

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 10

Claudia Kemper
Kristin Sauer
Gerd Glaeske

mit Beiträgen von Henrike Greuel, Martina Grosch,
Stefan Hegenscheidt, Jana Schulze und Kathrin Tholen

unter Mitarbeit von Angela Fritsch, Tim Jacobs,
Claudia Kretschmer und Melanie Tamminga

BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2011

Auswertungsergebnisse der
BARMER GEK Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahren 2009 bis 2010

September 2011

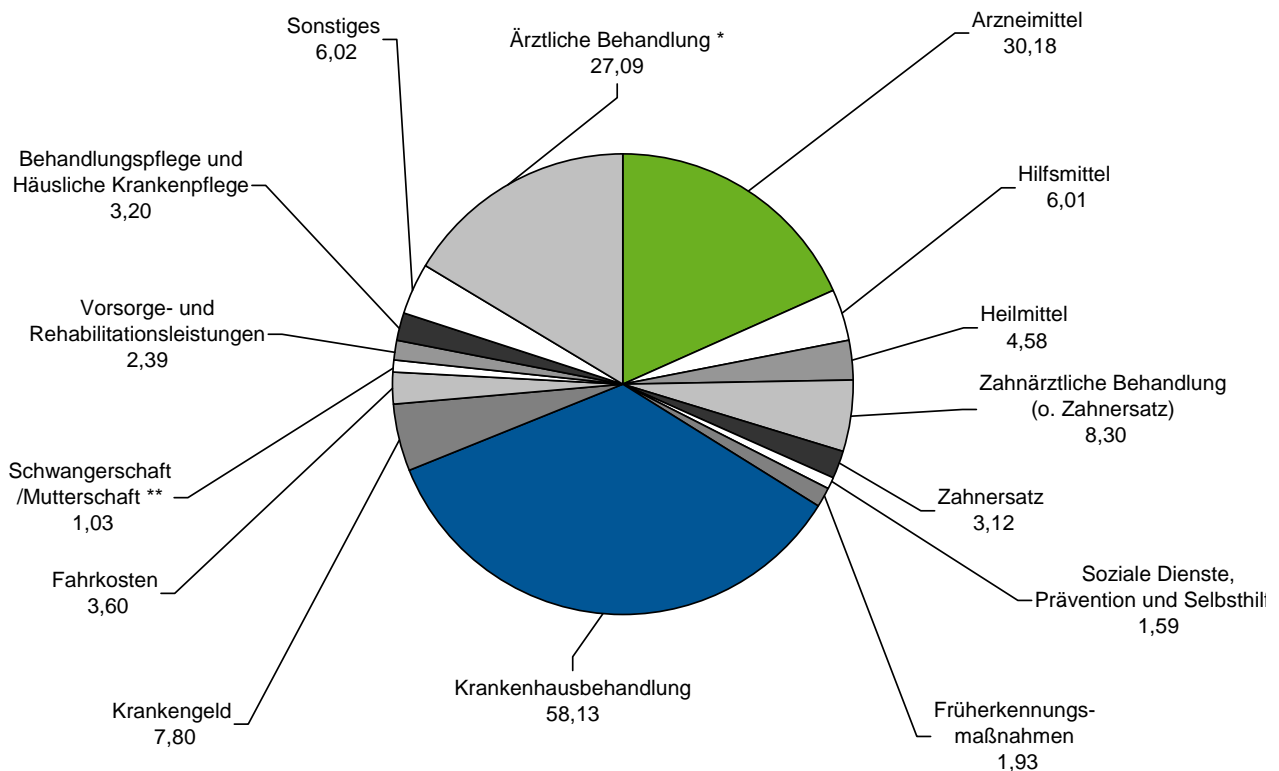
**Kurzfassung für die Pressekonferenz
am 21. September 2011
(ohne Literaturzitate)**

Die im Text genannten Ziffern für die Abbildungen und Tabellen verweisen auf die Nummerierungen im Original-Report. Das gleiche gilt für die Literaturangaben.

Hilfsmittel und Heilmittel in der GKV

Leistungen aus den Bereichen „Hilfsmittel“ und „Heilmittel“ kommen mehr und mehr in den Mittelpunkt, wenn über die Ausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gesprochen wird. Die Fortschritte bei den Hilfsmitteln und der Behandlungsbedarf für Patientinnen und Patienten in Gesellschaften längeren Lebens sowohl mit Hilfs-, aber auch mit Heilmitteln haben in den vergangenen Jahren zu einem deutlichen Anstieg der Kosten in diesen beiden Leistungsbereichen geführt und auch dazu, dass die beiden in der Vergangenheit immer zusammen genannten Bereiche nun auch getrennt betrachtet und analysiert werden.

Abbildung I.1 Ausgaben für einzelne Leistungsbereiche der GKV 2010 in Mrd. Euro



* Nicht berücksichtigt wurden die gezahlten Beträge für Früherkennung, Impfungen, ehemals Sonstige Hilfen und Dialysesachkosten.

** ohne stationäre Entbindung.

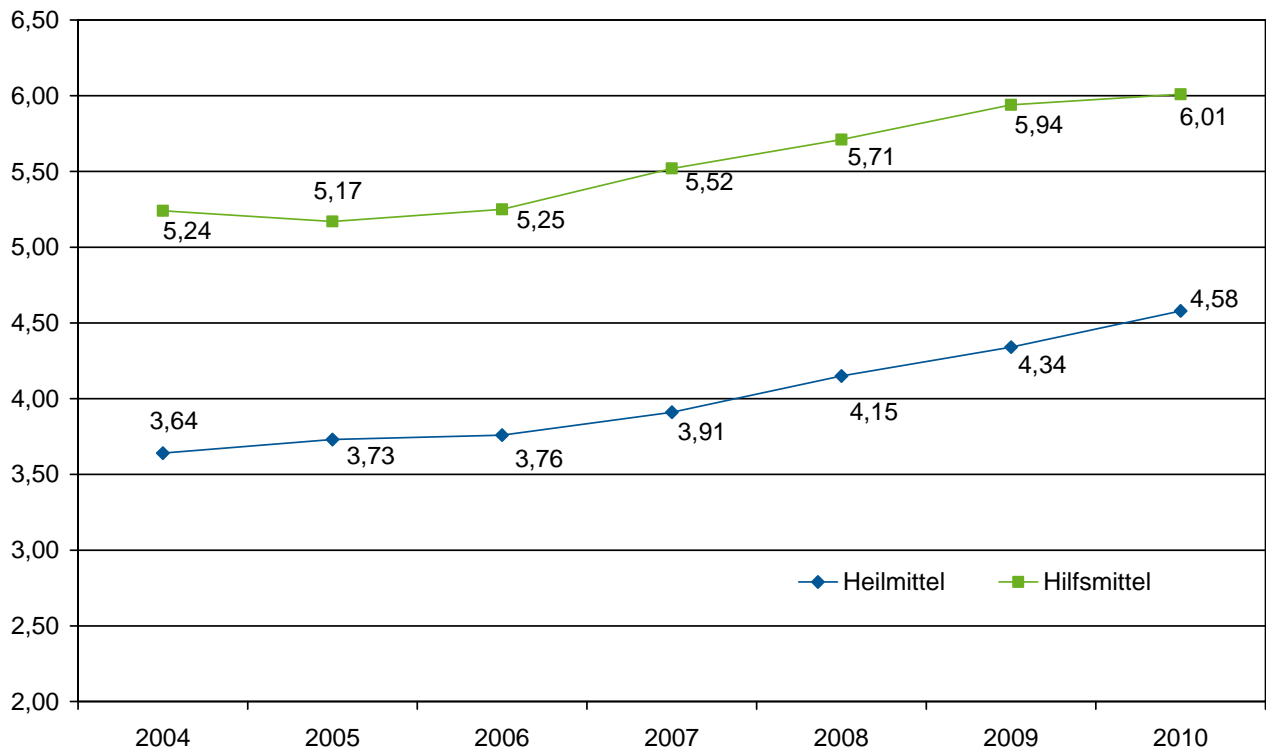
Quelle: nach GKV-Spitzenverband, 2011

Im Jahre 2010 wurden insgesamt 6,01 Mrd. Euro in der GKV für Hilfsmittel ausgegeben – und damit für Produkte wie Rollstühle, Rollatoren, Seh- und Hörhilfen, Einlagen oder Gehhilfen. Für Heilmittel fielen 4,58 Mrd. Euro an – und damit für Leistungen wie Physiotherapie, Logopädie oder Podologie.

Betrachtet man die Gesamtausgaben der GKV für Leistungen in Höhe von 165 Mrd. Euro, so entfielen 3,7% auf die Hilfsmittel und 2,8% auf die Heilmittel. Der Anstieg der Ausgaben von Jahr

zu Jahr ist unverkennbar: Zwischen 2004 und 2010 stiegen die GKV-Gesamtausgaben um 26,7% an, die Ausgaben für Heilmittel im gleichen Zeitraum um 26,4% und die Ausgaben für Hilfsmittel um 14,7%.

Abbildung I.4 Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel der GKV von 2004 bis 2010 in Mrd. Euro



Quelle: eigene Darstellung, nach GKV-Spitzenverband, 2011

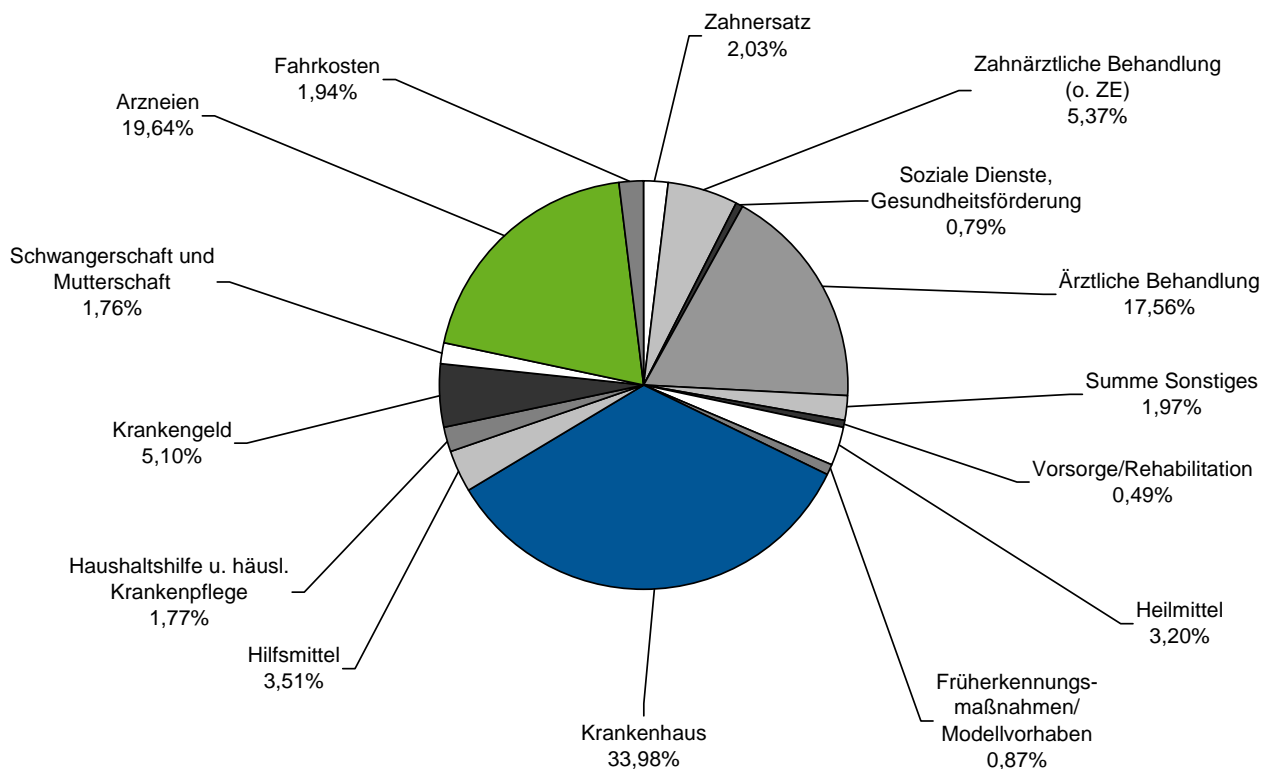
Allgemeine Auswertungsergebnisse der BARMER GEK-Daten des Jahres 2010

Heilmittel plus 8%, Hilfsmittel plus 5% – Ausgabensteigerungen für mehr Patienten

Das Durchschnittsalter in der BARMER GEK ist deutlich höher als in der Gesamt-GKV – 44,6 Jahre gegenüber etwa 42,5 Jahre. Dieser Aspekt und der auffällig hohe Anteil von Frauen in der BARMER GEK („Frauenkasse“) von 58% (gegenüber 53% in der Gesamt-GKV) hat einen bedeutenden Einfluss auf die Leistungsausgaben im Heil- und Hilfsmittelbereich, da die Leistungsausgaben mit dem Alter ansteigen und die Ausgaben für Frauen auffällig hoch sind: So liegen die Ausgaben im Bereich der Heilmittel für 100 versicherte Männer bei 4.966 Euro, für 100 versicherte Frauen aber bei 7.289 Euro und damit um 46% (!) höher. Die Unterschiede bei den Hilfsmitteln sind auch erkennbar, aber weniger dramatisch: Für 100 versicherte Männer fielen im Jahre 2010 6.883 Euro an, für 100 versicherte Frauen 7.665 Euro (+11%). Zusammengerechnet

sind die Ausgaben für Hilfsmittel im Jahre 2010 für die BARMER GEK 666,3 Mio. Euro (+5,11% gegenüber 2009) und für Heilmittel 573,7 Mio. Euro (+7,76% gegenüber 2009). Allerdings: Es werden im Jahre 2010 in beiden Leistungsbereichen auch mehr Patienten gegenüber 2009 behandelt: 10,5% mehr bei den Heilmitteln und 6,3% mehr bei den Hilfsmitteln. In beiden Bereichen sind es deutlich mehr Frauen, die Leistungen bekommen: Die Relation liegt bei etwa zwei Drittel zu einem Drittel. Insgesamt entfallen damit auf die beiden Leistungsbereiche 1,24 Mrd. Euro (+6% gegenüber 2009). Diese Ausgabensteigerung hängt allerdings auch damit zusammen, dass die BARMER GEK im Jahre 2010 3,2% mehr Versicherte betreut hat. Dieser Ausgabenblock macht 6,7% der gesamten abgerechneten Leistungsausgaben in der BARMER GEK im Jahre 2010 aus – die lagen bei 18,5 Mrd. Euro.

