

BARMER GEK Arztreport

Auswertungen zu Daten bis 2008

Schwerpunkt:
Erkrankungen und zukünftige Ausgaben

Januar 2010

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 1

BARMER GEK Arztreport

Herausgeber:	BARMER GEK Hauptverwaltung Schwäbisch Gmünd Gottlieb-Daimler-Straße 19 73529 Schwäbisch Gmünd Telefon (07171) 801-0 www.barmer-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:	978-3-537-44101-0

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	5
1 ZUSAMMENFASSUNG	7
Ambulante ärztliche Versorgung	8
Schwerpunkt: Erkrankungen und zukünftige Ausgaben	20
Arbeitsunfähigkeiten	30
2 VORBEMERKUNGEN ZU ROUTINEAUSWERTUNGEN	32
3 AMBULANTE ÄRZTLICHE VERSORGUNG	35
3.1 Hintergrund	35
Art und Struktur der gelieferten Daten bis 2007	36
Veränderungen der gelieferten Daten ab 2008	40
Umfang der Daten	43
Übertragbarkeit, Standardisierung, Methoden	44
3.2 Inanspruchnahme in Quartalen und Kalenderjahren	48
Variationen im Jahresverlauf	51
3.3 Internationaler Vergleich	56
3.4 Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht	59
3.5 Fachärztliche Behandlungshäufigkeit	63
Fachärztliche Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht (alte, bisherige Systematik)	69
Lebenslange Arztnummer und neue Fachgebietszuordnung	69
3.6 Anzahl kontaktierter Ärzte - Arztwechsel	79
3.7 Regionale Variationen der Inanspruchnahme	82
3.8 Ambulante Diagnosen	85
Häufige Diagnosen nach Alter und Geschlecht	102
Häufige Diagnosen in bestimmten Altersgruppen	116
Anzahl Diagnosen, Diagnosekombinationen	136
4 SCHWERPUNKT: ERKRANKUNGEN UND ZUKÜNFTIGE AUSGABEN	142
4.1 Direkt morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich 2009	142
4.2 Weiterentwicklung zum Ausgleichsjahr 2010	146
4.3 Allgemeine Häufigkeit von HMG-Zuordnungen 2006 bis 2008	148

4.4	Ausgewählte Diagnosen: Diabetes	149
4.5	Ausgewählte Diagnosen: Depressionen und wahnhafte Störungen (HMG 58)	165
4.6	Ausgewählte Diagnosen: Herzinsuffizienz (HMG 80)	173
5	ARBEITSUNFÄHIGKEIT	181
5.1	Einführung	181
5.2	AU-Meldegesehen Erwerbstätige insgesamt	185
5.3	Arbeitsunfähigkeit nach Dauer der AU	187
5.4	Arbeitsunfähigkeit nach Wochentagen	188
5.5	Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Geschlecht	190
5.6	Regionales AU-Meldegesehen	193
5.7	Diagnosen der Arbeitsunfähigkeit	197
5.8	Arbeitsunfähigkeit nach Berufsgruppen	203
5.9	Arbeits- und Wegeunfälle	206
6	ANHANG	213
6.1	Standardpopulation Erwerbstätige	214
6.2	Standardpopulation Bevölkerung	215
6.3	Abkürzungen, ICD10-Kapitel	216
6.4	Tabellenanhang	218
7	VERZEICHNISSE, INDEX	261
7.1	Abbildungsverzeichnis	261
7.2	Tabellenverzeichnis	263
7.3	Verzeichnis der Tabellen im Anhang:	266
7.4	Index	268

Vorwort

Die BARMER und die GEK haben sich zum 1.1.2010 zur größten gesetzlichen Krankenkasse in Deutschland vereinigt. Die in der GEK seit vielen Jahren etablierte Versorgungsforschung wird auch in der neuen BARMER GEK weitergeführt. Mit diesen Gesundheitsanalysen schaffen wir mehr Transparenz im Gesundheitswesen und ermöglichen eine empirische Bewertung der medizinischen Versorgung.

Der im Oktober 2009 zwischen der Union und FDP geschlossene Koalitionsvertrag sieht vor, dass die Versorgungsforschung systematisch ausgebaut werden soll. Dafür sind Erkenntnisse über das Versorgungsgeschehen unter Alltagsbedingungen besonders wichtig, um die Qualität und Effizienz des Gesundheitswesens zu steigern. Für die Zukunftssicherung der Gesundheitsversorgung erachten wir dies als wichtiges Anliegen, welches die BARMER GEK verantwortungsbewusst annimmt.

Der BARMER GEK Arztreport stellt die Fortsetzung des seit 2006 jährlich erscheinenden GEK Reportes ambulant-ärztliche Versorgung dar. Die Datenauswertungen beruhen überwiegend auf der Datenbasis des Jahres 2008. In diesem Report werden ausschließlich Daten der GEK analysiert. Da sich die GEK-Daten mittels Standardisierungsverfahren auf die deutsche Bevölkerung hochrechnen lassen, liefert der Arztreport eine aktuelle und repräsentative Übersicht zur ambulanten Versorgung in Deutschland.

Vor diesem Hintergrund freuen wir uns, dass die BARMER GEK mit dem vorliegenden Arztreport weiteres Licht in die ambulante Versorgung bringt. Der Report gliedert sich in einen allgemeinen Teil und ein Schwerpunktthema. Der Schwerpunkt befasst sich mit der komplexen Materie "Erkrankungen und zukünftige Ausgaben vor dem Hintergrund des direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs", welcher im Jahr 2009 eingeführt wurde. Einen schnellen Überblick der Ergebnisse des Reports liefert Ihnen die Zusammenfassung auf den Seiten 7 bis 31.

Der BARMER GEK Arztreport wird erstellt in Kooperation mit dem ISEG, Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung in Hannover. Wir danken Herrn Prof. Schwartz und seinen Mitarbeitern Herrn Grobe sowie Herrn Dörning für die sorgfältige Erstellung des Reports. Die seit vielen Jahren etablierte Zusammenarbeit mit dem ISEG wird mit diesem Werk erfolgreich weitergeführt.

Wir wünschen Ihnen eine interessante und erkenntnisreiche Lektüre.

Schwäbisch Gmünd/Wuppertal, im Januar 2010

Der Vorstand der BARMER GEK

Dr. jur. Rolf-Ulrich Schlenker

Birgit Fischer

Jürgen Rothmaier

1 Zusammenfassung

Besonderheiten und Schwerpunkt: Der *BARMER GEK Arztreport* liefert als Fortführung des seit 2006 erschienenen *GEK-Reportes ambulante-ärztliche Versorgung* einen aktuellen und umfassenden Überblick zur ambulanten Versorgung in Deutschland. Berichtet werden vorrangig Ergebnisse aus dem Jahr 2008. **Alle Berechnungen zum ersten BARMER GEK Arztreport beruhen vor diesem Hintergrund noch ausschließlich auf Daten der GEK.**

Daten aus der ambulante-ärztlichen Versorgung wurden den Gesetzlichen Krankenkassen erstmals für das Abrechnungsjahr 2004 mit Versichertenbezug übermittelt. Der vorliegende Report kann so bereits auf Daten zu fünf Jahren von 2004 bis 2008 zurückgreifen. Auch im diesjährigen Schwerpunktkapitel befasst sich der Report vor dem Hintergrund der Implementierung des direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) mit dem Thema "Erkrankungen und zukünftige Ausgaben". In einem weiteren Abschnitt werden schließlich aktualisierte 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 2008 beziehen, während zu ambulanten ärztlichen Leistungen die Daten der Jahre 2004 bis 2008 betrachtet werden. Die 1,7 Mio. GEK-Versicherten stellten Ende 2008 einen Anteil von gut 2% an der bundesdeutschen Bevölkerung. Für viele bevölkerungsbezogene 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 zugrunde gelegt, was unter bestimmten Annahmen eine einfache Hochrechnung der Ergebnisse für Deutschland erlaubt.

Ambulante ärztliche Versorgung

Datenvolumina: Daten zur ambulanten ärztlichen Versorgung der GEK-Versicherten in den Jahren 2004 bis 2008 umfassen insgesamt 50,3 Mio. Behandlungsfälle, 172 Mio. Diagnoseschlüssel und 448 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.

Veränderungen der Daten 2008: Daten zur ambulanten ärztlichen Versorgung sind im Vergleich zum Vorjahr von drei maßgeblichen Veränderungen betroffen: 1) Zu Beginn des Jahres 2008 wurden als Abrechnungsziffern so genannte Versicherten- und Grundpauschalen der haus- bzw. fachärztlichen Versorgung neu eingeführt. 2) Ab dem zweiten Halbjahr 2008 wird die lebenslange Arztnummer im Rahmen der kassenärztlichen Abrechnung verwendet. 3) Ab dem vierten Quartal 2008 wurde die Direktabrechnung von Laborgemeinschaften eingeführt (vgl. Text ab Seite 40). Die Änderungen haben zum Teil merkliche Auswirkungen auf Auswertungsmöglichkeiten und -ergebnisse.

Grunddaten und Kennziffern:

- **Behandlungsrate:** Innerhalb des Jahres 2008 hatten 92,9% der Bevölkerung Kontakt zur ambulanten ärztlichen Versorgung¹, nur 7,1% der Bevölkerung suchten innerhalb des Jahres 2008 keinen Arzt auf. Trotz des bereits im Vorjahr hohen Niveaus von 92,6% ist die Behandlungsrate 2008 nochmals gestiegen.
- **Behandlungsfälle:** Innerhalb des Jahres 2008 wurden je Person durchschnittlich 7,45 Behandlungsfälle ("Krankenscheine") abgerechnet, die je-

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

weils alle Behandlungen eines Patienten bei einem Arzt bzw. in einer Praxis innerhalb eines Quartals zusammenfassen. Im Jahr 2007 wurden demgegenüber nur 7,08 Behandlungsfälle gezählt, im Jahr 2004 waren es erst 6,50 Behandlungsfälle. Etwa die Hälfte des Anstiegs der Fallzahlen von 2007 auf 2008 um 5% dürfte dabei allerdings im direkten Zusammenhang mit der Einführung der Direktabrechnung von Laborgemeinschaften stehen (die sich erst 2009 vollständig auf die Jahresergebnisse auswirkt).

- **Arztkontakte:** Im Jahr 2007 wurden pro Kopf der Bevölkerung durchschnittlich 17,7 Arztkontakte erfasst (vgl. geschlechts- und altersstandardisierte Angaben in Tabelle 3: S. 49). Basis für entsprechende Auswertungen bildeten von 2004 bis 2007 Angaben zu Kalendertagen, an denen von Ärzten (eine oder mehrere) Einzelleistungen für individuelle Patienten erbracht wurden. Mit den 2008 neu eingeführten Versicherten- und Grundpauschalen für die haus- bzw. fachärztliche Versorgung sind ggf. auch mehrfache Arztkontakte innerhalb eines Quartals abgegolten. Die Pauschalen können entsprechend nur einmalig (beim Erstkontakt) dokumentiert und abgerechnet werden. Erneute Kontakte im Quartal werden in aktuellen Abrechnungsdaten daher im Regelfall nicht mehr erfasst, ihre Dokumentation fehlt oder ist unvollständig. Damit führt auch das bislang gewählte Vorgehen zur Ermittlung von Arztkontaktzahlen nur noch zu unvollständigen Ergebnissen, die nicht mit Vorjahresergebnissen verglichen werden können: Rechnerisch ergaben sich für 2008 nach dem bisherigen Vorgehen nur noch 13,5 erfasste Arztkontakte je Person. Die Kontakthäufigkeiten im Jahresverlauf 2008 zeigen quartalszyklische Schwankungen, die recht deutlich auf die lückenhafte Dokumentation von Kontakten im weiteren Quartalsverlauf hindeuten (vgl. Abbildung 2: Seite 52).
- **Einschätzung der Entwicklung der Arztkontakte:** Sowohl die weiter angestiegenen Behandlungsraten als auch die Steigerung der Behandlungsfallzahlen ließe am ehesten einen Anstieg der Arztkontakte von 2007 auf 2008 erwarten. Nachdem sowohl 2006 als auch 2007 je Behandlungsfall annähernd konstant 2,5 Arztkontakte ermittelt wurden (2,5046 bzw.

2,5060), könnte überschlägig aus den um 5% im Vergleich zum Vorjahr gestiegenen Fallzahlen 2008 auf die Zahl der Arztkontakte geschlossen werden, wobei allerdings Effekte der Direktabrechnung von Laborgemeinschaften auf die Fallzahlen berücksichtigt werden müssten. Nach entsprechenden Kalkulationen wäre ein leichter Anstieg der Arztkontakte um 2 bis 3% von 17,7 auf etwa 18,1 Kontakte anzunehmen. Ergänzende Auswertungen zur versichertenbezogenen Zahl von Kalendertagen mit Arzneiverordnung im Jahresverlauf (auf der Basis von unabhängig erhobenen Rezeptdaten) ergeben für 2007 und 2008 eine nahezu identische Zahl von Tagen mit Rezeptausstellung, was unter der Annahme eines kontaktbezogen unveränderten Arzneiverordnungsverhaltens der Ärzte (alternativ) für weitgehend unveränderte Arztkontaktzahlen sprechen würde. Recht offensichtlich vermitteln die Auswertungen zu Arzneiverordnungen zudem den Eindruck, dass Arztkontakte mit Verordnungen auch 2008 relativ gleichmäßig über das Quartal verteilt erfolgten (vgl. Abbildung 3: Seite 54) und insofern die quartalszyklischen Schwankungen in den ärztlichen Abrechnungsdaten 2008 kaum die reale Verteilung der Arztkontakte widerspiegeln.

- **Absolute hochgerechnete Zahlen:** Die etwa 140 Tsd. ambulant tätigen Ärzte in Deutschland dürften 2008 insgesamt 77 Millionen Personen im Rahmen von 614 Mio. Abrechnungsfällen behandelt haben. Die Zahl der Arztkontakte dürfte sich dabei weitgehend auf einem vergleichbaren Niveau wie im Vorjahr bewegen, für das knapp 1,5 Milliarden Arztkontakte errechnet worden waren.
- **Gesamteinschätzung, Bewertung:** Pauschalierte Vergütungen wie die 2008 eingeführten Versicherten- und Grundpauschalen dürften im Vergleich zu reinen Einzelleistungsvergütungssystemen weniger Anreize für eine unsachgemäße Leistungsausweitung liefern und können damit zu einer Beschränkung auf wesentlichere Leistungsinhalte führen, die ihrerseits mehr Zeit für einzelne Arzt-Patientenkontakte schafft. Schritte in diese Richtung sind vor dem Hintergrund hoher Kontaktzahlen in Deutschland sicher zu begrüßen. Leider ist mit der Einführung der Pauschalen auch ein Stück

Transparenz in der Versorgung verloren gegangen, was dazu führt, dass auch mögliche positive Auswirkungen der veränderten Vergütung in den Abrechnungsdaten kaum belegt werden können. Wünschenswert erscheint in diesem Kontext als Diskussionsgrundlage eine Dokumentation zumindest von grundlegenden ärztlichen Leistungen, selbst wenn diese im Rahmen der pauschalierten Vergütung zunächst keine direkten Auswirkungen auf die individuellen ärztlichen Honorare haben. Während einer entsprechenden Dokumentation im Rahmen der KV-Abrechnung noch vor 20 Jahren der seinerzeit damit verbundene Aufwand entgegen gestanden hätte, dürfte sich heute der hierfür notwendige Aufwand überwiegend auf eine entsprechende Anpassung der Praxissoftware beschränken.

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 zu einer größeren Zahl europäischer und außereuropäischer Länder geliefert.

Die jeweils aktuellsten Angaben der OECD (Stand: November 2009) zur Anzahl der jährlichen Arztkontakte pro Kopf der Bevölkerung bewegen sich in den Jahren 2006 bzw. 2007 zwischen 2,8 (in Schweden 2006) und 13,6 (Japan 2006). Für Deutschland wird in den Daten für 2007 ein Wert von 7,5 Kontakten pro Kopf von der OECD berichtet. Die von der OECD für Deutschland berichteten Werte beruhen – vor dem Hintergrund fehlender langfristiger Statistiken zu Arztkontakten in Deutschland wenig verwunderlich – ausschließlich auf Angaben zu ambulanten Behandlungsfällen, die regelmäßig in GKV-Routinestatistiken veröffentlicht werden. Da die in GKV-Statistiken ausgewiesenen Behandlungsfälle jedoch alle Arztkontakte eines Patienten innerhalb eines Quartals zu nur einem Behandlungsfall zusammenfassen, repräsentiert ein Behandlungsfall in der Regel mehrere Arztkontakte. Nach den bereits erwähnten Ergebnissen aus den vorausgehenden Reporten dürften je Behandlungsfall durchschnittlich etwa 2,5 Arztkontakte stattgefunden haben. Entsprechend müssen die Anga-

ben der OECD aus zurückliegenden Jahren zu Arztkontakten in Deutschland um etwa diesen Faktor korrigiert werden, sofern man einen Zahlenwert erhalten will, der den allgemeinen Vorgaben der OECD zur Zählung von Arztkontakten entspricht (nach denen alle relevanten Einzelkontakte und Praxisbesuche, auch innerhalb eines Quartals, als Kontakte gezählt werden sollten). Nach einer entsprechenden Korrektur der OECD-Angaben resultieren für Deutschland Werte, die weitgehend den Schätzungen zu Arztkontakten im vorliegenden Report entsprechen und damit die verfügbaren aktuellen Angaben zu Arztkontakten in allen anderen Ländern bei weitem übersteigen. Zweifellos liegen die Kontaktzahlen in Deutschland auf einem sehr hohen Niveau. Lediglich für Japan werden noch annähernd vergleichbare Werte berichtet. Werte aus direkten europäischen Nachbarländern entsprechen demgegenüber zumeist eher den unkorrigierten Angaben zu Deutschland: Aufgeführt werden in der OECD-Statistik für Belgien 7,6 (2007), Dänemark 7,5 (2004), Frankreich 6,3 (2007), Luxemburg 6,1 (2007), Österreich 6,7 (2007) und für Polen 6,8 (2007) Arztkontakte pro Kopf und Jahr. Deutlich höhere Werte werden 2007 mit 12,6 Kontakten, 11,2 Kontakten und 10,8 Kontakten lediglich für die Tschechien, die Slowakei und Ungarn vermerkt. Für die Vereinigten Staaten werden (für 2006) nur 3,8 Arztkontakte pro Kopf und Jahr angegeben. Dass einige dieser Angaben ähnliche methodische Einschränkungen wie die ursprünglichen Angaben zu Deutschland aufweisen, lässt sich an dieser Stelle nicht ausschließen.

Auf ausgesprochen hohe arztbezogene Kontaktzahlen in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern weist eine internationale Studie hin, bei der Primärärzte aus unterschiedlichen Ländern befragt wurden (vgl. S. 58). Als wesentliches Ergebnis zeigt diese Studie zudem, dass mit hohen Kontaktzahlen in Deutschland zugleich die Zeit für einzelne Patientenkontakte im Vergleich zu anderen Ländern zum Teil ausgesprochen kurz ist. Dabei lässt sich vermuten, dass längere Kontakte zumindest einen Teil der bisherigen Kontakte überflüssig machen und zu einer höheren Zufriedenheit bei allen Beteiligten beitragen könnten.

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 zwischen 20 bis unter 45 Jahre fanden sich 2008 jahresbezogene Behandlungsraten, die mit Werten zwischen 83% und 85% merklich unter dem geschlechtübergreifenden Durchschnitt von 92,9% liegen, unter Frauen lag die jährliche Behandlungsrate in allen Altersgruppen bei mindestens 94%.

Die durchschnittliche Zahl der jährlich abgerechneten Behandlungsfälle variierte 2008 zwischen 3,7 (bei Männern im Alter zwischen 25 und 29 Jahre) und 11,5 (Männer 80-84 Jahre). Fallzahlsteigerungen gegenüber dem Vorjahr betreffen beide Geschlechter und alle Altersgruppen ab 15 Jahre (vgl. Abbildung 5: Seite 60).

Im Zuge der Einführung der Versicherten- und Grundpauschalen sind die dokumentierten Tage mit Abrechnungen von Einzelleistungen 2008 im Vergleich zum Vorjahr in allen Altersgruppen erheblich gesunken (vgl. Abbildung 6: Seite 61). Am ausgeprägtesten sind die Unterschiede im Säuglings- und Kleinkindalter sowie in den oberen Altersgruppen, in denen regelmäßig mehrere Kontakte innerhalb einzelner Behandlungsfälle zu erwarten sind.

Behandlungen nach Facharztgruppen: Nachdem von allen KVen unter Ausnahme Thüringens im Rahmen der Einführung der lebenslangen Arztnummer zunächst die "alten Arztnummern" als Betriebsstättennummern weiterverwendet wurden, konnten Auswertungen unter Zugrundelegung der bisherigen Fachgruppensystematik auch für das Jahr 2008 fortgeschrieben werden. In den meisten Fachgruppen sind die jährlichen Behandlungsraten sowie die Behandlungsfallzahlen zumindest tendenziell angestiegen. Deutliche Steigerungen sind im Zuge der Direktabrechnung von Laborgemeinschaften zum vierten Quartal 2009 bei Laborärzten sowie in der Gruppe "Sonstige" zu beobachten. Auffällig erscheint zudem der relativ deutliche Anstieg der hautärztlichen Behandlungsrate (vgl. Tabelle 5: Seite 65), der im Zusammenhang mit der Neu-

Einführung des Hautkrebs-Screenings zum 1.07.2008 für Versicherte ab 35 Jahre stehen dürfte (vgl. auch Abbildung 19: Seite 112). Am deutlichsten auf die Leistungsabrechnung haben sich die Versicherten- und Grundpauschalen bei Allgemeinärzten (nach bisheriger Fachgruppenzuordnung) ausgewirkt. Von ihnen wurden 2008 an 37% weniger Tagen EBM-Leistungsziffern erfasst als 2007.

Auswertungen zu Fachgruppen auf Basis der neuen Fachzuordnung nach Angaben aus der lebenslangen Arztnummer (LANR) waren erst in den Daten zum zweiten Halbjahr 2008 möglich. Grundsätzlich erlaubt die LANR auch innerhalb einzelner Behandlungsfälle die Zuordnung von Einzelleistungen zu unterschiedlichen Ärzten. In 90% der Behandlungsfälle wurden alle Abrechnungsziffern eines Falles unter derselben Arztnummer abgerechnet, bei nur 10% der Fälle verteilten sich die Abrechnungsziffern auf mehrere Ärzte. Dem vorrangig behandelnden Arzt waren 95% aller dokumentierten EBM-Ziffern von Behandlungsfällen zuzuordnen. Wurden Leistungen von mehreren Ärzten erbracht, waren diese zudem überwiegend der gleichen Fachgruppe zuzuordnen. Ein wesentlicher Vorteil der neuen Fachgruppensystematik der LANR besteht in der Unterscheidung zwischen hausärztlich und fachärztlich niedergelassenen Ärzten. Im 3. und 4. Quartal 2008 ließen sich so knapp zwei Drittel aller Behandlungsfälle von Internisten der hausärztlichen Versorgung zuschreiben, auf die damit insgesamt 37% bzw. 35% der insgesamt erfassten Behandlungsfälle entfielen.

Kontakte zu unterschiedlichen Ärzten bzw. Arztpraxen: Aufgrund der ganzjährigen Verfügbarkeit und inhaltlicher Überlegungen beruhen Auswertungen zur Inanspruchnahme unterschiedlicher Ärzte auf Angaben zur "alten Arztnummer" bzw. zur neuen Betriebsstättennummer – von Interesse erscheinen eher Differenzierungen zwischen Praxen als Differenzierungen zwischen Ärzten innerhalb von Praxen.

Im Jahr 2008 beanspruchten 53% der Bevölkerung bzw. 57% aller Patienten (im Sinne von Personen mit mindestens einem Arztkontakt) Leistungen

aus vier oder mehr unterschiedlichen Arztpraxen beliebiger Fachdisziplinen. Beschränkt man die Zählung auf Kontakte zu vorrangig behandelnden Ärzten und schließt Abrechnungsfälle von Laborärzten, Pathologen, Radiologen und ähnlichen Gruppen aus, reduziert sich der Populationsanteil mit Kontakten in 4 oder mehr unterschiedlichen Praxen auf 38,4% der Bevölkerung bzw. 41,5% der Patienten. Der Anteil der Bevölkerung mit Kontakten zu höchstens zwei unterschiedlichen Praxen (im Sinne der alten Arztnummer bzw. der Betriebsstättennummer) innerhalb eines Jahres bildet mit 37,6% selbst bei eingeschränkter Berücksichtigung von Facharztgruppen eine Minderheit (vgl. Tabelle 12: S. 80), die im Vergleich zum Vorjahr weiter geschrumpft ist.

Ambulante Diagnosen – Bedeutung: Unverändert muss betont werden, dass Diagnoseangaben aus der ambulanten ärztlichen Versorgung aus wissenschaftlicher Sicht ein ausgesprochen relevantes Datensegment bilden. Mit Übermittlung der ambulanten Daten ab 2004 waren in Routinedaten von Krankenkassen erstmals 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. Mit der Einführung des direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs kommt den ambulanten Diagnosen zudem eine erhebliche Bedeutung bei der Verteilung finanzieller Ressourcen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung zu. Diagnosen aus dem Jahr 2008 werden die letztendlich für das Jahr 2009 zu ermittelnden Ausgleichszahlungen im Rahmen des Morbi-RSA maßgeblich mitbestimmen (wobei die endgültigen Ergebnisse allerdings erst in der zweiten Jahreshälfte 2010 vorliegen werden).

Ambulante Diagnosen – Umfang und Zahl: Der Umfang der ärztlich dokumentierten Diagnoseeinträge ist groß und steigt weiterhin. Während innerhalb des Jahres 2007 pro Kopf der Bevölkerung durchschnittlich 25,8 gültige ICD10-Diagnoseschlüssel erfasst wurden, waren es 2008 insgesamt 27,3 (inklusive redundanter Angaben, ggf. von unterschiedlichen Ärzten). Hochgerechnet auf die bundesdeutsche Bevölkerung entspricht dies der Erfassung von 2,2 Milliarden Diagnoseschlüssel.

Unterscheidbare Diagnosen– Multimorbidität: Beschränkt man die Differenzierung der Diagnosen auf die 3stellige ICD10-Ebene, finden sich innerhalb des Jahres 2008 pro Kopf der Bevölkerung im Mittel 11,7 unterschiedliche Diagnoseschlüssel (Vorjahr: 11,4). Nach Ausschluss der 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 9,6 unterschiedliche 3stellige ICD-Diagnoseangaben je Person (Vorjahr: 9,3). Während bei jüngeren Männern im Schnitt lediglich gut 4 Diagnosen erfasst werden, sind es in den oberen Altersgruppen im Durchschnitt innerhalb eines Jahres zum Teil durchschnittlich mehr als 17 unterschiedliche Diagnosen pro Kopf (vgl. Abbildung 22: S. 137 und Tabelle 30: S. 138).

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 innerhalb eines Jahres von welchen Diagnosen (oder Diagnosegruppen) betroffen sind.*** 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 werden. 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 primäre Dokumentationspraxis im Rahmen der ambulanten Versorgung gewährleistet, welche unter anderem auch eine wesentliche Basis für den direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich bildet.

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 Diagnosen aus 13 der 20 Kapitel aktuell jeweils mindestens 29% der Bevölkerung betreffen. Mehr als ein Viertel der Bevölkerung erhält innerhalb eines Jahres also beispielsweise (mindestens) eine Diagnose aus dem Kapitel 21 "Krankheiten des Muskel-Skelettsystems", dem Kapitel "Krankheiten des Atmungssystems" oder aus dem Kapitel "Psychische und Verhaltensstörungen" (vgl. Tabelle 14: S. 87). Eine Zunahme der altersstandardisierten Diagnoserate um mindestens einen Prozentpunkt, was hochgerechnet einem Anstieg der Betroffenenzahlen in Deutschland um etwa 800.000 Personen gleichkommt, zeigte sich von 2007 auf 2008 bei Diagnosen von Neubildungen (Kapitel II), bei Krankheiten der Haut (Kapitel XII) sowie im Kapitel XXI "Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen", aus dem Diagnoseschlüssel insbesondere im Zusammenhang mit Routineuntersuchungen und Impfungen vergeben werden. Eine Rolle dürften bei diesem Anstieg auch vermehrte Screening-Aktivitäten gespielt haben.

Erkrankungsraten nach Diagnosegruppen: Die mehr als 200 Diagnosegruppen der ICD10 bilden bereits eine wesentlich differenziertere Gliederungsebene von Erkrankungen und Zuständen. Selbst auf dieser Differenzierungs-

ebene betreffen Diagnoseschlüssel aus 26 der Diagnosegruppen jeweils noch mehr als 10% der Bevölkerung. Als Erkrankungsgruppen im engeren Sinne am häufigsten diagnostiziert wurden "Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens" (bei 36,1% der Bevölkerung), "Akute Infektionen der oberen Atemwege" (28,3%), "Hypertonie (Hochdruckkrankheit)" (26,1%), "Arthropathien" bzw. Gelenkerkrankungen (24,3%) sowie "Stoffwechselstörungen" (23,5%, vorrangig Harnsäure- und Fettstoffwechselstörungen, vgl. Tabelle 16: S. 97).

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 26,0% der Bevölkerung als Diagnose erfasst, eine "Essentielle Hypertonie" (I10), also ein Bluthochdruck ohne organische Ursache, wird bei 25,4% der Bevölkerung mindestens einmalig innerhalb eines Jahres dokumentiert, "Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler" bei 21,5% (H52, unterschiedliche Formen der Fehlsichtigkeit; vgl. Tabelle 17: S. 100).

Als Diagnosen im engeren Sinne folgen in absteigender Sortierung nach ihrer Häufigkeit "Lipidämien" mit 19,2% (E78; vorrangig Fettstoffwechselstörungen im Sinne einer Hypercholesterinämie) und "Akute Infektionen der oberen Atemwege" mit 17,2% (J06). Die am weitesten verbreiteten Diagnosen psychischer Erkrankungen bilden "Depressive Episoden" (F32) und "Somatoforme Störungen" (F45), von denen 8,6% bzw. 7,9% der Bevölkerung innerhalb eines Jahres betroffen sind, wobei die Diagnoseraten bei Frauen jeweils um mehr als den Faktor 2 über denen bei Männern liegen.

Früherkennungsuntersuchungen: Ausgesprochen häufig, nämlich bei 23,3% der Bevölkerung, wurde 2008 der ICD-Diagnoseschlüssel Z12 "Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen" dokumentiert. 2007 war dies erst bei 21,7% der Bevölkerung der Fall. Vor diesem Hintergrund befasst sich der Report in einem kurzen Abschnitt ergänzend auch mit der Häufigkeit der Dokumentation von EBM-Ziffern zur Abrechnung von Früherkennungsuntersu-

chungen, die differenziertere Aussagen über die Art der durchgeführten Untersuchungen erlauben (vgl. Abbildung 17: Seite 109 und folgende Abbildungen). Über die EBM-Ziffer 01730 werden "**Krebsfrüherkennungs-Untersuchung[en] bei der Frau**" und über die Ziffer 01731 "**Krebsfrüherkennungs-Untersuchung[en] beim Mann**" abgerechnet. Die Untersuchung bei Frauen ab 20 Jahren umfasst einen Cervix-Abstrich und ab einem Alter von 30 Jahren das Abtasten der Brust. Von der jährlich angebotenen Untersuchung dürften 2008 schätzungsweise 15,4 Mio. der insgesamt 37 Mio. weiblichen Versicherten in der GKV Gebrauch gemacht haben. Zur Untersuchung bei Männern ab 45 Jahren gehört das Abtasten der Prostata. Sie wurde von etwa 3,6 Mio. der insgesamt 33 Mio. männlichen GKV-Versicherten in Anspruch genommen. Der alle zwei Jahre durchführbare **Ceck-up 35** wurde 2008 nach den vorliegenden Ergebnissen von 10,6 Mio. GKV-Versicherten genutzt. Eine **Darmspiegelung** (totale Koloskopie) wurde 2008 im Sinne einer Screening-Untersuchung bei schätzungsweise 600 Tsd. GKV-Versicherten abgerechnet. Dem erst im Jahresverlauf 2008 flächendeckend implementierten **Mammographie-Screening** dürften sich innerhalb des Jahres knapp 2 Mio. Frauen mit Versicherung in der GKV unterzogen haben. Eine erst in der zweiten Jahreshälfte 2008 eingeführte Möglichkeit zur Screening-Untersuchung auf **Hautkrebs** nutzten im selben Jahr bereits ca. 2,3 Mio. GKV-Versicherte.

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 des Jahres 2008 bei 11,6% der Bevölkerung bzw. bei etwa 9,5 Mio. Personen in Deutschland diagnostiziert wurden (vgl. Tabelle 31: S. 140; Vorjahresergebnis 10,9%). 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 Rückenerkrankungen und -beschwerden (vgl. Tabelle 32: S. 141). Zum anderen werden 3fach-Kombinationen aus den Einzelkomponenten des sogenannten Metabolischen Syndroms gebildet (Übergewicht, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes).

Schwerpunkt: Erkrankungen und zukünftige Ausgaben

Den Anlass für die Wahl des Schwerpunktthemas liefert die Einführung des direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) zum Jahr 2009. Mit der Einführung des Morbi-RSA hängen die kassenseitig verfügbaren finanziellen Ressourcen in der Gesetzlichen Krankenversicherung erstmals maßgeblich von der dokumentierten Morbidität der Versicherten ab.

Rahmenbedingungen: Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen fließen seit 2009 in den neu geschaffenen Gesundheitsfonds. Aus dem Gesundheitsfonds werden die Gelder in Abhängigkeit von Erkrankungen und weiteren Versichertenmerkmalen wieder an die Krankenkassen verteilt. Vor dem Hintergrund der prospektiven Ausrichtung des Morbi-RSA hängen die morbiditätsabhängigen Zuweisungen für 2009 dabei letztendlich von den im Jahr 2008 dokumentierten Diagnosen ab. Sinngemäß erhalten Krankenkassen im Rahmen des Morbi-RSA die Mehrkosten erstattet, die nach den Ergebnissen von Modell-

rechnungen bei bestimmten Erkrankungen durchschnittlich im Folgejahr 2009 zu erwarten sind (grundlegende Erläuterungen finden sich im Report im Kapitel 4.1 ab Seite 142).

Schwerpunkt: Im Rahmen des Schwerpunktkapitels werden vorrangig Versicherte mit einer Zuordnung zu drei exemplarisch ausgewählten Erkrankungen bzw. Morbiditätsgruppen näher betrachtet, für die gesetzliche Krankenkassen seit 2009 Zuschläge im Rahmen des Morbi-RSA erhalten. Ausgewählt wurden Versicherte mit **Diabetes mellitus**, Versicherte mit **"Depressionen und wahnhaften Störungen"** sowie Versicherte mit **"Herzinsuffizienz"**. Die beiden letztgenannten Erkrankungsgruppen bilden dabei jeweils eine hierarchisierte Morbiditätsgruppe (**HMG**), für die im Morbi-RSA innerhalb eines Jahres jeweils ein einheitlicher tagesbezogener Zuschlag ermittelt und für betroffene Versicherte an die Kassen gezahlt wird. Die Erkrankung Diabetes wird im Morbi-RSA 2009 differenzierter in insgesamt sechs unterschiedlichen HMGs berücksichtigt.

Allgemeine Entwicklung der RSA-relevanten Morbidität: Für die Berechnung der ersten vorläufigen Abschlagszahlungen im Rahmen des Morbi-RSA wurde auf Diagnoseangaben aus dem Jahr 2006 zurückgegriffen². Zwischenzeitlich liegen Diagnoseangaben zum Jahr 2008 vor, welche die Basis für die Berechnungen der endgültigen morbiditätsbezogenen Ausgleichszahlungen mit Feststellung bis Ende 2010 bilden werden.

Insgesamt lässt sich **zwischen 2006 und 2008** bei altersstandardisierten Auswertungen ein weitgehend stetiger **Anstieg der Morbi-RSA-relevanten Morbidität** feststellen. Die durchschnittliche Anzahl von zugeordneten zuschlagsrelevanten HMGs stieg von 0,80 je Person im Jahr 2006 über 0,84 im

² Die Ergebnisse wurden in der "1. Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds" am 14.11.2008 vom Bundesversicherungsamt (BVA) veröffentlicht und sind auf den Internetseiten des BVA verfügbar.

Jahr 2007 auf 0,87 im Jahr 2008. Dies entspricht einer demografie-unabhängigen relativen Gesamtzunahme der Anzahl von HMG-Zuordnungen von 8,2%. Leicht überproportional dürfte dabei insgesamt betrachtet die Häufigkeit "teurerer" HMGs zugenommen haben: Berücksichtigt man in allen Jahren (fiktiv) identische HMG-bezogene Zuschläge, ergibt sich rechnerisch eine Gesamtzunahme des morbiditätsbezogenen Zuschlagsvolumens um 9,3%. Resümierend lässt sich feststellen, dass Morbi-RSA-relevante Diagnosen nach diesen (altersbereinigten) Ergebnissen zwischen 2006 und 2008 zunehmend häufiger dokumentiert wurden. Die Zunahme von 2007 auf 2008 bewegt sich dabei allerdings in einer vergleichbaren Größenordnung wie die von 2006 auf 2007 und stellt damit eher die Fortsetzung eines allgemeinen Trends dar, von einer grundlegenden Änderungen der Morbiditätserfassung im Rahmen der intensiveren Diskussion des Morbi-RSA kann auf Basis dieser übergreifenden Ergebnisse bis zum Jahr 2008 nicht gesprochen werden.

Diabetes mellitus (HMG 15 bis 20)

Abgrenzung: Die Zuckerkrankheit bzw. der Diabetes mellitus ist eine von 80 ausgleichsrelevanten Krankheiten im Morbi-RSA und wird sehr umfassend berücksichtigt. Insgesamt fließen in die Modellrechnungen des Morbi-RSA zum Ausgleichsjahr 2009 sechs HMGs zu Erkrankungsformen und expliziten Folgen des Diabetes ein (HMG 15 bis HMG 20), wobei die HMGs 15 bis 19 eine absteigende Hierarchie bilden, aus der jeweils nur die "teuerste" Zuordnung zur Ermittlung von Zuschlägen berücksichtigt wird. Mit der HMG 20 "Typ I Diabetes mellitus" sollen, unabhängig vom Schweregrad sowie von expliziten Folgeerkrankungen, ergänzende Zuschläge für einen Typ I Diabetes im Vergleich zum Typ II erfasst werden.

Häufigkeit: Während jüngere Versicherte nur zu marginalen Teilen einer der Diabetes-HMGs zugeordnet werden, waren 2008 im Alter zwischen 75 bis unter 90 Jahren mehr als ein Viertel der männlichen Versicherten betroffen (vgl. Abbildung 23: S.151). Bei Frauen lassen sich vergleichbar hohe Werte

nach Vollendung des 80. Lebensjahres beobachten (vgl. Abbildung 24: S.152). Insgesamt dürften nach Hochrechnung der vorliegenden Ergebnisse zu Diagnosen im Jahr 2008 schätzungsweise für etwa **5 Mio. der 70 Mio. GKV-Versicherten** ein Diabetes-bezogener HMG-Zuschlag fällig werden, was einem **Anteil von 7,1%** an allen GKV-Versicherten entspricht. Legt man die aktuellsten Berechnungsergebnisse des BVA zu jahresbezogenen Zuschlägen für die HMGs 15 bis 20 zugrunde³, dürften für 2008 von Diabetes-HMGs betroffene Versicherte der GKV erkrankungsbezogene Ausgleichszahlungen im Jahr 2009 in Höhe von insgesamt etwa **5,9 Mrd. Euro** gezahlt werden.

Trend: Die Häufigkeit von Zuordnungen zu Diabetes-HMGs ist altersbereinigt **von 2006 bis 2008** insgesamt lediglich **um 5% gestiegen**. Die deutlichste Zunahme im Verhältnis zum Ausgangswert findet sich mit einer Steigerung um 19% im Hinblick auf die "teuerste", aber insgesamt eher selten erfasste HMG 15 "Diabetes mit renalen Manifestationen". Der unabhängig davon zu beobachtende Rückgang der Typ-I-Diabetes-Zuordnung um 3% könnte aus einer rückläufigen Fehlkodierung von Typ-II-Fällen als Typ-I im Rahmen der ambulanten Versorgung resultieren.

Bedarfe: Der Morbi-RSA verfolgt ganz allgemein keinesfalls das Ziel, alle individuell bei einzelnen Versicherten anfallenden Ausgaben auszugleichen (vgl. Erläuterungen auf Seite 155). Mit gewissen Einschränkungen werden sinngemäß lediglich durchschnittliche Ausgaben für unterschiedlich definierte Gruppen von Versicherten ausgeglichen, die u.a. auf der Basis von bestimmten Morbiditätsangaben aus dem Vorjahr erwartet werden können.

Trotz dieser durchschnittlich bzw. gruppenbezogenen adäquaten Zuschläge kann es bei einzelnen Versicherten selbstverständlich zu erheblichen Abweichungen zwischen realen Ausgaben und Erstattungen kommen. Teilt man Ver-

³ Vgl. „3. Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds“ des BVA vom 30.09.2009, mit Anlagen im Internet verfügbar unter www.bva.de

sicherte mit Diabetes-HMG nach der Höhe der real erfassten Ausgaben 2008 in zehn gleichgroße Subgruppen, lassen sich für die kostengünstigste Subgruppe lediglich Ausgaben in Höhe von insgesamt gut 300 Euro in den berücksichtigten Leistungsbereichen ermitteln. Demgegenüber lagen die Ausgaben in der teuersten Subgruppe bei mehr als 24.000 Euro.

Erstattungen: Da für die hier betrachteten Versicherten unterschiedliche Diabetes-HMG-Zuschläge und insbesondere auch unterschiedliche Zuschläge für weitere Erkrankungen sowie in Abhängigkeit vom Alter und Geschlecht anfallen, variieren auch die Erstattungen in den Subgruppen zwischen knapp 2.500 und gut 9.000 Euro. Die Erstattungsunterschiede können die beobachteten Ausgabendifferenzen zwischen den Subgruppen damit allerdings nur sehr partiell ausgleichen. Für etwa 7/10 der Versicherten liegen die Erstattungen über den realen Ausgaben, für etwa 1/10 entsprechen Erstattungen weitgehend den Ausgaben und bei 2/10 liegen reale Ausgaben über den Erstattungen, wobei gravierende Differenzen insbesondere bei den 10% teuersten Versicherten beobachtet werden. Noch größer würden die geschilderten Differenzen nach den Ergebnissen ergänzender Berechnungen zweifellos ausfallen, wenn die Morbidität unberücksichtigt bliebe (vgl. Abbildung 26: s.157).

Morbidität: Um morbiditätsbedingte Ursachen für finanzielle Unterdeckungen innerhalb der Gruppe von Versicherten mit Diabetes-Zuschlägen inhaltlich näher eingrenzen zu können, wurden Veränderungen der Morbidität von 2007 auf 2008 in der Teilgruppe von Personen mit einer Überdeckung derjenigen Veränderungen in der Teilgruppe mit einer Unterdeckung der Ausgaben gegenübergestellt. Dabei lagen die Diagnoseraten aus einzelnen Diagnosekapiteln der ICD10 bereits im Jahr 2007, also im Jahr der HMG-Zuordnung, in der Gruppe mit einer Unterdeckung von nachfolgenden Ausgaben durch die Morbi-RSA-Zuschläge höher als in der Gruppe mit einer Überdeckung. Entsprechende Differenzen werden durch die unterschiedliche Veränderung der Diagnoseraten in den beiden Teilgruppen von 2007 bis 2008 noch erheblich verstärkt (vgl.

Tabelle 34: S.163). Ein relevanter Teil der Unterdeckung dürfte sich demnach auf Erkrankungen zurückführen lassen, die im Jahr 2007 noch nicht erfasst waren und in einem prospektiv ausgerichteten Risikostrukturausgleich insofern grundsätzlich nicht abgebildet werden können. Für diese Annahme sprechen auch Veränderungen hinsichtlich der Anzahl zuschlagsfähiger HMGs: Während in der "teuren" Teilgruppe mit Unterdeckung die Zahl der HMGs von durchschnittlich 3,8 im Jahr 2007 auf 4,9 HMGs im Jahr 2008 stieg, sank sie in der "günstigen" Teilgruppe mit Überdeckung leicht von durchschnittlich 3,3 auf 3,1.

Depressionen und wahnhafte Störungen (HMG 58)

Abgrenzung: Für eine Zuordnung zur HMG 58 können im Morbi-RSA 2009 insgesamt 24 unterschiedliche ICD10-Diagnosen verantwortlich sein. Ein überwiegender Teil der Zuordnungen erfolgt auf Basis der relativ unspezifischen Diagnose F32.9 "Depressive Episode, nicht näher bezeichnet", wahnhafte Störungen spielen nur eine marginale Rolle.

Häufigkeit und Trend: Die HMG 58 "Depressionen" belegt 2008 unter allen HMGs, gemessen an der Zuordnungshäufigkeit, den Rang 2. Nach Hochrechnungen von GEK-Daten dürften **im Jahr 2008 etwa 6,6% der 70 Mio. GKV-Versicherten** der HMG 58 zugeordnet werden, was etwa 4,6 Millionen Versicherten entspricht. Legt man die aktuellen Berechnungsergebnisse des BVA zu jahresbezogenen Zuschlägen für eine HMG 58 von 877 Euro zugrunde (vgl. Fußnote S. 23), dürften für im Jahr 2008 betroffene Versicherte der GKV erkrankungsbezogene Ausgleichszahlungen im Jahr 2009 in Höhe von insgesamt etwa **4,1 Mrd. Euro** gezahlt werden (nur von der HMG 91 "Hypertonie" waren 2008 mit einem Anteil von schätzungsweise knapp 15% noch mehr Versicherte der GKV betroffen, für die erkrankungsbezogene Ausgleichszahlungen in Höhe von ca. 4,2 Mrd. Euro anfallen dürften). Frauen sind mit einem bevölkerungsbezogenen Anteil von 9,1% mehr als doppelt so häufig wie Männer mit einem Anteil von 3,8% von einer Zuordnung zur HMG „Depressionen“ betroffen. Seit

2006 ist die **Zahl der Betroffenen** insgesamt leicht überdurchschnittlich **um 9,1% gestiegen** (nach einheitlich altersstandardisierten Ergebnissen, vgl. S. 167). Die Zuordnungsrate steigt weitgehend stetig, und in allen Jahren gleichartig, mit dem Alter (vgl. Abbildung 28: Seite 166). Im Hochbetagtenalter werden etwa 10% der Männer und 20% der Frauen der HMG 58 zugeordnet.

Bedarfe und Erstattungen: Auch in der Gruppe mit HMG 58-Zuordnung 2007 finden sich Versicherte mit erheblich unterschiedlichen Ausgaben im Folgejahr. Teilt man die Gruppe nach den 2008 angefallenen Ausgaben in 10 gleichgroße Subgruppen, finden sich in der günstigsten Gruppe Versicherte, die mit weniger als 200 Euro erheblich unterdurchschnittliche jährliche Ausgaben im Hinblick auf die hier berücksichtigten RSA-relevanten Leistungsbereiche aufweisen. Die Ausgaben in der teuersten Gruppe liegen demgegenüber mit durchschnittlich mehr als 19.000 Euro im Jahr um etwa den Faktor 10 höher (vgl. Abbildung 29: Seite 168). Die erwarteten Zahlungen in den 10 Gruppen variieren demgegenüber nur um weniger als den Faktor 4 zwischen knapp 2.000 Euro und gut 7.000 Euro je Person, womit die real beobachteten Variationen nur partiell abgedeckt werden. Noch geringer wäre die Abdeckung auch in diesen Gruppen bei nicht-morbiditätsadjustierten Zahlungen.

Morbidität: Während sich in der Teilgruppe mit Überdeckung der Ausgaben in nahezu allen Diagnosekapiteln leicht rückläufige Diagnoseraten von 2007 auf 2008 finden, zeigen sich auch bei Versicherten mit Depressionen in der Teilgruppe mit Unterdeckung nahezu durchgängig Anstiege der Diagnoseraten in unterschiedlichen ICD10-Diagnosekapiteln. Die stärksten Anstiege imponieren mit 6,1 bzw. 6,6 Prozentpunkten im Hinblick auf "Verletzungen" (Kapitel XIX) sowie "Krankheiten des Blutes" (Kapitel III). Während die Anzahl schlagfähiger HMGs in der Teilgruppe mit Unterdeckung von 2,9 im Jahr 2007 auf durchschnittlich 3,4 HMGs im Jahr 2008 stieg, sank sie in der Teilgruppe mit Überdeckung von 2,7 auf 2,3.

Herzinsuffizienz (HMG 80)

Abgrenzung: Der Begriff Herzinsuffizienz bezeichnet allgemein eine eingeschränkte bzw. ungenügende Pumpfunktion des Herzens, die vielfältige Ursachen haben kann. Die hier näher betrachtete hierarchisierte Morbiditätsgruppe "Herzinsuffizienz" (HMG 80) als letztendlich Zuschlag-relevante Gruppe bildet dabei eine umfassende Diagnosezusammenstellung, der im Morbi-RSA 2009 insgesamt 53 unterschiedliche ICD10-Diagnoseschlüssel zugeordnet sind. Von den selektionsrelevanten ICD10-Diagnosen wird der unspezifische Schlüssel I50.9 "Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet" mit Abstand am häufigsten erfasst.

Häufigkeit und Trend: Auch die HMG 80 zählt zu den zahlenmäßig relevanten Morbiditätsgruppen. Nach Hochrechnungen von GEK-Daten dürften im Jahr **2008 etwa 2,8% aller GKV-Versicherten bzw. etwa 2,0 Millionen Personen** der HMG 80 "Herzinsuffizienz" zugeordnet werden können, darunter etwa 0,8 Mio. Männer und 1,2 Mio. Frauen. Legt man aktuelle Berechnungsergebnisse des BVA zu jahresbezogenen Zuschlägen für eine HMG 80 von 1.178 Euro zugrunde (vgl. Fußnote S. 23), dürften für betroffene Versicherte der GKV erkrankungsbezogene Ausgleichszahlungen in Höhe von insgesamt gut **2,3 Mrd. Euro** gezahlt werden. Die Zuordnungshäufigkeit hat sich im Vergleich zu 2006 insgesamt kaum verändert. Während unter Männern altersstandardisiert ein Zuwachs um 3% zu verzeichnen ist, ergibt sich für Frauen ein Rückgang um 4%. Die Häufigkeit einer HMG 80 Zuordnung ist ausgesprochen altersabhängig. In weiten Bereichen zeigt sich mit zunehmendem Alter ein nahezu exponentieller Anstieg. Während Zuordnungen vor Vollendung des 40. Lebensjahres kaum mehr als ein Promille der Versicherten betreffen, wurden 2008 in der Altersgruppe ab 90 Jahre 32% der Männer und 35% der Frauen der hierarchisierten Morbiditätsgruppe "Herzinsuffizienz" zugeordnet (vgl. Abbildung 31: S. 174 sowie Abbildung 32: S.175). Entsprechend dürften die Krankenkassen also für etwa ein Drittel aller Versicherten ab 90 Jahre erkrankungsbezogene Zuschläge im Sinne der HMG 80 "Herzinsuffizienz" erhalten.

Bedarfe und Erstattungen: Die Ausgaben im Jahr 2008 streuen auch bei Versicherten mit HMG 80 Zuordnung erheblich. Während sich in der Gruppe von 10% Versicherten mit den geringsten Ausgaben 2008 durchschnittliche Ausgaben in Höhe von knapp 500 Euro ermitteln lassen, lagen diese in der ausgabenintensivsten Gruppe bei durchschnittlich mehr als 37.000 Euro (Abbildung 33: Seite 177). Die kalkulierten Zuschläge in den 10 Gruppen variieren demgegenüber lediglich zwischen etwa 3.700 Euro und knapp 13.000 Euro je Person. Auch in diesen Gruppen wären Zuschläge, die sich aus Modellrechnungen auf alleiniger Basis von Informationen zu Geschlechts- und Altersgruppen sowie zu Erwerbsminderungsgruppen ergeben würden, noch deutlich weniger geeignet, die individuell unterschiedlichen Bedarfe adäquat zu decken (vgl. Abbildung 31: S. 174).

Morbidität: Auch bei Auswertungen zu Morbiditätsveränderungen von 2007 auf 2008 bei Versicherten mit Herzinsuffizienz zeigen sich in der Teilgruppe von Personen mit *Überdeckung* eher rückläufige Diagnoseraten in einzelnen Diagnosekapiteln, während sich in der Teilgruppe mit einer *Unterdeckung* der Ausgaben zumeist Anstiege darstellen lassen (vgl. Tabelle 38: zweite und letzte Ergebnisspalte). Die deutlichsten Anstiege der Diagnoseraten finden sich in der Teilgruppe mit Unterdeckung, analog zu den Ergebnissen bei den anderen HMG-Gruppen, mit 7,7 bzw. 8,8 Prozentpunkten im Hinblick auf "Verletzungen" (Kapitel XIX) und "Krankheiten des Blutes" (Kapitel III) sowie hier zusätzlich auch bei Infektionen (Kapitel I). Die Anzahl zuschlagsfähiger HMGs stieg in der Teilgruppe mit Unterdeckung von 4,8 im Jahr 2007 auf durchschnittlich 5,8 HMGs im Jahr 2008. In der Teilgruppe mit Überdeckung sank ihre Zahl demgegenüber von 4,2 auf 3,6 HMGs.

Resümee

Ziel des Morbi-RSA ist es, einen finanziellen Ausgleich zwischen Krankenkassen in Abhängigkeit vom Gesundheitszustand ihrer Versicherten zu schaffen und Anreize für eine Risikoselektion zu minimieren: Eine Krankenkasse soll

nicht ausschließlich deshalb geringe Beitragssätze anbieten können, weil sie überproportional viele Gesunde versichert, während andere Kassen mit verhältnismäßig vielen chronisch Erkrankten eine ausreichende Versorgung nur über hohe Beiträge gewährleisten können. Insofern dient der Risikostrukturausgleich in erster Linie dazu, Disparitäten der Versichertenstruktur zwischen den Krankenkassen bzw. daraus resultierende Beitragsunterschiede zumindest partiell auszugleichen und so notwendige Rahmenbedingungen für einen Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen zu schaffen.

In den hier ausgewerteten Daten bis Ende 2008 lässt sich altersbereinigt, also unabhängig von demografischen Veränderungen, eine Zunahme der im Morbi-RSA berücksichtigten Morbidität aufzeigen, die – zumindest überwiegend – einer allgemeinen Zunahme der Dokumentationsdichte zuzuschreiben sein dürfte. Belege für grundlegende Änderungen des Kodierverhaltens durch die Einführung des Morbi-RSA lassen sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht nachweisen. Innerhalb der jetzt näher betrachteten hierarchisierten Morbiditätsgruppen finden sich Versicherte mit sehr unterschiedlichen Ausgaben – auch der Morbi-RSA gleicht also nur einen gewissen Teil realer Ausgabenunterschiede bei einzelnen Versicherten aus. Ein vollständiger Ausgleich aller Ausgaben würde, wie auch ein gänzlich fehlender Ausgleich, einen sinnvollen Wettbewerb zwischen unterschiedlichen Krankenkassen weitgehend unmöglich machen, bei dem es vorrangig, wenn auch nicht ausschließlich, darum gehen muss, für Versicherte in unterschiedlichen Erkrankungssituationen eine adäquate Versorgung zu angemessenen Preisen sicherzustellen. An welchen Stellen ein finanzieller Ausgleich zwischen Krankenkassen vor diesem Hintergrund eher ausgebaut oder zurückgenommen werden sollte, wird ein immer neu zu diskutierendes Thema bleiben.

Arbeitsunfähigkeiten

Arbeitsunfähigkeit: Weiterer Anstieg der Fehlzeiten von 2007 auf 2008

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. 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 waren die Fehlzeiten erneut zurückgegangen und erreichten einen historischen Tiefstand (vgl. Abbildung 35: S. 185). Im Jahr 2008 sind die Fehlzeiten, wie bereits im Vorjahr, merklich angestiegen. War eine Erwerbsperson im Jahr 2006 durchschnittlich nur 12,9 Tage krankgemeldet, so waren es 2008, also zwei Jahre später, 14,2 Tage und damit 10,1% mehr (vgl. auch Tabelle 40: S. 186).

Arbeits- und Wegeunfälle: Leicht gestiegene Fehlzeiten

Insgesamt zeichnete sich in den vergangenen Jahren ein Rückgang der Häufigkeit von Arbeits- und Wegeunfällen ab. Die Fallzahlen für 2008 liegen mit 47 Ereignissen je 1000 Versicherungsjahre leicht über dem Vorjahresniveau. 4,1% aller Arbeitsunfähigkeitsfälle standen 2008 im Zusammenhang mit Arbeits- und Wegeunfällen. Sie waren für 957 AU-Tage je 1.000 VJ, entsprechend einem Anteil von 6,7% an den insgesamt gemeldeten Fehlzeiten, verantwortlich. Im Mittel war eine Erwerbsperson 2008 durchschnittlich 0,96 Tage, also knapp einen Tag des Jahres, wegen eines Arbeits- oder Wegeunfalls arbeitsunfähig gemeldet (vgl. Tabelle 44: S. 206). Innerhalb des Jahres 2007 waren es demgegenüber 0,89 Tage.

Unverändert imponieren die extremen berufsgruppenbezogenen Unterschiede bei der Häufigkeit und Dauer von Arbeits- und Wegeunfällen (vgl. Abbildung 50: S. 212). So ereignen sich bei Tischlern und in vergleichbaren handwerklichen Berufen bzw. in den Berufsgruppe mit den höchsten Risiken etwa zehn mal mehr Unfälle als bei Beschäftigten mit "sicheren" Berufen.

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 eine Vielzahl von Informationen, die wichtige Erkenntnisse zum Gesundheitszustand der Bevölkerung bzw. zum Leistungsgeschehen und damit auch zur Therapiebewertung liefern können. Seit 2009 haben Diagnosen aus der ambulanten und stationären Versorgung sowie Angaben zu Arzneiverordnungen (aus dem Jahr 2008) über den direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) auch Einfluss auf den Finanzausgleich zwischen den Kassen in der GKV.

