

GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2007

Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung

Schwerpunkt:
Ambulante Psychotherapie

November 2007

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet unter <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 59

GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2007

Herausgeber:	GEK - Gmünder Ersatzkasse - Bereich Medizinisches Versorgungsmanagement Gottlieb-Daimler-Straße 19 73529 Schwäbisch Gmünd - Telefon (07171) 801-0 http://www.gek.de
Autoren:	ISEG, Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung, Hannover. http://www.iseg.org T.G. Grobe, H. Dörning, F.W. Schwartz
Verlag	Asgard-Verlag, Einsteinstraße 10, 53757 St. Augustin
ISBN:	978-3-537-44059-4

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmung und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Inhalt

VORWORT	7
1 ZUSAMMENFASSUNG	9
Ambulante ärztliche Versorgung	10
Ambulante Psychotherapie	18
Arbeitsunfähigkeiten	28
2 VORBEMERKUNGEN ZU ROUTINEAUSWERTUNGEN	30
3 AMBULANTE ÄRZTLICHE VERSORGUNG	33
3.1 Hintergrund	33
Art und Struktur der gelieferten Daten	34
Stand und Umfang der Datenlieferung	38
Übertragbarkeit, Standardisierung, Methoden	39
3.2 Allgemeine Inanspruchnahme in Quartalen sowie im Kalenderjahr	42
Verteilung der Inanspruchnahme auf Versicherte	44
Variationen an Wochentagen und im Jahresverlauf	47
3.3 Internationaler Vergleich	52
3.4 Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht	54
3.5 Fachärztliche Behandlungshäufigkeit	57
Fachärztliche Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht	63
3.6 Anzahl kontaktierter Ärzte - Arztwechsel	75
3.7 Regionale Variationen der Inanspruchnahme	77
3.8 Ambulante Diagnosen	80
Häufige Diagnosen nach Alter und Geschlecht	97
Häufige Diagnosen in bestimmten Altersgruppen	105
Anzahl Diagnosen, Diagnosekombinationen	125

4	SCHWERPUNKT: AMBULANTE PSYCHOTHERAPIE	131
4.1	Bevölkerungsbezogene Häufigkeit von Psychotherapien	134
4.2	Vorrangige Behandlungsanlässe bei Psychotherapien	141
	Diagnosespektrum bei Kindern	147
4.3	Diagnosen, Morbidität, Komorbidität	148
4.4	Häufigkeit und Behandlungsraten von ausgewählten psychischen Diagnosen	154
	Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)	156
	Affektive Störungen (F30-F39)	158
	Depressionen (F32-F33)	160
	Depressive Episode (F32)	162
	Rezidivierende depressive Störung (F33)	164
	Anhaltende affektive Störung (F34)	166
	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)	168
	Phobische Störungen (F40)	170
	Andere Angststörungen (F41)	172
	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)	174
	Somatoforme Störungen (F45)	176
	Andere neurotische Störungen (F48)	178
	Essstörungen (F50)	180
	Spezifische Persönlichkeitsstörungen (F60)	182
	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98)	184
	Hyperkinetische Störungen (F90)	186
	Störungen des Sozialverhaltens (F91)	188
	Emotionale Störungen des Kindesalters (F93)	190
4.5	Behandlungsverläufe	192
	Erstmalige Therapie, beliebige Indikation	195
	Kurzzeittherapie bei ausgewählten Diagnosen	207
	Patienten mit ausgewählten Diagnosen: Verläufe mit bzw. ohne Psychotherapie	210

5	ARBEITSUNFÄHIGKEIT	218
5.1	Einführung	218
5.2	AU-Meldegeschehen Erwerbstätige insgesamt	222
5.3	Arbeitsunfähigkeit nach Dauer der AU	224
5.4	Arbeitsunfähigkeit nach Wochentagen	225
5.5	Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Geschlecht	227
5.6	Regionales AU-Meldegeschehen	230
5.7	Diagnosen der Arbeitsunfähigkeit	234
5.8	Arbeitsunfähigkeit nach Berufsgruppen	240
5.9	Arbeits- und Wegeunfälle	243
6	ANHANG	250
6.1	Standardpopulation Erwerbstätige	251
6.2	Standardpopulation Bevölkerung	252
6.3	Abkürzungen, ICD10-Kapitel	253
7	VERZEICHNISSE, INDEX	255
7.1	Abbildungsverzeichnis	255
7.2	Tabellenverzeichnis	259
7.3	Index	262
8	TABELLENANHANG – als PDF-Dokument beginnend mit Seite	273

(Download des Tabellenanhangs unter: <http://www.gek.de/10467>)

Vorwort

Vor zwölf Monaten, im November 2006, erschien der GEK-Report ambulanzärztliche Versorgung zum ersten Mal. Als 50. Band in der Reihe der GEK-Edition war dieses Buch in doppelter Hinsicht etwas Besonderes – sowohl inhaltlich als auch durch die runde Zahl der Bandnummer. Passend zu diesem Ereignis erregten die vorgelegten Zahlen eine starke öffentliche Aufmerksamkeit, nachdem die GEK und die kooperierenden Wissenschaftler des ISEG-Instituts aus Hannover eine Durchschnittszahl von 16,3 Arztkontakten je Einwohner und Jahr ermittelt hatten.

Dieser Wert, den Deutschlands auflagenstärkste Tageszeitung auf der ersten Seite in großen Buchstaben zu Recht als "teuren Weltrekord" bezeichnete, liegt deutlich höher als man bisher – auf sehr unvollständigen Datengrundlagen – vermutet hatte. Im Vergleich mit anderen Industrieländern nimmt Deutschland hier tatsächlich eine Spitzenstellung ein.

Im aktuellen Report, der in der GEK-Edition die Nummer 59 trägt und die Daten bis zum 31.12.2006 einbezieht, ist der Wert der Arztkontakte auf 17,1 pro Kopf der Bevölkerung gestiegen. Bezogen auf alle Einwohner ergibt das eine praktisch nicht leicht vorstellbare Zahl von 1,4 Milliarden Arztkontakten im Jahr. Dahinter verbergen sich viele individuelle Schicksale, Krankheiten und Behandlungen, begleitet und erbracht von Ärzten für die versicherten Patienten.

Anhand der anonymisierten Daten, die für diesen Band ausgewertet wurden, können wir als GEK ein sehr differenziertes Bild zeichnen: Welche Krankheiten sind in welchem Alter und in den verschiedenen Regionen Deutschlands vorherrschend? Wie werden sie behandelt? An welche Diagnosen knüpfen sich besonders häufig Krankenhausaufenthalte oder Arzneimittelverschreibungen? Wie ändern sich diese Zusammenhänge im Zeitablauf, sei es im Durchschnitt aller Patienten oder in der "Karriere" des einzelnen Patienten?

Die Zusammenfassung, die Sie auf den folgenden Seiten lesen werden, beschreibt die wichtigsten Analyseergebnisse aus 2006 für den eiligen Leser. Besonders ans Herz legen möchte ich dabei das Schwerpunktthema des diesjährigen Reports, die ambulante Psychotherapie. Innerhalb von sieben Jahren ist die Zahl der Bewilligungen hier um 61% gestiegen, und wir beschreiben nach Geschlechtern sowie Altersgruppen getrennt, bei welchen Personengruppen und aus welchen Anlässen heraus ambulante Psychotherapie als Behandlung in Anspruch genommen wurde. Eine wichtige Rolle spielt dabei das Krankheitsbild der Depression (vgl. dazu auch unsere Veröffentlichung "Volkskrankheit Depression? – Bestandsaufnahme und Perspektiven", Wissenschaftliche Reihe der GEK Bd. 1, Springer-Verlag 2006).

Allen Lesern dieses Bandes wünsche ich eine interessante Lektüre und wichtige Anregungen für die eigene Arbeit. Wir freuen uns über jeden, der unsere Bemühungen unterstützt, ein patientenorientiertes, wirksames und wirtschaftliches Gesundheitswesen zu erreichen.

Dieter Hebel
Vorstandsvorsitzender der GEK

1 Zusammenfassung

Besonderheiten und Schwerpunkt: Der GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung liefert mit dem vorliegenden Band zum zweiten Mal einen umfassenden Überblick zu Daten und versichertenbezogenen Kennzahlen der ambulanten Versorgung für Deutschland. Daten aus der ambulant-ärztlichen Versorgung wurden den Gesetzlichen Krankenkassen erstmals für das Abrechnungsjahr 2004 mit Versichertenbezug übermittelt, Ergebnisse für dieses Jahr sind im vorausgehenden Report umfassend dargestellt. Der vorliegende Report kann bereits auf Daten zu den drei Jahren 2004 bis 2006 zurückgreifen. Die ambulanten Daten liefern bei einer Verknüpfung mit weiteren Krankenkassendaten anderweitig nicht verfügbare Informationsmöglichkeiten, was insbesondere auch für die Abschätzung von Erkrankungshäufigkeiten und Einblicke in Behandlungsverläufe gilt. Berichtet werden im vorliegenden Report vorrangig aktualisierte Ergebnisse für das Jahr 2006.

In einem Schwerpunktkapitel befasst sich der diesjährige Gesundheitsreport mit der ambulanten Psychotherapie, die in Deutschland zum Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zählt und nach den vorliegenden Ergebnissen als solches in erheblichem Umfang und mit deutlich ansteigender Tendenz genutzt wird.

In einem weiteren Abschnitt werden schließlich Ergebnisse zu Arbeitsunfähigkeiten sowie zu Arbeits- und Wegeunfällen berichtet.

Untersuchungspopulation und Zeiträume: Grundlage der hier präsentierten Auswertungen bilden anonymisierte Routinedaten zu Versicherten der GEK, die sich im Hinblick auf Arbeitsunfähigkeiten auf die Jahre 1990 bis 2006 beziehen, während zu ambulanten ärztlichen Leistungen die Daten der Jahre 2004 bis 2006 betrachtet werden. GEK-Versicherte stellten Ende 2006 mit mehr als 1,5 Mio. Versicherten einen Anteil von ca. 1,9% an der bundesdeutschen Bevölkerung (2004: 1,4 Mio. entsprechend 1,7%). Für viele bevölke-

rungsbezogene Auswertungen bilden die Daten der GEK damit eine ausgesprochen breite Basis. Nahezu alle Ergebnisse werden ggf. in geschlechts- und altersstandardisierter Form präsentiert. Bei Auswertungen zur ambulanten ärztlichen Versorgung wird dabei die Altersstruktur der bundesdeutschen Bevölkerung 2005 zugrunde gelegt. Unter Vernachlässigung einer geringen Veränderung der Altersstruktur lassen sich Ergebnisse aus GEK-Daten auch auf die deutsche Bevölkerung des Jahres 2006 hochrechnen.

Ambulante ärztliche Versorgung

Datenvolumina: Daten zur ambulanten ärztlichen Versorgung der GEK-Versicherten in den Jahren 2004 bis 2006 umfassen insgesamt 28,1 Mio. Behandlungsfälle, 92 Mio. Diagnoseschlüssel und 266 Mio. Abrechnungsziffern, welche die Basis für nachfolgend dargestellte Auswertungen liefern. Die Zahlen verdeutlichen, dass die Erfassung entsprechend großer Datenmengen im Rahmen von epidemiologischen Primärstudien nahezu unmöglich wäre.

Grunddaten und Kennziffern:

- **Behandlungsrate:** Innerhalb des Jahres 2006 hatten, wie bereits zwei Jahre zuvor, 91% der Bevölkerung Kontakt zur ambulanten ärztlichen Versorgung¹, lediglich 9% der Bevölkerung suchten innerhalb eines Jahres keinen Arzt auf.
- **Behandlungsfälle:** Innerhalb des Jahres 2006 wurden je Person durchschnittlich 6,8 Behandlungsfälle ("Krankenscheine") abgerechnet, die jeweils alle Behandlungen eines Patienten bei einem Arzt innerhalb eines Quartals zusammenfassen. Im Jahr 2004 waren es 6,5 Behandlungsfälle.

¹ Alle Auswertungen beziehen sich ausschließlich auf die ärztliche Behandlungen OHNE zahnärztliche oder kieferorthopädische Behandlungen, zu denen Krankenkassen bislang nur unvollständige Informationen vorliegen.

- *Arztkontakte:* Pro Kopf der Bevölkerung wurden 2006 durchschnittlich 17,1 Arztkontakte erfasst, im Jahr 2004 waren es nach aktualisierten Daten 16,4 Kontakte (vgl. Tabelle 3: S. 43).
- *Absolute hochgerechnete Zahlen:* Die gut 130 Tsd. niedergelassenen Ärzte in Deutschland (darunter 118 Tsd. Vertragsärzte) dürften 2006 demnach 75 Millionen Personen im Rahmen von 563 Mio. abgerechneten Behandlungsfällen mit insgesamt 1,4 Milliarden Arztkontakten behandelt haben.

Internationaler Vergleich: Von der Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) – einer der Hauptdatenquellen für internationale Vergleiche – werden routinemäßig Informationen zu Ausgaben sowie zu Arztkontakten im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung geliefert. Die Pro-Kopf-Ausgaben für ambulante ärztliche Leistungen lagen 2005 nach aktuellen OECD-Statistiken (Stand: Juli 2007) in Deutschland bei 426 \$(US). Geringere Ausgaben wurden beispielsweise für Kanada mit 347 \$(US) sowie Frankreich mit 420 \$(US) ausgewiesen. Für viele Länder finden sich jedoch 2005 merklich höhere Werte (z.B. Dänemark 761 \$(US), Österreich 683 \$(US), Japan (in 2004) 745 \$(US), Schweiz 1275 \$(US), Vereinigte Staaten 1421 \$(US)). Die Ausgaben in Deutschland für diesen Gesundheitsbereich bewegen sich demnach im Vergleich zu anderen westlichen Industrienationen auf einem relativ niedrigen Niveau.

Die jeweils aktuellsten Angaben der OECD zur Anzahl der jährlichen Arztkontakte pro Kopf der Bevölkerung bewegen sich in den Jahren 2004 bzw. 2005 zwischen 2,8 (in Schweden 2005) und 13,8 (Japan 2004). Für Deutschland werden für das Jahr 2004 von der OECD 7,0 Kontakte pro Kopf berichtet. Der Wert ist vergleichbar mit Angaben aus dem selben Jahr in direkten europäischen Nachbarländern wie Belgien (7,6), Dänemark (7,5), Frankreich (6,6) und Luxemburg (6,1). Für die Vereinigten Staaten werden demgegenüber – trotz der im Ländervergleich höchsten Ausgaben für die ambulante ärztliche Versorgung – lediglich 3,8 Arztkontakte pro Kopf und Jahr berichtet.

Folgt man den Vorgaben für die OECD-Statistik, sollten als Arztkontakte alle relevanten Einzelkontakte und Praxisbesuche gezählt werden. Bei den zitierten OECD-Zahlen zu Deutschland handelt es sich jedoch um Angaben zu *Behandlungsfällen* aus GKV-Routinestatistiken. Dass im Rahmen eines Behandlungsfalles, der typischerweise alle Kontakte eines Arztes zu einem Patienten innerhalb eines gesamten Quartals zusammenfasst, durchschnittlich mehr als ein Arztkontakt stattfindet, erscheint offensichtlich. Die realen Kontaktzahlen im Sinne der OECD-Vorgaben dürften nach den Ergebnissen im bereits vorausgehend publizierten Gesundheitsreport mit 16,4 Arztkontakten pro Kopf in 2004 um mehr als den Faktor 2 über den von der OECD berichteten Zahlen liegen. Demnach kann die Zahl der Arztkontakte in Deutschland als ausgesprochen hoch gelten. Lediglich für Tschechien, Ungarn und Japan werden für das Jahr 2004 Kontaktraten von mehr als 12 pro Kopf berichtet (13,1 sowie 12,6 und 13,8).

Behandlungsraten an Wochentagen: An einem einzelnen Arbeitstag des Jahres 2006 (Montag bis Freitag, ohne Feiertage) suchten durchschnittlich 6,09% der Bevölkerung einen Arzt auf. Dies entspricht täglich 5,0 Mio. Personen, die (mindestens) einen Arzt kontaktieren. Die höchsten Raten finden sich regelmäßig an Montagen, an denen, sofern diese 2006 nicht auf einen Feiertag fielen, durchschnittlich 7,48% der Bevölkerung einen Arzt kontaktierten (vgl. Abbildung 3: S. 48). Im Jahresdurchschnitt über alle 365 Kalendertage kontaktierten täglich 4,27% der Bevölkerung einen Arzt. Der höchste Einzelwert wurde 2006 am 3. April, einem Montag zu Quartalsbeginn, erreicht, an dem ca. 7,8 Mio. Menschen (bzw. 9,41% der Bevölkerung) in Deutschland einen Arzt aufsuchten (vgl. Abbildung 4: S. 49).

Einfluss von Alter und Geschlecht: Bei Kleinkindern und Hochbetagten liegt die ambulante Behandlungsrate innerhalb eines Jahres nahe 100%, d.h. nahezu jeder Versicherte in entsprechendem Alter kontaktiert mindestens einmalig innerhalb des Jahres einen Arzt. Lediglich bei Männern im Alter zwi-

schen 20 bis unter 50 Jahre finden sich Behandlungsraten, die mit Werten um 80% merklich unter dem Durchschnitt von 91% liegen. Deutlichere Unterschiede zeigen sich im Hinblick auf die Anzahl der Arztkontakte. Bei Säuglingen und Kleinkindern werden etwa 15 Kontakte pro Jahr erfasst. Die geringste Häufigkeit findet sich mit 7,1 Kontakten je Jahr bei jungen Männern im Alter zwischen 20 bis unter 30 Jahre. Die Werte von Frauen liegen mit etwa 15 Kontakten in entsprechenden Altersgruppen etwa doppelt so hoch wie bei Männern. Nach Vollendung des 50. Lebensjahres lässt sich ein verhältnismäßig steiler Anstieg der Kontaktzahlen sowie mit zunehmendem Alter eine Angleichung der Werte bei beiden Geschlechtern feststellen. Nach Vollendung des 85. Lebensjahres werden etwa 40 Arztkontakte je Jahr erfasst. Bei einer Gegenüberstellung der Ergebnisse 2004 und 2006 fällt auf, dass es insbesondere in den oberen Altersgruppen zu einer Zunahme der Kontaktfrequenz um zum Teil mehr als 10% gekommen ist (vgl. Abbildung 9: S. 57).

Behandlungen nach Facharztgruppen: Die Gruppe der Allgemeinärzte bildet auch 2006 die im Rahmen der ambulanten Versorgung mit Abstand am häufigsten frequentierte Gruppe. Zwei Drittel der Bevölkerung kontaktieren innerhalb eines Jahres mindestens einmalig einen Allgemeinarzt, im Durchschnitt lassen sich pro Kopf der Bevölkerung 6,8 Arztkontakte ermitteln. Im Vergleich zum Jahr 2004 sind auch die Fachgruppen-spezifischen Kontaktzahlen tendenziell eher gestiegen. In keiner Facharztgruppe ist es zu einem Rückgang der Kontakte gekommen (vgl. Tabelle 8: S. 62).

Kontakte zu unterschiedlichen Ärzten – Arztwechsel: Im Verlauf eines Jahres beanspruchten 2006 48,5% der Bevölkerung bzw. 53% aller Patienten (im Sinne von Personen mit mindestens einem Arztkontakt) Leistungen von vier oder mehr unterschiedlichen Ärzten beliebiger Fachdisziplinen, 2004 waren es erst 45,5% der Bevölkerung bzw. 50% aller Patienten. Beschränkt man die Zählung auf Kontakte zu vorrangig behandelnden Ärzten und schließt Abrechnungsfälle von Laborärzten, Pathologen, Radiologen und ähnlichen Gruppen

aus, reduziert sich der Anteil mit Kontakten zu 4 oder mehr unterschiedlichen Ärzten auf 36,8% der Bevölkerung bzw. 40,4% der Patienten. Der Anteil der Bevölkerung mit Kontakten zu maximal zwei unterschiedlichen Ärzten innerhalb eines Jahres bildet mit 45,9% aber auch bei der eingeschränkten Berücksichtigung von Facharztgruppen eine Minderheit (vgl. Tabelle 9: S. 76).

Regionale Variationen: Grundsätzlich eignen sich versichertenbezogene Daten von gesetzlichen Krankenkassen sehr gut für regionale Vergleiche, sofern in den betrachteten Gebieten eine ausreichende Zahl von Versicherten wohnhaft ist. Der Anteil der (indirekt altersstandardisierten) Behandlungsraten lag 2006 in allen 16 Bundesländern bei mindestens 90%, minimal wurden 6,6 Behandlungsfälle (in Baden-Württemberg) und 15,1 Arztkontakte (in Sachsen) ermittelt. Verhältnismäßig hohe Kontaktfrequenzen bilden demnach grundsätzlich kein regional- (oder KV-) spezifisches Phänomen. Die höchste Zahl an Arztkontakten wird im Saarland mit 19,0 Arztkontakten pro Kopf und Jahr erreicht (+11% über dem Bundesdurchschnitt). In der Regel leicht überdurchschnittliche Behandlungsfallzahlen und gleichzeitig unterdurchschnittliche Zahlen zu Arztkontakten finden sich für alle Neuen Bundesländer (vgl. Tabelle 10: S. 78 und Abbildung 23: S. 79).

Ambulante Diagnosen – Bedeutung: Diagnoseangaben aus der ambulanten ärztlichen Versorgung bilden aus wissenschaftlicher Sicht ein ausgesprochen relevantes Datensegment. Erstmals sind in Routinedaten von Krankenkassen umfassende Angaben zu Erkrankungen versichertenbezogen verfügbar, die sich (im Gegensatz zu Arbeitsunfähigkeitsmeldungen) gleichermaßen auf alle Versicherten beziehen und die (im Gegensatz zu Diagnosen zur stationären Versorgung) auch leichtere und vorrangig ambulant behandelte Erkrankungen und Beschwerden umfassen. Grundsätzlich werden mit den Daten Aussagen zur Häufigkeit und zur bevölkerungsbezogenen Verteilung für eine Vielzahl von Erkrankungen möglich, zu denen anderweitig kaum aktuelle Informationen verfügbar sind.

Ambulante Diagnosen – Umfang und Zahl: Der Umfang der ärztlich kodierten Diagnoseeinträge ist groß. Nach den vorliegenden Ergebnissen wurden innerhalb des Jahres 2006 pro Kopf der Bevölkerung durchschnittlich 23,9 gültige ICD10-Diagnoseschlüssel erfasst (inklusive redundanter Angaben, ggf. von unterschiedlichen Ärzten). Hochgerechnet auf die bundesdeutsche Bevölkerung entspricht dies der Erfassung von knapp 2 Milliarden Diagnoseangaben. Im Vergleich zum Jahr 2004 hat die Zahl der Diagnosen damit noch zugenommen.

Unterscheidbare Diagnosen bei einzelnen Versicherten: Beschränkt man sich auf eine Differenzierung der Diagnosen auf 3stelliger ICD10-Ebene, finden sich innerhalb des Jahres 2006 pro Kopf der Bevölkerung im Mittel 10,9 unterschiedliche Diagnoseschlüssel. Nach Ausschluss der beiden ICD-Diagnosekapitel 18 und 21, die "Symptome" sowie so genannte Z-Schlüssel zur Charakterisierung von bestimmten Kontakten umfassen (wie z.B. Früherkennungsmaßnahmen), also bei einer weitgehenden Beschränkung auf Diagnoseschlüssel zur Kodierung von Erkrankungen im engeren Sinne, finden sich innerhalb eines Jahres durchschnittlich 9,0 unterschiedliche 3stellige ICD-Diagnoseangaben je Person. Während bei jüngeren Männern im Schnitt lediglich 4 Diagnosen erfasst werden, sind es in den oberen Altersgruppen im Durchschnitt innerhalb eines Jahres zum Teil mehr als 16 unterschiedliche Diagnosen pro Kopf (vgl. Abbildung 34: S. 126 und Tabelle 27: S. 127).

Diagnoserate - Methoden: Den Schwerpunkt der diagnosebezogenen Auswertungen bilden Bestimmungen von bevölkerungsbezogenen Diagnoseraten für unterschiedlich differenzierte Diagnosen und Subgruppen der Bevölkerung. **Es geht also vorrangig um die Frage, welche Bevölkerungsanteile sind innerhalb eines Jahres von welchen Diagnosen (oder Diagnosegruppen) betroffen.** Entsprechende Auswertungen sind erst durch den Versichertenbezug der Daten möglich und konnten auf Basis fallbezogener Daten, wie z.B. in KVen verfügbar, in zurückliegenden Jahren in dieser Form nicht durchgeführt wer-

den. Die vorliegenden Auswertungen präsentieren Diagnosehäufigkeiten ungefiltert "wie ärztlich dokumentiert". Einerseits werden in Bezug auf eine Reihe von Diagnosen dadurch möglicherweise keine optimalen Schätzer für die reale Erkrankungshäufigkeit geliefert. Andererseits ist nur bei diesem Vorgehen ein unverfälschter Einblick in die Dokumentationspraxis im Rahmen der ambulanten Versorgung gewährleistet.

Erkrankungsraten nach Diagnosekapitel: Diagnosen der ICD10 lassen sich auf der höchsten Gliederungsebene 22 Kapiteln zuordnen, von denen in der Praxis 20 Kapitel primär zur Kodierung genutzt werden, wobei in diesen 20 Kapiteln Kodierungsmöglichkeiten zu allen relevanten Erkrankungen enthalten sind.

Die vorliegenden Auswertungen zeigen, dass jeweils ein erheblicher Teil der Bevölkerung von Diagnosenennungen aus dem überwiegenden Teil dieser 20 Kapitel betroffen ist. Aus 13 der 20 Kapitel erhalten jeweils mindestens 20% der Bevölkerung eine Diagnose. So erhalten 48,1% der Bevölkerung innerhalb eines Jahres (mindestens) eine Diagnose aus dem Kapitel 21 "Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems", von "Krankheiten des Atmungssystems" waren 2006 46,6% betroffen. Im Zuge einer Erkältungswelle erhielten im Jahr 2005 sogar 49,3% der Bevölkerung eine Diagnose aus diesem Kapitel.

"Psychische und Verhaltensstörungen" werden mit 27,9% bei mehr als einem Viertel der Bevölkerung diagnostiziert (vgl. Tabelle 11: S. 82). Demnach waren etwa 23 Millionen Bundesbürger 2006 von einer entsprechenden Diagnose betroffen.

Erkrankungsraten nach Diagnosegruppen: Die mehr als 200 Diagnosegruppen der ICD10 bilden bereits eine wesentlich differenziertere Gliederungsebene von Erkrankungen und Zuständen. Selbst auf dieser Differenzierungsebene betreffen Diagnosen aus 24 der Diagnosegruppen jeweils noch mehr als 10% der Bevölkerung. Als Erkrankungsgruppen im engeren Sinne am häufigsten erfasst werden "Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens" (bei 34,0%

der Bevölkerung), "Akute Infektionen der oberen Atemwege" (26,6%), "Hypertonie (Hochdruckkrankheit)" (24,0%), "Arthropathien" bzw. Gelenkerkrankungen (22,3%), "Affektionen der Augenmuskeln" (21,7%, inklusive Fehlsichtigkeit) sowie "Stoffwechselstörungen" (21,7%, vorrangig Harnsäure- und Fettstoffwechselstörungen), die jeweils mehr als ein Fünftel der Bevölkerung betreffen (vgl. Tabelle 13: S. 92).

Häufige 3stellige Diagnosen: Auch auf der 3stelligen Diagnoseebene mit mehr als 1.600 Kodierungsmöglichkeiten betreffen noch drei Diagnosen jeweils mehr als ein Fünftel der Bevölkerung: "Rückenschmerzen" (ICD10: M54) werden bei 24,5% der Bevölkerung als Diagnose erfasst, eine "Essentielle Hypertonie" (I10), also ein Bluthochdruck ohne organische Ursache, wird bei 23,3% der Bevölkerung mindestens einmalig innerhalb eines Jahres dokumentiert, "Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler" bei 20,8% (H52, unterschiedliche Formen der Fehlsichtigkeit; vgl. Tabelle 14: S. 95).

Als Diagnosen im engeren Sinne folgen in absteigender Sortierung nach ihrer Häufigkeit "Lipidämien" mit 17,6% (E78; vorrangig Fettstoffwechselstörungen im Sinne einer Hypercholesterinämie) und "Akute Infektionen der oberen Atemwege" mit 15,2% (J06). Die am weitesten verbreiteten Diagnosen psychischer Erkrankungen bilden "Somatoforme Störungen" (F45) und "Depressive Episoden" (F32), von denen jeweils 8,1% der Bevölkerung innerhalb eines Jahres betroffen sind, wobei die Diagnoseraten bei Frauen jeweils um mehr als den Faktor 2 über denen bei Männern liegen. Starkes Übergewicht ("Adipositas", E66) wird bei 8,0% der Bevölkerung als ärztliche Diagnose dokumentiert.

Häufige Diagnosen in einzelnen Lebensabschnitten: Die Bedeutung einzelner Diagnosen variiert erfahrungsgemäß erheblich in Abhängigkeit vom Lebensalter. Für eine systematische Übersicht wurden die 20 jeweils am weitesten verbreiteten Diagnosen für bestimmte Altersgruppen in der Bevölkerung ermittelt. Da nach der Pubertät einzelne Erkrankungen geschlechtsspezifisch sehr unterschiedliche Häufigkeiten aufweisen, wurden für Altersgruppen ab 15

Jahre separate Übersichten für Männer und Frauen erstellt und kommentiert. Ergebnisse zu insgesamt 7 unterschiedlichen Altersgruppen sind dem entsprechenden Textabschnitt des Reportes zu entnehmen.

Diagnosekombinationen: Die empirisch am häufigsten erfasste Kombination von zwei Diagnosen wird durch die beiden Diagnosen Fettstoffwechselstörungen und Bluthochdruck (ICD10: E78, I10) gebildet, die innerhalb eines Jahres bei 10% der Bevölkerung bzw. bei etwa 8,4 Mio. Personen in Deutschland diagnostiziert werden (vgl. Tabelle 28: S. 129). Einige Kombinationen dürften vorrangig aus Abrechnungsmodalitäten resultieren. Häufige 3fach-Kombinationen von Diagnosen, die nach Ausschluss von bestimmten Diagnosen (insbesondere dem ICD-Kapitel 18 "Symptome" sowie dem Kapitel 21 "Faktoren") ermittelt wurden, resultiert zum einen aus unterschiedlichen Rücken-erkrankungen und -beschwerden (vgl. Tabelle 29: S. 130). Zum anderen werden 3fach-Kombinationen aus den Einzelkomponenten des sogenannten Metabolischen Syndroms gebildet (Übergewicht, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes).

Ambulante Psychotherapie

Thema, ergänzende Daten: Das Schwerpunktthema befasst sich in einer ersten Bestandsaufnahme mit ambulant durchgeführten Psychotherapien. Geliefert werden Informationen zur Häufigkeit dieser Therapieform, zu Behandlungsanlässen, zur Morbidität und Komorbidität von Patienten mit Psychotherapien, zur bevölkerungsbezogenen Häufigkeit von ausgewählten psychischen Erkrankungen und deren psychotherapeutischer Behandlung sowie zu Behandlungsverläufen.

Als ergänzende Daten standen für die Auswertungen versichertenbezogene Angaben zu allen Genehmigungen von Psychotherapien aus den Jahren 2000 bis 2006 zur Verfügung. Da alle Psychotherapien, die zu Lasten der GKV abgerechnet werden sollen, zuvor bewilligt werden müssen, sind über diese Daten

wesentliche Aussagen zur Anwendung der Psychotherapie möglich. Insgesamt wurden in den Jahren 2000 bis 2006 82.550 Genehmigungen für Einleitungen oder Verlängerungen von Psychotherapien bei GEK-Versicherten registriert.

Anstieg der Häufigkeit 2000 bis 2006: Die von der Genehmigung einer Psychotherapie innerhalb einzelner Kalenderjahre betroffene Bevölkerung stieg von 2000 bis 2006 kontinuierlich von 5,5 auf 8,8 Betroffene je 1.000 Versicherte und damit innerhalb von 7 Jahren um 61% (vgl. Abbildung 35: S. 135). Nach Hochrechnungen auf die bundesdeutsche Bevölkerung dürfte im Jahr 2006 bei etwa 730.000 Personen mindestens eine Genehmigung für die Einleitung oder Fortsetzung einer Psychotherapie erteilt worden sein (wobei an dieser Stelle eine vergleichbare Rate bei privat Versicherten unterstellt wird).

Geschlechts- und Altersabhängigkeit, mittelfristige Betroffenheit: Im Jahr 2006 waren Frauen etwa doppelt so häufig von der Genehmigung einer Psychotherapie betroffen wie Männer (11,97 je 1.000 Frauen vs. 5,55 je 1.000 Männer entsprechend 1,2% aller Frauen bzw. 0,56% aller Männer; vgl. Tabelle 31: S. 136). Bei männlichen Versicherten zeigen sich hohe Raten in den beiden Gruppen zwischen 10 bis 14 Jahre sowie im Alter zwischen 40 bis 44 Jahre – in allen Altersgruppen waren jedoch auch 2006 weniger als 1% der Männer betroffen. Unter Frauen imponieren ausgesprochen hohe Raten im Alter zwischen 25 bis 29 Jahre. In dieser Altersgruppe wurde bei 2,3% der Frauen allein innerhalb des Jahres 2006 eine Psychotherapie genehmigt. Nach dem 60. Lebensjahr werden Psychotherapien bei beiden Geschlechtern deutlich seltener genehmigt, nach dem 75. Lebensjahr sind nur noch ausgesprochen geringe Bevölkerungsanteile von einer Therapie betroffen (vgl. Abbildung 36: S. 137).

Die ab 2000 verfügbaren Daten zu Genehmigungen erlauben eine direkte Bestimmung der Genehmigungsrate über einen Zeitraum von insgesamt 7 Jahren bis 2006. Die höchsten mittelfristig ermittelten Raten finden sich, ausgehend vom Jahr 2000, für Frauen, die zu Beobachtungsbeginn zwischen 20 und 29 Jahre alt waren, also die Geburtsjahrgänge 1971 bis 1980. Innerhalb von 7

Jahren wurde in dieser Gruppe bei 9% (mindestens einmalig) eine Psychotherapie genehmigt. Bis Ende des Jahres 2007, also innerhalb von 8 Jahren, dürften mindestens 10% aller Frauen aus den genannten Jahrgängen betroffen gewesen sein. Von einer Psychotherapie waren und sind also bereits jetzt erhebliche Bevölkerungsanteile aus bestimmten Altersgruppen betroffen (vgl. Abbildung 37: S. 139 und Abbildung 38: S. 140).

Vorrangige Behandlungsanlässe bei erstmaliger Genehmigung: Als Erstgenehmigungen einer Psychotherapie wurden vor dem Hintergrund verfügbarer Informationen Genehmigungen erachtet, sofern bei einem Antrag im Beobachtungsjahr innerhalb von 4 vorausgehenden Kalenderjahren trotz durchgängiger Versicherung in der GEK kein Hinweis auf eine vorausgehende Genehmigung identifiziert werden konnte. Die verfügbaren Daten zu Genehmigungen von Psychotherapien beinhalten keine Angaben zur Indikation der Therapie. Diagnosen im Sinne vorrangiger Behandlungsanlässe mussten daher in einem mehrstufigen Vorgehen aus den kassenärztlichen Daten zur ambulanten Versorgung der Jahre 2004 bis 2006 identifiziert werden.

Als häufigster Anlass für die erstmalige Genehmigung einer Psychotherapie können nach den vorliegenden Ergebnissen Depressionen gelten. So konnten im Jahr 2006 insgesamt 29% aller Erstanträge der ICD10-Diagnose F32 "Depressive Episode" oder der Diagnose F33 "Rezidivierende depressive Störung" zugeordnet werden. 21% der Anträge entfielen auf die Diagnose F43 "Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen". An dritter Stelle folgt die Diagnose F41 "Andere Angststörungen", der 12% der Genehmigungen zuzuordnen sind (vgl. Tabelle 33: S. 145).

Psychoanalytisch vs. verhaltenstherapeutisch orientierte Therapien: Die Erstgenehmigungen von Psychotherapien verteilten sich in den Jahren 2004 bis 2006 annähernd zu gleichen Teilen auf Therapeuten mit psychoanalytisch begründeten Verfahren (48,5%) sowie auf Verhaltenstherapeuten (51,5%). Nach den vorliegenden Ergebnissen werden alle relevanten Diagnosen im Sinne von

vorrangigen Behandlungsanlässen grundsätzlich von beiden Therapeutengruppen behandelt. Bei 4 der 17 häufigsten Diagnosen zeigen sich allerdings merkbare Präferenzen. Den psychoanalytisch orientierten Therapeuten lassen sich mit 75,6% mehr als drei Viertel aller Genehmigungen mit der Diagnose F48 "Andere neurotische Störungen" zuordnen. Genehmigungen mit den Diagnosen F40 "Phobische Störungen", F42 "Zwangsstörungen" sowie F90 "Hyperkinetische Störungen" lassen sich demgegenüber mit Anteilen von 77,1%, 64,8% sowie 74,5% vorwiegend Verhaltenstherapeuten zuordnen (vgl. Tabelle 34: S. 146). Aufgrund der zum Teil abweichenden Indikationen erscheint eine pauschale Gegenüberstellung von Ergebnissen einer psychoanalytisch orientierten Psychotherapie mit Ergebnissen einer Verhaltenstherapie nicht angemessen – ein sinnvoll interpretierbarer Vergleich sollte ggf. potenzielle Auswirkungen der unterschiedlichen Diagnosen berücksichtigen.

Morbidität, Komorbidität bei Patienten mit Psychotherapie: Patienten mit genehmigter Psychotherapie leiden in der Regel nicht ausschließlich an einer einzelnen Erkrankung, die dann den (vorrangigen) Anlass für die Therapie bildet. Bereits in der unselektierten Gesamtbevölkerung wurden 2006 pro Kopf im Mittel 9 unterschiedliche Diagnosen im Sinne von Erkrankungen dokumentiert. Um das Erkrankungsspektrum von Patienten mit erstmals genehmigter Psychotherapie einschätzen zu können, wurden die 100 häufigsten Diagnoseschlüssel unter entsprechenden Patienten im Jahr der Genehmigung ermittelt (vgl. Tabelle 36: S. 149). Diese 100 unterschiedlichen Diagnoseschlüssel waren jeweils bei mindestens 4,4% der Patienten mit erstmalig genehmigter Psychotherapie dokumentiert. Den Diagnoseraten in der Gruppe von Patienten mit genehmigter Psychotherapie wurden Diagnoseraten aus einer Vergleichsgruppe von Versicherten mit einer übereinstimmenden Geschlechts- und Altersstruktur ohne den Hinweis auf eine Psychotherapie gegenübergestellt:

Eine Vielzahl von *primär somatischen Diagnosen* wird bei Psychotherapie-Betroffenen ähnlich häufig oder etwas häufiger als in der Vergleichsgruppe er-

fasst, keine bedeutsame Diagnose kommt in dieser Gruppe seltener vor. Diagnoseraten, die etwa 1,5-fach über denen in der Vergleichsgruppe liegen, werden typischerweise bei unterschiedlichen Diagnosen von Rückenbeschwerden, bei Magen-Darm-Problemen sowie bei Kopfschmerzen und Migräne beobachtet. Nahezu alle relevanten *Diagnosen psychischer Erkrankungen* werden bei Psychotherapie-Betroffenen mindestens 3 mal so häufig wie in der Vergleichsgruppe erfasst. Bei mehr als der Hälfte der Versicherten mit Antrag, nämlich bei 58%, wurde die Diagnose "Depressive Episode" (F32) erfasst, 44% waren von der Diagnose "Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen" (F43) betroffen, 33% von "Somatoformen Störungen" (F45) und 30% von "Anderen Angststörungen" (F41).

Diagnosen formal außerhalb des Kapitels "Psychische und Verhaltensstörungen" (also alle Diagnosen ohne den Buchstaben "F" im Diagnoseschlüssel) werden nur ausgesprochen selten um mehr als den Faktor 3 häufiger bei Psychotherapie-Betroffenen (PT) erfasst als in der Vergleichsgruppe (VG). Entsprechende Ausnahmen bei Psychotherapie-Betroffenen bilden unter anderem die Diagnosen "Schlafstörungen" (G47; VG: 3,0%; PT: 9,7%) sowie "Symptome, die die Stimmung betreffen" (R45; VG: 1,1%; PT: 4,5%). Es handelt sich bei diesen Diagnosen grundsätzlich um Symptome oder Anlässe, die einen engen Zusammenhang mit psychischen Problemen vermuten lassen.

Bevölkerungsbezogene Häufigkeit psychischer Diagnosen und deren psychotherapeutische Behandlung: Ein weiterer Abschnitt der Auswertungen befasst sich mit der bevölkerungsbezogenen Häufigkeit von ausgewählten psychischen Diagnosen und dem Ausmaß, in dem bei Personen mit entsprechenden Diagnosen Psychotherapien genehmigt wurden. Erst die Daten zu größeren Populationen, wie den mehr als 1,5 Mio. GEK-Versicherten, erlauben differenzierte Darstellungen zu geschlechts- und altersspezifischen Diagnose- und Behandlungsraten.

Mindestens eine Diagnose aus dem Kapitel "Psychische und Verhaltensstörungen" (F00-F99) wurde im Jahr 2006, wie bereits erwähnt, bei 28% der Be-

völkerung erfasst. Bei 3,1% der Versicherten mit (mindestens) einer entsprechenden Diagnose in 2006 wurde im selben Jahr auch eine Psychotherapie genehmigt. Hinweise auf eine Psychotherapiegenehmigung zu einem beliebigen Zeitpunkt ab 2000 fanden sich zu 9,1% der Versicherten mit entsprechender Diagnose (vgl. Abbildung 39: S. 157 sowie auch Abbildung 28: S. 90).

Die Diagnose einer Depression (F32, F33) wurde innerhalb des Jahres 2006 bei 9,0% der Bevölkerung erfasst, was hochgerechnet ca. 7,5 Mio. betroffenen Personen in Deutschland entspricht. Innerhalb des selben Jahres wurde bei 6,4% der Versicherten mit der Diagnose von Depressionen eine Psychotherapie genehmigt, unter Berücksichtigung von Daten ab dem Jahr 2000 war bereits bei 16,6% mindestens einmalig eine Psychotherapie genehmigt worden (vgl. Abbildung 41: S. 161).

Ausgesprochen hohe Psychotherapieraten finden sich bei Personen mit der Diagnose "Anhaltende affektive Störungen" (F34; 33% seit 2000; vgl. Abbildung 44: S. 167) sowie bei Personen mit der Diagnose "Spezifische Persönlichkeitsstörungen" (F60; 40% seit 2000; vgl. Abbildung 52: S. 183).

Nahezu alle näher betrachteten psychischen Erkrankungen werden außerhalb des Kindes- und frühen Jugendalters bei Frauen erheblich häufiger als bei Männern diagnostiziert. Trotz der bereits höheren Diagnoserate werden bei Frauen mit Diagnosen aus der Gruppe der affektiven Störungen (vorrangig Depressionen) in der Regel zugleich auch häufiger Psychotherapien genehmigt als bei Männern mit entsprechenden Diagnosen. Relativ große geschlechtsspezifische Unterschiede finden sich regelmäßig in der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen. Frauen in diesem Alter erhalten verhältnismäßig häufig die Genehmigung für eine Psychotherapie, häufiger als Männer desselben Alters mit übereinstimmender Diagnose und oftmals auch häufiger als Frauen aus anderen Altersgruppen mit entsprechender Diagnose.

Erstaunlich gut übereinstimmende geschlechtsspezifische Psychotherapieraten finden sich demgegenüber bei der Diagnose "Andere Angststörungen" (F41), unter der – im Gegensatz zur Situation bei einer "klassischen" Phobie –

Angststörungen ohne Bezug zu einer bestimmten Umgebungssituation zusammengefasst werden (vgl. Abbildung 47: S. 173).

Im Falle der eher seltenen Diagnose einer "klassischen" Phobie (Angstzustände in eindeutig definierten und eigentlich ungefährlichen Situationen) wird demgegenüber bei Männern eine Psychotherapie merklich häufiger als bei betroffenen Frauen genehmigt (Anteil der Personen mit Diagnose F40 in 2006 und Genehmigung einer Psychotherapie 2000 bis 2006: Männer 28,4%; Frauen 18,8%; vgl. Abbildung 46: S. 171).

Typische Verhaltensstörungen in der Kindheit (Diagnosegruppe "Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend"; vgl. Abbildung 53: S. 185), zu denen auch das Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom zählt (vgl. Abbildung 54: S. 187), werden in der Regel merklich häufiger bei Jungen als bei Mädchen diagnostiziert. Im Falle von entsprechenden Diagnosen werden bei ähnlichen Anteilen der betroffenen Jungen und Mädchen Psychotherapien genehmigt.

Behandlungsverläufe: Grundhypothese bei der Betrachtung von Behandlungsverläufen bildet die Annahme, dass sich eine Psychotherapie positiv auf den Gesundheitszustand der Betroffenen auswirken sollte. Ein besserer Gesundheitszustand sollte seinerseits – zumindest mittelfristig – zu einer reduzierten Erkrankungs-induzierten Inanspruchnahme des Gesundheitssystems führen, die in den Routinedaten einer Krankenkasse abgebildet werden kann.

Betrachtet wurden bei der Auswertungen vor dem Hintergrund methodischer Überlegung ausschließlich *Erwachsene mit erst- und zugleich nur einmaliger Genehmigung einer Psychotherapie* (n=3.607). Verläufe, vorrangig im Hinblick auf ambulante Kontakte und Arzneiverordnungen, konnten über einen Zeitraum von maximal 14 Quartalen beginnend mit dem 4. Quartal vor und endend mit dem 9. Quartal nach dem Genehmigungszeitpunkt dargestellt werden (Abbildung 57: S. 194).

Um Anhaltspunkte für eine altersgemäß übliche Inanspruchnahme in den betrachteten Zeiträumen zu liefern, wurden den Therapiegruppen jeweils nach Geschlecht und Alter gematchte "*allgemeine Vergleichsgruppen*" mit zufällig ausgewählten Personen aus dem Pool des Gesamtversichertenbestandes gegenübergestellt, für die kein Hinweis auf die Genehmigung einer Psychotherapie vorlag. Grundsätzlich lagen die Inanspruchnahmen bei Personen mit Genehmigung einer Psychotherapie zu jedem Zeitpunkt und im Hinblick auf alle betrachteten Parameter höher als in den allgemeinen Vergleichsgruppen, also über den altersentsprechenden Erwartungswerten (vgl. z.B. Abbildung 58: S. 196, Abbildung 60: S. 200 sowie Abbildung 62: S. 202).

Die höchsten Inanspruchnahmen hinsichtlich ambulanter Kontakte sowie im Hinblick auf Arzneiverordnungen können bei Personen mit Genehmigung einer Psychotherapie in engem zeitlichen Zusammenhang mit dem Datum der Genehmigung erfasst werden. Erwartungsgemäß werden in dieser Zeit insbesondere psychiatrisch / psychotherapeutisch tätige Ärzte und Therapeuten gehäuft kontaktiert. Ein Maximum der Inanspruchnahme in Bezug auf die übrigen, vorrangig für somatische Erkrankungen zuständigen, Arztgruppen sowie in Bezug auf Arzneiverordnungen zeigt sich im Quartal direkt vor dem Genehmigungsdatum. Eine Häufung von Krankenhausaufenthalten geht der Genehmigung einer Psychotherapie eher mit einem etwas größeren zeitlichen Abstand voraus (vgl. Abbildung 63: S. 204).

Bei Genehmigungen von *Langzeittherapien* zeigt sich im 9. Quartal, also mehr als zwei Jahre nach der Genehmigung, im Vergleich zum Ausgangsniveau ein Jahr vor Genehmigung noch eine deutlich erhöhte Inanspruchnahme spezifischer Facharztgruppen – die bei der vorliegenden Auswertung verfügbaren Beobachtungszeiten reichen bei Langzeittherapien also nicht regelmäßig zur Darstellung abgeschlossener Behandlungsverläufe (vgl. Abbildung 65: S. 206). Die nachfolgend vorrangig fokussierten Kurzzeittherapien dürften demgegen-

über innerhalb eines Zeitrahmens von zwei Jahren zu einem überwiegenden Teil vollständig abgeschlossen sein.

Der vielleicht maßgeblichste Befund der jetzt durchgeführten Auswertungen zu Behandlungsverläufen bei ambulanten *Kurzzeittherapien* ist die Beobachtung, dass das Niveau der unterschiedlich differenzierten Inanspruchnahmen auch in unterschiedlich definierten Subgruppen von Patienten zwei Jahre nach Genehmigung überwiegend dem Niveau entspricht, welches in den entsprechenden Gruppen auch ein Jahr vor der Genehmigung erfasst wurde. Gemessen an der betrachteten Inanspruchnahme finden sich bei den Patienten mit zwischenzeitlich genehmigter Psychotherapie also kaum greifbare Hinweise auf eine maßgebliche Veränderung des Gesundheitszustandes im Therapieverlauf innerhalb der betrachteten drei Jahre (vgl. Abbildung 66: S. 207).
Recht eindrücklich erscheint dieser Befund bei einer Auswertung zu Personen, bei denen eine *depressive Episode (ICD10: F32)* den vorrangigen Behandlungsanlass bildete. Für diese Gruppe fanden sich zu Beginn und Ende der Beobachtungszeit unter den Patienten mit genehmigter Psychotherapie übereinstimmende und damit zugleich weitgehend die ambulanten Kontaktraten, welche auch für eine Vergleichsgruppe mit übereinstimmender Diagnose ohne Psychotherapie ermittelt werden konnten (vgl. Abbildung 69: S. 212).

Bei entsprechenden Auswertungen zu Personen mit der Diagnose *Reaktionen auf schwere Belastungen (F43)*, welche in der hier betrachteten Population den häufigsten Anlass für die Genehmigung einer Kurzzeit-Psychotherapie darstellen, zeigte sich ein etwas abweichender Befund: Ambulante Kontakte waren sowohl vor als auch nach der Therapiegenehmigung im Vergleich zu einer Gruppe mit übereinstimmender Diagnose ohne Therapiegenehmigung erhöht, wofür im Vorfeld Kontakte zu somatisch orientierten Ärzten und im Nachfeld Kontakte zu psychiatrisch / psychologisch tätigen Ärzten und Therapeuten verantwortlich waren. Im Hinblick auf Arzneimittel kam es zu einem Rückgang der anfänglich vergleichsweise hohen Verordnungszahlen, der aus rückläufigen Verordnungen von Präparaten resultierte, die explizit nicht der Gruppe der

Psychopharmaka zuzuordnen waren (vgl. Abbildung 72: S. 216), also eher der Behandlung von somatischen Beschwerden zuzuschreiben sind. Sowohl Ergebnisse zu Arztkontakten als auch zu Arzneiverordnungen sprechen für einen Rückgang von somatisch behandelten Beschwerden in der Patientengruppe mit Psychotherapie, zu welchem die Psychotherapie beigetragen haben könnte.

Behandlungsverläufe – Resümee:

- Das Niveau der Inanspruchnahme bei Personen mit genehmigter Psychotherapie liegt *sowohl vor als auch mittelfristig nach* der Genehmigung einer Psychotherapie erheblich über einem geschlechts- und altersentsprechendem Erwartungswert und damit über Inanspruchnahmen in einer "gewöhnlichen", ansonsten unselektierten, Versichertenpopulation. Eine Annäherung des Inanspruchnahmeniveaus ist nach den vorliegenden Ergebnissen nicht absehbar.
- Vollständige Darstellungen zu Therapieverläufen erfordern sehr lange Beobachtungszeiträume, im Falle von Langzeittherapien deutlich mehr als die drei Jahre, die in der vorliegenden Studie berücksichtigt werden konnten. Aussagen zu Effekten von Langzeittherapien sind daher jetzt nur sehr eingeschränkt möglich.
- Behandlungsverläufe bei Kurzzeittherapien lassen sich bei Beobachtungszeiten über drei Jahre i.d.R. annähernd vollständig darstellen. Nach den vorliegenden Auswertungen zeichnen sich allerdings ggf. nur eher leichte und auch nicht durchgängig beobachtbare Effekte auf die Inanspruchnahmen von Gesundheitsleistungen nach Therapiebeendigung ab.
- Bei längeren Erhebungs- und Beobachtungszeiten ließen sich mehr Behandlungsfälle in die Auswertung einbeziehen und/oder längere Verläufe betrachten, was differenziertere Aussagen erlauben würde.
- Für eine detailliertere Abschätzung von Effekten einer Psychotherapie auf die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems sind in jedem Fall sehr umfangreiche Daten erforderlich. Nur dann lassen sich beispielsweise etwaige

Auswirkungen der Psychotherapie in unterschiedlichen Subpopulationen abschätzen. Wesentliche Limitationen der vorliegenden Studie im Hinblick auf Verlaufsbeobachtungen resultieren aus der begrenzten Beobachtungszeit.

- Auswertungen zur Effektivität von ambulanten Psychotherapien im Rahmen der Versorgungsforschung mit erweiterten Daten erscheinen vor dem Hintergrund der zunehmenden Therapieanwendung innerhalb der letzten Jahre bei jetzt eher begrenzt erscheinenden Effekten entsprechender Therapien indiziert.

Arbeitsunfähigkeiten

Arbeitsunfähigkeit: Rückgang der Fehlzeiten von 2005 auf 2006

Nach einem bereits ausgesprochen niedrigen Krankenstand in den Jahren 1997 und 1998 bewegten sich die krankheitsbedingten Fehlzeiten zwischen 1999 und 2001 auf einem merklich höheren Niveau, ohne jedoch die relativ hohen Fehlzeiten zu Beginn der 90er Jahre zu erreichen. Bis 2004 war es erneut zu einer erheblichen Reduktion der Fehlzeiten gekommen.

Für 2005 hatte sich im Vergleich zu 2004 ein geringer Anstieg der Fehlzeiten gezeigt. Verantwortlich für den Anstieg war eine deutliche Zunahme der Fallzahlen von 1,05 Fällen je Jahr 2004 auf 1,09 Fälle je Erwerbsperson im Jahr 2005. Diagnosebezogene Auswertungen auf der Ebene von ICD10-Kapiteln hatten gezeigt, dass der Gesamtanstieg der Fallzahlen maßgeblich aus einer höheren Zahl von Krankmeldungen mit Krankheiten des Atmungssystems und damit aus einer relativ stark ausgeprägten Erkältungswelle in 2005 resultierte.

Im Jahr 2006 sind die Fehlzeiten erneut zurückgegangen und unterschreiten dabei das Niveau des Jahres 2004 (vgl. Abbildung 73: S. 222). Eine Erwerbsperson war im Jahr 2006 im Rahmen von durchschnittlich 1,06 gemeldeten Erkrankungsfällen nur noch 12,79 Tage krankgemeldet. Damit ergab sich für das Jahr 2006 mit 3,50% der niedrigste Krankenstand seit Beginn der systematischen Auswertungen im Rahmen des Gesundheitsreportes zum Jahr 1990 (vgl. auch Tabelle 38: S. 223).

Arbeits- und Wegeunfälle: geringer Anstieg

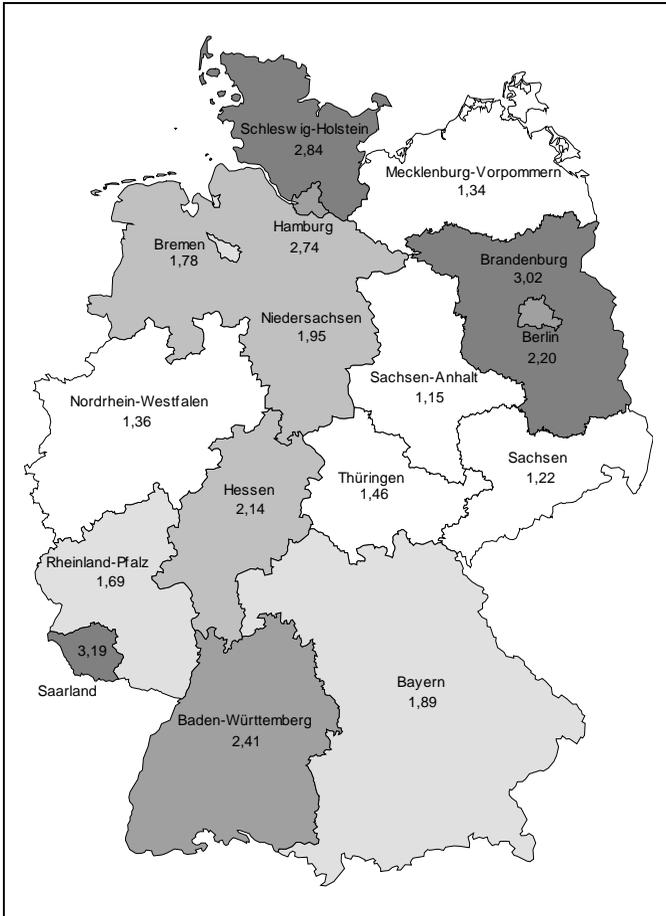
Insgesamt zeichnete sich in den vergangenen Jahren ein Rückgang der Häufigkeit von Arbeits- und Wegeunfällen ab. Die Fallzahlen für 2006 liegen mit 46 Ereignissen je 1000 Versicherungsjahre leicht über dem Vorjahresniveau. 4,5% aller Arbeitsunfähigkeitsfälle standen in diesem Jahr im Zusammenhang mit Arbeits- und Wegeunfällen. Auch die durch Arbeits- und Wegeunfälle verursachten Fehlzeiten sind gegenüber dem Vorjahr angestiegen. Im Jahr 2006 waren sie für 912 AU-Tage je 1.000 VJ, entsprechend einem Anteil von 7,1% an den insgesamt gemeldeten Fehlzeiten, verantwortlich. Im Mittel war eine Erwerbsperson innerhalb eines Jahres 0,91 Tage, also knapp einen Tag des Jahres, wegen eines Arbeits- oder Wegeunfalls arbeitsunfähig gemeldet (vgl. Tabelle 42: S. 243).

Unverändert imponieren die extremen berufsgruppenbezogenen Unterschiede bei der Häufigkeit und Dauer von Arbeits- und Wegeunfällen (vgl. Abbildung 88: S. 249). So ereignen sich unter Tischlern und vergleichbaren handwerklichen Berufen bzw. den Versichertengruppe mit den höchsten Risiken etwa fünf bis zehn mal mehr Unfälle als bei Beschäftigten mit "sicheren" Berufen, aus denen entsprechende Differenzen auch hinsichtlich der unfallbedingten Arbeitsausfälle resultieren.

2 Vorbemerkungen zu Routineauswertungen

Etwa 85% der Bevölkerung in der Bundesrepublik sind in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert. Zur Abwicklung von Finanztransfers u.a. zwischen Krankenkassen und Versicherten bzw. Krankenkassen und Leistungserbringern sowie im Rahmen des Risikostrukturausgleiches (RSA) ist die inzwischen weitgehend EDV-gestützte Erfassung einer Vielzahl von Daten notwendig. Die Routedaten der Krankenkassen beinhalten dabei zugleich eine Vielzahl von Informationen, die wichtige Erkenntnisse zum Gesundheitszustand der Bevölkerung bzw. zum Leistungsgeschehen und damit auch zur Therapiebewertung liefern können.

Bereits seit dem Jahr 1989 werden wesentliche gesundheitsbezogene Daten von Versicherten der Gmünder Ersatzkasse (GEK) EDV-technisch erfasst. Für Auswertungen zum vorliegenden Report konnte auf Daten zum gesamten Versichertenbestand der GEK zurückgegriffen werden. Diese Daten umfassen Angaben zu insgesamt mehr als 3 Mio. Personen, die zwischen 1989 und 2006 bei der GEK versichert waren. Für den Monat Dezember 2006 waren Angaben zu 1,56 Mio. Personen mit aktueller Krankenversicherung in den Daten der GEK erfasst. Somit lagen für das Auswertungsjahr 2006 gesundheitsrelevante Informationen zu etwa 1,9% der bundesdeutschen Bevölkerung vor. Der Anteil von GEK-Versicherten an der Bevölkerung betrug in den einzelnen Bundesländern zwischen gut einem Prozent (Sachsen-Anhalt) und gut drei Prozent (Saarland). Damit übertrifft die Population der GEK-Versicherten in allen Regionen den Stichprobenumfang des Mikrozensus, welcher in Deutschland die größte regelmäßig durchgeführte bevölkerungsbezogene Primärerhebung von Daten darstellt. Die GEK-Daten liefern im Rahmen von Sekundäranalysen somit eine ausgesprochen breite und empirisch belastbare Ausgangsbasis für populationsbezogene Aussagen zu gesundheitsrelevanten Fragestellungen, die im Rahmen von Primärerhebungen kaum je mit vertretbarem Aufwand erreicht werden könnte.



*Abbildung 1: Anteil GEK-Versicherte in der Bevölkerung (%)
nach Bundesländern 2006*

Für das Kalenderjahr 2004 wurden an die gesetzlichen Krankenkassen erstmals auch versichertenbezogene Daten mit Diagnoseangaben zur ambulanten ärztlichen Versorgung von den Kassenärztlichen Vereinigungen übermittelt. Ein erster umfassender Überblick zu den Daten des Jahres 2004 wurde im "GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2006" gegeben. Entsprechende Daten lagen der GEK bis Juli 2007 für die drei Jahre 2004 bis 2006 in auswertbarer Form und weitgehend vollständig vor.

3 Ambulante ärztliche Versorgung

3.1 Hintergrund

Mit Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) zum Jahr 2004 wurden die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zur Weitergabe von Daten an die Gesetzlichen Krankenversicherungen verpflichtet, die eine versichertenbezogene Auswertung von Diagnosen und Abrechnungsziffern erlauben. In den vorausgehenden Jahren besaßen Gesetzliche Krankenkassen keine Informationen darüber, welche Einzelleistungen bei welchen Versicherten abgerechnet wurden oder welche Diagnosen im Rahmen der ambulanten kassenärztlichen Versorgung bei einzelnen Versicherten gestellt wurden. Mittelfristig sollen die Gesetzlichen Krankenkassen auf Grundlage der ambulanten Daten Aufgaben der Abrechnungsprüfung übernehmen, die bislang in die Zuständigkeit der KVen fallen. Unabhängig von der Möglichkeit einer Abrechnungsprüfung entsteht jedoch auch aus wissenschaftlicher Perspektive durch eine Zusammenführung der Daten in Krankenkassen ein erheblicher Informationszuwachs, der insbesondere aus der Verknüpfung der ambulanten Daten mit weiteren kassenseitig verfügbaren Informationen resultiert.

- In Verbindung mit Informationen zu Versicherungszeiten und weiteren Versichertenmerkmalen bieten die ambulanten Daten bei Krankenkassen erstmals routinemäßige Auswertungsmöglichkeiten zur ambulanten Versorgung mit gut definierten Bezugspopulationen. Erst durch den eindeutigen Populationsbezug sind dezidierte Aussagen zu Behandlungshäufigkeiten und -risiken in bestimmten Bevölkerungsgruppen möglich.
- Informationen zu Erkrankungen, die zuvor in Daten einer Krankenkasse oftmals erst im Falle einer stationären Behandlung verfügbar waren, stehen jetzt auch bei einer Diagnose im Rahmen einer ambulanten Behandlung und damit zu einem größeren Teil der real betroffenen Versicherten zur Verfügung.

- Zukünftig sind erkrankungsspezifische Behandlungsverläufe durch die ambulanten Daten sowohl im Hinblick auf betroffene Bevölkerungsgruppen als auch im Hinblick auf die Behandlungsbereiche vollständiger darstellbar.

Der GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung versucht mit der vorliegenden Ausgabe, einen systematischen allgemeinen Überblick zum ambulanten kassenärztlichen Versorgungsgeschehen zu liefern. Da zur Auswertung bereits Daten zu den Jahren 2004 bis 2006 verfügbar waren, können mit dem vorliegenden Report erste Hinweise auf Trends in der ambulanten Versorgung geliefert werden.

Art und Struktur der gelieferten Daten

Versichertenbezogen werden ab dem Jahr 2004 von den KVen an die Krankenkassen weitgehend die Informationen zu Behandlungsfällen übermittelt, welche KVen von ihren Ärzten patientenbezogen zur Abrechnung erhalten. Art und Struktur der an die KVen bzw. Krankenkassen gelieferten Informationen entsprechen dabei den Inhalten der früher gebräuchlichen Krankenscheine, über die Behandlungsfälle von den Ärzten mit den KVen vor der Einführung von EDV-Verfahren abgerechnet wurden:

Alle Behandlungen eines Patienten bei einem bestimmten Arzt innerhalb eines Quartals bilden in der Regel jeweils genau einen **Behandlungsfall**, welcher in früheren Jahren entsprechend auf genau einem Krankenschein dokumentiert wurde. Ein Behandlungsfall bildet im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung damit eine zentrale Beobachtungseinheit. Der erste und letzte Behandlungstag im Rahmen eines Behandlungsfalles liegt entsprechend regulär immer in dem selben Quartal. Je Behandlungsfall wird in den Daten eine von der KV ermittelte Summe von Punktwerten und/oder Geldbeträgen ausgewiesen, welche die fallbezogen abgerechneten Behandlungsaufwendungen repräsentieren. Auf der fallbezogenen Ebene wird – neben der Kennung des Patien-

ten sowie der Kennung des behandelnden Arztes – ggf. auch die Kennung eines überweisenden Arztes dokumentiert.

Zu jedem Behandlungsfall kann vom Arzt eine nahezu beliebige Anzahl von Diagnosen bzw. deren ICD-Diagnoseschlüssel angegeben werden, wobei optional zu jeder Diagnose eine Seitenlokalisation (links, rechts oder beidseits) sowie an sich obligat eine Klassifikation einzelner Diagnosen als gesicherte Diagnose, Verdachtsdiagnose, symptomloser Zustand oder Ausschlussdiagnose vorgenommen werden kann bzw. muss. Alle zu einem Fall im Laufe eines Quartals erfassten Diagnosen werden ansonsten gleichartig und ohne weitere Differenzierung, Datumsangabe oder Rangbildung erfasst.

Vom Gesetzgeber vorgesehen war im GMG zusätzlich die Kennzeichnung jeweils einer Diagnose als Hauptbehandlungsanlass, und zwar separat für jeden abrechnungsrelevanten Behandlungstag. Diese Vorgabe wurde bislang jedoch nicht umgesetzt. Auch eine zukünftige Verfügbarkeit entsprechender Informationen ist zur Zeit nicht absehbar.

Einen weiteren Informationsblock bilden Abrechnungsziffern, die im Gegensatz zu den Diagnosen bestimmten Behandlungstagen zugeordnet werden können und Einzelleistungen nach der jeweils gültigen Gebührenordnung bezeichnen. Da neben dem Geldwert auch die grundsätzliche Bedeutung von einzelnen Abrechnungsziffern vor Einführung des EBM2000plus von KV zu KV sowie im zeitlichen Verlauf in den vergangenen Jahren variieren konnte, setzen KV-übergreifende Auswertungen zu bestimmten Einzelleistungen bis einschließlich zum 1. Quartal 2005 einen Abgleich von regional unterschiedlich genutzten Ziffern voraus. Sinnhafte ad hoc Statistiken erscheinen damit in Bezug auf Abrechnungsziffern erst ab dem 2. Quartal 2005 möglich. Allerdings werden auch nach Einführung des EBM2000plus noch einzelne Ziffern KV- und Kassen-spezifisch vereinbart, womit umfassende systematische Übersichten erschwert werden.

Gleichfalls nicht ohne weiteres möglich sind Rückschlüsse von den fallbezogen dokumentierten Punktwerten und Abrechnungsbeträgen auf die im Einzelfall an den Arzt gezahlte Vergütung. Diese kann bei identischen Punktwerten

ten von KV zu KV, von Quartal zu Quartal, von Arztgruppe zu Arztgruppe und sogar von Arzt zu Arzt variieren, wobei zum Teil, bedingt durch die Abrechnungsmodalitäten, die effektiven Vergütungen auch KV-seitig arztbezogen erst nach Jahresabschluss festgestellt werden können. Vor diesem Hintergrund erscheint es nahezu unmöglich, die im Zusammenhang mit einer Behandlung von Patienten im Einzelfall effektiv ausgelösten Geld- bzw. Vergütungszahlungen exakt zu ermitteln.

Sollen Aufwendungen patientenbezogen ermittelt werden, könnte eine entsprechende "exakte" Ermittlung zugleich auch zu inhaltlich schwierig interpretierbaren Ergebnissen führen, da Patienten bei der Inanspruchnahme von identischen Leistungen bei unterschiedlichen Ärzten unterschiedliche reale Honorarzahlungen verursachen können (z.B. in Abhängigkeit davon, ob der im Einzelfall besuchte Arzt im relevanten Zeitraum sein ggf. festgelegtes Praxisbudget überschritten hatte oder nicht).

Als Ausweg aus dem geschilderten Dilemma bietet sich, zumindest sofern es vorrangig um die Bewertung der patientenseitigen Nutzung von Ressourcen geht, ein relativ einfaches Vorgehen an, bei dem innerhalb eines Jahres allen dokumentierten Punkten ein einheitlicher Punktwert zugeordnet wird. Sofern dokumentierte Punktwerte die Relation der Wertigkeit unterschiedlicher Leistungen untereinander widerspiegeln, dürfte dieses Vorgehen die patientenseitige Nutzung von Ressourcen am besten abbilden. Vor dem Hintergrund des ohnehin umfangreichen Datenmaterials und der methodischen Schwierigkeiten wurde im diesjährigen Gesundheitsreport auf die Kalkulation von Behandlungskosten verzichtet.

Tabelle 1: Wesentliche Beobachtungseinheiten und Zählgrößen in Daten zur ambulanten ärztlichen Versorgung

Bezeichnung	Anmerkung
Abrechnungsfälle, Behandlungsfälle	Alle Behandlungen eines Patienten bei einem Arzt innerhalb eines Quartals bilden typischerweise genau einen Abrechnungsfall.
Anteil Versicherte mit Arztkontakt	Anteil der Versicherten mit mindestens einem Abrechnungsfall innerhalb eines definierten Zeitraums (z.B. Quartal o. Kalenderjahr).
Arztkontakte	Hergeleitet aus differenzierbaren Tagesdatumsangaben bei der Dokumentation von erbrachten Einzelleistungen, also primär zunächst Leistungserbringungen an unterschiedlichen Tagen oder von unterschiedlichen Ärzten.
Anzahl Diagnosen	Anzahl der (primär fallbezogen) dokumentierten Diagnoseschlüssel, zunächst ggf. inklusive redundanter Angaben zu einzelnen Patienten durch einen oder mehrere Ärzte.
Anzahl differenzierbare Diagnosen	Anzahl von unterscheidbaren gültigen Diagnoseschlüsseln versichertenbezogen auf einer ausgewählten Differenzierungsebene (z.B. unterscheidbare ICD10-Schlüssel 3stellig).
Anzahl dokumentierte Einzelleistungen	Anzahl der primär fallbezogen dokumentierten Abrechnungsschlüssel im Sinne von dokumentierten Einzelleistungen.
Punktsummen für Behandlungsaufwendungen	Summe der in Daten (primär fallbezogen) dokumentierten Punkte für erbrachte Leistungen (welche erst nach Annahme eines spezifischen Punktwertes in Geldbeträge umgerechnet werden können). Im diesjährigen Report nicht ausgewiesen.
ausgewiesene Geldbeträge für Behandlungsaufwendungen	Summe der (primär fallbezogen) dokumentierten Geldbeträge für Behandlungsaufwendungen. Geldbeträge werden alternativ zu Punkten für die Abrechnung bestimmter Leistungen und Aufwendungen verwendet (z.B. Briefporto). Im diesjährigen Report nicht ausgewiesen.
Behandlungsaufwendungen, Kosten	Kalkulierte Behandlungsaufwendungen unter Annahme eines bestimmten Punktwertes = (primär ausgewiesene Geldbeträge + [Punktsumme * angenommener Punktwert]) Im diesjährigen Report nicht ausgewiesen.

Stand und Umfang der Datenlieferung

Die hier präsentierten Auswertungen basieren auf Datenlieferungen bis Juli 2007. Daten zu den Jahren 2004 bis 2006 lagen zu diesem Zeitpunkt von allen KVen, abgesehen von bestimmten Detailinformationen, bereits vollständig vor.

