

BARMER GEK Arztreport 2012

Pressekonferenz der BARMER GEK

Berlin, 31. Januar 2012

Teilnehmer:

Dr. Rolf-Ulrich Schlenker,
Stellv. Vorsitzender des Vorstandes BARMER GEK

Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz
Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG)

Dr. Thomas G. Grobe
Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG)

Athanasios Drougias
Leiter Unternehmenskommunikation BARMER GEK (Moderation)

Berlin, 31. Januar 2012

BARMER GEK Arztreport 2012

1,1 Millionen Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen

Ist die Sprachentwicklung unserer Kinder gefährdet? Laut aktuellem BARMER GEK Arztreport 2012 wird mittlerweile bei jedem dritten Kind im Vorschulalter eine Sprachentwicklungsstörung festgestellt. Bundesweit liegt der Anteil an Kindern mit Sprech- und Sprachstörungen bei 10,3 Prozent. Insgesamt sind innerhalb eines Jahres 1,12 Millionen Kinder zwischen 0 und 14 Jahren betroffen. Dabei fallen die Diagnoseraten bei Jungen durchgängig höher aus: Im sechsten Lebensjahr kommen sie auf einen Anteil von rund 38 Prozent, Mädchen auf 30 Prozent. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Behandlung: 20 Prozent aller fünfjährigen Jungen erhalten eine Logopädie-Verordnung, dagegen nur 14 Prozent der gleichaltrigen Mädchen.

Für den stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden der BARMER GEK, Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, ist dies kein Grund für Alarmstimmung: „Wir sehen, dass professionelle Sprachförderung in Anspruch genommen wird.“ Tatsächlich werden Vorschüler mit diagnostizierter Sprachentwicklungsstörung zu einem guten Drittel auch logopädisch behandelt. Hinter den hohen Diagnoseraten dürften laut Dr. Thomas Grobe vom Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung aus Hannover (ISEG) vermutlich auch Abgrenzungsprobleme stecken: „Hier fehlen in der ärztlichen Praxis offenbar zum Teil noch geeignete, praktikable und einheitlich angewendete Kriterien der Diagnoseerstellung.“

BARMER GEK-Vize Schlenker hebt das hohe ambulante Versorgungsniveau in Deutschland hervor: „Die kinderärztliche Betreuung ist flächendeckend und sucht ihresgleichen.“ Bis einschließlich dem sechsten Lebensjahr haben jährlich mindestens 89 Prozent der Kinder ambulanten Kontakt zu einem Kinderarzt. Insgesamt liegt die Inanspruchnahme von Ärzten (Haus-, Kinder- und Fachärzte) in den ersten sechs Lebensjahren sogar bei 98 Prozent.

Pressestelle

Lichtscheider Straße 89
42285 Wuppertal

Tel.: 0800 33 20 60 99 14 01
Fax: 0800 33 20 60 99 14 59
presse@barmer-gek.de
www.barmer-gek.de/presse

Athanasios Drougias (Ltg.)
Tel.: 0800 33 20 60 99 14 21
athanasios.drougias@barmer-gek.de

Dr. Kai Behrens
Tel.: 0800 33 20 60 44 3020
kai.behrens@barmer-gek.de

U-Untersuchungen kommen an

Der Anteil an Kindern ohne Kontakt zum Kinderarzt liegt in Bremen bei nur drei Prozent, in Berlin und Hamburg bei fünf Prozent. Flächenbundesländer wie Bayern oder Niedersachsen kommen dagegen auf zehn bzw. elf Prozent – und Mecklenburg-Vorpommern sogar auf rund 16 Prozent.

Versorgungslücken kann Schlenker dennoch nicht entdecken: „Auf dem Land übernehmen andere ärztliche Fachdisziplinen die Behandlung der Kleinsten.“

Hoch ist auch die Teilnahmerate bei den Kindervorsorgeuntersuchungen U5 bis U7 mit rund 95 Prozent, bei der U8 und U9 sind es etwa 90 Prozent. Eine Ausnahme bildet die 2008 eingeführte U7a. Hier zeigen sich erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern: Während im Saarland bereits rund 97 Prozent aller Kinder teilnehmen, sind es in Hamburg und Berlin erst rund 75 Prozent. Der Autor des Arztreports, Dr. Thomas Grobe vom ISEG, sieht Nachholbedarf: „Gerade in den Stadtstaaten haben wir einerseits eine starke Gesundheitsinfrastruktur, andererseits ausgeprägte Bedarfslagen. Bei den unterschiedlichen Teilnahmeraten dürfte aber auch die Einladepraxis eine maßgebliche Rolle spielen.“

Krankheitsspektrum erweitert sich

Die klassischen Kinderkrankheiten wie Windpocken, Scharlach oder Röteln sind offenbar im Griff, das Krankheitsspektrum wird aber erweitert durch Sprachentwicklungsstörungen oder Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Gleichzeitig fällt auf, dass Jungen von diesen Diagnosen überdurchschnittlich betroffen sind: So geht mittlerweile jeder zehnte neunjährige Junge zum Neurologen oder Psychiater (9,6 Prozent). 60 Prozent davon mit der Diagnose ADHS. Zum Vergleich: Bei den neunjährigen Mädchen sind es sechs Prozent, davon rund 40 Prozent mit ADHS-Diagnose.

Und noch etwas bringen die Forscher vom ISEG ans Licht: Über elf Prozent aller Kinder zwischen 0 und 14 Jahren haben Neurodermitis. Bei den 0- bis 3-Jährigen sind es sogar rund 16 Prozent. Auffällig ist die regionale Verteilung: Alle ostdeutschen Bundesländer erreichen deutlich höhere Diagnoseraten. Spitzenreiter ist Thüringen (17,1 Prozent), gefolgt von Sachsen-Anhalt (16,4 Prozent) und Sachsen (15,6 Prozent).

Pressestelle

Lichtscheider Straße 89
42285 Wuppertal

Tel.: 0800 33 20 60 99 14 01
Fax: 0800 33 20 60 99 14 59
presse@barmer-gek.de
www.barmer-gek.de/presse

Athanasios Drougias (Ltg.)
Tel.: 0800 33 20 60 99 14 21
athanasios.drougias@barmer-gek.de

Dr. Kai Behrens
Tel.: 0800 33 20 60 44 3020
kai.behrens@barmer-gek.de

Anstieg der Behandlungsfälle gebremst?

Erstmals seit sechs Jahren ging 2010 die Zahl der ambulanten Behandlungsfälle pro Versichertem altersbereinigt leicht zurück: von 8,04 auf 7,93. Allerdings bewegt sich die Behandlungsquote, also der Anteil der Menschen, die mindestens einmal pro Jahr einen Arzt aufsuchen, zwischen 2004 und 2010 relativ konstant zwischen 91 und 93 Prozent (2010 = 91 Prozent). Für Schlenker ein deutliches Signal: „Wir haben nach wie vor eine exzellente ambulante Versorgung, die das Vertrauen der Bevölkerung genießt.“ Zwar existierten regionale Versorgungsunterschiede zwischen Stadt und Land. Größtenteils finde aber eine Mitversorgung der ländlichen Gebiete durch Oberzentren und die interdisziplinäre Zusammenarbeit der ärztlichen Fachgruppen statt. „Diese Tatsachen müssen bei der Neujustierung der Bedarfsplanung berücksichtigt werden.“

Pressestelle

Lichtscheider Straße 89
42285 Wuppertal

Tel.: 0800 33 20 60 99 14 01
Fax: 0800 33 20 60 99 14 59
presse@barmer-gek.de
www.barmer-gek.de/presse

Athanasios Drougias (Ltg.)
Tel.: 0800 33 20 60 99 14 21
athanasios.drougias@barmer-gek.de

Dr. Kai Behrens
Tel.: 0800 33 20 60 44 3020
kai.behrens@barmer-gek.de

Statement

BARMER GEK Arztreport 2012

**Klassische Kinderkrankheiten im Griff,
neue Kinderkrankheiten auf dem Vormarsch**

von Dr. Rolf-Ulrich Schlenker
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der BARMER GEK

anlässlich der Pressekonferenz
am 31. Januar 2012 in Berlin

Exzellente ambulante Versorgung

Beginnen wir mit einem Lob: An den neuen Zahlen zur ambulant-ärztlichen Betreuung von Kindern lässt sich die Stärke des deutschen Gesundheitswesens ablesen. Unsere Ärzte erreichen innerhalb der ersten sechs Lebensjahre 98 Prozent der Kinder, gravierende Lücken in der flächendeckenden haus- und fachärztlichen Versorgung sind nicht erkennbar.

Die Us sind ein Erfolgsprogramm

Fest etabliert sind auch die Kindervorsorgeuntersuchungen U1 bis U9 zur Früherkennung von Krankheiten und Entwicklungsstörungen bei Kindern: Die Teilnehmerate bei den vornehmlich ambulant durchgeführten Untersuchungen U3 bis U7 beträgt durchschnittlich 95 Prozent!

Klassische Kinderkrankheiten im Griff

Und die klassischen Kinderkrankheiten wie Windpocken, Scharlach oder Röteln haben unsere Ärzte im Griff. Alles in allem dürfen wir von einem ausgezeichneten Versorgungs- und Vorsorgeniveau ausgehen. Selbst das auffällige Stadt-Land-Gefälle bei der pädiatrischen Betreuung – in Bremen hatten drei Prozent der Kinder keinen Kontakt zum Kinderarzt, in Mecklenburg-Vorpommern fast 16 Prozent – scheint unbedenklich. Das Inanspruchnahmeverhalten von Ärzten mag dort manchmal etwas moderater ausfallen.

