Diplom-Ergotherapeut (FH) Marcel Konrad, M.Sc. / Diplom-Ergotherapeutin (FH) Julia Drosselmeyer , M.Sc. / Prof. Dr. rer. med. habil. Karel Kostev

Ergotherapie-Verordnungen für Kinder mit Entwicklungsstörungen bei niedergelassenen Kinderpsychiatern

Zusammenfassung

Entwicklungsstörungen sind komplexe, neurobiologisch und genetisch bedingte Störungen, die sich bereits in der frühen Kindheit manifestieren und bis ins Erwachsenenalter fortbestehen. Die Ziele dieser Studie waren zu beurteilen, wie viele Patienten in einer bestimmten Patientengruppe in Deutschland nach der Diagnose von Entwicklungsstörungen eine ergotherapeutische Behandlung erhielten und welche Faktoren einen Einfluss darauf hatten, ob einem Patienten eine ergotherapeutische Behandlung verordnet wurde. Die Studienpopulation umfasste insgesamt 11.112 Kinder zwischen 3 und 17 Jahren aus 13 kinderpsychiatrischen Praxen. Von diesen erhielten 3.545 (32%) innerhalb von drei Jahren nach der Diagnose einer Entwicklungsstörung eine Verordnung für Ergotherapie. Je jünger der Patient, desto besser die Chancen auf eine Ergotherapieverordnung. Ergotherapie wurde bei den weiblichen Patienten, gesetzlich versicherten Patienten, Patienten mit mehreren verschiedenen Entwicklungsstörungen, bei Patienten mit erworbener Aphasie mit Epilepsie, umschriebenen Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen und bei Diagnose von Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen signifikant häufiger verordnet. Es ist in Zukunft von Bedeutung, dass die Ergotherapie vermehrt über ihr Leistungsspektrum Aufklärung betreibt und so beim ärztlichen Verordner eine Verordnungswahrscheinlichkeit zu erhöhen. Ferner sind weitere Effektivitätsnachweise der Ergotherapie zu erbringen. Die Ergotherapie kann somit ihre Rolle in der Behandlung von Kindern, speziell von Kindern mit Entwicklungsstörungen, im Versorgungssytem stärken.

Schlüsselwörter

Entwicklungsstörung, Ergotherapie, Kinder, Disease Analyzer

Für die Behandlung von Entwicklungsstörungen stehen medizinisch orientierte sowie psychologisch-pädagogische Fördermaßnahmen im Vordergrund. Eine der medizinisch orientierten Fördermaßnahmen stellt die Ergotherapie dar (Jaščenoka & Petermann, 2013; Pietz, Moog, & Blank, 2014; Tal-Saban et al., 2014). Bei ergotherapeutischen Maßnahmen handelt es sich um komplexe, aktivierende und handlungsorientierte Methoden. Ziel ist es, durch Betätigung in den Lebensbereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit gestörte motorische, sensorische, psychische und kognitive Fähigkeiten zu verbessern (Arbesman, Bazyk, & Nochajski, 2013; Sauer et al., 2010). Kinder mit Entwicklungsstörungen stellen eine sehr große Klientengruppe im Vorschul- und Schulalter in der ambulanten Ergotherapie dar (Becker & Jagusch-Espei, 2011). Studien haben gezeigt, dass ergotherapeutische Interventionen zu einer Leistungssteigerung der visuellen Wahrnehmung, der motorischen und koordinativen Leistungsfähigkeit beitragen sowie einen allgemein positiven Entwicklungsverlauf begünstigen können (Frank, 2008; Hüttemann & Brauchle, 2011; Poulsen et al., 2007; Whitney & Hilton, 2013). Ferner kann die ergotherapeutische Intervention in einer Gruppentherapie einen positiven Effekt auf das Selbstwertgefühl der Klienten haben (McWilliams, 2005). In Deutschland wird die Ergotherapie von den niedergelassenen Ärzten verordnet, wonach die Ergotherapie in der ergotherapeutischen Praxis stattfindet (DGN, 2011; Gauggel, 2014; Küther, 2014). Bei der Behandlung und ambulanten Versorgung von Kindern mit Entwicklungsstörungen sind vor allem die Kinderpsychiater zuständig (DGN, 2011; Hintzpeter et al., 2014; Lehmkuhl, Köster & Schubert, 2009). Jedoch stehen diese, wie andere Ärzte, unter dem finanziellen Druck der Krankenkassen, sodass eine Verordnung immer begründet sein muss (Ärzte Zeitung, 2014; Szucs, 2014). Über das konkrete Verordnungsverhalten der Kinderpsychiater in Deutschland für die Ergotherapie ist bisher wenig bekannt.

>> Die Ziele dieser Studie waren zu beurteilen, wie viele Patienten in einer bestimmten Patientengruppe in Deutschland nach der Diagnose von Entwicklungsstörungen eine ergotherapeutische Behandlung erhielten und welche Faktoren einen Einfluss darauf hatten, ob einem Patienten eine ergotherapeutische Behandlung verordnet wurde.

Methoden

Bei dieser Studie handelte es sich um eine retrospektive Datenbankanalyse in Deutschland unter Verwendung der Disease Analyzer® Datenbank (IMS Health, Frankfurt am Main, Deutschland). Die Datenbank enthält Daten aus insgesamt 2.351 Praxen mit ca. zwanzig Millionen Patienten in Deutschland, die im Zeitraum zwischen August 2005 und Juli 2008 erhoben wurden (Kostev, 2010). Neben den Daten aus allgemeinmedizinischen Praxen und Fachpraxen für Innere Medizin umfasst die Datenbank auch Informationen zu verschiedenen Facharztgruppen in Deutschland. Eine dieser Gruppen ist die der Kinderpsychiater, die in dieser Studie Verwendung findet. Die Disease Analyzer Datenbank bietet eine vollständige Liste aller relevanten Patientendaten für jede Praxis, einschließlich Informationen zu Diagnose, Verordnungen von medizinischen Produkten und Ergotherapie. Die Daten, die direkt über die Computer in den Praxen bezogen werden, werden auf Plausibilität geprüft, mit relevanten Zu-

Entwicklungsstörungen (ICD 10: F8)