Ambulante Arztkontakte und damit auch entsprechend abgerechnete Behandlungsfälle sind verhältnismäßig häufige Ereignisse. Dies gilt insbesondere, wenn man sie mit anderen Ereignissen vergleicht, die in den Daten von Krankenkassen mit Diagnoseangaben erfasst werden (wozu regulär Arbeitsunfähigkeiten und stationäre Behandlungen zählen).

So waren in den gelieferten Daten zur ambulanten Behandlung von Versicherten der GEK aus den genannten 3 Jahren 28,1 Mio. Behandlungsfälle mit 92 Mio. Diagnosenennungen und 266 Mio. separate Nennungen von Abrechnungsziffern enthalten. Je Behandlungsfall fanden sich in den "Rohdaten" durchschnittlich also etwa 3,3 Diagnoseangaben und 9,5 Abrechnungsziffern.

Entsprechend den Erwartungen bei derartig großen Datenbeständen ließen sich einige offensichtlich unzulässige Datenwerte identifizieren, wobei deren anteilige Bedeutung allerdings im Hinblick auf die meisten erfassten Merkmale gering ist.

Ein nennenswertes Problem bestand in den Daten zum Jahr 2004 noch darin, dass 4% der Behandlungsfälle keiner gültigen Personenkennung zugeordnet werden konnten und diese insofern bei versichertenbezogenen Auswertungen grundsätzlich unberücksichtigt bleiben müssen. Während der Anteil nicht zurechnungsfähiger Fälle auch 2005 noch bei knapp 3% lag, betrug er 2006 nur noch weniger als 1%. Auch hinsichtlich weiterer Merkmale konnten Inkonsistenzen reduziert werden. Vorgeschriebene Angaben zur Klassifizierung der Diagnosen, z.B. als Ausschlussdiagnosen oder gesicherte Diagnosen, fehlten 2004 noch bei mehr als 20% der Diagnosen. Für 2006 waren entsprechende Angaben zu allen Diagnoseangaben vorhanden. Obwohl die Daten zur ambulanten kassenärztlichen Versorgung (wie die meisten anderen Daten) auch weiterhin an einigen Stellen einen Optimierungsbedarf hinsichtlich der Datenqualität aufweisen, beinhalten die Daten Informationen, die sonst nicht verfügbar

sind und die bereits jetzt sinnvoll genutzt werden können. Die Nutzung der Daten sowie Publikationen von Ergebnissen dürften ihrerseits dazu beitragen, die Qualität der Daten zu verbessern.

Übertragbarkeit, Standardisierung, Methoden

Wie bereits erwähnt, liefern die Daten der GEK zu ca. 1,4 bis 1,6 Mio. Versicherten im Durchschnitt der einzelnen Jahre 2004 bis 2006 für viele statistische Auswertungen eine ausgesprochen breite Basis. Dies gilt insbesondere für Auswertungen zur ambulanten ärztlichen Versorgung, bei der viele Ereignisse ausgesprochen häufig dokumentiert werden und die relativ große Bevölkerungsgruppen betreffen. Um Unterschiede der GEK-Population hinsichtlich der Geschlechts- und Altersstruktur im Vergleich zur bundesdeutschen Bevölkerung auszugleichen, wurden alle übergreifend berichteten Ergebnisse geschlechts- und altersstandardisiert oder entsprechende Gewichtungen bei der Auswertung berücksichtigt. Für die Daten der Jahre 2004 bis 2006 wurde dazu auf Angaben des Statistischen Bundesamtes zur durchschnittlichen Bevölkerung Deutschlands im Jahr 2005 zurückgegriffen (vgl. Tabelle 46: S. 252). Sinngemäß wurden alle Ergebnisse zunächst für einzelne Geschlechts- und Altersgruppen errechnet und dann entsprechend der anteiligen Bedeutung dieser Gruppe in Deutschland zusammengefasst. Da sich sowohl die Erhebungsergebnisse zur ambulanten Versorgung 2005 als auch die zur Standardisierung verwendete Bevölkerungsstruktur auf das Jahr 2005 beziehen, lassen sich aus den dargestellten Ergebnissen, sofern nicht bereits ausgewiesen, bei Bedarf relativ einfach absolute Zahlenangaben zur deutschen Bevölkerung für das Jahr 2005 generieren (z.B. Berechnung der absoluten Zahl der Personen mit einer bestimmten Diagnose in Deutschland durch Multiplikation einer berichteten anteiligen (Prozent-)Angabe und der zugehörigen Populationszahl). Da sich die Bevölkerungsstruktur innerhalb eines Jahres nur geringgradig verändert, gilt dies ohne größere Einschränkungen auch für die beiden angrenzenden Jahre 2004 bzw. 2006.

Die Standardisierung der Ergebnisse gleicht Effekte einer abweichenden Geschlechts- und Altersstruktur aus. Eine Verallgemeinerung der Ergebnisse unterstellt jedoch, dass die Ergebnisse auf Basis der GEK-Population innerhalb der einzelnen Geschlechts- und Altersgruppen grundsätzlich auf die deutsche Bevölkerung übertragbar sind. Diese Annahme dürfte im Hinblick auf viele der berichteten Ergebnisse zumindest annähernd korrekt sein, kann jedoch im Einzelfall auch kritisch hinterfragt werden (z.B. bei bestimmten Berufs-assoziierten Erkrankungen, sofern die entsprechenden Berufsgruppen nicht adäquat in der GEK repräsentiert sind).

In einer bewussten Entscheidung wurde als Standardpopulation für die vorliegenden Auswertungen die deutsche Bevölkerung gewählt, entsprechend werden Hochrechnungen in Bezug auf die deutsche Gesamtbevölkerung angegeben, und damit vergleichbare Ergebnisse nicht nur bei anderen Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), sondern auch bei Versicherten der privaten Krankenversicherung (PKV) unterstellt. Zumindest im Hinblick auf wesentliche Ergebnisse sollten selbst merklich abweichende Ergebnisse bei den weniger als 15% privat versicherten Personen kaum zu inhaltlich relevanten und grundlegenden Veränderungen der hier präsentierten Gesamtergebnisse für die deutsche Bevölkerung führen. Ein Hauptargument für das gewählte Vorgehen liegt jedoch in der einfacheren Interpretation und Verständlichkeit der Ergebnisse. Alternativ prinzipiell gleichfalls vorstellbare Standardisierungen und Hochrechnungen der Ergebnisse auf die Gesamtzahl der GKV-Versicherten würden für ein Verständnis der Zahlen zusätzlich immer ein Wissen über Umfang und Struktur dieser GKV-Population voraussetzen, welches in Bezug auf die bundesdeutsche Bevölkerung als Standardpopulation sicherlich eher angenommen werden kann.

Einen ersten wesentlichen Einblick in das ambulante Versorgungsgeschehen liefern Auswertungen zur Behandlungshäufigkeit, wobei sich einzelne Maßzahlen grundsätzlich in Bezug auf unterschiedliche Zeiträume berechnen lassen. Durch die quartalsgebundene Definition von Abrechnungsfällen in der ambulanten Versorgung bieten sich Auswertungen zu einzelnen Quartalen an.

Auf der Basis von versichertenbezogen erfassten Daten sind entsprechende Auswertungen auch in Bezug auf andere Zeiträume möglich, wobei für Gegenüberstellungen zu Auswertungen aus anderen Bereichen vorrangig Kalenderjahre vorteilhaft erscheinen. Innerhalb von gewählten Zeiträumen lässt sich zum einen versichertenbezogen ermitteln, ob eine Person überhaupt, d.h. mindestens einmalig, von einer ambulanten Behandlung betroffen war. Zum anderen kann z.B. die durchschnittliche Zahl der Behandlungskontakte ermittelt werden. **Die im vorliegenden Report präsentierten Angaben schließen bei der Berechnung entsprechender nennerbezogenen Maßzahlen (z.B. bei der Berechnung der durchschnittlichen Zahl der Arztkontakte je Versichertem), sofern nicht ausdrücklich abweichend vermerkt, immer auch Versicherte ohne Kontakte im Beobachtungszeitraum ein.**

Bezugspopulation für nahezu alle Berechnungen zur ambulanten ärztlichen Versorgung innerhalb von einzelnen Kalenderjahren bilden im Rahmen des vorliegenden Reportes immer genau die Versicherten, zu denen in allen bei der Berechnung berücksichtigten Quartalen des Jahres jeweils mindestens ein Versicherungstag mit Anspruch auf Versicherungsleistungen in entsprechenden Referenzdaten der GEK dokumentiert war. Jahresergebnisse werden also in Bezug auf, und ausschließlich für, Versicherte ermittelt, die in allen vier Quartalen des Jahres (und damit de facto überwiegend ganzjährig) bei der GEK versichert waren, um artifiziiell erniedrigte Ergebnisse durch Ein- und Austritte von Versicherten im Jahresverlauf zu vermeiden. Aus der Anwendung dieser Regel resultiert auch, dass sich Angaben zu Neugeborenen (Altergruppe 0 Jahre) auf Neugeborene aus dem ersten Quartal des Jahres beschränken, was auch in dieser Gruppe zu sinnvoll interpretierbaren "Jahresergebnissen" führt. Unter den GEK-Versicherten konnten im Rahmen der vorliegenden Auswertungen 1.331.306 Personen identifiziert werden, die in allen vier Quartalen 2004 mindestens einen Tag versichert waren. Die entsprechenden Zahlen lagen in den Jahren 2005 und 2006 bei 1.431.461 bzw. bei 1.502.092 Personen. Diese "Jahres-Populationen" bilden die Basis für den überwiegenden Teil der Auswertungen.

3.2 Allgemeine Inanspruchnahme in Quartalen sowie im Kalenderjahr

Ein überwiegender Teil der Bevölkerung ist bereits innerhalb eines Quartals von mindestens einem Kontakt zur ambulanten ärztlichen Versorgung betroffen. Nach den vorliegenden Ergebnissen kontaktierten in den einzelnen Quartalen der Jahre 2004 bis 2006 zwischen 69% und 72% der Bevölkerung die ambulante Versorgung. Durchschnittlich wurden je Person und Quartal etwa 1,6 bis 1,7 Behandlungsfälle mit insgesamt gut 4 Behandlungstagen bzw. Arztkontakten erfasst.

Tabelle 2: Behandlungsraten, Behandlungsfälle, Arztkontakte je Quartal I bis IV (stand.D2005)

Quartal	I	II	III	IV
Behandlungsrate 2004 (%)	69%	69%	68%	71%
Behandlungsrate 2005 (%)	72%	70%	68%	72%
Behandlungsrate 2006 (%)	71%	70%	69%	72%
Behandlungsfälle je Person 2004 (MW)	1,6	1,6	1,6	1,7
Behandlungsfälle je Person 2005 (MW)	1,6	1,7	1,6	1,7
Behandlungsfälle je Person 2006 (MW)	1,7	1,7	1,7	1,7
Anzahl Arztkontakte je Person 2004 (MW)	4,2	4,0	3,9	4,2
Anzahl Arztkontakte je Person 2005 (MW)	4,1	4,3	4,0	4,3
Anzahl Arztkontakte je Person 2006 (MW)	4,4	4,2	4,0	4,4

Innerhalb eines gesamten Jahres hat nur ein verhältnismäßig geringer Teil der Versicherten überhaupt keinen Kontakt zur ambulanten ärztlichen Versorgung. Gut 90% der Bevölkerung suchte innerhalb der Jahre 2004 bis 2006 jeweils mindestens einmal jährlich einen Arzt auf. Innerhalb eines Kalenderjahres resultierten je Person daraus 2004 ca. 6,5 Behandlungsfälle (im Sinne von Abrechnungen von unterschiedlichen Ärzten und/oder Abrechnungen aus un-

terschiedlichen Quartalen) mit insgesamt durchschnittlich 16,4 separaten Behandlungstagen bzw. Arztkontakten. Im Jahr 2006 ist die Zahl der Behandlungsfälle auf durchschnittlich 6,8 gestiegen. Die Zahl der Arztkontakte lag bei 17,1. Frauen weisen dabei durchschnittlich mit 20,0 Arztkontakten je Jahr einen deutlich höheren Wert als Männer mit 14,1 Arztkontakten je Jahr auf.

Table 3: Ambulante ärztliche Versorgung 2004, 2005, 2006 (stand.D2005)

Kalenderjahr, Durchschnittswerte je Person	2004	2005	2006
Behandlungsrate im Kalenderjahr Gesamt (%)	91%	92%	91%
... Männer	87%	88%	88%
... Frauen	95%	95%	95%
Behandlungsfälle je Jahr Gesamt (MW)	6,5	6,6	6,8
... Männer	5,3	5,4	5,5
... Frauen	7,7	7,8	8,1
Anzahl Arztkontakte je Jahr Gesamt (MW)	16,4	16,9	17,1
... Männer	13,6	14,0	14,1
... Frauen	19,0	19,6	20,0

Aus den zuvor berichteten alters- und geschlechtsstandardisierten Zahlenwerten lassen sich auch Schätzwerte zur Inanspruchnahme der ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland insgesamt berechnen. Nach entsprechenden Hochrechnungen dürften von den 82,5 Millionen Einwohnern in Deutschland innerhalb der Jahre 2004 und 2006 jeweils 75 Millionen Personen Kontakt zur ambulanten ärztlichen Versorgung gehabt haben. Im Jahr 2005 waren – vermutlich im Zuge der ausgeprägten Erkältungswelle – mit 76 Millionen sogar noch geringgradig mehr Personen von einem Arztkontakt betroffen. Insgesamt ist die Zahl der Behandlungsfälle von 2004 bis 2006 rechnerisch von 536 Mio. auf 563 Millionen gestiegen. Zuwächse in einer vergleichbaren anteiligen Größenordnung lassen sich auch hinsichtlich der Arztkontakte feststellen. Während für 2004 eine Zahl von 1.350 Millionen Arztkontakten ermit-

telt wurde, lag die Zahl der geschätzten Arztkontakte 2006 bundesweit bei 1.411 Millionen, sofern man vereinfachend eine Übertragbarkeit der Ergebnisse aus dem Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung auf die Gesamtbevölkerung annimmt. Auch wenn aus unterschiedlichen methodischen Gründen Abweichungen der realen Inanspruchnahme von den genannten Werten nicht sicher auszuschließen sind, verdeutlichen die Zahlen zweifelsfrei den erheblichen Umfang bzw. die hohe Frequenz der Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung im Vergleich zur Inanspruchnahme anderer Leistungsbereiche.

Tabelle 4: Behandelte Personen, Behandlungsfälle und Arztkontakte in Deutschland 2004, 2005, 2006

Jahr	2004	2005	2006
Betroffene Personen (Mio.)	75	76	75
Behandlungsfälle (Mio.)	536	547	563
Anzahl Arztkontakte (Mio.)	1.350	1.391	1.411

Verteilung der Inanspruchnahme auf Versicherte

Innerhalb einzelner Jahre verteilt sich die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen erfahrungsgemäß sehr ungleich auf Versicherte. So waren nach Berechnungen auf der Basis von leistungsbereichübergreifenden GEK-Daten (unter Einbeziehung von ambulanten Behandlungsaufwendungen) 70% aller versichertenbezogen erfassten Ausgaben der Krankenkasse der Gruppe der 10% "teuersten Versicherten" des Jahres 2004 zuzuordnen. Umgekehrt entfielen nach diesen Berechnungen auf die 70% "günstigen Versicherten" lediglich knapp 10% der erfassten Gesamtausgaben. In einzelnen Leistungsbereichen

konzentrieren sich die Ausgaben dabei unterschiedlich stark auf einzelne Versicherte.

Während beispielsweise von Krankenhausaufenthalten innerhalb eines Jahres weniger als 15% der Bevölkerung betroffen sind, haben mehr als 90% der Bevölkerung nach den bereits dargestellten Ergebnissen Kontakt zur ambulanten Versorgung. Schon vor diesem Hintergrund ist mit einer verhältnismäßig weiten Verteilung der Inanspruchnahme auf verhältnismäßig viele Versicherte im ambulanten Bereich zu rechnen. Die nachfolgende Abbildung zeigt die Verteilung unterschiedlicher Parameter der Inanspruchnahme auf Bevölkerungsgruppen aufgeteilt nach Perzentilen der jeweiligen Inanspruchnahme.

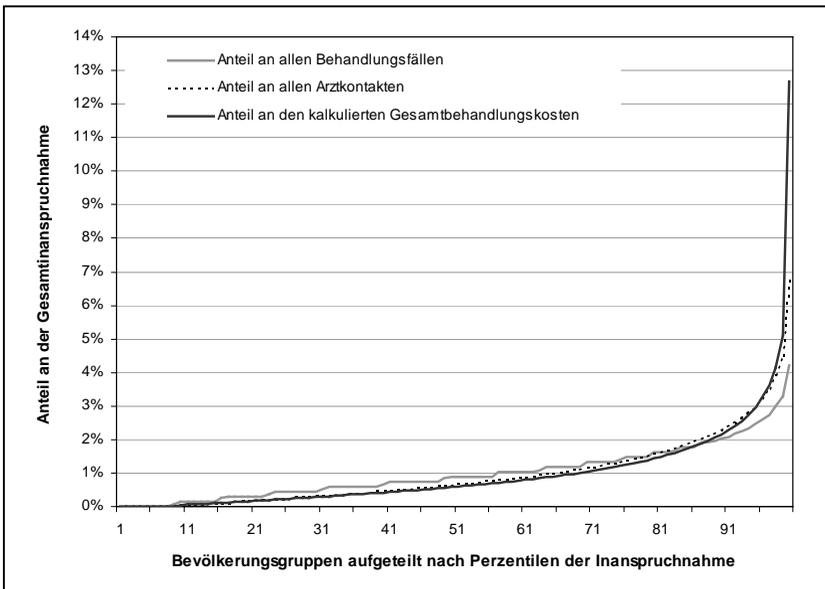


Abbildung 2: Verteilung der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen 2006 (stand.D2005)

Bei identischer Inanspruchnahme aller Personen würde auf jeweils 1% der Bevölkerung (ein Perzentilenintervall) jeweils 1% der Inanspruchnahme entfal-

len, also in der vorausgehenden Abbildung eine waagerechte Linie auf entsprechender Höhe resultieren. Offensichtlich ist, dass auch im Hinblick auf die ambulante Versorgung eine gewisse Konzentration der Inanspruchnahme besteht, wobei diese Aussage insbesondere für die (auf Basis eines fixen Punktwertes von 3,9 Cent je Punkt) kalkulierten ambulanten Behandlungskosten gilt. Ausgewählte Zahlenwerte zur Verteilung sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen.

Tabelle 5: Verteilung der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen 2006 (stand.D2005)

Auf ...% Personen mit hoher Inanspruchnahme entfallen ...	1% Pop.	10% Pop.	20% Pop.	30% Pop.	50% Pop.
Anteil der Behandlungsfälle	4,2%	27,1%	45,1%	59,3%	80,1%
Anteil der Arztkontakte	6,9%	35,4%	54,6%	68,4%	86,4%
Behandlungskosten	12,7%	41,7%	59,5%	71,9%	87,9%

Auf 1% der Population mit der jeweils parameterbezogen höchsten Inanspruchnahme entfielen im Jahr 2004 4,2% aller Behandlungsfälle, 6,9% der Arztkontakte und 13,2% der kalkulierten Behandlungskosten. Auf 10% der Population entfielen 42% der ambulanten Behandlungskosten. Die Aufwendungen in dieser Gruppe lagen also noch 4,2fach so hoch wie im Durchschnitt über alle Personen. Gemessen an der Konzentration der leistungsbereichübergreifend ermittelten Kosten, bei der auf 10% der Population 70% der Ausgaben entfallen, fällt die auch in der ambulanten Versorgung nachweisbare Konzentration somit allerdings deutlich geringer aus.

Variationen an Wochentagen und im Jahresverlauf

Bei einem Vergleich der Inanspruchnahme in einzelnen Quartalen des Jahres 2006 fallen Unterschiede zwischen den vier Quartalen eher gering aus (vgl. Tabelle 2: S. 42). Im folgenden Abschnitt sollen Variationen der Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung im Jahresverlauf näher betrachtet werden.

Die feinste zeitliche Gliederungsebene für Darstellungen zur Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung bilden in den jetzt verfügbaren Daten einzelne Kalendertage, zu denen versichertenbezogen die Erbringung einer abrechnungsfähigen Leistung dokumentiert wird, woraus – mit bereits diskutierten Einschränkungen – auf einen Arztkontakt eines Versicherten an einem bestimmten Tag geschlossen werden kann. Nachfolgend dargestellt werden Ergebnisse zu Bevölkerungsanteilen, die an bestimmten Tagen (mindestens) einen Arztkontakt hatten.

Im Mittel hatten an einzelnen Tagen des Jahres 2004 nach altersstandardisierten Auswertungen durchschnittlich 4,10% der Bevölkerung mindestens einen Arztkontakt, im Jahr 2005 und 2006 waren es 4,23% bzw. 4,27%. Anders ausgedrückt besuchte demnach *jeden Tag des Jahres* (inklusive Sonn- und Feiertage) mehr als jeder 25. Bundesbürger eine Arztpraxis.

Eine wesentliche Determinante für ambulante Arztkontakte bilden zweifellos die Praxisöffnungszeiten der niedergelassenen Ärzte. Obwohl hierbei keine einheitlich geltenden Vorschriften bestehen, dürften kürzere Öffnungszeiten am Mittwoch und Freitag sowie geschlossene Praxen am Samstag sowie an Sonn- und Feiertagen weiterhin den Regelfall bilden. Die nachfolgende Abbildung zeigt den Anteil der Bevölkerung, der an einzelnen Kalenderwochentagen (von Sonntag bis Samstag) 2006 einen Arzt aufsuchte. Ergänzend in der Abbildung angegeben sind Ergebnisse, die man erhält, wenn man als Wochentage zwischen Montag und Samstag lediglich die Tage berücksichtigt, die 2006 *nicht* auf einen gesetzlichen Feiertag fielen (in mind. einem Bundesland).

Erwartungsgemäß liegen die Kontaktraten an Sonntagen sowie Samstags ausgesprochen niedrig. Lediglich 0,23% bzw. 0,43% der Bevölkerung hatten

durchschnittlich an entsprechenden Wochentagen in 2006 Kontakt zur ambulanten ärztlichen Versorgung.

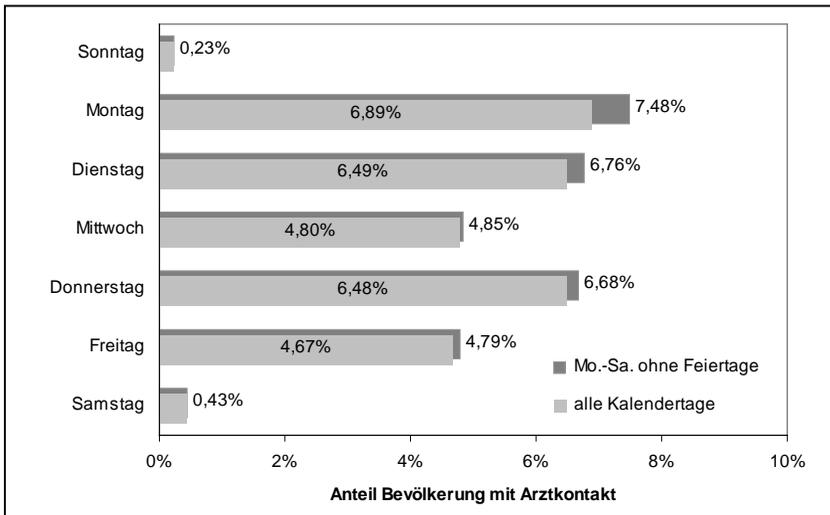


Abbildung 3: Anteil Personen mit Arztkontakt nach Wochentagen 2006 (stand.D2005)

Die höchsten Kontaktraten lassen sich für Montage ermitteln. An entsprechenden Wochentagen suchten 2006 durchschnittlich 6,89% der Bevölkerung einen Arzt auf. Bleiben bei der Auswertung Montage, die auf einen gesetzlichen Feiertag entfallen, ausgeschlossen, ergibt sich in 2006 eine Kontaktrate von 7,48% (vgl. Tabelle A 1: S. 276 im PDF-Anhang). Demnach hatte an einem Montag, sofern dieser nicht auf einen Feiertag fiel, etwa jeder 13. Einwohner Kontakt zur ambulanten ärztlichen Versorgung, was hochgerechnet auf die deutsche Bevölkerung 6,2 Mio. Personen mit Arztkontakt zu Beginn einer Arbeitswoche des Jahres 2006 entspricht. Im Mittel über alle regulären bundesweiten (Kalender-)Arbeitstage kontaktierten 6,09% der Bevölkerung an einzelnen Tagen (mindestens) einen Arzt, was täglich 5,0 Mio. Personen in Deutschland mit Arztkontakt(en) an regulären Arbeitstagen entspricht.

Die nachfolgende Abbildung zeigt zunächst die Kontaktraten an einzelnen Tagen des Jahres 2006 (als graue Linien), die nochmals den typischen Wochenzyklus mit Raten zwischen ca. 0,2% und zum Teil mehr als 8% verdeutlichen. Die tagesbezogen höchste Inanspruchnahme in 2006 lässt sich mit 9,41% für den 3. April ermitteln (einem Montag zu Beginn des zweiten Quartals). An diesem Montag besuchten schätzungsweise 7,8 Mio. Personen in Deutschland (mindestens) einen Arzt.

Eine übersichtlichere Beurteilung der Kontaktraten erlaubt die Darstellung der täglichen Kontaktraten im Wochenmittel (schwarze Linie, gleitende Mittelwerte über jeweils 7 Tage), womit wochenzyklische Schwankungen ausgeglichen werden.

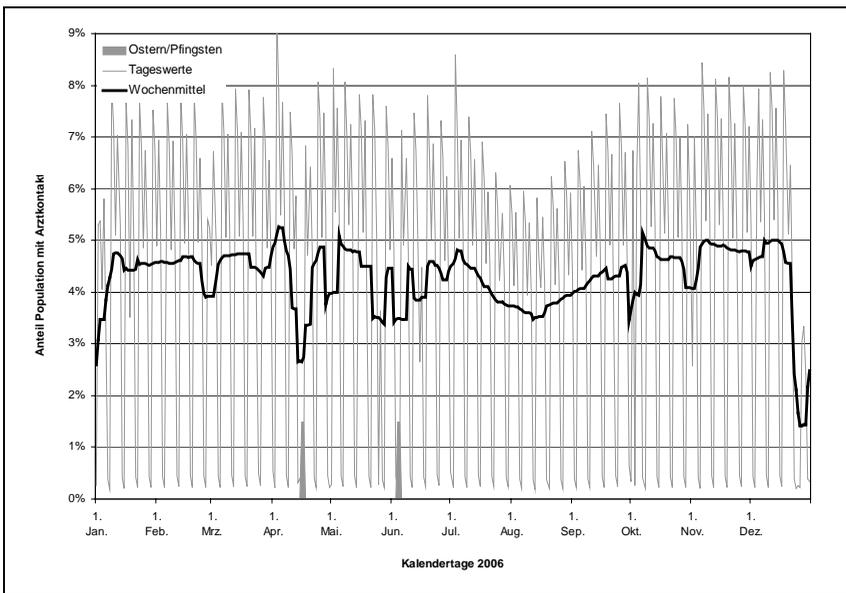


Abbildung 4: Anteil Personen mit Arztkontakt im Jahresverlauf 2006 (stand.D2005)

Die täglichen Kontaktraten im Wochenmittel variieren in der Regel mäßig zwischen 4% und 5%. Erheblich geringere Werte um etwa 2% zeigen sich in der Weihnachtszeit und zum Jahreswechsel, wobei in diesem Zeitraum typischerweise ein erheblicher Teil der Arztpraxen geschlossen sein dürfte. Abrupte, jedoch nicht ganz so ausgeprägte, Rückgänge der Kontaktraten sind auch um Ostern bzw. Pfingsten zu beobachten (vgl. Markierungen dieser Feiertage auf der Zeitachse). Verhältnismäßig geringe Raten zeigen sich zudem im Spätsommer als typische, jedoch nicht bundeseinheitlich geregelte, Ferienzeit. Ein leichterer Einbruch der Kontaktraten Ende Februar lässt sich auf den Rosenmontag zurückführen, ein entsprechender Rückgang um den 3. Oktober auf den Tag der deutschen Einheit und um den 1. November auf Allerheiligen als Feiertag in katholisch geprägten Bundesländern. Wesentliche Anteile der Variationen von Kontaktraten im Jahresverlauf lassen sich also durch die Verteilung von regulären Arbeits- bzw. Feiertagen erklären.

Zu Beginn des Jahres 2004 könnten, neben der Lage von Feiertagen und Ferienzeiten, die Neueinführung der Praxisgebühr sowie Vorzieheffekte Ende 2003 zu einer verhältnismäßig zurückhaltenden Inanspruchnahme geführt und damit die bereits im GEK-Report 2006 berichteten Ergebnisse zum Jahr 2004 beeinflusst haben. Eine jetzt mögliche Gegenüberstellung der Kontaktraten im Verlauf der beiden Jahre 2004 und 2006 bietet für diese Annahme jedoch keine wesentlichen Hinweise. Die Kontaktraten liegen 2006 sowohl zu Jahresbeginn als auch zum Jahresende tendenziell jeweils über denen im Jahr 2004. Die Werte im Jahr 2004 liegen also in der Regel niedriger als 2006, dieser Effekt erscheint jedoch zu Beginn des Jahres 2004 nicht ausgeprägter als zu Jahresende.

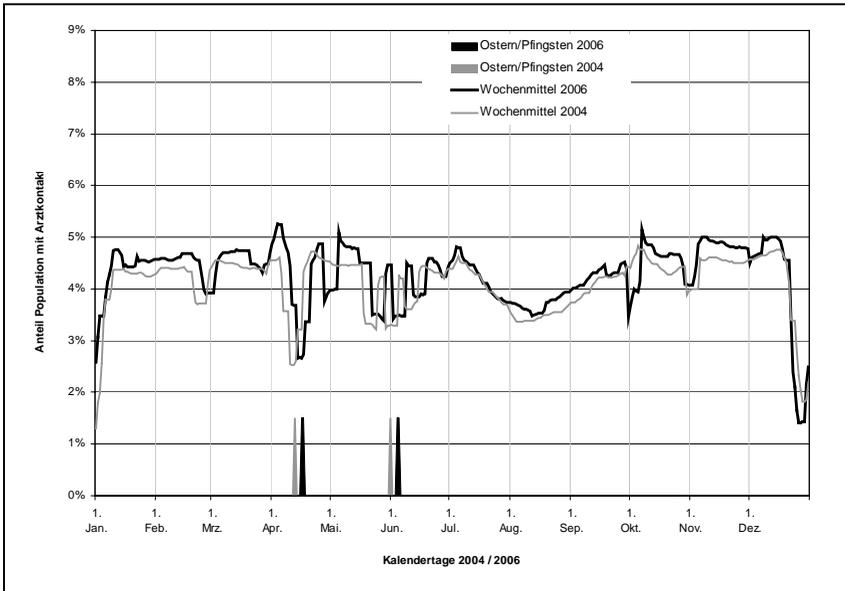


Abbildung 5: Anteil Personen mit Arztkontakt im Jahresverlauf 2004 und 2006 (Wochenmittel, stand.D2005)

3.3 Internationaler Vergleich

Internationale Vergleichszahlen zur ambulanten Versorgung sind am ehesten auf einer wenig differenzierten Ebene verfügbar. Explizit zur ambulanten ärztlichen Versorgung werden von der Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) – als einer der Hauptquelle für internationale Vergleiche – im wesentlichen zwei Zahlenangaben zu einzelnen Ländern gemacht. Zum einen werden die Kosten der ambulanten ärztlichen Versorgung (mit unterschiedlichen Differenzierungen und Bezügen) aufgelistet, zum anderen wird die durchschnittliche Anzahl der jährlichen Arztkonsultationen pro Kopf im Rahmen der ambulanten Versorgung ausgewiesen. Als ein Arztkontakt sollte dabei nach den Vorgaben der OECD im Wesentlichen jeder Besuch in einer Arztpraxis sowie jeder Hausbesuch gezählt werden. Diese Vorgaben entsprechen weitgehend, wenn auch nicht vollständig, der im vorliegenden Report verwendeten Zählweise, die alle Tage mit Abrechnung einer ärztlichen Leistung als "Arztkontakt" berücksichtigt. Entsprechend wäre nach den vorliegenden Ergebnissen für Deutschland 2004 die Angabe einer jährlichen Anzahl von etwa 16 Arztkontakten pro Kopf zu erwarten, für das Jahr 2006 wären 17 Kontakte zu melden.

Entgegen diesen Erwartungen, aufgrund der bisherigen Verfügbarkeit entsprechender Daten jedoch wenig verwunderlich, wird auch in den aktuellen OECD-Daten (Stand: Juli 2007) für Deutschland zwischen 1991 und 2004 lediglich ein Wert zur Anzahl der *Behandlungsfälle* pro Kopf angegeben, der sich in einem Range zwischen 5,3 und 7,6 bewegt, der auf Routinestatistiken der GKV basiert. Für das Jahr 2004 werden 7,0 Behandlungsfälle pro Kopf berichtet. Ein hier gezählter Behandlungsfall umfasst dabei typischerweise jedoch alle Behandlungen eines Arztes bei einem Patienten innerhalb eines gesamten Quartals. Da ein Patient innerhalb von drei Monaten einen Arzt in vielen Fällen mehrfach aufsucht, weicht die Zählung von Behandlungsfällen erheblich von den originären Vorgaben der OECD zur Zählung von Arztkontakten ab.

Bemerkenswert ist, dass der "artifizielle" Wert zu Arztkontakten für Deutschland (also die Zahl der Behandlungsfälle) im internationalen Vergleich innerhalb der OECD-Statistik eher unauffällig erscheint: Für das Jahr 2004 werden zwischen 6 und 8 Arztkontakte pro Kopf für Australien, Belgien, Dänemark, Frankreich, Island, Kanada, Luxemburg, Polen und Österreich angegeben. Für die Vereinigten Staaten liegen die Angaben zu 2004 mit 3,8 Kontakten pro Kopf deutlich darunter. Vergleichbar niedrige Werte finden sich unter anderem auch für Finnland (4,2), Portugal (3,8) und Schweden (2,8). Lediglich für Japan und Tschechien werden für 2004 Zahlen berichtet, die mit 13,8 bzw. 13,1 Kontakten pro Kopf etwa den auf der Basis von GEK-Daten ermittelten Kontaktzahlen 2004 für Deutschland entsprechen. Tendenziell dürften die Kontaktzahlen in Deutschland nach jetzt berechneten Zahlen im internationalen Vergleich also eher hoch liegen, was insbesondere im Hinblick auf Ergebnisse aus einigen Flächenstaaten plausibel wäre. Wie realistisch allerdings die Zahlen der OECD zu anderen Ländern, gemessen an den definitorischen Vorgaben der OECD, im einzelnen sind, ließe sich erst nach einer ausführlicheren Recherche beurteilen.

Bezüglich der Pro-Kopf-Ausgaben für ambulante ärztliche Leistungen bewegen sich die Angaben zu Deutschland nach den aktuellsten OECD-Angaben zum Jahr 2005 mit 426 \$(US) bei großen Unterschieden zwischen den Ländern in einem unauffälligen, insgesamt eher niedrigem Bereich. So liegen beispielsweise die für Kanada ausgewiesenen Pro-Kopf-Ausgaben mit 347 \$(US) noch niedriger, für Frankreich werden mit 420 \$(US) nahezu identische Ausgaben vermeldet. Für viele westliche Industrieländer finden sich jedoch merklich höhere Werte (z.B. Dänemark 761 \$(US), Finnland 775 \$(US), Luxemburg 1.065 \$(US), Schweiz 1.275 \$(US), Österreich 683 \$(US)). Auffällig erscheint, dass insbesondere für die Vereinigten Staaten, trotz ausgesprochen geringer Kontaktzahlen, extrem hohe pro Kopf Ausgaben ausgewiesen werden (2005: 1.421 \$(US)).

3.4 Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht

Wesentliche Determinanten der Erkrankungshäufigkeit und damit auch der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der ambulanten Versorgung bilden die Merkmale Alter und Geschlecht. Die nachfolgende Abbildung zeigt die Behandlungsraten im ersten Quartal sowie im Gesamtjahr 2006 in Abhängigkeit von diesen beiden grundlegenden soziodemographischen Merkmalen.

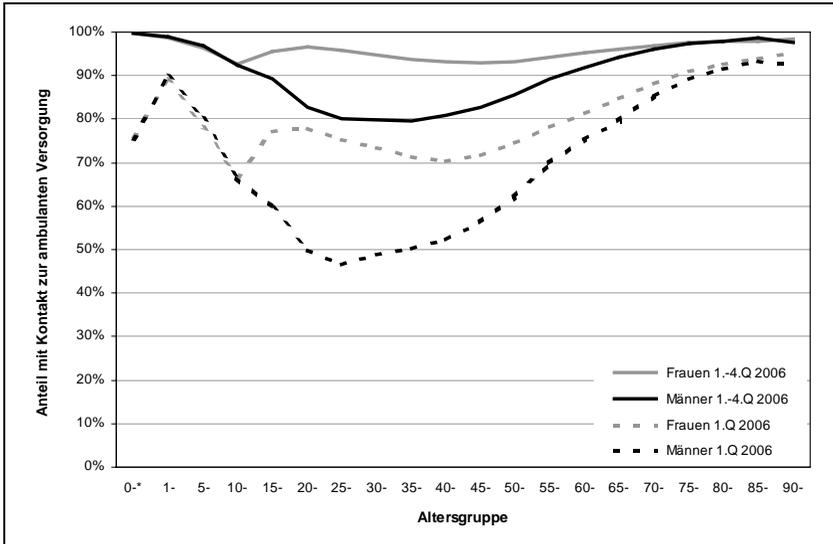


Abbildung 6: Anteil Personen mit Arztkontakt nach Geschlecht und Alter

Die Behandlungsraten innerhalb eines Jahres liegen in allen Altersgruppen auf einem hohen Niveau. Sie unterschreiten bei Frauen in keiner Altersgruppe einen Wert von 93%. Bei jungen Männern finden sich Werte knapp unter 80%. Vor Vollendung des 15. Lebensjahres und nach dem 75. Lebensjahr weisen Männer und Frauen weitgehend übereinstimmende Werte auf. Unterschiede hinsichtlich der Behandlungsraten finden sich zwischen Männern und Frauen insbesondere im gebärfähigen Alter. Diese treten bei einer Betrachtung der

Quartalswerte deutlicher hervor und erreichen dort ein Maximum in der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen. Während in dieser Altersgruppe unter Männern innerhalb des ersten Quartals 2006 lediglich 47% Kontakt zur ambulanten ärztlichen Versorgung hatten, waren es unter Frauen 80% (vgl. auch Tabelle A 2: S. 277 im PDF-Anhang). Die nachfolgende Abbildung zeigt die Zahl der durchschnittlich innerhalb des Jahres 2006 abgerechneten Behandlungsfälle ("Krankenscheine") je Person (vgl. Tabelle A 3: S. 278 im PDF-Anhang).

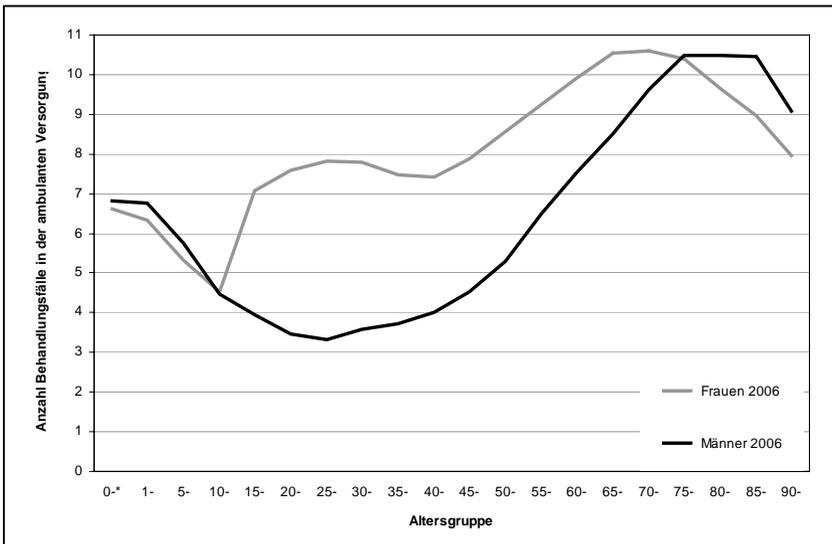


Abbildung 7: Anzahl Behandlungsfälle nach Geschlecht und Alter

Die geringste Zahl an Behandlungsfällen wird mit durchschnittlich 3,3 Fällen im Jahr bei Männern im Alter zwischen 25 und 29 Jahre erfasst. Die Fallzahlen liegen bei Frauen mit 7,8 in diesem Alter mehr als doppelt so hoch. Auffällig erscheint, dass die Fallzahlen bei Männern nach Vollendung des 80. Lebensjahres mit etwa 10,5 Fällen je Jahr merklich über denen bei Frauen liegen. Es dürften demnach von älteren Männern tendenziell Leistungen von mehr unterschiedlichen Ärzten in Anspruch genommen werden als von Frauen,

wobei die Summe der Arztkontakte allerdings nur geringere Unterschiede aufweist (vgl. nachfolgende Abbildung).

Die Zahl der Arztkontakte variiert erheblich mit dem Alter. Während bei jüngeren Männern etwa 8 und bei jüngeren Frauen durchschnittlich etwa 15 Kontakte je Jahr erfasst werden, lässt sich bei beiden Geschlechtern in hohem Alter ein Wert um durchschnittlich etwa 40 Kontakte je Jahr ermitteln.

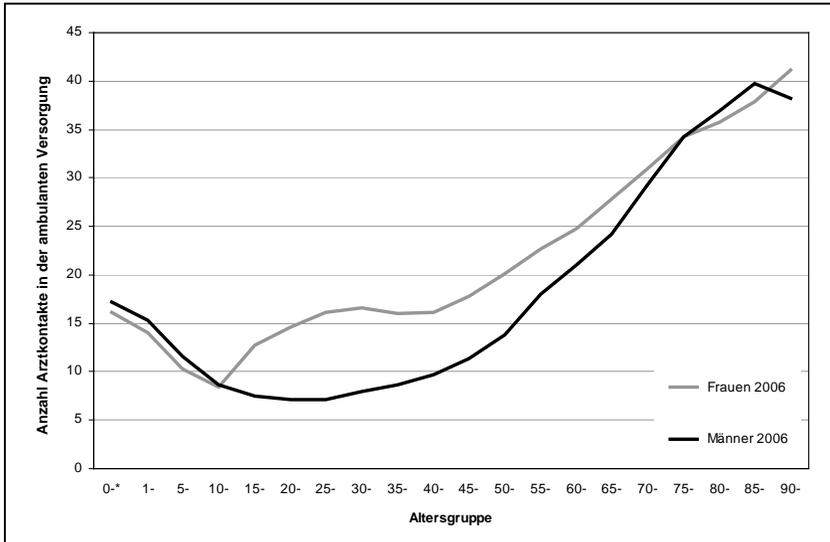


Abbildung 8: Durchschnittliche Anzahl Arztkontakte nach Geschlecht und Alter

Im Vergleich zum Jahr 2004 lässt sich eine Zunahme der durchschnittlichen Zahl an Arztkontakten insbesondere in den höheren Altersgruppen feststellen, wie die nachfolgende Abbildung zeigt. Die Zunahme von 2004 auf 2006 beträgt in einigen Gruppen mehr als 5%, unter Hochbetagten erreicht sie sogar etwa 10%. Relativ geringe Anstiege sind demgegenüber unter männlichen Versicherten im Erwerbsalter sowie bei Säuglingen und Kleinkindern zu verzeichnen.

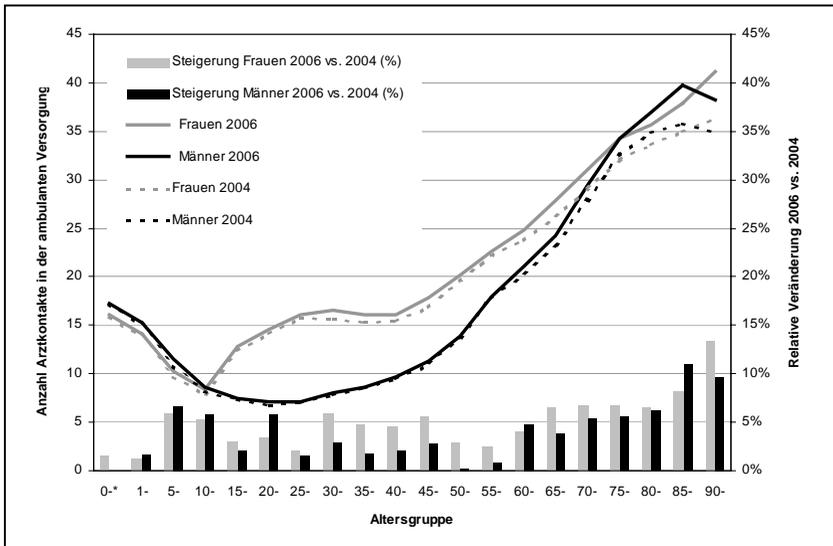


Abbildung 9: Veränderung Anzahl Arztkontakte 2006 vs. 2004 nach Geschlecht und Alter

3.5 Fachärztliche Behandlungshäufigkeit

Die Tätigkeit und Abrechnung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung setzt die Niederlassung des Arztes mit Zuordnung zu einer spezifischen Arztgruppe voraus. Informationen über die Fachgruppenzugehörigkeit eines Arztes sind in der 3. und 4. Stelle der KV-seitig vergebenen Arztnummer enthalten, welche im Rahmen der Dokumentation zu Abrechnungsfällen an die Krankenkassen übermittelt wird. Die Verschlüsselung der Fachgruppenzugehörigkeit in der Arztnummer erlaubt theoretisch eine Differenzierung von insgesamt 30 unterschiedlichen Fachgruppen (inklusive der Schlüssel für nicht-ärztliche Psy-

cho- und Verhaltenstherapeuten sowie für einige spezifische andere Gruppen). Der nachfolgende Abschnitt befasst sich mit der spezifischen Inanspruchnahme bei entsprechend abgegrenzten Arztgruppen. Um die Darstellungen übersichtlicher zu halten, wurden einige Gruppen zusammengefasst, so dass letztendlich Ergebnisse zu sechzehn unterschiedlichen Gruppen präsentiert werden. Hingewiesen sei auf die Tatsache, dass es auf Basis der aktuell bei Krankenkassen verfügbaren Informationen nicht möglich ist, in den Daten hausärztlich und fachärztlich tätige Internisten direkt zu unterscheiden, weshalb eine entsprechende und ansonsten sicherlich wünschenswerte Differenzierung auch in der nachfolgenden Darstellung nicht vorgenommen wird. Zudem ist nicht auszuschließen, dass einige KVen auch im Jahr 2006 Fachgruppenzugehörigkeiten im Hinblick auf einige Ziffern abweichend von den Vorgaben gemäß "Technischen Anlagen zum Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern" verwendet haben, in denen der Datenaustausch zwischen KVen und Krankenkassen spezifiziert wird. Allerdings dürften die Abweichungen i.d.R. nur kleinere Arztgruppen betreffen.

Die nachfolgenden Tabellen liefern eine erste Übersicht mit geschlechts- und altersstandardisierten Ergebnissen im Hinblick auf unterschiedliche bevölkerungsbezogene Kennzahlen der Inanspruchnahme von Fachärzten im Rahmen der ambulanten Versorgung innerhalb der Jahre 2004 bis 2006. Die letzten Datenzeilen der Tabellen beinhalten jeweils die bereits zuvor berichteten Zahlen zur Gesamtinanspruchnahme innerhalb der genannten Jahre. Alle Zahlen wurden auf Basis der Daten zu Versicherten der GEK ermittelt, die in den vier Quartalen des jeweiligen Jahres jeweils nachweislich mindestens einen Tag bei der GEK versichert waren. Fallzahlen sowie Arztkontakte werden nachfolgend als Durchschnittswerte je 100 Personen ausgewiesen. Um entsprechende Werte je Einzelperson zu erhalten, müssen die angegebenen Werte also entsprechend durch 100 geteilt werden.

*Tabelle 6: Behandlungsraten nach Facharztgruppen 2004, 2005, 2006
(stand.D2005)*

Behandlungsrate im Kalenderjahr	2004	2005	2006
Augenarzt	24,8%	25,6%	25,6%
Chirurg (inkl. Neurochir., Mund-Kiefer.)	13,5%	13,5%	13,3%
Gynäkologe	25,7%	25,8%	26,1%
Hals-Nasen-Ohrenarzt	16,0%	16,4%	16,6%
Hautarzt	17,0%	17,4%	17,4%
Internist (inkl. Lungenarzt)	30,6%	30,8%	30,7%
Kinderarzt	10,8%	11,2%	11,2%
Laborarzt	20,7%	21,5%	22,4%
Nervenarzt, Kinder- u. Jugendpsychiater	8,3%	8,3%	8,4%
Orthopäde	19,7%	19,9%	19,7%
Pathologe	8,8%	9,5%	10,9%
Psycho- u. Verhaltenstherapie*	1,7%	1,8%	1,9%
Radiologe, Strahlenth. (inkl. Nukl. Med.)	17,1%	17,3%	17,3%
Urologe	7,7%	7,7%	7,6%
Allgemeinarzt / Praktischer Arzt	66,3%	67,3%	66,8%
Sonstige	15,2%	17,5%	21,6%
Alle Behandlungen	90,9%	91,6%	91,5%

*(inkl. ärztliche Therapeuten sowie Kinder-Jugend-Therapeuten)

Grundsätzlich zeigen sich in den Jahren 2004 bis 2006 vergleichbare Behandlungsraten in einzelnen Facharztgruppen. Die Raten des Jahres 2006 liegen in der Regel etwas über denen des Jahres 2004, wobei ein Anstieg vorrangig von 2004 auf 2005 ausgemacht werden kann, wohingegen die Raten in 2006 im Vergleich zum Vorjahr teilweise auch rückläufig sind. Dies gilt insbesondere für die insgesamt am häufigsten frequentierte Gruppe der Ärzte für

Allgemeinmedizin, die innerhalb eines Jahres von etwa 2/3 der Bevölkerung mindestens einmalig kontaktiert wird (vgl. auch nachfolgende Abbildung).

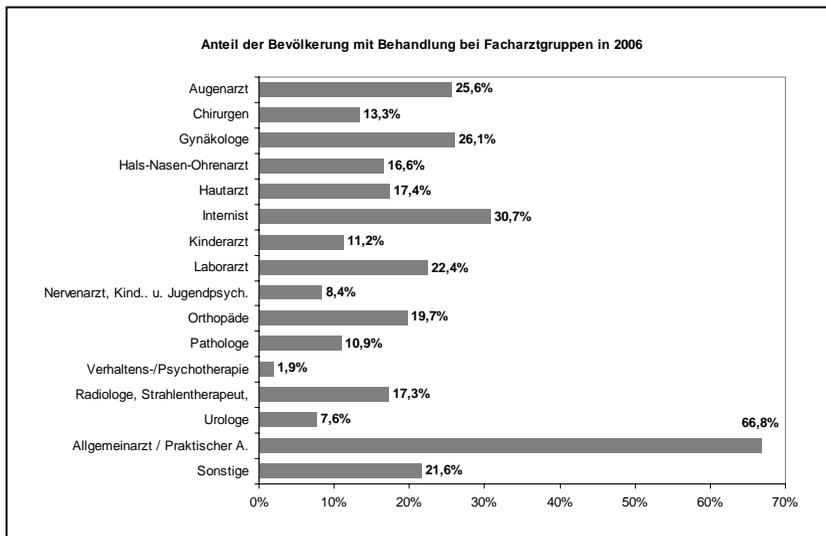


Abbildung 10: Bevölkerungsanteile mit Behandlung bei Facharztgruppen 2006 (stand.D2005)

Die durchschnittliche Zahl der jährlich abgerechneten Behandlungsfälle ist facharztgruppenspezifisch bei insgesamt leicht steigender Tendenz weitgehend unverändert geblieben.

Tabelle 7: Behandlungsfälle nach Facharztgruppen 2004, 2005, 2006 (stand.D2005)

Fälle je 100 Personen je Jahr	2004	2005	2006
Augenarzt	42	43	43
Chirurg (inkl. Neurochir., Mund-Kiefer.)	20	20	20
Gynäkologe	67	66	69
Hals-Nasen-Ohrenarzt	25	26	26
Hautarzt	28	29	29
Internist (inkl. Lungenarzt)	81	81	82
Kinderarzt	33	34	34
Laborarzt	34	34	36
Nervenarzt, Kinder- u. Jugendpsychiater	17	17	18
Orthopäde	35	35	35
Pathologe	10	11	13
Psycho- u. Verhaltenstherapie*	4	4	5
Radiologe, Strahlentherapeut (inkl. Nuklear.)	23	23	24
Urologe	14	15	15
Allgemeinarzt / Praktischer Arzt	195	199	200
Sonstige	22	26	35
Alle Behandlungen	650	663	683

*(inkl. ärztliche Therapeuten sowie Kinder-Jugend-Therapeuten)

Auch hinsichtlich der facharztgruppenspezifischen Anzahl an Arztkontakten ist es bei insgesamt ansteigenden Kontaktzahlen nur zu geringen Verschiebungen der Inanspruchnahme zwischen den Facharztgruppen gekommen.

Tabelle 8: Arztkontakte nach Fachgruppen 2004, 2005, 2006 (stand.D2005)

Kontakte je 100 Personen je Jahr	2004	2005	2006
Augenarzt	58	60	60
Chirurg (inkl. Neurochir., Mund-Kiefer.)	52	52	52
Gynäkologe	111	110	112
Hals-Nasen-Ohrenarzt	48	49	49
Hautarzt	60	61	61
Internist (inkl. Lungenarzt)	260	265	266
Kinderarzt	80	84	83
Laborarzt	40	42	44
Nervenarzt, Kinder- u. Jugendpsychiater	35	39	42
Orthopäde	92	95	94
Pathologe	11	12	13
Psycho- u. Verhaltenstherapie*	23	24	26
Radiologe, Strahlentherapeut (inkl. Nuklear.)	31	32	33
Urologe	33	34	34
Allgemeinarzt / Praktischer Arzt	663	681	682
Sonstige	39	46	59
Alle Behandlungen	1637	1686	1711

*(inkl. ärztliche Therapeuten sowie Kinder-Jugend-Therapeuten)

Fachärztliche Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht

Auch die Inanspruchnahme von bestimmten Fachärzten variiert erwartungsgemäß in Abhängigkeit vom Alter und Geschlecht der Population. Die nachfolgenden Abbildungen zeigen die populationsbezogene Inanspruchnahme bei ausgewählten Fachgruppen, wobei in zwei unterschiedlichen Abbildungen zum einen unter dem Stichwort Behandlungsrate für einzelne Fachgruppen angegeben wird, welche Populationsanteile die entsprechende Fachgruppe mindestens einmalig im Jahr 2006 kontaktierten. Zum anderen wird in einer weiteren Abbildung dargestellt, wie viele Arztkontakte (im Sinne von differenzierbaren Datumsangaben mit Abrechnungen von Leistungsziffern) durchschnittlich je 100 Personen einer bestimmten Geschlechts- und Altersgruppe innerhalb eines Jahres erfasst werden.

Allgemeinärzte, Internisten, Kinderärzte

Mehr als 90% der Neugeborenen² werden nach den vorliegenden Daten innerhalb eines Jahres von einem niedergelassenen Kinderarzt gesehen. Durchschnittlich werden je 100 Neugeborene mehr als 1.000 Kontakte erfasst, also mehr als 10 Kontakte je Säugling. Während im Alter zwischen 15 bis unter 20 Jahren noch ein geringer Anteil der Jugendlichen von knapp 15% auch beim Kinderarzt behandelt wird, sinkt dieser Anteil ab einem Alter von 20 Jahren erwartungsgemäß auf marginale Werte. Bei jungen Frauen finden sich auch nach Vollendung des 20. Lebensjahres noch kinderärztliche Behandlungsraten um 2%, die aus dem Kontext der Behandlungen von eigenen Kindern resultieren dürften (vgl. Tabelle A 4: S. 279, Tabelle A 5: S. 280 im PDF-Anhang).

² *Da sich die vorliegenden Auswertungen grundsätzlich auf Personen beschränken, die in allen vier Quartalen des Jahres 2006 mindestens jeweils einen Tag versichert waren, beschränken sich die Auswertungen zur Altersgruppe der unter 1jährigen auf Neugeborene im ersten Quartal des Jahres, womit näherungsweise realistische Aussagen zur Inanspruchnahme im ersten Lebensjahr möglich sind.*

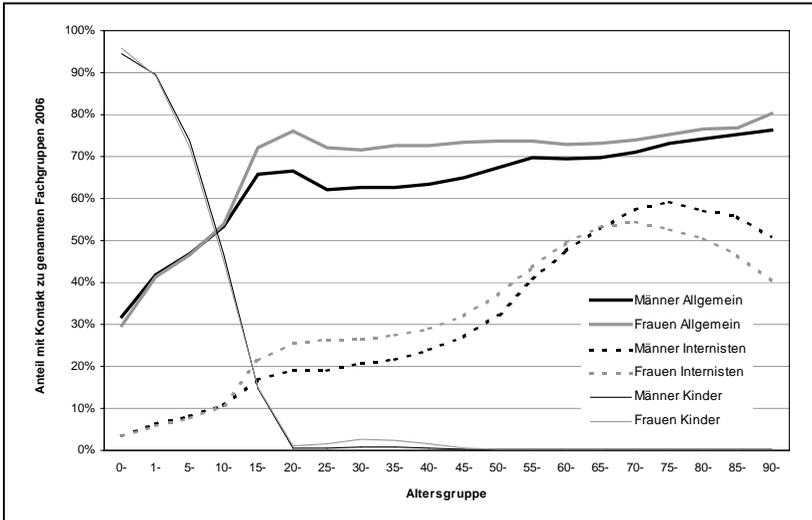


Abbildung 11: Behandlungsraten Allgemeinärzte, Internisten, Kinderärzte

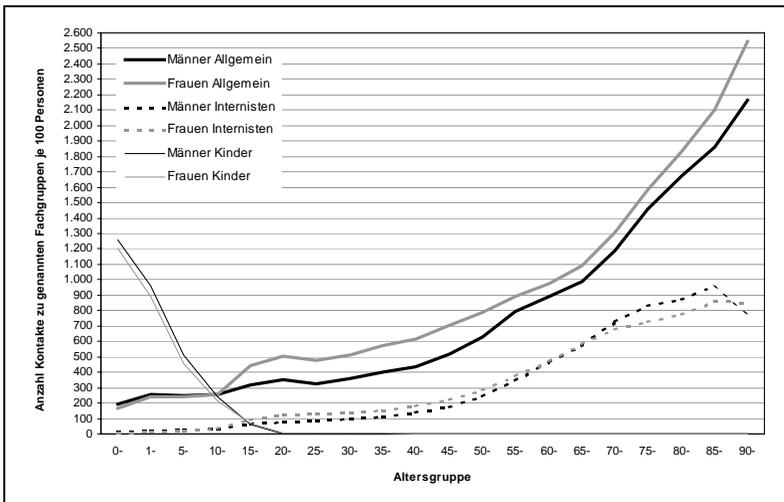


Abbildung 12: Kontakte Allgemeinärzte, Internisten, Kinderärzte

Nach Vollendung des 15. Lebensjahres kontaktieren mehr als 60% aller Männer und mehr als 70% aller Frauen jährlich mindestens ein mal einen Allgemeinarzt / Praktischen Arzt. Insbesondere die durchschnittliche Anzahl der jährlichen Kontakte steigt mit zunehmendem Alter noch erheblich. In einem Alter ab 90 Jahre werden je Mann durchschnittlich mehr als 21 und je Frau durchschnittlich mehr als 25 Kontakte bei einem Allgemeinmediziner innerhalb eines Jahres erfasst. Kontaktraten zur Gruppe der Internisten, die sich – wie bereits erwähnt – leider in aktuell verfügbaren Daten nicht in hausärztlich und fachärztlich niedergelassene Gruppen trennen lassen, bewegen sich auf einem deutlich geringeren Niveau. Ab einem Alter von 70 Jahren werden Internisten von Männern häufiger als von Frauen kontaktiert.

Gynäkologen, Urologen

Gynäkologen bilden bei jüngeren Frauen die am häufigsten kontaktierte Arztgruppe. Am stärksten ist die Gruppe der 25 bis unter 30jährigen Frauen betroffen, von denen 79% mindestens ein mal im Jahr einen Gynäkologen aufsuchen. Im Durchschnitt werden je Frau in dieser Altersgruppe knapp 5 Arztkontakte bei Gynäkologen je Jahr erfasst. Außerhalb des gebärfähigen Alters bewegt sich die Kontaktfrequenz auf deutlich geringerem Level, in hohem Alter sind Kontakte eher selten.

Urologen werden in allen Altersgruppen häufiger von Männern frequentiert. Während die Kontaktzahlen in mittleren Altersgruppen auf insgesamt noch geringem Niveau bei Männern etwa doppelt so hoch wie bei Frauen liegen, findet sich mit zunehmenden Alter vorrangig bei Männern bis zum 75. Lebensjahr ein erheblicher Anstieg. Im Alter zwischen 75 bis unter 90 Jahre kontaktieren etwa ein Drittel aller Männer mindestens ein mal im Jahr einen Urologen, im Durchschnitt werden mehr als zwei Kontakte je Mann im Jahr erfasst (vgl. Tabelle A 6: S. 281, Tabelle A 7: S. 282 im PDF-Anhang).

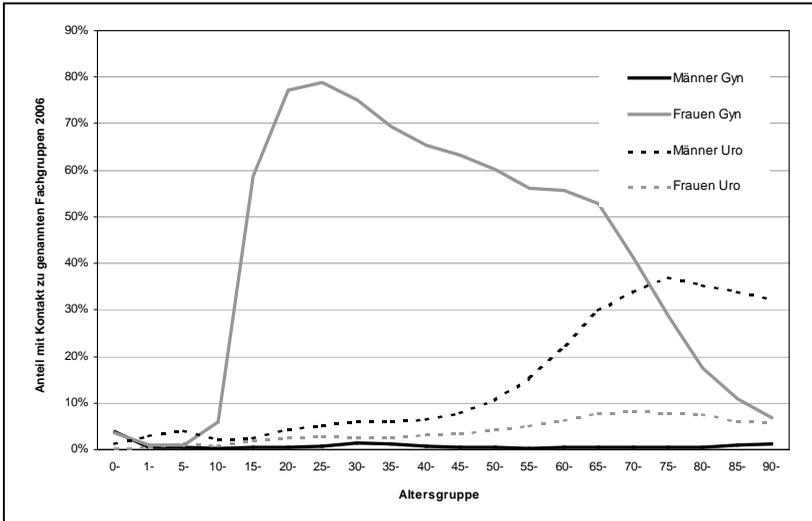


Abbildung 13: Behandlungsraten Gynäkologen, Urologen

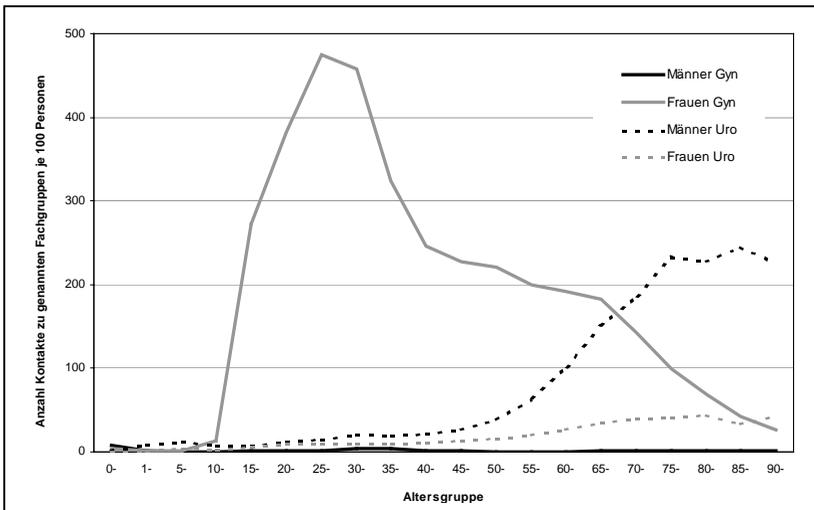


Abbildung 14: Kontakte Gynäkologen, Urologen

Augenärzte, HNO, Hautärzte

Augenärzte bilden eine insgesamt recht häufig kontaktierte Arztgruppe. Die altersspezifische Inanspruchnahme zeigt zwei Gipfel. Ein erster Gipfel zeigt sich im Alter zwischen 5 und 10 Jahren, also etwa im Einschulungsalter, in dem mehr als 30% aller Kinder innerhalb eines Jahres mindestens einmalig beim Augenarzt vorgestellt werden. Während junge Erwachsene vergleichsweise selten zum Augenarzt gehen, steigt die Behandlungshäufigkeit in höherem Alter wieder deutlich, woraus bei beiden Geschlechtern ein zweiter Altersgipfel um das 80. Lebensjahr herum resultiert, in dem etwa jede zweite Person innerhalb eines Jahres Kontakt zu einem Augenarzt hat.

Für die Inanspruchnahme von Hals-Nasen-Ohrenärzten findet sich ein ähnlicher zweigipfliger Verlauf auf insgesamt geringerem Niveau bei altersabhängig etwas geringer ausgeprägter Variationsbreite (vgl. gepunktete Linien der nachfolgenden Abbildung). Zwischen 10% und gut 25% der Bevölkerung aus unterschiedlichen Altersgruppen kontaktieren einen HNO-Arzt innerhalb eines Jahres.

Hautärzte werden von Frauen in jüngerem und mittleren Alter deutlich häufiger als von Männern kontaktiert, in höherem Alter liegt die Inanspruchnahme demgegenüber bei Männern höher als bei Frauen, wobei Behandlungsraten von über 20% erreicht werden (vgl. Tabelle A 8: S. 283, Tabelle A 9: S. 284 im PDF-Anhang).

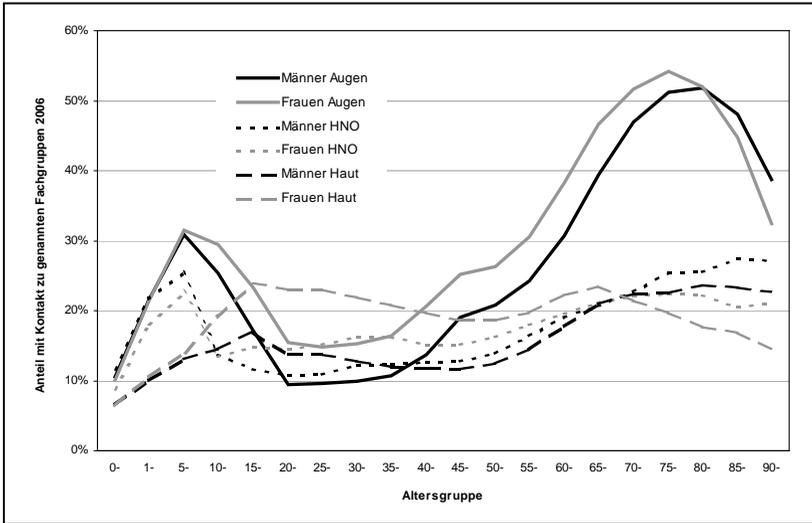


Abbildung 15: Behandlungsraten Augenärzte, HNO, Hautärzte

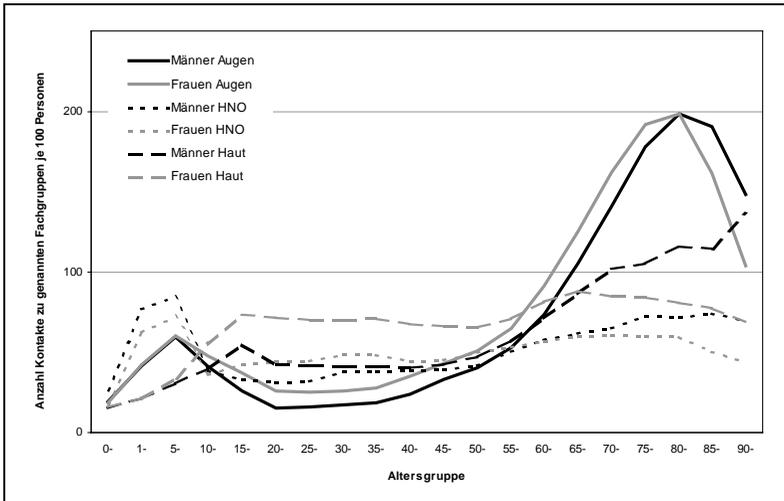


Abbildung 16: Kontakte Augenärzte, HNO, Hautärzte

Laborärzte, Pathologen, Radiologen und Nuklearmediziner

Den drei bzw. vier hier aufgeführten Arztgruppen³ ist gemeinsam, dass die Erbringung einer Leistung für einen Patienten nicht oder zumindest nicht zwangsläufig mit einem persönlichen Kontakt zum Arzt verbunden ist, wobei diese Aussage insbesondere für Laborärzte und Pathologen gilt. Aufgrund der methodisch gleichartigen Ermittlung der Maßzahlen werden in den nachfolgenden Abbildungen dennoch dieselben Bezeichnungen wie bei anderen Arztgruppen verwendet. Die Ergebnisse zu Inanspruchnahmen der drei Arztgruppen zeigen recht unterschiedliche Geschlechts- und Altersabhängigkeiten.

Laborärztliche Leistungen betreffen innerhalb eines Jahres etwa ein Viertel der Neugeborenen, ältere Kinder sind in deutlich geringerem Umfang betroffen. Im gebärfähigen Alter finden sich bei Frauen erheblich höhere Inanspruchnahmen als bei Männern aus entsprechenden Altersgruppen. Im Rentenalter liegen demgegenüber die Inanspruchnahmen bei Männern über denen bei Frauen (vgl. Tabelle A 10: S. 285, Tabelle A 11: S. 286 im PDF-Anhang).

Ein ähnlicher Verlauf auf niedrigerem Niveau zeigt sich in Bezug auf Leistungen von Pathologen, welche allerdings für Säuglinge und Kinder (im Gegensatz zu Laborleistungen) nur selten anfallen. Relativ hohe Werte bei jungen Frauen dürften maßgeblich aus der Untersuchung von Zervix-Abstrichen im Rahmen der Früherkennung resultieren.

Radiologische Leistungen fallen merklich häufiger in höheren Altersgruppen an, wobei ein Altersgipfel unter Frauen bei etwa 60 bis 65 Jahren erreicht wird, während der Gipfel bei Männern erst 10 bis 15 Lebensjahre später überschritten wird. Ausschlaggebend für den früheren Gipfel bei Frauen könnten Früherkennungsmaßnahmen im Sinne eines Mammographie-Screenings sein.

