



Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 72

Claudia Kemper
Kristin Sauer
Gerd Glaeske

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

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

GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2009

Kurzfassung

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

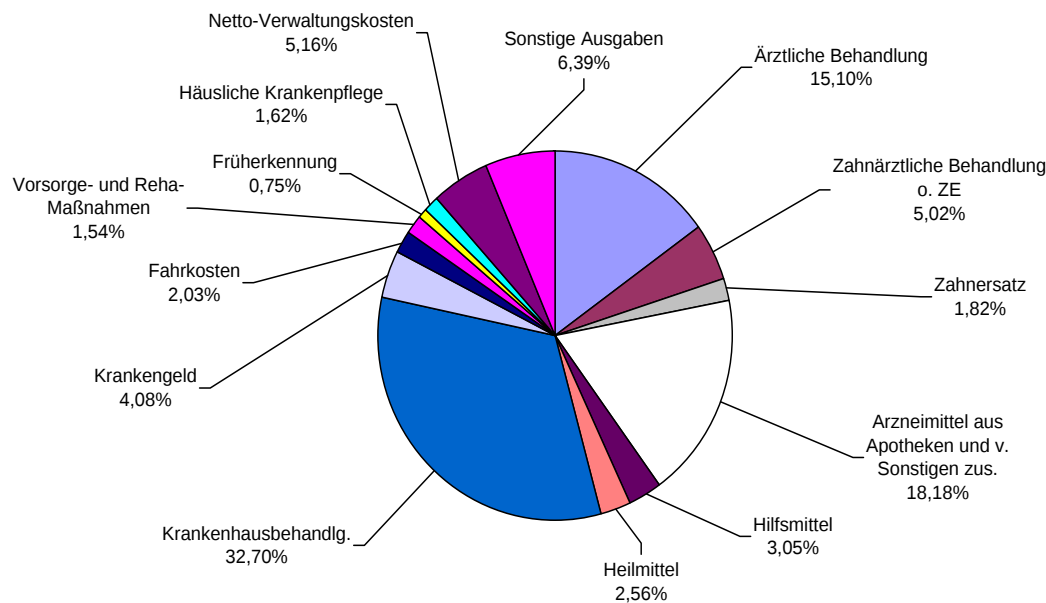
Bremen, Schwäbisch Gmünd
Oktober 2009

1. Allgemeine Hinweise und Daten

Die Inanspruchnahme von Leistungen aus dem Bereich der Heil- und Hilfsmittel rückt immer mehr in den Vordergrund. Die Gründe hierfür liegen vor allem in der Veränderung unserer Gesellschaft hin zu mehr älteren Menschen mit Einschränkungen in ihren Alltagsfunktionen durch Krankheiten wie z.B. Schlaganfall. Bei diesen Erkrankungen sind Heilmittel wie Logopädie oder Physiotherapie ebenso wichtig wie z.B. Rollatoren als Gehhilfen oder Hörhilfen zur Unterstützung eines schlechter gewordenen Hörvermögens. Aber auch das Älterwerden für sich genommen kann mit Einschränkungen im Alltag verbunden sein – schlechteres Sehen oder Hören, Schwierigkeiten beim Treppensteigen oder Inkontinenz kommen im höheren Lebensalter häufiger vor, Hilfsmittel werden daher für immer mehr ältere Menschen notwendig, um körperliche Einschränkungen auszugleichen. Brillen und Hörgeräte oder Treppenlifter und Rollstühle gehören daher zu den oft verordneten Hilfsmitteln. Solche Hilfen sind auch integraler Bestandteil der Rehabilitation behinderter, chronisch kranker oder hoch betagter Menschen. Ein weiterer Grund liegt aber auch darin, dass insbesondere bestimmte Heilmittel (so z.B. Logopädie und Ergotherapie) auffällig häufig für Kinder bis zum zehnten Lebensjahr verordnet und angewendet werden, ein möglicher Hinweis darauf, dass Kinder im Rahmen ihrer Entwicklung in Familien, Kindergärten und Schulen nicht mehr ausreichend gefördert werden (können) und therapeutische Maßnahmen zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) an Bedeutung gewinnen – ein „Verschiebeparkplatz“ der öffentlichen Hand zu Lasten der GKV. Daten, die bei Schuleingangsuntersuchungen erhoben werden, zeigen durchaus in dieser Hinsicht auffällige Ergebnisse: So wurden im Raum Hannover bei dem Schulanfängerjahrgang 2006/2007 (10.440 Kinder) etwa zehn Prozent der Kinder gefunden, die zum Zeitpunkt der Untersuchung eine Sprachtherapie bekamen, bei ca. fünf Prozent war eine solche Therapie bereits abgeschlossen, sieben Prozent wiesen Befunde auf, die eine weitere Diagnostik bzw. Therapie erforderten und 19% zeigten Sprachauffälligkeiten, die allerdings (noch) keiner weiteren therapeutischen Maßnahme bedurften (Schammert-Prenzler, 2007).

