



Edition

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 31

Elke Scharnetzky
Bernhilde Deitermann
Claus Michel
Gerd Glaeske

mit einem Beitrag von Christel Schicktanz
unter Mitarbeit von Karin Hilbig, Friederike Höfel, Wiebke Scharffetter

GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2004

Auswertungsergebnisse der
GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus dem Jahre 2003

Bremen, Schwäbisch Gmünd
Juli 2004
Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 31



Edition

GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2004

Die Deutsche Bibliothek - CIP-Einheitsaufnahme

Gmünder Ersatzkasse:
GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2004: Auswertungsergebnisse der
GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus dem Jahre 2003
[Hrsg: GEK-Gmünder ErsatzKasse. Autoren: Elke Scharnetzky, Bernhilde
Deitermann, Claus Michel, Gerd Glaeske].
Sankt Augustin : Asgard-Verl. Hippe. 2004.(GEK-Edition; Bd. 31)
ISBN 3-537-44031-6

- Herausgeber: GEK - Gmünder ErsatzKasse
Bereich Gesundheitsanalyse
Gottlieb-Daimler-Straße 19
73529 Schwäbisch Gmünd
Telefon (07171) 801-0
<http://www.gek.de>
- Autoren: Elke Scharnetzky, Bernhilde Deitermann, Gerd Glaeske
Zentrum für Sozialpolitik, Forschungsschwerpunkt
"Arzneimittelversorgungsforschung", Forschungseinheit
"Gesundheitspolitik und Evaluation medizinischer
Versorgung"
Universität Bremen, Parkallee 39, 28209 Bremen
- Claus Michel, Referent beim Sachverständigenrat zur
Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen,
Bundes-
ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung,
Rochusstrasse 1, 53123 Bonn
- Verlag: Asgard-Verlag, Einsteinstraße 10, 53757 St. Augustin

Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	5
1	Einführung	7
2	Heil- und Hilfsmittel in der gesetzlichen Krankenversicherung	12
2.1	Einleitung	13
2.2	Versorgung mit Hilfsmitteln	14
2.2.1	Hilfsmittel im Leistungsspektrum der GKV	14
2.2.2	Vertragsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und Hilfsmittelanbietern	17
2.2.3	Hilfsmittelverzeichnis und -richtlinien	20
2.2.4	Schnittstellen in der Hilfsmittelversorgung	23
2.2.5	Effizienz der Hilfsmittelversorgung	24
2.3	Versorgung mit Heilmitteln in der GKV	27
2.3.1	Heilmittel im Leistungsspektrum der GKV	27
2.3.2	Heilmittel-Richtlinien und Heilmittel-Katalog	30
2.3.3	Effizienz der Heilmittelversorgung	31
3	Datenbasis und Methoden	34
4	Ausgaben der GEK für Heil- und Hilfsmittel	37
4.1	Verteilung der Ausgaben	45
5	Ergebnisse der Heilmittel-Analysen	52
5.1	Physikalische Therapie, Ergotherapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	52
5.2	Übersicht	54
5.3	Leistungen von KrankengymnastInnen / PhysiotherapeutInnen	61
5.4	Auswertung einer Stichprobe von Krankengymnastik-Verordnungen	65
5.5	Regionale Besonderheiten: Praxen für Physiotherapie, KrankengymnastInnen und PhysiotherapeutInnen	68

5.6	Leistungen von MasseurInnen und medizinischen Badebetrieben.....	74
5.7	Leistungen von Ergo-, Beschäftigungs- und ArbeitstherapeutInnen	77
5.8	Leistungen von LogopädInnen und SprachtherapeutInnen	80
5.9	Podologische Therapie bei Diabetes	83
5.10	Vergleich: Verordnung nichtsteroidaler Antirheumatika / Heilmittel-Verordnung	89
6	Ergebnisse der Hilfsmittel-Analysen	103
6.1	Hilfsmittel von sonstigen Leistungserbringern	103
6.1.1	Der Hilfsmittelmarkt der gesetzlichen Krankenversicherung mit regionalen Besonderheiten	105
6.1.2	Verordnungen von Hilfsmitteln – gibt es alters- und geschlechtsspezifische Auffälligkeiten?.....	111
6.1.3	Ein Produkt – unterschiedliche Ausgabepreise?	118
6.1.4	Konsequenzen aus den Hilfsmittel-Analysen.....	119
6.2	Hilfsmittel aus Apotheken 2003: Hilfsmittelpositions- und/oder Pharmazentralnummer ? Missbrauch von Hilfsmittelpositionsnummern	123
6.2.1	Hilfsmittelpositions- und / oder Pharmazentralnummer ?.....	124
6.2.2	Missbrauch von Hilfsmittelpositionsnummern.....	129
6.2.3	Konsequenzen aus dem Missbrauch von Hilfsmittelpositionsnummern	135
6.2.4	Hilfsmittel aus Apotheken 2003	137
7	Tabellenverzeichnis	140
8	Abbildungsverzeichnis	142
9	Anhang	144
10	Literaturverzeichnis.....	203

Vorwort

Zum ersten Mal legt eine gesetzliche Krankenkasse einen Report über den Verbrauch von Heil- und Hilfsmitteln vor – und wir von der Gmünder ErsatzKasse GEK sind ein wenig stolz darauf, unsere Datenbank nun auch auf diesen Bereich erweitern zu können. Der GEK-Arzneimittel-Report war das Vorbild, darum haben wir auch in diesem Leistungsbereich die schon bewährte Kooperation mit Prof. Dr. Gerd Glaeske und seinem Team vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen weitergeführt. Die Heil- und Hilfsmittel stehen bei den Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen, so auch bei der GEK, auf dem vierten Rang - nach den Ausgaben für die Behandlung in Krankenhäusern, für die Behandlung mit Arzneimitteln und für das Honorar von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten. Daher war es aus unserer Sicht längst überfällig, auch diesen Ausgabenbereich einmal stärker und genauer unter die Lupe zu nehmen, um uns ein Bild von der Verteilung und der Qualität der Heil- und Hilfsmittel machen zu können. Der wichtigste Schritt hierzu bestand in der Entscheidung, alle Verordnungen von Heil- und Hilfsmitteln erfassen zu lassen, gar kein so einfaches Unterfangen, weil weder auf bestehende Erfassungssysteme zurückgegriffen werden konnte, noch einheitlich Verordnungsblätter wie in der Arzneimittelversorgung existieren. Die GEK unterhält in diesem Leistungsbereich mit rund 60.000 Anbietern Vertragsbeziehungen, nicht ganz so vielfältig sind die Vordrucke zur Abrechnung, eine Situation, die auch die Erfassung und Zusammenführung der Daten erheblich erschwerte. Aber nur auf der Basis einer solchen Datenbank lassen sich schließlich Auswertungen durchführen, wie wir sie heute vorlegen können. Wir betreten also Neuland, ein solcher innovativer Schritt ist aber erforderlich, wenn wir die Transparenz zugunsten der Verbesserung von Qualität und Effizienz in der medizinischen Versorgung nutzen wollen. Diese transparenzfördernden Reporte, die wir in unterschiedlichen Leistungsbereichen vorle-

gen – für den Krankenhausbereich ebenso wie für die Arzneimittelversorgung -, sind aber kein Selbstzweck, sie sind vielmehr Basis für Vorschläge, wie unter Berücksichtigung der realen medizinischen Behandlung unserer Versicherten die Qualität und Effizienz gesichert oder, wenn notwendig, verbessert werden können. Nach unseren Erfahrungen zeigen solche Leistungsberichte immer wieder lohnende Ansatzpunkte für Aktivitäten der GEK, ob im Bereich einer verbesserten Information für unsere Versicherten oder im Bereich der Vertragsgestaltung mit den Leistungsanbietern. Und hierin liegt auch unsere Motivation: Mit gesicherten Daten und fundierten Analysen dort Veränderungen der medizinischen Versorgung zu erreichen, wo sie zum Nutzen unserer Versicherten notwendig sind – getreu unserem Motto: Daten für Taten. Transparenz ist daher für die GEK kein Schlagwort, sondern Basis für Handlungsanleitungen – dies zeigt auch der nun vorgelegte Heil- und Hilfsmittel-Report.

Schwäbisch Gmünd, im Juli 2004

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Dieter Hebel', written in a cursive style.

Dieter Hebel

Vorstandsvorsitzender der Gmünder ErsatzKasse (GEK)

1 Einführung

Überraschend war es für uns zunächst schon, dass bislang kaum Versuche unternommen worden sind, den Bereich der Heil- und Hilfsmittel konsequent zu erfassen und auszuwerten, von einzelnen Ausnahmen abgesehen, die als Ergebnis der Förderung von Vorhaben der Versorgungsforschung vorliegen (Kuhlmey et al., 2003). Überraschend auch deshalb, weil die Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durchaus beträchtlich sind und weil sowohl Heilmittel (wie z.B. Massagen, Logopädie, Krankengymnastik oder Podologie) als auch Hilfsmittel (z.B. Hör- und Sehhilfen oder auch orthopädische Hilfsmittel) als Teil der Behandlung nach den Anforderungen von Qualität und Effizienz bewertet werden sollten. Wenn aber nicht einmal bekannt ist, welche Heil- und Hilfsmittel in welcher Häufigkeit den Patientinnen und Patienten verordnet werden, wird letztlich keine Bewertung möglich sein, ob z.B. die Versorgung von Schlaganfallpatienten mit Sprachtherapie oder die Anwendung von Krankengymnastik bei Patientinnen oder Patienten mit rheumatischen Erkrankungen überhaupt adäquat durchgeführt worden ist. Bei näherer Beschäftigung mit dem Markt der Heil- und Hilfsmittel wurde allerdings klarer, warum dieser Bereich bisher in Transparenzprojekten so selten behandelt worden ist: Die Anbietersituation ist ausgesprochen vielfältig und auch unübersichtlich – gibt es 60.413 verschiedene Anbieter von Heil- und Hilfsmitteln, (Tab. 1 im Anhang) die in 2003 mit der GEK abgerechnet haben.

Die Verträge mit den Anbietern sind ebenfalls unübersichtlich und vielzählig – eine durchgängig erkennbare Struktur, die zumindest im Arzneimittelmarkt durch die verlässlichen Pharmazentralnummern und verbindliche Preislisten bei den zu Lasten der GKV ordnungsfähigen Arzneimittel vorliegt, sucht man im Bereich der Heil- und Hilfsmittel vergeblich. Nicht einmal Definitionen von "Hilfsmitteln" und "Heilmitteln" werden im 5. Sozialgesetzbuch (SGB V) eindeutig gegeben, um sie von

anderen therapeutischen Leistungen ausreichend abzugrenzen. Eine gängige Definition lautet: Hilfsmittel sind sächliche medizinische Leistungen, Heilmittel persönlich zu erbringende medizinische Leistungen.

Um diesen eher unübersichtlichen Leistungsbereich auch unter Berücksichtigung des SGB V und der Möglichkeiten der Krankenkassen, auf Angebot, Preis und Leistungsumfang Einfluss zu nehmen, zu beschreiben, haben wir den eigentlichen Auswertungen das Kapitel "Heil- und Hilfsmittel in der gesetzlichen Krankenversicherung" vorangestellt. Hier wird sowohl das Hilfsmittelverzeichnis als auch der Heilmittelkatalog erläutert wie aber auch die Rahmenbedingungen für Vertragsbeziehungen und die Vorzüge von Festbeträgen.

Heilmittel sollen die ärztliche Therapie ergänzen und den Heilerfolg sichern, Krankheitsbeschwerden lindern oder ihre Verschlimmerung verhüten. Sie sollen auch vorbeugend zum Einsatz kommen, wenn auf diese Weise Krankheiten verhindert werden können. Zu den verordnungsfähigen Heilmitteln gehören die physikalische und die podologische Therapie, die Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie die Ergotherapie. Verordnen dürfen die Ärzte ab dem 1. Juli 2004 nur noch dann, wenn sie sich vom Zustand der Patienten überzeugt, diesen dokumentiert und sich über die persönlichen Lebensumstände informiert haben. Die maximale Verordnungsmenge beträgt bei der physikalischen Therapie sechs, bei der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bis zu 10 Einheiten. Bisher gab es keine entsprechenden Begrenzungen. Verlängerungen sind allerdings möglich, wenn sie medizinisch begründbar sind. Diese neuen Heilmittelrichtlinien bestimmen derzeit die aktuelle Diskussion in diesem Leistungsbereich. So wird von einigen Patientengruppen auf eine mögliche Verschlechterung der Heilmittelversorgung hingewiesen, genannt wird z.B. die Verordnung von Logopädie. Die kontinuierliche Versorgung könnte deshalb gefährdet sein, weil die bisher üblichen Langfristverordnungen entfielen und eine längerfristige

Therapie nur noch auf Antrag und mit Genehmigung der Kasse möglich seien. Auch aus diesem Grunde sind Ansätze einer Versorgungsforschung im Bereich der Heilmittelversorgung notwendig, weil sich auf diese Weise Fehlentwicklungen und auch Unterversorgung, z.B. bei Schlaganfallpatienten, identifizieren lassen.

Schon immer gab es auch Heilmittel, die nicht verordnungsfähig sind, weil ein wissenschaftlicher Nachweis der Wirksamkeit fehlt. Hierzu gehören z.B. Musik- und Tanztherapie, Fußreflexzonen- und Akupunkt-massage, Ganzkörpermassage, Sauna sowie römisch-irische und russisch-römische Bäder, Maßnahmen, die ausschließlich der Anreizung, Verstärkung und Befriedigung des Sexualtriebs dienen sollen und Therapien gegen Lese- und Rechtschreibschwäche (Legasthenie).

Die Kostenbeteiligung der gesetzlich Krankenversicherten ist zum Jahresbeginn 2004 faktisch erhöht worden: Prozentual sind zwar nur noch 10 statt bisher 15% von den PatientInnen beizusteuern, allerdings müssen pro Verordnung zusätzlich 10 Euro entrichtet werden. Ein Beispiel hierzu: 6 Massagen à 10 Euro kosten 6 mal 1 Euro (10%) plus 10 Euro für die Verordnung, also 16 Euro. Bisher waren darauf insgesamt 9 Euro zu zahlen, nämlich 15% vom Gesamtwert der Verordnung, und das waren 60 Euro, nämlich 6 Massagen à 10 Euro. Insofern sind in diesem Beispiel 78% mehr an Eigenbeteiligung zu zahlen – bis zur "Überforderungsgrenze" von entweder 1 oder 2% der jährlichen Bruttoeinnahmen (§ 62 SGB V), je nach Chronizität der Erkrankung.

Insbesondere in der Auswertung der erfassten Daten gab es viele uns bis dahin nicht bekannte Probleme. Bei den Analysen zum GEK-Arzneimittel-Report, den wir jährlich erstellen – in diesem Jahr bereits zum vierten Mal-, können wir auf etablierte und verlässliche Codierungs- und Zuordnungssysteme zurückgreifen (ATC-Codierung, PZN-Listen usw.). Bei Hilfsmitteln sind zwar auch Hilfsmittelpositionsnummern vergeben, unsere Überraschung war jedoch keineswegs gering, als wir feststellen

mussten, dass auch nicht gelistete Hilfsmittelpositionsnummern in den Abrechnungen "auftauchen". Die Prüfbarkeit solcher Codierungen ist leider so lange schwierig wie es keine verbindlichen Auflistungen für verordnungsfähige Hilfsmittel gibt, erkennbar an eindeutigen Hilfsmittelpositionsnummern, die auf Antrag bei den zuständigen Institutionen vergeben werden müssen und deren unerlaubte Nutzung zu Sanktionen bis hin zum Vertragsausschluss des Anbieters führt.


Der hier vorgelegte GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report ist daher ein erster Schritt, Transparenz in einem eher schwer durchschaubaren Leistungsbereich herzustellen. Die jetzt vorliegenden Ergebnisse zeigen aber, wie notwendig die Weiterentwicklung dieses Reports ist.

Unsere Datenanalysen hätten wir nicht ohne die Unterstützung der Herren Kunze, Meusel, Seeber, Wendt und Wippich der Firma Inter-Forum in Leipzig und von Jens Wahls und Franz Lüninghake vom Zentrum für Sozialpolitik in Bremen durchführen können – hierfür möchten wir uns nachdrücklich bedanken. Zum Inhalt des Reports hat Dr. Christel Schicktanz beigetragen, in der Ausgestaltung haben uns Karin Hilbig, Friederike Höfel und Wiebke Scharffetter unterstützt – bei diesen Kolleginnen möchten wir uns für das große Engagement und die Geduld bedanken.

Mit gutem Rat und hohem Sachverstand haben uns Herr Dr. Friedrich Kruse (im Heilmittelbereich) und Herr Ingo Doneth (im Hilfsmittelbereich) bei der Interpretation der Ergebnisse begleitet, beide sind im Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) tätig – wir sind ihnen zu Dank verpflichtet.

Und schließlich möchten wir Herrn Hebel, dem Vorstandsvorsitzenden der GEK, unseren Dank aussprechen, der sich mit uns für mehr Transparenz und Qualität in der Versorgung der Patientinnen und Patienten einsetzt.

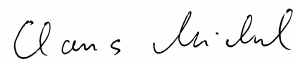
Bremen, im Juli 2004



Elke Scharnetzky



Bernhilde Deitermann



Claus Michel



Gerd Glaeske

2 Heil- und Hilfsmittel in der gesetzlichen Krankenversicherung

Unter "Hilfsmitteln" werden Medizinprodukte wie orthopädische Hilfsmittel, Sehhilfen, Hörhilfen und Körperersatzstücke verstanden, die dazu dienen, den Erfolg einer Behandlung zu sichern, einer Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Der Begriff des "Heilmittels" bezeichnet dagegen bestimmte medizinische Dienstleistungen wie z. B. physikalische Therapie, Sprachtherapie und Beschäftigungstherapie. Daher handelt es sich bei "Heil- und Hilfsmitteln" weniger um einen einheitlichen als vielmehr um zwei unterschiedliche Versorgungssegmente mit jeweils eigenen Gestaltungsproblemen.

Die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Hilfsmittel lagen im Jahr 2002 bei 5,1 Mrd. €, die Ausgaben für Heilmittel bei 3,7 Mrd. €. In beiden Segmenten weisen die Ausgaben der GKV relativ hohe Steigerungsraten auf. So stiegen die Ausgaben für Hilfsmittel zwischen 1991 und 2002 um mehr als 75 %, die Ausgaben für Heilmittel um ca. 95 %. Die gesamten Leistungsausgaben nahmen in diesem Zeitraum nur um knapp über 50 % zu. Unter diesen Voraussetzungen verdient der Bereich der „Heil- und Hilfsmittel“ mehr Aufmerksamkeit bei den gesundheitspolitischen Akteuren als ihm bisher zu Teil wurde.

Die Datenlage zur Versorgung mit Hilfsmitteln und Heilmitteln wird als unbefriedigend bewertet. In der Gesundheitsberichterstattung werden diese Versorgungsbereiche bisher nachrangig behandelt. Insbesondere der Markt für Hilfsmittel gilt u. a. aufgrund einer großen Zahl sehr unterschiedlicher Medizinprodukte als intransparent.

Entwicklungspotenzial in diesen Versorgungssegmenten kann v. a. in der Nutzenbewertung von Medizinprodukten und therapeutischen Verfahren durch die Versorgungsforschung und durch Health Technology Assessment, in der Überprüfung von Preisen bzw. Erstattungsbeträgen auf der Grundlage dieser Nutzenbewertung sowie generell in einer verbesserten Transparenz des Leistungsangebots und der Versorgungspraxis gesehen werden.

2.1 Einleitung

Die Begriffe "Hilfsmittel" und "Heilmittel" werden im Sozialgesetzbuch V (SGB V) nicht eindeutig definiert und von anderen Medizinprodukten bzw. therapeutischen Verfahren abgegrenzt. Den in den Hilfsmittel- und Heilmittelrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen bzw. des Gemeinsamen Bundesausschusses verwendeten Definitionen folgend, handelt es sich bei Hilfsmitteln um "sächliche medizinische Leistungen", bei Heilmitteln dagegen um "persönlich zu erbringende medizinische Leistungen". Hilfsmittel sind Medizinprodukte. Das Hilfsmittelangebot ist damit ein Bestandteil des sich dynamisch entwickelnden Medizinproduktmarktes, während der Begriff des „Heilmittels“ bestimmte, in der Regel nicht von Ärzten erbrachte medizinische Dienstleistungen wie z. B. physikalische Therapie, Sprachtherapie und Beschäftigungstherapie bezeichnet. Allerdings kann auch die Hilfsmittelversorgung ergänzende Dienstleistungen wie individuelle Beratung und Anpassung des Produkts, Schulung in seinem Gebrauch, Wartung und Reparatur erfordern und die Anwendung einiger Heilmittel setzt Sachleistungen voraus. Obwohl Hilfsmittel und Heilmittel regelmäßig zu dem Sammelbegriff "Heil- und Hilfsmittel" oder auch, unter Einbezug der Arzneimittelversorgung, zu "Arznei-, Heil- und Hilfsmittel" zusammengefasst wurden, handelt es sich prinzipiell doch um verschiedene Versorgungssegmente mit jeweils eigenen Gestaltungsproblemen.

Die Ausgaben der GKV (alle Krankenkassen) für Hilfsmittel lagen im Jahr 2002 bei 5,1 Mrd. Euro, die Ausgaben für Heilmittel bei 3,7 Mrd. Euro. Damit handelt es sich, im Vergleich zur Krankenhaus- und Arzneimittelversorgung und zur ambulanten ärztlichen Behandlung, um kleinere Versorgungsbereiche. Sie weisen jedoch eindrucksvolle Steigerungsraten auf. Die Ausgaben für Hilfsmittel stiegen zwischen 1991 und 2002 um mehr als 75,5 %, die Ausgaben für Heilmittel um ca. 95 %. Die gesamten Leistungsausgaben der GKV nahmen in diesem Zeitraum dagegen nur um knapp über 50 % zu.

Die Bedeutung eines Versorgungssegments ergibt sich auch angesichts von Finanzierungsengpässen nicht allein und auch nicht in erster Linie aus der Höhe der Ausgaben der GKV oder aus möglicherweise vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven. Aus der Perspektive von Versicherten bzw. Patienten leitet sich die Bedeutung von Hilfsmitteln und Heilmitteln vor allem aus ihrem Beitrag zur Bewältigung von Krankheit oder Behinderung ab. Technologische Entwicklungen, die den Nutzwert von Hilfsmitteln verbessern, aber auch die Bedeutung von Hilfs- und Heilmittelanbietern für die Gesundheitswirtschaft tragen zum Stellenwert der Versorgungssegmente Hilfsmittel und Heilmittel bei. In der Gesundheitsberichterstattung werden beide Versorgungssegmente bisher aber eher nachrangig behandelt. Dabei gilt vor allem der Markt für Hilfsmittel u. a. aufgrund der großen Zahl unterschiedlicher Produkte als intransparent.

2.2 Versorgung mit Hilfsmitteln

2.2.1 Hilfsmittel im Leistungsspektrum der GKV

Explizite Regeln zur Hilfsmittelversorgung finden sich in §33 des Sozialgesetzbuches (SGB) V. Versicherte haben Anspruch auf Hilfsmittel, „die geeignet sind, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Be-

hinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen“ oder soweit sie nicht nach §34 SGB V aus dem GKV-Leistungskatalog ausgeschlossen sind. Der Anspruch des Versicherten umfasst eine notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung und die Ausbildung im Gebrauch eines bewilligten Hilfsmittels. Der Anspruch von Versicherten auf Sehhilfen wurde durch eine Neufassung von §33 SGB V durch das 2003 beschlossene „Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz“ (GMG) ab 1. Januar 2004 detailliert und restriktiv geregelt.

Nach §34 Abs. 4 SGB V kann die Bundesministerin für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Hilfsmittel von geringem oder umstrittenen therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis bestimmen, deren Kosten die Krankenkasse nicht übernimmt. Entsprechendes gilt für geringfügige Kosten der notwendigen Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie der Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel. Darüber hinaus können Hilfsmittel durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach §92 SGB V ausgeschlossen werden. Bedeutung für die Leistungspflicht der GKV hat auch das Hilfsmittelverzeichnis (Kapitel 2.2.3).

Im Hinblick auf die Preise bzw. die Kostenübernahme für Hilfsmittel ermöglicht das SGB V mit bundesweiten Festbeträgen, Verträgen auf Landesverbandsebene und Verträgen auf der Ebene einzelner Krankenkassen unterschiedliche Vorgehensweisen. Festbeträge für Hilfsmittel wurden seit ihrer Einführung 1988 für Seh- und Hörhilfen und in einzelnen Bundesländern auch u. a. für Mittel gegen Dekubitus, Einlagen, Inkontinenzhilfen und Stoma-Artikel festgesetzt. Dabei führte die Höhe der Festbeträge mitunter zu erheblichen Zuzahlungen der Versicherten. Die Belastung der Versicherten rief Kritik am Leistungsspektrum der GKV hervor. Nach §33 SGB V trägt die Krankenkasse die Kosten für Hilfsmittel bis zur Höhe des Festbetrags, falls ein solcher festgesetzt wurde;

in den übrigen Fällen richtet sich die Kostenübernahme nach vertraglich vereinbarten Preisen. Eine Differenz zwischen dem Festbetrag bzw. dem sich nach §127 SGB V ergebenden Preis und dem ggf. höheren Preis eines Hilfsmittelanbieters trägt der Versicherte.

Zusätzlich zu der Differenz zwischen dem Abgabepreis des Hilfsmittels und dem Betrag, den die Krankenkasse nach einer Festbetragsregelung oder aufgrund von Verträgen mit Hilfsmittelanbietern übernimmt, hat der Versicherte eine Zuzahlung zu entrichten. Die Zuzahlungsregelungen wurden durch das GMG für Hilfsmittel ebenfalls neu gefasst. Eingeführt wurde die Regelung, dass Versicherte nach Vollendung des 18. Lebensjahres zu jedem Hilfsmittel, das zu Lasten der GKV verordnet wird, 10 % des Abgabepreises, dabei mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro als Zuzahlung entrichten (§61 SGB V). Die Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt 10 % je Packung, jedoch maximal 10 Euro für den Monatsbedarf je Indikation (§33 Abs. 2 Satz 4 SGB V).

Nach §36 SGB V werden die Spitzenverbände der Krankenkassen erstmalig zum 31. Dezember 2004 einheitliche Festbeträge für Hilfsmittel festsetzen. Bis dahin gelten Festbeträge, die nach der bis Ende 2003 gültigen Regelung auf der Landesebene von Landesverbänden der Krankenkassen und Verbänden der Ersatzkassen festgelegt wurden.

Die Festlegung von Festbeträgen ist im Hilfsmittelbereich mit einigen spezifischen Problemen verbunden:

- Die Höhe von Festbeträgen orientierte sich in den vergangenen Jahren oft an den günstigsten Anbietern einer Produktgruppe, ohne dabei regionalen und betriebswirtschaftlichen Gegebenheiten auf Seiten der Anbieter immer ausreichend Rechnung zu tragen.
- Da Hilfsmittel z. T. an die individuellen Fähigkeiten und Lebensumstände von Versicherten angepasst werden müssen, decken ihre

Preise außer dem Produkt im engeren Sinne auch versichertenbezogene Dienstleistungen ab, die nur begrenzt zu standardisieren sind. In dieser Situation entstehen Spielräume für Anbieter, auf (zu) niedrig festgelegte Erstattungsgrenzen mit einer Qualitätsminderung zu reagieren, sofern sich eine zusätzliche private Finanzierung nicht in der erforderlichen oder gewünschten Höhe durchsetzen lässt.

- Festbeträge können auf Produktbeschreibungen z. B. im Hilfsmittelverzeichnis aufbauen, doch hängen Kosten und Nutzen der Hilfsmittelversorgung auch von individuellen Dienstleistungen wie Beratung und Betreuung von Versicherten und Anpassung, Instandsetzung und Wartung des Hilfsmittels ab. Verträge zur Hilfsmittelversorgung, die alle Aspekte der Versorgung über einen definierten Zeitraum hinweg regeln, bieten deshalb ggf. mehr Spielräume zur Qualitäts- und Preisgestaltung und damit zur Gewährleistung von ‚Wirtschaftlichkeit‘ in der GKV als das Instrument des Festbetrags.

2.2.2 Vertragsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und Hilfsmittelanbietern

Hilfsmittel dürfen nur von zugelassenen Leistungserbringern abgegeben werden. Die Spitzenverbände der Krankenkassen geben Empfehlungen für eine einheitliche Anwendung der Zulassungsbedingungen ab. Einheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln und ihr Wiedereinsatz, Preise von Hilfsmitteln und ihre Abrechnung sollen in Verträgen zwischen Verbänden der Anbieter und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen mit Wirkung für die Mitgliedskassen geregelt werden, sofern keine Festbeträge festgelegt wurden.

Außer den Verbänden der Krankenkassen kann eine einzelne Krankenkasse Verträge abschließen, deren Konditionen von den durch die Verbände der Krankenkassen geschlossenen Verträgen abweichen. Das gesundheitspolitische Ziel dieser Regelung ist eine Stärkung des Vertragsprinzips auf der Kassenebene. Die Kostenübernahme einer Krankenkasse, die unterhalb der Landesverbandsebene Verträge mit Anbietern geschlossen hat, wurde auf den Durchschnittspreis des unteren Preisdrittels begrenzt. Insbesondere bei Produkten, die eine individuelle Beratung, Anpassung und Wartung erfordern, können sich allerdings regionale Unterschiede sowohl in der Anbieterdichte als auch in der Qualität der Versorgung und im Preis ergeben. Ein mögliches Problem besteht deshalb in der Abgrenzung von Regionen und in der Definition von Qualitätsstandards, auf die sich das untere Preisdrittel bezieht und für die der Durchschnittspreis ermittelt wird.

Anders als in der Arzneimittelversorgung fehlt in der Hilfsmittelversorgung eine wissenschaftliche Infrastruktur, die eine Nutzenbewertung von Produkten mit Schlussfolgerungen zur Angemessenheit von Preisen und Preisrelationen ermöglicht. Darin unterscheidet sich der Hilfsmittel- vom Arzneimittelmarkt, für den Standards für unterschiedliche Studientypen (z. B. Phase I, II und III-Zulassungsstudie, Anwendungsbeobachtung etc.) entwickelt wurden. Wissenschaftliche Institute tragen noch wenig zur Bewertung von Hilfsmitteln bei. Zur Zeit engagieren sich der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen und eine vergleichsweise kleine Zahl an Fachleuten bei den Verbänden der Krankenkassen in diesem Versorgungsbereich. Hersteller von Hilfsmitteln haben zwar als Voraussetzung zur Aufnahme von Produkten in das Hilfsmittelverzeichnis die Funktionstauglichkeit und den therapeutischen Nutzen von Hilfsmitteln nachzuweisen, doch ist die Durchführung von dem Arzneimittelbereich vergleichbaren Studien keine etablierte Praxis; sie würde auch vielfach an fehlenden Ressourcen der Hersteller zur

Durchführung dieser Studien scheitern. Dabei ist auch zu bedenken, dass bestimmte in der Arzneimittelversorgung gebräuchliche Studiendesigns oft nicht anwendbar sind und Hilfsmittel, die einem Behinderungsausgleich dienen, individuell angepasst werden müssen.

Von Bedeutung für die Qualität der Hilfsmittelversorgung ist im Prinzip auch jede Regulierung mit Einfluss auf die Produktion von Hilfsmitteln und die Qualifikation der in der Hilfsmittelversorgung Beschäftigten. Vorschriften im Medizinprodukterecht z. B. zur CE-Zertifizierung tragen zur Qualitätssicherung bei. Als Instrument zur Qualitätssicherung und als eine Grundlage für Preisverhandlungen kann auch das Hilfsmittelverzeichnis eingesetzt werden, das in der GKV aber noch nicht durchgehend zur Vertragsgestaltung und für statistische Zwecke genutzt wird. Soweit Produkte und Leistungen auf dem Hilfsmittelmarkt durch das Gesundheitshandwerk gefertigt bzw. erbracht werden, dienen Ausbildungsanforderungen bzw. Marktzugangshürden wie der ‚große Befähigungsnachweis‘ (Meisterprüfung) ebenfalls u. a. der Qualitätssicherung. Verträge zwischen Hilfsmittelanbietern und Krankenkassen bzw. ihren Verbänden bieten die Möglichkeit, zusätzliche Qualitätsanforderungen zu definieren und vertraglich zu fixieren.

In der Hilfsmittelversorgung wurden außer den Verbänden der GKV den einzelnen Krankenkassen Gestaltungsspielräume eingeräumt, die sie zur Qualitätssicherung und zur Gestaltung der Versorgung nutzen können. Welche Auswirkungen der Wettbewerb zwischen Krankenkassen auf die Qualität und auf die Effizienz der Hilfsmittelversorgung ausüben wird, ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht verlässlich abzuschätzen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass

- Hinweise auf Unter-, Über- und Fehlversorgung auch mit Hilfs- und Heilmitteln vorliegen,

- die Datenlage und Transparenz in diesen Versorgungsbereichen auch im Vergleich zu anderen Versorgungssektoren wie z. B. der Arzneimittelversorgung als eher ungünstig bewertet wird und
- die private Beteiligung an den Gesundheitsausgaben in der Hilfsmittelversorgung höher ist als in anderen Versorgungsbereichen, so dass sich auch aus diesem Grund die Aufgabe stellt, Qualität und Effizienz der Versorgung zu sichern und die Transparenz dieses Bereichs zu verbessern.

2.2.3 Hilfsmittelverzeichnis und -richtlinien

Die Spitzenverbände der Krankenkassen erstellen ein Hilfsmittelverzeichnis (§128). Über die Aufnahme von Produkten in das Verzeichnis entscheiden die Spitzenverbände der Krankenkassen „gemeinsam und einheitlich“, nachdem der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDS) die Voraussetzungen geprüft hat. Das Hilfsmittelverzeichnis (HMV) dient der Aufgabenerfüllung der GKV und wird durch ein Pflegehilfsmittelverzeichnis (PHMV) für die soziale Pflegeversicherung (SPV) ergänzt (§78 SGB XI). Das HMV mit ca. 15.000 Produkten ist in 34, das PHMV in 6 Produktgruppen gegliedert (Tabelle 2.1).

Tabelle 2.1 Produktgruppen im Hilfsmittelverzeichnis und Pflegehilfsmittelverzeichnis

Gruppen-Nr.	Bezeichnung der Produktgruppe
01	Absauggeräte
02	Adaptionshilfen
03	Applikationshilfen
04	Badehilfen
05	Bandagen
06	Bestrahlungsgeräte
07	Blindenhilfsmittel
08	Einlagen
09	Elektrostimulationsgeräte
10	Gehhilfen
11	Hilfsmittel gegen Dekubitus
12	Hilfsmittel bei Tracheostoma
13	Hörhilfen
14	Inhalations- und Atemtherapiegeräte
15	Inkontinenzhilfen
16	Kommunikationshilfen
17	Hilfsmittel zur Kompressionstherapie
18	Krankenfahrzeuge
19	Krankenpflegeartikel
20	Lagerungshilfen
21	Messgeräte für Körperzustände/-funktionen
22	Mobilitätshilfen
23	Orthesen
24	Prothesen
25	Sehhilfen
26	Sitzhilfen
27	Sprechhilfen
28	Stehhilfen
29	Stomaartikel
30	Schienen

Tabelle 2.1 Fortsetzung

Gruppen-Nr.	Bezeichnung der Produktgruppe
31	Schuhe
32	Therapeutische Bewegungsgeräte
33	Toilettenhilfen
50	Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege
51	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene
52	Pflegehilfsmittel zu selbständigeren Lebensführung/Mobilität
53	Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden
54	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel
98	Sonstige Pflegehilfsmittel
99	Verschiedene Hilfsmittel

Das Hilfsmittelverzeichnis beschränkt trotz des Hinweises auf die Leistungspflicht der GKV nicht den Anspruch des Versicherten auf bestimmte, im Verzeichnis aufgelistete Hilfsmittel. Damit hat es auch nicht den Charakter einer Positivliste. Vielmehr handelt es sich nach Auffassung des Bundessozialgerichts (BSG) um eine unverbindliche Auslegungshilfe für Sozialgerichte (Zuck, 2003). Da der verordnende Arzt aber über die Hilfsmittel-Richtlinien an das HMV und überdies durch das SGB an das Erfordernis der Qualitätssicherung, zu der das HMV beiträgt, gebunden ist, kommt der Aufnahme eines Produkts in das HMV dennoch Bedeutung für dessen Markterfolg zu (ebd.).

Hilfsmittel-Richtlinien werden von dem "Gemeinsamen Bundesausschuss" verfasst. Sie wurden zuletzt im Jahr 2003 aktualisiert und enthalten Voraussetzungen für die Verordnung von Hilfsmitteln. Dazu gehört u. a., dass ein Hilfsmittel im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt ist. Weiterhin können Hilfsmittel zu Lasten der Krankenkassen nur verordnet werden, um

- den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder eine Behinderung auszugleichen,

- eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
- einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken oder
- Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.

Die Hilfsmittel-Richtlinien enthalten neben den allgemeinen Verordnungsgrundsätzen auch spezifische Regelungen für einzelne Indikationsbereiche, z. B. Seh- und Hörhilfen.

Das Hilfsmittelverzeichnis entsteht in der Zusammenarbeit zwischen Anbietern von Hilfsmitteln und Krankenversicherern; es strukturiert den Hilfsmittelmarkt nach Produktgruppen, es sieht Qualitätsstandards vor und erhöht damit insgesamt die Transparenz des Marktes. Dagegen zielen die von den Ärzteverbänden bzw. Krankenhäusern einerseits und den Krankenversicherern andererseits im Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Richtlinien auf ein angemessenes Ordnungsverhalten der Ärzte und damit auf die Interaktion zwischen Ärzten und ihren Patienten.

2.2.4 Schnittstellen in der Hilfsmittelversorgung

Schnittstellen- und Koordinationsprobleme in der Versorgung von chronisch kranken und behinderten Patienten können sowohl aus der Beteiligung einer Vielzahl an Leistungsanbietern als auch aus der Aufgabenteilung zwischen Finanzierungsträgern resultieren. Im Hinblick auf die Versorgung von Patienten mit Hilfsmitteln sind u. a. folgende Leistungsanbieter involviert:

- Hausarzt, niedergelassene Fachärzte,

- Fachärzte in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen und nicht-ärztliches Personal, z. B. in einer ‚Hilfsmittelambulanz‘,
- Hilfsmittelproduzenten und -handel, u. a. Gesundheitshandwerker, Sanitätshäuser, Apotheken, Versandhandel, Veranstalter von Auktionen im Internet und
- ambulante Pflegedienste, Anbieter integrierter Versorgung, Homecare-Anbieter.

Ein Anspruch auf Hilfsmittelversorgung durch die GKV nach §33 SGB V besteht im Prinzip auch dann, wenn ein Versicherter vollstationär in einem Pflegeheim betreut wird. Zur Abgrenzung der Leistungspflicht zwischen GKV und Heimträgern (§43 und 43a SGB XI) wurde von den Spitzenverbänden der Krankenkassen ein Abgrenzungskatalog erstellt. Bei zahlreichen Hilfsmitteln kommen jedoch laut Abgrenzungskatalog beide Finanzierungsträger in Betracht, so dass die Zuordnung im Einzelfall z. B. in Abhängigkeit vom Versorgungsauftrag eines Pflegeheims, etwa bei Blindenhilfsmitteln, oder von den Produkteigenschaften und dem Einsatzzweck zu klären ist. Letzteres gilt u. a. für Gehhilfen und Rollstühle, die sowohl zur regulären Ausstattung eines Pflegeheims gehören können als auch speziell für einzelne Versicherte beschafft werden, um deren Mobilität sicherzustellen.

2.2.5 Effizienz der Hilfsmittelversorgung

Eine Erhebung unter rund 300 Organisationen im Gesundheitswesen durch den Sachverständigenrat ergab Hinweise auf Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Hilfs- und Heilmittelversorgung (Gutachten, 2000/2001; Band III.1-3). Organisationen von Betroffenen bzw. Verbände der Selbsthilfe bemängelten eine verbreitete Unwissenheit in der Ärzteschaft

im Bereich der Hilfsmittelversorgung. Als Beispiele für Unter-, Über- und Fehlversorgung wurden u. a. genannt (Bd. III.1, Zf. 171):

- eine unzureichende bzw. falsche Verordnung von Hilfsmitteln wie Orthesen, Gehhilfen und Rollstühlen beim Post-Poliosyndrom oder bei Skoliose,
- Überversorgung in Fällen, in denen unzureichende oder ungeeignete Rollstühle verordnet werden, die den Belangen, z. B. der Wohnsituation von Betroffenen, nicht gerecht werden bzw. nicht adäquat angepasst werden,
- Unterversorgung bei der Verordnung von Hörgeräten für Schwerhörige (es wurde empfohlen, die Festbeträge an den Grad der Schwerhörigkeit anzupassen) und
- Fehlversorgung bei Hörgeräten, wenn Patienten nach der Verordnung eines Hörgerätes nicht mit dem Gerät umzugehen wissen und es deshalb auch nicht verwenden („Schubladengeräte“).

In Stellungnahmen der Bundesländer, der ärztlichen Körperschaften und der Verbände der Krankenkassen wurde eine geringe Transparenz des Hilfsmittelbereichs kritisiert. Es komme gleichermaßen zu Über- wie zu Fehlversorgung. Verbände der Krankenkassen nannten eine unzureichende Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten als eine Ursache für Über-, Unter- und Fehlversorgung mit Hilfsmitteln, z. B. mit Gehhilfen.

Über die Praxis der Versorgung mit Hilfsmitteln (technical aids) ist auch in anderen europäischen Ländern wenig bekannt, was u. a. auf eine dezentrale Bereitstellung dieser Produkte und auch auf mangelndes politisches Interesse zurückzuführen ist (Biermans, M. C. J. et al., 2004). Eine niederländische Studie zur Verordnung von Hilfsmitteln durch Hausärzte (GP) kam zu dem Ergebnis, dass die Verordnungshäufigkeit wesentlich vom Alter und Geschlecht der Patienten beeinflusst wird: Die

Wahrscheinlichkeit einer Verordnung steigt mit zunehmendem Alter, Frauen werden mehr Hilfsmittel verordnet als Männern. Hilfsmittel wurden zumeist auf Initiative der Patienten (54 %) oder der GPs (39 %) hin verordnet; Vorschläge von Gebietsärzten, Pflegepersonal, Physiotherapeuten, anderen Gesundheitsberufen oder Angehörigen sind nach dieser Untersuchung von nachgeordneter Bedeutung. Die verordnenden Ärzte begründeten die Verordnungen mit einer großen Variationsbreite an Diagnosen. Häufig gestellt wurden Diagnosen in den Diagnoseklassen Muskel- und Skelettkrankheiten (26 %), Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (21 %), Krankheiten des Urogenitaltrakts (16 %) sowie Stoffwechselkrankheiten (8 %). Die einzelnen Diagnoseklassen bzw. Einzeldiagnosen haben für Teilbereiche des Hilfsmittelmarktes eine unterschiedliche Bedeutung. Krankheiten des Stütz- und Bewegungsapparates und Herz-Kreislauf-Systems, v. a. Venenkrankheiten, sind die wichtigsten Verordnungsanlässe für am Körper getragene Hilfsmittel (body-worn aids). Hilfsmittel, die einer besseren Bewältigung des Alltags dienen (activity of daily living aids), werden vor allem bei Krankheiten des Stütz- und Bewegungsapparates und neurologischen Krankheiten verordnet. Verbrauchsmaterialien (disposables) werden häufig wegen urologischen Problemen, aber auch bei Diabetes mellitus verordnet. Über die Angemessenheit der Verordnungen lagen allerdings keine Informationen vor (Biermans, M. C. J. et al., 2004).

Präferenzen der Versicherten im Hinblick auf Hilfsmittel werden in der Interaktion mit behandelnden Ärzten geprägt und beeinflussen ihrerseits das Ordnungsverhalten von Ärzten. Präferenzen bilden sich aber in Abhängigkeit vom Kenntnisstand der Versicherten und der Ärzte. Daher stellt sich die Aufgabe einer Verbesserung der Markttransparenz und der qualitätsgesicherten Information von Versicherten und Ärzten. Dieser Aufgabe können sich z. B. Einrichtungen der Verbraucher- und Patientenberatung, Callcenter der Krankenkassen und Informationsanbieter im

Internet widmen. Um die oft beklagte Intransparenz des Hilfsmittelmarktes abzubauen, sollten darüber hinaus die Versorgungsforschung einschließlich des Health Technology Assessments (HTA) auch in der Hilfsmittelversorgung forciert werden. Damit würde zugleich eine Grundlage zur Prüfung von Preisen und Festbeträgen und für Vertragsverhandlungen erarbeitet.

2.3 Versorgung mit Heilmitteln in der GKV

2.3.1 Heilmittel im Leistungsspektrum der GKV

Versicherte haben einen Anspruch auf Heilmittel, soweit diese nicht ausdrücklich aus der Versorgung ausgeschlossen wurden (§32 SGB V). Eine exakte Abgrenzung von ‚Heilmitteln‘ gegenüber anderen gesundheitsbezogenen Leistungen findet sich im SGB V allerdings nicht. Beispielfhaft genannt werden aber Leistungen der physikalischen Therapie, der Sprachtherapie und der Ergotherapie.

Das BMGS hat die Möglichkeit, mit Zustimmung des Bundesrates per Rechtsverordnung Heilmittel mit umstrittenem therapeutischen Nutzen oder mit geringem Abgabepreis von der Kostenübernahme durch die GKV auszuschließen. Das Angebot an Heilmitteln im Leistungskatalog der GKV wird weiterhin durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses eingegrenzt. Die Heilmittel-Richtlinien umfassen einen Heilmittel-Katalog.

Nach §124 SGB V dürfen Heilmittel, die als Dienstleistungen erbracht werden, nur von zugelassenen Anbietern abgegeben werden. Zu den Zulassungsvoraussetzungen gehören Kriterien zur Ausbildung, Berufserfahrung und Praxisausstattung der Anbieter. Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen können Heilmittel anbieten, wenn sie über Personal verfügen, das die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt. Die

Spitzenverbände der Krankenkassen haben gemeinsam Empfehlungen zur einheitlichen Anwendung der Zulassungsbedingungen nach §124 SGB V abgegeben. Eine Zulassung kann widerrufen werden, wenn ein Anbieter Zulassungsvoraussetzungen nicht mehr erfüllt oder wenn er seiner Pflicht zur Fortbildung nicht nachkommt.

Die bis zum Jahr 2001 existierenden Heilmittelbudgets wurden durch das "Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz" abgeschafft. Zu den gegenwärtig verfügbaren Steuerungsinstrumenten in der Heilmittelversorgung zählen Vereinbarungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. Verbänden der Ersatzkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen sowie Rahmenempfehlungen, die zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und Spitzenorganisationen der Heilmittelanbieter auf Bundesebene geschlossen werden. Dabei sollen die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses berücksichtigt werden. Weiterhin soll eine Stellungnahme der KBV eingeholt werden und in den Entscheidungsprozess eingehen. Die Rahmenempfehlungen regeln vor allem:

- den Inhalt der einzelnen Heilmittel, Umfang und Häufigkeit ihrer Anwendung und die Regelbehandlungszeit,
- Maßnahmen zur Qualitätssicherung, u. a. Prozess- und Ergebnisparameter,
- die Zusammenarbeit zwischen Vertragsarzt und Heilmittelerbringer,
- Maßnahmen zur Sicherung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit und
- Vorgaben für Vergütungsstrukturen.

Einzelheiten der Versorgung, Preisstruktur und Abrechnung und die Verpflichtung der Anbieter zur Fortbildung werden vertraglich zwischen Landesverbänden der Krankenkassen bzw. Verbänden der Ersatzkassen einerseits und den Anbietern von Heilmitteln oder ihren Ver-

bänden andererseits vereinbart (§125 Abs. 2 SGB V). Die vereinbarten Preise verstehen sich als Höchstpreise. Für den Fall, dass ein Anbieter seiner Pflicht zur Fortbildung nicht genügt, sind Vergütungsabschläge vorzusehen. Versicherte haben von 2004 an eine Zuzahlung von 10 % der Kosten und zusätzlich von 10 Euro je Heilmittel-Verordnung zu entrichten.

Die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung in §135a SGB V gilt auch für die Anbieter in der Heilmittelversorgung. Neue Heilmittel dürfen laut §138 SGB V nur verordnet werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss ihren therapeutischen Nutzen anerkennt und in Richtlinien Empfehlungen zur Qualitätssicherung abgegeben hat. Weiterhin beeinflusst der Bundesausschuss über seine Richtlinien das ärztliche Ordnungsverhalten und auf diese Weise die Qualität und Effizienz der Heilmittelanwendung.

Die Qualität der Heilmittelversorgung hängt wesentlich von der Qualifikation und Motivation der Heilmittelerbringer ab, da es sich bei Heilmitteln, anders als in der Hilfsmittelversorgung, prinzipiell um Dienstleistungen handelt. Aus-, Weiter- und Fortbildung der beteiligten Gesundheitsberufe üben einen maßgeblichen Einfluss auf die Qualität der Heilmittelangebote aus.

Die Verbände der Krankenkassen können Einzelheiten der Qualitätssicherung und die Verpflichtung zur Fortbildung in Verträgen mit Heilmittelanbietern bzw. mit ihren Verbänden regeln (§125 SGB V). Damit ist die Qualitätssicherung der Heilmittelversorgung auch durch die Krankenkassen bzw. ihre Verbände gestaltbar.

