

Maggie Musewitsch B.Sc.  
Lea Baruth B.Sc.  
Marie-Christin Kerkmann B.Sc.  
Ferdinand Steinbacher B.Sc.  
Romy Haas B.Sc.  
Laura Keim B.Sc.  
Dr. med. Pia Runge  
Prof. Dr. Karel Kostev

## Ermittlung des Patientenpotenzials für die extrabudgetären Ergotherapie-Verordnungen

Ergotherapie unterstützt Menschen, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind, um sie bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken (DVE 2007). Im Mittelpunkt der ergotherapeutischen Behandlung steht vor allem der ganzheitliche Blick auf den/die jeweilige/n Klienten/in inklusive aller Bedürfnisse und Beziehungen der verschiedenen körperlichen und psychischen Teilbereiche zueinander. Die Ergotherapie ist als Heilmittel von den gesetzlichen Krankenkassen anerkannt und wird zudem im Rahmen der Prävention eingesetzt. Die statistischen Angaben der GKV zeigen aus dem Jahr 2017, dass Hausärzte mit 584.952, Kinderärzte mit 430.176 sowie Nervenärzte mit 145.771 die Spitze der Ergotherapie-Verordnungen bilden (GKV-Spitzenverband, 2018). Ergotherapie kann budgetär oder extrabudgetär verordnet werden. Von einem extrabudgetären Honorar spricht man, wenn bestimmte Leistungen jederzeit und zu 100% von den Krankenkassen übernommen werden, wie z.B. Schutzimpfungen oder Schwangerschaftsuntersuchungen. Details zur Höhe der Gesamtvergütung und der Abgrenzung zwischen extrabudgetären oder budgetierten Leistungen regelt jede Krankenversicherung auf regionaler Ebene mit den Krankenkassen bzw. deren Landesverbänden in den Honorarverträgen (Kassenärztliche Vereinigung Hessen). Seit dem 1.1.2017 gilt eine aktualisierte Liste der Diagnosen, bei denen Heilmittel wie Ergotherapie extrabudgetär verordnet werden dürfen (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (Tab. 1). Mit der Veröffentlichung dieser Liste stellt sich die Frage, wie viele Patienten in Deutschland für eine extrabudgetäre Verordnung der Ergotherapie in Frage kommen bzw. einen Anspruch darauf haben. Ziel dieser Arbeit ist es, diese Anzahl zu ermitteln.

### Zusammenfassung

Seit dem 1.1.2017 gilt eine aktualisierte Liste der Diagnosen, bei denen Heilmittel wie Ergotherapie extrabudgetär verordnet werden dürfen. Mit der Veröffentlichung dieser Liste stellt sich die Frage, wie viele Patienten in Deutschland für eine extrabudgetäre Verordnung der Ergotherapie in Frage kommen bzw. einen Anspruch darauf haben. Ziel dieser Arbeit ist es, diese Anzahl zu ermitteln. Für die Auswertungen wurde die Disease Analyzer-Datenbank (IQVIA) eingesetzt, die den anonymen Zugang zu einem ausgewählten Panel (Stichprobe von ca. 3%) von Arztpraxen und Patienten ermöglicht. Insgesamt hatten in 2017 hochgerechnet 7.140.044 Patienten in Deutschland mindestens eine der in der Liste für die extrabudgetäre Verordnung der Ergotherapie genannten Diagnosen. Unter diesen Diagnosen waren geriatrische Symptome am häufigsten (45%), gefolgt von Krankheiten des Nervensystems (30%) und entzündlichen Polyneuropathien (12%). 63% dieser Patienten finden wir bei Hausärzten, 19% bei Neurologen oder Psychiatern und 13% bei Orthopäden. In Deutschland besteht jedoch ein großer Mangel an Ergotherapeuten. Es ist daher von Bedeutung, dass parallel zu den politischen Motiven der Förderung der Pflegeberufe, auch die Heilmittelerbringer, insbesondere die Ergotherapie gefördert wird, damit eine qualitativ hochwertige Versorgung sichergestellt ist.