Abbildung I.5 Ausgaben für die einzelnen Leistungsbereiche der BARMER GEK 2010 in Prozent



Bei der genaueren Aufschlüsselung der Heilmittelausgaben wird deutlich, dass die Physiotherapie mit weitem Abstand die höchsten Ausgaben verursacht – sowohl absolut wie aber auch umgerechnet auf die durchschnittlichen Ausgaben pro Versichertem. Insgesamt kommen Ausgaben von 391,7 Mio. Euro zusammen, der Durchschnittswert pro Versichertem liegt bei 2,64 Euro und damit um 3,2% höher als noch im Jahre 2009. An zweiter Stelle der Ausgaben steht die Ergotherapie, es folgen die Logopädie und die Podologie (s. Tabelle I.2). Insbesondere bei den Leistungsausgaben für die Ergotherapie und die Logopädie fällt auf, dass sehr viele Kinder und

Jugendliche behandelt werden. Daraus könnte der Schluss gezogen werden, dass in Kindergärten und Schulen nicht mehr ausreichend auf Konzentrations- und Planungsfähigkeiten oder Sprachentwicklung geachtet wird, sondern dass allzu oft das medizinische Versorgungssystem als „Ersatz“ für Erziehungs- oder Kommunikationskonzepte genutzt wird. Daher sollte sehr viel sorgfältiger auf der Basis diagnostischer Qualifikationen auf den wirklichen Behandlungsbedarf von Kindern und Jugendlichen geachtet werden – eine Medikalisierung mit Heilmitteln ist keineswegs das richtige Konzept, um die Alltagsfähigkeiten von Heranwachsenden zu fördern.

Tabelle I.1 Kennzahlen der in 2009 und 2010 verordneten Leistungen für die BARMER GEK- Versicherten

	2009	2010	Änderung in %
Anzahl Versicherte:			
Gesamt	8.793.714	9.074.128	+3,19
Männer	3.647.502	3.799.130	+4,16
Frauen	5.146.212	5.274.998	+2,50
Durchschnittsalter:			
Gesamt	44,6	44,6	
Männer	41,5	41,4	
Frauen	46,9	46,9	
Versicherte mit Heilmittelleistungen:			
Gesamt *	1.470.031	1.623.947	+10,47
Männer	430.838	496.397	+15,22
Frauen	1.039.108	1.127.278	+8,49
Versicherte mit Hilfsmittelleistungen:			
Gesamt *	1.557.071	1.655.392	+6,31
Männer	501.937	550.178	+9,61
Frauen	1.055.083	1.104.909	+4,72
Ausgaben für Heilmittel:			
Gesamt **	532.362.742,82	573.699.356,48	+7,76
Männer	173.119.380,10	188.670.245,05	+8,98
Frauen	358.356.978,21	384.517.054,09	+7,30
Ausgaben für Heilmittel pro 100 Versicherte:			
Gesamt	6.053,90	6.322,36	+4,43
Männer	4.746,24	4.966,14	+4,63
Frauen	6.963,51	7.289,43	+4,68
Ausgaben für Hilfsmittel:			
Gesamt	633.920.924,55	666.304.354,63	+5,11
Männer	241.661.118,33	261.487.588,85	+8,20
Frauen	390.687.996,56	404.303.843,16	+3,49
Ausgaben für Hilfsmittel pro 100 Versicherte:			
Gesamt	7.208,80	7.342,90	+1,86
Männer	6.625,39	6.882,83	+3,89
Frauen	7.591,76	7.664,53	+0,96

* Einschließlich Personen ohne eindeutige Angaben von Geburtsjahr und Geschlecht.

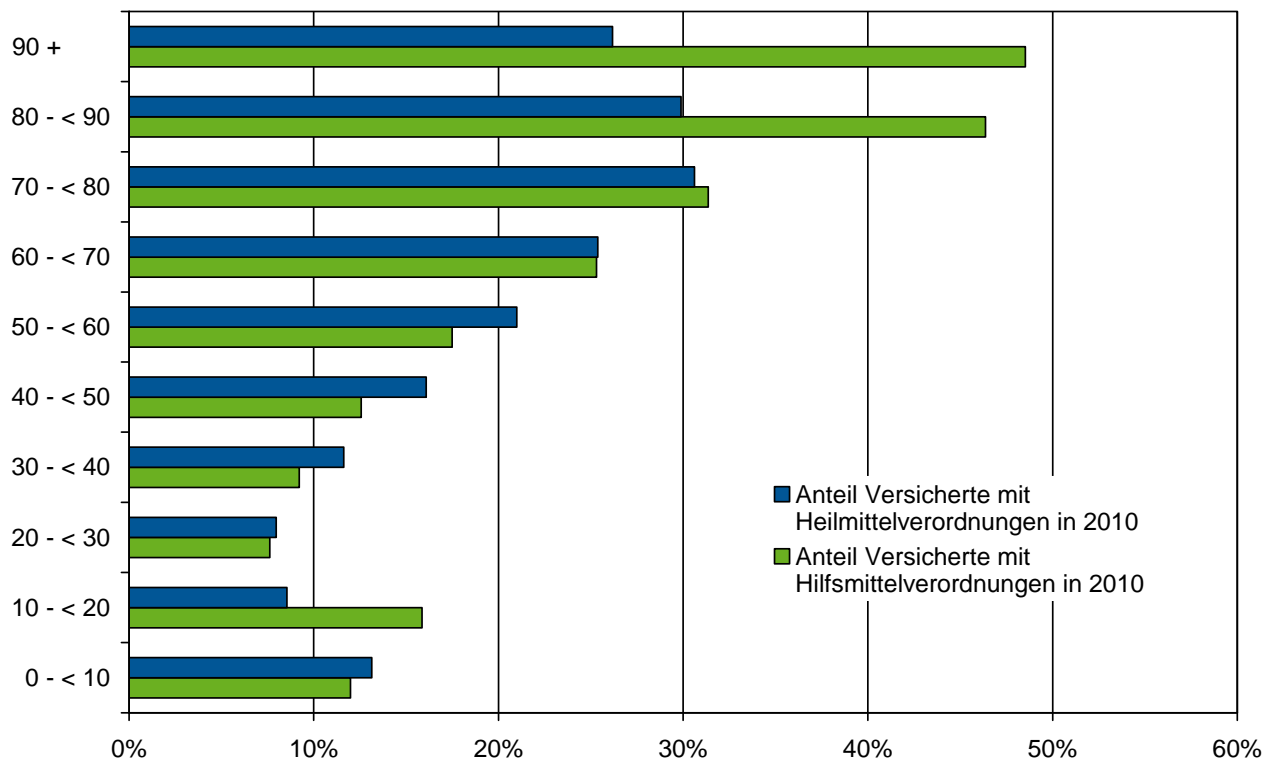
** Einschließlich Leistungen ohne eindeutige Zuordnung zu den Leistungsbereichen Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie und Podologie.

Die Steigerungsraten bei der Podologie hängen mit der höheren Aufmerksamkeit für die professionelle Fußpflege zusammen, die ausschließlich beim diabetischen Fußsyndrom in Folge von Diabetes verordnungsfähig ist. Diese Patientengruppe ist besonders bedroht, aufgrund von oftmals unbemerkt vorkommenden Verletzungen der Füße, dauerhafte Entzündungen zu erleiden, die im schlimmsten Fall zu Amputationen von Zehen oder Teilen der Füße führen können. Mit der Podologie wird aktive Prävention gegen diese belastenden Spätfolgen geleistet – dieser Behandlungsbereich sollte sich weiter entwickeln. Insgesamt steigen die Ausgaben pro Versichertem, bei der Ergotherapie um 8%, bei der Logopädie um 7,7%, bei der Podologie um 5,9% und bei der Physiotherapie um 3,2% an – insgesamt kann daher der Gesamtanstieg bei den Ausgaben für die Heilmittel um 7,8 auf 573,7 Mio. Euro nicht erstaunen.

Tabelle I.2 Ausgaben der BARMER GEK für unterschiedliche Heilmittel im Jahr 2010 in Euro

	Anzahl Versicherte mit Leistungen	Ausgaben pro Versichertem mit Leistungen 2010	Ausgaben 2010 für die BARMER GEK	Änderung Ausgaben je Versichertem zu 2009 in %
Ergotherapie	88.382	833,68	73.682.322,59	+8,04
Logopädie	82.267	627,98	51.662.393,48	+7,72
Physiotherapie	1.484.769	263,80	391.685.121,96	+3,20
Podologie	54.350	153,10	8.321.255,86	+5,86

Abbildung I.6 Anteil Versicherte der BARMER GEK mit Heil- bzw. Hilfsmittelverordnungen in 2010 nach Alter



Kennzahlen der Heilmittelversorgung

Auf der Basis aller verordneten Heilmittel aus den Jahren 2009 und 2010 zeigt sich in der BARMER GEK eine Steigerung der Anzahl abrechnender Heilmittelerbringer in allen Bereichen. In der Podologie ist der höchste Anstieg zu verzeichnen, während in der Physiotherapie im Jahr 2010 lediglich 1,11% mehr Leistungserbringer abrechneten als im Vorjahr.

Tabelle II.1 Anzahl der mit der BARMER GEK abrechnenden Leistungserbringer

	2009	2010	Änderung zum Vorjahr in %
Physiotherapeuten	40.556	41.008	+1,11
Logopäden	8.166	8.530	+4,46
Ergotherapeuten	7.558	7.976	+5,53
Podologen	3.512	3.820	+8,77
Kur/ambulante Versorgung	6	7	+16,67
Sonstige	48.327	50.079	+3,63

Die Kennzahlen der Heilmittelversorgung zeigen vor allem bei der Anzahl der Leistungsversicherten (Versicherte, die Leistungen in Anspruch genommen haben) eine deutliche Steigerung von 10,5%. Zwar nahmen die Ausgaben insgesamt um 7,8% und die Ausgaben pro Versichertem um 4,4% zu, die Ausgaben pro Leistungsversichertem fielen jedoch vom Jahr 2009 auf das Jahr 2010 um 2,5% auf 353,27 Euro. Die Durchschnittsausgaben bei allen Versicherten lagen bei 63,22 Euro (+4,4% gegenüber 2009) (s. Tabelle II.2). Der Anteil Versicherter, denen Heilmittel verordnet wurden, liegt bei den unter 10-jährigen Jungen bei 15,6% und bei den Mädchen bei 10,5%. Mit dem Alter steigt dieser Anteil an: Am höchsten liegt der Anteil mit 34,5% bei den 70- bis unter 80-jährigen Versicherten und da vor allem bei den Frauen (s. Tab. 16 im Anhang). Der Anstieg gegenüber dem Vorjahr fällt bei den Männern mit rund 11% höher aus als bei den Frauen mit knapp 6%. Die Ausgaben pro Leistungsversichertem nahmen im Jahr 2010 allerdings bei beiden Geschlechtern insgesamt ab (s. Tab. 5 im Anhang). Die Ausgaben pro Versichertem lagen in der GKV für Heilmittel bei 62 Euro im Jahr 2009 und knapp 66 Euro im Jahr 2010 (KJ1, 2010).

Tabelle II.2 Kennzahlen der Heilmittelversorgung 2009 und 2010 in der BARMER GEK

	2009	2010	Änderung in %
Leistungsversicherte	1.470.031	1.623.947	+10,47
Anzahl Rezepte	4.085.287	4.344.833	+6,35
Ausgaben in €	532.362.742,82	573.699.356,48	+7,76
Ausgaben pro LV in €	362,14	353,27	-2,45
LV zu Vers. in %	16,72	17,90	+7,06
Ausgaben pro Rezept in €	130,31	132,04	+1,33
Ausgaben pro Vers. in €	60,54	63,22	+4,43

Versorgungsanalyse Physiotherapie

In der Physiotherapie hat mit 6,5% der geringste Ausgabenzuwachs bei den dargestellten Heilmittelbereichen stattgefunden (s. Tabelle II.5). Die fünf ausgabenintensivsten Verordnungspeditionen waren im Jahr 2010 die „Krankengymnastik“, die „Manuelle Therapie“, die „Krankengymnastik zur Behandlung zentraler Bewegungsstörungen nach Bobath“, die „Manuelle Lymphdrainage“ und die „Klassische Massagetherapie“ (s. Tabelle II.6). Der Ausgabenrückgang je LV hat vor allem bei den Kindern bzw. bei den unter 10-Jährigen stattgefunden (-12%). Am wenigsten war dieser Rückgang bei den 60-Jährigen und älteren Versicherten erkennbar (um 1%) (s. Tab. 11 im Anhang). Auch in diesem Versorgungssegment wird deutlich, dass in Hamburg und in Niedersachsen die deutlichsten Steigerungen der Ausgaben pro 100 Versicherte mit plus 8% und mit plus 6% stattgefunden haben.

Tabelle II.5 Kennzahlen der Physiotherapieversorgung 2009 und 2010 in der BARMER GEK

	2009	2010	Änderung in %
Leistungsversicherte	1.354.255	1.484.769	+9,64
Anzahl Rezepte	3.621.061	3.835.809	+5,93
Ausgaben in €	367.814.232,60	391.685.121,96	+6,49
Ausgaben pro LV in €	271,60	263,80	-2,87
LV zu Vers. in %	15,40	16,36	+6,25
Ausgaben pro Rezept in €	101,58	102,11	+0,53
Ausgaben pro Vers. in €	41,83	43,17	+3,20

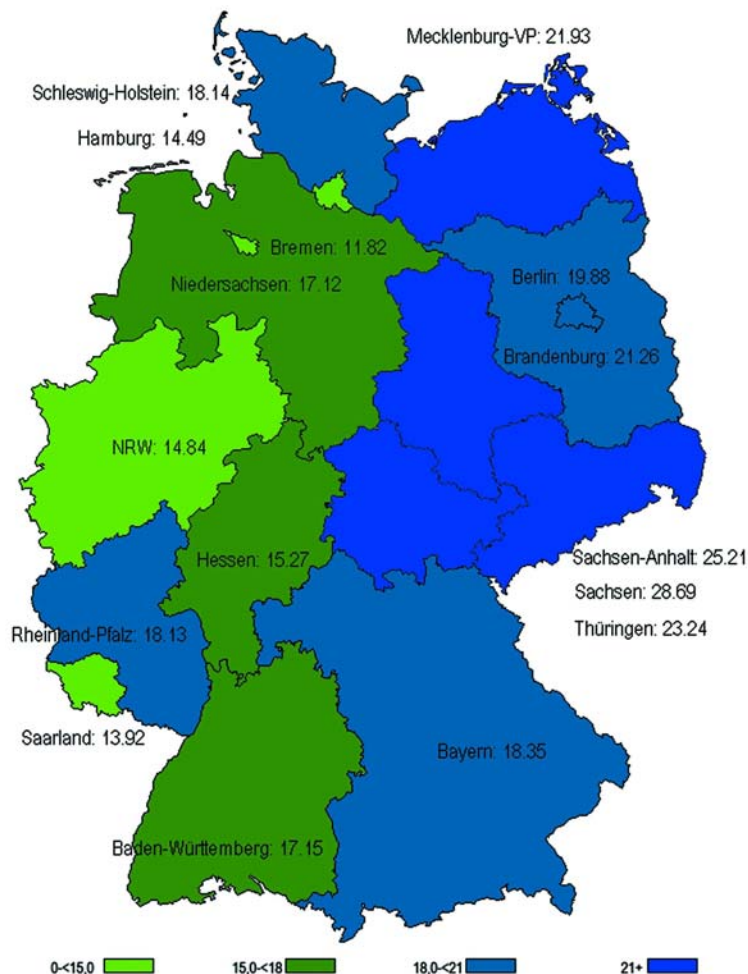
Tabelle II.6 Die ausgabenintensivsten Verordnungspeditionen der Physiotherapie 2010