³ *Auf Basis der Arztnummer wäre grundsätzlich eine Differenzierung von Radiologen und Nuklearmedizinern möglich gewesen. Da die Behandlungsraten bei Nuklearmedizinern insgesamt verhältnismäßig gering sind, werden in dieser übergreifenden Darstellung zur ambulanten Versorgung Ergebnisse für Radiologen und Nuklearmediziner gemeinsam ausgewiesen.*

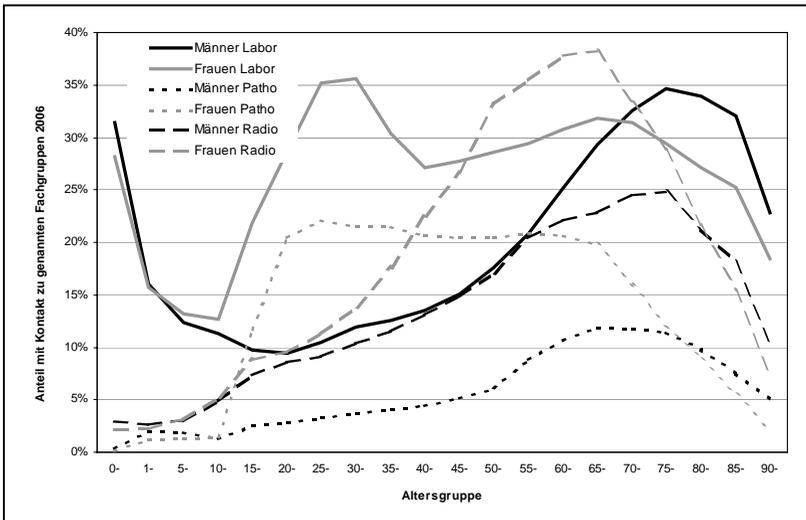


Abbildung 17: Behandlungsraten Laborärzte, Pathologen, Radiologen

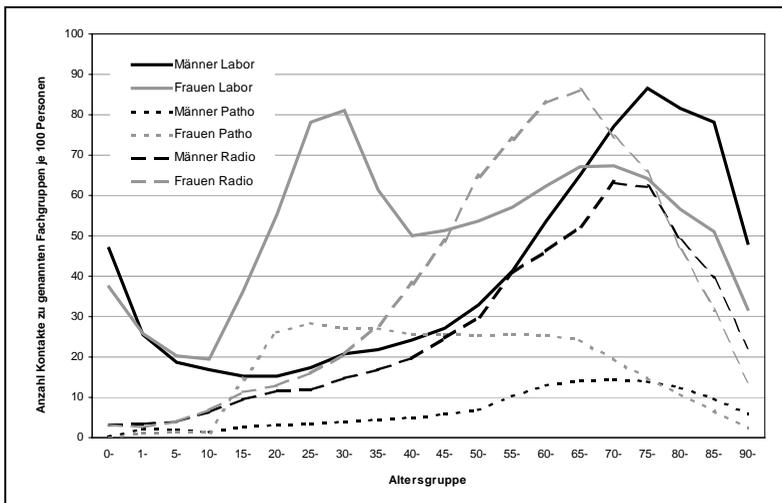


Abbildung 18: Kontakte Laborärzte, Pathologen, Radiologen

Orthopäden, Chirurgen

Die Inanspruchnahme von Orthopäden zeigt altersabhängig einen dreigipfligen Verlauf. Die höchsten *Behandlungsraten* finden sich bei Neugeborenen, von denen etwa ein Drittel innerhalb des ersten Lebensjahres beim Orthopäden vorgestellt wird. Ein zweiter Gipfel auf relativ niedrigem Niveau mit Behandlungsraten um 15% findet sich bei Jugendlichen im Alter zwischen 10 bis unter 20 Jahre. Entsprechende Werte werden erst nach Vollendung des 35. Lebensjahres mit zunehmendem Alter wieder überschritten. Die höchsten Kontaktzahlen finden sich bei 55- bis unter 85-Jährigen. Werte zur Inanspruchnahme von Orthopäden bei Frauen aus entsprechenden Altersgruppen liegen merklich über denen von Männern.

Insbesondere in höherem Lebensalter werden ambulant in der Praxis tätige Chirurgen deutlich seltener kontaktiert als Orthopäden – in entsprechenden Altersgruppen differieren Inanspruchnahmen nur wenig zwischen beiden Geschlechtern. Im Kindes- und Jugendalter liegt die Inanspruchnahme demgegenüber bei Jungen regelmäßig über der bei Mädchen und insgesamt ähnlich hoch wie die Inanspruchnahme von Orthopäden (vgl. Tabelle A 12: S. 287, Tabelle A 13: S. 288 im PDF-Anhang).

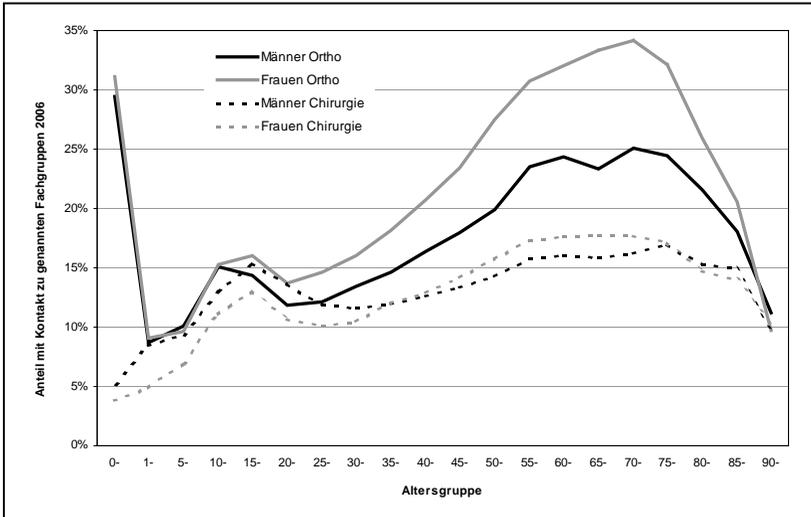


Abbildung 19: Behandlungsraten Orthopäden, Chirurgen

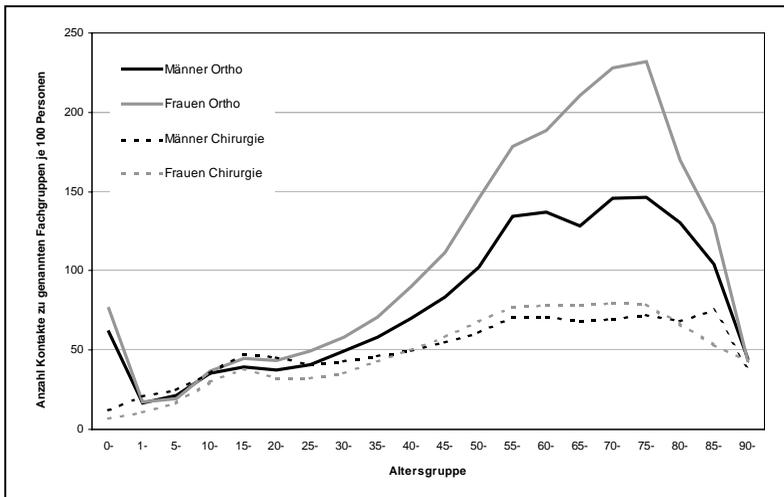


Abbildung 20: Kontakte Orthopäden, Chirurgen

Nervenärzte, Psychotherapeuten

Nervenärzte (Neurologen, Psychiater, inklusive Kinder- und Jugendpsychiater) werden mit steigendem Alter bis etwa zum 80. Lebensjahr tendenziell zunehmend häufiger kontaktiert. Auffällig erscheint allerdings ein erster Altersgipfel um das 10. Lebensjahr herum, der sich ausschließlich bei männlichen Kindern/Jugendlichen deutlich abzeichnet. In der Altersgruppe der 10- bis unter 15-Jährigen haben nach den vorliegenden Daten 6,1% der Jungen innerhalb eines Jahres mindestens einmalig Kontakt zu einem Nervenarzt. In höheren Altersgruppen liegen die Kontaktraten bei Frauen über denen bei Männern. Bei beiden Geschlechtern zeigt sich ein passagerer Anstieg kurz vor Erreichen des Renteneintrittsalters bzw. ein zwischenzeitlicher Abfall der Behandlungsraten zu Beginn des Renteneintrittsalters.

Unter dem Label "Psychotherapeuten" werden an dieser Stelle zusammengefasste Ergebnisse zu nicht-ärztlichen Verhaltens- und Psychotherapeuten, zu Kinder- und Jugendpsychotherapeuten sowie zu ärztlichen Psychotherapeuten berichtet. Zu entsprechenden Therapeuten haben in einzelnen Altersgruppen maximal 2,2% der Männer Kontakt, unter Frauen sind bis zu 4,5% betroffen. Die höchsten Behandlungsfrequenzen werden bei Frauen im Alter zwischen 25 bis unter 45 Jahren erfasst und liegen in entsprechenden Altersgruppen mehr als doppelt so hoch wie bei Männern. Lediglich vor Vollendung des 15. Lebensjahres werden Jungen bzw. Männer häufiger als Frauen bei Psychotherapeuten behandelt. Nach Vollendung des 75. Lebensjahres sind verhaltens- oder psychotherapeutische Behandlungen bei beiden Geschlechtern ausgesprochen selten (vgl. Tabelle A 14: S. 289, Tabelle A 15: S. 290 im PDF-Anhang).

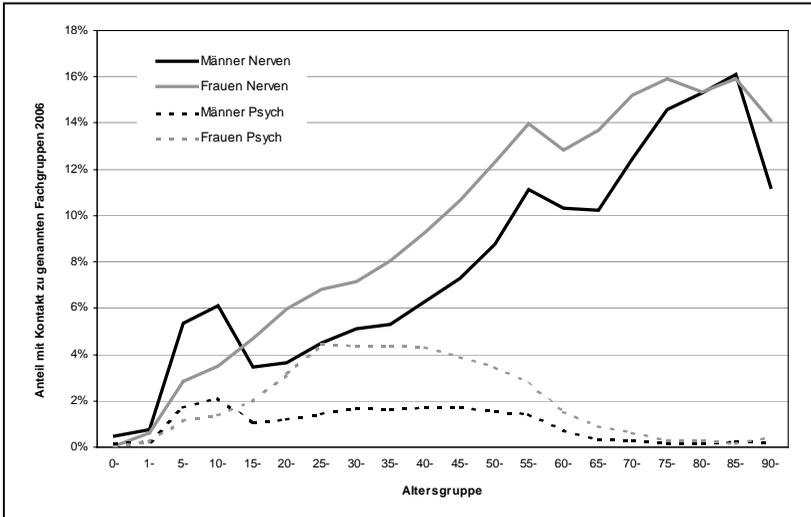


Abbildung 21: Behandlungsraten Nervenärzte, Psychotherapeuten

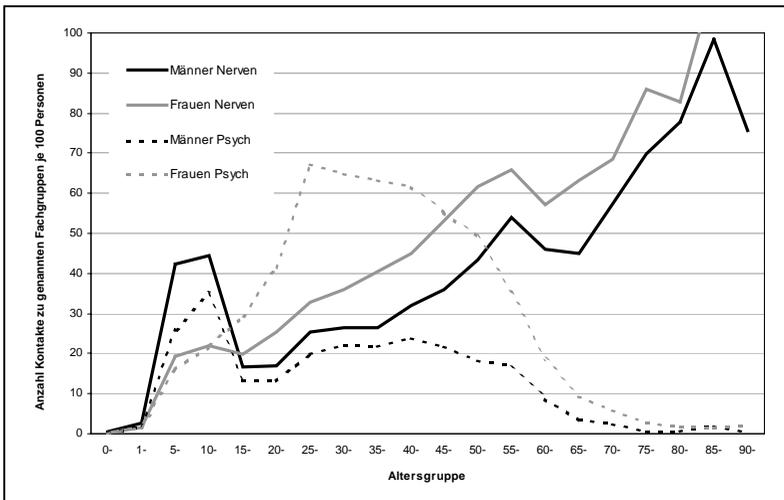


Abbildung 22: Kontakte Nervenärzte, Psychotherapeuten

3.6 Anzahl kontaktierter Ärzte - Arztwechsel

Behandlungen eines Arztes lassen sich in den Abrechnungsdaten über die Arztnummer des jeweils abrechnenden Arztes identifizieren, entsprechend lassen sich patientenbezogen Kontakte zu unterschiedlichen Ärzten unterscheiden und zählen.

Im Verlauf eines Jahres beanspruchten 48,5% der Bevölkerung bzw. 53% aller Patienten (Patienten hier im Sinne von Personen mit mindestens einem Arztkontakt im Jahr) Leistungen von vier oder mehr unterschiedlichen Ärzten beliebiger Fachdisziplinen. Beschränkt man die Zählung auf Kontakte zu vorrangig behandelnden Ärzten⁴ und schließt so beispielsweise Abrechnungsfälle von Laborärzten, Pathologen, Radiologen und ähnlichen Arztgruppen aus, reduziert sich der Anteil mit Kontakten zu 4 oder mehr unterschiedlichen Ärzten auf 36,8% der Bevölkerung bzw. 40,4% der Patienten. Der Anteil der Bevölkerung mit Kontakten zu weniger als drei unterschiedlichen Ärzten bleibt mit 36,9% weiterhin die Minderheit.

Innerhalb einzelner Fachgruppen wird erwartungsgemäß eine geringere Zahl unterschiedlicher Ärzte kontaktiert. So haben von den 55,1 Mio. Patienten von Allgemeinärzten innerhalb des Kalenderjahres 2006 etwa drei Viertel (74,2%) ausschließlich Kontakt zu genau einem Allgemeinarzt. Verhältnismäßig niedrig liegt der entsprechende Anteil mit 48,1% bei Gynäkologen. Von immerhin 9,2% aller Patientinnen werden 3 oder mehr Gynäkologen kontaktiert.

Einschränkend ist zu den genannten Zahlen anzumerken, dass eine Unterscheidung der Ärzte ausschließlich auf Basis der Arztnummer erfolgte. Nicht berücksichtigt werden konnte so beispielsweise, ob von Patienten mit Kontakten zu mehreren Ärzten lediglich unterschiedliche Ärzte in den selben Praxisräumen oder andere Ärzte aufgrund von Urlaubszeiten des maßgeblich behandelnden Arztes kontaktiert wurden.

⁴Arztgruppen mit Kennung 04-25, 29-30, 35-46, 50-52, 56-58, 67-71, 80-99

Tabelle 9: Anzahl kontaktierte Ärzte allgemein und in Fachgruppen 2006

		Anzahl der kontaktierten Ärzte 2006 (stand.)				
		min. 1 Arzt	1 Arzt	2 Ärzte	3 Ärzte	4 und mehr
Alle Ärzte	% Pop.	91,5%	13,6%	15,1%	14,3%	48,5%
	% Patienten	100,0%	14,8%	16,6%	15,6%	53,0%
	abs. (Tsd.)	75.419	11.199	12.488	11.776	39.956
Vorrangig beh. Ärzte	% Pop.	91,0%	17,3%	19,6%	17,3%	36,8%
	% Patienten	100,0%	19,0%	21,6%	19,0%	40,4%
	abs. (Tsd.)	75.074	14.288	16.195	14.266	30.325
Allgemeinärzte	% Pop.	66,8%	49,6%	13,8%	2,7%	0,7%
	% Patienten	100,0%	74,2%	20,6%	4,1%	1,0%
	abs. (Tsd.)	55.098	40.900	11.372	2.254	571
Internisten	% Pop.	30,7%	22,4%	6,1%	1,6%	0,6%
	% Patienten	100,0%	73,0%	20,0%	5,2%	1,9%
	abs. (Tsd.)	25.317	18.471	5.054	1.321	471
Gynäkologen	% Pop.	26,1%	12,6%	11,1%	1,8%	0,6%
	% Patienten	100,0%	48,1%	42,7%	7,0%	2,2%
	abs. (Tsd.)	21.505	10.351	9.175	1.512	466
Augenärzte	% Pop.	25,6%	23,4%	2,0%	0,2%	0,0%
	% Patienten	100,0%	91,2%	7,7%	0,9%	0,2%
	abs. (Tsd.)	21.132	19.273	1.629	197	33
Orthopäden	% Pop.	19,7%	17,1%	2,3%	0,3%	0,0%
	% Patienten	100,0%	86,8%	11,5%	1,5%	0,2%
	abs. (Tsd.)	16.225	14.075	1.869	243	37
Hautärzte	% Pop.	17,4%	14,9%	2,2%	0,2%	0,0%
	% Patienten	100,0%	85,7%	12,9%	1,2%	0,2%
	abs. (Tsd.)	14.342	12.290	1.851	177	23
HNO	% Pop.	16,6%	14,9%	1,4%	0,2%	0,0%
	% Patienten	100,0%	90,1%	8,7%	1,0%	0,2%
	abs. (Tsd.)	13.666	12.320	1.185	136	25
Kinderärzte	% Pop.	11,2%	7,9%	2,3%	0,7%	0,3%
	% Patienten	100,0%	70,3%	20,9%	6,1%	2,7%
	abs. (Tsd.)	9.254	6.504	1.937	564	250

Vereinzelt festgestellte Fälle von Patienten mit Kontakten zu einer extrem hohen Zahl unterschiedlicher Ärzte (im Jahr 2006 maximal 77 Ärzte bzw. Arztnummern bei einem Versicherten) beeinflussen die genannten Zahlenwerte nur unwesentlich, bieten jedoch, nach Überprüfung der Daten, Ansatzpunkte für ein Case-Management oder für die Aufdeckung von Missbrauch.

3.7 Regionale Variationen der Inanspruchnahme

Grundsätzlich eignen sich versichertenbezogene Daten von gesetzlichen Krankenkassen aufgrund einer gut definierten Nenner-Population sehr gut für regionale Vergleiche, sofern in den betrachteten Gebieten eine ausreichende Zahl von Versicherten wohnhaft ist. Die vorliegenden Darstellungen beschränken sich auf die regionale Gliederungsebene von Bundesländern nach Wohnort der Versicherten. Da unter Versicherten der GEK in einigen Neuen Bundesländern Personen aus den höchsten Altersgruppen weiterhin stark unterrepräsentiert sind, wurde für die Altersadjustierung der nachfolgend dargestellten Ergebnisse auf die Methode der indirekten Altersstandardisierung zurückgegriffen, die auch bei partiell kleinen Zellbesetzungen stabile Ergebnisse liefert.

Der Anteil der (indirekt altersstandardisierten) Behandlungsraten lag 2006 in allen 16 Bundesländern bei mindestens 90%, minimal wurden 6,7 Behandlungsfälle und 15,1 Arztkontakte für unterschiedliche Bundesländer ermittelt. Verhältnismäßig hohe Kontaktfrequenzen bilden demnach grundsätzlich kein regional- (oder KV-) spezifisches Phänomen. Eine Behandlungsrate von 93% wurde im Saarland erreicht, welches mit 19,0 Arztkontakten pro Kopf (+11% über dem Bundesdurchschnitt) auch die höchste bevölkerungsbezogene Zahl an Arztkontakten aufweist. Eher überdurchschnittliche Behandlungsfallzahlen und gleichzeitig unterdurchschnittliche Zahlen zu Arztkontakten finden sich in allen Neuen Bundesländern.

Tabelle 10: Kennzahlen zur ambulanten ärztlichen Versorgung in Bundesländern 2006 (indirekt stand.)

	Betrof- fene (%)	Behandlungs- fälle je Jahr 2006	Arztkontakte je Jahr 2006	Arztkontakte je Jahr 2004
Schleswig- Holstein	91,6%	6,7 (-2,4%)	17,1 (+0,2%)	16,4 (+0,1%)
Hamburg	90,0%	6,9 (+0,8%)	16,7 (-2,4%)	16,3 (-0,6%)
Niedersachsen	92,2%	6,9 (+0,7%)	17,4 (+2,0%)	16,7 (+1,8%)
Bremen	90,8%	6,6 (-3,1%)	17,5 (+2,4%)	17,2 (+5,2%)
Nordrhein- Westfalen	91,9%	6,8 (-0,3%)	17,4 (+1,6%)	16,2 (-1,3%)
Hessen	92,4%	7,0 (+2,9%)	17,6 (+3,1%)	16,9 (+3,2%)
Rheinland-Pfalz	92,4%	6,8 (-0,3%)	17,5 (+2,2%)	16,5 (+1,0%)
Baden- Württemberg	91,9%	6,6 (-2,9%)	16,7 (-2,2%)	16,1 (-1,8%)
Bayern	92,3%	6,8 (-0,6%)	17,7 (+3,5%)	16,6 (+1,6%)
Saarland	93,0%	7,1 (+3,7%)	19,0 (+11,0%)	18,7 (+14,1%)
Berlin	90,0%	7,3 (+6,4%)	18,0 (+5,4%)	17,5 (+6,7%)
Brandenburg	89,6%	7,1 (+4,4%)	15,7 (-8,4%)	15,4 (-5,9%)
Mecklenburg- Vorpommern	90,1%	7,2 (+4,7%)	16,8 (-1,8%)	16,2 (-1,1%)
Sachsen	90,0%	6,8 (+0,2%)	15,1 (-11,8%)	15,7 (-4,4%)
Sachsen-Anhalt	90,3%	6,7 (-1,7%)	15,3 (-10,8%)	15,3 (-6,7%)
Thüringen	91,2%	6,9 (+1,3%)	15,8 (-7,6%)	15,8 (-3,4%)
Gesamt	91,5%	6,8	17,1	16,4

(Werte in Klammern: Prozentuale Abweichungen zu bundesweiten Ergebnissen)

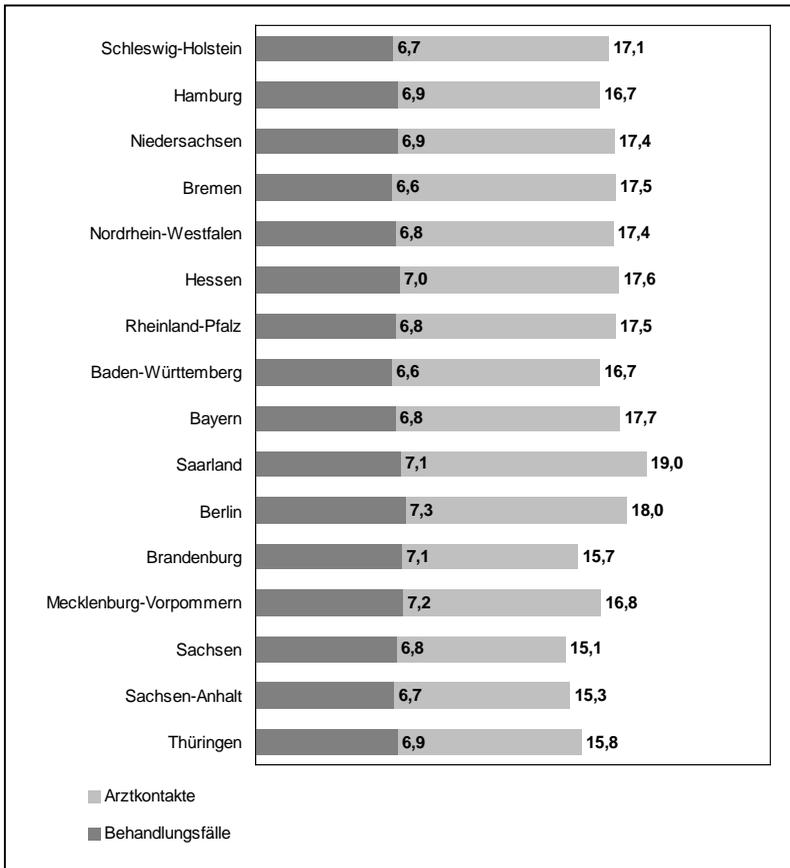


Abbildung 23: Kennzahlen zur ambulanten ärztlichen Versorgung in Bundesländern 2006 (indirekt stand.)

3.8 Ambulante Diagnosen

Aus wissenschaftlicher Sicht von großem Interesse sind zweifellos Informationen zu Diagnosen aus der ambulanten ärztlichen Versorgung, mit denen sich die nachfolgenden Abschnitte befassen.

Die der GEK vorliegenden KV-Daten zu ambulanten Behandlungsfällen aus den Jahren 2004 bis 2006 umfassen brutto (inklusive ungültiger Schlüssel und redundanter Angaben) insgesamt 92,5 Mio. Diagnoseeinträge. 95,7% dieser Angaben beinhalteten nach Abgleich mit dem ICD10-GM gültige Diagnoseschlüssel. Der mit 97% weit überwiegender Anteil formal ungültiger Angaben resultierte aus der Verwendung des Schlüssels "U999", der u.a. bei der Abrechnung von Laborleistungen als Diagnoseangabe üblich ist.

Zu einzelnen Diagnoseangaben sollte an sich obligat ab 2004 eine Zuordnung zu einer der vier Einstufungen **Gesichert**, **Ausschluss**, **Verdacht** oder **Zustand** vorliegen. Entsprechende Zusatzkennzeichen fehlten bundesweit 2004 noch bei insgesamt 22% der 25,9 Mio. gültigen Diagnoseschlüssel, 67,7% waren als gesichert eingestuft, 3,9% als Verdachtsdiagnosen, 3,6% als Ausschlussdiagnosen und 2,8% als symptomlose Zustände. Von einigen KVen lagen dabei keinerlei Angaben vor, andere KVen lieferten die Angaben bereits 2004 weitgehend vollständig. Im Jahr 2006 waren Angaben zur Art der Diagnose zu allen gültigen Diagnoseschlüsseln angegeben. 87,4% waren als gesichert eingestuft, 4,7% als Verdachtsdiagnose, 4,1% als Ausschlussdiagnose und 3,8% als symptomlose Zustände. Bei weiteren Auswertungen wurden alle explizit als Ausschlussdiagnosen gekennzeichneten Einträge vernachlässigt, berücksichtigt wurden für den Zeitraum 2004 bis 2006 84,3 Mio. gültige Einträge mit einer Zuordnung zu Versicherten.

Eine gewisse Unschärfe resultiert bei den Diagnosen aus der ambulanten Versorgung aus der Tatsache, dass alle Diagnoseangaben in den Daten zunächst gleichwertig und ohne zusätzliche Angaben zum Diagnosedatum fallbezogen, bildlich ausgedrückt also ungeordnet je "Krankenschein", erfasst werden. Wird ein Patient im Rahmen eines Behandlungsfalles beispielsweise am

ersten und letzten Tag innerhalb eines Quartals behandelt, muss demnach auch bei akuten Erkrankungen unklar bleiben, wann innerhalb dieses 3monatigen Zeitraums eine Diagnose gestellt wurde und welche der möglicherweise in großer Zahl genannten Diagnosen den Hauptbehandlungsanlass für einen einzelnen Arztbesuch bildete. Bei den hier präsentierten Übersichtsauswertungen sind diese Einschränkungen weniger relevant, andere Auswertungen könnten jedoch von einer taggenauen Zuordnung von Diagnosezeitpunkten und Kennzeichnungen von Hauptbehandlungsanlässen erheblich profitieren.

Für die Übersichtsauswertungen wurden auf der Ebene von einzelnen Versicherten zunächst alle unterscheidbaren ICD10-Diagnoseschlüssel ermittelt, die von beliebigen Ärzten innerhalb einzelner Kalenderjahre vergeben worden waren. Die nachfolgenden Tabellen geben jeweils den Anteil der Population wieder, bei dem innerhalb der aufgeführten Kalenderjahre von mindestens einem Arzt eine bestimmte Diagnose bzw. mindestens eine Diagnose aus einer Gruppe von Diagnosen auf unterschiedlichen Gliederungsebenen dokumentiert wurde.

Hinsichtlich chronischer Erkrankungen dürften die jetzt präsentierten Zahlen einen ersten Hinweis für eine 1-Jahres-Prävalenz darstellen, bei akuten Erkrankungen einen entsprechenden Schätzer für eine 1-Jahres-Inzidenz. Potentielle Einschränkungen dieser Interpretation werden nach der Ergebnisübersicht diskutiert.

Diagnosekapitel

Die nachfolgende Tabelle listet auf einer übergeordneten Gliederungsebene zunächst alle 20 regulär verwendeten Diagnosekapitel der ICD10. Angegeben wird der Anteil der Bevölkerung, bei dem innerhalb der einzelnen Jahre 2004 bis 2006 im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung mindestens einmal eine Diagnose aus dem jeweiligen Diagnosekapitel dokumentiert wurde.

Offensichtlich wird, dass Diagnosen aus einer Vielzahl von Diagnosekapiteln verhältnismäßig große Bevölkerungsteile betreffen. So existieren mehrere

Diagnosekapitel, bei denen von zugehörigen Diagnosen insgesamt mehr als ein Drittel der Bevölkerung innerhalb eines Jahres betroffen sind.

Table 11: Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen aus der ambulanten Versorgung 2004, 2005, 2006 nach Diagnosekapiteln (stand.D2005)

	ICD10-Kapitel	2004 Anteil	2005 Anteil	2006 Anteil
01	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	28,5%	28,6%	28,1%
02	Neubildungen	17,3%	17,4%	17,9%
03	Krankh. des Blutes und der blutbildenden Organe	7,2%	7,3%	7,1%
04	Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechselkrankh.	36,2%	36,8%	37,1%
05	Psychische und Verhaltensstörungen	27,6%	28,0%	27,9%
06	Krankheiten des Nervensystems	17,3%	17,6%	17,7%
07	Krankh. des Auges und der Augenhangsgebilde	28,5%	29,3%	29,7%
08	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	17,4%	17,7%	17,9%
09	Krankheiten des Kreislaufsystems	38,5%	38,6%	38,4%
10	Krankheiten des Atmungssystems	45,9%	49,3%	46,6%
11	Krankheiten des Verdauungssystems	31,0%	30,8%	31,5%
12	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	27,7%	28,4%	28,5%
13	Krankh. des Muskel-Skelett-Systems u. d. Bindegewebes	47,0%	47,9%	48,1%
14	Krankheiten des Urogenitalsystems	37,3%	37,4%	37,3%
15	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	2,1%	1,9%	1,9%
16	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	0,9%	0,7%	0,7%
17	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	9,4%	10,0%	10,4%
18	Symptome und abnorme klin. und Laborbefunde	40,2%	41,7%	41,4%
19	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	28,2%	28,6%	29,4%
21	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	51,5%	54,6%	55,5%

Die Ergebnisse erweisen sich auf dieser Gliederungsebene von Diagnosen in einzelnen Diagnosekapiteln über die drei Jahre insgesamt als verhältnismäßig konstant. Eine Ausnahme bilden Krankheiten des Atmungssystems, die im Jahr 2005 mit 49,3% bei einem deutlich höheren Anteil der Bevölkerung als in den Jahren 2004 und 2006 diagnostiziert wurden. Das Ergebnis dürfte auf eine relativ stark ausgeprägte Erkältungswelle im Jahr 2005 zurückzuführen sein, die sich ihrerseits entsprechend auch auf die Arbeitsunfähigkeiten ausgewirkt hatte.

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Diagnoseraten nach Diagnosekapiteln des Jahres 2006 mit ergänzenden separaten Darstellungen zur Diagnosehäufigkeit bei Männern und Frauen. Vollständige Zahlenangaben finden sich in Tabelle A 16: S. 291 im PDF-Anhang. Offensichtlich wird, dass Männer durchgängig seltener von Diagnosevergaben auf der Ebene von Diagnosekapiteln betroffen sind als Frauen.

Am häufigsten, nämlich zu mehr als zwei Dritteln, betroffen sind Frauen von einer Diagnoseschlüsselvergabe aus dem Kapitel 21 "Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen". Entsprechende Schlüssel werden vorrangig im Kontext mit der Durchführung von Früherkennungsmaßnahmen vergeben und enthalten insofern keine direkten Erkrankungshinweise.

Mehr als die Hälfte aller Frauen erhalten innerhalb eines Jahres mindestens eine Diagnose aus dem Kapitel 14 "Krankheiten des Urogenitalsystems" sowie dem Kapitel 13 "Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems". Die höchste Diagnoserate findet sich bei Männern im Hinblick auf das Kapitel 10 "Krankheiten des Atmungssystems" mit 45% Betroffenen innerhalb des Jahres 2006.

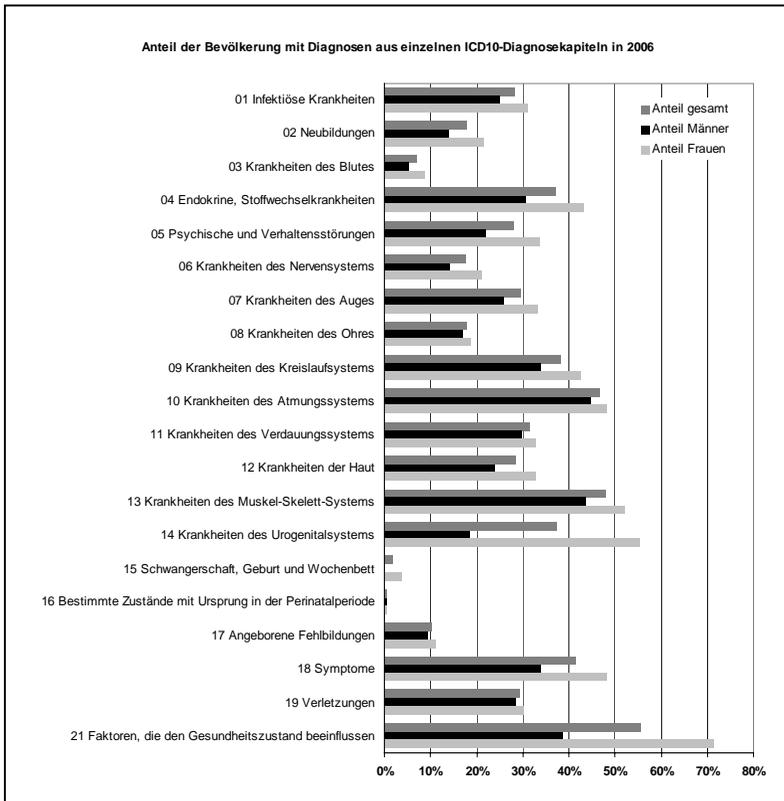


Abbildung 24: Diagnoseraten nach ICD10-Kapiteln 2006 (stand.D2005)

Die zuvor genannten geschlechts- und altersstandardisierten Zahlenwerte lassen sich durch Multiplikation mit den zugehörigen Bevölkerungszahlen⁵ einfach zur Abschätzung der absoluten Anzahl von Personen in Deutschland mit

⁵ Da während der Bearbeitung des Themas Zahlen zum Jahr 2006 noch nicht verfügbar waren, wurde hier auf Angaben zur durchschnittlichen Bevölkerung 2005 zurückgegriffen. Die hieraus voraussichtlich resultierenden Abweichungen der Ergebnisse dürften jedoch ausgesprochen gering sein, da sich die Bevölkerungsstruktur innerhalb eines Jahres nur geringgradig verändert.

bestimmten Diagnoseangaben in 2006 nutzen. Die nachfolgende Tabelle beinhaltet entsprechende Zahlenangaben für Diagnoseraten auf der Ebene von Diagnosekapiteln.

Tabelle 12: Bevölkerung in Deutschland mit Diagnosen aus der ambulanten Versorgung nach Diagnosekapiteln 2006 (Hochrechnung)

	ICD10-Kapitel	Männer Mio.	Frauen Mio.	gesamt Mio.
01	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	10,1	13,1	23,2
02	Neubildungen	5,6	9,1	14,7
03	Krankh. des Blutes und der blutbildenden Organe	2,2	3,6	5,8
04	Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechselkrankh.	12,4	18,3	30,6
05	Psychische und Verhaltensstörungen	8,8	14,2	23,0
06	Krankheiten des Nervensystems	5,7	8,9	14,6
07	Krankh. des Auges und der Augenanhangsgebilde	10,4	14,1	24,5
08	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	6,9	7,8	14,7
09	Krankheiten des Kreislaufsystems	13,7	18,0	31,7
10	Krankheiten des Atmungssystems	18,1	20,3	38,4
11	Krankheiten des Verdauungssystems	12,1	13,9	25,9
12	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	9,7	13,8	23,5
13	Krankh. des Muskel-Skelett-Systems u. d. Bindegewebes	17,6	22,0	39,6
14	Krankheiten des Urogenitalsystems	7,4	23,3	30,8
15	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	0,0	1,6	1,6
16	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	0,3	0,3	0,5
17	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	3,8	4,7	8,6
18	Symptome und abnorme klin. und Laborbefunde	13,7	20,4	34,1
19	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	11,6	12,7	24,3
21	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	15,6	30,1	45,8

Die absolute Zahl der Betroffenen übersteigt in fast allen Diagnosekapiteln die Millionengrenze. Bestimmte Kapitel bzw. zugehörige Diagnosen betreffen in Deutschland jährlich mehr als 30 Millionen Menschen. So erhielten nach den vorliegenden Daten in 2006 schätzungsweise 39,6 Millionen Menschen in Deutschland im Rahmen der ambulanten Versorgung mindestens einmalig die Diagnose einer Muskel-Skelett-Erkrankung, darunter 17,6 Mio. Männer und 22,0 Mio. Frauen.

Einen gewissen Vorgriff auf einen späteren Abschnitt des Reportes zur Häufigkeit von Diagnosen nach Geschlecht und Alter bilden die nachfolgenden vier Abbildungen zu exemplarisch ausgewählten Diagnosekapiteln. Dargestellt werden, in Relation zur Struktur der deutschen Gesamtbevölkerung 2005⁶, jeweils die Anteile der Population, die 2006 von Diagnosen (bzw. mindestens einer Diagnosenennung) aus den ausgewählten Diagnosekapiteln innerhalb des Jahres betroffen waren.

⁶ *Vergleiche vorausgehende Fußnote.*

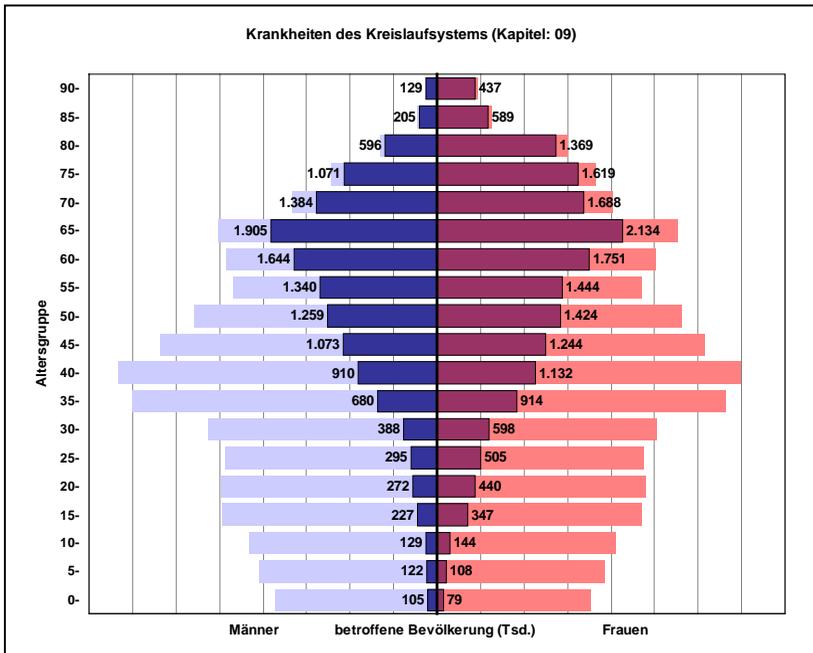


Abbildung 25: Personen mit ambulanter Diagnose einer Krankheit des Kreislaufsystems im Jahr 2006 (D2005)

Die Darstellung zur Häufigkeit von *Krankheiten des Kreislaufsystems*, zu denen u.a. Bluthochdruck, ischämische Herzerkrankungen und Varizen zählen, verdeutlicht, dass sich ein weit überwiegender Teil der schätzungsweise 31,7 Mio. Personen mit entsprechenden Diagnosen aus den höheren Altersgruppen der Bevölkerung rekrutiert.

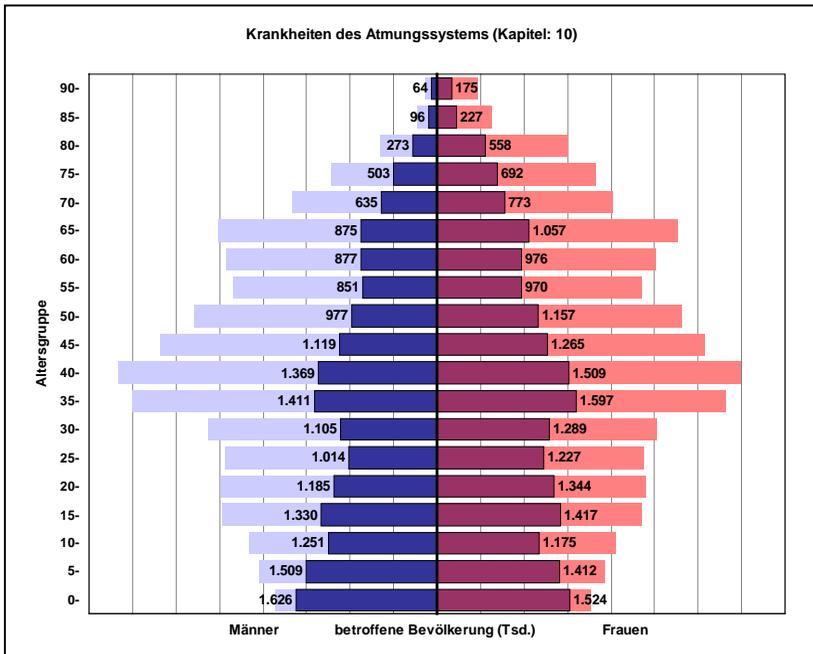


Abbildung 26: Personen mit ambulanter Diagnose einer Krankheit des Atmungssystems im Jahr 2006 (D2005)

Krankheiten des Atmungssystems betrafen nach ambulant dokumentierten Diagnosen 2006 schätzungsweise insgesamt 38,4 Mio. Einwohner in Deutschland. Zu den häufigsten ambulant diagnostizierten Erkrankungen aus diesem Kapitel zählen akute Infekte der oberen Atemwege im Sinne von gewöhnlichen Erkältungen. Kinder und Jugendliche sind, wie aus der Abbildung deutlich hervorgeht, in erheblichem Umfang betroffen.

Diagnosen im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung aus dem Kapitel "*Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems*" resultieren vorrangig aus Rückenbeschwerden. Betroffen waren 2006 in Deutschland schätzungsweise 39,6

Mio. Personen. Eine erhebliche Bedeutung kommt den Muskel-Skelett-Krankheiten bereits im mittleren Lebensalter zu.

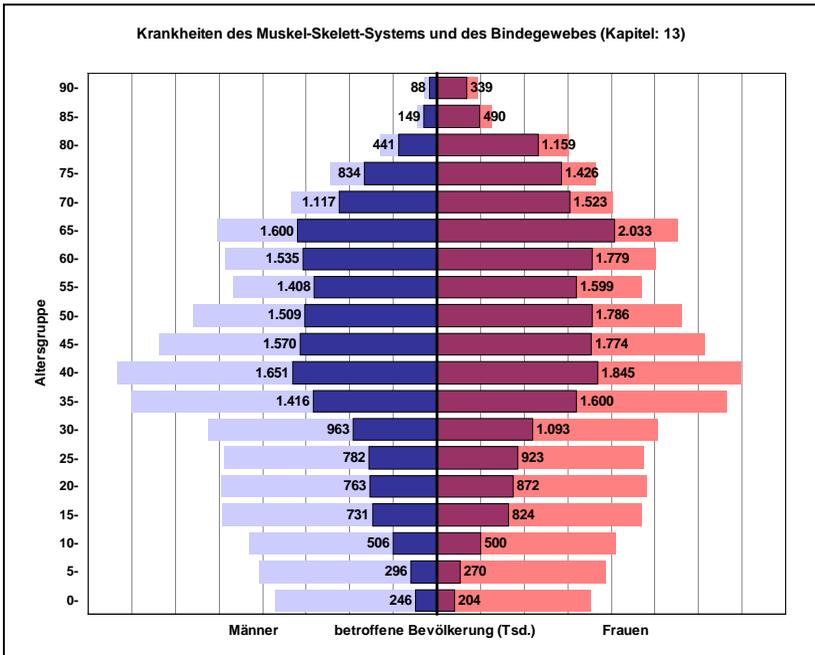


Abbildung 27: Personen mit Diagnose einer Krankheit des Muskel-Skelett-Systems im Jahr 2006 (D2005)

Von einer Diagnose aus dem ICD-Kapitel "Psychische und Verhaltensstörungen", welches alle primär als psychisch zu bezeichnenden Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten zusammenfasst, waren 2006 27,9% der Bevölkerung und damit rund 23 Mio. Menschen in Deutschland betroffen (vgl. nachfolgende Abbildung).

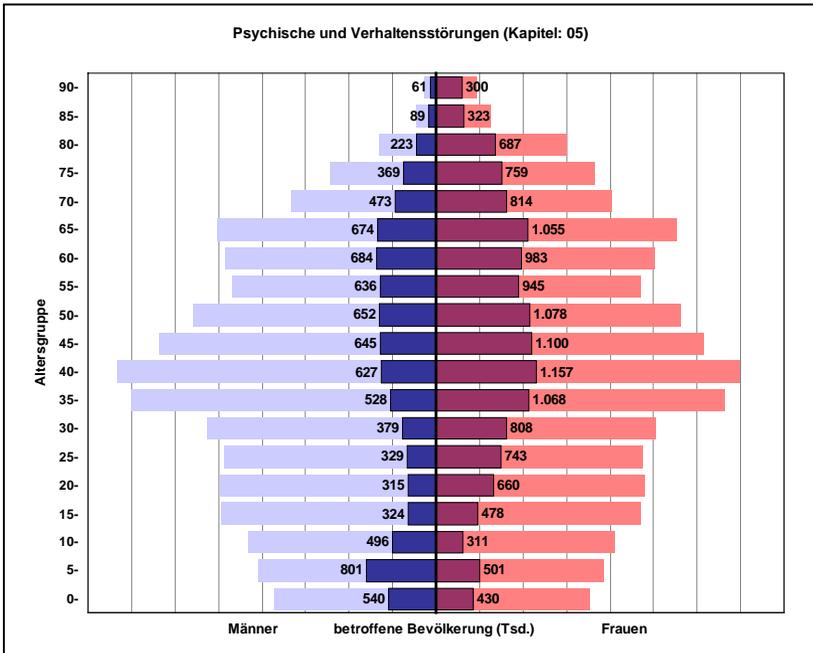


Abbildung 28: Personen mit Diagnose "Psychische und Verhaltensstörungen" im Jahr 2006 (D2005)

In nahezu allen Altersgruppen sind Frauen deutlich häufiger betroffen. Insgesamt resultiert so bei Frauen eine Diagnoserate von 33,7%, während sie bei Männern insgesamt 21,9% beträgt. Eine Ausnahme bildet hinsichtlich der Geschlechtsverteilung das Kinder- und frühe Jugendalter. Hier sind Jungen deutlich häufiger von einer Diagnose aus dem Kapitel "Psychische und Verhaltensstörungen" als Mädchen betroffen.

Diagnosegruppen

Eine im Vergleich zu Diagnosekapiteln wesentlich differenziertere Gliederungsebene in der ICD10 bilden die mehr als 200 Diagnosegruppen. In der nachfolgenden Tabelle werden zu einer Auswahl relevanter Diagnosegruppen wiederum die Anteile der von den zugehörigen Diagnoseschlüsseln im Jahr 2006 betroffenen Bevölkerung angegeben (die Auflistung der Diagnosegruppen erfolgt in einer absteigenden Sortierung nach dem Anteil der insgesamt betroffenen Bevölkerung). Von den aufgeführten Diagnosegruppen sind jeweils mindestens 7,4% der Bevölkerung, also schätzungsweise mehr als 6 Mio. Menschen in Deutschland, betroffen.

Die Diagnosegruppe mit der bevölkerungsbezogen weitesten Verbreitung bilden "Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens", die innerhalb eines Jahres bei 34% der Bevölkerung als Diagnose dokumentiert werden. Etwa 20 bis 27% der Bevölkerung erhalten Diagnosen aus den Gruppen "Akute Infektionen der oberen Atemwege", "Hypertonie [Hochdruckkrankheit]", "Arthropathien", "Affektionen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen" und "Stoffwechselstörungen".

Eine Sonderstellung nimmt die in sich recht heterogene Diagnosegruppe "Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes" ein, von der nach den ärztlichen Diagnosedokumentationen knapp 45% aller Frauen innerhalb eines Jahres betroffen sind. Auf den ersten Blick völlig abwegig erscheint, dass auch immerhin knapp 0,1% aller Männer von entsprechenden Diagnosen betroffen sind. Immerhin etwa ein Drittel dieser bei Männern zunächst abwegig erscheinenden Diagnosevergabe lässt sich auf die Verwendung des Diagnoseschlüssels N97 "Sterilität der Frau" im Sinne eines Behandlungs- bzw. Beratungsanlasses bei Männern zurückführen. Die verbleibenden zwei Drittel dürften allerdings vorrangig aus Dokumentationsfehlern resultieren. Aus der Beobachtung resultiert die Empfehlung, dass Diagnoseraten mit Häufigkeiten im Promillebereich grundsätzlich nicht ohne eine weitere Validierung und Verifizierung der Daten interpretiert werden sollten.

Tabelle 13: Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen aus der ambulanten Versorgung: Häufig verwendete Diagnosegruppen 2006 (stand.D2005)

ICD	ICD10-Diagnosegruppe	Männer Anteil	Frauen Anteil	gesamt Anteil
M40-M54	Krankheiten d. Wirbelsäule u. d. Rückens	29,9%	37,9%	34,0%
Z00-Z13	Personen, die das Gesundheitswesen zur Untersuchung und Abklärung in	16,5%	48,3%	32,7%
Z20-Z29	Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken hinsichtlich übertragbarer	24,4%	29,0%	26,7%
J00-J06	Akute Infektionen der oberen Atemwege	25,2%	28,0%	26,6%
I10-I15	Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	22,6%	25,3%	24,0%
N80-N98	Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	0,1%	44,7%	22,9%
M00-M25	Arthropathien	19,5%	25,0%	22,3%
H49-H52	Affektionen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie	18,5%	24,8%	21,7%
E70-E90	Stoffwechselstörungen	21,4%	21,9%	21,7%
M60-M79	Krankheiten der Weichteilgewebe	15,6%	19,8%	17,7%
R50-R69	Allgemeinsymptome	14,4%	20,5%	17,5%
J30-J39	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	16,3%	17,9%	17,1%
J40-J47	Chronische Krankheiten d. unt. Atemwege	16,0%	16,9%	16,5%
L20-L30	Dermatitis und Ekzem	13,2%	18,2%	15,8%
Z30-Z39	Personen, die das Gesundheitswesen im Zusammenhang mit Problemen der	0,7%	28,3%	14,8%
R10-R19	Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen	9,7%	19,1%	14,5%
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	8,7%	20,0%	14,5%
E00-E07	Krankheiten der Schilddrüse	6,7%	20,6%	13,8%
I80-I89	Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten, anderenorts	10,0%	17,1%	13,6%
K20-K31	Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums	10,4%	12,8%	11,6%
D10-D36	Gutartige Neubildungen	8,3%	14,8%	11,6%
R00-R09	Symptome, die das Kreislaufsystem und das Atmungssystem betreffen	10,3%	11,8%	11,0%

ICD	ICD10-Diagnosegruppe	Männer Anteil	Frauen Anteil	gesamt Anteil
I30-I52	Sonstige Formen der Herzkrankheit	9,7%	11,8%	10,8%
G40-G47	Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems	7,8%	13,3%	10,6%
F30-F39	Affektive Störungen	5,5%	13,3%	9,5%
J20-J22	Sonst. akute Infektionen d. unt. Atemwege	9,4%	9,6%	9,5%
Z80-Z99	Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken aufgrund der Familien- oder	7,0%	11,8%	9,5%
N30-N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	4,9%	13,7%	9,4%
T08-T14	Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten	9,2%	9,1%	9,1%
H53-H54	Sehstörungen und Blindheit	7,7%	10,1%	8,9%
H90-H95	Sonstige Krankheiten des Ohres	8,4%	9,1%	8,8%
B35-B49	Mykosen	6,2%	11,0%	8,7%
M95-M99	Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	7,2%	9,7%	8,5%
E65-E68	Adipositas und sonstige Überernährung	6,5%	9,6%	8,1%
L60-L75	Krankheiten der Hautanhangsgebilde	5,7%	10,4%	8,1%
E10-E14	Diabetes mellitus	8,1%	7,9%	8,0%
K50-K52	Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis	7,7%	7,7%	7,7%
H10-H13	Affektionen der Konjunktiva	6,8%	8,4%	7,6%
H65-H75	Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes	7,3%	7,5%	7,4%
H25-H28	Affektionen der Linse	5,8%	8,8%	7,4%

Einzelne Diagnosen (3stellige ICD10-Schlüssel)

Auf der 3stelligen Kodierungsebene umfasst die ICD10 mehr als 1.600 unterschiedliche Diagnoseschlüssel. Die nachfolgende Tabelle zeigt für häufig verwendete 3stellig differenzierte Diagnosen die Anteile der im Jahr 2006 betroffenen Bevölkerung, also den Anteil der Personen, bei denen eine entsprechende Diagnose mindestens einmalig innerhalb des Jahres 2006 im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung dokumentiert wurde.

Die Bedeutung vieler der hier aufgeführten 3stelligen Diagnosen lässt sich bereits nach der vorausgehenden Auswertung zu Diagnosegruppen vermuten. Die am weitesten verbreitete Diagnose stellen "Rückenschmerzen" mit dem Diagnoseschlüssel M54 dar, von denen nach ambulant-ärztlichen Diagnoseangaben gut 24% der Population innerhalb eines Jahres betroffen sind. Auf Rang zwei folgt die primäre Hypertonie, also Bluthochdruck ohne definierte organische Ursache, mit 23,3%. Rang drei im Sinne von Erkrankungen belegen Akkommodationsstörungen, also Diagnosen einer Fehlsichtigkeit, die bei 20,8% der Population innerhalb eines Jahres erfasst sind.

Die geschlechtsspezifisch sehr unterschiedliche Erfassungshäufigkeit des Schlüssels Z12 "Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen" gibt einen Hinweis auf die unterschiedliche Bedeutung von Krebsvorsorgeuntersuchungen bei Männern (Z12: 4,9%) und Frauen (Z12: 36,1%).

Tabelle 14: Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen aus der ambulanten Versorgung: Häufig verwendete 3stellige Diagnosen 2006 (stand.D2005)

ICD	ICD10-Diagnose 3stellig	Männer Anteil	Frauen Anteil	gesamt Anteil
M54	Rückenschmerzen	21,3%	27,5%	24,5%
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	21,9%	24,6%	23,3%
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	4,9%	36,1%	20,8%
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	17,7%	23,8%	20,8%
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	17,2%	18,0%	17,6%
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	14,9%	15,5%	15,2%
Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	0,4%	26,9%	13,9%
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	11,3%	14,5%	13,0%
Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	11,8%	13,7%	12,8%
N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	0,0%	22,7%	11,6%
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	5,8%	14,5%	10,2%
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	6,9%	11,1%	9,0%
J20	Akute Bronchitis	8,8%	9,0%	8,9%
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	8,5%	8,2%	8,4%
F45	Somatoforme Störungen	4,6%	11,4%	8,1%
F32	Depressive Episode	4,6%	11,5%	8,1%
E04	Sonstige nichttoxische Struma	4,0%	12,0%	8,1%
E66	Adipositas	6,4%	9,5%	8,0%
L30	Sonstige Dermatitis	7,1%	8,9%	8,0%
N95	Klimakterische Störungen	0,0%	15,3%	7,8%
J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	7,4%	8,3%	7,8%

ICD	ICD10-Diagnose 3stellig	Männer Anteil	Frauen Anteil	gesamt Anteil
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	6,5%	9,0%	7,8%
H53	Sehstörungen	6,4%	8,4%	7,5%
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	7,0%	7,7%	7,3%
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	7,2%	7,1%	7,2%
M47	Spondylose	5,8%	8,1%	7,0%
K29	Gastritis und Duodenitis	5,9%	7,8%	6,9%
Z26	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	6,3%	7,4%	6,9%
H10	Konjunktivitis	6,0%	7,4%	6,7%
Z27	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten	6,4%	6,8%	6,6%
H50	Sonstiger Strabismus	5,7%	7,3%	6,5%
N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	3,0%	9,7%	6,4%
I83	Varizen der unteren Extremitäten	3,5%	9,1%	6,3%
J45	Asthma bronchiale	6,0%	6,6%	6,3%
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	6,9%	5,5%	6,2%
E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	6,2%	6,1%	6,2%
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	4,9%	7,3%	6,1%
T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	5,0%	7,3%	6,1%
J03	Akute Tonsillitis	5,6%	6,4%	6,0%
N76	Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva	0,0%	11,3%	5,8%

Häufige Diagnosen nach Alter und Geschlecht

Diagnosen bzw. Diagnoseraten nach Routinedaten aus der ambulanten ärztlichen Versorgung können nur bedingt und mit gewissen Einschränkungen mit Erkrankungsdaten aus primären Erhebungen zum Gesundheitszustand in der Bevölkerung verglichen oder gleichgesetzt werden:

Die Dokumentation von Diagnosen in ambulanten ärztlichen Abrechnungsdaten dient in erster Linie dazu, die im Behandlungsfall abgerechneten oder ggf. veranlassten Leistungen zu legitimieren. Die Dokumentation kann per se, selbst bei Personen, die einen Arzt aufgesucht haben, keinesfalls als vollständige Dokumentation aller potenziell nachweisbaren Erkrankungen angesehen werden, da nicht alle Diagnosen für den einzelnen Behandlungsfall und dessen Abrechnung relevant sind. Zusätzlich fehlt in den Daten selbstverständlich jegliche Dokumentation von Erkrankungszuständen bei all jenen Personen, die keinen Arztkontakt im gewählten Beobachtungszeitraum hatten, wobei dieser Personenkreis allerdings nach den vorliegenden Daten innerhalb eines Jahres mit weniger als 10% eher klein ist. Nach den hier zunächst aufgeführten Überlegungen wäre davon auszugehen, dass die *reale Erkrankungshäufigkeit*, auch bei ansonsten adäquater Auswertung valider Daten zur ambulanten ärztlichen Versorgung, zwangsläufig immer in mehr oder minder starkem Umfang *unterschätzt* wird. Dies dürfte insbesondere für Diagnosen gelten, die keine Begründung für die Erbringung spezifischer Leistungen liefern und die auch anderweitig (z.B. zur Legitimation von Arzneiverordnungen) wenig oder nicht relevant sind.

Diagnosen mit hoher Relevanz als Abrechnungsbegründung dürften im Gegenzug – bei oftmals recht großem Ermessensspielraum in der ärztlichen Praxis – tendenziell und im Vergleich zur der zuvor beschriebenen Gruppe verhältnismäßig oft und zum Teil auch eher großzügig dokumentiert werden. Zu einer verhältnismäßig hohen Zahl von Diagnosen kann zudem die eingesetzte Praxissoftware beitragen, sofern diese Diagnosen von (vermeintlich) chronischen Erkrankungen automatisch aus vorausgehend dokumentierten Behandlungsfällen zum selben Patienten, möglicherweise auch ohne Einzelnachfrage, über-

nimmt. Zudem dürfte es eine Reihe von Behandlungsanlässen geben, die sich nur schlecht mit den vorgegebenen ICD-Diagnosen beschreiben oder im Sinne der Abrechnungsvorgaben begründen lassen und die insofern zu einer Kodierung von mehr oder weniger sinnvollen "Ersatzdiagnosen" führen können.

Schließlich ist – insbesondere auch in Anbetracht der hohen Zahl an dokumentierten Diagnosen – selbst bei Unterstellung einer sorgfältigen und gewissenhaften ärztlichen Dokumentation – von einem gewissen Anteil an Eingabe- und Übertragungsfehlern auszugehen (die schon bei ausgesprochen geringen Fehlerraten um 1 Promille in den jetzt ausgewerteten Daten zu mehreren 10.000 fehlerhaft erfassten Diagnoseschlüsseln führen würden).

Trotz der genannten Einschränkungen bieten die Diagnoseinformationen aus der ambulanten Versorgung bei einer Verknüpfung mit weiteren Daten einer Krankenkasse wichtige und anderweitig in wesentlichen Teilen schlicht nicht verfügbare Möglichkeiten zu Auswertungen im Hinblick auf Erkrankungshäufigkeiten, die sich, im Gegensatz zu den meisten Primärerhebungen, auf das gesamte Erkrankungsspektrum gemäß Kodiermöglichkeiten in der ICD10 beziehen, Aussagen zu allen Altersgruppen erlauben, nicht durch eine eingeschränkte Studienbeteiligung verzerrt werden und auf erheblich größere Untersuchungspopulationen zurückgreifen können.

Zwei wesentliche und im Hinblick auf alle Erkrankungen relevante personenbezogene Determinanten für Erkrankungshäufigkeiten bilden die beiden Merkmale Geschlecht und Alter. Die nachfolgenden Seiten zeigen zunächst die geschlechts- und altersspezifischen Diagnoseraten für die fünf häufigsten 3stelligen ICD10-Diagnosen.

Rückenschmerzen (ICD10: M54)

Rückenschmerzen bzw. der ICD10-Diagnoseschlüssel M54 ist die am weitesten verbreitete Diagnose auf 3stelliger Diagnoseebene. Dies gilt nicht nur, wie bereits vielfach festgestellt, im Hinblick auf Arbeitsunfähigkeiten von Erwerbspersonen, sondern auch im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung der Gesamtbevölkerung unter Einschluss aller Altersgruppen. Die Diagnose wurde 2006 in Deutschland bei 24,5% der Bevölkerung entsprechend 20,2 Mio. Menschen gestellt. Frauen waren etwas häufiger als Männer betroffen (27,5% vs. 21,3% entsprechend 11,6 Mio. vs. 8,6 Mio.). Ein verhältnismäßig steiler Anstieg der Diagnoserate zeichnet sich bereits im Jugendlichenalter ab. Die höchsten Diagnoseraten mit Werten von über 30% bei Männern und nahe 40% bei Frauen zeigen sich beim Übergang ins Rentenalter (vgl. Tabelle A 17: S. 292 im PDF-Anhang).

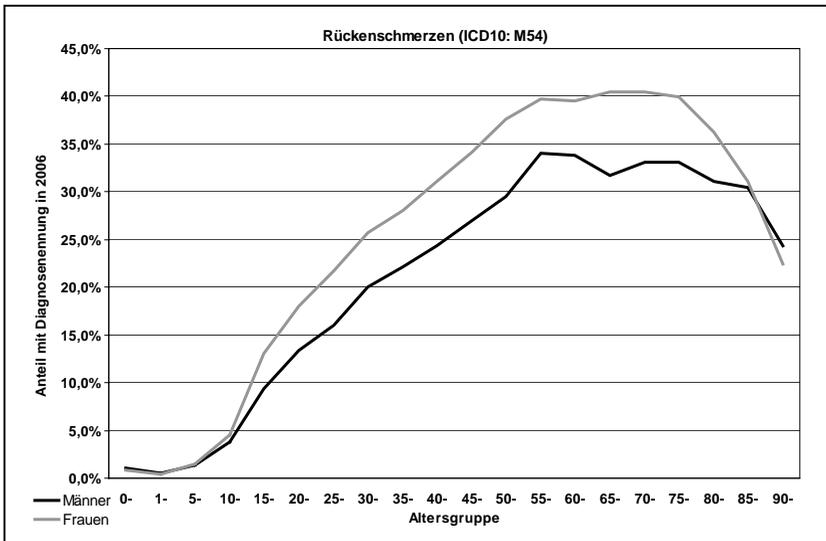


Abbildung 29: Anteil Personen mit der Diagnose Rückenschmerzen (ICD10: M54) im Jahr 2006 nach Geschlecht und Alter

Essentielle Hypertonie (ICD10: I10)

Unter einer essentiellen Hypertonie versteht man einen Bluthochdruck ohne feststellbare organische Ursachen. Von einer entsprechenden Diagnose sind in Deutschland 19,2 Mio. Personen bzw. 23,3% der Bevölkerung betroffen.

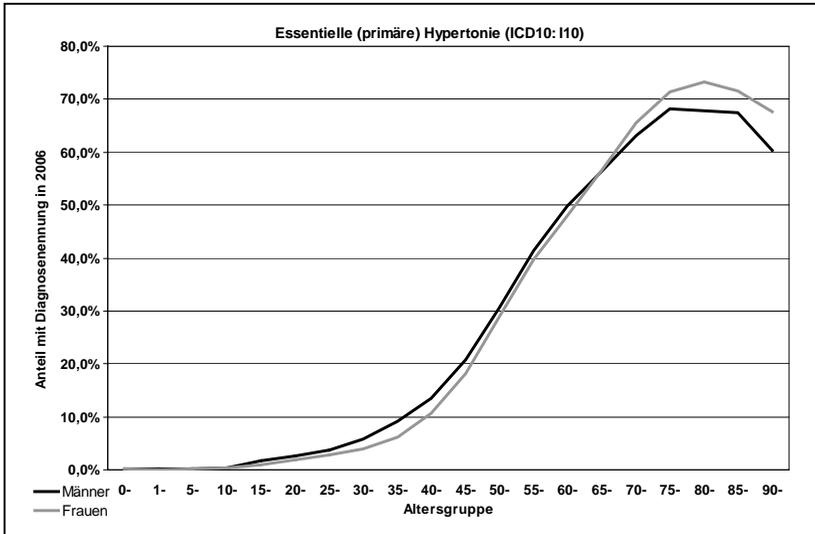


Abbildung 30: Anteil Personen mit der Diagnose Hypertonie (ICD10: I10) im Jahr 2006 nach Geschlecht und Alter

Es zeigt sich eine weitgehend übereinstimmende Diagnoserate bei beiden Geschlechtern mit einem deutlichen Anstieg der Häufigkeit nach dem 45. Lebensjahr. Diagnoseraten über 60% finden sich bei Frauen und Männern ab 70 Jahre. Insbesondere unter hochbetagten Männern liegt die Häufigkeit etwas niedriger als um das 75. Lebensjahr herum (vgl. Tabelle A 18: S. 293 im PDF-Anhang). Verantwortlich für entsprechende Rückgänge im hohen Alter können allgemein drei Effekte sein: Zum einen kann es sich um einen realen Rückgang mit zunehmendem Alter in einer Population handeln (hier z.B. im Zusammenhang mit einer oft beobachteten Reduktion des Übergewichts bei Hochbetag-

ten). Des Weiteren können Effekte einer Übersterblichkeit bei Diagnoseträgern eine Rolle spielen (hier also mit mehr überlebenden "Normotonikern" im Hochbetagtenalter). Schließlich kann aber auch die Dominanz anderer Erkrankungen und Beschwerden zu einer (artifizuell) erniedrigten Diagnoserate führen.

Weitere Hypertoniediagnosen (I11-I15), unter anderem mit Hinweisen auf eine organische Ursache der Hypertonie, spielen eine untergeordnete Rolle, so dass sich bei einer Mitberücksichtigung auch altersspezifisch kaum veränderte Diagnoseraten ergeben. Insgesamt sind von der Diagnose Hypertonie (ICD10-Gruppe I10-I15) 24,0% der Population betroffen (vgl. auch Tabelle 13: S. 92).

Untersuchung auf Neubildungen – Krebsvorsorge (ICD10: Z12)

Die Vergabe dieses ICD10-Schlüssels betraf 2006 etwa 17,2 Mio. Personen entsprechend 20,8% der Bevölkerung, wobei Frauen mit 36,1% erheblich häufiger als Männer (4,9%) betroffen sind.

Hier nicht weiter dargestellte Auswertungen auf der 4stelligen ICD10-Ebene zeigen, dass von Ärzten bei Vergabe des Schlüssels Z12 zu mehr als 80% der 4stellige ICD10-Schlüssel Z12.9 (Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildung, nicht näher bezeichnet) verwendet wird. Damit sind differenziertere Aussagen über die im Einzelfall gewählte spezifische Untersuchung i.d.R. auf der Basis von ICD-Angaben nicht möglich.

In der mit Raten von über 50% am häufigsten betroffenen Altersgruppe jüngerer Frauen dürften, auch ohne entsprechende Hinweise im Diagnoseschlüssel, Untersuchungen der Cervix (des Muttermundes) die mit Abstand größte Rolle spielen. Bei Männern sind Untersuchungen auf Neubildungen vor Vollendung des 45. Lebensjahres eine ausgesprochene Rarität, am häufigsten wird der ICD-Schlüssel bei 65 bis unter 70jährigen Männern vergeben, von denen 15,9% betroffen sind. Selbst in dieser Altersgruppe liegt die Rate bei Frauen mit 43,9% allerdings noch fast 3fach höher, um bis ins Hochbetagten-

alter auf eine vergleichbar geringe Rate wie bei Männern von unter 10% zu sinken (vgl. Tabelle A 20: S. 295 im PDF-Anhang).

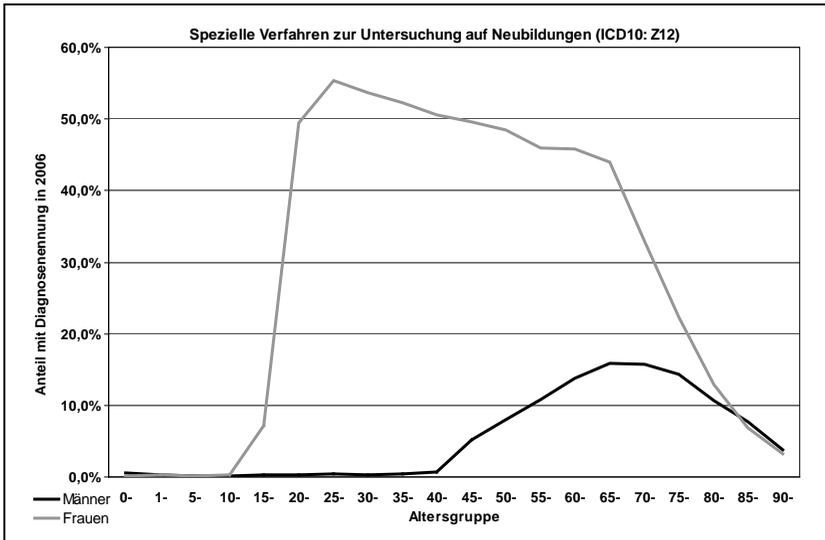


Abbildung 31: Anteil Personen mit Untersuchung auf Neubildung (ICD10: Z12) im Jahr 2006 nach Geschlecht und Alter

Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler (ICD10: H52)

Unter dem ICD10-Schlüssel H52 werden Diagnosen einer Fehlsichtigkeit im Sinne einer Kurz- oder Weitsichtigkeit (inklusive der Alterssichtigkeit) erfasst. In 2006 wurde eine entsprechende Diagnose bei 17,1 Mio. Personen bzw. 20,8% der Bevölkerung (mindestens einmalig) vergeben.

Frauen sind ab dem Jugendalter bei sonst vergleichbarem altersabhängigen Verlauf häufiger als Männer von einer entsprechenden Diagnose betroffen. Ein erster Altersgipfel der Diagnosehäufigkeit zeichnet sich mit Beginn der Schulpflicht ab. Im jungen Erwachsenenalter finden sich deutlich geringere Diagnoseraten. Erst nach dem 40. Lebensjahr kommt es zu einem erneuten deutlichen Anstieg der Diagnoserate (vermutlich im Zusammenhang mit beginnender Al-

terssichtigkeit). Ein Maximum erreichen die Diagnoseraten mit Werten über 40% im 75.-80. Lebensjahr (vgl. Tabelle A 19: S. 294 im PDF-Anhang).

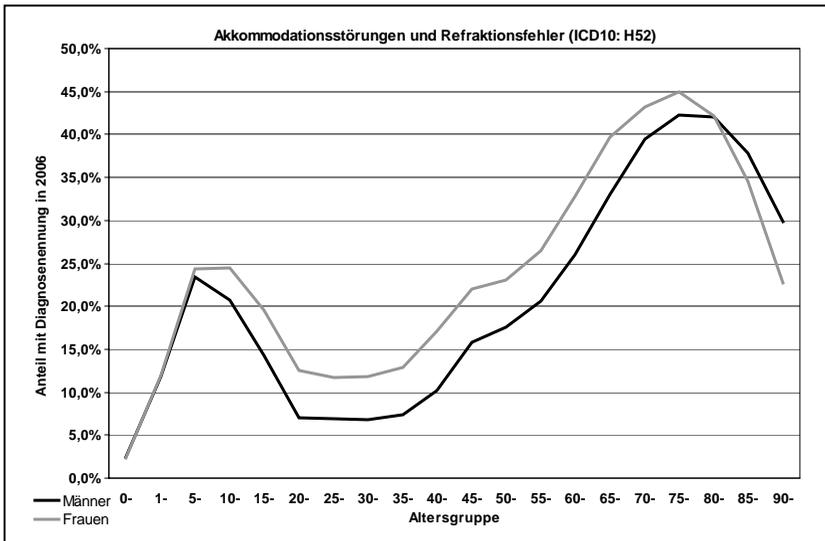


Abbildung 32: Anteil Personen mit der Diagnose Akkommodationsstörungen (ICD10: H52) im Jahr 2006 nach Geschlecht und Alter

Lipidämien – Fettstoffwechselstörungen (ICD10: E78)

Von Fettstoffwechselstörungen (vorrangig erfahrungsgemäß Hypercholesterinämien) waren nach ambulanten Diagnoseangaben 2006 insgesamt 17,6% der Bevölkerung bzw. 14,5 Mio. Personen in Deutschland betroffen. Die Raten liegen dabei bei Männern und Frauen mit 17,2% bzw. 18,0% auf einem vergleichbaren Niveau. Ab einem Alter von 40 Jahren ist bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter ein steiler Anstieg der Diagnoserate feststellbar, ab einem Alter von 65 Jahren sind mehr als 40% der Population betroffen, ab 85 Jahre wird die Diagnose wieder deutlich seltener dokumentiert (vgl. Tabelle A 21: S. 296 im PDF-Anhang).

