

BARMER



Heil- und Hilfsmittelreport 2017

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse

Daniel Grandt, Nils Kossack, Thomas Brechtel

Band 6

Heil- und Hilfsmittel- report 2017

**Schriftenreihe zur
Gesundheitsanalyse**

Daniel Grandt, Nils Kossack, Thomas Brechtel

Band 6

Impressum

BARMER
Postfach 110704
10837 Berlin

BARMER Hauptverwaltung
Lichtscheider Straße 89
42285 Wuppertal

Autoren:

Daniel Grandt
Klinikum Saarbrücken gGmbH
Klinik für Innere Medizin I

Verlag: Asgard Verlagsservice GmbH
Schützenstraße 4
53721 Siegburg

Nils Kossack
WIG2 GmbH, Leipzig

ISBN: 978-3-946199-13-7

Thomas Brechtel
37 Grad Analyse & Beratung GmbH, Köln

Redaktion, Design und Realisation:
37 Grad Analyse & Beratung GmbH
Overstolzenstraße 2a
50677 Köln

Im Sinne der besseren Lesbarkeit wurde überwiegend die grammatikalisch männliche Sprachform gewählt. Wenn im Text die männliche Sprachform genannt ist, ist damit sowohl die männliche als auch die weibliche Sprachform gemeint.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmung und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Die in diesem Buch verwendeten und nicht besonders kenntlich gemachten, durch Dritte geschützten Marken- und Warenzeichen unterliegen den Bestimmungen des jeweils gültigen Kennzeichenrechts und den Besitzrechten der jeweiligen eingetragenen Eigentümer. Änderungen und Irrtümer vorbehalten.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	6
1 Zusammenfassung der Ergebnisse.....	8
2 Gesetzliche und übergeordnete Entwicklungen.....	16
2.1 Heilmittel.....	16
2.2 Modellvorhaben zur Blankoverordnung.....	17
2.3 Hilfsmittel.....	19
2.4 Stärkung der Versorgungsqualität bei Ausschreibungen.....	20
2.5 Stärkung des Anspruchs der Versicherten auf Beratung.....	21
2.6 Vertragscontrolling.....	22
3 Analysen zu Heil- und Hilfsmitteln bei Versicherten der BARMER.....	24
3.1 Kennzahlen zu Heil- und Hilfsmitteln.....	24
3.2 Analysen zu Heilmitteln.....	27
3.3 Analysen zu Hilfsmitteln.....	85
4 Schwerpunktthema: Anwendung von TENS-Geräten.....	108
4.1 Wissenschaftliche Evidenz zur Anwendung von TENS-Geräten.....	108
4.2 Anwendung von TENS-Geräten bei Versicherten der BARMER.....	109
4.3 Ergebnisse einer Befragung von BARMER-Versicherten zu TENS-Geräten.....	124
5 Anhang.....	134
5.1 Methodik der allgemeinen Analysen.....	134
5.2 Methodik der Analysen zur Verordnung von TENS-Geräten.....	139
5.3 Definitorische Grundlagen und wichtige Fakten zu Heil- und Hilfsmitteln.....	141
5.4 Häufige Fragen und Antworten zu Heil- und Hilfsmitteln.....	144
6 Verzeichnisse.....	150
6.1 Abkürzungsverzeichnis.....	150
6.2 Abbildungsverzeichnis.....	151
6.3 Tabellenverzeichnis.....	156
6.4 Literaturverzeichnis.....	160
6.5 Autorenverzeichnis.....	162

Vorwort

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

das Jahr 2016 war, was die Hilfsmittelausgaben angeht, ein Rekordjahr. Erstmals überstiegen die Gesamtausgaben bei der BARMER die Schwelle von einer Milliarde Euro, Tendenz steigend. Allein im Jahr 2016 stiegen die Ausgaben für Hilfsmittel um rund neun Prozent, das entspricht einem Zuwachs von rund 84 Millionen Euro. Ähnlich stellt sich die Situation bei den Heilmitteln dar. Die Ausgaben betragen rund 847 Millionen Euro. Sie stiegen im Vergleich zum Vorjahr um drei Prozent (rund 26 Millionen Euro). Das geht aus dem vorliegenden Heil- und Hilfsmittelreport der BARMER hervor, der bereits zum achten Mal erscheint. Die Ausgabensteigerungen sind umso bemerkenswerter, als die Anzahl der Versicherten, die Heil- und Hilfsmittel erhielten, sich von dem Jahr 2015 auf 2016 praktisch nicht verändert hat. Obwohl die Ausgaben steigen und einen durchaus relevanten Kostenblock in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ausmachen, rangiert der Heil- und Hilfsmittelbereich in der öffentlichen Wahrnehmung eher an hinterer Stelle. Der entsprechende BARMER-Report ist daher ein wichtiger Beitrag zu mehr Transparenz in diesem Versorgungsbereich. Er hilft, den Blick für Qualität und Kosten der Versorgung zu schärfen.

Betrachtet man die Physiotherapie-Ausgaben pro Versichertem nach Bundesländern, fällt eine enorme Spannweite auf. Sie reichte im Jahr 2016 von 50 Euro je Versichertem in Bremen bis zu 81 Euro in Sachsen und rund 82 Euro in Berlin. Diese Differenzen sind derart groß, dass sie durch unterschiedliche Erkrankungshäufigkeit oder -schwere nicht erklärbar sind. Die Versorgung in den einzelnen Ländern fällt offenbar unabhängig von medizinischen Notwendigkeiten stark unterschiedlich aus.

Es bedarf keines Blickes in die Glaskugel, um weiter steigende Ausgaben für Heilmittel zu prognostizieren. Dies liegt auch am Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG), das im März 2017 in Kraft getreten ist. Als größter Mehrkostenfaktor dürfte sich hier der Wegfall der Bindung der Budgetsteigerungen an die Grundlohnsumme bis zum Jahr

2019 entpuppen. Nun könnten die Verbände der Leistungserbringer versuchen, deutlich höhere Vergütungsanhebungen zu erreichen. Zudem sieht das HHVG Modellregionen vor, in denen die Heilmittelerbringer Art, Dauer und Häufigkeit der Therapie selbst festlegen können. Der Arzt stellt die Diagnose und verordnet die Therapie auf einem sogenannten Blanko-Rezept. Auf welche Art und wie häufig behandelt wird, entscheidet allein der Physiotherapeut. Dies steht im Gegensatz zu allen anderen Bereichen der Versorgung, in denen es sich bewährt hat, dass Art und Umfang der Leistungserbringung entweder von einer Partei verordnet und von der anderen erbracht wird, oder, wie bei der vertragsärztlichen Versorgung, komplex reguliert und kontrolliert wird, um einer ungebremsten Leistungsausweitung entgegenzusteuern. Dies ist in den Modellregionen nicht vorgesehen, so dass die Gefahr erheblicher Kostensteigerungen besteht. Hier dürfen prinzipielle Kriterien für Leistungsansprüche nach dem SGB V und eine notwendige, ausreichend und wirtschaftliche Versorgung nicht aus dem Auge verloren werden, zumal der Heil- und Hilfsmittelreport der BARMER bereits für die Jahre 2015 und 2016 deutliche Mehrausgaben aufzeigt.

Mein Dank gilt in besonderer Weise dem Autorenteam des Reports um Prof. Daniel Grandt vom Klinikum Saarbrücken. Den Leserinnen und Lesern unseres Heil- und Hilfsmittelreports 2017 wünsche ich eine anregende Lektüre.

Prof. Dr. med. Christoph Straub
Vorstandsvorsitzender
BARMER

Berlin, im November 2017

1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Der BARMER Heil- und Hilfsmittelreport analysiert bereits seit dem Jahr 2010 jährlich die Leistungs- und Kostendaten zur Heil- und Hilfsmittelversorgung von Versicherten der BARMER. Damit ermöglicht dieser Report detaillierte Einblicke in die Heil- und Hilfsmittelversorgung, in ihre Dynamik und in die Unterschiede zwischen den Bundesländern. Vor allem aber gibt er einen Einblick in die Entwicklung von Inanspruchnahme und Kosten im Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung. Der Report bietet damit eine exzellente empirische, datenbasierte Grundlage, um die Wirkungen von gesetzgeberischem Handeln vorausschauend abzuschätzen und Bereiche zu identifizieren, in denen weitergehende Untersuchungen des Versorgungsgeschehens und gegebenenfalls auch steuernde Eingriffe zu empfehlen sind. Er ist auch ein Instrument zur Erfassung der Wirkungen von Entscheidungen auf Systemebene (Reformgesetze) im Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung und erlaubt damit die kritische Bewertung von Rahmenbedingungen und deren Veränderung. Die folgenden Hauptergebnisse der nachfolgenden Analysen der Daten des Jahres 2016 – auch im Vergleich mit den Vorjahren 2014 und 2015 – sind besonders hervorzuheben:

Heil- und Hilfsmittel – häufig eingesetzte Behandlungselemente

Der Heil- und Hilfsmittelreport verdeutlicht und unterstreicht die oft unterschätzte Bedeutung dieses Bereichs der medizinischen Versorgung: Im Jahr 2016 hat jeder fünfte Versicherte der BARMER mindestens eine Verordnung eines Heilmittels erhalten. Jeder Vierte wurde mit einem Hilfsmittel versorgt. Die Anteile der mit Heil- und Hilfsmitteln versorgten Versicherten sind dabei über viele Jahre stabil. Damit handelt es sich bei Heil- und Hilfsmitteln um häufig angewandte medizinische Interventionen, die keineswegs Reservemaßnahmen für nur wenige Patienten, sondern fester Bestandteil der Versorgung sind.

Heil- und Hilfsmittel – verantwortlich für einen relevanten und zunehmenden Ausgabenblock

Die Gesamtausgaben für Hilfsmittel bei BARMER-Versicherten haben im Jahr 2016 erstmals die Schwelle von einer Milliarde Euro überstiegen. Die Ausgaben für Heilmittel betragen rund 847 Millionen Euro. Diese Dimension der Ausgaben steht in deutlichem Kontrast zu der nur geringen öffentlichen Wahrnehmung und Diskussion dieses Leistungsbereichs.

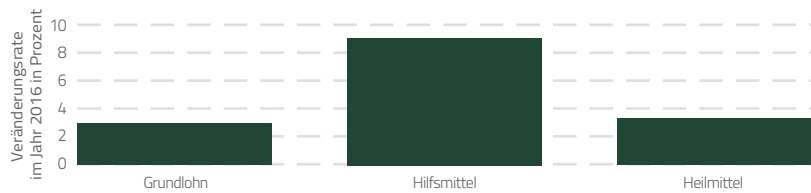
Überdurchschnittliche Kostensteigerung bei Heil- und Hilfsmitteln

Die Ausgaben für Heilmittel pro BARMER-Versicherten sind im Jahr 2016 um rund fünf Prozent angestiegen, für Hilfsmittel wurden rund zehn Prozent mehr ausgegeben als im Vorjahr. Dies entspricht einem Ausgabenzuwachs von rund 26 Millionen Euro für Heilmittel im Jahr 2016 beziehungsweise 84 Millionen Euro für Hilfsmittel im selben Jahr.

Es stellt sich zunächst die Frage, an welchem Maßstab man sich bei der Beurteilung von Kostenveränderungen orientieren soll. Je nach Perspektive kann dieselbe Veränderung adäquat und sinnvoll oder schädlich und überzogen sein. Lässt sich also für die Beurteilung ein objektiver Bewertungsmaßstab finden? Eine Möglichkeit bietet der Maßstab, den die Politik anwendet, um die Kostenentwicklung im Gesundheitssystem zu messen – dieser Vergleichsmaßstab ist die Grundlohnsummenentwicklung.

Der § 71 im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) legt fest, dass die Vergütungen für Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) so auszugestalten sind, dass keine Beitragssatzerhöhungen notwendig sind. Der Maßstab für diese Verpflichtung ist die durchschnittliche Entwicklung der Grundlohnsumme, das bedeutet die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Sozialversicherung. Die Grundlohnsumme bildet die Finanzierungsbasis der beitragsfinanzierten Sozialversicherungen. Daher wird im Folgenden die Kostenentwicklung bei Heil- und Hilfsmitteln im Jahr 2016 mit der Veränderungsrate des Grundlohns verglichen.

Abbildung 1.1: Veränderungsrate im Jahr 2016 in Prozent bei Grundlohn, Hilfsmitteln und Heilmitteln



Quelle: BARMER-Daten 2016

Es ist augenscheinlich, dass die Ausgabenentwicklung in den Bereichen Heil- und Hilfsmittel die Entwicklung der Grundlohnsumme deutlich überschreitet. Dabei wird nicht nur die Entwicklung der Grundlohnsumme überschritten, sondern es zeigt sich außerdem, dass die Kostenentwicklung in den anderen Leistungsbereichen geringer ausfällt als jene bei den Heil- und Hilfsmitteln. Dies zeigt sich in dem zunehmenden Anteil der Heilmittelausgaben an den gesamten Leistungsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in der folgenden Tabelle. Die Ausgaben für Hilfsmittel verlaufen im Wesentlichen konstant.

Tabelle 1.1: Anteil von Heil- und Hilfsmitteln an den Leistungsausgaben der GKV in Prozent

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Heilmittel	2,7	2,8	2,7	2,8	2,9	2,9	2,9	2,9	3,0
Hilfsmittel	3,8	3,8	3,7	3,6	3,7	3,7	3,7	3,8	3,8

Quelle: www.destatis.de

Der Anteil der Heilmittelausgaben an den Leistungsausgaben der GKV ist vom Jahr 2007 auf das Jahr 2015 von 2,7 auf 3,0 Prozent angestiegen, während der Anteil der Hilfsmittelausgaben bei 3,8 Prozent eher konstant geblieben ist (Tabelle 1.1). Insbesondere bei den Heilmittelausgaben ist daher kein Spielraum für Mehrausgaben erkennbar, es sei denn, andere Leistungsbereiche würden beschnitten, um eine Umverteilung von Geldern zu ermöglichen.

Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Inanspruchnahme

Entscheidend für die geschlechtsspezifischen Unterschiede der Kosten bei Heil- und Hilfsmitteln ist der nach Geschlecht unterschiedliche Anteil von Leistungsempfängern bei den Versicherten. Während 26 Prozent der weiblichen Versicherten im Jahr 2016 Heilmittelleistungen erhielten, waren es bei den Männern nur 17 Prozent. Auch bei den Hilfsmitteln besteht dieser Unterschied: 29 Prozent der weiblichen Versicherten erhielten im Jahr 2016 eine Hilfsmittel-Verordnung, bei den männlichen Versicherten betrug dieser Anteil 22 Prozent.

Physiotherapie

Drei Viertel der Heilmittelkosten gehen auf physiotherapeutische Behandlungen zurück. Im Jahr 2016 betragen die Gesamtausgaben für die physiotherapeutische Behandlung BARMER-Versicherter 537 Millionen Euro. Damit stiegen die Ausgaben für physiotherapeutische Leistungen in diesem Jahr absolut um 17,8 Millionen Euro. Die Ausgaben pro Versicherten verzeichnen dabei mit fast fünf Prozent pro Jahr einen konstanten Anstieg. Die Kosten für Frauen liegen in nahezu allen Altersgruppen über denen der Männer im jeweils gleichen Alter. Mit zunehmendem Alter steigt das Kostendelta zwischen den Geschlechtern an. Als Therapiemodelle haben Massagen mit weniger als drei Prozent eine nachrangige Relevanz und eine rückläufige ökonomische Bedeutung.

Die Ausgaben für physiotherapeutische Leistungen pro Versicherten steigen jährlich um etwa 5 Prozent.

Ergotherapie

Bei Gesamtausgaben von 104 Millionen Euro für eine ergotherapeutische Behandlung BARMER-Versicherter entfielen mehr als 70 Prozent der Kosten auf die Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems. Im Vergleich zu 2015 stiegen die Gesamtausgaben im Jahr 2016 um 4,5 Prozent an. Dies entspricht einem absoluten Ausgabenzuwachs für ergotherapeutische Behandlung von 4,5 Millionen Euro. Vier Bundesländer weisen bei der Betrachtung des Zeitraumes der Jahre 2014 bis 2016 Steigerungsraten von mehr als 14 Prozent auf: Bayern, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern und das Saarland. Das Saarland weist trotz bereits hoher Ausgaben für Ergotherapie die größten relativen Zunahmen auf, nur in diesem Bundesland findet man im Jahr 2015 und 2016 einen Anstieg der Verordnungen um mehr als acht Prozent. Niedersachsen hingegen ist das einzige Bundesland, in dem sich im Jahr 2016 ein Ausgabenrückgang verzeichnen lässt.

2014 bis 2016: Ausgabesteigerung für ergotherapeutische Behandlungen von über 14 Prozent in 4 Bundesländern

Logopädie

2016: Ausgabensteigerung für logopädische Behandlungen von über 10 Prozent in Bremen und Bayern im Vergleich zum Vorjahr

Insgesamt entstanden im Jahr 2016 Gesamtausgaben von 69,3 Millionen Euro für logopädische Behandlungen BARMER-Versicherter. Davon entfielen mehr als 80 Prozent der Kosten auf die Behandlungen von Störungen der Sprache. Es lässt sich ein kontinuierlicher Anstieg der Ausgaben feststellen; im Vergleich zum Vorjahr erhöhten sich die Gesamtausgaben im Jahr 2016 um 5,5 Prozent. Dies entspricht einer absoluten Steigerung der Ausgaben für logopädische Behandlungen um 3,6 Millionen Euro im Jahr 2016 im Vergleich zu 2015. Bis zum 20. Lebensjahr und ab dem 55. Lebensjahr entfallen deutlich höhere Kosten auf männliche als auf weibliche Versicherte. Während in vier Bundesländern die Ausgaben von 2015 auf 2016 zurückgehen, steigen sie in den anderen Bundesländern. In Bremen und Bayern übersteigt dieses Plus sogar die Zehn-Prozent-Marke, in Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen und im Saarland liegt der Zuwachs knapp darunter.

Podologie

2016: 917.000 Euro Mehrausgaben für podologische Versorgung als im Vorjahr

Insgesamt wurden im Jahr 2016 für die podologische Versorgung von Versicherten der BARMER 13,7 Millionen Euro verwendet. Im Vergleich der Jahre 2015 und 2016 ist eine Zunahme der Ausgaben um sieben Prozent zu verzeichnen. Dies entspricht Mehrausgaben von 917.000 Euro im Jahresvergleich. Die Kostenzunahme von 2014 auf 2015 betrug rund fünf Prozent. Die Geschwindigkeit beziehungsweise das jährliche Ausmaß der Kostenzunahme hat sich damit im Jahr 2016 stark beschleunigt. Ab dem 40. Lebensjahr liegen die Kosten in jeder Altersgruppe für männliche Versicherte über den Kosten für weibliche Versicherte. Betrachtet man die Kostenentwicklung auf Landesebene, so stellt man in vier Bundesländern von 2015 zu 2016 eine Ausgabensteigerung von mehr als zehn Prozent im Jahresvergleich fest: Hessen (14,6 Prozent), Rheinland-Pfalz (13,5 Prozent), Brandenburg (12,5 Prozent) und Baden-Württemberg (12,1 Prozent). Nur in Bremen sind die Kosten um 0,8 Prozent rückläufig.

Hilfsmittel

Versicherte der BARMER erhielten im Jahr 2016 Hilfsmittel für insgesamt 1,02 Milliarden Euro. Ein Betrag, der die Ausgaben für Hilfsmittel im Jahr 2015 um 84 Millionen Euro überstieg. Die Summe von 84 Millionen Euro an Mehrausgaben entspricht einer

Kostensteigerung von neun Prozent im Jahresvergleich. Sowohl bei der Anzahl der Verordnungen als auch bei den Kosten je Versicherten zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. Der Kostenanstieg von 2014 zu 2016 schwankt von 2,3 Prozent in Baden-Württemberg bis zu 9,6 Prozent in Mecklenburg-Vorpommern.

2014–2016: 9,6 %
Kostenanstieg für
Hilfsmittel in Mecklenburg-
Vorpommern

Bei der Versorgung der Versicherten der BARMER mit Hilfsmitteln der Produktgruppen 08 (Einlagen) und 31 (Schuhe) sind bei den Kosten und auch bei den Verordnungszahlen starke Schwankungen zwischen den Bundesländern feststellbar. Des Weiteren gibt es deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern. So erhalten männliche Versicherte deutlich öfter orthopädische Maßschuhe als Frauen. Bei der Versorgung mit Einlagen und Zurichtungen am konfektionierten Schuh ist dieser Effekt genau umgekehrt.

Anwendung von TENS-Geräten bei Rückenschmerzen

Ein Cochrane-Review zum Einsatz von TENS (transkutane elektrische Nervenstimulation) bei chronischen Rückenschmerzen analysierte die Ergebnisse von vier prospektiv randomisierten Studien mit 585 Patienten (Khadilkar et al. 2005). Die Autoren fanden keinen Beleg für eine dem Placebo überlegene Wirksamkeit von TENS und sprechen sich daher gegen die Anwendung des Verfahrens bei dieser Patientengruppe aus. Die nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz (www.awmf.org/leitlinien/detail/II/nvl-007.html) aus dem Jahr 2017 führt dazu aus: „Für die Anwendung von TENS bei nicht-spezifischen Kreuzschmerzen wurde kein Wirksamkeitsnachweis gefunden. Zusätzlich kann durch diese Art der Therapie die Passivität gefördert werden, und dies steht im Widerspruch zu dem primären Behandlungsziel, die Betroffenen zu aktivieren.“ Die Empfehlungen lauten daher: TENS soll zur Behandlung akuter nicht-spezifischer Kreuzschmerzen nicht angewendet werden, und TENS sollte zur Behandlung chronischer nicht-spezifischer Kreuzschmerzen nicht angewendet werden.

Analysiert wurden die TENS-Verordnungen für BARMER-Versicherte für die Jahre 2012 bis 2016. Seit dem Jahr 2012 ist es zu einem kontinuierlichen Rückgang der Verordnungen auf rund 82.000 Verordnungen im Jahr 2016 gekommen. Das entspricht einem Rückgang der jährlichen Verordnungen um 42 Prozent. Die Verordnungen erfolgen dabei durch immer weniger Ärzte. Waren im Jahr 2012 noch rund 22.500 Ärzte als

Verordner von TENS-Geräten dokumentiert, waren es im Jahr 2016 nur noch rund 14.900 Ärzte, die TENS für BARMER-Versicherte verordnet haben. Dies entspricht einem Rückgang um rund 7.600 Ärzte beziehungsweise um 34 Prozent.

Im Mittel erhalten 0,5 Prozent der Patienten mit akuten Rückenschmerzen und rund 1,2 Prozent der Patienten mit chronischen Rückenschmerzen eine TENS-Verordnung. Jeweils etwa 50 Prozent der Verordnungen gehen auf Orthopäden zurück. Auffällig ist hierbei, dass die (standardisierte) Häufigkeit der TENS-Verordnung je nach Bundesland stark schwankt. Während in neun Bundesländern weniger als 0,5 Prozent dieser Patienten mit ausschließlich Rückenschmerz (M54) eine TENS-Verordnung erhalten, sind es in drei Bundesländern (Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Thüringen) mehr als zwei Prozent, also mehr als viermal so viele Patienten.

Die Analysen belegen, dass die Heil- und Hilfsmittelversorgung nicht statisch ist, sondern kontinuierlichen Veränderungen unterliegt. Die nachfolgenden Analysen zeigen diese Veränderungen auf und sollen helfen, die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln besser zu verstehen und weiterzuentwickeln.

2 Gesetzliche und übergeordnete Entwicklungen

Am 11. April 2017 ist das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) in Kraft getreten. Hauptauslöser für das Gesetz waren die in den letzten Jahren zunehmenden Kontroversen in Bezug auf die Qualität der Hilfsmittelversorgung, insbesondere bei Ausschreibungen sowie Kritik der Heilmittelerbringer an ihrer Vergütung und Verantwortung im Versorgungsprozess. Als Reaktion darauf schärft das neue Gesetz die Regelungen zur Hilfsmittelversorgung. Für die Heilmittelversorgung steht eine modellhafte Öffnung der Versorgungsstrukturen und die Vergütung der Heilmitteltherapeuten im Fokus.

2.1 Heilmittel

2.1.1 Vergütung der Therapeutenleistungen

Die therapeutische Heilmittelversorgung einschließlich der Leistungsvergütung wird in Verträgen der gesetzlichen Krankenkassen mit den Leistungsanbietern verhandelt (§ 125 SGB V). Üblicherweise werden die Heilmittelerbringer durch ihre Berufsverbände in den Verhandlungen vertreten. Aufseiten der Krankenkassen führen die Landesverbände der Krankenkassen beziehungsweise für die Ersatzkassen der vdek die Verhandlungen.

Über die Jahre hat sich das Preisniveau der einzelnen Krankenkassen beziehungsweise Krankenkassenarten zum Teil sehr unterschiedlich entwickelt. Zudem wurde von den Heilmittelerbringern immer wieder über eine zu geringe Vergütung von Heilmittelleistungen geklagt. Beide Tatbestände haben den Gesetzgeber dazu veranlasst, im Sinne einer Einkommensverbesserung der Heilmittelerbringer tätig zu werden. Bereits im Jahr 2015 wurden mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) Maßnahmen zur krankenkassenartenübergreifenden Angleichung der Vergütungssätze für Heilmittel ergriffen. Für die Jahre 2016 bis 2021 führte der Gesetzgeber eine Preisuntergrenze auf Landebene ein. Die Krankenkassen sind dazu verpflichtet, darunterliegende Preise im Rahmen von Verhandlungen mindestens auf dieses Niveau anzuheben. Die Preisuntergrenze für eine Leistung bildet sich aus dem niedrigsten Preis zuzüglich von zwei Dritteln der Differenz zwischen dem niedrigsten und höchsten Preis für diese Leistung im jeweiligen Bundesland.

Ohne die Ergebnisse dieser einkommenswirksamen Vorschrift abzuwarten, wirkt der Gesetzgeber nun mit dem HHVG parallel durch eine weitere Maßnahme auf die Entwicklung der Einkommen von Heilmittelerbringern ein. Für Vergütungsanhebungen im Heilmittelbereich war nach § 71 SGB V in der Vergangenheit – wie für andere Leistungen der GKV auch – die durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen bei den gesetzlichen Krankenkassen als Obergrenze für Vergütungserhöhungen maßgeblich. Diese sogenannte Grundlohnsummenentwicklung lag in den vergangenen Jahren zwischen zwei und drei Prozent pro Jahr.

Die Bindung der Vergütungsentwicklung für Heilmittelleistungen an die Beitragsentwicklung in der GKV wurde mit dem HHVG für die Jahre 2017 bis 2019 aufgehoben. Damit sind auch über die Grundlohnsummenentwicklung hinausgehende Vergütungssteigerungen zugelassen. Dieser Zeitraum soll von den Verhandlungspartnern dazu genutzt werden, die Leistungsvergütung insbesondere angestellter Therapeuten in den Heilmittelpraxen zu verbessern. Zur Unterstützung dieses Ziels wird der GKV-SV verpflichtet, in seinen Rahmenempfehlungen für Heilmittelverträge „Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte“ zu treffen (§ 125 Absatz 1 Nummer 5 SGB V).

Beide gesetzgeberischen Maßnahmen führen für die gesetzlichen Krankenkassen zu einem massiven Anstieg der Ausgaben für Heilmittel. Der Gesetzgeber selbst geht von Mehrkosten in Höhe eines dreistelligen Millionenbetrages für die GKV aus.

2.2 Modellvorhaben zur Blankoverordnung

Mit der Regelung zu Modellvorhaben für Blankoverordnungen in § 64 d SGB V kommt das HHVG der Forderung der Heilmittelerbringer nach mehr Verantwortung im Versorgungsprozess nach. Bisher werden Heilmittel vom Arzt auf Basis des Heilmittelkataloges der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) detailliert verordnet. Der Heilmittelkatalog der Richtlinien definiert, bei welchen Diagnosen und Indikationen Heilmittel verordnungsfähig sind. Dabei legt der Katalog indikationsbezogen die Art der Therapie (wie etwa Manuelle Therapie oder Manuelle

Lymphdrainage), die verordnungsfähigen Therapieeinheiten (in der Regel maximal sechs Einheiten pro Verordnung) und die Häufigkeit der Anwendung (beispielsweise einmal pro Woche) fest. Anhand von maximal dreijährigen krankenkassenartenübergreifenden Modellvorhaben in den Bundesländern soll nun die sogenannte Blankoverordnung von Heilmitteln unter wissenschaftlicher Begleitung erprobt werden. Damit will der Gesetzgeber in den nächsten Jahren die notwendigen Erkenntnisse für eine generelle politische Entscheidung über einen erhöhten Handlungsspielraum für Heilmitteltherapeuten sammeln.

mehr Verantwortung der Heilmittelerbringer durch das Modellvorhaben für Blankoverordnung

Bei einer Blankoverordnung stellt der Arzt ausschließlich die Diagnose und Indikation für eine Heilmitteltherapie. Art, Dauer und Häufigkeit der Heilmittelleistung legt der Therapeut selbst fest. Die Verantwortung der Heilmittelerbringer im Versorgungsprozess wird somit deutlich erhöht. Zudem können die zwischen den Krankenkassen und Leistungserbringerverbänden zu schließenden Vereinbarungen mithilfe von Modellvorhaben auch Abweichungen von den Vorgaben der Richtlinie vorsehen, wie beispielsweise andere als die vorgegebenen indikationsbezogenen Verordnungsmengen.

Nur am Rande streift die neue gesetzliche Regelung die Frage nach der künftigen wirtschaftlichen Verantwortlichkeit für die Heilmitteltherapie. Unterliegen Heilmittel bisher nach der gesetzlichen Regelung der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Ärzte, gibt das neue Gesetz nur vor, dass „in der Vereinbarung [...] die mit dem Modellvorhaben verbundene höhere Verantwortung der Heilmittelerbringer, insbesondere im Hinblick auf zukünftige Mengenentwicklungen [...], zu berücksichtigen“ ist. Wie die Partner der Modellvorhaben die Frage nach der wirtschaftlichen Verantwortung bei einem zwischen Ärzten und Therapeuten aufgeteilten Prozess der Therapiefestlegung lösen, bleibt abzuwarten.

Durch die Modellvorhaben können weitere finanzielle Mehraufwände etwa durch Mengenausweitungen, Verabreichung teurer Therapiemethoden und nicht zuletzt auch durch den Aufbau von Genehmigungsprozessen bei den Krankenkassen für diese außerhalb der Regelversorgung laufenden Therapien entstehen.

2.3 Hilfsmittel

Mit dem HHVG nimmt der Gesetzgeber Präzisierungen und Ergänzungen der bestehenden gesetzlichen Vorschriften vor, die vor allem auf eine Stärkung der Ansprüche der Versicherten und der Qualität in der Hilfsmittelversorgung ausgerichtet sind. Die Neuregelungen setzen an der Struktur-, Prozess- und auch Ergebnisqualität an. Besonders hervorzuheben sind die Änderungen der Regelungen zum Hilfsmittelverzeichnis, zu Ausschreibungen, Beratungs- und Dokumentationspflichten sowie zur Kontrolle der Ergebnisqualität.

2.3.1 Stärkung des Hilfsmittelverzeichnisses

Das vom GKV-Spitzenverband (GKV-SV) erstellte Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V beinhaltet die generell in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen fallenden Hilfsmittel einschließlich der Dienstleistungen, die für deren Bereitstellung erforderlich sind. Das Verzeichnis stellt zwar keine Positivliste dar, bildet aber dennoch die maßgebliche Grundlage für die Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen. Dies wird auch durch den neugeregelten Versichertenanspruch in § 33 Absatz 1 SGB V unterstrichen, nach dem Hilfsmittel mindestens die Qualitätsanforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses zu erfüllen haben.

Viele Hilfsmittel unterliegen einem schnellen Lebenszyklus, insbesondere im Hinblick auf die technische Weiterentwicklung. Für eine gute Versorgungsqualität ist es daher von entscheidender Bedeutung, dass das Hilfsmittelverzeichnis stets auf einem aktuellen Stand gehalten wird. Das HHVG verschärft daher die Vorschriften in § 139 SGB V. So ist der GKV-SV künftig gesetzlich zu einer regelmäßigen Fortschreibung verpflichtet. Eine vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigte Verfahrensordnung des GKV-SV soll die kontinuierliche Fortschreibung mit all ihren Bestandteilen wie Überprüfungsfristen, Aufnahme und Streichung von Hilfsmitteln oder etwa erforderliche Herstellerunterlagen nachvollziehbar machen. Um einen in den letzten Jahren entstandenen Fortschreibungsstau zu beheben, muss der GKV-Spitzenverband bis zum 31. Dezember 2018 einmalig das gesamte Verzeichnis aktualisieren (mit Ausnahme von Produktbereichen, die nach dem 30. Juni 2015 bereits überarbeitet wurden). Für innovative Hilfsmittel, die Bestandteil einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode sein könnten, soll künftig eine beschleunigte Zusammenarbeit zwischen dem GKV-Spitzenverband

und dem Gemeinsamen Bundesausschuss eine schnellere Einordnung in das Versorgungssystem sicherstellen.

Für die Aktualität des Hilfsmittelverzeichnisses ist nicht nur die Auflistung aktueller Produkte, sondern auch die Herausnahme veralteter Produkte wichtig. Diesen Prozess beschleunigt das HHVG durch eine verstärkte Mitwirkungspflicht der Hersteller. So sind die Hersteller in der Pflicht, auf Anforderung des GKV-Spitzenverbandes die Erfüllung der jeweils aktuellen Anforderungen für ihre gelisteten Hilfsmittel nachzuweisen. Erbringt der Hersteller den Nachweis nicht oder nicht fristgemäß, wird das betreffende Hilfsmittel aus dem Verzeichnis gestrichen. Ebenso müssen Hersteller Änderungen an gelisteten Produkten oder die Einstellung der Produktion eines gelisteten Hilfsmittels dem GKV-Spitzenverband unaufgefordert melden.

Mit diesen Neuregelungen unterstreicht der Gesetzgeber die Bedeutung des Hilfsmittelverzeichnisses und dessen kontinuierliche zügige Aktualisierung. Welche Bedeutung der Aktualität des Verzeichnisses beigemessen wird, drückt sich nicht zuletzt darin aus, dass der GKV-Spitzenverband künftig jährlich dem Gesundheitsausschuss des Bundestages einen Bericht über die Fortschreibung des Verzeichnisses vorlegen muss.

2.4 Stärkung der Versorgungsqualität bei Ausschreibungen

Seit das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz im Jahr 2007 Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich ermöglicht hat, sind deren Auswirkungen auf die Qualität in der Hilfsmittelversorgung immer wieder kontrovers diskutiert worden. Hauptkritikpunkte von Patientenvertretern und Leistungsanbietern waren die fehlende Wahlmöglichkeit der Versicherten zwischen Leistungsanbietern beziehungsweise Produkten, die von Ausschreibungsgewinnern zu Krankenkassenpreisen gelieferte Produktqualität sowie der Umfang der von den Versicherten gezahlten Mehrkosten. Forderungen nach Aufhebung des Ausschreibungsrechts der Krankenkassen ist der Gesetzgeber nicht nachgekommen, er hat jedoch die Notwendigkeit gesehen, durch Änderungen der Vorschriften in § 127 SGB V die Versorgungsqualität bei Ausschreibungen nachhaltig zu stützen.

Zum einen sind die Wahlrechte der Versicherten bei Ausschreibungen stärker hervorgehoben. Die Krankenkassen sind verpflichtet, in Ausschreibungen sicherzustellen, dass die Ausschreibungsgewinner eine hinreichende Anzahl von mehrkostenfreien Produkten vorhalten. Wichtig dabei ist – auch wenn die Gesetzesformulierung dies leider nicht so ausdrücklich vorgibt –, dass den Versicherten die Hilfsmittel mehrkostenfrei angeboten werden, die ihrem individuellen Versorgungsbedarf entsprechen. Zudem wurde gesetzlich bestätigt, dass die Krankenkassen sich bei einer Ausschreibung für das sogenannte Mehr-Partner-Modell entscheiden können. Das bedeutet, dass mehrere Leistungserbringer in einem ausgeschriebenen Los den Zuschlag für die Versorgung erhalten und die Versicherten somit zwischen diesen Leistungsanbietern wählen können.

Ebenfalls auf die Versorgungsqualität zielt die Regelung ab, dass der angebotene Preis künftig nicht mehr das ausschließliche Zuschlagskriterium sein soll. Zu mindestens 50 Prozent sollen qualitative Kriterien in die Bewertung mit einfließen. Dazu gehören Faktoren wie Qualität, Zugänglichkeit der Leistung, insbesondere für Menschen mit Behinderungen, Qualifikation und Erfahrung des mit der Ausführung des Auftrags betrauten Personals, Kundendienst und technische Hilfe oder Lieferbedingungen. Eine Ausnahme von dieser 50:50-Regelung sieht der neue § 127 Absatz 1 SGB V dann vor, wenn alle qualitativen Anforderungen an die ausgeschriebene Leistung erschöpfend in der Leistungsbeschreibung definiert sind. Der Vorteil einer abschließenden Regelung von Qualitätsanforderungen in der Leistungsbeschreibung ist die Verbindlichkeit der Anforderungen für alle Bieter. Bei einer Berücksichtigung von Qualitätsaspekten in den Zuschlagskriterien hingegen obliegt es dem Bieter, ob er die Anforderungen erfüllt.

2.5 Stärkung des Anspruchs der Versicherten auf Beratung

Einen entscheidenden Beitrag zur Versorgungsqualität leistet eine zielgerichtete und umfassende Beratung und Information der Versicherten. Hier verpflichtet das HHVG sowohl die Leistungserbringer als auch die Krankenkassen zu einer noch intensiveren Information ihrer Kunden über die Rahmenbedingungen und die im Einzelfall erforderliche Versorgung. Zum einen sind die Krankenkassen aufgefordert, durch Bekanntgabe der wesentlichen Inhalte ihrer Verträge und ihrer Vertragspartner eine generelle Informationsbasis für ihre Versicherten zu gewährleisten. Zum anderen wird der Anspruch der

Das HHVG verpflichtet Leistungserbringer und Krankenkassen, ihre Kunden intensiv zu informieren und aufzuklären.

Versicherten auf eine Beratung über die individuell notwendige und geeignete Versorgung durch die Anbieter gesetzlich verbrieft. Eine Grundlage für diese Beratung stellt auch der erstmals in § 33 Absatz 5 b SGB V festgeschriebene Anspruch der Versicherten auf Prüfung von Leistungsanträgen auf medizinische Notwendigkeit, technische Eignung und Wirtschaftlichkeit dar.

Neu ist eine grundsätzliche Dokumentationspflicht der Leistungserbringer einschließlich der Unterschrift der Versicherten über die erfolgte Beratung. Im Sinne einer den vertraglich definierten Qualitätszielen dienenden Dokumentation überlässt der Gesetzgeber es den Vertragspartnern, die Einzelheiten der Beratungs- und Dokumentationsanfordernisse zu regeln. Der GKV-SV und die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer sind zudem aufgefordert, bis zum 31. Dezember 2017 gemeinsame Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Versorgung und Abrechnung auszusprechen. Es obliegt den Verhandlungspartnern, die hierfür bestehenden Möglichkeiten bei kassenindividuellen Hilfsmittelverträgen auszuloten.

Eine Informationspflicht der Leistungserbringer besteht insbesondere auch im Fall von entstehenden Mehrkosten für die Versicherten. Mehrkosten sind von Versicherten dann zu tragen, wenn sie sich für ein über das medizinisch Notwendige hinausgehendes Hilfsmittel, beispielsweise ein Wunschprodukt eines bestimmten Herstellers oder ein Hilfsmittel mit außerhalb der Leistungspflicht liegenden Ausstattungsmerkmalen, entscheiden. Mehrkosten des Versicherten sind künftig in der Abrechnung der Leistung zu erfassen und den Krankenkassen zu übermitteln. Damit erhalten die Krankenkassen erstmals umfassende Informationen über Mehrkosten, um Fehlentwicklungen entgegenwirken und die Versicherten zielgerichtet beraten zu können.

2.6 Vertragscontrolling

Vorschriften für die Versorgungsqualität und Transparenz der Versorgung können nur so wirksam sein, wie die in der Praxis laufenden Versorgungsprozesse und -ergebnisse auch von den Krankenkassen überprüft und Vertragsverstöße geahndet werden. Daher stärkt das HHVG konsequenterweise das Vertragscontrolling der Krankenkassen. Die Krankenkassen sind aufgefordert, durch Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen

die Ergebnisqualität der Versorgung zu überprüfen. Die hierzu erforderlichen Daten sind von den Leistungserbringern an die Krankenkassen auf Verlangen zu übermitteln. Bei personenbezogenen Daten ist hierfür von der Krankenkasse die Einwilligung der Versicherten einzuholen, da zur abschließenden Überprüfung von Einzelfällen auch ein Einblick in medizinische Daten der Versicherten erforderlich ist.

Zu den Rahmenbedingungen, wie beispielsweise Prüfumfang, mögliche Überwachungsinstrumente oder Datenbasis, hat der GKV-Spitzenverband erstmals zum 1. Juli 2017 Empfehlungen zur Qualitätssicherung in der Hilfsmittelversorgung ausgesprochen. Da das Vertragscontrolling eng an den Anforderungen der krankenkassenspezifischen Verträge auszurichten ist, obliegt die konkrete Ausgestaltung des Vertragscontrollings jedoch den einzelnen Krankenkassen. Legen die Prüfungen der Krankenkassen Gesetzes- oder Vertragsverstöße offen, sind diese durch vertraglich fixierte Sanktionsmaßnahmen zu ahnden.

In der Gesamtschau verdeutlicht der Gesetzgeber mit dem HHVG, dass die etablierten Versorgungsstrukturen nicht infrage gestellt werden. Gleichwohl öffnet das Gesetz in der Heilmittelversorgung das bestehende System für zeitlich befristete modellhafte neue Ansätze, bei denen insbesondere die finanziellen Auswirkungen, aber auch Erkenntnisse über Optionen zur Veränderung des Versorgungsprozesses als Basis für weitere politische Entscheidungen abzuwarten bleiben. Für die Hilfsmittelversorgung setzt das HHVG mit Klarstellungen und ergänzenden Regelungen an bestehenden Rahmenbedingungen an, die nachhaltig die Versorgungsqualität beeinflussen und sowohl in bisherigen Verträgen als auch in der Versorgungspraxis bereits weitgehend umgesetzt worden sind.

3 Analysen zu Heil- und Hilfsmitteln bei Versicherten der BARMER

2016: Anstieg der
Ausgaben für Hilfsmittel
im Vergleich zum Vorjahr
um 9 Prozent

3.1 Kennzahlen zu Heil- und Hilfsmitteln

Bevor in den Hauptkapiteln des Reports detaillierte Analysen zur Heil- und Hilfsmittelversorgung der Versicherten der BARMER auf Basis der Daten des Jahres 2016 erfolgen, wird an dieser Stelle zunächst ein Überblick über den Heil- und Hilfsmiteinsatz bei BARMER-Versicherten gegeben. Zu Unrecht werden Heil- und Hilfsmittel bei der Diskussion von Entwicklungen im Gesundheitswesen oftmals nicht berücksichtigt. Schließlich handelt es sich um häufig eingesetzte therapeutische Prinzipien: Jedem vierten Versicherten der BARMER wurden im Jahr 2016 Hilfsmittel verordnet (26 Prozent), jeder fünfte Versicherte wurde mit einem Heilmittel versorgt (22 Prozent). Darüber hinaus sind sowohl die Kosten als auch deren Entwicklung bei Heil- und Hilfsmitteln relevant: Insgesamt wurden im Jahr 2016 für BARMER-Versicherte 847 Millionen Euro für die Anwendung von Heilmitteln aufgewendet. Durch die Versorgung BARMER-Versicherter mit Hilfsmitteln im Jahr 2016 wurden 84 Millionen Euro mehr eingesetzt als im Jahr 2015. Erstmals haben die Ausgaben für Hilfsmittel für Versicherte der BARMER damit die Milliardengrenze überschritten (rund 1,02 Milliarden Euro). Mit einer Kostensteigerung von neun Prozent im Jahresvergleich steigen Ausgaben für Hilfsmittel deutlich stärker als die meisten anderen Leistungsausgaben. Aus diesem Grund sollen die abgerechneten Leistungen genauer analysiert werden.

