.277	72.693.641
Schleswig-Holstein	139.615.472	129.498.409	131.521.822	
Baden- württem- berg	Nordbaden	153.273.565	142.166.785	528.709.266
	Nord-Württemberg	191.518.418	177.640.272	
	Südbaden	120.885.716	11.2125.882	
	Südwestfalen	95.567.521	88.642.339	68.658.212
	Thüringen	72.883.333	67.601.932	
	Westfalen-Lippe	275.085.868	255.152.110	
Ges. Bundesgebiet	3.450.000.000	3.200.000.000	3.250.000.000	

* die KVen Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg sind durch Zusammenlegung einzelner regionaler KVen zum 1.1.2005 entstanden.

gaben auch auf der Grundlage des Heilmittel-Informations-Systems (HIS), das von den Spitzenverbänden der Krankenkassen entwickelt wurde, um die Entwicklung der Heilmittelausgaben transparent darzustellen. Dieses System stellt den regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen quartalsweise einen Bericht zur Verfügung, auf dessen Grundlage die regionalen Vertragspartner die Heilmittelversorgung steuern können.

Regionale Heilmittelvereinbarungen

Inhalte von regionalen Heilmittel-Vereinbarungen sind das Ausgaben-volumen, das aus den Rahmenvorgaben nach regionalen Besonderheiten angepasst werden kann (§ 84, Abs. 2), Maßnahmen zur Einhaltung des Ausgabenvolumens, Festsetzung von Richtgrößen und Festlegung von Praxisbesonderheiten. Vertragspartner sind die KVen und Verbände der Krankenkassen auf Landesebene.

Heilmittel-Richtgrößen

Die Richtgrößen werden für Facharztgruppen festgelegt und stellen einen rechnerischen Durchschnittswert je behandeltem Patient dar. Aus der je Patient rechnerisch zugrunde gelegten Richtgröße und der im Kalenderjahr behandelten Patientenzahl bildet sich das Richtgrößenvolumen für den einzelnen Arzt. Liegen die von einem Arzt veranlassten Ausgaben in einem Kalenderjahr um 15 % über diesem Volumen, wird ein Prüfverfahren eingeleitet. Bei einer Überschreitung von mehr als 25 % kann der Arzt in Regress genommen werden. Im Rahmen dieses Verfahrens können vom Arzt Praxisbesonderheiten geltend gemacht werden.

Das Instrument der Praxisbesonderheiten ist durch die Rechtsprechung der Sozialgerichte entwickelt worden. Anerkannt werden Praxisbesonderheiten aufgrund

- eines besonderen Patientenkreises, eines hohen Rentneranteils oder einer geringen Fallzahl,
- einer besonderen Praxisausrichtung,
- einer bevorzugten Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden.

Kann der Vertragsarzt Praxisbesonderheiten beweisen, darf er für den entsprechenden Mehraufwand nicht in Regress genommen werden (§ 106 SGB V).

Tabelle II.3 Richtgrößen für Heilmittel 2006 KV Bremen (Auszug)

Facharztgruppe	Richtgröße EURO (Mitglieder u. Familierversicherte)	Richtgröße EURO (Rentner)
Anästhesisten	13,55	47,47
Augenärzte	0,51	0,51
Chirurgen	9,91	17,98
Frauenärzte	0,75	3,72
Hautärzte	0,51	0,51
Kinderärzte	9,98	9,98
Orthopäden	25,17	33,36
Allgemeinärzte	5,91	11,53
Hausärztliche Internisten	5,22	11,53

1.3 Problemlagen

Die Veränderung der Rahmenbedingungen in den letzten Jahren auf der einen und die Kostensteigerungen bei Heilmitteln auf der anderen Seite lassen angesichts begrenzter Ressourcen einiges Diskussions- und Konfliktpotential entstehen.

Richtgrößen und Regress

Ein Problemfeld stellt dabei die Budgetierung der Heilmittelverordnungen über die Einführung der Richtgrößen dar. Aus Sicht der verordnenden Ärzte entsteht damit für die Heilmittelversorgung ein enges Korsett, denn im Hintergrund steht die Regressgefahr. Nach Feststellung einzelner Kassenärztlicher Vereinigungen wird, wegen der engen finanziellen Vorgaben und um den Regress zu vermeiden, zum Teil auf eine Verordnung verzichtet. Wollen niedergelassene Ärzte, die sich in ihrer Verordnungspraxis nicht von Richtgrößen beeinflussen lassen, den finanziellen Regress vermeiden, müssen sie über die Praxisbesonderheiten ihre Verordnungen begründen. Damit soll nachgewiesen werden, dass die Versorgung „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ ist.

Die Heilmittelerbringer, die keiner Niederlassungsbeschränkung unterliegen, sind nach Informationen der Berufsverbände in einigen Regionen bedingt durch die jetzige Praxis in ihrer finanziellen Existenz gefährdet. Offensichtlich wird auf Grund der restriktiven Regulationen nicht immer das medizinisch notwendige und sinnvolle verordnet. Für den Leistungsbereich der Physiotherapie sieht der Deutsche Verband (ZVK) dadurch vor allem bei chronisch Kranken die Gefahr der Unterversorgung (siehe ZVK, 2005).

Mitten in diesem Konfliktfeld stehen oft die Patienten, die unter dem Druck der Wirtschaftlichkeit nicht immer ausreichend und zweckmäßig versorgt werden. Für sie wäre es wichtig, dass Verordner, Leistungserbringer und Kassen einen geeigneteren Weg entwickeln, eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Versorgung nach dem Heilmittelkatalog zu gewährleisten.

Zuzahlung

Die jetzige Regelung der Zuzahlung zu Heilmittelverordnungen legt fest, dass jeder Versicherte über 18 Jahre 10% der Verordnungskosten plus 10 Euro pauschal pro Verordnung als Eigenleistung zu tragen hat. Vor dem 1.1.2004 betrug die Zuzahlung noch 15% der Kosten. Die Härtefallregelungen sehen jetzt vor, dass Versicherte von der Zuzahlung befreit sind, wenn die Eigenleistung 2% des jährlichen Bruttoeinkommens übersteigt. Die Belastungsgrenze für chronisch Kranke beträgt 1%. Vor dem 1.1.2004 galten für die Zuzahlungsbefreiung bei Heilmitteln noch die Sozialklausel, Überforderungsklausel und Chronisch-Kranken-Klausel. Damit sind seit 2004 wesentlich mehr Versicherte zuzahlungspflichtig. Für finanziell schlecht gestellte Patienten ist dies nach Aussagen einzelner Therapeuten ein Grund, auf eine Heilmittelverordnung zu verzichten oder die Behandlung abzubrechen.

Tabelle II.4 Preise und Zuzahlung aus dem Bereich der Physiotherapie (VdAK)

Leistungsbezeichnung	Kosten für 6 Behandlungen	Zuzahlung vor dem 1.1.2004	Zuzahlung nach dem 1.1.2004	Zunahme/ Abnahme
Krankengymnastische Einzelbehandlung	84,60 €	12,69 €	18,46 €	+45%
Manuelle Therapie	94,08 €	14,11 €	19,42 €	+38%
Spezielle Krankengymnastik nach Bobath	149,70 €	22,46 €	25,- €	+11%

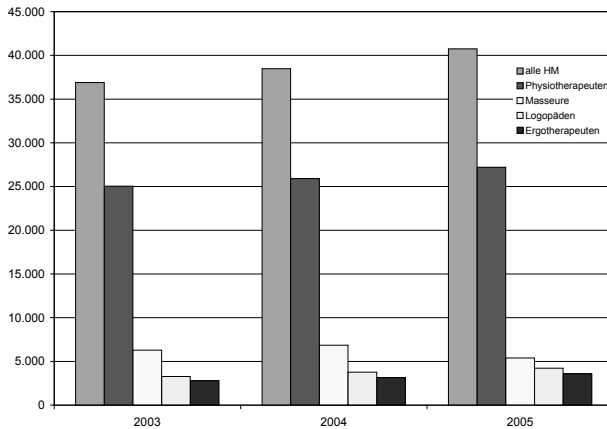
Mit dem neuen Heilmittelkatalog dürfen seit dem 1.7.2004 im Bereich der Physiotherapie größtenteils nur noch 6 Behandlungen pro Rezept verordnet werden. Das bedeutet eine Zunahme der Eigenleistung bei z.B. krankengymnastischer Einzelbehandlung von 45 %. Kostengünstigere Verordnungen sind also in der Zuzahlung für die Patienten um vieles teurer geworden, während kostenintensive Verordnungen günstiger geworden sind.

Anzahl der Leistungserbringer

Im Heilmittelsektor ist in den letzten Jahren eine kontinuierliche Zunahme der Anzahl von Leistungserbringern zu verzeichnen.

So ist die Zahl der tätigen PhysiotherapeutInnen von 2000 bis 2003 um 21 % von 62.000 auf 75.000 gestiegen (Statistischen Bundesamt, 2006). Noch drastischer hat sich die Zahl der abrechnenden physiotherapeutischen Praxen entwickelt, denn hier ist von 1995 bis 2006 die Anzahl um 40 % gestiegen (Gesundheitsberichterstattung, 1998). Zahlen über neu zugelassene Praxen zeigen allein von 2004 bis 2005 starke Zuwächse v. a. bei den Ergotherapeuten (+18,65 %) und Logopäden (+13,17 %) (Quelle: VdAK).

Abbildung II. 1 Anzahl der GEK-abrechnenden Praxen



Eine Ausnahme im Heilmittelsektor ist nach den Daten der GEK der Bereich der Masseure und medizinischen Bademeister, wo ein Rückgang der Leistungsanbieter zu verzeichnen ist (vgl. Abbildung II.1).

Trotz der Einschnitte durch gesetzliche Rahmenbedingungen hat sich die Anzahl der Physiotherapeuten, Logopäden und Ergotherapeuten in den vergangenen Jahren erhöht und hat zur Folge, dass sich eine zunehmende Konkurrenzsituation unter den Leistungserbringern entwickelt hat. Die Gründe dafür sind im geringen Maß beim objektiven Bedarf zu suchen. Vielmehr haben subjektive Interessen, die Beratung der Berufsverbände und die Arbeitsmarktpolitik Einfluss darauf, dass immer mehr Therapeuten den Schritt in die Selbständigkeit gehen.

Die Entwicklung der Leistungsanbieter verläuft ähnlich der Ausgabensteigerungen für Heilmittel und legt damit einen Zusammenhang nahe, vielfach als angebotsinduzierte Nachfrage charakterisiert. So zeigen die Daten der GEK aus dem Jahr 2005 in den Leistungsbereichen Physio-, Ergotherapie sowie Logopädie ähnliche Zunahmen zum Vorjahr bei der Anzahl der abrechnenden Praxen und den Ausgaben.

Tabelle II.5 Anzahl der Leistungserbringer, Leistungsversicherte und Ausgaben 2005 – Veränderung zum Vorjahr in Prozent

	Leistungserbringer	Leistungsversicherte	Ausgaben in €
Ergotherapie	+13,60	+13,52	+13,55
Logopädie	+11,89	+17,75	+18,49
Physiotherapie	+4,95	+10,90	+4,70

Um der Hypothese nachzugehen, ob zwischen der Anzahl der Leistungserbringer und den Ausgaben ein Zusammenhang besteht, wurden die Daten der GEK aus den Jahren 2004 und 2005 bezüglich der prozentualen Veränderungen beider Variablen bezogen auf die Anzahl der GEK-Versicherten untersucht.

Abbildung II.2 zeigt die Ergebnisse bezogen auf alle Heilmittelerbringer nach zweistelligen Postleitzahlgebieten. Eine Zunahme der Leistungserbringer ist in 12 von 96 Gebieten zu verzeichnen. Die Kreise zeigen die Gebiete mit Ausgabensteigerungen. Ein signifikanter Zusammenhang kann dabei allerdings nicht erkannt werden.

Ganz anders sieht es für den Leistungsbereich der Ergotherapeuten aus, der schon bei den Zulassungszahlen des VdAK den Spitzenplatz einnimmt. Nur in 13 der 96 PLZ-Gebiete ist die Anzahl der Anbieter gleich geblieben oder zurückgegangen. Die Ausgaben indes sind in fast allen Gebieten gestiegen. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen Ausgaben und Anzahl der Ergotherapeutenpraxen ist aber auch hier nicht eindeutig. Ein Grund dafür, dass die Ausgaben und die Anzahl der Anbieter insgesamt zunehmen, könnte in der unterschiedlichen Praxis der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Kassenärztlichen Vereinigungen liegen. So werden in einigen KVen erst ab 2006 auch Ergotherapieverordnungsgemäßer Prüfung unterzogen. Daher sind die relativ hohen Verordnungsausgaben in einigen Arztgruppen in den Jahren zuvor auch über mangelnde Prüffähigkeit bei den Heilmittelverordnungen zu erklären.

Abbildung II.2 Anzahl der Heilmittelbringer und Ausgaben 2005
(Entwicklung zum Vorjahr in Prozent)

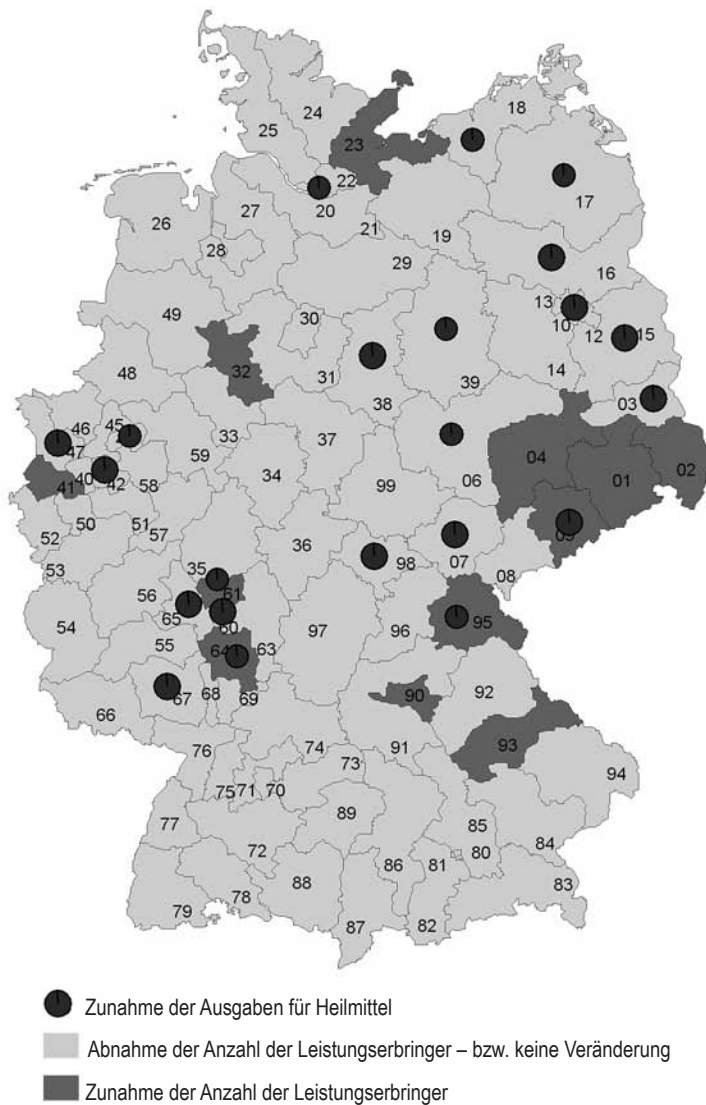
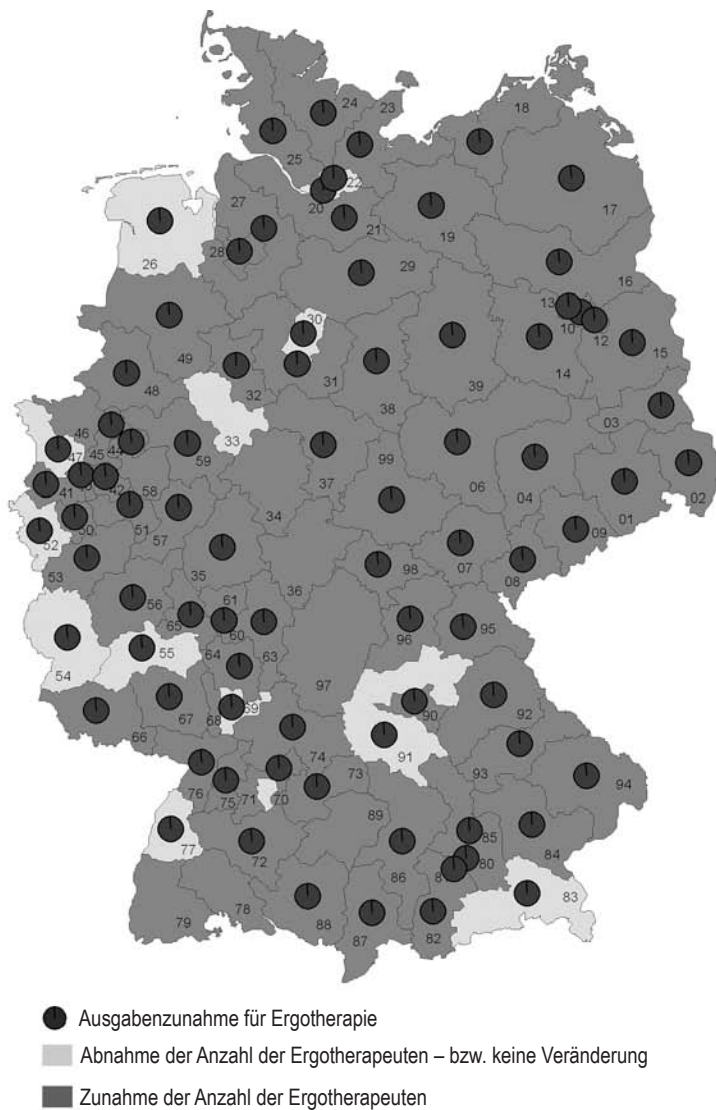


Abbildung II.3 Anzahl der ergotherapeutischen Praxen und Ausgaben für Ergotherapie 2005 (Entwicklung zum Vorjahr in Prozent)



2. Ergebnisse der Heilmittelanalysen

Mit rund 73,5 Mio. Euro hat die GEK im Jahr 2005 7,5% mehr als im Vorjahr für Heilmittelleistungen ausgegeben. Unter Berücksichtigung der gewachsenen Versichertenzahl bleibt immer noch eine Ausgabensteigerung von etwa 2%. Die Ausgaben pro Versichertem in der GEK lagen im Jahr 2005 mit rund 48 Euro unter den Ausgaben der gesamten GKV, wo 52,51 Euro pro Versichertem für Heilmittel aufgewendet wurden. Unter den Leistungsbereichen fallen die Ergotherapie und die Logopädie mit deutlichen Zuwächsen sowohl bei den Ausgaben wie auch bei der Anzahl der Leistungserbringer auf. In beiden Bereichen entfällt der Großteil der Verordnungen auf Kinder bis zu 10 Jahren und auf männliche Versicherte. Die Physiotherapie macht den größten und ausgabenstärksten Leistungsbereich der Heilmittelerbringer mit 73,8% der Gesamtheilmittelausgaben aus. Physiotherapeutische Leistungen werden vor allem von älteren und weiblichen Versicherten in Anspruch genommen.

2.1 Übersicht und allgemeine Auswertung

Ausgabenentwicklung der GEK im Vergleich zur GKV

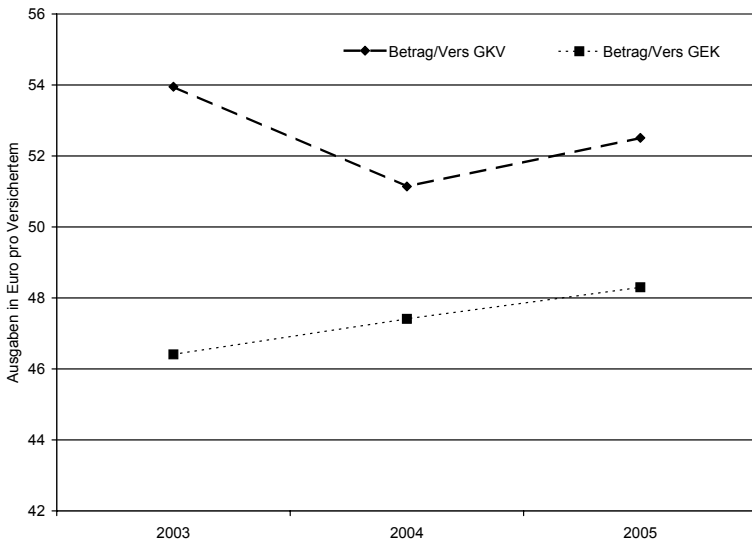
Nach dem Rückgang der Ausgaben für Heilmittel von 2003 auf 2004 in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist für das Jahr 2005 wieder ein Zuwachs von 3% zu verzeichnen. Bei Berücksichtigung des Zuwachses an Versicherten von 0,3% bleibt also immer noch ein überproportionaler Anstieg, der sich nach bisherigen Angaben auch im laufenden Jahr fortsetzt. Der Vergleich mit der GEK zeigt einige Unterschiede, die zum Teil durch die unterschiedliche Versichertenstruktur zu erklären sind. Von 2003 bis 2005 sind die GEK-Ausgaben für Heilmittel unter Berücksichtigung der gewachsenen Versichertenzahlen jeweils um etwa 2% gestiegen.

Der Rückgang der Ausgaben in der GKV im Jahr 2004 war vor allem auf die Physiotherapie zurückzuführen und stand vermutlich im Zusammenhang

mit den geänderten Zuzahlungsregelungen vom 1.1.2004 und den neuen Richtlinien vom 1.7.2004. Dass diese Änderungen keinen Einfluss auf die Ausgabenentwicklung für Heilmittel in der GEK hatten, könnte daran liegen, dass GEK-Versicherte durchschnittlich etwa 7 Jahre jünger sind als Versicherte der gesamten GKV und darüber hinaus das Geschlechterverhältnis in der GEK mit 54,4% von den Männern angeführt wird, während in der gesamten GKV mit 53,1% mehr Frauen versichert sind (Zahlen für 2004).

Die Abbildung II.4 zeigt die Veränderungen 2003 bis 2005 bei den Ausgaben pro Versichertem in der GEK und GKV. Legt man für die Ausgabenentwicklung der GEK für Heilmittel in den letzten 2 Jahren neben der Anzahl der Versicherten auch die Altersstruktur der GKV zugrunde, so bliebe die GEK dennoch 5,6% unter den Ausgaben der gesamten GKV.

Abbildung II.4 Ausgabenentwicklung für Heilmittel in der GKV und GEK in Beträgen pro Versichertem



Kennzahlen der Entwicklung

Die im Folgenden dargestellten Veränderungen in der Heilmittelversorgung der GEK-Versicherten im Vergleich der Jahre 2004 und 2005 beziehen sich auf Heilmittel entsprechend der Richtlinien (Heilmittel-Richtlinien, 2004), also auf physiotherapeutische, ergotherapeutische, logopädische und podologische Behandlungen nach einer vertragsärztlichen Verordnung. Darüber hinaus werden kurortspezifische Leistungen erbracht und mit der GEK abgerechnet, die aber nicht Gegenstand der Heilmittelrichtlinien sind und darum in diesem Zusammenhang nicht ausgewertet werden. Hinzu kommen noch Ausgaben für Wegegeld und Hausbesuche, die im Jahr 2005 bei 3,45 Mio. Euro lagen und gegenüber dem Vorjahr um 15% gestiegen sind.

Die auffallenden Ausgabensteigerungen von 11,4% innerhalb eines Jahres sind zum größten Teil durch die Zunahme der GEK-Versicherten von 5,5% zu erklären. Bei der Berechnung der Ausgaben pro Versichertem kommt es zu einer Steigerung von 1,9%. Deutlich angestiegen ist die Anzahl der Verordnungsbelege, was vor allem auf die neu gefassten Richtlinien vom 1.7.2004 zurückzuführen ist. Im verordnungsstärksten Bereich der Physiotherapie sind nur noch bei wenigen Indikationen 10 Behandlungen auf einem Rezept verordnungsfähig (z.B. bei Erkrankungen des Nervensystems). Ansonsten bekommen die PatientInnen 6 Behandlungen pro Rezept. Ist die Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls laut Richtlinien erfüllt, kann die Kasse die Verordnungen auf Erstattungsfähigkeit prüfen, worauf die GEK jedoch – wie andere Krankenkassen auch – verzichtet. Dadurch steigt die Beleganzahl im größeren Maß als z.B. die Ausgaben, der Betrag pro Beleg jedoch fällt ab.

Tabelle II.6 Kennzahlen der Heilmittelversorgung 2004 und 2005

	2004	2005	Differenz in %
Leistungsversicherte	216.297	240.942	+11,4
Anzahl Rezepte	478.385	562.259	+17,5
Ausgaben in €	68.407.757,50	73.543.490,54	+7,5
Ausgaben pro LV in €	316,27	305,23	-3,5
LV zu Vers in %	14,23	15,02	+5,6
Ausgaben pro Rezept in €	143,00	130,80	-8,5
Ausgaben pro Vers. in €	45,00	45,85	+1,9

Die Ausgabenentwicklung im Bereich der Heilmittel unterliegt auch regionalen Entscheidungen und Vereinbarungen auf der Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen – wie im vorigen Kapitel dargestellt. So ist es nicht verwunderlich, dass es bei den Veränderungen der Ausgaben pro 100 Versicherte deutliche regionale Unterschiede gibt (siehe Abbildung II.5). Die Leistungsbereiche Logopädie und Ergotherapie zeigen Ausgabenzuwächse vor allem in den östlichen Bundesländern. Für den Leistungsbereich der Physiotherapie stiegen die Ausgaben nur in 6 der 17 KV-Bezirke. In den übrigen Gebieten sanken die versichertenbezogenen Ausgaben, in den KVen Sachsen und Bremen am stärksten.

In Abbildung II.6 sind die tatsächlich angefallenen Kosten für Heilmittel den nach der Veränderung der Versichertenanzahl zu erwartenden Ausgaben gegenübergestellt. Auch hier sind es vor allem die östlichen KV-Bezirke, in denen die Differenz zugunsten der tatsächlichen Ausgaben in den Leistungsbereichen Ergo- und Logopädie auffallen.

Abbildung II.5 Veränderung der Ausgaben pro 100 Versicherte in Prozent nach KV-Bezirken von 2004 zu 2005

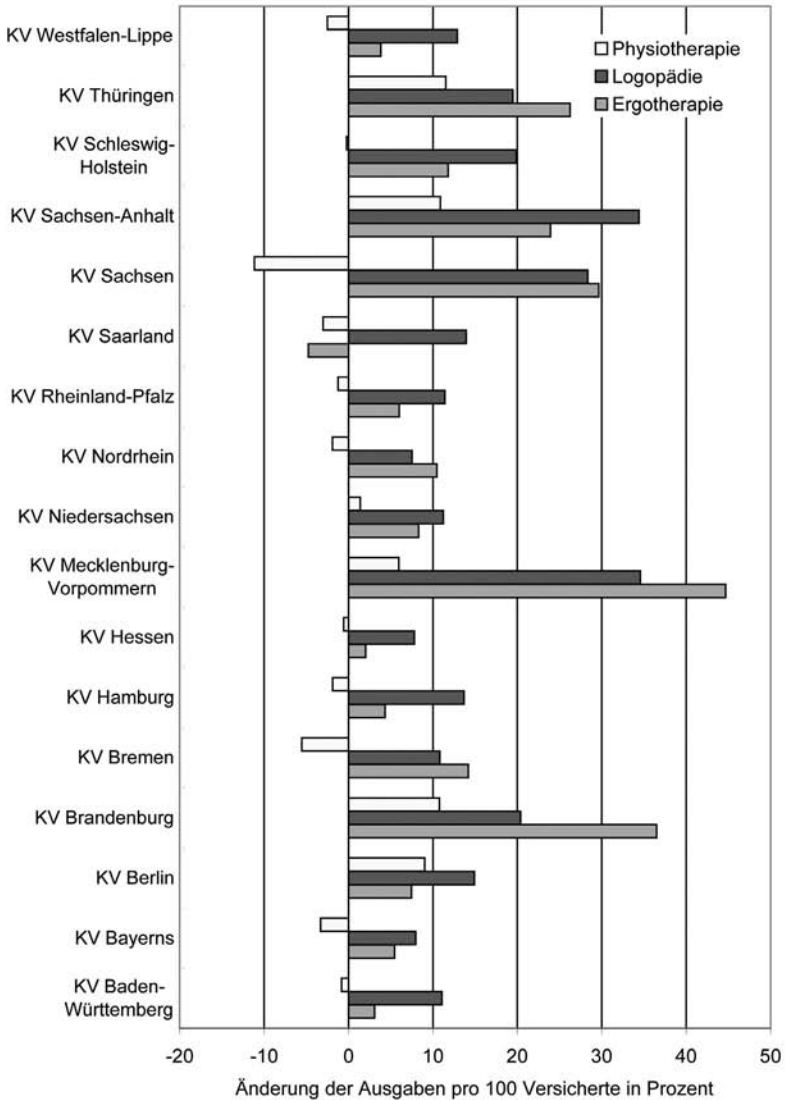
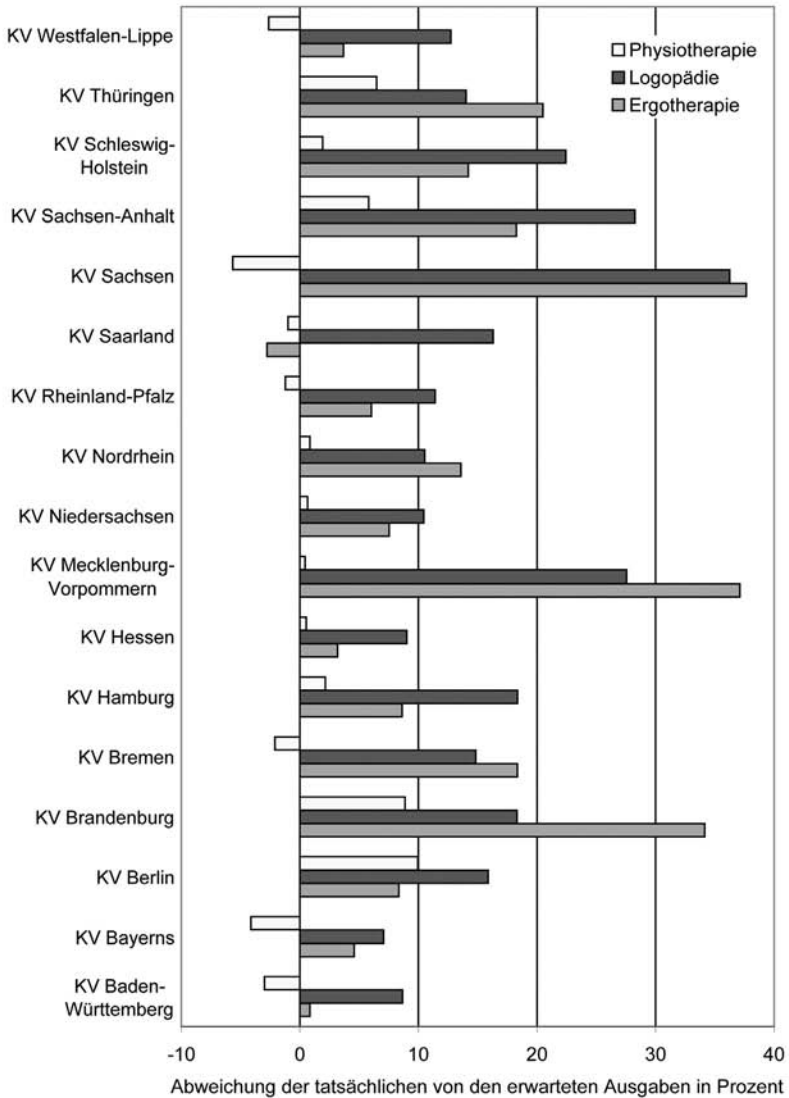


Abbildung II.6 Abweichung der tatsächlichen von den erwarteten Ausgaben in Prozent nach KV-Bezirken für 2005



2.2 Ergotherapie

In den vergangenen 27 Jahren seit der leistungsrechtlichen Anerkennung ergotherapeutischer (1979 noch „beschäftigungstherapeutischer“) Leistungen durch die Krankenkassen hat sich der Leistungsbereich der Ergotherapie zu einem anerkannten Bestandteil der Krankenbehandlung von Menschen entwickelt, „die in ihren alltäglichen Fähigkeiten eingeschränkt oder von Einschränkungen bedroht sind“ (Deutscher Verband der Ergotherapeuten, 2005).

Der Anteil der Richtlinien-orientierten Ergotherapie an den Gesamtausgaben für Heilmittel liegt in der GEK bei 14,3% und ist innerhalb eines Jahres um 0,8% gestiegen. Dass dieser Anteil in der GKV mit 12,6% etwas geringer ausfällt, ist wohl mit der höheren Anzahl versicherter Kinder in der GEK zu erklären, denn wie schon im vergangenen Jahr thematisiert (Scharnetzky et al., 2005), werden 53,4% aller ergotherapeutischen Verordnungen für Kinder unter 10 Jahren verschrieben.

Die hohe Anzahl an FachschulabsolventInnen und die gewachsene Bekanntheit der Ergotherapie bzw. ihrer therapeutischen Ansätze, werden von berufspolitischer Seite als mögliche Gründe dafür angegeben, dass die Leistungsanbieter, die Verordnungsanzahl und damit die Ausgaben für Ergotherapie wachsen (Stellungnahme Deutscher Verband der Ergotherapeuten vom 8.8.2006). Für die GKV bedeutet die Zahl von ca. 35.000 tätigen Ergotherapeuten (Deutscher Verband der Ergotherapeuten, 2006), dass auf etwa 2.000 Versicherte ein Ergotherapeut kommt. Das steigende Angebot an Leistungserbringern spiegelt sich auch in den Daten der GEK wider, denn mit 3.584 Praxen haben im Vergleich zum Jahr 2004 13,6% mehr Ergotherapeuten mit der GEK abgerechnet. In ähnlichem Ausmaß sind sowohl die Anzahl der Leistungsversicherten, die Verordnungen und die Ausgaben gestiegen. Die Summe von rund 10,5 Mio. Euro für ergotherapeutische Leistungen entfiel im Jahr 2005 auf 0,76% der Versicherten. Damit traf auf 12.197 Versicherte eine der

nach nach den Richtlinien gültige Indikation Erkrankungen des Stütz- und Bewegungssystems, Erkrankung des Nervensystems oder psychische Störung zu (Heilmittel-Richtlinien, 2004). Auf jeden Leistungsversicherten entfielen durchschnittlich 864,93 Euro Behandlungsausgaben mit dem Ziel der „Wiederherstellung, Entwicklung, Verbesserung, Erhaltung oder Kompensation der krankheitsbedingt gestörten motorischen, sensorischen, psychischen und kognitiven Funktionen und Fähigkeiten“ (Heilmittel-Richtlinien, 2004).

Tabelle II.7 Kennzahlen der Ergotherapieversorgung 2004 und 2005

	2004	2005	Differenz in %
Leistungsversicherte	10.744	12.197	+13,52
Anzahl Rezepte	29.001	32.859	+13,30
Ausgaben in €	9.290.649,61	10.549.522,46	+13,55
Ausgaben pro LV in €	864,73	864,93	+0,02
LV zu Vers. %	0,71	0,76	+7,57
Ausgaben pro Rezept in €	320,36	321,05	+0,22
Ausgaben pro Vers. in €	6,11	6,58	+7,69

Ein Blick auf die verordnungs- und ausgabenintensivsten Maßnahmen im Bereich der Ergotherapie (siehe Tabelle II.8) zeigt die deutliche Präferenz für die Einzelbehandlung bei sensomotorisch perceptiven Störungen. Diese Behandlung dient der gezielten Therapie von Krankheitsbildern mit Beteiligung des zentralen und peripheren Nervensystems und der Rezeptoren (z.B. Apoplex, Polyneuropathie). Eine Gruppenbehandlung ist mit dieser Behandlungsform unter bestimmten Voraussetzungen auch möglich, findet in der Praxis allerdings kaum Anwendung. Mit gut 8,5 Mio. Euro entfallen 81 % der Gesamtausgaben auf diese Einzelbehandlung. Die Versicherten, die diese Behandlung in Anspruch genommen haben, sind im Durchschnitt 14,5 Jahre alt, wobei allein 67 % von ihnen unter 10 Jahre alt sind. Mit 71 % werden deutlich häufiger männliche Versicherte behandelt.

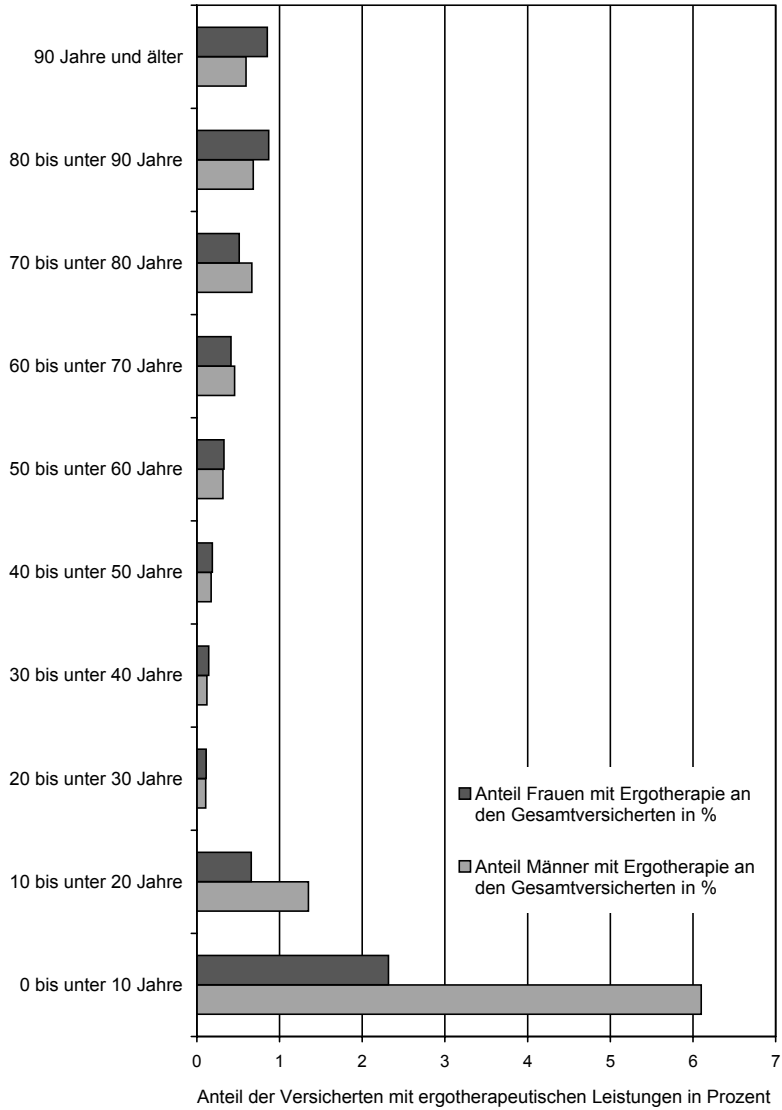
Tabelle II.8 Die ausgabenintensivsten Verordnungspositionen der Ergotherapie 2005

APN	Leistungsbezeichnung	Ausgaben in €	Anzahl Rezepte	Anzahl LV
54103	Einzelbehandlung: bei sensomotorischen/ perceptiven Störungen	8.558.814,37	26.689	9.892
54105	Einzelbehandlung: bei psychischen Störungen	889.797,49	2.162	917
54102	Einzelbehandlung: bei motorischen Störungen	477.855,79	2.124	1.024
54104	Einzelbehandlung: Ergoth. Hirnleistungstraining	172.082,05	620	250
54002	Befunderhebung: Funktionsanalyse und Anamnese	112.958,49	6.059	5.758

Die Alters- und Geschlechtsverteilung bei der Behandlung sensomotorisch/perzeptiver Störungen entspricht nahezu auch der Verteilung aller ergotherapeutischen Leistungen nach Alter und Geschlecht (siehe Abbildung II.7). Definitionen der Ergotherapie lassen zunächst nicht den Schluss zu, dass dieses Heilmittel vorzugsweise für Kinder geeignet ist. So lautet eine von Ergotherapeuten selber verfasste Erklärung: „Ergotherapie unterstützt und befähigt Menschen jeden Alters, die in ihren alltäglichen Fähigkeiten eingeschränkt oder von Einschränkungen bedroht sind, für sie bedeutungsvolle Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer Umwelt durchführen zu können.“ (Deutscher Verband der Ergotherapeuten, 2005).

Die Verordnungsrealität jedoch zeigt eine Nutzung der Ergotherapie zu 50 % bei Kindern bis zu 10 Jahren und in dieser Altersgruppe vorzugsweise für Jungen. Der Verdacht liegt nahe, dass es sich hierbei um ein Phänomen der „Medizinisierung“ von eigentlich gesellschaftlichen pädagogischen Aufgaben handelt (Fegeler, 2006), wenn ein so großer Anteil von Kindern eine medizinisch-therapeutische Behandlung erfährt. Dem Problem der Zunahme von (soziogenen) Entwicklungsdefiziten bei Kindern kann nicht allein mit medizinischen Therapiemethoden begegnet werden. In diesem Zusammenhang wäre zu wünschen, dass die „Komplexleistung Frühförderung“, wie sie nach § 30 SGB IV seit 2003 vorgesehen ist, als interdisziplinär abgestimmtes System umgesetzt wird.

Abbildung II.7 Ergotherapie: alters- und geschlechtsspezifische Behandlungsprävalenz 2005



2.3 Logopädie

Die Logopädie (von griech. logos = das Wort) ist die seit 1924 eingeführte Bezeichnung für den bis dahin üblichen Begriff „medizinische Sprachheilkunde“. Sie beschäftigt sich mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, deren Kommunikationsfähigkeiten beeinträchtigt sind. Die Heilmittelrichtlinien untergliedern logopädische Leistungen in Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und nennen als Indikationsgebiete:

- organisch oder funktionell bedingte Erkrankungen der Stimme
- psychogene Erkrankungen der Stimme
- Störungen der Sprache oder der auditiven Wahrnehmung
- Störungen der Artikulation, der Sprechmotorik, des Redeflusses, der Stimm- und Sprechfunktion oder des Schluckaktes.

Bundesweit sind 4.738 logopädische Praxen postalisch erfasst. Mit ca. 12.000 tätigen Logopäden liegt dieser Bereich der Heilmittelerbringer deutlich hinter den Physio- und Ergotherapeuten. Für die gesamte GKV kommen somit auf eine(n) LogopädIn ca. 6.000 Versicherte.

Im Jahr 2005 haben 4.226 Logopäden Leistungen für GEK-Versicherte mit einem Ausgabenvolumen von ca. 8,5 Mio. Euro abgerechnet. Damit liegt der Anteil logopädischer Leistungen an den Gesamtheilmittelausgaben der GEK bei 11,56%. Wenngleich es hier bezüglich der Leistungen und Ausgaben um einen relativ kleinen Therapiebereich geht, zeigen die Daten der GEK deutliche Steigerungsraten.

Während der Anteil an den Gesamtheilmittelausgaben und die Anzahl der Leistungserbringer in ähnlichem Maß angestiegen sind, wie im Bereich der Ergotherapie, stieg die Anzahl logopädischer Verordnungen von 2004 auf 2005 um 25%. Auch der Anteil der Leistungsversicherten an den Gesamtversicherten ist in diesem Heilmittelbereich deutlich angewachsen – um 11,6%.

Tabelle II.9 Kennzahlen der Logopädieversorgung 2004 und 2005

	2004	2005	Differenz in %
Leistungsversicherte	12.195,00	14.360,00	+17,75
Anzahl Rezepte	22.904	28.637	+25,03
Ausgaben in €	7.177.241,13	8.504.593,96	+18,49
Ausgaben pro LV in €	588,54	592,24	+0,63
LV zu Vers. %	0,80	0,90	+11,58
Ausgaben pro Rezept in €	313,36	296,98	-5,23
Ausgaben pro Vers. in €	4,72	5,30	+12,28

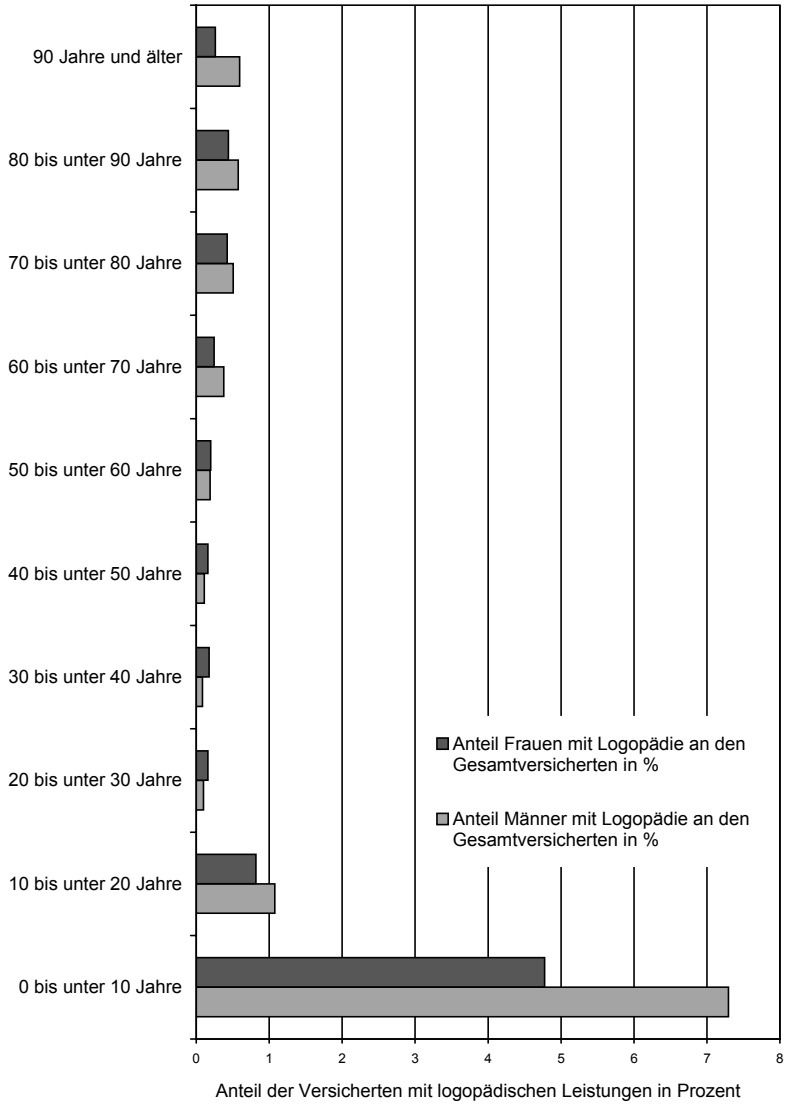
Die meistverordnete logopädische Leistung ist die Einzelbehandlung mit einer Behandlungszeit von 45 Minuten. Diese Verordnungsposition macht 80 % der Ausgaben für Logopädie aus und sogar 85 % der Verordnungen. Vergleichbar der Einzelbehandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen in der Ergotherapie wird diese Leistung wesentlich häufiger männlichen Versicherten verordnet, das Durchschnittsalter der 12.550 Leistungsversicherten 2005 liegt bei 13 Jahren. Damit machen Behandlungen mit/für Kinder den größten Teil der Arbeit von LogopädInnen aus.

Tabelle II.10 Die ausgabenintensivsten Verordnungspositionen der Logopädie 2005

APN	Leistungsbezeichnung	Ausgaben in €	Anzahl Rezepte	Anzahl LV
33103	Logopädie: 45 Minuten (Therapiezeit mit dem Patienten)	6.854.932,32	24.483	12.550
33104	Logopädie: 60 Minuten (Therapiezeit mit dem Patienten)	574.139,46	1.388	819
33102	Logopädie: 30 Minuten (Therapiezeit mit dem Patienten)	245.256,10	1.381	855
33002	Logopädie: Logop. Erstuntersuchung	225.771,63	8.781	8.305
33003	Logop. Status/Erstuntersuchung bei Aphasie/ Dysarthrie	179.069,20	6.969	6.594

Eine Untersuchung zu Sprachauffälligkeiten in Bielefeld 2003 ergab, dass allein von den deutschsprachigen Kindern 10% Auffälligkeiten aufwiesen, die nach Einschätzung der untersuchenden Experten einer Behandlung bedürfen (Grimm, 2005). Legt man die Zahlen der in der GEK versicherten Kinder bis zu 10 Jahre zu Grunde, kommt die tatsächliche Behandlungsprävalenz dieser Forderung annähernd nach. Allerdings hat die Bielefelder Studie keine signifikanten Unterschiede in den Sprachkompetenzen von Jungen und Mädchen gezeigt, womit sich weiterhin die Frage stellt, warum vorwiegend Jungen logopädisch behandelt werden. Außerdem entspricht die Forderung nach Logopädie für sprachauffällige Kinder nicht in jedem Fall einer evidenzbasierten Versorgung. So zeigte eine Studie aus Bristol keinen signifikanten Unterschied in allgemeiner, expressiver und phonologischer Sprachentwicklung durch Sprech- und Sprachtherapie. 70% der beteiligten Kinder waren nach einjähriger Therapie immer noch erheblich sprachentwicklungsgestört (Glogowska et al, 2000). Zu einer evidenzbasierten, effektiven und effizienten Versorgung sollten weitere Studien im Sinne einer Nutzenbewertung durchgeführt werden.

Abbildung II.8 Logopädie: alters- und geschlechtsspezifische Behandlungsprävalenz 2005



Nach der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin zu „Indikationen zur Verordnung von Logopädie bei umschriebenen Entwicklungsstörungen der Sprache und bei Zweisprachigkeit“ (AWMF, 2004b) wird die Diagnose „Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache“ (ICD-10: F80) als Hauptindikation genannt. Unsere Untersuchung der GEK-Daten bezüglich der logopädischen Leistungen bei Kindern bis unter 10 Jahre aus dem Jahr 2004 ergab, dass nur bei 43,5% der Verordnungen eine Behandlungsdiagnose „F80“ dokumentiert wurde. Dieses Ergebnis wirft die Frage auf, inwieweit überhaupt eine geeignete Indikation für Logopädie vorliegt, bzw. eine ausreichende Diagnosestellung von den Verordnern vorgenommen wird. Der Verdacht der „Medizinisierung“, wie bereits im Leistungsbereich der Ergotherapie angesprochen, liegt auch hier nahe, wenn dem gesellschaftlichen Problem der Zunahme von Entwicklungsstörungen mit medizinisch-therapeutischen Maßnahmen begegnet wird (Fegeler, 2006). Andererseits scheinen auch die Mittel zu fehlen, um Kinder in einem interdisziplinären Rahmen frühzeitig in ihrer – nicht nur sprachlichen – Entwicklung zu fördern.

2.4 Physiotherapie

Physiotherapeutische Leistungen werden in den Heilmittelrichtlinien „Maßnahmen der physikalischen Therapie“ genannt und umfassen sowohl passive (z.B. Massage, Elektrotherapie) als auch aktive Anwendungen (z.B. Krankengymnastik, gerätegestützte Krankengymnastik). Die Berufsbezeichnung „PhysiotherapeutIn“ wurde mit der Novellierung der Berufsgesetze 1994 eingeführt und ersetzt den Begriff „KrankengymnastIn“. Eine nicht unumstrittene Besonderheit dieses Bereichs der Heilmittelerbringer stellt die Tatsache dar, dass für die Ausführung bestimmter Leistungen (z.B. Manuelle Therapie, Manuelle Lymphdrainage) Zusatzqualifikationen benötigt werden, obwohl z.B. die manuelle Therapie auch Teil der Fachschulausbildung ist.

Die PhysiotherapeutInnen stellen die größte Gruppe der Heilmittelerbringer dar. Mit 78.000 tätigen Therapeuten (2004) kommt in der gesamten GKV auf 900 Versicherte ein(e) PhysiotherapeutIn. Für GEK-Versicherte haben im vergangenen Jahr 27.200 Praxen Leistungen im Wert von etwa 54,3 Mio. Euro abgerechnet. Damit entfallen auf die Physiotherapie 73,8% der Gesamtheilmittelausgaben. Zwar sind die Ausgaben von 2004 auf 2005 um 4,7% angestiegen, doch durch die Zunahme der Versichertenzahlen fällt der Betrag pro Versichertem mit 33,83 Euro etwas geringer aus als im Vorjahr. Trotz immer wieder beklagter Einschnitte in die Heilmittelversorgung durch Änderungen der Richtlinien und regionaler Vereinbarungen, so z.B. die Einführung von Richtgrößen, stieg auch im vergangenen Jahr der Anteil von Versicherten, der physiotherapeutische Leistungen in Anspruch genommen hat. Die Anzahl der Belege und die Ausgaben pro Beleg hängen mit den veränderten Richtlinien vom 1.7.2004 zusammen (siehe Abschnitt „Kennzahlen der Entwicklung“).