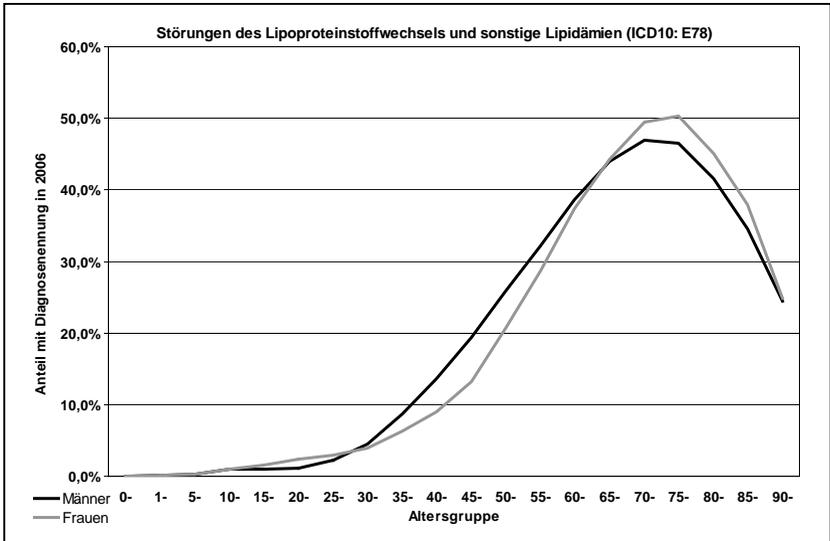


Abbildung 33: Anteil Personen mit der Diagnose Lipidämie (ICD10: E78) im Jahr 2006 nach Geschlecht und Alter

Häufige Diagnosen in bestimmten Altersgruppen

Detaillierte Darstellungen von Ergebnissen zu allen Diagnosen sind, selbst bei einer Beschränkung auf zahlenmäßig für entsprechende Darstellungen ausreichend häufig erfasste Diagnosen, im Rahmen einer Buchdarstellung nicht möglich. So wurden in den hier betrachteten ambulanten Daten zu GEK-Versicherten mehr als 1.600 unterschiedliche 3-stellige ICD10-Diagnoseschlüssel erfasst, von denen immerhin 441 unterschiedliche 3-stellige Diagnoseschlüssel jeweils mehr als 5.000 Versicherte der GEK innerhalb des Jahres 2006 betreffen und sich aus statistischer Sicht damit zweifellos für eine detailliertere Betrachtung eignen würden. Nach Hochrechnung der vorliegenden Daten dürften etwa 345 unterschiedliche Diagnoseschlüssel existieren, die im Jahr 2006 jeweils bei mindestens einer halben Million Bundesbürgern vergeben worden sein dürften. Von insgesamt etwa 700 unterschiedlichen 3-stelligen ICD10-Diagnosen dürften jeweils noch mindestens 100.000 Personen und damit mehr als ein Promille der Bevölkerung in Deutschland betroffen gewesen sein.

Eine Möglichkeit zur Auswahl potenziell relevanter Informationen im Sinne einer Übersichtsdarstellung zu ambulant vergebenen Diagnosen bietet die Fokussierung auf einzelne Altersgruppen, die den Inhalt der nachfolgenden Seiten bilden soll. Beantwortet werden soll die Frage, ob, und wenn ja, welche Diagnosen in einzelnen Altersgruppen eine herausragende Rolle spielen. Hierzu werden, zum Teil auch separat für beide Geschlechter, Angaben zu den 20 am weitesten verbreiteten Diagnosen in insgesamt 7 exklusiven Altersgruppen dargestellt. Die altersabhängige Aufteilung separiert dabei Säuglinge und Kleinkinder (0 bis unter 5 Jahre), Kinder (5 bis unter 15 Jahre), Jugendliche (15 bis unter 25 Jahre), junge Erwachsene (25 bis unter 40 Jahre), Erwachsene (40 bis unter 65 Jahre), Personen im Ruhestandsalter (65 bis unter 80 Jahre) sowie Hochbetagte (hier Personen ab 80 Jahre).

Säuglinge und Kleinkinder, Altersgruppen 0 bis unter 5 Jahre

Säuglinge und Kleinkinder stellten 2005⁷ in Deutschland mit 3,6 Mio. einen Anteil von 4,4% an der Gesamtbevölkerung. Die Zahl der Arztkontakte liegt in dieser jüngsten Altersgruppe allgemein deutlich über der bei älteren Kindern (vgl. auch Abbildung 8: S. 56). Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick zu den 20 am häufigsten⁸ vergebenen 3stelligen ICD10-Schlüsseln unter Säuglingen und Kleinkindern. In der ersten Ergebnisspalte wird der prozentuale Anteil der innerhalb des Jahres 2006 von der genannten Diagnose betroffenen Säuglinge und Kleinkinder angegeben, die zweite Ergebnisspalte nennt die hochgerechnete absolute Zahl der Betroffenen in Deutschland.

Ein erster Blick auf die Tabelle offenbart, dass neben Routine- bzw. Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen unterschiedliche Infektionserkrankungen eine herausragende Rolle in der ambulanten Versorgung von Säuglingen und Kleinkindern spielen. Mehr als die Hälfte der Kinder war 2006 von "Akuten Infektionen ..." im Sinne der unspezifischen Diagnose J06 betroffen, bei mehr als einem Viertel der Kinder wurde jeweils "Fieber unbekannter Ursache" (R50), eine "Akute Bronchitis" (J20), nicht näher bezeichnete Viruskrankheiten (B34) oder eine eitrige Mittelohrentzündung (H66) diagnostiziert. Als nicht-infektiöse Erkrankungen erscheinen in der Liste neben der "nichtinfektiösen Gastritis" (K52) mit einer Diagnoserate von 22% lediglich zwei Diagnosen von Hauterkrankungen, "Sonstige Dermatitis" (L30) sowie "Athopisches Ekzem" (L20), von denen jeweils 17,0% bzw. 16,9% aller Kinder innerhalb eines Jahres betroffen sind.

⁷ Da bei Erstellung des Reportes aktuellere Bevölkerungszahlen noch nicht verfügbar waren, wurden hier durchgängig wie bei der Standardisierung Zahlen zu 2005 zugrundegelegt, die sich aber nur marginal von denen des Jahres 2006 unterscheiden dürften.

⁸ Grundsätzlich sind mit dieser Formulierung an dieser Stelle und in den nachfolgenden Abschnitten immer die Diagnosen gemeint, die den größten Anteil der jeweils fokussierten Gruppe betreffen, was jedoch sprachlich nur recht umständlich korrekt zum Ausdruck gebracht werden kann.

Tabelle 15: Häufige Diagnosen: Säuglinge/Kleinkinder 0 bis unter 5 Jahre

R.	ICD	Diagnose 3stellig	Anteil Betroffene	Betroffene
		Population n=3.613 Tsd.; Ant.: 4,4%	(%)	(in Tsd.)
1	Z00	Allgemeinuntersuchung u. Abklärung bei Personen ohne Beschwerden o. angegebene Diagnose	68,6%	2.480
2	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen d. oberen Atemwege	58,2%	2.105
3	Z27	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten	41,7%	1.506
4	R50	Fieber sonstiger und unbekannter Ursache	35,1%	1.269
5	J20	Akute Bronchitis	31,1%	1.124
6	Z26	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	27,5%	993
7	B34	Viruskrankheit n. n. bezeichneter Lokalisation	27,4%	992
8	H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	27,2%	982
9	H10	Konjunktivitis	26,5%	956
10	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis u. Kolitis	22,1%	797
11	B99	Sonstige und n. n. bez. Infektionskrankheiten	20,8%	750
12	J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	20,2%	731
13	Z29	Notwendigkeit v. a. prophylaktischen Maßnahmen	19,1%	692
14	R05	Husten	18,4%	663
15	J40	Bronchitis, nicht als akut o. chronisch bezeichnet	18,3%	662
16	J03	Akute Tonsillitis	18,2%	657
17	A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	18,0%	651
18	H65	Nichteitrige Otitis media	17,9%	646
19	L30	Sonstige Dermatitis	17,0%	614
20	L20	Atopisches [endogenes] Ekzem	16,9%	610

Kinder, Altersgruppen 5 bis unter 15 Jahre

Die 5- bis unter 15-Jährigen, hier als Kinder bezeichnet, repräsentierten in Deutschland mit 8,17 Mio. einen Bevölkerungsanteil von 10%. Die Anzahl der Arztkontakte bewegt sich in dieser Altersgruppe bei beiden Geschlechtern auf einem übereinstimmenden und im Vergleich zu anderen Altersgruppen verhältnismäßig niedrigen Niveau (vgl. auch Abbildung 8: S. 56). Im Vergleich zum Kleinkindalter spielen Routineuntersuchungen und Impfungen eine deutlich geringere Rolle. Deutlich seltener wird u.a. eine Mittelohrentzündung diagnostiziert. Eine sehr starke Bedeutung erlangen mit Eintritt ins Schulalter Sehfehler, die unter verschiedenen ICD10-Schlüsseln erfasst werden (H52, H50). 23,2% der Kinder erhalten innerhalb des Jahres die Diagnose einer Fehlsichtigkeit im Sinne des ICD10-Schlüssels H52. Andere Diagnosen, wie die "Akute Tonsillitis" (J03) sowie "Verletzungen" (T14), zeigen im Vergleich zum Kleinkindalter eine leicht rückgängige Diagnoserate, steigen jedoch durch den Wegfall anderer Diagnosen in der Rangfolge der häufigsten Diagnoseschlüssel.

Tabelle 16: Häufige Diagnosen: Kinder 5 bis unter 15 Jahre

R.	ICD	Diagnose 3stellig	Anteil Betroffene	Betroffene
		Population n=8.174 Tsd.; Ant.: 9,9%	(%)	(in Tsd.)
1	J06	Akute Infektionen an mehreren o. n. n. bez. Lokalisationen der oberen Atemwege	29,4%	2.401
2	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	23,2%	1.895
3	J03	Akute Tonsillitis	15,4%	1.262
4	J20	Akute Bronchitis	14,3%	1.168
5	H50	Sonstiger Strabismus	13,2%	1.079
6	T14	Verletzung an einer n. n. bez. Körperregion	13,2%	1.078
7	Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen o. Beschwerden oder angegebene Diagnose	12,7%	1.042
8	Z26	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	12,4%	1.017
9	Z27	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten	12,4%	1.010
10	R50	Fieber sonstiger und unbekannter Ursache	12,2%	1.001
11	B34	Viruskrankheit n. n. bezeichneter Lokalisation	11,6%	945
12	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	11,2%	912
13	H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	10,7%	871
14	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	10,5%	859
15	B07	Viruswarzen	10,4%	851
16	Z24	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen bestimmte einzelne Viruskrankheiten	10,3%	842
17	J40	Bronchitis, nicht als akut oder chron. bezeichnet	10,0%	814
18	L20	Atopisches [endogenes] Ekzem	10,0%	814
19	J02	Akute Pharyngitis	9,6%	788
20	H10	Konjunktivitis	9,4%	769

Jugendliche, Altersgruppen 15 bis unter 25 Jahre

Als Jugendliche sollen im Kontext dieser Auswertung 15- bis unter 25-Jährige verstanden werden, die 2005 mit 9,7 Mio. Personen einen Bevölkerungsanteil von 11,7% in Deutschland stellten. Ab einem Alter von 15 Jahren zeigen sich unter männlichen und weiblichen Personen erheblich divergierende Inanspruchnahmen der ambulanten Versorgung (vgl. auch Abbildung 8: S. 56) sowie ein erheblich unterschiedliches Diagnosespektrum, weshalb in den nachfolgenden Abschnitten grundsätzlich separate Auflistungen zu Ergebnissen bei Männern und Frauen dargestellt werden.

Männliche Jugendliche im Alter zwischen 15 bis unter 25 Jahre weisen eine insgesamt ausgesprochen geringe Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen auf. Weiterhin spielen unter den aufgeführten häufigen Diagnosen akute und oftmals infektiöse Erkrankungen eine dominierende Rolle. Erwartungsgemäß taucht die Diagnose "Akne" als typisches Pubertätsproblem in der Liste der häufigen Diagnosen auf, auch allergische Erkrankungen (J30, J45, T78) spielen im Vergleich zu anderen Erkrankungen eine relativ große Rolle. Bemerkenswert erscheint, dass "Rückenschmerzen" (M54) unter männlichen Jugendlichen bereits Rang 2 unter den häufigsten Diagnosen einnehmen. Hinter der etwas missverständlich bezeichnete Diagnose T78 "Unerwünschte Nebenwirkungen" verbergen sich in der Regel nicht näher bezeichnete Allergien.

Bei weiblichen Jugendlichen liegt die Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung deutlich höher als bei männlichen Jugendlichen, wobei gynäkologische Probleme (inklusive Krebsfrüherkennung) und Kontrazeption in diesem Alter eine entscheidende Rolle spielen. Gynäkologische Diagnosen dominieren die häufig gestellten Diagnosen, womit Erkrankungen, die auch bei männlichen Jugendlichen eine Rolle spielen, in den Hintergrund treten. Dabei dürfte insbesondere die häufige Verwendung der Diagnose "Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina" (N89) vorrangig aus Abrechnungsbestimmungen resultieren und entsprechend keine Hinweise auf reale Erkrankungshäufigkeiten liefern.

Tabelle 17: Häufige Diagnosen: Männliche Jugendliche 15 bis unter 25 Jahre

R.	ICD	Diagnose 3stellig	Anteil Betroffene	Betroffene
		Population n=4.939 Tsd.; Ant.(geschlechtsspez.): 12,2%	(%)	(in Tsd.)
1	J06	Akute Infektionen an mehreren o. n. n. bez. Lokalisationen der oberen Atemwege	19,2%	947
2	M54	Rückenschmerzen	11,4%	563
3	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis u. Kolitis	11,3%	557
4	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	10,8%	534
5	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	10,6%	525
6	T14	Verletzung an einer n. n. bez. Körperregion	10,4%	511
7	L70	Akne	9,5%	469
8	J03	Akute Tonsillitis	9,2%	453
9	J20	Akute Bronchitis	8,7%	431
10	J40	Bronchitis, nicht als akut o. chronisch bezeichnet	7,5%	371
11	A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	7,3%	363
12	J45	Asthma bronchiale	7,0%	345
13	J02	Akute Pharyngitis	6,8%	333
14	R51	Kopfschmerz	6,0%	295
15	T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	5,6%	279
16	S93	Luxation, Verstauchung u. Zerrung d. Gelenke u. Bänder in Höhe d. o. Sprunggelenkes u. d. Fußes	5,5%	271
17	B34	Viruskrankheit n. n. bezeichneter Lokalisation	5,5%	270
18	K29	Gastritis und Duodenitis	5,1%	253
19	M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	5,0%	246
20	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	4,9%	244

Tabelle 18: Häufige Diagnosen: Weibliche Jugendliche 15 bis unter 25 Jahre

R.	ICD	Diagnose 3stellig	Anteil Betroffene	Betroffene
		Population n=4.745 Tsd.; Ant. (geschlechtsspez.): 11,3%	(%)	(in Tsd.)
1	Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	66,8%	3.171
2	N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten d. Vagina	34,4%	1.633
3	Z12	Spezielle Verfahren z. Unters. auf Neubildungen	28,5%	1.354
4	N94	Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus	27,6%	1.311
5	J06	Akute Infektionen an mehreren o. n. n. bez. Lokalisationen der oberen Atemwege	22,5%	1.068
6	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	17,9%	850
7	L70	Akne	16,6%	788
8	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	16,0%	759
9	M54	Rückenschmerzen	15,6%	739
10	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	15,4%	731
11	N76	Sonstige entzündliche Krankh. d. Vagina u. Vulva	14,6%	694
12	J03	Akute Tonsillitis	12,5%	594
13	N86	Erosion und Ektropium der Cervix uteri	12,2%	577
14	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis u. Kolitis	11,8%	561
15	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	11,3%	538
16	J20	Akute Bronchitis	9,8%	465
17	J02	Akute Pharyngitis	9,5%	449
18	R51	Kopfschmerz	9,0%	429
19	F45	Somatoforme Störungen	8,9%	423
20	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	8,8%	417

Junge Erwachsene, Altersgruppen 25 bis unter 40 Jahre

Junge Erwachsene in der gewählten Abgrenzung von Altersgruppen repräsentieren mit 16,8 Mio. Personen 20% der deutschen Bevölkerung.

Unter Männern stellen im Alter zwischen 25 bis unter 40 Jahren "Rückenschmerzen" (M54) die mit Abstand am weitesten verbreitete Diagnose dar, von der innerhalb des Jahres 2006 mit 19,7% fast ein Fünftel betroffen war. Neben einer Reihe von infektiösen und/oder akut verlaufenden Erkrankungen zeigt sich in der Liste der häufigsten Diagnosen bei Männern bereits die Diagnose einer "Essentiellen Hypertonie" (I10) sowie die Diagnose von Fettstoffwechselstörungen (E78), die bei 6,6% bzw. 5,6% der Männer dokumentiert werden.

Unter Frauen bilden die bereits in Bezug auf weibliche Jugendliche umrissenen "gynäkologischen" Diagnosen weiterhin einen Schwerpunkt. Eine zunehmende Bedeutung im jungen Erwachsenenalter zeigen unter Frauen Diagnosen von psychischen Störungen. Die Diagnose einer "Somatoformen Störung" (F45) wird in diesem Alter innerhalb eines Jahres bei 12,8% der Frauen gestellt, die Diagnose "Depressive Episode" (F32) betrifft 9,2% der Frauen.

Tabelle 19: Häufige Diagnosen: Männliche Erwachsene 25 bis unter 40 Jahre

R.	ICD	Diagnose 3stellig	Anteil Betroffene	Betroffene
		Population n=8.552 Tsd.; Ant. (geschlechtsspez.): 21,2%	(%)	(in Tsd.)
1	M54	Rückenschmerzen	19,7%	1.687
2	J06	Akute Infektionen an mehreren o. n. n. bez. Lokalisationen der oberen Atemwege	13,6%	1.165
3	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	8,4%	716
4	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis u. Kolitis	8,2%	701
5	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	7,1%	605
6	J20	Akute Bronchitis	7,0%	601
7	M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	7,0%	600
8	T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	7,0%	596
9	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	6,6%	567
10	J40	Bronchitis, nicht als akut oder chron. bezeichnet	6,0%	512
11	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	5,6%	477
12	J03	Akute Tonsillitis	5,5%	472
13	A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	5,3%	452
14	J45	Asthma bronchiale	5,1%	435
15	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	5,1%	433
16	K29	Gastritis und Duodenitis	5,0%	431
17	L30	Sonstige Dermatitis	4,9%	419
18	J32	Chronische Sinusitis	4,8%	410
19	J02	Akute Pharyngitis	4,7%	405
20	J01	Akute Sinusitis	4,6%	394

Tabelle 20: Häufige Diagnosen: Weibliche Erwachsene 25 bis unter 40 Jahre

R.	ICD	Diagnose 3stellig	Anteil Betroffene	Betroffene
		Population n=8.208 Tsd.; Ant. (geschlechtsspez.): 19,5%	(%)	(in Tsd.)
1	Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	60,8%	4.991
2	Z12	Spezielle Verfahren z. Unters. auf Neubildungen	53,6%	4.402
3	N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten d. Vagina	38,4%	3.154
4	M54	Rückenschmerzen	25,5%	2.093
5	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	18,6%	1.527
6	N76	Sonst. entzündliche Krankheit d. Vagina u. Vulva	18,0%	1.478
7	N94	Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus	17,2%	1.408
8	J06	Akute Infektionen an mehreren oder n. n. bez. Lokalisationen der oberen Atemwege	15,9%	1.307
9	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	15,1%	1.242
10	F45	Somatoforme Störungen	12,8%	1.051
11	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	12,3%	1.006
12	N86	Erosion und Ektropium der Cervix uteri	11,5%	947
13	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	10,8%	887
14	M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	9,9%	811
15	N91	Ausgebliebene, zu schwache oder zu seltene Menstruation	9,9%	810
16	B37	Kandidose	9,4%	774
17	F32	Depressive Episode	9,2%	754
18	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	8,8%	719
19	E04	Sonstige nichttoxische Struma	8,5%	699
20	D22	Melanozytennävus	8,4%	690

Erwachsene, Altersgruppen 40 bis unter 65 Jahre

Erwachsene im Alter zwischen 40 bis unter 65 Jahre repräsentieren mit 34,7% bzw. 28,6 Mio. Personen mehr als ein Drittel der deutschen Bevölkerung.

In der Liste der häufigen Diagnosen treten akute Erkrankungen in den Hintergrund. Unter Männern bilden in diesem Alter – mehr oder minder klar spezifizierte – Beschwerden und Erkrankungen der Wirbelsäule eine wesentliche Gruppe von Diagnosen (vgl. Tabelle M54, M53, M51, M47). Eine erhebliche Bedeutung fällt auch der Diagnose von kardiovaskulären Risikofaktoren im weiteren Sinne zu. In diesem Kontext wären als Diagnosen zu nennen die "Essentielle Hypertonie" (I10: 29,0%), Fettstoffwechselstörungen (E78: 24,5%), "Adipositas" (starkes Übergewicht, E66: 8,6%) sowie der Typ-II-Diabetes (E11: 7,3%). Relativ häufiger werden Lebererkrankungen (K76), Stoffwechselstörungen, vermutlich vorrangig im Sinne erhöhter Harnsäurewerte (E79), sowie eine Prostatavergrößerung (N40) diagnostiziert.

Auch unter Frauen verschiebt sich das Spektrum häufiger Diagnosen. Rückenbeschwerden zeigen eine zunehmende Bedeutung. "Klimakterische Störungen" (N95), also Beschwerden in den Wechseljahren, werden in den genannten Altersgruppen bei insgesamt fast 30% aller Frauen explizit als Diagnose erfasst. Schilddrüsenvergrößerungen (E04) betreffen 17,6% der Frauen, "Depressive Episoden" (F32) 14,7%. Ausgesprochen häufig werden auch bei Frauen Erkrankungen im Sinne kardiovaskulärer Risikofaktoren diagnostiziert (Hypertonie, I10: 27,2%; Fettstoffwechselstörungen, E78: 20,4%; Adipositas, E66: 11,9%).

Tabelle 21: Häufige Diagnosen: Männliche Erwachsene 40 bis unter 65 Jahre

R.	ICD	Diagnose 3stellig	Anteil Betroffene (%)	Betroffene (in Tsd.)
		Population n=14397 Tsd.; Ant. (geschlechtsspez.): 35,7%	(%)	(in Tsd.)
1	M54	Rückenschmerzen	29,1%	4.185
2	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	29,0%	4.178
3	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	24,5%	3.530
4	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	17,2%	2.481
5	Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung b. Personen ohne Beschwerden o. angegebene Diagnose	11,3%	1.626
6	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	10,9%	1.573
7	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	9,5%	1.374
8	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	9,3%	1.334
9	J06	Akute Infektionen an mehreren oder n. n. bez. Lokalisationen der oberen Atemwege	9,1%	1.309
10	K76	Sonstige Krankheiten der Leber	8,9%	1.282
11	E79	Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	8,8%	1.260
12	E66	Adipositas	8,6%	1.235
13	M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	8,2%	1.181
14	M47	Spondylose	8,1%	1.164
15	N40	Prostatahyperplasie	7,9%	1.141
16	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	7,3%	1.046
17	K29	Gastritis und Duodenitis	7,0%	1.012
18	Z12	Spezielle Verfahren z. Unters. auf Neubildungen	6,9%	999
19	M77	Sonstige Enthesopathien	6,9%	992
20	L30	Sonstige Dermatitis	6,5%	939

Tabelle 22: Häufige Diagnosen: Weibliche Erwachsene 40 bis unter 65 Jahre

R.	ICD	Diagnose 3stellig	Anteil Betroffene	Betroffene
		Population n=14221 Tsd.; Ant. (geschlechtsspez.): 33,8%	(%)	(in Tsd.)
1	Z12	Spezielle Verfahren zur Unters. auf Neubildungen	48,4%	6.880
2	M54	Rückenschmerzen	36,0%	5.114
3	N95	Klimakterische Störungen	28,1%	3.995
4	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	27,2%	3.871
5	N89	Sonstige nichtentzündliche Krankh. der Vagina	25,7%	3.651
6	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	23,6%	3.359
7	Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	21,6%	3.072
8	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	20,4%	2.907
9	E04	Sonstige nichttoxische Struma	17,6%	2.508
10	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	14,9%	2.121
11	F45	Somatoforme Störungen	14,7%	2.094
12	F32	Depressive Episode	14,7%	2.085
13	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	14,3%	2.041
14	Z00	Allgemeinuntersuchung u. Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	14,2%	2.026
15	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	13,9%	1.977
16	N76	Sonstige entzündliche Krankh. d. Vagina u. Vulva	12,7%	1.808
17	E66	Adipositas	11,9%	1.695
18	N64	Sonstige Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	11,9%	1.692
19	M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	11,9%	1.690
20	I83	Varizen der unteren Extremitäten	10,7%	1.519

Ruhestandsalter, 65 bis unter 80 Jahre

In Deutschland lebten etwa 12,0 Mio. Menschen im Alter zwischen 65 bis unter 80 Jahre, was einem Anteil von 14,5% der Bevölkerung entspricht.

In dieser Altersgruppe dominieren bei beiden Geschlechtern chronische Erkrankungen das Diagnosespektrum. Bei mehr als der Hälfte der Personen wird innerhalb eines Jahres die Diagnose einer Hypertonie dokumentiert, bei mehr als 45% eine Fettstoffwechselstörung, die explizite Diagnose eines Typ-II-Diabetes findet sich bei 21,4% der Männer und 17,6% der Frauen. Die Diagnose einer ischämischen bzw. koronaren Herzerkrankung im Sinne des Diagnoseschlüssels I25 wird bei mehr als einem Viertel der Männer und einem knappen Sechstel der Frauen dokumentiert.

Auch Augenerkrankungen zählen bei beiden Geschlechtern zu häufig genannten Diagnosen, wobei dem Glaukom und Katarakten eine steigende Bedeutung zukommt. Eine Prostatavergrößerung (N40) wird bei etwa einem Drittel aller Männer dokumentiert.

Bei Frauen wird auch nach Vollendung des 65. Lebensjahres die Diagnose einer "Klimakterischen Störung" (N95) mit 32,7% noch ausgesprochen häufig vergeben. Eine "Osteoporose ohne pathologische Fraktur" (M81) wird bei 19,3% der Frauen dokumentiert.

Tabelle 23: Häufige Diagnosen: Männliche Personen 65 bis unter 80 Jahre

R.	ICD	Diagnose 3stellig	Anteil Betroffene	Betroffene
		Population n=5399 Tsd.; Ant. (geschlechtsspez.): 13,4%	(%)	(in Tsd.)
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	61,1%	3.300
2	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	45,5%	2.455
3	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	37,1%	2.003
4	N40	Prostatahyperplasie	33,6%	1.817
5	M54	Rückenschmerzen	32,4%	1.751
6	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	32,2%	1.740
7	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	26,4%	1.427
8	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	21,4%	1.155
9	E79	Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	18,8%	1.014
10	Z12	Spezielle Verfahren zur Unters. auf Neubildungen	15,5%	838
11	Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden o. angegebene Diagnose	15,5%	834
12	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	15,0%	809
13	H26	Sonstige Kataraktformen	14,4%	780
14	H25	Cataracta senilis	14,4%	776
15	M47	Spondylose	14,2%	765
16	E14	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	14,1%	763
17	H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	14,0%	759
18	K76	Sonstige Krankheiten der Leber	13,6%	734
19	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	13,2%	713
20	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	13,1%	708

Tabelle 24: Häufige Diagnosen: Weibliche Personen 65 bis unter 80 Jahre

R.	ICD	Diagnose 3stellig	Anteil Betroffene	Betroffene
		Population n=6598 Tsd.; Ant. (geschlechtsspez.): 15,7%	(%)	(in Tsd.)
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	63,4%	4.182
2	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	47,5%	3.135
3	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	42,2%	2.785
4	M54	Rückenschmerzen	40,3%	2.661
5	Z12	Spezielle Verfahren zur Unters. auf Neubildungen	34,6%	2.284
6	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	32,8%	2.163
7	N95	Klimakterische Störungen	32,7%	2.156
8	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	20,9%	1.381
9	I83	Varizen der unteren Extremitäten	20,3%	1.342
10	M81	Osteoporose ohne pathologische Fraktur	19,3%	1.271
11	E04	Sonstige nichttoxische Struma	19,2%	1.269
12	M47	Spondylose	18,6%	1.224
13	F32	Depressive Episode	18,2%	1.199
14	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	18,0%	1.185
15	H26	Sonstige Kataraktformen	17,8%	1.175
16	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	17,6%	1.162
17	H25	Cataracta senilis	17,4%	1.151
18	H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	16,4%	1.080
19	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	16,1%	1.065
20	E66	Adipositas	16,1%	1.059

Hochbetagte, Altersgruppen ab 80 Jahre

Hochbetagte bilden in der hier gewählten Abgrenzung mit einem Alter ab 80 Jahre bislang in Deutschland, insbesondere unter Männern, eine noch verhältnismäßig kleine Gruppe. Geschlechtsübergreifend stellten sie in Deutschland mit 3,6 Mio. Personen einen Anteil von 4,4% der Bevölkerung. Bedingt durch eine geringere allgemeine Lebenserwartung, aber auch noch mitbeeinflusst durch Verluste im 2. Weltkrieg, bilden die 1,0 Mio. Männer in dieser Altersgruppe eine klare Minderheit.

Viele der aufgeführten Raten von Diagnosen nahezu ausnahmslos chronischer Erkrankungen liegen bei Hochbetagten noch über denen in der zuvor dargestellten Altersgruppe, wobei die Differenzen zum Teil allerdings gering sind. Zu den sehr häufigen Diagnosen unter Hochbetagten zählen die ischämische Herzkrankheit (I25; Männer 40,0%; Frauen 30,6%) sowie die Herzinsuffizienz (I50; Männer 24,4%; Frauen 30,1%). Die Angabe "Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten" (Z96) findet sich bei 21,3% der Männer und 22,4% der Frauen. Eine Prostatavergrößerung (N40) wird bei 39,4% der Männer dokumentiert.

Die Diagnose einer Osteoporose wird bei Männern auch in dieser Altersgruppe (M81: 5,3%) eher selten vergeben. Unter hochbetagten Frauen findet sich die Diagnose M81 "Osteoporose ohne pathologische Fraktur" bei einem knappen Viertel bzw. 25,8%. Leicht rückläufige Diagnoseraten im Vergleich zu Jüngeren zeigen sich sowohl bei Männern als auch bei Frauen u.a. im Hinblick auf Fettstoffwechselstörungen (E78) und Rückenschmerzen (M54).

Tabelle 25: Häufige Diagnosen: Männliche Hochbetagte ab 80 Jahre

R.	ICD	Diagnose 3stellig	Anteil Betroffene	Betroffene
		Population n=1014 Tsd.; Ant. (geschlechtsspez.): 2,5%	(%)	(in Tsd.)
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	66,7%	676
2	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	40,0%	406
3	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	39,4%	400
4	N40	Prostatahyperplasie	39,4%	399
5	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	37,7%	382
6	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	35,5%	360
7	M54	Rückenschmerzen	30,0%	304
8	I50	Herzinsuffizienz	24,4%	247
9	H26	Sonstige Kataraktformen	24,3%	247
10	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	23,6%	240
11	H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	22,7%	230
12	Z96	Vorhandensein v. and. funktionellen Implantaten	21,3%	216
13	H25	Cataracta senilis	20,9%	212
14	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	19,6%	199
15	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	19,1%	194
16	E79	Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	19,0%	193
17	H40	Glaukom	17,3%	176
18	E14	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	15,3%	156
19	H61	Sonstige Krankheiten des äußeren Ohres	14,9%	151
20	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	14,9%	151

Tabelle 26: Häufige Diagnosen: Weibliche Hochbetagte ab 80 Jahre

R.	ICD	Diagnose 3stellig	Anteil Betroffene	Betroffene
		Population n=2604 Tsd.; Ant. (geschlechtsspez.): 6,2%	(%)	(in Tsd.)
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	71,8%	1.869
2	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	39,7%	1.034
3	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	36,8%	957
4	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	35,0%	912
5	M54	Rückenschmerzen	32,5%	846
6	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	30,6%	796
7	I50	Herzinsuffizienz	30,1%	784
8	M81	Osteoporose ohne pathologische Fraktur	25,8%	673
9	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	24,8%	646
10	H26	Sonstige Kataraktformen	24,2%	630
11	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	23,1%	602
12	H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	22,5%	586
13	Z96	Vorhandensein v. and. funktionellen Implantaten	22,4%	584
14	F32	Depressive Episode	21,5%	561
15	I83	Varizen der unteren Extremitäten	21,0%	547
16	H25	Cataracta senilis	19,2%	499
17	H40	Glaukom	16,9%	439
18	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	16,5%	430
19	M47	Spondylose	16,2%	422
20	F03	Nicht näher bezeichnete Demenz	16,1%	418

Anzahl Diagnosen, Diagnosekombinationen

Bereits aus den bisher dargestellten Ergebnissen ist offensichtlich, dass ein überwiegender Teil der Bevölkerung innerhalb eines Jahres mehrere und zugleich auch unterschiedliche Diagnosen im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung erhält. Der folgende Abschnitt liefert quantitative Kennzahlen zu diesem Sachverhalt. Des Weiteren werden empirisch ermittelte und anteilig relevante Diagnosekombinationen vorgestellt. Nachdem vierstellige Diagnoseangaben im Rahmen der ambulanten Versorgung in vielen Fällen kaum detailliertere Informationen als 3stellige Schlüssel enthalten (durch die häufige Verwendung zumeist unspezifischer 9er-Schlüssel hinsichtlich der vierten Stelle der Diagnoseangabe), beschränken sich die nachfolgenden Auswertungen dabei grundsätzlich auf eine Differenzierung von 3stelligen Diagnoseangaben.

Im Mittel wurden je Person im Rahmen der ambulanten Versorgung nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen von GEK-Daten innerhalb des Jahres 2006 23,9 formal gültige Diagnoseschlüssel (von beliebigen, ggf. auch unterschiedlichen Ärzten) erfasst. Hochgerechnet auf die bundesdeutsche Bevölkerung entspricht dies 1,97 Milliarden (!) dokumentierten Diagnoseangaben. Dabei finden sich je Person durchschnittlich 10,9 unterscheidbare Diagnoseangaben (auf 3stelliger ICD10-Ebene). Die Zahl der personenbezogen unterscheidbaren Diagnoseschlüssel variiert in den ausgewerteten Daten zwischen 0 (vorrangig bei den knapp 10% der Personen ohne jeglichen Arztkontakt in 2006) und maximal 120 unterschiedlichen Diagnoseschlüsseln. Selbst wenn bei der Auswertung Diagnosekapitel unberücksichtigt bleiben, die primär keine Erkrankung repräsentieren (Kapitel 18 "Symptome" sowie Kapitel 21 "Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen"), resultieren durchschnittlich noch 9,0 unterschiedliche Diagnosen je Person (Männer: 7,3; Frauen: 10,5). Die nachfolgende Abbildung zeigt die durchschnittliche geschlechts- und altersspezifische Anzahl von unterscheidbaren Diagnosen pro Kopf im Jahr 2006.

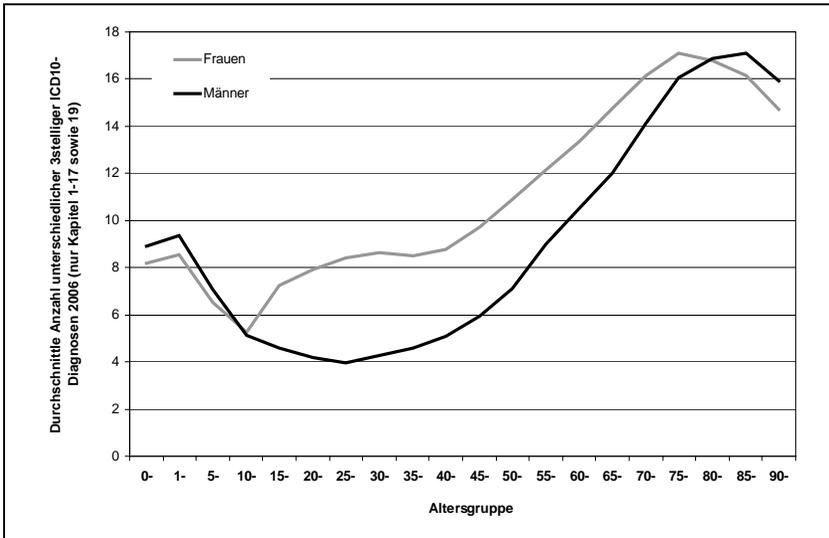


Abbildung 34: Durchschnittliche Zahl der unterschiedlichen Diagnosen je Jahr pro Kopf nach Geschlecht und Alter (Kap. 1-17, 19) 2006

Weitere Angaben zur Verteilung der Diagnoseangaben sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen. Bei mehr als der Hälfte der Bevölkerung werden jährlich 7 oder mehr unterschiedliche Diagnosen aus den Diagnose-Kapiteln 1 bis 17 oder 19 erfasst. Bei etwa einem Drittel sind es sogar mehr als 10 unterscheidbare Diagnoseschlüssel innerhalb eines Jahres.

Tabelle 27: Anteil der Bevölkerung nach Zahl der Diagnosen 2006

Zahl der Diagnosen	nach Gesamtzahl differenzierbarer Diagnosen		nach Zahl der differenzierbaren Diagnosen ohne Kapitel 18 u. 21	
	%	kumulativ	%	kumulativ
0	8,7%	8,7%	9,4%	9,4%
1	4,0%	12,7%	5,3%	14,7%
2	4,7%	17,4%	6,1%	20,8%
3	5,1%	22,5%	6,5%	27,4%
4	5,3%	27,8%	6,6%	34,0%
5	5,4%	33,2%	6,5%	40,5%
6	5,3%	38,5%	6,2%	46,6%
7	5,1%	43,6%	5,8%	52,4%
8	5,0%	48,6%	5,3%	57,7%
9	4,7%	53,3%	4,8%	62,5%
10	4,4%	57,7%	4,4%	66,9%
11-15	17,6%	75,2%	15,8%	82,7%
16-20	10,8%	86,1%	8,6%	91,2%
21-30	9,9%	96,0%	6,7%	97,9%
31 und mehr	4,0%	100%	2,1%	100%

Kombinationen von Diagnosen

Für Darstellungen zu Kombinationen von Diagnosen wurden sinngemäß zunächst alle unterschiedlichen gültigen Diagnosen zu einzelnen Patienten (auf 3stelliger ICD-Ebene) innerhalb des Jahres 2006 ermittelt. Anschließend wurden alle auf Versichertenebene vorkommenden Kombinationen aus zwei (später auch drei) Diagnoseschlüsseln in eine externe Datei geschrieben. Auf Basis einer entsprechenden Datei mit allen Diagnosekombinationen zu allen relevanten

ten Versicherten wurden schließlich empirisch die am häufigsten erfassten Kombinationen ermittelt. Durch die Verwendung geeigneter Gewichtungen lassen sich dabei sinngemäß geschlechts- und altersstandardisierte Häufigkeiten von Diagnosekombinationen angeben. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu bedenken, dass einzelne Personen mit mehreren Diagnosen selbstverständlich eine Vielzahl von Diagnosekombinationen aufweisen, also keinesfalls nur einer der Kombinationen exklusiv zugeordnet werden.

Die nachfolgende Tabelle zeigt zunächst die 20 häufigsten 2-fach-Kombinationen gültiger Diagnosen. An erster Stelle der Rangfolge erscheint die Kombination der beiden Diagnosen Fettstoffwechselstörungen und Bluthochdruck (E78, I10), die innerhalb eines Jahres bei 10% der Bevölkerung und damit bei etwa 8,4 Mio. Personen in Deutschland erfasst wird.

Die Tabelle zeigt auf den folgenden Rängen eine mehr oder minder vollständige Liste von möglichen Kombinationen allgemein häufig erfasster Einzeldiagnosen. Die Kombinationen dürften zufällig, aber auch bedingt durch gemeinsame Determinanten von Erkrankungen resultieren, wobei u.a. Häufungen von Diagnosen in bestimmten Altersgruppen eine maßgebliche Rolle spielen. Einige der gelisteten Diagnoseschlüsselkombinationen lassen sich gut vor dem Hintergrund von Abrechnungsmodalitäten erklären. So besteht die bevölkerungsbezogen dritthäufigste Diagnosekombination aus den Ziffern N89 und Z12, die für "Nichtentzündliche Krankheiten der Vagina" und "Spezifische Untersuchungen auf Neubildungen" stehen. Vermutlich ist die (ärztliche) Motivation zur Angabe der Erkrankungsdiagnose "Nichtentzündliche Krankheiten der Vagina" vorrangig darin begründet, dass bei bestimmten Vorsorgeuntersuchungen ohne Angabe einer Erkrankungsdiagnose keine Ordinationsgebühr abgerechnet werden kann.

Tabelle 28: Häufige 2-fach-Kombinationen von Diagnosen 2006

	ICD	Diagnosekurzbezeichnungen (für exakte Diagnosebezeichnungen vgl. offiziellen ICD10)	Anteil Bevölkerung %	Betroffene D2006 Tsd.
1	E78,I10	Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck	10,2%	8.408
2	I10,M54	Bluthochdruck, Rückenschmerzen	8,9%	7.320
3	N89,Z12	nichtentz. Krh. d. Vagina, spez. Untersuchung auf Neubildungen	8,8%	7.284
4	Z12,Z30	spez. Untersuchung auf Neubildungen, Kontrazeption	8,7%	7.203
5	H52,I10	Fehlsichtigkeit, Bluthochdruck	8,1%	6.657
6	M54,Z12	Rückenschmerzen, spez. Untersuchung auf Neubildungen	7,7%	6.333
7	E78,M54	Fettstoffwechselstörungen, Rückenschmerzen	7,1%	5.893
8	N89,Z30	nichtentz. Krh. d. Vagina, Kontrazeption	7,0%	5.808
9	H52,M54	Fehlsichtigkeit, Rückenschmerzen	7,0%	5.737
10	I10,Z25	Bluthochdruck, Impfung g. einzelnen Virus	6,6%	5.417
11	E78,H52	Fettstoffwechselstörungen, Fehlsichtigkeit	6,2%	5.074
12	I10,Z12	Bluthochdruck, spez. Untersuchung auf Neubildungen	5,9%	4.884
13	H52,H53	Fehlsichtigkeit, Sehstörungen	5,9%	4.838
14	H52,Z12	Fehlsichtigkeit, spez. Untersuchung auf Neubildungen	5,8%	4.820
15	N95,Z12	Klimakterische Störungen, spez. Untersuchung auf Neubildungen	5,7%	4.694
16	H50,H52	Schielen, Fehlsichtigkeit	5,7%	4.671
17	M53,M54	Kranh. d. Wirbelsäule, Rückenschmerzen	5,4%	4.433
18	M54,M99	Rückenschmerzen, biomech. Fkt.Störungen	5,3%	4.389
19	E78,Z12	Fettstoffwechselstörungen, spez. Untersuchung auf Neubildungen	4,9%	4.009
20	E78,Z25	Fettstoffwechselstörungen, Impfung g. einzelnen Virus	4,8%	3.978

(Basis: Alle gültige personenbezogene Diagnoseangaben 2006; stand.)

Tabelle 29: Häufige 3-fach-Kombinationen von Diagnosen 2006

	ICD	Diagnosekurzbezeichnungen (für exakte Diagnosebezeichnungen vgl. offiziellen ICD10)	Anteil Bevölkerung %	Betroffene D2006 Tsd.
1	E78, I10, M54	Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck, Rückenschmerzen	4,0%	3.297
2	E78, I10, I25	Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck, Ischämische Herzkrankheit	2,8%	2.312
3	E11, E78, I10	Diabetes Typ II, Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck	2,4%	1.981
4	E78, E79, I10	Fettstoffwechselstörungen, Hyperurikämie (Harnsäureerhöhung), Bluthochdruck	2,4%	1.977
5	E66, E78, I10	Adipositas, Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck	2,3%	1.883
6	I10, M47, M54	Bluthochdruck, Spondylose, Rückenschmerzen	2,2%	1.825
7	I10, M53, M54	Bluthochdruck, Kranh. d. Wirbelsäule, Rückenschmerzen	2,2%	1.788
8	E66, I10, M54	Adipositas, Bluthochdruck, Rückenschmerzen	2,0%	1.667
9	E11, E14, I10	Diabetes Typ II, N. n. bez. Diabetes, Bluthochdruck	2,0%	1.657
10	E78, I10, K76	Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck, Lebererkrankung	2,0%	1.609

(Basis: Gültige personenbezogene Diagnoseangaben 2006 Diagnosekapitel 1 bis 17 sowie 19, ohne Diagnosen von Sehfehlern ICD10: H50-H52; stand.)

Die Liste der empirisch in der Gesamtpopulation am häufigsten feststellbaren 3-fach-Kombinationen von Diagnosen (nach Ausschluss bestimmter Diagnosen, vgl. Tabellenlegende) resultiert zum einen aus unterschiedlichen Rückenerkrankungen und -beschwerden, sowie zum anderen aus Einzelerkrankungen, die auch als "Metabolisches Syndrom" zusammengefasst werden (Übergewicht, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen sowie Diabetes).

4 **Schwerpunkt: Ambulante Psychotherapie**

Im Rahmen der diesjährigen Schwerpunktauswertungen befasst sich der GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung mit dem Thema "Ambulante Psychotherapie". Ziel der Auswertungen ist eine erste Bestandsaufnahme zum Thema. Die Ergebnisse liefern vorrangig einen empirischen Überblick zu Häufigkeiten, Diagnosen und Begleiterkrankungen zu bzw. bei ambulant durchgeführten Psychotherapien, sofern dies auf der Basis von routinemäßig verfügbaren Daten einer Krankenkasse aktuell möglich ist.

Bereits im Jahr 1967, also vor etwa 40 Jahren, beschloss der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) der Ärzte und Krankenkassen die "Psychotherapie-Richtlinien", die die wesentliche Grundlage zur Etablierung einer GKV-finanzierten ambulanten psychotherapeutischen Versorgung bildeten. Eine weitere wesentliche gesetzliche Regelung ist in diesem Kontext das 1998 verabschiedete Psychotherapeutengesetz (PTG).

Die Zahl der zur Versorgung zugelassenen Therapeuten stieg in den letzten 25 Jahren erheblich. Während 1980 erst 1.600 ärztliche Psychotherapeuten, 550 psychologische Psychotherapeuten und 430 Kinder- und Jugendpsychotherapeuten in Deutschland zugelassen waren, lagen die Zahl der ärztlichen Psychotherapeuten Ende 2006 bei 4.484 und die der psychologischen Psychotherapeuten einschließlich der Kinder und Jugendpsychotherapeuten bei 15.433⁹.

Gemäß den aktuell gültigen Psychotherapie-Richtlinien sind zur Psychotherapie mit Finanzierung durch die Krankenkassen als zwei übergeordnete Verfahrensgruppen ausschließlich **psychoanalytisch begründete Verfahren** sowie **Verhaltenstherapien** zulässig, wobei die erstgenannte Gruppe in den Richtlinien noch in die beiden Untergruppen "*Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie*" sowie "*Analytische Psychotherapie*" unterteilt wird.

⁹ vgl. Bell K und Rüger U (2007). Ambulante Psychotherapeutische Versorgung. Das System wird immer komplexer. Deutsches Ärzteblatt Jg. 104, Heft 28-29, C1734-C1737

Die drei entsprechend abgegrenzten Therapieformen dürfen, auch abhängig vom Alter der Patienten, in einem jeweils spezifischen maximalen Umfang erbracht bzw. abgerechnet werden. Einen Überblick gibt die nachfolgende Tabelle. Alle Angaben in der Tabelle beziehen sich auf Zeitkontingente von Einzeltherapien. Die Vorgaben zu den insgesamt seltener durchgeführten Gruppentherapien können hiervon abweichen. Nicht zur eigentlichen Therapie zählen so genannte probatorische Sitzungen (sinngemäß Probe-Sitzungen), in denen die Therapiebedürftigkeit sowie die Möglichkeit zur Zusammenarbeit zwischen Patient und Therapeut abgeklärt werden können. Maximal 5 bzw. 8 probatorische Sitzungen können je Patienten-Therapeuten-Kombination abgerechnet werden.

Tabelle 30: Psychotherapeutische Behandlungsformen, Leistungsumfang

Angaben zum max. Leistungsumfang in Therapiestunden, jeweils minimal 50 Minuten, als Einzeltherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinien (Stand: 20.06.2006)	Tiefenpsychologisch fundierte PT	Analytische PT	Verhaltenstherapie
<i>probatorische Sitzungen (antragsfrei)</i>	5 Std.	8 Std.	5 Std.
Kurzzeittherapie (antragspflichtig, abh. vom Therapeuten ggf. ohne Gutachterverfahren zu bewilligen) <i>nach Prüfung des Antrags im Gutachterverfahren:</i>	25 Std.	25 Std.	25 Std.
Langzeittherapie Regelfall (Erwachsene)	50 Std.	160 Std.	45 Std.
Kinder	70 Std.	70 Std.	45 Std.
Jugendliche	90 Std.	90 Std.	45 Std.
Verlängerung in besonderen Fällen auf (Erwachsene)	80 Std.	240 Std.	60 Std.
Kinder	120 Std.	120 Std.	60 Std.
Jugendliche	140 Std.	140 Std.	60 Std.
Limit für Verlängerung in Einzelfällen (Erwachsene)	100 Std.	300 Std.	80 Std.
Kinder	150 Std.	150 Std.	80 Std.
Jugendliche	180 Std.	180 Std.	80 Std.

Die eigentliche Psychotherapie wird als Kurzzeit- oder Langzeittherapie durchgeführt und muss vorab bei der Krankenkasse beantragt werden. Während Kurzzeittherapien mit maximal 25 Stunden Umfang bei erfahrenen Therapeuten (mit mindestens 35 vorausgehenden Therapiegenehmigungen) lediglich einen formalen Antrag an die Krankenkasse erfordern, wird bei Langzeittherapien, also bei jeder offiziellen Therapie über mehr als 25 Stunden (sowie in allen Fällen bei weniger erfahrenen Therapeuten) von der Krankenkasse ein Gutachter zur Beurteilung des Antrages auf Psychotherapie eingeschaltet. Auch eine nachträgliche Umwandlung einer Kurzzeit- in eine Langzeittherapie ist möglich, zieht dann aber immer das erwähnte Gutachterverfahren für Langzeittherapien nach sich. Gleichfalls antragspflichtig sind die in besonderen Fällen oder in Einzelfällen möglichen Verlängerungen der Therapien (vgl. Tabelle).

Grundsätzlich können genehmigte Therapiekontingente, abhängig von individuellen Bedürfnissen, auf unterschiedliche Zeiträume verteilt werden. Geht man zunächst von einer üblichen Aufteilung der Therapie mit jeweils einer einstündigen Sitzung pro Woche aus, erstrecken sich bereits Kurzzeittherapien typischerweise über etwa ein halbes Jahr. Bei Langzeittherapien dürften einjährige Therapien eher eine Untergrenze darstellen. Insbesondere bei Analytischen Psychotherapien dürften Behandlungen über einen Zeitraum von mehreren Jahre den Regelfall bilden.

Daten der Krankenkasse

Direkte versichertenbezogene Informationen zu Psychotherapien lassen sich zwei routinemäßig bei der GEK verfügbaren Datenquellen entnehmen.

1. Bereits ab dem Jahr 2000 systematisch und bundesweit erfasst werden in der GEK genehmigte Anträge zur Durchführung einer Psychotherapie.
2. Da Psychotherapien sowohl von ärztlichen als auch von nicht ärztlichen Psychotherapeuten über die Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet werden, sollten die entsprechenden Behandlungsfälle in den ab 2004 verfügbaren Daten zur ambulanten ärztlichen Versorgung dokumentiert sein.

Vor dem Hintergrund der bereits längerfristigen Verfügbarkeit sollen nachfolgend zunächst Auswertungsergebnisse präsentiert werden, die vorrangig auf Informationen zur Genehmigung von Psychotherapien beruhen. Die verwendete Datei umfasst insgesamt Angaben zu 82.550 genehmigten Anträgen bei GEK-Versicherten zwischen 2000 und 2006. Der Merkmalsumfang der systematisch erfassten Daten ist dabei begrenzt. Vollständig in EDV-verwertbarer Form erfasst ist zu den Anträgen lediglich das Datum der Genehmigung sowie eine Differenzierung zwischen verhaltenstherapeutischen Verfahren (V) sowie psychoanalytisch begründeten Verfahren (P), auf die 48,5% bzw. 51,5% aller genehmigten Anträge entfallen.

Bei 54% aller Genehmigungen lässt sich ergänzenden Angaben zudem entnehmen, dass eine Kurzzeittherapie beantragt wurde (KZT), 37% der Anträge betreffen nachweislich eine Langzeittherapie (LZT; inklusive entsprechende Umwandlungen einer Kurzzeittherapie). Bei knapp 9% der Genehmigungen ist eine eindeutige Differenzierung zwischen KZT und LZT nicht möglich.

4.1 Bevölkerungsbezogene Häufigkeit von Psychotherapien

Nachdem alle Psychotherapien im engeren Sinne bei einer Finanzierung durch die GKV antragspflichtig sind, erlauben die Daten zu den genehmigten Psychotherapien eine Abschätzung derjenigen Bevölkerungsanteile, die eine Psychotherapie in Anspruch nehmen (bzw. zumindest hätten in Anspruch nehmen können). Um zugleich Veränderungen der Antragshäufigkeit zwischen 2000 und 2006 darstellen zu können, wurde in einem ersten Auswertungsschritt bestimmt, bei welchen Bevölkerungsanteilen innerhalb eines Kalenderjahres (mindestens) ein Antrag auf Psychotherapie genehmigt wurde. In Anbetracht der zum Teil ausgesprochen langen Therapiedauer bleiben bei einem entsprechenden Vorgehen in den einzelnen Kalenderjahren zwangsläufig die Patienten unberücksichtigt, bei denen ausschließlich eine bereits vorausgehend genehmigte Therapie fortgesetzt wurde – die Gesamtzahl der Patienten,

die innerhalb eines Jahres an einer Psychotherapie teilnehmen, dürfte demnach noch über den hier ermittelten Zahlen liegen, zumindest sofern man von der regelmäßigen Inanspruchnahme einer genehmigten Therapie ausgeht. Um artifiziell erniedrigte Werte bei kurzen Versicherungszeiten weitgehend auszuschließen, beschränken sich die Auswertungen in den einzelnen Jahren ausschließlich auf Personen, die jeweils nachweislich mindestens ein halbes Jahr bei der GEK versichert waren.

Die nachfolgende Abbildung zeigt den Anteil der Bevölkerung mit Genehmigung einer Psychotherapie innerhalb der Kalenderjahre 2000 bis 2006. Angegeben wird die Zahl der Betroffenen je 1.000 Personen getrennt für beide Geschlechter sowie insgesamt.

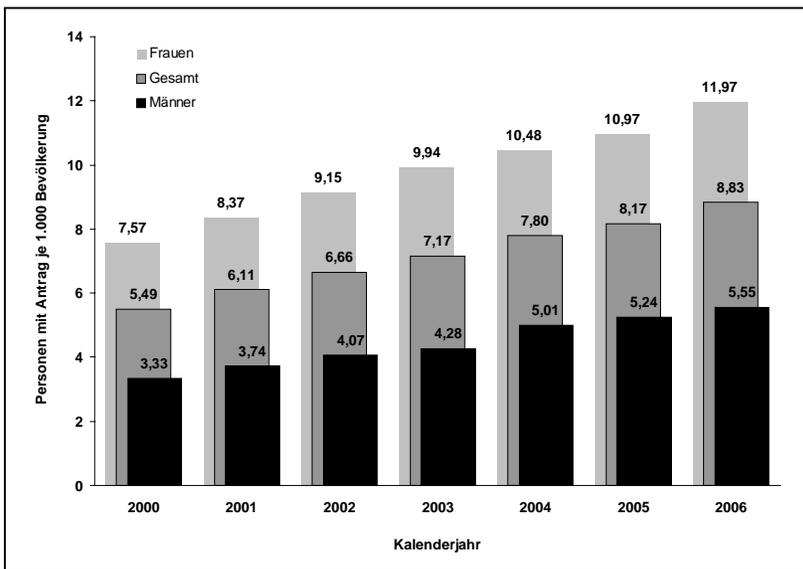


Abbildung 35: Bevölkerungsanteile mit Genehmigung einer Psychotherapie in den Kalenderjahren 2000-2006 (stand.D2005)

Im Jahr 2000 wurden je 1.000 männliche Personen im Mittel über alle Altersgruppen für 3,33 Personen Anträge für (mindestens) eine Psychotherapie genehmigt. Unter Frauen lag die entsprechende Rate mit 7,57 Betroffenen je 1.000 etwa doppelt so hoch. Bis zum Jahr 2006 stieg der Anteil der Betroffenen bei beiden Geschlechtern kontinuierlich. So waren 2006 in der männlichen Bevölkerung 5,55 je 1.000 Personen betroffen, in der weiblichen Bevölkerung 11,97 je 1.000 Personen, also etwa 0,56% aller Männer und 1,20% aller Frauen. Im Vergleich zum Jahr 2000 entspricht dies einem Anstieg der Behandlungsrate um 67% bei Männern und 58% bei Frauen, insgesamt errechnet sich ein Anstieg um 61%.

Bezogen auf die deutsche Bevölkerung entsprechen die genannten Raten für 2006 einer Zahl von schätzungsweise 728.000 Betroffenen, darunter 224.000 Männer und 504.000 Frauen, sofern man vergleichbare Antragshäufigkeiten für entsprechende Therapien auch bei Personen ohne Versicherung in der GKV unterstellt. Zweifellos lässt sich zumindest festhalten, dass die Behandlungsraten zwischen 2000 und 2006 innerhalb der GKV erheblich gestiegen sind und sowohl bei Männern, insbesondere jedoch unter Frauen im Jahr 2006 erhebliche Bevölkerungsanteile (in einer Größenordnung von mehr als einem Prozent der weiblichen Gesamtbevölkerung) von einer Psychotherapie bzw. deren Beantragung oder Verlängerung betroffen gewesen sein dürften.

Tabelle 31: Bevölkerungsanteile mit Genehmigung einer Psychotherapie in einzelnen Kalenderjahre (stand.D2005)

Betroffene je 1.000 (= Anteil in Promille)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Männer	3,33	3,74	4,07	4,28	5,01	5,24	5,55
Frauen	7,57	8,37	9,15	9,94	10,48	10,97	11,97
Gesamt	5,49	6,11	6,66	7,17	7,80	8,17	8,83

Psychotherapien wurden und werden in unterschiedlichen Altersgruppen mit recht unterschiedlicher Häufigkeit beantragt bzw. genehmigt. Die nachfolgende Abbildung zeigt den Anteil der von einer Genehmigung innerhalb der Kalenderjahre 2000 bzw. 2006 betroffenen Bevölkerung in Geschlechts- und Altersgruppen. In allen Subgruppen liegen die Anteile 2006 merklich über den entsprechenden Werten im Jahr 2000.

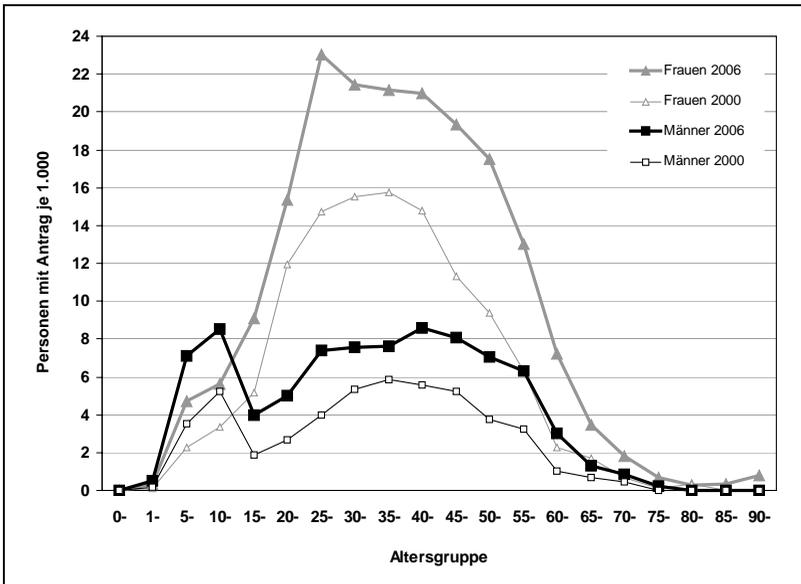


Abbildung 36: Geschlechts- und altersspezifische Bevölkerungsanteile mit Genehmigung einer Psychotherapie in 2000 sowie in 2006

Unter männlichen Personen zeigt sich ein erster Altersgipfel der Behandlungshäufigkeit bei den 5- bis unter 15-Jährigen. In diesen Altersgruppen liegt die Behandlungsrate unter männlichen Versicherten über der bei weiblichen Versicherten. Nach Vollendung des 15. Lebensjahres werden Psychotherapien grundsätzlich merklich häufiger bei Frauen als bei Männern genehmigt. Während die Behandlungs- bzw. Genehmigungsraten bei Männern auch 2006 in

keiner Altersgruppe einen Wert von 1% (bzw. 10 je 1.000) überschritten, erreichte sie bei Frauen im Alter zwischen 25 bis unter 30 Jahre einen Wert von 23 je 1.000 bzw. 2,3%. Spätestens ab einem Alter von 60 Jahren sinkt die Häufigkeit der Genehmigung von Psychotherapien bei beiden Geschlechtern erheblich. Ab einem Alter von 75 Jahren werden entsprechende Therapien nur noch in seltenen Fällen genehmigt (und vermutlich auch nur entsprechend selten beantragt).

Behandlungsraten über längere Zeiträume

Auf der Basis von längsschnittlich verfügbaren Daten lassen sich, neben den bereits dargestellten Risiken innerhalb von einzelnen Jahren, auch die Anteile von Personen ermitteln, die innerhalb längerer Beobachtungszeiträume von bestimmten Ereignissen betroffen waren. Die nachfolgende Abbildung zeigt kalkulierte Anteile von männlichen Versicherten mit Genehmigung einer Psychotherapie innerhalb von maximal 7 Jahren ab Beginn des Jahres 2000.

Basis der Berechnungen bilden Daten zu Personen, die bereits zu Beginn des Jahres 2000 bei der GEK versichert waren und für die damit Angaben zu Genehmigungen über einen Zeitraum von maximal 7 Jahren vorlagen. Die Alterszuordnung bezieht sich auf das Alter der Versicherten im Jahr 2000. Die Genehmigungsraten für die einzelnen Altersgruppen wurden nach der Produkt-Limit-Methode berechnet, welche eine Adjustierung der errechneten Raten für Effekte von zwischenzeitlichen Austritten (bzw. eines Lost to Follow up) erlaubt.

Innerhalb des hier direkt überschaubaren Zeitraumes von 7 Jahren sind in der am stärksten betroffenen Gruppe unter Männern (den Männern, welche im Jahr 2000 zwischen 35 und 39 Jahre alt waren) 3,5% von der mindestens einmaligen Genehmigung einer Psychotherapie betroffen (vgl. Abbildung 37: S. 139). Unter Frauen liegt die Rate in der entsprechenden Altersgruppe mit 8,6% allerdings noch mehr als doppelt so hoch (vgl. Abbildung 38: S. 140).

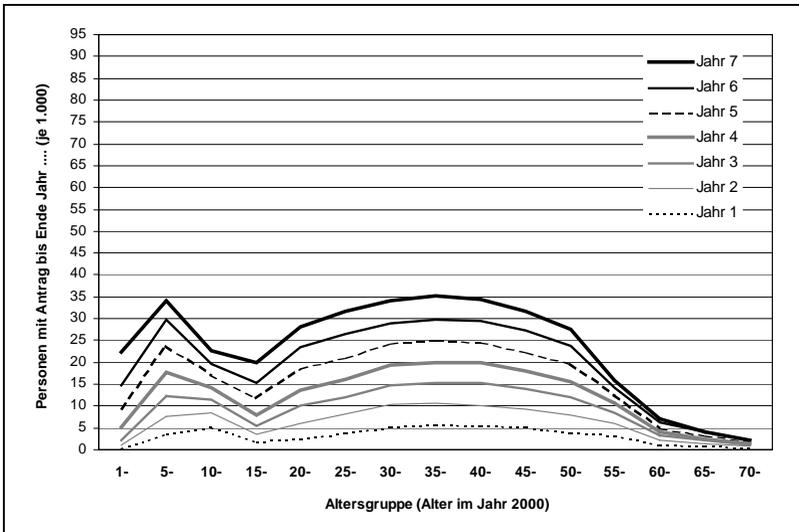


Abbildung 37: Männer: Altersspezifische Bevölkerungsanteile mit Genehmigung einer Psychotherapie innerhalb von maximal 7 Jahren ab 2000

Unter Frauen finden sich mit 9,0% innerhalb von 7 Jahren die höchsten mittelfristigen Genehmigungsraten für die 2000 zwischen 20 bis unter 30 Jahre alten Frauen. Allein innerhalb des 7. Beobachtungsjahres wird in den entsprechenden Geburtsjahrgängen bei deutlich mehr als einem Prozent erstmals eine Psychotherapie genehmigt, entsprechend ist davon auszugehen, dass auch in den nachfolgenden Jahren weitere Personen erstmalig betroffen sein werden. Als weitgehend sicher kann demnach die Prognose gelten, dass innerhalb von 8 Jahren zwischen 2000 bis Ende 2007 mindestens für jede zehnte Frau aus den Geburtsjahrgängen 1971 bis 1980 eine Psychotherapie genehmigt wurde.

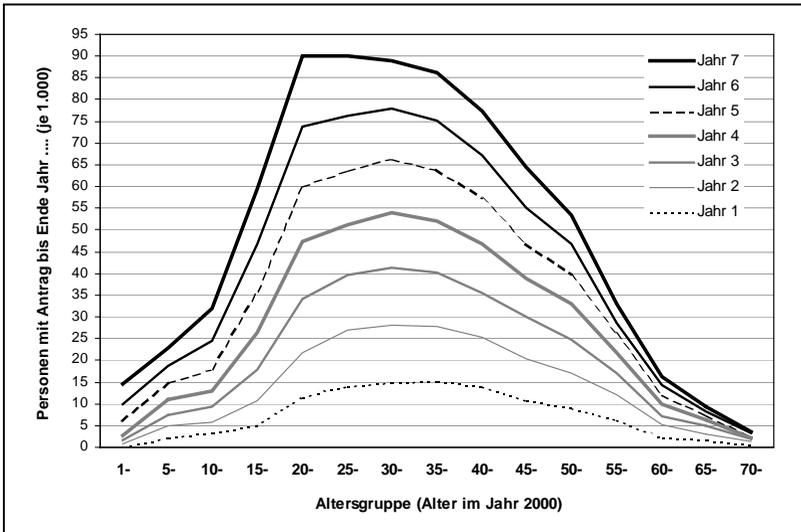


Abbildung 38: Frauen: Altersspezifische Bevölkerungsanteile mit Genehmigung einer Psychotherapie innerhalb von maximal 7 Jahren ab 2000

Wenn bereits innerhalb von 8 Jahren 10% aller Frauen aus den genannten Jahrgängen die Genehmigung zur Durchführung einer Psychotherapie erhalten, muss der Anteil der im Laufe des Lebens jemals betroffenen Frauen noch merklich höher liegen. Bei einigen Frauen ohne Therapiehinweis in den Daten der Jahre 2000 bis 2006 wird bereits vor dem Jahr 2000 eine Psychotherapie beantragt worden sein, für andere Frauen wird möglicherweise in den nächsten Jahren erstmals ein entsprechender Antrag gestellt. Exakte Prognosen sind, schon aufgrund der dynamischen Entwicklung der Behandlungsraten in den letzten Jahren, nicht möglich. Sicher ist lediglich, dass diese Raten noch erheblich über dem Wert von 10% liegen werden.

4.2 Vorrangige Behandlungsanlässe bei Psychotherapien

Wesentlich für die nähere Charakterisierung einer Psychotherapie erscheint die Indikationsstellung bzw. der Behandlungsanlass. Der nachfolgende Abschnitt befasst sich daher mit der Frage, welche Erkrankungen bzw. Diagnosen, zumindest vorrangig, den Anlass für die Genehmigung einer Psychotherapie bilden.

Leider beinhalten die verfügbaren Daten zu den genehmigten Psychotherapien keinerlei Informationen zur Indikationsstellung. Damit sind Aussagen zu Indikationen bei Therapien bis 2003 de facto unmöglich. Ab dem Jahr 2004 sollten demgegenüber Diagnoseangaben zu Abrechnungsfällen aus der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung vorliegen, die zumindest grundsätzlich eine versichertenbezogene Zuordnung der ggf. dokumentierten Diagnosen bei abgerechneten Behandlungseinheiten erlauben. Eine Zuordnung von Diagnosen als Behandlungsanlass ist jedoch auch bei der seit 2004 gegebenen Verfügbarkeit der ambulanten Daten aus unterschiedlichen Gründen verhältnismäßig aufwändig und nicht in allen Fällen eindeutig (sowie in wenigen Fällen auch überhaupt nicht) möglich:

Eine Schwierigkeit resultiert daraus, dass die Daten zu Genehmigungen zwar versichertenbezogen zugeordnet werden können, jedoch keine eindeutige Kennzeichnung des beantragenden Therapeuten beinhalten. Eine weitgehend eindeutige Zuordnung kann daher nur erfolgen, wenn im nahen zeitlichen Umfeld der Genehmigung auch Angaben zu abgerechneten Leistungen eines Therapeuten identifiziert werden können. Als Indiz für einen Zusammenhang mit der Genehmigung kann dabei gelten, wenn zeitnah Leistungsziffern abgerechnet wurden, die für einen Antrag auf Psychotherapie oder für die Erbringung von genehmigungspflichtigen Leistungen angegeben werden können. Insbesondere in den Daten zum Jahr 2004 ergibt sich selbst bei dieser Datenverfügbarkeit eine weitere Schwierigkeit aus der Tatsache, dass in Abrechnungsdaten von Psychotherapeuten noch verhältnismäßig häufig keine Angaben zu Diag-

nosen gemacht wurden. Während bei einem überwiegenden Teil der Arztgruppen zu mehr als 99% der Abrechnungsfälle valide Diagnoseschlüssel dokumentiert waren, waren bei Abrechnungsfälle von Psychotherapeuten entsprechende Angaben nur in etwa 75% der Fälle verfügbar.

Nachfolgend dargestellt werden Häufigkeiten von **Diagnosen bei Erstanträgen einer Psychotherapie** in den Jahren 2004 bis 2006. Durch die Beschränkung der Auswertung auf Erstanträge in der gewählten Form kann gewährleistet werden, dass einzelne Betroffene innerhalb des verfügbaren Beobachtungszeitraums nicht mehrfach berücksichtigt werden, was insbesondere auch für die noch nachfolgenden dargestellten Auswertungen zu Behandlungsverläufen wesentlich erscheint. Als Erstantrag wurde jeder dokumentierte Antrag in den Jahren 2004 bis 2006 berücksichtigt, bei dem versichertenbezogen kein genehmigter Antrag innerhalb der vorausgehenden vier Kalenderjahre bei nachweislich durchgängiger Versicherung in der GEK identifiziert werden konnte. Die Diagnosezuordnung erfolgte in einem abgestuften Verfahren. Sofern bei einem Versicherten innerhalb eines Zeitraumes von +/- 3 Monaten um das Genehmigungsdatum eine antragspflichtige Psychotherapiesitzung abgerechnet worden war, wurde primär versucht, die Diagnosen des zeitlich nächstliegenden Behandlungsfalles zu identifizieren. Wurden im Kontext antragspflichtiger Leistungsziffern keine Diagnosen aus dem Kapitel psychischer Störungen identifiziert, wurden Diagnosen auf eine entsprechende Art im Kontext einer Abrechnung probatorischer Sitzungen oder der Abrechnung der Beantragung einer genehmigungspflichtigen Psychotherapie identifiziert. Als weitere Alternative wurde auf Diagnosen zu Behandlungsfällen bei ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten zurückgegriffen, zu denen keine Abrechnungsziffern im o.g. Sinne dokumentiert waren. Abschließend wurde versichertenbezogen ermittelt, welche Diagnose aus dem Kapitel psychischer Störungen auf 3stelliger Ebene innerhalb des Genehmigungsjahres von beliebigen Ärzten am häufigsten dokumentiert wurden.