2.3.2 Heilmittel-Richtlinien und Heilmittel-Katalog

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt auch Richtlinien zur Heilmittelversorgung. Sie regeln u. a. folgende Sachverhalte (§92 Abs. 6 SGB V):

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

Probleme in der praktischen Umsetzung der zwischen 2001 bis 2003 gültigen Heilmittel-Richtlinien und eine Ausgabensteigerung um 20 % im Jahr 2002 im Vergleich zum Jahr 2000 ließen eine Neufassung dieser Richtlinien im März 2004 mit Wirkung zum 1. Juli 2004 erforderlich werden (Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, 2003; Gemeinsamer Bundesausschuss, 2004). Dabei wurden Einzeldiagnosen zu Diagnosegruppen zusammengefasst und Verordnungsvorschriften vereinfacht. Darüber hinaus wurde eine Erhebung des aktuellen Befunds durch den verordnenden Arzt vor Folgeverordnungen vorgeschrieben.

Anders als in der Hilfsmittelversorgung wurde die Aufgabe der Erstellung eines ‚Verzeichnisses‘ bzw. ‚Katalogs‘ von Heilmitteln dem Bundesausschuss als eine im Rahmen seiner Richtlinienkompetenz zu lösende Aufgabe übertragen. Der im März 2004 neu gefasste Heilmittel-Katalog enthält Maßnahmen der physikalischen Therapie, der podologischen Therapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und der Ergotherapie (Tabelle 2.2).

Tabelle 2.2 Therapeutische Verfahren im Heilmittel-Katalog

Art des Heilmittels	Beispiele für verordnungsfähige Heilmittel
Physikalische Therapie	Massagetherapie (Klassische Massagetherapie, Bindegewebsmassage)
	Bewegungstherapie (Übungsbehandlung u. a. im Bewegungsbad, Chiro- und Krankengymnastik)
	Traktionsbehandlung
	Elektrotherapie/-stimulation
	Kohlensäurebäder und Kohlensäuregasbäder
Podologische Therapie	Inhalationstherapie
	Thermotherapie
Podologische Therapie	Podologische Maßnahmen beim diabetischen Fußsyndrom
	Stimmtherapie (Atmung, Phonation, Artikulation, Schluckvorgänge)
Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	Sprechtherapie (Artikulation, koordinative Leistung u. a. von Sprechapparat und Atmung)
	Sprachtherapie (Aufbau des Sprachverständnisses und von Kommunikationsstrategien)
	Ergotherapie
Ergotherapie	Motorisch-funktionelle Behandlung
	Sensomotorisch-perzeptive Behandlung
	Hirnleistungstraining
	Psychisch-funktionelle Behandlung
	Therapieergänzende Maßnahmen (z. B. Thermotherapie)

Daten zur Entwicklung des Verordnungsvolumens und damit auch zur Umsetzung der neuen Heilmittel-Richtlinien in der Versorgungspraxis soll zukünftig ein GKV-weites Heilmittelinformationssystem bereitstellen.

2.3.3 Effizienz der Heilmittelversorgung

Die Erhebung des Sachverständigenrates (Gutachten, 2000/2001) ergab keine Hinweise von Fachgesellschaften auf eine Überversorgung mit Heilmitteln (Bd. III. 1, Zf. 136).

Stellungnahmen von Bundesländern, ärztlichen Körperschaften und Verbänden der Krankenkassen wiesen auf eine Unter- bzw. Fehlversorgung von behinderten Kindern in Behinderteneinrichtungen mit Ergotherapie, Krankengymnastik und Logopädie hin (Bd. III.1, Zf. 190). Von den Verbänden der Krankenkassen wurde eine regional unterschiedliche Dichte der Heilmittelpraxen, z. B. Physio-, Ergo- und Logotherapeuten, mit der Folge lokaler Über- und Unterversorgung vermerkt (Bd. III.1, Zf. 211).

Die Erhebung ergab Hinweise auf eine Unter- und Fehlversorgung bei Schlaganfall (Bd. III.2, Zf. 146). Sie liegt z. B. vor, wenn eine Behandlung durch Fachtherapeuten wie Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden spät, zu selten oder nicht adäquat durchgeführt wird. Als Ursachen wurden genannt:

- fehlende ambulante Folgeverordnungen nach stationärer Akut- und Anschlussheilbehandlung,
- eine unzureichende Qualifikation der Physiotherapeuten und
- eine regionale Unterversorgung mit Fachtherapeuten.

Eine Unterversorgung liegt nach dieser Befragung u. a. bei der Versorgung von Heimpatienten mit Physiotherapie nach erlittenem Insult vor. Von Betroffenenorganisationen wurde eine Unterversorgung beklagt u. a. (vgl. Bd. III.1, Zf. 170):

- mit Krankengymnastik im stationären und ambulanten Bereich, z. B. bei Skoliose und Mukoviszidose,
- bei Parkinson-Patienten,
- bei Psoriasis-Patienten, da Balneophototherapie nicht von der GKV getragen wird und
- in der Versorgung von Stotterern, vor allem in ländlichen Gebieten und in Ostdeutschland.

Aspekte bzw. Einflussfaktoren einer Über-, Unter- und Fehlversorgung mit Heilmitteln sind v. a.:

- der Einfluss der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Vertragsärzten auf die Häufigkeit der Indikationsstellung bzw. der Anwendung von Heilmitteln,
- regionale Unterschiede im Angebot bzw. in der Inanspruchnahme von Heilmitteln,
- der Einfluss der neuen Heilmittel-Richtlinien auf das Versorgungsgeschehen,
- Auswirkungen finanzierungsrechtlicher Rahmenbedingungen auf die Verordnung von Heilmitteln und Auswirkungen von Zuzahlungen auf die Inanspruchnahme und
- Brüche in der Therapie nach Entlassung aus dem Krankenhaus und Auswirkungen der Einführung des DRG-Systems auf die Heilmittelversorgung.

Die praktische Relevanz und die Auswirkungen dieser Aspekte bzw. Einflussfaktoren bieten sich als Gegenstand der Versorgungsforschung an. Geeignete Forschungsvorhaben bilden auch eine Voraussetzung für die sachlich fundierte Bewertung von gesundheitspolitischen Interventionen wie der Neufassung der Heilmittel-Richtlinien.

3 Datenbasis und Methoden

Die in diesem Report vorgelegten Analysen zu Heil- und Hilfsmittel basieren auf Leistungsdaten der Gmünder ErsatzKasse (GEK) aus dem Jahre 2003. Die Leistungsdaten umfassen Heil- und Hilfsmittelverordnungen, die erstmalig für das Jahr 2003 systematisch und versichertenbezogen erfasst worden sind. 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.

Da die Auswertungen auf Sekundärdaten beruhen, die zu Abrechnungszwecken erhoben worden sind, mussten die Untersuchungsfragen auf die vorgegebene Datenstruktur zugeschnitten werden. 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". Die Organisation und Strukturierung der Abrechnungsdaten erfolgte aus historischen Gründen über Sachkonten. Bei den Sachkonten handelt es sich um Abrechnungskonten, auf denen die Leistungen differenziert nach den unterschiedlichen Leistungserbringern gebucht werden.

Aus diesem Datenpool wurden die Daten ausgewählt, welche die Leistungen der Heilmittel und Hilfsmittel beinhalteten. Im Bereich der Heilmittel konnte zum Teil nach den entsprechenden Sachkonten ausgewertet werden, wobei die einzelnen Leistungen der verschiedenen Leistungserbringer über die Abrechnungspositionsnummer (AP-Nummer) identifiziert wurden. Im Bereich der Heilmittel ist eine eindeutige Zuordnung der AP-Nummer zu den Leistungen möglich, da in der Ab-

rechnung die bundeseinheitlichen Heilmittelpositionsnummern verwandt werden.

Die Auswertung der Leistungen im Hilfsmittelbereich wurde durch den Sachverhalt erschwert, dass sich die verschiedenen Leistungen auf ganz unterschiedliche Sachkonten verteilten. Eine Auswertung über die einzelnen Sachkonten war problematisch, da die einzelnen Produktgruppen nicht gezielt über Sachkonten herausgefiltert werden konnten. Erschwerend kam außerdem hinzu, dass die AP-Nummer in vielen Fällen nicht der zehnstelligen Hilfsmittelpositionsnummer entsprach, die eine Identifizierung der Produkte ermöglicht hätte. Häufig wurde über siebenstellige AP-Nummern abgerechnet, die sowohl eine verkürzte Hilfsmittelnummer als auch eine Pharmazentralnummer sein konnten. Zur Veranschaulichung dieser Abrechnungskultur wurden stichprobenartig AP-Nummern ausgewählt und identifiziert. Die Identifizierung erfolgte über eine GEK-Mitarbeiterin, die Zugang zu den Originalbelegen hatte (Tab. 43 im Anhang). Die Hilfsmittel-Analysen wurden über die einzelnen Produktgruppen durchgeführt, ohne dass nach den Leistungserbringern differenziert werden konnte.

Für die Umschreibung von Versicherten, die eine Verordnung im Bereich der Heilmittel und / oder Hilfsmittel erhalten haben, wurde der Begriff des / der Leistungs-Versicherten gewählt. In diesem Zusammenhang von Patienten oder Patientinnen zu sprechen, würde dem gesetzlichen Anspruch nicht gerecht werden, Heil- und Hilfsmittel nicht nur auf der Grundlage einer Krankenbehandlung (§27 SGB V), sondern auch im Rahmen von medizinischen Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V) einzusetzen. Versicherte, die aufgrund von Vorsorgeleistungen Hilfsmittel in Anspruch nehmen, wie z.B. Frauen mit Neigung zu Krampfadern, denen das Tragen von Kompressionsstrümpfen in der Schwangerschaft verordnet wird, als PatientInnen zu bezeichnen, würde gesunde Personen zu Kranken deklarieren.

Für die Auswertungen zur Podologischen Therapie bei Diabetes, zur Verordnung von nichtsteroidalen Antirheumatika / Heilmittel-Verordnung sowie zu Hilfsmitteln aus Apotheken wurden die Abrechnungsdaten von Apotheken nach § 300 SGB V des Jahres 2003 verwandt, die auch dem GEK-Arzneimittel-Report 2004 zugrunde liegen.

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.

Die Auswertung der Abrechnungsdaten der sonstigen Leistungserbringer nach § 302 SGB V ist durch die oben skizzierten Probleme erschwert. Zahlenmäßige Abweichungen ergeben sich zwischen der Auswertung nach Sachkonten und der inhaltlichen Auswertung nach Heilmitteln bzw. Hilfsmitteln im engeren Sinn. Diese Unschärfe ist bei der derzeitigen Datenlage leider unvermeidbar. Trotz dieser Einschränkungen sind die Daten unseres Erachtens geeignet, einen ersten Überblick über das Geschehen im Bereich der Heilmittel und der Hilfsmittel zu geben. In Zusammenarbeit mit der Firma Inter-Forum werden die Erfahrungen, die im Rahmen der jetzigen Auswertungen gemacht wurden, sicher dazu beitragen, dass sich die Datenlage für den GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2005 verbessert.

4 Ausgaben der GEK für Heil- und Hilfsmittel

Schon in der Einführung war darauf hingewiesen worden, dass die Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel in der GEK nicht unbeträchtlich sind und auf dem vierten Platz der ausgabenstärksten Leistungsbereiche stehen. Da in diesem Jahr zum ersten Mal ein Report für diesen Bereich vorgelegt wird und keine Vergleichszahlen aus den vergangenen Jahren vorliegen, soll zunächst das Ausgabenspektrum der GEK insgesamt dargestellt werden, um den Anteil für die Heil- und Hilfsmittel besser einordnen zu können:

GEK-Ausgaben 2003 für alle Leistungen (nach KV 45) 2,0 Mrd. Euro, darunter für

Leistungen	Ausgaben in Mio. Euro	Anteil an Gesamtausgaben in %
stationäre Behandlung	596	29,8
ärztliche Behandlung	388	19,4
Arzneimittel und anderes aus Apotheken	321	16,1
Heil- und Hilfsmittel	142	7,1
Zahnärzte (ohne Kieferorthopädie)	137	6,9
Zahnersatz	64	3,2

In der Tabelle 4.1 sind nicht alle Konten (Hauptgruppen 44 und 45) aus den Bereichen "Heil- und Hilfsmittel" erfasst, daher gibt es geringe Abweichungen in den Gesamtsummen, auch im Vergleich mit Tabelle 4.3 und Tabelle 4.4 (statt 142 Mio. Euro wird für die weiteren Auswertungen die Ausgabenbasis 135 Mio. Euro zugrunde gelegt).

Tabelle 4.1 Aufteilung der Ausgaben der GEK für Hilfs- und Heilmittel in 2003 nach den Hauptabrechnungskonten (KV 45)

Konto 44	Leistung: Hilfsmittel	Ausgaben in Mio. Euro	+ / - % gegen 2002
	Orthopädische Hilfsmittel	36,3	+21,2%
	Sehhilfen	12,4	+17,7%
	Hörhilfen	4,3	+9,9%
	Dialyse-Sachleistungen	0,3	-98,3%
	Hilfsmittel besonderer Art	13,7	+3,4
Summe		67,0	- 9,95%
Konto 45	Leistung: Heilmittel		
	Leistung von Masseurinnen und med. Badebetrieben	6,1	+20,6%
	Leistung von Krankengymnasten / Physiotherapeuten	42,1	+11,8
	Behandl. durch sonstige Heilpersonen	9,7	+1,6%
	Logopädie, Sprachtherapie in der vertragsärztl. Versorgung	6,5	+30,6%
	Podologische Leistungen	0,07	+700%
	Heil- und Hilfsmittel von Sonstigen	10,5	+62,8%
Summe		75,1	+ 17,7%

Erkennbar ist, dass die Ausgaben für Hilfsmittel deutlich gesunken sind, pro Mitglied bei der GEK z.B. von 85,63 Euro auf 77,11 Euro. Werden jedoch die Ausgaben für Dialyse-Sachleistungen herausgerechnet, die im strengen Sinn nicht zu den Hilfsmitteln zählen, so ist auch im Leistungsbereich Hilfsmittel ein Ausgabenanstieg zu verzeichnen. Die Ausgaben für Heilmittel sind ebenfalls gestiegen, pro Mitglied von 73,42 Euro auf 86,43 Euro.

Insgesamt waren für die vorliegenden Auswertungen Daten aus 574.000 Belegen für Hilfsmittel und Daten aus 462.000 Belegen für Heilmittel

auszuwerten. Diese Belege tragen insbesondere bei den Heilmitteln Verordnungen für mehrere, oftmals für dauerhafte Anwendungen, so dass im Hinblick auf die Menge der auszuwertenden Daten ein z.T. deutlicher Unterschied zu der Anzahl der Verordnungsbelege festzustellen ist.

Die unseren weiteren Auswertungen zugrunde liegenden Ausgaben betragen im Bereich der Hilfsmittel rund 70 Mio. Euro, wovon etwa 57% auf die männlichen Versicherten der GEK entfielen, 43% auf die weiblichen Versicherten (Tabelle 4.2). Dies entspricht in etwa der Geschlechtsverteilung der GEK-Versicherten – 55% der 1,4 Millionen im Jahre 2003 sind männlich, 45% weiblich. Eine leicht veränderte Relation zeigt sich bei den Ausgabenverteilungen der Heilmittel: 65,3 Mio. Euro wurden ausgegeben, 52% für männliche und 48% für weibliche Versicherte. Dadurch entfallen auf je hundert Versicherte mehr Ausgaben auf die weiblichen Versicherten – nämlich knapp 5.000 Euro, auf die männlichen entfallen knapp 4.400 Euro. Bei den Hilfsmittelausgaben pro 100 Versicherte lagen die Männer vorn (5.200 Euro gegenüber 4.800 Euro bei den Frauen).

In Tabelle 4.3 sind die Ausgaben für Heilmittel nach den unterschiedlichen Leistungserbringern getrennt aufgeführt. Der höchste Ausgabenanteil bei den Heilmitteln entfällt danach auf die KrankengymnastInnen und PhysiotherapeutInnen, an zweiter Stelle folgen die ErgotherapeutInnen, danach folgen die SprachtherapeutInnen. Auf diese Leistungserbringergruppen entfallen bereits rund 90% aller Ausgaben für Heilmittel bei der GEK.

In Tabelle 4.4 werden die Ausgaben für Hilfsmittel nach unterschiedlichen Produktgruppen dargestellt, orientiert an der Aufstellung des Hilfsmittelverzeichnisses (HMV; zur Erläuterung siehe Kapitel 2). Danach entfallen auf Sehhilfen, orthopädische Schuhe und Bandagen die höchsten Ausgaben, gefolgt von Einlagen und Hörhilfen. Besonders

auffällige geschlechtsspezifische Unterschiede gibt es in zwei Bereichen: So sind die Ausgaben für Hilfsmittel zur Kompressionstherapie (z.B. Stützstrümpfe) pro 100 Versicherte deutlich höher für Frauen als für Männer (365 Euro zu 153 Euro), möglicherweise als Folge der häufiger auftretenden venösen Insuffizienz, dagegen sind die Ausgaben für Inhalations- und Atemtherapiegeräte für Männer sehr viel höher (468 Euro zu 150 Euro), möglicherweise wegen der höheren Prävalenz von Lungenkrankheiten bei Männern aufgrund der Rauchgewohnheiten oder der Arbeitsplatzbelastungen (Lungenemphysem u.ä.). Die Ausgaben für orthopädische Schuhe (6,1 Mio. Euro) oder auch der Einlagen (5,1 Mio. Euro) stehen häufig im Zusammenhang eines Diabetes, bei dem Patientinnen und Patienten noch immer viel zu häufig Amputationen aufgrund von Durchblutungsstörungen (z.B. Zehen, Vorderfuss) erleiden und anschließend exakt angepasste Schuhe oder Einlagen benötigen. Die Versorgung von Inkontinenz- und Stomapatienten (Unterlagen, Beutel usw.) kostet die GEK jährlich jeweils rund 2,8 bzw. 2,3 Mio. Euro. Für Krankenfahrzeuge, vor allem Rollstühle, werden 4,7 Mio. Euro ausgegeben, für Bandagen unterschiedlichster Art 5,2 Mio. Euro und für Schienen 2,4 Mio. Euro.

Tabelle 4.2 Kennzahlen des Jahres 2003 für die GEK-Versicherten

	2003	in %
Anzahl Versicherte:		
Gesamt	1.407.451	
Männer	777.531	55,24
Frauen	629.920	44,76
Durchschnittsalter der Versicherten:		
Gesamt	36 Jahre	
Männer	37 Jahre	
Frauen	35 Jahre	
Anzahl Hilfsmittel-Verordnungen (Belege) pro 100 Versicherte:		
Gesamt	41	
Männer	39	
Frauen	44	
Anzahl Heilmittel-Verordnungen (Belege) pro 100 Versicherte:		
Gesamt	33	
Männer	29	
Frauen	37	
Ausgaben für Hilfsmittel (HMV *):		
Gesamt	70.069.731,37 €	
Männer	40.095.732,94 €	57,22
Frauen	29.973.998,43 €	42,78
Ausgaben für Hilfsmittel (HMV *) pro 100 Versicherte:		
Gesamt	4.978,48 €	
Männer	5.156,80 €	
Frauen	4.758,38 €	
Ausgaben für Heilmittel:		
Gesamt	65.312.798,89 €	
Männer	33.940.186,41 €	51,97
Frauen	31.372.612,48 €	48,03
Ausgaben für Heilmittel pro 100 Versicherte:		
Gesamt	4.640,50 €	
Männer	4.365,12 €	
Frauen	4.980,41 €	

* HMV = Hilfsmittelverzeichnis

Tabelle 4.3 Gesamt-Kosten und Kosten pro 100 Versicherte der GEK für Heilmittel-Verordnungen nach Leistungserbringern in 2003

Leistungserbringer	Kosten Versicherte gesamt	Kosten		Kosten pro 100		Kosten pro 100	
		männl. Versicherte	weibl. Versicherte	männl. Versicherte	weibl. Versicherte	männl. Versicherte	weibl. Versicherte
ErgotherapeutInnen	8.348.696,98	5.930.118,57	2.418.578,41	593,18	762,69	383,95	383,95
KrankengymnastInnen / PhysiotherapeutInnen	44.646.060,69	21.452.165,39	23.193.895,30	3.172,12	2.759,01	3.682,04	3.682,04
Krankenhaus	764.842,07	405.193,88	359.648,19	54,34	52,11	57,09	57,09
LogopädInnen/Atem-, Sprech- u. StimmlehrerInnen/ staatl. anerkannte SprachtherapeutInnen	5.822.645,37	3.637.039,26	2.185.606,11	413,70	467,77	346,97	346,97
MasseurInnen / Medizinische Badebetriebe	5.545.558,33	2.397.060,48	3.148.497,85	394,01	308,29	499,83	499,83
PodologInnen	37.491,81	23.594,89	13.896,92	2,66	3,03	2,21	2,21
SprachheilpädagogInnen / Dipl. PädagogInnen	120.590,32	75.133,17	45.457,15	8,57	9,66	7,22	7,22
Sonstige	26.913,32	19.880,77	7.032,55	1,91	2,56	1,12	1,12
Heilmittel gesamt	65.312.798,89	33.940.186,41	31.372.612,48	4.640,50	4.365,12	4.980,41	4.980,41

Tabelle 4.4 Gesamt-Kosten und Kosten pro 100 Versicherte der GEK für Hilfsmittel-Verordnungen (HMV) nach Produktgruppen in 2003

Produktgruppen	Kosten Versicherte		Kosten männl. Versicherte		Kosten weibl. Versicherte		Kosten pro 100 männl. Versicherte		Kosten pro 100 weibl. Versicherte	
	gesamt									
Absauggeräte	237.920,49	168.815,02	69.105,47	16,90	21,71	10,97				
Adeptionshilfen	121.236,65	68.901,59	52.335,06	8,61	8,86	8,31				
Applikationshilfen	1.699.525,69	987.758,24	711.767,45	120,75	127,04	112,99				
Badehilfen	805.708,92	406.288,43	399.420,49	57,25	52,25	63,41				
Bandagen	5.186.492,98	2.931.646,19	2.254.846,79	368,50	377,05	357,96				
Bestrahlungsgeräte	27.818,34	11.696,67	16.121,67	1,98	1,50	2,56				
Blindenhilfsmittel	148.799,71	99.105,62	49.694,09	10,57	12,75	7,89				
Einlagen	5.149.408,17	2.707.347,94	2.442.060,23	365,87	348,20	387,68				
Elektrostimulationsgeräte	1.454.425,73	698.986,40	755.439,33	103,34	89,90	119,93				
Gehhilfen	887.392,90	456.024,56	431.368,34	63,05	58,65	68,48				
Hilfsmittel bei Tracheostoma	456.463,61	347.127,08	109.336,53	32,43	44,64	17,36				
Hilfsmittel gegen Dekubitus	1.050.512,54	593.919,44	456.593,10	74,64	76,39	72,48				
Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	3.490.862,10	1.190.735,23	2.300.126,87	248,03	153,14	365,15				
Hörhilfen	4.590.133,07	2.937.166,00	1.652.967,07	326,13	377,76	262,41				
Inhalations- und Atemtherapiegeräte	4.587.723,80	3.642.240,62	945.483,18	325,96	468,44	150,10				
Inkontinenzhilfen	2.757.968,34	1.533.145,13	1.224.823,21	195,95	197,18	194,44				
Kommunikationshilfen	135.265,05	78.499,11	56.765,94	9,61	10,10	9,01				
Krankenfahrzeuge	4.741.309,14	2.930.513,81	1.810.795,33	336,87	376,90	287,46				

Tabelle 4.4 Fortsetzung

Produktgruppen	Kosten Versicherte gesamt		Kosten männl. Versicherte		Kosten weibl. Versicherte		Kosten pro 100 männl. Versicherte		Kosten pro 100 weibl. Versicherte	
Krankenpflegeartikel	256.254,48	170.555,20	85.699,28	18,21	21,94	13,60				
Lagerungshilfen	180.554,27	113.302,95	67.251,32	12,83	14,57	10,68				
Messgeräte für Körperzustände/-funktionen	544.065,34	351.054,62	193.010,72	38,66	45,15	30,64				
Mobilitätshilfen	282.924,23	180.833,67	102.090,56	20,10	23,26	16,21				
Orthesen	933.787,38	536.949,11	396.838,27	66,35	69,06	63,00				
Schienen	2.410.672,82	1.449.197,24	961.475,58	171,28	186,38	152,63				
Pflegehilfsmittel	909.862,70	554.703,62	355.159,08	64,65	71,34	56,38				
Prothesen	2.639.456,93	1.602.186,13	1.037.270,80	187,53	206,06	164,67				
Schuhe	6.058.566,48	3.137.039,28	2.921.527,20	430,46	403,46	463,79				
Sehhilfen	12.898.721,25	6.808.493,43	6.090.227,82	916,46	875,66	966,83				
Sitzhilfen	631.471,61	350.004,31	281.467,30	44,87	45,01	44,68				
Sprechhilfen	42.397,86	38.538,10	3.859,76	3,01	4,96	0,61				
Stehhilfen	177.014,30	127.500,96	49.513,34	12,58	16,40	7,86				
Stomaartikel	2.313.682,12	1.552.338,52	761.343,60	164,39	199,65	120,86				
Therapeutische Bewegungsgeräte	807.182,20	492.505,95	314.676,25	57,35	63,34	49,95				
Toilettenhilfen	229.056,69	117.090,35	111.966,34	16,27	15,06	17,77				
Sonstiges	1.225.093,48	723.522,42	501.571,06	87,04	93,05	79,62				
Gesamt	70.069.731,37	40.095.732,94	29.973.998,43	4.978,48	5.156,80	4.758,38				

4.1 Verteilung der Ausgaben

Wie bei allen Leistungen wird auch für den Bereich der Heilmittel geprüft, wie sich die Ausgaben von 67,8 Mio. Euro im Jahre 2003 auf die Patientinnen und Patienten verteilen. Erkennbar sind auch hier, wie in der Arzneimittelversorgung, erhebliche Asymmetrien in der Inanspruchnahme von Leistungen. Solche Asymmetrien sind nur mit hoher Sicherheit feststellbar, wenn versichertenbezogene Auswertungen möglich sind, die unter Berücksichtigung der Stammdaten einer Versichertenpopulation pseudonymisiert (gleiche „Lauf- oder Identifikationsnummer“ über die Zeit) eine Zuordnung der verordneten Leistungen ermöglichen, wie dies in den GEK-Datenbanken vorgesehen ist.

So entfallen 10% der Ausgaben für Heilmittel auf nur 0,66% der Patienten und 0,10% aller Versicherten (Tabelle 4.5). 50% der Ausgaben entfallen auf 12,18% der PatientInnen und auf lediglich 1,8% der Versicherten, 80% der Ausgaben entfallen auf nur 40,48% der PatientInnen und auf gerade einmal 6% aller Versicherten. Bei 100% der Ausgaben und der Leistungsverordnungen entspricht der Anteil der Versicherten gerade einmal 14,82%. Das zeigt aber, wie gering der Anteil einer Versichertenpopulation ist, die Heilmittel (also z.B. Massagen oder Logopädie) in Anspruch nehmen. Bei den Arzneimitteln (Glaeske & Janhsen, 2004 S. 37) waren es bei 80% der Ausgaben immerhin 13,77% aller Versicherten und bei 100% der Ausgaben Dreiviertel aller Versicherten, nämlich 75,31%.

Tabelle 4.5 Prozentuale Verteilung der Kosten für Versicherte mit Inanspruchnahme von Heilmitteln im Jahre 2003

Anteil an den Heilmittel-Ausgaben (Gesamt: 67.830.253,27)	Anteil Versicherte mit Heilmittel-Verordnungen (n=209.439)		Anteil Versicherte (n= 1.407.451)
10 %	0,66 %	(n = 1.378)	0,10 %
20 %	2,12 %	(n = 4.437)	0,31 %
30 %	4,40 %	(n = 9.203)	0,65 %
40 %	7,62 %	(n = 15.959)	1,13 %
50 %	12,18 %	(n = 25.497)	1,80 %
60 %	18,56 %	(n = 38.859)	2,75 %
70 %	27,62 %	(n = 57.833)	4,09 %
80 %	40,48 %	(n = 84.761)	6,00 %
90 %	60,25 %	(n = 126.187)	8,93 %
100 %	100,00 %	(n = 209.439)	14,82 %

Etwas anders sehen die Verteilungsmuster bei den Hilfsmitteln aus (Tabelle 4.6). Hier entfallen die höheren Ausgabenbereiche auf einen leicht erhöhten Anteil der Versicherten, die Ausgaben kumulieren aber stärker auf die PatientInnen, die überhaupt Hilfsmittel bekommen. 80% der Ausgaben der Gesamtausgaben von knapp 73 Mio. Euro entfallen auf 26,91% der PatientInnen, aber auf nur 6,94% aller Versicherten. 90% der Ausgaben entfallen auf 45,83% der PatientInnen, aber nur 11,81% aller Versicherten. Bei den Arzneimitteln entfiel die 90%-Verordnungsquote übrigens auf nur 31,83% der PatientInnen, die verteilten sich aber auf 23,97% aller Versicherten. 100% der Hilfsmittelausgaben entfielen gerade einmal auf 25,77% der Versicherten – ebenfalls eine sehr geringe Quote gegenüber den Arzneimitteln mit 75,31%.

Tabelle 4.6 Prozentuale Verteilung der Kosten für Versicherte mit Inanspruchnahme von Hilfsmitteln im Jahre 2003

Anteil an den Hilfsmittel-Ausgaben (Gesamt: 72.893.699,63)	Anteil Versicherte mit Hilfsmittel-Verordnungen (n=364.268)		Anteil Versicherte (n= 1.407.451)
10 %	0,17 %	(n = 626)	0,04 %
20 %	0,57 %	(n = 2.065)	0,15 %
30 %	1,31 %	(n = 4.770)	0,34 %
40 %	2,58 %	(n = 9.396)	0,67 %
50 %	4,66 %	(n = 16.949)	1,20 %
60 %	8,29 %	(n = 30.174)	2,13 %
70 %	15,11 %	(n = 55.043)	3,89 %
80 %	26,91 %	(n = 98.024)	6,94 %
90 %	45,83 %	(n = 166.919)	11,81 %
100 %	100,00 %	(n = 364.268)	25,77 %

Die Tabelle 4.7 mit der Verteilung der Ausgaben für beide Leistungsbereiche Heil- und Hilfsmittel zusammen zeigt, dass es bei den PatientInnen überschneidende Gruppen gibt, die sowohl Heil- und Hilfsmittel bekommen. Dies ist z.B. bei Schlaganfallpatienten denkbar, bei denen sowohl Physiotherapie und logopädische Behandlung sowie Gehhilfen erforderlich sind. Die 100% Ausgaben von insgesamt 141 Mio. Euro entfallen auf 477.006 PatientInnen, die Addition der Anzahl der PatientInnen der 100%-Ausgaben bei den Heilmitteln einerseits und den Hilfsmitteln andererseits ergibt insgesamt 573.707 Personen. Auch der Versichertenanteil legt die Überschneidung der beiden Leistungsbereiche bei bestimmten Patientengruppen nahe: So beträgt der addierte Anteil der einzelnen Leistungsbereiche bezogen auf die Versichertenpopulation 40,59%, der kumulierte Anteil beider Leistungsbereiche 33,75%. Insgesamt bekamen also 477.006 PatientInnen Heil- und Hilfsmittel im Jahre 2003, auf 33,75% der Versicherten entfielen damit insgesamt 141 Mio. Euro. Die Altersverteilung der Leistungsanspruchnahme ist den

Tabellen 2 bis 25 im Anhang zu entnehmen. Dort werden die Daten nach der Versichertenzugehörigkeit zu den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) dargestellt. Erwartungsgemäß steigen die Anteile für Heil- und Hilfsmittelverordnungen mit dem Alter deutlich an: Während der Anteil der Versicherten unter 40 Jahren, die Hilfsmittelverordnungen bekommen, bei rund 20% liegt und bei den Heilmitteln deutlich darunter, steigt dieser Anteil in den höheren Altersgruppen bei den Hilfsmitteln rasch auf über 40% an, während er bei den Heilmitteln relativ gleich bleibt und um 22 bis 24% (bis zum 90. Lebensjahr) schwankt. Auch dies ist ein Hinweis darauf, dass mit dem Alter die Anzahl von Verordnungen für Hilfsmittel zum Ausgleich von körperlichen Einschränkungen deutlich ansteigt, während der Anteil von Heilmitteln, die doch zumeist eine aktive Mitarbeit der Patientinnen und Patienten in der Therapie verlangen (z.B. Sprachtherapie oder Ergotherapie), relativ gleich auf niedrigem Niveau bleibt (Abbildung 4.1). In der Abbildung 4.2 wird die Verteilung der Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel im Vergleich zu den Arzneimitteln dargestellt.

Tabelle 4.7 Prozentuale Verteilung der Kosten für Versicherte mit Inanspruchnahme von Heil- und Hilfsmitteln im Jahre 2003

Anteil an den Heil- und Hilfsmittel-Ausgaben (Gesamt 140.723.952,90)	Anteil Versicherte mit Heil- und Hilfsmittel-Verordnungen (n=477.006)	Anteil Versicherte (n= 1.407.451)
10 %	0,27 % (n = 1.289)	0,09 %
20 %	0,94 % (n = 4.501)	0,32 %
30 %	2,20 % (n = 10.470)	0,74 %
40 %	4,17 % (n = 19.881)	1,41 %
50 %	7,10 % (n = 33.848)	2,39 %
60 %	11,50 % (n = 54.844)	3,88 %
70 %	18,27 % (n = 87.143)	6,17 %
80 %	28,87 % (n = 137.687)	9,74 %
90 %	47,07 % (n = 224.492)	15,88 %
100 %	100,00 % (n = 477.006)	33,75 %

Abbildung 4.1 Anteil Versicherter mit Heil- bzw. Hilfsmittelverordnungen in 2003 nach Altersgruppen in Prozent

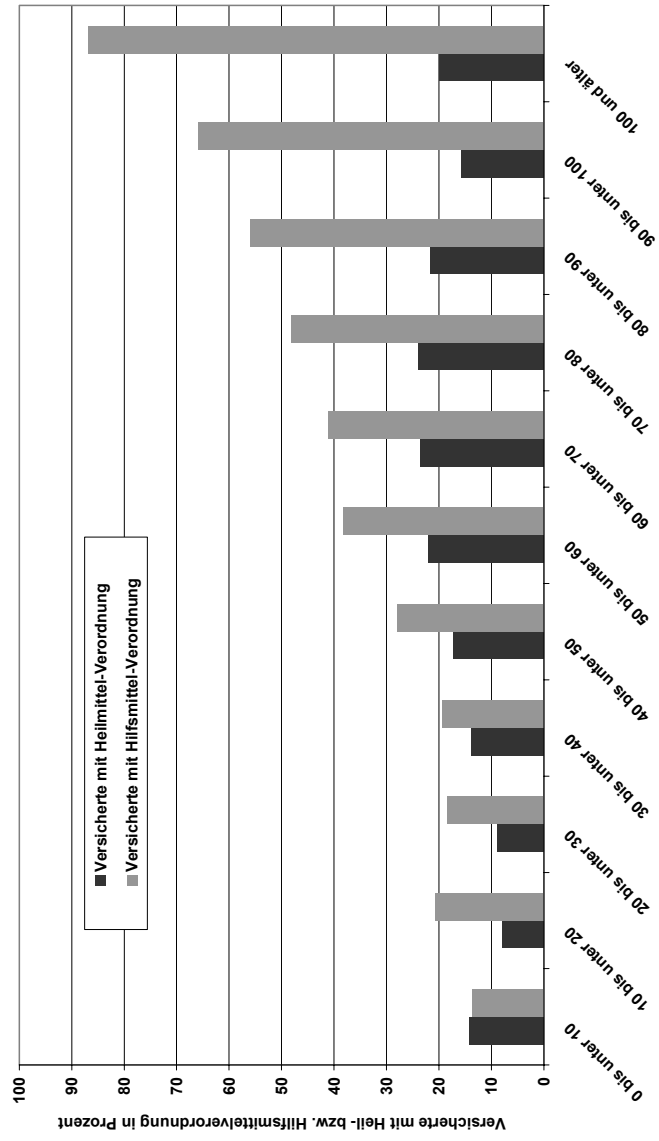
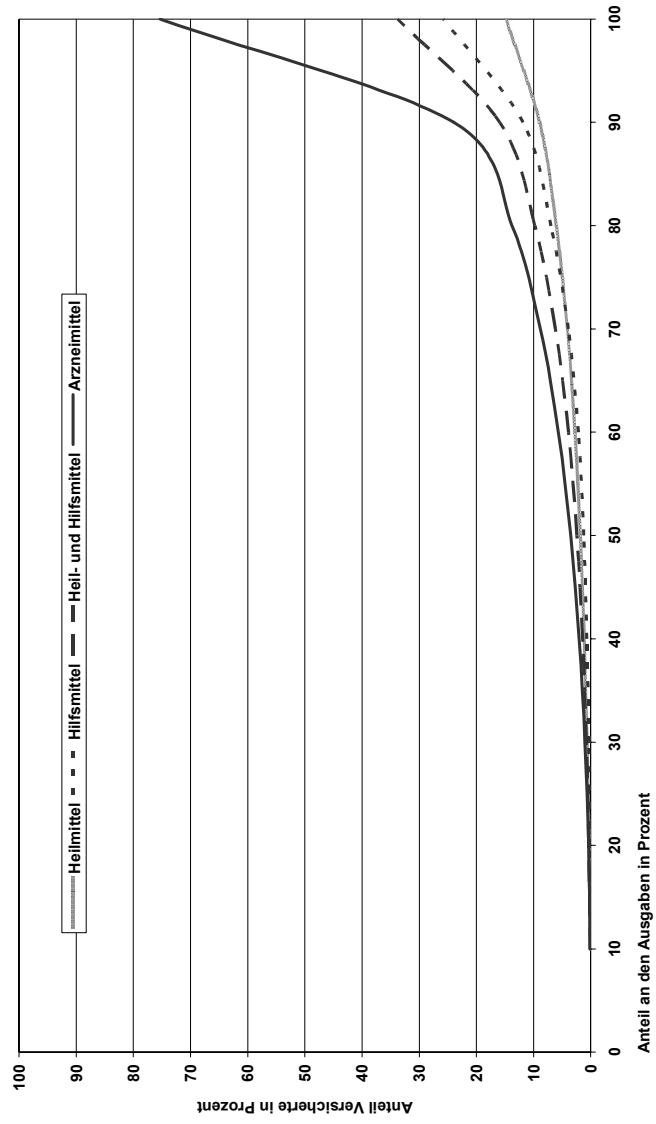


Abbildung 4.2 Prozentuale Verteilung der Kosten für Versicherte mit Arzneimittel-, und / oder Heilmittel- bzw. Hilfsmitteltherapie in 2003



5 Ergebnisse der Heilmittel-Analysen

5.1 Physikalische Therapie, Ergotherapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

Heilmittel sind nicht-ärztliche, persönlich zu erbringende medizinische Dienstleistungen, die nur von entsprechend ausgebildeten, berufspraktisch erfahrenen Personen erbracht werden dürfen. Zu den Heilmitteln zählen die Maßnahmen der Physikalischen Therapie, der Ergotherapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und der Podologischen Therapie. Die GEK hat im Jahr 2003 insgesamt 67.788.060,67 Euro für Heilmittelanwendungen bei ihren Versicherten aufgewandt. Die größten Kosten verursachten mit knapp 46 Millionen Euro Leistungen von KrankengymnastInnen und PhysiotherapeutInnen. An zweiter Stelle stehen mit 8,7 Millionen Euro die ergotherapeutischen Leistungen. Auffällig sind geschlechtsspezifische Unterschiede, die in Abhängigkeit von der Art der Leistung zu beobachten sind. Ergotherapeutische, logopädische und podologische Leistungen werden mehrheitlich von männlichen Versicherten in Anspruch genommen, die übrigen Leistungen werden dagegen weiblichen Versicherten häufiger verordnet.

Die krankengymnastische Einzelbehandlung, auch auf neurophysiologischer Grundlage, ist diejenige Einzelleistung, die mit 20.717.495,28 Euro die höchsten Kosten im Heilmittelbereich verursacht. Um die Gründe, die zu diesen Verordnungen geführt haben, näher betrachten zu können, wurde eine 1‰ Zufalls-Stichprobe von 204 Verordnungen untersucht. In fast 50% der Fälle waren Wirbelsäulenerkrankungen der Grund für die Verordnung. Diagnosen aus dem Bereich der Unfall-, Gelenk- und Wiederherstellungschirurgie waren mit 19% die zweithäufigste Ursache. In 34,5% der Fälle erfolgte die Verordnung und die Anwendung der krankengymnastischen Einzelbehandlung, ohne dass die Indikation aus der Verord-

nung ersichtlich war, meist fehlte die notwendige Angabe der zu therapierenden Leitsymptomatik.

Regionale Aspekte spielen bei Heilmittelverordnungen eine wichtige Rolle. Die Zahl der in Anspruch genommenen Leistungserbringer korreliert eng mit der Zahl der vorhandenen Leistungserbringer, so dass der Verdacht nahe liegt, dass hier eine angebotsinduzierte Nachfrage besteht. Die höchste Zahl an KrankengymnastInnen und PhysiotherapeutInnen bezogen auf die GEK-Versicherten ist in Sachsen und Sachsen-Anhalt tätig. In Sachsen liegen die Ausgaben für Krankengymnastik um 73,9% über dem Bundesdurchschnitt. Während im Bundesdurchschnitt 14,9% der GEK-Versicherten im Jahr 2003 mindestens eine Heilmittelverordnung erhielten, waren es im Bereich der KV Sachsen 23,3%.

Die Alters- und Geschlechtsverteilung der Versicherten mit logopädischen und ergotherapeutischen Leistungen zeigt, dass diese Leistungen überwiegend von zumeist männlichen Versicherten unter 20 Jahren in Anspruch genommen werden. Demgegenüber spielt die Behandlung beispielsweise von Schlaganfallpatienten in höherem Lebensalter eine untergeordnete Rolle. Die GEK gab im Jahr 2003 insgesamt 15.007.376,66 Euro für Logopädie und Ergotherapie aus. 75% dieser Kosten entfallen auf die 0 bis 20-Jährigen. Es besteht Grund zu der Annahme, dass ein erheblicher Teil dieser Heilmittelausgaben durch gezielte Präventionsmaßnahmen eingespart werden könnte.

5.2 Übersicht

Heilmittel sind nicht-ärztliche, persönlich zu erbringende medizinische Dienstleistungen, die nur von entsprechend ausgebildeten, berufspraktisch erfahrenen Personen erbracht werden dürfen. Sie sind Bestandteil der Krankenbehandlung; sie dienen einem Heilzweck und sollen den Heilerfolg sichern. Zu den Heilmitteln zählen die Maßnahmen der Physikalischen Therapie, der Ergotherapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und der Podologischen Therapie (Effer et al., 2003). Auf die Podologische Therapie (Fußpflege bei DiabetikerInnen) wird in einem gesonderten Kapitel näher eingegangen (Kapitel 5.9).

Der Heilmittelbegriff hat in den letzten 15 Jahren entscheidende Veränderungen erfahren. Die obige Definition wird heute vom Gesetzgeber wie auch von der Sozialgerichtsbarkeit anerkannt. Ursprünglich dienten Heilmittel der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit durch Beseitigung oder Milderung von Krankheitserscheinungen während der Behandlungsdauer. Unter dem Oberbegriff Heilmittel wurden sowohl Dienstleistungen wie auch sächliche Mittel verstanden. Im Unterschied dazu dienten Hilfsmittel in ihrer ursprünglichen Bedeutung nicht der therapeutischen Beeinflussung von Symptomen, sondern kamen erst zum Einsatz wenn der Heilungsprozess abgeschlossen war. Hilfsmittel in diesem Sinn dienten nach beendetem Heilverfahren der Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit durch Ausgleich körperlicher Defekte. 1992 übernahm der Bundesausschuss der Ärzte und der Krankenkassen den eingangs erläuterten, neuen Heilmittelbegriff, wie er zuvor bereits von den Spitzenverbänden der Krankenkassen als "persönlich zu erbringende nicht-ärztliche medizinische Dienstleistungen" entwickelt worden war. In der Folge wurde dieser Heilmittelbegriff auch vom Gesetzgeber und der Sozialgerichtsbarkeit übernommen (Effer et al., 2003).

Die Zulassung der Leistungserbringer von Heilmitteln ist in § 124 des 5. Sozialgesetzbuches (SGB V) geregelt. Bei Vorliegen der Voraussetzun-

gen besteht ein Rechtsanspruch auf Zulassung und Leistungserbringung im Rahmen der GKV. Zulassungsbeschränkungen, wie sie im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit bei Überversorgung möglich sind, gibt es im Bereich der Leistungserbringer von Heilmitteln bisher nicht. Maßnahmen der Physikalischen Therapie können von zugelassenen KrankengymnastInnen/PhysiotherapeutInnen beziehungsweise MasseurInnen/medizinischen BademeisterInnen durchgeführt werden. Die Vergütung dieser Leistungen ist für die GEK-Versicherten durch den Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. (Vdak) jeweils einheitlich für alte und neue Bundesländer geregelt (Vergütungslisten für Krankengymnastische / physiotherapeutische Leistungen, Massagen und medizinischen Bäder, 2004). Ebenso ist die Vergütung von Ergotherapieleistungen durch zugelassene Ergotherapeuten geregelt (Vergütungslisten für Ergotherapie, 2004). Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie werden von zugelassenen Logopäden bzw. anderen zugelassenen Stimm-, Sprech- und Sprachtherapeuten abgegeben. Die Vergütung ist im Gegensatz zu den Maßnahmen der Physikalischen Therapie und der Ergotherapie bundeseinheitlich geregelt (Vergütungsliste für Logopädische/sprachtherapeutische Maßnahmen, 2004). Die folgenden Auswertungen orientieren sich an den verschiedenen Gruppen von Leistungserbringern, deren Kosten auf verschiedenen Sachkonten gebucht wurden. Sie weichen daher teilweise von den Angaben in Kapitel 4 ab, die auf der KV 45 Statistik der GEK beziehungsweise der inhaltlichen Auswertung getrennt nach Heil- und Hilfsmitteln (Tabelle 4.2) beruhen.

Die Verordnung von Heilmitteln im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit ist in den entsprechenden Heilmittel-Richtlinien (2000/2001) des Bundesausschusses der Ärzte und der Krankenkassen bzw. seit 1.1.2004 in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt (Heilmittel-Richtlinien, 2004). Zum 1. Juli 2004 treten neue Heilmittel-Richtlinien in Kraft, die aufgrund des Anstiegs der Heilmittelausgaben um rund 16,4% im Jahr 2002 und 4,8% im Jahr 2003

erforderlich wurden. Die Gründe für die Ausgabensteigerung werden nicht in Morbiditätsveränderungen sondern in Schwachstellen der im Jahr 2001 eingeführten Heilmittel-Richtlinien gesehen (Metke, 2004). So wurde/n

- die Verordnungsvorschriften für den Arzt / die Ärztin als nicht praktikabel angesehen, weil bei 53 zu berücksichtigenden, verschiedenen Diagnosegruppen allein für das Skelettsystem 265 verschiedene Verordnungsvorschriften in den Richtlinien enthalten waren.
- die in den Richtlinien aufgeführten Diagnosegruppen als untauglich für die Alltagsrealität angesehen.
- bei rund 80% der PatientInnen von den PhysiotherapeutInnen die Empfehlung ausgesprochen, die begonnene Therapie solle fortgesetzt werden, unabhängig vom Umfang der Vorverordnungen und dem Krankheitsbild.

Die enge Kooperation von verordnendem/r Arzt / Ärztin und TherapeutIn ist eine der wesentlichen Voraussetzungen für eine effektive Heilmittelversorgung. Die Richtlinien gelten für beide Berufsgruppen gleichermaßen. Um den gegenseitigen Informationsaustausch zu gewährleisten, sind für die Verordnung ausschließlich Verordnungs-Vordrucke zu verwenden, die u.a. eine Rückmeldung des / der TherapeutIn an den Arzt / die Ärztin vorsehen. Bei Folgeverordnungen sollen diese Informationen berücksichtigt werden.

Abgrenzungsprobleme bestehen bei Maßnahmen der Physikalischen Therapie von Erwachsenen zu "Wellness"-Anwendungen, wie beispielsweise Massagen ohne medizinische Indikation. Dieses wurde unter der provokanten Überschrift: "Heilmittel – Wellness für die Massen" im Deutschen Ärzteblatt vom 25.6.2004 thematisiert (Metke, 2004). Ziel der Neufassung der Heilmittel-Richtlinien ist, die zur Verfügung stehenden Ressourcen im Heilmittelbereich auf die Gruppe der schwer, oft chro-

nisch Kranken zu konzentrieren, die Verschreibungsvorschriften zu vereinfachen und die Eigenverantwortung der PatientInnen zu stärken.