Neue Kinderkrankheiten: Sprechen als medizinisches Problem?

Zwei Befunde lassen jedoch aufhorchen. Da ist zum einen der hohe Anteil von Kindern mit diagnostizierten Störungen des Sprechens und der Sprache: 1,12 Millionen Mädchen und Jungen sind innerhalb eines Jahres betroffen, durchschnittlich gut 10 Prozent aller Kinder bis 14 Jahre, bei den Vier- bis Fünfjährigen sogar jedes Dritte. Zum Anderen irritiert, wie häufig insbesondere Jungen mittlerweile beim Psychiater / Neurologen landen. Hier schlägt sich die massenhafte Behandlung von ADHS nieder.

Die Diagnosehäufigkeiten zeigen: „Neue Kinderkrankheiten“ sind auf dem Vormarsch, psychosoziale Krankheitsbilder erweitern das Krankheitsspektrum. Gleichzeitig bekommen wir deutliche Hinweise in punkto Behandlung: So fallen die vielen logopädischen Behandlungen vor der Einschulung auf. Wollen die Eltern hier auf Nummer sicher gehen und die Startchancen ihrer Kinder in der Schule verbessern? Aus unserer Sicht sollte sich bereits vorher die Aufmerksamkeit auf mögliche Sprach- und Sprechstörungen richten. Eltern und Erzieher müssen sich früher und gezielter, d.h. auch geschlechtsspezifischer um

die Sprachfähigkeit, die psychische Verfassung und Motorik der Kinder kümmern. So könnten ihnen viele der logopädischen Anwendungen und Ritalingaben sicherlich erspart bleiben.

Modekrankheiten auch bei Kindern?

Sicherlich haben die auffällig hohen Diagnoseraten auch mit verstärkter Aufmerksamkeit und erhöhter Sensibilität seitens der Eltern, Erzieher und Ärzte zu tun. Und vermutlich treiben die begrüßenswert hohen Vorsorgeraten auch diese Diagnosen zusätzlich nach oben. Gleichzeitig haben wir es, ähnlich wie bei Burnout, mit schwer eingrenzbaeren Krankheitsbildern zu tun. Hier muss Versorgungsforschung weiter nachhaken, wie auch bei der Frage: Bekommen immer die richtigen Kinder eine individuell differenzierende ADHS-Therapie und rechtzeitige Sprachförderung – oder doch diejenigen, deren Eltern diese Versorgung einfordern?

Kindergesundheit als soziales Programm

Denn über unsere Gesundheitschancen entscheidet nicht nur die Teilhabe am medizinischen Fortschritt: Ebenso wichtig ist der Grad sozialer Integration im Kindesalter. Wer Kindergesundheit stärken will, benennt also neben dem medizinischen vor allem ein soziales Programm. Fest steht, dass unsere Gesellschaft mehr für die gesunde Zukunft ihrer Kinder tun kann. Wichtig ist, dass wir der Verantwortung mit Augenmaß nachkommen – und nicht nur Verantwortung delegieren und Kindheit pathologisieren. Das gilt in erster Linie für Eltern und Erzieher, aber auch für Ärzte und Therapeuten.

Initiativen der BARMER GEK

Kassen werden ihrer Verantwortung insbesondere durch gezielte Vertragsinitiativen, Versorgungsprogramme und Beratungsangebote gerecht. Drei Beispiele:

Prävention: Mit dem Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte BVKJ haben wir ein Kinder- und Jugend-Programm entwickelt. Im Zentrum steht die lückenlose kinder- und jugendärztliche Betreuung unserer Versicherten bis zum 18. Lebensjahr. Deshalb bieten wir vier zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen an: Den Kindergartencheck für die knapp 3-Jährigen, den Grundschul-Check U10 für die 7- bis 8-Jährigen, den Schüler-Check U11 für die 9- bis 10-Jährigen und den Jugend-Check J2 für 16- bis 17-Jährige. Die Untersuchungen greifen altersspezifische Gesundheitsfragen auf, zum Beispiel Pubertätsstörungen. Aber nicht nur körperliche, auch psychosoziale Gesundheitsfaktoren wie abfallende Schulleistungen, das Mediennutzungsverhalten oder Verhaltensauffälligkeiten kommen zur

Sprache. Auch zählt zum Beispiel die Rotaviren-Impfung bei Kleinstkindern zum Programm. Die Resonanz kann sich sehen lassen. Je nach zusätzlicher Vorsorgeuntersuchung nehmen zwischen 30 und 40 Prozent der anspruchsberechtigten Versicherten bundesweit teil.

Beratung: Neben vielfältigen Ratgeberangeboten möchte ich unseren Erinnerungsservice zu den gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche hervorheben. Mit insgesamt neun sogenannten „Elterninfos“ erinnert die BARMER GEK die Eltern beziehungsweise Erziehungsberechtigten rechtzeitig an die jeweils bevorstehende gesetzliche Früherkennungsuntersuchung ihres Kindes von der U3 im Alter von 4 bis 5 Wochen bis zur J1 im Alter von 12 -14 Jahren.

Innovation: Kindern mit vergrößerten Gaumenmandeln wird gezielt geholfen. Möglich wird dies durch einen Vertrag zwischen der BARMER GEK und den Kassenärztlichen Vereinigungen. Er sieht vor, dass Kindern zwischen zwei und sechs Jahren mit einem Laser die vergrößerten Mandeln verkleinert werden – die so genannte Laser-Tonsillotomie. Wir ersparen Kindern einen ungeliebten Krankenhausaufenthalt und vermeiden vielfältige gesundheitliche Probleme, die ihren Ausgangspunkt in den vergrößerten Mandeln haben. BARMER GEK versicherte Kinder und ihre Eltern haben dadurch Anspruch auf die Übernahme der Kosten des Eingriffs.

Dauerbrenner Arztkontakte

Seit 2009 lassen sich einzelne Arztkontakte je Versichertem nicht mehr quantifizieren. Dafür haben wir andere Kennzahlen zur Inanspruchnahme ambulanter Leistungen, die weiterhin aussagekräftig sind. So liegt die Behandlungsquote, also die Zahl derjenigen, die mindestens einmal im Jahr zum Arzt gehen, seit Jahren bei 91 Prozent und mehr. Und wenn wir 2010 erstmals eine leicht rückläufige Tendenz der im Quartal abgerechneten Behandlungsfälle beobachten, so ist das noch längst kein Trend, sondern kann auf Sondereffekte im Vergleichszeitraum des Vorjahres zurückzuführen sein. Ohnehin spiegelt sich im Zeitverlauf vor allem das ziemlich hohe Niveau wider.

Steuerung der Arztkontakte über Managed Care

Das Wissen über Krankheiten wird immer komplexer, die Behandlungsoptionen werden immer vielfältiger. Wovon wir uns mehr Qualität und Effizienz versprechen, sind Managed Care-Modelle. Über integrierte Versorgungsmodelle, koordinierte Behandlungsketten, gezielte Fallsteuerung, telemedizinische Betreuung und aufsuchende Versorgung lassen sich tatsächlich Steuerungseffekte erzielen. Wir setzen auch auf die Erfahrungen der Patienten selbst. Der Arztnavi – unser Projekt mit der Bertelsmann-Stiftung, AOK und TK –

ist ein hervorragender Patientenkompass. Hier speisen Patienten ihre eigenen Erfahrungen ein und sorgen damit für mehr Transparenz und Orientierung in der ambulant-ärztlichen Versorgung.

Keine „mikroskopische“ Bedarfsplanung

Wie viel neue Struktur das GKV-Versorgungsstrukturgesetz tatsächlich bringt, darüber kann man geteilter Meinung sein. Unstrittig ist, dass wir eine flexiblere Bedarfsplanung benötigen. Das kürzlich von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung KBV vorgelegte Konzept für eine reformierte Bedarfsplanung bildet einen guten Auftakt. Es setzt auf eine stärkere Differenzierung von Hausärzten, allgemeinen Fachärzten und spezialisierten Fachärzten.

Skeptischer betrachten wir die von der KBV ins Spiel gebrachte neue Planungsgrundlage für die hausärztliche Versorgung. Künftig sollen nicht mehr 412 Stadt- und Landkreise Orientierungsgrundlage sein, sondern rund 4600 „Gemeindeverbände“. Diese Verzehnfachung ist nicht akzeptabel. Ein solch kleinräumiges Raster schafft Bedarfe, wo es keine gibt, nämlich in verdichteten Ballungsräumen. Wir wollen keine „Rasterfahndung“ nach Arztsitzen. Wichtiger ist die Belegung vakanter Sitze durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und eine verstärkte Werbung für den Beruf des Hausarztes.

Moderne Versorgungskonzepte gefragt

Statt einer generell kleinräumigen Planung sollten die Zulassungsgremien im Einzelfall die Problemzonen der Versorgung identifizieren. Mittels Ermächtigungen für Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen sowie einem gezielten Einsatz von Sonderbedarfszulassungen dürften nach unserer Auffassung existierende Mangelsituationen effektiv angegangen werden. Wenn dann auch noch moderne Versorgungskonzepte wie mobile Ärzteteams, die Telemedizin und vor allem Agnes-Modelle vorgebracht werden, ist auch künftig eine flächendeckende Versorgung in Deutschland gewährleistet.