Entwicklungsstörungen (ICD 10: F8) sind nach der ICD-10 komplexe, neurobiologisch und genetisch bedingte Störungen, die sich bereits in der frühen Kindheit manifestieren und bis ins Erwachsenenalter fortbestehen (Noterdaeme, 2014; Schlack, 2009). Sie können mit schwerwiegenden Funktionsbeeinträchtigungen, z.B. der Sprachentwicklung, der Motorik, der Kommunikation oder der sozialen Wahrnehmung einhergehen. Dies führt häufig zu einer Behinderung im Alltag und zu einer starken Interventionsbedürftigkeit (Kao et al., 2012; Noterdaeme, 2014; Schlack, 2009; Tal-Saban, Ornoy, & Parush, 2014). Bei Entwicklungsstörungen werden verschiedene Störungsbilder unterschieden. In der neuesten Version der DSM-5 werden in der Gruppe der Entwicklungsstörungen sowohl die umschriebenen Entwicklungsstörungen der sprachlichen, schulischen sowie motorischen Fertig- und Fähigkeiten, die Autismus-Spektrum-Störungen als auch die Intelligenzminderungen klassifiziert (Noterdaeme, 2014). Entwicklungsstörungen weisen eine erhöhte Prävalenz im Kindesalter auf. Die in der Literatur am häufigsten zitierte Prozentangabe ist 5-6% (Arun et al., 2013; Gaines et al., 2008; Tal-Saban et al., 2014). Die Einleitung spezifischer therapeutischer Maßnahmen erfordert eine genaue differenzialdiagnostische Abgrenzung. Es wird angenommen, dass eine frühe Erkennung und somit eine frühe Behandlung den Verlauf der Störung günstig beeinflussen (Noterdaeme, 2014).

satzinformationen verknüpft, gespeichert und monatlich aktualisiert. In Übereinstimmung mit den geltenden Datenschutzgesetzen enthält die Datenbank ausschließlich anonymisierte Daten (Kostev, 2010).

Das Auswahlverfahren für die Disease Analyzer Datenbank basiert auf zusammenfassenden Statistiken von allen Ärzten in Deutschland, die jährlich von der Bundesärztekammer herausgegeben werden. Die IMS-Statistikabteilung verwendet diese Statistiken zur Bestimmung des Paneldesigns auf Grundlage der folgenden Ebenen: Facharztgruppe, Bundesland, Gemeindegröße und Alter des Arztes. Dieses Paneldesign bildet die Grundlage für die Auswahl der im Disease Analyzer enthaltenen Praxen. Eine Reihe von Software-Partnerunternehmen sind für die Akquise und die Betreuung der Praxen verantwortlich, und die Nutzung einer standardisierten IMS-Schnittstelle ermöglicht es den Praxen, die erforderlichen Daten zu sammeln und sie in anonymisierter Form an IMS weiterzuleiten (Kostev, 2010). Die Verfahren zur Auswahl der Arztpraxen waren angemessen; eine kleinere Datenmenge wurde aus dem Gesamtdatenbestand ausgewählt, um eine für den Bereich der Ergotherapie und die Ziele dieser Studie repräsentative Datenbasis zu schaffen (Becher, Kostev, & Schröder-Bernhardi, 2009).

Teilnehmer

Die Studienpopulation umfasste insgesamt 11.112 Kinder zwischen 3 und 17 Jahren aus 13 kinderpsychiatrischen Praxen. Von diesen erhielten 3.545 (32%) innerhalb von drei Jahren nach der Diagnose einer Entwicklungsstörung eine Verordnung für Ergotherapie. Die verbleibenden 7.567 Patienten (83%) erhielten entweder keine solche Verordnung oder erst nach mehr als drei Jahren (Tabelle 1). Das Durchschnittsalter unterschied sich signifikant zwischen den zwei Gruppen ($p < .0001$), wobei das Durchschnittsalter der Gruppe mit Verordnungen 8,1 (±2,9) Jahre betrug, während die Gruppe ohne Verordnungen ein Durchschnittsalter von 9,9 (±3,2) Jahren aufwies.

Datenanalyse

Der Beobachtungszeitraum betrug insgesamt fünf Jahre, vom 1. Januar 2009 bis 31. Dezember 2013. Der Tag der ersten Diagnose einer Entwicklungsstörung wurde als „Indexdatum" angegeben. Die Zeit bis zur ersten Ergotherapieverordnung über einen Zeitraum von drei Jahren wurde als Hauptzielkriterium der Studie festgelegt. Darüber hinaus wurden mögliche Begleiterkrankungen analysiert, darunter auch umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache, schulischer Fertigkeiten und der motorischen Funktionen sowie erworbene Aphasie mit Epilepsie, tiefgreifende Entwicklungsstörungen, andere Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache, hyperkinetische Störungen, sonstige psychische Störungen und Verhaltensstörungen und Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen. Die ICD-10-Codes wurden zur Feststellung der Diagnosen verwendet (Tab. 2).

Chi-Quadrat- und Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Tests wurden durchgeführt, um statistische Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Ergotherapieverordnungen zu erfassen. Ein p-Wert von $<.05$ zeigt ein signifikantes Ergebnis an. Die Ergebnisse wurden als Mit-

Baseline-Charakteristika der Patienten			
Variable	**Patienten mit Ergotherapieverordnung Mittelwerte (SA) oder Anteile (%)**	**Patienten ohne Ergotherapieverordnung Mittelwerte (SA) oder Anteile (%)**	**P-Wert**
N	3545	9252	
Männlich (%)	70,2	70,0	0,8723
Privatversicherung (%)	3,4	8,9	<0,0001
Alter <5 Jahre (%)	9,3	3,6	<0,0001
Alter 5-9 Jahre (%)	64,8	45,4	
Alter 10-14 Jahre (%)	23,0	41,4	
Alter 15-18 Jahre (%)	2,9	9,6	
Alter (Mittel, SA)	8,1 (2,9)	9,9 (3,2)	<0,0001
Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (F80)	31,6	18,1	<0,0001
Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (F81)	22,5	57,6	<0,0001
Umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen (F82)	35,2	12,2	<0,0001
Erworbene Aphasie mit Epilepsie (F83)	72,4	22,3	<0,0001
Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84)	11,2	13,3	0,0139
Andere Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (F88, 89)	1,6	1,6	0,9525
1 Entwicklungsstörung	47,2	80,0	<0,0001
2 Entwicklungsstörungen	34,3	15,3	
>2 Entwicklungsstörungen	18,6	4,8	
Hyperkinetische Störungen (F90)	66,6	48,3	<0,0001
Sonstige psychische Störungen und Verhaltensstörungen (F91-98)	51,7	29,0	<0,0001
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)	27,2	18,0	<0,0001

Tab. 1: Baseline-Charakteristika der Patienten mit Entwicklungsstörung aus 13 kinderpsychiatrischen Praxen in Deutschland.