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 2008 bei der GEK versichert waren. Für den Monat Dezember 2008 waren Angaben zu 1,69 Mio. Personen mit aktueller Krankenversicherung in den Daten der GEK erfasst. Somit lagen für das Auswertungsjahr 2007 gesundheitsrelevante Informationen zu gut 2% 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.

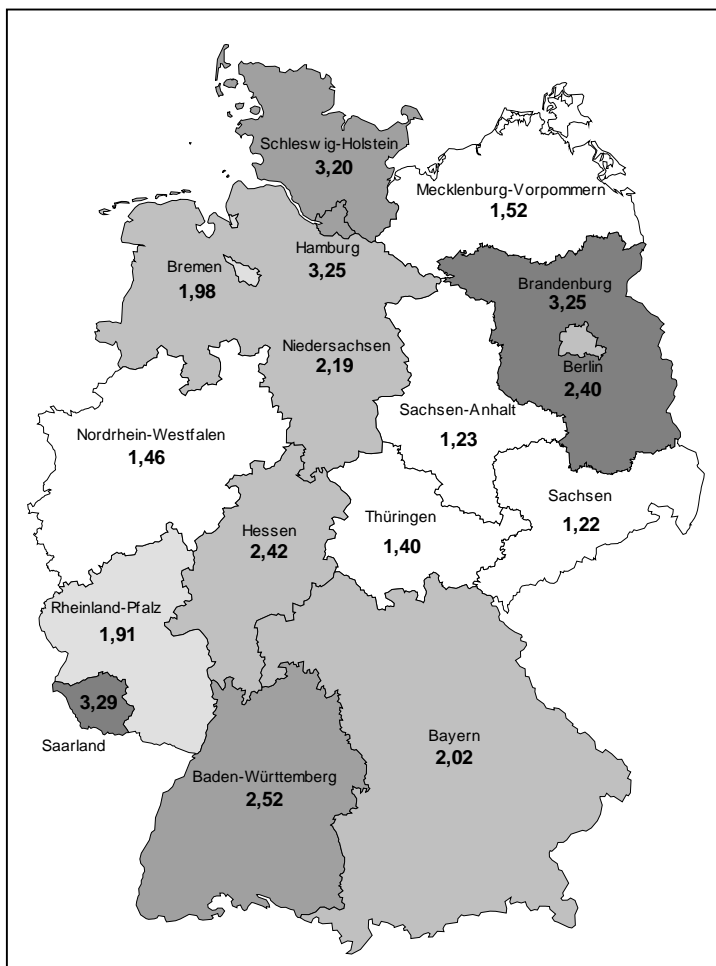


Abbildung 1: Anteil GEK-Versicherte in der Bevölkerung (%)
nach Bundesländern 2008

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 August 2009 für die fünf Jahre 2004 bis 2008 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 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 vor 2004 in Daten einer Krankenkasse oftmals erst im Falle einer stationären Behandlung verfügbar waren, stehen auch bei einer Diagnose im Rahmen einer ambulanten Behandlung und damit zu einem größeren Teil der real betroffenen Versicherten zur Verfügung.

- Erkrankungsspezifische Behandlungsverläufe werden durch die ambulanten Daten sowohl im Hinblick auf betroffene Bevölkerungsgruppen als auch im Hinblick auf die Behandlungsbereiche vollständiger darstellbar.

Der BARMER GEK Report versucht, einen systematischen allgemeinen Überblick zum ambulanten kassenärztlichen Versorgungsgeschehen zu liefern.

Art und Struktur der gelieferten Daten bis 2007

Ab dem Jahr 2004 werden von den KVen an die Krankenkassen versichertenbezogen 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, die vor der Einführung von EDV-Verfahren zur Abrechnung von Behandlungsfällen von den Ärzten bei den KVen eingereicht wurden:

*Alle Behandlungen eines Patienten bei einem bestimmten Arzt (oder in einer Arztpraxis) 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 Behandlungsfallebene wird – neben der Kennung des Patienten sowie der Kennung des behandelnden Arztes bzw. der Arztpraxis – 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 optio-

nal zu jeder Diagnose eine Seitenlokalisation (links, rechts oder beidseits) sowie 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 bislang bei identischen Punktwerten 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 Hinter-

grund 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 Honorarzahungen 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.

Ab dem Abrechnungsjahr 2009 dürften sich die Bedingungen zur Ermittlung von versichertenbezogen angefallenen Ausgaben merklich bessern, da in diesem Jahr, zumindest vorrangig, auch in der realen ärztlichen Vergütung ein einheitlicher Punktwert von 3,5 Cent (genauer: 3,5001 Cent) für ärztlich erbrachte Leistungen im Sinne von EBM-Ziffern gilt.

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

Bezeichnung	Anmerkung
Abrechnungsfälle, Behandlungsfälle	Alle Behandlungen eines Patienten bei einem Arzt (bzw. in einer Arztpraxis) innerhalb eines Quartals bilden typischerweise genau einen Abrechnungsfall.
Anteil Versicherte mit Arztkontakt	Anteil der Versicherten mit mindestens einer Abrechnungsziffer innerhalb eines definierten Zeitraums (z.B. Quartal o. Kalenderjahr).
Arztkontakte (vgl. Abschnitt zu Veränderungen ab 2008!)	Differenzierbare Tagesdatumsangaben bei der Dokumentation von Einzelleistungen, also primär zunächst Leistungserbringungen an unterschiedlichen Tagen und/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 unterschiedlicher gültiger Diagnoseschlüssel auf einer ausgewählten Differenzierungsebene in einem definierten Zeitraum (z.B. unterscheidbare ICD10-Schlüssel 3stellig im Kalenderjahr).
Anzahl dokumentierte Einzelleistungen	Anzahl der primär fallbezogen dokumentierten Abrechnungsschlüssel im Sinne dokumentierter 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).
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).
Behandlungsaufwendungen, Kosten	Kalkulierte Behandlungsaufwendungen unter Annahme eines bestimmten Punktwertes = (primär ausgewiesene Geldbeträge + [Punktsumme * angenommener Punktwert]).

Veränderungen der gelieferten Daten ab 2008

Im Jahr 2008 sind die gelieferten Daten von zwei maßgeblichen Veränderungen betroffen. Zum einen wurden Abrechnungsmodalitäten im EBM zu Jahresbeginn erheblich verändert, zum anderen ergeben sich einige Änderungen in den Daten durch die Einführung der lebenslangen Arztnummer sowie der Betriebsstättennummer ab dem 2. Halbjahr 2008. Schließlich wirkt sich ab dem 4. Quartal auch noch die Direktabrechnung von Laborgemeinschaften auf die Datenerhebung aus.

Veränderungen im EBM 2008

Versichertenpauschale der haus- und kinderärztlichen Versorgung

Für die hausärztliche Versorgung wurden ab 01. Januar 2008 so genannte Versichertenpauschalen eingeführt. Die Versichertenpauschalen sind nur einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig und setzen mindestens einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt voraus. Bei mehreren Kontakten im Behandlungsfall können sie nicht erneut abgerechnet werden. Mit der Pauschale werden die im Rahmen der hausärztlichen Versorgung (ggf. auch bei mehreren Kontakten) üblicherweise erbrachten Leistungen vergütet, einschließlich Betreuungs-, Koordinations- und Dokumentationsleistungen sowie bestimmte Leistungen aus den arztgruppenübergreifenden Kapiteln 1 und 2 des EBM. Die Versichertenpauschale ist je nach Alter des Patienten und Art der Inanspruchnahme zu wählen (Inanspruchnahme direkt, auf hausärztliche Überweisung oder im Vertretungsfall, unvorhergesehen). Darüber hinaus können ggf. ein Chronikerzuschlag, ein Qualitätszuschlag Psychosomatik sowie bestimmte Einzelleistungen bzw. Komplexe für besonders förderungswürdige Leistungen abgerechnet werden.

Grundpauschale der fachärztlichen Versorgung

Auch die so genannten Grundpauschalen für einzelne Facharztgruppen sind nur einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig und setzen mindestens einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen der Regelversorgung voraus. Sie umfassen eine Laborgrundgebühr, Ordinationskomplexe, weitere Arzt-

Patienten-Kontakte (Konsultationskomplexe), Gesprächs- und Beratungsleistungen sowie Berichte und Briefe, die vor 2008 auch separat im Rahmen eines Behandlungsfalles abgerechnet werden konnten. ***Auch für die fachärztliche Versorgung gilt damit ab dem 1. Januar 2008, dass nicht jeder Arztkontakt zur Dokumentation einer separat dokumentierten Abrechnungsziffer führt.***

Lebenslange Arztnummer und Betriebsstättennummer

Seit dem 3. Quartal 2008 wird bei der Abrechnung kassenärztlicher Leistungen die "Lebenslange Arztnummer" (***LANR***) verwendet, die den an der Versorgung teilnehmenden Arzt bundesweit eindeutig und zeitlich konstant kennzeichnet⁴. Die lebenslange Kennung im engeren Sinne bilden dabei die ersten sechs Ziffern der neunstelligen Nummer. Die siebte Ziffer ist lediglich eine Prüfziffer, die aus den ersten sechs Ziffern errechnet werden kann. Die letzten beiden Ziffern dienen zur Kennzeichnung der Facharztgruppe und sind dabei ggf. auch veränderlich. Die für die LANR vorgeschriebene Fachgruppenkodierung weicht von der bis zum 2. Quartal 2008 verwendeten Kodierung ab. Als wesentliche Neuerung bietet sie u.a. Differenzierungsmöglichkeiten zwischen hausärztlich und fachärztlich niedergelassenen Internisten. Jede kassenärztlich abgerechnete Leistung muss in den Abrechnungsdaten einer einzelnen, arzt-spezifischen LARN zugeordnet werden. Hinweise auf die zuständige kassenärztliche Vereinigung sind in der LANR nicht enthalten.

Die ebenfalls neue, neunstellige Betriebsstättennummer (***BSNR***) bezeichnet den Ort der Leistungserbringung, also im Regelfall eine bestimmte Arztpraxis. Sie muss bei der zu Abrechnung jedes Behandlungsfalles mit der zuständigen kassenärztlichen Vereinigung angegeben werden. Bundeseinheitlich vorgeschrieben ist lediglich, dass die ersten beiden Ziffern den KV-Landes- oder Bezirksstellenschlüssel der KV enthalten, die für die Praxis bzw. Betriebsstätte zuständig ist. Durch die Vergabe der verbleibenden sieben Ziffern innerhalb

⁴ Vgl. Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Absatz 7 SGB V zur Vergabe der Arzt- und Betriebsstättennummern.

einer KV muss gewährleistet sein, dass eine Betriebsstätte eindeutig gekennzeichnet ist. Wie dies gehandhabt wird, obliegt der regional zuständigen KV. 16 der insgesamt 17 regionalen KVen haben im 3. Quartal 2008 als Betriebsstättennummer, zumindest im Regelfall, die ersten sieben Ziffern der bisherigen "alten Arztnummer" übernommen, bei der die ersten beiden Ziffern, wie vorgeschrieben, auch in zurückliegenden Jahren die zuständige KV kennzeichneten. Durch die Übernahme der alten Arztnummern als Betriebsstättennummern ist es mit geringen Einschränkungen möglich, auch auf die zuvor verwendeten Fachgruppenzuordnungen zuzugreifen, die in der dritten und vierten Stelle der alten Arztnummer enthalten waren. Lediglich von der KV Thüringen wurde eine eigenständige Systematik zur Vergabe der Betriebsstättennummer gewählt, womit in dieser KV ab dem 3. Quartal 2008 aus der Betriebsstättennummer keine Rückschlüsse auf die vorausgehende Fachgruppenzuordnung der Arztpraxen möglich sind.

Direktabrechnung durch Laborgemeinschaften ab dem 4. Quartal 2008

Ab dem 1. Oktober 2008 wurde die Direktabrechnung für Laborgemeinschaften mit den Kassenärztlichen Vereinigungen eingeführt. Während zuvor Laborleistungen von niedergelassenen Ärzten oftmals bei externen Laboren in Auftrag gegeben und anschließend von ihnen selbst mit der KV abgerechnet wurden, sollen Laborgemeinschaften seit der Umstellung die bei ihnen angeforderten Leistungen vorrangig direkt mit der für sie zuständigen KV abrechnen. Durch die Regelung sollen so genannte Kick-back-Modelle vermieden werden⁵, bei denen in zurückliegenden Jahren den niedergelassenen Ärzten von den Labordienstleistern Mengenrabatte für Laborleistungen mit Preisen unterhalb der durch der KV erstatteten Honorare angeboten wurden. Damit konnten Ärzte insbesondere von der Beauftragung vieler Laborleistungen profitieren, eine Beschränkung auf notwendige Leistungen wurde finanziell eher bestraft als gefördert.

⁵ Vgl. *Deutsches Ärzteblatt* (2008), Jg. 105, Heft 31-32, A1654-5

Als Nebeneffekt der Direktabrechnung von Laborgemeinschaften ist grundsätzlich (und selbst bei rückläufigen Laborleistungen) **mit einer Steigerung der Anzahl von abgerechneten Behandlungsfällen im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung zu rechnen**: Während eine Laborleistung bei Abrechnung durch den beauftragenden Arzt vor dem 4. Quartal 2008 immer im Rahmen eines ohnehin gemeldeten Behandlungsfalls abgerechnet wurde, führt sie bei der jetzt angestrebten Direktabrechnung durch das Labor zwangsläufig zu einem zusätzlichen Abrechnungsfall, den das Labor an die KV melden muss.

Umfang der Daten

Die hier präsentierten Auswertungen basieren auf Datenlieferungen bis August 2009. Daten zu den Jahren 2004 bis 2008 lagen zu diesem Zeitpunkt von allen KVen weitgehend vollständig vor.

Ambulante Behandlungsfälle und Abrechnungen von Einzelleistungen in der ambulanten Versorgung 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 5 Jahren 50,3 Mio. Behandlungsfälle mit 172 Mio. Diagnosenennungen und 448 Mio. separate Nennungen von Abrechnungsziffern enthalten. Je Behandlungsfall fanden sich in den "Rohdaten" durchschnittlich also etwa 3,4 Diagnoseangaben und 8,9 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 und 2007 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. Ab 2006 waren entsprechende Angaben zu allen gültigen Diagnoseschlüsseln vorhanden.

Übertragbarkeit, Standardisierung, Methoden

Die Daten der GEK zu ca. 1,4 bis 1,7 Mio. Versicherten im Durchschnitt der einzelnen Jahre 2004 bis 2008 liefern 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 große Bevölkerungsanteile 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 2008 wurde bei *Darstellungen zu zeitlichen Trends* auf Angaben des Statistischen Bundesamtes zur durchschnittlichen Bevölkerung Deutschlands im Jahr 2005 zurückgegriffen (vgl. Tabelle 48: S. 215). Sinngemäß wurden alle Ergebnisse zunächst für einzelne Geschlechts- und Altersgruppen errechnet und dann entsprechend der anteiligen Bedeutung dieser Gruppen in Deutschland 2005 zusammengefasst. Durch die einheitliche Standardisierung werden Veränderungen der Inanspruchnahme sichtbar, die sich unabhängig von Veränderungen der Altersstruktur ergeben haben. Entsprechend standardisierte Ergebnisse werden durch die Kennung **D2005** gekennzeichnet.

Aus standardisierten Ergebnissen lassen sich bei Bedarf relativ einfach absolute Kennziffern zur ärztlichen Versorgung der deutschen Bevölkerung 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). Um möglichst exakte Ergebnisse für das aktuelle Berichtsjahr 2008 zu erhalten, wurden für *Hochrechnungen zur Diagnosehäufigkeit 2008* in der Regel Angaben zur durchschnittlichen deutschen Bevölkerung im Jahr 2008 zugrunde gelegt. Die Ergebnisse mit Standardisierung nach Geschlechts- und Altersstruktur in Deutschland 2008 werden durch **D2008** gekennzeichnet.

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-assozierten 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 nennerbezogener Maßzahlen (z.B. bei der Berechnung der durchschnittlichen Zahl der Behandlungsfälle oder Diagnosen je Versichertem), sofern nicht ausdrücklich abweichend vermerkt, im Nenner immer auch Versicherte ohne Behandlung 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 artifiziell 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, 2006, 2007 und 2008 bei 1.431.461, 1.502.092, 1.518.356 bzw. bei 1.555.253 Personen. Diese "Jahres-Populationen" bilden die Basis für den überwiegenden Teil der Auswertungen.

Zum 1. Juli 2008 fusionierte die GEK mit der HZK. Erst ab diesem Datum wurden auch Routinedaten in gemeinsamen Datenbeständen zusammengeführt, welche die Basis der vorliegenden Auswertungen bilden. Da in den Daten insofern keine Informationen zu Versicherungsverhältnissen sowie zur Morbidität der HZK-Versicherten vor dem zweiten Halbjahr 2008 verfügbar sind, konnten entsprechende Personen in den nachfolgenden Auswertungen regulär nicht berücksichtigt werden und sind auch nicht in der zuvor genannten Gruppe von 1.555.253 Personen enthalten.

3.2 Inanspruchnahme in Quartalen und Kalenderjahren

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 2008 zwischen 69% und 74% der Bevölkerung die ambulante Versorgung. Durchschnittlich wurden bis 2007 je Person und Quartal etwa 1,6 bis 1,8 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%
Behandlungsrate 2007 (%)	73%	72%	71%	74%
Behandlungsrate 2008 (%)	74%	74%	72%	74%
Behandlungsfälle je Person 2004 (MW)	1,61	1,60	1,59	1,65
Behandlungsfälle je Person 2005 (MW)	1,64	1,66	1,60	1,68
Behandlungsfälle je Person 2006 (MW)	1,72	1,68	1,66	1,73
Behandlungsfälle je Person 2007 (MW)	1,78	1,74	1,72	1,79
Behandlungsfälle je Person 2008 (MW)	1,81	1,84	1,76	1,98
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
Anzahl Arztkontakte je Person 2007 (MW)	4,6	4,3	4,2	4,6
Anzahl Arztkontakte je Person 2008 (MW) *	3,4*	3,4*	3,2*	3,5*
*(vgl. Text)				

Während die Behandlungsraten und Behandlungsfallzahlen 2008 tendenziell noch höher als in den Vorjahren lagen, ergeben sich bei der Ermittlung der Arztkontakte 2008 rechnerisch geringere Werte, die daraus resultieren, dass, bedingt durch die Einführung von Versicherten- und Grundpauschalen, bei Mehrfachkontakten innerhalb des Quartals häufig keine neuen Leistungsziffern abgerechnet werden können.

Innerhalb eines gesamten Jahres hat nur ein verhältnismäßig geringer Teil der Versicherten keinen Kontakt zur ambulanten ärztlichen Versorgung. Mehr als 90% der Bevölkerung suchte innerhalb der Jahre 2004 bis 2008 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 unterschiedlichen Quartalen) mit insgesamt durchschnittlich 16,4 separaten Behandlungstagen bzw. Arztkontakten. Im Jahr 2007 war die Zahl der Behandlungsfälle auf durchschnittlich 7,1 gestiegen. Die Zahl der Arztkontakte lag bei 17,7. Frauen weisen dabei durchschnittlich mit 20,7 Arztkontakten je Jahr einen deutlich höheren Wert als Männer mit 14,7 Arztkontakten je Jahr auf.

Tabelle 3: Ambulante ärztliche Versorgung 2004 bis 2008 (stand.D2005)

Kalenderjahr, Durchschnittswerte je Person	2004	2005	2006	2007	2008
Behandlungsrate im Kalenderjahr Gesamt (%)	91%	92%	91%	93%	93%
... Männer	87%	88%	88%	89%	90%
... Frauen	95%	95%	95%	96%	96%
Behandlungsfälle je Jahr Gesamt (MW)	6,50	6,63	6,83	7,08	7,45
... Männer	5,30	5,40	5,47	5,69	5,96
... Frauen	7,65	7,82	8,13	8,42	8,87
Anzahl Arztkontakte je Jahr Gesamt (MW)	16,4	16,9	17,1	17,7	13,5*
... Männer	13,6	14,0	14,1	14,7	11,1*
... Frauen	19,0	19,6	20,0	20,7	15,8*
* vgl. Text					

Auch für die Jahresergebnisse 2008 gilt, dass trotz gestiegener Behandlungsfallzahlen im Zuge der Umstellung der Abrechnung rechnerisch eine geringere Zahl an dokumentierten Arztkontakten resultiert. **Da mit der Einführung von Versicherten- und Grundpauschalen auch mehrere Arztkontakte im Quartal oftmals nur zur einmaligen Dokumentation einer Abrechnungsziffer, nämlich der Ziffer für die entsprechende Pauschale, führen, kann aus den Datumsangaben zu dokumentierten Abrechnungsziffern nicht mehr auf die Anzahl der Tage mit Arztkontakten geschlossen werden.** Die vorausgehend dennoch (kursiv) dargestellten Werte zum Jahr 2008 dürften entsprechend die realen Arztkontaktzahlen aus dem Jahr 2008 erheblich unterschätzen.

Aus alters- und geschlechtsstandardisierten Zahlenwerten lassen sich allgemein auch Schätzwerte zur Inanspruchnahme der ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland insgesamt berechnen. Nach Hochrechnungen dürften von den 82 Millionen Einwohnern in Deutschland innerhalb der Jahre 2004 bis 2008 jeweils 75 bis 77 Millionen Personen Kontakt zur ambulanten ärztlichen Versorgung gehabt haben. Insgesamt ist die Zahl der Behandlungsfälle von 2004 bis 2008 rechnerisch und unabhängig von Veränderungen der Altersstruktur von 536 Mio. auf etwa 614 Millionen gestiegen.

Tabelle 4: Behandelte Personen und Behandlungsfälle in Deutschland 2004 bis 2008 (D2005)

Jahr	2004	2005	2006	2007	2008
Betroffene Personen (Mio.)	75	76	75	76	77
Behandlungsfälle (Mio.)	536	547	563	584	614

Variationen im Jahresverlauf

Bei einem Vergleich der Inanspruchnahme in einzelnen Quartalen des Jahres fallen Unterschiede zwischen den vier Quartalen eher gering aus (vgl. Tabelle 2: S. 48). 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 verfügbaren Daten einzelne Kalendertage, zu denen versichertenbezogen die Erbringung einer abrechnungsfähigen Leistung dokumentiert wird, woraus – mit bereits diskutierten Einschränkungen – in den zurückliegenden Jahren bis 2007 auf den Arztkontakt eines Versicherten an einem bestimmten Tag geschlossen werden konnte. Nachfolgend dargestellt werden Ergebnisse zu Bevölkerungsanteilen, die an bestimmten Tagen (mindestens) einen dokumentierten Arztkontakt hatten bzw. die Abrechnung mindestens einer Leistungsziffer aufwiesen.

Die nachfolgende Abbildung zeigt im oberen Teil zunächst Ergebnisse zum Jahr 2007, die bereits im vorausgehenden GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung veröffentlicht wurden. Dargestellt werden die Kontaktraten an einzelnen Tagen des Jahres 2007 (als graue Linien), die den typischen Wochenzyklus mit Raten zwischen ca. 0,2% und zum Teil mehr als 8% verdeutlichen. Die tagesbezogen höchste Inanspruchnahme in 2007 ließ sich mit 11,75% für den 1. Oktober ermitteln (einem Montag zu Beginn des vierten Quartals). 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.

Im unteren Teil der Abbildung werden analog ermittelte Ergebnisse zum Jahr 2008 präsentiert. Deutlich wird auf den ersten Blick zum einen das insgesamt im Vergleich zum Vorjahr deutlich niedrigere Niveau der ermittelten Werte. Zum anderen fallen die quartalszyklischen Schwankungen mit regelmäßig beobachtbaren Höchstwerten in den ersten Tagen eines jeden Quartals auf.

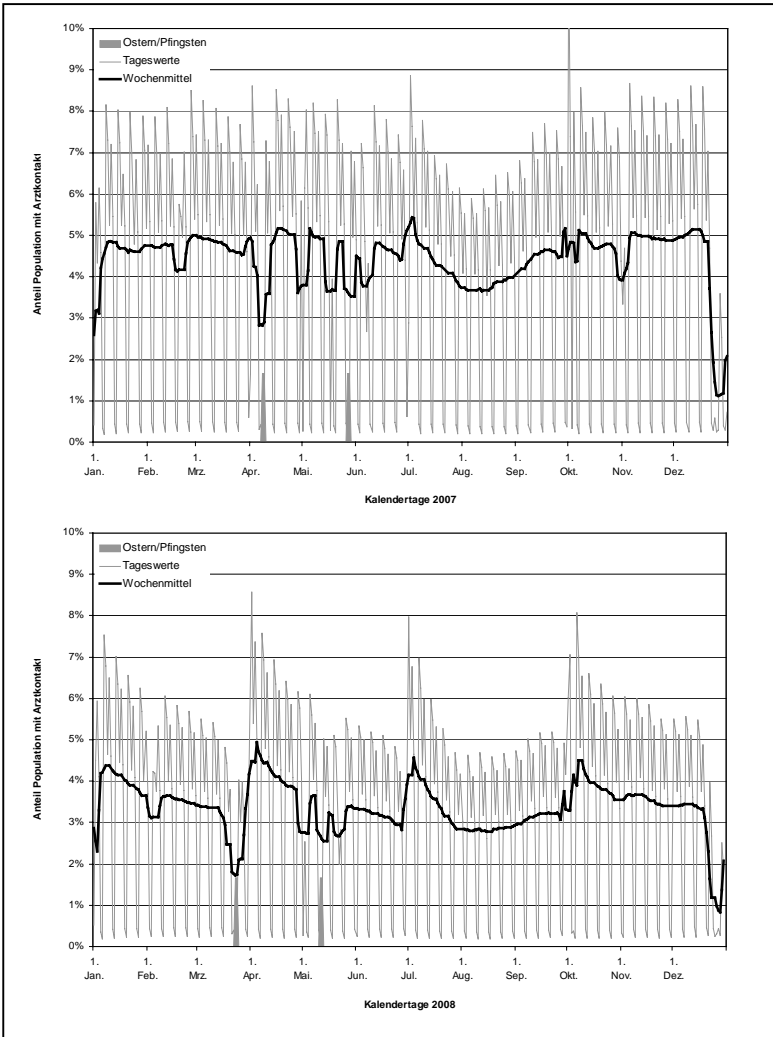


Abbildung 2: Anteil Personen mit dokumentierten ärztlichen Leistungen an Kalendertagen im Jahresverlauf 2007 und 2008 (stand. 2005)

Die beobachteten Veränderungen 2008 im Vergleich zum vorausgehenden Jahr sind vorrangig direkt auf die Einführung der Versicherten- und Grundpauschalen und damit zumindest weit überwiegend auf die veränderte Abrechnung von ärztlichen Leistungen zurückzuführen. Während erstmalige Kontakte zu einem Arzt innerhalb eines Quartals auch nach Einführung der Pauschalen durch die bei Erstkontakt erfolgende Eintragung in die Abrechnung weitgehend unverändert dokumentiert werden, können nach dem Erstkontakt seit 2008 nur noch erheblich weniger EBM-Ziffern separat abgerechnet werden, selbst wenn ein Patient noch mehrfach im Quartal die Praxis aufsucht. Insbesondere chronisch erkrankte Patienten mit regelmäßigen Arztkontakten dürften häufig bereits (auch) zu Quartalsbeginn ihren Arzt kontaktieren, was nach Einführung der Pauschalen nur noch zu diesem Zeitpunkt regelmäßig in den Abrechnungsdaten erfasst wird, während weitere Kontakte anschließend nur noch in besonderen Fällen zur Dokumentation von Abrechnungsziffern an Folgetagen führen. Hieraus lassen sich die im Quartalsverlauf sinkenden Kontaktraten erklären. Dass auch zu Quartalsbeginn 2008 nur im zweiten Quartal in etwa die Rate des entsprechenden Vorjahreszeitpunktes erreicht wurde, dürfte teilweise damit erklärbar sein, dass im dritten und vierten Quartal 2008 der Beginn des Quartals nicht wie im Vorjahr auf einen Montag fiel.

Ob sich in Deutschland im Zuge der Veränderungen des EBM von 2007 auf 2008 die reale Zahl an Arztkontakten verändert hat, lässt sich auf Basis der aktuell verfügbaren Daten nur ausgesprochen schwer beurteilen. Der Anstieg der Behandlungsfälle würde eher für eine weitere Zunahme sprechen, liefert jedoch, u.a. bedingt durch die veränderte Abrechnung von Laborleistungen, keine pauschal interpretierbaren Hinweise. Vor dem geschilderten Hintergrund wurden ergänzende Auswertungen zu Arzneiverordnungen durchgeführt. Auch Daten zu Arzneiverordnungen erlauben keine direkten Rückschlüsse auf die reale Gesamtzahl der Arztkontakte. Möglich ist auf Basis der Daten jedoch, zumindest die Subgruppe derjenigen Arztkontakte bzw. die Tage zu ermitteln, an denen ein Versicherter vom Arzt ein Rezept erhielt (sofern dies anschließend von ihm in einer Apotheke eingelöst wurde).

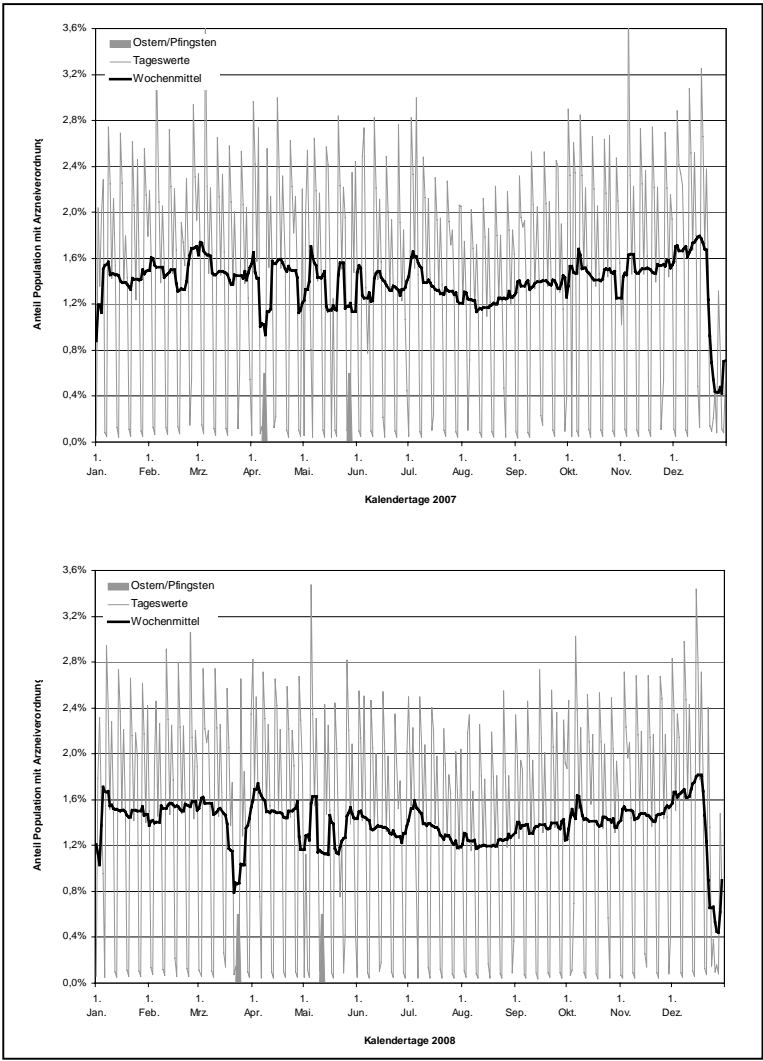


Abbildung 3: Anteil Personen mit Arzneiverordnungen an Kalendertagen im Jahresverlauf 2007 und 2008 (stand. 2005)

Die vorausgehende Abbildung zeigt für Kalendertage der Jahre 2007 und 2008 jeweils den Anteil derjenigen Versicherten, die an einzelnen Tagen jeweils mindestens ein Arzneimittel auf Rezept verordnet bekamen. Im Mittel über alle Kalendertage des Jahres 2007 waren dies nach alters- und geschlechtsstandardisierten Auswertungen täglich 1,396% der Bevölkerung, im Jahr 2008 entsprechend 1,392%, also nur marginal weniger. Auch die Verordnungsdaten im Jahresverlauf ergeben in beiden Jahren sehr ähnliche Bilder. Größere Unterschiede in bestimmten Abschnitten zwischen beiden Jahren lassen sich auf eine unterschiedliche Lage von Feiertagen zurückführen. Geht man davon aus, dass Arztkontakte mit bzw. ohne Rezeptausstellung in beiden Jahren zu unterschiedlichen Vergleichszeitpunkten in einem vergleichbaren Verhältnis gestanden haben, lässt sich auf Basis der Darstellungen am ehesten vermuten, dass sich die Zahl der Arztkontakte in beiden Jahren auf vergleichbarem Niveau bewegt hat. Insbesondere quartalsbezogene Schwankungen haben sich hinsichtlich der Rezeptverordnungsdaten von 2007 auf 2008 nicht maßgeblich verändert. Insofern erscheint es offensichtlich, dass auch die Verteilung der Arztkontakte innerhalb von Quartalen weitgehend unverändert geblieben sein dürfte.

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 2008 wären schätzungsweise 18 Kontakte zu melden.

Entgegen diesen Erwartungen, aufgrund der bisherigen Verfügbarkeit entsprechender Daten jedoch wenig verwunderlich, wird auch in den aktuellen OECD-Daten (Stand: November 2009) für Deutschland zwischen 1991 und 2007 lediglich ein Wert zur Anzahl der *Behandlungsfälle* pro Kopf angegeben, der sich in einem Range zwischen 5,3 und 7,6 bewegt und auf Routinestatistiken der GKV basiert. Für das Jahr 2007 werden 7,5 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 2007 werden zwischen 6 und 8 Arztkontakte pro Kopf für Australien, Belgien, Frankreich, Island, Luxemburg, Polen und Österreich angegeben. Für die Vereinigten Staaten liegen die Angaben zu 2007 mit 3,8 Kontakten pro Kopf deutlich darunter. Vergleichbar niedrige Werte finden sich 2007 unter anderem auch für Finnland (4,2), Portugal (4,1) und 2006 für Schweden (2,8). Lediglich für Japan und Tschechien werden für 2006 bzw. 2007 Zahlen berichtet, die mit 13,6 bzw. 12,6 Kontakten pro Kopf etwa den auf der Basis von GEK-Daten ermittelten Kontaktzahlen 2008 für Deutschland entsprechen (vgl. auch Zusammenfassung auf Seite 11). Tendenziell dürften die Kontaktzahlen in Deutschland nach den im Report berechneten Zahlen im internationalen Vergleich also hoch liegen, was insbesondere im Hinblick auf Ergebnisse aus einigen Flächenstaaten plausibel wäre. Wie realistisch die Zahlen der OECD zu anderen Ländern, gemessen an den definitorischen Vorgaben der OECD, im einzelnen sind, ließe sich allerdings erst nach ausführlicheren Recherchen genauer beurteilen.

Negative Folgen der offensichtlich hohen Kontaktzahlen in Deutschland beständen – unabhängig von einer Diskussion über Sinn und Zweck der Kontakte – ggf. darin, dass für einzelne Kontakte nur geringe Zeitkontingente verbleiben und Ärzte sehr hohe Kontaktzahlen bewältigen müssen. Aus der bereits im vorausgehenden Report geschätzten Zahl von insgesamt 1,476 Milliarden Arztkontakten in Deutschland 2007 und einer Gesamtzahl von 137,5 Tsd. ambulant tätigen Ärzten Ende 2007 nach Angaben der KBV lässt sich in erster Näherung überschlägig ermitteln, dass ein Arzt (fachübergreifend) innerhalb des Jahres etwa 10.735 Patientenkontakte gehabt haben müsste. Geht man für Ärzte pauschal von 48 Arbeitswochen im Jahr aus, würden sich etwa 224 Kontakte pro Woche ergeben.

Diese sicherlich sehr überschlägig und fachübergreifend ermittelte Zahl stimmt überraschend gut mit Ergebnissen überein, die im Rahmen einer inter-

nationalen Studie mit einer Befragung von Ärzten aus der Primärversorgung für Deutschland ermittelt wurde⁶. In der Studie aus dem Jahr 2006 gaben deutsche Ärzte im Mittel 243 Patientenkontakte pro Woche an. In allen übrigen Ländern variierte die durchschnittliche Zahl der Patientenkontakte pro Woche demgegenüber lediglich zwischen 102 (USA) und 154 (Großbritannien). Die Zahl der Patientenkontakte lag demnach in Deutschland etwa doppelt so hoch wie in anderen Ländern.

Gleichzeitig lag die Zeit für einzelne Patientenkontakte mit durchschnittlich 7,8 Minuten in Deutschland erheblich niedriger als in allen übrigen Ländern, für die Werte zwischen 11,1 und 19,1 berichtet werden. Die relativ hohe Belastung der Ärzte in Deutschland mit vielen und kurzen Patientenkontakten dürfte dazu beigetragen haben, dass sich, trotz einer positiven Einschätzung der Versorgungsqualität, deutsche Ärzte subjektiv eher unzufrieden zur Situation im Gesundheitswesen äußerten.

Zweifellos dürften aus Patientensicht längere Zeitkontingente für Arztgespräche bei einem überwiegenden Teil der persönlichen Arztkontakte wünschenswert sein. Dabei dürften längere Gespräche zumindest einen Teil der Kurzgespräche überflüssig machen und könnten zu einer höheren Zufriedenheit bei allen Beteiligten beitragen.

⁶ Koch K., Gehrman U., Sawicki P.T. (2007); Primärärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich. Deutsches Ärzteblatt Jg. 104, Heft 3821 (September) A 2584 - 91

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 2008 in Abhängigkeit von diesen beiden grundlegenden soziodemographischen Merkmalen.

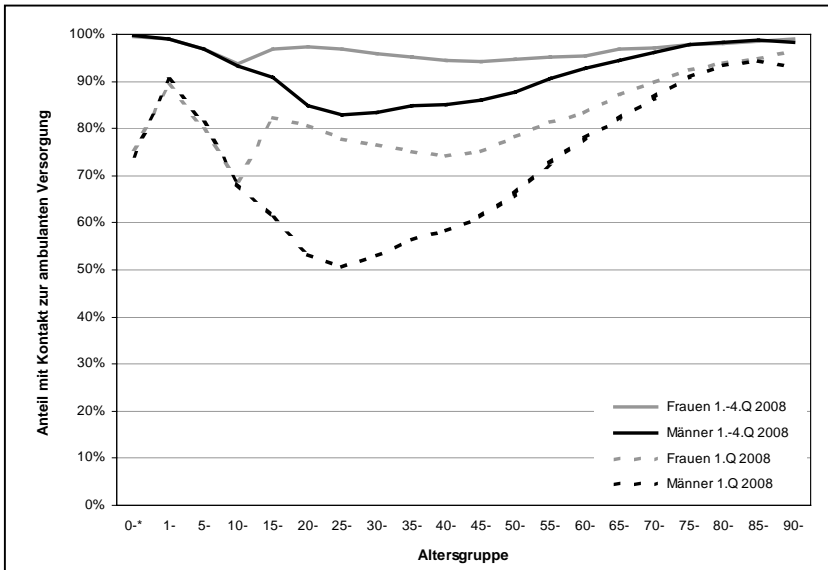


Abbildung 4: Anteil Personen mit Arztkontakt nach Geschlecht und Alter

Die Behandlungsraten innerhalb eines Jahres liegen in allen Altersgruppen auch 2008 wie in vorausgehenden Jahren auf einem hohen Niveau. Sie unterschreiten bei Frauen in keiner Altersgruppe einen Wert von 94%. Bei jungen Männern finden sich minimale Raten von unter 83%. Vor Vollendung des 15. Lebensjahres und nach dem 75. Lebensjahr weisen Männer und Frauen weitgehend übereinstimmende Werte auf. Unterschiede hinsichtlich der Behand-

lungsraten 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 2008 lediglich 51% Kontakt zur ambulanten ärztlichen Versorgung hatten, waren es unter Frauen 78% (vgl. auch Tabelle A 1: S. 218 im Anhang).

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Zahl der durchschnittlich innerhalb des Jahres 2008 abgerechneten Behandlungsfälle ("Krankenscheine") je Person (vgl. Tabelle A 2: S. 219 im Anhang). Durch die dünneren Linien werden ergänzend auch die Ergebnisse des Vorjahres dargestellt.

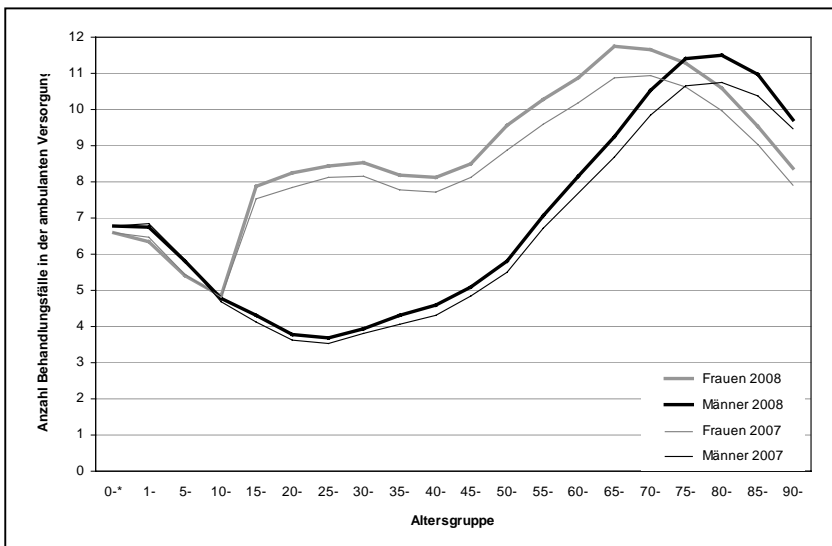


Abbildung 5: Anzahl Behandlungsfälle nach Geschlecht und Alter

Die geringste Zahl an Behandlungsfällen wird 2008 mit durchschnittlich 3,7 Fällen im Jahr bei Männern im Alter zwischen 25 und 29 Jahre erfasst. Die Fallzahlen liegen bei Frauen mit 8,4 in diesem Alter mehr als doppelt so hoch. Auffällig erscheint, dass die Fallzahlen bei Männern nach Vollendung des 80.

Lebensjahres mit etwa 11,5 Fällen je Jahr merklich über denen bei Frauen mit 10,6 Fällen liegen. Es dürften demnach von älteren Männern tendenziell Leistungen von mehr unterschiedlichen Ärzten in Anspruch genommen werden als von Frauen. In allen Altersgruppen außer bei Säuglingen und Kindern liegen die durchschnittlichen Behandlungsfallzahlen 2008 über denen im Jahr 2007, wobei sich größere Differenzen insbesondere in den oberen Altersgruppen zeigen.

Wie bereits erläutert lässt sich nach der Einführung von Versicherten- und Grundpauschalen 2008 aus aktuell verfügbaren Daten die Zahl der Arztkontakte nicht mehr valide abschätzen. Die nachfolgende Abbildung zeigt Kontaktzahlen aus dem Vorjahr 2007 sowie artifiziiell reduzierte Ergebnisse 2008, die sich bei einer formal unveränderten Auswertung der Abrechnungsziffern bzw. der zugehörigen Datumsangaben ergeben.

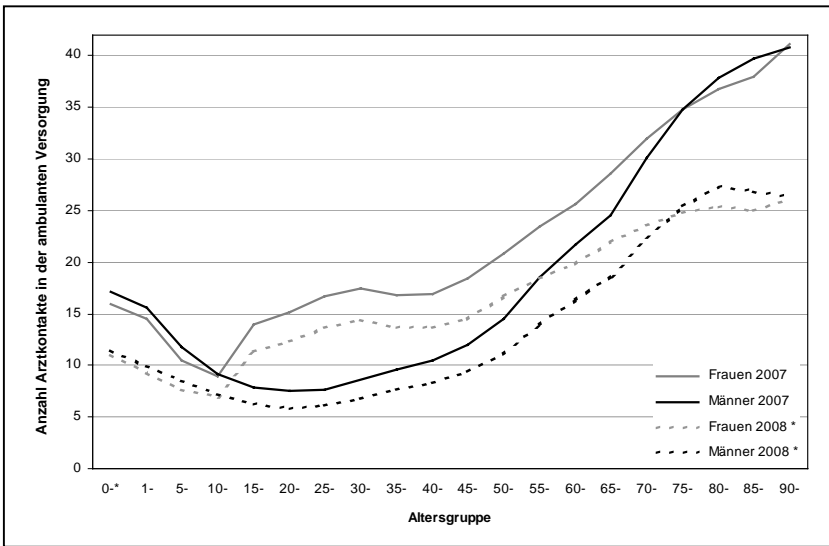


Abbildung 6: Durchschnittliche Anzahl Arztkontakte nach Geschlecht und Alter

Im Vergleich zum Jahr 2007 hat die 2008 noch erfasste durchschnittliche Zahl der Arztkontakte in einzelnen Altersgruppen um 18% bis 36% abgenommen. Am ausgeprägtesten sind die im Zuge der Einführung der Versicherten- und Grundpauschalen beobachteten Unterschiede im Säuglings- und Kleinkindalter sowie im Hochbetagtenalter. Rückgänge um zumeist weniger als 20% sind demgegenüber insbesondere bei Frauen im Alter zwischen 15 bis unter 55 Jahre zu beobachten. Auch bei Männern werden in der genannten Altersspanne 2008 maximal Rückgänge um 23% im Vergleich zum Vorjahr beobachtet, wobei deren Kontaktraten in entsprechendem Alter allerdings traditionell erheblich niedriger als bei Frauen liegen. Die Einführung der Versicherten- und Grundpauschalen wirkt sich nach den vorliegenden Ergebnissen – wie zu erwarten – also am stärksten auf die ermittelten Kontaktraten in Altersgruppen mit überdurchschnittlichen Inanspruchnahmen aus, in denen entsprechend häufiger auch mit mehreren Arztkontakten im Rahmen eines Behandlungsfalls bzw. Quartals gerechnet werden kann.

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 waren bis zum 2. Quartal 2008 in der 3. und 4. Stelle der KV-seitig vergebenen "alten Arztnummer" enthalten, mit der jeder Abrechnungsfall gekennzeichnet werden musste.

An die Stelle der alten Arztnummer ist ab dem 3. Quartal 2008 die Betriebsstättennummer (BSNR) getreten, welche primär den Ort der Leistungserbringung und damit in der Regel einen Vertragsarztsitz kennzeichnet, an dem ggf. auch mehrere, und in der neuen Systematik aus Betriebsstätten- und Arztnummer auch unterscheidbare, Ärzte mit Kassenzulassung Leistungen erbringen können⁷. Da in allen KVen mit Ausnahme der KV Thüringen als Betriebsstättennummern – zumindest im Regelfall – die ersten 7 Ziffern der alten Arztnummern weiter verwendet wurden, lassen sich Auswertungen zur fachärztlichen Behandlungshäufigkeit nach der bisherigen Fachgruppenaufteilung für 16 der 17 KVen auch in der zweiten Jahreshälfte 2008 durchführen.

Der nachfolgende Abschnitt befasst sich vor dem dargestellten Hintergrund zunächst mit der facharztgruppenspezifischen Inanspruchnahme des Jahres 2008, die der bisherigen Systematik der Arztgruppenzuordnung folgt, wobei im Jahr 2008 Ergebnisse aus dem Gebiet der KV Thüringen nicht berücksichtigt werden konnten. Ein späterer Abschnitt wird sich mit fachgruppenspezifischen Ergebnissen befassen, die auf der Basis von Informationen aus der neuen Lebenslangen Arztnummer erst ab dem 2. Halbjahr 2008 ermittelt werden können.

Die Verschlüsselung der Fachgruppenzugehörigkeit in der alten Arztnummer erlaubt theoretisch eine Differenzierung von insgesamt 30 unterschiedlichen Fachgruppen (inklusive der Schlüssel für nicht-ärztliche Psycho- und Verhal-

⁷ und denen seit dem 3. Quartal 2008 entsprechend unterschiedliche lebenslange Arztnummern zugewiesen wurden.

tenstherapeuten sowie für einige spezifische andere Gruppen). Um die Darstellungen übersichtlicher zu halten, wurden einige Gruppen zusammengefasst, so dass letztendlich Ergebnisse zu sechzehn unterschiedlichen Gruppen präsentiert werden.

Nicht auszuschließen ist, dass einige KVen (auch) im Jahr 2008 und im Zuge der Einführung der BSNR Kodierungen im Hinblick auf einige Ziffern abweichend von den Vorgaben gemäß "Technische Anlagen zum Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern" aus den zurückliegenden Jahren (in denen die Fachgruppenkodierung für die "alten Arztnummern" festgelegt wurde) verwendet haben. Allerdings dürften die Abweichungen i.d.R. nur kleinere Arztgruppen betreffen⁸.

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 2008. 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 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.

⁸ Bei den hier dargestellten Auswertungen wurden, abgesehen von der Nicht-Berücksichtigung der Ergebnisse der KV Thüringen, Betriebsstättennummern (und deren 3. sowie 4. Stelle) wie "alte Arztnummern" zur Identifikation der Fachgruppenzuordnung genutzt. Abweichend von diesem generellen Procedere wurde lediglich eine vermeintliche Fachgruppenkodierung "40", die von der KV Bayern ausschließlich im 4. Quartal verwendet wurde, bei Fällen aus der KV Bayern der Gruppe "Sonstige" zugeordnet.

Tabelle 5: Behandlungsraten nach Facharztgruppen 2004 bis 2008
(stand.D2005; alte Systematik, 2008 ohne Thüringen)

Behandlungsrate im Kalenderjahr	2004	2005	2006	2007	2008
Augenarzt	24,8%	25,6%	25,6%	25,7%	25,7%
Chirurg (inkl. Neurochir., Mund-Kiefer.)	13,5%	13,5%	13,3%	13,3%	13,5%
Gynäkologe	25,7%	25,8%	26,1%	26,5%	26,6%
Hals-Nasen-Ohrenarzt	16,0%	16,4%	16,6%	16,5%	16,5%
Hautarzt	17,0%	17,4%	17,4%	17,7%	18,3%
Internist (inkl. Lungenarzt)	30,6%	30,8%	30,7%	31,2%	31,6%
Kinderarzt	10,8%	11,2%	11,2%	11,6%	11,7%
Laborarzt	20,7%	21,5%	22,4%	22,5%	24,2%
Nervenarzt, Kinder- u. Jugendpsychiater	8,3%	8,3%	8,4%	8,5%	8,8%
Orthopäde	19,7%	19,9%	19,7%	19,8%	20,2%
Pathologe	8,8%	9,5%	10,9%	11,3%	11,5%
Psycho- u. Verhaltenstherapie*	1,7%	1,8%	1,9%	2,0%	2,2%
Radiologe, Strahlenth. (inkl. Nukl. Med.)	17,1%	17,3%	17,3%	17,5%	17,9%
Urologe	7,7%	7,7%	7,6%	7,8%	7,8%
Allgemeinarzt / Praktischer Arzt	66,3%	67,3%	66,8%	68,0%	68,1%
Sonstige	15,2%	17,5%	21,6%	25,6%	35,3%
Alle Behandlungen	90,9%	91,6%	91,5%	92,6%	92,9%

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

Grundsätzlich zeigen sich in den Jahren 2004 bis 2008 vergleichbare Behandlungsraten in einzelnen Facharztgruppen. Die Raten des Jahres 2008 liegen in der Regel leicht über denen des Vorjahres (vgl. auch nachfolgende Abbildung). Merklich erhöhte Behandlungsraten 2008 finden sich insbesondere bei Laborärzten sowie in der Gruppe "Sonstige".

Die erhöhten "Behandlungsraten" bei Laborärzten dürften dabei aus der seit dem 1. Oktober 2008 eingeführten Direktabrechnung für Laborgemein-

schaften mit den Kassenärztlichen Vereinigungen resultieren. Während zuvor Laborleistungen von niedergelassenen Ärzten oftmals bei externen Laboren in Auftrag gegeben und anschließend von ihnen selbst mit der KV abgerechnet wurden, sollen Laborgemeinschaften die bei ihnen angeforderten Leistungen ab dem 4. Quartal 2008 vorrangig direkt mit der zuständigen KV abrechnen, womit sogenannte Kick-back-Modelle vermieden werden sollen⁹. Ein Nebeneffekt dieser Direktabrechnung ist, dass neue Abrechnungsfälle entstehen, wenn ein Laborarzt Leistungen für einen bestimmten Patienten direkt mit der KV abrechnen muss.

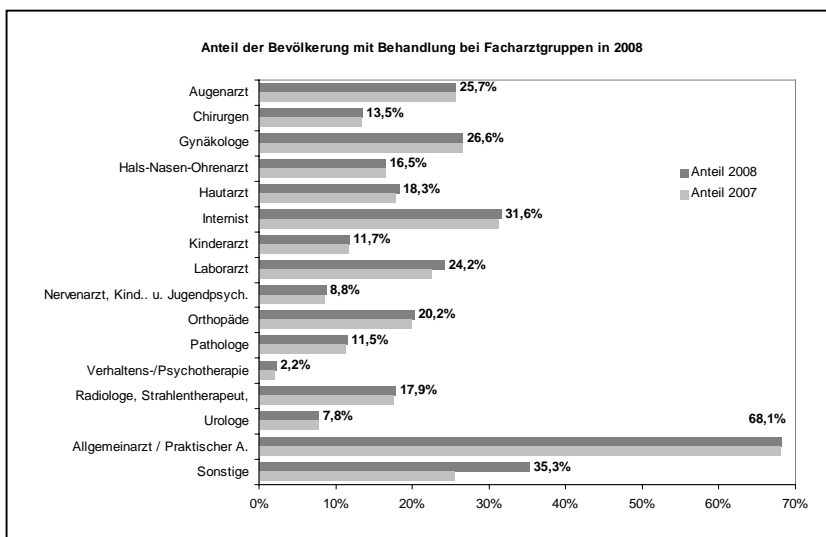


Abbildung 7: Bevölkerungsanteile mit Behandlung bei Facharztgruppen 2008 (stand.D2005; alte Systematik, ohne Thüringen)

Laborleistungen tragen maßgeblich auch zu erhöhten "Behandlungsraten" in der Gruppe "Sonstige" bei, welche die alte Arztgruppenzuordnung "Medizi-

⁹ Vgl. *Deutsches Ärzteblatt* (2008), Jg. 105, Heft 31-32, A1654-5

nisches Versorgungszentrum" beinhaltet, der offensichtlich eine größere Zahl der Anbieter von Laborleistungen zugeordnet wird.

Die durchschnittliche Zahl der jährlich abgerechneten Behandlungsfälle zeigt facharztgruppenspezifisch insgesamt eine leicht steigende Tendenz (vgl. nachfolgende Tabelle).

*Tabelle 6: Behandlungsfälle nach Facharztgruppen 2004 bis 2008
(stand.D2005; alte Systematik, 2008 ohne Thüringen)*

Fälle je 100 Personen je Jahr	2004	2005	2006	2007	2008
Augenarzt	41,9	42,6	42,7	42,9	43,1
Chirurg (inkl. Neurochir., Mund-Kiefer.)	20,3	20,3	20,3	20,4	20,7
Gynäkologe	66,5	66,4	69,2	70,3	70,4
Hals-Nasen-Ohrenarzt	25,1	25,6	26,0	26,1	26,1
Hautarzt	28,4	28,9	29,3	29,9	31,0
Internist (inkl. Lungenarzt)	80,7	81,0	82,1	84,0	85,9
Kinderarzt	32,6	34,0	34,2	35,7	35,9
Laborarzt	33,5	34,3	36,2	35,9	38,4
Nervenarzt, Kinder- u. Jugendpsychiater	16,9	17,0	17,6	18,2	18,8
Orthopäde	35,0	35,2	35,0	35,4	36,2
Pathologe	10,3	11,1	12,9	13,4	13,6
Psycho- u. Verhaltenstherapie*	4,1	4,3	4,7	5,2	5,5
Radiologe, Strahlentherapeut (inkl. Nuklear.)	22,9	23,1	23,6	24,1	25,4
Urologe	14,5	14,5	14,6	14,9	15,0
Allgemeinarzt / Praktischer Arzt	195,1	198,7	200,0	207,1	209,8
Sonstige	22,2	26,1	34,8	44,4	66,7
Alle Behandlungen	650	663	683	708	744

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

Von 2007 auf 2008 sind die Behandlungszahlen lediglich bei Hals-Nasen-Ohrenärzten nicht gestiegen, bei allen übrigen Fachgruppen zeigen sich

mehr oder minder ausgeprägte Anstiege. Mit 69% entfällt der überwiegende Teil der Gesamtfallzahlsteigerungen um 5,1% von 708 auf 744 Fälle je 100 Personen allerdings auf die beiden Gruppen "Sonstige" und "Laborärzte", wobei, wie bereits angedeutet, auch in der Gruppe "Sonstige" Abrechnungen von Laborleistungen eine relativ große Rolle spielen dürften.

Die rechnerisch erfasste Zahl von Arztkontakten ist im Zuge der Einführung von Versicherten- und Grundpauschalen im Jahr 2008 gegenüber dem Vorjahr in fast allen Fachgruppen deutlich gesunken (vgl. Tabelle).

