

BARMER GEK

Gesundheitswesen aktuell 2010

Beiträge und Analysen

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp



Impressum

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

Im Sinne der besseren Lesbarkeit wurde überwiegend die grammatikalisch männliche Sprachform gewählt. Wenn im Text die männliche Sprachform genannt ist, ist damit sowohl die männliche als auch die weibliche Sprachform gemeint.

BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2010

© 2010 BARMER GEK

herausgegeben von

Uwe Repschläger, Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

ISBN 978-3-9812534-2-9

Realisation und Design: 37 Grad GmbH, Düsseldorf

Redaktion: 37 Grad GmbH, Düsseldorf

produziert und gedruckt in Deutschland

Alle Rechte vorbehalten

Änderungen und Irrtümer vorbehalten

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	8
Editorial.....	10

I. Systemfragen und Wettbewerb

Preisregulierung von patentgeschützten Arzneimitteln. Welchen Beitrag kann die Kosten-Nutzen-Bewertung leisten?	16
Mathias Kifmann	
QALYs in der Kosten-Nutzen-Bewertung. Rechnen in drei Dimensionen.....	32
Klaus Koch, Andreas Gerber	
Die Erstellung der Ambulanten Kodierrichtlinien	50
Ingolf Berger	
Vom Zusatzbeitrag zur Gesundheitspauschale. Das niederländische Gesundheitssystem als Vorbild?	70
Frank Schulze Ehring	
Frühwarnsysteme in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die Rahmenbedingungen	90
Falk König, Patrick Florath, Uwe Repschläger, Frank Romeike	
Zur Rolle und Funktion der alten Spitzenverbände. Perspektive für eine zukunftsfähige Verbändelandschaft in einem wettbewerbsorientierten GKV-System	106
Uwe Repschläger	

Die Abbildung von Multimorbidität im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich	126
Claudia Schulte	

II. Gestaltung der Versorgung

Kollektivverträge und selektive Vollversorgungsverträge in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Die Frage nach dem „Entweder-oder“	148
Andreas Köhler	

Bereinigung der vertragsärztlichen Vergütung. Stand der Verfahrensentwicklung und Relevanz für einen fairen Wettbewerb zwischen kollektiv- und selektivvertraglicher Versorgung	160
Antje Schwinger, Hans-Dieter Nolting	

Achtzehn Arztkontakte im Jahr. Hintergründe und Details.....	176
Boris von Maydell, Thilo Kosack, Uwe Repschläger, Christoph Sievers, Rebecca Zeljar	

Der deutsche Arzneimittelmarkt. Reform- oder neuordnungsbedürftig?	192
Detlef Böhler, Karl-Heinz Neumann	

Das Fibromyalgiesyndrom. Dilemma zwischen Leitlinie und Versorgungsrealität	212
Ursula Marschall, Andreas Wolik	

Adipositaschirurgie – notwendige Therapie oder Lifestyle? Spannungsfeld zwischen Medizin und Krankenkasse	240
Hans Hauner, Ursula Marschall, Michael Lex, Andreas Wolik, Henrik Schwandrau	

Berechnung von Hospitalisierungswahrscheinlichkeiten. Die Methode der Zufallswälder und der Vergleich mit gängigen statistischen Klassifikationsverfahren	266
Thilo Kosack, Andreas Wolik	

III. Anhang

Abkürzungsverzeichnis	290
Autorenverzeichnis	292

Boris von Maydell, Thilo Kosack, Uwe Repschläger, Christoph Sievers, Rebecca Zeljar

Achtzehn Arztkontakte im Jahr

Hintergründe und Details

Das Ergebnis des BARMER GEK-Arztreports, dass die Deutschen 18 Mal im Jahr zum Arzt gehen, löste Anfang des Jahres viel Wirbel aus. Mit weitergehenden Analysen wird untersucht, wodurch die vermeintlich überhöhte Zahl beeinflusst wird. Auf Basis einer regionalen Stichprobe wird insbesondere die Beeinflussung der Arztkontakte durch bestimmte Ereignisse wie beispielsweise Tod oder den Bezug einer Erwerbsminderungsrente, aber auch durch kostenintensive und chronische Erkrankungen untersucht. Die Anzahl der Arztkontakte wird für unterschiedliche Versicherungsguppen nach Alter, Geschlecht und Morbidität differenziert dargestellt.

Einführung

Auf Basis der Daten von Krankenkassen lassen sich Versorgungsanalysen zu unterschiedlichsten Fragestellungen und Bereichen durchführen. Im Krankenhaussektor zum Beispiel stehen regelmäßig Fallzahlen und Verweildauern im Fokus der Betrachtung, im Arzneimittelsektor die Anzahl der Verordnungen. Im Februar 2010 rief die Veröffentlichung des BARMER GEK-Arztreportes über den Bereich der niedergelassenen Ärzte (siehe BARMER GEK 2010) ein erhebliches Medienecho hervor. Insbesondere die Aussage, dass die Deutschen im Jahr 2008 durchschnittlich 18 Arztkontakte hatten, löste vielfältige Reaktionen aus: Einerseits wurde die im internationalen Vergleich hohe „Arztrennerei“ (Fricke 2010) der Deutschen diskutiert, andererseits die Datengrundlage sowie das Gesamtergebnis des Reports infrage gestellt.