Waren keine anderen Informationen verfügbar oder bei den sonst prioritär identifizierten Falldiagnosen mehrere Diagnoseangaben vorhanden, wurde die insgesamt häufigste Diagnose des betreffenden Jahres als relevanteste Diagnose bei einem Erstantrag einer Psychotherapie erachtet (nachfolgend als Index-Diagnose bezeichnet). Die nachfolgende Tabelle gibt zunächst einen Überblick zur Verteilung der zugeordneten Diagnosen auf Diagnosegruppen der ICD10.

Tabelle 32: Diagnosen bei erstmaliger Genehmigung einer Psychotherapie (nach ICD-Gruppen)

ICD10-Diagnosegruppe	2004	2005	2006	gesamt
Keine Diagnosezuordnung	1,2%	0,5%	0,5%	0,7%
F00-F09: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%
F10-F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	1,4%	1,3%	1,5%	1,4%
F20-F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	0,8%	0,9%	0,6%	0,8%
F30-F39: Affektive Störungen	31,0%	32,2%	33,5%	32,3%
F40-F48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	48,7%	49,4%	48,6%	48,9%
F50-F59: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	3,5%	3,2%	3,3%	3,3%
F60-F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	3,8%	3,7%	3,2%	3,5%
F70-F79: Intelligenzminderung	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%
F80-F89: Entwicklungsstörungen	0,7%	0,5%	0,6%	0,6%
F90-F98: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	8,0%	7,7%	7,7%	7,8%
F99: Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	0,4%	0,4%	0,3%	0,4%
Anzahl Fälle absolut	5.223	5.624	6.127	16.974

In den Jahren 2004 bis 2006 konnten bei Personen im Alter zwischen 5 bis unter 70 Jahre mit durchgängiger Versicherung in der GEK über mindestens vier vorausgehende Kalenderjahre jeweils mehr als 5.000 Erstbehandlungsfälle identifiziert werden. Die anteilige Bedeutung der Diagnosegruppen erscheint in den drei Jahren weitgehend konstant. Etwa 80% aller Index-Diagnosen im Zusammenhang mit der erstmaligen Genehmigung einer Psychotherapie sind der Diagnosegruppe "Affektive Störungen" oder der Gruppe "Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen" zuzuordnen, wobei der letztgenannten Gruppe mit 48,9% nahezu die Hälfte aller Fälle zugeordnet werden können.

Die 11 Erkrankungsgruppen der ICD10 aus dem Kapitel "Psychische und Verhaltensstörungen" umfassen bei einer weiteren Differenzierung insgesamt 79 3stellige ICD10-Diagnosen. Die folgende Tabelle listet Ergebnisse zur anteiligen Bedeutung der 17 häufigsten Diagnosen im Kontext von Erstanträgen einer Psychotherapie, denen 93,7% aller Fälle zwischen 2004 und 2006 zugeordnet werden konnten.

Die häufigste ICD10-Diagnose im Kontext der Erstbeantragung einer Psychotherapie ist die Diagnose F32 "Depressive Episode", der mehr als 21% aller Fälle zuzuordnen sind. Berücksichtigt man gleichzeitig die eher graduell abweichende Diagnose F33 "Rezidivierende depressive Störung" mit einem Anteil von 5,9%, lassen sich insgesamt mehr als 27% der Erstbeantragungen einer Psychotherapie der Diagnose einer Depression zuschreiben.

20,7%, also etwa ein Fünftel aller Erstanträge, lassen sich der Diagnose F43 "Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen" zuordnen, 12,2% entfallen auf die Diagnose F41 "Andere Angststörungen".

Tabelle 33: Diagnosen bei erstmaliger Genehmigung einer Psychotherapie (häufige 3stellige ICD10-Diagnosen)

ICD10-Diagnose 3stellig	2004	2005	2006	gesamt
F10: Psychische u. Verhaltensstörungen d. Alkohol	1,01%	0,76%	1,04%	0,94%
F32: Depressive Episode	20,77%	20,66%	22,75%	21,45%
F33: Rezidivierende depressive Störung	5,11%	6,17%	6,28%	5,89%
F34: Anhaltende affektive Störungen	4,73%	4,89%	3,93%	4,50%
F40: Phobische Störungen	3,89%	4,27%	4,29%	4,16%
F41: Andere Angststörungen	12,23%	12,39%	12,11%	12,24%
F42: Zwangsstörung	1,74%	1,49%	1,22%	1,47%
F43: Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	19,47%	21,12%	21,36%	20,70%
F45: Somatoforme Störungen	6,91%	6,42%	6,38%	6,56%
F48: Andere neurotische Störungen	4,27%	3,45%	3,10%	3,58%
F50: Essstörungen	2,41%	2,24%	2,01%	2,21%
F60: Spezifische Persönlichkeitsstörungen	2,95%	2,68%	2,40%	2,66%
F90: Hyperkinetische Störungen	2,14%	2,08%	2,09%	2,10%
F91: Störungen des Sozialverhaltens	1,05%	0,96%	0,85%	0,95%
F92: Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	0,90%	0,71%	0,78%	0,80%
F93: Emotionale Störungen des Kindesalters	2,41%	2,26%	2,43%	2,37%
F98: Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1,03%	1,24%	1,19%	1,16%
Anzahl Fälle absolut	5.223	5.624	6.127	16.974

Alle anteilig relevanten Diagnosen finden sich sowohl bei Erstanträgen durch *psychoanalytisch orientierte Psychotherapeuten* (P) als auch bei Erstanträgen durch *verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapeuten* (V), von denen diagnoseübergreifend in den Jahren 2004 bis 2006 48,5% (P) bzw. 51,5% (V) aller genehmigten Erstanträge gestellt wurden (vgl. Tabelle 34: S. 146). Zwei der 17 relevantesten Diagnosen finden sich dabei allerdings weit

überwiegend bei Erstanträgen durch verhaltenstherapeutisch orientierte Therapeuten: Diese zeichnen für 77% der bewilligten Erstanträge bei "Phobischen Störungen" (F40) sowie etwa 75% der Erstanträge bei "Hyperkinetischen Störungen" (F90) verantwortlich. Mit einem Anteil von 75,6% vorrangig durch psychoanalytisch orientierte Psychotherapeuten behandelt werden demgegenüber nach den vorliegenden Ergebnissen insbesondere "Andere neurotische Störungen" (F48).

Tabelle 34: Diagnosen bei psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch orientierten Psychotherapeuten (häufige 3stellige ICD10-Diagnosen)

ICD10-Diagnose 3stellig (Erstgenehmigungen 2004-2006)	Anteil P	Anteil V	Fälle gesamt	Anteil an allen Fällen
F10: Psychische u. Verhaltensstörungen d. Alkohol	43,8%	56,3%	160	0,9%
F32: Depressive Episode	51,3%	48,7%	3641	21,5%
F33: Rezidivierende depressive Störung	47,8%	52,2%	999	5,9%
F34: Anhaltende affektive Störungen	57,7%	42,3%	763	4,5%
F40: Phobische Störungen	22,9%	77,1%	706	4,2%
F41: Andere Angststörungen	48,6%	51,4%	2078	12,2%
F42: Zwangsstörung	35,2%	64,8%	250	1,5%
F43: Reaktionen auf schwere Belastungen	45,1%	54,9%	3514	20,7%
F45: Somatoforme Störungen	49,6%	50,4%	1113	6,6%
F48: Andere neurotische Störungen	75,6%	24,4%	607	3,6%
F50: Essstörungen	53,6%	46,4%	375	2,2%
F60: Spezifische Persönlichkeitsstörungen	50,9%	49,1%	452	2,7%
F90: Hyperkinetische Störungen	25,5%	74,5%	357	2,1%
F91: Störungen des Sozialverhaltens	52,8%	47,2%	161	0,9%
F92: Kombi. Störung d. Sozialverh. u. d. Emotionen	57,8%	42,2%	135	0,8%
F93: Emotionale Störungen des Kindesalters	58,0%	42,0%	402	2,4%
F98: Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	51,8%	48,2%	197	1,2%
Alle Diagnosen	48,5%	51,5%	16.974	100%

Diagnosespektrum bei Kindern

Die nachfolgende Tabelle zeigt gesondert das Diagnosespektrum bei Kindern im Alter zwischen 5 und 14 Jahren mit Erstgenehmigung einer Psychotherapie. Aufgeführt sind alle 3stelligen ICD-Diagnosen, die bei wenigstens 1% der insgesamt 1.763 Kinder mit Versicherung in der GEK als Behandlungsanlass identifiziert wurden.

Tabelle 35: Diagnosen bei erstmaliger Genehmigung einer Psychotherapie unter Kindern (5 bis 14 Jahre, häufige 3stellige ICD10-Diagnosen)

ICD10-Diagnose 3stellig	2004	2005	2006	gesamt
F32: Depressive Episode	1,8%	1,7%	1,6%	1,7%
F40: Phobische Störungen	2,4%	2,0%	2,1%	2,2%
F41: Andere Angststörungen	3,1%	5,7%	3,9%	4,3%
F42: Zwangsstörung	0,7%	1,8%	1,0%	1,2%
F43: Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	10,2%	14,2%	14,1%	12,9%
F45: Somatoforme Störungen	0,9%	1,8%	1,6%	1,5%
F48: Andere neurotische Störungen	5,3%	4,5%	2,4%	4,0%
F50: Essstörungen	1,6%	0,7%	1,1%	1,1%
F81: Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	2,9%	2,5%	1,8%	2,4%
F90: Hyperkinetische Störungen	17,2%	15,4%	17,4%	16,7%
F91: Störungen des Sozialverhaltens	7,8%	7,2%	6,7%	7,2%
F92: Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	6,0%	4,9%	6,5%	5,8%
F93: Emotionale Störungen des Kindesalters	19,1%	19,3%	22,3%	20,2%
F94: Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1,5%	2,5%	1,1%	1,7%
F95: Ticstörungen	1,6%	1,0%	1,1%	1,2%
F98: Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	7,8%	10,2%	9,9%	9,4%
Anzahl Fälle absolut	551	597	615	1.763

Die aufgelisteten Diagnosen beschreiben insgesamt 93,5% aller Fälle bei Kindern in den Jahren 2004 bis 2006. Erwartungsgemäß erhalten einige Diagnosen in dieser Gruppe ein deutlich stärkeres Gewicht als in den zuvor dargestellten Ergebnissen zur Gesamtgruppe. Etwa 17% der Behandlungsfälle können der Diagnose hyperkinetischer Störungen zugeordnet werden (F90, auch als Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom bzw. ADS zu bezeichnen). Auch andere Diagnosen aus der Gruppe F90-F98 "Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend" spielen eine verhältnismäßig große Rolle, insgesamt sind der Gruppe 62% aller Behandlungsfälle zuzuordnen. Außerhalb dieser Gruppe besitzt insbesondere die Diagnose F43 "Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen" noch eine relativ große Bedeutung.

4.3 Diagnosen, Morbidität, Komorbidität

Der vorausgehende Abschnitt befasste sich mit Diagnosen, die in engem Zusammenhang mit der Erstbewilligung einer Psychotherapie identifiziert werden konnten und insofern als vorrangiger Anlass für die Therapieeinleitung gelten können. Das Vorliegen einer bestimmten psychischen Diagnose im Sinne eines vorrangigen Behandlungsanlasses schließt allerdings keinesfalls das Vorliegen weiterer psychischer oder somatischer Erkrankungen aus. Der nachfolgende Abschnitt befasst sich daher mit der Häufigkeit von Diagnosen bei Versicherten mit Bewilligung einer Psychotherapie allgemein, d.h. unabhängig davon, ob diese primär im Zusammenhang mit der Durchführung einer entsprechenden Therapie stehen. Dargestellt werden die 100 häufigsten bei Versicherten mit genehmigter Psychotherapie im Jahr der erstmaligen Genehmigung erfassten Diagnosen. Vergleichend gegenübergestellt werden Häufigkeiten entsprechender Diagnosen in einer nach Geschlecht und Alter gematchten Population von Versicherten ohne Hinweis auf die Genehmigung einer Psychotherapie. Die Gegenüberstellung beschränkt sich auf Personen im Alter zwischen 5 und 69 Jahre, die mindestens über 4 Jahre vor Therapiegenehmigung bei der

GEK versichert waren und innerhalb dieser Vorbeobachtungszeit keine Psychotherapie genehmigt bekamen.

Zeigen sich in beiden Gruppen vergleichbare Diagnoseraten, ist davon auszugehen, dass entsprechende Diagnosen nicht zu spezifischen Charakteristika von Patienten mit Psychotherapien zählen. Sofern es sich um somatische Erkrankungen handelt, stellen entsprechende Diagnosen zwar Begleiterkrankungen im Sinne einer Komorbidität dar, diese sind jedoch in vergleichbarer Häufigkeit auch in einer "Durchschnittsbevölkerung" mit vergleichbarer Geschlechts- und Altersstruktur zu erwarten. Merkliche Unterschiede in der Diagnoserate belegen demgegenüber einen Zusammenhang zwischen den entsprechenden Diagnosen und der Gruppenzugehörigkeit im statistischen Sinne, ohne allerdings Informationen zu Ursache und Wirkung zu geben.

Tabelle 36: Morbidität, Komorbidität bei Versicherten mit erstmals bewilligter Psychotherapie 2006 (häufige 3stellige ICD10-Diagnosen)

ICD10-Diagnose 3stellig (Vergleichsgruppe n=296.850; Versicherte mit Erstbewilligung n=5.937)	Ver- gleichs- gruppe	Vers. mit Psycho- therapie	Faktor P vs. Ref.	Abw. Kat.§
F32 Depressive Episode	6,8%	58,0%	8,6	****
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	4,1%	43,8%	10,7	****
M54 Rückenschmerzen	26,7%	36,1%	1,4	*
F45 Somatoforme Störungen	9,1%	33,0%	3,6	****
Z12 Spezielle Verfahren z. Untersuchung auf Neubildungen	30,3%	32,5%	1,1	
F41 Andere Angststörungen	3,0%	30,4%	10,3	****
Z30 Kontrazeptive Maßnahmen	26,8%	27,7%	1,0	
H52 Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	19,0%	23,2%	1,2	
N89 Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	19,4%	21,4%	1,1	
J06 Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	16,1%	19,4%	1,2	
R10 Bauch- und Beckenschmerzen	12,5%	18,0%	1,4	*
F33 Rezidivierende depressive Störung	1,3%	16,9%	12,7	****
I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	15,9%	16,6%	1,0	

ICD10-Diagnose 3stellig (Vergleichsgruppe n=296.850; Versicherte mit Erstbewilligung n=5.937)	Vergleichs- gruppe	Vers. mit Psycho- therapie	Faktor P vs. Ref.	Abw. Kat. §
M53 Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	9,4%	15,7%	1,7	**
E78 Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	13,7%	15,5%	1,1	
M99 Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	9,3%	15,0%	1,6	**
F48 Andere neurotische Störungen	2,4%	14,3%	6,0	****
J30 Vasomotorische und allergische Rhinopathie	10,3%	12,8%	1,2	
K29 Gastritis und Duodenitis	6,8%	12,1%	1,8	**
Z00 Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	10,6%	12,1%	1,1	
N94 Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus	9,3%	12,1%	1,3	*
N76 Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva	10,3%	11,9%	1,2	
F34 Anhaltende affektive Störungen	0,6%	11,8%	20,0	****
E04 Sonstige nichttoxische Struma	9,4%	11,6%	1,2	
F60 Spezifische Persönlichkeitsstörungen	0,5%	11,0%	21,0	****
J20 Akute Bronchitis	8,9%	10,8%	1,2	
F40 Phobische Störungen	1,1%	10,6%	9,3	****
T14 Verletzung an einer n. n. bezeichneten Körperregion	8,3%	10,4%	1,3	*
K52 Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	7,3%	10,4%	1,4	*
N39 Sonstige Krankheiten des Harnsystems	7,5%	10,3%	1,4	*
Z25 Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	8,6%	10,3%	1,2	
H50 Sonstiger Strabismus	8,1%	10,1%	1,3	*
H53 Sehstörungen	7,7%	10,1%	1,3	*
M51 Sonstige Bandscheibenschäden	6,2%	10,0%	1,6	**
L30 Sonstige Dermatitis	7,7%	9,8%	1,3	*
T78 Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	7,5%	9,8%	1,3	*
G47 Schlafstörungen	3,0%	9,7%	3,2	****
N92 Zu starke, zu häufige o. unregelmäßige Menstruation	7,9%	9,7%	1,2	
N95 Klimakterische Störungen	7,4%	9,7%	1,3	*
J45 Asthma bronchiale	7,1%	9,4%	1,3	*
E66 Adipositas	8,3%	9,4%	1,1	
R51 Kopfschmerz	5,6%	9,4%	1,7	**

ICD10-Diagnose 3stellig (Vergleichsgruppe n=296.850; Versicherte mit Erstbewilligung n=5.937)	Vergleichs- gruppe	Vers. mit Psycho- therapie	Faktor P vs. Ref.	Abw. Kat.§
J40 Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	7,8%	9,2%	1,2	
G43 Migräne	5,6%	9,1%	1,6	**
J32 Chronische Sinusitis	6,2%	8,9%	1,4	*
M79 Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	5,3%	8,8%	1,6	**
M47 Spondylose	5,5%	8,8%	1,6	**
D22 Melanozytennävus	6,2%	8,5%	1,4	*
J01 Akute Sinusitis	6,1%	8,2%	1,3	*
M77 Sonstige Enthesopathien	5,9%	8,1%	1,4	*
J02 Akute Pharyngitis	6,1%	7,7%	1,3	*
M25 Sonst. Gelenkrankheiten, anderenorts n. klassifiziert	5,4%	7,7%	1,4	*
H93 Sonstige Krankheiten des Ohres, anderenorts nicht klassifiziert	3,3%	7,5%	2,3	***
Q66 Angeborene Deformitäten der Füße	5,2%	7,4%	1,4	*
R42 Schwindel und Taumel	3,0%	7,4%	2,4	***
H10 Konjunktivitis	6,3%	7,3%	1,2	
N64 Sonstige Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	5,8%	7,3%	1,3	*
B37 Kandidose	5,2%	7,2%	1,4	*
J03 Akute Tonsillitis	6,9%	7,2%	1,0	
K76 Sonstige Krankheiten der Leber	5,5%	6,9%	1,2	
A09 Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	4,6%	6,8%	1,5	*
R53 Unwohlsein und Ermüdung	2,7%	6,7%	2,5	***
K21 Gastroösophageale Refluxkrankheit	4,0%	6,7%	1,7	**
M75 Schulterläsionen	4,4%	6,4%	1,5	*
L20 Atopisches [endogenes] Ekzem	4,9%	6,4%	1,3	*
L70 Akne	4,8%	6,4%	1,3	*
M41 Skoliose	4,0%	6,2%	1,6	**
J04 Akute Laryngitis und Tracheitis	4,6%	6,1%	1,3	*
R52 Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert	2,8%	6,1%	2,2	***
I84 Hämorrhoiden	4,1%	5,9%	1,4	*
Z26 Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	5,8%	5,9%	1,0	
I83 Varizen der unteren Extremitäten	5,2%	5,9%	1,1	
I95 Hypotonie	4,1%	5,9%	1,4	*

ICD10-Diagnose 3stellig (Vergleichsgruppe n=296.850; Versicherte mit Erstbewilligung n=5.937)	Vergleichsgruppe	Vers. mit Psychotherapie	Faktor P vs. Ref.	Abw. Kat.§
B34 Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	4,6%	5,8%	1,3	*
Z27 Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten	5,7%	5,8%	1,0	
Z01 Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diag.	5,3%	5,7%	1,1	
M62 Sonstige Muskelkrankheiten	3,4%	5,7%	1,6	**
G44 Sonstige Kopfschmerzsyndrome	2,3%	5,6%	2,4	***
H91 Sonstiger Hörverlust	3,3%	5,6%	1,7	**
B35 Dermatophytose [Tinea]	3,4%	5,5%	1,6	**
H35 Sonstige Affektionen der Netzhaut	4,4%	5,4%	1,2	
N30 Zystitis	3,8%	5,4%	1,4	*
E03 Sonstige Hypothyreose	3,4%	5,4%	1,6	**
N86 Erosion und Ektropium der Cervix uteri	5,2%	5,4%	1,0	
I49 Sonstige kardiale Arrhythmien	3,1%	5,3%	1,7	**
H61 Sonstige Krankheiten des äußeren Ohres	3,9%	5,3%	1,3	*
M21 Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten	3,7%	5,3%	1,4	*
N83 Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	3,9%	5,2%	1,4	*
Z24 Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen bestimmte einzelne Viruskrankheiten	5,6%	5,2%	0,9	
J34 Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	3,0%	4,9%	1,6	**
B07 Viruswarzen	3,5%	4,9%	1,4	*
G56 Mononeuropathien der oberen Extremität	2,4%	4,7%	1,9	**
I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	3,0%	4,7%	1,6	**
F90 Hyperkinetische Störungen	0,8%	4,6%	5,5	****
M42 Osteochondrose der Wirbelsäule	2,8%	4,6%	1,6	**
M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	3,3%	4,5%	1,4	*
R45 Symptome, die die Stimmung betreffen	1,1%	4,5%	3,9	****
F93 Emotionale Störungen des Kindesalters	0,3%	4,4%	17,2	****
R06 Störungen der Atmung	2,3%	4,4%	1,9	**
F50 Essstörungen	0,3%	4,4%	13,0	****

§ Abw. Kat.: Kennzeichnung der relativen Abweichung von Diagnoseraten bei Versicherten mit vs. ohne Psychotherapiegenehmigung nach folgenden Kategorien: * $\geq 1,25$; ** $\geq 1,50$; *** $\geq 2,00$; **** $\geq 3,00$;

Sehr deutlich wird bei der Auswertung, dass bei Versicherten mit genehmigter Psychotherapie auch unabhängig von der Antrags-assoziierten Diagnose psychische Erkrankungen eine sehr maßgebliche Rolle spielen. So finden sich bei Versicherten mit einem entsprechenden Antrag im Jahr 2006 unter den 10 häufigsten Diagnosen, die von beliebigen Ärzten innerhalb des Jahres gestellt wurden, vier Diagnosen aus dem ICD10-Kapitel "Psychische und Verhaltensstörungen", die jeweils bei mehr als 30% der Versicherten dokumentiert wurden: Bei mehr als der Hälfte der Versicherten mit Antrag, nämlich bei 58%, wurde die Diagnose "Depressive Episode" (F32) erfasst, 44% waren von der Diagnose "Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen" (F43) betroffen, 33% von "Somatoformen Störungen" (F45) und 30% von "Anderen Angststörungen" (F41). Die genannten Diagnoseraten liegen dabei jeweils um den Faktor 3 bis 11 höher als in der Vergleichsgruppe mit übereinstimmender Geschlechts- und Altersstruktur.

Diagnosen außerhalb des Kapitels "Psychische und Verhaltensstörungen" (also alle Diagnosen ohne den Buchstaben "F" im Diagnoseschlüssel) werden nur ausgesprochen selten um mehr als den Faktor 3 häufiger bei Psychotherapie-Betroffenen (PT) erfasst als in der Vergleichsgruppe (VG). Entsprechende *Ausnahmen unter den 300 häufigsten Diagnosen* bei Psychotherapie-Betroffenen (von denen in der vorausgehenden Tabelle lediglich 100 angeführt werden) bilden die Diagnosen "Schlafstörungen" (G47; VG: 3,0%; PT: 9,7%), "Symptome, die die Stimmung betreffen" (R45; VG: 1,1%; PT: 4,5%), "Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung" (Z73; VG: 0,7%; PT: 3,8%), "Andere Kontaktanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis" (Z63; VG: 0,5%; PT: 3,8%), "Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen" (Z76; VG: 0,9%; PT: 3,0%), "Kontaktanlässe mit Bezug auf das Berufsleben" (Z56; VG: 0,2%; PT: 1,7%), "Symptome, die das äußere Erscheinungsbild und das Verhalten betreffen" (R46; VG: 0,2%; PT: 1,2%). Es handelt sich bei diesen Diagnosen grundsätzlich um Symptome oder Anlässe, die einen engen Zusammenhang mit psychischen Problemen vermuten lassen.

Umgekehrt existieren in der Liste nur zwei bei insgesamt 29 psychischen "F"-Diagnosen, die unter Psychotherapie-Betroffenen nicht erheblich häufiger diagnostiziert werden, nämlich "Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak" (F17; VG: 3,1%; PT: 4,2%) sowie "Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache" (F80; VG: 1,1%; PT: 1,2%).

Eine Vielzahl von somatischen Diagnosen wird bei Psychotherapie-Betroffenen ähnlich häufig oder nur etwas häufiger als in der Vergleichsgruppe erfasst. Diagnoseraten, die etwa 1,5-fach über denen in der Vergleichsgruppe liegen, werden typischerweise bei unterschiedlichen Rückenbeschwerden, bei Magen-Darm-Problemen sowie bei Kopfschmerzen und Migräne beobachtet.

4.4 Häufigkeit und Behandlungsraten von ausgewählten psychischen Diagnosen

Neben den im Report vorrangig dargestellten Informationen zu häufigen Diagnosen können zweifellos auch detailliertere Auswertungen zu einer Vielzahl von selteneren Diagnosen von Interesse sein, die in Anbetracht der relativ umfangreichen Daten durchaus möglich sind. Entsprechende Auswertungsergebnisse zu allen denkbaren Diagnosen würden jedoch den Rahmen einer Übersichtsdarstellung sprengen. Das Thema Psychotherapie liefert den Anlass, sich gezielt mit den Diagnosen zu beschäftigen, die eine maßgebliche Rolle als Indikationen bzw. als Behandlungsanlässe für eine Psychotherapie bilden. Der nachfolgende Abschnitt befasst sich dabei in Bezug auf einzelne, entsprechend ausgewählte, Diagnosen mit zwei Fragen:

- Wie häufig sind psychische Erkrankungen in der allgemeinen Bevölkerung, die ihrerseits eine Rolle bei der Beantragung einer Psychotherapie spielen?
- Wie häufig wird oder wurde bei Personen mit entsprechenden Diagnosen eine Psychotherapie genehmigt?

Ergebnisse zu beiden Fragen werden jeweils in einer Tabelle "Basisdaten" in Bezug auf die Gesamtbevölkerung sowie in Abbildungen auch in Bezug auf einzelne Geschlechts- und Altersgruppen in der Bevölkerung bzw. unter Patienten mit entsprechenden Diagnosen dargestellt¹⁰. Erst diese Gegenüberstellung gibt Hinweise, ob die bereits festgestellte Häufung von Psychotherapien in bestimmten Gruppen (wie z.B. bei den jüngeren Frauen) aus der bevölkerungsbezogenen Häufung von spezifischen Erkrankungen in einer Gruppe erklärt werden kann, oder ob sie eher aus einer bevorzugten Wahl dieser Therapieform in bestimmten Gruppen resultiert.

Neben dem bevölkerungs- und erkranktenbezogenen Anteil der Personen mit Genehmigung einer Psychotherapie bei Vorliegen einer bestimmten Diagnose im Jahr der Diagnoseerfassung 2006 wird zusätzlich der Anteil der Versicherten ausgewiesen, bei dem zu einem beliebigen Zeitpunkt in den Jahren 2000 bis 2006 mindestens einmalig eine Psychotherapie genehmigt wurde. Der Anteil kann als konservative Schätzung gelten, da an dieser Stelle vor dem Hintergrund methodischer Überlegungen (im Gegensatz zum Vorgehen bei Auswertungen zu erstmaligen Genehmigungen) alle Personen mit Versicherung in 2006 berücksichtigt wurden, jedoch nicht überprüft wurde, ob diese Personen bereits seit 2000 bei der GEK versichert waren. Einige Personen können also als Versicherte einer anderen Kasse bereits vor 2006 eine Genehmigung erhalten haben, ohne dass diese in den Daten der GEK erfasst wurde.

Zum Teil sind den nachfolgenden Abschnitten Erläuterungen zu den jeweils betrachteten ICD10-Schlüsseln vorangestellt, die wörtlich der ICD10 in ihrer aktuellsten amtlichen Fassung entnommen wurden (endgültige Fassung der ICD-10-GM Version 2008; veröffentlicht vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) unter www.dimdi.de im Internet, Stand 9.10.2007). Die entsprechenden Textstellen sind kursiv gedruckt.

¹⁰ *Sofern in einer Altersgruppe weniger als 100 Versicherte mit der jeweils betrachteten Diagnose in 2006 identifiziert wurden, sind psychotherapeutische Behandlungsquoten dieser Versicherten nicht mehr ausgewiesen*

Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)

Das ICD-Kapitel "Psychische und Verhaltensstörungen" umfasst Diagnose-schlüssel zu allen psychischen Erkrankungen im engeren Sinne, bildet also die übergeordnete Gruppe zu allen nachfolgend dargestellten Erkrankungsbildern. Eine Form der Darstellung zur bevölkerungsbezogenen Häufigkeit von entsprechenden Diagnosen findet sich bereits in Abbildung 28: S. 90.

Basisdaten	<i>Männer (%)</i>	<i>Frauen (%)</i>	<i>Gesamt (%)</i>	<i>Männer (Tsd.)</i>	<i>Frauen (Tsd.)</i>	<i>Gesamt (Tsd.)</i>
Pop. mit Diagnose 2006	21,9%	33,7%	27,9%	8.846	14.200	23.046
Diag.+Psych.Th. 2006*	2,5%	3,5%	3,1%	223	502	725
Diag.+Psych.Th. ab 2000*	7,4%	10,1%	9,1%	653	1.441	2.094

**Anteil bezogen auf Personen mit Diagnose; Absolute Werte: Zahl der Betroffenen in Deutschland (Hochrechnung), Angabe in Tausend; vgl. auch Tabelle A 22: S. 297 im PDF-Anhang*

Von (mindestens) einer beliebigen Diagnose aus dem Kapitel "Psychische und Verhaltensstörungen" waren 2006 27,9% der Bevölkerung betroffen. Von diesen schätzungsweise 23 Mio. Personen erhielten im selben Jahr 3,1% die Genehmigung für eine Psychotherapie. Berücksichtigt man alle verfügbaren Informationen seit dem Jahr 2000, ergeben sich in der Gruppe Hinweise auf eine vorausgehend oder aktuell genehmigte Psychotherapie für insgesamt 9,1%. Demnach war knapp ein Zehntel der Personen, bei denen 2006 in den ambulanten Daten eine beliebige Diagnose aus dem Kapitel "Psychische und Verhaltensstörungen" dokumentiert wurde, zwischen 2000 und 2006 von der Genehmigung mindestens einer Psychotherapie betroffen. Ab einem Alter von 15 Jahren werden bei Frauen psychische und Verhaltensstörungen häufiger diagnostiziert. Zugleich werden bei Frauen im Falle einer entsprechenden Diagnosestellung ab einem Alter von 20 Jahren häufiger Psychotherapien genehmigt als bei Männern. Offensichtlich ist, dass die mit höherem Alter rückläufige Psychotherapie-Genehmigungsrate keineswegs aus einer abnehmenden Gesamthäufigkeit psychischer Erkrankungen, sondern eher aus einer altersabhängigen Präferenz für diese Therapieform bei Jüngeren resultieren dürfte.

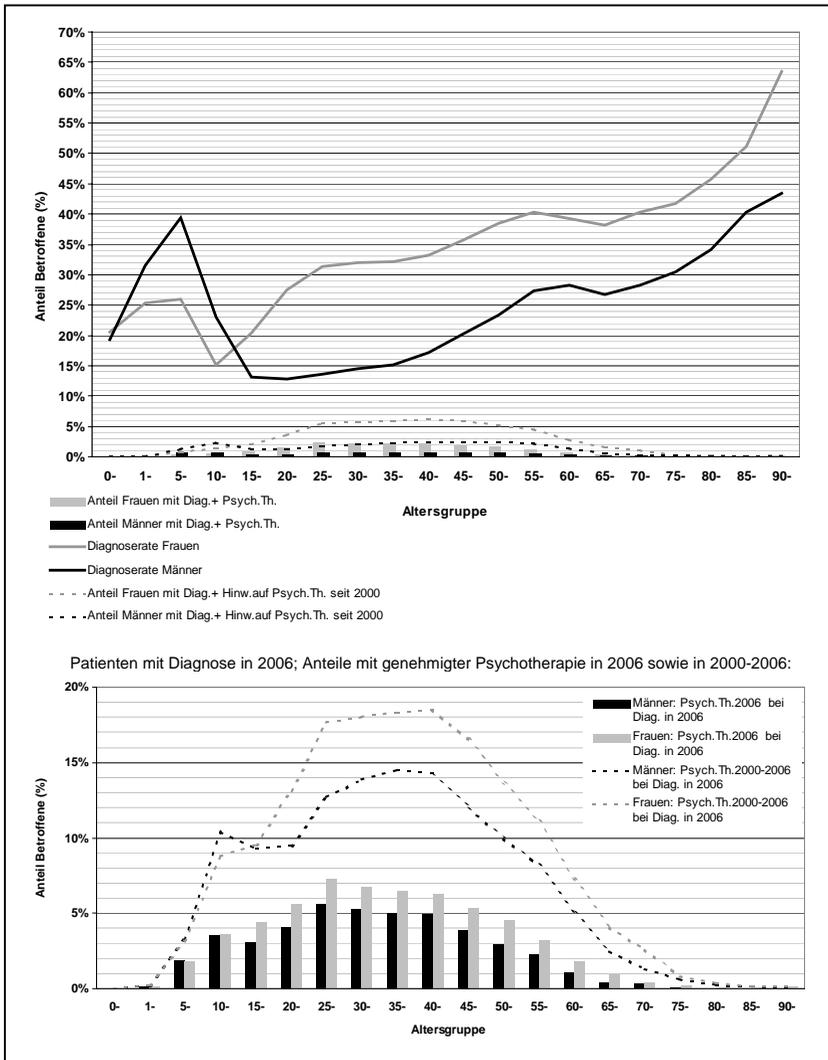


Abbildung 39: Personen mit Diag. "Psychische und Verhaltensstörungen" (F00-F99) in 2006, Genehmigung von Psychotherapien

Affektive Störungen (F30-F39)

Erläuterungen nach ICD10: Diese Gruppe enthält Störungen deren Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität entweder zur Depression - mit oder ohne begleitender Angst - oder zur gehobenen Stimmung bestehen. Dieser Stimmungswechsel wird meist von einer Veränderung des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet. Die meisten anderen Symptome beruhen hierauf oder sind im Zusammenhang mit dem Stimmungs- und Aktivitätswechsel leicht zu verstehen. Die meisten dieser Störungen neigen zu Rückfällen. Der Beginn der einzelnen Episoden ist oft mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang zu bringen.

Basisdaten	Männer (%)	Frauen (%)	Gesamt (%)	Männer (Tsd.)	Frauen (Tsd.)	Gesamt (Tsd.)
Pop. mit Diagnose 2006	5,5%	13,3%	9,5%	2.226	5.611	7.837
Diag.+Psych.Th. 2006*	6,2%	6,5%	6,4%	139	366	505
Diag.+Psych.Th. ab 2000*	16,5%	16,9%	16,8%	367	948	1.315

*Anteil bezogen auf Personen mit Diagnose; Absolute Werte: Zahl der Betroffenen in Deutschland (Hochrechnung), Angabe in Tausend; vgl. auch Tabelle A 23: S. 298 im PDF-Anhang

Affektive Störungen als eine Gruppe von Diagnosen spielen nach den Ergebnissen vorausgehender Auswertungen als Indikation für die Einleitung einer Psychotherapie eine maßgebliche Rolle. Der Diagnosegruppe lassen sich etwa ein Drittel der genehmigten Erstanträge zuordnen (vgl. Tabelle 32: S. 143). 9,5% der Gesamtbevölkerung waren 2006 von einer entsprechenden Diagnose betroffen. Die Diagnosehäufigkeit steigt, abgesehen von einem kurzen zwischenzeitlichen Rückgang um das reguläre Renteneintrittsalter herum, mit dem Alter weitgehend stetig an. Bei insgesamt 16,8% aller Personen mit entsprechenden Diagnosen finden sich unter Einbeziehung von Daten ab 2000 Hinweise auf die Genehmigung einer Psychotherapie bis 2006. Die entsprechend ermittelte Behandlungsrate liegt mit 35% bei Frauen im Alter zwischen 25 bis 29 Jahre am höchsten.

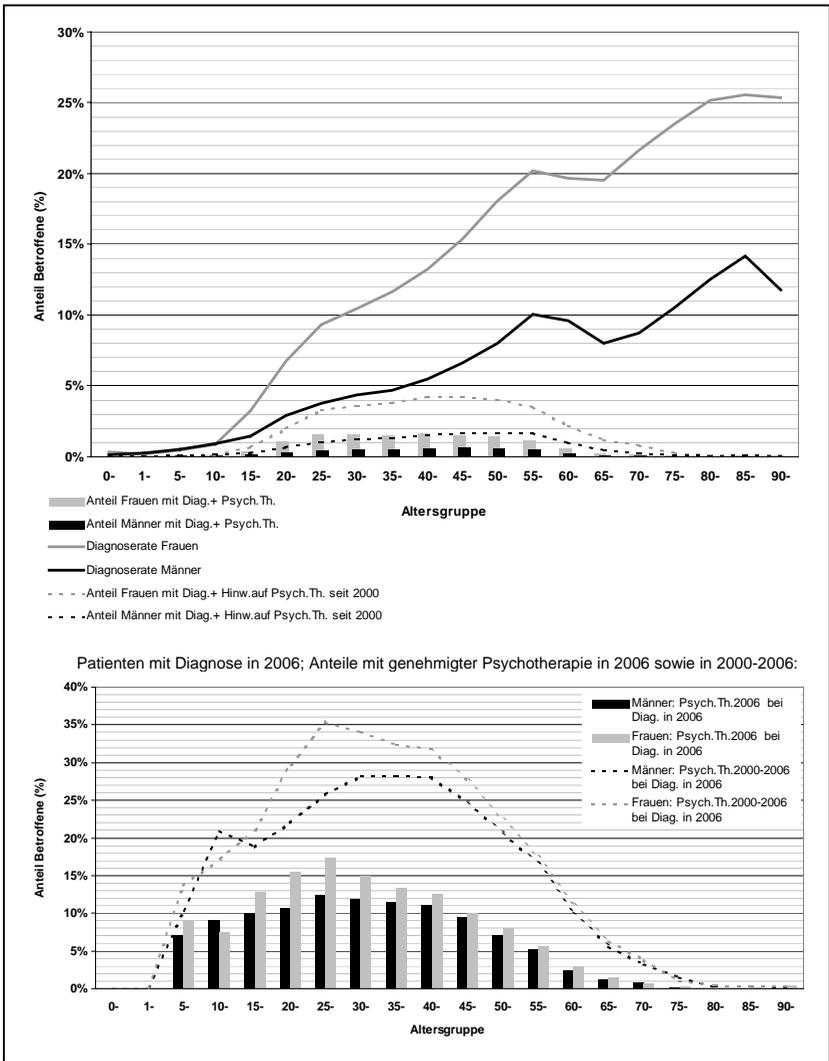


Abbildung 40: Personen mit Diag. "Affektive Störungen" (F30-F39) in 2006, Genehmigung von Psychotherapien

Depressionen (F32-F33)

Diese beiden Diagnoseschlüssel werden zur Kodierung von Depressionen verwendet. Erläuterungen finden sich in den Abschnitten zu den einzelnen Diagnosen.

<i>Basisdaten</i>	<i>Männer (%)</i>	<i>Frauen (%)</i>	<i>Gesamt (%)</i>	<i>Männer (Tsd.)</i>	<i>Frauen (Tsd.)</i>	<i>Gesamt (Tsd.)</i>
Pop. mit Diagnose 2006	5,2%	12,8%	9,0%	2.088	5.375	7.463
Diag.+Psych.Th. 2006*	6,2%	6,4%	6,4%	129	346	475
Diag.+Psych.Th. ab 2000*	16,4%	16,6%	16,6%	342	894	1.236

**Anteil bezogen auf Personen mit Diagnose; Absolute Werte: Zahl der Betroffenen in Deutschland (Hochrechnung), Angabe in Tausend; vgl. auch Tabelle A 24: S. 299 im PDF-Anhang*

Depressionen bilden in der Gruppe affektiver Störungen die maßgebliche Diagnose – von der Diagnose einer Depression sind mit einem Bevölkerungsanteil von 9,0% annähernd so viele Personen betroffen wie von affektiven Störungen insgesamt. In Deutschland dürften 2006 im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung Depressionen bei etwa 7,5 Mio. Menschen diagnostiziert worden sein. Frauen sind mehr als doppelt so häufig wie Männer betroffen. Bei mehr als 16% der Personen mit Depressionen finden sich Hinweise auf die Genehmigung einer Psychotherapie.

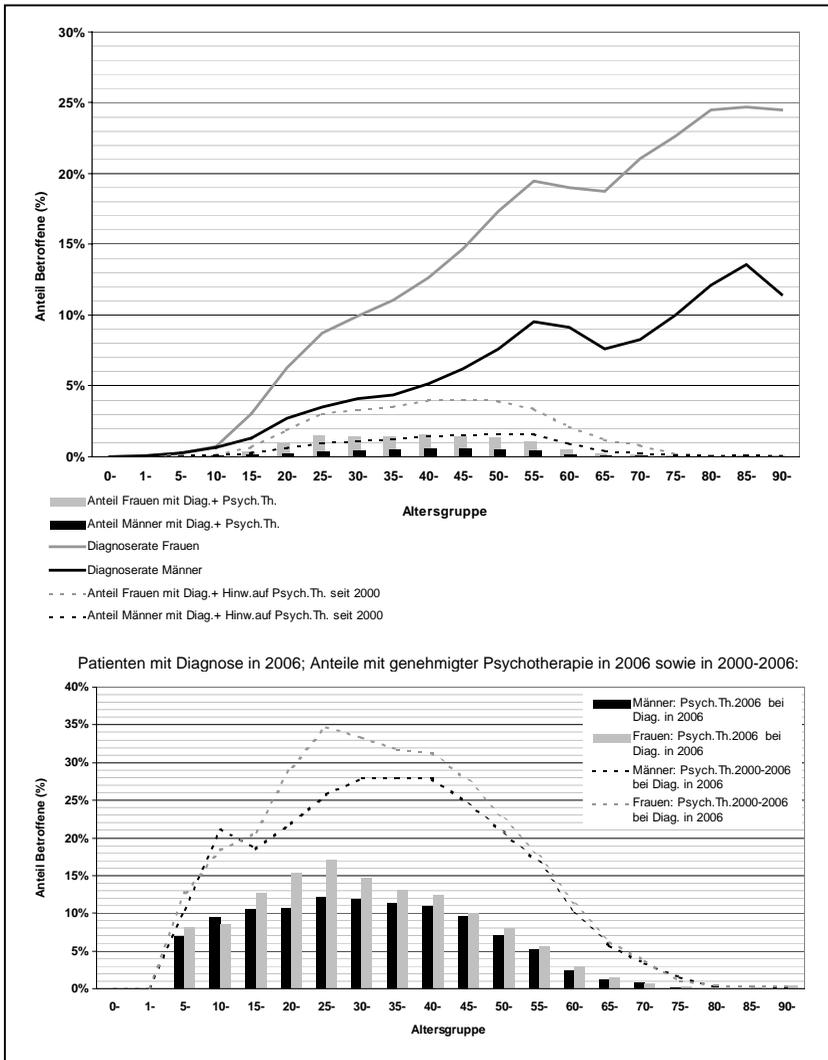


Abbildung 41: Personen mit Diag. "Depressionen" (F32-F33) in 2006, Genehmigung von Psychotherapien

Depressive Episode (F32)

Erläuterungen nach ICD10: Bei den typischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) Episoden, leidet der betroffene Patient unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von so genannten "somatischen" Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen.

Basisdaten	Männer (%)	Frauen (%)	Gesamt (%)	Männer (Tsd.)	Frauen (Tsd.)	Gesamt (Tsd.)
Pop. mit Diagnose 2006	4,6%	11,5%	8,1%	1.841	4.822	6.663
Diag.+Psych.Th. 2006*	6,4%	6,6%	6,5%	117	318	435
Diag.+Psych.Th. ab 2000*	16,5%	16,8%	16,7%	304	808	1.112

*Anteil bezogen auf Personen mit Diagnose; Absolute Werte: Zahl der Betroffenen in Deutschland (Hochrechnung), Angabe in Tausend; vgl. auch Tabelle A 25: S. 300 im PDF-Anhang

Am häufigsten werden Depressionen in der ambulanten Versorgung unter dem Schlüssel F32 erfasst, weshalb sich die hier dargestellten Ergebnisse nur graduell von den bereits unter der Überschrift "Depressionen" dargestellten Ergebnissen unterscheiden.

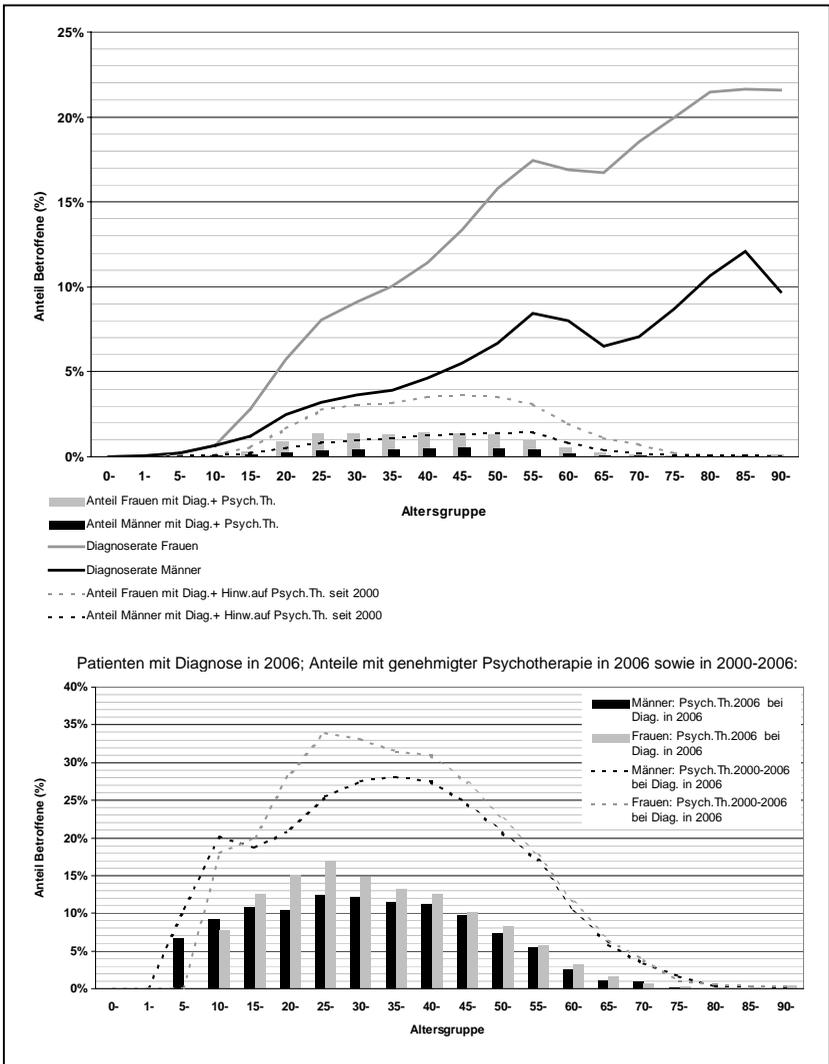


Abbildung 42: Personen mit Diag. "Depressive Episode" (F32) in 2006, Genehmigung von Psychotherapien

Rezidivierende depressive Störung (F33)

Erläuterungen nach ICD10: Hierbei handelt es sich um eine Störung, die durch wiederholte depressive Episoden (F32.-) charakterisiert ist. In der Anamnese finden sich dabei keine unabhängigen Episoden mit gehobener Stimmung und vermehrtem Antrieb (Manie). Kurze Episoden von leicht gehobener Stimmung und Überaktivität (Hypomanie) können allerdings unmittelbar nach einer depressiven Episode, manchmal durch eine antidepressive Behandlung mitbedingt, aufgetreten sein. Die schwereren Formen der rezidivierenden depressiven Störung (F33.2 und .3) haben viel mit den früheren Konzepten der manisch-depressiven Krankheit, der Melancholie, der vitalen Depression und der endogenen Depression gemeinsam. Die erste Episode kann in jedem Alter zwischen Kindheit und Senium auftreten, der Beginn kann akut oder schleichend sein, die Dauer reicht von wenigen Wochen bis zu vielen Monaten. Das Risiko, dass ein Patient mit rezidivierender depressiver Störung eine manische Episode entwickelt, wird niemals vollständig aufgehoben, gleichgültig, wie viele depressive Episoden aufgetreten sind. Bei Auftreten einer manischen Episode ist die Diagnose in bipolare affektive Störung zu ändern (F31.-).

Basisdaten	Männer (%)	Frauen (%)	Gesamt (%)	Männer (Tsd.)	Frauen (Tsd.)	Gesamt (Tsd.)
Pop. mit Diagnose 2006	1,1%	2,7%	1,9%	454	1.137	1.590
Diag.+Psych.Th. 2006*	9,0%	9,7%	9,5%	41	110	151
Diag.+Psych.Th. ab 2000*	23,3%	23,8%	23,7%	106	271	376

*Anteil bezogen auf Personen mit Diagnose; Absolute Werte: Zahl der Betroffenen in Deutschland (Hochrechnung), Angabe in Tausend; vgl. auch Tabelle A 26: S. 301 im PDF-Anhang

Die Diagnose rezidivierender depressiver Störungen (F33) wird deutlich seltener als die einer depressiven Episode gestellt. Sie betraf 2006 knapp 2% der Bevölkerung. Unter betroffenen Personen finden sich mit einem Anteil von 23,7% recht häufig Hinweise auf die Genehmigung einer Psychotherapie. Frauen im Alter zwischen 20 und 29 Jahre mit einer entsprechenden Diagnose 2006 erhielten unter Berücksichtigung von Informationen zu den vorausgehenden 6 Jahren bereits zu mehr als der Hälfte die Genehmigung mindestens einer Psychotherapie.

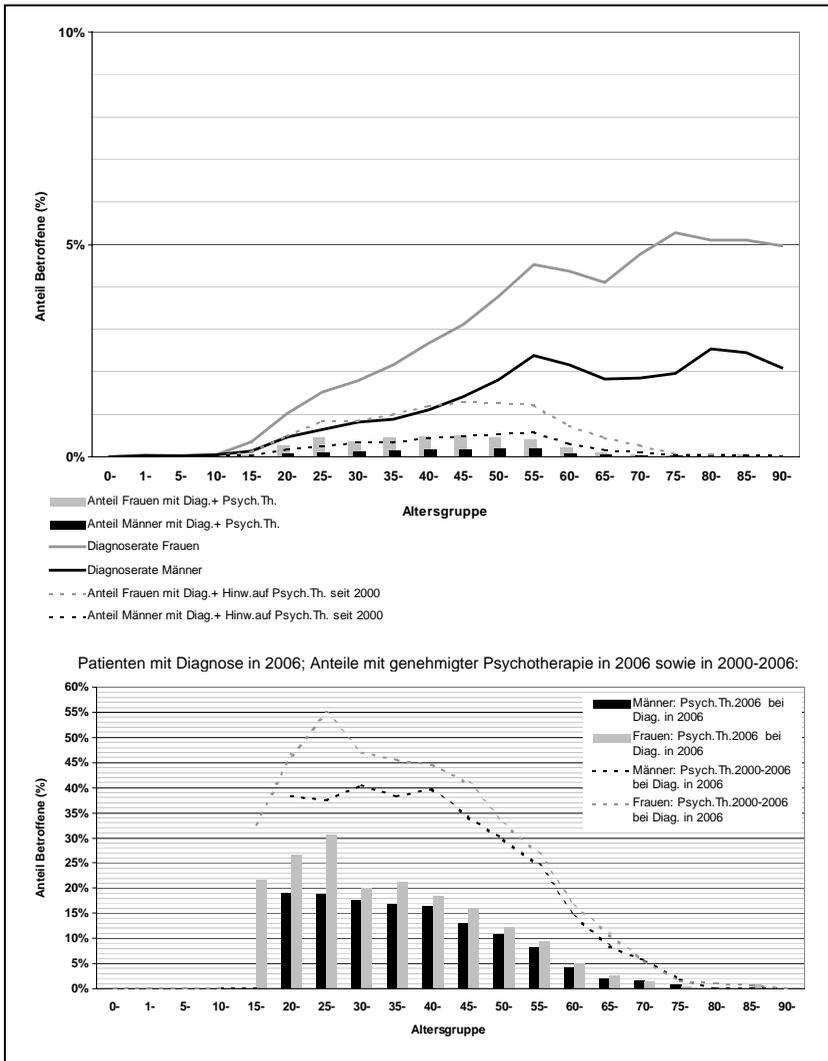


Abbildung 43: Personen mit Diag. "Rezidivierende depressive Störung" (F33) in 2006, Genehmigung von Psychotherapien

Anhaltende affektive Störung (F34)

Erläuterungen nach ICD10: Hierbei handelt es sich um anhaltende und meist fluktuierende Stimmungstörungen, bei denen die Mehrzahl der einzelnen Episoden nicht ausreichend schwer genug sind, um als hypomanische oder auch nur leichte depressive Episoden gelten zu können. Da sie jahrelang, manchmal den größeren Teil des Erwachsenenlebens, andauern, ziehen sie beträchtliches subjektives Leiden und Beeinträchtigungen nach sich. Gelegentlich können rezidivierende oder einzelne manische oder depressive Episoden eine anhaltende affektive Störung überlagern.

Basisdaten	<i>Männer (%)</i>	<i>Frauen (%)</i>	<i>Gesamt (%)</i>	<i>Männer (Tsd.)</i>	<i>Frauen (Tsd.)</i>	<i>Gesamt (Tsd.)</i>
Pop. mit Diagnose 2006	0,5%	1,1%	0,8%	218	474	692
Diag.+Psych.Th. 2006*	13,9%	14,7%	14,4%	30	70	100
Diag.+Psych.Th. ab 2000*	30,3%	34,3%	33,0%	66	163	229

**Anteil bezogen auf Personen mit Diagnose; Absolute Werte: Zahl der Betroffenen in Deutschland (Hochrechnung), Angabe in Tausend; vgl. auch Tabelle A 27: S. 302 im PDF-Anhang*

"Anhaltende affektive Störungen" (F34) betreffen knapp halb so viele Personen wie "Rezidivierende depressive Störungen" und werden damit verhältnismäßig selten diagnostiziert. Die höchsten Diagnoseraten finden sich kurz vor Erreichen des regulären Renteneintrittsalters. Hinweise auf eine Psychotherapie finden sich bei der Diagnose ausgesprochen häufig. Bei etwa jedem 7. Patient mit entsprechender Diagnose wurde allein im Jahr 2006 eine Psychotherapie genehmigt.

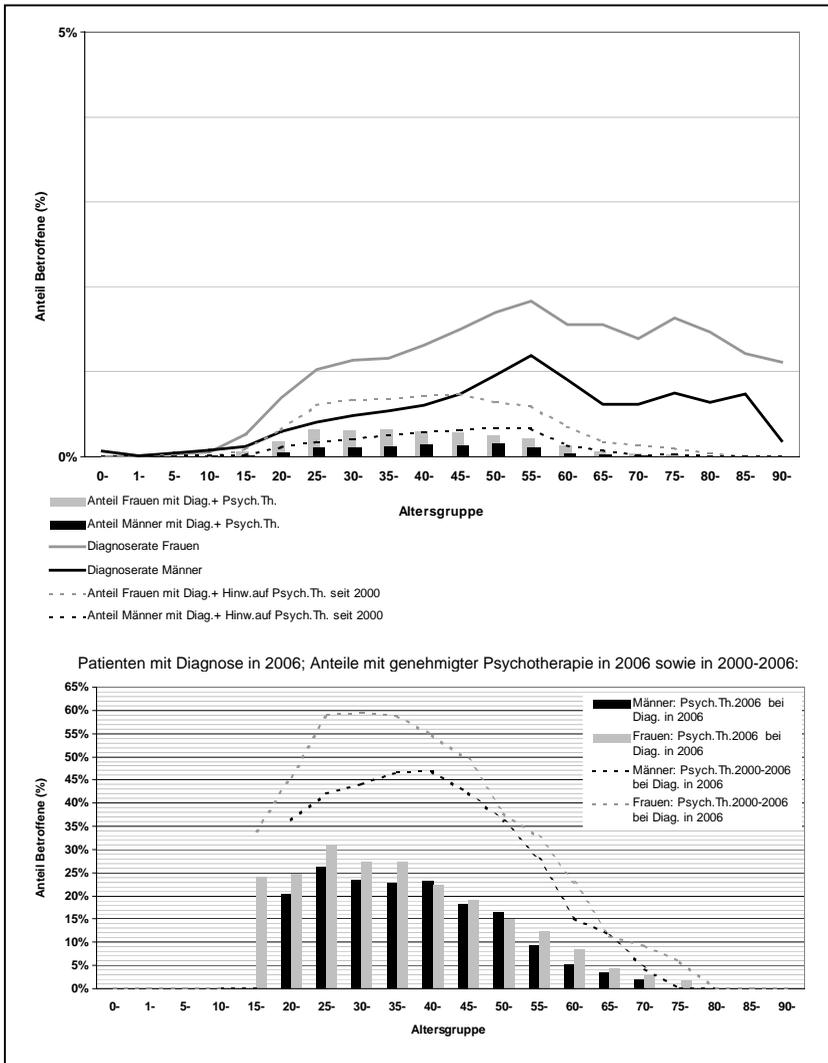


Abbildung 44: Personen mit Diag. "Anhaltende affektive Störung" (F34) in 2006, Genehmigung von Psychotherapien

Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)

In dieser ICD-Diagnosegruppe werden unterschiedliche Diagnosen zusammengefasst. Bevölkerungsbezogen mit Abstand am häufigsten diagnostiziert werden aus dieser Gruppe "Somatoforme Störungen" (F43; vgl. nachfolgende Seiten).

Basisdaten	<i>Männer (%)</i>	<i>Frauen (%)</i>	<i>Gesamt (%)</i>	<i>Männer (Tsd.)</i>	<i>Frauen (Tsd.)</i>	<i>Gesamt (Tsd.)</i>
Pop. mit Diagnose 2006	8,7%	20,0%	14,5%	3.507	8.414	11.920
Diag.+Psych.Th. 2006*	4,7%	5,0%	4,9%	163	419	582
Diag.+Psych.Th. ab 2000*	12,2%	13,2%	12,9%	427	1.112	1.539

**Anteil bezogen auf Personen mit Diagnose; Absolute Werte: Zahl der Betroffenen in Deutschland (Hochrechnung), Angabe in Tausend; vgl. auch Tabelle A 28: S. 303 im PDF-Anhang*

Auf diese Diagnosegruppe entfallen nahezu die Hälfte der Diagnosen, die nach vorausgehend dargestellten Auswertungen den Anlass für die erstmalige Genehmigung einer Psychotherapie bilden. Von entsprechenden Diagnosen waren 2006 14,5% der Bevölkerung betroffen, Frauen deutlich häufiger als Männer. Im Alter zwischen 55 und 59 Jahren sind mehr als ein Viertel aller Frauen von einer entsprechenden Diagnose betroffen. Nach Vollendung des 60. Lebensjahres sinkt die Diagnosehäufigkeit insbesondere bei Frauen merklich. Der Anteil von Personen mit Hinweis auf eine Psychotherapie liegt bei dieser Diagnosegruppe niedriger als bei Diagnosen aus der Gruppe affektiver Störungen.

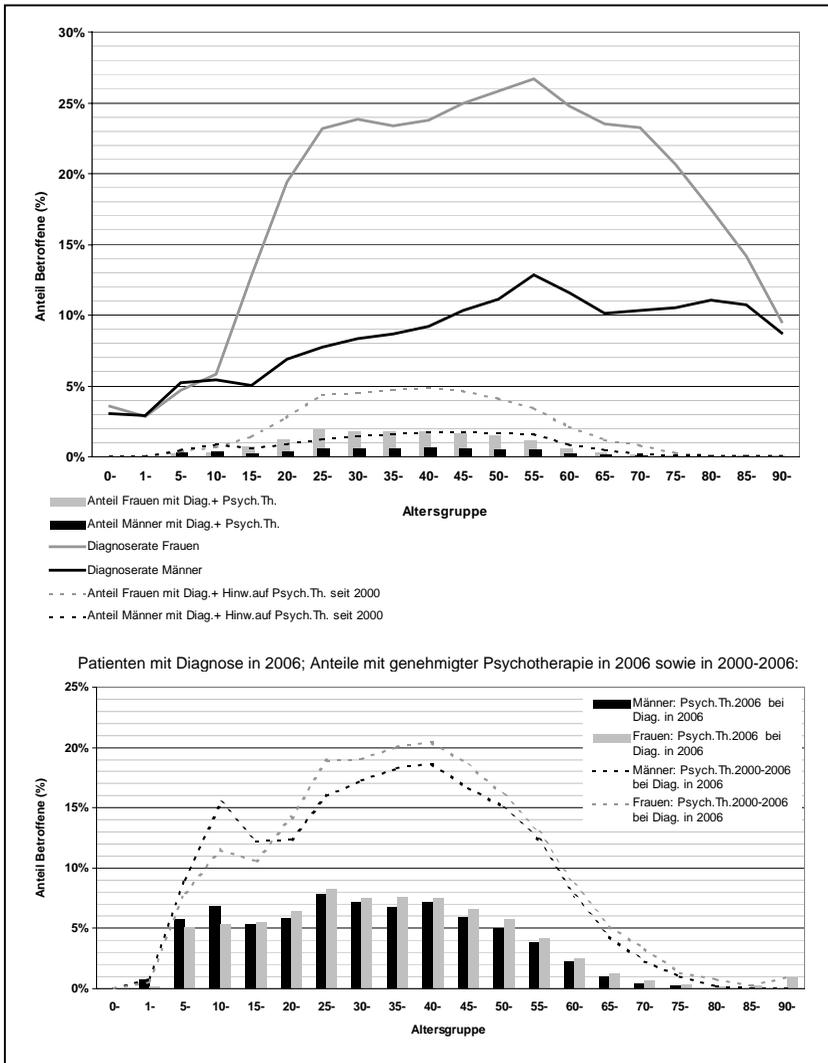


Abbildung 45: Personen mit Diag. "Neurotische, Belast.- u. somatoforme Störungen" (F40-F48) in 2006, Genehm. von Psychotherapien

Phobische Störungen (F40)

Erläuterungen nach ICD10: Eine Gruppe von Störungen, bei der Angst ausschließlich oder überwiegend durch eindeutig definierte, eigentlich ungefährliche Situationen hervorgerufen wird. In der Folge werden diese Situationen typischerweise vermieden oder mit Furcht ertragen. Die Befürchtungen des Patienten können sich auf Einzelsymptome wie Herzklopfen oder Schwächegefühl beziehen, häufig gemeinsam mit sekundären Ängsten vor dem Sterben, Kontrollverlust oder dem Gefühl, wahnsinnig zu werden. Allein die Vorstellung, dass die phobische Situation eintreten könnte, erzeugt meist schon Erwartungsangst. Phobische Angst tritt häufig gleichzeitig mit Depression auf. Ob zwei Diagnosen, phobische Störung und depressive Episode, erforderlich sind, richtet sich nach dem zeitlichen Verlauf beider Zustandsbilder und nach therapeutischen Erwägungen zum Zeitpunkt der Konsultation.

Basisdaten	Männer (%)	Frauen (%)	Gesamt (%)	Männer (Tsd.)	Frauen (Tsd.)	Gesamt (Tsd.)
Pop. mit Diagnose 2006	0,5%	1,6%	1,1%	187	684	871
Diag.+Psych.Th. 2006*	13,0%	8,3%	9,3%	24	57	81
Diag.+Psych.Th. ab 2000*	28,4%	18,8%	20,9%	53	129	182

*Anteil bezogen auf Personen mit Diagnose; Absolute Werte: Zahl der Betroffenen in Deutschland (Hochrechnung), Angabe in Tausend; vgl. auch Tabelle A 29: S. 304 im PDF-Anhang

Phobische Störungen (F40) bzw. Phobien werden bevölkerungsbezogen vergleichsweise selten diagnostiziert. 2006 dürften etwa 870 Tsd. Personen in Deutschland betroffen gewesen sein. Bei etwa einem Fünftel dieser Personen finden sich Hinweise auf vorausgehende oder aktuelle Genehmigungen einer Psychotherapie. Phobien bilden unter den hier näher betrachteten Diagnosen die einzige, bei der Psychotherapien im Falle einer Diagnosestellung im Erwachsenenalter unter Männern anteilig deutlich häufiger als bei Frauen genehmigt werden.

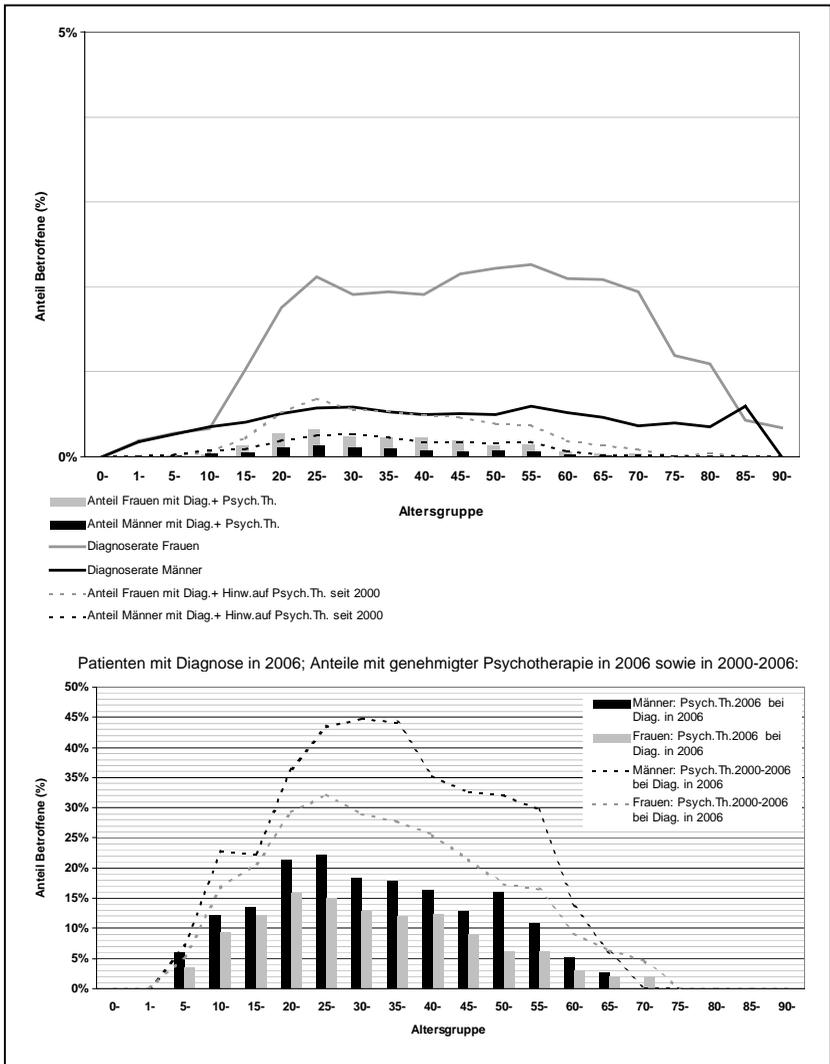


Abbildung 46: Personen mit Diag. "Phobische Störungen" (F40) in 2006, Genehmigung von Psychotherapien

Andere Angststörungen (F41)

Erläuterungen nach ICD10: Bei diesen Störungen stellen Manifestationen der Angst die Hauptsymptome dar, ohne auf eine bestimmte Umgebungssituation bezogen zu sein. Depressive und Zwangssymptome, sogar einige Elemente phobischer Angst können vorhanden sein, vorausgesetzt, sie sind eindeutig sekundär oder weniger ausgeprägt.

Basisdaten	Männer (%)	Frauen (%)	Gesamt (%)	Männer (Tsd.)	Frauen (Tsd.)	Gesamt (Tsd.)
Pop. mit Diagnose 2006	1,7%	4,5%	3,1%	699	1.893	2.591
Diag.+Psych.Th. 2006*	9,1%	9,2%	9,2%	64	174	238
Diag.+Psych.Th. ab 2000*	23,1%	22,9%	23,0%	162	434	595

*Anteil bezogen auf Personen mit Diagnose; Absolute Werte: Zahl der Betroffenen in Deutschland (Hochrechnung), Angabe in Tausend; vgl. auch Tabelle A 30: S. 305 im PDF-Anhang

"Andere Angststörungen" (F41) werden merklich häufiger als "klassische" Phobien diagnostiziert. Die Geschlechts- und Altersabhängigkeit der Diagnosehäufigkeit liefert in der Darstellung, abgesehen vom veränderten Niveau, ein ähnliches Bild wie bei Phobien.

Ein überraschendes Ergebnis ist, dass Männer und Frauen mit der Diagnose von "Anderen Angststörungen" in allen Altersgruppen nahezu identische psychotherapeutische Genehmigungsraten aufweisen. "Andere Angststörungen" sind damit unter den hier näher betrachteten Diagnosen die einzige, bei der sich in der gewählten Auswertungsform keinerlei Hinweise auf eine Geschlechtsabhängigkeit der Therapieentscheidung ergeben.

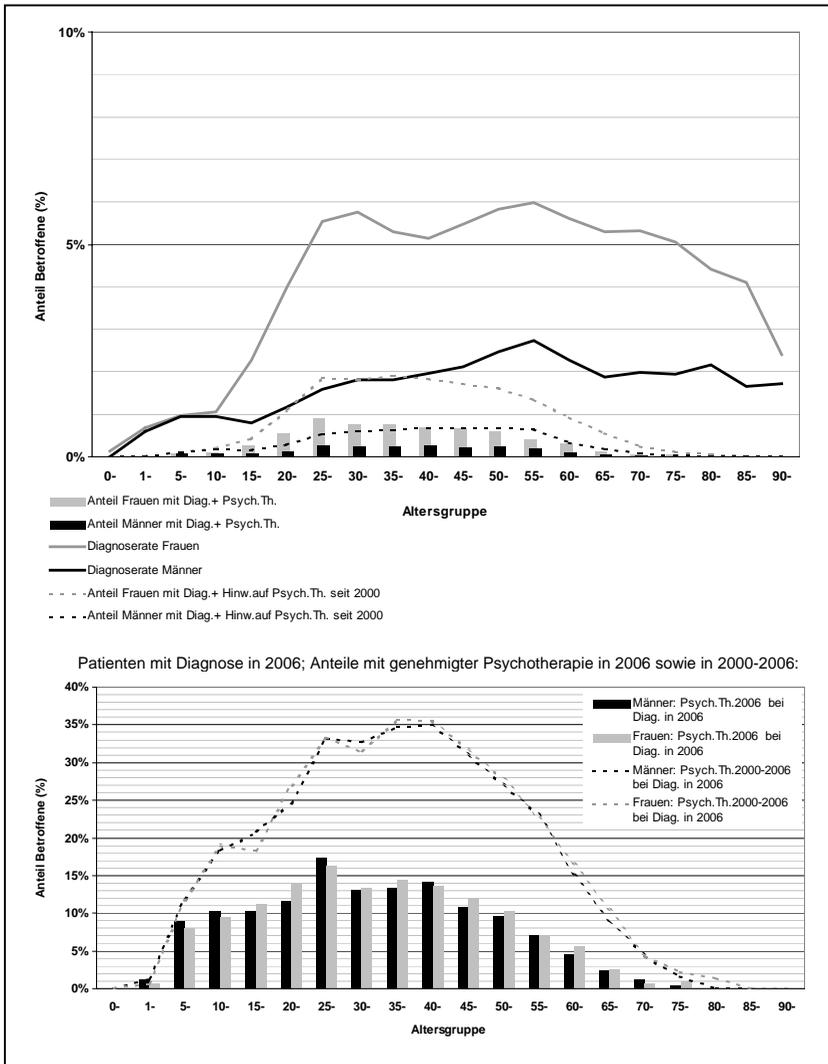


Abbildung 47: Personen mit Diag. "Andere Angststörungen" (F41) in 2006, Genehmigung von Psychotherapien

Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)

Erläuterungen nach ICD10: Die Störungen dieses Abschnittes unterscheiden sich von den übrigen nicht nur aufgrund der Symptomatologie und des Verlaufs, sondern auch durch die Angabe von ein oder zwei ursächlichen Faktoren: ein außergewöhnlich belastendes Lebensereignis, das eine akute Belastungsreaktion hervorruft, oder eine besondere Veränderung im Leben, die zu einer anhaltend unangenehmen Situation geführt hat und eine Anpassungsstörung hervorruft. Obwohl weniger schwere psychosoziale Belastungen ("life events") den Beginn und das Erscheinungsbild auch zahlreicher anderer Störungen dieses Kapitels auslösen und beeinflussen können, ist ihre ätiologische Bedeutung doch nicht immer ganz klar. In jedem Fall hängt sie zusammen mit der individuellen, häufig idiosynkratischen Vulnerabilität, das heißt, die Lebensereignisse sind weder notwendig noch ausreichend, um das Auftreten und die Art der Krankheit zu erklären. Im Gegensatz dazu entstehen die hier aufgeführten Störungen immer als direkte Folge der akuten schweren Belastung oder des kontinuierlichen Traumas. Das belastende Ereignis oder die andauernden, unangenehmen Umstände sind primäre und ausschlaggebende Kausalfaktoren, und die Störung wäre ohne ihre Einwirkung nicht entstanden. Die Störungen dieses Abschnittes können insofern als Anpassungsstörungen bei schwerer oder kontinuierlicher Belastung angesehen werden, als sie erfolgreiche Bewältigungsstrategien behindern und aus diesem Grunde zu Problemen der sozialen Funktionsfähigkeit führen.

