

BARMER GEK Heil- und Hilfsmittel-Report 2010

Pressekonferenz der BARMER GEK

Berlin, 5. Oktober 2010

Teilnehmer:

Dr. Rolf-Ulrich Schlenker,

Stellv. Vorsitzender des Vorstandes BARMER GEK

Prof. Dr. Gerd Glaeske

Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen (ZeS)

Kristin Sauer

Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen (ZeS)

Dr. Kai Behrens

Stellv. Leiter Unternehmenskommunikation BARMER GEK (Moderation)

Berlin, 5. Oktober 2010

Krankengymnastik und Schmerzmittel schon für Kinder

Die Medizinisierung der Kindheit schreitet voran. Laut BARMER GEK Heil- und Hilfsmittel-Report 2010 erhielten rund 4,7 Prozent aller Kinder im Alter bis 13 Jahren Physiotherapie. Gleichzeitig sind unter den häufigsten Diagnosen im Verordnungszeitraum die Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems zu finden, wovon Rückenbeschwerden rund 47 Prozent ausmachen. Noch auffälliger: Rund 29 Prozent der Kinder mit entsprechender Diagnose erhalten Physiotherapie, 51 Prozent auch Schmerzmittel wie Ibuprofen, Diclofenac oder Paracetamol. BARMER GEK Vorstandsvize Dr. Rolf-Ulrich Schlenker: „Kinder mit unspezifischer Rückenschmerz-Diagnose und Krankengymnastik-Verordnung müssen stutzig machen. Hier drängt sich die Frage auf, inwieweit die Gründe auch im sozialen Umfeld und in erzieherischen Defiziten zu suchen sind.“

Auch die Hilfsmittelversorgung von Kindern zeigt Tendenzen zur Überversorgung: So lag 2007 der Anteil der in der ehemaligen GEK versicherten Kinder bis 13 Jahren mit mindestens einer Einlagenverordnung bei 4,9 Prozent. Dagegen ist die Anzahl der Kinder mit objektivem medizinischen Bedarf deutlich geringer: Nur 1,3 Prozent dieser Kinder wurde ein „Plattfuß“ diagnostiziert. Einlagen machen bei Kindern rund 40 Prozent aller verschriebenen Hilfsmittel und 24 Prozent an den Hilfsmittelgesamtausgaben aus.

Insgesamt stiegen die Ausgaben für Hilfsmittel in der BARMER GEK im Vergleich zum Vorjahr um 8,4 Prozent auf 670,7 Millionen Euro, für Heilmittel um 4,3 Prozent auf 618,4 Millionen Euro. Das entspricht einem Anteil von rund 3,12 bzw. 2,87 Prozent an den Gesamtausgaben. Zum Vergleich: Von den Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 2009 in Höhe von 175,6 Milliarden Euro entfielen 5,5 Milliarden bzw. 3,13 Prozent auf die Hilfsmittel (+5,8 Prozent) und 4,5 Milliarden Euro bzw. 2,56 Prozent auf die Heilmittel (+ 2,3 Prozent gegenüber 2008).

Im Heilmittelbereich dominiert die Physiotherapie. Allein auf sie entfielen 442,6 Millionen Euro (+4,64 Prozent je Versicherten). Mit 83,3 Millionen Euro und 59,2 Millionen Euro folgen Ergotherapie und Logopädie (+4,56 Prozent

Pressestelle

Lichtscheider Straße 89
42285 Wuppertal

Tel.: 0202 56 81 99 14 01
Fax: 0202 56 81 99 14 59
presse@barmer-gek.de
www.barmer-gek.de

Athanasios Drougias (Ltg.)
Tel.: 0202 56 81 99 14 21
athanasios.drougias@barmer-gek.de

Dr. Kai Behrens
Tel.: 030 20 61 87 99 18
kai.behrens@barmer-gek.de

bzw. +4,27 Prozent). Die Pro-Kopf-Ausgaben für Heilmittelbehandlungen liegen in der Physiotherapie bei 283 Euro (bei 1,57 Mio. betroffenen Versicherten), in der Ergotherapie bei 961 Euro (86.719 Versicherte), in der Logopädie bei 662 Euro (89.407 Versicherte).

Fast jeder sechste Versicherte der BARMER GEK war 2009 in physiotherapeutischer Behandlung. „Am Anfang des Lebens wird Physiotherapie häufig zu schnell eingesetzt, am Ende eines Lebens wird sie dagegen zu sparsam verwendet.“ Nachholbedarf sieht Studienleiter Prof. Dr. Gerd Glaeske vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen (ZeS) bei der physiotherapeutischen Versorgung von unheilbar kranken Tumorpatienten. Heilmittelversorgung vor dem Tod könne die belastende Situation dieser Menschen erleichtern und sei für die Palliativmedizin unerlässlich. Mit rund 18 Prozent Versorgungsanteil sei der Bereich noch unterentwickelt.

Angesichts kontinuierlicher Steigerungsraten, technologischer Neuerungen und berufsständischer Entwicklungen – allein im Bereich Physiotherapie wuchs die Zahl der Beschäftigten zwischen 2000 und 2008 um rund 75 Prozent – vermisst Glaeske noch hinreichende Transparenz. „Heil- und Hilfsmittel werden trotz steigender Bedeutung weiter von der Versorgungsforschung vernachlässigt. Wirksamkeit und Nutzen insbesondere der Hilfsmittelprodukte bleiben oft ungeprüft, personenbezogene und diagnosegestützte Analysen sind Mangelware.“ Angesichts fehlender Kodierungsstandards und -formate und einer unübersichtlichen Vertragslandschaft im produktgetriebenen Hilfsmittelbereich regt Glaeske unter anderem die Gründung einer Task Force „Hilfsmittel“ an.

Auch Schlenker sprach sich für eine Ausweitung der Kosten-Nutzen-Bewertung auf den Hilfsmittelsektor aus. Einer Ausweitung der Kostenerstattung, wie von der schwarz-gelben Koalition geplant, erteilte er indes eine Absage. Dabei verwies er auf Erfahrungen im Hilfsmittelmarkt: „Hier ist das Prinzip von Vorkasse und Kostenerstattung längst gang und gäbe. Mehr Transparenz ist damit allerdings nicht verbunden.“ Vielmehr komme es zu erheblichen Mehrkosten für den Patienten, ohne dass ein erhöhtes Kostenbewusstsein oder gar eine sinnvolle Leistungssteuerung die Folge wäre. Schlenker: „Auch hier zeigt sich wieder: Mehr ist nicht immer gleichbedeutend mit besser.“

Pressestelle

Lichtscheider Straße 89
42285 Wuppertal

Tel.: 0202 56 81 99 14 01
Fax: 0202 56 81 99 14 59
presse@barmer-gek.de
www.barmer-gek.de

Athanasios Drougias (Ltg.)
Tel.: 0202 56 81 99 14 21
athanasios.drougias@barmer-gek.de

Dr. Kai Behrens
Tel.: 030 20 61 87 99 18
kai.behrens@barmer-gek.de

Statement

BARMER GEK Heil- und Hilfsmittel-Report 2010:

**Dynamischer Markt - viele Heilmittel für Kinder - Nutzenbewertung
für Hilfsmittel erforderlich**

von Dr. Rolf-Ulrich Schlenker

Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der BARMER GEK

anlässlich der Pressekonferenz

am 5. Oktober 2010 in Berlin

Rückenschmerzen bei Kleinkindern

Anfang des Jahres haben wir den BARMER GEK Arztreport vorgestellt. Er machte die hohe Zahl der ambulanten Patientenkontakte zum versorgungspolitischen Dauerbrenner. Nun beleuchtet unser Heil- und Hilfsmittelreport unter anderem die Physiotherapie-Versorgung. In der Wechselbetrachtung beider Reporte und Zusammenschau zentraler Ergebnisse stößt man auf wichtige Zusammenhänge. Es scheint nicht weiter verwunderlich, dass die im Arztreport belegten hohen Kontaktraten bei Kinder- und Jugendärzten auch entsprechend viele Heilmittelverordnungen bei Kindern und Jugendlichen auslösen. Insgesamt verzeichnen wir für das Jahr 2009 wieder einen beachtlichen Ausgabenanstieg im Heilmittelbereich um rund 4,6 Prozent.

Interessanter scheint mir aber ein anderer Zusammenhang: Auch aus dem Arztreport wissen wir, dass „Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“ die häufigste Diagnosegruppe, „Rückenschmerzen“ die insgesamt am weitesten verbreitete dreistellige Einzeldiagnose darstellt. Demnach wurde 2008 bei rund 26 Prozent der Bevölkerung, das heißt bei 21,4 Millionen Menschen die so genannte Diagnose M54 gestellt. Schaut man die Diagnosehäufigkeit nach Alter durch, so ist im Jugendalter ein steiler Anstieg zu erkennen. Die vertiefende Analyse zu den ambulanten Verordnungscharakteristika von Physiotherapie bei Kindern schärft nun den Blick für die Versorgungsauffälligkeiten: Unter den häufigsten Diagnosen im Verordnungszeitraum finden sich vor allem Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, wovon Rückenbeschwerden rund 47 Prozent ausmachen. Während aber der Anstieg bei Schulkindern und Teenagern noch mit Bewegungsmangel und Ernährungsgewohnheiten erklärbar ist, sind die unspezifischen Rückenschmerzdiagnosen und Krankengymnastik-Verordnungen bei Kindergartenkindern höchst fragwürdig. Genauso irritierend ist das Ausmaß der Einlagenverordnungen für Kinder im Vergleich zu den therapiebedürftigen Fußdeformationen. Die regionalen Unterschiede sind ebenfalls enorm: Mecklenburg-Vorpommern hat einen doppelt so hohen Verordnungsanteil wie Baden-Württemberg.

Der therapeutische Blick auf die Kindheit

Wir wissen, dass hohe Diagnosehäufigkeiten und Verordnungsraten nicht immer nur körperliche Ursachen haben. Experten weisen seit Jahren darauf hin, dass die Diagnose „Rückenschmerzen“ immer auch Reflex auf das psychosoziale Umfeld und einen veränderten Lebensstil ist. Unser fragender Blick geht allerdings noch in eine andere Richtung: Hängt der Befund ebenso mit der regional stark differierenden Ansiedlung von

Therapeuten zusammen? Das Verhältnis von Physiotherapieausgaben pro Versichertem und Physiotherapeutendichte in Sachsen legt diese Vermutung nahe. Oder sind es doch vor allem die Kinder- und Jugendärzte, Hausärzte und Orthopäden, die die Therapeutendichte und Elternnachfrage berücksichtigen? Für diese These sprechen wiederum die Beispiele Schleswig-Holstein und Baden-Württemberg, die mit nicht einmal halb so viel Physiotherapeuten auf ein ähnliches Pro-Kopf-Ausgabenniveau wie in Sachsen kommen.

Wird unsere Gesellschaft also vom therapeutischen Blick überformt? So weit muss man nicht gehen. Allerdings ist die Frage berechtigt, ob nicht auch erzieherische Unsicherheiten und Versäumnisse in den medizinischen Bereich verschoben werden. Fest steht: Unsere Kinder bewegen sich immer weniger. Bewegungsförderung ist aber eine Aufgabe, bei der vor allem Eltern und Erzieher zuerst gefragt sind.

Kosten-Nutzen-Bewertung einführen, Kostenerstattung eindämmen

Auch bei Hörgeräten, Gehhilfen oder Einlagen wird der Ruf nach mehr Qualität und Effizienz lauter. Das eingeleitete Präqualifizierungsverfahren ist sicherlich sinnvoll. Insgesamt muss man allerdings feststellen, dass der Hilfsmittelsektor in punkto Transparenz weiter hinterherhinkt. Wie ursprünglich für neuartige Arzneimittel im Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) angedacht, brauchen wir für gängige Produkte und neue Entwicklungen im Hilfsmittelbereich ebenfalls eine Kosten- und Nutzenbewertung durch unabhängige Fachleute. Auch hierfür bietet sich die Expertise eines personell gestärkten Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) an.

Ein Satz zum widersinnigen Änderungsantrag der Koalition zum AMNOG. Noch im Frühjahr hat sich die schwarz-gelbe Koalition damit gebrüstet, das Preisdiktat der Pharmalobby zu brechen. Jetzt kassiert sie das eigene Gesetzesvorhaben wieder, indem die Standards für eine Nutzenbewertung abgesenkt und unabhängige Entscheidungsgremien weiter geschwächt werden. Die neue Vorgabe, dass der G-BA die Unzweckmäßigkeit eines Arzneimittels beweisen möge, ist nicht nur unrealistisch, sie entwertet das gesamte AMNOG und lässt die frühe Nutzenbewertung zur Farce werden. Der Nutzen wäre faktisch bereits mit der Zulassung gegeben, die Beweislastumkehr käme dem Umfallen vor den Interessen der Pharmalobby gleich. Die Definition von Bewertungskriterien muss durch unabhängige wissenschaftliche Institutionen erfolgen, das Ministerium sollte sich heraushalten.

Mag die Nutzenbewertung für Hilfsmittel noch Zukunftsmusik sein, ein anderes, gerade viel diskutiertes Thema ist dort längst an der Tagesordnung. Im unübersichtlichen Hilfsmittelbereich ist das Prinzip von Vorkasse und Kostenerstattung gang und gäbe. Wer für die zügige Einführung weiterer Elemente der Kostenerstattung plädiert und das vor allem mit dem Transparenzversprechen motiviert, der möge doch genau auf diesen Bereich schauen: Der Hilfsmittelbereich ist zwar größtenteils über Vertragspreise geregelt, es werden jedoch zunehmend Mehrkosten privat abgerechnet. Gleichzeitig gibt es einen sehr unübersichtlichen Hersteller- und Abgabemarkt. An diesem Segment lässt sich hervorragend ablesen, dass Vorkasse und Kostenerstattung keineswegs mehr Transparenz bedeuten. Vielmehr kommt es bei privat abgerechneten (Extra-) Leistungen zu erheblichen Mehrkosten für den Patienten, ohne dass ein erhöhtes Kostenbewusstsein oder gar eine sinnvolle Leistungssteuerung die Folge wäre. Und ob teure bzw. privat abgerechnete Hilfsmittel einen Qualitätstrend befördern, ist ebenso zu bezweifeln. Wie bei den IGeL-Leistungen ist nur eines sicher: Mehr ist nicht gleichbedeutend mit besser.

