

Arbeitsschwerpunkte und Altersstrukturen in ergotherapeutischen Praxen

Ronald Herb-Hassler

Ergotherapeut

Wer sich mit dem Gedanken trägt, eine ergotherapeutische Praxis zu eröffnen, benötigt für die Niederlassung verlässliche Zahlen über die statistische Verteilung der Arbeitsschwerpunkte. Auch für Lehrkräfte an Schulen für Ergotherapie, die sich mit dem Thema befassen und Dozenten an Fachhochschulen ist das Thema interessant, ebenso für Honorarkräfte, die das Thema Existenzgründung in ihrem Programm haben.

Nicht zuletzt profitieren Unternehmensberater und Steuerberater von verlässlichen Hintergrundinformationen und statistischen Daten, um ihren Mandanten bei der Erstellung eines Geschäftsplanes behilflich sein zu können.

Für bereits bestehende Ergotherapiepraxen sind insbesondere zur Überprüfung der Wettbewerbsfähigkeit und der Weiterentwicklung ihrer Praxis im Rahmen der Existenzsicherung statistisch untermauerte Zahlen von Bedeutung. In diesem Zusammenhang besonders zu erwähnen sind die Veränderungen innerhalb eines gewissen Zeitfensters, die so auch einen Blick in die geschäftliche Zukunft erlauben. Eine Neupositionierung ist unter diesem Gesichtspunkt weniger riskant.

Ein kurzer Blick in die Vergangenheit

Im Jahr 1994 machte der Autor im Auftrag des Fachkreises Praxen im Deutschen Verband der Ergotherapeuten zum gleichen Thema eine Umfrage unter allen damals bekannten Ergotherapiepraxen und erstellte eine entsprechende Statistik. Diese wurde innerhalb des DVE veröffentlicht. Im Folgejahr wurden in einer weiteren, umfassenderen Umfrage u.a. die gleichen Fragen wieder gestellt und im Jahr 1996 die erhobenen Daten ebenfalls innerhalb der Gremien des DVE bekannt gemacht.

Damals ergab sich folgende Verteilung der Arbeitsschwerpunkte, wobei zu erwähnen ist, dass die Fragestellung relativ grob nur die vier Hauptbereiche Pädiatrie, Neurologie, Orthopädie und Psychiatrie unterschied und erfragte. Es gab keine Altersfestlegung (also z.B. bis zu welchem Alter zählt ein Patient im Bereich Pädiatrie) und keine genaue Festlegung von Diagnosen zu bestimmten Bereichen (z.B. welchem Bereich wird die Diagnose Demenz zugeordnet; der Neurologie oder der Psychiatrie?). Es gab damals noch keine Heilmittelrichtlinie und daher auch keine anzuwendende Definition vor und nach Abschluss der Hirnreife. Manche pädiatrisch-orientierten Praxen hatten interne Altersgrenzen bis zum ca. 14 Lebensjahr und nahmen keine älteren Patienten auf.

Die damaligen Ergebnisse sahen folgendermaßen aus:

Jahr	Angeschriebene Praxenstandorte	Rücklauf	Rücklaufquote	Anteil Pädiatrie	Anteil Neurologie	Anteil Orthopädie	Anteil Psychiatrie
1994	553	223	40,3 %	65,7 %	24,7 %	4,6 %	5,0 %
1995	650	131	20,2 %	64,0 %	25 %	4 %	6 %

Die deutlich geringere Rücklaufquote 1995 gegenüber 1994 erklärt sich mit der Hauptfragestellung der Umfrage. Es ging dabei um das für Praxen weniger interessante Thema Arbeitstherapie.