Von den Ausgaben der GKV im Jahre 2008 in Höhe von 160,8 Mrd. Euro (Einnahmen der GKV 2008 161,7 Mrd. Euro) entfielen 4,91 Mrd. Euro und damit 3,05% auf die Hilfsmittel (+3,6% gegenüber 2007) und 4,11 Mrd. Euro und damit 2,56% auf die Heilmittel (+5,8% gegenüber 2007). Zusammengenommen entfielen auf die Heil- und Hilfsmittel im Jahre 2008 also 8,02 Mrd. Euro (5,6% der gesamten GKV-Ausgaben). Damit liegt dieser Ausgabenblock nach den Ausgaben für das Krankenhaus, für die Arzneimittel und für das ärztliche Honorar auf Platz 4 der ausgabenstärksten Leistungen.

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



Quelle: nach BMG, 2009

2. Auswertungsergebnisse aus den GEK-Daten des Jahres 2008

Bei der GEK stiegen die Ausgaben im Jahre 2008 ebenfalls wie in der Gesamt-GKV an, allerdings ist dabei zu berücksichtigen, dass die GEK in diesem Zeitraum mit der HZK – Die Profikrankenkasse fusioniert hat und schon wegen dieser Fusion rund 90.000 Versicherte mehr zu versorgen waren. Bei der GEK alleine stieg die Anzahl der Versicherten um 17.000 Personen an. Insgesamt hat die GEK im Jahre 2008 über 1,7 Mio. Versicherte betreut und liegt damit derzeit auf Platz 11 in der Rangfolge der Kassen in der GKV.

Insgesamt wurden für **Heilmittel** 91,5 Mio. Euro im Jahre 2008 ausgegeben (+10,2% gegenüber dem Vorjahr 2007; für die „frühere GEK“ alleine wären es etwa acht Prozent mehr gewesen). Pro 100 versicherte Personen insgesamt entspricht dies Ausgaben von 5.048 Euro für Frauen und Männer zusammen (+3,5%), für 100 versicherte Männer lagen die entsprechenden Werte bei 4.680 Euro (+2,2%), bei 100 versicherten Frauen bei 5.454 Euro (+ 4,7%).

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

Das Durchschnittsalter der Versicherten in der GEK stieg zwar nach der Fusion mit der HZK – Die Profikrankenkasse leicht an von 37,6 auf 38,6 Jahre (Männer von 38,5 auf 39,4 Jahre; Frauen von 36,6 auf 37,7 Jahre), noch immer liegt dieses Durchschnittsalter aber deutlich

unter dem Durchschnitt der GKV mit rund 42 Jahren. Als Folge der gewachsenen Versichertenanzahl stieg auch der Anteil der Versicherten an, der **Leistungen aus dem Heilmittelbereich** (z.B. Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie oder Podologie) in Anspruch genommen hat – im Jahre 2007 waren es 124.180 Männer und 144.813 Frauen, im Jahre 2008 waren es im Vergleich zum Vorjahr 7,3% mehr Männer und 9,3% mehr Frauen, die eine Heilmittelverordnung erhalten haben (133.218 resp. 158.270).

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

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

Kennzahlen der Jahre 2007 und 2008 für die GEK-Versicherten

	2007	2008		
		GEK+HZK	in %	nur GEK
Anzahl Versicherte (Statusfälle)*:				
Gesamt	1.701.785	1.812.254	+6,49	1.723.500
Männer	895.558	950.466	+6,13	898.927
Frauen	806.227	861.788	+6,89	824.573
Anzahl versicherte Personen:				
Gesamt	1.646.284	1.751.900	+6,42	1.661.605
Männer	874.187	927.850	+6,14	875.269
Frauen	772.097	824.050	+6,73	786.336
Durchschnittsalter:				
Gesamt	37,6	38,6		
Männer	38,5	39,4		
Frauen	36,6	37,7		
Versicherte mit Heilmittelleistungen (RL) **:				
Männer	124.180	133.218	+7,28	129.199
Frauen	144.813	158.270	+9,29	154.484
Versicherte mit Hilfsmittelleistungen (HMV) ***:				
Männer	132.083	142.723	+8,06	137.567
Frauen	133.922	149.465	+11,61	144.655
Versicherte mit Leistungen nach SBG XI § 40:				
Männer	1.197	1.554	+29,82	1.421
Frauen	1.182	1.638	+38,58	1.418
Ausgaben für Heilmittel (RL):				
Gesamt	83.032.710,68	91.490.352,70	+10,19	89.772.714,85
Männer	41.018.904,92	44.485.913,00	+8,45	43.597.065,53
Frauen	42.013.805,76	47.004.439,70	+11,88	46.175.649,32
Ausgaben für Heilmittel (RL) pro 100 Versicherte:				
Gesamt	4.879,15	5.048,43	+3,47	
Männer	4.580,26	4.680,43	+2,19	
Frauen	5.211,16	5.454,29	+4,67	