Um die Ergebnisse interpretieren zu können, ist es erforderlich, den Begriff „Arztkontakt“ klar zu definieren. Häufig werden in diesem Zusammenhang Begriffe wie „Arztkontakt“, „Fall“ oder „Besuch“ synonym oder mit unterschiedlicher Bedeutung verwendet, was regelmäßig zu Missverständnissen und Fehlinterpretationen führt. So wertet

beispielsweise die OECD im Wesentlichen jeden Besuch in einer Arztpraxis sowie jeden Hausbesuch als „Arztkontakt“. Die Daten liegen in Deutschland jedoch nicht OECD-konform vor.

Die vorliegende Analyse basiert auf Abrechnungsdaten der BARMER GEK; daher ist hier ein Arztkontakt definiert als jede Leistung für einen Versicherten an einem bestimmten Datum, die zu einer Abrechnung zwischen Arzt und Krankenkasse führt. Dies kann sowohl durch persönlichen Kontakt (Praxisbesuch) als auch durch telefonischen Kontakt erfolgen. Werden gleichzeitig keine weiteren Leistungen erbracht, ist es auch möglich, dass die ausschließliche Ausstellung eines Rezeptes oder eine reine Laborleistung als Kontakt gezählt wird. Dieser Sachverhalt wird häufig kontrovers diskutiert: So wird oftmals unterstellt, dass mit dem Einbezug der reinen „Abholbesuche“ für Rezepte oder Überweisungen und der reinen Laborleistungen die Häufigkeit der Arztkontakte verzerrt dargestellt wird. Diese Art der „Arztbesuche“ kommt jedoch nicht häufig vor. Das Herausrechnen der Laborleistungen reduziert die Anzahl der Kontakte lediglich um 0,3. Berücksichtigt man die Kontakte nicht, die ausschließlich der Ausstellung eines Rezeptes dienen, reduziert sich die Anzahl der Kontakte um 1,1.

Ein Durchschnittswert von 18 Arztkontakten pro Person und Jahr sagt noch nichts über die Streuung dieser Zahl zwischen unterschiedlichen Personengruppen aus, wie zum Beispiel zwischen Gesunden und Kranken, Alten und Jungen sowie Frauen und Männern. Dieser Beitrag vertieft und erläutert mit weitergehenden Detailinformationen die mit der Zahl 18 angestoßene Diskussion über die hohe Zahl der Arztkontakte in Deutschland.

Datengrundlage

Die Analysen basieren auf Daten der BARMER GEK. Um die durchschnittliche Zahl der Arztkontakte für den Leser vergleichbarer zur persönlichen Inanspruchnahme zu gestalten, werden die Arztkontakte nach Alter und Geschlecht unterteilt. Zusätzlich wird analysiert, welche Faktoren im besonderen Maße die Anzahl der Arztkontakte bestimmen. Im

Anschluss daran wird untersucht, wie viele Arztkontakte sich ergeben, wenn bestimmte Faktoren aus der Berechnung der Anzahl der Arztkontakte herausgenommen werden, um damit die wesentlichen Einflussfaktoren für die Anzahl der Arztkontakte in Deutschland sichtbar zu machen. Die von den Lesern des BARMER GEK-Reportes vielfach empfundene Diskrepanz zwischen der persönlichen Inanspruchnahme und dem sehr hoch erscheinenden Durchschnittswert von 18 Kontakten soll hierdurch aufgelöst werden.

Im BARMER GEK-Arztreport wurde für das Jahr 2008 eine Steigerung von 17,7 auf 18,1 Arztkontakte ermittelt. Bedingt durch einige Änderungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) im Jahr 2008 waren die tatsächlichen Zahlen für dieses Jahr jedoch nur noch über eine Hochrechnung ermittelbar (siehe BARMER GEK 2010: 40). Da im Folgenden die Verteilung der Arztkontakte auf unterschiedliche Patientengruppen beziehungsweise die Ermittlung von Arztkontaktraten bei bestimmten Krankheiten im Vordergrund steht, wird zur besseren Darstellbarkeit auf Informationen des Jahres 2007 zurückgegriffen.