### Schlüsselwörter

Ergotherapie, extrabudgetäre Verordnung, Pflegeberuf

>> Für die Auswertungen wurde die Disease Analyzer-Datenbank (IQVIA) eingesetzt, die den anonymen Zugang zu einem ausgewählten Panel (Stichprobe von ca. 3%) von Arztpraxen und Patienten ermöglicht. Die Daten werden über standardisierte Schnittstellen direkt aus dem Praxiscomputer generiert und liefern täglich Routineinformationen zu den Erkrankungen und Therapien der Patienten. Neben den Daten aus allgemeinmedizinischen Praxen und Fachpraxen für Innere Medizin umfasst die Datenbank auch Informationen zu verschiedenen Facharztgruppen in Deutschland. Die Datenbank enthält nur anonymisierte Daten in Übereinstimmung mit den geltenden Datenschutzgesetzen (Dombrowski & Kostev, 2017).

Das Auswahlverfahren für die Disease Analyzer-Datenbank basiert auf zusammenfassenden Statistiken zu allen Ärzten in Deutschland, die jährlich von der Bundesärztekammer herausgegeben werden. Diese Datenbank gilt als repräsentativ (Becher et al. 2009) und wurde für eine große Anzahl von publizierten Prävalenzanalysen verwendet (Bohlken & Kostev 2017, Jacob et al. 2017, Kostev et al. 2017).

Es wurden Patienten selektiert, die im Zeitraum Januar 2017 bis Dezember 2017 eine der in der Diagnoseliste für den langfristigen Heilmittelbedarf genannten Diagnosen aufweisen. Bei den Diagnosen mit zeitlichen Einschränkungen, wie zum Beispiel einer Subarachnoidalblutung, wurde auch (entsprechend der Angaben auf der Liste) geprüft, dass das Akutereignis nicht weiter als ein Jahr in der Vergangenheit liegt.

Basierend auf den Diagnosen in der vorliegenden Liste, wurden nur bestimmte Facharztgruppen für die Analyse ausgewählt: Hausärzte (hausärztlich tätige Allgemeinärzte/Internisten), Rheumatologen, Orthopäden, Neurologen/Psychiater sowie Pädiater. Insgesamt standen 1.629 Praxen in der Datenbank zur Verfügung.

Die ermittelten Patientenzahlen wurden auf Gesamtdeutschland hochgerechnet. Der Hochrechnungsfaktor für jede Facharztgruppe wird festgesetzt als Quotient aus der Zahl aller Ärzte der Fachgruppe

Kennzahlen auf Patientenebene	
Diagnosegruppen	Diagnosen
Krankheiten und Verletzungen des Nervensystems	Folgestände der Virusenzephalitis, bösartige Neubildungen der Meningen, Gehirns oder Rückenmarks, Chorea Huntington, hereditäre Ataxie, spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrom, Postpoliosyndrom, Parkinson-Syndrom, multiple Sklerose, sonstige akute disseminierte Demyelinisation, sonstige demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems, länger bestehende chronische inflammatorische demyelinisierende Polyneuropathie, Myasthenia Gravis, Muskeldystrophie, infantile Zerebralparese, Hemiparese und Hemiplegie, Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie, anoxische Hirnschädigung, apallisches Syndrom, Subarachnoidalblutung, intrazerebrale Blutung, Hirninfarkt, Schlaganfall, Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit, angeborene Fehlbildungen des Nervensystems, Verletzungen der Nerven und des Rückenmarkes
Krankheiten der Wirbelsäule und des Skelettsystems	Skoliose, Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom mit Myelopathie, Spondylose mit Myelopathie oder Radikulopathie, Spinalkanalstenose mit Radikulopathie, zervikaler Bandscheibenschaden mit Myelopathie oder Radikulopathie, lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Myelopathie oder Radikulopathie, Neurodystrophie
Entzündliche Polyarthropathien	chronische Polyarthritis, juvenile Arthritis
Angeborene Fehlbildungen und Deformitäten des Muskel-Skelettsystems	Klumpfuß, angeborene Deformitäten des M. sternocleidomastoideus, Reduktionsdefekte einer Extremität, Arthrogryposis multiplex congenita, angeborene Fehlbildungssyndrome mit vorwiegender Beteiligung des Gesichts
Zustand nach operativen Eingriffen des Skelettsystems	Chronische Instabilität des Kniegelenks, Habituelle Luxation und Subluxation eines Gelenkes: Schulterregion, Vorhandensein einer Schulter-, Hüftgelenk- oder Kniegelenkprothese, Extremitätenverlust
Entwicklungsstörungen	Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen, Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (Autismus, Asperger-Syndrom, Rett-Syndrom usw.)
Chromosomenanomalien	Down Syndrom, Edwards-Syndrom und Patau-Syndrom, Deletion des kurzen Arms des Chromosoms, Turner-Syndrom, Fragiles X-Chromosom
Stoffwechselstörungen	Glykogenose, GM2-Gangliosidose, Mukopolysaccharidose Typ I
Geriatrische Syndrome	Demenz, Angststörung, Anhaltende somatoforme Schmerzstörung, Phantomschmerz, chronischer Schmerz