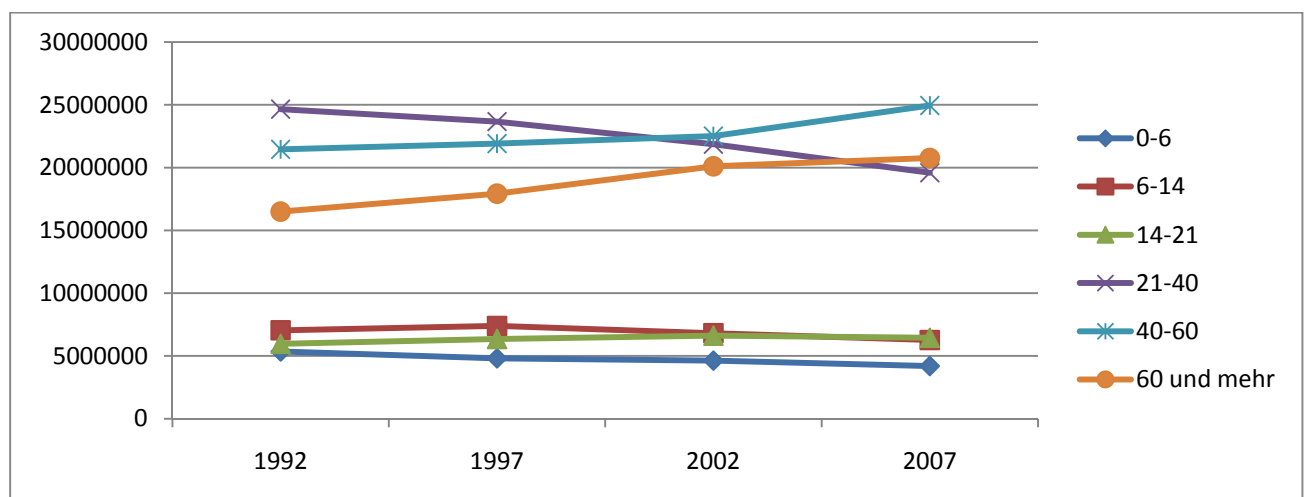
Bis zum heutigen Tag waren diese Zahlen die einzigen dem Autor bekannten verlässlichen Angaben zur Schwerpunktverteilung. Gefühlt und in den einzelnen Praxen auch festgestellt wurde die deutliche Abnahme der pädiatrischen Patienten absolut und relativ und die Zunahme neurologischer Behandlungsfälle. Dies deckt sich mit anderen Statistiken wie z.B. der Veränderung der Altersstrukturen in unserer Gesellschaft und die auch damit verbundene Zunahme altersbedingter Erkrankungen. Stellvertretend wird hier nur das deutliche Anwachsen dementieller Erkrankungen genannt.

Schon damals ließ sich im Verlauf von nur 1,5 Jahren ein geringer Rückgang der Pädiatrie und eine geringe Zunahme der Neurologie feststellen. Allerdings wird der Vergleich durch die Tatsache erschwert, dass die Daten aus 1994 bis zu einer Nachkommastelle berechnet wurden, von den Daten aus 1995 nur noch ganze Zahlen bekannt sind.

Aus dem Statistischen Jahrbuch 2007 lässt sich die Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung deutlich ablesen.

Entwicklung der Bevölkerung nach Altersgruppen

	0-6	6-14	14-21	21-40	40-60	60 u. mehr	Gesamt
1992	5.358.137	7.043.390	5.966.782	24.657.300	21.450.048	16.498.975	80.974.532
1997	4.806.963	7.389.570	6.352.762	23.665.420	21.915.664	17.927.000	82.057.379
2002	4.623.521	6.813.038	6.622.390	21.857.838	22.517.506	20.102.387	82.536.680
2007	4.192.318	6.267.768	6.447.505	19.592.646	24.947.928	20.769.672	82.217.837