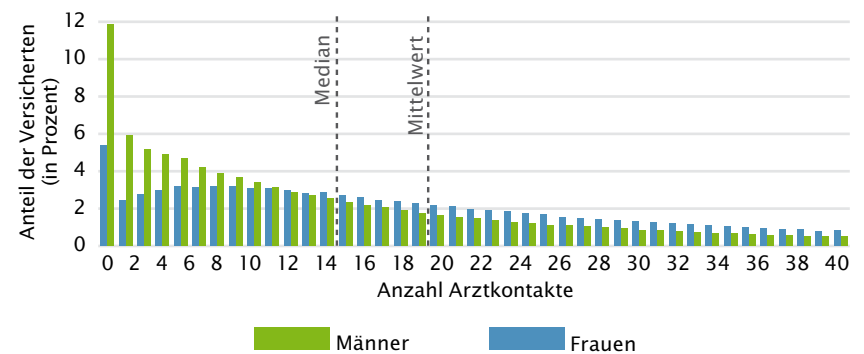
Es werden beispielhaft die Daten von knapp 580.000 Versicherten eines Bundeslandes ausgewertet. Die betrachtete Population besteht zu 61 Prozent aus Frauen und zu 39 Prozent aus Männern. Im Vergleich zur gesamtdeutschen Bevölkerung (51 Prozent Frauen gegenüber 49 Prozent Männern) ist der Anteil der Frauen damit höher. Das Durchschnittsalter der Stichprobe liegt bei 45,2 Jahren, während das Durchschnittsalter in der Bundesrepublik in 2007 bei 42,3 Jahren lag. Aufgrund dieser Abweichungen wurden die Daten zunächst auf die Bevölkerung Deutschlands alters- und geschlechtsstandardisiert. Die ausgewählten Versicherten hatten im Jahr 2007 etwa 11,4 Millionen Arztkontakte. Dies entspricht einem Durchschnittswert vor Standardisierung von 19,7. Aufgrund von Ereignissen wie zum Beispiel Wechsel der Krankenkasse, Geburten und Todesfällen liegen nicht für alle Versicherten vollständige Informationen für ein Kalenderjahr vor. Daher wurden die Versichertenzeiten annualisiert. Nach Annualisierung sowie Alters- und Geschlechtsstandardisierung

ergibt sich ein Durchschnittswert von 18,7 Arztkontakten. Dieser Wert bildet den Ausgangspunkt der nachfolgenden Analysen.

Arztkontakte in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und besonderen Lebensereignissen

Etwa fünf Prozent der Frauen und zwölf Prozent der Männer hatten im Jahr 2007 keinen Arztkontakt (siehe Abbildung 1). Die Hälfte der Männer hatte neun oder weniger Arztkontakte im Jahr 2007, die Hälfte der Frauen hatte 16 oder weniger Arztkontakte. Dies bedeutet, dass bei den männlichen Versicherten eine relativ kleine Gruppe mit einer hohen Anzahl von Arztkontakten den Mittelwert maßgeblich beeinflusst; bei den Frauen hingegen ist die Inanspruchnahme gleichmäßiger auf alle Versicherten verteilt.

Abbildung 1: Häufigkeitsverteilung der Arztkontakte

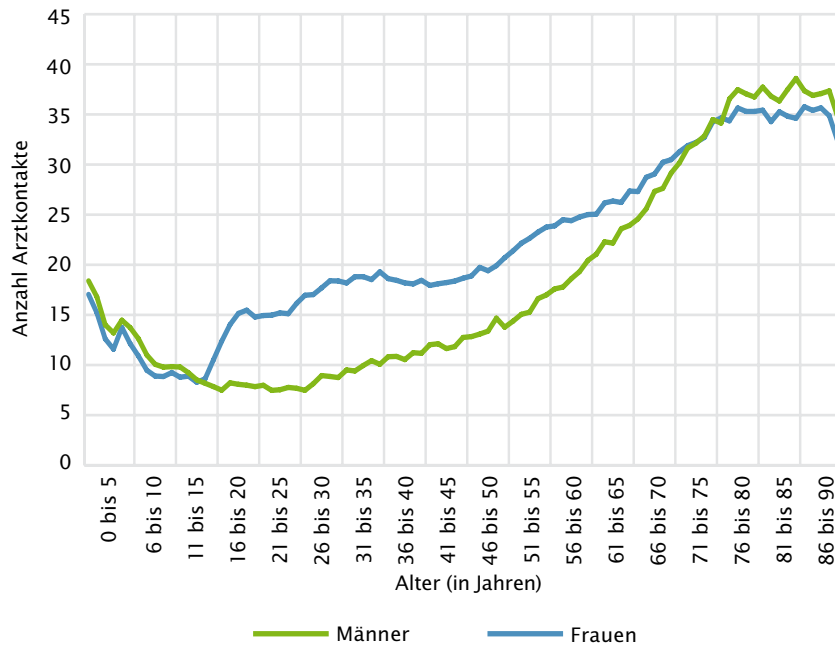


Quelle: BARMER GEK-Daten 2007

Betrachtet man die durchschnittlichen Arztkontakte nach Alter und Geschlecht in Abbildung 2, dann fällt auf, dass beide Kurven etwa bis zum 15. Lebensjahr nahezu deckungsgleich verlaufen (gleiche Kontakthäufigkeit bei Mädchen und Jungen). Im Alter von 14 Jahren liegt die Arztkontaktrate bei beiden Geschlechtern bei durchschnittlich jeweils etwa acht

Kontakten. Zwischen dem 15. und dem 20. Lebensjahr bildet sich dann ein Abstand von fast acht Arztkontakten pro Jahr zwischen Männern und Frauen heraus. Dieser Abstand bleibt etwa bis zum 40. Lebensjahr konstant. Danach nähern sich die beiden Kurven kontinuierlich wieder an, bis die Arztkontaktrate bei einem Alter von 75 Jahren zwischen Frauen und Männern mit einem Wert von etwa 32 wieder gleich ist. Die höchste Arztkontaktrate weisen Männer im Alter von 85 Jahren mit einem Wert von 39 auf – dies entspricht umgerechnet einem Wert von 0,75 Arztkontakten pro Woche.