Statement

BARMER GEK Arztreport 2012

**Ambulante Versorgung und
Diagnosen bei Kindern**

Professor Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz
Dr. Thomas G. Grobe
ISEG - Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung,
Hannover

anlässlich der Pressekonferenz
am 31. Januar 2012 in Berlin

Als Fortführung des 2006 erstmals erschienenen GEK-Reports ambulante-ärztliche Versorgung liefert der BARMER GEK Arztreport in diesem Jahr bereits zum sechsten Mal einen Überblick zu Kennzahlen und Diagnosen aus der ambulanten ärztlichen Versorgung. Basis der aktuellen Auswertungen zum Jahr 2010 bildeten pseudonymisierte Daten der BARMER GEK zu insgesamt mehr als 8 Mio. Versicherten, die gut 10 Prozent der deutschen Bevölkerung repräsentieren. Für die Bereitstellung eines Zugangs zu diesen umfangreichen Daten für versorgungsepidemiologische Analysen sowie das Engagement beim Aufbau und der Pflege dieser Datenbasis sei allen beteiligten Mitarbeitern der BARMER GEK an dieser Stelle ganz herzlich gedankt.

Veränderungen des ambulanten Leistungsgeschehens von 2009 auf 2010

Im Gegensatz zu 2009 war 2010 ein Jahr ohne spektakuläre Epidemien. Während Deutschland zum Jahresbeginn 2009 von einer relativ stark ausgeprägten Grippewelle heimgesucht wurde und zusätzlich zum Jahresende 2009 das Thema „Neue Grippe“ nicht nur Schlagzeilen machte, blieben entsprechende Ereignisse im Jahr 2010 aus. Dies dürfte maßgeblich dazu beigetragen haben, dass sich bei Auswertungen der Daten 2010, sofern man die Effekte der demografischen Veränderung herausrechnet, erstmals ein leichter Rückgang von allgemeinen Kennzahlen wie den Behandlungsfallzahlen in der ambulanten Versorgung abzeichnet. Vor dem erwähnten Hintergrund ist dies aktuell jedoch kein Hinweis auf eine generelle Trendwende.

Kindergesundheit – Ziele und Methoden

Das diesjährige Schwerpunktthema fokussiert die ambulante ärztliche Versorgung von Kindern und befasst sich mit ausgewählten Diagnosen, die in den betrachteten Altersgruppen zwischen 0 und 14 Jahren eine besondere Bedeutung besitzen. Berücksichtigt wurden pseudonymisierte Daten zu mehr als einer Million Kindern, was differenzierte Betrachtungen von Ereignissen auch in einzelnen Lebensjahren erlaubt, denen dann jeweils noch Angaben zu mehr als 59 Tsd. Kindern zugrunde lagen. Um eine genauere Zuordnung von Ereignissen zu Lebensjahren zu ermöglichen, wurde sowohl auf Daten aus 2009 als auch aus 2010 zurückgegriffen (da sich die individuellen Lebensjahre nicht auf ein einzelnes Kalenderjahr beschränken). Dargestellt werden im Schwerpunktkapitel Kennzahlen der ambulanten Versorgung von Kindern, zur allgemeinen sowie zur fachärztlichen Inanspruchnahme, zur Teilnahme an Kindervorsorgeuntersuchungen, zu „klassischen Kinderkrankheiten“ sowie zu ausgewählten Diagnosen. An dieser Stelle kann nur eine Auswahl der Ergebnisse erwähnt werden.

Behandlung durch Kinder- und Allgemeinärzte

Innerhalb der ersten sechs Lebensjahre hatten jährlich etwa 98% der Kinder Kontakt zur ambulanten Versorgung. Bis einschließlich zum 6. Lebensjahr erfolgt die Betreuung weit überwiegend durch Kinderärzte. In diesem Lebensalter blieben innerhalb eines Jahres durchschnittlich lediglich 8% der Kinder ohne Kontakt zu einem niedergelassenen Kinderarzt. Regionale Betrachtungen offenbaren dabei allerdings verhältnismäßig große Unterschiede – in dünner besiedelten Regionen wird sehr viel häufiger auf den Hausarzt ausgewichen, in Städten, und dabei auch den drei Stadtstaaten, regelmäßiger ein Kinderarzt aufgesucht.

Teilnahme an U-Untersuchungen

Die Teilnehmeraten an den Kindervorsorgeuntersuchungen lagen mit ca. 95% (U3: 3. – 4. Lebenswoche bis zur U7: 21. – 24. Lebensmonat) und mit ca. 90% (U8: 46. – 48. Lebensmonat sowie U9: Ende 5.- Anfang 6. Lebensjahr bzw. 60. – 64. Lebensmonat) insgesamt auf einem hohen Niveau, wobei eine Bewertung der Teilnehmeraten zweifellos von den im Einzelnen formulierten Zielen abhängt. Bei der erst Mitte 2008 eingeführten – und hier erst ab Mitte 2009 bewerteten – U7a (34. – 36. Lebensmonat) lag die Teilnehmerate bundesweit mit 85,5% noch merklich niedriger als bei den übrigen U-Untersuchungen.

Bemerkenswert sind dabei insbesondere Unterschiede zwischen den Bundesländern. Während im Saarland nur etwa jedes 30. Kind nicht im Rahmen der U7a untersucht wurde, war es in Hamburg und Berlin 2009/2010 etwa jedes 4. Kind. Im Saarland scheint sich nach diesen Ergebnissen die frühzeitige Einführung eines umfassenden Einladewesens deutlich positiv auf die Teilnehmerate ausgewirkt zu haben. Unter anderem in Hamburg und Berlin zeigen sich demgegenüber insbesondere bei der Teilnahme an späteren U-Untersuchungen noch merkliche Lücken, die im Sinne der Kinder gefüllt werden sollten.

Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache

„Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache“ im Sinne einer ICD10-Diagnose F80 umfassen Sprech- und Sprachstörungen explizit ohne eine ursächliche mentale oder körperliche Einschränkung bzw. Erkrankung. Sie werden nach den vorliegenden Ergebnissen bei Kindern mit einer altersübergreifenden Rate von 10,3 Prozent recht häufig diagnostiziert. Spektakulärer als die altersübergreifenden Diagnoseraten erscheinen Ergebnisse im fünften und sechsten Lebensjahr. Allein innerhalb des sechsten Lebensjahres wurde die Diagnose bei knapp 40% der Jungen und etwa 30% der Mädchen

dokumentiert – würde man bei Kindern in diesem Alter auch die ggf. ausschließlich in Vorjahren dokumentierten Diagnosen berücksichtigen, dürften nach den Ergebnissen anteilig noch mehr Kinder bis zum Einschulungstermin betroffen gewesen sein. Entsprechend hohe Diagnoseraten lassen vermuten, dass in der ärztlichen Praxis noch geeignete, praktikable und einheitlich angewendete Kriterien für eine Diagnosestellung fehlen, sofern mit einer entsprechenden Diagnosedokumentation eine relevante Abweichung der Sprachentwicklung bei Kindern erfasst werden soll.

Die logopädische Versorgung bei ca. 50% der diagnostisch auffallend gewordenen Kinder erscheint vor diesem Hintergrund nicht als ein hochgradig gravierendes Versorgungsproblem. Andererseits sieht der Deutsche Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl): *“...., dass die Erwerbstätigkeit von Männern und Frauen sich immer mehr angleicht und daher die Familien in zunehmenden Maße auf eine ganztägige Betreuung ihrer Kinder angewiesen sind. Dementsprechend befinden sich auch immer mehr sprachentwicklungsgestörte Kinder, für die eine medizinische Indikation zur Sprachtherapie vorliegt, in Ganztageseinrichtungen. Die ganztägige Betreuung der Kinder in diesen Einrichtungen kann folgende Auswirkungen auf die therapeutische Versorgung der Kinder haben: Die Therapie kann nur noch außerhalb der Betreuungszeiten in einer Praxis durchgeführt werden, d.h. entweder sehr früh am Morgen oder aber am späten Nachmittag. Diese Behandlungszeiten können sich u.U. nachteilig auf die Inanspruchnahme der durchgeführten Logotherapie auswirken.“*

Atopisches Ekzem – Neurodermitis

Ein atopisches [endogenes] Ekzem im Sinne der ICD10-Diagnose L20, umgangssprachlich oft als Neurodermitis bezeichnet, zählt gleichfalls zu den bei Kindern ausgesprochen häufig erfassten Diagnosen. Obwohl die Erkrankung als chronisch und nicht ursächlich therapierbar gilt, dürfte die Prognose bei vielen Kindern mit früher Diagnose insbesondere bei Jungen günstig sein. Während die Diagnose im zweiten Lebensjahr bei knapp 17% aller Kinder gestellt wurde, waren von den 14-Jährigen nur noch weniger als die Hälfte betroffen. Bei männlichen Jugendlichen sinkt die Diagnoserate mit zunehmendem Alter nach den vorliegenden Ergebnissen auch nach der Pubertät noch kontinuierlich weiter ab, bei weiblichen Jugendlichen lässt sich demgegenüber ab diesem Alter kein entsprechend eindeutiger Rückgang mehr zeigen.

Auffällig und an dieser Stelle nicht erklärbar sind im Hinblick auf das atopische Ekzem deutliche regionale Unterschiede mit merklich höheren Diagnoseraten in den neuen

Bundesländern. Demgegenüber hatten Studien direkt nach der Wiedervereinigung regelmäßig – und seinerzeit passend zur sog. „Hygienehypothese“ – geringere Raten allergischer Erkrankungen in den neuen Bundesländern nachweisen können.