Ausgaben für Hilfsmittel (HMF):

Gesamt	81.209.246,89	90.652.031,94	+11,63	87.656.099,39
Männer	47.201.382,43	52.082.946,58	+10,34	50.275.726,18
Frauen	34.007.864,46	38.569.085,36	+13,41	37.380.373,21

Ausgaben für Hilfsmittel (HMF) pro 100 Versicherte:

Gesamt	4.772,00	5.002,17	+4,82	
Männer	5.270,61	5.479,73	+3,97	
Frauen	4.218,15	4.475,47	+6,10	

Ausgaben für Leistungen nach SGB XI § 40:

Gesamt	1.061.299,04	1.236.743,28	+16,53	1.154.678,85
Männer	593.456,28	676.958,46	+14,07	639.420,85
Frauen	467.842,76	559.784,82	+19,65	515.258,00

Ausgaben für Leistungen nach SGB XI § 40 pro 100 Versicherte:

Gesamt	62,36	68,24	+9,43	
Männer	66,27	71,22	+7,48	
Frauen	58,03	64,96	+11,94	

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

** Heilmittel entsprechend der Heilmittel- Richtlinien

*** Hilfsmittel aus dem Hilfsmittelverzeichnis

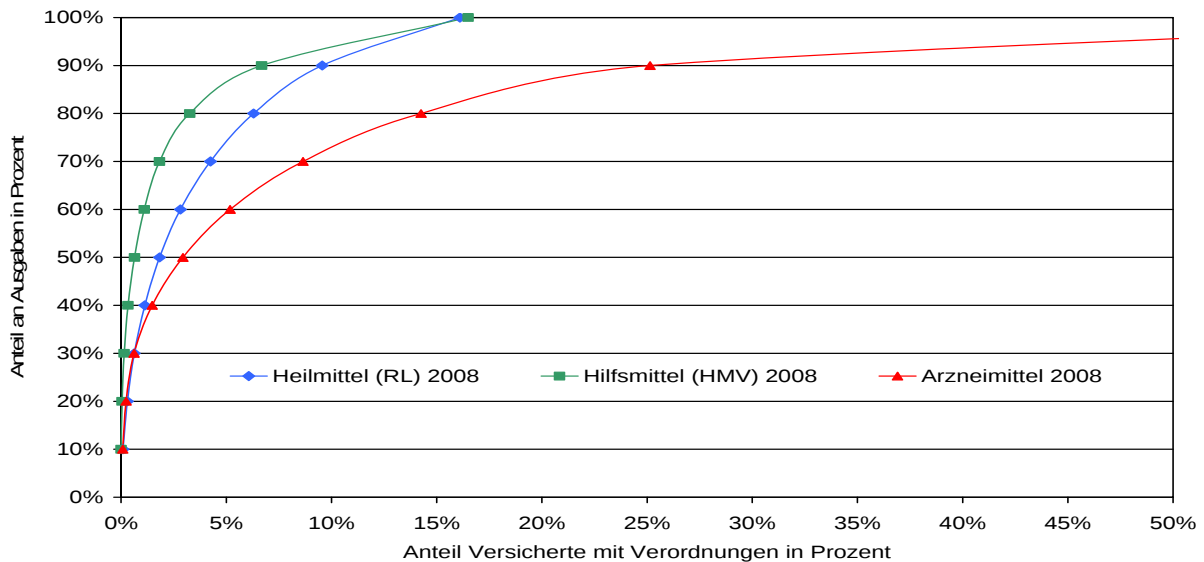
In der Ausgabenverteilung der 91,5 Millionen Euro bei den Heilmitteln nimmt der Leistungsbereich der Physiotherapie mit 67,1 Millionen Euro den ersten Rang ein, wobei die Ausgaben pro Versichertem im Jahre 2008 gegenüber dem Jahr 2007 um drei Prozent angestiegen sind. Ausgabensteigerungen sind pro Versichertem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