Tabelle 7: Arztkontakte nach Fachgruppen 2004 bis 2007, 2008 (stand.D2005; alte Systematik, 2008 ohne Thüringen)

Kontakte je 100 Personen je Jahr	2004	2005	2006	2007	2008 *
Augenarzt	58	60	60	60	52
Chirurg (inkl. Neurochir., Mund-Kiefer.)	52	52	52	51	39
Gynäkologe	111	110	112	114	99
Hals-Nasen-Ohrenarzt	48	49	49	49	41
Hautarzt	60	61	61	62	49
Internist (inkl. Lungenarzt)	260	265	266	272	190
Kinderarzt	80	84	83	87	57
Laborarzt	40	42	44	44	48
Nervenarzt, Kinder- u. Jugendpsychiater	35	39	42	44	38
Orthopäde	92	95	94	95	81
Pathologe	11	12	13	14	14
Psycho- u. Verhaltenstherapie**	23	24	26	29	29
Radiologe, Strahlentherapeut (inkl. Nuklear.)	31	32	33	34	36
Urologe	33	34	34	35	28
Allgemeinarzt / Praktischer Arzt	663	681	682	709	448
Sonstige	39	46	59	76	100
Alle Behandlungen	1637	1686	1711	1775	1351

* reduzierte Werte durch Einführung von Versicherten- und Grundpauschalen im Jahr 2008

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

Fachärztliche Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht (alte, bisherige Systematik)

Auch die Inanspruchnahme von Fachärzten aus unterschiedlichen Richtungen variiert erwartungsgemäß in Abhängigkeit vom Alter und Geschlecht der Population. Traditionell im Report dargestellte Behandlungsraten für ausgewählte Fachgruppen im Sinne von Populationsanteilen mit mindestens einmaligem Facharztkontakt im Jahr zeigen 2008 im Vergleich zum Vorjahr in der Regel nur geringe Veränderungen. Die bis 2007 ermittelten fachgruppenspezifischen Arztkontakte (im Sinne von differenzierbaren Datumsangaben mit Abrechnungen von Leistungsziffern) lassen sich nach der Einführung von Versicherten- und Grundpauschalen im Jahr 2008 nur noch sehr eingeschränkt interpretieren. Vor diesem Hintergrund wurde auf eine ausführliche Darstellung im Hauptteil des vorliegenden Reportes verzichtet. Tabellierte Werte zu geschlechts- und altersspezifischen Behandlungsraten finden sich jedoch, wie in den vorausgehenden Reporten, im Anhang ab Seite 220, in dem auch die zugehörigen Abbildungen zu finden sind.

Lebenslange Arztnummer und neue Fachgebietszuordnung

Seit dem 3. Quartal 2008 muss bei der Dokumentation von abrechnungsfähigen kassenärztlichen Leistungen die lebenslange Arztnummer (LANR) angegeben werden. Die Zuordnung erfolgt auf der Ebene von EBM-Abrechnungsziffern. Jeder EBM-Ziffer wird also ein Arzt zugeordnet, der die entsprechende Leistung erbracht hat. Werden im Rahmen eines einzelnen Abrechnungsfalles (in einer Arztpraxis bzw. Betriebsstätte) Leistungen von unterschiedlichen Ärzten bei einem Patienten erbracht, wird dies entsprechend seit dem 3. Quartal 2008 auch in den Daten erfasst. Ein Behandlungsfall, der jetzt korrekt als **Betriebsstättenfall** zu bezeichnen ist, kann damit ggf. mehreren Ärzten zugeordnet werden, die jeweils einen Teil der Leistungen des Behandlungsfalles erbracht haben. Demgegenüber wurden bis zum 2. Quartal 2008 alle Leistungen, die im Rahmen eines Behandlungsfalles erbracht wurden, immer

genau einer "alten Arztnummer" zugeordnet (was ab dem 3. Quartal dann weiter nur für die Betriebsstättennummer gilt).

Innerhalb des zweiten Halbjahres 2008 wurden bei GEK-Versicherten Leistungen zu insgesamt 41,3 Mio. EBM-Ziffern 142.551 unterschiedlichen Arztkennzeichnungen dokumentiert (Bruttoanzahl unterscheidbarer LARNs). Auf der 6stelligen Ebene – dem eigentlichen Kernelement der lebenslangen Arztnummer – wurden 141.806 unterschiedliche Kodierungen zur Kennzeichnung verwendet. Die hier ermittelte Zahl kann insofern über der Anzahl der ca. 120.200 ambulant tätigen Vertragsärzte¹⁰ liegen, da auch weitere an der Versorgung teilnehmende Ärzte sowie psychologische Psychotherapeuten eine LANR erhalten. So wird die Gesamtzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für den 31.12.2007 mit 137.172 angegeben. Zudem wurden an diesem Tag insgesamt 12.851 psychologische Psychotherapeuten gezählt.

Lediglich 5 der erfassten Arztnummern wiesen formal eine inkorrekte Prüfsumme in der 7. Stelle auf. Nur zu 43 von insgesamt 6 Mio. dokumentierten Abrechnungsfällen im 3. und 4. Quartal 2008 fehlten jegliche Angaben zu abgerechneten EBM-Ziffern und insofern auch Angaben zur LANR. Allerdings wurde auch zu 1,9 Mio. von insgesamt 41,3 Mio. dokumentierten EBM-Ziffern (4,63%) lediglich die LANR 9999999 erfasst (zumeist mit den angehängten beiden Stellen "00" als "Fachgebietscodierung"), welche als Pseudoziffer für nicht verfügbare Arztzuordnungen fungiert und gleichfalls keine Rückschlüsse auf einen spezifischen Arzt zulässt.

Nach altersstandardisierten Auswertungen (D2008) zu der üblicherweise im Report betrachteten Versichertengruppe wurden bei 89,9% der Abrechnungsfälle alle Abrechnungsziffern innerhalb des Falls jeweils mit Angabe einer identischen Arztnummer dokumentiert, also formal von ein und demselben Arzt erbracht. Im Mittel wurden Patienten von 1,13 differenzierbaren Ärzten behan-

¹⁰ Stand 31.12.2007, nach Angaben aus "Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2008", herausgegeben von der KBV (www.kbv.de)

delt. Bei 8,4% der Behandlungsfälle wurden zwei unterschiedliche und bei 1,2% drei unterschiedliche Arztnummern dokumentiert. Nur bei weniger als 1% der Fälle waren mehr als drei Ärzte beteiligt, maximal fanden sich 15 unterschiedliche Arztnummern im Rahmen einzelner Behandlungsfälle.

Den fallbezogen, gemessen an der Zahl der EBM-Einträge, jeweils relevantesten Ärzten waren 95,11% aller EBM-Eintragungen zuschreibbar, dem zweiten und dritten Arzt konnten noch 4,15% bzw. 0,48% der Eintragungen zugeschrieben werden. Auf weitere Ärzte entfielen lediglich 0,25% der insgesamt dokumentierten EBM-Einträge. Waren unterschiedlich Ärzte an der Behandlung eines Falles beteiligt, ließen sich diese überwiegend gemäß ihrer Fachgebietscodierung einer übereinstimmenden Fachgruppe zuordnen (zu 68,8% stimmten Fachgebietscodierungen eines ggf. erfassten zweiten Arztes mit denen des ersten überein). Vor diesem Hintergrund dürfte es nur zu vernachlässigbaren Abweichungen führen, wenn nachfolgend zur Vereinfachung der Auswertungen fallbezogen dokumentierte Leistungen ausschließlich auf Basis der Fachgebietscodierung des vorrangig behandelnden Arztes einer bestimmten Arztgruppe zugeordnet werden.

Behandlungsfälle im 3. und 4. Quartal 2008 nach Fachgebieten

Die Fachgebietscodierung in der 8. und 9. Stelle der lebenslangen Arztnummer erlaubt die Verwendung aller Ziffern von "01" bis "99", also insgesamt 99 Ausprägungen. Hinzu kommt die Ziffer "00", die zumindest bei der Pseudonarztnummer 9999999 standardmäßig angehängt werden soll. Von den Fachgebietscodierungen stehen die Ziffern 70-98 den KVen zur freien Verfügung, mit der Ziffer 99 sind bundeseinheitlich "sonstige Fachgruppen" zu bezeichnen¹¹. Die einheitlich vorgegebenen Fachgebietscodierungen umfassen im engeren Sinne also nur die Schlüssel "01" bis "69". Als wesentliche Neuerung unter-

¹¹ Vgl. *Technische Anlage zum Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern zwischen den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Version 1.15 Stand: 26.09.2007; Letzte Änderung: 16.10.2008; Gültig ab Datenlieferung: Quartal 3/2008*

scheidet die Fachgebietscodierung im Rahmen der LANR zwischen haus- und fachärztlich praktizierenden Ärzten.

Einen vollständigen Überblick zu allen verwendeten Fachgebietscodierungen gibt Tabelle A 9: Seite 232 im Anhang. Aufgeführt werden in der Tabelle altersstandardisierte fachgebietsspezifische Behandlungsfallzahlen je 10.000 Versicherte im 3. und 4. Quartal 2008 und deren Anteile an den Gesamtbehandlungsfallzahlen innerhalb des einzelnen Quartals. Die versorgungsrelevantesten differenzierbaren Einzelgruppen bilden hausärztlich tätige Allgemeinmediziner und Internisten sowie Gynäkologen. Alle verfügbaren Fachgebietscodierungen unter Ausnahme der KV-spezifischen Codes werden auch verwendet, ein Teil der Schlüssel vereint jedoch nur marginale Fallzahlen auf sich.

Die nachfolgende Tabelle zeigt altersstandardisierte Behandlungsfallzahlen je 10.000 Versicherte nach zusammengefassten Fachgebietscodierungen sowie deren Anteil an allen Behandlungsfällen im 3. und 4. Quartal. Die Zuordnung der einzelnen Fachgebietscodierungen zu den hier verwendeten Gruppen ist Tabelle A 10: Seite 235 (im Anhang) zu entnehmen.

Vom 3. zum 4. Quartal 2008 ist die Zahl der Behandlungsfälle insgesamt von 17.990 auf 20.163 je 10.000 Versicherte gestiegen. Wie bereits einleitend in der Übersichtstabelle auf Seite 48 dargestellt, wurden bei einem Versicherten im Quartal durchschnittlich also 1,8 bzw. 2,0 Behandlungsfälle abgerechnet. Ein Teil des Anstiegs dürfte saisonal bedingt sein. Ein wesentlicher Teil lässt sich jedoch auch auf die Direktabrechnung von Laborgemeinschaften zurückführen. So wurden von Laborärzten im 3. Quartal erst 1.074 Fälle je 10.000 Versicherte abgerechnet. Im 4. Quartal waren es 1.568 Fälle. Maßgeblich im Zusammenhang mit der vermehrten Abrechnung von Laborleistungen dürfte zudem der deutliche Anstieg der Behandlungsfälle ohne Arztkennung bzw. mit dem Code "00" von 430 je 10.000 Versicherte im 3. Quartal auf 1.260 Fälle im 4. Quartal stehen. Die beiden genannten Fachgebietscodierungsgruppen sind zusammen für 61% des Anstiegs der Gesamtfallzahlen verantwortlich zu machen.

Tabelle 8: Behandlungsfälle je 10.000 Versicherte im 3. und 4. Quartal 2008 nach zusammengefassten Fachgebieten (D2008)

(Zuordnung aus LANR) Fachgebietsbezeichnung	3. Quartal 2008		4. Quartal 2008	
	Fälle je 10.000 Versicherte	Anteil an allen Fäl- len	Fälle je 10.000 Versicherte	Anteil an allen Fäl- len
Hausarzt Allgemeinmedizin	5.149	28,6%	5.481	27,2%
Hausarzt Internist	1.534	8,5%	1.670	8,3%
Facharzt Internist	783	4,4%	855	4,2%
Gynäkologie	1.741	9,7%	1.830	9,1%
Kinder- und Jugendmedizin	872	4,8%	890	4,4%
Chirurgie	579	3,2%	557	2,8%
Orthopädie	855	4,8%	852	4,2%
Augenarzt	1.071	6,0%	1.115	5,5%
HNO	622	3,5%	653	3,2%
Hautarzt	795	4,4%	793	3,9%
Urologie	383	2,1%	422	2,1%
Neurologie - Nervenheilkunde	525	2,9%	542	2,7%
Psycholog. Psychotherapeut	103	0,6%	106	0,5%
Radiologe - Nuklearmedizin	728	4,0%	743	3,7%
Labormedizin	1.197	6,7%	1.714	8,5%
Pathologe	364	2,0%	404	2,0%
Sonstige	258	1,4%	277	1,4%
unbekannt	430	2,4%	1.260	6,2%
Insgesamt	17.990	100,0%	20.163	100,0%

37% der Behandlungsfälle im 3. bzw. 35% der Behandlungsfälle im 4. Quartal 2008 lassen sich der hausärztlichen Versorgung durch Allgemeinmediziner und Internisten zuordnen. Zur hausärztlichen Versorgung im weiteren Sinne lassen sich zudem etwa 90% der Behandlungsfälle aus der Kinder- und

Jugendmedizin zählen, die in den beiden Quartalen insgesamt 4,8% bzw. 4,4% aller Behandlungsfälle ausmachten.

Mit 9,7% bzw. 9,1% verhältnismäßig große Anteile der erfassten Behandlungsfälle entfallen auf das Fachgebiet Gynäkologie (und Geburtshilfe), zumal von entsprechenden Behandlungen nur etwa die Hälfte der Versichertenpopulation, nämlich ausschließlich Frauen, betroffen sind.

Insbesondere im 4. Quartal 2008, also nach Einführung der Direktabrechnung durch Laborgemeinschaften, wird ein nicht unerheblicher Anteil der Behandlungsfälle von Laborärzten (8,5%) sowie ohne eindeutige Arztkennung (unbekannt: 6,2%) abgerechnet.

Abweichende Relationen zwischen den Fachgruppen resultieren, wenn man nicht die Zahl der Abrechnungsfälle sondern die Zahl der dokumentierten Abrechnungsziffern betrachtet. Nach Einführung der Direktabrechnung rechneten insbesondere Laborärzte je Behandlungsfall eine relativ hohe Zahl an EBM-Ziffern ab. Im 4. Quartal wurden allein von Laborärzten 13% aller EBM-Abrechnungsziffern der ambulanten Versorgung dokumentiert (vgl. nachfolgende Tabelle auf Seite 75). Im Rahmen der Einführung der Direktabrechnung von Laborgemeinschaften ist die Zahl der abgerechneten EBM-Ziffern im Gegenzug insbesondere bei Hausärzten sowie bei fachärztlich niedergelassenen Internisten gesunken. Insbesondere diese Arztgruppen sind für die Veranlassung von Laborleistungen verantwortlich. Während die Laborleistungen von Hausärzten und Internisten bis zum 3. Quartal auch bei einer externen Erbringung oft im Rahmen des eigenen Behandlungsfalls mit der KV abgerechnet wurden, werden sie jetzt, wie durch die Umstellung beabsichtigt, häufiger direkt durch den eigentlichen Leistungserbringer mit der KV abgerechnet.

Keine entsprechenden Auswirkungen zeigen sich bei Hausärzten und Internisten demgegenüber, wenn die Zahl der differenzierbaren Tage mit einer Dokumentation von Abrechnungsziffern betrachtet wird (vgl. Tabelle 10: Seite 76). Trotz der deutlich gesunkenen Zahl dokumentierter Abrechnungsziffern ist die Zahl der erfassten Behandlungstage vom 3. zum 4. Quartal 2008 gestiegen.

Tabelle 9: Dokumentierte Abrechnungsziffern je 10.000 Versicherte im 3. und 4. Quartal 2008 nach zusammengefassten Fachgebieten (D2008)

(Zuordnung aus LANR) Fachgebietsbezeichnung	3. Quartal 2008		4. Quartal 2008	
	Ziffern je 10.000 Versicherte	Anteil an allen Zif- fern	Ziffern je 10.000 Versicherte	Anteil an allen Zif- fern
Hausarzt Allgemeinmedizin	42.381	32,8%	36.133	26,6%
Hausarzt Internist	14.273	11,0%	11.905	8,8%
Facharzt Internist	8.193	6,3%	6.971	5,1%
Gynäkologie	11.321	8,7%	11.760	8,7%
Kinder- und Jugendmedizin	4.912	3,8%	4.644	3,4%
Chirurgie	3.698	2,9%	3.526	2,6%
Orthopädie	5.833	4,5%	5.850	4,3%
Augenarzt	3.668	2,8%	3.879	2,9%
HNO	3.374	2,6%	3.664	2,7%
Hautarzt	3.838	3,0%	3.883	2,9%
Urologie	3.952	3,1%	3.864	2,8%
Neurologie - Nervenheilkunde	3.306	2,6%	3.418	2,5%
Psycholog. Psychotherapeut	796	0,6%	854	0,6%
Radiologe - Nuklearmedizin	4.207	3,3%	4.379	3,2%
Labormedizin	9.563	7,4%	17.791	13,1%
Pathologie	1.363	1,1%	1.539	1,1%
Sonstige	1.905	1,5%	2.036	1,5%
unbekannt	2.824	2,2%	9.773	7,2%
Insgesamt	129.405	100,0%	135.867	100,0%

Tabelle 10: Tage mit EBM-Dokumentation je 10.000 Versicherte im 3. und 4. Quartal 2008 nach zusammengefassten Fachgebieten (D2008)

(Zuordnung aus LANR) Fachgebietsbezeichnung	3. Quartal 2008		4. Quartal 2008	
	Tage je 10.000 Versicherte	Anteil an allen Ta- gen	Tage je 10.000 Versicherte	Anteil an allen Ta- gen
Hausarzt Allgemeinmedizin	11.097	33,8%	11.351	31,8%
Hausarzt Internist	3.509	10,7%	3.601	10,1%
Facharzt Internist	1.671	5,1%	1.760	4,9%
Gynäkologie	2.448	7,5%	2.522	7,1%
Kinder- und Jugendmedizin	1.376	4,2%	1.412	4,0%
Chirurgie	1.079	3,3%	1.065	3,0%
Orthopädie	1.878	5,7%	1.891	5,3%
Augenarzt	1.277	3,9%	1.338	3,7%
HNO	951	2,9%	1.046	2,9%
Hautarzt	1.207	3,7%	1.274	3,6%
Urologie	703	2,1%	751	2,1%
Neurologie - Nervenheilkunde	1.113	3,4%	1.150	3,2%
Psycholog. Psychotherapeut	525	1,6%	568	1,6%
Radiologe - Nuklearmedizin	1.032	3,1%	1.064	3,0%
Labormedizin	1.482	4,5%	2.303	6,5%
Pathologie	376	1,1%	419	1,2%
Sonstige	418	1,3%	448	1,3%
unbekannt	681	2,1%	1.724	4,8%
Insgesamt	32.825	100,0%	35.687	100,0%

Ergänzend finden sich in der nachfolgenden Tabelle auf Seite 77 Berechnungsergebnisse zur *approximativen* Verteilung der Honorare auf Fachgruppen. Für die Berechnung wurde hier bundesweit und fachübergreifend ein einheitlicher Punktwert von 3,5 Cent angenommen. Da bei der Auswertung verfügbare Daten zu Abrechnungen der KV Bayern im 3. Quartal offensichtlich fehlerhafte

Angaben zu fallbezogenen Abrechnungsbeträgen enthielten, konnten Angaben aus diesem Bundesland bei den Auswertungen zu Kosten nicht berücksichtigt werden. Die Angaben in der Tabelle zeigen durchschnittliche approximative Kosten je Versichertem (in Euro und Cent).

Tabelle 11: Approx. Kosten je Versichertem im 3. und 4. Quartal 2008 nach zusammengefassten Fachgebieten (D2008)

(Zuordnung aus LANR) Fachgebietsbezeichnung	3. Quartal 2008		4. Quartal 2008	
	Euro je Versichertem*	Anteil an allen Kosten	Euro je Versichertem*	Anteil an allen Kosten
Hausarzt Allgemeinmedizin	27,72	26,2%	29,09	26,4%
Hausarzt Internist	10,24	9,7%	10,79	9,8%
Facharzt Internist	10,42	9,9%	10,69	9,7%
Gynäkologie	6,86	6,5%	6,99	6,3%
Kinder- und Jugendmedizin	4,94	4,7%	4,81	4,4%
Chirurgie	3,71	3,5%	3,79	3,4%
Orthopädie	4,52	4,3%	4,55	4,1%
Augenarzt	4,54	4,3%	4,77	4,3%
HNO	2,63	2,5%	2,80	2,5%
Hautarzt	2,60	2,5%	2,76	2,5%
Urologie	2,04	1,9%	2,19	2,0%
Neurologie - Nervenheilkunde	4,18	4,0%	4,32	3,9%
Psycholog. Psychotherapeut	3,31	3,1%	3,50	3,2%
Radiologe - Nuklearmedizin	7,35	7,0%	7,53	6,8%
Labormedizin	3,62	3,4%	4,14	3,8%
Pathologe	0,78	0,7%	0,85	0,8%
Sonstige	2,38	2,3%	2,53	2,3%
unbekannt	3,80	3,6%	4,08	3,7%
Insgesamt	105,64	100,0%	110,16	100,0%

* OHNE Bayern; unter Annahme eines einheitl. Punktwertes von 3,5 Cent

Sehr offensichtlich wird nach den Auswertungsergebnissen in der vorausgehenden Tabelle, dass die Verteilung der approximativ kalkulierten Kosten erheblich von der Verteilung der EBM-Ziffern abweicht, was aus der unterschiedlichen Wertigkeit der typischerweise von einzelnen Arztgruppen abgerechneten Ziffern resultiert. Während beispielsweise Laborärzte im 4. Quartal 13% aller EBM-Ziffern abrechneten, entfielen auf die Fachgruppe im selben Quartal lediglich knapp 4% der Kosten. Demgegenüber erhielten Radiologen (inkl. Nuklearmediziner) bei einem Anteil von gut 3% an den dokumentierten Abrechnungsziffern schätzungsweise knapp 7% der Honorare.

Der Anteil der Hausärzte an der Gesamtvergütung lag nach den vorliegenden Schätzungen im 4. Quartal bei etwa 36%, bei Mitberücksichtigung der hausärztlich tätigen Kinderärzte bei etwa 40%.

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 patientenbezogenen Kontakte zu unterschiedlichen Ärzten unterscheiden und zählen¹². Im Verlauf eines Jahres beanspruchten 53% der Bevölkerung bzw. 57% aller Patienten (Patienten hier im Sinne von Personen mit mindestens einem Arztkontakt im Jahr) Leistungen von vier oder mehr unterschiedlichen Ärzten (bzw. Arztpraxen) beliebiger Fachdisziplinen. Beschränkt man die Zählung auf Kontakte zu vorrangig behandelnden Ärzten¹³ 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 38,4% der Bevölkerung bzw. 41,5% der Patienten. Der Anteil der Bevölkerung mit Kontakten zu weniger als drei unterschiedlichen Ärzten bleibt mit 36,7% weiterhin die Minderheit.

Innerhalb einzelner Fachgruppen wird erwartungsgemäß eine geringere Zahl unterschiedlicher Ärzte kontaktiert. So hatten von den 56 Mio. Patienten von Allgemeinärzten innerhalb des Kalenderjahres 2008 etwa drei Viertel (74,0%) ausschließlich Kontakt zu genau einem Allgemeinarzt. Verhältnismäßig niedrig liegt der entsprechende Anteil mit 48,7% bei Gynäkologen. Von immerhin 9,3% aller Patientinnen werden 3 oder mehr Gynäkologen kontaktiert.

¹² *Da ausschließlich Informationen zu "alten Arztnummern" bzw. Betriebsstättennummern für das gesamte Jahr 2008 verfügbar waren, orientieren sich auch diese Auswertungen an der bisherigen Fachgruppensystematik. Daten aus dem Bereich der KV Thüringen wurden nicht berücksichtigt, da in dieser KV ab dem 3. Quartal 2008 die Betriebsstättennummern nach einer neuen, abweichenden Systematik vergeben wurden.*

¹³ *Arztgruppen mit Kennung 04-25, 29-30, 35-46, 50-52, 56-58, 67-71, 80-99*

Tabelle 12: Anzahl kontaktierte Ärzte allgemein und in Fachgruppen 2008

		Anzahl der kontaktierten Ärzte 2008 (stand. D2005)				
		min. 1 Arzt	1 Arzt	2 Ärzte	3 Ärzte	4 und mehr
Alle Ärzte	% Pop.	93,1%	12,2%	14,2%	13,8%	52,9%
	% Patienten	100,0%	13,1%	15,2%	14,8%	56,9%
	abs. (Tsd.)	76.779	10.088	11.670	11.356	43.664
Vorrangig beh. Ärzte	% Pop.	92,6%	17,1%	19,6%	17,5%	38,4%
	% Patienten	100,0%	18,4%	21,2%	18,9%	41,5%
	abs. (Tsd.)	76.334	14.076	16.203	14.396	31.659
Allgemeinärzte	% Pop.	68,3%	50,5%	14,3%	2,8%	0,7%
	% Patienten	100,0%	74,0%	20,9%	4,1%	1,0%
	abs. (Tsd.)	56.294	41.681	11.759	2.288	566
Internisten	% Pop.	31,7%	23,0%	6,4%	1,7%	0,6%
	% Patienten	100,0%	72,6%	20,2%	5,3%	1,8%
	abs. (Tsd.)	26.167	19.007	5.294	1.383	483
Gynäkologen	% Pop.	26,7%	13,0%	11,2%	1,9%	0,6%
	% Patienten	100,0%	48,7%	41,9%	7,1%	2,2%
	abs. (Tsd.)	21.987	10.710	9.219	1.567	491
Augenärzte	% Pop.	25,8%	23,4%	2,1%	0,2%	0,0%
	% Patienten	100,0%	90,8%	8,1%	1,0%	0,1%
	abs. (Tsd.)	21.256	19.306	1.717	204	29
Orthopäden	% Pop.	20,3%	17,6%	2,4%	0,3%	0,1%
	% Patienten	100,0%	86,6%	11,6%	1,5%	0,3%
	abs. (Tsd.)	16.721	14.482	1.943	253	42
Hautärzte	% Pop.	18,4%	15,6%	2,5%	0,2%	0,0%
	% Patienten	100,0%	85,0%	13,6%	1,2%	0,2%
	abs. (Tsd.)	15.152	12.884	2.053	186	27
HNO	% Pop.	16,6%	14,9%	1,5%	0,2%	0,0%
	% Patienten	100,0%	90,1%	8,8%	1,0%	0,2%
	abs. (Tsd.)	13.675	12.319	1.201	133	21
Kinderärzte	% Pop.	11,8%	8,3%	2,5%	0,7%	0,3%
	% Patienten	100,0%	70,5%	20,8%	6,0%	2,6%
	abs. (Tsd.)	9.701	6.839	2.022	587	254

Einschränkend ist zu den genannten Zahlen anzumerken, dass eine Unterscheidung der Ärzte ausschließlich auf Basis der (alten) Arztnummern erfolgte. Nicht berücksichtigt werden konnte so beispielsweise, ob von Patienten mit Kontakten zu mehreren Ärzten diese lediglich aufgrund von Urlaubszeiten des maßgeblich behandelnden Arztes kontaktiert wurden.

Vereinzelte festgestellte Fälle von Patienten mit Kontakten zu einer extrem hohen Zahl unterschiedlicher Ärzte (im Jahr 2007 maximal 109 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 2008 in allen 16 Bundesländern bei mindestens 91,2%. Minimal wurden bundeslandbezogen 7,2 Behandlungsfälle je Person und Jahr ermittelt.

Die für 2008 ermittelten Arztkontaktzahlen sind aus den bereits genannten Gründen nicht mehr im ursprünglichen Sinn interpretierbar. Ergänzend sind daher in der nachfolgenden Tabelle und Abbildung auch die Vorjahresergebnisse zu Arztkontakten aufgeführt. Tendenziell hat sich die Einführung der Versicherten- und Grundpauschalen in den einzelnen Bundesländern vergleichbar auf die Zahl der erfassten Kontakte ausgewirkt. Bundesländer mit vormals hohen Kontaktzahlen weisen in der Regel auch nach der Einführung der Versicherten- und Grundpauschalen überdurchschnittliche Ergebnisse auf, die sich 2008 in allen Ländern allerdings auf deutlich niedrigerem Niveau bewegen.

Tabelle 13: Kennzahlen zur ambulanten ärztlichen Versorgung in Bundesländern 2008 (indirekt stand. D2005)

	Betrof- fene (%)	Behandlungs- fälle je Jahr 2008	Arztkontakte je Jahr 2008 *	Arztkontakte je Jahr 2007
Schleswig- Holstein	92,6%	7,3 (-2,5%)	13,2 (-2,2%)	17,6 (-0,7%)
Hamburg	91,9%	7,5 (+0,8%)	13,8 (+2,1%)	17,2 (-3,2%)
Niedersachsen	93,4%	7,5 (+1,3%)	13,6 (+0,3%)	18,1 (+1,7%)
Bremen	92,5%	7,7 (+3,3%)	14,2 (+4,8%)	18,4 (+3,7%)
Nordrhein- Westfalen	93,2%	7,4 (-0,1%)	13,7 (+1,2%)	17,8 (+0,3%)
Hessen	93,7%	7,5 (+1,4%)	13,5 (-0,3%)	18,3 (+2,9%)
Rheinland-Pfalz	93,8%	7,4 (-0,8%)	13,3 (-1,6%)	18,1 (+1,9%)
Baden- Württemberg	93,5%	7,2 (-2,6%)	13,1 (-2,8%)	17,5 (-1,4%)
Bayern	93,9%	7,4 (-0,4%)	14,4 (+6,2%)	18,5 (+4,4%)
Saarland	93,6%	7,5 (+1,1%)	14,0 (+3,8%)	19,5 (+9,7%)
Berlin	91,2%	7,8 (+4,6%)	14,2 (+5,0%)	18,5 (+4,4%)
Brandenburg	91,2%	7,8 (+4,3%)	12,7 (-6,0%)	16,4 (-7,9%)
Mecklenburg- Vorpommern	91,9%	7,7 (+3,5%)	13,3 (-1,7%)	17,3 (-2,4%)
Sachsen	91,8%	7,5 (+0,7%)	12,9 (-4,3%)	15,8 (-10,9%)
Sachsen-Anhalt	91,8%	7,5 (+0,9%)	12,4 (-8,0%)	15,9 (-10,4%)
Thüringen	93,1%	7,7 (+3,1%)	12,8 (-5,6%)	16,6 (-6,5%)
Gesamt	92,9%	7,4	13,5	17,7

* reduzierte Werte durch Einführung von Versicherten- und Grundpauschalen im Jahr 2008 (Werte in Klammern: Prozentuale Abweichungen zu bundesweiten Ergebnissen)

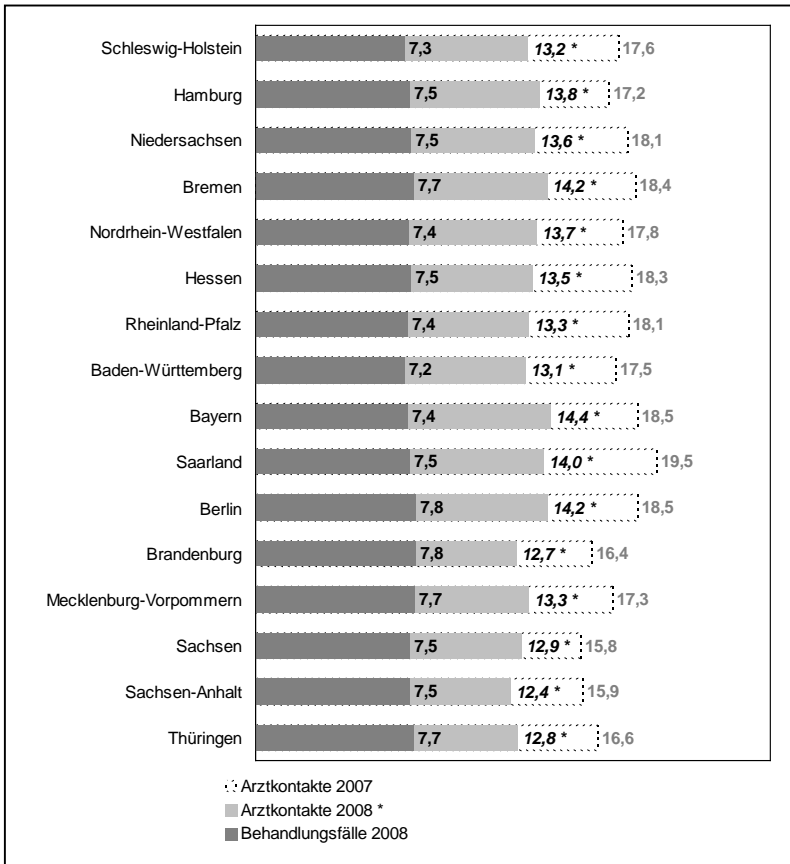


Abbildung 8: Kennzahlen zur ambulanten ärztlichen Versorgung in Bundesländern 2008 (indirekt stand.)

* reduzierte Werte durch Einführung von Versicherten- und Grundpauschalen im Jahr 2008

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 2008 umfassen brutto (inklusive ungültiger Schlüssel und redundanter Angaben) insgesamt 172 Mio. Diagnoseeinträge, darunter 42 Mio. Angaben aus dem Jahr 2008. 96% dieser Angaben entsprachen nach Abgleich mit dem aktuellen ICD10-GM im Jahr 2008 gültigen Diagnoseschlüsseln. Der überwiegende Anteil formal ungültiger bzw. fehlender Angaben resultiert, wie in den letzten Jahren, aus der Abrechnung von Laborleistungen, bei denen häufig keine Diagnoseangaben gemacht werden.

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. In den Jahren 2006 bis 2008 waren Angaben zur Art der Diagnose zu allen gültigen Diagnoseschlüsseln angegeben. 87,9% wurden 2008 als gesichert eingestuft, 4,4% als Verdachtsdiagnose, 3,7% als Ausschlussdiagnose und 4,1% als symptomlose Zustände. Bei weiteren Auswertungen wurden alle explizit als Ausschlussdiagnosen gekennzeichneten Einträge vernachlässigt. 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 2008 im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung mindestens einmalig 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.

Tabelle 14: Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen aus der ambulanten Versorgung 2004 bis 2008 nach Diagnosekapiteln (stand.D2005)

	ICD10-Kapitel	2004 Anteil	2005 Anteil	2006 Anteil	2007 Anteil	2008 Anteil
01	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	28,5%	28,6%	28,1%	29,1%	29,5%
02	Neubildungen	17,3%	17,4%	17,9%	19,1%	20,3%
03	Krankh. d. Blutes und d. blutbildenden Organe	7,2%	7,3%	7,1%	7,2%	7,4%
04	Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechselkrankheiten	36,2%	36,8%	37,1%	38,0%	38,5%
05	Psychische und Verhaltensstörungen	27,6%	28,0%	27,9%	28,6%	29,0%
06	Krankheiten des Nervensystems	17,3%	17,6%	17,7%	18,0%	18,6%
07	Krankh. d. Auges und d. Augenanhangsgebilde	28,5%	29,3%	29,7%	30,0%	30,4%
08	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	17,4%	17,7%	17,9%	17,9%	17,8%
09	Krankheiten des Kreislaufsystems	38,5%	38,6%	38,4%	38,8%	39,1%
10	Krankheiten des Atmungssystems	45,9%	49,3%	46,6%	48,8%	49,5%
11	Krankheiten des Verdauungssystems	31,0%	30,8%	31,5%	32,6%	33,4%
12	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	27,7%	28,4%	28,5%	28,7%	29,7%
13	Krankh. d. Muskel-Skelett-Systems u. d. Bindegewebes	47,0%	47,9%	48,1%	49,3%	50,1%
14	Krankheiten des Urogenitalsystems	37,3%	37,4%	37,3%	37,7%	38,2%
15	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	2,1%	1,9%	1,9%	2,0%	2,1%
16	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	0,9%	0,7%	0,7%	0,7%	0,6%
17	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	9,4%	10,0%	10,4%	11,1%	11,8%
18	Symptome und abnorme klin. und Laborbefunde	40,2%	41,7%	41,4%	42,5%	42,8%
19	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	28,2%	28,6%	29,4%	29,7%	30,4%
21	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	51,5%	54,6%	55,5%	58,9%	60,0%

Die Ergebnisse erweisen sich auf dieser Gliederungsebene von Diagnosen in einzelnen Diagnosekapiteln über fünf Jahre bei tendenziell ansteigenden Diagnoseraten insgesamt als verhältnismäßig konstant. Eine Ausnahme bilden Krankheiten des Atmungssystems, die in den Jahren 2005, 2007 und 2008 mit 49,3%, 48,8% bzw. 49,5% bei einem deutlich höheren Anteil der Bevölkerung als in den Jahren 2004 und 2006 diagnostiziert wurden. Das Ergebnis dürfte auf relativ stark ausgeprägte Erkältungswellen in den Jahren 2005, 2007 und 2008 zurückzuführen sein. Auffällig erscheint der Anstieg der Diagnoserate bei Neubildungen im Jahr 2007, der sich auch 2008 fortsetzt.

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Diagnoseraten nach Diagnosekapiteln des Jahres 2008 mit separaten Darstellungen zur Diagnosehäufigkeit bei Männern und Frauen, wobei eine Standardisierung nach der Geschlechts- und Altersstruktur in Deutschland 2008 vorgenommen wurde. Vollständige Zahlenangaben finden sich in Tabelle A 11: S. 238 im Anhang. Offensichtlich wird, dass Männer unter Ausnahme des Kapitels 16 durchgängig seltener von Diagnosevergaben auf der Ebene von Diagnosekapiteln betroffen sind als Frauen.

Am häufigsten, nämlich zu gut drei Vierteln, 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 10 "Krankheiten des Atmungssystems", dem Kapitel 13 "Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems" sowie dem Kapitel 14 "Krankheiten des Urogenitalsystems". Die höchste Diagnoserate findet sich bei Männern im Hinblick auf das Kapitel 10 "Krankheiten des Atmungssystems" mit 47,6% Betroffenen innerhalb des Jahres 2008.

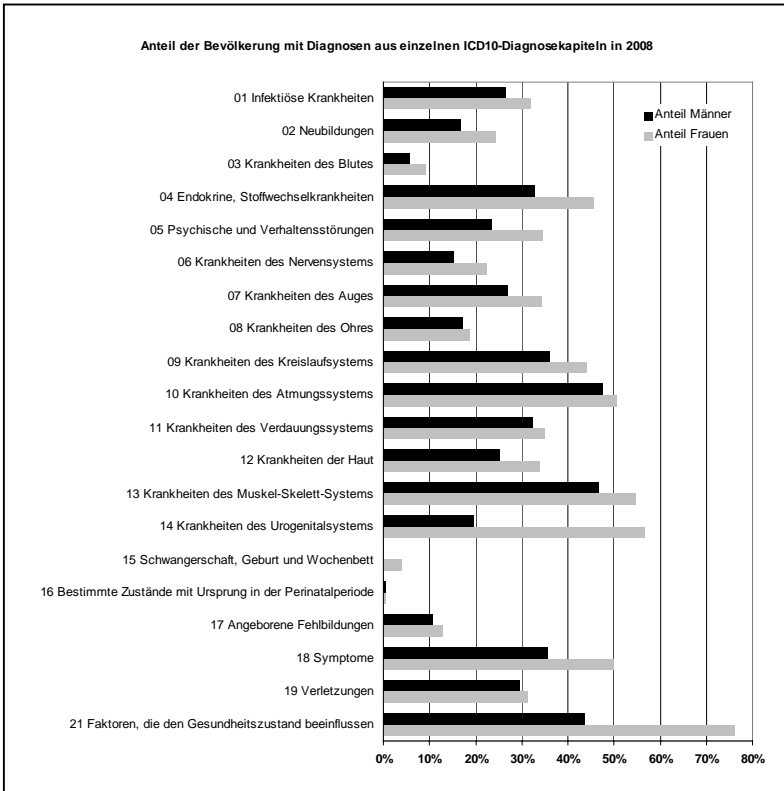


Abbildung 9: Diagnoseraten nach ICD10-Kapiteln 2008 (stand.D2008)

Zuvor geschlechts- und altersstandardisiert ermittelte Anteile lassen sich durch Multiplikation mit den zugehörigen Bevölkerungszahlen zur Abschätzung der absoluten Anzahl von Personen in Deutschland mit bestimmten Diagnoseangaben in 2008 nutzen. Die nachfolgende Tabelle beinhaltet entsprechende Zahlenangaben für Diagnoseraten auf der Ebene von Diagnosekapiteln.

Tabelle 15: Bevölkerung in Deutschland mit Diagnosen aus der ambulanten Versorgung nach Diagnosekapiteln 2008 (Hochrechnung D2008)

	ICD10-Kapitel	Männer Mio.	Frauen Mio.	gesamt Mio.
01	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	10,7	13,4	24,0
02	Neubildungen	6,7	10,3	17,0
03	Krankh. des Blutes und der blutbildenden Organe	2,3	3,8	6,2
04	Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechselkrankh.	13,2	19,1	32,3
05	Psychische und Verhaltensstörungen	9,5	14,5	24,0
06	Krankheiten des Nervensystems	6,2	9,4	15,5
07	Krankh. des Auges und der Augenanhangsgebilde	10,8	14,4	25,2
08	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	6,9	7,8	14,7
09	Krankheiten des Kreislaufsystems	14,5	18,5	33,0
10	Krankheiten des Atmungssystems	19,2	21,2	40,3
11	Krankheiten des Verdauungssystems	13,0	14,7	27,7
12	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	10,2	14,2	24,4
13	Krankh. des Muskel-Skelett-Systems u. d. Bindegewebes	18,8	22,9	41,7
14	Krankheiten des Urogenitalsystems	7,9	23,8	31,7
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	4,3	5,4	9,7
18	Symptome und abnorme klin. und Laborbefunde	14,4	20,9	35,3
19	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	11,9	13,1	25,0
21	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	17,6	31,9	49,5

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 2008 schätzungsweise 41,7 Millionen Menschen in Deutschland im Rahmen der ambulanten Versorgung mindestens einmalig die Diagnose einer Muskel-Skelett-Erkrankung (Vorjahr: 40,9 Mio.), darunter 18,8 Mio. Männer und 22,9 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 2008, jeweils die Anteile der Population, die 2008 von Diagnosen (bzw. mindestens einer Diagnosenennung) aus den ausgewählten Diagnosekapiteln innerhalb des Jahres betroffen waren.

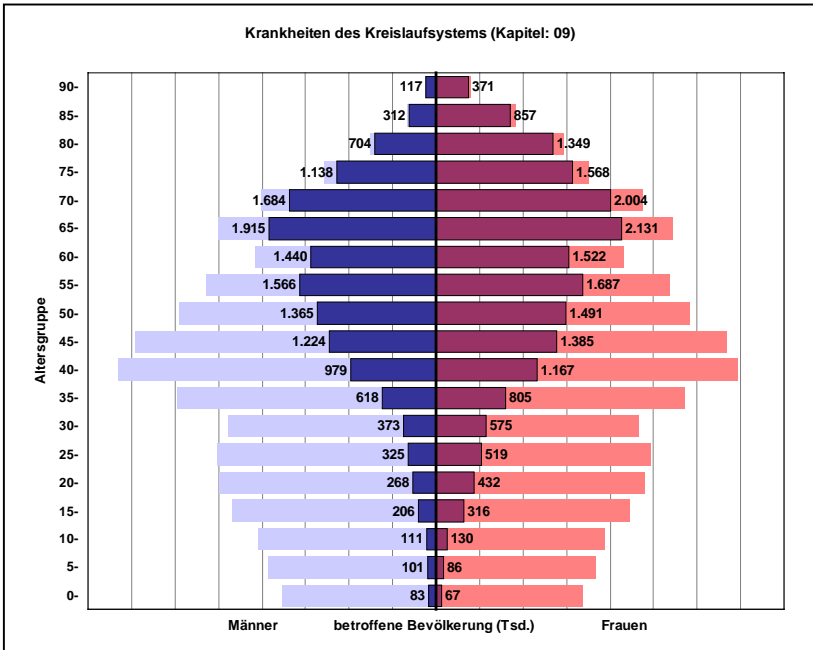


Abbildung 10: Personen mit ambulanter Diagnose einer Krankheit des Kreislaufsystems im Jahr 2008 (D2008)

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 33,0 Mio. Personen mit entsprechenden Diagnosen aus den höheren Altersgruppen der Bevölkerung rekrutiert.

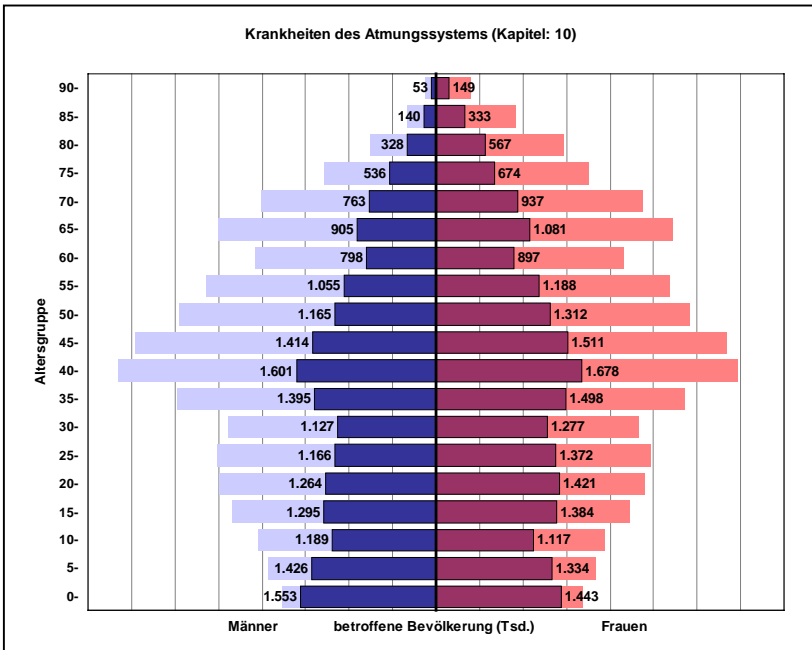


Abbildung 11: Personen mit ambulanter Diagnose einer Krankheit des Atmungssystems im Jahr 2008 (D2008)

Krankheiten des Atmungssystems betrafen nach ambulant dokumentierten Diagnosen 2008 schätzungsweise insgesamt 40,3 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 2008 in Deutschland schätzungsweise 41,7

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

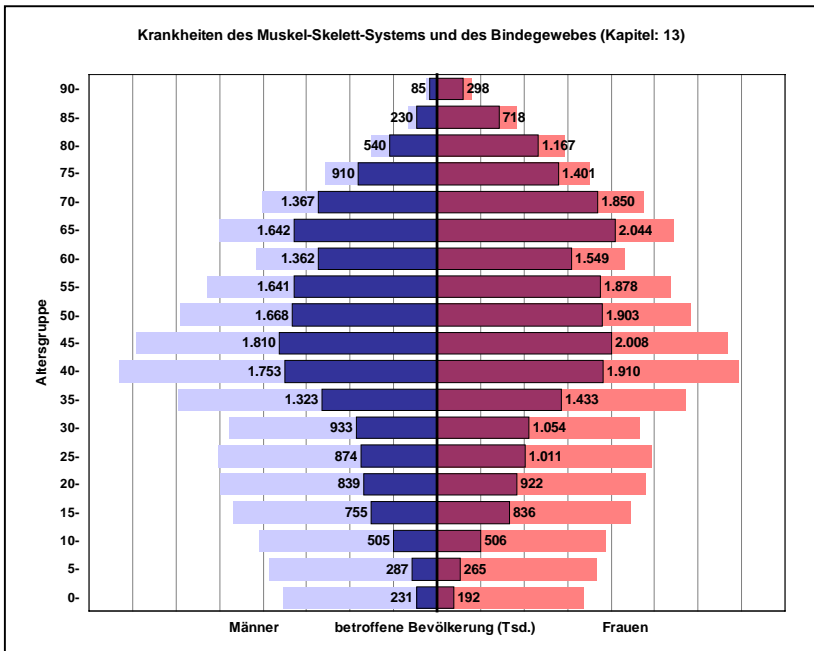


Abbildung 12: Personen mit Diagnose einer Krankheit des Muskel-Skelett-Systems im Jahr 2008 (D2008)

Von einer Diagnose aus dem ICD-Kapitel "Psychische und Verhaltensstörungen", welches alle primär als psychisch zu bezeichnenden Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten zusammenfasst, waren 2008 29,2% der Bevölkerung und damit 24,0 Mio. Menschen in Deutschland betroffen (vgl. nachfolgende Abbildung).

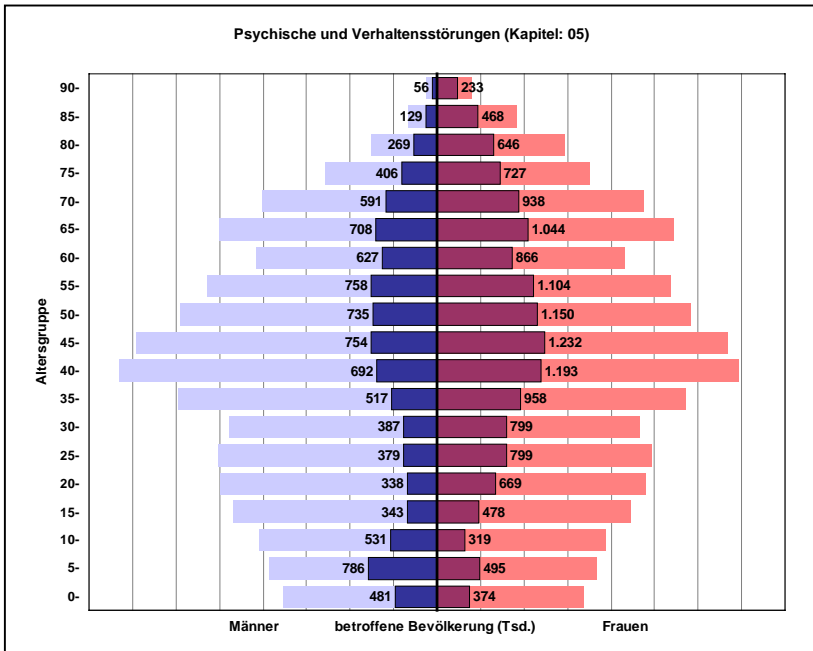


Abbildung 13: Personen mit Diagnose "Psychische und Verhaltensstörungen" im Jahr 2008 (D2008)

In nahezu allen Altersgruppen sind Frauen deutlich häufiger betroffen. Insgesamt resultiert so bei Frauen eine Diagnoserate von 34,6%, während sie bei Männern insgesamt 23,6% 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 2008 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 7,6% der Bevölkerung, also schätzungsweise mindestens 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 37% der Bevölkerung als Diagnose dokumentiert werden. Etwa 22% bis 28% der Bevölkerung erhalten Diagnosen aus den Gruppen "Akute Infektionen der oberen Atemwege", "Hypertonie [Hochdruckkrankheit]", "Arthropathien", "Stoffwechselstörungen" und "Affektionen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen".

Eine Sonderstellung nimmt die in sich recht heterogene Diagnosegruppe "Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes" ein, von der nach den ärztlichen Diagnosedokumentationen 46% aller Frauen innerhalb eines Jahres betroffen sind.

Tabelle 16: Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen aus der ambulanten Versorgung: Häufig kodierte Diagnosegruppen 2008 (stand.D2008)

ICD	ICD10-Diagnosegruppe	Männer Anteil	Frauen Anteil	gesamt Anteil
Z00-Z13	Personen, die d. Gesundheitswesen zur Unters. u. Abklärung in Anspruch nehmen	20,0%	53,4%	37,1%
M40-M54	Krankh. der Wirbelsäule und des Rückens	32,2%	39,9%	36,1%
Z20-Z29	Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken hinsichtlich übertragbarer Krankh.	27,1%	33,4%	30,3%
J00-J06	Akute Infektionen der oberen Atemwege	27,0%	29,5%	28,3%
I10-I15	Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	25,0%	27,2%	26,1%
M00-M25	Arthropathien	21,5%	27,0%	24,3%
E70-E90	Stoffwechselstörungen	23,3%	23,7%	23,5%
N80-N98	Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	0,0%	46,1%	23,5%
H49-H52	Affektionen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen	19,2%	25,4%	22,4%
M60-M79	Krankheiten der Weichteilgewebe	17,4%	21,7%	19,6%
R50-R69	Allgemeinsymptome	14,7%	20,9%	17,9%
J30-J39	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	17,1%	18,6%	17,9%
J40-J47	Chron. Krankheiten der unteren Atemwege	16,9%	17,7%	17,3%
L20-L30	Dermatitis und Ekzem	13,5%	18,5%	16,1%
Z30-Z39	Personen, d. d. Gesundheitswesen im Zusammenhang mit Problemen d. Reproduktion in Anspruch nehmen (inkl. Kontrazeption)	0,7%	29,7%	15,5%
E00-E07	Krankheiten der Schilddrüse	7,5%	22,4%	15,1%
R10-R19	Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen	10,1%	19,6%	14,9%
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	9,2%	20,3%	14,8%
I80-I89	Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	10,8%	18,3%	14,6%
D10-D36	Gutartige Neubildungen	10,8%	17,6%	14,3%
K20-K31	Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums	11,5%	13,9%	12,7%

ICD	ICD10-Diagnosegruppe	Männer Anteil	Frauen Anteil	gesamt Anteil
Z80-Z99	Personen mit pot. Gesundheitsrisiken aufgrund der Familien- oder Eigenanamnese	9,1%	14,8%	12,0%
R00-R09	Symptome, die das Kreislaufsystem und das Atmungssystem betreffen	10,7%	12,1%	11,4%
I30-I52	Sonstige Formen der Herzkrankheit	10,3%	12,1%	11,2%
G40-G47	Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems	8,4%	13,8%	11,2%
F30-F39	Affektive Störungen	6,1%	14,0%	10,1%
N30-N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	5,1%	14,2%	9,8%
J20-J22	Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege	9,4%	9,6%	9,5%
M95-M99	Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	8,1%	10,8%	9,5%
H53-H54	Sehstörungen und Blindheit	8,0%	10,5%	9,3%
H90-H95	Sonstige Krankheiten des Ohres	8,9%	9,6%	9,3%
T08-T14	Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten	9,0%	8,9%	9,0%
E10-E14	Diabetes mellitus	9,0%	8,4%	8,7%
K50-K52	Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis	8,7%	8,5%	8,6%
B35-B49	Mykosen	6,3%	10,6%	8,5%
L60-L75	Krankheiten der Hautanhangsgebilde	6,0%	10,8%	8,5%
H25-H28	Affektionen der Linse	6,6%	9,7%	8,2%
E65-E68	Adipositas und sonstige Überernährung	6,4%	9,4%	7,9%
K55-K63	Sonstige Krankheiten des Darmes	6,6%	8,7%	7,7%
H10-H13	Affektionen der Konjunktiva	6,7%	8,4%	7,6%

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 2008 betroffenen Bevölkerung, also den Anteil der Personen, bei denen eine entsprechende Diagnose mindestens einmalig innerhalb des Jahres 2008 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 26% der Population innerhalb eines Jahres betroffen sind. Auf Rang zwei folgt die primäre Hypertonie, also Bluthochdruck ohne definierte organische Ursache, mit 25,4%. Rang drei im Sinne von Erkrankungen belegen Akkommodationsstörungen, also Diagnosen einer Fehlsichtigkeit, die bei 21,5% 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 Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei Männern (Z12: 6,5%) und Frauen (Z12: 39,5%).

Tabelle 17: Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen aus der ambulanten Versorgung: Häufig kodierte 3stellige Diagnosen 2008 (stand.D2008)

ICD	ICD10-Diagnose 3stellig	Männer Anteil	Frauen Anteil	gesamt Anteil
M54	Rückenschmerzen	22,9%	29,0%	26,0%
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	24,3%	26,5%	25,4%
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	6,5%	39,5%	23,3%
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	18,4%	24,5%	21,5%
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	18,9%	19,5%	19,2%
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	17,0%	17,4%	17,2%
Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	13,8%	15,8%	14,8%
Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	0,3%	28,5%	14,7%
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	11,9%	15,6%	13,8%
N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	0,0%	23,6%	12,0%
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	5,9%	14,8%	10,5%
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	7,2%	11,4%	9,3%
J20	Akute Bronchitis	8,8%	8,9%	8,9%
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	7,4%	10,0%	8,7%
F32	Depressive Episode	5,0%	12,0%	8,6%
E04	Sonstige nichttoxische Struma	4,3%	12,6%	8,5%
J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	7,9%	8,9%	8,4%
L30	Sonstige Dermatitis	7,4%	9,1%	8,2%
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	8,3%	8,0%	8,2%
Z26	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung]	6,8%	9,4%	8,2%

ICD	ICD10-Diagnose 3stellig	Männer Anteil	Frauen Anteil	gesamt Anteil
	gegen andere einzelne Infektionskrankheiten			
M47	Spondylose	6,8%	9,4%	8,1%
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	8,2%	7,9%	8,1%
N95	Klimakterische Störungen	0,0%	15,8%	8,1%
F45	Somatoforme Störungen	4,6%	11,1%	7,9%
H53	Sehstörungen	6,7%	8,7%	7,7%
E66	Adipositas	6,2%	9,0%	7,6%
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	7,3%	7,8%	7,6%
Z24	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen bestimmte einzelne Viruskrankheiten	6,9%	7,6%	7,3%
K29	Gastritis und Duodenitis	6,3%	8,2%	7,3%
D22	Melanozytennävus	6,2%	8,2%	7,2%
Z27	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten	6,7%	7,2%	7,0%
I83	Varizen der unteren Extremitäten	3,9%	9,9%	6,9%
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	5,6%	8,1%	6,9%
E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	7,1%	6,6%	6,8%
J45	Asthma bronchiale	6,4%	7,2%	6,8%
N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	3,2%	10,3%	6,8%
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	6,6%	6,8%	6,7%
H10	Konjunktivitis	5,9%	7,3%	6,6%
T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	5,1%	7,6%	6,4%
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	7,2%	5,3%	6,2%

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 2008 in Deutschland bei 26,0% der Bevölkerung entsprechend 21,4 Mio. Menschen gestellt. Frauen waren etwas häufiger als Männer betroffen (29,0% vs. 22,9% entsprechend 12,2 Mio. vs. 9,2 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 12: S. 239 im Anhang).