Berlin, den 05.10.2010

BARMER GEK Heil- und Hilfsmittel-Report 2010

Prof. Dr. Gerd Glaeske
MPH Kristin Sauer
Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS)

- Kein Interessenskonflikt im Sinne der Uniform Requirements for Manuscripts submitted to Biomedical Journals der ICMJE –



Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 4

Kristin Sauer
Claudia Kemper
Kathrin Kaboth
Gerd Glaeske

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

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

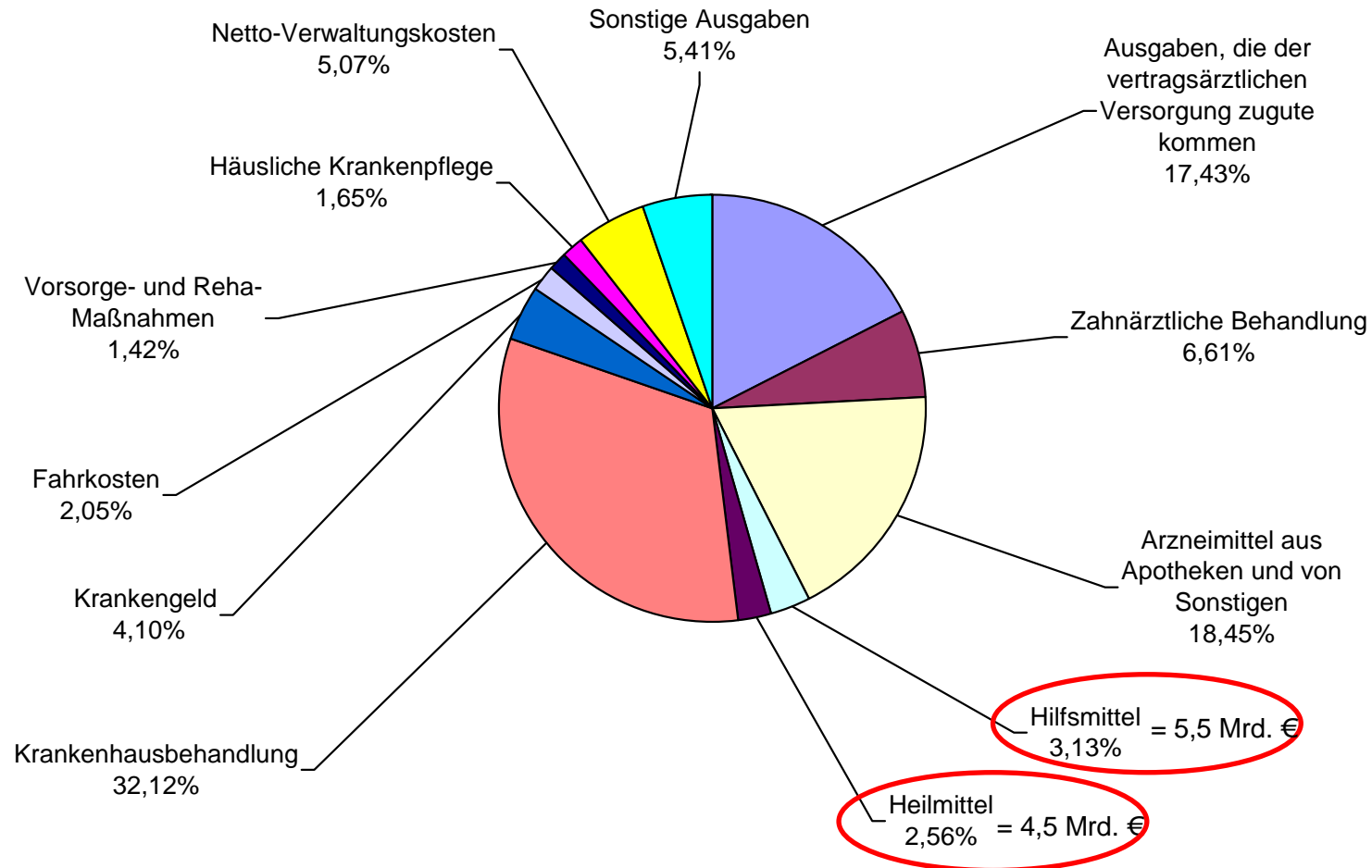
BARMER GEK Heil- und Hilfsmittel- Report 2010

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

Oktober 2010

1

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



2

Kennzahlen der Jahre 2008 und 2009 für die BARMER GEK- Versicherten

	2008	2009	Änderung in %
Anzahl Versicherte (Statusfälle)*:			
Gesamt	8.884.614	8.884.927	+0,004
Männer	3.652.024	3.665.007	+0,36
Frauen	5.232.590	5.219.920	-0,24
Anzahl versicherte Personen:			
Gesamt	8.772.298	8.775.100	+0,03
Männer	3.602.536	3.616.774	+0,40
Frauen	5.169.762	5.158.326	-0,22
Durchschnittsalter:			
Gesamt	42,0	42,4	
Männer	40,4	40,8	
Frauen	42,7	43,2	

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

3 Fortsetzung: Kennzahlen der Jahre 2008 und 2009 für die BARMER GEK-Versicherten

	2008	2009	Änderung in %
Versicherte mit Heilmittelleistungen (RL)**:			
Männer	554.019	569.977	+2,88
Frauen	1.192.814	1.208.374	+1,30
Versicherte mit Hilfsmittelleistungen (HMV)***:			
Männer	609.645	622.783	+2,16
Frauen	1.162.770	1.179.874	+1,47
Versicherte mit Leistungen nach SGB XI §40:			
Männer	19.320	21.800	+12,84
Frauen	31.612	34.960	+10,59

** Heilmittel entsprechend der Heilmittel-Richtlinien

*** Hilfsmittel aus dem Hilfsmittelverzeichnis

Fortsetzung: Kennzahlen der Jahre 2008 und 2009 für die BARMER GEK-Versicherten

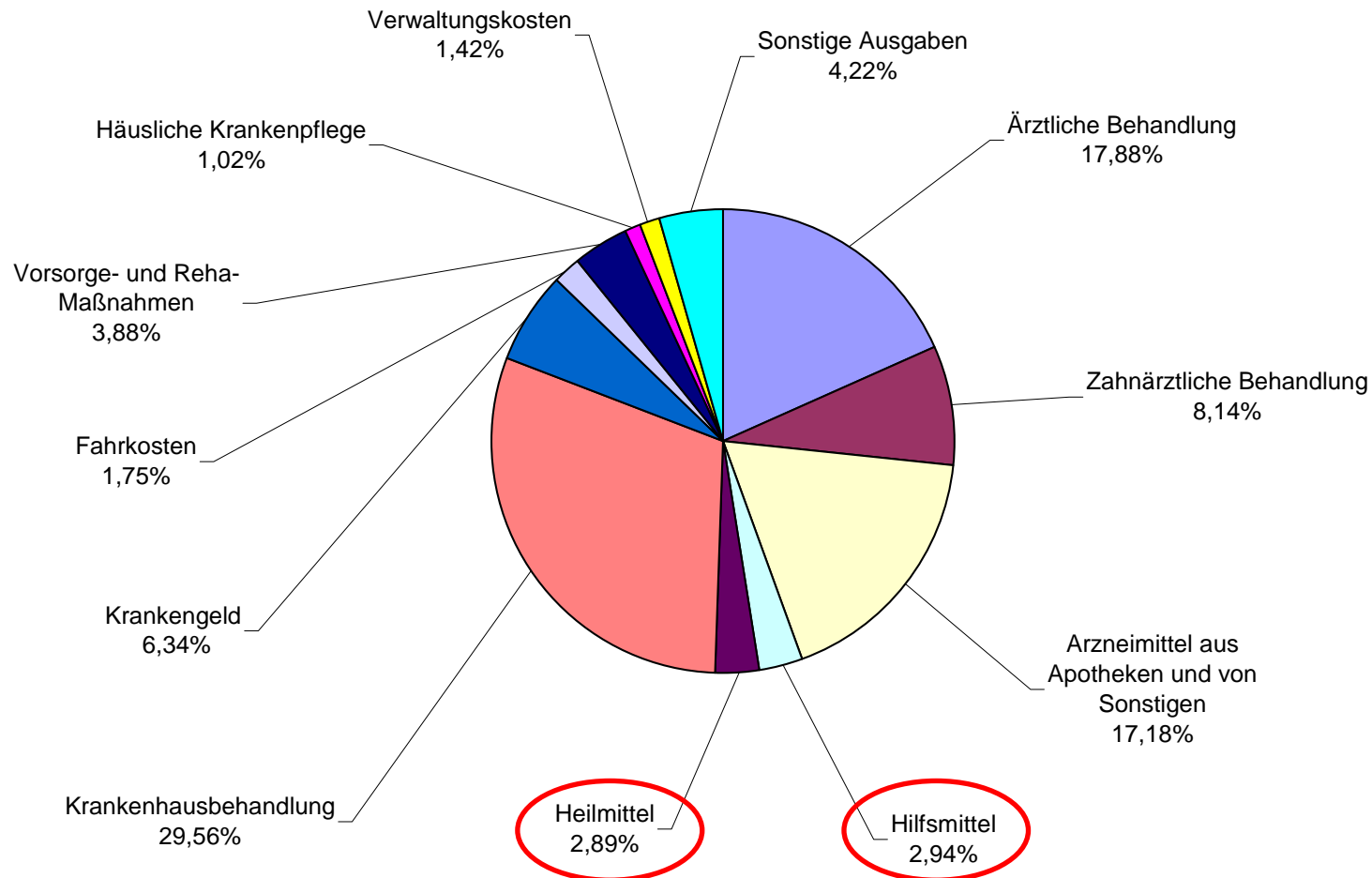
	2008	2009	Änderung in %
Ausgaben für Heilmittel (RL):			
Gesamt	592.904.627,27	618.3513.401,00	+4,29
Männer	207.363.335,52	216.535.541,06	+4,42
Frauen	385.541.291,75	401.817.859,94	+4,22
Ausgaben für Heilmittel (RL) pro 100 Versicherte:			
Gesamt	6.673,39	6.959,58	+4,29
Männer	5.678,04	5.908,19	+4,05
Frauen	7.368,08	7.697,78	+4,47
Ausgaben für Hilfsmittel (HMF):			
Gesamt	618.943.299,86	670.731.658,59	+8,37
Männer	249.988.402,23	274.913.228,76	+9,97
Frauen	368.954.897,63	395.818.429,83	+7,28

5

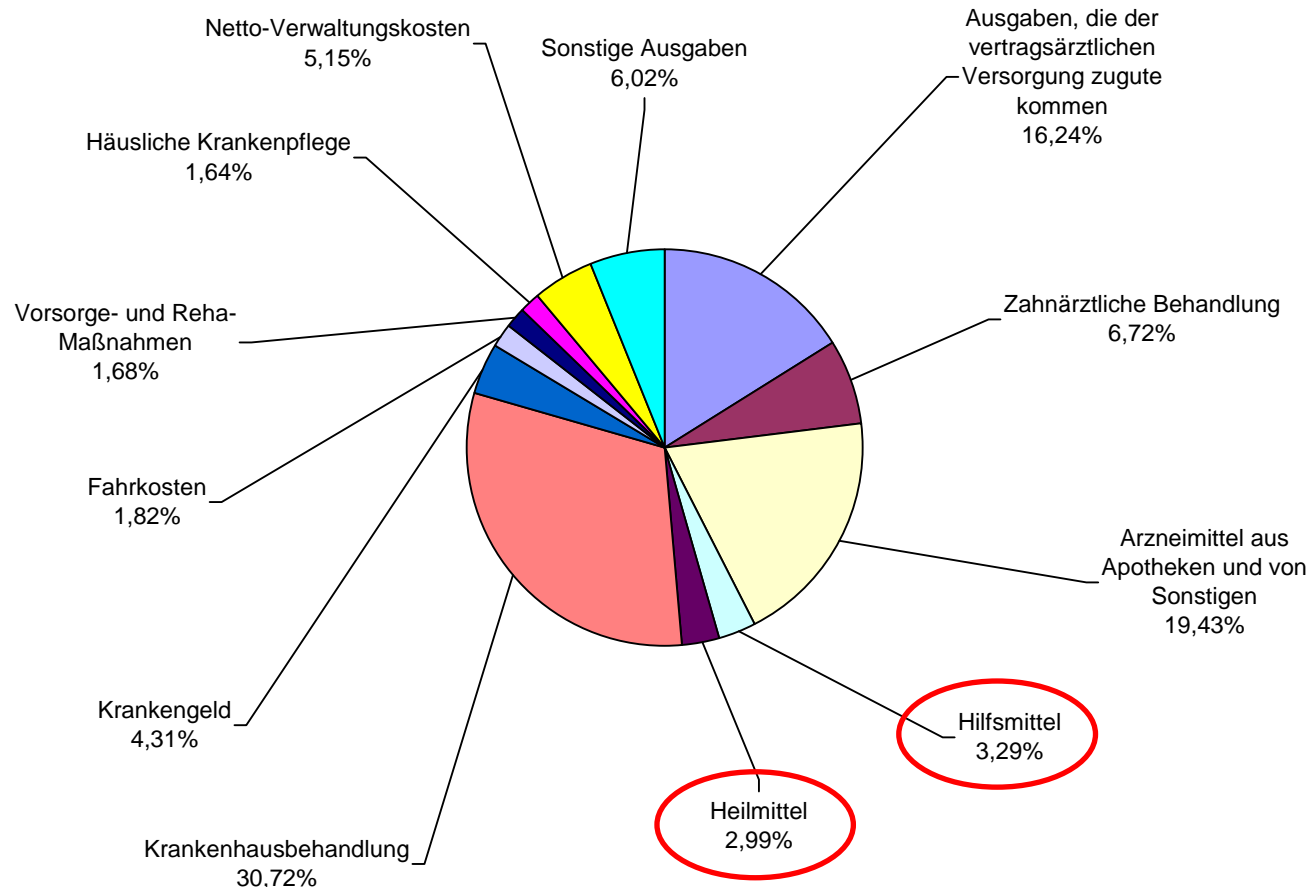
Fortsetzung: Kennzahlen der Jahre 2008 und 2009 für die BARMER GEK-Versicherten

	2008	2009	Änderung in %
Ausgaben für Hilfsmittel (HMV) pro 100 Versicherte:			
Gesamt	6.966,46	7.549,10	+8,36
Männer	6.845,20	7.501,03	+9,58
Frauen	7.051,10	7.582,84	+7,54
Ausgaben für Leistungen nach SGB XI §40:			
Gesamt	22.528.266,97	26.664.292,07	+18,36
Männer	8.944.914,95	10.734.931,70	+20,01
Frauen	13.583.352,02	15.929.360,37	+17,27
Ausgaben für Leistungen nach SGB XI §40 pro 100 Versicherte:			
Gesamt	253,56	300,11	+18,36
Männer	244,93	292,90	+19,59
Frauen	259,59	305,16	+17,56