Ausgaben der GEK für unterschiedliche Heilmittel im Jahr 2008 in Euro

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

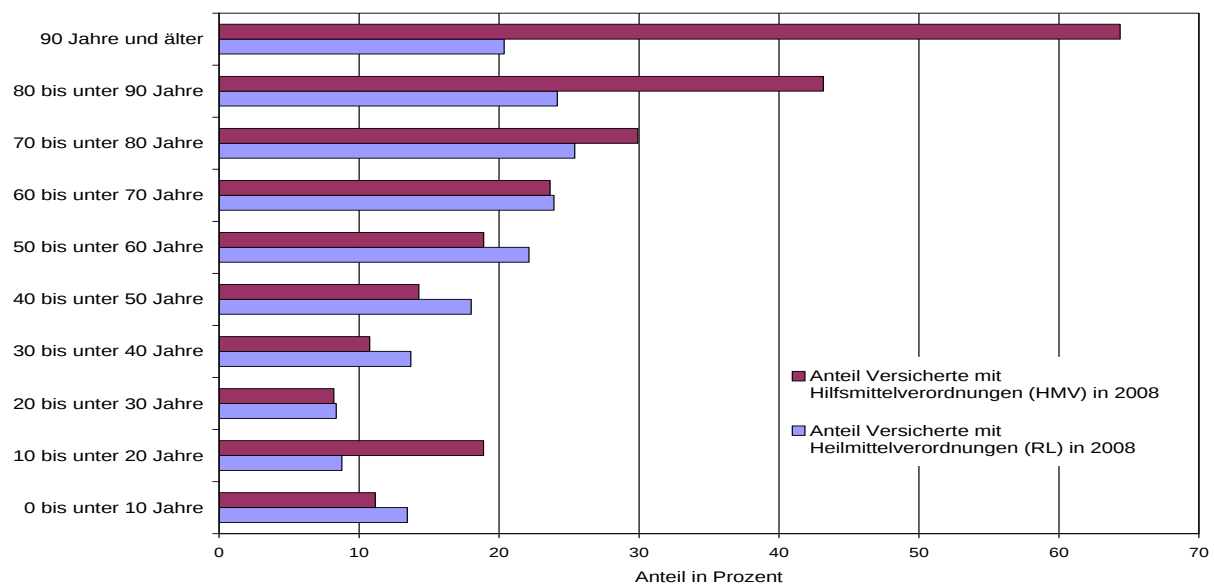
Immer wieder können Asymmetrien in der Inanspruchnahme von Leistungen durch die Versicherten der GKV festgestellt werden – es gibt keine Normalverteilung, sondern immer eine schiefe Verteilung – viele nehmen nur wenige, wenige aber den Großteil der Leistungen in Anspruch. Im Vergleich zu anderen Leistungen gehört die Asymmetrie im Bereich der Heil- und Hilfsmittel zu den auffälligsten, sie ist z.B. auffälliger als im Bereich der Arzneimittelversorgung. Insgesamt bekommen nur rund 16% aller Versicherten zumindest eine Verordnung eines Heil- und/oder Hilfsmittels, aber 71% Arzneimittel.

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



Erwartungsgemäß steigt der Anteil der Leistungsversicherten bei den Hilfsmitteln deutlich mit dem Alter an, so entfallen z.B. bei den Versicherten, die Heilmittel bekommen etwa 22,1% auf Patientinnen und Patienten im Alter zwischen 50 und 60 Jahren, bei den 70- bis 80-Jährigen sind es bereits 25,4%. Bei den Hilfsmitteln sind die Unterschiede noch weit auffälliger: Da entfallen bei den Patientinnen und Patienten 18,9% auf die Altersgruppen der 50- bis 60-Jährigen, 29,9% aber auf die Altersgruppen der 70- bis 80-Jährigen. Aber auch Kinder und Jugendliche bekommen bereits häufig Heil- und Hilfsmittel verordnet. So sind 13,5% aller Versicherten, die Heilmitteltherapie bekommen (z.B. Logopädie oder Ergotherapie) unter zehn Jahre alt und 11,2% der Hilfsmittelgruppe (z.B. Brillen). Bereits knapp 19% der 10- bis unter 20-Jährigen bekommen Hilfsmittel verordnet. Betrachtet man die geschlechtsspezifischen Behandlungsprävalenzen, so wird deutlich, dass bei den unter zehnjährigen vorwiegend die männlichen Versicherten Heil- und Hilfsmittel erhalten.

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



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

3. Direktzugang zum Physiotherapeuten im internationalen Vergleich

Differenziert zu betrachten, aber im Zuge des Professionalisierungsprozesses der Therapieberufe an dieser Stelle erwähnenswert, sind die internationalen Entwicklungen des Direktzugangs zum Physiotherapeuten. Der sogenannte Direktzugang (direct access) ermöglicht es Patienten, physiotherapeutische Leistungen ohne ärztliche Verordnung in Anspruch zu nehmen. Es ist ein definiertes Ziel der physiotherapeutischen Berufsverbände, diesen Direktzugang, wie er in vielen Ländern praktiziert wird, auch für Patienten in Deutschland zu ermöglichen. Der gesetzlich verankerte Direktzugang zum Physiotherapeuten besteht zum Beispiel in den Niederlanden, Schweden und in den USA seit einigen Jahren, in Australien bereits seit 30 Jahren. Der Beruf des Physiotherapeuten ist, wie in Deutschland auch, in diesen Ländern staatlich anerkannt und beinhaltet den Status des First Contact Practitioner. Allerdings unterscheiden sich die Gesundheitssysteme der einzelnen Länder grundsätzlich von dem deutschen Gesundheitssystem.