Verwendete ICD-10-Codes	
Diagnose	**ICD-10**
Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	F80
Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	F81
Umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen	F82
Erworbene Aphasie mit Epilepsie	F83
Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	F84
Andere Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	F88, F89
Hyperkinetische Störungen	F90
Sonstige psychische Störungen und Verhaltensstörungen	F91-98
Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	F43

Tab. 2: ICD-10-Codes für die in der Studie analysierten Diagnose.

telwert ±Standardabweichung oder Anteile (%) angegeben.

Cox-Regressionsanalysen wurden durchgeführt, um den Zusammenhang zwischen Ergotherapieverordnung innerhalb von drei Jahren und vordefinierten Einflussvariablen wie Alter, Geschlecht, Privatversicherung und psychiatrischen Begleitdiagnosen zu untersuchen. Die Cox-Regression ist ein statistisches Verfahren, das angewendet wird, um die Beziehung zwischen der Zeit bis zu einem Ereignis und verschiedenen erklärenden Variablen zu erkunden (Walters, 2009).

Kaplan-Meier-Kurven wurden berechnet, um die Zeit zwischen der Diagnose einer Entwicklungsstörungen und der Ergotherapieverordnung zu bestimmen. Diese Kurven wurden auch verwendet, um mögliche Unterschiede in der Zeit bis zur Verordnung in Privatpatienten und gesetzlich versicherten Patienten, Mädchen und Jungen und verschiedenen Altersgruppen zu beurteilen. Alle Analysen wurden mithilfe der SAS -Software Version 9.3 (SAS Institute, Inc., Cary, NC), einem Computerprogramm für statistische Analysen, erstellt (Winn, 2001).

Ergebnisse

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Baseline-Charakteristika beider Gruppen. Wie aus der Tabelle hervorgeht, gab es signifikante Unterschiede zwischen den Patienten in beiden Gruppen (d.h. jene mit und ohne Verordnungen) in Bezug auf Alter, Geschlecht, Versicherungsart und Begleitdiagnosen. Der Anteil der Kinder zwischen <5 und 5-9 Jahren ist höher in der Gruppe mit Ergotherapieverordnung. Im Gegensatz dazu waren Kinder über 9 Jahre häufiger in der Gruppe ohne Ergotherapieverordnung repräsentiert.

Bei den männlichen Probanden gab es keine signifikanten Unterschiede. Insgesamt fanden sich in der Ergotherapiekohorte deutlich häufiger Entwicklungsstörungen als in der Kohorte ohne Ergotherapieverordnung. Dies zeigte sich in einem höheren Anteil an Patienten, für die zwei oder mehr unterschiedliche Entwicklungsstörungen angegeben wurden ($p<0,001$).

Abbildung 1 zeigt die Anteile der Patienten mit Ergotherapieverordnung. 31,9% erhielten die Verordnung innerhalb von drei Jahren nach der ersten Diagnose einer Entwicklungsstörung. Die Mehrheit (20,8%) erhielt die Verordnung jedoch bereits innerhalb der ersten sechs Monate. Die Wahrscheinlichkeit, eine Verordnung zu erhalten, nahm im Laufe der Zeit ab.

Beim Vergleich der Daten im Bezug auf Mädchen und Jungen zeigt die Kaplan-Meier-Kurve (Abbildung 2), dass Patientinnen ihre Ergotherapieverordnungen zu einem früheren Zeitpunkt erhielten als männliche Patienten. Außerdem verging bei gesetzlich versicherten Patienten deutlich weniger Zeit bis zu einer Ergotherapieverordnung (Abbildung 3). Darüber hinaus nimmt die Wahrscheinlichkeit einer Verordnung mit zunehmendem Alter ab, wobei die höchste Wahrscheinlichkeit in der Gruppe der Kinder unter 5 und die geringste Wahrscheinlichkeit bei Patienten zwischen 15-18 Jahren gefunden wurde (Abbildung 4). Der Anteil der Kinder mit einer Ergotherapieverordnung war etwas höher in der Gruppe der Kinder mit zwei oder mehr verschiedenen Entwicklungsstörungen (Abbildung 5).

Die Analyse der Faktoren, die beeinflussen, ob ein Patient eine Ergotherapieverordnung erhielt oder nicht, führte zu folgenden Ergebnissen (Tabelle 3):

- Je jünger der Patient, desto besser die Chancen auf eine Ergotherapieverordnung.
- Ergotherapie wurde bei den weiblichen Teilnehmern wesentlich früher und häufiger verordnet als bei den männlichen.
- Ergotherapie wurde bei gesetzlich versicherten Teilnehmern wesentlich früher und häufiger verordnet als bei privatversicherten Patienten.
- Patienten mit mehreren verschiedenen Entwicklungsstörungen wurde häufiger eine Ergotherapie verordnet.
- Ergotherapie wurde deutlich früher und häufiger bei Patienten mit erworbener Aphasie mit Epilepsie, umschriebenen Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen und bei Diagnose von Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen verordnet.
- Hyperkinetische Störungen und umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten beeinflussten die Verordnung von Ergotherapie negativ und verzögerten diese.

Diskussion

Die Ergebnisse dieser Studie zeigten, dass von einer Ausgangspopulation von 11.112 Patienten 3.545 (32%) innerhalb von drei Jahren nach der ersten Diagnose einer Entwicklungsstörung eine Ergotherapieverordnung von einem Kinderpsychiater erhielten. Bei 72,4% von ihnen war eine erworbene Aphasie mit Epilepsie diagnostiziert worden, 35,2% hatten eine umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen und 31,6% wiesen umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache auf. Bei 52,9% der 11.112 Personen wurde mehr als eine Entwicklungsstörung diagnostiziert.