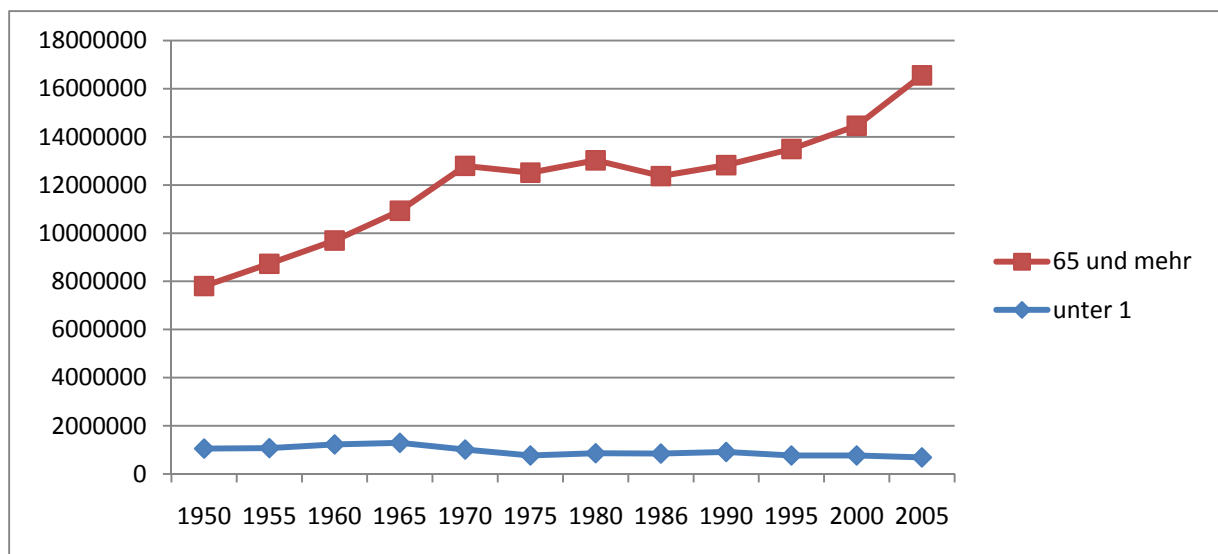


Noch deutlicher wird die Veränderung, wenn man nur die Zahlenentwicklung der Neugeborenen mit der zahlenmäßigen Veränderung der Menschen ab 65 über einen längeren Zeitraum vergleicht.

Nach der sogenannten Baby-Boomer-Phase 1955-1965 setzte dann auch in Deutschland durch die breite Verfügung der Anti-Baby-Pille der Pillenklick ein und bescherte einen deutlichen Geburtenrückgang, an dem allerdings nicht allein die Einführung eines einfach zu handhabenden Verfügungsmittels schuld war. Auch die veränderte Einstellung zur Absicherung durch die Familie und der gestiegene Wohlstand trugen zu dieser Entwicklung bei.

Entwicklung der Zahl der Neugeborenen und der Menschen ab 65 Jahren

	unter 1	65 u. mehr
1950	1.054.090	6.749.385
1955	1.072.432	7.655.792
1960	1.226.255	8.470.141
1965	1.295.793	9.637.249
1970	1.015.658	11.779.641
1975	767.144	11.745.442
1980	859.531	12.164.035
1986	845.764	11.525.125
1990	911.442	11.912.140
1995	766.004	12.732.450
2000	766.554	13.694.014
2005	685.987	15.870.074



Ein abgesicherter Blick auf die Gegenwart

Deutlich gesicherter sind die Daten, die für die nachfolgenden Statistiken zur Verfügung gestellt wurden. Der Autor dankt der Firma Optica Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH in Stuttgart für die zur Verfügungstellung der Rohdaten.

Allerdings ergibt sich das Problem, dass ein Abrechnungszentrum zwar verlässliche Zahlen ermitteln kann, der Bezug zu den beiden oben erwähnten Umfragen jedoch nicht bzw. nur über Umwege gegeben ist. Ein genauer Zahlenvergleich wäre nur möglich, wenn die gleiche Umfrage mit exakt der gleichen Fragestellung noch einmal durchgeführt worden wäre und eine aussagefähige Rücklaufquote erzielt worden wäre. Dies ist naturgemäß nicht der Fall. Eine weitere Schwierigkeit ergibt sich aus der Altersdefinition. Es wurde schon erwähnt, dass bei den zugrundeliegenden Umfragen keine Altersbegrenzung stattfand und ein gewisser Unsicherheitsfaktor darin liegt, ab welchem Alter die „Pädiatrie“ endet und die Neurologie, Orthopädie oder Psychiatrie beginnt. Die zur Verfügung gestellten Angaben zum Alter der abgerechneten Patienten in ambulanten Ergotherapieeinrichtungen sind nach Altersgruppen gerastert und nicht deckungsgleich mit der Heilmittelrichtliniendefinition vor bzw. nach Abschluss der Hirnreife. Diese wird angegeben mit „längstens bis zur Vollendung des 18. Le-

bensjahres“. In den vorliegenden statistischen Unterlagen gibt es u.a. die Altersgruppe von 01-06 und 07-16. Wir müssen deshalb die Zuteilung von Patienten zum Bereich Pädiatrie auf die Altersgruppe der bis 16jährigen begrenzen.

Ein ähnliches Problem ergibt sich mit der jetzt neu hinzugekommenen Definition „Geriatric“, die zwar in der Vergangenheit schon bekannt war, aber in der ergotherapeutischen Ambulanz vor 16 Jahren und mehr eine nur untergeordnete Rolle spielte. Im Gegensatz zum Begriff „Pädiatrie“ innerhalb der Ergotherapie als feststehenden Begriff für die Behandlung aller Störungen im Kindes- und Jugendalter galt und gilt der Begriff „Geriatric“ als relativ schwammig in der Definition altersbedingter Erkrankungen. Auch wenn im Alter eine Häufung akuter und chronischer neurologischer Erkrankungen vermutet werden kann, ist auch eine nicht unerhebliche Zahl älterer Menschen wegen orthopädischer und psychiatrischer Erkrankungen in ergotherapeutischer Behandlung.