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

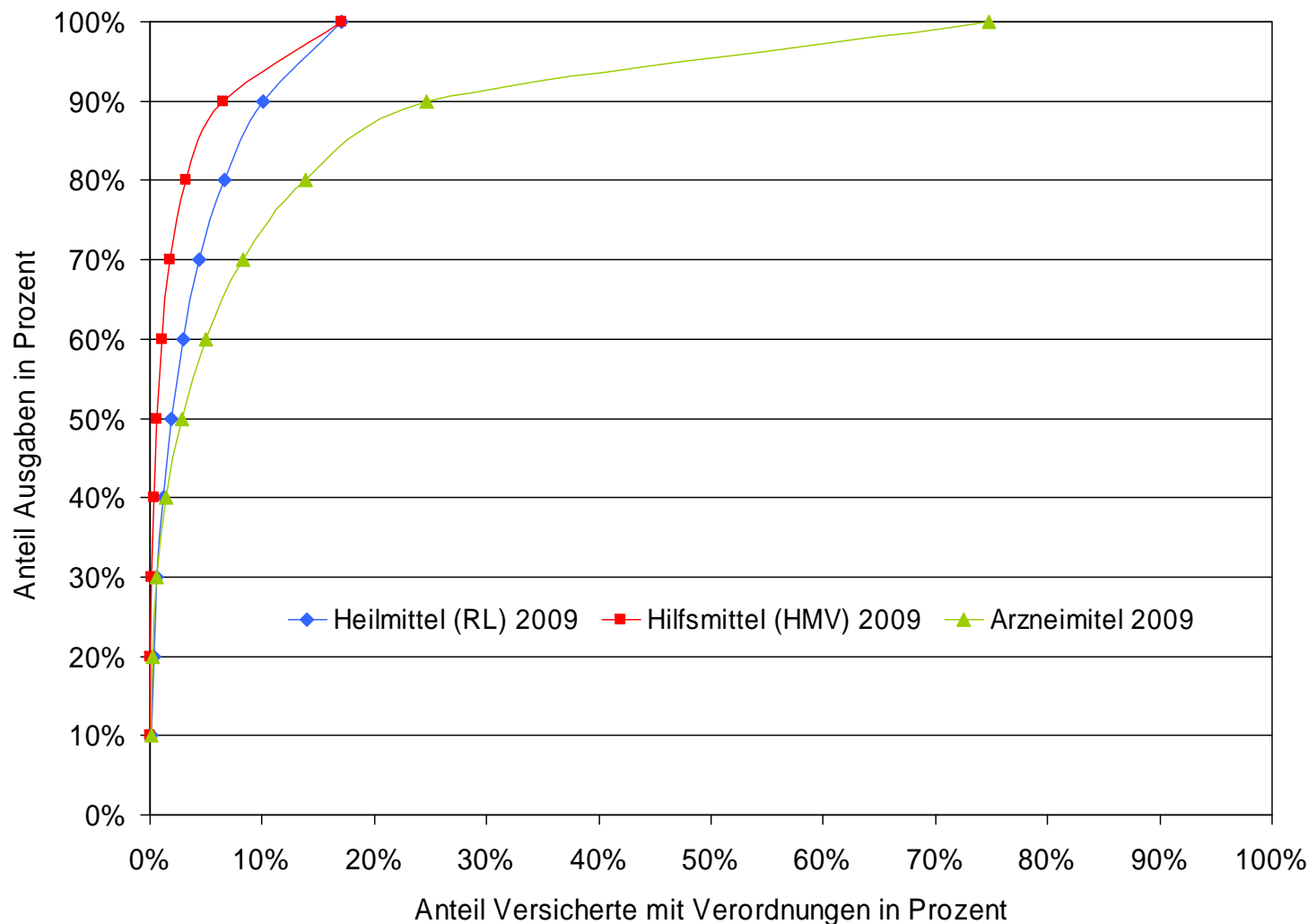


Anteile an den Ausgaben der **BARMER** im Jahre 2009 in Prozent der Gesamtausgaben in Höhe von 17,96 Mrd. Euro

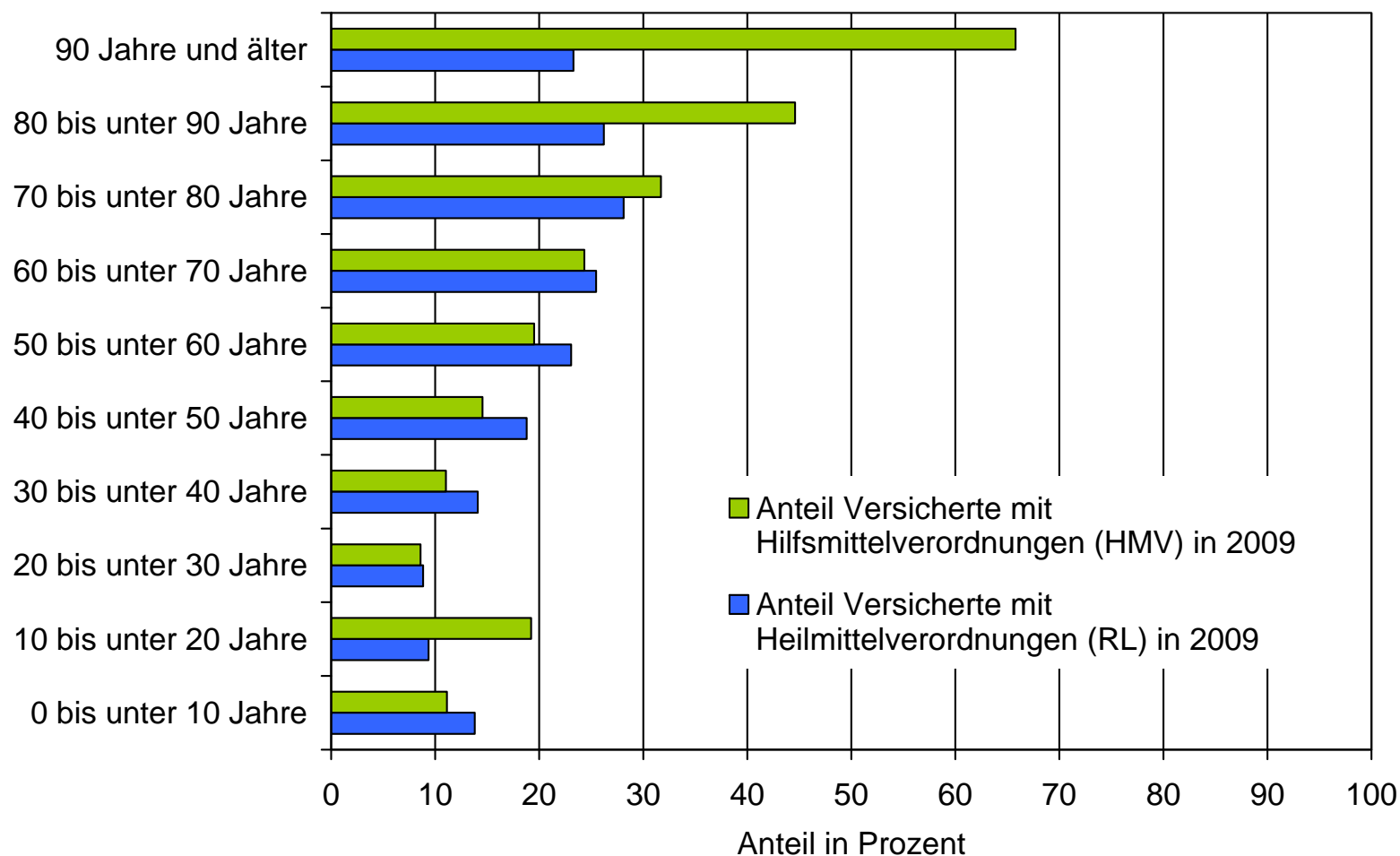


8

Verteilung der Ausgaben für Hilfs-, Heil- und Arzneimittel bei den GEK-Versicherten



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

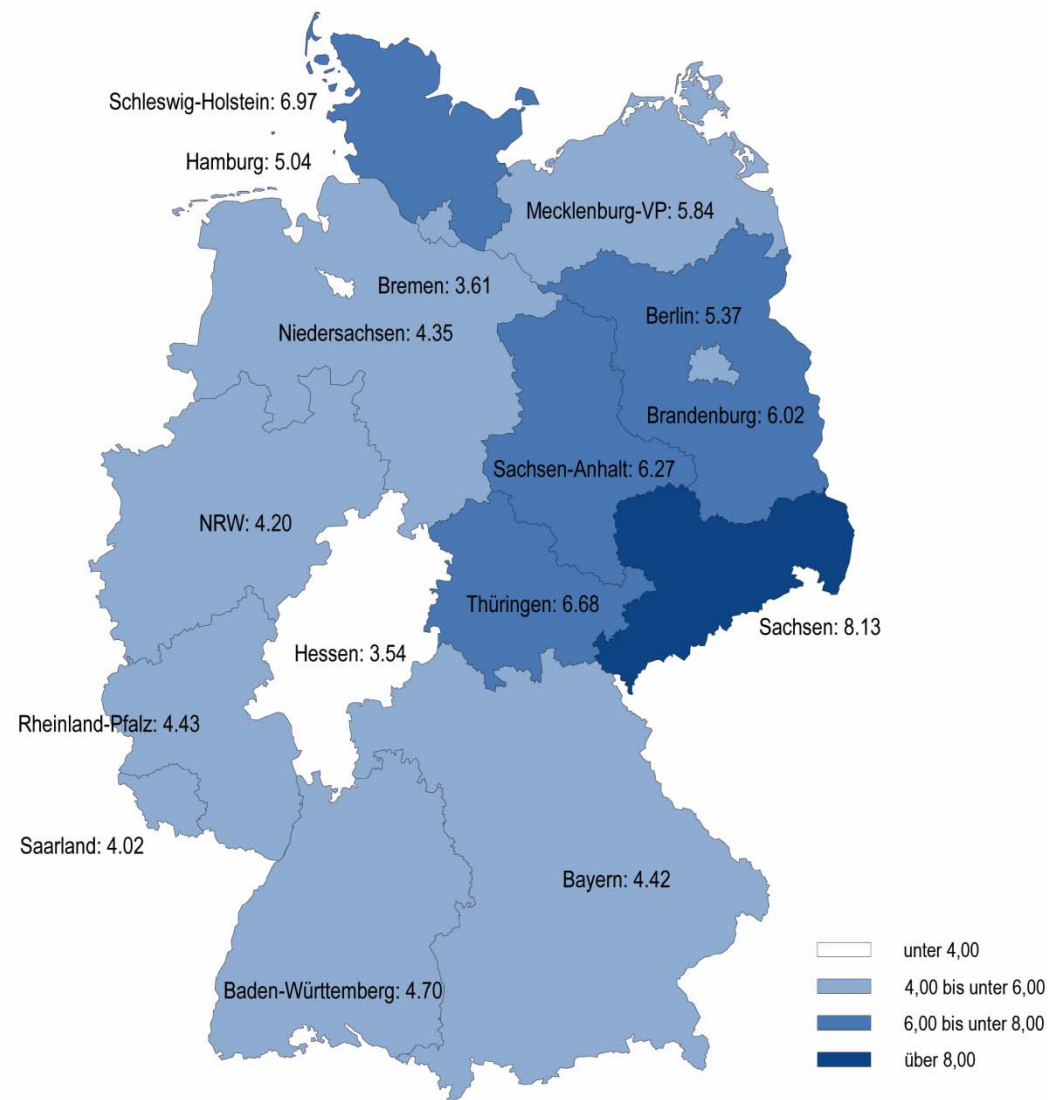


10

Ausgaben der BARMER GEK für unterschiedliche Heilmittel im Jahr 2009 in Euro

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

Physiotherapie für Kinder bis zu 13 Jahren: Leistungsversicherte zu Versicherte im Jahr 2009



12 Verordnungscharakteristika von Physiotherapie bei Kindern in der GEK

Im Jahr 2008 wurden **4,7 %** aller in der GEK versicherten Kinder im Alter bis zu 13 Jahren mit Physiotherapie behandelt.

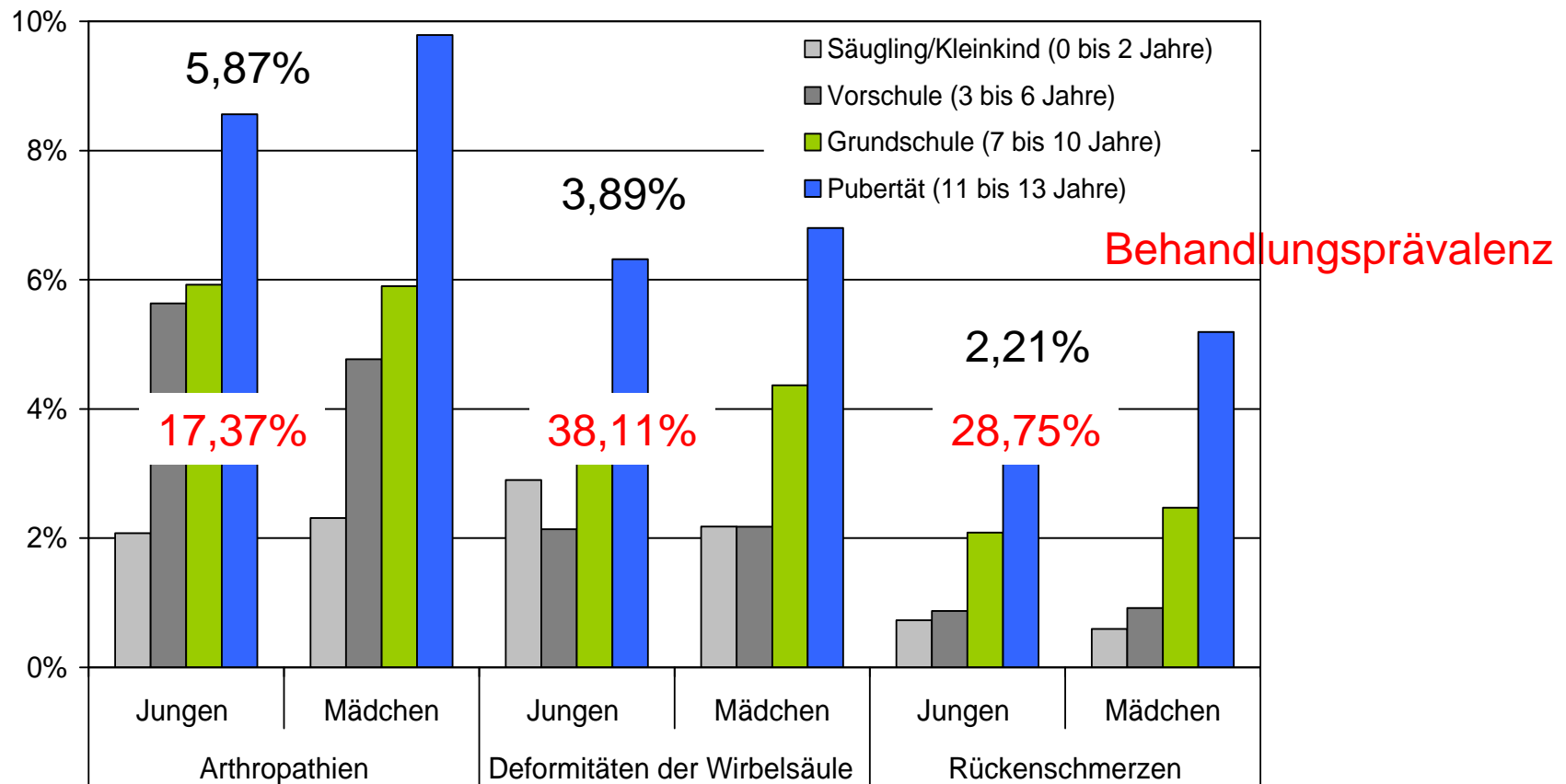
Anzahl LV je Altersgruppe	KG Mädchen/Jungen	KG spezial Mädchen/Jungen
Säugling/Kleinkind (0 bis 2 Jahre)	281/340	1.144/1.449
Vorschule (3 bis 6 Jahre)	433/520	319/519
Grundschule (7 bis 10 Jahre)	1.091/1.051	285/405
Pubertät (11 bis 13 Jahre)	1.558/1.324	150/186
Summe	6.598	4.457