Tabelle II.11 Kennzahlen der Physiotherapieversorgung 2004 und 2005

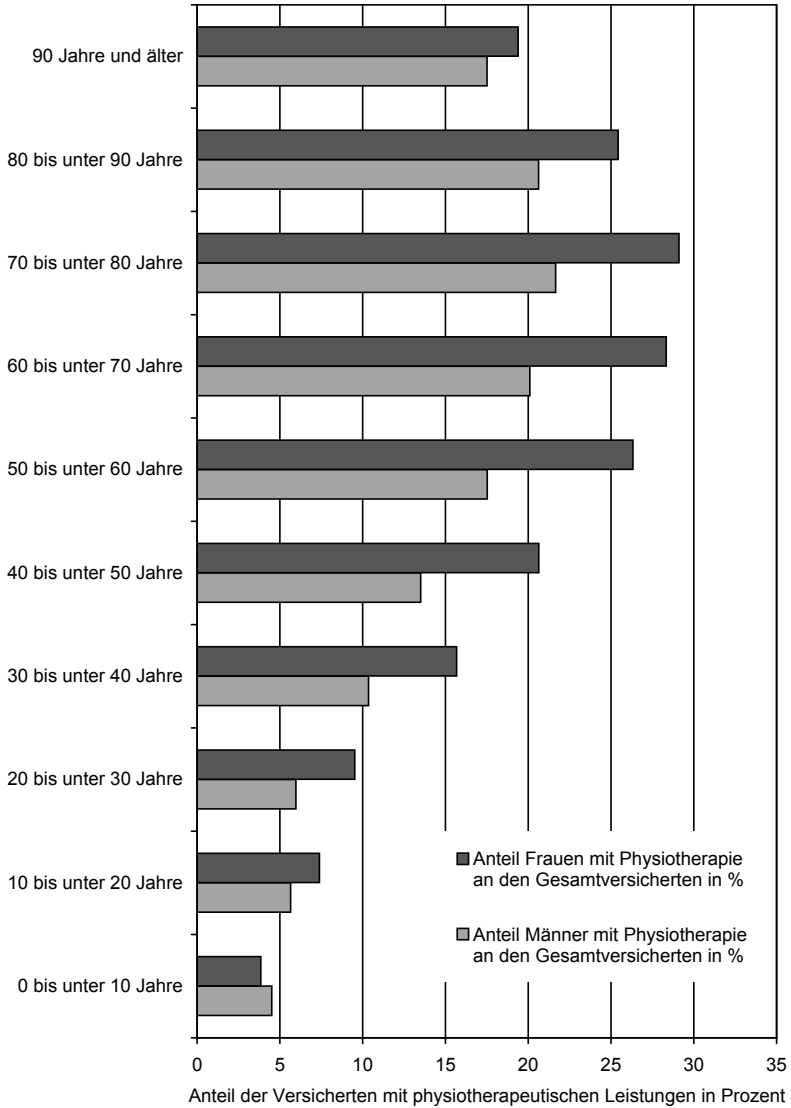
	2004	2005	Differenz in %
Leistungsversicherte	198.701	220.351	+10,90
Anzahl Rezepte	425.173	498.187	+17,17
Ausgaben in €	51.832.809,20	54.271.420,62	+4,70
Ausgaben pro LV in €	260,86	246,30	-5,58
LV zu Vers. %	13,07	13,74	+5,08
Ausgaben pro Rezept in €	121,91	108,94	-10,64
Ausgaben pro Vers. in €	34,10	33,83	-0,78

Mit den Änderungen der Richtlinien hat auch die Versorgung mit speziellen und teureren Verordnungen wie der Manuellen Therapie (+40 %) und der Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen (+24 %) stark zugenommen. Die Manuelle Therapie dient der Behandlung von Dysfunktionen der Bewegungsorgane und findet vorwiegend im Bereich der Wirbelsäule Anwendung. Die Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen ist eine neurologische Behandlung nach dem „Bobathkonzept“ bei z.B. SchlaganfallpatientInnen. Beide Behandlungen bedürfen einer speziellen Fortbildung, die zur Abgabe und Abrechnung der Leistung befähigt. Da die Qualifikation bei der Leistungserbringung nicht nachgewiesen werden muss, liegt der Verdacht nahe, dass die Zunahme dieser speziellen Therapien die finanziellen Einbußen durch den Verordnungsrückgang anderer Leistungen kompensieren soll. So erhält ein Physiotherapeut für eine krankengymnastische Einzelbehandlung seit dem 1.4.2006 14,10 Euro, für die Manuelle Therapie 15,68 Euro, für die Bobath-Behandlung 19,42 Euro (Preise aus der Vergütungsliste des VdAK).

Tabelle II.12 Die ausgabenintensivsten Verordnungspositionen der Physiotherapie 2005

APN	Leistungsbezeichnung	Ausgaben in €	Anzahl Rezepte	Anzahl LV
20501	KG, auch Atemgymnastik, auch auf neurophysiologischer Grundlage	22.048.442,47	247.967	125.946
21201	Physiotherapie: Manuelle Therapie	4.385.159,87	48.093	30.233
20106	Physiotherapie: Klassische Massagetherapie (KMT)	3.285.694,19	60.569	44.105
20710	Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen, erworben nach Abschluss der Hirnreife nach Bobath	2.702.290,09	12.080	2.919
21501	Wärme- und Kältetherapie: Warmpackungen einschl. Nachruhe	2.579.048,58	56.223	36.816

Abbildung II.9 Physiotherapie: alters- und geschlechtsspezifische Behandlungsprävalenz 2005



Anders als in den Leistungsbereichen der Ergotherapie und Logopädie werden physiotherapeutische Leistungen vorwiegend bei Frauen angewendet. Fasst man die Altersgruppen von 40 bis 90 Jahre zusammen, so bekommt jede 4. GEK-Versicherte eine physiotherapeutische Verordnung. Diese geschlechtsspezifischen Versorgungsunterschiede lassen sich nur zum Teil durch die höhere Inanspruchnahme von ärztlicher Behandlung durch Frauen erklären (Lademann & Kolip, 2005). Unter Umständen spielt hier auch die „Medizinisierung“ der weiblichen Wechseljahre eine Rolle (Kolip & Glaeske, 2002).

Der seit dem 1.7.2004 gültige Heilmittelkatalog regelt unter anderem für die einzelnen Indikationen die Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls. Wird diese Zahl überschritten, so ist auf dem Rezept das Feld „außerhalb des Regelfalls“ anzukreuzen. In diesem Fall ist die Verordnung vor Beginn der Therapie der Krankenkasse zur Genehmigung vorzulegen. Wie viele andere Kassen verzichtet die GEK auf dieses Verfahren, womit zumindest der sonst erforderliche Verwaltungsaufwand vermieden wird. Allerdings führt diese Praxis vereinzelt zu Merkwürdigkeiten im Verordnungsgeschehen, indem zunächst Rezepte mit 6 Behandlungen ausgestellt werden, bis der Regelfall ausgeschöpft ist, um danach – also außerhalb des Regelfalls – die Behandlungsanzahl auf 10 pro Rezept zu erhöhen.

Um das Verordnungsgeschehen in diesem Punkt transparent zu machen, wurde eine Stichprobe physiotherapeutischer Einzelbehandlungen ausgewertet. Für 248 Verordnungen (dies entspricht 0,001% aller Verordnungen) wurde untersucht, ob das Rezept außerhalb des Regelfalls liegt und wie hoch die Anzahl der Behandlungen ist. Diese Auswertung hat ergeben, dass 36 Verordnungen außerhalb des Regelfalls lagen mit einer durchschnittlichen Verordnungsmenge von 8,8. Bei den übrigen Verordnungen lag dieser Durchschnitt bei 6,3 Einheiten. Legt man diese Zahlen allen physiotherapeutischen Einzelbehandlungen zugrunde, so käme man auf ca. 36.000 Verordnungen außerhalb des Regelfalls, die

dadurch in der Verordnungsmenge um jeweils 2,5 Behandlungen über den übrigen Verordnungen lägen. Damit zeigt sich, dass ein Instrument, wie die Festlegung der Gesamtverordnungsmenge, durch den Prüfverzicht der Kassen zu einer Erhöhung der Behandlungszahl führt und damit die eigentliche Intention umkehrt.

3. Die ambulante physiotherapeutische Versorgung von RückenschmerzpatientInnen

Etwa 66% der Frauen und 57% der Männer leiden unter Rückenschmerzen. Nur in ca. 10 bis 20% der Fälle kommt es zur Chronifizierung der Schmerzen. Die Kosten für die medizinische Behandlung, für Rehabilitationsleistungen, Fehltag und Produktionsausfälle durch Rückenschmerzen betragen rund 25 Milliarden Euro jährlich.

Die europäische Leitlinie zur verbesserten Behandlung von RückenschmerzpatientInnen (COST B 13) empfiehlt bei akuten Schmerzen vor allem eine frühzeitige Aktivierung, optional auch Manuelle Therapie. Abgeraten wird von „speziellen Bewegungsübungen“ und Traktionsbehandlung. Nicht empfohlen werden Rückenschule und Massage. Bei chronischen Rückenschmerzen empfiehlt die Leitlinie kontrollierte Bewegungstherapie, optional auch Manipulation oder Mobilisation und Rückenschule. Zu Interferenztherapie, Kurzwellendiathermie, Ultraschall, Thermotherapie, Traktion und Massage wird nicht geraten.

Die Auswertung der GEK-Daten für das Jahr 2004 ergibt, dass 31% der RückenschmerzpatientInnen eine Heilmittelverordnung für ausgewählte physiotherapeutische Maßnahmen wie Krankengymnastik, Massage oder Manuelle Therapie erhalten haben. Für Behandlungen, die nicht mit der Leitlinie übereinstimmen hat die GEK 7,71 Millionen Euro aufgewendet, was 22% der Gesamtausgaben für physiotherapeutische Leistungen entspricht. Nachweislich ineffektive Therapien werden demnach zu oft verordnet, während Therapien, deren Nutzen nachgewiesen ist, zu selten oder an falscher Stelle eingesetzt werden. Akute und chronische RückenschmerzpatientInnen werden zudem nicht differenziert therapiert, eine Unterscheidung ist nur bei der Häufigkeit der Behandlungen zu erkennen.

3.1 Leitlinien und Versorgungsqualität

Die Gesetzgebung fordert in unserem Gesundheitssystem für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) die Berücksichtigung von Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung kranker oder behinderter Menschen (§2 und §12 SGB V). Zur Umsetzung dieser Grundsätze bedarf es einer ständigen Prüfung und Weiterentwicklung der Leistungen, um „dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen“ (§2 Abs. 1 Satz 3 SGB V). Der Begriff der Qualität schließt die Bewertung der Leistungen nach anerkannten Maßstäben ein und fordert gleichzeitig eine Umsetzung dieser Bewertungen in die Praxis. Einen solchen Maßstab, der die Gesundheitsversorgung verbessern kann, stellen Leitlinien dar, die als evidenz-basierte Entscheidungshilfe für die medizinische Versorgung dienen, ganz entsprechend der Definition:

„Leitlinien sind systematisch entwickelte Darstellungen und Empfehlungen mit dem Zweck, Ärzte und Patienten bei der Entscheidung über zweckdienliche Maßnahmen der Krankenversorgung (Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge) unter spezifischen klinischen Umständen zu unterstützen“ (AMWF, 2000).

Leitlinien können aber auch ein „Werkzeug“ zur Bewertung des Versorgungsgeschehens darstellen. Dabei ist zu beachten, dass die medizinische Behandlung auf der Basis von Leitlinien niemals einer „Kochbuchmedizin“ gleichkommt, da individuelle Gegebenheiten immer Berücksichtigung finden müssen. Es fließt externe Evidenz (Leitlinien) mit der internen Evidenz (Erfahrung, Intuition) zusammen und sollte auf diese Weise ärztliches Handeln bestimmen. Eine retrospektive Betrachtung auf das Leistungsgeschehen und eine Bewertung unter Berücksichtigung von Leitlinien kann daher Hinweise darauf geben, in wie weit Behandlungsempfehlungen, die aus Leitlinien abgeleitet werden können, in den medizinischen Entscheidungsalltag implementiert werden

konnten und in welchem Maß man von einer (externen) evidenz-basierten Medizin sprechen kann.

In diesem Kapitel wird eine aktuelle Leitlinie zur Versorgung von RückenschmerzpatientInnen angewendet. Es soll dargestellt werden, inwieweit die in der Leitlinie empfohlenen Behandlungsstrategien berücksichtigt werden oder ob es zu Über-, Unter- oder Fehlversorgung kommt. Eine solche Analyse soll Anhaltspunkte dafür geben, wie eine qualitativ bessere Versorgung von PatientInnen mit Rückenschmerzen umgesetzt werden kann, wenn dies notwendig erscheint.

3.2 Die europäische Leitlinie zur verbesserten Behandlung von RückenschmerzpatientInnen Cost B13

In diesem Zusammenhang wird eine europäische Initiative genutzt, die „european cooperation in the field of scientific and technical research“ . Ab 1999 fanden sich Experten aus 13 europäischen Ländern zusammen, um Vorschläge für eine verbesserte Behandlung von RückenschmerzpatientInnen zu erarbeiten. Die konkreten Ziele dieser Initiative lauteten:

- Entwicklung von europäischen Leitlinien zur Prävention, Diagnose und Behandlung unspezifischer Rückenschmerzen
- Verwirklichung eines multidisziplinären Ansatzes und Förderung von Zusammenarbeit (national und international)
- Förderung der Implementierung der Leitlinien.

Dazu fanden sich vier Arbeitsgruppen zusammen, von denen sich jeweils eine mit akuten und chronischen unspezifischen Rückenschmerzen befasste. In diesen Gruppen wurden entsprechende Leitlinien unter Ableitung von Empfehlungen aus systematischen Reviews und dem Vergleich bzw. der Zusammenfassung bestehender Leitlinienempfehlungen erarbeitet (Becker et al., 2006).

Die Leitlinien für akute und chronische RückenschmerzpatientInnen beinhalten Empfehlungen zur Diagnostik und zur Behandlung, die in drei Kategorien fallen:

1. eine Maßnahme wird empfohlen, wenn starke Evidenz und bestehende Leitlinien dafür sprechen,
2. von einer Maßnahme wird abgeraten bei widersprüchlicher Evidenz und wenn bestehende Leitlinien z.B. auf fehlende Wirksamkeit hinweisen,
3. eine Maßnahme kann nicht empfohlen werden bei schwacher Evidenz oder wenn die Empfehlungen in bestehenden Leitlinien variieren.

Die Tabelle II.13 zeigt eine Zusammenfassung der Empfehlungen zur Behandlung akuter bzw. chronischer unspezifischer Rückenschmerzen.

Tabelle II.13 Zusammenfassung der Empfehlungen

Empfehlung	Akute Rückenschmerzen	Chronische Rückenschmerzen
Empfohlene Maßnahme	Frühzeitige Aktivierung; Medikamentöse Schmerzkontrolle; Optional Manuelle Therapie; Multiprofessionelle Programme	Kontrollierte Bewegungstherapie; Optional Manipulation/ Mobilisation; Optional Rückenschule (zur kurzfristigen Schmerzlinderung); Kognitive Verhaltenstherapie; Multidisziplinäre Therapie; Medikamentöse Schmerzkontrolle;
Abzuratende Maßnahme	Bettruhe; Spezielle Bewegungsübungen; Traktionsbehandlung;	TENS
Keine Empfehlung	Rückenschule; Massage; TENS; Verhaltenstherapie	Interferenztherapie; Lasertherapie; Korsett, Mieder; Kurzwellendiathermie; Ultraschall; Thermotherapie; Traktion; Massage; Akupunktur;

Quelle: Becker, Hildebrandt, Müller (2006).

3.3 Rückenschmerzen in Deutschland

„Das Problem Rückenschmerz ist in Deutschland weitgehend ungelöst...“
(Hildebrandt & Mense, 2001)

„Rückenschmerzen zählen zu den größten Gesundheitsproblemen Deutschlands.“ (Schmidt & Kohlmann, 2005)

„Erkrankungen der Lendenwirbelsäule und Rückenschmerzen sind nach wie vor ein gewichtiges Problem.“ (Hildebrandt et al., 2005)

Wo immer man zum Thema Rückenschmerzen nachschlägt, der Grundtenor ist immer derselbe: Rückenschmerzen sind ein Problem, nicht nur für die Betroffenen – und das sind nach Untersuchungen der letzten Jahre zu jeder Zeit durchschnittlich 40% der Bevölkerung. Aktuelle Untersuchungen in Deutschland zeigen eine Jahresprävalenz von 66% bei Frauen und 57% bei Männern (Neuhauser & Ziese, 2005). Bei ca. 80% der Betroffenen führen die Rückenschmerzen nicht zu dauerhaften Beschwerden, doch in 10 bis 20% der Fälle kommt es zu chronischen Schmerzen.

Dieses Problem ist von hoher ökonomischer Relevanz, weil es zum einen das Gesundheitssystem mit medizinischen und rehabilitativen Leistungen (direkte Kosten) belastet und zum anderen volkswirtschaftlich durch die hohe Anzahl an Fehltagen und den damit verbundenen Produktionsausfällen (indirekte Kosten) bedeutsam wird. So verursachen Behandlung, Rehabilitation und vorzeitige Berentung allein von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen Ausgaben in Höhe von bis zu 25 Milliarden Euro im Jahr (direkte Kosten etwa 10 Mrd. Euro, indirekte Kosten etwa 15 Mrd. Euro) (Deutscher Bundestag und Bundesrat, 2003). Somit entfallen auf einen relativ kleinen Anteil der PatientInnen 80% der Gesamtkosten, die durch Rückenschmerzen entstehen (Bigos et al., 2001).

Beim Umgang mit Rückenschmerzen muss man jedoch außer in akute oder chronische auch zwischen spezifischen und unspezifischen Rückenschmerzen unterscheiden. Spezifische Rückenschmerzen lassen sich eindeutig auf einen pathologischen Befund zurückführen, zu nennen sind hier z.B. Infektion, Fraktur, Osteoporose, Spondylarthritis, Cauda Equina Syndrom. Bei unspezifischen Schmerzen fehlt eine erkennbare und spezifische Pathologie. Nach internationalen Angaben sind etwa 85 bis 90% der Rückenschmerzen als unspezifisch zu betrachten. Damit erklärt sich der hohe finanzielle Aufwand allein für die im Sinne eines Ausschlußverfahrens zu verstehende Diagnosefindung und die hohe psychosoziale Belastung der Patienten durch Verunsicherung und Ängste solange nicht geklärt ist, was als Ursache für die Rückenschmerzen in Frage kommt. Bei unspezifischen Rückenschmerzen kommt es im übrigen eher zur Chronifizierung und auch darum bekommen Prävention, Diagnostik und Therapie gerade in diesem Bereich besondere Bedeutung.

Die Gewichtigkeit des Problems Rückenschmerzen ist groß, doch trotz medizinisch-technischem Fortschritt ist bislang keine Verbesserung in Sicht. Internationale Studien stellen die Wirksamkeit einiger Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in Frage oder weisen auf fehlende Evidenz hin (Van Tulder et al., 2006). Dazu kritisieren nationale Veröffentlichungen die uneinheitliche Vorgehensweise und fordern methodisch hochwertige Leitlinien zur verbesserten Behandlung des Symptoms Rückenschmerz (Diemer & Burchert, 2002).

An welcher Stelle kommt es zu Defiziten in der Versorgung von Rückenschmerzpatienten, wo müsste optimiert werden, und welche Rolle spielt dabei die Physiotherapie? Ein Ziel sollte es sein, die Behandlung von unspezifischen Rückenschmerzen effektiver und effizienter zu gestalten, um nicht nur die direkten und indirekten Kosten, sondern auch die Chronifizierungsrate zu senken. Zusätzlich könnte eine möglichst schnelle Entmedikalisierung von PatientInnen mit dem Symptom Rückenschmerz die finanzielle Belastung verringern.

3.4 Physiotherapie bei Rückenschmerzen

Der überarbeitete Heilmittelkatalog von 2004 sieht für Wirbelsäulenerkrankungen als vorrangige Heilmittel Krankengymnastik, Manuelle Therapie, Massage und gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) vor. Optional können auch u. a. Traktion, Wärme oder Elektrotherapie verordnet werden. Die Anzahl der Einheiten pro Rezept liegt jeweils bei 6, sofern die Verordnung innerhalb des Regelfalls, d.h. im Rahmen der Verordnungsvorgaben der Richtlinien liegt. Nach der Definition der Richtlinien fallen Krankengymnastik, KG-Gerät und Manuelle Therapie unter den Bereich der Bewegungstherapie. Das gemeinsame Ziel dieser Maßnahmen ist die Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung der Leistungen der Stütz- und Bewegungsorgane. Die erst 2001 in den Heilmittelkatalog aufgenommene gerätegestützte Krankengymnastik umfasst die parallele Einzelbehandlung von bis zu 3 Patienten mit Geräten aus der medizinischen Trainingstherapie. Für die Zulassung muss eine bestimmte Mindestausstattung an Geräten vorliegen. Die Massagetherapie umfasst verschiedene therapeutische Verfahren, die aus der Ruhelage des Patienten aktive körperliche Reaktionen bewirken sollen. Elektro- und Thermotherapie haben als gemeinsames Wirkziel die Schmerzlinderung, während die Traktion über mechanischen Zug eine Entlastung komprimierter Nerven- und Gelenkstrukturen schaffen soll.

Krankengymnastik, Manuelle Therapie und Massage (meist im Zusammenhang mit Wärmeanwendung) sind die meist verordneten Heilmittel aus dem Leistungsbereich der Physiotherapie (siehe Tabelle II.14). Dagegen bewegt sich die gerätegestützte Krankengymnastik eher auf einem niedrigen Verordnungsniveau, was unter Umständen daran liegt, dass diese Maßnahme mit 25,05 Euro (Vergütung nach VdAK) pro Behandlung zu den vergleichsweise kostenintensiven Positionen gehört.

Tabelle II.14 Verordnungszahlen physiotherapeutischer Maßnahmen bei GEK – Versicherten 2004

	Anzahl der Verordnungen	Versicherte mit Verordnungen	Ausgaben in €
KG	224.040	123.952	22.490.365,57
Wärme/ Kälte	114.190	73.091	5.015.896,49
Massage	92.684	63.075	5.622.494,39
MT	36.586	24.056	3.774.755,88
Elektrotherapie	20.927	15.472	639.426,07
Traktion	11.954	8.356	335.706,68
KGG	6.933	4.411	1.328.623,71

3.5 Datenbasis und Methode

Diese Auswertung bezieht sich auf das Jahr 2004, da hierfür sowohl Diagnosedaten als auch Heilmitteldaten für GEK-Versicherte vorliegen.

Zur Identifizierung der Versicherten mit unspezifischen Rückenschmerzen wurden die ambulanten Daten der GEK aus dem Jahr 2004 auf die ICD-10-Codierung „M54“ hin untersucht. Als Versicherte gelten alle Personen, die innerhalb des Jahres 2004 bei der GEK versichert waren. Neben der Diagnose ist in den ambulanten Daten auch der Behandlungstag erfasst, womit ersichtlich wird, wie oft Versicherte wegen/mit Rückenschmerzen beim Arzt waren. Über die Anzahl von Behandlungstagen mit entsprechender Diagnose erfolgte eine Zuordnung der Betroffenen zu PatientInnen mit akuten bzw. chronischen Beschwerden. Eine solche Zuordnung erfolgt in den meisten Fällen über ein zeitliches Konzept, d.h. über Dauer der Beschwerden, wobei eine Schmerzprävalenz über 3 bzw. 6 Monate als chronischer Schmerz gilt (Gureje et al., 1998). Im Kontext dieser Untersuchung erfolgte die Einteilung über die Behandlungsprävalenz und die Anzahl der Arztbesuche. Hierüber wurden vier Gruppen gebildet, um Versorgungsunterschiede besser erkennen zu können:

1. **akute Rückenschmerzen** – 4 Wochen Behandlungsprävalenz und vorab 3 Monate keine Arztbesuche wegen Rückenschmerzen
2. **subakute Rückenschmerzen** – 12 Wochen Behandlungsprävalenz mit mindestens 3 Arztbesuchen
3. **chronische Rückenschmerzen** – 6 bis 9 Monate Behandlungsprävalenz mit mindestens 6 Arztbesuchen
4. **chronisch-manifeste Rückenschmerzen** – mehr als 9 Monate Behandlungsprävalenz mit mindestens 9 Arztbesuchen

Die Grundgesamtheit aller Versicherten mit unspezifischen Rückenschmerzen und die genannten Untergruppen wurden mit den Abrechnungsdaten der GEK auf die Versorgung mit Heilmitteln bzw. Arzneimitteln hin untersucht.

3.6 Ergebnisse

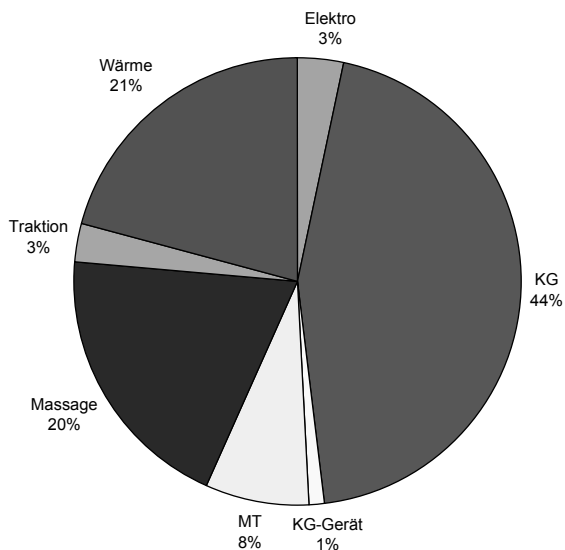
Allgemeine Auswertung

Im Jahr 2004 waren von den 1.470.020 GEK-Versicherten 314.658 Personen wegen unspezifischer Rückenschmerzen (ICD-10 M54) in ärztlicher Behandlung. Diese Zahl entspricht einer Jahresbehandlungsprävalenz von 21,41 % und zeigt, dass ca. jeder 5. Versicherte wegen Rückenschmerzen zum Arzt ging, eine spezifische Diagnose jedoch nicht gefunden werden konnte. Legt man die Ergebnisse eines nationalen Surveys zugrunde, wonach etwa jeder 2. von Rückenschmerzen betroffene wegen dieser Beschwerden zum Arzt geht (Kohlmann et al., 1998), dann ergäbe sich hochgerechnet eine Jahresprävalenz für unspezifische Rückenschmerzen bei GEK-Versicherten von 43 %. Trotz der Einschränkung auf unspezifische Rückenschmerzen liegt diese Zahl noch unter den Prävalenz-Ergebnissen nationaler Untersuchungen der letzten Jahre.

Von den Versicherten bzw. PatientInnen mit Rückenschmerzen erhielten 31 % eine Verordnung aus dem Bereich der vorrangigen Heilmittel bzw. Traktion, Wärme- oder Elektrotherapie. In der prozentualen Verteilung der Verordnungen (siehe Abbildung II.10) liegt die Krankengymnastik klar vorn, gefolgt von Massage und Wärmeanwendungen, die häufig zusammen verschrieben werden. Obgleich die gerätegestützte Krankengymnastik ein vorrangiges Heilmittel darstellt, liegt diese Anwendung in der Verordnungshäufigkeit weit hinter den optionalen Maßnahmen.

Ein Vergleich mit den Arzneimittelverordnungen 2004 zeigt, dass dieselben Betroffenen um 14,6 % häufiger ein Medikament oder Injektion aus dem Bereich der schmerz- und entzündungshemmenden Präparate (Nichtopioidanalgetika) erhalten haben. PatientInnen, die eine Heilmittelverordnung bekommen haben, wurden zu 52 % auch mit einem NSAID (nichtsteroidale antiinflammatorische Arzneimittel) versorgt.

Abbildung II.10 Verordnungsprävalenz bei RückenschmerzpatientInnen



Auf die 97.544 PatientInnen mit Behandlungen entfielen 494.885 Heilmittelverordnungen, womit jede/r RückenschmerzpatientIn im Durchschnitt etwa 5 Verordnungen erhielt. Die höchste Quote bei den Maßnahmen fällt auf die Krankengymnastik, denn es kommen 2,27 Verordnungen auf jede/n Versicherte/n. Auch Wärmeanwendungen und Massagen fallen auf mit je einer Verordnung im Durchschnitt pro Leistungsversichertem. Die Gesamtausgaben für die ausgewählten physiotherapeutischen Maßnahmen belaufen sich auf 35,7 Mio. Euro.

Diese Zahlen erlauben es noch nicht, eine Bewertung des Versorgungsgeschehens anhand der europäischen Leitlinie vorzunehmen, denn dazu müssen akute und chronische PatientInnen differenziert betrachtet werden.

Die Heilmittelversorgung akuter RückenschmerzpatientInnen

Mit 19.765 PatientInnen sind 6,3% aller Versicherten mit unspezifischen Rückenschmerzen als akute Fälle im 2. bis 4. Quartal 2004 zu betrachten. Etwa ein Drittel davon war nur einmal wegen Rückenschmerzen beim Arzt, das Durchschnittsalter dieser Gruppe beträgt 46 Jahre. Diese Personen erhielten 38.339 Verordnungen aus dem Bereich der vorrangigen Heilmittel bzw. Traktion, Wärme- oder Elektrotherapie mit einem Ausgabenvolumen von 2,73 Mio. Euro.

53% der PatientInnen erhielten eine Krankengymnastikverordnung, 32,4% eine Wärmeanwendung, 32,7% Massage, 11,8% ein Rezept über Manuelle Therapie. Jede/r Versicherte mit akuten Rückenschmerzen bekam im Durchschnitt 1,94 Verordnungen und erhielt Leistungen im Wert von 138 Euro.

Tabelle II.15 Heilmittelversorgung akuter RückenschmerzpatientInnen

	Anzahl der Verordnungen	Ausgaben in €	LV/M54(akut) Anteil in %
KG	15.711	1.474.637,82	53,0
Massage	8.176	1.469.344,54	32,7
Wärme	8.397	340.447,53	32,4
Manuelle Therapie	3.043	295.093,54	11,8
KG-Gerät	435	80.317,86	1,7
Elektrotherapie	1.525	38.988,69	6,3
Traktion	1.052	28.638,26	4,3
Summe	38.339	2.727.468,24	

Auf der Grundlage der europäischen Leitlinie, nach der von speziellen Bewegungsübungen und Traktion abzuraten ist, bedeuten diese Zahlen, dass 17.198 Verordnungen im Wert von 1,58 Mio. Euro abgerechnet wurden, die nach den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen keinen Nutzen für die PatientInnen haben. Mit 9.700 Massage- und Elektrotherapieverordnungen hat die GEK daneben Leistungen im Wert von 0,51 Mio. Euro bezahlt, für die aufgrund unklarer oder widersprüchlicher Evidenz eine Empfehlung nicht ausgesprochen werden kann.

Die Manuelle Therapie, welche von der Leitlinie als optionales Heilmittel empfohlen wird, liegt nach der Anzahl der Verordnungen auf dem 4. Rang hinter Krankengymnastik, Wärme und Massage.

Die Heilmittelversorgung subakuter RückenschmerzpatientInnen

Bei 23.535 Versicherten mit einer Behandlungsprävalenz von 2-3 Monaten wurden ebenfalls Heilmittel aus dem o.g. Bereich verschrieben. Im Durchschnitt erhielten Personen dieser Gruppe 2,25 Verordnungen. Die Versorgung mit einem Krankengymnastikrezept liegt bei 55,5 %, etwa jede/r 3. PatientIn erhielt Wärme- oder Massagetherapie. Die Rangfolge nach Verordnungshäufigkeit der Maßnahmen ist mit der akuten Rücken-

Tabelle II.16 Heilmittelversorgung subakuter RückenschmerzpatientInnen

	Anzahl der Verordnungen	Ausgaben in €	LV/M54(subakut) Anteil in %
KG	22.455	2.144.732,49	55,5
Massage	10.828	635.478,97	33,1
Wärme	11.479	468.702,44	34,1
Manuelle Therapie	4.073	409.691,79	12,1
KG-Gerät	644	119.169,85	1,9
Elektrotherapie	1.907	49.192,23	6,4
Traktion	1.598	43.108,07	5,0
Summe	52.984	3.870.075,84	

schmerzpatientInnen identisch, allerdings bekommen diese Personen, die im Mittel fast 6 mal in ärztlicher Behandlung waren, häufiger ein Heilmittelrezept und liegen damit in den Ausgaben mit 164 Euro um 19% über denen der AkutpatientInnen.

Gemessen an den Empfehlungen für akute RückenschmerzpatientInnen der europäischen Leitlinie hätte diese Gruppe von Versicherten 24.697 Leistungen im Wert von 2,3 Mio. Euro erhalten, von denen man annehmen muss, dass sie uneffektiv sind. Die Ausgaben für Maßnahmen mit unklarer Evidenz belaufen sich hier auf 0,69 Mio. Euro.

Die Heilmittelversorgung chronischer RückenschmerzpatientInnen

Von allen Versicherten mit unspezifischen Rückenschmerzen sind 5,1% als chronische Fälle zu bezeichnen, denn sie weisen eine Behandlungsprävalenz von über 6 Monaten innerhalb eines Jahres auf. In diesem Zeitraum waren die Betroffenen im Durchschnitt 12 mal (mindestens aber 6-mal) mit Rückenschmerzen beim Arzt und erhielten Heilmittelleistungen im Wert von 3,5 Mio. Euro. Bei 47.614 Verordnungen sind das durchschnittlich ca. 3 Verordnungen pro Leistungsversichertem.

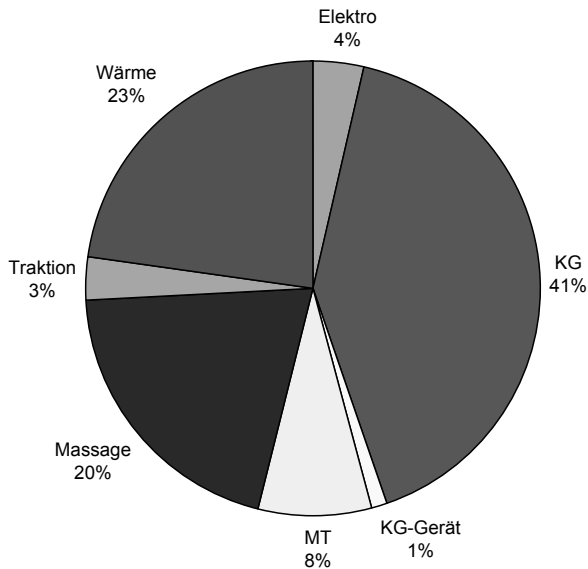
Tabelle II.17 Heilmittelversorgung chronischer RückenschmerzpatientInnen

	Anzahl der Verordnungen	Ausgaben in €	LV/M54(chronisch) Anteil in %
KG	19.560	1.862.288,77	59,9
Massage	9.639	571.824,15	37,2
Wärme	10.821	452.048,66	39,0
Manuelle Therapie	3.742	380.390,21	13,8
KG-Gerät	619	114.855,98	2,3
Elektrotherapie	1.693	44.144,04	7,5
Traktion	1.540	43.086,23	6,4
Summe	47.614	3.468.638,04	

Die prozentuale Verteilung der Verordnungen auf die einzelnen Maßnahmen entspricht annähernd der in der Gruppe der AkutpatientInnen (siehe Abbildung II.11). Damit wird schon an dieser Stelle deutlich, dass es bei der Wahl des Heilmittels für die Verordner offensichtlich kaum einen Unterschied macht, ob die Patienten an akuten oder chronischen Schmerzen leiden. Allein die Menge der Verordnungen nimmt bei häufigeren Arztbesuchen zu.

Da sich die ärztliche Entscheidung zur Verordnung an dem Heilmittelkatalog orientieren soll, lohnt sich ein Blick in die entsprechenden Richtlinien für Wirbelsäulenprobleme. Es fällt auf, dass der Heilmittelkatalog lediglich „Erkrankungen“ der Wirbelsäule als Indikation für eine Verordnung nennt. Eine entsprechend spezifische Diagnose ist mit den angewendeten Methoden jedoch nur bei 10 bis 20 % der Patienten zu finden. Darüber hinaus wird in den Richtlinien nur nach Erkrankungen mit „prognostisch kurzzeitigem“ bzw. „längerdauerndem Behandlungsbedarf“ unterschieden (Heilmittelkatalog, 2004). Die zur Wahl stehenden Heilmittel unterscheiden sich kaum in beiden Bereichen, lediglich die Anzahl der im Regelfall zu verordnenden Einheiten erhöht sich von 6 auf 18. Eine Überarbeitung des Heilmittelkatalogs für den Bereich Rückenschmerzen erscheint daher notwendig, um den Realitäten im Krankheitsgeschehen und Verhalten der PatientInnen sowie den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen gerecht zu werden.

Abbildung II.11 Verteilung der Heilmittelverordnungen bei chronischen RückenschmerzpatientInnen (n=16.099, 2004)



Gemessen an der europäischen Leitlinie sind auch chronische RückenschmerzpatientInnen mit Heilmitteln über-, unter- und fehlversorgt worden. Fasst man die Maßnahmen zusammen, für die kein oder zumindest kein eindeutiger Wirksamkeitsnachweis besteht (hier Elektro- und Wärmetherapie, Massage, Traktion), so sind 23.693 Verordnungen für 1,1 Mio. Euro entgegen externer Evidenz ausgestellt worden. Die gerätegestützte Krankengymnastik als eine zwar ausgabenintensive, jedoch wirkungsvolle Maßnahme der kontrollierten Bewegungstherapie wird nur für 2,3% der PatientInnen verschrieben. Im Vergleich dazu werden 59,9% der Betroffenen mit durchschnittlich 2 Rezepten für Krankengymnastik versorgt.

Die Heilmittelversorgung chronisch-manifester RückenschmerzpatientInnen

Um die Heilmittelversorgung chronischer Rückenschmerzpatienten eindeutiger beschreiben zu können, wurden Fälle mit mehr als 9 Monaten Behandlungszeit und mehr als 9 Arztbesuchen mit der Rückenschmerzdiagnose unter der Bezeichnung „chronisch-manifest“ subsummiert. In diese Gruppe fallen 18.917 Versicherte mit einem Durchschnittsalter von 56 Jahren, die im Mittel 18,9-mal in ärztlicher Behandlung waren. Mit 3,1 Verordnungen aus den genannten Heilmitteln pro PatientIn weisen diese Personen die höchste Verordnungsrate auf und sind mit 4,8 Mio. Euro die ausgabenintensivste der vier Subgruppen. Die Verteilungsrelation bezüglich der Heilmittelmaßnahmen ist jedoch mit der akuten PatientInnengruppe wiederum nahezu identisch.

Für die nach der Bewertung in der europäischen Leitlinie nicht effektiven Maßnahmen kam es hier zu Ausgaben in Höhe von 1,53 Mio. Euro. Eine Verordnung über die sinnvolle gerätegestützte Krankengymnastik erhielten lediglich 2,6% der PatientInnen.

Tabelle II.18 Heilmittelversorgung chronisch-manifester RückenschmerzpatientInnen

	Anzahl der Verordnungen	Ausgaben in €	LV/M54 (chronisch-manifest) Anteil in %
KG	26.506	2.589.368,80	60,8
Massage	12.949	786.457,84	37,6
Wärme	14.611	622.334,60	39,5
Manuelle Therapie	5.096	538.016,05	14,5
KG-Gerät	878	165.392,81	2,6
Traktion	2.194	62.889,08	6,9
Elektrotherapie	2.236	59.616,09	7,9
Summe	64.470	4.824.075,27	

Zusammenfassung

Der Vergleich der Heilmittelversorgung von RückenschmerzpatientInnen mit den Empfehlungen der europäischen Leitlinie hat gezeigt, dass sowohl bei akuten wie auch chronischen Fällen viele durchgeführte Behandlungen eine unzureichende oder fehlende Evidenz haben. Aus ökonomischer Sicht wurden so in einem Jahr 7,71 Mio. Euro und damit 22% der Gesamtausgaben in Höhe von 35,7 Mio. Euro für aus wissenschaftlicher Sicht ineffektive Heilmitteltherapien aufgewendet.

In einer evidenz-basierten Versorgung sollte sich die Behandlung akuter und chronischer Fälle unterscheiden, da der Prozess der Chronifizierung einhergeht mit psychosozialen Einschränkungen und Behinderungen und damit andere Therapieansätze notwendig macht als bei den akuten Fällen. Die Analyse zeigt jedoch, dass bzgl. der Heilmittelversorgung bei den GEK-Versicherten kein Unterschied besteht: Mit zunehmender Dauer der Beschwerden ändert sich nicht die Wahl der Behandlung sondern lediglich die Häufigkeit, mit der ein Patient ein entsprechendes Rezept erhält. Es muss daher festgehalten werden, dass sich weder bei akuten noch bei chronischen RückenschmerzpatientInnen eine qualitativ ausreichende Heilmittelversorgung erkennen lässt: Therapien, deren Nutzen nachgewiesen ist, wurden zu wenig bzw. an falscher Stelle eingesetzt, zweifelhafte Maßnahmen aber zu häufig verordnet.

Damit stützt diese Auswertung die Forderung nach einem einheitlichen und evidenzbasierten Management von unspezifischen Rückenschmerzen, wie sie das Robert-Koch-Institut schon 2002 gefordert hat (Diemer & Burchert, 2002).

3.7 Fazit

Das Ziel der europäischen Leitlinien zum Umgang mit unspezifischen Rückenschmerzen ist ein verbessertes Versorgungsmanagement und eine erhöhte Behandlungsqualität. Dies kann aber nur erreicht werden, wenn die Anforderungen solcher Leitlinien in den Versorgungsalltag implementiert werden. In Deutschland ist dringend eine verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit notwendig, damit die vorhandene externe Evidenz auch in die Heilmittelversorgung Eingang findet.

„Clinical medicine seems to consist of a few things we know, a few things we think we know (but probably don't), and lots of things we don't know at all.“ (Naylor, 1995)

Es gibt vieles, das wir über Rückenschmerzen nicht wissen, aber das wenige, das wir sicher wissen, sollte im Hinblick auf die Ziele Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung auch genutzt werden.

4. Ergotherapiebehandlung bei Kindern und Jugendlichen mit Hyperkinetischen Störungen

Edda Würdemann

Die Therapie der Hyperkinetischen Störung – eine Diagnose, die in den letzten Jahren bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 6–18 Jahren zunehmend häufig gestellt wird – sollte leitliniengemäß nach einem multimodalen Handlungskonzept erfolgen und neben der Aufklärung und Beratung von Eltern, Kindern, LehrerInnen und ErzieherInnen sowohl eine Verhaltenstherapie als auch eine Pharmakotherapie mit Methylphenidat (z.B. Ritalin, Equasym, Medikinet, Concerta) beinhalten. Im Rahmen dieses Behandlungskonzeptes können Ergotherapeuten mit ihrer Arbeit einen wertvollen Beitrag leisten, wenn es ihnen z.B. gelingt, das Selbstwertgefühl der Kinder und Jugendlichen zu stärken und die Grundlage für eine verbesserte Eltern-Kind-Beziehung zu schaffen. Eine Analyse der Verordnungsdaten von Kindern und Jugendlichen mit der Diagnose Hyperkinetische Störung hinsichtlich der Behandlungsoptionen Ergotherapie und/oder medikamentöse Therapie mit Methylphenidat (MPH) hat ergeben, dass 25% der Kinder und Jugendlichen Ergotherapie oder Ergotherapie kombiniert mit MPH-Therapie erhalten und 45% weder mit Ergotherapie noch mit MPH behandelt werden. Hinzu kommen geschlechtsspezifische Behandlungsunterschiede. Jungen erhalten nicht nur häufiger eine entsprechende Diagnose, sondern sie werden auch „intensiver“ behandelt. Die Behandlungspräferenzen in den Altersgruppen sind unterschiedlich, so erhalten die 6- bis 8-jährigen Kinder eher Ergotherapie, die 12- bis 14-jährigen eher eine medikamentöse Therapie.

Hintergrund

In den letzten 10 Jahren ist die Zahl der Verordnungen für Präparate mit dem Wirkstoff Methylphenidat stark angestiegen. Im Jahr 2002 wurden 23-mal mehr Tagesdosen verordnet als Anfang der 90er Jahre (Sonderheft ADHS, 2004). Medikamente mit diesem Wirkstoff werden hauptsächlich zur Behandlung der Hyperkinetischen Störung bei Kindern und Jugendlichen eingesetzt. Eine weitere Indikation ist die Narkolepsie, ein Krankheitsbild, das bei Kindern und Jugendlichen keine Rolle spielt. Man kann davon ausgehen, dass in Deutschland 2 bis 6% aller Kinder und Jugendlichen von Hyperkinetischen Störungen betroffen sind, leichte bis subklinische Formen kommen bei bis zu 19% vor (Fegert et al., 2002). Jungen sind 3- bis 9-mal häufiger betroffen als Mädchen. Die Therapie der Hyperkinetischen Störung sollte nach einem multimodalen Behandlungskonzept erfolgen und neben der Psychoedukation die Verhaltenstherapie und die medikamentöse Therapie beinhalten (Lehmkuhl et al., 2001). Im Rahmen dieses Behandlungskonzeptes kann auch Ergotherapie verordnet werden. In der vorliegenden Untersuchung wird deshalb der Frage nachgegangen, wie viele Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis 18 Jahren mit der Diagnose Hyperkinetische Störung (ICD 10, F90.-) Ergotherapie erhalten.

Hyperkinetische Störungen

Zu den Hyperkinetischen Störungen, deren Symptome vor dem Alter von 6 Jahren auftreten müssen, zählen

- Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0),
- Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1),
- Sonstige hyperkinetische Störungen (F90.8) und
- Hyperkinetische Störung, nicht näher bezeichnet (F90.9).

Leitsymptome für Hyperkinetische Störungen sind Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität. Die Störung beginnt vor dem Alter von 6 Jahren und sollte in mindestens zwei Lebensbereichen – z.B. in der Schule, in der Familie oder in der Untersuchungssituation – auftreten und mindestens 6 Monate bestehen. Eine genauere Beschreibung der Leitsymptome Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörung gemäß ICD10 lautet :

Unaufmerksamkeit:

1. Beachtet häufig Einzelheiten nicht oder macht Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten, bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten.
2. Hat oft Schwierigkeiten, längere Zeit die Aufmerksamkeit bei Aufgaben oder Spielen aufrechtzuerhalten.
3. Scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere ihn ansprechen.
4. Führt häufig Anweisungen anderer nicht vollständig durch und kann Schularbeiten, andere Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht zu Ende bringen (nicht aufgrund von oppositionellem Verhalten oder Verständnisschwierigkeiten).
5. Hat häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren.
6. Vermeidet häufig, hat eine Abneigung gegen oder beschäftigt sich häufig nur widerwillig mit Aufgaben, die länger andauernde geistige Anstrengung erfordern (wie Mitarbeit im Unterricht oder Hausaufgaben).
7. Verliert häufig Gegenstände, die er/sie für Aufgaben oder Aktivitäten benötigt (z.B. Spielsachen, Hausaufgabenhefte, Stifte, Bücher oder Werkzeug).
8. Lässt sich oft durch äußere Reize leicht ablenken.
9. Ist bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich.

Hyperaktivität:

1. Zappelt häufig mit Händen oder Füßen oder rutscht auf dem Stuhl herum.
2. Steht in der Klasse oder in anderen Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird.
3. Läuft häufig herum oder klettert exzessiv in Situationen, in denen es unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen kann dies auf ein subjektives Unruhegefühl beschränkt bleiben).
4. Hat häufig Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen.
5. Zeigt ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivität, das durch die soziale Umgebung oder durch Aufforderungen nicht durchgreifend beeinflussbar ist.

Impulsivität:

1. Platzt häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist.
2. Kann häufig nur schwer warten, bis er/sie an der Reihe ist beim Spielen oder in Gruppensituationen.
3. Unterbricht und stört andere häufig, platzt z.B. in Gespräche oder in Spiele anderer hinein.
4. Redet häufig übermäßig viel ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren.

Nach ICD-10 müssen für die Diagnose einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0) sowohl ausgeprägte Aufmerksamkeitsstörungen (6 von 9 Symptomkriterien müssen erfüllt sein) als auch Hyperaktivität (3 von 5 Symptomkriterien müssen erfüllt sein) und Impulsivität (1 von 4 Symptomkriterien muss erfüllt sein) in mindestens zwei Lebensbereichen (situationsübergreifend) vorliegen.

Die Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) benennen Ausschlusskriterien, die angeben, wann die Diagnose Hyperkinetische Störung bei Vorliegen anderer Erkrankungen nicht vergeben werden sollte. Ausschlusskriterien stellen unter anderem dar (AWMF-Leitlinien, 2003):

- Teilleistungsstörungen
(Lese-, Rechtschreib- oder Rechenstörung, Seh- oder Hörstörungen)
- Nebenwirkungen medikamentöser Dauertherapie
(z.B. Antikonvulsiva wie Valproat/Phenobarbital)
- Tic-Störungen
- Tourette-Syndrom
- Psychosen
- Autismus.

Therapie

Die Behandlung der Hyperkinetischen Störung wird im Idealfall als multimodale Behandlung durchgeführt und kann gemäß der AWMF-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (2003) folgende Interventionen umfassen:

- Aufklärung und Beratung (Psychoedukation) der Eltern, des Kindes/Jugendlichen und der ErzieherInnen, bzw. der LehrerInnen
- Elterntraining und Interventionen in der Familie zur Verminderung der Symptomatik in der Familie
- Interventionen im Kindergarten/in der Schule zur Verminderung der Symptomatik im Kindergarten/in der Schule
- Kognitive Therapie des Kindes/Jugendlichen zur Verminderung von impulsiven und unorganisierten Aufgabenlösungen (Selbstinstruktionstraining) oder Anleitung des Kindes/Jugendlichen zur Modifikation des Problemverhaltens (Selbstmanagement)
- Pharmakotherapie zur Verminderung hyperkinetischer Symptome in der Schule (im Kindergarten), in der Familie oder in anderen Umgebungen

Besonders im Rahmen der Kognitiven Therapie können ergotherapeutische Maßnahmen erfolgreich eingesetzt werden.

Ergotherapie

Ergotherapie ist nach dem Heilmittelkatalog aus dem Jahre 2004 ein „ärztlich verordnetes Heilmittel zur Verbesserung der Handlungs- und Wahrnehmungsfähigkeit bzw. der altersentsprechenden selbstständigen Versorgung im Alltag und beruht auf medizinischen sowie sozialwissenschaftlichen Grundlagen“. Sie kann in Deutschland von 35.000 Ergotherapeuten ausgeübt werden (Deutscher Verbund der

Ergotherapeuten, 2006). Es existiert eine Vielzahl ergotherapeutischer Schulen, und die Übergänge zu anderen Behandlungsverfahren wie der Psychotherapie, Psychomotorik, Mototherapie sowie Heilpädagogik sind fließend. Die Indikationen für Ergotherapie sind im Heilmittelkatalog sehr weit gefasst und der Stellenwert der Ergotherapie im Kindesalter muss immer wieder hinterfragt werden, weil wissenschaftlich anerkannte Evaluationsstudien zur Wirksamkeit fehlen. In den Leitlinien ist Ergotherapie im Kindes- und Jugendalter für die Indikation Störungen der Aufmerksamkeit und Konzentration sowie vermehrte Impulsivität genannt (AWMF Leitlinien, 2004). Es muss klar gestellt werden, dass Ergotherapie keinen Ersatz für pädagogische und psychologische Maßnahmen darstellt. Sie muss immer mit einer ausführlichen Elternanleitung verbunden sein, ohne dabei Aufgabenbereiche der Eltern zu übernehmen. Bei harmonischen Entwicklungsstörungen ohne zusätzliche Probleme ist Ergotherapie nicht indiziert (Schmid & Kühne, 2003). Die besten Erfolge können bei Klein- und Vorschulkindern erreicht werden, eine kontinuierliche Verordnung von Ergotherapie im Schulalter ist nur in Ausnahmefällen angebracht. Besonders sorgfältig ist die Indikation für Ergotherapie bei den in der kinderärztlichen Praxis häufigen Verhaltensproblemen wie vermehrte Ängstlichkeit, Distanzlosigkeit, Impulsivität, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen zu stellen (AWMF Leitlinien, 2004). Ergotherapie sollte nur verordnet werden, wenn das Therapieziel klar definiert werden kann. Als Therapieziele können gelten:

- Verbesserung lebenspraktischer Alltagsfunktionen (Nahrungsaufnahme, selbstständiges An- und Ausziehen, Waschen, Zähneputzen, Toilettengang),
- Befähigung zu einem dem Entwicklungsstand angemessenen Spiel und
- Verbesserungen sozialverträglicher Verhaltensweisen, z. B. Abwarten können, seine Meinung sozialverträglich äußern und konstruktiv mit anderen Menschen kommunizieren.

Therapieevaluation

Unter Berücksichtigung streng wissenschaftlicher Kriterien im Sinne evidenz-basierter Medizin konnte bisher in keiner Metaanalyse ein wissenschaftlich nachweisbarer Effekt von Ergotherapie im Kindes- und Jugendalter nachgewiesen werden. Die Verordnung und Durchführung von Ergotherapie wird einerseits von vielen Fachleuten als notwendig und sinnvoll anerkannt, andererseits jedoch auch immer wieder kritisch diskutiert und hinterfragt. Zu dem leider immer noch häufig vorhandenen Halbwissen über die Hyperkinetische Störung gesellt sich ein noch größeres Unwissen bezüglich der ergotherapeutischen Behandlung. Diesen prinzipiellen Einschränkungen stehen vielfältige Einzelberichte von Eltern, ErzieherInnen und TherapeutInnen über deutliche Befundverbesserungen bei entwicklungsauffälligen Kindern gegenüber. Deshalb wird es häufig für unethisch gehalten, den betroffenen Kindern bei entsprechender Indikation eine als sinnvoll erachtete und im Heilmittelkatalog anerkannte Behandlungsmethode vorzuenthalten. Im Rahmen einer neuropsychologisch orientierten Behandlung kann Ergotherapie die Reizfilterschwäche, verminderte Aufmerksamkeit und Handlungsplanung betroffener Kinder verbessern und zu einer automatisierten Selbstregulation führen. Häufig werden spezielle Konzentrations- und Kognitionstrainings sowie Übungen zur Selbstinstruktion genutzt. Die Erarbeitung von Arbeitsplänen kann mit handwerklichen Aufgabenstellungen verknüpft werden, damit für die Kinder und Jugendlichen der Sinn eines planvollen Handelns leicht erkannt werden kann. Der alltagsorientierte Grundsatz der Ergotherapie greift die individuellen Probleme des täglichen Lebens von Kindern mit Hyperkinetischen Störungen auf und versucht konkret in den Alltag der Kinder einzugreifen. Wenn ein Kind z.B. übermäßig viel Zeit beim Anziehen benötigt, kann das Anziehen von Hemd, Jacke und Schuhen ein Bestandteil der ergotherapeutischen Übungen sein. Die Zusammenarbeit der Ergotherapeuten mit den Eltern ist sehr wichtig. Stärken und Auffälligkeiten der Kinder werden unter Einbeziehung

neurophysiologischer und neuropsychologischer Aspekte erklärt, und den Eltern gelingt es dadurch besser, ihre Kinder zu verstehen und sie können verständnisvoller reagieren. Auf diese Weise kann eine verbesserte Eltern-Kind-Interaktion entstehen. Die Eltern sollen intensiv in die Therapie eingebunden sein, um den Transfer der Therapieinhalte in den Alltag unterstützen zu können. Ergotherapie soll den Kindern und Jugendlichen Spaß machen, die Vermittlung von greifbaren Erfolgserlebnissen und die Einbeziehung von positiven Emotionen wie Stolz, Lust, Spaß und Neugier sind wichtige Eckpfeiler in der Ergotherapie. Sie ermöglichen über eine verbesserte Motivationslage und Wachsamkeit, die Gehirnaktivität zu steigern und damit die gewünschten Automatisierungs- und Lernprozesse zu vertiefen. Auf diese Weise kann die Leistungsbereitschaft der Kinder und Jugendlichen erhöht werden. Der ressourcenaktivierende Grundsatz der Ergotherapie kann mit der Verbesserung der Handlungsfähigkeit, dem Ermöglichen von Erfolgserlebnissen und der Erarbeitung und Bewusstmachung der individuellen Stärken, Fähigkeiten und Interessen das Selbstwertgefühl dieser Kinder verbessern und so zu einer emotionalen Stabilisierung beitragen. Eine solchermaßen gestaltete und durchgeführte Ergotherapie kann innerhalb eines multimodalen Behandlungskonzeptes und unter Einbeziehung verhaltenstherapeutischer Prinzipien Kindern mit Hyperkinetischen Störungen gezielte und konkrete Hilfestellung anbieten. Gemäß Heilmittelkatalog sollte die Ergotherapie innerhalb von 14 Tagen nach Ausstellung der Verordnung beginnen, Dauerverordnungen für Ergotherapie für mehr als ein Jahr bedürfen einer differenzierten Begründung. Langfristige Behandlungen sollten nicht als Einzeltherapie, sondern in der Gruppe stattfinden, und durch behandlungsfreie Intervalle unterbrochen werden.