Über die Abrechnungspositionen *motorisch-funktionelle Behandlung*, *sensomotorisch-perzeptive Behandlung*, *Hirnleistungstraining* und *psychisch-funktionelle Behandlung* ist allenfalls eine Annäherung an die behandelten Krankheitsbilder möglich, mehr jedoch nicht.

Es ist jedoch nicht die Absicht dieses Artikels, die behandelten Krankheitsbilder zu erfassen, sondern die Verteilung der verschiedenen Maßnahmen der Ergotherapie einschließlich der stattgefundenen Hausbesuche und die Verteilung von Einzel- und Gruppenbehandlungen anhand der zur Verfügung gestellten Zahlen aufzulisten und die Veränderung der Altersstruktur darzulegen.

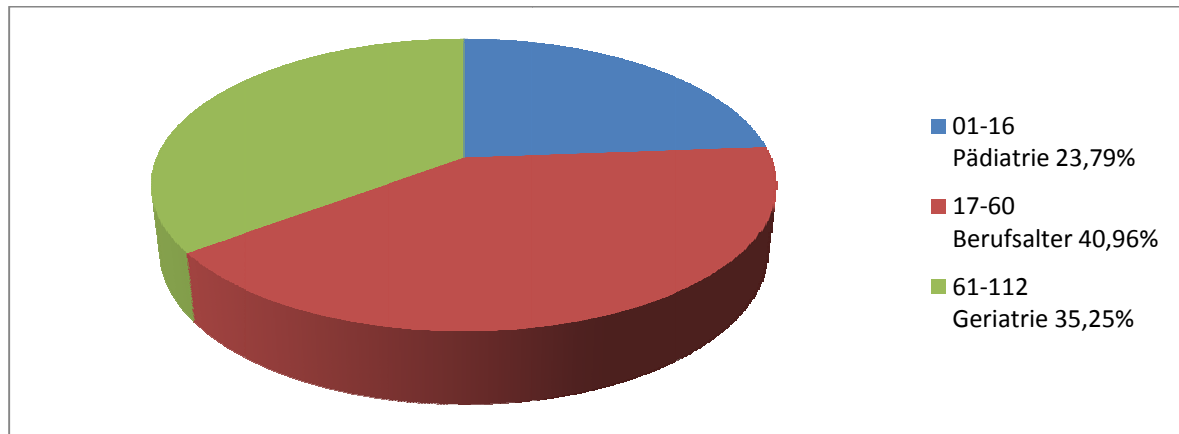
Statistische Auswertung der Optica-Daten aus den Jahren 2004 bis 2009

Wie bereits erwähnt wurden uns die Daten zur Verfügung gestellt. Es handelt sich dabei um den Zeitraum 2004 bis 2010. Da das Jahr 2010 jedoch unvollständig ist, wurde dieser Zeitraum aus der Bewertung getilgt.

Insgesamt ausgewertet wurden 463170 abgerechnete vorrangige und optionale Behandlungsverordnungen. Davon waren 428925 Verordnungen für Einzeltherapien und 34245 Verordnungen für Gruppentherapien. Der Anteil der Einzeltherapieverordnungen an allen abgerechneten Verordnungen liegt mit 92,61 % erwartungsgemäß hoch. 7,39 % sind abgerechnete Gruppen.