Tab. 1: Diagnoseliste für den langfristigen Heilmittelbedarf bzw. besonderen Verordnungsbedarf (Ergotherapie).

(veröffentlicht von der Bundesärztekammer) und der Zahl der Ärzte im Disease Analyzer-Panel.

## Ergebnisse

Insgesamt hatten in 2017 hochgerechnet 7.140.044 Patienten in Deutschland mindestens eine der in der Liste für die extrabudgetäre Verordnung der Ergotherapie genannten Diagnosen. Wie der Abbildung 1 zu entnehmen ist, sind unter diesen Diagnosen geriatrische Symptome am häufigsten (45%), gefolgt von Krankheiten des Nervensystems (30%) und entzündlichen Polyneuropathien (12%).

63% dieser Patienten finden wir bei Hausärzten, 19% bei Neurologen oder Psychiatern und 13% bei Orthopäden. Patienten bei Rheumatologen und Pädiatern machen insgesamt 5% aus (Abbildung 2). Diese Verteilung ist aber teilweise auf unterschiedliche Anzahl der Praxen ausgewählter Facharztgruppen in Deutschland zurückzuführen.

Die höchste Anzahl der Patienten pro Praxis findet man dagegen bei Rheumatologen (371), gefolgt bei Neurologen/Psychiater (251) und Orthopäden (205). Ein Hausarzt hat im Schnitt 126 und ein Pädiater 59 solcher Patienten (Abbildung 3)

## Diskussion

Wie wir in unserer Studie zeigen konnten, liegt ein großes Patientenpotential bei geriatrischen Symptomen (45%), gefolgt von Krankheiten des Nervensystems (30%) und entzündlichen Polyneuropathien (12%). All diese Erkrankungen sind mit höherem Lebensalter,