Datenbasis und Methode

Zur Identifizierung der Versicherten wurden die ambulanten Daten der GEK (Gmünder ErsatzKasse) aus dem Jahr 2004 auf die ICD10-Codierungen F90.0 (Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung), F90.1 (Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens), F90.8 (Sonstige hyperkinetische Störungen) und F90.9 (Hyperkinetische Störung, nicht näher bezeichnet), untersucht. Grundlage der Untersuchung sind die Daten aus dem Jahr 2004, weil die entsprechenden Daten aus dem Jahr 2005 noch nicht komplett vorliegen. Analysiert wurden die Daten der 6- bis 18-jährigen Kinder und Jugendlichen (Jahrgänge 1986 bis 1998), die im Jahr 2004 durchgängig in der GEK versichert waren. Anhand der Heilmittelverordnungsdaten wurde untersucht, wie viele der Versicherten der genannten Altersgruppen mit der Diagnose F90.- (Hyperkinetische Störungen) im Jahr 2004 Ergotherapieverordnungen erhalten haben. Des Weiteren wurde anhand der Arzneimittelverordnungsdaten untersucht, wie vielen der o.g. Versicherten ein Präparat mit dem Wirkstoff Methylphenidat verordnet wurde. Medikamente mit Methylphenidat (z. B. Ritalin, Concerta, Medikinet, Equasym) sind zur Behandlung der Hyperkinetischen Störung für Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis 18 Jahren zugelassen. Strattera mit dem Wirkstoff Atomoxetin wird ebenfalls zur Behandlung der Hyperkinetischen Störung eingesetzt, ist aber erst seit März 2005 in Deutschland auf dem Markt.

Ergebnisse

Im Jahr 2004 erhielten 6.787 GEK-Versicherte im Alter von 6- bis 18-Jahren die Diagnose Hyperkinetische Störung (ICD10, F90.-).

Tabelle II.19 Diagnose Hyperkinetische Störung/Altersgruppen
(n = 6.787)

Alter	6 - 8 Jahre	9 - 11 Jahre	12 - 14 Jahre	15 - 17 Jahre	18 Jahre	Gesamt
männlich	1.467	1.804	1.420	548	66	5.305
Anteil in %	21,61	26,58	20,93	8,07	0,97	78,16
weiblich	439	570	343	119	11	1.482
Anteil in %	6,47	8,4	5,06	2,69	0,16	21,84

Für die Diagnosestellung der Hyperkinetischen Störung ist es u.a. wichtig, dass die Symptome vor dem Alter von 6 Jahren auftreten. Insofern verwundert es, dass die Diagnose nicht in der Altersgruppe der 6- bis 8-jährigen Kinder, bei denen sich die Eltern noch relativ leicht an den Beginn der Symptomatik erinnern könnten, sondern in der Gruppe der 9- bis 11-jährigen am häufigsten gestellt wird. Wie schon in früheren Untersuchungen (Glaeske & Jahnsen, 2004) festgestellt, erhalten Jungen (78%) deutlich häufiger diese Diagnose als Mädchen (22%). Immerhin befinden sich auch 77 (1,13%) 18-jährige in der Versichertengruppe mit entsprechender Diagnose.

Tabelle II.20 Verteilung der Behandlungsoptionen (n = 6.787)

	Ohne Ergotherapie- oder MPH- Behandlung	Mit Ergotherapie- Behandlung	Mit MPH- Behandlung	Mit Ergotherapie- und MPH- Behandlung
Anzahl Versicherte	3.037	1.093	2.078	579
Anteil in %	44,75	16,10	30,62	8,53

Knapp 45% der Kinder und Jugendlichen mit der Diagnose Hyperkinetische Störungen erhalten im Jahr 2004 weder Ergotherapie- noch Methylphenidat-Verordnungen. Hierfür kann es unterschiedliche Gründe geben: Sie können eine andere Therapie wie beispielsweise Psychotherapie erhalten oder es handelt sich um eine Verdachtsdiagnose, weil die genaue Diagnosesstellung noch nicht abgeschlossen ist. Knapp ein Drittel der Kinder und Jugendlichen erhalten eine medikamentöse Therapie mit Methylphenidat. 16% der Kinder mit Hyperkinetischen Störungen erhalten Ergotherapie und 8,5% erhalten sowohl Ergotherapie als auch eine medikamentöse Therapie mit Methylphenidat.

Die Diagnose Hyperkinetische Störung wird bei Jungen deutlich häufiger gestellt als bei Mädchen (siehe Tabelle II.19). Gibt es Unterschiede in der Behandlung von Jungen und Mädchen hinsichtlich Ergotherapie und/oder medikamentöse Therapie mit Methylphenidat?

Tabelle II.21 zeigt die Verteilung nach Alter und Geschlecht für Versicherte, die weder eine Ergotherapie- noch eine MPH-Behandlung erhalten.

Tabelle II.21 Versicherte ohne Ergotherapie- und MPH-Behandlung/
Verteilung nach Alter und Geschlecht (n = 3.037)

Alter	6 - 8 Jahre	9 - 11 Jahre	12 - 14 Jahre	15 - 17 Jahre	18 Jahre	Gesamt
männlich	643	734	601	255	36	2.269
Anteil in %	28,34	32,35	26,49	11,24	1,59	100,00
weiblich	244	282	164	72	6	768
Anteil in %	31,78	36,72	21,35	9,38	0,78	100,00

Berechnung des Prävalenz Ratio (PR):

$$PR = 2.269/5.305 : 768/1.482 = 0,83$$

PR<1 bedeutet hier, dass es häufiger die Mädchen sind, die weder eine Ergotherapie noch eine Methylphenidat-Behandlung erhalten. Hinsichtlich der Altersgruppen sind es die 9- bis 11-jährigen Jungen und Mädchen, die am häufigsten weder Ergotherapie- noch MPH-Verordnungen erhalten.

Tabelle II.22 Versicherte mit Ergotherapiebehandlung/Verteilung nach Alter und Geschlecht (n = 1.093)

Alter	6 - 8 Jahre	9 - 11 Jahre	12 - 14 Jahre	15 - 17 Jahre	18 Jahre	Gesamt
männlich	487	266	68	12	2	835
Anteil in %	58,32	31,86	8,14	1,44	0,24	100,00
weiblich	123	108	23	4	0	258
Anteil in %	47,68	41,86	8,91	1,55	0,00	100,00

Berechnung der Prävalenz Ratio (PR):

$$PR = 835/5.305 : 258/1.482 = 0,90$$

Mädchen erhalten also häufiger Ergotherapie-Behandlungen als Jungen. Die Gruppe der 6- bis 8-jährigen Jungen erhält diese Art der Therapie am häufigsten, bei den Mädchen sind es ebenfalls die 6- bis 8-jährigen, aber auch die Gruppe 9- bis 11-jährigen, die bevorzugt diese Art der Therapie erhalten.

Gibt es Unterschiede in der Behandlung von Mädchen und Jungen hinsichtlich der Therapie mit Methylphenidat?

Tabelle II.23 Versicherte mit MPH-Behandlung/Verteilung nach Alter und Geschlecht (n = 2.078)

Alter	6 - 8 Jahre	9 - 11 Jahre	12 - 14 Jahre	15 - 17 Jahre	18 Jahre	Gesamt
männlich	164	584	673	275	28	1724
Anteil in %	9,51	33,87	39,04	15,95	1,62	100,00
weiblich	45	124	137	43	5	354
Anteil in %	12,70	35,03	38,70	12,15	1,41	100,00

Berechnung der Prävalenz Ratio (PR):

$$PR = 1.724/5.305 : 354/1.482 = 1,36$$

Jungen erhalten also deutlich häufiger als Mädchen eine medikamentöse Behandlung mit Methylphenidat. Hinsichtlich der Altersgruppen sind sowohl die 12- bis 14-jährigen Jungen und Mädchen stark vertreten, etwas weniger stark, mit deutlichem Abstand zu den anderen Altersgruppen auch noch die 9- bis 11-jährigen.

Gibt es Unterschiede in der Behandlung von Jungen und Mädchen hinsichtlich der Therapie mit Methylphenidat und Ergotherapie?

Tabelle II.24 Versicherte mit Ergotherapie- und MPH-Behandlung/
Verteilung nach Alter und Geschlecht (n = 579)

Alter	6 - 8 Jahre	9 - 11 Jahre	12 - 14 Jahre	15 - 17 Jahre	18 Jahre	Gesamt
männlich	173	220	78	6	0	477
Anteil in %	36,27	46,12	16,35	1,26	0,00	100,00
weiblich	27	56	19	0	0	102
Anteil in %	26,47	54,90	18,63	0,00	0,00	100,00

Berechnung der Prävalenz Ratio (PR):

$$PR = 477/5.305 : 102/1.482 = 1,31$$

Jungen erhalten auch häufiger als Mädchen eine medikamentöse Therapie mit MPH plus Ergotherapie-Behandlung. Diese kombinierte Behandlung wird am häufigsten für die Altersgruppe der 9- bis 11-jährigen Jungen und Mädchen verordnet.

Zusammenfassung

Die Diagnose Hyperkinetische Störung (ICD10, F90,-) wird bei Jungen in der Altersgruppe der 6- bis 18-jährigen deutlich häufiger gestellt als bei Mädchen diesen Alters (siehe Tabelle II.19). Die Analyse der Versichertendaten hat weiterhin ergeben, dass Jungen und Mädchen unterschiedlich behandelt werden. Für Mädchen werden häufiger Ergotherapie-Behandlungen verordnet (siehe Tabelle II.22) als für Jungen, die erhalten dafür häufiger eine medikamentöse Therapie mit Methylphenidat-Präparaten als Mädchen (siehe Tabelle II.23). In der Gruppe der Kinder und Jugendlichen, die weder Ergotherapie noch Methylphenidat-Präparate erhalten, sind Mädchen häufiger vertreten als Jungen (siehe Tabelle II.21). Jungen hingegen erhalten deutlich häufiger sowohl Ergotherapie als auch eine medikamentöse Therapie mit Methylphenidat-Präparaten (siehe Tabelle II.24). Diese Ergebnisse zeigen, dass Jungen nicht nur häufiger als Mädchen die Diagnose Hyperkinetische Störung erhalten, sondern auch „intensiver“ behandelt werden. Die Behandlungspräferenzen in den Altersgruppen sind unterschiedlich, so erhalten die 6- bis 8-jährigen Kinder eher Ergotherapie, die 12- bis 14-jährigen eher eine medikamentöse Therapie mit Methylphenidat-Präparaten.

Diskussion

Nach anerkannten Leitlinien der Fachgesellschaften gehört zur Behandlung der Hyperkinetischen Störung neben einer eventuell notwendigen medikamentösen Therapie immer auch eine psychosoziale Betreuung der Kinder und Jugendlichen sowie der Eltern. Hier können Ergotherapeuten wertvolle Arbeit leisten, wenn es ihnen gelingt, sowohl eine verbesserte Eltern-Kind-Beziehung zu ermöglichen als auch das Selbstwertgefühl der Kinder und Jugendlichen zu verstärken. Der Erfolg der Ergotherapie ist stark davon abhängig, inwieweit Eltern bereit sind, sich in die Therapie einbinden zu lassen und Therapieinhalte mit in den Alltag übernehmen zu wollen. Deshalb sollte sich der Arzt/die Ärztin vor der Erstverordnung von Ergotherapie vergewissern, ob eine Bereitschaft der Eltern, zumindest eines Elternteils oder von ErzieherInnen besteht, die Therapie der Kinder und Jugendlichen unterstützend zu begleiten. Eine Weiterverordnung von Ergotherapie sollte nur erfolgen, wenn begründete Hinweise auf eine erfolgreiche Behandlung bestehen und wenn sich herausstellt, dass die Kinder und Jugendlichen zusammen mit ihren Eltern und/oder ErzieherInnen durch das Erkennen der eigenen Stärken und Wünsche ihre individuellen Probleme im täglichen Leben besser lösen können. Die Forderung im Heilmittelkatalog, die besagt, dass Dauerverordnungen von Ergotherapie für mehr als ein Jahr einer differenzierten Begründung bedürfen, unterstützt diese Vorgehensweise.

III. Hilfsmittel

1. Zur Versorgung von Hilfsmitteln in der Gesetzlichen Krankenversicherung

1.1 Rahmenbedingungen

Mit Krankheiten, Unfällen oder Veränderungen der Erbanlagen können physische und psychische Beeinträchtigungen einhergehen, die für die Betroffenen den Einsatz von Hilfsmitteln erforderlich machen. Nach dem fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) haben Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zum Ausgleich einer Behinderung, zur Vorbeugung einer drohenden Behinderung sowie zur Krankenbehandlung einen Leistungsanspruch auf eine Versorgung mit Hilfsmitteln (§§ 11, 23, 27 SGB V).

§ 23 Absatz 1 SGB V

(1) Versicherte haben Anspruch auf ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, wenn diese notwendig sind,

1. eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen könnte, zu beseitigen,
2. einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken,
3. Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden oder
4. Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Dem Versicherten der GKV stehen eine Vielzahl von therapeutisch wirksamen Hilfsmitteln zur Verfügung, die in der Regel einer ärztlichen Verordnung bedürfen. Neben Hörhilfen, Körperersatzstücken und orthopädischen Hilfsmitteln, die ausdrücklich im §33 SGB V benannt

werden, stehen noch andere Hilfsmittel zur Verfügung, die den Erfolg einer Heilbehandlung sichern, eine drohende oder bestehende Behinderung vorbeugen bzw. ausgleichen können und nicht als Gebrauchsgegenstände des alltäglichen Lebens anzusehen sind.

§ 33 Absatz 1 SGB V – Hilfsmittel

Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 ausgeschlossen sind.

...

Hilfsmittel-Richtlinien

Die Ausgestaltung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln wird über den gemeinsamen Bundesausschuss in den Hilfsmittel-Richtlinien geregelt (§ 92 SGB V). Diese definieren Hilfsmittel als sächliche medizinische Leistungen. Dazu zählen auch sächliche Mittel oder technische Produkte, die als Hilfsmittel zur inneren Anwendung von Arzneimitteln oder anderen Therapeutika bestimmt sind (z.B. Spritzen, Inhalationsgerät). Des Weiteren umfasst der Leistungsanspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln Zubehörteile, ohne die die Basisprodukte nicht oder nicht zweckentsprechend eingesetzt werden können sowie die Änderung, Instandhaltung, Ersatzbeschaffung der Hilfsmittel und die Ausbildung in deren Nutzung. Neben den allgemeinen Grundsätzen zur Verordnungsfähigkeit und therapeutisch angemessenen sowie wirtschaftlichen Einsatz von Hilfsmitteln regeln die Richtlinien in der Fassung vom 01.12.2003 detailliert die Versorgung von Seh- und Hörhilfen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2004).

Hilfsmittelverzeichnis

Die Qualitätssicherung der Hilfsmittel obliegt den Spitzenverbänden der Krankenkassen, die auf der Grundlage von §139 SGB V die Qualitätsstandards festlegen und im Hilfsmittelverzeichnis veröffentlichen. Federführend ist hier der Bundesverband der Innungskrankenkasse (IKK-BV) tätig, der unter anderem auch als Ansprechpartner für die Hersteller von Hilfsmitteln fungiert. Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) hat die Aufgabe übernommen, Hilfsmittel auf ihre Güte, die der des Hilfsmittelverzeichnisses entsprechen, zu prüfen. Das Hilfsmittelverzeichnis (HMV), das in §128 SGB V beschrieben wird, setzt sich aus 34 verschiedenen Produktgruppen mit ca. 15.000 Produkten zusammen (siehe Tab. 22 im Anhang).

Gesetzliche Zuzahlungen und der Eigenanteil der Versicherten an einem Hilfsmittel

Grundsätzlich sind Hilfsmittel kostenfrei für die Versicherten in Form einer Sachleistung von der Krankenversicherung zur Verfügung zu stellen. Der Versicherte hat jedoch nach Vollendung des 18. Lebensjahres eine Zuzahlung zu jedem Hilfsmittel zu leisten (§33 Abs.2 Satz 4 SGB V in Verbindung mit §61 SGB V). Die Zuzahlungsmodalitäten wurden mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) zum 01.01.2004 neu geregelt. So ist bei der Zuzahlung zu unterscheiden zwischen Hilfsmitteln,

- die zum Verbrauch bestimmt sind
- und die nicht zum Verbrauch bestimmt sind.

Für Hilfsmittel, die nicht zum Verbrauch bestimmt sind, müssen Versicherte seit dem 01.01.2004 10% des Abgabepreises, mindestens fünf Euro aber höchstens zehn Euro als Zuzahlung entrichten, jedoch nicht mehr als die

Gesamtkosten des abgegebenen Hilfsmittels. Die Zuzahlung bei den zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln – darunter fallen z.B. Inkontinenzhilfen, Trachealkanülen, Ersatzbeutel für Anus Praeter-Bandagen – beträgt 10 % je Packung, jedoch höchstens zehn Euro für den Monatsbedarf je Indikation (Spitzenverbände der Krankenkassen, 2004).

Tabelle III.1 Eigenanteil bzw. Zuschussregelung für ausgewählte Hilfsmittelprodukte

Produktart	Eigenanteil in €	
	Erwachsene	Kinder
Orthopädische Straßenschuhe (31.03.01.0)	76,00 (pro Paar)	45,00 (pro Paar)
Behindertengerechter Autokindersitz (26.11.06.0)		100,00 (bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres)
Reha-Karren/Buggy (18.99.01.0 bis 18.99.01.2)		100,00 (bis zur Vollendung des 3. Lebensjahres)
Zuschussregelung	Zuschuss pro Stück in €	
Badehose/-anzug für Inkontinente	175,00	
Schlupfsack (z.B. für Rollstuhlfahrer)	max. 125,00	

Quelle: Spitzenverbände der Krankenkassen (2005), Anhang zum Rundschreiben 04a vom 14.09.2005

Für Hilfsmittel mit dem Charakter eines Gebrauchsgegenstandes des alltäglichen Lebens wie beispielsweise orthopädische Schuhe, eine Kinderkarre, ein Autokindersitz oder Zwei- bzw. Dreiräder wird ein Eigenanteil von den Versicherten erhoben, der von den Spitzenverbänden der Krankenkassen festgelegt bzw. als Empfehlung herausgegeben wird (Spitzenverbände der Krankenkassen, 2005).

Die Trennung zwischen einem Hilfsmittel und einem Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens ist häufig nicht sehr eindeutig. So ist ein Reha-Buggy für ein zweijähriges Kind, das unter einer Dystrophie leidet und eine

spezielle Unterstützung im Kopf- und Rumpfbereich zur Vermeidung von orthopädischen Folgeschäden benötigt, ein Hilfsmittel. Der dazugehörige Schlupfsack, der gegen Kälte schützen soll, fällt hingegen unter einen Gebrauchsgegenstand des alltäglichen Lebens und ist somit kein Hilfsmittel und wird nicht von der GKV finanziert. Des Weiteren ist ein Eigenanteil vom Versicherten bzw. deren Eltern zu diesem Reha-Buggy zu leisten, da vorausgesetzt wird, dass ein Kind ohne Behinderung in diesem Alter einen Buggy benötigt, und so der Reha-Buggy ein Hilfsmittel mit dem Charakter eines alltäglichen Gebrauchsgegenstandes ist.

Preisbildungsoptionen im Hilfsmittelsektor

Zur Preisbildung im Hilfsmittelsektor stehen unterschiedliche gesetzliche Vorgaben zur Verfügung. So können auf der Grundlage des §36 SGB V Festbeträge für Hilfsmittelprodukte durch die Spitzenverbände der Krankenkassen – unter Berücksichtigung der Stellungnahmen der Verbände der betroffenen Leistungserbringer – festgelegt werden. Es werden Festbetragsgruppen gebildet, in denen gleichartige und gleichwertige Hilfsmittel zusammengefasst werden und mit denen im Allgemeinen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleistet werden kann. Seit dem 01.01.2005 gelten erstmals bundeseinheitliche Festbeträge für Seh- und Hörhilfen, Einlagen, Kompressionsstrümpfe, Stomaartikel und Inkontinenzhilfen. Für die Produktgruppen Einlagen (PG 08) und Inkontinenzhilfen (PG 15) sind die Festbeträge bereits aktualisiert bzw. erweitert worden. Die neuen Preise gelten ab dem 01.07.2006.

Darüber hinaus sind die Krankenkassen nach §127 SGB V dazu aufgefordert, Verträge mit Leistungserbringern für jene Hilfsmittel abzuschließen, deren Preise nicht über Festbeträge geregelt werden. Vorrangig sollen auf der Landesebene Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern getroffen werden (§ 127 Abs. 1 SGB V).

In einem zweiten Schritt sind dann Kontrakte auf der Individualebene zwischen einzelnen Krankenkassen und Leistungserbringern vorgesehen (§ 127 Abs. 2 SGB V). Zudem haben die Krankenkassen eine Informationspflicht gegenüber ihren Versicherten bezüglich der Festbetragsentgelte und der festgelegten Durchschnittspreise im Hilfsmittelbereich. Außerdem können sie den Versicherten preiswerte Lieferanten nennen oder den Versicherten Hilfe bei der Hilfsmittelbeschaffung anbieten.

Pflegehilfsmittel

Neben den Hilfsmitteln, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nach SGB V für die Versicherten finanziert werden, gibt es verschiedene Pflegehilfsmittel, die der Erleichterung der Pflege oder der Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen dienen oder eine selbstständige Lebensführung ermöglichen (§ 40 SGB XI).

§ 40 SGB XI

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind...

Der Versorgungsanspruch auf Pflegehilfsmittel geht zu Lasten der Pflegeversicherung (SGB IX). Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Pflegehilfsmitteln ist eine erhebliche Pflegebedürftigkeit, die als solche anerkannt ist (Pflegestufe I).

Anders als bei den Hilfsmitteln, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden, bedarf es für die Pflegehilfsmittel keiner ärztlichen Verordnung. Diese können von dem Pflegebedürftigen oder der Pflegeperson direkt bei der für ihn zuständigen Pflegekasse beantragt werden. In der Regel muss die Notwendigkeit des Pflegehilfsmittels jedoch durch eine Pflegekraft oder durch den Medizinischen Dienst bestätigt werden. Die Leistungen der Pflegekasse unterscheiden sich von denen der gesetzlichen Krankenversicherung zudem dahingehend, dass neben dem Sachleistungsprinzip auch das Prinzip der Kostenerstattung gilt. So werden zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel monatlich bis zu einem Beitrag von 31 Euro erstattet (§40 Abs. 2 SGB IX). Alle darüber liegenden Ausgaben hat der Versicherte selbst zu tragen. Für technische Hilfsmittel müssen Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, eine Zuzahlung von 10%, höchsten jedoch 25 Euro je Hilfsmittel an den jeweiligen Leistungserbringer zahlen. Um außergewöhnliche Belastungen zu vermeiden, können nach §§61, 62 SGB V Versicherte von der Zuzahlung befreit werden (§40 Abs. 3 SGB XI).

Welche Pflegehilfsmittel erstattungsfähig sind, kann dem Pflegehilfsmittelverzeichnis entnommen werden, das Bestandteil des Hilfsmittelverzeichnisses ist (§78 Abs. 3 SGB XI). Es umfasst die Produktgruppen 50 bis 54 (vgl. Tab. 22 im Anhang). Darüber hinaus werden aber auch andere Hilfsmittel, die nicht im Pflegehilfsmittelverzeichnis gelistet sind, von der Pflegekasse übernommen, soweit diese nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenkasse oder anderen zuständigen Leistungsträgern (Unfallversicherung z.B.) zu bezahlen sind.

Probleme und notwendige Schritte zur Verbesserung der Hilfsmittelversorgung

In der Praxis erweist sich die trennscharfe Zuweisung von Leistungen zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung (SPV) oftmals als schwierig. Bettschutzeinlagen zum Einmalgebrauch, die in der Produktgruppe 19 des Hilfsmittelverzeichnisses als Krankenpflegemittel gelistet sind, können vom Arzt zu Lasten der GKV verordnet werden. Es muss zur Feststellung der Finanzierungszuständigkeit geklärt werden, ob die Bettschutzunterlagen zur Linderung einer Krankheit oder zur Erleichterung der Pflege eingesetzt werden. Die Frage, inwieweit der personelle Aufwand zur Feststellung dieser Finanzierungszuständigkeit in Relation zu den Ausgaben für ein solches Hilfsmittel steht, muss an dieser Stelle erlaubt sein. Aus Sicht aller Beteiligten (Versicherte, Ärzte- und Pflegeschäft sowie der beteiligten Finanzträger) wäre die Zusammenlegung der Finanzierungszuständigkeit für Hilfsmittel, ob sie nun bei Krankheit oder Pflege eingesetzt werden, einfacher und transparenter.

In Kapitel III.3 diskutieren Herr Ingo Doneth vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen und Frau Sibylle Feyerabend von rehaVital Gesundheitsservice GmbH ausführlich die Probleme des Hilfsmittelsektors und die notwendigen Schritte zur Verbesserung der Hilfsmittelversorgung.

2. Analysen der Hilfsmitteldaten der GEK

Die Gesamtausgaben für Hilfsmittel aus dem Hilfsmittelverzeichnis betragen im Jahre 2005 rund 70,7 Mio. Euro. Zudem wurden für 6,7 Mio. Euro Hilfsmittel in Apotheken abgegeben. Im Vergleich zum Jahr 2004 sind die Inanspruchnahme von Hilfsmittelleistungen sowie die damit verbundenen Ausgaben pro Versichertem in der GEK rückläufig. Ursache dafür sind vor allem die Auswirkungen des am 01.01.2004 in Kraft getretenen Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung und die damit einhergehende Leistungseingrenzung bei Sehhilfen. Die Top 10 der ausgabenintensivsten Produkte wird von der Produktgruppe 14 Inhalations- und Atemtherapie angeführt. Besonders zahlreich wurden Einlagen und Bandagen verordnet, diese Produktgruppen weisen die höchste Versorgungsprävalenz auf. Auffällig waren Preisunterschiede für identische Produkte zwischen den unterschiedlichen Leistungsanbietern. Es wurden Preisdifferenzen von 100% und mehr für die selben Produkte festgestellt. Für Pflegehilfsmittel sind im Jahre 2005 930 Tsd. Euro verbucht worden, vor allem für Pflegebetten. Die Einführung von Festbeträgen hat z.T. zu Ausgabensteigerungen und Mengenausweitungen bei Produkten und zu Mehrbelastungen der Versicherten geführt.

Tabelle III.2 Ausgaben für Hilfsmittleistungen von sonstigen Leistungserbringern nach § 302 SGB V

	Ausgaben 2004	Anteil in %	Ausgaben 2005	Anteil in %	Veränderung von 2004 zu 2005 in %
Alle Leistungen	89.448.942,25		89.293.242,62		-0,17
davon:					
HMV	68.772.654,48	76,88	70.695.097,94	79,17	2,80
Pseudo-PN	487.096,28	0,54	558.876,76	0,63	14,74
Pseudo-PZN	2.961.271,96	3,31	1.338.987,37	1,50	-54,78
PZN	17.227.919,53	19,26	16.700.280,55	18,70	-3,06

Insgesamt wurden im Jahre 2005 rund 89 Mio. Euro für Leistungen, die von sonstigen Leistungserbringern nach § 302 SGB V abgerechnet wurden, zu Lasten der GEK verbucht. Davon entfallen 79,2% auf Leistungen, die dem Hilfsmittelverzeichnis (HMV) eindeutig zugeordnet werden können. Ein Anteil von 18,7% entfallen auf Positionen, die über die Pharmazentralnummer (PZN) abgerechnet wurden (siehe Tabelle III.2). Bei diesen Abrechnungspositionen handelt es sich überwiegend um Leistungen, die im Bereich „Blut und blutbildene Organe“ eingesetzt werden. Hierunter fallen aber auch Blutzuckermessstreifen, die ein Ausgabenvolumen von insgesamt 10,5 Mio. Euro in der GEK ausmachen. Davon wurden für Blutzuckermessstreifen 3,6 Mio. Euro über sonstige Leistungserbringer abgerechnet (siehe Tab. 26 im Anhang). Darüber hinaus wurde ein geringer Anteil von Leistungen über so genannte Pseudopositionsziffern klassifiziert und abgerechnet. Bei den Pseudopositionsnummern handelt es sich um Hilfsmittelpositionsnummern, die nicht im Hilfsmittelverzeichnis geführt werden, sondern als Behelfsnummern zur Abrechnung von den Krankenkassen eingeführt wurden und zum Teil nicht eindeutig zu identifizieren sind.

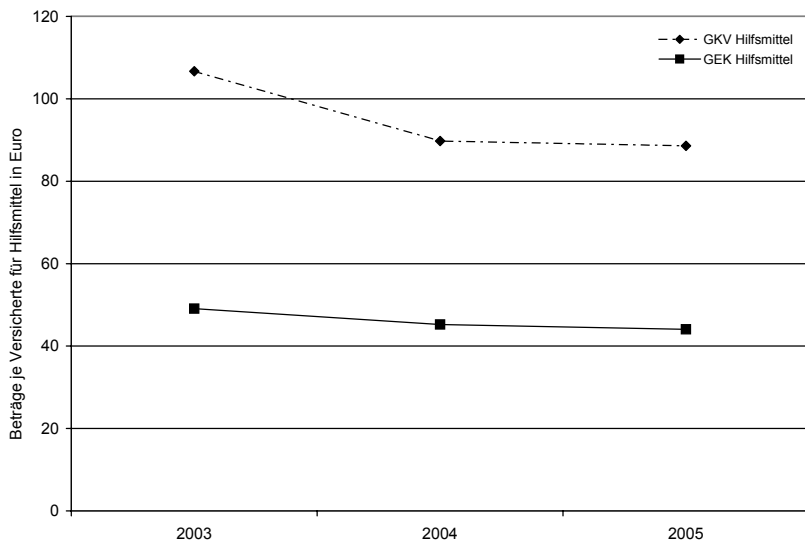
Die systematische Erfassung der Hilfsmittelleistungen erweist sich zwar nach wie vor als schwierig. Es gelingt jedoch von Jahr zu Jahr immer besser, uneindeutige Abrechnungsziffern zu entschlüsseln und den entsprechenden Bereichen zuzuordnen (vgl. Kapitel I.2). Problematisch und intransparent ist der Pool der Leistungen, die über die PZN abgerechnet werden. Dieser Bereich ist aus den nachfolgenden Analysen ausgeschlossen, da dort neben Hilfsmittelleistungen vor allem Arzneimittel und solche Leistungen erfasst werden, die nicht zu den Hilfsmitteln zählen, wie beispielsweise Blutzuckermessstreifen. Diese Leistungen haben ein Ausgabevolumen in Höhe von 16,7 Mio. Euro und sollten zukünftig näher beleuchtet werden. In Zusammenhang mit diesen über die PZN abgerechneten Leistungen wird die Problematik deutlich, dass der Gesetzgeber die Abrechnungsmodalitäten nach Art des Leistungserbringers definiert – sonstige Leistungserbringer rechnen nach § 302, Apotheken nach § 300 SGB V ab – und nicht produktbezogen geregelt hat (vgl. Kapitel III.3). Um die gesamten Ausgaben für Hilfsmittel zu erfassen, müssen somit auch die Hilfsmittelleistungen erfasst werden, die über die Apotheken abgegeben werden (siehe Kapitel III.2.2).

2.1 Die Ausgabenentwicklung für Hilfsmittel nach § 33 SGB V

Die nachfolgenden Analysen beziehen sich ausschließlich auf die Hilfsmittelabrechnungsdaten der GEK, die von sonstigen Leistungserbringern nach § 302 SGB V abgerechnet wurden und den Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses zuzuordnen sind. Unter die sonstigen Leistungserbringer fallen z.B. Orthopädie-Techniker und -schuhmacher sowie Sanitätshäuser und medizinische Versandhäuser.

Die Ausgabenentwicklung in der Hilfsmittelversorgung ist auch im Jahre 2005 weiterhin rückläufig. Die Beträge je Versichertem für Hilfsmittel sind seit 2004 sowohl allgemein in der GKV als auch bei der GEK gesunken (siehe Abbildung III.1).

Abbildung III.1 Ausgabenentwicklung für Hilfsmittel in der GKV und der GEK



Im Jahre 2005 wurden pro GEK-Versichertem 44,07 Euro ausgegeben, das entspricht einem Rückgang um 2,6% zu den Vorjahresausgaben. In der GKV gesamt ist ein Rückgang von 1,3% im Vergleich der Jahre 2004 zu 2005 zu beobachten. Die hohe Ausgabensenkung im Jahre 2004, die in Folge des am 01.01.2004 in Kraft getretenen Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) zu verzeichnen war, hat sich im Jahre 2005 nicht wiederholt. Die Beträge je Versicherte sanken von 2003 zu 2004 um 9,2% in der GEK bzw. um 15,9% in der GKV. Für die GEK konnte bereits im Report 2005 gezeigt werden, dass dieser Rückgang im Jahre 2004 fast ausschließlich auf die Einschränkung des Leistungsanspruchs im Bereich der Sehhilfen durch das GMG zurückzuführen war (Scharnetzky et al., 2005). Auch im Jahre 2005 ist der Ausgabenrückgang vor allem auf die Sehhilfen

Tabelle III.3 Versorgungsprävalenz mit Hilfsmitteln (HMV) nach Alter und Geschlecht

	2005	Änderung zu 2004 in %
Männer		
gesamt	13,96	-17,41
0 bis unter 10 Jahre	11,99	3,06
10 bis unter 20 Jahre	17,83	1,45
20 bis unter 30 Jahre	6,96	-23,25
30 bis unter 40 Jahre	8,88	-22,56
40 bis unter 50 Jahre	11,48	-27,58
50 bis unter 60 Jahre	15,60	-33,66
60 bis unter 70 Jahre	20,94	-27,13
70 bis unter 80 Jahre	29,58	-15,65
80 bis unter 90 Jahre	43,05	-1,86
90 Jahre und älter	62,76	7,65
Frauen		
gesamt	16,00	-17,17
0 bis unter 10 Jahre	10,86	3,81
10 bis unter 20 Jahre	19,33	2,30
20 bis unter 30 Jahre	7,79	-29,13
30 bis unter 40 Jahre	10,68	-21,41
40 bis unter 50 Jahre	13,81	-27,51
50 bis unter 60 Jahre	20,43	-26,99
60 bis unter 70 Jahre	26,94	-18,78
70 bis unter 80 Jahre	35,83	-11,52
80 bis unter 90 Jahre	49,40	-1,72
90 Jahre und älter	69,29	9,46

zurückzuführen: Wurden im Jahre 2004 noch 3,81 Euro pro Versichertem für Sehhilfen ausgegeben, so waren es 2005 nur noch 0,93 Euro (siehe Tab. 23 im Anhang). Das Ausgabenvolumen für Sehhilfen betrug im Jahre 2005 insgesamt 1,48 Mio.Euro. Dies entspricht einer Verringerung von rund 75 %. Die Sehhilfen befinden sich damit nicht mehr unter den ersten zehn Produktgruppen mit den höchsten Ausgaben.

Ebenfalls zurückgegangen ist die Zahl der Versicherten mit einer Hilfsmittelleistung. Die Versorgungsprävalenz liegt im Jahre 2005

Tabelle III.4 Rangliste Ausgaben der Hilfsmittelproduktgruppen aus dem HMV (Top 10)

Rang	Produktgruppe	Ausgaben absolut in Euro in 2005	Ausgaben pro Versichertem in Euro in 2005	Rang in 2004
1	14 - Inhalations- und Atemtherapie	7.100.180,79	4,43	1
2	05 – Bandagen	6.337.299,11	3,95	5
3	31 – Schuhe	5.995.879,51	3,74	2
4	13 – Hörhilfen	5.994.510,84	3,74	6
5	08 – Einlagen	5.585.139,57	3,48	3
6	18 – Krankenfahrzeuge	5.357.595,62	3,34	7
7	03 – Applikationshilfen	4.237.540,48	2,64	11
8	17 – Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	3.963.157,47	2,47	8
9	15 – Inkontinenzhilfen	3.843.387,14	2,40	10
10	23 - Orthesen/Schienen	3.703.651,53	2,31	9

bei 14,9% und ist im Vergleich zum Vorjahr um 3,4 Prozentpunkte zurückgegangen (siehe Tab. 11 im Anhang). Eine Differenzierung der Versorgungsprävalenz nach Alter und Geschlecht zeigt wie erwartet eine zunehmende Inanspruchnahme von Hilfsmitteln mit steigendem Alter, wobei die Versorgungsprävalenz bei den weiblichen Versicherten um 2 Prozentpunkte höher liegt als bei den männlichen Versicherten (siehe Tabelle III.3). Lediglich bei den Kindern und Jugendlichen sowie bei den Hochbetagten (90 Jahre und älter) ist eine Zunahme der Versorgungsprävalenz zu beobachten. Bei allen anderen Altersgruppen ging die Zahl der Versicherten mit Hilfsmittleistungen zurück. Dieser Rückgang ist im wesentlichen auf die Leistungsbegrenzung bei den Sehhilfen zurückzuführen.

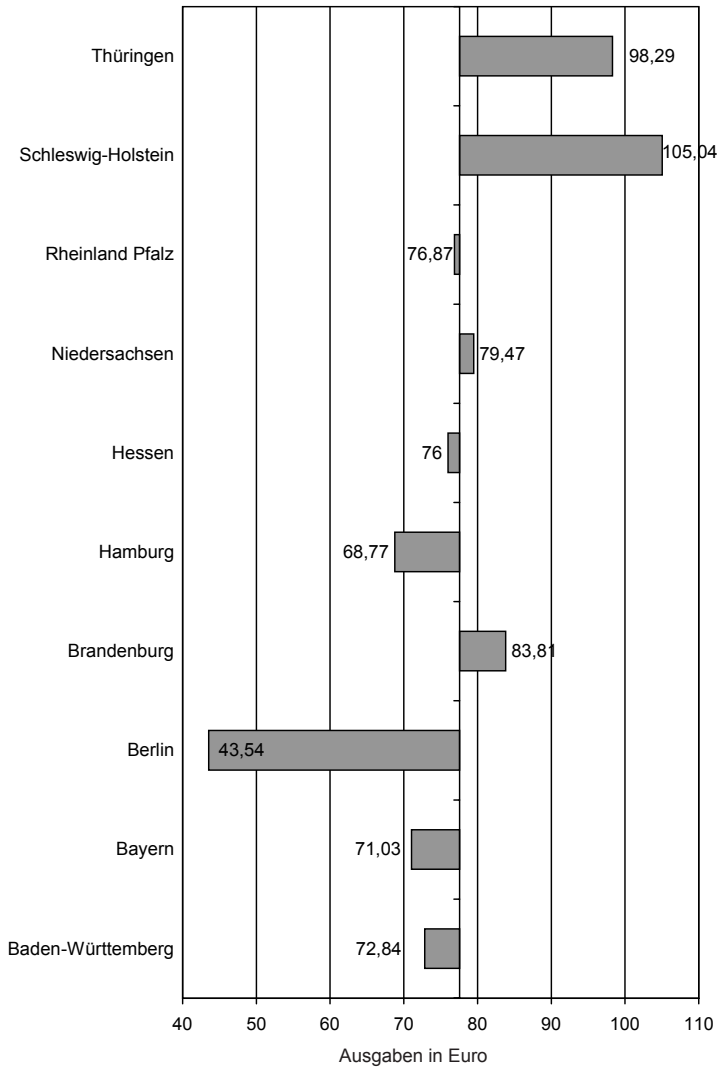
Die in Tabelle III.4 aufgeführten 10 von insgesamt 34 Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses zeigen die Hilfsmittel mit den höchsten Ausgaben. Sie machen bereits 74,3 % der Gesamtausgaben für Hilfsmittel (HMV) der GEK im Jahre 2005 aus. Die Produkte der Inhalations- und Atemtherapie

stehen dabei an der Spitze der Ausgaben mit insgesamt 7,1 Mio. Euro. Pro Versichertem wurden 4,43 Euro ausgegeben. Bei diesen Hilfsmitteln handelt es sich vor allem um Hilfsmittel zur Schlafapnoebehandlung sowie um Sauerstofftherapiegeräte und Beatmungsgeräte zur dauerhaften und intermittierenden Beatmung. Diese Geräte sind aufwendige und teure Hilfsmittel, die pro Leistungsversichertem hohe Ausgaben mit durchschnittlich 1.196,32 Euro verursachen, aber relativ selten in Anspruch genommen werden. Die Versorgungsprävalenz liegt bei 0,37 % in der GEK-Versichertenpopulation (vgl. Tab 23 im Anhang).

An zweiter Stelle der ausgabenintensivsten Hilfsmittel steht mit 6,3 Mio. Euro die Produktgruppe 05 „Bandagen“. Mit einer Versorgungsprävalenz von 3,62% werden Bandagen im Verhältnis zu den anderen Hilfsmitteln auffällig häufig verordnet. Die Ausgaben pro Versichertem betragen im Jahre 2005 3,95 Euro und sind im Vergleich zu 2004 um 5,9% gestiegen.

Bandagen werden unter anderem bei Prellungen, Zerrungen und Schwellungen verordnet, aber auch bei degenerativen Veränderungen mit chronischen Reizzuständen sowie bei Gelenkinstabilität. Inwieweit die Verordnungen immer evidenzbasiert erfolgen, sei in Frage gestellt. In den Abrechnungsdaten von 2005 sind beispielsweise für Bruchbänder, die nach einem Leistenbruch das Austreten des Darms verhindern sollen, etwa 20.000 Euro abgerechnet worden, obwohl es für den Einsatz dieser Hilfsmittel heute nur noch einen sehr eingeschränkten Indikationsbereich gibt (Gerhardus et al., 2003). Im Hinblick auf den Ausgabenanstieg von 2004 zu 2005 um 5,9% sind die auf Landesebene abgeschlossenen Verträge, die die Preise für Bandagen bestimmen, kritisch zu betrachten. Es ist kaum nachvollziehbar, warum ein Leistungserbringer in Berlin für eine Handgelenkbandage 111,60 Euro abrechnet, ein Kollege in Schleswig-Holstein für dieselbe Bandage aber nur 50,10 Euro in Rechnung stellt (vgl. Abbildung III.2). Die Einführung von bundeseinheitlichen Festbeträgen scheint für die Produktgruppe 05

Abbildung III.2 Regionaler Ausgabenvergleich einer Handgelenk-
bandage (Hilfsmittelpositionsnummer 05.07.02.0082)
(Bundesdurchschnitt 77,57 Euro)



Bandagen mehr als überfällig. Ob eine Festbetragsregelung in Angriff genommen wird, werden die Ergebnisse der Gremiumssitzung der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen im Herbst dieses Jahres zeigen.

Tabelle III.5 Rangliste Versorgungsprävalenz und Ausgaben pro LV ausgewählter Hilfsmittel

Produktgruppe	Anzahl LV 2005	LV zu Vers in %	Ausgaben pro LV
08 – Einlagen	69.646	4,34	80,19
05 – Bandagen	58.098	3,62	109,08
25 – Sehhilfen	34.018	2,12	43,64
17 – Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	27.951	1,74	141,79
31 – Schuhe	22.274	1,39	269,19
10 – Gehhilfen	19.186	1,20	54,16
09 – Elektrostimulationsgeräte	13.374	0,83	115,72
13 – Hörhilfen	12.637	0,79	474,36
15 – Inkontinenzhilfen	8.350	0,52	460,29
23 – Orthesen/Schienen	6.630	0,41	558,62

Die orthopädischen Schuhe (Produktgruppe 31) stehen mit knapp 6 Mio. Euro an dritter Stelle des Hilfsmittelranking. Für 13 von 1000 GEK-Versicherten ist im Jahre 2005 eine Leistung für 269,19 Euro pro Leistungsversichertem aus der Produktgruppe 31 abgerechnet worden (siehe Tabelle III.5). Umgerechnet auf die gesamte Versichertenpopulation sind dies Ausgaben von 3,74 Euro pro Versichertem. Leistungen aus dieser Produktgruppe werden unter anderem von Versicherten mit Diabetes in Anspruch genommen. Inwieweit der Einsatz dieses speziellen Schuhwerks immer sinnvoll und evidenzbasiert ist, wird im Kapitel III.5 kritisch hinterfragt.

Zu den ausgabenstarken Hilfsmittelproduktgruppen im Jahre 2005 zählen auch die Hörhilfen, Einlagen, Krankenfahrzeuge sowie Applikations- und Inkontinenzhilfen, Hilfsmittel zur Kompressionstherapie und Orthesen/

Tabelle III.6 Ausgabenentwicklung für ausgewählte Produktarten im Bereich der enteralen und parenteralen Therapie

APN	Leistungsbezeichnung	2004	2005	Änderung der Ausgaben in % zu 2004
039907xxxx	Verbrauchsmaterialien zur enteralen Therapie	547.901,39	712.255,07	+30,00
039909xxxx	Zubehör zu enteralen/parenteralen Therapie	14.736,50	16.573,69	+12,47
Gesamt		565.837,03	799.217,55	+29,54

*Bei dieser Abrechnungspositionsnummer handelt es sich um eine Pseudo-Positionsnummer des VdAK, Stand des Verzeichnisses 11.04.2005

Schienen (siehe Tabelle III.4). Die Ausgaben für Applikationshilfen sind von 2004 zu 2005 um 37,3 % gestiegen und damit zum ersten Mal unter den ersten 10 teuersten Produktgruppen. Dieser Ausgabenanstieg ist unter anderem bedingt durch die Aufnahme von Applikationshilfen ins Hilfsmittelverzeichnis, die bereits am Markt erhältlich, aber abrechnungstechnisch nicht dem Hilfsmittelverzeichnis zugeordnet waren (vgl. Kapitel I.2). Darüber hinaus finden sich hier auch die Ausgaben wieder, die dem Bereich der künstlichen Ernährung zuzuordnen sind. Künstliche Ernährung ist der Oberbegriff für enterale und parenterale Ernährung. Bei dieser Form der Ernährung werden Nährstoffe als Trink- oder Sondennahrung über den Magen-Darm-Trakt über den Mund oder mit Hilfe einer Sonde verabreicht (enterale Ernährung). Bei der parenteralen Ernährung werden die Nährstoffe über eine Infusionslösung mittels eines Venenkatheters zugeführt (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2005). In Tabelle III.6 wurden beispielhaft zwei Abrechnungspositionen der Produktgruppe 03 „Applikationshilfen“ ausgewertet, die bei der künstlichen Ernährung eingesetzt werden und den Ausgabenanstieg in diesem Bereich verdeutlichen.

Die ausgabenstärksten Produktgruppen sind nicht automatisch die Produktgruppen mit der höchsten Inanspruchnahme (vgl. Tabelle III.5). An der Spitze der Hilfsmittel mit der höchsten Inanspruchnahme stehen die Einlagen mit 4,34 %, gefolgt von der Produktgruppe 05 „Bandagen“ mit 3,62 % in der GEK-Versichertenpopulation. An dritter Stelle sind die Sehhilfen zu finden, die in der Top 10 der höchsten Ausgaben nicht vertreten sind. D.h. dass zwar relativ viele Versicherte eine Sehhilfe in Anspruch genommen haben, die Ausgaben dafür aber pro Versichertem gering sind.

Die Versorgungsqualität mit teuren, aber selten verordneten Hilfsmitteln lässt sich gut überprüfen, da der Kreis derjenigen, die diese Hilfsmittel benötigen, klein ist. Eine intensive und individuelle Beratung und Betreuung wäre daher von Krankenkassen zu leisten und könnte eine sachgerechte Anwendung bei den Hilfsmitteln sicherstellen. Die GEK verfügt über ein Hilfsmittelkompetenzzentrum, das bei hochpreisigen Hilfsmitteln die Ausgaben- und Qualitätsprüfung übernimmt. Wünschenswert wäre darüber hinaus eine Hilfsmittelberatung, die unabhängig von Leistungserbringern kassenübergreifend für Versicherte zur Verfügung stünde. Bei Massenprodukten wie Einlagen und Bandagen ist eine Beurteilung der Versorgungsqualität schwieriger, vor allem weil Wirksamkeitsnachweise und daraus resultierende Leitlinien im Hilfsmittelversorgungsbereich weitestgehend fehlen.

2.2 Hilfsmittel aus Apotheken

Der Anteil der Hilfsmittel, die im Jahre 2005 zu Lasten der GEK in Apotheken nach §300 SGB V abgerechnet wurden, beträgt 7,6 %, in absoluten Werten also 6,7 Mio. Euro (siehe Tab. 24 im Anhang). In Apotheken werden vor allem Produkte bei Inkontinenz (z.B. saugende Vorlagen) und Applikationshilfen (z.B. Spritzen, Pens) abgegeben. Diese wenigen Produkte stehen bereits für 51 % des Umsatzes mit Hilfsmitteln aus Apotheken (vgl. Tabelle III.7).

Tabelle III.7 Hilfsmittel aus Apotheken nach Produktgruppen in 2005 (TOP 10)

Produktgruppe	Anzahl LV	davon weiblich	Ausgabe in €	Ausgaben in € pro LV
15 – Inkontinenzhilfen	7.584	3.576	2.238.475,54	295,16
03 – Applikationshilfen	15.929	6.318	1.208.235,75	75,85
17 – Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	5.407	3.565	562.236,87	103,98
29 – Stomaartikel	490	178	489.253,35	998,48
14 – Inhalations- und Atemtherapie	3.845	1.668	447.848,02	116,48
05 – Bandagen	6.338	3.158	426.626,66	67,31
21 – Meßgeräte für Körperzustände/ funktionen	7.792	3.068	329.909,18	42,34
19 – Krankenpflegeartikel	867	386	70.181,23	80,95
12 – Hilfsmittel bei Tracheostoma	87	31	40.265,25	462,82
01 – Absauggeräte	1.320	1.193	40.126,60	30,40

Ein Vergleich der Produkte und der Ausgaben für Hilfsmittel, die in Apotheken und von sonstigen Leistungserbringern abgegeben werden, zeigt einen großen Unterschied in den Ausgaben pro Leistungsversichertem (siehe Tabelle III.8). So sind die Ausgaben in Apotheken im Durchschnitt pro Leistungsversichertem weitaus niedriger als bei den sonstigen Leistungserbringern.

Dieser Unterschied basiert auf der zum Teil eingeschränkten Abgaberegulierung für Hilfsmittel aus Apotheken. In der Regel werden in Apotheken Hilfsmittelprodukte abgegeben, die keiner speziellen Einweisung in die Nutzung oder einer speziellen Maßanfertigung bedürfen, es sei denn, die Apotheken weisen bestimmte Qualifikationen nach (vgl. Hilfsmittellieferungsvertrag, 2006). Besonders deutlich wird die unterschiedliche Abgabep Praxis bei der Produktgruppe 01 „Absauggeräte“: Die Ausgaben pro Leistungsversichertem betragen in Apotheken 30,40 Euro, hierbei handelt es sich ausschließlich um Ausgaben für Milchpumpen, die in der Regel leihweise zur Verfügung gestellt werden.

Tabelle III.8 Hilfsmittel aus Apotheken im Vergleich zu Hilfsmitteln von sonstigen Leistungserbringern im Jahre 2005

Produktgruppe	Ausgaben pro LV in € bezogen auf Hilfsmittel aus Apotheken	Ausgaben pro LV in € bezogen auf Hilfsmittel von sonstigen Leistungserbringern
15 – Inkontinenzhilfen	295,16	460,29
03 – Applikationshilfen	75,85	847,85
17 – Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	103,98	141,79
29 – Stomaartikel	998,48	1.856,01
14 – Inhalations- und Atemtherapie	116,48	1.196,32
05 – Bandagen	67,31	109,08
21 – Meßgeräte für Körperzustände/-funktionen	42,34	213,46
19 – Krankenpflegeartikel	80,95	388,75
12 – Hilfsmittel bei Tracheostoma	462,82	1.642,02
01 – Absauggeräte	30,40	365,15

Andere Hilfsmittel aus dieser Produktgruppe dürfen laut Hilfsmittellieferungsvertrag nicht über Apotheken abgegeben werden. Die Ausgaben pro Leistungsversichertem bei den sonstigen Leistungserbringern für diese Produktgruppe betragen 365,15 Euro, wobei neben den Leihgebühren für Milchpumpen auch Ausgaben für teure Sekretabsauggeräte angefallen sind.

Auffällig ist jedoch, dass Preisunterschiede auch bei solchen Produktgruppen auftreten, bei denen es für Apotheken keine Abgabebeschränkungen auf die unterschiedlichen Produktarten innerhalb einer Produktgruppe gibt wie z.B. für die Produktgruppe 05 „Bandagen“. Die Ausgabendifferenzen erklären sich bei der Produktgruppe 05 durch die unterschiedlichen Verträge zwischen Apotheken und Krankenkassen einerseits und den sonstigen Leistungserbringern und Krankenkassen andererseits. So gibt es für sonstige Leistungserbringer Verträge auf Landesebene, die die Preise für Bandagen bestimmen. Für Apotheken, die mit der GEK abrechnen, gilt dagegen der Hilfsmittellieferungs-

vertrag, der zwischen dem Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) und dem Deutschen Apotheker Verband (DAV) geschlossen wurde. Die vereinbarten Preise weisen eine zum Teil enorme Preisspanne auf. Die Auswertung eines zufällig ausgewählten Produktes mit der Hilfsmittelpositionsnummer 05.07.02.0082 hat ergeben, dass für die Handgelenkbandage der Marke Tricodur manus Gr. S/M rechts in Apotheken 67,63 Euro berechnet wurden. Im Vergleich dazu wurden in den Originalbelegen der sonstigen Leistungserbringer, die von einer GEK-Mitarbeiterin gesichtet wurden, ganz unterschiedliche Preise gefunden mit einer Preisspanne von 50,10 Euro bis 111,60 Euro für ein und dasselbe Produkt (siehe Tabelle III.9). Es ist schon überraschend, dass innerhalb der GEK für ein identisches Produkt unterschiedliche Preise, die zum Teil eine Preisdifferenz von 100 % und mehr aufweisen, abgerechnet werden. An dieser Stelle drängt sich die Frage auf, warum es keine einheitlichen Höchstpreise für solche Produkte gibt, die konfektioniert sind und keiner individuellen Maßanfertigung bedürfen und zwar unabhängig davon, ob der Leistungsanbieter eine Apotheke oder ein Sanitätshaus führt.