In den Niederlanden ging die Einführung des Direktzugangs des Patienten zum Physiotherapeuten mit der Entwicklung von Leitlinien einher. Diese Leitlinien stellen die Basis für das physiotherapeutische Handeln dar. Außerdem sind sie Vertragsbasis für

Direktverträge mit den Krankenkassen. Desweiteren wurde in den Niederlanden eine entsprechende Weiterbildungspflicht für Physiotherapeuten eingeführt.

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

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

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

4. Die Heilmittelversorgung unter dem Wirtschaftlichkeitsgebot

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

Richtgrößenentwicklung Heilmittel 2007 zu 2008 für Allgemeinärzte in Euro

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

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

* durchschnittliche Zunahme in Prozent

Quelle: Internetseiten der Kassenärztlichen Vereinigungen, Buchner & Partner GmbH

5. Ergebnisse der Heilmittelanaysen

Die Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel stehen mit 5,7% der Gesamtausgaben der GKV weiterhin auf Platz vier neben den größten Ausgabenblöcken Krankenhausbehandlungen, Arzneimittel und ärztliche Behandlungen. Die Ausgabensteigerung im Heilmittelbereich liegt mit 5,8% direkt hinter denen für ärztliche Behandlungen und Arzneimittel. Die Ausgabensteigerung für Heilmittel in der GEK lag im Jahr 2008 sogar bei 10,19%. Bleibt die in der zweiten Jahreshälfte 2008 stattgefundene Kassenfusion außer Betracht, belief sich diese Steigerung immer noch auf 8,12%. Eine besonders starke Ausgabensteigerung hat in den Bereichen Physiotherapie und Logopädie vor allem in den „neuen“ Bundesländern stattgefunden. Obwohl das Durchschnittsalter der GEK-Versicherten insgesamt gestiegen ist und der Anteil Leistungsversicherter an den Gesamtversicherten bei den 60- bis unter 80-Jährigen Frauen fast 30% ausmacht, fällt besonders die Zunahme des Anteils in der Altersgruppe der 30- bis unter 40-Jährigen auf. Insgesamt wurde etwa jeder siebte Versicherte der GEK physiotherapeutisch behandelt. Etwa ein Viertel aller LV der Physiotherapie gehören der Altersgruppe der 40- bis unter 50-Jährigen an. Der Frauenanteil dieser Altersgruppe überwiegt gegenüber dem der Männer mit 59%.

Im Jahr 2008 waren es 4.325 Versicherte, die podologische Leistungen bekamen. Die Leistungsversicherten haben zum Vorjahr um 45,62% zugenommen und ebenfalls die Ausgaben um 45,29%. Der Anteil LV zu den Gesamtversicherten zeigt sich mit 0,24% um 36,75% erhöht. Zwar hat sich der Betrag pro LV um 0,23% verringert, die Ausgaben pro Versichertem der GEK im Jahr 2008 haben jedoch um 36,43% zugenommen. Versicherte der GEK werden vor allem mit steigendem Alter Leistungsversicherte mit podologischen Leistungen. Etwa 62% aller LV der Podologie sind zwischen 60 und 80 Jahre alt. Insgesamt sind 61% aller LV der Podologie Männer. Die Alterung der Gesellschaft und die wachsende Morbiditätsbelastung, aber auch die steigende Anzahl Leistungserbringer im Gesundheitssystem tragen zu dieser Zunahme bei. Grundsätzlich gilt eine ausreichende Versorgung mit medizinischer Fußpflege zur Behandlung und Prävention von diabetesbedingten Fußschäden als uneingeschränkt sinnvoll.

6. Rahmenbedingungen der Hilfsmittelversorgung

Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) hatte die Versorgungsberechtigung von Leistungserbringern im Hilfsmittelbereich zwingend an den Abschluss von Verträgen nach §127 SGB V geknüpft, die vorrangig auf dem Weg der öffentlichen Ausschreibung zu schließen waren. Mit den Änderungen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) wurde die Verpflichtung zur Ausschreibung in eine optionale „Kann“-Regelung umgewandelt. Krankenkassen können demnach die Versorgung ihrer Versicherten mit Hilfsmitteln durch Verträge oder – sofern zweckmäßig – durch Ausschreibungen sicherstellen. Sofern keine Ausschreibungen für bestimmte Hilfsmittel vorgenommen werden, erfolgt die Versorgung auf der Basis von Verträgen. Ob Leistungserbringer die Voraussetzungen erfüllen, Vertragspartner von Kassen zu sein, wird zukünftig in einem Präqualifizierungsverfahren sichergestellt, das unter noch zu definierenden Kriterien die Eignung der Leistungserbringer prüft.