Abbildung 2: Arztkontakte nach Alter und Geschlecht der Versicherten



Quelle: BARMER GEK-Daten 2007

Medizinische Leistungen werden von den Versicherten unterschiedlich stark in Anspruch genommen. So verursachen beispielsweise 20 Prozent aller Versicherten der BARMER GEK etwa 75 Prozent der Gesamtausgaben. Betrachtet man ausschließlich den Bereich der ambulanten Versorgung, findet sich auch hier eine unregelmäßige Verteilung. Da sich die Inanspruchnahme von niedergelassenen Ärzten jedoch auf den überwiegenden Teil der Bevölkerung erstreckt, ist die Verteilung der Ausgaben etwas gleichmäßiger. Die 20 Prozent Versicherten mit den höchsten Ausgaben im ambulanten Bereich verursachen hier 58 Prozent der Ausgaben.

Es stellt sich die Frage, welche Faktoren beziehungsweise welche Ereignisse den durchschnittlichen Wert der Arztkontakte erheblich beeinflussen. In Tabelle 1 werden vier verschiedene Ereignisse genannt, die mit einer sehr hohen Arztkontaktrate einhergehen.

Tabelle 1: Einfluss besonderer Ereignisse auf die Anzahl der Arztkontakte

Ereignis	Anteil Frauen (in Prozent)	Anteil Männer (in Prozent)	Durchschnittsalter	Arztkontakte (absolut)	Anteil Versicherte an der Gesamtstichprobe (in Prozent)	durch das Ereignis beeinflusste Arztkontakte am Gesamtdurchschnittswert von 18,7	Anteil der Arztkontakte bei Hausärzten (in Prozent)
A	B	C	D	E	F	G	H
Tod	50,9	49,1	76,0	63,0	0,44	0,19	66,0
Pflegestufe	62,2	37,8	72,7	51,2	2,93	0,98	70,6
DMP-Teilnahme	44,0	56,0	65,5	41,9	5,21	1,28	64,7
Erwerbsminderungsrente	50,8	49,2	53,4	40,7	2,30	0,52	52,4

Quelle: BARMER GEK-Daten 2007

So haben Versicherte, die im Jahr 2007 verstorben sind, im Durchschnitt 63 Arztkontakte verursacht (Spalte E). Da diese Versicherten nur einen Anteil von 0,4 Prozent der Gesamtstichprobe bilden (Spalte F), beeinflussen sie die durchschnittlichen Arztkontakte nur gering. Wären in der Stichprobe keine Todesfälle enthalten, so würde die Kontaktrate um insgesamt 0,19 (Spalte G) sinken. Eine Pflegebedürftigkeit, die Teilnahme an einem Disease-Management-Programm oder der Bezug einer Erwerbsminderungsrente beeinflusst die durchschnittliche Kontaktrate ebenfalls. Zwar ist die Anzahl der Kontakte bei diesen Gruppen niedriger als bei den im Jahr 2007 Verstorbenen; sie beeinflussen den Gesamtdurchschnittswert jedoch aufgrund des höheren Anteils an der Gesamtstichprobe in größerem Maße (siehe Spalte G).

Von den 18,7 Arztkontakten fanden mit zehn Kontakten mehr als die Hälfte (54 Prozent) bei Hausärzten statt. Dies entspricht nicht ganz dem Verhältnis bei den Vertragsärzten zwischen Hausärzten (49,6 Prozent) und Fachärzten (50,4 Prozent) im Jahr 2007 (KBV 2009).

Arztkontakte in Abhängigkeit von spezifischen Krankheiten

Es versteht sich von selbst, dass Arztkontakte in der Regel auf unterschiedliche Krankheiten zurückzuführen sind. Betrachtet man also nicht mehr nur die reine Anzahl der Kontakte, sondern die Morbiditätsinformationen, so lassen sich verschiedene Krankheiten der Versicherten identifizieren, die zum Beispiel einen sehr großen individuellen Betreuungsaufwand bei den niedergelassenen Ärzten verursachen. Je nach Krankheit variiert der Betreuungsaufwand eines Patienten in der Arztpraxis erheblich. In Tabelle 2 wird die Abhängigkeit zwischen der Kontaktrate und verschiedenen Krankheiten analysiert. Die Zuordnung eines Versicherten zu einer Krankheit erfolgt dabei anhand von Krankheiten aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (mRSA) (BVA 2009). Dabei wird unterstellt, dass bei einem Versicherten dann eine Krankheit vorliegt, wenn er den entsprechenden Morbiditätszuschlag erhält.