Bei Kindern und Jugendlichen bestehen fließende Übergänge von Heilmittelanwendungen aus den Bereichen Ergotherapie und Logopädie zu erzieherischen beziehungsweise pädagogischen Maßnahmen. Im Alltag der kinderärztlichen Praxis spielen u. a. wirklichkeitsfremde, übertriebene Erwartungen von Eltern, KindergärtnerInnen und LehrerInnen an das Kind eine erhebliche Rolle. Nicht jede Verzögerung der sprachlichen und motorischen Entwicklung bedarf automatisch einer Therapie. Die sprachliche Integration - mittels logopädischer Maßnahmen - von Kindern aus nicht deutschsprachigen Familien kann nicht Aufgabe der GKV sein. Während auf der einen Seite - insbesondere im so genannten Bildungsbürgertum - ein gesteigener Leistungs- und Erwartungsdruck auf den Kindern lastet und es an der notwendigen Gelassenheit im Umgang mit ihnen fehlt, nehmen in Schuleingangsuntersuchungen die erkennbaren Defizite vor allem bei Kindern aus bildungsfernen, ökonomisch benachteiligten Familien zu. Es sollte auch beachtet werden, dass die Kindheit durch das therapeutische Einwirken medikalisiert wird. Es werden durch diese Maßnahmen die tatsächlichen oder vermeintlichen Schwächen des Kindes betont, obwohl seiner Entwicklung eine Beachtung und Betonung seiner / ihrer Stärken unter Umständen viel dienlicher wäre. Vor diesem Hintergrund sollten gerade hinsichtlich der Heilmittelanwendung bei Kindern Studien durchgeführt werden, um die Langzeiteffekte der verschiedenen Therapieansätze beurteilen zu können. Der Berliner Kinderarzt Ulrich Fegeler setzt sich in einem Beitrag für die Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung "Der Doktor wird's schon richten" kritisch mit der oben skizzierten Entwicklung auseinander (21.3.2004). Er ist in Berlin maßgeblich an einem Modellprojekt beteiligt, in dem an acht Kindergärten ErzieherInnen darin geschult werden, gezielt mit einem Motorik- und einem Sprachanregungsprogramm zu arbeiten. In der Schweiz wurde dieses Programm mit 2000 Züricher Migrantenkindern getestet und evaluiert. Ihre Bereitwilligkeit, besser

sprechen zu lernen, habe man bislang eher unterschätzt, stellte der dortige Projektleiter fest. Berechnungen zufolge würde eine flächendeckende Einführung des Sprachanregungsprogramms rund 10 Euro pro Kind kosten (Rieser, 2004). Bisher fehlt ErzieherInnen in deutschen Kindergärten in der Regel die Ausbildung für eine spezielle Sprach- und Motorikförderung.

In Tabelle 5.1 sind die Heilmittelanwendungen bei GEK-Versicherten im Jahr 2003 in der Übersicht dargestellt. Die Gesamtausgaben betragen 67.788.060,67 Euro. Die größten Kosten verursachten mit knapp 46 Millionen Euro Leistungen von KrankengymnastInnen und PhysiotherapeutInnen. An zweiter Stelle stehen mit 8,7 Millionen Euro die ergotherapeutischen Leistungen. Auffällig sind geschlechtsspezifische Unterschiede, die in Abhängigkeit von der Art der Leistung zu beobachten sind. Ergotherapeutische, logopädische und podologische Leistungen werden mehrheitlich von männlichen Versicherten in Anspruch genommen, die übrigen Leistungen werden dagegen weiblichen Versicherten häufiger verordnet.

Tabelle 5.1 Heilmittel nach Leistungserbringern in 2003

Leistung	Leistungs- Versicherte*	davon weiblich	%	Verordner	Leistung- erbringer	Verord- nungen	Kosten
Leistungen von MasseurInnen und medizinischen Badebetrieben	31.639	16.522	52	16.279	6.283	137.075	5.670.054,58
Leistungen von KrankengymnastInnen / PhysiotherapeutInnen	170.344	88.451	52	50.075	25.107	354.041	45.960.462,29
Ergo-, Beschäftigungs- und ArbeitstherapeutInnen	9.655	2.952	31	6.611	2.937	26.171	8.720.851,59
LogopädInnen, SprachtherapeutInnen	10.546	4.202	40	6.386	3.420	19.449	6.286.525,07
Podologische Leistungen	284	103	36	264	186	492	39.926,22
Heilmittel von Krankenhäusern außerhalb stationärer Behandlung	6.340	3.214	51	4.895	1.221	11.747	1.110.240,92

* Versicherte mit mindestens einer Heilmittelanwendung in 2003

Tabelle 5.2 Heilmittel nach Leistungserbringern (Quoten) in 2003

Leistungserbringer	Versicherte * /		Verordner /	
	Verordner	Leistungserbringer	Leistungserbringer	Versicherter *
Leistungen von MasseurInnen und medizinischen Badebetrieben	1,9	5,0	2,6	4,3
Leistungen von KrankengymnastInnen / PhysiotherapeutInnen	3,4	6,8	2,0	2,1
Ergo-, Beschäftigungs- und ArbeitstherapeutInnen	1,5	3,3	2,3	2,7
LogopädInnen, SprachtherapeutInnen	1,7	3,1	1,9	1,8
Podologische Leistungen	1,1	1,5	1,4	1,7
Heilmittel von Krankenhäusern außerhalb stationärer Behandlung	1,3	5,2	4,0	1,9

* nur Versicherte mit mindestens einer Verordnung

Die enge Kooperation zwischen VerordnerIn und LeistungserbringerIn ist eine Grundvoraussetzung für eine effektive Heilmittelversorgung der Versicherten. Angesichts der Komplexität der Heilmittel-Richtlinien ist die große Zahl von VerordnerInnen, die jeweils eine relativ geringe Anzahl von Versicherten behandeln, als problematisch anzusehen (Tabelle 5.2). Ob alle 50.075 VerordnerInnen von krankengymnastischen Leistungen die bereits erwähnten 265 verschiedenen Verordnungsvorschriften für die 53 zu berücksichtigenden, verschiedenen Diagnosegruppen für das Skelettsystem sicher anwenden können, ist zu bezweifeln. Die Zahl der LeistungserbringerInnen im Bereich der Krankengymnastik ist mit 25.107 ebenfalls sehr hoch. Die Kooperation zwischen über 50.000 VerordnerInnen mit über 25.000 LeistungserbringerInnen ist durch die verhältnismäßig geringe Anzahl von Versicherten, die jeweils gemeinsam betreut werden, erheblich erschwert.

5.3 Leistungen von KrankengymnastInnen / PhysiotherapeutInnen

In Abbildung 5.1 ist die Alters- und Geschlechtsverteilung der Versicherten mit Behandlung durch KrankengymnastInnen und PhysiotherapeutInnen dargestellt. Zum Vergleich ist in Abbildung 5.2 die entsprechende Verteilung aller GEK-Versicherten gegenübergestellt. Krankengymnastische Behandlung wird vor allem von Versicherten in den mittleren Lebensjahren in Anspruch genommen. Es werden etwas mehr Frauen behandelt als Männer, obwohl die männlichen GEK-Versicherten in diesen Altersgruppen deutlich in der Mehrheit sind. In Tabelle 5.3 sind die einzelnen Leistungen, die KrankengymnastInnen bzw. PhysiotherapeutInnen bei GEK-Versicherten im Jahr 2003 erbracht haben, aufgeführt.

Abbildung 5.1 Leistungen von KrankengymnastInnen / PhysiotherapeutInnen nach Alter und Geschlecht der Versicherten

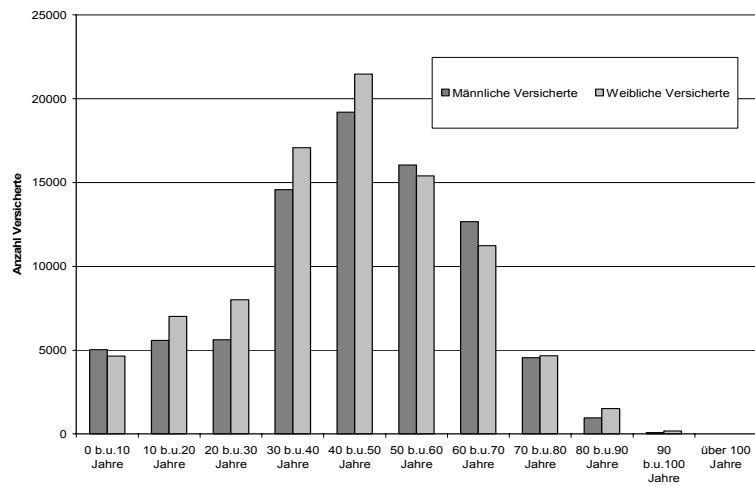


Abbildung 5.2 GEK-Versicherte nach Alter und Geschlecht

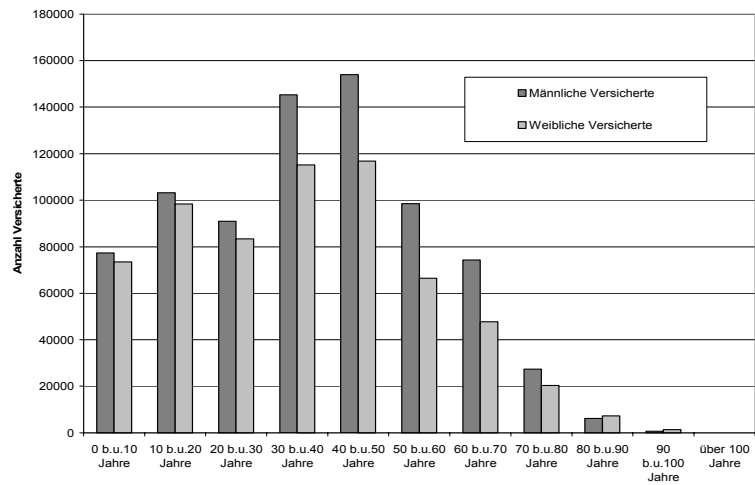


Tabelle 5.3 Leistungen von KrankengymnastInnen / PhysiotherapeutInnen

AP-Nummer	Leistungsbezeichnung	Anzahl Leistungen	Kosten	%
20501	Krankengymnastische Behandlung (Einzelbehandlung)	1.540.217	20.717.495,28	45,1
20106	Klassische Massage/therapie	392.448	3.487.137,80	7,6
21201	Manuelle Therapie	203.131	2.985.502,79	6,5
21501	Wampackung	291.090	2.158.970,46	4,7
20710	Krankengymnastik nach Bobath (zentrale Bewegungsstörung nach Abschluss der Hirnreife erworben)	99.624	1.874.388,04	4,1
20708	Krankengymnastik nach Bobath (zentrale Bewegungsstörung vor Abschluss der Hirnreife erworben)	60.882	1.441.090,32	3,1
29901	Hausbesuch	192.805	1.409.291,97	3,1
20201	Manuelle Lymphdrainage - Großbehandlung	56.800	1.146.288,03	2,5
20507	Gerätgestützte Krankengymnastik (KG-Gerät)	41.410	998.430,32	2,2
20712	Krankengymnastik nach PNF (zentrale Bewegungsstörung nach Abschluss der Hirnreife)	45.720	859.434,44	1,9
20205	Manuelle Lymphdrainage - Teilbehandlung	56.760	772.239,75	1,7
20202	Manuelle Lymphdrainage - Ganzbehandlung	21.323	708.849,76	1,5
20709	Krankengymnastik nach Vojta (zentrale Bewegungsstörung vor Abschluss der Hirnreife erworben)	24.506	586.225,43	1,3
21531	Ultraschall-Wärmetherapie	80.967	575.031,61	1,3

Tabelle 5.3 Fortsetzung

AP-Nummer	Leistungsbezeichnung	Anzahl Leistungen	Kosten	%
21302	Elektrotherapie/-behandlung	140.838	524.117,65	1,1
20503	Krankengymnastik, normal, EB/KG, auch Atemgymnastik, auch auf neurophysiologischer Grundlage einschl. erforderl. Massagen	43.907	507.420,08	1,1
21534	Kältetherapie	83.095	504.805,75	1,1
22001	Standardisierte Heilmittelkombination/ Standardisierte Heilmittelkombination D1	13.350	386.524,88	0,8
21517	Heißluft	121.319	345.511,55	0,8
21104	Traktionsbehandlung/Extensionsbehandlung/Traktionsbehandlung mit Gerät	78.475	319.571,65	0,7
29909	Hausbesuch/Wegegeld / Wegegeld pausch. In geschl. Ortschaften	102.363	261.358,62	0,6
29910	Hausbesuch/Wegegeld / Wegegeld je Kilometer bei Überschreitung der Ortsgrenze	832.586	222.690,67	0,5
29701	Mitteilung/Bericht an den Arzt / Übermittlungsgebühr	328.960	183.946,65	0,4
999999999	Verschiedenes nicht zuzuordnen	224.824	1.798.700,59	3,9
Gesamt		5.087.129	45.960.462,29	100,0

5.4 Auswertung einer Stichprobe von Krankengymnastik-Verordnungen

Die krankengymnastische Einzelbehandlung (AP-Nr. 20501), auch auf neurophysiologischer Grundlage, ist diejenige Einzelleistung, die mit 20.717.495,28 Euro die höchsten Kosten im Heilmittelbereich verursacht (Tabelle 5.3). Im Jahr 2003 wurden 203.772 Verordnungen für diese Leistung von KrankengymnastInnen und PhysiotherapeutInnen abgerechnet. Um die Gründe, die zu diesen Verordnungen geführt haben, näher betrachten zu können, wurde eine 1‰ Zufalls-Stichprobe von 204 Verordnungen untersucht.

Tabelle 5.4 Krankengymnastische Einzelbehandlung:
Vergleich von Stichprobe und Grundgesamtheit

	Verordnungen	% Versicherte	Durchschnittsalter			
			Anzahl ges.	weiblich %	weiblich	männlich
Grund-gesamtheit	203.772	100	108.781	51	45	46
Stichprobe	204	0,1	204	51	47	44

Tabelle 5.4 zeigt, dass die Grundgesamtheit und die Stichprobe im Hinblick auf die Alters- und Geschlechtsverteilung eine gute Übereinstimmung zeigen. Die 204 Heilmittelverordnungen der Stichprobe wurden aus Gründen des Datenschutzes durch eine Mitarbeiterin der GEK auf Belegebene gesichtet. Auf diese Weise konnten die Diagnosen mit der im Einzelfall vorherrschenden Leitsymptomatik erfasst werden. Deren Angabe ist auf der Heilmittelverordnung zwingend vorgeschrieben, weil sich nur aus der Kombination der Diagnose mit der Leitsymptomatik die Indikation zu einer bestimmten Heilmittelverordnung ableiten lässt. In dem Heilmittel-Katalog, der Bestandteil der Heilmittel-Richtlinien 2001 ist, ist die Zuordnung der Heilmittelverordnung zu bestimmten Indikationen aufgeführt. Nur aus der Kombination einer Diagnose mit einer be-

stimmten Leitsymptomatik ergibt sich eine Indikation für die Heilmittelverordnung nach dem Heilmittel-Katalog.

200 (98%) der 204 Verordnungen der Stichprobe konnten anhand der Originalbelege ausgewertet werden. Diagnose und Leitsymptomatik wurden, sofern vorhanden und lesbar, buchstabengetreu erfasst und sind in Tab. 31 im Anhang dokumentiert. Außerdem wurde die Facharztgruppe des / der Verordners / Verordnerin erfasst. In einem zweiten Schritt wurde die Diagnose den Diagnose-Kategorien zugeordnet, die im Heilmittel-Katalog vorgesehen sind (Tabelle 5.5), um einen Überblick über die Diagnosen zu erhalten, die Anlass für die Verordnung waren. In enger Abstimmung mit dem Medizinischen Dienst (MDS) wurde geprüft, ob die Angabe der Leitsymptomatik auf der Verordnung ausreichend dokumentiert war. Nur wenn Diagnose und Leitsymptomatik hinreichend spezifiziert waren, so dass sich aus der Verordnung eine unmissverständliche Handlungsanweisung an die KrankengymnastIn bzw. PhysiotherapeutIn ergab, konnte die Indikation als gegeben bewertet werden. Verordnungen wie "chron. Bauchmuskelerhärtg. Bitte Austestung und Ursache behandeln LS.:s. Berichte" erfüllen diese Bedingungen sicher nicht.

In Tabelle 5.5 sind die Diagnosen, die Anlass für die Verordnung von krankengymnastischer Einzelbehandlung waren, zusammengefasst. In fast 50% der Fälle waren Wirbelsäulenerkrankungen der Grund für die Verordnung. Diagnosen aus dem Bereich der Unfall-, Gelenk- und Wiederherstellungschirurgie waren mit 19% die zweithäufigste Ursache. Danach folgen Gelenk- und Weichteilerkrankungen mit 15,5%. An vierter Stelle stehen mit 9% Verordnungen, bei denen die Angabe der Diagnose fehlt oder bei denen die Diagnose nicht im Heilmittel-Katalog aufgeführt oder nicht lesbar ist. Bei den 200 Verordnungen, die ausgewertet werden konnten, fehlte bei 69 (34,5%) die für die Verordnung zwingend notwendige Indikation (Tabelle 5.6). Der häufigste Grund war die

fehlende Angabe der Leitsymptomatik (63 Verordnungen, entsprechend 31,5%).

Tabelle 5.5 Diagnosen, die Anlass für die Verordnung von krankengymnastischer Einzelbehandlung waren, gruppiert nach dem Heilmittel-Katalog

Diagnose (Nr. lt. Heilmittel-Katalog)	Anzahl Verordnungen	%
Wirbelsäulenerkrankungen (1.1)	99	49,5
Unfall-, Gelenk- und Wiederherstellungschirurgie (1.2)	38	19,0
Gelenk- und Weichteilerkrankungen (1.3)	31	15,5
Muskelerkrankungen (1.4)	1	0,5
Erkrankungen des Gehirns und des Rückenmarks (2)	11	5,5
Herz-/Kreislaufkrankungen (3.2)	1	0,5
Erkrankungen des Verdauungstrakts (3.3)	1	0,5
Nicht zuzuordnen/fehlt	18	9,0
Gesamt	200	100,0

Tabelle 5.6 Facharztgruppen, die krankengymnastische Einzelbehandlung verordnet haben: Prüfung der Indikation

Facharztgruppe	Anzahl Verordnungen mit Indikation	Anzahl Verordnungen ohne Indikation	% ohne Indikation	Gesamtzahl Verordnungen	% aller Verordnungen
Orthopäden	61	22	26,5	83	41,5
Allgemeinärzte	40	21	34,4	61	30,5
Chirurgen	8	14	63,6	22	11,0
Internisten	11	6	35,3	17	8,5
Nervenärzte	4	3	42,9	7	3,5
Kliniken	3	1	25,0	4	2,0
Neurochirurgen	2	0	0	2	1,0
Frauenärzte	1	0	0	1	0,5
Kinderärzte	1	0	0	1	0,5
HNO-Ärzte	0	1	100,0	1	0,5
Zahnärzte	0	1	100,0	1	0,5
Gesamt	131	69	34,5	200	100

Der Anteil der Verordnungen ohne zutreffende Indikation schwankt bei den verschiedenen Facharztgruppen zwischen 0 und 100%, wobei aufgrund des kleinen Stichprobenumfangs nur die Angaben für Orthopäden und Allgemeinärzte, die zusammen 72% der Verordnungen veranlassen haben, mit Einschränkungen hochzurechnen sind. Bei allen anderen Facharztgruppen ist die Zahl der Verordnungen zu gering, um hieraus Schlüsse ableiten zu können.

Die in dieser Stichprobe in über einem Drittel der Fälle festgestellte Verordnung und Anwendung eines Heilmittels ohne Indikation ist als Verstoß gegen die Heilmittel-Richtlinien zu werten. Hochgerechnet auf die 20.717.495,28 Euro, die die GEK im Jahr 2003 allein für krankengymnastische Einzelbehandlung ausgegeben hat, wurden 34,5%, d.h. 7.147.535,87 Euro, ohne entsprechende Indikation verordnet und abgegeben. Bisher haben derartige Verstöße weder für die VerordnerInnen noch für die TherapeutInnen Konsequenzen, obwohl die Heilmittel-Richtlinien für beide Berufsgruppen gelten. Es ist nach diesen Ergebnissen zu bezweifeln, dass den neuen Heilmittel-Richtlinien mehr Beachtung geschenkt werden wird, wenn Verstöße nicht auch durch finanzielle Sanktionen für VerordnerInnen und LeistungserbringerInnen geahndet werden.

5.5 Regionale Besonderheiten: Praxen für Physiotherapie, KrankengymnastInnen und PhysiotherapeutInnen

Die Vertragspartner in der Sozialversicherung besitzen alle ein so genanntes 9stelliges Institutionskennzeichen (IK), dessen 1. und 2. Stelle die Art der Institution kennzeichnen. Die 3. und 4. Stelle charakterisiert die Zugehörigkeit zu einem Bundesland. KrankengymnastInnen, PhysiotherapeutInnen und Praxen für Physiotherapie haben das IK 44. In Abbildung 5.3 ist die Verteilung der Leistungserbringer mit dem IK 44 auf die verschiedenen Bundesländer dargestellt, wobei alle vorhandenen

Leistungserbringer mit den von den GEK-Versicherten im Jahr 2003 in Anspruch genommenen Leistungserbringern gegenübergestellt sind (Tab. 30 im Anhang). Die Leistungserbringerdichte ist regional sehr unterschiedlich hoch. Die Zahl der in Anspruch genommenen Leistungserbringer korreliert eng mit der Zahl der vorhandenen Leistungserbringer, so dass der Verdacht nahe liegt, dass hier eine angebotsinduzierte Nachfrage besteht. Die höchste Zahl an KrankengymnastInnen und PhysiotherapeutInnen bezogen auf die Anzahl der GEK-Versicherten ist in Sachsen und Sachsen-Anhalt festzustellen.

Die Vergütung von Leistungen der physikalischen Therapie liegt in den westlichen Bundesländern und in Berlin um den Faktor 1,163 höher als in den östlichen Bundesländern. Die Vergütung richtet sich nach dem jeweiligen Sitz des Leistungserbringers. Um die Ausgaben bundesweit vergleichen zu können, wurden die in den östlichen Bundesländern ohne Berlin entstandenen Kosten auf das westdeutsche Niveau hochgerechnet und das Bundesland des Leistungserbringers in der Auswertung zugrunde gelegt. In Abbildung 5.4 sind die prozentualen Abweichungen der Kosten vom Bundesdurchschnitt dargestellt. Weit überdurchschnittliche Ausgaben (+ 73,9%, Tab. 27 und Tab. 28 im Anhang) pro Versicherter/m entstehen in Sachsen, obwohl die Ausgaben pro Leistungsversicherter/m geringfügig unter dem Bundesdurchschnitt liegen. Als Leistungsversicherte/r wird in diesem Zusammenhang ein/e Versicherter mit mindestens einer Heilmittelanwendung bezeichnet. Die weit überdurchschnittlichen Kosten in Sachsen können somit nur durch eine Steigerung der Gesamtzahl der mit Heilmitteln behandelten Versicherten erklärt werden (Tab. 26 im Anhang). Dies wird bereits in der Auswertung nach KVen deutlich (Tab. 2 und Tab. 18 im Anhang). Während im Bundesdurchschnitt 14,9% der GEK-Versicherten im Jahr 2003 mindestens eine Heilmittelverordnung erhielten, waren es im Bereich der KV Sachsen 23,3%, dies entspricht einer Steigerung um 56%. Für Männer betrug der entsprechende Bundesdurchschnitt 13,3% und der Anteil in Sachsen 19,5% (+47%). Von den weiblichen Versicherten erhielten bundesweit

16,8% eine Heilmittelanwendung und im Bereich der KV Sachsen 28,2% (+68%). Die Analyse von AOK Daten (Schröder et al., 2003) ergab ein ähnliches Ergebnis: die KV Sachsen nahm hinsichtlich der Physiotherapiekosten den Spitzenplatz ein, wobei die dortigen Ausgaben 41% über dem Bundesdurchschnitt lagen.

Der Anteil der Versicherten mit Heilmittelanwendung ist in den verschiedenen Bundesländern sehr unterschiedlich hoch und scheint mit der Anzahl der Leistungserbringer zusammenzuhängen (Abbildung 5.5).

Abbildung 5.3 Verteilung der Krankengymnastinnen / Physiotherapeutinnen auf die Bundesländer

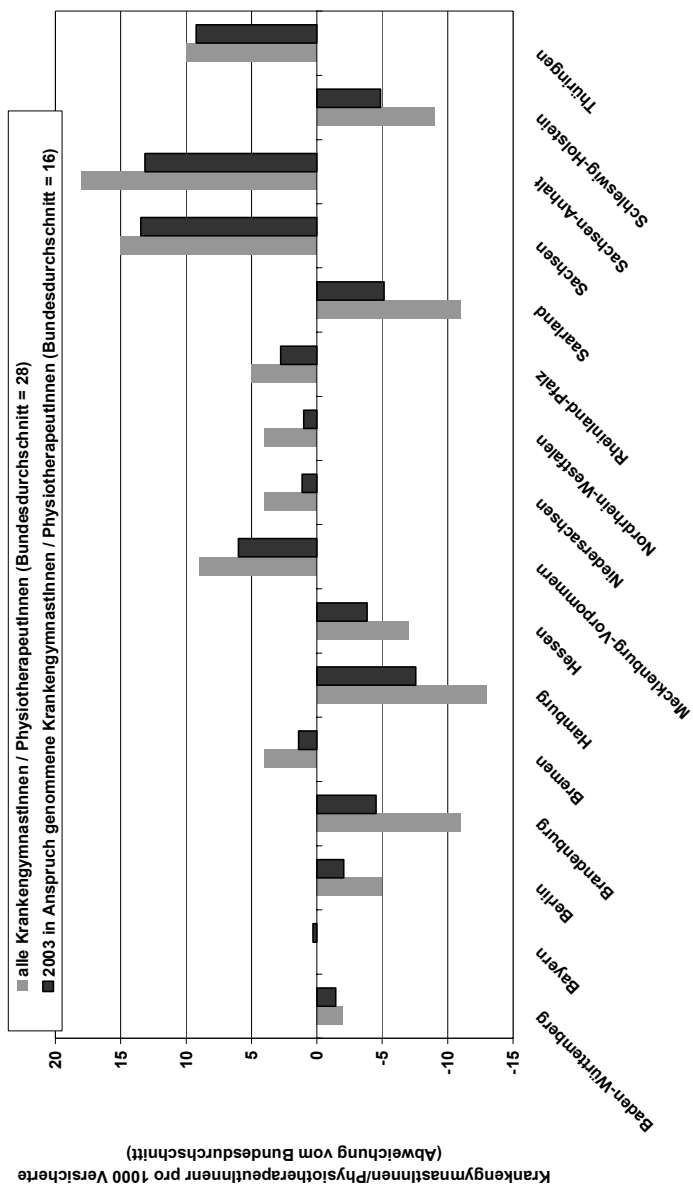
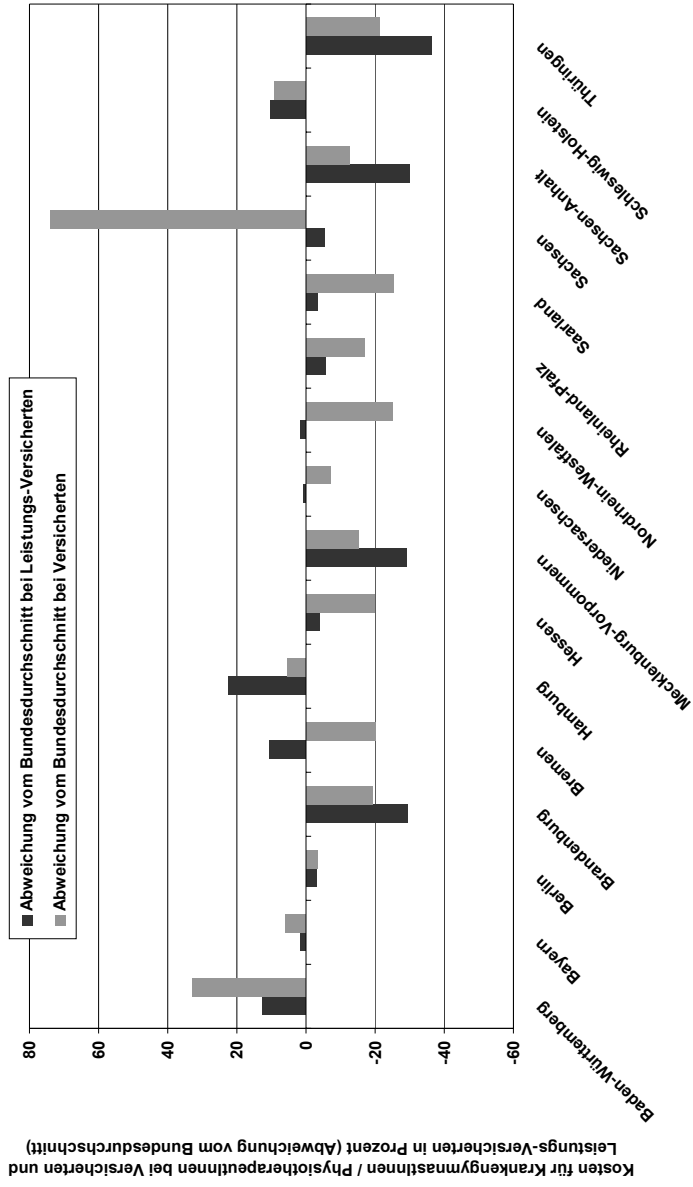
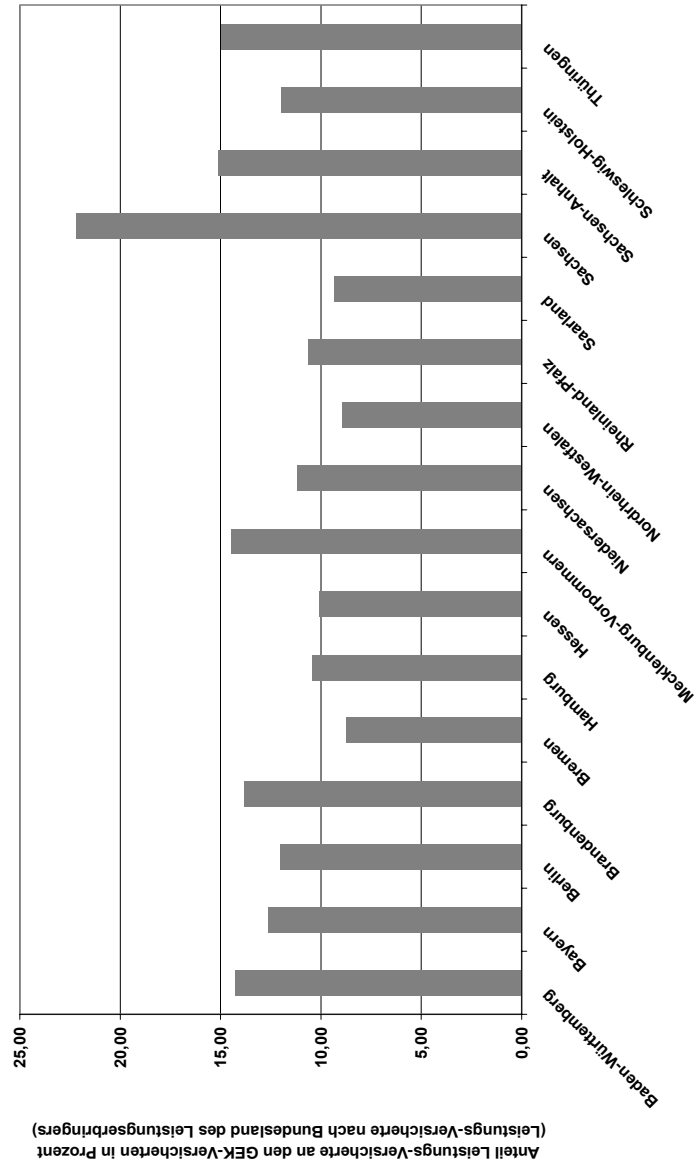


Abbildung 5.4 Kosten für Leistungen von KrankengymnastInnen / PhysiotherapeutInnen :
 Abweichung vom Bundesdurchschnitt in Prozent (hochgerechnet auf Preise West)



Kosten für KrankengymnastInnen / PhysiotherapeutInnen bei Leistungs-Versicherten in Prozent (Abweichung vom Bundesdurchschnitt)

Abbildung 5.5 Anteil der Versicherten mit mindestens einer Heilmittelverordnung nach Bundesland des Leistungserbringers (Bundesdurchschnitt=12%)



5.6 Leistungen von MasseurInnen und medizinischen Badebetrieben

Die Alters- und Geschlechtsverteilung von Versicherten, die von MasseurInnen und medizinischen Badebetrieben behandelt wurden (Abbildung 5.6), weicht geringfügig von den krankengymnastisch behandelten Versicherten ab. Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 20 Jahren werden häufiger krankengymnastisch behandelt (Abbildung 5.1). Im hohen Alter, bei den über 80-Jährigen, sind beide Heilmittelanwendungen selten. Überdurchschnittlich häufig werden Frauen im mittleren Lebensalter zwischen 30 und 50 behandelt.

Die häufigste Einzelleistung, die MasseurInnen und medizinische Badebetriebe im Jahr 2003 zu Lasten der GEK angewendet haben, ist die Klassische Massagetherapie.

Abbildung 5.6 Leistungen von MasseurInnen und medizinischen Badebetrieben nach Alter und Geschlecht der Versicherten

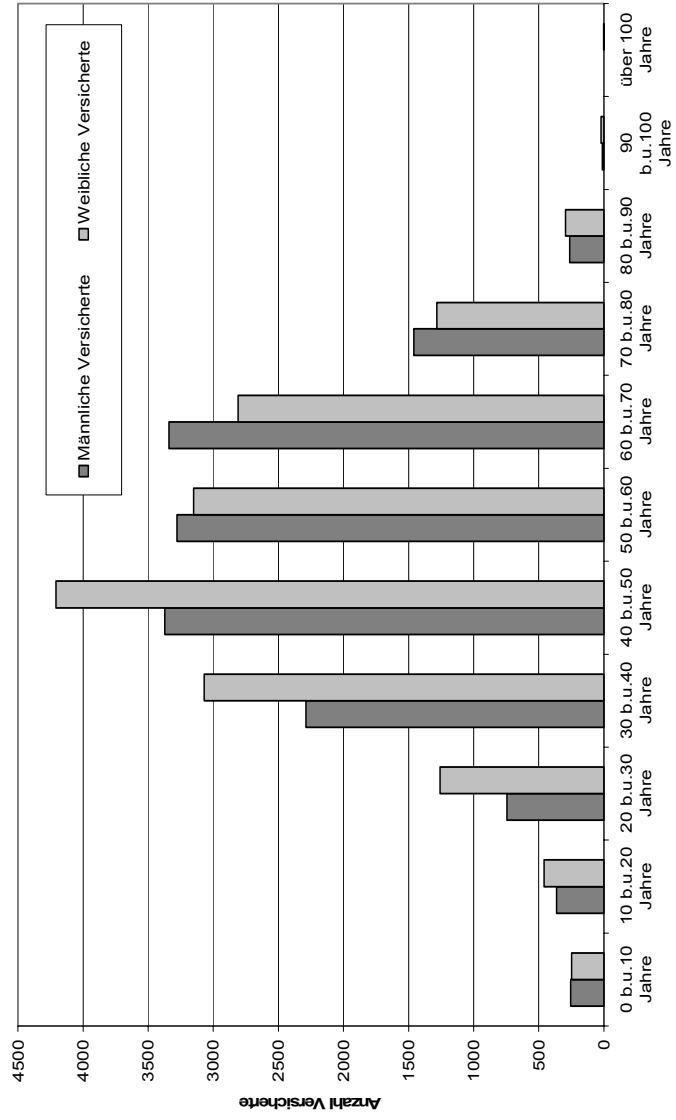


Tabelle 5.7 Leistungen von Masseurinnen und medizinischen Badebetrieben

AP-Nummer	Leistungsbezeichnung	Anzahl Leistungen	Kosten	%
10106	Klassische Massagetherapie	197.332	1.811.746,70	32,0
11501	Warmpackung	112.532	859.985,53	15,2
10201	Manuelle Lymphdrainage - Großbehandlung	29.898	616.831,59	10,9
10202	Manuelle Lymphdrainage - Ganzbehandlung	12.636	428.697,72	7,6
10501	Krankengymnastik normal, EB /KG, auch Atemgymnastik, auch auf neurophysiologischer Grundlage	24.474	329.209,86	5,8
10205	Manuelle Lymphdrainage - Teilbehandlung	15.320	212.448,25	3,7
11517	Wärmeanwendung mittels Strahler	53.555	154.000,65	2,7
19901	Hausbesuch	12.340	93.649,16	1,7
11201	Manuelle Therapie	5.792	88.126,25	1,6
10301	Übungsbehandlung - Einzel	14.345	80.129,09	1,4
10405	Übungsbehandlung im Bewegungsbad + Nachruhe - Gruppe	9.856	74.305,68	1,3
	Verschiedenes	187.627	754.117,56	13,3
999999999	nicht zuzuordnen	1.722	166.806,54	2,9
Gesamt		677.429	5.670.054,58	100,0

5.7 Leistungen von Ergo-, Beschäftigungs- und ArbeitstherapeutInnen

Die Alters- und Geschlechtsverteilung der Versicherten mit ergotherapeutischen Leistungen zeigt, dass diese Leistungen überwiegend von männlichen Jugendlichen unter 10 Jahren in Anspruch genommen werden. Demgegenüber spielt die Behandlung beispielsweise von Schlaganfallpatienten in höherem Lebensalter eine untergeordnete Rolle. Es ist zu vermuten, dass vielen dieser Jungen und männlichen Jugendlichen Ergotherapie als Bestandteil der multimodalen Therapie des Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndroms (ADHS) verordnet wird. Es ist geplant, diese Frage für den Heil- und Hilfsmittel-Report 2005 zu bearbeiten.

Ein anderer Grund für die hohe Zahl an Jungen und männlichen Jugendlichen, die Ergotherapie erhalten, ist die bereits eingangs in der Übersicht erwähnte Medikalisierung der Kindheit. Für diejenigen Jungen, die ungern und schlecht malen und zeichnen, sondern stattdessen lieber Fußball spielen, wird nach den Erfahrungen von Kinderärzten oft von wohlmeinenden ErzieherInnen Ergotherapie zur Förderung der Feinmotorik empfohlen, um die spätere Schullaufbahn nicht zu gefährden.

Abbildung 5.7 Leistungen von Ergo-, Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten nach Alter und Geschlecht der Versicherten

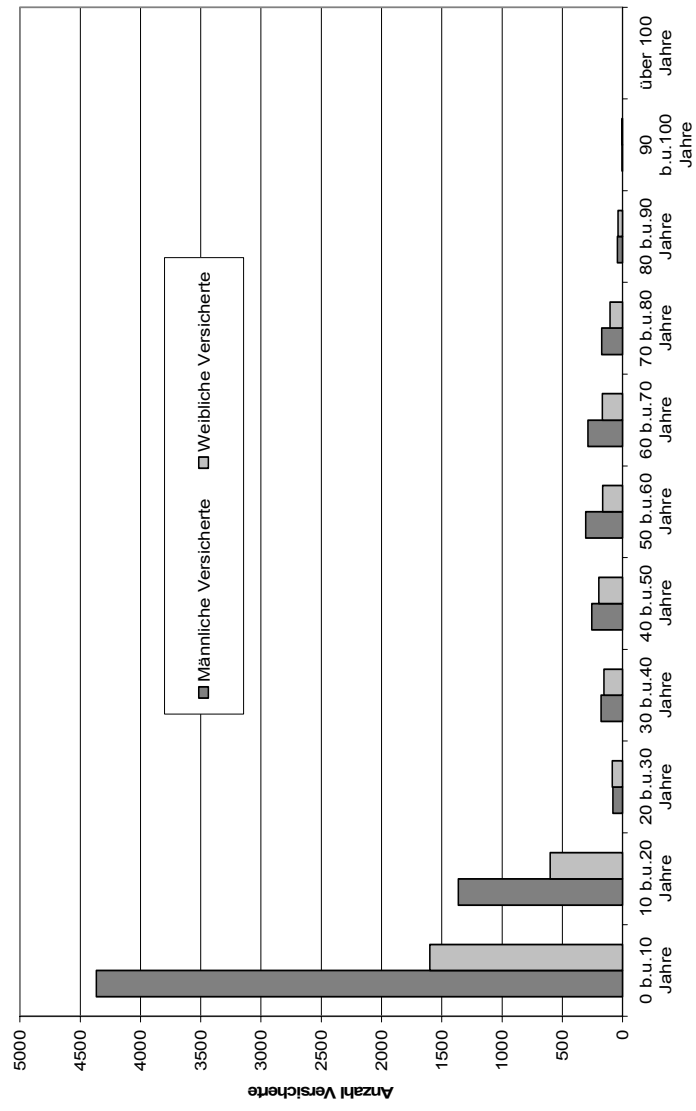


Tabelle 5.8 Leistungen von Ergo-, Beschäftigungs- und ArbeitstherapeutInnen

AP-Nummer	Leistungsbezeichnung	Anzahl Leistungen	Kosten	%
54103	Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei sensomotorischen/ perzeptiven Störungen	211.134	6.820.437,00	78,2
54105	Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei psychisch-funktionalen Störungen	12.875	524.182,54	6,0
54102	Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei motorisch-funktionalen Störungen	12.266	286.157,53	3,3
59901	Hausbehandlung - sofern ärztlich verordnet	29.597	228.910,34	2,6
54104	Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining/ neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung	4.504	117.667,85	1,3
59907	Wegegeld je gefahrenen Kilometer	357.658	104.880,77	1,2
	Verschiedenes	58.386	319.252,32	3,66
999999999	nicht zuzuordnen	1.171	319.363,24	3,7
Gesamt		687.591	8.720.851,59	100,0

5.8 Leistungen von LogopädInnen und SprachtherapeutInnen

Die Alters- und Geschlechtsverteilung der logopädisch behandelten Versicherten ähnelt dem Muster bei der Ergotherapie. Allerdings ist der Jungenüberschuss nicht ganz so groß wie bei der Ergotherapie. Diese Ergebnisse stimmen mit denen der Untersuchung von Schröder & Waltersbacher (2004) überein, die Heilmittelverordnungen bei AOK-Versicherten untersuchten. Dagegen spielt die logopädische Behandlung älterer Versicherter nur eine untergeordnete Rolle. Auch wenn ein Teil der Ergotherapie- und Logopädie-Verordnungen bei Kindern und Jugendlichen sicher medizinisch indiziert und nicht durch pädagogische Maßnahmen zu ersetzen ist, könnte ein erheblicher Teil dieser Heilmittelausgaben mit hoher Wahrscheinlichkeit durch gezielte Präventionsmaßnahmen eingespart werden. Ein Beispiel hierfür ist das bereits erwähnte Berliner Modellprojekt hinsichtlich der Ausbildung von Erzieherinnen (Rieser, 2004). Angesichts von 15.007.376,66 Euro, die allein die GEK für Logopädie und Ergotherapie im Jahr 2003 ausgegeben hat, ist von einem erheblichen Einsparpotential auszugehen, denn 75% dieser Kosten entfallen auf die 0 bis 20-Jährigen.

Abbildung 5.8 Leistungen von LogopädInnen und SprachtherapeutInnen nach Alter und Geschlecht der Versicherten

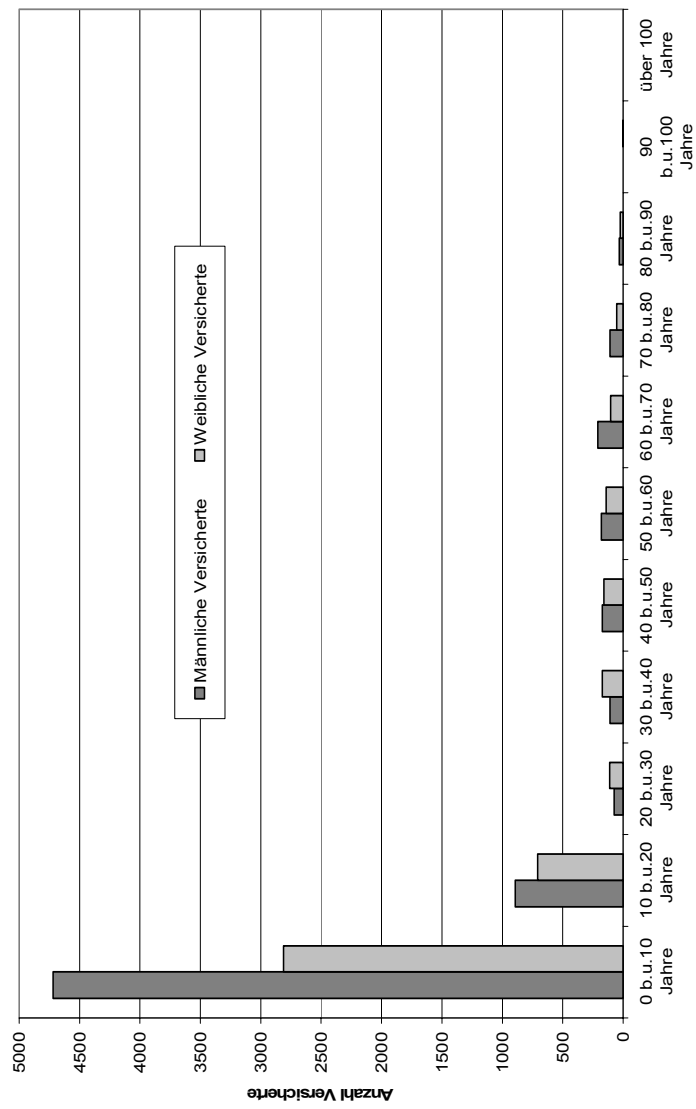


Tabelle 5.9 Leistungen von LogopädInnen und SprachtherapeutInnen

AP-Nummer	Leistungsbezeichnung	Anzahl Leistungen	Kosten	%
33103	Logopädische Einzelbehandlung 40-50 min	143.312	4.089.286,30	68,2
33104	Logopädische Einzelbehandlung 55-65 min	28.184	1.041.529,28	17,4
33102	Logopädische Einzelbehandlung 25-35 min	8.754	171.745,11	2,9
33002	Logopädische Erstuntersuchung	6.075	152.200,86	2,5
33003	Logopädische Befunderhebung	4.882	120.442,39	2,0
43103	Logopädische Einzelbehandlung 40-50 min (sonstige Sprachtherapeut.)	3.292	92.134,83	1,5
39901	ärztlich verordneter Hausbesuch	12.549	76.656,35	1,3
33004	Logopädische Befunderhebung für sprachentwicklungsgestörte Kinder und bei zentralen Sprachstörungen	1.537	76.569,42	1,3
	Verschiedene	157.589	176.027,34	2,8
999999999	unbekannt	1.169	289.933,19	4,8
Gesamt		366.174	5.996.591,88	100,0

5.9 Podologische Therapie bei Diabetes

Christel Schick Tanz

Verordnungen von podologischen Leistungen sind nach den Heilmittel-Richtlinien für Versicherte mit Diabetes bestimmt, um Erkrankungen wie dem Diabetischen Fußsyndrom und seinen Folgen vorzubeugen. In den Heilmitteldaten wurden 284 Versicherte mit mindestens einer podologischen Leistung im Jahre 2003 identifiziert. Insgesamt wurden für diese Versichertengruppe 1.955 Leistungen verordnet mit einem Ausgabevolumen von 39.926,22 Euro. Ausgehend von der Annahme, dass in Deutschland die Prävalenz von Diabetes mellitus bei 7 bis 8% liegt, von denen rund 10% als Folge der Erkrankung ein Diabetisches Fußsyndrom entwickelt, liegt die Anzahl der podologischen Behandlungen unter dem erwarteten Wert.

Maßnahmen der Podologischen Therapie sind nach den Heilmittel-Richtlinien nur dann verordnungsfähig, wenn sie der Behandlung krankhafter Veränderungen am Fuß infolge von Diabetes mellitus (diabetisches Fußsyndrom) dienen. Sie kommen nur für PatientInnen in Betracht, die ohne diese Behandlung nicht mehr behandelbare Folgeschäden der Füße erleiden würden.

Die Heilmittel-Richtlinien beschränken die podologischen Leistungen auf PatientInnen mit Diabetes, sie beinhalten andererseits aber auch eine Aufforderung, diese Therapie zu verordnen, um die Folgeerkrankung des Diabetischen Fußes möglichst zu vermeiden.

Die weltweite Prävalenz des Diabetes mellitus hat in den letzten zwei Jahrzehnten erheblich zugenommen und es wird davon ausgegangen, dass die Anzahl der DiabetikerInnen auch in naher Zukunft weiter zunehmen wird. Dies trifft auch für Deutschland zu. Hier wird von einer sieben- bis achtprozentigen Prävalenz ausgegangen, sodass sich die Gesamtzahl der DiabetespatientInnen auf etwa 6–7 Millionen belaufen

dürfte (Dietel et al., 2003; Palitzsch et al., 1999). Die bisherigen Schätzungen gehen von mindestens vier Millionen DiabetikerInnen in Deutschland aus (Thefeld, 1999).

In den westlichen Industriestaaten ist der Diabetes mellitus die führende Ursache für atraumatische Amputationen der unteren Extremitäten. Die häufigsten in Verbindung mit einem Diabetes mellitus auftretenden Erkrankungen sind Ulzerationen (Geschwüre) an den Füßen und Infektionen (Glaeske et al., 1999). Bei fast 15 % der DiabetikerInnen treten Fußulzera auf und bei einem Großteil von ihnen wird zu irgendeinem Zeitpunkt eine Amputation erforderlich (Dietel et al., 2003). In verschiedenen Ländern wird die Prävalenz des Fußulkus in der diabetischen Bevölkerung zwischen zwei bis zehn Prozent diskutiert, über eine entsprechende jährliche Inzidenz von 2,2 bis 5,9% wird berichtet (Morbach et al., 2004). Das relative Risiko von DiabetikerInnen eine Amputation als Folge ihrer Erkrankung zu erleiden, ist gegenüber Nicht-DiabetikerInnen auf das 22fache erhöht (Trautner, 1996). Von den "Major"-Amputationen (Oberschenkel-/Unterschenkelbereich) entfielen 1995 etwa 32% auf DiabetikerInnen, von den Zehenamputationen 58,5%. Insgesamt wird geschätzt, dass pro Jahr 28.000 Amputationen bei DiabetikerInnen notwendig werden. Die Folgekosten für das Gesundheitssystem sind dementsprechend hoch – geschätzt werden für diesen Bereich 1,5 – 2 Mrd. Euro. Viele Amputationen wären bei frühzeitiger und sachgerechter Behandlung von auftretenden Schädigungen an den Füßen oder unteren Extremitäten vermeidbar. Neben den stationären Aufenthalten fallen zusätzlich Kosten für Rehabilitation und Kurzzeitpflege sowie indirekte Kosten wie z.B. Lohnersatzkosten und Berentung an (Sailer et al., 1999).