Tabelle III.9 Ausgabenvergleich nach Leistungserbringer für ein ausgewähltes Hilfsmittelprodukt

Abgabe von sonstigen Leistungserbringern			
HM-Nr.	Leistungsbezeichnung	Preis in €	Abgabeort der Leistung
0507020082	Tricodur Manus rechts Gr. S/ M	82,30	Heidelberg
0507020082	Tricodur Manus rechts Gr. S/ M	84,11	Bad Neustadt
0507020082	Tricodur Manus rechts Gr. S/ M	111,60	Berlin
0507020082	Tricodur Manus rechts Gr. S/ M	71,33	Frankfurt
0507020082	Tricodur Manus rechts Gr. S/ M	86,37	Hamburg
0507020082	Tricodur Manus rechts Gr. S/ M	79,14	Rödermark
0507020082	Tricodur Manus rechts Gr. S/ M	75,67	Hildesheim
0507020082	Tricodur Manus rechts Gr. S/ M	78,27	Mutterstadt
0507020082	Tricodur Manus rechts Gr. S/ M	50,10	Itzehoe
0507020082	Tricodur Manus rechts Gr. S/ M	56,85	Nordhausen
Abgabe von Apotheken			
PZN	Leistungsbezeichnung		
3802349	Tricodur Manus rechts Gr. S/ M	67,63	Festbetrag laut Hilfsmittellieferungsvertrag

2.3 Ausgaben für Pflegehilfsmittel nach §40 SGB XI

Die Ausgaben für Pflegehilfsmittel in der GEK betragen im Jahre 2005 930 Tsd. Euro. Im Vergleich der Jahre 2004 zu 2005 ist ein Ausgabenanstieg um 2,65 % zu beobachten, der eng mit dem Versicherungszuwachs in der GEK im Jahre 2005 zu sehen ist. Es wurden Pflegehilfsmittel für 58,01 Euro pro 100 Versicherte von der GEK im Jahre 2005 ausgegeben. Die Versorgungsprävalenz lag sowohl 2004 als auch 2005 bei 0,11 %. Wie zu erwarten, werden vor allem alte und hochbetagte Versicherte mit Pflegehilfsmitteln versorgt. Die höchsten Versorgungsquoten lagen in den Altersgruppen der 80- bis unter 90-Jährigen mit 2,56 % und bei den Hochbetagten (90 Jahre und älter) mit 4,77 % (vgl. Tab.12 im Anhang).

Tabelle III.10 Ausgaben für Pflegehilfsmittel in der GEK in 2004 und 2005

	LV 2005	Ausgaben in 2005 in €	Δ zu 2004 in %	Anteil an den Gesamtausgaben in 2005 in %
Pflegehilfsmittel insgesamt	1.829	930.516,77	8,33	
504501 - Pflegebetten	1.280	750.841,97	8,62	80,69
504503 - Bettzurichtungen zur Pflegerleichterung	170	96.343,31	15,66	10,35
504504 - Spezielle Pflegebettische	141	21.877,40	-9,37	2,35

Die pflegebedürftigen Versicherten haben zum größten Teil Leistungen aus der Produktgruppe 50 erhalten (vgl. Tabelle III.10). Dabei handelt es sich vor allem um Pflegebetten, die 80,69 % der Gesamtausgaben für Pflegehilfsmittel im Jahre 2005 ausmachen.

2.4 Auswirkungen der neuen Festbetragsregelung

Die bisherigen Festbetragsregelungen, die in allen Bundesländern für Seh- und Hörhilfen sowie in einzelnen Bundesländern für Hilfsmittel gegen Dekubitus, Einlagen, Inkontinenzhilfen und Stomaartikel galten, wurden zum 01.01.2005 von einer neuen bundesweit geltenden Festbetragsregelung abgelöst.

Diese bundeseinheitliche Regelung ist gültig für ausgewählte Produkte aus den Produktgruppen Einlagen (PG 08), Hörhilfen (PG 13), Inkontinenzhilfen (PG 15), Hilfsmittel zur Kompressionstherapie (PG 17), Sehhilfen (PG 25) und Stomaartikel (PG 29).

Die alten Regelungen führten regional zum Teil zu sehr unterschiedlichen Preisen für Hilfsmittleistungen. So zahlte die GEK für ein Paar Leder-Kork-Einlagen (08.03.02.0) in Hamburg 50,67 Euro. Für dasselbe Produkt wurde in Bayern nur 41,93 Euro berechnet. Aus der Produktgruppe 15 „Inkontinenzhilfen“ konnte ein Leistungserbringer im Saarland pro anatomisch geformter Vorlage 0,41 Euro berechnen, in Sachsen-Anhalt jedoch nur 0,28 Euro. Neben diesen unterschiedlichen Zahlungen für dasselbe Produkt von Seiten der Krankenkasse führten die Festbeträge auf Landesebene auch zu teilweise sehr unterschiedlichen Zuzahlungen für die Versicherten, vor allem bei Produkten, die preislich oberhalb der Festbetragsgrenze lagen. Vor dem Hintergrund der bundeseinheitlichen Beitragssätze der Krankenkassen war eine solche Zuzahlungsdifferenz gegenüber dem Versicherten kaum mehr vertretbar.

Im Zuge der Einführung der neuen Festbetragsregelung wurden von Seiten der Krankenkassen die Bedenken geäußert, dass es gerade bei Verbrauchsartikeln wie Inkontinenzprodukten oder Stomaarten zu einer Mengenausweitung kommen könnte oder die Anbieter ihre Gewinnrückgänge durch einen erhöhten Eigenanteil der Versicherten ausgleichen werden (VdAK, 2004).

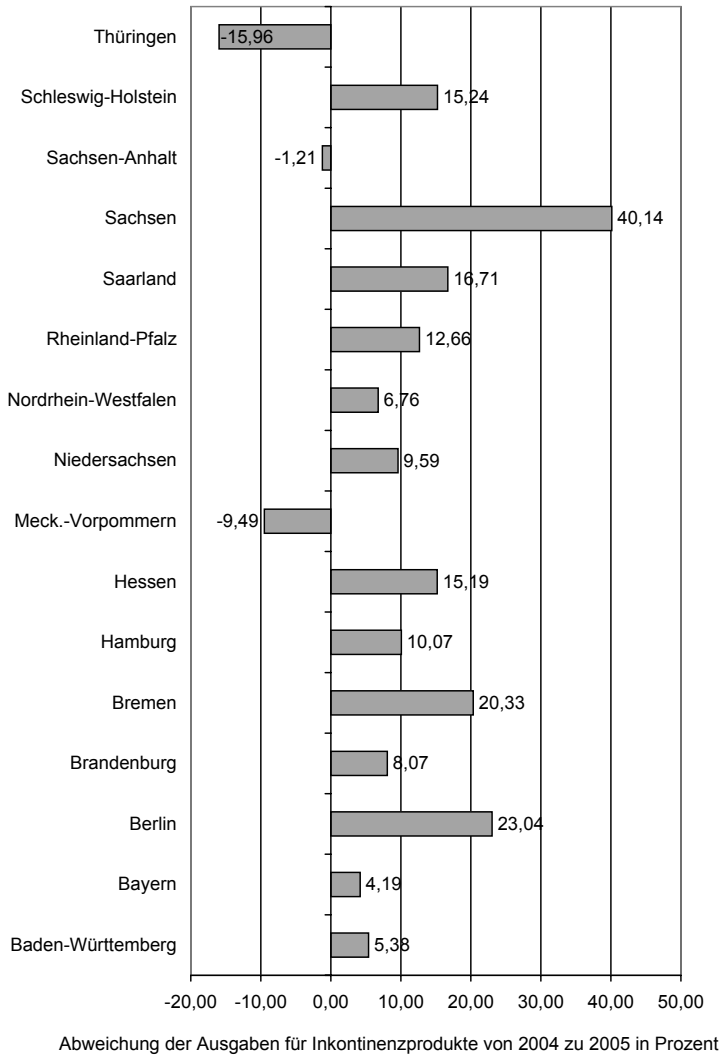
Tabelle III.11 Ausgabenentwicklung in den Hilfsmittelproduktgruppen mit bundeseinheitlichem Festbetrag seit 01.01.2005

Produktgruppen mit Festbetragsregelung	LV zu Vers in 2005 in %	Änderung LV/Vers zu 2004 in %	Anzahl Belege pro LV in 2005	Änderung Belege pro LV zu 2004 in %	Änderung Ausgaben pro LV zu 2004 in %	Änderung Ausgaben pro Vers zu 2004 in %
08 - Einlagen	4,34	4,13	1,2	-1,06	-13,91	-10,35
13 - Hörhilfen	0,79	-4,23	1,9	-1,86	5,48	1,01
15 - Inkontinenzhilfen	0,52	10,42	4,6	10,09	-0,99	9,32
17 - Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	1,74	1,51	1,4	0,01	-8,01	-6,62
25 - Sehhilfen	2,12	-69,02	1,2	10,44	-21,61	-75,71
29 - Stomaartikel	0,10	2,63	6,7	-2,20	-5,15	-2,66

Ein Vergleich der neu mit Festbeträgen belegten Produktgruppen von 2004 zu 2005 zeigt in der Tat bei zwei der sechs Produktgruppen einen Anstieg der Ausgaben. Vor allem bei den Inkontinenzprodukten fällt auf, dass die Inanspruchnahme von 2004 zu 2005 um 10,42% angestiegen ist. Mit dieser steigenden Inanspruchnahme haben auch die Ausgaben pro Versicherten um 9,32% zugenommen. Eine Mengenausweitung, wie sie vom VdAK vermutet worden war, trat tatsächlich ein: Die Anzahl der Verordnungen pro Versichertem hat sich um 10% erhöht.

Somit ist die steigende Ausgabenentwicklung in der GEK in dieser Produktgruppe nicht allein auf die höhere Inanspruchnahme zurückzuführen, sondern auch auf die Mengenausweitung. Diese Mengenausweitung ist bei den Stomaartikeln in der Produktgruppe 29 dagegen nicht zu beobachten (vgl. Tabelle III.11). Bei den Hörhilfen ist die geringe Ausgabensteigerung um 1% wahrscheinlich mit der Anpassung des alten Festbetrages zu erklären. Es wurde pro Leistung im Bereich Hörhilfen 5,48% mehr ausgegeben.

Abbildung III.3 Regionale Ausgabenentwicklung für Inkontinenzprodukte nach Einführung der Festbeträge 2005, geschlechts- und altersstandardisiert



Ein regionaler Vergleich der Ausgaben aller Inkontinenzprodukte der Produktgruppe 15 zeigt einen Ausgabenanstieg pro Versichertem in fast allen Bundesländern, obwohl durch die Einführung der bundeseinheitlichen Festbeträge für die saugenden Inkontinenzvorlagen die bisherig geltenden Preise im Durchschnitt gesenkt wurden (Abbildung III.3). Besonders auffällig ist die Ausgabenentwicklung in Sachsen mit einem Anstieg um 40,14 %: Hier wurde pro Versichertem 0,62 Euro mehr ausgegeben. Lediglich in Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern sind die Ausgaben pro Versichertem um 15,96 % bzw. 9,49 % zurückgegangen. Durch die Geschlechts- und Altersstandardisierung wurden die bevölkerungsspezifischen Einflussfaktoren bereits berücksichtigt und können somit nicht Ursache für diese unterschiedliche Ausgabenentwicklung sein. In Mecklenburg-Vorpommern waren die alten landesspezifischen Festbeträge im Vergleich zu den anderen alten landesspezifischen Festbeträgen höher und haben eine vergleichsweise stärkere Absenkung des Preises für Inkontinenzprodukte erfahren, was eine Erklärung für den Ausgabenrückgang in dieser Region sein kann. Der in Sachsen zu beobachtende extreme Ausgabenanstieg für Inkontinenzprodukte ist darauf zurückzuführen, dass für fast alle Produkte die Ausgaben pro Leistungsversicherten im Jahre 2005 im Vergleich zu 2004 höher liegen. Vor allem die ableitenden Systeme, die im Untersuchungszeitraum noch nicht mit Festbeträgen belegt sind, weisen Erhöhungen pro Leistungsversichertem um bis zu 60 % auf (vgl. Tabelle III.12).

Tabelle III.12 Ausgabenentwicklung pro Leistungsversichertem für Inkontinenzprodukte in Sachsen

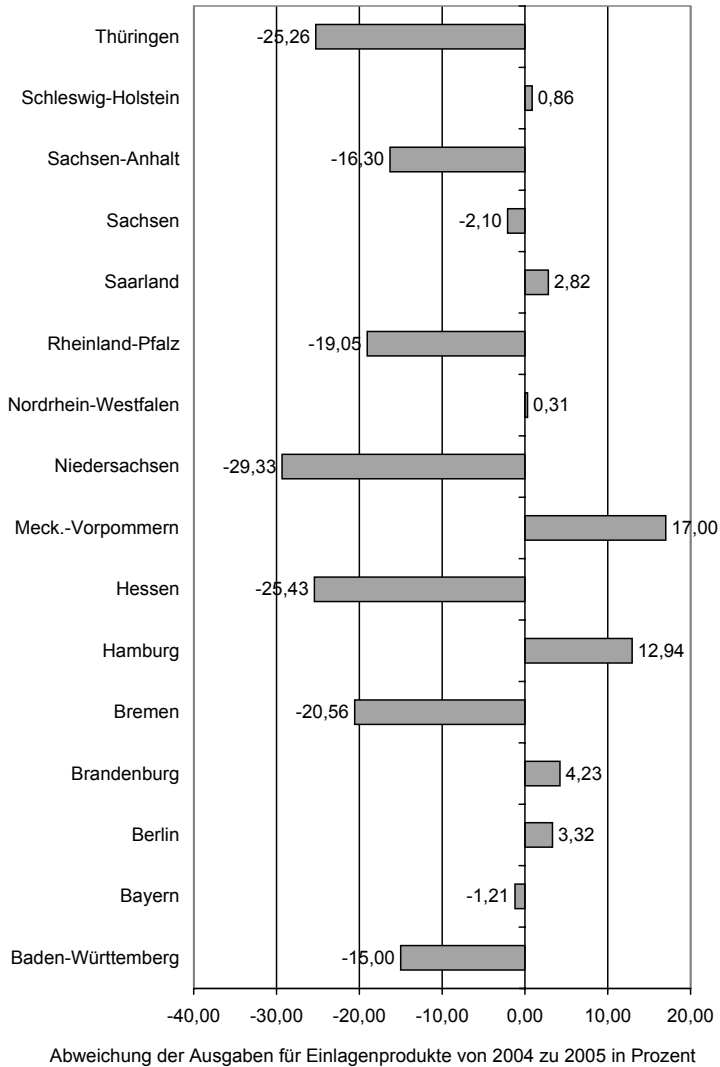
	Ausgaben in € pro LV in 2004	Ausgaben in € pro LV in 2005	Differenz in €	Differenz in %
01 - Saugende Inkontinenzvorlagen	127,54	144,50	16,96	13,30
02 - Netzhosen für Inkontinenzvorlagen	7,86	6,91	-0,95	-12,14
03 - Saugende Inkontinenzhosen	403,91	410,20	6,29	1,56
04 - Externe Urinaleiter	761,56	783,79	22,23	2,92
05 - Urin-Beinbeutel	88,62	80,21	-8,42	-9,50
06 - Urin-Bettbeutel	157,74	94,01	-63,73	-40,40
07 - Urinauffangbeutel für geschlossene Systeme	102,98	202,22	99,24	96,37
09 - Sonstige Urinauffangbeutel	122,75	196,42	73,67	60,02

Die neu eingeführte Festbetragsregelung für die Produktgruppe 08 „Einlagen“ hat zu einem Ausgabenrückgang von 10,35 % pro Versichertem geführt, obwohl die Versorgungsprävalenz mit 4,13 % moderat angestiegen ist. Auch die Ausgaben pro Leistung sind um 13,91 % zurückgegangen. Der Umsatz bei den betroffenen Leistungserbringern ist regional sehr unterschiedlich ausgefallen wie Abbildung III.4 zeigt. Vor allem die Leistungserbringer in Niedersachsen, Thüringen, Hessen und Bremen haben nach der Einführung der Festbetragsregelung weniger Einnahmen für Einlagen über die GEK erzielt. Ob dieser Rückgang der Einnahmen aber die wirtschaftlichen Einbußen der Orthopädiehäuser durch die Festbetragsregelung realistisch widerspiegelt, muss in Frage gestellt werden. Die Befürchtung, dass mit der Einführung der Festbeträge die Gewinnrückgänge über die Erhöhung der Eigenanteile der Versicherten an der Versorgung kompensiert werden, hat sich bewahrheitet. Für die Versorgung mit Einlagen müssen die Versicherten neben der gesetzlichen Zuzahlung von 10 % der Kosten, mindestens 5 aber höchstens 10 Euro, eine so genannte wirtschaftliche Aufzahlung leisten, die nichts mit der gesetzlichen Zuzahlung zu tun hat.

Diese wirtschaftliche Aufzahlung ist ein vom Leistungserbringer kalkulierter Aufschlag auf die Einlagenversorgung. Die Frage, inwieweit die betroffenen Versicherten immer genau über diesen Unterschied vom Leistungserbringer aufgeklärt werden, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden. Der Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik (BIV) weist aber in seinen Newsletter vom März 2006 noch einmal ausdrücklich seine Mitglieder darauf hin, PatientInnen über den Unterschied zwischen gesetzlicher Zuzahlung und wirtschaftlicher Aufzahlung aufzuklären und die jeweiligen Beträge auf der Quittung getrennt auszuweisen (BIV direkt Newsletter, 2006). Anfang des Jahres 2005 hatte der BIV mit der Einführung der neuen Festbetragsregelung Listen mit Preisempfehlungen für die so genannten wirtschaftlichen Aufzahlungen für Produkte wie Einlagen herausgegeben, um drohende Einnahmeverluste auszugleichen. Diese Listen sind zwar nach einer Rüge durch das Bundeskartellamt offiziell wieder zurückgenommen worden. Eine Umfrage, deren Ergebnisse ausgerechnet auf der Homepage des Bundesinnungsverbandes veröffentlicht wurde, zeigt jedoch, dass nur 1 % der befragten Betriebe ihren Kunden keine wirtschaftliche Aufzahlung für Einlagen abverlangen. Das heißt im Umkehrschluss, dass 99 % der Betriebe eine wirtschaftliche Zuzahlung erheben, die schätzungsweise bei 15 Euro liegt (http://www.ot-forum.de/e6849/e6857/index_ger.html).

Somit muss für die Festbetragsregelung bei Einlagen festgehalten werden, dass zwar die Krankenkassen von der neuen Regelung entlastet werden, dass aber die Versicherten, die Einlagen benötigen, die Verlierer der neuen Regelung sind, da für sie eine erhebliche finanzielle Mehrbelastung eingetreten ist.

Abbildung III.4 Regionale Ausgabenentwicklung für die Produktgruppe Einlagen nach Einführung der neuen Festbetragsregelung 2005, geschlechts- und altersstandardisiert



Der Einspareffekt der neuen Festbetragsregelung für Sehhilfen – diese Produktgruppe hatte bereits vor 2005 eine bundeseinheitliche Festsetzung der Preise – kann nicht beurteilt werden, da die mit dem GMG 2004 eingeführte Leistungseingrenzung der Sehhilfen für den hohen Ausgabenrückgang verantwortlich ist. Ein Vergleich der Abrechnungsdaten von 2004 zu 2005 ist in Bezug auf die Festbeträge nur bedingt möglich, da sich in 2004 abgerechnete Leistungen noch auf Verordnungen aus den Vorjahren und somit auf den alten Leistungsanspruch beziehen. Abrechnungen, die vor einem unterschiedlichen gesetzlichen Hintergrund ausgestellt wurden, können nicht miteinander verglichen werden.

3. Qualitätssicherung in der Hilfsmittelversorgung

Qualität in der Hilfsmittelversorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung bedeutet, dem gesetzlichen Auftrag von „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ (§12 SGB V) nachzukommen. Dazu muss zum einen die (ökonomische) Effizienz und die Effektivität von Hilfsmitteln mit den Methoden der evidenzbasierten Medizin hinterfragt werden, zum anderen bedarf es systematischer Bemühungen aller Beteiligten, die sich daraus ergebenden Versorgungsanforderungen zu erfüllen.

Im Folgenden wird der Bereich der Qualitätssicherung, die bestehenden Instrumente, aktuelle Diskussionen und Probleme aus der Sicht von Leistungserbringern (rehaVital Gesundheitsservice GmbH, Frau Feyerabend) und des MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V., Herr Doneth) als Beratungsinstanz der gesetzlichen Krankenversicherung erörtert.

3.1 Das Hilfsmittelverzeichnis als Instrument der Qualitätssicherung

Ingo Doneth

Das Hilfsmittelverzeichnis dient als Regelungsinstrument für die Gewährung und Qualitätssicherung von Hilfsmitteln innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung. Es regelt die Anspruchsvoraussetzung des Versicherten, die Indikationsbereiche, bei denen bestimmte Hilfsmittel zum Einsatz kommen, die Anzahl und in vielen Fällen auch die Mindestnutzungszeit von Hilfsmitteln sowie deren Qualität. Auch Produkte, die für einen Wiedereinsatz geeignet sind, werden im Hilfsmittelverzeichnis entsprechend gekennzeichnet.

Es enthält die notwendigen leistungsrechtlichen Regelungen, unter welchen Voraussetzungen ein Versicherter Anspruch auf ein bestimmtes

Hilfsmittel hat und erlaubt der Krankenversicherung aus dem für Laien nahezu unübersichtlichen Markt der Hilfsmittel die richtigen Produkte für die Versorgung auszuwählen und sie unter Berücksichtigung gleicher Leistungsmerkmale in Konkurrenz zu setzen, wodurch eine wirtschaftliche Versorgung erst ermöglicht wird.

Unter Anwendung des systematisch strukturierten Hilfsmittelverzeichnis ergeben sich für die Gesetzlichen Krankenkassen 34 Produktgruppen für den Hilfsmittelbereich und 5 Produktgruppen für die Pflegeversicherung. Diese 39 Produktgruppen unterteilen sich in 448 Untergruppen von Hilfsmitteln mit grundsätzlich gleichen Zielen hinsichtlich des therapeutischen Nutzens oder der Funktions- bzw. Gebrauchstauglichkeit.

Da ähnliche Hilfsmittel oft indikationsbedingt unterschiedlich lange Anwendungszeiten erfahren und sehr differenzierte Wirkungsmechanismen aufweisen, wurden im Hilfsmittelverzeichnis diese 448 Untergruppen in insgesamt 1.436 Produktarten aufgeteilt. Hinter jeder Produktart steht eine konkrete Gruppe von Indikationen bzw. Funktionsdefiziten, bei denen diese Hilfsmittel eingesetzt werden können. Ferner besteht für jede Produktart eine Beschreibung, die – ohne auf ein Einzelprodukt einzugehen – generell definiert, wie die Produkte aufgebaut sind, welche Ziele damit verfolgt werden und welche Besonderheiten im Rahmen der Hilfsmittelversorgung zu beachten sind. Derzeit sind knapp 20.000 Produkte mit ihren wesentlichen Leistungsmerkmalen im Hilfsmittelverzeichnis zugeordnet.

Vor Inkrafttreten des Hilfsmittelverzeichnisses gab es keine transparente Zusammenfassung von Produkten mit gleichen Leistungsmerkmalen. Diese Vergleichbarkeit bildet nun die Basis für Verträge, welche nach § 127 SGB V zwischen Kassen und Leistungserbringern abgeschlossen werden, für die Ermittlung und Festsetzung von Festbeträgen und stellt die Grundlage für Ausschreibungen der einzelnen Krankenkassen und ihrer Verbände.

Zur Qualitätssicherung im Hilfsmittelbereich benötigt die GKV das Hilfsmittelverzeichnis, um Über- oder Unterversorgungen bzw. Ansprüche von Versicherten zu prüfen. Durch das Hilfsmittelverzeichnis werden Produkte in Gruppen mit gleichen Indikationen zusammengefasst. Für den Verordner bedeutet dies, dass er auf Basis der Hilfsmittelrichtlinien, deren Anlagen zur Verordnung von Hilfsmitteln mit den Indikationsgebieten des Hilfsmittelverzeichnisses nahezu identisch sind, gezielt verordnen kann. Die Krankenversicherung kann durch den MDK die sozialmedizinische Notwendigkeit eines Hilfsmittels auf Basis der vorliegenden Indikation bewerten lassen. Über- und Unterversorgungen können so schnell erkannt und vermieden werden. Deshalb dient auch die Kategorisierung von Indikationen mit konkreter Produktbenennung der Qualitätssicherung bei der Leistungsgewährung.

Die Festsetzung von Festbeträgen ist ein wirkungsvolles Instrument der Gesetzlichen Krankenversicherung zur wirtschaftlichen Mittelverwendung bei der Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln. Festbeträge lassen sich nur für Produkte festsetzen, die in Gruppen mit gleichen Funktionseigenschaften und Leistungsmerkmalen zusammengefasst sind. Dies geht nur über eine zuvor erfolgte Prüfung auf Basis gleicher Beurteilungskriterien, so dass sicher gestellt ist, dass die Produkte die notwendigen Leistungen erbringen. Für solche Gruppen von gleichartigen Produkten lassen sich dann auf Basis der Einkaufspreise und unter Berücksichtigung des Dienstleistungsanteils Festbeträge bilden. Gleiches gilt auch für Ausschreibungen von Hilfsmitteln, bei denen selbstverständlich die Qualität von Produkten definiert sein muss. Erst dadurch wird es Ausschreibungspartnern ermöglicht, ein spezielles Angebot zu unterbreiten.

Künftig müssten verstärkt Anforderungen an die Leistungserbringung und Dienstleistung in Form von Mindestanforderungen im Hilfsmittelverzeichnis bei den jeweiligen Untergruppen bzw. Produktarten dargestellt werden können. Dies würde die Ausschreibung und Festsetzung von

Festbeträgen vereinfachen und böte eine Basisgrundlage für weitere Verträge gemäß §127 SGB V. Auch die notwendigen Fortbildungsmaßnahmen gemäß §139 Abs. 3 SGB V und die fachlichen Mindestanforderungen an die Leistungserbringer sollten im Hilfsmittelverzeichnis dargestellt werden, anstatt in separaten Papieren. Dadurch würde sich der Kreis der Qualitätssicherung des Hilfsmittelbereichs für die GKV schließen, weil von der Produktbewertung bis zur Leistungserbringung die komplette Versorgungsstruktur durch das Hilfsmittelverzeichnis geregelt wird.

Reicht das CE-Gütezeichen als Qualitätssiegel für die Nutzung von Hilfsmitteln im Sinne des SGB V aus?

Grundlage für die Aufnahme von Hilfsmitteln in das Hilfsmittelverzeichnis ist unter anderem, dass Medizinprodukte ein Konformitätsbewertungsverfahren gemäß Medizinprodukterecht durchlaufen haben und das CE-Zeichen rechtmäßig auf dem Medizinprodukt angebracht wurde. Dies gilt natürlich nur für solche Hilfsmittel, die auch Medizinprodukte im Sinne des Medizinproduktegesetzes (MPG) sind, welches aber nicht immer der Fall ist.

In Fachkreisen wird derzeit darüber nachgedacht, ob das CE-Zeichen nicht auch für die Gesetzliche Krankenversicherung und damit für die Bewertung von Hilfsmitteln ausreichend ist. Dazu muss man jedoch berücksichtigen, dass das europäische Medizinprodukterecht und das daraus resultierende deutsche Medizinproduktegesetz grundsätzlich eine andere Zielrichtung als das SGB V hat. Das Medizinprodukterecht regelt im Wesentlichen den freien Warenverkehr von Medizinprodukten innerhalb der Europäischen Union und löst zahlreiche Einzelregelungen der jeweiligen Staaten ab. Ähnlich wie die CE-Zeichen auf Spielzeug oder Elektrogeräten belegt das CE-Zeichen im Medizinproduktebereich, dass grundlegende und allgemeine Eigenschaften eingehalten werden,

wobei nur abstrakt gefasste Sicherheits- und Anwendungsziele im MPG definiert sind. D.h. konkrete Anforderungen an Einzelprodukte wie Beatmungsgeräte, Rollstühle, Antidekubitusssysteme oder Hörgeräte sind dem Medizinprodukterecht nicht zu entnehmen. Darüber hinaus fehlen Anforderungen, die aus leistungsrechtlicher und wirtschaftlicher Sicht der Gesetzlichen Krankenkassen an Hilfsmittel zu stellen sind. Genau hier setzt das Hilfsmittelverzeichnis auf Basis des SGB V mit den §§ 128 und 139 an. Im Verzeichnis werden Qualitätsstandards produktartspezifisch definiert, die sich ganz konkret auf die Wirkung und Leistungsmerkmale von Medizinprodukten, welche i.d.R. durch den Patienten selbst genutzt werden, beziehen und die Interessen der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Sicherung einer sachgerechten Hilfsmittelversorgung berücksichtigen.

Hinzu kommt, dass die Gesetzlichen Krankenkassen Prüfungen bezogen auf den therapeutischen Nutzen, die Gebrauchstauglichkeit, die Sicherheit und die Qualität der Produkte nach definierten, einheitlichen Verfahren formulieren müssen, um vergleichbare Produkte zu erhalten. Um einzelne Hilfsmittel in leistungsrechtlichen, therapeutischen und funktionstauglichen Ordnungskriterien der Gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen zu können und um sicher zu stellen, dass diese Produkte auch diesen Ordnungskriterien entsprechen, müssen Qualitätsstandards aufgestellt werden, die den therapeutischen Nutzen, die Funktionstauglichkeit und die Qualität im Sinne der Gesetzlichen Krankenversicherung – also auch unter Berücksichtigung leistungsrechtlicher und sozialmedizinischer Kriterien – auf Basis vergleichbarer Methoden belegen. Die aufgestellten Prüfmethode oder geforderten Nachweise erlauben erst auf Basis gleicher Prüfmethodik eine vergleichbare Bewertung der Leistungsmerkmale der Produkte und somit eine sachgerechte Zuordnung zu den einzelnen Produktarten des Hilfsmittelverzeichnisses.

Nur wenn Leistungsmerkmale auf Basis normierter Prüfmethode oder Nachweisführungen ermittelt werden, ist ein Vergleich unter diesen Pro-

dukten möglich. Als Beispiel sei hier die Autoindustrie genannt; die Crashtaughlichkeit mehrerer PKW ist nur auf Basis des allgemein anerkannten NCAP-Crashtest vergleichbar, weil hier Fahrzeuge immer nach gleichen Kriterien überprüft werden. Ein Crashverhalten auf Basis unterschiedlicher Prüfmethode oder auf Basis von Herstellerangaben würde einen Vergleich unmöglich machen. Gleiches gilt für den Vergleich des Benzinverbrauchs eines Fahrzeuges. Dieser Vergleich ist auch nur dann möglich, wenn die Hersteller ihre Angaben unter Verwendung einer Norm machen. Nichts anderes ermöglichen die Qualitätsstandards bezogen auf den therapeutischen Nutzen, die Funktions- bzw. Gebrauchstauglichkeit und Qualität. Dabei spielen unter anderem auch Kriterien wie Langzeitstabilität und Haltbarkeit eines Hilfsmittels eine große Rolle. Ohne solche Qualitätsstandards könnte die Krankenversicherung das Hilfsmittelgeschäft nicht ausreichend betreiben, da entscheidende Kriterien für die wirtschaftliche Bewertung von Produkten fehlen würden, d.h. eine Zuordnung von Produkten mit gleichen Wirkungen in Festbetragsgruppen oder in Vertragspreisgruppen wäre nicht denkbar.

Im Rahmen des MPG obliegt es zunächst dem Hersteller (sofern es sich, wie bei den meisten Hilfsmitteln der Fall, um Medizinprodukte der Risikoklasse 1 handelt), die Bewertung der Produkte nach eigenen Kriterien durchzuführen, ohne Rücksicht auf normierte oder vorgegebene Prüfnormen oder Prüfparameter nehmen zu müssen. Die so ermittelten Ergebnisse dürften schwerlich vergleichbar sein.

Das CE-Zeichen kann aufgrund der fehlenden Vergleichbarkeit der bewerteten Produkte und der unterschiedlichen Zielrichtung daher im Sinne der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht als ausreichendes Kriterium zur leistungsrechtlichen und sozialmedizinischen Bewertung dienen, da eine sachgerechte Zuordnung zu Produktgruppen und Produktarten mit gleicher Zielsetzung so nicht möglich ist. Es bietet jedoch eine anerkannte Bewertungsgrundlage zur Sicherheit und Anwendbarkeit von Produkten, ohne jedoch dabei auf die Besonderheiten der häuslichen Anwendung durch medizinische Laien einzugehen.

Würde das CE-Zeichen als hinreichendes Gütekriterium für die Sicherung des therapeutischen Nutzens, der Funktionstauglichkeit und der Qualität als ausreichend angesehen werden, wäre eine differenzierte Darstellung der Produktarten im Hilfsmittelverzeichnis nicht mehr möglich. Denn eine Abkehr der bisherigen Prüfung würde bedeuten, dass die fehlenden einzelproduktspezifischen Nachweise zu einer Gleichbewertung aller Produkte mit CE-Zeichen führen. Es bestände die große Gefahr, dass Billigware, die nicht dem hohen Qualitätsniveau der bisher in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommenen Produkte entspricht, künftig auch Eingang in das Hilfsmittelverzeichnis finden wird.

Hieraus resultiert aber ein Ungleichgewicht, insbesondere qualitativer aber auch wirtschaftlicher Natur, da die Firmen, die nicht nur nachbauen, sondern auch Eigenentwicklungen betreiben und somit höhere Aufwände haben, den erforderlichen Verkaufspreis unter dem Preisdiktat der „Billighersteller“ nicht mehr erzielen könnten. Dies wäre nicht nur innovationsfeindlich, sondern würde auch den Versicherten oder die Krankenkassen selbst extrem belasten.

Bezogen z.B. auf die Produktgruppe 15 „Inkontinenzhilfen“ – saugende wie ableitende Versorgung – würde es bedeuten, dass die Grundlage für die Festbetragsberechnung durch die zusätzliche Aufnahme der Produkte, die bisher durch die Prüfung zur Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis abgelehnt wurden, Eingang in das Hilfsmittelverzeichnis haben und somit den Einstandspreis für die Berechnung des Festbetrages um bis zu 50 % nach unten bringen.

Neben dieser sicherlich nicht gewünschten Absenkung der Festbeträge, die zu Lasten der Versorgungsqualität führen würde, ist natürlich auch zu erwarten, dass die Versorgung der Versicherten schlechter wird, da viele der bisher nicht aufgenommenen Produkte (die alle ein CE-Zeichen tragen) nicht den jetzigen Qualitätsansprüchen entsprechen. Nicht dass

diese zertifizierten Produkte keine Leistungsfunktion hätten, sie liegt aber unter den im Hilfsmittelverzeichnis definierten Anforderungen an die Produktleistung. Die Folge wäre, dass Versicherte entweder mehr Produkte benötigen, um z.B. eine gleiche Saugleistung über einen definierten Zeitraum zu erhalten oder aber zu Zuzahlungen für qualitativ hochwertigere Versorgungsmittel gezwungen werden. Die völlige Öffnung des Hilfsmittelverzeichnisses ohne eine vergleichende Prüfung nach § 139 SGB V würde also die Versorgungsqualität negativ beeinflussen und höherwertige, am Markt etablierte Produkte verdrängen können.

Die GKV muss daher das Maß der Qualität und Güte der Hilfsmittel für ihre Versicherten selbst bestimmen dürfen. Und das alle Produkte die im Alltag eines kranken oder behinderten Menschen verwendet werden in unterschiedlichen Qualitätsstufen angeboten werden, ist eindeutig belegt (z.B. Hilfsmitteltests der Stiftung Warentest, Auswertung der dem MDS vorgelegten Prüfergebnissen, Praxistests durch Fachzeitschriften wie Stiftung Warentest 2002/2006 und Belitz (2005) in Handicap).

Unabhängbare Prüfparameter zur Nutzenbewertung von Hilfsmitteln und Feststellung seiner Qualität sind zunächst folgende Punkte:

1. Sachgerechte Anwendbarkeit durch den medizinischen Laien in seiner häuslichen Umgebung: Hilfsmittel im Sinne der Gesetzlichen Krankenversicherung sind nur solche Produkte, die vom medizinischen Laien individuell genutzt werden. Dies ist auch eine deutliche Abgrenzung gegenüber Medizinprodukten, die ja auch Produkte beinhalten, die von ausgebildetem Fachpersonal, wie Ärzte, Pfleger, Krankenschwestern angewendet werden.
2. Studien zum Nachweis des therapeutischen Nutzens, sofern es sich um neue Produktarten mit neuen Indikationsbereichen handelt oder andere Prüfparameter, die sich auf die Wirkungsweise des Produktes zur Krankenbehandlung beziehen, nicht festgelegt werden können.

3. Gebrauchstauglichkeitsbewertungen und Nachweise zum Behinderungsausgleich für Produkte, die dem Behinderungsausgleich dienen.
4. Stabilität und Langzeitverhalten: Neben der Stabilität im Rahmen der Normalanwendung hat die Gesetzliche Krankenversicherung auch ein großes Interesse daran herauszufinden, wie es mit der Langzeitqualität von Hilfsmitteln aussieht. Insbesondere große und aufwendige Hilfsmittel, wie Rollstühle, Pflegebetten, Beatmungsgeräte, Gehgestelle, um nur einige zu nennen, sind für einen Wiedereinsatz hervorragend geeignet. Hierzu bedarf es allerdings besonderer Anforderungen, die darlegen, ob Produkte aufgrund ihrer Langzeitqualität oder Wiederaufarbeitungsfähigkeit für einen Wiedereinsatz geeignet sind. Deshalb sind bestimmte Prüfungen, die unter Alltagsbedingungen durchgeführt werden, für die Bewertung solcher Produkte unabdingbar.

Immer wieder wird der Sachverhalt CE-Zeichen versus der Prüfung gemäß § 139 SGB V kontrovers in der Fachwelt diskutiert. Neben den kritischen Äußerungen einzelner Industrievertreter wird von anderen Hersteller- und Leistungserbringerverbänden und Vertretern der Patienten- und Versichertenorganisationen die Bedeutung des Hilfsmittelverzeichnis für ihre Arbeit und für die tägliche Versorgungspraxis positiv hervorgehoben (Fachzeitschrift MTD, Vorschläge zur Optimierung der Versorgung mit Hilfsmitteln der „Deutschen Vereinigung für Rehabilitation“, Fachzeitschrift Handicap, Gemeinsame Veranstaltungen der Spitzenverbände, Leistungserbringer- und Industrieverbände usw.).

Die Gesetzlichen Krankenkassen haben zur Thematik CE-Zeichen contra Prüfung gemäß § 139 SGB V ein Positionspapier erarbeitet und veröffentlicht (GKV, 2006), das neben den sachlichen Begründungen, weshalb separate Prüfungen gemäß § 139 SGB V erforderlich sind, auch die rechtliche Situation darstellt.

Leistungspflicht Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel? Abgrenzungsprobleme in der Praxis

Die beiden Sozialgesetze SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) und SGB XI (Gesetzliche Pflegeversicherung) regeln zwar grundlegend die Leistungspflicht für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, sie lassen jedoch eine Detaildefinition vermissen. Aus diesem Grunde haben die Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen in ihren gemeinsamen leistungsrechtlichen Rundschreiben im Detail definiert, welche Produkte wann durch welche Sozialversicherung finanziert werden können. So regelt der §33 SGB V die Leistungspflicht bei Hilfsmitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung und der §40 SGB XI die Leistungspflicht von Pflegehilfsmitteln und technischen Hilfen.

Hilfsmittel der GKV sind sächliche Produkte, die dem Behinderungsausgleich, der Krankenbehandlung, der Verschlimmerung einer Krankheit oder der Vorbeugung einer drohenden Behinderung oder Krankheit dienen. Sie werden vom Versicherten selbst in seiner häuslichen Umgebung eingesetzt und sind an die Bedürfnisse der kranken oder behinderten Menschen angepasst oder speziell für sie angefertigt worden. Die Anwendung erfolgt stets durch den medizinischen Laien und die Abgabe erfolgt vom Leistungserbringer, nachdem ein Arzt zuvor eine entsprechende Verordnung ausgestellt hat. Auf solche Produkte hat der Versicherte der GKV gemäß Sozialgesetzbuch V einen Anspruch.

Pflegehilfsmittel sind sächliche und/oder technische Produkte, die der Erleichterung der Pflege, der Linderung von Beschwerden im Rahmen der Pflege sowie einer selbständigen Lebensführung dienen. Auch diese Produkte werden im häuslichen Bereich des Pflegebedürftigen eingesetzt, wobei aber nicht nur er, sondern auch Hilfspersonen von solchen Produkten profitieren können. Auch Pflegehilfsmittel werden von zugelassenen Leistungserbringern abgegeben, eine ärztliche Verordnung ist aber nicht erforderlich.

In der täglichen Praxis ergeben sich allerdings immer wieder Abgrenzungsprobleme, da Hilfsmittel der GKV grundsätzlich auch in Teilbereichen der Erleichterung der Pflege, der Linderung von Beschwerden oder der selbständigen Lebensführung dienen können. Dies gilt insbesondere für Bade- und Toilettenhilfen, für Kranken- und Pflegeprodukte, für Krankenfahrzeuge und für Hilfsmittel gegen Dekubitus.

Der Gesetzgeber hat jedoch verfügt, dass Hilfsmittel, die im Leistungskatalog – also im Hilfsmittelverzeichnis der Gesetzlichen Krankenkassen – als Hilfsmittel im Sinne des §33 SGB V aufgeführt sind, nicht gleichzeitig Pflegehilfsmittel sein können. So wurde auch seitens des Gesetzgebers der erste Entwurf des Pflegehilfsmittelverzeichnisses um Produkte reduziert, die in beiden Leistungsbereichen, jedoch mit unterschiedlichen Indikationsansätzen aufgeführt waren. Dies machte die Abgrenzung zwischen beiden Versicherungen immer wieder problematisch. Die Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen haben daher in ihren gemeinsamen leistungsrechtlichen Rundschreiben die Abgrenzungsproblematik aufgenommen und neben der ohnehin schon im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführten Regelung definiert, wann welches Versicherungssystem welche technischen Hilfen übernehmen kann. Grundsätzlich ist dabei zu beachten, dass Hilfsmittel, die im Hilfsmittelverzeichnis stehen, nicht als Pflegehilfsmittel abgegeben werden können. Zum einen würde die notwendige Verordnung fehlen, zum anderen spielt das Haupteinsatzgebiet des Hilfsmittels die wesentliche Zuordnungsrolle. So sind Antidekubitushilfsmittel immer Hilfsmittel der GKV, weil sie entweder zur Behandlung einer Krankheit mit eingesetzt werden, oder weil sie eine drohende Krankheit verhindern sollen. Insofern fallen solche Produkte eindeutig in den Bereich der GKV. Der Aspekt, dass solche Produkte auch pflegeerleichternd wirken können, d.h. eine pflegende Person entlasten können, spielt hierbei die untergeordnete Rolle. Viele Versuche, Hilfsmittel der GKV über die Pflegeversicherung zu buchen, haben dazu geführt, dass die Aufsichtsbehörden der Krankenkassen regelmäßig entsprechende Rückbuchungen angeordnet haben.

Ähnlich verhält es sich z.B. auch bei Rollstühlen, insbesondere bei Schieberollstühlen. Dies sind Produkte, die in aller Regel von Drittpersonen benutzt werden, um den Kranken oder Pflegebedürftigen zu transportieren. Im Vordergrund steht jedoch hier der Ausgleich der Behinderung. Von daher sind die klassischen Krankenfahrzeuge keine Pflegehilfsmittel. Inzwischen sind spezielle Pflegerollstühle in das Pflegehilfsmittelverzeichnis aufgenommen, die ausschließlich der Erleichterung der Pflege dienen bzw. die selbständige Lebensführung unterstützen und sind von ihrer Grundkonstruktion her auf den Pflegebedürftigen abgestellt.

Besondere Probleme macht die Hilfsmittel- bzw. Pflegehilfsmittelversorgung von Versicherten der GKV und der Gesetzlichen Pflegeversicherung, die in Heimen leben. Hier kam es immer wieder zu unterschiedlichen Auslegungen, welche Hilfsmittel von welchen Versicherungssystemen zu leisten sind und welche Hilfsmittel Pflegeheime vorhalten müssen. Zur Abgrenzung dieser Problematik haben die Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen den Abgrenzungskatalog zur Hilfsmittelversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen vom 14. März 2003 erstellt. Dieser regelt entsprechend den Produktgruppen des Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelverzeichnisses, wann welches Versicherungssystem zuständig ist und wann Pflegeeinrichtungen Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel vorhalten müssen. Für die Versorgung von Pflegebedürftigen mit Hilfsmitteln ist es aufgrund der leistungsrechtlichen Definitionen und unter Berücksichtigung der Indikationen im Hilfsmittelverzeichnis daher erforderlich, dass immer eine gewisse Eigennutzung des Produktes noch erfolgen kann, auch wenn in einzelnen Fällen die pflegerische Nutzung überwiegt. D.h. konkret, Grundlage für die sachgerechte Zuordnung ist die Indikation des Hilfsmittelverzeichnisses.

Weitere Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der Hilfsmittelversorgung

Die aktuellen Hilfsmittelrichtlinien beschreiben neben den allgemeinen Informationen zur Ausstellung einer Verordnung über ein Hilfsmittel auch die Indikationsbereiche gemäß dem Hilfsmittelverzeichnis nach § 128 SGB V. Bisher haben die entsprechenden Ausschüsse der Krankenkassen und Ärzte nach Erstellung der Produktgruppen die Hilfsmittelrichtlinien in Form von Anlagen fortgeschrieben und die Indikationsbereiche für die Produktarten des Hilfsmittelverzeichnisses definiert, wobei die Grundlage die im Hilfsmittelverzeichnis bereits festgelegten Indikationen sind. Einer weiteren stärkeren Verknüpfung zwischen dem Hilfsmittelverzeichnis und den Hilfsmittelrichtlinien bedarf es daher nicht. Großer Nachholbedarf besteht jedoch in der stärkeren Verpflichtung des Verordners, das Hilfsmittelverzeichnis und somit insbesondere hier die Anlagen der Hilfsmittelrichtlinien zu den jeweils einzelnen Produktgruppen zu beachten und die daraus resultierenden präzisen Verordnungen zu erstellen. Demnach soll der Arzt bei der Verordnung von Hilfsmitteln die siebenstellige Nummer der Produktart auf das Rezept schreiben. Eigens dafür wurde der Vordruck der Rezepte geändert und es wurden Felder zum Eintrag der Positionsnummer für Hilfsmittel auf den Rezepten geschaffen. Ähnlich wie aus der Roten Liste kann der Verordner also unter Berücksichtigung der Hilfsmittelrichtlinien die konkrete Produktart eines Hilfsmittels bei der Verordnung nennen. Er würde z.B. mit der Pos.-Nr. 18.50.03.1 einen Rollstuhl der Produktart „Schieberollstühle mit Rückenlehnenverstellung um 15° bis 30°“ definieren können. In den Hilfsmittelrichtlinien wie im Hilfsmittelverzeichnis sind hier gleich lautende Indikationen hinterlegt. Leider hat sich aber das Ordnungsverhalten der Ärzte diesbezüglich in den letzten 15 Jahren nur unwesentlich verändert. Es bedarf daher dringend einer wesentlich stärkeren Verpflichtung der Vertragsärzte, Verordnungen von Hilfsmitteln gemäß den existierenden Hilfsmittelrichtlinien auszustellen und die notwendigen

Informationen auf dem Rezept einzutragen. In begründeten Fällen kann der Verordner auch ein konkretes Einzelprodukt benennen, nämlich dann, wenn er ganz bestimmte Wirkmechanismen von einem konkreten Produkt erwartet. Generell soll dies nicht geschehen, da die Krankenkassen häufig mit Leistungserbringern Verträge über artgleiche Produkte geschlossen haben und es dem Leistungserbringer bzw. den Krankenkassen überlassen werden soll, welches konkrete Einzelprodukt zur Auslieferung kommt. Dies entspricht ungefähr dem Generika-Gedanken bei Arzneimitteln.

Für die Aufnahme von neuartigen Hilfsmitteln in das Hilfsmittelverzeichnis, für die es noch keine Produktart gibt, sollte der gemeinsame Bundesausschuss eingeschaltet werden. Solche Produkte funktionieren oft nach neuen Behandlungsprinzipien, deren offizielle Anerkennung meist nicht vorliegt oder funktionieren nach nicht nachgewiesenen Theorien. Um die Indikationsgebiete solcher Produkte festlegen zu können, die auch letztendlich das Ordnungsverhalten der niedergelassenen Ärzte beeinflussen würden, wäre die vorherige Definition der Indikationsgebiete durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen außerordentlich sinnvoll. Neben der Festlegung der Indikationsgebiete für solche neuen Produktarten können gleichzeitig die Abrechnungsmodalitäten für die Verordnung entsprechender Hilfsmittel geregelt werden, um die Gebührenordnung ggf. zu ergänzen. Diese Festlegung soll dann natürlich auch für die Verordnung entsprechender Produkte aus dem Krankenhaus gelten.

Derzeit ist es erforderlich, neben Indikationen im Hilfsmittelverzeichnis auch die Fähigkeitsstörungen zu definieren, die letztendlich eine Hilfsmittelversorgung auslösen können. Hier eine internationale Klassifikation wie die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) zu verwenden, die Defizite in der Funktionsfähigkeit oder konkrete Behinderungen nennen, wäre für die Auswahl von Hilfsmitteln und deren Zuordnung in Gruppen gleichartiger

Produkte transparenter, als das mit der bisherigen Verfahrensweise erfolgen konnte. Bei einer Verordnung stünden dann mehr die Fähigkeitsstörungen eines Patienten im Vordergrund als die konkrete Indikation, die zu dieser Fähigkeitsstörung geführt hat. Ein gezielteres Auswählen aus dem Hilfsmittelverzeichnis, nämlich nach Suche einer bestimmten Fähigkeitsstörung, würde die Verordnung erleichtern. Dadurch würde mehr Verordnungssicherheit, eine bessere Beurteilung der Leistungsfähigkeit der Patienten und Patientinnen und eine bessere Auswahl des Hilfsmittels möglich.

Die vertragsärztliche Verordnung hat zur Zeit für viele Hilfsmittel keinen direkten Einfluss auf die Versorgungsqualität. Nur in den Fällen, in denen der Verordner das von ihm verordnete Hilfsmittel überprüft, wird eine nachträgliche Qualitätssicherung der durchgeführten Versorgung erreichbar sein. Entsprechende Regelungen sehen die Hilfsmittelrichtlinien zwar vor, Kontrollen werden aber nicht im notwendigen Umfang durchgeführt. Von daher wäre es denkbar, bei einem Teil der Hilfsmittelverordnungen, etwa bei Wiederholungsverordnungen von Produkten, die nahezu ständig gebraucht werden, auf eine ärztliche Verordnung zu verzichten. Bei allen Hilfsmitteln, die individuell hergestellt werden und/oder die direkt mit der Behandlung einer Krankheit zu tun haben, sollte der Verordner grundsätzlich eine Endkontrolle der durchgeführten Versorgung durchführen und bestätigen, dass die Versorgung seinen Vorstellungen entspricht. Bestimmte, komplizierte und auch spezielles Fachwissen erforderliche Verordnungen (z.B. im Rahmen der häuslichen Langzeitbeatmung oder bei Verordnung von Prothesen und orthopädischen Schuhen) sollten aber nur bestimmten Facharztgruppen oder Ärzten mit entsprechender Fortbildung und Fachkenntnis vorbehalten sein.

Des Weiteren sollten - wie auch im Arzneimittelsektor üblich - die Hersteller von Hilfsmitteln verpflichtet werden, Preise für ihre Hilfsmittel an die dafür zuständigen Institutionen der Gesetzlichen Krankenversiche-

rung zu übermitteln. Krankenkassen und deren Verbände würden dadurch im Rahmen der Festsetzung von Festbeträgen oder bei der Ermittlung von Vertragspreisen eine wesentlich höhere Transparenz erhalten und hätten verlässliche Grundlagen zur Preisberechnung. Seitens der Leistungserbringer müssten ebenso verlässliche Angaben über den Dienstleistungsanteil vorgelegt werden, um so die Berechnungsgrundlagen für einen fairen Gesamtpreis zu erhalten. Genauso müssten allerdings auch die vereinbarten Vertragspreise neben den Festbeträgen öffentlich zugänglich sein, damit auch andere Regionen von günstigen Preisvereinbarungen profitieren können. Ein ähnliches System wird sehr erfolgreich in Holland praktiziert (Gespräche zwischen dem MDS und Vertretern der Niederländischen Krankenkassen (Ziekenfondsraad)).