Datenbasis: alle Heilmittelleistungsdaten von Kindern im Jahr 2008

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

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

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



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

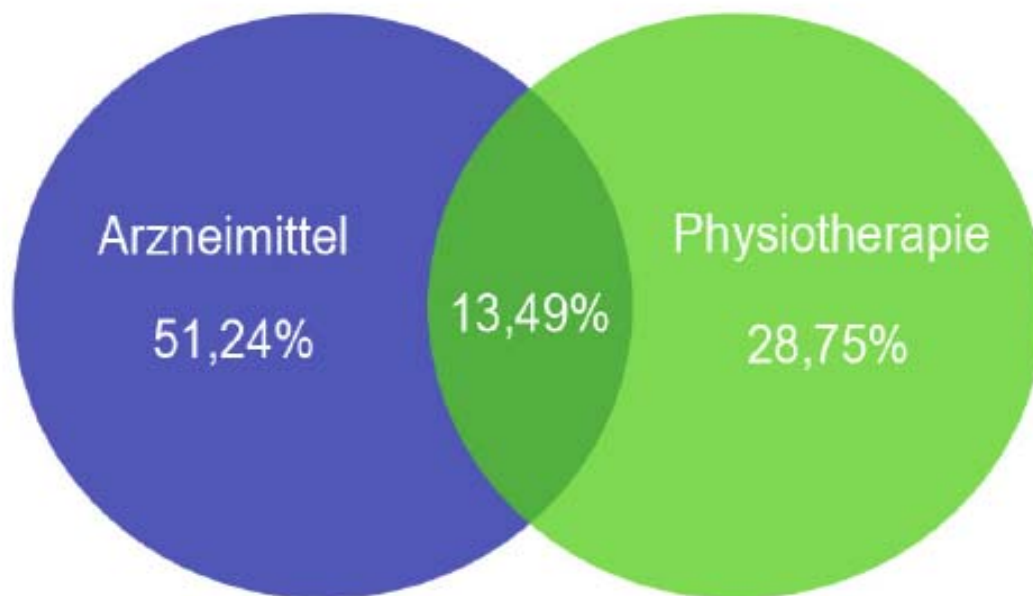
Zusammenspiel mehrerer Faktoren

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

Altersgruppe	Mädchen (in %)	Jungen (in %)
Säugling/Kleinkind (0 bis 2 Jahre)	13 (10,32)	12 (7,41)
Vorschule (3 bis 6 Jahre)	42 (14,74)	44 (15,38)
Grundschule (7 bis 10 Jahre)	186 (20,15)	143 (17,40)
Pubertät (11 bis 13 Jahre)	404 (26,68)	277 (21,51)
Summe	645	476

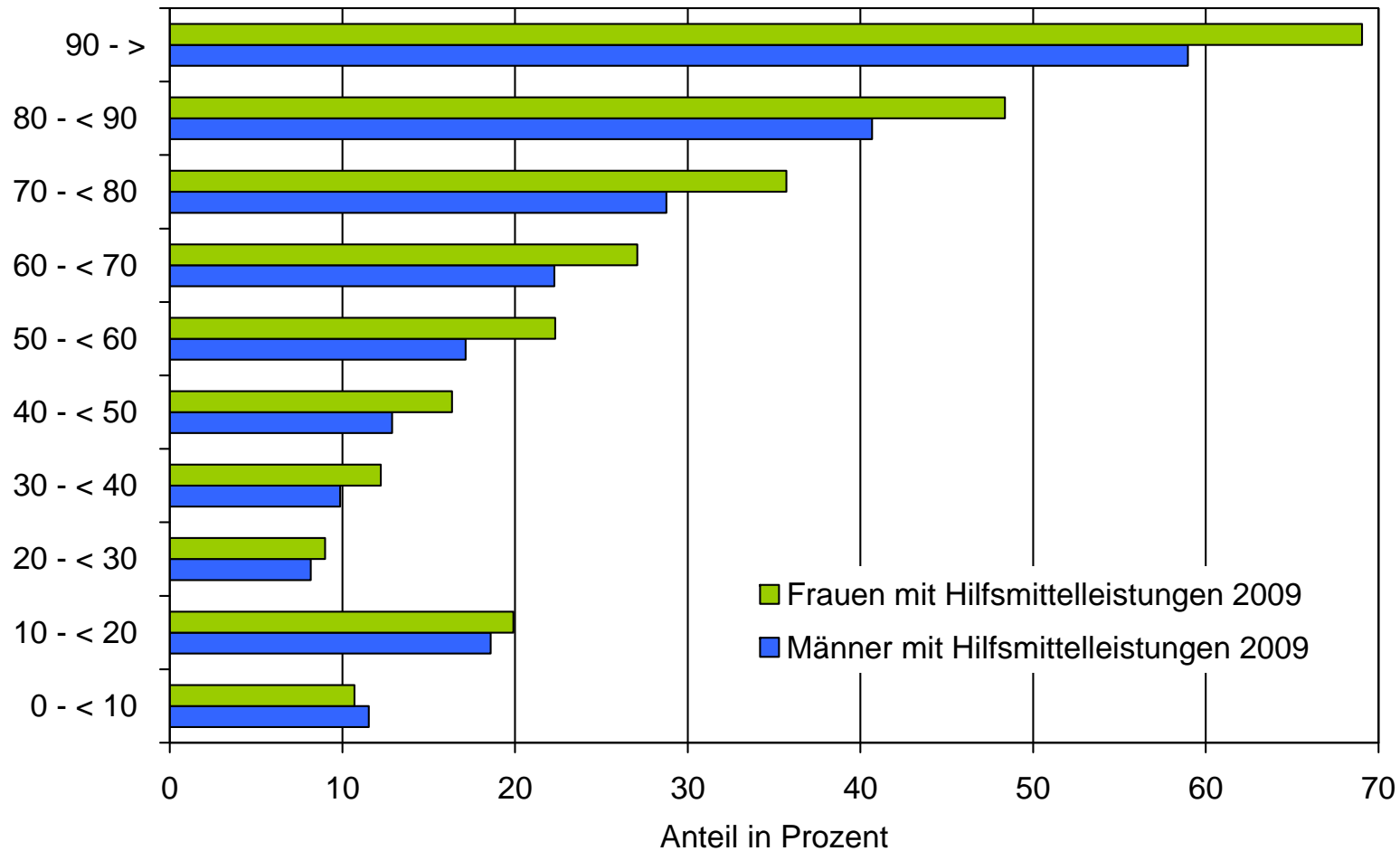
Datenbasis: alle Heilmittelleistungsdaten von Kindern im Jahr 2008, ambulante Diagnosen 2008

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



* Ibuprofen, Diclofenac und Paracetamol

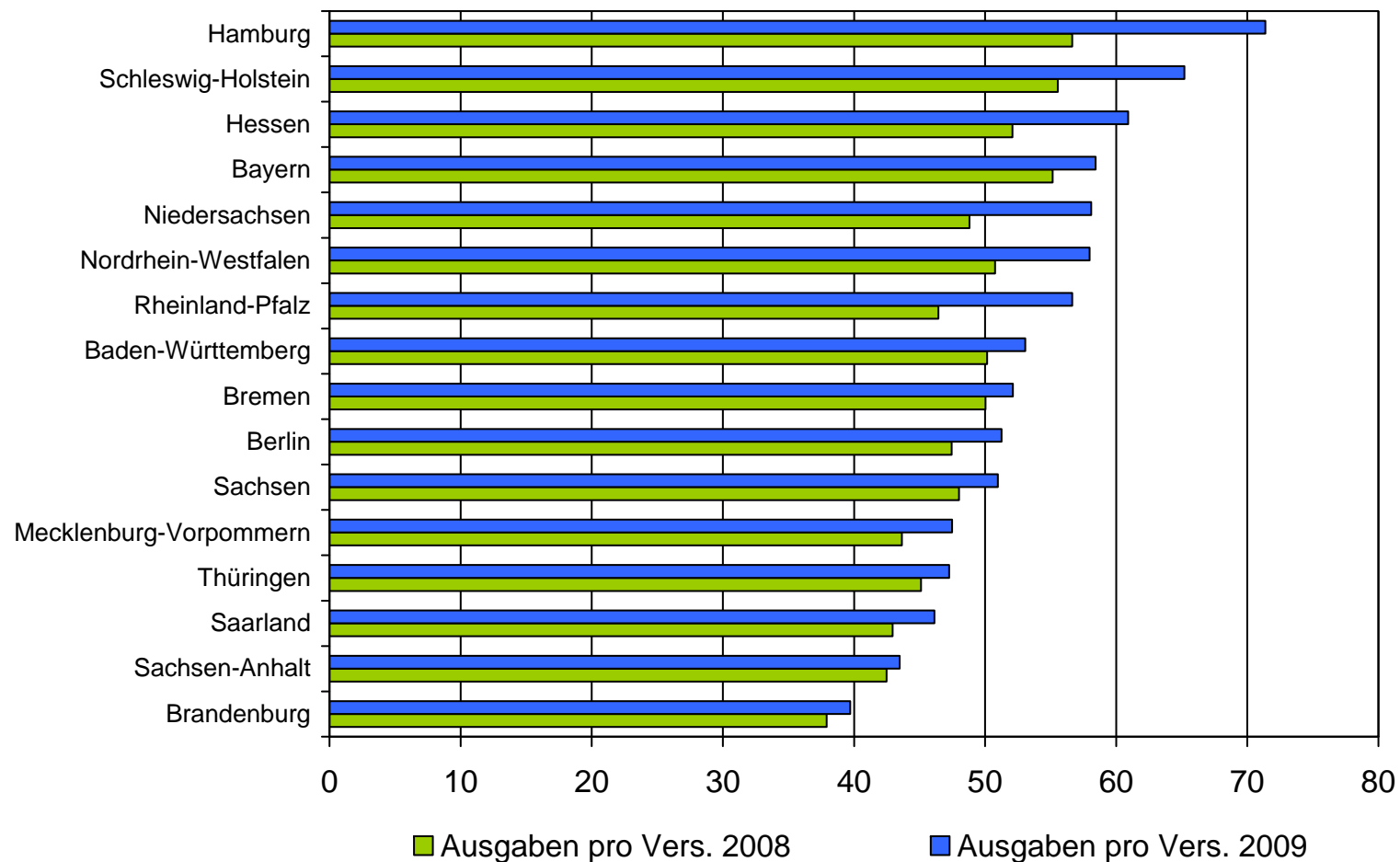
Versorgungsprävalenz mit Hilfsmitteln (HMV) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2009 der GEK



19 10 Produktgruppen der höchsten Versorgungsprävalenz und Ausgaben pro Leistungsversichertem der GEK nach Geschlecht im Jahr 2009

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

Ausgaben für Hilfsmittel (HMV) pro Versichertem der GEK 2008 und 2009 nach Bundesland



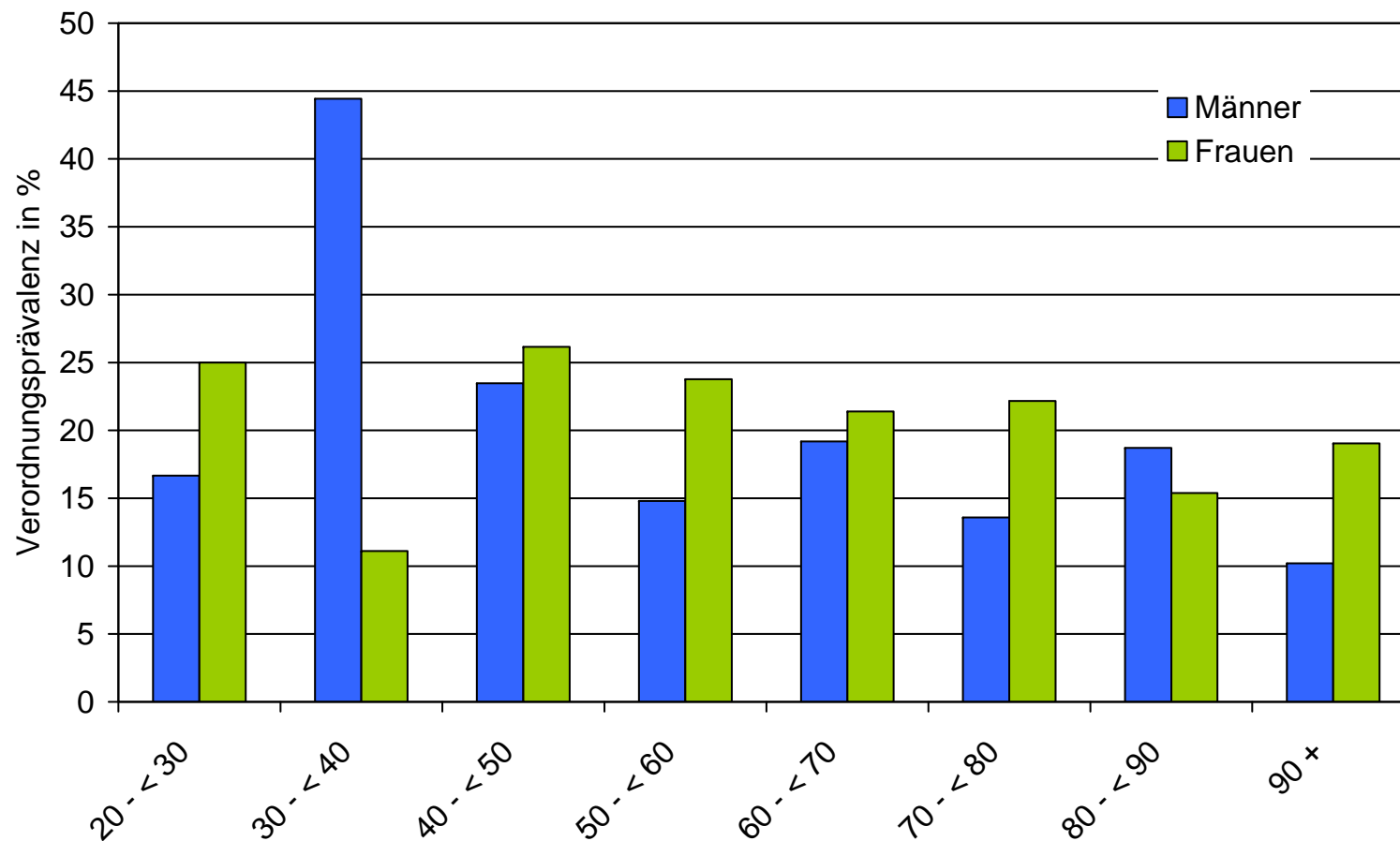
Rangliste der Ausgaben der GEK für Hilfsmittelproduktgruppen aus dem HMV (TOP 10) für das Jahr 2009