Die Verhältnisse scheinen sich zu ändern. Bereits im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) mit Erhebung in den Jahren 2003 bis 2006 gaben Teilnehmer aus dem Osten tendenziell, jedoch nicht signifikant häufiger eine Neurodermitis-Erkrankung in den letzten 12 Monaten als Teilnehmer aus dem Westen der Republik an. Zwischenzeitlich dürfte es nach den jetzt vorliegenden Ergebnissen zu einer vollständigen Umkehr der anfangs beobachteten Ost-West-Erkrankungsverteilung gekommen sein. Ein plausibles Erklärungsmuster liegt dazu noch nicht vor; auch artifizielle Ursachen – etwa bei der Erfassung durch Ärzte – kommen in Frage.



BARMER GEK Arztreport 2012

Schwerpunkt: Kindergesundheit

T. G. Grobe, H. Dörning, F. W. Schwartz
**Institut für Sozialmedizin,
Epidemiologie und
Gesundheitssystemforschung**
ISEG

**zur Pressekonferenz in Berlin
am 31. Januar 2012**

Datengrundlage Arztreport

Basis: 2010 erstmals einheitlich strukturierte pseudonymisierte Daten zu bundesweit insgesamt 8,3 Mio. Versicherten

Ambulante ärztliche Versorgung 2010:

- **74,5 Mio. Abrechnungsfälle,**
- **296 Mio. Diagnoseschlüssel (ICD10),**
- **498 Mio. Abrechnungsziffern (EBM)**

Ambulantes Leistungsgeschehen 2010 vs. 2009

- **Bereinigt um demografisch bedingte Veränderungen:**
 - 2010 erstmals leichter Rückgang der allgemeinen Inanspruchnahme:
 - Behandlungsfälle sinken pro Kopf und Jahr von 8,0 auf 7,9

- **Unter Berücksichtigung der veränderten Altersstruktur der Bevölkerung:**
 - marginaler Anstieg der Inanspruchnahme:
 - Behandlungsfälle steigen von 8,0 auf 8,1

- **Mitverantwortlich: keine Grippewellen in 2010**

vgl. Report
2011 u. 2012
jew. Seite 44

Schwerpunkt: Kindergesundheit

Basis:

Daten der BARMER GEK zu mehr als 1 Mio. Kindern im Alter zwischen 0 und 14 Jahren

- Betrachtung von Ereignissen in einzelnen **Lebensjahren** (Rückgriff auf Daten zu 2009 und 2010)
- je Altersgruppe mehr als 59 Tsd. Personen

Schwerpunkt: Kindergesundheit

Bearbeitete Themen:

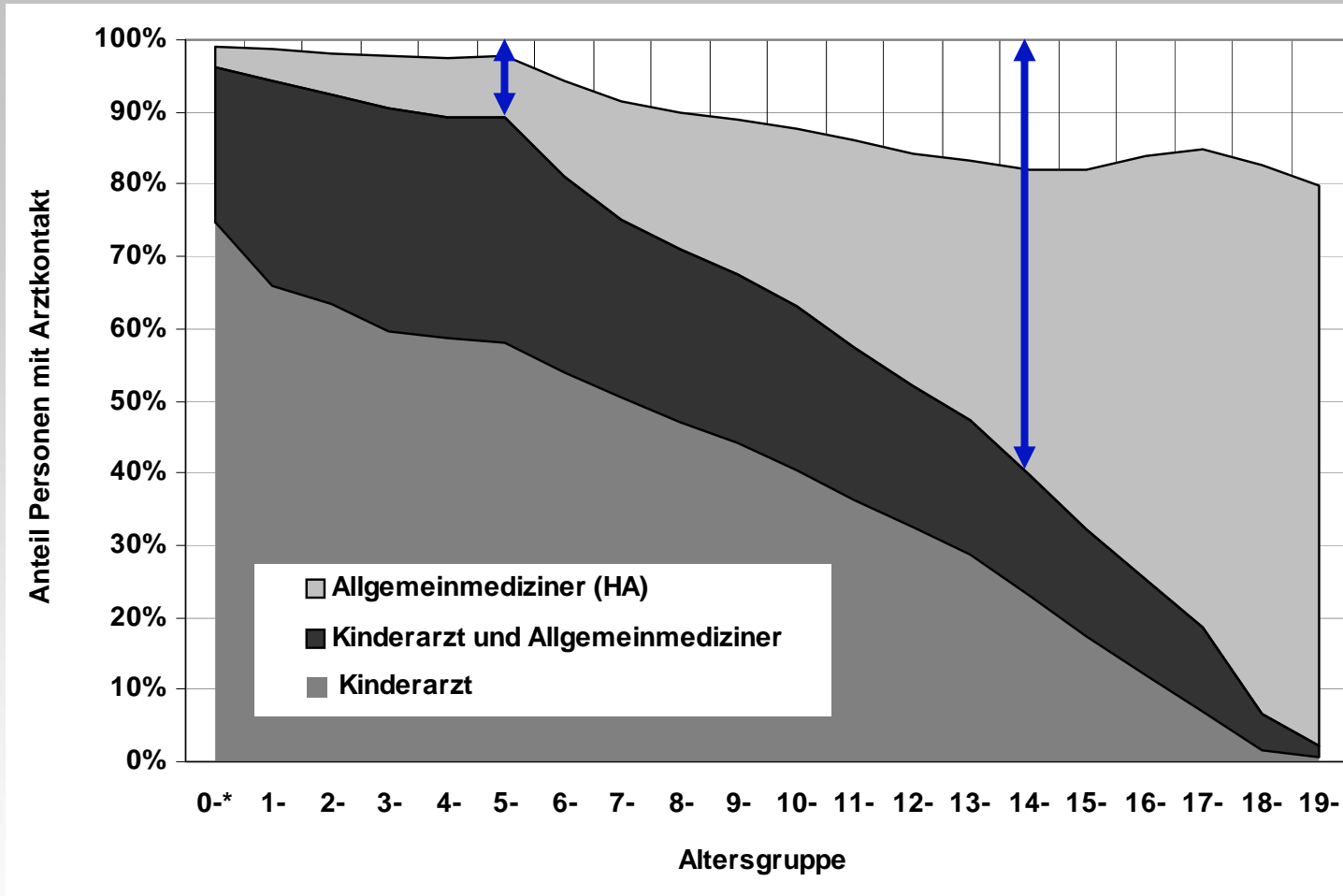
- **Allgemeine Inanspruchnahme**
- **Versorgung durch Kinder- und Allgemeinärzte**
- **Versorgung durch andere Fachärzte**
- **U-Untersuchungen**
- **Klassische Kinderkrankheiten**
- **Ausgewählte (häufige) Diagnosen**

Schwerpunkt: Kindergesundheit

Vorgestellte Themen:

- **Versorgung durch Kinder- und Allgemeinärzte**
- **U-Untersuchungen**
- **Ausgewählte (häufige) Diagnosen**