APN	Leistungsbezeichnung	Ausgaben in €	Anteil an den Gesamtausgaben in %	Anzahl Rezepte	Anzahl LV
20501	KG, auch Atemgymnastik, auch auf neurologischer Grundlage	150.611.754,18	38,45	1.917.520	879.567
21201	Physiotherapie: Manuelle Therapie	43.581.781,40	11,13	567.021	327.206
20710	Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen, erworben nach Abschluss der Hirnreife nach Bobath	31.507.494,81	8,04	149.745	38.002
20201	Physiotherapie: Manuelle Lymphdrainage, Großbehandlung	29.440.211,48	7,52	189.771	68.847
20106	Physiotherapie: Klassische Massagetherapie (KMT)	13.671.045,66	3,49	308.389	220.866

Versorgungsanalyse nach Bundesland

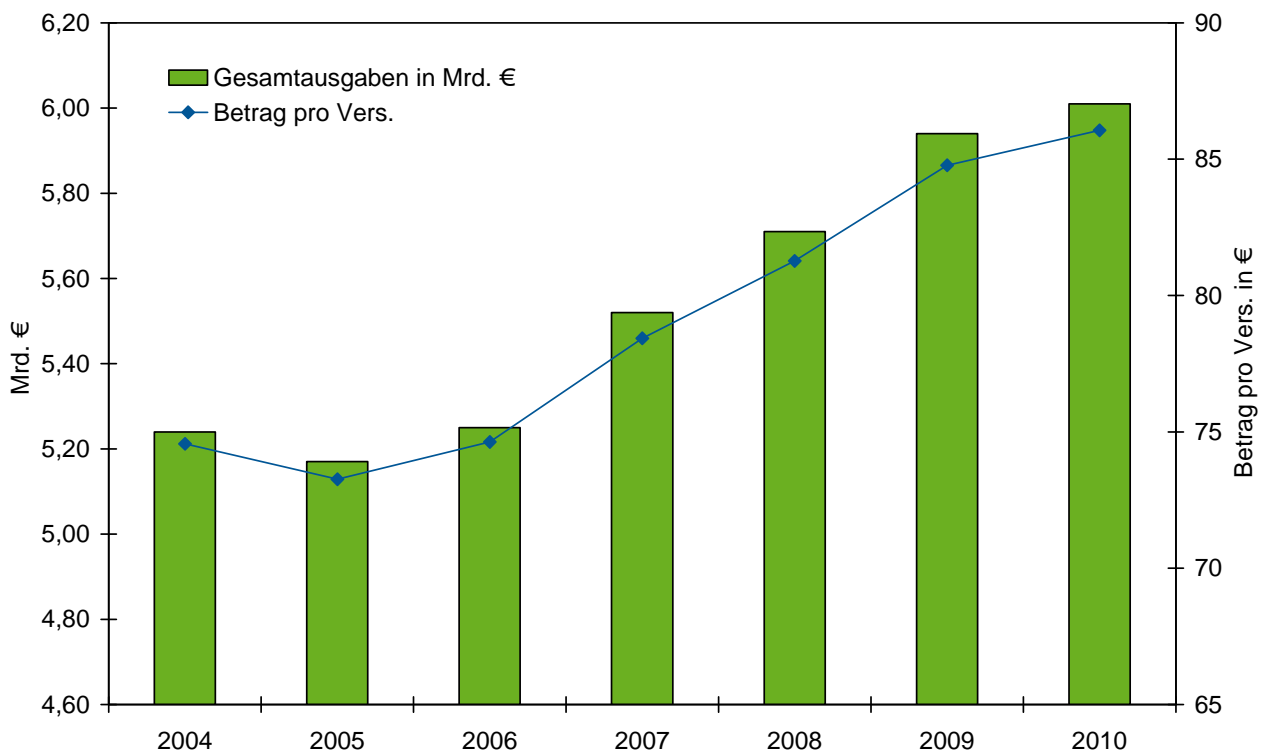
In der Abbildung II.1 wird anhand einer Deutschlandkarte deutlich, dass die Anteile der Versicherten, die Heilmittel verordnet bekommen, an allen Versicherten regional sehr unterschiedlich sind. Relativ geringe Anteile sind in Bremen, Hamburg, Nordrhein-Westfalen und im Saarland zu beobachten, wohingegen in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern die höchsten Anteile erkennbar sind. Allen voran ist das Bundesland Bremen die Region mit den meisten Leistungserbringern pro 100 Versicherten, aber den niedrigsten Ausgaben pro 100 Versicherten. In Mecklenburg-Vorpommern, ein Bundesland mit einem eher hohen Anteil Leistungsversicherten zu Versicherten, rechneten nach den Verordnungen aus dem Jahr 2010 vergleichsweise wenige Leistungserbringer mit der BARMER GEK ab (s. Tabelle II.8). Diese Ergebnisse sprechen für eine regional sehr unterschiedliche Verschreibungspraxis und Angebotsstruktur von Heilmitteln sowie für eine unterschiedliche Inanspruchnahme der Heilmittelerbringer.

Abbildung II.1 Leistungsversicherte für Heilmittel zu Versicherten in Prozent nach Bundesland in der BARMER GEK im Jahr 2010



Ergebnisse der Hilfsmittelanalysen

Abbildung III.1 Ausgabenentwicklung für Hilfsmittel in der GKV 2004 bis 2009



Kennzahlen der Hilfsmittelversorgung

Die Ausgaben der BARMER GEK für Hilfsmittel von sonstigen Leistungserbringern – hier sind die Hilfsmittel aus Apotheken (z.B. Stützstrümpfe oder Bandagen) noch nicht eingeschlossen – lagen im Jahr 2010 bei 666,3 Millionen Euro, was einer Zunahme zum Vorjahr um etwa 5% entspricht. Leistungen von Orthopädiemechanikern und Bandagisten machen dabei rund 53% der Ausgaben aus.

Die folgenden Auswertungen beziehen sich ausschließlich auf Abrechnungen über „sonstige Leistungserbringer“, die zur Hilfsmittelabgabe berechtigt sind (s. Tabelle III.1) und Hilfsmittel, die im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind. Hilfsmittel, die über Apotheken abgegeben wurden, sind in den Analysen nicht erfasst.

Der Ausgabenanstieg von 5,1% zum Vorjahr ist zu einem großen Teil auf die Zunahme an BARMER GEK-Versicherten insgesamt (+3,2%) und vor allem an Versicherten mit Hilfsmittelverordnungen (Leistungsversicherte +6,3%) zurückzuführen. Der Anteil der BARMER GEK-Versicherten, die ein Hilfsmittelrezept erhalten haben, stieg demnach von 17,7% im Jahre

2009 auf 18,2% im Jahre 2010. Knapp 500.000 Versicherte erhielten ein Rezept über Einlagen, die damit schon 29% der Leistungsversicherten ausmachen. Mehr als 320.000 Versicherte bekamen eine Bandage verordnet (s. Tab. 18 im Anhang). Mit der höheren Anzahl Leistungsversicherter ist auch die Anzahl der Hilfsmittelrezepte deutlich gestiegen (+5,3%).

Tabelle III.1 Ausgaben für Hilfsmittleistungen von sonstigen Leistungserbringern

Leistungserbringer	Ausgaben 2009 in €	Anteil an den Gesamtaus- gaben in %	Ausgaben 2010 in €	Anteil an den Gesamtaus- gaben in %	Änderung zu 2009 in %
Orthopädiemechaniker, Bandagisten	331.607.317,95	52,31	353.854.873,44	53,11	+1,52
Sonstige Erbringer von Leistungen i.S. des SGB	160.169.158,14	25,27	168.144.817,30	25,24	-0,12
Orthopädieschuhmacher, Orthopäden (als Erbringer von Leistungen, z.B. Einlagen)	57.175.732,95	9,02	57.452.978,09	8,62	-4,40
Hörgeräte-Akustiker	55.138.097,66	8,70	56.641.127,61	8,50	-2,27
Rehabilitationsstätten, Pflegeheime, Sozialstation	17.298.119,49	2,73	17.515.228,52	2,63	-3,67
Augenoptiker, Augenärzte (als Erbringer von Leistungen)	7.082.663,79	1,12	7.065.264,14	1,06	-5,09
Sonstige	5.449.834,57	0,86	5.630.065,53	0,84	-1,71

Tabelle III.2 Kennzahlen der Hilfsmittelversorgung 2009 und 2010 in der BARMER GEK

	2009	2010	Änderung in %
Leistungsversicherte	1.557.071	1.655.392	+6,31
Anzahl Rezepte	4.804.082	5.059.543	+5,32
Ausgaben in €	633.920.924,55	666.304.354,63	+5,11
Ausgaben pro LV in €	407,12	402,51	-1,13
LV zu Vers. in %	17,71	18,24	+3,03
Ausgaben pro Rezept in €	131,95	131,69	-0,40
Ausgaben pro Vers. in €	72,09	73,43	+1,86

Mit zunehmendem Alter steigt auch der Hilfsmittelbedarf und damit die Versorgungsprävalenz sowohl bei Männern wie auch bei Frauen, die mit Ausnahme von Kindern im Alter bis zu zehn Jahren einen vergleichsweise hohen Versorgungsbedarf aufweisen. Etwa jede zweite BARMER GEK-versicherte Frau über 80 Jahren erhält demnach innerhalb eines Jahres mindestens ein Hilfsmittel. Der Anteil leistungsversicherter Männer liegt in dieser Altersgruppe bei etwa 40%. Die Entwicklung der letzten Jahre zeigt allerdings eine Abnahme der Hilfsmittelversorgung für ältere Versicherte, während die Versorgungsprävalenz in den mittleren Altersgruppen (vor allem bei den 40- bis 50-Jährigen) kontinuierlich ansteigt. So ist der Anteil der 40- bis 49-jährigen Frauen mit Hilfsmittelversorgung von 2009 auf 2010 um fast 6% gestiegen, der Anteil der Männer in dieser Altersgruppe hat sogar um etwa 11% zugenommen (s. Tab. 17 im Anhang).

Abbildung III.2 Versorgungsprävalenz mit Hilfsmitteln nach Alter und Geschlecht im Jahr 2010

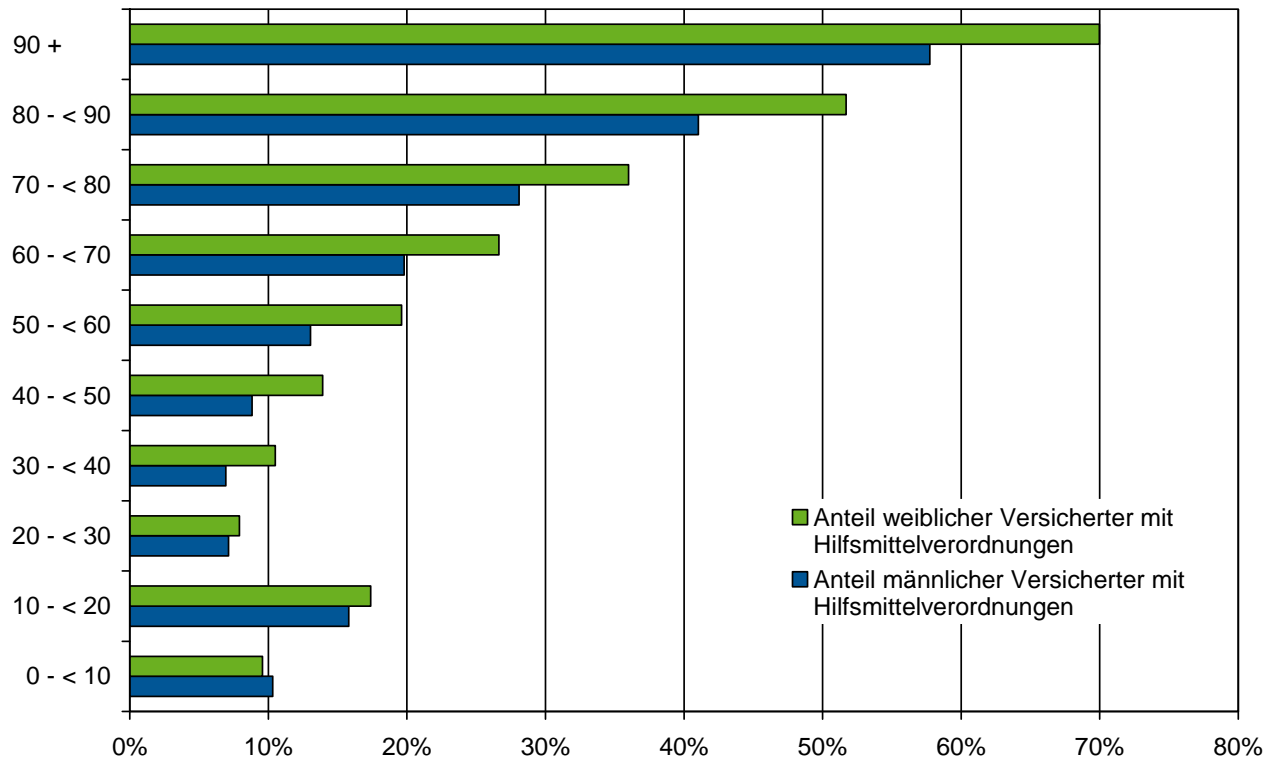
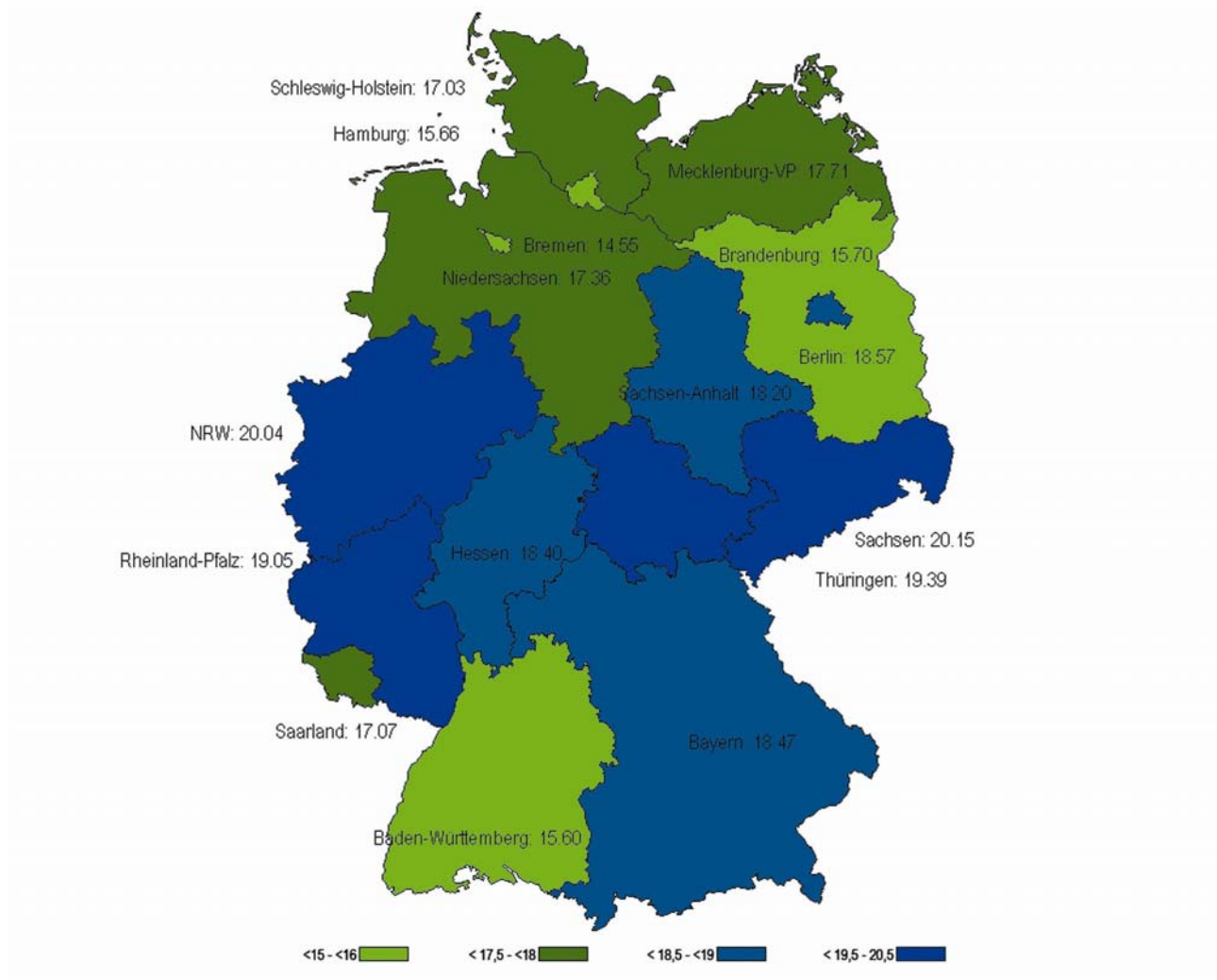