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

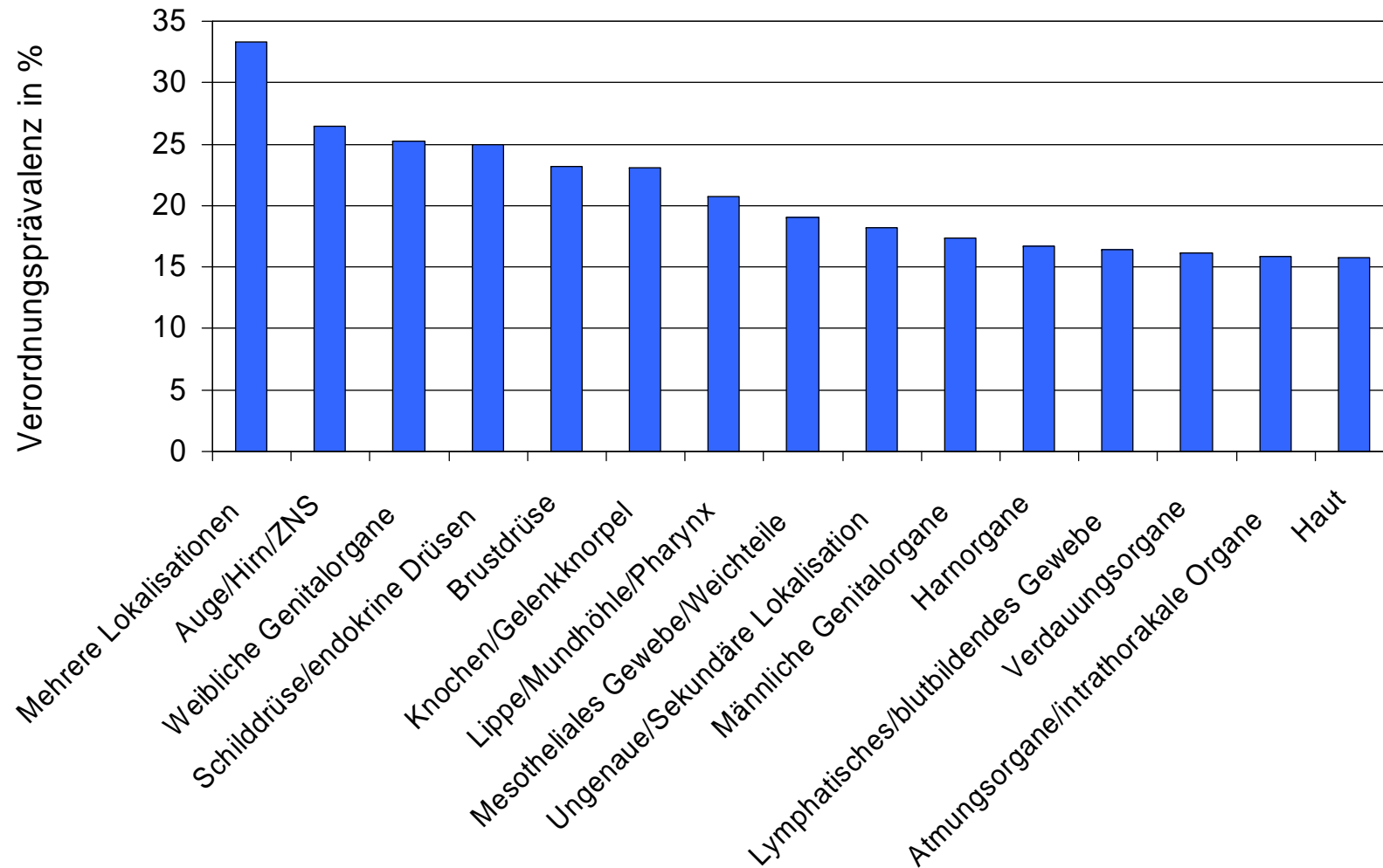
- Aktive ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer unheilbar progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung, die nicht mehr auf kurative Therapien anspricht
- Umgang mit Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen im multidisziplinären Team
- Ziel: Erhaltung und Steigerung der Lebensqualität
- Stationäre und ambulante allgemeine palliative Versorgung (APV) als ärztliche Regelversorgung
- Formale und normative Grundlagen für Spezialisierte Ambulante Palliative Versorgung (SAPV) wurden vereinbart: Erlass der Richtlinie zur Verordnung von SAPV Ende 2007 vom G-BA, Bekanntgabe der Gemeinsamen Empfehlungen der Krankenkassen nach §132d Abs. 2 SGB V

- 3 Phasen in PC:
 - Rehabilitationsphase: die letzten Monate, selten Jahre, vor dem Tod
 - Terminalphase: einige Wochen, manchmal Monate, vor dem Tod
 - (Prä-) Finalphase: die letzten 72 Stunden vor dem Tod
- Physiotherapie notwendiger Bestandteil der Heilmittelversorgung in palliativer Lebensphase, z.B. zur
 - Vorbereitung, Begleitung und Regeneration medikamentöser, operativer oder anderer Therapien
 - Behandlung der Nebenwirkungen
 - Behandlung von Schmerzsymptomen
 - Begleitung vom stationären in den ambulanten/häuslichen Bereich
- Palliativpatienten leiden am häufigsten an Tumorerkrankungen (90,3%) und somit sehr häufig an funktionellen Einschränkungen, starken Schmerzen und weiteren Beschwerden
 - Heilmittel können hier erfolgreich Anwendung finden
 - die folgenden Analysen beziehen sich deshalb auf Verstorbene mit Tumorerkrankungen

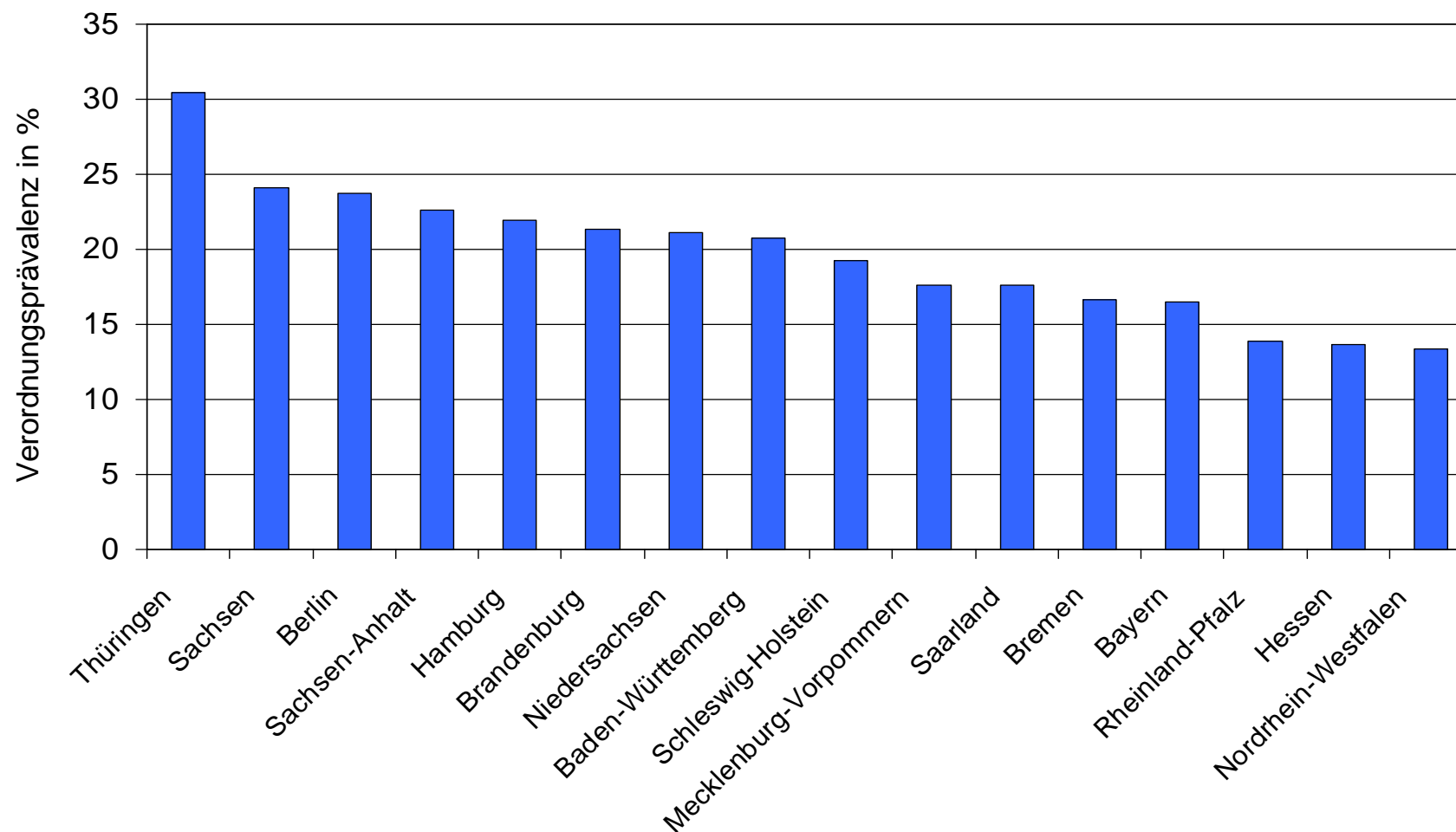
Palliative Care: Heilmittel-Verordnungsprävalenz nach Altersgruppe und Geschlecht (gesamt 17,98%)



Palliative Care: Heilmittel-Verordnungsprävalenz nach Tumorlokalisation



Palliative Care: Heilmittel-Verordnungsprävalenz nach Bundesland (gesamt 17,98%)



Körperliche Aktivität nach Klassenstufen (in Prozent)

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

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

- **Über die Hälfte der Kinder mit Rückenschmerzen erhielten Schmerzmittel, nur knapp 30% erhielten Physiotherapie**
- **Um eine Fehlversorgung zu vermeiden und eine Medizinisierung zu reduzieren, sollten physiotherapeutische Interventionen im Rahmen eines salutogenetischen Ansatzes zur Steigerung der Ressourcen von Kindern erfolgen.**
- **Die Behandlung von Rückenschmerzen, die auch gesellschaftliche Ursachen haben, ist ein Beispiel dafür, wie Fehlentwicklungen im Kindesalter pathologisiert werden und in den Behandlungsbereich der GKV „verschoben“ werden.**
- **Zielgruppenspezifische Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention sollten stärker als bislang verfolgt werden, um vermeidbare Krankheitssymptome bei Kindern und Jugendlichen mit den richtigen Konzepten vorher zu begegnen, um nicht nachträglich behandeln zu müssen.**

- **Teilweise deutliche Unterschiede nach Geschlecht, Alter, Tumorlokalisation und Bundesland**
- **Verschieden ausgeprägte regionale Palliativstrukturen**
- **Unterschiede in Wahrnehmung und Wissensstand in der Gesellschaft und bei den ambulant tätigen Ärzten**
- **Physiotherapeutische Versorgung terminal erkrankter Tumorpatienten gering ausgeprägt: Bereich Heilmitteltherapie in Palliative Care ist „unterentwickelt“.**
Es besteht ein Versorgungsanteil von 17,98% (Männer 16,81% und Frauen 20,87%)
- **Gedanke der Palliativmedizin sollte gestärkt werden, sowie Empowerment und Partizipation auf Seiten der Patienten und Angehörigen**

→ Ziel: Lebensqualität stärken und in Würde Sterben!



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit...



Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 4

Kristin Sauer
Claudia Kemper
Kathrin Kaboth
Gerd Glaeske

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

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

BARMER GEK Heil- und Hilfsmittel-Report 2010

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

Kurzfassung

Oktober 2010
Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 4

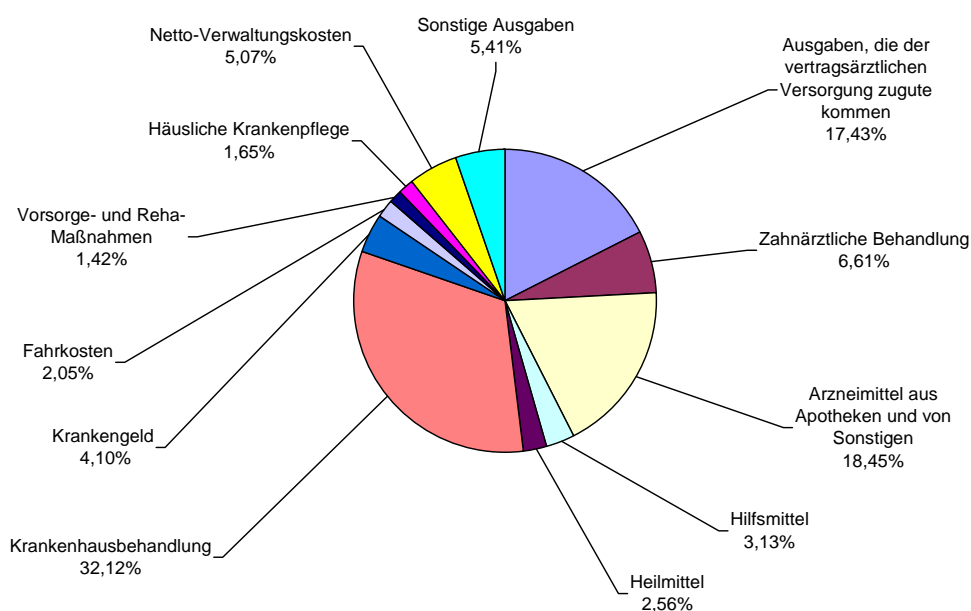
Heilmittel und Hilfsmittel in der GKV

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

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

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

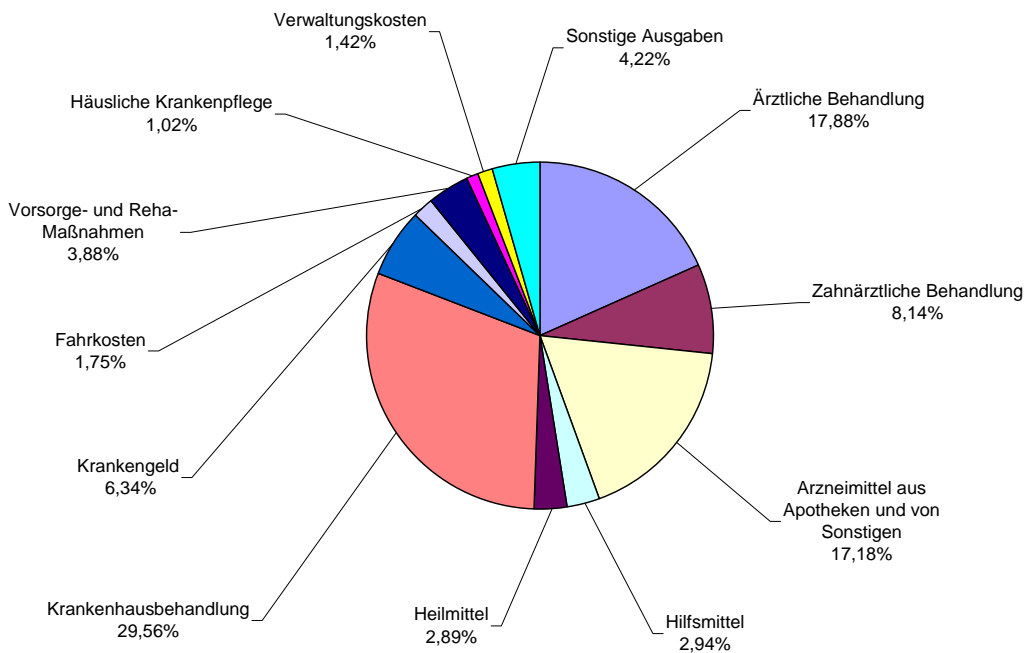
Anteile an den Ausgaben der GKV im Jahre 2009 in Prozent der Gesamtausgaben in Höhe von 175,6 Mrd. Euro



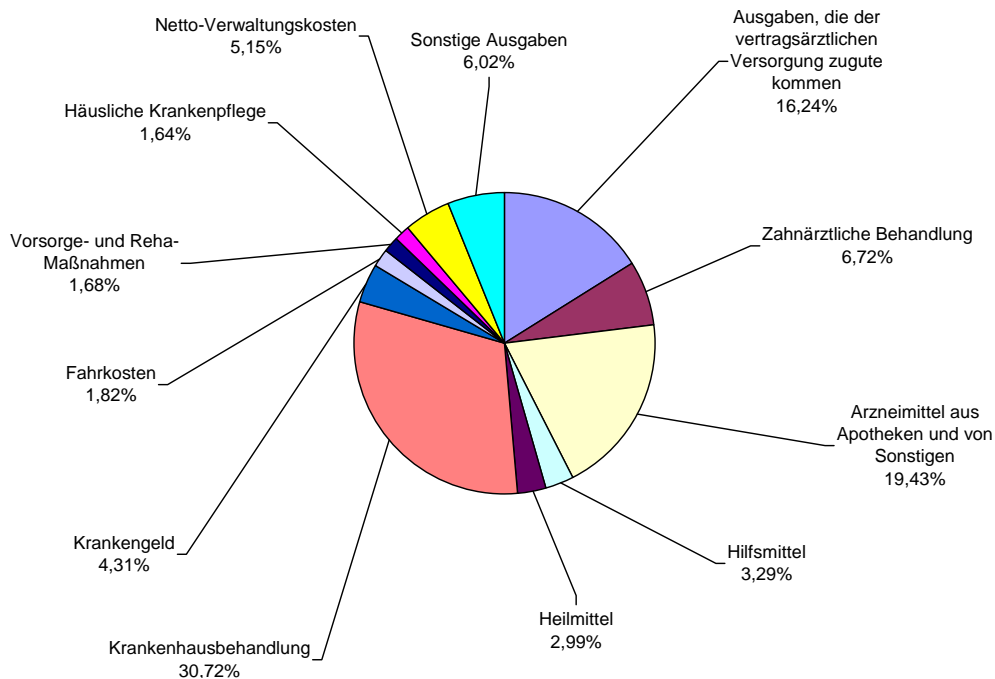
Quelle: nach BMG, März 2010

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

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



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



Allgemeine Auswertungsergebnisse aus den BARMER GEK-Daten des Jahres 2009

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

Bei der BARMER allein lagen die Steigerungen bei 3% bzw. 7,6%, bei der GEK bei 11,2% resp. 13,1%. Die Ausgaben pro 100 Versicherte verzeichneten ganz ähnliche Steigerungsraten: Bei den Heilmitteln +4,3%, bei den Hilfsmitteln +8,4%. Pro 100 Frauen wurde in beiden Leistungsbereichen absolut mehr ausgegeben als für 100 Männer: Bei den Heilmitteln 5.908 Euro für Männer und 7.698 Euro für Frauen, bei den Hilfsmitteln lagen die Werte mit 7.501 Euro bzw. 7.583 Euro nah beieinander. Die Ausgaben für Hilfsmittel im pflegerischen Bereich (nach SGB XI §40) waren demgegenüber deutlich niedriger und betragen nur rund vier Prozent der Ausgaben.

Kennzahlen der Jahre 2008 und 2009 für die BARMER GEK-Versicherten

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

Fortsetzung

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

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

** Heilmittel entsprechend der Heilmittel-Richtlinien

*** Hilfsmittel aus dem Hilfsmittelverzeichnis

Die Analyse der Ausgaben für die unterschiedlichen Heilmittel in der BARMER GEK zeigt, dass die Physiotherapie mit 442,6 Millionen Euro auf Platz eins rangiert, während auf Leistungen aus dem Bereich der Ergotherapie, die an der zweiten Stelle der Ausgaben stehen, „nur“ 83,3 Millionen Euro entfallen. Es folgen danach die Logopädie mit 59,2 Millionen Euro und die Podologie mit 8,4 Millionen Euro. Während die Steigerungsraten bei den ersten drei genannten Heilmitteln lediglich zwischen vier und fünf Prozent ausmachen, hat die Podologie um 27,7% bei den Ausgaben „zugelegt“. Diese Steigerung der Ausgaben, die auch bereits in den vergangenen Jahren zu beobachten war, ist aus präventiver Sicht aber sinnvoll. Die podologische Behandlung kann nämlich dazu beitragen, dass Spätschäden an den Füßen wegen schlecht heilender Wunden oder unbeabsichtigten und nicht bemerkten Verletzungen bei Menschen mit Diabetes verhindert werden können. Da solche Fußschäden häufig zu Amputationen einzelner Gliedmaßen an den Füßen oder zu Amputationen des Vorderfußes führen, kann durch

eine konsequente Podologie die Rate der Amputationen gesenkt werden. Die Ausgaben pro Versichertem, der Heilmittelbehandlungen in Anspruch nimmt, betragen bei der Ergotherapie 961 Euro (86.719 Versicherte), bei der Logopädie 662 Euro (89.407 Versicherte), bei der Physiotherapie 283 Euro (1,57 Mio. Versicherte) und bei der Podologie 179 Euro (46.754 Versicherte). Während bei der BARMER die Steigerungsraten der Ausgaben etwas geringer und bei der GEK deutlich höher als bei der BARMER GEK ausfallen, sind die pro Kopf-Ausgaben bei der BARMER im Jahre 2009 etwas höher gewesen.

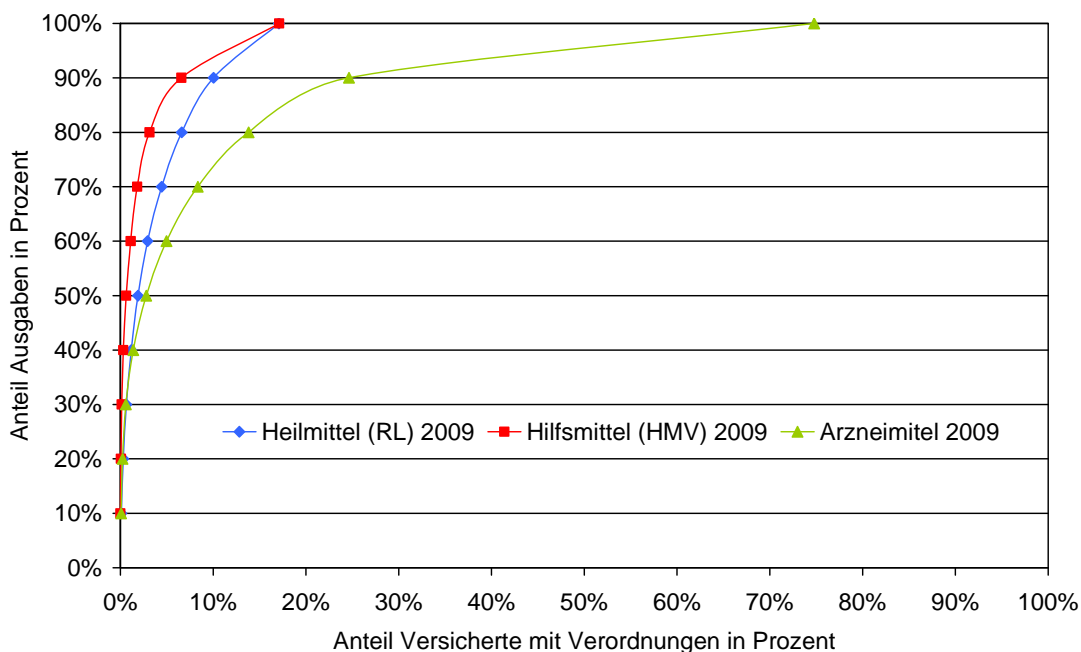
Ausgaben der BARMER GEK für unterschiedliche Heilmittel im Jahr 2009 in Euro

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

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

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

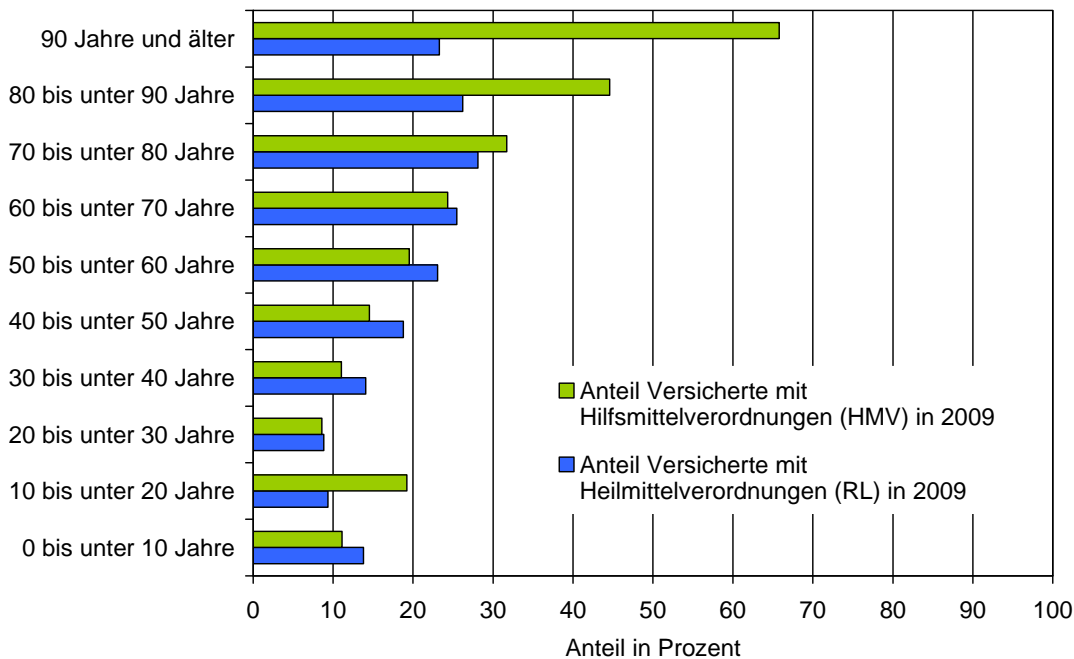
Verteilung der Ausgaben für Hilfs-, Heil- und Arzneimittel bei den GEK-Versicherten



Erwartungsgemäß steigt der Anteil der Leistungsversicherten bei den Hilfsmitteln deutlich mit dem Alter an. So bekommen z.B. 19,5% der GEK-Versicherten im Alter von 50 bis 60 Jahren ein Hilfsmittel, bei den 70- bis 80-Jährigen sind es bereits 31,7%. Bei den Heilmitteln sind die Unterschiede in den jüngeren Altersgruppen höher, sie steigen dann aber nicht mehr so stark an: Da entfallen bei den Patientinnen und Patienten 23,6% auf die Altersgruppen der 50- bis 60-Jährigen und 28,1% auf die Altersgruppen der 70- bis 80-Jährigen. Auffällig sind aber in beiden Leistungsbereichen die Verordnungsanteile für Kinder. So sind bei der GEK 13,8% aller Versicherten, die Heilmitteltherapie bekommen

(z.B. Logopädie oder Ergotherapie), unter zehn Jahre alt, in der gleichen Altersgruppe erhalten 11,1% Hilfsmittel (z.B. Brillen). Bereits knapp 19,2% der 10- bis unter 20-Jährigen bekommen Hilfsmittel verordnet, 9,4% Heilmittel. Neben einer Vielzahl physiotherapeutischer Leistungen erhalten diese Kinder und jungen Erwachsenen hauptsächlich Gehhilfen, Einlagen und Bandagen. Während die Varianz bei den Hilfsmitteln besonders auffällig ist (je nach Altersgruppen schwankt die Inanspruchnahme zwischen 8% und 64%), liegen die Relationen bei den Heilmitteln sehr viel näher beieinander (zwischen 8% und 25%). Der höchste Anteil der Heilmittelverordnungen wird bei den 70- bis 80-Jährigen mit rund 28% erreicht, bei den Hilfsmittelverordnungen liegt der höchste Anteil bei den über 90-Jährigen bei rund 66%. Betrachtet man allerdings die alters- und geschlechtsspezifischen Behandlungsprävalenzen, so wird deutlich, wie häufig z.B. Kinder bis zum zehnten Lebensjahre Heilmittel verordnet bekommen (ca. 13%). Die Anteile bei der BARMER im Jahre 2009 liegen ganz ähnlich, allerdings liegen die Inanspruchnahmeraten ab dem 70. Lebensjahr deutlich höher als bei der GEK und erreichen etwa 35% bei den Heilmitteln und bis zu 96% bei den Hilfsmitteln.