Basisdaten	Männer (%)	Frauen (%)	Gesamt (%)	Männer (Tsd.)	Frauen (Tsd.)	Gesamt (Tsd.)
Pop. mit Diagnose 2006	2,3%	5,4%	3,9%	948	2.268	3.215
Diag.+Psych.Th. 2006*	8,7%	9,9%	9,6%	82	226	308
Diag.+Psych.Th. ab 2000*	18,0%	21,4%	20,4%	170	484	655

**Anteil bezogen auf Personen mit Diagnose; Absolute Werte: Zahl der Betroffenen in Deutschland (Hochrechnung), Angabe in Tausend; vgl. auch Tabelle A 31: S. 306 im PDF-Anhang*

Von der Diagnose sind knapp 4% der Bevölkerung betroffen, bei etwa einem Fünftel finden sich Hinweise auf die Genehmigung einer Psychotherapie.

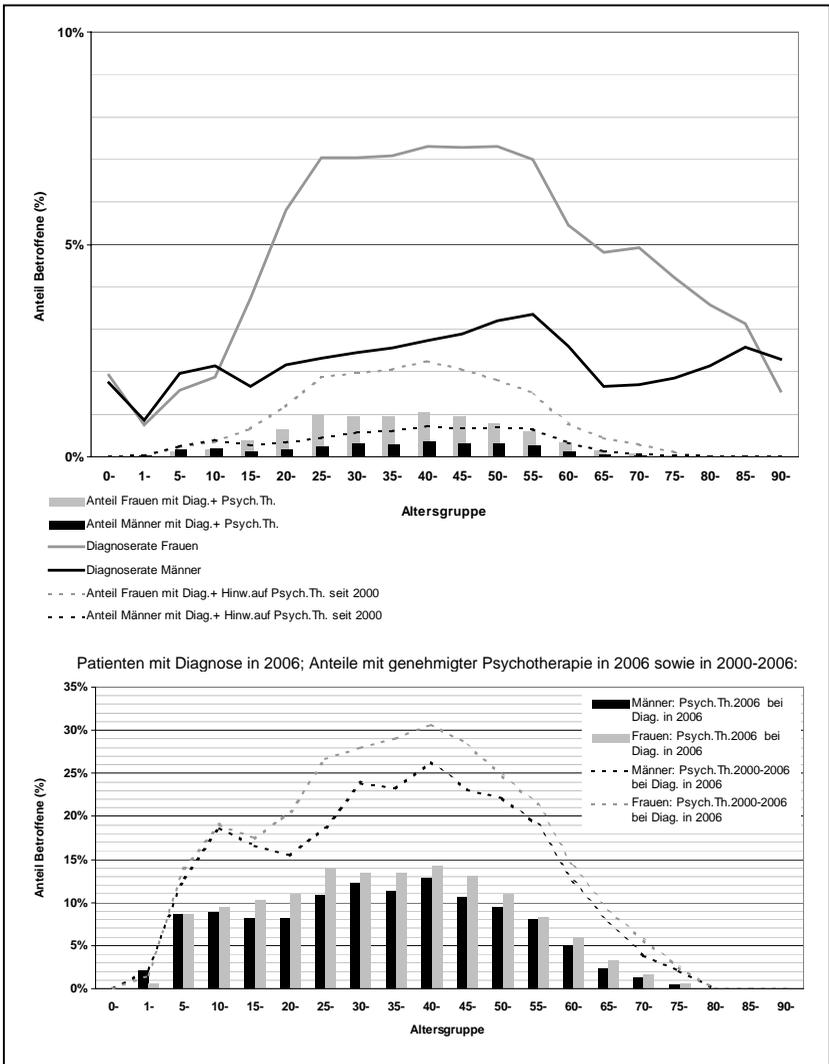


Abbildung 48: Personen mit Diag. "Reaktionen auf schwere Belastungen" (F43) in 2006, Genehmigung von Psychotherapien

Somatoforme Störungen (F45)

Erläuterungen nach ICD10: Das Charakteristikum ist die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Wenn somatische Störungen vorhanden sind, erklären sie nicht die Art und das Ausmaß der Symptome, das Leiden und die innerliche Beteiligung des Patienten.

Basisdaten	Männer (%)	Frauen (%)	Gesamt (%)	Männer (Tsd.)	Frauen (Tsd.)	Gesamt (Tsd.)
Pop. mit Diagnose 2006	4,6%	11,4%	8,1%	1.871	4.805	6.677
Diag.+Psych.Th. 2006*	3,3%	4,0%	3,8%	62	195	257
Diag.+Psych.Th. ab 2000*	9,5%	11,5%	10,9%	177	553	730

*Anteil bezogen auf Personen mit Diagnose; Absolute Werte: Zahl der Betroffenen in Deutschland (Hochrechnung), Angabe in Tausend; vgl. auch Tabelle A 32: S. 307 im PDF-Anhang

Somatoforme Störungen werden insbesondere bei Frauen mittleren Alters mit Diagnoseraten von mehr als 10% recht häufig diagnostiziert. Der Anteil der Personen mit entsprechender Diagnose, der von einer Psychotherapie betroffen ist, ist nach den vorliegenden Ergebnissen eher gering.

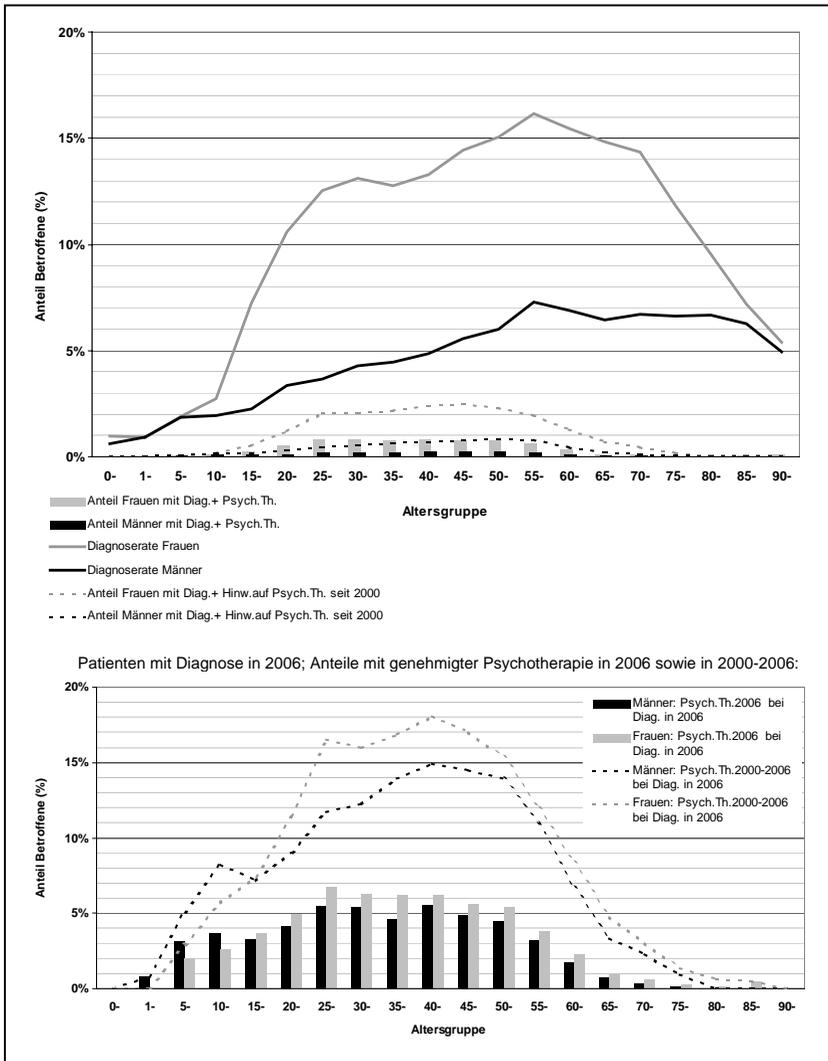


Abbildung 49: Personen mit Diag. "Somatoforme Störungen" (F45) in 2006, Genehmigung von Psychotherapien

Andere neurotische Störungen (F48)

Mit Abstand am häufigsten werden als Untergruppe des Diagnoseschlüssels "Neurasthenien" (F48.0) diagnostiziert: *Erläuterungen nach ICD10: Im Erscheinungsbild zeigen sich beträchtliche kulturelle Unterschiede. Zwei Hauptformen überschneiden sich beträchtlich. Bei einer Form ist das Hauptcharakteristikum die Klage über vermehrte Müdigkeit nach geistigen Anstrengungen, häufig verbunden mit abnehmender Arbeitsleistung oder Effektivität bei der Bewältigung täglicher Aufgaben. Die geistige Ermüdbarkeit wird typischerweise als unangenehmes Eindringen ablenkender Assoziationen oder Erinnerungen beschrieben, als Konzentrationsschwäche und allgemein ineffektives Denken. Bei der anderen Form liegt das Schwergewicht auf Gefühlen körperlicher Schwäche und Erschöpfung nach nur geringer Anstrengung, begleitet von muskulären und anderen Schmerzen und der Unfähigkeit, sich zu entspannen.*

Basisdaten	Männer (%)	Frauen (%)	Gesamt (%)	Männer (Tsd.)	Frauen (Tsd.)	Gesamt (Tsd.)
Pop. mit Diagnose 2006	1,3%	2,8%	2,1%	525	1.177	1.701
Diag.+Psych.Th. 2006*	5,2%	6,7%	6,3%	27	79	106
Diag.+Psych.Th. ab 2000*	12,6%	16,4%	15,3%	66	193	260

**Anteil bezogen auf Personen mit Diagnose; Absolute Werte: Zahl der Betroffenen in Deutschland (Hochrechnung), Angabe in Tausend; vgl. auch Tabelle A 33: S. 308 im PDF-Anhang*

"Andere neurotische Störungen" (F48) werden eher selten und dabei vorrangig in den mittleren Altersgruppen diagnostiziert.

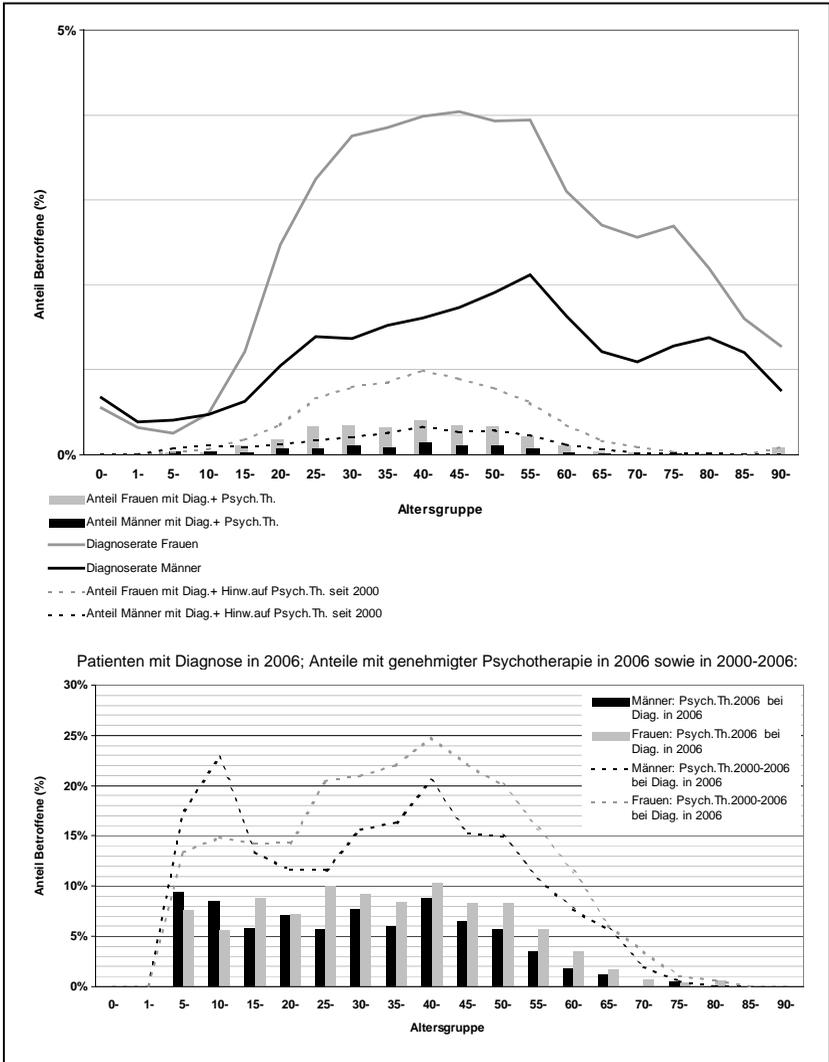


Abbildung 50: Personen mit Diag. "Andere neurotische Störungen" (F48) in 2006, Genehmigung von Psychotherapien

Esstörungen (F50)

Zu den Essstörungen zählen sowohl die Anorexia nervosa (F50.0) als auch die Bulimia nervosa (F50.2). Am häufigsten werden allerdings in der ambulanten Versorgung "Esstörungen, nicht näher bezeichnet" (F50.9) diagnostiziert.

Basisdaten	<i>Männer (%)</i>	<i>Frauen (%)</i>	<i>Gesamt (%)</i>	<i>Männer (Tsd.)</i>	<i>Frauen (Tsd.)</i>	<i>Gesamt (Tsd.)</i>
Pop. mit Diagnose 2006	0,2%	0,6%	0,4%	71	267	338
Diag.+Psych.Th. 2006*	4,3%	14,2%	12,1%	3	38	41
Diag.+Psych.Th. ab 2000*	9,8%	33,7%	28,7%	7	90	97

**Anteil bezogen auf Personen mit Diagnose; Absolute Werte: Zahl der Betroffenen in Deutschland (Hochrechnung), Angabe in Tausend; vgl. auch Tabelle A 34: S. 309 im PDF-Anhang*

Die Diagnose von Essstörungen (F50) wird innerhalb eines Jahres bei lediglich 0,4% der Gesamtbevölkerung erfasst. Relativ hohe Raten finden sich bei Säuglingen und Kleinkindern, wobei es sich um eine fehlerhafte bzw. primär kaum intendierte Verwendung des ICD-Schlüssels durch die kodierenden Ärzte handelt, die damit vermutlich vorrangig allgemeine Probleme mit der Nahrungsaufnahme und Ernährung bei Säuglingen und Kleinkindern erfassen wollen. Im Jugendalter sind Frauen erheblich häufiger als Männer betroffen, der Altersgipfel liegt bei Frauen im Alter zwischen 20 bis 24 Jahre, von denen 1,6% betroffen sind. Die höchsten Genehmigungsraten für Psychotherapien finden sich unter betroffenen Frauen in der nächsthöheren Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen, von denen mehr als die Hälfte (bei Einbeziehung von Informationen aus den 6 Jahren vor 2006) bereits eine Genehmigung zur Psychotherapie erhielt. Behandlungsraten bei Männern werden in Altersgruppen ab 15 Jahre vor dem Hintergrund der geringen Zahl von Männern mit der Diagnose F50 nicht angegeben.

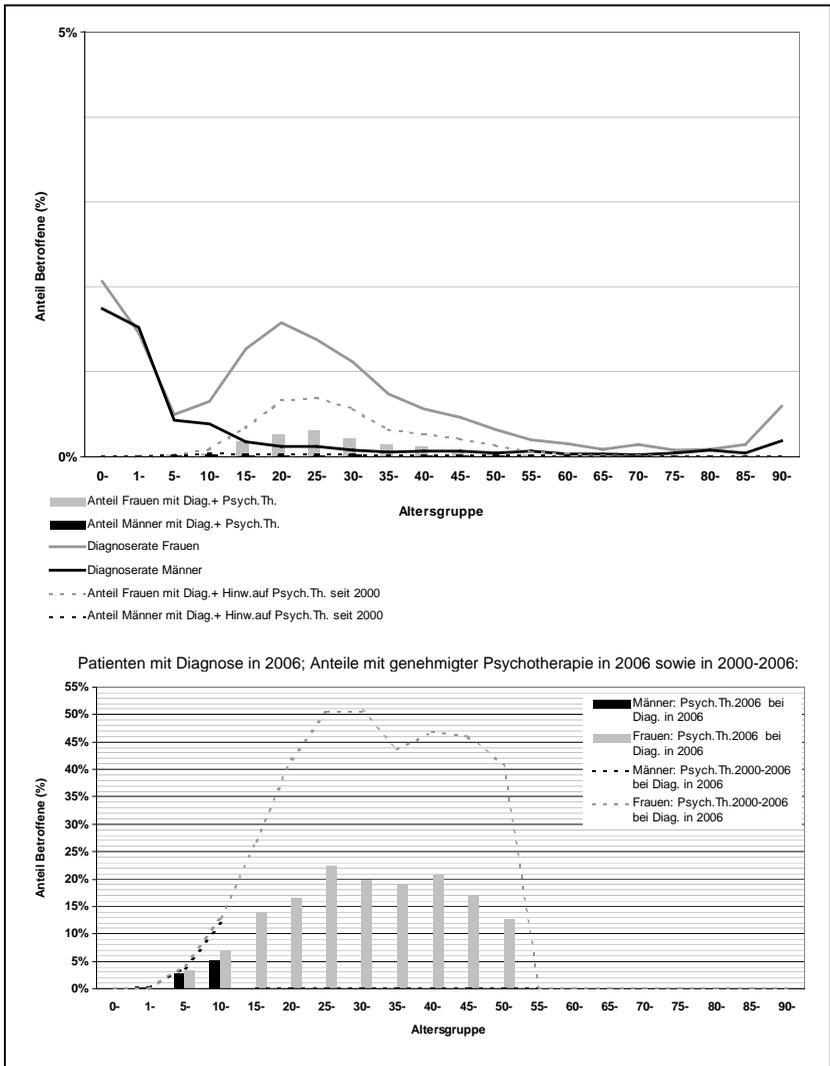


Abbildung 51: Personen mit Diag. "Essstörungen" (F50) in 2006, Genehmigung von Psychotherapien

Spezifische Persönlichkeitsstörungen (F60)

Erläuterungen nach ICD10: Es handelt sich um schwere Störungen der Persönlichkeit und des Verhaltens der betroffenen Person, die nicht direkt auf eine Hirnschädigung oder -krankheit oder auf eine andere psychiatrische Störung zurückzuführen sind. Sie erfassen verschiedene Persönlichkeitsbereiche und gehen beinahe immer mit persönlichen und sozialen Beeinträchtigungen einher. Persönlichkeitsstörungen treten meist in der Kindheit oder in der Adoleszenz in Erscheinung und bestehen während des Erwachsenenalters weiter.

Basisdaten	<i>Männer (%)</i>	<i>Frauen (%)</i>	<i>Gesamt (%)</i>	<i>Männer (Tsd.)</i>	<i>Frauen (Tsd.)</i>	<i>Gesamt (Tsd.)</i>
Pop. mit Diagnose 2006	0,5%	0,8%	0,7%	215	327	542
Diag.+Psych.Th. 2006*	14,0%	19,9%	17,6%	30	65	95
Diag.+Psych.Th. ab 2000*	33,6%	44,5%	40,2%	72	145	218

*Anteil bezogen auf Personen mit Diagnose; Absolute Werte: Zahl der Betroffenen in Deutschland (Hochrechnung), Angabe in Tausend; vgl. auch Tabelle A 35: S. 310 im PDF-Anhang

Auch die Diagnose "Spezifischen Persönlichkeitsstörungen" (F60) wird bei einer bevölkerungsbezogenen Rate von 0,7% verhältnismäßig selten gestellt. Unter den hier näher betrachteten Diagnosen stellt sie die Diagnose mit der höchsten psychotherapeutischen Behandlungsrate dar. Von betroffenen Frauen in jüngerem bis mittlerem Alter wurden oder werden mehr als die Hälfte psychotherapeutisch behandelt, bei Männern im Alter zwischen 40 bis 44 Jahre erreicht die Behandlungsquote annähernd 50%.

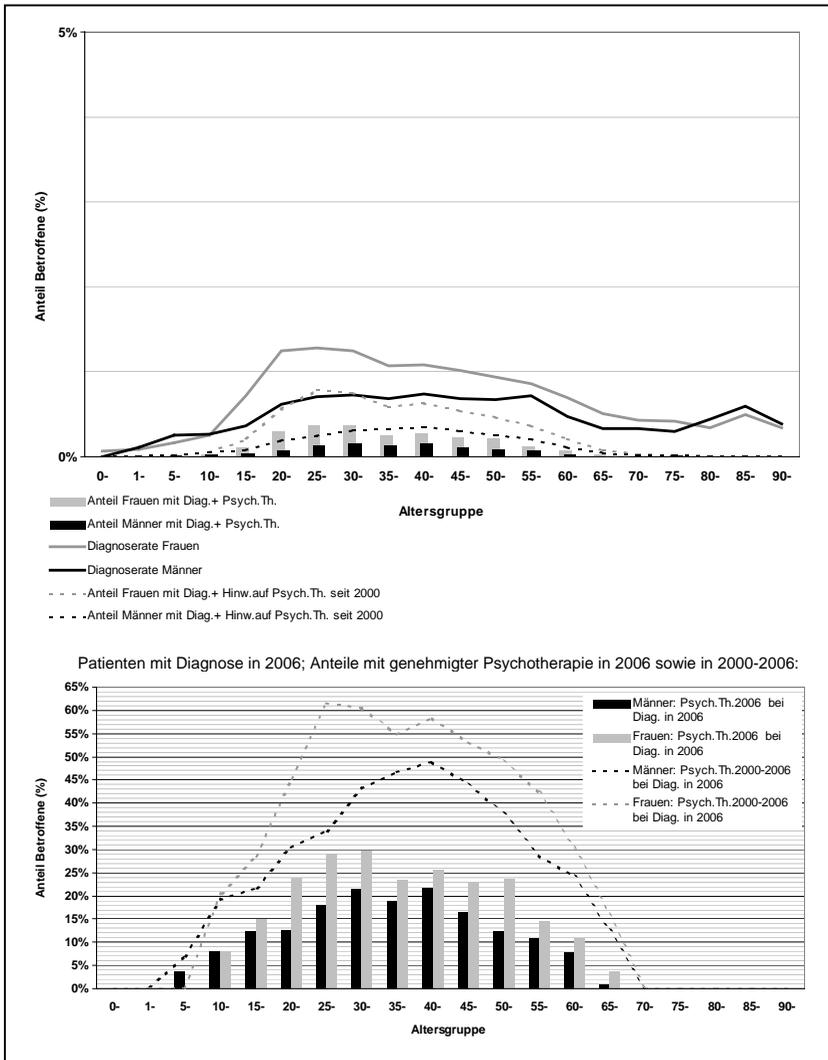


Abbildung 52: Personen mit Diag. "Spezifische Persönlichkeitsstörungen" (F60) in 2006, Genehmigung von Psychotherapien

Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98)

Am häufigsten aus dieser Diagnosegruppe, die psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen zusammenfasst, werden die Diagnosen "Hyperkinetische Störungen" (F90) diagnostiziert (vgl. Erläuterungen dort).

Basisdaten	<i>Männer (%)</i>	<i>Frauen (%)</i>	<i>Gesamt (%)</i>	<i>Männer (Tsd.)</i>	<i>Frauen (Tsd.)</i>	<i>Gesamt (Tsd.)</i>
Pop. mit Diagnose 2006	2,7%	1,5%	2,1%	1.092	644	1.736
Diag.+Psych.Th. 2006*	3,6%	4,8%	4,0%	39	31	70
Diag.+Psych.Th. ab 2000*	9,1%	10,4%	9,6%	99	67	166

**Anteil bezogen auf Personen mit Diagnose; Absolute Werte: Zahl der Betroffenen in Deutschland (Hochrechnung), Angabe in Tausend; vgl. auch Tabelle A 36: S. 311 im PDF-Anhang*

Im Einklang mit der Bezeichnung dieser Diagnosegruppe sind nahezu ausschließlich Personen vor Vollendung des 20. Lebensjahres betroffen. Die Diagnosen betreffen männliche Kinder und Jugendliche deutlich häufiger als weibliche. Die höchsten Werte finden sich bei den 5- bis 9-Jährigen. In diesem Alter sind 19,3% der Jungen und 10,1% der Mädchen betroffen. Eine genehmigungspflichtige Psychotherapie ist in diesem Alter noch eher selten und betrifft eher höhere Altersgruppen.

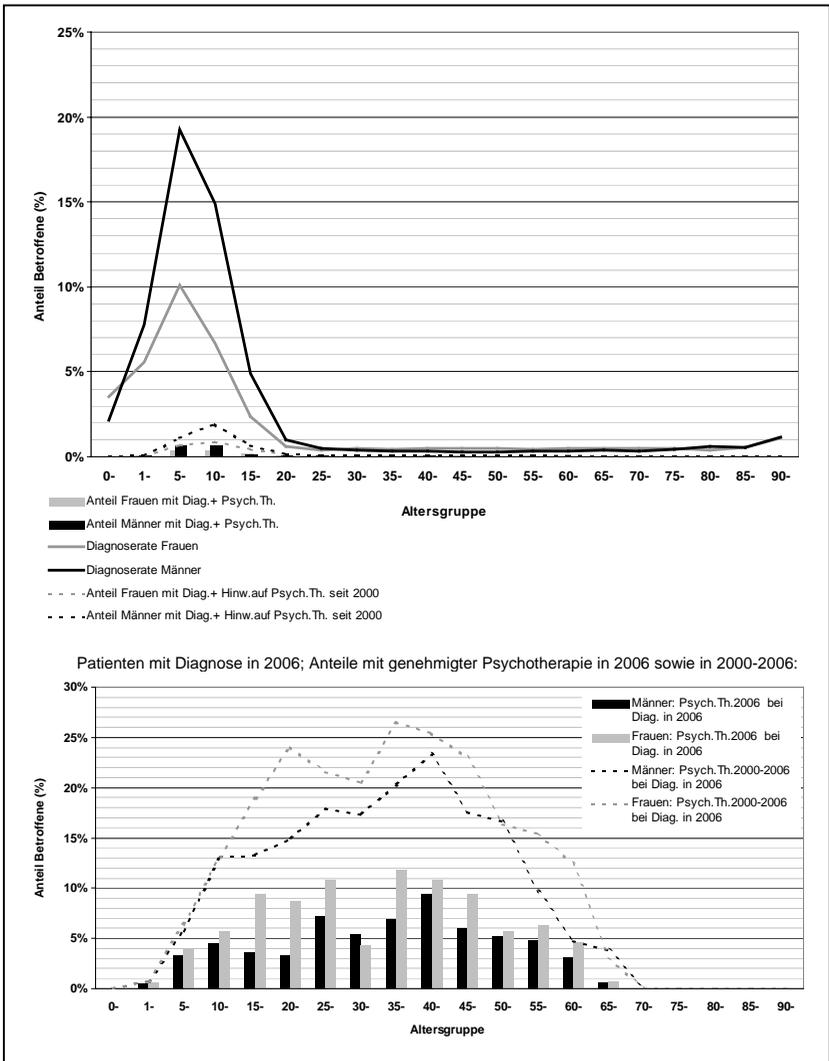


Abbildung 53: Personen mit Diag. "Verhaltensstörungen m. Beginn i. d. Kindheit" (F90-F98) in 2006, Genehmigung von Psychotherapien

Hyperkinetische Störungen (F90)

Erläuterungen nach ICD10: Diese Gruppe von Störungen ist charakterisiert durch einen frühen Beginn, meist in den ersten fünf Lebensjahren, einen Mangel an Ausdauer bei Beschäftigungen, die kognitiven Einsatz verlangen, und eine Tendenz, von einer Tätigkeit zu einer anderen zu wechseln, ohne etwas zu Ende zu bringen; hinzu kommt eine desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschießende Aktivität. Verschiedene andere Auffälligkeiten können zusätzlich vorliegen. Hyperkinetische Kinder sind oft achtlos und impulsiv, neigen zu Unfällen und werden oft bestraft, weil sie eher aus Unachtsamkeit als vorsätzlich Regeln verletzen. Ihre Beziehung zu Erwachsenen ist oft von einer Distanzstörung und einem Mangel an normaler Vorsicht und Zurückhaltung geprägt. Bei anderen Kindern sind sie unbeliebt und können isoliert sein. Beeinträchtigung kognitiver Funktionen ist häufig, spezifische Verzögerungen der motorischen und sprachlichen Entwicklung kommen überproportional oft vor. Sekundäre Komplikationen sind dissoziales Verhalten und niedriges Selbstwertgefühl.

Basisdaten	Männer (%)	Frauen (%)	Gesamt (%)	Männer (Tsd.)	Frauen (Tsd.)	Gesamt (Tsd.)
Pop. mit Diagnose 2006	1,3%	0,4%	0,9%	527	177	704
Diag.+Psych.Th. 2006*	3,3%	4,9%	3,7%	18	9	26
Diag.+Psych.Th. ab 2000*	10,0%	11,6%	10,4%	53	21	73

*Anteil bezogen auf Personen mit Diagnose; Absolute Werte: Zahl der Betroffenen in Deutschland (Hochrechnung), Angabe in Tausend; vgl. auch Tabelle A 37: S. 312 im PDF-Anhang

Die Diagnose einer "Hyperkinetischen Störung" (F90), welche dem Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom (ADS) entspricht, wurde innerhalb des Jahres 2006 bei 9,6% der Jungen und 3,5% der Mädchen im Alter zwischen 5 und 9 Jahren erfasst. Über alle Altersgruppen waren etwa 700.000 Personen in Deutschland betroffen, darunter gut 600.000 im Alter zwischen 5 und 19 Jahre (ca. 470.000 männliche und ca. 140.000 weibliche Kinder und Jugendliche). Behandlungen im Sinne einer Psychotherapie sind eher selten.

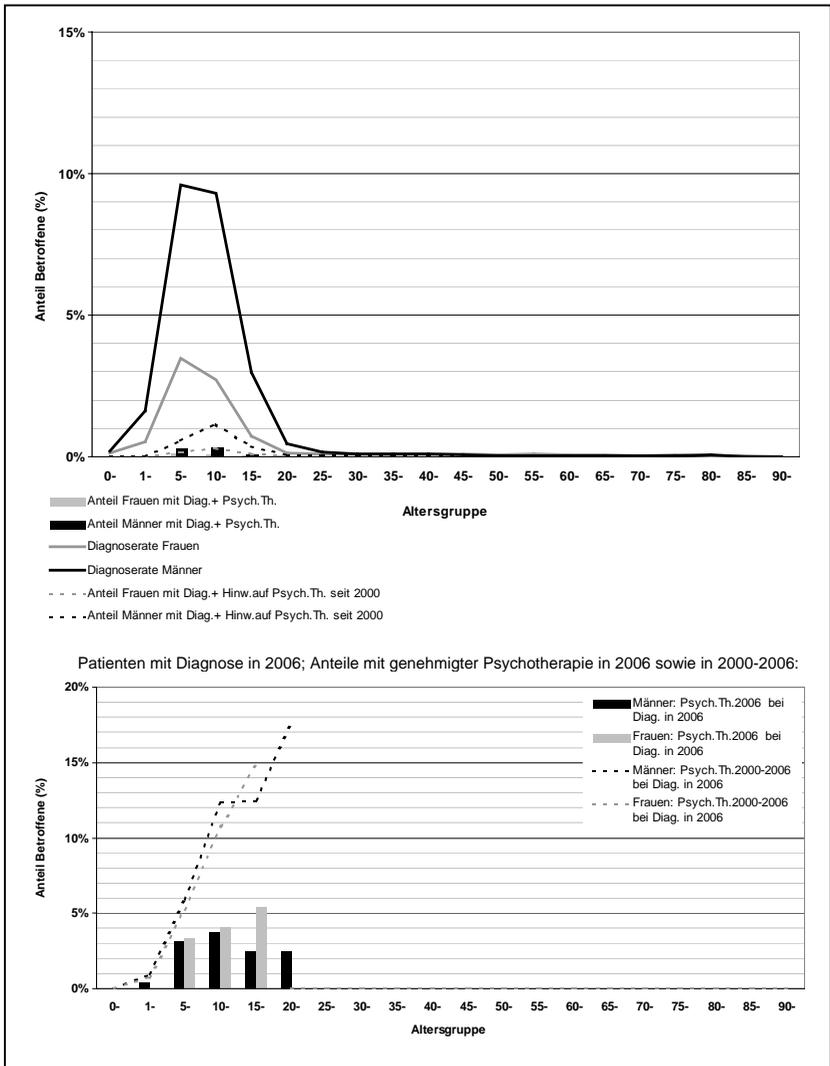


Abbildung 54: Personen mit Diag. "Hyperkinetische Störungen" (F90) in 2006, Genehmigung von Psychotherapien

Störungen des Sozialverhaltens (F91)

Erläuterungen nach ICD10: Störungen des Sozialverhaltens sind durch ein sich wiederholendes und anhaltendes Muster dissozialen, aggressiven und aufsässigen Verhaltens charakterisiert. Dieses Verhalten übersteigt mit seinen größeren Verletzungen die altersentsprechenden sozialen Erwartungen. Es ist also schwerwiegender als gewöhnlicher kindischer Unfug oder jugendliche Aufmüpfigkeit. Das anhaltende Verhaltensmuster muss mindestens sechs Monate oder länger bestanden haben. Störungen des Sozialverhaltens können auch bei anderen psychiatrischen Krankheiten auftreten, in diesen Fällen ist die zugrunde liegende Diagnose zu verwenden. Beispiele für Verhaltensweisen, welche diese Diagnose begründen, umfassen ein extremes Maß an Streiten oder Tyrannisieren, Grausamkeit gegenüber anderen Personen oder Tieren, erhebliche Destruktivität gegenüber Eigentum, Feuerlegen, Stehlen, häufiges Lügen, Schulschwänzen oder Weglaufen von zu Hause, ungewöhnlich häufige und schwere Wutausbrüche und Ungehorsam. Jedes dieser Beispiele ist bei erheblicher Ausprägung ausreichend für die Diagnose, nicht aber nur isolierte dissoziale Handlungen.

Basisdaten	Männer (%)	Frauen (%)	Gesamt (%)	Männer (Tsd.)	Frauen (Tsd.)	Gesamt (Tsd.)
Pop. mit Diagnose 2006	0,4%	0,3%	0,4%	175	127	302
Diag.+Psych.Th. 2006*	5,6%	5,8%	5,7%	10	7	17
Diag.+Psych.Th. ab 2000*	11,8%	11,9%	11,8%	21	15	36

*Anteil bezogen auf Personen mit Diagnose; Absolute Werte: Zahl der Betroffenen in Deutschland (Hochrechnung), Angabe in Tausend; vgl. auch Tabelle A 38: S. 313 im PDF-Anhang

Die Diagnose wird am häufigsten bei männlichen Kindern gestellt. 2,8% der 5 bis 9jährigen Jungen waren 2006 betroffen. Bedingt durch eine fraglich korrekte bzw. nicht intendierte Verwendung der Diagnose in allen Altersgruppen insbesondere bei Frauen und gehäuft auch bei Hochbetagten resultieren altersübergreifend vergleichbare Diagnoseraten bei beiden Geschlechtern.

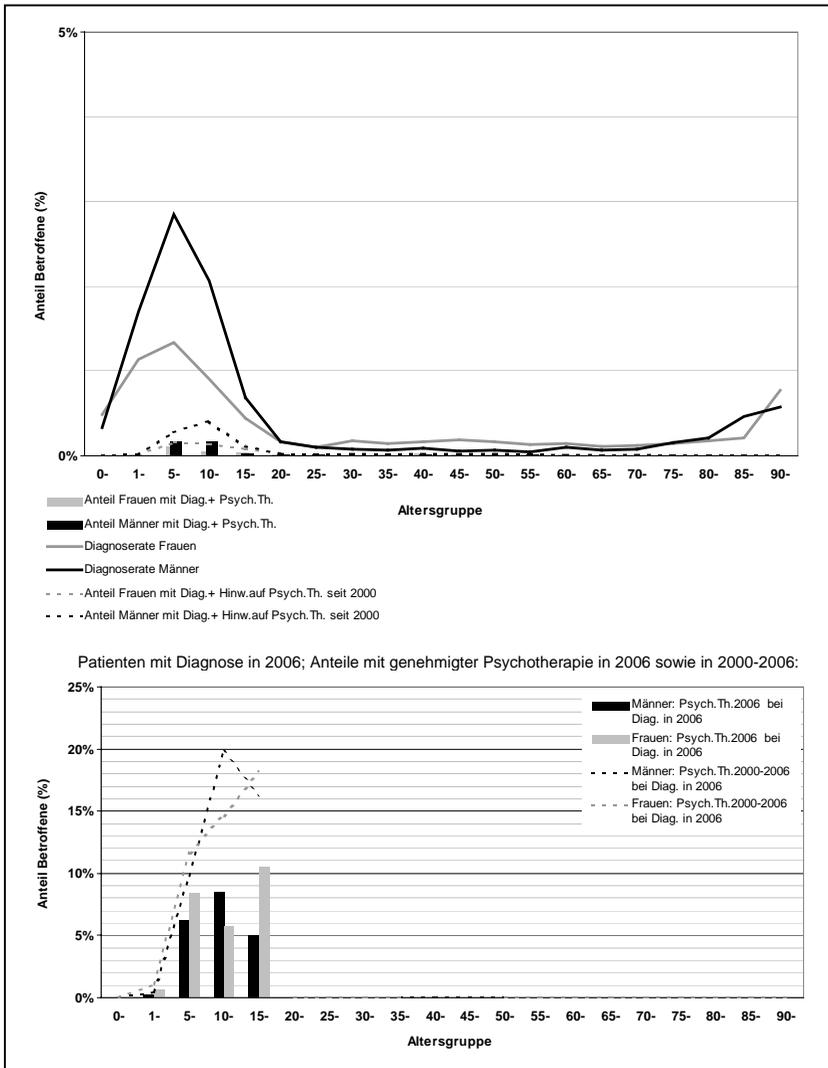


Abbildung 55: Personen mit Diag. "Störungen des Sozialverhaltens" (F91) in 2006, Genehmigung von Psychotherapien

Emotionale Störungen des Kindesalters (F93)

Erläuterungen nach ICD10: Diese stellen in erster Linie Verstärkungen normaler Entwicklungstrends dar und weniger eigenständige, qualitativ abnorme Phänomene. Die Entwicklungsbezogenheit ist das diagnostische Schlüsselmerkmal für die Unterscheidung der emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit (F93.-) von den neurotischen Störungen (F40-F48).

Basisdaten	<i>Männer (%)</i>	<i>Frauen (%)</i>	<i>Gesamt (%)</i>	<i>Männer (Tsd.)</i>	<i>Frauen (Tsd.)</i>	<i>Gesamt (Tsd.)</i>
Pop. mit Diagnose 2006	0,4%	0,3%	0,3%	157	124	281
Diag.+Psych.Th. 2006*	8,7%	8,6%	8,6%	14	11	24
Diag.+Psych.Th. ab 2000*	17,2%	15,7%	16,5%	27	19	46

*Anteil bezogen auf Personen mit Diagnose; Absolute Werte: Zahl der Betroffenen in Deutschland (Hochrechnung), Angabe in Tausend; vgl. auch Tabelle A 39: S. 314 im PDF-Anhang

Von der Diagnose "Emotionale Störungen des Kindesalters" (F93) waren 2006 3,1% der Jungen und 2,4% der Mädchen im Alter zwischen 5 bis 9 Jahren betroffen. Psychotherapien werden mit höherem Alter häufiger genehmigt bzw. finden sich bereits eher in der Historie der betroffenen Personen. Vermutlich bedingt durch die eindeutige Bezeichnung wird die Diagnose F93 (im Gegensatz zum Kode F91) nahezu ausschließlich bei Kindern und Jugendlichen verwendet. Dies liefert indirekt einen Beleg dafür, dass die Verwendung der Diagnose F91 in mittleren und höheren Altersgruppen (vgl. vorausgehende Seiten) kein Zufallseffekt im Sinne einfacher Fehleingaben sein dürfte, sondern dass die Diagnose F91 schlicht im Wortsinn ihrer Bezeichnung zur Kodierung von "Störungen des Sozialverhaltens" verwendet wurde.

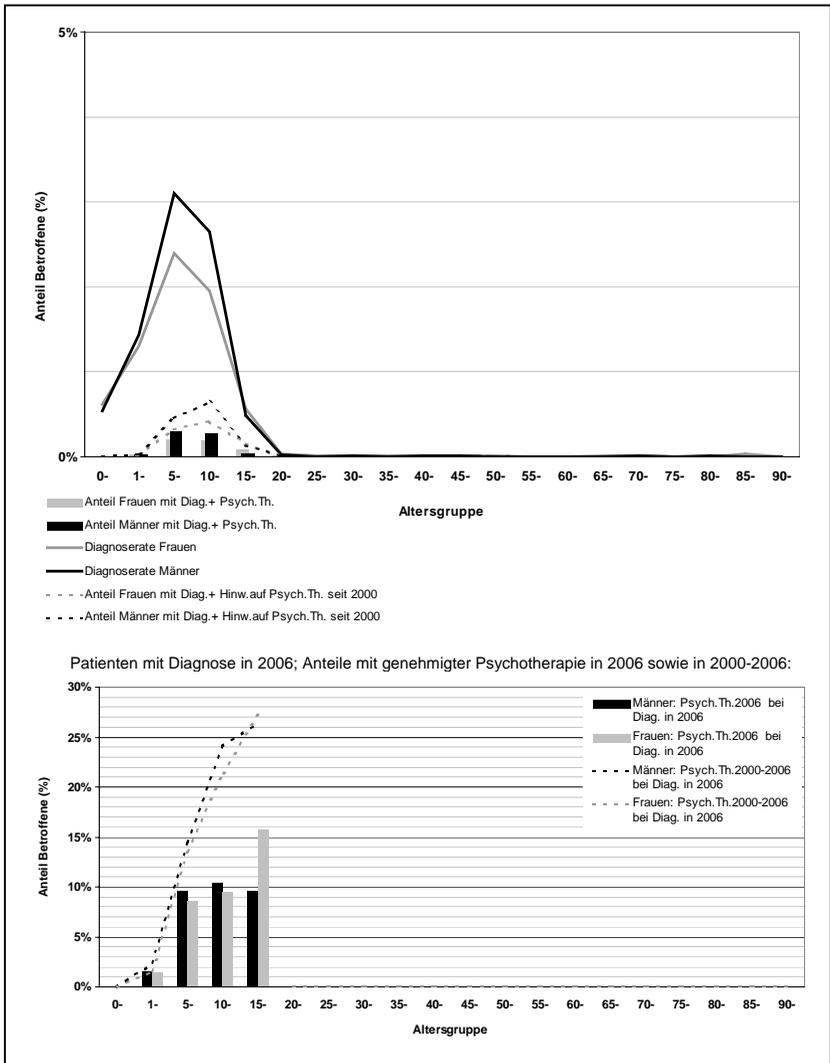


Abbildung 56: Personen mit Diag. "Emotionale Störungen des Kindesalters" (F93) in 2006, Genehmigung von Psychotherapien

4.5 *Behandlungsverläufe*

Eine Psychotherapie sollte sich, sofern sie denn wirksam ist, positiv auf den Gesundheitszustand der Betroffenen auswirken. Ein besserer Gesundheitszustand sollte seinerseits – zumindest mittelfristig – zu einer reduzierten Erkrankungs-induzierten Inanspruchnahme des Gesundheitssystems führen, die in den Routinedaten einer Krankenkasse abgebildet werden kann. Der nachfolgende Abschnitt befasst sich vor diesem Hintergrund mit den Auswirkungen ambulanter Psychotherapien auf die Inanspruchnahmen von Gesundheitsleistungen. Dabei werden im zeitlichen Umfeld der Genehmigung einer ambulanten Psychotherapie folgende Merkmale, Zeiträume sowie Therapie- und Vergleichsgruppen betrachtet:

Merkmale: Als Merkmale im Sinne von Inanspruchnahmen werden an dieser Stelle vorrangig Arztkontakte (*einschließlich der Kontakte zu nicht-ärztlichen Psychotherapeuten*) und Arzneiverordnungen betrachtet. Beide Merkmale werden versichertenbezogen relativ häufig erfasst¹¹, lassen sich taggenau zuordnen¹² und betreffen potenziell alle Versicherten¹³.

Zeiträume: Da Daten zur ambulanten ärztlichen Versorgung erst seit 2004 verfügbar sind, werden Inanspruchnahmen hier vorrangig in den Jahren 2004 bis 2006 betrachtet. Daten zu Arzneiverordnungen sind grundsätzlich bereits länger verfügbar, allerdings hat sich im Zuge des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes von 2003 auf 2004 das Verordnungsvolumen durch die weitgehende Herausnahme der rezeptfreien Medikamente aus der GKV-Finanzierung maß-

¹¹ Zufallsbedingte Abweichungen in kleineren Gruppen sind damit weniger zu erwarten als beispielsweise bei Verweilzeiten in Krankenhäusern, welche nur einen kleinen Teil der Versicherten betreffen und dann erheblich variieren können.

¹² Über das Verordnungsdatum oder das Abrechnungsdatum einer Leistungsziffer können entsprechende Inanspruchnahmen von Leistungen exakt definierten Zeiträumen relativ zum Genehmigungsdatum einer Psychotherapie zugeschrieben werden.

¹³ Arbeitsunfähigkeiten betreffen demgegenüber ausschließlich Erwerbspersonen, was eine Beschränkung der Betrachtung auf diese Gruppe von Versicherten erforderlich macht.

geblich verändert. Um Verordnungen auf der Basis vergleichbarer Grundvoraussetzungen im zeitlichen Verlauf darzustellen zu können, beschränken sich auch die Auswertungen zu Arzneiverordnungen auf die Jahre 2004 bis 2006.

Therapie- und Vergleichsgruppen: Der durch die aktuelle Datenlage vorgegebene Kernbeobachtungszeitraum von drei Jahren ist für Bewertungen von Verläufen zu langfristig angelegten Psychotherapieformen zum jetzigen Zeitpunkt noch weniger geeignet (so werden beispielsweise bei einer analytischen Langzeitpsychotherapie bereits ohne Verlängerung bis zu 160 Therapiestunden genehmigt, allein die Durchführung kann sich damit über mehr als drei Jahre erstrecken). Auswertungen zu Inanspruchnahmen im Kontext von Psychotherapien erscheinen vorrangig in Bezug auf Kurzzeittherapien sinnvoll, die sich grundsätzlich über maximal 25 Therapiestunden und damit bei wöchentlichen Sitzungen über etwa ein halbes Jahr erstrecken. Für vergleichende Gegenüberstellungen werden nachfolgend jedoch, neben vorrangig fokussierten Darstellungen zu Kurzzeittherapien, auch Ergebnisse unter Einbeziehung von Langzeittherapien präsentiert.

Um Inanspruchnahmen für Zeiträume sowohl vor der Genehmigung einer Therapie als auch möglichst nach Abschluss der Therapie zu übereinstimmenden Populationen darstellen zu können, wurden für die nachfolgenden Auswertungen Personen selektiert, bei denen eine Therapie zwischen dem 1. Juli 2004 und dem 30. Juni 2005 genehmigt wurde (vgl. nachfolgende Abbildung).

Für alle Beobachtungen kann bei der gewählten Selektion eine theoretische Vorbeobachtungszeit von minimal zwei Quartalen (ab dem 1. Januar 2004) gewährleistet werden, noch etwa die Hälfte der Beobachtungen verfügt über mindestens ein Jahr Vorbeobachtungszeit.

Die Nachbeobachtungszeit ab Therapiegenehmigung bis Ende 2006 beträgt bei der gewählten Selektion minimal sechs Quartale (abgesehen von Fällen mit vorzeitiger Beendigung der Versicherung), bei etwa der Hälfte der selektierten Beobachtungen mindestens zwei Jahre. Sie sollte damit die übliche Dauer zumindest von Kurzzeittherapien erheblich übersteigen.

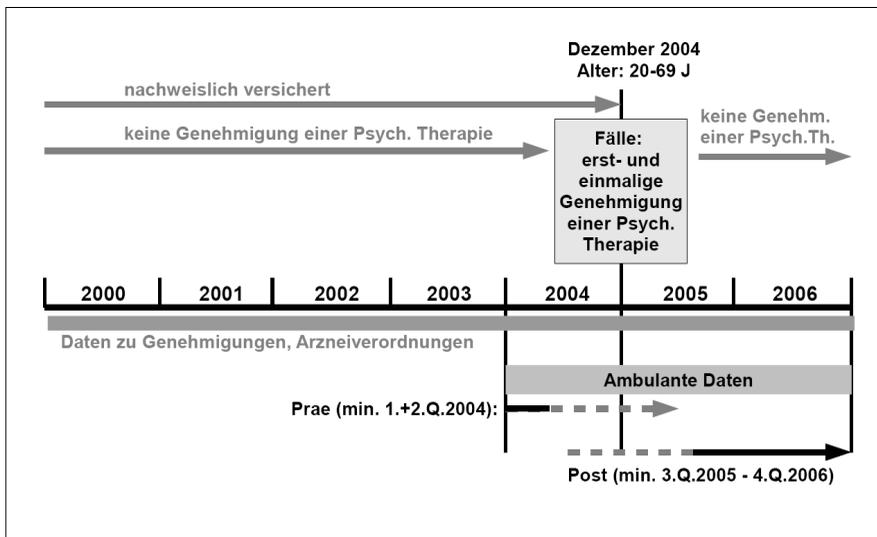


Abbildung 57: *Behandlungsverläufe: Selektion und Beobachtung von psychotherapeutischen Behandlungsfällen*

Durchschnittlich etwa ein Drittel der selektierten Fälle verfügt noch über die Beobachtungszeiten im 5. Quartal vor bzw. im 9. Quartal nach Genehmigung der Psychotherapie. Die Ergebnisse aus den Randbereichen des Beobachtungszeitraums sollten entsprechend der reduzierten empirischen Basis und unterschiedlicher Kollektive in den beiden Randbereichen insbesondere bei Subgruppenanalysen zurückhaltend interpretiert werden.

Bei den unterschiedlich abgegrenzten Therapiegruppenszusammenstellungen wurden im Rahmen der Auswertungen ausschließlich Personen berücksichtigt, die im Selektionszeitraum erstmalig seit 2000, und dabei bis Ende 2006 nur einmalig, die Genehmigung für eine Psychotherapie erhielten, um Vermengungen mit Effekten vorausgehender oder nachfolgender Therapien zu vermeiden. Um vorausgehende Therapien mit hoher Wahrscheinlichkeit ausschließen zu können, wurde zudem eine weitgehend durchgängige Versicherung ab Be-

ginn 2000 vorausgesetzt. Die Auswertungen beschränken sich des weiteren auf die Hauptgruppe der Personen mit Psychotherapie, die am 31. Dezember 2004 zwischen 20 und 69 Jahre alt waren, klammern also explizit Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen mit möglicherweise erheblich abweichenden Verläufen aus.

Als Vergleichsgruppen wurde den Therapiegruppen jeweils eine nach Geschlecht und Alter gematchte Gruppe von zufällig ausgewählten Personen gegenübergestellt, für die keinerlei Hinweis auf die Genehmigung einer Psychotherapie zwischen 2000 und 2006 identifiziert werden konnte und die übereinstimmende Anforderungen an Vorversicherungszeiten (sowie zum Teil weitere und ggf. erwähnte Kriterien) erfüllte. Die Abgrenzung der Beobachtungsräume zur Ermittlung von Inanspruchnahmen bei Personen aus der Kontrollgruppe erfolgte jeweils auf der Basis des Genehmigungsdatums des individuell gematchten Behandlungsfalles.

Erstmalige Therapie, beliebige Indikation

Insgesamt wurden n=3.607 Versicherte der GEK im Alter zwischen 20 und 69 Jahre identifiziert, die im Selektionszeitraum bei weitgehend durchgängiger Versicherung¹⁴ seit dem 1.1.2000 erstmalig, und bis Ende 2006 dabei auch nur genau einmalig, die Genehmigung für eine Psychotherapie erhielten. Dokumentierte Versicherungszeiten, Arztkontakte sowie Arzneiverordnungen wurden in unterschiedlichen Zeitintervallen mit einer Länge von jeweils 91 Tagen ("Quartale") ermittelt. Insgesamt wurden dabei 14 Intervalle ab dem 5. Quartalszeitraum vor dem Genehmigungsdatum bis zum 9. Quartalszeitraum nach dem Genehmigungsdatum betrachtet. Vergleichswerte zu Inanspruchnahmen wurden in einer Gruppe von Personen mit entsprechenden Vorversicherungszeiten aus übereinstimmenden Geschlechts- und Altersgruppen ermittelt, für die keinerlei Hinweise auf die Genehmigung einer Psychotherapie vorlagen (1:50

¹⁴ Hier Versicherte mit jeweils mindestens 300 dokumentierten Versicherungstagen in den Jahren 2000 bis 2003, in 2004 mindestens 365 Versicherungstage.

Matching; n=180.350). Zur Festlegung der Zeitintervallgrenzen wurde bei Vergleichsbeobachtungen jeweils das individuell zugeordnete Genehmigungsdatum des gematchten Behandlungsfalles verwendet. Die Inanspruchnahmen in einzelnen Intervallen wurden jeweils auf die in den Zeiträumen effektiv dokumentierten Versicherungszeiten bezogen.

Die nachfolgende Abbildung zeigt als erstes Auswertungsergebnis die durchschnittliche Zahl der Arztkontakte in einzelnen Quartalen bei Versicherten mit Genehmigung einer Psychotherapie sowie von Versicherten der Vergleichsgruppe.

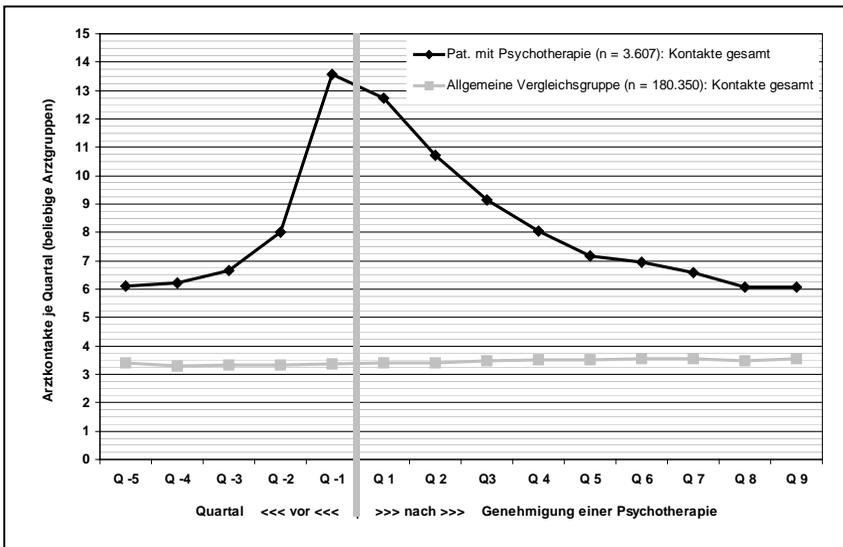


Abbildung 58: Ambulante Kontakte je Quartal insgesamt: Versicherte mit Psychotherapiegenehmigung vs. geschlechts- und altersgematchte allgemeine Vergleichsgruppe

Die Kontaktzahlen steigen in der allgemeinen Vergleichsgruppe (beliebige Versicherte mit übereinstimmenden Vorversicherungszeiten und übereinstimmender Geschlechts- und Altersstruktur ohne Hinweis auf eine Psychotherapie)

im gesamten Beobachtungszeitraum von ca. 3,3 - 3,4 Kontakten pro Kopf und Quartal auf etwa 3,6 Arztkontakte je Quartal. Unter den zufällig ausgewählten (gematchten) Versicherten der GEK ohne Psychotherapie aus entsprechenden Altersgruppen hat sich die durchschnittliche Anzahl der Arztkontakte im Beobachtungszeitraum also nur leicht verändert.

In der Gruppe der Versicherten mit Genehmigung einer Psychotherapie wird zu keinem Zeitpunkt ein Durchschnittswert von 6 Kontakten je Quartal und Person unterschritten. Werte nahe 6 finden sich im 5. und 4. Quartal vor dem Genehmigungsdatum sowie im 8. und 9. Quartal ab bzw. nach der Genehmigung. Zu Ende der Beobachtungszeit wird damit etwa der Ausgangswert der Inanspruchnahme ein Jahr vor Genehmigung der Psychotherapie erreicht. In den beiden Quartalen direkt um den Genehmigungszeitpunkt werden jeweils mehr als 12 Kontakte pro Kopf erfasst (inklusive der Kontakte zu den Psychotherapeuten).

Die nachfolgende Abbildung differenziert bei Versicherten mit Genehmigung einer Psychotherapie zwischen "spezifischen" Kontakten (zu psychiatrisch / psychologisch tätigen Ärzten und Therapeuten¹⁵) sowie "unspezifischen" Kontakten (zu allen übrigen Fachgruppen). Bei der Zählung der "spezifischen" Kontakte wurden zusätzlich Kontakte unabhängig von der Fachgruppe des Leistungserbringers einbezogen, sofern im Rahmen des Kontaktes eine genehmigungspflichtige Leistung im Sinne einer Psychotherapie abgerechnet wurde (was außerhalb der Fachgruppen jedoch nur selten der Fall war). Entsprechend blieben diese Kontakte bei der Auszählung der komplementären "unspezifischen" Kontakte unberücksichtigt.

"Spezifische" Kontakte im hier abgegrenzten Sinne kommen in der allgemeinen Vergleichsgruppe in allen Quartalen bei durchgängig weniger als 0,1 Kontakten je Quartal ausgesprochen selten vor (Werte der Vergleichsgruppe nicht dargestellt). In der Gruppe mit Genehmigung einer Psychotherapie sind

¹⁵ *Therapeuten und Arztgruppen mit den Fachgebietscodierungen "38", "39", "40", "50", "51", "52", "67", "68", "69", "70", "71" (vgl. Technische Anlagen zum Datenaustausch)*

"spezifische" Kontakte demgegenüber für den weit überwiegenden Teil des Anstiegs der Kontaktzahlen im zeitlichen Umfeld der Genehmigung einer Psychotherapie verantwortlich. Der höchste Wert wird mit durchschnittlich 6,8 Kontakten pro Kopf im 1. Quartal direkt nach Genehmigung der Psychotherapie erreicht. Zwei Jahre nach dem Genehmigungsdatum wird noch etwa ein "spezifischer" Kontakt je Quartal erfasst. Dieser Wert liegt damit noch etwa $\frac{1}{2}$ Kontakt je Quartal über dem Ausgangswert, der für das 5. Quartal vor Genehmigung ermittelt wurde.

Kontakthäufigkeiten zu den übrigen ("unspezifischen") Fachgruppen liegen in allen Quartalen – mit Ausnahme des ersten Quartals nach der Genehmigung – auch unter den Patienten mit Psychotherapie insgesamt noch über den "spezifischen" Kontaktzahlen. Ein Maximalwert von 7,7 Kontakten pro Kopf findet sich im Quartal direkt vor Genehmigung der Psychotherapie.

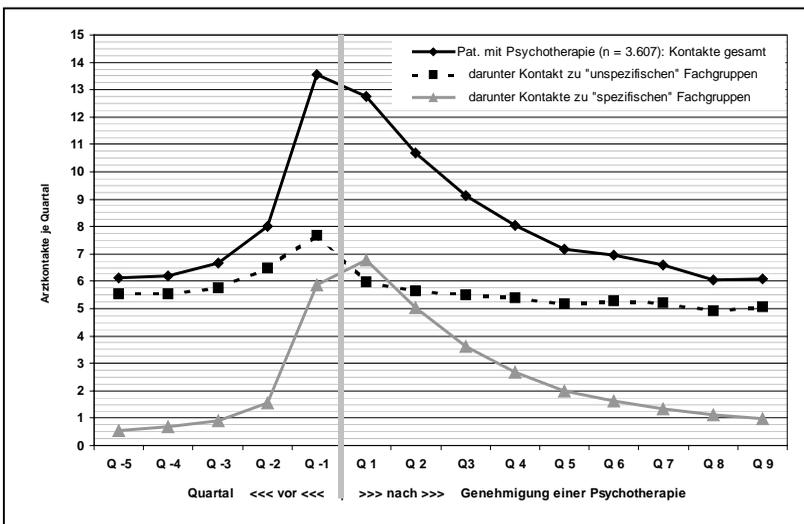


Abbildung 59: Ambulante Kontakte je Quartal: Versicherte mit Psychotherapiegenehmigung, Kontakte zu unspezifischen und spezifischen Fachgruppen

Zwei Jahre nach Genehmigung der Psychotherapie lassen sich in der betroffenen Gruppe durchschnittlich etwa 5 Kontakte pro Quartal ermitteln. Damit hat die "unspezifische" Kontaktfrequenz im Vergleich zum Zeitraum ein Jahr vor Genehmigung bei Patienten mit Psychotherapie leicht (um etwa 0,5 Kontakte pro Quartal) abgenommen – die Patienten suchen also etwas seltener "vorrangig somatisch" orientierte Ärzte auf als vor der Therapie. Der Eindruck im Sinne einer positiven Tendenz wird dadurch verstärkt, dass in einer allgemeinen Vergleichsgruppe mit übereinstimmender Geschlechts- und Altersstruktur im selben Zeitraum "unspezifische" Kontakte leicht von etwa 3,3 auf 3,5 Kontakte pro Quartal und Person zugenommen haben (Werte nicht dargestellt).

Die zum Ende der Beobachtungszeit im Vergleich zum Ausgangsniveau weitgehend unveränderten Gesamtkontaktzahlen resultieren in der Gruppe mit Genehmigung einer Psychotherapie nach den dargestellten Ergebnissen aus leicht gesunkenen "unspezifischen" Kontakten und im Vergleich zum Ausgangswert weiterhin noch leicht erhöhten "spezifischen" Kontakten.

Arzneiverordnungen

Auch hinsichtlich der Anzahl der insgesamt verordneten Präparate¹⁶ zeigen sich über den gesamten Beobachtungszeitraum deutliche Unterschiede zwischen Personen mit Genehmigung einer Psychotherapie und einer allgemeinen Vergleichspopulation mit entsprechender Geschlechts- und Altersstruktur ohne Psychotherapie. Während in der Vergleichspopulation bei leicht ansteigendem Trend pro Kopf etwa 1,25 Präparate je Quartal verordnet wurden, lag der entsprechende Wert bei Personen mit Psychotherapie im Durchschnitt in keinem Quartal unter 2. Der höchste Verordnungswert von 2,6 Präparaten pro Kopf findet sich im Quartal direkt vor Genehmigung der Psychotherapie.

¹⁶ Gezählt wurden hier Verordnungen entsprechend differenzierbarer Einträge auf einzelnen Rezepten.

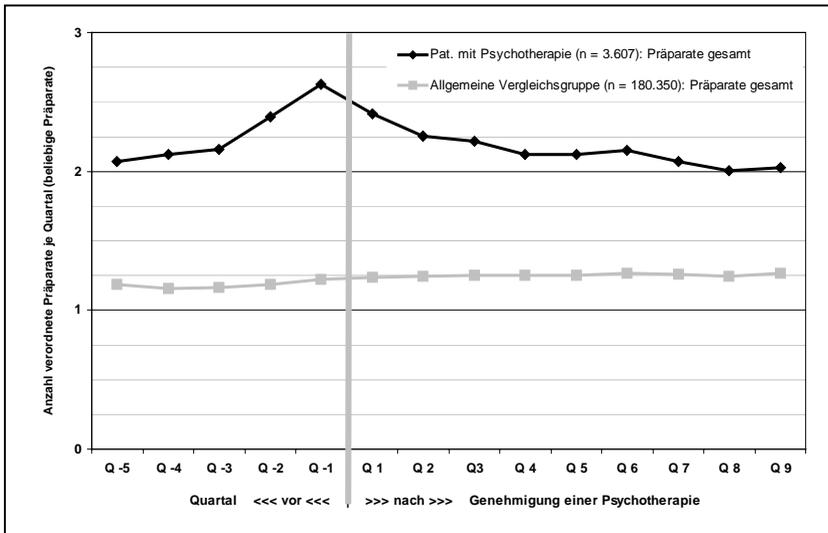


Abbildung 60: Verordnete Präparate je Quartal: Versicherte mit Psychotherapiegenehmigung vs. geschlechts- und altersgematchte allgemeine Vergleichsgruppe

Die Zunahme der quartalsweisen Verordnungen bei Personen kurz vor Genehmigung einer Psychotherapie um ca. 0,5 Präparate resultiert maßgeblich aus einem Anstieg der Verordnungen aus der ATC-Gruppe N (Arzneimittel zur Behandlung des "Nervensystems"), welche alle relevanten Psychopharmaka umfasst. Verordnungen aus dieser Arzneimittelgruppe erreichen erst etwa zwei Jahre nach Genehmigung der Psychotherapie den ein Jahr vor Genehmigung erfassten Ausgangswert von ca. 0,55 Präparate je Quartal und liegen damit in der Gruppe mit Genehmigung einer Psychotherapie weiterhin erheblich über Verordnungswerten zu Präparaten aus der Gruppe N in der allgemeinen altersgematchten Vergleichsgruppe ohne Psychotherapie (0,16 Präparate je Quartal, vgl. nachfolgende Abbildung).

Im Vergleich zur altersgematchten Gruppe auf relativ hohem Niveau bewegen sich bei Versicherten mit genehmigter Psychotherapie auch zusammengefasste Verordnungszahlen zu allen übrigen Arzneimitteln außerhalb der ATC-Gruppe N. Bis zum 1. Quartal vor Genehmigung kommt es bei entsprechenden Präparaten nur zu einem eher dezenten Anstieg der Verordnungswerte von 1,53 Präparate auf 1,66 Präparate pro Person und Quartal. Am Ende des Gesamtbeobachtungsintervalls liegen die Werte bei Versicherten mit Psychotherapie mit 1,47 Präparaten je Quartal geringgradig unterhalb des Ausgangswertes, während sie in der altersgematchten allgemeinen Vergleichsgruppe leicht von 1,04 auf 1,10 Präparate je Quartal angestiegen sind.

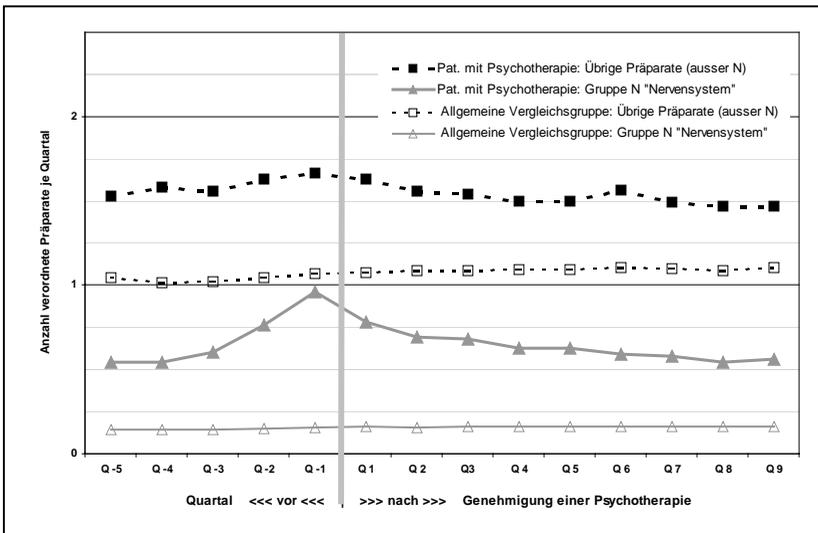


Abbildung 61: Verordnete Präparate je Quartal: Versicherte mit Psychotherapiegenehmigung vs. geschlechts- und altersgematchte allgemeine Vergleichsgruppe, Präparate-Gruppe "Nervensystem" sowie übrige Präparate separat dargestellt

Krankenhausaufenthalte

Krankenhausaufenthalte sind in Populationen jüngerer Alters eher seltene Ereignisse, weshalb selbst bei mäßig großen Untersuchungsgruppen mit über 1.000 Personen bei quartalsweise ermittelten Maßzahlen zufallsbedingt merkliche Schwankungen zu erwarten sind. Für die nachfolgende Darstellung wurden trotz dieser Einschränkungen Verweilzeiten in Akutkrankenhäusern innerhalb von einzelnen Quartalen für die Gesamtgruppe der Versicherten mit erstmaliger Genehmigung einer Psychotherapie (taggenau) ermittelt und denen einer geschlechts- und altersgematchten allgemeinen Vergleichsgruppe ohne Hinweis auf eine Psychotherapie gegenübergestellt. Berücksichtigt wurden ausschließlich vollstationäre Aufenthalte ohne stationäre Entbindungen.

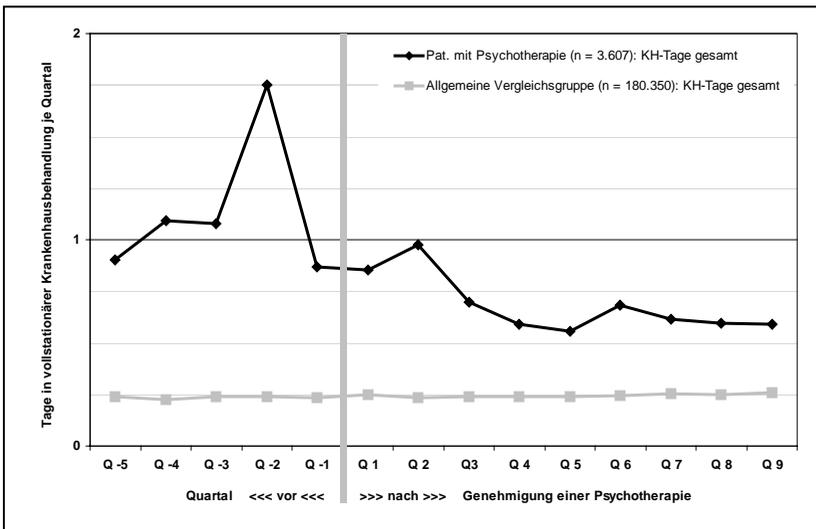


Abbildung 62: Krankenhaustage je Quartal: Versicherte mit Psychotherapiegenehmigung vs. geschlechts- und altersgematchte allgemeine Vergleichsgruppe

Nach den Ergebnissen zur Vergleichsgruppe können bei einer durch die Psychotherapie-Gruppe determinierten Geschlechts- und Altersstruktur pro Person Verweilzeiten von etwa 0,25 Tagen je Quartal erwartet werden. Entsprechende Personen liegen also im Durchschnitt innerhalb eines Jahres etwa einen Tag im Krankenhaus. Die Werte in der Gruppe mit Genehmigung einer Psychotherapie liegen zu jedem Zeitpunkt merklich höher. Auffällig erscheint, dass die höchste Inanspruchnahme mit merklichem Abstand bereits im zweiten Quartal vor Genehmigung der Psychotherapie zu verzeichnen ist. Es lässt sich vermuten, dass ein gewisser Teil der Patienten möglicherweise im Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung die Empfehlung oder Anregung für eine ambulante Psychotherapie erhielt, welche anschließend mit einer zeitlichen Verzögerung genehmigt wurde (bedingt durch die Suche nach einem geeigneten Therapeuten und das Genehmigungsverfahren). Die Vermutung sollte in jedem Fall bei Prae-Post-Vergleichen zu Krankenhausaufenthalten im Zusammenhang mit ambulanten Psychotherapien bedacht werden.