Tabelle III.3 10 Produktgruppen der höchsten Versorgungsprävalenz und Ausgaben pro Leistungsversichertem nach Geschlecht im Jahr 2010

Produktgruppe	Männer mit Hilfsmittelleistungen		Frauen mit Hilfsmittelleistungen	
	Anteil in %	Ausgaben pro LV in €	Anteil in %	Ausgaben pro LV in €
08 - Einlagen	3,69	80,47	6,32	76,41
05 - Bandagen	2,69	100,69	4,13	94,18
17 - Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	1,46	113,41	3,63	141,49
15 - Inkontinenzhilfen	1,58	349,86	2,73	318,22
10 - Gehhilfen	1,41	56,58	2,15	60,25
31 - Schuhe	0,93	368,67	1,61	255,02
09 - Elektrostimulationsgeräte	0,61	79,22	1,30	81,60
25 - Sehhilfen	1,45	59,96	1,21	77,45
23 - Orthesen/Schienen	0,76	412,72	1,19	308,89
18 - Kranken-/Behindertenfahrzeuge	0,65	940,17	0,95	710,62

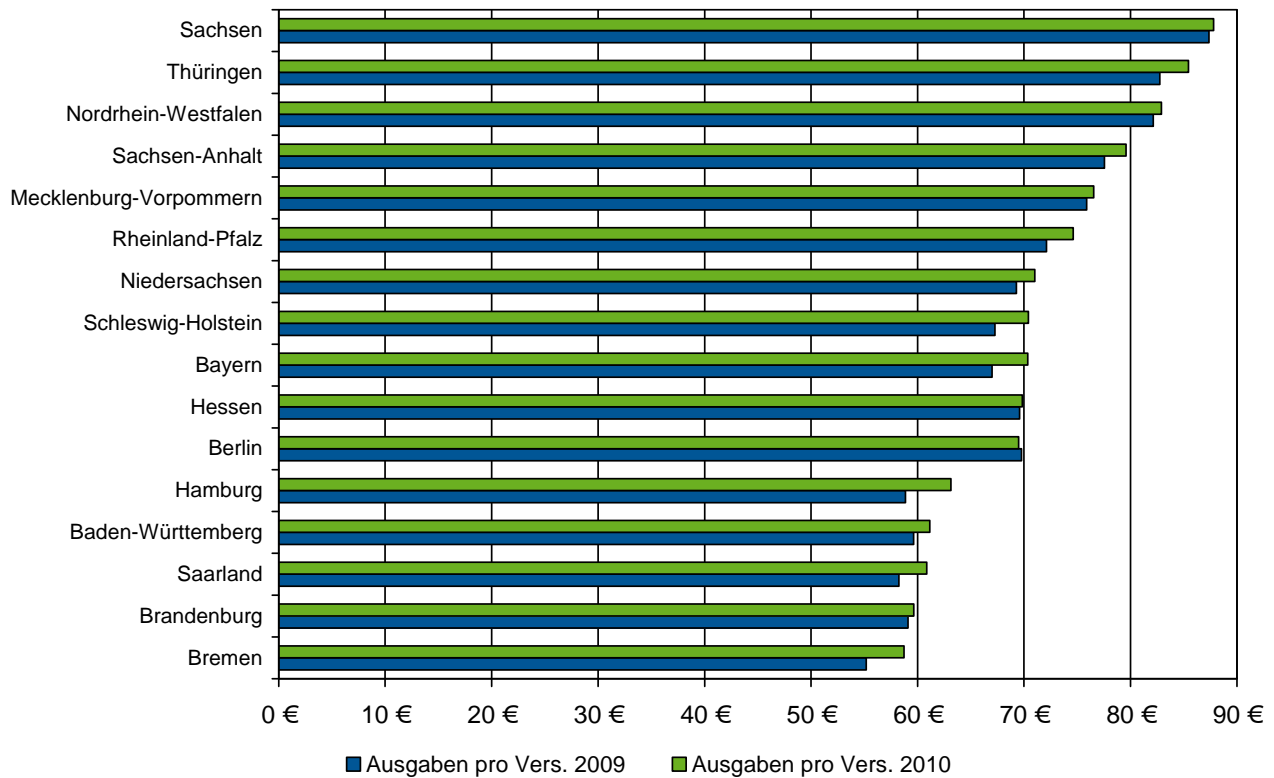
Neben geschlechtsspezifischen Differenzen sind auch regionale Unterschiede in der Hilfsmittelversorgung zu erkennen. So weisen die Bundesländer Sachsen, Nordrhein-Westfalen, Thüringen und Rheinland-Pfalz mit 19,05% bis 20,15% die höchsten Anteile von Versicherten auf, die Hilfsmittel erhalten haben.

Abbildung III.3 Leistungsversicherte für Hilfsmittel nach Bundesland



Die höchsten Ausgaben pro Versichertem für Hilfsmittel entfallen auf die Bundesländer Sachsen, Nordrhein-Westfalen und Thüringen, wobei nur die Länder Bremen und Hamburg eine Zunahme von 2009 auf 2010 um mehr als 6% zu verzeichnen haben. Diese Differenzen sind am ehesten mit Unterschieden in der Alters- und Geschlechtsverteilung der Versicherten und mit Morbiditätsunterschieden zwischen den Bundesländern zu erklären (siehe dazu auch BARMER GEK „Gesundheitswesen aktuell“ 2011). Die Ausgabendifferenzen können aber auch in unterschiedlichem Versorgungsverhalten der Leistungsanbieter begründet sein (insbesondere bei Verbrauchsmaterialien, die bisher vertraglich nicht durch pauschalierte Vergütungen geregelt sind).

Abbildung III.4 Ausgaben für Hilfsmittel pro Versichertem 2009 und 2010 nach Bundesland



Versorgungsanalyse ausgewählter Hilfsmittelproduktgruppen

Die höchsten Ausgaben für medizinische Hilfsmittel, die über die BARMER 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 von Medikamenten eingesetzt. In der folgenden Tabelle III.4 sind die 10 Produktgruppen aufgelistet, die wie im Vorjahr den höchsten Ausgabenanteil ausmachten. Dieser Anteil umfasst 69% der Gesamtausgaben. Inkontinenzhilfen und Kranken- bzw. Behindertenfahrzeuge belegen wie im Vorjahr die Plätze zwei und drei bei den Hilfsmittelausgaben.

Tabelle III.4 Rangliste der Ausgaben für Hilfsmittelproduktgruppen aus dem HMV (TOP 10) für das Jahr 2010

Rang 2010	Produktgruppe	Ausgaben in € in 2010	Ausgaben pro Versichertem in 2010 in €	Rang 2009
1	14 - Inhalations- und Atemtherapiegeräte	72.686.379,82	8,01	1
2	15 - Inkontinenzhilfen	66.857.998,21	7,37	2
3	18 - Kranken-/Behindertenfahrzeuge	58.847.834,75	6,49	3
4	13 - Hörhilfen	57.646.019,10	6,35	4
5	08 - Einlagen	36.761.271,55	4,05	6
6	29 - Stomaartikel	35.948.408,11	3,96	7
7	31 - Schuhe	34.712.983,33	3,83	5
8	17 - Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	33.357.028,93	3,68	9
9	23 - Orthesen/Schienen	31.251.186,34	3,44	10
10	05 - Bandagen	30.827.878,84	3,40	8

Fast 474.000 BARMER GEK-Versicherte erhielten im Jahr 2010 eine Einlagenversorgung. Damit liegt die Versorgungsprävalenz hier erstmals über 5%. Auch Hilfsmittel zur Kompressionstherapie nehmen einen steigenden Versorgungsrahmen ein. Um knapp 6% sind die Ausgaben pro Versichertem für vorwiegend Kompressionsstrümpfe von 2009 auf 2010 gestiegen. Die 33,4 Mio. Euro für Kompressionshilfsmittel entfielen auf 2,7% der Versicherten.

Die Therapie von Venenerkrankungen der Beine

Krankhafte Veränderungen am Venensystem gehören zu den weit verbreiteten Gesundheitseinschränkungen in Deutschland: Nur etwa 10% der deutschen Bevölkerung gibt keine Beschwerden und Auffälligkeiten an, dagegen berichten 59% über Besenreiser, Krampfadern oder zurückliegende Thrombosen (RKI, 2009b). Unter chronischen Erkrankungen der Venen mit schwerwiegenden Symptomen wie Ödemen oder Ulzerationen leiden 30% der Bevölkerung. Im Rahmen des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 berichteten etwa 4% der Befragten über eine zurückliegende Thrombose. Pro Jahr versterben mehr als 7.000 Bundesbürgerinnen und -bürger an einer Lungenembolie, die auf eine Beinvenenthrombose zurückzuführen ist.

Die Krankheitskosten für Venen- und Lymphkrankungen zusammen betragen im Jahr 2006 2,18 Mrd. Euro; 37% davon entfielen allein auf die Behandlung von Krampfadernerkrankungen (RKI, 2009b). Ein großer Anteil der Ausgaben entfällt auf die stationäre Behandlung (600 Mio. Euro), die jedoch im Vergleich zum Jahr 2002 einen deutlich rückläufigen Trend verzeichnet. Dies ist zum einen auf eine rückläufige Anzahl der stationären Leistungen bei Varizenerkrankungen zu erklären, lässt aber zum anderen auf eine Zunahme der ambulanten Operationen im Krankenhaus

schließen. Genaue Zahlen für ambulante Eingriffe bei Venenerkrankungen sind bundesweit jedoch nicht verfügbar.

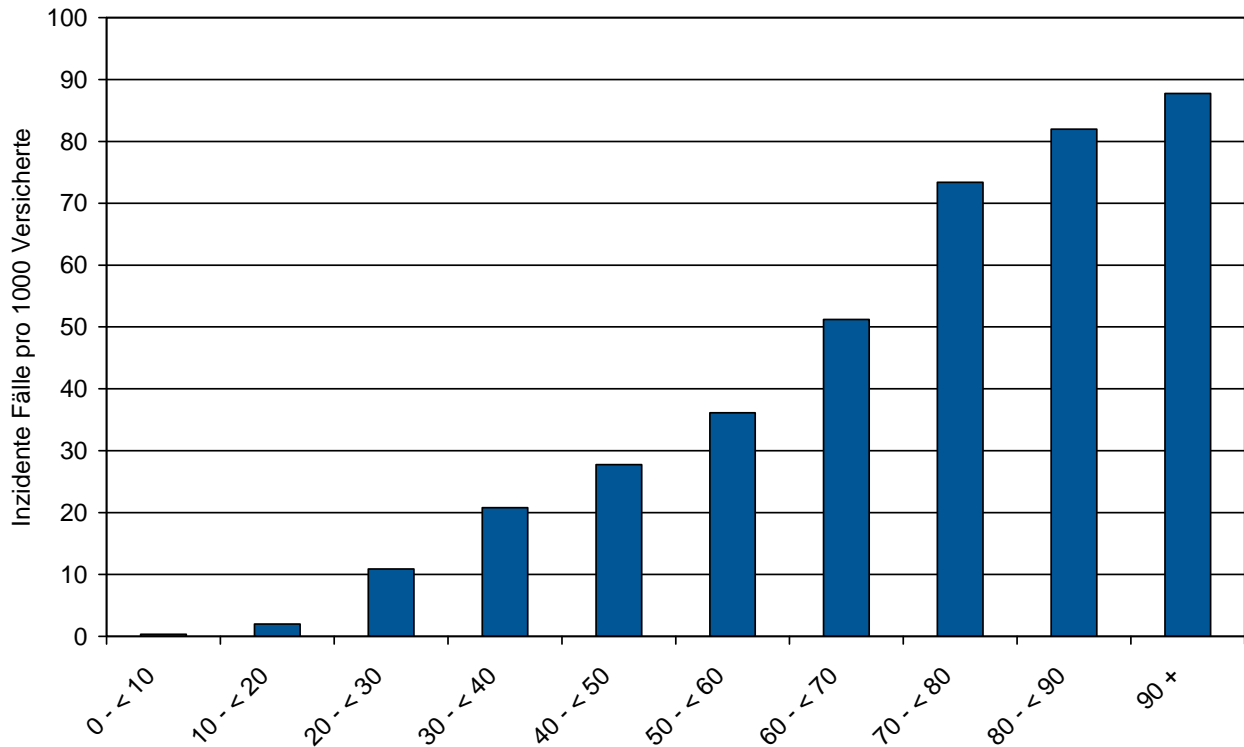
Stationär werden in Deutschland jährlich etwa 300.000 Operationen der Krampfadern vorgenommen, der Anteil der Kosten für chronische Venenerkrankungen insgesamt beläuft sich vor allem durch behandlungsintensive venöse Ulzerationen auf 1% bis 3% der gesamten Gesundheitsausgaben (Partsch, 2009).