Zuvor jedoch werden einige Aspekte hervorgehoben werden, die bei der Betrachtung der Kenndaten zu Heil- und Hilfsmitteln auffallen:

- Der Anteil von Versicherten, der Heil- oder Hilfsmittel erhält, hat sich von 2015 bis 2016 praktisch nicht verändert.
- Frauen erhalten deutlich häufiger als Männer Hilfsmittel (29 gegenüber 22 Prozent) und Verordnung von Heilmitteln (26 gegenüber 17 Prozent).
- Die Ausgaben für Hilfsmittel sind von 2015 auf 2016 mit neun Prozent dreimal so stark gestiegen wie die Ausgaben für Heilmittel (rund drei Prozent).

- Die Kosten pro Versicherten sind im Jahr 2016 für Heilmittel um 4,5 und für Hilfsmittel um 10,4 Prozent gestiegen.
- Auch sind die Heilmittel-Ausgaben von 2015 auf 2016 bei Frauen stärker angestiegen als bei Männern.

Tabelle 3.1: Heil- und Hilfsmittel, Ausgaben und Versicherte 2014 bis 2016

	2014	2015		2016		
Anzahl Versicherte						
	Anzahl	Anzahl	Veränderung in Prozent	Anzahl	Veränderung 2016 zu 2015 in Prozent	Veränderung 2016 zu 2015 absolut
insgesamt	8.971.782	8.891.037	- 0,9	8.775.750	- 1,3	- 115.287
Männer	3.780.663	3.761.736	- 0,5	3.727.077	- 0,9	- 34.659
Frauen	5.191.119	5.129.301	- 1,2	5.048.673	- 1,6	- 80.628
Versicherte mit Heilmittelleistungen						
	Anzahl	Anzahl	Anteil an Versicherten insgesamt	Anzahl	Anteil an Versicherten insgesamt	Veränderung Anteil 2016 zu 2015 in Prozent
insgesamt	1.968.276	1.958.980	22,0	1.946.356	22,2	0,1
Männer	638.122	638.718	17,0	634.217	17,0	0,0
Frauen	1.330.154	1.320.262	25,7	1.312.139	26,0	0,3
Versicherte mit Hilfsmittelleistungen						
	Anzahl	Anzahl	Anteil an Versicherten insgesamt	Anzahl	Anteil an Versicherten insgesamt	Veränderung Anteil 2016 zu 2015 in Prozent
insgesamt	2.214.725	2.254.074	25,4	2.292.539	26,1	0,8
Männer	784.227	805.672	21,4	828.235	22,2	0,8
Frauen	1.430.498	1.448.402	28,2	1.464.304	29,0	0,8

	2014	2015		2016		
Ausgaben für Heilmittel in Euro						
	Ausgaben in Euro	Ausgaben in Euro	Veränderung 2015 zu 2014 in Prozent	Ausgaben in Euro	Veränderung 2016 zu 2015 in Prozent	Veränderung 2016 zu 2015 in Euro
insgesamt	773.972.278	821.753.459	6,2	847.275.365	3,1	25.521.906
Männer	260.979.986	278.095.079	6,6	282.136.163	1,5	4.041.084
Frauen	512.992.292	543.658.380	6,0	565.139.202	4,0	21.480.822
Ausgaben für Heilmittel pro 100 Versicherte in Euro						
	Ausgaben in Euro	Ausgaben in Euro	Veränderung 2015 zu 2014 in Prozent	Ausgaben in Euro	Veränderung 2016 zu 2015 in Prozent	Veränderung 2016 zu 2015 in Euro
insgesamt	8.627	9.242	7,1	9.655	4,5	412
Männer	6.903	7.393	7,1	7.570	2,4	177
Frauen	9.882	10.599	7,3	11.194	5,6	595
Ausgaben für Hilfsmittel in Euro, gerundet						
	Ausgaben in Euro	Ausgaben in Euro	Veränderung 2015 zu 2014 in Prozent	Ausgaben in Euro	Veränderung 2016 zu 2015 in Prozent	Veränderung 2016 zu 2015 in Euro
insgesamt	957.181.224	935.969.185	- 2,2	1.020.235.894	9,0	84.266.709
Männer	400.069.823	380.382.834	- 4,9	420.101.662	10,4	39.718.828
Frauen	557.111.401	555.586.351	- 0,3	600.134.232	8,0	44.547.881
Ausgaben für Hilfsmittel pro 100 Versicherten in Euro, gerundet						
	Ausgaben in Euro	Ausgaben in Euro	Veränderung 2015 zu 2014 in Prozent	Ausgaben in Euro	Veränderung 2016 zu 2015 in Prozent	Veränderung 2016 zu 2015 in Euro
insgesamt	10.669	10.527	- 1,3	11.626	10,4	1.099
Männer	10.582	10.112	- 4,4	11.272	11,5	1.160
Frauen	10.732	10.832	0,9	11.887	9,7	1.055

Quelle: BARMER-Daten 2014 bis 2016; bei der Barmer Versicherte, die im jeweiligen Beobachtungsjahr mindestens einen Tag versichert waren

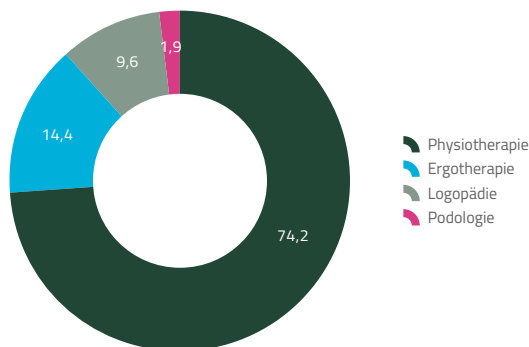
3.2 Analysen zu Heilmitteln

3.2.1 Kennzahlen zur Heilmittelversorgung

Während die vorherigen Zahlen die Gesamtentwicklung für alle Versicherten der BARMER darstellen, folgen weitere Analysen, die Unterschiede auf Landesebene beleuchten. Um tatsächliche bundeslandspezifische Unterschiede der Behandlungsstrategien und nicht unterschiedliche Altersstrukturen und Morbidität darzustellen, erfolgen die Analysen auf der Basis standardisierter Daten (dazu auch die detaillierte Beschreibung im Methodenkapitel).

In den folgenden Analysen werden die Heilmittelausgaben für BARMER-Versicherte gemeinsam für die vier Heilmittelarten dargestellt. In den daran anschließenden Kapiteln erfolgen Detailanalysen getrennt nach den entsprechenden Heilmittelarten. Zu den Heilmitteln werden gezählt: Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Podologie. Die Anteile der einzelnen Heilmittelarten an den Gesamtkosten zeigt die folgende Abbildung.

Abbildung 3.1: Kostenanteile nach Heilmittelart



Quelle: BARMER-Daten 2016

Drei Viertel der Kosten (rund 74 Prozent) gehen auf physiotherapeutische Behandlungen zurück (Abbildung 3.1). Ein Achtel der Kosten entfällt auf die Ergotherapie (rund 14 Prozent), die somit die zweitumsatzstärkste Heilmittelart bildet. Noch knapp zehn Prozent entfallen auf die logopädische Behandlung und ein sehr geringer Anteil von nicht ganz zwei Prozent auf die podologische Therapie. Die folgende Tabelle zeigt die Kosten und die Kostensteigerungen nach Heilmittelart für das Jahr 2016 im Vergleich zu den beiden Vorjahren. Mit 537 Millionen Euro Kosten im Jahr 2016 stellt die Physiotherapie nicht nur relativ gesehen, sondern auch absolut betrachtet den relevantesten Kostenblock. Im Vergleich dazu fallen die podologischen Behandlungen mit rund 14 Millionen Euro nur wenig ins Gewicht.

Tabelle 3.2: Kosten für Heilmittel im Vergleich 2014 bis 2016

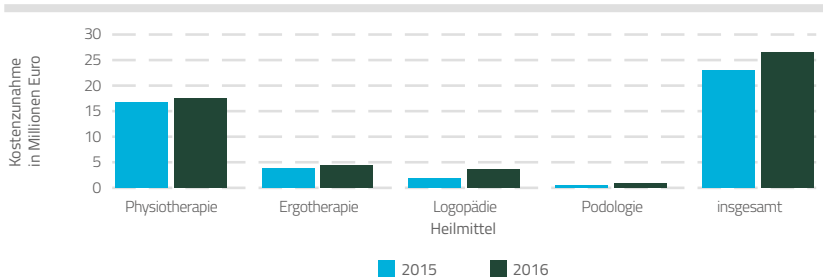
Heilmittel	2014	2015	2016			
	Kosten in Euro	Kosten in Euro	Veränderung in Prozent	Kosten in Euro	Veränderung in Prozent	Entwicklung 2014 bis 2016
Physiotherapie	502.435.619	519.479.008	3,4	537.293.339	3,4	↗
Ergotherapie	95.991.342	99.771.005	3,9	104.309.424	4,5	↗
Logopädie	63.755.613	65.705.217	3,1	69.308.523	5,5	↗
Podologie	12.210.658	12.762.969	4,5	13.679.503	7,2	↗
insgesamt	674.393.232	697.718.199	3,5	724.590.789	3,9	↗

Betrachtet man die absoluten Kostensteigerungen des Jahres 2016 im Vergleich zum Vorjahr 2015 (siehe hierzu die nachfolgende Tabelle), so wird deutlich, dass die Kostenzunahme (insgesamt) mit rund 27 Millionen Euro für Heilmittel Anlass sein sollte, die Gründe für die Steigerung der Inanspruchnahme und den Kostenzuwachs genauer zu analysieren. Die Abbildung 3.2 verdeutlicht diese Relationen. Bei der Logopädie und bei der Ergotherapie fallen die Kostensteigerungen vergleichsweise hoch aus.

Tabelle 3.3: Kosten für Heilmittel im Vergleich 2015 bis 2016

Heilmittel	Kostenzunahme in Euro		
	2015	2016	Entwicklung 2015 bis 2016
Physiotherapie	17.043.388	17.814.332	↗
Ergotherapie	3.779.663	4.538.419	↗
Logopädie	1.949.604	3.603.306	↗
Podologie	552.312	916.534	↗
insgesamt	23.324.967	26.872.591	↗

Abbildung 3.2: Kostenzunahme nach Heilmittelart 2015 und 2016 in Euro



Quelle: BARMER-Daten 2015 bis 2016

3.2.2 Physiotherapie

Die Maßnahmen der Physikalischen Therapie entfalten ihre Wirkung nach dem physikalisch-biologischen Prinzip. Dies geschieht überwiegend durch von außen vermittelte kinetische, mechanische, elektrische und thermische Energie (G-BA 2011). Für die Physikalische Therapie, und dort bei bestimmten Maßnahmen, bedarf es spezieller Qualifikationen, die zum Teil über die im Rahmen einer Berufsausbildung erworbenen Kenntnisse hinausgehen. Für derartige Maßnahmen und für deren Durchführung kann eine zusätzliche abgeschlossene Weiterbildung oder Fortbildung erforderlich sein. Die Leistungen der Physiotherapie bestehen in der Regel aus Massagen, Bewegungstherapie, Traktionsbehandlung, Thermo-therapie und Elektrotherapie.

Gesamtkosten und Kosten nach Indikation im Zeitverlauf

Bei Gesamtausgaben von über 537 Millionen Euro für physiotherapeutische Behandlung BARMER-Versicherter entfielen 97,5 Prozent der Kosten auf fünf Indikationen. Mehr als die Hälfte der physiotherapeutischen Behandlungen erfolgt aufgrund von Erkrankungen des Bewegungsapparates.

Betrachtet man die Entwicklung der Kostenanteile für diese fünf Indikationen im Zeitverlauf von 2014 bis 2016, so ist festzustellen, dass es nur Veränderungen von deutlich weniger als 1,5 Prozent gegeben hat, was bedeutet, dass die Kostenanteile nach Indikation zeitstabil sind.

Tabelle 3.4: Entwicklung der Kostenanteile nach Indikation physiotherapeutischer Behandlung im Zeitvergleich 2014 bis 2016

Indikation physiotherapeutischer Behandlung	Kosten 2016		Veränderung 2014 bis 2016 in Prozent
	insgesamt in Euro	Anteil in Prozent	
Wirbelsäulenerkrankungen	181.064.616	33,7	- 0,93
Erkrankungen der Extremitäten und des Beckens	117.194.519	21,8	0,06
ZNS-Erkrankungen einschließlich des Rückenmarks	116.307.477	21,6	- 0,13
Lymphabflussstörungen	103.818.594	19,3	1,26
periphere Nervenläsionen	5.443.460	1,0	0,03
Physiotherapie	523.828.665	97,5	

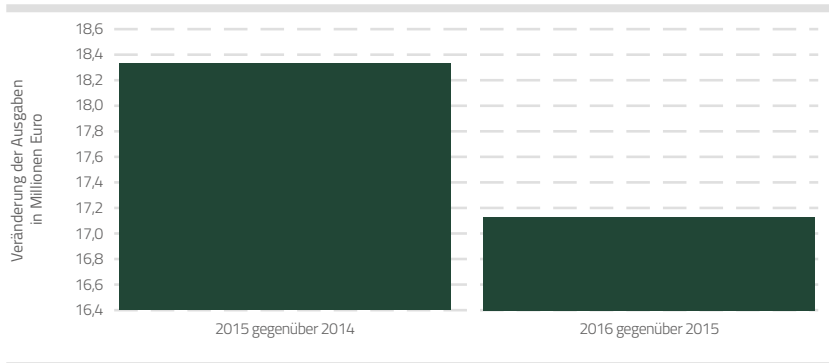
Betrachtet man die Ausgabenentwicklung dieser fünf Indikationen von 2014 bis 2016, so stellt man fest, dass sich der Ausgabenanstieg mit gleicher Geschwindigkeit fortsetzt. Betrug er von 2014 auf 2015 für alle Indikationen 3,8 Prozent, so stiegen die Gesamtausgaben im Jahr 2016 im Vergleich zu 2015 um 3,4 Prozent an. Dies entspricht einer absoluten Steigerung der Ausgaben um etwas mehr als 17 Millionen Euro.

Tabelle 3.5: Entwicklung der Gesamtausgaben nach Indikationen physiotherapeutischer Behandlung im Zeitvergleich 2014 bis 2016

Indikation physiotherapeutischer Behandlung	Kosten 2014	Kosten 2015		Kosten 2016		
	insgesamt in Euro	insgesamt in Euro	Veränderung in Prozent	insgesamt in Euro	Veränderung in Euro	Veränderung in Prozent
Wirbelsäulenerkrankungen	173.981.440	177.203.873	1,9	181.064.616	3.860.743	2,2
Erkrankungen der Extremitäten und des Beckens	109.253.870	113.605.355	4,0	117.194.519	3.589.163	3,2
ZNS-Erkrankungen einschließlich des Rückenmarks	109.330.579	113.186.687	3,5	116.307.477	3.120.791	2,8
Lymphabflussstörungen	90.865.702	97.542.778	7,3	103.818.594	6.275.815	6,4
periphere Nervenläsionen	4.943.672	5.162.418	4,4	5.443.460	281.043	5,4
Physiotherapie	488.375.263	506.701.111	3,8	523.828.665	17.127.555	3,4

Absolut gesehen stehen hinter diesen Veränderungen erhebliche Mehrkosten: Von 2014 auf 2015 stiegen die Ausgaben um 18,3 Millionen Euro, von 2015 auf 2016 um 17,1 Millionen Euro. Dies unterstreicht die Relevanz des Kostenblocks physiotherapeutischer Leistungen.

Abbildung 3.3: Veränderung der Ausgaben für Physiotherapie in Euro im Zeitvergleich

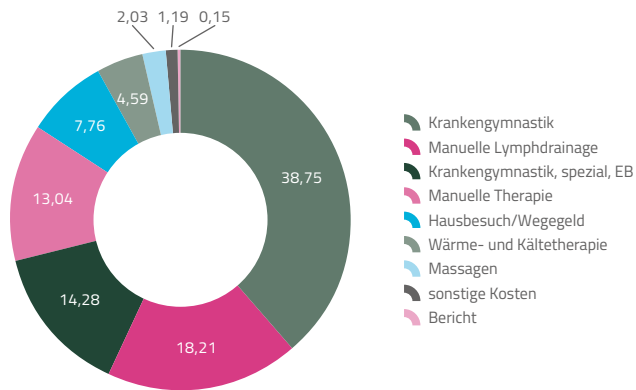


Quelle: BARMER-Daten 2014, 2015 und 2016

Kosten nach Leistungsarten

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Kostenanteile der verschiedenen Leistungsarten der Physiotherapie. Mehr als die Hälfte der Kosten entfällt auf die Krankengymnastik (53 Prozent), manuelle Lymphdrainage ist für 18 Prozent der Kosten verantwortlich, Massagen haben mit rund zwei Prozent eine nachrangige ökonomische Bedeutung.

Abbildung 3.4: Anteilige Kosten für Physiotherapie nach Leistungsart im Jahr 2016 in Prozent



Quelle: BARMER-Daten 2016

Betrachtet man nun die Kostenentwicklung in den verschiedenen Leistungsarten von 2014 bis 2016, so fällt auf, dass für die von wenig Evidenz gestützten Massagen ein Rückgang um neun Prozent zu verzeichnen ist. Im Sinne einer Evidenzbasierung der Verordnungen ist dies zu begrüßen. Zunahmen finden sich bei manuellen Lymphdrainagen (+ 6,3 Prozent) und bei manueller Therapie (+ 6,2 Prozent). Geringe relative, wenn auch aufgrund der Größe des Kostenblocks größere absolute Zunahmen findet man bei der Krankengymnastik (+ 3,2 Prozent).

Tabelle 3.6: Kosten und Veränderungen für Physiotherapie nach Leistungsart im Zeitvergleich der Jahre 2014 bis 2016

Leistungsart	Kosten 2014		Kosten 2015		Kosten 2016		
	insgesamt in Euro	insgesamt in Euro	Veränderung in Prozent	insgesamt in Euro	Veränderung in Euro	Veränderung in Prozent	
Krankengymnastik, normal, EB	196.194.557	201.708.280	2,8	208.206.041	6.497.760	3,2	
Manuelle Lymphdrainage	86.198.068	91.988.614	6,7	97.821.936	5.833.322	6,3	

Leistungsart	Kosten 2014	Kosten 2015		Kosten 2016		
	insgesamt in Euro	insgesamt in Euro	Veränderung in Prozent	insgesamt in Euro	Veränderung in Euro	Veränderung in Prozent
Krankengymnastik, spezial, EB	71.862.340	74.361.417	3,5	76.728.020	2.366.603	3,2
Manuelle Therapie	62.369.771	65.953.342	5,7	70.048.951	4.095.608	6,2
Hausbesuch/Wegegeld	39.631.689	40.959.615	3,4	41.682.553	722.937	1,8
Wärme- und Kältetherapie	25.102.127	24.999.452	- 0,4	24.644.698	- 354.754	- 1,4
Massagen	13.242.572	12.011.216	- 9,3	10.895.514	- 1.115.702	- 9,3
standardisierte Heilmittelkombinationen	2.796.527	2.591.851	- 7,3	2.449.178	- 142.673	- 5,5
Elektrotherapie	1.854.925	1.809.660	- 2,4	1.765.653	- 44.007	- 2,4
Krankengymnastik im Bewegungsbad, EB	901.089	879.848	- 2,4	823.790	- 56.057	- 6,4
Bericht	675.136	710.796	5,3	796.921	86.126	12,1
Traktionsbehandlung/- Extensionsbehandlung	681.634	647.954	- 4,9	645.899	- 2.055	- 0,3
Sonstiges	532.278	490.080	- 7,9	436.853	- 53.227	- 10,9
Krankengymnastik im Bewegungsbad, GB	392.176	366.071	- 6,7	347.223	- 18.848	- 5,1

Anmerkung: EB = Einzelbehandlung, GB = Gruppenbehandlung

Analyse der Ausgabenentwicklung nach Bundesländern

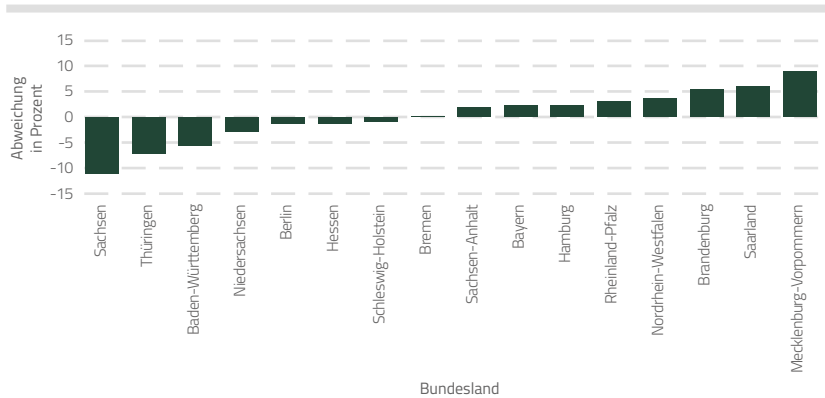
Betrachtet man die Ausgabenentwicklung für physiotherapeutische Behandlungen, zeigen sich – mit Ausnahme von zweien – in allen Bundesländern Kostenzunahmen für beide betrachtete Perioden. Während die Kostensteigerung im Bundesdurchschnitt für die Jahre 2015 und 2016 mit jeweils 3,4 Prozent konstant ist, zeigen sich in den einzelnen Bundesländern deutliche Schwankungen in den Jahresvergleichen.

Tabelle 3.7: Ausgabenentwicklung für Physiotherapie nach Bundesländern im Zeitvergleich der Jahre 2014 bis 2016 in den Bundesländern

Bundesland	2014	2015	Veränderung 2015 zu 2014 in Prozent	2016	Veränderung 2016 zu 2015 in Prozent
Baden-Württemberg	52.881.564	52.833.268	- 0,09	53.458.564	1,18
Bayern	62.850.425	65.311.401	3,92	68.736.296	5,24
Berlin	32.282.371	32.966.429	2,12	34.068.765	3,34
Brandenburg	25.209.433	27.139.530	7,66	28.399.486	4,64
Bremen	1.693.768	1.717.740	1,42	1.812.634	5,52
Hamburg	12.032.615	12.405.090	3,10	13.165.622	6,13
Hessen	35.445.525	36.164.962	2,03	37.442.395	3,53
Mecklenburg-Vorpommern	14.637.285	15.973.688	9,13	17.028.645	6,60
Niedersachsen	45.835.156	46.807.022	2,12	47.684.259	1,87
Nordrhein-Westfalen	100.315.295	105.308.893	4,98	111.126.879	5,52
Rheinland-Pfalz	27.739.496	29.054.734	4,74	30.555.661	5,17
Saarland	6.255.595	6.509.553	4,06	7.087.067	8,87
Sachsen	30.582.622	30.490.638	- 0,30	29.113.634	- 4,52
Sachsen-Anhalt	17.836.842	18.897.085	5,94	19.429.316	2,82
Schleswig-Holstein	23.988.542	24.600.550	2,55	25.423.547	3,35
Thüringen	12.849.085	13.298.424	3,50	12.760.569	- 4,04
Deutschland	502.435.619	519.479.008	3,39	537.293.339	3,43

Bei der Betrachtung des Zeitraumes von 2014 bis 2016 sind in Mecklenburg-Vorpommern besonders hohe Ausgabensteigerungen (über die Steigerungsrate im Bundesdurchschnitt hinaus) zu finden.

Abbildung 3.5: Abweichungen von der mittleren Veränderung für Physiotherapie nach Bundesländern im Zeitvergleich 2016 gegenüber 2014 in Prozent



Quelle: BARMER-Daten 2014 und 2016

Analyse der Ausgabenentwicklung pro Versicherten in den Bundesländern

Nachfolgend werden die Ausgaben pro Versicherten im Bundesländervergleich dargestellt bezogen auf den Bundesdurchschnitt der Ausgaben pro Versicherten für physiotherapeutische Behandlung. Hierbei zeigt sich eine erhebliche Heterogenität. Die Ausgaben pro Versicherten steigen dabei konstant um fast fünf Prozent pro Jahr.

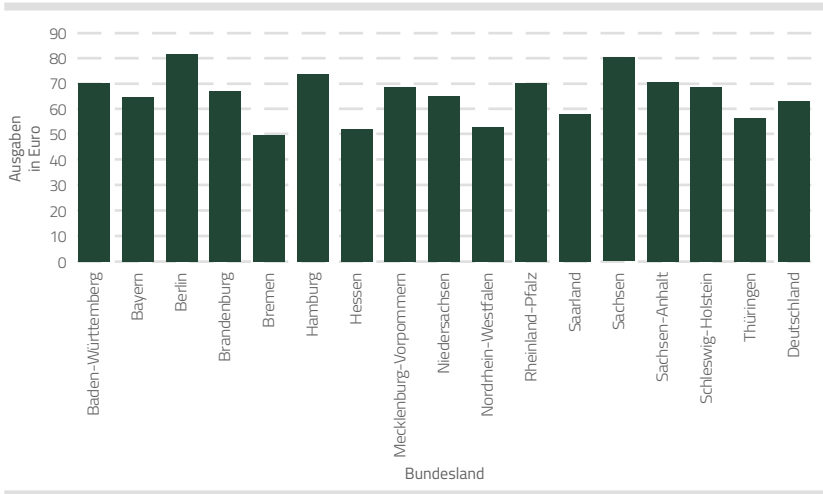
Tabelle 3.8: Ausgabenentwicklung für Physiotherapie pro Versicherten nach Bundesländern im Zeitvergleich der Jahre 2014 bis 2016

Bundesland	Ausgaben je VS im Jahr 2014 in Euro	Ausgaben je VS im Jahr 2015 in Euro	Veränderung 2015 zu 2014 in Prozent	Ausgaben je VS im Jahr 2016 in Euro	Veränderung 2016 im Vergleich zu 2015 in Prozent
Baden-Württemberg	67,96	68,62	0,97	70,47	2,70
Bayern	58,61	61,23	4,47	64,95	6,07
Berlin	76,10	78,59	3,27	81,96	4,29
Brandenburg	59,42	64,12	7,91	67,50	5,28
Bremen	45,43	46,68	2,76	50,08	7,27

Bundesland	Ausgaben je VS im Jahr 2014 in Euro	Ausgaben je VS im Jahr 2015 in Euro	Veränderung 2015 zu 2014 in Prozent	Ausgaben je VS im Jahr 2016 in Euro	Veränderung 2016 im Vergleich zu 2015 in Prozent
Hamburg	66,51	69,24	4,11	74,14	7,07
Hessen	49,20	50,44	2,50	52,47	4,04
Mecklenburg- Vorpommern	59,73	65,03	8,88	68,90	5,95
Niedersachsen	61,07	63,26	3,59	65,60	3,70
Nordrhein-Westfalen	47,17	50,07	6,16	53,11	6,08
Rheinland-Pfalz	63,43	66,89	5,45	70,49	5,38
Saarland	51,39	53,73	4,55	58,49	8,85
Sachsen	75,63	78,61	3,94	80,69	2,64
Sachsen-Anhalt	60,83	66,14	8,73	71,11	7,50
Schleswig-Holstein	64,36	66,54	3,38	68,92	3,59
Thüringen	51,97	55,24	6,29	56,66	2,58
Deutschland	57,94	60,59	4,58	63,52	4,83

Betrachtet man die Ausgaben pro Versicherten nach Bundesländern, so fällt auf, dass die Spannweite (Minimum, Maximum) der Ausgaben pro Versicherten im Jahr 2016 von 50 Euro in Bremen bis zu rund 82 Euro in Berlin und rund 81 Euro in Sachsen derart groß ist, dass Unterschiede der Erkrankungshäufigkeit und Erkrankungsschwere sie allein nicht erklären können. Die Versorgung in den einzelnen Ländern fällt offenbar stark unterschiedlich aus.

Abbildung 3.6: Ausgaben für Physiotherapie pro Versicherten im Jahr 2016 nach Bundesländern in Euro

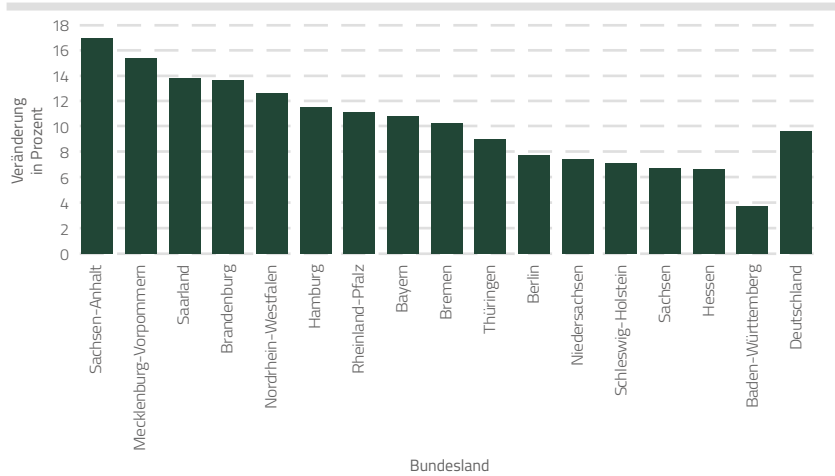


Quelle: BARMER-Daten 2016

Die Unterschiede bei den Ausgaben auf Landesebene verdeutlichen die nachfolgenden Abbildungen, welche die relativen Veränderungen von 2014 bis 2016 und von 2015 bis 2016 nach Bundesländern darstellen. Betrachtet man die relativen Veränderungen der Ausgaben für Physiotherapie für den Zeitraum von 2014 bis 2016, fällt auf, dass die Unterschiede der Ausgabenentwicklung in den Bundesländern gravierend sind. Sie reichen von + 3,7 Prozent bis zu + 17 Prozent und variieren damit um mehr als das Vierfache. Dabei finden sich sowohl alte als auch neue Bundesländer am unteren und oberen Ende der Skala. Dies ist besonders bemerkenswert, da die BARMER sowohl für die alten als auch für die neuen Bundesländer eigene, aber dort jeweils einheitliche Vergütungssätze zahlt.

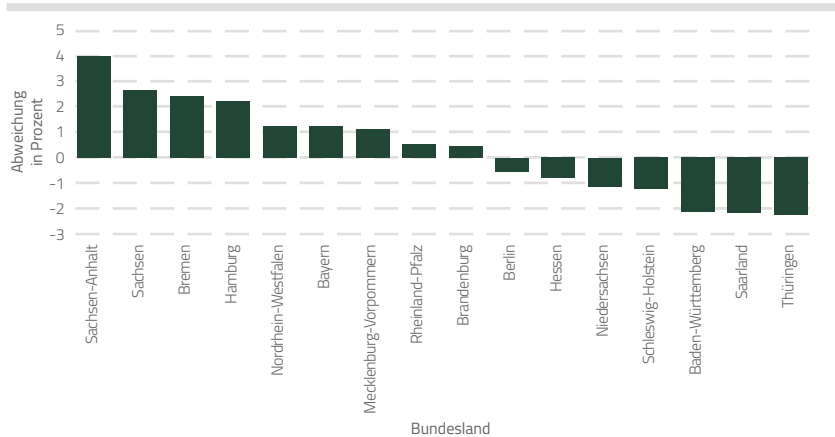
Trotz einheitlicher Vergütungssätze variiert die Ausgabenentwicklung für Physiotherapie auf Landesebene um mehr als das Vierfache.

Abbildung 3.7: Veränderung der Ausgaben für Physiotherapie im Vergleich der Jahre 2016 und 2014 nach Bundesländern in Prozent



Quelle: BARMER-Daten 2014 und 2016

Abbildung 3.8: Abweichung der Veränderung für Physiotherapie des Jahres 2016 im Vergleich zu 2015 vom Mittelwert der Veränderungen nach Bundesländern in Prozent



Quelle: BARMER-Daten 2015 und 2016

Ausgabenentwicklung pro Versicherten nach Altersgruppen

Die folgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ausgaben für physiotherapeutische Behandlungen von BARMER-Versicherten in den Jahren 2014 bis 2016 ausgewiesen als Kosten pro Versicherten getrennt für beide Geschlechter.

Tabelle 3.9: Ausgaben für Physiotherapie pro Versicherten in den Jahren 2014 bis 2016 nach Geschlecht und Altersgruppen in Euro

Kosten pro Versicherten	Versicherte			Veränderung 2014 bis 2016	
	Altersgruppe	2014	2015	2016	absolut
männlich					
0 bis unter 15 Jahre	15,46	15,52	15,46	0,00	0,0
15 bis unter 20 Jahre	17,32	17,88	18,17	0,85	4,9
20 bis unter 25 Jahre	14,57	14,89	15,28	0,71	4,9
25 bis unter 30 Jahre	16,58	16,92	17,94	1,36	8,2
30 bis unter 35 Jahre	18,76	19,77	20,41	1,64	8,8
35 bis unter 40 Jahre	22,96	23,33	23,39	0,43	1,9
40 bis unter 45 Jahre	28,94	29,82	30,93	1,99	6,9
45 bis unter 50 Jahre	34,70	36,65	37,73	3,03	8,7
50 bis unter 55 Jahre	41,23	43,39	44,95	3,71	9,0
55 bis unter 60 Jahre	50,23	52,47	54,78	4,55	9,1
60 bis unter 65 Jahre	60,66	63,23	65,96	5,30	8,7
65 bis unter 70 Jahre	72,43	74,97	78,02	5,59	7,7
70 bis unter 75 Jahre	86,62	91,97	96,97	10,35	11,9
75 bis unter 80 Jahre	101,60	106,04	110,71	9,11	9,0
≥ 80 Jahre	124,77	130,86	137,50	12,73	10,2
weiblich					
0 bis unter 15 Jahre	15,02	14,71	14,39	- 0,63	- 4,2
15 bis unter 20 Jahre	23,09	23,93	23,82	0,73	3,2
20 bis unter 25 Jahre	18,04	18,12	19,17	1,13	6,3
25 bis unter 30 Jahre	23,53	24,48	25,31	1,78	7,6
30 bis unter 35 Jahre	29,77	30,74	31,83	2,05	6,9
35 bis unter 40 Jahre	39,52	41,14	42,22	2,71	6,9
40 bis unter 45 Jahre	51,54	54,04	56,56	5,01	9,7
45 bis unter 50 Jahre	64,59	68,11	71,60	7,01	10,9
50 bis unter 55 Jahre	77,88	81,88	86,96	9,08	11,7
55 bis unter 60 Jahre	85,38	90,43	96,28	10,91	12,8
60 bis unter 65 Jahre	95,89	100,23	106,17	10,28	10,7
65 bis unter 70 Jahre	108,09	112,70	118,71	10,63	9,8

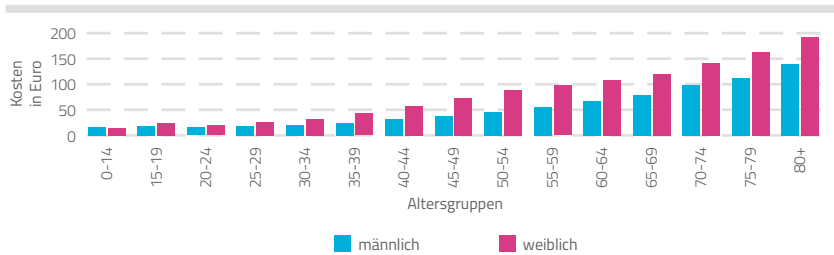
Kosten pro Versicherten	Versicherte			Veränderung 2014 bis 2016	
	Altersgruppe	2014	2015	2016	absolut
70 bis unter 75 Jahre	128,32	133,50	140,21	11,89	9,3
75 bis unter 80 Jahre	147,52	152,59	161,00	13,47	9,1
≥ 80 Jahre	170,24	179,32	189,13	18,89	11,1

Es zeigt sich eine Kostenzunahme mit zunehmendem Lebensalter, die bei weiblichen Versicherten – besonders in den mittleren und in den hohen Altersgruppen – stärker ausgeprägt ist als bei männlichen Versicherten.

Verteilung der Kosten nach Geschlecht

Die folgenden Analysen untersuchen die Kosten physiotherapeutischer Behandlung nach Geschlecht und Altersgruppen pro Versicherten. Dabei zeigt sich, dass die Kosten für Frauen in nahezu allen Altersgruppen höher sind als die Kosten für Männer im gleichen Alter. Zudem steigt das Kostendelta zwischen den Geschlechtern mit zunehmendem Alter an.

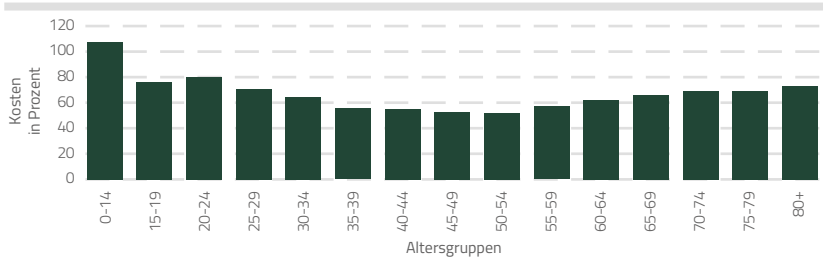
Abbildung 3.9: Kosten pro Versicherten für Physiotherapie im Jahr 2016 nach Altersgruppen und Geschlecht in Euro



Quelle: BARMER-Daten 2016

Die Kostenunterschiede nach Geschlecht zeigt die nachfolgende Abbildung, wobei die Kosten für männliche Versicherte auf die Kosten gleichaltriger weiblicher Versicherter bezogen werden. Die Abbildung verdeutlicht noch einmal, dass die Kosten der Männer unter denen der Frauen liegen (bis auf die erste Altersgruppe der 0- bis 15-Jährigen).

Abbildung 3.10: Kosten für Physiotherapie männlicher Versicherter bezogen auf Kosten für weibliche Versicherte im Jahr 2016 in Prozent nach Altersgruppen



Quelle: BARMER-Daten 2016

Analyse der Anzahl der Verordnungen in den Bundesländern

Eine andere Perspektive als die Analyse von Kosten ist die Betrachtung der Verordnungen physiotherapeutischer Behandlung und ihrer Veränderung im Zeitverlauf. Insgesamt ist die Zahl der Verordnungen pro Jahr praktisch konstant geblieben.

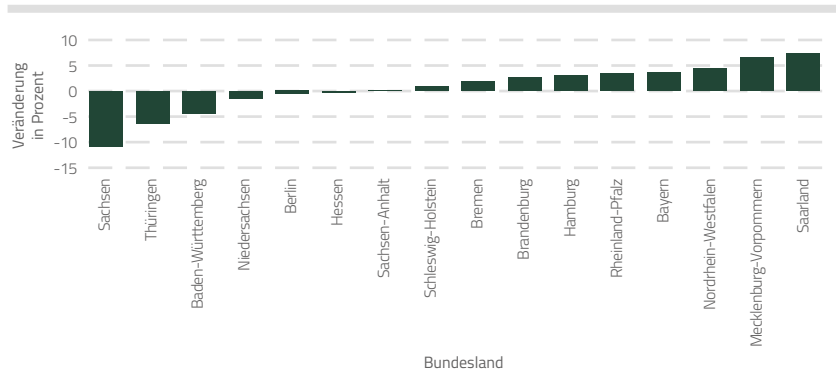
Tabelle 3.10: Entwicklung der Anzahl der Verordnungen für Physiotherapie in den Jahren 2014 bis 2016 nach Bundesländern

Bundesland	Anzahl Verordnungen				
	2014	2015	Veränderung in Prozent	2016	Veränderung 2015-2016 in Prozent
Saarland	53.274	53.828	1,04	57.246	6,35
Bremen	14.993	14.747	- 1,64	15.270	3,55
Hamburg	90.446	90.509	0,07	93.274	3,05
Nordrhein-Westfalen	878.036	892.559	1,65	916.903	2,73
Bayern	573.925	578.853	0,86	594.584	2,72
Mecklenburg-Vorpommern	145.423	151.173	3,95	155.246	2,69
Rheinland-Pfalz	249.492	252.495	1,20	258.124	2,23
Schleswig-Holstein	219.002	219.530	0,24	221.058	0,70
Hessen	322.367	319.417	- 0,92	321.369	0,61
Brandenburg	248.794	254.342	2,23	255.528	0,47
Berlin	252.462	250.798	- 0,66	250.863	0,03

Bundesland	Anzahl Verordnungen				
	2014	2015	Veränderung in Prozent	2016	Veränderung 2015-2016 in Prozent
Sachsen-Anhalt	189.669	190.783	0,59	189.780	- 0,53
Niedersachsen	402.108	399.221	- 0,72	395.721	- 0,88
Baden-Württemberg	456.901	441.373	- 3,40	436.043	- 1,21
Thüringen	142.741	141.411	- 0,93	133.418	- 5,65
Sachsen	315.969	302.651	- 4,21	280.929	- 7,18
Deutschland	4.555.602	4.553.690	- 0,04	4.575.356	0,48

Betrachtet man den Zeitraum von 2014 bis 2016, lässt sich allerdings eine Dynamik erkennen. Hierbei sticht das Bundesland Sachsen durch die größte Abnahme der Verordnungen hervor, während das Saarland die deutlichste Zunahme aufweist. Die Bundesländer weisen dabei zum Teil beträchtliche Unterschiede auf.

Abbildung 3.11: Absolute Veränderung der Verordnungshäufigkeit für Physiotherapie in den Jahren 2014 bis 2016 nach Bundesländern



Quelle: BARMER-Daten 2014 bis 2016

Verordnungsanteil nach Facharztgruppe

Für das Verständnis des Versorgungsgeschehens ist es wichtig zu wissen, welche Arztgruppen physiotherapeutische Leistungen verordnen. Daher wurde analysiert und nachfolgend dargestellt, wie sich die Verordnungen auf die unterschiedlichen Arztgruppen

verteilen. Hierbei wurden die Fachärzte für Allgemeinmedizin und die hausärztlich tätigen Internisten in der Gruppe „Hausarzt“ zusammengefasst, da sie ihre Patienten unter gleichen Rahmenbedingungen mit gleichem inhaltlichen Schwerpunkt versorgen.