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



Die Analysen im Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung wurden über Jahre vernachlässigt, auch allgemeine Darstellungen der Verordnungshäufigkeiten sind wenig aussagekräftig, wenn nicht personenbezogene und diagnosegestützte Informationen als Basis für Auswertungen vorliegen. Ohne Zweifel ist der Bereich der Heil- und Hilfsmittel bislang weniger transparent und einheitlich codiert als der Arzneimittelbereich. Erschwerend kommt hinzu, dass z.B. Hilfsmittel sowohl in Apotheken (Daten nach §300

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

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

eigenen Verantwortungs- und Gestaltungsbereich liegenden Aufgaben zu nutzen. Es kommt zu „Verschiebebahnhöfen“, die die GKV belasten – leider eine immer wieder zu beobachtende Entlastungsstrategie öffentlicher Einrichtungen!

Heilmittel

Allgemeine Entwicklungen im Heilmittelbereich und Ergebnisse der Heilmittelanalysen

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

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

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

Kennzahlen der Heilmittelversorgung

Während die Ausgaben in der GKV vom Jahr 2008 auf 2009 im Heilmittelbereich um 4,6% gestiegen sind, beläuft sich dieser Anstieg in der GEK im selben Zeitraum auf 11,18%. Ebenso deutlich wird dieser Unterschied bei den Ausgaben pro Versichertem. Diese betragen in der GKV 4,7% und in der GEK 9,8% mehr als im Vorjahr. Dieser Unterschied

ist aus den Vorjahren bekannt und vermutlich auf die unterschiedlichen Alters- und Geschlechtsverteilungen der GKV und der GEK zurückzuführen.

In der GEK zeigt sich weiterhin ein Anstieg von abrechnenden Praxen in den Heilmittelbereichen. Dieser Anstieg betrifft vor allem die abrechnenden Physiotherapiepraxen. Fand im Jahr 2008 ein Anstieg zum Vorjahr um +3,83% statt, so betrug der Zuwachs im Jahre 2009 sogar 4,47%. Hoch sind auch die Veränderungen der Anzahl der mit der GEK abrechnenden Podologiepraxen mit +24,4% gegenüber dem Vorjahr. Diese Steigerung ist deutlich geringer als der Anstieg von 36,35% im Vergleich der Jahre 2007 zu 2008. Eine ähnliche Entwicklung ist bei der Anzahl abrechnender Ergotherapie- und Logopädiepraxen zu verzeichnen. Im Jahre 2008 kam es zu einem Zuwachs von 396 Ergotherapiepraxen (+9,24%), im Jahre 2009 kamen „nur“ 321 Praxen hinzu (+6,86%). Im Jahr 2008 rechneten noch 429 (+8,74%) mehr Logopädiepraxen mit der GEK ab als 2007. Im Jahre 2009 betrug der Zuwachs 301 Praxen (+5,64%) mehr als im Vorjahr.

Anzahl der mit der GEK abrechnenden Praxen

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

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

Kennzahlen der Heilmittelversorgung 2008 und 2009 in der GEK

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

Versorgungsanalyse Physiotherapie

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

Kennzahlen der Physiotherapieversorgung 2008 und 2009 in der GEK

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

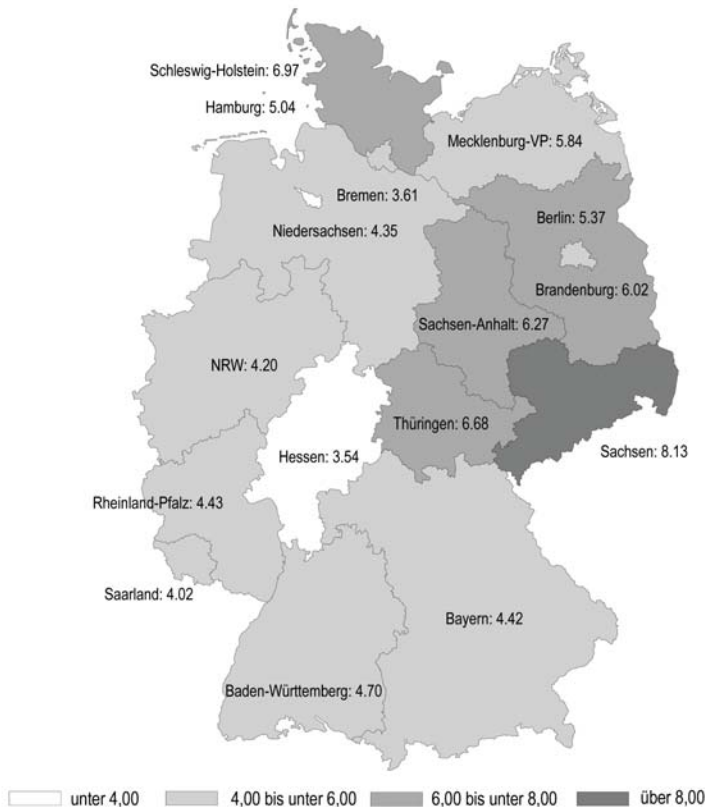
Wie im Jahr 2008 gehörte auch im Jahr 2009 etwa ein Viertel aller LV für Physiotherapie der Altersgruppe der 40- bis unter 50-Jährigen an. Davon waren im Jahr 2009 59% Frauen. Die größten Ausgabensteigerungen je LV finden sich allerdings in den Altersgruppen der 70-Jährigen und älteren (zwischen fünf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

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

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

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

Physiotherapie für Kinder bis zu 13 Jahren: Leistungsversicherte zu Versicherte im Jahr 2009



Hilfsmittel

Ergebnisse der Hilfsmittelanalysen und Zusammenfassung

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

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

Kennzahlen der Hilfsmittelversorgung

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

Die nachfolgenden Auswertungen beziehen sich deshalb ausschließlich auf Hilfsmittelabrechnungsdaten, die von sonstigen Leistungserbringern nach §302 SGB V

abgerechnet wurden und den Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnis eindeutig zugeordnet werden konnten.

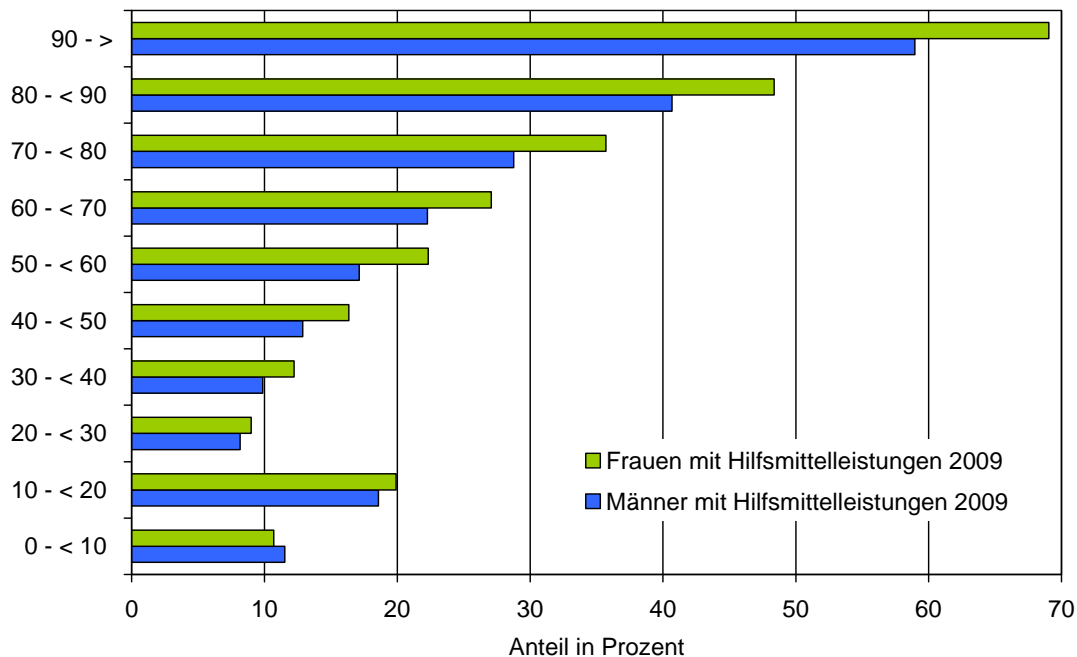
Obwohl die Ausgaben pro Versichertem vom Jahr 2008 zu 2009 um 11,68% angewachsen sind und damit eine Verdopplung der Ausgabensteigerung vom Vorjahr (4,82%) stattgefunden hat, gibt es kaum Unterschiede in der Relation der Leistungsversicherten zu Versicherten. Dieses Ergebnis geht eher auf die Ausgaben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

Kennzahlen der Hilfsmittelversorgung 2008 und 2009 in der GEK

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

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

Versorgungsprävalenz mit Hilfsmitteln (HMV) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2009 der GEK



Versorgungsanalyse ausgewählter Hilfsmittelproduktgruppen

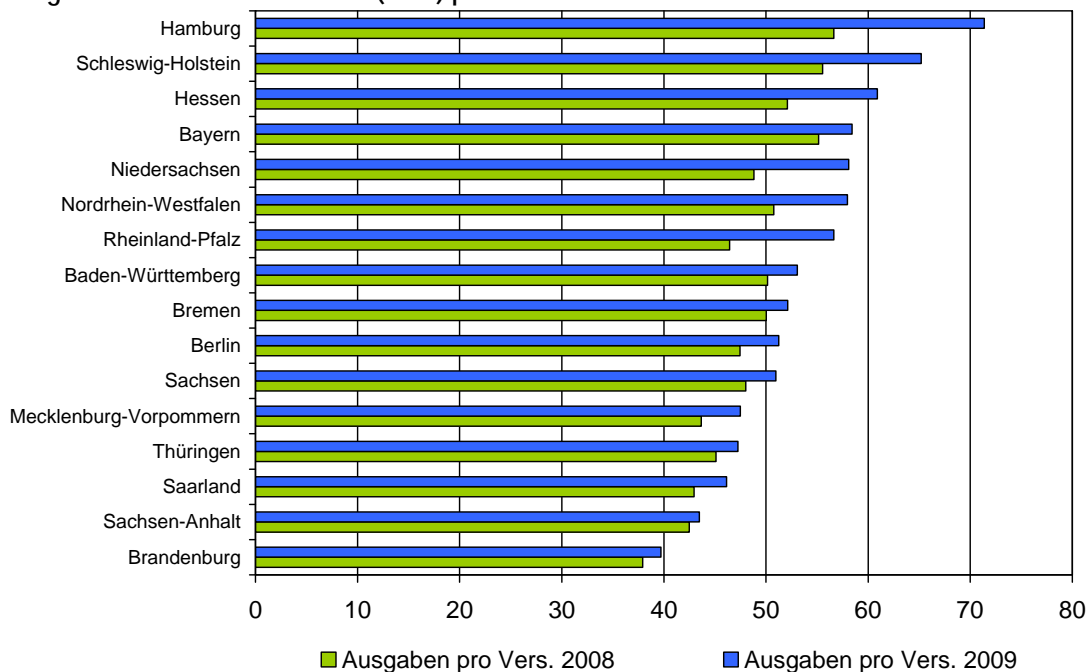
In der folgenden Tabelle wird die Hilfsmittelversorgung differenziert nach Produktgruppen der höchsten Versorgungsprävalenz und Ausgaben nach Geschlecht dargestellt. Im Jahr 2009 hat sich die Rangfolge der Produkte nach der Versorgungsprävalenz gegenüber dem Jahr 2008 insofern verändert, als dass Inkontinenzhilfen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

zwischen Frauen und Männern auf die unterschiedlichen Indikationen für Hilfsmittel zurückgeführt werden.

10 Produktgruppen der höchsten Versorgungsprävalenz und Ausgaben pro Leistungsversichertem der GEK nach Geschlecht im Jahr 2009

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

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



Die höchsten Ausgaben im Jahre 2009 wurden, wie im Jahr zuvor, sowohl für Männer als auch für Frauen durch Inhalations- und Atemtherapiegeräte verursacht. Diese Hilfsmittel kommen vor allem bei chronischen Erkrankungen wie Mukoviszidose, COPD (chronic

obstructive pulmonary disease) oder Krebserkrankungen zum Einsatz. Insgesamt beliefen sich diese Ausgaben auf mehr als 15 Millionen Euro, was einem Betrag von ca. 8 Euro pro Versichertem entspricht. Hörhilfen, Bandagen und Einlagen folgen auf der Rangliste der höchsten Ausgaben für Hilfsmittel für das Jahr 2009.

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

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

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

Physiotherapie bei Kindern: eine Analyse der ambulanten Versorgung

Reina Tholen, Kristin Sauer

Rückenschmerzen sind auch bei Kindern ein zunehmendes Gesundheitsproblem und zählen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen bereits zu den Hauptgründen für die Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung. Der Einsatz von Physiotherapie bei Rückenschmerzen kann die patienteneigenen Ressourcen stärken, aktive Bewältigungsstrategien von Kindern unterstützen und damit das Bewegungs- und Gesundheitsverhalten nachhaltig fördern. Der Heilmittelkatalog, der bis heute eher medizinisch-kurativ als bio-psycho-sozial ausgerichtet ist, bietet in diesem Sinne unzureichende Therapiemöglichkeiten an.

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

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

Kinder mit „KG“ und „KG spezial“ 2008 nach Altersgruppe

Anzahl LV je Altersgruppe	KG	KG spezial
Säugling/Kleinkind (0 bis 2 Jahre)	281/340	1.144/1.449
Vorschule (3 bis 6 Jahre)	433/520	319/519
Grundschule (7 bis 10 Jahre)	1.091/1.051	285/405
Pubertät (11 bis 13 Jahre)	1.558/1.324	150/186
Summe	6.598	4.457

Datenbasis: alle Heilmittelleistungsdaten von Kindern im Jahr 2008

Die häufigsten Diagnosen kommen vor allem im Bereich der Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes vor, darunter vor allem „Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“ (M40 bis M54), „Arthropathien“ (M20 bis M25, unter anderem Fuß- und Zehenfehlstellungen) und „sonstige Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems und des Bindegewebes“. Die Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens bestehen aus „Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens“, wie z.B. Kyphosen, Lordosen und Skoliosen (M40 bis M43, 35,95%). Außerdem zählen „Spondylopathien“, wie z.B. Entzündungen der Wirbelsäule, dazu (M45 bis M49, 0,52%), sowie „Rückenschmerzen“ und die so genannten sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, die anderenorts nicht klassifiziert sind (M50 bis M54, 9,98%).