Behandlung durch Kinderärzte und/oder Allgemeinärzte



Anteil ohne
Kinderarztkontakt

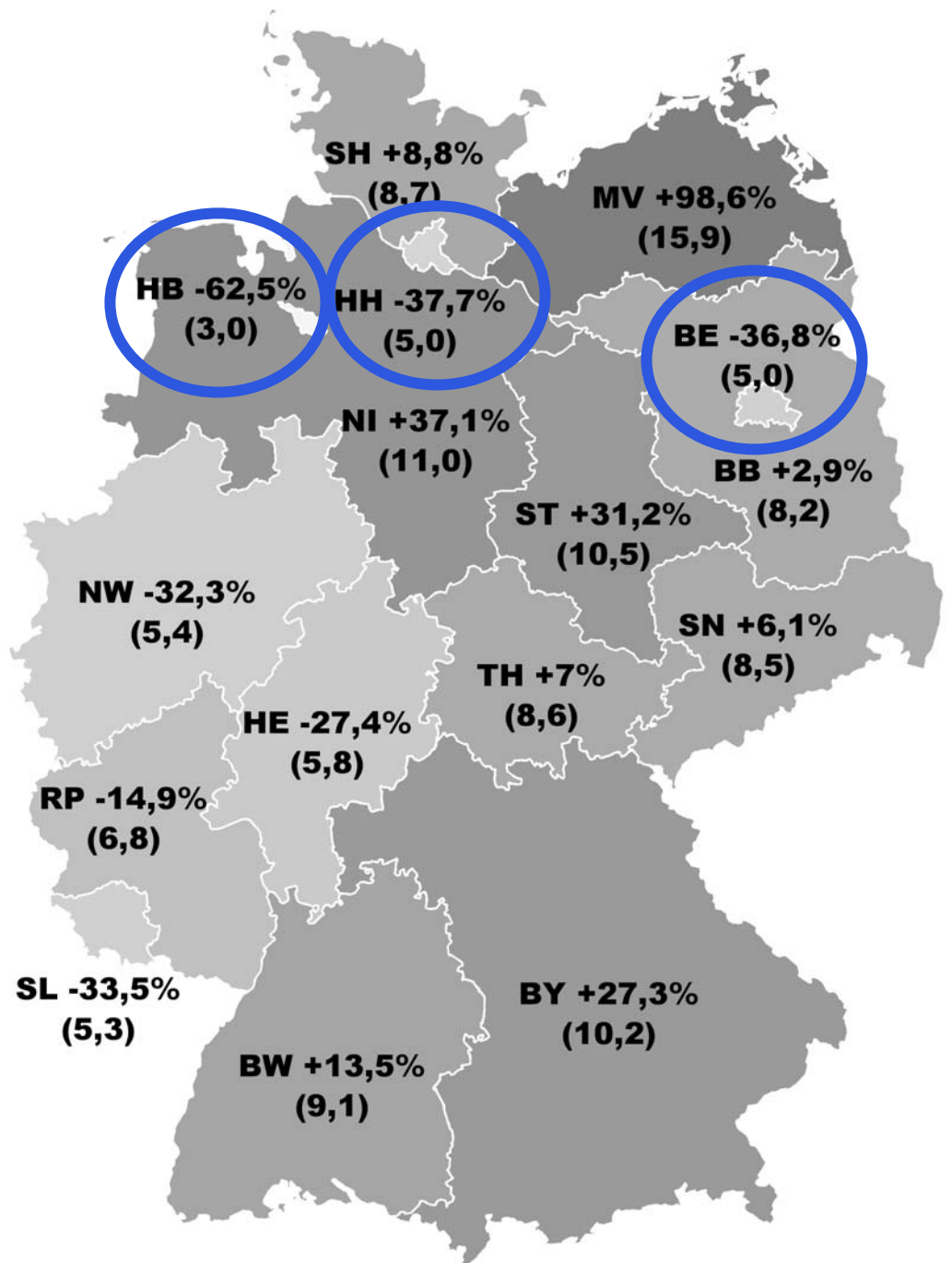
vgl. Report
Seite 136, 222

Im Alter zwischen 0 und 5 Jahren bleiben bundesweit durchschnittlich **innerhalb eines Jahres 8,0% der Kinder ohne Kontakt zu einem ambulant tätigen Kinderarzt**

Kinder 0 bis 5 Jahre ohne kinderärztliche Behandlung innerhalb eines Lebensjahres

Geringe Anteile
ohne Kinderarztkontakt (hell)
in den drei Stadtstaaten

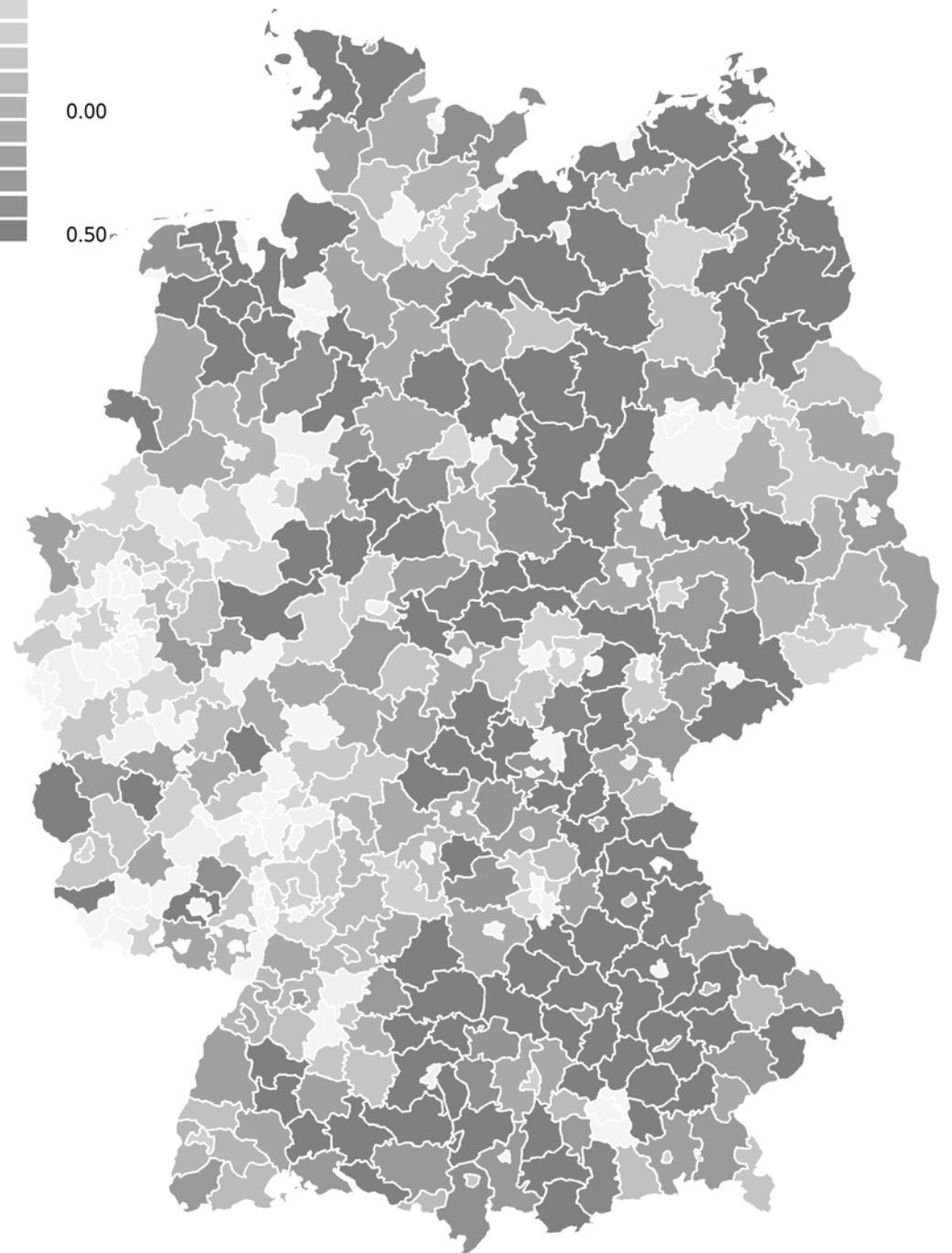
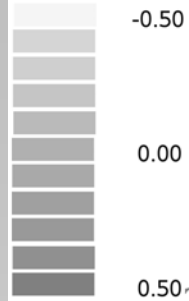
- > Bremen (3,0%)
- > Hamburg (5,0%)
- > Berlin (5,0%)



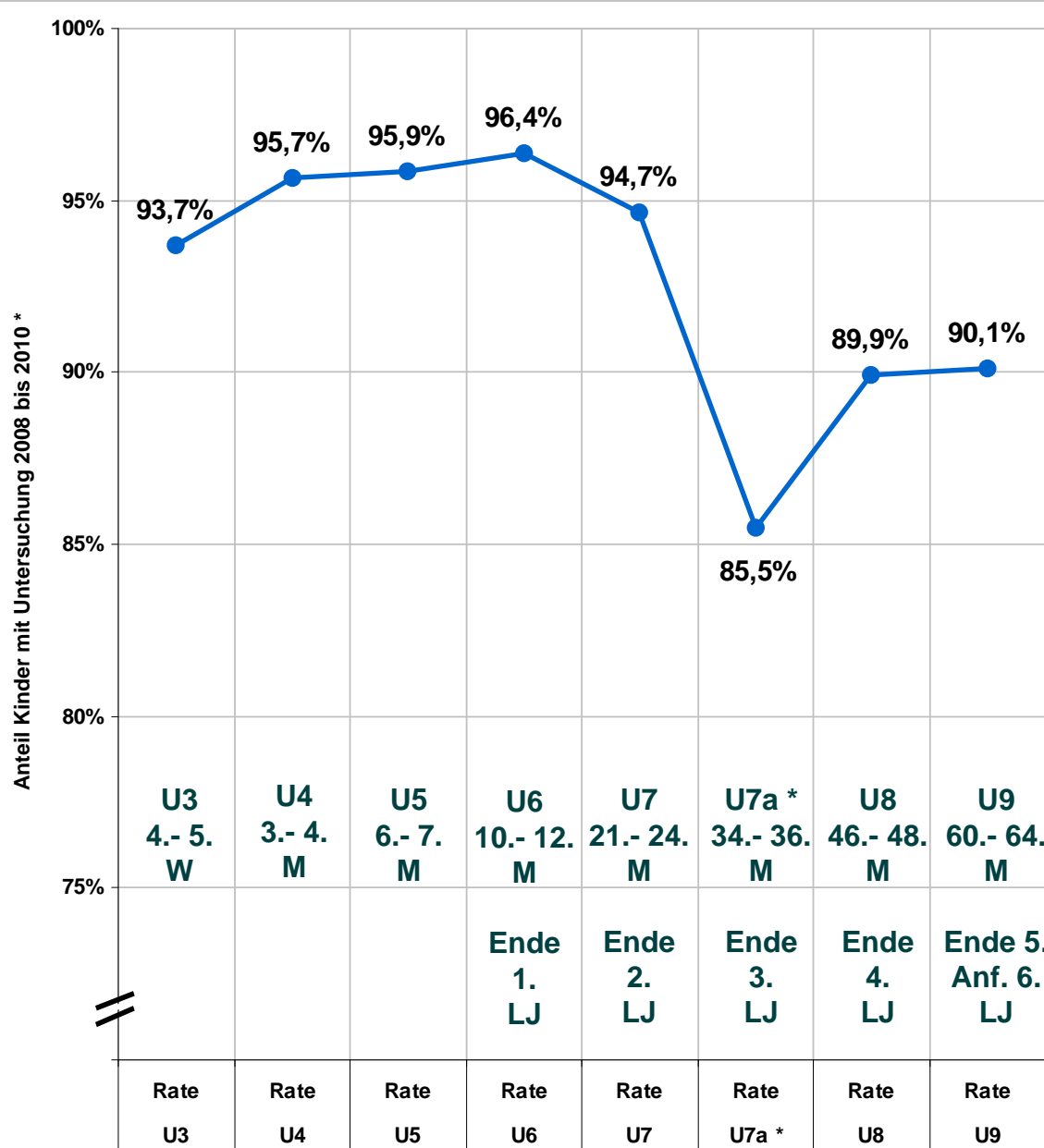
Kinder 0 bis 5 Jahre ohne kinderärztliche Behandlung innerhalb eines Lebensjahres