Tabelle 2: Einfluss von Krankheiten auf die Anzahl der Arztkontakte

Ereignis	Anteil Frauen (in Prozent)	Anteil Männer (in Prozent)	Durchschnittsalter	Arztkontakte (absolut)	Anteil Versicherten- jahre an Gesamtstich- probe (in Prozent)	durch das Ereignis beeinflusste Arztkontakte am Ge- samtdurchschnitts- wert von 18,7	Anteil der Arztkon- takte bei Hausärz- ten (in Prozent)
A	B	C	D	E	F	G	H
Dialysestatus	35,3	64,7	65,2	201,7	0,11	0,20	13,5
Transplantation der Lunge	52,6	47,4	47,5	96,9	0,01	0,01	34,0
Lungenmetastasen und Metastasen der Verdauungsorgane	51,4	48,6	67,2	72,9	0,22	0,12	52,2
Sepsis/Schock	47,0	53,0	67,1	64,2	0,12	0,06	55,1
chronische Hepatitis	43,0	57,0	51,9	60,3	0,29	0,12	54,6
Polyneuropathie	47,2	52,8	68,6	52,3	1,42	0,48	59,4
Morbus Alzheimer	63,2	36,8	78,7	51,3	0,27	0,09	70,4
Wirbelkörperfrakturen	75,2	24,8	72,5	51,3	0,25	0,08	60,2
Diabetes mellitus Typ I	41,2	58,8	58,1	47,7	0,98	0,29	63,8
Herzinsuffizienz	54,6	45,4	74,9	48,4	3,44	1,06	67,1
Querschnittslähmung	47,7	52,3	53,3	46,5	0,10	0,03	61,1
Alkohol- oder Drogenabhängigkeit	35,1	64,9	51,8	47,6	0,75	0,22	59,9
Hüftluxation	62,5	37,5	63,3	44,5	0,01	0,00	62,1
HIV/AIDS (ohne Dauermedikation)	46,8	53,2	54,4	43,9	0,06	0,01	52,5
Depression	68,4	31,6	54,9	44,0	3,20	0,83	48,5
Leberzirrhose	46,6	53,4	62,5	41,5	0,19	0,04	61,3
Multiple Sklerose	70,4	29,6	48,8	38,8	0,31	0,06	54,2
Schizophrenie	46,1	53,9	47,2	38,4	0,46	0,09	47,7
chronisch entzündliche Darmerkrankungen	53,0	47,0	50,0	35,4	0,57	0,09	57,3
Hypertonie	51,7	58,3	65,4	31,9	13,20	2,01	62,7
Schwangerschaft	100,0	0,0	31,3	30,6	1,08	0,13	25,9
ADHS	23,7	76,3	16,0	23,2	0,46	0,02	31,0

Quelle: BARMER GEK-Daten 2007

Ausgangspunkt der ausgewiesenen Arztkontakte (Spalte E) ist stets der Versicherte, der unter einer Krankheit (Spalte A) leidet. So stehen zu einem Versicherten in der Zeile Dialysestatus in Spalte E alle Behandlungsanlässe, also auch die wegen anderer Krankheiten und nicht nur durch die Dialyse bedingten Kontakte. Da Versicherte auch multimorbide sein können, wird derselbe Versicherte in dieser Betrachtung gegebenenfalls bei mehreren Krankheiten berücksichtigt. Auf die Kontaktrate hat dies jedoch wegen der dargelegten Systematik keinen Einfluss.

Behandlungsbedingt haben die dialysepflichtigen Versicherten mit einem Wert von über 201 die höchste Kontaktrate aller hier betrachteten Versicherten. Der größte Anteil an erkrankten Versicherten ist auf Hypertonie und Herzinsuffizienz zurückzuführen. Aufgrund der hohen Prävalenz beeinflussen diese Betroffenen auch die Kontaktrate am stärksten. Die Aufteilung auf haus- und fachärztliche Versorgung variiert je nach Erkrankung, dies wird besonders deutlich beim Vergleich von Morbus-Alzheimer-Erkrankten und Versicherten mit Transplantation der Lunge. Der geringe Anteil beim Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom erklärt sich dadurch, dass Kinderärzte nicht zu den Hausärzten gezählt wurden (siehe Tabelle 2).

Arztkontakte nach einer Bereinigung von besonders aufwendigen Ereignissen und Erkrankungen

Die 18,7 Arztkontakte werden als arithmetischer Mittelwert stark von Personen beeinflusst, die überproportional viele Arztkontakte aufweisen. Die Erkenntnis, dass mit zunehmendem Alter die Anzahl der Krankheiten und damit auch die der Arztkontakte zunimmt, ist sicher kaum erwähnenswert. Interessanter ist dagegen, wie sich die Kontaktrate nach Alter und Geschlecht darstellt, wenn man die Personen weiter auf der Basis ihres Gesundheitszustandes differenziert. In einem ersten Schritt werden im Folgenden alle Versicherten aus der Analyse herausgenommen, bei denen ein besonders aufwendiges Ereignis eintrat oder die an einer der im mRSA berücksichtigten Krankheiten litten.

Die Festlegung der Reihenfolge in Tabelle 3 erfolgt gemäß der Anzahl der Arztkontakte der Betroffenen vor der Bereinigung. Sukzessive werden die aufgeführten Versichertengruppen aus der Ausgangsmenge entfernt. Nach jedem Schritt werden für die restlichen aufgeführten Versichertengruppen die Anzahl der Versicherten und die durchschnittlichen Kontakte neu ermittelt. Diese Vorgehensweise ist erforderlich, weil jeder Versicherte nur einmal entfernt werden kann, die Versicherten aber teilweise mehrere Kriterien erfüllen. Daher entspricht die Anzahl der Versichertenjahre in den Berechnungsschritten nicht dem Gesamtaufkommen in der Ausgangsmenge. Dies führt zum Beispiel dazu, dass etwa 70 Prozent der an Hypertonie erkrankten Versicherten bereits in einem vorhergehenden Schritt entfernt wurden.