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

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

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

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

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

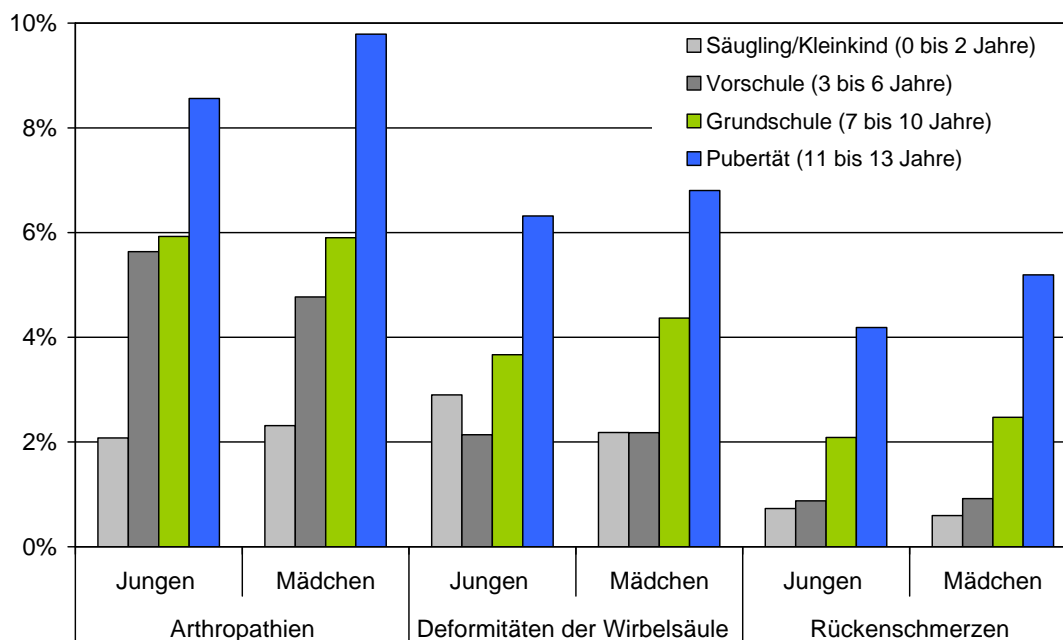
Datenbasis: Alle Heilmittelleistungsdaten und ambulante Diagnosen von Kindern im Jahr 2008

Kinder mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems

Prävalenz

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

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



Risikofaktoren für Rückenschmerzen bei Kindern und Jugendlichen

Um effektive Behandlungsformen und Interventionen gegen Rückenschmerzen bei Kindern und Jugendlichen entwickeln zu können, ist es unumgänglich die Risikofaktoren zu ermitteln, die mit der Entstehung der Beschwerden zusammenhängen. Allerdings handelt es sich bei den Studien, die zur Bestimmung von Risikofaktoren durchgeführt

wurden, hauptsächlich um Querschnittsstudien. Ihre methodische Qualität reicht jedoch nicht aus, um daraus differenzierte Risiken ableiten zu können.

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

1. Lifestyle-Faktoren:

Übergewicht, Rauchen, Alkoholkonsum, Essgewohnheiten, körperliche Arbeit, Sport, körperlich nicht bzw. wenig aktiv und sitzende Aktivitäten

2. Körperliche Faktoren:

körperliche Fitness, Beweglichkeit und Muskelkraft

3. Schulfaktoren:

Schulranzen und Schulmöbel

4. Psychologische Faktoren:

Familie, soziale Umwelt, soziale Ressourcen (z.B. gute Freunde oder Unterstützung von Eltern oder anderen Erwachsenen) und emotionale Faktoren, wie Depressionen, Schlafprobleme, Hyperaktivität und Verhaltensauffälligkeiten

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

Wandel der Kindheit

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

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

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

Körperliche Aktivität nach Klassenstufen (in Prozent)

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

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

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

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

Verlust der Straßenkindheit, aus Sicherheitsaspekten, weniger öffentliche Räume (Sport- und Spielplätze) und veränderte Interessen der Kinder,

Verinselung der Lebenswelt, durch weniger Leben in der unmittelbaren Nachbarschaft,

Verhäuslichung der Kindheit, weil die Kinder ihre Freizeit immer öfter in geschlossenen Räumen verbringen,

Medialisierung der Kindheit in Form von audiovisuellen Medien und einer Vielzahl von Computerprogrammen.

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

Versorgung von Kindern mit Rückenschmerzen

Physiotherapie

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

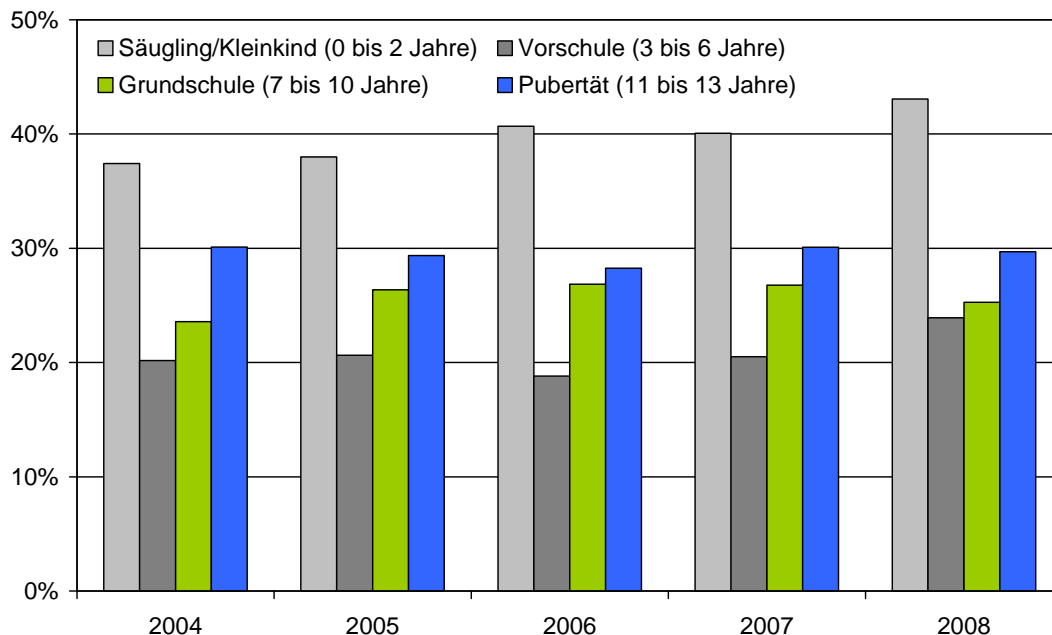
Anteil LV für KG an allen Kindern mit der Diagnose „sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert“ oder „Rückenschmerzen“ (M53 und M54) nach Alter und Geschlecht

Altersgruppe	Mädchen (in %)	Jungen (in %)
Säugling/Kleinkind (0 bis 2 Jahre)	13 (10,32)	12 (7,41)
Vorschule (3 bis 6 Jahre)	42 (14,74)	44 (15,38)
Grundschule (7 bis 10 Jahre)	186 (20,15)	143 (17,40)
Pubertät (11 bis 13 Jahre)	404 (26,68)	277 (21,51)
Summe	645	476

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

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

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



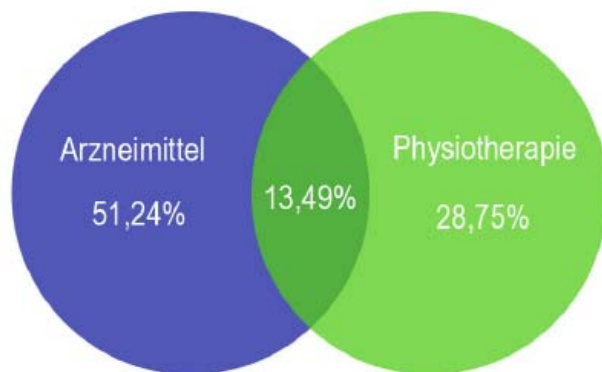
Datenbasis: alle Heilmittelleistungsdaten und ambulanten Diagnosen aus 2004 bis 2008

Arzneimittel

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

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

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



* Ibuprofen, Diclofenac und Paracetamol

Fazit

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

Zwar werden die Entwicklung und Implementierung gesundheitlich orientierter und präventiver Programme in Kindergärten und Grundschulen gefördert. Die Problematik von unspezifischen Rückenschmerzen bei Kindern und ihre Versorgung im medizinisch-kurativen System bleiben dennoch aktuell. Wie bereits im Jahr 2007 berichtet wurde, bietet der Heilmittelkatalog wenig Möglichkeit für eine bio-psycho-sozial und

salutogenetisch ausgerichtete Physiotherapie bei Kindern mit Rückenschmerzen (Deitermann et al., 2007). Bei etwa zwei Prozent der in der GEK versicherten Kinder bis 13 Jahren wurden im Jahr 2008 Rückenschmerzen oder anderenorts nicht klassifizierte Krankheiten des Rückens diagnostiziert. Etwa 28% der Kinder mit einer solchen Diagnose wurden im selben Jahr mit Physiotherapie behandelt. Die Behandlungsprävalenz ist zwischen 2004 und 2008 kaum gestiegen, findet jedoch vermehrt bei Kindern in der Pubertät (elf bis dreizehn Jahre) statt. Im Jahr 2008 wurden mehr als 51% der Kinder mit einer Diagnose die aufgeführten schmerzlindernden Arzneimittel verordnet. Fast drei Viertel dieser Kinder haben, außer den genannten Arzneimitteln, keine zusätzliche Physiotherapie erhalten. Zwar fehlen differenzierte Leitlinien zum medizinisch-therapeutischen Umgang mit unspezifischen Rückenschmerzen bei Kindern. Vor dem Hintergrund einer salutogenetischen Sichtweise und der Vermittlung aktiver Bewältigungsstrategien sollten diese Ergebnisse der Versorgungsanalyse von Kindern mit Rückenschmerzen jedoch kritisch betrachtet werden und Anlass für weitere Untersuchungen bieten. Die Behandlung von Rückenschmerzen im weitesten Sinne, die auch gesellschaftliche Ursachen haben, ist ein Beispiel, wie Fehlentwicklungen im Kindes- und Jugendalter pathologisiert und in den Behandlungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) „verschoben“ werden. Defizite in Kindergärten, Schulen oder auch im familiären Umfeld sollten nicht durch therapeutische Interventionen „beantwortet“ werden. Vielmehr sind die hier vorgelegten Ergebnisse ein Hinweis und eine Aufforderung dafür, stärker als bislang zielgruppenspezifische Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention zu verfolgen, um vermeidbare Krankheitssymptome, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen mit den richtigen Konzepten vorher zu begegnen, um nicht nachträglich behandeln zu müssen.

Heilmittelversorgung im Bereich Palliativmedizin

Peter Nieland, Kathrin Kaboth

Zusammenfassung

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

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

Nach den Definitionen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP, 2010) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2010) bezieht sich Palliativmedizin/Palliative Care (PC) auf eine aktive und ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer unheilbaren progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung, welche nicht mehr auf kurative Therapien anspricht. Es besteht eine begrenzte Lebenserwartung – die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen besitzt höchste Priorität. Zielsetzung ist die Behandlung belastender Symptome mit, nach Möglichkeit, Lebensqualitätserhaltung bzw. -steigerung im Lebensabschnitt Sterben. PC „bejaht das Leben und sieht das Sterben als einen natürlichen Prozess“ (DGP, 2010). Sie lehnt aktive Sterbehilfe in jeder Form ab und erfordert zwingend multiprofessionell vernetzte und regional tätige palliativ geschulte Teams. Diese bestehen als qualitatives Mindestkriterium aus speziell geschulten und palliativ tätigen Medizinern, Pflegekräften, Physiotherapeuten, psychosozialen Diensten, Seelsorgern und dem unterstützenden Ehrenamt. Sie bilden das klassische international gültige Palliative Care Team (PCT), welches sich den Palliativpatienten, den mitbetroffen-

nen Angehörigen und in Form von Self Care den eigenen Berufsgruppen und dem Ehrenamt widmet. Jeder Bundesbürger findet inzwischen stationäre und ambulante allgemeine palliative Versorgung (APV) über die ärztliche Regelversorgung in häuslichen, aber auch in ambulanten und stationären multiprofessionellen palliativen Versorgungsstrukturen, wie Palliativstationen, im Hospiz und im Heim. Somit ist die APV eine klassische Regelversorgung der Krankenkassen, die bisher keiner gesetzlichen Regelung bedarf.

Die formalen und normativen Grundlagen für die spezialisierte ambulante palliative Versorgung (SAPV) – die Basis zur Umsetzung von regionalen PC Strukturen – wurden durch den Erlass der Richtlinie zur Verordnung von SAPV Ende 2007 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und durch die Bekanntgabe der Gemeinsamen Empfehlungen der Krankenkassen nach §132d Abs. 2 SGB V in 2008 geregelt. Bei besonders schwierigen und aufwendigen Behandlungen unterstützen oder übernehmen spezialisierte ambulante PC Teams in Form der SAPV die Versorgung. Seit April 2007 gibt es darauf einen Gesetzesanspruch (§37b und §132d, SGB V).

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

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

Kerndaten

Name:	BARMER GEK
Gründungsdatum:	01.01.2010
Rechtsform:	Körperschaft des öffentlichen Rechts
Dienstleistungen:	Kranken- und Pflegeversicherung Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung
Beitragssatz:	14,9 Prozent
Kunden:	8,5 Mio. Versicherte
Standorte:	mehr als 1 000 Geschäftsstellen bundesweit
Vorstand:	Birgit Fischer (Vorstandsvorsitzende) Dr. Rolf-Ulrich Schlenker (Stellvertretender Vorstandsvorsitzender) Jürgen Rothmaier (Mitglied des Vorstandes) Alexander Stütz (Bereichsvorstand)
Verwaltungsrat:	Holger Langkutsch (Vorsitzender) Ute Engelmann (Stellvertretende Vorsitzende) Ludwig Huber (Präsidiumsmitglied)
Mitarbeiter:	19 500, davon 743 Auszubildende
Haushalt:	ca. 22 Milliarden Euro
Anschrift:	BARMER GEK Postfach 11 07 04 10837 Berlin Telefon: 018 500 99 0 Telefax: 018 500 99 3309 E-Mail: info@barmer-gek.de Internet: www.barmer-gek.de

Pressestelle

Lichtscheider Straße 89
42285 Wuppertal

Tel.: 018500 99 14 01
Fax: 018500 99 14 59
presse@barmer-gek.de
www.barmer-gek.de

Athanasios Drougias (Ltg.)
Tel.: 0202 56 81 99 14 21
athanasios.drougias@barmer-gek.de

Dr. Kai Behrens
Tel.: 030 25 331 44-3020
kai.behrens@barmer-gek.de