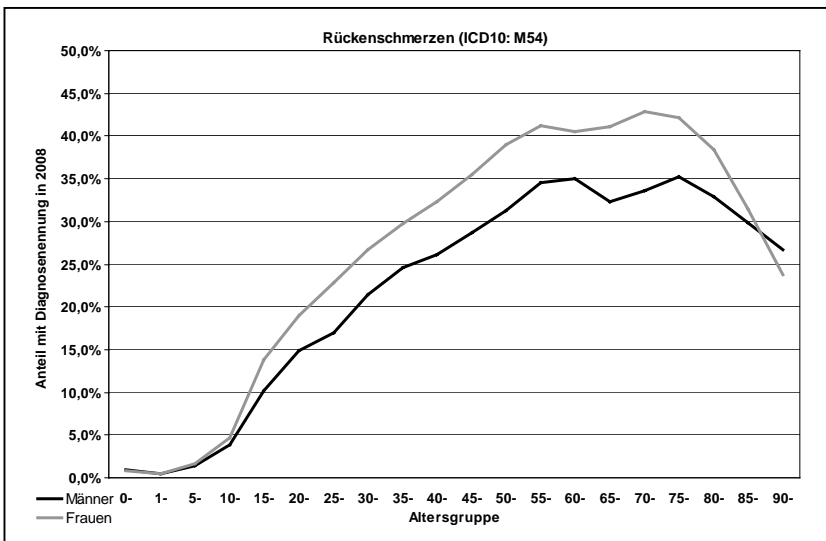


Abbildung 14: Anteil Personen mit der Diagnose Rückenschmerzen (ICD10: M54) im Jahr 2008 nach Geschlecht und Alter

Essentielle Hypertonie (ICD10: I10)

Unter einer essentiellen Hypertonie versteht man einen Bluthochdruck ohne feststellbare organische Ursachen. Von einer entsprechenden Diagnose waren 2008 in Deutschland 20,9 Mio. Personen bzw. 25,4% der Bevölkerung betroffen.

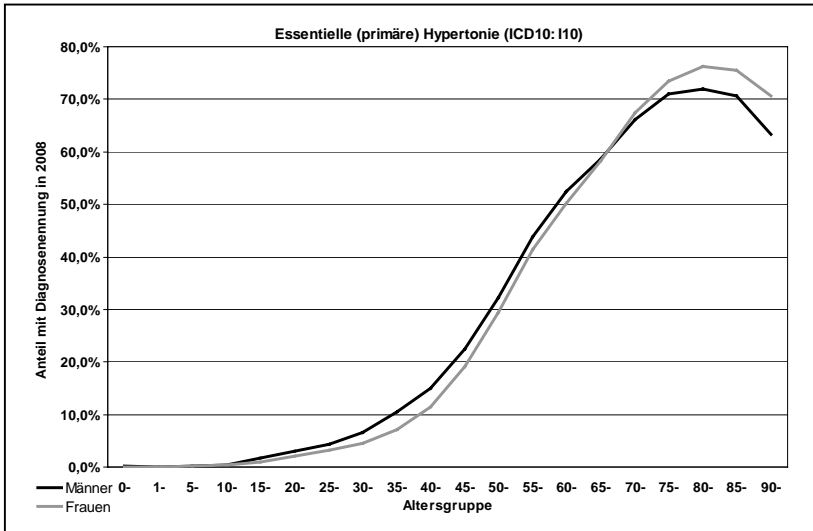


Abbildung 15: Anteil Personen mit der Diagnose Hypertonie (ICD10: I10) im Jahr 2008 nach Geschlecht und Alter

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. Unter Hochbetagten liegt die Häufigkeit etwas niedriger als um das 75. Lebensjahr herum (vgl. Tabelle A 13: S. 240 im 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 beobach-

teten Reduktion des Übergewichts bei Hochbetagten). 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 (artifizial) 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) 26,1% der Population betroffen (vgl. auch Tabelle 16: S. 97).

Untersuchung auf Neubildungen – Krebsfrüherkennung (ICD10: Z12)

Obwohl die Dokumentation des ICD10-Schlüssels Z12 keine obligate Voraussetzung für die Abrechnung entsprechender ärztlicher Leistungen ist, wurde er 2008 bei etwa 19,1 Mio. Personen entsprechend 23,3% der Bevölkerung erfasst, wobei Frauen mit 39,5% erheblich häufiger als Männer (6,5%) 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 Diagnose-schlüssel, 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 70 bis unter 75jährigen Männern vergeben, von denen 19,6% betroffen sind. Selbst in dieser Altersgruppe liegt die Rate bei

Frauen mit 38,3% allerdings noch fast doppelt so hoch, um bis ins Hochbetagtenalter auf eine vergleichbar geringe Rate wie bei Männern von unter 10% zu sinken (vgl. Tabelle A 14: S. 241 im Anhang).

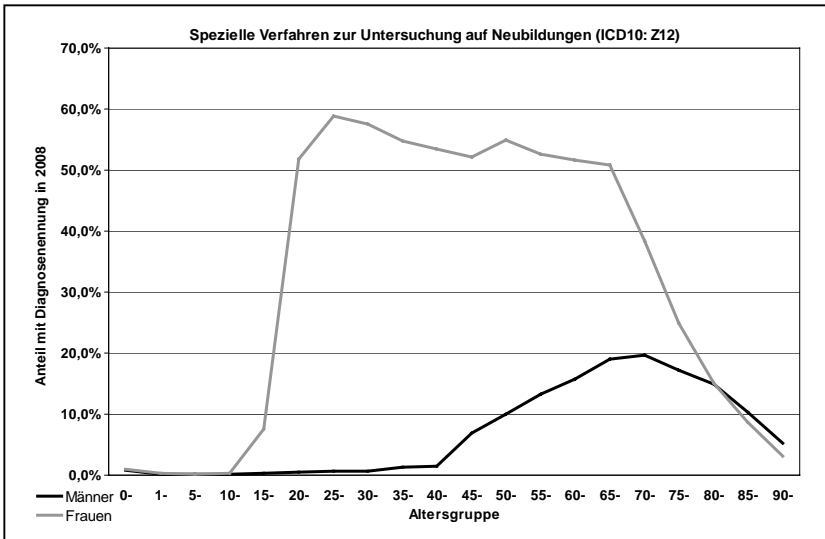


Abbildung 16: Anteil Personen mit Untersuchung auf Neubildung (ICD10: Z12) im Jahr 2008 nach Geschlecht und Alter

Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen im EBM

Die Vollständigkeit der Dokumentation von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen über entsprechende ICD-Ziffern muss vor dem Hintergrund ihrer nicht eindeutigen Abrechnungsrelevanz als ungewiss gelten, weshalb an dieser Stelle auch auf die Dokumentation von Früherkennungsuntersuchungen in Abrechnungsdaten eingegangen werden soll.

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei Frauen und Männern zählen zu den Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Welche Maßnahmen bei welchen Versicherten abgerechnet werden können, regeln die Richtli-

nie über die Früherkennung von Krebserkrankungen des Gemeinsamen Bundesausschusses¹⁴. Entsprechend existieren im EBM Abrechnungsziffern, die bei einer Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen von niedergelassenen Ärzten abgerechnet werden können. Über die EBM-Ziffer 01730 werden "Krebsfrüherkennungs-Untersuchung[en] bei der Frau" und über die Ziffer 01731 "Krebsfrüherkennungs-Untersuchung[en] beim Mann" abgerechnet. Die Untersuchung bei Frauen ab einem Alter von 20 Jahren umfasst insbesondere einen Cervix-Abstrich und ab dem Alter von 30 Jahren das Abtasten der Brust. Zur Untersuchung bei Männern ab einem Alter von 45 Jahren gehört das Abtasten der Prostata. Die Untersuchungen können einmal im Jahr abgerechnet werden. Nicht in den Ziffern enthalten und gesondert abzurechnen sind ggf. Leistungen im Sinne eines Mammographie-Screenings bei Frauen sowie Screening-Untersuchungen auf Hautkrebs sowie kolorektale Karzinome und Gesundheitsuntersuchungen bei beiden Geschlechtern, die regulär nur in größeren zeitlichen Abständen als Screening-Maßnahme durchgeführt werden können (vgl. späteren Abschnitt).

Die nachfolgende Abbildung zeigt die altersspezifische Häufigkeit der Abrechnung der beiden jährlich erstattungsfähigen Früherkennungsziffern 01730 und 01731 in den Jahren 2006 bis 2008.

Die Abrechnungshäufigkeit der EBM-Ziffer 01730 bei Frauen entspricht weitgehend der Dokumentationshäufigkeit des ICD-Diagnoseschlüssels Z12. Insbesondere bei jüngeren Frauen wird die Abrechnungsziffer noch etwas häufiger als die entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert. Bei Männern erfolgt die Abrechnung einer Früherkennungsuntersuchung gut 50% häufiger als die Dokumentation der ICD10-Diagnose Z12, deren Angabe zur Abrechnung allerdings auch nicht vorgeschrieben ist. Die Abrechnungshäufigkeit hat innerhalb der vergangenen drei Jahre zugenommen. Während unter Frauen insbesondere in jüngeren Altersgruppen eine Zunahme beobachtet werden kann, ist unter

¹⁴ Vgl. im Internet: <http://www.g-ba.de>

Männern eine Steigerung vorrangig nach dem 65. Lebensjahr zu beobachten (vgl. auch 0 Seite 242 im Anhang). Im Jahr 2008 wurde bei 41,3% aller Frauen (17,4 Mio.) sowie bei 10,6% aller Männer (4,3 Mio.) eine Früherkennung im Sinne der Ziffern 01730 bzw. 01731 abgerechnet (jeweils hochgerechnet auf die deutsche Gesamtbevölkerung; ausschließlich GKV-Versicherte: 15,4 Mio. Frauen und 3,6 Mio. Männer).

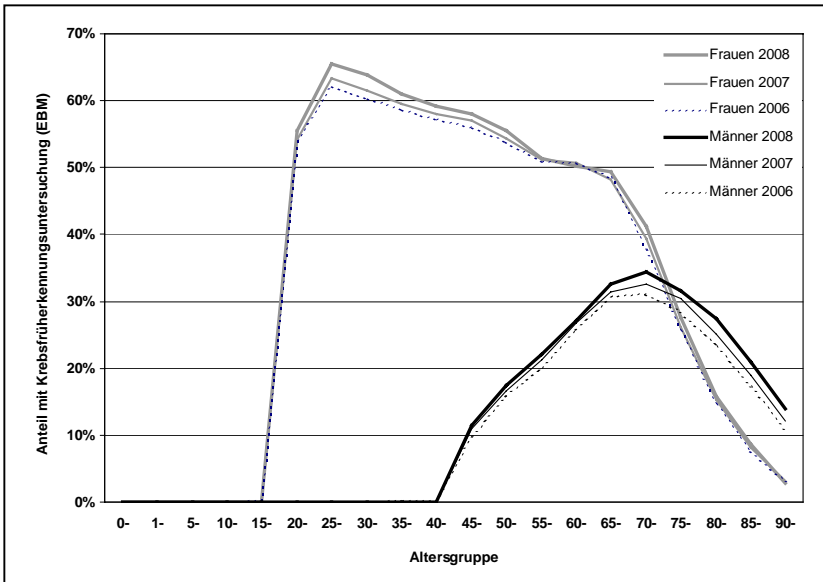


Abbildung 17: Abrechnung von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (EBM 01730 bzw. 01731): Betroffene nach Alter 2006 bis 2008

Weitere Untersuchungen zur Früherkennung im EBM

Drei weitere Abrechnungsziffern des EBM stehen im Zusammenhang mit der Früherkennung von **Darmkrebs**. Die EBM-Ziffer **01734** "Untersuchung auf Blut im Stuhl" bezeichnet die Durchführung einer einfachen und eher unspezifischen Untersuchung auf Blutbestandteile im Stuhl. Ab einem Alter von 50 Jah-

ren wird sie zunächst jährlich, ab 55 Jahre in zweijährigen Abständen erstattet, sofern keine Koloskopie in 10 vorausgehenden Jahren erfolgte (s.u.).

Die EBM-Ziffer **01740** umfasst die "Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms". Eine entsprechende Beratung ist im Rahmen des Screenings bzw. der Früherkennung gemäß aktueller Vorgaben zweimalig vorgesehen (Stand 10/2009). Die erste Beratung sollte möglichst frühzeitig mit 50 Jahren erfolgen, eine zweite im Alter von 55 Jahren. Die EBM-Ziffer **01741** "Totale Koloskopie gem. Krebsfrüherkennungsrichtlinien" bezeichnet schließlich eine vollständige Darmspiegelung im Rahmen eines Screenings, die ohne Vorbefunde im Alter ab 55 Jahre zweimalig im Leben durchgeführt werden kann. Die Abbildung zeigt die altersspezifische Abrechnungshäufigkeit der zuvor genannten Ziffern im Jahr 2008.

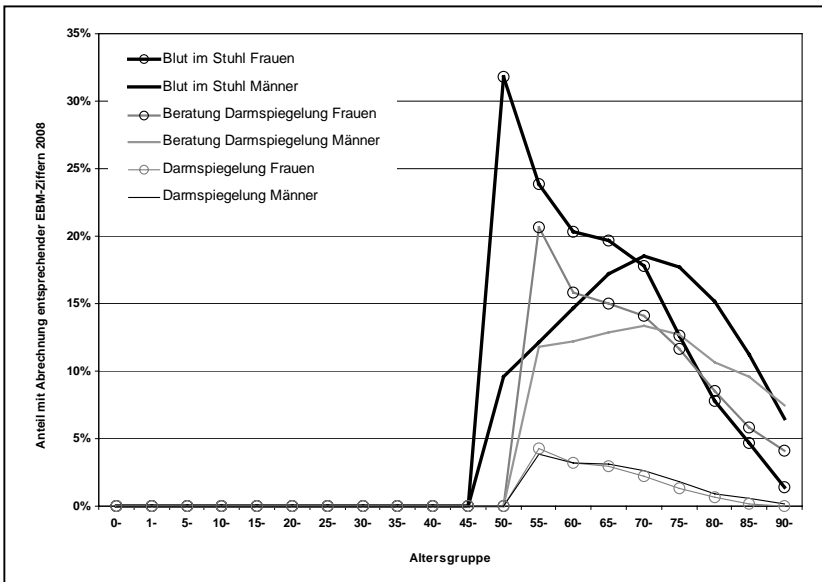


Abbildung 18: Abrechnung von Früherkennungsleistungen Darmkrebs (EBM 01734, 01740 und 01741): Betroffene nach Alter 2008

Die Zahlenwerte zur vorausgehenden Abbildung finden sich in 0 auf Seite 244 im Anhang. Insbesondere in den unteren Altersgruppen zwischen 50 und 69 Jahre werden Stuhluntersuchungen sowie Beratungen zur Darmkrebsspiegelung häufiger bei Frauen als bei Männern abgerechnet, in höheren Altersgruppen sind Männer verhältnismäßig häufiger als Frauen betroffen. Die Darmspiegelung im Rahmen eines Screenings wurde 2008 ab einem Alter von 65 Jahren tendenziell häufiger bei Männern als bei Frauen durchgeführt, lediglich in jüngeren Altersgruppen waren Frauen häufiger betroffen. Nach Hochrechnung der vorliegenden Ergebnisse auf die Gesamtbevölkerung dürften im Jahr 2008 etwa 350 Tsd. Koloskopien bei Frauen und ca. 320 Tsd. Koloskopien bei Männern als Screening-Untersuchung durchgeführt worden sein¹⁵.

Als Früherkennungsleistungen können neben den zuvor genannten Leistungen primär drei weitere Ziffern abgerechnet werden. Die EBM-Ziffer **01732** mit der Bezeichnung "Gesundheitsuntersuchung" kann in zweijährigen Abständen ab einem Alter von 35 Jahre abgerechnet werden. Besser bekannt ist diese Untersuchung unter der Bezeichnung Check-up 35. Erst seit Sommer 2008 ist das Mammographie-Screening unter der EBM-Ziffer **01750** bundesweit etabliert, zu dem Frauen im Alter von 50-69 Jahren in zweijährigen Abständen eingeladen werden sollen. Erst seit Juli 2008 kann unter der EBM-Ziffer **01745** zudem von Haus- und Hautärzten eine "Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs" bei Versicherten ab 35 Jahre in zweijährigen Abständen abgerechnet werden. Eine Übersicht zu altersspezifischen Anteilen von Versicherten, bei denen entsprechende Ziffern im Jahr 2008 abgerechnet wurden, gibt die nachfolgende Abbildung. Zahlenangaben finden sich in 0 Seite 245 im Anhang.

¹⁵ *Beschränkt man die Hochrechnung auf die 70 Mio. GKV-Versicherten, ist innerhalb dieser Population 2008 von ca. 320 Tsd. Koloskopien bei Frauen und 280 Tsd. Koloskopien bei Männern im Rahmen eines Screenings mit Abrechnung über die EBM-Ziffer 01741 auszugehen.*

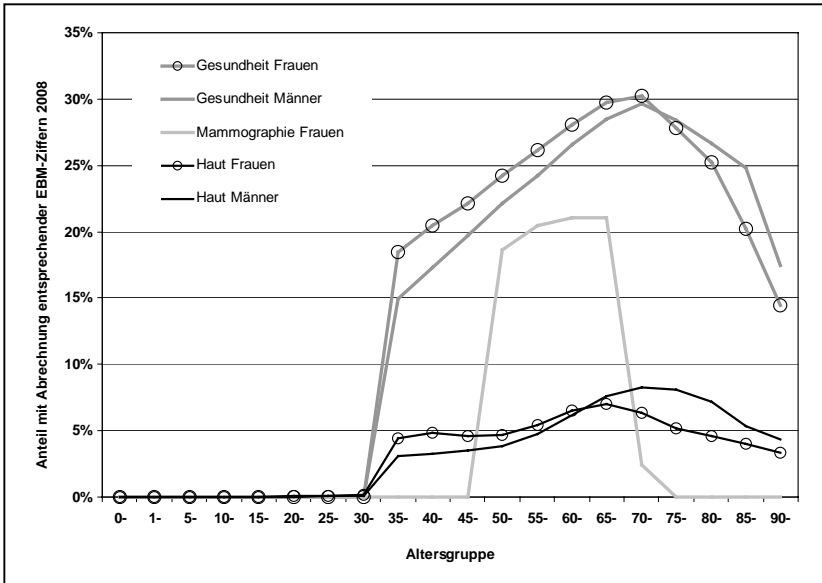


Abbildung 19: Abrechnung von Früherkennungsleistungen (EBM 01732, 01750 [nur Frauen] und 01745): Betroffene nach Alter 2008

Die Check-up 35 Untersuchung dürfte 2008 nach den vorliegenden Ergebnissen bei knapp 4,6 Mio. männlichen und 6,0 Mio. weiblichen GKV-Versicherten abgerechnet worden sein. In den berechtigten Altersgruppen wurde die Untersuchung damit bei etwa einem Viertel der Versicherten durchgeführt (mit altersabhängigen Variationen, vgl. Abbildung). Wenn man das zweijährige Intervall der Untersuchungen berücksichtigt, ist davon auszugehen, dass insbesondere um das 70. Lebensjahr herum eine entsprechende Untersuchung von mehr als der Hälfte aller Anspruchsberechtigten genutzt wird.

Die Angaben zum Mammographie- und Hautkrebs-Screening sollten vor dem Hintergrund der erst kurzfristigen (bundesweiten) Etablierung noch zurückhaltend interpretiert werden. Ein Mammographie-Screening wurde innerhalb des Jahres 2008 bei etwa 20% der Frauen aus anspruchsberechtigten Al-

tersgruppen abgerechnet. Ein Hautkrebs-Screening wurde mit altersabhängigen Variationen bei etwa 5% der Berechtigten durchgeführt und dürfte damit seit der Einführung zum 1.7.2008 im zweiten Halbjahr des Jahres bereits bei 2,3 Mio. GKV-Versicherten durchgeführt worden sein.

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 2008 wurde eine entsprechende Diagnose bei 17,7 Mio. Personen bzw. 21,5% 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 Alterssichtigkeit). Ein Maximum erreichen die Diagnoseraten mit Werten über 40% im 71.-85. Lebensjahr (vgl. Tabelle A 19: S. 246 im Anhang).

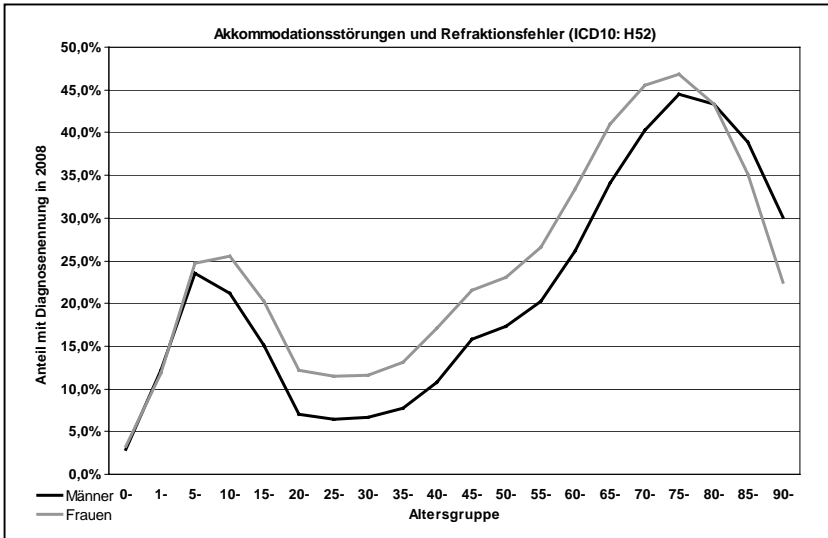


Abbildung 20: Anteil Personen mit der Diagnose Akkommodationsstörungen (ICD10: H52) im Jahr 2008 nach Geschlecht und Alter

Lipidämien – Fettstoffwechselstörungen (ICD10: E78)

Von Fettstoffwechselstörungen (vorrangig erfahrungsgemäß Hypercholesterinämien) waren nach ambulanten Diagnoseangaben 2008 insgesamt 19,2% der Bevölkerung bzw. 15,8 Mio. Personen in Deutschland betroffen. Die Raten liegen dabei bei Männern und Frauen mit 18,9% bzw. 19,5% 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 20: S. 247 im Anhang).

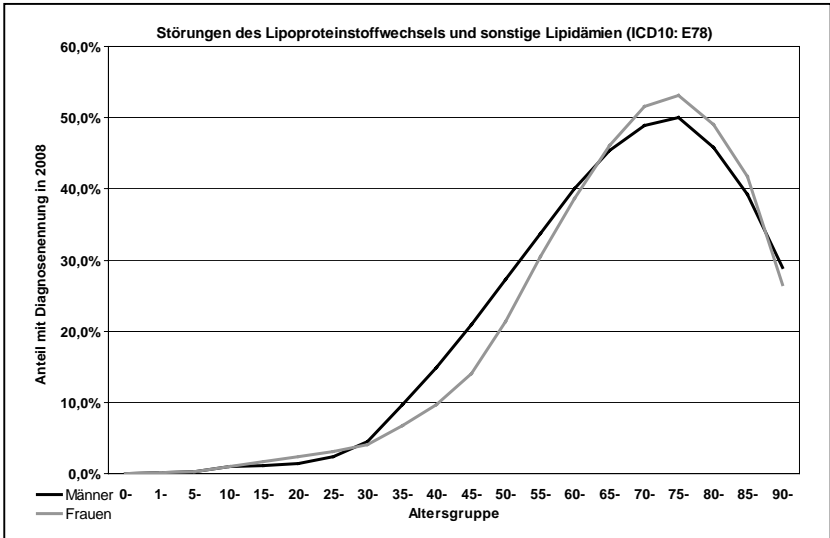


Abbildung 21: Anteil Personen mit der Diagnose Lipidämie (ICD10: E78) im Jahr 2008 nach Geschlecht und Alter

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 463 unterschiedliche 3-stellige Diagnoseschlüssel jeweils mehr als 5.000 Versicherte der GEK innerhalb des Jahres 2008 betreffen und sich aus statistischer Sicht damit zweifellos für eine detailliertere Betrachtung eignen würden. Nach Hochrechnung der vorliegenden Daten dürften etwa 353 unterschiedliche Diagnoseschlüssel existieren, die im Jahr 2008 jeweils bei mindestens einer halben Million Bundesbürgern vergeben worden sein dürften. Von insgesamt mehr als 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 2008 in Deutschland mit 3,5 Mio. einen Anteil von 4,2% an der Gesamtbevölkerung. Die Zahl der Arztkontakte liegt in dieser jüngsten Altersgruppe allgemein deutlich über der bei älteren Kindern (vgl. auch Abbildung 6: S. 61). Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick zu den 20 am häufigsten¹⁶ vergebenen 3stelligen ICD10-Schlüsseln unter Säuglingen und Kleinkindern. In der ersten Ergebnisspalte wird der prozentuale Anteil der innerhalb des Jahres 2008 von der genannten Diagnose betroffenen Säuglinge und Kleinkinder angegeben, die zweite Ergebnisspalte nennt die hochgerechnete absolute Zahl der Betroffenen in Deutschland 2008.

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 2008 von "Akuten Infektionen ..." im Sinne der unspezifischen Diagnose J06 betroffen, bei mehr als einem Viertel der Kinder wurden jeweils "Fieber unbekannter Ursache" (R50), eine "Akute Bronchitis" (J20), nicht näher bezeichnete Viruskrankheiten (B34) und bei knapp einem Viertel eine eitrige Mittelohrentzündung (H66) diagnostiziert. Als explizit zumindest formal nicht-infektiöse Erkrankungen erscheint in der Liste ausschließlich die "nichtinfektiöse Gastroenteritis" (K52) mit einer Diagnoserate von 22%.

¹⁶ 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 18: Häufige Diagnosen: Säuglinge/Kleinkinder 0 bis unter 5 Jahre

R.	ICD	Diagnose 3stellig	Anteil Betroffene	Betroffene D2008
		Population n=3457 Tsd.; Ant. (ggf. geschlechtsspez.): 4,2%	(%)	(in Tsd.)
1	Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden o. angegebene Diagnose	74,8%	2.584
2	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen d. oberen Atemwege	58,9%	2.038
3	Z27	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten	42,0%	1.450
4	Z23	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen einzelne bakterielle Krankheiten	31,9%	1.102
5	R50	Fieber sonstiger und unbekannter Ursache	31,3%	1.083
6	Z26	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	30,0%	1.039
7	J20	Akute Bronchitis	28,6%	988
8	H10	Konjunktivitis	26,6%	921
9	B34	Viruskrankheit nicht näher bez. Lokalisation	26,3%	910
10	H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	24,8%	856
11	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis u. Kolitis	22,4%	775
12	J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	20,6%	713
13	B99	Sonstige und n. näher bez. Infektionskrankheiten	20,4%	705
14	Z29	Notwendigkeit von anderen prophylaktischen Maßnahmen	19,0%	656
15	R05	Husten	18,3%	634
16	A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	17,9%	618
17	J03	Akute Tonsillitis	16,9%	584
18	H65	Nichteitrige Otitis media	16,7%	579
19	L30	Sonstige Dermatitis	16,7%	576
20	J40	Bronchitis, nicht als akut oder chron. bezeichnet	16,5%	571

Kinder, Altersgruppen 5 bis unter 15 Jahre

Die 5- bis unter 15-Jährigen, hier als Kinder bezeichnet, repräsentierten 2008 in Deutschland mit 7,8 Mio. einen Bevölkerungsanteil von 9,4%. 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 6: S. 61). 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). 23,7% 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 19: Häufige Diagnosen: Kinder 5 bis unter 15 Jahre

R.	ICD	Diagnose 3stellig	Anteil Betroffene (%)	Betroffene D2008 (in Tsd.)
		Population n=7755 Tsd.; Ant. (ggf. geschlechtsspez.): 9,4%	(%)	(in Tsd.)
1	J06	Akute Infektionen an mehreren o. nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	30,7%	2.378
2	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	23,7%	1.837
3	Z26	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	16,4%	1.275
4	Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden o. angegebene Diagnose	14,5%	1.128
5	J03	Akute Tonsillitis	14,0%	1.089
6	Z24	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen bestimmte einzelne Viruskrankheiten	13,9%	1.078
7	H50	Sonstiger Strabismus	12,9%	998
8	T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	12,6%	980
9	Z27	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten	12,3%	957
10	J20	Akute Bronchitis	12,3%	954
11	B34	Viruskrankheit nicht näher bez. Lokalisation	12,1%	940
12	R50	Fieber sonstiger und unbekannter Ursache	11,4%	887
13	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	11,1%	859
14	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	11,0%	850
15	L20	Atopisches [endogenes] Ekzem	10,1%	785
16	B07	Viruswarzen	10,1%	784
17	Z23	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen einzelne bakterielle Krankheiten	9,9%	768
18	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis u. Kolitis	9,7%	750
19	H10	Konjunktivitis	9,6%	741
20	J02	Akute Pharyngitis	9,5%	740

Jugendliche, Altersgruppen 15 bis unter 25 Jahre

Als Jugendliche sollen im Kontext dieser Auswertung 15- bis unter 25-Jährige verstanden werden, die 2008 mit 9,4 Mio. Personen einen Bevölkerungsanteil von 11,5% 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 6: S. 61) 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. Hinter der etwas missverständlich bezeichnete Diagnose T78 "Unerwünschte Nebenwirkungen" verbergen sich in der Regel nicht näher bezeichnete Allergien. Bemerkenswert erscheint, dass "Rückenschmerzen" (M54) unter männlichen Jugendlichen bereits Rang 3 unter den häufigsten Diagnosen einnehmen.

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 20: Häufige Diagnosen: Männliche Jugendliche 15 bis unter 25 Jahre

R.	ICD	Diagnose 3stellig	Anteil Betroffene	Betroffene D2008
		Population n=4821 Tsd.; Ant. (ggf. geschlechtsspez.): 12%	(%)	(in Tsd.)
1	J06	Akute Infektionen an mehreren o. nicht näher bezeichneten Lokalisationen d. oberen Atemwege	21,1%	1.016
2	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis u. Kolitis	13,0%	625
3	M54	Rückenschmerzen	12,6%	609
4	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	11,9%	575
5	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	11,0%	528
6	T14	Verletzung an einer nicht näher bez. Körperregion	10,4%	499
7	L70	Akne	9,9%	477
8	A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	8,9%	430
9	J03	Akute Tonsillitis	8,8%	427
10	J20	Akute Bronchitis	8,2%	394
11	J45	Asthma bronchiale	8,0%	385
12	J40	Bronchitis, nicht als akut oder chron. bezeichnet	7,4%	359
13	J02	Akute Pharyngitis	7,0%	336
14	Z24	Notwendigkeit der Impfung [Immunsisierung] gegen bestimmte einzelne Viruskrankheiten	6,4%	306
15	R51	Kopfschmerz	6,2%	300
16	T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	6,1%	296
17	B34	Viruskrankheit nicht näher bez. Lokalisation	6,0%	288
18	M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	5,9%	287
19	D22	Melanozytennävus	5,8%	279
20	S93	Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	5,6%	269

Tabelle 21: Häufige Diagnosen: Weibliche Jugendliche 15 bis unter 25 Jahre

R.	ICD	Diagnose 3stellig	Anteil Betroffene (%)	Betroffene D2008 (in Tsd.)
		Population n=4619 Tsd.; Ant. (ggf. geschlechtsspez.): 11%	(%)	(in Tsd.)
1	Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	70,6%	3.259
2	N89	Sonstige nichtentzündliche Krankh. der Vagina	36,2%	1.671
3	Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	30,5%	1.411
4	N94	Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus	30,3%	1.399
5	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bez. Lokalisationen der oberen Atemwege	25,3%	1.169
6	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	18,9%	874
7	Z26	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	17,6%	811
8	L70	Akne	16,6%	769
9	M54	Rückenschmerzen	16,5%	764
10	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	16,4%	759
11	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	16,1%	742
12	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis u. Kolitis	14,0%	648
13	N76	Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva	13,7%	633
14	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	12,3%	566
15	N86	Erosion und Ektropium der Cervix uteri	12,1%	560
16	J03	Akute Tonsillitis	12,1%	559
17	J02	Akute Pharyngitis	9,9%	459
18	R51	Kopfschmerz	9,7%	450
19	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	9,6%	445
20	J20	Akute Bronchitis	9,5%	440

Junge Erwachsene, Altersgruppen 25 bis unter 40 Jahre

Junge Erwachsene in der gewählten Abgrenzung von Altersgruppen repräsentierten 2008 mit 15,5 Mio. Personen 18,9% 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 2008 mit 21,2% 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 7,3% bzw. 5,7% 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 12,5% der Frauen gestellt, die Diagnose "Depressive Episode" (F32) betrifft 10,0% der Frauen.

Tabelle 22: Häufige Diagnosen: Männliche Erwachsene 25 bis unter 40 Jahre

R.	ICD	Diagnose 3stellig	Anteil Betroffene	Betroffene D2008
		Population n=7878 Tsd.; Ant. (ggf. geschlechtsspez.): 19,6%	(%)	(in Tsd.)
1	M54	Rückenschmerzen	21,2%	1.671
2	J06	Akute Infektionen an mehreren o. nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	17,8%	1.401
3	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis u. Kolitis	10,2%	800
4	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	9,2%	727
5	J20	Akute Bronchitis	7,9%	620
6	M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	7,8%	614
7	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	7,3%	579
8	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	7,0%	554
9	T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	7,0%	551
10	J40	Bronchitis, nicht als akut oder chron. bezeichnet	6,9%	545
11	A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	6,6%	519
12	D22	Melanozytennävus	6,1%	477
13	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	5,7%	453
14	J45	Asthma bronchiale	5,7%	447
15	K29	Gastritis und Duodenitis	5,6%	439
16	J03	Akute Tonsillitis	5,5%	434
17	Z24	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen bestimmte einzelne Viruskrankheiten	5,2%	412
18	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	5,2%	412
19	J32	Chronische Sinusitis	5,2%	409
20	J02	Akute Pharyngitis	5,1%	403

Tabelle 23: Häufige Diagnosen: Weibliche Erwachsene 25 bis unter 40 Jahre

R.	ICD	Diagnose 3stellig	Anteil Betroffene	Betroffene D2008
		Population n=7637 Tsd.; Ant. (ggf. geschlechtsspez.): 18,2%	(%)	(in Tsd.)
1	Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	65,1%	4.969
2	Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	56,9%	4.348
3	N89	Sonstige nichtentzündliche Krankh. der Vagina	40,7%	3.109
4	M54	Rückenschmerzen	26,6%	2.030
5	J06	Akute Infektionen an mehreren o. nicht näher bez. Lokalisationen der oberen Atemwege	19,8%	1.515
6	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	19,8%	1.509
7	N94	Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus	18,9%	1.440
8	N76	Sonstige entzündliche Krankh. der Vagina u. Vulva	17,2%	1.316
9	N92	Zu starke, zu häufige o. unregelm. Menstruation	16,1%	1.232
10	F45	Somatoforme Störungen	12,5%	954
11	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	12,1%	926
12	N86	Erosion und Ektropium der Cervix uteri	11,6%	884
13	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	11,5%	878
14	M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	10,8%	823
15	D22	Melanozytennävus	10,7%	817
16	Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	10,5%	802
17	N91	Ausgebliebene, zu schwache oder zu seltene Menstruation	10,3%	786
18	F32	Depressive Episode	10,0%	765
19	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis u. Kolitis	9,0%	686
20	B37	Kandidose	8,9%	678

Erwachsene, Altersgruppen 40 bis unter 65 Jahre

Erwachsene im Alter zwischen 40 bis unter 65 Jahre repräsentieren mit 35,7% bzw. 29,3 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, M51, M53, 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: 30,6%), Fettstoffwechselstörungen (E78: 25,7%), "Adipositas" (starkes Übergewicht, E66: 7,9%) sowie der Typ-II-Diabetes (E11: 7,6%). Relativ häufig 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 mehr als einem Viertel aller Frauen explizit als Diagnose erfasst. Schilddrüsenvergrößerungen (E04) betreffen 17,9% der Frauen, "Depressive Episoden" (F32) 15,4%. Ausgesprochen häufig werden auch bei Frauen Erkrankungen im Sinne kardiovaskulärer Risikofaktoren diagnostiziert (Hypertonie, I10: 28,0%; Fettstoffwechselstörungen, E78: 21,1%).

Tabelle 24: Häufige Diagnosen: Männliche Erwachsene 40 bis unter 65 Jahre

R.	ICD	Diagnose 3stellig	Anteil Betroffene	Betroffene D2008
		Population n=14772 Tsd.; Ant. (ggf. geschlechtsspez.): 36,7%	(%)	(in Tsd.)
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	30,6%	4.518
2	M54	Rückenschmerzen	30,5%	4.508
3	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	25,7%	3.796
4	H52	Akkommodationstörungen und Refraktionsfehler	17,1%	2.529
5	Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden o. angegebene Diagnose	13,6%	2.005
6	J06	Akute Infektionen an mehreren o. nicht näher bezeichneten Lokalisationen d. oberen Atemwege	12,3%	1.822
7	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	10,7%	1.583
8	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	10,5%	1.547
9	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	9,6%	1.417
10	M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	9,2%	1.356
11	K76	Sonstige Krankheiten der Leber	9,1%	1.344
12	M47	Spondylose	9,0%	1.333
13	Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	8,5%	1.260
14	E79	Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	8,5%	1.257
15	E66	Adipositas	7,9%	1.160
16	N40	Prostatahyperplasie	7,9%	1.160
17	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	7,6%	1.122
18	M77	Sonstige Enthesopathien	7,4%	1.099
19	K29	Gastritis und Duodenitis	7,3%	1.078
20	J20	Akute Bronchitis	7,2%	1.061

Tabelle 25: Häufige Diagnosen: Weibliche Erwachsene 40 bis unter 65 Jahre

R.	ICD	Diagnose 3stellig	Anteil Betroffene	Betroffene D2008
		Population n=14558 Tsd.; Ant. (ggf. geschlechtsspez.): 34,8%	(%)	(in Tsd.)
1	Z12	Spezielle Verfahren zur Unters. auf Neubildungen	53,0%	7.718
2	M54	Rückenschmerzen	37,2%	5.419
3	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	28,0%	4.082
4	N95	Klimakterische Störungen	26,9%	3.916
5	N89	Sonstige nichtentzündliche Krankh. der Vagina	26,8%	3.909
6	Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	24,6%	3.587
7	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	23,5%	3.417
8	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	21,1%	3.076
9	E04	Sonstige nichttoxische Struma	17,9%	2.606
10	Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden o. angegebene Diagnose	16,6%	2.413
11	F32	Depressive Episode	15,4%	2.245
12	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	15,0%	2.179
13	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	14,9%	2.169
14	F45	Somatoforme Störungen	14,2%	2.073
15	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	13,3%	1.930
16	M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	13,1%	1.905
17	Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	13,0%	1.887
18	J06	Akute Infektionen an mehreren o. nicht näher bez. Lokalisationen der oberen Atemwege	12,6%	1.840
19	N76	Sonstige entzündliche Krankh. der Vagina u. Vulva	12,1%	1.768
20	M47	Spondylose	11,4%	1.657

Ruhestandsalter, 65 bis unter 80 Jahre

In Deutschland lebten 2008 etwa 12,6 Mio. Menschen im Alter zwischen 65 bis unter 80 Jahre, was einem Anteil von 15,4% der Bevölkerung entspricht.

In dieser Altersgruppe dominieren bei beiden Geschlechtern chronische Erkrankungen das Diagnosespektrum. Bei mehr als 60% 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 22,9% der Männer und 18,2% der Frauen. Die Diagnose einer ischämischen bzw. koronaren Herzerkrankung im Sinne des Diagnoseschlüssels I25 wird bei 26,0%, also bei mehr als einem Viertel der Männer und einem knappen Sechstel (14,8%) 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 33,8% noch ausgesprochen häufig vergeben. Eine "Osteoporose ohne pathologische Fraktur" (M81) wird bei 19,4% der Frauen dokumentiert.

Tabelle 26: Häufige Diagnosen: Männliche Personen 65 bis unter 80 Jahre

R.	ICD	Diagnose 3stellig	Anteil Betroffene	Betroffene D2008
		Population n=5794 Tsd.; Ant. (ggf. geschlechtsspez.): 14,4%	(%)	(in Tsd.)
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	63,9%	3.704
2	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	47,6%	2.759
3	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	38,5%	2.230
4	N40	Prostatahyperplasie	34,8%	2.016
5	M54	Rückenschmerzen	33,4%	1.936
6	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	33,4%	1.932
7	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	26,0%	1.504
8	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	22,9%	1.329
9	E79	Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	19,0%	1.099
10	Z12	Spezielle Verfahren zur Unters. auf Neubildungen	18,8%	1.089
11	Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden o. angegebene Diagnose	18,0%	1.044
12	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	16,2%	939
13	M47	Spondylose	16,1%	931
14	H26	Sonstige Kataraktformen	15,9%	923
15	H25	Cataracta senilis	15,4%	895
16	H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	15,1%	874
17	E14	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	14,9%	863
18	K76	Sonstige Krankheiten der Leber	14,1%	816
19	H53	Sehstörungen	13,1%	759
20	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	13,0%	753

Tabelle 27: Häufige Diagnosen: Weibliche Personen 65 bis unter 80 Jahre

R.	ICD	Diagnose 3stellig	Anteil Betroffene	Betroffene D2008
		Population n=6835 Tsd.; Ant. (ggf. geschlechtsspez.): 16,3%	(%)	(in Tsd.)
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	65,3%	4.463
2	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	49,8%	3.403
3	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	44,1%	3.013
4	M54	Rückenschmerzen	42,0%	2.871
5	Z12	Spezielle Verfahren zur Unters. auf Neubildungen	39,9%	2.726
6	N95	Klimakterische Störungen	34,8%	2.375
7	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	34,1%	2.332
8	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	22,2%	1.518
9	I83	Varizen der unteren Extremitäten	21,4%	1.464
10	M47	Spondylose	21,0%	1.432
11	E04	Sonstige nichttoxische Struma	20,6%	1.409
12	H26	Sonstige Kataraktformen	19,6%	1.339
13	M81	Osteoporose ohne pathologische Fraktur	19,4%	1.323
14	H25	Cataracta senilis	18,7%	1.276
15	Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden o. angegebene Diagnose	18,4%	1.255
16	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	18,2%	1.241
17	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	18,0%	1.228
18	F32	Depressive Episode	17,8%	1.218
19	H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	17,3%	1.181
20	H53	Sehstörungen	15,2%	1.036

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 4,0 Mio. Personen einen Anteil von 4,9% der Bevölkerung. Bedingt durch eine geringere allgemeine Lebenserwartung, aber auch noch mitbeeinflusst durch Verluste im 2. Weltkrieg, bilden die 1,2 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 40,7%; Frauen 28,5%) sowie die Herzinsuffizienz (I50; Männer 23,6%; Frauen 28,0%). Die Angabe "Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten" (Z96) findet sich bei 24,0% der Männer und 25,8% der Frauen. Eine Prostatavergrößerung (N40) wird bei 42,6% der Männer dokumentiert.

Die Diagnose einer Osteoporose wird bei Männern auch in dieser Altersgruppe (M81: 5,9%) eher selten vergeben. Unter hochbetagten Frauen findet sich die Diagnose M81 "Osteoporose ohne pathologische Fraktur" bei einem guten Viertel bzw. 27,8%. 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 28: Häufige Diagnosen: Männliche Hochbetagte ab 80 Jahre

R.	ICD	Diagnose 3stellig	Anteil Betroffene	Betroffene D2008
		Population n=1221 Tsd.; Ant. (ggf. geschlechtsspez.): 3%	(%)	(in Tsd.)
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	70,7%	863
2	N40	Prostatahyperplasie	42,6%	520
3	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	42,3%	516
4	H52	Akkommodationstörungen und Refraktionsfehler	40,7%	497
5	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	40,7%	497
6	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	37,5%	457
7	M54	Rückenschmerzen	31,4%	383
8	H26	Sonstige Kataraktformen	26,2%	320
9	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	25,6%	313
10	H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	24,5%	299
11	Z96	Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	24,0%	293
12	I50	Herzinsuffizienz	23,6%	288
13	H25	Cataracta senilis	20,7%	253
14	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	20,6%	252
15	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	20,4%	250
16	E79	Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	20,2%	247
17	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	17,8%	217
18	H40	Glaukom	17,2%	210
19	E14	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	16,7%	204
20	M47	Spondylose	16,6%	202

Tabelle 29: Häufige Diagnosen: Weibliche Hochbetagte ab 80 Jahre

R.	ICD	Diagnose 3stellig	Anteil Betroffene	Betroffene D2008
		Population n=2773 Tsd.; Ant. (ggf. geschlechtsspez.): 6,6%	(%)	(in Tsd.)
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	75,2%	2.085
2	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	43,4%	1.204
3	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	37,6%	1.043
4	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	36,9%	1.023
5	M54	Rückenschmerzen	34,1%	945
6	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	28,5%	791
7	I50	Herzinsuffizienz	28,0%	776
8	M81	Osteoporose ohne pathologische Fraktur	27,8%	772
9	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	26,8%	742
10	Z96	Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	25,8%	715
11	H26	Sonstige Kataraktformen	25,2%	699
12	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	24,6%	683
13	H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	23,9%	661
14	I83	Varizen der unteren Extremitäten	22,4%	621
15	F32	Depressive Episode	20,6%	571
16	H25	Cataracta senilis	19,8%	548
17	M47	Spondylose	18,6%	516
18	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	17,7%	490
19	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	17,0%	470
20	H40	Glaukom	16,9%	469

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 2008 27,3 formal gültige Diagnoseschlüssel (von beliebigen, ggf. auch unterschiedlichen Ärzten) erfasst. Hochgerechnet auf die bundesdeutsche Bevölkerung entspricht dies 2,2 Milliarden (!) dokumentierten Diagnoseangaben. Dabei finden sich je Person durchschnittlich 11,7 unterscheidbare Diagnoseangaben (auf 3stelliger ICD10-Ebene). Die Zahl der personenbezogenen unterscheidbaren Diagnoseschlüssel variiert in den ausgewerteten Daten zwischen 0 (vorrangig bei den etwa 7% der Personen ohne jeglichen Arztkontakt in 2008) und maximal 135 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 9,6 unterschiedliche Diagnosen je Person (Männer: 7,9; Frauen: 11,2). Die nachfolgende Abbildung zeigt die durchschnittliche geschlechts- und altersspezifische Anzahl von unterscheidbaren Diagnosen pro Kopf im Jahr 2008.

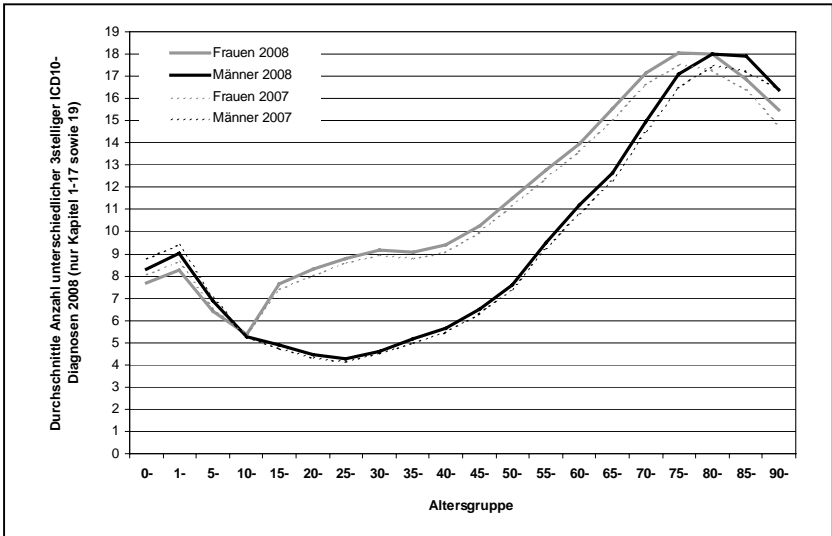


Abbildung 22: Durchschnittliche Zahl der unterschiedlichen Diagnosen je Jahr pro Kopf nach Geschlecht und Alter (Kap. 1-17, 19) 2008

Weitere Angaben zur Verteilung der Diagnoseangaben sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen. Bei der Hälfte der Bevölkerung werden jährlich 8 oder mehr unterschiedliche Diagnosen aus den Diagnose-Kapiteln 1 bis 17 oder 19 erfasst. Bei etwa einem Drittel sind es sogar 11 oder mehr unterscheidbare Diagnoseschlüssel innerhalb eines Jahres.

Tabelle 30: Anteil der Bevölkerung nach Zahl der Diagnosen 2008 (D2008)

Zahl der Diagnosen	nach Gesamtzahl differenzierbarer Diagnosen		nach Zahl der differenzierbaren Diagnosen ohne Kapitel 18 u. 21	
	%	kumulativ	%	kumulativ
0	7,1%	7,1%	7,9%	7,9%
1	3,6%	10,8%	4,8%	12,7%
2	4,3%	15,1%	5,8%	18,6%
3	4,8%	19,8%	6,3%	24,9%
4	5,0%	24,8%	6,4%	31,3%
5	5,1%	30,0%	6,4%	37,7%
6	5,1%	35,1%	6,1%	43,8%
7	5,1%	40,2%	5,8%	49,5%
8	4,9%	45,1%	5,4%	54,9%
9	4,7%	49,8%	4,9%	59,8%
10	4,5%	54,3%	4,4%	64,2%
11-15	18,1%	72,4%	16,4%	80,6%
16-20	11,6%	84,0%	9,2%	89,8%
21-30	11,0%	94,9%	7,5%	97,3%
31 und mehr	5,1%	100%	2,7%	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 2008 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 gut 11% der Bevölkerung und damit bei etwa 9,5 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 vierthäufigste 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 bzw. Grundpauschale abgerechnet werden konnte.

Tabelle 31: Häufige 2-fach-Kombinationen von Diagnosen 2008

	ICD	Diagnosekurzbezeichnungen (für exakte Diagnosebezeichnungen vgl. offiziellen ICD10)	Anteil Bevölkerung	Betroffene D2008
			%	Tsd.
1	E78,I10	Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck	11,6%	9.493
2	I10,M54	Bluthochdruck, Rückenschmerzen	10,0%	8.171
3	Z12,Z30	spez. Untersuchung auf Neubildungen, Kontrazeption	9,6%	7.921
4	N89,Z12	nichtentz. Krh. d. Vagina, spez. Untersuchung auf Neubildungen	9,5%	7.800
5	H52,I10	Fehlsichtigkeit, Bluthochdruck	9,0%	7.410
6	M54,Z12	Rückenschmerzen, spez. Untersuchung auf Neubildungen	8,9%	7.288
7	E78,M54	Fettstoffwechselstörungen, Rückenschmerzen	8,0%	6.567
8	N89,Z30	nichtentz. Krh. d. Vagina, Kontrazeption	7,6%	6.232
9	H52,M54	Fehlsichtigkeit, Rückenschmerzen	7,5%	6.166
10	I10,Z25	Bluthochdruck, Impfung g. einzelnen Virus	7,3%	6.001
11	I10,Z12	Bluthochdruck, spez. Untersuchung auf Neubildungen	7,3%	5.992
12	E78,H52	Fettstoffwechselstörungen, Fehlsichtigkeit	6,9%	5.629
13	H52,Z12	Fehlsichtigkeit, spez. Untersuchung auf Neubildungen	6,7%	5.532
14	N95,Z12	Klimakterische Störungen, spez. Untersuchung auf Neubildungen	6,2%	5.113
15	H52,H53	Fehlsichtigkeit, Sehstörungen	6,1%	4.975
16	M54,M99	Rückenschmerzen, biomech. Fkt.Störungen	6,0%	4.902
17	E78,Z12	Fettstoffwechselstörungen, spez. Untersuchung auf Neubildungen	5,9%	4.867
18	M53,M54	Kranh. d. Wirbelsäule, Rückenschmerzen	5,7%	4.677
19	M47,M54	Spondylose, Rückenschmerzen	5,4%	4.455
20	E78,Z25	Fettstoffwechselstörungen, Impfung g. einzelnen Virus	5,4%	4.430

(Basis: Alle gültige personenbezogene Diagnoseangaben 2008; stand. D2008)

Tabelle 32: Häufige 3-fach-Kombinationen von Diagnosen 2008

	ICD	Diagnosekurzbezeichnungen (für exakte Diagnosebezeichnungen vgl. offiziellen ICD10)	Anteil Bevölkerung %	Betroffene D2008 Tsd.
1	E78,I10, M54	Rückenschmerzen, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen	4,9%	4.041
2	E78,I10, I25	Ischämische Herzkrankheit, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen	3,1%	2.569
3	E11,E78, I10	Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes Typ II	3,0%	2.448
4	I10,M47, M54	Rückenschmerzen, Spondylose, Bluthochdruck	2,8%	2.334
5	E78,E79, I10	Bluthochdruck, Hyperurikämie, Fettstoffwechselstörungen	2,5%	2.064
6	E66,E78, I10	Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Adipositas	2,4%	2.007
7	I10,M53, M54	Rückenschmerzen, Kranh. d. Wirbelsäule, Bluthochdruck	2,4%	2.006
8	E11,E14, I10	Bluthochdruck, n.n. bez. Diabetes, Diabetes Typ II	2,4%	1.979
9	E78,M47, M54	Rückenschmerzen, Spondylose, Fettstoffwechselstörung	2,3%	1.904
10	I10,M17, M54	Rückenschmerzen, Gonarthrose, Bluthochdruck	2,3%	1.898

(Basis: Gültige personenbezogene Diagnoseangaben 2008 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 vorrangig 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: Erkrankungen und zukünftige Ausgaben

Im Rahmen der diesjährigen Schwerpunktauswertungen befasst sich der BARMER GEK Arztreport an ausgewählten Erkrankungsbeispielen erneut mit dem Thema "Erkrankungen und zukünftige Ausgaben". Anlass für diese Themenwahl bildet die zwischenzeitliche Implementierung des direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Jahr 2009. Im Rahmen der Durchführung des Morbi-RSA hängen die finanziellen Mittel, die aus dem Gesundheitsfonds an die einzelnen Krankenkassen zurückfließen, maßgeblich von den dokumentierten Erkrankungen der Versicherten und den bei entsprechenden Erkrankungen zukünftig erwarteten Ausgaben ab. Da ein weit überwiegender Teil der im Morbi-RSA berücksichtigten Diagnosen im Rahmen der ambulanten Versorgung erfasst wird, erscheint eine Beschäftigung mit dem Thema Morbi-RSA im Kontext mit Auswertungen zu ambulant-ärztlich vergebenen Diagnosen fast zwangsläufig. Eingehender betrachtet werden in nachfolgenden Abschnitten dabei die drei exemplarisch ausgewählte Erkrankungsbilder Diabetes mellitus, Depressionen und Herzinsuffizienz. Vorangestellt sind diesen Abschnitten Erläuterungen zur Berücksichtigung von Krankheiten im Morbi-RSA 2009 und 2010.

4.1 Direkt morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich 2009

Berücksichtigung von Krankheiten im Risikostrukturausgleich

Ein wesentliches Ziel des Morbi-RSA ist es, einen finanziellen Ausgleich zwischen den einzelnen gesetzlichen Krankenkassen in Abhängigkeit vom Gesundheitszustand ihrer Versicherten zu schaffen und damit Anreize für eine Risikoselektion zu minimieren: Eine Krankenkasse soll nicht ausschließlich deshalb geringe Beitragssätze anbieten können, weil sie überproportional viele Gesunde versichert, während andere Kassen mit verhältnismäßig vielen chro-

nisch Erkrankten eine ausreichende Versorgung nur über hohe Beiträge gewährleisten können. Für einen Ausgleich morbiditätsbedingter Ausgabenunterschiede zwischen Krankenkassen sind Informationen zum Gesundheitszustand der Versicherten erforderlich. Schon aus Praktikabilitäts- und Kostengründen können entsprechende Informationen nicht speziell für einen entsprechenden Ausgleich erhoben werden, sie müssen also aus routinemäßig verfügbaren Daten extrahiert werden.

Der seit 2009 implementierte Risikostrukturausgleich greift auf **erkrankungsbezogene Informationen aus drei unterschiedlichen Datenquellen** zurück. Berücksichtigt werden 1.) Entlassungsdiagnosen zu Krankenhausaufhalten, 2.) Diagnosen aus der ambulanten ärztlichen Versorgung sowie 3.) Angaben zu Arzneiverordnungen. Das Vorliegen von Informationen zu spezifischen Arzneiverordnungen bildet im Morbi-RSA dabei ein nachrangiges Kriterium: Eine Reihe von Diagnosen werden nur dann zur Morbiditätseinstufung herangezogen, wenn bei den betroffenen Versicherten nachweislich auch bestimmte Arzneimittel verordnet wurden. Keine Arzneiverordnung führt also per se zu einer Morbiditätseinstufung, die Morbiditätszuordnung von Versicherten erfolgt primär immer auf Basis der Diagnosen, die im Rahmen der ambulanten und/oder stationären Versorgung in Form entsprechender ICD10-Diagnoseschlüssel dokumentiert werden.

Vom Gesetzgeber wurde festgelegt, dass im Morbi-RSA bei der Einführung zum Jahr 2009 zunächst maximal 80 Krankheiten berücksichtigt werden. Eine entsprechende Liste von Krankheiten wurde vom Bundesversicherungsamt (BVA) nach Vorarbeiten des wissenschaftlichen Beirates und nachfolgenden Abstimmungsprozessen in der endgültigen Form am 03.07.2008 veröffentlicht. Sie umfasst **80 Krankheiten (KNR)** bzw. Erkrankungsbilder (KNR 1 bis 80), die mehr oder minder eng abgegrenzt sind. Insgesamt wurden den 80 ausgewählten Krankheiten 3.799 differenzierbare ICD10-Diagnoseschlüssel zugeordnet, woraus ein erster **Diagnosefilter** für den direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich entsteht: Ein versichertenbezogen dokumentierter ICD10-Schlüssel kann ausschließlich dann Einfluss im Risikostrukturausgleich

haben, wenn er sich in der Liste mit den 3.799 ICD10-Schlüsselausprägungen befindet – die mehr als 10.000 in der Liste nicht enthalten gültigen ICD10-Diagnoseschlüssel werden grundsätzlich ignoriert und haben keinen Einfluss auf den Finanzausgleich.