In der Ergotherapie sind Allgemeinmediziner mit 30,8% und Kinder- und Jugendmediziner mit 23% verordnungsbestimmend. Bei der Verordnergruppe der Psychotherapeuten und Nervenärzte ist eine Zunahme im Verordnungsverhalten zu beobachten, welches aktuell bei 18,5% liegt und den dritten Rang belegt (Waltersbacher, 2014). Die Therapie von Kindern mit Entwicklungsstörungen erfordert erhebliche finanzielle Ressourcen und wie die Zahlen der Krankenkassen belegen, werden Frühfördermaßnahmen wie Ergotherapie immer häufiger verordnet (Sauer et al., 2010; Sauer et al., 2014; von Suchodoletz, 2010; Waltersbacher, 2013; 2014). Die Ergotherapie nimmt somit eine zentrale Rolle in der Behandlung von Kindern mit Entwicklungsstörungen ein und ist entsprechend in den Leitlinien gelistet (GNP, 2011). Die Bedeutung von Entwicklungsstörungen für das Versorgungssystem spiegelt sich in Daten der Krankenkassen wider (von Suchodoletz, 2009). Dies zeigte sich anhand einer Analyse der Heil- und Hilfsmittelreporte der BARMER GEK und AOK. Den Daten der

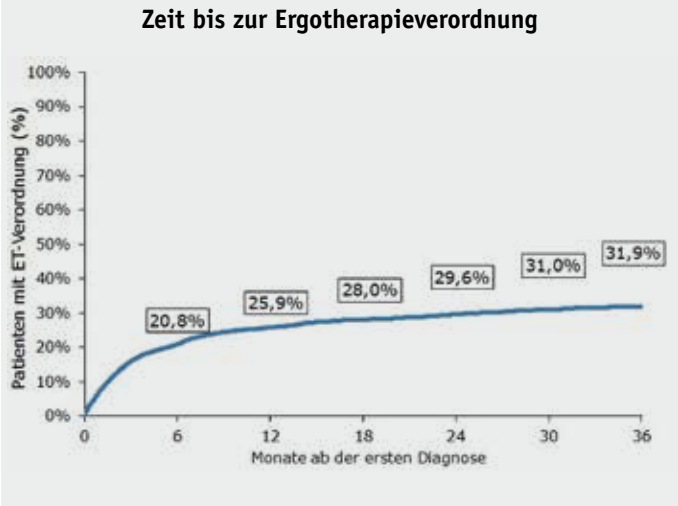


Abb. 1: Kaplan-Meier-Kurve der Zeit bis zur Ergotherapieverordnung bei Patienten mit Entwicklungsstörungen.

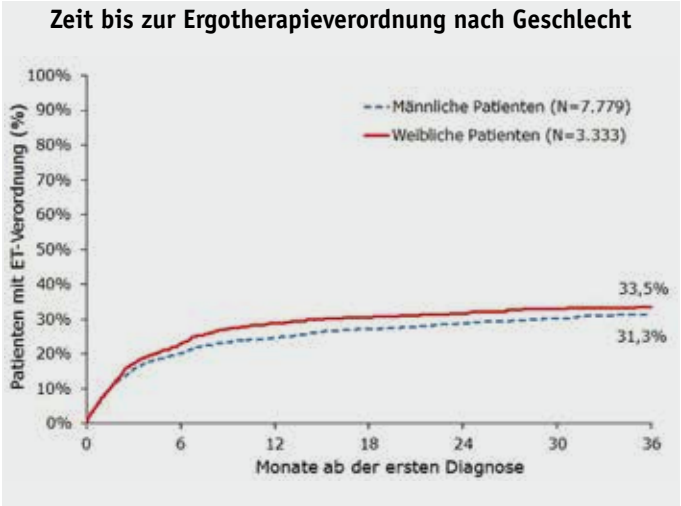


Abb. 2: Kaplan-Meier-Kurven der Zeit bis zur Ergotherapieverordnung in Abhängigkeit des Geschlechts der Patienten.

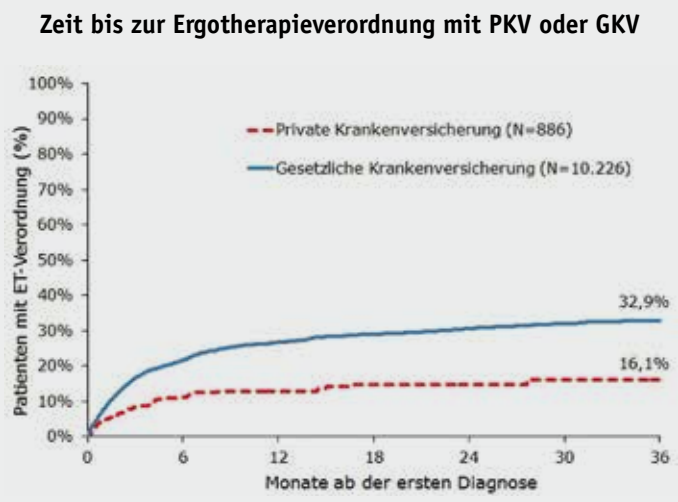


Abb. 3: Kaplan-Meier-Kurven der Zeit bis zur Ergotherapieverordnung bei Patienten mit privater oder gesetzlicher Krankenversicherung.

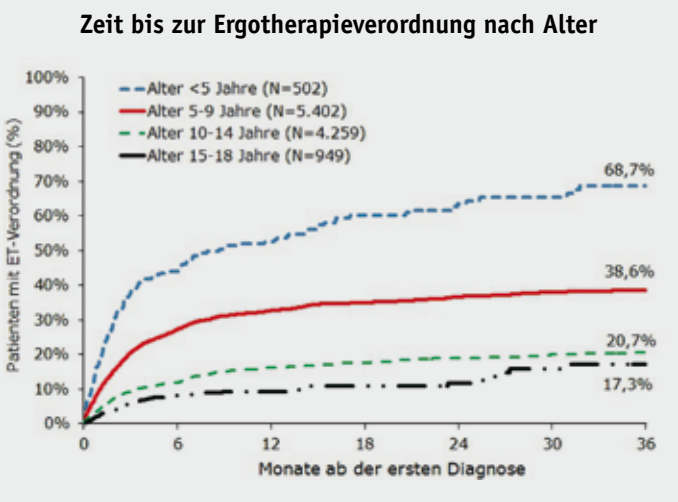


Abb. 4: Kaplan-Meier-Kurven der Zeit bis zur Ergotherapieverordnung in Abhängigkeit der Altersgruppe der Patienten.