Zusammenfassend kann man von einer schwachen Evidenz für Effektivität und langfristige Effekte bei chirurgischen Eingriffen sprechen, während sich konservative Maßnahmen als effizient hinsichtlich Behinderung und Schmerz erwiesen haben (Murad et al., 2011). Die häufigste konservative Maßnahme stellt die Kompressionsbehandlung dar, die vermehrt bei Frauen, bei Betroffenen höheren Alters und bei höhergradigen Erkrankungen angewendet wird (Pannier et al., 2007). Der gemäß Studienlage zu erwartende positive Effekt wird jedoch eingeschränkt durch die schlechte Patienten-Adhärenz bei der Anwendung von Kompressionsstrümpfen. Eine Studie aus dem Jahr 2007 berichtet davon, dass nur 37% der Patienten die Strümpfe zumindest zeitweise tragen. Zu den Hauptgründen für die Ablehnung der Therapie zählt das subjektive Gefühl der Ineffektivität und ein schlechter Tragekomfort (Raju et al., 2007).

Im Jahr 2008 wurde durchschnittlich bei 25 von 1.000 Versicherten erstmals die Diagnose „Venenerkrankung“ dokumentiert. Hochgerechnet auf alle Versicherten der Gesetzlichen Krankenkassen 2008 ergäbe dies mehr als 470.000 Neuerkrankungen innerhalb eines Jahres.

In allen analysierten Diagnosegruppen überwiegt der Anteil weiblicher Versicherter mit mindestens einer ärztlichen Diagnose. So liegt bei Thrombosen der Anteil der betroffenen Frauen bei 55% und bei Patienten mit Varizen der unteren Extremität sind 67% weiblich. Doch neben dem weiblichen Geschlecht ist vor allem ein höheres Lebensalter entscheidend für das Auftreten von Venenerkrankungen. Allein zwischen dem 40. und 70. Lebensjahr verdoppelt sich die Wahrscheinlichkeit für Erkrankungen des Venensystems.

Abbildung IV.1 Inzidenz von Venenerkrankungen der unteren Extremität nach Altersgruppen im Jahr 2008

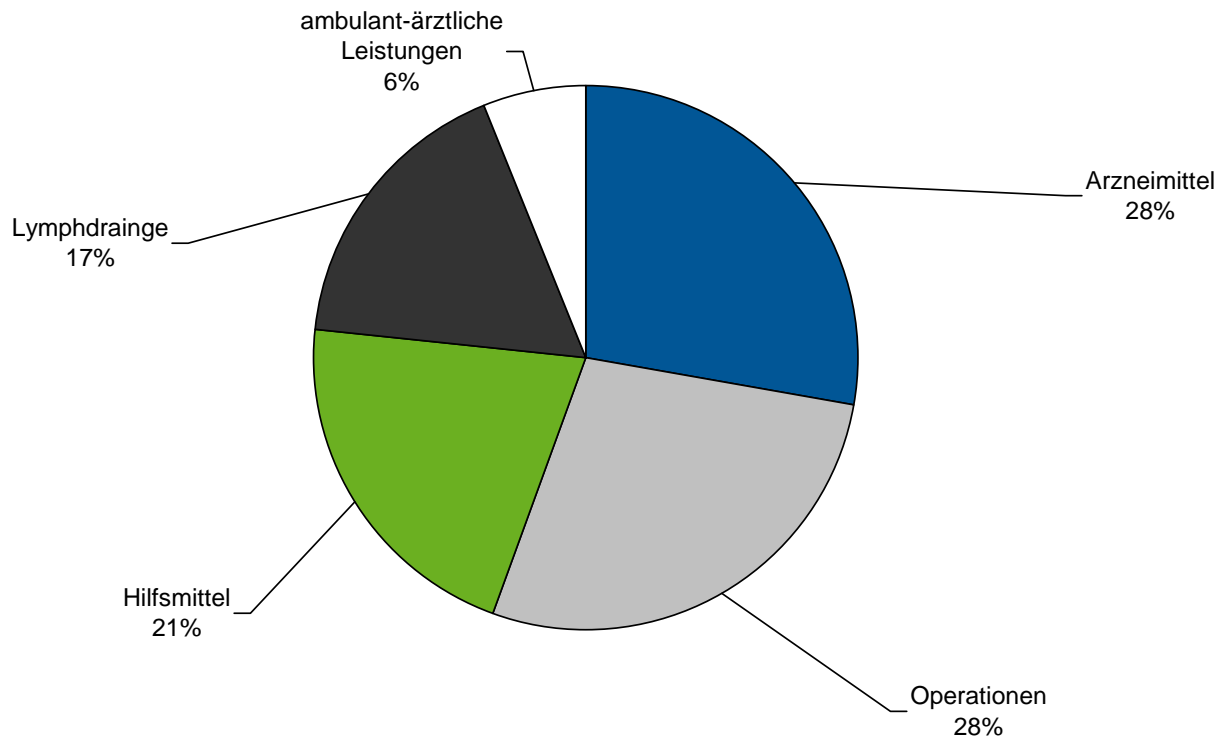


Mit einem Anteil von 68% sind es vor allem Varizen der unteren Extremität, die als Venenerkrankungen diagnostiziert werden. Davon treten 10% mit einer Entzündung oder sogar einer Ulzeration auf. Die chronisch venöse Insuffizienz wird nach ICD-10 unter „sonstigen Venenerkrankungen“ aufgeführt, die – genauso wie Thrombosen – insgesamt einen Anteil von 13% an allen Venenerkrankungen ausmachen.

Die Inanspruchnahme therapeutischer Optionen bei Venenerkrankungen innerhalb eines Jahres nach Erstdiagnose variiert sehr stark: Mit 2% werden stationäre chirurgische Eingriffe bei dem geringsten Anteil der Betroffenen durchgeführt, machen jedoch 28% der jährlichen Gesamtausgaben für Venenerkrankungen aus. Spezielle ambulant-ärztliche Leistungen machen bei hoher Versorgungsprävalenz mit 6% der Ausgaben den kleinsten Kostenfaktor aus. Die höchsten Ausgaben pro Leistungsversichertem entstehen nach den chirurgischen Eingriffen durch die manuelle Lymphdrainage.

Für alle GKV-Versicherten liegen die jährlichen Gesamtkosten für die hier analysierten Leistungsbereiche hochgerechnet bei etwa 62,3 Mio. Euro allein für inzidente Fälle.

Abbildung IV.5 Gesamtkosten für Venenerkrankungen nach Leistungsbereichen in Prozent



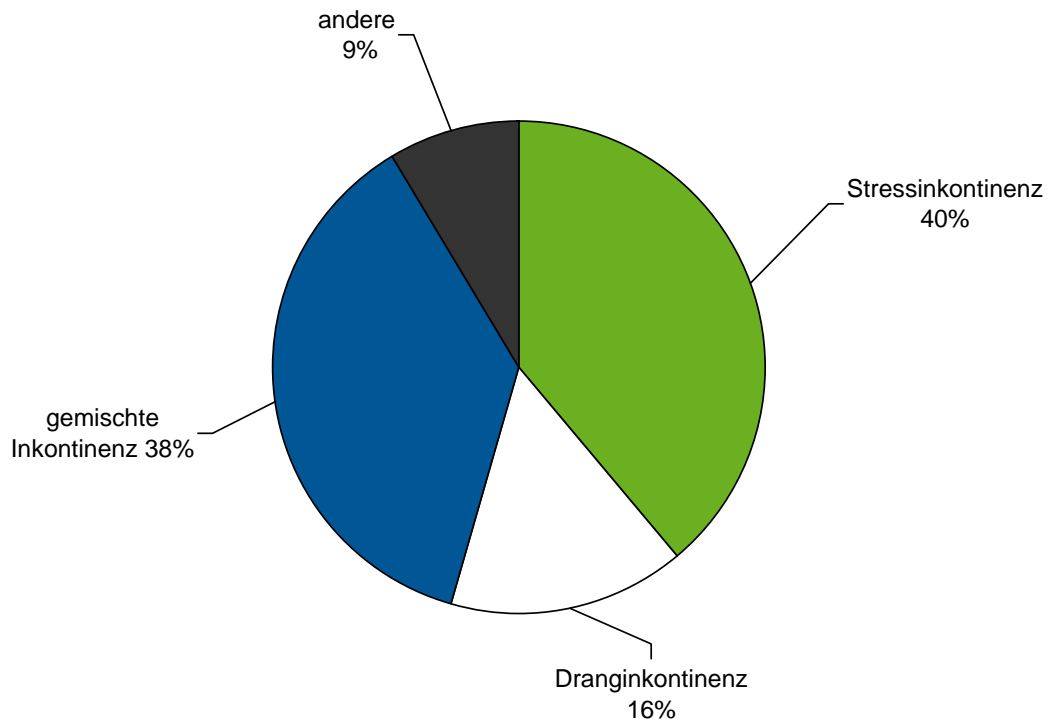
Die Analysen der BARMER GEK-Daten zeigen, dass 25 von 1.000 Versicherten innerhalb eines Jahres erstmals wegen Venenerkrankungen ärztlich behandelt werden. Innerhalb eines Jahres nach der Erstdiagnose wird vorrangig die Kompressionstherapie angewendet, die 21% der Ausgaben ausmacht. Weit weniger Patienten erhalten Lymphdrainage zur Behandlung von Ödemen und unterziehen sich chirurgischen Eingriffen. Beide Leistungsbereiche kommen auf insgesamt 45% der jährlichen Gesamtkosten für inzidente Fälle. Damit stehen in Bezug auf die Ausgaben Maßnahmen im Vordergrund, für die der wissenschaftliche Nachweis zur langfristigen Wirksamkeit nur unzureichend erbracht ist. Vorliegende Evidenz wird keineswegs ausreichend berücksichtigt – zum Schaden für die Patienten und mit monetären Folgen für unser Versorgungssystem. Allein für Heilmittel und Operationen bei Varizen entstanden im Jahr 2006 bundesweit Kosten in Höhe von 342 Mio. Euro (RKI, 2009b); Ausgaben für – nach aktuellen wissenschaftlichen Ergebnissen – ineffiziente Therapien, da der Nachweis des langfristigen Nutzens fehlt.

Die stärkere Betonung einer qualitativ hochwertigen Kompressionstherapie, die eingebettet ist in geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Adhärenz, könnte zur Vermeidung von schweren Erkrankungen und Komplikationen beitragen. Vergleichsweise teure Maßnahmen wie Lymphdrainage oder Operationen wären dann obsolet.

Die Therapie der Harninkontinenz

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bezeichnet die Harninkontinenz als eine weltweite Volkskrankheit und als eines der letzten medizinischen Tabus. Es ist derzeit davon auszugehen, dass ca. sechs bis acht Millionen Menschen in Deutschland von einer Harninkontinenz betroffen sind (Deutsche Kontinenz Gesellschaft, 2009). Der Anteil von Frauen überwiegt deutlich aufgrund der anatomischen Gegebenheiten und ihrer Gebärfähigkeit. Der weit verbreitete Irrglaube, die Harninkontinenz sei ein natürlicher Bestandteil des Alterns, führt zu einer „Verschleppung“ des Problems und zu höheren Folgekosten, da einfache konservative Behandlungsmöglichkeiten nicht mehr greifen (Niederstadt & Doering, 2004). Die immer noch bestehende Tabuisierung der Erkrankung und die Schamgefühle bei den Patientinnen führen zu einer späten Inanspruchnahme von Leistungen. Bestehende Informationsdefizite bei Leistungsanbietern und Patientinnen über präventive und therapeutische Behandlungsmöglichkeiten und die fehlende Vernetzung und Integration der Versorgung verhindern, dass wirksame Behandlungsmethoden frühzeitig greifen. Es ist davon auszugehen, dass eine Inkontinenzkrankung, die nicht adäquat und frühzeitig behandelt wird, hohe Folgekosten im Hilfsmittelbereich insbesondere für Inkontinenzvorlagen verursacht. Die Kostenlawine, die verstärkt durch den demografischen Wandel in den nächsten Jahren zu erwarten ist, dürfte erheblich sein. Die Auswertung der Daten der BARMER GEK zeigt, dass der Stellenwert der unterschiedlichen Therapieoptionen auf eine erhebliche Fehlversorgung schließen lässt, und dass eine bessere und frühzeitiger einsetzende Behandlung Einsparpotentiale beinhaltet.

Abbildung IV.8 Verhältnis der Inkontinenztypen bei prävalenten Frauen in Deutschland



Quelle: Hunskar et al., 2004

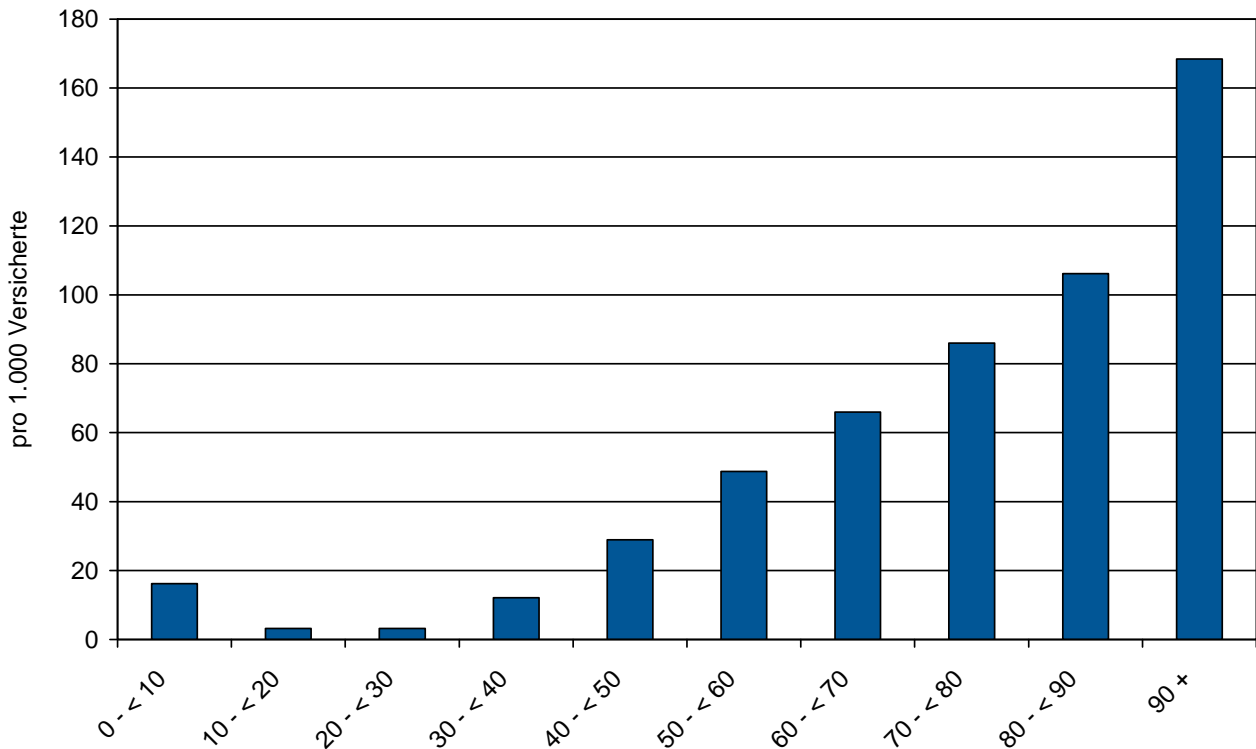
Epidemiologie und Versorgung der Harninkontinenz: Analysen der BARMER GEK-Daten

Im Jahr 2008 wurde bei 28 von 1.000 weiblichen Versicherten im Rahmen der ambulant-ärztlichen Versorgung erstmals die Diagnose der Harninkontinenz gestellt. Die Abbildung IV.9 stellt die Anzahl der Neuerkrankungen nach Altersgruppen dar. Ab dem 30. Lebensjahr steigt die Rate der Neuerkrankungen von zunächst 12 pro 1.000 um das 14-fache auf 168 pro 1.000 bei Frauen ab 90 Jahren und zeigt damit deutlich die Altersabhängigkeit der Inkontinenz.