Derzeit werden Hilfsmittel, die über die Apotheken abgegeben werden, nicht nach dem §302 SGB V, sondern nach dem §300 SGB V abgerechnet. Der §300 bezieht sich allerdings auf Arzneimittel und ist nicht für die Abrechnung von Hilfsmitteln geeignet. Damit Krankenkassen Vergleiche durchführen und Statistiken erstellen können, besteht die Notwendigkeit, die Informationen über abgerechnete Hilfsmittel formal gleicher Datensätze zu erhalten. Dies gilt über alle Berufsgruppen hinweg uneingeschränkt. Das bisherige Verfahren wird immer wieder zu Problemen der Zuordnung der Datensätze führen, was eine konkrete Auswertung der Hilfsmittelausgaben insgesamt erschwert. Weitere Schwierigkeiten entstehen dadurch, dass über den §300 auch solche Hilfsmittel zur Abrechnung kommen, die nicht in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen wurden, sei es, dass die Hersteller die Nachweise nicht erbracht haben, die Produkte nicht leistungsfähig genug waren oder es sich nicht um Hilfsmittel im Sinne der GKV handelt. Hier ist dringend zu fordern, dass auch die Apotheken Hilfsmittel gemäß §302 SGB V abzurechnen haben. Die notwendigen technischen Beschreibungen werden durch die Spitzenverbände der Krankenkassen erstellt und

werden in der Praxis angewendet. Von daher könnten die Apotheken und/oder deren Abrechnungszentren auf bestehende und funktionierende Strukturen zurückgreifen. Im Apothekenalltag sollte die getrennte Abrechnung von Arzneimitteln nach §300 und Hilfsmittel nach §302 SGB V kein Problem darstellen. Als sehr problematisch hat sich die Zuordnung von Pharmazentralnummern zu den Positionsnummern des Hilfsmittelverzeichnisses erwiesen. Die Zuordnungen sind oft falsch, beziehen sich auch auf Produkte und deren Artikel, die nicht für das Hilfsmittelverzeichnis angemeldet oder geprüft wurden, und werden in nicht seltenen Fällen von den Herstellern selbst zugeordnet (Scharnetzky et al., 2005). Dass eine solche Zuordnung nur durch die Institutionen erfolgen kann, die auch die Hilfsmittelpositionsnummern vergeben, versteht sich von selbst, da nur dort das notwendige Wissen darüber, welcher Artikel konkret angemeldet wurde, vorliegt. Es bedarf daher einer zentralen Vergabe beider Nummern durch die Institutionen, die das Hilfsmittelverzeichnis herstellen. Eine Zuordnung durch andere Institutionen oder gar durch Hersteller ist aus den verschiedensten technischen Gründen nicht möglich und immer fehlerbehaftet. Allerdings würde sich diese Zuordnung, zumindest was die Abrechnung von Hilfsmitteln angeht, insofern erledigen, wenn die Apotheker ihre Hilfsmittel über den §302 und damit über die Hilfsmittelpositionsnummer abrechnen müssen. Dass dies funktioniert, beweisen die bisher durchgeführten Abrechnungen im Hilfsmittelbereich durch Optiker, Akustiker, Orthopädie-Techniker und Orthopädie-Schuhtechniker.

3.2 Bedeutung des Hilfsmittelverzeichnisses für die Leistungserbringer

Sibylle Feyerabend

Hierarchische Struktur

Anfang der 90er Jahre wurde durch die Einführung des Hilfsmittelverzeichnisses erstmals ein System geschaffen, das die Einordnung verschiedener Hilfsmittel in definierte „Produktgruppen“ ermöglicht. Bis zu dieser Systematisierung standen Kostenträger und Leistungserbringer täglich vor der Herausforderung, Vertragsinhalte und Abrechnungswesen auf der Basis einer unübersichtlichen und sich ständig wandelnden Produktpalette zu organisieren – angesichts von circa 20.000 Artikeln eine schier überwältigende Aufgabe.

Der hierarchische Aufbau des Hilfsmittelverzeichnisses bildet nunmehr die Grundlage für eine gemeinsame Sprache. Die baumartige Systematik auf fünf Ebenen erlaubt einen raschen Einstieg in die Hilfsmittelthematik und hilft als einheitliches Nachschlagewerk bei der Verständigung zwischen den Marktteilnehmern. Die Gliederung des Hilfsmittelverzeichnisses sieht am Beispiel „Krankenfahrzeuge“ wie folgt aus:

18.	Produktgruppe	Krankenfahrzeuge
18.50.	Anwendungsort	Innen und Außen
18.50.02.	Untergruppe	Rollstühle mit Greifreifen
18.50.02.2	Produktart	Leichtgewichtsrollstühle
18.50.02.2XXX	Individuelles Hilfsmittel eines bestimmten Herstellers	

Die innerhalb einer Produktart gelisteten Hilfsmittel geben dabei eine gute Übersicht über die am Markt erhältlichen und durch den MDS für die Abgabe an die Versicherten der GKV zugelassenen Produkte.

Voraussetzungen für die Listung im Hilfsmittelverzeichnis

Zur Aufnahme eines Produktes in das Hilfsmittelverzeichnis muss der Hersteller die Funktionstauglichkeit und den therapeutischen Nutzen des Hilfsmittels sowie die Qualität nachweisen (§ 139 Abs. 2 SGB V).

Auf dieser Grundlage haben die Spitzenverbände der Krankenkassen folgende Standards für die Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis definiert (Zusammenfassung des Verfahrenshandbuchs der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Antragsverfahren):

- „I. Therapeutischer/Pflegerischer Nutzen
- II. Funktionstauglichkeit
- III. Qualität (Standards nach § 139 Abs. 1 SGB V)
 - III.1 Allgemeine Anforderungen
 - III.2 Technische Anforderungen
 - III.3 Anforderungen an die Sicherheit
 - III.4 Anforderungen an die Biokompatibilität
 - III.5 Anforderungen an den Lieferumfang“ (IKK, 2003)

Diese Standards werden für eine Produktuntergruppe – d.h. für die ersten 6 Stellen des Hilfsmittelverzeichnisses – festgelegt. Auf den Nachweis des therapeutischen Nutzens wird bei Hilfsmitteln häufig verzichtet, da Hilfsmittel dem Behinderungsausgleich dienen und daher einen therapeutischen Nutzen nur dann aufweisen können, wenn damit zumindest auch eine Krankenbehandlung erfolgt.

Aufnahmeverfahren Hilfsmittelverzeichnis – die Praxis CE-Kennzeichen als Grundlage für die Aufnahme ins HMV?

Wie weit der Prüfbedarf bzw. die Prüfkompetenz der Kostenträger bei der Aufnahme von Produkten ins Hilfsmittelverzeichnis tatsächlich reicht, ist umstritten. Im Wesentlichen geht es hier um die Frage, ob die im Medizinprodukterecht verankerte Verpflichtung der Hersteller zur CE-Kennzeichnung der Produkte für den Nachweis der Anforderungen des § 139 Abs. 2 SGB V ausreicht – falls ja würde den Kostenträgern im Rahmen des Antragsverfahren kein weitergehender Spielraum für Prüfungen bleiben (vgl. IKK-Bundesverband, 2006; Grienberger, 2006)

Dieser Streit ist aus Sicht der Leistungserbringer von eher untergeordneter Bedeutung. Zum einen kann der Leistungserbringer mittlerweile unter mehr als 18.000 gelisteten Artikeln auswählen – was ihm in der Regel eine Versorgung im jeweiligen Bereich mit einem gelisteten Produkt ermöglicht. Zum anderen hat der Leistungserbringer als ausgewiesener Fachbetrieb ein hohes Interesse, dass Hilfsmittel die an sie gestellten technischen Anforderungen und insbesondere die Kundenerwartung erfüllen. Dabei wünschen sich die Versicherten als Nutzer naturgemäß nicht nur eine möglichst umfassende Hilfestellung in Bezug auf die konkrete körperliche Einschränkung, sondern sie stellen auch konkrete Forderungen an Handhabbarkeit, Komfort, Optik usw. Vor diesem Hintergrund hat sich das Hilfsmittelverzeichnis aus Sicht der Leistungserbringer als Basis für die Versorgung in der Vergangenheit grundsätzlich bewährt – auch wenn eine kürzere Verfahrensdauer bei der Prüfung von Anträgen für dringend erforderlich gehalten wird.

Zusammensetzung der Produktarten des HMV/Indikationsfälle als Problemfelder für die Leistungserbringer

Problematisch aus Sicht der Leistungserbringer ist weniger die Frage, wie und ob Hilfsmittel in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen werden – sondern vielmehr die Frage, in welche Produktart ein Hilfsmittel einsortiert wird und wie sich Veränderungen in Struktur oder Leistung auf vertragliche Vereinbarungen mit Kostenträgern und das Abrechnungswesen auswirken.

Nach den Verfahrensregeln der Spitzenverbände der Krankenkassen 2006 (Zusammenfassung des Verfahrenshandbuches der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Antragsverfahren) werden Produkte nur dann in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen, wenn sie mit den dort bereits gelisteten Produkten in ihrer Funktion gleichartig und gleichwertig sind. Dabei wird unterstellt, dass damit die Produkte auch im Hinblick auf Wirkungsweise, Qualität und Wirtschaftlichkeit vergleichbar sein müssten. Dies ist jedoch nicht immer der Fall.

Das nachstehende Beispiel verdeutlicht die Problematik bildlich:

Abbildung III.5 Rollstühle mit verstellbaren Rückenlehnen oder Pflegerollstuhl/Multifunktionsrollstuhl



Quelle: rehaVital Gesundheitsservice GmbH, 2006

Hier werden zwei Produkte über die verstellbare Rückenlehne definiert, obwohl eines für einfache geriatrische Versorgungen entwickelt wurde, während der Multifunktionsrollstuhl bei Schwerstversorgungen zum Einsatz kommt.

In anderen Fällen werden zwar technische Parameter als Mindestparameter für die Hilfsmittel innerhalb einer Produktart definiert – es werden aber keine Maximalgrenzen festgelegt. So wird nicht berücksichtigt, dass die Bereitstellung einer höheren Leistungsfähigkeit oder eines verminderten Gewichtes aufgrund hochwertigerer Materialien, höherer Beanspruchung, geringerer Produktionsstückzahlen im Herstellungsprozess zwingend erhebliche Mehrkosten verursacht. Die betroffenen Produkte sind also nicht mehr „gleichwertig“ im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes. Zwei Beispiele sollen diesen Konflikt veranschaulichen:

Standard-Sauerstoffkonzentratoren erreichen eine Durchflussrate von bis zu 6 l/min; Spezialgeräte hingegen schaffen das Doppelte und sind erheblich teurer (derzeit noch nicht gelistet, aber für jeden Sachbearbeiter als stationärer Sauerstoffkonzentrator zuzuordnen).

Pflegebetten werden bis zu einer Arbeitslast von etwa 170 kg als Standardausführungen in großen Mengen produziert. Ein Pflegebett, das für Schwergewichtige mit über 200 kg Körpergewicht ausgelegt ist, stellt jedoch erheblich höhere Anforderungen an Material, Stabilität und Mechanik. Außerdem verringert die Belastung der Motoren deren Haltbarkeit drastisch.

Auch die Zuordnung von Indikationen innerhalb des Hilfsmittelverzeichnis ist in der derzeitigen Form für den Leistungserbringer nur mäßig hilfreich. Bei vielen Untergruppen oder Produktarten benennt das Hilfsmittelverzeichnis Indikationen. Diese sollen Auskunft darüber geben, in welcher Situation die gelisteten Hilfsmittel vorrangig zum Einsatz kommen. Die Grenzen der Indikationsauslegung lassen sich an

einem aktuellen Beispiel einer Neuordnung rasch erkennen (11.29.08.2 – Einzellistung noch nicht erfolgt). Die Indikationsbeschreibung beginnt wie folgt:

„Hilfsmittel gegen Dekubitus dieser Produktart können – soweit der Hersteller nicht abweichende Angaben zu den Indikationsbereichen und zur Zweckbestimmung (siehe Einzelproduktaufistung) vorgibt – dann zum Einsatz kommen, wenn

1. bereits Dekubita ulzera (Stadium I bis IV nach EPUAP) vorliegen oder
2. durch Krankheit oder Behinderung ein dauerndes Liegen erforderlich ist und zugleich ein erhöhtes Dekubitusrisiko vorliegt. Dies kann, z.B. bei Patienten mit Lähmungen der Extremitäten und/oder des Rumpfes zutreffen. Erhöht wird das Risiko durch zusätzliches Vorliegen von z. B....“

Die Einsortierung von nicht gleichartigen oder nicht gleichwertigen Hilfsmitteln, verstärkt durch die stark auslegungsbedürftige Indikationslistung innerhalb einer Produktgruppe, führt regelmäßig zu erheblichen Anwendungsschwierigkeiten beim Leistungserbringer. Dies wird im Folgenden näher ausgeführt.

HMV als Preisgrundlage

Die Versorgungen, die der Leistungserbringer täglich abwickelt, erfolgen überwiegend auf der Basis von vertraglichen Vereinbarungen mit einem Kostenträger – abgeschlossen durch einen Verband oder den Leistungserbringer selbst.

In allen hier bekannten Vereinbarungen nach § 127 SGB V mit bundesweiter Geltung ist geregelt, dass die Leistungserbringer bei der Versorgung das Hilfsmittelverzeichnis beachten müssen. Teilweise ist vereinbart, dass nur Hilfsmittel abgegeben werden dürfen, die im Hilfsmittelverzeichnis

gelistet sind (wobei neu in den Markt gebrachte, aber noch nicht gelistete Produkte regelmäßig über die Ausnahmeregelung einbezogen werden, dass der Hersteller-Antrag zur Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis bei der Abrechnung nachgewiesen werden muss). Obwohl das Hilfsmittelverzeichnis keine „Positivliste“ mit abschließender Wirkung ist (BSG 29.9.1997 SozR 3-2500 § 33 Nr. 25), wird es somit über den Umweg der Verträge faktisch zur leistungsbegrenzenden Liste.

Gleiches gilt im Übrigen auch für die Versorgungen, die nicht auf der Basis einer vertraglichen Vereinbarung erbracht werden. Hier sind bereits die verordnenden Ärzte über die Regelungen in der Hilfsmittel-Richtlinie (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2004) verpflichtet, nur solche Produkte zu verordnen, die im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind. Der Arzt soll dabei möglichst genau verordnen, was für den Regelfall auf der Ebene der Produktart (also als 7-Steller) festgelegt ist; dem Leistungserbringer obliegt gemäß dieser Richtlinie die Auswahl des individuellen Produktes. Für den Ausnahmefall lässt die Hilfsmittel-Richtlinie jedoch auch die Verordnung eines benannten Produktes durch den Arzt zu (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2004).

Preisvereinbarungen in Verträgen können auf allen Hierarchieebenen abgeschlossen werden. Preise können für ganze Produktgruppen, den Anwendungsort, Untergruppen, die Produktart oder auch für die konkreten Produkte vereinbart werden. Grundsätzlich gilt dabei: „Unter schlägt Ober“ – d.h. die detaillierteste Regelung findet Anwendung. Ist der 10-Steller vereinbart, greift diese Vereinbarung, sonst eine Regelung auf Produktart-Ebene, oder eine noch darüber stehende Regelung. Die Festlegung von Vertragspreisen auf der Produktartebene ist vor dem Hintergrund der Forderung „gleichartig und gleichwertig“ verständlich und im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes sinnvoll.

Wenn ein Arzt aber die Hilfsmittelrichtlinie ignoriert und regelmäßig das Vorliegen einer therapeutisch bedingten Ausnahme vorgibt, dann scheitert dieses System und bringt den Leistungserbringer in die „Leistungsfalle“.

Diese Situation ist kein Einzelfall und stellt den Leistungserbringer vor eine unlösbare Aufgabe: Durch Ausnützen ärztlicher Freiheiten wird die Geschäftsbasis des Vertrages zu Lasten des Leistungserbringers untergraben. Denn je weniger das Preisgefüge aufgesplittert wird, für desto mehr Produkte gilt die „Einheitsregelung“.

Erschwerend kommt hinzu, dass dies nach einhelliger Auffassung der Kostenträger auch dann gilt, wenn das konkrete Produkt bei Vertragsschluss noch nicht auf dem Markt war und nachträglich gelistet wurde.

Mit der Orientierung der Preisvereinbarungen am Hierarchie-System des Hilfsmittelverzeichnisses wurde die Grundlage für ein „generisches Preissystem“ auf der Basis der Produktart geschaffen. Mit dem Aufbau des Hilfsmittelverzeichnisses sowie der Vereinbarung entsprechender Vertragssysteme ist es gelungen, die wirtschaftlichen Interessen von Kostenträger und Leistungserbringer zu koppeln („welches Produkt kann ich zu dem Preis liefern“), andererseits aber sind Ausnahmeregelungen und Einzelfallbestimmungen in der wirtschaftlichen Beurteilung für den Leistungserbringer meist nicht verzichtbar. Die Preisspanne innerhalb einer Produktart variiert häufig um mehr als 100%. In Zeiten deutlich sinkender Produktpreise und der Preisbildungen am einfachen Standard der Produktart können hochpreisige Versorgungsungen nicht mehr durch „lukrative andere Versorgungsungen in derselben Produktart“ (sog. „Mischkalkulation“) aufgefangen werden – wie dies noch vor einigen Jahren üblich war.

Solange die Unzulänglichkeiten des Hilfsmittelverzeichnisses innerhalb einzelner Produktarten bestehen, muss der Leistungserbringer vor Vertragsschluss die Produktart auf „hochpreisige Ausreißer“ kontrollieren – und entsprechende Ausnahmeregelungen mit den Kostenträgern vereinbaren. Gleichzeitig muss das als Standard zu liefernde Produkt beschrieben werden (in obigem Beispiel Pflegebetten z.B. anhand der Gewichtsgrenze. Bei Rollatoren z.B. können Leichtgewichtsrollatoren oder

Ausführungen für Schwergewichtige aufgrund der höheren Materialkosten nicht mit Standardrollatoren „vereinheitlicht“ werden). Alternativ kann ein Preissystem mit „von-bis-Regelungen“ im Sinne von Preiskorridoren vereinbart werden.

In Parallelität mit anderen Wirtschaftszweigen empfiehlt es sich, die Anwendbarkeit der 80:20 Regel zu prüfen, um eine Trennung zwischen Standard- und Individualversorgungen zu ziehen. Einem Versicherten steht das Hilfsmittel zu, das seinen medizinischen Bedarf abdeckt. Es ist aus Sicht des Leistungserbringers nicht akzeptabel, dass dies zu seinen Lasten geht, indem er bei diesen Individualversorgungen durch fehlende Ausnahmeregelungen hochwertigste Produkte aus einer Produktart liefern muss, die einheitlich zum „Standardpreis“ geregelt wurde.

Als Schlussfolgerung hat der Leistungserbringer ein großes Interesse, dass der Versorgungsgrad eindeutig definiert wird, der nach Meinung der Spitzenverbände der Krankenkassen die gesetzliche Anforderung („ausreichend, wirtschaftlich, zweckmäßig“) erfüllt. Denn die Auslegung des Wirtschaftlichkeitsgebotes ist kein statisches Moment, und die Anforderung des Patienten nach Erfüllung seiner individuellen Erwartung kann weit über das hinausgehen, was der Gesetzgeber durch die Kassen bezahlt wissen möchte.

Zur nicht ganz ernst gemeinten Illustration: In einem Land, in dem von goldenen Tellern gegessen wird, würde ein Rollator aus grauem Metall mit Sicherheit nicht als „ausreichend“ definiert. In einem Land hingegen, das nicht über fließend Wasser verfügt und keine geteerten Wege kennt, wäre ein Rollator bereits eine Überversorgung und nicht zweckmäßig; stattdessen vermutlich zwei Gehstöcke mit Vierfuß die (Luxus-) Variante, welche die Bedürfnisse des Betroffenen umfänglich erfüllt, und ein einfacher Stock aus Holz zweckmäßig und ausreichend.

HMV als Abrechnungsgrundlage Abrechnungsrichtlinien nach § 302

Von den gemäß Abrechnungsrichtlinien für die Abrechnung eines Hilfsmittels geforderten umfangreichen Datenangaben sollen hier nur die Felder betrachtet werden, welche wesentlich das abgegebene „Produkt“ charakterisieren. Am heutigen Umgang mit diesen Feldern lässt sich symptomatisch beschreiben, dass eine weitere Detaillierung der Abrechnungsrichtlinien derzeit keinesfalls sinnvoll wäre. Insbesondere Leistungserbringer im Bereich der wiedereinsatzfähigen Hilfsmittel müssen bereits heute sehr komplexe Anforderungen erfüllen. Je höher der Grad der Detaillierung und die Komplexität, desto größer ist jedoch die Gefahr des Fehlers, was dazu führen würde, dass die beim Kostenträger eingehenden Daten für sinnvolle statistische Auswertungen in weiten Teilen nicht verwendbar wären oder Leistungserbringer eventuell in den Verdacht des „Abrechnungsbetruges“ kämen.

Abrechnungsrelevante Daten

Das abgegebene Produkt ist gemäß Anlage 1 der Abrechnungsrichtlinien im alphanumerischen Feld „Art der abgegebenen Leistung“ oder „Abrechnungsposition“ zu benennen. Anlage 3 der Abrechnungsrichtlinien verweist für den Hilfsmittelbereich auf das Hilfsmittelverzeichnis der Spitzenverbände. Damit werden alle in den vorangegangenen Kapiteln beleuchteten Einflüsse direkt abrechnungsrelevant.

An zweiter Stelle ist das „Kennzeichen Hilfsmittel“ (häufig „Leistungskennziffer“ genannt) anzuführen. Gemäß Anlage 3 soll der Leistungserbringer hierin mittels derzeit 20 Kennziffern kodieren, welche Art der Leistung bezüglich des im Feld Abrechnungsposition angegebenen Hilfsmittels erbracht wurde: Handelt es sich z.B. um eine Neulieferung, eine Reparatur, einen Wiedereinsatz.

Reicht dies im Hinblick auf eine automatische Rechnungsprüfung nicht zur eindeutigen Identifizierung der abgegebenen Leistung, kommt als drittes Feld die Produktbesonderheit (10-stellig) hinzu. Von diesem Feld sind lt. Anlage 3 der Abrechnungsrichtlinien lediglich die ersten 4 Stellen fest definiert für Größe und Menge (allerdings ohne Nomenklaturzuordnung), die anderen Stellen dienen zur freien Kodierung von Produktbesonderheiten: „Die Schlüsselinhalt im Einzelnen werden von den Krankenkassen belegt und in den vertraglichen Regelungen vorgegeben. Kassenartenübergreifende vertragliche Regelungen erhalten je Produktbesonderheit einen einheitlichen – unter den Kassenarten abgestimmten – Schlüssel.“

Die Nummer kann damit recht frei vergeben werden – ist jedoch auf eine bestimmte Ausstattung eines Produktes oder einer Produktart vertraglich vergeben.

Zudem wird die Produktbesonderheit in Verträgen „missbraucht“, wenn das Kennzeichen Hilfsmittel nicht ausreichend ist/scheint oder in kasseneigenen Systemen nicht verwaltet werden kann.

Dass hierdurch der Verwaltungsaufwand für den Leistungserbringer ohne Nutzengewinn für den Kostenträger in die Höhe getrieben wird, muss nicht weiter betont werden.

Anzugeben ist bei der Abrechnung der Einzelbetrag der Abrechnungsposition (je nach Vereinbarung exklusive oder inklusive Umsatzsteuer, wenn exklusive, ist diese gesondert anzugeben). Die Einzelangabe widerspricht jedoch der ordentlichen Rechnungslegung und führt für den Leistungserbringer bei der Umsatzsteuer zu „Rundungsfehlern“.

Die Abrechnung in der Praxis

Besonders ärgerlich ist aus Sicht der Leistungserbringer, dass die Abrechnungsrichtlinien von den einzelnen Kassen(-arten) unterschiedlich ausgelegt und gelebt werden. So werden z. B. die Anforderungen, wie die Ausstattungsmerkmale eines Hilfsmittels in der Abrechnung anzugeben sind, sehr unterschiedlich interpretiert. Was bei einer Kasse korrekt ist, führt bei einer anderen zu Stornos (Rückweisungen). Der Schulungsbedarf der Mitarbeiter bei den Leistungserbringern ist damit hoch, ebenso die Kosten durch doppelte Abrechnungen und Abrechnungsverzögerungen.

In den Verträgen sind häufig umfangreiche Regelungen niedergelegt, wie die Hilfsmittel und die daran hängenden Leistungen zu kodieren sind. Dies ist bei korrekter Hinterlegung für den Leistungserbringer durchaus eine Hilfestellung, denn bei anderen Verträgen ist die Anwendung der Kodierung allein vom Verständnis des Leistungserbringers abhängig und die Zahl der Stornos vom Erfahrungswert.

Trotz teilweise präziser Angabe in Verträgen erfolgt von Seiten des Kostenträgers aber in vielen Fällen noch nicht einmal die Prüfung des „Kennzeichens Hilfsmittel“, d.h. ob die Art der Leistung korrekt kodiert wurde. Der Leistungserbringer bekommt damit keine Rückmeldung, ob er korrekt kodiert hat – oder wird durch unterschiedliche Vorgaben/ Rückweisungen verwirrt. Ohne die korrekte Angabe in diesem Feld kommt man bei der Betrachtung von Abrechnungszahlen jedoch zu völlig falschen Ergebnissen.

Zum besseren Verständnis: Ein Leistungserbringer, der ausschließlich neue Produkte und zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel vertreibt, kann das Kennzeichen Hilfsmittel durchgängig mit „00“ also „Neulieferung“ kodieren. Das „Sanitätshaus“ als Fachbetrieb im Bereich Rehathechnik, Homecare und Orthopädietechnik ist jedoch auch im Bereich der wieder-einsatzfähigen Hilfsmittel tätig, die nicht nur neu oder gebraucht oder als Pauschale geliefert werden, sondern an denen auch Reparaturen und

Wartungen zu machen sind. Außerdem werden Zubehörteile benötigt und ggf. Nachrüstungen vorgenommen. Erschwerend kommt für den Leistungserbringer hinzu, dass die Verträge für wiederverwendbare Hilfsmittel in sich zusätzlich eine hierarchische (System-) Struktur aufweisen und Regelungen für ein Hilfsmittel häufig an verschiedenen Stellen auftauchen.

Der Leistungserbringer hat also eine Vielzahl von Vorgaben zu beachten – im Hinblick auf die Kodierung sind diese jedoch interpretationswürdig und häufig nicht nachvollziehbar. Fehler sind damit vorprogrammiert. Werden nun im Sanitätshaus diese verschiedenartigen Leistungen z.B. weitgehend als Neulieferung des Hilfsmittels kodiert oder unterlaufen bei der Kodierung andere Fehler aufgrund unterschiedlicher Auslegung, ist die Abrechnung innerhalb einer „Leistungskennziffer“ unkorrekt. Dies kann weit reichende Folgen haben:

Erstens steht den Kassen damit trotz oder evtl. auch wegen der akribischen Ausweitung der abrechnungstechnischen Anforderungen und hohem Aufwand in den Betrieben kein sinnvoller Datenbestand zur Verfügung. Schon die Betrachtung eines einfachen Durchschnittswertes führt zwangsläufig zu völlig falschen Ergebnissen, wenn in der Abrechnung als „Neulieferung“ eines Hilfsmittels statt dem eigentlich Wert von beispielsweise 2.000 Euro ein Viertel der Abrechnungen Wiedereinsätze oder Zubehörteile abbildet, die mit 1/10 der Kosten den Durchschnittswert dramatisch senken. Vergleichbar führt in anderen Bereichen die Scheingenauigkeit der Abrechnungsdaten bei unkritischer Auswertung zu falschen Interpretationen.

Zweitens läuft der Leistungserbringer Gefahr, dass ihm aufgrund von Abrechnungsfehlern Vorsatz unterstellt wird.

So ist beispielsweise nicht verlässlich geregelt, wie abzurechnen ist, wenn ein Versicherter eine höherwertige Leistung wünscht, als diese

im Vertrag vereinbart wurde. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, das medizinisch notwendige Hilfsmittel abzugeben. Dies gilt auch, wenn alle Produkte innerhalb einer Produktart einheitlich geregelt sind. Ein darüber hinausgehender Wunsch ist durch den Versicherten zu tragen. Dies kann damit auch ein medizinisch nicht notwendiges Hilfsmittel aus der im Vertrag geregelten Produktart sein (Bsp.: Leichtgewichtsrollator Troja). Nun existiert keine verlässliche Regelung, wie diese Kombinationsleistung abgerechnet werden kann oder soll. Der Leistungserbringer läuft Gefahr, dass ihm trotz korrekter Aufklärung des Versicherten und völlig konformem Verhalten mit den Vorstellungen des Kostenträgers Abrechnungsbetrug oder Fehlverhalten vorgeworfen wird.

Weiterhin gibt es z.B. keine Kodierung für den Verkauf eines gebrauchten Produktes. Die Kennung 00 mit der Definition „Neulieferung (Kauf/Erstlieferung: erstmalige Versorgung mit einem neuen Hilfsmittel)“ ist ebenso unkorrekt wie „Wiedereinsatz (Lieferung eines im Wiedereinsatz befindlichen Hilfsmittels, ggf. inkl. erforderliche Instandsetzung)“, denn bei diesem wird von Kasseneigentum ausgegangen.

Im Sinne der Abwicklungs- und Verwaltungsvereinfachung und der notwendigen Sicherheit für den Leistungserbringer ist daher dringend zu fordern, dass die Rahmenbedingungen für die Abrechnung nicht nur einheitlich definiert, sondern auch einheitlich interpretiert und für alle Kostenträger einheitlich durchgeführt werden.

Abrechnungsrichtlinien nach § 300 für sonstige Leistungserbringer?

Die Abrechnungsrichtlinien nach § 302 definieren sich in der Überschrift klar als „Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit `Sonstigen Leistungserbringern´ sowie mit Hebammen und Entbindungspflegern (§ 301 a SGB V)“.

Dennoch fordern außerhalb des VdAK/AEV einige Kassen von den sonstigen Leistungserbringern, dass der Produktbereich „Enterale Ernährung“ nach den Abrechnungsrichtlinien gemäß § 300 einzureichen sei, da dieser gemäß § 31 Abs. 1 S. 2 SGB V in die Arzneimittelversorgung falle.

Umgekehrt gilt diese Logik nicht – Apotheken können Hilfsmittel wie Stomabeutel, Bandagen oder Kompressionstrümpfe mit den Kassen unter Angabe der PZN durchgängig nach § 300 abrechnen.

Damit stehen die Fachbetriebe für Homecare, Rehabilitation und Orthopädietechnik der „Sonstigen Leistungserbringer“ neben der unter dem Abschnitt „Abrechnungsrichtlinien nach § 302“ beschriebenen Abrechnungsanforderungen zusätzlich vor dem Dilemma, verschiedene Abrechnungssysteme (§ 300 und § 302 SGB V) bedienen zu müssen. Dies erhöht den Verwaltungsaufwand und damit die internen Kosten des betroffenen Leistungserbringers erheblich und führt außerdem zu Wettbewerbsverzerrung.

Ein Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen (LSG NRW Az.L 16 KR 232/04 vom 6.10.2005) hat erfreulicherweise klar gestellt, dass ein Leistungserbringer, der nicht Apotheker ist, Versorgungen der enteralen Ernährung nicht nach § 300 SGB V abrechnen muss. Dennoch wird die Abrechnung nach § 302 für enterale Ernährung immer noch nicht von allen Kassen anerkannt. Es wäre zu wünschen, dass sich dies kurzfristig ändert und alleine § 302 als durchgängig einheitlich umgesetzte Abrechnungsbasis für alle „Sonstigen Leistungserbringer“ gültig ist. Soweit – wie im Bereich enterale Ernährung zwangsläufig – Hilfsmittelnummern fehlen, können in den Verträgen eindeutige Abrechnungspositionen definiert werden. Dies geschieht auch in den Bereichen des Hilfsmittelverzeichnis, die noch nicht veröffentlicht sind, oder wenn Abgabekonvolute von Hilfsmitteln gebildet werden.

Zusammenfassung und Ausblick

Das Hilfsmittelverzeichnis ist als Vertrags- und Abrechnungsgrundlage grundsätzlich geeignet. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass die Standardversorgung klar definiert wird und Individualversorgungen durch definierte Ausnahmeregelungen weiterhin möglich sind, um auch in diesen Fällen das Wirtschaftlichkeitsgebot im umfassenden Sinn zu erfüllen. Voraussetzung ist weiterhin eine einheitliche Umsetzung der Abrechnungsrichtlinie nach § 302.

Kritisch zu sehen ist die durch das Hilfsmittelverzeichnis abgebildete Konzentration auf das Produkt. Die „Sonstigen Leistungserbringer“ des Hilfsmittelbereiches werden fixiert auf den Produktlieferanten, die daran gekoppelten Dienstleistungen weitgehend ignoriert und häufig als „mit dem Preis abgegolten“ eher am Rand in den Verträgen definiert. Darüber hinaus ist die Überprüfung einer vereinbarten Dienstleistungsqualität aufwändiger als die Überprüfung von Abrechnungsrichtlinien. Und selbst an letzterem scheitert es – wie oben erläutert wurde – derzeit in weiten Bereichen.

Zukunftsorientiert sollten sich die Marktbeteiligten jedoch genau auf den Aspekt der kombinierten Dienstleistungs- und Produktqualität konzentrieren. Die Vergütung des Krankenhauses ist bereits weitgehend auf DRGs umgestellt, d.h. auf diagnose- und damit indikationsbezogene Fallpauschalen. Auch für den ambulanten Bereich ist dies im Eckpunktepapier (August 2006 für die Gesundheitsreform) ins Auge gefasst. Im Hinblick darauf wäre das Festhalten an einer rein produktbezogenen Vergütungsstruktur bei den Sonstigen Leistungserbringern auf Dauer nicht zukunftsweisend. Bei einer Erweiterung auf diagnosebezogene Vergütungen gilt jedoch umso mehr, was oben bereits im Hinblick auf die Produktauslegung eingefordert wurde: die Qualität ist verbindlich zu definieren. Qualität wird in anderen Märkten heute als der Grad der Erfüllung der Kundenerwartung definiert. In diesem

besonderen Markt würde das bedingen, dass der Gesetzgeber (ggf. über die Institutionen der Selbstverwaltung) den Patienten wissen lässt, was er als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung erwarten darf – im Hinblick auf Produkt und daran gekoppelte Leistung. Ohne dieses Maß an Transparenz im Großen wie im Kleinen wird es auf Dauer nicht gehen.

4. Hilfsmittel gegen Dekubitus

Ein Dekubitus ist ein Druckgeschwür, dessen Ausprägung von Hautrötungen bis zu tiefen Wunden variieren kann. Er entsteht meist an Körperstellen über Knochenvorsprüngen mit wenig Unterhautfettgewebe. Als zentraler Risikofaktor kann reduzierte Mobilität bzw. Immobilität gesehen werden. Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass Dekubitus in Krankenhäusern oder Pflegeheimen ein häufig anzutreffendes Problem ist. Für den ambulanten Bereich existieren wenig Daten zur Dekubitushäufigkeit. Zur Behandlung und Prävention gibt es zahlreiche Hilfsmittel, wobei trotz der Bedeutsamkeit des Themas wenig belastbares Wissen aus Studien zur Verfügung steht.

Die Produktgruppe 11 umfasst Hilfsmittel gegen Dekubitus und wurde im Dezember 2005 umgestaltet. Diese Neuerungen betrafen allerdings noch nicht die hier ausgewerteten Abrechnungsdaten aus dem Jahr 2005. Insgesamt wurden 2.970 Positionen für 2.373 verschiedene Personen analysiert. Die Ausgaben betragen 923.432,30 Euro. Am häufigsten wurden in der Reihenfolge Wechseldrucksysteme, Sitzkissen, Luft-/ Sitzringe sowie Fersenschoner abgerechnet. Die Inanspruchnahme steigt unabhängig vom Geschlecht deutlich mit dem Alter an. Geschlechtsspezifische Unterschiede lassen sich nur in geringem Umfang erkennen.

Dekubitus: Ein „drückendes“ Problem

Das Wort Dekubitus leitet sich aus dem Lateinischen ab und kann als „sich niederlegen“ oder „darniederlegen“ übersetzt werden. Dekubitus – auch als Dekubitalulzera, Druckgeschwür oder umgangssprachlich als „Wundliegen“ bezeichnet – lässt sich definieren als umschriebene Schädigung der Haut und des tieferliegenden Gewebes, welche

Tabelle III.13 Stadieneinteilung des Dekubitus (nach EPUAP, 1999)

Grad 1	Umschriebene Hautrötung bei sonst intakter Haut, weitere Zeichen können Ödembildung oder lokale Überwärmung sein
Grad 2	Schädigung der obersten Hautschichten (Oberhaut und/oder Lederhaut), welche sich als Blasenbildung oder Hautabschürfungen darstellt
Grad 3	Hautdefekte von Oberhaut und Lederhaut einschließlich Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes, Schädigung ist von der Unterhautfaszie begrenzt
Grad 4	Haut- und Gewebedefekt und/oder Nekrose mit Tiefenwirkung, Muskeln, Knochen, Sehnen und Kapseln können angegriffen sein

durch Druck, Reibung oder Scherkräfte oder einer Kombination der genannten Faktoren entstanden ist (EPUAP, 1999). Zur Klassifikation nach Schweregraden (oft auch als Stadien oder in römischen Ziffern bezeichnet) existieren verschiedene Instrumente, am gebräuchlichsten ist die Unterteilung nach Ausdehnung der Wunde, welche auch vom European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) empfohlen wird (siehe Tabelle III.13). Ein Druckgeschwür ist also eine chronische Wunde, die verschiedene Ausmaße annehmen kann und oft einer langwierigen Behandlung bedarf. Die Ausprägungen können von Hautrötungen, die in der Regel nach mehrstündiger Entlastung verschwunden sind, bis zu größeren, tiefen, übelriechenden und schlecht heilenden Wunden unter Beteiligung der Knochen reichen. Ein Dekubitus ist damit ein gut sichtbares und objektivierbares Phänomen, lediglich beim Dekubitus ersten Grades und vor allem bei dunklem Hauttyp kann eine Einteilung schwierig sein.

Unter anderem wegen verschiedener Klassifikationen bzw. untersuchten Kollektiven und Einrichtungen können unterschiedliche Erhebungen zum Vorkommen des Dekubitus (der sog. Prävalenz) in ihren Ergebnissen variieren. Am besten erforscht ist die Dekubitushäufigkeit in Krankenhäusern und Pflegeheimen. Im ambulanten Sektor bzw. für Pflegebedürftige in häuslicher Umgebung liegen lediglich Schätzungen vor. Für Deutschland werden seit 2001 jährlich vom Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft an der Humboldt-Universität

Berlin Erhebungen durchgeführt. Dazu werden auf freiwilliger Basis deutschlandweit in Krankenhäusern und Pflegeheimen Patienten und Bewohner untersucht. Aus den Studien der Jahre 2002 und 2003 sind insgesamt Daten von 21.574 Personen verfügbar (Lahmann et al., 2006). Betrachtet man alle untersuchten Personen, lag die Dekubitusprävalenz im Krankenhaus bei 10,6% und im Pflegeheim bei 9,2%. In den Berliner Untersuchungen werden alle Teilnehmer zum Zwecke der besseren Vergleichbarkeit nach ihrer Dekubitusgefährdung unterteilt. Die Prävalenzen bei dekubitusgefährdeten Personen liegen im Krankenhaus (24,6%) fast doppelt so hoch wie in Pflegeheimen (13,9%). Dieser Trend bleibt auch erhalten, wenn man die oft schlecht abgrenzbaren Druckgeschwüre ersten Grades ausschließt (11,7% vs. 7,1%). Ein vergleichbares Bild liefert auch die Erhebung aus dem Jahr 2005, wobei die Prävalenzen leicht gesunken sind (Kottner et al., 2006). Grundsätzlich muss allerdings eine Einteilung in gefährdete und nicht gefährdete Personen kritisch betrachtet werden, da die hierzu verfügbaren Instrumente nur limitierte prognostische Fähigkeiten besitzen (Pancorbo-Hidalgo et al., 2006). In der Berliner Studie wiesen Krankenhauspatienten auf Intensivstationen, in der Geriatrie und der inneren Medizin die höchsten Prävalenzen auf (Kottner et al., 2006). Die Dekubitusprävalenz für Pflegebedürftige in häuslicher Umgebung, die durch Angehörige oder ambulante Dienste versorgt werden, wird auf etwa 20% geschätzt (Eberhardt et al., 2005).

Druckgeschwüre entstehen meist an Körperstellen über Knochenvorsprüngen mit wenig Unterhautfettgewebe. Von 172 in einer niederländischen Studie aufgetretenen Dekubitalulzera (Grad 2 oder schlimmer) fanden sich 51,7% im Bereich des Gesäßes bzw. Kreuzbeins und 26,7% an den Fersen. Ellenbogen (9,9%), Knöchel (3,5%), Hüfte (1,8%) und Schulter (0,6%) waren seltener betroffen (Schoonhoven et al., 2006). Vergleichbare Werte wurden auch für Deutschland ermittelt (Lahmann et al., 2006). Sowohl in Krankenhäusern (63,6%) wie auch in Pflegeheimen (53,6%) sind mehr als die Hälfte aller Druckulzera als ersten

Grades einzuordnen (Lahmann et al., 2006). Gerade in dieser frühen Phase des Entstehens (Grad 1 bzw. 2) sollten spezifische Interventionen ausgewählt werden, um eine Verschlimmerung zu vermeiden. Dies setzt eine Sensibilisierung des Betroffenen bzw. des medizinischen und pflegerischen Personals voraus. Besonders das Thema Dekubitus an der Ferse wurde bisher in der wissenschaftlichen Literatur vernachlässigt, obwohl ein hoher Anteil der schwerwiegenden Läsionen (Grad 3 und 4) an der Ferse auftreten (Schoonhoven et al., 2006) und Diabetiker offensichtlich häufiger davon betroffen sind als Nicht-Diabetiker (Nixon et al., 2006a). Durch Schmerzen beim Laufen kann die Bewegungsfähigkeit zusätzlich eingeschränkt werden, was zum längeren Verweilen in liegender und sitzender Position führen kann. Dadurch steigt die Gefährdung für weitere Dekubitalulzera an anderen Körperstellen. Für einen Cochrane Review, der sich ausschließlich mit der Behandlung des Dekubitus an den Fersen beschäftigt, liegt bereits ein Protokoll vor (Scanlon & Stubbs, 2005).

Als zentraler Risikofaktor für die Entstehung von Dekubitus kann reduzierte Mobilität bzw. Immobilität angesehen werden (Grey et al., 2006). Weiterhin werden Ernährungszustand, Begleiterkrankungen, Hautzustand und bei operierten Patienten verschiedene Aspekte der chirurgischen Behandlung mit einem erhöhten Dekubitusrisiko in Verbindung gebracht (Nixon et al., 2006a). Alter allein muss nicht unbedingt als Risikofaktor angesehen werden, allerdings treten im Alter vermehrt Krankheiten bzw. Einschränkungen auf, die mit einem erhöhten Dekubitusrisiko einhergehen (Grey et al., 2006). Inwiefern Inkontinenz ein Risikofaktor für das Entstehen von Dekubitus ist, konnte bisher noch nicht abschließend geklärt werden (Reuschenbach, 2006).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Dekubitus ein in Krankenhäusern, Pflegeheimen und bei Pflegebedürftigen in häuslicher Umgebung häufig anzutreffendes Problem ist. Dekubitus geht mit einer erhöhten Sterblichkeit und zusätzlichen Kosten für das Gesundheitssystem

einher. Prävention und frühzeitige Behandlung wurden auch in Deutschland in den letzten Jahren zunehmend thematisiert, u.a. unterstreicht der im Jahr 2002 erstmals publizierte Nationale Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ die Wichtigkeit des Themas (DNQP, 2004). Nicht umsonst wird die Dekubitusprävalenz oft als Indikator für die Pflegequalität angesehen. Allerdings muss hinzugefügt werden, dass sich auch bei bester Prophylaxe nicht jeder Dekubitus vermeiden lassen wird (Werdan, 2002).

Welche Hilfsmittel existieren und wie sind sie zu bewerten?

Für die Prävention und Therapie des Dekubitus sind im Laufe der Zeit zahlreiche Interventionen propagiert und angewendet worden. Sie reichen von „Eisen und Föhnen“, über die Behandlungen mit diversen Pasten, unterschiedliche Wundauflagen bis hin zur elektromagnetischen Therapie. Längst nicht alle Therapieverfahren wurden in klinischen Studien auf ihre Wirksamkeit überprüft. Für den Hilfsmittelbereich sieht die Situation ähnlich aus. Auch hier reicht die Reihe der angebotenen Produkte beispielsweise von gel- oder luftgefüllten Ringen, Schaffellen, Schaumstoffkissen bis hin zu High-Tech-Geräten wie Mikroglaskugelbetten. Diese Hilfsmittel sollen den Auflagedruck senken bzw. den Druck auf eine größere Fläche verteilen oder Scherkräfte reduzieren, das Mikroklima zwischen Patient und Hilfsmittel regulieren oder Eigenbewegungen fördern. Auch Kombinationen der genannten Wirkprinzipien sollen durch einige Produkte erreicht werden. Hilfsmittel gegen Dekubitus können sowohl in der Prävention als auch in der Therapie eingesetzt werden. Ihre Wirksamkeit kann nur durch randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) belegt werden. Der häufig gemessene Studienendpunkt „Auflagedruck“ kann allerdings lediglich als sog. Surrogatendpunkt angesehen werden und deckt oftmals nicht alle Produkteigenschaften des Hilfsmittels ab. Einzig von Relevanz für Wirksamkeitsstudien zur Prävention des Dekubitus ist

Abbildung III.6 Würfelsitzkissen



Foto: Norbert Kamps

die Anzahl Patienten, die tatsächlich einen Dekubitus entwickelt haben bzw. bei Studien zur Dekubitusbehandlung ein objektiver Parameter zur Wundheilung. Auflagedruck ist zwar ein schnell zu ermittelnder Parameter, der allerdings nicht unbedingt mit dem patientenrelevanten Endpunkt korreliert und deshalb in der Beurteilung des Nutzens keine Relevanz hat.

Grundsätzlich sind die meisten Studien zu Hilfsmitteln in Krankenhäusern oder Pflegeheimen durchgeführt worden, eine Übertragung der Ergebnisse auf die häusliche Pflege ist daher nicht immer uneingeschränkt möglich. Der Frage, welche Hilfsmittel einen Dekubitus verhindern können, wurde in einem Cochrane Review nachgegangen (Cullum et al., 2004). Eingeschlossen wurden ausschließlich RCTs, die das Neuaufreten von

Dekubitalulzera untersuchten. Der Nutzen von Wechseldruckmatratzen und -auflagen sowie Sitzkissen in der Prävention wurde von den Autoren als unklar eingestuft, hauptsächlich weil methodisch hochwertige Studien fehlen. Sitzkissen können mit Luft, Wasser oder Gel gefüllt sein oder aus Schaumstoffen und Kunststoffen bestehen und sollen bei längerem Sitzen, z.B. im Rollstuhl, den Auflagedruck und die Scherkräfte am Gesäß beeinflussen sowie zum Teil die Positionierung des Patienten verbessern bzw. erst ermöglichen (siehe Abbildung III.6). Drei Studien untersuchten verschiedene Sitzkissen, wobei die Ergebnisse inkonsistent waren und keine eindeutige Beurteilung zuließen. Lediglich für spezielle weiche Schaumstoffmatratzen (Weichlagerungsmatratzen) kamen die Autoren zu dem Schluss, dass diese im Vergleich zu Standardmatratzen bei Risikopatienten das Neuauftreten von Dekubitus um 60% senken können (Cullum et al., 2004). Eine kürzlich erschienene Studie bestätigte die Wirksamkeit dieser Weichlagerungsmatratzen in Kombination mit vierstündigem Lagern der Betroffenen zur Vermeidung höhergradiger Dekubitalulzera (Defloor et al., 2005). Auch nationale und internationale Leitlinien empfehlen, Personen mit Dekubitusrisiko nicht mit einer Standardmatratze sondern mindestens mit einer Weichlagerungsmatratze zu versorgen (Evidence.de, 2001; NCC-NSC, 2003; RNAO, 2005). Allerdings kann eine Weichlagerung, die das Einsinken des Betroffenen in das Hilfsmittel zur Folge hat, auch mit Nachteilen verbunden sein. So kann es zur Reduzierung der Eigenbewegung oder zu Störungen der eigenen Körperwahrnehmung kommen (Eberhardt et al., 2005). Zudem können sich verschiedene Produkte aus der Gruppe der Weichlagerungsmatratzen in ihren Material- und Produkteigenschaften erheblich unterscheiden.

Sowohl im „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“, (DNQP, 2004) wie auch in einer weiteren deutschen Leitlinie (Evidence.de, 2001), wird die Verwendung von Schaffellen als obsolet angesehen bzw. nicht mehr empfohlen. Diese Empfehlungen sollten allerdings überdacht werden. In der Übersichtsarbeit von Cullum et al. (2004)

wurde die Wiederholung einer vielversprechenden Studie zu Schaffellen bei ausschließlich orthopädischen Patienten mit einem größeren Studienkollektiv empfohlen. Dies ist mittlerweile mit ähnlichem Ergebnis an einem Allgemeinkrankenhaus geschehen, etwa 40 % weniger Personen erlitten im Vergleich zur üblichen Versorgung einen Dekubitus (Jolley et al., 2004). Methodische Mängel bestehen allerdings auch in dieser Arbeit. Trotzdem scheint nach der aktuellen Studienlage der Einsatz von Schaffellen in der Dekubitusprävention durchaus gerechtfertigt. Als Wirkprinzip wird angenommen, dass diese die Scherkräfte herabsetzen können. Allerdings ist Vorsicht geboten, da verschiedene synthetische und Naturfelle auf dem Markt verfügbar sind, die möglicherweise unterschiedlich wirken und bei der Anwendung von Schaffellen immer wieder auf die Verfilzungsgefahr hingewiesen wird (Eberhardt et al., 2005).

Nicht empfohlen wird der Einsatz von Lagerungsringen (z.B. mit Luft-, Gel- oder Wasserfüllung verfügbar), Wassermatratzen oder Watteverbänden (z.B. als Fersen- oder Ellenbogenschützer verfügbar), da es Hinweise gibt, dass diese zu einer erhöhten Dekubitusgefährdung führen können (DNQP, 2004; Evidence.de, 2001; Grey et al., 2006). Fersen- bzw. Ellenbogenschoner können zwar aus dem gleichen Material wie Felle sein, sind allerdings fest am Körper fixiert, wodurch eine scherkräftereduzierende Wirkung offensichtlich verloren geht. Neuere Produkte aus Schaumstoff, die auch als Positionierungshilfen verwendet werden, sind nicht mehr am Körper fixiert.

Wechseldrucksysteme werden elektrisch betrieben und bestehen aus Luftkammern, durch die in zeitlichen Abständen verschiedene Körperregionen be- und andere entlastet werden (siehe Abbildung III.7). Auch hier existieren diverse Ausführungen, die sich beispielsweise in der Anzahl der Kammern und deren Größe unterscheiden. Wechseldrucksysteme sind, wie auch Hilfsmittel zur Weichlagerung, als Matratze oder als Matratzenauflage erhältlich. Im Cochrane Review von Cullum

et al. (2004) schlussfolgern die Autoren allerdings, dass der relative Nutzen von Wechseldrucksystemen in der Dekubitusprävention unklar ist. Lediglich eine Studie verglich Wechseldrucksysteme mit Krankenhausmatratzen. In dieser Arbeit aus dem Jahr 1982 entwickelten 7 Patienten (von 166) mit einem Wechseldrucksystem im Vergleich zu 21 Patienten (von 161) der Kontrollgruppe einen Dekubitus (Andersen et al., 1982). Außerdem wurde noch eine Gruppe mit einer Wassermatratze untersucht. Allerdings werden wichtige methodische Details wie z.B. das Zuteilungsschema in der Publikation nicht angesprochen, weiterhin brachen von 600 Teilnehmern insgesamt 118 die Studie frühzeitig ab und wurden nicht ausgewertet. Zur Absicherung der Ergebnisse sollte eine ähnliche Studie unter strikteren methodischen Vorgaben nochmals durchgeführt werden. Weitere acht Untersuchungen verglichen Wechseldrucksysteme

Abbildung III.7 Wechseldruckmatratze



Foto: ADL

mit diversen Matratzen bzw. Auflagen und fanden zusammenfassend keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen, wobei nicht klar ist, ob die als Vergleichsgruppen gewählten Hilfsmittel überhaupt eine Wirksamkeit besitzen. Eine kürzlich publizierte Studie aus Großbritannien mit 1.972 Krankenhauspatienten untersuchte, ob die wesentlich teureren Wechseldruckmatratzen in der Dekubitusprävention einen Vorteil gegenüber den günstigeren Wechseldruckauflagen liefern (Nixon et al., 2006a und 2006b). Im Ergebnis entwickelten in beiden Gruppen vergleichbare Anteile an Patienten einen höhergradigen Dekubitus (10,3 % vs. 10,7 %). Lediglich in der Akzeptanz gab es Unterschiede. 23,3 % der Patienten mit Auflage wünschten eine Veränderung des Lagerungshilfsmittels, während dies in der Matratzengruppe 18,9 % waren. Wenn der Nutzen von Wechseldrucksystemen als unklar eingestuft wird und eine Studie zwei verschiedene Wechseldrucksysteme ohne adäquate Vergleichsgruppe (z.B. übliche Versorgung oder Weichlagerungsmatratze) untersucht, behandelt die Studie ein Thema mit fraglicher praktischer Relevanz. Eine Wirksamkeit der untersuchten Hilfsmittel zur Dekubitusprävention ist somit weder gegen „usual care“ noch gegen die bisher als wirksam etablierten Maßnahmen zuverlässig gezeigt worden. Methodisch ist nicht einmal die Schlussfolgerung der therapeutischen Äquivalenz zwischen Wechseldruckauflage und -matratze aus dieser Studie zulässig. Somit bleibt der Nutzen von Wechseldrucksystemen noch immer unklar. Trotz mangelnder Evidenz empfehlen nationale und internationale Leitlinien den Einsatz von Wechseldrucksystemen bei Risikopatienten (Evidence. de, 2001; NCC-NSC, 2003).