Abgesehen von Geschlechts- und Altersbeschränkungen sowie von einem möglichen Ausschluss bestimmter Diagnosen auf der Basis von finalen Regressionsergebnissen (siehe weiter unten) werden die Diagnosen aus der stationären Versorgung bei Entlassung innerhalb des beobachtungsrelevanten Zeitraumes grundsätzlich im Morbi-RSA des Jahres 2009 berücksichtigt, sofern sie in der genannten ICD-Liste der 80 Krankheiten enthalten sind. Für ambulant dokumentierte Diagnosen gelten demgegenüber eine Reihe von weiteren Einschränkungen: a) Einige Diagnosen werden ausschließlich berücksichtigt, sofern sie im Rahmen einer stationären Behandlung gestellt wurden. Sie werden als ambulante Diagnosen also grundsätzlich ignoriert. b) Sofern Versicherte mindestens 92 Tage im Beobachtungszeitraum versichert waren, müssen Krankheiten (im Sinne der 80 Krankheiten) bei einer Berücksichtigung auf der Basis ambulanter Diagnosen in mindestens zwei unterschiedlichen Quartalen im Beobachtungszeitraum dokumentiert worden sein (so genanntes **M2Q-Kriterium**). c) Ab einem Lebensalter der Versicherten von 12 Jahren erfolgt für einen Teil der Diagnosen (auf der Ebene einer so genannten **DxG**-Gruppierung von Diagnosen) eine Berücksichtigung ausschließlich dann, wenn auch die Verordnung einer spezifischen Mindestmenge bestimmter Arzneimittel im Beobachtungszeitraum dokumentiert ist.

Prospektiver Ansatz

Der direkt morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich verfolgt gemäß Vorgaben des Gesetzgebers einen prospektiven Ansatz. Dies bedeutet konkret, dass sich die Ausgleichszahlungen in einem bestimmten Jahr an Ausgaben orientieren, die im Zusammenhang mit Erkrankungsmerkmalen aus dem Vorjahr zu erwarten sind. Bis August 2008 mussten die Krankenkassen Daten aus den Jahren 2006 und 2007 beim BVA abliefern. Auf Basis dieser Daten wurden im BVA

Modellrechnungen durchgeführt, die quantifizieren, inwieweit Morbiditätsmerkmale bei Versicherten aus dem Kalenderjahr 2006 mit erhöhten Ausgaben im Kalenderjahr 2007 assoziiert sind. Entsprechende Schätzungen der morbiditätsorientierten Zuschläge bildeten die Basis für die Berechnung von ersten (vorläufigen) Abschlagszahlungen im Jahr 2009. Die endgültigen Ausgleichszahlungen für das Jahr 2009 werden voraussichtlich erst im Herbst 2010 feststehen. Sie werden auf der Basis von Diagnoseangaben (ausschließlich) aus dem Jahr 2008 und den vollständigen Daten zu Ausgaben im Jahr 2009 ermittelt.

Von berücksichtigungsfähigen Diagnosen zu Ausgleichszahlungen

Die nach den zuvor angeführten Kriterien berücksichtigungsfähigen Krankheiten bzw. Diagnosegruppen werden 106 unterschiedlichen "hierarchisierten Morbiditätsgruppen" (**HMGs**) zugeordnet. Einzelne HMGs fassen jeweils Diagnosen zusammen, für die eine ähnliche Nutzung von Ressourcen im Gesundheitswesen angenommen werden kann. Gleichzeitig bilden Gruppen von mehreren HMGs Hierarchien in dem Sinne, dass bestimmte HMGs innerhalb einer Gruppe ressourcenintensivere Stadien von Erkrankungen als andere HMGs der Gruppe repräsentieren sollten. Lassen sich Versicherte auf der Basis von berücksichtigungsfähigen Diagnosen mehreren HMGs einer Hierarchie zugleich zuordnen, wird jeweils nur die "ressourcenintensivste" HMG aus der jeweiligen Gruppe für die Ermittlung von Ausgleichszahlungen berücksichtigt. Zuordnungen zu HMGs aus unterschiedlichen Hierarchien bzw. Gruppen werden demgegenüber ggf. auch gleichzeitig berücksichtigt.

Morbiditätsbedingte Zuschläge für Versicherte hängen direkt und ausschließlich von ihrer HMG-Zuordnung ab. Die Höhe des mit einer bestimmten HMG-Zugehörigkeit verbundenen Zuschlags ergibt sich empirisch aus den Ergebnissen der Schätzung einer linearen Regressionsgleichung auf der Basis von Daten einer Stichprobe aus dem GKV-Gesamtversichertenbestand, die jeweils erst durchgeführt werden kann, wenn Daten zu allen Stichprobenversicherten von (weitestgehend) allen GKV-Kassen vorliegen. Erweist sich eine einzelne HMG bei der Berechnung des Regressionsmodells zu diesem Zeitpunkt statis-

tisch als nicht signifikant oder resultieren rechnerisch Zuschläge mit negativem Vorzeichen (sinngemäß wären dies Abzüge), werden entsprechende HMGs nicht berücksichtigt. Zudem werden einzelne HMGs zusammengefasst, sofern die zuvor postulierten Hierarchien nach den empirisch ermittelten Ergebnissen verletzt werden (wenn also ursprünglich höher eingestufte HMGs einer Hierarchie nach den empirischen Ergebnissen zu geringeren Zuschlägen als ursprünglich untergeordnete HMGs führen).

Die gemäß dieses Vorgehens ermittelten Zuschläge für HMGs sowie für weitere ausgleichsrelevante Versichertenmerkmale (Alter, Geschlecht, Erwerbsminderungsrentenbezug)¹⁷ werden durch das BVA regelmäßig in "Bekanntmachungen zum Gesundheitsfonds" im Internet veröffentlicht. Am 14.11.2008 wurden vorläufige Zuschläge vom BVA in einer 1. Bekanntmachung erstmals veröffentlicht. Am 30. September 2009 erfolgte in der 3. Bekanntmachung die bislang aktuellste Veröffentlichung zur vorläufigen Höhe von Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für das Ausgleichsjahr 2009 (Stand: November 2009). Die endgültigen Ausgleichszahlungen für das Jahr 2009 werden, wie bereits erwähnt, voraussichtlich erst im Herbst 2010 feststehen.

4.2 Weiterentwicklung zum Ausgleichsjahr 2010

Der Morbi-RSA war von Beginn an als lernendes System konzipiert. Im Rahmen eines Vorschlagverfahrens wurden im Februar 2009 diverse Verbände und Gesellschaften im Gesundheitssystem vom BVA aufgefordert, Vorschläge zur Verbesserung und Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells zu unterbreiten¹⁸. In mehreren Arbeitsschritten unter Diskussion entsprechender Vor-

¹⁷ Für Versicherte, die mindestens 183 des Vorjahres des Ausgleichsjahres im Ausland lebten, erhalten die Krankenkassen lediglich geschlechts- und altersabhängige Beträge, die separat ermittelt werden.

¹⁸ Vgl. "Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für den Jahresausgleich 2010" vom 30.01.2009 mit Korrektur vom 9.11.2009 unter dem Title "Korrektur der Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für den Jahresausgleich 2010" (verfügbar im Internet unter www.bva.de)

schläge und Beteiligung des wissenschaftlichen Beirates wurde schließlich eine Festlegung für das Ausgleichsjahr 2010 getroffen, die am 30.09.2009 vom BVA veröffentlicht wurde¹⁹.

Auch bei den Berechnungen zum Ausgleichsjahr 2010 werden in einem prospektiven Ansatz insgesamt 80 Krankheiten mit Bezeichnungen berücksichtigt, die im Vergleich zur ursprünglichen Auswahl unverändert bleiben. Die Zuordnung einzelner ICD10-Schlüssel zu den 80 Krankheiten wurde nur geringfügig verändert. Insgesamt werden 3857 unterschiedliche ICD10-Schlüssel berücksichtigt. Eine Reihe von DxG-Gruppen sowie HMGs wurden umgruppiert oder neu geschaffen. Insgesamt werden nach den neuen Festlegungen 306 DxG-Gruppen mit Zuordnungen zu 112 HMGs verwendet.

Die – zumindest im Sinne der Datenaufbereitung – gravierendste Änderung dürfte darin bestehen, dass das M2Q-Kriterium für diejenigen DxG-Gruppen, für die Arzneiverordnungen obligat nachzuweisen sind, nicht mehr angewendet wird. Gleichzeitig wurde für die betroffenen DxG-Gruppen allerdings das Arzneiverordnungskriterium insofern verschärft, als dass mindestens eine der geforderten Verordnungen zeitlich im Quartal der jeweils überprüften Diagnosestellung dokumentiert sein muss. Eine weitere grundsätzliche Neuerung besteht in der Festlegung, dass für vier DxG-Gruppen (zu Formen von Hämophilie, AIDS sowie Niereninsuffizienz) auch bei einer Dokumentation von entsprechenden Diagnosen im Krankenhaus zusätzliche Kriterien für die letztendliche DxG-Zuordnung erfüllt sein müssen, während bislang entsprechende Krankenhausdiagnosen bei zulässigen Geschlechts- und Altersgruppen immer zu einer DxG-Zuordnung führten. Schließlich wurde ein separates Merkmal zur Differenzierung von Versicherten eingeführt, die innerhalb des Vorjahres mindestens 183 Tage Leistungen nach dem Kostenerstattungsprinzip erhielten. Das Merkmal ersetzt in der betroffenen Gruppe alle HMG-Zuordnungen.

¹⁹ Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2010 (vom 30.09.2009) mit Berichtigung vom 9.11.2009 unter dem Titel "Berichtigung der Festlegungen nach § 31 Abs. 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2010"; verfügbar auf den Internetseiten des BVA.

4.3 Allgemeine Häufigkeit von HMG-Zuordnungen 2006 bis 2008

Die Berechnung der Ende 2008 erstmals vom BVA veröffentlichten vorläufigen morbiditätsbezogenen Zuschläge beruhte auf Erkrankungsinformationen aus dem Jahr 2006 (und Daten zu Ausgaben 2007). Die endgültigen Berechnungen für das Ausgleichsjahr 2009 werden auf Erkrankungsinformationen aus dem Jahr 2008 beruhen, die zwischenzeitlich bereits weitgehend vollständig vorliegen. Während die eigentlichen Berechnungen zum Ausgleich aufgrund der unvollständigen Daten zu Ausgaben 2009 innerhalb des Jahres 2009 verständlicherweise noch nicht durchgeführt werden können, lässt sich bereits die Entwicklung der dokumentierten Morbi-RSA-relevanten Morbidität zwischen 2006 und 2008 darstellen, die für vorläufige und schließlich endgültige Zuschläge verantwortlich war bzw. sein wird.

Insgesamt lässt sich, zumindest unter GEK-Versicherten, zwischen 2006 und 2008 bei altersstandardisierten Auswertungen ein weitgehend stetiger Anstieg der Morbi-RSA-relevanten Morbidität feststellen. Während 2006 altersbereinigt erst 34,4% der Versicherten mindestens einer zuschlagsrelevanten HMG zugeordnet wurden, stieg der Anteil 2007 auf 35,4% und 2008 schließlich auf 36,5% der Versicherten²⁰. Dies entspricht einem relativen Zuwachs um 6,3% zwischen 2006 und 2008.

Die in entsprechenden Auswertungen ermittelte durchschnittliche Anzahl von zugeordneten zuschlagsrelevanten HMGs stieg von 0,80 je Person im Jahr 2006 auf 0,84 im Jahr 2007 und auf 0,87 im Jahr 2008. Dies entspricht einer relativen Gesamtzunahme der Anzahl von HMG-Zuordnungen von 8,2%, wobei sich von 2006 auf 2007 ein Anstieg um 3,9% und von 2007 auf 2008 ein relativer Anstieg von 4,1% feststellen lässt. Leicht überproportional dürften dabei

²⁰ Hier jeweils bezogen auf Versicherte mit dokumentierter Versicherungszeit >0 Tage im Morbiditätsjahr sowie fortgesetzter Versicherung oder Geburt im Folgejahr. Standardisiert nach Alter im Folgejahr. Einheitliche Standardisierung in allen Jahren gemäß Geschlechts und Altersstruktur der GKV-Versicherten 7/2008 nach KM6-Statistik.

insgesamt betrachtet die Häufigkeit "teurerer" HMGs zugenommen haben: Berücksichtigt man in allen Jahren (fiktiv) identische HMG-bezogene Zuschläge (hier HMG-Zuschläge entsprechend der 3. Bekanntmachung des BVA), ergibt sich rechnerisch eine Gesamtzunahme des morbiditätsbezogenen Zuschlagsvolumens um 9,3%. Das errechnete Zuschlagsvolumen steigt damit etwas stärker als die Anzahl der erfassten HMGs. Dabei resultiert aus einer vermehrt dokumentierten Morbidität zwischen 2006 und 2007 eine Zunahme um 4,2% und aus der weiteren Veränderung der dokumentierten Morbidität zwischen 2007 und 2008 eine Zunahme des fiktiven Zuschlagsvolumens²¹ um 4,9%.

Resümierend lässt sich feststellen, dass Morbi-RSA-relevante Diagnosen nach diesen (altersbereinigten) Ergebnissen auch unabhängig von demografischen Veränderungen zwischen 2006 und 2008 zunehmend häufiger dokumentiert wurden. Die Zunahme von 2007 auf 2008 bewegt sich dabei allerdings in einer vergleichbaren Größenordnung wie die von 2006 auf 2007 und stellt damit eher die Fortsetzung eines allgemeinen Trends dar, von einer grundlegenden Änderungen der Morbiditätserfassung im Rahmen der intensiveren Diskussion des Morbi-RSA bereits im Jahr 2008 kann auf Basis dieser übergreifenden Ergebnisse nicht gesprochen werden.

4.4 Ausgewählte Diagnosen: Diabetes

Diabetes mellitus ist eine von 80 ausgleichsrelevanten Krankheiten im Morbi-RSA (Krankheit Nr. 17 bzw. **KNR 17**) und wird sehr umfassend berücksichtigt. Insgesamt fließen in die Modellrechnungen des Morbi-RSA zum Ausgleichsjahr 2009 sechs HMGs zu Erkrankungsformen und expliziten Folgen des Diabetes ein (**HMG 15 bis HMG 20**), wobei die HMGs 15 bis 19 eine absteigende Hierarchie bilden. In der Hierarchie steht damit die HMG 19 "Diabetes ohne oder mit nicht näher bezeichneten Komplikationen" als "kostengünstigste"

²¹ Das hier berechnete Zuschlagsvolumen ist insofern fiktiv, als dass eine Ausweitung der dokumentierten Morbidität zu geringeren HMG-Zuschlägen führen kann.

und zugleich häufigste Erkrankungsform an letzter Stelle, ist also mit den geringsten Zuwendungen verknüpft, und wird nur zur Berechnung von Zuschlägen herangezogen, sofern bei einem Versicherten nicht gleichzeitig Kriterien zur Zuordnung zu einer der dominierenden HMGs erfüllt sind. Mit der HMG 20 "Typ I Diabetes mellitus" sollen, unabhängig vom Schweregrad sowie von expliziten Folgeerkrankungen und damit auch unabhängig von der vorausgehend beschriebenen Hierarchie, ergänzende Zuschläge für einen Typ I Diabetes im Vergleich zum Typ II erfasst werden. Alle Diagnosen bzw. DxG-Gruppen der HMG 20 sind auch in einer der HMGs 15 bis 19 enthalten.

Eine Zuordnung zu einer der HMGs 15 bis 19 erfolgt auf Basis von ICD10-Diagnoseschlüsseln aus einem relativ engen Spektrum. Neben den klassischen ICD10-Diabetes-Kodierungen von E10 bis E14 werden ansonsten nur die beiden Schlüssel G59.0 und G63.2 (Diabetische Mono- und Polyneuropathie) sowie die ICD10-Schlüssel O24.0 bis O24.4 und O24.9 (Diabetes mellitus in der Schwangerschaft mit näherer Spezifikation von Unterformen) berücksichtigt.

Die nachfolgende Abbildung zeigt zunächst (in Form gestapelter Flächen) die altersspezifische Häufigkeit der hierarchisierten und damit exklusiven Zuordnung von Männern im Jahr 2008 zu den HMGs 15 bis 19. Zugehörige Werte sind der 0 S.248 im Anhang zu entnehmen. Entsprechende Werte für weibliche Versicherte finden sich in Abbildung 24: S.152 sowie 0 S.249. Während jüngere Versicherte nur zu marginalen Teilen einer der Diabetes-HMGs zugeordnet werden, sind im Alter zwischen 75 bis unter 90 Jahren mehr als ein Viertel der männlichen Versicherten betroffen. Bei Frauen lassen sich vergleichbar hohe Werte nach Vollendung des 80. Lebensjahres beobachten.

Verhältnismäßig selten werden Versicherte der HMG 17 "Diabetes mit akuten Komplikationen" zugeordnet. Der geschlechtsübergreifend zugeordnete Versichertenanteil liegt bei nur knapp 0,2%. Etwa 0,3% werden der HMG 15 "Diabetes mit renalen Manifestationen" zugeordnet, knapp 0,4% der HMG 18 "Diabetes mit ophtalmologischen Manifestationen" und knapp 0,8% der HMG 16 "Diabetes mit neurologischen oder peripheren zirkulatorischen Manifestationen". Mit Abstand die meisten Versicherten, nämlich 5,5% aller Versicherten,

erfüllen die Voraussetzung für eine Zuordnung zur hierarchisch nachrangigen HMG 19 "Diabetes ohne oder mit nicht näher bezeichneten Komplikationen".

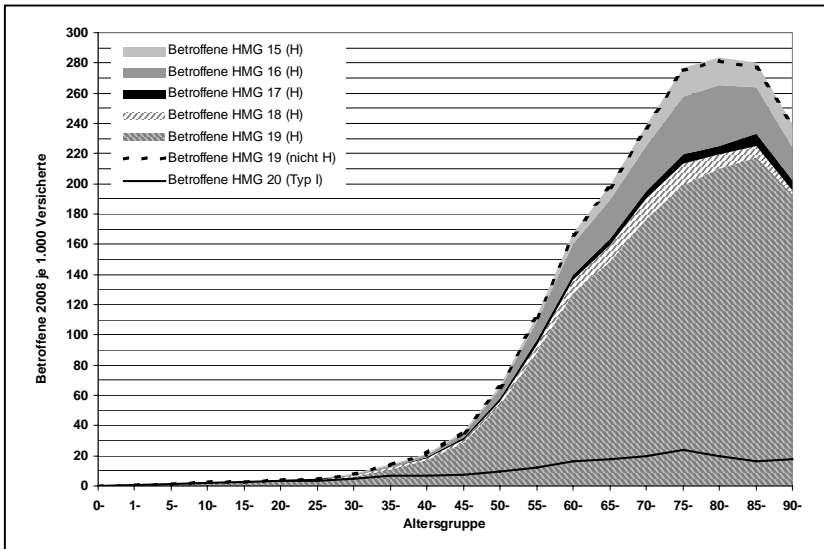


Abbildung 23: Männliche Versicherte mit Diabetes-HMG nach Geschlecht und Alter 2008 (Personen mit Versicherung Jahresende 2008)

Ermittelt man die Häufigkeit der primären HMG 19 Zuordnung (vor Hierarchisierung), ergeben sich Werte, die annähernd der Gesamthäufigkeit aller Diabetes-HMG-Zuordnungen entspricht (vgl. gestrichelte Linie in den Abbildungen). Demnach dürften bei Versicherten mit schwerwiegenderen Diabetes-Komplikationen sehr regelmäßig zusätzlich auch unspezifischere Diabetes-Diagnosen ohne Komplikationshinweise dokumentiert werden.

Die durchgezogenen Linien in den beiden Abbildungen weiter unten markieren schließlich den Anteil der Versicherten mit der ergänzend berücksichtigten expliziten Typ-I-Diabetes-Zuordnung im Sinne der HMG 20. Anteilig spielt der Typ-I-Diabetes erwartungsgemäß insbesondere in den jüngeren Altersgrup-

pen eine wesentliche Rolle (bei insgesamt geringer Diabetes-Prävalenz, vgl. Tabellen im Anhang). Medizinisch weniger plausibel erscheint für einen Typ-I-Diabetes demgegenüber der altersabhängige Häufigkeitsgipfel nahe einem Alter von etwa 80 Jahren. Die Altersverteilung dürfte maßgeblich von einer fehlerhaften Differenzierung zwischen Typ-I- und Typ-II-Diabetes bei der Diagnoseerfassung in der ambulanten Versorgung mitbestimmt sein, die in den vergangenen Jahren bereits mehrfach kritisiert wurde.

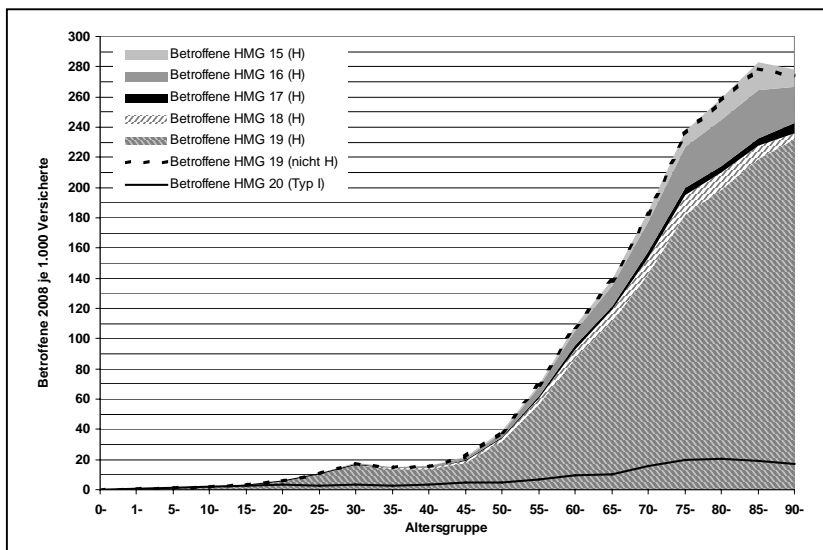


Abbildung 24: *Weibliche Versicherte mit Diabetes-HMG nach Geschlecht und Alter 2008 (Personen mit Versicherung Jahresende 2008)*

Insgesamt dürften nach Hochrechnung der vorliegenden Ergebnisse zu Diagnosen im Jahr 2008 schätzungsweise für etwa 5 der 70 Mio. GKV-Versicherten ein Diabetes-bezogener HMG-Zuschlag fällig werden, was einem Anteil von 7,1% an allen GKV-Versicherten entspricht.

Entwicklung 2006 bis 2008

Die nachfolgende Tabelle gibt Auskunft über die Zuordnungshäufigkeit zu Diabetes-HMGs (je 1.000 Versicherte) in den Jahren 2006 bis 2008. Die deutlichste Zunahme im Verhältnis zum Ausgangswert findet sich mit einer Steigerung um 19% im Hinblick auf die "teuerste" HMG 15 "Diabetes mit renalen Manifestationen". Insgesamt hat die Zuordnung von Diabetes-HMGs nach den Ergebnissen der altersstandardisierten Auswertungen lediglich um 5% von 67,4 auf 70,9 Betroffene je 1.000 Versicherte zugenommen. Der unabhängig davon zu beobachtende Rückgang der Typ-I-Diabetes-Zuordnung um 3% könnte aus einer rückläufigen Fehlkodierung von Typ-II-Fällen (als Typ-I) resultieren.

Tabelle 33: Diabetes-HMGs: Entwicklung 2006 bis 2008 (stand. GKV2008)

HMG	15	16	17	18	19	19	15-19	20
Jahr	(H)	(H)	(H)	(H)	(H)	(non H)	gesamt	Typ I
Betroffene im Kalenderjahr je 1.000 männliche Versicherte								
2006	3,1	7,8	1,6	3,7	52,4	68,0	68,7	8,7
2007	3,2	8,1	1,7	3,7	53,6	69,7	70,3	8,6
2008	3,7	8,6	1,7	3,7	54,9	72,1	72,6	8,6
Betroffene im Kalenderjahr je 1.000 weibliche Versicherte								
2006	2,2	6,6	1,4	3,5	52,6	65,7	66,2	7,3
2007	2,3	6,6	1,5	3,4	53,7	66,9	67,4	7,0
2008	2,7	6,9	1,5	3,4	55,0	69,0	69,5	6,9
Betroffene im Kalenderjahr je 1.000 Versicherte gesamt								
2006	2,6	7,2	1,5	3,6	52,5	66,8	67,4	7,9
2007	2,7	7,3	1,6	3,5	53,6	68,2	68,8	7,8
2008	3,1	7,7	1,6	3,5	54,9	70,4	70,9	7,7

HMG 15: Diabetes mit renalen Manifestationen

HMG 16: Diabetes mit neurologischen oder peripheren zirkulatorischen Manifestationen

HMG 17: Diabetes mit akuten Komplikationen

HMG 18: Diabetes mit ophthalmologischen Manifestationen

HMG 19: Diabetes ohne oder mit nicht näher bezeichneten Komplikationen

HMG 20: Typ I Diabetes mellitus

H: hierarchisiert; non H: nicht hierarchisiert

Insgesamt eher geringe Unterschiede der geschlechts- und altersspezifischen Häufigkeit einer (beliebigen) Diabetes-HMG-Zuordnung beim Vergleich von Ergebnissen zu den Jahren 2006, 2007 und 2008 zeigt die nachfolgende Abbildung. Die Kurvenverläufe sind in allen drei Jahren sehr ähnlich. In nahezu allen Altersgruppen sind Männer häufiger als Frauen betroffen. Eine Ausnahme bilden Ergebnisse um das 30. Lebensjahr herum, bei denen ein schwangerschaftsbedingter Diabetes maßgeblich zu höheren Werten unter Frauen beitragen dürfte. Die größten absoluten Abweichungen zwischen den Beobachtungsjahren zeigen sich bei Werten für hohe Altersgruppen, die aufgrund der relativ kleinen Zahl von Personen in entsprechendem Alter eher zurückhaltend interpretiert werden sollten und allgemein nur einen geringen Einfluss auf das Gesamtergebnis haben.

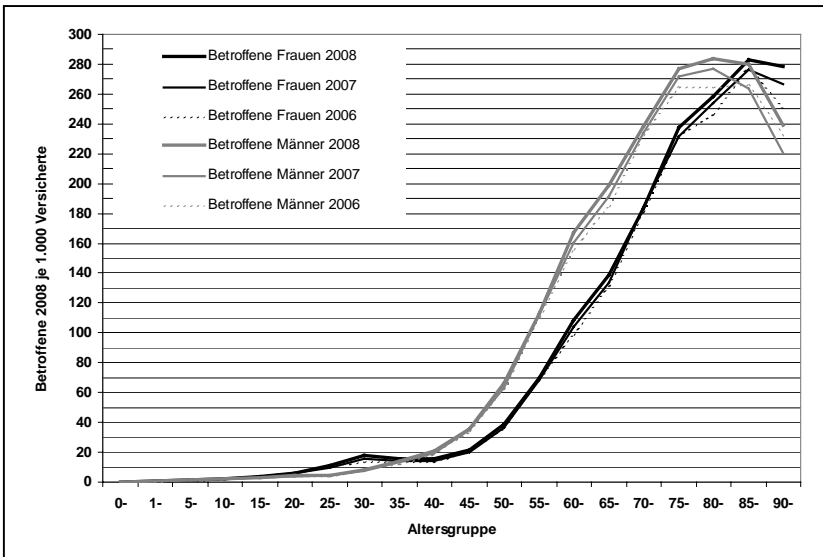


Abbildung 25: Diabetes mellitus (HMG 15 bis 19) nach Geschlecht und Alter 2006, 2007 und 2008

Bedarfe und Erstattungen

Grundsätzlich verfolgt der direkt morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich den Ansatz, Finanzierungsbedarfe für Versicherte innerhalb eines Jahres auf der Basis von Informationen zu Erkrankungen des Vorjahres sowie einer Reihe weiterer Merkmale abzuschätzen. Ziel ist es, absehbare Mehrbedarfe bei chronischen Erkrankungen von Versicherten durch erkrankungsbezogene Zuschläge auszugleichen, um zu verhindern, dass eine überdurchschnittlich häufige Versicherung chronisch Erkrankter zu Wettbewerbsnachteilen bei einzelnen Kassen führt. Zugleich sollen Anreize zur Ausgabenkontrolle auf Seite der einzelnen Krankenkassen erhalten bleiben, die bei einer einfachen Erstattung der kassenseitigen Ausgaben aus dem Gesundheitsfonds entfallen würden.

Die Ermittlung der Zuschläge des Morbi-RSA erfolgt auf der Basis von Koeffizienten eines Regressionsmodells, in dem hierarchisierte HMG-Zuordnungen (wie auch einzelne Geschlechts- und Altersgruppen-Zuordnungen) als 0/1-kodierte Variable berücksichtigt werden. Ein im Regressionsmodell primär ermittelter Koeffizient entspricht dabei genau den im Modell berücksichtigten Ausgaben, die mit der jeweiligen HMG-Zuordnung assoziiert sind, also sinngemäß einer Erkrankung zugeschrieben werden können. Durch den Aufbau des Modells wird gewährleistet, dass, zumindest innerhalb der für die Berechnung verwendeten Stichprobenpopulation, die ermittelten **Gesamtzuschläge für Versicherte mit Zuordnung zu einer bestimmten HMG-Gruppe immer den durchschnittlichen berücksichtigten Ausgaben in der Gruppe entsprechen**²².

²² In der Praxis des Morbi-RSA weicht bei Verstorbenen im Berichtsjahr die Berücksichtigung in Modellrechnungen (keine Annualisierung von Ausgaben, WLS-Gewichtung mit dem Wert 1 unabhängig von der Versicherungszeit) von der Ermittlung der Zuschlagszahlungen ab (die auch bei Verstorbenen abhängig von der Versicherungszeit erfolgt), weshalb diese Aussage uneingeschränkt nur für die primäre Modellberechnung bzw. unter Annahme einer real nicht praktizierten grundsätzlichen Zahlung ganzjähriger Zuschläge für Verstorbene gilt (oder bei Wegfall der gesonderten Berücksichtigung von Verstorbenen bei Modellrechnungen und Zahlungen gelten würde). Zudem resultieren im Morbi-RSA letztendlich gezahlte Zuschläge erst aus einer Multiplikation der Regressionskoeffizienten mit bestimmten Ausgleichsfaktoren, die u.a. deshalb notwendig sind, da nicht alle Ausgaben einer Krankenkasse einzelnen Versicherten zugeschrieben werden können.

Bezogen auf alle Versicherten mit einer bestimmten HMG wird also immer ein optimaler Gesamtzuschlag für die betroffene Gruppe bestimmt, sofern man die Betrachtung auf die im Modell berücksichtigten Ausgaben in der dabei gewählten Form beschränkt. Gleiches gilt für Versichertengruppen bei einer Abgrenzung gemäß der im Modell berücksichtigten Geschlechts- und Altersgruppen.

Trotz dieser in den durch das Modell vorgegebenen Gruppen insgesamt (zumindest theoretisch) adäquaten bzw. bedarfsdeckenden Zuschläge kann es bei einzelnen Versicherten selbstverständlich zu erheblichen Abweichungen zwischen realen Ausgaben und Erstattungen kommen, da in der Regel nur ein kleiner Teil von Versicherten in einer Gruppe selbst Ausgaben verursacht, die annähernd dem Gruppendurchschnitt entsprechen.

Wie bereits im vorausgehenden Report gezeigt wurde, werden in der Regel für einen überwiegenden Teil der Versicherten mit Zuordnung zu einer HMG Gesamtzuschläge ermittelt, die zumindest gering, über dem realen Bedarf liegen. Im Gegenzug entstehen bei einem kleineren Teil der Versicherten reale Ausgaben, die zum Teil erheblich über den Erstattungen liegen.

Diesen Sachverhalt verdeutlicht die nachfolgende Abbildung. Dargestellt werden die versichertenbezogen bei Berechnungen zum Morbi-RSA berücksichtigten realen Ausgaben im Jahr 2008 für zehn Teilgruppen der Versicherten mit einer Diabetes HMG-Zuordnung im Jahr 2007, wobei die Versicherten nach Höhe der Ausgaben aufgeteilt wurden. Auf der linken Seite finden sich Angaben für die 10% kostengünstigsten Versicherten, auf der rechten Seite stehen Angaben zu Ausgaben für die 10% teuersten Versicherten im Jahr 2008. Während in der kostengünstigsten Gruppe 2008 lediglich Ausgaben in Höhe von gut 300 Euro in den berücksichtigten Leistungsbereichen anfielen, lagen die Ausgaben in der teuersten Gruppe bei mehr als 24.000 Euro.

Da für die hier betrachteten Versicherten unterschiedliche Diabetes-HMG-Zuschläge und insbesondere auch unterschiedliche Zuschläge für weitere Erkrankungen sowie in Abhängigkeit vom Alter und Geschlecht anfallen, die jeweils auch von der Versicherungszeit abhängen, variieren auch die im Regres-

sionsmodell ermittelten Erstattungen in den einzelnen Gruppen (vgl. Linie mit Dreiecken in der Abbildung). Vorrangig aufgrund einer ausgeprägteren Komorbidität bzw. einer insgesamt größeren Zahl zugeordneter HMGs fallen Erstattungen in der "teuersten" Gruppe der Versicherten mit durchschnittlich mehr als 9.000 Euro merklich höher als in der günstigsten Gruppe mit weniger als 2.500 Euro aus. Während in der "günstigsten" Gruppe, inklusive der hier obligaten Diabetes-HMG, durchschnittlich lediglich 1,8 zuschlagsfähige HMGs berücksichtigt wurden, waren es in der "teuersten" Gruppe im Mittel 5,2 HMGs.

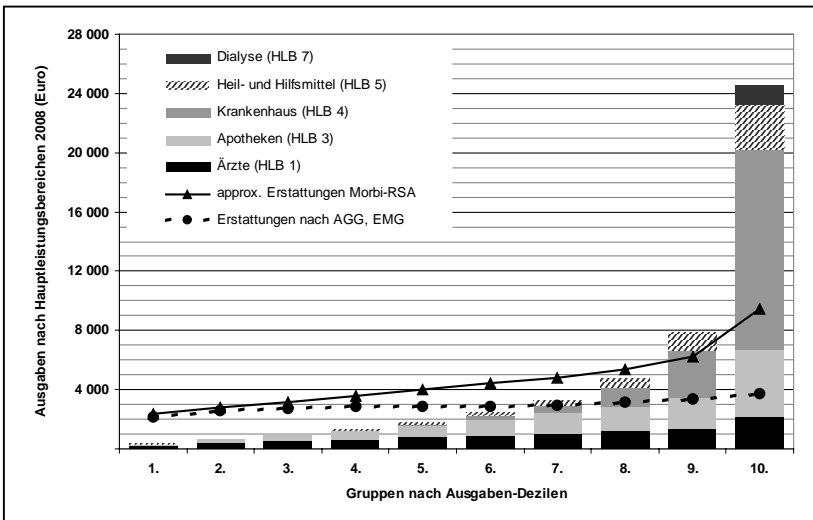


Abbildung 26: Diabetes (beliebige HMG von 15 bis 19 im Jahr 2007) – Ausgaben 2008 in Gruppen nach Ausgaben-Dezilen

Durch die Erstattungsunterschiede können die beobachteten Ausgabendifferenzen zwischen den hier dargestellten Gruppen allerdings nur sehr partiell ausgeglichen werden. Für etwa 7/10 der Versicherten liegen die Erstattungen über den realen Ausgaben, für etwa 1/10 entsprechen Erstattungen weitgehend den Ausgaben und bei 2/10 liegen reale Ausgaben über den Erstattun-

gen, wobei gravierende Differenzen insbesondere bei den 10% teuersten Versicherten beobachtet werden. Erhebliche Ausgabenanteile entfallen in dieser Gruppe dabei auf Kosten für Krankenhausbehandlungen²³, die im prospektiv ausgerichteten Modell des Morbi-RSA auf Basis von Morbiditätsangaben aus dem Vorjahr auf Versichertenebene nur relativ unsicher vorhergesagt werden können.

Wie in der Abbildung angedeutet, würden die geschilderten Differenzen zweifellos noch größer ausfallen, wenn bei den Ausgleichszahlungen nur Zuschläge für Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG) sowie für Erwerbsminderungsgruppen (EMG) gezahlt würden, also die Morbidität unberücksichtigt bliebe: Die gestrichelte Linie mit Punkten kennzeichnet fiktive Zuweisungen, die nach Modellrechnungen mit ausschließlicher Berücksichtigung von AGGs und EMGs für die 10 Gruppen von Versicherten mit Diabetes (und ggf. weiteren Erkrankungen) in einem RSA ohne Morbiditätskomponente resultieren würden.

Etwa ein Fünftel der Versicherten mit Diabetes-bedingten Morbiditätszuschlägen wird keiner weiteren zuschlagsrelevanten HMG zugeordnet. Auch bei diesen Personen, die ausschließlich Diabetes-HMG zugeordnet wurden und die insofern keine weiteren relevanten Erkrankungen im Sinne des Morbi-RSA aufweisen, zeigen sich vergleichbare relative Ausgabenunterschiede und Erstattungsdifferenzen, wobei sich allerdings sowohl Ausgaben als auch Erstattungen erwartungsgemäß auf einem deutlich niedrigeren Niveau als in der zuvor dargestellten Gesamtgruppe der Versicherten mit Diabetes-Zuordnung bewegen (vgl. nachfolgende Abbildung).

²³ Als Nebenbefund zeigt sich, dass die 10% teuersten Versicherten die einzige Subgruppe bilden, in der relevante Kostenanteile auf Dialysebehandlungen entfallen.

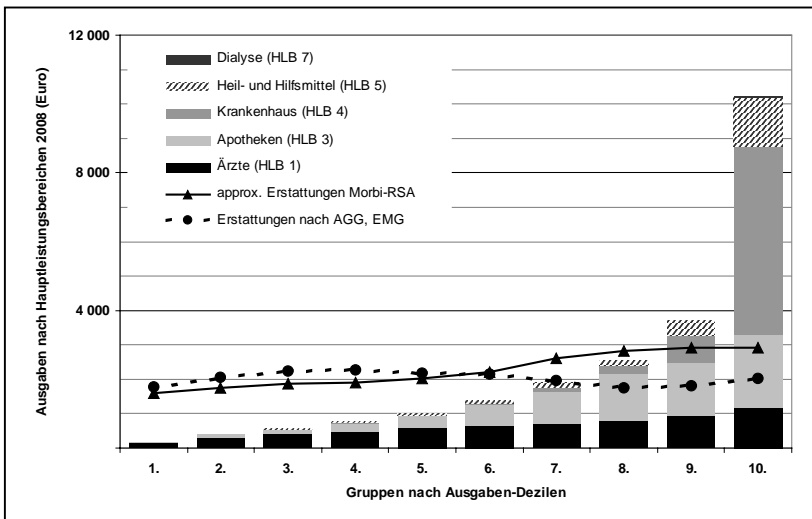


Abbildung 27: Diabetes ausschließlich (beliebige HMG von 15 bis 19, ggf. zusätzl. HMG 20 im Jahr 2007) – Ausgaben 2008 in Gruppen nach Ausgaben-Dezilen

Grundsätzlich ließen sich die zuvor beobachteten Differenzen nur durch ein perfektes Vorhersagemodell oder alternativ durch die einfache Erstattung aller angefallenen Kosten gänzlich vermeiden, wobei die nur theoretisch vorstellbare Lösung durch ein perfektes Modell den gleichen Effekt wie die einfache Erstattung der angefallenen Kosten hätte. Da letzteres ganz offensichtlich nicht zu den Intentionen des Gesetzgebers bei der Einführung des Morbi-RSA zählte, können rein statistische Modelloptimierungen kein vorrangiges Ziel bei der Weiterentwicklung des Morbi-RSA sein. Gewisse Differenzen zwischen realen und erstatteten Ausgaben bei einzelnen Versicherten sind durchaus gewollt und gleichen sich zudem in der Summe innerhalb bestimmter Versicherten-gruppen weitgehend²⁴ aus, wobei zum Ausgleich der gravierenden Unterde-

²⁴ Zu Einschränkungen vgl. Fußnote 22 auf Seite 155

ckung bei wenigen Versicherten – vor dem Hintergrund der allgemein statistisch "schiefen" Verteilung der Ausgaben zwangsläufig – auch immer eine gewisse Überdeckung bei relativ vielen anderen Versicherten erforderlich ist.

Während Differenzen zwischen Ausgaben und Erstattungen bei einzelnen Versichertengruppen allgemein durchaus mit den ursprünglichen Intentionen des Gesetzgebers beim Morbi-RSA in Einklang stehen sollten, dürften sie nicht in allen Fällen erwünscht sein. Zu möglichen unerwünschten Effekten könnten unter anderem folgende Konstellationen führen bzw. zählen:

- Es existieren wenige Versicherte mit extrem hohen Ausgaben, die im Morbi-RSA nur sehr partiell ausgeglichen werden. Dies kann insbesondere bei kleineren Krankenkassen, die entsprechende Patienten versichern, zu starken Belastungen führen.
- Grundsätzlich vermitteln HMG-Zuschläge Anreize für eine verstärkte Erfassung finanzierungsrelevanter Diagnosen auf unterschiedlichen Ebenen. Zu einer ungerechtfertigten Verteilung von Zuschlägen führt dies allerdings erst dann, wenn die verstärkte Erfassung selektiv Versicherte bestimmter Kassen oder z.B. Versicherte aus bestimmten Regionen betrifft, wodurch Effekte im nachfolgend beschriebenen Sinn resultieren können.
- Nicht im Sinne des Morbi-RSA dürften Disparitäten (oder Selektionsbestrebungen) innerhalb von Zuschlagsgruppen sein. Problematische Disparitäten beständen dann, wenn einzelne Krankenkassen überproportional viele günstige, oder im gegenteiligen Fall, auch ungünstige Patienten (gemessen an den Differenzen von Ausgaben und Erstattungen) versichern würden und sich damit ggf. negative Bilanzen ergeben, die nicht in direkter Verantwortung der betroffenen Kassen stehen.

Der letztgenannte Punkt gilt dabei nur mit gewissen Einschränkungen, da vom Gesetzgeber für den prospektiv ausgerichteten Morbi-RSA ausdrücklich die Beschränkung des morbiditätsabhängigen Ausgleichs auf 80 chronische Krank-

heiten und die daraus in der Zukunft resultierenden Kosten gefordert ist. Entstehen Disparitäten im Zusammenhang mit anderen Erkrankungen oder sind erhöhte Kosten im Vorfeld bzw. Vorjahr bei beliebigen Erkrankungen noch nicht absehbar, ist ein Ausgleich gemäß dieser Vorgaben explizit nicht beabsichtigt, was grundsätzlich auch bei bestimmten Disparitäten zwischen Versicherungengruppen aus unterschiedlichen Kassen innerhalb identischer HMG-Gruppen gelten kann.

Eine Reihe von Differenzen zwischen Ausgleichszahlungen und realen Ausgaben ergeben sich zwangsläufig aus der prospektiven Ausgestaltung des Morbi-RSA, was bei einer näheren Betrachtung der Differenzen und potenzieller Ursachen zu bedenken ist und insofern an dieser Stelle erwähnt werden soll. So können durch den aktuellen Morbi-RSA ganz offensichtlich grundsätzlich keine überdurchschnittlichen Ausgaben bei Neugeborenen ausgeglichen werden, sofern die Ausgaben noch im Jahr der Geburt anfallen (was für einen überwiegenden Teil der Kosten im direkten Zusammenhang mit einer Frühgeburt gelten dürfte). Ähnliches gilt aber auch für alle anderen akuten Ereignisse, die weitgehend ohne direkte Vorankündigung auftreten, selbst wenn die zugehörigen Erkrankungsbilder im Morbi-RSA berücksichtigt werden. Die Unterdeckung dürfte, allgemein formuliert, insbesondere in den Fällen groß sein, bei denen sehr hohe Kosten regelmäßig nur zeitlich befristet im Zusammenhang mit eher unerwartet und singulär auftretenden Ereignissen anfallen. Hierzu dürften als festlegungsgemäß Morbi-RSA-relevante Krankheiten beispielsweise Schlaganfälle und akute Herzinfarkte sowie die stationär behandelte Sepsis, aber auch Wirbelsäulenverletzungen mit einer kostspieligen Akutversorgung zählen. Bei den genannten Erkrankungen werden im Morbi-RSA überwiegend nur die mittelfristig resultierenden Ausgabenerhöhungen, jedoch nicht die akuten Behandlungsaufwendungen ausgeglichen. So werden z.B. erhöhte Aufwendungen bei überlebenden Patienten mit einer Sepsis im Vorjahr ausgeglichen, die im Folgejahr resultieren. Die Behandlungskosten von überlebenden sowie grundsätzlich von verstorbenen Patienten aus dem Vorjahr (also die Kosten bei Diagnosestellung) haben keinen Einfluss auf die HMG-Zuschläge.

Um morbiditätsbedingte Ursachen für finanzielle Unterdeckungen innerhalb der **Gruppe von Versicherten mit Diabetes-Zuschlägen** inhaltlich näher eingrenzen zu können, werden in der nachfolgenden Tabelle Veränderungen der Morbidität von 2007 auf 2008 in der Teilgruppe von Personen mit einer **Überdeckung** derjenigen Veränderungen in der Teilgruppe mit einer **Unterdeckung** der Ausgaben gegenübergestellt. Hierzu wurde für beide Jahre ermittelt, welche Versicherten von der Dokumentation mindestens einer Diagnose aus einzelnen Diagnosekapiteln der ICD10 betroffen waren. Auswertungsbasis bildeten dabei alle gesicherten ambulanten Diagnosen sowie Entlassungsdiagnosen von Krankenhausaufenthalten in den beiden genannten Jahren, welche auch die Grundlage für eine Morbiditätszuordnung im Morbi-RSA bilden.

Betrachtet man zunächst das allgemeine Morbiditätsspektrum der beiden Teilgruppen im Jahr 2007, lässt sich auch außerhalb des Kapitels IV "Stoffwechselkrankheiten", dem ein Diabetes typischerweise zuzuordnen ist²⁵, eine im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöhte Morbidität in beiden Diabetes-Teilgruppen nachweisen (vgl. auch Tabelle 14: Seite 87), was schon aufgrund des relativ hohen Durchschnittsalters von Diabetes-Patienten zu erwarten ist. Dabei lagen die Diagnoseraten im Jahr 2007, also im Jahr der HMG-Zuordnung, in der Gruppe mit einer Unterdeckung von nachfolgenden Ausgaben durch die Morbi-RSA-Zuschläge bereits höher als in der in der Gruppe mit einer Überdeckung²⁶. Gemessen an den dargestellten Diagnoseraten waren Versicherte, für die individuell unzureichende Zuschläge im Morbi-RSA ermittelt wurden, tendenziell also "kränker" als Versicherte mit positiven Zuschlagsbilanzen.

Entsprechende Differenzen werden durch die unterschiedliche Veränderung der Diagnoseraten in den beiden Teilgruppen von 2007 bis 2008 noch erheblich verstärkt (vgl. Tabelle 34: zweite und letzte Ergebnisspalte).

²⁵ Da ein Teil der Diabetes-HMG-Zuordnungen aus Diagnosen der Kapitel VI bzw. XV resultiert, weisen nicht 100% der betrachteten Versicherten eine Diagnose aus dem Kapitel IV auf.

²⁶ Ausnahmen auf der Ebene von Diagnosekapiteln bilden dabei lediglich das Kapitel XV "Schwangerschaft" sowie das unter Diabetes-Patienten wenig relevante Kapitel XVI.

Tabelle 34: Diabetes-HMG 2007: Entwicklung der Morbidität nach ICD10-Kapiteln in Teilgruppen mit Über- bzw. Unterdeckung der Ausgaben 2008

ICD-Kap.	Diagnosekapitelbezeichnungen	Überdeckung		Unterdeckung	
		Betroffene 2007, Veränderung 2008 (PP*)		Betroffene 2007, Veränderung 2008 (PP*)	
		2007	2008	2007	2008
01	Bestimmte infektiöse u. parasitäre Krankheiten	22,9%	-2,1	29,6%	7,6
02	Neubildungen	25,1%	0,6	28,1%	6,4
03	Krankh. d. Blutes u. d. blutbildenden Organe	13,3%	-1,7	18,4%	9,9
04	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	99,4%	-1,5	99,5%	-0,7
05	Psychische und Verhaltensstörungen	38,3%	-1,8	45,7%	5,9
06	Krankheiten des Nervensystems	34,3%	-0,5	43,5%	7,6
07	Krankh. d. Auges u. d. Augenanhangsgebilde	60,0%	-0,1	60,5%	-0,3
08	Krankheiten d. Ohres und des Warzenfortsatzes	22,3%	-0,1	25,0%	0,7
09	Krankheiten des Kreislaufsystems	87,9%	-0,1	89,5%	2,3
10	Krankheiten des Atmungssystems	41,4%	-1,5	47,4%	4,3
11	Krankheiten des Verdauungssystems	49,1%	-1,2	54,4%	6,0
12	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	31,5%	0,7	37,7%	5,1
13	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	71,0%	-0,4	75,1%	1,4
14	Krankheiten des Urogenitalsystems	49,3%	-1,3	54,5%	8,2
15	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	1,5%	-0,9	1,2%	0,0
16	Best. Zustände, d. ihren Ursprung i. d. Perinatalperiode haben	0,2%	-0,1	0,1%	0,1
17	Angeb. Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	13,9%	0,0	14,6%	1,2
18	Symptome u. abnorme klin. und Laborbefunde	51,8%	-2,3	62,7%	10,5
19	Verletzungen, Vergiftungen	29,6%	-2,0	37,8%	9,6
20	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	0,5%	-0,2	0,7%	1,0
21	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	73,6%	-1,0	77,4%	6,2
22	Schlüsselnummern für besondere Zwecke	1,2%	-0,8	2,8%	4,1

* Veränderung gegenüber dem Vorjahr in Prozentpunkten (stand. GKV)

Dargestellt werden in der zweiten und letzten Ergebnisspalte der Tabelle Veränderungen der Diagnoseraten von 2007 auf 2008 in Prozentpunkten. Während in der Teilgruppe mit Überdeckung in nahezu allen Diagnosekapiteln leicht rückläufige Diagnoseraten von 2007 auf 2008 imponieren, finden sich in der Teilgruppe mit Unterdeckung nahezu durchgängig Anstiege der Diagnoseraten, die teilweise erheblich sind. Ein Anstieg um etwa 10 Prozentpunkte findet sich im Hinblick auf "Symptome" (Kapitel XVIII), "Verletzungen" (Kapitel XIX) sowie "Krankheiten des Blutes" (Kapitel III). Von Diagnosen aus entsprechenden Kapiteln waren also 2008 in der Teilgruppe mit Unterdeckung etwa 10% der Versicherten zusätzlich betroffen.

Ein relevanter Teil der Unterdeckung dürfte sich demnach auf Erkrankungen zurückführen lassen, die im Jahr 2007 noch nicht erfasst waren und in einem prospektiv ausgerichteten Risikostrukturausgleich insofern grundsätzlich nicht abgebildet werden können. Für diese Annahme sprechen auch Veränderungen hinsichtlich der Anzahl zuschlagsfähiger HMGs. Während in der Teilgruppe mit Unterdeckung im Jahr 2007 durchschnittlich 3,8 HMGs für die Berechnung von morbiditätsbezogenen Zuschlägen berücksichtigt werden konnten, hätten auf Basis der Diagnosen des Jahres 2008 bei sonst identischem Vorgehen 4,9 HMGs zugeordnet werden können. In der Teilgruppe mit Überdeckung sank demgegenüber die Zahl der HMGs von durchschnittlich 3,3 auf 3,1.

Weitere Teile der Unterdeckung resultieren zweifellos aus der in der Realität immer vorhandenen Unschärfe von Prognosemodellen, aus der limitierten Berücksichtigung von Krankheiten sowie auch aus der abweichenden Berücksichtigung von Sterbefällen bei Modellrechnungen und Zuschlagsermittlung im Morbi-RSA²⁷.

²⁷ Vgl. Fußnote 22 auf Seite 155.

4.5 *Ausgewählte Diagnosen: Depressionen und wahnhafte Störungen (HMG 58)*

Depressionen wurden als relativ häufig diagnostizierte Erkrankung bei Auswertungen von GEK-Daten bereits mehrfach fokussiert²⁸. Typischerweise wurden dabei in einer relativ engen Abgrenzung vorrangig die ICD10-Schlüssel F32 "Depressive Episode" sowie F33 "Rezidivierende depressive Störung" nebst zugehöriger Unterschlüssel berücksichtigt.

Depressionen bilden nach endgültigen Festlegungen des BVA vom 03. Juli 2008 eine der 80 Krankheiten, die im Rahmen des direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs berücksichtigt werden sollen (Krankheit Nr. 38 bzw. **KNR 38**). Dieser KNR sind insgesamt zwei Diagnosegruppen (**DxG 264** "Depressive Episoden und rezidivierende depressive Störungen (major depressive disorders)" sowie **DxG 269** "Depressive Episoden und rezidivierende depressive Störungen, exkl. major depressive disorders und bipolare Störungen") zugeordnet. Die DxG 264 fasst dabei die Diagnosen von schwereren oder rezidivierenden Depressionen zusammen, die DxG 269 umfasst leichtere Formen von Depressionen.

Beide DxG-Gruppen werden bei Modellrechnungen zur Ermittlung von Ausgleichszahlungen der **HMG 58 "Depression und wahnhafte Störungen"** zugeordnet, für die letztendlich dann bestimmte morbiditätsbezogene Zuschläge festgelegt werden müssen. Neben den bereits aufgeführten Depressionsdiagnosen sind der HMG 58 zusätzlich noch die 5 Diagnoseschlüssel der **DxG 265** "Erkrankungen mit dem Leitsymptom Wahn" zugeordnet, die ihrerseits in der Krankheitsystematik des Morbi-RSA zur KNR 37 gehören. Die nachfolgenden Auswertungsergebnisse beziehen sich auf die HMG 58 insgesamt.

²⁸ Vgl. z.B. die Buchpublikation mit dem Titel "Volkskrankheit Depressionen?" in der Wissenschaftlichen Reihe der GEK im Springer Verlag

Entwicklung 2006 bis 2008

Im Sinne des prospektiven Ansatzes des RSA lässt sich ermitteln, wie viele versicherte Personen auf der Basis von Morbiditätsinformationen der HMG 58 "Depressionen und wahnhaftige Störungen" zugeordnet werden können, die auch im Folgejahr noch bei der Kasse versichert waren. Einen Überblick zu geschlechts- und altersspezifischen Zuordnungsraten in den Jahren 2006 bis 2008 gibt die nachfolgende Abbildung.

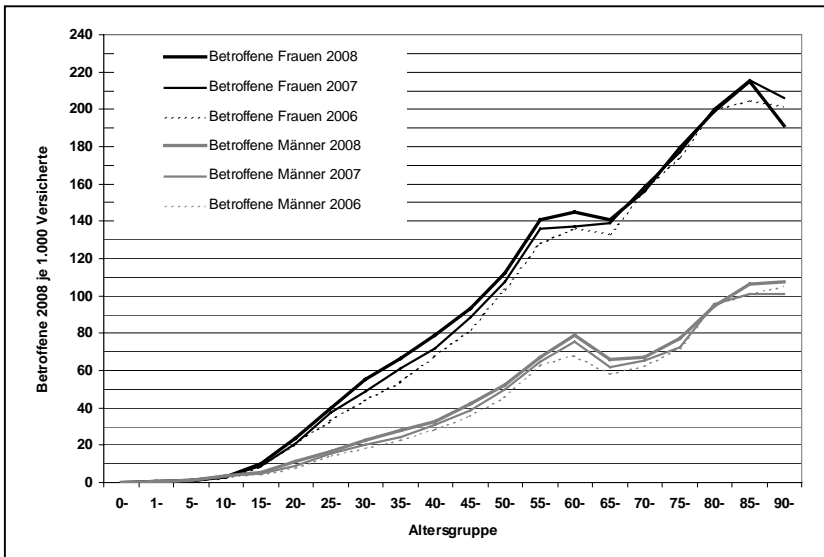


Abbildung 28: Depressionen und wahnhaftige Störungen (HMG 58) nach Geschlecht und Alter 2006, 2007 und 2008

In allen drei Jahren zeigen sich altersabhängig vergleichbare Zuordnungsraten. Frauen waren gut doppelt so häufig wie Männer betroffen. Abgesehen von einem passageren Rückgang um das 65. Lebensjahr herum steigt der An-

teil der Versicherten mit HMG-Zuordnung kontinuierlich mit dem Alter. Im Hochbetagtenalter sind etwa 10% der Männer und 20% der Frauen betroffen.

Auf Basis der geschlechts- und altersspezifischen GEK-Ergebnisse lässt sich die Anzahl und der Anteil der Betroffenen in der GKV insgesamt abschätzen. Von den 70 Millionen GKV-Versicherten 2008 dürften nach Morbiditätsangaben aus dem Jahr 2008 etwa 6,6% aller Versicherten bzw. 4,6 Millionen Personen der HMG 58 zugeordnet werden können, darunter 1,2 Millionen Männer (3,8% aller GKV-versicherten Männer) und 3,4 Millionen Frauen (9,1% aller GKV-versicherten Frauen)²⁹.

Die nachfolgende Tabelle gibt Auskunft über die Zuordnungshäufigkeit zur HMG 58 (je 1.000 Versicherte) in den Jahren 2006 bis 2008.

Tabelle 35: HMG 58: Entwicklung 2006 bis 2008 (stand. GKV2008)

Jahr	Betroffene im Kalenderjahr je 1.000 Versicherte		
	Männer	Frauen	gesamt
2006	33,6	84,7	60,7
2007	35,6	88,4	63,6
2008	37,7	91,4	66,2

Insgesamt hat die Zuordnungshäufigkeit von 2006 bis 2008 leicht überdurchschnittlich um 9,1% zugenommen, wobei von 2006 auf 2007 bereits eine Zunahme von 4,8% zu verzeichnen ist.

²⁹ Lediglich einer der insgesamt 106 HMGs können nach GEK-Ergebnissen primär noch mehr Versicherte zugeordnet werden: Die HMG 91 "Hypertonie" erreicht 2008 einen Betroffenen-Anteil in der GKV-Gesamtpopulation von schätzungsweise 14,9%.

Bedarfe und Erstattungen

Für die Versicherten mit HMG 58 Zuordnung (durch eine Dokumentation von entsprechenden Diagnosen im Jahr 2007) fielen im Jahr 2008 individuell erheblich unterschiedliche Ausgaben an (vgl. Abbildung).