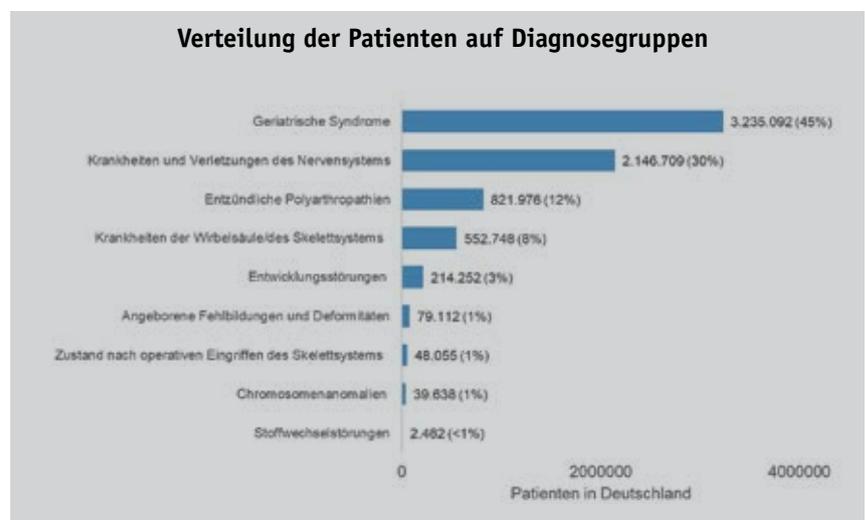


Abb. 1: Verteilung der Patienten auf unterschiedliche Diagnosegruppen der Liste für extrabudgetäre Ergotherapie-Verordnung.

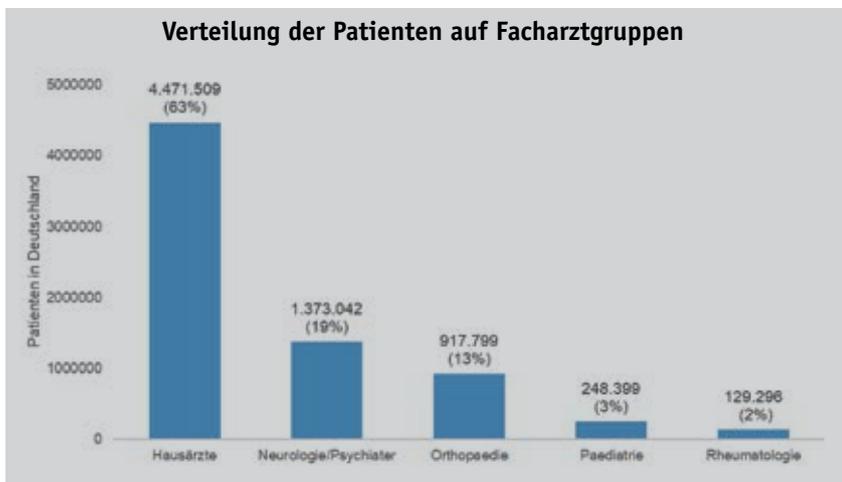


Abb. 2: Verteilung der Patienten auf unterschiedliche Facharztgruppen.

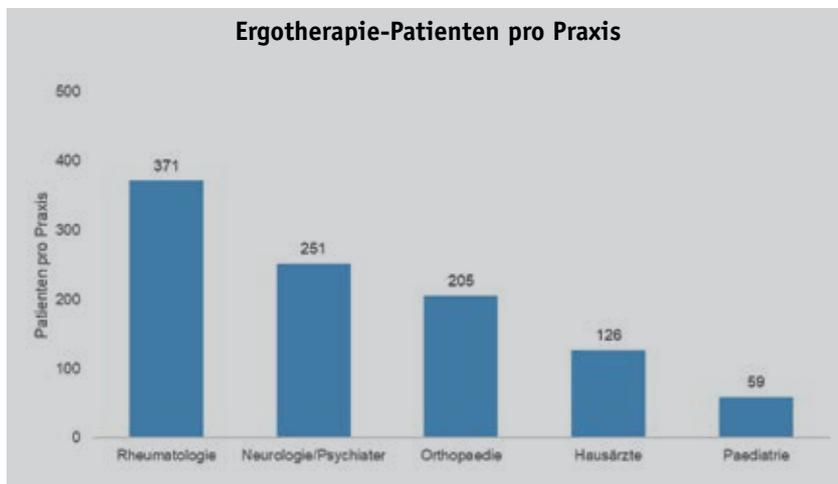
Chronifizierung und Multimorbidität assoziiert (van den Bussche et al., 2012) und dadurch spiegelbildlich für die Bevölkerungsentwicklung in Deutschland (Statistisches Bundesamt). Ferner sind hier jedoch v.a. im Bereich der Krankheiten des Nervensystems pädiatrische Klientel zu subsumieren, welche in der Ergotherapie, neben Menschen höheren Lebensalters, den größten Verordnungs- und Kostenfaktor ausmachen (BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2017).