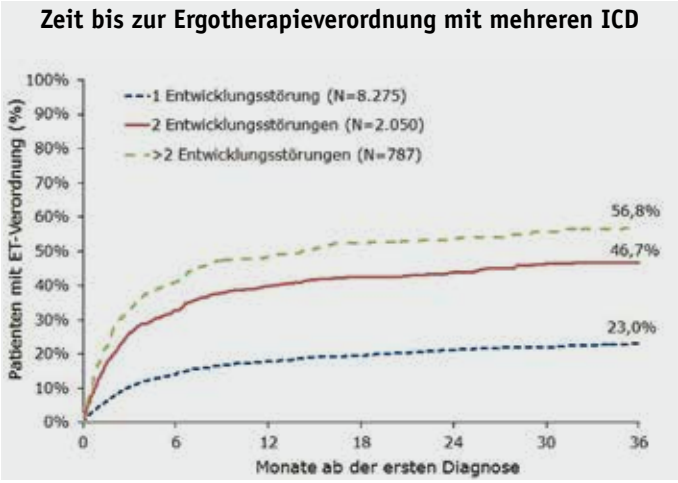


Abb. 5: Kaplan-Meier-Kurven der Zeit bis zur Ergotherapieverordnung bei Patienten mit 1, 2 oder mehr als 2 Entwicklungsstörungen. Legende: a = Hazard-Ratio =berechnet mithilfe der Cox-Regressionsanalyse; bereinigt um Alter, Geschlecht, gesetzlichen Versicherungsstatus, Anzahl der Entwicklungsstörungen, umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache, umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten, umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen, erworbene Aphasie mit Epilepsie, tiefgreifende Entwicklungsstörungen, andere Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache, hyperkinetische Störungen, sonstige psychische Störungen und Verhaltensstörungen, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

BARMER GEK zufolge wurde im Jahr 2013 mehr als jede zweite Verordnung (67%) für Ergotherapie aufgrund von Erkrankungen des Nervensystems verordnet und der Indikationsgruppe ZNS-Schädigungen, -Erkrankungen und/oder Entwicklungsstörungen längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres zugeschrieben (Sauer, Rothgang & Glaeske, 2014). Nach Angaben der AOK gehen im Jahr 2013 30,2% der ergotherapeutischen Leitungen auf die genannte Indikationsgruppe zurück (Waltersbacher, 2014).

Diese Zahlen unterstreichen die Bedeutung der Ergotherapie bei der Behandlung von Entwicklungsstörungen sowie deren Häufigkeit in der Verordnung. Ein Großteil der Kinder ist bei einer Ergotherapie-Verordnung unter zehn Jahre alt (Sauer et al., 2010; Sauer et al., 2014; Waltersbacher, 2013). Kinder stellen ca. ein Drittel bis die Hälfte aller Leistungsverordnungen für die Ergotherapie dar (Sauer et al., 2010; Sauer et al., 2014; Waltersbacher, 2013; 2014). Jungen bilden hiervon ca. drei Viertel und erhalten früher Ergotherapie als Mädchen (Sauer et al., 2010; Sauer et al., 2014; Waltersbacher, 2013; 2014). Die Geschlechterverteilung bestätigt zum einen unsere Ergebnisse, da von den untersuchten Kindern mit Ergotherapie-Verordnungen drei Viertel (70%) männlichen Geschlechts waren. Ferner wird dies durch die Untersuchung des Versorgungsprofils der Patienten mit Ergotherapie-Verordnungen in niedergelassenen Praxen von Drosselmeyer et al. (2014) bestätigt. Diese ergab, dass die

Zusammenhang zwischen Ergotherapieverordnung			
Variable	**Hazard-Ratio[a]**	**95% KI**	**P-Wert**
Alter <5 Jahre versus der Gruppe 15-18 Jahre	3,33	2,44-4,54	<0,0001
Alter 5-9 Jahre versus Alter 15-18 Jahre	2,66	2,02-3,49	<0,0001
Alter 10-14 Jahre versus der Gruppe 15-18 Jahre	1,82	1,37-2,42	<0,0001
2 Entwicklungsstörungen versus 1 Entwicklungsstörung	1,28	1,04-1,58	0,0200
>2 Entwicklungsstörungen versus 1 Entwicklungsstörung	1,40	1,23-1,60	<0,0001
Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	1,21	1,09-1,34	0,0004
Erworbene Aphasie mit Epilepsie	3,78	3,30-4,33	<0,0001
Umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen	1,37	1,19-1,58	<0,0001
Hyperkinetische Störungen	0,70	0,63-0,77	<0,0001
Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	0,42	0,37-0,49	<0,0001
Männliches Geschlecht versus weiblichem Geschlecht	0,83	0,75-0,92	0,0003
Private Krankenversicherung versus gesetzlicher Krankenversicherung	72,4	0,35-0,58	<0,0001
Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84)	11,2	13,3	0,0139
Andere Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (F88, 89)	1,6	1,6	0,9525

Tab. 3: Zusammenhang zwischen Ergotherapieverordnung innerhalb von 3 Jahren und vordefinierten Einflussvariablen (Cox-Regressionsanalysen)

Geschlechtsstruktur der Patienten bei Psychiatern/Kinderpsychiatern 71,1% männliche sowie 28.9% weibliche Patienten aufzeigt. Zum andern widerspricht dies unseren Ergebnissen, da wir festgestellt haben, dass Mädchen früher und mehr Ergotherapie-Verordnungen erhalten, als Jungen. Laut den Daten der AOK und BARMER GEK sind es in der betrachteten Altersgruppe eindeutig mehr Jungen, die eine Ergotherapie-Verordnung erhalten als Mädchen (Sauer et al., 2010; Sauer et al., 2014; Waltersbacher, 2013; 2014).

Zu berücksichtigen ist hier jedoch, dass sich unsere Daten ausschließlich auf Verordnungen von Kinderpsychiatern beziehen und die genannten Heil- und Hilfsmittelberichte hierzu keine differenzierte Aussage treffen. Ferner sind den Vergleichsquellen keine genauen Diagnosen zu entnehmen, sondern lediglich die Indikationsgruppe. Ferner sind die Ergebnisse erstaunlich, weil weder die Prävalenz für die Störung noch die Prognose eindeutig mit dem weiblichen Geschlecht positiv assoziiert sind. Umschriebene Entwicklungsstörungen treten z. B. häufiger bei Jungen als bei Mädchen auf, wobei das Verhältnis von Jungen zu Mädchen zwischen 2:1 und 7:1 variiert (Lingam et al., 2009). In unseren Ergebnissen konnten wir feststellen, dass das Alter der untersuchten Kinder eine große Rolle bei der Verordnungswahrscheinlichkeit von Ergotherapie spielt. Je jünger ein Patient war, desto größer war seine Wahrscheinlichkeit, eine Ergotherapie-Verordnung zu erhalten. Nach einem Screening der von der BARMER GEK sowie AOK jährlich erstellten Heil- und Hilfsmittelreporte ist festzuhalten, dass der Verordnungsgipfel für Ergotherapie bei Kindern im Alter zwischen 5 und 9 Jahren liegt. Es wird angegeben, dass im Patientenalter von 5 Jahren die meisten Therapien mit Ergotherapie begonnen werden (Sauer, Rothgang & Glaeske, 2014; Waltersbacher, 2013; 2014).