Für die Behandlung des Dekubitus stehen prinzipiell auch alle Hilfsmittel der Prävention zur Verfügung, allerdings können Ergebnisse aus Präventionsstudien nicht auf die Dekubitusbehandlung übertragen werden. Zur Dekubitusbehandlung steht noch weniger Wissen zur Verfügung, für die Literatursuche einer englischen Leitlinie konnten insgesamt nur 15 verwertbare Studien identifiziert werden (RCN, 2005). Abschließend

wurde festgehalten, dass keine Evidenz für die Überlegenheit eines bestimmten Lagerungshilfsmittels gegenüber einem anderen existiert. Auch fehlen klare Befunde für einen Vorteil in der Wundheilung im Vergleich zur Versorgung ohne Lagerungshilfsmittel (z.B. regelmäßige Druckentlastung durch Lagern des Betroffenen). Lediglich für sog. Air-Fluidised-Betten konnte auch in einer älteren Übersichtsarbeit ein möglicher Wirksamkeitsnachweis gefunden werden (Cullum et al., 2001). Bei Air-Fluidised-Betten, die im Deutschen als Mikrogaskugelbetten bekannt sind, werden sandkorngroße Keramikpartikel durch einen warmen Luftstrom verwirbelt. Der Betroffene wird so, lediglich getrennt durch ein Polyester-Laken, auf einem Luftstrom gelagert. Neben der hohen Geräuschentwicklung sind diese Betten allerdings sehr schwer und scheinen damit für die ambulante Versorgung nicht gut geeignet zu sein (RNAO, 2005). Trotz mangelnder Studienergebnisse empfiehlt die englische Leitlinie auf Basis professioneller Konsensentscheidung, dass Personen mit Dekubitus ersten oder zweiten Grades auf speziellen Weichlagerungssystemen und Personen mit Dekubitus dritten oder vierten Grades auf Wechseldrucksystemen oder anderen luftgefüllten Matratzen gelagert werden sollten (RCN, 2005).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Einsatz von Hilfsmitteln in der Behandlung und Dekubitusprävention nur ein Baustein des Gesamtkonzeptes sein kann. Trotz der Wichtigkeit des Themas existiert - vor allem im ambulanten Sektor - nur wenig gesichertes Wissen aus klinischen Studien zum Nutzen von Hilfsmitteln. Die zahlreichen verschiedenen Hilfsmittel erschweren die Auswahl eher, als dass sie diese erleichtern (Mackey, 2005). Auch ein hiesiger HTA-Bericht schlussfolgert, dass für Deutschland erheblicher Forschungsbedarf auf dem Handlungsfeld dieser Lagerungshilfsmittel und deren adäquater Auswahl besteht (Eberhardt et al., 2005). Spezielle weiche Schaumstoffmatratzen können im Vergleich zu Standardmatratzen bei Risikopatienten das Dekubitusrisiko senken, ihr Einsatz wird in diversen Leitlinien empfohlen.

Trotz unklarer Evidenz werden auch Wechseldrucksysteme in Leitlinien empfohlen. Für Schaffelle liegen positive Studienergebnisse vor, der Nutzen aller weiteren Hilfsmittel in der Dekubitusprävention muss als unklar eingestuft werden. Keine klaren Befunde aus klinischen Studien liegen für den Nutzen von Hilfsmitteln in der Dekubitusbehandlung vor, trotzdem wird der Einsatz verschiedener Lagerungshilfsmittel in Leitlinien empfohlen. Bisherige Empfehlungen, wann welche Hilfsmittel eingesetzt werden sollen, basieren aufgrund mangelnder Forschungsergebnisse hauptsächlich auf Konsensentscheidungen. Wichtig für die praktische Anwendung ist, bei allen Matratzen und Auflagesystemen auf das maximal sowie minimal zulässige Belastungsgewicht zu achten, da das Hilfsmittel sonst seine Wirkung verliert. Durch zu hohes Gewicht des Betroffenen kann es zum Durchsinken auf den Bettboden bzw. die Sitzfläche kommen. Wird die Grenze für das Minimalgewicht unterschritten, können z.B. Schaumstoffmatratzen für den Betroffenen zu hart sein. Weiterhin können sich verschiedene Produkte der selben Gruppe in ihren Materialeigenschaften unterscheiden.

Produktgruppe 11: Hilfsmittel gegen Dekubitus

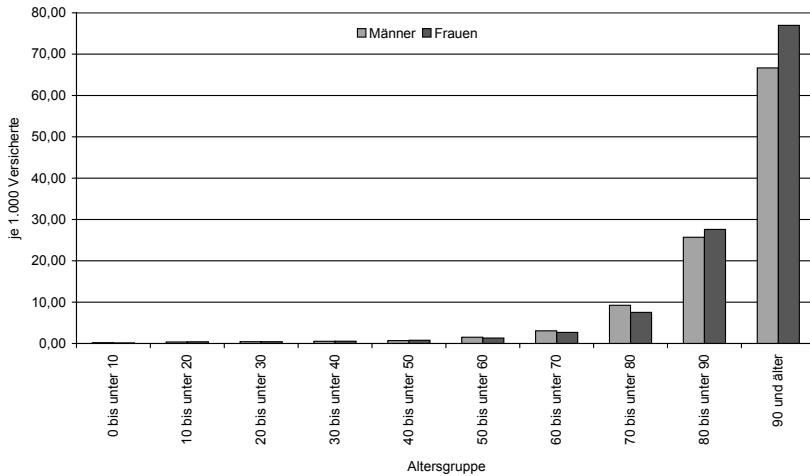
Die Produktgruppe (PG) 11 „Hilfsmittel gegen Dekubitus“ wurde im Dezember 2005 durch die Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnis komplett neu gestaltet. Die bisherige Gliederung nach den Anwendungsorten Fuß, Ellenbogen und Leib/Rumpf wurde zum 01.08.2006 aufgehoben und eine neue Unterscheidung nach Ganzkörper, Gesäß und Rücken eingeführt. Die weitere Gliederung nach Untergruppen erfolgt nach Produktarten und technischem Aufbau, wobei auch die Sondergrößenversorgung (z.B. bei Auflagen oder Matratzen) berücksichtigt wurde. Zur individuellen Risikoerfassung wurden zusätzlich Erhebungsbögen bereitgestellt. Aufgehoben wurde hingegen die bisher gängige Trennung nach Hilfsmitteln zur Prophylaxe sowie zur Be- und

Nachbehandlung (siehe Tab.29 im Anhang). Wegen der ebenfalls neuen Nummernsystematik wird auch die Verwendung der alten Hilfsmittelpositionsnummern nicht mehr möglich sein (Kamps, 2006). Für alle Hilfsmittel müssen zudem Ergebnisse von Produktprüfungen sowie Vermessungen vorgelegt werden. Dieser Prozess soll bis zum Ende des Jahres 2006 abgeschlossen sein.

Auch die Aufnahmebedingungen ins Hilfsmittelverzeichnis wurden verändert, allerdings auf Basis eines Kompromisses. So ist der therapeutische Nutzen eines Hilfsmittels gegen Dekubitus entweder vorzuweisen durch mindestens eine randomisierte kontrollierte Studie mit relevanten Endpunkten oder durch Unterlagen außerhalb von Studien, wie z.B. Meinungen anerkannter Experten, patho-physiologische Beobachtungen oder Berichte von Expertenkomitees. Zusätzlich sind hier Laboruntersuchungen vorzulegen, womit Scherkraftminderung, Druckentlastung und Mikroklima im Vergleich zu einer definierten Standardmatratze (bzw. Kissen) ermittelt und die Qualität des Produktes eingeschätzt werden soll. Nach den Methoden der evidenzbasierten Gesundheitsversorgung entspricht es jedoch einem völligen Widerspruch entweder Belege mit hoher Evidenz (randomisierte kontrollierte Studie) oder aber mit der niedrigsten Evidenz (Expertenmeinungen) vorlegen zu können. Aufgrund des notwendigen Aufwandes von Studien, wird diese Möglichkeit wahrscheinlich nur in der Theorie bestehen. In diesem Zusammenhang werden auch praktische und ethische Hindernisse bei der Durchführung solcher Studien diskutiert. Allerdings scheint es unverständlich, wenn Ethikkommissionen argumentieren, dass Patienten der Kontrollgruppe dann eine vermeintlich bessere Behandlung vorenthalten wird (BVMed, 2005). Unverständlich ist dies deswegen, weil nach der aktuellen Studienlage völlig unklar ist, ob diese „bessere“ Behandlung überhaupt Vorteile hat. Prominentes Beispiel, wo eine solche Argumentation letztendlich als Fehlschluss aufgedeckt wurde, ist die Hormontherapie für Frauen in den Wechseljahren.

Kosten für Hilfsmittel gegen Dekubitus sollten von den Krankenkassen übernommen werden, wobei die Praxis aber zeigt, dass auch Pflegekassen solche Hilfsmittel finanzieren. Die von den Krankenkassen getragenen Hilfsmittel bedürfen einer ärztlichen Verordnung, von den Pflegekassen finanzierte Hilfsmittel werden lediglich beantragt. Über die uns vorliegenden Daten ist eine Unterscheidung allerdings nicht möglich, da die GEK Träger beider Versicherungszweige ist. Weiterhin ist eine Unterscheidung zwischen dem Leistungsanspruch von Pflegeheimbewohnern und in der eigenen Wohnung lebenden Personen zu machen, hierfür existiert ein Abgrenzungskatalog (GKV – Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen, 2003). Allerdings wird dieser nach der Fortschreibung der PG 11 Änderungen bedürfen, da die bisherige Trennung der Finanzierung nach Prophylaxe und Therapie erfolgte, diese allerdings in der neuen PG 11 aufgelöst wurde. Zusätzlich tauchen in den Verordnungsdaten die Hilfsmittel nicht auf, die im Rahmen der Selbstversorgung erworben wurden, dies kann z.B. bei günstigen Positionen wie Schaffellen oder Fersenschonern der Fall sein. Außerdem fehlen in den Verordnungsdaten sowie in den stichprobenartig überprüften Rezepten Angaben zum Entstehungsort bzw. Stadium des Dekubitus und damit, ob Hilfsmittel als präventive oder therapeutische Maßnahme eingesetzt wurden. Diese Daten sollten eigentlich auf dem Rezept vermerkt sein (BVMed, 2006), die praktische Umsetzung deutet allerdings auf Qualitätsdefizite beim Ausfüllen der Verordnungen hin (siehe Kapitel III.3).

Abbildung III.8 Versorgungsprävalenz mit Hilfsmitteln gegen Dekubitus im Jahr 2005, unterteilt nach Alter und Geschlecht



Analyse der GEK-Daten

Für die Auswertungen wurden alle im Jahr 2005 von Apotheken und sonstigen Leistungserbringern zu Lasten der GEK abgerechneten Hilfsmittel gegen Dekubitus berücksichtigt. In den folgenden Analysen wird von Positionen gesprochen. Eine Position entspricht dem genannten Produkt. Insgesamt wurden 2.970 Positionen mit Hilfsmitteln gegen Dekubitus ausgewertet. Die überwiegende Anzahl ($n=2.619$; 88,2%) wurde auch im Jahr 2005 rezeptiert oder beantragt, der restliche Anteil ($n=309$; 10,4%) bezog sich fast ausschließlich auf das vierte Quartal 2004. Allerdings wurden auch vereinzelt noch Positionen aus den Jahren 2001 ($n=3$) oder 2003 ($n=4$) abgerechnet. Diese Hilfsmittel entfallen auf 2.373 Leistungsversicherte, von denen allerdings 1.930 Personen (81,3%) lediglich eine Position erhielten. Diese geringe Konzentration erscheint logisch, da Hilfsmittel gegen Dekubitus nicht, wie

beispielsweise Verbandsmaterialien oder Medikamente, zum Verbrauch bestimmt sind. Betrachtet man die Altersverteilung, waren die Personen mit Inanspruchnahme durchschnittlich 63,7 Jahre alt, wobei 50% der Betroffenen 68 Jahre und älter waren. Die jüngste Person, die ein Hilfsmittel gegen Dekubitus erhielt, war ein Jahr und die älteste 102 Jahre alt. Trennt man diese Auswertungen nach Geschlecht, wird deutlich, dass Männer mit durchschnittlich 62,7 Jahren etwa zwei Jahre jünger sind als Frauen (Durchschnitt: 65,0 Jahre). Dementsprechend ist auch ein etwas größerer Anteil der Männer (44,6%) jünger als 65 Jahre (Frauen: 41,9%). Insgesamt waren 1.294 (54,5%) aller Leistungsversicherten männlich und 1.079 (45,5%) weiblich. An dieser Stelle muss jedoch berücksichtigt werden, dass in der GEK mehr Männer als Frauen versichert sind. Berechnet man für Männer und Frauen getrennte Versorgungsprävalenzen je 1.000 Versicherte zeigt sich, dass sich lediglich in der höchsten Altersgruppe Unterschiede zwischen beiden Geschlechtern finden lassen. An unter 50-jährige werden unabhängig vom Geschlecht nur selten Hilfsmittel gegen Dekubitus verordnet. Für Männer wie Frauen steigt die Inanspruchnahme erwartungsgemäß mit zunehmendem Alter an (bei Männern von 1,5 auf 66,7 je 1.000 und bei Frauen von 1,3 auf 77,0 je 1.000 im Vergleich der 50-59-jährigen mit den 90- bis 99-jährigen). Dies lässt sich sehr gut an Abbildung 1 erkennen und ist mit den Auswertungen der selben Produktgruppe aus dem Jahr 2004 vergleichbar (siehe Hoffmann et al., 2006).

Betrachtet man die abgerechneten Produkte, entfallen mehr als ein Viertel der Positionen (27,4%) sowie mehr als die Hälfte der Ausgaben (52,2%) auf Wechseldrucksysteme (siehe Tabelle III.14). Als Wechseldrucksysteme wurden sowohl Auflagen als auch Matratzen zusammengefasst, der gleichen Systematik folgte auch die Zuordnung zu Weichpolstersystemen. Auf den folgenden Rängen (nach Anzahl) sind verschiedene gel-, wasser- oder luftgefüllte Sitzkissen (17,0%), Luft- bzw. Sitzringe (10,3%) sowie Fersenschoner (5,8%) zu finden.

Tabelle III.14 Versorgung mit Antidekubitusprodukten, Unterteilung nach Produkten und Ausgaben

Produkt	Anzahl der Verordnungen (in %)	Ausgaben in € (in %)	Durchschnittlicher Preis in €
Wechseldrucksysteme	813 (27,4)	481.815,58 (52,2)	592,64
Sitzkissen	504 (17,0)	111.451,94 (12,1)	221,13
Luft-/ Sitzringe	307 (10,3)	18.069,94 (2,0)	58,86
Fersenschoner	171 (5,8)	4.484,29 (0,5)	26,22
Schaum-/ Weichpolstersitzkissen	150 (5,1)	22.071,12 (2,4)	147,14
sonstige Matratzen	139 (4,7)	75.329,35 (8,2)	541,94
Weichpolstersystem	128 (4,3)	54.774,21 (5,9)	427,92
Fellauflagen	103 (3,5)	12.079,77 (1,3)	117,28
Trocken-Flotationskissen	53 (1,8)	20.476,24 (2,2)	386,34
Ellenbogenschoner	18 (0,6)	698,62 (0,1)	38,81
sonstige Hilfsmittel	69 (2,3)	39.141,79 (4,2)	567,27
nicht näher bezeichnet	515 (17,3)	83.039,45 (9,0)	161,24
Gesamt	2.970 (100,0)	923.432,30 (100,0)	310,92

Weichauflagen bzw. Matratzen machten unter 5% aller Positionen aus. Bezogen auf die jeweils abgegebenen Produkte unterscheiden sich die prozentualen Verteilungen zwischen Männern und Frauen nicht. Als „sonstige Hilfsmittel“, welche 2,3% entsprachen, wurden Positionen zusammengefasst, zu denen zwar eine Produktbezeichnung vorlag, aber nicht eindeutig ein bestimmtes Hilfsmittel zugeordnet werden konnte. Zudem fielen in die Kategorie Produkte mit weniger als 5 Nennungen, bei denen nicht recherchiert wurde, um welche Produktgruppen es sich handelt. Manche Leistungsbezeichnungen enthielten klare Angaben (wie z.B. „Wechseldruckmatratzen“ oder „Luftringe“) während andere lediglich den Namen des abgegebenen Produktes enthalten (wie z.B. „AKS Maxiplot Nr. 4001/4002“ oder „Russka System 2500“). Insgesamt ist die Qualität der Codierung von Leistungsbezeichnungen als sehr heterogen zu bezeichnen. Ein großer Anteil (17,3%) konnte über diese Bezeichnung keinem eindeutigen Produkt oder einer Produktgruppe

Tabelle III.15 Leistungsbezeichnungen in Abhängigkeit vom Leistungserbringern

Art des Leistungserbringers	Verordnungen mit Leistungsbezeichnung (Anteil in %)	Produkt nicht näher bezeichnet (Anteil in %)
Orthopädiemechaniker, Bandagisten	1.846 (80,4)	449 (19,6)
Sonstige Erbringer von Leistungen i.S. des SGB	444 (91,0)	44 (9,0)
Apotheken	131 (94,2)	8 (5,8)
Orthopädieschuhmacher, Orthopäden	34 (73,9)	12 (26,1)
Rehabilitationsstätten, Pflegeheime, Sozialstationen	0 (0,0)	1 (100,0)
Perückenmacher (Friseur)	0 (0,0)	1 (100,0)
Gesamt	2.455 (82,7)	515 (17,3)

zugeordnet werden, da diese Positionen häufig nur als „Hilfsmittel gegen Dekubitus“ abgerechnet werden. Dies ist ähnlich zu den Auswertungen des letzten Jahres. Unterteilt man, bei welchen Leistungserbringern in den Abrechnungsdaten wie häufig Produkte näher bezeichnet bzw. nicht näher bezeichnet sind, ergibt sich das in Tabelle III.14 sichtbare Bild. Bei 94,2% der in Apotheken abgegebenen Hilfsmittel gegen Dekubitus liegt demnach eine Leistungsbezeichnung vor, während das bei Orthopädieschuhmachern, Orthopäden in knapp 74 % der Verordnungen der Fall ist.

Insgesamt machen im Abrechnungsjahr 2005 Hilfsmittel gegen Dekubitus 923.432,30 Euro aus. Die mit durchschnittlich knapp 600 Euro teuersten Produkte sind Wechseldrucksysteme. Dies entspricht allerdings nicht dem Neuanschaffungspreis, häufig werden solche Hilfsmittel lediglich ausgeliehen.

Erwartungsgemäß werden 77,3% der Hilfsmittel gegen Dekubitus von Orthopädiemechanikern und Bandagisten abgegeben (siehe Tabelle III.15). Das sind die Berufsgruppen, die in der Regel ein Sanitätshaus betreiben. Apotheken rechnen noch 4,7 % ab, der Anteil sonstiger Erbringer im Sinne des SGB scheint mit 16,4 % noch relativ hoch. Diese Ergebnisse sind nahezu deckungsgleich mit den Auswertungen des Vorjahres.

Tabelle III.16 Leistungserbringer, die Hilfsmittel gegen Dekubitus abgeben

Art des Leistungserbringers	Anzahl abgegebener Verordnungen (Anteil in %)
Orthopädiemechaniker, Bandagisten	2.295 (77,3)
Sonstige Erbringer von Leistungen i.S. des SGB	488 (16,4)
Apotheken	139 (4,7)
Orthopädienschuhmacher, Orthopäden	46 (1,5)
Rehabilitationsstätten, Pflegeheime, Sozialstationen	1 (0,0)
Perückenmacher (Friseure)	1 (0,0)
Gesamt	2.970 (100,0)

Fazit

Hilfsmittel gegen Dekubitus werden hauptsächlich von älteren Menschen in Anspruch genommen. Dies war auf Basis der Datenlage zu Dekubitus zu erwarten. Allerdings ist wenig bekannt zur Dekubitusentstehung bzw. Prävalenz im ambulanten Bereich, die meisten Untersuchungen fanden in Krankenhäusern oder Pflegeheimen statt. Auffällige Unterschiede im Vergleich zu den Auswertungen des letzten Jahres ließen sich nicht finden. Die am häufigsten abgerechneten Wechseldrucksysteme werden zwar in Leitlinien empfohlen, allerdings ist die Studienlage unzureichend. Auffällig sind die an dritter bzw. vierter Stelle folgenden Luftringe bzw. Fersenschoner, beides Hilfsmittel, die nicht mehr empfohlen werden und die auch in der Neufassung der PG 11 im Hilfsmittelverzeichnis keine Berücksichtigung mehr finden. Weichlagerungssysteme, für die zumindest in der Prävention ein Nutzen als nachgewiesen gilt, machten nur 4,3% der Verordnungen aus. Insgesamt zeigen die Analysen der Verordnungspraxis, auch wenn uns keine Informationen zu Dekubitusstadien, Erfolg der Behandlung oder weiteren patientenbezogenen Daten zugänglich sind, dass bei der Prophylaxe und Behandlung von Dekubitus Optimierungsbedarf besteht. Dies unterstreicht auch eine Befragung von Pflegekräften und niedergelassenen Hausärzten in Hamburg. Bei beiden

Berufsgruppen nennen 29% im Bereich der Hilfsmittel einen Ansatzpunkt zur Verbesserung der Versorgungsqualität bei Dekubitus (Krause et al., 2004). In der Weiterbildung sahen 36% der Pflegekräfte und 24% der Hausärzte einen möglichen Ansatzpunkt.

Gerade in einer alternden Gesellschaft wird das Phänomen des Dekubitus eine zunehmende Rolle spielen. Dies unterstreicht die Notwendigkeit nach mehr gesichertem Wissen aus Studien sowie einer Umsetzung der besten verfügbaren Evidenz in die Praxis. In der ambulanten Versorgung sollte deshalb die Auswahl geeigneter Hilfsmittel aber auch anderer therapeutischer Maßnahmen als eine interdisziplinäre Aufgabe zwischen Ärzten, Pflegekräften und Leistungserbringern gesehen werden. Behandlung und Prävention sollten jedoch nicht erst begonnen werden, wenn bereits ein Dekubitus vorliegt. Bei der Auswahl der Interventionen sollten zudem die individuellen Gegebenheiten des Patienten berücksichtigt werden.

5. Heil- und Hilfsmittel-Versorgung von Versicherten mit "diabetischem Fuß"

Ernst Chantelau

Im Jahr 2005 ist die Anzahl der Diabetiker in der GEK zum Vorjahr um 10,2% gestiegen; die Anzahl der Diabetiker, die Hilfsmittel aus der Produktgruppe 31 „Schuhe“ (PG 31) erhielten, weist eine Steigerung von 12,8% auf. Die Ausgaben für diese Hilfsmittel haben um 11,1% gegenüber 2004 auf 1,2 Mio. Euro zugenommen. Die Anzahl der Nichtdiabetiker in der GEK stieg dagegen nur um 5,6% , die Anzahl der Nichtdiabetiker mit Leistungen der PG 31 hat nur um 0,2% zugenommen, und Ausgaben für diese Leistungen haben um 2,5% gegenüber 2004 auf 4.784.516 Euro abgenommen. Die Anzahl der Diabetiker, die podologische Behandlung als Heilmittel erhielten, hat sich gegenüber 2004 nahezu verdoppelt, hat aber immer noch nicht das medizinisch erwünschte Niveau von ca. 5% erreicht. Auswirkungen dieser Veränderungen im Heil- und Hilfsmittelbereich auf den Bedarf an stationärer und ambulanter ärztlicher Behandlung wegen Fußschäden ließen sich nicht erkennen.

5.1 Vorbemerkung

Der „diabetische Fuß“ ist ein Krankheitsbild, bei dem es aufgrund von Nervenstörungen und/oder Durchblutungsstörungen am Fuß zu Verletzungen der Haut (und seltener zu Knochenverletzungen) kommt, die kaum oder ganz schmerzlos sind und deswegen nicht rechtzeitig bemerkt und behandelt werden. Die Folge sind erhebliche Geschwürbildungen, Knochen- und Gelenkerstörungen, die einen grossen Aufwand an ambulanter und stationärer Behandlung, gegebenenfalls auch Amputationen erfordern. Zur Vorbeugung derartiger Gewebs- und

Knochenzerstörungen werden als Heil- und Hilfsmittel die podologische Behandlung sowie spezielles Schuhwerk eingesetzt. Schätzungsweise jede 2. Amputation wegen „diabetischem Fuß“ wäre durch geeignete Vorbeugungs- oder Behandlungsmaßnahmen zu vermeiden (Deutsche Diabetes-Gesellschaft, 2004).

In Deutschland werden bei etwa 28.000 von den ca. 5 Millionen Menschen mit Diabetes jährlich Amputationen ausgeführt, ca. 14.000 „kleine“ Amputationen von Zehen und Teilen des Fußes und ca. 14.000 „große“ Amputationen des gesamten Fußes oberhalb des Knöchels. Bei Diabetikern beträgt die Inzidenz aller Amputationen ca. 0,38 % pro Jahr (die der Amputationen oberhalb des Knöchels ca. 0,24 %). Fußgeschwüre plus Gangrän zusammengefasst bestehen bei etwa 1,8 % aller Diabetes-Patienten, d.h. nur weniger als 2 % aller Diabetes-Patienten in Deutschland sind Hochrisikopatienten mit großem Amputationsrisiko. Demgegenüber müssen ca. 15 % aller Diabetes-Patienten aufgrund von Nervenstörungen (Polyneuropathie) und 3 bis 7 % aufgrund von arteriellen Durchblutungsstörungen der Füße zumindest als Risikopatienten für Fußamputationen gelten (Chantelau, 2003). Diabetiker mit einem Risiko für Fußkomplikationen leiden zumeist an Typ-2 Diabetes mellitus und sind älter als 60 Jahre.

5.2 Datenbasis

Die Datenanalyse basiert auf den Zahlen aller GEK-Versicherten einschließlich der Diabetiker. Die Diabetiker unter den Versicherten wurden aufgrund der Diabetes-bezogenen Medikation (Insulin, orale Antidiabetika, codiert A10) identifiziert; es handelt sich also um die medikamentös-therapierten Diabetiker. Die Gruppe der nichtmedikamentös-therapierten Diabetiker, die nur für das Jahr 2004 zu ermitteln war, umfasst ebenfalls ca. 45.000 Versicherte, wurde aber bei den beabsichtigten Vergleichsanalysen der Jahre 2004 und 2005 nicht berücksichtigt.

Nicht-medikamentös behandelte Diabetiker sind zumeist erst sehr milde erkrankt, Nerven- und Durchblutungsstörungen aufgrund des Diabetes sind bei ihnen noch nicht zu erwarten. Die nicht-medikamentös behandelten Diabetiker wurden deswegen der Gruppe der Nichtdiabetiker zugerechnet. Eine Unterscheidung der Diabetiker nach dem Diabetes-Typ (Typ-1/Typ-2 Diabetes) war aufgrund des vorliegenden Datenmaterials nicht möglich. In Deutschland sind weniger als 5 % aller Diabetiker an Typ-1 Diabetes erkrankt, d.h. primär insulinpflichtig, und mehr als 95 % aller Diabetiker leiden an Typ-2 Diabetes (zunächst rein diätetisch behandelbar, dann mit oralen Antidiabetika (Tabletten), schließlich muss ein Teil dieser Patienten auf Insulin eingestellt werden, um die Krankheit zu behandeln) (Chantelau & Abholz, 2001a/2001b). Für die nachstehende Analyse wurde also nicht zwischen Typ-1 und Typ-2 Diabetes unterschieden.

Die Analyse basiert auf Angaben der GEK zu Verordnungen und Abrechnungen bezüglich Leistungen der PG 31, „Schuhe“ (Hilfsmittelverzeichnis, 1997). Die PG 31 verzeichnet Leistungen nach Abrechnungspositionennummern. Die Abrechnungspositionennummer, kurz APNr., bestimmt die Art des abgegebenen Hilfsmittels nach dem Hilfsmittelverzeichnis. Innerhalb der PG 31 werden an die 800 verschiedene Leistungsbezeichnungen geführt, die von handwerklichen Einzelarbeiten, wie z.B. spezifische Änderungen an Absatz und Sohle, über Kombinationen von Einzelleistungen (z.B. Polsterarbeiten am Schuh), bis zum kompletten Produkt (z.B. orthopädischen Schuh nach Maß) reichen. Die Auswertung dieser Leistungen ist wegen der Unübersichtlichkeit der Kombinationsmöglichkeiten einzelner Leistungen nur sehr eingeschränkt möglich. So gibt es z.B. über 20 unterschiedliche Leistungsbezeichnungen für die Abrechnungspositionennummer 31.03.01.0001 – orthopädischer Maßschuh. Außerdem werden nicht in der PG 31 verzeichnete APNr. (sogenannte Pseudo-APNr.) für undefinierte Leistungen abgerechnet, was eine gezielte Auswertung zusätzlich erschwert.

In die Analyse einbezogen wurden zudem Verordnungen und Abrechnungen von Leistungen der podologischen Behandlung, eines nur für Diabetiker verordnungsfähigen Heilmittels.

Leistungen der PG 31 und der podologischen Leistungen dürften sich im Bedarf anderer Hilfsmittel niederschlagen, die im Zusammenhang mit Fußschäden zur Anwendung kommen können, z.B. bei Orthesen und Schienen (Produktgruppe 23) oder Prothesen (Produktgruppe 24). Obwohl in diesen Produktgruppen durchaus nicht nur Produkte für die Versorgung von Fußschäden gelistet sind (z.B. Beinprothesen), sondern z.B. auch Brust-Prothesen, wurden sie in der nachfolgenden Analyse kurz mit erwähnt.

Schließlich sind noch Fußerkkrankungen mit in die Auswertung einbezogen worden, da die Leistungen sowohl der PG 31 wie auch der podologischen Behandlung bei Fußerkkrankungen zur therapeutischen Anwendung kommen und sich positiv auswirken sollen.

Für die Auswertung der Fußerkkrankungen stehen nur ICD-Diagnosen zur Verfügung, die bei Krankenhausaufenthalten festgestellt wurden. Hier stellt sich das Problem, dass es keine einheitliche Diagnose-Kodierung für Fußerkkrankungen gibt, sondern eine Vielzahl von möglichen Kodierungen in die Analyse einbezogen wurden. Folgende ICD-Diagnosen (nach dem ICD-10 Schlüssel), die wegen Fußerkkrankungen bei stationärer Behandlung sowohl von Diabetikern wie auch von Nichtdiabetikern zur Anwendung kommen könnten, wurden zur ICD-Nummerngruppe „Fuß-Diagnosen“ zusammengefasst:

- E10.5 = Typ-1 Diabetes mit vaskulären Komplikationen
- E10.7 = Typ-1 Diabetes mit multiplen Komplikationen
- E11.5 = Typ-2 Diabetes mit vaskulären Komplikationen
- E11.7 = Typ-2 Diabetes mit multiplen Komplikationen
- E 14.5 = nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus mit vaskulären Komplikationen
- I 70.2 = Atherosklerose der Extremitäten einschließlich Gangrän
- I 73.9 = generalisierte oder nicht näher bezeichnete Atherosklerose
- I 79.2 = periphere Angiopathie
- L 03.0 = Phlegmone der Zehen
- L 89 = Dekubitalgeschwür
- L 98.8 = nicht näher bezeichnete Krankheiten der Haut
- L 98.9 = nicht näher bezeichnete Krankheiten der Unterhaut
- M 86 = Osteomyelitis
- R 02 = Gangrän
- S 91.0 = offene Wunde
- S 91.1 = offene Wunde am Knöchel
- S 91.2 = offene Wunde am Fuß
- S 91.3 = offene Wunde an Zehen
- Z 46.7 = Anpassung einer Prothese
- Z 89.5 = Verlust des Beines bis zum Knie
- Z 89.6 = Verlust des Beines oberhalb des Knies

Diese Gruppe von ICD-Nummern ist zwar kaum präzise, eine andere Darstellung eines Zusammenhangs von stationärer Behandlung und Fußkomplikationen ist aber aus dem lediglich zu Abrechnungszwecken erhobenen GEK-Datenmaterial nicht möglich.

5.3 Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt im ersten Abschnitt für die Gesamtheit der Versicherten, im zweiten Teil werden die Ergebnisse differenziert nach Versicherten mit und ohne Diabetes dargestellt.

Demografische Aspekte: Veränderungen 2005 im Vergleich zu 2004

In die Analyse einbezogen wurden alle Versicherten, die in den Jahren 2004 und 2005 mindestens einen Tag bei der GEK versichert waren (siehe Tabelle III.17). Der Anteil der Diabetiker an der Gesamtzahl aller Versicherten lag 2003 bei 2,7% (Schick Tanz, 2004), 2004 bei 2,9%, und 2005 bei 3%. Die Anzahl der versicherten Diabetiker hat von 2004 zu 2005 um 4.348 (bzw. 10,2%) zugenommen (siehe Tabelle III.17). Die meisten Bezieher von Leistungen der PG 31 waren älter als 30 Jahre; bei den Diabetikern waren die meisten Leistungsempfänger zwischen 60 und 90 Jahre alt. Bei den Nichtdiabetikern waren es vor allem die 30 bis 60 Jahre alten Versicherten, die eine Leistung aus der PG 31 erhalten haben (siehe Tab.30 im Anhang). An dieser Altersverteilung änderte sich 2005 im Vergleich zu 2004 nur wenig; hervorzuheben wäre, dass 2005 in allen Altersgruppen die Zahl der Diabetiker unter den Leistungsempfängern zugenommen hat, während bei den Nichtdiabetikern nur in vier Altersgruppen eine leichte Zunahme der Anzahl der Leistungsempfänger verzeichnet wurde.

Tabelle III.17 Grundgesamtheit

	2004	2005	Veränderung in %
Versicherte gesamt	1.470.020	1.554.578	+5,75
Versicherte Diabetiker	42.419	46.767	+10,25
Versicherte Nichtdiabetiker	1.427.601	1.507.811	+5,62

Bei den Empfängern von podologischen Leistungen wurden nur die Diabetiker ausgewertet, da diese Behandlung gemäß den Vorschriften der Kassenärztlichen Bundesvereinigung den Diabetikern vorbehalten ist (obwohl auch einigen Nichtdiabetikern podologische Behandlung verordnet worden war, siehe unten). Hier war die Altersverteilung identisch mit der von Diabetikern, die Leistungen der PG 31 bezogen: die meisten waren zwischen 50 und 80 Jahre alt (siehe Tab.31 im Anhang).

Leistungen der PG 31 : Veränderungen in 2005 gegenüber 2004

Die Zahl der Leistungsempfänger hat sich insgesamt um 1,6% von 21.894 auf 22.194 Versicherte erhöht. Die Veränderungen waren bei Diabetikern und Nichtdiabetikern unterschiedlich: Bei den Diabetikern hat die Zahl der Leistungsempfänger um 12,8% zugenommen: in 2004 erhielten 1.972 Versicherte mit Diabetes (4,65% aller Diabetiker) Leistungen der PG 31, in 2005 waren dies 2.225 Versicherte mit Diabetes (4,8% aller Diabetiker). Bei den Nichtdiabetikern blieb die Zahl der Leistungsempfänger dagegen annähernd gleich mit 19.922 in 2004 und 19.969 in 2005 (Zunahme um 0,2%), auch in Relation zur Gesamtzahl der versicherten Nichtdiabetiker (in 2004 wie in 2005 waren es 1,4% bzw. 1,3% (siehe Tabelle III.18).

Die Zahl der Verordnung von Leistungen der PG 31 hat von 56.406 in 2004 auf 56.457 in 2005 um ca. 0,1% zugenommen. Die Kosten der Leistungen der PG 31 haben um ca. 0,1% abgenommen, von 5.989.381 Euro auf 5.985.799 Euro. Die durchschnittlichen Ausgaben für Leistungen der PG 31 pro Leistungsverordnung sind nahezu gleich geblieben, während die Ausgaben pro Leistungsempfänger ebenso wie die Ausgaben pro 100 Versicherte minimal gesunken sind. Die Ausgaben pro 100 Versicherte sind von 430,46 Euro (in 2003) auf 388,97 Euro (in 2004) und 378,67 Euro (in 2005) gesunken.

Tabelle III.18 Anzahl der Versicherten

	Anzahl Versicherte in 2005	Änderung in %
Versicherte mit Diabetes	46.767	10,3
davon Leistungen der PG 31	2.225	12,8
davon Leistungen der Podologie	1.223	93,8
davon stat.Aufenthalt wegen Fußdiagnose	1.109	9,8
Versicherte ohne Diabetes	1.507.811	5,6
davon Leistungen der PG 31	19.969	0,2
davon Leistungen der Podologie	107	132,6
davon stat.Aufenthalt wegen Fußdiagnose	1.386	7,6

Zwischen Diabetikern und Nichtdiabetikern bestehen gravierende Unterschiede in Bezug auf die Versorgung mit Leistungen der PG 31 (siehe Tabelle III.18). Der größte Teil der Leistungen der PG 31 entfiel auf die Nichtdiabetiker: in 2004 waren es 79,9%, und in 2005 waren es 82% aller Leistungen der PG 31. Der kleinere Teil der Leistungen entfiel auf die Diabetiker; dieser Teil stieg in 2005 parallel zur Zunahme der Versicherten mit Diabetes an. So wurden 2005 bei den Diabetikern Leistungen in Höhe von 1.201.284 Euro (+11,1% gegenüber 2004) abgerechnet, verglichen mit 4.784.518 Euro bei den Nichtdiabetikern (-2,5% gegenüber 2004). Die Zunahme von nichtdiabetischen Versicherten zu 2005 wirkte sich offenbar nicht unmittelbar auf die Leistungen der PG 31 aus, während die 10,2%ige Zunahme der Anzahl diabetischer Versicherter voll auf die Leistungen der PG 31 durchschlug (Erhöhung der Ausgaben um 11,1%).

Der größte Einzelposten für Ausgaben waren die „sonstigen Leistungen“, gefolgt von den Ausgaben für orthopädische Maßschuhe und für diabetes-adaptierte Fußbettungen, und zwar bei Diabetikern wie Nichtdiabetikern.

Sonstige Leistungen der PG 31

Für welche Leistungen der PG 31 mussten von der GEK Gelder ausgegeben werden? In etwa 45 bis 75% der gesamten Ausgaben für Leistungen der PG 31 können diese aufgrund des vorliegenden Datenmaterials bezüglich Indikationsstellung, Ausführung und Effizienz nicht näher spezifiziert und daher auch nicht ausgewertet werden. Für diese, hier als „sonstige Leistungen der PG 31“ (siehe Tabelle III.19) angesprochenen Leistungen, wird das meiste Geld ausgegeben, erst an zweiter Stelle folgen die Ausgaben für orthopädische Maßschuhe. Die „sonstigen Leistungen“ setzen sich aus den ca. 800 APNr. des Leistungskatalogs der PG 31 und aus Kombinationen von Einzelleistungen zusammen, sie lassen sich aus dem verfügbaren Datenmaterial für den einzelnen Versicherten nicht nachvollziehen und bleiben daher bei den nachfolgenden Auswertungen außer Betracht. Unter „sonstige Leistungen der PG 31“ wurden auch die APNr. gewertet, die mit der GEK abgerechnet worden sind, obwohl sie in der PG 31 gar nicht verzeichnet sind (Pseudo-APNr.). Besonders hinderlich erweist sich dieses Manko im Fall der industriell hergestellten „Diabetiker-Spezialschuhe“, die – obwohl preiswert und qualitätsgeprüft – keine eigene APNr. in der PG 31 haben; sie können daher leider nicht exakt ausgewertet werden (siehe unten, Absatz Diabetiker-Spezialschuhe).

Orthopädische Maßschuhe

Orthopädische Maßschuhe sind laut PG 31 bei 17 Krankheitsbildern, Form- oder Funktionsveränderungen indiziert (GKV-Hilfsmittelverzeichnis, 1997). Für Diabetiker relevant ist die Indikation Nr. 15: „Grobe, funktionelle Veränderungen der Fußform oder der Sensibilität und Durchblutung des Fußes, die zu Belastungsstörungen führt und neben der Bettung auch der Abrollung bedarf, wie z.B. nach Lähmungen im Wachstumsalter oder nach längerem Diabetes mellitus, wenn Konfektionsschuhe mit Bettungseinlagen oder konfektionierte Spezialschuhe nicht ausreichen.“ (GKV-

Hilfsmittelverzeichnis, 1997). Berücksichtigt wurden ausschließlich die APNr. für orthopädische Maßschuhe (Straßen-, Haus-, Bade- und Sportschuhe, APNr. 31.03.01.0001, 31.03.01.1000, 31.03.01.2000 und 31.03.01.3000), obwohl andere APNr. möglicherweise auch diese Leistung beinhalteten. Die Ausgaben belaufen sich auf ca. 700 Euro pro abgerechneter APNr.

In 2004 wurden insgesamt 2.291 Verordnungen zum Preis von 1.587.483 Euro abgerechnet, darunter 535 Verordnungen zum Preis von 372.813 Euro bei Diabetikern, und 1.756 Verordnungen zum Preis von 1.214.670 Euro bei Nichtdiabetikern. In 2005 wurden insgesamt 2.279 Verordnungen zum Preis von 1.587.411 Euro abgerechnet, darunter 574 Verordnungen zum Preis von 401.730 Euro bei den Diabetikern (+7,76% zu 2004), und 1.705 Verordnungen zum Preis von 1.185.681 Euro bei den Nichtdiabetikern (-2,39% zu 2004).

Erst- und Folgeverordnungen von orthopädischen Maßschuhen

Alle 2 Jahre haben Versicherte mit orthopädischer Maßschuh-Versorgung Anspruch auf die Ersatzlieferungen von Straßenschuhen, und alle 3 bis 4 Jahre auf die Ersatzlieferungen von Hausschuhen wegen Verschleiß. Wenn man berücksichtigt, dass eine Leistenanfertigung nur bei der erstmaligen Herstellung eines Maßschuhs für einen Patienten erforderlich ist (oder eine Veränderung am bestehenden Leisten, wegen zwischenzeitlich eingetretener Veränderung der Fußform), dann kann aus der Anzahl der abgerechneten Leistenanfertigungen (APNr.31.03.06.0001-0004) auf die Anzahl der erstverordneten Schuhe geschlossen werden. Dasselbe gilt auch für das Gehprobenmodell (APNr.31.99.99.0001): Es wird in der Regel nur bei Erstanfertigung eines Leistens benötigt. Die Verordnungen für Leisten und Gehprobenmodelle sind in Tabelle III. 21 aufgelistet. Unter der Annahme, dass zu einer Erstausrüstung mit orthopädischen Maßschuhen 2 Paar Straßenschuhe

und 1 Paar Hausschuhe gehören, lassen sich die in Tabelle III.21 aufgelisteten Zahlen für Erstverordnungen und Folgeverordnungen unterteilen. Danach haben in 2005 die Erstverordnungen von orthopädischen Maßschuhen bei den Diabetikern von 372 (in 2004) auf 321 um 13,8% abgenommen (während sie bei den Nichtdiabetikern von 837 auf 1.152 um 37,6% zugenommen haben). Die Folgeverordnungen haben bei den Diabetikern von 160 (in 2004) auf 253 (um 58,1%) zugenommen, während sie bei den Nichtdiabetikern von 917 (in 2004) auf 553 (um 39,7%) abgenommen haben.

Bei den Diabetikern wurden also 2005 eine Reihe von Versicherten mit orthopädischen Maßschuhen „nach“-versorgt (unter Verwendung vorhandener Leisten); bei den Nichtdiabetiker dagegen wurden häufiger Erstversorgungen (unter Verwendung neuer Leisten) und seltener Nachversorgungen vorgenommen (siehe Tabelle III.19).

Tabelle III.19 Verordnungen und Ausgaben in Euro für Produkte der PG31

	Diabetiker		Nichtdiabetiker	
	Ausgaben in € 2005	Änderung in % zu 2004	Ausgaben in € 2005	Änderung in % zu 2004
PG31: gesamte Aufwendungen	1.201.283,49	11,1	4.784.515,48	-2,5
PG 31: orthopädische Maßschuhe	401.729,84	7,8	1.185.681,56	-2,4
PG 31: „Diabetes-adaptierte Fußbettung“	261.228,57	21,3	30.459,24	56,7
PG 31: Sonstige Leistungen	538.325,08	9,4	3.568.374,68	-2,9

Diabetes-adaptierte Fußbettungen

„Diabetes-adaptierte Fußbettungen“ sind laut PG 31 „indiziert nach länger bestehendem Diabetes mellitus mit nachweisbaren Störungen der Mikro- und Makrozirkulation sowie der nervalen Versorgung und den bereits eingetretenen Folgen Gefühllosigkeit der Fußweichteile, Funktionsstörungen der kleinen Fußmuskulatur, verstärkte Anfälligkeit der Haut gegenüber Infektionen, auch bei bereits aufgetretenen Komplikationen wie Gangrän und Malum perforans.“ (GKV-Hilfsmittelverzeichnis, 1997). Sie sollen der Polsterung der Fußsohle beim Gehen dienen und diese dadurch vor Druckschäden schützen. Ausgewertet wurden die PG 31 APNr. 31.03.02.7003 und 31.03.02.7004 und 31.03.04.3012 und 31.03.04.3013 – diese werden ausdrücklich als diabetesadaptierte Fußbettungen mit oder ohne Ulkuseinbettung bezeichnet, mit durchschnittlichen Kosten von ca. 240 Euro pro APNr.

In 2005 wurden bei Diabetikern 20,5% mehr diabetesadaptierte Fußbettungen verordnet als 2004, verbunden mit Mehrkosten von 21,3%. Bei Nichtdiabetikern wurden 47,4% mehr diabetesadaptierte Fußbettungen verordnet, verbunden mit Mehrkosten von 56,7% verglichen mit 2004 (siehe Tabelle III.19 und III.20). Diabetesadaptierte Fußbettungen waren der drittgrößte Ausgabenposten bei den Diabetikern, nach den „sonstigen Leistungen“ und den orthopädischen Maßschuhen.

Tabelle III.20 Anzahl der Verordnungen für PG31 „Schuhe“

Produktgruppe 31 Schuhe	Diabetiker		Nichtdiabetiker	
	Verordnungen in 2005	Änderung in % zu 2004	Verordnungen in 2005	Änderung in % zu 2004
orthopädische Maßschuhe	574	7,4	1705	-2,9
-Erstverordnungen	321	-13,8	1152	37,6
-Folgeverordnung	253	58,1	553	-39,7
Leisten-Anfertigung	107	-15,1	384	37,6
Gehprobenmodell	110	14,6	215	-3,6
Diabetes-adaptierte Fußbettung	1.071	20,5	140	47,4

Diabetiker-Spezialschuhe (Sonstige Leistungen)

„Diabetiker-Spezialschuhe“ sind medizinisch indiziert, falls sie den medizinischen Anforderungen entsprechen (vgl. Busch, 2004), bei nicht nennenswert deformierten Füßen nach neuropathischem Fußgeschwür (Deutsche Diabetes Gesellschaft, 2004; BÄK et al., 2006). Diese Schuhe sind von der PG 31 von 1995 ausgeschlossen worden, obwohl sie im Entwurf zur PG 31 von 1994 mit der Ziffer 31.03.04.5000-5999 unter der Bezeichnung „Schuhe bei Angio-Neuropathie“ enthalten waren (GKV-Hilfsmittelverzeichnis, 1995). Sie dienen dem Schutz des Fußes vor Druckschäden während des Gehens; einige Fabrikate haben ihre Wirksamkeit insbesondere bezüglich der Vermeidung von Geschwürs-Rückfällen bei Hochrisikopatienten, die bereits Druckgeschwüre in der Vorgeschichte hatten, in klinischen Untersuchungen erwiesen. Sie kosten mit ca. 280 Euro pro Paar weniger als die Hälfte von orthopädischen Maßschuhen. Es ist anzunehmen, dass derartige Schuhe verordnet und mit der GEK abgerechnet worden sind, höchstwahrscheinlich unter den Pseudo-APNr. z.B. 31.00.00.0000, 31.00.00.0001 oder 31.00.03.0301, mit durchschnittlichen Kosten von ca. 350 Euro pro APNr. Da diese APNr. nicht eindeutig interpretiert werden können (z.B. wird die APNr. 31.00.00.0000 auch zu Kodierung von Abschlagszahlungen verwendet), können über Einzelheiten zur Verordnung von Diabetiker-Spezialschuhen nur Vermutungen angestellt werden. Danach wurden bei Diabetikern 2005 vermutlich ca. 66% mehr derartige Schuhe verordnet als 2004, mit einem Ausgabenvolumen von 20% der Ausgaben für orthopädische Maßschuhe, bzw. etwa 30% der Ausgaben für Diabetes-adaptierte Fußbettungen. Bei Nichtdiabetikern wurden 2005 ca. 60% mehr derartige Schuhe verordnet, das Ausgabenvolumen betrug etwa 15% der Ausgaben für orthopädische Maßschuhe.

Podologische Leistungen

Die podologische Behandlung ist als Heilmittel nur bei Diabetes mellitus indiziert, und nur dann, wenn eine Nervenstörung oder Durchblutungsstörung am Fuß und ein krankhaftes Wachstum der Nägel und/oder der Hornhaut festgestellt wurde. Die Leistung besteht im verletzungsfreien Kürzen der Nägel und Abtragen der Hornhaut, sowie in der Beratung des Patienten zur Erkennung und Vorbeugung von Fußkrankungen (Chantelau, 2002). Eine Podologische Behandlung muss regelmäßig alle 3 bis 6 Wochen durchgeführt werden, die Kosten pro Jahr belaufen sich auf ca. 160 Euro pro Patient.

Während in 2003 nur insgesamt 235 (0,6%) Diabetiker und 49 Nichtdiabetiker (weniger als 0,1 Promille) regelmäßig podologische Behandlung erhielten (Schicktanz, 2004), waren es 2004 bereits 631 Diabetiker (1,6% der Diabetiker) und 46 Nichtdiabetiker, 2005 waren es 1.223 Diabetiker (2,6% der Diabetiker) und 107 Nichtdiabetiker. Die Anzahl der Diabetiker mit podologischer Behandlung nahm also von 2004 auf 2005 um 93,8% zu (siehe Tab.31 im Anhang).

Während 2003 für sämtliche Versicherte (Diabetiker und Nichtdiabetiker) 492 Verordnungen für insgesamt 39.926 Euro anfielen, waren es 2004 bereits 1.344 Verordnungen für insgesamt 106.695 Euro; 2005 waren es 2.616 Verordnungen für insgesamt 217.205 Euro, ein Zuwachs von 60,7% bei den Verordnungen und 103% bei den Ausgaben, verglichen mit 2004.

Eine nicht von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gedeckte podologische Leistung, die Anwendung von Nagelspannen, wurde 2004 dennoch 9-mal, und 2005 18-mal verordnet und abgerechnet für insgesamt 5.172,86 Euro.

Veränderungen im Bedarf an Orthesen und Schienen sowie Prothesen 2004 bis 2005

Gegenüber 2004 sind in 2005 bei den Diabetikern die Verordnungen für Orthesen, Schienen und Prothesen um 12 bis 16 % angestiegen, und die Ausgaben um 5 bis 12 %, bei den Nichtdiabetikern stiegen die Verordnungen auch um ca. 12 bis 16 %, und die Ausgaben um ca. 9 bis 17 % (siehe Tabelle III.21).

Tabelle III.21 Verordnungen und Ausgaben in Euro für Produkte der PG 23 und 24

Produktgruppe	Diabetiker		Nichtdiabetiker	
	2005	Änderung in %	2005	Änderung in %
23-Orthesen/Schienen				
Zahl der Verordnungen	453	11,9	7586	15,5
Ausgaben in Euro	197.102,54	12,4	3.504.051,13	8,7
24-Prothesen				
Zahl der Verordnungen	1090	15,8	7175	11,8
Ausgaben in Euro	634.790,55	4,9	2.325.770,76	17,0

Veränderungen im Bedarf an stationärer Krankenbehandlung wegen „diabetischem Fuß“ bzw. Fußerkrankungen 2004 bis 2005

Die Anzahl der versicherten Diabetiker wie Nichtdiabetiker, die wegen Fuß-Diagnosen stationärer Krankenbehandlung bedurften, hat – wie die Gesamtzahl der GEK-Versicherten – im Jahr 2005 gegenüber 2004 zugenommen (siehe Tabelle III.17), während der prozentuale Anteil derjenigen Personen mit stationärer Krankenbehandlung an der jeweiligen Versichertengruppe gleich blieb.

Im Jahre 2004 hatten 1.010 Diabetiker (2,4% der Diabetiker) insgesamt 1.163 stationäre Aufenthalte wegen einer oder mehrerer dieser Fuß-Diagnosen, 2005 waren es 1.109 Diabetiker (ebenfalls 2,4% der Diabetiker), die insgesamt 1.259 stationäre Aufenthalte wegen Fuß-Diagnosen hatten. In 2004 hatten 1.288 Nichtdiabetiker (0,090% der Nichtdiabetiker) insgesamt 1.341 stationäre Aufenthalte, in 2005 waren 1.386 Nichtdiabetiker (0,092% der Nichtdiabetiker) insgesamt 1.440-mal in stationärer Behandlung wegen Fuß-Diagnosen (siehe Tabelle III.18).

5.4 Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Jahr 2005 hat die Anzahl der Diabetiker in der GEK um 10,2% zugenommen; die Anzahl der Diabetiker, die Hilfsmittel aus der Produktgruppe 31 „Schuhe“ erhielten, hat um 12,8% gegenüber 2004 zugenommen, und die Ausgaben für diese Hilfsmittel haben um 11,1% auf 1.201.284 Euro zugenommen. Die Anzahl der Nichtdiabetiker in der GEK hat dagegen nur um 5,6% zugenommen, die Anzahl der Nichtdiabetiker mit Leistungen der PG 31 hat nur um 0,2% zugenommen, und Ausgaben für diese Leistungen haben um 2,5% gegenüber 2004 abgenommen.

Eine Begründung für die Zunahme bei den Ausgaben für diabetesadaptierte Fußbettungen um 21% und für orthopädische Maßschuhe um 7,8% bei den Diabetikern (zum Beispiel eine Unterversorgung mit diesen Produkten in 2004 oder ein gestiegener Bedarf in 2005), lässt sich nicht erkennen, ebenso wenig wie für die Zunahme der Ausgaben für diabetesadaptierte Fußbettungen bei den Nichtdiabetikern um 56% und für die Abnahme der Ausgaben für orthopädische Maßschuhe in dieser Versichertengruppe um 2,4%.

Die Anzahl der Diabetiker, die podologische Behandlungen als Heilmittel erhielten, hat sich gegenüber 2004 nahezu verdoppelt, hat aber immer noch nicht den medizinisch erwünschten Anteil von ca. 5% der Diabetiker

erreicht. Eine Begründung für diese Veränderungen ergibt sich aus dem seit 2003 beobachteten sprunghaften Abbau des bislang noch bestehenden Defizits an qualifizierten Podologen.

Auswirkungen dieser Veränderungen im Heil- und Hilfsmittelbereich auf den Bedarf an stationärer ärztlicher Behandlung wegen Fußschäden ließen sich aus dem verfügbaren Datenmaterial nicht erkennen; Angaben zu ambulanter ärztlicher Behandlung können nicht gemacht werden.

5.5 Kommentar und Ausblick

Aufgrund des verfügbaren Datenmaterials können nur Zuordnungen, aber keine ursächlichen Beziehungen zwischen den Untersuchungsergebnissen hergestellt werden. Dennoch sollen hier Überlegungen aus diabetologischer Sicht präsentiert werden.