Ergotherapie wird von verschiedenen Leitlinien empfohlen. Beim Schlaganfall stellt die Ergotherapie, vor allem durch die Einschränkung der Aktivitäten des täglichen Lebens eine geeignete Therapieform dar, um eine Verbesserung zu erzielen bzw. eine Ver-

schlechterung zu vermeiden (AWMF). Ergotherapie ist auch ein notwendiger Bestandteil zur Versorgung neuropathischer Schmerzpatienten, deren Ziel besteht in der Schmerzlinderung sowie der Verbesserung der Funktion der betroffenen Extremität besteht (DGN, 2011). Bei Patienten mit rheumatoiden Arthritis wird Ergotherapie im Rahmen von Patientenschulungen, Hilfsmittelberatung/-training, Anfertigung bzw. Verordnung von Orthesen, funktions- und lagerungsschienen verordnet. Jedoch liegt hier eine relativ begrenzte Evidenz für den Nutzen einer umfassenden Ergotherapie vor (Schneider et al., 2011). Ergotherapie kann den Patienten mit Morbus Parkinson dabei helfen, Strategien zu entwickeln, mit denen diese selbst wirksam gegen die Konsequenzen/Auswirkungen ihrer Erkrankung aktiv werden können (DGN, 2016). Es gibt Hinweise für die Wirksamkeit der Ergotherapie bei Demenzerkrankten, insbesondere wenn diese im häuslichen Umfeld stattfinden. Ergotherapeutische und individuell angepasste Maßnahmen bei Patienten mit leichter bis mittelschwerer Demenz zeigen unter Einbeziehung der Bezugspersonen Evidenz. Der Einsatz sollte daher angeboten werden (Empfehlungsgrad B) (S3-Leitlinien Demenzen). Ganz allgemein wird für den leichten bis hin zum schweren Verlauf festgehalten, dass die nicht-pharmakologischen Therapieformen wirksame Interventionen sind, um die Lebensqualität von Alzheimerpatienten und ihrem Pflegepersonal zu verbessern. Der Einsatz ergotherapeutischer Verfahren als Mittel zur Verbesserung von Symptomen der mittelschweren bis schweren Demenz kann daher empfohlen werden (Korcak et al., 2013).