Tabelle 3.11: Verordnungsanteil für Physiotherapie in den Jahren 2014 bis 2016 nach Facharztgruppen in Prozent

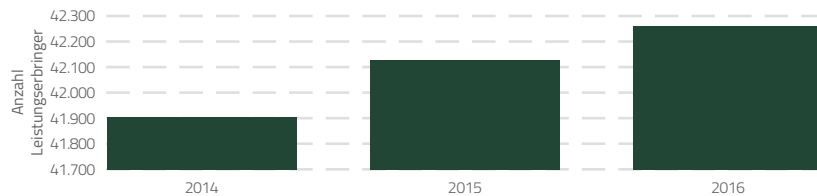
Facharztgruppe	Verordnungsanteil in Prozent		
	2014	2015	2016
Hausarzt	46,1	46,1	46,0
Orthopädie	27,7	27,7	27,8
Chirurgie	4,0	3,9	3,7
Rehabilitative Medizin	3,1	3,2	3,3
Unfallchirurgie	2,9	3,0	2,9
Frauenheilkunde	2,2	2,3	2,3
Nervenheilkunde	2,2	2,1	2,1
Neurologie	1,7	1,8	2,0
Chirurgie/Rheumatologie	1,6	1,6	1,5
Neurochirurgie	1,3	1,4	1,4
Kinderarzt	1,1	1,0	1,0
Anästhesiologie	0,7	0,7	0,7
Innere Medizin/Rheumatologie	0,6	0,6	0,6
Internist	0,5	0,5	0,5
Psychiatrie und Psychotherapie	0,3	0,3	0,3
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	0,2	0,2	0,2
Sonstige	3,8	3,5	3,6

Insgesamt sind es im Wesentlichen zwei Arztgruppen, die physiotherapeutische Leistungen verordnen: Mit weitem Abstand führend ist die Gruppe der Hausärzte (rund 46 Prozent), mit etwa einem halb so großen Verordnungsanteil folgen die Orthopäden (rund 28 Prozent). Gemeinsam sind diese beiden Arztgruppen für etwa drei Viertel der Verordnungen verantwortlich (zusammen rund 74 Prozent).

Anzahl der Leistungserbringer

Nachfolgend wurde analysiert, wie viele Leistungserbringer physiotherapeutische Leistungen für BARMER-Versicherte abgerechnet haben. Von 2014 bis 2016 ist die Anzahl der Leistungserbringer, die physiotherapeutische Leistungen für BARMER-Versicherte abgerechnet haben, von 41.908 auf 42.265 leicht angestiegen.

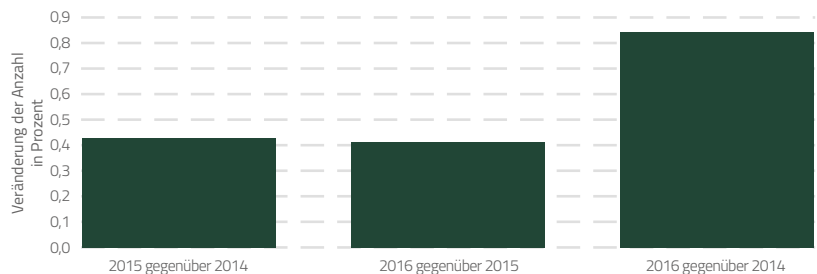
Abbildung 3.12: Entwicklung der absoluten Anzahl der Leistungserbringer für Physiotherapie in den Jahren 2014 bis 2016



Quelle: BARMER-Daten 2014 bis 2016

Damit hat sich die Anzahl der Leistungserbringer, die BARMER-Versicherte physiotherapeutisch versorgen, von 2014 auf 2015 um 0,4 Prozent gering erhöht und ist von 2015 auf 2016 erneut um rund 0,4 Prozent angestiegen. Es handelt sich hier also um eher geringe Zunahmen.

Abbildung 3.13: Veränderung der Anzahl der Leistungserbringer für Physiotherapie im Vergleich der Jahre 2014 bis 2016 in Prozent



Quelle: BARMER-Daten 2014 bis 2016

3.2.3 Ergotherapie

Die Maßnahmen der Ergotherapie dienen zur Wiederherstellung und Entwicklung, aber auch zur Verbesserung der krankheitsbedingt gestörten motorischen, sensorischen, psychischen und kognitiven Funktionen und Fähigkeiten. Sie greifen auf komplexe aktivierende Methoden und Verfahren zurück. Ergotherapie wurde im Jahr 2016

aufgrund von Erkrankungen des Nervensystems, Erkrankungen des Stütz- und Bewegungssystems und psychischen Störungen verordnet.

Gesamtkosten und Kosten nach Indikation im Zeitverlauf

Bei Gesamtausgaben von etwa 104 Millionen Euro für die ergotherapeutische Behandlung von BARMER-Versicherten entfielen 71 Prozent der Kosten auf die Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems. Rund 17 Prozent der Kosten wurden für die Behandlung von psychischen Störungen aufgewandt. Rund zwölf Prozent wurden für die Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungssystems eingesetzt.

71 Prozent der Gesamtkosten für Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems

Betrachtet man die Entwicklung der Kostenanteile nach Indikation von 2014 bis 2016, so ist festzustellen, dass es nur geringfügige Veränderungen gab und die Kostenanteile nach Indikation somit weitgehend stabil geblieben sind: Die Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems war und ist die weit vorherrschende Indikation für ergotherapeutische Behandlungen BARMER-Versicherter.

Tabelle 3.12: Entwicklung der Kostenanteile nach Indikation ergotherapeutischer Behandlung im Zeitvergleich 2014 bis 2016

Indikation ergotherapeutischer Behandlung	Kosten 2016		Veränderung 2014 bis 2016
	insgesamt in Euro	Anteil in Prozent	
Erkrankungen des Nervensystems	74.036.385	71,0	- 1,3
Psychische Störungen	17.202.315	16,5	0,5
Erkrankungen des Stütz- und Bewegungssystems	12.059.893	11,6	1,2
Ergotherapie	103.298.594	99,0	

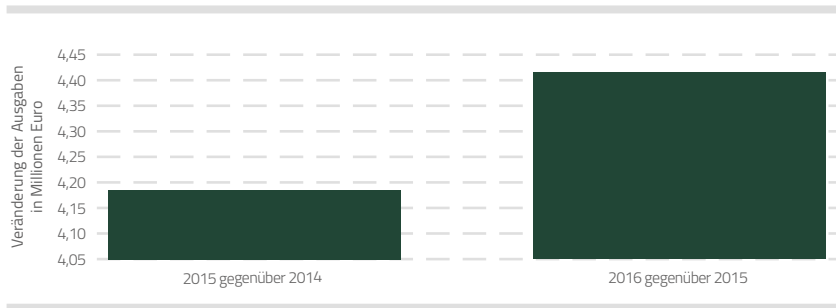
Betrachtet man die Entwicklung der Gesamtausgaben von 2014 bis 2016 für diese drei Indikationen, so stellt man fest, dass sich der Ausgabenanstieg in etwa gleichem Ausmaß fortsetzt. Betrug er von 2014 auf 2015 über alle Indikationen 4,4 Prozent, so stiegen die Gesamtausgaben im Jahr 2016 im Vergleich zu 2015 um 4,5 Prozent an. Dies entspricht einer absoluten Steigerung der Ausgaben für ergotherapeutische Behandlungen um 4,4 Millionen Euro.

Tabelle 3.13: Entwicklung der Gesamtausgaben nach Indikation ergotherapeutischer Behandlung im Zeitvergleich 2014 bis 2016

Indikation ergotherapeutischer Behandlung	Kosten 2014	Kosten 2015		Kosten 2016		
	insgesamt in Euro	insgesamt in Euro	Veränderung in Prozent	insgesamt in Euro	Veränderung in Euro	Veränderung in Prozent
Erkrankungen des Nervensystems	69.420.706	72.107.210	3,9	74.036.385	1.929.176	2,7
Psychische Störungen	15.348.893	15.871.544	3,4	17.202.315	1.330.771	8,4
Erkrankungen des Stütz- und Bewegungssystems	9.928.610	10.904.418	9,8	12.059.893	1.155.475	10,6
Ergotherapie	94.698.210	98.883.172	4,4	103.298.594	4.415.421	4,5

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Ausgabensteigerung im Jahresvergleich für 2015 und 2016 im Vergleich zu den jeweiligen Vorjahren für eine ergotherapeutische Behandlung BARMER-Versicherter. Die Ausgabenanstiege im Jahresvergleich betrugen 4,2 beziehungsweise 4,4 Millionen Euro. Die Ausgabensteigerung setzt sich damit fort.

Abbildung 3.14: Veränderung der Ausgaben für Ergotherapie in Euro im Zeitvergleich

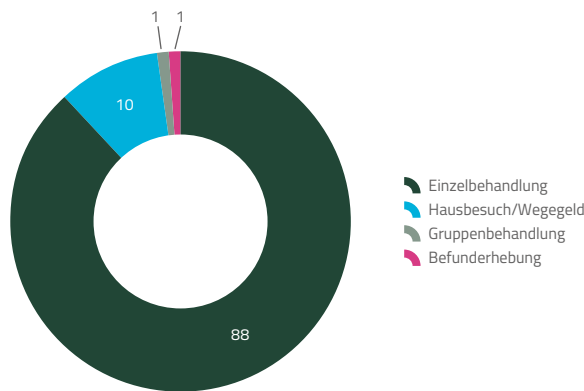


Quelle: BARMER-Daten 2014 bis 2016

Kosten nach Leistungsarten

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Kostenanteile der verschiedenen Leistungsarten. Fast 90 Prozent der Kosten entfallen auf ergotherapeutische Einzelbehandlungen (88 Prozent), Hausbesuche/Wegegeld sind für zehn Prozent der Kosten verantwortlich, die übrigen Leistungsarten haben damit eine eher nachrangige ökonomische Bedeutung.

Abbildung 3.15: Anteilige Kosten für Ergotherapie nach Leistungsart im Jahr 2016 in Prozent



Quelle: BARMER-Daten 2016

Dem hohen Anteil der ergotherapeutischen Einzelbehandlung entspricht der dominierende Kostenblock von über 91 Millionen Euro im Jahr 2016 bei den Ausgaben für diese Behandlungsart. Hier zeigt sich mit 3,9 Millionen gegenüber dem Jahr 2015 auch die größte absolute Zunahme der Kosten bei einer relativen Kostenzunahme um 4,4 Prozent. Die Gruppenbehandlung stellt im direkten Vergleich zur Einzelbehandlung einen sehr viel kleineren Posten dar.

Tabelle 3.14: Kosten und Veränderungen für Ergotherapie nach Leistungsart im Zeitvergleich der Jahre 2014 bis 2016

Leistungsart	Kosten 2014		Kosten 2015		Kosten 2016		
	insgesamt in Euro	insgesamt in Euro	Veränderung in Prozent	insgesamt in Euro	Veränderung in Euro	Veränderung in Prozent	
Einzelbehandlung	84.306.110	87.613.706	3,9	91.498.051	3.884.345	4,4	
Hausbesuch/Wegegeld	9.028.880	9.479.971	5,0	10.004.339	524.368	5,9	
Gruppenbehandlung	1.200.913	1.146.004	- 4,6	1.195.931	49.926	4,4	
Befunderhebung	914.932	972.060	6,2	1.004.758	32.698	3,4	
thermische Anwendung	278.545	300.002	7,7	326.159	26.157	8,7	
Sonstige	154.948	153.021	- 1,2	184.782	31.761	20,8	
Bericht	83.790	88.112	5,2	95.023	6.911	7,8	

Analyse der Ausgabenentwicklung in den Bundesländern

Betrachtet man die Ausgabenentwicklung für ergotherapeutische Behandlungen, zeigt sich mit Ausnahme von Niedersachsen (und zunächst auch Sachsen) durchgängig eine Zunahme der Kosten. Bei einer bundesdurchschnittlichen Kostensteigerung von rund 3,9 Prozent im Jahr 2015 und rund 4,6 Prozent im Jahr 2016 weisen vier Bundesländer Steigerungsraten von mehr als 14 Prozent bei der Betrachtung des Zeitraumes 2014 bis 2016 auf: Bayern, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern und das Saarland. Dies zeigt die nachfolgende Tabelle.

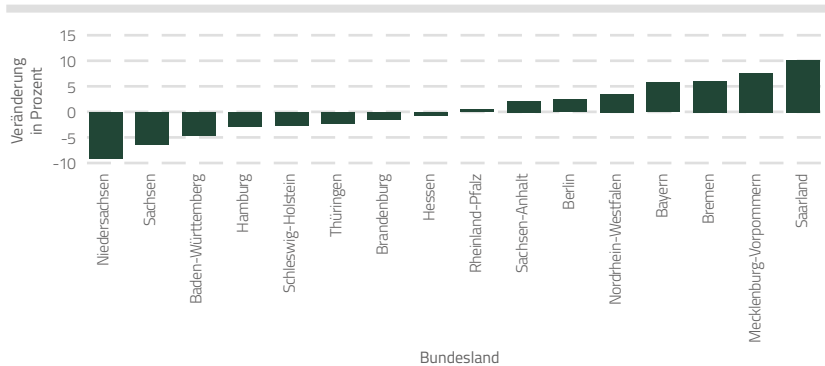
Tabelle 3.15: Ausgabenentwicklung für Ergotherapie nach Bundesländern im Zeitvergleich der Jahre 2014 bis 2016

Bundesland	2014	2015	Veränderung 2015 zu 2014 in Prozent	2016	Veränderung 2016 zu 2015 in Prozent	Veränderung 2016 zu 2014
Baden-Württemberg	8.336.030	8.463.263	1,53	8.675.730	2,51	4,08
Bayern	10.015.757	10.644.029	6,27	11.472.204	7,78	14,54
Berlin	5.588.219	5.794.902	3,70	6.210.408	7,17	11,13
Brandenburg	4.296.443	4.438.573	3,31	4.606.988	3,79	7,23
Bremen	278.056	291.299	4,76	319.227	9,59	14,81
Hamburg	2.808.885	2.872.646	2,27	2.970.518	3,41	5,75
Hessen	6.027.918	6.271.274	4,04	6.510.873	3,82	8,01
Mecklenburg-Vorpommern	2.654.084	2.874.085	8,29	3.088.473	7,46	16,37
Niedersachsen	9.771.302	9.766.082	-0,05	9.733.953	-0,33	-0,38
Nordrhein-Westfalen	22.029.453	23.440.135	6,40	24.724.124	5,48	12,23
Rheinland-Pfalz	5.241.836	5.461.192	4,18	5.721.224	4,76	9,15
Saarland	1.642.655	1.800.586	9,61	1.953.060	8,47	18,90
Sachsen	5.800.817	5.733.632	-1,16	5.934.092	3,50	2,30
Sachsen-Anhalt	3.865.718	4.131.672	6,88	4.286.632	3,75	10,89
Schleswig-Holstein	4.902.784	4.968.914	1,35	5.193.600	4,52	5,93
Thüringen	2.731.386	2.818.720	3,20	2.908.320	3,18	6,48
Deutschland	95.991.342	99.771.005	3,94	104.309.424	4,55	8,67

2014-2016: Kostensteigerung > 14 Prozent in 4 Bundesländern

Betrachtet man die relativen Veränderungen der Ausgaben für Ergotherapie nach Bundesländern für den Zeitraum von 2014 bis 2016, fällt auf, dass das Saarland trotz der bereits hohen Ausgaben für Ergotherapie die größten relativen Zunahmen aufweist. In Niedersachsen hingegen ist ein starker Kostenrückgang zu verzeichnen.

Abbildung 3.16: Abweichungen von der mittleren Veränderung für Ergotherapie nach Bundesländern im Zeitvergleich 2016 gegenüber 2014 in Prozent



Quelle: BARMER-Daten 2014 und 2016

Analyse der Ausgabenentwicklung pro Versicherten auf Länderebene

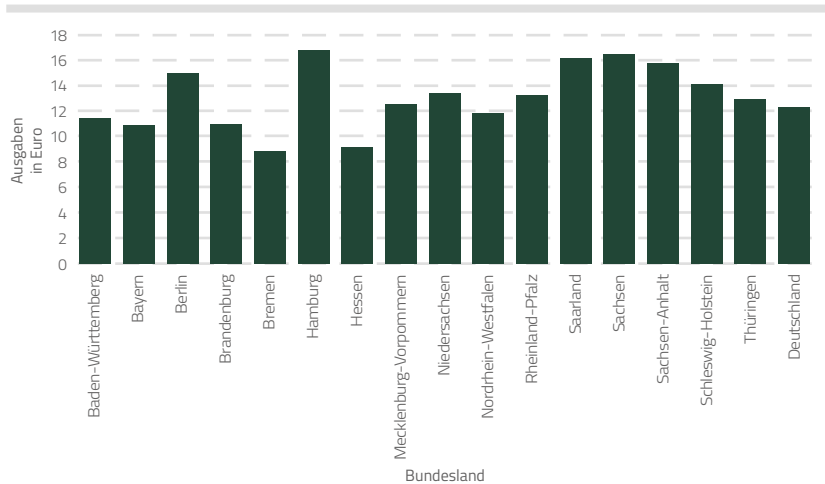
Nachfolgend dargestellt werden die Ausgaben pro Versicherten in den einzelnen Bundesländern bezogen auf den Bundesdurchschnitt der Ausgaben pro Versicherten für ergotherapeutische Behandlung BARMER-Versicherter. Hierbei zeigt sich eine erhebliche Heterogenität, die durch Unterschiede der Erkrankungshäufigkeit oder Erkrankungsschwere nicht zu erklären ist.

Tabelle 3.16: Ausgabenentwicklung für Ergotherapie pro Versicherten nach Bundesländern im Zeitvergleich der Jahre 2014 bis 2016

Bundesland	Ausgaben je VS im Jahr 2014 in Euro	Ausgaben je VS im Jahr 2015 in Euro	Veränderung 2015 zu 2014 in Prozent	Ausgaben je VS im Jahr 2016 in Euro	Veränderung 2016 im Vergleich zu 2015 in Prozent
Baden-Württemberg	10,71	10,99	2,61	11,44	4,04
Bayern	9,34	9,98	6,84	10,84	8,63
Berlin	13,17	13,81	4,87	14,94	8,15
Brandenburg	10,13	10,49	3,56	10,95	4,43
Bremen	7,46	7,92	6,16	8,82	11,40
Hamburg	15,53	16,03	3,28	16,73	4,33
Hessen	8,37	8,75	4,52	9,12	4,33
Mecklenburg-Vorpommern	10,83	11,70	8,04	12,50	6,80
Niedersachsen	13,02	13,20	1,39	13,39	1,46
Nordrhein-Westfalen	10,36	11,15	7,60	11,82	6,03
Rheinland-Pfalz	11,99	12,57	4,89	13,20	4,98
Saarland	13,50	14,86	10,13	16,12	8,44
Sachsen	14,35	14,78	3,04	16,45	11,26
Sachsen-Anhalt	13,18	14,46	9,69	15,69	8,48
Schleswig-Holstein	13,15	13,44	2,17	14,08	4,77
Thüringen	11,05	11,71	5,98	12,91	10,30
Deutschland	11,04	11,62	5,26	12,31	5,96

Betrachtet man die Ausgaben für Ergotherapie nach Versicherten und Bundesländern, so zeigen sich Unterschiede von fast 50 Prozent. Die Ausgaben in Bremen und Hessen liegen bei rund neun Euro, während sie in Hamburg, im Saarland und in Sachsen über 16 Euro liegen.

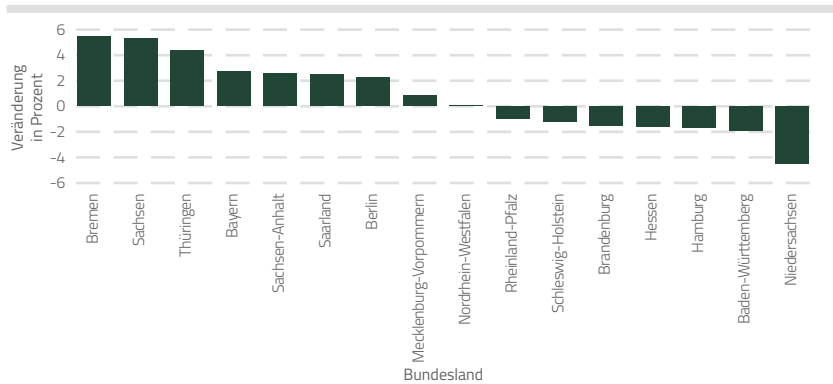
Abbildung 3.17: Ausgaben für Ergotherapie pro Versicherten im Jahr 2016 nach Bundesländern in Euro



Quelle: BARMER-Daten 2016

Betrachtet man nun, wie sich die Kosten in einzelnen Ländern von 2015 auf 2016 im Vergleich zu der durchschnittlichen Veränderung entwickeln, fallen die Bundesländer Bremen, Sachsen und Thüringen durch überdurchschnittliche Ausgabenzuwächse auf. Niedersachsen liegt, gefolgt von Baden-Württemberg, bei dieser Betrachtung deutlich unter dem Bundesdurchschnitt.

Abbildung 3.18: Abweichung der Veränderung für Ergotherapie des Jahres 2016 im Vergleich zu 2015 vom Mittelwert der Veränderungen nach Bundesländern in Prozent



Quelle: BARMER-Daten 2015 und 2016

Ausgabenentwicklung pro Versicherten nach Altersgruppen

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ausgaben für ergotherapeutische Behandlungen von BARMER-Versicherten in den Jahren 2014 bis 2016 ausgewiesen als Kosten pro Versicherten getrennt für beide Geschlechter.

Tabelle 3.17: Ausgaben für Ergotherapie pro Versicherten in den Jahren 2014 bis 2016 nach Geschlecht und Altersgruppen in Euro

Kosten pro Versicherten	Versicherte			Veränderung 2014 bis 2016	
	2014	2015	2016	absolut	relativ
Altersgruppe					
männlich					
0 bis unter 15 Jahre	31,09	31,07	30,91	- 0,18	- 0,6
15 bis unter 20 Jahre	3,66	4,26	4,33	0,68	18,5
20 bis unter 25 Jahre	2,81	2,80	2,90	0,10	3,6
25 bis unter 30 Jahre	2,88	3,02	3,31	0,43	14,8
30 bis unter 35 Jahre	3,27	3,42	3,66	0,39	11,9
35 bis unter 40 Jahre	3,68	4,01	4,07	0,39	10,6
40 bis unter 45 Jahre	4,16	4,69	5,42	1,26	30,2
45 bis unter 50 Jahre	5,36	5,48	6,03	0,67	12,4

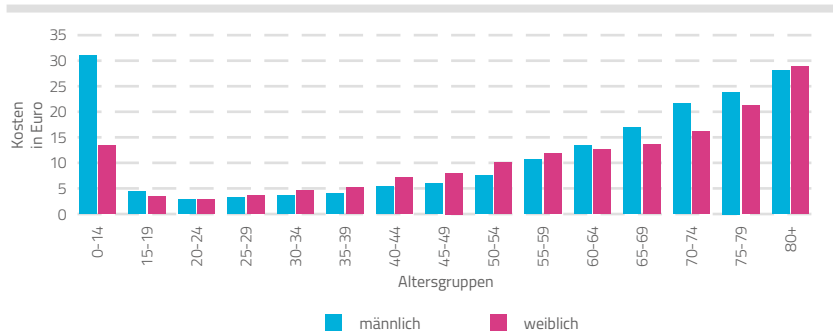
Kosten pro Versicherten	Versicherte			Veränderung 2014 bis 2016	
	Altersgruppe	2014	2015	2016	absolut
50 bis unter 55 Jahre	6,78	7,16	7,41	0,64	9,4
55 bis unter 60 Jahre	9,14	9,99	10,58	1,44	15,8
60 bis unter 65 Jahre	12,36	12,52	13,25	0,89	7,2
65 bis unter 70 Jahre	14,93	15,72	16,85	1,92	12,9
70 bis unter 75 Jahre	17,40	19,72	21,50	4,10	23,6
75 bis unter 80 Jahre	20,98	22,06	23,74	2,76	13,2
≥ 80 Jahre	24,15	26,25	28,01	3,86	16,0
weiblich					
0 bis unter 15 Jahre	13,58	13,66	13,28	- 0,30	- 2,2
15 bis unter 20 Jahre	2,90	3,46	3,43	0,53	18,1
20 bis unter 25 Jahre	2,39	2,43	2,75	0,36	15,1
25 bis unter 30 Jahre	3,35	3,38	3,57	0,22	6,5
30 bis unter 35 Jahre	4,01	4,15	4,64	0,63	15,7
35 bis unter 40 Jahre	4,87	4,90	5,16	0,30	6,1
40 bis unter 45 Jahre	5,96	6,50	7,14	1,18	19,9
45 bis unter 50 Jahre	6,80	7,34	7,98	1,18	17,4
50 bis unter 55 Jahre	8,92	9,43	10,04	1,13	12,6
55 bis unter 60 Jahre	9,82	10,73	11,74	1,92	19,6
60 bis unter 65 Jahre	10,28	11,28	12,51	2,23	21,7
65 bis unter 70 Jahre	11,24	12,31	13,56	2,32	20,7
70 bis unter 75 Jahre	14,11	15,10	16,11	2,00	14,2
75 bis unter 80 Jahre	18,47	19,46	21,13	2,65	14,4
≥ 80 Jahre	24,21	25,80	28,64	4,43	18,3

Die Betrachtung der Daten unter dem Aspekt der Altersgruppen zeigt, dass die Schwerpunkte der ergotherapeutischen Behandlung einerseits bei sehr jungen Patienten unter 15 Jahren und andererseits bei Frauen ab 50 sowie bei Männern ab 55 Jahren liegen.

Verteilung der Kosten nach Geschlecht

Die nachfolgenden Analysen untersuchen die Kosten ergotherapeutischer Behandlung pro Versicherten nach Geschlecht und Altersgruppen. Es zeigt sich, dass bis zum Alter von 15 Jahren die Kosten für männliche Versicherte mehr als doppelt so hoch sind wie für weibliche Versicherte. In der Altersgruppe von 60 bis 80 Jahren sind die Kosten männlicher Versicherter höher, während sie ab dem 80. Lebensjahr denen weiblicher Versicherter entsprechen.

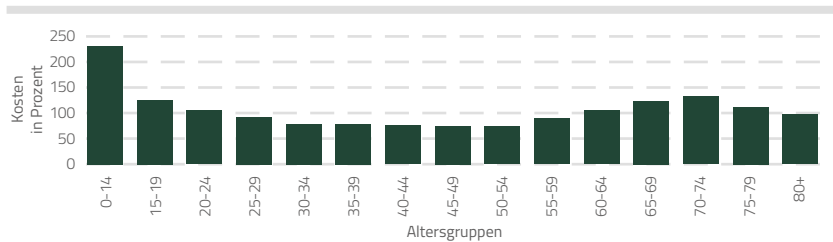
Abbildung 3.19: Kosten pro Versicherten für Ergotherapie im Jahr 2016 nach Altersgruppen und Geschlecht in Euro



Quelle: BARMER-Daten 2016

Die Kostenunterschiede nach Geschlecht zeigt die nachfolgende Abbildung, wobei die Kosten für männliche Versicherte auf die Kosten für gleichaltrige weibliche Versicherte bezogen werden. Die Kostenhöhepunkte liegen bei Männern in den sehr jungen und jungen Lebensjahren und übersteigen im Alter ab 60 Jahren die Kosten für Frauen.

Abbildung 3.20: Kosten für Ergotherapie männlicher Versicherte bezogen auf Kosten für weibliche Versicherte im Jahr 2016 in Prozent nach Altersgruppen



Quelle: BARMER-Daten 2016

Analyse der Anzahl der Verordnungen nach Bundesländern

Eine andere Perspektive als die Analyse von Kosten ist die Betrachtung der Verordnungen ergotherapeutischer Behandlung und ihrer Veränderung im Zeitverlauf. Insgesamt ist die Zahl der Verordnungen pro Jahr um 3,2 Prozent im Jahr 2015 und 3,5 Prozent im Jahr 2016 angestiegen. Wenn man die Verordnungshäufigkeit nach Bundesländern

analysiert, findet man in den beiden betrachteten Perioden nur im Saarland einen Anstieg der Verordnungen von mehr als acht Prozent.

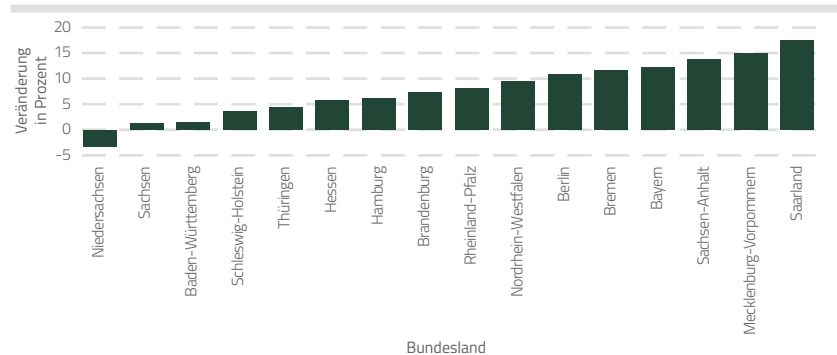
Tabelle 3.18: Entwicklung der Anzahl der Verordnungen für Ergotherapie in den Jahren 2014 bis 2016 nach Bundesländern

Bundesland	Anzahl Verordnungen				
	Ausgaben pro VS im Jahr 2014 in Euro	Ausgaben pro VS im Jahr 2015 in Euro	Veränderung 2015 zu 2014 in Prozent	Ausgaben pro VS im Jahr 2016 in Euro	Veränderung 2016 im Vergleich zu 2015 in Prozent
Niedersachsen	27.283	26.884	- 1,46	26.391	- 1,83
Baden-Württemberg	23.630	23.802	0,73	23.954	0,64
Sachsen	16.319	16.249	- 0,43	16.530	1,73
Thüringen	8.989	9.196	2,30	9.376	1,96
Schleswig-Holstein	14.733	14.814	0,55	15.263	3,03
Hessen	17.439	17.881	2,53	18.436	3,10
Brandenburg	13.129	13.599	3,58	14.101	3,69
Rheinland-Pfalz	14.531	15.130	4,12	15.713	3,85
Hamburg	7.224	7.377	2,12	7.674	4,03
Nordrhein-Westfalen	62.389	65.566	5,09	68.336	4,22
Sachsen-Anhalt	10.938	11.903	8,82	12.448	4,58
Berlin	15.616	16.203	3,76	17.301	6,78
Bayern	28.480	29.905	5,00	31.956	6,86
Mecklenburg-Vorpommern	7.670	8.248	7,54	8.816	6,89
Saarland	4.209	4.575	8,70	4.944	8,07
Bremen	803	817	1,74	897	9,79
Deutschland	273.382	282.149	3,21	292.136	3,54

Eine bessere Beurteilung der Dynamik und der Veränderungen ermöglicht die Betrachtung des Zeitraumes von 2014 bis 2016. Hierbei sticht das Saarland noch deutlicher hervor

als bei der Betrachtung von nur einem Jahr: Die Anzahl der Verordnungen steigt um rund 17,5 Prozent. Es folgen Mecklenburg-Vorpommern (rund 15 Prozent), Sachsen-Anhalt (rund 14 Prozent) und Bayern (rund 12 Prozent).

Abbildung 3.21: Absolute Veränderung der Verordnungshäufigkeit für Ergotherapie in den Jahren 2014 bis 2016 nach Bundesländern



Quelle: BARMER-Daten 2014 bis 2016

Verordnungsanteil nach Facharztgruppe

Für das Verständnis des Versorgungsgeschehens ist es wichtig zu wissen, welche Arztgruppen ergotherapeutische Leistungen verordnen. Daher wurde analysiert und nachfolgend dargestellt, wie sich die Verordnungen auf die unterschiedlichen Arztgruppen verteilen. Hierbei wurden die Fachärzte für Allgemeinmedizin und die hausärztlich tätigen Internisten in der Gruppe „Hausarzt“ zusammengefasst, da sie ihre Patienten unter gleichen Rahmenbedingungen mit gleichem inhaltlichen Schwerpunkt versorgen.

Tabelle 3.19: Verordnungsanteil für Ergotherapie in den Jahren 2014 bis 2016 nach Facharztgruppen in Prozent

Facharztgruppe	Verordnungsanteil in Prozent		
	2014	2015	2016
Hausarzt	43,5	44,4	44,0
Neurologie	16,5	16,6	18,2
Kinderarzt	16,5	15,6	14,2

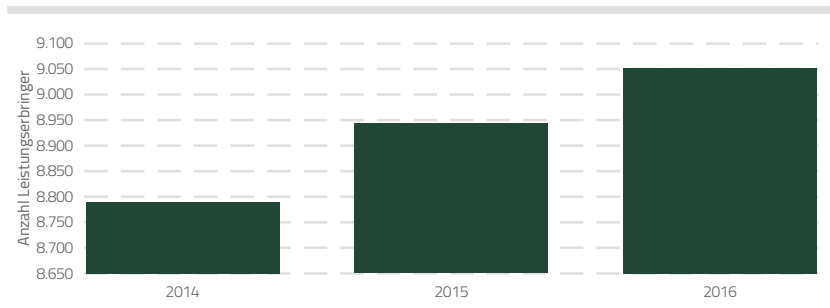
Facharztgruppe	Verordnungsanteil in Prozent		
	2014	2015	2016
Orthopädie	3,5	3,6	3,9
Psychiatrie und Psychotherapie	3,4	3,4	3,6
Chirurgie	2,4	2,4	2,4
Unfallchirurgie	1,5	1,6	1,7
Rehabilitative Medizin	1,5	1,5	1,5
Innere Medizin/Rheumatologie	1,1	1,2	1,3
Anästhesiologie	0,5	0,5	0,6
Internist	0,4	0,4	0,4
Neurochirurgie	0,3	0,3	0,3
Chirurgie/Rheumatologie	0,3	0,3	0,3
Frauenheilkunde	0,0	0,0	0,1
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	0,1	0,1	0,1
Sonstige	8,4	8,1	7,5

Ergotherapeutische Leistungen werden fast zur Hälfte von Hausärzten verordnet (44 Prozent). Danach folgen mit etwas mehr als 18 Prozent die Neurologen und mit 14 Prozent die Kinderärzte. Zusammen sind diese drei Arztgruppen für mehr als drei Viertel der Verordnungen von Ergotherapie verantwortlich (76,4 Prozent).

Anzahl Leistungserbringer

Nachfolgend wurde analysiert, wie viele Leistungserbringer ergotherapeutische Leistungen bei BARMER-Versicherten abgerechnet haben. Von 2014 bis 2016 ist die Anzahl dieser Leistungserbringer von 8.788 auf 9.049 angestiegen.

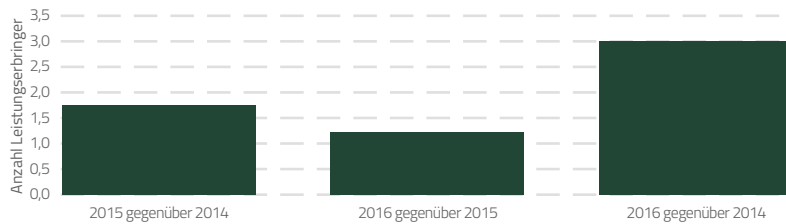
Abbildung 3.22: Entwicklung der absoluten Anzahl der Leistungserbringer für Ergotherapie in den Jahren 2014 bis 2016



Quelle: BARMER-Daten 2014 bis 2016

Damit hat sich die Anzahl der Leistungserbringer, die BARMER-Versicherte ergotherapeutisch versorgen, von 2014 auf 2015 um 1,7 Prozent erhöht und stieg von 2015 auf 2016 erneut um 1,2 Prozent an.

Abbildung 3.23: Veränderung der Anzahl der Leistungserbringer für Ergotherapie im Vergleich der Jahre 2014 bis 2016 in Prozent



Quelle: BARMER-Daten 2014 bis 2016

3.2.4 Logopädie

Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie entfalten ihre Wirkung auf phoniatischen und neurophysiologischen Grundlagen. Sie dienen dazu, die Kommunikationsfähigkeit, die Stimmgebung, das Sprechen und den Schluckakt bei krankheitsbedingten Störungen wiederherzustellen, zu verbessern oder eine Verschlechterung zu vermeiden. Die Krankheitsbilder, die Verordnungen der Logopädie auslösen, sind mehrheitlich Störungen der Sprache sowie Störungen der Stimme und des Schluckaktes. Nachfolgend werden die Ergebnisse der Analysen der Verordnung logopädischer Leistungen bei BARMER-Versicherten im Jahr 2016 dargestellt und zeitliche Entwicklungen aufgezeigt.

Gesamtkosten und Kosten nach Indikation im Zeitverlauf

Insgesamt entstanden im Jahr 2016 Gesamtausgaben von rund 69 Millionen Euro für logopädische Behandlungen von BARMER-Versicherten. Davon entfielen mehr als 80 Prozent der Kosten auf die Behandlungen von Störungen der Sprache. Nur ein kleiner Teil von zehn Prozent der Kosten wurde für die Behandlung von Störungen des Schluckaktes aufgewandt. Weitere Indikationen für logopädische Behandlungen waren

2016: 80 Prozent der Gesamtkosten für Behandlungen von Sprachstörungen

quantitativ nachrangig. Betrachtet man die Entwicklung der Kostenanteile nach Indikation von 2014 bis 2016, ist festzustellen, dass es nur Veränderungen von unter zwei Prozent gegeben hat. Die Kostenanteile nach Indikation erweisen sich somit als zeitstabil: Die Behandlung von Störungen der Sprache war und ist die weit vorherrschende Indikation für die logopädische Behandlung BARMER-Versicherter.

Tabelle 3.20: Entwicklung der Kostenanteile nach Indikation logotherapeutischer Behandlung im Zeitvergleich 2014 bis 2016

Indikation logopädischer Behandlung	Kosten 2016		Änderung 2014 bis 2016 in Prozent
	insgesamt in Euro	Anteil in Prozent	
Störungen der Sprache	56.308.168	81,2	- 0,6
Störungen des Schluckaktes	7.289.782	10,5	1,5
Erkrankungen der Stimme	4.053.547	5,8	- 0,1
Störungen des Redeflusses	1.147.045	1,7	- 0,2
Störungen der Stimm- und Sprechfunktion	345.347	0,5	0,05
Logopädie	69.143.888	99,8	

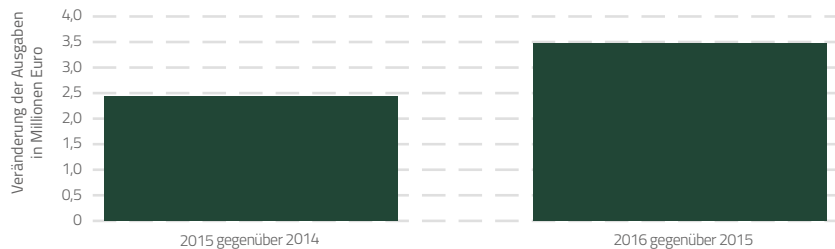
Betrachtet man die Entwicklung der Gesamtausgaben über den Zeitraum von 2014 bis 2016, so stellt man fest, dass die Ausgaben kontinuierlich ansteigen und sich der Ausgabenanstieg beschleunigt. Betrug er von 2014 bis 2015 über alle Indikationen vier Prozent, so stiegen die Gesamtausgaben im Jahr 2016 im Vergleich zu 2015 um etwa fünf Prozent an. Dies entspricht einer absoluten Steigerung der Ausgaben für logopädische Behandlung um rund 3,5 Millionen Euro im Jahr 2016 im Vergleich zum Jahr 2015.

Tabelle 3.21: Entwicklung der Gesamtausgaben nach Indikation logotherapeutischer Behandlung im Zeitvergleich 2014 bis 2016

Indikation logopädischer Behandlung	Kosten 2014	Kosten 2015		Kosten 2016		
	insgesamt in Euro	insgesamt in Euro	Verände- rung in Prozent	insgesamt in Euro	Verände- rung in Euro	Verände- rung in Prozent
Störungen der Sprache	52.206.141	53.899.223	3,2	56.308.168	2.408.945	4,5
Störungen des Schluckaktes	5.765.816	6.439.193	11,7	7.289.782	850.589	13,2
Erkrankungen der Stimme	3.806.037	3.914.157	2,8	4.053.547	139.391	3,6
Störungen des Redeflusses	1.197.318	1.112.101	-7,1	1.147.045	34.944	3,1
Störungen der Stimm- und Sprechfunktion	287.117	321.192	11,9	345.347	24.155	7,5
Logopädie	63.262.429	65.685.865	3,8	69.143.888	3.458.023	5,3

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Ausgabensteigerung für logopädische Behandlung BARMER-Versicherter im Jahresvergleich für die Jahre 2015 und 2016 jeweils im Vergleich zum Vorjahr und belegt die Zunahme des Ausmaßes der Kostensteigerung in diesem Bereich.

Abbildung 3.24: Veränderung der Ausgaben für Logopädie in Euro im Zeitvergleich

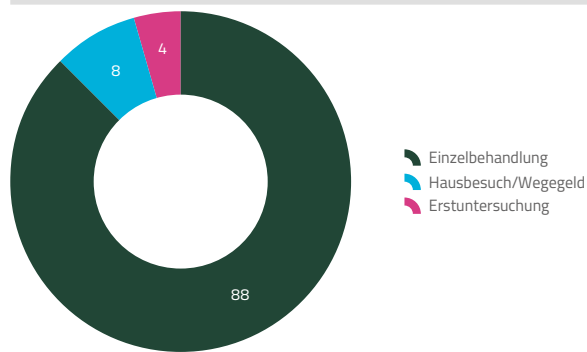


Quelle: BARMER-Daten 2014 bis 2016

Kosten nach Leistungsarten

Die Kosten für logopädische Behandlung lassen sich drei wesentlichen Leistungsarten zuordnen. Mit 88 Prozent ist die Einzelbehandlung die Leistungsart, die für den allergrößten Anteil der Ausgaben für Logopädie verantwortlich ist. Die Erstuntersuchung fällt dagegen mit vier Prozent kaum ins Gewicht, und auch die Kosten von Hausbesuch/Wegegeld sind mit acht Prozent nachrangig.

Abbildung 3.25: Anteilige Kosten für Logopädie nach Leistungsart im Jahr 2016 in Prozent



Quelle: BARMER-Daten 2016

Dem hohen Anteil der logopädischen Einzelbehandlung entspricht der dominierende Kostenblock von 61 Millionen Euro im Jahr 2016 bei Ausgaben für logopädische Behandlung. Hier zeigt sich mit rund 3,2 Millionen gegenüber 2015 auch die größte absolute Zunahme der Kosten bei einer relativen Kostenzunahme um 5,5 Prozent. Die Kostenzunahme beträgt für die anderen Leistungsarten insgesamt weniger als 500.000 Euro und ist damit quantitativ nachrangig.

2016: absolut größte Kostenzunahme von 3,2 Mio. Euro im Vergleich zum Vorjahr

Tabelle 3.22: Kosten und Veränderungen für Logopädie nach Leistungsart im Zeitvergleich der Jahre 2014 bis 2016

Leistungsart	Kosten 2014		Kosten 2015		Kosten 2016		
	insgesamt in Euro	insgesamt in Euro	Veränderung in Prozent	insgesamt in Euro	Veränderung in Euro	Veränderung in Prozent	
Einzelbehandlung	55.777.019	57.369.333	2,9	60.551.347	3.182.013	5,5	
Hausbesuch/ Wegegeld	5.023.676	5.357.666	6,6	5.681.338	323.671	6,0	
Erstuntersuchung	2.776.407	2.783.570	0,3	2.881.181	97.610	3,5	
Sonstige	178.434	190.004	6,5	188.935	-1.069	-0,6	

Analyse der Ausgabenentwicklung in den Bundesländern

Betrachtet man die Entwicklung der Ausgaben für logopädische Behandlung auf Bundesländerebene, zeigen sich unterschiedliche Entwicklungsrichtungen: Während in vier Bundesländern die Ausgaben von 2015 auf 2016 zurückgehen (Berlin, Hamburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt), steigen sie in allen anderen Bundesländern. In Bremen (13 Prozent) und Bayern (12 Prozent) übersteigt dieser Anstieg sogar die Zehn-Prozent-Marke; in Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen und dem Saarland liegt er knapp darunter.