Die wirksamste Möglichkeit zur Vermeidung des Diabetischen Fußes ist die Prävention. Hierzu gehören vor allem die PatientInnenaufklärung und -schulung hinsichtlich der Früherkennung von Fußverletzungen (z.B. die Betrachtung der Fußsohlen mit einem Spiegel, um Veränderungen frühzeitig erkennen zu können), Hygiene und Pflege

sowie die Auswahl von geeignetem Schuhwerk (z.B. Bequemschuhe ohne Drucknähte).

Neben der Optimierung der diabetischen Stoffwechsellage und der Reduzierung von kardiovaskulären Risikofaktoren (Zigarettenrauchen, Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen) ist für PatientInnen mit hohem Fußulkusrisiko die regelmäßige Behandlung durch eine ausgebildete Podologin oder einen medizinischen Fußpfleger von hohem Nutzen.

In den Heilmitteldaten der GEK konnten 284 Versicherte identifiziert werden, die mindestens eine podologische Behandlung im Jahr 2003 in Anspruch genommen haben. Insgesamt wurden für die Patientinnen und Patienten 492 Verordnungen bzw. 1.955 Leistungen mit einem Ausgabevolumen von 39.926,22 Euro verschrieben (Tabelle 5.10).

Tabelle 5.10 Podologische Leistungen

AP-Nummer	Leistungsbezeichnung	Anzahl Leistungen	Kosten	%
78003	Podologische Komplexbehandlung (beider Füße)	1.196	26.599,80	66,6
78001	Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung Hornhautabtragung/-bearbeitung (beider Füße)	122	1.590,26	4,0
79801	Med. Fußpflege (Orthonoxy)	21	1.089,44	2,7
78005	Nagelbearbeitung (eines Fußes)	39	616,81	1,5
78002	Nagelbearbeitung (beider Füße)	58	601,07	1,5
78009	Nagelkorrekturspange	1	466,88	1,2
78006	Podologische Komplexbehandlung (eines Fußes) Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung	32	428,56	1,1
	Verschiedenes	333	976,01	2,4
9999990005	Unbekannt	37	3.909,27	9,8
9999999999	Unbekannt	116	3.648,12	9,1
Gesamt		1.955	39.926,22	100,0

Die Auswertung im Bereich der Verordnungen von Antidiabetika in der Arzneimitteldatenbank der GEK hat gezeigt, dass 38.517 Versicherte im Jahre 2003 zur Gruppe der Diabetes-PatientInnen gerechnet werden können, weil für diese Gruppe entweder Insuline oder orale Antidiabetika verordnet wurden. Hierbei handelt es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um Arzneimittel, die auch nur für Menschen mit Diabetes verordnet werden. (Tabelle 5.11). Bei einer solchen Analyse werden allerdings Versicherte, die zum Beispiel als Typ-2-Diabetiker ohne Medikamente auskommen und allein mit Diät und Bewegung ihren Blutzuckerspiegel kontrollieren können, nicht berücksichtigt. Hinzu kommt, dass ca. 1% der Bevölkerung unerkannt an Diabetes mellitus erkrankt sind und viele Frauen mit Diabetes nicht ausreichend behandelt werden (Glaeske & Janhsen, 2004).

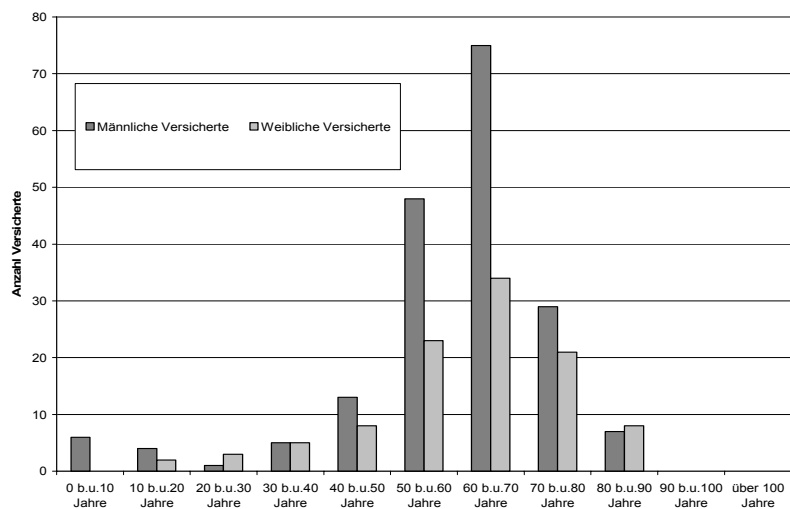
Tabelle 5.11 GEK-Versicherte mit Arzneimittel-Verordnung der Gruppe A10 des ATC-Codes (Antidiabetika) im Jahr 2003 nach Alter und Geschlecht

Alter in Jahren	Männer	Frauen	Gesamt
0 bis unter 10	68	47	115
10 bis unter 20	236	273	509
20 bis unter 30	356	302	658
30 bis unter 40	1.210	639	1849
40 bis unter 50	3.250	1.351	4601
50 bis unter 60	6.473	2.530	9.003
60 bis unter 70	8.369	3.606	11.975
70 bis unter 80	4.410	2.837	7.247
80 bis unter 90	1.001	1.330	2.331
90 bis unter 100	65	164	229
Gesamt	25.438	13.079	38.517

Von den 284 Versicherten, die eine podologische Behandlung in Anspruch genommen haben, konnten 235 diesen ‚Diabetikern‘ zugeordnet werden. Wie aber schon gesagt: Denkbar ist, dass auch bei Diabetikern

ohne Arzneimitteltherapie, die sich nicht in den Arzneimitteldatenbanken finden lassen, eine podologische Behandlung sinnvoll und notwendig erscheint, um Spätfolgen vorzubeugen. Von der Gesamtanzahl der DiabetikerInnen, die eine Arzneimitteltherapie bekommen, werden lediglich 0,61% podologisch behandelt. Dieser Prozentsatz liegt weit unter dem zu erwartenden Wert, da die Prävalenz und Inzidenz der Fußgeschädigten weit höher anzusetzen sind (5 – 10%). Die alters- und geschlechtsspezifische Verteilung der Versicherten mit einer podologischen Leistung entspricht dagegen der erwarteten Verteilung (Abbildung 5.9). Beschwerden und Erkrankungen an den Füßen infolge eines Diabetes mellitus treten nämlich mit zunehmenden Alter häufiger auf, da sich die komplexen Ursachen wie Neuropathien, veränderte Biomechanik des Fußes und periphere arterielle Durchblutungsstörungen im Verlauf der Erkrankung mehr und mehr manifestieren und z.B. zu Makroangiopathien führen können.

Abbildung 5.9 Podologische Leistungen nach Alter und Geschlecht der GEK-Versicherten



In den GEK-Daten lassen sich deutlich mehr Männer als Frauen mit einer Diabetesbehandlung identifizieren, obwohl die Prävalenz bei Frauen höher ist als bei Männern. Dies kann daran liegen, dass Frauen mit Diabetes "unterversorgt" werden, dass in der GEK mehr Männer als Frauen versichert sind und dass in der Literatur (Dietel et al., 2003) über einen Anstieg der Inzidenz bei Männern über sechzig Jahre berichtet wird, was sich dann entsprechend bei einer "männerdominierten" Kasse (Tabelle 5.11) auswirkt.

5.10 Vergleich: Verordnung nichtsteroidaler Antirheumatika / Heilmittel-Verordnung

Immer wieder wird diskutiert, dass insbesondere bei vielen Patientinnen und Patienten mit rheumatischen Erkrankungen oder Rückenbeschwerden eine multimodale Therapie, also eine Behandlung mit Arzneimitteln und physikalischen Methoden (Krankengymnastik, Massage, Wärmepackungen u. ä.) sinnvoller sei als ausschließlich die Dauerverordnung von systemisch anzuwendenden nichtsteroidalen Antirheumatika (also Tabletten, Kapseln, Zäpfchen o.ä., aber keine topischen Mittel wie Gele und Salben). Aus diesem Grunde wurden die Daten auch daraufhin analysiert, wie hoch der Anteil der Patientinnen und Patienten ist, die alleine eine physikalische oder eine Arzneimitteltherapie mit Arzneimitteln aus der genannten Gruppe erhalten (v.a. also Diclofenac, Ibuprofen, Mittel aus der relativ neuen Gruppe der Coxibe u.a.; ATC-Code M01A) und wie hoch der Anteil von PatientInnen ist, die beide Therapien in Ergänzung zueinander erhalten. Dabei gingen alle Versicherten in die Analyse ein, bei denen zumindest eine Verordnung aus den jeweiligen Leistungsbereichen gefunden wurde. Bei den Analysen wurde auch die regionale Verteilung berücksichtigt, um Unterschiede zwischen den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) erkennen zu können. Aus therapeutischen Gründen können Heilmittelverordnungen in der ambulanten Versorgung genutzt werden, z.B. zur Ergänzung und Substitution von nichtsteroidalen Antirheumatika, deren dauerhafte Anwendung insbesondere bei älteren Menschen mit erheblichen unerwünschten Wirkungen verbunden sein kann (z.B. Magenblutungen). Dies gilt im übrigen ebenso, wenn auch in differenzierter Weise, für die neuen Wirkstoffe aus der Gruppe der Coxibe, die bei Risikogruppen (z.B. bei vielen älteren Menschen) ähnlich häufig solche Magenblutungen auslösen wie die "klassischen" Antirheumatika.

Tabelle 5.12 zeigt zunächst die Grundverteilung: Danach werden im Schnitt von allen Versicherten, die eine der genannten Leistungen er-

halten, 72,9 % ausschließlich mit nicht-steroidalen Antirheumatika behandelt, 14% erhalten ausschließlich physikalische Anwendungen, 13,1% erhalten nebeneinander Antirheumatika und physikalische Anwendungen. Die Durchschnittswerte schwanken aber beträchtlich:

Im Einzugsbereich der KV Sachsen, übrigens einer Region mit unterdurchschnittlichen Arzneimittelausgaben (Glaeske & Jahnsen, 2004; S. 57), werden nur 58,9% der Patienten ausschließlich mit nichtsteroidalen Antirheumatika behandelt, dagegen steigt der Anteil der physikalischen Maßnahmen alleine auf 23,1% und der Anteil der gemeinsamen Therapie aus physikalischer und pharmakologischer Therapie auf 18,1% an. Damit haben PatientInnen im Einzugsbereich der KV Sachsen im Vergleich mit dem gesamten Bundesgebiet am ehesten die Chance, physikalische Maßnahmen verordnet zu bekommen. Am schlechtesten stehen diese Chancen im Einzugsbereich der KV Westfalen-Lippe – dort bekommen 81,8% der PatientInnen ausschließlich Arzneimittel, 9,2% ausschließlich physikalische Therapien und 9,0% eine gemeinsame Therapie aus nicht-steroidalen Antirheumatika und physikalischer Therapie. Westfalen-Lippe gehört aber dennoch zu den KVen mit unterdurchschnittlichen Arzneimittelausgaben (Glaeske & Jahnsen, 2004; S. 57), die Ausgaben liegen sogar niedriger als in Sachsen. In den kommenden Jahren sollen die jeweiligen Versichertengruppen weiter analysiert werden. Auf diese Weise könnte bewertet werden, welche dieser Therapieformen letztlich zu besseren Ergebnissen führt – gekennzeichnet durch weniger Arbeitsunfähigkeitstage bei den im Arbeitsprozess stehenden PatientInnen, durch weniger Krankenhausaufenthalte z.B. wegen unerwünschter Arzneimittelwirkungen oder durch eine geringere Anzahl von Arztbesuchen. Die z.T. auffällig hohen regionalen Unterschiede in den Verordnungsmustern sind in Abbildung 5.10 dargestellt.

Auch die Art der physikalischen Therapie ist bei denen, die ausschließlich Krankengymnastik, Massagen oder Wärmepackungen erhalten, je nach regionalem Einzugsbereich sehr unterschiedlich (Tabelle 5.13). Bei der Krankengymnastik reicht dieser Anteil von 50,1% in Bayern bis zu

73,6% in Hessen, bei den Massagen von 2,6% in Sachsen bis hin zu 38,1% in Saarland und bei den Wärmepackungen von 19,3% in Hessen bis zu 64,9% in Sachsen. Solche Varianzen sind immer deshalb als Aufgreifkriterium interessant, weil nun die Frage beantwortet werden müsste, welche Entscheidungskriterien bei den jeweils verordnenden Ärzten als Leitmotiv festgestellt werden kann und auf welcher Basis von Evidenz oder Erfahrung diese Verordnungen ausgestellt werden. Immerhin sind es Unterschiede bis zum 14fachen, die hier festgestellt werden können. Denkbar ist natürlich auch, dass die Angebotsstruktur in den jeweiligen regionalen Bereichen eine beeinflussende Rolle spielt – Praxismgemeinschaften mit KrankengymnastInnen oder MasseurInnen werden wahrscheinlich eher solche Leistungen anbieten. Dieses regional unterschiedliche Bild stellt sich auch in der Tabelle 5.13 noch einmal eindrucksvoll dar. Der Bundesdurchschnitt lag übrigens bei 60,3% für die Krankengymnastik, bei 20,2% bei den Massagen und bei 39,8% bei den Wärmepackungen.

Tabelle 5.12 Versicherte mit Heilmittel-Anwendungen (nur Krankengymnastik (KG), Massage und Wärmepackungen) und/oder Therapie mit nichtsteroidalen Antirheumatika (NSA)

Kassenärztliche Vereinigung	Anzahl Vers.	Anz. Versicherte nur Anwendungen	% Anz. Versicherte nur Anwendungen	Anz. Versicherte Anwend. + NSA	% Anz. Versicherte Anwend. + NSA	Anz. Versicherte nur NSA	% Anz. Versicherte nur NSA
KV Bayern	60.714	9.738	16,0	9.024	14,9	41.952	69,1
KV Berlin	15.083	2.278	15,1	1.819	12,1	10.986	72,8
KV Brandenburg	15.889	1.909	12,0	1.916	12,1	12.064	75,9
KV Bremen	2.723	307	11,3	299	11,0	2.117	77,7
KV Hamburg	10.441	1.399	13,4	1.268	12,1	7.774	74,5
KV Hessen	30.469	3.615	11,9	3.418	11,2	23.436	76,9
KV Koblenz	7.673	800	10,4	848	11,1	6.025	78,5
KV Mecklenburg-Vorpommern	4.828	632	13,1	554	11,5	3.642	75,4
KV Niedersachsen	35.841	5.089	14,2	5.143	14,3	25.609	71,5
KV Nordbaden	25.501	3.657	14,3	4.009	15,7	17.835	69,9
KV Nordrhein	27.952	3.040	10,9	2.818	10,1	22.094	79,0
KV Nordwürttemberg	16.174	2.798	17,3	2.514	15,5	10.862	67,2
KV Pfalz	5.582	613	11,0	677	12,1	4.292	76,9
KV Rheinhausen	2.783	281	10,1	304	10,9	2.198	79,0
KV Saarland	9.764	1.018	10,4	955	9,8	7.791	79,8
KV Sachsen	15.447	3.563	23,1	2.791	18,1	9.093	58,9

Tabelle 5.12 Fortsetzung

Kassenärztliche Vereinigung	Anzahl Vers.	Anz. Versicherte		Anz. Versicherte		%	
		nur Anwendungen	%	Anwend. + NSA	%		
KV Sachsen-Anhalt	6.037	653	10,8	720	11,9	4.664	77,3
KV Schleswig-Holstein	19.623	3.248	16,6	2.998	15,3	13.377	68,2
KV Südbaden	15.659	2.497	15,9	2.268	14,5	10.894	69,6
KV Südwürttemberg	3.415	560	16,4	474	13,9	2.381	69,7
KV Thüringen	6.632	776	11,7	661	10,0	5.195	78,3
KV Trier	2.969	352	11,9	346	11,7	2.271	76,5
KV Westfalen-Lippe	25.694	2.361	9,2	2.316	9,0	21.017	81,8
ohne KV-Zuordnung	2.285	449	19,6	97	4,2	1.739	76,1
Gesamt	369.178	51.633	14,0	48.237	13,1	269.308	72,9

Abbildung 5.10 Prozentuale Verteilung von Versicherten mit Heilmittel-Anwendungen (nur KG, Massage und Wärmepackungen) und/oder Therapie mit nichtsteroidalen Antirheumatika (NSA)

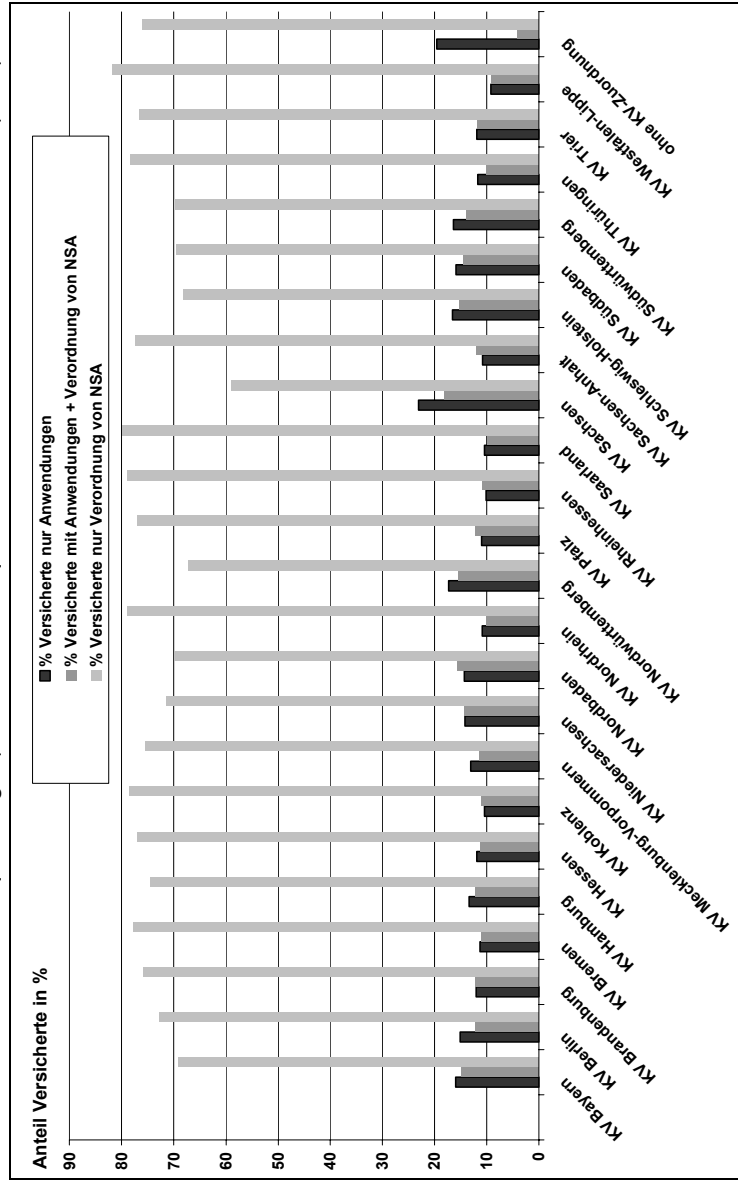


Tabelle 5.13 Versicherte mit Heilmittel-Anwendung (nur KG, Massage und Wärmepackung)
Mehrfachnennungen möglich

Kassenärztliche Vereinigung	Anz. Vers. mit Anwendung	Anz. Vers. Krankengymnastik	%	Anz. Vers. Massage	%	Anz. Vers. Wärmepack.	%
KV Bayern	18.762	9.404	50,1	5.216	27,8	9.778	52,1
KV Berlin	4.097	2.763	67,4	408	10,0	1.635	39,9
KV Brandenburg	3.825	2.258	59,0	200	5,2	1.838	48,1
KV Bremen	606	424	70,0	140	23,1	140	23,1
KV Hamburg	2.667	1.811	67,9	526	19,7	859	32,2
KV Hessen	7.033	5.176	73,6	1.338	19,0	1.360	19,3
KV Koblenz	1.648	1.176	71,4	281	17,1	402	24,4
KV Mecklenburg-Vorpommern	1.186	668	56,3	41	3,5	609	51,3
KV Niedersachsen	10.232	6.084	59,5	2.553	25,0	4.437	43,4
KV Nordbaden	7.666	5.091	66,4	1.508	19,7	2.399	31,3
KV Nordrhein	5.858	4.011	68,5	1.301	22,2	1.382	23,6
KV Nordwürttemberg	5.312	3.104	58,4	944	17,8	2.448	46,1
KV Pfalz	1.290	818	63,4	297	23,0	407	31,6
KV Rheinhausen	585	410	70,1	124	21,2	125	21,4
KV Saarland	1.973	1.117	56,6	751	38,1	393	19,9
KV Sachsen	6.354	2.954	46,5	167	2,6	4.123	64,9

Tabelle 5.13 Fortsetzung

Kassenärztliche Vereinigung	Anz. Vers. mit Anwendung	Anz. Vers. Krankengymnastik	%	Anz. Vers. Massage	%	Anz. Vers. Wärmepack.	%
KV Sachsen-Anhalt	1.373	772	56,2	38	2,8	703	51,2
KV Schleswig-Holstein	6.246	3.474	55,6	2.106	33,7	2.383	38,2
KV Südbaden	4.765	3.193	67,0	925	19,4	1.551	32,5
KV Südwürttemberg	1.034	621	60,1	157	15,2	523	50,6
KV Thüringen	1.437	847	58,9	54	3,8	663	46,1
KV Trier	698	463	66,3	184	26,4	148	21,2
KV Westfalen-Lippe	4.677	3.242	69,3	841	18,0	1.243	26,6
ohne KV-Zuordnung	546	325	59,5	101	18,5	199	36,4
Gesamt	99.870	60.206	60,3	20.201	20,2	39.748	39,8

Tabelle 5.14 gibt zusätzlich Auskunft über das Verhältnis der PatientInnen, die alleine physikalische Anwendungen und physikalische Anwendungen zusammen mit einer Arzneimitteltherapie bekommen haben. Die Unterschiede zwischen den Regionen sind wiederum erkennbar, fallen aber nicht so dramatisch unterschiedlich aus wie die Betrachtung der einzelnen physikalischen Therapien oder der Arzneimitteltherapie alleine. Allerdings schwanken die Abweichungen in der Relation zwischen $-4,4\%$ für die KV Sachsen, d.h. hier wird gegenüber dem Bundesdurchschnitt der geringste Anteil gemeinsamer Therapien von Arzneimitteln und physikalischer Anwendungen verordnet, während dieser Anteil in den Regionen der KV Pfalz und der KV Sachsen-Anhalt mit $4,2\%$ bzw. $4,1\%$ über dem Bundesdurchschnitt am höchsten lag. Im gesamten Bundesgebiet lag der Anteil der multimodalen Therapie aus Arzneimittel plus physikalischer Therapie gegenüber der Gruppe, die ausschließlich physikalische Therapie erhielten, bei $48,3\%$.

Tabelle 5.14 Heilmittel-Anwendung (nur KG, Massage, Wärmepackung) und gleichzeitige Verordnung von NSA

Kassenärztliche Vereinigung	Anz. Vers. mit Anwendung	Anz. Vers. mit Anwendung + NSA	Anteil (%) der Vers. mit Anwendung + NSA	Abweichung v. Bundesdurchschnitt
KV Bayern	18.762	9.024	48,1 %	-0,2 %
KV Berlin	4.097	1.819	44,4 %	-3,9 %
KV Brandenburg	3.825	1.916	50,1 %	1,8 %
KV Bremen	606	299	49,3 %	1,0 %
KV Hamburg	2.667	1.268	47,5 %	-0,8 %
KV Hessen	7.033	3.418	48,6 %	0,3 %
KV Koblenz	1.648	848	51,5 %	3,2 %
KV Mecklenburg-Vorpommern	1.186	554	46,7 %	-1,6 %
KV Niedersachsen	10.232	5.143	50,3 %	2,0 %
KV Nordbaden	7.666	4.009	52,3 %	4,0 %
KV Nordrhein	5.858	2.818	48,1 %	-0,2 %
KV Nordwürttemberg	5.312	2.514	47,3 %	-1,0 %
KV Pfalz	1.290	677	52,5 %	4,2 %
KV Rheinhessen	585	304	52,0 %	3,7 %
KV Saarland	1.973	955	48,4 %	0,1 %
KV Sachsen	6.354	2.791	43,9 %	-4,4 %
KV Sachsen-Anhalt	1.373	720	52,4 %	4,1 %
KV Schleswig-Holstein	6.246	2.998	48,0 %	-0,3 %
KV Südbaden	4.765	2.268	47,6 %	-0,7 %
KV Südwürttemberg	1.034	474	45,8 %	-2,5 %
KV Thüringen	1.437	661	46,0 %	-2,3 %
KV Trier	698	346	49,6 %	1,3 %
KV Westfalen-Lippe	4.677	2.316	49,5 %	1,2 %
ohne KV-Zuordnung	546	97	17,8 %	
Gesamt	99.870	48.237	48,3 %	

Bei einem regionalen Vergleich der Häufigkeit der verordneten Heilmittel einerseits und der verordneten Arzneimittel aus dem Bereich der nicht-steroidalen Antirheumatika ergeben sich interessante Konstellationen (Tabelle 5.15): So liegen in der Region der Kassenärztlichen Vereinigung Nordbaden, der ausgabenintensivsten Arzneimittelregion für die GEK bundesweit (Glaeske & Jahnsen, 2004; S. 57 u. 59), auch die

Ausgaben für nicht-steroidale Antirheumatika mit am höchsten – 50 Packungen pro 100 Versicherte (Platz 4 von 23) -, gleichzeitig liegt die Verordnungsquote für Krankengymnastik am höchsten – 85 Verordnungen pro 100 Versicherte. Substitutionseffekte – Krankengymnastik statt Rheumamittel – sind da kaum zu vermuten. Ähnlich das Ergebnis z.B. im Saarland: Hohe Verordnungen von Antirheumatika (3. Platz), niedrige Verordnungsraten von Krankengymnastik (18. Platz). Die gleiche Relation gilt auch für das Einzugsgebiet der KV Pfalz oder der KV Rheinhessen. Anders z.B. das Ergebnis in den Regionen der KVen Sachsen, Südbaden oder auch Südwürttemberg: Dort sind die Anteile der Arzneimittelverordnungen aus dem Bereich der nicht-steroidalen Antirheumatika relativ niedrig – pro Versichertem zwischen 37 und 40 (gegenüber z.B. 54 im Einzugsbereich der KV Koblenz oder 53 in der KV Pfalz), während die Verordnungen mit Krankengymnastik pro 100 Versicherte vergleichsweise hoch ausfallen – zwischen 58 und 70.

Insgesamt ist die Unterschiedlichkeit der Prävalenz von Muskel- und Skeletterkrankungen im Bundesgebiet nicht so hoch, als dass dadurch die unterschiedlichen Therapieansätze erklärt werden könnten. Es sind offensichtlich regional unterschiedliche Verordnungscharakteristika, die eine große Rolle spielen, eventuell beeinflusst durch finanzielle Rahmenbedingungen in den jeweiligen KV-Regionen. Im Bundesdurchschnitt werden 43 Packungen nicht-steroidale Antirheumatika und 56 krankengymnastische Anwendungen pro 100 Versicherte verordnet – eine Verordnungsrelation, die üblicherweise kaum vermutet würde, allerdings mit deutlichen regionalen Unterschieden. Diese Unterschiede sind in Abbildung 5.11 noch einmal graphisch dargestellt.

Tabelle 5.15 Regionale Verordnungskarakteristika bei Verordnung von Heilmitteln (nur KG) und NSA in 2003 nach Anzahl der Packungen bzw. Anzahl der Heilmittel-Anwendungen

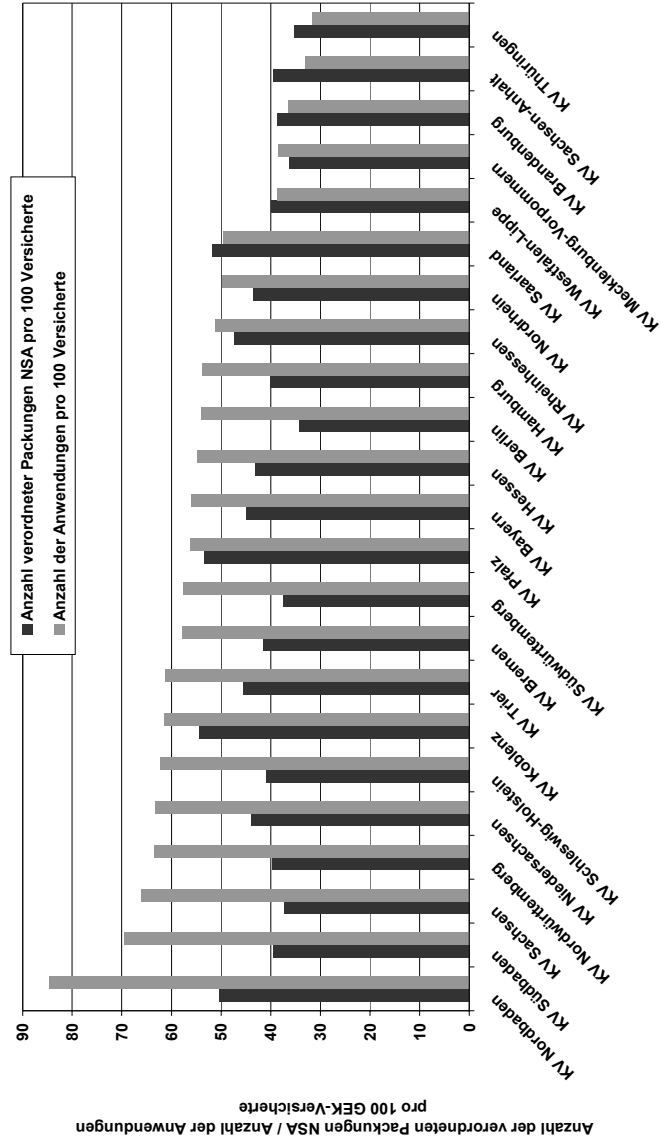
Kassenärztliche Vereinigung	Versicherte der GEK	Durchschnittsalter	Rang	Packungen NSA pro 100 Vers.	Rang	Anzahl KG pro 100 Vers	Rang
KV Nordbaden	85.152	38,3	2	50	4	85	1
KV Südbaden	59.428	34,5	15	40	17	70	2
KV Sachsen	58.194	35,8	10	37	20	66	3
KV Nordwürttemberg	64.556	36,5	8	40	15	63	4
KV Niedersachsen	135.352	35,6	12	44	8	63	5
KV Schleswig-Holstein	77.933	36,6	7	41	12	62	6
KV Koblenz	26.872	37,0	5	54	1	61	7
KV Trier	10.302	32,4	22	46	6	61	8
KV Bremen	11.385	37,7	3	42	11	58	9
KV Südwürttemberg	13.383	32,8	21	38	19	58	10
KV Pfalz	18.634	34,2	18	53	2	56	11
KV Bayern	211.957	36,8	6	45	7	56	12
KV Hessen	118.865	37,3	4	43	10	55	13
KV Berlin	70.404	35,7	11	34	23	54	14
KV Hamburg	46.436	38,8	1	40	13	54	15
KV Rheinhessen	9.925	34,8	13	47	5	51	16
KV Nordrhein	110.652	36,1	9	44	9	50	17

Tabelle 5.15 Fortsetzung

Kassenärztliche Vereinigung	Versicherte der GEK	Durchschnittsalter	Rang	Packungen NSA pro 100 Vers.	Rang	Anzahl KG pro 100 Vers	Rang
KV Saarland	32.157	33,8	19	52	3	50	18
KV Westfalen-Lippe	105.762	32,4	23	40	14	39	19
KV Mecklenburg-Vorpommern	20.665	33,5	20	36	21	39	20
KV Brandenburg	68.285	34,7	14	39	18	37	21
KV Sachsen-Anhalt	25.274	34,4	16	40	16	33	22
KV Thüringen	29.424	34,3	17	35	22	32	23
ohne KV-Zuordnung	7.802	34,5		51		37	
Gesamt	1.418.799	35,9					

Die Anzahl der Versicherten der GEK entspricht dem Stand des GEK-Arzneimittel-Reports 2004 vom Mai 2004.

Abbildung 5.11 Anzahl verordneter Packungen NSA und Anzahl der krankengymnastischen Anwendungen pro 100 GEK-Versicherte, nach KV-Regionen



6 Ergebnisse der Hilfsmittel-Analysen

6.1 Hilfsmittel von sonstigen Leistungserbringern

Hilfsmittel von sonstigen Leistungserbringern sind sächliche medizinische Leistungen, die nach dem §302 des SGB V mit den Krankenkassen abgerechnet werden. Zu Lasten der GEK wurden im Jahre 2003 Hilfsmittel für über 70 Millionen Euro verordnet, die von insgesamt 22.977 verschiedenen Leistungserbringern in Rechnung gestellt wurden. In diesem Zusammenhang zeigen die regionalspezifischen Analysen, dass der Hilfsmittelmarkt durch eine angebotsinduzierte Nachfrage bestimmt wird. Die Ausgaben für die verschiedenen Leistungen weisen regionale Unterschiede auf, die auf die regionalspezifischen Festbeträge und Preisvereinbarungen zurückzuführen sind. Hilfsmittel werden mit zunehmendem Alter häufiger verordnet; es ist ein Verordnungsanstieg ab dem 50. Lebensjahr zu beobachten. Eine geschlechtsspezifische Analyse zeigt, dass die Hilfsmittelkosten für die männlichen Versicherten durchgehend über den Kosten der weiblichen Versicherten liegen. Diese Mehrkosten pro Verordnung bei den Männern fallen in ganz unterschiedlichen Produktgruppen an, die auf geschlechtsspezifische Besonderheiten hinweisen. Ein Vergleich zwischen sonstigen Leistungserbringern und Apotheken hat ergeben, dass die Abgabe eines bestimmten Blutgerinnungsmessgerätes in Apotheken durchschnittlich 7% teurer ist als bei den sonstigen Leistungserbringern.

Die nachfolgenden Analysen beziehen sich auf Hilfsmittel aus dem Hilfsmittelverzeichnis, die auf der Basis von Daten nach dem § 302 des 5. Sozialgesetzbuches (SGB V) ausgewertet werden konnten. Zu Hilfsmitteln als sächliche medizinische Leistungen zählen Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel, Seh- und Hörhilfen sowie

sächliche Mittel oder technische Produkte wie beispielsweise Spritzen, Inhalationsgeräte und andere Applikationshilfen, die dazu dienen, Arzneimittel oder andere Therapeutika in den Körper einzuführen (Effer et al., 2003). Des Weiteren werden unter dem Bereich Hilfsmittel auch Leistungen erfasst, die zur Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffungen von Hilfsmitteln erbracht werden oder auch Schulungen im Gebrauch von Hilfsmitteln wie beispielsweise der Umgang mit Messgeräten oder der Gebrauch von elektrischen Rollstühlen. Als verordnungsfähig zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung gelten nur die Hilfsmittel, die von der Leistungspflicht der Krankenkassen erfasst werden; sie müssen funktionstauglich, therapeutisch nützlich und qualitätsgesichert sein (Effer et al., 2003). Um diese Qualitätsanforderungen an die Hilfsmittel sicher zu stellen, wurden und werden fortlaufend die verordnungsfähigen und mit einer Nummer versehenen Hilfsmittel im Hilfsmittelverzeichnis gelistet, das von den Spitzenverbänden der Krankenkassen entwickelt worden ist und betreut wird. Darüber hinaus stehen den Versicherten noch weitere Produkte zur Verfügung, die (noch) nicht im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt sind (Vgl. Kapitel 2). Als Leistungserbringer sind die Vertragspartner der Sozialversicherung zu verstehen, die im Rahmen der medizinischen Behandlung und beruflichen Rehabilitation Leistungen und Behandlungen erbringen und abrechnen. Die Zuordnung der Abrechnung erfolgt über ein Institutionskennzeichen (IK), das durch die Spitzenverbände der Krankenkassen vergeben wird und das die einzelnen Leistungserbringer dazu berechtigt mit Krankenkassen abzurechnen. Dieses neunstellige Institutionskennzeichen ermöglicht über seine streng definierte Ziffernfolge – die ersten beiden Stellen stehen für die Art der Institution oder der Personengruppe - eine Auswertung darüber, welche Berufsgruppen und Institutionen im Hilfsmittelbereich Leistungen für die GEK erbracht haben. Die Abrechnung im Bereich der Hilfsmittel erfolgt in der Regel nicht über ein genormtes Abrechnungsblatt, sondern über individuelle Rechnungsbelege der Leistungserbringer. Zudem werden lediglich 30% der Belege von den

Leistungserbringern, die mit der GEK abgerechnet haben, in elektronischer Form übermittelt. Diese uneinheitliche und sehr individuelle Abrechnungsweise der Leistungserbringer erschwert nicht nur eine systematische Erfassung aller Daten zur Abrechnung, sondern macht auch eine systematische Berichterstattung schwierig. Vor diesem Hintergrund sind die nachfolgenden Analysen als ein erster Versuch zu verstehen, die Besonderheiten des Hilfsmittelbereiches zu beschreiben. Für weitergehende Analysen, die Aussagen über eine Über-, Unter- und Fehlversorgung zulassen, bedarf es noch einiger Anstrengungen, die jedoch dazu führen sollen, in den nächsten Jahren Licht in das Dunkel des Hilfsmittelmarktes zu bringen.

6.1.1 Der Hilfsmittelmarkt der gesetzlichen Krankenversicherung mit regionalen Besonderheiten

Im Jahre 2003 haben insgesamt 22.977 verschiedene Leistungserbringer mindestens eine Hilfsmittleistung mit der GEK abgerechnet, insgesamt wurden Hilfsmittel für 70,7 Millionen Euro verordnet (Tabelle 6.1). Knapp 58% dieser Kosten entfallen auf den Bereich der Orthopädie (Orthopädietechnik 45,6%, Orthopädieschuhmacher 12,3%), mit großem Abstand folgen dann mit 18,4% die Augenoptiker und Augenärzte (als Erbringer von Leistungen aus dem Hilfsmittelbereich) sowie sonstige Leistungserbringer im Sinne des SGB V mit 16,4%. Mit der Klassifikation "Sonstige Erbringer von Leistungen im Sinne des SGB" sind z.B. Sanitätshäuser sowie medizintechnische Unternehmen angesprochen.

Tabelle 6.1 Anzahl und Kosten der Leistungserbringer, die im Jahre 2003 mit der GEK abgerechnet haben

IK*	Bezeichnung	Anzahl	Kosten in Euro	Anteil in %
33	Orthopädiemechaniker/Bandagisten	3.700	32.306.875,57	45,64
31	Augenoptiker, Augenärzte	11.875	13.012.155,88	18,38
59	Sonstige Erbringer von Leistungen im Sinne des SGB	879	11.626.131,48	16,43
34	Orthopädieschuhmacher/Orthopäden	2.923	8.717.544,09	12,32
32	Hörgeräte-Akustiker	1.896	4.326.785,85	6,11
	Rehabilitationsstätten Pflegeheime			
51	Sozialstationen	1.151	640.247,59	0,90
20	KV und selbstabrechnende Ärzte	172	35.375,55	0,05
50	Karitative Organisationen	122	31.148,13	0,04
49	sonstige therapeutische Hilfspersonen	13	21.307,81	0,03
46	Krankenpfleger Haushaltshilfen Hauspfleger	73	19.088,48	0,03
26	Krankenhäuser Sanatorien Kurheime	42	14.555,37	0,02
	Krankengymnasten Physiotherapeuten			
44	Praxen für Physiotherapie	17	14.276,49	0,02
30	Apotheken	20	4.493,05	0,01
45	Hebammen	28	4.257,57	0,01
60	Krankentransportunternehmen	47	2.205,13	0,00
29	medizinische und technische Labore	6	2.146,46	0,00
35	Perückenmacher (Friseure)	3	1.003,50	0,00
47	Kurverwaltungen	6	481,01	0,00
40	Logopäden Sprachheilbehandler	3	351,00	0,00
17	Gesundheitsämter	1	59,70	0,00
		22.977	70.780.489,71**	100,00

*Institutionskennzeichen

** Abweichungen zu den Gesamtausgaben, die in Tabelle 4.2 genannt sind, entstehen dadurch, dass beispielsweise die erbrachten Hilfsmittelleistungen von Leistungserbringern aus dem Heilmittelbereich nicht mit in die Sachkonten der Hilfsmittelerbringer einbezogen wurden. Die Differenz beträgt 710.758 Euro.

Ob für die einzelnen Leistungserbringer und die damit verbundenen erbrachten Leistungen regionale Unterschiede bestehen und die Zahl der erbrachten Leistungen von der Leistungserbringerdichte abhängt, ist anhand der Orthopädienschuhmacher untersucht worden. Für diese Regionalanalyse wurden die Orthopädienschuhmacher ausgewählt, da deren abgerechneten Leistungen zu 97,2% in dem Sachkonto "Hilfsmittel von Orthopädienschuhamachern" zusammengefasst sind. Damit sollen Verzerrungseffekte durch eine ungenaue Zuordnung von Hilfsmitteln zu den Sachkonten möglichst klein gehalten werden. Die Analyse zeigt, dass sich die in Anspruch genommenen Leistungen und die Ausgaben der Orthopädienschuhmacher regional unterscheiden. Wie in Abbildung 6.1 deutlich zu erkennen ist, bestimmt die Anbieterdichte die in Anspruch genommenen Leistungen im Bereich der Orthopädienschuhmacher. Die Abweichungen zum Bundesdurchschnitt fallen zwar nicht so deutlich wie bei den KrankengymnastInnen im Heilmittelbereich aus (Vgl. Kapitel 5.5), belegen jedoch auch die Annahme der angebotsinduzierten Nachfrage im Bereich der Hilfsmittel. Ein Blick auf die Ausgaben für Hilfsmittel von Orthopädienschuhamachern zeigt, dass die Ausgaben vom Bundesdurchschnitt erheblich abweichen. So liegen zwar die Ausgaben pro GEK-Versicherten in Hamburg unter dem Bundesdurchschnitt, die Kosten für die Versicherten, die eine Leistung von Orthopädienschuhamachern in Anspruch genommen haben, jedoch darüber. Diese Abweichungen sind dahingehend zu interpretieren, dass die GEK-Versicherten in Hamburg und Umland im Allgemeinen zwar gesunde Füße haben, dass aber die Versicherten mit Verordnung einen über den Kosten des Bundesdurchschnitts liegenden orthopädischen Schuh erhalten (Abbildung 6.2).

Abbildung 6.1 Vergleich aller Orthopädieschuhmacher mit denjenigen, die von den GEK-Versicherten in 2003 in Anspruch genommen wurden

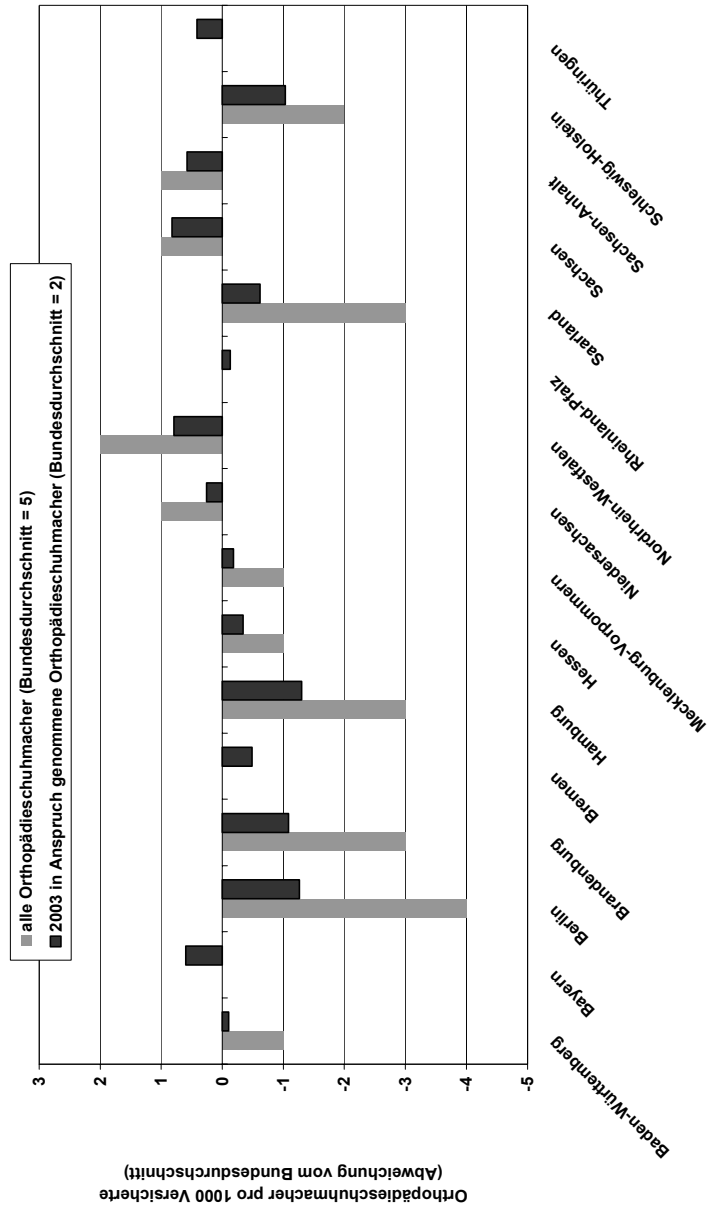


Abbildung 6.2 Abweichungen vom Bundesdurchschnitt bei Kosten für Orthopädieschuhmacher, Vergleich von Versicherten zu Leistungs-Versicherten

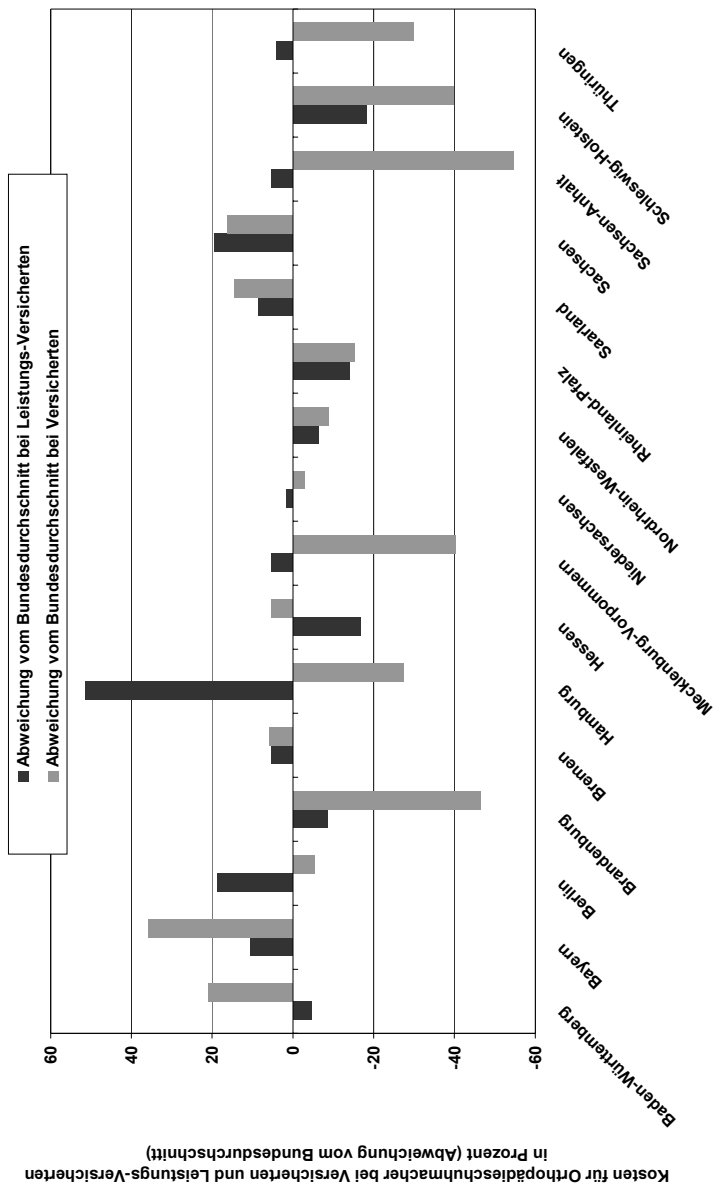
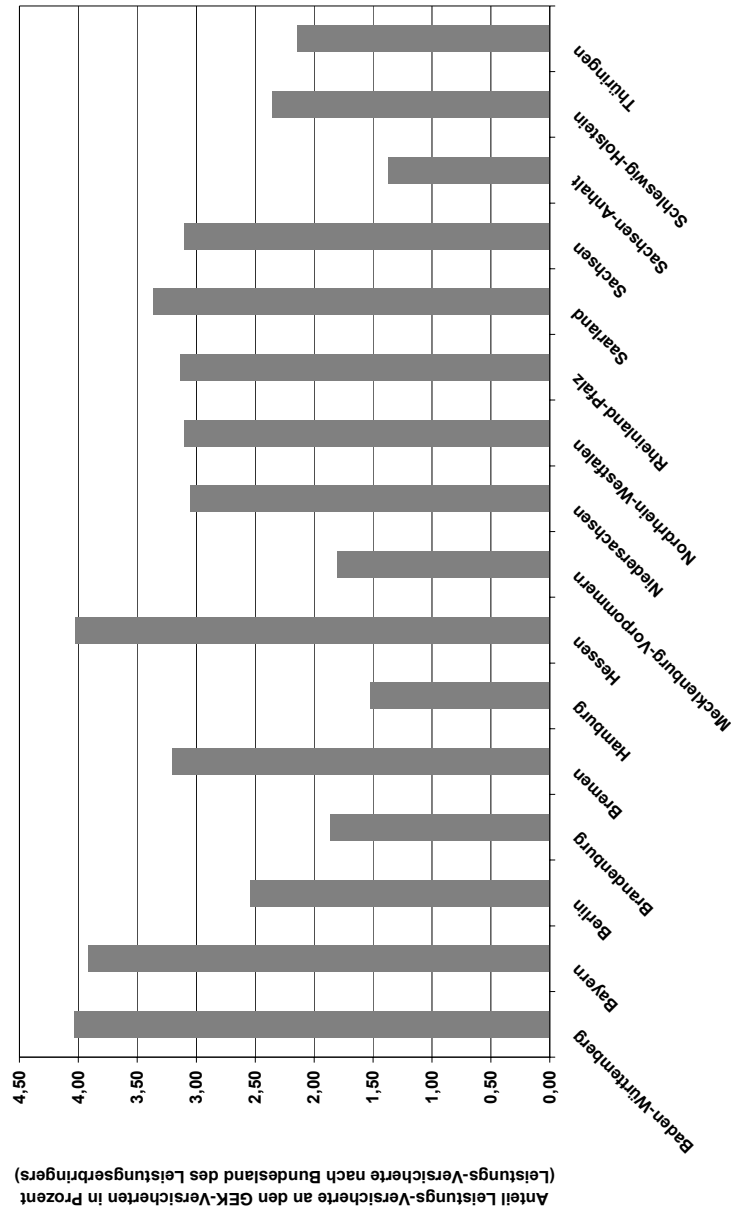


Abbildung 6.3 Anteil der Leistungs-Versicherten an den GEK-Versicherten in Prozent, GEK 2003



Der Anteil der Leistungs-Versicherten im Verhältnis zu den Versicherten ist in den verschiedenen Bundesländern sehr unterschiedlich. So haben vier von 100 Versicherten in Baden-Württemberg, Bayern und Hessen im Jahre 2003 mindestens eine Hilfsmittelverordnung für Orthopädie-schuhmacher erhalten. Im Vergleich dazu waren es in Hamburg und Sachsen-Anhalt nur ein bis zwei Versicherte pro 100 GEK-Versicherte. Werden diese Zahlen nun mit den Ausgaben pro Versicherte und Leistungs-Versicherte in Beziehung gesetzt, so zeigt sich, dass vor allem in Baden-Württemberg und Hessen die Ausgaben pro Versicherte über dem Bundesdurchschnitt liegen, weil das Verhältnis Versicherte/Leistungsversicherte im Vergleich zu den anderen Bundesländern höher ist. Die Ausgaben pro Leistungsversicherte zeigen aber, dass die Versicherten mit Leistungen in Baden-Württemberg ihre verordneten Hilfsmittel kostengünstiger erhalten als z.B. in Hamburg. Diese regional unterschiedlichen Ausgaben für ein und dieselbe Leistung verdeutlicht, wie dringend die geplanten bundeseinheitlichen Festbeträge im Bereich der Hilfsmittel erforderlich sind. Eine Einführung dieser Festbeträge auf Bundesebene ist zum 01.01.2005 geplant.