Der vorliegenden Ausarbeitung zufolge scheint die verbesserte Diabetiker-Betreuung durch qualifizierte Ärzte und Podologen im Rahmen des Diabetes-DMP (seit 2003 in Kraft) bezüglich diabetischer Fußschäden noch keine Früchte zu tragen. Das DMP sieht die regelmäßige Fußkontrolle und -behandlung bei Risikopatienten vor, beides ist nachweislich präventiv wirksam (Plank et. al., 2003; McGill et. al., 2005; Sowell et. al., 1999; Chantelau, 2002) und sollte sich in einem geringeren Bedarf sowohl an stationärer Krankenhausbehandlung wegen Fuß-Diagnosen als auch an Prothesen niederschlagen. Letzteres kann aus dem vorliegenden Datenmaterial (noch) nicht erkannt werden. Die podologische Behandlung ist erst seit August 2002 ordnungsfähig zulasten der GKV, eine flächendeckende Versorgung Deutschlands mit qualifizierten Podologen ist seitdem erst im Aufbau begriffen. Die Zuwachsraten bei podologischen Leistungen werden in den nächsten Jahren abnehmen, wenn die ca. 5% aller Diabetiker, die als Risikopatienten gelten müssen, regelmäßig diese Leistung erhalten. Es ist zu hoffen, dass dann die erwarteten Effekte auf die Fuß-Morbidität eintreten.

Das Verhalten der Ärzte bezüglich Verordnung von Produkten der PG 31 für Diabetiker scheint noch nicht dem Diabetes-DMP bzw. den aktuellen Leitlinien zu entsprechen (Deutsche Diabetes Gesellschaft, 2004; BÄK et al., 2006). Diese Leitlinien sind Diabetes-spezifisch und unterscheiden sich in dieser Hinsicht von den allgemein gehaltenen Aussagen zu Indikation und Art der Schuhversorgung der PG 31, die von Fachärzten für Orthopädie und Vertretern des Orthopädie-Schuhmacher-Handwerks aufgestellt worden sind und keine näheren Bezüge zum Krankheitsbild des diabetischen Fußes aufweisen. Die diabetologischen Indikationsstellungen zur Schuhversorgung beim diabetischen Fuß haben den industriell gefertigten Diabetiker-Spezialschuh zur Grundlage, der in mehr als schätzungsweise 80 % der Fälle für die Versorgung des diabetischen Fußes ausreichend und zweckmäßig ist. Diese Indikationsstellungen, die offenbar immer noch nicht genügend Beachtung finden (Chantelau, 2004), lassen sich wie folgt zusammenzufassen:

- orthopädische Maßschuhe nur bei erheblicher Fußdeformierung
- spezielles konfektioniertes Schuhwerk (Diabetiker-Schuhe) mit standardisierter Polstereinlage nur bei Patienten mit Nerven-/Durchblutungsstörungen der Füße, stattgehabtem Fußgeschwür und nichtdeformierten Füßen.

Das vorliegende Datenmaterial lässt leider nur Vermutungen zu über die Verordnung der Diabetiker-Spezialschuhe, die offenbar 2005 zunehmend häufiger, aber immer noch zu selten (und nur mit einem Ausgabenvolumen von geschätzten 20 bis 30 % desjenigen von orthopädischen Maßschuhen bzw. von diabetesadaptierten Fußbettungen) Diabetikern verordnet wurden. Demgegenüber ist laut den GEK-Daten der Trend zum orthopädischen Maßschuh für Diabetiker ungebrochen, wurden doch den Diabetikern in 2005 für 123.933,98 Euro mehr orthopädische Maßschuhe verordnet als noch in 2004, und für 45.871,13 Euro mehr diabetesadaptierten Fußbettungen. Beide Produkte sind unter dem Gesichtspunkt der Evidenz-basierten Medizin als äußerst fragwürdig

einzuschätzen, wie sämtliche in der PG 31 versammelten Leistungen des Orthopädieschuhmacher-Handwerks.

Leistungen des Orthopädieschuhmacher-Handwerks mangelt es an Wirksamkeitsnachweisen im Sinne der Evidenz-basierten Medizin. Denn eine wissenschaftliche Evaluation dieser Leistungen wurde bisher nicht erbracht, dies gilt insbesondere für die kostenträchtige diabetesadaptierte Fußbettung und die orthopädischen Maßschuhe. Ein wissenschaftlich abgesicherter Vergleich der diabetesadaptierten Fußbettung mit Ulkuseinbettung mit der Standardbehandlung von Geschwüren am diabetischen Fuß mittels Gehgips bzw. Orthese, der mit einem unkomplizierten Studienprotokoll möglich wäre (Katz et al., 2005), ist bisher von den Handwerksvertretern verweigert worden. Im Gegenteil, das Handwerk hat wissenschaftliche Evidenz einschließlich überzeugender Kosten-Nutzen-Analysen ignoriert oder bekämpft, z.B. bezüglich der industriell gefertigten Diabetiker-Spezialschuhe (Chantelau, 2004; Busch 2004), indem es diese vermittels des IKK-Bundesverbands aus der PG 31 ausgeschlossen hat – obwohl ihr medizinischer Nutzen wissenschaftlich belegt ist (Busch, 2004). Nun werden die Gerichte entscheiden.

Ein aktuelles Beispiel für die Nutzlosigkeit traditionell für heilsam gehaltener orthopädischer Handwerksprodukte ist die speziell geformte Schuh-Einlage bei Fersenschmerz bzw. Fersensporn. „Einlagen bei Fersenschmerz machtlos“ titelte die Medical Tribune unter Verweis auf die Fachpublikation, in der eine „Plazebo“-Einlage, eine Weichschaum- und eine Hartschaumeinlage über 1 Jahr miteinander verglichen wurden und kein Unterschied zwischen den Versorgungsmöglichkeiten festzustellen war bezüglich der Schmerzlinderung und der Krankheitsheilung (Landorf et al., 2006).

Es ist lange bekannt, dass die Beschränkung auf Hilfsmittel mit Nutzen-Nachweis im Sinne der Evidenz-basierten Medizin (Lauterbach & Ziegenhagen, 2000) nicht nur die Qualität der Behandlung verbessert, sondern oft auch gleichzeitig zu Einsparungen führen kann.

Abschließend soll noch auf weiteres Einsparpotenzial hingewiesen werden, das bei der Schuhherstellung und bei den Preisvereinbarungen besser genutzt werden sollte. Durch vermehrten Einsatz technischer Verfahren bei der Fertigung kann beispielsweise die Erfassung der Fußformen elektronisch mittels Scanner durchgeführt werden und braucht nicht mehr durch Gipsabdruck zu erfolgen. Auch können Anteile eines orthopädischen Maßschuhs maschinengestützt und computergesteuert hergestellt und müssen nicht mehr zwingend in jahrhundertealter Schustertradition mit Pfriem und Ahle erbracht werden. Rationalisierung durch Technisierung der Herstellungsverfahren sollte zu Preissenkungen führen – auch im Handwerk. Durch Vergütungs-Vereinbarungen zwischen einzelnen Leistungsanbietern und Krankenkassen schließlich können vorbildliche Konditionen für einzelne Leistungen erzielt werden, so geschehen in Leverkusen. In einer Vereinbarung zwischen Diabetes-Ärzten, interessierten Orthopädie-Schuhmachern und der BKK Bayer wurden – in bewusster Abweichung von den Festlegungen der PG 31 – qualitätsgesicherte Fabrikate von Diabetiker-Spezienschuhen für die Diabetiker-Versorgung akzeptiert und zu Preisen, die weit unter dem Niveau der Leistungen der PG 31 liegen (z.B. LucRo-Schuh Standard-Version zu einem Gesamtpreis von 255 Euro, 178 Euro Kassenanteil und 77 Euro Eigenanteil des Patienten pro Paar).

IV. Verzeichnisse

1. Tabellenverzeichnis

Tabelle I.1	Kennzahlen der Jahre 2004 und 2005 für die GEK-Versicherten	11
Tabelle I.2	Die Ausgaben der GEK für unterschiedliche Heilmittel im Jahre 2005 in Euro.....	13
Tabelle I.3	Prozentuale Verteilung der Ausgaben für Versicherte mit Inanspruchnahme von Heilmitteln, Hilfsmitteln und Arzneimitteln im Jahre 2005	15
Tabelle II.1	Heilmittelkatalog: Beispiel aus dem Bereich der physikalischen Therapie	31
Tabelle II.2	Rahmenvorgaben 2004–2006 nach KVen.....	33
Tabelle II.3	Richtgrößen für Heilmittel 2006 KV Bremen (Auszug) ..	35
Tabelle II.4	Preise und Zuzahlung aus dem Bereich der Physiotherapie (VdAK)	37
Tabelle II.5	Anzahl der Leistungserbringer, Leistungsversicherte und Ausgaben 2005 – Veränderung zum Vorjahr in Prozent	39
Tabelle II.6	Kennzahlen der Heilmittelversorgung 2004 und 2005...	45
Tabelle II.7	Kennzahlen der Ergotherapieversorgung 2004 und 2005.....	49
Tabelle II.8	Die ausgabenintensivsten Ordnungspositionen der Ergotherapie 2005	50
Tabelle II.9	Kennzahlen der Logopädieversorgung 2004 und 2005.....	54
Tabelle II.10	Die ausgabenintensivsten Ordnungspositionen der Logopädie 2005	54
Tabelle II.11	Kennzahlen der Physiotherapieversorgung 2004 und 2005.....	58

Tabelle II.12	Die ausgabenintensivsten Verordnungspositionen der Physiotherapie 2005	59
Tabelle II.13	Zusammenfassung der Empfehlungen	67
Tabelle II.14	Verordnungszahlen physiotherapeutischer Maßnahmen bei GEK – Versicherten 2004	71
Tabelle II.15	Heilmittelversorgung akuter RückenschmerzpatientInnen	75
Tabelle II.16	Heilmittelversorgung subakuter RückenschmerzpatientInnen	76
Tabelle II.17	Heilmittelversorgung chronischer RückenschmerzpatientInnen	77
Tabelle II.18	Heilmittelversorgung chronisch-manifester RückenschmerzpatientInnen	79
Tabelle II.19	Diagnose Hyperkinetische Störung/Altersgruppen	92
Tabelle II.20	Verteilung der Behandlungsoptionen	92
Tabelle II.21	Versicherte ohne Ergotherapie- und MPH-Behandlung/Verteilung nach Alter und Geschlecht	93
Tabelle II.22	Versicherte mit Ergotherapiebehandlung/Verteilung nach Alter und Geschlecht	94
Tabelle II.23	Versicherte mit MPH-Behandlung/Verteilung nach Alter und Geschlecht	94
Tabelle II.24	Versicherte mit Ergotherapie- und MPH-Behandlung/Verteilung nach Alter und Geschlecht	95
Tabelle III.1	Eigenanteil bzw. Zuschussregelung für ausgewählte Hilfsmittelprodukte	101
Tabelle III.2	Ausgaben für Hilfsmittelleistungen von sonstigen Leistungserbringern nach § 302 SGB V	107
Tabelle III.3	Versorgungsprävalenz mit Hilfsmitteln (HMV) nach Alter und Geschlecht	110

Tabelle III.4	Rangliste Ausgaben der Hilfsmittelproduktgruppen aus dem HMV (Top 10).....	111
Tabelle III.5	Rangliste Versorgungsprävalenz und Ausgaben pro LV ausgewählter Hilfsmittel	114
Tabelle III.6	Ausgabenentwicklung für ausgewählte Produktarten im Bereich der enteralen und parenteralen Therapie ...	115
Tabelle III.7	Hilfsmittel aus Apotheken nach Produktgruppen in 2005 (TOP 10)	117
Tabelle III.8	Hilfsmittel aus Apotheken im Vergleich zu Hilfsmitteln von sonstigen Leistungserbringern im Jahre 2005	118
Tabelle III.9	Ausgabenvergleich nach Leistungserbringer für ein ausgewähltes Hilfsmittelprodukt	120
Tabelle III.10	Ausgaben für Pflegehilfsmittel in der GEK in 2004 und 2005.....	121
Tabelle III.11	Ausgabenentwicklung in den Hilfsmittelproduktgruppen mit bundeseinheitlichem Festbetrag seit 01.01.2005.....	123
Tabelle III.12	Ausgabenentwicklung pro Leistungsversichertem für Inkontinenzprodukte in Sachsen.....	126
Tabelle III.13	Stadieneinteilung des Dekubitus	165
Tabelle III.14	Versorgung mit Antidekubitusprodukten, Unterteilung nach Produkten und Ausgaben.....	180
Tabelle III.15	Leistungsbezeichnungen in Abhängigkeit von Leistungserbringern	181
Tabelle III.16	Leistungserbringer, die Hilfsmittel gegen Dekubitus abgeben	182
Tabelle III.17	Grundgesamtheit	189
Tabelle III.18	Anzahl der Versicherten.....	191
Tabelle III.19	Verordnungen und Ausgaben in Euro für Produkte der PG31.....	194

Tabelle III.20	Anzahl der Verordnungen für PG31 „Schuhe“	195
Tabelle III.21	Verordnungen und Ausgaben in Euro für Produkte der PG 23 und 24	198

2. **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung I.1	Verteilung der Ausgaben für Hilfs-, Heil- und Arzneimittel bei den GEK-Versicherten	14
Abbildung I.2	Anteil Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittelverordnungen in 2005 nach Alter	16
Abbildung II.1	Anzahl der GEK-abrechnenden Praxen	38
Abbildung II.2	Anzahl der Heilmittelerbringer und Ausgaben 2005	40
Abbildung II.3	Anzahl der ergotherapeutischen Praxen und Ausgaben für Ergotherapie 2005	41
Abbildung II.4	Ausgabenentwicklung für Heilmittel in der GKV und GEK in Beträgen pro Versichertem	43
Abbildung II.5	Veränderung der Ausgaben pro 100 Versicherte in Prozent nach KV-Bezirken von 2004 zu 2005.....	46
Abbildung II.6	Abweichung der tatsächlichen von den erwarteten Ausgaben in Prozent nach KV-Bezirken für 2005	47
Abbildung II.7	Ergotherapie: alters- und geschlechtsspezifische Behandlungsprävalenz 2005.....	52
Abbildung II.8	Logopädie: alters- und geschlechtsspezifische Behandlungsprävalenz 2005.....	56
Abbildung II.9	Physiotherapie: alters- und geschlechtsspezifische Behandlungsprävalenz 2005.....	60
Abbildung II.10	Verordnungsprävalenz bei RückenschmerzpatientInnen.....	73
Abbildung II.11	Verteilung der Heilmittelverordnungen bei chronischen RückenschmerzpatientInnen	78
Abbildung III.1	Ausgabenentwicklung für Hilfsmittel in der GKV und der GEK	109
Abbildung III.2	Regionaler Ausgabenvergleich einer Handgelenkbandage	113
Abbildung III.3	Regionale Ausgabenentwicklung für Inkontinenzprodukte nach Einführung der Festbeträge 2005, geschlechts- und altersstandardisiert.....	124
Abbildung III.4	Regionale Ausgabenentwicklung für die Produktgruppe Einlagen nach Einführung der neuen Festbetragsregelung 2005, geschlechts- und altersstandardisiert.....	128

Abbildung III.5	Rollstühle mit verstellbaren Rückenlehnen oder Pflegerollstuhl/Multifunktionsrollstuhl	150
Abbildung III.6	Würfelsitzkissen	169
Abbildung III.7	Wechseldruckmatratze	172
Abbildung III.8	Versorgungsprävalenz mit Hilfsmitteln gegen Dekubitus im Jahr 2005, unterteilt nach Alter und Geschlecht	178

3. Literaturverzeichnis

- Andersen KE, Bach E, Jensen O, Kvorning SA (1982). Decubitus prophylaxis: a prospective trial on the efficiency of alternating-pressure air-mattresses and water-mattresses. *Acta Derm Venereol* 63(3): 227-230
- AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) (2000). Erarbeitung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie – Methodische Empfehlungen. http://www.awmf-leitlinien.de/II_metho.htm, letzter Zugriff: 27.06.2006
- AWMF (Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften) (2003a). Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin. Hyperkinetische Störungen. <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWF/11/071-006.htm>, letzter Zugriff: 19.07.2006
- AWMF (Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften) (2004b). Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin. Indikationen zur Verordnung von Ergotherapie im Kindesalter, <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWF/11/071-006.htm> letzter Zugriff: 03.08.2006
- AWMF (Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften) (2004). Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmediziner. Indikationen zur Verordnung von Logopädie bei umschriebenen Entwicklungsstörungen der Sprache und Zweisprachigkeit. <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/071-010.htm>, letzter Zugriff: 07.09.2006
- BÄK Bundesärztekammer (2006). Nationales Programm für Versorgungs-Leitlinie Typ -2-Diabetes. Prävention und Therapie von Fusskomplikationen. http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/diabetes2/pdf/nvl_t2dfusslang_konsultation.pdf
- Becker A, Bekkering T, Breen A, del Real MTG, Hutchinson A, Koes B, Laerum E, Malmivaara A, Stockfish N, von Tulder MW (2006). Evidenzbasierte Physiotherapie zur Behandlung akuter unspezifischer Kreuzschmerzen – auf der Europäischen Leitlinie basierter Bericht. *Physioscience* (2): 7-13
- Becker A, Hildebrandt J, Müller G. (2006). Europäische Leitlinien für den Umgang mit unspezifischen Kreuzschmerzen. Deutsche Zusammenfassung. <http://www.schmerzambulanz.humanmedizin-goettingen.de/publikationen/leitlinien.html>, letzter Zugriff: 25.07.2006
- Belitz G (2005). Praxistest – Prothesenpassteile. *Handicap* (1): 102f
- Belitz G (2005). Prothetik – Innovationen im Test. *Handicap* (2): 134f
- Bigos SJ, Hildebrandt J, Holland CL, Mc Kee JE (2001). Rückenschmerz, die unangenehme Wahrheit. *Der Schmerz* (6): 430-434

- BIV direkt, Newsletter des Bundesinnungsverbandes für Orthopädie-Technik. Nr. 6 vom 24. März 2006. http://www.ot-forum.de/e396/e7942/e8138/e8151/BIVdirekt-2006-06_ger.pdf. Letzter Zugriff 08.09.2006
- Bundeseinheitliches Heilmittelpositionsnummernverzeichnis (2005). Stand: 01.04.2005). http://www.datenaustausch.de/lev/pos_nr_verz/Heilmittel-050401.pdf, letzter Zugriff: 27.06.2005
- Busch K (2004) Der industriell produzierte LucRo®-Spezialschuh zum Schutz vor Fußgeschwüren bei diabetischer Podopathie. In: Chantelau E (Hrsg) (2004) Diabetische Füße und ihre Schuhversorgung. Berlin, De Gruyter Verlag
- BVMed (Bundesverband Medizintechnologie e.V.) (2005). BVMed-Stellungnahme zum Entwurf der „Fortschreibung der Produktgruppe 11 – Hilfsmittel gegen Dekubitus“ vom 20. Mai 2005. <http://www.bvmed.de/stepona/data/downloads/36/a2/00/GesamtPG11Grundstellungnahme.pdf>, letzter Zugriff: 04.08.2006
- BVMed (Bundesverband Medizintechnologie e.V.) (2006). Versorgungsleitfaden. Auswahl von Hilfsmitteln gegen Dekubitus. Berlin, Eigenverlag
- Chantelau E (2002). Alternativen zur Fußamputation bei diabetischer Podopathie. Deutsches Ärzteblatt (99): A-25052-56
- Chantelau E (2003). Amputations-Gefahr: Ein relativ großes Problem für eine relativ kleine Zahl von Diabetes-Patienten, das relativ einfach gelöst werden kann. Med Welt (54): 120-123
- Chantelau E (Hrsg.) (2004). Diabetische Füße und ihre Schuhversorgung. Berlin, De Gruyter Verlag
- Chantelau E, Abholz H H (2001a). Was ist gesichert in der Therapie des Typ-2 Diabetikers? Teil I: Die Erkrankung. Zeitschrift f. Allgemeinmedizin 77: 403-408
- Chantelau E, Abholz H H (2001b). Was ist gesichert in der Therapie des Typ-2 Diabetikers? Teil II: Epidemiologische Daten aus Deutschland. Zeitschrift f. Allgemeinmedizin (77): 455-459
- Cullum N, Bell-Syer SEM, Legood R, McInnes E (2004). Support surfaces for pressure ulcer prevention. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2004, Issue 3. Art. No.: CD001735
- Cullum N, Flemming K, Nelson EA, Sheldon T (2001). Systematic reviews of wound care management: (5) beds; (6) compression; (7) laser therapy, therapeutic ultrasound, electrotherapy and electromagnetic therapy. Health Technol Assess 5(9): 1-221
- Defloor T, De Bacquer D, Grypdonck MH (2005). The effect of various combinations of turning and pressure reducing devices on the incidence of pressure ulcers. Int J Nurs Stud 42(1): 37-46

- Deutsche Diabetes-Gesellschaft (2004). Leitlinie Diabetisches Fußsyndrom. <http://www.ag-fuss-ddg.de>, letzter Zugriff: 16.08.2006
- Deutscher Bundestag und Bundesrat (Hrsg.)(2003). Drucksache 15/2295 vom 22.12.2003 Adäquate Versorgung von Schmerzpatienten. Berlin, Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten (2005). Definition Ergotherapie. http://www.ergotherapie-dve.de/informationen/ueber_die_ergotherapie/definition.php, letzter Zugriff: 30.08.2006
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten (2006). ET in Deutschland auf einen Blick. http://www.ergotherapie-dve.de/informationen/ueber_die_ergotherapie/auf_einen_blick.php, letzter Zugriff: 30.08.2006
- Diemer W, Burchert H (2002). Chronische Schmerzen – Kopf und Rückenschmerzen, Tumorschmerzen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, GBE-Heft (7). (RKI) Robert Koch-Institut (Hrsg.) Berlin, Eigenverlag
- DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) (2004). ICD-10-GM. International Classification of Diseases. 10. Revision Version 2004.
- DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (Hrsg.)) (2004). Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege (2. Auflage). Osnabrück, Eigenverlag
- Eberhardt S, Heinemann A, Kulp W, Greiner W, Leffmann C, Leutenegger M, Anders J, Pröfener F, Balmaceda U, Cordes O, Zimmermann U, Schulenburg JM Graf von der(2005). Dekubitusprophylaxe und -therapie. Rütger A, Warda F(Hrsg.) (DAHTA@DIMDI). http://gripsdb.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta128_bericht_de.pdf, letzter Zugriff: 30.08.2006
- EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel) (1999). Guidelines on treatment of pressure ulcers. EPUAP Review, 1(2): 31-33. <http://www.epuap.org/glp/epuap.html>, letzter Zugriff: 02.07.2006
- Evidence.de (2001). Dekubitusprävention. Evidenzbasierte Leitlinie des Wissensnetzwerkes "evidence.de" der Universität Witten/Herdecke. <http://www.evidence.de>, letzter Zugriff: 02.07.2006
- Fegeler U (2006). Pädagogik oder Therapie? Zunehmende Entwicklungsstörungen von Klein- und Vorschulkindern. <http://www.liga-kind.de/pages/105fegeler.htm>, letzter Zugriff: 23.08.2006
- Fegert J, Janhsen K, Ludolph A, Ronge C (2002). Untersuchung zur Arzneimittelversorgung von Kindern mit hyperkinetischen Störungen anhand von Leistungsdaten der GKV. Projektbericht. BMG (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung) (Hrsg.). http://www.bmg.bund.de/cln_040/nn_603380/SharedDocs/Publikationen/Forschungsberichte/f-307_templateId=raw.property=publicationFile.pdf/f-307.pdf, letzter Zugriff: 30.08.2006

- Gemeinsamer Bundesausschuss (2004). Richtlinien über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung („Hilfsmittel-Richtlinien“) in der Fassung vom 17. Juni 1992, veröffentlicht im Bundesanzeiger 1992; Nr. 183 b zuletzt geändert am 19. Oktober 2004 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005, Nr. 2; s. Punkt II b.8 und Anlage 3.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2004). Richtlinien über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. http://www.gba.de/public/GBA_Abs5/richtlinien/richtl_hilfsmittel.php, letzter Zugriff : 30.08.2004.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2005). Hintergrund Enteraler Ernährung. http://www.g-ba.de/cms/upload/pdf/news/2005-02-15-Hintergrund_EE.pdf. Letzter Zugriff 05.09.2006
- Gerhardus A, Jalilvand N, Heintze C, Krauth C (2003). Vergleich verschiedener chirurgischer Verfahren zur elektiven Leistenhernienoperation bei Erwachsenen. Ein Health Technology Assessment. St. Augustin: Asgard Verlag.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) (1998). Nichtärztliche medizinische Berufe. Abrechnende Praxen. <http://gbe-bund.de>, letzter Zugriff: 20.06.2006
- GKV – Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen (2003). Abgrenzungskatalog der Spitzenverbände der Krankenkassen – zugleich handelnd als Spitzenverbände der Pflegekassen – zur Hilfsmittelversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheimen). <http://www.kvno.de/importiert/abgrkata.pdf>, letzter Zugriff: 30.08.2005
- GKV – Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen (2003/2004). Gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen- zugleich handelnd als Spitzenverbände der Pflegekassen- zur Versorgung mit Hilfsmitteln und Pflegemitteln nach dem Recht der Gesetzlichen Krankenkassen und der Sozialen Pflegeversicherung vom 29. April 2003, Ergänzungen vom 25.11.2003 und 30.03.2004.
- GKV – Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen (2006). Positionspapier der Spitzenverbände der Krankenkassen/Pflegekassen zu den Anforderungen an Medizinprodukte für die Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis nach §128 SGB V oder Pflegehilfsmittelverzeichnis nach § 78 SGB XI. IK-Bundesverband.
- Glaeske G, Janhsen K (2004). GEK-Arzneimittel-Report 2004, St. Augustin, Asgard Verlag.
- Glaeske G, Janhsen K (2006). GEK-Arzneimittel-Report 2006, St. Augustin, Asgard Verlag
- Glogowska M, Roulstone S, Enderby P, Peters JP (2000). Randomised controlled trial of community bases speech and language therapy in preschool children. *BMJ* 14; 321(7266): 923-6.

- GKV-Hilfsmittelverzeichnis (Stand: 03.05.2006). Produktgruppen. <http://db1.rehadat.de/gkv2/gkv.KHS>, letzter Zugriff: 08.07.2006
- GKV-Hilfsmittelverzeichnis (Stand Januar 1995). Produktgruppe 31, „Schuhe“. Entwurf.
- GKV-Hilfsmittelverzeichnis (Stand: Februar 1997) Produktgruppe 31, „Schuhe“ vom 04.11.1996. Bundesanzeiger 07.02.1997
- Grey JE, Enoch S, Harding KG (2006). Pressure ulcers. *BMJ* 332(7539): 472-475
- Grienberger C (2006). HMV im Spannungsfeld zwischen MPG und SGB V. Positionspapier der Spitzenverbände der Krankenkassen. *MTD* 7: 15-17. http://www.mtd.de/pdf/MTD_2006_07_1.pdf, letzter Zugriff: 16.08.2006
- Grimm H (2005). Early diagnosis of speech development disorders. *Kinderkrankenschwester* 24(9): 367-9
- Gureje O, Gater R, Simon GE, von Korff M (1998). Persistent pain and well-being. A WHO Study in primary care. *JAMA* 280(2): 147-151
- Hildebrandt J, Mense S (2001). Rückenschmerzen: Ein ungelöstes Problem. *Der Schmerz* (6): 411-412
- Hildebrandt J, Müller G, Pflingsten M (2005). Lendenwirbelsäule. München, Urban & Fischer
- Hilfsmittellieferungsvertrag (2006). Hilfsmittellieferungsvertrag zwischen dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK), Siegburg und dem AEV Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (AEV), Siegburg und dem Deutschen Apothekerverband e.V. (DAV), Eschborn.
- Heilmittelkatalog (2002/2004). Nachschlagewerk zur Ermittlung der verordnungsfähigen Heilmittel entsprechenden Indikationen. <http://www.aerzteblatt.de/heilmittelrichtlinien>, letzter Zugriff: 29.07.2006
- Heilmittel-Richtlinien (2004). physio.de Informationsdienst GmbH. <http://www.physio.de/hmr/>, letzter Zugriff: 09.08.2006
- Hoffmann F, Deitermann B, Glaeske G, Scharnetzky E (2006). Analyse von Krankenkassendaten zur Inanspruchnahme von Hilfsmitteln gegen Dekubitus. *Pflege* 19 (5), im Druck
- IKK-Bundesverband (2003). Gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen zugleich handelnd als Spitzenverbände der Pflegekassen zur Versorgung mit Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung vom 29. April 2003. Bergisch Gladbach, IKK Bundesverband.
- IKK-Bundesverband (Hrsg.) (2003). Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelverzeichnis. Grundlagen zum Antragsverfahren. <http://www.ikk.de/ikk/generator/ikk/fuer-medizinberufe/hilfs-und-pflegehilfsmittel/3484.pdf>, letzter Zugriff 16.08.2006

- IKK-Bundesverband (2003). Verfahrenbuch: Strukturgegebenheiten und Proessabläufe im Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelbereich. Bergisch Gladbach.
- IKK-Bundesverband (Hrsg.) (2006). Positionspapier der Spitzenverbände der Krankenkassen/ Pflegekassen zu den Anforderungen an Medizinprodukte für die Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis nach § 128 SGB V oder Pflegehilfsmittelverzeichnis nach § 78 SGB XI. <http://www.ikk.de/ikk/generator/ikk/fuer-medizinberufe/hilfs-und-pflegehilfsmittel/58958.pdf>, letzter Zugriff 16.08.2006
- Jolley DJ, Wright R, McGowan S, Hickey MB, Campbell DA, Sinclair RD, Montgomery KC, (2004). Preventing pressure ulcers with the Australian Medical Sheepskin: an open-label randomised controlled trial. *Med J Aust* 180(7): 324-327
- Kamps N (2006). Hilfsmittel gegen Dekubitus im HMV völlig neu geordnet. Den Patienten gezielter und individueller versorgen. *MTD* (6): 10-12
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2002). Mitteilungen: Neuaufnahme der Podologischen Therapie in die Heilmittel-Richtlinien. *Deutsches Ärzteblatt* (99):B1681-B-1682
- Katz IA, Harlan A, Miranda-Palma B, Prieto-Sanchez L, Armstrong DG, Bowker JH, Mizel MS, Boulton AJM (2005). A randomised trial of two irremovable off-loading devices in the management of plantar neuropathic diabetic foot ulcers. *Diabetes Care* (28): 555-559
- Kohlmann T, Brockow T, Deek R, Engster M, Klockgether R, Raspe H (1998). Rückenschmerzen in der Lübecker Bevölkerung: Syndrome, Krankheitsverhalten und Versorgung. *Zeitschrift für Rheumatologie* (57): 238-240
- Kolip P, Glaeske G (2002). Die Medikalisierung weiblicher Biographien im mittleren Alter. *Schweizerische Ärztezeitung* 83(10): 479-482.
- Kottner J, Dassen T, Mertens E (2006). Dekubitusprävalenz in Deutschland: Neue Daten, neue Erkenntnisse. *Pflegezeitschrift* 59(1): 30-33
- Krause T, Anders J, Renteln-Kruse von W (2004). Dekubitusbehandlung: nur selten leitlinienorientiert. *ZaeFQ* 98(9-10): 769-774
- Krümmel J (2004). Praxistest – E-Rollstühle. *Handicap* (2): 58f
- Krümmel J (2005). Rollstühle – Klassenk(r)ampf. *Handicap* (1): 106f
- Krümmel J, Neumann V (2005). Ein beruhigendes Polster. *Handicap* (3): 98f
- Krümmel J, Neumann V (2006). Standing Ovations II. Vier weitere Elektrorollstühle mit Stehfunktion im Vergleichstest. *Handicap*(2): 100ff
- Lademann J, Kolip P (2005). Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI (Robert Koch Institut) (Hrsg.). Berlin, Eigenverlag

- Lahmann NA, Dassen T, Halfens RJ, (2006). Pressure ulcers in german nursing homes and acute care hospitals: prevalence, frequency, and ulcer characteristics. *Ostomy Wound Manage* 52(2): 20-33
- Landorf KB, Keenan AM, Herbert RD (2006). Effectiveness of foot orthoses to treat plantar fasciitis. *Arch Intern med* 166: 1305-1310
- Lauterbach K, Ziegenhagen DJ (Hrsg.) (2000) Diabetes mellitus - Evidenz-basierte Diagnostik und Therapie. Stuttgart, Schattauer Verlag
- Lehmkuhl G, Döpfner M, Schubert I (2001). Methylphenidat bei hyperkinetischen Störungen. *Deutsches Ärzteblatt*, 98(36): 2286.
- Mackey D (2005). Support surfaces: beds, mattresses, overlays – oh my! *Nurs Clin N Am* (40): 251-265
- McGill M, Molyneaux L, Yue DK. (2005) Which diabetic patients should receive podiatry care? An objective analysis. *Internal Medicine Journal* (35): 451-456
- MTD (Hrsg.) (2006). Hilfsmittelverzeichnis unter Beschuss. http://www.mtd.de/pdf/MTD_2006_06_3.pdf, letzter Zugriff: 05.09.06
- Naylor CD (1995). Grey zones of clinical practice: some limits to evidence-bases medicine. *Lancet* (345): 840-842
- NCC-NSC (National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care) (2003). The use of pressure-relieving devices (beds, mattresses and overlays) for the prevention of pressure ulcers in primary and secondary care. *Clinical Practice Guideline*. Commissioned by the National Institute for Clinical Excellence. London, Eigenverlag
- Neuhauser H, Ziese T (2005). Chronische Rückenschmerzen in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland 2002/2003: Prävalenz und besonders betroffene Bevölkerungsgruppen. *Gesundheitswesen* (67): 685-693
- Nixon J, Cranny G, Cullum NA, Hawkins K, Iglesias CP, Mason S, Nelson EA, Phillips A, Spilsbury K, Torgerson DJ, on behalf of the PRESSURE Trial Group (2006a). Pressure relieving support surfaces: a randomised evaluation. *Health Technol Assess* 10(22): 1-180
- Nixon J, Cranny G, Cullum N, Hawkins K, Iglesias CP, Mason S, Nelson EA, Phillips A, Torgerson DJ, on behalf of the PRESSURE Trial Group (2006b). Randomised, controlled trial of alternating pressure mattresses compared with alternating pressure overlays for the prevention of pressure ulcers: PRESSURE (pressure relieving support surfaces) trial. *BMJ* 332(7555): 1413
- Pancorbo-Hidalgo PL, Alvarez-Nieto C, Garcia-Fernandez FP, Lopez-Medina IM (2006). Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. *J Adv Nurs* 54(1): 94-110

- Pilz R (2004). Praxistest – Aktivrollstühle. Handicap (3): 74f
- Plank J, Haas W, Rakovac I, Gorzer E, Sommer R, Siebenhover A, Pieber TR (2003). Evaluation of the impact of chiroprapist care in the secondary prevention of foot ulcerations in diabetic subjects. Diabetes Care (26): 1691-1695
- RCN (Royal College of Nursing) (2005). The management of pressure ulcers in primary and secondary care. A Clinical Practice Guideline. London, Eigenverlag
- rehaVital Gesundheitsservice GmbH (Hrsg.) (2006). Auf den richtigen Rollstuhl kommt es an. <http://www.dieivitalen.de> - Rollstuehle.pdf unter: Themen/rehavitall/Rollstühle, letzter Zugriff: 30.08.06
- Reuschenbach B (2006). Kommentar zur Studie von Krause, Anders und von Rentelen-Kruse (2005): Inkontinenz als Risikofaktor für Dekubitus hält kritischer Überprüfung nicht stand. Pflege (19): 126-129
- RNAO (Registered Nurses' Association of Ontario) (2005): Risk assessment & prevention of pressure ulcers. Nursing best practice guideline. Ontario, Eigen Verlag
- SGB (2006). Sozialgesetzbuch. 33. Auflage 2006. Beck-Texte im dtv.
- SVR (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (2002). Gutachten. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2005). Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Band 2: Schnittstellen zwischen Kranken- und Pflegeversicherung, Hilfs- und Heilmittel in der GKV, Einflussfaktoren auf die Verordnung von Arzneimitteln. Stuttgart, Kohlhammer
- Scanlon E, Stubbs N (2005). Pressure relieving devices for treating heel pressure ulcers (Protocol). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 4. Art. No.: CD005485. DOI: 10.1002/14651858.CD005485.
- Schametzky E, Deitermann B, Michel C, Glaeske G (2004). GEK-Heil- und Hilfsmittel- Report 2004. St. Augustin, Asgard Verlag
- Schametzky E, Deitermann B, Hoffmann F, Glaeske G (2005). GEK-Heil- und Hilfsmittel- Report 2005. St. Augustin, Asgard Verlag
- Schick Tanz C (2004). Podologische Therapie bei Diabetes. In: Schametzky E, Deitermann B., Michel C., Glaeske G. (2004). GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2004. St. Augustin, Asgard-Verlag. S.83-88.
- Schmid RG, Kühne H (2003). Therapie umschriebener Entwicklungsstörungen. Kinderärztliche Praxis (74): 294-302.
- Schmidt CO, Kohlmann T (2005). Was wissen wir über das Symptom Rückenschmerz. Orthopädie und ihre Grenzgebiete (143): 292-298

- Schoonhoven L, Bousema MT, Buskens E, on behalf of the prePURSE-study group (2006). The prevalence and incidence of pressure ulcers in hospitalised patients in The Netherlands: A prospective inception cohort study. *Int J Nurs Stud* [Epub ahead of print]
- Sonderheft ADHS (2004). *Kinderärztliche Praxis. Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin*: 15.04.2004.
- Sowell RD, Mangel WB, Kilczewski CJ, Normington JM. (1999) Effect of podiatric medical care on rates of lower-extremity amputation in a Medicare population. *J Am Podiatr Med Assoc* (89): 312-317
- Spitzenverbände der Krankenkassen (2004). Ergänzung zu der Gemeinsamen Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) im Hilfsmittelbereich vom 25.11.2003. Aktualisierung der Zuzahlungsregelungen vom 30. März 2004.
- Spitzenverbände der Krankenkassen (2005). Rdschr.04a. Gemeinsames Rundschreiben zur Versorgung mit Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung. Anhang Eigenanteils bzw. Zuschussregelung (Empfehlung) vom 14.09.2005.
- Statistisches Bundesamt (2006). Gesundheitspersonal nach Berufen. <http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab1.php>, letzter Zugriff: 25.04.2006
- Stiftung Warentest (2002). Blutzuckermessgeräte. test (10):
- Stiftung Warentest (2005). Rollatoren. test (9): 90-95
- Stiftung Warentest (2006). Blutdruckmessgeräte. test (1): 88
- Stiftung Warentest (2006). Hörgeräteakustiker. Besser hören. test (7): 86-90
- The Women's Health Initiative Steering Committee (2004). Effects of conjugated estrogen on postmenopausal women with hysterectomy: the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* (291): 1701–12
- Van Tulder MW, Koes B, Malmivaara A (2006). Outcome of non-invasive treatment modalities on back pain: an evidence-based review. *European Spine Journal* (15): 82-92
- VdAK (2004). Positionspapier der Ersatzkassen zum zukünftigen Umgang mit Festbeträgen für Hilfsmittel. Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. März 2004.
- Werdan K (2002). Ist ein Dekubitus immer vermeidbar? *Internist* 43(3): 414-415
- ZVK (Zentralverband der Krankengymnasten) (2005). Wirtschaftliche Lage der Physiotherapeuten ist ernst. *Zur Sache Physiotherapie* (2)

4. Verzeichnis der Anhangtabellen

Tab.1	Anzahl Versicherte (Statusfälle)* nach Alter und Geschlecht	221
Tab.2	Anzahl Versicherte für 2005 nach Alter (5-Jahres-Altergruppen) und Geschlecht	222
Tab.3	Prozentuale Verteilung der Ausgaben für Versicherte mit Inanspruchnahme von Heilmitteln, Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln im Jahre 2005	223
Tab.4	Prozentuale Verteilung der Ausgaben für Versicherte mit Inanspruchnahme von Hilfsmitteln (HMV) im Jahre 2005	223
Tab.5	Prozentuale Verteilung der Ausgaben für Versicherte mit Inanspruchnahme von Heilmitteln (RL) im Jahre 2005	224
Tab.6	Anteil der GEK-Versicherten mit Ergotherapie-Verordnungen in 2005 nach Alter und Geschlecht	225
Tab.7	Anteil der GEK-Versicherten mit Logopädie-Verordnungen in 2005 nach Alter und Geschlecht	226
Tab.8	Anteil der GEK-Versicherten mit Physiotherapie-Verordnungen in 2005 nach Alter und Geschlecht	227
Tab.9	Anteil der GEK-Versicherten mit Podologie-Verordnungen in 2005 nach Alter und Geschlecht	228
Tab.10	Anteil der GEK-Versicherten mit Heilmittel-Verordnungen in 2005 nach Alter und Geschlecht	229
Tab.11	Anteil der GEK-Versicherten mit Hilfsmittel-Verordnungen in 2005 nach Alter und Geschlecht	230
Tab.12	Anteil der GEK-Versicherten mit Pflegehilfsmittel-Verordnungen in 2005 nach Alter und Geschlecht	231
Tab.13	Änderung der Ausgaben für Hilfsmittel durch die Neuaufbereitung der Abrechnungsdaten des Jahres 2004	232
Tab.14	Anteil der Versicherten mit Heilmittelleistungen nach Alter und Geschlecht 2005 in %	233
Tab.15	Vergleich der Ausgaben für Heilmittel in der GKV und GEK	233
Tab.16	Regionale Entwicklung der Ausgaben pro 100 Versicherte von 2004 zu 2005 in der Ergotherapie	234
Tab.17	Regionale Entwicklung der Ausgaben pro 100 Versicherte von 2004 zu 2005 in der Logopädie	235

Tab.18	Regionale Entwicklung der Ausgaben pro 100 Versicherte von 2004 zu 2005 in der Physiotherapie	236
Tab.19	Tatsächliche und erwartete Ausgaben für Ergotherapie 2005	237
Tab.20	Tatsächliche und erwartete Ausgaben für Logopädie 2005	238
Tab.21	Tatsächliche und erwartete Ausgaben für Physiotherapie 2005	239
Tab.22	Produktgruppen im Hilfsmittelverzeichnis und Pflegehilfsmittelverzeichnis.....	240
Tab.23	Versorgungsprävalenz und Ausgaben für Hilfsmittelleistungen in 2004 und 2005 nach Produktgruppen.....	242
Tab.24	Hilfsmittel aus Apotheken 2004 und 2005.....	244
Tab.25	Vergleich der Ausgaben für Hilfsmittel je Versichertem in Euro der GKV und der GEK	244
Tab.26	Abrechnung von Blutzuckermessstreifen nach § 300 und § 302 SGB V.....	245
Tab.27	Regionale Ausgabenentwicklung für Inkontenzprodukte nach Einführung der Festbeträge 2005, geschlechts- und altersstandardisiert.....	245
Tab.28	Regionale Ausgabenentwicklung für Einlagen nach Einführung der Festbeträge 2005, geschlechts- und altersstandardisiert	246
Tab.29	Gliederung der Produktgruppe 11 des Hilfsmittelverzeichnis	247
Tab.30	Anzahl der DiabetikerInnen mit orthopädischer Leistung (PG 31) für die Jahre 2004 und 2005 in der GEK	249
Tab.31	Anzahl der DiabetikerInnen mit podologischer Leistung für die Jahre 2004 und 2005 in der GEK	250

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

Alter in Jahren	2004	2005	Änderung zu 2004 in %
Insgesamt	1.520.086	1.604.153	5,53
0 bis unter 10 Jahre	158.063	164.126	3,84
10 bis unter 20 Jahre	216.201	226.484	4,76
20 bis unter 30 Jahre	191.819	208.627	8,76
30 bis unter 40 Jahre	261.983	260.193	-0,68
40 bis unter 50 Jahre	299.264	323.038	7,94
50 bis unter 60 Jahre	183.898	204.493	11,20
60 bis unter 70 Jahre	135.574	138.043	1,82
70 bis unter 80 Jahre	54.968	59.275	7,84
80 bis unter 90 Jahre	15.993	17.673	10,50
90 Jahre und älter	2.323	2.201	-5,25
Männer	826.428	860.881	4,17
0 bis unter 10 Jahre	80.853	84.059	3,97
10 bis unter 20 Jahre	110.813	116.226	4,88
20 bis unter 30 Jahre	96.973	103.248	6,47
30 bis unter 40 Jahre	142.466	138.604	-2,71
40 bis unter 50 Jahre	166.308	175.442	5,49
50 bis unter 60 Jahre	107.663	117.476	9,11
60 bis unter 70 Jahre	81.398	82.344	1,16
70 bis unter 80 Jahre	31.839	34.457	8,22
80 bis unter 90 Jahre	7.386	8.351	13,07
90 Jahre und älter	729	674	-7,54
Frauen	693.658	743.272	7,15
0 bis unter 10 Jahre	77.210	80.067	3,70
10 bis unter 20 Jahre	105.388	110.258	4,62
20 bis unter 30 Jahre	94.846	105.379	11,11
30 bis unter 40 Jahre	119.517	121.589	1,73
40 bis unter 50 Jahre	132.956	147.596	11,01
50 bis unter 60 Jahre	76.235	87.017	14,14
60 bis unter 70 Jahre	54.176	55.699	2,81
70 bis unter 80 Jahre	23.129	24.818	7,30
80 bis unter 90 Jahre	8.607	9.322	8,31
90 Jahre und älter	1.594	1.527	-4,20

Tab.2 Anzahl Versicherte für 2005 nach Alter (5-Jahres-Altergruppen) und Geschlecht

Alter in Jahren	Anzahl versicherte Personen		
	Insgesamt	Männer	Frauen
0 bis unter 5 Jahre	71.072	36.391	34.681
5 bis unter 10 Jahre	90.271	46.079	44.192
10 bis unter 15 Jahre	95.963	49.115	46.848
15 bis unter 20 Jahre	117.035	59.984	57.051
20 bis unter 25 Jahre	101.550	50.006	51.544
25 bis unter 30 Jahre	93.318	46.756	46.562
30 bis unter 35 Jahre	103.813	56.157	47.656
35 bis unter 40 Jahre	150.308	81.135	69.173
40 bis unter 45 Jahre	171.037	92.789	78.248
45 bis unter 50 Jahre	145.961	81.033	64.928
50 bis unter 55 Jahre	113.514	64.572	48.942
55 bis unter 60 Jahre	87.702	51.712	35.990
60 bis unter 65 Jahre	70.428	42.797	27.631
65 bis unter 70 Jahre	64.382	38.982	25.400
70 bis unter 75 Jahre	34.895	20.871	14.024
75 bis unter 80 Jahre	23.744	13.313	10.431
80 bis unter 85 Jahre	13.096	6.414	6.682
85 bis unter 90 Jahre	4.361	1.876	2.485
90 bis unter 95 Jahre	1.736	553	1.183
95 Jahre und älter	428	121	307
0 bis über 100 Jahre	1.554.614	840.656	713.958

Tab.3 Prozentuale Verteilung der Ausgaben für Versicherte mit Inanspruchnahme von Heilmitteln, Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln im Jahre 2005

Anteil an den Gesamtausgaben (Gesamt: 145.169.105,25)	Ausgaben in €	Anteil Versicherte mit Verordnungen in % (n= 396.979)		Anteil Versicherte in % (n=1.604.153)
10%	14.517.962,24	0,32	1.251	0,08
20%	29.034.020,08	1,08	4.307	0,27
30%	43.552.043,80	2,50	9.936	0,62
40%	58.068.392,42	4,68	1.8571	1,16
50%	72.585.164,38	7,76	30.813	1,92
60%	87.101.558,84	12,34	48.975	3,05
70%	101.618.436,44	19,30	76.619	4,78
80%	116.135.443,56	30,49	12.1043	7,55
90%	130.652.319,84	49,73	197.425	12,31
100%	145.169.105,25	100,00	396.979	24,75

Tab.4 Prozentuale Verteilung der Ausgaben für Versicherte mit Inanspruchnahme von Hilfsmitteln (HMV) im Jahre 2005

Anteil an den Hilfsmittelgesamtausgaben (Gesamt: 70.695.097,94)	Ausgaben in €	Anteil Versicherte mit Hilfsmittelverordnungen in % (n= 239.131)		Anteil Versicherte in % (n=1.604.153)
10%	7.075.632,51	0,21	498	0,03
20%	14.139.635,93	0,69	1.639	0,10
30%	21.209.303,65	1,50	3.585	0,22
40%	28.278.211,47	2,89	6.905	0,43
50%	35.347.732,67	4,88	1.1664	0,73
60%	42.417.339,83	7,79	18.623	1,16
70%	49.486.598,19	12,97	31.005	1,93
80%	56.556.237,50	23,53	56.259	3,51
90%	63.625.659,16	44,42	10.6221	6,62
100%	70.695.097,94	100,00	239.131	14,91

Tab.5 Prozentuale Verteilung der Ausgaben für Versicherte mit Inanspruchnahme von Heilmitteln (RL) im Jahre 2005

Anteil an den Heilmittelgesamtausgaben (Gesamt: 73.543.490,54)	Ausgaben in €	Anteil Versicherte mit Heilmittelverordnungen in % (n=240.942)		Anteil Versicherte in % (n=1.604.153)
10%	7.356.334,61	0,73	1.754	0,11
20%	14.709.724,60	2,26	5.454	0,34
30%	22.063.560,25	4,58	11.044	0,69
40%	29.418.096,82	7,81	18.829	1,17
50%	36.772.283,86	12,35	29.745	1,85
60%	44.126.347,90	18,72	45.099	2,81
70%	51.480.562,85	27,76	66.892	4,17
80%	58.834.902,22	40,63	97.905	6,10
90%	66.189.193,94	60,86	146.632	9,14
100%	73.543.490,54	100,00	240.942	15,02

Tab.6 Anteil der GEK-Versicherten mit Ergotherapie-Verordnungen in 2005 nach Alter und Geschlecht

Alter in Jahren	Anzahl LV	Anteil LV / Vers in %	Δ Anteil zu 2004	Ausgaben je LV in €	Δ Ausgaben je LV zu 2004 in €
Insgesamt	12.197	0,76	0,05	864,93	0,20
0 bis unter 10 Jahre	6.983	4,25	0,40	803,87	-10,17
10 bis unter 20 Jahre	2.293	1,01	-0,03	796,48	-10,21
20 bis unter 30 Jahre	227	0,11	0,01	884,61	40,75
30 bis unter 40 Jahre	343	0,13	0,02	953,44	2,10
40 bis unter 50 Jahre	579	0,18	0,02	987,01	47,19
50 bis unter 60 Jahre	655	0,32	0,05	1.104,02	53,51
60 bis unter 70 Jahre	606	0,44	0,06	1.119,24	-25,29
70 bis unter 80 Jahre	356	0,60	0,05	1.253,56	-27,22
80 bis unter 90 Jahre	138	0,78	0,22	1.061,74	-9,05
90 Jahre und älter	17	0,78	0,22	958,86	82,26
Männer	8.315	0,97	0,07	881,33	0,88
0 bis unter 10 Jahre	5.128	6,10	0,52	809,61	-11,90
10 bis unter 20 Jahre	1.569	1,35	-0,07	792,95	-12,70
20 bis unter 30 Jahre	110	0,11	0,00	976,70	32,20
30 bis unter 40 Jahre	169	0,12	0,02	1.127,85	49,75
40 bis unter 50 Jahre	302	0,17	0,02	1.097,67	115,67
50 bis unter 60 Jahre	371	0,32	0,04	1.237,98	94,37
60 bis unter 70 Jahre	376	0,46	0,05	1.280,88	-53,26
70 bis unter 80 Jahre	229	0,66	0,07	1.310,02	-46,15
80 bis unter 90 Jahre	57	0,68	0,14	1.049,38	8,12
90 Jahre und älter	4	0,60	0,46	542,21	374,16
Frauen	3.883	0,52	0,05	829,58	0,68
0 bis unter 10 Jahre	1.856	2,32	0,26	787,55	-4,17
10 bis unter 20 Jahre	724	0,66	0,00	804,13	-4,92
20 bis unter 30 Jahre	117	0,11	0,02	798,03	68,09
30 bis unter 40 Jahre	174	0,14	0,02	784,03	-37,95
40 bis unter 50 Jahre	277	0,19	0,02	866,38	-26,29
50 bis unter 60 Jahre	284	0,33	0,05	929,02	11,01
60 bis unter 70 Jahre	230	0,41	0,06	854,99	35,08
70 bis unter 80 Jahre	127	0,51	0,02	1.151,77	-4,70
80 bis unter 90 Jahre	81	0,87	0,29	1.070,44	-23,97
90 Jahre und älter	13	0,86	0,10	1.087,06	151,42

Tab.7 Anteil der GEK-Versicherten mit Logopädie-Verordnungen in 2005 nach Alter und Geschlecht

Alter in Jahren	Anzahl LV	Anteil LV / Vers in %	Δ Anteil zu 2004	Ausgaben je LV in €	Δ Ausgaben je LV zu 2004 in €
Insgesamt	14.360	0,90	0,09	592,24	3,70
0 bis unter 10 Jahre	9.955	6,07	0,71	582,71	2,89
10 bis unter 20 Jahre	2.155	0,95	0,08	520,08	12,18
20 bis unter 30 Jahre	271	0,13	0,00	559,31	10,14
30 bis unter 40 Jahre	333	0,13	0,02	586,48	14,28
40 bis unter 50 Jahre	426	0,13	0,02	638,51	-34,40
50 bis unter 60 Jahre	397	0,19	0,01	752,01	18,82
60 bis unter 70 Jahre	446	0,32	0,05	809,58	-55,15
70 bis unter 80 Jahre	280	0,47	0,09	803,33	10,64
80 bis unter 90 Jahre	89	0,50	0,12	829,58	-27,12
90 Jahre und älter	8	0,37	0,02	708,76	101,98
Männer	8.557	0,99	0,11	617,87	6,53
0 bis unter 10 Jahre	6.133	7,30	0,75	598,22	4,85
10 bis unter 20 Jahre	1.252	1,08	0,12	533,37	7,20
20 bis unter 30 Jahre	102	0,10	0,00	667,40	38,78
30 bis unter 40 Jahre	118	0,09	0,01	696,84	40,85
40 bis unter 50 Jahre	191	0,11	0,01	809,48	50,38
50 bis unter 60 Jahre	224	0,19	0,03	817,98	2,69
60 bis unter 70 Jahre	310	0,38	0,06	865,44	-59,07
70 bis unter 80 Jahre	175	0,51	0,10	863,10	-2,43
80 bis unter 90 Jahre	48	0,57	0,24	815,66	-17,74
90 Jahre und älter	4	0,60	0,18	954,80	277,10
Frauen	5.805	0,74	0,08	554,26	-0,23
0 bis unter 10 Jahre	3.824	4,78	0,67	557,53	0,28
10 bis unter 20 Jahre	903	0,82	0,05	501,66	17,61
20 bis unter 30 Jahre	169	0,16	0,01	494,08	-4,83
30 bis unter 40 Jahre	215	0,18	0,02	525,92	1,47
40 bis unter 50 Jahre	235	0,16	0,03	499,56	-91,66
50 bis unter 60 Jahre	173	0,20	-0,01	666,59	25,44
60 bis unter 70 Jahre	136	0,24	0,03	682,26	-53,78
70 bis unter 80 Jahre	105	0,42	0,08	703,72	30,31
80 bis unter 90 Jahre	41	0,44	0,02	845,88	-27,01
90 Jahre und älter	4	0,27	-0,05	462,72	-101,50