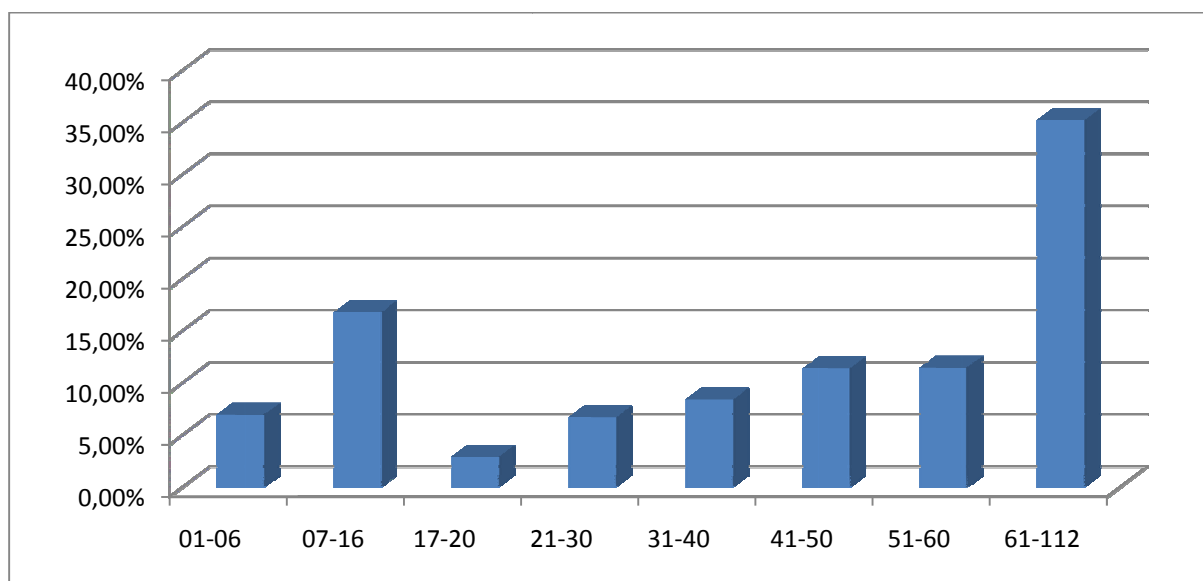
Der Anteil der bis 16-jährigen an allen Behandlungen beträgt noch lediglich 23,79 %. Die Gruppe der Patienten, die sich im Berufstätigenalter befindet (16 – 59 Jahre) macht 40,96 % aller Behandlungsfälle aus und die Gruppe der Senioren ab 61 Jahren 35,25 % aller Einzel- und Gruppenbehandlungen. Da im Jahr 1994 die Altersgrenze für pädiatrische Behandlungen nicht festgelegt war, oft jedoch nur Kinder und keine Jugendlichen dazugerechnet wurden ist der Anteil der als Pädiatrie bezeichneten Therapien von grob 65 % auf lediglich 24 % gefallen. Grund dafür kann nicht nur der Rückgang dieser Alterskategorie an der Gesamtbevölkerung sein, sondern auch die Verkürzung der Gesamttherapiedauer im Bereich Pädiatrie. Nach den Menschen ab 60 Jahren (35,25 %) ist die Gruppe der Schulkinder (06 – 15) mit 16,80 % erwartungsgemäß am größten, weil in diesem Alter das Problembewusstsein mit der Einschulung deutlich ansteigt. Vorschulkinder von 0 – 5 machen noch lediglich 6,99 % aller Patienten aus. Die Gruppe der älteren Patienten oder Senioren wird lediglich deshalb schon ab dem 60 Lebensjahr definiert, weil in den Rohdaten diese Gruppe nur von 61-112 definiert ist

Verteilung der Hauptgruppen Pädiatrie, Erwachsene, Geriatrie in der ambulanten Ergotherapie



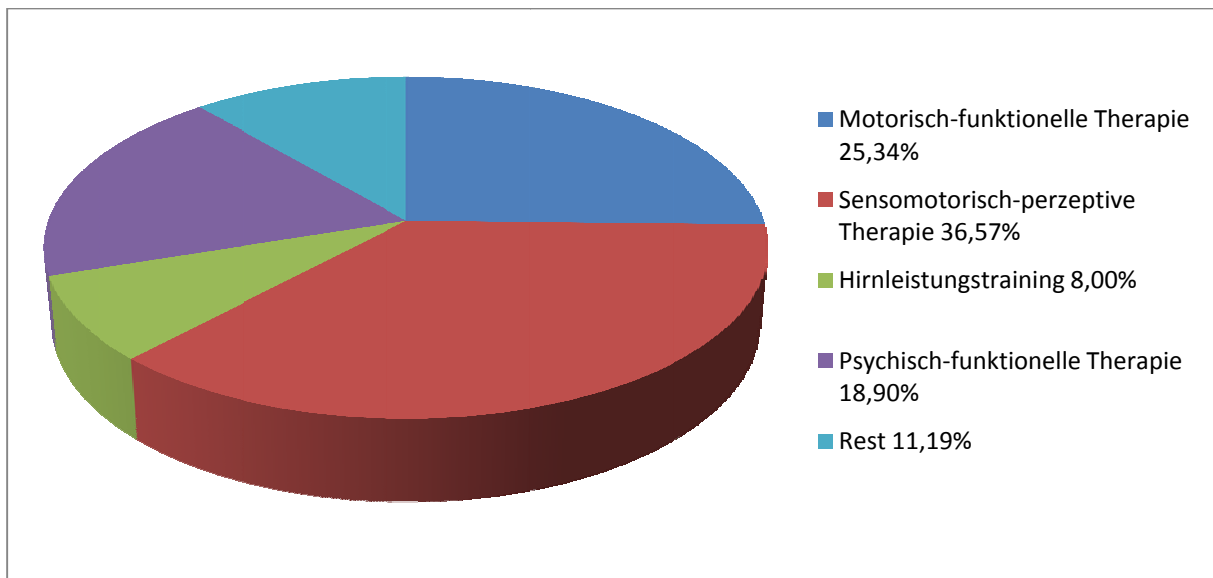
In der nachfolgenden Statistik und dazugehörigen Diagramm wird erkennbar, dass die Zahl der Behandlungen bei jungen Erwachsenen von 16 – 19 Jahren am geringsten ist und dann in Zehnjahresschritten zunimmt.