Auch hier zeigt sich, dass ein frühes Lebensalter mit einem schnellen Therapiebeginn im Allgemeinen korreliert. Ferner haben wir herausgefunden, dass Ergotherapie signifikant früher und öfter bei Patienten der gesetzliche Krankenversicherung (GKV) als bei Patienten der privaten Krankenversicherung (PKV) verordnet wird. Drosselmeyer et al. (2014) weisen in ihren analysierten Daten darauf hin, dass es sich beim Versichertenstatus der Patienten der Ergotherapie bei Psychiatern/ Kinderpsychiatern um 96,9% gesetzlich versicherte Patienten sowie um 3,1% privat Versicherte handelt. Der weitaus größte Anteil der ärztlichen Vergütung wird über die GKV gedeckt und durch die Kassenärztliche Vereinigung bezahlt. Ärzte dürfen Patienten, die nicht der GKV unterliegen, behandeln und mit der PKV abrechnen. Jedem Vergütungssystem liegt ein Leistungskatalog zugrunde der definiert, welche Leistungen grundsätzlich abzurechnen sind. Die Ergotherapie ist in der Heilmittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses verankert und somit zu Lasten der GKV zu verordnen (KVB, 2015). Dies könnte ein Grund dafür sein, warum Ergotherapie signifikant früher und häufiger bei gesetzlich Versicherten, als bei privat Versicherten verordnet wurde (Ärzte Zeitung, 2015). In der PKV kann es sein, dass die Ergotherapie in den vertraglichen Inhalten einer PKV nicht aufgelistet ist und somit nicht abgerechnet werden kann. Insgesamt ist festzuhalten, dass die PKV weniger Geld für Heilmittel (u. a. Ergotherapie) ausgibt und die Versicherten mehr übernehmen müssen, als dies bei der GKV der Fall ist (Arbeitskreis Krankenversicherungen, 2015). Laut Ärzte Zeitung (2015) geben die PKV-Unternehmen jedoch seit der Budgetierung von Heilmitteln zweieinhalb Mal so viel für Heilmittel aus wie die GKV.

Im Jahr 2013 beliefen sich die Ausgaben der PKV-Unternehmen für Heilmittel auf knapp 1,6 Milliarden Euro. In der GKV, die fast 90 Prozent der Bevölkerung versichert, waren es 5,6 Milliarden Euro (Ärzte Zeitung, 2015). Die Kostensteigerung der letzten Jahre hat dazu beigetragen, dass bei Kindern mit Entwicklungsstörungen die Finanzierung von Therapie- und Fördermaßnahmen zunehmend häufiger erst nach einer ausführlichen Begründung genehmigt wird. Verordner müssen daher stark begründen, ob die zeitaufwendigen und teuren Therapien die Fähigkeit der Kinder zur Partizipation am sozialen Leben nachhaltig verbessern (von Suchodoletz, 2010). In diesem Kontext haben wir herausgefunden, dass die Wahrscheinlichkeit, eine Ergotherapie-Verordnung zu erhalten, steigt, wenn mehrere Entwicklungsstörungen vorliegen. Dies könnte damit begründet werden, dass Empfehlungen für die Ergotherapie aus Leitlinien bestehen (GNP, 2011) und die Therapie bei mehreren Störungen ein kostensparendes Potential aufweisen kann. Entwicklungsverzögerungen und kognitive Probleme finden sich bei etwa einem Viertel aller Kinder mit Epilepsien. Ergotherapie wird hier als Fördermaßnahme empfohlen (von Spiczak & Stephani, 2014).

In unseren Ergebnissen zeigt sich ebenfalls, dass eine Verordnung von Ergotherapie hier als Fördermaßnahme sehr wahrscheinlich ist. Komorbiditäten treten sehr häufig bei Entwicklungsstörungen auf. Typische Komorbiditäten sind Autismus-Spektrum-Störungen, hyperkinetische Störungen sowie Störungen schulischer Fertigkeiten (GNP, 2011; Lingam et al., 2010). Die Auswirkungen motorischer Entwicklungsstörungen auf den Schulerfolg und andere relevante Dimensionen der Entwicklung werden im Wesentlichen von der Ko-

morbidität bestimmt. Daher wird eine schnelle und frühzeitige Behandlung empfohlen (Schlack, 2009). In unseren Daten zeigt sich, dass v.a. hyperkinetische Störungen sowie Störungen schulischer Fertigkeiten eher zu einer Verzögerung einer Verordnung führen.

Diese Studie weist einige Einschränkungen auf, die an dieser Stelle angesprochen werden müssen. Erstens wurden nur ambulante Patienten in die Studie eingeschlossen. Zweitens deckt die Datenbank nicht die soziökonomischen Faktoren und das Bildungsniveau der Eltern ab. Außerdem beruhte die Beurteilung der Komorbidität auf den von den Hausärzten angegebenen ICD-Codes, ohne dass Informationen über die Schwere der Erkrankung zur Verfügung standen. Und schließlich befanden sich die Patienten in dieser Studie in Deutschland und die Ergebnisse sind daher möglicherweise nicht auf alle Länder und Regionen verallgemeinerbar.

Diese Studie untersuchte nicht und machte keine Aussagen darüber, welche Form der Ergotherapie zur Anwendung kam und es lagen keine Informationen zur Dauer der Ergotherapie vor, die den jeweiligen Patienten verordnet wurde.

Literatur

Arbeitskreis Krankenversicherungen (2015). PKV zahlt weniger für Heilmittel als GKV. Zugriff am 19.01.2015 unter http://arbeitskreis-krankenversicherungen.de/pkv-zahlt-weniger-fuer-heilmittel-als-gkv-4471/

Arbesman, M., Bazyk, S. & Nochajski, S.M. (2013). Systematic Review of Occupational Therapy and Mental Health Promotion, Prevention, and Intervention for Children and Youth. American Journal of Occupational Therapy, 67(6), e120-e130.