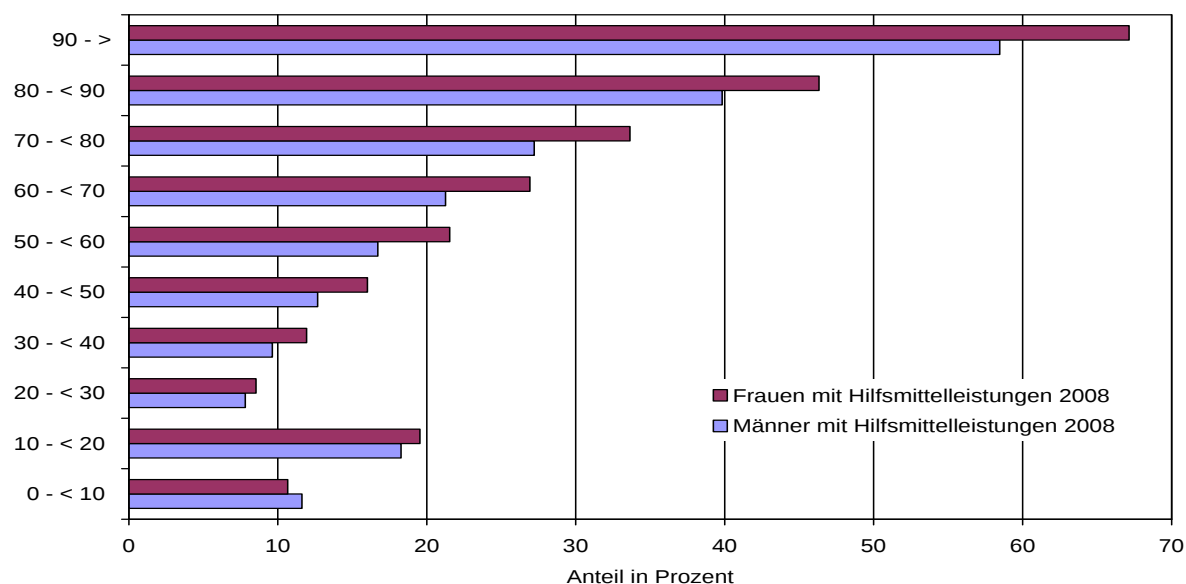
Im Rahmen dieses Gesetzes wurde auch eine Neuregelung der Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten vorgenommen. Diese Neuregelung betrifft den §128 SGB V, der ab dem 1. April dieses Jahres Anwendung findet und sieht für unzulässige Kooperationen Sanktionsmöglichkeiten seitens der Krankenkassen vor.

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

7. Ergebnisse der Hilfsmittelanalysen

Der höhere Versorgungsbedarf an medizinischen Hilfsmitteln vor allem jüngerer und mittlerer Altersgruppen ist vorwiegend auf Einlagen und Bandagen zurückzuführen, die in den letzten Jahren jeweils an erster und zweiter Stelle in der Versorgungsprävalenz von Männern und Frauen stehen. So erhielten im Jahr 2008 5,7% der Frauen und 4,4% der Männer eine Einlagenversorgung mit Durchschnittskosten von rund 83 Euro pro Leistungsversichertem. Die höchsten Ausgaben ziehen mit durchschnittlich 1.170 Euro pro Leistungsversichertem Verordnungen von Inhalations- und Atemtherapiegeräten nach sich, die bei chronischen Atemwegserkrankungen wie beispielsweise der Mukoviszidose (Cystische Fibrose) notwendig sind.

Versorgungsprävalenz mit Hilfsmitteln (HMV) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2008



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

Produktgruppen der höchsten Versorgungsprävalenz und Ausgaben pro Leistungsversichertem nach Geschlecht im Jahr 2008

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

Die höchsten Ausgaben für medizinische Hilfsmittel, die über die GEK abgerechnet wurden, entfielen auf die Produktgruppen „Inhalations- und Atemtherapiegeräte“, die bei chronischen

Erkrankungen der Atemwege wie z.B. Asthma bronchiale, chronisch-obstruktiver Bronchitis oder Mukoviszidose Anwendung finden. Diese Geräte werden zur häuslichen Inhalation mit der Applikation von Medikamenten eingesetzt. In der Tabelle „Rangliste der Ausgaben für Hilfsmittelproduktgruppen“ sind die 10 Produktgruppen aufgelistet, die auch im Vorjahr den höchsten Ausgabenanteil ausmachten. Dieser Anteil umfasst 75% der Gesamtausgaben. Einlagen und Bandagen belegen wie im Vorjahr die Plätze zwei und drei bei den Hilfsmittelausgaben.