Tabelle 3.23: Ausgabenentwicklung für Logopädie nach Bundesländern im Zeitvergleich der Jahre 2014 bis 2016

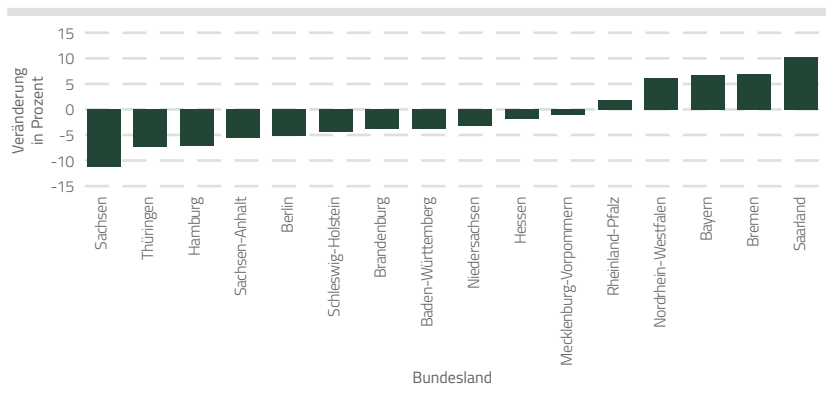
Bundesland	2014	2015	Veränderung 2015 zu 2014 in Prozent	2016	Veränderung 2016 zu 2015 in Prozent
Baden-Württemberg	5.022.221	4.994.064	- 0,56	5.264.352	5,41
Bayern	6.360.850	6.564.309	3,20	7.349.096	11,96
Berlin	3.444.364	3.589.863	4,22	3.562.766	- 0,75
Brandenburg	3.253.092	3.403.838	4,63	3.408.974	0,15
Bremen	211.444	215.709	2,02	244.660	13,42
Hamburg	1.583.829	1.610.862	1,71	1.606.940	- 0,24
Hessen	4.606.121	4.766.132	3,47	4.924.229	3,32

Bundesland	2014	2015	Veränderung 2015 zu 2014 in Prozent	2016	Veränderung 2016 zu 2015 in Prozent
Mecklenburg-Vorpommern	1.779.602	1.888.459	6,12	1.914.361	1,37
Niedersachsen	5.809.220	5.894.220	1,46	6.121.507	3,86
Nordrhein-Westfalen	17.183.559	18.044.100	5,01	19.753.183	9,47
Rheinland-Pfalz	3.254.389	3.334.096	2,45	3.596.433	7,87
Saarland	930.598	1.017.263	9,31	1.108.628	8,98
Sachsen	3.207.998	3.182.421	- 0,80	3.120.306	- 1,95
Sachsen-Anhalt	2.307.539	2.442.134	5,83	2.376.743	- 2,68
Schleswig-Holstein	3.026.222	3.018.221	- 0,26	3.157.024	4,60
Thüringen	1.774.566	1.739.526	- 1,97	1.799.322	3,44
Deutschland	63.755.613	65.705.217	3,06	69.308.523	5,48

Auch im Bereich der Logopädie fällt die hohe Spannweite der Ausgabenentwicklung auf. Selbst wenn man die Betrachtung auf Veränderungen im Zeitraum 2014 bis 2016 ausdehnt, bleiben erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern sichtbar. So sind in Sachsen die Kosten gesunken, während das Saarland eine Kostenentwicklung deutlich oberhalb des Bundesdurchschnittes zu verzeichnen hat.

Kostenentwicklung im Saarland über Bundesdurchschnitt

Abbildung 3.26: Abweichungen von der mittleren Veränderung für Logopädie nach Bundesländern im Zeitvergleich 2016 gegenüber 2014 in Prozent



Quelle: BARMER-Daten 2014 bis 2016

Analyse der Ausgabenentwicklung pro Versicherten

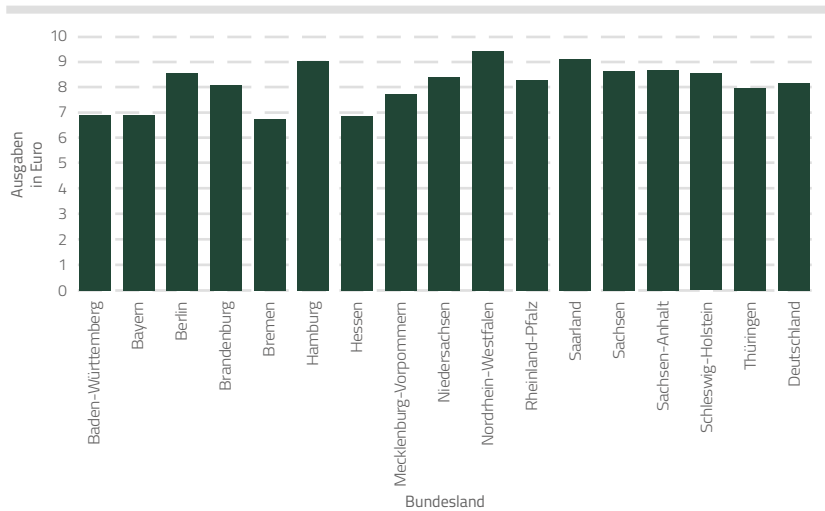
Nachfolgend werden die Ausgaben pro Versicherten im jeweiligen Bundesland dargestellt bezogen auf den Bundesdurchschnitt der Ausgaben pro Versicherten für die logopädische Behandlung BARMER-Versicherter. Hierbei zeigt sich eine erhebliche Heterogenität, die sich durch Unterschiede der Erkrankungshäufigkeit oder Erkrankungsschwere nicht erklären lässt.

Tabelle 3.24: Ausgabenentwicklung für Logopädie pro Versicherten nach Bundesländern im Zeitvergleich der Jahre 2014 bis 2016

Bundesland	Ausgaben je VS im Jahr 2014 in Euro	Ausgaben je VS im Jahr 2015 in Euro	Veränderung 2015 im Vergleich zu 2014 in Prozent	Ausgaben je VS im Jahr 2016 in Euro	Veränderung 2016 im Vergleich zu 2015 in Prozent	Veränderung 2016 im Vergleich zu 2014 in Prozent
Baden-Württemberg	6,45	6,49	0,50	6,94	6,99	7,52
Bayern	5,93	6,15	3,75	6,94	12,84	17,07
Berlin	8,12	8,56	5,40	8,57	0,15	5,56
Brandenburg	7,67	8,04	4,88	8,10	0,76	5,68
Bremen	5,67	5,86	3,37	6,76	15,30	19,19
Hamburg	8,75	8,99	2,71	9,05	0,64	3,37
Hessen	6,39	6,65	3,95	6,90	3,82	7,93
Mecklenburg-Vorpommern	7,26	7,69	5,87	7,75	0,75	6,66
Niedersachsen	7,74	7,97	2,92	8,42	5,72	8,81
Nordrhein-Westfalen	8,08	8,58	6,19	9,44	10,04	16,86
Rheinland-Pfalz	7,44	7,68	3,14	8,30	8,09	11,49
Saarland	7,65	8,40	9,83	9,15	8,96	19,67
Sachsen	7,93	8,20	3,42	8,65	5,40	9,00
Sachsen-Anhalt	7,87	8,55	8,61	8,70	1,76	10,52
Schleswig-Holstein	8,12	8,16	0,54	8,56	4,84	5,41
Thüringen	7,18	7,23	0,67	7,99	10,58	11,32
Deutschland	7,34	7,66	4,30	8,19	6,85	11,45

Betrachtet man die Ausgaben für Logopädie nach Versicherten und Bundesländern, zeigen sich für das Jahr 2016 große Unterschiede. Hessen, Baden-Württemberg, Bremen und Bayern liegen unter sieben Euro pro Versicherten, während Hamburg, Nordrhein-Westfalen und das Saarland einen Wert von über neun Euro erreichen. Der Gesamtdurchschnitt liegt bei rund 8,20 Euro für das Jahr 2016.

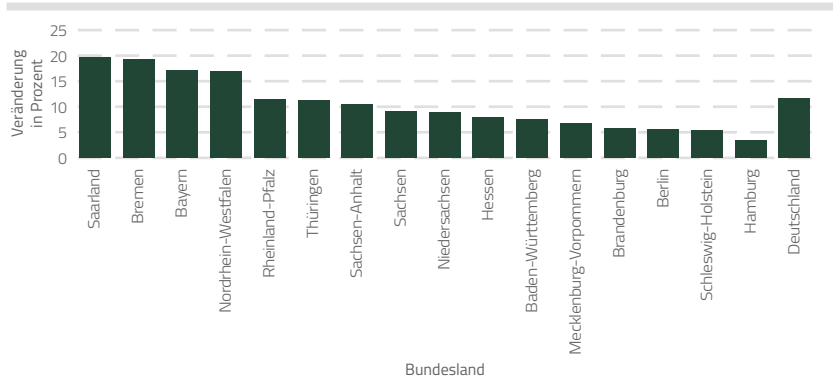
Abbildung 3.27: Ausgaben für Logopädie pro Versicherten im Jahr 2016 nach Bundesländern in Euro



Quelle: BARMER-Daten 2016

Vergleicht man die relativen Veränderungen der Ausgaben für Logopädie für den Zeitraum von 2014 bis 2016 in den Bundesländern, fällt auf, dass das Saarland mit der größten relativen Zunahme heraussticht und mit den zweithöchsten Kosten pro Versicherten im Jahr 2016 auffällt. Dass die Veränderungsrate allein kein ausreichendes Beurteilungskriterium ist, zeigt das Beispiel von Bremen. Trotz der zweithöchsten Wachstumsrate fallen die Kosten für Logopädie hier nach wie vor am niedrigsten aus.

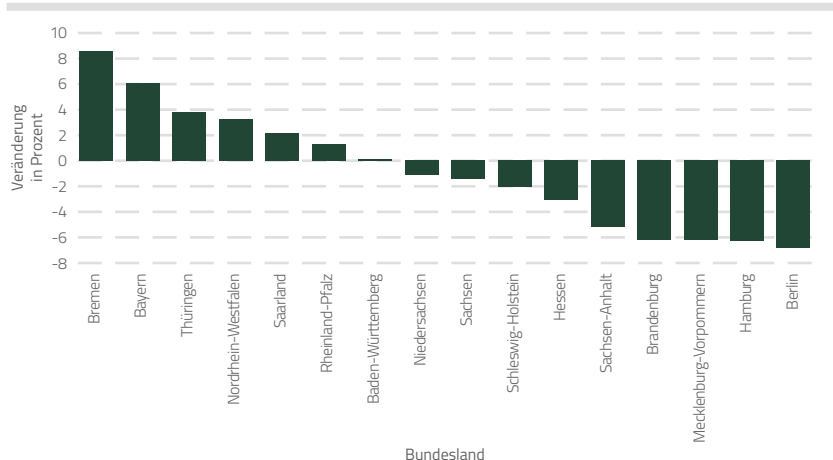
Abbildung 3.28: Veränderung der Ausgaben für Logopädie im Vergleich der Jahre 2016 und 2014 nach Bundesländern in Prozent



Quelle: BARMER-Daten 2014 und 2016

Betrachtet man nun nur die aktuelle Veränderungsrate von 2015 auf 2016 im Verhältnis zum Bundesdurchschnitt, erkennt man, dass wiederum Bayern und Bremen die mit Abstand stärksten Kostenzunahmen aufweisen, während die Kostensteigerung in Sachsen-Anhalt, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Hamburg und Berlin sehr deutlich unter dem Durchschnitt liegen.

Abbildung 3.29: Abweichung der Veränderungen vom Mittelwert der Veränderungen für Logopädie im Jahr 2016 im Vergleich zu 2015 nach Bundesländern in Prozent



Quelle: BARMER-Daten 2015 und 2016

Ausgabenentwicklung pro Versicherten nach Altersgruppen

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ausgaben für logopädische Behandlung BARMER-Versicherter in den Jahren 2014 bis 2016 getrennt für männliche und für weibliche Versicherte.

Tabelle 3.25: Ausgaben für Logopädie pro Versicherten in den Jahren 2014 bis 2016 nach Geschlecht und Altersgruppen in Euro

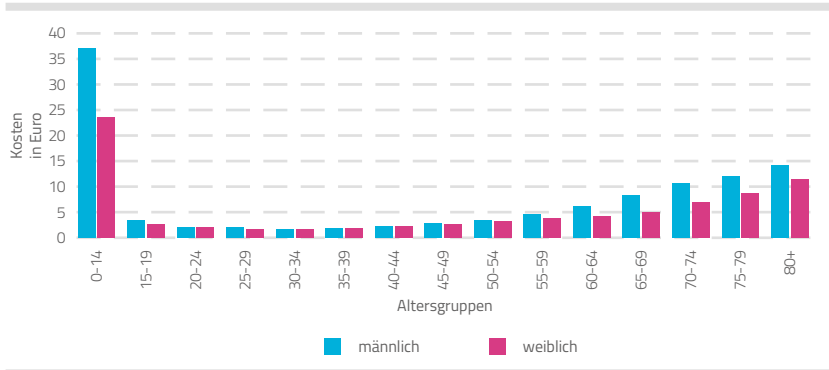
Kosten pro Versicherten Altersgruppe	Versicherte			Veränderung 2014 bis 2016	
	2014	2015	2016	absolut	relativ
männlich					
0 bis unter 15 Jahre	35,34	36,13	37,34	2,00	5,7
15 bis unter 20 Jahre	3,33	3,49	3,52	0,19	5,7
20 bis unter 25 Jahre	1,89	1,81	1,98	0,09	4,8
25 bis unter 30 Jahre	1,61	1,83	1,98	0,37	23,0
30 bis unter 35 Jahre	1,51	1,69	1,68	0,17	11,3
35 bis unter 40 Jahre	1,64	1,77	1,83	0,19	11,6
40 bis unter 45 Jahre	1,64	1,99	2,35	0,71	43,3
45 bis unter 50 Jahre	2,29	2,37	2,80	0,51	22,3
50 bis unter 55 Jahre	2,89	3,25	3,46	0,57	19,7
55 bis unter 60 Jahre	3,77	4,07	4,56	0,79	21,0
60 bis unter 65 Jahre	5,49	5,72	6,12	0,63	11,5
65 bis unter 70 Jahre	7,17	7,68	8,47	1,30	18,1
70 bis unter 75 Jahre	9,03	9,76	10,78	1,75	19,4
75 bis unter 80 Jahre	10,74	11,52	12,09	1,35	12,6
≥ 80 Jahre	12,27	12,93	14,22	1,95	15,9
weiblich					
0 bis unter 15 Jahre	21,99	22,34	23,76	1,77	8,0
15 bis unter 20 Jahre	2,46	2,48	2,64	0,18	7,3
20 bis unter 25 Jahre	1,58	1,60	2,04	0,46	29,1
25 bis unter 30 Jahre	1,55	1,69	1,77	0,22	14,2
30 bis unter 35 Jahre	1,46	1,52	1,69	0,23	15,8
35 bis unter 40 Jahre	1,77	1,89	1,84	0,07	4,0
40 bis unter 45 Jahre	2,13	2,10	2,27	0,14	6,6
45 bis unter 50 Jahre	2,41	2,52	2,67	0,26	10,8
50 bis unter 55 Jahre	3,10	3,18	3,30	0,20	6,5
55 bis unter 60 Jahre	3,19	3,46	3,89	0,70	21,9
60 bis unter 65 Jahre	3,74	3,98	4,29	0,55	14,7
65 bis unter 70 Jahre	4,50	4,62	5,09	0,59	13,1
70 bis unter 75 Jahre	6,19	6,53	7,08	0,89	14,4
75 bis unter 80 Jahre	7,57	8,24	8,73	1,16	15,3
≥ 80 Jahre	9,74	10,43	11,62	1,88	19,3

Die Analysen zeigen, dass eine logopädische Behandlung überwiegend bei sehr jungen Patienten, das heißt bei Patienten unter 15 Jahren, erfolgt und bei älteren Patienten ab 60 Jahren. Behandelte Erkrankungen wurden nicht untersucht, doch ist anzunehmen, dass bei jungen Patienten Störungen der Sprachentwicklung und bei älteren Patienten Folgen apoplektischer Störungen der Sprachfähigkeit Anlass zur Behandlung geben. Zwischen dem 20. und 60. Lebensjahr bewegen sich die Kosten auf eher niedrigem Niveau.

Verteilung der Kosten nach Geschlecht

Die nachfolgenden Analysen untersuchen die Kosten der logopädischen Behandlung nach Geschlecht und Altersgruppen für das Jahr 2016. Es zeigt sich, dass die höchsten Kosten bei Kindern und Jugendlichen bis 15 Jahre anfallen, insbesondere sehr deutlich bei männlichen Versicherten. Ab dem 30. Lebensjahr steigen die Kosten bei beiden Geschlechtern zunächst minimal, und ab dem 60. Lebensjahr verstärkt sich die Kostenzunahme.

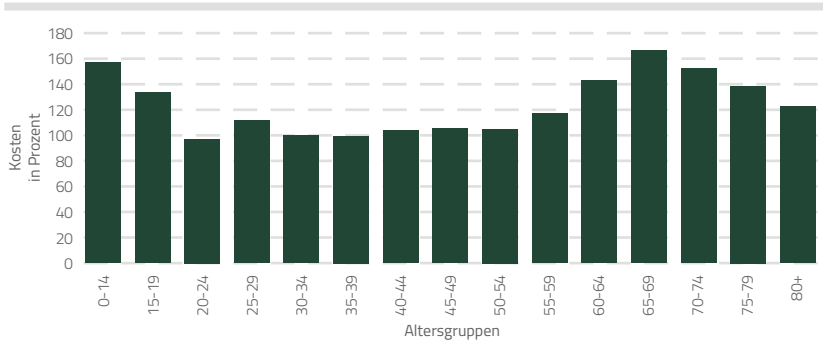
Abbildung 3.30: Kosten pro Versicherten für Logopädie im Jahr 2016 nach Altersgruppen und Geschlecht in Euro



Quelle: BARMER-Daten 2016

Neben der Altersabhängigkeit der Kosten (mit einem Altersgipfel bezogen auf die ersten Lebensjahre) zeigt sich aber auch eine Geschlechtsabhängigkeit. Bis zum 20. Lebensjahr und ab dem 55. Lebensjahr entfallen deutlich höhere Kosten auf männliche als auf weibliche Versicherte. Die nachfolgende Tabelle zeigt den prozentualen Unterschied der Kosten männlicher Versicherter bezogen auf gleichaltrige weibliche Versicherte.

Abbildung 3.31: Kosten für Logopädie männlicher Versicherter bezogen auf Kosten für weibliche Versicherte im Jahr 2016 in Prozent nach Altersgruppen



Quelle: BARMER-Daten 2016

Ob diesen Ergebnissen eine geschlechtsspezifisch unterschiedliche Erkrankungshäufigkeit oder Erkrankungsschwere oder eine geschlechtsspezifisch unterschiedliche Indikationsstellung zu logopädischer Behandlung zugrunde liegt, können die vorliegenden Analysen nicht klären.

Analyse der Anzahl der Verordnungen in den Bundesländern

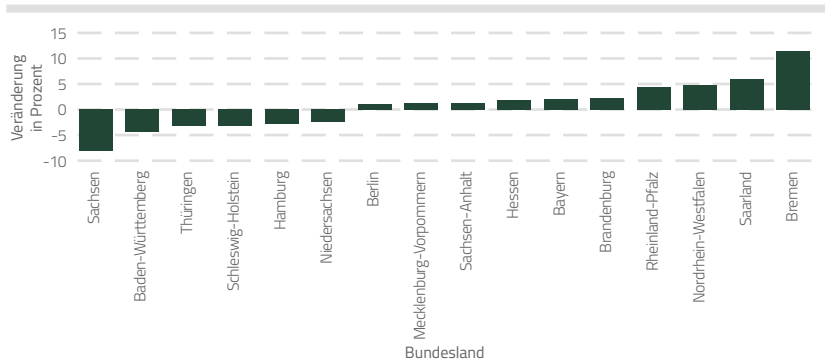
Alternativ zur Kostenbetrachtung lässt sich die Entwicklung der logopädischen Behandlungen auch analysieren, indem man die Anzahl der Verordnungen und ihre Veränderung im Zeitverlauf betrachtet. Insgesamt ist die Zahl der Verordnungen praktisch stabil, und sie steigt um nur bis zu einem Prozent pro Jahr an. Wenn man die Verordnungshäufigkeit nach Bundesländern analysiert, findet man drei Bundesländer, in denen die Anzahl der Verordnungen von 2015 bis 2016 um mehr als ein Prozent gestiegen ist. Dagegen nahm die Zahl der Verordnungen in einigen Ländern stark ab. In allen anderen Bundesländern blieb die Anzahl der Verordnungen weitgehend stabil.

Tabelle 3.26: Entwicklung der Anzahl der Verordnungen für Logopädie in den Jahren 2014 bis 2016 nach Bundesländern

Bundesland	Anzahl Verordnungen				
	2014	2015	Veränderung in Prozent	2016	Veränderung in Prozent
Sachsen	8.144	7.955	- 2,32	7.509	- 5,61
Hamburg	4.001	4.061	1,50	3.894	- 4,11
Sachsen-Anhalt	5.813	6.095	4,85	5.887	- 3,41
Berlin	8.122	8.478	4,38	8.213	- 3,13
Mecklenburg- Vorpommern	4.744	4.833	1,88	4.799	- 0,70
Thüringen	4.639	4.515	- 2,67	4.494	- 0,47
Brandenburg	8.624	8.845	2,56	8.810	- 0,40
Niedersachsen	16.096	15.768	- 2,04	15.720	- 0,30
Schleswig- Holstein	8.855	8.601	- 2,87	8.589	- 0,14
Baden- Württemberg	14.135	13.546	- 4,17	13.545	- 0,01
Saarland	2.324	2.457	5,72	2.458	0,04
Hessen	12.676	12.808	1,04	12.901	0,73
Bayern	16.711	16.708	- 0,02	17.054	2,07
Nordrhein- Westfalen	45.133	45.703	1,26	47.163	3,19
Rheinland-Pfalz	8.573	8.549	- 0,28	8.927	4,42
Bremen	591	601	1,69	656	9,15
Deutschland	169.181	169.523	0,20	170.619	0,65

Eine verlässlichere Beurteilung ermöglicht die Betrachtung des Zeitraumes von 2014 bis 2016. Hierbei tritt Bremen noch deutlicher hervor als in der Ein-Jahres-Betrachtung: Die Anzahl der Verordnungen steigt um elf Prozent und ist damit mehr als doppelt so hoch wie im Saarland, das mit rund sechs Prozent die zweitstärkste Steigerungsrate unter den Bundesländern aufweist.

Abbildung 3.32: Absolute Veränderung der Verordnungshäufigkeit für Logopädie in den Jahren 2014 bis 2016 nach Bundesländern



Quelle: BARMER-Daten 2014 bis 2016

Verordnungsanteil nach Facharztgruppe

Für das Verständnis des Versorgungsgeschehens ist es wichtig zu wissen, welche Arztgruppen logopädische Leistungen verordnen. Daher wurde analysiert, wie sich die Verordnungen auf die unterschiedlichen Arztgruppen verteilen. Hierbei wurden die Fachärzte für Allgemeinmedizin und hausärztlich tätige Internisten in der Gruppe „Hausarzt“ zusammengefasst, da sie unter gleichen Rahmenbedingungen mit gleichem inhaltlichen Schwerpunkt ihre Patienten versorgen.

Tabelle 3.27: Verordnungsanteil für Logopädie in den Jahren 2014 bis 2016 nach Facharztgruppen in Prozent

Facharztgruppe	Verordnungsanteil in Prozent		
	2014	2015	2016
Kinderarzt	35,0	34,5	33,2
Hausarzt	28,3	29,1	29,3
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	15,4	14,9	14,5
Neurologie	9,6	10,1	10,8
Psychiatrie und Psychotherapie	0,8	1,0	1,1
Rehabilitative Medizin	0,2	0,2	0,2
Internist	0,2	0,2	0,2
Anästhesiologie	0,0	0,1	0,1

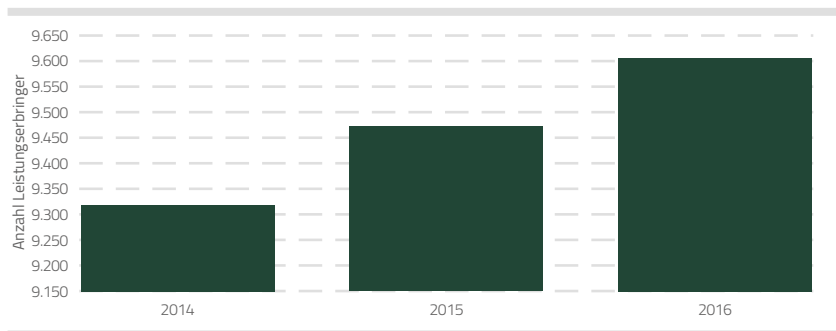
Facharztgruppe	Verordnungsanteil in Prozent		
	2014	2015	2016
Neurochirurgie	0,0	0,0	0,1
Orthopädie	0,1	0,0	0,0
Chirurgie	0,0	0,0	0,0
Unfallchirurgie	0,0	0,0	0,0
Innere Medizin/Rheumatologie	0,0	0,0	0,0
Frauenheilkunde	0,0	0,0	0,0
Sonstige	10,3	9,9	10,5

Insgesamt sind es vor allem vier Facharztgruppen, die logopädische Leistungen verordnen: Führend dabei sind die Haus- und die Kinderärzte, deren Verordnungsanteil zusammen bei mehr als 60 Prozent (62,5 Prozent) liegt.

Anzahl Leistungserbringer

Nachfolgend wurde analysiert, wie viele Leistungserbringer logopädische Leistungen für BARMER-Versicherte abgerechnet haben. Von 2014 bis 2016 stieg die Anzahl von Leistungserbringern, die logopädische Leistungen für BARMER-Versicherte abgerechnet haben, von 9.320 auf 9.607 an.

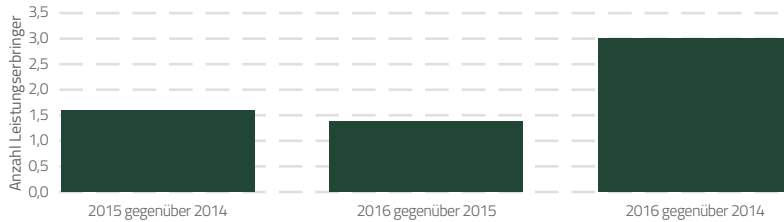
Abbildung 3.33: Entwicklung der absoluten Anzahl der Leistungserbringer für Logopädie in den Jahren 2014 bis 2016



Quelle: BARMER-Daten 2014 bis 2016

Damit hat sich die Anzahl der Leistungserbringer, die BARMER-Versicherte logopädisch versorgen, von 2014 auf 2015 um 1,6 Prozent erhöht und ist von 2015 auf 2016 erneut um 1,4 Prozent angestiegen.

Abbildung 3.34: Veränderung der Anzahl der Leistungserbringer für Logopädie im Vergleich der Jahre 2014 bis 2016 in Prozent



Quelle: BARMER-Daten 2014 bis 2016

3.2.5 Podologie

Die podologische Therapie ist verordnungsfähig bei diabetischem Fußsyndrom, wenn ohne diese Behandlung unumkehrbare Folgeschädigungen der Füße wie Entzündungen und Wundheilungsstörungen eintreten würden.

Gesamtkosten und Kosten nach Indikation im Zeitverlauf

Insgesamt wurden im Jahr 2016 für die podologische Versorgung von Versicherten der BARMER 13,7 Millionen Euro verwendet. In mehr als 99 Prozent der Fälle ist die begründende Indikation dabei ein diabetisches Fußsyndrom. Dies entspricht der zugelassenen Indikation. Die Betrachtung der Gesamtkosten für Podologie zeigt, dass von 2015 bis 2016 eine Zunahme der Ausgaben um sieben Prozent zu verzeichnen ist. Dies entspricht Mehrausgaben von rund 886.000 Euro im Jahresvergleich. Die Kostenzunahme von 2014 zu 2015 betrug lediglich 4,7 Prozent. Das jährliche Ausmaß der Kostenzunahme hat sich damit im Jahr 2016 stark beschleunigt.

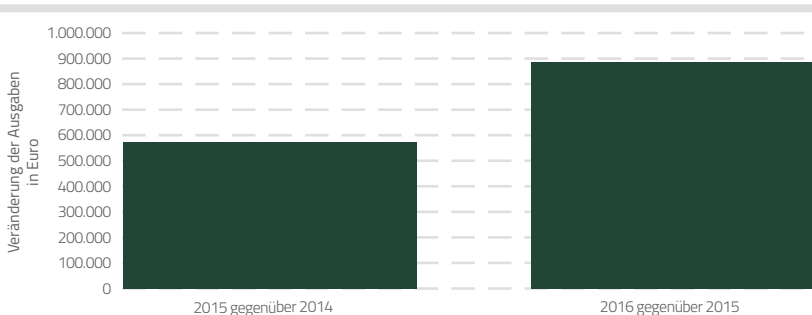
2016: Mehrausgaben von 886.000 Euro im Vergleich zum Vorjahr

Tabelle 3.28: Entwicklung der Kostenanteile nach Indikation podologischer Behandlung im Zeitvergleich 2014 bis 2016

Ausgaben Podologie nach Indikation	Kosten 2014	Kosten 2015		Kosten 2016		
	insgesamt in Euro	insgesamt in Euro	Veränderung in Prozent	insgesamt in Euro	Veränderung in Euro	Veränderung in Prozent
Diabetisches Fußsyndrom	12.139.547	12.712.322	4,7	13.598.714	886.392	7,0

Die folgende Abbildung zeigt die Ausgabensteigerung im Jahresvergleich für die Jahre 2015 und 2016 im Vergleich zu den jeweiligen Vorjahren für podologische Behandlung von BARMER-Versicherten.

Abbildung 3.35: Veränderung der Ausgaben für Podologie in Euro im Zeitvergleich

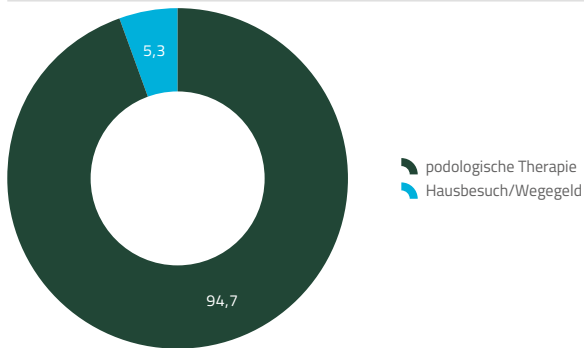


Quelle: BARMER-Daten 2014 bis 2016

Kosten nach Leistungsarten

Grundsätzlich sind die Kostenpositionen „podologische Therapie“ und „Hausbesuch/ Wegegeld“ zu unterscheiden, die Kostenposition „Bericht“ ist zu vernachlässigen. Der Kostenanteil der podologischen Therapie liegt zeitstabil bei 95 Prozent der Ausgaben, während fünf Prozent der Ausgaben auf Hausbesuche und Wegegeld entfallen.

Abbildung 3.36: Anteilige Kosten für Logopädie nach Leistungsart im Jahr 2016 in Prozent



Quelle: BARMER-Daten 2016

Die Kostenpositionen „podologische Therapie“ und „Hausbesuche/Wegegeld“ steigen beide von 2015 auf 2016 um 7,3 Prozent beziehungsweise 5,8 Prozent an, wie die nachfolgende Tabelle verdeutlicht.

Tabelle 3.29: Kosten und Veränderungen für Podologie nach Leistungsart im Zeitvergleich der Jahre 2014 bis 2016

Leistungsart	Kosten 2014	Kosten 2015		Kosten 2016		
	insgesamt in Euro	insgesamt in Euro	Veränderung in Prozent	insgesamt in Euro	Veränderung in Euro	Veränderung in Prozent
Podologische Therapie	11.550.236	12.091.193	4,7	12.968.789	877.597	7,3
Hausbesuch/Wegegeld	660.351	671.663	1,7	710.682	39.019	5,8

Analyse der Ausgabenentwicklung im Bundesländervergleich

Betrachtet man die Kostenentwicklung in den einzelnen Ländern, so stellt man in vier Bundesländern von 2015 zu 2016 eine Ausgabensteigerung von mehr als zehn Prozent im Jahresvergleich fest: Dies sind Hessen (14,6 Prozent), Rheinland-Pfalz (13,5 Prozent),

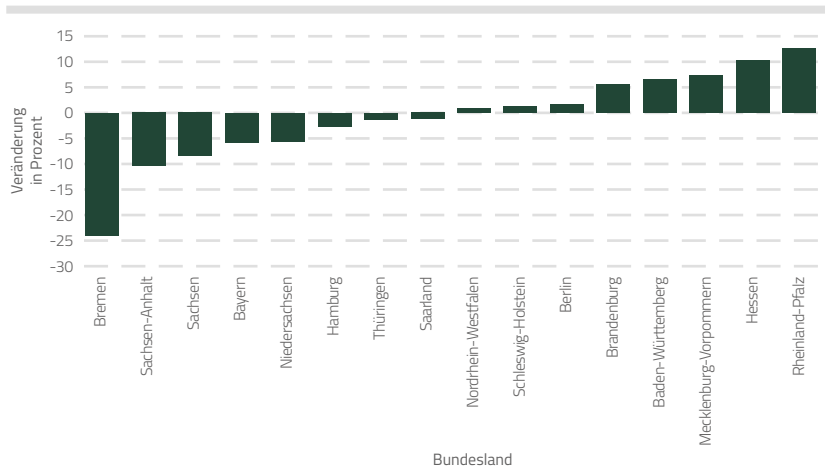
Brandenburg (12,5 Prozent) und Baden-Württemberg (12,1 Prozent). In Bremen dagegen sind die Kosten um 0,8 Prozent rückläufig. Dies ist bemerkenswert, da Bremen auch im Jahr 2015 das einzige Bundesland war, das einen Rückgang der Ausgaben für die podologische Versorgung in Höhe von elf Prozent zu verzeichnen hatte. Die Ursachen für diese unterschiedliche Kostenentwicklung in den Bundesländern bleiben offen.

Tabelle 3.30: Ausgabenentwicklung für Podologie nach Bundesländern im Zeitvergleich der Jahre 2014 bis 2016

Bundesland	2014	2015	Veränderung 2015 zu 2014 in Prozent	2016	Veränderung 2016 zu 2015 in Prozent	Veränderung 2016 zu 2014 in Prozent
Baden-Württemberg	702.040	741.606	5,6	831.402	12,1	18,4
Bayern	1.357.643	1.365.455	0,6	1.442.973	5,7	6,3
Berlin	656.298	680.012	3,6	745.664	9,7	13,6
Brandenburg	494.393	516.359	4,4	580.819	12,5	17,5
Bremen	31.344	27.903	- 11,0	27.684	- 0,8	- 11,7
Hamburg	240.093	256.018	6,6	262.624	2,6	9,4
Hessen	674.564	719.182	6,6	824.522	14,6	22,2
Mecklenburg-Vorpommern	402.451	441.524	9,7	479.958	8,7	19,3
Niedersachsen	1.108.151	1.136.750	2,6	1.180.375	3,8	6,5
Nordrhein-Westfalen	3.697.084	3.924.939	6,2	4.173.678	6,3	12,9
Rheinland-Pfalz	511.975	561.486	9,7	637.228	13,5	24,5
Saarland	210.640	218.643	3,8	233.490	6,8	10,8
Sachsen	811.722	820.893	1,1	841.873	2,6	3,7
Sachsen-Anhalt	525.135	527.555	0,5	534.251	1,3	1,7
Schleswig-Holstein	436.704	463.689	6,2	494.860	6,7	13,3
Thüringen	350.421	360.956	3,0	388.102	7,5	10,8
Deutschland	12.210.658	12.762.969	4,5	13.679.503	7,2	12,0

Auch in der Drei-Jahres-Betrachtung zeigen sich diese deutlichen Unterschiede der Kostenentwicklung zwischen den Bundesländern. Dargestellt wird die Abweichung von der bundesdurchschnittlichen Kostenentwicklung für podologische Behandlung bei BARMER-Versicherten von 2014 bis 2016, die durch eine Kostenzunahme um 12 Prozent gekennzeichnet war.

Abbildung 3.37: Abweichungen von der mittleren Veränderung für Podologie nach Bundesländern im Zeitvergleich 2016 gegenüber 2014 in Prozent



Quelle: BARMER-Daten 2014 und 2016

Analyse der Ausgaben und Ausgabenentwicklung pro Versicherten nach Bundesländern

Es offenbart sich eine deutliche Heterogenität in der Ausgabenentwicklung, wenn man untersucht, wie sich die Ausgaben pro Versicherten in den jeweiligen Bundesländern entwickeln. Während die Kosten in Bremen pro Versicherten um neun Prozent gesunken sind, stiegen sie in Rheinland-Pfalz um rund 26 Prozent an. Die Ursachen dieser unterschiedlichen Entwicklungen lassen sich durch die Datenanalysen nicht klären. Nachfolgend werden die Ausgaben pro 1.000 Versicherten nach Bundesländern dargestellt.

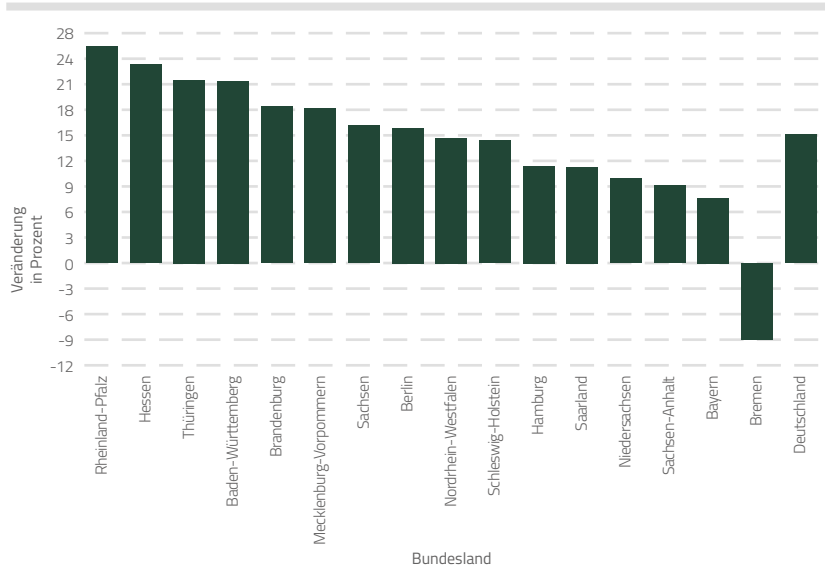
Rheinland-Pfalz:
Kostensteigerung von
25 Prozent

Tabelle 3.31: Ausgabenentwicklung für Podologie pro Versicherten (VS) nach Bundesländern im Zeitvergleich der Jahre 2014 bis 2016

Bundesland	Ausgaben je VS im Jahr 2014 in Euro	Ausgaben je VS im Jahr 2015 in Euro	Veränderung 2015 zu 2014 in Prozent	Ausgaben je VS im Jahr 2016 in Euro	Veränderung 2016 zu 2015 in Prozent
Baden-Württemberg	902,17	963,17	6,76	1.095,93	13,78
Bayern	1.266,07	1.280,19	1,11	1.363,54	6,51
Berlin	1.547,05	1.621,02	4,78	1.793,78	10,66
Brandenburg	1.165,22	1.219,90	4,69	1.380,54	13,17
Bremen	840,66	758,33	- 9,79	764,84	0,86
Hamburg	1.327,09	1.429,03	7,68	1.478,93	3,49
Hessen	936,40	1.002,97	7,11	1.155,48	15,21
Mecklenburg-Vorpommern	1.642,15	1.797,44	9,46	1.941,87	8,04
Niedersachsen	1.476,45	1.536,36	4,06	1.623,90	5,70
Nordrhein-Westfalen	1.738,28	1.866,24	7,36	1.994,88	6,89
Rheinland-Pfalz	1.170,78	1.292,70	10,41	1.470,10	13,72
Saarland	1.730,48	1.804,74	4,29	1.926,88	6,77
Sachsen	2.007,45	2.116,42	5,43	2.333,26	10,25
Sachsen-Anhalt	1.790,99	1.846,52	3,10	1.955,19	5,89
Schleswig-Holstein	1.171,70	1.254,14	7,04	1.341,58	6,97
Thüringen	1.417,31	1.499,27	5,78	1.723,30	14,94
Deutschland	1.416,10	1.499,85	5,91	1.630,67	8,72

Die Unterschiede verdeutlicht die folgende Abbildung, in der die relativen Veränderungen von 2014 bis 2016 nach Ländern dargestellt werden. Die stärkste Zunahme der Kosten für die podologische Behandlung findet sich in Rheinland-Pfalz mit einem Anstieg von 26 Prozent. Das einzige Bundesland, in dem sich ein Kostenrückgang erkennen lässt, ist Bremen mit minus neun Prozent. Im Bundesdurchschnitt ist von 2014 bis 2016 eine Zunahme von rund 15 Prozent zu verzeichnen.

Abbildung 3.38: Veränderung für Anteile Podologie des Jahres 2016 im Vergleich zu 2014 nach Bundesländern in Prozent



Quelle: BARMER-Daten 2014 und 2016

Ausgabenentwicklung pro Versicherten nach Altersgruppen

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Ausgaben für die podologische Behandlung BARMER-Versicherter in den Jahren 2014 bis 2016 ausgewiesen als Kosten pro 1.000 Versicherten nach Geschlechtern getrennt.