Arun, P., Chavan, B.S., Bhargava, R., Sharma, A. & Kaur, J. (2013). Prevalence of specific developmental disorder of scholastic skill in school students in Chandigarh, India. Indian J Med Res, 138(1), 89–98.

Ärzte Zeitung (2014). Heilmittel. Besserer Schutz vor Prüfverfahren. Zugriff am 19.01.2015 unter http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/wirtschaftlichkeitspruefung/article/875527/heilmittel-besserer-schutz-pruefverfahren.html

Ärzte Zeitung (2015). Heilmittel. Geldsegen der Privatpatienten. Zugriff am 19.01.2015 unter http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/rezepte/article/876523/heilmittel-geldsegen-privatpatienten.html?sh=1&h=-57773597

Becher, H., Kostev, K., & Schröder-Bernhardi, D. (2009). Validity and representativeness of the "Disease Analyzer" patient database for use in pharmacoepidemiological and pharmacoeconomic studies. International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics, 47(10), 617-626.

Becker, H.& Jagusch-Espei, A. (2011). Kinder mit motorischen Entwicklungsstörungen evidenzbasiert behandeln. Ergotherapie und Rehabilitation, 50(9), 12-6.

Drosselmeyer, J., Kostev, K., Jockwig, A., Hog, D. & Heilmaier, C. (2014). Versorgungsprofil der Patienten mit Ergotherapie-Verordnungen in niedergelassenen Praxen. MVF, 3(7), 55-59.

Frank, T.A. (2008). Wirksamkeit der ambulanten ergotherapeutischen Intervention bei Kindern im Alter von drei bis zwölf Jahren. Ergotherapie. Zeitschrift für angewandte Wissenschaft, 9(1), 11-22.

Gaines, R., Missiuna, C., Egan, M. & McLean, J. (2008). Interprofessional care in the management of a chronic childhood condition: developmental coordination disorder. J Interprof Care, 22(5), 552-5.

Gauggel, S. (2014). Einspruch! Neuropsychologen sind Psychotherapeuten. Z Neuropsychol 25 (3), 215 – 224.

GNP Gesellschaft für Neuropädiatrie (2011). Deutsch-Schweizerische Versorgungsleitlinie basierend auf internationalen Empfehlungen (EACD-Consensus) zu Definition, Diagnose, Untersuchung und Behandlung bei Umschriebenen Entwicklungsstörungen motorischer Funktionen (UEMF). Zugriff am 16.01.2015 unter http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/022-017.html

Hintzpeter, B., Metzner, F. & Pawlis, S. et al. (2014). Inanspruchnahme von ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen durch Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten. Kindheit und Entwicklung, 23 (4), 229 – 238.

Hüttemann, S. & Brauchle, G. (2011). Interventionsstudie ergotherapeutischer Leistungen: Motorik, visuelle Wahrnehmung und Intelligenz bei Kindern mit umschriebenen Entwicklungsstörungen. Kinder- und Jugendmedizin, 11(6), 359-63.

Jaščenoka, J. & Petermann, F. (2013). Umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen. In F. Petermann (Hrsg.), Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie (S. 207-228). Bern: Hogrefe.

Kao, Y-C., Kramer, J.M., Liljenquist, K., Tian, F. & Coster, J.W. (2012). Comparing the Functional Performance of Children and Youths With Autism, Developmental Disabilities, and No Disability Using the Revised Pediatric Evaluation of Disability Inventory Item Banks. American Journal of Occupational Therapy, 66(5), 607-616.

Kostev K. (2010). Datenbankbasierte epidemiologische Untersuchungen zur Behandlung von Patienten mit Diabetes mellitus in Deutschland. Göttingen: Optimus.

Küther, G. (2014). Der Direktzugang zu Heilmittelerbringern in Deutschland: Eine kritische Übersicht. Phys Med Rehab Kuror, 24, 173–182.

KVB Kassenärztliche Bundesvereinigung (2015). Heilmittel. Zugriff am 19.01.2015 unter http://www.kbv.de/html/heilmittel.php

Lehmkuhl, G., Köster, I. & Schubert, I. (2009). Ambulante Versorgung kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen – Daten einer versichertenbezogenen epidemiologischen Studie. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiat, 58, 170-185.

Lingam, R., Hunt, L., Golding, J., Jongmans, M. & Emond, A. (2009). Prevalence of developmental coordination disorder using the DSM-IV at 7 years of age: A UK population-based study. Pediatrics, 123(4), e693-e700.

Lingam, R., Golding, J., Jongmans, M.J., Hunt, L.P., Ellis, M. & Emond, A. (2010). The association between developmental coordination disorder and other developmental traits. Pediatrics, 126(5), e1109-18.

McWilliams, S. (2005). Developmental Coordination Disorder and Self-Esteem: Do Occupational Therapy Groups Have Positive Effect? British Journal of Occupational Therapy, 68(9), 393-400.

Noterdaeme, M. (2014). Entwicklungsstörungen in der frühen Kindheit. In J. Rosenecker (Hrsg.), Pädiatrische Differentialdiagnostik (S. 201-206). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

Pietz, J., Moog, U. & Blank, R. (2014). Entwicklungsstörungen und Behinderungen. In F. Hoffmann et al. (Hrsg.), Pädiatrie (S. 202-205). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

Poulsen, A.A., Ziviani, J.M., Cuskelly, M. & Smith, R. (2007). Boys With Developmental Coordination Disorder: Loneliness and Team Sports Participation. American Journal of Occupational Therapy, 61(4), 451-462.

Sauer, K., Kemper, C., Kaboth, K. & Glaeske, G. (2010). BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2010. St. Augustin: Asgard-Verlag.

Sauer, K., Rothgang, H. & Glaeske, G. (2014). BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2014. Siegburg: Asgard Verlagsservice GmbH.

Schlack, H.G. (2009). Definition und übergreifende Merkmale. In H.G. Schlack, U. Thyen & R. von Kries (Hrsg.), Sozialpädiatrie (S. 158). Heidelberg: Springer.

Szucs, T. (2014). Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Krankenversicherern – ein Pakt mit dem Teufel? PrimaryCare, 14(7), 17-18.