Anteil der Altersgruppen in der ambulanten Ergotherapie



Keine Rückschlüsse lassen sich ziehen auf die Anteile der damaligen Hauptgruppen Pädiatrie, Neurologie, Orthopädie und Psychiatrie. Von allen abgegebenen Einzel- und Gruppenbehandlungen macht die motorisch-funktionelle Einzelbehandlung 25,34 % aus, die sensorisch-perzeptiven Behandlungen 36,57 %, Hirnleistungstraining 8,00 % und die psychisch-funktionellen Therapien 18,90 %. Dies sind 88,81 % aller Verordnungen. Die fehlenden 11,19 % bis 100 sind dann alle anderen Therapien wie Gruppenangebote, Arbeits- und Belastungstrainings und Integration in das soziale Umfeld.

Verteilung der Abrechnungspositionen



Weiterhin interessant ist der Anteil der Hausbesuche an ergotherapeutischen Behandlungen. Obwohl es keine bekannten Angaben aus der Vergangenheit gibt, hat offensichtlich der Anteil der Hausbesuche mit der Veränderung der demografischen Struktur zugenommen. Überraschend hoch sind die gemachten Hausbesuche. Immerhin 40,46 % aller Therapien wurden als Hausbesuch gemacht; davon 30,42 Einzelhausbesuche (in der Regel in der Wohnung des Patienten) und 10,03 % in sozialen Einrichtungen. Während die Gesamtzahl der Hausbesuche sicher ist, gibt es bei der Verteilung Einzelhausbesuch und Hausbesuch in einer sozialen Einrichtung einen Unsicherheitsfaktor. Die neue Struktur Abrechnungsposition 59933 und 59934 gibt es erst seit 2005 und wurde auch noch nicht von allen Primärkassen eingeführt, so dass eigentlich nur die grobe Schätzung zulässig ist, dass circa $\frac{3}{4}$ aller Hausbesuche in einer privaten Wohnung stattfinden, ca. $\frac{1}{4}$ in einer sozialen Einrichtung. Wahrscheinlich ist der reale Anteil der Hausbesuche in einer sozialen Einrichtung höher bei bis zu $\frac{1}{3}$.

Bei dieser hohen Zahl an Hausbesuchen wundert es nicht, dass die Krankenkassen mit der neuen, nicht kostendeckenden Tarifstruktur, massiv Geld einsparen wollen zu Lasten der Praxen, die diese Hausbesuche machen. Ambulante Rehasentren sparen sich in der Regel den Aufwand der Hausbesuche und können so ihr Geld deutlich leichter verdienen.

Nach den vorliegenden Zahlen wurden im angegebenen Zeitrahmen 463170 Verordnungen abgerechnet. Gleichzeitig sind 174440 Befundpositionen abgerechnet worden. Dividiert man die Therapien durch die Zahl der Befunde, ergeben sich pro Patient 2,66 Verordnungen mit einer Behandlungsdauer von in der Regel 6 – 10 Therapieeinheiten.

Relativ gering ist die thermische Anwendung innerhalb der Ergotherapie vertreten. Sie macht an allen Verordnungen nur 7,62 % aus, an den Einzeltherapien insgesamt nur 8,23 %. Da eine thermische Anwendung als ergänzende Therapie nur in Verbindung mit den Positionen 54102 und 54103 (*motorisch-funktionelle Behandlung* und *sensomotorisch-perzeptive Behandlung*) abgegeben werden kann, interessiert ihr Anteil daran; er beträgt 12,31 %.