Tabelle 3.32: Ausgaben für Podologie pro Versicherten in den Jahren 2014 bis 2016 nach Geschlecht und Altersgruppen in Euro

Kosten pro 1.000 Versicherten	Versicherte			Veränderung 2014 bis 2016	
	Altersgruppe	2014	2015	2016	absolut
männlich					
0 bis unter 15 Jahre	0,82	0,47	0,66	- 0,15	- 19,0
15 bis unter 20 Jahre	1,96	6,60	7,94	5,98	304,9
20 bis unter 25 Jahre	8,67	5,50	6,71	- 1,96	- 22,6
25 bis unter 30 Jahre	9,61	9,90	11,73	2,12	22,1
30 bis unter 35 Jahre	35,76	28,46	30,45	- 5,31	- 14,8
35 bis unter 40 Jahre	74,67	74,00	67,65	- 7,02	-9,4
40 bis unter 45 Jahre	173,64	177,94	185,41	11,77	6,8
45 bis unter 50 Jahre	362,85	392,91	411,89	49,04	13,5
50 bis unter 55 Jahre	774,83	773,65	820,64	45,82	5,9
55 bis unter 60 Jahre	1.513,95	1.573,68	1.632,04	118,09	7,8
60 bis unter 65 Jahre	2.888,91	2.938,32	3.118,35	229,44	7,9
65 bis unter 70 Jahre	4.635,90	4.824,55	5.219,50	583,60	12,6
70 bis unter 75 Jahre	5.484,14	5.919,88	6.754,78	1.270,63	23,2
75 bis unter 80 Jahre	6.483,44	6.904,63	7.504,89	1.021,45	15,8
≥ 80 Jahre	6.565,18	7.228,00	8.041,99	1.476,81	22,5
weiblich					
0 bis unter 15 Jahre	2,07	1,09	0,31	- 1,76	- 84,9
15 bis unter 20 Jahre	8,34	6,34	5,05	- 3,28	- 39,4
20 bis unter 25 Jahre	10,00	11,12	13,52	3,52	35,2
25 bis unter 30 Jahre	19,56	21,95	19,56	0,00	0,0
30 bis unter 35 Jahre	36,65	38,54	35,70	- 0,95	- 2,6
35 bis unter 40 Jahre	86,43	84,75	81,33	- 5,11	- 5,9
40 bis unter 45 Jahre	171,09	144,87	154,10	- 16,98	- 9,9
45 bis unter 50 Jahre	255,20	268,04	300,11	44,92	17,6
50 bis unter 55 Jahre	470,91	507,55	530,37	59,45	12,6
55 bis unter 60 Jahre	928,87	948,95	975,13	46,26	5,0
60 bis unter 65 Jahre	1.709,82	1.719,46	1.847,62	137,80	8,1
65 bis unter 70 Jahre	2.677,21	2.824,44	3.081,44	404,22	15,1
70 bis unter 75 Jahre	3.401,93	3.707,16	4.045,10	643,17	18,9
75 bis unter 80 Jahre	4.653,05	4.811,77	5.202,25	549,20	11,8
≥ 80 Jahre	5.373,34	5.749,92	6.291,68	918,34	17,1

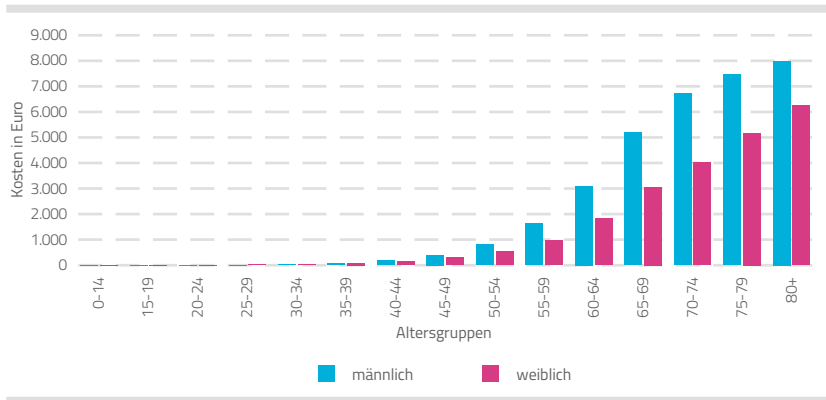
Die Auswertungen zeigen, dass etwa ab dem 60. Lebensjahr eine überaus deutliche Zunahme der Kosten bei beiden Geschlechtern festzustellen ist, wobei sich die größte Ausprägung dabei zwischen dem 70. und 75. Lebensjahr findet. In dieser Altersgruppe

fällt er bei Männern mit 23 Prozent stärker aus als bei Frauen mit 19 Prozent. Die Verteilung der Ausgaben ist in diesem Bereich also sehr stark altersabhängig.

Verteilung der Kosten nach Geschlecht

Die nachfolgende Abbildung untersucht die Kosten podologischer Behandlung nach Geschlecht und Altersgruppen. Es zeigt sich, dass die Kosten ab dem 40. Lebensjahr in jeder Altersgruppe für männliche Versicherte über den Kosten für weibliche Versicherte liegen.

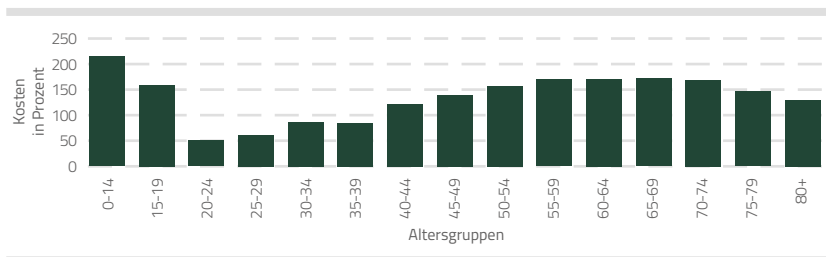
Abbildung 3.39: Kosten pro Versicherten für Podologie im Jahr 2016 nach Altersgruppen und Geschlecht in Euro



Quelle: BARMER-Daten 2016

Die folgende Analyse zeigt den prozentualen Unterschied der Kosten männlicher Versicherter bezogen auf gleichaltrige weibliche Versicherte.

Abbildung 3.40: Kosten für Podologie männlicher Versicherter bezogen auf Kosten für weibliche Versicherte im Jahr 2016 in Prozent nach Altersgruppen



Quelle: BARMER-Daten 2016

Analyse der Anzahl der Verordnungen auf Bundesländerebene

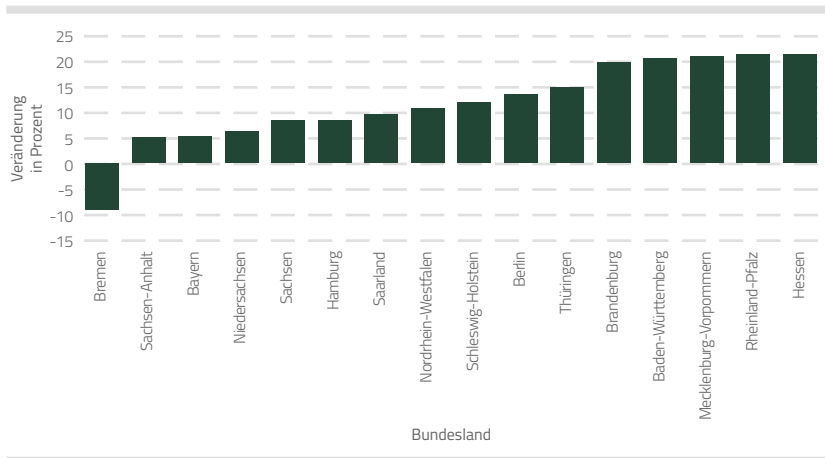
Die Anzahl von Verordnungen für die podologische Behandlung entwickelt sich in den einzelnen Bundesländern recht unterschiedlich. In vier Bundesländern stieg die Anzahl der Verordnungen im Jahr 2016 im Vergleich zum Jahr 2015 um mehr als zehn Prozent, dies sind Baden-Württemberg, Hessen, Brandenburg und Rheinland-Pfalz. In Bremen hingegen nahm die Zahl der Verordnungen im Jahr 2016 nur um etwa zwei Prozent zu (bei einer Abnahme der Verordnungsanzahl in der Zwei-Jahres-Betrachtung).

Tabelle 3.33: Entwicklung der Anzahl der Verordnungen für Podologie in den Jahren 2014 bis 2016 nach Bundesländern

Bundesland	Anzahl Verordnungen				
	2014	2015	Veränderung in Prozent	2016	Veränderung in Prozent
Baden-Württemberg	8.174	8.668	6,04	9.862	13,77
Hessen	8.669	9.260	6,82	10.533	13,75
Brandenburg	5.315	5.659	6,47	6.376	12,67
Rheinland-Pfalz	6.663	7.192	7,94	8.095	12,56
Thüringen	4.761	4.986	4,73	5.477	9,85
Mecklenburg-Vorpommern	4.690	5.200	10,87	5.678	9,19
Berlin	6.267	6.594	5,22	7.120	7,98
Nordrhein-Westfalen	47.328	49.846	5,32	52.457	5,24
Bayern	17.840	17.965	0,70	18.773	4,50
Schleswig-Holstein	4.879	5.235	7,30	5.464	4,37
Saarland	2.107	2.213	5,03	2.308	4,29
Sachsen	10.552	11.086	5,06	11.441	3,20
Hamburg	2.706	2.855	5,51	2.934	2,77
Niedersachsen	13.194	13.638	3,37	14.009	2,72
Bremen	399	356	- 10,78	362	1,69
Sachsen-Anhalt	6.942	7.204	3,77	7.289	1,18
Deutschland	150.486	157.957	4,96	168.178	6,47

Die folgende Abbildung zeigt die prozentuale Veränderung der Anzahl der Verordnungen podologischer Therapie nach Bundesländern von 2014 bis 2016 im Vergleich zum Bundesdurchschnitt und verdeutlicht die Unterschiede zwischen den Ländern. Die Analysen lassen nicht erkennen, ob es sich um eine sachgerechte oder um eine Über- beziehungsweise Unterversorgung handelt.

Abbildung 3.41: Absolute Veränderung der Verordnungshäufigkeit für Podologie in den Jahren 2014 bis 2016 nach Bundesländern



Quelle: BARMER-Daten 2014 bis 2016

Verordnungsanteil nach Facharztgruppe

Im Folgenden wird untersucht, welche Facharztgruppen welchen Anteil an den Verordnungen podologischer Therapie haben. 93 Prozent der Verordnungen im Jahr 2016 erfolgten durch Hausärzte und hausärztlich tätige Internisten. Fachärztlich tätige Internisten waren für drei Prozent der Verordnungen podologischer Behandlungen verantwortlich. Es ist anzunehmen, dass es sich hier um Diabetologen handelt. Bemerkenswert ist die Tatsache, dass eine podologische Behandlung nicht so häufig von einem Diabetologen, sondern eher von einem Hausarzt verordnet wird.

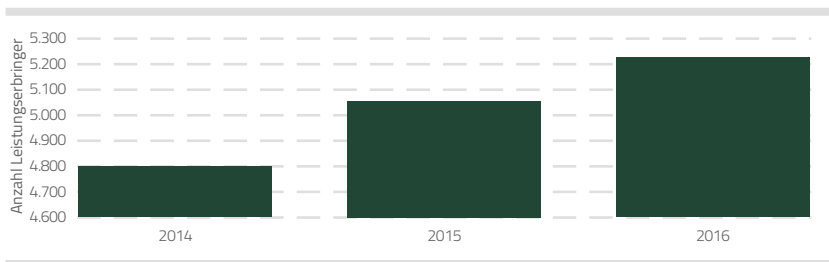
Tabelle 3.34: Verordnungsanteil für Podologie in den Jahren 2014 bis 2016 nach Facharztgruppen in Prozent

Facharztgruppe	Verordnungsanteil in Prozent		
	2014	2015	2016
Hausarzt	91,7	92,6	93,1
Internist	3,3	3,1	2,8
Chirurgie	0,3	0,2	0,2
Orthopädie	0,1	0,1	0,1
Unfallchirurgie	0,1	0,1	0,1
Nervenheilkunde	0,1	0,0	0,0
Sonstige	4,3	3,7	3,5

Anzahl Leistungserbringer

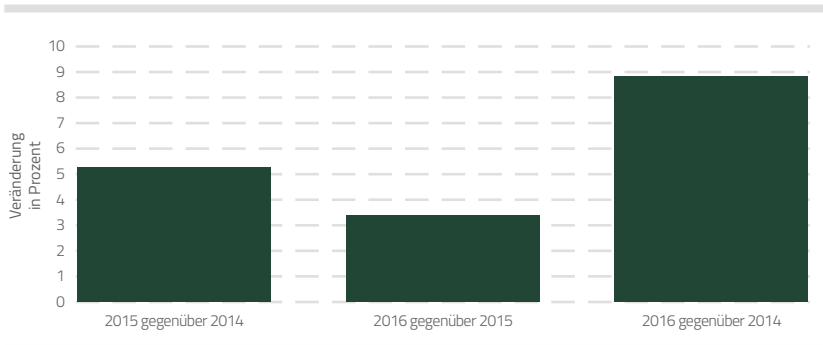
Die Anzahl der Leistungserbringer, die BARMER-Versicherte podologisch versorgen, hat sich von 2014 auf 2015 um 5,3 Prozent erhöht und ist von 2015 auf 2016 erneut um 3,4 Prozent angestiegen. Im Jahr 2016 versorgten 5.238 Leistungserbringer BARMER-Versicherte podologisch.

Abbildung 3.42: Entwicklung der absoluten Anzahl der Leistungserbringer für Podologie in den Jahren 2014 bis 2016



Quelle: BARMER-Daten 2014 bis 2016

Abbildung 3.43: Veränderung der Anzahl der Leistungserbringer für Podologie im Vergleich der Jahre 2014 bis 2016 in Prozent



Quelle: BARMER-Daten 2014 bis 2016

3.3 Analysen zu Hilfsmitteln

Während die Analysen im Kapitel 3.1 zeigen, wie sich die Gesamtentwicklung für alle Versicherten der BARMER darstellt, folgen weitere Analysen, die Unterschiede in den Bundesländern bei der Versorgung der BARMER-Versicherten beleuchten. Um tatsächliche Unterschiede der Behandlungsstrategien in den einzelnen Bundesländern und nicht unterschiedliche Altersstrukturen und Morbidität darzustellen, erfolgen die Analysen auf der Basis standardisierter Daten. Die detaillierte Beschreibung dazu findet sich im Methodenkapitel.

3.3.1 Ausgaben für Hilfsmittel in den Jahren 2014 bis 2016

Versicherte der BARMER haben im Jahr 2016 Hilfsmittel für insgesamt 854 Millionen Euro erhalten – ein Betrag, der die Ausgaben für Hilfsmittel im Jahr 2015 um immerhin 64 Millionen Euro übersteigt. Diese Mehrausgaben in Höhe von 64 Millionen im Jahresvergleich zeigen eine Dynamik an, die eine detaillierte Betrachtung der Kosten und der Kostensteigerung nahelegt. Die folgende Tabelle stellt die Hilfsmittelgruppen gemäß Hilfsmittelverzeichnis dar und zeigt die jeweiligen Ausgaben in den Jahren 2014, 2015 und 2016 auf. Die Ausgaben pro Produktgruppe reichen von 215.500 Euro für Bestrahlungsgeräte (PG 06) bis zu rund 101 Millionen für Inhalations- und Atemtherapiegeräte (PG 14).

2016: Mehrausgaben von 64 Mio. Euro für Hilfsmittel im Vergleich zum Vorjahr

Tabelle 3.35: Hilfsmittel-Ausgaben für BARMER-Versicherte nach Produktgruppen (PG) 2014 bis 2016

PG	Bezeichnung	2014	2015	2016	Veränderung 2014 zu 2016
01	Absauggeräte	7.078.195	6.987.294	7.855.619	↗
02	Adaptionshilfen	1.900.462	1.855.713	1.921.642	↗
03	Applikationshilfen	26.277.591	42.968.937	62.044.852	↗
04	Badehilfen	9.163.664	8.738.800	6.681.038	↘
05	Bandagen	18.178.163	17.476.275	17.650.678	↘
06	Bestrahlungsgeräte	98.516	132.128	215.501	↗
07	Blindenhilfsmittel	2.421.081	2.002.600	2.027.027	↘
08	Einlagen	52.935.818	52.975.846	53.475.167	↗
09	Elektrostimulationsgeräte	7.250.972	5.802.653	3.744.608	↘
10	Gehhilfen	9.789.058	9.601.262	9.567.817	↘
11	Hilfsmittel gegen Dekubitus	10.257.263	10.639.873	11.647.456	↗
12	Hilfsmittel bei Tracheostoma	9.891.030	10.072.454	10.585.987	↗
13	Hörhilfen	98.216.894	94.830.241	97.361.706	↘
14	Inhalations- und Atemtherapiegeräte	125.175.729	83.993.788	101.023.392	↘
15	Inkontinenzhilfen	73.288.188	71.494.300	70.887.122	↘
16	Kommunikationshilfen	3.636.458	3.660.980	3.941.358	↗
17	Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	56.550.152	58.692.562	62.233.519	↗
18	Kranken-/ Behindertenfahrzeuge	69.338.659	67.316.037	73.221.030	↗
19	Krankenpflegeartikel	2.446.755	1.952.666	2.186.701	↘
20	Lagerungshilfen	690.895	604.480	636.125	↘
21	Messgeräte für Körperzustände/-funktionen	5.236.964	6.578.014	10.592.215	↗
22	Mobilitätshilfen	3.776.124	3.512.758	3.687.524	↘
23	Orthesen/Schienen	76.598.086	77.292.948	84.559.827	↗
24	Prothesen	30.670.214	31.356.314	34.139.295	↗
25	Sehhilfen	10.216.008	9.758.396	9.702.670	↘
26	Sitzhilfen	6.337.822	6.253.439	6.862.819	↗
27	Sprechhilfen	393.732	361.317	475.398	↗
28	Stehhilfen	1.215.163	1.143.527	1.355.888	↗
29	Stomaartikel	45.042.424	45.163.112	45.914.436	↗
31	Schuhe	42.862.357	40.928.972	42.541.410	↘

PG	Bezeichnung	2014	2015	2016	Veränderung 2014 zu 2016
32	Therapeutische Bewegungsgeräte	6.182.781	6.376.816	6.829.064	↗
33	Toilettenhilfen	3.245.505	3.256.470	3.095.969	↘
99	Verschiedenes	5.544.398	6.520.723	5.663.898	↗
Gesamt		821.907.122	790.301.695	854.328.759	↗

3.3.2 Ausgaben für Hilfsmittelversorgung mit Blick auf die Versicherten

Eine andere Perspektive der Kostenbetrachtung ist die Analyse der Ausgaben für Hilfsmittel nach Versichertenjahren. Nachfolgend werden die Ausgaben nach Produktgruppen bezogen auf jeweils 100 Versichertenjahre dargestellt. 100 Versichertenjahre entsprechen dabei 100 Versicherten, die ganzjährig im Jahr 2016 bei der BARMER versichert waren.

Tabelle 3.36: Ausgaben für Hilfsmittel 2014 bis 2016 bezogen auf 100 Versichertenjahre

PG	Bezeichnung	2014	2015	2016	Veränderung 2014 zu 2016
01	Absauggeräte	81,32	81,15	92,41	↗
02	Adaptionshilfen	21,84	21,55	22,60	↗
03	Applikationshilfen	301,91	499,02	729,85	↗
04	Badehilfen	105,28	101,49	78,59	↘
05	Bandagen	208,86	202,96	207,63	↘
06	Bestrahlungsgeräte	1,13	1,53	2,53	↗
07	Blindenhilfsmittel	27,82	23,26	23,84	↘
08	Einlagen	608,20	615,23	629,04	↗
09	Elektrostimulationsgeräte	83,31	67,39	44,05	↘
10	Gehhilfen	112,47	111,50	112,55	↗
11	Hilfsmittel gegen Dekubitus	117,85	123,57	137,01	↗
12	Hilfsmittel bei Tracheostoma	113,64	116,98	124,53	↗
13	Hörhilfen	1.128,45	1.101,31	1.145,29	↗

PG	Bezeichnung	2014	2015	2016	Veränderung 2014 zu 2016
14	Inhalations- und Atemtherapiegeräte	1.438,19	975,46	1.188,36	↘
15	Inkontinenzhilfen	842,03	830,29	833,86	↘
16	Kommunikationshilfen	41,78	42,52	46,36	↗
17	Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	649,72	681,62	732,07	↗
18	Kranken-/ Behindertenfahrzeuge	796,66	781,77	861,31	↗
19	Krankenpflegeartikel	28,11	22,68	25,72	↘
20	Lagerungshilfen	7,94	7,02	7,48	↘
21	Messgeräte für Körperzustände/ -funktionen	60,17	76,39	124,60	↗
22	Mobilitätshilfen	43,39	40,80	43,38	↘
23	Orthesen/Schienen	880,06	897,64	994,69	↗
24	Prothesen	352,38	364,15	401,59	↗
25	Sehhilfen	117,38	113,33	114,13	↘
26	Sitzhilfen	72,82	72,62	80,73	↗
27	Sprechhilfen	4,52	4,20	5,59	↗
28	Stehhilfen	13,96	13,28	15,95	↗
29	Stomaartikel	517,51	524,50	540,10	↗
31	Schuhe	492,46	475,33	500,42	↗
32	Therapeutische Bewegungsgeräte	71,04	74,06	80,33	↗
33	Toilettenhilfen	37,29	37,82	36,42	↘
99	Verschiedenes	63,70	75,73	66,63	↗

3.3.3 Verordnungshäufigkeit von Hilfsmitteln

An diese Betrachtung schließt sich die Frage an, was die besonders häufig verordneten und was die eher selten verordneten Hilfsmittel bei Versicherten der BARMER im Jahr 2016 gewesen sind. Die folgende Tabelle zeigt die Verordnungshäufigkeiten nach Hilfsmittelgruppen für die Zeit von 2014 bis 2016 und verdeutlicht die Veränderungen. Am häufigsten wurden Inkontinenzhilfen (PG 15) verordnet, gefolgt von Einlagen (PG 08) und Applikationshilfen (PG 03).

Tabelle 3.37: Verordnungshäufigkeit von Hilfsmitteln bei BARMER-Versicherten von 2014 bis 2016 nach Produktgruppen (PG)

Verordnungen pro 100 Versicherten-Jahre					
PG	Bezeichnung	2014	2015	2016	Veränderung 2014 zu 2016
01	Absauggeräte	0,900	0,881	0,962	↗
02	Adaptionshilfen	0,485	0,495	0,519	↗
03	Applikationshilfen	1,416	4,536	8,482	↗
04	Badehilfen	1,110	0,970	0,942	↘
05	Bandagen	3,146	3,064	3,109	↘
06	Bestrahlungsgeräte	0,008	0,006	0,005	↘
07	Blindenhilfsmittel	0,031	0,024	0,025	↘
08	Einlagen	8,774	8,794	8,926	↗
09	Elektrostimulationsgeräte	1,443	1,182	0,952	↘
10	Gehhilfen	2,375	2,335	2,318	↘
11	Hilfsmittel gegen Dekubitus	0,372	0,391	0,424	↗
12	Hilfsmittel bei Tracheostoma	0,306	0,306	0,325	↗
13	Hörhilfen	1,090	1,050	1,081	↘
14	Inhalations- und Atemtherapiegeräte	3,394	3,092	3,590	↗
15	Inkontinenzhilfen	21,487	22,176	22,300	↗
16	Kommunikationshilfen	0,030	0,035	0,036	↗
17	Hilfsmittel zur Kompressions-therapie	5,738	5,847	5,984	↗
18	Kranken-/ Behindertenfahrzeuge	1,414	1,312	1,466	↗
19	Krankenpflegeartikel	0,247	0,210	0,235	↘
20	Lagerungshilfen	0,070	0,069	0,071	↗
21	Messgeräte für Körperzustände/-funktionen	0,588	1,408	2,581	↗
22	Mobilitätshilfen	0,126	0,117	0,145	↗
23	Orthesen/Schienen	4,430	4,620	4,878	↗
24	Prothesen	0,713	0,711	0,720	↗
25	Sehhilfen	1,843	1,778	1,777	↘
26	Sitzhilfen	0,097	0,099	0,108	↗
27	Sprechhilfen	0,013	0,011	0,014	↗
28	Stehhilfen	0,010	0,010	0,012	↗
29	Stomaartikel	2,003	2,031	2,108	↗
31	Schuhe	1,779	1,700	1,686	↘

Verordnungen pro 100 Versicherten-Jahre					
PG	Bezeichnung	2014	2015	2016	Veränderung 2014 zu 2016
32	Therapeutische Bewegungsgeräte	0,174	0,187	0,206	↗
33	Toilettenhilfen	0,459	0,434	0,461	↗
99	Verschiedenes	0,056	0,054	0,047	↘

Eine Veränderung der Nutzung von oder des Bedarfs an Hilfsmitteln lässt die Analyse der Veränderung der Verordnungshäufigkeit über die Zeit erkennen.

3.3.4 Anteil Versicherter mit Hilfsmittelversorgung im Jahr 2016

Der Anteil von Versicherten, die mit Hilfsmitteln versorgt werden, wird oft unterschätzt. Die folgende Tabelle zeigt den Anteil BARMER-Versicherter nach Geschlecht und Alter, dem im Jahr 2016 ein Hilfsmittel verordnet worden ist. 23,1 Prozent der männlichen und 27,5 Prozent der weiblichen Versicherten erhielten im Jahr 2016 ein Hilfsmittel. Somit wurde jeder vierte Versicherte im Jahr 2016 mit einem Hilfsmittel versorgt. Von den Versicherten, die zwischen 65 und 75 Jahre alt sind, erhielt jeder Dritte eine Hilfsmittelverordnung. In der Gruppe der Versicherten ab 75 Jahren traf dies während des zwölfmonatigen Betrachtungszeitraumes auf jeden Zweiten zu. Hilfsmittel sind damit keine Ausnahmeversorgung, sondern ein wichtiger Bestandteil der Routineversorgung eines großen Teils der bei der BARMER versicherten Menschen.

2016: jeder vierte

Versicherte mit Hilfsmittel versorgt

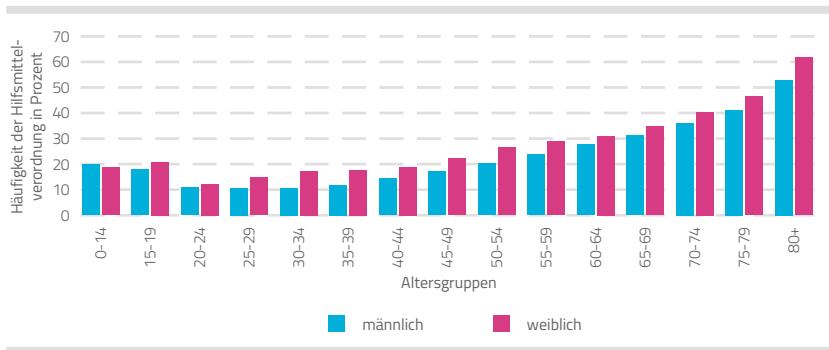
Tabelle 3.38: Anteil BARMER-Versicherter mit Hilfsmittelverordnung im Jahr 2016 nach Alter und Geschlecht

Versicherte mit Hilfsmittelverordnung im Jahr 2016		
Alter	männliche Versicherte	weibliche Versicherte
0 bis unter 15 Jahre	19,83	18,78
15 bis unter 20 Jahre	17,89	20,77
20 bis unter 25 Jahre	10,79	12,25
25 bis unter 30 Jahre	10,64	14,86
30 bis unter 35 Jahre	10,73	17,35
35 bis unter 40 Jahre	11,80	17,80
40 bis unter 45 Jahre	14,36	18,90

Versicherte mit Hilfsmittelverordnung im Jahr 2016		
Alter	männliche Versicherte	weibliche Versicherte
45 bis unter 50 Jahre	17,08	22,13
50 bis unter 55 Jahre	20,18	26,47
55 bis unter 60 Jahre	23,75	28,90
60 bis unter 65 Jahre	27,61	31,03
65 bis unter 70 Jahre	31,30	34,71
70 bis unter 75 Jahre	36,19	40,35
75 bis unter 80 Jahre	41,23	46,51
≥ 80 Jahre	52,84	61,66
alle Altersgruppen	23,08	27,50

Vergleicht man nun die Häufigkeit der Hilfsmittelverordnung in den jeweiligen Altersgruppen nach Geschlecht, fällt auf, dass ab dem 15. Lebensjahr weibliche Versicherte in allen Altersgruppen etwas häufiger eine Verordnung von Hilfsmitteln erhalten als männliche Versicherte.

Abbildung 3.44: Häufigkeit der Hilfsmittelverordnung nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2016



Quelle: BARMER-Daten 2016

3.3.5 Analysen der Hilfsmittelversorgung nach Bundesländern

Standardisierte Daten lassen beim Vergleich Rückschlüsse auf Unterschiede zwischen den Bundesländern bei der Indikationsstellung zur Verordnung zu. Während die Häufigkeit

der Hilfsmittelverordnung im Jahr 2016 in Baden-Württemberg mit 73 Verordnungen pro einhundert Versichertenjahre unter dem Bundesdurchschnitt lag, waren es in Mecklenburg-Vorpommern im gleichen Zeitraum 89 Verordnungen und damit mehr als der bundesweite Durchschnitt. Dieser belief sich im Jahr 2016 auf 82 Verordnungen von Hilfsmitteln pro einhundert Versichertenjahre.

Tabelle 3.39: Versorgungsunterschiede der Hilfsmittelversorgung bei den Verordnungen nach Bundesländern

Bundesland	Verordnungen pro 100 Versichertenjahre im Jahr 2016	Abweichung vom Durchschnitt
Baden-Württemberg	73	-10,98
Bayern	78	-4,88
Brandenburg	80	-2,44
Hessen	80	-2,44
Rheinland-Pfalz	81	-1,22
Bremen	82	0,00
Sachsen-Anhalt	83	1,22
Hamburg	83	1,22
Nordrhein-Westfalen	84	2,44
Sachsen	85	3,66
Schleswig-Holstein	85	3,66
Niedersachsen	85	3,66
Thüringen	86	4,88
Berlin	87	6,10
Saarland	87	6,10
Mecklenburg-Vorpommern	89	8,54
Deutschland	82	

Im Folgenden wird die Kostenentwicklung im Vergleich der Bundesländer zueinander betrachtet. Auch hier schwanken die Minimal- und Maximalwerte zum Teil beträchtlich um den Mittelwert. Dies folgt der in etwa vergleichbaren Nutzung von Hilfsmitteln in den Bundesländern.

Betrachtet man nun den absoluten Kostenzuwachs pro Versicherten für den Zeitraum der Jahre 2014 bis 2016, so ergibt sich im Mittel ein Wert von 5,8 Prozent pro Versicherten bei einer Schwankung von 2,28 Prozent in Baden-Württemberg bis zu 9,61 Prozent in

Brandenburg. Die folgende Tabelle verdeutlicht diese Entwicklung und zeigt die Schwankungen nach Bundesländern.

Tabelle 3.40: Versorgungsunterschiede der Hilfsmittelversorgung bei den Kosten nach Bundesländern

Bundesland	Kosten pro Versicherten 2014 in Euro	Kosten pro Versicherten 2015 in Euro	Kosten pro Versicherten 2016 in Euro	Veränderung 2014 zu 2016 in Prozent
Baden-Württemberg	97,83	93,71	100,06	2,28
Bayern	100,19	96,80	104,30	4,10
Berlin	104,17	98,82	112,83	8,31
Brandenburg	96,02	94,98	105,25	9,61
Bremen	100,58	99,94	103,59	2,99
Hamburg	100,28	99,77	106,66	6,36
Hessen	100,77	99,80	105,75	4,94
Mecklenburg-Vorpommern	109,23	109,24	114,29	4,63
Niedersachsen	102,48	101,91	111,02	8,33
Nordrhein-Westfalen	109,20	104,68	116,35	6,55
Rheinland-Pfalz	101,45	98,00	107,12	5,59
Saarland	99,22	94,87	103,29	4,10
Sachsen	107,23	103,75	116,50	8,64
Sachsen-Anhalt	102,66	99,95	108,16	5,36
Schleswig-Holstein	105,29	100,31	110,64	5,08
Thüringen	116,06	113,81	120,33	3,68
Deutschland	103,66	100,65	109,69	5,82

3.3.6 Hilfsmittel im Fokus: Produktgruppe 31 – Schuhe

Schuhe sind grundsätzlich Bekleidungsstücke und damit Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens. Zu den Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung gehören Schuhe nur dann, wenn bei definierten Krankheitsbildern oder Funktionsstörungen der medizinisch notwendige Behinderungsausgleich nicht mit fußgerechten Konfektionsschuhen, deren orthopädischer Zurichtung oder mit orthopädischen Einlagen erreicht

werden kann. Die folgenden Analysen stellen die Versorgungssituation mit Hilfsmitteln dieses Produktbereiches näher dar.

2014-2016: Kosten für orthopädische Maßschuhe konstant, aber Schwankungen in anderen Teilbereichen

Betrachtet man die Kostenentwicklung in der Produktgruppe 31 für den Zeitraum der Jahre 2014 bis 2016, so ist festzustellen, dass die Kosten für orthopädische Maßschuhe relativ konstant waren. In den anderen Teilbereichen sind jedoch deutliche Schwankungen von -16,3 Prozent (Änderungen oder Instandsetzungen am orthopädischen Maßschuh) bis zu 17,2 Prozent (Diabetes adaptierte Fußbettungen) zu erkennen.

Tabelle 3.41: Kosten der Untergruppen der Produktgruppe 31 pro 100 Versichertenjahre für die Jahre 2014 bis 2016

	2014	2015	2016	Veränderung 2014 bis 2016
orthopädische Maßschuhe	256,86	244,73	258,99	0,83
Zurichtung am Konfektionsschuh	94,97	90,15	85,17	-10,31
Diabetes adaptierte Fußbettung	81,99	83,74	96,04	17,15
Therapieschuhe, konfektioniert	46,11	46,47	50,11	8,69
Änderung/Instandsetzung am orthopädischen Maßschuh	4,46	3,93	3,73	-16,29
Diabetesschutzschuhe	3,40	3,34	3,75	10,32

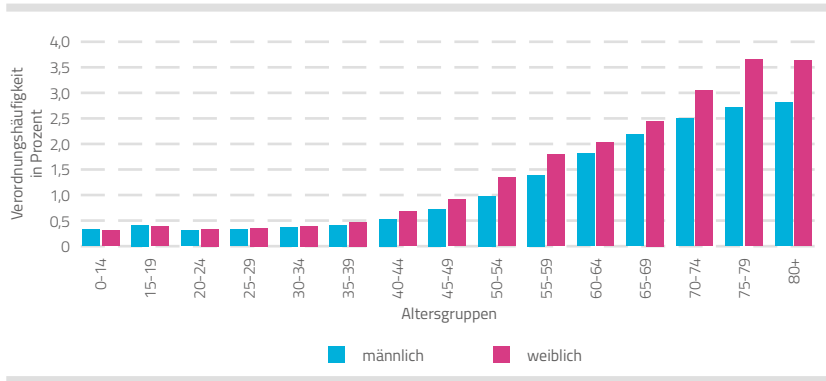
Bei der Anzahl der Verordnungen sind ähnliche Tendenzen wie bei der Kostenentwicklung festzustellen.

Tabelle 3.42: Anzahl der Verordnungen der Untergruppen der Produktgruppe 31 pro 100.000 Versichertenjahre für die Jahre 2014 bis 2016

	2014	2015	2016	Veränderung 2014 bis 2016
orthopädische Maßschuhe	296,11	278,09	288,54	-2,56
Zurichtung am Konfektionsschuh	990,39	932,36	876,63	-11,49
Diabetes adaptierte Fußbettung	115,69	117,83	130,97	13,20
Therapieschuhe, konfektioniert	397,40	397,66	409,87	3,14
Änderung/Instandsetzung am orthopädischen Maßschuh	29,23	25,76	25,43	-13,00
Diabetesschutzschuhe	8,45	8,15	8,36	-0,96

Eine Verordnung für Hilfsmittel der Produktgruppe 31 erhielten 1,2 Prozent der männlichen und 1,5 Prozent der weiblichen Versicherten der BARMER im Jahr 2016. Mit zunehmendem Lebensalter weisen Frauen einen höheren Anteil an Verordnungen auf.

Abbildung 3.45: Verordnungshäufigkeit von Hilfsmitteln der Produktgruppe 31 bei BARMER-Versicherten im Jahr 2016 nach Alter und Geschlecht



Quelle: BARMER-Daten 2016

Sowohl die Kosten für orthopädische Maßschuhe als auch die Entwicklungen dieser Kosten von 2014 bis 2016 sind in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich. So liegen die Kosten für das Jahr 2016 pro 100 Versichertenjahre in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Thüringen und Sachsen-Anhalt zwar deutlich über dem Bundesdurchschnitt, im Vergleich zum Jahr 2014 sind sie aber in der Tendenz rückläufig.

Tabelle 3.43: Kosten für orthopädische Maßschuhe pro 100 Versichertenjahre für die Jahre 2014 bis 2016 nach Bundesländern

Bundesland	Kosten pro 100 Versichertenjahre in Euro			
	2014	2015	2016	Veränderung 2014-2016
Baden-Württemberg	192,09	179,36	207,10	7,82
Bayern	217,20	210,91	224,74	3,48
Berlin	241,08	236,46	241,77	0,29
Brandenburg	242,65	216,85	237,14	-2,27
Bremen	264,50	243,71	240,87	-8,93

Bundesland	Kosten pro 100 Versichertenjahre in Euro			
	2014	2015	2016	Veränderung 2014-2016
Hamburg	199,29	196,60	191,28	-4,02
Hessen	190,67	194,69	209,95	10,11
Mecklenburg- Vorpommern	400,46	388,72	403,60	0,78
Niedersachsen	210,83	198,68	211,66	0,39
Nordrhein-Westfalen	266,89	256,32	273,61	2,52
Rheinland-Pfalz	239,86	229,80	231,46	-3,50
Saarland	323,72	266,73	250,92	-22,49
Sachsen	439,59	392,13	434,54	-1,15
Sachsen-Anhalt	417,78	386,63	395,56	-5,32
Schleswig-Holstein	191,93	193,42	195,17	1,69
Thüringen	468,01	412,66	428,62	-8,42
Deutschland	256,86	244,73	258,99	0,83

Bei der Analyse der Verordnungsmengen sind zwischen den Bundesländern identische Auffälligkeiten zu erkennen wie bei den Kosten für diesen Hilfsmittelbereich.

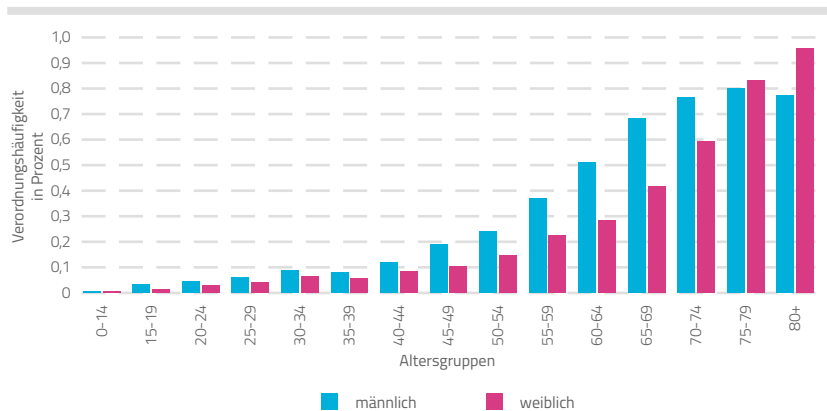
Tabelle 3.44: Verordnungen für orthopädische Maßschuhe pro 100.000 Versichertenjahre für die Jahre 2014 bis 2016 nach Bundesländern

Bundesland	Verordnungen pro 100.000 Versichertenjahre			
	2014	2015	2016	Veränderung 2014-2016
Baden-Württemberg	220,70	204,01	228,95	3,74
Bayern	258,76	247,28	255,76	-1,16
Berlin	289,63	303,28	298,94	3,21
Brandenburg	290,42	258,50	274,19	-5,59
Bremen	293,12	271,11	262,18	-10,56
Hamburg	225,15	228,97	211,72	-5,97
Hessen	229,65	227,19	242,00	5,38
Mecklenburg- Vorpommern	431,49	431,73	435,12	0,84

Bundesland	Verordnungen pro 100.000 Versichertenjahre			
	2014	2015	2016	Veränderung 2014-2016
Niedersachsen	237,21	225,27	233,16	-1,71
Nordrhein-Westfalen	300,74	281,46	296,83	-1,30
Rheinland-Pfalz	267,07	248,71	245,23	-8,18
Saarland	359,35	301,30	273,10	-24,00
Sachsen	528,22	463,52	516,22	-2,27
Sachsen-Anhalt	465,92	404,67	405,84	-12,89
Schleswig-Holstein	214,81	207,59	204,03	-5,02
Thüringen	561,63	489,00	491,60	-12,47
Deutschland	296,11	278,09	288,54	-2,56

Betrachtet man den Verordnungsanteil nach Geschlecht und Alter, so ist festzustellen, dass der Anteil männlicher Versicherter mit orthopädischen Maßschuhen in nahezu allen Altersgruppen über dem Anteil der Frauen liegt. Erst in den Altersgruppen ab 75 Jahren ändert sich diese Verteilung, und der Anteil der Verordnungen für Frauen übersteigt den für Männer.

Abbildung 3.46: Verordnungshäufigkeit von orthopädischen Maßschuhen bei BARMER-Versicherten im Jahr 2016 nach Alter und Geschlecht



Quelle: BARMER-Daten 2016

Die Kosten für Zurichtungen an konfektionierten Schuhen sind in allen Bundesländern, mit Ausnahme von Bremen, rückläufig. Auffällig ist, dass die Kosten pro 100 Versicherten trotz einheitlicher Vergütung in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich ausgeprägt sind. Die Spanne reicht von 29 Euro in Hamburg bis zu 114 Euro in Nordrhein-Westfalen.

Tabelle 3.45: Kosten für Zurichtungen am Konfektionsschuh pro 100 Versichertenjahre für die Jahre 2014 bis 2016 nach Bundesländern

Bundesland	Kosten pro 100 Versichertenjahre in Euro			
	2014	2015	2016	Veränderung 2014-2016 in Prozent
Baden-Württemberg	91,05	94,19	86,30	-5,22
Bayern	83,18	79,04	78,13	-6,07
Berlin	124,36	98,14	94,02	-24,39
Brandenburg	75,70	67,92	61,67	-18,54
Bremen	58,28	66,30	65,65	12,64
Hamburg	31,71	35,42	29,25	-7,75
Hessen	77,67	70,37	69,75	-10,20
Mecklenburg- Vorpommern	70,91	70,70	70,68	-0,32
Niedersachsen	106,74	101,51	97,09	-9,04
Nordrhein-Westfalen	125,32	121,57	113,82	-9,18
Rheinland-Pfalz	76,62	74,95	68,17	-11,03
Saarland	72,51	71,75	67,11	-7,45
Sachsen	104,72	96,75	87,07	-16,85
Sachsen-Anhalt	71,15	63,71	58,68	-17,52
Schleswig-Holstein	57,33	54,69	51,08	-10,89
Thüringen	88,81	82,76	80,11	-9,80
Deutschland	94,97	90,15	85,17	-10,31

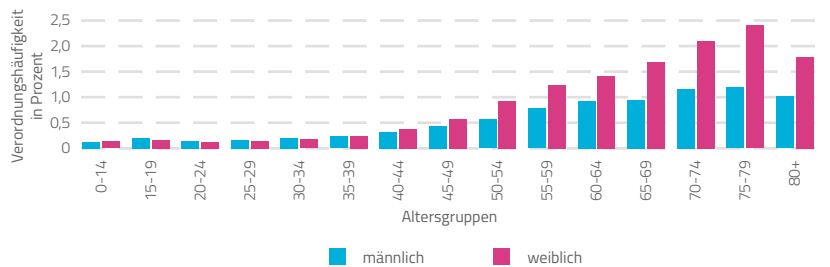
Die Anzahl der Verordnungen für Schuhzurichtungen pro 100.000 Versichertenjahre ist in der Drei-Jahres-Betrachtung in fast allen Bundesländern gesunken. Ausnahmen bilden hier nur Bremen und Mecklenburg-Vorpommern. Des Weiteren fällt auf, dass die Zahl der Verordnungen in Hamburg deutlich unter dem Bundesdurchschnitt liegt.

Tabelle 3.46: Verordnungen für Zurichtungen am Konfektionsschuh pro 100.000 Versichertenjahre für die Jahre 2014 bis 2016 nach Bundesländern

Bundesland	Verordnungen pro 100.000 Versichertenjahre			
	2014	2015	2016	Veränderung 2014-2016 in Prozent
Baden-Württemberg	948,98	950,63	859,69	-9,41
Bayern	844,24	787,67	766,89	-9,16
Berlin	1.077,40	958,01	915,44	-15,03
Brandenburg	790,34	753,46	666,39	-15,68
Bremen	718,96	761,03	744,14	3,50
Hamburg	348,25	388,00	302,72	-13,07
Hessen	814,11	741,22	722,80	-11,22
Mecklenburg- Vorpommern	809,41	810,58	869,34	7,41
Niedersachsen	1.215,19	1.129,55	1.070,16	-11,93
Nordrhein-Westfalen	1.285,29	1.208,59	1.132,23	-11,91
Rheinland-Pfalz	842,16	795,46	737,58	-12,42
Saarland	773,83	751,01	666,67	-13,85
Sachsen	1.044,75	975,46	885,70	-15,22
Sachsen-Anhalt	849,17	743,34	671,64	-20,91
Schleswig-Holstein	645,56	638,61	579,85	-10,18
Thüringen	962,72	878,60	845,59	-12,17
Deutschland	990,39	932,36	876,63	-11,49

In den Altersgruppen ab 35 Jahren und älter ist der Versorgungsanteil mit Schuhrzurichtungen bei Frauen deutlich höher als der Anteil bei Männern.