6.1.2 Verordnungen von Hilfsmitteln – gibt es alters- und geschlechtsspezifische Auffälligkeiten?

Die nachfolgenden Analysen erfolgen auf der Basis der Hilfsmittel aus dem Hilfsmittelverzeichnis ohne nach Leistungserbringern weiter zu differenzieren, da die unterschiedlichen Leistungserbringer zum Teil die gleichen Hilfsmittel abgeben können – so werden beispielsweise sowohl im Bereich der Orthopädietechnik als auch in Apotheken und von sonstigen Leistungserbringern Inkontinenzeinlagen und Kompressions-

strümpfe verkauft. Der bisherige aufbereitete Datenstand lässt eine derartige Differenzierung noch nicht zu.

Im Jahre 2003 fielen bei der GEK im Hilfsmittelsektor vor allem Ausgaben für Sehhilfen (18,4%) orthopädische Schuhe (8,7%) und Bandagen (7,4%) sowie für Einlagen (7,4%), Krankenfahrzeuge (6,7%) und Hörhilfen (6,5%) an. Ein differenzierter Vergleich der Ausgaben für Hilfsmittel nach Alter und Geschlecht zeigt, dass vor allem Männer und Frauen ab dem 60. Lebensjahr einen höheren Bedarf an Hilfsmittel haben. Dieser altersabhängige Anstieg überrascht nicht, da beispielsweise nachlassende Sehkräfte und zunehmende Inkontinenz altersabhängige Phänomene sein können.

Abbildung 6.4 Ausgaben für Hilfsmittel in Euro pro Versicherte nach Alter und Geschlecht, GEK 2003

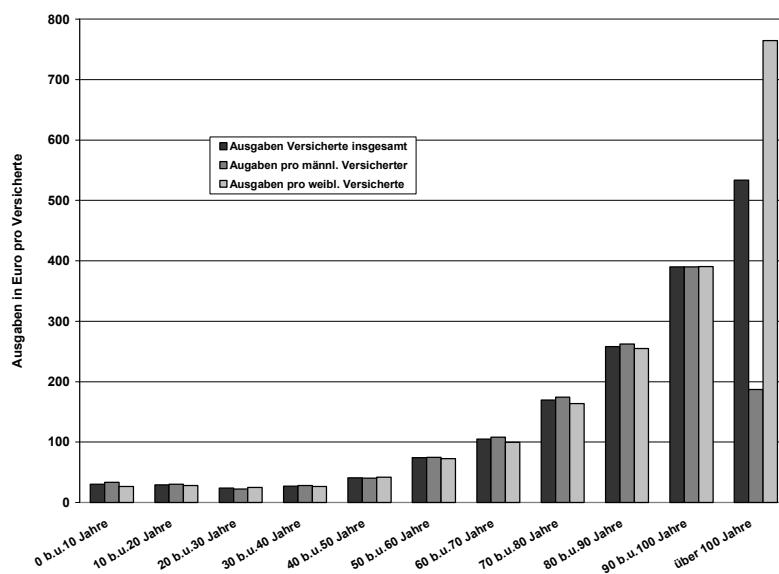
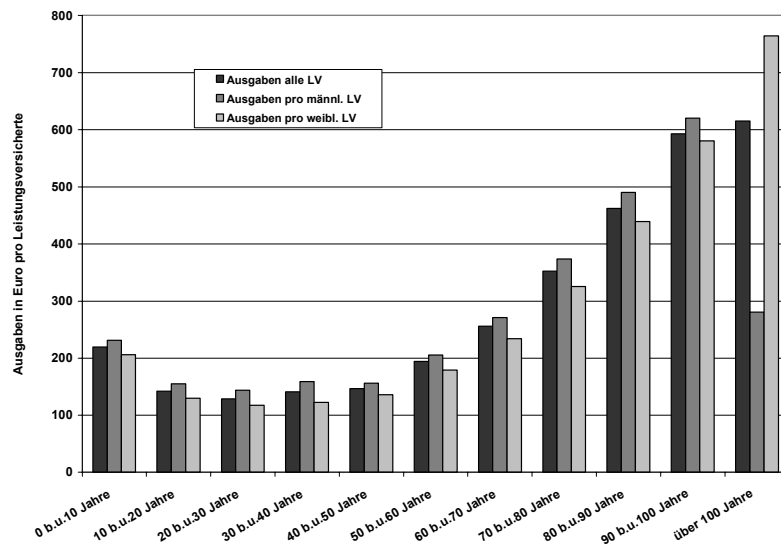
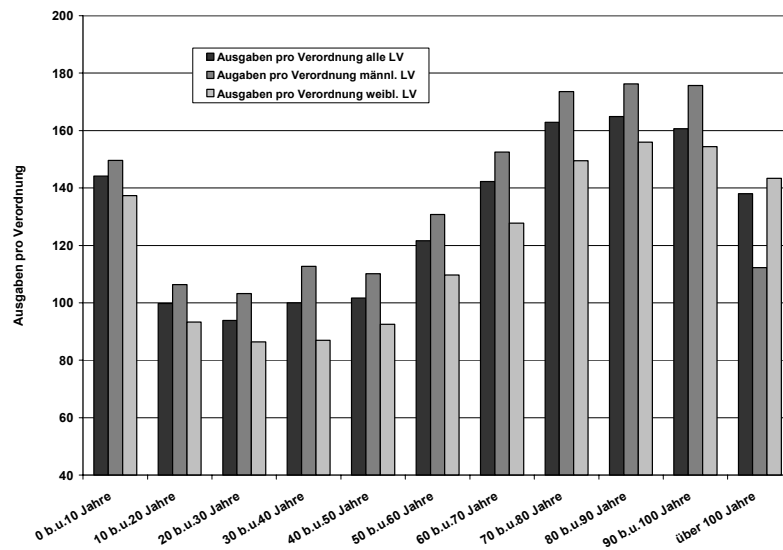


Abbildung 6.5 Ausgaben in Euro pro Leistungs-Versicherte für Hilfsmittel nach Alter und Geschlecht, GEK 2003



Die Hilfsmittelkosten verteilen sich – bezogen auf alle GEK-Versicherten – auf beide Geschlechter nahezu gleich, lediglich bei den wenigen über 100-Jährigen zeichnen sich geschlechtsspezifische Unterschiede ab: Die hoch betagten Frauen verursachen viermal so hohe Kosten wie die gleichaltrigen Männer (Abbildung 6.4). Werden die Ausgaben pro Leistungs-Versicherte herangezogen, so zeigt sich im Hinblick auf die geschlechtsspezifischen Unterschiede ein umgekehrtes Bild: Bei den 60 Jährigen und älteren Versicherten liegen die Hilfsmittelkosten für die männlichen Versicherten durchgehend über den Kosten der weiblichen Versicherten (Abbildung 6.5).

Abbildung 6.6 Ausgaben in Euro pro Hilfsmittelverordnung nach Alter und Geschlecht, GEK 2003



Diese Kostendifferenz zwischen den Hilfsmitteln für Männer und Frauen verstärkt sich noch, wenn die Kosten pro Verordnung betrachtet werden (Abbildung 6.6). Die höheren Kosten pro Verordnung bei den Männern können dahingehend interpretiert werden, dass Männer offensichtlich unabhängig vom Alter kostenintensivere Hilfsmittel benötigen bzw. verordnet bekommen. Diese Mehrausgaben pro Verordnung bei den Männern fallen in ganz unterschiedlichen Produktgruppen an, die auf geschlechtsspezifische Besonderheiten hinweisen (Tabelle 6.2 und Tabelle 6.3).

Tabelle 6.2 Produktgruppen, in denen Männer höhere Kosten pro Verordnung aufweisen, GEK 2003

Produktgruppen aus dem Hilfsmittelverzeichnis	Kosten pro männlicher LV	Kosten pro weiblicher LV	Mehrkosten Männer in %
Prothesen	1.916,49	371,12	416,41
Absauggeräte	823,49	218,69	276,56
Sprechhilfen	856,40	296,90	188,44
Blindenhilfsmittel	2.359,66	1.419,83	66,19
Adaptionshilfen	97,46	61,64	58,10
Stehhilfen	1.593,76	1.010,48	57,72
Schienen	671,86	499,47	34,51
Mobilitätshilfen	369,80	276,67	33,66
Kommunikationshilfen	1.353,43	1.032,11	31,13
Krankenfahrzeuge	1.202,51	928,14	29,56
Orthesen	518,79	425,79	21,84
Krankenpflegeartikel	273,33	226,72	20,56
Schuhe	299,11	251,77	18,80
Inhalations- /Atemtherapiegeräte	985,45	830,10	18,72
Hilfsmittel bei Tracheostoma	1.012,03	854,19	18,48
Pflegehilfsmittel	1.540,32	1.314,73	17,16
Bandagen	115,03	103,31	11,34
Inkontinenzhilfen	449,34	403,70	11,31
Hörhilfen	409,08	376,27	8,72
Verschiedenes	178,22	167,04	6,69
Einlagen	91,37	87,16	4,82
Toilettenhilfen	142,79	137,89	3,56
Messgeräte f. Körperzustände/-funktionen	307,67	299,24	2,82
Badehilfen	377,59	368,13	2,57
Lagerungshilfen	305,40	298,89	2,18
Sonstige Hilfsmittel	791,24	774,58	2,15

Tabelle 6.3 Produktgruppen, in denen Frauen höhere Kosten pro Verordnung aufweisen, GEK 2003

Produktgruppen aus dem Hilfsmittelverzeichnis	Kosten pro männlicher LV	Kosten pro weiblicher LV	Mehrkosten Frauen in %
Bestrahlungsgeräte	265,83	366,40	37,83
Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	123,42	158,76	28,64
Sitzhilfen	1.215,29	1.436,06	18,17
Applikationshilfen	795,30	881,99	10,90
Therapeutische Bewegungsgeräte	612,57	651,50	6,36
Hilfsmittel gegen Dekubitus	590,38	612,88	3,81
Stomaartikel	1.859,09	1.889,19	1,62
Elektrostimulationsgeräte	134,91	136,71	1,33
Sehhilfen	58,31	58,46	0,26

Beispielhaft sollen anhand von zwei Produktgruppen (Prothesen, Hilfsmittel zur Kompressionstherapie) für diese geschlechtsspezifischen Kostenunterschiede erste Erklärungsansätze aufgeführt werden. Eine differenzierte Analyse der Produktgruppe "Prothesen" zeigt, dass zwar mehr Frauen als Männer in diesem Bereich Leistungen verordnet bekommen haben (Abbildung 6.7), aber die Kosten für die Männer in dieser Produktgruppe im Durchschnitt 5 mal höher sind als bei den Frauen. Diese Unterschiede sind auf die unterschiedlichen Erkrankungen bzw. Verletzungen zurückzuführen. Männer scheinen offensichtlich – z. B. als Folge von Unfällen – vor allem Arm- und Beinprothesen zu erhalten. Die hohe Anzahl von Frauen zwischen 40 und 70 Jahren mit Prothesen könnten mit Brustamputationen als Folge einer Brustkrebserkrankung erklärt werden.

In der Produktgruppe "Hilfe zur Kompressionstherapie" liegen die Ausgaben pro Frau höher. Frauen sind zwar zwei- bis dreimal häufiger von Varizen ("Krampfadern") betroffen (Dietel et al., 2003), die eine Verordnung von Kompressionsstrümpfen rechtfertigen (Schäfer et al., 2003).

Dieses vermehrte Auftreten ist aber noch keine Begründung für die Mehrausgaben pro versicherte Frau (Tabelle 6.3). Vielmehr könnte vermutet werden, dass die Preise für Kompressionsstrümpfe, die modisch auf Frauen zugeschnitten sind, im Vergleich zu denen für Männer höher liegen. Um diese Vermutung zu belegen und um die Qualität der Versorgung von Frauen und Männern im Hilfsmittelbereich genauer zu beurteilen, bedarf es einer weitergehenden Analyse, die mit den zum jetzigen Zeitpunkt zur Verfügung stehenden Daten noch nicht geleistet werden kann.

Abbildung 6.7 Anzahl der Versicherten mit Prothesen, GEK 2003

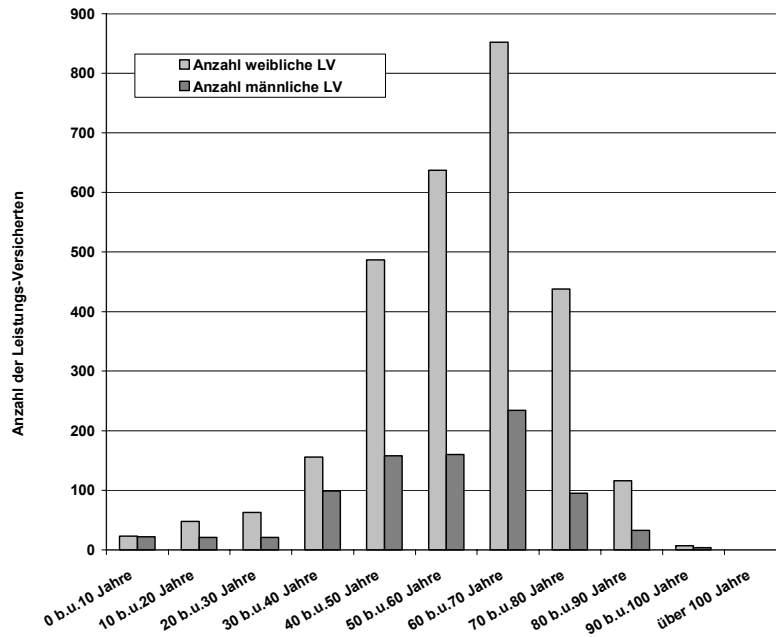
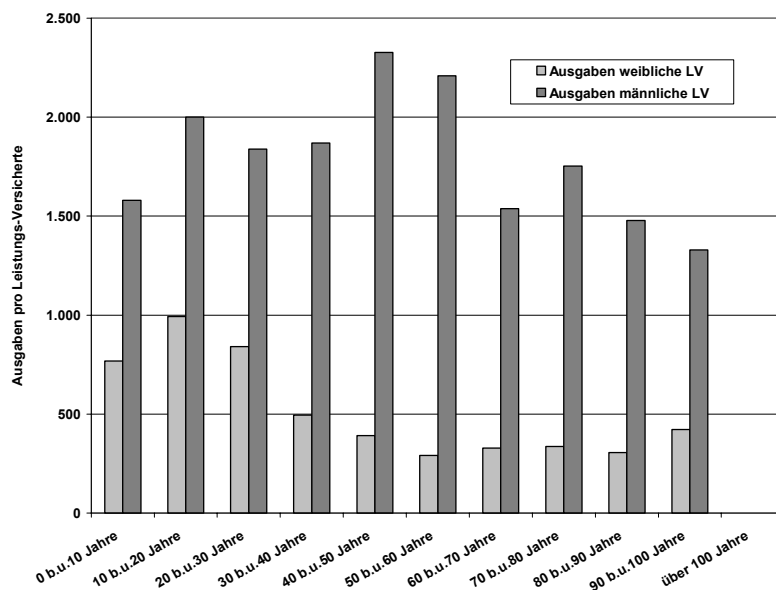


Abbildung 6.8 Ausgaben pro Versicherte mit Prothesen, GEK2003



6.1.3 Ein Produkt – unterschiedliche Abgabepreise?

Hilfsmittel können sowohl über sonstige Leistungserbringer als auch über Apotheken abgegeben werden. Um der Frage nachzugehen, ob es einen Preisunterschied zwischen Apotheken und sonstigen Leistungserbringern gibt, wurde eine Auswertung über die Abgabepreise eines bestimmten Produktes – in diesem Fall über ein Blutgerinnungsmessgerät - durchgeführt. Für diese Analyse wurde das Produkt CoaguCheck S Art.-Nr.0865846 ausgewählt, da dieses Produkt sowohl über eine Hilfsmittelnnummer als auch über eine Pharmazentralnummer verfügt. Der Vergleich ergab, dass die Preise nicht nur zwischen Apotheken und

sonstigen Leistungserbringern Unterschiede aufzeigten, sondern auch zwischen den einzelnen Apotheken und zwischen den sonstigen Leistungserbringern große Preisdifferenzen zu beobachten waren. So haben unterschiedliche Leistungserbringer mit der GEK im Jahre 2003 für ein und dasselbe Blutgerinnungsmessgerät Ausgaben zwischen 1.077,64 Euro und 688,85 Euro abgerechnet. Des Weiteren tauchten in den Abrechnungsdaten der GEK Abrechnungen unter derselben Hilfsmittelnummer auf, die nur Beträge von 156,75 Euro bzw. 17,11 Euro enthielten. Den Angaben der Verordnungen zufolge wurden hier anscheinend unter der Hilfsmittelnummer für Blutgerinnungsmessgeräte Teststreifen und Lancetten abgerechnet (Tabelle 6.4). Diese unterschiedlichen Ausgaben für ein und dieselbe Hilfsmittelpositionsnummer, die eigentlich für ein bestimmtes Blutgerinnungsmessgerät vergeben worden ist, spiegelt zum einen die offensichtlichen Preisunterschiede zwischen den verschiedenen Leistungserbringern wieder, zum anderen macht es aber auch deutlich, dass sich der Einsatz dieser Hilfsmittelnummer zu Abrechnungszwecken für die Praxis als nicht besonders geeignet erweist (Kapitel 6.2.3). Ein Preisvergleich zwischen Apotheken und sonstigen Leistungserbringern zeigt, dass die Abgabe von Blutgerinnungsmessgeräten in Apotheken im Durchschnitt um 7% teurer ist als bei den sonstigen Leistungserbringern (Tabelle 6.5).

6.1.4 Konsequenzen aus den Hilfsmittel-Analysen

Diese ersten Analysen des Hilfsmittelsektors zeigen sehr deutlich die Intransparenz des Hilfsmittelmarktes, die nicht nur die Qualitätskontrolle im Abrechnungswesen der Krankenkassen erschwert, sondern auch eine Gesundheitsberichterstattung zur Versorgungslage von Versicherten mit einem Bedarf an Hilfsmitteln zum jetzigen Zeitpunkt kaum zulässt. Um eine qualitätsgesicherte Versorgung im Hilfsmittelbereich zu gewährleisten, muss eine einheitliche Abrechnungsweise in elektroni-

scher Form weiter forciert werden. Erste Ansätze, handschriftliche Abrechnungen sowie Abrechnungen, die nicht der geforderten Norm entsprechen, mit Vergütungsabschlägen zu belegen, wurden bereits von der GEK eingeführt. Darüber hinaus besteht aber auf verbandspolitischer Ebene Handlungsbedarf, ein Vergütungssystem einzuführen, das praxisfreundlicher und Transparenz fördernder ist. Vorschläge zur Erweiterung des Hilfsmittelverzeichnisses mit seinen Hilfsmittelnummern werden ausführlich im nachfolgenden Kapitel 6.2 diskutiert.

Tabelle 6.4 Preisvergleich für ein Blutgerinnungsgerät von sonstigen Leistungserbringern

Beleg	Hilfsmittelnr.	Bezeichnung Hilfsmittelverzeichnis	Anzahl	Kosten	Wortlaut Verordnung
8	2134011001	CoaguCheck S Art.-Nr.0865846	1	1.077,64	CoaguChek S System Patient Roche
5	2134011001	CoaguCheck S Art.-Nr.0865846	1	1.023,76	Empfangsbestätigung/Eigentumsvorbehalt: die GEK stellt dem Versicherten leihweise ein Blutgerinnungscheckgerät "Coagu-Chek" zur Verfügung
7	2134011001	CoaguCheck S Art.-Nr.0865846	1	1.019,00	Ebottle mobiles INR-Meßgerät einschließlich Schulung
4	2134011001	CoaguCheck S Art.-Nr.0865846	1	971,91	1 CoaguChek Systemtasche CoaguChek PT test 12 Stk.
9	2134011001	CoaguCheck S Art.-Nr.0865846	1	929,00	1 Coagu-Chek Messgerät zur Selbstkontrolle
6	2134011001	CoaguCheck S Art.-Nr.0865846	1	729,64	1 neues CoaguCheck S im Tausch mit dem alten Gerät.
10	2134011001	CoaguCheck S Art.-Nr.0865846	1	726,16	1 Coagu Chek System
1	2134011001	CoaguCheck S Art.-Nr.0865846	1	688,65	1 CoaguChek S Systemtasche
2	2134011001	CoaguCheck S Art.-Nr.0865846	1	156,75	K: Coagu Chek PT Test 48 Stk. Softclix 2 Lancetten 200 Stk.
3	2134011001	CoaguCheck S Art.-Nr.0865846	1	17,11	K: 1x4 PT Controle

Tabelle 6.5 Preisvergleich für ein Blutgerinnungsmessgerät aus Apotheken

Beleg	PZN	Artikelname	Anzahl	Kosten	Wortlaut der Verordnung
1	0865846	Coaguheck S System Patient	1	1.799,00	1 Coagu Chek S
2	0865846	Coaguheck S System Patient	1	1.039,01	1 Coagu Chek S Systemtasche 0865846 1x
3	0865846	Coaguheck S System Patient	1	1.039,01	1 Quickmessgerät (u. Schulung)
4	0865846	Coaguheck S System Patient	1	1.002,44	Coaguheck-Systemtasche 1x
5	0865846	Coaguheck S System Patient	1	999,05	VO eines Coaguheck-Maßgeräts
6	0865846	Coaguheck S System Patient	1	977,80	Persistierende Absoluta bei Vorhof-Flimmern, Lebenslange Marcumarisierung
7	0865846	Coaguheck S System Patient	1	799,00	1 Coagu Check S System u. Tasche
8	0865846	Coaguheck S System Patient	1	232,00	1 Quickmessgerät (altes defekt)

**6.2 Hilfsmittel aus Apotheken 2003:
Hilfsmittelpositions- und/oder Pharmazentralnummer ?
Missbrauch von Hilfsmittelpositionsnummern**

Ein Teil der Hilfsmittelversorgung der Versicherten erfolgt in Apotheken. Für die Abgabe von Hilfsmitteln aus Apotheken ist das Hilfsmittelverzeichnis maßgeblich. Es werden nur Hilfsmittel in das Verzeichnis aufgenommen, die definierte Qualitätsstandards erfüllen. Mit der Aufnahme in das Verzeichnis wird eine Hilfsmittelpositionsnummer vergeben. Die Abrechnung der Apotheken erfolgt anhand der Pharmazentralnummer (PZN). Die Hersteller beantragen die Zuteilung einer PZN für ihr Produkt bei der IFA GmbH in Frankfurt und geben in dem Antrag eine eventuell vorhandene Hilfsmittelpositionsnummer an. Im Zusammenhang mit der Beantragung der PZN ist es offensichtlich zur missbräuchlichen Angabe von Hilfsmittelpositionsnummern gekommen, die auf diese Weise in die für die Abrechnung von Apotheken maßgebliche Datenbank, den ABDA-Artikelstamm, gelangt sind. Bei der Datenbearbeitung sind außerdem Übertragungs-, Übermittlungs- und Erfassungsfehler aufgetreten. Es können drei verschiedene Varianten des Missbrauchs identifiziert werden:

- Hersteller haben offenbar Hilfsmittelpositionsnummern, die ihnen für ein bestimmtes Produkt zugeteilt wurden, auf andere, eigene Produkte übertragen.
- 16 Hersteller führen Hilfsmittelpositionsnummern, die gar nicht vergeben wurden.
- Es werden Hilfsmittelpositionsnummern verwendet, die einem anderen Hersteller für ein ähnliches Produkt zugeteilt wurden.

Für die Versicherten besteht durch diese Manipulationen die Gefahr, dass sie mit Hilfsmitteln versorgt werden, die nicht den festgelegten Qualitätsstandards entsprechen. Den gesetzlichen Kran-

kenversicherungen gegenüber wird durch die Angabe einer Hilfsmittelpositionsnummer vorgetäuscht, es handele sich um Hilfsmittel, die von ihrer Leistungspflicht umfasst sind.

6.2.1 Hilfsmittelpositions- und / oder Phamazentralnummer ?

Die Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln aus Apotheken ist in dem entsprechenden Hilfsmittellieferungsvertrag (2004) vertraglich geregelt. Für die Abrechnung und Datenübermittlung gelten die Bestimmungen nach § 300 SGB V.

Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) prüft im Auftrag der Spitzenverbände der Krankenkassen die Funktionstauglichkeit, den therapeutischen Nutzen und die Qualität von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln. Auf der Grundlage dieser Prüfung entscheiden die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen gemeinsam und einheitlich darüber, ob ein Produkt in das Hilfsmittel- bzw. Pflegehilfsmittelverzeichnis aufgenommen wird und damit über seine Erstattungsfähigkeit. Grundlage der Prüfung gemäß § 139 SGB V sind die vom MDS erarbeiteten und mit den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen abgestimmten Qualitätsstandards. Die Prüfung erfolgt im Wesentlichen anhand der vom Hersteller eingereichten Unterlagen - das sind zum Beispiel Gutachten, Prüfberichte und Produktdokumentationen (MDS, 2004). Mit der Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis wird dem Hersteller für sein Produkt eine Hilfsmittelpositionsnummer zugeordnet. Das Hilfsmittelverzeichnis umfasst zurzeit insgesamt 17.589 Datensätze (Stand 30.1.2004) und ist im Internet verfügbar (Hilfsmittelverzeichnis, 2004). Der Antrag, die Prüfung und die Aufnahme von Produkten in das Hilfsmittelverzeichnis sind für die Hersteller kostenfrei. Die Kosten dieses Verfahrens werden somit durch die Versicherten der GKV mit ihren Krankenkassenbeiträgen finanziert.

Grundsätzlich ist das Hilfsmittelverzeichnis maßgeblich für die Verordnungsfähigkeit von Hilfsmitteln und deren Abgabe in Apotheken: *"Hilfsmittel, die im Hilfsmittelverzeichnis nicht aufgeführt sind, sollen nur abgegeben werden, wenn der Apotheker den Arzt darüber informiert hat, dass das Hilfsmittel nicht im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt ist, der Arzt auf der Abgabe besteht und der Apotheker dies auf dem Verordnungsblatt vermerkt."* (Hilfsmittellieferungsvertrag, 2004; S. 6)

Bei der Abrechnung der Apotheken mit den gesetzlichen Krankenkassen wird allerdings die Pharmazentralnummer (PZN) und nicht die Hilfsmittelpositionsnummer als Identifikationsschlüssel verwendet. Auch aus praktischen Gründen kommt der Pharmazentralnummer daher die bestimmende Bedeutung zu, weil nur diese eine eindeutige Zuordnung von einem Hilfsmittel in einer bestimmten Größe, Farbe, Beschaffenheit, Stückzahl usw. zu einem Produkt mit einem bestimmten Preis erlaubt.

Die Vergabe von Pharmazentralnummern erfolgt durch die Informationsstelle für Arzneispezialitäten (IFA GmbH) in Frankfurt. Bedingung für die Aufnahme von Artikeldaten ist ein Vertrag zwischen dem Hersteller und der IFA. *"Mit der Aufnahme eines Artikels in die IFA-Informationendienste ist die Vergabe der sogenannten Pharmazentralnummer (PZN) verbunden, einem bundeseinheitlichen Identifikationsschlüssel für Artikel im Apothekensektor. Aufgrund ihrer vielseitigen Verwendung kommt der PZN im Pharma- / Apothekenmarkt eine zentrale Bedeutung zu. Jede PZN identifiziert einen Artikel (Handelsform) bestimmter Bezeichnung und Packungsgröße eines bestimmten Anbieters. Wenn zur Unterscheidung von anderen Artikeln erforderlich, werden weitere Kriterien wie Darreichungsform, Farbe, Form, Größe etc. als artikelidentifizierende Merkmale herangezogen. Eine exklusive Rolle spielt die PZN für die Abrechnung der Apotheken mit den gesetzlichen Krankenkassen. Die betroffenen Spitzenverbände der Apotheken und Krankenkassen haben sich gemäß § 300 SGB Fünftes Buch vertraglich geeinigt, bei der Arz-*

neimittelabrechnung die PZN als Identifikationsschlüssel zu verwenden. Zu diesem Zweck übertragen die Apotheken die PZN der zu Lasten der GKV abgegebenen Arzneimittel maschinenlesbar auf die Verordnungsblätter" (IFA, 2004). Die IFA übermittelt die von ihr erfassten Daten an eine Reihe von Datenempfängern, letztlich werden die Daten u.a. von den Spitzenverbänden der Krankenkassen, Apotheken und Ärzten genutzt. Auch die Daten des ABDA-Artikelstamms der ABDATA, eines Tochterunternehmens der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA), basieren auf den Anbieter-Meldungen gegenüber der IFA GmbH. Der ABDA-Artikelstamm ist die Basis jeder Apotheken-Warenbewirtschaftung (Werbe- und Vertriebsgesellschaft Deutscher Apotheker, 2004).

Um für ein Produkt eine PZN zu erhalten, erteilt der Hersteller der IFA einen schriftlichen Auftrag und macht in den Anlagen zu dem Auftrag Angaben zu seinem Produkt. Zu diesen Angaben gehört auch die Angabe der eventuell vorhandenen Hilfsmittelpositionsnummer. Der Auftraggeber bestätigt mit Stempel und Unterschrift die Richtigkeit der von ihm bereitgestellten Informationen. *"Zur Qualitätssicherung lässt die IFA GmbH bestimmte rechtliche Einstufungen gemäß AMG, BtMG, MPG etc. von ABDATA Pharma-Daten-Service überprüfen. Sofern technisch möglich, prüft die IFA GmbH die Daten außerdem auf Plausibilität"* (IFA, 2004). Ein Abgleich der vom Hersteller angegebenen Hilfsmittelpositionsnummer mit dem Hilfsmittelverzeichnis findet jedoch offensichtlich **nicht** statt, was bei einem Preis von ca. 5 Euro pro zugeteilter PZN auch nicht weiter verwundert.

Diese Problematik wird deutlich, wenn man die Anzahl der Pharmazentralnummern betrachtet, die einer einzelnen Hilfsmittelpositionsnummer zugeordnet sind (Tabelle 6.6).

Tabelle 6.6 Hilfsmittel mit Pharmazentralnummer und Hilfsmittelpositionsnummer (ABDA-Artikelstamm, Stand Januar 2004)

Produkt- gruppe	Bezeichnung	Anzahl PZN	Anzahl Hilfsmittel- positionsnummern (HiMiPos)	max. Anzahl verschied. PZN pro 1 HiMiPos
01	Absauggeräte	141	43	9
02	Adaptionshilfen	52	29	7
03	Applikationshilfen	321	244	15
04	Badehilfen	30	22	3
05	Bandagen	5.154	468	140
06	Bestrahlungsgeräte	2	2	2
08	Einlagen	57	12	12
10	Gehhilfen	467	102	110
11	Hilfsmittel gegen Dekubitus	726	354	20
12	Hilfsmittel bei Tracheostoma	812	118	47
14	Inhalations- und Atemtherapiegeräte	270	96	46
15	Inkontinenzhilfen	5.997	1.583	45
17	Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	50.142	547	1.473
18	Krankenfahrzeuge	144	48	33
19	Krankenpflegeartikel	404	173	76
20	Lagerungshilfen	15	5	6
21	Messgeräte f. Körperzustände/-funktionen	63	54	4
22	Mobilitätshilfen	62	20	17
27	Sprechhilfen	34	13	8
29	Stomaartikel	3.699	787	34
31	Schuhe	24	7	6
32	Therapeutische Bewegungsgeräte	17	3	14
33	Toilettenhilfen	46	38	3
50	Pflegehilfsmittel z. Erleichterung d. Pflege	9	9	1
51	Pflegehilfsmittel z. Körperpflege/Hygiene	20	16	2
54	Pflegehilfsmittel zum Verbrauch	10	4	4
99	Verschiedene Hilfsmittel	5	2	4
Gesamt		68.723	4.799	1.473

Bei dieser Auswertung wurden die ABDA-Artikelstammdaten vom Januar 2004 zugrunde gelegt. In der Produktgruppe 17 (Hilfsmittel zur Kompressionstherapie) entfallen bis zu 1.473 PZN auf eine einzige Hilfsmittelpositionsnummer. Auch wenn nachvollziehbar ist, dass auf eine Hilfsmittelpositionsnummer mehrere PZN kommen können, weil unterschiedliche Größen, Farben usw. dies notwendig machen, ist kaum vorstellbar, dass weit mehr als 1000 derartige Varianten eines Kompressionsstrumpfmodells eines Herstellers existieren können. Insgesamt sind für 4.799 Hilfsmittelpositionsnummern in dem Artikelstamm der ABDA 68.723 PZN verzeichnet, von denen allein 50.142 auf Produktgruppe 17 (Hilfsmittel zur Kompressionstherapie) entfallen. Rund 10% aller PZN (502.797) wurden somit für Hilfsmittel der Produktgruppe 17 vergeben. Es ist zu bezweifeln, dass diese Produkte tatsächlich alle durch den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen geprüft und in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen wurden. Damit besteht die Gefahr, dass Versicherte mit Hilfsmitteln versorgt werden, die nicht die erforderlichen Sicherheits- und Qualitätsstandards erfüllen. Die Vortäuschung einer Hilfsmittelpositionsnummer gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen führt aber zu dem Eindruck, dass für das jeweilige Produkt eine Leistungspflicht der GKV gemäß dem §128 des 5. Sozialgesetzbuches (SGB V) vorliegt.

Für den Apotheker / die Apothekerin ist es nahezu unmöglich, festzustellen, ob ein Produkt, das laut ABDA-Artikelstamm über eine PZN und eine Hilfsmittelpositionsnummer verfügt, tatsächlich im Hilfsmittelverzeichnis enthalten ist oder nicht. Der Abgleich zwischen Hilfsmittelverzeichnis und ABDA-Artikelstamm über die PZN ist schon deshalb nicht möglich, weil die PZN nicht im Hilfsmittelverzeichnis enthalten ist. Eine eindeutige Zuordnung zu der Hilfsmittelpositionsnummer ist angesichts der Vielzahl der PZN, die auf eine Nummer entfallen, ebenfalls unmöglich. Die einzige Möglichkeit, den ABDA-Artikelstamm mit dem Hilfsmittel-

telverzeichnis auf der Ebene einzelner Artikel abzugleichen, bietet die Artikelbezeichnung. Aufgrund unterschiedlicher Schreibweisen gelang diese Verknüpfung über die Artikelbezeichnung jedoch nur bei 74 Produkten (1,1 %), obwohl alle 68.723 PZN mit Hilfsmittelpositionsnummer in den Vergleich einbezogen wurden.

6.2.2 Missbrauch von Hilfsmittelpositionsnummern

Für die Hilfsmittelpositionsnummer 17.06.03.0.055 wurde der Eintrag im Hilfsmittelverzeichnis mit dem ABDA-Artikelstamm verglichen, da auf diese Hilfsmittelpositionsnummer mit 1.473 die höchste Anzahl an PZN entfiel. Der Eintrag im Hilfsmittelverzeichnis lautet:

17. Produktgruppe: Hilfsmittel zur Kompressionstherapie
06. Anwendungsort: Bein
03. Untergruppe: Kompressionsschenkelstrümpfe
0. Produktart: Kompressionsklasse I
055: Einzelprodukt: Mediven elegance A-G Art. 130
Hersteller: Medi Bayreuth

Im ABDA-Artikelstamm fand sich bei allen 1.473 PZN, die mit der Hilfsmittelpositionsnummer 17.06.03.0.055 gefunden wurden, der Hersteller Medi Bayreuth. Keine PZN des ABDA-Artikelstamms hatte eine Artikelbezeichnung, die mit der Artikelbezeichnung im Hilfsmittelverzeichnis identisch war. Bei 14 (unter 1%) der 1.473 PZN stimmten allerdings die ersten 11 Zeichen der Bezeichnung "Mediven ele" in beiden Verzeichnissen überein (Tabelle 6.7). Bei den übrigen 1.459 PZN fand sich keine derartige Übereinstimmung, diese Artikelbezeichnungen beginnen alle mit "Elegance". Die Angabe der Artikelnummer ("130") fehlte im ABDA-Artikelstamm bei allen Einträgen.

Tabelle 6.7 Vergleich von Hilfsmittelverzeichnis und ABDA-Artikelstamm für Hilfsmittelpositionsnr. 17.06.03.0.055 (nur bei Übereinstimmung der ersten 11 Zeichen)

Hilfsmittelverzeichnis Hilfsmittelpositionsnr.	ABDA-Artikelstamm Hilfsmittelpositionsnr.	PZN	Artikelbezeichnung
1706030055	keine	keine	Mediven elegance A-G Art. 130
keine	1706030055	2734522	Mediven Ele 1Ag Nob Msp1We
keine	1706030055	2734539	Mediven Ele 1Ag Nob Msp2We
keine	1706030055	2734723	Mediven Ele 1Ag Nob Msp3We
keine	1706030055	2735088	Mediven Ele 1Ag Nob Msp4We
keine	1706030055	2735131	Mediven Ele 1Ag Nob Msp5We
keine	1706030055	2735154	Mediven Ele 1Ag Nob Msp6We
keine	1706030055	2735214	Mediven Ele 1Ag Nob Msp7We
keine	1706030055	2735303	Mediven Ele 1Ag Nob Osp1We
keine	1706030055	2735533	Mediven Ele 1Ag Nob Osp2We
keine	1706030055	2735616	Mediven Ele 1Ag Nob Osp3We
keine	1706030055	2735639	Mediven Ele 1Ag Nob Osp4We
keine	1706030055	2735728	Mediven Ele 1Ag Nob Osp5We
keine	1706030055	2735740	Mediven Ele 1Ag Nob Osp6We
keine	1706030055	2735846	Mediven Ele 1Ag Nob Osp7We

Es kann nur vermutet werden, dass diese 14 Artikel mit dem Original-
eintrag im Hilfsmittelverzeichnis übereinstimmen. Dieses Beispiel zeigt
aber, wie schwierig der Abgleich von Hilfsmittelverzeichnis und ABDA-
Artikelstamm im Einzelfall ist. Es zeigt außerdem, wie ein Hersteller eine
ihm für ein bestimmtes Produkt zugewiesene Hilfsmittelpositionsnummer
missbräuchlich auf eigene, aber andere Produkte übertragen kann.
Dieses Verhalten der Hersteller erklärt vermutlich einen großen Teil der
vielen Hilfsmittelpositionsnummern in dem ABDA-Artikelstamm.

Um zu klären, ob Hilfsmittelpositionsnummern mit hoher Wahr-
scheinlichkeit missbräuchlich verwendet wurden, wurden aus dem ABDA-
Artikelstamm diejenigen Artikel selektiert, deren Hilfsmittelposi-
tionsnummern in dem Hilfsmittelverzeichnis gar nicht vorkommen. Dies ergab
59 Einzelartikel von 16 Herstellern (Tab. 32 im Anhang), obwohl nur Pro-
dukte mit aktuellem Gültigkeitsdatum in diesen Vergleich einbezogen
wurden. Die Rücksprache mit dem MDS bestätigte die Feststellung,
dass diese Produkte nicht in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen
wurden. Diese Form des Missbrauchs ist einfach nachzuweisen, betrifft
aber nur verhältnismäßig wenige PZN, weil bei diesem Abgleich nur
Hilfsmittelpositionsnummern auffallen, die im Hilfsmittelverzeichnis
überhaupt nicht vorhanden sind. Die Verteilung der zugehörigen PZN
auf die verschiedenen Produktgruppen des Hilfs- bzw. Pflegehilfsmittel-
verzeichnisses wurde anhand der unzutreffenden Hilfsmittelposi-
tionsnummer, die der Hersteller vermutlich bei der Beantragung der PZN bei
der IFA angegeben hat, vorgenommen (Tabelle 6.8). Die Verteilung auf
die verschiedenen Produktgruppen des Hilfs- bzw. Pflegehilfsmittelver-
zeichnisses zeigt, dass sowohl Hilfs- wie auch - in einem Fall - Pflege-
hilfsmittel von der missbräuchlichen Verwendung von Hilfsmittelposi-
tionsnummern betroffen sind. Es sind neben Produktgruppe 17 auch
andere Produktgruppen betroffen.

Auf Nachfrage war es der ABDATA nicht möglich nachzuvollziehen, wie es zu den fehlerhaften Zuordnungen der Hilfsmittelpositionsnummern bei diesen 59 Einzelartikeln gekommen ist. Da die ABDATA die im Bundesanzeiger veröffentlichten Hilfsmittelpositionsnummern manuell erfasst und ihren Datensätzen hinzufügt, sind Erfassungs- und Übertragungsfehler nicht auszuschließen, zumal sich die Artikelbezeichnungen nur ausnahmsweise gleichen.

Anschließend wurde geprüft, ob die 59 Artikel mit ihren 22 verschiedenen, aber unzutreffenden Hilfsmittelpositionsnummern, im Jahr 2003 zu Lasten der GEK abgerechnet wurden. In Apotheken wurden im Jahr 2003 für insgesamt 648,22 Euro Hilfsmittel mit diesen falschen Hilfsmittelpositionsnummern abgegeben. Für die sonstigen Leistungserbringer, die nach § 302 SGB V abrechnen und die Bezeichnungen des Hilfsmittelverzeichnisses verwenden müssen, wurden im Jahr 2003 insgesamt 95.318,86 Euro mit diesen nicht existenten Hilfsmittelpositionsnummern zu Lasten der GEK abgerechnet. Dieses Ergebnis zeigt, dass die missbräuchliche Verwendung von Hilfsmittelpositionsnummern nicht nur in Verbindung mit der PZN und der Abrechnung von Apotheken nach § 300 SGB V, sondern auch im Bereich der sonstigen Leistungserbringer ein Problem darstellt, da hier der weitaus größte Teil der Hilfsmittel abgegeben wird. Die GEK gab im Jahr 2003 für Hilfsmittel aus Apotheken insgesamt 5.493.718,16 Euro aus (Tabelle 6.10). Der Hilfsmittelumsatz im Bereich der sonstigen Leistungserbringer betrug im gleichen Zeitraum 70.069.731,37 Euro (Tabelle 4.2).

Tabelle 6.8 Hilfsmittelpositionsnummern aus dem ABDA-Artikelstamm, die nicht im Hilfsmittelverzeichnis vorhanden sind

Produktgruppe	Bezeichnung	Anzahl PZN
03	Applikationshilfen	1
05	Bandagen	7
11	Hilfsmittel gegen Dekubitus	1
12	Hilfsmittel bei Tracheostoma	2
15	Inkontinenzhilfen	5
17	Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	19
18	Krankenfahrzeuge	1
19	Krankenpflegeartikel	6
27	Sprechhilfen	11
29	Stomaartikel	4
31	Schuhe	1
50	Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege	1
Summe		59

Eine andere Form der missbräuchlichen Verwendung von Hilfsmittelpositionsnummern besteht darin, dass Nummern, die einem bestimmten Hersteller zugeteilt wurden, von anderen Herstellern benutzt werden. Beispiele hierzu finden sich in Tabelle 6.9. Auffällig ist, dass auch Hersteller, denen eine reguläre Hilfsmittelpositionsnummer erteilt wurde, bei der Beantragung der PZN keinen mit dem Hilfsmittelverzeichnis identischen Artikelnamen und keine Artikelnummer angeben (Beispiele A. und B.). Über die Gründe hierfür kann nur spekuliert werden. Einige Hersteller mit regulärer Hilfsmittelpositionsnummer beantragen selbst keine PZN (Beispiele C. und D.). Ihre Hilfsmittelpositionsnummer wird aber von anderen Herstellern bei der Beantragung der PZN für ihre Artikel angegeben. Warum die rechtmäßigen Inhaber der Hilfsmittelpositionsnummer dieses Verhalten hinnehmen, ist nicht nachvollziehbar.

Tabelle 6.9 Beispiele für die Nutzung von Hilfsmittelpositionsnummern anderer Hersteller

PZN	Artikelbezeichnung	Hersteller	Übereinstimmung mit dem Hilfsmittelverzeichnis
A.Hilfsmittelverzeichnis: Hilfsmittelpositionsnummer 0440010027			
	Badewannenlifter ELAN, Art.-Nr. 5.20.101	AQUATEC	Originaleintrag
A.ABDA-Artikelstamm: Hilfsmittelpositionsnummer 0440010027			
269819	Aquatec Elan Badelifter	Aquatec GmbH & Co.KG	wahrscheinlich
2429523	Aquatec Badewannenlif Elan	Aurelia Medical GmbH	nein
B.Hilfsmittelverzeichnis: Hilfsmittelpositionsnummer 0440010036			
	Aquatec Beluga, Art.-Nr. 5.30.201	AQUATEC	Originaleintrag
B.ABDA-Artikelstamm: Hilfsmittelpositionsnummer 0440010036			
269185	Aquatec Beluga Badelifter	Aquatec GmbH & Co.KG	ja
3403419	Akku Badelift Beluga 1169	W Schulte-Derne GmbH	nein
122393	Badelifter Akku Abs Rueck	Adiuvo Inh. u.Frank Ek	nein
C.Hilfsmittelverzeichnis: Hilfsmittelpositionsnummer 0440031001			
	Duschhocker Easy DHH, Art.-Nr. 82465..	ERLAU	Originaleintrag
C.ABDA-Artikelstamm: Hilfsmittelpositionsnummer 0440031001			
7578908	Spring Duschsitz H M Rueck	Spring Medical	nein
4657286	Spring Duschhocker Hufeise	Spring Medical	nein
7578883	Spring Duschsitz H O Rueck	Spring Medical	nein
D.Hilfsmittelverzeichnis: Hilfsmittelpositionsnummer 0440032003			
	Duschstuhl mit Armlehnen, Art.-Nr. 48 31	ORTOPEDIA	Originaleintrag
D.ABDA-Artikelstamm: Hilfsmittelpositionsnummer 0440032003			
3108376	Duschstuhl 4831	Param	nein
122430	Duschstuhl M Armleh M Hyg	Adiuvo Inh. u.Frank Ek	nein

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass es eindeutige Hinweise auf verschiedene Formen missbräuchlicher Verwendung von Hilfsmittelpositionsnummern gibt. Dieser Missbrauch hat offenbar erhebliche Ausmaße angenommen, ohne dass dies bisher zu Konsequenzen geführt hätte.