Insgesamt werden also alle Versicherten herausgenommen, die entweder im Jahr 2007 verstorben sind, einen Morbiditätszuschlag erhielten, in eine Pflegestufe eingeordnet waren oder Bezieher einer Erwerbsminderungsrente waren. Die in den einzelnen Schritten zusammengefassten Krankheiten sind nicht medizinisch homogen – so enthält beispielsweise die Gruppe „sonstige HMG“ auch die Morbiditätsgruppe „Schwangerschaft“. Die verbleibenden Versicherten (62 Prozent) verursachen 10,1 Arztkontakte.

Auch nach der Separierung der oben beschriebenen Versicherten bleibt der Unterschied zwischen Männern und Frauen ab dem 15. Lebensjahr bestehen. Die Anzahl der Arztkontakte in Abhängigkeit vom Alter schwankt jedoch gering. Ab einem Alter von 75 Jahren deutet der unstete Kurvenverlauf auf eine nur noch geringe Versichertenanzahl hin, das heißt, ab diesem Alter gibt es kaum Versicherte, die nicht unter einer der RSA-Krankheiten leiden.

Tabelle 3: Sukzessive Datenbereinigung in der Reihenfolge der durchschnittlichen Arztkontakte

Schritt	Gruppe	Versichertenjahre	Arztkontakte im Jahr	beeinflusste Arztkontakte	zu bereinigende Versichertenjahre	Kontakte vor Bereinigung	beeinflusste Arztkontakte nach Reduzierung	verbleibende Arztkontakte
Start	alle	559.386	18,70					18,70
1.	Verstorbene	2.419	63,03	0,19	2.419	63,03	0,19	18,50
2.	Nierenerkrankungen	12.733	56,02	0,88	11.948	54,83	0,80	17,70
3.	Lebererkrankungen	3.764	50,01	0,21	3.094	46,71	0,17	17,53
4.	Pflegestufe	16.277	51,25	0,98	12.382	44,99	0,64	16,89
5.	Bluterkrankungen	8.341	48,95	0,46	6.055	42,53	0,30	16,59
6.	Erkrankungen der Knochen und Gelenke	18.985	46,38	0,98	13.818	40,84	0,66	15,93
7.	bösartige Neubildungen	19.248	44,14	0,91	13.562	37,72	0,60	15,32
8.	ZNS-Erkrankungen	29.137	44,42	1,42	15.312	33,83	0,59	14,73
9.	psychische Erkrankungen	52.335	39,79	2,19	35.572	33,27	1,49	13,24
10.	Atherosklerose	14.300	45,38	0,71	5.386	30,35	0,21	13,02
11.	Magen-Darm-Erkrankungen	13.168	42,08	0,57	6.178	28,63	0,22	12,80
12.	Behandlungen nach chirurgischer Intervention	6.882	48,35	0,37	2.278	28,63	0,08	12,72
13.	Herzkrankungen	54.467	41,66	2,50	20.320	28,23	0,77	11,94
14.	sonstige HMGs	37.493	42,03	1,69	13.599	26,48	0,50	11,44
15.	Diabetes mellitus	36.619	40,26	1,52	9.235	23,85	0,30	11,14
16.	Erkrankungen der Lunge	27.000	36,55	0,91	10.993	21,71	0,31	10,83
17.	bakterielle und virale Infektionen	13.731	40,18	0,54	5.505	19,78	0,13	10,70

Schritt	Gruppe	Versichertenjahre	Arztkontakte im Jahr	beeinflusste Arztkontakte	zu bereinigende Versichertenjahre	Kontakte vor Bereinigung	beeinflusste Arztkontakte nach Reduzierung	verbleibende Arztkontakte
18.	Hypertonie	73.277	31,90	2,01	23.130	19,41	0,58	10,11
19.	EM-Rente*	12.748	40,72	0,52	1.706	16,50	0,03	10,08
Ziel	Versicherte ohne RSA-Zuschlag, ohne Pflegestufe, ohne EM-Rente*, ohne Todesfälle	346.894	10,08					10,08