Geringere Anteile
ohne Kinderarztkontakt (hell)
vorrangig
in dicht besiedelten
Kreisen bzw.
kreisfreien Städten

Rangkorrelation zur
Bevölkerungsdichte
 $r = 0.69$



Kindervorsorgeuntersuchungen U3 bis U9 - Teilnahmeraten

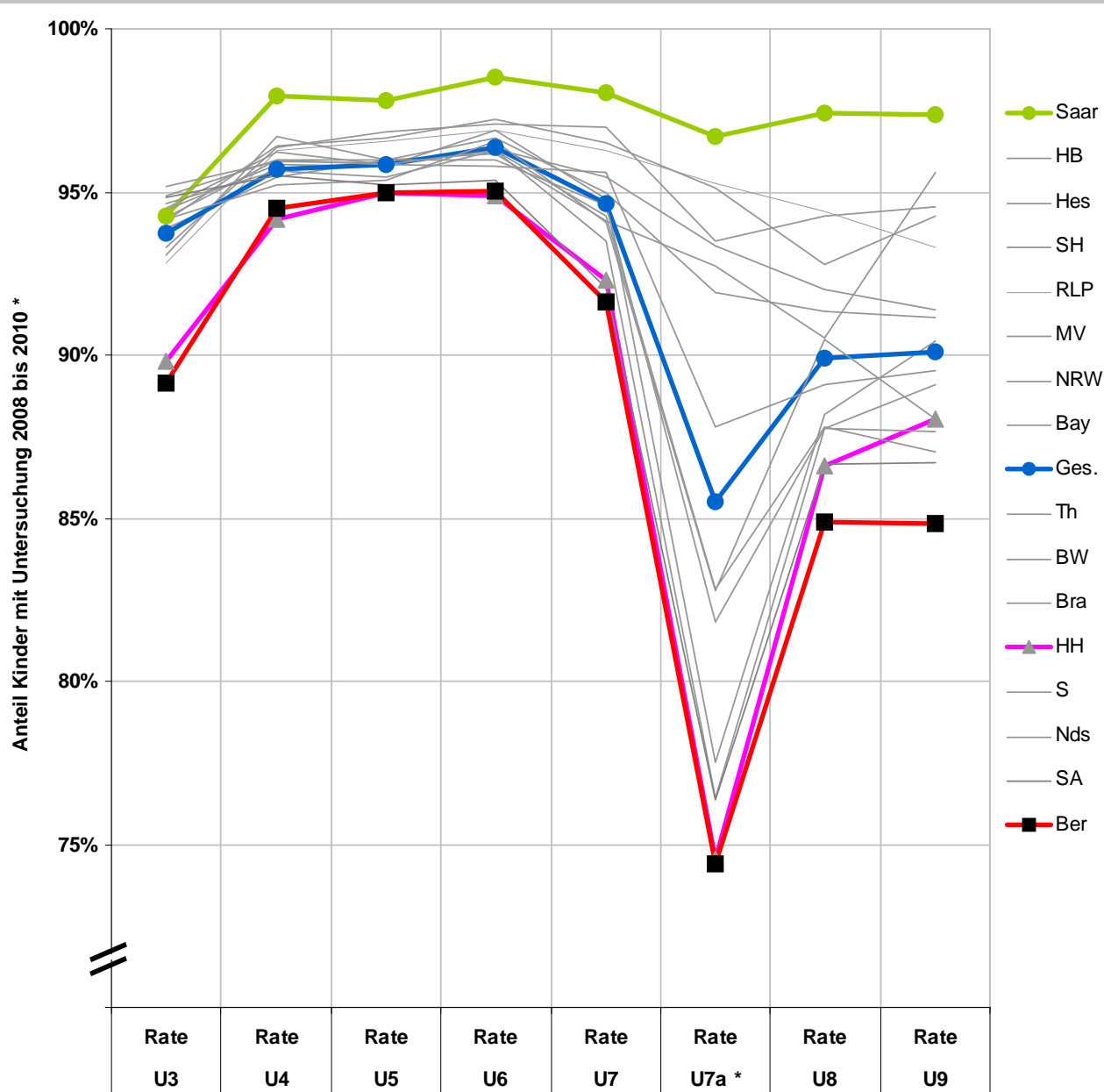


* U7a seit 7/2008 bundesweit eingeführt, hier ab 7/2009 betrachtet

(92% aller U-Unters. wurden von Kinderärzten abgerechnet)

vgl. Report Seite 157, 232; U7a erst ab Mitte 2009 bewertet

Kindervorsorgeuntersuchungen U3 bis U9 - regional



Erhebliche regionale Unterschiede insbesondere bei der U7a:

Saarland: 96,7%
Einladewesen seit 2007 U1-U9

Hamburg und Berlin: 74,5% und 74,4%
Einladewesen seit Mitte 2010
HH U6, U7; B U4-U8

vgl. Report
Seite 157, 232;
U7a erst ab
Mitte 2009
bewertet

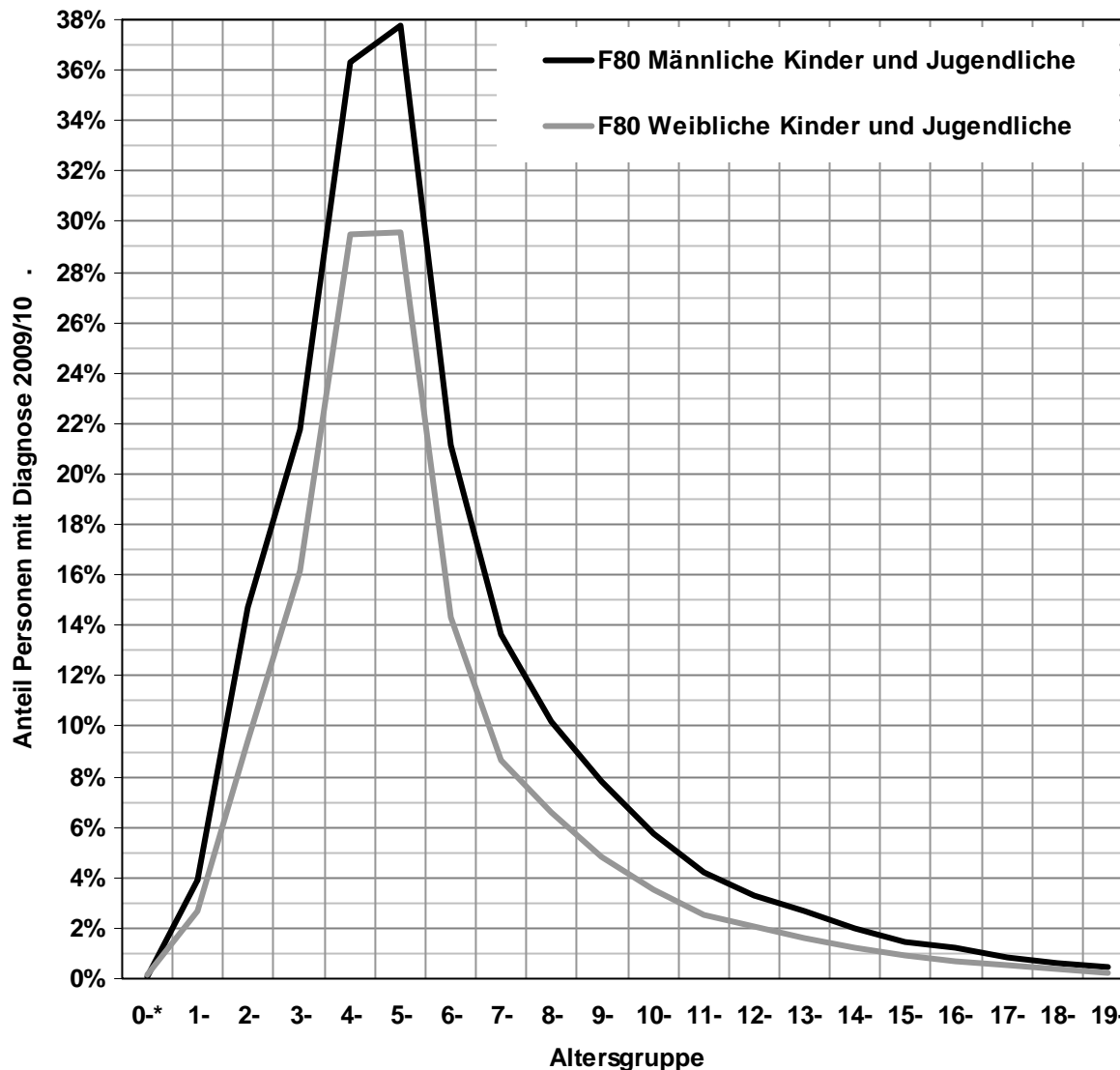
Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (ICD10: F80)

ICD-10-GM, Version 2010 (vgl. www.dimdi.de) zu F80:

Es handelt sich um Störungen, bei denen die normalen Muster des Spracherwerbs von frühen Entwicklungsstadien an beeinträchtigt sind.