Die Vielzahl vorhandener PZN für Hilfsmittel spiegelt sich in den von Apotheken abgerechneten Hilfsmitteln nicht wieder. Dort wurden im Jahr 2003 lediglich 4.594 (6,7%) der 68.723 vorhandenen PZN für Hilfsmittel mit der GEK abgerechnet (Tabelle 6.10). Auch die 50.142 PZN der Hilfsmittel zur Kompressionstherapie sind mit den Apothekenumsätzen dieser Produktgruppe 17 nicht zu erklären (Tabelle 6.11). Im Jahr 2003 wurden lediglich für 159.771,05 EUR Produkte mit PZN und Hilfsmittelpositionsnummer 17 * (Produktgruppe 17) aus Apotheken abgegeben und nach §300 SGB V abgerechnet. Die Umsätze von sonstigen Leistungserbringern in diesem Bereich liegen jedoch deutlich höher (Tabelle 4.4). Es ist zu befürchten, dass auch im Bereich der sonstigen Leistungserbringer falsche Hilfsmittelpositionsnummern benutzt werden.

6.2.3 Konsequenzen aus dem Missbrauch von Hilfsmittelpositionsnummern

Um die qualitätsgesicherte Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln zu gewährleisten, sollte ausschließlich das Hilfsmittelverzeichnis als Basis für die Abrechnung herangezogen werden, unabhängig davon, ob das Hilfsmittel in einer Apotheke oder von einem sonstigen Leistungserbringer abgegeben wird. Damit diese Forderung in die Praxis umgesetzt werden kann, muss das Hilfsmittelverzeichnis weiterentwickelt werden. Folgende Änderungen / Ergänzungen sind notwendig:

- Zusätzlich zu der bereits bestehenden 10stelligen Hilfsmittelpositionsnummer sind weitere 4-5 Stellen erforderlich, um eine eindeutige Identifikation des Einzelprodukts zu ermöglichen. Da im Bereich der Hilfsmittel zur Kompressionstherapie schon heute angeblich mehr als 1000 Artikel auf eine Hilfsmittelpositionsnummer kommen, sind mindestens 4 Stellen erforderlich. Die Produktvielfalt wird

aber in Zukunft sicher nicht geringer werden, daher sollten 5 Stellen vorgesehen werden, um "Reserven" für die Zukunft zu haben.

- Für eine Prüfziffer sollte eine weitere Stelle vorgesehen werden, so dass insgesamt 6 weitere Stellen notwendig sind. Mit Hilfe einer Prüfziffer könnten falsche Hilfsmittelpositionsnummern schnell erkannt werden.
- Bisher gibt es keine Sperrfrist für die Neuvergabe von Hilfsmittelpositionsnummern. Notwendig ist eine möglichst lange Sperrfrist, um Verwechslungen auszuschließen, mindestens jedoch zwei volle Kalenderjahre (Aufbewahrungsfrist in der GKV).
- Es sollte überlegt werden, ob die Nutzung von Hilfsmittelpositionsnummern zeitlich befristet werden kann. Auf Antrag des Herstellers könnte eine Verlängerung erfolgen. Anlässlich der Verlängerung sollte dann geprüft werden, ob das Produkt noch unverändert im Handel ist. Außerdem würde die Notwendigkeit entfallen, Hilfsmittel in einem aufwendigen Verwaltungsakt aus dem Verzeichnis zu streichen.
- Auch die von Experten bereits vorgeschlagene Einsetzung einer Task Force sollte erneut erwogen werden. Zu den Aufgaben einer solchen Task Force gehörte es, Transparenz und Qualität in diesem problematischen Markt durch laufende Kontrollen sicherzustellen.

Schließlich sollte überdacht werden, ob die Kosten für die Aufnahme von Hilfsmitteln in das Hilfsmittelverzeichnis auch in Zukunft allein durch die Versicherten der GKV getragen werden oder ob eine angemessene Gebühr von den Herstellerfirmen verlangt werden kann. Die Erhebung einer Verwaltungsgebühr wird auch vom Medizinischen Dienst (MDS) unterstützt, weil dann eher zu erwarten ist, dass nur noch ernsthafte Anträge vom MDS zu bearbeiten sind.

6.2.4 Hilfsmittel aus Apotheken 2003

Für die vorliegende Auswertung (Tabelle 6.10 und Tabelle 6.11) wurden drei von einander abgegrenzte Fälle der Hilfsmittelabgabe aus Apotheken herangezogen:

- A. Hilfsmittel, die laut ABDA-Artikelstamm über eine Pharmazentralnummer (PZN) und eine Hilfsmittelpositionsnummer zu identifizieren sind.
- B. Miete oder Leihgebühr für Hilfsmittel
- C. Hilfsmittel ohne Pharmazentralnummer

Trotz der großen Anzahl von 68.723 PZN für Hilfsmittel wurden im Jahr 2003 noch 1.253.780,21 Euro für Hilfsmittel ohne Pharmazentralnummer ausgegeben. Auf dem Rezeptformular ist eine Angabe darüber vorgesehen, ob ein Hilfsmittel (Statusgruppe 7) verordnet wurde. Diese Angabe findet sich jedoch nur bei ca. 84% der entsprechenden Rezepte im Jahr 2003 (Tabelle 6.10) und ist damit relativ unzuverlässig. Insgesamt sind die Apothekenumsätze im Hilfsmittelbereich verglichen mit den Umsätzen der sonstigen Leistungserbringer verhältnismäßig gering. Sie betragen mit 5.493.718,16 Euro nur 7,8 % der Ausgaben, die von sonstigen Leistungserbringern im Jahr 2003 für Hilfsmittel abgerechnet wurden (70.069.731,37 Euro).

Tabelle 6.10 Hilfsmittel aus Apotheken

Hilfsmittel aus Apotheken	5.493.718,16	
Gesamtkosten 2003		
A. Hilfsmittel mit Pharmazentralnummer und Hilfsmittelpositionsnummer		%
Anzahl Rezepte	51.705	
davon mit Kennzeichnung Hilfsmittel	43.310	84
Anzahl verschiedene PZN	4.594	
Anzahl verschiedene Hilfsmittelpositionsnummer	1.653	
Kosten	3.910.694,49	
B. Miete oder Leihgebühr für Hilfsmittel (PseudoPZN=9999063)		
Anzahl Rezepte	9.498	
davon mit Kennzeichnung Hilfsmittel	7.916	83
Kosten	329.243,46	
C. Hilfsmittel aus Apotheken ohne Pharmazentralnummer (PseudoPZN=9999028)		
Anzahl Rezepte	19.587	
davon mit Kennzeichnung Hilfsmittel	16.361	84
Anzahl verschiedene Hilfsmittelpositionsnr.	882	
Kosten	1.253.780,21	

Tabelle 6.11 Hilfsmittel aus Apotheken mit Pharmazentralnummer und Hilfsmittelpositionsnummer

PG	Bezeichnung Produktgruppe (PG)	Hilfsmittel- positionsnr.	Kosten
		(verschiedene)	
01	Absauggeräte	4	2.401,52
02	Adaptationshilfen	3	1.318,13
03	Applikationshilfen	84	240.580,55
04	Badehilfen	4	1.055,77
05	Bandagen	233	393.645,17
06	Bestrahlungsgeräte	1	301,37
08	Einlagen	6	14.987,68
10	Gehhilfen	31	11.932,93
11	Hilfsmittel gegen Dekubitus	42	4.893,98
12	Hilfsmittel bei Tracheostoma	24	25.799,16
14	Inhalations- u. Atemtherapiegeräte	27	347.087,04
15	Inkontinenzhilfen	662	1.941.568,66
17	Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	169	159.771,05
18	Krankenfahrzeuge	2	398,22
19	Krankenpflegeartikel	54	69.147,01
21	Messgeräte für Körperzustände/-funktionen	34	137.556,32
22	Mobilitätshilfen	1	149
27	Sprechhilfen	3	744,25
29	Stomaartikel	256	555.806,65
31	Schuhe	2	168,48
32	Therapeutische Bewegungsgeräte	1	236,76
33	Toilettenhilfen	9	1.097,81
99	Verschiedene Hilfsmittel	1	46,98
	Summe	1.653	3.910.694,49

7 Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1	Produktgruppen im Hilfsmittelverzeichnis und Pflegehilfsmittelverzeichnis	21
Tabelle 2.2	Therapeutische Verfahren im Heilmittel-Katalog	31
Tabelle 4.1	Aufteilung der Ausgaben der GEK für Hilfs- und Heilmittel in 2003 nach den Hauptabrechnungskonten (KV 45)	38
Tabelle 4.2	Kennzahlen des Jahres 2003 für die GEK-Versicherte	41
Tabelle 4.3	Gesamt-Kosten und Kosten pro 100 Versicherte der GEK für Heilmittel-Verordnungen nach Leistungserbringern in 2003	42
Tabelle 4.4	Gesamt-Kosten und Kosten pro 100 Versicherte der GEK für Hilfsmittel-Verordnungen (HMV) nach Produktgruppen in 2003	43
Tabelle 4.5	Prozentuale Verteilung der Kosten für Versicherte mit Inanspruchnahme von Heilmitteln im Jahre 2003	46
Tabelle 4.6	Prozentuale Verteilung der Kosten für Versicherte mit Inanspruchnahme von Hilfsmitteln im Jahre 2003	47
Tabelle 4.7	Prozentuale Verteilung der Kosten für Versicherte mit Inanspruchnahme von Heil- und Hilfsmitteln im Jahre 2003	49
Tabelle 5.1	Heilmittel nach Leistungserbringern in 2003	59
Tabelle 5.2	Heilmittel nach Leistungserbringern (Quoten) in 2003	60
Tabelle 5.3	Leistungen von KrankengymnastInnen / PhysiotherapeutInnen	63
Tabelle 5.4	Krankengymnastische Einzelbehandlung: Vergleich von Stichprobe und Grundgesamtheit	65
Tabelle 5.5	Diagnosen, die Anlass für die Verordnung von krankengymnastischer Einzelbehandlung waren, gruppiert nach dem Heilmittel-Katalog	67
Tabelle 5.6	Facharztgruppen, die krankengymnastische Einzelbehandlung verordnet haben: Prüfung der Indikation	67
Tabelle 5.7	Leistungen von MasseurInnen und medizinischen Badebetrieben	76

Tabelle 5.8	Leistungen von Ergo-, Beschäftigungs- und ArbeitstherapeutInnen.....	79
Tabelle 5.9	Leistungen von LogopädInnen und SprachtherapeutInnen	82
Tabelle 5.10	Podologische Leistungen	85
Tabelle 5.11	GEK-Versicherte mit Arzneimittel-Verordnung der Gruppe A10 des ATC-Codes (Antidiabetika) im Jahr 2003 nach Alter und Geschlecht.....	86
Tabelle 5.12	Versicherte mit Heilmittel-Anwendungen (nur Krankengymnastik (KG), Massage und Wärmepackungen) und/oder Therapie mit nichtsteroidalen Antirheumatika (NSA).....	92
Tabelle 5.13	Versicherte mit Heilmittel-Anwendung (nur KG, Massage und Wärmepackung) Mehrfachnennungen möglich	95
Tabelle 5.14	Heilmittel-Anwendung (nur KG, Massage, Wärmepackung) und gleichzeitige Verordnung von NSA.....	98
Tabelle 5.15	Regionale Verordnungscharakteristika bei Verordnung von Heilmitteln (nur KG) und NSA in 2003 nach Anzahl der Packungen bzw. Anzahl der Heilmittel-Anwendungen	100
Tabelle 6.1	Anzahl und Kosten der Leistungserbringer, die im Jahre 2003 mit der GEK abgerechnet haben	106
Tabelle 6.2	Produktgruppen, in denen Männer höhere Kosten pro Verordnung aufweisen, GEK 2003.....	115
Tabelle 6.3	Produktgruppen, in denen Frauen höhere Kosten pro Verordnung aufweisen, GEK 2003.....	116
Tabelle 6.4	Preisvergleich für ein Blutgerinnungsgerät von sonstigen Leistungserbringern	121
Tabelle 6.5	Preisvergleich für ein Blutgerinnungsmessgerät aus Apotheken	122
Tabelle 6.6	Hilfsmittel mit Pharmazentralnummer und Hilfsmittelpositionsnummer (ABDA-Artikelstamm, Stand Januar 2004)	127
Tabelle 6.7	Vergleich von Hilfsmittelverzeichnis und ABDA-Artikelstamm für Hilfsmittelpositionsnr. 17.06.03.0.055 (nur bei Übereinstimmung der ersten 11 Zeichen)	130

Tabelle 6.8	Hilfsmittelpositionsnummern aus dem ABDA-Artikelstamm, die nicht im Hilfsmittelverzeichnis vorhanden sind	133
Tabelle 6.9	Beispiele für die Nutzung von Hilfsmittelpositionsnummern anderer Hersteller	134
Tabelle 6.10	Hilfsmittel aus Apotheken.....	138
Tabelle 6.11	Hilfsmittel aus Apotheken mit Pharmazentralnummer und Hilfsmittelpositionsnummer	139

8 **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 4.1	Anteil Versicherter mit Heil- bzw. Hilfsmittelverordnungen in 2003 nach Altersgruppen in Prozent.....	50
Abbildung 4.2	Prozentuale Verteilung der Kosten für Versicherte mit Arzneimittel-, und / oder Heilmittel- bzw. Hilfsmitteltherapie in 2003.....	51
Abbildung 5.1	Leistungen von KrankengymnastInnen / PhysiotherapeutInnen nach Alter und Geschlecht der Versicherten	622
Abbildung 5.2	GEK-Versicherte nach Alter und Geschlecht	62
Abbildung 5.3	Verteilung der KrankengymnastInnen / PhysiotherapeutInnen auf die Bundesländer	71
Abbildung 5.4	Kosten für Leistungen von KrankengymnastInnen / PhysiotherapeutInnen : Abweichung vom Bundesdurchschnitt in Prozent (hochgerechnet auf Preise West)	72
Abbildung 5.5	Anteil der Versicherten mit mindestens einer Heilmittelverordnung nach Bundesland des Leistungserbringers (Bundesdurchschnitt=12%)	73
Abbildung 5.6	Leistungen von MasseurInnen und medizinischen Badebetrieben nach Alter und Geschlecht der Versicherten	75
Abbildung 5.7	Leistungen von Ergo-, Beschäftigungs- und ArbeitstherapeutInnen nach Alter und Geschlecht der Versicherten	78

Abbildung 5.8	Leistungen von LogopädInnen und SprachtherapeutInnen nach Alter und Geschlecht der Versicherten.....	81
Abbildung 5.9	Podologische Leistungen nach Alter und Geschlecht der GEK-Versicherten.....	87
Abbildung 5.10	Prozentuale Verteilung von Versicherten mit Heilmittel-Anwendungen (nur KG, Massage und Wärmepackungen) und/oder Therapie mit nichtsteroidalen Antirheumatika (NSA).....	94
Abbildung 5.11	Anzahl verordneter Packungen NSA und Anzahl der krankengymnastischen Anwendungen pro 100 GEK-Versicherte, nach KV-Regionen	102
Abbildung 6.1	Vergleich aller Orthopädienschuhmacher mit denjenigen, die von den GEK-Versicherten in 2003 in Anspruch genommen wurden	108
Abbildung 6.2	Abweichungen vom Bundesdurchschnitt bei Kosten für Orthopädienschuhmacher, Vergleich von Versicherten zu Leistungs-Versicherten	109
Abbildung 6.3	Anteil der Leistungs-Versicherten an den GEK-Versicherten in Prozent, GEK 2003	110
Abbildung 6.4	Ausgaben für Hilfsmittel in Euro pro Versicherte nach Alter und Geschlecht, GEK 2003	112
Abbildung 6.5	Ausgaben in Euro pro Leistungs-Versicherte für Hilfsmittel nach Alter und Geschlecht, GEK 2003	113
Abbildung 6.6	Ausgaben in Euro pro Hilfsmittelverordnung nach Alter und Geschlecht, GEK 2003	114
Abbildung 6.7	Anzahl der Versicherten mit Prothesen, GEK 2003	117
Abbildung 6.8	Ausgaben pro Versicherte mit Prothesen, GEK2003	118

9 Anhang

Verzeichnis der Tabellen

Tab. 1	Leistungserbringer, die in 2003 mit der GEK abgerechnet haben	148
Tab. 2	Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht, alle KV-Bereiche.....	149
Tab. 3	Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht; KV Bayern	150
Tab. 4	Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht; KV Berlin	151
Tab. 5	Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht; KV Brandenburg.....	152
Tab. 6	Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht; KV Bremen	153
Tab. 7	Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht; KV Hamburg.....	154
Tab. 8	Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht; KV Hessen	155
Tab. 9	Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht; KV Koblenz.....	156
Tab. 10	Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht; KV Mecklenb.-Vorpomm.....	157
Tab. 11	Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht; KV Niedersachsen.....	158

Tab. 12	Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht; KV Nordbaden	159
Tab. 13	Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht; KV Nordrhein	160
Tab. 14	Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht; KV Nordwürttemberg	161
Tab. 15	Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht; KV Pfalz.....	162
Tab. 16	Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht; KV Rheinhessen	163
Tab. 17	Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht; KV Saarland	164
Tab. 18	Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht; KV Sachsen.....	165
Tab. 19	Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht; KV Sachsen-Anhalt	166
Tab. 20	Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht; KV Schleswig-Holstein	167
Tab. 21	Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht; KV Südbaden	168
Tab. 22	Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht; KV Südwürttemberg	169

Tab. 23	Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht; KV Thüringen	170
Tab. 24	Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht; KV Trier	171
Tab. 25	Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht; KV Westfalen-Lippe	172
Tab. 26	Prozentualer Anteil der Versicherten mit mindestens einer Leistung (Leistungs-Versicherte, LV) durch KrankengymnastInnen / PhysiotherapeutInnen in 2003.....	173
Tab. 27	Abweichungen vom Bundesdurchschnitt bei Kosten für KrankengymnastInnen / PhysiotherapeutInnen pro Versicherter in Euro, GEK 2003	174
Tab. 28	Abweichungen vom Bundesdurchschnitt bei Kosten für KrankengymnastInnen / PhysiotherapeutInnen pro Leistungs-Versicherter (LV) in Euro, GEK 2003.....	175
Tab. 29	Anzahl der Leistungsversicherten pro Leistungserbringer bei KrankengymnastInnen / PhysiotherapeutInnen	176
Tab. 30	Vergleich aller KrankengymnastInnen / PhysiotherapeutInnen (KG) mit denjenigen, die von den GEK-Versicherten in 2003 in Anspruch genommen wurden.....	177
Tab. 31	Auswertung einer 1‰ Stichprobe von Heilmittelverordnungen: Krankengymnastische Einzelbehandlung	178
Tab. 32	Hilfsmittelpositionsnummern aus dem ABDA-Artikelstamm, die nicht im Hilfsmittelverzeichnis vorkommen	192
Tab. 33	Prozentualer Anteil der Versicherten mit mindestens einer Leistung (Leistungs-Versicherte, LV) durch Orthopädieschuhmacher in 2003	194
Tab. 34	Abweichungen vom Bundesdurchschnitt bei Kosten für Orthopädieschuhmacher pro Versicherter in Prozent, GEK 2003.....	195

Tab. 35	Abweichungen vom Bundesdurchschnitt bei Kosten für Orthopädienschuhmacher pro Leistungs-Versicherter (LV) in Prozent, GEK 2003.....	196
Tab. 36	Anzahl der Leistungs-Versicherten pro Leistungserbringer bei Orthopädienschuhamachern	197
Tab. 37	Vergleich aller Orthopädienschuhmacher (OS) mit denjenigen, die von den GEK-Versicherten in 2003 in Anspruch genommen wurden	198
Tab. 38	Anzahl der Versicherten mit Prothesen	199
Tab. 39	Ausgaben pro Leistungsversicherte(r) mit Prothesen	199
Tab. 40	Ausgaben pro Versicherte für Hilfsmittel in Euro nach Alter und Geschlecht	200
Tab. 41	Ausgaben pro Leistungsversicherte (LV) für Hilfsmittel in Euro nach Alter und Geschlecht	200
Tab. 42	Ausgaben pro Hilfsmittelverordnung in Euro nach Alter und Geschlecht	201
Tab. 43	Beispiele für Abrechnungspositionsnummern im Hilfsmittelbereich	202

Tab. 1 Leistungserbringer, die in 2003 mit der GEK abgerechnet haben

IK	Leistungserbringer	Anzahl
10	Krankenversicherungsträger	3
12	Unfallversicherungsträger	2
13	Sozialhilfeträger	10
17	Gesundheitsämter	10
20	KV und selbstabrechnende Ärzte	182
22	Privatärztliche Verrechnungsstellen	11
26	Krankenhäuser, Sanatorien, Kurheime	1146
27	Polikliniken und ähnliche	4
29	medizinische und technische Labore	7
30	Apotheken	53
31	Augenoptiker, Augenärzte	11878
32	Hörgeräte-Akustiker	1896
33	Othopädiemechaniker, Bandagisten	3700
34	Orthopädieschuhmacher, Orthopäden	2923
35	Perückenmacher (Friseure)	309
40	Logopäden Sprachheilbehandler	3232
43	med. Bademeister, Masseur, phys. Therapie Orthopäden (Massagen)	7661
44	Krankengymnasten, Physiotherapeuten, Praxen für Physiotherapie	21683
45	Hebammen	30
46	Krankenpfleger, Haushaltshilfen, Hauspfleger	87
47	Kurverwaltungen	73
48	Beschäftigungs- und Suchttherapeuten	2556
49	sonstige therapeutische Hilfspersonen	44
50	caritative Organisationen	270
51	Rehabilitationsstätten, Pflegeheime Sozialstationen	1413
52	Vertragshäuser ohne medizinische Einrichtungen	4
53	Einrichtungen für berufliche Rehabilitation	3
59	Sonstige Erbringer von Leistungen i.S. des SGB	950
60	Krankentransportunternehmen	156
66	Abrechnungsstellen für mehr als eine Vertragspartnergruppe	1
39,54,99	Unbekannt	116
	Gesamt	60413

Tab. 2 Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht, alle KV-Bereiche

alle KV-Bereiche	Anzahl Versicherte	Versicherte mit Heilmittel-VO	%	Versicherte mit Hilfsmittel-VO	%
Alter in Jahren / Gesamt	1.407.451	209.196	14,9	361.382	25,7
0 bis unter 10	150.679	21.396	14,2	20.706	13,7
10 bis unter 20	201.491	16.146	8,0	41.517	20,6
20 bis unter 30	174.251	15.452	8,9	31.896	18,3
30 bis unter 40	260.444	36.213	13,9	50.332	19,3
40 bis unter 50	270.710	46.796	17,3	75.911	28,0
50 bis unter 60	164.862	36.497	22,1	62.854	38,1
60 bis unter 70	122.002	28.720	23,5	50.025	41,0
70 bis unter 80	47.640	11.404	23,9	22.964	48,2
80 bis unter 90	13.473	2.905	21,6	7.535	55,9
90 bis unter 100	1.884	296	15,7	1.241	65,9
100 und älter	15	3	20,0	13	86,7
Alter in Jahren / Männer	777.531	103.317	13,3	191.291	24,6
0 bis unter 10	77.228	12.782	16,6	11.190	14,5
10 bis unter 20	103.138	7.772	7,5	20.162	19,5
20 bis unter 30	90.895	6.295	6,9	14.076	15,5
30 bis unter 40	145.279	16.538	11,4	25.569	17,6
40 bis unter 50	153.964	22.011	14,3	40.017	26,0
50 bis unter 60	98.479	18.705	19,0	36.004	36,6
60 bis unter 70	74.326	15.377	20,7	29.670	39,9
70 bis unter 80	27.379	5.786	21,1	12.772	46,6
80 bis unter 90	6.237	1.173	18,8	3.337	53,5
90 bis unter 100	600	93	15,5	377	62,8
100 und älter	6	1	16,7	4	66,7
Alter in Jahren / Frauen	629.920	105.891	16,8	170.099	27,0
0 bis unter 10	73.451	8.619	11,7	9.517	13,0
10 bis unter 20	98.353	8.376	8,5	21.357	21,7
20 bis unter 30	83.356	9.159	11,0	17.821	21,4
30 bis unter 40	115.165	19.676	17,1	24.764	21,5
40 bis unter 50	116.746	24.785	21,2	35.894	30,7
50 bis unter 60	66.383	17.793	26,8	26.852	40,5
60 bis unter 70	47.676	13.343	28,0	20.355	42,7
70 bis unter 80	20.261	5.618	27,7	10.193	50,3
80 bis unter 90	7.236	1.732	23,9	4.198	58,0
90 bis unter 100	1.284	203	15,8	864	67,3
100 und älter	9	2	22,2	9	100,0

Tab. 3 Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-
Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht; KV Bayern

KV Bayern	Anzahl Versicherte	Versicherte mit Heilmittel-VO	%	Versicherte mit Hilfsmittel-VO	%
Alter in Jahren / Gesamt	210.898	34.181	16,2	57.348	27,2
0 bis unter 10	23.048	3.385	14,7	3.079	13,4
10 bis unter 20	29.892	2.224	7,4	6.473	21,7
20 bis unter 30	25.400	2.693	10,6	5.221	20,6
30 bis unter 40	38.173	6.000	15,7	8.002	21,0
40 bis unter 50	37.616	7.213	19,2	10.959	29,1
50 bis unter 60	22.486	5.419	24,1	8.830	39,3
60 bis unter 70	19.760	4.999	25,3	8.161	41,3
70 bis unter 80	10.883	2.750	25,3	5.131	47,1
80 bis unter 90	3.175	694	21,9	1.819	57,3
90 bis unter 100	461	71	15,4	309	67,0
100 und älter	4	1	25,0	4	100,0
Alter in Jahren / Männer	114.545	16.890	14,7	29.769	26,0
0 bis unter 10	11.793	1.947	16,5	1.664	14,1
10 bis unter 20	15.392	1.084	7,0	3.123	20,3
20 bis unter 30	13.158	1.097	8,3	2.289	17,4
30 bis unter 40	20.584	2.742	13,3	4.013	19,5
40 bis unter 50	20.562	3.333	16,2	5.540	26,9
50 bis unter 60	13.190	2.808	21,3	4.874	37,0
60 bis unter 70	11.885	2.713	22,8	4.778	40,2
70 bis unter 80	6.296	1.448	23,0	2.882	45,8
80 bis unter 90	1.522	303	19,9	826	54,3
90 bis unter 100	163	25	15,3	105	64,4
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0
Alter in Jahren / Frauen	96.353	17.292	17,9	27.580	28,6
0 bis unter 10	11.255	1.439	12,8	1.415	12,6
10 bis unter 20	14.500	1.140	7,9	3.350	23,1
20 bis unter 30	12.242	1.596	13,0	2.932	24,0
30 bis unter 40	17.589	3.258	18,5	3.989	22,7
40 bis unter 50	17.054	3.880	22,8	5.419	31,8
50 bis unter 60	9.296	2.611	28,1	3.957	42,6
60 bis unter 70	7.875	2.286	29,0	3.383	43,0
70 bis unter 80	4.587	1.302	28,4	2.249	49,0
80 bis unter 90	1.653	391	23,7	993	60,1
90 bis unter 100	298	46	15,4	204	68,5
100 und älter	4	1	25,0	3	75,0

Tab. 4 Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht; KV Berlin

KV Berlin	Anzahl Versicherte	Versicherte mit Heilmittel-VO	%	Versicherte mit Hilfsmittel-VO	%
Alter in Jahren / Gesamt	70.221	9.322	13,3	17.478	24,9
0 bis unter 10	6.453	881	13,7	744	11,5
10 bis unter 20	8.492	678	8,0	1.706	20,1
20 bis unter 30	10.787	817	7,6	1.858	17,2
30 bis unter 40	14.801	1.787	12,1	2.748	18,6
40 bis unter 50	13.277	2.103	15,8	3.766	28,4
50 bis unter 60	8.563	1.751	20,4	3.379	39,5
60 bis unter 70	5.894	1.214	20,6	2.452	41,6
70 bis unter 80	1.431	321	22,4	695	48,6
80 bis unter 90	441	111	25,2	239	54,2
90 bis unter 100	80	12	15,0	54	67,5
100 und älter	2	0	0,0	0	0,0
Alter in Jahren / Männer	41.183	4.780	11,6	9.707	23,6
0 bis unter 10	3.301	539	16,3	400	12,1
10 bis unter 20	4.307	302	7,0	820	19,0
20 bis unter 30	5.650	336	5,9	814	14,4
30 bis unter 40	9.212	902	9,8	1.536	16,7
40 bis unter 50	8.306	1.099	13,2	2.155	25,9
50 bis unter 60	5.420	916	16,9	2.041	37,7
60 bis unter 70	3.883	676	17,4	1.531	39,4
70 bis unter 80	857	163	19,0	384	44,8
80 bis unter 90	215	40	18,6	100	46,5
90 bis unter 100	30	3	10,0	17	56,7
100 und älter	2	0	0,0	0	0,0
Alter in Jahren / Frauen	29.038	4.543	15,6	7.771	26,8
0 bis unter 10	3.152	343	10,9	344	10,9
10 bis unter 20	4.185	376	9,0	886	21,2
20 bis unter 30	5.137	481	9,4	1.044	20,3
30 bis unter 40	5.589	885	15,8	1.212	21,7
40 bis unter 50	4.971	1.004	20,2	1.611	32,4
50 bis unter 60	3.143	835	26,6	1.338	42,6
60 bis unter 70	2.011	538	26,8	921	45,8
70 bis unter 80	574	158	27,5	311	54,2
80 bis unter 90	226	71	31,4	139	61,5
90 bis unter 100	50	9	18,0	37	74,0
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0

Tab. 5 Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-
Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht; KV Brandenburg

KV Brandenburg	Anzahl Versicherte	Versicherte mit Heilmittel-VO	%	Versicherte mit Hilfsmittel-VO	%
Alter in Jahren / Gesamt	67.830	10.524	15,5	15.465	22,8
0 bis unter 10	5.810	711	12,2	644	11,1
10 bis unter 20	9.919	830	8,4	1.894	19,1
20 bis unter 30	10.311	871	8,4	1.619	15,7
30 bis unter 40	13.260	2.026	15,3	2.213	16,7
40 bis unter 50	14.424	2.636	18,3	3.638	25,2
50 bis unter 60	8.092	2.002	24,7	2.953	36,5
60 bis unter 70	4.608	1.282	27,8	1.915	41,6
70 bis unter 80	1.136	314	27,6	552	48,6
80 bis unter 90	233	68	29,2	134	57,5
90 bis unter 100	36	6	16,7	24	66,7
100 und älter	1	0	0,0	1	100,0
Alter in Jahren / Männer	38.781	4.927	12,7	8.344	21,5
0 bis unter 10	2.976	392	13,2	342	11,5
10 bis unter 20	5.102	374	7,3	940	18,4
20 bis unter 30	5.835	368	6,3	739	12,7
30 bis unter 40	7.915	923	11,7	1.165	14,7
40 bis unter 50	8.593	1.212	14,1	1.990	23,2
50 bis unter 60	4.699	909	19,3	1.681	35,8
60 bis unter 70	2.841	645	22,7	1.158	40,8
70 bis unter 80	695	172	24,7	323	46,5
80 bis unter 90	114	24	21,1	59	51,8
90 bis unter 100	11	2	18,2	9	81,8
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0
Alter in Jahren / Frauen	29.049	5.598	19,3	7.122	24,5
0 bis unter 10	2.834	319	11,3	302	10,7
10 bis unter 20	4.817	456	9,5	954	19,8
20 bis unter 30	4.476	503	11,2	880	19,7
30 bis unter 40	5.345	1.103	20,6	1.049	19,6
40 bis unter 50	5.831	1.424	24,4	1.648	28,3
50 bis unter 60	3.393	1.094	32,2	1.272	37,5
60 bis unter 70	1.767	637	36,0	757	42,8
70 bis unter 80	441	142	32,2	229	51,9
80 bis unter 90	119	44	37,0	75	63,0
90 bis unter 100	25	4	16,0	15	60,0
100 und älter	1	0	0,0	1	100,0

Tab. 6 Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht; KV Bremen

KV Bremen	Anzahl Versicherte	Versicherte mit Heilmittel-VO	%	Versicherte mit Hilfsmittel-VO	%
Alter in Jahren / Gesamt	11.320	1.201	10,6	2.905	25,7
0 bis unter 10	1.008	129	12,8	135	13,4
10 bis unter 20	1.487	111	7,5	293	19,7
20 bis unter 30	1.494	80	5,4	227	15,2
30 bis unter 40	1.918	154	8,0	353	18,4
40 bis unter 50	2.090	259	12,4	607	29,0
50 bis unter 60	1.529	220	14,4	545	35,6
60 bis unter 70	1.229	196	15,9	475	38,6
70 bis unter 80	451	73	16,2	217	48,1
80 bis unter 90	101	13	12,9	66	65,3
90 bis unter 100	13	1	7,7	10	76,9
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0
Alter in Jahren / Männer	6.334	605	9,6	1.557	24,6
0 bis unter 10	521	90	17,3	82	15,7
10 bis unter 20	718	43	6,0	138	19,2
20 bis unter 30	760	31	4,1	91	12,0
30 bis unter 40	1.114	68	6,1	180	16,2
40 bis unter 50	1.208	127	10,5	316	26,2
50 bis unter 60	933	124	13,3	312	33,4
60 bis unter 70	783	109	13,9	303	38,7
70 bis unter 80	253	36	14,2	121	47,8
80 bis unter 90	38	2	5,3	22	57,9
90 bis unter 100	6	1	16,7	5	83,3
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0
Alter in Jahren / Frauen	4.986	596	12,0	1.348	27,0
0 bis unter 10	487	39	8,0	53	10,9
10 bis unter 20	769	68	8,8	155	20,2
20 bis unter 30	734	49	6,7	136	18,5
30 bis unter 40	804	86	10,7	173	21,5
40 bis unter 50	882	132	15,0	291	33,0
50 bis unter 60	596	96	16,1	233	39,1
60 bis unter 70	446	87	19,5	172	38,6
70 bis unter 80	198	37	18,7	96	48,5
80 bis unter 90	63	11	17,5	44	69,8
90 bis unter 100	7	0	0,0	5	71,4
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0

Tab. 7 Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht; KV Hamburg

KV Hamburg	Anzahl Versicherte	Versicherte mit Heilmittel-VO	%	Versicherte mit Hilfsmittel-VO	%
Alter in Jahren / Gesamt	45.910	5.564	12,1	12.448	27,1
0 bis unter 10	4.258	696	16,3	533	12,5
10 bis unter 20	5.488	338	6,2	974	17,7
20 bis unter 30	6.359	430	6,8	1.108	17,4
30 bis unter 40	7.742	788	10,2	1.432	18,5
40 bis unter 50	7.515	915	12,2	2.093	27,9
50 bis unter 60	5.727	953	16,6	2.205	38,5
60 bis unter 70	5.085	920	18,1	2.146	42,2
70 bis unter 80	2.675	536	20,0	1.413	52,8
80 bis unter 90	955	188	19,7	582	60,9
90 bis unter 100	105	27	25,7	70	66,7
100 und älter	1	0	0,0	1	100,0
Alter in Jahren / Männer	25.502	2.757	10,8	6.542	25,7
0 bis unter 10	2.223	434	19,5	266	12,0
10 bis unter 20	2.797	170	6,1	457	16,3
20 bis unter 30	3.167	167	5,3	474	15,0
30 bis unter 40	4.370	381	8,7	711	16,3
40 bis unter 50	4.244	403	9,5	1.071	25,2
50 bis unter 60	3.479	489	14,1	1.255	36,1
60 bis unter 70	3.169	483	15,2	1.298	41,0
70 bis unter 80	1.559	268	17,2	760	48,7
80 bis unter 90	467	77	16,5	285	61,0
90 bis unter 100	26	6	23,1	18	69,2
100 und älter	1	0	0,0	1	100,0
Alter in Jahren / Frauen	20.408	2.807	13,8	5.906	28,9
0 bis unter 10	2.035	262	12,9	267	13,1
10 bis unter 20	2.691	168	6,2	517	19,2
20 bis unter 30	3.192	263	8,2	634	19,9
30 bis unter 40	3.372	407	12,1	721	21,4
40 bis unter 50	3.271	512	15,7	1.022	31,2
50 bis unter 60	2.248	464	20,6	950	42,3
60 bis unter 70	1.916	437	22,8	848	44,3
70 bis unter 80	1.116	268	24,0	653	58,5
80 bis unter 90	488	111	22,7	297	60,9
90 bis unter 100	79	21	26,6	52	65,8
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0

Tab. 8 Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht; KV Hessen

KV Hessen	Anzahl Versicherte	Versicherte mit Heilmittel-VO	%	Versicherte mit Hilfsmittel-VO	%
Alter in Jahren / Gesamt	118.859	15.336	12,9	32.659	27,5
0 bis unter 10	12.516	1.707	13,6	1.890	15,1
10 bis unter 20	15.756	1.118	7,1	3.368	21,4
20 bis unter 30	13.855	949	6,8	2.578	18,6
30 bis unter 40	21.129	2.358	11,2	4.333	20,5
40 bis unter 50	21.941	3.113	14,2	6.486	29,6
50 bis unter 60	14.408	2.722	18,9	5.809	40,3
60 bis unter 70	11.913	2.477	20,8	4.936	41,4
70 bis unter 80	5.565	1.151	20,7	2.690	48,3
80 bis unter 90	1.568	235	15,0	796	50,8
90 bis unter 100	206	15	7,3	134	65,0
100 und älter	2	1	50,0	1	50,0
Alter in Jahren / Männer	65.468	7.743	11,8	17.331	26,5
0 bis unter 10	6.273	1.051	16,8	1.006	16,0
10 bis unter 20	8.258	575	7,0	1.618	19,6
20 bis unter 30	7.188	388	5,4	1.190	16,6
30 bis unter 40	11.676	1.101	9,4	2.204	18,9
40 bis unter 50	12.452	1.445	11,6	3.419	27,5
50 bis unter 60	8.521	1.451	17,0	3.299	38,7
60 bis unter 70	7.177	1.310	18,3	2.894	40,3
70 bis unter 80	3.126	562	18,0	1.490	47,7
80 bis unter 90	733	99	13,5	350	47,7
90 bis unter 100	64	5	7,8	44	68,8
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0
Alter in Jahren / Frauen	53.391	7.594	14,2	15.328	28,7
0 bis unter 10	6.243	656	10,5	884	14,2
10 bis unter 20	7.498	543	7,2	1.750	23,3
20 bis unter 30	6.667	562	8,4	1.388	20,8
30 bis unter 40	9.453	1.257	13,3	2.129	22,5
40 bis unter 50	9.489	1.668	17,6	3.067	32,3
50 bis unter 60	5.887	1.271	21,6	2.510	42,6
60 bis unter 70	4.736	1.167	24,6	2.042	43,1
70 bis unter 80	2.439	589	24,1	1.200	49,2
80 bis unter 90	835	136	16,3	446	53,4
90 bis unter 100	142	10	7,0	90	63,4
100 und älter	2	1	50,0	1	50,0

Tab. 9 Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht; KV Koblenz

KV Koblenz	Anzahl Versicherte	Versicherte mit Heilmittel-VO	%	Versicherte mit Hilfsmittel-VO	%
Alter in Jahren / Gesamt	27.067	3.618	13,4	7.334	27,1
0 bis unter 10	2.969	343	11,6	547	18,4
10 bis unter 20	4.089	312	7,6	862	21,1
20 bis unter 30	2.693	245	9,1	515	19,1
30 bis unter 40	4.693	599	12,8	911	19,4
40 bis unter 50	5.287	835	15,8	1.526	28,9
50 bis unter 60	2.978	603	20,2	1.139	38,2
60 bis unter 70	2.537	481	19,0	1.027	40,5
70 bis unter 80	1.243	223	17,9	578	46,5
80 bis unter 90	466	52	11,2	252	54,1
90 bis unter 100	112	16	14,3	59	52,7
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0
Alter in Jahren / Männer	14.418	1.764	12,2	3.739	25,9
0 bis unter 10	1.534	206	13,4	285	18,6
10 bis unter 20	2.052	152	7,4	424	20,7
20 bis unter 30	1.376	108	7,8	235	17,1
30 bis unter 40	2.483	254	10,2	451	18,2
40 bis unter 50	3.001	419	14,0	833	27,8
50 bis unter 60	1.704	296	17,4	619	36,3
60 bis unter 70	1.453	258	17,8	563	38,7
70 bis unter 80	627	95	15,2	269	42,9
80 bis unter 90	158	17	10,8	85	53,8
90 bis unter 100	30	3	10,0	16	53,3
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0
Alter in Jahren / Frauen	12.649	1.854	14,7	3.595	28,4
0 bis unter 10	1.435	137	9,5	262	18,3
10 bis unter 20	2.037	160	7,9	438	21,5
20 bis unter 30	1.317	137	10,4	280	21,3
30 bis unter 40	2.210	345	15,6	460	20,8
40 bis unter 50	2.286	416	18,2	693	30,3
50 bis unter 60	1.274	307	24,1	520	40,8
60 bis unter 70	1.084	223	20,6	464	42,8
70 bis unter 80	616	128	20,8	309	50,2
80 bis unter 90	308	35	11,4	167	54,2
90 bis unter 100	82	13	15,9	43	52,4
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0

Tab. 10 Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht; KV Mecklenb.-Vorpomm.

KV Mecklenburg-Vorpommern	Anzahl Versicherte	Versicherte mit Heilmittel-VO	%	Versicherte mit Hilfsmittel-VO	%
Alter in Jahren / Gesamt	20.533	3.115	15,2	4.819	23,5
0 bis unter 10	1.824	234	12,8	296	16,2
10 bis unter 20	2.923	239	8,2	601	20,6
20 bis unter 30	3.342	315	9,4	571	17,1
30 bis unter 40	4.261	631	14,8	760	17,8
40 bis unter 50	4.657	892	19,2	1.224	26,3
50 bis unter 60	2.391	551	23,0	922	38,6
60 bis unter 70	1.010	268	26,5	407	40,3
70 bis unter 80	103	34	33,0	54	52,4
80 bis unter 90	20	3	15,0	10	50,0
90 bis unter 100	2	0	0,0	1	50,0
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0
Alter in Jahren / Männer	11.991	1.519	12,7	2.602	21,7
0 bis unter 10	953	139	14,6	161	16,9
10 bis unter 20	1.539	114	7,4	288	18,7
20 bis unter 30	1.876	142	7,6	257	13,7
30 bis unter 40	2.629	304	11,6	408	15,5
40 bis unter 50	2.807	423	15,1	679	24,2
50 bis unter 60	1.485	262	17,6	547	36,8
60 bis unter 70	643	146	22,7	250	38,9
70 bis unter 80	53	14	26,4	24	45,3
80 bis unter 90	5	1	20,0	2	40,0
90 bis unter 100	1	0	0,0	1	100,0
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0
Alter in Jahren / Frauen	8.542	1.597	18,7	2.217	26,0
0 bis unter 10	871	95	10,9	135	15,5
10 bis unter 20	1.384	125	9,0	313	22,6
20 bis unter 30	1.466	173	11,8	314	21,4
30 bis unter 40	1.632	327	20,0	352	21,6
40 bis unter 50	1.850	469	25,4	545	29,5
50 bis unter 60	906	289	31,9	375	41,4
60 bis unter 70	367	122	33,2	157	42,8
70 bis unter 80	50	20	40,0	30	60,0
80 bis unter 90	15	2	13,3	8	53,3
90 bis unter 100	1	0	0,0	0	0,0
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0

Tab. 11 Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht; KV Niedersachsen

KV Niedersachsen	Anzahl Versicherte	Versicherte mit Heilmittel-VO	%	Versicherte mit Hilfsmittel-VO	%
Alter in Jahren / Gesamt	135.112	19.583	14,5	34.398	25,5
0 bis unter 10	15.610	2.307	14,8	2.370	15,2
10 bis unter 20	19.823	1.451	7,3	4.181	21,1
20 bis unter 30	15.207	1.338	8,8	2.787	18,3
30 bis unter 40	24.731	3.401	13,8	4.674	18,9
40 bis unter 50	26.210	4.487	17,1	7.282	27,8
50 bis unter 60	16.082	3.384	21,0	5.847	36,4
60 bis unter 70	11.315	2.391	21,1	4.544	40,2
70 bis unter 80	4.763	1.150	24,1	2.302	48,3
80 bis unter 90	1.221	264	21,6	663	54,3
90 bis unter 100	150	25	16,7	98	65,3
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0
Alter in Jahren / Männer	74.050	9.750	13,2	18.130	24,5
0 bis unter 10	8.023	1.399	17,4	1.291	16,1
10 bis unter 20	10.091	698	6,9	2.021	20,0
20 bis unter 30	7.762	521	6,7	1.169	15,1
30 bis unter 40	13.557	1.539	11,4	2.352	17,3
40 bis unter 50	14.764	2.109	14,3	3.791	25,7
50 bis unter 60	9.733	1.804	18,5	3.437	35,3
60 bis unter 70	6.798	1.296	19,1	2.664	39,2
70 bis unter 80	2.698	571	21,2	1.264	46,8
80 bis unter 90	573	101	17,6	299	52,2
90 bis unter 100	51	10	19,6	33	64,7
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0
Alter in Jahren / Frauen	61.062	9.834	16,1	16.269	26,6
0 bis unter 10	7.587	909	12,0	1.079	14,2
10 bis unter 20	9.732	753	7,7	2.160	22,2
20 bis unter 30	7.445	817	11,0	1.618	21,7
30 bis unter 40	11.174	1.862	16,7	2.322	20,8
40 bis unter 50	11.446	2.378	20,8	3.491	30,5
50 bis unter 60	6.349	1.580	24,9	2.410	38,0
60 bis unter 70	4.517	1.095	24,2	1.880	41,6
70 bis unter 80	2.065	579	28,0	1.039	50,3
80 bis unter 90	648	163	25,2	364	56,2
90 bis unter 100	99	15	15,2	65	65,7
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0

Tab. 12 Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-
Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht; KV Nordbaden

KV Nordbaden	Anzahl Versicherte	Versicherte mit Heilmittel-VO	%	Versicherte mit Hilfsmittel-VO	%
Alter in Jahren / Gesamt	84.980	15.515	18,3	23.183	27,3
0 bis unter 10	8.772	1.338	15,3	1.175	13,4
10 bis unter 20	11.928	1.129	9,5	2.493	20,9
20 bis unter 30	8.985	912	10,2	1.661	18,5
30 bis unter 40	13.839	2.297	16,6	2.772	20,0
40 bis unter 50	15.258	3.048	20,0	4.334	28,4
50 bis unter 60	10.002	2.638	26,4	3.842	38,4
60 bis unter 70	9.878	2.820	28,5	3.985	40,3
70 bis unter 80	4.569	1.370	30,0	2.138	46,8
80 bis unter 90	1.496	411	27,5	865	57,8
90 bis unter 100	251	52	20,7	182	72,5
100 und älter	2	1	50,0	2	100,0
Alter in Jahren / Männer	46.260	7.663	16,6	12.113	26,2
0 bis unter 10	4.448	779	17,5	617	13,9
10 bis unter 20	6.130	536	8,7	1.206	19,7
20 bis unter 30	4.794	407	8,5	790	16,5
30 bis unter 40	7.522	1.061	14,1	1.418	18,9
40 bis unter 50	8.542	1.481	17,3	2.285	26,8
50 bis unter 60	5.818	1.378	23,7	2.139	36,8
60 bis unter 70	5.820	1.483	25,5	2.296	39,5
70 bis unter 80	2.484	635	25,6	1.100	44,3
80 bis unter 90	636	140	22,0	343	53,9
90 bis unter 100	65	15	23,1	48	73,8
100 und älter	1	1	100,0	1	100,0
Alter in Jahren / Frauen	38.720	7.855	20,3	11.071	28,6
0 bis unter 10	4.324	560	13,0	558	12,9
10 bis unter 20	5.798	595	10,3	1.288	22,2
20 bis unter 30	4.191	505	12,0	871	20,8
30 bis unter 40	6.317	1.236	19,6	1.354	21,4
40 bis unter 50	6.716	1.567	23,3	2.049	30,5
50 bis unter 60	4.184	1.260	30,1	1.703	40,7
60 bis unter 70	4.058	1.337	32,9	1.689	41,6
70 bis unter 80	2.085	735	35,3	1.038	49,8
80 bis unter 90	860	271	31,5	522	60,7
90 bis unter 100	186	37	19,9	134	72,0
100 und älter	1	0	0,0	1	100,0

Tab. 13 Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-
Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht; KV Nordrhein