Die erhöhten Verweilzeiten bei Personen im zweiten Quartal vor Genehmigung einer Psychotherapie resultieren sowohl aus Krankenhausaufenthalten unter der Hauptdiagnose von psychischen Erkrankungen (im Sinne von F-Diagnosen der ICD10, die das Diagnosekapitel mit der Bezeichnung "Psychische und Verhaltensstörungen" bilden) als auch, zu einem etwas geringeren Anteil, aus Krankenhausaufenthalten unter anderen, vorrangig somatischen, Hauptdiagnosen (vgl. nachfolgende Abbildung).

Während die Krankenhausverweilzeiten unter "somatischen" Hauptdiagnosen bis zum Ende des Beobachtungszeitraums bei Patienten nach Genehmigung einer Psychotherapie annähernd das Niveau der allgemeinen Vergleichsgruppe erreichen, liegen die durchschnittlichen Verweilzeiten unter psychischen Hauptdiagnosen auch in den letzten Quartalen der Nachbeobachtungszeitraums noch deutlich höher als in der allgemeinen Vergleichsgruppe, jedoch tendenziell etwas niedriger als vor Genehmigung der Psychotherapie.

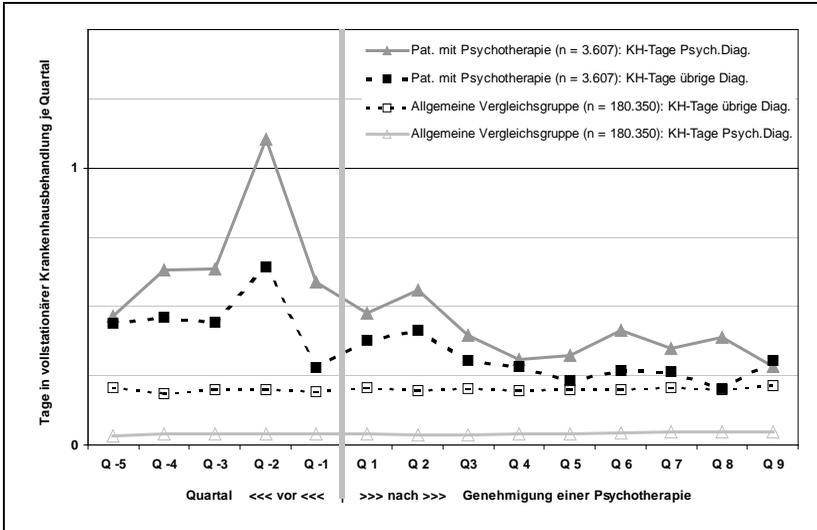


Abbildung 63: Krankenhaustage je Quartal: Versicherte mit Psychotherapiegenehmigung vs. geschlechts- und altersgematchte allgemeine Vergleichsgruppe, KH-Tage mit psych. Hauptdiagnose sowie übrige KH-Tage separat dargestellt

Langzeit- versus Kurzzeittherapie

Erwartungsgemäß (und vorrangig bedingt durch Therapiekontakte) unterscheiden sich die durchschnittlichen Kontaktzahlen je Quartal im zeitlichen Verlauf. Bei Genehmigung einer Langzeittherapie liegen die Kontaktzahlen auch mehr als zwei Jahre nach Therapiegenehmigung noch über dem Ausgangswert ein Jahr vor der Genehmigung. Bei der Genehmigung von Kurzzeittherapien wird das Ausgangsniveau der ambulanten Kontaktzahlen insgesamt etwa zwei Jahre nach dem Genehmigungsdatum wieder erreicht (vgl. nachfolgende Abbildung).

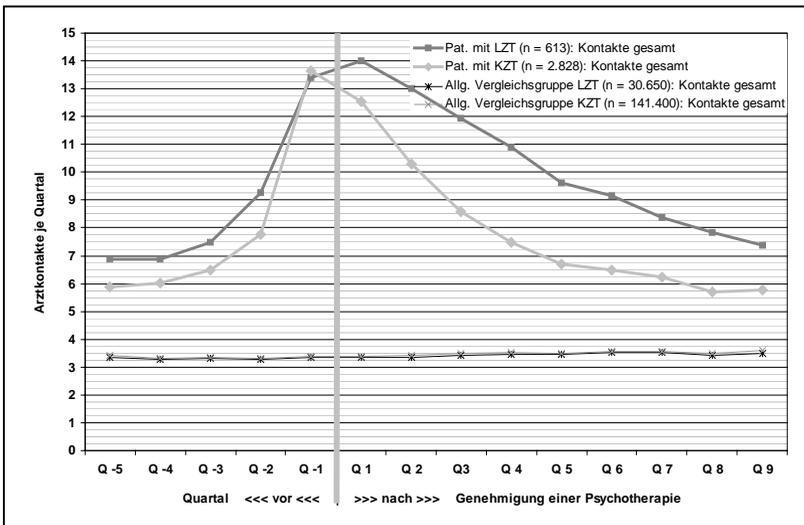


Abbildung 64: Ambulante Kontakte je Quartal: Versicherte mit Genehmigung einer Langzeit- oder Kurzzeittherapie vs. geschlechts- und altersgematchte allgemeine Vergleichsgruppen

Die anhaltend höheren Kontaktfrequenzen bei Patienten mit genehmigter Langzeittherapie resultieren dabei im Vergleich zu Patienten mit Kurzzeittherapie ausschließlich aus höheren Kontakten zu "spezifischen" Fachgruppen

(Nervenärzten, Psychiatern, Psychotherapeuten). Demgegenüber liegen die "unspezifischen" Arztkontakte in beiden Gruppen auf vergleichbarem Niveau, tendenziell bei Versicherten mit Kurzzeittherapie zumeist sogar höher. Damit ergeben sich an dieser Stelle keine Hinweise auf ein unterschiedliches somatisches Erkrankungsniveau bei Patienten mit Genehmigung einer Kurzzeit- oder Langzeittherapie.

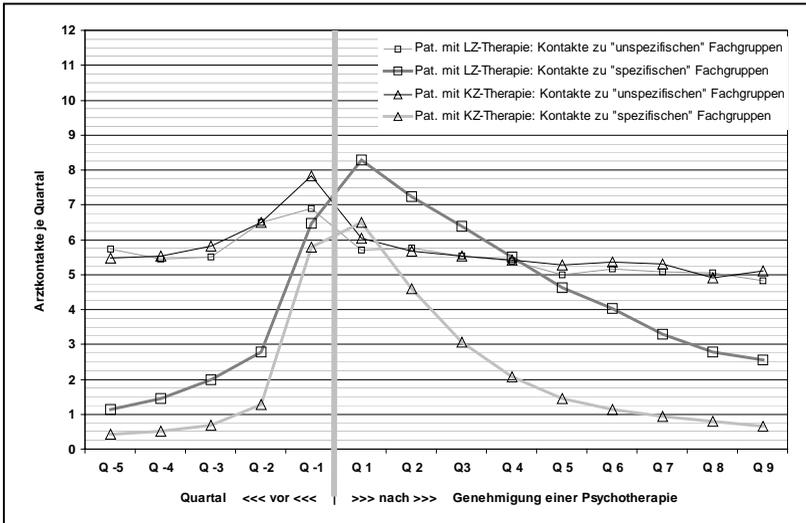


Abbildung 65: Ambulante Kontakte je Quartal: Versicherte mit Genehmigung einer Langzeit- oder Kurzzeittherapie, Kontakte zu unspezifischen und spezifischen Fachgruppen

Kurzzeittherapie: Psychoanalytisch fundierte versus Verhaltenstherapie

In der nachfolgenden Abbildung findet sich eine vergleichende Gegenüberstellung von durchschnittlichen Kontaktzahlen im Behandlungsverlauf von Kurzzeittherapien, die entweder bei psychoanalytisch orientierten Therapeuten oder bei Verhaltenstherapeuten durchgeführt wurden. In beiden Fällen dürfen

die Therapien im Sinne der Genehmigung einen Umfang von 25 Stunden nicht überschreiten.

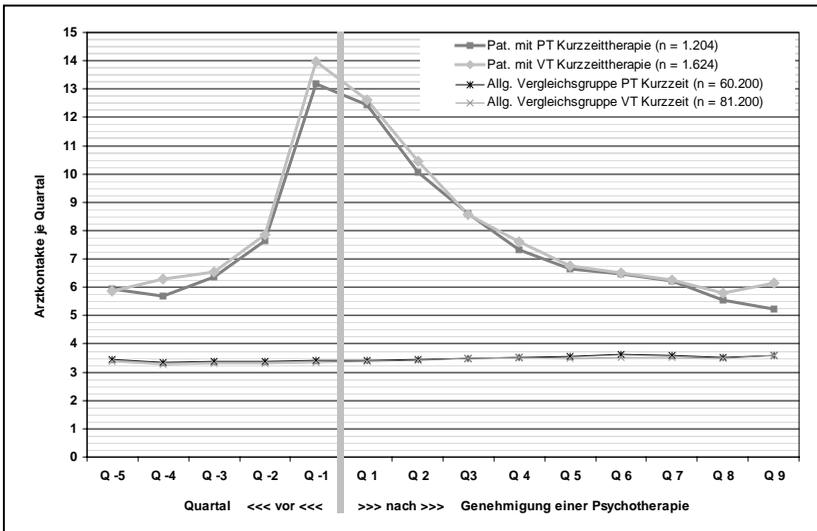


Abbildung 66: Ambulante Kontakte je Quartal: Versicherte mit Genehmigung einer Kurzzeittherapie – PT vs. VT, allgemeine Vergleichsgruppen

Die Kontaktzahlen zeigen in beiden Gruppen in allen Zeiträumen eine große Übereinstimmung. Lediglich im letzten Beobachtungsquartal zeigen sich gewisse Differenzen, die jedoch in Anbetracht der reduzierten Anzahl an Beobachtungen zurückhaltend interpretiert werden sollten.

Kurzzeittherapie bei ausgewählten Diagnosen

Um Therapieverläufe annähernd vollständig in den Ergebnissen abzubilden, beschränken sich die nachfolgenden Darstellungen gleichfalls auf Ergebnisse zu Kurzzeittherapien. Dargestellt sind in der folgenden Abbildung durch-

schnittliche quartalsweise Kontaktzahlen bei Psychotherapie-Patienten mit ausgewählten Index-Diagnosen. Insgesamt werden Verläufe bei 7 unterschiedlichen Diagnosen abgebildet, die jeweils bei mehr als 100 Versicherten in der GEK-Untersuchungspopulation nach Datenlage den vermeintlichen Anlass für die Therapie bildeten.

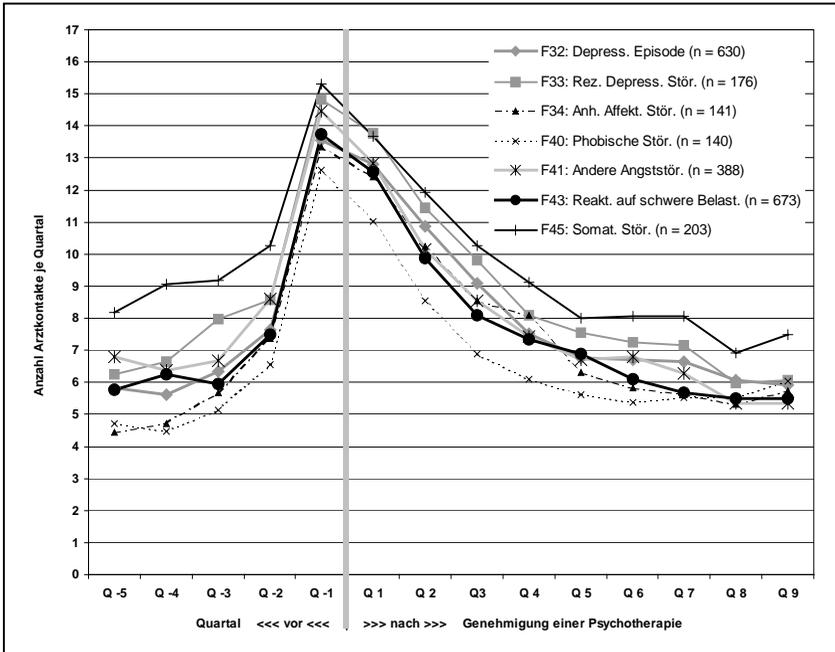


Abbildung 67: Ambulante Kontakte je Quartal: Kurzzeittherapien bei ausgewählten Diagnosen

Grundsätzlich zeigen sich bei allen Diagnosen ähnliche Verläufe, die sich vorrangig im Hinblick auf das Niveau der Inanspruchnahme unterscheiden, wobei tendenziell bei Diagnosen mit einem höheren Niveau vor Genehmigung einer Psychotherapie auch ein höheres Niveau der Inanspruchnahme in der Nachbeobachtungszeit festzustellen ist. Das unterschiedliche Niveau der Inan-

spruchnahme bei den unterschiedlichen Diagnosen dürfte maßgeblich auch von der unterschiedlichen Geschlechts- und Altersstruktur der Patienten mit unterschiedlichen Index-Diagnosen beeinflusst sein. So zeigen sich auch zwischen den geschlechts- und altersgematchten allgemeinen Vergleichsgruppen ohne Psychotherapie in der Regel vergleichbare *relative* Unterschiede in Bezug auf die Kontaktraten.

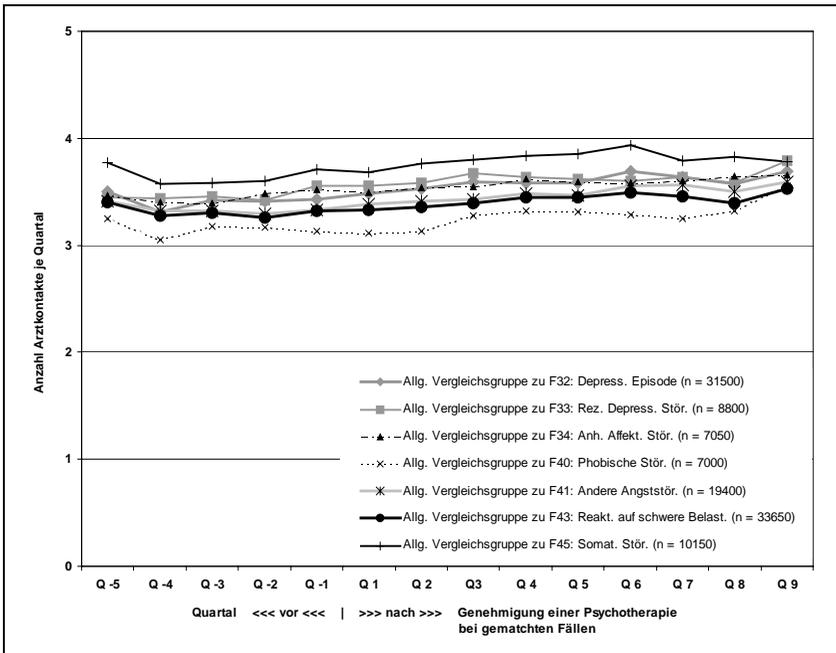


Abbildung 68: Ambulante Kontakte je Quartal: Inanspruchnahmen von gematchten allgemeinen Vergleichsgruppen zu Fällen mit ausgewählten Diagnosen

Patienten mit ausgewählten Diagnosen: Verläufe mit bzw. ohne Psychotherapie

In den vorausgehend dargestellten Auswertungen wurden den Inanspruchnahmen von Versicherten mit Genehmigung einer Psychotherapie ggf. jeweils die Inanspruchnahmen einer nach Geschlecht und Alter gematchten "allgemeinen" Vergleichsgruppe ohne den Hinweis auf eine Psychotherapie gegenübergestellt. Entsprechende Gegenüberstellungen liefern Anhaltspunkte dazu, welche Inanspruchnahmen in einer "durchschnittlichen", d.h. ansonsten unselektierten, Population mit übereinstimmender Geschlechts- und Altersstruktur innerhalb von bestimmten Zeiträumen erwartet werden können.

Im nachfolgenden Abschnitt werden demgegenüber jeweils Inanspruchnahmen von Patienten mit bzw. ohne Genehmigung einer Psychotherapie verglichen, wobei Personen aus beiden Gruppen (mit übereinstimmender Geschlechts- und Altersstruktur) nach Daten zur ambulanten Versorgung innerhalb eines bestimmten Zeitraums gleichermaßen von bestimmten psychischen Diagnosen bzw. Erkrankungen betroffen waren. Den Personen mit Genehmigung einer Psychotherapie und einer bestimmten, als vorrangigen Behandlungsanlass identifizierten Diagnose, wurden dabei jeweils Personen ohne Hinweis auf eine Psychotherapie gegenübergestellt, bei denen eine entsprechende psychische Diagnose im Selektionszeitraum zwischen dem 1. Juli 2004 und dem 31. Juni 2005 im Rahmen der ambulanten Versorgung durch einen beliebigen Arzt mindestens einmalig dokumentiert wurde.

Depressive Episoden (F32): Behandlungsverläufe bei Patienten mit gehemmter Kurzzeittherapie sowie bei Patienten ohne Psychotherapie

Unter Versicherten im Alter zwischen 20 bis 69 Jahre bilden nach den vorliegenden Auswertungen depressive Episoden im Sinne der ICD10-Diagnose F32 (nach der Diagnose F43) den zweithäufigsten Anlass für die erstmalige Genehmigung einer Kurzzeit-Psychotherapie innerhalb des Selektionszeitraumes vom 1. Juli 2004 bis zum 31. Juni 2005.

Den Inanspruchnahmen von insgesamt 621 Patienten mit erstmals genehmigter Kurzzeittherapie und Erfassung einer Diagnose F32 im Selektionszeitraum als vorrangiger Behandlungsanlass wurden Inanspruchnahmen von 12.420 Personen mit übereinstimmender Geschlechts- und Altersstruktur gegenübergestellt, bei denen innerhalb des genannten Zeitraums ebenfalls die Diagnose F32 dokumentiert worden war, bei denen jedoch keinerlei Hinweis auf die Genehmigung einer Psychotherapie vorlag (1:20 Matching). Die nachfolgende Abbildung zeigt die durchschnittliche Zahl der ambulanten Kontakte in einzelnen Quartalen des Beobachtungszeitraums für beide Gruppen, wobei an dieser Stelle noch zwischen Personen mit Behandlung bei psychoanalytisch fundierten Therapeuten (PT) bzw. Verhaltenstherapeuten (VT) und den jeweils individuell zugeordneten Vergleichspersonen unterschieden wird.

Unabhängig von der Zuordnung der behandelnden Therapeuten zu den beiden genannten Gruppen zeigt sich bei Patienten mit der Diagnose von depressiven Störungen und Genehmigung einer Psychotherapie im Wesentlichen der bereits in Abbildung 67: S. 208 dargestellte diagnosespezifische Verlauf bei Kurzzeittherapien¹⁷. Neu ist demgegenüber das Ergebnis, dass sowohl zu Beginn als auch am Ende des Gesamtbeobachtungszeitraumes Patienten mit der Diagnose einer depressiven Störung unabhängig von der Genehmigung (und i.d.R. damit auch unabhängig von der Durchführung) einer Psychotherapie eine übereinstimmende Anzahl an Kontakten zur ambulanten Versorgung aufweisen. Zu beiden Zeitpunkten weisen Patienten mit zwischenzeitlich genehmigter Psychotherapie übereinstimmende Inanspruchnahmen wie Patienten ohne Psychotherapie auf, bei denen gleichfalls die Diagnose depressiver Störungen gestellt wurde.

¹⁷ Die marginale Reduktion der Beobachtungszahl von $n=630$ auf $n=621$ resultiert bei den hier präsentierten Ergebnissen aus einer Beschränkung auf Personen, bei denen die Diagnose depressiver Störungen explizit innerhalb des Zeitraumes vom 1.07.2004 und dem 31.06.2005 gestellt wurde.

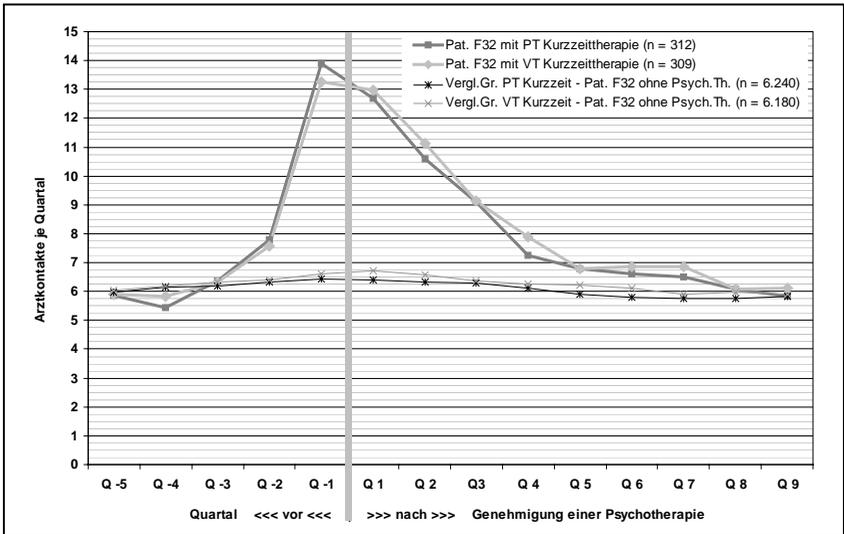


Abbildung 69: Ambulante Kontakte je Quartal: Kurzzeittherapie (PT, VT) vs. keine Psychotherapie bei Patienten mit depressiven Episoden (F32)

In der nachfolgenden Abbildung werden Ergebnisse zur durchschnittlichen Anzahl der quartalsweise verordneten Arzneimittelpräparate bei Patienten mit depressiven Störungen für Patienten mit Kurzzeittherapie sowie bei Patienten ohne Psychotherapie dargestellt. Die Abbildung umfasst sowohl Angaben zur Gesamtzahl aller Präparate als auch Angaben zu Verordnungen aus der ATC-Gruppe N ("Nervensystem") sowie zu Verordnungen aus dem Bereich der übrigen Arzneimittel. Die Gesamtzahl der Verordnungen liegt bei Patienten mit Genehmigung einer Psychotherapie unter Ausnahme des Quartals direkt vor dem Genehmigungszeitpunkt durchgängig niedriger als in der Vergleichsgruppe von Versicherten, bei denen ebenfalls depressive Episoden diagnostiziert wurden.

Die Differenzen sind dabei tendenziell zu Beginn des Beobachtungszeitraums noch stärker als zum Ende des Beobachtungszeitraums ausgeprägt. Insgesamt resultieren die eher geringeren Verordnungen bei Patienten mit Psychotherapie vorrangig aus geringeren Verordnungen von Präparaten, die *nicht* explizit zur Behandlung des Nervensystems vorgesehen sind. Präparate zur Behandlung des Nervensystems, die alle relevanten Psychopharmaka umfassen, werden im engeren zeitlichen Umfeld der Genehmigung bei Patienten mit Psychotherapie in größerem Umfang als in der Vergleichsgruppe verordnet, im vorrangigen Therapiezeitraum innerhalb des Jahres nach der Genehmigung etwa in vergleichbarem Umfang, und sowohl zu Beginn als auch zum Ende des Beobachtungszeitraums in etwas geringerem Umfang als in der Vergleichsgruppe.

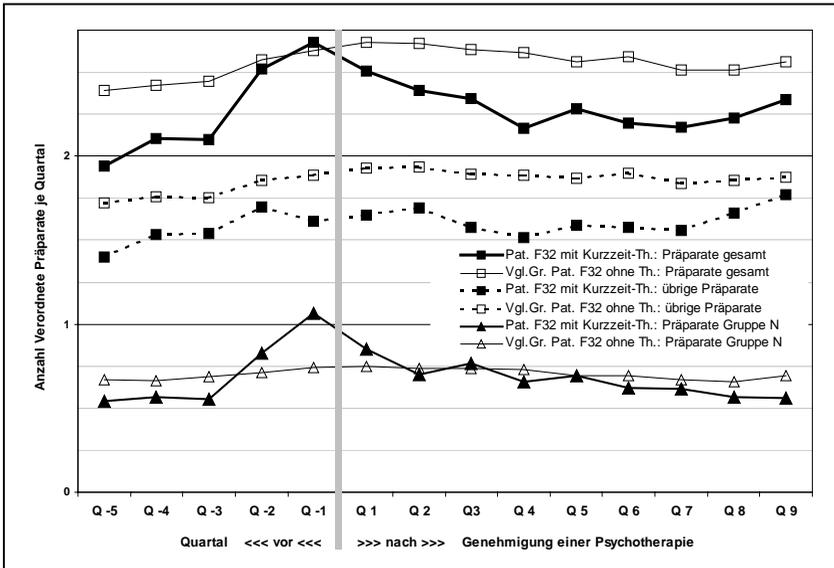


Abbildung 70: Verordnete Präparate je Quartal: Kurzzeittherapie vs. keine Psychotherapie bei depressiven Episoden (F32)

***Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43):
Behandlungsverläufe bei Patienten mit genehmigter Kurzzeittherapie sowie
bei Patienten ohne Psychotherapie***

Unter Versicherten im Alter zwischen 20 bis 69 Jahre bilden Reaktionen auf schwere Belastungen im Sinne der ICD10-Diagnose F43 den häufigsten Anlass für die erstmalige Genehmigung einer Kurzzeit-Psychotherapie innerhalb des Selektionszeitraumes vom 1. Juli 2004 bis zum 31. Juni 2005.

Den Inanspruchnahmen von insgesamt 659 Patienten mit erstmals genehmigter Kurzzeittherapie und Erfassung einer Diagnose F43 im Selektionszeitraum wurden Inanspruchnahmen von 9.885 Personen mit übereinstimmender Geschlechts- und Altersstruktur gegenübergestellt, bei denen innerhalb des genannten Zeitraums ebenfalls die Diagnose F43 dokumentiert worden war, bei denen jedoch keinerlei Hinweis auf die Genehmigung einer Psychotherapie vorlag (1:15 Matching). Die nachfolgende Abbildung zeigt die durchschnittliche Zahl der ambulanten Kontakte in einzelnen Quartalen des Beobachtungszeitraums für beide Gruppen, auch an dieser Stelle wird noch zwischen Personen mit Behandlung bei psychoanalytisch fundierten Therapeuten (PT) bzw. Verhaltenstherapeuten (VT) und den jeweils individuell zugeordneten Vergleichspersonen unterschieden.

Auch bei Personen mit der Diagnose "Reaktionen auf schwere Belastungen" (F43) zeigt sich im Wesentlichen das Ergebnis, dass Patienten sowohl zu Beginn als auch am Ende des Gesamtbeobachtungszeitraumes unabhängig von der Genehmigung einer Psychotherapie (sowohl bei PT auch bei VT) eine annähernd vergleichbare Anzahl an Kontakten zur ambulanten Versorgung aufweisen. Bereits zu Beginn des Beobachtungszeitraumes und insbesondere im vierten Quartal vor dem Genehmigungsdatum liegen die Kontakttzahlen in der Gruppe mit nachfolgender Genehmigung einer Psychotherapie dabei jedoch etwas über denen in der Vergleichsgruppe, wobei sich die Unterschiede im vierten Quartal vor dem Genehmigungsdatum bei Zusammenfassung aller Patienten mit Kurzzeittherapie (PT und VT) als statistisch signifikant erweisen. Eine entsprechende Aussage gilt ebenso für das 8. Quartal nach Genehmigung.

Abweichungen im 9. Quartal bewegen sich bei reduzierter Beobachtungszahl demgegenüber im Rahmen von Zufallsschwankungen.

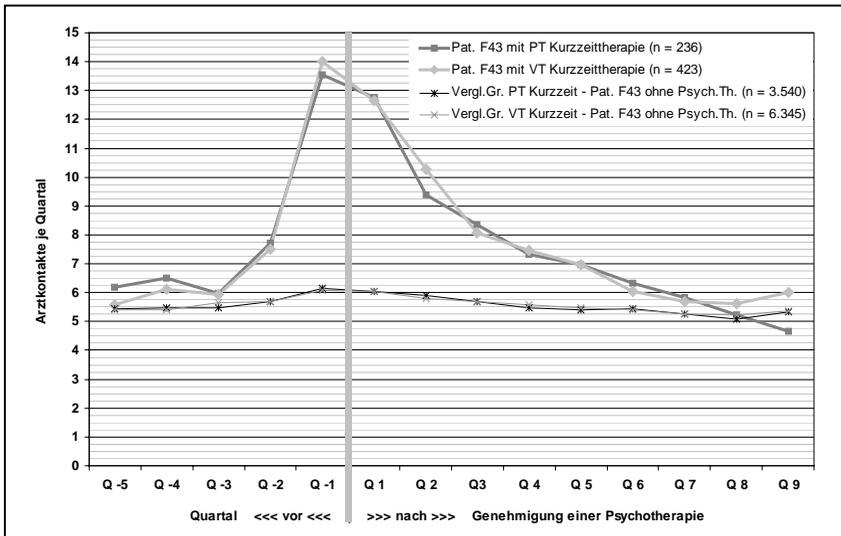


Abbildung 71: Ambulante Kontakte je Quartal: Kurzzeittherapie (PT, VT) vs. keine Psychotherapie bei Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)

Nach den Ergebnissen differenzierterer Auswertungen zu den ambulanten Kontakten resultieren die leichten Differenzen zu Beginn des Beobachtungszeitraumes ausschließlich aus einer höheren Inanspruchnahme von vorrangig somatisch behandelnden Ärzten, die Differenzen im 8. Quartal nach Genehmigung demgegenüber ausschließlich aus einer noch erhöhten Inanspruchnahme von psychiatrisch / psychotherapeutisch tätigen Ärzten bzw. Therapeuten (Ergebnisse nicht gesondert dargestellt).

Die nachfolgende Abbildung zeigt Ergebnisse zur durchschnittlichen Anzahl der quartalsweise verordneten Arzneimittelpräparate. Die Abbildung umfasst sowohl Angaben zur Gesamtzahl aller Präparate als auch differenzierte Anga-

ben zu Verordnungen aus der ATC-Gruppe N ("Nervensystem") sowie zu Verordnungen aller nicht zu dieser Gruppe zählenden Arzneimittel.

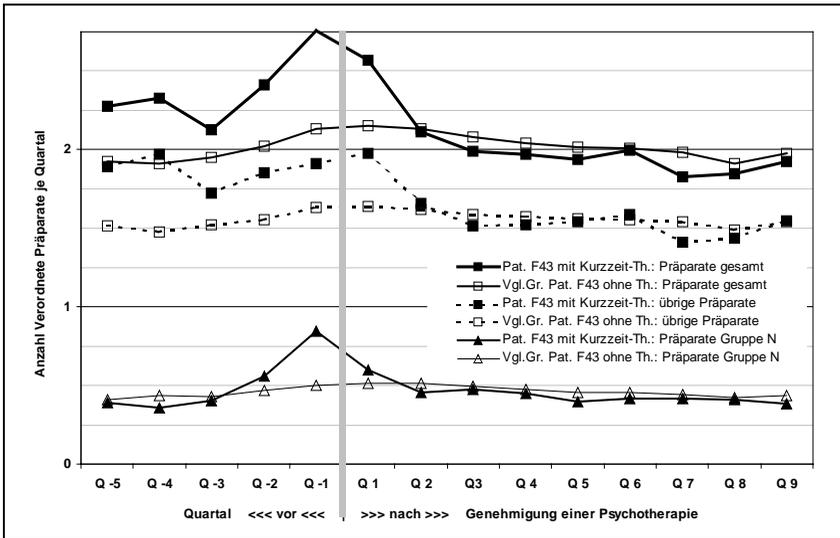


Abbildung 72: Verordnete Präparate je Quartal: Kurzzeittherapie vs. keine Psychotherapie bei Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)

Die Gesamtzahl der Verordnungen liegt bei Patienten mit Genehmigung einer Psychotherapie bis einschließlich zum ersten Quartal nach Genehmigung höher als in der Vergleichsgruppe von Versicherten, bei denen ebenfalls Belastungsreaktionen bzw. der Diagnoseschlüssel F43 erfasst wurden, jedoch keine Psychotherapie genehmigt wurde. Ab dem 3. Quartal liegen demgegenüber die Gesamtverordnungen in der Gruppe mit Psychotherapiegenehmigung tendenziell unter den Verordnungen in der Vergleichsgruppe.

Die Differenzen im Verordnungsvolumen zu Beginn des Beobachtungszeitraums resultieren ausschließlich aus Unterschieden bei Verordnungen von Präparaten außerhalb der Gruppe N, sind also explizit nicht durch Psychopharma-

ka bedingt. Mitbedingt durch eine verhältnismäßig große Streuung der Verordnungshäufigkeiten erweisen sich dabei lediglich die Unterschiede im 4. Quartal vor Genehmigung als statistisch signifikant.

Präparate zur Behandlung des Nervensystems, die alle relevanten Psychopharmaka umfassen, werden bei Patienten mit Psychotherapiegenehmigung ab dem zweiten Quartal vor und bis zum 1. Quartal nach dem Genehmigungsdatum in größerem Umfang als in der Vergleichsgruppe verordnet. Im gesamten übrigen Beobachtungszeitraum liegt das Verordnungsvolumen von Präparaten aus der Gruppe N bei beiden Gruppen auf einem vergleichbaren Niveau, tendenziell bei Versicherten mit Psychotherapiegenehmigung sogar eher niedriger als in der Vergleichsgruppe.

Hinweis auf ergänzende Daten

Auswertungsergebnisse zum Thema Psychotherapie, insbesondere Ergebnistabellen zu einer Reihe von Abbildungen, sind unter dem folgenden Link im Internet auf den Seiten der GEK verfügbar:

<http://www.gek.de/10467>

5 Arbeitsunfähigkeit

5.1 Einführung

Informationen zu ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeiten mit Diagnoseangaben in Gesetzlichen Krankenkassen sind bereits seit vielen Jahren verfügbar. Die GEK verfügt über entsprechende Datenbestände seit Ende der 80er Jahre. Die weiterhin herausragende Bedeutung der Erfassung des AU-Meldegeschehens resultiert wesentlich aus der Tatsache, dass auf deren Basis vergleichbare Informationen seit vielen Jahren hergeleitet werden können.

Als Arbeitsunfähigkeiten werden definitionsgemäß nur gesundheitliche Probleme erfasst, die die Arbeitsfähigkeit erheblich einschränken. Insofern er-möglichen Daten zu Arbeitsunfähigkeiten primär Aussagen zum Umfang und zur Entwicklung gesundheitlicher Einschränkungen mit direkten Auswirkungen auf die Berufstätigkeit. Im Gegensatz zu den meisten anderen Daten einer Krankenkasse beschränken sich Informationen zu Arbeitsunfähigkeiten zwangsläufig auf eine spezifische Subpopulation der Versicherten: Arbeitsunfähigkeitsmeldungen werden ausschließlich bei berufstätigen sowie einem spezifischen Teil der arbeitslosen Personen erfasst.

Grundsätzlich besteht bei sozialversicherungspflichtig beschäftigten Arbeitnehmern in der Bundesrepublik Deutschland im Falle einer Erkrankung mit Arbeitszeitausfall eine Meldepflicht. Eine entsprechende Krankmeldung in Form einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ist vom ausstellenden Arzt auch an die zuständige Krankenkasse des Arbeitnehmers weiterzuleiten, der die Erfassung der Daten obliegt. Hintergrund für die Erfassung bilden die Verpflichtungen der Krankenkassen zur Zahlung von Krankengeld bei langwierigen Erkrankungen. Eine Ausnahme bilden bei der Erfassung Kurzzeiterkrankungen von bis zu 3 Tagen: Hier besteht keine einheitliche Meldepflicht, weshalb eine gewisse systematische Untererfassung derartiger Erkrankungsfälle in Krankenkassendaten angenommen werden könnte. Untersuchungen bei GEK-Mitgliedern konnten zeigen, dass durch partielle Ausfälle bei der Erfassung kurzzeitiger Krank-

schreibungen die AU-Fallhäufigkeiten leicht unterschätzt werden, demgegenüber werden die anfallenden AU-Tage, die vorrangig aus längerfristigen Krankenschreibungen resultieren, jedoch nahezu vollständig in den Routinedaten der Krankenkasse erfasst.

Neben sozialversicherungspflichtig Beschäftigten waren bislang auch Arbeitslose zur Abgabe von AU-Bescheinigungen verpflichtet und wurden vor diesem Hintergrund in den routinemäßigen Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeiten in der GEK regelmäßig berücksichtigt. Durch die Einführung des Arbeitslosengeldes II hat sich in diesem Bereich allerdings von 2004 auf 2005 eine gravierende Änderung ergeben. Seit 2005 besteht ausschließlich bei ALG I Empfängern ggf. noch ein Anspruch auf Krankengeld und damit ausschließlich in dieser Gruppe auch die Verpflichtung zur Vorlage von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen bei der Krankenkasse. Damit müssen sich Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeiten zukünftig auf ALG I Empfänger beschränken. Zu etwa der Hälfte der bisherigen Arbeitslosen, d.h. für Personen, die seit 2005 ALG II beziehen, sind entsprechende Auswertungen nicht mehr sinnvoll möglich.

Insgesamt wurden bei Mitgliedern der GEK zwischen 1989 und 2006 12,2 Mio. AU-Fälle registriert. Zu den AU-Fällen liegen neben Anfangs- und Enddatum die ärztlich bescheinigten Diagnosen vor (mindestens eine Hauptdiagnose sowie maximal 7 weitere Nebendiagnosen). Diese sind im EDV-Datensatz bis einschließlich 1999 vornehmlich nach der Internationalen Klassifikation von Erkrankungen in der 9. Revision (ICD9) kodiert. Seit Beginn des Jahres 2000 ist eine Kodierung der AU-Diagnosen nach der ICD in der 10. Revision (ICD10) vorgeschrieben. Für diagnosebezogene Vergleiche mit Vorjahresergebnissen mit ICD9-Kodierung musste entsprechend eine Angleichung der Darstellung vorgenommen werden. Bei aggregierten Gegenüberstellungen von Diagnosegruppen bzw. Diagnosekapiteln wurden hierzu die ICD9-Diagnosen in ICD10-Diagnosen übergeleitet.

Die nachfolgende Tabelle nennt die wesentlichsten Indikatoren bzw. Maßzahlen zur Beschreibung des AU-Meldegeschehens. Wesentliche Grundlage einer Auswertung des AU-Meldegeschehens bildet neben der Erfassung der AU-Fälle die Bestimmung der Erwerbstätigkeitszeiten. Bei der Auswertung des AU-Meldegeschehens mit Bezug zu Versicherungszeiten wurde eine Tage-bezogene Zuordnung von AU-Tagen und Erwerbstätigkeitsintervallen vorgenommen. So werden bei berufsbezogenen Auswertungen AU-Tage jeweils exakt dem Anstellungsverhältnis zugeordnet, in dem sie wirklich anfallen. Wie bereits in vorausgehenden GEK-Reporten beruhen die Auswertungen zum AU-Meldegeschehen vorrangig auf Fällen, die innerhalb des berücksichtigten Auswertungszeitraumes als abgeschlossen gemeldet wurden.

Um Vergleiche der Ergebnisse zwischen Subgruppen von GEK-Versicherten sowie zu GEK-externen Populationen zu erleichtern, werden die Indikatoren des AU-Meldegeschehens i.d.R. alters- und geschlechtsstandardisiert dargestellt (vgl. Anhang Seite 251). Gleichzeitig wird durch die Standardisierung der Einfluss einer über die Jahre veränderten Alters- und Geschlechtsstruktur unter GEK-Berufstätigen auf die Maßzahlen des Meldegeschehens im zeitlichen Verlauf ausgeschlossen.

Tabelle 37: Maßzahlen des AU-Meldegeschehens

Allgemeine Bezeichnung	Definition	Anmerkung
AU-Tage, AU-Zeiten	AU-Tage je XXX (365) Versicherungstage	Durchschnittliche Zahl der gemeldeten Krankheitstage je Person innerhalb eines Zeitintervalls, wobei rechnerisch i.d.R. 1 oder 100 Versicherungsjahre als Bezugszeitraum herangezogen werden. Bezugsgröße bilden rechnerisch ausschließlich Versicherungszeiten von Erwerbstätigen bzw. Arbeitslosen
Krankenstand	Prozentualer Anteil der AU-Zeiten an der Versicherungszeit	Der so definierte Krankenstand lässt sich direkt aus den AU-Zeiten (s.o.) berechnen. Da arbeitsfreie Zeiten wie Sonn- und Feiertage in dieser Berechnung eingeschlossen sind, kann der Krankenstand nach der hier verwendeten Definition u.U. von arbeitgeberseitig ermittelten Krankenständen abweichen.
Erkrankungshäufigkeit, AU-Inzidenz	AU-Fälle je XXX (365) Versicherungstage	Durchschnittliche Zahl der gemeldeten Krankheitsfälle je Person innerhalb eines Zeitintervalls, wobei rechnerisch i.d.R. 1 oder 100 Versicherungsjahre als Bezugszeitraum herangezogen werden.
AU-Falldauer, fallbezogene AU-Dauer	AU-Tage je AU-Fall	AU-Dauer je Fall (Mittelwert)

5.2 AU-Meldegesehen Erwerbstätige insgesamt

Die nachfolgende Abbildung gibt einen ersten Überblick zum AU-Meldegesehen bei Erwerbspersonen in der GEK. Dargestellt wird die Entwicklung der alters- und geschlechtsstandardisierten Arbeitsunfähigkeitszeiten zwischen 1990 und 2006. Innerhalb des Darstellungszeitraumes zeigen sich die höchsten Ausfallzeiten in den Jahren 1990 bzw. 1995 (zu Differenzen in der Entwicklung der AU-Zeiten zwischen den alten und neuen Bundesländern vgl. Abschnitt zum regionalen AU-Meldegesehen ab Seite 230).

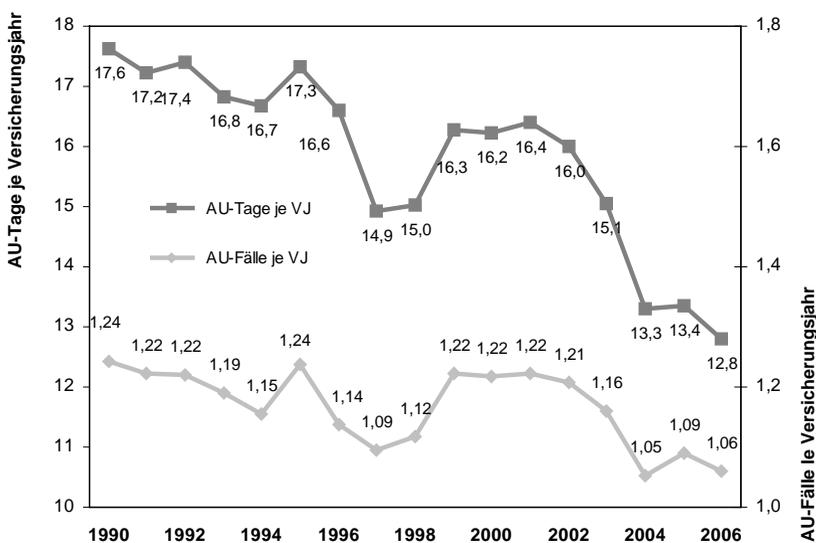


Abbildung 73: AU-Tage und -Fälle je Versicherungsjahr: 1990 - 2006
(Erwerbstätige insgesamt; stand.)

Nach einem Tiefstand der erkrankungsbedingten Fehlzeiten im Jahr 1997 war es insbesondere im Jahr 1999 zu einem deutlichen Anstieg der Arbeitsunfähigkeitsfälle gekommen. Seither hatten sich die Ausfallzeiten bis 2002 ins-

gesamt nur geringgradig geändert. Mit durchschnittlich 1,21 Erkrankungsfällen und 16,0 Erkrankungstagen je Berufstätigkeitsjahr waren GEK-Mitglieder im Jahr 2002 bereits in etwas geringerem Umfang von Krankschreibungen betroffen als in den beiden Vorjahren. Für das Jahr 2003 und insbesondere 2004 zeigen sich deutlich erniedrigte Fallhäufigkeiten und Fehlzeiten. Letztere lagen mit nur 13,3 gemeldeten Fehltagen je Versicherungsjahr in 2004 auf einem historischen Tiefstand. Erwerbspersonen wurden im Jahr 2004 damit im Durchschnitt 1,8 Tage weniger als im Vorjahr krankgeschrieben. Bedingt durch höhere AU-Fallzahlen war es von 2004 auf 2005 zu einem geringen Anstieg der durchschnittlichen Fehlzeiten von 13,3 auf 13,4 Tage je VJ gekommen. Im Jahr 2006 sind sowohl Fallzahlen als auch die Fehlzeiten erneut merklich gesunken. Im Jahr 2006 wurden je Erwerbsperson durchschnittlich nur noch 1,06 AU-Fälle mit insgesamt 12,8 Fehltagen erfasst.

Tabelle 38: AU-Fälle und AU-Tage je Versicherungsjahr, fallbezogene AU-Dauer sowie Krankenstand: 1996 - 2006 (Erwerbstätige insgesamt; stand.)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
AU-Fälle je Vers.-Jahr	1,14	1,09	1,12	1,22	1,22	1,22	1,21	1,16	1,05	1,09	1,06
AU-Tage je Vers.-Jahr	16,6	14,9	15,0	16,3	16,2	16,4	16,0	15,1	13,3	13,4	12,8
AU-Tage je Fall	14,6	13,6	13,4	13,3	13,3	13,4	13,3	13,0	12,6	12,3	12,1
Krankenstand	4,5%	4,1%	4,1%	4,5%	4,4%	4,5%	4,4%	4,1%	3,6%	3,7%	3,5%

5.3 Arbeitsunfähigkeit nach Dauer der AU

Die Abbildung zeigt das AU-Meldegesehen in Abhängigkeit von der fallbezogenen AU-Dauer. 65% aller AU-Fälle, die im Jahre 2006 abgeschlossen wurden, dauerten maximal sieben Tage, nur 4,3% der AU-Fälle mehr als 6 Wochen.

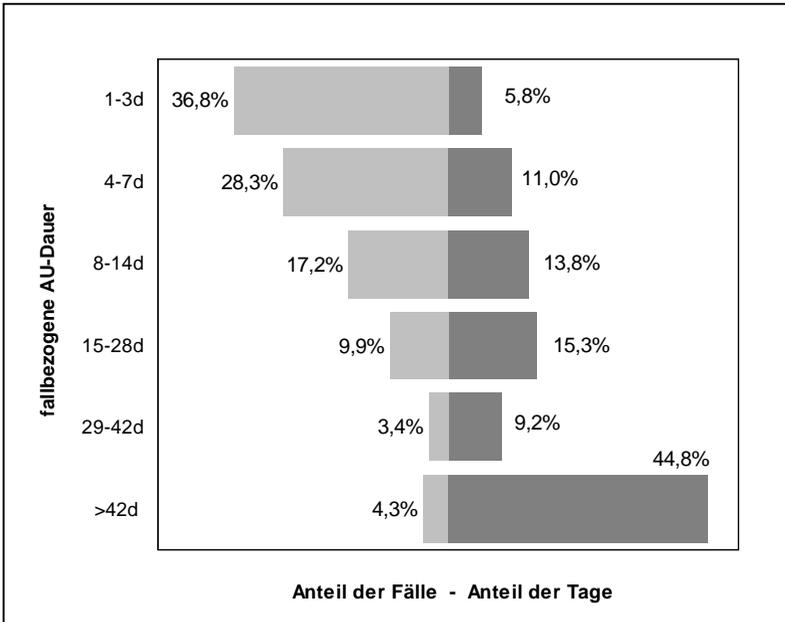


Abbildung 74: Verteilung von AU-Fällen sowie AU-Zeiten nach Dauer der AU: 2006

Auf die nur 4,3% der Fälle mit mehr als 6 Wochen Dauer entfielen jedoch mit 45% fast die Hälfte aller erfassten Erkrankungstage, während z.B. die kurzzeitigen Krankschreibungen (bis zu 7 AU-Tage) nur etwa 17% der gemeldeten Erkrankungstage ausmachten. Die relative Verteilung der AU-Zeiten nach

Falldauer zeigt gegenüber den Vorjahren nur geringe Änderungen (vgl. Tabelle A 40: Seite 315 im PDF-Anhang).

5.4 Arbeitsunfähigkeit nach Wochentagen

Relative Häufungen des Beginns von AU-Fällen an bestimmten Wochentagen wurden mehrfach in der Öffentlichkeit berichtet. Argumentativ wurden Häufungen von Krankschreibungen an Montagen gelegentlich als Indiz für einen arbeitnehmerseitigen Missbrauch von Krankschreibungen herangezogen. Die nachfolgende Abbildung zeigt die Verteilung der Krankschreibungshäufigkeit bei GEK-Mitgliedern im Jahre 2006, wobei nennenswerte Veränderungen im Vergleich zu den Vorjahresergebnissen nicht festzustellen sind.

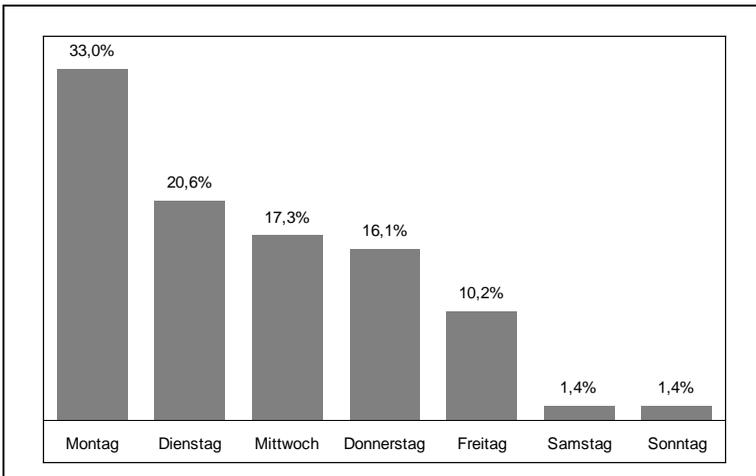


Abbildung 75: Arbeitsunfähigkeitsbeginn nach Wochentagen: 2006

Offensichtlich wird in der obenstehenden Abbildung der erwartungsgemäß hohe Anteil von Krankschreibungen mit Beginn an einem Montag (33,0% aller AU-Fälle), der sich aus der üblichen Verteilung der Wochenarbeitszeit mit ar-

beitsfreien Wochenenden ableiten lässt. Für einen überwiegenden Teil der Arbeitnehmer besteht im Krankheitsfall am Wochenende keine Veranlassung, sich bereits an einem Samstag oder Sonntag krankschreiben zu lassen, zumal dies bei einer nur bedingten Verfügbarkeit des Hausarztes an diesen Wochentagen mit zusätzlichem Aufwand verbunden wäre. Somit ist i.d.R. bei Erkrankungsfällen am Wochenende von einer Krankschreibung am nachfolgenden Montag auszugehen, an dem damit die Neuerkrankungen von insgesamt drei der sieben Wochentage zu bescheinigen sind. Stellt man die beobachtete Häufigkeit von Krankschreibungen bei GEK-Berufstätigen am Samstag bis einschließlich Montag ($1,4\% + 1,4\% + 33,7\% = 36,5\%$) dem erwarteten Anteil von $3/7 = 42,9\%$ aller Bescheinigungsfälle gegenüber, muss festgestellt werden, dass die Krankschreibungshäufigkeit in diesen Tagen deutlich unter der Häufigkeit liegt, die bei einem gleichverteiltem Neuerkrankungsrisiko an allen Wochentagen zu erwarten wäre.

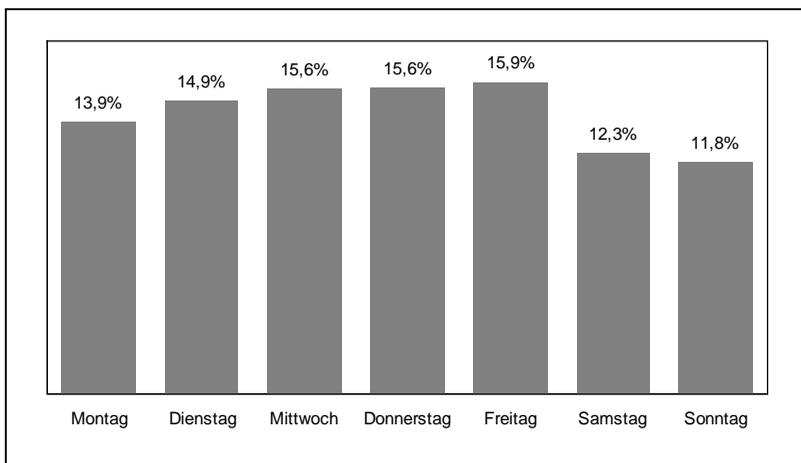


Abbildung 76: Verteilung der AU-Tage auf Wochentage: 2006

Vor dem Hintergrund der unter den Erwartungen bleibenden Krankschreibungshäufigkeiten an den Tagen von Samstag bis Montag wenig überraschend

ist das Bild, das sich bei Auswertungen zur Verteilung der Krankheitstage auf Wochentage ergibt: Die meisten der bescheinigten AU-Tage fallen auf die zweite Hälfte der Arbeitswoche bzw. auf Mittwoch bis Freitag (vgl. vorausgehende Abbildung sowie Tabelle A 42: Seite 316 im PDF-Anhang), d.h. die Arbeitsausfallszeiten in der zweiten Arbeitswochenhälfte liegen durchschnittlich über denen in der ersten Wochenhälfte (und denen am Wochenende).

Diese wochentagsspezifische Verteilung der AU-Zeiten ist insbesondere dann zu bedenken, wenn Statistiken zu Krankenständen mit einer Erhebung an bestimmten Stichtagen (z.B. jeweils am 1. eines Monats) inhaltlich interpretiert werden sollen. Fällt im Extremfall ein Stichtag bei einer Erhebung auf einen Freitag und bei der folgenden Erhebung auf einen Sonntag, wäre allein auf Basis der Wochentageeffekte bei der zweiten Erhebung ein Krankenstand zu erwarten, der nahezu 25% unter dem bei der vorausgehenden Erhebung liegt. Ein entsprechender – zunächst dramatisch erscheinender – Rückgang des Krankenstandes zwischen diesen beiden Stichtagen müsste unter Berücksichtigung von Wochentageeffekten inhaltlich am ehesten im Sinne eines weitgehend unveränderten AU-Meldegesehens interpretiert werden.

5.5 Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Geschlecht

Die nachfolgende Abbildung stellt die alters- und geschlechtsspezifischen Häufigkeiten von Krankschreibungen bei GEK-Mitgliedern im Jahr 2006 dar. Sowohl in Bezug auf männliche wie weibliche Erwerbstätige zeigt sich eine verhältnismäßig hohe Krankschreibungshäufigkeit bis zum 25. Lebensjahr. Während Berufstätige dieser Altersgruppe im Mittel etwa 1,5 mal innerhalb eines Jahres krank geschrieben waren, wurde bei Arbeitnehmern in höheren Altersstufen im Mittel kaum mehr als eine Krankschreibung je Versicherungsjahr registriert.

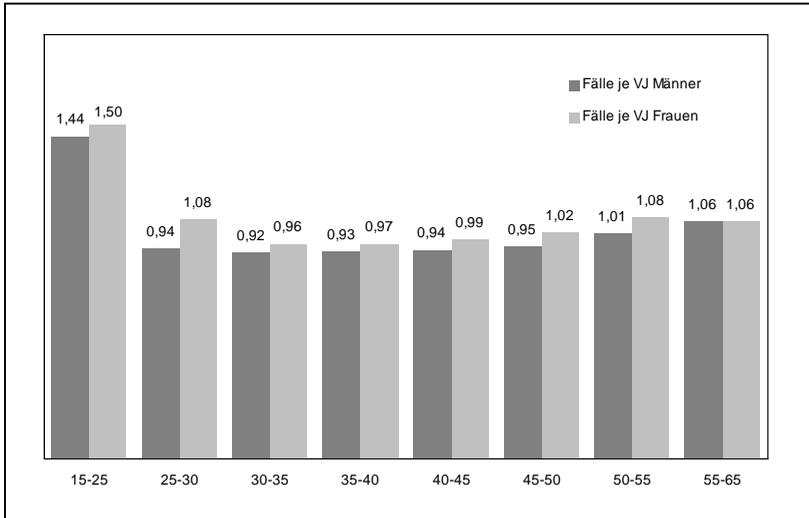


Abbildung 77: AU-Fälle nach Alter und Geschlecht: 2006
(Erwerbspersonen insgesamt)

Im Gegensatz zur AU-Häufigkeit zeigen die AU-bedingten Ausfallzeiten eine gegenläufige Altersabhängigkeit. Verhältnismäßig niedrige Fehlzeiten weisen Berufstätige bis zum 35. Lebensjahr auf. In den höheren Altersgruppen bis zum Berentungsalter zeigen sich deutlich ansteigende Ausfallzeiten. Während beispielsweise Männer im Alter zwischen 30 und 34 Jahren unter 10 Tage innerhalb eines Jahres krankgeschrieben sind (was einem Krankenstand von unter 3% entspricht), lässt sich für Berufstätige ab dem 55. Lebensjahr mit ca. 23 AU-Tagen je Versicherungsjahr ein gut zweifach höherer Krankenstand feststellen. Dieser resultiert aus einer deutlichen Verlängerung der fallbezogenen AU-Dauer mit zunehmendem Alter. Während ein AU-Fall bei 15-24-jährigen Berufstätigen durchschnittlich gut 6 Tage dauert, sind Personen ab dem 55. Lebensjahr im Falle einer Krankschreibung für durchschnittlich ca. 21 Tage krankgeschrieben (vgl. nachfolgende Abbildungen).

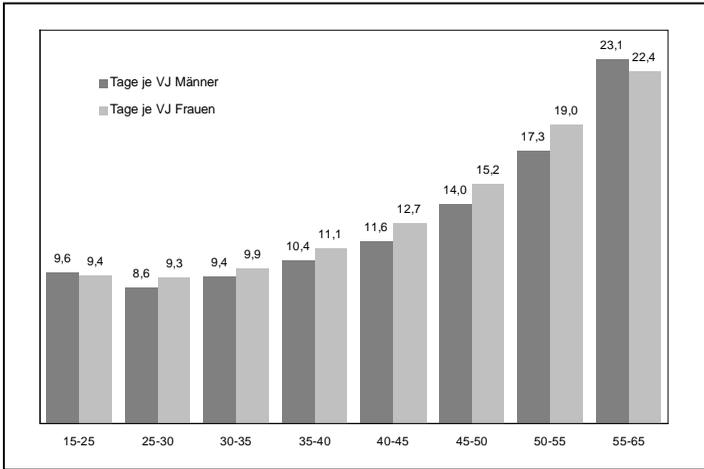


Abbildung 78: AU-Tage nach Alter und Geschlecht: 2006
(Erwerbspersonen insgesamt)

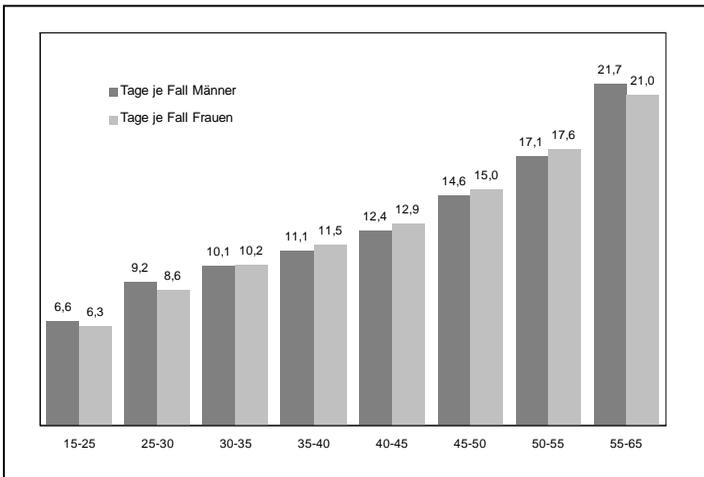


Abbildung 79: AU-Tage je Fall nach Alter und Geschlecht: 2006
(Erwerbspersonen insgesamt)

5.6 Regionales AU-Meldegesehen

Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der AU-bedingten Ausfallzeiten in den Alten und Neuen Bundesländern sowie in Berlin zwischen 1990 und 2006. Nach verhältnismäßig hohen Ausfallzeiten um 1995 waren 1997 und 1998 ausgesprochen geringe AU-bedingte Fehlzeiten registriert worden. Lediglich in den Neuen Bundesländern zeigte sich 1998 gegenüber dem Vorjahr bereits ein merklicher erneuter Anstieg der AU-Zeiten, womit die AU-Zeiten in den Neuen Bundesländern erstmals über denen in den Alten Bundesländern lagen. Von 1999 bis 2001 finden sich relativ hohe Werte in allen drei Regionen. In allen drei Regionen zeigen sich ab 2002 bis 2004 rückläufige Werte. Nach leicht gestiegenen Werten 2005 zeigen sich für Berlin sowie die Alten Bundesländer im Hinblick auf die Fehlzeiten 2006 die niedrigsten Werte seit Beginn der Statistik im Jahr 1990.

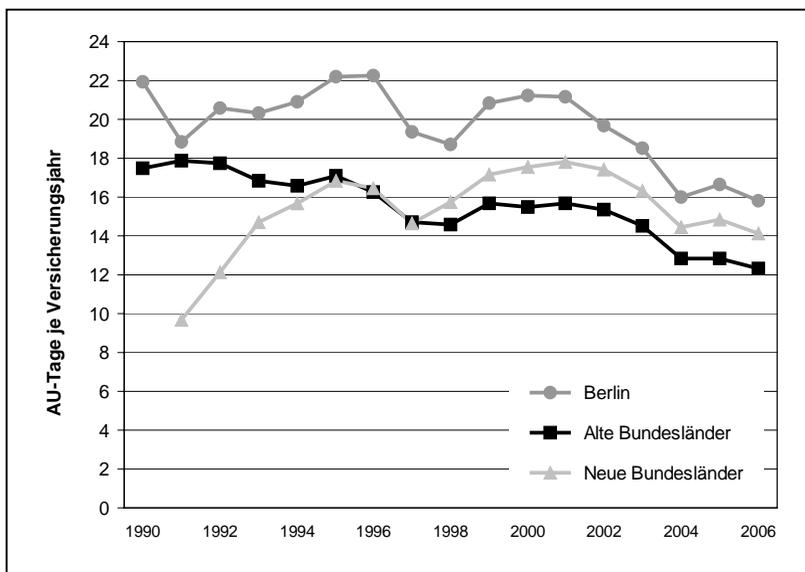


Abbildung 80: AU-Tage nach Region: 1990 – 2006 (stand.)

Die Fehlzeiten lagen im Jahr 2006 mit 14,1 AU-Tagen je Versicherungsjahr in den Neuen Bundesländern weiterhin über denen in den Alten Bundesländern (12,3 AU-Tage je Versicherungsjahr). Die höchsten Fehlzeiten finden sich auch 2006 in Berlin (15,8 AU-Tage je Versicherungsjahr; vgl. auch Tabelle A 46: Seite 318 im PDF-Anhang).

Die nachfolgende Abbildung zeigt die AU-Zeiten je Versicherungsjahr des Jahres 2006 in einzelnen Bundesländern. Die Tabelle auf Seite 233 beinhaltet AU-Zeiten und Fallzahlen zusätzlich auch für das Vorjahr.

Die Fehlzeiten differieren in den einzelnen Bundesländern mäßig. Die höchsten Fehlzeiten finden sich in den Alten Bundesländern unter Ausnahme Berlins im Saarland. Die Fehlzeiten in den Neuen Bundesländern liegen nach aktuellen Ergebnissen insbesondere in Sachsen-Anhalt verhältnismäßig hoch. Die geringsten AU-bedingten Ausfallzeiten weisen mit 11,3 Tagen je Versicherungsjahr weiterhin Erwerbspersonen in Baden-Württemberg auf. Im Vergleich zum Vorjahr zeigen sich in einzelnen Bundesländer bei gesunkenen AU-Fallzahlen durchgängig rückläufige Fehlzeiten.

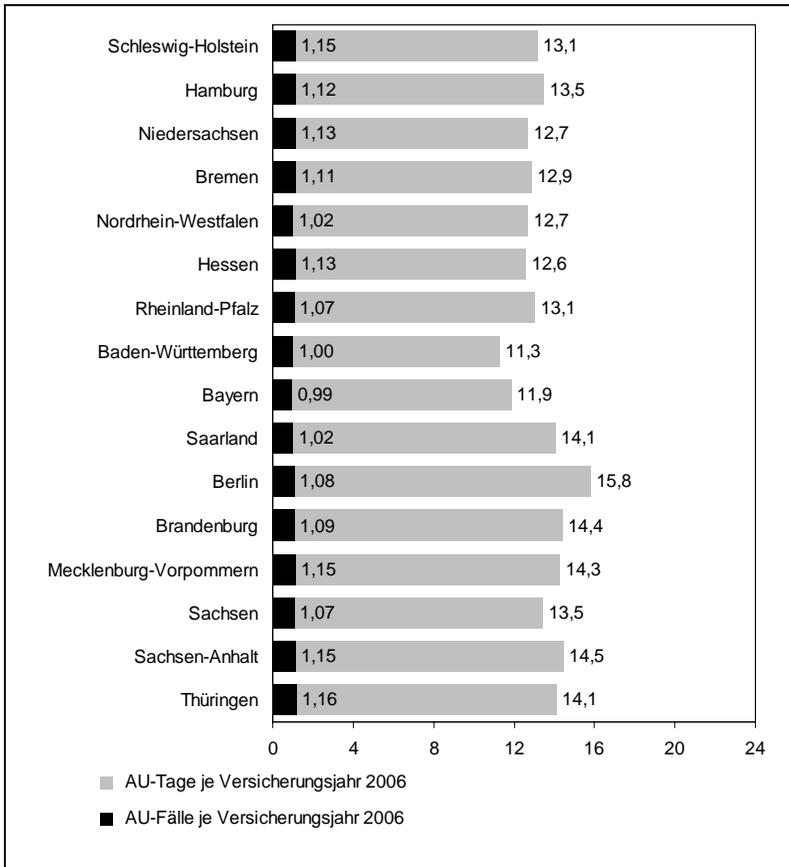


Abbildung 81: AU-Tage nach Bundesländern: 2006
(Erwerbstätige insgesamt; stand.)

Tabelle 39: AU-Fälle und -Tage nach Bundesländern: 2005 / 2006
(Erwerbstätige insgesamt; stand.)

	Fälle 2005 je VJ	Fälle 2006 je VJ	Ver- ände- rung 05/06	Tage 2005 je VJ	Tage 2006 je VJ	Ver- ände- rung 05/06
Schleswig-Holstein	1,15	1,15	-0,4%	13,54	13,14	-2,9%
Hamburg	1,13	1,12	-1,2%	13,58	13,49	-0,7%
Niedersachsen	1,16	1,13	-2,0%	13,53	12,73	-5,9%
Bremen	1,11	1,11	0,1%	12,93	12,85	-0,6%
Nordrhein-Westfalen	1,07	1,02	-4,2%	13,15	12,70	-3,4%
Hessen	1,14	1,13	-1,5%	13,30	12,61	-5,2%
Rheinland-Pfalz	1,10	1,07	-2,6%	13,44	13,07	-2,7%
Baden-Württemberg	1,04	1,00	-3,9%	11,70	11,27	-3,7%
Bayern	1,02	0,99	-3,1%	12,38	11,86	-4,2%
Saarland	1,04	1,02	-1,9%	14,60	14,06	-3,7%
Berlin	1,11	1,08	-2,2%	16,62	15,83	-4,7%
Brandenburg	1,12	1,09	-2,4%	15,45	14,37	-7,0%
Mecklenburg-Vorpommern	1,16	1,15	-1,1%	14,84	14,31	-3,6%
Sachsen	1,08	1,07	-0,9%	14,04	13,46	-4,2%
Sachsen-Anhalt	1,19	1,15	-2,7%	15,15	14,46	-4,6%
Thüringen	1,18	1,16	-1,2%	14,47	14,10	-2,5%

5.7 Diagnosen der Arbeitsunfähigkeit

Die folgende Abbildung gibt einen Überblick zur *Häufigkeit* von AU-Meldungen nach ICD10-Diagnosekapiteln. Die meisten Krankmeldungen entfallen bei beiden Geschlechtern auf Erkrankungen des Atmungssystems (ICD10-Kapitel XI), zu denen neben Erkrankungen wie der Bronchitis u.a. auch die Grippe gezählt wird. 2006 wurden in diesem Diagnosekapitel in Bezug auf die Geschlechter 27 bzw. 31,5 Fälle je 100 Versicherungsjahre gezählt. Im Jahr 2005 waren es demgegenüber 31 bzw. 36 Fälle je 100 VJ gewesen.

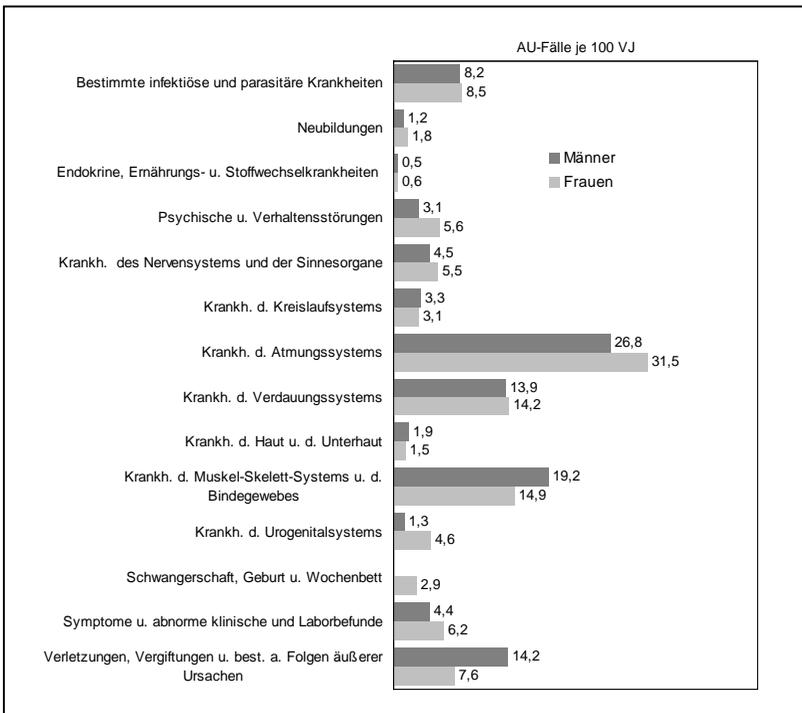


Abbildung 82: AU-Fälle nach ICD10-Kapiteln: 2006
(Erwerbspersonen insgesamt; stand.)

Bei Männern folgen in der Rangfolge ihrer Häufigkeit Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (Kapitel XIII), Verletzungen (XIX), Krankheiten des Verdauungssystems (XI) sowie Infektionskrankheiten (I). Unter Frauen sind insbesondere Verletzungen deutlich seltener Ursache einer Arbeitsunfähigkeit (vgl. auch Tabelle A 47: Seite 319 im PDF-Anhang).

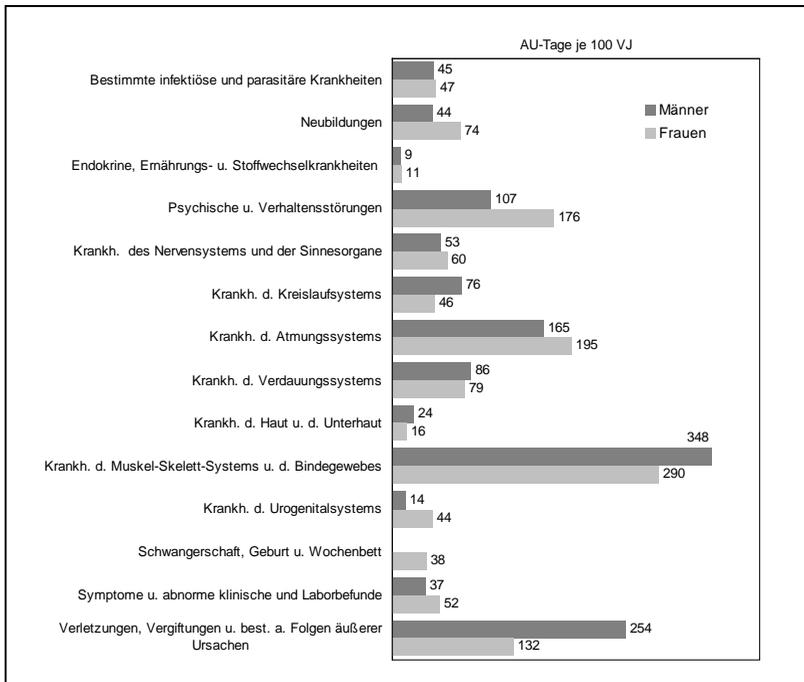


Abbildung 83: AU-Tage nach ICD10-Kapiteln: 2006
(Erwerbspersonen insgesamt; stand.)