Abbildung 3.47: Verordnungshäufigkeit von Zurichtungen am Konfektionsschuh bei BARMER-Versicherten im Jahr 2016 nach Alter und Geschlecht



Quelle: BARMER-Daten 2016

3.3.7 Hilfsmittel im Fokus: Produktgruppe 08 – Einlagen

Nachfolgend wird die gesamte Hilfsmittel-Produktgruppe 08 – Einlagen – betrachtet. Diese Gruppe umfasst sowohl Einlagen, die mit Festbeträgen vergütet werden, als auch Sonderanfertigungen, die auf Grundlage einer Einzelkalkulation hergestellt werden. Die Kosten pro 100 Versichertenjahre für diese Produktgruppe und ihre Untergruppen zeigt die nachfolgende Tabelle für die Jahre 2014 bis 2016.

Tabelle 3.47: Kosten für Hilfsmittel der Produktgruppe 08 (und Untergruppen) bei BARMER-Versicherten 2014 bis 2016

Hilfsmittel-Untergruppe	PG 08 Kosten pro 100 Versichertenjahre			Veränderung 2014 bis 2016 in Prozent
	2014	2015	2016	
Bettungseinlagen	304,54	309,32	317,59	4,3
Einlagen in Sonderanfertigung	36,3	37,31	37,34	2,9
Einlagen mit Korrekturbacken	1,58	1,41	1,35	-14,6
Fersenschalen	0,04	0,04	0,03	-25,0
Kopieeinlagen	76,4	76,53	78,54	2,8
Schaleneinlagen	21,92	20,68	19,56	-10,8
Stoßabsorber/Verkürzungsausgleiche	4,44	4,38	4,24	-4,5

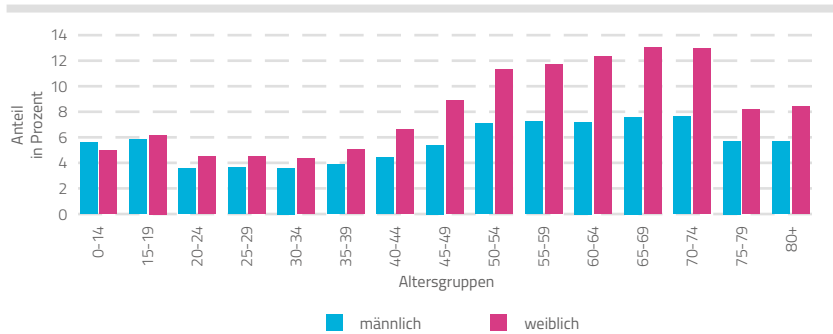
Die Anzahl der Verordnungen hat sich in den Untergruppen der Produktgruppe 08 in dem Zeitraum von 2014 bis 2016 unterschiedlich entwickelt. Während einige der Untergruppen eine Zunahme der Verordnungen um bis zu drei Prozent zeigen, weisen andere einen Verordnungsrückgang um bis zu 15 Prozent auf.

Tabelle 3.48: Verordnungen für Hilfsmittel der Produktgruppe 08 und ihre Untergruppen bei BARMER-Versicherten 2014 bis 2016

Hilfsmittel-Untergruppe	Anzahl Verordnungen pro 100.000 Patientenjahre			Veränderung 2014 bis 2016 in Prozent
	2014	2015	2016	
Bettungseinlagen	5.904	5.965	6.089	3,1
Kopieeinlagen	1.868	1.861	1.903	1,9
Stoßabsorber/Verkürzungsausgleiche	427	421	413	-3,3
Schaleneinlagen	333	313	295	-11,4
Einlagen in Sonderanfertigung	223	225	216	-3,1
Einlagen mit Korrekturbacken	20	18	17	-15,0
Fersenschalen	1	1	1	0,0

Betrachtet man die Altersverteilung der Verordnungen, zeigt das erwartete Bild: eine altersabhängige Zunahme der Inanspruchnahme. Diese fällt bei Frauen ab dem 40. Lebensjahr, bei Männern ab dem 45. Lebensjahr deutlich aus. Es findet sich eine höhere Inanspruchnahme bei Frauen im Vergleich zu Männern, wobei die Unterschiede im Alter zunehmen. Zudem ist eine häufigere Versorgung bei Kindern und Jugendlichen festzustellen.

Abbildung 3.48: Anteil BARMER-Versicherter mit PG 08 Einlagen-Verordnung im Jahr 2016 nach Alter und Geschlecht



Quelle: BARMER-Daten 2016

Produktgruppe 08 – Einlagen mit Festbetragsvergütung

Die Kosten für Festbetragsbeiträge bezogen auf 100 Versichertenjahre zeigt die nachfolgende Tabelle für die Jahre 2014 bis 2016 nach Bundesländern.

Tabelle 3.49: Ausgaben für Festbetragsbeiträge BARMER-Versicherter in den Jahren 2014 bis 2016 nach Bundesländern

Bundesland	Kosten für Festbetragsbeiträge pro 100 Versichertenjahre			Veränderung 2014 bis 2016 in Prozent
	2014	2015	2016	
Baden-Württemberg	563,23	567,17	580,33	3,0
Bayern	692,09	689,92	703,47	1,6
Berlin	597,70	597,12	614,24	2,8
Brandenburg	474,03	486,71	492,86	4,0
Bremen	491,12	487,46	498,13	1,4
Hamburg	515,78	521,52	536,19	4,0
Hessen	561,03	565,74	579,01	3,2
Mecklenburg-Vorpommern	495,30	510,94	504,20	1,8
Niedersachsen	508,00	515,10	524,01	3,2

Bundesland	Kosten für Festbetragseinlagen pro 100 Versichertenjahre			Veränderung 2014 bis 2016 in Prozent
	2014	2015	2016	
Nordrhein-Westfalen	607,70	621,84	639,07	5,2
Rheinland-Pfalz	536,48	539,57	552,34	3,0
Saarland	829,97	805,23	828,04	-0,2
Sachsen	505,44	497,49	497,30	-1,6
Sachsen-Anhalt	404,31	416,31	429,74	6,3
Schleswig-Holstein	487,77	502,04	511,55	4,9
Thüringen	441,92	439,17	455,89	3,2
Deutschland	565,69	572,40	585,96	3,6

Die Verordnungshäufigkeit ist mit einem Anstieg von 0,5 Prozent im Jahr 2014 auf das Jahr 2015 und 1,7 Prozent vom Jahr 2015 auf das Jahr 2016 relativ konstant geblieben. Die nachfolgende Tabelle zeigt die Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern.

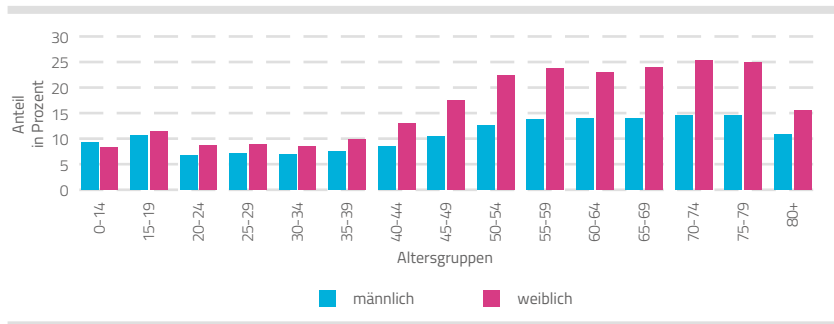
Tabelle 3.50: Anzahl von Verordnungen von Festbetragseinlagen pro 100.000 Versichertenjahre für BARMER-Versicherte im Jahr 2016 nach Bundesländern

Bundesland	Anzahl Verordnungen pro 100.000 Versichertenjahre			Veränderung 2014 bis 2016 in Prozent
	2014	2015	2016	
Baden-Württemberg	15.462	15.393	15.623	1,0
Bayern	17.574	17.320	17.465	-0,6
Berlin	17.416	17.417	17.945	3,0
Brandenburg	12.885	13.158	13.278	3,1
Bremen	14.581	14.359	14.603	0,2
Hamburg	15.687	15.806	16.289	3,8
Hessen	15.578	15.537	15.749	1,1
Mecklenburg- Vorpommern	12.067	12.356	12.195	1,1
Niedersachsen	14.146	14.246	14.410	1,9
Nordrhein-Westfalen	16.990	17.294	17.594	3,6

Bundesland	Anzahl Verordnungen pro 100.000 Versichertenjahre			Veränderung 2014 bis 2016 in Prozent
	2014	2015	2016	
Rheinland-Pfalz	15.126	15.146	15.393	1,8
Saarland	19.920	19.069	19.577	-1,7
Sachsen	12.807	12.496	12.402	-3,2
Sachsen-Anhalt	11.244	11.527	11.897	5,8
Schleswig-Holstein	14.052	14.392	14.649	4,3
Thüringen	11.953	11.803	12.164	1,8
Deutschland	15.455	15.530	15.791	2,2

Festbetragseinlagen werden in allen Altersgruppen eingesetzt, eine Zunahme der Inanspruchnahme zeigen die Daten für weibliche Versicherte ab dem 40. Lebensjahr von zehn auf bis zu 25 Prozent der Versicherten. Eine Zunahme gibt es auch bei männlichen Versicherten ab dem 40. Lebensjahr, jedoch fällt diese deutlich geringer mit maximal 15 Prozent der Versicherten als Leistungsempfänger aus. Der Geschlechtsunterschied durch die ab dem 15. Lebensjahr geringfügig höhere Inanspruchnahme bei weiblichen im Vergleich zu männlichen Versicherten wird damit ab dem 40. Lebensjahr zunehmend deutlicher ausgeprägt.

Abbildung 3.49: Anteil Versicherter mit Verordnung einer Festbetragseinlage im Jahr 2016 nach Alter und Geschlecht



Quelle: BARMER-Daten 2016

Produktgruppe 08 – Einlagen in Sonderanfertigung

Besonders auffällig ist, wie unterschiedlich die Kosten in den einzelnen Bundesländern ausfallen: Mit rund 60 Euro pro 100 Versichertenjahre liegen die Kosten in Niedersachsen mehr als viermal so hoch wie in Bremen mit rund 14 Euro. Dies lässt sich vor allem auf Unterschiede der Verordnungshäufigkeit und nur in geringem Umfang auf die Kosten der Einzelverordnung zurückführen.

Tabelle 3.51: Kosten für Einlagen in Sonderanfertigung pro 100 Versichertenjahre nach Bundesländern 2014 bis 2016

Bundesland	Kosten pro 100 Versichertenjahre			Veränderung 2014 bis 2016 in Prozent
	2014	2015	2016	
Baden-Württemberg	14,99	14,63	15,51	3,4
Bayern	29,18	31,27	30,38	4,1
Berlin	24,84	21,52	25,36	2,1
Brandenburg	22,88	24,40	24,42	6,8
Bremen	14,60	14,28	13,71	-6,1
Hamburg	35,40	38,70	42,35	19,6
Hessen	46,05	48,66	42,59	-7,5
Mecklenburg- Vorpommern	16,96	16,95	24,61	45,1
Niedersachsen	54,38	58,79	59,56	9,5
Nordrhein-Westfalen	47,15	47,35	48,74	3,4
Rheinland-Pfalz	35,46	34,07	33,83	-4,6
Saarland	30,73	28,62	27,36	-11,0
Sachsen	41,14	45,84	47,91	16,4
Sachsen-Anhalt	33,45	30,83	31,89	-4,7
Schleswig-Holstein	35,92	40,34	31,69	-11,8
Thüringen	19,90	22,04	25,29	27,1
Deutschland	36,30	37,31	37,34	2,9

Nach einem leichten Anstieg der Verordnungshäufigkeit vom Jahr 2014 auf das Jahr 2015 ist vom Jahr 2015 auf das Jahr 2016 ein Rückgang der Verordnungen festzustellen. Die

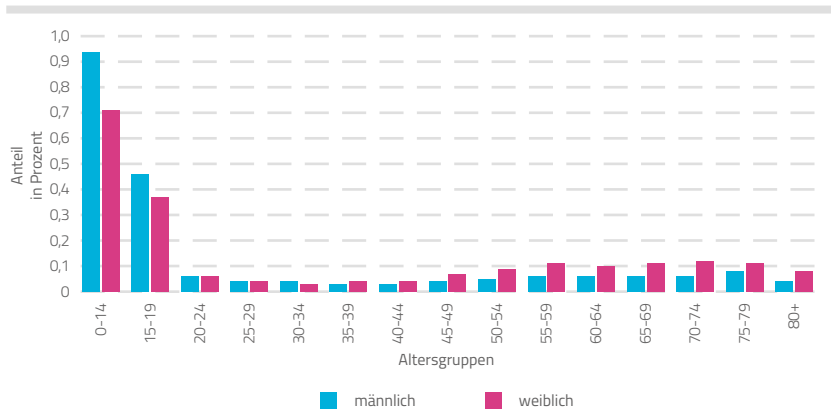
Anzahl der Verordnungen liegt damit im Jahr 2016 geringfügig unter den Werten des Jahres 2014. In den einzelnen Bundesländern sind jedoch erhebliche Unterschiede in der Anzahl der Verordnungen für Sondereinlagen pro 100.000 Versichertenjahre feststellbar; die folgende Tabelle verdeutlicht dies.

Tabelle 3.52: Kosten für Einlagen in Sonderanfertigung pro 100.000 Versichertenjahre nach Bundesländern 2014 bis 2016

Bundesland	Anzahl Verordnungen pro 100.000 Versichertenjahre			Veränderung 2014 bis 2016
	2014	2015	2016	
Baden-Württemberg	88	84	87	-1,19
Bayern	163	176	163	0,04
Berlin	164	134	146	-11,15
Brandenburg	136	145	141	3,68
Bremen	88	84	73	-17,16
Hamburg	212	227	244	14,83
Hessen	287	297	249	-13,24
Mecklenburg- Vorpommern	98	100	137	39,80
Niedersachsen	384	390	365	-4,78
Nordrhein-Westfalen	286	283	283	-1,25
Rheinland-Pfalz	223	211	206	-7,59
Saarland	209	189	163	-21,92
Sachsen	237	260	267	12,50
Sachsen-Anhalt	205	184	185	-9,72
Schleswig-Holstein	191	225	168	-12,09
Thüringen	115	128	144	24,75
Deutschland	223	225	216	-3,32

Die folgende Abbildung der Inanspruchnahme nach Altersgruppen der Versicherten zeigt, dass Einlagen in Sonderanfertigung vor allem bei Kindern und Jugendlichen und dort etwas häufiger bei männlichen als bei weiblichen Versicherten eingesetzt werden. Der Anteil von Versicherten, die Einlagen in Sonderanfertigung erhalten, liegt für alle Altersgruppen ab dem 20. Lebensjahr für beide Geschlechter bei nicht mehr als 0,1 Prozent.

Abbildung 3.50: Anteil von Versicherten mit Einlagen in Sonderanfertigung nach Alter und Geschlecht



Quelle: BARMER-Daten 2016

4 Schwerpunktthema:

Anwendung von TENS-Geräten

4.1 Wissenschaftliche Evidenz zur Anwendung von TENS-Geräten

Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS) wurde vor mehr als 40 Jahren als ergänzendes therapeutisches Verfahren zur Behandlung von Schmerzzuständen eingeführt. Über Hautelektroden im Schmerzbereich wird ein Wechselstrom appliziert, der über afferente Nervenbahnen zentral modulierende Effekte auf die Schmerzwahrnehmung ausüben kann.

In den letzten Jahren wurden zahlreiche systematische Übersichtsarbeiten zu den klinischen Wirkungen von TENS publiziert (Johnson et al. 2015, Johnson 2014, Bennett et al. 2011, Dubinsky und Miyasaki 2010). Die Anwendungsbereiche umfassen postoperativen Schmerz (Sbruzzi et al. 2012), Tumorschmerzen (Robb et al. 2009, Hurlow et al. 2012), Schmerzen bei der Entbindung (Jones et al. 2012, Carroll et al. 1997), akuten Rückenschmerz (Johnson et al. 2015, Hall und McIntosh 2008) und chronischen Rückenschmerz (Jauregui et al. 2016).

Mehrere Cochrane-Reviews widmen sich der TENS-Anwendung, und eine Übersicht über die Cochrane-Reviews zu TENS bei chronischem Rückenschmerz ist aktuell in Arbeit (Protokoll veröffentlicht). Die Menge der Publikationen darf allerdings nicht zu der Annahme verleiten, dass die Wirkung von TENS eindeutig belegt und charakterisiert wäre. Zwar unterscheiden sich die Übersichtsarbeiten in den Ein- und Ausschlusskriterien, wie auch die TENS-Anwendung sich in Frequenz und Stärke des applizierten Stroms unterscheidet, doch kommen die meisten Übersichtsarbeiten zu dem Ergebnis, dass es nur eine schwache Evidenz für die Wirksamkeit von TENS und dies nur für Subgruppen von Patienten gibt.

Ein 2015 publiziertes Cochrane-Review zum Einsatz von TENS bei akutem Rückenschmerz analysierte 19 prospektiv randomisierte Studien mit 1.346 Patienten und fand keinen überzeugenden Beleg, sondern allenfalls einen Hinweis darauf, dass TENS bei akutem Rückenschmerz besser wirksam wäre als ein Placebo (Johnson et al. 2015).

Ein Cochrane-Review zum Einsatz von TENS bei chronischen Rückenschmerzen analysierte die Ergebnisse von vier prospektiv randomisierten Studien mit 585 Patienten (Khadilkar et al. 2005). Die Autoren fanden keinen Beleg für eine dem Placebo überlegene Wirksamkeit von TENS und sprechen sich daher gegen die Anwendung des Verfahrens bei dieser Patientengruppe aus.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass ungeachtet der von einigen Patienten berichteten positiven Effekte der TENS-Anwendung bei akuten und chronischen Rückenschmerzen die durchgeführten methodisch adäquaten Studien keinen Beleg für eine im Vergleich zum Placebo überlegene Wirksamkeit zeigen konnten. Die routinemäßige Anwendung von TENS bei diesen Patienten kann daher nicht empfohlen werden.

Wirksamkeit von TENS
nicht eindeutig nachweisbar

Die nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz (www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/nvl-007.html) des Jahres 2017 führt dazu aus: „Für die Anwendung von TENS bei nicht-spezifischen Kreuzschmerzen wurde kein Wirksamkeitsnachweis gefunden. Zusätzlich kann durch diese Art der Therapie die Passivität gefördert werden und dies steht im Widerspruch zu dem primären Behandlungsziel, die Betroffenen zu aktivieren.“ Die Empfehlungen lauten daher: (5-25) TENS soll zur Behandlung akuter nicht-spezifischer Kreuzschmerzen nicht angewendet werden und (5-26) TENS sollte zur Behandlung chronischer nicht-spezifischer Kreuzschmerzen nicht angewendet werden.

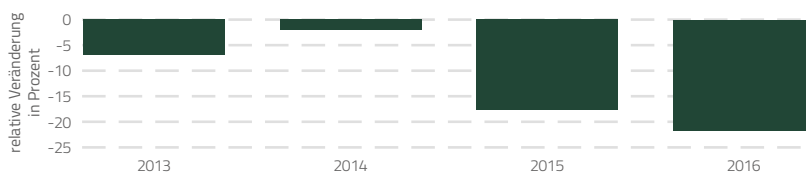
4.2 Anwendung von TENS-Geräten bei Versicherten der BARMER

Versicherte mit TENS-Verordnung können durch die Analyse der Abrechnungsdaten identifiziert werden. TENS-Verordnungen sind durch die Produktarten des Hilfsmittelverzeichnis 09.37.01 und 09.37.02- eindeutig zu erkennen. Untersucht wurden nachfolgend alle BARMER-Versicherten im jeweils angegebenen Untersuchungszeitraum.

4.2.1 Entwicklung der Verordnungen von TENS-Geräten und Kosten im Zeitverlauf

Analysiert wurden die TENS-Verordnungen für die Jahre 2012 bis 2016. Ausgehend von 140.456 TENS-Verordnungen bei BARMER-Versicherten im Jahr 2012 ist es zu einem kontinuierlichen Rückgang der Verordnungen auf 81.575 Verordnungen im Jahr 2016 gekommen. Das entspricht einem Rückgang der jährlichen Verordnungen um 42 Prozent.

Abbildung 4.1: Relative Veränderung der TENS-Verordnungen bei BARMER-Versicherten im Vergleich zum jeweiligen Vorjahr in Prozent



Quelle: BARMER-Daten 2013 bis 2016

Im selben Zeitraum ging die Anzahl der Versicherten, die mit TENS behandelt wurden, um 50 Prozent zurück. Das bedeutet, dass der Anteil der Versicherten mit Mehrfachverordnung eines TENS-Gerätes von 21 Prozent im Jahr 2012 zunächst auf 34 Prozent im Jahr 2016 angestiegen ist. Jeder dritte Patient mit TENS erhält damit mehr als eine TENS-Verordnung.

Die Verordnungen erfolgen dabei durch immer weniger Ärzte. Waren im Jahr 2012 noch 22.545 Ärzte als Verordner von TENS-Geräten dokumentiert, waren es im Jahr 2016 nur noch 14.901 Ärzte, die TENS für BARMER-Versicherte verordnet haben. Dies entspricht einem Rückgang um 7.644 Ärzte beziehungsweise um mehr als 34 Prozent. Diese Veränderungen und auch die stark rückläufige Ausgabenentwicklung zeigt die nachfolgende Tabelle. Sie erreicht im Jahr 2016 ihren bislang niedrigsten Stand (rund 81.000 Verordnungen bei rund 55.000 Personen und summarischen Kosten von rund 760.000 Euro).

Tabelle 4.1: Häufigkeit, Kosten und Verordner von TENS-Geräten für BARMER-Versicherte 2012 bis 2016

Jahr	Anzahl Verordnungen	Anzahl Personen	Anzahl Verordner	summarische Kosten	Kosten pro Verordnung
2012	140.456	110.764	22.545	5.660.832	40,02
2013	130.902	104.606	21.730	5.286.823	40,32
2014	128.300	102.832	21.880	5.162.555	40,19
2015	104.923	83.844	19.394	3.660.060	34,84
2016	81.575	55.343	14.901	759.968	9,09

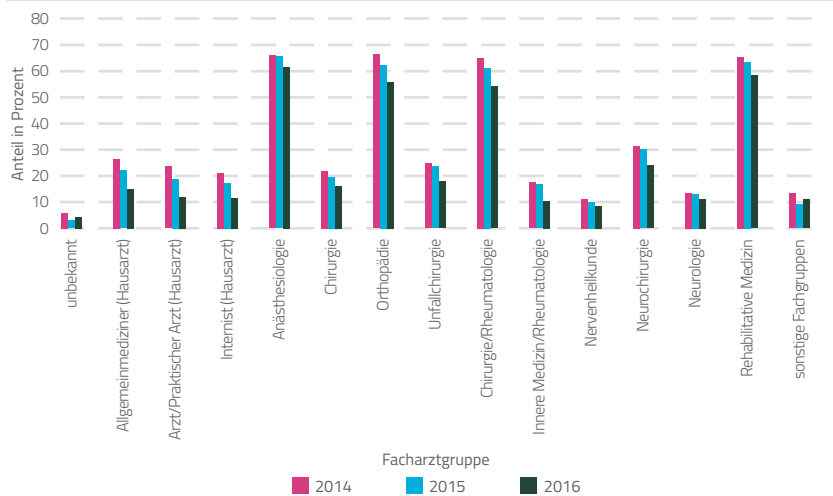
Neben der kostensenkenden Reduktion der Anzahl der TENS-Verordnungen um ungefähr 42 Prozent im Untersuchungszeitraum ist ab dem 1. Oktober 2015 ein zusätzlich kostensenkender Vertragseffekt zu verzeichnen. Die mittleren Kosten pro TENS-Verordnung betragen dadurch im Jahr 2016 bei unveränderter Qualität der TENS-Geräte neun Euro pro Verordnung im Vergleich zu 40 Euro im Jahr 2012. Das entspricht einer Kostenreduktion pro Verordnung um 77 Prozent. Das Zusammenwirken einer niedrigeren Verordnungszahl und eines geringeren Preises der einzelnen Verordnung führt dazu, dass die Gesamtausgaben für TENS-Geräte von 5,6 Millionen Euro im Jahr 2012 auf rund 760.000 Euro im Jahr 2016 zurückgegangen sind. Das entspricht einem außerordentlich starken Ausgabenrückgang um 87 Prozent.

2012-2016: Gesamtausgaben für TENS-Geräte sinken um 87 Prozent.

4.2.2 Verordner von TENS-Geräten

Zum besseren Verständnis der Versorgungsprozesse wurde analysiert, welche Ärzte und Arztgruppen TENS-Geräte verordnen. Es zeigt sich, dass 50 Prozent der Verordnungen durch Orthopäden erfolgen und weitere 22 Prozent der Verordnungen durch die Gruppe der Hausärzte (Allgemeinmediziner, Praktische Ärzte, hausärztliche Internisten). Alle anderen Arztgruppen sind nur für jeweils eher kleine Verordnungsanteile verantwortlich. Relativ gesehen verordnen Ärzte der Fachgruppen Anästhesiologie, Chirurgie und Rheumatologie sowie der rehabilitativen Medizin noch überdurchschnittlich häufig TENS-Geräte. Festzuhalten ist, dass über alle ärztlichen Fachgruppen hinweg der Anteil der Ärzte, die TENS-Geräte verordnen, zurückgegangen ist. Der Anteil der Orthopäden, die keine TENS-Produkte verordnen, nahm im Zeitraum von 2014 bis 2016 stetig zu. Gleichzeitig nahm die Zahl der Ärzte, die mehr als 75 TENS-Verordnungen pro Jahr tätigen, stetig ab.

Abbildung 4.2: Anteil der Ärzte mit TENS-Verordnungen pro Facharztgruppe



Quelle: BARMER-Daten 2014 bis 2016

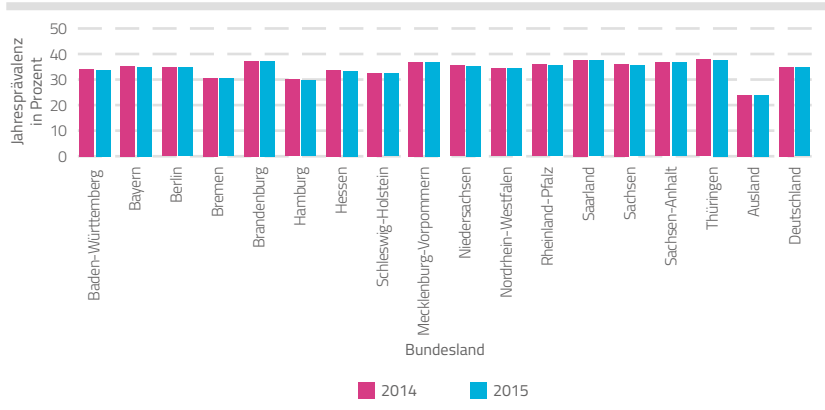
Auch der Anteil der Ärzte für Allgemeinmedizin, die keine TENS-Produkte verordnen, stieg im Zeitraum von 2014 bis 2016 kontinuierlich an. Offensichtlich fallen die Ergebnisse der Behandlung mit TENS-Geräten, die Patienten den Verordnern berichten, nicht so positiv aus, dass die Ärzte in der Verordnung von TENS-Geräten bestärkt werden. Dies würde den berichteten Effekten von TENS in randomisierten Studien entsprechen.

4.2.3 Versicherte mit der Diagnose „Rückenschmerz“ nach Bundesländern

Die folgenden Auswertungen stellen für Patienten mit der Diagnose ICD M40-M54 (nachfolgend werden diese Patienten in der Kategorie „ALLE“ zusammengefasst) die Prävalenz (das heißt die Häufigkeit) der Diagnosen innerhalb eines Kalenderjahres dar. Um eine Vergleichbarkeit der Werte zwischen den Bundesländern zu erreichen, wurden die ermittelten Ergebnisse anhand der KM6-Statistik zum Ausgleich von Unterschieden standardisiert (siehe hierzu die Darstellung im Methodenkapitel, Standardisierung). Dies ermöglicht es, verschiedene Bundesländer unabhängig von Alters- und Geschlechtsstrukturen und deren Effekten standardisiert miteinander zu

vergleichen. Da die Versicherten mit Rückenschmerzen tendenziell älter als der GKV-Durchschnitt sind, führt die Standardisierung zu virtuell niedrigeren Kosten, als im Mittel über diese Patienten tatsächlich entstehen.

Abbildung 4.3: Jahresprävalenz der Rückenschmerzdiagnosen (standardisiert)



Quelle: BARMER-Daten 2014 und 2015

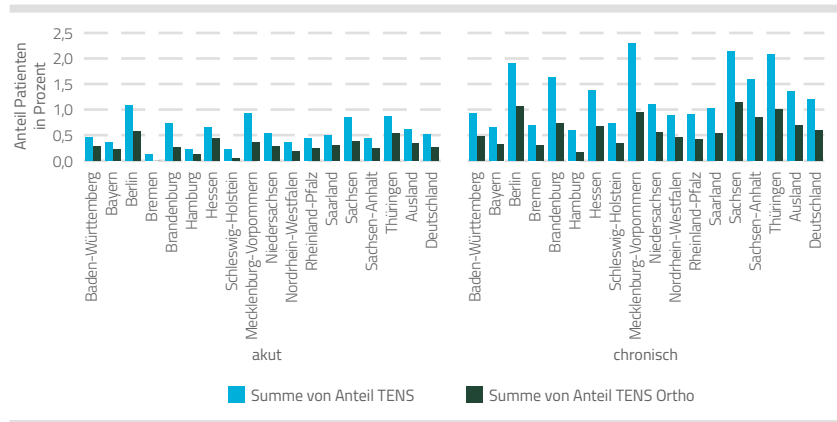
Es ist bemerkenswert, dass im Jahr 2014 und im Jahr 2015 bei insgesamt 36 Prozent der Versicherten die Diagnose „Rückenschmerz“ kodiert worden ist. Dies zeigt, wie relevant Erkrankungen der Wirbelsäule medizinisch und auch ökonomisch sind.

4.2.4 TENS-Verordnungen bei unspezifischem Rückenschmerz nach Bundesländern

Da ambulante Diagnosen den Krankenkassen nur zeitverzögert zur Verfügung stehen, werden nachfolgend die Beobachtungsjahre 2014 und 2015 analysiert. Dabei werden alle stationären Diagnosen und alle ambulanten Diagnosen betrachtet, die als gesichert gekennzeichnet sind. Berücksichtigt werden alle Patienten mit der Diagnose „Rückenschmerz“ (ICD M54) im Jahr 2015, die gleichzeitig keine weitere Diagnose aus dem Bereich Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (ICD M40-M53) in den Jahren 2014 und 2015 aufwiesen. Es wird unterschieden zwischen Patienten mit akutem Rückenschmerz (Diagnose M54 nur in einem Quartal 2014 oder 2015) und chronischem

Rückenschmerz (Diagnose M54 in mindestens zwei Quartalen 2014 und 2015). Für diese beiden Gruppen wird ausgewertet, wie hoch der Anteil der Patienten ist, die eine Verordnung eines TENS-Produktes aufweisen.

Abbildung 4.4: Anteil der Patienten mit TENS-Verordnung unter Patienten mit ausschließlich Rückenschmerz (M54)



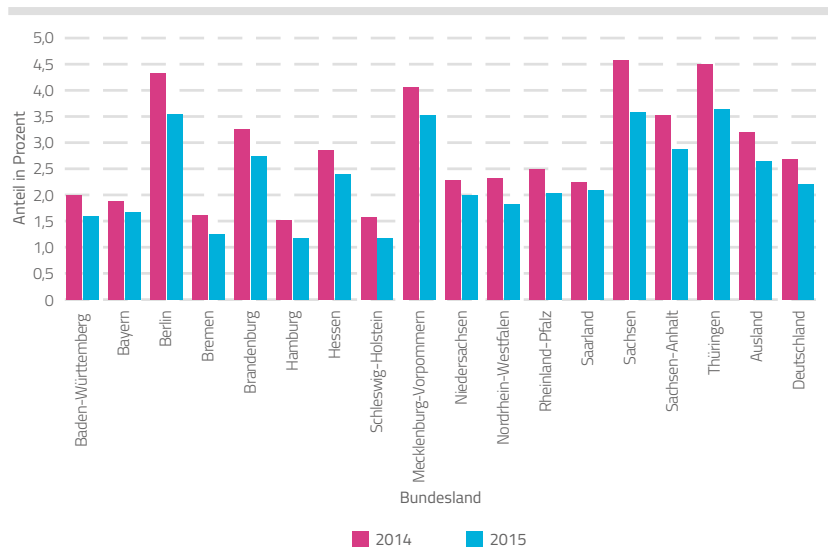
Quelle: BARMER-Daten 2014 und 2015

Im Mittel bekommen 0,5 Prozent der Patienten mit akuten Rückenschmerzen und rund 1,2 Prozent der Patienten mit chronischen Rückenschmerzen eine TENS-Verordnung. Jeweils etwa 50 Prozent der Verordnungen gehen auf die Facharztgruppe der Orthopäden zurück. Bemerkenswert ist, dass die (standardisierte) Häufigkeit der TENS-Verordnung in den Bundesländern sehr stark schwankt. Während in neun Bundesländern weniger als 0,5 Prozent dieser Patienten mit ausschließlich Rückenschmerz (M54) eine TENS-Verordnung erhalten, sind es in drei Bundesländern mehr als zwei Prozent, also mehr als viermal so viele Patienten. Das zeigt, dass bei fehlender Evidenz als Handlungsgrundlage für die Verordnung die persönlichen Präferenzen des Verordners entscheidend zu sein scheinen.

4.2.5 Analyse von Patienten mit Rückenerkrankungen mit und ohne TENS-Verordnung

Nachfolgend werden alle Patienten mit Rückenerkrankungen (also nicht nur diejenigen mit der Diagnose M54) bezüglich mehrerer Endpunkte analysiert. Hierbei wird zwischen Patienten „mit TENS-Verordnung“ und Patienten „ohne TENS-Verordnung“ unterschieden. Zur Patientenselektion wird auf das Methodenkapitel im Anhang verwiesen. Der Anteil der Patienten, die bei dokumentierter Rückenerkrankung eine TENS-Verordnung erhielten, lag im Jahr 2015 in den einzelnen Bundesländern zwischen 1,2 Prozent und 3,6 Prozent. Im Jahr 2014 war die Prävalenz der TENS-Verordnung geringfügig höher und lag zwischen 1,5 Prozent und 4,6 Prozent. Die Anzahl der TENS-Verordnungen ist in den Bundesländern im Jahr 2015 niedriger als im Jahr 2014.

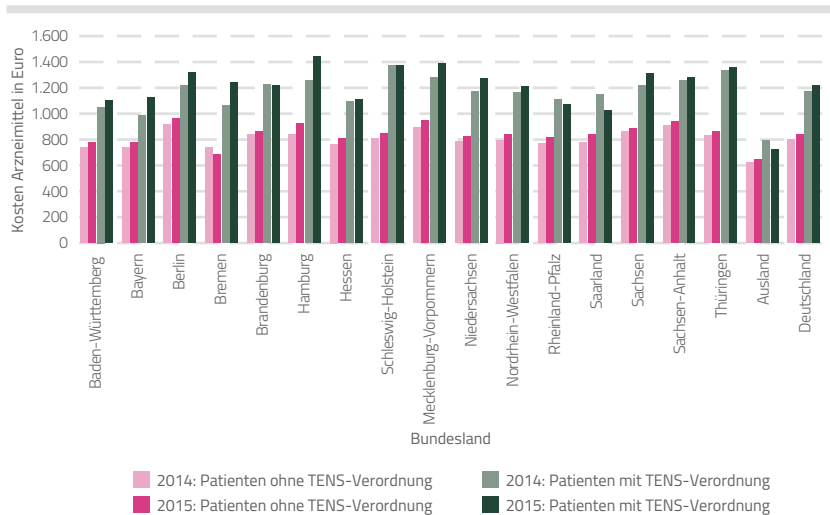
Abbildung 4.5: Auswertungen aller Rücken-Patienten nach dem Vorliegen einer TENS-Verordnung (0 = keine TENS-Verordnung, 1 = TENS-Verordnung) im gleichen Jahr



Quelle: BARMER-Daten 2014 und 2015

Untersucht wurde weiterhin auch, ob sich Patienten mit einer Rückendiagnose mit oder ohne TENS bezüglich ihrer Arzneimittelkosten voneinander unterscheiden. Betrachtet man die Ausgaben für Arzneimittel bei Patienten mit („1“) und ohne („0“) TENS-Verordnung, so stellt man fest, dass TENS-Patienten mit durchschnittlichen Arzneimittelkosten in Höhe von jährlich 1.218 Euro deutlich über den Arzneimittelkosten für Patienten mit Rückenerkrankung ohne TENS-Verordnung liegen. Hier betragen die jährlichen Kosten 838 Euro.

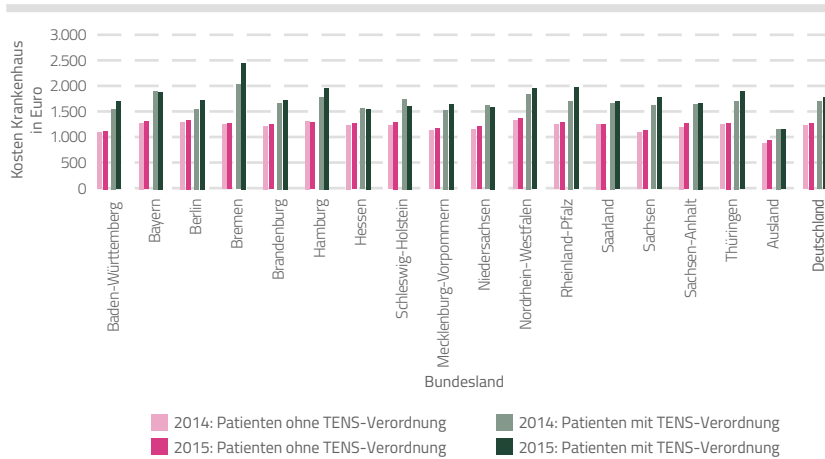
Abbildung 4.6: Kosten für Arzneimittel



Quelle: BARMER-Daten 2014 und 2015, standardisiert nach Alter und Geschlecht

Neben den Ausgaben für Arzneimittel stellen Ausgaben für eine stationäre Behandlung im Krankenhaus einen weiteren wichtigen Kostenblock dar. Auch hier zeigen sich auffällige Unterschiede. Während die Patienten mit Rückendiagnose ohne TENS-Verordnung durchschnittlich 1.292 Euro Kosten für eine stationäre Behandlung im Betrachtungsjahr aufwiesen, waren es bei TENS-Patienten im Mittel 1.795 Euro. Auch hier entstehen für TENS-Patienten höhere Kosten als für Patienten, die keine TENS-Verordnung erhalten.

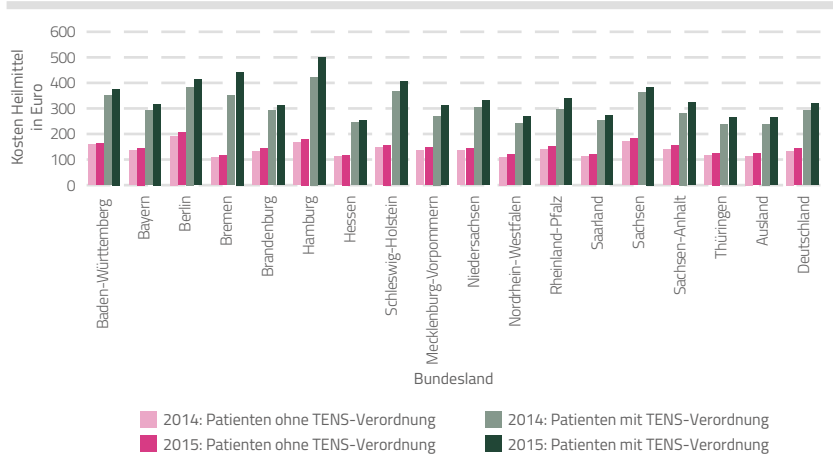
Abbildung 4.7: Kosten für stationäre Behandlung im Krankenhaus



Quelle: BARMER-Daten 2014 und 2015, standardisiert nach Alter und Geschlecht

Einen weiteren Kostenblock stellen die Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel für diese Patientengruppen dar, die im Folgenden betrachtet werden. Auch hier fallen die je nach Bundesland stark variierenden Kosten auf. Quantitativ sind die Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne TENS hier sogar noch ausgeprägter. Die Kosten für Patienten mit TENS-Verordnung betragen 319 Euro und für Patienten ohne TENS-Verordnung liegen sie bei 143 Euro.

Abbildung 4.8: Kosten für Heilmittel

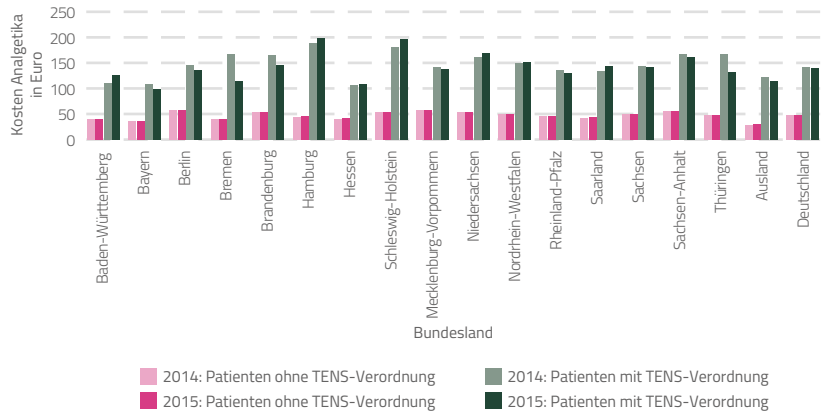


Quelle: BARMER-Daten 2014 und 2015, standardisiert nach Alter und Geschlecht

Analysen mit größerer Detailtiefe ergänzen diese Auswertungen und zeigen prinzipiell das gleiche Bild. Dies wird im Folgenden noch einmal für die Verordnung von Analgetika und Antirheumatika dargestellt.