Die für das Profil der Ergotherapie wichtige *Soziale Integration* wird mit 2,99 % aller Therapien bzw. 3,23 % Anteil an allen Einzelbehandlungen relativ selten abgerechnet. Dies mag auch daran liegen, dass dieses Angebot nur einmal pro Behandlungsfall abgerechnet werden kann.

Zuletzt noch zur Anfertigung von temporären Schienen innerhalb der Ergotherapie. 1,62 % aller Verordnungen beinhalten auch die Anfertigung einer Schiene. In der Regel geschieht dies in Kombination mit einer oder mehreren motorisch-funktionellen Behandlungen und hat innerhalb dieser Verordnungsgruppe dann einen Anteil von 6,38 %.

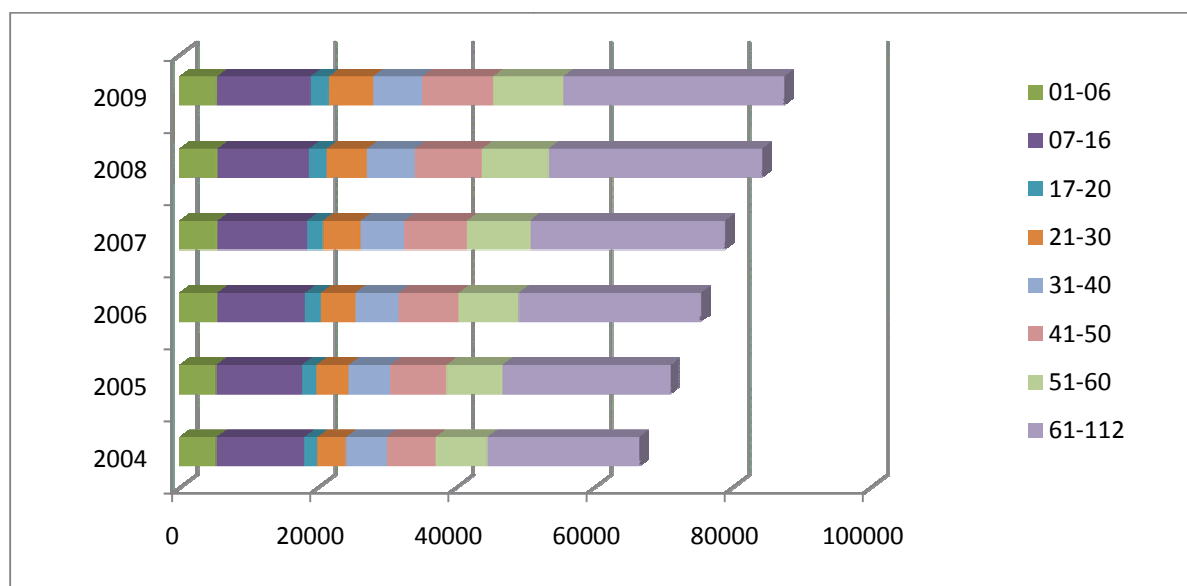
Ein vorsichtiger Blick in die Zukunft

Deutlich unterschieden werden muss zwischen den absoluten Behandlungszahlen und dem relativen Anteil innerhalb der Gesamtzahl aller Behandlungen.

Ganz allgemein und grob dargestellt lässt sich feststellen, dass der Anteil der Kinder und Jugendlichen an allen Behandlungen zwischen 2004 und 2009 kontinuierlich abnimmt, der Anteil der älteren Patienten (ab 60) im gleichen Zeitraum kontinuierlich zunimmt. Da jedoch die Gesamtzahl der ergotherapeutischen Einzel- und Gruppenverordnungen von 66501 im Jahr 2004 auf 87385 im Jahr 2009 deutlich gestiegen ist, hat auch die absolute Zahl der Behandlungen mehr oder weniger bei allen Altersstufen zugenommen.

Abgerechnete Verordnungen nach Jahr und Alter

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
01-06	5.308	5.306	5.447	5.454	5.468	5.374
07-16	12.760	12.407	12.768	13.002	13.304	13.581
17-20	1.858	2.061	2.209	2.256	2.522	2.597
21-30	4.097	4.632	4.899	5.373	5.759	6.310
31-40	5.806	6.121	6.408	6.474	7.031	7.264
41-50	7.244	8.121	8.643	8.994	9.661	10.163
51-60	7.395	7.994	8.612	9.170	9.743	10.284
61-112	22.033	24.304	26.325	28.076	30.738	31.812