Quelle: BARMER GEK-Daten 2007

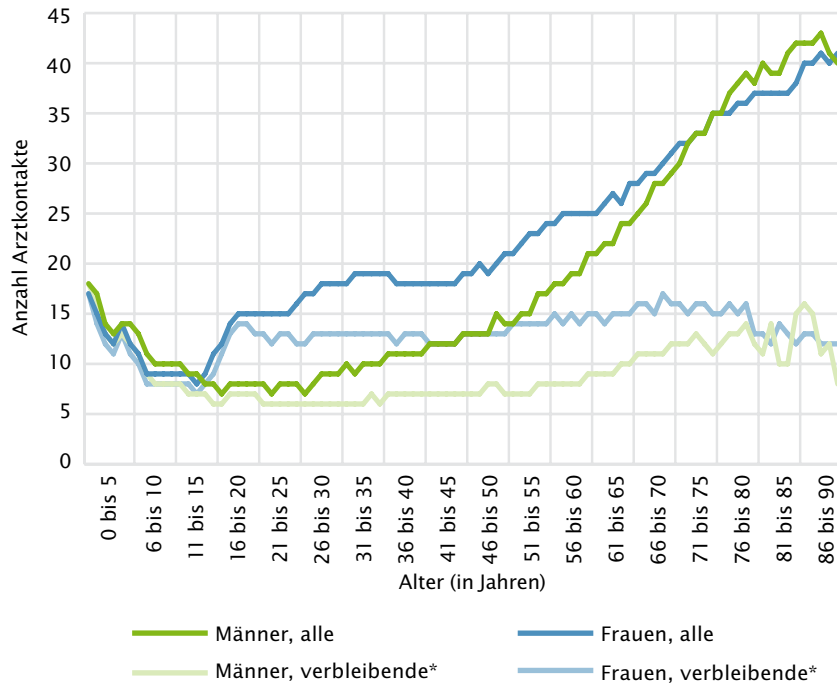
Zur besseren Darstellbarkeit wurden die Erkrankungen zu Gruppen zusammengefasst.
* Erwerbsminderungsrente

Tabelle 4: Übersicht der Ergebnisse

	Anteil Frauen (in Prozent)	Durchschnittsalter	Arztkontakte
alle Versicherten	51,0	42,4	18,70
Versicherte mit Erkrankung oder Ereignis	54,4	57,1	32,60
verbleibende Versicherte	49,0	33,5	10,08

Quelle: BARMER GEK-Daten 2007

Abbildung 3: Arztkontakte nach Alter und Geschlecht der Versicherten für alle und verbleibende Versicherte



Quelle: BARMER GEK-Daten 2007

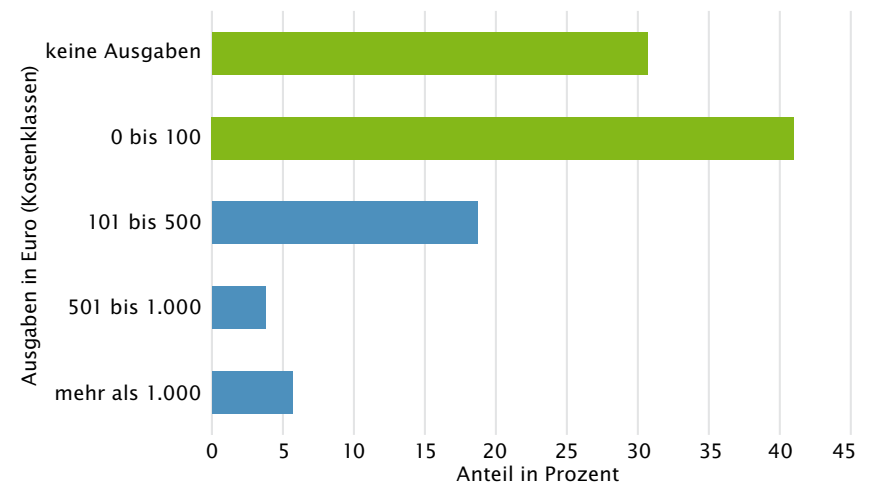
* ohne RSA-Krankheiten und ohne besondere Ereignisse

Arztkontakte nach einer weiteren Einschränkung auf Personen mit geringen Ausgaben

Die Anzahl der Arztkontakte der verbleibenden Versicherten erscheint mit durchschnittlich 10,1 noch immer hoch, allerdings werden durch die bisherige Auswahl in Anlehnung an den mRSA nicht alle Krankheiten erfasst, sondern nur 80 ausgewählte Erkrankungen. Auf diese Weise bleiben Akuterkrankungen in der Regel unberücksichtigt, da sie nicht Bestandteil der im mRSA verwendeten Krankheiten sind. Auch Erkrankungen

mit Dauermedikation, wie beispielsweise Schilddrüsenfehlfunktionen oder Rückenschmerzen, sind wegen der eher geringen Kosten nicht ausgleichsfähige Krankheiten im mRSA. Daher werden die Versicherten danach unterteilt, wie hoch ihre Ausgaben insgesamt in den anderen Versorgungsbereichen – ausgenommen der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung – waren. Die Arztkosten selbst bleiben unberücksichtigt, um das Ergebnis nicht zu beeinflussen; außerdem liegen die Zahnarztkosten des betrachteten Jahres nicht versichertenbezogen vor.