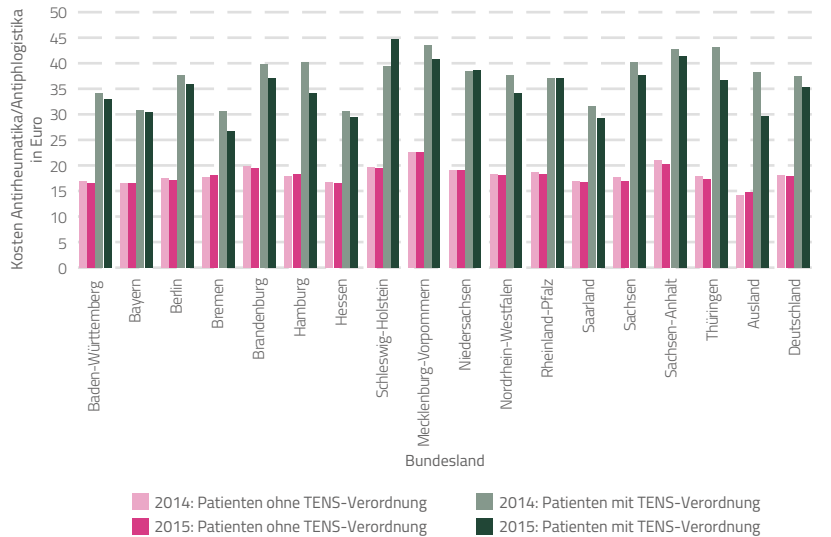
Auch bezüglich der Verordnung von Analgetika liegen die für TENS-Patienten anfallenden Kosten mit 137 Euro pro Jahr über den Kosten für Rückenpatienten ohne TENS, für die im Durchschnitt 47 Euro jährlich anfallen. Ein ähnliches Bild zeigt sich für die Antirheumatika. Mit 35 Euro pro Jahr fallen die Kosten für Antirheumatika beziehungsweise Antiphlogistika pro Patient mit TENS-Verordnung zwar moderat aus, sind aber immerhin doppelt so hoch wie bei Rückenpatienten ohne TENS-Verordnung, bei denen sie 18 Euro betragen.

Abbildung 4.9: Kosten für Analgetika



Quelle: BARMER-Daten 2014 und 2015, standardisiert nach Alter und Geschlecht

Abbildung 4.10: Kosten für Antirheumatika/Antiphlogistika



Quelle: BARMER-Daten 2014 und 2015, standardisiert nach Alter und Geschlecht

4.2.6 Propensity-Score Matching zur Beurteilung der Kosteneffekte der TENS-Verordnung

Der alleinige Vergleich von Patienten bei identischer rückenbezogener Diagnose zum einen „mit TENS-Verordnung“ gegenüber zum anderen „ohne TENS-Verordnung“ gewährt einen ersten Eindruck von möglichen Effekten, ist aber mit dem Risiko einer relevanten Verzerrung in den Daten verbunden (das bedeutet eine Beeinflussung durch nicht ausreichend kontrollierte Störfaktoren). Daher wurde, wie im Methodenkapitel im Anhang dargestellt, eine Vergleichsgruppe mithilfe des Verfahrens des Propensity-Score-Matchings gebildet, um den Effekt der TENS-Verordnung ohne vermeidbare Verzerrung zu untersuchen (Methodik der Analysen zur Verordnung von TENS-Geräten). Es handelt sich hierbei um ein besonderes statistisches Verfahren zur Bildung von Vergleichsgruppen: Ziel ist der statistisch belastbare Vergleich der Entwicklung von Patienten „mit TENS-Verordnung“ gegenüber Patienten „ohne TENS-Verordnung“. Aufgegriffen wurden TENS-Verordnungen über die Produktarten 09.37.01 und 09.37.02- des Hilfsmittelverzeichnisses. Berücksichtigt wurden Patienten, die eine TENS-Verordnung erstmals im Jahr 2015 bekamen. Die zu bildende Kontrollgruppe wurde für die folgenden Merkmale adjustiert:

- Alter
- Geschlecht
- Morbidität
- Inanspruchnahme ambulanter Leistungen (Arzneimittel, Heil-/Hilfsmittel)
- Inanspruchnahme stationärer Leistungen

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Merkmale der Untersuchungsgruppe „mit TENS-Verordnung“ und der Kontrollgruppe „ohne TENS-Verordnung“.

Tabelle 4.2: Versichertenmerkmale der TENS-Gruppe und der mittels Propensity-Score gebildeten Kontrollgruppe

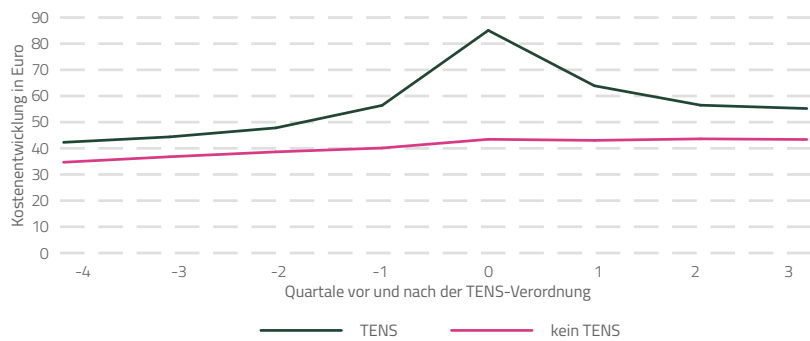
Merkmale	Untersuchungsgruppe mit TENS-Verordnung	Kontrollgruppe ohne TENS-Verordnung
Alter	58,93	59,08
Anteil Frauen	72,2	72,5
Kosten Arzneimittel	998,93	912,95
Schmerzmittel	79,50	66,48
Inanspruchnahme ambulanter Leistungen	1.033,77	928,15
Inanspruchnahme stationärer Leistungen	1.364,82	1.253,22
Heilmittel	205,77	163,82
Physiotherapie	174,67	140,48
Hilfsmittel	177,50	154,73

Die Gegenüberstellung zeigt, dass Alter und Geschlecht passend adjustiert sind. Es verbleiben nur minimale Kostenunterschiede im Vorzeitraum 2014. TENS-Patienten verursachen hier im Mittel in allen Leistungsbereichen etwas höhere Kosten.

Einfluss von TENS auf die Inanspruchnahme von Physiotherapie

Zunächst wird analysiert, ob die Verordnung von TENS einen Einfluss auf die Verordnung und Inanspruchnahme von Physiotherapie hat. Ein Kostenanstieg für Physiotherapie im Quartal der TENS-Verordnung ist deutlich erkennbar. Dies ist medizinisch sinnvoll, da TENS in Kombination mit Physiotherapie eingesetzt werden soll. Es fällt jedoch auf, dass die Notwendigkeit von Physiotherapie auch ein dreiviertel Jahr nach Beginn der TENS-Behandlung noch in einem Umfang besteht, der sowohl über dem Umfang von Physiotherapie vor der TENS-Behandlung als auch konstant über dem in der Kontrollgruppe liegt. Die in der nachfolgenden Abbildung dargestellte Kostenentwicklung für Physiotherapie gibt somit keinen Hinweis auf einen therapeutischen Effekt der TENS-Behandlung, kann diesen aber natürlich auch nicht ausschließen.

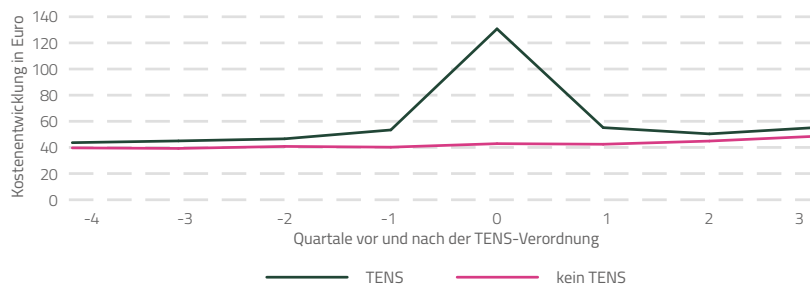
Abbildung 4.11: Kostenentwicklung für Physiotherapie vier Quartale vor und drei Quartale nach TENS-Verordnung ($t = 0$) im Vergleich zur Kontrollgruppe



Quelle: BARMER-Daten 2014 und 2015

Nachfolgend wird diese Betrachtung für Hilfsmittel durchgeführt. Die Verordnung des TENS-Gerätes erklärt den Kostenanstieg in Quartal $t = 0$. In den übrigen Quartalen finden sich keine relevanten Unterschiede zwischen der TENS-Gruppe und der Kontrollgruppe.

Abbildung 4.12: Kostenentwicklung für Hilfsmittel vier Quartale vor und drei Quartale nach TENS-Verordnung ($t = 0$) im Vergleich zur Kontrollgruppe



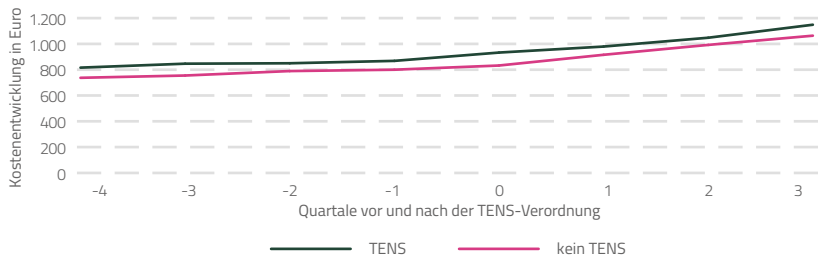
Quelle: BARMER-Daten 2014 und 2015

Auch auf die in der nachstehenden Abbildung wiedergegebene Entwicklung der Arzneimittelkosten zeigt die TENS-Behandlung keinen Effekt. Die Kurven der TENS-Gruppe und der Kontrollgruppe verlaufen präzise parallel, die TENS-Gruppe

verursacht dabei nur minimal höhere Kosten. Dies zeigt erneut, dass die Kostenbetrachtung keinen Hinweis auf durch diese Datenanalyse fassbaren therapeutischen Effekte der TENS-Behandlung erbringt. Eine relevante Senkung der Schmerzmitteldosis aufgrund eines positiven Effektes der TENS-Therapie hätte hier zu einer Reduktion der Kosten geführt, die durch Ausgaben für Schmerzmittel entstehen.

Insgesamt führt die Konstruktion einer Vergleichsgruppe zu einer deutlich besseren Vergleichsbasis als bei einem reinen Vergleich der TENS-Gruppe mit der Kontrollgruppe. Es muss aber bedacht werden, dass meist eine akute Symptomverschlechterung der Auslöser für eine TENS-Verordnung ist, welche in der Kontrollgruppe so nicht vorausgesetzt werden darf. Insofern kommt es trotz Propensity-Score-Matching zu einer Verzerrung. Diese Einschränkungen vorausgesetzt kann dennoch festgestellt werden, dass im mittelfristigen Kostenverlauf (vier Quartale vor und drei Quartale nach der TENS-Verordnung) zunächst keine Verbesserung der TENS-Gruppe gegenüber der Vergleichsgruppe feststellbar ist.

Abbildung 4.13: Kostenentwicklung für Arzneimittel vier Quartale vor und drei Quartale nach TENS-Verordnung (t = 0) im Vergleich zur Kontrollgruppe



Quelle: BARMER-Daten 2014 und 2015

4.3 Ergebnisse einer Befragung von BARMER-Versicherten zu TENS-Geräten

Überwiegend Verordnung
von TENS-Geräten im
Vergleich zu EMS-Geräten

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von BARMER-Versicherten mit TENS- oder EMS-Verordnung wiedergegeben. Im August 2016 wurden 2.000 nach dem Zufallsprinzip ausgesuchte Versicherte, die eine Versorgung mit TENS- oder EMS-Geräten erhalten hatten, angeschrieben. Details sind im Methoden- teil im Anhang beschrieben. Der postalisch zugestellte Fragebogen enthielt Fragen zur TENS-/EMS-Therapie des Versicherten. Entsprechend der deutlich überwiegenden Verordnung von TENS-Geräten im Vergleich zu EMS-Geräten dominierten auch in der Stichprobe mit rund 91 Prozent Versicherte mit Verordnung von TENS-Geräten. Nur rund zehn Prozent der Versicherten in der Stichprobe weisen eine EMS-Verordnung auf. Von den angeschriebenen Versicherten beantworteten insgesamt 695 Versicherte die Fragen und schickten diese in dem zur Verfügung gestellten Freiumschlag an die BARMER zurück. Somit standen 695 Fragebögen zur Auswertung zur Verfügung, was einer Rücklaufquote von 35 Prozent entspricht.

Betrachtet man die Geschlechtszugehörigkeit der Versicherten mit TENS- beziehungs- weise EMS-Verordnung, so fällt auf, dass drei von vier betroffenen Versicherten weiblichen Geschlechts waren. Frauen bilden mit 57 Prozent die Mehrheit der BARMER-Versicherten. Im Vergleich zu den Geschlechteranteilen der BARMER sind Frauen bei der TENS-Umfrage überrepräsentiert. Zieht man allerdings in Erwägung, dass von den Patienten mit dokumentierter Erkrankung des Rückens und Verordnung eines TENS-Geräts 72 Prozent Frauen sind, entspricht der Frauenanteil unter den Rücksendern der Fragebögen in etwa dem Frauenanteil bei TENS-Verordnungen.

Tabelle 4.3: Alter der Versicherten, welche die Befragung nach TENS-/EMS-Verordnung im Untersuchungszeitraum beantwortet und zurückgeschickt haben

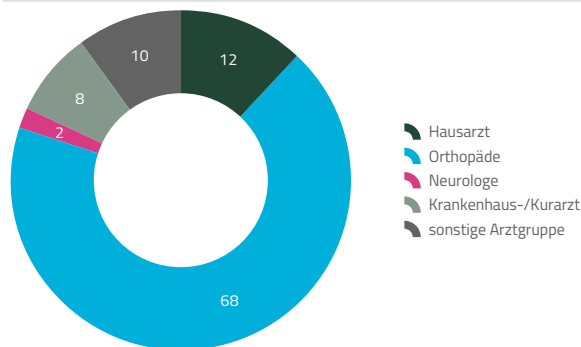
Altersgruppe	Anteil in Prozent
bis 20 Jahre	8,5
21 bis 30 Jahre	12,1
31 bis 40 Jahre	16,0
41 bis 50 Jahre	19,4
51 bis 60 Jahre	21,0
61 Jahre oder älter	23,0

n = 695

Betrachtet man die Altersverteilung bei Patienten, die eine TENS-Verordnung erhalten haben, stellt man fest, dass ein Drittel unter 40 Jahre und zwei Drittel über 40 Jahre alt waren. Die Hälfte der Betroffenen ist zwischen 30 und 40 Jahre alt, ein Viertel ist über 60 Jahre alt. Die Behandlung mit TENS-Geräten ist damit eine vor allem bei Betroffenen zwischen 30 und 60 Jahren eingesetzte Behandlungsmodalität. In Anbetracht der mit dem Alter zunehmenden Prävalenz von Rückenerkrankungen und weiteren mit TENS behandelten Erkrankungen ist damit festzustellen, dass die Bedeutung von TENS als Behandlungsmodalität mit dem Alter der Versicherten zurückgeht.

Die Versicherten wurden zunächst nach der Fachgruppe des Arztes gefragt, der ihnen das TENS-Gerät verordnet hat. Hier waren es zu 68 Prozent Orthopäden, was mit den Ergebnissen der Analysen der Abrechnungsdaten übereinstimmt, nach denen etwa die Hälfte der TENS-Verordnungen durch Orthopäden erfolgt. Auch bei der Befragung folgt als zweithäufigster Verordner der Hausarzt. Orthopäden und Hausärzte sind nach Analyse der Abrechnungsdaten für zwei Drittel, bei den auswertbaren Fragebögen für drei Viertel der Verordnungen verantwortlich.

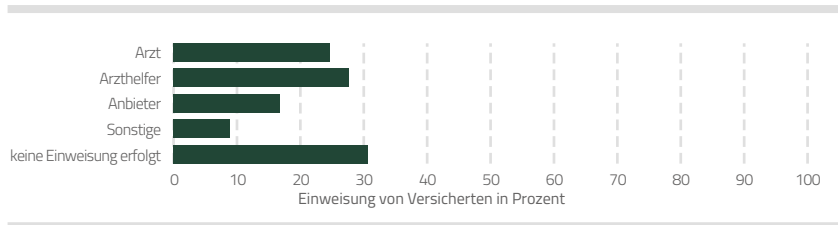
Abbildung 4.14: Anteil ärztlicher Facharztgruppen an der TENS-Verordnung für BARMER-Versicherte im Jahr 2016



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2016; n = 674

Die Versicherten wurden auch zur Einweisung in die Benutzung des TENS-Gerätes befragt. Die korrekte Anwendung ist eine zwingende Voraussetzung für therapeutische Effekte durch TENS. Eine Einweisung ist daher notwendiger Bestandteil des therapeutischen Konzeptes. Die Hälfte der Patienten wird in der Arztpraxis in der Handhabung und Anwendung des TENS-Gerätes unterwiesen. Ärzte und Arzthelfer teilen sich diese Arbeit zu fast gleichen Teilen. 17 Prozent der Einweisungen erfolgen durch den Anbieter des Gerätes. Erstaunlich und problematisch ist aber, dass jeder dritte Patient keine Einweisung in die Handhabung des TENS-Gerätes erhalten hat. Ob dies darauf zurückzuführen ist, dass der Versicherte kein Angebot für eine Einweisung erhalten oder die angebotene Einweisung nicht wahrgenommen hat, ist durch die Umfrage nicht zu klären.

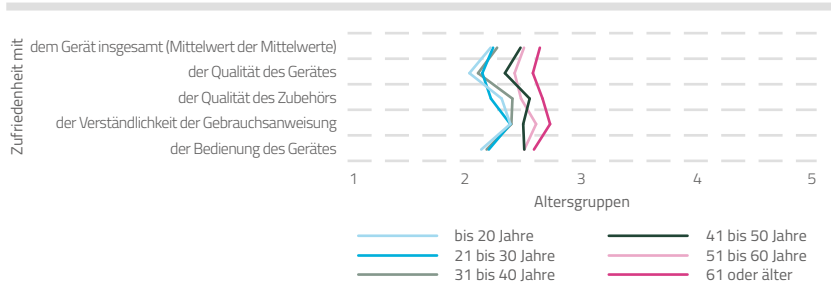
Abbildung 4.15: Einweisung von Versicherten der BARMER in die Nutzung eines im Jahr 2016 verordneten TENS-Gerätes durch den Arzt, Arzthelfer, Anbieter und Dritte (Angaben in Prozent)



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2016; n = 674;
Mehrfachangaben möglich

Analysiert man die Zufriedenheit der Versicherten mit dem TENS-Gerät selbst, ergibt sich mit der mittleren Note 2,4 auf einer Bewertungsskala von 1 bis 5 eine eher hohe Zufriedenheit mit dem Gerät.

Abbildung 4.16: Zufriedenheit mit dem TENS-Gerät nach Altersgruppen auf einer fünfstufigen Skala



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2016; n = 606 bis 674

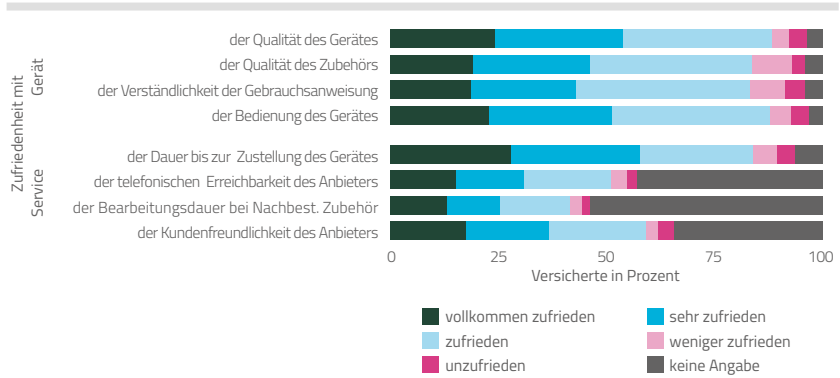
Anmerkung: Dargestellt sind die Mittelwerte von 1 = vollkommen zufrieden bis 5 = unzufrieden.

Betrachtet man die Antworten auf diese Frage getrennt nach Altersgruppen, so fällt auf, dass jüngere Patienten ihr TENS-Gerät tendenziell besser bewerten als ältere Patienten. Ob größere technische Affinität und Übung im Umgang mit elektronischen Geräten diese Unterschiede erklären können, ist mit der Umfrage nicht zu beantworten. Ableiten kann man aber die Empfehlung, insbesondere ältere Patienten intensiv über die Nutzung des TENS-Gerätes aufzuklären, um Unzufriedenheit aufgrund fehlender Kenntnisse zur Nutzung des Gerätes zu vermeiden.

Die differenzierte Frage nach der Zufriedenheit mit dem Gerät, dem Zubehör und dem Service liefert keine neuen Aspekte. Etwa fünf Prozent der Versicherten sind unzufrieden mit ihrem TENS-Gerät, weitere fünf Prozent weniger zufrieden und 90 Prozent in unterschiedlicher Ausprägung zufrieden mit ihrem TENS-Gerät.

Die Fragen zur Servicequalität des Anbieters nach dem Erhalt des Gerätes wurden von einem Drittel beziehungsweise der Hälfte der Befragten nicht beantwortet, was vermuten lässt, dass etwa ein Drittel der Versicherten nach dem Bezug des TENS-Gerätes keinen Service des Anbieters benötigt.

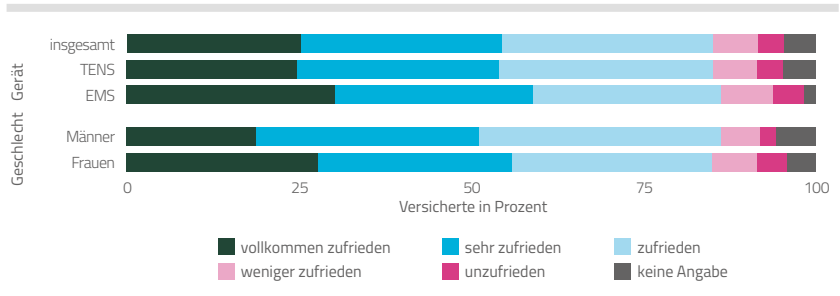
Abbildung 4.17: Zufriedenheit BARMER-Versicherter mit dem TENS-Gerät und dem Service des Anbieters



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2016; n = 321 bis 674

Auch die Frage nach der Zufriedenheit der Versicherten mit den Leistungen der BARMER als Krankenkasse wird in hohem Maß positiv beantwortet. Ein Viertel gibt mit „vollkommen zufrieden“ die bestmögliche Bewertung ab. Frauen sind dabei mit 56 Prozent im Vergleich zu 51 Prozent nominell etwas zufriedener mit dem TENS-Gerät als Männer. Unzufrieden äußern sich zwei bis fünf Prozent der Befragten.

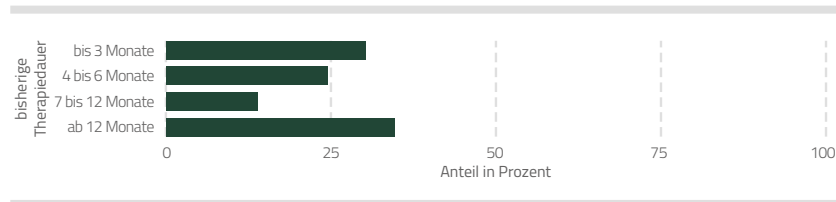
Abbildung 4.18: Zufriedenheit BARMER-Versicherter mit der BARMER im Zusammenhang mit der TENS-/EMS-Behandlung nach Gerätetyp und Geschlecht



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2016; n = 65 bis 664

Die Frage nach der bisherigen Therapiedauer mit dem TENS-Gerät zeigt, dass ein relevanter Teil der Patienten die Behandlung langfristig durchführt. Immerhin ein Drittel der Befragten nutzt das TENS-Gerät bereits mehr als zwölf Monate. Ein weiteres Drittel nutzt das TENS-Gerät noch keine drei Monate, ein weiteres Drittel gibt eine Nutzungsdauer von vier bis zwölf Monaten an.

Abbildung 4.19: Bisherige Nutzungsdauer des TENS-Gerätes bei den befragten BARMER-Versicherten



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2016; n = 674

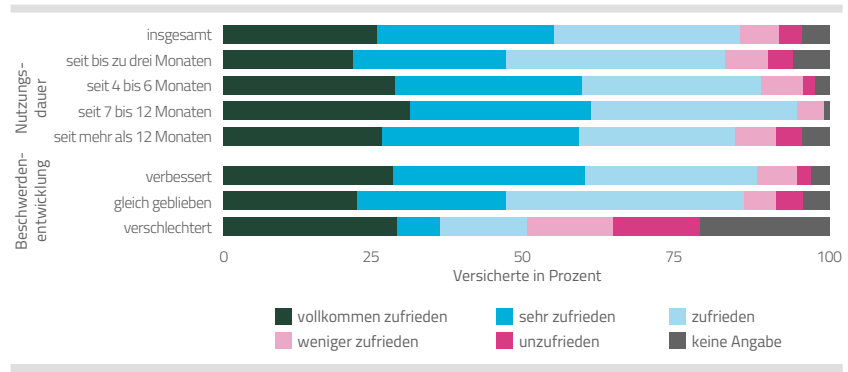
Der mögliche Zusammenhang zwischen Nutzungsdauer und Zufriedenheit wurde ebenso untersucht wie der Zusammenhang zwischen Beschwerdeentwicklung und Zufriedenheit.

Hier offenbaren sich überraschende Zusammenhänge:

- Auch bei den Patienten, die TENS bereits mehr als zwölf Monate nutzen, sind zehn Prozent weniger zufrieden oder unzufrieden.
- Fehlender klinischer Erfolg verringert nicht den Anteil vollkommen oder sehr zufriedener Patienten, erhöht aber den Anteil weniger zufriedener oder unzufriedener Patienten.

Dies deutet darauf hin, dass die Zufriedenheit mit dem TENS-Gerät durch die Einstellung zur Therapie bestimmt sein könnte.

Abbildung 4.20: Zufriedenheit BARMER-Versicherter mit der TENS-Behandlung nach der Dauer der Nutzung und der Beschwerdeentwicklung

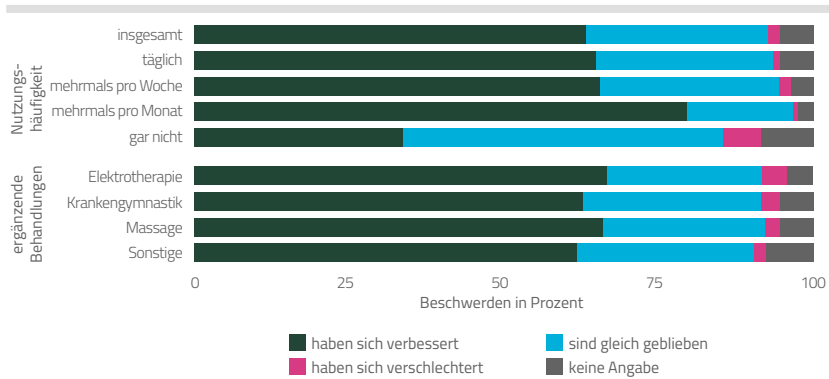


Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2016; n = 11 bis 664

Fast zwei Drittel der Versicherten mit TENS-Verordnung geben eine Besserung ihres klinischen Zustands unter der Therapie an. Dies scheint nicht davon beeinflusst zu werden, ob gleichzeitig weitere Behandlungen wie Massage, Krankengymnastik oder Elektrotherapie erfolgen.

Die Untersuchung der Korrelation von Anwendungsfrequenz und Wirksamkeit offenbart zwei bemerkenswerte Befunde. Erstens erfährt ein Drittel der Patienten, die ein verordnetes TENS-Gerät gar nicht anwenden, eine klinische Besserung. Zweitens zeigt sich in der Befragung keine Dosis-Wirkungsbeziehung der TENS-Anwendung. Patienten, die TENS mehrmals pro Monat anwenden, geben zu 80 Prozent eine Verbesserung der Symptome an. Patienten, die TENS mehrmals pro Woche oder täglich anwenden, berichten Verbesserungen in einem Drittel der Fälle. Hier könnte natürlich auch dadurch eine Verzerrung bestehen, dass Patienten nach Eintritt der klinischen Besserung die Anwendungsfrequenz reduzieren.

Abbildung 4.21: Einfluss der Anwendung des TENS-Gerätes und ergänzender Behandlungen auf die Beschwerdeintensität bei BARMER-Versicherten mit TENS-Verordnung

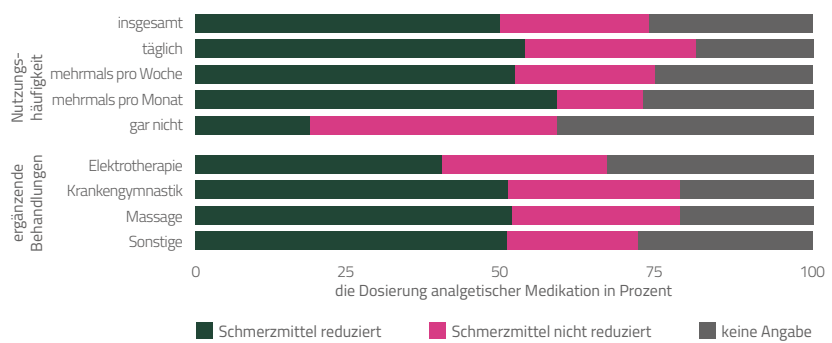


Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2016; n = 24 bis 695

Eine interessante Frage bezog sich auf den Effekt der TENS-Anwendung auf die Notwendigkeit medikamentöser Schmerztherapie beziehungsweise die Möglichkeit, die Dosis der Schmerzmittel zu reduzieren.

Die Hälfte der Versicherten gab an, die Dosis ihrer Schmerzmittel reduziert zu haben. Auch hier hatte die Begleitbehandlung mit Elektrotherapie, Krankengymnastik, Massage oder anderen Maßnahmen keinen erkennbaren Effekt. Auch die Anwendungsfrequenz des TENS-Gerätes hatte keinen Effekt darauf, wie wahrscheinlich die Möglichkeit ist, die Dosis zu reduzieren. Diese Antworten sind insofern interessant, als dass die Analyse der Abrechnungsdaten der TENS-Patienten – wie zuvor dargestellt – keine Reduktion der Verordnung von Schmerzmitteln gezeigt hat. Ob hier der Effekt vom Patienten überschätzt wird, ob es sich um die Reduktion von analgetischer Selbstmedikation handelt oder ob verordnete Arzneimittel nicht eingenommen werden, kann durch die vorliegenden Daten nicht geklärt werden.

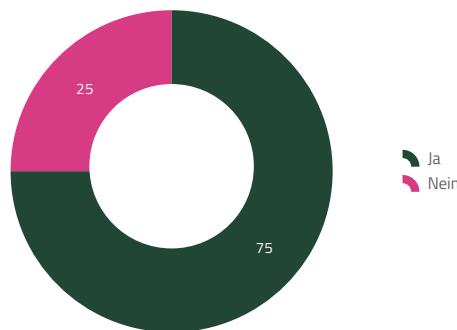
Abbildung 4.22: Einfluss der Anwendung des TENS-Gerätes auf die Dosierung analgetischer Medikation nach Aussagen befragter Versicherter mit TENS-Verordnung



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2016; n = 15 bis 629

Abschließend wurden die Versicherten danach befragt, ob sie die weitere Nutzung ihres TENS-Gerätes für sinnvoll halten. Es verwundert nicht, dass vor dem Hintergrund der hohen Zufriedenheitswerte bei den vorherigen Fragen 75 Prozent der befragten Versicherten erklärt haben, dass sie die weitere Nutzung ihres TENS-Gerätes für sinnvoll halten. Jeder Vierte hält die weitere Anwendung des TENS-Gerätes allerdings für nicht sinnvoll. Dies entspricht in etwa dem Anteil der Patienten, die keine Verbesserung durch TENS-Anwendung berichten.

Abbildung 4.23: Einschätzung der weiteren Nützlichkeit weiterer Anwendung des TENS-Gerätes durch die befragten Versicherten



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2016; n = 674

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass die mit TENS versorgten Versicherten mit der Unterstützung und den Leistungen der BARMER und ihrer Vertragspartner sehr zufrieden sind. Es zeigt sich auch, dass einige Patienten – aus methodischen Gründen bei dieser Umfrage überrepräsentiert – mit der TENS-Behandlung positive therapeutische Effekte verbinden und eine Fortsetzung der Therapie wünschen.

5 Anhang

5.1 Methodik der allgemeinen Analysen

Die im Heil- und Hilfsmittelreport dargestellten Ergebnisse beruhen auf Analysen von anonymisierten beziehungsweise pseudonymisierten Abrechnungsdaten der Versicherten der BARMER. Da alle Leistungserbringer die zulasten einer gesetzlichen Krankenkasse erbrachten Leistungen mit der Krankenkasse des Patienten versichertenbezogen abrechnen, kann die Versorgung der Versicherten anhand dieser Daten abgebildet werden. Die Inanspruchnahme von Leistungen, die Menge und die Kosten des Verbrauchs von Heil- und Hilfsmitteln der Versicherten der BARMER können untersucht und in Beziehung gesetzt werden zu Patientenmerkmalen wie Alter, Geschlecht, dokumentierten Erkrankungen und der Behandlung. Auch Betrachtungen des Leistungsgeschehens im Vergleich der Bundesländer sind möglich.

Abrechnungsdaten werden im Rahmen der Versorgungsforschung regelhaft genutzt. Sie werden als Sekundär- oder Routinedaten bezeichnet, da ihr primärer Erfassungsgrund die Abrechnung erbrachter Leistungen und nicht die detaillierte und vollständige Abbildung der Erkrankungen und durchgeführter Behandlungen ist. Die wissenschaftliche Analyse stellt damit eine Sekundärnutzung dieser Daten dar. Für diese Nutzung im Rahmen der Versorgungsforschung gibt es Standards zur Aufbereitung der Abrechnungsdaten, ihrer Analyse und der Ergebnisinterpretation, die auch in diesem Report berücksichtigt worden sind. Dies sind unter anderem die „Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung von Guter Epidemiologischer Praxis“ – GEP (Arbeitsgruppe Epidemiologische Methoden der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Epidemiologie – DAE 2016) und „Gute Praxis der Sekundärdatenanalyse“ – GPS (Swart et al. 2014).

Ein wichtiger in diesen Leitlinien enthaltener Aspekt ist der Datenschutz. Zulässig ist aus datenschutzrechtlichen Gründen ausschließlich die Verarbeitung anonymisierter oder pseudonymisierter Daten. Das bedeutet, dass weder die Identität der individuell versicherten Person noch die Identität der individuellen Leistungserbringer nachvollziehbar sein dürfen. Bei der Anonymisierung werden die Identitätskennzeichen der Versicherten ersatzlos entfernt. Für viele Untersuchungen ist dies adäquat, etwa um für alle Versicherten Aussagen zur Inanspruchnahme von Leistungen, etwa nach Alter,

Geschlecht oder Bundesland differenziert, zu treffen. Aber nicht alle Aspekte können auf Basis anonymisierter Daten untersucht werden. Um Behandlungsprozesse zu analysieren und beispielsweise Behandler und Patienten zusammenzuführen, werden Identitätskennzeichen durch Pseudo-Versichertennummern beziehungsweise Pseudo-Leistungserbringernummern ersetzt. Ohne Möglichkeit des Rückschlusses auf einzelne Versicherte oder Leistungserbringer ist dadurch eine versichertenbezogene Datenanalyse realisierbar. Die Pseudonymisierung ermöglicht es, die individuelle Leistungsanspruchnahme der Versicherten im Zeitverlauf abzubilden.

Mit diesen Methoden ist es möglich, das Leistungsgeschehen für Heil- und Hilfsmittel detailliert zu beschreiben und Veränderungen zu identifizieren und zu quantifizieren. Allerdings sind dabei die Grenzen der Aussagekraft einer Sekundärdatenanalyse zu beachten. Diese beruhen erstens auf dem Fehlen von medizinischen Daten, wie beispielsweise erkrankungsrelevanten Patientenfaktoren, Erkrankungsschwere und Symptomatik, oder einer Selbstmedikation und Selbstbehandlung wie etwa durch sportliche Aktivität. Auch selbst finanzierte Hilfsmittel sind nicht erfasst. Zweitens ist auch zu berücksichtigen, dass die Validität der Diagnosen geprüft werden kann.

Grundgesamtheit

Die Analysen beziehen sich auf alle Versicherten der BARMER im Betrachtungszeitraum. Dies umfasst sowohl die beitragszahlenden Mitglieder als auch Rentner und Familienangehörige, die im jeweiligen Beobachtungsjahr mindestens einen Tag bei der BARMER versichert waren.

Datengrundlage

Die Datengrundlage bilden die Versicherten- und Abrechnungsdaten der BARMER der Jahre 2014 bis 2016. Die Verwendung der Daten mehrerer Jahre erlaubt die Analyse der Inanspruchnahme von Heil- und Hilfsmitteln im zeitlichen Verlauf, wodurch die Kosten- und Mengenentwicklung innerhalb des definierten Zeitraums beschrieben werden kann.

Art und Umfang berücksichtigter Daten zu Versicherten

Neben den Abrechnungsdaten zu Heil- und Hilfsmitteln werden je nach Fragestellung auch Abrechnungsdaten der ambulanten und stationären Versorgung einbezogen. Berücksichtigte Informationen zu Versicherten umfassen Alter, Geschlecht, Wohnort, Versichertenzeiten und je nach Fragestellung kodierte Diagnosen und in Anspruch genommene Leistungen. Die Daten der ambulanten und stationären Versorgung dienen dazu, die Morbidität der Versicherten darzustellen. Diagnosen hierfür liegen nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM) kodiert vor. Berücksichtigt werden Entlassungsdiagnosen aus dem stationären Bereich und Diagnosen aus dem ambulanten Bereich, wenn sie in mindestens zwei Quartalen kodiert wurden.

Daten zum Heil- und Hilfsmittelverbrauch

Die Darstellung des Heil- und Hilfsmittelverbrauchs erfolgt auf Grundlage der Abrechnungsdaten gemäß § 302 des fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V). Diese Daten umfassen die Leistungen aus dem Bereich Heil- und Hilfsmittel. Die zeitliche Einordnung von Leistungen orientiert sich an dem Verordnungszeitpunkt. Im vorliegenden Report werden alle in dem jeweiligen Jahr verordneten Heil- und Hilfsmittel, die bis Ende März des darauffolgenden Jahres erbracht und abgerechnet wurden, berücksichtigt und dem Verordnungsjahr zugeordnet. Die dargestellten Kennzahlen umfassen hierbei nur die über die BARMER abgerechneten Heil- und Hilfsmittel. Verordnungen, die durch Versicherte nicht eingelöst wurden, privat finanzierte Heil- und Hilfsmittel sowie nicht genehmigte Hilfsmittel werden nicht erfasst. Somit wird im vorliegenden Report die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln aus Perspektive der Krankenkasse vollständig abgebildet.

Die Detailanalyse der vorliegenden Daten stützt sich auf die Heilmittel- (Gemeinsamer Bundesausschuss 2011) beziehungsweise die Hilfsmittel-Richtlinie (Gemeinsamer Bundesausschuss 2016). Hierdurch können Aussagen zur Art und Menge der Heil- und Hilfsmittelverordnungen sowie zur Indikation der Heilmittelverordnung getroffen werden.

Heilmittel

Alle Heilmittelleistungen sind im bundeseinheitlichen Heilmittelkatalog (Gemeinsamer Bundesausschuss 2011) erfasst. Dies ermöglicht eine eindeutige Zuordnung der einzelnen Maßnahmen zu einem der folgenden Therapiebereiche: Physiotherapie, podologische Therapie beziehungsweise Ergotherapie oder Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie. Zudem werden die einzelnen Maßnahmen für die Abrechnung nach § 302 SGB V durch Positionsnummern verschlüsselt. Analog werden auf diese Art sonstige Leistungen, die im Zusammenhang mit der Heilmittelmaßnahme stehen (etwa Wegegeelder), abgerechnet. Die Positionsnummer erlaubt es außerdem zu identifizieren, um welche Art von Leistungserbringer der Heilmittelmaßnahme es sich handelt. Weiterhin umfasst jede Verordnung von Heilmitteln die Angabe eines Indikationsschlüssels. Dieser Schlüssel enthält neben der Indikation der Heilmittelverordnung zum Teil auch Informationen hinsichtlich des zu erwartenden Behandlungszeitraums (prognostisch kurzzeitiger beziehungsweise prognostisch langfristiger Behandlungsbedarf). Diese Informationen bilden die Grundlage für die Auswertungen in diesem Report.

Hilfsmittel

Auch die Abrechnung der Hilfsmittel erfolgt bei einer Krankenkasse unter Verwendung von Positionsnummern. Der Aufbau dieser Positionsnummer unterscheidet sich von denen, die für Heilmittel verwendet werden. Anhand der Hilfsmittelpositionsnummer ist eine eindeutige Zuordnung von Hilfsmitteln zu den unterschiedlichen Produktgruppen möglich. Das Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes beschreibt außerdem die Zuordnung der Hilfsmittel zu Untergruppen und Produktarten bis hin zur konkreten Bezeichnung des Einzelproduktes. Das Hilfsmittelverzeichnis wird unter Berücksichtigung der relevanten gesetzlichen Vorschriften vom GKV-Spitzenverband erstellt und fortlaufend aktualisiert (www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hilfsmittel/hilfsmittelverzeichnis/hilfsmittelverzeichnis.jsp, einsehbar unter https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/hmvAnzeigen_input.action).

Neben den Positionsnummern des Hilfsmittelverzeichnisses existieren weitere Listen mit Pseudopositionsnummern, wie sie beispielsweise der Verband der Ersatzkassen führt. Diese können anstelle der Positionsnummern des Hilfsmittelverzeichnisses

verwendet werden, wenn beispielsweise Produkte verordnet werden, die in besonderen Vergütungsformen geregelt sind. Aufgrund der Ausgabenrelevanz der mit diesen Pseudopositionsnummern verschlüsselten Produkte sind die für die BARMER gültigen Pseudopositionsnummern in die Auswertungen in diesem Report einbezogen worden.

Verordnungsquoten und mittlere Leistungsausgaben

Im vorliegenden Report werden Kennzahlen zu den Verordnungsquoten und zu den mittleren Leistungsausgaben ausgewiesen. Diese Werte werden jeweils für das entsprechende Kalenderjahr erfasst. Die Verordnungsquoten beschreiben den Anteil der Versicherten innerhalb der Grundpopulation beziehungsweise einer Untergruppe, die eine Verordnung der betrachteten Heil- oder Hilfsmittel bekommen hat. Die mittleren Leistungsausgaben stellen die Kosten dar, die für alle Versicherten der betrachteten Population entstehen (und damit nicht die mittleren Kosten im Falle einer Verordnung).

Standardisierung

Einen Teil der in diesem Report dargestellten Ergebnisse betreffen Auswertungen getrennt nach den einzelnen Bundesländern. Ziel dieser Analysen ist es, die Variation zwischen den Bundesländern abzubilden. Diese Variationen können vielseitige Gründe haben, die sich nicht immer eindeutig identifizieren lassen. Ursachen können zum Beispiel unterschiedliches Ordnungsverhalten von Ärzten oder unterschiedliche Nachfrage von Leistungen aufgrund verschiedener Angebotsstrukturen auf Landesebene sein. Als wesentliche Einflussfaktoren für die Inanspruchnahme von Heil- oder Hilfsmitteln gelten Alter und Geschlecht. Ein Vergleich einzelner Bundesländer miteinander ist daher am aussagekräftigsten, wenn Verzerrungen zwischen den Ländern, die durch unterschiedliche Alters- und Geschlechtsstrukturen ausgelöst sind, nivelliert werden. Dies kann durch eine Standardisierung der Daten bezüglich Alter und Geschlecht erreicht werden.