Die Störungen können nicht direkt neurologischen Störungen oder Veränderungen des Sprachablaufs, sensorischen Beeinträchtigungen, Intelligenzminderung oder Umweltfaktoren zugeordnet werden.

Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (ICD10: F80)



F80: Alter 0-14 Jahre:

Betroffen: 10,3%

670 Tsd. Jungen (11,9%)

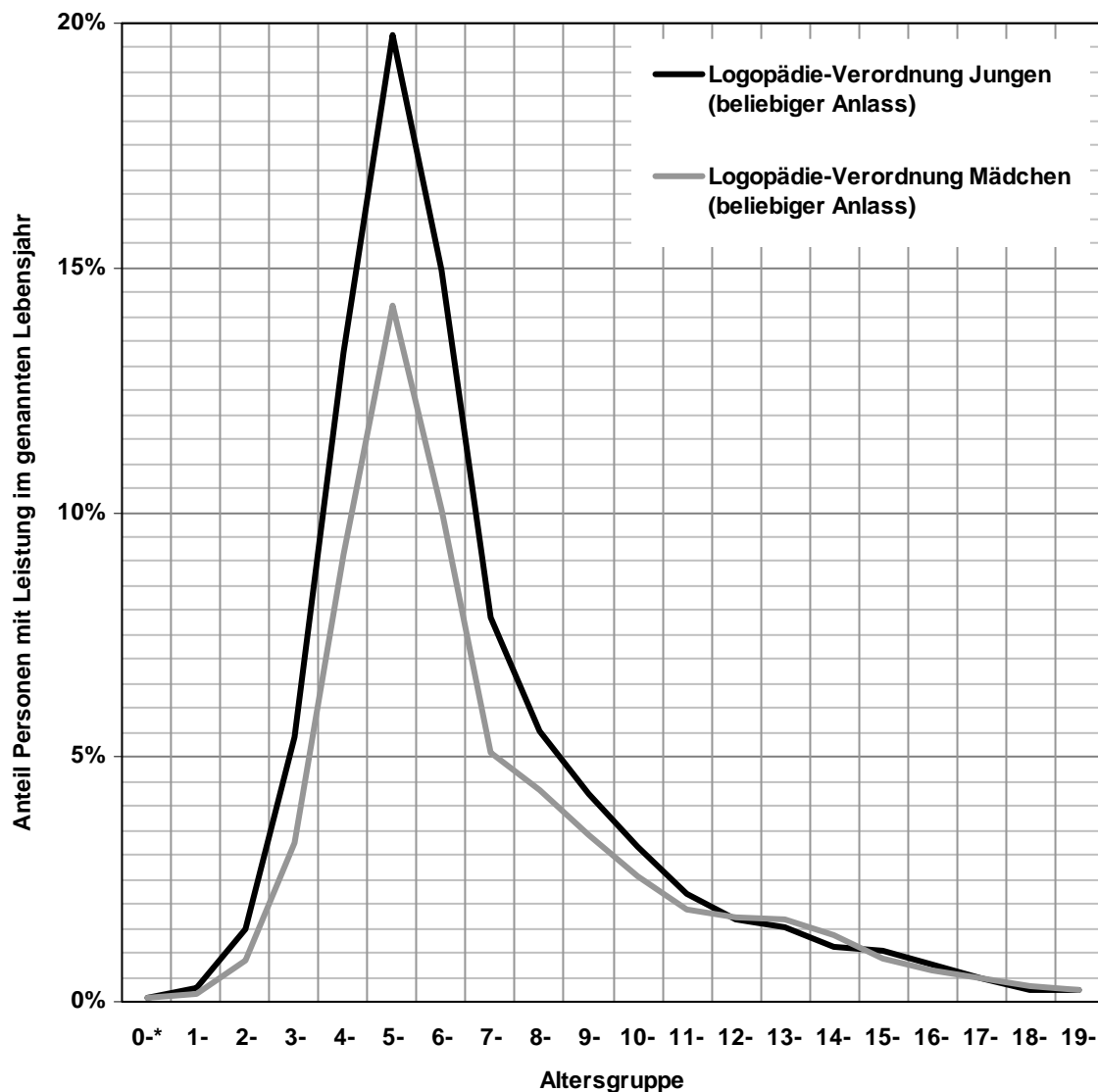
450 Tsd. Mädchen (8,5%)

Gesamt: 1,12 Mio.

**Im 6. Lebensjahr
bei 37,8% der Jungen
und
bei 29,6% der Mädchen
dokumentiert**

vgl. Report
Seite 180-183,
239

Ärztlich verordnete Logopädie-Behandlungen



Alter 0-14 Jahre:

Betroffen: 4,65%

300 Tsd. Jungen (5,36%)

208 Tsd. Mädchen (3,90%)

Gesamt: 0,51 Mio.

Im 6. Lebensjahr

bei 19,8% der Jungen

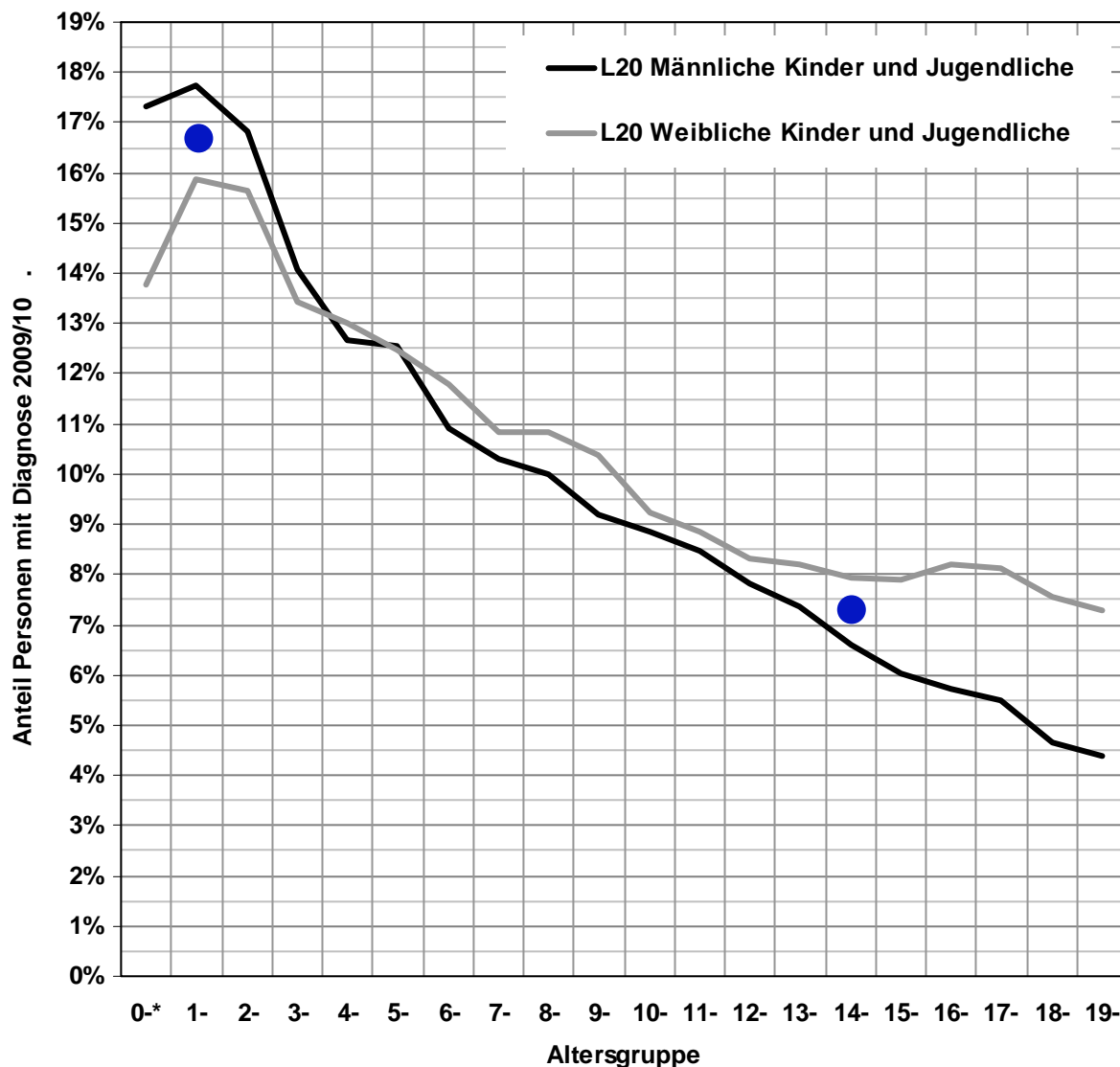
und

bei 14,2% der Mädchen

verordnet

vgl. Report
Seite 195, 242

Atopisches Ekzem (Neurodermitis, ICD10: L20)



L20: Alter 0-14 Jahre:

Betroffen: 11,2%

627 Tsd. Jungen (11,2%)

598 Tsd. Mädchen (11,2%)

Gesamt: 1,22 Mio.