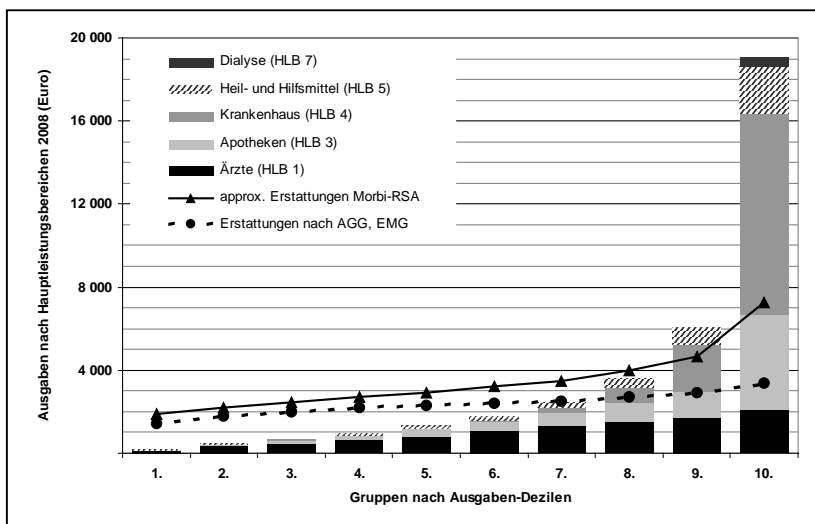


Abbildung 29: Depressionen und wahnhafte Störungen (HMG 58 im Jahr 2007) – Ausgaben 2008 in Gruppen nach Ausgaben-Dezilen

Als Ausgaben wurden hier RSA-relevanten Leistungen ohne Kosten für die zahnärztliche Behandlung und ohne Krankengeldzahlungen berücksichtigt. Für die Darstellung wurden die Versicherten in Abhängigkeit von der Höhe der individuell zuordnungsfähigen Ausgaben in 10 gleichgroße Gruppen aufgeteilt. Angegeben werden für diese zehn Gruppen die durchschnittlichen Ausgaben je Person differenziert nach relevanten Hauptleistungsbereichen entsprechend der Einteilung im direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (HLB 1, 3, 4, 5, und 7; HLB 9 bei geringer Bedeutung nicht dargestellt). Während sich in der Gruppe von Versicherten mit den geringsten Ausgaben 2008 ledig-

lich durchschnittliche jährliche Ausgaben in Höhe von unter 200 Euro ermitteln lassen, lagen diese in der ausgabenintensivsten Gruppe bei durchschnittlich gut 19.000 Euro. Auch bei Versicherten, die einheitlich der HMG 58 zugeordnet wurden, finden sich also erhebliche Variationen der Ausgaben.

In der Abbildung ergänzend dargestellt sind durchschnittliche Zahlungen für Versicherte aus den 10 Gruppen, die nach den Maßgaben des direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches aufgrund der Geschlechts-, Alters-, Erwerbsunfähigkeits- und Morbiditätsstruktur in den Gruppen zu erwarten wären (vgl. Dreiecke)³⁰.

Die erwarteten Zahlungen in den 10 Gruppen variieren um mehr als den Faktor 3 zwischen knapp 2.000 Euro und gut 7.000 Euro je Person, womit die real beobachteten Variationen jedoch nur partiell abgedeckt werden.

Betrachtet man die Gruppe mit den höchsten Ausgaben wird offensichtlich, dass – neben überdurchschnittlichen Ausgaben in allen Hauptleistungsbereichen – für die sehr hohen Ausgaben auch hier insbesondere stationäre Behandlungskosten verantwortlich sind.

Die nachfolgende Abbildung auf Seite 170 zeigt Ausgaben nach Hauptleistungsbereichen und approximative Ausgleichszahlungen für 10 Gruppen bei einer Beschränkung der Auswertungen auf diejenigen Versicherten, bei denen 2007 "Depressionen und wahnhafte Störungen" die einzige HMG mit Relevanz für morbiditätsorientierte Ausgleichszahlungen bildete, also keine anderen berücksichtigungsfähigen Erkrankungen dokumentiert waren.

Insgesamt liegen die Ausgaben in dieser Gruppe ohne weitere berücksichtigungsfähige Komorbiditäten erheblich niedriger. Da selektionsbedingt neben der HMG 58 keine weiteren RSA-relevanten Erkrankungen dokumentiert sind, errechnen sich für alle 10 Subgruppen weitgehend übereinstimmende Schätzwerte für Ausgleichszahlungen. Die durchschnittlichen Ausgaben innerhalb der

³⁰ Bei den Angaben handelt es sich um Berechnungsergebnisse zu erwarteten morbiditätsorientierten Ausgleichszahlungen nach Maßgaben des RSA auf der Basis von GEK-Daten, die sich direkt aus den Regressionskoeffizienten ableiten lassen.

10 Gruppen variieren zwischen jährlich gut 100 Euro und rund knapp 9 Tsd. Euro. Maßgeblich für ausgesprochen hohe Kosten in der 10. Gruppe verantwortlich sind auch hier die Ausgaben für Krankenhausbehandlungen.

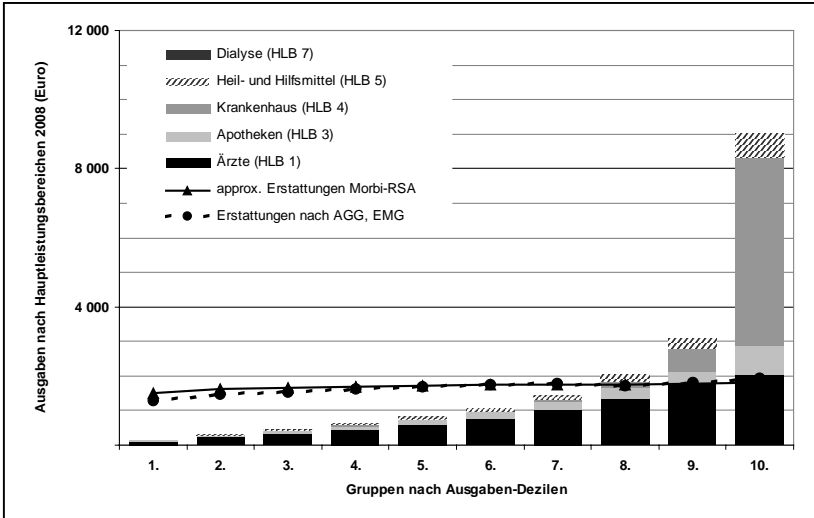


Abbildung 30: Depressionen und wahnhafte Störungen ausschließlich (HMG 58 im Jahr 2007) – Ausgaben 2008 in Gruppen nach Ausgaben-Dezilen

In der nachfolgenden Tabelle werden Veränderungen der Morbidität von 2007 auf 2008 in der Teilgruppe von Personen mit *Überdeckung* derjenigen Veränderungen in der Teilgruppe mit einer *Unterdeckung* der Ausgaben gegenübergestellt. Hierzu wurde für beide Jahre ermittelt, welche Versicherten von der Dokumentation mindestens einer Diagnose aus einzelnen Diagnosekapiteln der ICD10 betroffen waren.

Tabelle 36: HMG 58 (Depressionen) 2007: Entwicklung der Morbidität nach ICD10-Kapiteln in Teilgruppen mit Über- bzw. Unterdeckung der Ausgaben 2008

ICD-Kap.	Diagnosekapitelbezeichnungen	Überdeckung		Unterdeckung	
		Betroffene 2007, Veränderung 2008 (PP*)		Betroffene 2007, Veränderung 2008 (PP*)	
		2007	2008	2007	2008
01	Bestimmte infektiöse u. parasitäre Krankheiten	28,9%	-2,1	34,6%	4,5
02	Neubildungen	28,6%	0,3	31,0%	5,0
03	Krankh. d. Blutes u. d. blutbildenden Organe	12,3%	-1,6	15,5%	6,1
04	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	67,7%	-1,3	69,1%	3,0
05	Psychische und Verhaltensstörungen	100,0%	-9,0	100,0%	-4,5
06	Krankheiten des Nervensystems	42,7%	-2,2	51,1%	3,0
07	Krankh. d. Auges u. d. Augenanhangsgebilde	43,6%	-0,1	46,3%	0,2
08	Krankheiten d. Ohres und des Warzenfortsatzes	26,1%	-0,9	28,4%	0,2
09	Krankheiten des Kreislaufsystems	71,0%	-0,6	72,9%	2,8
10	Krankheiten des Atmungssystems	51,1%	-1,4	55,4%	1,5
11	Krankheiten des Verdauungssystems	52,3%	-1,7	56,5%	4,3
12	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	37,0%	0,2	41,6%	3,0
13	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	78,0%	-1,4	80,5%	0,7
14	Krankheiten des Urogenitalsystems	59,1%	-1,7	63,2%	3,7
15	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	1,1%	-0,4	1,5%	0,9
16	Best. Zustände, d. ihren Ursprung i. d. Perinatalperiode haben	0,1%	-0,1	0,1%	0,1
17	Angeb. Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	15,5%	0,1	17,1%	1,2
18	Symptome u. abnorme klin. und Laborbefunde	63,3%	-3,4	72,3%	4,7
19	Verletzungen, Vergiftungen	34,4%	-2,2	42,0%	6,6
20	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	0,6%	-0,3	0,9%	0,5
21	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	75,3%	-1,8	79,6%	3,1
22	Schlüsselnummern für besondere Zwecke	1,0%	-0,7	2,3%	1,9

* Veränderung gegenüber dem Vorjahr in Prozentpunkten (stand. GKV)

Auch das allgemeine Morbiditätsspektrum der beiden Teilgruppen mit Depressionen im Jahr 2007 zeigt im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine erhöhte Morbidität (vgl. auch Tabelle 14: Seite 87), was auch hier teilweise aufgrund des höheren Durchschnittsalters von Patienten mit Depressionen zu erwarten ist. Die Diagnoseraten von 100% im Jahr 2007 im Kapitel V "Psychische und Verhaltensstörungen" resultieren daraus, dass eine Diagnose aus diesem Kapitel obligat für die Zuordnung zur HMG 58 ist.

Die Diagnoseraten im Jahr 2007, also im Jahr der HMG-Zuordnung, lagen in der Gruppe mit einer Unterdeckung von Ausgaben bereits 2007 höher als in der Gruppe mit einer Überdeckung. Gemessen an den dargestellten Diagnoseraten waren diese Versicherte tendenziell also "kränker" als Versicherte mit positiven Zuschlagsbilanzen. Auch bei Versicherten mit HMG 58 werden durch die unterschiedliche Veränderung der Diagnoseraten in den beiden Teilgruppen von 2007 bis 2008 Unterschiede noch deutlich verstärkt (vgl. Tabelle 36: zweite und letzte Ergebnisspalte). Während sich in der Teilgruppe mit Überdeckung in nahezu allen Diagnosekapiteln leicht rückläufige Diagnoseraten von 2007 auf 2008 finden, zeigen sich in der Teilgruppe mit Unterdeckung nahezu durchgängig Anstiege der Diagnoseraten. Die deutlichsten Anstiege finden sich mit 6,1 bzw. 6,6 Prozentpunkten im Hinblick auf "Verletzungen" (Kapitel XIX) sowie "Krankheiten des Blutes" (Kapitel III).

Die Anzahl zuschlagsfähiger HMGs stieg in der Teilgruppe mit Unterdeckung von 2,9 im Jahr 2007 auf durchschnittlich 3,4 HMGs im Jahr 2008. In der Teilgruppe mit Überdeckung sank die Zahl demgegenüber von 2,7 auf 2,3, was grundsätzlich zu ähnlichen Schlussfolgerungen wie beim Thema Diabetes führt.

4.6 Ausgewählte Diagnosen: Herzinsuffizienz (HMG 80)

Mit dem Begriff Herzinsuffizienz wird eine eingeschränkte bzw. ungenügende Pumpfunktion des Herzens beschrieben. Die pathophysiologischen Ursachen einer Herzinsuffizienz sind vielfältig. Üblich ist eine symptomorientierte Einteilung der Herzinsuffizienz. Leitsymptom einer Herzinsuffizienz ist Luftnot, die zunächst bei Belastung verstärkt wahrgenommen wird.

Auch die **Herzinsuffizienz** bildet eine der 80 primär selektierten Krankheiten, die im Rahmen des direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs berücksichtigt werden (Krankheit Nr. 52 bzw. **KNR 52**). Dieser KNR 52 selbst sind insgesamt drei Diagnosegruppen zugeordnet (**DxG 356** "Erkrankung der Lungengefäße, exkl. Lungenembolie", **DxG 357** "Kardiomyopathie / Myokarditis" sowie **DxG 358** "Herzinsuffizienz").

Die drei genannten DxG-Gruppen werden bei Modellrechnungen zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich der gleichnamigen hierarchisierten Morbiditätsgruppe **HMG 80 "Herzinsuffizienz"** zugeordnet. Neben den drei bereits aufgeführten DxG sind der HMG 80 zusätzlich noch drei weitere Diagnosegruppen zugeordnet, nämlich die **DxG 354** "Hypertensive Herzerkrankung, mit Herzinsuffizienz", die **DxG 355** "Hypertensive Herz- / Nierenerkrankung, mit Herzinsuffizienz" sowie die **DxG 539** "Hypertensive Nieren- / Herzerkrankung, mit Nieren- / Herzinsuffizienz"³¹, die ihrerseits alle der Krankheit KNR 54 "Hypertensive Herz- / Nierenerkrankung / Enzephalopathie" zugeordnet sind. Die bei den Ausgleichszahlungen berücksichtigte HMG 80 "Herzinsuffizienz" umfasst damit insgesamt 6 DxG, darunter alle Diagnosen der Krankheit KNR 52 sowie einen Teil der Dx-Gruppen und Diagnoseschlüssel der Krankheit 54. Insgesamt umfassen die sechs Dx-Gruppen 53 unterschiedliche ICD10-Schlüssel. Von einer Hierarchisierung im Sinne einer Zuordnung zu einer übergeordneten Morbiditätsgruppe ist die HMG 80 nicht betroffen.

³¹ Die DxG 539 wird gleichzeitig auch in der HMG 131 "Nierenversagen" berücksichtigt.

Entwicklung 2006 bis 2008

Einen Überblick zu geschlechts- und altersspezifischen Zuordnungsraten in Bezug auf die HMG 80 "Herzinsuffizienz" im Sinne des Morbi-RSA in den Jahren 2006 bis 2008 (bei Versicherten mit fortbestehender Versicherung im jeweiligen Folgejahr) gibt die nachfolgende Abbildung.

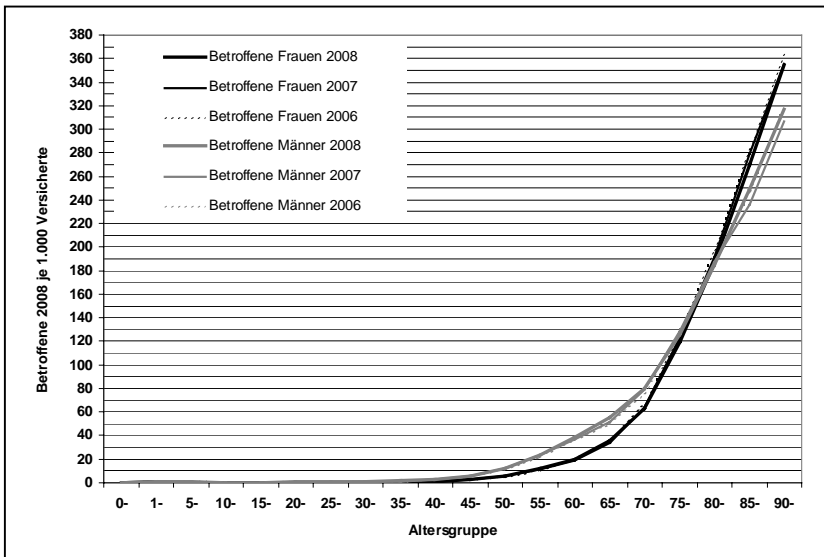


Abbildung 31: Herzinsuffizienz (HMG 80) nach Geschlecht und Alter 2006, 2007 und 2008

Offensichtlich wird der nahezu exponentielle Anstieg der Zuordnungsrate mit dem Alter, der insbesondere auch bei einer halblogarithmischen Darstellung erkennbar ist (vgl. Abbildung 32: S. 175). Bis zum 40. Lebensjahr waren in allen Jahren bei beiden Geschlechtern jeweils weniger als 2 Promille der Versicherten betroffen. Insbesondere ab einem Alter von 70 Jahren steigt die Rate steil an. Von Versicherten nach Vollendung des 90. Lebensjahres waren 2008 unter Männern 32% und unter Frauen 35% betroffen. Aus dieser Alters-

gruppe werden also etwa ein Drittel aller Versicherten der HMG 80 "Herzinsuffizienz" zugeordnet. Von den 70 Millionen GKV-Versicherten dürften 2008 nach Hochrechnungen auf Basis der vorliegenden GEK-Ergebnisse etwa 2,8% aller Versicherten bzw. 2,0 Millionen Personen der HMG 80 zugeordnet werden, darunter 0,82 Millionen Männer (2,5% aller GKV-versicherten Männer) und 1,17 Millionen Frauen (3,1% aller GKV-versicherten Frauen).

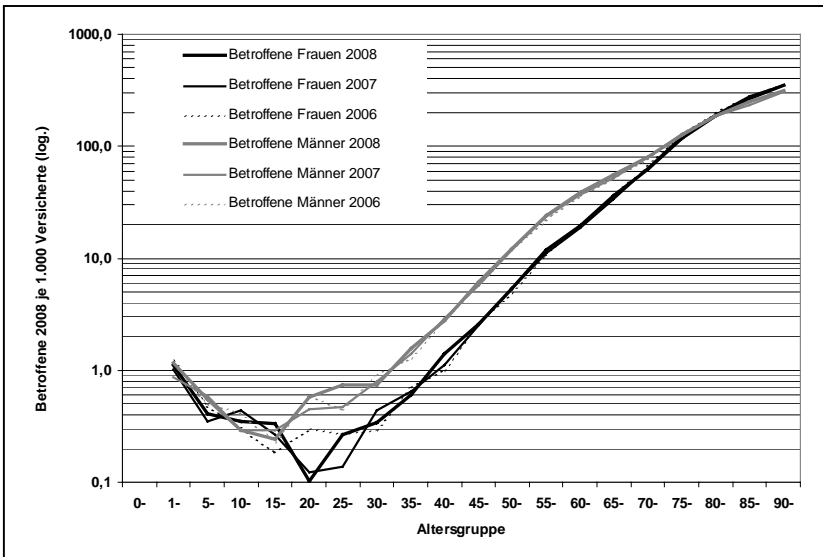


Abbildung 32: Herzinsuffizienz (HMG 80) nach Geschlecht und Alter 2006, 2007 und 2008 (halblogarithmische Darstellung)

Die nachfolgende Tabelle gibt Auskunft über die altersübergreifende Zuordnungshäufigkeit zur HMG 80 (je 1.000 Versicherte) in den Jahren 2006 bis 2008. Wie schon aus den geschlechts- und altersabhängig weitgehend übereinstimmenden Zuordnungsraten in den Abbildungen vermutet werden kann, hat sich die Zuordnungshäufigkeit von 2006 bis 2008 auch insgesamt kaum verändert. Während bei Männern in diesem Zeitraum ein leichter Anstieg um

kapp 3% zu verzeichnen ist, zeigt sich bei Frauen ein Rückgang um 4%. Geschlechtsübergreifend lässt sich nach den altersstandardisierten Auswertungen ein Rückgang um 2,3% von 28,7 Zuordnungen im Jahr 2006 auf 28,3 Zuordnungen je 1.000 Versicherte im Jahr 2008 feststellen.

Tabelle 37: HMG 80: Entwicklung 2006 bis 2008 (stand. GKV2008)

Jahr	Betroffene im Kalenderjahr je 1.000 Versicherte		
	Männer	Frauen	gesamt
2006	24,3	32,6	28,7
2007	24,5	31,7	28,3
2008	24,9	31,3	28,3

Bedarfe und Erstattungen

Auch für Versicherte mit Herzinsuffizienz bzw. HMG 80 Zuordnung fielen im Jahr 2008 individuell erheblich unterschiedliche Ausgaben an (vgl. nachfolgende Abbildung). Dargestellt werden die Ausgaben je Person differenziert nach relevanten Hauptleistungsbereichen entsprechend der Einteilung im direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, wobei die Versicherten in Abhängigkeit von der Höhe der individuell zuordnungsfähigen Ausgaben in 10 gleichgroße Gruppen aufgeteilt wurden.

Während sich in der Gruppe von Versicherten mit den geringsten Ausgaben 2008 durchschnittliche Ausgaben in Höhe von knapp 500 Euro ermitteln lassen, lagen diese in der ausgabenintensivsten Gruppe bei durchschnittlich mehr als 37.000 Euro. Ein Teil der ungleichen Verteilung von Ausgaben lässt sich auf Begleiterkrankungen zurückführen, die gleichfalls im morbiditätsadjustierten Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden. In der Abbildung ergänzend dargestellt sind vor diesem Hintergrund durchschnittliche Zahlungen für Versicherte aus den 10 Gruppen, die nach den Maßgaben des direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches aufgrund der Geschlechts-, Alters-, Erwerb-

sunfähigkeits- und Morbiditätsstruktur in den Gruppen zu erwarten wären (vgl. durchgezogene Linie mit Dreiecken).

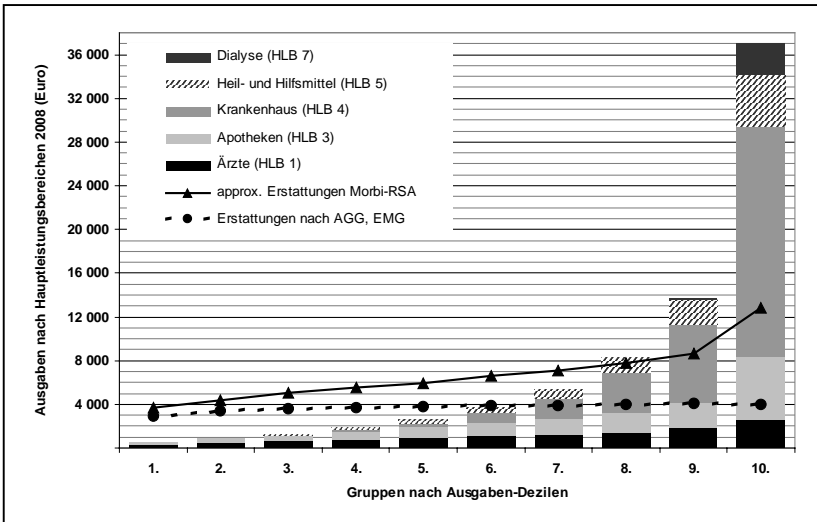


Abbildung 33: Herzinsuffizienz (HMG 80 im Jahr 2007) – Ausgaben 2008 in Gruppen nach Ausgaben-Dezilen

Die kalkulierten Zuschläge in den 10 Gruppen variieren um mehr als den Faktor 3 zwischen etwa 3.700 Euro und knapp 13.000 Euro je Person, womit die real beobachteten Variationen, wie bei den zuvor betrachteten HMGs, nur partiell abgedeckt werden. Ganz offensichtlich wären allerdings Zuschläge, die sich aus Modellrechnungen auf alleiniger Basis von Informationen zu Geschlechts- und Altersgruppen sowie zu Erwerbsminderungsgruppen ergeben würden, noch deutlich weniger geeignet, die individuell unterschiedlichen Bedarfe adäquat zu decken (vgl. gestrichelte Linie in der Abbildung).

Betrachtet man die 10%-Gruppe der Versicherten mit den höchsten Ausgaben, dann wird offensichtlich, dass für die sehr hohen Ausgaben auch bei Patienten mit Herzinsuffizienz insbesondere stationäre Behandlungskosten ver-

verantwortlich sind. Die nachfolgende Abbildung zeigt Ausgaben nach Hauptleistungsbereichen und approximative Ausgleichszahlungen für 10 Gruppen bei einer Beschränkung der Auswertungen auf eine kleine Gruppe von weniger als 10% derjenigen Versicherten, bei denen 2007 "Herzinsuffizienz" die einzige HMG mit Relevanz für morbiditätsorientierte Ausgleichszahlungen bildete, also keine anderen berücksichtigungsfähigen Erkrankungen dokumentiert waren.

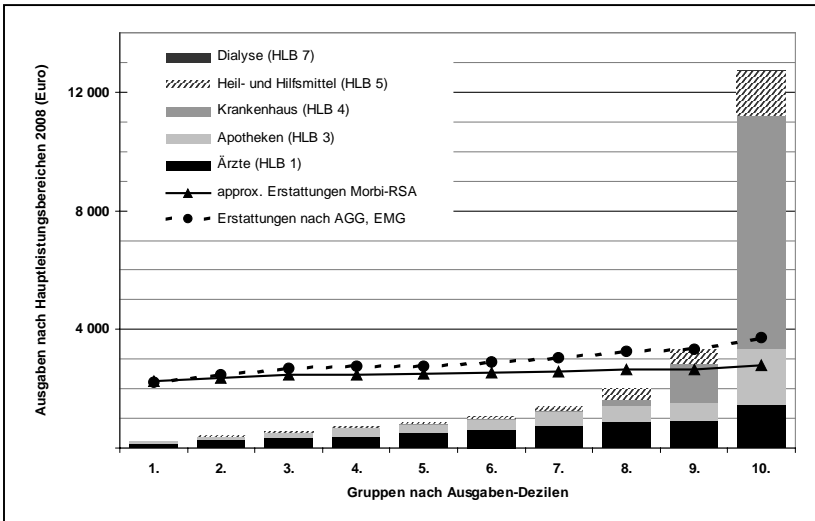


Abbildung 34: Herzinsuffizienz ausschließlich (HMG 80 im Jahr 2007) – Ausgaben 2008 in Gruppen nach Ausgaben-Dezilen

Insgesamt liegen die Ausgaben in dieser verhältnismäßig kleinen Gruppe erheblich niedriger. Da selektionsbedingt neben der HMG 80 keine weiteren RSA-relevanten Erkrankungen dokumentiert sind, errechnen sich für alle 10 Subgruppen weitgehend übereinstimmende Zuschlagszahlungen. Im Falle dieser spezifisch selektierten Gruppe entspricht bei den beiden ausgabenintensivsten Versichertensubgruppen der vorrangig geschlechts- und altersabhängig ermit-

telte Zuschlag etwas besser dem realen Bedarf (vgl. gestrichelte Linie in der Abbildung).

In der nachfolgenden Tabelle werden auch für Versicherte mit Herzinsuffizienz Veränderungen der Morbidität von 2007 auf 2008 in der Teilgruppe von Personen mit *Überdeckung* derjenigen Veränderungen in der Teilgruppe mit einer *Unterdeckung* der Ausgaben gegenübergestellt. Für beide Jahre wurde ermittelt, welche Versicherten von der Dokumentation mindestens einer Diagnose aus einzelnen Diagnosekapiteln der ICD10 betroffen waren. Die Diagnoseraten von 100% im Jahr 2007 im Kapitel IX "Krankheiten des Kreislaufsystems" resultieren dabei aus einer obligat geforderten Diagnose aus diesem Kapitel für die Zuordnung zur HMG 80.

Die Diagnoseraten 2007 lagen auch bei Herzinsuffizienz-Patienten in der Teilgruppe mit Unterdeckung von Ausgaben regelmäßig höher als in der Teilgruppe mit Überdeckung. Relevante Ausnahmen bilden eingeschränkt Krankheiten des Auges (Kapitel VII) sowie insbesondere angeborene Fehlbildungen (Kapitel XVII), wobei die in der Herzinsuffizienz-Gruppe insgesamt relativ häufig diagnostizierten Fehlbildungen oftmals in ursächlichem Zusammenhang mit der Herzinsuffizienz stehen dürften. Auch bei Versicherten mit Herzinsuffizienz zeigen sich in der Teilgruppe mit Überdeckung von Ausgaben rückläufige Diagnoseraten von 2007 auf 2008 in nahezu allen Diagnosekapiteln, während in der Teilgruppe mit Unterdeckung von Ausgaben Diagnoseraten zumindest weit überwiegend steigen (vgl. Tabelle 38: zweite und letzte Ergebnisspalte). Die deutlichsten Anstiege finden sich, analog zu den Ergebnissen zu den anderen HMG-Gruppen, mit 7,7 bzw. 8,8 Prozentpunkten im Hinblick auf "Verletzungen" (Kapitel XIX) und "Krankheiten des Blutes" (Kapitel III) sowie hier zusätzlich auch bei Infektionen (Kapitel I). Die Anzahl zuschlagsfähiger HMGs stieg in der Teilgruppe mit Unterdeckung von 4,8 im Jahr 2007 auf durchschnittlich 5,8 HMGs im Jahr 2008. In der Teilgruppe mit Überdeckung sank die Zahl demgegenüber von 4,2 auf 3,6, was zumindest ansatzweise zu ähnlichen Schlussfolgerungen wie bei den vorausgehend betrachteten Erkrankungsgruppen führt.

Tabelle 38: HMG 80 (Herzinsuffizienz) 2007: Entwicklung der Morbidität nach ICD10-Kapiteln in Teilgruppen mit Über- bzw. Unterdeckung der Ausgaben 2008

ICD-Kap.	Diagnosekapitelbezeichnungen	Überdeckung		Unterdeckung	
		Betroffene 2007, Veränderung 2008 (PP*)		Betroffene 2007, Veränderung 2008 (PP*)	
		2007	2008	2007	2008
01	Bestimmte infektiöse u. parasitäre Krankheiten	27,7%	-4,5	34,5%	8,2
02	Neubildungen	29,0%	0,0	30,3%	4,7
03	Krankh. d. Blutes u. d. blutbildenden Organe	23,9%	-4,6	30,9%	8,8
04	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	86,3%	-3,7	86,5%	2,8
05	Psychische und Verhaltensstörungen	48,6%	-3,4	55,7%	4,5
06	Krankheiten des Nervensystems	40,8%	-1,8	48,3%	6,0
07	Krankh. d. Auges u. d. Augenanhangsgebilde	54,0%	-0,6	53,6%	-3,0
08	Krankheiten d. Ohres und des Warzenfortsatzes	28,1%	-0,9	29,6%	-1,3
09	Krankheiten des Kreislaufsystems	100,0%	-1,1	100,0%	-0,7
10	Krankheiten des Atmungssystems	51,4%	-4,7	56,5%	5,8
11	Krankheiten des Verdauungssystems	55,1%	-2,3	62,3%	4,2
12	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	36,2%	0,6	42,5%	4,3
13	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	77,5%	-1,1	79,6%	-0,9
14	Krankheiten des Urogenitalsystems	58,5%	-4,4	62,8%	7,4
15	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	0,1%	0,0	0,0%	0,0
16	Best. Zustände, d. ihren Ursprung i. d. Perinatalperiode haben	0,1%	0,0	0,1%	-0,1
17	Angeb. Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	16,5%	-0,1	14,8%	0,4
18	Symptome u. abnorme klin. und Laborbefunde	67,3%	-5,2	77,8%	6,8
19	Verletzungen, Vergiftungen	40,0%	-5,0	47,9%	7,7
20	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	1,0%	-0,5	1,4%	0,8
21	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	81,1%	-3,7	83,8%	2,5
22	Schlüsselnummern für besondere Zwecke	3,6%	-2,7	7,0%	5,2

* Veränderung gegenüber dem Vorjahr in Prozentpunkten (stand. GKV)

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 2008 14,1 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 214). 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 39: 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 2008. 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 193).

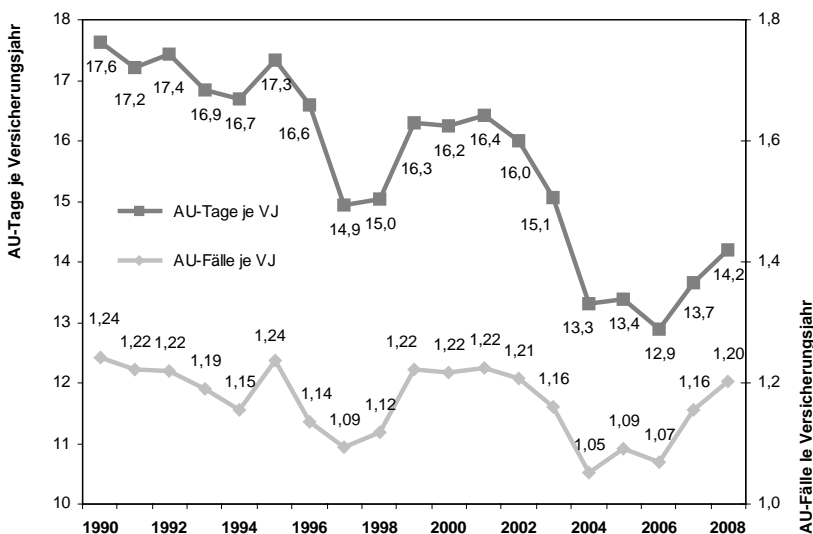


Abbildung 35: AU-Tage und -Fälle je Versicherungsjahr: 1990 - 2008
(Erwerbstätige insgesamt; stand.)

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 erreichten mit nur 13,3 gemeldeten Fehltagen je Versicherungsjahr in 2004 einen Tiefstand, der 2006 nochmals unterschritten wurde. Im Jahr 2007 sowie im Folgejahr 2008 sind sowohl Fallzahlen als auch die Fehlzeiten merklich gestiegen. Im Jahr 2008 wurden je Erwerbsperson durchschnittlich 1,20 AU-Fälle mit insgesamt 14,2 Fehltagen erfasst.

Tabelle 40: AU-Fälle und AU-Tage je Versicherungsjahr, fallbezogene AU-Dauer sowie Krankenstand: 1998 - 2008 (Erwerbstätige insgesamt; stand.)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
AU-Fälle je Vers.-Jahr	1,12	1,22	1,22	1,22	1,21	1,16	1,05	1,09	1,07	1,16	1,20
AU-Tage je Vers.-Jahr	15,0	16,3	16,2	16,4	16,0	15,1	13,30	13,39	12,88	13,66	14,19
AU-Tage je Fall	13,4	13,3	13,3	13,4	13,3	13,0	12,6	12,27	12,06	11,81	11,81
Krankenstand	4,1%	4,5%	4,4%	4,5%	4,4%	4,1%	3,6%	3,7%	3,5%	3,7%	3,9%

5.3 Arbeitsunfähigkeit nach Dauer der AU

Die Abbildung zeigt das AU-Meldegesehen in Abhängigkeit von der fallbezogenen AU-Dauer. Ein Drittel (66%) aller AU-Fälle, die im Jahre 2008 abgeschlossen wurden, dauerten maximal sieben Tage, nur 4,2% der AU-Fälle mehr als 6 Wochen.

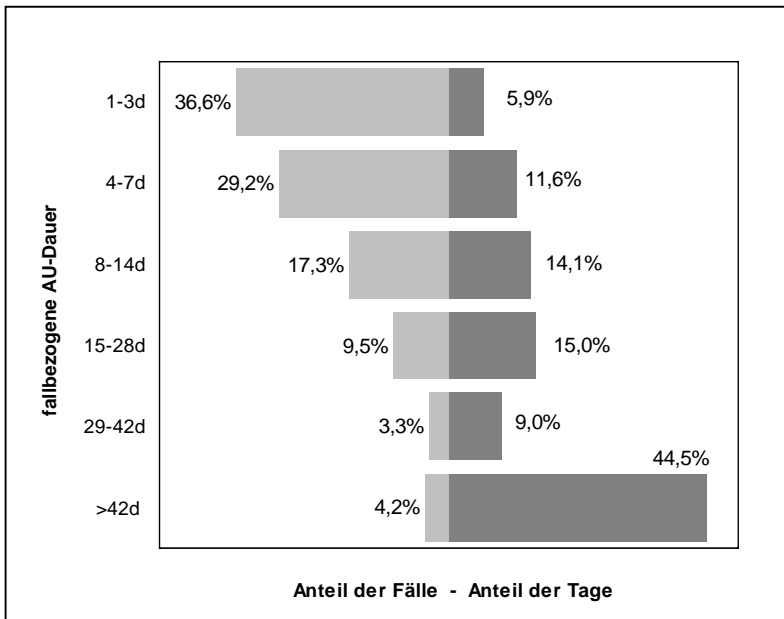


Abbildung 36: Verteilung von AU-Fällen sowie AU-Zeiten nach Dauer der AU: 2008

Auf die nur 4,2% der Fälle mit mehr als 6 Wochen Dauer entfielen jedoch mit gut 44% fast die Hälfte aller erfassten Erkrankungstage, während z.B. die kurzzeitigen Krankschreibungen (bis zu 7 AU-Tage) nur gut 17% der gemeldeten Erkrankungstage ausmachten. Die relative Verteilung der AU-Zeiten nach

Falldauer zeigt gegenüber den Vorjahren nur geringe Änderungen (vgl. Tabelle A 23: Seite 250 im 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 2008, wobei nennenswerte Veränderungen im Vergleich zu den Vorjahresergebnissen nicht festzustellen sind.

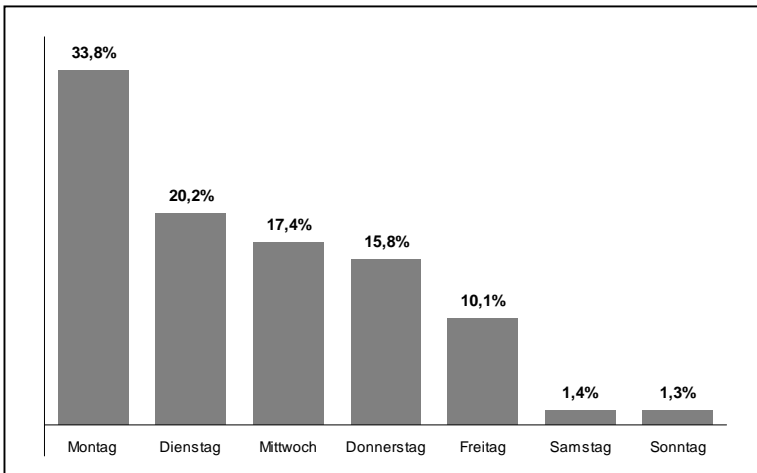


Abbildung 37: Arbeitsunfähigkeitsbeginn nach Wochentagen: 2008

Offensichtlich wird in der obenstehenden Abbildung der erwartungsgemäß hohe Anteil von Krankschreibungen mit Beginn an einem Montag (ein Drittel

aller AU-Fälle), der sich aus der üblichen Verteilung der Wochenarbeitszeit mit arbeitsfreien 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% + 1,3% + 33,8% = 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.

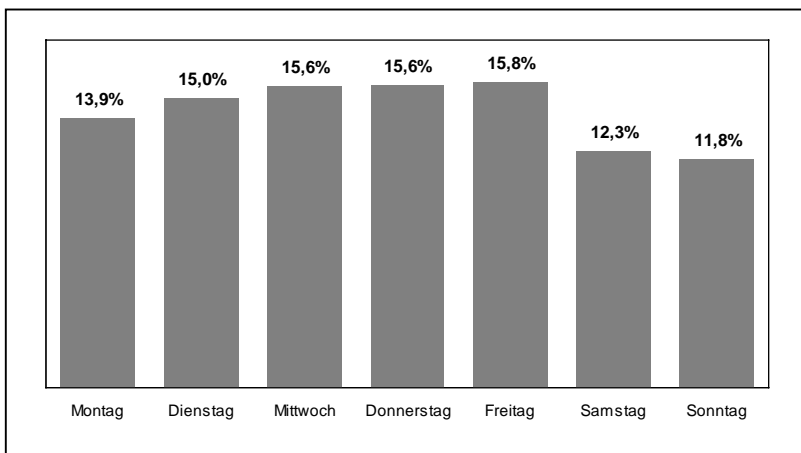


Abbildung 38: Verteilung der AU-Tage auf Wochentage: 2008

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 25: Seite 251 im 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 etwa 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 2008 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 1,6 mal innerhalb eines Jahres krank geschrieben waren, wurde bei Arbeitnehmern in höheren Altersstufen im Mittel knapp mehr als eine Krankschreibung je Versicherungsjahr registriert.

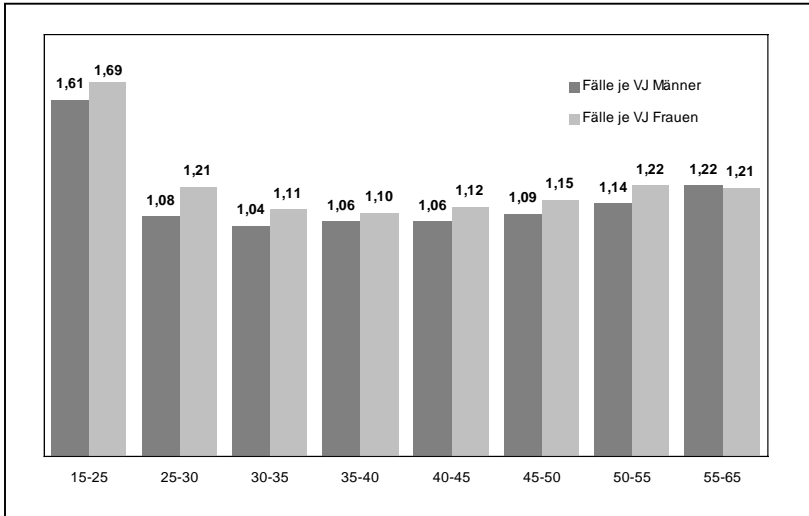


Abbildung 39: AU-Fälle nach Alter und Geschlecht: 2008
(Erwerbspersonen insgesamt)

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 gut 10 Tage innerhalb eines Jahres krankgeschrieben sind (was einem Krankenstand von unter 3% entspricht), lässt sich für Berufstätige ab dem 55. Lebensjahr mit ca. 25 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 etwa 6 bis 7 Tage dauert, sind Personen ab dem 55. Lebensjahr im Falle einer Krankschreibung für durchschnittlich gut 20 Tage krankgeschrieben (vgl. nachfolgende Abbildungen).

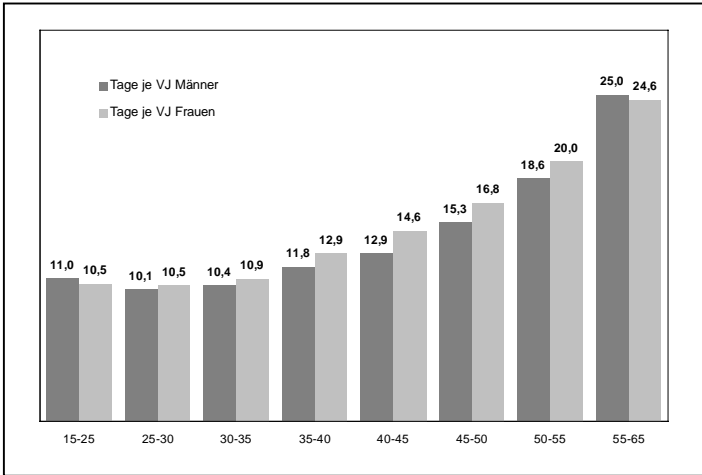


Abbildung 40: AU-Tage nach Alter und Geschlecht: 2008
(Erwerbspersonen insgesamt)

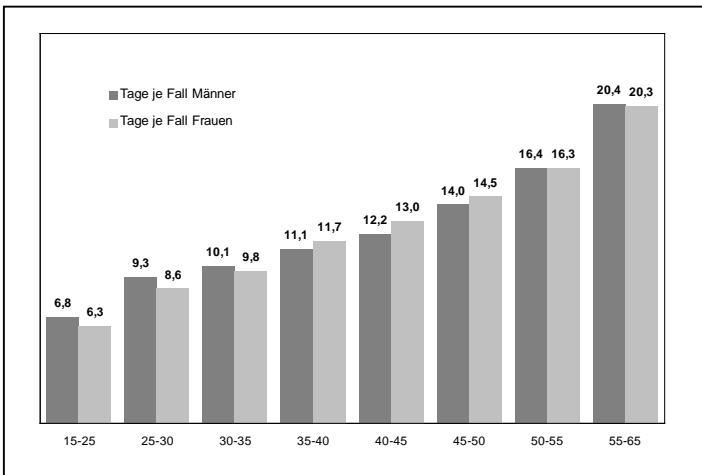


Abbildung 41: AU-Tage je Fall nach Alter und Geschlecht: 2008
(Erwerbspersonen insgesamt)

5.6 Regionales AU-Meldegeschehen

Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der AU-bedingten Ausfallzeiten in den Alten und Neuen Bundesländern sowie in Berlin zwischen 1990 und 2008. 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.

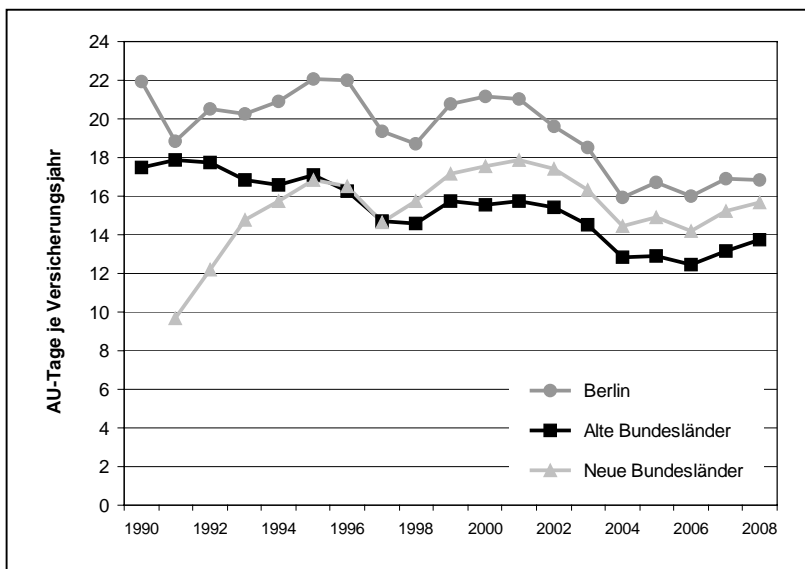


Abbildung 42: AU-Tage nach Region: 1990 – 2008 (stand.)

Von 2006 auf 2007 ist es in allen drei Regionen zu einem Anstieg der Fehlzeiten gekommen, der sich unter Ausnahme Berlins auch 2008 fortsetzte. Die Fehlzeiten lagen im Jahr 2008 mit 15,7 AU-Tagen je Versicherungsjahr in den Neuen Bundesländern weiterhin über denen in den Alten Bundesländern (13,8 AU-Tagen je Versicherungsjahr). Die höchsten Fehlzeiten finden sich auch 2008 in Berlin (16,9 AU-Tagen je Versicherungsjahr; vgl. auch Tabelle A 29: Seite 253 im Anhang).

Die nachfolgende Abbildung zeigt die AU-Zeiten je Versicherungsjahr des Jahres 2008 in einzelnen Bundesländern. Die Tabelle auf Seite 196 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 12,4 Tagen je Versicherungsjahr weiterhin Erwerbspersonen in Baden-Württemberg auf. Im Vergleich zum Vorjahr zeigen sich in einzelnen Bundesländern bei zumeist gestiegenen AU-Fallzahlen außer in Sachsen und Berlin höhere Fehlzeiten.

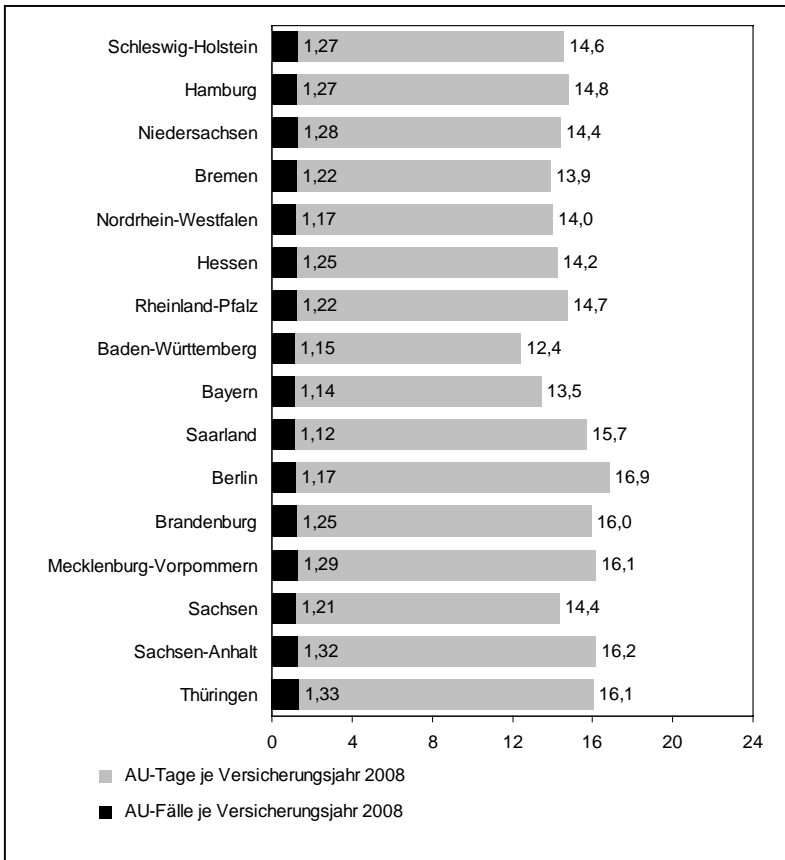


Abbildung 43: AU-Tage nach Bundesländern: 2008
(Erwerbstätige insgesamt; stand.)

Tabelle 41: AU-Fälle und -Tage nach Bundesländern: 2007 / 2008
(Erwerbstätige insgesamt; stand.)

	Fälle 2007 je VJ	Fälle 2008 je VJ	Ver- ände- rung 07/08	Tage 2007 je VJ	Tage 2008 je VJ	Ver- ände- rung 07/08
Schleswig-Holstein	1,24	1,27	2,6%	13,78	14,57	5,7%
Hamburg	1,21	1,27	4,8%	14,43	14,80	2,5%
Niedersachsen	1,23	1,28	4,2%	13,78	14,39	4,4%
Bremen	1,18	1,22	3,2%	13,58	13,91	2,4%
Nordrhein-Westfalen	1,12	1,17	4,7%	13,49	14,00	3,7%
Hessen	1,23	1,25	2,4%	13,94	14,22	2,0%
Rheinland-Pfalz	1,16	1,22	4,6%	14,15	14,71	4,0%
Baden-Württemberg	1,10	1,15	4,5%	11,88	12,44	4,7%
Bayern	1,08	1,14	5,0%	12,63	13,47	6,6%
Saarland	1,08	1,12	3,8%	15,20	15,72	3,4%
Berlin	1,18	1,17	-0,5%	16,89	16,85	-0,2%
Brandenburg	1,19	1,25	4,3%	15,24	15,95	4,7%
Mecklenburg-Vorpommern	1,27	1,29	1,5%	15,92	16,15	1,4%
Sachsen	1,18	1,21	2,5%	14,54	14,37	-1,2%
Sachsen-Anhalt	1,29	1,32	3,0%	16,14	16,17	0,1%
Thüringen	1,26	1,33	5,5%	15,10	16,06	6,4%

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. 2008 wurden in diesem Diagnosekapitel in Bezug auf die Geschlechter 32,1 bzw. 37,3 Fälle je 100 Versicherungsjahre gezählt. Im Jahr 2006 waren es demgegenüber erst 27 bzw. 31,7 Fälle je 100 VJ.

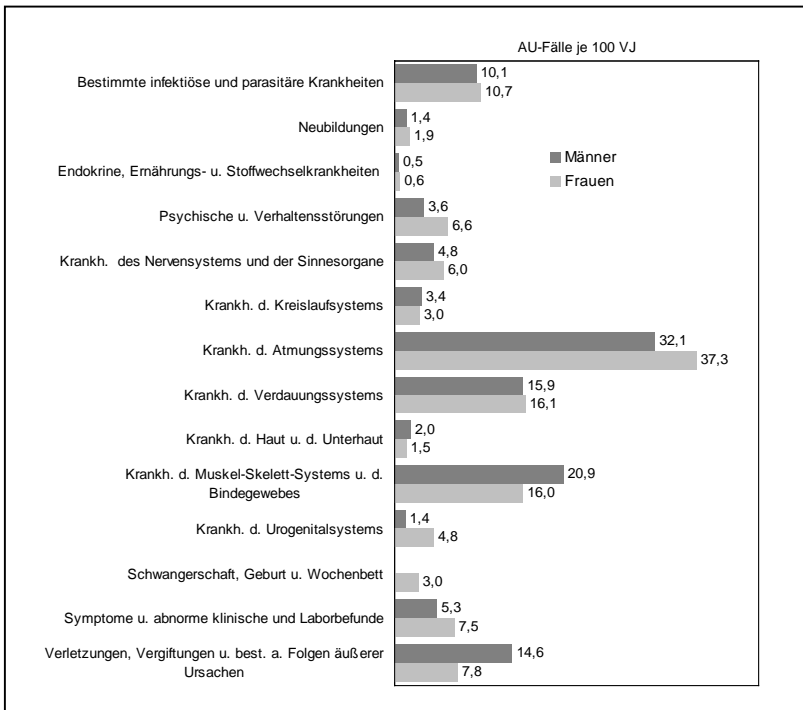


Abbildung 44: AU-Fälle nach ICD10-Kapiteln: 2008
(Erwerbspersonen insgesamt; stand.)

Bei Männern folgen in der Rangfolge ihrer Häufigkeit Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (Kapitel XIII), Krankheiten des Verdauungssystems (XI), Verletzungen (XIX) sowie Infektionskrankheiten (I). Unter Frauen sind insbesondere Verletzungen deutlich seltener Ursache einer Arbeitsunfähigkeit (vgl. auch Tabelle A 30: Seite 254 im Anhang).

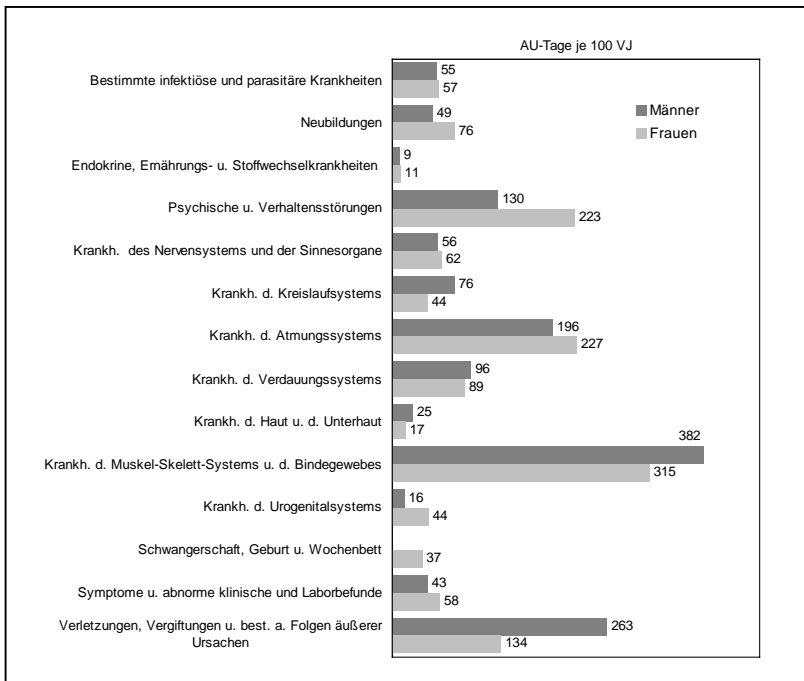


Abbildung 45: AU-Tage nach ICD10-Kapiteln: 2008
(Erwerbspersonen insgesamt; stand.)

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

In Bezug auf die Arbeitsausfallzeiten bilden die Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems weiterhin das mit Abstand bedeutungsvollste Kapitel. Unter Männern wurden 2008 in dieser Gruppe 382 und unter Frauen 315 Erkrankungstage je 100 Versicherungsjahre erfasst, d.h. ein berufstätiger Mann war 2008 im Mittel 3,8 und eine Frau 3,1 Tage innerhalb eines Jahres wegen Erkrankungen des Bewegungsapparates krankgeschrieben. Es folgen in ihrer anteiligen Bedeutung bei Männern Verletzungen (Kapitel XIX: 263 Tage je 100VJ), Krankheiten des Atmungssystems (Kapitel X: 196 Tage je 100VJ), Psychische Störungen (Kapitel V: 130 Tage je 100VJ), Krankheiten des Verdauungssystems (Kapitel XI: 96 Tage je 100VJ) sowie Krankheiten des Kreislaufsystems (Kapitel IX: 76 Tage je 100VJ). Bei Frauen stehen an zweiter Stelle Krankheiten des Atmungssystems (Kapitel X: 227 Tage je 100VJ). Es folgen Psychische Störungen (Kapitel V: 223 Tage je 100VJ) und Verletzungen (Kapitel XIX: 134 Tage je 100VJ).

Häufige 3stellige ICD10-Diagnosen

Nachfolgend sind die 20 am häufigsten bescheinigten Diagnosen einer Arbeitsunfähigkeit 2008 in der 3stelligen ICD10-Kodierung unter GEK-Versicherten dargestellt. Mehr als die Hälfte aller Krankmeldungen entfällt auf die 20 genannten Diagnosen.

Tabelle 42: Anteil häufiger 3stelliger ICD10-Diagnosen an allen AU-Fällen: 2008

ICD10	Diagnosen (AU-Fälle 2008)	gesamt	Männer	Frauen
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	10,1%	9,9%	10,4%
M54	Rückenschmerzen	7,1%	8,2%	5,6%
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	4,9%	4,9%	4,9%
J20	Akute Bronchitis	3,5%	3,5%	3,5%
A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	3,4%	3,4%	3,4%
K08	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	3,4%	3,4%	3,3%
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	2,9%	2,8%	2,9%
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	2,3%	2,3%	2,4%
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	1,8%	2,4%	1,1%
J03	Akute Tonsillitis	1,7%	1,6%	1,9%
J01	Akute Sinusitis	1,5%	1,3%	1,8%
K29	Gastritis und Duodenitis	1,4%	1,3%	1,6%
J32	Chronische Sinusitis	1,4%	1,2%	1,6%
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	1,3%	0,9%	1,7%
J02	Akute Pharyngitis	1,2%	1,1%	1,4%
F32	Depressive Episode	1,0%	0,7%	1,4%
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	1,0%	0,7%	1,4%
J11	Grippe, Viren nicht nachgewiesen	0,9%	0,9%	0,9%
M77	Sonstige Enthesopathien	0,9%	1,0%	0,7%
S93	Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	0,8%	1,0%	0,7%
	kumulativ	52,6%	52,6%	52,6%

Die mit Abstand häufigste Diagnose einer AU in der 3stelligen ICD10-Kodierung war auch 2008 "Akute Infektionen der oberen Luftwege" (J06) mit einem Anteil von 10,1%.