Die gesamtgesellschaftliche Bedeutung der Inkontinenz ist erheblich. Die Kosten, die in Zukunft von dieser Erkrankung ausgehen, sind beträchtlich und werden durch den demografischen Wandel weiter steigen. Um eine bedarfsgerechte Versorgung betroffener Patienten sicherzustellen, gilt es Fehl-, Unter- aber auch Überversorgungen zu vermeiden. Die konservative Therapie, die anerkanntermaßen den Verlauf der Inkontinenz günstig beeinflussen kann, findet in Deutschland kaum Beachtung. Neue Verantwortlichkeiten im Gesundheitswesen, gekoppelt mit neuen Versorgungswegen, könnten dazu beitragen, die konservative Therapie der weiblichen

Harninkontinenz aufzuwerten. Eine frühzeitigere Versorgung und ein besseres Therapiemanagement, welches ein abgestuftes Vorgehen einzelner Diagnose- und Therapieoptionen beinhaltet, könnten die Versorgungsqualität verbessern. Die hohen Kosten im Bereich der Hilfsmittel und operativen Eingriffe ließen sich durch zeitnahe therapeutische Interventionen reduzieren.

Abbildung IV.9 Inzidenzrate pro 1.000 Versicherte der Harninkontinenz bei Frauen im Jahr 2008



Arthrose der Hüft- und Kniegelenke

Die Anzahl von operativen Eingriffen mit künstlichem Gelenkersatz nimmt jährlich zu. Die Kosten, die für die Gesetzlichen Krankenkassen durch die stationäre Behandlung bei Erstimplantationen der Hüft- und Kniegelenke entstehen, beliefen sich im Jahr 2009 auf fast drei Milliarden Euro. Das Statistische Bundesamt berichtet, dass für die Behandlungen von Arthrosen im Jahr 2002 rund sieben Milliarden Euro und damit fast 30% der direkten Kosten, die insgesamt durch Muskel- und Skeletterkrankungen entstehen, verursacht wurden. Die in diesem Zusammenhang aufkommenden Arbeitsunfähigkeitstage, Rehabilitationsmaßnahmen und Frühberentungen sind bedeutend. Da das Risiko, an Arthrose zu erkranken, mit dem Alter zunimmt, sind vor dem

Hintergrund der demografischen Entwicklung eine steigende Anzahl Betroffener und damit ein erhöhter Versorgungsbedarf zu erwarten.

Ein Gelenkersatz erfolgt, wenn Maßnahmen wie Physiotherapie oder die medikamentöse Behandlung nicht ausreichend Linderung und Bewegungsfähigkeit verschaffen. Vor allem aktive Maßnahmen der Physiotherapie können aber die Konsequenzen der Krankheit, wie die eingeschränkte Aktivität und Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben, verbessern.

Die Auswertungen zeigen hohe Anteile Versicherter mit einer Hüft- oder Kniearthrose und zusätzlichen Diagnosen, die Risikofaktoren für das klinische Fortschreiten einer Arthrose darstellen. Männer gehören zu der Zielgruppe, die verstärkt mit Physiotherapie behandelt werden sollte, bevor eine Operation stattfindet. Außerdem werden noch zu viele passive gegenüber aktiven Maßnahmen verordnet.

Die Kosten für Erstimplantationen von Hüft- bzw. Kniegelenken belaufen sich in Deutschland jährlich auf insgesamt ca. 1,4 bis 1,6 Milliarden bzw. 1,0 bis 1,3 Milliarden Euro. Darin sind die Kosten für die medizinische Rehabilitation und die ambulante Nachbehandlung nicht eingeschlossen. Dies geht aus Hochrechnungen des BARMER GEK Report Krankenhaus 2010 hervor. Die Erstimplantation hat vor allem bei den Kniegelenken deutlich zugenommen, nämlich um 43% im untersuchten Zeitraum zwischen 2003 und 2009. Frauen werden zwar häufiger operiert als Männer, die Steigerungsrate bei den Männern ist jedoch höher als bei den Frauen. Es wurde gezeigt, dass bei 80% bzw. 96% der Erstimplantationen eines Hüft- oder Kniegelenks auch die Hüft- oder Kniearthrose als relevante Entlassungshauptdiagnose verzeichnet wurde. Wird davon ausgegangen, dass der Anteil der Bevölkerung, der von Arthrose betroffen ist, nicht plötzlich angestiegen ist, deutet dies auf zunehmende Entscheidungen für eine Implantation hin (Bitzer et al., 2010).

Die Rolle der Physiotherapie

Der natürliche Verlauf der Arthrose ist sehr heterogen. Perioden, in denen kaum Symptome auftreten, können sich mit starken Schmerzen und Bewegungseinschränkungen abwechseln. Die physiotherapeutische Behandlung kann in verschiedenen Stadien der Krankheit eine Rolle spielen. PhysiotherapeutInnen können PatientInnen im Krankheitsprozess begleiten und Hilfestellung im Umgang mit den Beschwerden bieten, z.B. durch die gemeinsame Erarbeitung der persönlichen Bewältigungsstrategie und durch die Stärkung der patienteneigenen Ressourcen. Bis heute gibt es weder pharmakologische noch therapeutische Möglichkeiten, die das radiologische Fortschreiten

der Arthrose nachweislich aufhalten können. Jedoch können durch die Physiotherapie die Konsequenzen der Krankheit, wie die eingeschränkte Aktivität und Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben und die verminderte Belastbarkeit durch beispielsweise eine erhöhte Trainingstoleranz und Muskelkraft verbessert werden. In diesem Rahmen kann Physiotherapie ihren Beitrag zur tertiären Prävention leisten, nämlich zur Vorbeugung des weiteren Fortschreitens oder der Komplikationen der Erkrankung, sowie zur Verbesserung der Selbstwirksamkeit der Betroffenen. PhysiotherapeutInnen können bei der Vorbereitung auf eine gelenkersetzende Operation und ihrer Nachsorge zur schnellstmöglichen Eingliederung in den Alltag und das häusliche Umfeld von Bedeutung sein. Zu den physiotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen bei Hüft- oder Kniearthrose gehören die Information über die Erkrankung und Beratung im Umgang mit den Krankheitsfolgen, die individuell oder in Gruppen durchgeführte Trainingstherapie, auch Hydrotherapie und physikalische Maßnahmen (Wärme-, Kälteanwendungen) oder die Manuelle Therapie zur Schmerzlinderung, sowie Entlastung und Verbesserung der Beweglichkeit. Nach Bedarf werden schmerzstillende Medikamente eingesetzt.

Ein Gelenkersatz erfolgt schließlich, wenn die vorangegangenen Maßnahmen nicht ausreichend Linderung verschaffen (KNGF, 2010; AWMF, 2009).

Die Evidenz für die unterschiedlichen physiotherapeutischen Maßnahmen zur Schmerzlinderung und Steigerung der körperlichen Belastbarkeit bei Hüft- und Kniearthrose kann folgendermaßen zusammengefasst werden, dabei wird Level 1 als beste externe Evidenz und Level 4 als Expertenmeinung angesehen:

Tabelle IV.8 Evidenzlevel für die Bewertung der Therapiemöglichkeiten und ihre Empfehlung bei Hüft- und Kniearthrose

Therapie	Level	Empfehlung
Training	1	zur Schmerzlinderung, Steigerung der körperlichen Belastbarkeit
Patientenschulung und Maßnahmen zur gesteigerten Selbstwirksamkeit in Kombination mit Trainingstherapie	2	zur Schmerzlinderung, Steigerung der körperlichen Belastbarkeit
Massage	2	nicht empfohlen
aktive Hydro-, Balneotherapie	1	weder Schaden noch Nutzen
Wärme- oder Kältetherapie	4	zur Schmerzlinderung, Steigerung der körperlichen Belastbarkeit

Quelle: KNGF, 2010

Abbildung IV.14 Versicherte mit Hüft- (M16) und/oder Kniearthrose (M17) als Anteil an allen Versicherten nach Altersgruppen in Prozent

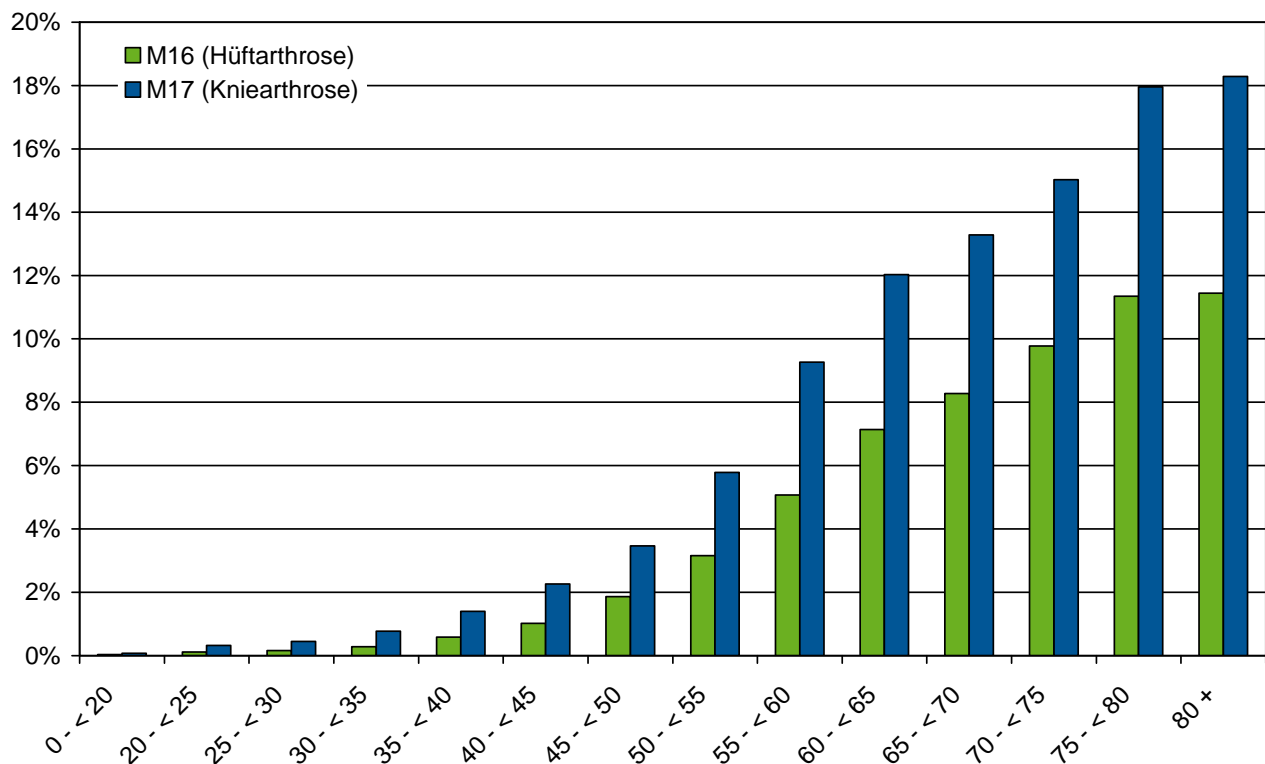
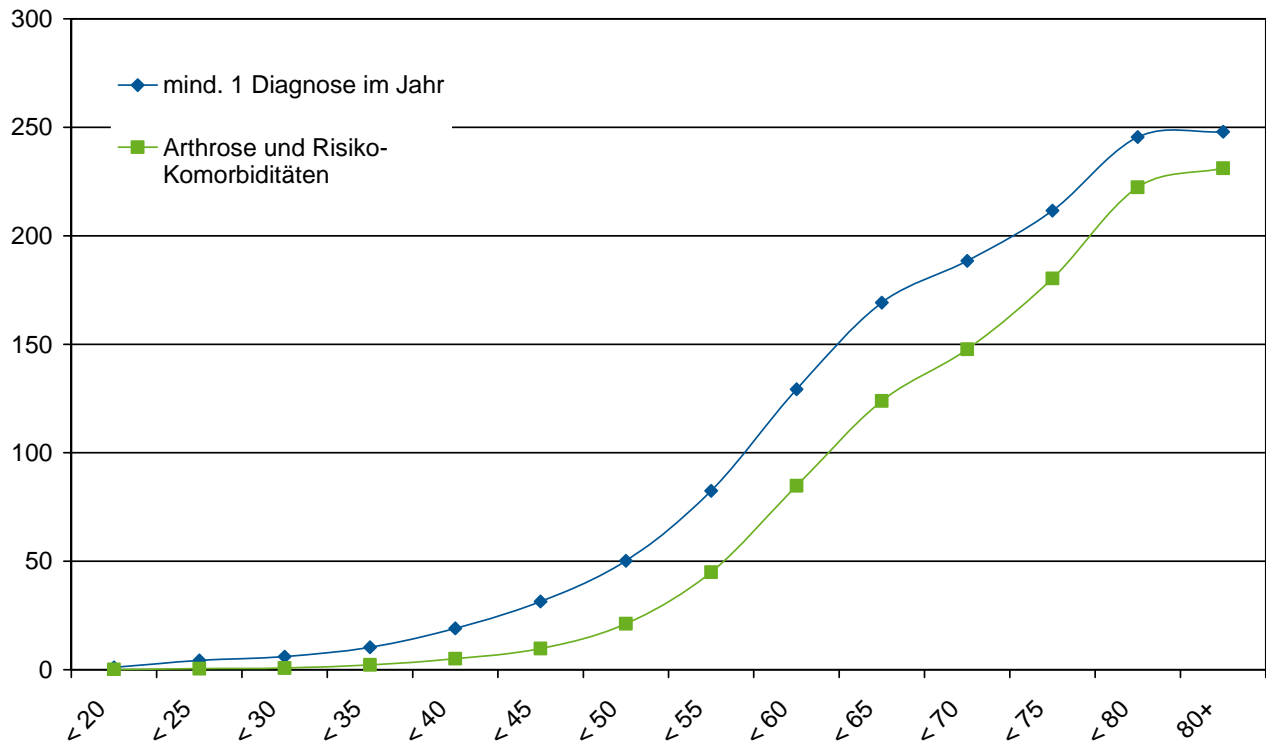


Abbildung IV.15 Anzahl Versicherte mit Hüft- oder Kniearthrose pro 1.000 Versicherte nach Altersgruppen



Nicht nur vor dem Hintergrund einer alternden Bevölkerung und einem steigenden Versorgungsbedarf müssen Versorgungsstrukturen ausgebaut werden und den betriebs- und volkswirtschaftlichen Belastungen durch Arthrose entgegengewirkt werden. Die bereits hohen Kosten für Erstimplantationen und die zunehmende Indikationsstellung machen deutlich, dass sinnvolle Behandlungsstrategien, wie die Physiotherapie, die ihren Beitrag im Rahmen tertiärer Prävention leisten können, genutzt werden sollten. Dadurch kann dem weiteren Fortschreiten oder Komplikationen der Erkrankung vorgebeugt, sowie die Selbstwirksamkeit und der Gesundheitszustand der Betroffenen gestärkt werden.