## Literatur

- AWMF (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. S3 Leitlinie Schlaganfall  
 BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2017. <https://www.barmer.de/blob/139730/cb680d622e0e584c64bae6521a13e15a/data/dl-barmer-heil-und-hilfsmittel-report-2017.pdf>  
 Becher H, Kostev K, Schröder-Bernhardi D. Validity and representativeness of the „Disease Analyzer“ patient database for use in pharmacoepidemiology and pharmacoepidemiology, *Int J Clin Pharmacol Ther.* 2009 Oct;47(10):617-26.  
 Bohlken J, Kostev K. Prevalence and risk factors for delirium diagnosis in patients followed in general practices in Germany. *Int Psychog* 2017 Dec 13:1-8  
 BED (Berufsverband der Ergotherapeuten in Deutschland), 2014 <https://www.bed-ev.de/home/default.aspx>  
 DGN (Deutsche Gesellschaft für Neurologie), 2011. Pharmalogische nicht Interventionelle Therapie chronisch neuropathischer Schmerzen, S 1 Leitlinie  
 DGN (Deutsche Gesellschaft für Neurologie. 2016: Idiopathisches Parkinson-Syndrom. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie: [https://www.dgn.org/images/red\\_leitlinien/LL\\_2016/PDFs\\_Download/030010\\_LL\\_kurzfassung\\_ips\\_2016.pdf](https://www.dgn.org/images/red_leitlinien/LL_2016/PDFs_Download/030010_LL_kurzfassung_ips_2016.pdf)  
 DVE (Deutscher Verband der Ergotherapeuten. <https://dve.info/ergotherapie/definition>  
 Dombrowski S, Kostev K, Use of Electronic Medical Records in the Epidemiological Research. Göttingen: Cuvillier Verlag 2017  
 GKV-Spitzenverband (2018). Heilmittel-Schnellinformation. Bundesbericht. [https://www.gkv-heilmittel.de/media/dokumente/his\\_statistiken/2017\\_03/Bundesbericht-HIS\\_201703.pdf](https://www.gkv-heilmittel.de/media/dokumente/his_statistiken/2017_03/Bundesbericht-HIS_201703.pdf)  
 Jacob L, Kalder M, Kostev K. Prevalence and predictors of prescription of antibiotics in pregnant women treated by gynecologists in Germany. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 2017 Aug;55(8):643-649  
 Kassenärztliche Bundesvereinigung. [http://www.kbv.de/media/sp/2016\\_12\\_14\\_Praxisinformation\\_Heilmittelverordnung\\_inklusive\\_Diagnoseliste.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/2016_12_14_Praxisinformation_Heilmittelverordnung_inklusive_Diagnoseliste.pdf)  
 Kassenärztliche Vereinigung Hessen. <https://www.kvhessen.de/fuer-unsere-mitglieder/abrechnung-und-honorar/verguetung-und-honorarverteilung/honorarverteilung-so-funktioniert/>  
 Korczak D, Habermann C, Braz S. 2013 Wirksamkeit von Ergotherapie bei mittlerer bis schwerer Demenz. Schriftenreihe Health Technology Assessment, Bd. 129. Köln  
 Kostev K, Parhofen K, Dippel FW. Prevalence of high-risk cardiovascular patients with therapy-resistant hypercholesterolemia *CardiovascEndocrinol.* 2017 Jun;6(2):81-85  
 S3-Leitlinie „Demenzen“: Langversion Januar 2016 [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/038-013L\\_S3-Demenzen-2016-07.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-013L_S3-Demenzen-2016-07.pdf)  
 Schneider, M., Lelgemann, M., Abholz, H.-H., Blumenroth, M., Flügge, C., Gerken, M. et.al. 2011. Interdisziplinäre Leitlinie. Management der früheren rheumatoiden Arthritis. S 3 Leitlinie  
 van den Bussche, H., Schäfer, I., Koller, D., Hansen, H., von Leitner, E.-C., Scherer, M., et al. Multimorbidität in der älteren Bevölkerung – Teil 1: Prävalenz in der vertragsärztlichen Versorgung. *Z Allg Med.* 2012; 88(9), 365–37117).



**Abb. 3:** Anzahl der gerechneten Ergotherapie-Patienten pro Praxis bei unterschiedlichen Facharztgruppen.

Dass die Ergotherapie jedoch relativ selten verordnet wird, kann mehrere Gründe haben. Auf der einen Seite werden solche Therapien bei vielen Ärzten als nicht wirksam genug angesehen, auf der anderen Seite befürchten viele Ärzte einen Regress. Wir konnten zeigen, dass es mehrere Millionen von Patienten gibt, die die Ergotherapie extrabudgetär verordnet bekommen können. Wenn jedoch jeder dieser Patienten die Ergotherapie-Verordnung bekommen würde, stünden wir vor einem anderen Problem, dem Ergotherapeuten-Mangel in Deutschland. Bereits heute müssen viele Patienten mit Ergotherapie-Verordnung manchmal mehrere Monate auf einen Therapieplatz warten. Zu geringe Verdienstmöglichkeiten und mangelnde berufliche Perspektiven auf der anderen Seite führen dazu, dass immer weniger junge Menschen sich für diesen Beruf entscheiden und immer mehr Ergotherapeuten aus dem Beruf aussteigen. Es ist daher von Bedeutung, dass parallel zu den politischen Motiven der Förderung der Pflegeberufe, auch die Heilmittelerbringer, insbesondere die Ergotherapie gefördert wird, damit eine qualitativ hochwertige Versorgung sichergestellt ist. <<

## Assessing the patient potential for extrabudgetary ergotherapy prescriptions in Germany

Since January 1, 2017, an updated list of diagnoses for which remedies such as ergotherapy may be prescribed on an extra-budgetary basis has been in effect. The publication of this list raises the question of how many patients in Germany are eligible for or are entitled to an extra-budgetary ergotherapy prescription. The aim of this study is to determine this number.