Rückenschmerzen bilden weiterhin die Diagnose, auf die unter 3stelligen ICD10-Diagnosen mit 8,0% 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 2,5% bzw. 1,1% aller AU-Tage entfallen.

Weitere bedeutsame Gruppen im Hinblick auf die Fehlzeiten bilden unterschiedliche Formen der Atemwegserkrankungen (J06: 4,5%; J20: 1,9%, J40: 1,5%), Verletzungen oder Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates (M75: 1,8%, T14: 1,8%, M23: 1,8%, M17: 1,3%, M77: 1,2%, S82: 1,2%, S83: 1,1%) sowie psychische Störungen (F32: 3,8%, F43: 1,9%, F33: 1,0%).

Tabelle 43: Anteil der AU-Tage relevanter 3stelliger ICD10-Diagnosen: 2008

ICD10	Diagnosen (AU-Tage 2008)	gesamt	Männer	Frauen
M54	Rückenschmerzen	8,0%	8,9%	6,7%
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	4,5%	4,2%	4,8%
F32	Depressive Episode	3,8%	2,7%	5,5%
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	2,5%	2,8%	2,0%
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	1,9%	1,3%	2,8%
J20	Akute Bronchitis	1,9%	1,8%	2,0%
M75	Schulterläsionen	1,8%	2,0%	1,6%
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	1,8%	2,4%	1,0%
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	1,8%	2,2%	1,2%
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	1,7%	1,7%	1,8%
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	1,5%	1,4%	1,5%
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	1,3%	1,5%	1,0%
	F48.- Andere neurotische Störungen	1,2%	0,8%	1,8%
M77	Sonstige Enthesopathien	1,2%	1,3%	1,1%
A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	1,2%	1,1%	1,2%
S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	1,2%	1,4%	0,9%
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	1,1%	1,1%	1,2%
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	1,1%	1,3%	0,7%
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	1,0%	1,0%	1,1%
F33	Rezidivierende depressive Störung	1,0%	0,8%	1,2%
	kumulativ	41,6%	41,7%	41,4%

5.8 Arbeitsunfähigkeit nach Berufsgruppen

Die Abbildung auf Seite 204 gibt das AU-Meldegesehen 2008 in ausgewählten Berufsgruppen bei Männern wieder. Entsprechende Angaben für weibliche Beschäftigte finden sich auf Seite 205. 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 seit 2005 ermittelten Fehlzeiten bei Arbeitslosen liegen deutlich über den Werten des Jahres 2004. Hierfür dürfte maßgeblich verantwortlich sein, dass sich die Auswertungen seit 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 zum Teil, jedoch nicht durchgängig, längere Fehlzeiten aufweisen als Männer.

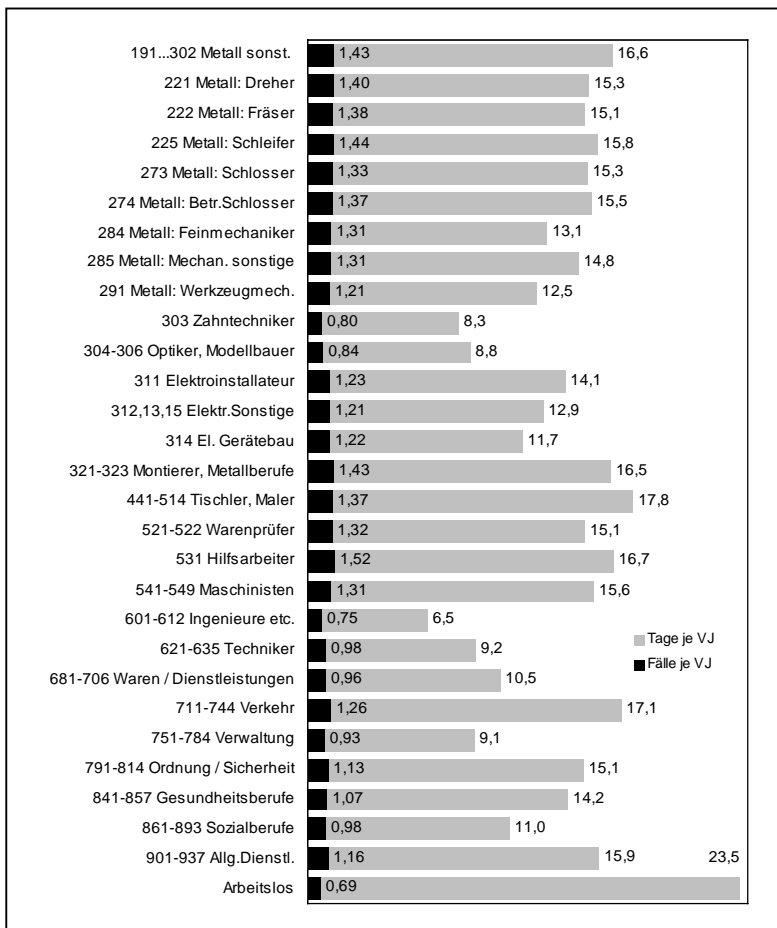


Abbildung 46: AU-Fälle und -Tage in ausgewählten Berufsgruppen bei Männern: 2008 (stand.)³²

³² Gruppe Metall sonst: Gruppen 191-220, 223-24, 226-72, 275-83, 286-90, 292-302

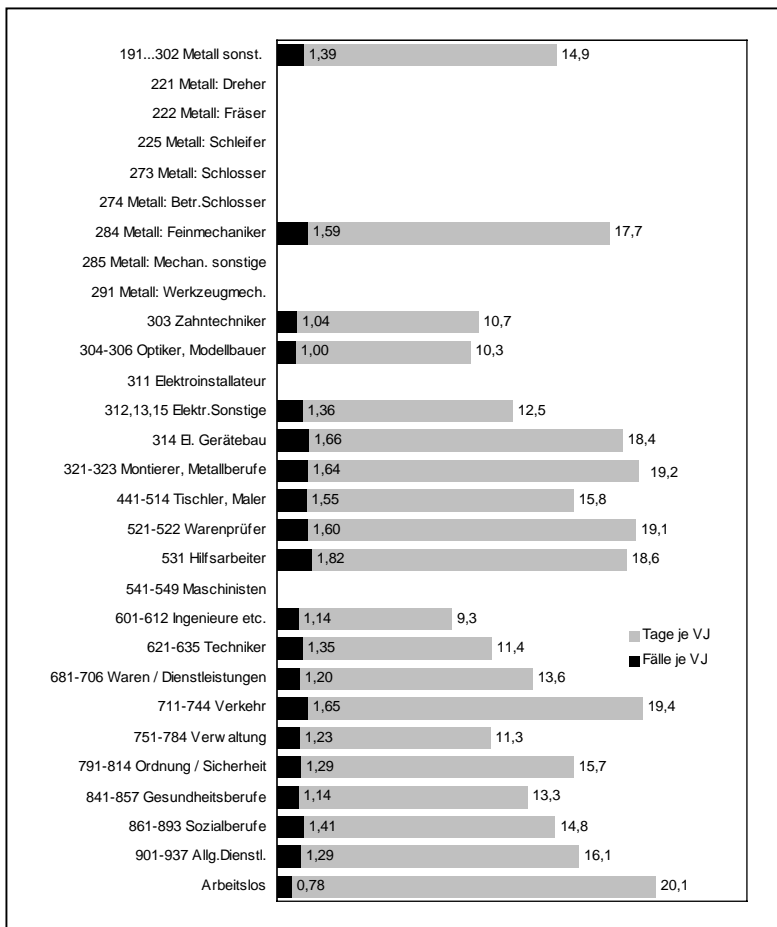


Abbildung 47: AU-Fälle und -Tage in ausgewählten Berufsgruppen bei Frauen: 2008 (stand.)³³

³³ 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 1998 und 2008 je 1000 Versicherungsjahre.

*Tabelle 44: Arbeits- und Wegeunfälle: 1999 - 2008
(Erwerbstätige insgesamt, stand.)*

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ereignisse je 1000 Vers.Jahre	60	57	55	51	47	45	45	46	46	47
AU-Fälle je 1000 Vers.Jahre	62	59	57	53	49	46	47	48	48	49
AU-Tage je 1000 Vers.Jahre	1110	1090	1046	999	905	866	848	919	889	957
Anteil an allen AU-Fällen [%]	5,1%	4,8%	4,6%	4,4%	4,2%	4,4%	4,3%	4,5%	4,2%	4,1%
Anteil an allen AU-Tagen [%]	6,8%	6,7%	6,4%	6,2%	6,0%	6,5%	6,3%	7,1%	6,5%	6,7%

Tendenziell zeichnete sich in den vergangenen Jahren ein Rückgang der Häufigkeit von Arbeits- und Wegeunfällen ab. Die Fallzahlen für 2008 liegen mit 47 Ereignissen je 1000 Versicherungsjahre leicht über dem Vorjahresniveau. Lediglich 4,1% aller Arbeitsunfähigkeitsfälle standen in diesem Jahr im Zusammenhang mit Arbeits- und Wegeunfällen. Im Jahr 2008 waren sie für 957 AU-Tage je 1.000 VJ, entsprechend einem Anteil von 6,7% 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.

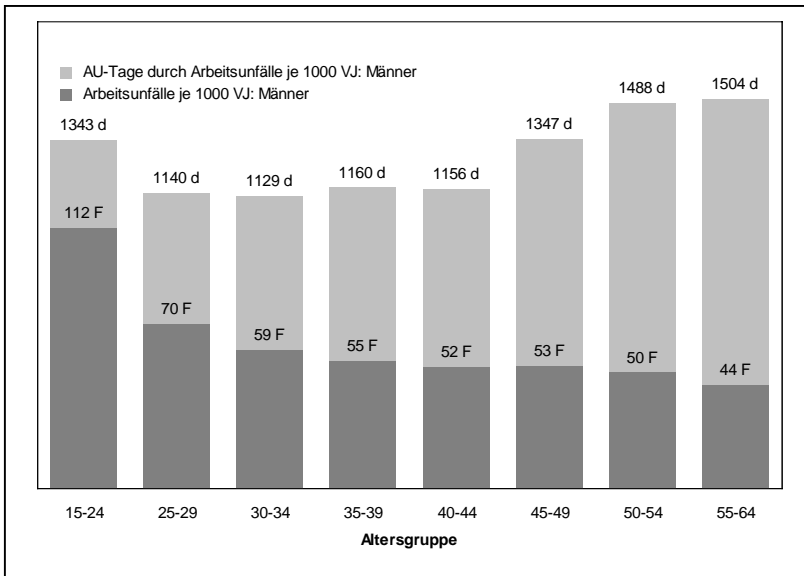


Abbildung 48: Arbeits- und Wegeunfälle sowie zugehörige AU-Tage je 1000VJ nach Altersgruppen: Männer 2008

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 2008 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 den höheren Altersgruppen (resultierend aus langen fallbezogenen Zeiten) feststellbar. Unter Frauen 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.

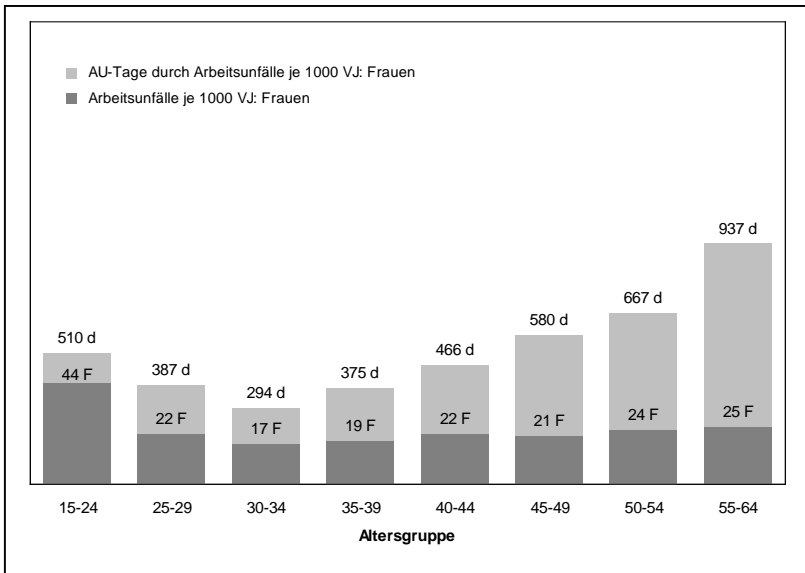


Abbildung 49: Arbeits- und Wegeunfälle sowie zugehörige AU-Tage je 1000VJ nach Altersgruppen: Frauen 2008

Diagnosen der Arbeits- und Wegeunfälle

Vergleichbar wie in den Vorjahren waren auch 2008 91,7% 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; 3,8%) sowie dem Kapitel VII (Krankheiten des Auges; 1,6%) 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 45: Anteil häufiger 3stelliger ICD10-Diagnosen an allen Arbeits- und Wegeunfällen: 2008

ICD10	Diagnosen Arbeits- und Wegeunfälle	gesamt	Männer	Frauen
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	20,7%	21,7%	17,0%
S61	Offene Wunde d. Handgelenkes u. d. Hand	6,5%	7,2%	4,0%
S93	Luxation, Verstauchung und Zerrung in Höhe d. oberen Sprunggelenkes und des Fußes	6,4%	5,7%	8,8%
S13	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Halshöhe	4,9%	3,0%	11,7%
S60	Oberflächliche Verletzung des Handgelenkes und der Hand	4,4%	4,4%	4,3%
T15	Fremdkörper im äußeren Auge	4,3%	5,3%	0,5%
S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	3,2%	2,9%	4,3%
S62	Fraktur im Ber. d. Handgelenkes u. d. Hand	2,7%	2,9%	1,7%
S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	2,4%	2,1%	3,7%
S83	Luxation, Verstauchung u. Zerrung des Kniegelenkes u. von Bändern des Kniegelenkes	2,4%	2,4%	2,1%
	kumulativ	57,8%		

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 auch im Jahr 2008 bei Zahn-technikern, Ingenieuren sowie im Verwaltungsbereich festzustellen. In den genannten Berufen wurden jeweils nicht mehr 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, wobei die letztgenannte Gruppe mit 137 Fällen und 2.937 AU-Tagen je 1000 Versicherungsjahre die Raten der "sichersten" Berufe auch im Jahr 2008 etwa um den Faktor fünf bis zehn übertreffen.

*Tabelle 46: Arbeits- und Wegeunfälle in ausgewählten Berufsgruppen: 2008
(stand.)*

Berufsgruppe	Ereig. je 1000 VJ		AU-Tage je 1000 VJ	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
191...302 Metall sonst. ³⁴	120	42	2103	761
221 Metall: Dreher	85		1305	
222 Metall: Fräser	76		1663	
225 Metall: Schleifer	73		1301	
273 Metall: Schlosser	95		1488	
274 Metall: Betr.Schlosser	114		1854	
284 Metall: Feinmechaniker	55	50	929	1233
285 Metall: Mechan. sonstige	70		1158	
291 Metall: Werkzeugmech.	67		1111	
303 Zahntechniker	19	21	436	513
304-306 Optiker, Modellbauer	16	12	380	220
311 Elektroinstallateur	72		1603	
312,13,15 Elektr.Sonstige	54	35	1160	770
314 El. Gerätebau	40	42	724	552
321-323 Montierer, Metallberufe	83	41	1484	670
441-514 Tischler, Maler	137	88	2937	1489
521-522 Warenprüfer	51	41	1131	848
531 Hilfsarbeiter	122	65	2072	1040
541-549 Maschinisten	84		1558	
601-612 Ingenieure etc.	15	15	327	121
621-635 Techniker	28	21	461	298
681-706 Waren / Dienstleistungen	23	26	520	519
711-744 Verkehr	83	48	1977	1163
751-784 Verwaltung	16	14	376	242
791-814 Ordnung / Sicherheit	60	33	1220	599
841-857 Gesundheitsberufe	31	21	929	363
861-893 Sozialberufe	29	27	555	502
901-937 Allg.Dienstl.	69	39	1303	713
Arbeitslos	11	6	720	296

³⁴ Gruppen 191-220, 223-24, 226-72, 275-83, 286-90, 292-302

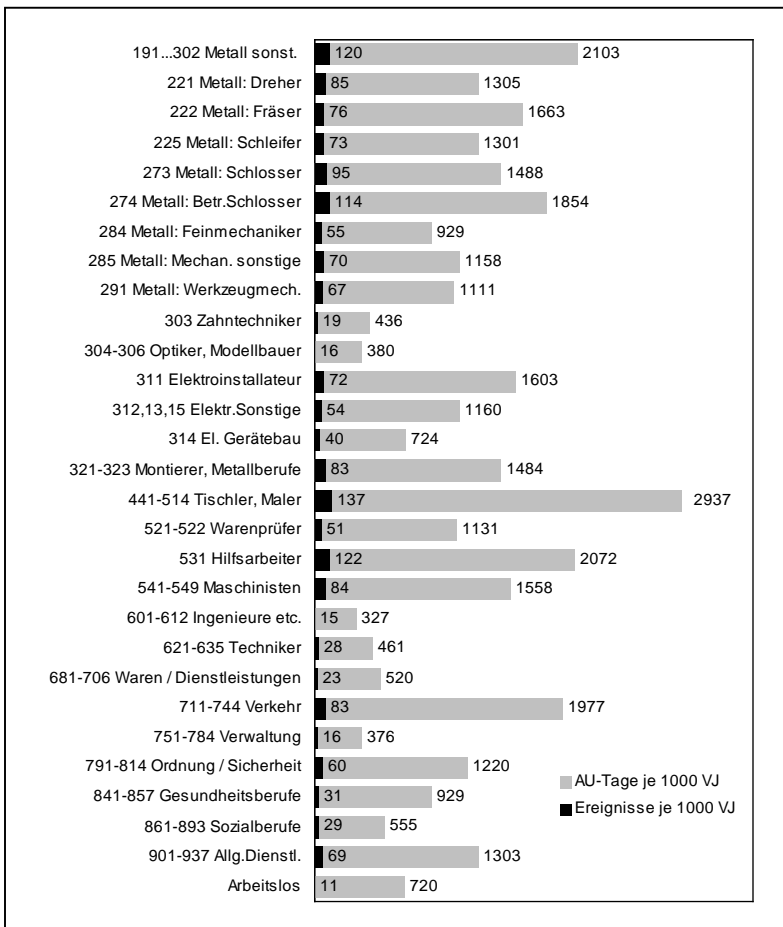


Abbildung 50: Arbeits- und Wegeunfälle sowie zugehörige AU-Tage in ausgewählten Berufsgruppen bei Männern: 2008 (stand.)³⁵

³⁵ Gruppe Metall sonst: Gruppen 191-220, 223-24, 226-72, 275-83, 286-90, 292-302

6 Anhang

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) gewählt³⁶. 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 47: Erwerbstätige Deutschland im Mai 1992³⁷

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

³⁶ Standardpopulation gemäß der "Empfehlungen der Ersatzkassen und ihrer Verbände zur Umsetzung des §20 SGB V".

³⁷ Statistisches Jahrbuch 1994, Seite 114

6.2 Standardpopulation Bevölkerung

Als Referenz für die Standardisierung der Auswertungsergebnisse zur ambulanten ärztlichen Versorgung wurde bei Zeitreihendarstellungen für alle Jahre einheitlich vorrangig die durchschnittliche Alters- und Geschlechtsverteilung der Bevölkerung in Deutschland im Jahr 2005 gewählt (nach Online-Angaben des Statistischen Bundesamtes). Für Abschätzungen von absoluten Bevölkerungswerten in Deutschland wurde in der Regel auf entsprechende Angaben zum Jahr 2008 zurückgegriffen.

Tabelle 48: Durchschnittliche Bevölkerung Deutschland 2005 und 2008

Altersgruppe	Anzahl Männer 2005	Anzahl Frauen 2005	Anzahl Männer 2008	Anzahl Frauen 2008
0	356.598	338.768	351.137	333.241
1 - 4	1.496.093	1.421.631	1.422.985	1.349.624
5 - 9	2.037.981	1.933.777	1.927.804	1.831.197
10 - 14	2.156.023	2.045.998	2.050.618	1.944.911
15 - 19	2.467.847	2.344.022	2.338.159	2.224.055
20 - 24	2.471.447	2.400.604	2.483.105	2.395.355
25 - 29	2.435.365	2.363.810	2.521.911	2.459.976
30 - 34	2.621.256	2.525.406	2.384.591	2.320.419
35 - 39	3.495.827	3.318.519	2.971.934	2.856.585
40 - 44	3.663.754	3.489.322	3.646.234	3.469.624
45 - 49	3.180.692	3.077.093	3.460.032	3.341.439
50 - 54	2.797.457	2.800.967	2.942.964	2.907.154
55 - 59	2.330.738	2.344.900	2.638.364	2.683.665
60 - 64	2.424.215	2.509.020	2.084.379	2.155.823
65 - 69	2.520.879	2.761.003	2.511.093	2.723.037
70 - 74	1.667.259	2.017.734	2.006.600	2.363.515
75 - 79	1.211.137	1.819.227	1.276.111	1.748.576
80 - 84	652.203	1.499.057	760.843	1.464.250
85 - 89	221.381	632.291	332.684	916.693
90 und älter	140.834	472.209	127.047	392.042
gesamt	40.348.986	42.115.358	40.238.595	41.881.181
	insgesamt	82.464.344	insgesamt	82.119.776

6.3 Abkürzungen, ICD10-Kapitel

Häufiger verwendete Abkürzungen

Abkürz.	Bedeutung
ATC	Anatomical Therapeutic Chemical Classification
AU	Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Krankschreibung
BL	Bundesland
BVA	Bundesversicherungsamt
d	day (engl., Tag)
D	Deutschland
DDD	Defined Daily Dose – Menge eines Arzneimittels, die typischerweise für eine Behandlung an einem Tag ausreicht
DxG	Diagnosegruppen im Sinne des Morbi-RSA
GEK	Gmünder Esatzkasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HMG	Hierarchisierte Morbiditätsgruppen im Sinne des Morbi-RSA
ICD9	International Classification of Diseases, 9. Revision
ICD10	International Statistical Classification of Diseases, 10. Revision
J	Jahr
KG	Krankengeld
KNR	Krankheitsnummer (im Sinne der Krankheiten 1 bis 80 im Morbi-RSA)
KV	Kassenärztliche Vereinigung
Morbi-RSA	Direkt morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
MW	Mittelwert
RSA	Risikostrukturausgleich
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

6.4 Tabellenanhang

Erläuterungen zu den nachfolgenden Tabellen befinden sich in den entsprechenden Textabschnitten des Reportes.

Tabelle A 1: Anteil Personen mit Arztkontakt nach Geschlecht und Alter 2008

Alter	Männer 1. Quartal	Frauen 1. Quartal	Männer Gesamtjahr	Frauen Gesamtjahr
0	74%	76%	100%	100%
1-4	90%	89%	99%	99%
5-9	81%	80%	97%	97%
10-14	68%	69%	93%	94%
15-19	61%	83%	91%	97%
20-24	53%	81%	85%	97%
25-29	51%	78%	83%	97%
30-34	53%	77%	84%	96%
35-39	57%	75%	85%	95%
40-44	58%	74%	85%	94%
45-49	61%	75%	86%	94%
50-54	66%	78%	88%	95%
55-59	73%	81%	91%	95%
60-64	78%	84%	93%	95%
65-69	82%	87%	94%	97%
70-74	87%	90%	96%	97%
75-79	91%	93%	98%	98%
80-84	93%	94%	98%	98%
85-89	94%	95%	99%	99%
90-	93%	97%	98%	99%

*Tabelle A 2: Behandlungsfälle, Arztkontakte
nach Geschlecht und Alter 2007 und 2008*

Alter	Behandlungsfälle je Person				Arztkontakte je Person			
	2007		2008		2007		2008*	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0	6,8	6,6	6,8	6,6	17,1	16,0	11,4	11,0
1-4	6,8	6,5	6,8	6,3	15,6	14,5	10,0	9,3
5-9	5,9	5,4	5,8	5,4	11,7	10,5	8,5	7,6
10-14	4,7	4,8	4,8	4,8	9,1	9,0	7,2	6,9
15-19	4,1	7,5	4,3	7,9	7,9	13,9	6,2	11,4
20-24	3,6	7,8	3,8	8,2	7,5	15,2	5,7	12,3
25-29	3,5	8,1	3,7	8,4	7,6	16,7	6,1	13,7
30-34	3,8	8,2	4,0	8,5	8,6	17,5	6,7	14,4
35-39	4,1	7,8	4,3	8,2	9,6	16,8	7,6	13,7
40-44	4,3	7,7	4,6	8,1	10,4	17,0	8,3	13,6
45-49	4,8	8,1	5,1	8,5	12,0	18,5	9,3	14,5
50-54	5,5	8,9	5,8	9,6	14,5	20,8	11,1	16,6
55-59	6,7	9,6	7,1	10,3	18,5	23,4	14,0	18,4
60-64	7,7	10,2	8,1	10,9	21,7	25,6	16,4	19,9
65-69	8,7	10,9	9,2	11,8	24,6	28,5	18,7	22,0
70-74	9,9	10,9	10,5	11,7	30,1	32,0	22,3	23,5
75-79	10,7	10,6	11,4	11,3	34,8	34,8	25,4	24,7
80-84	10,8	10,0	11,5	10,6	37,8	36,8	27,2	25,3
85-89	10,4	9,0	11,0	9,5	39,7	38,0	26,8	25,0
90-	9,5	7,9	9,7	8,4	40,8	41,1	26,3	26,1

* reduzierte Werte durch Einführung von Versicherten- und Grundpauschalen im Jahr 2008

Tabelle A 3: Allgemeinärzte, Internisten, Kinderärzte: Behandlungsraten nach Geschlecht und Alter 2008

Alter	Allgemeinärzte Anteil Personen mit Beh.		Internisten Anteil Personen mit Beh.		Kinderärzte Anteil Personen mit Beh.	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0	29,5%	26,3%	2,9%	3,4%	95,4%	94,7%
1-4	39,1%	38,4%	5,9%	5,5%	90,2%	89,6%
5-9	45,0%	45,3%	7,2%	7,3%	75,4%	74,2%
10-14	52,0%	52,6%	10,6%	10,8%	50,3%	49,5%
15-19	66,8%	73,3%	17,9%	22,7%	16,4%	18,1%
20-24	69,0%	78,2%	20,4%	27,8%	0,7%	1,2%
25-29	65,6%	74,5%	20,7%	27,8%	0,5%	1,6%
30-34	66,2%	73,6%	22,0%	28,9%	0,8%	2,7%
35-39	67,6%	74,6%	24,1%	29,4%	0,9%	2,9%
40-44	67,3%	74,5%	26,0%	30,5%	0,7%	1,8%
45-49	68,3%	75,1%	28,7%	33,1%	0,4%	0,8%
50-54	69,9%	75,2%	33,1%	37,6%	0,2%	0,3%
55-59	71,7%	75,0%	40,7%	44,4%	0,2%	0,2%
60-64	71,0%	73,2%	47,1%	48,7%	0,1%	0,3%
65-69	70,3%	73,0%	52,8%	53,9%	0,1%	0,2%
70-74	71,0%	73,5%	58,1%	55,6%	0,1%	0,2%
75-79	73,7%	74,9%	60,1%	54,4%	0,1%	0,2%
80-84	74,5%	76,7%	58,9%	51,1%	0,2%	0,2%
85-89	75,2%	78,3%	55,0%	45,5%	0,2%	0,3%
90-	78,6%	81,3%	50,1%	41,1%	0,0%	0,2%

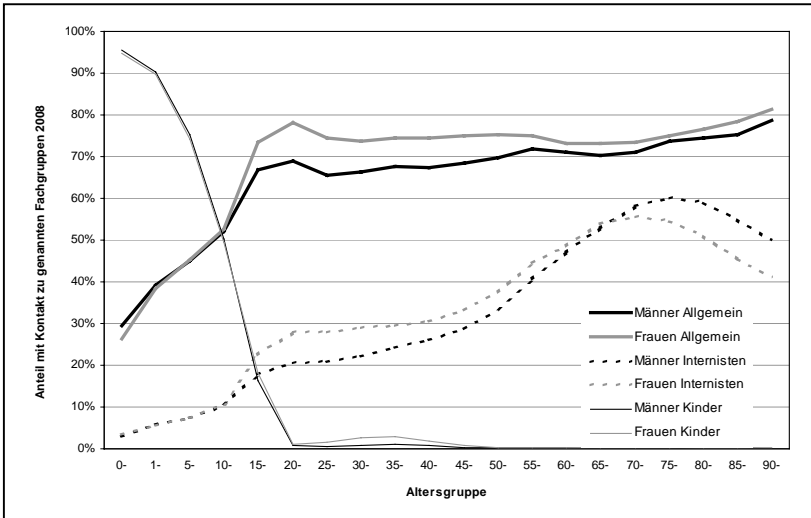


Abbildung 51: Behandlungsraten Allgemeinärzte, Internisten, Kinderärzte

*Tabelle A 4: Gynäkologen, Urologen: Behandlungsraten
nach Geschlecht und Alter 2008*

Alter	Gynäkologen Anteil Personen mit Beh.		Urologen Anteil Personen mit Beh.			
	Männer	Frauen	Männer	Frauen		
0	4,4%	4,3%	1,3%	0,2%		
1-4	0,5%	0,6%	3,0%	0,5%		
5-9	0,3%	1,0%	3,8%	1,1%		
10-14	0,3%	8,7%	2,2%	0,7%		
15-19	0,4%	65,1%	2,5%	1,9%		
20-24	0,4%	77,4%	4,2%	2,8%		
25-29	0,7%	79,0%	5,3%	2,7%		
30-34	1,3%	76,0%	5,9%	2,7%		
35-39	1,3%	70,2%	6,3%	2,7%		
40-44	0,7%	65,8%	6,7%	3,1%		
45-49	0,4%	63,5%	8,5%	3,6%		
50-54	0,3%	61,1%	11,0%	4,3%		
55-59	0,4%	56,0%	15,5%	5,0%		
60-64	0,4%	54,7%	22,0%	6,2%		
65-69	0,5%	53,8%	29,9%	7,5%		
70-74	0,5%	44,4%	35,2%	8,8%		
75-79	0,6%	30,1%	37,0%	8,4%		
80-84	0,5%	18,7%	37,1%	8,8%		
85-89	1,0%	11,5%	35,0%	6,9%		
90-	1,0%	5,9%	30,6%	6,8%		

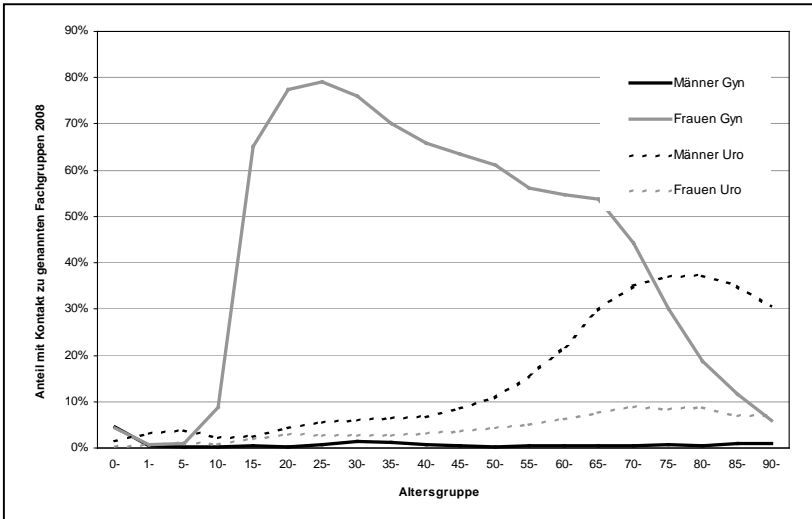


Abbildung 52: Behandlungsraten Gynäkologen, Urologen

*Tabelle A 5: Augenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte: Behandlungsraten
nach Geschlecht und Alter 2008*

Alter	Augenärzte Anteil Personen mit Beh.		HNO-Ärzte Anteil Personen mit Beh.		Hautärzte Anteil Personen mit Beh.	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0	10,0%	11,5%	11,4%	10,1%	6,6%	5,9%
1-4	21,8%	21,1%	20,9%	17,3%	9,1%	9,4%
5-9	31,2%	31,8%	23,7%	20,8%	12,1%	13,2%
10-14	25,6%	30,2%	13,0%	12,4%	14,7%	18,7%
15-19	17,7%	23,9%	12,0%	15,3%	17,7%	23,2%
20-24	9,2%	14,9%	10,6%	14,9%	14,0%	22,8%
25-29	8,8%	14,2%	10,7%	15,2%	13,8%	23,2%
30-34	9,6%	14,7%	12,0%	16,3%	13,2%	22,3%
35-39	11,0%	16,4%	12,8%	16,1%	13,5%	21,8%
40-44	13,9%	20,6%	13,0%	15,8%	13,2%	21,3%
45-49	18,7%	24,5%	13,5%	15,1%	13,0%	20,1%
50-54	20,1%	25,9%	14,1%	16,5%	13,5%	20,4%
55-59	23,3%	30,2%	16,2%	18,1%	15,4%	21,2%
60-64	30,0%	38,2%	18,2%	19,7%	18,8%	23,9%
65-69	39,9%	47,6%	20,6%	21,0%	22,9%	26,0%
70-74	47,5%	53,5%	22,7%	22,6%	25,5%	24,3%
75-79	53,2%	56,2%	25,0%	21,9%	25,4%	21,4%
80-84	52,6%	53,2%	25,7%	22,8%	24,2%	19,3%
85-89	49,1%	45,2%	25,8%	20,2%	23,8%	16,9%
90-	39,9%	32,0%	26,3%	20,9%	21,2%	14,8%

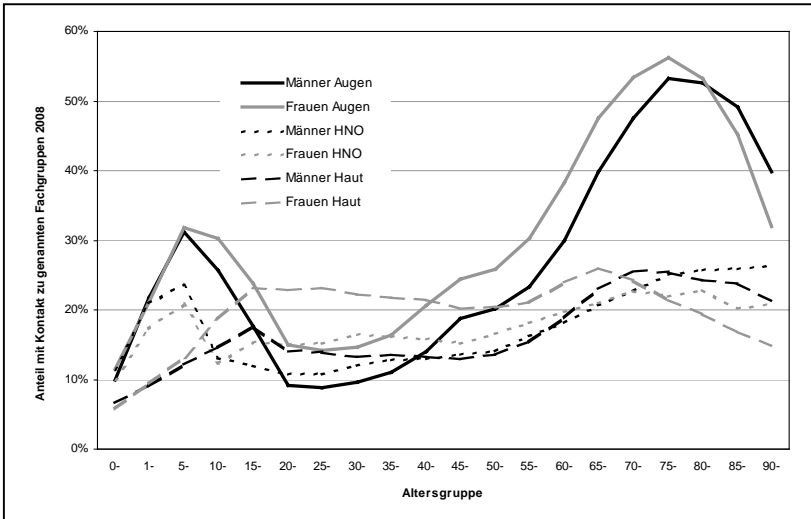


Abbildung 53: Behandlungsraten Augenärzte, HNO, Hautärzte

*Tabelle A 6: Laborärzte, Pathologen, Radiologen und Nuklearmediziner:
Behandlungsraten nach Geschlecht und Alter 2008*

Alter	Laborärzte Anteil Personen mit Beh.		Pathologen Anteil Personen mit Beh.		Radiologen +Nuk. Anteil Personen mit Beh.	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0	28,4%	26,4%	0,1%	0,1%	2,2%	2,0%
1-4	12,1%	11,9%	1,8%	1,0%	2,0%	2,0%
5-9	10,5%	10,9%	1,6%	1,0%	2,7%	2,6%
10-14	11,3%	12,1%	1,1%	1,3%	4,6%	5,0%
15-19	10,2%	23,5%	2,5%	11,9%	7,5%	8,8%
20-24	9,8%	29,7%	3,0%	20,9%	8,3%	10,1%
25-29	10,4%	32,6%	3,6%	22,8%	9,1%	11,6%
30-34	11,9%	33,5%	4,0%	22,7%	10,6%	14,3%
35-39	14,1%	29,9%	4,5%	22,1%	12,0%	17,4%
40-44	15,2%	28,2%	5,1%	21,6%	13,7%	22,7%
45-49	17,3%	28,7%	5,8%	21,6%	15,4%	26,7%
50-54	20,7%	30,4%	6,5%	21,7%	17,5%	36,4%
55-59	25,0%	32,3%	9,1%	21,5%	20,6%	39,1%
60-64	29,4%	34,2%	10,9%	21,1%	22,0%	40,3%
65-69	34,1%	36,8%	11,7%	21,2%	22,6%	42,0%
70-74	39,4%	38,7%	12,3%	18,4%	24,3%	34,9%
75-79	42,3%	38,0%	11,5%	13,5%	24,7%	29,7%
80-84	41,4%	36,3%	9,6%	9,3%	21,1%	22,5%
85-89	37,9%	31,9%	7,6%	5,2%	16,8%	14,7%
90-	30,6%	24,1%	4,5%	2,4%	9,2%	7,1%

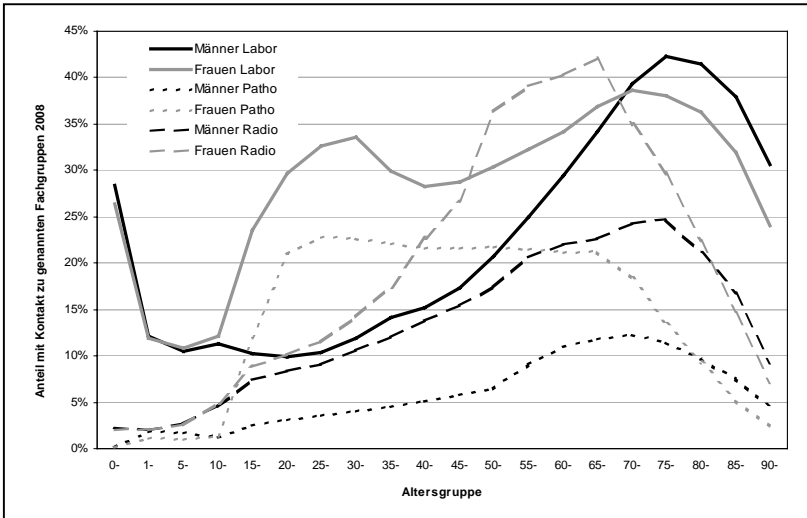


Abbildung 54: Behandlungsraten Laborärzte, Pathologen, Radiologen

*Tabelle A 7: Orthopäden, Chirurgen: Behandlungsraten
nach Geschlecht und Alter 2008*

Alter	Orthopäden Anteil Personen mit Beh.		Chirurgen Anteil Personen mit Beh.			
	Männer	Frauen	Männer	Frauen		
0	26,2%	31,0%	5,7%	3,2%		
1-4	8,3%	8,5%	7,9%	4,5%		
5-9	10,1%	9,7%	9,0%	6,5%		
10-14	15,6%	16,4%	12,3%	10,8%		
15-19	15,5%	17,1%	15,0%	12,7%		
20-24	13,1%	14,1%	13,6%	10,5%		
25-29	12,6%	15,3%	12,1%	10,3%		
30-34	14,1%	16,7%	11,8%	10,7%		
35-39	15,7%	18,7%	12,6%	12,3%		
40-44	17,2%	21,5%	13,0%	13,4%		
45-49	18,6%	24,1%	13,7%	14,8%		
50-54	20,3%	28,1%	14,5%	16,5%		
55-59	23,2%	30,8%	16,0%	17,3%		
60-64	24,7%	31,3%	16,5%	17,7%		
65-69	23,7%	33,0%	16,1%	18,4%		
70-74	24,9%	35,5%	16,7%	19,3%		
75-79	26,0%	34,1%	16,6%	17,3%		
80-84	22,6%	28,2%	15,7%	15,5%		
85-89	18,7%	18,9%	14,4%	13,0%		
90-	11,0%	10,9%	10,8%	11,2%		

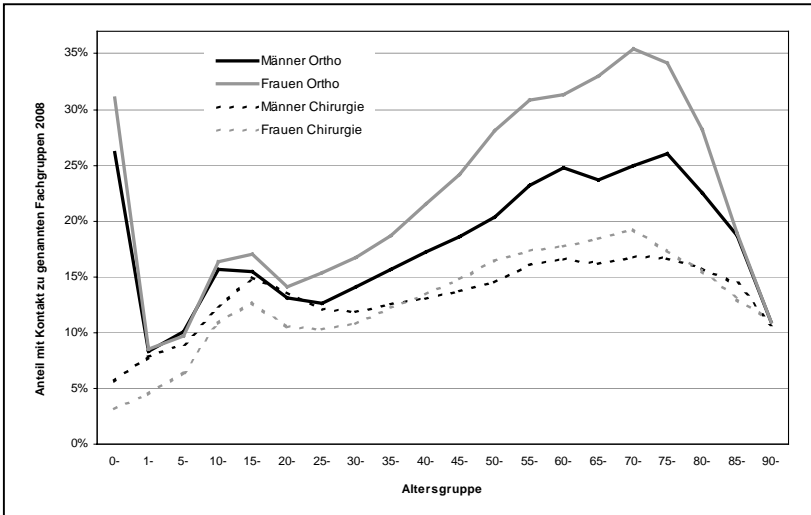


Abbildung 55: Behandlungsraten Orthopäden, Chirurgen

Tabelle A 8: Nervenärzte, Psychotherapeuten: Behandlungsraten nach Geschlecht und Alter 2008

Alter	Nervenärzte Anteil Personen mit Beh.		Psychotherapeuten Anteil Personen mit Beh.			
	Männer	Frauen	Männer	Frauen		
0	0,3%	0,3%	0,1%	0,1%		
1-4	0,8%	0,6%	0,3%	0,3%		
5-9	5,8%	3,2%	2,0%	1,3%		
10-14	7,2%	3,9%	2,4%	1,7%		
15-19	3,9%	5,2%	1,2%	2,3%		
20-24	3,9%	6,1%	1,2%	3,4%		
25-29	4,9%	7,4%	1,6%	4,5%		
30-34	5,5%	8,0%	1,9%	5,1%		
35-39	6,1%	8,7%	1,9%	4,9%		
40-44	6,6%	9,8%	2,0%	4,9%		
45-49	7,4%	11,1%	1,9%	4,6%		
50-54	8,8%	12,8%	1,8%	4,2%		
55-59	11,0%	14,7%	1,7%	3,5%		
60-64	10,8%	13,0%	0,9%	2,1%		
65-69	10,3%	13,7%	0,4%	1,2%		
70-74	12,8%	15,5%	0,3%	0,9%		
75-79	15,5%	16,6%	0,2%	0,4%		
80-84	16,0%	16,4%	0,2%	0,4%		
85-89	15,7%	15,3%	0,1%	0,2%		
90-	13,6%	16,2%	0,2%	0,5%		

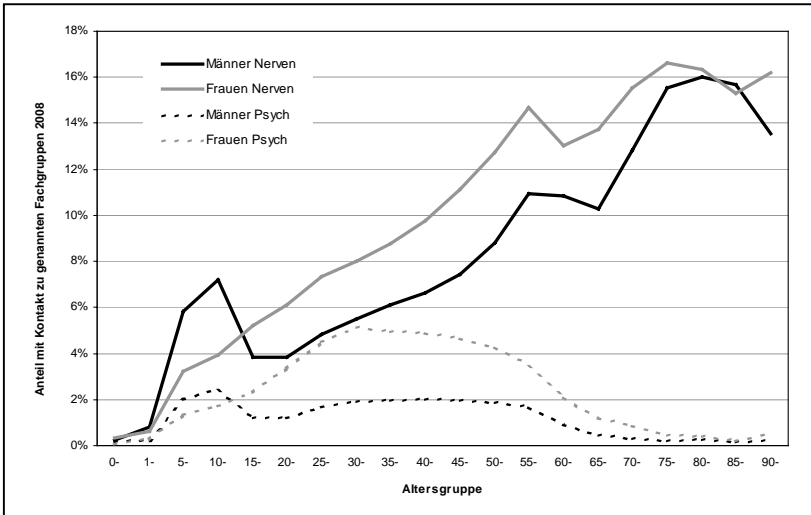


Abbildung 56: Behandlungsraten Nervenärzte, Psychotherapeuten

Tabelle A 9: Behandlungsfälle je 10.000 Versicherte im 3. und 4. Quartal 2008 nach Fachgebieten (D2008)

Code	(Zuordnung aus LANR) Fachgebietsbezeichnung	3. Quartal 2008		4. Quartal 2008	
		Fälle je 10.000 Versicherte	Anteil an allen Fällen	Fälle je 10.000 Versicherte	Anteil an allen Fällen
01	Allgemeinmediziner (Hausarzt)	4.390	24,4%	4.683	23,2%
02	Arzt/Praktischer Arzt (Hausarzt)	759	4,2%	797	4,0%
03	Internist (Hausarzt)	1.534	8,5%	1.670	8,3%
04	Anästhesiologie	110	0,6%	120	0,6%
05	Augenheilkunde	1.071	6,0%	1.115	5,5%
06	Chirurgie	293	1,6%	278	1,4%
07	Gefäßchirurgie	35	0,2%	36	0,2%
08	Viszeralchirurgie	8	0,0%	8	0,0%
09	Kinderchirurgie	14	0,1%	12	0,1%
10	Orthopädie	855	4,8%	852	4,2%
11	Unfallchirurgie	148	0,8%	141	0,7%
12	Chirurgie/Rheumatologie	57	0,3%	56	0,3%
13	Plastische Chirurgie	11	0,1%	12	0,1%
14	Thoraxchirurgie	1	0,0%	1	0,0%
15	Frauenheilkunde	1.735	9,6%	1.824	9,0%
16	Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	4	0,0%	3	0,0%
17	Gynäkologische Onkologie	1	0,0%	2	0,0%
18	Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	1	0,0%	1	0,0%
19	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	613	3,4%	643	3,2%
20	Phoniatry	9	0,0%	10	0,0%
21	Geschlechtskrankheiten	795	4,4%	793	3,9%
22	Humangenetik	6	0,0%	6	0,0%
23	Internist	215	1,2%	229	1,1%
24	Angiologie	23	0,1%	25	0,1%
25	Endokrinologie und Diabeto-	18	0,1%	19	0,1%

Code	(Zuordnung aus LANR) Fachgebietsbezeichnung	3. Quartal 2008		4. Quartal 2008	
		Fälle je 10.000 Versicherte	Anteil an allen Fäl- len	Fälle je 10.000 Versicherte	Anteil an allen Fäl- len
	logie				
26	Gastroenterologie	86	0,5%	94	0,5%
27	Hämatologie und Onkologie	41	0,2%	47	0,2%
28	Kardiologie	173	1,0%	189	0,9%
29	Nephrologie	38	0,2%	42	0,2%
30	Pneumologie	140	0,8%	152	0,8%
31	Innere Medi- zin/Rheumatologie	49	0,3%	59	0,3%
32	Geriatrie	0	0,0%	0	0,0%
33	Infektiologie	0	0,0%	0	0,0%
34	Kinderarzt (Hausarzt)	770	4,3%	784	3,9%
35	Kinder-Hämatologie und – Onkologie (Hausarzt)	1	0,0%	1	0,0%
36	Kinder-Kardiologie (Hausarzt)	9	0,1%	8	0,0%
37	Neonatalogie (Hausarzt)	7	0,0%	7	0,0%
38	Neuropädiatrie (Hausarzt)	4	0,0%	4	0,0%
39	Kinder-Pneumologie (Haus- arzt)	0	0,0%	0	0,0%
40	Kinderarzt (Facharzt)	13	0,1%	14	0,1%
41	Kinder-Hämatologie und – Onkologie (Facharzt)	0	0,0%	0	0,0%
42	Kinder-Kardiologie (Facharzt)	3	0,0%	3	0,0%
43	Neonatalogie (Facharzt)	4	0,0%	5	0,0%
44	Neuropädiatrie (Facharzt)	2	0,0%	2	0,0%
45	Kinder-Pneumologie (Fach- arzt)	0	0,0%	0	0,0%
46	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt und Teil- nahme an haus- und fachärzt- licher Versorgung	27	0,1%	27	0,1%
47	Kinder- und Jugendpsychiatrie/ -psychotherapie	32	0,2%	34	0,2%
48	Laboratoriumsmedizin	1.074	6,0%	1.568	7,8%

Code	(Zuordnung aus LANR) Fachgebietsbezeichnung	3. Quartal 2008		4. Quartal 2008	
		Fälle je 10.000 Versicherte	Anteil an allen Fäl- len	Fälle je 10.000 Versicherte	Anteil an allen Fäl- len
49	Mikrobiologie	124	0,7%	146	0,7%
50	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	12	0,1%	13	0,1%
51	Nervenheilkunde	275	1,5%	282	1,4%
52	Neurochirurgie	38	0,2%	37	0,2%
53	Neurologie	104	0,6%	110	0,5%
54	Nuklearmedizin	87	0,5%	88	0,4%
55	Neuropathologie	2	0,0%	5	0,0%
56	Pathologie	362	2,0%	399	2,0%
57	Physikalische und Rehabilitative Medizin	40	0,2%	40	0,2%
58	Psychiatrie und Psychotherapie	77	0,4%	80	0,4%
59	Forensische Psychiatrie	0	0,0%	0	0,0%
60	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	17	0,1%	17	0,1%
61	Psychotherapeutisch tätiger Arzt	15	0,1%	15	0,1%
62	Radiologie	610	3,4%	623	3,1%
63	Kinderradiologie	3	0,0%	3	0,0%
64	Neuroradiologie	12	0,1%	13	0,1%
65	Strahlentherapie	16	0,1%	16	0,1%
66	Transfusionsmedizin	13	0,1%	9	0,0%
67	Urologie	383	2,1%	422	2,1%
68	Psychologischer Psychotherapeut	89	0,5%	92	0,5%
69	Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut	13	0,1%	14	0,1%
70	zur freien Verfügung der KVen	1	0,0%	2	0,0%
75	zur freien Verfügung der KVen	1	0,0%	2	0,0%
76	zur freien Verfügung der KVen	22	0,1%	20	0,1%
77	zur freien Verfügung der KVen	1	0,0%	1	0,0%
78	zur freien Verfügung der KVen	7	0,0%	8	0,0%

Co- de	(Zuordnung aus LANR) Fachgebietsbezeichnung	3. Quartal 2008		4. Quartal 2008	
		Fälle je 10.000 Versicherte	Anteil an allen Fäl- len	Fälle je 10.000 Versicherte	Anteil an allen Fäl- len
79	zur freien Verfügung der KVen	5	0,0%	6	0,0%
80	zur freien Verfügung der KVen	0	0,0%	0	0,0%
87	zur freien Verfügung der KVen	0	0,0%	0	0,0%
88	zur freien Verfügung der KVen	0	0,0%	0	0,0%
89	zur freien Verfügung der KVen	0	0,0%	0	0,0%
98	zur freien Verfügung der KVen	0	0,0%	0	0,0%
99	sonstige Fachgruppen	51	0,3%	62	0,3%
00	unbekannt	430	2,4%	1.260	6,2%
	Gesamt	17.990	100,0%	20.163	100,0%

Tabelle A 10: Zusammenfassung von Fachgebieten

Co- de	Fachgebietsbezeichnung	Bezeichnung der zusammengefas- sten Gruppe
01	Allgemeinmediziner (Hausarzt)	Hausarzt Allgemeinmedizin
02	Arzt/Praktischer Arzt (Hausarzt)	Hausarzt Allgemeinmedizin
03	Internist (Hausarzt)	Hausarzt Internist
04	Anästhesiologie	Sonstige
05	Augenheilkunde	Augenarzt
06	Chirurgie	Chirurgie
07	Gefäßchirurgie	Chirurgie
08	Viszeralchirurgie	Chirurgie
09	Kinderchirurgie	Chirurgie
10	Orthopädie	Orthopädie
11	Unfallchirurgie	Chirurgie
12	Chirurgie/Rheumatologie	Chirurgie
13	Plastische Chirurgie	Chirurgie

Code	Fachgebietsbezeichnung	Bezeichnung der zusammengefassten Gruppe
14	Thoraxchirurgie	Chirurgie
15	Frauenheilkunde	Gynäkologie
16	Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	Gynäkologie
17	Gynäkologische Onkologie	Gynäkologie
18	Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	Gynäkologie
19	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	HNO
20	Phoniatrie	HNO
21	Geschlechtskrankheiten	Hautarzt
22	Humangenetik	Sonstige
23	Internist	Internist (FA)
24	Angiologie	Internist (FA)
25	Endokrinologie und Diabetologie	Internist (FA)
26	Gastroenterologie	Internist (FA)
27	Hämatologie und Onkologie	Internist (FA)
28	Kardiologie	Internist (FA)
29	Nephrologie	Internist (FA)
30	Pneumologie	Internist (FA)
31	Innere Medizin/Rheumatologie	Internist (FA)
32	Geriatrie	Internist (FA)
33	Infektiologie	Internist (FA)
34	Kinderarzt (Hausarzt)	Kinder- und Jugendmedizin
35	Kinder-Hämatologie und -Onkologie (Hausarzt)	Kinder- und Jugendmedizin
36	Kinder-Kardiologie (Hausarzt)	Kinder- und Jugendmedizin
37	Neonatalogie (Hausarzt)	Kinder- und Jugendmedizin
38	Neuropädiatrie (Hausarzt)	Kinder- und Jugendmedizin
39	Kinder-Pneumologie (Hausarzt)	Kinder- und Jugendmedizin
40	Kinderarzt (Facharzt)	Kinder- und Jugendmedizin
41	Kinder-Hämatologie und -Onkologie (Facharzt)	Kinder- und Jugendmedizin
42	Kinder-Kardiologie (Facharzt)	Kinder- und Jugendmedizin
43	Neonatalogie (Facharzt)	Kinder- und Jugendmedizin
44	Neuropädiatrie (Facharzt)	Kinder- und Jugendmedizin

Code	Fachgebietsbezeichnung	Bezeichnung der zusammengefassten Gruppe
45	Kinder-Pneumologie (Facharzt)	Kinder- und Jugendmedizin
46	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt und Teilnahme an haus- und fachärztlicher Versorgung	Kinder- und Jugendmedizin
47	Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie	Kinder- und Jugendmedizin
48	Laboratoriumsmedizin	Labormedizin
49	Mikrobiologie	Labormedizin
50	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	Chirurgie
51	Nervenheilkunde	Neurologie - Nervenheilkunde
52	Neurochirurgie	Neurologie - Nervenheilkunde
53	Neurologie	Neurologie - Nervenheilkunde
54	Nuklearmedizin	Radiologie - Nuklearmedizin
55	Neuropathologie	Pathologie
56	Pathologie	Pathologie
57	Physikalische und Rehabilitative Medizin	Sonstige
58	Psychiatrie und Psychotherapie	Neurologie - Nervenheilkunde
59	Forensische Psychiatrie	Neurologie - Nervenheilkunde
60	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Neurologie - Nervenheilkunde
61	Psychotherapeutisch tätiger Arzt	Neurologie - Nervenheilkunde
62	Radiologie	Radiologie - Nuklearmedizin
63	Kinderradiologie	Radiologie - Nuklearmedizin
64	Neuroradiologie	Radiologie - Nuklearmedizin
65	Strahlentherapie	Radiologie - Nuklearmedizin
66	Transfusionsmedizin	Sonstige
67	Urologie	Urologie
68	Psychologischer Psychotherapeut	Psychotherapeut
69	Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut	Psychotherapeut
70-98	zur freien Verfügung der KVen	Sonstige
99	sonstige Fachgruppen	Sonstige
00	unbekannt	unbekannt

Tabelle A 11: Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen aus der ambulanten Versorgung nach Diagnosekapiteln 2008 (stand.D2008)

	ICD10-Kapitel	Männer Anteil	Frauen Anteil	gesamt Anteil
01	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	26,5%	31,9%	29,3%
02	Neubildungen	16,7%	24,5%	20,7%
03	Krankh. des Blutes und der blutbildenden Organe	5,8%	9,2%	7,5%
04	Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechselkrankh.	32,8%	45,6%	39,4%
05	Psychische und Verhaltensstörungen	23,6%	34,6%	29,2%
06	Krankheiten des Nervensystems	15,4%	22,4%	18,9%
07	Krankh. des Auges und der Augenanhangsgebilde	26,9%	34,4%	30,7%
08	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	17,2%	18,7%	17,9%
09	Krankheiten des Kreislaufsystems	36,1%	44,1%	40,2%
10	Krankheiten des Atmungssystems	47,6%	50,6%	49,1%
11	Krankheiten des Verdauungssystems	32,4%	35,1%	33,8%
12	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	25,3%	33,9%	29,7%
13	Krankh. des Muskel-Skelett-Systems u. d. Bindegewebes	46,6%	54,8%	50,8%
14	Krankheiten des Urogenitalsystems	19,6%	56,7%	38,6%
15	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	0,0%	3,9%	2,0%
16	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	0,6%	0,6%	0,6%
17	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	10,8%	12,8%	11,8%
18	Symptome und abnorme klin. und Laborbefunde	35,7%	49,9%	43,0%
19	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	29,6%	31,3%	30,5%
21	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	43,6%	76,2%	60,2%

Tabelle A 12: Rückenschmerzen (M54): Diagnoseraten und Anzahl Betroffene nach Geschlecht und Alter 2008

Alter	Diagnoserate		Anzahl Betroffene	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0	0,9%	0,8%	3.255	2.633
1-4	0,5%	0,5%	6.947	6.907
5-9	1,4%	1,6%	26.121	29.019
10-14	3,9%	4,7%	80.142	91.086
15-19	10,2%	13,9%	238.806	308.396
20-24	14,9%	19,0%	370.418	455.164
25-29	17,0%	22,8%	428.413	561.911
30-34	21,5%	26,6%	511.602	618.252
35-39	24,6%	29,7%	730.948	849.551
40-44	26,1%	32,3%	951.900	1.120.849
45-49	28,7%	35,5%	992.948	1.187.208
50-54	31,3%	39,0%	921.439	1.132.679
55-59	34,6%	41,2%	912.897	1.105.684
60-64	35,0%	40,5%	728.703	872.373
65-69	32,3%	41,1%	812.299	1.119.890
70-74	33,6%	42,9%	674.133	1.013.513
75-79	35,2%	42,2%	449.624	737.202
80-84	32,9%	38,5%	250.118	563.070
85-89	29,9%	31,5%	99.431	288.963
90-	26,7%	23,8%	33.946	93.193
	22,9%	29,0%	9.224.090	12.157.544
	beide:	26,0%		21.381.634