Rangliste der Ausgaben für Hilfsmittelproduktgruppen aus dem HMV (TOP 10 für das Jahr 2008)

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

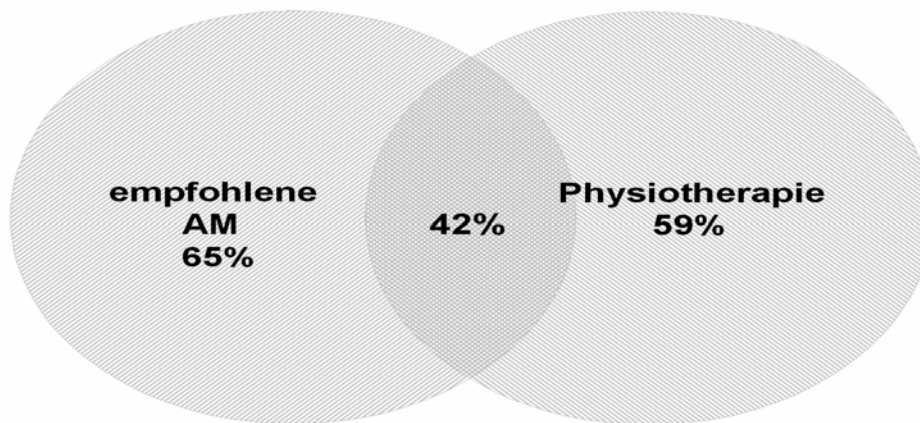
8. Physiotherapie beim Fibromyalgiesyndrom

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

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

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

Anteil LV an allen am FMS erkrankten Versicherten für die empfohlenen Arzneimittelgruppen und für Physiotherapie im Jahr 2007 in Prozent



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

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

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

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

9. Heil- und Hilfsmiteileinsatz bei Mukoviszidose (Cystische Fibrose)

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

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

Nach offiziellen Angaben waren im Jahr 2004 in den 27 EU-Staaten etwa 36.000 Mukoviszidosefälle diagnostiziert, auf Deutschland entfielen dabei etwa 7.000 Fälle (Farrell, 2008). Die Inzidenz der meist in den ersten beiden Lebensjahren diagnostizierten Erkrankung wird für Deutschland mit 1:2.000 bis 1:3.000 Neugeborenen angegeben (Hauber et al., 2001). Die Lebenserwartung der PatientInnen war bis vor etwa 20 Jahren noch auf das Kindesalter beschränkt. Heute geht man davon aus, dass bei optimaler medizinischer Versorgung und Therapie 80% der Betroffenen das 45. Lebensjahr erreichen können (Stuhrmann et al., 1999). Da also MukoviszidosepatientInnen inzwischen länger leben, kommt der Gesundheitsversorgung im Erwachsenenalter eine Schlüsselrolle zu. „Mit den Erfolgen der Therapie verlagern sich auch die Komplikationen der Erkrankung in das Erwachsenenalter“ (Stuhrmann et al., 1999). Das bedeutet eine überproportionale Zunahme der Morbidität und der vor allem pulmonalen Komplikationen bei erwachsenen PatientInnen (Hirche et al., 2005). Auch Koerkrankungen wie der mukoviszidose-bedingte Diabetes, die Osteopenie oder Osteoporose kommen durch die steigende Lebenserwartung gehäuft vor und führen u.a. eine schlechtere Prognose hinsichtlich Atemwegskomplikationen mit sich (Strausbaugh et al., 2007).

Neben der ambulant-ärztlichen Versorgung erfolgt die Therapie der Mukoviszidose vorrangig in spezialisierten Ambulanzen, die an Kliniken angesiedelt sind und dementsprechend über qualifiziertes Personal verfügen. Ein europäisches Konsensuskomitee hat Standards für die Versorgung an Mukoviszidose-Zentren erarbeitet, wonach die Therapie durch ein multidisziplinäres Team aus Ärzten, Pflegepersonal, Physiotherapeuten, Ernährungsberatern, Sozialarbeitern, Psychologen, Pharmazeuten und Mikrobiologen bestehen sollte (Kerem et al., 2005). Zur Zeit gibt es in Deutschland etwa 90 Spezialambulanzen, die in der Regel an Kinderkliniken angesiedelt sind und etwa 20 Ambulanzen für Erwachsene PatientInnen (www.mukoviszidose.de). Da inzwischen jede/r zweite MukoviszidosepatientIn über 18 Jahre alt ist, entspricht diese Tatsache einer Unterversorgung im Bereich der spezialisierten Erwachsenentherapie. Auch zeigt das Beispiel der Universitätskinderklinik Tübingen, dass das von den Krankenkassen zur Verfügung gestellte Budget für die Spezialambulanzen bei weitem nicht ausreicht, um die anfallenden Kosten zu decken und in der personellen Ausstattung den europäischen Konsensusvorgaben zu entsprechen (Eidt et al., 2009; Landtag Baden-Württemberg, 2009).