KV Nordrhein	Anzahl Versicherte	Versicherte mit Heilmittel-VO	%	Versicherte mit Hilfsmittel-VO	%
Alter in Jahren / Gesamt	110.406	13.762	12,5	27.631	25,0
0 bis unter 10	11.855	1.748	14,7	1.462	12,3
10 bis unter 20	15.428	1.160	7,5	2.771	18,0
20 bis unter 30	12.718	863	6,8	2.118	16,7
30 bis unter 40	20.767	2.342	11,3	3.902	18,8
40 bis unter 50	21.373	2.954	13,8	6.063	28,4
50 bis unter 60	13.365	2.363	17,7	5.028	37,6
60 bis unter 70	10.530	1.981	18,8	4.331	41,1
70 bis unter 80	3.519	657	18,7	1.716	48,8
80 bis unter 90	778	142	18,3	440	56,6
90 bis unter 100	72	12	16,7	43	59,7
100 und älter	1	0	0,0	0	0,0
Alter in Jahren / Männer	60.616	6.761	11,2	14.641	24,2
0 bis unter 10	6.134	1.075	17,5	790	12,9
10 bis unter 20	7.806	564	7,2	1.343	17,2
20 bis unter 30	6.393	286	4,5	869	13,6
30 bis unter 40	11.417	1.052	9,2	1.949	17,1
40 bis unter 50	12.037	1.353	11,2	3.158	26,2
50 bis unter 60	8.020	1.200	15,0	2.922	36,4
60 bis unter 70	6.412	1.055	16,5	2.565	40,0
70 bis unter 80	2.033	335	16,5	978	48,1
80 bis unter 90	340	52	15,3	184	54,1
90 bis unter 100	23	4	17,4	11	47,8
100 und älter	1	0	0,0	0	0,0
Alter in Jahren / Frauen	49.790	7.001	14,1	12.991	26,1
0 bis unter 10	5.721	673	11,8	672	11,7
10 bis unter 20	7.622	596	7,8	1.428	18,7
20 bis unter 30	6.325	577	9,1	1.250	19,8
30 bis unter 40	9.350	1.290	13,8	1.953	20,9
40 bis unter 50	9.336	1.601	17,1	2.905	31,1
50 bis unter 60	5.345	1.163	21,8	2.106	39,4
60 bis unter 70	4.118	926	22,5	1.766	42,9
70 bis unter 80	1.486	322	21,7	738	49,7
80 bis unter 90	438	90	20,5	256	58,4
90 bis unter 100	49	8	16,3	32	65,3
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0

Tab. 14 Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht; KV Nordwürttemberg

KV Nordwürttemberg	Anzahl Versicherte	Versicherte mit Heilmittel-VO	%	Versicherte mit Hilfsmittel-VO	%
Alter in Jahren / Gesamt	63.574	10.363	16,3	16.827	26,5
0 bis unter 10	7.188	853	11,9	910	12,7
10 bis unter 20	8.934	705	7,9	1.898	21,2
20 bis unter 30	8.561	877	10,2	1.608	18,8
30 bis unter 40	10.657	1.576	14,8	2.084	19,6
40 bis unter 50	10.666	2.039	19,1	3.064	28,7
50 bis unter 60	7.099	1.715	24,2	2.732	38,5
60 bis unter 70	6.367	1.783	28,0	2.629	41,3
70 bis unter 80	3.027	885	29,2	1.492	49,3
80 bis unter 90	927	218	23,5	511	55,1
90 bis unter 100	147	30	20,4	106	72,1
100 und älter	1	0	0,0	0	0,0
Alter in Jahren / Männer	33.678	4.900	14,5	8.583	25,5
0 bis unter 10	3.627	489	13,5	486	13,4
10 bis unter 20	4.540	323	7,1	919	20,2
20 bis unter 30	4.309	346	8,0	701	16,3
30 bis unter 40	5.460	632	11,6	932	17,1
40 bis unter 50	5.550	866	15,6	1.468	26,5
50 bis unter 60	4.044	871	21,5	1.478	36,5
60 bis unter 70	3.835	955	24,9	1.541	40,2
70 bis unter 80	1.811	462	25,5	883	48,8
80 bis unter 90	456	89	19,5	248	54,4
90 bis unter 100	45	10	22,2	27	60,0
100 und älter	1	0	0,0	0	0,0
Alter in Jahren / Frauen	29.896	5.464	18,3	8.244	27,6
0 bis unter 10	3.561	364	10,2	424	11,9
10 bis unter 20	4.394	382	8,7	979	22,3
20 bis unter 30	4.252	531	12,5	907	21,3
30 bis unter 40	5.197	945	18,2	1.152	22,2
40 bis unter 50	5.116	1.173	22,9	1.596	31,2
50 bis unter 60	3.055	844	27,6	1.254	41,0
60 bis unter 70	2.532	828	32,7	1.088	43,0
70 bis unter 80	1.216	423	34,8	609	50,1
80 bis unter 90	471	129	27,4	263	55,8
90 bis unter 100	102	20	19,6	79	77,5
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0

Tab. 15 Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-
Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht; KV Pfalz

KV Pfalz	Anzahl Versicherte	Versicherte mit Heilmittel-VO	%	Versicherte mit Hilfsmittel-VO	%
Alter in Jahren / Gesamt	18.826	2.653	14,1	4.555	24,2
0 bis unter 10	2.275	309	13,6	341	15,0
10 bis unter 20	2.859	211	7,4	587	20,5
20 bis unter 30	2.186	188	8,6	405	18,5
30 bis unter 40	3.601	481	13,4	692	19,2
40 bis unter 50	3.966	695	17,5	1.099	27,7
50 bis unter 60	2.088	430	20,6	754	36,1
60 bis unter 70	1.287	295	22,9	476	37,0
70 bis unter 80	414	100	24,2	170	41,1
80 bis unter 90	139	26	18,7	70	50,4
90 bis unter 100	11	3	27,3	7	63,6
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0
Alter in Jahren / Männer	10.530	1.365	13,0	2.510	23,8
0 bis unter 10	1.205	181	15,0	203	16,8
10 bis unter 20	1.511	118	7,8	329	21,8
20 bis unter 30	1.111	79	7,1	169	15,2
30 bis unter 40	2.031	218	10,7	353	17,4
40 bis unter 50	2.320	363	15,6	621	26,8
50 bis unter 60	1.273	233	18,3	457	35,9
60 bis unter 70	796	157	19,7	296	37,2
70 bis unter 80	223	43	19,3	85	38,1
80 bis unter 90	58	6	10,3	22	37,9
90 bis unter 100	2	1	50,0	2	100,0
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0
Alter in Jahren / Frauen	8.296	1.288	15,5	2.045	24,7
0 bis unter 10	1.070	128	12,0	138	12,9
10 bis unter 20	1.348	93	6,9	258	19,1
20 bis unter 30	1.075	109	10,1	236	22,0
30 bis unter 40	1.570	263	16,8	339	21,6
40 bis unter 50	1.646	332	20,2	478	29,0
50 bis unter 60	815	197	24,2	297	36,4
60 bis unter 70	491	138	28,1	180	36,7
70 bis unter 80	191	57	29,8	85	44,5
80 bis unter 90	81	20	24,7	48	59,3
90 bis unter 100	9	2	22,2	5	55,6
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0

Tab. 16 Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-
Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht; KV Rheinhessen

KV Rheinhessen	Anzahl Versicherte	Versicherte mit Heilmittel-VO	%	Versicherte mit Hilfsmittel-VO	%
Alter in Jahren / Gesamt	9.802	1.264	12,9	2.468	25,2
0 bis unter 10	1.051	127	12,1	140	13,3
10 bis unter 20	1.478	99	6,7	302	20,4
20 bis unter 30	1.173	83	7,1	219	18,7
30 bis unter 40	1.769	209	11,8	322	18,2
40 bis unter 50	2.152	332	15,4	627	29,1
50 bis unter 60	1.225	226	18,4	459	37,5
60 bis unter 70	738	173	23,4	318	43,1
70 bis unter 80	186	43	23,1	89	47,8
80 bis unter 90	27	8	29,6	14	51,9
90 bis unter 100	3	0	0,0	2	66,7
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0
Alter in Jahren / Männer	5.285	637	12,1	1.268	24,0
0 bis unter 10	518	69	13,3	74	14,3
10 bis unter 20	736	49	6,7	144	19,6
20 bis unter 30	575	30	5,2	89	15,5
30 bis unter 40	930	92	9,9	152	16,3
40 bis unter 50	1.210	168	13,9	327	27,0
50 bis unter 60	749	130	17,4	263	35,1
60 bis unter 70	445	89	20,0	179	40,2
70 bis unter 80	114	21	18,4	50	43,9
80 bis unter 90	8	2	25,0	3	37,5
90 bis unter 100	0	0	0,0	0	0,0
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0
Alter in Jahren / Frauen	4.517	627	13,9	1.201	26,6
0 bis unter 10	533	58	10,9	66	12,4
10 bis unter 20	742	50	6,7	159	21,4
20 bis unter 30	598	53	8,9	130	21,7
30 bis unter 40	839	117	13,9	170	20,3
40 bis unter 50	942	164	17,4	300	31,8
50 bis unter 60	476	96	20,2	196	41,2
60 bis unter 70	293	84	28,7	139	47,4
70 bis unter 80	72	22	30,6	39	54,2
80 bis unter 90	19	6	31,6	11	57,9
90 bis unter 100	3	0	0,0	2	66,7
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0

Tab. 17 Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-
Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht; KV Saarland

KV Saarland	Anzahl Versicherte	Versicherte mit Heilmittel-VO	%	Versicherte mit Hilfsmittel-VO	%
Alter in Jahren / Gesamt	32.254	4.152	12,9	8.378	26,0
0 bis unter 10	3.563	454	12,7	601	16,9
10 bis unter 20	5.140	383	7,5	1.197	23,3
20 bis unter 30	3.587	263	7,3	700	19,5
30 bis unter 40	6.493	842	13,0	1.395	21,5
40 bis unter 50	7.402	1.186	16,0	2.152	29,1
50 bis unter 60	3.713	699	18,8	1.401	37,7
60 bis unter 70	1.966	360	18,3	812	41,3
70 bis unter 80	349	74	21,2	173	49,6
80 bis unter 90	39	6	15,4	22	56,4
90 bis unter 100	2	1	50,0	1	50,0
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0
Alter in Jahren / Männer	18.288	2.219	12,1	4.616	25,2
0 bis unter 10	1.876	274	14,6	328	17,5
10 bis unter 20	2.598	187	7,2	584	22,5
20 bis unter 30	1.967	124	6,3	345	17,5
30 bis unter 40	3.763	433	11,5	763	20,3
40 bis unter 50	4.396	613	13,9	1.193	27,1
50 bis unter 60	2.263	403	17,8	828	36,6
60 bis unter 70	1.187	203	17,1	499	42,0
70 bis unter 80	216	47	21,8	107	49,5
80 bis unter 90	22	2	9,1	13	59,1
90 bis unter 100	0	0	0,0	0	0,0
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0
Alter in Jahren / Frauen	13.966	1.933	13,8	3.762	26,9
0 bis unter 10	1.687	180	10,7	273	16,2
10 bis unter 20	2.542	196	7,7	613	24,1
20 bis unter 30	1.620	139	8,6	355	21,9
30 bis unter 40	2.730	409	15,0	632	23,2
40 bis unter 50	3.006	573	19,1	959	31,9
50 bis unter 60	1.450	296	20,4	573	39,5
60 bis unter 70	779	157	20,2	313	40,2
70 bis unter 80	133	27	20,3	66	49,6
80 bis unter 90	17	4	23,5	9	52,9
90 bis unter 100	2	1	50,0	1	50,0
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0

Tab. 18 Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-
Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht; KV Sachsen

KV Sachsen	Anzahl Versicherte	Versicherte mit Heilmittel-VO	%	Versicherte mit Hilfsmittel-VO	%
Alter in Jahren / Gesamt	56.546	13.182	23,3	14.821	26,2
0 bis unter 10	4.772	785	16,5	621	13,0
10 bis unter 20	7.620	1.098	14,4	1.756	23,0
20 bis unter 30	8.297	1.181	14,2	1.586	19,1
30 bis unter 40	10.238	2.254	22,0	1.959	19,1
40 bis unter 50	11.372	3.147	27,7	3.113	27,4
50 bis unter 60	8.546	2.888	33,8	3.361	39,3
60 bis unter 70	5.106	1.960	38,4	2.217	43,4
70 bis unter 80	513	196	38,2	280	54,6
80 bis unter 90	77	28	36,4	36	46,8
90 bis unter 100	5	1	20,0	2	40,0
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0
Alter in Jahren / Männer	31.957	6.241	19,5	7.938	24,8
0 bis unter 10	2.463	427	17,3	329	13,4
10 bis unter 20	3.863	485	12,6	825	21,4
20 bis unter 30	4.506	472	10,5	720	16,0
30 bis unter 40	5.891	984	16,7	1.004	17,0
40 bis unter 50	6.546	1.426	21,8	1.664	25,4
50 bis unter 60	5.054	1.392	27,5	1.875	37,1
60 bis unter 70	3.250	1.062	32,7	1.379	42,4
70 bis unter 80	356	124	34,8	189	53,1
80 bis unter 90	27	11	40,7	10	37,0
90 bis unter 100	1	0	0,0	0	0,0
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0
Alter in Jahren / Frauen	24.589	6.942	28,2	6.884	28,0
0 bis unter 10	2.309	359	15,5	293	12,7
10 bis unter 20	3.757	613	16,3	931	24,8
20 bis unter 30	3.791	709	18,7	866	22,8
30 bis unter 40	4.347	1.270	29,2	955	22,0
40 bis unter 50	4.826	1.721	35,7	1.449	30,0
50 bis unter 60	3.492	1.496	42,8	1.486	42,6
60 bis unter 70	1.856	898	48,4	838	45,2
70 bis unter 80	157	72	45,9	91	58,0
80 bis unter 90	50	17	34,0	26	52,0
90 bis unter 100	4	1	25,0	2	50,0
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0

Tab. 19 Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht; KV Sachsen-Anhalt

KV Sachsen-Anhalt	Anzahl Versicherte	Versicherte mit Heilmittel-VO	%	Versicherte mit Hilfsmittel-VO	%
Alter in Jahren / Gesamt	25.387	4.136	16,3	6.114	24,1
0 bis unter 10	2.216	256	11,6	300	13,5
10 bis unter 20	3.648	295	8,1	745	20,4
20 bis unter 30	3.702	382	10,3	648	17,5
30 bis unter 40	5.270	891	16,9	992	18,8
40 bis unter 50	5.414	1.088	20,1	1.459	26,9
50 bis unter 60	3.495	859	24,6	1.308	37,4
60 bis unter 70	1.434	405	28,2	606	42,3
70 bis unter 80	165	45	27,3	85	51,5
80 bis unter 90	37	9	24,3	23	62,2
90 bis unter 100	6	0	0,0	3	50,0
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0
Alter in Jahren / Männer	14.380	1.907	13,3	3.272	22,8
0 bis unter 10	1.148	132	11,5	164	14,3
10 bis unter 20	1.837	125	6,8	349	19,0
20 bis unter 30	1.950	162	8,3	291	14,9
30 bis unter 40	3.129	414	13,2	521	16,7
40 bis unter 50	3.239	496	15,3	822	25,4
50 bis unter 60	2.070	388	18,7	747	36,1
60 bis unter 70	908	210	23,1	360	39,6
70 bis unter 80	88	14	15,9	43	48,9
80 bis unter 90	10	3	30,0	7	70,0
90 bis unter 100	1	0	0,0	0	0,0
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0
Alter in Jahren / Frauen	11.007	2.229	20,3	2.842	25,8
0 bis unter 10	1.068	124	11,6	136	12,7
10 bis unter 20	1.811	170	9,4	396	21,9
20 bis unter 30	1.752	220	12,6	357	20,4
30 bis unter 40	2.141	477	22,3	471	22,0
40 bis unter 50	2.175	592	27,2	637	29,3
50 bis unter 60	1.425	471	33,1	561	39,4
60 bis unter 70	526	195	37,1	246	46,8
70 bis unter 80	77	31	40,3	42	54,5
80 bis unter 90	27	6	22,2	16	59,3
90 bis unter 100	5	0	0,0	3	60,0
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0

Tab. 20 Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht; KV Schleswig-Holstein

KV Schleswig-Holstein	Anzahl Versicherte	Versicherte mit Heilmittel-VO	%	Versicherte mit Hilfsmittel-VO	%
Alter in Jahren / Gesamt	78.268	12.282	15,7	20.777	26,5
0 bis unter 10	8.891	1.675	18,8	1.262	14,2
10 bis unter 20	11.116	1.064	9,6	2.360	21,2
20 bis unter 30	8.067	753	9,3	1.495	18,5
30 bis unter 40	14.230	2.051	14,4	2.816	19,8
40 bis unter 50	14.883	2.585	17,4	4.220	28,4
50 bis unter 60	9.598	2.083	21,7	3.600	37,5
60 bis unter 70	7.465	1.588	21,3	3.093	41,4
70 bis unter 80	2.916	660	22,6	1.462	50,1
80 bis unter 90	983	238	24,2	582	59,2
90 bis unter 100	118	13	11,0	73	61,9
100 und älter	1	0	0,0	1	100,0
Alter in Jahren / Männer	43.344	6.106	14,1	11.027	25,4
0 bis unter 10	4.602	1.048	22,8	674	14,6
10 bis unter 20	5.680	536	9,4	1.160	20,4
20 bis unter 30	4.159	283	6,8	620	14,9
30 bis unter 40	7.806	913	11,7	1.411	18,1
40 bis unter 50	8.476	1.203	14,2	2.213	26,1
50 bis unter 60	5.880	1.046	17,8	2.097	35,7
60 bis unter 70	4.536	836	18,4	1.822	40,2
70 bis unter 80	1.666	332	19,9	821	49,3
80 bis unter 90	496	123	24,8	284	57,3
90 bis unter 100	43	6	14,0	22	51,2
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0
Alter in Jahren / Frauen	34.924	6.176	17,7	9.751	27,9
0 bis unter 10	4.289	627	14,6	588	13,7
10 bis unter 20	5.436	528	9,7	1.200	22,1
20 bis unter 30	3.908	470	12,0	875	22,4
30 bis unter 40	6.424	1.138	17,7	1.405	21,9
40 bis unter 50	6.407	1.382	21,6	2.007	31,3
50 bis unter 60	3.718	1.037	27,9	1.504	40,5
60 bis unter 70	2.929	752	25,7	1.271	43,4
70 bis unter 80	1.250	328	26,2	641	51,3
80 bis unter 90	487	115	23,6	298	61,2
90 bis unter 100	75	7	9,3	51	68,0
100 und älter	1	0	0,0	1	100,0

Tab. 21 Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-
Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht; KV Südbaden

KV Südbaden	Anzahl Versicherte	Versicherte mit Heilmittel-VO	%	Versicherte mit Hilfsmittel-VO	%
Alter in Jahren / Gesamt	59.534	10.188	17,1	14.605	24,5
0 bis unter 10	7.063	1.009	14,3	796	11,3
10 bis unter 20	9.856	828	8,4	1.883	19,1
20 bis unter 30	7.052	752	10,7	1.406	19,9
30 bis unter 40	10.094	1.698	16,8	1.967	19,5
40 bis unter 50	11.886	2.429	20,4	3.272	27,5
50 bis unter 60	6.747	1.836	27,2	2.576	38,2
60 bis unter 70	4.700	1.364	29,0	1.838	39,1
70 bis unter 80	1.712	453	26,5	786	45,9
80 bis unter 90	377	122	32,4	211	56,0
90 bis unter 100	47	5	10,6	30	63,8
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0
Alter in Jahren / Männer	32.653	5.132	15,7	7.712	23,6
0 bis unter 10	3.608	612	17,0	443	12,3
10 bis unter 20	5.057	390	7,7	924	18,3
20 bis unter 30	3.791	350	9,2	672	17,7
30 bis unter 40	5.509	788	14,3	989	18,0
40 bis unter 50	6.604	1.142	17,3	1.660	25,1
50 bis unter 60	4.004	950	23,7	1.458	36,4
60 bis unter 70	2.838	736	25,9	1.076	37,9
70 bis unter 80	1.038	249	24,0	461	44,4
80 bis unter 90	187	59	31,6	105	56,1
90 bis unter 100	17	2	11,8	8	47,1
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0
Alter in Jahren / Frauen	26.881	5.056	18,8	6.893	25,6
0 bis unter 10	3.455	397	11,5	353	10,2
10 bis unter 20	4.799	438	9,1	959	20,0
20 bis unter 30	3.261	402	12,3	734	22,5
30 bis unter 40	4.585	910	19,8	978	21,3
40 bis unter 50	5.282	1.287	24,4	1.612	30,5
50 bis unter 60	2.743	886	32,3	1.118	40,8
60 bis unter 70	1.862	628	33,7	762	40,9
70 bis unter 80	674	204	30,3	325	48,2
80 bis unter 90	190	63	33,2	106	55,8
90 bis unter 100	30	3	10,0	22	73,3
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0

Tab. 22 Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-
Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht; KV Südwürttemberg

KV Südwürttemberg	Anzahl Versicherte	Versicherte mit Heilmittel-VO	%	Versicherte mit Hilfsmittel-VO	%
Alter in Jahren / Gesamt	13.332	2.059	15,4	2.991	22,4
0 bis unter 10	1.747	248	14,2	237	13,6
10 bis unter 20	2.241	212	9,5	384	17,1
20 bis unter 30	1.767	172	9,7	309	17,5
30 bis unter 40	2.479	385	15,5	492	19,8
40 bis unter 50	2.536	479	18,9	631	24,9
50 bis unter 60	1.303	313	24,0	464	35,6
60 bis unter 70	836	205	24,5	315	37,7
70 bis unter 80	312	90	28,8	143	45,8
80 bis unter 90	99	25	25,3	54	54,5
90 bis unter 100	12	0	0,0	8	66,7
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0
Alter in Jahren / Männer	7.023	908	12,9	1.497	21,3
0 bis unter 10	880	146	16,6	133	15,1
10 bis unter 20	1.161	95	8,2	175	15,1
20 bis unter 30	881	61	6,9	122	13,8
30 bis unter 40	1.280	145	11,3	241	18,8
40 bis unter 50	1.325	194	14,6	303	22,9
50 bis unter 60	768	153	19,9	257	33,5
60 bis unter 70	501	90	18,0	184	36,7
70 bis unter 80	187	47	25,1	88	47,1
80 bis unter 90	36	7	19,4	20	55,6
90 bis unter 100	4	0	0,0	2	50,0
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0
Alter in Jahren / Frauen	6.309	1.151	18,2	1.494	23,7
0 bis unter 10	867	102	11,8	104	12,0
10 bis unter 20	1.080	117	10,8	209	19,4
20 bis unter 30	886	111	12,5	187	21,1
30 bis unter 40	1.199	240	20,0	251	20,9
40 bis unter 50	1.211	285	23,5	328	27,1
50 bis unter 60	535	160	29,9	207	38,7
60 bis unter 70	335	115	34,3	131	39,1
70 bis unter 80	125	43	34,4	55	44,0
80 bis unter 90	63	18	28,6	34	54,0
90 bis unter 100	8	0	0,0	6	75,0
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0

Tab. 23 Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht; KV Thüringen

KV Thüringen	Anzahl Versicherte	Versicherte mit Heilmittel-VO	%	Versicherte mit Hilfsmittel-VO	%
Alter in Jahren / Gesamt	29.267	4.792	16,4	7.057	24,1
0 bis unter 10	2.491	291	11,7	329	13,2
10 bis unter 20	4.350	344	7,9	932	21,4
20 bis unter 30	4.243	384	9,1	761	17,9
30 bis unter 40	5.960	979	16,4	1.084	18,2
40 bis unter 50	6.416	1.349	21,0	1.723	26,9
50 bis unter 60	3.815	988	25,9	1.442	37,8
60 bis unter 70	1.819	506	27,8	747	41,1
70 bis unter 80	145	46	31,7	78	53,8
80 bis unter 90	26	3	11,5	9	34,6
90 bis unter 100	2	1	50,0	1	50,0
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0
Alter in Jahren / Männer	16.837	2.332	13,9	3.906	23,2
0 bis unter 10	1.231	166	13,5	178	14,5
10 bis unter 20	2.255	158	7,0	452	20,0
20 bis unter 30	2.339	163	7,0	362	15,5
30 bis unter 40	3.586	459	12,8	599	16,7
40 bis unter 50	3.790	653	17,2	946	25,0
50 bis unter 60	2.341	478	20,4	861	36,8
60 bis unter 70	1.192	280	23,5	484	40,6
70 bis unter 80	91	27	29,7	48	52,7
80 bis unter 90	12	0	0,0	4	33,3
90 bis unter 100	0	0	0,0	0	0,0
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0
Alter in Jahren / Frauen	12.430	2.460	19,8	3.151	25,3
0 bis unter 10	1.260	125	9,9	151	12,0
10 bis unter 20	2.095	186	8,9	480	22,9
20 bis unter 30	1.904	221	11,6	399	21,0
30 bis unter 40	2.374	520	21,9	485	20,4
40 bis unter 50	2.626	696	26,5	777	29,6
50 bis unter 60	1.474	510	34,6	581	39,4
60 bis unter 70	627	226	36,0	263	41,9
70 bis unter 80	54	19	35,2	30	55,6
80 bis unter 90	14	3	21,4	5	35,7
90 bis unter 100	2	1	50,0	1	50,0
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0

Tab. 24 Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-
Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht; KV Trier

KV Trier	Anzahl Versicherte	Versicherte mit Heilmittel-VO	%	Versicherte mit Hilfsmittel-VO	%
Alter in Jahren / Gesamt	11.049	1.598	14,5	2.447	22,1
0 bis unter 10	1.325	174	13,1	199	15,0
10 bis unter 20	1.855	171	9,2	364	19,6
20 bis unter 30	1.475	148	10,0	253	17,2
30 bis unter 40	2.210	315	14,3	369	16,7
40 bis unter 50	2.449	448	18,3	667	27,2
50 bis unter 60	1.046	255	24,4	374	35,8
60 bis unter 70	556	111	20,0	187	33,6
70 bis unter 80	111	17	15,3	45	40,5
80 bis unter 90	21	6	28,6	12	57,1
90 bis unter 100	1	0	0,0	1	100,0
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0
Alter in Jahren / Männer	6.418	847	13,2	1.339	20,9
0 bis unter 10	710	108	15,2	116	16,3
10 bis unter 20	979	84	8,6	170	17,4
20 bis unter 30	822	76	9,2	110	13,4
30 bis unter 40	1.358	161	11,9	198	14,6
40 bis unter 50	1.474	230	15,6	378	25,6
50 bis unter 60	653	145	22,2	242	37,1
60 bis unter 70	344	59	17,2	104	30,2
70 bis unter 80	66	11	16,7	27	40,9
80 bis unter 90	11	3	27,3	7	63,6
90 bis unter 100	1	0	0,0	1	100,0
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0
Alter in Jahren / Frauen	4.631	751	16,2	1.108	23,9
0 bis unter 10	615	66	10,7	83	13,5
10 bis unter 20	876	87	9,9	194	22,1
20 bis unter 30	653	72	11,0	143	21,9
30 bis unter 40	852	154	18,1	171	20,1
40 bis unter 50	975	218	22,4	289	29,6
50 bis unter 60	393	110	28,0	132	33,6
60 bis unter 70	212	52	24,5	83	39,2
70 bis unter 80	45	6	13,3	18	40,0
80 bis unter 90	10	3	30,0	5	50,0
90 bis unter 100	0	0	0,0	0	0,0
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0

Tab. 25 Anzahl Versicherte und Anzahl Versicherte mit Heil- bzw. Hilfsmittel-Verordnungen (VO) für 2003 nach Alter und Geschlecht; KV Westfalen-Lippe

KV Westfalen-Lippe	Anzahl Versicherte	Versicherte mit Heilmittel-VO	%	Versicherte mit Hilfsmittel-VO	%
Alter in Jahren / Gesamt	105.660	10.929	10,3	24.824	23,5
0 bis unter 10	13.899	1.762	12,7	2.096	15,1
10 bis unter 20	17.055	1.147	6,7	3.500	20,5
20 bis unter 30	12.901	789	6,1	2.302	17,8
30 bis unter 40	21.977	2.167	9,9	4.085	18,6
40 bis unter 50	21.741	2.574	11,8	5.909	27,2
50 bis unter 60	10.447	1.595	15,3	3.881	37,1
60 bis unter 70	5.890	958	16,3	2.408	40,9
70 bis unter 80	1.443	223	15,5	697	48,3
80 bis unter 90	265	38	14,3	143	54,0
90 bis unter 100	42	6	14,3	24	57,1
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0
Alter in Jahren / Männer	57.530	5.634	9,8	13.189	22,9
0 bis unter 10	7.146	1.096	15,3	1.156	16,2
10 bis unter 20	8.664	610	7,0	1.750	20,2
20 bis unter 30	6.482	308	4,8	978	15,1
30 bis unter 40	11.975	989	8,3	2.032	17,0
40 bis unter 50	12.415	1.258	10,1	3.185	25,7
50 bis unter 60	6.310	878	13,9	2.309	36,6
60 bis unter 70	3.576	535	15,0	1.441	40,3
70 bis unter 80	834	114	13,7	385	46,2
80 bis unter 90	112	14	12,5	65	58,0
90 bis unter 100	16	1	6,3	8	50,0
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0
Alter in Jahren / Frauen	48.130	5.295	11,0	11.635	24,2
0 bis unter 10	6.753	666	9,9	940	13,9
10 bis unter 20	8.391	537	6,4	1.750	20,9
20 bis unter 30	6.419	481	7,5	1.324	20,6
30 bis unter 40	10.002	1.178	11,8	2.053	20,5
40 bis unter 50	9.326	1.316	14,1	2.724	29,2
50 bis unter 60	4.137	717	17,3	1.572	38,0
60 bis unter 70	2.314	423	18,3	967	41,8
70 bis unter 80	609	109	17,9	312	51,2
80 bis unter 90	153	24	15,7	78	51,0
90 bis unter 100	26	5	19,2	16	61,5
100 und älter	0	0	0,0	0	0,0

Tab. 26 Prozentualer Anteil der Versicherten mit mindestens einer Leistung (Leistungs-Versicherte, LV) durch KrankengymnastInnen / PhysiotherapeutInnen in 2003

Bundesland	GEK-Versicherte gesamt ¹	Leistungs- Versicherte ²	in %
Baden-Württemberg	221.810	31.661	14,27
Bayern	211.539	26.721	12,63
Berlin	70.226	8.470	12,06
Brandenburg	67.515	9.326	13,81
Bremen	11.339	990	8,73
Hamburg	46.355	4.829	10,42
Hessen	118.772	12.019	10,12
Mecklenburg-Vorpommern	20.640	2.991	14,49
Niedersachsen	134.645	15.041	11,17
Nordrhein-Westfalen	216.104	19.352	8,95
Rheinland-Pfalz	66.869	7.123	10,65
Saarland	32.258	3.018	9,36
Sachsen	56.563	12.559	22,20 *
Sachsen-Anhalt	25.640	3.877	15,12
Schleswig-Holstein	77.825	9.331	11,99
Thüringen	29.301	4.389	14,98
	1.407.401	170.388	12,11

¹ Nach dem letzten Wohnort des / der Versicherten

² Nach dem Bundesland des Leistungserbringers, Mehrfachnennungen von Leistungs-Versicherten betragen <0,8%

* Davon 98,1 % aus Sachsen

Tab. 27 Abweichungen vom Bundesdurchschnitt bei Kosten für KrankengymnastInnen / PhysiotherapeutInnen pro Versicherter in Euro, GEK 2003

Bundesland	Versicherte gesamt	Kosten ¹	Kosten pro Versicherter	Abweichung v. Bundesdurch- schnitt in %
Baden-Württemberg	221.810	9.555.500,88	43,08	32,9
Bayern	211.539	7.258.701,15	34,31	5,8
Berlin	70.226	2.199.458,92	31,32	-3,4
Brandenburg *	67.515	1.764.785,10	26,14	-19,4
Bremen	11.339	293.241,55	25,86	-20,2
Hamburg	46.355	1.584.169,85	34,17	5,4
Hessen	118.772	3.090.076,97	26,02	-19,7
Mecklenburg-Vorpommern *	20.640	568.028,33	27,52	-15,1
Niedersachsen	134.645	4.059.437,90	30,15	-7,0
Nordrhein-Westfalen	216.104	5.257.883,36	24,33	-25,0
Rheinland-Pfalz	66.869	1.798.436,42	26,89	-17,0
Saarland	32.258	782.063,47	24,24	-25,2
Sachsen *	56.563	3.187.937,09	56,36	73,9
Sachsen-Anhalt *	25.640	726.445,89	28,33	-12,6
Schleswig-Holstein	77.825	2.752.458,03	35,37	9,1
Thüringen *	29.301	747.820,83	25,52	-21,3
	1.407.401	45.626.445,74	32,42	

¹ Nach dem Bundesland des Leistungserbringers. Für neue Bundesländer (*) hochgerechnet auf die Preise in den alten Bundesländern (Faktor = 1,163).

Tab. 28 Abweichungen vom Bundesdurchschnitt bei Kosten für KrankengymnastInnen / PhysiotherapeutInnen pro Leistungs-Versicherter (LV) in Euro, GEK 2003

Bundesland	Leistungs-Versicherte ²	Kosten ¹	Kosten pro LV	Abweichung v. Bundesdurchschnitt in %
Baden-Württemberg	31.661	9.555.500,88	301,81	12,7
Bayern	26.721	7.258.701,15	271,65	1,4
Berlin	8.470	2.199.458,92	259,68	-3,0
Brandenburg *	9.326	1.764.785,10	189,23	-29,3
Bremen	990	293.241,55	296,20	10,6
Hamburg	4.829	1.584.169,85	328,05	22,5
Hessen	12.019	3.090.076,97	257,10	-4,0
Mecklenburg-Vorpommern *	2.991	568.028,33	189,91	-29,1
Niedersachsen	15.041	4.059.437,90	269,89	0,8
Nordrhein-Westfalen	19.352	5.257.883,36	271,70	1,5
Rheinland-Pfalz	7.123	1.798.436,42	252,48	-5,7
Saarland	3.018	782.063,47	259,13	-3,2
Sachsen *	12.559	3.187.937,09	253,84	-5,2
Sachsen-Anhalt *	3.877	726.445,89	187,37	-30,0
Schleswig-Holstein	9.331	2.752.458,03	294,98	10,2
Thüringen *	4.389	747.820,83	170,39	-36,4
	170.388	45.626.445,74	267,78	

¹ Nach dem Bundesland des Leistungserbringers. Für neue Bundesländer (*) hochgerechnet auf die Preise in den alten Bundesländern (Faktor = 1,163).

² Nach dem Bundesland des Leistungserbringers, Mehrfachnennungen von Leistungs-Versicherten betragen <0,8%

Tab. 29 Anzahl der Leistungsversicherten pro Leistungserbringer bei KrankengymnastInnen / PhysiotherapeutInnen

Bundesland	Leistungs- Versicherte ¹	Leistungs- Erbringer	Quote
Baden-Württemberg	31.661	5831	5
Bayern	26.721	6013	4
Berlin	8.470	1611	5
Brandenburg	9.326	1152	8
Bremen	990	363	3
Hamburg	4.829	684	7
Hessen	12.019	2501	5
Mecklenburg-Vorpommern	2.991	759	4
Niedersachsen	15.041	4338	3
Nordrhein-Westfalen	19.352	6983	3
Rheinland-Pfalz	7.123	2237	3
Saarland	3.018	533	6
Sachsen	12.559	2433	5
Sachsen-Anhalt	3.877	1170	3
Schleswig-Holstein	9.331	1500	6
Thüringen	4.389	1118	4
	170.388	39.226	4

¹ Nach dem Bundesland des Leistungserbringers, Mehrfachnennungen von Leistungsversicherten betragen <0,8%

Tab. 30 Vergleich aller KrankengymnastInnen / PhysiotherapeutInnen (KG) mit denjenigen, die von den GEK-Versicherten in 2003 in Anspruch genommen wurden

Bundesland	alle KG	alle KG pro 1000 Vers.	Abweichung v. Bundesdurchschnitt (= 28)	in Anspruch genommene KG	in Anspruch genommene KG pro 1000 Vers.	Abweichung v. Bundesdurchschnitt (= 16)
Baden-Württemberg	5831	26	-2	3280	15	-1
Bayern	6013	28	0	3493	17	0
Berlin	1611	23	-5	995	14	-2
Brandenburg	1152	17	-11	789	12	-5
Bremen	363	32	4	200	18	1
Hamburg	684	15	-13	401	9	-8
Hessen	2501	21	-7	1470	12	-4
Mecklenburg-Vorpommern	759	37	9	459	22	6
Niedersachsen	4338	32	4	2335	17	1
Nordrhein-Westfalen	6983	32	4	3721	17	1
Rheinland-Pfalz	2237	33	5	1269	19	3
Saarland	533	17	-11	358	11	-5
Sachsen	2433	43	15	1680	30	13
Sachsen-Anhalt	1170	46	18	753	29	13
Schleswig-Holstein	1500	19	-9	885	11	-5
Thüringen	1118	38	10	746	25	9
	39226	28		22834	16	

Tab. 31 Auswertung einer 1‰ Stichprobe von Heilmittelverordnungen: Krankengymnastische Einzelbehandlung

	Diagnose/ Leitsymptomatik (Originaltext)	Facharztgruppe	Diagnose lt. Heilmittel-Katalog	Leitsymptomatik	Indikation zur Verordnung gegeben?
1	HWS-Syndrom (M54.2) mit Bewegungseinschränkungen und Schmerzen	7	1.1	vorhanden	ja
2	WS-Syndrom (Cervicodorsalgie+Lumbalgie 25, re) n. tel. Rücksprache Bursitis troch. rez. Blockierungen und schmerzhafte Bewegungsstörungen Knorpelschaden re. Kniegelenk Synovitis re. Kniegelenk Innenmeniskus hinter-homzetrümmerung re. Kniegelenk med. Arthrose II Grades re. Kniegelenk Z.n. arthroskopischer OP Bewegungseinschränkung, Muskeldysbalance	7	1.1	vorhanden	ja
3	Myogelose der Schulter-Nacken-Muskulatur \$M62.8 mit Muskelinsuffizienz, Muskeldysbalance	7	1.4	vorhanden	ja
4	HWS-Syndrom Peripherer Schwindel Schmerzen Bewegungseinschränkung, Zustand nach Epiphysolyse li. Ellenbogen	7	1.1	vorhanden	ja
5	HWS-Syndrom	7	1.3	fehlt	nein
6	HWS-Syndrom	7	1.1	fehlt	nein
7	Epicondylitis humeri radialis li. (M77.1L)	7	1.3	fehlt	nein
8	Radiusköpfchenfraktur li. (S52.1)	7	1.2	fehlt	nein
9	LWS-Syndrom, Skoliose	7	1.1	fehlt	nein
10	Extraartikuläre Weichteilverletzung	7	fehlt	fehlt	nein
11	Zerrung linke Schultermuskulatur	7	1.2	fehlt	nein
12	Distale Radiusfraktur R; gestörte Funktion	7	1.2	fehlt	nein
13	VIB-Ruptur re., AM-Läsion	7	nicht im Katalog	fehlt	nein
14	Impingement rechte Schulter mit Bewegungsschmerz	7	1.3	vorhanden	ja
15	Chron. rez/div. HWS-Syndrom b. multisegmentaler Spondylolysis def., bes. C5/6 und C6/7 jeweils mit ossärer Enge der Foramina	7	1.1	fehlt	nein

Tab. 31 Fortsetzung

	Diagnose/ Leitsymptomatik (Originaltext)	Facharzt- gruppe	Diagnose lt. Heilmittel- Katalog	Leitsymp- tomatik	Indikation zur Verordnung gegeben?
17	Koxarthrose B_M16.9 B	7	1.3	fehlt	nein
18	Z.n. distaler Radiusfraktur	8	1.2	fehlt	nein
19	unleserlich	8	fehlt	fehlt	nein
20	Z.n. Tendo DII ek OP beg. CRPS Bewegungseinschränkung+Schwellung	8	fehlt	vorhanden	nein
21	Spondylosteochondrosis HWS mit Bewegungseinschränkung + Schmerzsyndrom	9	1.1	vorhanden	ja
22	part. fibrolaterale Bandläsion li OSG. (S93.2) Bewegungsstörungen	9	1.2	vorhanden	ja
23	Z.n. Melanom Vulva OP Lymphödem be. Beine	10	3.2	vorhanden	ja
24	supraglottisches Larynxkarzinom links Z.n. Laryngektomie, Neck-dissection links (+) Halsgefäßscheidentraumierung rechts (-)	14	nicht im Katalog	fehlt	nein
25	Akute Lumboschialgie mit Blockierung, HWS-Syndrom	19	1.1	vorhanden	ja
26	Z.n. TEP Bewegungsstörungen	19	1.2	vorhanden	ja
27	chronische Polyarthritis mit schmerzhafter Muskelspannungsstörung Muskelbalance	19	1.3	vorhanden	ja
28	LWS-Syndrom mit segmentalen Schmerzen durch Gelenkfunktionsstörungen.	19	1.1	vorhanden	ja
29	Rheumatoide Arthritis Chronisch fortschreitende, schmerzhafte Einschränkung der Beweglichkeit, Deformierung und Destruktion peripherer Gelenke	19	1.3	vorhanden	ja
30	Degeneratives WS-Leiden, Fehllhaltung, schmerzhafte Einschränkungen der Beweglichkeit, schweres Cervikobrachialsyndrom.	19	1.1	vorhanden	ja
31	Chronische Polyarthritis M06.9 (M06.9) schmerzhafte Einschränkung Gelenkbeweglichkeit	19	1.3	vorhanden	ja
32	Zustand nach Hüft-TEP links bei medialer SH-Fraktur 6/03 mit, schmerzhaften Bewegungsstörungen	19	1.2	vorhanden	ja

Tab. 31 Fortsetzung

	Diagnose/Leitsymptomatik (Originaltext)	Facharztgruppe	Diagnose lt. Heilmittel-Katalog	Leitsymptomatik	Indikation zur Verordnung gegeben?
33	Zst. n. Apoplex mit beinbetonter Hemiparese rechts	19	2	vorhanden	ja
34	HWS/ Schultermyalgien mit Innervationsstörungen	19	1.1	vorhanden	ja
35	bei rheum. Arthritis.	19	1.3	fehlt	nein
36	Vorfußamputation li., Gelenkversteifung	19	1.2	fehlt	nein
37	unleserlich	19	fehlt	fehlt	nein
38	Vertebrogenes Schmerzsyndrom, Schmerzhaft funktionseinschränkung im Bereich der HWS u. LWS, sowie Hand- und Fingergelenke	20	1.1	vorhanden	ja
39	Zust n TEP	20	1.2	fehlt	nein
40	Z.n. Oberschenkelhalsfraktur, Verbesserung des Gehmusters, der Beweglichkeit und weitere Mobilisierung	20	1.2	fehlt	nein
41	Komp. Querschmittslähmung TH 9	22	2	fehlt	nein
42	Spitzfuß: Koordinationsstörung	23	1.2	vorhanden	ja
43	Multiple Sklerose mit erblicher Gehbehinderung und spastischer Tetraparese	38	2	vorhanden	ja
44	Schwerstes Parkinsonsyndrom mit Gang- und Gleichgewichtsstörungen. Sturzgefahr.	38	2	vorhanden	ja
45	HWS, segmentale Schmerzen	38	1.1	vorhanden	ja
46	Encephalitis disseminata, Störung der Grob und Feinmotorik	38	2	vorhanden	ja
47	HWS-Syndrom, Cervicocephales Syndrom	38	1.1	fehlt	nein
48	Frühkindliche Hirnschädigung	38	2	fehlt	nein
49	Bandscheibenprolaps HWK 6/7, Wurzelirritation	39	1.1	fehlt	nein
50	Zervikobrachiale (M53.1) Bandscheibenvorfall (M51.2) chronisch radikulär ausstrahlende Schmerzen ohne sensorische Ausfälle	41	1.1	vorhanden	ja

Tab. 31 Fortsetzung

	Diagnose/Leitsymptomatik (Originaltext)	Facharztgruppe	Diagnose lt. Heilmittel-Katalog	Leitsymptomatik	Indikation zur Verordnung gegeben?
51	Zn. OP Massenvorfall LWK 4/5 re mit (M51.1) Plegie der L5-Muskulatur am 18.8.02 Fußheberplegie re!	42	1.1	vorhanden	ja
52	thorakale Gefügestörung (M99.8); M. Scheuermann b. juvenile WK-Aufbaustörung m. leichtem Rundrücken teilfixiert (M42.0);	44	1.1	vorhanden	ja
53	Z. n. amb. Arthroskopie re. Schulter bei Tendinitis calcarea re. (M75.3); ACG-Arthrose re. mit Impingementsyndrom re. Schulter (M19.9); Blockierung C 5/6/7 mit Wurzelreizsymptomatik (M99.0); Cervicale Osteochondrose (M42.9);	44	1.2	vorhanden	ja
54	(R) Chondromalacia patellae (B) Varusdeformität, anderenorts nicht klassifiziert Senkre Spreizfüße mit Innenrotationsfehlstellung der Beinachse, Sonstige biomechanische Funktionsstörung chronischer Schmerz	44	1.3	vorhanden	ja
55	Lumbalgie chron. Schmerzen durch Fehl- o. Überbelastung re Schulter: Z. n. refixierung des Bizepssehnenankers und Bursektomie	44	1.1	vorhanden	ja
56	Bewegungsstörung	44	1.2	vorhanden	ja
57	Radiusköpchenfraktur li.; Bewegungs Einschränkung	44	1.2	vorhanden	ja
58	Beginnende mediale und retropatellare Gonarthrose li.; Z. n. OP Bewegungsstörungen	44	1.2	vorhanden	ja
59	Kreuzbandruptur li. Zust. n. OP : -Menskopathie li. (M23.3L), Bewegungsstörungen	44	1.2	vorhanden	ja
60	Cervicobrachialsyndrom bds. B. Spondylolysis def. Untere HWS Lumbago b. Spndylolysis hyperostotika Ausschl. Coxarthrose re. Schmerzhaftige Bewegungs Einschränkung	44	1.1	vorhanden	ja
61	L.-Isch. Li. bei BSV L4/5 li. Bewegungs Einschränkung der LWS	44	1.1	vorhanden	ja
62	Cervicalisyndrom, Chron. Schmerzen durch Muskelspannungsstörungen, spannungskopfschmerz, Muskelinsuff.	44	1.1	vorhanden	ja

Tab. 31 Fortsetzung

	Diagnose/ Leitsymptomatik (Originaltext)	Facharztgruppe	Diagnose lt. Heilmittel-Katalog	Leitsymptomatik	Indikation zur Verordnung gegeben?
63	Bandscheibenschaden der LWS (M51.9) + Lumboischialgie (M54.4) + Skoliose (M41.9) + Rundrücken als Haltungsschaden (M40.0) S: schmerzhafte Funktionseinschränkung	44	1.1	vorhanden	ja
64	Neuropathischer Beinschmerz breitbasige Diskusprotusion LWK 1/2 und LWK 3/4	44	1.1	vorhanden	ja
65	Cervical-Syndrom Schmerz Dysfunktion	44	1.1	vorhanden	ja
66	Ak. BWS Syndrom mit Gelenkfunktionsstörung, Muskelspannungsstörung; Protusio C5/6 m. Einengung d. Subarachnoidalräume NPP TH 10/11 re., Chron. rez. vasomotorische Cephalgie Bikonv. Thorakolumbale Rot. Skoliose (erwachsen) schmerzhafte Bewegungseinschränkung	44	1.1	vorhanden	ja
67	Dorsolumbale Blockierung BWS/LWS Muskelspannungsstörung	44	1.1	vorhanden	ja
68	Scheuermannresiduen	44	1.2	vorhanden	ja
69	Z.n. Arthroskopie li. Knie noch Schwellung und Reizung vorhanden	44	1.2	vorhanden	ja
70	Z.n. Innenbandruptur re. Kniegelenk, Bewegungsstörung	44	1.2	vorhanden	ja
71	BWS-Syndrom mit Blockierung mit funktioneller Teil versteifung	44	1.1	vorhanden	ja
72	Z.n. Tibiakopffraktur re. Muskelspannungsstörungen, Bewegungseinschränkung	44	1.2	vorhanden	ja
73	Dorsale Impressionsfraktur re. Radius (S52.7R), Bewegungsstörung	44	1.2	vorhanden	ja
74	C-Skoliose; Nichtfixierte strukturelle Haltungsschäden der Wirbelsäule Bewegungsstörung	44	1.1	vorhanden	ja

Tab. 31 Fortsetzung

	Diagnose/ Leitsymptomatik (Originaltext)	Facharzt- gruppe	Diagnose lt. Heilmittel- Katalog	Leitsymp- tomatik	Indikation zur Verordnung gegeben?
75	Chronisches LWS Syndrom, muskuläre Dysbalance	44	1.1	vorhanden	ja
76	Radiusfraktur (S52.8) schmerzhafte Bewegungseinschränkung postop	44	1.2	vorhanden	ja
77	Cervicalgie (M54.2) / Blockierung HWS li. (M99.0L) / Blockierung HWS re. (M99.0R) Funktionseinschränkung Schmerz	44	1.1	vorhanden	ja
78	chron. Lumbalsyndrom bei skolioischer WS-Verkrümmung mit Blockierungen (u.a. BWS mit Rippenblockaden), musk. Insuffizienz mit Fehlhaltung, Osteochondrose L5/S1 mit Spondylolisthese Grad I	44	1.1	vorhanden	ja
79	Chron. lokales HWS-Syndrom mit segment. Schmerzen durch Fehlbelastung discoligamentärer Strukturen	44	1.1	vorhanden	ja
80	deg. HWS-Syndrom mit cerv. Wurzelreiz Bewegungseinschränkung Schultersteife - chronisch -, chronische Bewegungseinschränkung durch Verkürzung	44	1.1	vorhanden	ja
81	von gelenkbewegenden oder stabilisierenden Muskeln, Sehnen oder Bändern, D: Impingement II - III b. ACG-Arthrose li. Schulter	44	1.3	vorhanden	ja
82	chron. rez. Lumbalsyndrom bei Osteochondrose schmerzhafte Bewegungseinschränkung	44	1.1	vorhanden	ja
83	Dg.: Coxarthrose Leitsymptom: Gelenkfunktionsstörungen Muskuläre Dysbalance	44	1.3	vorhanden	ja
84	Blockierung L4/5 (M99.8) + deg. Spondylolisthesis Grad 1 L4/5 (M43.1) + Bewegungseinschränkung	44	1.1	vorhanden	ja
85	teifixierte Brustwirbelsäulenhypertrophose, Bewegungsstörung	44	1.1	vorhanden	ja
86	Schulter-Arm-Syndrom; akute/subakute schmerzhafte Bewegungseinschränkung mit Schwellung	44	1.3	vorhanden	ja