Tabelle A 13: Hypertonie (I10): Diagnoseraten und Anzahl Betroffene nach Geschlecht und Alter 2008

Alter	Diagnoserate		Anzahl Betroffene	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0	0,1%	0,1%	434	219
1-4	0,1%	0,1%	881	979
5-9	0,1%	0,1%	2.512	2.151
10-14	0,4%	0,3%	7.758	6.136
15-19	1,6%	1,0%	38.444	22.090
20-24	3,0%	2,1%	75.511	50.588
25-29	4,3%	3,2%	108.130	77.602
30-34	6,6%	4,5%	157.116	104.066
35-39	10,6%	7,1%	313.811	203.619
40-44	15,0%	11,3%	548.461	393.644
45-49	22,5%	19,1%	777.230	637.750
50-54	32,1%	29,4%	945.864	855.892
55-59	43,8%	41,4%	1.154.426	1.112.124
60-64	52,4%	50,2%	1.092.374	1.082.438
65-69	58,7%	58,2%	1.473.113	1.584.160
70-74	66,0%	67,5%	1.325.207	1.595.572
75-79	71,0%	73,4%	905.912	1.283.381
80-84	72,0%	76,2%	547.577	1.115.381
85-89	70,6%	75,6%	234.956	692.571
90-	63,3%	70,6%	80.372	276.777
	24,3%	26,5%	9.790.088	11.097.141
	beide:	25,4%		20.887.230

Tabelle A 14: Krebsvorsorge (Z12): Diagnoseraten und Anzahl Betroffene nach Geschlecht und Alter 2008

Alter	Diagnoserate		Anzahl Betroffene	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0	0,7%	1,0%	2.604	3.291
1-4	0,2%	0,3%	2.955	3.660
5-9	0,1%	0,1%	2.557	2.517
10-14	0,2%	0,3%	3.641	5.920
15-19	0,3%	7,6%	7.344	168.552
20-24	0,5%	51,9%	11.828	1.242.611
25-29	0,6%	58,8%	15.098	1.447.042
30-34	0,6%	57,5%	14.667	1.334.891
35-39	1,3%	54,8%	38.610	1.566.237
40-44	1,4%	53,4%	52.813	1.851.583
45-49	6,9%	52,2%	238.112	1.744.398
50-54	10,0%	55,0%	292.905	1.598.576
55-59	13,3%	52,5%	349.904	1.410.162
60-64	15,7%	51,6%	326.695	1.113.064
65-69	19,0%	50,9%	476.405	1.384.792
70-74	19,6%	38,3%	393.266	905.245
75-79	17,2%	25,0%	219.004	436.294
80-84	15,0%	15,1%	114.022	221.117
85-89	10,3%	8,7%	34.279	79.876
90-	5,3%	3,0%	6.739	11.912
	6,5%	39,5%	2.603.447	16.531.739
	beide:	23,3%		19.135.186

Tabelle A 15: brechnung von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen: Anteil Betroffene nach Geschlecht und Alter 2006 bis 2008

Alter	Anteil Frauen mit Abrechnung einer Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen (EBM 01730)			Anteil Männer mit Abrechnung einer Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen (EBM 01731)		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008
0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
1-4	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
5-9	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
10-14	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
15-19	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
20-24	54,0%	54,2%	55,6%	0,0%	0,0%	0,0%
25-29	62,2%	63,4%	65,4%	0,0%	0,0%	0,0%
30-34	60,4%	61,4%	63,8%	0,0%	0,0%	0,0%
35-39	58,8%	59,5%	61,0%	0,1%	0,0%	0,0%
40-44	57,3%	58,0%	59,2%	0,2%	0,1%	0,0%
45-49	56,0%	57,1%	58,0%	9,8%	10,9%	11,5%
50-54	53,9%	54,4%	55,6%	15,8%	16,7%	17,5%
55-59	50,9%	51,1%	51,3%	20,0%	21,3%	22,1%
60-64	50,7%	50,8%	50,2%	25,7%	26,8%	27,1%
65-69	48,6%	48,2%	49,5%	30,8%	31,5%	32,5%
70-74	37,7%	39,4%	41,2%	31,0%	32,6%	34,5%
75-79	25,6%	26,1%	27,5%	28,4%	30,4%	31,7%
80-84	14,7%	15,4%	15,7%	23,2%	25,0%	27,4%
85-89	7,6%	8,1%	8,6%	17,4%	19,0%	21,0%
90-	2,9%	3,2%	2,8%	10,9%	12,1%	13,9%
Gesamt (D2005)	39,9%	40,4%	41,3%	9,2%	9,6%	10,0%

Tabelle A 16: Abrechnung von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen: Anteil und Anzahl Betroffene nach Geschlecht und Alter 2008

Alter	Abrechnungsrate 2008 (%)		Anzahl Betroffene D2008	
	Männer (EBM 01731)	Frauen (EBM 01730)	Männer (EBM 01731)	Frauen (EBM 01730)
0	0,0%	0,0%	0	0
1-4	0,0%	0,0%	0	0
5-9	0,0%	0,0%	46	0
10-14	0,0%	0,0%	0	0
15-19	0,0%	0,0%	0	430
20-24	0,0%	55,6%	0	1.332.043
25-29	0,0%	65,4%	0	1.609.665
30-34	0,0%	63,8%	0	1.481.544
35-39	0,0%	61,0%	0	1.742.768
40-44	0,0%	59,2%	340	2.052.827
45-49	11,5%	58,0%	397.926	1.937.672
50-54	17,5%	55,6%	515.981	1.615.250
55-59	22,1%	51,3%	583.158	1.376.816
60-64	27,1%	50,2%	564.991	1.081.660
65-69	32,5%	49,5%	817.261	1.346.725
70-74	34,5%	41,2%	691.342	974.301
75-79	31,7%	27,5%	404.148	481.268
80-84	27,4%	15,7%	208.340	230.338
85-89	21,0%	8,6%	69.806	78.936
90-	13,9%	2,8%	17.722	10.861
	10,6%	41,4%	4.271.061	17.353.105
	beide:	26,3%		21.624.165

Tabelle A 17: Abrechnung von Früherkennungsleistungen Darmkrebs (EBM 01734, 01740 und 01741): Betroffene nach Alter 2008

Alter	EBM 01734		EBM 01740		EBM 01741	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
1-4	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
5-9	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
10-14	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
15-19	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
20-24	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
25-29	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
30-34	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
35-39	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
40-44	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
45-49	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
50-54	9,6%	31,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
55-59	12,2%	23,9%	11,8%	20,6%	3,9%	4,2%
60-64	14,7%	20,3%	12,2%	15,8%	3,2%	3,2%
65-69	17,2%	19,7%	12,8%	15,0%	3,1%	2,9%
70-74	18,6%	17,8%	13,4%	14,1%	2,7%	2,2%
75-79	17,7%	12,6%	12,7%	11,6%	1,8%	1,3%
80-84	15,2%	7,8%	10,7%	8,6%	0,9%	0,6%
85-89	11,3%	4,6%	9,6%	5,8%	0,5%	0,2%
90-	6,5%	1,4%	7,5%	4,1%	0,2%	0,0%

EBM 01734: Untersuchung auf Blut im Stuhl

EBM 01740: Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms

EBM 01741: Totale Koloskopie gem. Krebsfrüherkennungsrichtlinien

Tabelle A 18: Abrechnung von Früherkennungsleistungen (EBM 01732, 01750 [nur Frauen] und 01745): Betroffene nach Alter 2008

Alter	EBM 01732		EBM 01750		EBM 01745	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%
1-4	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%
5-9	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%
10-14	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%
15-19	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%
20-24	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,1%
25-29	0,0%	0,0%		0,0%	0,1%	0,1%
30-34	0,0%	0,0%		0,0%	0,1%	0,1%
35-39	14,9%	18,5%		0,0%	3,1%	4,4%
40-44	17,3%	20,4%		0,0%	3,2%	4,8%
45-49	19,7%	22,1%		0,0%	3,5%	4,6%
50-54	22,1%	24,2%		18,6%	3,8%	4,7%
55-59	24,3%	26,1%		20,5%	4,7%	5,5%
60-64	26,6%	28,0%		21,1%	6,2%	6,5%
65-69	28,5%	29,7%		21,0%	7,6%	7,0%
70-74	29,6%	30,2%		2,4%	8,3%	6,4%
75-79	28,4%	27,8%		0,0%	8,1%	5,2%
80-84	26,6%	25,2%		0,0%	7,2%	4,6%
85-89	24,8%	20,2%		0,0%	5,4%	4,0%
90-	17,5%	14,5%		0,0%	4,3%	3,3%

EBM 01732: Gesundheitsuntersuchung

EBM 01750: Röntgenuntersuchung im Rahmen des Mammographie-Screening

EBM 01745: Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs

Tabelle A 19: Refraktionsfehler (H52): Diagnoseraten und Anzahl Betroffene nach Geschlecht und Alter 2008

Alter	Diagnoserate		Anzahl Betroffene	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0	2,9%	3,2%	10.200	10.750
1-4	12,2%	11,8%	173.583	158.858
5-9	23,6%	24,7%	454.735	451.849
10-14	21,2%	25,5%	435.081	495.572
15-19	15,1%	20,3%	352.281	450.948
20-24	7,1%	12,2%	175.703	291.220
25-29	6,5%	11,5%	162.917	283.305
30-34	6,7%	11,5%	160.387	267.907
35-39	7,7%	13,1%	230.268	375.197
40-44	10,7%	17,1%	391.212	593.906
45-49	15,8%	21,6%	547.694	721.455
50-54	17,4%	23,0%	511.721	669.108
55-59	20,3%	26,6%	534.464	712.727
60-64	26,1%	33,4%	543.924	720.093
65-69	34,1%	41,0%	855.439	1.116.387
70-74	40,3%	45,6%	807.843	1.077.480
75-79	44,4%	46,9%	567.140	819.577
80-84	43,3%	43,3%	329.294	633.573
85-89	38,8%	35,1%	129.169	321.618
90-	30,1%	22,4%	38.189	87.938
	18,4%	24,5%	7.411.244	10.259.469
	beide:	21,5%		17.670.714

Tabelle A 20: Lipidämie (E78): Diagnoseraten und Anzahl Betroffene nach Geschlecht und Alter 2008

Alter	Diagnoserate		Anzahl Betroffene	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0	0,0%	0,0%	0	0
1-4	0,1%	0,1%	1.452	1.392
5-9	0,3%	0,3%	5.206	5.813
10-14	1,0%	0,9%	19.591	18.278
15-19	1,1%	1,7%	25.217	37.604
20-24	1,4%	2,4%	34.065	57.244
25-29	2,3%	3,1%	58.561	77.305
30-34	4,5%	4,1%	107.522	96.168
35-39	9,6%	6,7%	286.554	192.754
40-44	14,8%	9,7%	541.414	337.090
45-49	21,0%	14,0%	725.851	468.417
50-54	27,3%	21,3%	803.449	619.876
55-59	33,7%	30,5%	889.793	817.650
60-64	40,1%	38,6%	835.396	832.977
65-69	45,4%	46,1%	1.140.021	1.255.843
70-74	48,8%	51,5%	980.007	1.217.789
75-79	50,0%	53,1%	638.551	929.153
80-84	45,9%	49,0%	348.906	717.141
85-89	39,2%	41,8%	130.418	383.169
90-	28,9%	26,5%	36.691	104.054
	18,9%	19,5%	7.608.665	8.169.717
	beide:	19,2%		15.778.382

Tabelle A 21: Diabetes-HMGs: Betroffene je 1.000 Männer nach Alter 2008

HMG	15	16	17	18	19	19	15-19	20
Alter	(H)	(H)	(H)	(H)	(H)	(non H)	gesamt	Typ I
0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1-4	0,0	0,0	0,2	0,0	0,3	0,5	0,5	0,5
5-9	0,0	0,0	0,2	0,0	1,1	1,3	1,3	1,1
10-14	0,0	0,0	0,3	0,2	2,1	2,5	2,5	2,2
15-19	0,0	0,1	0,5	0,2	2,2	2,9	2,9	2,7
20-24	0,0	0,1	0,5	0,3	3,4	4,2	4,2	3,4
25-29	0,1	0,2	0,4	0,4	3,7	4,7	4,8	3,4
30-34	0,5	0,5	0,5	0,6	6,0	8,0	8,0	4,8
35-39	0,6	1,0	0,5	1,1	10,9	14,0	14,1	6,5
40-44	0,7	1,4	0,7	1,3	17,1	21,0	21,1	6,6
45-49	1,3	3,0	1,1	1,9	28,8	35,7	36,0	7,4
50-54	2,3	6,2	1,6	3,1	53,0	65,7	66,2	9,2
55-59	3,8	12,7	2,8	5,2	88,5	111,9	113,0	12,2
60-64	7,2	20,3	3,6	8,9	127,5	166,7	167,4	16,3
65-69	10,0	25,6	4,2	10,7	148,7	197,8	199,4	17,8
70-74	13,5	30,4	4,7	13,7	176,3	237,1	238,6	19,9
75-79	19,2	38,5	5,8	14,7	198,9	275,3	277,0	23,6
80-84	18,5	40,4	5,2	9,8	210,0	281,8	283,9	19,7
85-89	16,2	30,7	8,2	7,4	217,7	276,8	280,2	16,5
90-	14,9	21,7	6,8	2,7	192,9	239,1	239,1	17,7

HMG 15: Diabetes mit renalen Manifestationen

HMG 16: Diabetes mit neurologischen oder peripheren zirkulatorischen Manifestationen

HMG 17: Diabetes mit akuten Komplikationen

HMG 18: Diabetes mit ophtalmologischen Manifestationen

HMG 19: Diabetes ohne oder mit nicht näher bezeichneten Komplikationen

HMG 20: Typ I Diabetes mellitus

H: hierarchisiert; non H: nicht hierarchisiert

Tabelle A 22: Diabetes-HMGs: Betroffene je 1.000 Frauen nach Alter 2008

HMG	15	16	17	18	19	19	15-19	20
Alter	(H)	(H)	(H)	(H)	(H)	(non H)	gesamt	Typ I
0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1-4	0,0	0,0	0,3	0,0	0,2	0,5	0,6	0,5
5-9	0,0	0,0	0,2	0,1	1,1	1,3	1,3	1,2
10-14	0,0	0,0	0,3	0,2	1,8	2,3	2,4	2,1
15-19	0,1	0,2	0,6	0,3	2,3	3,5	3,5	2,9
20-24	0,2	0,1	0,5	0,2	5,2	6,2	6,2	3,4
25-29	0,1	0,3	0,4	0,2	10,1	11,1	11,1	2,8
30-34	0,2	0,4	0,5	0,6	16,1	17,8	17,8	3,6
35-39	0,3	0,5	0,3	0,6	13,6	15,3	15,3	3,0
40-44	0,4	0,9	0,4	0,8	13,3	15,8	15,8	3,6
45-49	0,7	1,3	0,7	1,2	17,9	21,7	21,7	4,5
50-54	0,9	2,9	0,9	1,9	31,8	38,3	38,5	4,8
55-59	1,6	6,1	1,7	3,7	56,8	69,5	69,8	6,9
60-64	2,9	9,8	2,5	6,2	86,7	107,5	108,1	9,4
65-69	4,1	13,4	2,6	7,7	111,3	138,4	139,1	10,6
70-74	6,6	20,0	3,6	11,1	142,6	182,6	183,8	15,5
75-79	10,6	27,1	4,7	13,1	182,0	235,3	237,3	19,7
80-84	14,2	30,6	4,2	11,1	198,6	256,9	258,8	20,3
85-89	18,2	32,0	4,8	9,0	218,8	278,9	282,8	19,1
90-	11,6	23,8	6,8	4,1	232,0	274,1	278,2	17,0

HMG 15: Diabetes mit renalen Manifestationen

HMG 16: Diabetes mit neurologischen oder peripheren zirkulatorischen Manifestationen

HMG 17: Diabetes mit akuten Komplikationen

HMG 18: Diabetes mit ophtalmologischen Manifestationen

HMG 19: Diabetes ohne oder mit nicht näher bezeichneten Komplikationen

HMG 20: Typ I Diabetes mellitus

H: hierarchisiert; non H: nicht hierarchisiert

Tabelle A 23: Verteilung der AU-Fälle und -Tage nach Dauer der AU: 1998 - 2008

abgeschl. AU-Fälle	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
1-3d Anteil Fälle [%]	33,2	32,3	33,1	33,8	34,7	35,4	35,8	35,1	36,9	36,5	36,6
4-7d Anteil Fälle [%]	28,2	29,0	28,3	28,1	28,0	28,4	28,1	29,5	28,3	29,1	29,2
7-14d Anteil Fälle [%]	19,6	20,2	19,5	18,9	18,4	18,0	17,6	18,1	17,2	17,3	17,3
15-28d An- teil Fälle [%]	10,9	10,7	10,9	10,9	10,6	10,1	10,2	9,7	9,9	9,6	9,5
29-36d An- teil Fälle [%]	3,6	3,5	3,7	3,7	3,7	3,5	3,6	3,3	3,4	3,3	3,3
>6 Wochen Anteil Fälle [%]	4,4	4,3	4,5	4,6	4,7	4,6	4,7	4,3	4,3	4,2	4,2
1-3d Anteil Tage [%]	5,1	5,0	5,0	5,0	5,1	5,3	5,4	5,5	5,8	5,9	5,9
4-7d Anteil Tage [%]	10,8	11,0	10,6	10,3	10,2	10,4	10,5	11,4	11,1	11,6	11,6
7-14d Anteil Tage [%]	15,4	15,8	15,0	14,3	13,8	13,6	13,6	14,4	13,9	14,2	14,1
15-28d An- teil Tage [%]	16,5	16,1	16,2	15,8	15,4	14,7	15,3	14,8	15,3	15,1	15,0
29-36d An- teil Tage [%]	9,5	9,2	9,4	9,3	9,1	8,9	9,3	8,8	9,2	9,1	9,0
>6 Wochen Anteil Tage [%]	42,7	43,0	43,9	45,4	46,4	47,1	45,9	45,1	44,7	44,2	44,5

Tabelle A 24: Arbeitsunfähigkeitsbeginn nach Wochentagen: 2008

AU-Beginn:	Anteil der AU-Fälle
Montag	33,8%
Dienstag	20,2%
Mittwoch	17,4%
Donnerstag	15,8%
Freitag	10,1%
Samstag	1,4%
Sonntag	1,3%

Tabelle A 25: Verteilung der Arbeitsunfähigkeitstage auf Wochentage: 2008

	AU-Tage	Anteil Tage
Montag	1.648.261	13,93%
Dienstag	1.769.492	14,95%
Mittwoch	1.847.120	15,61%
Donnerstag	1.850.814	15,64%
Freitag	1.869.136	15,80%
Samstag	1.449.802	12,25%
Sonntag	1.398.962	11,82%
Gesamttag	11.833.587	100,00%

Tabelle A 26: AU-Fälle nach Alter und Geschlecht: 2007, 2008

Alter	Männer Fälle je VJ 2007	Frauen Fälle je VJ 2007	Männer Fälle je VJ 2008	Frauen Fälle je VJ 2008
15-25	1,55	1,64	1,61	1,69
25-30	1,04	1,17	1,08	1,21
30-35	1,01	1,06	1,04	1,11
35-40	1,03	1,06	1,06	1,10
40-45	1,02	1,07	1,06	1,12
45-50	1,05	1,11	1,09	1,15
50-55	1,10	1,18	1,14	1,22
55-65	1,15	1,15	1,22	1,21

Tabelle A 27: AU-Tage nach Alter und Geschlecht: 2007, 2008

Alter	Männer Tage je VJ 2007	Frauen Tage je VJ 2007	Männer Tage je VJ 2008	Frauen Tage je VJ 2008
15-25	10,59	10,19	10,99	10,55
25-30	9,55	10,27	10,10	10,47
30-35	10,23	11,08	10,45	10,87
35-40	11,39	12,21	11,83	12,86
40-45	12,41	13,79	12,90	14,60
45-50	14,75	16,66	15,29	16,76
50-55	17,82	19,34	18,63	19,95
55-65	23,73	22,91	24,98	24,62

Tabelle A 28: AU-Tage je Fall nach Alter und Geschlecht: 2007, 2008

Alter	Männer	Frauen	Männer	Frauen
	Tage je Fall 2007	Tage je Fall 2007	Tage je Fall 2008	Tage je Fall 2008
15-25	6,9	6,2	6,8	6,3
25-30	9,2	8,8	9,3	8,6
30-35	10,1	10,5	10,1	9,8
35-40	11,1	11,5	11,1	11,7
40-45	12,2	12,9	12,2	13,0
45-50	14,1	15,1	14,0	14,5
50-55	16,2	16,4	16,4	16,3
55-65	20,7	19,9	20,4	20,3

Tabelle A 29: AU-Fälle und AU-Tage je Versicherungsjahr nach Region: 1998 - 2008 (Erwerbstätige insgesamt; stand.)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
AU-Fälle je VJ Alte BL	1,12	1,21	1,21	1,21	1,19	1,15	1,05	1,08	1,06	1,14	1,19
AU-Fälle je VJ Neue BL	1,12	1,25	1,25	1,27	1,26	1,20	1,07	1,14	1,13	1,22	1,27
AU-Fälle je VJ Berlin	1,13	1,26	1,24	1,23	1,19	1,13	1,02	1,11	1,09	1,18	1,17
AU-Tage je VJ Alte BL	14,6	15,7	15,6	15,7	15,4	14,5	12,8	12,9	12,4	13,2	13,8
AU-Tage je VJ Neue BL	15,8	17,2	17,5	17,9	17,4	16,3	14,5	14,9	14,2	15,3	15,7
AU-Tage je VJ Berlin	18,7	20,8	21,2	21,1	19,6	18,5	15,9	16,7	16,0	16,9	16,9

Tabelle A 30: AU-Fälle nach ICD10-Kapiteln: 2008
(Erwerbstätige insgesamt; stand.)

	ICD10-Kapitel	Männer Fälle je 100 VJ	Frauen Fälle je 100 VJ	gesamt Fälle je 100 VJ
I	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	10,1	10,7	10,4
II	Neubildungen	1,4	1,9	1,6
IV	Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechselkrankheiten	0,5	0,6	0,6
V	Psychische u. Verhaltensstörungen	3,6	6,6	4,8
VI-VIII	Krankh. des Nervensystems und der Sinnesorgane	4,8	6,0	5,3
IX	Krankh. d. Kreislaufsystems	3,4	3,0	3,2
X	Krankh. d. Atmungssystems	32,1	37,3	34,3
XI	Krankh. d. Verdauungssystems	15,9	16,1	16,0
XII	Krankh. d. Haut u. d. Unterhaut	2,0	1,5	1,8
XIII	Krankh. d. Muskel-Skelett-Systems u. d. Bindegewebes	20,9	16,0	18,8
XIV	Krankh. d. Urogenitalsystems	1,4	4,8	2,8
XV	Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett	0,0	3,0	1,2
XVIII	Symptome u. abnorme klinische und Laborbefunde	5,3	7,5	6,2
XIX	Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen äußerer Ursachen	14,6	7,8	11,8
	insgesamt	116,9	124,7	120,2

Tabelle A 31: AU-Tage nach ICD10-Kapiteln: 2008
(Erwerbstätige insgesamt; stand.)

	ICD10-Kapitel	Männer Tage je 100 VJ	Frauen Tage je 100 VJ	gesamt Tage je 100 VJ
I	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	55	57	56
II	Neubildungen	49	76	60
IV	Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechselkrankheiten	9	11	10
V	Psychische u. Verhaltensstörungen	130	223	169
VI-VIII	Krankh. des Nervensystems und der Sinnesorgane	56	62	58
IX	Krankh. d. Kreislaufsystems	76	44	63
X	Krankh. d. Atmungssystems	196	227	209
XI	Krankh. d. Verdauungssystems	96	89	93
XII	Krankh. d. Haut u. d. Unterhaut	25	17	22
XIII	Krankh. d. Muskel-Skelett-Systems u. d. Bindegewebes	382	315	354
XIV	Krankh. d. Urogenitalsystems	16	44	28
XV	Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett	0	37	15
XVIII	Symptome u. abnorme klinische und Laborbefunde	43	58	50
XIX	Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen äußerer Ursachen	263	134	210
	insgesamt	1415	1425	1419

Tabelle A 32: AU-Tage je Fall nach ICD10-Kapiteln: 2008
(Erwerbstätige insgesamt; stand.)

	ICD10-Kapitel	Männer Tage je Fall	Frauen Tage je Fall	gesamt Tage je Fall
I	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	5,4	5,4	5,4
II	Neubildungen	34,7	39,9	37,2
IV	Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechselkrankheiten	17,3	17,1	17,2
V	Psychische u. Verhaltensstörungen	35,9	34,1	34,9
VI-VIII	Krankh. des Nervensystems und der Sinnesorgane	33,0	27,9	30,4
IX	Krankh. d. Kreislaufsystems	22,6	14,4	19,4
X	Krankh. d. Atmungssystems	6,1	6,1	6,1
XI	Krankh. d. Verdauungssystems	6,1	5,5	5,8
XII	Krankh. d. Haut u. d. Unterhaut	12,8	11,1	12,2
XIII	Krankh. d. Muskel-Skelett-Systems u. d. Bindegewebes	18,3	19,7	18,8
XIV	Krankh. d. Urogenitalsystems	11,2	9,1	9,7
XV	Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett	2,6	12,2	12,2
XVIII	Symptome u. abnorme klinische und Laborbefunde	8,2	7,8	8,0
XIX	Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen äußerer Ursachen	18,1	17,2	17,8
	insgesamt	12,10	11,42	11,81

*Tabelle A 33: Relevante 3stellige ICD10-Diagnosen: AU-Fälle 2008
(TOP 100 - Sortierung nach zurechenbaren AU-Tagen)*

ICD10	Diagnose	AU-Fälle 2008	AU-Tage 2008	Tage je Fall
M54	Rückenschmerzen	66.833	953.617	14,3
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	95.027	530.485	5,6
F32	Depressive Episode	9.587	456.018	47,6
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	6.904	295.041	42,7
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	8.935	230.491	25,8
J20	Akute Bronchitis	32.982	221.869	6,7
M75	Schulterläsionen	7.716	217.549	28,2
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	17.239	216.737	12,6
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	7.291	213.790	29,3
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	45.930	206.027	4,5
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	26.836	175.083	6,5
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	3.183	151.513	47,6
F48	Andere neurotische Störungen	6.056	147.404	24,3
M77	Sonstige Enthesopathien	8.144	143.500	17,6
A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	32.173	141.109	4,4
S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	1.920	137.508	71,6
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	7.813	134.661	17,2
S83	S83.- Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	4.142	128.879	31,1
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	21.635	119.605	5,5
F33	Rezidivierende depressive Störung	1.587	112.901	71,1
S93	Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	7.976	111.174	13,9
F45	Somatoforme Störungen	4.507	102.885	22,8
M25	Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	5.681	96.794	17,0
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	836	95.468	114,2
J03	Akute Tonsillitis	16.036	93.139	5,8
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	2.128	91.600	43,0
G56	Mononeuropathien der oberen Extremität	2.896	91.365	31,5
S62	Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand	2.505	90.932	36,3
S52	Fraktur des Unterarmes	1.725	89.276	51,8
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	11.816	85.744	7,3
M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	1.324	84.814	64,1

ICD10	Diagnose	AU-Fälle 2008	AU-Tage 2008	Tage je Fall
J32	Chronische Sinusitis	12.719	83.912	6,6
F41	Andere Angststörungen	1.808	83.395	46,1
K08	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	31.626	83.379	2,6
J01	Akute Sinusitis	14.276	81.920	5,7
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	6.381	81.728	12,8
K29	Gastritis und Duodenitis	13.569	78.573	5,8
M65	Synovitis und Tenosynovitis	4.630	76.386	16,5
S92	Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	2.120	72.529	34,2
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	7.176	69.840	9,7
K40	Hernia inguinalis	2.777	68.692	24,7
M47	Spondylose	3.100	64.242	20,7
J02	Akute Pharyngitis	11.670	61.996	5,3
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	1.726	54.257	31,4
I21	Akuter Myokardinfarkt	574	52.920	92,2
M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	3.821	52.707	13,8
M19	Sonstige Arthrose	1.574	51.748	32,9
J11	Grippe, Viren nicht nachgewiesen	8.475	50.362	5,9
S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	910	49.918	54,9
I83	Varizen der unteren Extremitäten	2.805	49.076	17,5
B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	7.820	46.146	5,9
I20	Angina pectoris	1.645	45.342	27,6
M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	946	44.888	47,5
M13	Sonstige Arthritis	2.675	44.729	16,7
R53	Unwohlsein und Ermüdung	3.376	44.112	13,1
J04	Akute Laryngitis und Tracheitis	7.004	42.419	6,1
S13	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Halshöhe	3.451	42.341	12,3
I63	Hirminfarkt	366	41.620	113,7
J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	7.072	41.335	5,8
S61	Offene Wunde des Handgelenkes und der Hand	3.321	41.053	12,4
D25	Leiomyom des Uterus	1.175	41.026	34,9
M50	Zervikale Bandscheibenschäden	1.003	40.418	40,3
R42	Schwindel und Taumel	4.097	38.262	9,3
S43	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels	1.176	36.528	31,1
Z73	Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung	1.309	35.072	26,8
S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	1.072	34.952	32,6
S06	Intrakranielle Verletzung	1.638	34.677	21,2

ICD10	Diagnose	AU-Fälle 2008	AU-Tage 2008	Tage je Fall
S63	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Höhe des Handgelenkes und der Hand	2.226	33.671	15,1
F20	Schizophrenie	669	33.179	49,6
J45	Asthma bronchiale	2.793	32.467	11,6
C61	Bösartige Neubildung der Prostata	536	32.325	60,3
G35	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]	958	32.292	33,7
J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	6.128	31.946	5,2
S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	2.416	31.425	13,0
M70	Krankheiten des Weichteilgewebes im Zusammenhang mit Beanspruchung, Überbeanspruchung und Druck	2.245	31.305	13,9
S60	Oberflächliche Verletzung des Handgelenkes und der Hand	2.804	31.304	11,2
J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	2.084	31.029	14,9
S86	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterschenkels	1.043	31.027	29,7
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	211	30.818	146,1
N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	5.007	30.279	6,0
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	1.796	30.146	16,8
S20	Oberflächliche Verletzung des Thorax	2.380	29.602	12,4
R50	Fieber unbekannter Ursache	4.320	28.817	6,7
R51	Kopfschmerz	5.462	28.149	5,2
C18	Bösartige Neubildung des Dickdarmes	871	27.772	31,9
S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	376	27.443	73,0
K80	Cholelithiasis	1.574	27.426	17,4
L02	Hautabszeß, Furunkel und Karbunkel	2.341	27.177	11,6
M67	Sonstige Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	1.460	26.923	18,4
J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	1.848	26.539	14,4
G43	Migräne	7.319	26.442	3,6
A08	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	5.536	25.171	4,5
K57	Divertikulose des Darmes	1.804	24.749	13,7
H81	Störungen der Vestibularfunktion	1.761	24.429	13,9
J41	Einfache und schleimig-eitrige chronische Bronchitis	3.487	24.001	6,9
Z56	Kontaktanlässe mit Bezug auf das Berufsleben	808	23.546	29,1
G40	Epilepsie	894	23.383	26,2
S72	raktur des Femurs	236	23.285	98,7
D48	Neubildung unsicheren oder unbekanntens Verhaltens an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	1.402	23.166	16,5
L03	Phlegmone	1.998	22.800	11,4
	gesamt	938.568	11.868.926	12,6
	Anteil Top100-Diagnosen an gesamt	77,5%	74,7%	

Tabelle A 34: AU-Fälle und -Tage in ausgewählten Berufsgruppen: 2008 (stand.)

Berufsgruppe	Fälle je VJ		Tage je VJ	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
191...302 Metall sonst. ³⁸	1,43	1,39	16,59	14,88
221 Metall: Dreher	1,40	1,63	15,31	13,33
222 Metall: Fräser	1,38	1,72	15,13	14,71
225 Metall: Schleifer	1,44	1,46	15,81	15,14
273 Metall: Schlosser	1,33	1,74	15,26	20,47
274 Metall: Betr.Schlosser	1,37	1,69	15,50	13,62
284 Metall: Feinmechaniker	1,31	1,59	13,05	17,69
285 Metall: Mechan. sonstige	1,31	1,77	14,75	18,07
291 Metall: Werkzeugmech.	1,21	1,47	12,49	18,27
303 Zahntechniker	0,80	1,04	8,26	10,67
304-306 Optiker, Modellbauer	0,84	1,00	8,84	10,26
311 Elektroinstallateur	1,23	1,94	14,07	18,21
312,13,15 Elektr.Sonstige	1,21	1,36	12,85	12,51
314 El. Gerätebau	1,22	1,66	11,72	18,40
321-323 Montierer, Metallberufe	1,43	1,64	16,52	19,24
441-514 Tischler, Maler	1,37	1,55	17,79	15,81
521-522 Warenprüfer	1,32	1,60	15,10	19,12
531 Hilfsarbeiter	1,52	1,82	16,71	18,58
541-549 Maschinisten	1,31	1,54	15,59	16,74
601-612 Ingenieure etc.	0,75	1,14	6,51	9,32
621-635 Techniker	0,98	1,35	9,18	11,38
681-706 Waren / Dienstleistungen	0,96	1,20	10,48	13,61
711-744 Verkehr	1,26	1,65	17,14	19,44
751-784 Verwaltung	0,93	1,23	9,07	11,33
791-814 Ordnung / Sicherheit	1,13	1,29	15,07	15,74
841-857 Gesundheitsberufe	1,07	1,14	14,17	13,28
861-893 Sozialberufe	0,98	1,41	11,00	14,78
901-937 Allg.Dienstl.	1,16	1,29	15,88	16,08
Arbeitslos	0,69	0,78	23,54	20,14
Insgesamt	1,17	1,25	14,15	14,25

³⁸ Gruppen 191-220, 223-24, 226-72, 275-83, 286-90, 292-302

7 Verzeichnisse, Index

7.1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anteil GEK-Versicherte in der Bevölkerung (%) nach Bundesländern 2008 ... 33	
Abbildung 2: Anteil Personen mit dokumentierten ärztlichen Leistungen an Kalendertagen im Jahresverlauf 2007 und 2008 (stand. 2005)	52
Abbildung 3: Anteil Personen mit Arzneiverordnungen an Kalendertagen im Jahresverlauf 2007 und 2008 (stand. 2005)	54
Abbildung 4: Anteil Personen mit Arztkontakt nach Geschlecht und Alter.....	59
Abbildung 5: Anzahl Behandlungsfälle nach Geschlecht und Alter	60
Abbildung 6: Durchschnittliche Anzahl Arztkontakte nach Geschlecht und Alter	61
Abbildung 7: Bevölkerungsanteile mit Behandlung bei Facharztgruppen 2008 (stand.D2005; alte Systematik, ohne Thüringen).....	66
Abbildung 8: Kennzahlen zur ambulanten ärztlichen Versorgung in Bundesländern 2008 (indirekt stand.).....	84
Abbildung 9: Diagnoseraten nach ICD10-Kapiteln 2008 (stand.D2008).....	89
Abbildung 10: Personen mit ambulanter Diagnose einer Krankheit des Kreislaufsystems im Jahr 2008 (D2008)	92
Abbildung 11: Personen mit ambulanter Diagnose einer Krankheit des Atmungssystems im Jahr 2008 (D2008)	93
Abbildung 12: Personen mit Diagnose einer Krankheit des Muskel-Skelett-Systems im Jahr 2008 (D2008)	94
Abbildung 13: Personen mit Diagnose "Psychische und Verhaltensstörungen" im Jahr 2008 (D2008)	95
Abbildung 14: Anteil Personen mit der Diagnose Rückenschmerzen (ICD10: M54) im Jahr 2008 nach Geschlecht und Alter	104
Abbildung 15: Anteil Personen mit der Diagnose Hypertonie (ICD10: I10) im Jahr 2008 nach Geschlecht und Alter	105
Abbildung 16: Anteil Personen mit Untersuchung auf Neubildung (ICD10: Z12) im Jahr 2008 nach Geschlecht und Alter	107
Abbildung 17: Abrechnung von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (EBM 01730 bzw. 01731); Betroffene nach Alter 2006 bis 2008.....	109
Abbildung 18: Abrechnung von Früherkennungsleistungen Darmkrebs (EBM 01734, 01740 und 01741); Betroffene nach Alter 2008	110

Abbildung 19: Abrechnung von Früherkennungsleistungen (EBM 01732, 01750 [nur Frauen] und 01745): Betroffene nach Alter 2008	112
Abbildung 20: Anteil Personen mit der Diagnose Akkommodationsstörungen (ICD10: H52) im Jahr 2008 nach Geschlecht und Alter.....	114
Abbildung 21: Anteil Personen mit der Diagnose Lipidämie (ICD10: E78) im Jahr 2008 nach Geschlecht und Alter	115
Abbildung 22: Durchschnittliche Zahl der unterschiedlichen Diagnosen je Jahr pro Kopf nach Geschlecht und Alter (Kap. 1-17, 19) 2008	137
Abbildung 23: Männliche Versicherte mit Diabetes-HMG nach Geschlecht und Alter 2008 (Personen mit Versicherung Jahresende 2008)	151
Abbildung 24: Weibliche Versicherte mit Diabetes-HMG nach Geschlecht und Alter 2008 (Personen mit Versicherung Jahresende 2008)	152
Abbildung 25: Diabetes mellitus (HMG 15 bis 19) nach Geschlecht und Alter 2006, 2007 und 2008.....	154
Abbildung 26: Diabetes (beliebige HMG von 15 bis 19 im Jahr 2007) – Ausgaben 2008 in Gruppen nach Ausgaben-Dezilen	157
Abbildung 27: Diabetes ausschließlich (beliebige HMG von 15 bis 19, ggf. zusätzl. HMG 20 im Jahr 2007) – Ausgaben 2008 in Gruppen nach Ausgaben-Dezilen.....	159
Abbildung 28: Depressionen und wahnhaftige Störungen (HMG 58) nach Geschlecht und Alter 2006, 2007 und 2008.....	166
Abbildung 29: Depressionen und wahnhaftige Störungen (HMG 58 im Jahr 2007) – Ausgaben 2008 in Gruppen nach Ausgaben-Dezilen	168
Abbildung 30: Depressionen und wahnhaftige Störungen ausschließlich (HMG 58 im Jahr 2007) – Ausgaben 2008 in Gruppen nach Ausgaben-Dezilen.....	170
Abbildung 31: Herzinsuffizienz (HMG 80) nach Geschlecht und Alter 2006, 2007 und 2008	174
Abbildung 32: Herzinsuffizienz (HMG 80) nach Geschlecht und Alter 2006, 2007 und 2008 (halblogarithmische Darstellung).....	175
Abbildung 33: Herzinsuffizienz (HMG 80 im Jahr 2007) – Ausgaben 2008 in Gruppen nach Ausgaben-Dezilen	177
Abbildung 34: Herzinsuffizienz ausschließlich (HMG 80 im Jahr 2007) – Ausgaben 2008 in Gruppen nach Ausgaben-Dezilen	178
Abbildung 35: AU-Tage und -Fälle je Versicherungsjahr: 1990 - 2008 (Erwerbstätige insgesamt; stand.).....	185
Abbildung 36: Verteilung von AU-Fällen sowie AU-Zeiten nach Dauer der AU: 2008.....	187
Abbildung 37: Arbeitsunfähigkeitsbeginn nach Wochentagen: 2008	188

Abbildung 38: Verteilung der AU-Tage auf Wochentage: 2008	189
Abbildung 39: AU-Fälle nach Alter und Geschlecht: 2008 (Erwerbspersonen insgesamt) ..	191
Abbildung 40: AU-Tage nach Alter und Geschlecht: 2008 (Erwerbspersonen insgesamt) ...	192
Abbildung 41: AU-Tage je Fall nach Alter und Geschlecht: 2008 (Erwerbspersonen insgesamt)	192
Abbildung 42: AU-Tage nach Region: 1990 – 2008 (stand.)	193
Abbildung 43: AU-Tage nach Bundesländern: 2008 (Erwerbstätige insgesamt; stand.)	195
Abbildung 44: AU-Fälle nach ICD10-Kapiteln: 2008 (Erwerbspersonen insgesamt; stand.)	197
Abbildung 45: AU-Tage nach ICD10-Kapiteln: 2008 (Erwerbspersonen insgesamt; stand.)	198
Abbildung 46: AU-Fälle und -Tage in ausgewählten Berufsgruppen bei Männern: 2008 (stand.)	204
Abbildung 47: AU-Fälle und -Tage in ausgewählten Berufsgruppen bei Frauen: 2008 (stand.)	205
Abbildung 48: Arbeits- und Wegeunfälle sowie zugehörige AU-Tage je 1000VJ nach Altersgruppen: Männer 2008	207
Abbildung 49: Arbeits- und Wegeunfälle sowie zugehörige AU-Tage je 1000VJ nach Altersgruppen: Frauen 2008	208
Abbildung 50: Arbeits- und Wegeunfälle sowie zugehörige AU-Tage in ausgewählten Berufsgruppen bei Männern: 2008 (stand.)	212
Abbildung 51: Behandlungsraten Allgemeinärzte, Internisten, Kinderärzte.....	221
Abbildung 52: Behandlungsraten Gynäkologen, Urologen	223
Abbildung 53: Behandlungsraten Augenärzte, HNO, Hautärzte.....	225
Abbildung 54: Behandlungsraten Laborärzte, Pathologen, Radiologen	227
Abbildung 55: Behandlungsraten Orthopäden, Chirurgen	229
Abbildung 56: Behandlungsraten Nervenärzte, Psychotherapeuten.....	231

7.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Wesentliche Beobachtungseinheiten und Zählgrößen in Daten zur ambulanten ärztlichen Versorgung	39
Tabelle 2: Behandlungsraten, Behandlungsfälle, Arztkontakte je Quartal I bis IV (stand.D2005).....	48
Tabelle 3: Ambulante ärztliche Versorgung 2004 bis 2008 (stand.D2005).....	49

Tabelle 4:	Behandelte Personen und Behandlungsfälle in Deutschland 2004 bis 2008 (D2005)	50
Tabelle 5:	Behandlungsraten nach Facharztgruppen 2004 bis 2008 (stand.D2005; alte Systematik, 2008 ohne Thüringen)	65
Tabelle 6:	Behandlungsfälle nach Facharztgruppen 2004 bis 2008 (stand.D2005; alte Systematik, 2008 ohne Thüringen)	67
Tabelle 7:	Arztkontakte nach Fachgruppen 2004 bis 2007, 2008 (stand.D2005; alte Systematik, 2008 ohne Thüringen)	68
Tabelle 8:	Behandlungsfälle je 10.000 Versicherte im 3. und 4. Quartal 2008 nach zusammengefassten Fachgebieten (D2008)	73
Tabelle 9:	Dokumentierte Abrechnungsziffern je 10.000 Versicherte im 3. und 4. Quartal 2008 nach zusammengefassten Fachgebieten (D2008)	75
Tabelle 10:	Tage mit EBM-Dokumentation je 10.000 Versicherte im 3. und 4. Quartal 2008 nach zusammengefassten Fachgebieten (D2008)	76
Tabelle 11:	Approx. Kosten je Versichertem im 3. und 4. Quartal 2008 nach zusammengefassten Fachgebieten (D2008)	77
Tabelle 12:	Anzahl kontaktierte Ärzte allgemein und in Fachgruppen 2008	80
Tabelle 13:	Kennzahlen zur ambulanten ärztlichen Versorgung in Bundesländern 2008 (indirekt stand. D2005)	83
Tabelle 14:	Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen aus der ambulanten Versorgung 2004 bis 2008 nach Diagnosekapiteln (stand.D2005)	87
Tabelle 15:	Bevölkerung in Deutschland mit Diagnosen aus der ambulanten Versorgung nach Diagnosekapiteln 2008 (Hochrechnung D2008)	90
Tabelle 16:	Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen aus der ambulanten Versorgung: Häufig kodierte Diagnosegruppen 2008 (stand.D2008)	97
Tabelle 17:	Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen aus der ambulanten Versorgung: Häufig kodierte 3stellige Diagnosen 2008 (stand.D2008)	100
Tabelle 18:	Häufige Diagnosen: Säuglinge/Kleinkinder 0 bis unter 5 Jahre	118
Tabelle 19:	Häufige Diagnosen: Kinder 5 bis unter 15 Jahre	120
Tabelle 20:	Häufige Diagnosen: Männliche Jugendliche 15 bis unter 25 Jahre	122
Tabelle 21:	Häufige Diagnosen: Weibliche Jugendliche 15 bis unter 25 Jahre	123
Tabelle 22:	Häufige Diagnosen: Männliche Erwachsene 25 bis unter 40 Jahre	125
Tabelle 23:	Häufige Diagnosen: Weibliche Erwachsene 25 bis unter 40 Jahre	126
Tabelle 24:	Häufige Diagnosen: Männliche Erwachsene 40 bis unter 65 Jahre	128
Tabelle 25:	Häufige Diagnosen: Weibliche Erwachsene 40 bis unter 65 Jahre	129

Tabelle 26:	Häufige Diagnosen: Männliche Personen 65 bis unter 80 Jahre	131
Tabelle 27:	Häufige Diagnosen: Weibliche Personen 65 bis unter 80 Jahre.....	132
Tabelle 28:	Häufige Diagnosen: Männliche Hochbetagte ab 80 Jahre	134
Tabelle 29:	Häufige Diagnosen: Weibliche Hochbetagte ab 80 Jahre	135
Tabelle 30:	Anteil der Bevölkerung nach Zahl der Diagnosen 2008 (D2008).....	138
Tabelle 31:	Häufige 2-fach-Kombinationen von Diagnosen 2008.....	140
Tabelle 32:	Häufige 3-fach-Kombinationen von Diagnosen 2008.....	141
Tabelle 33:	Diabetes-HMGs: Entwicklung 2006 bis 2008 (stand. GKV2008)	153
Tabelle 34:	Diabetes-HMG 2007: Entwicklung der Morbidität nach ICD10-Kapiteln in Teilgruppen mit Über- bzw. Unterdeckung der Ausgaben 2008	163
Tabelle 35:	HMG 58: Entwicklung 2006 bis 2008 (stand. GKV2008)	167
Tabelle 36:	HMG 58 (Depressionen) 2007: Entwicklung der Morbidität nach ICD10- Kapiteln in Teilgruppen mit Über- bzw. Unterdeckung der Ausgaben 2008.	171
Tabelle 37:	HMG 80: Entwicklung 2006 bis 2008 (stand. GKV2008)	176
Tabelle 38:	HMG 80 (Herzinsuffizienz) 2007: Entwicklung der Morbidität nach ICD10- Kapiteln in Teilgruppen mit Über- bzw. Unterdeckung der Ausgaben 2008.	180
Tabelle 39:	Maßzahlen des AU-Meldegesehens	184
Tabelle 40:	AU-Fälle und AU-Tage je Versicherungsjahr, fallbezogene AU-Dauer sowie Krankenstand: 1998 - 2008 (Erwerbstätige insgesamt; stand.)	186
Tabelle 41:	AU-Fälle und -Tage nach Bundesländern: 2007 / 2008 (Erwerbstätige insgesamt; stand.).....	196
Tabelle 42:	Anteil häufiger 3stelliger ICD10-Diagnosen an allen AU-Fällen: 2008.....	200
Tabelle 43:	Anteil der AU-Tage relevanter 3stelliger ICD10-Diagnosen: 2008.....	202
Tabelle 44:	Arbeits- und Wegeunfälle: 1999 - 2008 (Erwerbstätige insgesamt, stand.)	206
Tabelle 45:	Anteil häufiger 3stelliger ICD10-Diagnosen an allen Arbeits- und Wegeunfällen: 2008	209
Tabelle 46:	Arbeits- und Wegeunfälle in ausgewählten Berufsgruppen: 2008 (stand.) ..	211
Tabelle 47:	Erwerbstätige Deutschland im Mai 1992.....	214
Tabelle 48:	Durchschnittliche Bevölkerung Deutschland 2005 und 2008	215

7.3 Verzeichnis der Tabellen im Anhang:

Tabelle A 1:	Anteil Personen mit Arztkontakt nach Geschlecht und Alter 2008.....	218
Tabelle A 2:	Behandlungsfälle, Arztkontakte nach Geschlecht und Alter 2007 und 2008	219
Tabelle A 3:	Allgemeinärzte, Internisten, Kinderärzte: Behandlungsraten nach Geschlecht und Alter 2008.....	220
Tabelle A 4:	Gynäkologen, Urologen: Behandlungsraten nach Geschlecht und Alter 2008.....	222
Tabelle A 5:	Augenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte: Behandlungsraten nach Geschlecht und Alter 2008.....	224
Tabelle A 6:	Laborärzte, Pathologen, Radiologen und Nuklearmediziner: Behandlungsraten nach Geschlecht und Alter 2008	226
Tabelle A 7:	Orthopäden, Chirurgen: Behandlungsraten nach Geschlecht und Alter 2008.....	228
Tabelle A 8:	Nervenärzte, Psychotherapeuten: Behandlungsraten nach Geschlecht und Alter 2008.....	230
Tabelle A 9:	Behandlungsfälle je 10.000 Versicherte im 3. und 4. Quartal 2008 nach Fachgebieten (D2008)	232
Tabelle A 10:	Zusammenfassung von Fachgebieten	235
Tabelle A 11:	Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen aus der ambulanten Versorgung nach Diagnosekapiteln 2008 (stand.D2008)	238
Tabelle A 12:	Rückenschmerzen (M54): Diagnoseraten und Anzahl Betroffene nach Geschlecht und Alter 2008.....	239
Tabelle A 13:	Hypertonie (I10): Diagnoseraten und Anzahl Betroffene nach Geschlecht und Alter 2008.....	240
Tabelle A 14:	Krebsvorsorge (Z12): Diagnoseraten und Anzahl Betroffene nach Geschlecht und Alter 2008.....	241
Tabelle A 15:	Abrechnung von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen: Anteil Betroffene nach Geschlecht und Alter 2006 bis 2008	242
Tabelle A 16:	Abrechnung von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen: Anteil und Anzahl Betroffene nach Geschlecht und Alter 2008.....	243
Tabelle A 17:	Abrechnung von Früherkennungsleistungen Darmkrebs (EBM 01734, 01740 und 01741): Betroffene nach Alter 2008	244

Tabelle A 18:	Abrechnung von Früherkennungsleistungen (EBM 01732, 01750 [nur Frauen] und 01745): Betroffene nach Alter 2008	245
Tabelle A 19:	Refraktionsfehler (H52): Diagnoseraten und Anzahl Betroffene nach Geschlecht und Alter 2008.....	246
Tabelle A 20:	Lipidämie (E78): Diagnoseraten und Anzahl Betroffene nach Geschlecht und Alter 2008.....	247
Tabelle A 21:	Diabetes-HMGs: Betroffene je 1.000 Männer nach Alter 2008.....	248
Tabelle A 22:	Diabetes-HMGs: Betroffene je 1.000 Frauen nach Alter 2008.....	249
Tabelle A 23:	Verteilung der AU-Fälle und -Tage nach Dauer der AU: 1998 - 2008.....	250
Tabelle A 24:	Arbeitsunfähigkeitsbeginn nach Wochentagen: 2008	251
Tabelle A 25:	Verteilung der Arbeitsunfähigkeitstage auf Wochentage: 2008	251
Tabelle A 26:	AU-Fälle nach Alter und Geschlecht: 2007, 2008.....	252
Tabelle A 27:	AU-Tage nach Alter und Geschlecht: 2007, 2008.....	252
Tabelle A 28:	AU-Tage je Fall nach Alter und Geschlecht: 2007, 2008.....	253
Tabelle A 29:	AU-Fälle und AU-Tage je Versicherungsjahr nach Region: 1998 - 2008 (Erwerbstätige insgesamt; stand.).....	253
Tabelle A 30:	AU-Fälle nach ICD10-Kapiteln: 2008 (Erwerbstätige insgesamt; stand.).....	254
Tabelle A 31:	AU-Tage nach ICD10-Kapiteln: 2008 (Erwerbstätige insgesamt; stand.).....	255
Tabelle A 32:	AU-Tage je Fall nach ICD10-Kapiteln: 2008 (Erwerbstätige insgesamt; stand.).....	256
Tabelle A 33:	Relevante 3stellige ICD10-Diagnosen: AU-Fälle 2008 (TOP 100 - Sortierung nach zurechenbaren AU-Tagen).....	257
Tabelle A 34:	AU-Fälle und -Tage in ausgewählten Berufsgruppen: 2008 (stand.).....	260

7.4 Index

Ambulante Versorgung

- Abrech.Tage n. Fachgeb. neu 76
- Abrech.Zif. n. Fachgeb. neu 75
- Anzahl kontaktierte Ärzte 79
- Arztkontakte 2004-08 49
- Arztkontakte internat. 11, 57
- Arztkontakte je Quartal 48
- Arztkontakte n. bisher.
Fachgruppen 68
- Arztkontakte nach Alter 61
- Arztwechsel 80
- Beh.Kosten n. Fachgeb. neu 77
- Behandlungen im Jahresverlauf 52
- Behandlungsfall-Definition 36
- Behandlungsfälle 2004-08 49
- Behandlungsfälle je Quartal 48
- Behandlungsfälle n. bisher.
Fachgr. 67
- Behandlungsfälle n. Fachgeb.
neu 73
- Behandlungsfälle nach Alter 60
- Behandlungsrate 2004-08 49
- Behandlungsrate je Quartal 48
- Behandlungsrate nach Alter 59
- Behandlungsraten n. bisher.
Fachgr. 65
- Betriebsstättennr. 41
- Bluthochdruck n. Alter 105
- BSNR 41
- Bundesländer 82
- Check-up 35 111
- Datenstruktur ab 2008 40
- Datenstruktur bis 2007 36
- Datenvolumen 43
- Diagnosekennung G, A, V, Z 85
- Diagnosen 85
- Diagnosen – Anzahl pro Kopf 136
- Diagnosen - Kombinationen 138
- Diagnosen 3stellig 99
- Diagnosen b. Erwachsenen 127
- Diagnosen b. Hochbetagten 133
- Diagnosen b. Jugendlichen 121
- Diagnosen b. jungen Erw. 124
- Diagnosen b. Kindern 119
- Diagnosen b. Kleinkindern 117
- Diagnosen b. Ruheständlern 130
- Diagnosen b. Säuglingen 117
- Diagnosen nach ICD-Gruppen 96
- Diagnosen nach ICD-Kapiteln 86
- Direktabr. v. Laborgem. 42
- EBM 2008 40
- EBM f. Früherkennung 107
- Erhebungsmerkmale in Daten 36
- fachärztliche Beh. nach Alter 69
- Fachgebiete neu 69
- Fettstoffwechselstör. n. Alter 114
- Früherken. Brustkrebs 111
- Früherken. Darmkrebs 109
- Früherken. Hautkrebs 111
- Früherkennung n. EBM 107
- Früherkennung n. ICD10 106
- Grundpauschale 40
- Hintergünde zu Daten 35
- Hypertonie n. Alter 105
- ICD10 E78 nach Alter 114
- ICD10 H52 nach Alter 113
- ICD10 I10 nach Alter 105
- ICD10 M54 nach Alter 104
- ICD10 Z12 nach Alter 106
- internationaler Vergleich 11, 56
- Jahresverlauf, Arzneiverord. im 54
- Jahresverlauf, Beh. im 52
- Krankh. d. Atmungssystem 93
- Krankh. d. Kreislaufsystems 92
- Krankh. d. M.-Skelett-Systems 94
- LANR 41, 69
- Lebensl. Arztnr. 41
- Lipidämien n. Alter 114
- Maßzahlen 39
- OECD 11, 56

- Psych. Störungen 95
- Punktwerte 37
- Refraktionsfehler n. Alter 113
- Rückenschmerzen n. Alter 104
- Untersuchungspopulation 47
- Versichertenpauschale 40
- Zusammenfassung 8
- Arzneiverord. im Jahresverlauf 54

Arbeits- und Wegeunfälle

- 3stellige ICD10-Diagnosen 209
- Entwicklung bis 2008 206
- nach Alter und Geschlecht 206
- nach Berufsgruppen 210

Arbeitsunfähigkeit

- 3stellige ICD10-Diagnosen 199
- ALGII 182
- Einführung 181
- Entwicklung bis 2008 185
- Fallhäufigkeit an Wochentagen 188
- Krankenstand 186
- Krankenstand an Wochentagen 189
- Maßzahlen 184
- Meldepflicht 181
- nach Alter und Geschlecht 190
- nach Berufsgruppen 203
- nach Bundesländern 194
- nach Diagnosekapiteln 197
- nach Falldauer 187
- Nenner 183
- Ost-West-Vergleich 193
- Zusammenfassung 30

Erkrankungen und zukünftige Ausgaben

- Depressionen 165
- Diabetes mellitus 149
- Einleitung 142
- Herzinsuffizienz 173
- HMGs 2006-08 148

- Morbi-RSA 142
- Morbi-RSA 2010 146
- Zusammenfassung 20

GEK

- Datenerfassung 32
- Übertragbarkeit von Ergebnissen 44
- Versichertenbestand 32
- Vorwort 5

Morbi-RSA

- DxG-Gruppen 144
- Gewichtung Verstorbene 155
- HMG 15-20 149
- HMG 58 165
- HMG 80 173
- HMGs 145
- KNR 143
- Krankheiten 143
- M2Q-Kriterium 144
- prospektiver Ansatz 144

Morbi-RSA 2009

- Erläuterungen 142

Morbi-RSA 2010

- Erläuterungen 146

Standardisierung

- Berufstätige 214
- Versicherte 215

Zusammenfassung

- allgemein 7
- Ambulante Versorgung 8
- Arbeitsunfähigkeit 30
- Depressionen 25
- Diabetes 22
- Erkrankungen und zukünftige Ausgaben 20
- Herzinsuffizienz 27