im 2. Lebensjahr

bei 16,8%

im 15. Lebensjahr

bei 7,2%

dokumentiert

vgl. Report
Seite 176, 237

Atopisches Ekzem, Neurodermitis regional

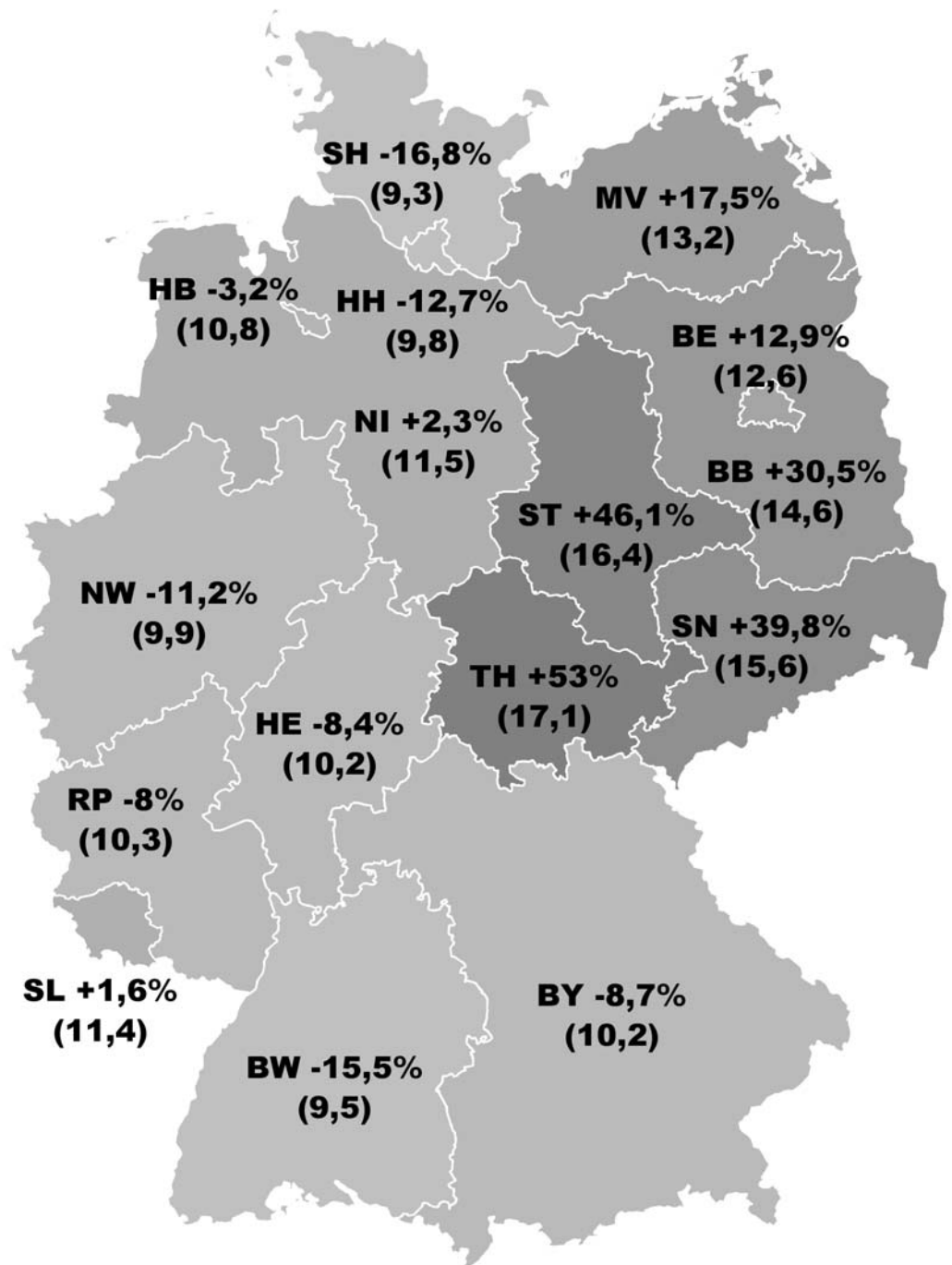
Diagnoserate

Baden-Württemberg 9,5%

vs.

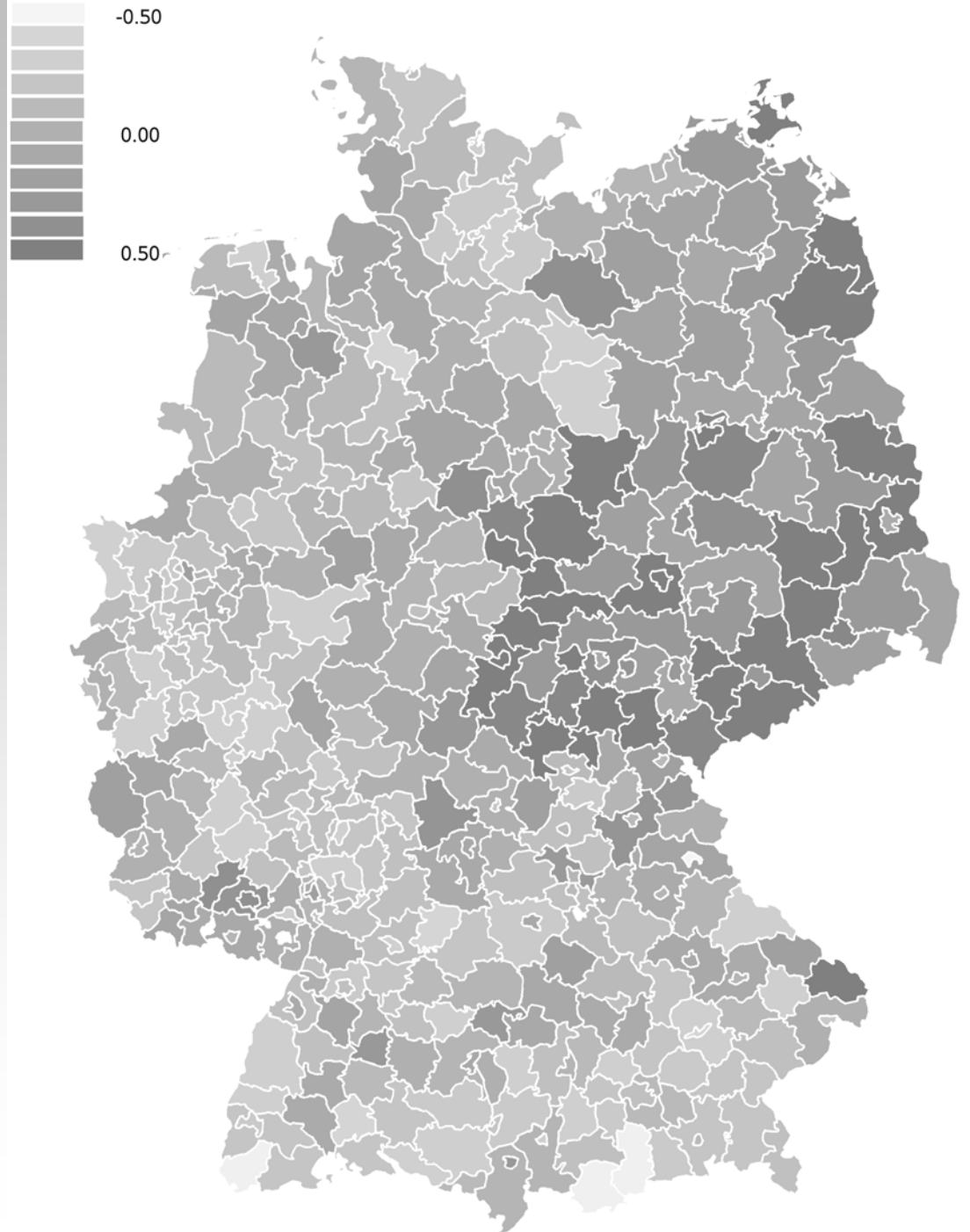
Diagnoserate

Thüringen 17,1%



Atopisches Ekzem, Neurodermitis regional

Hohe Anteile Kinder
mit Diagnose (dunkel)
vorrangig
in Kreisen bzw.
kreisfreien Städten
in den neuen
Bundesländer



Resümee I

- **Ambulantes Leistungsgeschehen**

**2010 erstmals kein Hinweis auf einen weiteren relevanten Anstieg der allgemeinen Inanspruchnahme,
von Trendwende zu sprechen, wäre voreilig**

Resümee II - Kinder

- **Dichte ärztliche Versorgung (v.a. Kinder bis 5 Jahre)**
- **Kinderärztliche Versorgung mit plausiblen regionalen Unterschieden**
- **Teilnahmerate bei U-Untersuchungen regional mit erheblichen Unterschieden**
 - **Indizien für den Erfolg eines konsequenten Einladewesens**
 - **Hinweise auf Lücken in Hamburg und Berlin trotz hoher kinderärztlicher Versorgungsrate**

Resümee II - Kinder - Diagnosen

- **Hohe Raten an diagnostizierten umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache**
 - **Ursachen: Familie? Umwelt? Adäquate Diagnostik?**
- **Neurodermitis als allergische Erkrankung bei Kindern**
 - **aktuell in den neuen Bundesländern bereits häufiger als in den alten?**
- **Neurodermitis als häufige Diagnose im Kleinkindalter, insbes. bei Jungen langfristig mit guter Prognose**

Herzlichen Dank!