Tab. 31 Fortsetzung

	Diagnose/ Leitsymptomatik (Originaltext)	Facharzt- gruppe	Diagnose lt. Heilmittel- Katalog	Leitsymp- tomatik	Indikation zur Verordnung gegeben?
87	Lumboschialgie re b. musk. Dysbalance, Streckfehlstellung, L5 Wurzelreiz	44	1.1	vorhanden	ja
88	Arthroskopie linkes Kniegelenk mit partieller Innenmeniskus hinterhornresektion Bewegungseinschränkung mit Schwellung	44	1.2	vorhanden	ja
89	Z.n. Rotatorenmanschettennaht linke Schulter Bewegungsstörung	44	1.3	vorhanden	ja
90	Bursitis subacromialis re. Schulter mit Slap- Läsion und musk. Dysbalance bei Teilruptur der Supraspinatussehne	44	1.3	vorhanden	ja
91	D Skoliose Erworbene Deformität des Brustkorbes und der Ri L: Schmerzreduktion Gelenkfunktionsstörung, Muskelspannungsstörung und segmentale	44	1.1	vorhanden	ja
92	Bewegungsstörung im Bereich des Nackens. Cervicocephalgien und Cervicobrachialgien bei deg. HWS-Veränderungen mit Blockierungstendenz. hartn. HWS/Schulterarmsyndrom, / Muskeldysbalance /	44	1.1	vorhanden	ja
93	Muskelspannungsstörungen / Schmerzen	44	1.1	vorhanden	ja
94	M54.4R rez. ISG-Blockierung, rechts LS: Blockierung, Bewegungseinschränkung Lokale und pseudoradikuläre Wirbelsäulenerkrankung - akut und subakut - LVS	44	1.1	vorhanden	ja
95	einschließlich luxabakraler Übergang - akute und subakute segmentale Schmerzen durch: Gelenkfunktionsstörung (einschl. Intervertebralgelenke und ISG)	44	1.1	vorhanden	ja
96	Chron. LWS/ISG-Syndrom., Gelenkfunktionsstörung Geringe - mäßige Protrusioncoxarthrose bds.	44	1.1	vorhanden	ja
97	Part. Bicepssehnenruptur li. Bewegungsschmerz und Bewegungseinschränkung	44	1.2	vorhanden	ja
98	Schnittverletzung n. Patella-Absprengung Arthritis psoritica, Arthritis bei Kollagenosen Bewegungseinschränkung subakut mit Gelenkschwellung und Schmerzen	44	1.3	vorhanden	ja

Tab. 31 Fortsetzung

	Diagnose/Leitsymptomatik (Originaltext)	Facharzt- gruppe	Diagnose lt. Heilmittel- Katalog	Leitsymp- tomatik	Indikation zur Verordnung gegeben?
99	Z.n. Radiusköpfchenfraktur re., Radiuskopfprothese re ausgeprägte Funktionseinschränkung re. Ellbogen	44	1.2	vorhanden	ja
100	Coxarthrose B mit beg Beugekontraktur re	44	1.3	vorhanden	ja
101	HWS-Spondylose C2-Blockade re. beg. Foraminasthese C5/6/7 re. Bandscheibenprotrusion C4/5/6 li. Lumbalsyndrom nm. S1 Reiz Osteochondrose L4/5/S1 LS Gelenkfunktionsstörungen HWS und LWS	44	1.1	vorhanden	ja
102	Rotatorenmanschettersyndrom bds. Schmerz	44	1.3	vorhanden	ja
103	Spinalkanalstenose schmerzhafte Bewegungseinschränkung	44	1.1	vorhanden	ja
104	schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit LWS mit Fehlbelastung diskalgamentärer Strukturen, deg Spinalstenose	44	1.1	vorhanden	ja
105	Fraktur des proximalen Endes der Tibia (S82.1) Bewegungseinschränkung, Muskelhypotrophie	44	1.2	vorhanden	ja
106	Unterschenkelfraktur. Op versorgt mit BEwegungsstörungen li.	44	1.2	vorhanden	ja
107	OSG-Arthrose li. Einsteifung li. OSG LS. seg. Schmerzen Reizung, Bewegungseinschränkung	44	1.3	vorhanden	ja
108	Wirbelsäulensyndrom mit Bewegungseinschränkung Blockierungen der IS-Gelenke	44	1.1	vorhanden	ja
109	Gonarthrose-medial li. (M17.9L)/Z. n. Kniegelenksendoprothese li. (Z96.9L) Cervicalgie (M54.Z)	44	1.2	fehlt/ fehlt	nein
110	chron. Bauchmuskelfähig. Bitte Auswertung und Ursache behandeln LS.s. Berichte.	44	fehlt	vorhanden	nein
111	NPP C6/7 li. mit absoluter Spinalstenose	44	1.1	fehlt	nein
112	motor. Entw. verzögerung Gleichgewichtsstörg. BG.Schwäche Knieckfuß Beckengerätstand	44	2	fehlt	nein

Tab. 31 Fortsetzung

	Diagnose/ Leitsymptomatik (Originaltext)	Facharzt- gruppe	Diagnose lt. Heilmittel- Katalog	Leitsymp- tomatik	Indikation zur Verordnung gegeben?
113	Z.n. Bandruptur II Sprunggelenk LS: Funktioneller Aufbau	44	1.2	fehlt	nein
114	Nucleusprolaps L4/5 li., Reizung ISG li., L.: Gelenkfunktionsstörungen	44	1.1	fehlt	nein
115	Z. n. transarthroskop. Gelenkboileite li.	44	fehlt	fehlt	nein
116	Fibromyalgie (M79.0) mit stark schmerzhafter Funktionsminderung	44	1.3	fehlt	nein
117	unleserlich, Dysbalance	44	fehlt	fehlt	nein
	Zervikodorsalgie \$M54.2/BWS-Syndrom \$M54.1/ leichte Hyperkyphose der BWS				
	\$M40.2/ Myalgie Nacken-Schultergürtel \$M79.1/ paravertebraler Muskelhartspann				
118	\$M62.8/ bekannte Osteochondrose \$M42.9/ und beginnende Spondylose und Retropondylose der HWS \$M47.8/ Streckfehlhaltung der Halswirbelsäule \$M40.2/ Osteochondrose der BWS \$M42.9/ kurzstreckige skoliothische Fehlstellungen der BWK \$M41.9	44	1.1	vorhanden	ja
119	unleserlich	44	fehlt	fehlt	nein
120	Hallux rigidus, Moje-Prothese SR GFS MSS	44	1.3	fehlt	nein
121	Cervicobrachialgie mit diskreter C6 Symptomatik rechts bei V.a. Wurzelkanalenge	44	1.1	vorhanden	ja
122	PHS li.; Schultergürtelfehlfaltung Hypermobilitäts-Syndrom	44	1.1	fehlt	nein
123	Z.n. arthroskopischer Knie-OP re. Bei Gelenkfunktionsstörung	44	1.2	fehlt	nein
124	Ak. Schulterkapselreiz rechts;	44	1.3	fehlt	nein
125	Thoraxdeformität, Trichterbrust	44	nicht im Katalog	fehlt	nein
126	segmentale Schmerzen durch Fehl- oder Überbelastung discoligamentärer Strukturen segmentale Bewegungseinschränkungen segmentale Schmerzen durch Muskelspannungsstörungen mit Störungen des Stoffwechsels und der Durchblutung Blockierung der Kopfelenke	44	fehlt	vorhanden	nein

Tab. 31 Fortsetzung

	Diagnose/ Leitsymptomatik (Originaltext)	Facharzt- gruppe	Diagnose lt. Heilmittel- Katalog	Leitsymp- tomatik	Indikation zur Verordnung gegeben?
127	mobilis Übergelischer D: Bursitis subacr. Sek. Schulterschleife cr	44	1.3	fehlt	nein
128	Knicksenfuß Fußfehlstellung	44	1.2	fehlt	nein
129	Fersenbeinfraktur (S92.0/L);	44	1.2	fehlt	nein
130	chron. HWS-BWS-LWS-Syndrom bei Skoliose strukturelle Haltungsschäden der Wirbelsäule	44	1.1	fehlt	nein
131	Rundrücken, S-Skoliose	44	1.1	fehlt	nein
132	Haltungsschwäche, R29.3, nicht fixierte strukturelle Wiederherstellung / Besserung der gestörten Muskelfunktion	45	1.1	vorhanden	ja
133	Skoliose, M49.1 Muskuläre Dysbalance	46	1.1	vorhanden	ja
134	WS-Tendomyopathie Lumboschleifige Skoliose Bandscheiben-Schaden C6/7	46	1.1	fehlt	nein
135	Bandscheiben-Schaden C5/6 Bandscheiben-Schaden L5/S1 Bandscheiben-Schaden L4/5 psoriasisarthropathie	74	1.2	vorhanden	ja
136	Z.n. Wunde li Hohlhand, Strecksehnenabriss 4 Finger li D: HWS-Syndrom LS: Sensibilitätsstörungen	74	1.1	vorhanden	ja
137	Re-Arthrodese OSG/LSG v. 17.7. Lymphstau, Mob. bis zur Schmerzgrenze, Muskelaufbau	74	1.2	vorhanden	ja
138	unleserlich	74	fehlt	fehlt	nein
139	Rotatorenmanschetten-Syndrom rechts, M75.1 R deutliche Bewegungseinschränkung, Muskelverkürzung,-dysbalance	80	1.3	vorhanden	ja
140	Fibromyalgie-Syndrom (GTM), Osteochondrose/ Spondylarthritis mit erheblicher Schmerzsymptomatik	80	1.3	vorhanden	ja
141	rez. Cervicocephalgie bei Muskelspannungsstörungen der HWS, Impingementsyndrom der re Schulter	80	1.1	vorhanden	ja

Tab. 31 Fortsetzung

	Diagnose/ Leitsymptomatik (Originaltext)	Facharzt- gruppe	Diagnose lt. Heilmittel- Katalog	Leitsymp- tomatik	Indikation zur Verordnung gegeben?
142	Myotendopathien (HWS) akut/subakut. akute u. subakute segmentale Bewegungseinschränkungen	80	1.1	vorhanden	ja
143	Zervikozephalisches Syndrom (M53.0), segmentale Bewegungsstörung	80	1.1	vorhanden	ja
144	Schulter-Arm-Syndrom (Rotatorenmanschette) schmerzhafte Bewegungseinschränkung	80	1.3	vorhanden	ja
145	Unfall-, Gelenk- und Wiederherstellungschirurgie: Bandrupturen / Luxationen / Bandplastiken - geringe bis mäßige Schädigung: Leitsymptomatik: Bewegungsstörung	80	1.2	vorhanden	ja
146	segmentale Schmerzen durch Muskel-Spannungsstrg., LWS-Bereich-Blockade	80	1.1	vorhanden	ja
147	Z.n. Rückenmarkstumorenfernung chron. Schmerzsyndrom, Pareseabd. Beine HWS/Schulterarmschmerzen, Schmerzhafte Myogelosen	80	2	vorhanden	ja
148	chronische radikuläre Wirbelsäulenerkrankung mit eingeschränkter Beweglichkeit	80	1.1	vorhanden	ja
149	Wirbelsäulen-Syndrom bei extremem Rundrücken	80	1.1	fehlt	nein
150	Hernieplegie, nicht näher bezeichnet L.	80	fehlt	vorhanden	nein
151	Z.n. Plica-zottenreaktion li	80	fehlt	fehlt	nein
152	Zust. n. Humeruskopffraktur re.	80	1.2	fehlt	nein
153	HWS-BWS-Syndrom (M54.2) zervikale Muskelversp. Bewegungseinschränkung BWS	81	1.1	vorhanden	ja
154	Coxarthrose rechts mit Bewegungseinschränkung	81	1.3	vorhanden	ja
155	Lumbosacralgie (M54.5) / Muskuläre Dysbalance (M62.9) / Tendomyopathie (M77.9)	81	1.1	vorhanden	ja
156	Rez BWS und HWS Blockaden mit Muskelharspann und schmerzhafter Bewegungseinschränkung.	81	1.1	vorhanden	ja
157	HWS-OS-Prolaps, Wurzelkompression Cervikalsyndrom	81	1.1	fehlt	nein

Tab. 31 Fortsetzung

	Diagnose/ Leitsymptomatik (Originaltext)	Facharzt- gruppe	Diagnose lt. Heilmittel- Katalog	Leitsymp- tomatik	Indikation zur Verordnung gegeben?
158	Z.n. schwerem SHT mit spastischen Paresen sensomotorisch und HOPS,	82	2	vorhanden	ja
159	HWS-Blockade, Segmentale Schmerzen, Fehlhaltung, Bewegungseinschränkung	82	1.1	vorhanden	ja
160	Zervikobrachialgie	82	1.1	fehlt	nein
161	Stuhlinkontinenz, Rektum-Carcinom, C20 ,Zd. n. Operation Rektum	82	3.3	fehlt	nein
162	M. Bechterew	82	1.3	fehlt	nein
163	hws-syndrom	82	1.1	fehlt	nein
164	lumbaler Prolaps, Bewegungseinschränkung	83	1.1	vorhanden	ja
165	Hyperlordose der LWS, M. Scheuermann, Lumbago schmerz.	83	1.1	vorhanden	ja
166	Gelenkfunktionsstörung	83	1.1	vorhanden	ja
167	Lumboischialgie rechts (M54.4R), Leitsymptomatik: Seg. Schmerzen durch Gelenkfunktionsstörungen	83	1.1	vorhanden	ja
168	BSV HWS, Cervicobrachialgie	83	1.1	fehlt	nein
169	HWS-Syndrom; unleserlich; Wirbelblockierung	83	1.1	fehlt	nein
170	LWS-Syndrom, Gonarthrose re., phobische Ängste segmentale Schmerzen durch Gelenkfunktionsstörung	84	1.1	vorhanden	ja
171	Z.n. NPP L5/S1 li persist Schwäche u Sensib stör li Fuß muskul Dysbalance	84	1.1	vorhanden	ja
172	LWS-Syndrom Bewegungseinschränkung, Schmerz	84	1.1	vorhanden	ja
173	Aktivierte Gonarthrose li. LS: Bewegungsstörung, Schmerz	84	1.3	vorhanden	ja
	Zervikobrachial-Syndrom (M63.1); Zervikozephalales Syndrom (M53.0); Lumboischialgie (M54.4); Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie (M51.1); Muskelspannungsstörungen, Schmerzhaftes Muskelansätze, Bewegungsschmerz	84	1.1	vorhanden	ja

Tab. 31 Fortsetzung

	Diagnose/ Leitsymptomatik (Originaltext)	Facharzt- gruppe	Diagnose lt. Heilmittel- Katalog	Leitsymp- tomatik	Indikation zur Verordnung gegeben?
174	Knie-TEP (I296.6RZ); Gonarthrose, deform. (M17.9Z);	84	1.2	fehlt	nein
175	Lumbal-Syndrom-chronisch / BWS-Blockierung / Bandscheibenprolaps-lumbal	84	1.1	fehlt	nein
176	chron rez. HWS-Syndrom - unleserlich - Migräne	84	1.1	fehlt	nein
177	LWS-Syndrom enger Spinalkanal, L4/5 Belastungsschmerz	85	1.1	vorhanden	ja
178	fortgeschrittene Gonarthrose re. >li. schmerzhafte Bewegungseinschränkung+ Muskelschwäche	86	1.3	vorhanden	ja
179	Chronische Lumbalgie bei Bandscheibenprotrusionen Chron.-persist. schmerzhafte Bewegungseinschränkung	86	1.1	vorhanden	ja
180	ISG Blockaden mit schmerzhafter Bewegungseinschränkung, M. Bechterew, Zust. n. Bandscheiben OP	86	1.1	vorhanden	ja
181	LWS-Syndrom mit... (unleserlich)	86	1.1	fehlt	nein
182	Plasmozytom, Z.n. KM-Transplantation, LWK-Fraktur, Z.n. OP, Muskelsuffizienz, Gelenkfunktionsstörung.	87	1.2	vorhanden	ja
183	HWS-Syndrom,	87	1.1	fehlt	nein
184	Schweres LWS-Syndrom mit Beteiligung der ISG	87	1.1	fehlt	nein
185	Muskelspannungsstörungen HWS paravert bds mit Störg des SW u der Durchblutung bei akutem HWS-Syndr.	88	1.1	vorhanden	ja
186	HWS-Syndrom Schmerzen durch Bewegungsstörung	88	1.1	vorhanden	ja
187	LWS-Syndrom bei Bandscheibenvorfall, Schmerzen, Bewegungseinschränkung	89	1.1	vorhanden	ja

Tab. 31 Fortsetzung

Diagnose/ Leitsymptomatik (Originaltext)	Facharzt- gruppe	Diagnose lt. Heilmittel- Katalog	Leitsymp- tomatik	Indikation zur Verordnung gegeben?
188 Gonarthrose rechts, M17.9 R Gelenkfunktionsstörung, Schmerzen und Bewegungseinschränkung re Knie	90	1.3	vorhanden	ja
189 nach Apoplex mit Resthemiparese links	90	2	vorhanden	ja
190 Cerviko-Uronial-Syndrom mit Muskelspannungsstörungen	91	1.1	vorhanden	ja
191 Chron. WS-Syndrom mit pseudoredukt. Problematik u. insuff. Der Rücken-, Bauchmuskulatur.	91	1.1	vorhanden	ja
192 HWS-Syndrom rechts mit Blockierung C6-Syndrom rechts	91	1.1	fehlt	nein
193 Schulterschiefstand re., Wirbelsäulenfehlhaltung	92	1.1	fehlt	nein
194 Nacken-Schulter-Arm-Syndrom Myogel. der Schultermusk. Schmerzen und Beweg. Einschränkung	93	1.3	vorhanden	ja
195 Impingement Syndrom li. bei Zust. n. Apoplex mit Hemiparese	94	2	vorhanden	ja
196 BWS mit kyphotischem Knick, Rippenblockierung, schmerzhafte Bewegungsstörung, Muskelspannungsstörung	94	1.1	vorhanden	ja
197 muskuläre Dysbalance Schulter- Nacken- Muskulatur mit schmerzhaften Belastungsstörungen	94	fehlt	vorhanden	nein
198 Lokale und pseudoradikuläre Wirbelsäulenerkrankung - chronisch - HWS einschließlich cervicocephaler und cervicothorakaler Übergang	95	1.1	vorhanden	ja
199 chronische segmentale Schmerzen durch: Gelenkfunktionsstörung (einschl. Kopf- und Invertebralgelenke)	96	fehlt	vorhanden	nein
200 bei Kniegelenkproblemen	Zahnarzt	fehlt	fehlt	nein

Tab. 32 Hilfsmittelpositionsnummern aus dem ABDA-Artikelstamm, die nicht im Hilfsmittelverzeichnis vorkommen

Hilfsmittel-positionsnr.	PZN	Bezeichnung	Hersteller
0509010007	3757318	ABE Clavicula Rucksackv L	Karl Beese GmbH & Co.
0509010007	3757270	ABE Clavicula Rucksackv M	Karl Beese GmbH & Co.
0509010007	3757264	ABE Clavicula Rucksackv S	Karl Beese GmbH & Co.
0509010007	3757330	ABE Clavicula Rucksackv XI	Karl Beese GmbH & Co.
0502011103	1283394	Achillotrain Natur Rechts4	Bauerfeind Orthopaedie
2799990000	7309172	Akku F Sprachverst Pa5+	Servox AG
2717010000	355068	Autokassette F Sprachv Pa5+	Servox AG
2926010000	788726	Conform 2 Kolo Maxi 24420	Hollister Incorporated
2926010000	788732	Conform 2 Kolo Maxi 24520	Hollister Incorporated
2926010000	788749	Conform 2 Kolo Maxi 24720	Hollister Incorporated
2926112022	3061723	Conform 2 Post Op Basispl	Hollister Incorporated
1999010000	4784145	Einmal Handsch Clinhand H	Aurelia Medical GmbH
2717010000	355022	Hoer Sprech Einh Spra Pa5+	Servox AG
0399033001	3876922	HPE Einmalspritze	Fresenius Kabi GmbH
2717010000	355080	Kopfbuegelmikrofon F Pa5+	Servox AG
1940053000	3381379	Krankenunterl Hedw K10 Ver	Brinkmann Med.Dr.Jungh
1940055000	3158322	Krankenunterl Hedw K16	Brinkmann Med.Dr.Jungh
1940055000	3381362	Krankenunterl Hedw K23	Brinkmann Med.Dr.Jungh
2717010000	7309166	Ladegeraet u Akku F Pa5+	Servox AG
1111010000	2819678	Luftkissen Pumpe	Careline Prod.Kraecker
1940053000	2269137	Molinea Plus L 40x60cm	Paul Hartmann AG
1940055000	2269255	Molinea Plus L 60x90cm	Paul Hartmann AG
3103033000	2101254	Pagavit Lemon Glyc Wattest	Paul Hartmann AG
0507021017	4857157	Rehband 7122 Ellenbog L	Medical & Sports Equip
1706030066	4841044	Schenkelstr AG 3 Kk I 2Zug	Param
2717030000	7309120	Servox Inton Set Sprechhil	Servox AG
2799990000	7309137	Servox Sprechhilfe Ersatza	Servox AG
0507010032	4399134	Sporlastic Hast Xk 07231 I	Sporlastic GmbH
2717010000	6303115	Sprachverst Pa 5+ 77000	A.Fahl Medizintechnik
2717010000	595654	Sprachverstaerker Pa 5 Pow	Servox AG
2717010000	7309143	Sprachverstaerker Pa 5+	Servox AG
2717010000	2002629	Sprachverstaerker Pa 5Po H	Servox AG
1899090026	209680	Spring Rollstuhlnetz Bw S	Spring Medical
5045020000	7705040	Strickleiter 5Holme F Bett	Aurelia Medical GmbH
1525154014	1220502	Suprathia Suprap Kath Ch12	Kathia Medizinsys.GmbH
1525154014	1220755	Suprathia Suprap Kath Ch14	Kathia Medizinsys.GmbH

Tab. 32 Fortsetzung

Hilfsmittel- positionsnr.	PZN	Bezeichnung	Hersteller
1525154014	1220927	Suprathia Suprap Kath Ch18	Kathia Medizinsys.GmbH
1525154014	1220910	Suprathia Suprap Kath Ch16	Kathia Medizinsys.GmbH
1525154014	1220956	Suprathia Suprap Kath Ch20	Kathia Medizinsys.GmbH
1224070000	501251	Thermovent Hepa Plus Filt	A.Fahl Medizintechnik
1224020000	4798118	Trachealkanuelen G 8 10500	A.Fahl Medizintechnik
1706031142	1285513	Varilind K2B Ad Osp Black2	Paracelsia Pharma GmbH
1706031142	1285619	Varilind K2B Ad Osp Black3	Paracelsia Pharma GmbH
1706031142	1285654	Varilind K2B Ad Osp Black4	Paracelsia Pharma GmbH
1706031142	1283253	Varilind K2B Ad Osp Natur2	Paracelsia Pharma GmbH
1706031142	1283796	Varilind K2B Ad Osp Natur3	Paracelsia Pharma GmbH
1706031142	1283804	Varilind K2B Ad Osp Natur4	Paracelsia Pharma GmbH
1706031142	1286062	Varilind K2B Ad Osp Royal2	Paracelsia Pharma GmbH
1706031142	1286079	Varilind K2B Ad Osp Royal3	Paracelsia Pharma GmbH
1706031142	1286085	Varilind K2B Ad Osp Royal4	Paracelsia Pharma GmbH
1706031142	1284011	Varilind K2B Ad Osp Silk 2	Paracelsia Pharma GmbH
1706031142	1284028	Varilind K2B Ad Osp Silk 3	Paracelsia Pharma GmbH
1706031142	1284092	Varilind K2B Ad Osp Silk 4	Paracelsia Pharma GmbH
1706031142	1284436	Varilind K2B Ad Osp Stone2	Paracelsia Pharma GmbH
1706031142	1284442	Varilind K2B Ad Osp Stone3	Paracelsia Pharma GmbH
1706031142	1284459	Varilind K2B Ad Osp Stone4	Paracelsia Pharma GmbH
1706031142	1285134	Varilind K2B Ad Osp Titan2	Paracelsia Pharma GmbH
1706031142	1285140	Varilind K2B Ad Osp Titan3	Paracelsia Pharma GmbH
1706031142	1285163	Varilind K2B Ad Osp Titan4	Paracelsia Pharma GmbH

Tab. 33 Prozentualer Anteil der Versicherten mit mindestens einer Leistung (Leistungs-Versicherte, LV) durch Orthopädieschuhmacher in 2003

Bundesland	GEK-Versicherte gesamt ¹	Leistungs- Versicherte ²	in %
Baden-Württemberg	221.810	8.953	4,04
Bayern	211.539	8.286	3,92
Berlin	70.226	1.786	2,54
Brandenburg	67.515	1.261	1,87
Bremen	11.339	363	3,20
Hamburg	46.355	708	1,53
Hessen	118.772	4.785	4,03
Mecklenburg-Vorpommern	20.640	373	1,81
Niedersachsen	134.645	4.105	3,05
Nordrhein-Westfalen	216.104	6.713	3,11
Rheinland-Pfalz	66.869	2.099	3,14
Saarland	32.258	1.085	3,36
Sachsen	56.563	1.756	3,10
Sachsen-Anhalt	25.640	352	1,37
Schleswig-Holstein	77.825	1.830	2,35
Thüringen	29.301	629	2,15
	1.407.401	44.862	3,19

¹ Nach dem letzten Wohnort des / der Versicherten

² Nach dem Bundesland des Leistungserbringers, Mehrfachnennungen von Leistungs-Versicherten betragen <0,5%

Tab. 34 Abweichungen vom Bundesdurchschnitt bei Kosten für Orthopädieschuhmacher pro Versicherter in Prozent, GEK 2003

Bundesland	Versicherte gesamt	Kosten	Kosten pro Versicherter	Abweichung v. Bundesdurch- schnitt in %
Baden-Württemberg	221.810	1.608.912,62	7,25	20,8
Bayern	211.539	1.722.739,68	8,14	35,7
Berlin	70.226	399.350,08	5,69	-5,3
Brandenburg	67.515	217.183,57	3,22	-46,4
Bremen	11.339	71.944,96	6,34	5,7
Hamburg	46.355	201.754,38	4,35	-27,5
Hessen	118.772	751.224,11	6,32	5,4
Mecklenburg-Vorpommern	20.640	74.017,38	3,59	-40,3
Niedersachsen	134.645	785.905,70	5,84	-2,8
Nordrhein-Westfalen	216.104	1.183.486,67	5,48	-8,8
Rheinland-Pfalz	66.869	340.237,85	5,09	-15,2
Saarland	32.258	221.653,79	6,87	14,5
Sachsen	56.563	395.005,74	6,98	16,3
Sachsen-Anhalt	25.640	69.719,16	2,72	-54,7
Schleswig-Holstein	77.825	281.920,42	3,62	-39,7
Thüringen	29.301	123.215,02	4,21	-29,9
	1.407.401	8.448.271,13	6,00	

Tab. 35 Abweichungen vom Bundesdurchschnitt bei Kosten für Orthopädienschuhmacher pro Leistungs-Versicherter (LV) in Prozent, GEK 2003

Bundesland	Leistungs-Versicherte ¹	Kosten	Kosten pro LV	Abweichung v. Bundesdurchschnitt in %
Baden-Württemberg	8.953	1.608.912,62	179,71	-4,6
Bayern	8.286	1.722.739,68	207,91	10,4
Berlin	1.786	399.350,08	223,60	18,7
Brandenburg	1.261	217.183,57	172,23	-8,5
Bremen	363	71.944,96	198,20	5,2
Hamburg	708	201.754,38	284,96	51,3
Hessen	4.785	751.224,11	157,00	-16,6
Mecklenburg-Vorpommern	373	74.017,38	198,44	5,4
Niedersachsen	4.105	785.905,70	191,45	1,7
Nordrhein-Westfalen	6.713	1.183.486,67	176,30	-6,4
Rheinland-Pfalz	2.099	340.237,85	162,10	-13,9
Saarland	1.085	221.653,79	204,29	8,5
Sachsen	1.756	395.005,74	224,95	19,5
Sachsen-Anhalt	352	69.719,16	198,07	5,2
Schleswig-Holstein	1.830	281.920,42	154,05	-18,2
Thüringen	629	123.215,02	195,89	4,0
	44.862	8.448.271,13	188,32	

¹ Nach dem Bundesland des Leistungserbringers, Mehrfachnennungen von Leistungs-Versicherten betragen <0,5%

Tab. 36 Anzahl der Leistungs-Versicherten pro Leistungserbringer bei
Orthopädieschuhmachern

Bundesland	Leistungs- Versicherte ¹	Leistungs- Erbringer	Quote
Baden-Württemberg	8.953	927	10
Bayern	8.286	1087	8
Berlin	1.786	104	17
Brandenburg	1.261	120	11
Bremen	363	55	7
Hamburg	708	75	9
Hessen	4.785	453	11
Mecklenburg-Vorpommern	373	82	5
Niedersachsen	4.105	760	5
Nordrhein-Westfalen	6.713	1497	4
Rheinland-Pfalz	2.099	328	6
Saarland	1.085	77	14
Sachsen	1.756	329	5
Sachsen-Anhalt	352	149	2
Schleswig-Holstein	1.830	231	8
Thüringen	629	137	5
	44.862	6.411	7

¹ Nach dem Bundesland des Leistungserbringers, Mehrfachnennungen von Leistungs-Versicherten betragen <0,5%

Tab. 37 Vergleich aller Orthopädieschuhmacher (OS) mit denjenigen, die von den GEK-Versicherten in 2003 in Anspruch genommen wurden

Bundesland	alle OS in Anspruch genommen	alle OS pro 1000 Vers.	Abweichung v. Bundesdurch- schnitt (= 5)	in Anspruch genommene OS	in Anspruch genommene OS pro 1000 Vers.	Abweichung v. Bundesdurch- schnitt (= 2)
Baden-Württemberg	927	4	-1	437	2	0
Bayern	1087	5	0	566	3	1
Berlin	104	1	-4	57	1	-1
Brandenburg	120	2	-3	67	1	-1
Bremen	55	5	0	18	2	0
Hamburg	75	2	-3	36	1	-1
Hessen	453	4	-1	206	2	0
Mecklenburg- Vorpommern	82	4	-1	39	2	0
Niedersachsen	760	6	1	314	2	0
Nordrhein-Westfalen	1497	7	2	620	3	1
Rheinland-Pfalz	328	5	0	130	2	0
Saarland	77	2	-3	47	1	-1
Sachsen	329	6	1	164	3	1
Sachsen-Anhalt	149	6	1	68	3	1
Schleswig-Holstein	231	3	-2	81	1	-1
Thüringen	137	5	0	73	2	0
	6411	5		2923	2	

Tab. 38 Anzahl der Versicherten mit Prothesen

Altersgruppe	Anzahl weibliche Leistungsversicherte	Anzahl männliche Leistungsversicherte
0 b.u.10 Jahre	23	22
10 b.u.20 Jahre	48	21
20 b.u.30 Jahre	63	21
30 b.u.40 Jahre	156	99
40 b.u.50 Jahre	487	158
50 b.u.60 Jahre	637	160
60 b.u.70 Jahre	852	234
70 b.u.80 Jahre	438	95
80 b.u.90 Jahre	116	33
90 b.u.100 Jahre	7	4
über 100 Jahre	0	0
alle Altersgruppen	2.827	847

Tab. 39 Ausgaben pro Leistungsversicherte(r) mit Prothesen

Altersgruppe	Kosten pro weibliche Leistungsversicherte	Kosten pro männlicher Leistungsversicherter
0 b.u.10 Jahre	768,67	1.579,68
10 b.u.20 Jahre	993,90	2.000,69
20 b.u.30 Jahre	841,52	1.839,51
30 b.u.40 Jahre	495,37	1.869,11
40 b.u.50 Jahre	392,25	2.328,03
50 b.u.60 Jahre	291,24	2.209,21
60 b.u.70 Jahre	327,91	1.537,55
70 b.u.80 Jahre	336,02	1.753,13
80 b.u.90 Jahre	306,31	1.478,58
90 b.u.100 Jahre	422,20	1.329,46
über 100 Jahre	0,00	0,00
alle Altersgruppen	5.175,39	17.924,94

Tab. 40 Ausgaben pro Versicherte für Hilfsmittel in Euro nach Alter und Geschlecht

Altersgruppe	Ausg. alle Vers.	Ausg. männl. Vers.	Ausg. weibl. Vers.
0 b.u.10 Jahre	30,16	33,49	26,66
10 b.u.20 Jahre	29,26	30,23	28,24
20 b.u.30 Jahre	23,61	22,24	25,10
30 b.u.40 Jahre	27,20	27,92	26,30
40 b.u.50 Jahre	41,11	40,57	41,82
50 b.u.60 Jahre	74,00	75,07	72,42
60 b.u.70 Jahre	104,84	108,06	99,81
70 b.u.80 Jahre	169,76	174,25	163,70
80 b.u.90 Jahre	258,34	262,30	254,93
90 b.u.100 Jahre	390,25	389,78	390,47
über 100 Jahre	533,46	187,04	764,40
alle Altersgruppen	1.681,99	1.350,97	1.893,84

Tab. 41 Ausgaben pro Leistungsversicherte (LV) für Hilfsmittel in Euro nach Alter und Geschlecht

Altersgruppe	Ausgaben alle LV	Ausgaben männl. LV	Ausgaben weibl. LV
0 b.u.10 Jahre	219,49	231,15	205,76
10 b.u.20 Jahre	142,00	154,65	130,04
20 b.u.30 Jahre	128,97	143,62	117,40
30 b.u.40 Jahre	140,77	158,64	122,31
40 b.u.50 Jahre	146,60	156,10	136,01
50 b.u.60 Jahre	194,11	205,34	179,04
60 b.u.70 Jahre	255,68	270,71	233,78
70 b.u.80 Jahre	352,18	373,54	325,39
80 b.u.90 Jahre	461,93	490,26	439,41
90 b.u.100 Jahre	592,45	620,33	580,28
über 100 Jahre	615,53	280,57	764,40
alle Altersgruppen	3.249,71	3.084,90	3.233,81

Tab. 42 Ausgaben pro Hilfsmittelverordnung in Euro nach Alter und Geschlecht

Altersgruppe	Ausgaben pro Hilfsmittelverordnung	Ausgaben pro Hilfsmittelverordnung für Männer	Ausgaben pro Hilfsmittelverordnung für Frauen
0 b.u.10 Jahre	144,11	149,67	137,38
10 b.u.20 Jahre	99,74	106,31	93,27
20 b.u.30 Jahre	93,91	103,23	86,37
30 b.u.40 Jahre	100,05	112,72	86,96
40 b.u.50 Jahre	101,67	110,15	92,56
50 b.u.60 Jahre	121,55	130,75	109,68
60 b.u.70 Jahre	142,23	152,51	127,71
70 b.u.80 Jahre	162,85	173,56	149,56
80 b.u.90 Jahre	164,91	176,25	156,01
90 b.u.100 Jahre	160,64	175,71	154,45
über 100 Jahre	137,96	112,23	143,33
Durchschnitt	129,97	136,64	121,57

Tab. 43 Beispiele für Abrechnungspositionennummern im Hilfsmittelbereich

Beleg AP-Nummer	Verordnungstext – wenn lesbar oder vorhanden
1 0803010003	1 Paar Torsana-Glasfasereinlagen mit Korrektur
2 9999999999	KSS-FüÙe Metatarsalgie
3 7777777777	?? – Produkt und Abrechnung unklar
4 2521510000	?? - für diese AP-Nummer wurden 70,04€ abgerechnet
5 2521601000	?? - für diese AP-Nummer wurde nichts abgerechnet
6 1706011900	1 Paar medizinische Kompressionsstrümpfe KKLII, schwarz geschlossen, Maßanfertigung: nein
7 9999990008	keine Angabe, wurde auch nicht abgerechnet
8 1706011999	med. Kompressionsstrümpfe KKLII 1Paar, Maßanfertigung, offen, hell
9 2521533000	Empfangsbestätigung für 1 Kontaktlinse
10 77777777	?? – Produkt und Abrechnung unklar
11 3000000003	Bewegungsschiene HUG-Arthromat für re. 1 St. Dauer 4 Wochen FI/Ex 60/00
12 9999063	?? - hier wurde nichts abgerechnet
13 0803010003	1 Paar Torsana-Glasfasereinlagen mit Korrektur für Erwachsene
14 8888888888	?? – Produkt und Abrechnung unklar
15 2521530000	Bestätigung des Erhalts einer Kontaktlinse
16 6666666666	?? – Produkt und Abrechnung unklar
17 2500000002	Rechnung über 1 Intraokularlinse CEEON 911 23.0 DPT.
18 9999028	unklar, worauf sich die Abrechnung bezieht - hier wurden 40,92€ abgerechnet
19 0135011000	1 Elektrische, vollautomatische Intervallpumpe (leihweise) mit Pumpset und Zubehör
22 0401002	hierzu war ein Stempel auf der VO: Behandlungsart: Einzel, Heilm.-Pos.: 0401002, E-Preis: 40,19€, Anzahl: 2 - es wurde allerdings nichts abgerechnet (0,00€)
23 9999999999	Krankengymnastik/ Physiotherapie 1 BE pro Woche vom 29.10.02 bis 30.04.03
24 0100000	VO häuslicher Pflege: Injektion: Präparat: Innohep 0,8; Verbände: Anlegen von Kompressionsverbänden 1x tgl./7x wtl.; sonstige Bemerkung: Spritzenphobie. Therapie nur vorübergehend. Schulung nicht nötig

10 Literaturverzeichnis

- Biermans, M. C. J., Decker, J. und van den Ende, C. H. M. (2004): Prescription of technical aids by general practitioners in the Netherlands. Health Policy, Bd. 67, S. 107-113.
- Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (2003): Pressemitteilung 09/2003: Neufassung der Heilmittel-Richtlinien beschlossen. www.arge-koa.de.
- Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (2004): Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung ("Hilfsmittel-Richtlinien"), zuletzt geändert am 1. Dezember 2003. www.arge-koa.de.
- Dietel, M., Dudenhausen, J., Suttrop, N. (2003). Harrisons Innere Medizin. Berlin, Leiben: ABW Wissenschaftsverlag GmbH.
- Effer, E., Engels, A., Freigang, K.W. & Kruse, F. (2003). Heilmittel und Hilfsmittel. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2004): Bekanntmachung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Neufassung der Richtlinien über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinien). Vom 1. Dezember 2003/16. März 2004. www.arge-koa.de.
- Glaeske, G. & Janhsen, K. (2004). GEK-Arzneimittel-Report 2004. St. Augustin: Asgard-Verlag.
- Glaeske, G., Kellermann-Wachtel, P., Matthesius, G. (1999) Probleme und Optimierungsstrategien in der Versorgung von Diabetes-Patienten. Argument-Verlag: Jahrbuch für kritische Medizin 31, 18 – 36.
- Heilmittel-Richtlinien <http://www.aerzteblatt.de/download/files/X0001353.pdf> (29.6.2004).
- Hilfsmittellieferungsvertrag (2004). http://www.vdak.de/apotheken/hlv_010402_mit_unterschriften.pdf (15.6.2004).
- Hilfsmittelverzeichnis (Stand 30.1.2004) <http://www.vdak.de/hilfsmittelverzeichnis.htm>. (15.6.2004).
- IFA, Informationsstelle für Arzneispezialitäten GmbH <http://www.ifaffm.de/index.html>. (15.6.2004).

- Kuhlmey, A., Winter, M. H.-J., Maaz, A., Nordheim, J. & Hofmann, W. (2003). Alte Frauen und Männer mit starker Inanspruchnahme des Gesundheitswesens: Eine patientenorientierte Analyse unter besonderer Berücksichtigung soziodemographischer und systembedingter Einflussfaktoren auf das Nutzerverhalten. Forschungsbericht für das Bundesministerium für Bildung und Forschung.
- Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) <http://www.mds-ev.org/index2.html> (22.6.2004).
- Metke, N. (2004). Heilmittel – Wellness für die Massen?. Dtsch. Arztebl. 101:A 1491-92.
- Morbach, S., Müller, E., Reike, H., Risse, A., Spraul, M. (2004). Diabetisches Fußsyndrom. Diab. Stoffw., 13, 73-76.
- Palitzsch, K.D., Nusser, J., Arndt, H., Enger, I., Zietz, B., Hügl, S., Cuk, A., Schäffler, A., Büttner, R., Frick, E., Rath, H., Schölmerich, J. für die Diabetomobil-Studiengruppe (1999). Die Prävalenz des Diabetes mellitus wird in Deutschland deutlich unterschätzt- eine bundesweite epidemiologische Studie auf der Basis einer HbA1C- Analyse. Diab. Stoffw., 8, 189-200.
- Rieser, S. (2004). Modellprojekt Sprachförderung: Die Kinder kommen schnell von null auf hundert. Dtsch. Arztebl. 101:A 1364.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001, Bd. III.
- Sailer, D., Schweiger, H. (1999). Der diabetische Fuß- ein Bildatlas. Wiesbaden, Deutscher Universitäts-Verlag.
- Schäfer C., Doneth I. (2003). Hilfsmittel und Medizinprodukte. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Schröder , H. & Waltersbacher, A. (2004). Analyse: Therapie für die Kleinen. G. u. G.7.14-15.
- Schröder , H., Waltersbacher, A. & Faehrmann, B. (2003). Heilmittel: Licht ins Dunkel gebracht. G. u. G.6.14-15.
- Thefeld, W. (1999). Prävalenz des Diabetes mellitus in der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands. Gesundheitswesen, 61 S85-S89.
- Trautner, C. (1996) Studien zur Epidemiologie von Amputationen. In: Berger, M. & Trautner, C. (Hrsg.) Die Forderungen von St. Vincent. Mainz: Kirchheim, 64 – 72.

- Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. (vdak). Vergütungslisten für Krankengymnastische / physiotherapeutische Leistungen, Massagen und medizinischen Bäder (west / ost).
http://www.vdak.de/heil_hilfsmittel/physio/verguetungsliste_physio_west.pdf (29.6.2004)./
http://www.vdak.de/heil_hilfsmittel/physio/verguetungsliste_physio_ost.pdf (29.6.2004).
- Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. (vdak). Vergütungslisten für Ergotherapie (west / ost) http://www.vdak.de/heil_hilfsmittel/ergo/ergo_west.pdf (29.6.2004)./
http://www.vdak.de/heil_hilfsmittel/ergo/ergo_ost.pdf (29.6.2004).
- Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. (vdak). Vergütungsliste für Logopädische/sprachtherapeutische Maßnahmen (bundeseinheitlich).
http://www.vdak.de/heil_hilfsmittel/preise_logo_010501.pdf (29.6.2004).
- Werbe- und Vertriebsgesellschaft Deutscher Apotheker mbH (WUV). <http://www.wuv-gmbh.de/742.htm> (25.6.2004).
- Zuck, R. (2003): Hilfsmittel und die rechtliche Bedeutung des Hilfsmittelverzeichnisses. MedR, Bd. 21, Heft 6, S. 335-338.

Die ProjektmitarbeiterInnen:

Dr. Elke Scharnetzky, MPH

*1957

Studium der Humanmedizin in Kiel und Göttingen, Promotion zum Dr. med. 1982, im gleichen Jahr medizinisches Staatsexamen und Approbation als Ärztin, ECFMG Certification. 1982 bis 1985 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universitäts-Kinderklinik Göttingen. 1986-89 Unterricht an der Kinderkrankenpflegeschule in Minden, 1996-97 Unterricht an der Berufsfachschule für Ergotherapie in Gyhum. 2001 bis 2004 Studium der Gesundheitswissenschaften an der Universität Bremen mit dem Schwerpunkt Epidemiologie, Masterarbeit über Verletzungen und Vergiftungen bei Kindern und Jugendlichen mit Hyperkinetischen Störungen / ADHS. Seit Januar 2004 Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) in der Abteilung Arzneimittelanwendungsforschung.

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, AG Arzneimittelanwendungsforschung der Universität Bremen.

Claus Michel

*1965

Studium der Volkswirtschaftslehre an den Universitäten Bonn und Kiel. 1995-1996 Assistent der Geschäftsführung im Krankenhaus Siegburg, zugleich Teilnahme am Management-Trainee-Programm des Berufsbildungswerks Deutscher Krankenhäuser (BBDK). 1997-6/2002 Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel (WHO Collaborating Centre for Health Care Systems Research and Development) mit den Schwerpunkten Krankenhauspolitik und -

management, Gesundheitspolitik und -ökonomie. Seit 7/2002 Referent beim Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Bonn.

Prof. Dr. Gerd Glaeske

*1945

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

Ab Dezember 1999 Professor für Arzneimittelversorgungsforschung am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen. Mitglied im Direktorium des Zentrums für Public Health der Universität Bremen.

Seit Juli 2003 Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (www.svr-gesundheit.de).

Stellvertr. Mitglied der Kommission für Standardzulassungen und für das Deutsche Arzneibuch beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM).

Mitglied in der BTM-Kommission und der Lenkungsgruppe "Off-Label" beim BfArM.

Mitglied der Drug-Utilization-Research-Group der WHO. Mitglied in diversen medizinischen und epidemiologischen Fachgesellschaften. 1. Vorsitzender der Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimittelepidemiologie (GAA).

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.

Dr. Christel Schickanz, 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 dem Frühjahr 2004 Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) in der Abteilung Arzneimittelanwendungsforschung.

Karin Hilbig

*1948

Ausbildung zur Apothekenassistentin (PtA) an der Fachschule für Pharmazie Leipzig. Anschließend Angestellte einer öffentlichen Apotheke in Berlin. Seit 1981 Mitarbeiterin im Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) in den Bereichen Arzneimittel- und Umweltepidemiologie.

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.

Wiebke Scharffetter

*1982

Ausbildung zur Pharmazeutisch-Technischen-Assistentin in Bremen. Seit Juni 2004 vertretende Mitarbeiterin der Gmünder ErsatzKasse im Bereich der Analyse von Rezeptdaten zur Transparenzsteigerung der Arzneimittelausgaben.

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

Bericht über die Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe ...*

Nr. 1: Werkzeugmechaniker (²1994)

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 I: 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 II: 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 III: Grobe, T. G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 1998. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. 1998.*
ISBN 3-537-44003 Euro 7,90
vergriffen

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 IV: Gesundheitsbericht 11 – Werkzeugmechaniker.
ISBN 3-537-44001 Euro 4,90
- Band V: Gesundheitsbericht 12 – Bürofachkräfte.
ISBN 3-537-44002 Euro 4,90
- Band VI: Gesundheitsbericht 13 – Zerspanungsmechaniker.
ISBN 3-537-44006-5 Euro 4,90
- Band VII: Gesundheitsbericht 14 – Industriemechaniker.
ISBN 3-537-44007-3 Euro 4,90
- Band VIII: Gesundheitsbericht 15 – Zahntechniker.
ISBN 3-537-44008-1 Euro 4,90
- Band IX: Gesundheitsbericht 16 – Augenoptiker.
ISBN 3-537-44009-X Euro 4,90
- Band X: Gesundheitsbericht 17 – Edelmetallschmiede.
ISBN 3-537-440010-3 Euro 4,90
- Band XI: Gesundheitsbericht 18 – Elektroberufe.
ISBN 3-537-440011-1 Euro 4,90
- Band XII: 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 XIII: Marstedt, G. et al.: Young is beautiful? Zukunftsperspektiven,
Belastungen und Gesundheit im Jugendalter. Ergebnisbericht zu einer
Studie über Belastungen und Probleme, Gesundheitsbeschwerden und
Wertorientierungen 14-25jähriger GEK-Versicherter. 2000.
ISBN 3-537-44013-8 Euro 9,90
- Band XIV: 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 XV: 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 Euro 9,90

- Band XVI: Grobe, T. G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 2000. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Erkrankungen des Rückens. 2000.
ISBN 3-537-44016-X Euro 7,90
- Band XVII: 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 XVIII: 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 XIX: 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 XX: 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 XXI: Braun, B., König, Chr., Georg, A.: Arbeit und Gesundheit der Berufsgruppe der Binnenschiffer.
ISBN 3-537-44021-9 Euro 9,90
- Band XXII: Grobe, T.G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 2002. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: "High Utilizer" – Potentiale für Disease Management.
ISBN 3-537-44022-7 Euro 9,90
- Band XXIII: Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2002. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2000 bis 2001.
ISBN 3-537-44023-5 Euro 9,90
- Band XXIV: Grobe, T.G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 2003. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Charakterisierung von Hochnutzern im Gesundheitssystem – präventive Potenziale? 2003
ISBN 3-537-44024-3 Euro 9,90

- Band XXV: 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 XXVI: 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 XXVII: 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 XXVIII: Jahn, I. (Hg.): wechselljahre multidisziplinär. was wollen Frauen – was brauchen Frauen. 2004
ISBN 3-537-44028-6 Euro 9,90
- Band XXIX: 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 XXX: Grobe, T.G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 2004: Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Gesundheitsstörungen durch Alkohol. 2004
ISBN 3-537-44030-8 Euro 9,90