Abbildung 4: Ausgaben der verbleibenden Versicherten in den Bereichen Krankenhaus, Arzneimittel, Krankengeld und sonstige Leistungserbringer

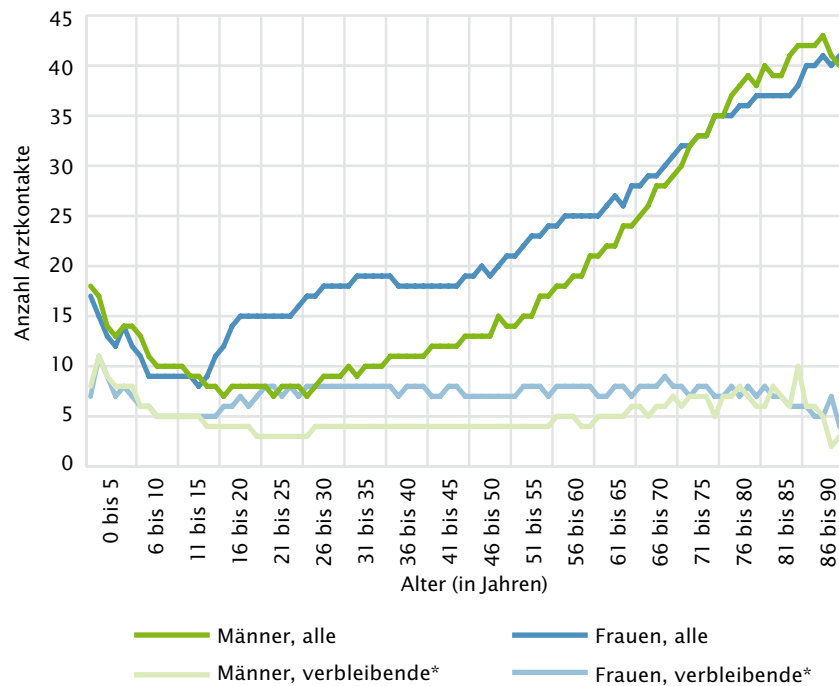


Quelle: BARMER GEK-Daten 2007

Etwa 70 Prozent der verbleibenden Versicherten hatten Ausgaben, die weniger als 100 Euro im Jahr betragen. Ausgaben in dieser Höhe sind beispielsweise nicht denkbar, wenn der Versicherte regelmäßig mit Arzneimitteln versorgt werden muss oder ein Krankenhausaufenthalt stattfand. Dennoch hatten diese Versicherten 7,47 Arztkontakte jährlich, was nahezu zwei Arztbesuchen im Quartal entspricht. Mögliche Kontaktanlässe dieser

Versicherten sind Erkältungskrankheiten und Inanspruchnahme von Präventionsleistungen, aber auch Laboruntersuchungen und das Bescheinigen einer Arbeitsunfähigkeit. Abbildung 5 zeigt die durchschnittlichen Arztkontakte dieser Versichertengruppe nach Alter und Geschlecht.

Abbildung 5: Arztkontakte nach Alter und Geschlecht für alle und für verbleibende Versicherte mit Ausgaben unter 100 Euro in bestimmten Bereichen



Quelle: BARMER GEK-Daten 2007

* ohne RSA-Krankheiten und ohne besondere Ereignisse, Ausgaben weniger als 100 Euro

Fazit und Ausblick

Auch die Untersuchung auf Basis der Daten eines Bundeslandes bestätigt nochmals das Ergebnis des BARMER GEK-Arztreports dahingehend, dass

die Versicherten in Deutschland durchschnittlich 18 Arztkontakte im Jahr haben. Zugleich zeigt die differenzierte Analyse, dass die Verteilung der Arztkontakte auf die Versicherten stark variiert. Eine pauschale Aussage in Bezug auf die Inanspruchnahme erscheint daher nicht sinnvoll, denn eine hohe Zahl von Arztkontakten bedeutet nicht zwangsläufig, dass es sich hierbei um zu viele Arztkontakte handelt. Dies zeigt sich beispielsweise bei dialysepflichtigen Versicherten, die insgesamt etwa 201 Arztkontakte im Jahr aufweisen. Für kranke Versicherte bedeutet also eine hohe Kontaktrate, dass ihnen ein starkes Gesundheitswesen zur Verfügung steht, in dem ein intensiver und regelmäßiger Kontakt zum Arzt ermöglicht wird. Die Kontakte von erkrankten Versicherten international zu vergleichen, erfordert einen vertieften Blick auf die jeweilige Versorgungslandschaft, da die Abgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung von Land zu Land sehr unterschiedlich ist.

Kritischer als die hohe Zahl der Kontakte von Kranken ist möglicherweise die mit über sieben Kontakten sehr hohe Zahl von Behandlungsanlässen der Versicherten mit sehr geringen Ausgaben zu bewerten. Etwa 16 Prozent aller Arztkontakte werden durch diese Gruppe der Versicherten verursacht. Hier können nur weitere Analysen dazu beitragen, Aussagen und eine abschließende Bewertung zur Notwendigkeit dieser Arztkontakte zu machen.

Literatur

- BARMER GEK (2010): Barmer GEK-Arztreport. Auswertungen zu Daten bis 2008. Schwerpunkt: Erkrankungen und zukünftige Ausgaben. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Band 1. St. Augustin: Asgard. S. 40.
- Bundesversicherungsamt – BVA (2009): Festlegung der Morbiditätsgruppen, des Zuordnungsalgorithmus, des Regressions- sowie des Berechnungsverfahrens im Jahresausgleich 2010. www.bundesversicherungsamt.de (Download 26. Juni 2010).
- Fricke, A. (2010): Kasse beklagt „Arztrennerei“ der Deutschen. Deutsche Ärztezeitung (E-Paper) vom 19. Januar 2010. www.aerztezeitung.de (Download 26. Juni 2010).