Da verschiedene Diagnosen eine unterschiedlich lange *Erkrankungsdauer* aufweisen, ergibt die Aufteilung der Erkrankungstage nach ICD10-Kapiteln ein deutlich verändertes Bild (vgl. Abbildung Seite 235):

In Bezug auf die Arbeitsausfallzeiten bilden die Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems weiterhin das mit Abstand bedeutungsvollste Kapitel. Unter Männern wurden 2006 in dieser Gruppe 348 und unter Frauen 290 Erkrankungstage je 100 Versicherungsjahre erfasst, d.h. ein berufstätiger Mann war 2006 im Mittel 3,5 und eine Frau 2,9 Tage innerhalb eines Jahres wegen Erkrankungen des Bewegungsapparates krankgeschrieben. Es folgen in ihrer anteiligen Bedeutung bei Männern Verletzungen (Kapitel XIX: 254 Tage je 100VJ), Krankheiten des Atmungssystems (Kapitel X: 165 Tage je 100VJ), Psychische Störungen (Kapitel V: 107 Tage je 100VJ), Krankheiten des Verdauungssystems (Kapitel XI: 86 Tage je 100VJ) sowie Krankheiten des Kreislaufsystems (Kapitel IX: 76 Tage je 100VJ). Bei Frauen stehen an zweiter Stelle Krankheiten des Atmungssystems (Kapitel X: 195 Tage je 100VJ). Es folgen Psychische Störungen (Kapitel V: 176 Tage je 100VJ) und Verletzungen (Kapitel XIX: 132 Tage je 100VJ).

Häufige 3stellige ICD10-Diagnosen

Nachfolgend sind die 20 am häufigsten bescheinigten Diagnosen einer Arbeitsunfähigkeit 2006 in der 3stelligen ICD10-Kodierung unter GEK-Versicherten dargestellt. Mehr als die Hälfte aller Krankmeldungen entfällt auf die 20 genannten Diagnosen.

Tabelle 40: Anteil häufiger 3stelliger ICD10-Diagnosen an allen AU-Fällen: 2006

ICD10	Diagnosen (AU-Fälle 2006)	gesamt	Männer	Frauen
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	8,6%	8,3%	8,9%
M54	Rückenschmerzen	7,6%	8,7%	5,9%
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	4,5%	4,5%	4,4%
J20	Akute Bronchitis	3,5%	3,5%	3,4%
A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	3,1%	3,1%	3,1%
K08	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	3,1%	3,1%	3,1%
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	2,7%	2,6%	2,7%
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	2,2%	2,9%	1,3%
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	2,0%	2,0%	2,1%
J03	Akute Tonsillitis	2,0%	1,8%	2,3%
J01	Akute Sinusitis	1,6%	1,4%	2,0%
K29	Gastritis und Duodenitis	1,5%	1,4%	1,7%
J32	Chronische Sinusitis	1,4%	1,2%	1,7%
J02	Akute Pharyngitis	1,3%	1,1%	1,5%
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	1,2%	0,9%	1,7%
F32	Depressive Episode	1,0%	0,7%	1,4%
M77	Sonstige Enthesopathien	0,9%	1,1%	0,8%
S93	Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	0,9%	1,1%	0,7%
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	0,9%	0,9%	1,0%
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	0,9%	0,6%	1,3%
	kumulativ	50,8%	50,9%	50,8%

Die häufigste Diagnose einer AU in der 3stelligen ICD10-Kodierung war 2006 "Akute Infektionen der oberen Luftwege" (J06) mit einem Anteil von 8,6% (Vorjahr: 10,0%). Auch eine Reihe weiterer Atemwegserkrankungen führten 2006 im Vergleich zum Vorjahr merklich seltener zu Arbeitsunfähigkeiten, was sich auf eine ausgeprägte Erkältungswelle zu Beginn des Jahres 2005 zurückführen lässt.

Rückenschmerzen bilden weiterhin die Diagnose, auf die unter 3stelligen ICD10-Diagnosen mit 8,2% der mit Abstand größte Anteil der gemeldeten Erkrankungstage entfällt (vgl. nachfolgende Tabelle). Zu den Rückenbeschwerden im weiteren Sinne lassen sich noch die Diagnosen M51 und M53 zählen, auf die zusätzlich 2,6% bzw. 1,2% aller AU-Tage entfallen.

Weitere bedeutsame Gruppen im Hinblick auf die Fehlzeiten bilden unterschiedliche Formen der Atemwegserkrankungen (J06: 3,7%, Vorjahr 4,5%; J20: 1,8%, Vorjahr 2,3%; J40: 1,4%, Vorjahr 1,6%), Verletzungen oder Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates (T14: 2,2%, M23: 1,9%, M75: 1,6%, S82: 1,3%, M77: 1,3%, S83: 1,2%, S93: 1,0%) sowie psychische Störungen (F32: 3,5%, F43: 1,7%).

Tabelle 41: Anteil der AU-Tage relevanter 3stelliger ICD10-Diagnosen: 2006

ICD10	Diagnosen (AU-Tage 2006)	gesamt	Männer	Frauen
M54	Rückenschmerzen	8,2%	9,0%	6,9%
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	3,7%	3,5%	4,1%
F32	Depressive Episode	3,5%	2,7%	4,7%
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	2,6%	2,8%	2,3%
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	2,2%	2,8%	1,2%
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes	1,9%	2,3%	1,3%
J20	Akute Bronchitis	1,8%	1,8%	2,0%
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	1,7%	1,2%	2,6%
M75	Schulterläsionen	1,6%	1,8%	1,4%
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis u. Kolitis	1,5%	1,5%	1,6%
J40	Bronchitis, nicht als akut o. chronisch bezeichnet	1,4%	1,3%	1,5%
S82	Fraktur d. Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	1,3%	1,5%	1,1%
M77	Sonstige Enthesopathien	1,3%	1,3%	1,2%
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	1,2%	1,1%	1,3%
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	1,2%	1,4%	0,9%
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	1,1%	1,2%	0,8%
A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	1,0%	1,0%	1,1%
S93	Luxation, Verstauchung u. Zerrung d. Gelenke und Bänder in Höhe d. o. Sprunggelenkes u. d. Fußes	1,0%	1,2%	0,8%
F45	Somatoforme Störungen	0,9%	0,7%	1,3%
F48	Andere neurotische Störungen	0,9%	0,6%	1,3%
	kumulativ	40,1%	40,6%	39,3%

5.8 Arbeitsunfähigkeit nach Berufsgruppen

Die Abbildung auf Seite 241 gibt das AU-Meldegesehen 2006 in ausgewählten Berufsgruppen bei Männern wieder. Entsprechende Angaben für weibliche Beschäftigte finden sich auf Seite 242. In vielerlei Hinsicht zeigen die Auswertungen im Vergleich zu vorausgehenden GEK-Gesundheitsreporten unveränderte Muster: Verhältnismäßig niedrige AU-Zeiten weisen Erwerbstätige in den Berufen auf, bei denen von einer geringeren körperlichen Belastung auszugehen ist (Zahntechniker, Optiker, Ingenieure, Techniker, Verwaltungsberufe). Lange AU-Zeiten finden sich demgegenüber insbesondere bei einer Reihe von metallverarbeitenden Berufen, bei Malern und Tischlern, bei Hilfsarbeitern sowie bei Beschäftigten in Verkehrsberufen, die insgesamt auch häufiger krank geschrieben werden.

Eine Sonderstellung nehmen Arbeitslose ein. Bei ihnen zeigen sich trotz ausgesprochen geringer AU-Fallzahlen verhältnismäßig lange AU-Zeiten je Versicherungsjahr, die aus einer hohen fallbezogenen AU-Dauer resultieren. Es ist davon auszugehen, dass kurzzeitige Erkrankungen bei Arbeitslosen nur relativ selten gemeldet werden, da derartige Krankschreibungen für einen Arbeitslosen kaum notwendig erscheinen und so die Erkrankungszeiten und insbesondere die Erkrankungshäufigkeiten anhand der AU-Meldungen relativ zu anderen Erwerbstätigen noch systematisch unterschätzt werden.

Die für 2006 ermittelten Fehlzeiten bei Arbeitslosen liegen deutlich über den Werten des Jahres 2004. Hierfür dürfte maßgeblich verantwortlich sein, dass sich die Auswertungen 2006 (wie bereits 2005) ausschließlich auf Arbeitslosengeld I Empfänger beschränken (vgl. Einleitung zum Kapitel Arbeitsunfähigkeiten).

Auswertungen in Berufsgruppen, die unter GEK-Versicherten häufig auch von Frauen ausgeübt werden, zeigen, dass innerhalb dieser Berufsgruppen Frauen zumeist längere Fehlzeiten aufweisen als Männer.

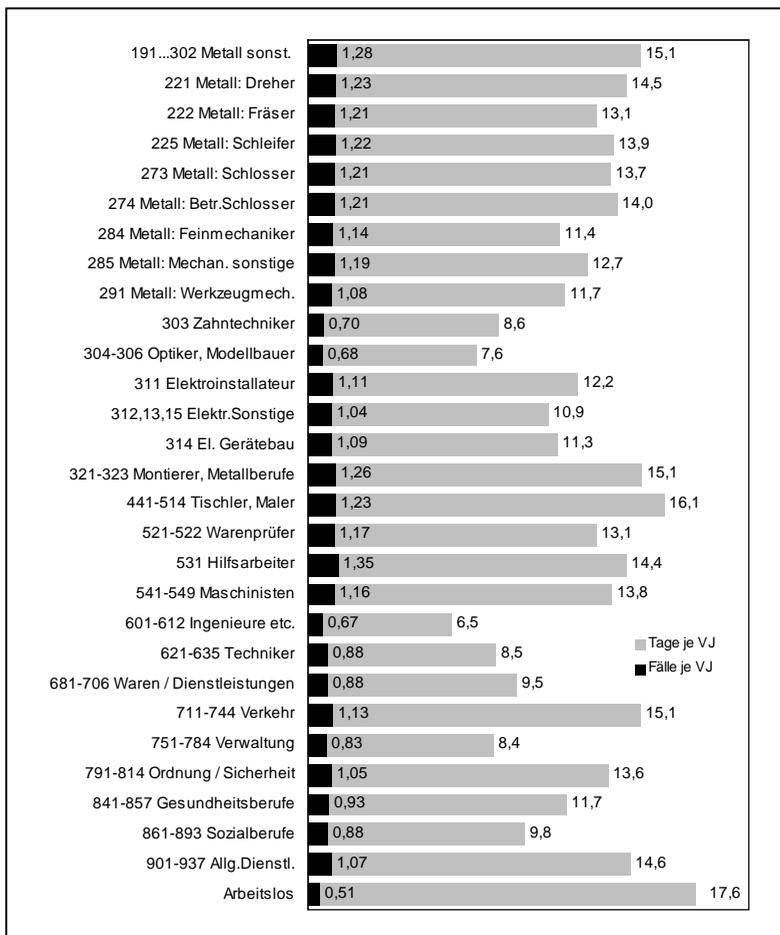


Abbildung 84: AU-Fälle und -Tage in ausgewählten Berufsgruppen bei Männern: 2006 (stand.)¹⁸

¹⁸ Gruppe Metall sonst: Gruppen 191-220, 223-24, 226-72, 275-83, 286-90, 292-302

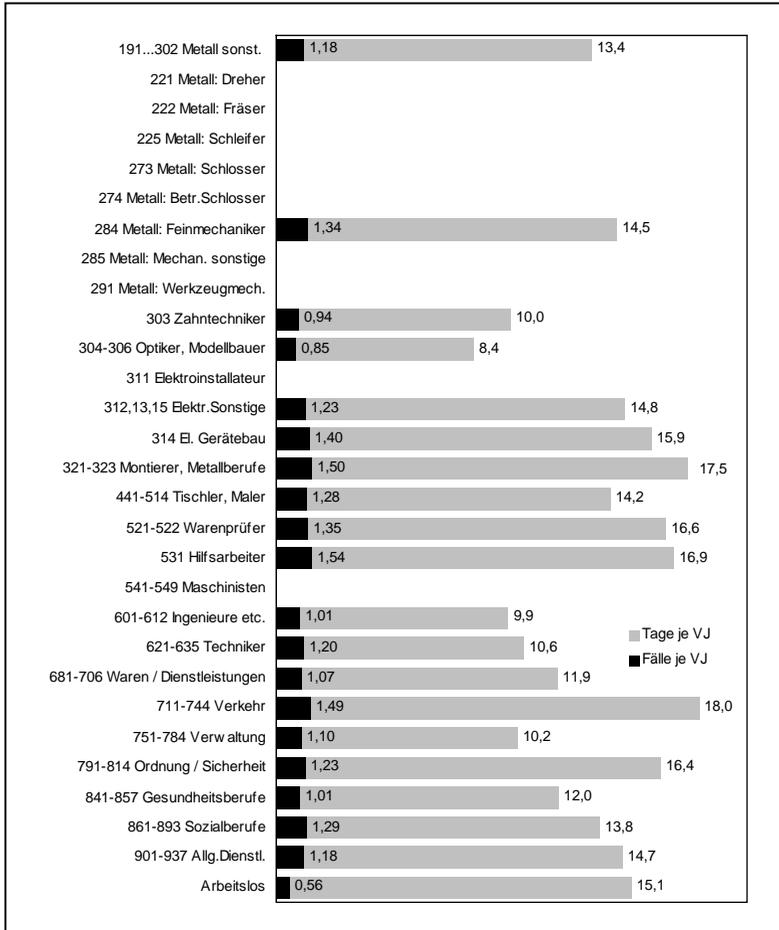


Abbildung 85: AU-Fälle und -Tage in ausgewählten Berufsgruppen bei Frauen: 2006 (stand.)¹⁹

¹⁹ Gruppe Metall sonst: Gruppen 191-220, 223-24, 226-72, 275-83, 286-90, 292-302; nur Ergebnisse bei ausreichend stark mit weiblichen Mitgliedern besetzten Berufsgruppen dargestellt.

5.9 Arbeits- und Wegeunfälle

Die Folgen von Arbeits- und Wegeunfällen fallen im Sozialversicherungssystem der Bundesrepublik üblicherweise in die Zuständigkeit der Berufsgenossenschaften. In den Daten der GEK werden sie regelmäßig erfasst, sofern sie zur Bescheinigung mindestens einer Arbeitsunfähigkeit führen. Die nachfolgende Tabelle zeigt sowohl die Häufigkeit von Arbeits- und Wegeunfällen (Ereignisse) als auch die Häufigkeit und Dauer der den Ereignissen zurechenbaren Arbeitsausfälle zwischen 1997 und 2006 je 1000 Versicherungsjahre.

*Tabelle 42: Arbeits- und Wegeunfälle: 1997 - 2006
(Erwerbstätige insgesamt, stand.)*

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Ereignisse je 1000 Vers.Jahre	58	60	60	57	55	51	47	45	45	46
AU-Fälle je 1000 Vers.Jahre	60	62	62	59	57	53	49	46	47	48
AU-Tage je 1000 Vers.Jahre	1035	1105	1111	1089	1046	999	905	866	846	912
Anteil an allen AU-Fällen [%]	5,5%	5,6%	5,1%	4,8%	4,6%	4,4%	4,2%	4,4%	4,3%	4,5%
Anteil an allen AU-Tagen [%]	6,9%	7,4%	6,8%	6,7%	6,4%	6,2%	6,0%	6,5%	6,3%	7,1%

Insgesamt zeichnete sich in den vergangenen Jahren ein Rückgang der Häufigkeit von Arbeits- und Wegeunfällen ab. Die Fallzahlen für 2006 liegen mit 46 Ereignissen je 1000 Versicherungsjahre leicht über dem Vorjahresniveau. 4,5% aller Arbeitsunfähigkeitsfälle standen in diesem Jahr im Zusammenhang mit Arbeits- und Wegeunfällen. Auch die durch Arbeits- und Wegeunfälle verursachten Fehlzeiten sind gegenüber dem Vorjahr angestiegen. Im Jahr 2006 waren sie für 912 AU-Tagen je 1.000 VJ, entsprechend einem Anteil von 7,1% an den insgesamt gemeldeten Fehlzeiten, verantwortlich.

Die nachfolgenden Abbildungen geben einen Überblick zur Häufigkeit von Arbeits- und Wegeunfällen nach Altersgruppen bei Männern bzw. bei Frauen.

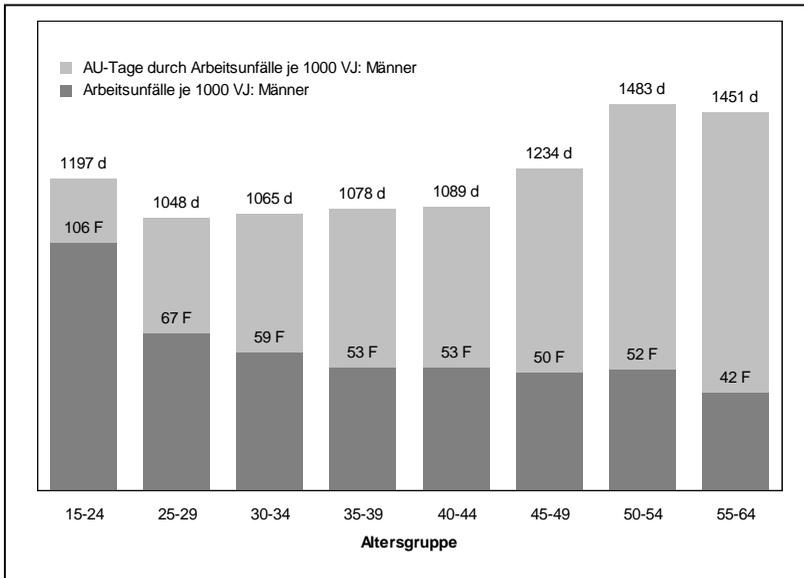


Abbildung 86: Arbeits- und Wegeunfälle sowie zugehörige AU-Tage je 1000VJ nach Altersgruppen: Männer 2006

Unter männlichen Berufstätigen sind Arbeits- und Wegeunfälle insgesamt mehr als doppelt so häufig wie unter weiblichen Beschäftigten. Bei beiden Geschlechtern ist das Risiko für einen Arbeits- und Wegeunfall in der jüngsten Altersgruppe am höchsten. Im Mittel ereignete sich 2006 etwa bei jedem neunten männlichen Versicherten im Alter zwischen 15 bis 24 Jahren ein Arbeits- und Wegeunfall. Bei altersabhängig ansteigender Dauer der AU-Zeiten je Ereignis sind unter Männern relativ lange Ausfallzeiten sowohl in der jüngsten Altersgruppe (basierend auf hohen Fallzahlen) als auch in der höheren Altersgruppe (resultierend aus langen fallbezogenen Zeiten) feststellbar. Unter Frau-

en zeigt sich ab dem 40. Lebensjahr bei einer nur mäßig variierenden Fallhäufigkeit eine stetige Zunahme der Unfall-bedingten Arbeitsausfallszeiten, die jedoch auch in den oberen Altersgruppen noch deutlich unter der Ausfallszeit bei Männern liegt.

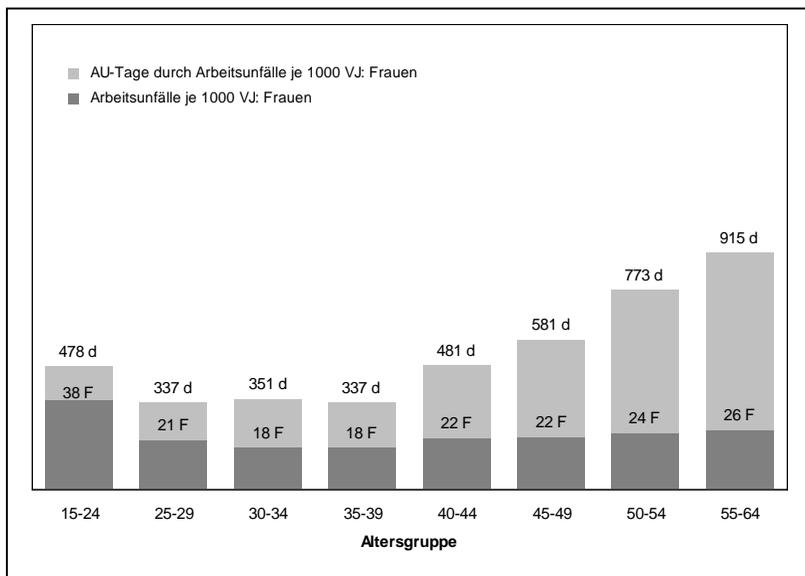


Abbildung 87: Arbeits- und Wegeunfälle sowie zugehörige AU-Tage je 1000VJ nach Altersgruppen: Frauen 2006

Diagnosen der Arbeits- und Wegeunfälle

Vergleichbar wie in den Vorjahren waren auch 2006 91,6% aller Arbeits- und Wegeunfälle dem ICD10-Diagnosekapitel XIX zuzuordnen (Verletzungen und Vergiftungen). Nennenswerte Anteile der Arbeits- und Wegeunfälle sind noch dem Kapitel XIII (Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems; 3,6%) sowie dem Kapitel VII (Krankheiten des Auges; 1,8%) zuzuordnen. Einen Überblick zu den häufigsten 3stelligen ICD10-Diagnosen der Arbeits- und Wegeunfälle gibt die nachfolgende Tabelle.

Die häufigsten Diagnosen sind oberflächliche Verletzungen, Verstauchungen und Zerrungen sowie Prellungen. Relativ häufig werden auch weiterhin Fremdkörper im äußeren Auge unter Männern diagnostiziert.

Tabelle 43: Anteil häufiger 3stelliger ICD10-Diagnosen an allen Arbeits- und Wegeunfällen: 2006

ICD10	Diagnosen Arbeits- und Wegeunfälle	gesamt	Männer	Frauen
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	24,0%	25,1%	19,8%
S93	Luxation, Verstauchung und Zerrung in Höhe d. oberen Sprunggelenkes und des Fußes	5,9%	5,3%	8,2%
S61	Offene Wunde d. Handgelenkes u. d. Hand	5,1%	5,6%	3,0%
S13	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Halshöhe	4,9%	3,2%	11,3%
T15	Fremdkörper im äußeren Auge	4,6%	5,7%	0,5%
S60	Oberflächliche Verletzung des Handgelenkes und der Hand	3,4%	3,5%	3,2%
S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	2,9%	2,6%	3,9%
S62	Fraktur im Ber. d. Handgelenkes u. d. Hand	2,7%	2,9%	1,8%
S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	2,4%	2,0%	3,8%
S83	Luxation, Verstauchung u. Zerrung des Kniegelenkes u. von Bändern des Kniegelenkes	2,3%	2,2%	2,8%
	kumulativ	58,2%		

Arbeits- und Wegeunfälle in ausgewählten Berufen

Die Häufigkeit von Arbeits- und Wegeunfällen zeigt erwartungsgemäß eine sehr starke Abhängigkeit vom ausgeübten Beruf. Die nachfolgende Tabelle sowie Abbildung geben einen Überblick zur Häufigkeit in ausgewählten Berufsgruppen bei GEK-Mitgliedern.

Ausgesprochen niedrige Häufigkeiten waren 2006 bei Zahntechnikern, Ingenieuren sowie im Verwaltungsbereich festzustellen. In den genannten Berufen wurden jeweils weniger als 20 Unfallereignisse je 1000 Versicherungsjahre registriert, d.h. bei weniger als 2% der Beschäftigten führte ein Arbeits- oder Wegeunfall innerhalb eines Kalenderjahres zu einer Arbeitsunfähigkeit. Extrem geringe Raten zeigen sich erwartungsgemäß auch bei Arbeitslosen.

Die höchsten Raten finden sich demgegenüber in einigen metallverarbeitenden Berufen - hierunter insbesondere auch bei Betriebsschlossern -, bei Hilfsarbeitern sowie bei Tischlern und Malern, die mit 130 Fällen und 2.608 AU-Tagen je 1000 Versicherungsjahre die Raten der "sichersten" Berufe auch im Jahr 2006 etwa um den Faktor fünf bis zehn übertreffen.

*Tabelle 44: Arbeits- und Wegeunfälle in ausgewählten Berufsgruppen: 2006
(stand.)*

Berufsgruppe	Ereig. je 1000 VJ		AU-Tage je 1000 VJ	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
191...302 Metall sonst. ²⁰	115	42	1864	993
221 Metall: Dreher	87		1470	
222 Metall: Fräser	82		1391	
225 Metall: Schleifer	74		1062	
273 Metall: Schlosser	96		1478	
274 Metall: Betr.Schlosser	109		1953	
284 Metall: Feinmechaniker	57	45	782	298
285 Metall: Mechan. sonstige	69		1211	
291 Metall: Werkzeugmech.	68		1014	
303 Zahntechniker	19	23	362	335
304-306 Optiker, Modellbauer	20	13	730	375
311 Elektroinstallateur	72		1275	
312,13,15 Elektr.Sonstige	52	26	909	223
314 El. Gerätebau	39	29	673	401
321-323 Montierer, Metallberufe	78	43	1410	777
441-514 Tischler, Maler	130	60	2608	1353
521-522 Warenprüfer	58	43	1097	922
531 Hilfsarbeiter	124	65	1780	1081
541-549 Maschinisten	73		1434	
601-612 Ingenieure etc.	13	31	310	494
621-635 Techniker	29	20	501	400
681-706 Waren / Dienstleistungen	26	25	518	541
711-744 Verkehr	87	45	2025	722
751-784 Verwaltung	17	14	385	284
791-814 Ordnung / Sicherheit	59	33	1189	1052
841-857 Gesundheitsberufe	29	22	545	423
861-893 Sozialberufe	22	26	629	597
901-937 Allg.Dienstl.	64	38	1423	766
Arbeitslos	8	3	548	159

²⁰ Gruppen 191-220, 223-24, 226-72, 275-83, 286-90, 292-302

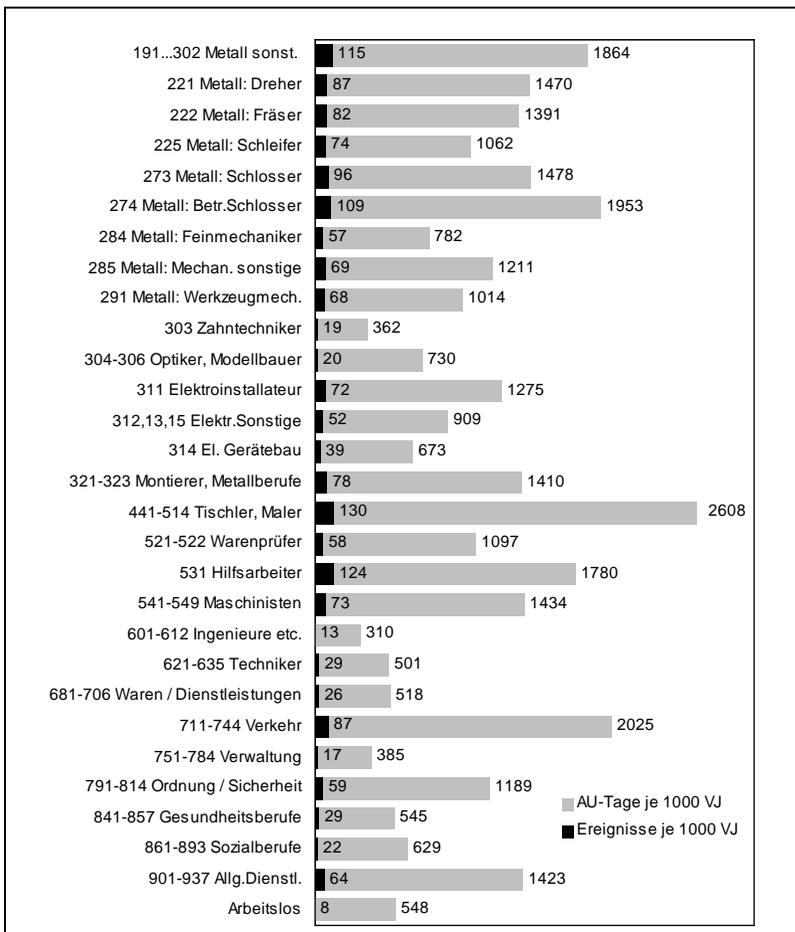


Abbildung 88: Arbeits- und Wegeunfälle sowie zugehörige AU-Tage in ausgewählten Berufsgruppen bei Männern: 2006 (stand.)²¹

²¹ Gruppe Metall sonst: Gruppen 191-220, 223-24, 226-72, 275-83, 286-90, 292-302

6 Anhang

Ergebnistabellen finden sich im PDF-Anhang, der unter dem folgenden Link im Internet auf den Seiten der GEK verfügbar ist:

<http://www.gek.de/10467>

6.1 Standardpopulation Erwerbstätige

Die Standardisierung der entsprechend gekennzeichneten Ergebnisse des Reportes zu Arbeitsunfähigkeiten (Kennzeichnung durch: *stand.*) wurde nach der Methode der direkten Standardisierung vorgenommen. Als Referenz für die Standardisierung der Auswertungsergebnisse bei erwerbstätigen Mitgliedern wurde die Alters- und Geschlechtsverteilung der Erwerbstätigen im Alter von 15 Jahren bis <65 Jahren in Deutschland (Stand Mai 1992) gewählt²². Eine geringe Anzahl von berufstätigen Mitgliedern mit einem Alter von 65 und mehr Jahren wurde bei der Auswertung grundsätzlich nicht berücksichtigt.

Um ein einheitliches Vorgehen auch bei Subgruppenanalysen zu ermöglichen, wurden vor einer Standardisierung Auswertungsergebnisse der beiden unteren und oberen Altersklassen (*) zusammengefasst. Damit wurden je Geschlecht über die zuvor genannte Altersspanne 8 Alters-Strata berücksichtigt.

Tabelle 45: Erwerbstätige Deutschland im Mai 1992²³

Altersgruppe	Anzahl Männer (Tsd.)	Anzahl Frauen (Tsd.)
15-20 *	852	674
20-25 *	2181	1856
25-30	2851	2216
30-35	2883	2006
35-40	2653	1942
40-45	2540	1880
45-50	2230	1601
50-55	2885	1856
55-60 *	1738	932
60-65 *	624	218

* siehe Text

²² Standardpopulation gemäß der "Empfehlungen der Ersatzkassen und ihrer Verbände zur Umsetzung des §20 SGB V".

²³ Statistisches Jahrbuch 1994, Seite 114

6.2 Standardpopulation Bevölkerung

Als Referenz für die Standardisierung der Auswertungsergebnisse zur ambulanten ärztlichen Versorgung wurde die durchschnittliche Alters- und Geschlechtsverteilung der Bevölkerung in Deutschland im Jahr 2005 gewählt (nach Online-Angaben des Statistischen Bundesamtes). Entsprechend ist eine einfache Berechnung bzw. Abschätzung von absoluten Bevölkerungswerten in Deutschland auf der Basis von standardisiert in GEK-Daten ermittelten Ergebnissen vorrangig für das Jahr 2005 und mit nur geringen Einschränkungen auch für die umliegenden Jahre möglich.

Table 46: Durchschnittliche Bevölkerung Deutschland 2005

Altersgruppe	Anzahl Männer 2005	Anzahl Frauen 2005
0	356.598	338.768
1 - 4	1.496.093	1.421.631
5 - 9	2.037.981	1.933.777
10 - 14	2.156.023	2.045.998
15 - 19	2.467.847	2.344.022
20 - 24	2.471.447	2.400.604
25 - 29	2.435.365	2.363.810
30 - 34	2.621.256	2.525.406
35 - 39	3.495.827	3.318.519
40 - 44	3.663.754	3.489.322
45 - 49	3.180.692	3.077.093
50 - 54	2.797.457	2.800.967
55 - 59	2.330.738	2.344.900
60 - 64	2.424.215	2.509.020
65 - 69	2.520.879	2.761.003
70 - 74	1.667.259	2.017.734
75 - 79	1.211.137	1.819.227
80 - 84	652.203	1.499.057
85 - 89	221.381	632.291
90 und älter	140.834	472.209
gesamt	40.348.986	42.115.358
	insgesamt	82.464.344

6.3 Abkürzungen, ICD10-Kapitel

Häufiger verwendete Abkürzungen

Abkürz.	Bedeutung
ATC	Anatomical Therapeutic Chemical Classification
AU	Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Krankschreibung
BL	Bundesland
d	day (engl., Tag)
D	Deutschland
GEK	Gmünder Esatzkasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICD9	International Classification of Diseases, 9. Revision
ICD10	International Statistical Classification of Diseases, 10. Revision
J	Jahr
KG	Krankengeld
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MW	Mittelwert
stand.	alters- (und ggf. geschlechts-) standardisiert - vgl. Erläuterungen im Anhang
VJ	Versicherungsjahr

Übersicht zu den ICD10-Diagnosekapitel

Kapitel ICD10	Diag. - klasse ICD9*	ICD10- Ziffern:	Beschreibung
I	<i>I</i>	A00-B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten
II	<i>II</i>	C00-D48	Neubildungen
III	<i>(IV)</i>	D50-D89	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie Störungen mit Beteil. des Immunitätssystem
IV	<i>(III)</i>	E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
V	<i>V</i>	F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen
VI	<i>(VI)</i>	G00-G99	Krankheiten des Nervensystems
VII	<i>(VI)</i>	H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
VIII	<i>(VI)</i>	H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes
IX	<i>VII</i>	I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems
X	<i>VIII</i>	J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems
XI	<i>IX</i>	K00-K93	Krankheiten der Verdauungssystem
XII	<i>XII</i>	L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut
XIII	<i>XIII</i>	M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
XIV	<i>X</i>	N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems
XV	<i>XI</i>	O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
XVI	<i>XV</i>	P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
XVII	<i>XIV</i>	Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
XVIII	<i>XVI</i>	R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind
XIX	<i>XVII</i>	S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen
XX	<i>E-Code</i>	V01-Y98	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität
XXI	<i>V-Code</i>	Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen

* ICD9-Diagnoseklasse mit der inhaltlich größten Übereinstimmung zum angeführten ICD10-Kapitel

7 Verzeichnisse, Index

7.1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anteil GEK-Versicherte in der Bevölkerung (%) nach Bundesländern 2006 ... 31	
Abbildung 2: Verteilung der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen 2006 (stand.D2005).....	45
Abbildung 3: Anteil Personen mit Arztkontakt nach Wochentagen 2006 (stand.D2005).....	48
Abbildung 4: Anteil Personen mit Arztkontakt im Jahresverlauf 2006 (stand.D2005).....	49
Abbildung 5: Anteil Personen mit Arztkontakt im Jahresverlauf 2004 und 2006 (Wochenmittel, stand.D2005).....	51
Abbildung 6: Anteil Personen mit Arztkontakt nach Geschlecht und Alter.....	54
Abbildung 7: Anzahl Behandlungsfälle nach Geschlecht und Alter	55
Abbildung 8: Durchschnittliche Anzahl Arztkontakte nach Geschlecht und Alter	56
Abbildung 9: Veränderung Anzahl Arztkontakte 2006 vs. 2004 nach Geschlecht und Alter.....	57
Abbildung 10: Bevölkerungsanteile mit Behandlung bei Facharztgruppen 2006 (stand.D2005).....	60
Abbildung 11: Behandlungsraten Allgemeinärzte, Internisten, Kinderärzte.....	64
Abbildung 12: Kontakte Allgemeinärzte, Internisten, Kinderärzte	64
Abbildung 13: Behandlungsraten Gynäkologen, Urologen	66
Abbildung 14: Kontakte Gynäkologen, Urologen	66
Abbildung 15: Behandlungsraten Augenärzte, HNO, Hautärzte.....	68
Abbildung 16: Kontakte Augenärzte, HNO, Hautärzte	68
Abbildung 17: Behandlungsraten Laborärzte, Pathologen, Radiologen	70
Abbildung 18: Kontakte Laborärzte, Pathologen, Radiologen.....	70
Abbildung 19: Behandlungsraten Orthopäden, Chirurgen	72
Abbildung 20: Kontakte Orthopäden, Chirurgen	72
Abbildung 21: Behandlungsraten Nervenärzte, Psychotherapeuten	74
Abbildung 22: Kontakte Nervenärzte, Psychotherapeuten	74

Abbildung 23: Kennzahlen zur ambulanten ärztlichen Versorgung in Bundesländern 2006 (indirekt stand.).....	79
Abbildung 24: Diagnoseraten nach ICD10-Kapiteln 2006 (stand.D2005).....	84
Abbildung 25: Personen mit ambulanter Diagnose einer Krankheit des Kreislaufsystems im Jahr 2006 (D2005)	87
Abbildung 26: Personen mit ambulanter Diagnose einer Krankheit des Atmungssystems im Jahr 2006 (D2005)	88
Abbildung 27: Personen mit Diagnose einer Krankheit des Muskel-Skelett-Systems im Jahr 2006 (D2005)	89
Abbildung 28: Personen mit Diagnose "Psychische und Verhaltensstörungen" im Jahr 2006 (D2005)	90
Abbildung 29: Anteil Personen mit der Diagnose Rückenschmerzen (ICD10: M54) im Jahr 2006 nach Geschlecht und Alter.....	99
Abbildung 30: Anteil Personen mit der Diagnose Hypertonie (ICD10: I10) im Jahr 2006 nach Geschlecht und Alter.....	100
Abbildung 31: Anteil Personen mit Untersuchung auf Neubildung (ICD10: Z12) im Jahr 2006 nach Geschlecht und Alter.....	102
Abbildung 32: Anteil Personen mit der Diagnose Akkommodationsstörungen (ICD10: H52) im Jahr 2006 nach Geschlecht und Alter.....	103
Abbildung 33: Anteil Personen mit der Diagnose Lipidämie (ICD10: E78) im Jahr 2006 nach Geschlecht und Alter.....	104
Abbildung 34: Durchschnittliche Zahl der unterschiedlichen Diagnosen je Jahr pro Kopf nach Geschlecht und Alter (Kap. 1-17, 19) 2006	126
Abbildung 35: Bevölkerungsanteile mit Genehmigung einer Psychotherapie in den Kalenderjahren 2000-2006 (stand.D2005)	135
Abbildung 36: Geschlechts- und altersspezifische Bevölkerungsanteile mit Genehmigung einer Psychotherapie in 2000 sowie in 2006.....	137
Abbildung 37: Männer: Altersspezifische Bevölkerungsanteile mit Genehmigung einer Psychotherapie innerhalb von maximal 7 Jahren ab 2000.....	139
Abbildung 38: Frauen: Altersspezifische Bevölkerungsanteile mit Genehmigung einer Psychotherapie innerhalb von maximal 7 Jahren ab 2000.....	140
Abbildung 39: Personen mit Diag. "Psychische und Verhaltensstörungen" (F00-F99) in 2006, Genehmigung von Psychotherapien.....	157
Abbildung 40: Personen mit Diag. "Affektive Störungen" (F30-F39) in 2006, Genehmigung von Psychotherapien.....	159

Abbildung 41: Personen mit Diag. "Depressionen" (F32-F33) in 2006, Genehmigung von Psychotherapien	161
Abbildung 42: Personen mit Diag. "Depressive Episode" (F32) in 2006, Genehmigung von Psychotherapien	163
Abbildung 43: Personen mit Diag. "Rezidivierende depressive Störung" (F33) in 2006, Genehmigung von Psychotherapien	165
Abbildung 44: Personen mit Diag. "Anhaltende affektive Störung" (F34) in 2006, Genehmigung von Psychotherapien	167
Abbildung 45: Personen mit Diag. "Neurotische, Belast.- u. somatoforme Störungen" (F40-F48) in 2006, Genehm. von Psychotherapien.....	169
Abbildung 46: Personen mit Diag. "Phobische Störungen" (F40) in 2006, Genehmigung von Psychotherapien	171
Abbildung 47: Personen mit Diag. "Andere Angststörungen" (F41) in 2006, Genehmigung von Psychotherapien	173
Abbildung 48: Personen mit Diag. "Reaktionen auf schwere Belastungen" (F43) in 2006, Genehmigung von Psychotherapien	175
Abbildung 49: Personen mit Diag. "Somatoforme Störungen" (F45) in 2006, Genehmigung von Psychotherapien	177
Abbildung 50: Personen mit Diag. "Andere neurotische Störungen" (F48) in 2006, Genehmigung von Psychotherapien	179
Abbildung 51: Personen mit Diag. "Essstörungen" (F50) in 2006, Genehmigung von Psychotherapien	181
Abbildung 52: Personen mit Diag. "Spezifische Persönlichkeitsstörungen" (F60) in 2006, Genehmigung von Psychotherapien	183
Abbildung 53: Personen mit Diag. "Verhaltensstörungen m. Beginn i. d. Kindheit" (F90-F98) in 2006, Genehmigung von Psychotherapien.....	185
Abbildung 54: Personen mit Diag. "Hyperkinetische Störungen" (F90) in 2006, Genehmigung von Psychotherapien	187
Abbildung 55: Personen mit Diag. "Störungen des Sozialverhaltens" (F91) in 2006, Genehmigung von Psychotherapien	189
Abbildung 56: Personen mit Diag. "Emotionale Störungen des Kindesalters" (F93) in 2006, Genehmigung von Psychotherapien	191
Abbildung 57: Behandlungsverläufe: Selektion und Beobachtung von psychotherapeutischen Behandlungsfällen	194
Abbildung 58: Ambulante Kontakte je Quartal insgesamt: Versicherte mit Psychotherapiegenehmigung vs. geschlechts- und altersgematchte allgemeine Vergleichsgruppe	196

Abbildung 59: Ambulante Kontakte je Quartal: Versicherte mit Psychotherapiegenehmigung, Kontakte zu unspezifischen und spezifischen Fachgruppen	198
Abbildung 60: Verordnete Präparate je Quartal: Versicherte mit Psychotherapiegenehmigung vs. geschlechts- und altersgematchte allgemeine Vergleichsgruppe	200
Abbildung 61: Verordnete Präparate je Quartal: Versicherte mit Psychotherapiegenehmigung vs. geschlechts- und altersgematchte allgemeine Vergleichsgruppe, Präparate-Gruppe "Nervensystem" sowie übrige Präparate separat dargestellt.....	201
Abbildung 62: Krankenhaustage je Quartal: Versicherte mit Psychotherapiegenehmigung vs. geschlechts- und altersgematchte allgemeine Vergleichsgruppe	202
Abbildung 63: Krankenhaustage je Quartal: Versicherte mit Psychotherapiegenehmigung vs. geschlechts- und altersgematchte allgemeine Vergleichsgruppe, KH-Tage mit psych. Hauptdiagnose sowie übrige KH-Tage separat dargestellt.....	204
Abbildung 64: Ambulante Kontakte je Quartal: Versicherte mit Genehmigung einer Langzeit- oder Kurzzeittherapie vs. geschlechts- und altersgematchte allgemeine Vergleichsgruppen	205
Abbildung 65: Ambulante Kontakte je Quartal: Versicherte mit Genehmigung einer Langzeit- oder Kurzzeittherapie, Kontakte zu unspezifischen und spezifischen Fachgruppen	206
Abbildung 66: Ambulante Kontakte je Quartal: Versicherte mit Genehmigung einer Kurzzeittherapie – PT vs. VT, allgemeine Vergleichsgruppen	207
Abbildung 67: Ambulante Kontakte je Quartal: Kurzzeittherapien bei ausgewählten Diagnosen	208
Abbildung 68: Ambulante Kontakte je Quartal: Inanspruchnahmen von gematchten allgemeinen Vergleichsgruppen zu Fällen mit ausgewählten Diagnosen	209
Abbildung 69: Ambulante Kontakte je Quartal: Kurzzeittherapie (PT, VT) vs. keine Psychotherapie bei Patienten mit depressiven Episoden (F32)	212
Abbildung 70: Verordnete Präparate je Quartal: Kurzzeittherapie vs. keine Psychotherapie bei depressiven Episoden (F32)	213
Abbildung 71: Ambulante Kontakte je Quartal: Kurzzeittherapie (PT, VT) vs. keine Psychotherapie bei Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)	215
Abbildung 72: Verordnete Präparate je Quartal: Kurzzeittherapie vs. keine Psychotherapie bei Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43).	216
Abbildung 73: AU-Tage und -Fälle je Versicherungsjahr: 1990 - 2006 (Erwerbstätige insgesamt; stand.).....	222
Abbildung 74: Verteilung von AU-Fällen sowie AU-Zeiten nach Dauer der AU: 2006.....	224
Abbildung 75: Arbeitsunfähigkeitsbeginn nach Wochentagen: 2006	225

Abbildung 76: Verteilung der AU-Tage auf Wochentage: 2006	226
Abbildung 77: AU-Fälle nach Alter und Geschlecht: 2006 (Erwerbspersonen insgesamt) ...	228
Abbildung 78: AU-Tage nach Alter und Geschlecht: 2006 (Erwerbspersonen insgesamt) ...	229
Abbildung 79: AU-Tage je Fall nach Alter und Geschlecht: 2006 (Erwerbspersonen insgesamt)	229
Abbildung 80: AU-Tage nach Region: 1990 – 2006 (stand.)	230
Abbildung 81: AU-Tage nach Bundesländern: 2006 (Erwerbstätige insgesamt; stand.)	232
Abbildung 82: AU-Fälle nach ICD10-Kapiteln: 2006 (Erwerbspersonen insgesamt; stand.)	234
Abbildung 83: AU-Tage nach ICD10-Kapiteln: 2006 (Erwerbspersonen insgesamt; stand.)	235
Abbildung 84: AU-Fälle und -Tage in ausgewählten Berufsgruppen bei Männern: 2006 (stand.)	241
Abbildung 85: AU-Fälle und -Tage in ausgewählten Berufsgruppen bei Frauen: 2006 (stand.)	242
Abbildung 86: Arbeits- und Wegeunfälle sowie zugehörige AU-Tage je 1000VJ nach Altersgruppen: Männer 2006	244
Abbildung 87: Arbeits- und Wegeunfälle sowie zugehörige AU-Tage je 1000VJ nach Altersgruppen: Frauen 2006	245
Abbildung 88: Arbeits- und Wegeunfälle sowie zugehörige AU-Tage in ausgewählten Berufsgruppen bei Männern: 2006 (stand.)	249

7.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Wesentliche Beobachtungseinheiten und Zählgrößen in Daten zur ambulanten ärztlichen Versorgung	37
Tabelle 2: Behandlungsraten, Behandlungsfälle, Arztkontakte je Quartal I bis IV (stand.D2005).....	42
Tabelle 3: Ambulante ärztliche Versorgung 2004, 2005, 2006 (stand.D2005)	43
Tabelle 4: Behandelte Personen, Behandlungsfälle und Arztkontakte in Deutschland 2004, 2005, 2006	44
Tabelle 5: Verteilung der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen 2006 (stand.D2005).....	46
Tabelle 6: Behandlungsraten nach Facharztgruppen 2004, 2005, 2006 (stand.D2005)..	59

Tabelle 7:	Behandlungsfälle nach Facharztgruppen 2004, 2005, 2006 (stand.D2005)...	61
Tabelle 8:	Arztkontakte nach Fachgruppen 2004, 2005, 2006 (stand.D2005)	62
Tabelle 9:	Anzahl kontaktierte Ärzte allgemein und in Fachgruppen 2006	76
Tabelle 10:	Kennzahlen zur ambulanten ärztlichen Versorgung in Bundesländern 2006 (indirekt stand.).....	78
Tabelle 11:	Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen aus der ambulanten Versorgung 2004, 2005, 2006 nach Diagnosekapiteln (stand.D2005).....	82
Tabelle 12:	Bevölkerung in Deutschland mit Diagnosen aus der ambulanten Versorgung nach Diagnosekapiteln 2006 (Hochrechnung)	85
Tabelle 13:	Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen aus der ambulanten Versorgung: Häufig verwendete Diagnosegruppen 2006 (stand.D2005)	92
Tabelle 14:	Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen aus der ambulanten Versorgung: Häufig verwendete 3stellige Diagnosen 2006 (stand.D2005).....	95
Tabelle 15:	Häufige Diagnosen: Säuglinge/Kleinkinder 0 bis unter 5 Jahre	107
Tabelle 16:	Häufige Diagnosen: Kinder 5 bis unter 15 Jahre	109
Tabelle 17:	Häufige Diagnosen: Männliche Jugendliche 15 bis unter 25 Jahre	111
Tabelle 18:	Häufige Diagnosen: Weibliche Jugendliche 15 bis unter 25 Jahre.....	112
Tabelle 19:	Häufige Diagnosen: Männliche Erwachsene 25 bis unter 40 Jahre.....	114
Tabelle 20:	Häufige Diagnosen: Weibliche Erwachsene 25 bis unter 40 Jahre	115
Tabelle 21:	Häufige Diagnosen: Männliche Erwachsene 40 bis unter 65 Jahre.....	117
Tabelle 22:	Häufige Diagnosen: Weibliche Erwachsene 40 bis unter 65 Jahre	118
Tabelle 23:	Häufige Diagnosen: Männliche Personen 65 bis unter 80 Jahre	120
Tabelle 24:	Häufige Diagnosen: Weibliche Personen 65 bis unter 80 Jahre.....	121
Tabelle 25:	Häufige Diagnosen: Männliche Hochbetagte ab 80 Jahre	123
Tabelle 26:	Häufige Diagnosen: Weibliche Hochbetagte ab 80 Jahre	124
Tabelle 27:	Anteil der Bevölkerung nach Zahl der Diagnosen 2006	127
Tabelle 28:	Häufige 2-fach-Kombinationen von Diagnosen 2006.....	129
Tabelle 29:	Häufige 3-fach-Kombinationen von Diagnosen 2006.....	130
Tabelle 30:	Psychotherapeutische Behandlungsformen, Leistungsumfang.....	132
Tabelle 31:	Bevölkerungsanteile mit Genehmigung einer Psychotherapie in einzelnen Kalenderjahre (stand.D2005)	136
Tabelle 32:	Diagnosen bei erstmaliger Genehmigung einer Psychotherapie (nach ICD-Gruppen)	143

Tabelle 33:	Diagnosen bei erstmaliger Genehmigung einer Psychotherapie (häufige 3stellige ICD10-Diagnosen)	145
Tabelle 34:	Diagnosen bei psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch orientierten Psychotherapeuten (häufige 3stellige ICD10-Diagnosen).....	146
Tabelle 35:	Diagnosen bei erstmaliger Genehmigung einer Psychotherapie unter Kindern (5 bis 14 Jahre, häufige 3stellige ICD10-Diagnosen).....	147
Tabelle 36:	Morbidität, Komorbidität bei Versicherten mit erstmals bewilligter Psychotherapie 2006 (häufige 3stellige ICD10-Diagnosen)	149
Tabelle 37:	Maßzahlen des AU-Meldegesehens	221
Tabelle 38:	AU-Fälle und AU-Tage je Versicherungsjahr, fallbezogene AU-Dauer sowie Krankenstand: 1996 - 2006 (Erwerbstätige insgesamt; stand.)	223
Tabelle 39:	AU-Fälle und -Tage nach Bundesländern: 2005 / 2006 (Erwerbstätige insgesamt; stand.).....	233
Tabelle 40:	Anteil häufiger 3stelliger ICD10-Diagnosen an allen AU-Fällen: 2006.....	237
Tabelle 41:	Anteil der AU-Tage relevanter 3stelliger ICD10-Diagnosen: 2006	239
Tabelle 42:	Arbeits- und Wegeunfälle: 1997 - 2006 (Erwerbstätige insgesamt, stand.).	243
Tabelle 43:	Anteil häufiger 3stelliger ICD10-Diagnosen an allen Arbeits- und Wegeunfällen: 2006	246
Tabelle 44:	Arbeits- und Wegeunfälle in ausgewählten Berufsgruppen: 2006 (stand.) ..	248
Tabelle 45:	Erwerbstätige Deutschland im Mai 1992.....	251
Tabelle 46:	Durchschnittliche Bevölkerung Deutschland 2005	252

7.3 Index

Ambulante Versorgung

- ADS n. Alter 187
- Affektive Störungen n. Alter 159
- And. Angststörungen n. Alter 173
- And. neurot. Störungen n. Alter 179
- Anh. affekt. Störungen n. Alter 167
- Anzahl kontaktierte Ärzte 75
- Arztkontakte 2004-06 43
- Arztkontakte internat. 53
- Arztkontakte je Quartal 42
- Arztkontakte nach Alter 56
- Arztkontakte nach Fachgruppen 62
- Arztwechsel 76
- Behandlungen in Bundesländern 77
- Behandlungsfall-Definition 34
- Behandlungsfälle 2004-06 43
- Behandlungsfälle je Quartal 42
- Behandlungsfälle nach Alter 55
- Behandlungsfälle nach Fachgr. 61
- Behandlungskosten internat. 53
- Behandlungsrate 2004-06 43
- Behandlungsrate je Quartal 42
- Behandlungsrate nach Alter 54
- Behandlungsraten nach Fachgr. 59
- Belastungsreaktionen Beh.Verläufe 214
- Belastungsreaktionen n. Alter 175
- Bluthochdruck n. Alter 100
- Datenstruktur 34
- Datenvolumen 38
- Depress. Episode Beh.Verläufe 210
- Depress. Episode n. Alter 163
- Depressionen n. Alter 161
- Diagnosekennung G, A, V, Z 80
- Diagnosen – Anzahl pro Kopf 125
- Diagnosen - Kombinationen 127
- Diagnosen 3stellig 94
- Diagnosen b. Erwachsenen 116
- Diagnosen b. Hochbetagten 122
- Diagnosen b. Jugendlichen 110
- Diagnosen b. jungen Erw. 113
- Diagnosen b. Kindern 108
- Diagnosen b. Kleinkindern 106
- Diagnosen b. Ruheständlern 119
- Diagnosen b. Säuglingen 106
- Diagnosen nach ICD-Gruppen 91
- Diagnosen nach ICD-Kapiteln 81
- Emot. Störungen n. Alter 191
- Erhebungsmerkmale in Daten 34
- Essstörungen n. Alter 181
- fachärztliche Beh. nach Alter 63
- Fettstoffwechselstör. n. Alter 103
- Hintergünde zu Daten 33
- Hyperkin. Störungen n. Alter 187
- Hypertonie n. Alter 100
- ICD10 E78 nach Alter 103
- ICD10 F00-F99 nach Alter 157
- ICD10 F30-F39 nach Alter 159
- ICD10 F32 Beh.Verläufe 210
- ICD10 F32 nach Alter 163
- ICD10 F32-F33 nach Alter 161
- ICD10 F33 nach Alter 165
- ICD10 F34 nach Alter 167
- ICD10 F40 nach Alter 171
- ICD10 F40-F48 nach Alter 169
- ICD10 F41 nach Alter 173
- ICD10 F43 Beh.Verläufe 214
- ICD10 F43 nach Alter 175
- ICD10 F45 nach Alter 177
- ICD10 F48 nach Alter 179, 181
- ICD10 F60 nach Alter 183
- ICD10 F90 nach Alter 187
- ICD10 F90-F98 nach Alter 185
- ICD10 F91 nach Alter 189
- ICD10 F93 nach Alter 191
- ICD10 H52 nach Alter 102
- ICD10 I10 nach Alter 100
- ICD10 M54 nach Alter 99
- ICD10 Z12 nach Alter 101

- internationaler Vergleich 52
- Jahresverlauf, Beh. im 49, 51
- Kosten internat. 53
- Krankh. d. Atmungssystems 88
- Krankh. d. Kreislaufsystems 87
- Krankh. d. M.-Skelett-Systems 89
- Krebsvorsorge n. Alter 101
- Lipidämien n. Alter 103
- Maßzahlen 37
- OECD 52
- Persönlichkeitsstör. n. Alter 183
- Phobien n. Alter 171
- Psych. Störungen 90
- Psych. Störungen n. Alter 157
- Punktwerte 35
- Refraktionsfehler n. Alter 102
- Rez. depress. Störung n. Alter 165
- Rückenschmerzen n. Alter 99
- Somat. Störungen n. Alter 177
- Stör. d. Soz.Verh. n. Alter 189
- Untersuchungspopulation 41
- Verteilung auf Versicherte 44
- Wochentage, Beh. an 48
- Zusammenfassung 10

Arbeits- und Wegeunfälle

- 3stellige ICD10-Diagnosen 246
- Entwicklung bis 2006 243
- nach Alter und Geschlecht 244
- nach Berufsgruppen 247

Arbeitsunfähigkeit

- 3stellige ICD10-Diagnosen 236
- ALGII 219
- Entwicklung bis 2006 222
- Fallhäufigkeit an Wochentagen 225
- Krankenstand 223
- Krankenstand an Wochentagen 226
- Maßzahlen 221
- Meldepflicht 218
- nach Alter und Geschlecht 227
- nach Berufsgruppen 240
- nach Bundesländern 231

- nach Diagnosekapiteln 234
- nach Falldauer 224
- Nenner 220
- Ost-West-Vergleich 230
- Zusammenfassung 28

GEK

- Datenerfassung 30
- Übertragbarkeit von Ergebnissen 39
- Versichertenbestand 30
- Vorwort 7

Psychotherapie

- Anteil psychoanalytisch 146
- Anteil verhaltenstherapeutisch 146
- Beh. b. ADS 186
- Beh. b. Affektiven Störungen 158
- Beh. b. And. Angststörungen 172
- Beh. b. And. neurot. Störungen 178
- Beh. b. Anh. affek. Störung 166
- Beh. b. Belastungsreaktionen 174
- Beh. b. Depress. Episode 162
- Beh. b. Depressionen 160
- Beh. b. Diagnosen 154
- Beh. b. Emot. Störungen 190
- Beh. b. Essstörungen 180
- Beh. b. F00-F99 156
- Beh. b. F30-F39 158
- Beh. b. F32 162
- Beh. b. F32-F33 160
- Beh. b. F33 164
- Beh. b. F34 166
- Beh. b. F40 170
- Beh. b. F40-F48 168
- Beh. b. F41 172
- Beh. b. F43 174
- Beh. b. F45 176
- Beh. b. F48 178
- Beh. b. F50 180
- Beh. b. F60 182
- Beh. b. F90 186
- Beh. b. F90-F98 184
- Beh. b. F91 188

- Beh. b. F93 190
- Beh. b. Hyperkin. Stör. 186
- Beh. b. Persönlichkeitsstör. 182
- Beh. b. Phobien 170
- Beh. b. Psych. Störungen 156
- Beh. b. Rez. depress. Störung 164
- Beh. b. Somat. Störungen 176
- Beh. b. Stör. d. Soz.Verh. 188
- Beh.Verläufe KZT 205
- Beh.Verläufe KZT PT 206
- Beh.Verläufe KZT VT 206
- Beh.Verläufe LZT 205
- Behandlungsanlässe 141
- Behandlungsformen 132
- Behandlungsverläufe 192
- Daten der GEK 133
- Einleitung 131
- Genehm. über 7 Jahre 138
- Genehmigungen 2000-06 135

- Genehmigungen nach Alter 137
- Häufigkeit von 134
- Indi. Verhaltensth. vs. psych. 146
- Indikation n. Diag. 3stellig 145
- Indikation n. Diag. b. Kindern 147
- Indikation n. Diag.Gruppen 143
- Komorbidität 148
- Leistungsumfang 132
- Morbidität 148
- Zusammenfassung 18

Standardisierung

- Berufstätige 251
- Versicherte 252

Zusammenfassung

- allgemein 9
- Ambulante Versorgung 10
- Arbeitsunfähigkeit 28
- Psychotherapie 18

In der GEK-Edition, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse sind erschienen:

Bericht über die Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe ...
(vergriffen)

Nr. 1: *Werkzeugmechaniker (1994)*

Nr. 2: *Edelmetallschmiede (1993)*

Nr. 3: *Zahntechniker (1993)*

Nr. 4: *Elektroniker und Monteure im Elektrobereich (1994)*

Nr. 5: *Augenoptiker (1995)*

Nr. 6: *Zerspanungsmechaniker (1996)*

Nr. 7: *Industriemeister (1996)*

Nr. 8: *Maschinenbautechniker (1996)*

Nr. 9: *Techniker im Elektrofach (1996)*

Nr. 10: *Industriemechaniker (1996)*

Band 1: *Müller, R. et al.: Auswirkungen von Krankengeld-Kürzungen. Materielle Bestrafung und soziale Diskriminierung chronisch erkrankter Erwerbstätiger. Ergebnisse einer Befragung von GKV-Mitgliedern. 1997*
ISBN 3-930 784-02-5 Euro 9,90

Band 2: *Bitzer, E. M. et al.: Der Erfolg von Operationen aus Sicht der Patienten. – Eine retrospektive indikationsbezogene Patientenbefragung zum Outcome elektiver chirurgischer Leistungen in der stationären Versorgung – am Beispiel operativer Behandlungen von Krampfadem der unteren Extremitäten, von Nasenscheidewandverbiegungen sowie von arthroskopischen Meniskusbehandlungen. 1998*
ISBN 3-980 6187-0-6 Euro 9,90

Band 3: *Grobe, T. G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 1998. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. 1998.*
ISBN 3-537-44003 (vergriffen) Euro 7,90

*Gmünder ErsatzKasse GEK (Hrsg.): Bericht über die Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe ...
Ergebnisse von Beschäftigtenbefragungen,
Analyse von Arbeitsunfähigkeitsdaten und Literaturrecherchen zu Zusammenhängen von Arbeitswelt und Erkrankungen.*

- | | | |
|----------|---|-----------|
| Band 4: | <i>Gesundheitsbericht 11 – Werkzeugmechaniker.</i>
ISBN 3-537-44001 | Euro 4,90 |
| Band 5: | <i>Gesundheitsbericht 12 – Bürofachkräfte.</i>
ISBN 3-537-44002 | Euro 4,90 |
| Band 6: | <i>Gesundheitsbericht 13 – Zerspanungsmechaniker.</i>
ISBN 3-537-44006-5 | Euro 4,90 |
| Band 7: | <i>Gesundheitsbericht 14 – Industriemechaniker.</i>
ISBN 3-537-44007-3 | Euro 4,90 |
| Band 8: | <i>Gesundheitsbericht 15 – Zahntechniker.</i>
ISBN 3-537-44008-1 | Euro 4,90 |
| Band 9: | <i>Gesundheitsbericht 16 – Augenoptiker.</i>
ISBN 3-537-44009-X | Euro 4,90 |
| Band 10: | <i>Gesundheitsbericht 17 – Edelmetallschmiede.</i>
ISBN 3-537-440010-3 | Euro 4,90 |
| Band 11: | <i>Gesundheitsbericht 18 – Elektroberufe.</i>
ISBN 3-537-440011-1 | Euro 4,90 |
| Band 12: | <i>Grobe, T. G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 1999. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Arbeitslosigkeit und Gesundheit. 1999.</i> ISBN 3-537-44012-X | Euro 7,90 |
| Band 13: | <i>Marstedt, G. et al.: Young is beautiful? Zukunftsperspektiven, Belastungen und Gesundheit im Jugendalter. Ergebnisbericht zu einer Studie über Belastungen und Probleme, Gesundheitsbeschwerden und Wertorientierungen 14-25jähriger GEK-Versicherter. 2000.</i>
ISBN 3-537-44013-8 | Euro 9,90 |

- Band 14: *Bitzer, E. M. et al.: Lebensqualität und Patientenzufriedenheit nach Leistenbruch- und Hüftgelenkoperationen. Eine retrospektive indikationsbezogene Patientenbefragung zum Outcome häufiger chirurgischer Eingriffe in der zweiten Lebenshälfte. 2000.*
ISBN 3-537-44014-8 Euro 9,90
- Band 15: *Marstedt, G. et al. (Hrsg.): Jugend, Arbeit und Gesundheit. Dokumentation eines Workshops, veranstaltet vom Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen und der Gmünder Ersatzkasse (GEK) am 20. Mai 1999 in Bremen. Mit einem Grafik- und Tabellen-Anhang „Materialien zur gesundheitlichen Lage Jugendlicher in Deutschland“. 2000.* ISBN 3-537-44015-4 (vergriffen)
- Band 16: *Grobe, T. G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 2000. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Erkrankungen des Rückens. 2000.* ISBN 3-537-44016-X (vergriffen)
- Band 17: *Braun, B.: Rationierung und Vertrauensverlust im Gesundheitswesen – Folgen eines fahrlässigen Umgangs mit budgetierten Mitteln. Ergebnisbericht einer Befragung von GEK-Versicherten. 2000.*
ISBN 3-537-44017-4 Euro 9,90
- Band 18: *Grobe, T.G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 2001. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Psychische Störungen. 2001.* ISBN 3-537-44018-9 Euro 9,90
- Band 19: *Braun, B.: Die medizinische Versorgung des Diabetes mellitus Typ 2 – unter-, über- oder fehlversorgt? Befunde zur Versorgungsqualität einer chronischen Erkrankung aus Patientensicht. 2001.*
ISBN 3-537-44019-7 Euro 9,90
- Band 20: *Glaeske, G.; Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2001. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 1999 - 2000. 2001.* ISBN 3-537-44020-0 Euro 9,90
- Band 21: *Braun, B., König, Chr., Georg, A.: Arbeit und Gesundheit der Berufsgruppe der Binnenschiffer. ISBN 3-537-44021-9 Euro 9,90*

- Band 22: *Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2002. Schwerpunkt: "High Utilizer" – Potenziale für Disease Management. 2002. ISBN 3-537-44022-7 Euro 9,90*
- Band 23: *Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2002. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2000 bis 2001. 2002. ISBN 3-537-44023-5 Euro 9,90*
- Band 24: *Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2003. Schwerpunkt: Charakterisierung von Hochnutzern im Gesundheitssystem – präventive Potenziale? 2003. ISBN 3-537-44024-3 Euro 9,90*
- Band 25: *Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2003. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2001 bis 2002. 2003. ISBN 3-537-44025-1 Euro 9,90*
- Band 26: *Braun, B., Müller, R.: Auswirkungen von Vergütungsformen auf die Qualität der stationären Versorgung. Ergebnisse einer Längsschnittanalyse von GKV-Routinedaten und einer Patientenbefragung. 2003. ISBN 3-537-44026-X Euro 9,90*
- Band 27: *Schmidt, Th., Schwartz, F.W. und andere: Die GEK-Nasendusche. Forschungsergebnisse zu ihrer physiologischen Wirkung und zur gesundheitsökonomischen Bewertung. 2003. ISBN 3-537-44027-8 Euro 7,90*
- Band 28: *Jahn, I. (Hg.): wechselljahre multidisziplinär. was wollen Frauen – was brauchen Frauen. 2004. ISBN 3-537-44028-6 Euro 9,90*
- Band 29: *Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2004. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2002 bis 2003. 2004. ISBN 3-537-44029-4 Euro 9,90*
- Band 30: *Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2004. Schwerpunkt: Gesundheitsstörungen durch Alkohol. 2004. ISBN 3-537-44030-8 Euro 9,90*

- Band 31: *Scharnetzky, E., Deitermann, B., Michel, C., Glaeske, G.: GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2004. Auswertungsergebnisse der GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus dem Jahre 2003. 2004.*
ISBN 3-537-44031-6 Euro 9,90
- Band 32: *Braun, B., Müller, R., Timm, A.: Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiographien von Pflegekräften im Krankenhaus. Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG-Einführung. 2004.* ISBN 3-537-44032-4 Euro 9,90
- Band 33: *Glaeske, Gerd et al.: Memorandum zu Nutzen und Notwendigkeit Pharmakoepidemiologischer Datenbanken in Deutschland. 2004*
ISBN 3-537-44033-2 Euro 7,90
- Band 34: *Braun, B., Müller, R.: Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe Zahntechniker. 2005* ISBN 3-537-44034-0 Euro 9,90
- Band 35: *Braun, B., Müller, R.: Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe Bürofachkräfte. 2005* ISBN 3-537-44035-9 Euro 9,90
- Band 36: *Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2005. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2003 bis 2004. 2005.* ISBN 3-537-44036-7 Euro 14,90
- Band 37: *Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report akutenstationäre Versorgung 2005.* ISBN 3-537-44037-5 Euro 9,90
- Band 38: *Scharnetzky, E., Deitermann, B., Hoffmann, F., Glaeske, G.: GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2005. Auswertungsergebnisse der GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahre 2003/2004. 2005*
ISBN 3-537-44038-3 Euro 14,90
- Band 39: *Samsel, W., Marstedt G., Möller H., Müller R.: Musiker-Gesundheit. Ergebnisse einer Befragung junger Musiker über Berufsperspektiven, Belastungen und Gesundheit. 2005* ISBN 3-537-44039-1 Euro 9,90
- Band 40: *Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2005. 2005* ISBN 3-537-44040-5 Euro 9,90

- Band 41: *Samsel, W., Böcking, A.: Prognostische und therapeutische Bedeutung der DNA-Zytometrie beim Prostatakarzinom. 2006*
ISBN 3-537-44041-3 Euro 12,90
- Band 42: *Lutz, U., Kolip, P.: Die GEK-Kaiserschnittstudie. 2006*
ISBN 3-537-44042-1 Euro 14,90
- Band 43: *Braun, B.: Geburten und Geburtshilfe in Deutschland. 2006*
ISBN 3-537-44043-X Euro 14,90
- Band 44: *Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2006. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2004 bis 2005. 2006.* ISBN 3-537-44044-8 Euro 14,90
- Band 45: *Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report akutstationäre Versorgung 2006. 2006* ISBN 3-537-44045-6 Euro 14,90
- Band 46: *Braun, B., Müller, R. : Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten. 2006.* ISBN 3-537-44046-4 Euro 14,90
- Band 47: *Spintge, R., u.a.: Musik im Gesundheitswesen. 2006*
ISBN 3-537-44047-2 Euro 14,90
- Band 48: *Böcking, A.: Mit Zellen statt Skalpellen - Wie sich Krebs früh und ohne Operation erkennen lässt. 2006*
ISBN 3-537-44048-0, ISBN 978-3-537-44048-8 Euro 19,90
- Band 49: *Deitermann, B, Kemper, C, Hoffmann, F, Glaeske, G: GEK-Heil- und Hilfsmittelreport 2006. Auswertungsergebnisse der GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahren 2004 und 2005. 2006*
ISBN 3-537-44049-9 Euro 14,90
- Band 50: *Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2006. 2006*
ISBN 3-537-44050-2, ISBN 978-3-537-44050-1 Euro 14,90
- Band 51: *Müller,R., Braun, B.: Vom Quer- zum Längsschnitt mit GKV-Daten. 2006*
ISBN 3-537-44051-0, ISBN 978-3-537-44050-1 Euro 14,90

- Band 52: *Bichler, K.-H., Strohmaier, W.L., Eipper, E., Lahme, S.: Das Harnsteinleiden. 2007* ISBN 978-3-86541-165-5 Euro 45,00
- Band 53: *Kleinert, J., Lobinger, B., Sulprizio, M.: Organisationsformen und gesundheitliche Effekte von Walking. 2007*
ISBN 978-3-537-44053-2 Euro 14,90
- Band 54: *Glaeske, G., Trittin, C.: Weichenstellung: Die GKV der Zukunft. Bessere Koordination, mehr Qualität, stabile Finanzierung. 2007*
ISBN 978-3-537-44054-9 Euro 14,90
- Band 55: *Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2007. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2005 bis 2006. 2007.* ISBN 978-3-537-44055-6 Euro 14,90
- Band 56: *Hacker, E.W., Löbig, S. (Hg.): Musikphysiologie im Probenalltag. Dokumentation eines Workshops - veranstaltet vom Zentrum für Musik, Gesundheit und Prävention. 2007* ISBN 978-3-537-44056-3 Euro 14,90
- Band 57: *Deitermann, B., Kemper, C., Glaeske, G.: GEK-Heil- und Hilfsmittelreport 2007. Auswertungsergebnisse der GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahren 2005 und 2006. 2007*
ISBN 978-3-537-44057-0 Euro 14,90
- Band 58: *Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report akutenstationäre Versorgung 2007. 2007*
ISBN 978-3-537-44058-7 Euro 14,90