Zum Ausgleich dieser Unterschiede findet innerhalb dieses Reportes stets eine direkte Standardisierung (Robert Koch Institut – RKI 2017) unter Verwendung der Alters- und Geschlechtsgruppen der Statistik über Versicherte, gegliedert nach Status, Alter,

Wohnort und Kassenart, statt. Hinweise zur KM6-Statistik finden sich bei der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Bei den Auswertungen nach Bundesländern werden somit nicht die tatsächlichen, sondern die standardisierten Verordnungsquoten beziehungsweise Leistungsausgaben dargestellt, die Werte repräsentieren, als wäre die Alters- und Geschlechtsstruktur der Versicherten in den jeweiligen Bundesländern mit derjenigen der gesamten gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2016 identisch. Dies ermöglicht es, verschiedene Bundesländer unabhängig von Alters- und Geschlechtsstrukturen und deren Effekten standardisiert miteinander zu vergleichen.

5.2 Methodik der Analysen zur Verordnung von TENS-Geräten

Zur Analyse der Versorgungssituation von Patienten mit TENS-Geräten wurde die Verordnung eines TENS-Gerätes im Jahr 2014, 2015 oder 2016 als Aufgreifkriterium für zu analysierende Versicherte der BARMER genutzt. Die Grundgesamtheit dieser Analysen sind damit alle BARMER-Versicherten, denen im Untersuchungszeitraum ein TENS-Gerät verordnet worden ist.

Die Identifikation der TENS-Verordnung erfolgte anhand der sogenannten Positionsnummer der Hilfsmittelverordnungen, die jedem Hilfsmittel eine eindeutige Abrechnungsnummer unter Verwendung des Hilfsmittelverzeichnisses des GKV-Spitzenverbandes zuordnet. TENS-Geräte werden in diesem Verzeichnis der Produktgruppe 09 (Elektrostimulationsgeräte) mit Anwendungsort 37 (Nerven/Muskel) in den Untergruppen 01 (Niederfrequente Elektrostimulationsgeräte zur Schmerzbehandlung) und 02 (Niederfrequente Elektrostimulationsgeräte zur Muskelstimulation) geführt.

Die Informationen zur Fachgruppe des Arztes stammen dabei aus den letzten beiden Stellen der Lebenslangen Arztnummer (Kassenärztliche Bundesvereinigung – KBV 2017).

Es wurden alle Versicherten, die an Rückenschmerzen litten und gleichzeitig keine schwerwiegendere Erkrankung des Rückens aufwiesen, analysiert. Hierzu wurden die Patienten, die mindestens eine Diagnose Rückenschmerz (ICD M54) und gleichzeitig keine Diagnose einer anderen Erkrankung des Rückens oder der Wirbelsäule (ICD

M40-M53) aufwiesen, erfasst. Aus dieser Grundgesamtheit wurden für das Jahr 2015 zwei Sub-Populationen selektiert. Zunächst wurden Patienten, die in genau einem Quartal 2015 eine Diagnose Rückenschmerz hatten und im Jahr 2014 keine derartige Diagnose besaßen, als Patienten mit akuten Rückenschmerzen identifiziert. Weiterhin wurden Patienten, die in mindestens einem Quartal 2015 und in mindestens zwei unterschiedlichen Quartalen 2014 und 2015 die Diagnose Rückenschmerz besaßen, als Patienten mit chronischem Rückenschmerz aufgefasst. Für diese beiden Populationen wurde anschließend überprüft, wie hoch der Anteil der Patienten war, denen ein TENS-Gerät verordnet worden ist.

Verglichen wurden Patienten mit einer Erkrankung des Rückens mit Verordnung eines TENS-Gerätes mit denjenigen ohne Verordnung eines TENS-Gerätes. Um zu gewährleisten, dass diese beiden Gruppen miteinander vergleichbar sind, wurde ein statistisches Verfahren angewendet, damit die oben genannten Unterschiede, die durch ein selektives Verordnungsgeschehen begründet sein können, nivelliert werden. Um dies zu erreichen, wurde ein Propensity-Score-Matching (Rosenbaum und Rubin: 41-55) durchgeführt. Hierbei handelt es sich um ein statistisches Verfahren, das einer Gruppe von Individuen sogenannte statistische Zwillinge aus einer zweiten Gruppe von Individuen zuordnen kann. Hier bedeutet dies, dass den Patienten mit TENS-Verordnung Vergleichspartner ohne TENS-Verordnung so zugeordnet werden, dass die Gruppen in den Dimensionen Alter, Geschlecht, diagnostizierte Morbidität und Ressourcenverbräuche möglichst gut übereinstimmen. Kann zu einem Patienten mit TENS-Verordnung kein geeignetes Vergleichsindividuum gefunden werden, so wird dieser Patient für die Analysen nicht berücksichtigt.

Um die Wirkung des TENS-Gerätes nicht isoliert, sondern in Kombination mit Heilmitteln, die zur Therapie der Erkrankung des Rückens eingesetzt werden, zu bewerten, wurden die Patienten, die erstmals eine TENS-Verordnung und im gleichen Quartal eine physiotherapeutische Behandlung aufwiesen, im Zeitverlauf mit Patienten verglichen, die nur die gleiche physiotherapeutische Heilmittelanwendung erhielten.

5.3 Definitiorische Grundlagen und wichtige Fakten zu Heil- und Hilfsmitteln

Definition von Heilmitteln

Die Heilmittel-Richtlinie des G-BA definiert Heilmittel als persönlich zu erbringende medizinische Leistungen. Diese umfassen die Maßnahmen der Physikalischen Therapie (§§ 18 bis 25), der Podologischen Therapie (§ 28 Absatz 4 Nummer 1 bis 4), der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (Logopädie, §§ 31 bis 33) und der Ergotherapie (§§ 36 bis 40). Die Richtlinie bezieht sich auf die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. Die Verordnung (kur-)ortsspezifischer Heilmittel ist ausgenommen.

Physikalische Therapie (Physiotherapie)

Unter Physiotherapie versteht man eine Form spezifischen Trainings und der äußerlichen Anwendung von Heilmitteln mit dem Ziel, die Bewegungs- und Funktionsfähigkeit des menschlichen Körpers wiederherzustellen, zu verbessern oder zu erhalten. Dabei zielt die Behandlung einerseits auf natürliche, physiologische Reaktionen des Organismus selbst und andererseits auf ein verbessertes Verständnis der Funktionsweise des Organismus seitens des behandelten Patienten, um einen zukünftig verbesserten eigenverantwortlichen Umgang mit dem eigenen Körper zu erreichen. Beispiele für Heilmittel im Bereich der physikalischen Therapie sind die klassische Massagetherapie oder Krankengymnastik.

Podologie

Die Podologie beschreibt die nichtärztliche Heilkunde am Fuß. Podologische Therapie wird verordnet, wenn eine Erkrankung an Diabetes mellitus zu krankhaften Fußschädigungen geführt hat. Die Maßnahmen umfassen präventive und kurative therapeutische Maßnahmen. Bei Folgeschäden am Fuß im Sinne eines Diabetischen Fußsyndroms (DFS) kann eine podologische Behandlung erfolgen. Podologische Maßnahmen sind grundsätzlich auch bei anderen Krankheitsbildern denkbar, in der GKV ist die Leistungspflicht aber zum aktuellen Zeitpunkt auf das Diabetische Fußsyndrom begrenzt.

Logopädie

Unter Logopädie versteht man die Fachdisziplin, die sich mit Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckbeeinträchtigungen beschäftigt. Die Logopädie dient der Wiederherstellung der sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten. Dies umfasst die Prävention, Beratung, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation auf den Gebieten der Stimme, Stimmstörungen und Stimmtherapie, des Sprechens, der Sprechstörung und Sprechtherapie, der Sprache, Sprachstörung und Sprachtherapie sowie des Schluckens, der Schluckstörung und Schlucktherapie.

Ergotherapie

Unter Ergotherapie versteht man eine Therapieform, die Menschen jeden Alters unterstützt und begleitet, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Die Ergotherapie umfasst beispielsweise Beratungen, etwa zur Anpassung von Schule, Arbeitsplatz, Wohnraum und Umfeld an krankheitsbedingte Einschränkungen. Im Sinne einer ganzheitlichen Sichtweise auf den Menschen, die von einer wechselseitigen Bedeutsamkeit menschlicher Handlungen auf die jeweilige personenbezogene Umwelt ausgeht, ist es das Ziel von Ergotherapie, diese Menschen bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Tätigkeiten in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken und somit Handlungsfähigkeit im Alltag wiederherzustellen oder zu erhalten, die Lebensqualität zu verbessern und gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen.

Definition von Hilfsmitteln

Während es sich bei den Heilmitteln um Therapiemaßnahmen handelt, versteht man unter Hilfsmitteln Sachmittel, die von den Krankenkassen im Rahmen der Behandlung erbracht werden. Nach § 33 Artikel 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf eine Versorgung mit Hilfsmitteln, die erforderlich sind, um den Behandlungserfolg im Krankheitsfall zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Hilfsmittel können körperliche oder geistige Funktionseinschränkungen ausgleichen oder therapeutischen Zwecken dienen. Ihr Einsatz ermöglicht den betroffenen Menschen zum Beispiel Mobilität, Alltagsaktivitäten oder Kommunikation. Allgemein werden Hilfsmittel zu den Medizinprodukten gezählt, hingegen sind nicht alle Medizinprodukte Hilfsmittel.

Klassische Hilfsmittel sind Hör- und Sehhilfen, Gehhilfen oder Rollstühle. Auch orthopädische Schuhe, Einlagen, Kompressionsstrümpfe, Prothesen oder Blutzuckermessgeräte zählen zu den Hilfsmitteln. Darüber hinaus gehören Verbrauchsartikel wie Inkontinenzhilfen und Stomaartikel zur Gruppe der Hilfsmittel.

Der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) erstellt nach § 139 SGB V ein Hilfsmittelverzeichnis (Tabelle 5.1), in dem sich auch das Pflegehilfsmittelverzeichnis befindet. Dieses Verzeichnis führt von der Leistungspflicht der Krankenkassen (und der Pflegekassen) umfasste Hilfsmittel auf und gliedert sich in unterschiedliche Produktgruppen (je nach Therapieziel), die nachfolgend aufgeführt werden.

Tabelle 5.1: Produktgruppen gemäß Hilfsmittelverzeichnis des G-BA

Produktgruppe	Bezeichnung
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	Kranken-/Behindertenfahrzeuge
19	Krankenpflegeartikel
20	Lagerungshilfen
21	Messgeräte für Körperzustände
22	Mobilitätshilfen
23	Orthesen/Schienen
24	Prothesen

Produkt- gruppe	Bezeichnung
25	Sehhilfen
26	Sitzhilfen
27	Sprechhilfen
28	Stehhilfen
29	Stomaartikel
30	nicht besetzt
31	Schuhe
32	therapeutische Bewegungsgeräte
33	Toilettenhilfen
50	Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege
51	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene
52	Pflegehilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung/Mobilität
53	Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden
54	zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel
98	sonstige Pflegehilfsmittel
99	Verschiedenes

5.4 Häufige Fragen und Antworten zu Heil- und Hilfsmitteln



Was versteht man genau unter Heilmitteln?

Heilmittel sind nach einer Richtlinie des G-BA als persönlich zu erbringende medizinische Leistungen definiert. Sie umfassen die einzelnen Maßnahmen der Physikalischen Therapie, der Podologischen Therapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (Logopädie) sowie der Ergotherapie. Beispiele für Heilmittel im Bereich der physikalischen Therapie sind die klassische Massagetherapie, Krankengymnastik oder Lymphdrainage. Podologische Therapie wird verordnet, wenn eine Erkrankung an Diabetes mellitus zu krankhaften Fußschädigungen geführt hat. Auch die Sprachtherapie, die der Wiederherstellung der sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten dient, oder Maßnahmen der Ergotherapie wie eine motorisch-funktionelle Behandlung zur Entwicklung oder Verbesserung der Grob- und Feinmotorik sind Beispiele für verordnete Heilmittel.



Was sind Hilfsmittel?

Unter Hilfsmitteln versteht man Sachleistungen, die von den Krankenkassen im Rahmen der Behandlung erbracht werden. Versicherte haben Anspruch auf eine Versorgung mit Hilfsmitteln, die erforderlich sind, um den Behandlungserfolg im Krankheitsfall zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Hilfsmittel können körperliche oder geistige Funktionseinschränkungen ausgleichen oder therapeutischen Zwecken dienen. Klassische Hilfsmittel sind Hör- und Sehhilfen, Gehhilfen oder Rollstühle. Auch orthopädische Schuhe, Einlagen, Kompressionsstrümpfe, Prothesen oder Blutzuckermessgeräte können solche Hilfsmittel sein. Darüber hinaus gehören Verbrauchsartikel wie Inkontinenzhilfen und Stomaartikel zu der Gruppe der Hilfsmittel. Die Krankenkasse kann in geeigneten Fällen vor der Bewilligung eines Hilfsmittels durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) prüfen lassen, ob das Hilfsmittel erforderlich ist.



Was ist das Hilfsmittelverzeichnis und wo findet man die aktuelle Version?

Der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) erstellt nach § 139 SGB V ein Hilfsmittelverzeichnis inklusive Pflegehilfsmittelverzeichnis. Das Hilfsmittelverzeichnis führt die von der Leistungspflicht der Krankenkassen (und der Pflegekassen) umfassten Hilfsmittel auf. Das Verzeichnis gliedert sich in unterschiedliche Produktgruppen (je nach Therapieziel). Das aktuelle Hilfsmittelverzeichnis veröffentlicht der GKV-SV auf seiner Internetseite.



Gibt es eine Verordnungspflicht für Hilfsmittel?

In der Regel verlangen die Krankenkassen grundsätzlich eine ärztliche Verordnung. Die Verordnung von Hilfsmitteln regelt der G-BA in der Hilfsmittel-Richtlinie. Grundsätzlich ist es notwendig, dass die Krankenkassen eine Genehmigung für ein Hilfsmittel erteilen (es sei denn, sie haben in ihren Verträgen auf eine Genehmigung verzichtet und eine direkte Abrechnung durch ihren Vertragspartner ermöglicht). Hat eine Krankenkasse ein Hilfsmittel genehmigt, kann der Versicherte dieses nur von Anbietern beziehen, mit denen seine Krankenkasse einen Vertrag geschlossen hat (dies gilt auch für

direktabrechnungsfähige Hilfsmittel). In Ausnahmefällen und bei berechtigtem Interesse können Versicherte abweichend davon einen anderen Leistungserbringer wählen, müssen dann jedoch eventuelle Mehrkosten selbst übernehmen. In der Regel erstatten die gesetzlichen Krankenkassen nur die Kosten für Produkte, die im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt werden.



Wann und wie werden Heilmittel verordnet?

Auch die Verordnung von Heilmitteln regelt der G-BA in einer entsprechenden Richtlinie. Sie basiert auf der Grundannahme, dass ein Therapieziel in der Regel mit einer Höchstmenge an bestimmten Behandlungen erreicht werden kann. Der Heilmittelkatalog regelt diese Gesamtverordnungsmengen. Zunächst kann nur eine in diesem Katalog definierte Teilmenge verordnet werden – die sogenannte Erstverordnung (bei Erkrankungen mit voraussichtlich kurzfristigem Verlauf bis zu sechs beziehungsweise zehn Behandlungen; bei Erkrankungen mit voraussichtlich langfristigem Verlauf auch zwölf und mehr Behandlungen). Falls der Arzt es für notwendig erachtet, kann er nach Begutachtung des Zustandes des Patienten Folgebehandlungen verordnen, bis die Gesamtverordnungsmenge erreicht ist. Bei besonders schweren Erkrankungen kann der Arzt auch über diese Gesamtverordnungsmenge hinaus Heilmittel verordnen (sogenannte Verordnung außerhalb des Regelfalls). Diese Verordnungen müssen von der Krankenkasse genehmigt werden, wenn die Krankenkasse nicht auf die Genehmigung verzichtet hat. Die Abgabe von Heilmitteln zulasten der GKV setzt eine Verordnung durch einen Vertragsarzt voraus. Seit dem 1. Juli 2017 können gemäß der Heilmittel-Richtlinie auch Zahnärzte bei bestimmten Indikationen Maßnahmen der Physiotherapie und physikalischen Therapie sowie der Sprech- und Sprachtherapie verordnen. Heilmittel können zulasten der Krankenkassen nur verordnet werden, wenn sie notwendig sind. Maßnahmen, deren therapeutischer Nutzen nicht nachgewiesen ist, sind im Rahmen der GKV nicht verordnungsfähig.



Welche Rolle spielt der Gemeinsame Bundesausschuss?

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist eine Einrichtung, der eine Schlüsselrolle im deutschen Gesundheitswesen zukommt. Ihm obliegt es, rechtsverbindliche Entscheidungen im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu treffen. Damit betreffen seine Verordnungen und Richtlinien etwa 70 Millionen gesetzlich krankenversicherte Menschen in Deutschland. Sowohl die Hilfsmittel- als auch die Heilmittel-Richtlinie sowie viele weitere Richtlinien und Verordnungen werden vom G-BA formuliert, beschlossen und laufend aktualisiert. Diese Richtlinien sind für alle gesetzlich Krankenversicherten, Ärzte und Leistungserbringer in der GKV rechtlich bindend.



Woran erkennt man ein Hilfsmittel in guter Qualität?

Im Hilfsmittelverzeichnis können besondere Qualitätsanforderungen für Hilfsmittel im Hinblick auf ihre Indikation und ihren Einsatz festgeschrieben werden. Ein Hilfsmittel wird grundsätzlich nur in den Katalog aufgenommen, wenn der Hersteller die festgelegten Qualitätsanforderungen erfüllt. In der Regel reicht die CE-Kennzeichnung aus, in Einzelfällen kann jedoch der Nachweis über zusätzliche Prüfungen gefordert werden. Die Krankenkassen sowie ihre Verbände und Arbeitsgemeinschaften müssen in den Verträgen nach § 127 SGB V sicherstellen, dass bei der Abgabe von Hilfsmitteln die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V festgelegten Qualitätsanforderungen an die Versorgung und die Produkte einschließlich der zusätzlich zu erbringenden Leistungen beachtet werden. Grundsätzlich soll ein Vertragsarzt überprüfen, ob das Hilfsmittel der Verordnung entspricht und ob es den vorgesehenen Zweck erfüllt, insbesondere dann, wenn es individuell angefertigt wurde. Generell zeichnet sich ein „gutes“ Hilfsmittel dadurch aus, dass es die individuelle Behinderung oder Einschränkung des Versicherten ausreichend ausgleicht.



Muss das Hilfsmittel am Ende einer Behandlung zurückgegeben werden?

Auf diese Frage lassen sich unterschiedliche Antworten geben: Verbrauchshilfsmittel werden nicht zurückgegeben. Gebrauchshilfsmittel müssen grundsätzlich auch bei starkem und regelmäßigem Gebrauch zurückgegeben werden, es sei denn, sie sind individuell angepasst und auch nicht mehr auf andere Patienten anpassbar (wie etwa orthopädische Schuhe oder Einlagen). Hilfsmittel können durch die Krankenkassen auch leihweise überlassen werden (G-BA 2016). Hilfsmittel, die also zur leihweisen Benutzung übergeben wurden und Eigentum der Krankenkasse oder Eigentum eines Leistungserbringers sind, müssen je nach vertraglicher Rahmenbedingung zurückgegeben werden. Sie werden nach Ablauf der Behandlung zum Beispiel an die Apotheke oder das Sanitätshaus zurückgegeben. Die Nutzungskosten werden mit einer Verordnung von den Krankenkassen übernommen. Hilfsmittel, die in das Eigentum des Versicherten übergehen (etwa spezielle Maßanfertigungen), oder Hilfsmittel von geringem Wert (beispielsweise Krücken) müssen nicht zurückgegeben werden.

6 Verzeichnisse

6.1 Abkürzungsverzeichnis

G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GEP	Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung von Guter Epidemiologischer Praxis
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	GKV-Spitzenverband
GKV-VSG	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz
GPS	Gute Praxis der Sekundärdatenanalyse
HHVG	Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG)
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification
PG	Produktgruppe des Hilfsmittelverzeichnisses
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
SVR	Sachverständigenrat
TENS	Transkutane elektrische Nervenstimulation

6.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1:	Veränderungsrate im Jahr 2016 in Prozent bei Grundlohn, Hilfsmitteln und Heilmitteln	10
Abbildung 3.1:	Kostenanteile nach Heilmittelart.....	27
Abbildung 3.2:	Kostenzunahme nach Heilmittelart 2015 und 2016 in Euro	29
Abbildung 3.3:	Veränderung der Ausgaben für Physiotherapie in Euro im Zeitvergleich.....	31
Abbildung 3.4:	Anteilige Kosten für Physiotherapie nach Leistungsart im Jahr 2016 in Prozent.....	32
Abbildung 3.5:	Abweichungen von der mittleren Veränderung für Physiotherapie nach Bundesländern im Zeitvergleich 2016 gegenüber 2014 in Prozent.....	35
Abbildung 3.6:	Ausgaben für Physiotherapie pro Versicherten im Jahr 2016 nach Bundesländern in Euro.....	37
Abbildung 3.7:	Veränderung der Ausgaben für Physiotherapie im Vergleich der Jahre 2016 und 2014 nach Bundesländern in Prozent.....	38
Abbildung 3.8:	Abweichung der Veränderung für Physiotherapie des Jahres 2016 im Vergleich zu 2015 vom Mittelwert der Veränderungen nach Bundesländern in Prozent.....	38
Abbildung 3.9:	Kosten pro Versicherten für Physiotherapie im Jahr 2016 nach Altersgruppen und Geschlecht in Euro	40
Abbildung 3.10:	Kosten für Physiotherapie männlicher Versicherter bezogen auf Kosten für weibliche Versicherte im Jahr 2016 in Prozent nach Altersgruppen.....	41
Abbildung 3.11:	Absolute Veränderung der Verordnungshäufigkeit für Physiotherapie in den Jahren 2014 bis 2016 nach Bundesländern	42
Abbildung 3.12:	Entwicklung der absoluten Anzahl der Leistungserbringer für Physiotherapie in den Jahren 2014 bis 2016.....	44
Abbildung 3.13:	Veränderung der Anzahl der Leistungserbringer für Physiotherapie im Vergleich der Jahre 2014 bis 2016 in Prozent.....	44
Abbildung 3.14:	Veränderung der Ausgaben für Ergotherapie in Euro im Zeitvergleich.....	46

Abbildung 3.15: Anteilige Kosten für Ergotherapie nach Leistungsart im Jahr 2016 in Prozent.....	47
Abbildung 3.16: Abweichungen von der mittleren Veränderung für Ergotherapie nach Bundesländern im Zeitvergleich 2016 gegenüber 2014 in Prozent.....	49
Abbildung 3.17: Ausgaben für Ergotherapie pro Versicherten im Jahr 2016 nach Bundesländern in Euro.....	51
Abbildung 3.18: Abweichung der Veränderung für Ergotherapie des Jahres 2016 im Vergleich zu 2015 vom Mittelwert der Veränderungen nach Bundesländern in Prozent.....	52
Abbildung 3.19: Kosten pro Versicherten für Ergotherapie im Jahr 2016 nach Altersgruppen und Geschlecht in Euro.....	54
Abbildung 3.20: Kosten für Ergotherapie männlicher Versicherter bezogen auf Kosten für weibliche Versicherte im Jahr 2016 in Prozent nach Altersgruppen.....	54
Abbildung 3.21: Absolute Veränderung der Verordnungshäufigkeit für Ergo- therapie in den Jahren 2014 bis 2016 nach Bundesländern.....	56
Abbildung 3.22: Entwicklung der absoluten Anzahl der Leistungserbringer für Ergotherapie in den Jahren 2014 bis 2016.....	57
Abbildung 3.23: Veränderung der Anzahl der Leistungserbringer für Ergotherapie im Vergleich der Jahre 2014 bis 2016 in Prozent.....	58
Abbildung 3.24: Veränderung der Ausgaben für Logopädie in Euro im Zeitvergleich.	60
Abbildung 3.25: Anteilige Kosten für Logopädie nach Leistungsart im Jahr 2016 in Prozent.....	61
Abbildung 3.26: Abweichungen von der mittleren Veränderung für Logopädie nach Bundesländern im Zeitvergleich 2016 gegenüber 2014 in Prozent.....	63
Abbildung 3.27: Ausgaben für Logopädie pro Versicherten im Jahr 2016 nach Bundesländern in Euro.....	65
Abbildung 3.28: Veränderung der Ausgaben für Logopädie im Vergleich der Jahre 2016 und 2014 nach Bundesländern in Prozent.....	66

Abbildung 3.29: Abweichung der Veränderungen vom Mittelwert der Veränderungen für Logopädie im Jahr 2016 im Vergleich zu 2015 nach Bundesländern in Prozent.....	66
Abbildung 3.30: Kosten pro Versicherten für Logopädie im Jahr 2016 nach Altersgruppen und Geschlecht in Euro.....	68
Abbildung 3.31: Kosten für Logopädie männlicher Versicherter bezogen auf Kosten für weibliche Versicherte im Jahr 2016 in Prozent nach Altersgruppen	69
Abbildung 3.32: Absolute Veränderung der Verordnungshäufigkeit für Logopädie in den Jahren 2014 bis 2016 nach Bundesländern.....	71
Abbildung 3.33: Entwicklung der absoluten Anzahl der Leistungserbringer für Logopädie in den Jahren 2014 bis 2016	72
Abbildung 3.34: Veränderung der Anzahl der Leistungserbringer für Logopädie im Vergleich der Jahre 2014 bis 2016 in Prozent	73
Abbildung 3.35: Veränderung der Ausgaben für Podologie in Euro im Zeitvergleich..	74
Abbildung 3.36: Anteilige Kosten für Logopädie nach Leistungsart im Jahr 2016 in Prozent.....	75
Abbildung 3.37: Abweichungen von der mittleren Veränderung für Podologie nach Bundesländern im Zeitvergleich 2016 gegenüber 2014 in Prozent.....	77
Abbildung 3.38: Veränderung für Anteile Podologie des Jahres 2016 im Vergleich zu 2014 nach Bundesländern in Prozent.....	79
Abbildung 3.39: Kosten pro Versicherten für Podologie im Jahr 2016 nach Altersgruppen und Geschlecht in Euro	81
Abbildung 3.40: Kosten für Podologie männlicher Versicherter bezogen auf Kosten für weibliche Versicherte im Jahr 2016 in Prozent nach Altersgruppen	81
Abbildung 3.41: Absolute Veränderung der Verordnungshäufigkeit für Podologie in den Jahren 2014 bis 2016 nach Bundesländern.....	83
Abbildung 3.42: Entwicklung der absoluten Anzahl der Leistungserbringer für Podologie in den Jahren 2014 bis 2016	84
Abbildung 3.43: Veränderung der Anzahl der Leistungserbringer für Podologie im Vergleich der Jahre 2014 bis 2016 in Prozent	85

Abbildung 3.44: Häufigkeit der Hilfsmittelverordnung nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2016.....	91
Abbildung 3.45: Verordnungshäufigkeit von Hilfsmitteln der Produktgruppe 31 bei BARMER-Versicherten im Jahr 2016 nach Alter und Geschlecht....	95
Abbildung 3.46: Verordnungshäufigkeit von orthopädischen Maßschuhen bei BARMER-Versicherten im Jahr 2016 nach Alter und Geschlecht	97
Abbildung 3.47: Verordnungshäufigkeit von Zurichtungen am Konfektionsschuh bei BARMER-Versicherten im Jahr 2016 nach Alter und Geschlecht..	100
Abbildung 3.48: Anteil BARMER-Versicherter mit PG 08 Einlagen-Verordnung im Jahr 2016 nach Alter und Geschlecht.....	102
Abbildung 3.49: Anteil Versicherter mit Verordnung einer Festbetragseinlage im Jahr 2016 nach Alter und Geschlecht.....	104
Abbildung 3.50: Anteil von Versicherten mit Einlagen in Sonderanfertigung nach Alter und Geschlecht.....	107
Abbildung 4.1: Relative Veränderung der TENS-Verordnungen bei BARMER-Versicherten im Vergleich zum jeweiligen Vorjahr in Prozent.....	110
Abbildung 4.2: Anteil der Ärzte mit TENS-Verordnungen pro Facharztgruppe.....	112
Abbildung 4.3: Jahresprävalenz der Rückenschmerzdiagnosen (standardisiert)	113
Abbildung 4.4: Anteil der Patienten mit TENS-Verordnung unter Patienten mit ausschließlich Rückenschmerz (M54).....	114
Abbildung 4.5: Auswertungen aller Rücken-Patienten nach dem Vorliegen einer TENS-Verordnung (0 = keine TENS-Verordnung, 1 = TENS-Verordnung) im gleichen Jahr	115
Abbildung 4.6: Kosten für Arzneimittel.....	116
Abbildung 4.7: Kosten für stationäre Behandlung im Krankenhaus	117
Abbildung 4.8: Kosten für Heilmittel.....	118
Abbildung 4.9: Kosten für Analgetika	119
Abbildung 4.10: Kosten für Antirheumatika/Antiphlogistika	119
Abbildung 4.11: Kostenentwicklung für Physiotherapie vier Quartale vor und drei Quartale nach TENS-Verordnung (t = 0) im Vergleich zur Kontrollgruppe	122

Abbildung 4.12: Kostenentwicklung für Hilfsmittel vier Quartale vor und drei Quartale nach TENS-Verordnung ($t = 0$) im Vergleich zur Kontrollgruppe	122
Abbildung 4.13: Kostenentwicklung für Arzneimittel vier Quartale vor und drei Quartale nach TENS-Verordnung ($t = 0$) im Vergleich zur Kontrollgruppe	123
Abbildung 4.14: Anteil ärztlicher Facharztgruppen an der TENS-Verordnung für BARMER-Versicherte im Jahr 2016	125
Abbildung 4.15: Einweisung von Versicherten der BARMER in die Nutzung eines im Jahr 2016 verordneten TENS-Gerätes durch den Arzt, Arzthelfer, Anbieter und Dritte (Angaben in Prozent)	126
Abbildung 4.16: Zufriedenheit mit dem TENS-Gerät nach Altersgruppen auf einer fünfstufigen Skala	127
Abbildung 4.17: Zufriedenheit BARMER-Versicherter mit dem TENS-Gerät und dem Service des Anbieters	128
Abbildung 4.18: Zufriedenheit BARMER-Versicherter mit der BARMER im Zusammenhang mit der TENS-/EMS-Behandlung nach Gerätetyp und Geschlecht	128
Abbildung 4.19: Bisherige Nutzungsdauer des TENS-Gerätes bei den befragten BARMER-Versicherten	129
Abbildung 4.20: Zufriedenheit BARMER-Versicherter mit der TENS-Behandlung nach der Dauer der Nutzung und der Beschwerdeentwicklung	130
Abbildung 4.21: Einfluss der Anwendung des TENS-Gerätes und ergänzender Behandlungen auf die Beschwerdeintensität bei BARMER-Versicherten mit TENS-Verordnung	131
Abbildung 4.22: Einfluss der Anwendung des TENS-Gerätes auf die Dosierung analgetischer Medikation nach Aussagen befragter Versicherter mit TENS-Verordnung	132
Abbildung 4.23: Einschätzung der weiteren Nützlichkeit weiterer Anwendung des TENS-Gerätes durch die befragten Versicherten	132

6.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1:	Anteil von Heil- und Hilfsmitteln an den Leistungsausgaben der GKV in Prozent.....	10
Tabelle 3.1:	Heil- und Hilfsmittel, Ausgaben und Versicherte 2014 bis 2016.....	25
Tabelle 3.2:	Kosten für Heilmittel im Vergleich 2014 bis 2016	28
Tabelle 3.3:	Kosten für Heilmittel im Vergleich 2015 bis 2016	28
Tabelle 3.4:	Entwicklung der Kostenanteile nach Indikation physiotherapeutischer Behandlung im Zeitvergleich 2014 bis 2016.....	30
Tabelle 3.5:	Entwicklung der Gesamtausgaben nach Indikationen physiotherapeutischer Behandlung im Zeitvergleich 2014 bis 2016.....	30
Tabelle 3.6:	Kosten und Veränderungen für Physiotherapie nach Leistungsart im Zeitvergleich der Jahre 2014 bis 2016	32
Tabelle 3.7:	Ausgabenentwicklung für Physiotherapie nach Bundesländern im Zeitvergleich der Jahre 2014 bis 2016 in den Bundesländern	34
Tabelle 3.8:	Ausgabenentwicklung für Physiotherapie pro Versicherten nach Bundesländern im Zeitvergleich der Jahre 2014 bis 2016	35
Tabelle 3.9:	Ausgaben für Physiotherapie pro Versicherten in den Jahren 2014 bis 2016 nach Geschlecht und Altersgruppen in Euro.....	39
Tabelle 3.10:	Entwicklung der Anzahl der Verordnungen für Physiotherapie in den Jahren 2014 bis 2016 nach Bundesländern	41
Tabelle 3.11:	Verordnungsanteil für Physiotherapie in den Jahren 2014 bis 2016 nach Facharztgruppen in Prozent	43
Tabelle 3.12:	Entwicklung der Kostenanteile nach Indikation ergotherapeutischer Behandlung im Zeitvergleich 2014 bis 2016.....	45
Tabelle 3.13:	Entwicklung der Gesamtausgaben nach Indikation ergotherapeutischer Behandlung im Zeitvergleich 2014 bis 2016.....	46
Tabelle 3.14:	Kosten und Veränderungen für Ergotherapie nach Leistungsart im Zeitvergleich der Jahre 2014 bis 2016	47
Tabelle 3.15:	Ausgabenentwicklung für Ergotherapie nach Bundesländern im Zeitvergleich der Jahre 2014 bis 2016	48
Tabelle 3.16:	Ausgabenentwicklung für Ergotherapie pro Versicherten nach Bundesländern im Zeitvergleich der Jahre 2014 bis 2016.....	50

Tabelle 3.17:	Ausgaben für Ergotherapie pro Versicherten in den Jahren 2014 bis 2016 nach Geschlecht und Altersgruppen in Euro.....	52
Tabelle 3.18:	Entwicklung der Anzahl der Verordnungen für Ergotherapie in den Jahren 2014 bis 2016 nach Bundesländern	55
Tabelle 3.19:	Verordnungsanteil für Ergotherapie in den Jahren 2014 bis 2016 nach Facharztgruppen in Prozent.....	56
Tabelle 3.20:	Entwicklung der Kostenanteile nach Indikation logotherapeutischer Behandlung im Zeitvergleich 2014 bis 2016	59
Tabelle 3.21:	Entwicklung der Gesamtausgaben nach Indikation logotherapeutischer Behandlung im Zeitvergleich 2014 bis 2016.....	60
Tabelle 3.22:	Kosten und Veränderungen für Logopädie nach Leistungsart im Zeitvergleich der Jahre 2014 bis 2016	62
Tabelle 3.23:	Ausgabenentwicklung für Logopädie nach Bundesländern im Zeitvergleich der Jahre 2014 bis 2016	62
Tabelle 3.24:	Ausgabenentwicklung für Logopädie pro Versicherten nach Bundesländern im Zeitvergleich der Jahre 2014 bis 2016	64
Tabelle 3.25:	Ausgaben für Logopädie pro Versicherten in den Jahren 2014 bis 2016 nach Geschlecht und Altersgruppen in Euro.....	67
Tabelle 3.26:	Entwicklung der Anzahl der Verordnungen für Logopädie in den Jahren 2014 bis 2016 nach Bundesländern	70
Tabelle 3.27:	Verordnungsanteil für Logopädie in den Jahren 2014 bis 2016 nach Facharztgruppen in Prozent.....	71
Tabelle 3.28:	Entwicklung der Kostenanteile nach Indikation podologischer Behandlung im Zeitvergleich 2014 bis 2016	74
Tabelle 3.29:	Kosten und Veränderungen für Podologie nach Leistungsart im Zeitvergleich der Jahre 2014 bis 2016	75
Tabelle 3.30:	Ausgabenentwicklung für Podologie nach Bundesländern im Zeitvergleich der Jahre 2014 bis 2016	76
Tabelle 3.31:	Ausgabenentwicklung für Podologie pro Versicherten (VS) nach Bundesländern im Zeitvergleich der Jahre 2014 bis 2016.....	78
Tabelle 3.32:	Ausgaben für Podologie pro Versicherten in den Jahren 2014 bis 2016 nach Geschlecht und Altersgruppen in Euro.....	80

Tabelle 3.33:	Entwicklung der Anzahl der Verordnungen für Podologie in den Jahren 2014 bis 2016 nach Bundesländern	82
Tabelle 3.34:	Verordnungsanteil für Podologie in den Jahren 2014 bis 2016 nach Facharztgruppen in Prozent	84
Tabelle 3.35:	Hilfsmittel-Ausgaben für BARMER-Versicherte nach Produkt- gruppen (PG) 2014 bis 2016	86
Tabelle 3.36:	Ausgaben für Hilfsmittel 2014 bis 2016 bezogen auf 100 Versichertenjahre	87
Tabelle 3.37:	Verordnungshäufigkeit von Hilfsmitteln bei BARMER-Versicherten von 2014 bis 2016 nach Produktgruppen (PG)	89
Tabelle 3.38:	Anteil BARMER-Versicherter mit Hilfsmittelverordnung im Jahr 2016 nach Alter und Geschlecht	90
Tabelle 3.39:	Versorgungsunterschiede der Hilfsmittelversorgung bei den Verordnungen nach Bundesländern	92
Tabelle 3.40:	Versorgungsunterschiede der Hilfsmittelversorgung bei den Kosten nach Bundesländern	93
Tabelle 3.41:	Kosten der Untergruppen der Produktgruppe 31 pro 100 Versichertenjahre für die Jahre 2014 bis 2016	94
Tabelle 3.42:	Anzahl der Verordnungen der Untergruppen der Produktgruppe 31 pro 100.000 Versichertenjahre für die Jahre 2014 bis 2016	94
Tabelle 3.43:	Kosten für orthopädische Maßschuhe pro 100 Versichertenjahre für die Jahre 2014 bis 2016 nach Bundesländern	95
Tabelle 3.44:	Verordnungen für orthopädische Maßschuhe pro 100.000 Versicher- tenjahre für die Jahre 2014 bis 2016 nach Bundesländern	96
Tabelle 3.45:	Kosten für Zurichtungen am Konfektionsschuh pro 100 Versicherten- jahre für die Jahre 2014 bis 2016 nach Bundesländern	98
Tabelle 3.46:	Verordnungen für Zurichtungen am Konfektionsschuh pro 100.000 Versichertenjahre für die Jahre 2014 bis 2016 nach Bundesländern	99
Tabelle 3.47:	Kosten für Hilfsmittel der Produktgruppe 08 (und Untergruppen) bei BARMER-Versicherten 2014 bis 2016	100
Tabelle 3.48:	Verordnungen für Hilfsmittel der Produktgruppe 08 und ihre Untergruppen bei BARMER-Versicherten 2014 bis 2016	101

Tabelle 3.49:	Ausgaben für Festbetragseinlagen BARMER-Versicherter in den Jahren 2014 bis 2016 nach Bundesländern	102
Tabelle 3.50:	Anzahl von Verordnungen von Festbetragseinlagen pro 100.000 Versichertenjahre für BARMER-Versicherte im Jahr 2016 nach Bundesländern.....	103
Tabelle 3.51:	Kosten für Einlagen in Sonderanfertigung pro 100 Versichertenjahre nach Bundesländern 2014 bis 2016	105
Tabelle 3.52:	Kosten für Einlagen in Sonderanfertigung pro 100.000 Versichertenjahre nach Bundesländern 2014 bis 2016	106
Tabelle 4.1:	Häufigkeit, Kosten und Verordner von TENS-Geräten für BARMER-Versicherte 2012 bis 2016.....	111
Tabelle 4.2:	Versichertenmerkmale der TENS-Gruppe und der mittels Propensity-Score gebildeten Kontrollgruppe.....	121
Tabelle 4.3:	Alter der Versicherten, welche die Befragung nach TENS-/EMS-Verordnung im Untersuchungszeitraum beantwortet und zurückgeschickt haben.....	124
Tabelle 5.1:	Produktgruppen gemäß Hilfsmittelverzeichnis des G-BA	143

6.4 Literaturverzeichnis

- Bennett, M. I., Hughes, N., Johnson, M. I. (2011): Methodological quality in randomised controlled trials of transcutaneous electric nerve stimulation for pain: low fidelity may explain negative findings. In: *Pain* 152. S. 1226-1232.
- Carroll, D., Tramer, M., Mcquay, H., Nye, B., Moore, A. (1997): Transcutaneous electrical nerve stimulation in labour pain: a systematic review. In: *Br J Obstet Gynaecol* 104. S. 169-175.
- Dubinsky, R. M., Miyasaki, J. (2010): Assessment: efficacy of transcutaneous electric nerve stimulation in the treatment of pain in neurologic disorders (an evidence-based review): report of the Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology. In: *Neurology* 74. S. 173-176.
- Hall, H., Mcintosh, G. (2008): Low back pain (acute). In: *BMJ Clin Evid* 2008.
- Hurlow, A., Bennett, M. I., Robb, K. A., Johnson, M. I., Simpson, K. H., Oxberry, S. G. (2012): Transcutaneous electric nerve stimulation (TENS) for cancer pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, CD006276.
- Jauregui, J. J., Cherian, J. J., Gwam, C. U., Chughtai, M., Mistry, J. B., Elmallah, R. K., Harwin, S. F., Bhave, A., Mont, M. A. (2016): A Meta-Analysis of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation for Chronic Low Back Pain. In: *Surg Technol Int* 28. S. 296-302.
- Johnson, M. (2014): Transcutaneous electrical nerve stimulation: review of effectiveness. In: *Nurs Stand* 28. S. 44-53.
- Johnson, M. I., Paley, C. A., Howe, T. E., Sluka, K. A. (2015): Transcutaneous electrical nerve stimulation for acute pain. *Cochrane Database Syst Rev*, CD006142.
- Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., Jordan, S., Lavender, T., Neilson, J. P. (2012): Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*, CD009234.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung – KBV (2017): Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Absatz 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- sowie der Praxisnetznummern. Berlin. www.kbv.de/media/sp/Arztnummern_Richtlinie.pdf (Download am: 21. November 2017).
- Khadilkar, A., Milne, S., Brosseau, L., Wells, G., Tugwell, P., Robinson, V., Shea, B., Saginur, M. (2005): Transcutaneous electrical nerve stimulation for the treatment of chronic low back pain: a systematic review. In: *Spine (Phila Pa 1976)* 30. S. 2657-2666.

- Robb, K., Oxberry, S. G., Bennett, M. I., Johnson, M. I., Simpson, K. H., Searle, R. D. (2009): A cochrane systematic review of transcutaneous electrical nerve stimulation for cancer pain. In: *J Pain Symptom Manage* 37. S. 746-753.
- Robert Koch Institut – RKI (2017): GBE-Glossar. www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Glossar/glossar_node.html (Download am 21. November 2017).
- Rosenbaum, P. R., Rubin, D. B. (1983): The Central Role of the Propensity Score in Observational Studies for Causal Effects. In: *Biometrika* 70, No. 1 (Apr. 1983). S. 41-55.
- Sbruzzi, G., Silveira, S. A., Silva, D. V., Coronel, C. C., Plentz, R. D. (2012): Transcutaneous electrical nerve stimulation after thoracic surgery: systematic review and meta-analysis of 11 randomized trials. In: *Rev Bras Cir Cardiovasc* 27. S. 75-87.

6.5 Autorenverzeichnis

Thomas Brechtel, Dr. phil., M.A., Sozialwissenschaftler, Geschäftsführer 37 Grad
Analyse und Beratung GmbH, Köln

Daniel Grandt, Prof. Dr. med., Chefarzt Klinik für Innere Medizin I, Klinikum Saarbrücken
gGmbH

Nils Kossack, Diplom-Mathematiker, Leiter Bereich Analytik und Datenmanagement
WIG2 GmbH, Leipzig