Die regelmäßige, d.h. die ein- bis zweimal täglich durchgeführte Atemtherapie wird unabhängig von der Technik u.a. von Leitlinien zum physiotherapeutischen Management der Mukoviszidose aus Großbritannien empfohlen (Association of Chartered Physiotherapists in Cystic Fibrosis, 2002). Dabei stehen aktive Techniken im Vordergrund, die eigenverantwortlich und selbständig durchführbar sind und lediglich in größeren Zeitabständen von TherapeutInnen überprüft werden sollten. Von PhysiotherapeutInnen angeleitete Atemtherapie kann in unserem Gesundheitssystem bei stationären Aufenthalten oder ambulant im Rahmen der Therapie in Mukoviszidoseambulanzen bzw. durch ärztliche Verordnung erfolgen. Nach dem Heilmittelkatalog ist bei Mukoviszidose Bindegewebsmassage, Inhalation, Krankengymnastik (Atemtherapie), spezielle Krankengymnastik (Atemtherapie) zur Behandlung von Mukoviszidose, klassische Massagetherapie und Wärmetherapie (z.B. Fango, Heißluft) verordnungsfähig (Heilmittelrichtlinien 2004). Die spezielle Mukoviszidose-Atemtherapie ist dabei das vorrangige Heilmittel und kann im Regelfall bis zu 50-mal mit einer Therapiefrequenz von mindestens einmal wöchentlich verordnet werden. Die Rahmenempfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und die Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer (nach §125 Abs. 1 SGB V) zur Heilmittelversorgung spezifizieren die Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose. Demnach dient die Therapie unter anderem der Verbesserung der Ventilation und der Compliance. Zu den Leistungen gehört ein individuell erstellter Therapieplan und die Anleitung zur autogenen Drainage, zum Gebrauch von Atemhilfsgeräten bzw. der Inhalation (Anlage 1a zu den Rahmenempfehlungen; GKV-Spitzenverband, 2007). Eine spezielle Fortbildung zur Abrechnung dieser Leistungen, wie sie etwa für die Manuelle Therapie gefordert wird, ist bei der Atemtherapie nicht notwendig.

Im Jahr 2007 waren 149 GEK-Versicherte wegen Mukoviszidose in ambulant-ärztlicher Behandlung, wovon mehr als die Hälfte zu dem Zeitpunkt unter 20 Jahre alt waren. Das Geschlechterverhältnis von weiblichen zu männlichen Versicherten liegt bei 54% zu 46%. Die Prävalenz bei männlichen Versicherten bis 20 Jahre beträgt 0,035%, die bei den weiblichen Versicherten in der Altersgruppe 0,044%. Die Gesamtprävalenz von 0,022% bei Versicherten unter 20 Jahren hat sich seit 2004 nicht verändert.

Versicherte mit Mukoviszidose 2007 nach Alter und Geschlecht

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

Die Mukoviszidose (Cystische Fibrose) ist trotz innovativer Diagnose- und Therapiemöglichkeiten und steigender Lebenserwartung der Betroffenen eine schwerwiegende Erkrankung. Nachdem bislang die erkrankten Kinder keine hohe Lebenserwartung hatten, sondern zu meist noch im Kindesalter starben, steigt mit der nun verbesserten Prognose auch der Bedarf an Therapieangeboten für erwachsene PatientInnen, der Bedarf an geschultem Personal auch in der ambulanten Versorgung und der gesamte Lebenszeittherapiebedarf (Erfordernis von „Transitional Care“). Die Erfolge der letzten Jahrzehnte bezüglich der Prognose bei Mukoviszidose ziehen einen veränderten und zum Teil erhöhten Therapiebedarf nach sich. Dem wird in Angeboten vor allem für Erwachsene PatientInnen und in der Finanzierung bestehender Einrichtungen nicht entsprochen. Auch die Vorgaben zur physiotherapeutischen Versorgung zeigen Mängel gemessen an internationalen Leitlinien. Die GEK-Daten geben Hinweise auf eine mögliche Unterversorgung oder Compliance-Probleme bei der ambulanten Versorgung mit physiotherapeutischen Maßnahmen und mit Atemhilfsmitteln.