Die Auswertungen zeigen nicht nur hohe Anteile Versicherter, die von einer Hüft- oder Kniearthrose betroffen sind, sondern auch solcher, die zusätzlich noch Diagnosen aufweisen, die als Risikofaktoren für das klinische Fortschreiten einer Arthrose bekannt sind. Diese Versicherten werden zwar eher physiotherapeutisch behandelt als Versicherte ohne die speziellen Zusatzdiagnosen, jedoch ist nicht klar, ob die Anteile angemessen sind und das Potenzial der Physiotherapie damit ausgeschöpft wird. Deutlich ist, dass Frauen eher behandelt werden als Männer und hinsichtlich der hohen Steigerungsrate für Erstimplantationen bei Männern von einer Zielgruppe gesprochen werden kann, die verstärkt in die Prävention mittels Physiotherapie eingebunden werden könnte, bevor eine Operation stattfindet. Außerdem besteht die Hälfte aller physiotherapeutischen Verordnungspositionen aus passiven Maßnahmen, die nur eingeschränkt

dazu beitragen können, dass die Selbstwirksamkeit und der Gesundheitszustand nachhaltig verbessert werden.

CPAP-Geräte in der Versorgung von Patienten mit Schlafapnoe

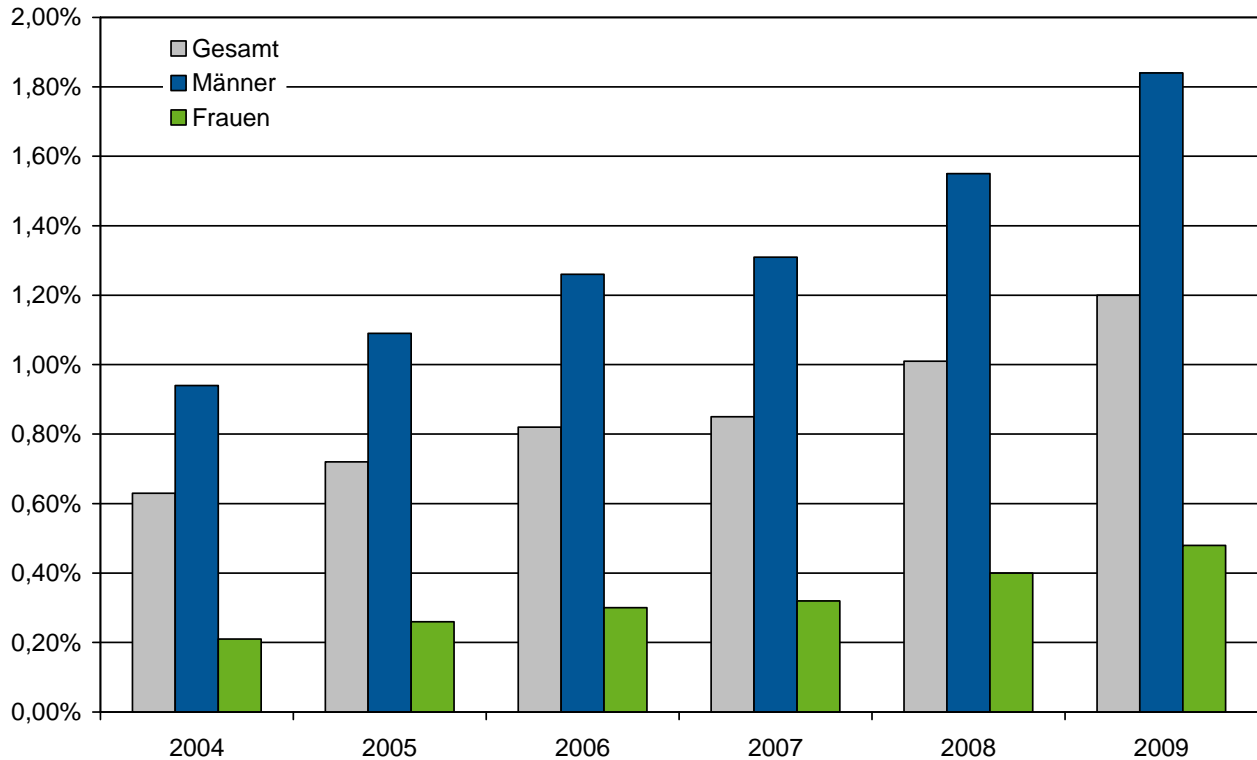
Das obstruktive Schlafapnoe-Syndrom (OSAS) als schlafbezogene Atmungsstörung gewinnt aufgrund steigender Erkrankungszahlen und der zunehmenden Erforschung ihrer Pathogenese an Bedeutung. Bleibt das OSAS unbehandelt, können schwerwiegende zerebro- und kardiovaskuläre Folgeerkrankungen auftreten. Der Erkrankung steht eine wirksame und effektive Therapie mit einem CPAP-Gerät (Continuous Positive Airway Pressure) gegenüber. Leitlinien empfehlen einheitlich den Einsatz von CPAP-Geräten als Mittel der Wahl. Ihre Wirksamkeit ist wesentlich von ihrem kontinuierlichen Einsatz abhängig.

Die Analysen der Daten zeigen, dass die Erkrankungsprävalenz der Schlafapnoe von 0,6% der Versicherten im Jahre 2004 auf 1,2% im Jahre 2009 ansteigt. Dabei wird deutlich, dass die Schlafapnoe vor allem eine Erkrankung des männlichen Geschlechts ist. Die höchste Erkrankungsrate liegt zwischen dem 40. und 70. Lebensjahr.

Die CPAP-Geräte gehören zu den Hilfsmitteln mit vergleichsweise hohen Anschaffungskosten. Im Jahr 2010 gab die BARMER GEK 40,3 Mio. Euro für CPAP-Geräte aus. Eine Untersuchung der Verordnung von CPAP-Geräten im Jahr der Neuerkrankung ergibt, dass nur 16% der Neuerkrankten mit einem CPAP-Gerät versorgt werden und dass 2,2-mal mehr Männer als Frauen ein CPAP-Gerät erhalten.

Eine zukünftige Aufgabe muss in der Prävention Schlafapnoe begünstigender Faktoren (z.B. Adipositas), in einer grundsätzlichen Sensibilisierung für das komplexe Thema der Schlafapnoe und einer zeitnahen Hilfsmittelversorgung liegen.

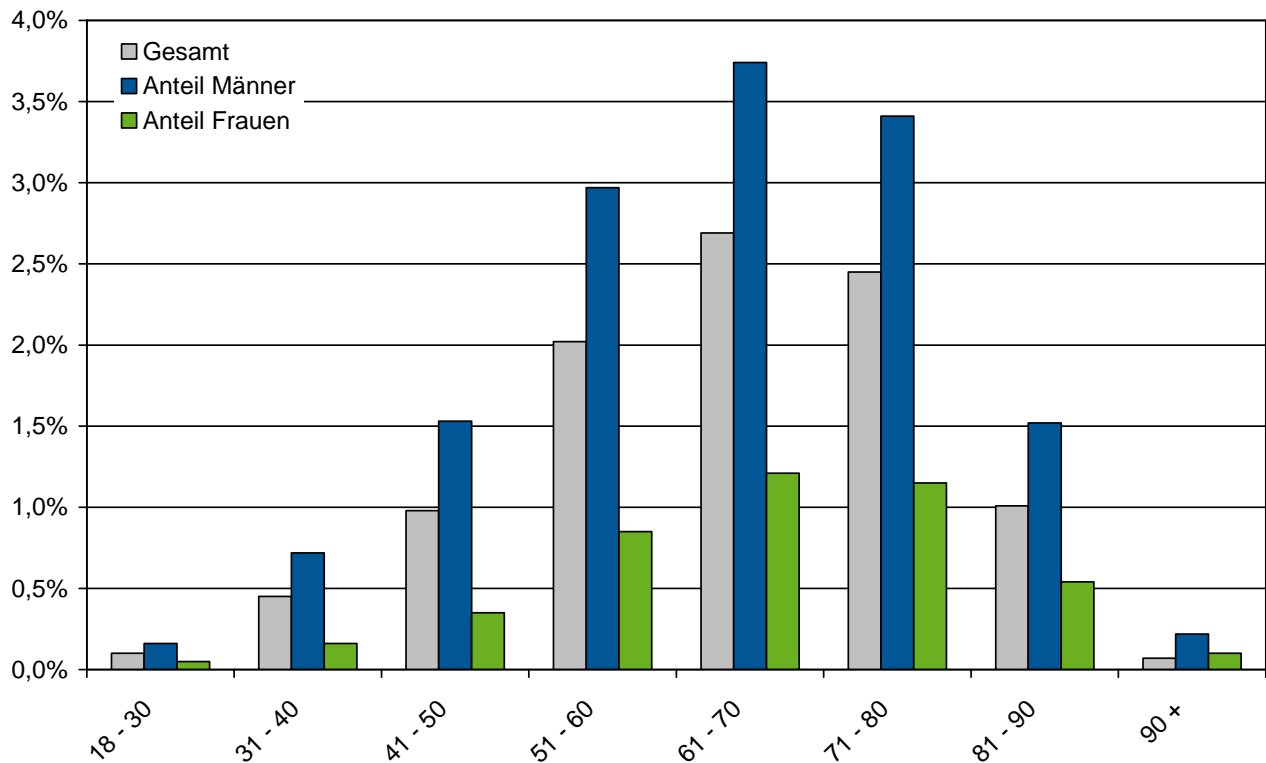
Abbildung IV.28 Entwicklung der Krankheitsprävalenz der Schlafapnoe in den Jahren 2004 bis 2009



Betrachtet man die Erkrankungsprävalenz differenziert nach dem Geschlecht, so wird deutlich, dass die Schlafapnoe vor allem eine Erkrankung des männlichen Geschlechts ist. Zu allen Messzeitpunkten liegt die Erkrankungsprävalenz bei den Männern um das 4-fache höher als bei den Frauen. Die Erkrankungsprävalenz bei den Frauen über den Untersuchungszeitraum hinweg steigt allerdings auch an: Von 0,2% auf 0,5%.

Führt man die differenzierte Erkrankungsanalyse fort und betrachtet die Erkrankung in Abhängigkeit vom Alter, so wird deutlich, dass die Schlafapnoe eine Erkrankung des mittleren Lebensalters ist. Besonders häufig tritt sie in den Altersgruppen 40 bis 70 Jahre auf.

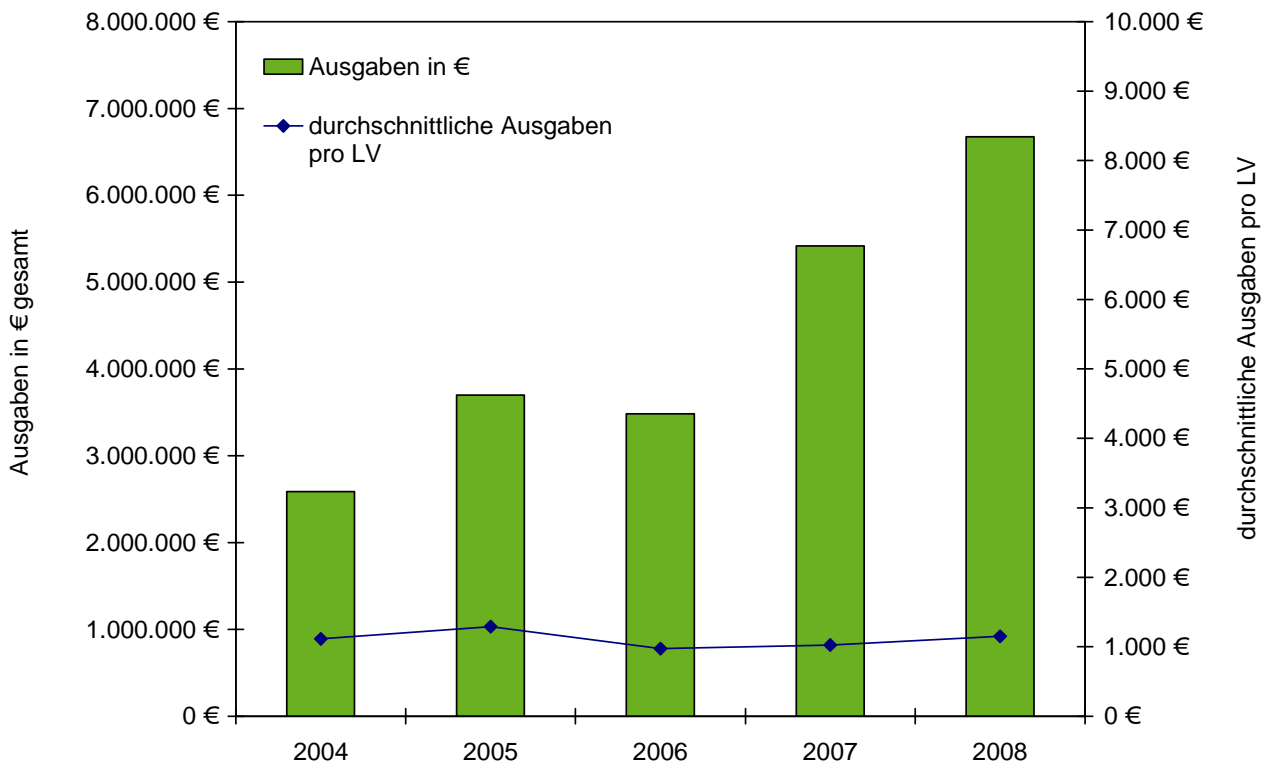
Abbildung IV.29 Prävalenz der Schlafapnoe differenziert nach Alter und Geschlecht im Jahr 2009



Kosten

Die CPAP-Geräte, die zur Behandlung der Schlafapnoe eingesetzt werden, gehören zu den Hilfsmitteln mit vergleichsweise hohen Anschaffungskosten. Ein CPAP-Gerät kostet im Durchschnitt zwischen 1.000 Euro und 5.000 Euro, die zugehörigen Masken verursachen Kosten von 125 bis 300 Euro (N.N., 2004). Wegen der rapide ansteigenden Erkrankungsprävalenz steigen auch die Ausgaben für CPAP-Geräte stark an. So wurden im Jahr 2004 für 2.324 Leistungsversicherte ca. 2,6 Millionen Euro aufgewendet. Die durchschnittlichen Kosten für ein CPAP-Gerät und das Zubehör lagen in diesem Jahr bei 1.113 Euro. Im weiteren Untersuchungsverlauf steigen die jährlichen Ausgaben: Im Jahr 2007 entfallen auf die CPAP-Geräte schon 5,4 Millionen Euro und schließlich 6,7 Millionen im Jahr 2008. Die Ausgaben nahmen folglich von 2004 bis 2008 um das 2,6-fache zu. Die durchschnittlichen Ausgaben pro Leistungsversichertem bleiben im Untersuchungszeitraum in einem Ausgabenspektrum von ca. 970 Euro bis 1.300 Euro relativ ähnlich. Nach der Vereinigung der BARMER und der GEK im Jahr 2010 konnten Kosten von 40,3 Mio. Euro für CPAP-Geräte und Zubehör ermittelt werden.