Tab.8 Anteil der GEK-Versicherten mit Physiotherapie-Verordnungen in 2005 nach Alter und Geschlecht

Alter in Jahren	Anzahl LV	Anteil LV / Vers in %	Δ Anteil zu 2004	Ausgaben je LV in €	Δ Ausgaben je LV zu 2004 in €
Insgesamt	220.351	13,74	0,66	246,30	-14,56
0 bis unter 10 Jahre	6.869	4,19	0,14	381,30	-13,45
10 bis unter 20 Jahre	14.706	6,49	0,14	225,79	-23,99
20 bis unter 30 Jahre	16.204	7,77	0,25	189,48	-15,56
30 bis unter 40 Jahre	33.410	12,84	0,45	196,34	-15,86
40 bis unter 50 Jahre	54.164	16,77	0,73	219,40	-14,01
50 bis unter 60 Jahre	43.484	21,26	0,90	251,40	-16,54
60 bis unter 70 Jahre	32.328	23,42	1,24	291,04	-11,04
70 bis unter 80 Jahre	14.685	24,77	1,99	326,84	-15,91
80 bis unter 90 Jahre	4.092	23,15	2,55	367,08	-11,66
90 Jahre und älter	414	17,82	2,28	425,51	-55,99
Männer	101.002	11,73	0,49	243,35	-14,31
0 bis unter 10 Jahre	3.787	4,51	0,09	391,47	-9,21
10 bis unter 20 Jahre	6.563	5,65	0,11	240,61	-22,21
20 bis unter 30 Jahre	6.166	5,97	0,19	200,51	-16,87
30 bis unter 40 Jahre	14.358	10,36	0,20	194,46	-17,08
40 bis unter 50 Jahre	23.697	13,51	0,53	211,77	-10,61
50 bis unter 60 Jahre	20.580	17,52	0,47	240,27	-17,54
60 bis unter 70 Jahre	16.549	20,10	1,00	275,59	-14,53
70 bis unter 80 Jahre	7.463	21,66	2,07	312,14	-20,47
80 bis unter 90 Jahre	1.722	20,62	2,64	340,76	-4,73
90 Jahre und älter	118	17,51	2,69	414,01	-41,14
Frauen	119.354	16,06	0,81	248,78	-14,88
0 bis unter 10 Jahre	3.082	3,85	0,19	368,80	-18,33
10 bis unter 20 Jahre	8.143	7,39	0,18	213,84	-25,35
20 bis unter 30 Jahre	10.039	9,53	0,24	182,69	-14,49
30 bis unter 40 Jahre	19.052	15,67	0,60	197,76	-14,96
40 bis unter 50 Jahre	30.468	20,64	0,77	225,32	-17,08
50 bis unter 60 Jahre	22.906	26,32	1,28	261,37	-16,30
60 bis unter 70 Jahre	15.780	28,33	1,52	307,22	-7,65
70 bis unter 80 Jahre	7.222	29,10	1,92	342,04	-10,76
80 bis unter 90 Jahre	2.370	25,42	2,57	386,21	-14,98
90 Jahre und älter	296	19,38	3,51	430,09	-62,66

Tab.9 Anteil der GEK-Versicherten mit Podologie-Verordnungen in 2005 nach Alter und Geschlecht

Alter in Jahren	Anzahl LV	Anteil LV / Vers in %	Δ Anteil zu 2004	Ausgaben je LV in €	Δ Ausgaben je LV zu 2004 in €
Insgesamt	1.345	0,08	0,04	162,05	7,34
0 bis unter 10 Jahre	0	0,00	0,00	0,00	-76,68
10 bis unter 20 Jahre	13	0,01	0,00	172,60	51,20
20 bis unter 30 Jahre	8	0,00	0,00	94,02	24,53
30 bis unter 40 Jahre	26	0,01	0,00	143,90	44,15
40 bis unter 50 Jahre	112	0,03	0,02	143,11	10,85
50 bis unter 60 Jahre	309	0,15	0,07	156,16	-5,68
60 bis unter 70 Jahre	462	0,33	0,14	172,43	11,69
70 bis unter 80 Jahre	319	0,54	0,25	162,07	5,95
80 bis unter 90 Jahre	92	0,52	0,21	164,30	14,10
90 Jahre und älter	4	0,18	0,14	113,42	-81,58
Männer	843	0,10	0,05	162,62	11,42
0 bis unter 10 Jahre	0	0,00	0,00	0,00	0,00
10 bis unter 20 Jahre	6	0,01	0,00	211,08	107,28
20 bis unter 30 Jahre	3	0,00	0,00	111,30	52,74
30 bis unter 40 Jahre	14	0,01	0,01	119,03	59,88
40 bis unter 50 Jahre	58	0,03	0,02	129,82	15,80
50 bis unter 60 Jahre	197	0,17	0,08	161,82	4,59
60 bis unter 70 Jahre	318	0,39	0,17	173,64	16,14
70 bis unter 80 Jahre	195	0,57	0,26	158,86	4,93
80 bis unter 90 Jahre	52	0,62	0,28	158,00	3,21
90 Jahre und älter	0	0,00	0,00	0,00	0,00
Frauen	502	0,07	0,03	161,09	0,36
0 bis unter 10 Jahre	0	0,00	0,00	0,00	-76,68
10 bis unter 20 Jahre	7	0,01	0,01	139,62	-16,98
20 bis unter 30 Jahre	5	0,00	0,00	83,65	-7,70
30 bis unter 40 Jahre	12	0,01	0,00	172,92	48,80
40 bis unter 50 Jahre	54	0,04	0,02	157,39	0,80
50 bis unter 60 Jahre	112	0,13	0,07	146,21	-26,76
60 bis unter 70 Jahre	144	0,26	0,08	169,77	3,06
70 bis unter 80 Jahre	124	0,50	0,24	167,12	7,37
80 bis unter 90 Jahre	40	0,43	0,15	172,48	27,06
90 Jahre und älter	4	0,27	0,20	113,42	-81,58

Tab.10 Anteil der GEK-Versicherten mit Heilmittel-Verordnungen in 2005 nach Alter und Geschlecht

Alter in Jahren	Anzahl LV	Anteil LV /Vers in %	Δ Anteil 2004	Ausgaben je LV in €	Δ Ausgaben je LV 2004 in €
Insgesamt	240.942	15,02	0,79	305,23	-11,03
0 bis unter 10 Jahre	20.922	12,75	1,10	670,75	-2,89
10 bis unter 20 Jahre	18.336	8,10	0,19	341,94	-21,03
20 bis unter 30 Jahre	16.517	7,92	0,25	207,27	-13,97
30 bis unter 40 Jahre	33.765	12,98	0,46	209,86	-14,01
40 bis unter 50 Jahre	54.674	16,92	0,76	233,07	-12,34
50 bis unter 60 Jahre	44.059	21,55	0,97	272,40	-13,78
60 bis unter 70 Jahre	32.951	23,87	1,34	319,50	-9,18
70 bis unter 80 Jahre	15.063	25,41	2,16	366,63	-14,47
80 bis unter 90 Jahre	4.232	23,95	2,86	410,58	-5,77
90 Jahre und älter	428	19,45	3,35	463,98	-44,75
Männer	114.171	13,26	0,64	326,98	-8,79
0 bis unter 10 Jahre	13.031	15,50	1,18	713,92	-0,80
10 bis unter 20 Jahre	8.902	7,66	0,16	392,31	-21,24
20 bis unter 30 Jahre	6.300	6,10	0,18	224,16	-15,47
30 bis unter 40 Jahre	14.506	10,47	0,22	211,40	-14,14
40 bis unter 50 Jahre	23.925	13,64	0,54	230,38	-6,95
50 bis unter 60 Jahre	20.929	17,82	0,55	268,48	-12,90
60 bis unter 70 Jahre	16.968	20,61	1,14	316,24	-12,47
70 bis unter 80 Jahre	7.690	22,32	2,22	365,61	-18,51
80 bis unter 90 Jahre	1.797	21,52	3,05	386,18	1,17
90 Jahre und älter	124	18,40	3,03	442,27	-16,28
Frauen	126.779	17,06	0,91	285,63	-12,46
0 bis unter 10 Jahre	7.894	9,86	1,02	599,23	-4,38
10 bis unter 20 Jahre	9.434	8,56	0,21	294,41	-20,68
20 bis unter 30 Jahre	10.218	9,70	0,25	196,84	-12,62
30 bis unter 40 Jahre	19.259	15,84	0,61	208,70	-13,82
40 bis unter 50 Jahre	30.750	20,83	0,82	235,15	-16,88
50 bis unter 60 Jahre	23.132	26,58	1,32	275,92	-14,89
60 bis unter 70 Jahre	15.984	28,70	1,56	322,93	-5,70
70 bis unter 80 Jahre	7.373	29,71	2,12	367,71	-10,37
80 bis unter 90 Jahre	2.435	26,12	2,79	428,58	-9,06
90 Jahre und älter	304	19,91	3,47	472,84	-57,35

Tab.11 Anteil der GEK-Versicherten mit Hilfsmittel-Verordnungen in 2005 nach Alter und Geschlecht

Alter in Jahren	Anzahl LV	Anteil LV / Vers in %	Δ Anteil zu 2004	Ausgaben je LV zu 2004 in €	Δ Ausgaben je LV zu 2004 in €
Insgesamt	239.131	14,91	-3,37	295,63	48,16
0 bis unter 10 Jahre	18.767	11,43	0,38	258,66	0,26
10 bis unter 20 Jahre	42.039	18,56	0,34	158,34	-0,93
20 bis unter 30 Jahre	15.398	7,38	-2,64	256,74	72,95
30 bis unter 40 Jahre	25.301	9,72	-2,71	237,89	47,40
40 bis unter 50 Jahre	40.516	12,54	-4,73	256,51	57,67
50 bis unter 60 Jahre	36.104	17,66	-7,71	319,24	71,57
60 bis unter 70 Jahre	32.245	23,36	-7,15	383,74	72,44
70 bis unter 80 Jahre	19.085	32,20	-5,16	491,42	63,82
80 bis unter 90 Jahre	8.200	46,40	-0,91	564,30	45,91
90 Jahre und älter	1.481	67,29	5,56	617,19	34,87
Männer	120.213	13,96	-3,45	339,33	63,58
0 bis unter 10 Jahre	10.075	11,99	0,36	267,05	-3,46
10 bis unter 20 Jahre	20.724	17,83	0,26	172,91	5,10
20 bis unter 30 Jahre	7.190	6,96	-2,11	290,06	87,97
30 bis unter 40 Jahre	12.313	8,88	-2,59	280,40	63,45
40 bis unter 50 Jahre	20.139	11,48	-4,37	298,25	78,12
50 bis unter 60 Jahre	18.325	15,60	-7,91	390,44	109,66
60 bis unter 70 Jahre	17.240	20,94	-7,80	456,00	102,93
70 bis unter 80 Jahre	10.193	29,58	-5,49	550,75	71,22
80 bis unter 90 Jahre	3.595	43,05	-0,82	587,61	38,58
90 Jahre und älter	423	62,76	4,46	547,02	-36,41
Frauen	118.928	16,00	-3,32	251,44	34,35
0 bis unter 10 Jahre	8.695	10,86	0,40	248,84	4,57
10 bis unter 20 Jahre	21.318	19,33	0,43	144,16	-6,74
20 bis unter 30 Jahre	8.210	7,79	-3,20	227,49	59,15
30 bis unter 40 Jahre	12.988	10,68	-2,91	197,59	33,74
40 bis unter 50 Jahre	20.378	13,81	-5,24	215,24	38,58
50 bis unter 60 Jahre	17.779	20,43	-7,55	245,85	37,47
60 bis unter 70 Jahre	15.006	26,94	-6,23	300,71	43,76
70 bis unter 80 Jahre	8.892	35,83	-4,67	423,40	57,71
80 bis unter 90 Jahre	4.605	49,40	-0,86	546,10	50,65
90 Jahre und älter	1.058	69,29	5,99	645,24	63,39

Tab.12 Anteil der GEK-Versicherten mit Pflegehilfsmittel-Verordnungen in 2005 nach Alter und Geschlecht

Alter in Jahren	Anzahl LV	Anteil LV / Vers in %	Δ Anteil zu 2004	Ausgaben je LV in €	Δ Ausgaben je LV 2004 in €
Insgesamt	1.829	0,11	0,01	508,76	-15,33
0 bis unter 10 Jahre	24	0,01	0,00	1.585,40	957,77
10 bis unter 20 Jahre	40	0,02	-0,00	428,24	-95,39
20 bis unter 30 Jahre	37	0,02	0,01	366,11	-545,16
30 bis unter 40 Jahre	33	0,01	-0,00	375,57	-1,56
40 bis unter 50 Jahre	89	0,03	0,00	440,93	-71,77
50 bis unter 60 Jahre	193	0,09	0,00	481,39	-27,15
60 bis unter 70 Jahre	338	0,24	0,02	486,44	-22,04
70 bis unter 80 Jahre	518	0,87	0,03	507,88	-33,77
80 bis unter 90 Jahre	452	2,56	0,11	520,46	3,06
90 Jahre und älter	105	4,77	0,25	519,07	-7,16
Männer	1.073	0,12	0,01	495,34	-25,28
0 bis unter 10 Jahre	10	0,01	0,00	1.844,69	626,10
10 bis unter 20 Jahre	17	0,01	-0,01	323,81	-362,41
20 bis unter 30 Jahre	15	0,01	0,01	314,35	-1.157,53
30 bis unter 40 Jahre	20	0,01	-0,01	420,43	36,92
40 bis unter 50 Jahre	51	0,03	0,00	399,34	-111,42
50 bis unter 60 Jahre	127	0,11	0,01	492,31	-10,17
60 bis unter 70 Jahre	234	0,28	0,01	474,64	-25,90
70 bis unter 80 Jahre	327	0,95	0,04	492,86	-15,56
80 bis unter 90 Jahre	234	2,80	0,38	516,61	7,57
90 Jahre und älter	38	5,64	0,43	484,67	-32,42
Frauen	756	0,10	0,00	527,80	-1,11
0 bis unter 10 Jahre	14	0,02	-0,00	1.400,19	1.087,74
10 bis unter 20 Jahre	23	0,02	0,01	505,44	252,78
20 bis unter 30 Jahre	22	0,02	0,01	401,40	-61,39
30 bis unter 40 Jahre	13	0,01	0,00	306,56	-50,31
40 bis unter 50 Jahre	38	0,03	-0,00	496,74	-17,99
50 bis unter 60 Jahre	66	0,08	-0,01	460,38	-57,92
60 bis unter 70 Jahre	104	0,19	0,04	512,99	-17,43
70 bis unter 80 Jahre	191	0,77	0,03	533,59	-64,60
80 bis unter 90 Jahre	218	2,34	-0,12	524,59	0,14
90 Jahre und älter	67	4,39	0,18	538,58	7,16

Tab.13 Änderung der Ausgaben für Hilfsmittel durch die Neuaufbereitung der Abrechnungsdaten des Jahres 2004

Produktgruppe	Report 2005 Ausgaben in €	Report 2006 Ausgaben in €	Differenz in %
01 - Absauggeräte	264.515,17	270.319,56	2,19
02 - Adaptionshilfen	128.179,24	128.027,38	-0,12
03 - Applikationshilfen	2.188.225,72	2.925.059,25	33,67
04 - Badehilfen	924.259,50	913.794,75	-1,13
05 - Bandagen	5.687.788,78	5.673.201,48	-0,26
06 - Bestrahlungsgeräte	25.348,57	25.270,39	-0,31
07 - Blindenhilfsmittel	159.640,30	156.081,71	-2,23
08 - Einlagen	5.915.123,31	5.903.745,16	-0,19
09 - Elektrostimulationsgeräte	1.358.933,29	1.356.170,47	-0,20
10 - Gehhilfen	901.025,14	904.821,97	0,42
11 - Hilfsmittel gegen Dekubitus	896.169,80	894.751,40	-0,16
12 - Hilfsmittel bei Tracheostoma	537.998,08	569.595,78	5,87
13 - Hörhilfen	5.642.035,11	5.623.326,61	-0,33
14 - Inhalations- und Atemtherapie	6.022.268,97	6.029.975,70	0,13
15 - Inkontinenzhilfen	3.282.150,35	3.331.416,53	1,50
16 - Kommunikationshilfen	220.418,32	220.708,92	0,13
17 - Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	4.036.464,22	4.021.647,33	-0,37
18 - Krankenfahrzeuge	4.913.631,58	4.895.081,18	-0,38
19 - Krankenpflegeartikel	525.754,76	510.614,27	-2,88
20 - Lagerungshilfen	196.101,93	196.274,83	0,09
21 - Meßgeräte für Körperzustände/-funktionen	547.849,24	646.963,96	18,09
22 - Mobilitätshilfen	431.117,55	424.075,29	-1,63
23 - Orthesen/Schienen	3.413.404,56	3.402.595,66	-0,32
24 - Prothesen	2.597.844,39	2.603.779,02	0,23
25 - Sehhilfen	5.794.878,81	5.792.016,17	-0,05
26 - Sitzhilfen	672.597,45	670.670,46	-0,29
27 - Sprechhilfen	33.125,65	35.368,55	6,77
28 - Stehhilfen	178.447,95	178.447,95	0,00
29 - Stomaartikel	2.727.823,80	2.757.112,57	1,07
31 - Schuhe	6.023.782,40	6.003.216,94	-0,34
32 - Therapeutische Bewegungsgeräte	739.374,11	743.302,83	0,53
33 - Toilettenhilfen	255.407,65	254.028,61	-0,54
99 - Verschiedenes	509.310,33	485.517,41	-4,67

Tab.14 Anteil der Versicherten mit Heilmittelleistungen nach Alter und Geschlecht
2005 in %

Alter in Jahren	Ergotherapie		Logopädie		Physiotherapie	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0 bis unter 10 Jahre	6,10	2,32	7,30	4,78	4,51	3,85
10 bis unter 20 Jahre	1,35	0,66	1,08	0,82	5,65	7,39
20 bis unter 30 Jahre	0,11	0,11	0,10	0,16	5,97	9,53
30 bis unter 40 Jahre	0,12	0,14	0,09	0,18	10,36	15,67
40 bis unter 50 Jahre	0,17	0,19	0,11	0,16	13,51	20,64
50 bis unter 60 Jahre	0,32	0,33	0,19	0,20	17,52	26,32
60 bis unter 70 Jahre	0,46	0,41	0,38	0,24	20,10	28,33
70 bis unter 80 Jahre	0,66	0,51	0,51	0,42	21,66	29,10
80 bis unter 90 Jahre	0,68	0,87	0,57	0,44	20,62	25,42
90 Jahre und älter	0,59	0,85	0,59	0,26	17,51	19,38

Tab.15 Vergleich der Ausgaben für Heilmittel in der GKV und GEK

	2003		2004		2005	
	Ausgaben in €	Ausgaben pro Vers in €	Ausgaben in €	Ausgaben pro Vers in €	Ausgaben in €	Ausgaben pro Vers in €
GKV	3.801.000.000	53,95	3.594.000.000	51,14	3.701.000.000	52,51
GEK	65.312.799	46,41	72.069.732	47,47	77.484.169	48,30

Tab. 16 Regionale Entwicklung der Ausgaben pro 100 Versicherte von 2004 zu 2005 in der Ergotherapie

KV-Bereich	Ausgaben 2004 in €	Ausgaben 2005 in €	Ausgaben 2005 in € pro 100 Versicherte	Ausgaben 2004 in € pro 100 Versicherte	Ausgaben 2005 pro 100 Versicherte in €	Änderung der Ausgaben pro 100 Versicherte zu 2004 in €
KV Baden-Württemberg	1.484.987,05	1.615.569,62	97,69	97,69	100,71	3,02
KV Bayerns	1.485.960,15	1.653.882,93	97,76	97,76	103,10	5,35
KV Berlin	334.201,20	378.957,77	21,99	21,99	23,62	1,64
KV Brandenburg	194.930,21	280.775,98	12,82	12,82	17,50	4,68
KV Bremen	37.603,60	45.318,22	2,47	2,47	2,83	0,35
KV Hamburg	330.338,99	363.679,13	21,73	21,73	22,67	0,94
KV Hessen	769.102,71	828.170,87	50,60	50,60	51,63	1,03
KV Mecklenburg-Vorpommern	87.055,25	132.907,36	5,73	5,73	8,29	2,56
KV Niedersachsen	1.065.078,13	1.217.334,83	70,07	70,07	75,89	5,82
KV Nordrhein	749.789,68	874.175,47	49,33	49,33	54,49	5,17
KV Rheinland-Pfalz	517.072,36	578.471,40	34,02	34,02	36,06	2,04
KV Saarland	278.801,36	280.215,56	18,34	18,34	17,47	-0,87
KV Sachsen	309.953,15	424.066,96	20,39	20,39	26,44	6,05
KV Sachsen-Anhalt	60.995,17	79.772,39	4,01	4,01	4,97	0,96
KV Schleswig-Holstein	760.934,56	897.888,67	50,06	50,06	55,97	5,91
KV Thüringen	93.198,92	124.163,04	6,13	6,13	7,74	1,61
KV Westfalen-Lippe	696.649,42	763.299,10	45,83	45,83	47,58	1,75
KV ohne Zuordnung	25.389,53	2587,58	1,67	1,67	0,16	-1,51

Tab. 17 Regionale Entwicklung der Ausgaben pro 100 Versicherte von 2004 zu 2005 in der Logopädie

KV-Bereich	Ausgaben 2004 in €	Ausgaben 2005 in €	Ausgaben 2005 pro 100 Versicherte in €	Ausgaben 2004 pro 100 Versicherte in €	Änderung der Ausgaben pro 100 Versicherte zu 2004 in €
KV Baden-Württemberg	1.028.586,66	1.205.674,46	67,67	75,16	7,49
KV Bayerns	967.991,69	1.102.945,51	63,68	68,76	5,08
KV Berlin	313.330,49	379.982,07	20,61	23,69	3,07
KV Brandenburg	308.200,22	391.498,14	20,28	24,41	4,13
KV Bremen	47.504,46	55.548,95	3,13	3,46	0,34
KV Hamburg	199.626,94	239.495,68	13,13	14,93	1,80
KV Hessen	552.982,10	629.156,38	36,38	39,22	2,84
KV Mecklenburg-Vorpommern	78.625,08	111.662,98	5,17	6,96	1,79
KV Niedersachsen	776.596,07	911.655,90	51,09	56,83	5,74
KV Nordrhein	856.750,40	972.200,09	56,36	60,61	4,24
KV Rheinland-Pfalz	290.188,19	341.152,55	19,09	21,27	2,18
KV Saarland	163.348,31	196.399,01	10,75	12,24	1,50
KV Sachsen	228.576,13	309.564,85	15,04	19,30	4,26
KV Sachsen-Anhalt	84.546,15	119.919,50	5,56	7,48	1,91
KV Schleswig-Holstein	503.390,72	636.776,98	33,12	39,70	6,58
KV Thüringen	120.585,39	152.009,70	7,93	9,48	1,54
KV Westfalen-Lippe	618.816,33	737.196,44	40,71	45,96	5,25
KV ohne Zuordnung	24.917,09	3.368,76	1,64	0,21	-1,43

Tab. 18 Regionale Entwicklung der Ausgaben pro 100 Versicherte von 2004 zu 2005 in der Physiotherapie

KV-Bereich	Ausgaben 2004 in €	Ausgaben 2005 in €	Ausgaben 2004 pro 100 Versicherte	Ausgaben 2005 pro 100 Versicherte	Änderung der Ausgaben pro 100 Versicherte zu 2004 in €
KV Baden-Württemberg	10.886.792,49	11.395.041,84	716,20	710,35	-5,85
KV Bayerns	8.883.280,48	9.064.760,95	584,39	565,08	-19,31
KV Berlin	2.304.925,44	2.651.865,77	151,63	165,31	13,68
KV Brandenburg	1.569.078,11	1.834.200,46	103,22	114,34	11,12
KV Bremen	292.559,74	291.661,13	19,25	18,18	-1,06
KV Hamburg	1.439.152,82	1.490.122,15	94,68	92,89	-1,78
KV Hessen	3.784.985,33	3.971.441,29	249,00	247,57	-1,43
KV Mecklenburg-Vorpommern	481.646,60	538.633,97	31,69	33,58	1,89
KV Niedersachsen	5.196.854,98	5.559.809,17	341,88	346,59	4,71
KV Nordrhein	4.080.678,42	4.224.643,99	268,45	263,36	-5,09
KV Rheinland-Pfalz	2.148.845,97	2.239.543,45	141,36	139,61	-1,75
KV Saarland	906.320,97	927.590,63	59,62	57,82	-1,80
KV Sachsen	2.730.003,00	2.559.701,99	179,60	159,57	-20,03
KV Sachsen-Anhalt	636.647,27	744.960,69	41,88	46,44	4,56
KV Schleswig-Holstein	3.369.950,50	3.548.759,59	221,69	221,22	-0,47
KV Thüringen	639.472,05	752.704,19	42,07	46,92	4,85
KV Westfalen-Lippe	2.348.683,21	2.416.554,99	154,51	150,64	-3,87
KV ohne Zuordnung	79.273,02	7.115,01	5,22	0,44	-4,77

Tab.19 Tatsächliche und erwartete Ausgaben für Ergotherapie 2005

KV-Region	Tatsächliche Ausgaben in €	Erwartete Ausgaben in €	Differenz*
KV Baden-Württemberg	1.615.559,62	1.602.049,90	+13.509,72
KV Bayerns	1.653.882,93	1.581.517,59	+72.365,34
KV Berlin	378.957,77	349.751,60	+29.206,17
KV Brandenburg	280.775,98	209.297,47	+71.478,51
KV Bremen	45.318,22	38.292,17	+7.026,05
KV Hamburg	363.679,13	334.821,32	+28.857,81
KV Hessen	828.170,87	802.705,14	+25.465,73
KV Mecklenburg-Vorpommern	132.907,36	96.930,39	+35.976,97
KV Niedersachsen	1.217.334,83	1.132.054,89	+85.279,94
KV Nordrhein	874.175,47	769.701,38	+104.474,09
KV Rheinland-Pfalz	578.471,40	545.578,55	+32.892,85
KV Saarland	280.215,56	288.223,82	-8.008,26
KV Sachsen	424.066,96	308.084,98	+115.981,98
KV Sachsen-Anhalt	79.772,39	67.456,14	+12.316,25
KV Schleswig-Holstein	897.888,67	786.190,90	+111.697,77
KV Thüringen	124.163,04	103.039,20	+21.123,84
KV Westfalen-Lippe	763.299,10	736.145,24	+27.153,86

* Differenz = Tatsächliche – erwartete Ausgaben

Tab.20 Tatsächliche und erwartete Ausgaben für Logopädie 2005

KV-Region	Tatsächliche Ausgaben in €	Erwartete Ausgaben in €	Differenz*
KV Baden-Württemberg	1.205.674,46	1.109.671,06	+96.003,40
KV Bayerns	1.102.945,51	1.030.240,20	+72.705,31
KV Berlin	379.982,07	327.909,78	+52.072,29
KV Brandenburg	391.498,14	330.916,00	+60.582,14
KV Bremen	55.548,95	48.374,33	+7.174,62
KV Hamburg	239.495,68	202.335,65	+37.160,03
KV Hessen	629.156,38	577.142,13	+52.014,25
KV Mecklenburg-Vorpommern	111.662,98	87.543,94	+24.119,04
KV Niedersachsen	911.655,90	825.431,82	+86.224,08
KV Nordrhein	972.200,09	879.502,59	+92.697,50
KV Rheinland-Pfalz	341.152,55	306.186,26	+34.966,29
KV Saarland	196.399,01	168.868,88	+27.530,13
KV Sachsen	309.564,85	227.198,44	+82.366,41
KV Sachsen-Anhalt	119.919,50	93.501,78	+26.417,72
KV Schleswig-Holstein	636.776,98	520.098,87	+116.678,11
KV Thüringen	152.009,70	133.317,24	+18.692,46
KV Westfalen-Lippe	737.196,44	653.899,48	+83.296,96

* Differenz = Tatsächliche – Erwartete Ausgaben

Tab.21 Tatsächliche und erwartete Ausgaben für Physiotherapie 2005

KV-Region	Tatsächliche Ausgaben in €	Erwartete Ausgaben in €	Differenz*
KV Baden-Württemberg	11.395.041,84	11.745.008,03	-349.966,19
KV Bayerns	9.064.760,95	9.454.536,41	-389.775,46
KV Berlin	2.651.865,77	2.412.173,77	+239.692,00
KV Brandenburg	1.834.200,46	1.684.726,40	+149.474,06
KV Bremen	291.661,13	297.916,91	-6.255,78
KV Hamburg	1.490.122,15	1.458.680,52	+31.441,63
KV Hessen	3.971.441,29	3.950.352,99	+21.088,30
KV Mecklenburg-Vorpommern	538.633,97	536.282,31	+2.351,66
KV Niedersachsen	5.559.809,17	5.523.655,90	+36.153,27
KV Nordrhein	4.224.643,99	4.189.046,49	+35.597,50
KV Rheinland-Pfalz	2.239.543,45	2.267.311,83	-27.768,38
KV Saarland	927.590,63	936.951,27	-9.360,64
KV Sachsen	2.559.701,99	2.713.548,52	-153.846,53
KV Sachsen-Anhalt	744.960,69	704.084,72	+40.875,97
KV Schleswig-Holstein	3.548.759,59	3.481.803,23	+66.956,36
KV Thüringen	752.704,19	706.989,85	+45.714,34
KV Westfalen-Lippe	2.416.554,99	2.481.839,39	-65.284,40

* Differenz = Tatsächliche – Erwartete Ausgaben

Tab.22 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	Badewannenlifter 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

Bezeichnung der Produktgruppe	Produktbeispiele
18 Krankenfahrzeuge	Schiebe-, Elektrorollstühle
19 Krankenpflegeartikel	Behindertengerechte Betten, Einmalhandschuhe
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

Quelle: Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelverzeichnis/IKK-Bundesverband (2005)

Tab.23 Versorgungsprävalenz und Ausgaben für Hilfsmittleistungen in 2004 und 2005 nach Produktgruppen

Produktgruppen	Anzahl LV 2005	Anteil LV zu Versicherte in %	Zu Ausgaben in € in 2005	Ausgaben pro LV in 2005	Änderung der Ausgaben pro LV zu 2004 in %	Ausgaben pro Versicherte in 2005	Änderung der Ausgaben pro Versicherte zu 2004 in %
01 - Absauggeräte	820	0,05	299.426,84	365,15	-11,39	0,19	4,96
02 - Adaptionshilfen	1.943	0,12	159.512,99	82,10	10,49	0,10	18,06
03 - Applikationshilfen	4.998	0,31	4.237.540,48	847,85	40,90	2,64	37,28
04 - Bandhilfen	2.840	0,18	992.237,07	349,38	-7,63	0,62	2,89
05 - Bandagen	58.098	3,62	6.337.299,11	109,08	-2,69	3,95	5,85
06 - Bestrahlungsgeräte	87	0,01	26.369,58	303,10	-10,04	0,02	-1,12
07 - Blindenhilfsmittel	88	0,01	187.920,87	2.135,46	-8,33	0,12	14,09
08 - Einlagen	69.646	4,34	5.585.139,57	80,19	-13,91	3,48	-10,35
09 - Elektrostimulationsgeräte	13.374	0,83	1.547.619,38	115,72	-3,52	0,96	8,14
10 - Gehhilfen	19.186	1,20	1.039.206,44	54,16	5,58	0,65	8,83
11 - Hilfsmittel gegen Dekubitus	2.272	0,14	918.910,79	404,45	-13,44	0,57	-2,68
12 - Hilfsmittel bei Tracheostoma	429	0,03	704.426,39	1.642,02	10,99	0,44	17,19
13 - Hörhilfen	12.637	0,79	5.994.510,84	474,36	5,48	3,74	1,01
14 - Inhalations- und Atemtherapie	5.935	0,37	7.100.180,79	1.196,32	8,17	4,43	11,58
15 - Inkontinenzhilfen	8.350	0,52	3.843.387,14	460,29	-0,99	2,40	9,32
16 - Kommunikationshilfen	228	0,01	206.027,55	903,63	-0,92	0,13	-11,54
17 - Hilfsmittel zur Kompressions-therapie	27.951	1,74	3.963.157,47	141,79	-8,01	2,47	-6,62
18 - Krankenfahrzeuge	5.341	0,33	5.357.595,62	1.003,11	-1,74	3,34	3,71
19 - Krankenpflegeartikel	1.513	0,09	588.185,54	388,75	-2,09	0,37	9,16
20 - Lagerungshilfen	708	0,04	207.506,96	293,09	0,05	0,13	0,18

Tab.23

Fortsetzung

Produktgruppen	Anzahl LV 2005	Anteil LV zu Versicherte in %	Zu Ausgaben in € in 2005	Ausgaben pro LV in 2005	Änderung der Ausgaben pro LV zu 2004 in %	Ausgaben pro Versicherte in 2005	Änderung der Ausgaben pro Versicherte zu 2004 in %
21 - Meßgeräte für Körperzustände/ funktionen	3.301	0,21	704.640,78	213,46	17,16	0,44	3,21
22 - Mobilitätshilfen	984	0,06	490.018,09	497,99	23,18	0,31	9,49
23 - Orthesen/Schienen	6.630	0,41	3.703.651,53	558,62	-1,23	2,31	3,14
24 - Prothesen	4.068	0,25	2.962.079,09	728,14	5,46	1,85	7,80
25 - Sehhilfen	34.018	2,12	1.484.578,50	43,64	-21,61	0,93	-75,71
26 - Stuhlhilfen	505	0,03	790.851,43	1.566,04	14,42	0,49	11,74
27 - Sprechhilfen	64	0,00	42.081,44	657,52	5,97	0,03	12,74
28 - Stehhilfen	100	0,01	161.758,09	1.617,58	-0,29	0,10	-14,10
29 - Stomaartikel	1.526	0,10	2.832.268,30	1.856,01	-5,15	1,77	-2,66
31 - Schuhe	22.274	1,39	5.995.879,51	269,19	-1,34	3,74	-5,36
32 - Therapeutische Bewegungsgeräte	1.132	0,07	764.755,45	675,58	1,61	0,48	-2,51
33 - Toilettenhilfen	1.998	0,12	255.242,48	127,75	-13,35	0,16	-4,79
99 - Verschiedenes	4.951	0,31	696.322,25	140,64	51,85	0,43	35,90

Tab.24 Hilfsmittel aus Apotheken 2004 und 2005

Hilfsmittel aus Apotheken	2004	2005	Änderung in %
A: Hilfsmittel mit Pharmazentralnummern und Hilfsmittelpositionsnummern			
Anzahl verschiedene Versicherte	32.981	41.682	26,38
davon weibliche Versicherte	15.063	19.195	27,43
Anzahl Rezepte	72.181	94.359	30,73
Anzahl verschiedene PZN	5.251	6.088	15,94
Anzahl verschiedene Hilfsmittelpositionsnummern	1.841	1.923	4,45
Ausgaben in €	4.674.207,62	5.380.985,77	15,12
B: Miete oder Leihgebühr für Hilfsmittel (Pseudo-PZN= 9999063)			
Anzahl verschiedene Versicherte	6.467	7.728	19,50
davon weibliche Versicherte	3.988	4.814	20,71
Anzahl Rezepte	9.706	11.716	20,71
Ausgaben in €	317.772,02	379.130,00	19,31
C: Hilfsmittel ohne PZN (PseudoPZN= 9999028)			
Anzahl verschiedene Versicherte	7.722	8.151	5,56
davon weibliche Versicherte	4.461	4.588	2,85
Anzahl Rezepte	12.513	13.722	9,66
Anzahl verschiedene Hilfsmittelpositionsnummern	605	746	23,31
Ausgaben in €	961.391,13	982.123,33	2,16
Gesamtausgaben für Hilfsmittel aus Apotheken in €	5.953.370,77	6.742.239,10	13,25

Tab.25 Vergleich der Ausgaben für Hilfsmittel je Versichertem in Euro der GKV und der GEK

	Ausgaben in € pro Versichertem in 2003	Ausgaben in € pro Versichertem in 2004	Ausgaben in € pro Versichertem in 2005
Hilfsmittel der GKV	106,69	89,77	88,59
Hilfsmittel der GEK	49,09	45,24	44,07

Tab.26 Abrechnung von Blutzuckermessstreifen nach § 300 und § 302 SGB V

	§ 300	§ 302
Anzahl Rezepte 2004	77.074	27.924
Ausgaben in € 2004	6.030.434,84	4.004.957,20
Anzahl Rezepte 2005	90.449	24.802
Ausgaben in € 2005	6.857.821,67	3.604.718,83

Tab.27 Regionale Ausgabenentwicklung für Inkontinenzprodukte nach Einführung der Festbeträge 2005, geschlechts- und altersstandardisiert

	Summe Ausgaben Region pro Versicherte standardisiert 2004	Summe Ausgaben Region pro Versicherte standardisiert 2005	Differenz in €	Abweichung von 2004 zu 2005 in %
Baden-Württemberg	2,80	2,95	0,15	5,38
Bayern	2,19	2,28	0,09	4,19
Berlin	2,25	2,77	0,52	23,04
Brandenburg	1,90	2,05	0,15	8,07
Bremen	2,55	3,07	0,52	20,33
Hamburg	2,23	2,46	0,22	10,07
Hessen	2,18	2,52	0,33	15,19
Mecklenburg- Vorpommern	2,18	1,98	-0,21	-9,49
Niedersachsen	2,07	2,26	0,20	9,59
Nordrhein-Westfalen	1,98	2,12	0,13	6,76
Rheinland-Pfalz	2,26	2,55	0,29	12,66
Saarland	1,23	1,43	0,21	16,71
Sachsen	1,54	2,16	0,62	40,14
Sachsen-Anhalt	2,25	2,22	-0,03	-1,21
Schleswig-Holstein	2,22	2,56	0,34	15,24
Thüringen	1,88	1,58	-0,30	-15,96

Tab.28 Regionale Ausgabenentwicklung für Einlagen nach Einführung der Festbeträge 2005, geschlechts- und altersstandardisiert

	Summe Ausgaben Region pro Versicherte standardisiert 2004	Summe Ausgaben Region pro Versicherte standardisiert 2005	Differenz in €	Abweichung von 2004 zu 2005 in %
Baden-Württemberg	4,32	3,67	-0,65	-15,00
Bayern	4,68	4,63	-0,06	-1,21
Berlin	3,54	3,66	0,12	3,32
Brandenburg	2,24	2,33	0,09	4,23
Bremen	3,69	2,93	-0,76	-20,56
Hamburg	2,77	3,13	0,36	12,94
Hessen	5,78	4,31	-1,47	-25,43
Mecklenburg- Vorpommern	2,63	3,07	0,45	17,00
Niedersachsen	4,42	3,12	-1,30	-29,33
Nordrhein-Westfalen	2,91	2,92	0,01	0,31
Rheinland-Pfalz	4,58	3,71	-0,78	-19,05
Saarland	4,80	4,93	0,14	2,82
Sachsen	2,75	2,69	-0,06	-2,10
Sachsen-Anhalt	2,32	1,94	-0,38	-16,30
Schleswig-Holstein	3,15	3,18	0,03	0,86
Thüringen	2,84	2,12	-0,72	-25,26

Tab.29 Gliederung der Produktgruppe 11 des Hilfsmittelverzeichnis, Stand: 03.05.2006
(Quelle: HMV, 2006)

Hilfsmittelpositionnummer	Bezeichnung
Untergruppe 03	Fuß
11.03.01	Fersenschützer (nur gültig bis 31.07.2006)
Untergruppe 08	Ellenbogen
11.08.01	Ellenbogenschützer (nur gültig bis 31.07.2006)
Untergruppe 11	Leib/Rumpf
11.11.01	Sitzhilfen zur Vorbeugung (nur gültig bis 31.07.2006) - z.B. Luftringe, Fellauflagen für Rollstühle, Sitzkissen
11.11.02	Sitzhilfen zur Be- oder Nachbehandlung (nur gültig bis 31.07.2006) - z.B. Viskoelastisches gel-/ wasser-/ oder luftgefülltes Sitzkissen
11.11.03	Liegehilfen zur Vorbeugung (nur gültig bis 31.07.2006) - z.B. Schaum- oder Weichpolsterauflagen bzw. Matratzen
11.11.04	Liegehilfen zur Be- oder Nachbehandlung (nur gültig bis 31.07.2006) - z.B. Wechseldruckmatratzen
11.11.05	Statische Positionierungshilfen - z.B. Statische Positionierungshilfen zur Lagerung
Untergruppe 29	Ganzkörper
11.29.01	Auflagen aus Weichlagerungsmaterialien - z.B. versch. Weichpolster-/ Schaumauflagen (auch Sondergrößen)
11.29.01	Luftgefüllte Auflagen zur kontinuierlichen Weichlagerung - z.B. nicht motorisiert oder motorisiert
11.29.03	Luftgefüllte Auflagen zur kontinuierlichen Weichlagerung (Sondergrößenversorgung) - z.B. nicht motorisiert oder motorisiert (Sondergrößenversorgung)
11.29.04	Auflagen zur intermittierenden Entlastung - versch. luftgefüllte Wechseldruck-Auflagen (auch Sondergrößen)
11.29.05	Matratzen aus Weichlagerungsmaterialien - versch. Schaummatratzen (auch Sondergrößen)
11.29.06	Luftgefüllte Matratzen zur kontinuierlichen Weichlagerung - z.B. nicht motorisiert oder motorisiert

Tab.29 Fortsetzung

Hilfsmittelpositionennummer	Bezeichnung
Untergruppe 29	Ganzkörper
11.29.07	Luftgefüllte Matratzen zur kontinuierlichen Weichlagerung (Sondergrößenversorgung) - z.B. nicht motorisiert oder motorisiert (Sondergrößenversorgung)
11.29.08	Matratzen zur intermittierenden Entlastung - versch. luftgefüllte Wechseldruck-Matratzen (auch Sondergrößen)
11.29.09	Kombinierte Schaumstoff-Luftkissenmatratzen - versch. kombinierte Schaumstoff-Luftkissenmatratzen (auch Sondergrößen)
11.29.10	Dynamische Liegehilfen zur Umlagerung - versch. Seitenlagerungssysteme (auch Sondergrößen)
11.29.11	Dynamische Systeme zur Stimulation von Mikrobewegungen - versch. Komplettsysteme (auch Sondergrößen)
Untergruppe 39	Gesäß
11.39.01	Sitzhilfen aus Weichlagerungsmaterialien - z.B. Weichpolster-/ Schaumsitzkissen
11.39.02	Gelgefüllte Sitzhilfen - z.B. Polymer-, Elastomer- oder Fluid-Gelkissen
11.39.03	Luftgefüllte Sitzkissen - versch. luftgefüllte Sitzkissen
11.39.04	Sonstige Sitzkissen - z.B. Gitter-Strukturkissen
Untergruppe 41	Rücken
11.41.01	Rückensysteme - z.B. Weichpolster-/ Schaumstoffrückensysteme
Untergruppe 99	Ohne speziellen Anwendungsort
11.99.99	Abrechnungspositionen - Zubehör

Tab.30 Anzahl der DiabetikerInnen mit orthopädischer Leistung (PG 31) für die Jahre 2004 und 2005 in der GEK

Alter in Jahren	Versicherte mit Leistungen der PG 31	2004 DiabetikerInnen mit Leistungen der PG 31	Versicherte mit Leistungen der PG 31	2005 DiabetikerInnen mit Leistungen der PG 31
Insgesamt	21.894	1.972	22.194	2.225
0 bis unter 10 Jahre	1.390	0	1.341	0
10 bis unter 20 Jahre	1.708	6	1.689	7
20 bis unter 30 Jahre	934	2	960	7
30 bis unter 40 Jahre	2.296	24	2.075	28
40 bis unter 50 Jahre	4.176	148	4.276	171
50 bis unter 60 Jahre	4.268	421	4.511	501
60 bis unter 70 Jahre	4.526	770	4.429	780
70 bis unter 80 Jahre	2.008	453	2.282	560
80 bis unter 90 Jahre	545	139	571	152
90 Jahre und älter	43	9	60	19
Männer	10.336	1.240	10.227	1.419
0 bis unter 10 Jahre	752	0	723	0
10 bis unter 20 Jahre	859	2	842	2
20 bis unter 30 Jahre	384	1	370	3
30 bis unter 40 Jahre	1.095	14	965	17
40 bis unter 50 Jahre	1.968	97	1.993	116
50 bis unter 60 Jahre	2.030	295	2.060	344
60 bis unter 70 Jahre	2.175	521	2.033	538
70 bis unter 80 Jahre	880	254	1.028	329
80 bis unter 90 Jahre	183	54	201	65
90 Jahre und älter	10	2	12	5
Frauen	11.558	732	11.967	806
0 bis unter 10 Jahre	638	0	618	0
10 bis unter 20 Jahre	849	4	847	5
20 bis unter 30 Jahre	550	1	590	4
30 bis unter 40 Jahre	1.201	10	1.110	11
40 bis unter 50 Jahre	2.208	51	2.283	55
50 bis unter 60 Jahre	2.238	126	2.451	157
60 bis unter 70 Jahre	2.351	249	2.396	242
70 bis unter 80 Jahre	1.128	199	1.254	231
80 bis unter 90 Jahre	362	85	370	87
90 und älter Jahre	33	7	48	14

Tab.31 Anzahl der DiabetikerInnen mit podologischer Leistung für die Jahre 2004 und 2005 in der GEK

Alter in Jahren	2004 Versicherte mit Podologie	2004 DiabetikerInnen mit Podologie	2005 Versicherte mit Podologie	2005 DiabetikerInnen mit Podologie
Insgesamt	677	631	1.330	1.223
0 bis unter 10 Jahre	1	0	0	0
10 bis unter 20 Jahre	3	1	13	3
20 bis unter 30 Jahre	5	4	8	6
30 bis unter 40 Jahre	13	11	25	18
40 bis unter 50 Jahre	48	45	108	95
50 bis unter 60 Jahre	137	130	304	281
60 bis unter 70 Jahre	265	250	459	435
70 bis unter 80 Jahre	155	144	317	294
80 bis unter 90 Jahre	49	45	92	87
90 Jahre und älter	1	1	4	4
Männer	430	400	834	767
0 bis unter 10 Jahre	0	0	0	0
10 bis unter 20 Jahre	2	0	6	0
20 bis unter 30 Jahre	3	2	3	2
30 bis unter 40 Jahre	4	4	14	10
40 bis unter 50 Jahre	28	26	57	51
50 bis unter 60 Jahre	98	92	193	179
60 bis unter 70 Jahre	172	160	316	297
70 bis unter 80 Jahre	98	91	193	179
80 bis unter 90 Jahre	25	25	52	49
90 Jahre und älter	0	0	0	0
Frauen	247	231	496	456
0 bis unter 10 Jahre	1	0	0	0
10 bis unter 20 Jahre	1	1	7	3
20 bis unter 30 Jahre	2	2	5	4
30 bis unter 40 Jahre	9	7	11	8
40 bis unter 50 Jahre	20	19	51	44
50 bis unter 60 Jahre	39	38	111	102
60 bis unter 70 Jahre	93	90	143	138
70 bis unter 80 Jahre	57	53	124	115
80 bis unter 90 Jahre	24	20	40	38
90 Jahre und älter	1	1	4	4

Die ProjektmitarbeiterInnen:

Bernhilde Deitermann, MPH

*1970

Bis 1997 Studium der Sozialwissenschaften an der Universität Hannover (Abschluss: Dipl. Sozialwiss). Von 2000–2003 Aufbaustudium der Gesundheitswissenschaften an der Medizinischen Hochschule Hannover (Abschluss: MPH). Seit 2003 Promovendin am Studiengang Öffentliche Gesundheit/Gesundheitswissenschaften an der Universität Bremen. Von 2001–2004 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Studiengang Öffentliche Gesundheit/Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen. Seit 2004 Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), AG Arzneimittelanwendungsforschung der Universität Bremen.

Falk Hoffmann

*1979

Ausbildung zum Krankenpfleger in Altenburg (Thüringen). Tätigkeit in der Psychiatrie. 2001–2006 Studium Lehramt Pflegewissenschaft mit natur- und gesundheitswissenschaftlicher Vertiefung an der Universität Bremen (Abschluss: Dipl. Berufspädagoge), Seit 2005 Mitarbeiter im Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), AG Arzneimittelanwendungsforschung der Universität Bremen, seit 2006 Wissenschaftlicher Mitarbeiter.

Claudia Kemper

*1967

Studium der Religionspädagogik in Paderborn (Abschluss: Dipl. Rel.-Päd). Anschließend Ausbildung zur Physiotherapeutin und Arbeit in verschiedenen Krankengymnastikpraxen. Seit 2005 Lehrkraft für Physiotherapie. Ab 2004 Studium der Gesundheitswissenschaften an der Universität Bremen und seit April 2006 Mitarbeiterin am Zentrum für Sozialpolitik (ZES).

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 Grundsatzfragen, zuletzt bei der BARMER Ersatzkasse.

Ab Dezember 1999 Professor für Arzneimittelversorgungsforschung am Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen.

Seit 2003 Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (www.svr-gesundheit.de) und im wissenschaftlichen Beirat der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Stellvertretendes Mitglied der Kommission für Standardzulassungen und für das Deutsche Arzneibuch beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und Mitglied in der BTM-Kommission. Mitglied der Drug-Utilization-Research-Group der WHO, seit 2005 nach vierjähriger Tätigkeit als 1. Vorsitzender der Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimittelepidemiologie (GAA) Beisitzer des Vorstands, seit Mai 2006 Mitglied im Vorstand des Deutschen Netzwerkes Versorgungsforschung (DNVF). Mitglied in diversen medizinischen und epidemiologischen Fachgesellschaften.

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.

Johanna Ahlert

*1980

Studium Integrierten Designs an der Hochschule für Künste Bremen seit 2001. Seit 2005 freie Fotografin und Mitarbeiterin in der Fotoredaktion bei der taz bremen/nord. Seit August 2006 studentische Mitarbeiterin am Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), AG Arzneimittelanwendungsforschung der Universität Bremen.

Prof. Dr. med. Ernst Chantelau

*1948

Studium der Humanmedizin an der Freien Universität Berlin, seit 1979 wissenschaftlicher Mitarbeiter der Medizinischen Klinik für Stoffwechselkrankheiten und Ernährung (jetzt Klinik für Endokrinologie, Diabetes und Rheumatologie) der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Gründer und bis 2005 Leiter der dortigen Diabetes-Fuß-Ambulanz.

Sibylle Feyerabend

*1963

Bis 1988 Studium der Oecotrophologie in Gießen (Abschluss: Dipl. Oecotroph.). Tätigkeiten in verschiedenen Verlagen. Seit 1996 Mitarbeiterin bei rehaVital, dort als Prokuristin tätig, zuständig für den gesamten Bereich Vertragsmanagement mit Kostenträgern.

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) und Anstellung in verschiedenen Softwarehäusern. Seit März 2005 Mitarbeiterin am Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), AG Arzneimittelanwendungsforschung der Universität Bremen.

Ingo Doneth

*1956

1981–1983 Ausbildung zum Orthopädie-Mechaniker-Meister mit anschließender Tätigkeit im Sanitätshaus. Seit 1988 Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS), dort ab 1989 Leiter des Fachgebiets Hilfsmittel, zuständig für das Hilfsmittelverzeichnis und die Prüfung von Hilfsmitteln gemäß § 139 SGB V. Ansprechpartner für Fragen der Hilfsmittelversorgung.

Friederike Höfel

*1964

Studium einiger Semester Anglistik, Kunst und Philosophie in Berlin und Bremen. Ausbildung zur Wirtschaftsassistentin, Schwerpunkt Fremdsprachen in Bremen. Seit 2001 Studentin der Soziologie an der Universität Bremen. Seit März 2005 Studentische Mitarbeiterin am Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), AG Arzneimittelanwendungsforschung 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 Arzneimittelversorgung.

Dr. Christel Schicktanz, MPH

*1960

Studium der Tiermedizin an der Tierärztlichen Hochschule in Hannover von 1980–1986, dort auch Promotion zum Dr. med. vet. im Jahr 1989. Von 1998–2002 Aufbaustudium der Gesundheitswissenschaften an der Universität Bremen mit dem Schwerpunkt Epidemiologie. Von 11/2002–3/2004 Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialpolitik (BIPS) in der Abteilung für Sozialmedizin und Arzneimittel-epidemiologie. Seit 2004 Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen.

Florian Wiencek

*1984

Studium der Digitalen Medien an der Universität Bremen seit 2002. Seit 2003 freie Mitarbeit als Designer in diversen Projekten. Seit Dezember 2005 studentischer Mitarbeiter am Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), AG Arzneimittelanwendungsforschung der Universität Bremen.

Edda Würdemann, Apothekerin, MPH

*1953

Studium der Pharmazie an der TU in Braunschweig von 1977–1981. Mehrjährige Tätigkeit in öffentlichen Apotheken in Baden-Württemberg und Niedersachsen. Von 1998–2003 Lehrerin an PTA (pharmazeutisch technische Assistenten) Schulen in Oldenburg und Bremen. Seit 2002 freie Referentin für die Apothekerkammer Niedersachsen im Bereich PTA- und Apothekerfortbildung. Von 2002–2006 Aufbaustudium der Gesundheitswissenschaften an der Universität Bremen mit dem Schwerpunkt Epidemiologie, Abschluss Master of Public Health (MPH). Seit Juli 2003 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), AG Arzneimittelforschung der Universität Bremen, Lehrbeauftragte im BA-Studiengang Public Health.

**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 Arbeitsunfähigkeitsdaten und Literaturrecherchen zu
 Zusammenhängen von Arbeitswelt und Erkrankungen.

- | | | |
|----------|--|-----------|
| Band 4: | Gesundheitsbericht 11 – Werkzeugmechaniker.
ISBN 3-537-44001 | 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- bis 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 3-537-44017-4 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. (Hrg.): Wechseljahre 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 3-537-44048-0, ISBN 978-3-537-44048-8 Euro 12,90