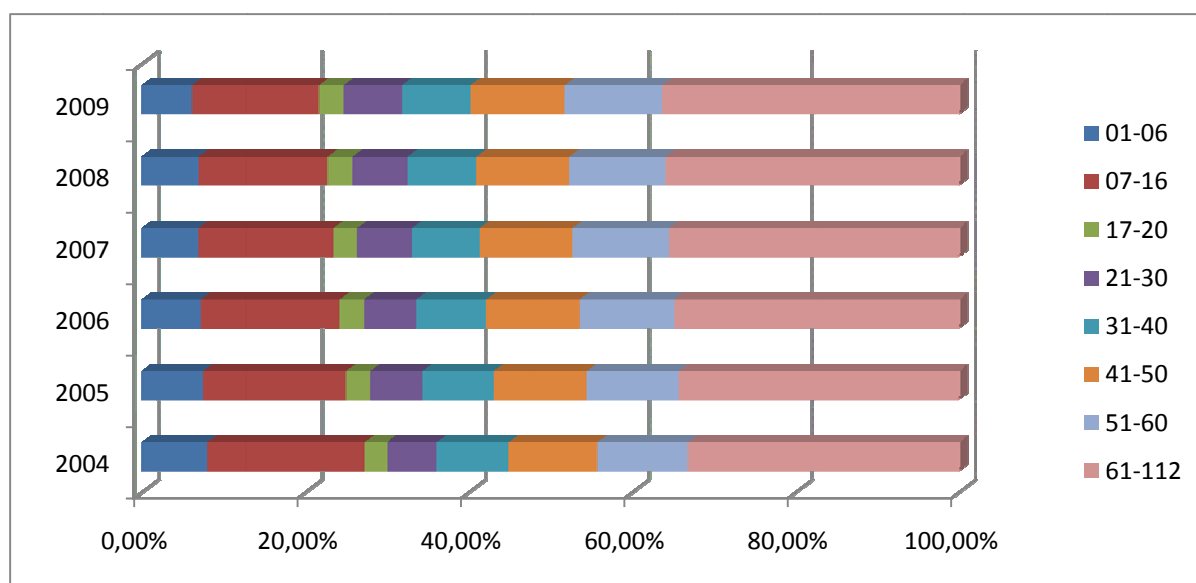


Erst wenn die ambulante Ergotherapie keinen Zuwachs mehr zu verzeichnen hat und auf dem gleichen quantitativen Niveau stehen bleibt, ist zu vermuten, dass dann auch durch veränderte demografische Strukturen der Anteil jüngerer Patienten abnimmt und der Anteil ältere

rer zunehmen wird. Durch die Verknüpfung höherer prozentualer Anteil an allen Behandlungen und Zuwachs aller Behandlungen ist erklärbar, warum die Gruppe der Patienten ab 60 Jahren von 22033 Behandlungen in 2004 auf 31812 in 2009 sprunghaft zugenommen hat.

Prozentualer Anteil aller Verordnungen nach Jahr und Alter

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
01-06	7,98%	7,48%	7,23%	6,92%	6,94%	6,15%
07-16	19,19%	17,49%	16,95%	16,50%	15,80%	15,54%
17-20	2,79%	2,91%	2,93%	2,86%	2,99%	2,97%
21-30	6,16%	6,53%	6,50%	6,82%	6,84%	7,22%
31-40	8,73%	8,63%	8,51%	8,22%	8,35%	8,31%
41-50	10,89%	11,45%	11,48%	11,41%	11,47%	11,63%
51-60	11,12%	11,27%	11,44%	11,64%	11,57%	11,77%
61-112	33,13%	34,26%	34,96%	35,63%	36,49%	36,40%



Klammert man die Probleme der Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens aus mit allen damit verbundenen Unsicherheiten, kann nicht nur vermutet, sondern auch bewiesen werden, dass die größere Zukunft in der Hinwendung auf ein älteres Klientel besteht. In den zur Verfügung gestellten Daten ist auch mindestens eine Patient erwähnt, der zum damaligen Zeitpunkt 112 Jahre alt war. Es gibt also für eine ergotherapeutische Behandlung nach oben keine Grenze.

Literaturverzeichnis

1. **Statistisches Jahrbuch 2009:** Statistisches Bundesamt Deutschland
2. **Heilmittelrichtlinie:** Beschluss einer Neufassung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung („Heilmittel-Richtlinien“) vom 1. Dezember 2003/ 16. März 2004
3. **Rahmenempfehlungen:** Gemeinsame Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Abs. 1 SGB V über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen einschließlich Leistungsbeschreibung Ergotherapie

4. **Verträge** mit den Primärkassen, dem VdAK und den Landwirtschaftlichen Krankenkassen