Abbildung IV.30 Ausgaben für CPAP-Geräte im Jahresverlauf von 2004 bis 2008 bei Schlafapnoe-Erkrankten



Versorgung inzident Erkrankter mit CPAP-Geräten

Der klare Anstieg der Erkrankungsprävalenz, der in der Literatur dargestellt wird, lässt sich auch in der vorliegenden Analyse wiederfinden. Eine Steigerung der Erkrankungshäufigkeit um 50% innerhalb der sechs Untersuchungsjahre dokumentiert diesen Anstieg und macht die Relevanz einer effektiven und adäquaten gesundheitlichen Versorgung deutlich. Denn wesentliche Einflussfaktoren wie Alter und BMI werden sich zukünftig so entwickeln, dass ein weiterer Anstieg der Schlafapnoe-Erkrankten zu erwarten ist. Eine wichtige Versorgungsaufgabe wird es also sein, z.B. Adipositaserkrankungen schon im Kindesalter einzudämmen, um unter anderem das Risiko eines OSAS und dessen Folgeerkrankungen zu reduzieren (Bradley & Floras, 2009). Durch die wachsende Evidenz eines kausalen Zusammenhangs zwischen dem OSAS und Hypertonie, Infarkten sowie zerebralen Insulten erhält das Thema der Folgeerkrankungen des OSAS besondere Brisanz und Aktualität. Daher muss ein zukünftiges Augenmerk auf die frühzeitige Erkennung und zeitnahe Behandlung des OSAS gelegt werden – schließlich gibt es mit den CPAP-Geräten eine wirksame Therapie. Die Effektivität der Maßnahme ist wissenschaftlich gut belegt und wird von Leitlinien als Mittel der Wahl empfohlen. Die Ergebnisse zur Verordnung der CPAP-Geräte im Jahr der Neuerkrankung sind unter diesem Aspekt ernüchternd. Nur 16% der neu

Erkrankten erhalten ein CPAP-Gerät innerhalb eines Jahres nach Erstdiagnose. Besonders auffällig ist die Diskrepanz in der Versorgung zwischen Männern und Frauen – 2,2-mal mehr Männer als Frauen bekommen im Jahr der Inzidenz ein CPAP-Gerät. Bei diesen Angaben konnte jedoch keine Schweregradeinteilung der Schlafapnoe sowie eine exaktere Spezifizierung der Diagnose berücksichtigt werden. Dennoch deuten die Ergebnisse der Analyse auf eine Unterversorgung der Schlafapnoe-Erkrankten mit CPAP-Geräten hin. Die aktuelle Literatur betont sogar eine generelle Unterdiagnostik der Schlafapnoe, besonders bei Frauen. Zum Schluss lassen sich also folgende Anforderungen für eine künftige Versorgung zusammenfassen:

- Es sollte mehr Augenmerk auf die frühzeitige Erkennung und Prävention der Schlafapnoe begünstigenden Faktoren gelegt werden.
- Die Sensibilisierung für die Erkrankung der Schlafapnoe muss erhöht werden.
- Die Versorgung mit einem CPAP-Gerät im Jahr der Inzidenz erfolgt in einem nur sehr geringen Maße – dies gilt im besonderen für Frauen. Die gut untersuchte Wirksamkeit und Kosteneffektivität des Gerätes sollte daher vermehrt zu einem indikationsgerechten Einsatz führen, um Folgeerkrankungen zu vermeiden.
- Um die Wirksamkeit des CPAP-Gerätes auf Dauer zu gewährleisten, muss die Compliance in der Therapie verbessert werden.

Versorgungsanalyse Elektrotherapie

Die Elektrotherapie wird für vielfältige Behandlungsziele, wie beispielsweise zur Schmerzlinderung, zur Durchblutungsverbesserung oder zur Tonisierung der Muskulatur in der medizinischen Behandlung eingesetzt und hat damit ein breites Wirkspektrum. Sie gehört allerdings zu den eher selten verschriebenen Heil- oder Hilfsmitteln. Im Jahre 2010 erhielt nur knapp 1% aller BARMER GEK-Versicherten eine Verordnung für Elektrotherapie. Dennoch machen diese Therapien einen erheblichen Anteil der Ausgaben aus, im Jahre 2010 lagen sie bei 9,3 Millionen Euro.

Bei der Analyse der Verordnungen von Elektrotherapie zeigen sich nicht nur deutliche Geschlechterunterschiede, sondern auch bundesweite Variationen.

Der größte Anteil der Elektrostimulationsgeräte wird zur Schmerzlinderung eingesetzt, allerdings ist die Evidenz in diesem Bereich eher mangelhaft. Auffällig ist auch die hohe Anzahl der Wirbelsäulenpatienten, die mit dem Heilmittel Elektrotherapie behandelt werden. Auch hier zeigt sich eine ungenügende Evidenz. Die Behandlung zur Schmerzlinderung bei Wirbelsäulenpatienten wird darum in internationalen Leitlinien einhellig abgelehnt. Hier ist daher eine Über- und Fehlversorgung der Patienten zu konstatieren.

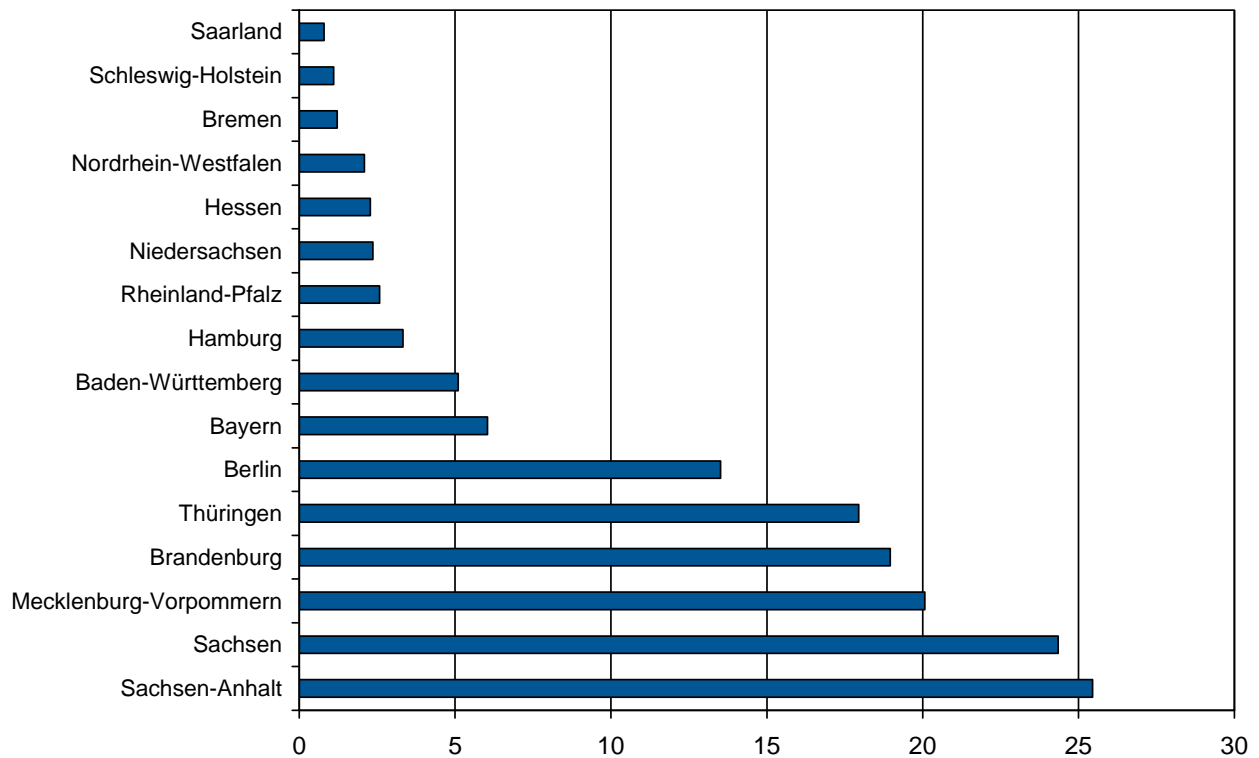
Die Elektrotherapie wird dagegen nur selten im Bereich der Muskelstimulation eingesetzt, genau in diesem Indikationsbereich gilt sie aber als effektiv. Sie sollte daher weniger zur passiven Therapie bei Muskel- und Skeletterkrankungen eingesetzt werden, sondern eher im Bereich der Muskelstimulation bei neurologischen Erkrankungen.

Elektrotherapie wird in den Bereichen der medizinischen Heil- wie auch der Hilfsmittel eingesetzt. Bei der Elektrotherapie als Heilmittel wird der Patient mit einer Stromtherapie behandelt, die Elektrodenanlage und die Durchführung der Therapie erfolgt durch einen geschulten Therapeuten. Wird dem Patienten ein eigenes Stromgerät zur Verfügung gestellt, so dass der Patient die Strombehandlung selbstständig durchführen kann, fällt dies in den Bereich der Hilfsmittelversorgung.

Insgesamt erhielten 20.048 Männer und 43.232 Frauen Elektrotherapie als Heilmittel. Damit entfielen 68,3% der gesamten Elektrotherapiebehandlungen auf weibliche Versicherte. Es zeigt aber auch, dass Frauen häufiger passive Maßnahmen verordnet werden als Männern, was nicht nur in dem Bereich der Elektrotherapie, sondern auch bei der Verordnung von Lymphdrainagen, Massagen und manuellen Therapien erkennbar wird.

Bundesweit entfallen 57,2% der Gesamtausgaben auf östliche Bundesländer (Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen). Durchschnittlich werden 20 Patienten pro 1.000 Versicherte in den östlichen Bundesländern mit dem Heilmittel Elektrotherapie versorgt, während in den restlichen Bundesländern durchschnittlich 2,6 Patienten pro 1.000 Versicherte das Heilmittel Elektrotherapie erhalten (s. Abbildung IV.33). Hier wird eine Behandlungs-Präferenz verordnender Ärzte in ostdeutschen Bundesländern hinsichtlich physikalischer Therapien erkennbar.

Abbildung IV.33 Heilmittelversorgung Elektrotherapie pro 1.000 Versicherte im Jahr 2010 nach Bundesland



Im Bereich der Elektrotherapie zeigt sich eine auffällig heterogene Studienlage, insbesondere bei der Elektrostimulation zur Behandlung von peripheren Nervenläsionen. Deutlich wird zudem, dass die Elektrotherapie im Bereich der Schmerzlinderung keine eindeutig positiven Ergebnisse erzielt.

Innerhalb eines Jahres fallen bei der BARMER GEK Ausgaben in Höhe von 6,1 Mio. Euro für Elektrostimulationsgeräte zur Schmerzlinderung an. Hier wird eine Fehlversorgung der Patienten deutlich, die wahrscheinlich das „Maß des Notwendigen“ (§12 SGB V) überschreitet.

Bedenklich erscheint ebenso, dass 30% der Heilmittel im Bereich der Elektrotherapie auf Patienten mit Wirbelsäulenerkrankungen entfallen, obwohl derzeit keine ausreichende Evidenz für die Schmerzlinderung durch Elektrotherapie bei Wirbelsäulenpatienten vorliegt. Ebenso wenig findet sich ein positiver Effekt der Elektrostimulationsbehandlung bei idiopathischer Skoliose (Lenssinck et al., 2004) oder eine Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit durch Elektrotherapie (Lin et al., 2008). Derzeit wird jedoch im Heilmittelkatalog bei der Behandlung von Wirbelsäulenerkrankungen Elektrotherapie als ergänzende Maßnahme für die Schmerzlinderung wie auch zur Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit benannt (Heilmittelkatalog, 2011). Diese Vorgaben entsprechen nicht den aktuellen wissenschaftlichen Standards der Versorgung von Wirbelsäulenpatienten und sollten dringend korrigiert und der Evidenzlage angepasst werden.

In Anwendungsbereichen, in denen Studien einen positiven Effekt der Elektrotherapie aufzeigen, ist sie gemäß dem Heilmittelkatalog nicht verordnungsfähig. Studien zeigen nämlich, dass bei Hemiplegie-Patienten, die mit Elektrotherapie behandelt werden, eine signifikante Verbesserung der Muskelkraft erreicht werden kann (Glanz et al., 1995). Auch bei Kindern mit einer Rhizotomie, einer operativen Durchtrennung der Wurzeln von Rückenmarksnerven zur Hemmung einer Spastik, wurde eine signifikante Verbesserung durch die Behandlung mit Elektrotherapie erreicht (Steinbok et al., 1997). Ebenso positiv zeigt sich der Einfluss der Elektrotherapie auf Multiple Sklerose Patienten (Paul et al., 2008). Dennoch sieht der Heilmittelkatalog derzeit für solche Erkrankungen des zentralen Nervensystems keine Verordnung der Elektrotherapie vor.

Deutliche regionale Differenzen stellen zudem die Indikationsstellung zur Elektrotherapie in Frage. Im Durchschnitt erhalten in ostdeutschen Bundesländern 20 von 1.000 Versicherten Elektrotherapien im Heilmittelbereich, in der restlichen Bundesrepublik sind es nur 2,6 pro 1.000. Dieses unterschiedliche Ordnungsverhalten der Ärzte geht möglicherweise auf die Zeit vor der Wiedervereinigung zurück, als die Elektrotherapie wegen der eingeschränkten Verfügbarkeit bestimmter Arzneimittel vermehrt zur Schmerztherapie oder bei motorischen Störungen eingesetzt wurde. Regelmäßiger interdisziplinärer Austausch hatte dazu beigetragen, diesen Stellenwert der Elektrotherapie hochzuhalten. Aus medizinischer und wissenschaftlicher Sicht sind solche tradierten und regionalen, aber nicht evidenzbasierten Präferenzen jedoch nicht mehr begründbar.

Die Elektrotherapie ist eine Behandlungsform, die bei vielen Indikationen, zu denen sie derzeit eingesetzt wird, nach aktuellen wissenschaftlichen Ergebnissen keinen patientenorientierten Nutzen aufweist. Vor allem der Einsatz zur Schmerzbehandlung, wie sie in den entsprechenden Ordnungsrichtlinien vorgesehen ist, erscheint fragwürdig. Die Elektrotherapie sollte weniger als passives Heil- und Hilfsmittel bei Muskel- und Skeletterkrankungen, sondern eher im Bereich der neurologischen Behandlung verordnet werden. Diese Indikation fehlt jedoch bislang im Heilmittelkatalog und müsste unter den Erkrankungen des zentralen Nervensystems ergänzt werden.