Tal-Saban, M., Ornoy, A. & Parush, S. (2014). Young Adults With Developmental Coordination Disorder: A Longitudinal Study. American Journal of Occupational Therapy, 68(3), 307–316.

von Spiczak, S. & Stephani, U. (2014). Mehr als Anfälle und Antiepileptika. Komorbiditäten bei Epilepsien. Z Epileptol, 27, 112-119.

von Suchodoletz, W. (2010). Möglichkeiten und Grenzen einer Therapie von Entwicklungsstörungen. In W. von Suchodoletz (Hrsg.), Therapie von Entwicklungsstörungen. Was wirkt wirklich? (S. 1-16). Göttingen: Hogrefe.

Walters, S. J. (2009). What is a Cox model? Retrieved from http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/painres/download/whatis/cox_model.pdf.

Waltersbacher, A. (2013). Heilmittelbericht 2013. Zugriff am 19.01.2015 unter http://www.wido.de/heilmittel_2013.html

Waltersbacher, A. (2014). Heilmittelbericht 2014. Zugriff am 21.01.2015 unter http://www.wido.de/heilmittel_2014.html

Winn, T.J. (2001). Introduction to the SAS® Programming Language. Retrieved from http://analytics.ncsu.edu/sesug/2001/P-351.pdf.

Whitney, R. & Hilton, C.L. (2013). Intervention Effectiveness for Children and Youth. American Journal of Occupational Therapy, 67(6), e154-e165.

Schlussfolgerung

Kinder mit Entwicklungsstörungen stellen eine sehr große Klientengruppe im Vorschul- und Schulalter in der ambulanten Ergotherapie dar. In Deutschland wird die Ergotherapie von den niedergelassenen Ärzten verordnet, wonach die Ergotherapie in der ergotherapeutischen Praxis stattfindet. Bei der Behandlung und ambulanten Versorgung von Kindern mit Entwicklungsstörungen sind vor allem die Kinderpsychiater zuständig. Unsere Studie über das Verordnungsverhalten von Kinderpsychiatern bei Ergotherapieverordnung über einen Zeitraum von drei Jahren in Deutschland zeigte, dass Patienten der GKV zur Ergotherapie früher und häufiger überwiesen wurden. Ferner zeigte sich, dass ein junges Lebensalter, das weibliche Geschlecht der untersuchten Teilnehmer, das Auftreten mehrerer verschiedener Entwicklungsstörungen sowie die Diagnosen der erworbenen Aphasie mit Epilepsie, umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen sowie Belastungs- und Anpassungsstörungen eine Ergotherapieverordnung erhöht. Eine Ergotherapieverordnung wird unseren Ergebnissen nach durch eine Hyperkinetische Störung sowie eine umschriebene Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten verzögert. Es ist in Zukunft von Bedeutung, dass die Ergotherapie vermehrt über ihr Leistungsspektrum Aufklärung betreibt und so beim ärztlichen Verordner eine Verordnungswahrscheinlichkeit zu erhöhen. Dies ist im Zuge der steigenden Zahlen der Verordnergruppe der Psychiater und Psychotherapeuten von hoher Relevanz. Ferner sind weitere Effektivitätsnachweise der Ergotherapie zu erbringen. Die Ergotherapie kann somit ihre Rolle in der Behandlung von Kindern, speziell von Kindern mit Entwicklungsstörungen, im Versorgungssytem stärken. <<

Referral for occupational therapy after diagnosis of developmental disorder by German child psychiatrists

The aims of this study were to assess how many patients received occupational therapy after diagnosis of developmental disorder in child psychiatrist practices in Germany and which factors influenced whether a patient did or did not receive occupational therapy. This study was a retrospective database analysis in Germany utilizing the Disease Analyzer® Database (IMS Health, Germany). The study population included a total of 11,112 children aged between 3 and 17 from 13 child psychiatrist practices. The observation period was five years in total, from January 1, 2009 until December 31, 2013. 32% of study children were referred for occupational therapy within three years of first diagnosis of developmental disorder. Younger age, female gender, statutory health insurance, from acquired aphasia with epilepsy, specific developmental disorder of motor function or diagnosis of reaction to severe stress and adjustment disorders positively influenced the referral rate and time of occupational therapy. This study showed that in a large population of children with developmental disorder, that one out of three patients receive the referral of occupational therapy within three years of first diagnosis of developmental disorder. It will be the task of future studies to confirm these results.

Keywords

developmental disorder, occupational therapy, children, Disease Analyzer

Autorenerklärung

Karel Kostev ist Professor an der Hochschule Fresenius in Idstein und Mitarbeiter des Unternehmens IMS Health in Frankfurt. Marcel Konrad und Julia Drosselmeyer sind Mitarbeiter der Hochschule Fresenius in Idstein. Alle drei haben unentgeltlich an der Auswertung der Daten sowie der Interpretation der Ergebnisse mitgearbeitet. Die Analyse erfolgte ohne finanzielle Unterstützung und wurde von dem Unternehmen IMS Health in Frankfurt durchgeführt.

Diplom-Ergotherapeut (FH) Marcel Konrad, M.Sc.
ist stellvertretender Studiendekan sowie wissenschaftlicher Mitarbeiter/Hochschuldozent an der Hochschule Fresenius, Fachbereich Gesundheit und Soziales, Idstein. Er hat Ergotherapie (Diplom) sowie Therapiewissenschaften (Master) in Idstein studiert.

Kontakt: marcel.konrad@hs-fresenius.de



Diplom-Ergotherapeutin (FH) Julia Drosselmeyer, M.Sc.
ist Studiendekanin, Dozentin und Leiterin des Qualitätsmanagements des Fachbereichs Ergotherapie an der Hochschule Fresenius in Idstein. Sie hat Ergotherapie (Diplom) in Idstein studiert und danach ein Masterstudium der Pharmako- und Gesundheitsökonomie in Idstein und Wales (UK) absolviert.

Kontakt: drosselmeyer@hs-fresenius.de



Prof. Dr. rer. med. habil. Karel Kostev
ist Senior Research Advisor bei IMS Health in Frankfurt. Er hat Soziologie und Statistik studiert, in der Medizin promoviert und habilitiert. Er lehrt epidemiologische und medizinische Fächer an der Hochschule Fresenius und an der Universität in Marburg. Sein Arbeitsschwerpunkt ist die Versorgungsforschung im Bereich der chronischen Erkrankungen.

Kontakt: kkostev@de.imshealth.com