The Disease Analyzer database (IQVIA) was used for the evaluations, which enables anonymous access to a selected panel (sample of approx. 3%) of doctors' practices and patients. In 2017, a total of 7,140,044 patients in Germany had at least one of the diagnoses listed in the list for extrabudgetary prescription of ergotherapy. Among these diagnoses, geriatric symptoms were most common (45%), followed by diseases of the nervous system (30%) and inflammatory polyneuropathies (12%). 63% of these patients are treated by general practitioners, 19% by neurologists or psychiatrists and 13% by orthopaedists.

However, there is a great shortage of ergotherapists in Germany. It is therefore important that in parallel to the political motives for promoting the nursing professions, health care providers, especially ergotherapy, should also be promoted in order to ensure high-quality care.

### Keywords

ergotherapy, extrabudgetary prescription, nursing profession

### Autorenerklärung

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

## **Maggie Musewitsch B.Sc.**

ist Studierende der Ergotherapie an der Hochschule Fresenius, FB Gesundheit und Soziales, Idstein

[musewitsch.maggie@stud.hs-fresenius.de](mailto:musewitsch.maggie@stud.hs-fresenius.de)



## **Lea Baruth B.Sc.**

ist Studierende der Ergotherapie an der Hochschule Fresenius, FB Gesundheit und Soziales, Idstein

[baruth.lea@stud.hs-fresenius.de](mailto:baruth.lea@stud.hs-fresenius.de)



## **Marie-Christin Kerkmann B.Sc.**

ist Studierende der Ergotherapie an der Hochschule Fresenius, FB Gesundheit und Soziales, Idstein

[kerkmann.marie-christin@stud.hs-fresenius.de](mailto:kerkmann.marie-christin@stud.hs-fresenius.de)



## **Ferdinand Steinbacher B.Sc.**

ist Studierender der Ergotherapie an der Hochschule Fresenius, FB Gesundheit und Soziales, Idstein

[steinbacher.ferdinand@stud.hs-fresenius.de](mailto:steinbacher.ferdinand@stud.hs-fresenius.de)



## **Romy Haas B.Sc.**

ist Studierende der Ergotherapie an der Hochschule Fresenius, FB Gesundheit und Soziales, Idstein

[haas.romy@stud.hs-fresenius.de](mailto:haas.romy@stud.hs-fresenius.de)



## **Laura Keim B.Sc.**

ist Studierende der Ergotherapie an der Hochschule Fresenius, FB Gesundheit und Soziales, Idstein

Kontakt: [keim.laura@stud.hs-fresenius.de](mailto:keim.laura@stud.hs-fresenius.de)



## **Dr. med. Pia Runge**

hat nach dem Staatsexamen zur Physiotherapeutin an der Universität Mainz Medizin studiert und dort promoviert. Nach Tätigkeiten als Ärztin und Dozentin arbeitet sie seit 2015 Jahren an der Hochschule Fresenius. Sie ist Studiendekanin der Bachelorstudiengänge Physiotherapie und Ergotherapie.

Kontakt: [pia.runge@hs-fresenius.de](mailto:pia.runge@hs-fresenius.de)



## **Prof. Dr. rer. med. Karel Kostev**

ist Research Principal bei IQVIA in Frankfurt. Er hat Soziologie und Statistik studiert, in Medizin promoviert und habilitiert. Er lehrt epidemiologische und medizinische Fächer an der Hochschule Fresenius und an der Universität Marburg. Sein Arbeitsschwerpunkt ist die Versorgungsforschung im Bereich der chronischen Erkrankungen.

Kontakt: [karel.kostev@iqvia.com](mailto:karel.kostev@iqvia.com)

